

ホンジュラス国  
第7保健地域リプロダクティブヘルス向上  
プロジェクト  
終了時評価報告書

平成17年1月  
(2005年)

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部

人間
JR
06-061



ホンジュラス国  
第7保健地域リプロダクティブヘルス向上  
プロジェクト  
終了時評価報告書

平成17年1月  
(2005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

評価結果要約表

第1章 終了時評価調査の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団の構成	1
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	3
第2章 終了時評価の方法	5
2-1 評価手法	5
2-2 PDM	5
2-3 評価調査の方法	5
第3章 調査結果	7
3-1 プロジェクトの実績	7
3-1-1 上位目標の達成度	7
3-1-2 プロジェクト目標の達成度	7
3-1-3 成果の達成度	9
3-2 プロジェクトの実施プロセス	23
3-2-1 プロジェクトの計画管理について	23
3-2-2 プロジェクトのマネジメント体制	23
3-2-3 技術移転の方法について	24
3-2-4 ホンジュラス側のオーナーシップについて	24
第4章 評価結果	26
4-1 評価5項目による評価結果	26
4-1-1 妥当性	26
4-1-2 有効性	26
4-1-3 効率性	26
4-1-4 インパクト	27
4-1-5 自立発展性	27
4-2 結 論	28

第5章 提言と教訓	30
5-1 提言	30
5-2 教訓	30

付属資料

1. ミニッツ・合同評価報告書（和文）	35
2. ミニッツ・合同評価報告書（西文）	117
3. 調査団長所感（橋爪章団長）	218
4. 調査団員所感（明石秀親団員）	220
5. 評価グリッド	224

## 序 文

ホンジュラス共和国（以下、「ホンジュラス」と記す）は、保健医療の状況が中南米諸国の中でも劣悪な状況にあり、ホンジュラス政府は保健セクターを最重要セクターの一つに位置づけている。

こうした背景のもと、同国政府は保健サービスの改善を図る国家計画を立案すべく、我が国に開発調査「全国保健医療総合改善計画調査」を要請した。同調査は1995年1月から1996年8月まで実施され、母子保健分野等の技術協力に対するニーズが大きいことが確認された。この調査結果を受けて、同国政府は、保健サービスの質の改善が特に必要と確認された第7保健地域を対象とした母子保健分野に係る支援を我が国に対して要請してきた。

これを受けてJICAは、2000年4月より、「第7保健地域リプロダクティブヘルス向上」プロジェクトを実施してきたが、同プロジェクトは、両国関係者の協力により、おおむね順調に進捗してきたといえる。

今般、同プロジェクトの終了時評価を行うことを目的として、2004年10月に調査団を派遣し、ホンジュラス政府および関係機関との間で、プロジェクトの活動実績・実施プロセスの確認と今後の協力のあり方に係る協議を行った。本報告書は、同調査結果を取りまとめたものであり、今後のプロジェクトの進捗に、更には類似のプロジェクトに活用されることを願うものである。

ここに、本調査にご協力をいただいた内外関係者の方々に深い謝意を表するとともに、引き続き一層のご支援をお願いする次第である。

平成17年1月

独立行政法人 国際協力機構

理事 松岡 和久











サンフランシスコ病院のスタッフとの面談



母子クリニックのスタッフとの面談



保健センター内に掲示されている健康教育のためのポスター



保健センターにおける薬剤管理





評価ワークショップ（１）



評価ワークショップ（２）



合同調整委員会



## 評価結果要約表

I. 案件の概要	
国名：ホンジュラス国	案件名：第7保健地域リプロダクティブヘルス向上プロジェクト
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：総額 696,000 千円
協力期間	(R/D)：2000年4月1日～ 2005年3月31日
	先方関係機関：保健省（第7保健地域事務所、サンフランシスコ病院、本省）
	日本側協力機関：国立国際医療センター
	他の関係協力：特にない
<p>1. 協力の背景と概要</p> <p>ホンジュラス共和国（以下、「ホンジュラス」と記す）の保健医療指標は依然として中南米諸国の中では低い保健水準にあり、ホンジュラス政府は保健セクターを最重要セクターの一つに位置づけている。</p> <p>かかる背景のもと、ホンジュラス政府は保健セクターの既存資源を有効活用し保健サービスの改善を図るべく、我が国に開発調査「全国保健医療総合改善計画調査」を要請した。同調査は1995年1月から1996年8月まで実施され、同調査の結果を受けて、ホンジュラス政府は、同調査結果においてモデル地域とされた第7保健地域（オランチョ県）におけるプロジェクト方式技術協力「第7保健地域保健総合開発計画」を要請した。</p> <p>これを受けて、JICAは1999年2月に事前評価調査を、2000年3月に実施協議調査を実施し、プロジェクトの協力対象を特にリプロダクティブヘルスとし、プロジェクト名称を「第7保健地域リプロダクティブヘルス向上プロジェクト」とすることで合意し、同年4月1日より本プロジェクトを開始した。</p> <p>本プロジェクトは、第7保健地域において保健医療供給者が質の高いリプロダクティブヘルスサービスを提供することをプロジェクト目標に設定し、9つの分野（①産婦人科、②新生児ケア、③母性ケア、④医薬品管理、⑤臨床検査、⑥IEC、⑦カウンセリング、⑧疫学・統計、⑨管理）に係る協力を実施している。</p> <p>2. 協力内容</p> <p>(1) 上位目標 第7保健地域のリプロダクティブヘルスの状況が改善される。</p> <p>(2) プロジェクト目標 第7保健地域において保健医療供給者による質の高いリプロダクティブヘルスサービスが提供される。</p> <p>(3) 成果</p> <p>1) サンフランシスコ病院（HRSF）および母子クリニック（CMI）において、女性に対しての適切かつ時宜を得た治療がなされる。</p>	

- 2) サンフランシスコ病院および母子クリニックにおいて、新生児ケアが改善される。
- 3) CESAR (医師無し保健所)、CESAMO (医師有り保健所)、サンフランシスコ病院および母子クリニックにおいて、妊娠、出産、産後のリスク要因が早期に同定される。
- 4) 患者の適切な治療のための基本薬品供給が保障される。
- 5) 第7保健地域の臨床検査ネットワークにおける質の高いサービスの利用が保障される。
- 6) 保健医療スタッフによるリプロダクティブヘルスのハイリスク発見のための健康教育が(患者へ)提供される。
- 7) 第7保健地域におけるカウンセリングサービスへのアクセスが改善される。
- 8) 地域レベルのモニタリングシステムが強化される。
- 9) 人的資源と資金が効果的に活用される。

(4) 投 入

1) 日本側

長期専門家派遣	10名	機材供与	1,433千USドル
短期専門家派遣	49名	現地業務費	10,594千レンピーラ
研修員受入れ	21名		

2) ホンジュラス側

カウンターパート配置	ローカルコスト負担	8,158千レンピーラ
土地・施設提供		

II. 評価調査団の概要

調査者	総括/団長	橋爪 章	JICA 人間開発部 技術審議役
	母子保健	明石 秀親	国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力課 派遣協力専門官
	評価計画	佐々木 健太	JICA 人間開発部第四グループ母子保健チーム 職員
	評価分析	和田 泰志	(株)アイ・シー・ネット ラテンアメリカ事務所長
	通 訳	小松 陽子	(財)日本国際協力センター
調査期間	2004年10月3日～10月31日		評価種類：終了時評価

III. 評価結果の概要

1. 実績の確認

(1) 上位目標の達成状況

プロジェクト目標の達成状況から明らかなように、第7保健地域におけるリプロダクティブヘルスサービスの質は着実に向上しており、この結果として第7保健地域のリプロダクティブヘルスの状況は改善傾向にあると推測される。

(2) プロジェクト目標の達成状況

次の各指標の達成度から明らかなようにプロジェクト目標の達成度は高く、第7保健地域におけるリプロダクティブヘルスサービスの質は確実に向上していると判断される。

<指標1> 利用者の90%がリプロダクティブヘルス分野のサービスに満足する。

2004年4月の施設利用者調査では、満足度は98%で目標値を達している。また、サー



ビスの質・量の改善にプロジェクトが多角的に介入した母子クリニックにおける満足度が極めて高く、これはプロジェクトによる効果と推測される。

<指標 2>施設分娩の割合が 12%増加する。

アンケート調査の結果によると、37.5%（2001年4月）から46.7%（2004年4月）へと9.2%増加している。年平均3%超の増加を達成していることから、プロジェクト終了時の目標達成が見込まれる。

<指標 3>サンフランシスコ病院内の新生児死亡率が 1 割減少する。

サンフランシスコ病院の新生児死亡率はプロジェクト開始時からほとんど変化が見られず、プロジェクト終了時までの目標達成は難しい。ただし、新生児室における 48 時間以降の新生児死亡数は着実な減少傾向にあり、プロジェクトの成果によるものであると判断される。

<指標 4>妊婦検診受診者率が 1 割増加する。

プロジェクト開始時（2001年）に80.4%に達していたため、プロジェクト終了時までに90%を超えることを目標として指標を設定した。2004年の調査の結果では、受診率は90.6%に増加しており、目標値に達している。

<指標 5>産後検診受診者率が 1 割増加する。

プロジェクトによる調査結果によれば、45.1%（2001年）から48.0%（2004年）へと3%弱増加しているが、終了時評価調査実施時点ではプロジェクト目標には到達していない。しかし、年率1%弱の増加率となっているため、プロジェクト終了時までに達成の可能性がある。

### （3）成果の達成状況

<成果 1>サンフランシスコ病院および母子クリニックにおいて、女性に対して適切かつ時宜を得た治療がなされる。

サンフランシスコ病院スタッフによる母子クリニックへの巡回診療等の取り組みが行われるようになり、病院と母子クリニックの双方の信頼関係および連携が改善され、結果として母子クリニックから病院へのリファラル数も増加傾向にある。また、母子クリニックでは妊婦検診、分娩介助、家族計画等のサービスが充実してきており、母子クリニックにおけるリプロダクティブヘルスサービスが質的に改善されてきていると考えられる。

<成果 2>サンフランシスコ病院および母子クリニックにおいて、新生児ケアが改善される。

新生児ケアの基本である体温管理、栄養管理、感染予防の徹底が図られることで、新生児室における生後 48 時間以降の新生児死亡数は減少傾向が認められる。

<成果 3>CESAR、CESAMO、母子クリニックおよびサンフランシスコ病院において、妊娠、出産、産後のリスク要因が早期に同定される。

ほぼ 100%の保健センター職員が研修を受け、研修を通じて修得した技能のうち 8 割

を現場で活用しているとの結果が確認されている。また、妊婦検診におけるリスク検出率は、2003年と2004年の比較では63%の保健センターで検出率が改善されるか、若しくは既に目標値に達している。

＜成果4＞患者の適切な治療のための基本薬品供給が保障される。

基本的な薬剤を常備する保健センターの割合および定期的な薬剤供給を受ける保健センターの割合の双方が増えており、医薬品供給システムの整備が進んでいることが確認できる。

＜成果5＞第7保健地域の臨床検査ネットワークにおける質の高いサービスの利用が保障される。

11の保健センター検査室のうち9つの検査室において妊婦検査で定められた9検査項目すべてが実施可能となり、検査総数および妊産婦検査受診者1人当たりを実施される検査回数は年々増加傾向にある。他方、サンフランシスコ病院検査室、保健センター検査室ともに精度管理については改善の余地がある。

＜成果6＞保健医療スタッフによるリプロダクティブヘルスのハイリスク発見のための健康教育が（患者へ）提供される。

保健センターにおけるリプロダクティブヘルスに関する保健教育の月平均の受講者数は、2002年の3,476人から2003年の4,393人、2004年の4,193人と増加傾向にあり、また、保健センターでリプロダクティブヘルスに関する保健教育を受けたことがある女性住民の割合も上昇傾向が認められる。

＜成果7＞第7保健地域におけるカウンセリングサービスへのアクセスが改善される。

カウンセリングの実施数は着実な増加傾向にあり、また、クライアントに対する態度、姿勢の改善やカウンセリングの質の向上が確認されている。さらに、カウンセラーたちが複数のテーマ（家庭内暴力、家族計画、HIV/AIDSなど）を扱えるようになったことは、カウンセリングサービスへのアクセスの改善に大きく貢献している。

＜成果8＞地域レベルのモニタリングシステムが強化される。

保健地区長の積極的な関与があり、プロジェクト終了までには保健地区レベルでのモニタリングシステムのモデルの開発、導入がなされる予定である。

＜成果9＞第7保健地域における財および人的資源が有効に活用される。

人材育成に関して、研修情報センターにおいて各種トレーニングが活発に実施されており、また同センターにおける保健本省や他ドナーによるトレーニングも増加傾向にある。他方、スーパーバイズシステムの強化や予算管理については大きな改善は見られない。

## 2. 評価結果の要約

### (1) 妥当性

ホンジュラスの国家開発政策を代表する貧困削減戦略ペーパーにおいて、母子保健分野の改善が重視されている。また、現政権下において「妊産婦死亡削減戦略2002-2006」が

策定・実施中であり、具体的な目標として妊婦検診や産後検診の促進等が掲げられている。つまり、本プロジェクトの目標、内容は、ホンジュラスの開発政策や保健政策に合致しており、ホンジュラス政府自身による取り組みを後押しするものであり、妥当性が高かった。

## (2) 有効性

プロジェクト目標の指標の達成状況から、プロジェクト目標の達成度は高いと判断できる。成果ごとに程度の差はあるがそれぞれある程度の達成度が確認されており、こうした各成果の達成がプロジェクト目標の達成に貢献したと考えられる。ただし、9つの成果間の連携が必ずしも十分には行われなかったことなどから、成果一つ一つが個別のプロジェクトのように運営管理される側面が見られた。こうしたなか、9つの成果についての取り組みがプロジェクト目標の達成に貢献したことは明らかと考えられるが、一つ一つの成果が互いにどの程度貢献したのかといった点についてまで十分に評価を行うことは困難である。

## (3) 効率性

各成果の達成度には相違があり、成果3「母性ケア」、成果4「医薬品管理」、成果7「カウンセリング」などは達成度が比較的高い反面、成果8「疫学・統計」および成果9「管理」は実施期間の途中で計画の大幅な見直しが行われた。投入の量、質に関しては、本プロジェクトの幅広い成果に対応するため、長期専門家が複数の成果を担当する同一人物を短期専門家として複数回派遣するといった方策により、効率的な専門家の投入を行った。また、投入された資機材は、おおむね有効に活用されている。

## (4) インパクト

成果ごとのばらつきは見られながらも計9つの成果は着実に進展しており、第7保健地域におけるリプロダクティブヘルスサービスの質は確実に向上してきている。この結果から、上位目標の指標である妊産婦死亡率の改善は明確には確認できないながらも、第7保健地域のリプロダクティブヘルスの状況は改善傾向にあると推測される。

## (5) 自立発展性

政策支援の継続の見込みは担保されており、財政面からの支援も期待できる。また、リプロダクティブヘルス推進のための体制や仕組みが形成されるとともに、現場レベルでプロジェクト活動の継続を担い得るキーパーソンが育成されている。今後は自立発展性の更なる向上のために、プロジェクト活動の継続を担う地域調整委員会（CCR）の能力をさらに強化することが望まれる。他方、プロジェクト活動を通じて導入された数多くの取り組みがホンジュラス側カウンターパート（C/P）の日常業務に制度として組み込まれており、移転技術の定着度は高い。

※地域調整員委員会（CCR：Comité de Coordinación Regional）：毎週定期的に行われ、プロジェクトの進捗について報告がなされるとともに、プロジェクト全体に関わる課題について検討が行われている。CCRには、ホンジュラス側からは保健地域事務所長、プロジェクトコーディネーター、サンフランシスコ病院長の3名、日本側からは長期専門家が参加している。

### 3. 効果発現に貢献した要因

- ・ホンジュラス側 C/P が活動の計画、実施、フォローアップの中心に携わり、日本人専門家は C/P の支援に努めたことが、オーナーシップの向上と人材育成に大きく貢献した。
- ・詳細な現状調査を踏まえたうえで、周到的な活動計画を立案、実施したことが大きな達成度につながった（成果3「母性ケア」、成果6「IEC」、成果7「カウンセリング」）。

### 4. 問題点および問題を惹起した要因

- ・プロジェクト全体の包括的な運営管理、モニタリングについて不十分な点が見受けられた。具体的には、各成果を担当するホンジュラス側責任者（コーディネーター）が一堂に会してプロジェクト全体の進捗状況を話し合うといった場が稀にしか設けられなかったことから、成果間の情報共有や連携が必ずしも十分になされず、成果一つ一つが個別のプロジェクトのように運営管理される側面が見られた。また、2004年のPDM（プロジェクト・デザイン・マトリックス）の見直しまでは適切な指標が設定されておらず、達成状況の確認が十分にはなされていなかった。

## 5. 結論

### (1) リプロダクティブヘルスサービスの質の向上

指標の達成状況から、プロジェクト目標の達成度は高いと判断できる。成果ごとののばらつきは見られながらも計9つの成果は着実に進展しており、こうした各成果の達成がプロジェクト目標の達成に貢献したと考えられる。プロジェクトにおける参加型開発手法による取り組みを通じて、保健医療スタッフの技術と意識が高まり、彼らの努力の結果として第7保健地域におけるリプロダクティブヘルスサービスの質は確実に向上してきており、地域住民のリプロダクティブヘルスの状況は改善傾向にあると推測される。

### (2) 地方分権化の促進に資する試み

ホンジュラスでは現在、地方分権化が推し進められている。これまでの業務は、中央レベルが基本的な活動方針を作成し地方がそれを実施するという役割分担で行われてきた。しかし、地方分権化の進展に伴い、中央レベルの主な役割は基本政策や戦略、そして達成すべき基準（ノーム）の設定およびスーパーバイズに限定されてくる。地域レベルではそれら基本方針に従って、地域ごとに異なる状況を踏まえ、行うべき具体的な活動を作成し実施することが求められる。つまり地方分権化は、指示を受けて動く受動的な業務形態から、自分で考え実施する能動的な業務形態への変化でもある。本プロジェクトでは特に実務レベルにおいて、参加型開発手法を通じて人材育成が進められてきている。そこでは業務を行う当事者がまず現状を把握して問題点を抽出し、問題解決に向かって業務の目的や手段を自ら設定・実施し、そしてその評価も行うという一連の能動的な業務への取り組みが実践された。このような思考・行動の組織レベルでの変容は、言うまでもなく一朝一夕には実現できない。しかし、プロジェクトを通して行った参加型の取り組みは未だ緒についたばかりとはいえ、保健行政の地方分権化を促進する重要な試みであるといえる。

### (3) 参加型開発手法による実務レベルスタッフのエンパワーメント

プロジェクト活動を通して、実務レベルのスタッフの技術の習得が進んだ。特に、グループ CINCO に参加したホンジュラス側 C/P は、現状把握のための調査手法、問題点の分析技術、問題解決のための手段の設定と実施（トレーニングプログラムの作成と実施）と

いった一連の業務を参加型開発手法のもとで実践したため業務へのモチベーションが上がり、加えて移転技術の習得も大きく進んだ。C/Pらはこれらの活動の中で、苦手とされている合意形成のプロセスをOJTを通じて習得し、加えてグループワークの利点や楽しさを体感していることから、総合的なエンパワーメントが実現できている。これを成功モデルとして、コミュニティでの活動や、保健地域事務所の他の部門に適用することができる。

## 6. 提言

- ・本プロジェクトは成果レベルにおいて、ある程度の達成度を示しているが、プロジェクト目標の達成に向けての各成果の貢献の程度については実証できていない。プロジェクト目標の達成に有効な活動として何がなされ、何がなされなかったかを検証することにより、プロジェクト目標達成への筋道を論理的に組み立てることが必要である。そのため、成果ごとのホンジュラス側責任者（コーディネーター）を交え、CCRは論理関係を整理し、それに基づく今後の活動計画を明確化すべきである。
- ・参加型開発手法は、地方の保健行政の強化のみならず、実務レベルの人材育成にも有効であるので、参加型開発手法を維持することは重要である。そのため、ワークショップ開催経費の予算化やCCR機能の行政システムへの取り込み、あるいは現実的なモニタリング方法の提言など、プロジェクト終了後においても参加型開発手法が自立発展できるための準備を行うことが必要である。
- ・ホンジュラスのリプロダクティブヘルス改善のためにも、本プロジェクトで得られた良い経験は他県や政府関係者へも効果的に伝達することが望ましい。そのため、参加型開発手法によってモニタリング評価の結果を活動改善にフィードバックした事例など、プロジェクト活動を通じて得たノウハウをまとめ、公開（socializar）すべきである。また、プロジェクトが開発した新生児ケア・プロトコルなど、プロジェクトの成果物についてはプロジェクト活動の証としてプロジェクト名とともに残すことも重要である。
- ・今回の評価で提示された課題を解決するために、各成果分野のホンジュラス側責任者（コーディネーター）が定期的集まり、プロジェクト全体の進捗をみんなで管理していく必要がある。
- ・准看護師養成研修が開始されるまで、住民活動センターをカウンセリング以外の活動にも、もっと積極的に活用していくべきである。
- ・無線の有効活用により、薬剤供給およびリファラルシステムの強化を図るべきである。

## 7. 教訓

- ・参加型開発手法は地方分権化の促進に資する、効果的なアプローチである。
- ・成果ごとの責任者も含めた主たるC/Pを含むプロジェクトの運営会議を定期的開催すべきである。本プロジェクトの場合、R/Dに記載されているプロジェクト実施委員会（Comité de Implementación）がこれにあたる。
- ・本プロジェクトの成果分野横断的ワークチーム（グループCINCO）の例が示すとおり、プロジェクト目標の達成を念頭に置いた分野間協調のメリットは大きい。
- ・重要な保健指標データの欠如は、プロジェクトの評価や活動の改善、成果のアピールなどの障害となる。重要な保健指標データが適宜得られるシステムを、プロジェクト早期より構築すべきである。



# 第1章 終了時評価調査の概要

## 1-1 調査団派遣の経緯と目的

ホンジュラス共和国（以下、「ホンジュラス」と記す）の保健医療指標は依然として中南米諸国の中では低い保健水準にあり、ホンジュラス政府は保健セクターを最重要セクターの一つに位置づけている。

かかる背景のもと、ホンジュラス政府は保健セクターの既存資源を有効活用し保健サービスの改善を図るべく、我が国に開発調査「全国保健医療総合改善計画調査」を要請した。同調査は1995年1月から1996年8月まで実施され、同調査の結果を受けて、ホンジュラス政府は、第7保健地域（現第15保健地域）におけるプロジェクト方式技術協力「第7保健地域保健総合開発計画」を要請した。

これを受けて、JICAは1999年2月に事前評価調査を、2000年3月に実施協議調査を行い、プロジェクトの協力対象をリプロダクティブヘルス分野に絞り、プロジェクト名称を「第7保健地域リプロダクティブヘルス向上プロジェクト」とすることで合意し、同年4月1日より本プロジェクトを開始した。

本プロジェクトは、第7保健地域において保健医療供給者が質の高いリプロダクティブヘルスサービスを提供することをプロジェクト目標に設定し、9つの分野（①産婦人科、②新生児ケア、③母性ケア、④医薬品管理、⑤臨床検査、⑥IEC（Information, Education, Communication）、⑦カウンセリング、⑧疫学・統計、⑨管理）に係る協力を実施している。

本調査は、プロジェクト開始時から終了時までのプロジェクト活動実績について整理したうえで、評価5項目の観点から関係者と討議、分析のうえ評価を実施し、評価結果から今後の協力のあり方や実施方法の改善に役立つ教訓や提言を導き出すことを目的として実施された。

## 1-2 調査団の構成

氏名	分野	所属	調査期間
橋爪 章	団長／総括	国際協力機構人間開発部 技術審議役	2004.10.17～10.27
明石 秀親	母子保健	国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力課 派遣協力専門官	10.17～10.31
佐々木 健太	評価計画	国際協力機構人間開発部第四グループ 母子保健チーム 職員	10.17～10.31
和田 泰志	評価分析	株式会社アイ・シー・ネット ラテンアメリカ事務所 所長	10.2～10.31
小松 陽子	通訳	財団法人日本国際協力センター	10.17～10.31

### 1-3 調査日程

2004年10月2日（土）～10月31日（日）まで。

	月 日		調 査 内 容	
1	10月2日	土	和田団員成田発	
2	10月3日	日	テグシガルパ着、フティカルパへ移動、専門家との打合せ	
3	10月4日	月	専門家との打合せおよびインタビュー、参加型ワークショップ打合せ	
4	10月5日	火	参加型ワークショップへのオブザーバー参加	
5	10月6日	水	参加型ワークショップへのオブザーバー参加	
6	10月7日	木	参加型ワークショップへのオブザーバー参加	
7	10月8日	金	専門家インタビュー、資料レビュー	
8	10月9日	土	資料レビュー	
9	10月10日	日	資料レビュー	
10	10月11日	月	資料レビュー、専門家インタビュー、成果別達成度の取りまとめ	
11	10月12日	火	専門家インタビュー、成果別達成度の取りまとめ	
12	10月13日	水	成果別達成度の取りまとめ テグシガルパへ移動、JICA ホンジュラス事務所訪問、業務進捗中間報告	
13	10月14日	木	ナショナルレベル参加型評価ワークショップに係る打合せおよび参加 フティカルパへ移動、成果別達成度の取りまとめ	
14	10月15日	金	サンフランシスコ病院委員長インタビュー、成果別達成度の取りまとめ	
15	10月16日	土	評価レポート作成	
16	10月17日	日	橋爪団長、明石団員、小松団員、佐々木団員 成田発	和田団員 評価レポート作成
17	10月18日	月	テグシガルパ着 15:00 JICA ホンジュラス事務所打合せ 16:30 保健省表敬訪問	評価レポート作成
18	10月19日	火	6:00 フティカルパへ移動	
			全調査団員合流 10:00 第7保健事務所副所長表敬・インタビュー 15:30 サンフランシスコ病院視察	
19	10月20日	水	7:30 母子クリニック・保健センター視察 16:00 合同評価報告書ドラフト作成	
20	10月21日	木	終日 合同評価報告書ドラフト作成	
21	10月22日	金	終日 合同評価委員会（評価ワークショップ）、合同評価報告書の内容検討	
22	10月23日	土	終日 合同評価報告書作成	



月 日		調 査 内 容
23	10月24日 日	AM 合同評価報告書作成 14:00 テグシガルパへ移動
24	10月25日 月	10:30 合同評価報告書の検討（保健省本省） PM ミニッツ署名交換準備 16:00 シャーガス病対策専門家との面談（橋爪団長）
25	10月26日 火	10:00 プロジェクト終了後の取り組みに関する検討（プロジェクトチーム、調査団） 12:00 レセプション 14:00 合同調整委員会・ミニッツ署名交換
26	10月27日 水	10:30 プロジェクト終了後の取り組みに関する検討（プロジェクトチーム、事務所、調査団） 13:55 橋爪団長ホンジュラス発 14:00 USAID 訪問 16:00 プロジェクト終了後の取り組みに関する検討（プロジェクトチーム、調査団）
27	10月28日 木	9:00 JICA ホンジュラス事務所帰国報告 11:00 在ホンジュラス日本大使館帰国報告
28	10月29日 金	テグシガルパ発、ヒューストン着
29	10月30日 土	ヒューストン発
30	10月31日 日	成田着

#### 1-4 主要面談者

##### (1) ホンジュラス側

##### 1) 保健省（本省）

Mr. Elias Lizardo	大臣
Dr. Humberto Cosenza	海外協力局長
Dr. Luis Medina	保健プロモーション局長

##### 2) 保健省（第7保健地域：現第15保健地域）

Dr. Tomas Alfonso Guevara	第7保健地域事務所 所長
Dr. Jose Hernan Eveline	第7保健地域事務所 副所長
Ms. Margarita Calix	第7保健地域事務所 管理部長
Ms. Eda Sofia Calix	第7保健地域事務所 疫学部長
Ms. Maria Elena Almendarez	第7保健地域事務所 看護師長
Mr. Bernardo Lobo	第7保健地域事務所 調達部長
Ms. Olga Lidia Garcia	第7保健地域事務所 臨床検査室長
Mr. Alejandro Mercado	第7保健地域事務所 健康教育部長
Dr. Javier Zelaya	サンフランシスコ病院 副院長
Dr. Jose Guillermo Trochez	サンフランシスコ病院 産婦人科医

Ms. Balesca Padilla  
Ms. Maria Elena Molina  
Dr. Dimas Merlo  
Dr. Roney Menjivar

サンフランシスコ病院 臨床検査室長  
サンフランシスコ病院 新生児室長  
母子クリニック（グアヤペ）産婦人科医  
母子クリニック（カタカマス）産婦人科医

(2) 日本側

1) 在ホンジュラス日本大使館および JICA ホンジュラス事務所

肥塚 隆	在ホンジュラス日本大使館 特命全権大使
高野 剛	JICA ホンジュラス事務所 所長
富安 誠司	JICA ホンジュラス事務所 次長
三浦 淳一	JICA ホンジュラス事務所 所員

2) プロジェクト専門家

野田 信一郎	チーフアドバイザー（長期専門家）
池田 時夫	業務調整（長期専門家）
安藤 留美子	助産（長期専門家）
土井 正彦	看護人材養成（長期専門家）
工藤 芙美子	公衆衛生（短期専門家）
珍田 英輝	病院管理（短期専門家）
稲葉 孝	臨床検査（短期専門家）

## 第2章 終了時評価の方法

### 2-1 評価手法

本終了時評価調査は、JPCM 手法に基づいて行われた。JPCM 手法による評価とは、プロジェクト運営管理のための要約表である PDM（プロジェクト・デザイン・マトリックス）を用い、協力開始時から評価調査時点までの実績、実施プロセスを踏まえたうえで、以下の評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性）の観点から行う多面的評価である。この評価結果に基づいて、プロジェクトへの提言がなされ、また今後の類似プロジェクトへの教訓が得られる。

妥当性 (Relevance)	プロジェクトの目標、内容が、ホンジュラス側の政策および受益者のニーズ等に合致しているか、計画内容は妥当であるかを分析・評価する。
有効性 (Effectiveness)	プロジェクトの「成果」が、どの程度達成されているか、およびそれが「プロジェクト目標」の達成にどの程度結びついているかを分析・評価する。
効率性 (Efficiency)	プロジェクトの「投入」から生み出される「成果」の程度を把握し、手段、方法、期間、費用の適切度を分析・評価する。
インパクト (Impact)	プロジェクトの実施によりもたらされる、長期的・間接的効果や波及効果など、プラス・マイナスの影響について分析・評価する。
自立発展性 (Sustainability)	協力が終了した後、プロジェクトによりもたらされた成果が持続・拡大され得るかどうかを把握し、実施機関の自立度を運営管理面、財務面、技術面その他の観点から分析・評価する。

### 2-2 PDM

通常、JPCM 手法を用いて評価を行う場合には、プロジェクト実施時に作成された PDM など計画文書に示された計画内容とプロジェクト終了時の実績との比較が評価の出発点となることから、プロジェクトの開始時点から同手法に基づいて PDM が作成され、活用されていることが前提となる。本プロジェクトにおいては、2000年3月に行われたプロジェクト実施協議時に日本・ホンジュラス双方の合意のもとに最初の PDM が作成された。その後、プロジェクト開始から9ヶ月経過した同年12月に日本人専門家とホンジュラス側カウンターパート（C/P）による問題分析の結果に基づき、プロジェクト目標を含む PDM の変更が行われた。続いて、2004年5月にはプロジェクトの現状により合致した指標を設定し、活動・成果をさらに具体的にすることで関係者の合意を得て、PDM の二度目の変更が行われている。

終了時評価の際には、評価を行うに際してのツールとなるように、PDM を必要に応じて見直すこともある。しかし、本プロジェクトの場合、2004年5月に PDM が変更されて以降、プロジェクトの内容に大きな変更がないことから、これを評価用 PDM として活用することとした。

### 2-3 評価調査の方法

本終了時評価調査では、プロジェクト関係の各種報告書の分析、一連の視察や現場調査、プロジェクト関係者への聞き取り、関係機関との協議等により評価調査を実施し、その結果を合同評価報告書に取りまとめた。

(1) プロジェクト関係書類の収集・検討（文献レビュー）

評価を行うにあたり、調査前および調査中に以下の資料を収集し、プロジェクトの概要を把握、その背景を整理するとともに、プロジェクトの進捗状況を再点検し、プロジェクトの抱える問題点や課題を検討した。参考資料および報告書類は主に以下のとおりである。

- ・事前調査団報告書（平成11年3月）
- ・実施協議調査団報告書（平成12年10月）
- ・運営指導調査団報告書（平成13年3月）
- ・運営指導（中間評価）調査報告書（平成15年4月）
- ・プロジェクト案件概要表
- ・対処方針資料（国内委員会等）
- ・プロジェクト進捗報告書

(2) 評価グリッドに基づいた調査

評価グリッドは、評価5項目に従って整理、分析し、各調査団員からの助言をもとに改訂し、文献レビューや現地でのヒアリング等を通じて確認した。

(3) プロジェクト関係者との面談、インタビュー、協議

保健本省、第7保健地域事務所、サンフランシスコ病院、母子クリニック、保健センター等の現場視察を行い、ホンジュラス側 C/P、関係者に対するインタビューや質疑応答を行った。また、日本人専門家とは、評価グリッドをもとに様々な角度から意見交換や協議を行った。

(4) 合同評価報告書の取りまとめ

最初にホンジュラス側 C/P を主体とした参加型評価ワークショップが行われ、ホンジュラス側によるプロジェクトの実績、実施プロセス等の取りまとめがなされた。その後、参加型評価ワークショップ、視察、インタビュー、意見交換等の結果を踏まえ、日本側調査団が中心となりホンジュラス側 C/P からのコメントを得つつ、合同評価報告書ドラフトを作成した。最終的に合同評価委員会の場で、日本側調査団がホンジュラス側 C/P に対して評価調査結果についての説明を行い、質疑応答を経て合同評価報告書最終ドラフトに取りまとめた。

## 第3章 調査結果

### 3-1 プロジェクトの実績

#### 3-1-1 上位目標の達成度

##### <上位目標>

第7保健地域のリプロダクティブヘルスの状況が改善される。

##### <指標・目標値>

第7保健地域の妊産婦死亡率が2010年に98（出生10万対）に減少する。

##### <達成度>

第7保健地域の妊産婦死亡率は年度ごとの変動が激しく、終了時評価調査実施時点では妊産婦死亡率の減少傾向を確認することはできなかった。しかし、プロジェクト目標の達成状況から明らかなように、第7保健地域におけるリプロダクティブヘルスサービスの質は着実に向上しており、この結果として第7保健地域のリプロダクティブヘルスの状況は改善傾向にあると推測される。

表3-1 第7保健地域における妊産婦死亡率の推移

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
妊婦死亡数	12	20	18	7	14	11	16	14
妊婦死亡率	79	151	132		116	86	125	108

#### 3-1-2 プロジェクト目標の達成度

##### <プロジェクト目標>

第7保健地域において保健医療供給者による質の高いリプロダクティブヘルスサービスが提供される。

##### <指標・目標値>

指標1. 利用者の90%がリプロダクティブヘルス分野のサービスに満足する。

指標2. 施設分娩の割合が12%増加する。

指標3. サンフランシスコ病院内の新生児死亡率が1割減少する。

指標4. 妊婦検診受診者率が1割増加する。

指標5. 産後検診受診者率が1割増加する。

##### <達成度>

指標の達成度から明らかなようにプロジェクト目標の達成度は高く、第7保健地域におけるリプロダクティブヘルスサービスの質は確実に向上していると判断される。

(1) 指標1. 利用者の90%がリプロダクティブヘルス分野のサービスに満足する。

プロジェクト開始前の病院出口調査（1999年）時点で、既に90%以上の利用者が「サービスに満足している」と回答していたことから、「利用者の満足度が下がらない」ことを目標とした。2004年4月の施設利用者調査では満足度は98%で、目標値を達している。また、サービスの質・量の改善にプロジェクトが多角的に介入した母子クリニックにおける

満足度が極めて高く、これはプロジェクトによる効果と推測される。

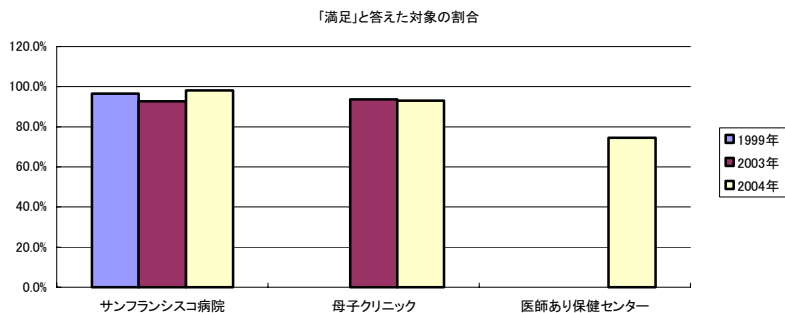


図 3 - 1 利用者の満足度

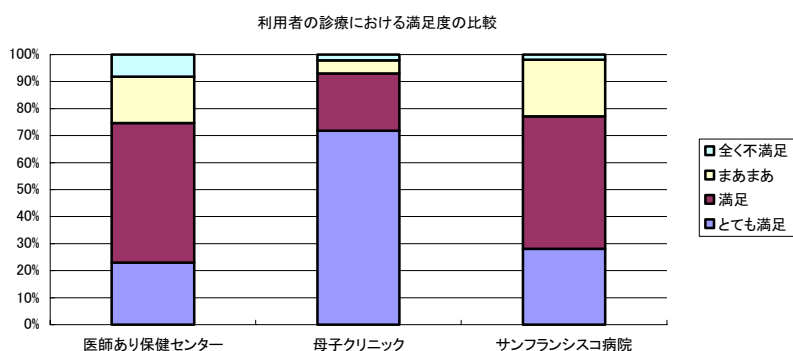


図 3 - 2 利用者の満足度（施設別）

(2) 指標 2. 施設分娩の割合が 12%増加する。

ホンジュラスの保健政策である「妊産婦死亡削減戦略」では、毎年 2% ずつ施設分娩率を増加させることを目標にしている。プロジェクトでは、この 2% にプロジェクトの効果としての 1% を加算し、毎年 3%、4 年間で 12% の施設分娩率の増加をプロジェクトの目標とした。アンケート調査の結果によると、37.5% (2001 年 4 月) から 46.7% (2004 年 4 月) へと 9.2% 増加している。年平均 3% 超の増加を達成していることから、プロジェクト終了時の目標達成が見込まれる。

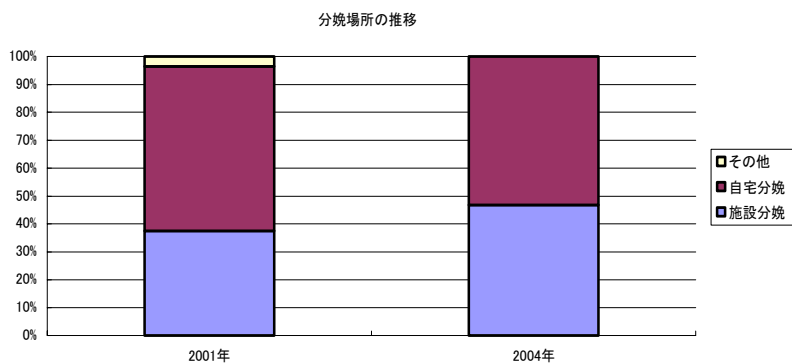


図 3 - 3 自宅分娩と施設分娩の割合の推移

(3) 指標 3. サンフランシスコ病院内の新生児死亡率が1割減少する。

サンフランシスコ病院の新生児死亡率はプロジェクト開始時からほとんど変化が見られず、プロジェクト終了時までの目標達成は難しい。ただし、新生児室における48時間以降の新生児死亡数は着実な減少傾向にあり、プロジェクトの成果によるものであると判断される。

表3-2 サンフランシスコ病院における新生児死亡率（出生千対）の推移

	2001	2002	2003	2004
新生児死亡率	10.5	10.8	11.4	10.2

(4) 指標 4. 妊婦検診受診者率が1割増加する。

「妊産婦死亡削減戦略」によると、妊婦検診の受診率は年1%ずつ増加させることになっている。プロジェクト開始時（2001年）に80.4%に達していたため、プロジェクト終了時までに90%を超えることを目標として設定した。2004年の調査の結果では、受診率は90.6%に増加しており、目標値に達している。

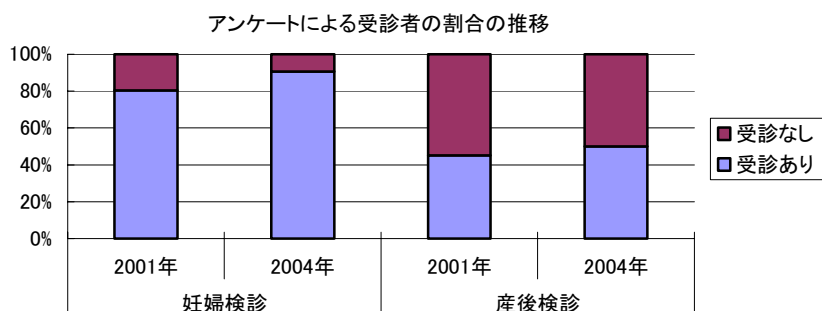


図3-4 妊婦検診・産後検診の受診率の推移

(5) 指標 5. 産後検診受診者率が1割増加する。

「妊産婦死亡削減戦略」では、2006年までに産後検診の受診率を50%にまで引き上げることを目標としている。プロジェクトでも同戦略に基づき、プロジェクト終了時までに50%の受診率を達成することを目標とした。プロジェクトによる調査では、45.1%（2001年）から48.0%（2004年）へと3%弱増加しているが、終了時評価調査実施時点ではプロジェクト目標には到達していない。しかし、単純計算すると年率1%弱の増加率となっているため、プロジェクト終了時までに達成の可能性はある。

### 3-1-3 成果の達成度

(1) 成果 1 : サンフランシスコ病院および母子クリニックにおいて、女性に対して適切かつ時宜を得た治療がなされる。

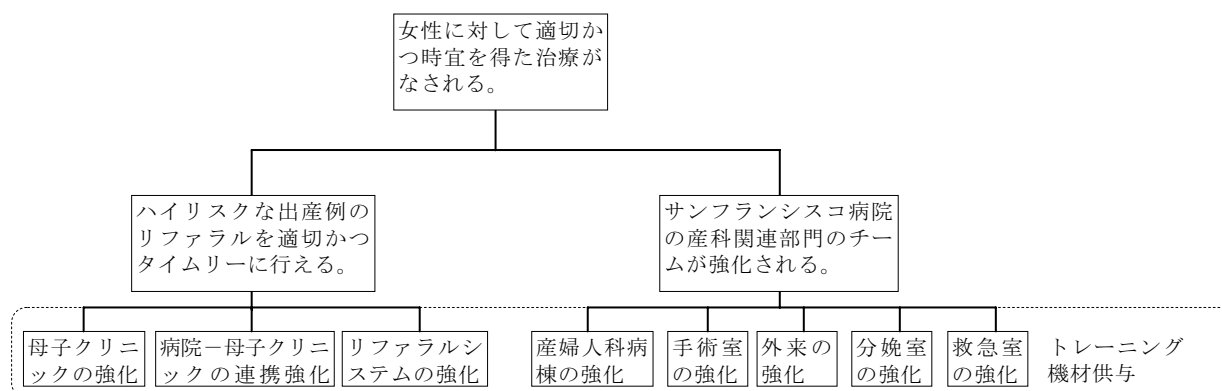


図3-5 成果1の活動体系図

## 1) 活動の実施状況

### a) ハイリスクな出産例のリファラルを適切かつタイムリーに行う。

2001年より母子クリニックごとにスタッフ全員の参加を得て年間活動計画が立てられるようになり、チームワークの醸成と活動の適切な進捗管理を通じて母子クリニックの機能が強化された。また、2002年からは病院と母子クリニックとの連携強化と病院内各部署のコーディネーションを目的にしたリプロダクティブヘルスユニットが組織された。同ユニットの具体的な活動として、院内ではメンバーによる定例会議や周産期カンファレンスが始まり、また、院外では病院スタッフによる母子クリニックへの巡回診療が実施されるようになった。

### b) サンフランシスコ病院の産科関連部門のチームが強化される。

サンフランシスコ病院における活動の基本戦略は、搬送された妊産婦に対する速やかな治療を施すため、到着から治療開始の間の遅れを短縮するというものである。そのために患者の院内フローに沿って救急、外来、分娩室、手術室、産婦人科病棟の各部署の強化を図り、特に外来部門においては紹介患者の受入れ態勢について改善が確認された。

## 2) 達成度

a) サンフランシスコ病院と母子クリニック間のリファラルシステム確立をめざしたが、システムの確立までには至らず、施設間の連携強化までとなった。他方、母子クリニックは妊婦検診、産後検診、分娩介助、家族計画、カウンセリング等のサービスが充実してきており、そうしたサービスに対する住民の満足度が高いことが確認されている。このことから、母子クリニックにおけるリプロダクティブヘルスサービスが質的に改善されてきていると考えられる。

b) リプロダクティブヘルスユニット設置や病院スタッフによる母子クリニックへの巡回診療といった取り組みはホンジュラス国内では先例がないことであり、「病院が母子クリニックに扉を開いたのは画期的なことで、我々に自信を与えた」との高い評価が母子クリニックスタッフから得られている。病院と母子クリニックの双方の信頼関係および連携が改善されることで、母子クリニックから病院へのリファラル数も増加傾向にある。



表 3-3 母子クリニックから病院へのリファラル数の年次推移

母子クリニック名	母子クリニックから病院へのリファラル数			
	2001年	2002年	2003年	2004年（8月まで）
パトゥカ	35	62	80	73
グアヤペ	21	33	30	47
カタカマス		306	298	165
サラマ		23	37	14
サンエステバン	18	44	95	61

※カタカマスについては不適切な患者搬送が多いという問題が認められていたところであり、リファラル数に歯止めがかかってきている。

c) サンフランシスコ病院の産婦人科棟、手術室、救急部、外来、分娩室、マタニティホームのスタッフがそれぞれの部門のサービスが改善したと感じている。ただし、具体的な成果は乏しく、部門間の連携についても改善の余地がある。

(2) 成果 2：サンフランシスコ病院および母子クリニックにおいて、新生児ケアが改善される。

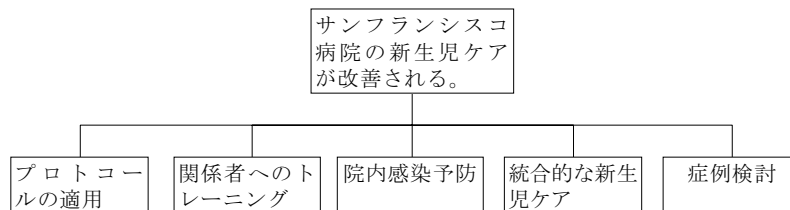


図 3-6 成果 2 の活動体系図

### 1) 活動の実施状況

以下のとおりサンフランシスコ病院の新生児室における新生児ケアの質の向上に重点的に取り組んだ。

#### a) プロトコールの適用

プロジェクト開始時にサンフランシスコ病院の小児科関連部門では医師たちが新生児ケアに関する異なったクライテリアをもっており、これが新生児に対する不適切なケアにつながっていた。この状況を改善するため、既存のプロトコールのレビューと新たに必要とされるプロトコールの策定を行った。現在、「輸液と電解質管理」、「新生児仮死」等の 6 つのプロトコールが改訂・策定され、適用が進められている。

#### b) 関係者へのトレーニング

プロジェクト活動策定時のワークショップで行った問題分析の結果に基づき、新生児室、手術室、分娩室の准看護婦等 20 名弱を対象としたトレーニングが実施された。出産直後の新生児ケア、新生児敗血症、新生児仮死等の 14 のテーマそれぞれについてトレーニングが実施された。

c) 院内感染の予防

新生児室の最も重大な問題の一つが、院内感染に関する病院スタッフの配慮の不足（滅菌衣の着用や手洗いの拒否）であった。状況改善のために、衛生基準についての研修実施、職務中の感染リスクに関する事故記録ノートの導入といった活動を行った。

d) 分娩室と新生児室による統合的かつ適時な新生児ケア

新生児ケアサービスについて関連部署の連携を強化する一環として、リスク分娩における小児科医の立会や分娩室と新生児室の両婦長による共同回診といった活動が開始された。

e) 死亡症例検討

プロジェクト開始後に新生児室死亡症例の分析が開始された。ただし、計画では毎月実施されることになっているが、実際には年数回程度しか実施されていない。

2) 達成度

サンフランシスコ病院全体および新生児室における新生児死亡率については、顕著な変化は認められていない。しかし、新生児ケアの基本である体温管理、栄養管理、感染予防の徹底が図られることで、新生児室における生後 48 時間以降の新生児死亡数は 19 例（2000 年）、10 例（2003 年）、7 例（2004 年 8 月現在）と減少傾向が認められる。

(3) 成果 3 : CESAR（医師無し保健センター）、CESAMO（医師有り保健センター）、母子クリニックおよびサンフランシスコ病院において、妊娠、出産、産後のリスク要因が早期に同定される。

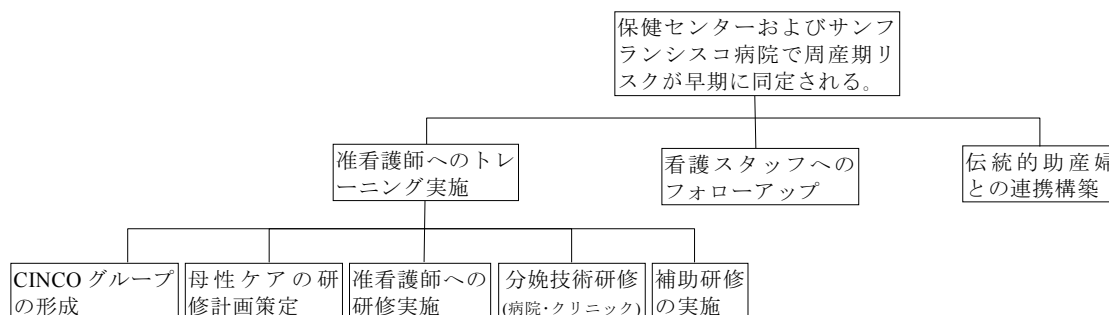


図 3 - 7 成果 3 の活動体系図

1) 活動の実施状況

a) 看護スタッフへのトレーニング

母性ケア、IEC、カウンセリング、栄養、HIV/AIDS の 5 分野の活動を行うために、保健地域事務所レベルから保健センターレベルまでのスタッフが参加する分野横断的グループ「グループ CINCO」が、2001 年 1 月に形成された。このグループを中心として母性ケア等の現状調査が 2001 年 3 月に実施され、その結果に基づき、母性ケアや IEC 等についての研修が実施されることとなった。母性ケア研修では周産期におけるリスクの検知に重点が置かれ、病院、母子クリニック、保健センターの看護師、准看護師等計 200 名超が受講した。他方、分娩技術については、病院と母子クリニックの

婦長等計7名を対象とした指導者研修に加えて、分娩の半数が准看護師の介助でなされているという現状を踏まえ、准看護師を対象として分娩介助と分娩進行中のリスク把握ができるようになることを目的とした研修を実施した。

表3-4 分野横断的活動グループ「グループ CINCO」

分野	主な C/P	参加者（新しく巻き込んだ人材）13人
母性ケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 県看護部長</li> <li>・ 母子ケア課長</li> <li>・ サンフランシスコ病院看護師長</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地区とセクターのスーパーバイザー（看護師2人）</li> <li>・ サンフランシスコ病院総婦長</li> <li>・ 母子クリニック・保健センターの准看護師3人</li> </ul>
IEC	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 教育担当（2人）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 栄養助手</li> <li>・ エイズ担当プロモータ</li> <li>・ 地区プロモータ</li> <li>・ 県プロモータのコーディネーター</li> </ul>
カウンセリング	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 心理療法士1人</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病院心理療法士</li> <li>・ カウンセリングの医師</li> <li>・ ソーシャルワーカー</li> </ul>

※「グループ CINCO」のコンセプトは、5分野間の協力、統合、調整（Cooperation - **I**ntegration - **C**oordination）である。

b) 看護スタッフへのフォローアップ

研修を受けた看護スタッフへのフォローアップのシステムを構築するため、保健地域レベル、地区レベル、市レベルの全スーパーバイザーを対象とした会議を開催し、スーパーバイザーのフォローアップにおける役割を明確にした。また、保健センターの具体的なモニタリング計画が策定され、実施に移されている。モニタリングは、1～2時間の観察後に改善点を助言し、意見交換を行うというかたちで実施されている。

c) 伝統的助産婦との連携強化

オランチョ県では分娩の半数程度が自宅分娩であり、伝統的産婆による分娩介助の割合が高い。プロジェクト活動としては、ハイリスクな妊産婦の施設分娩を推進することを目的として、リスクの早期発見と施設へのリファラルについてのガイドラインが作成された。伝統的産婆に対するガイドラインに沿った研修が保健センターの看護師、准看護師により実施され始めている。

2) 達成度

ほぼ100%の保健センター職員が研修を受け、研修を通じて修得した技能のうち8割を現場で活用しているとの結果が確認されている。また、妊婦検診におけるリスク検出率（ただし初産をリスクに含めない）は、年2%の上昇率で目標としている20～25%に近づいており、2003年と2004年の比較では63%の保健センターで検出率が改善されるか、若しくは既に目標値に達している。

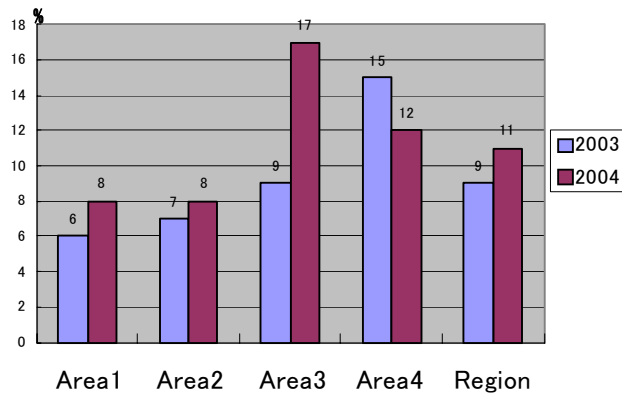


図3-8 保健センターにおける妊産婦リスク発見率

(4) 成果4：患者の適切な治療のための基本薬品供給が保障される。

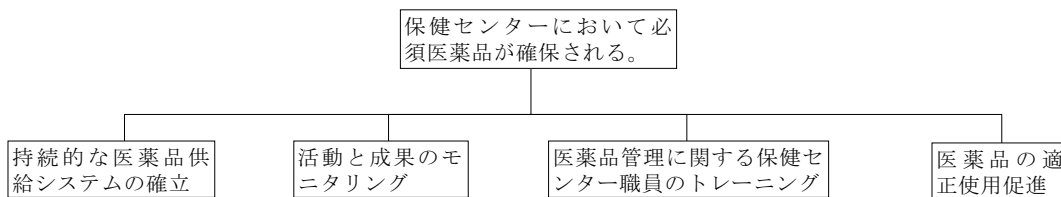


図3-9 成果4の活動体系図

### 1) 活動の実施状況

#### a) 持続的な医薬品供給システムの確立

各保健センターにおける医薬品使用・在庫状況を医薬品管理倉庫へ報告する方法として、S06 フォームという様式が4半期に一度提出されることになっていたが、提出遅延や誤記入が多く、このことが効率的な医薬品供給の大きな阻害要因となっていた。これに対し、医薬品配送トラックによるS06 フォームの回収などを始めたところ、提出状況の改善が見られている。このほかにも、倉庫内の医薬品在庫状況の把握に関するコンピュータープログラム導入や医薬品梱包計画策定、保健センターに対する効率的な配送計画や配送ルートを策定し、医薬品の計画的、効率的な配給が図られるようになった。他方、保健センターから地域事務所への医薬品在庫状況等についての連絡のためにラジオ無線が導入されたが、十分には活用されていないため活用方法に工夫が必要である。

#### b) 活動と成果のモニタリング

年度ごとに活動計画を策定し、そのモニタリングが毎年2回行われるようになった。しかし、活動が計画通りには実施されていないことが判明した場合でも具体的な対策がホンジュラス側により講じられることは少ないことが問題点として指摘されている。

#### c) 医薬品管理に関する保健センター職員のトレーニング

保健センターにおける医薬品管理の強化を図ることを目的として、S06 フォーム記入についてのトレーニングや説明資料の配布が実施されている。

d) 医薬品適正使用の促進

医薬品の適正使用推進を目的として、2001年に医師、薬剤師、疫学者を交えた治療委員会（Therapeutic committee）が設立されているが、具体的活動はあまり行われていない。

2) 達成度

a) 基本的な薬剤を常備する保健ユニットの割合が6割以上になる。

指標となる医薬品の在庫切れが全くない施設数の割合は、2001年の4.5%から2004年の29.2%にまで増加し、逆に4種類以上の在庫切れがあった施設は42.3%から3.1%へと減少している。

表3-5 在庫切れが生じた医薬品をもつ施設数

	在庫切れがあった医薬品をもつ施設数			
	2001年	2002年	2003年	2004年
在庫切れなし	5	28	5	38
1～3種	59	62	66	88
4～5種	30	14	28	1
5～10種	17	8	17	3
合計	111	112	116	130

b) 基本的な薬剤の供給を90日以内ごとに受ける保健ユニットの割合が40%以上、145日以内ごとに受ける保健ユニットの割合が100%になる。

2004年の第2四半期には、前回発送から90日以内に受け取った施設の割合が76%、および145日以内に医薬品を受け取った施設の割合が84.5%であり、目標値に近づいてきている。

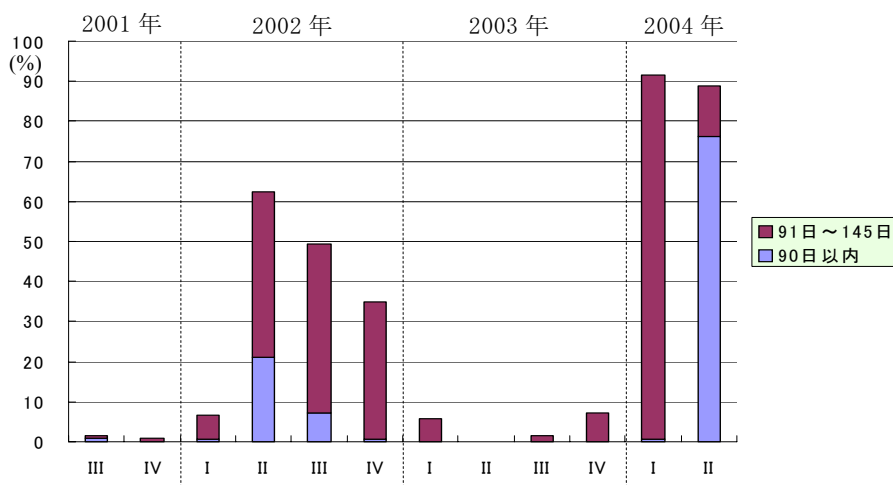


図3-10 90日以内および145日以内に医薬品を受け取った施設の割合（四半期ごと）

(5) 成果5：第7保健地域の臨床検査ネットワークにおける質の高いサービスの利用が保障される。

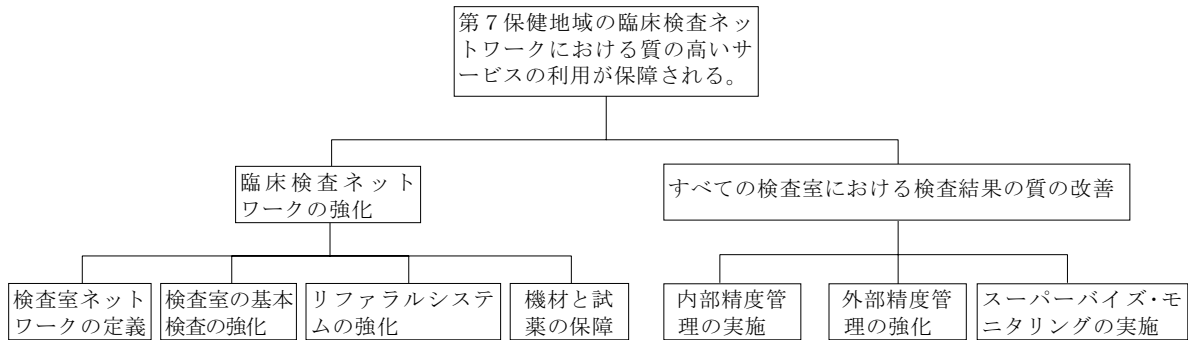


図3-11 成果5の活動体系図

### 1) 活動の実施状況

#### a) 臨床検査ネットワークの強化

検査の標準化と検体のリファラルシステムの強化を目的として、保健センターと地域保健事務所の検査室各々の役割を見直すとともに、検体のリファラルに係る統一フォーマットを作成した。また、検体の採取、作成、輸送などに関わる職員に対して研修を行った。他方、検査機材の老朽化に対処するために必要機材を供与し、各保健センターに対しては検査の質向上のために蒸留水作製装置を配備した。さらに、試薬不足を解消するために、計画的な試薬の購入と配給を図るとともに、「手作りできるものは手作りする」というコンセプトを導入し、現在は尿蛋白と血中ヘモグロビン検査の試薬を保健地域事務所検査室で作製・配給している。

#### b) すべての検査室における検査結果の質の改善

サンフランシスコ病院の検査室においては、プロジェクト開始後に内部精度管理が実施されるようになり、現在1日1回のコントロール測定が実施されている。他方、外部精度管理の結果の記録を整備することで、管理に参加している保健センターへのフィードバックがより適切に行われるようになってきている。具体的には、検査室の技師が定期報告のために地域保健事務所検査室を訪れた際、提出データに基づいた指導が行われるようになっている。

### 2) 達成度

#### a) 妊婦検査で定められた9検査項目を保健センター検査室で検査できるようにする。

11の保健センター検査室のうち、電気供給のない保健センターと最近開設された検査室を除く9つの検査室において妊婦検査で定められた9検査項目すべてが実施可能となった。

#### b) 保健センター検査室において行われた検査総数が50%増加する。

保健センター検査室の検査件数は年々増加傾向を示している。また、妊産婦検査受診者一人当たりには実施される検査回数は、プロジェクト開始前の平均2回から年々増加し、2003年には8回にまで増えている。

表 3-6 保健センターで実施された検査総数 (1999~2004 年)

年度	1999 年	2000 年	2001 年	2002 年	2003 年	2004 年
検査総数	56,875	70,908	58,245	82,660	106,052	76,133

表 3-7 保健センター検査室における妊婦一人当たりの実施検査数

保健センター名	1999 年	2000 年	2001 年	2002 年	2003 年	2004 年
Nueva Palestina	0	0.15	4.44	7.83	7.68	7.8
Becerra	0.54	0.71	2.57	4.05	9.17	9.4
Campamento	3.68	5.30	7.56	6.91	8.72	13.0
Concordia	0	1.90	2.50	2.30	8.0	7.4
Guayape	2.43	2.88	6.15	9.02	7.6	8.8
Catacamas	3.45	3.91	5.18	4.64	7.3	4.4
Salamá	2.25	3.86	4.79	5.55	7.8	9.1
La Unión	3.78	2.89	2.40	3.01	8.0	8.3
San Francisco de La Paz	3.85	3.70	5.71	6.40	6.2	5.2
San Esteban	0	0.73	6.14	7.72	9.3	9.8
地域レベル平均	1.99	2.66	4.74	5.74	7.9	7.4

注：2004 年は 7 月現在

c) 検査精度が向上する。

サンフランシスコ病院では 1 日 3 回以上の精度管理の実施をめざしているが、実際には 1 日 1 回しか行われておらず、また管理図が作成されることもなく、検査結果に対する解釈は行われていない。異常値に対する再検査の実施率も低い。また、保健センター検査室で行われている検査の質の維持については、外部精度管理の実施状況の改善が見受けられるが、未だに十分とはいえない。

(6) 成果 6：保健医療スタッフによるリプロダクティブヘルスのハイリスク発見のための健康教育が（患者へ）提供される。

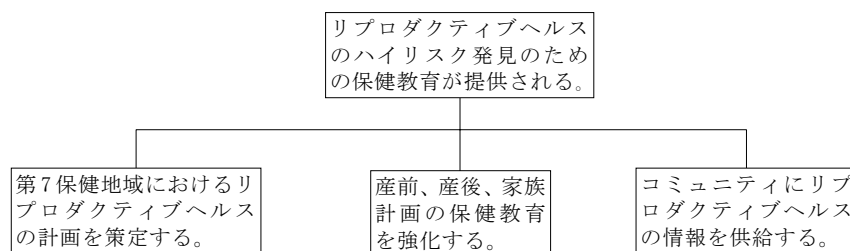


図 3-12 成果 6 の活動体系図

## 1) 活動の実施状況

- a) 第7保健地域のリプロダクティブヘルスにおける IEC 活動計画を策定する。

分野横断的グループである「グループ CINCO」(成果3を参照)を核として、女性の健康に関する保健人材の教育について様々な関係者の知見が集約された。2001年に実施されたコミュニティ調査の結果からは、コミュニティの住民が妊娠、出産、産褥に関する問題について情報をわずしかか得ておらず、保健センターのスタッフやラジオによる保健教育に対する潜在的ニーズが高いことが確認された。本調査結果に基づき、IEC 活動計画が策定された。

- b) 産前ケア、産後ケア、家族計画の保健教育を強化する。

コミュニティ調査結果に基づきリプロダクティブヘルスに関する17のテーマについての教材が作成され、全保健センターに配布、活用されている。また、保健センターの看護師、准看護師を対象として妊娠に伴うリスクや保健教育についての統合的トレーニングが実施された。

- c) リプロダクティブヘルスに関する情報のコミュニティへの提供

産前・産褥のコントロール、HIV/AIDS等の7つのテーマについて保健センターへの受診を呼びかけるラジオ放送がオランチョ県全域に向けて発信された。全県を対象とした放送期間は3ヶ月間であったが、継続的な放送に取り組んでいる市もある。また、リプロダクティブヘルス分野について関与が少なかった環境衛生技師に対してもIECの基本技術などについてのトレーニングが実施され、彼らによるコミュニティでの活動が少しずつではあるが行われるようになってきている。

## 2) 成果の達成度

- a) 妊婦検診の受診数が1割以上増加する。

公的医療機関での妊婦健診受診数は、2000年の12,566人から2003年の14,627人と16%増加している。

- b) 産後検診の受診数が1割以上増加する。

産後検診受診数は、2000年に5,386人、2003年に5,075人、2004年は8月時点で3,733人であり、顕著な変化は認められない。

- c) 保健センターの利用者のうち、出産可能年齢にある女性の4割以上が、周産期のリスクに関する保健教育を受ける。

2003年の保健教育活動モニタリング結果によると、リプロダクティブヘルスに関する保健教育を保健センターで受けた人は52,718人であり、これは出産可能年齢の受診者の21.1%にあたる。保健センターにおける保健教育の月平均の受講者数は3,476人(2002年)、4,393人(2003年)、4,193人(2004年)となっている。

- d) 住民のうち、出産可能年齢にある女性の35%以上が保健教育を受けている。

コミュニティ調査の結果、「保健センターで周産期の危険因子についての保健教育を受けましたか?」の質問に対し、2001年は「はい」が74人(32.3%)、2004年は99人(41.4%)と増加しており、目標の35%を達成している。その他の質問についても、産前コントロール(50%→58%)、産褥コントロール(38%→47%)、家族計画(55%→56%)となっており、緩やかな上昇傾向が認められる。



(7) 成果7：第7保健地域におけるカウンセリングサービスへのアクセスが改善される。

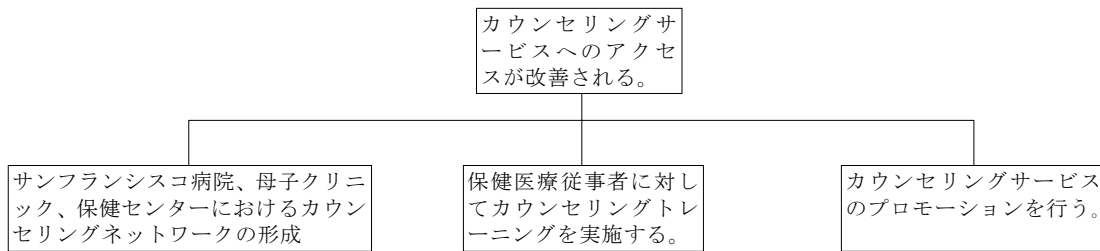


図3-13 成果7の活動体系図

### 1) 活動の実施状況

#### a) カウンセリングネットワークの構築。

カウンセリングの知識、経験の共有によって互いにサポートしあうことをめざしてカウンセラーたちのネットワークが設立された。具体的な活動としては、ニュースレター『カウンセラー仲間 (Amigos Consejeros)』が発行されるようになり、2001年11月から年に2、3回のペースで、これまでに9版発行されている。また、サンフランシスコ病院では各分野別のカウンセラーたちが一堂に集まる定期的ミーティングが毎月1回実施されるようになった。母子クリニックや保健センターのカウンセラーに対しては、各地区のコーディネーターによるモニタリングが行われるようになっている。

#### b) カウンセラーへのトレーニングを実施する。

47名のカウンセラーを対象として、2001年から毎年トレーニングが実施されている。さらに、カウンセリング実施上の諸問題を解決するための理解と協力を得る目的で、保健センター長等を対象とした管理者トレーニングも毎年実施されている。

#### c) カウンセリングサービスのプロモーション（広報）を行う。

カウンセリングサービスの存在を住民に知らせるために、各施設においてカウンセリングサービスに関するポスター等の作成、展示が行われるようになった。また、IEC分野の担当者との協同のもとにラジオを通してのプロモーションが実施された。

### 2) 成果の達成度

カウンセリングの実施数は着実な増加傾向にある。また、カウンセラーたちへのインタビュー調査を通じて、クライアントに対する態度、姿勢の改善やカウンセリングの質の向上が確認されている。さらに、単一のテーマにしか対応できなかったカウンセラーたちが複数のテーマ（家庭内暴力、家族計画、HIV/AIDS、結核など）を扱えるようになったことは、カウンセリングサービスへのアクセスの改善に大きく貢献している。

表 3-8 カウンセリング実施数

		2001 (11~12月)	2002	2003	2004 (1~6月)
実施数	実施総数	221	1,126	2,754	2,439
	初診	95	723	1,430	1,530
	再来	126	402	1,324	909
テーマ	バイオレンス	140	433	1,273	618
	HIV/AIDS	63	329	346	433
	家族計画	12	266	705	1,227
	結核	—	10	47	39
	その他	6	121	183	116

(8) 成果 8 :

<プロジェクト前半 (2000年~2003年) >

保健センター、保健地区、保健地域すべてのレベルで時宜を得た意思決定がなされる。

<プロジェクト後半 (2004年のPDM改訂後) >

地域レベルのモニタリングシステムが強化される。

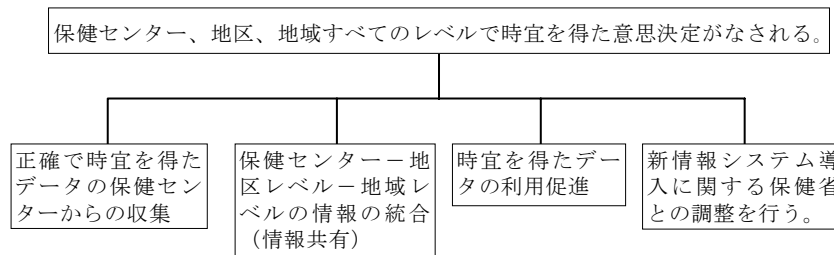


図 3-14 成果 8 の活動体系図 (2002~2003年)

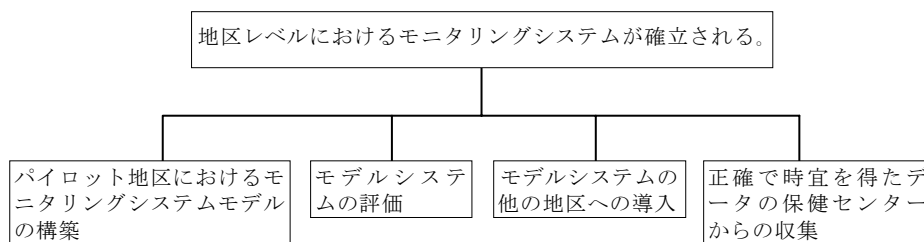


図 3-15 成果 8 の活動体系図 (2004年のPDM改訂後)

1) 活動の実施状況

第7保健地域では2000年からUSAID等の他ドナーにより新国家情報システムのパイロットプロジェクトが進められていたことから、このパイロットプロジェクトをサポートすることを目的として各種活動を実施した。しかし、パイロットプロジェクトは3年

を経過しても明確な成果を上げることができなかつたため、現地の状況を踏まえ、2004年のPDM改訂時に成果8の内容と活動を大幅に見直し、保健地区レベルにおけるモニタリングシステムの強化に取り組むことになった。

a) 正確で時宜を得たデータの保健センターからの収集

新国家情報システムのパイロットプロジェクトの実施に伴い試験的に導入されたデータ記入フォームの記入法トレーニングを実施した。同時に、印刷機の供与により記入用紙の安定供給にも取り組んだ。また、2003年からは保健センターから地区事務所へのデータ提出年間計画が策定され、さらに保健センターから地区事務所へ、地区事務所から保健地域事務所へ提出されるデータのスクリーニングも強化された。こうした一連の活動により2003年12月にはデータ記入フォームの期限内提出率は80.4%にまで改善し、2004年には95%に達した。

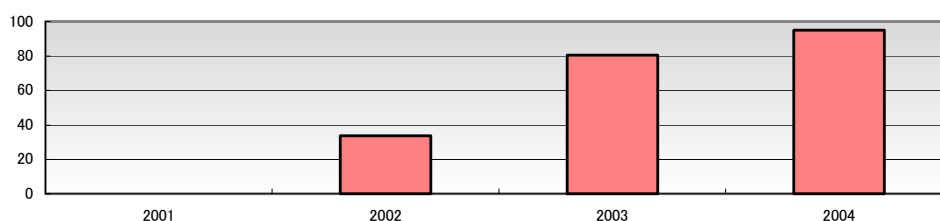


図3-16 第7保健地域統計部へ期限内にデータを提出した保健センターの割合（年次推移）

b) コンピューター化の推進による保健情報の共有

保健センター、地区事務所から保健地域事務所統計部に提出されるデータの処理方法を、コンピューター処理に変えることで、集計時間の大幅な短縮が実現された。さらに、統計部や疫学部等の部署をLANで結び、電子化されたデータをより迅速に利用できるようにした。

c) 時宜を得たデータの利用促進

新国家情報システムに取り入れられている基本的指標に関し、指標分析のためのミーティングを定期的実施するようにしたが、指標の分析は容易には進まなかった。この一因として、何を目的として具体的にどのように指標を使うのかが明確にされていないことが指摘されたため、指標の利用目的を明確にするためのワークショップをマネージャークラスのC/P約20名を対象者として行った。

d) パイロット地区におけるモニタリングシステムモデルの構築および他の地区への導入

2004年のPDM改訂後にモニタリングシステム強化のパイロット地区として第3保健地区を選定し、疾病サーベイランスを中心とした既存のモニタリングシステムに加えて、保健行政活動についてのモニタリングを新たに追加することにした。保健地区長を責任者にしたモニタリングチームを作り、保健行政に対するモニタリングシートを試用し、シートの改良を進めている。2005年1月に他の保健地区へのモデルシステムの導入が予定されている。

## 2) 成果の達成度

2004年のPDM改訂以降、保健地区レベルでのモニタリングシステムの構築は、地区長の積極的な関与があり、プロジェクト終了までにはモデルの開発がなされる見込みである。また、第3保健地区においてモデルとなるモニタリングシステムはほぼ完成されていることから、他の保健地区への導入が2005年初めから開始される予定となっている。

### (9) 成果9：

<プロジェクト前半（2000～2003年）>

第7保健地域のあらゆるレベルで運営管理努力が最大限になされる。

<プロジェクト後半（2004年のPDM改訂後）>

第7保健地域における財および人的資源が有効に活用される。

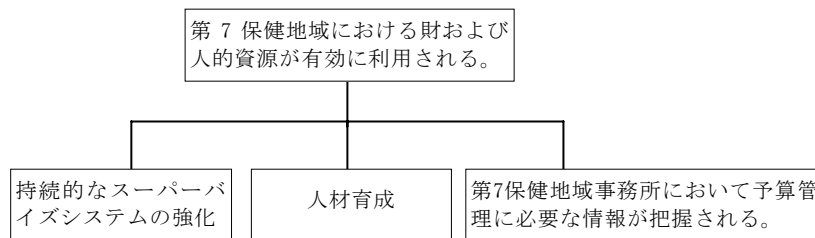


図3-17 成果9の活動体系

### 1) 活動の実施状況

成果9について、2004年のPDM改訂時に内容について変更はなかったが、成果9の記載表現をより具体的にわかりやすいもの書き換えている。

#### a) 持続的なスーパーバイズシステムの強化

USAIDのプロジェクト（PRIME II）との共同でスーパーバイズのためのガイド作成が進められた。保健プログラムを横断的にスーパーバイズするためのガイドのドラフトが作成され、トレーニングが行われたが、最終的なガイドは未完のままにPRIME IIが2003年6月をもって終了した。PRIME IIの終了と同時にホンジュラス側C/P側の活動は停滞している。

#### b) 人材育成

人材養成研修のための研修情報センターが2002年6月に開設され、本プロジェクトの事務所が併設されている。現在は日本側プロジェクトチームが運営管理にあたり、様々なトレーニングやワークショップが行われている。また、長期にわたる泊り込みの研修も行うことができる施設として、住民活動センターも設置されている。ただし、現在はカウンセリング関連の活動に活用されている。

#### c) 第7保健地域事務所において予算管理に必要な情報が収集される。

保健地域事務所における予算の流れや診療収入回収資金についての調査が短期専門家により行われ、各種提言が取りまとめられた。しかし、抜本的な改善に向けてのホンジュラス側による具体的な対策は現時点ではなされていない。

## 2) 成果の達成度

人材育成に関しては、研修情報センターにおいて各種トレーニングが活発に実施されており、また、同センターにおける保健本省や他ドナーによるトレーニングも増加傾向にある。さらに、2005年1月からは住民活動センターにおいて准看護師養成研修が開講される予定である。他方、スーパーバイズシステムの強化に関しては前述の理由から大きな改善は見られない。

表3-9 研修情報センターにおけるトレーニング・ワークショップ等の実施回数および参加人数

年	実施回数	参加人数
2002	32 (17)	636 (223)
2003	64 (22)	1,551 (589)
2004	32 (8)	648 (203)
Total	128 (47)	2,835 (1015)

注1. 2002年：7月から12月

2. 2004年：1月から7月

3. かっこ内はプロジェクト活動の一環として実施された数

## 3-2 プロジェクトの実施プロセス

### 3-2-1 プロジェクトの計画管理について

#### (1) PDMの軌道修正について

本プロジェクトでは、プロジェクト開始から9ヶ月経過した2000年12月に日本人専門家とホンジュラス側C/Pによる問題分析の結果に基づき、プロジェクト目標を含むPDMの大幅な見直しが行われた。その後、2004年5月に2回目のPDMの見直しが行われ、プロジェクトの現状により合致した指標が設定し直されるとともに、成果・活動がより具体的に記載された。

#### (2) 年間活動計画について

プロジェクトにおいては毎年新たな活動計画が作成され、この年間活動計画に沿ってプロジェクト活動が行われている。しかし、年間活動計画は必ずしもPO (Plan of Operation) に基づいて立案されてはならず、年間活動計画とPOとの乖離が見受けられた。

### 3-2-2 プロジェクトのマネジメント体制

#### (1) 意思決定の過程について

毎週定期的開催されるCCRにおいてプロジェクトの進捗について報告がなされるとともに、プロジェクト全体に関わる課題について検討が行われている。CCRには、ホンジュラス側からは保健地域事務所長、プロジェクトコーディネーター、サンフランシスコ病院長の3名、日本側からは長期専門家が参加している。ただし、各成果を担当するホンジュラス側責任者が本委員会には参加しておらず、成果間の情報共有や連携促進は必ずしも十分にはなされていない。

他方、プロジェクトの進捗状況や課題について保健本省担当者と協議するための場とし

て、合同調整委員会が4ヶ月ごとに開催されており、本委員会を通じて保健本省、第7保健地域事務所、日本人専門家チームの意思疎通が円滑になされている。

## (2) モニタリングについて

本プロジェクトでは、ホンジュラス側 C/P が主体となって成果ごとのモニタリングが4ヶ月ごとに実施されている。モニタリングの内容は、計画した詳細活動項目数と実施項目数とを比較して活動実施率を算出し、また成果品をレビューして、活動の進捗状況を確認、評価するものである。C/P が主体となった参加型モニタリング活動をプロジェクト活動の一つに組み込んでいる点は高く評価できる。

活動レベルのモニタリングが実施されていた一方で、プロジェクト全体の包括的なモニタリングは必ずしも十分には行われていなかった。適切な指標の設定が遅延したこともあり、成果やプロジェクト目標の達成状況の確認が必ずしも十分ではなかった。また、各成果を担当するホンジュラス側責任者が一堂に会してプロジェクト全体の進捗状況を話し合うという場をより多く持つことが望まれた。

### 3-2-3 技術移転の方法について

本プロジェクトでは、プロジェクト活動の計画立案から実施、評価に至るまで一貫した参加型開発手法の導入が進められている。具体的には、活動に関わるすべてのホンジュラス側 C/P の参加による現状調査、活動計画の立案、トレーニングのマニュアル作成、トレーニングの実施、モニタリングとフォローアップの実施といった一連の活動が行われている。日本人専門家の役割は、方法論や適切なツールの紹介とその使用方法の指導などを通して C/P の支援に努め、C/P の主体性を引き出すことに重きが置かれている。こうした参加型開発手法による活動の実施を通じて、C/P は自らの力により活動を計画、実施、フォローアップできるまでに至っている。

成果3「母性ケア」、成果6「IEC」、成果7「カウンセリング」の3つの成果については、セクター横断的グループ「グループ CINCO」を核として、各成果の C/P が連携しつつプロジェクト活動の計画、実施、評価を行っており、キャパシティ・ディベロップメントの効果が特に大きいことが確認されている。

### 3-2-4 ホンジュラス側のオーナーシップについて

#### (1) ホンジュラス側 C/P のオーナーシップ

プロジェクト開始当初からホンジュラス側 C/P と日本人専門家は話し合いを通じて課題や目的の共有に努めており、また、日本側の意見を押し付けることはしないという日本人専門家チームの方針により、ホンジュラス側 C/P のプロジェクトに対するオーナーシップは高い。さらに、参加型開発手法による活動の実施もオーナーシップの向上に貢献している。

#### (2) ホンジュラス側による経費負担

ホンジュラス側のプロジェクトに関する経費負担（ローカルコスト負担）は、表3-10のとおり漸増しており、ホンジュラス側のオーナーシップの持続、高まりが確認できる。

表3-10 ホンジュラス側予算手当て（プロジェクト開始後の予算額の推移）

2000	2001	2002	2003	2004	5年間累計
1,217,607.06	2,063,428.21	1,679,316.56	1,782,686.84	1,413,975.58	8,157,014.25

※2004年の実績は8月末時点

## 第4章 評価結果

### 4-1 評価5項目による評価結果

#### 4-1-1 妥当性

ホンジュラスの国家開発政策を代表するものとして貧困削減戦略ペーパーがある。保健分野は教育分野とともに同政策の中で最も重視されており、特に母子保健に焦点が当てられている。具体的な指標と目標値として、2015年までに乳幼児死亡率の半減、5歳以下の栄養失調児の2割減少、妊産婦死亡率の半減、安全な飲料水へのアクセスを95%に改善等があげられており、その多くが本プロジェクトの内容と密接に関連している。

また、現政権下において「妊産婦死亡削減戦略 2002 - 2006」が策定・実施中であり、その中で、2006年までに施設分娩率を7割以上に、妊婦検診を受ける妊婦の割合を9割以上に（村落部は5割以上）、妊婦検診を一度の妊娠で5回以上受ける割合を7割以上に、産後検診を受ける割合を5割以上にすることを目標として掲げている。

以上のとおり、本プロジェクトの目標、内容はホンジュラスの国家政策、保健政策との整合性が高く、ホンジュラス政府自身によるリプロダクティブヘルス向上に向けての取り組みを後押しするものであり、妥当性が高かった。

#### 4-1-2 有効性

##### (1) プロジェクト目標の達成度

「3-1-2 プロジェクト目標の達成度」で確認したとおり、プロジェクト目標の5つの指標の達成状況から、プロジェクト目標の達成度は高いと判断できる。計9つの成果を見ると、成果ごとに程度の差はあるがそれぞれある程度の達成度が確認されており、こうした各成果の達成がプロジェクト目標の達成に貢献したと考えられる。

##### (2) プロジェクト目標と成果の因果関係

本プロジェクトでは、リプロダクティブヘルスサービスの質の向上に関する広範な課題を解決することをめざし、計9つもの成果について取り組みがなされた。しかし、9つの成果はリプロダクティブヘルスに直接的に関連するものから地域保健全般に資するものまで多岐にわたったこと、また、成果間の連携や情報共有が必ずしも十分に行われてこなかったことから、9つの成果一つ一つがあたかも個別のプロジェクトのように認識、運営管理される側面が見られた。こうしたなか、9つの成果についての取り組みがプロジェクト目標の達成に貢献したことは明らかと考えられるが、一つ一つの成果が互いにどの程度貢献したのかといった点についてまで十分に評価を行うことは困難である。

#### 4-1-3 効率性

「3-1-3 成果の達成度」で確認したとおり、計9つの成果は、それぞれある程度の達成度が確認されている。ただし、各成果の達成度には相違があり、成果3「母性ケア」、成果4「医薬品管理」、成果7「カウンセリング」などは達成度が比較的高い反面、成果8「疫学・統計」および成果9「管理」は実施期間の途中で大幅な計画の見直しが行われたこともあり、当初予定の達成は期待されていない。なお、投入の量、質は次のとおりおおむね適切であった。



- ・本プロジェクトは成果が計9つであり、対象とする分野が多岐にわたっている。可能な限り専門家派遣の人数を抑制しつつ9つもの成果に取り組むために、長期専門家が複数の成果を担当するといった措置を講じた。また、担当の長期専門家が配置されない成果については短期専門家の派遣で対応した。
- ・本プロジェクトでは、終了時評価調査実施時までに計49名の短期専門家が派遣されている。この中で同一人物が短期専門家として複数回派遣されたケースは延べ37名である。指導分野の現状や課題の把握、人間関係の構築といった観点から同一人物の派遣は利点が大きく、効率性の面から評価できる。
- ・専門家および資機材の投入はおおむね計画通りに行われており、投入のタイミングは適切であった。日本側から供与された機材は、おおむね有効に活用されている。

#### 4-1-4 インパクト

##### (1) 上位目標の達成度

成果ごとのばらつきは見られながらも計9つの成果は着実に進展しており、この結果としてプロジェクト目標の達成度は高く、第7保健地域におけるリプロダクティブヘルスサービスの質は確実に向上してきていると考えられる。上位目標の指標である妊産婦死亡率については明らかな改善傾向は確認できないが、より質の高いリプロダクティブヘルスサービスが供与されることを通じて、第7保健地域のリプロダクティブヘルスの状況は改善傾向にあると推測される。

##### (2) 波及効果

###### 1) プラスのインパクト

- ・本プロジェクトにより導入された薬剤供給システムが保健本省から高く評価されており、このシステムの全国普及の可能性について検討がなされている。
- ・カウンセリングサービスが整備され、その有用性が地域に広く認められたため、地域の裁判所から犯罪被害者のケアを依頼されるようになってきている。
- ・薬剤供給およびリファラルシステム強化を目的に導入された無線が、疫学サーベイランスのためにも活用されるようになった。
- ・本プロジェクトで作成された新生児ケアのプロトコルを原案にして、プロトコルの冊子が米州開発銀行の資金により作成された。

###### 2) マイナスのインパクト

- ・サンフランシスコ病院の検査室に検査機器を導入した目的は、手作業で行われていた検査が機械で行われることで検査技師の業務量を減らし、これにより生じた余力を精度管理にあてることにあった。しかし、検査室の処理能力が上がったことにより、病院の医師から要請される検査数が増加したため、予測に反し検査技師の業務量を増やす結果となった。この結果、十分な精度管理が行われない状況が生じた。

#### 4-1-5 自立発展性

##### (1) 政策支援の継続

妥当性の項で概観したように、ホンジュラス政府は貧困削減戦略ペーパーを策定し、保

健医療を重要分野の一つと位置づけ、その中でも母子保健に重点的に取り組むことが明記されている。こうしたことから、ホンジュラスの開発政策、保健政策においてリプロダクティブヘルスの促進は引き続き重点課題の一つであり続けると考えられ、財政面からの支援も期待できる。

#### (2) 実施機関の能力、オーナーシップ

分野横断的グループ「グループ CINCO」といったリプロダクティブヘルス推進のための体制や仕組みが形成されており、プロジェクト活動の継続が期待される。また、参加型開発手法による活動を通じて、現場レベルでプロジェクト活動の継続を担い得るキーパーソンが育成されている。ただし、こうしたキーパーソンはすべての地区で育成されているわけではなく、活動を確実に継続、発展させていくためには、キーパーソンの育成を継続するとともに、関係機関の連携をさらに強化していく必要がある。

他方、CCR は、これまではプロジェクトのアドバイザー的な存在として機能していたが、今後はプロジェクト活動の継続を担うホンジュラス側の中核的組織となることが期待され、このためにも一層の能力強化が望まれる。

#### (3) 移転された技術の定着度

プロジェクト活動を通じて導入された数多くの取り組みがホンジュラス側 C/P の日常業務に制度として組み込まれており、定着度は高い。また、末端の実務担当者のみならず成果レベルのコーディネーターまで活動に積極的に参加した場合に、移転技術の定着度が高いことが確認されている。

### 4-2 結論

#### (1) リプロダクティブヘルスサービスの質の向上

指標の達成状況から、プロジェクト目標の達成度は高いと判断できる。成果ごとのばらつきは見られながらも計9つの成果は着実に進展しており、こうした各成果の達成がプロジェクト目標の達成に貢献したと考えられる。プロジェクトにおける参加型開発手法による取り組みを通じて、保健医療スタッフの技術と意識が高まり、彼らの努力の結果として第7保健地域におけるリプロダクティブヘルスサービスの質は確実に向上してきており、地域住民のリプロダクティブヘルスの状況は改善傾向にあると推測される。

#### (2) 地方分権化の促進に資する試み

ホンジュラスでは現在、地方分権化が推し進められている。これまでの業務は、中央レベルが基本的な活動方針を作成し地方がそれを実施する、という役割分担で行われてきた。しかし、地方分権化の進展に伴い、中央レベルの主な役割は基本政策や戦略、そして達成すべき基準（ノーム）の設定およびスーパーバイズに限定されてくる。地域レベルではそれら基本方針に従って、地域ごとに異なる状況を踏まえ、行うべき具体的な活動を作成し実施することが求められる。つまり地方分権化は、指示を受けて動く受動的な業務形態から自分で考え実施する能動的な業務形態への変化でもある。本プロジェクトでは特に実務レベルにおいて、参加型開発手法を通じて人材育成が進められてきている。そこでは業務を行う当事者

がまず現状を把握して問題点を抽出し、問題解決に向かって業務の目的や手段を自ら設定・実施し、そしてその評価も行うという、一連の能動的な業務への取り組みが実践された。このような思考・行動の組織レベルでの変容は、言うまでもなく一朝一夕には実現できない。しかし、プロジェクトを通して行った参加型の取り組みは未だ緒についたばかりとはいえ、保健行政の地方分権化を促進する重要な試みであるといえる。

### (3) 参加型開発手法による実務レベルスタッフのエンパワーメント

プロジェクト活動を通して、実務レベルのスタッフの技術の習得が進んだ。特にグループ CINCO に参加したホンジュラス側 C/P は、現状把握のための調査手法、問題点の分析技術、問題解決のための手段の設定と実施（トレーニングプログラムの作成と実施）といった一連の業務を、参加型開発手法のもとで実践したため業務へのモチベーションが上がり、加えて移転技術の習得も大きく進んだ。C/P らはこれらの活動の中で、苦手とされている合意形成のプロセスを OJT を通じて習得し、加えてグループワークの利点や楽しさを体感していることから、総合的なエンパワーメントが実現できている。これを成功モデルとして、コミュニティでの活動や、保健地域事務所の他の部門に適用することができる。

## 第5章 提言と教訓

### 5-1 提言

今回の調査において、プロジェクト専門家およびホンジュラス側 C/P との協議を踏まえ、調査団から以下6点の提言を行った。

- (1) 本プロジェクトは成果レベルにおいて、ある程度の達成度を示しているが、プロジェクト目標の達成に向けての各成果の貢献については十分に実証できていない。プロジェクト目標の達成に有効な活動として何がなされ、何がなされなかったかを検証することにより、プロジェクト目標達成への筋道を論理的に組み立てることが必要である。そのため、成果ごとのホンジュラス側責任者（コーディネーター）を交え、CCR は論理関係を整理し、それに基づく今後の活動計画を明確化することが重要である。
- (2) 参加型開発手法は、地方の保健行政の強化のみならず、実務レベルの人材育成にも有効であるので、参加型開発手法を維持することは重要である。そのため、ワークショップ開催経費の予算化や CCR 機能の行政システムへの取り込み、あるいは現実的なモニタリング方法の提言など、プロジェクト終了後においても参加型開発手法が自立発展できるための準備を行うことが必要である。
- (3) ホンジュラスのリプロダクティブヘルス改善のためにも、本プロジェクトで得られた良い経験は他県や政府関係者へも効果的に伝達することが望ましい。そのため、参加型開発手法によってモニタリング評価の結果を活動改善にフィードバックした事例など、プロジェクト活動を通じて得たノウハウをまとめ、公開（socializar）すべきである。また、プロジェクトが開発した新生児ケア・プロトコールなど、プロジェクトの成果物については、プロジェクト活動の証としてプロジェクト名とともに残すことも重要である。
- (4) 今回の評価で提示された課題を解決するために、各成果分野のホンジュラス側責任者（コーディネーター）が定期的集まり、プロジェクト全体の進捗をみんな管理していく必要がある。
- (5) 准看護師養成研修が開始されるまで、住民活動センターをカウンセリング以外の活動にも、もっと積極的に活用していくべきである。
- (6) 無線の有効活用により、薬剤供給およびリファラルシステムの強化を図るべきである。

### 5-2 教訓

今回の調査を踏まえ、本プロジェクトから得た教訓として、調査団から以下4点をあげた。

- (1) 参加型開発手法は地方分権化の促進に資する、効果的なアプローチである。

- (2) 成果ごとの責任者も含めた主たる C/P を含むプロジェクトの運営会議を定期的を開催すべきである。本プロジェクトの場合、R/D（討議議事録）に記載されているプロジェクト実施委員会（Comité de Implementación）がこれにあたる。
- (3) 本プロジェクトの成果分野横断的ワークチーム（グループ CINCO）の例が示すとおり、プロジェクト目標の達成を念頭に置いた分野間協調のメリットは大きい。
- (4) 重要な保健指標データの欠如は、プロジェクトの評価や活動の改善、成果のアピールなどの障害となる。重要な保健指標データが適宜得られるシステムを、プロジェクト早期より構築すべきである。



## 付 属 資 料

1. ミニッツ・合同評価報告書（和文）
2. ミニッツ・合同評価報告書（西文）
3. 調査団長所感（橋爪章団長）
4. 調査団員所感（明石秀親団員）
5. 評価グリッド





## 1. ミニッツ・合同評価報告書（和文）

### ホンジュラス国第7保健地域リプロダクティブヘルス向上プロジェクト 終了時評価調査協議議事録

独立行政法人国際協力機構（以下「JICA」という。）が組織し、橋爪章博士を団長とする日本側終了時評価調査団（以下「調査団」という。）は、ホンジュラス国における第7保健地域リプロダクティブヘルス向上プロジェクトの最終年度にあたり、プロジェクト活動の評価を行い、もって今後の技術協力の対応方針を検討することを目的として2004年10月3日より10月29日までの日程でホンジュラス国を訪問した。

ホンジュラス国滞在中、調査団は、ホンジュラス国側関係者及び日本人専門家と共に協議を行い、第7保健地域リプロダクティブヘルス向上プロジェクトの活動状況について総合的な評価を行い、合同調整委員会に対し合同評価報告書を提出した。

調査団とホンジュラス国の関係者は協議の結果、附属の別紙のとおり合意した。

2004年10月26日  
於 テグシガルパ市

---

橋爪 章  
団長  
JICA プロジェクト終了時評価調査団  
日本国

---

Elías Lizardo  
大臣  
保健省  
ホンジュラス国

## 別紙

### 1 調査団派遣の経緯と目的

本プロジェクトの協力期間終了を2005年3月に控え、これまでの協力による技術協力移転状況を調査し、今後の協力のあり方について提言を行うべく終了時評価を実施する。調査団派遣の目的は以下のとおり。

終了時評価調査時点まで実施した協力について、R/D(Record of Discussion)に記載されたマスタープラン、TSI(Tentative Schedule of Implementation)およびPDM(Project Design Matrix)に照らし、プロジェクトの活動実績、管理運営状況、カウンターパートへの技術移転状況について評価を行う。

評価結果から教訓および提言などを導き出し、今後の協力のあり方や実施方法の改善に資する。

### 2 プロジェクト実施の経緯と目的

ホンジュラス共和国の保健医療指標は依然として中南米諸国の中では低い保健水準にあり、ホンジュラス政府は保健セクターを最重要セクターのひとつに位置づけている。

かかる背景のもと、ホンジュラス政府は保健セクターの既存資源を有効活用し保健サービスの改善を図るべく、我が国に開発調査「全国保健医療総合改善計画調査」を要請した。同調査は1995年1月から1996年8月まで実施され、同調査の結果を受けて、ホンジュラス政府は、同調査結果においてモデル地域とされた第7保健地域(オランチョ県)におけるプロジェクト方式技術協力「第7保健地域保健総合開発計画」を要請した。

これを受けて、JICAは1999年2月に事前調査を、2000年3月に実施協議調査を実施し、プロジェクトの協力対象を特にリプロダクティブヘルスとし、プロジェクト名称を「第7保健地域リプロダクティブヘルス向上プロジェクト」とすることで合意し、同年4月1日より本プロジェクトを開始した。

本プロジェクトは、第7保健地域において保健医療供給者が質の高いリプロダクティブヘルスサービスを提供することをプロジェクト目標に設定し、9つの分野((1)産婦人科、(2)新生児ケア、(3)母性ケア、(4)医薬品管理、(5)臨床検査、(6)IEC、(7)カウンセリング、(8)疫学・統計、(9)管理に係る協力)を実施している。

### 3 終了時評価の方法

#### 3-1 評価の方法

日本側評価調査団は、ホンジュラス側代表者と合同評価チームを編成し、プロジェクトのR/D、PO(活動計画)およびPDMに基づいて、評価活動を実施した。これらの活動には、以下に述べるプロジェクトの進捗に関する2側面および5項目に基づいたPCM手法での各成果の分析、取りまとめおよび関係者とのディスカッションが含まれる。

### 3-2 評価クライテリア

#### 3-2-1 プロジェクト進捗に関する2側面

##### 1)実績

実績とは、上位目標、プロジェクト目標、成果および投入についての達成度合いを確認することである。

##### 2)実施プロセス

実施プロセスとは、実施期間中のプロジェクト活動の実施プロセスを確認することである。

#### 3-2-2 評価5項目

- 1)妥当性 プロジェクトの計画内容が国家計画や受益者のニーズ等と合致しているか。
- 2)有効性 プロジェクト目標がどこまで達成されたか。または達成される見込みがあるか。
- 3)効率性 投入が成果に転換されているか。成果達成のために投じた人・物・資金に過不足がないか。
- 4)インパクト プロジェクトが実施されたことにより、直接的または間接的にどのような正負の効果が生じたか。
- 5)自立発展性 協力終了後も「プロジェクト実施による正の効果」が持続されるか。

### 4 評価結果

投入・活動実績(活動・投入の計画と実績の対比)

合同評価報告書添付資料 1、2、3、4 参照

実施プロセス

合同評価報告書参照

#### 5 評価5項目の評価結果(詳細は合同評価報告書参照)

##### 妥当性

リプロダクティブヘルス分野の取り組みは、ホンジュラスの国家政策である貧困削減戦略にも保健政策にも合致しており、プロジェクト目標および上位目標と政策との整合性は高い。計画の論理関係については整理が不十分であった。

##### 有効性

プロジェクト目標の指標の達成度は高い。また、成果レベルについてもある程度の達成度を示している。

## 効率性

プロジェクトの対応分野が広いため、長期専門家が複数の成果分野を担当したり、その他の分野については同一短期専門家の複数回の派遣などを試み、効率的な専門家の投入を行った。投入された資機材は、おおむね有効に活用されている。プロジェクト運営管理方法については、必ずしも効率的ではなかった。

## インパクト

プロジェクト活動の成果の現れにはばらつきが見られるが、それぞれ進展しており、妊産婦死亡率の低下に向けた取り組みは進んでいると考えられる。

## 自立発展性

政策支援の継続の見込みは担保されており問題はない。活動実施組織の能力、特に実務レベルの人材能力に関しては、プロジェクトを通してエンパワーメントが進みつつある。今後は地域調整委員会(Comité de Coordinación Regional: CCR)の組織能力の向上を図ることで、プロジェクトの自立発展性が期待できる。

## 貢献・阻害要因の総合的検証

### 貢献内容について

- ・ 一貫してカウンターパート(C/P)の自主性を尊重する方針を貫いたこと。
- ・ C/P 自らが計画立案と実施に携わったこと。
- ・ 周到な計画立案を行っていること(母性、IEC、カウンセリング)。
- ・ 現状を十分把握したシステムをデザインしたこと(薬剤配給)

### 阻害要因について

- ・ 計画の基になる論理関係の整理が不十分だったこと。
- ・ 成果分野のコーディネーターを含んだプロジェクト実施委員会を形成しなかったこと。
- ・ プロジェクトのマネージメントに関する視点が弱かったこと。

## 6 結論

全体として、今回の参加型の取り組みにより、職員の意識が高まり、彼らの努力の結果として様々な活動は活発になってきている。従って、住民への裨益効果が期待されるプロジェクトであったと考える。

### (1) 地方分権化の促進に資する試み

ホンジュラスでは現在、地方分権化が推し進められている。これまでの業務は、中央レベルが基本的な活動方針を作成し地方がそれを実施する、という形態で行われてきた。しかし、地方分権化が進むと、中央レベルでは基本政策や

戦略、そして達成すべき基準(ノーム)の設定およびスーパーバイズが中央の役割となる。地域レベルではそれら基本方針に従って、地域ごとに異なる状況を踏まえ、行うべき具体的な活動を作成し実施することが求められる。つまり地方分権化は、指示を受けて動く受動的な業務形態から自分で考え実施する能動的な業務形態への変化でもある。当プロジェクトでは特に実務レベルにおいて、参加型開発手法を通じて人材育成が進められてきている。そこでは業務を行う当事者がまず現状を把握して問題点を抽出し、問題解決に向かって業務の目的や手段を自ら設定・実施し、そしてその評価も行うという一連の「能動的な業務への取り組み」が実践された。このような思考・行動の組織レベルでの変容は、言うまでもなく一朝一夕には実現できない。しかし、プロジェクトを通して行った「参加型」の取り組みは、まだ緒についたばかりとはいえ、保健行政の地方分権化を促進する重要な試みであるといえる。

## (2) 参加型手法による実務レベルスタッフのエンパワーメント

プロジェクト活動を通して、実務レベルのスタッフの技術の習得が進んだ。特に成果分野横断的ワークチーム(グループ CINCO)に関する C/P は、現状把握のための調査手法、問題点の分析技術、問題解決のための手段の設定(トレーニングプログラムの作成)と実施という一連の業務を、上述の参加型手法を用いて実践したため業務へのモチベーションが上がり、加えて移転技術の習得も大きく進んだ。関係 C/P らはこれらの活動の中で、苦手とされている「合意形成のプロセス」を OJT で習得し、加えてグループワークの利点や楽しさを体感していることから、総合的なエンパワーメントが実現できている。これを成功モデルとして、コミュニティでの活動や地域保健事務所の他の部門に適用することができる。

## 7 教訓と提言

### 提言

(1) 本プロジェクトは成果レベルにおいて、ある程度の達成度を示しているが、プロジェクト目標の達成に向けての各成果の貢献については十分実証できていない。プロジェクト目標の達成に有効な活動として何がなされ、何がなされなかったかを検証することにより、プロジェクト目標達成への筋道を論理的に組み立てることが必要である。そのため、成果ごとのコーディネータを交え、CCR は論理関係を整理し、それに基づく今後の活動計画を明確化すべきである。

(2) 参加型開発手法は、地方の保健行政の強化のみならず、実務レベルの人材育成にも有効であるので、参加型開発手法を維持することは重要である。そのため、ワークショップ開催経費の予算化やCCR機能の行政システムへの取り込み、

あるいは現実的なモニタリング方法の検討など、プロジェクト終了後においても参加型開発手法が自立発展できるための準備を行うことが必要である。

(3) ホンジュラスのリプロダクティブヘルス改善のためにも、本プロジェクトで得られた良い経験は他県や政府関係者へも効果的に伝達することが望ましい。そのため、参加型手法によってモニタリング評価の結果を活動改善にフィードバックした事例など、プロジェクト活動を通じて得たノウハウをまとめ、公開(socializar)すべきである。また、プロジェクトが開発した新生児ケア・プロトコルなど、プロジェクトの成果物については、プロジェクト活動の証としてプロジェクト名とともに残すことも重要である。

(4) 今回の評価で提示された課題を解決するために、各成果分野のコーディネーターが定期的集まり、プロジェクト全体の進捗をみんなで管理していく必要がある。

(5) 准看護師養成研修が開始されるまで、住民活動センターをカウンセリング以外の活動にも、もっと積極的に活用していくべきである。

(6) 無線の有効活用により、薬剤供給およびリファースシステムの強化を図るべきである。

## 教訓

(1) 参加型開発手法は地方分権化の促進に資する、効果的なアプローチである。

(2) 主たる C/P を含むプロジェクトの運営会議を定期的開催すべきである。本プロジェクトの場合、R/D に記載されているプロジェクト実施委員会(Comité de Implementación)がこれにあたる。

(3) 本プロジェクトはプロジェクト成果分野ごとに独自の活動を展開した。しかし、グループ CINCO の例が示すとおり、分野間協調(Coordinación)のメリットは大きい。プロジェクト目標の達成を念頭に置いた分野間協調を、より推進すべきであった。

(4) 重要な母子保健指標データの欠如は、プロジェクトの評価や活動の改善、成果のアピールなどの障害となる。重要な母子保健指標データが適宜得られるシステムを、プロジェクト早期より構築しておくべきであった。

ホンジュラス国  
リプロダクティブヘルス向上プロジェクト

終了時合同評価報告書

2004年10月26日

添付資料 リスト

- 添付資料 1. プロジェクト・デザイン・マトリクス
- 添付資料 2. 専門家派遣実績
- 添付資料 3. 研修員受入れ実績
- 添付資料 4. 供与機材リスト
- 添付資料 5. ローカルコスト負担
- 添付資料 6. プロジェクトチーム自己評価結果

## 1. 実績

### 上位目標の達成度

「第7保健地域の妊産婦死亡率が2010年に98(出生10万当たり)に減少する」

表1 第7保健地域における妊産婦死亡率

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004(9月)
妊産婦死亡数	12	20	18	7	14	11	16	14	9
妊産婦死亡率	79	151	132		116	86	125	108	

出所:第7保健地域事務所

第7保健地域における妊産婦死亡率の推移

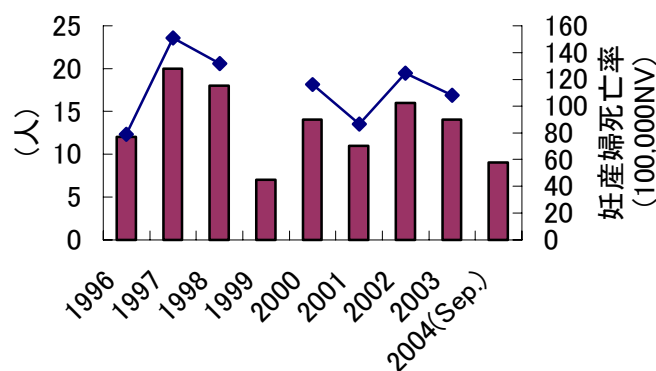


図1 第7保健地域における妊産婦死亡率の推移

貧困削減戦略ペーパーに準じ上位目標を設定した。第7保健地域事務所の妊産婦死亡率は変動が激しく、現時点でプロジェクトの効果を計ることはできなかった。

### プロジェクト目標の達成度

プロジェクト目標の指標は以下の5つである。

- ・ 利用者の90%がリプロダクティブヘルス分野のサービスに満足する(終了時)
- ・ 施設分娩の割合が12%増加する(終了時)
- ・ サンフランシスコ病院内の新生児死亡率が1割減少する(終了時)
- ・ 妊婦検診受診者率が1割増加する(終了時)
- ・ 産後検診受診者率が1割増加する(終了時)



これらの達成度をひとつずつレビューする。

「利用者の90%がリプロダクティブヘルス分野のサービスに満足する」

プロジェクト開始前の病院出口調査(1999年)時点で、既に満足度が90%以上あったため、「利用者の満足度が下がらない」ことを目標にした。2004年4月の施設利用者調査では満足度は98%で下がっていない。また満足度の内訳では、質・量の改善にプロジェクトが多角的に介入した母子クリニックにおける満足度が極めて高い。これはプロジェクト活動の効果と推測される(ただしベースラインはない)。

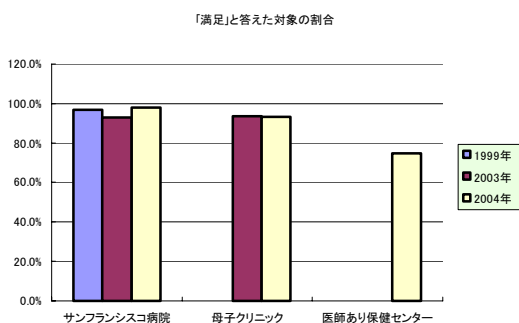


図2 利用者の満足度

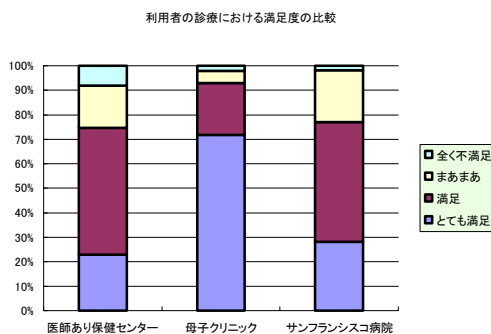


図3 利用者の満足度の内訳

「施設分娩の割合が12%増加する」

ホンジュラスの保健政策である「妊産婦死亡削減戦略」では、年2%ずつ施設分娩を増加させることを目標にしている。プロジェクトでは、この2%にプロジェクトの効果としての1%を加え、年3%の増加、4年間で12%の施設分娩の増加をプロジェクトの目標とした。アンケート調査の結果によると、37.5%(2001年4月)から46.7%(2004年4月)に9.2%増加している。年率3%の増加を達成していることから、プロジェクト終了時の目標達成が見込まれる。

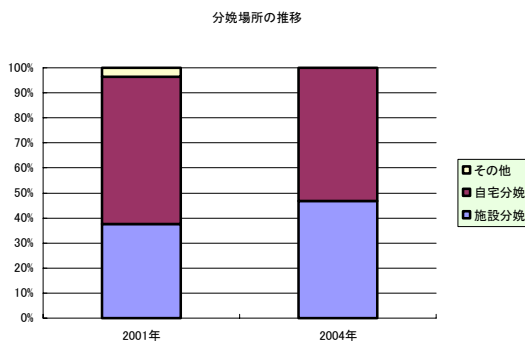


図4 分娩場所の推移度

「サンフランシスコ病院内の新生児死亡率が1割減少する」

サンフランシスコ病院の新生児死亡率はほとんど変化が見られない。プロジェクトの直接の介入効果が期待される48時間以降の新生児死亡率は着実に減少しているが、この指標のプロジェクト終了までの達成は難しい。

表2 サンフランシスコ病院における新生児死亡率(出生1000人当たり)の推移

	2001	2002	2003	2004*
病院新生児死亡率	10.5	10.8	11.4	10.2

「妊婦検診受診者数が1割増加する」

前出の「妊産婦死亡削減戦略」によると、妊婦検診の受診率は年1%ずつ増加させることになっている<sup>1</sup>。プロジェクトではプロジェクト開始時(2001年)に80.4%に達していたため、終了までに90%を超えることを目標として設定した。2004年の調査の結果では、受診率は90.6%に増加しており、目標に到達している。

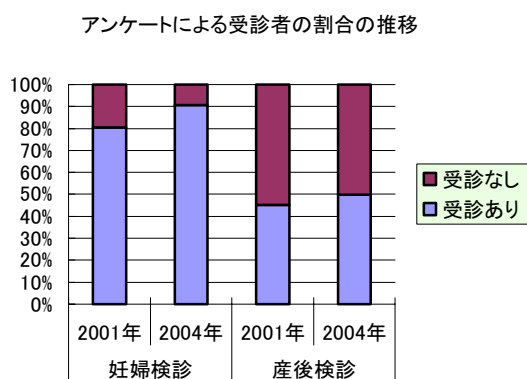


図5 妊婦検診・産後検診の受診者の割合の推移(アンケート調査)

「産後検診受診者数が1割増加する」

「妊産婦死亡削減戦略」では、2006年までに産後検診の受診率を50%にまで引き上げることを目標にしている。プロジェクトでも同戦略に基づき、プロジェクト終了時までに50%の産後検診率を達成することを目標に設定した。プロジェクトによる調査では、45.1%(2001年)から48.0%(2004年)へと3%弱増加している(図6参照)が、まだプロジェクト目標には到達していない。単純計算すると年率1%弱の増加率となっているため、プロジェクト終了時までに達成の可能性はある。

<sup>1</sup> 増加率が低いのは、既にホンジュラスにおける妊婦検診受診率(一度でも妊婦検診を受診したことのある妊婦の割合)は80%に達しており、急激な受診率の増加が見込めないためである。

以上のプロジェクト目標の指標の達成度を見る限り、プロジェクト目標の達成度は高いと判断できる。

## 成果の達成度

成果 1: 「サンフランシスコ病院(HRSF)及び母子クリニック(CMI)において、女性に対しての適切かつ時宜を得た治療がされる」

サンフランシスコ病院と母子クリニック間のリファラルシステム確立をめざしたが、施設間の連携強化までとなった。母子クリニックは妊婦検診や産後検診、分娩、家族計画、カウンセリング等のサービスが充実してきており、調査での住民の満足度も高いことから、質的には改善していると考えられる。

成果 2: 「サンフランシスコ病院および母子クリニックにおいて、新生児ケアが改善される」

成果をほぼ達成されたと考えられる。プロジェクトのターゲットは呼吸管理が必要な重症新生児ではなく、新生児ケアの基本である体温管理、栄養管理、感染予防の徹底を通して新生児ケアの改善を図っている。介入効果が期待される生後 48 時間以降の新生児室死亡数は 34 死亡例中 19 例 (2000 年)、39 例 10 例 (2003 年)、32 例中 7 例 (2004 年 8 月現在) と確実に減少している。

成果 3 「CESAR (医師無し保健センター)、CESAMO (医師有り保健センター)、母子クリニック及びサンフランシスコ病院において、妊娠、出産、産後のリスク要因が早期に同定される」

ほぼ 100%の保健センター職員が研修を受け、修得した技能のうち 8 割を現場で使っているという調査結果、および保健センターにおける妊婦検診受診者数と妊婦検診における検査数がそれぞれ増加していることから、当然妊産婦のリスク検知数が増加していることが推定される。

成果 4 「患者の適切な治療のための基本薬品供給が保証される」

プロジェクト活動により薬品配給状況は大きく改善された。その後一旦状況は後退したが、現在は急激に薬品配給の機能が回復しつつある。一方、薬剤配給システムを支えるもうひとつの大きな柱である医療現場での医薬品の適正使用については、今後の努力を必要とする。

成果 5 「第 7 保健地域の臨床検査ネットワークにおける質の高いサービスの利用が保障される」

臨床検査ネットワーク強化についてはほぼ達成できる見込み。一方、精度管理に関しては改

善は見られるものの、第一歩を踏み出した状態である。

#### 成果 6 「保健医療スタッフによるリプロダクティブヘルスのハイリスク発見のための健康教育が（患者へ）提供される」

目的をほぼ達成できる見込みである。特に僻地における教育活動は効果を上げている。本成果の指標は、プロジェクト目標の指標にも使用されていることから、上述の「妊婦検診受診者数が1割増加する」の項を参照されたい。

#### 成果 7 「第7保健地域におけるカウンセリングサービスへのアクセスが改善される」

目標をほぼ達成できる見込みである。プロジェクト開始前まで「カウンセリングは教育である」と理解していたカウンセラー達は、トレーニングを通してカウンセリングの本当の役割を理解し、業務を行うための技術を習得している。計47名のカウンセラーが研修を受けた。また、単一のテーマごとだったカウンセラーが多数のテーマ(家庭内暴力、家族計画、HIV/AIDS、結核など)を扱えるようになり、実質的なキャパシティが向上した。それは、2001年:221(2ヶ月のみ)、2002年:1129、2003年:2754、2004年:2439(1月～6月)というカウンセリング実施数にも反映されている。2002年と2004年の比較では、約4倍以上にまで増加している<sup>2</sup>。

#### 成果 8 「地域レベルのモニタリングシステムが強化される」

時宜を得て正確なデータ収集に関しては、95%の保健センターから期日以内にデータが提出されている。本成果は、USAIDが資金を出しCDCとPAHOが導入を試みている「新情報システム(SIIS)」プロジェクトのパイロットの実施をサポートする立場にあり、入力用コンピューターを導入、システムの分析などの支援を行ってきた。SIISのパイロットは現在も継続中だが、保健省の情報システムとして稼動することが困難な状況にある<sup>3</sup>。そのため、プロジェクト側ではSIISにかかる活動を入力状況のモニタリングのみに縮小している。他方、実務レベルでの効率的な活動の実施を目的としたモニタリングシステムの開発は、地区長の積極的な関与があり、プロジェクト終了までにモデルの開発ができる見込みである。

#### 成果 9 「人的資源と資金を効果的に活用される」

成果9には、人材開発の促進、統合的スーパービジョンのシステム確立、財政管理強化という3つの柱がある。人材開発については、研修センターの使用度(利用人数)以外の指標をとっておらず、人材開発の質という面では評価ができない。スーパービジョン機能の強化については、地域事務所内における統合的スーパービジョンチームの形成、スーパービジョン実

<sup>2</sup> 2004年の実施数は半年分であるため、同年の実施数を2倍にして算出している。

<sup>3</sup> データ入力 of 末端に関しては、入力作業にかかるワークロードが大きいこと、入力用のパソコンとそのため的人员が新たに必要となることの2点があげられる。入力された情報の集積(中央レベル)では、情報集積用のアプリケーションソフトの開発が大きく遅れていること、などが実施を妨げる要因としてあがっている。

施計画の策定、スーパービジョンガイドの作成、スーパービジョンの実施という4つの活動があるが、現状では3つのスーパービジョンガイドのドラフトが作成されるにとどまっている。財政管理強化については、財務の流れの現状と問題点を明らかにすることができた。

## 2. 実施プロセス

### (1) プロジェクト運営

本項目では「モニタリングの仕組みの適正」と「PDM や詳細活動計画の軌道修正の内容」についての検証を行う。

#### モニタリングの仕組みは適当か

本プロジェクトでは、プロジェクト期間を通して成果ごとにモニタリングが行われていた。このモニタリングは、C/Pの実務担当者が主体となって4ヶ月ごとに実施されている。モニタリングの方法は、計画した詳細活動項目数と実施項目数から「実施率」を算出し、また算出された成果品をレビューして、活動の進捗状況をモニター・評価していた。活動の実施の有無という意味ではこの方法で把握が可能であり、詳細活動の進捗確認にはこのモニタリング方法は活用できる。明確なプロジェクトモニタリングの仕組みを持たないプロジェクトも多い中、C/Pを巻き込んだ参加型モニタリング活動を、プロジェクト活動の中にビルトインさせている点は高く評価できる。

モニタリングには、「進捗管理」とともに「論理関係の整合性(目的-手段の妥当性)」を検証する、というプロジェクトの重要な機能がある。プロジェクトが用いたモニタリング項目には、プロジェクト目標-成果-活動のつながりに関する視点が足りなかった。加えて指標が設定されていないことから、成果やプロジェクト目標の達成状況も確認できない状況にあった。

プロジェクトのモニタリングには、活動実施に関する視点と、マネジメントに関する視点がある。プロジェクトで行われていたモニタリングは、このうち活動に関する視点によるものである。マネジメントに関する視点とは、プロジェクトの全体を俯瞰し、より効率的・効果的なプロジェクト運営管理を実現しようとする視点であり、本来地域調整委員会(CCR: Comité de Coordinación Regional)が受け持つべきものである。このCCRに実務レベルの活動群の責任者である各成果のコーディネーターが含まれないことで、CCRがマネジメントレベルでモニタリングを実施するための接点を失っている。

#### PDM や詳細活動計画の軌道修正の内容

PDMの修正は、R/D締結後、2000年12月にプロジェクト目標を含む大幅な変更が行われ

ている<sup>4</sup>。R/D 報告書に「問題分析の結果に基づき、12月までに PDM を見直す」とあることからわかるように、この変更はある程度予見されていたものである。その後、PDM の変更は 2004 年 5 月になるまで行われていない。2004 年の変更では、成果レベルの表現の変更および指標項目の見直し・追加が行われている。

日本人専門家側では、2004 年の変更前に PDM を修正すべきであったという認識がある。それはプロジェクトの進捗に伴い、実際に実施している活動と PDM の記載内容に相違が出てきていた<sup>5</sup>からである。プロジェクト活動の変更に応じて、適宜見直しを行うべきであった。

## (2) 活動の進捗状況

### 活動は計画的に行われたか

プロジェクトでは 1 年ごとに活動計画を作成している。活動はこの年間活動計画に沿って行われているため、この意味では活動は計画的に行われていると判断できる。年間活動計画は、プロジェクトの実施期間全体の計画(Plan of Operation:PO)に基づいて立案されるべきであるが、当プロジェクトでは PO に立ち返って計画が立案されていない。そのため、PO と年間活動計画が乖離する、あるいは年度をまたいだ活動の整合性が確保されない、年間計画で取り残された活動が出るという状況になっている。以下の表 1 は実施された活動の割合を示している。

表 1 計画された活動数と実施された活動数の比較

	成果 1	成果 2	成果 3	成果 4	成果 5	成果 6	成果 7	成果 8	成果 9
計画された活動数	90	23	55	55	98	54	36	86	70
実施された活動数	32	19	41	29	62	39	22	60	32
実施された活動数(%)	36%	83%	75%	53%	63%	72%	61%	70%	46%

プロジェクト進捗表(2001 年～2003 年)より評価調査団が作成

## (3) 技術移転の方法

当プロジェクトでは、プロジェクト計画立案時点から一貫して「参加型手法」を採用していると、プロジェクト(日本人専門家および C/P)では認識している。それは、計画の立案段階から関係者を巻き込み問題分析や目的分析を行ってきているからである。実施の段階で手法として参加型を取り入れているのは、母性ケア、IEC、およびカウンセリングの 3 つの成果分野である。その他の成果分野では、技術移転は日本人専門家から C/P に対する指導という形で

<sup>4</sup> 2000 年 3 月の R/D 締結時のプロジェクト目標「リプロダクティブヘルスにおける問題解決のための保健関係者の能力を向上する」が、2000 年 12 月の運営指導調査団訪問時に「第 7 保健地域において保健サービス提供者によって質の高いリプロダクティブヘルスサービスが提供される」に変更されている。

<sup>5</sup> 一例をあげれば、成果 7 については 2001 年の段階で、「青少年」という枠が取れているのに改定していない、成果 8 については、中間評価の時点でのが絞りきれないことが指摘されており、実質的には 2004 年の 1 月(年間計画立案時)に変更している、成果 9 に関しては、成果の表現があいまいで指標の設定ができなかったため、抜本的な見直しが必要だった。

行われている。参加型手法を取り入れた上述の3つの成果分野では、互いに関連性が強いこともあり、連携しながら計画の策定を実施している。その際の核になったのが、セクター横断的(成果分野横断的)ワークチームである「グループ CINCO」であった。グループの活動内容は、関係者による現状調査、活動計画の立案、トレーニングのマニュアル作成、トレーニングの実施、モニタリングとフォローアップの実施という一連の活動である。日本人専門家の役割は、C/Pの主体性を引き出すため、方法論・考え方の指導や、適時適切なツールの紹介とその使用方法の指導、などを通してC/Pの支援に努めた。これら参加型手法を用いた指導を通して、C/Pは彼ら自身の活動に必要なスキルを習得し、自身の業務を計画・実施・フォローアップできるようになるなど、大きくエンパワーメントされている。

#### (4) 意思決定の過程

プロジェクト全体に関わる議題については、まず日本人専門家内で話し合っただけで基本的なコンセンサスを作り、CCRでプロジェクトダイレクター、プロジェクトコーディネーター、日本人専門家間で検討し決定している。各成果分野のプロジェクト活動に関しては、担当する長期専門家がいる場合にはコーディネーターと日本人専門家が話し合っただけで意思決定をしている。日本人専門家がいなかった場合には、成果分野のコーディネーターか日本人専門家が時に応じて臨機応変に意思決定をしている。

#### (5) 日本人専門家とカウンターパートの関係性

日本人専門家とC/Pのコミュニケーションの状況は、プロジェクト開始当初から日本人専門家とC/P間での話し合いによる問題・目的意識の共有を重視してきているため、全般的に良好であった。日本人専門家の意見を押し付けない、というプロジェクト運営の方針も、C/Pとの関係を良好に保つのに大きく貢献していると思われる。

#### (6) 受益者の事業への関わり方

当プロジェクトにおける直接的ターゲットグループは第7保健地域の保健サービス提供者(職員)である。参加型アプローチは非常に手間暇がかかるため、時間調整に苦心していたところもあった。反面、グループとして仕事をすることの喜びを見出して、積極的に仕事に取り組む職員もいた。

#### (7) 実施機関のオーナーシップ

##### 主要関係者の会議等への参加の頻度・割合(実施機関責任者の参加の割合)

プロジェクトでは週に一度、CCRを開催し、プロジェクトの進捗を報告するとともに、問題がある場合にはその解決策を検討している。また、国レベルの会議(CCC: Comité de Coordinación Conjunto)は4ヶ月ごとに開催している。CCR、CCCともにコンスタントに開催されてきている。CCRのメンバーは、C/P側が地域保健事務局長、プロジェクトコーディネ

ネーター、サンフランシスコ病院長の3名、日本側は長期専門家で約4名～5名であった。CCCについては、ホンジュラス側は議長を務めるプログラム総局長、母子保健部長、女性ケア課長、地域保健事務所長、成果分野のコーディネーターのうち発表を行う者(3名程度)、発表を行う分野の本省関係者で、合計10名程度、日本側は長期専門家、短期専門家の計約7～8名程度である。

#### 予算手当

表2にC/P側のプロジェクトへの予算手当(ローカルコスト負担)の推移を示す。2004年の実績は200万レンピーラ程度が予想され、ローカルコストは暫増している。ローカルコストの詳細については添付資料7を参照されたい。

表2 ホンジュラス側予算手当(プロジェクト開始後の予算額の推移)

2000	2001	2002	2003	2004	5年間累計
1,217,607.06	2,063,428.21	1,679,316.56	1,782,686.84	1,413,975.58	8,157,014.25

注)2004年の実績は8月末時点 出典:第7保健地域事務所

#### カウンターパート配置の適正度

C/Pは基本的に関連する地域保健事務所等の関係部門長が努めており、プロジェクト活動の要になる部門の要職が網羅できているため、適正である。しかし人事配置については、プロジェクト実施に際して新たに配置されたものではないことから、配置の適正は検討できない。プロジェクト開始後、ごく一部のC/Pがプロジェクト活動に協力的でなかったため、プロジェクト活動に支障を来した。

#### オーナーシップに関わるその他の情報

成果7(カウンセリング)では、活動を通してカウンセリング業務に自信を付けた。蓄積した実績を活用して外部資金導入の可能性を自ら見つけ出してきており、これは業務継続にオーナーシップをもって取り組んだ結果と考えられる。また、カウンセリングの重要性を認識した職員が、地区レベルの責任者に対して自主的に知識・技術の伝達活動を実施した。成果2(新生児)および成果5に関しては、ともに自立的な活動計画の策定・実施が行われている。また、母子クリニックにおいても、与えられた業務をただこなすだけでなく、業務内容を現状認識を通して自身で考え、必要な業務に修正していくという作業を行っている。これらは業務に対するオーナーシップの現われと考えられる。

### 3. 妥当性

#### (1) 上位目標は相手側の開発政策に合致しているか(優先度)

ホンジュラスの国家開発政策を代表するものとして「貧困削減ペーパー(Estrategia para la



Reducción de la Pobreza)がある。同政策ではホンジュラスにおける貧困の状況を分析した上で、今後取り組んでいくべき戦略を示している。保健分野は教育分野とともに同政策の中で最も重視されているセクターであり、中でも母子保健に焦点が当てられている。保健分野で同政策が掲げた目標には、2015年までに乳幼児死亡率の半減、5歳以下の栄養失調時の2割減少、妊産婦死亡率の半減、安全な飲料水へのアクセスを95%に改善、ジェンダー指標の2割改善などがあげられており<sup>6</sup>、その多くが本プロジェクトの内容と強く関係している。加えて「人材への投資」の項目内の保健に関する部分では、女性の健康ケアに言及し、具体的にリプロダクティブヘルスやファミリーカウンセリングに力を入れていくことを明記している<sup>7</sup>。これらのことから、プロジェクト目標および上位目標はホンジュラスの国家政策に合致していると判断できる。

## (2) プロジェクト目標は相手側のニーズに合致しているか(必要性)

ホンジュラス政府は、平均寿命と生活の質向上を目的に、「人を取り巻く環境の保護と健康の促進」および「プライマリーケアと予防」という2つの政策を策定している。これらの保健政策に基づき、以下に述べる8つの戦略プログラムを実施している。

- ・ セクター横断的な健康促進
- ・ 小児保健
- ・ 母性保健
- ・ 思春期保健
- ・ 昆虫媒介感染症の予防とコントロール
- ・ 結核の予防とコントロール
- ・ 性感染症および HIV/AIDS の予防とコントロール
- ・ 高齢者保健

また、現政権下の保健政策における「妊産婦死亡優先戦略 2002-2006<sup>8</sup>」が策定・実施中であり、その中で、2006年までに施設分娩を7割以上に、妊婦検診を受ける妊婦の割合を9割以上に(村落部は5割以上)、妊婦検診を一度の妊娠で5回以上受ける割合を7割以上に、産後検診を受ける割合を5割以上にすることを目標として掲げている。

プロジェクトでは上述のプログラムのうち、小児保健(成果 2)、母性保健(成果 1 および 3)、思春期保健(成果 7)、性感染症および HIV/AIDS の予防とコントロールの一部(成果 6 および 7)に直接関わっている。また、成果 4、5、8 は、これらの領域での活動の支援を担っている。このことから、保健政策との関連性は極めて強く、ホンジュラス側のニーズに適合しているものと考えられる。

<sup>6</sup> “Estrategia para la Reducción de la Pobreza”, Gobierno de Honduras, Tegucigalpa, Agosto de 2001, p. 56-57.

<sup>7</sup> 同上, p. 87-88

<sup>8</sup> “Plan Estratégico Prioritario de Mortalidad Materna 2002-2006”, Secretaria de Salud, 2002.5

### (3) 計画の論理性は確保されているか(手段としての適切性)

本プロジェクトは、ホンジュラス側からの協力要請時には「第7保健地域総合保健開発プロジェクト」として、保健財政、保健サービスへのアクセス改善、保健医療施設・組織管理マネージメントの向上、医療施設・機材維持管理システム強化、人的資源開発などがコンポーネントとしてあげられていた。その後一連の調査を経てプロジェクトの取り組みがリプロダクティブヘルス分野に集約され、プロジェクト内容が検討された際に、「彼らが実施したいと思っていること」、「現在働いている人間が実施しているか実施しようとしているプログラムを主体とする」ことなどを基本方針とした<sup>9</sup>ことから、リプロダクティブヘルス分野に関係する広範なテーマを包含することとなった。プロジェクト側では9個のコンポーネントの「ひとつひとつがプロジェクト」と認識され、プロジェクト目標と各成果の論理関係については、十分な検討が行われてこなかった。さらに、本プロジェクトでは活動計画を1年ごとに参加型ワークショップで立案しているが、論理関係に基づいて活動が策定されていなかったため、成果－活動－詳細活動の論理関係が整理できなくなっている成果分野も見られる。

## 4. 有効性(プロジェクト目標は達成されるか)

プロジェクト目標の指標の達成度から、プロジェクト目標の達成度は高いと判断できる(「1.実績」のプロジェクト目標の達成度を参照)。また成果レベルについてもある程度の達成度を示しているが、プロジェクト目標に対する指標の感度(センシビリティ)がそれほど高くない可能性がある。

## 5. 効率性

投入された資源量に見合った成果が達成されているか

### 投入(人・資機材)の質および量

- ・ 当プロジェクトは、成果に現れている分野と項目数からもわかるように、取り扱う分野が多岐にわたっている。他方、プロジェクトとしての投入量がある程度決まっていることから、長期専門家が複数の成果を担当するなどの措置を講じ、その他の分野については短期専門家の派遣での対応を試みてきた。投入機材については、おおむね有効に活用されている。

### 投入(人・資機材)の活用度

- ・ 短期専門家は、可能な限り同一人物が複数回訪問して業務することが望ましい。プロジェ

---

<sup>9</sup> ホンジュラス国 第7衛生地域保健総合計画短期調査報告書、仲佐保・江頭祥子、1999年9月29日、p.28

クトの内容や現状、人間関係の構築などのロスが少なく済むからである。当プロジェクトは短期専門家の派遣数が多い(5年通算49名)中で、同一の短期専門家が複数回派遣されたケースは述べ37名あり、これにより効率性を確保できていると考えられる。他方、5回の派遣実績があってもすべて異なる人材が派遣されているケースでは、効率性は低くとどまっていると思われる。

- ・ 成果7(カウンセリング)では、複数のテーマに対応できるカウンセラーを養成した。プロジェクト開始前までは、家族計画のカウンセラー、HIV/AIDSのカウンセラーといったように、テーマごとのカウンセラーが配置されていた。プロジェクトではカウンセラーの数を増加させず、現在いるカウンセラーが複数のテーマに対応できるようトレーニングを行った結果、現存する人材をより効率的に活用できるようになった。また、この分野では同一の短期専門家が4年間にわたり継続的に派遣されているため、この面での効率性も高いと思われる。
- ・ プロジェクト開始後、日本人専門家が投入されたにもかかわらず、成果分野によってはコーディネーターが活動できなかった時期があり、効率的なプロジェクト活動の実施を妨げた。

#### 投入(人・資機材)のタイミングの適性度

- ・ 人材の投入は、おおむね計画通りに行われている。
- ・ 資機材の投入も計画通り実施された。

#### 運営管理方法

- ・ 「実施プロセス」でも触れたように、いくつかの要因により、一部で効率的なプロジェクト運営が妨げられた例もあった。

## 6. インパクト

### (1) プロジェクトの実施により、リプロダクティブヘルスの状況は改善されているか

プロジェクト活動は、リプロダクティブヘルス分野内で多岐にわたっている。ひとつひとつの成果を見るとばらつきは見られながらもそれぞれ進展しており、プロジェクト目標の指標を見る限り、妊産婦死亡率の低下に向けた取り組みは進んでいると考えられる<sup>10</sup>。

### (2) その他の波及効果はあるか

#### プラスのインパクト

---

<sup>10</sup> プロジェクト活動が上位目標に到達するためには、本プロジェクトを通して強化されつつある保健サービス提供者の質を維持しつつ、改善されたサービスを利用できる受益者の数を増加させる取り組みも必要となる(IEC活動で既に一部は取り組んでいる)。他方、妊産婦死亡率を減少させるための措置として、現在の保健センターネットワークでは網羅されていない地域の住民に対するケアにも留意する必要がある。

- ・プロジェクトで導入した薬剤供給システム(コンピュータ化)の評判が広がり、保健大臣をはじめ、EU や PAHO の視察を受けた。このシステムを国の薬剤供給システムとして導入するという動きもある(保健地域事務所長)。
- ・カウンセリングサービスが整備され、その機能が地域に認められたため、地域の裁判所から被害者のケアを依頼されるようになった。
- ・薬剤供給およびリファーマシステム強化を目的に導入された無線(ラジオ)が、疫学サーベイランスに頻繁に使用されるようになった。しかし、本来の目的であった薬剤供給とリファーマにはほとんど使用されていない。
- ・プロジェクト開始以前は、保健分野に限らず海外のドナーはほとんどオランチョ県では活動を行っていなかった。プロジェクトが実施されたためドナーの目がオランチョ県に向くようになったという。その結果としてドナーの資金で県下に 2 ヶ所、母子クリニックが建設と、サンフランシスコ病院の質改善が図られた。
- ・プロジェクトで作成した新生児ケアのプロトコルを土台にして、米州開発銀行の資金(PRIESS: Programa de Reorganización Institucional y Extensión de Servicios de Salud)によりサンフランシスコ病院で新しいプロトコルが作成された。

#### マイナスのインパクト

- ・サンフランシスコ病院の検査室に導入した検査機器の目的は、手作業で行っていた検査を機械で行うことで検査技師の業務量を下げ、そこで生じた余力を精度管理に充てるということにあった。しかし、検査室の能力が上がったことで病院の医師から要請される検査数が増加し、却って技師の業務量を増やし、内部精度管理に当てる時間がなくなってしまった。
- ・2003 年末の当初計画にない市およびコミュニティレベルの調査活動によって、実質的にプロジェクト活動が停滞する結果となった。C/P 側では通常業務に加えて調査活動を実施することになったことで、プロジェクト活動へのモチベーションが低下してしまった。

## 7. 自立発展性

### (1) 政策支援の継続見込み

妥当性の項でも概観したように、ホンジュラス政府は貧困削減ペーパーを策定しており、同ペーパーの中で保健および教育の拡充の推進を明言している。保健分野ではリプロダクティブヘルスに關係する部分が多く含まれていること、同政策が 2015 年まで継続する中期政策であること、さらに同政策がホンジュラスの世界のドナー国に対する公約的な意味を持ち、政権交代によって変わるものではないことなどから、政策におけるリプロダクティブヘルス重視の視点は継続されると考えられる。

## (2) 実施機関の組織の能力の有無

### 実務レベル

プロジェクト活動を通して、活動を継続していくための組織形態(地域の連携、セクター横断的連携など)の形成に努めてきており、その成果も出現しつつある。自立発展性を確保するため、今後も継続した取り組みが望まれる。また、参加型アプローチによる活動を通じて、地区レベルで業務の継続を担うキーパーソンが育成された。これは業務の継続性を担保するものである。しかし、これらキーパーソンはすべての地区で育っているわけではないため、活動をさらに発展させていくためには、キーパーソンの育成を継続していくとともに、サンフランシスコ病院では部門間の連携構築や、看護師長と准看護師の連携強化していく必要がある。

### マネージメントレベル

これまでの CCR はプロジェクトのアドバイザー的な存在であった。今後、プロジェクトの運営管理の中心的な役割を担うことで、より組織能力の向上を行い、プロジェクト活動ひいては地域保健事務所の活動の自立発展性に大きく寄与することが期待される。

## (3) 技術の定着度

移転した技術は、一部を除いておおむね定着していると考えられる。末端の実務担当者から成果のコーディネーターまで巻き込んだ場合の移転技術の定着度が高い。また C/P の業務に組み込まれたり制度として取り入れられているものは、技術の定着度が高くなっている。

## (4) その他

コンピューターや検査機器の導入が実施されたが、電圧変動が著しく導入時にはコンピューターウィルスの危険やデータのバックアップ、あるいは修理のための手当てなどの必要性を強調したが、十分に行われているとはいえない。結果としてコンピューターへの依存や機器のクラッシュ時の被害の可能性が残っている。

## 結論

全体として、今回の参加型の取り組みにより、職員の意識が高まり、彼らの努力の結果として様々な活動は活発になってきている。従って、住民への裨益効果が期待されるプロジェクトであったと考える。

### 1. 地方分権化の促進に資する試み

ホンジュラスでは現在、地方分権化が推し進められている。これまでの業務は、中央レベル

が基本的な活動方針を作成し地方がそれを実施するという形態で行われてきた。しかし、地方分権化が進むと、中央レベルでは基本政策や戦略、そして達成すべき基準(ノーム)の設定およびスーパーバイズが中央の役割となる。地域レベルではそれら基本方針に従って、地域ごとに異なる状況を踏まえ、行うべき具体的な活動を作成し実施することが求められる。つまり地方分権化は、指示を受けて動く受動的な業務形態から自分で考え実施する能動的な業務形態への変化でもある。当プロジェクトでは特に実務レベルにおいて、参加型開発手法を通じて人材育成が進められてきている。そこでは業務を行う当事者がまず現状を把握して問題点を抽出し、問題解決に向かって業務の目的や手段を自ら設定・実施し、そしてその評価も行うという一連の「能動的な業務への取り組み」が実践された。このような思考・行動の組織レベルでの変容は、言うまでもなく一朝一夕には実現できない。しかし、プロジェクトを通して行った「参加型」の取り組みは、まだ緒についたばかりとはいえ、保健行政の地方分権化を促進する重要な試みであるといえる。

## 2. 参加型手法による実務レベルスタッフのエンパワーメント

プロジェクト活動を通して、実務レベルのスタッフの技術の習得が進んだ。特にグループ CINCO に関する C/P は、現状把握のための調査手法、問題点の分析技術、問題解決のための手段の設定(トレーニングプログラムの作成)と実施、という一連の業務を、上述の参加型手法を用いて実践したため業務へのモチベーションが上がり、加えて移転技術の習得も大きく進んだ。関係 C/P らはこれらの活動の中で、苦手とされている「合意形成のプロセス」を OJT で習得し、加えてグループワークの利点や楽しさを体感していることから、総合的なエンパワーメントが実現できている。これを成功モデルとして、コミュニティでの活動や地域保健事務所の他の部門に適用することができる。

## 教訓と提言

### 提言

1. 本プロジェクトは成果レベルにおいて、ある程度の達成度を示しているが、プロジェクト目標の達成に向けての各成果の貢献については実証できていない。プロジェクト目標の達成に有効な活動として何がなされ、何がなされなかったかを検証することにより、プロジェクト目標達成への筋道を論理的に組み立てることが必要である。そのため、各成果ごとのコーディネーターを交え、CCR は論理関係を整理し、それに基づく今後の活動計画を明確化すべきである。
2. 参加型開発手法は、地方の保健行政の強化のみならず、実務レベルの人材育成にも有効であるので、参加型開発手法を維持することは重要である。そのため、ワークショップ開催経費の予算化や CCR 機能の行政システムへの取り込み、あるいは現実的なモニタリング方法の提言など、プロジェクト終了後においても参加型開発手法が自立発展できるための準備を行うことが必要である。
3. ホンジュラスのリプロダクティブヘルス改善のためにも、本プロジェクトで得られた良い経験は他県や政府関係者へも効果的に伝達することが望ましい。そのため、参加型手法によってモニタリング評価の結果を活動改善にフィードバックした事例など、プロジェクト活動を通じて得たノウハウをまとめ、公開(socializar)すべきである。また、プロジェクトが開発した新生児ケア・プロトコールなど、プロジェクトの成果物については、プロジェクト活動の証としてプロジェクト名とともに残すことも重要である。
4. 今回の評価で提示された課題を解決するために、各成果分野のコーディネーターが定期的に集まり、プロジェクト全体の進捗をみんなで管理していく必要がある。
5. 准看護師養成研修が開始されるまで、住民活動センターをカウンセリング以外の活動にも、もっと積極的に活用していくべきである。
6. 無線の有効活用により、薬剤供給およびリファーステムの強化を図るべきである。

## 教訓

1. 参加型開発手法は地方分権化の促進に資する、効果的なアプローチである。
2. 主たる C/P を含むプロジェクトの運営会議を定期的を開催するべきである。本プロジェクトの場合、R/D に記載されているプロジェクト実施委員会 (Comité de Implementación) がこれにあたる。
3. 本プロジェクトはプロジェクト成果分野ごとに独自の活動を展開した。しかし、成果分野横断的ワークチーム(グループ CINCO)の例が示すとおり、分野間協調(Coordinación)のメリットは大きい。プロジェクト目標の達成を念頭に置いた分野間協調を、より推進すべきであった。
4. 重要な母子保健指標データの欠如は、プロジェクトの評価や活動の改善、成果のアピールなどの障害となる。重要な母子保健指標データが適宜得られるシステムを、プロジェクト早期より構築しておくべきであった。



添付資料1 プロジェクト・デザイン・マトリクス (PDM)

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verifications	Important Assumptions
<p><b>【Overall Goal】</b> Reproductive health status in Health Region No. 7 is improved</p> <p><b>【Project Purpose】</b> Health care providers give quality services in Reproductive Health in Health Region No. 7</p>	<p>Maternal mortality rate</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>% of users of Reproductive Health services satisfying with services in Health Region No. 7</li> <li>% of institutional delivery</li> <li>Neonatal fatality rate in HRSF</li> <li>Number of prenatal control service provided</li> <li>Number of postnatal control service provided</li> </ol>	<p>Annual report</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Survey AT-1</li> <li>Clinical record AT-1</li> <li>Clinical record AT-1</li> <li>AT-1</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>There is no quick growth of the population</li> <li>Current health policy continues</li> <li>Continuation of international cooperation</li> <li>Mass Media plays an important role in promotion of Reproductive Health</li> </ol>
<p><b>【Output】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Adequate and opportune treatment to women at HRSF and CMI is provided</li> <li>The attention of the newborns in HRSF and CMI is improved</li> <li>The risk factors during pregnancy, delivery and postnatal at CESAR, CESAMO, CMI and HSF are opportunely identified</li> <li>The supply of essential medicines for the opportune care of patients is guaranteed</li> <li>Access to quality services within the laboratory network in Health Region No. 7 is guaranteed</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li> <ol style="list-style-type: none"> <li>% of referred women who waited more than one hour in HRSF</li> <li>% of correct diagnosis at admission to HRSF</li> <li>Number of pregnant woman who is referred from CMI to HRSF</li> <li>% of adequate diagnosis of referred woman according to Protocol Norms</li> </ol> </li> <li> <ol style="list-style-type: none"> <li>Neonatal fatality rate in the neonatal unit of HRSF</li> <li>Neonatal fatality rate in HRSF</li> </ol> </li> <li> <ol style="list-style-type: none"> <li>% of detections of risk of anemia, hemorrhage and toxemia at prenatal control</li> <li>% of detections of risk of anemia, hemorrhage and toxemia among the estimated number of pregnant women</li> </ol> </li> <li> <ol style="list-style-type: none"> <li>% of USs with stock of essential medicines</li> <li>% of USs that received medicine within 90 days and 145 days, respectively</li> </ol> </li> <li> <ol style="list-style-type: none"> <li>Number of kinds of examinations offering among 9 laboratory examinations in the local norm for pregnant women</li> <li>Number of examinations carried out at CESAMO laboratories</li> <li>% of results of examination satisfying with standard controls</li> <li>Average frequency of internal control carried out in one month</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li> <ol style="list-style-type: none"> <li>Survey</li> <li>Clinical record</li> <li>Clinical record</li> <li>Clinical record</li> </ol> </li> <li> <ol style="list-style-type: none"> <li>Clinical record</li> <li>Clinical record</li> </ol> </li> <li> <ol style="list-style-type: none"> <li>AT-1 and monitoring sheet of risk detection</li> <li>AT-1</li> </ol> </li> <li> <ol style="list-style-type: none"> <li>S06</li> <li>Monitoring sheet</li> </ol> </li> <li> <ol style="list-style-type: none"> <li>Report of examination for pregnant women</li> <li>LAB1-2002</li> <li>Report of external evaluation of quality of results</li> <li>Monthly report</li> </ol> </li> </ol>	

<p>6. Education about detection of RH risks is provided by the health staff</p> <p>7. Access to counseling services for in Health Region No.7 is improved</p> <p>8. Monitoring system in the level of Area is fortified.</p> <p>9. Human and financial resource is utilized effectively.</p> <p><b>【Activities】</b></p> <p>1-1 Opportune care of the reference at the HRSF  1-2 Strengthening of group work  1-3 Opportune reference of high risk patients</p> <p>2-1 Train staff in newborn management norms  2-2 Integrated and opportune care of newborns between the delivery room and neonatal unit  2-3 Evaluation of clinical history of neonate by pediatricians</p> <p>3-1 Training staff of HRSF, CMI, CESAMO, CESAR on risk factors  3-2 KAP survey for TBAs</p> <p>4-1 Establish an opportune system of distribution of medicines  4-2 Define a monitoring model for the execution of medicine programs in the network  4-3 Train the staff of the UPS in the usage and storage norms of medicine</p> <p><b>Region</b></p> <p>5-1 Create quality control system  5-2 Develop the laboratory network  5-3 Train Col-Vol and aux nurse in sample taking</p>	<p>6-a. Number of prenatal control service provided  6-b. Number of postnatal control service provided  6-c. % of US users of reproductive age receiving information/education about risks in Reproductive Health</p> <p>7. Number of patients receiving counseling at US annually</p> <p>8-a. All four areas are using the monitoring system developed.  8-b. 75 % of actions programmed are executed.</p> <p>9-a. Number of training and workshop executed at the CREDIS annually  9-b. % of integrated supervisions executed in the area level according to the plan</p> <p style="text-align: center;"><b>INVESTMENT</b></p> <p>Japan:</p> <p>1-a Long-term Expert  1) Chief Advisor  2) Coordinator  3) Human Resources Development in Nursing  4) Community Nursing  5) Social Development  6) Information and Epidemiology  7) Other related fields mutually agreed upon as necessary</p> <p>1-b Short-term Experts  1) Nutrition and Promotion  2) Information and Epidemiology  3) Social Development  4) Women in Development  5) Obstetrics/ Gynecology  6) Midwifery  7) Neonatal Care  8) Clinical Laboratory  9) Public Health  10) Drug Management  11) Hospital Management  12) Other related fields mutually agreed upon as necessary</p> <p>2. Provision of Machinery and Equipment  3. Training of Honduran Personnel in Japan</p>	<p>6-a. AT-1  6-b. AT-1  6-c. Monthly report of activities and registry book  6-d. Monthly report of activities and report of Census 2001</p> <p>7-a. Monthly report of activities</p> <p>8-a. Report of area  8-b. Monitoring sheet of area</p> <p>9-a. Registry book of user of Salon  9-b. Monthly report of activities</p>	<p>1. Influence caused by natural disaster doesn't affect negatively to the access and communication regarding the Project activities</p>
	<p>Honduras:</p> <p>1. Counterpart Personnel  1) The Regional Director of HR7  2) Coordinator  3) Community Health Management  4) Hospital Management  5) Health Education  6) Information System  7) Nursing  8) Human Resources Development</p> <p>2. Land, Building and Facilities  3. Adequate Budget for Running of the Project</p>		

<p><b>Hospital</b></p> <p>5-4 Establish a functional system of quality control in HRSF</p> <p>5-5 Establish protocols for the rational use of lab tests by Out Patient Department (OPD) and emergency</p> <p>5-6 Establish a plan of continuous training for the management of automatic equipment in the laboratory</p> <p>6-1 Elaboration of the IEC plan for Reproductive Health in Health Region No.7</p> <p>6-2 Strengthening of pre/post natal education and family planning</p> <p>6-3 Provide Reproductive Health information to the community</p> <p>7-1 Elaboration of a Counseling network</p> <p>7-2 Continuous counseling training</p> <p>7-3 Promotion of counseling services</p> <p>8-1 Collection of accurate and opportune data from the different UPS in Health Region No.7</p> <p>8-2 Provide information to users</p> <p>8-3 Establish a mechanism for area monitoring</p> <p>8-4 Evaluation of the mechanism</p> <p>8-5 Extend mechanism to other areas</p> <p>9-1 Development of human resources</p> <p>9-2 Strengthen a sustained supervision system</p> <p>9-3 Know the real investment in Health Region No.7</p>	<p style="text-align: center;">Preconditions</p>
---	--



添付資料3 研修員受入れ実績

カウンターパート氏名	受入機関	協力分野名	研修内容	研修期間	当時の役職	現在の役職	研修員受入状況																
							1999年度		2000年度		2001年度		2002年度		2003年度		2004年度						
							I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
1 HECTOR LUIS ESCOTO	国立国際医療センター	プロジェクト総責任者	公衆衛生	18-Jan-00 - 08-Dec-00	第7保健地域事務所 外務課長	サン・フランシスコ病院 外務課長																	
2 REINA FLORES		プロジェクト調整員	リプロダクティブヘルス (マシニング等の研修)	19-Jul-00 - 10-Aug-00	第7保健地域事務所 保健看護母子保健課長	サン・フランシスコ病院 保健看護母子保健課長																	
3 LEONCIO JOSE MARTINEZ	JICA	病院	医療機器保守 (集団研修)	21-Aug-00 - 10-Dec-00	サン・フランシスコ病院 感染科	サン・フランシスコ病院 感染科																	
4 MARIA ELENA MOLINA	国立国際医療センター	成果3・母性看護	看護	16-Jan-01 - 20-Feb-01	サン・フランシスコ病院 外務課長	サン・フランシスコ病院 外務課長																	
5 ALBA LUZ FIGUEROA	国立国際医療センター	成果1・産婦人科	産婦人科	16-Jan-01 - 20-Feb-01	サン・フランシスコ病院 産婦人科医師	サン・フランシスコ病院 産婦人科医師																	
6 LINDA FIGUEROA	国立国際医療センター	成果8・情報	医療情報システム	16-Jan-01 - 15-Mar-01	第7保健地域事務所 統計課員	第7保健地域事務所 統計課員																	
7 ABEL CERRATO	国立国際医療センター	プロジェクト管理	病院管理	15-Apr-01 - 01-May-01	サン・フランシスコ病院 院長	サン・フランシスコ病院 院長																	
8 ANA GLORIA RAMOS	国立国際医療センター	成果2・新生児	新生児	01-Aug-01 - 17-Sep-01	サン・フランシスコ病院 小児科医師	サン・フランシスコ病院 小児科医師																	
9 NAZARIO ZAVALA	国立国際医療センター	成果6・IEC	ヘルスプロモーション	16-Oct-01 - 17-Nov-01	第7保健地域事務所 書記長	第7保健地域事務所 書記長																	
10 LIZANDRO MARTINEZ	国立国際医療センター	成果8・情報、成果9・運営管理	保健行政	16-Oct-01 - 17-Nov-01	第3地区長	第3地区長																	
11 EVA LETICIA DIAZ	国立国際医療センター	成果3・母性看護、成果9・運営管理	看護管理	16-Oct-01 - 17-Nov-01	第2地区スーパーバイザー	第2地区スーパーバイザー																	
12 ZOILA RIVERA	国立国際医療センター	成果7・カウンセリング	リプロダクティブヘルス	18-Nov-02 - 16-Dec-02	サン・フランシスコ病院 外務課長	サン・フランシスコ病院 外務課長																	
13 TERESA GUZMAN	国立国際医療センター	成果1・産婦人科、成果3・母性看護、成果9・運営管理	地域看護	18-Nov-02 - 16-Dec-02	グアヤベラススーパーバイザー	グアヤベラススーパーバイザー																	
14 TOMAS GUEVARA	JICA	プロジェクト総責任者	保健行政(集団)	10-Mar-03 - 27-Mar-03	第7保健地域事務所 院長	第7保健地域事務所 院長																	
15 JOSE HERNAN EVELINE	国立国際医療センター	プロジェクト管理	保健行政	19-Oct-03 - 15-Nov-03	県保健事務所次長	県保健事務所次長																	
16 JOSE GUILLERMO TROCHEZ	国立国際医療センター	成果1・産婦人科	リプロダクティブヘルス	19-Oct-03 - 15-Nov-03	サン・フランシスコ病院 産婦人科医師	サン・フランシスコ病院 産婦人科医師																	
17 JOSE LEON RIVERA	国立国際医療センター	プロジェクト管理	病院管理	19-Oct-03 - 15-Nov-03	サン・フランシスコ病院 院長	サン・フランシスコ病院 院長																	

添付資料 4 供与機材リスト  
2000年度

1	機材名	モデル・仕様	CT.	EJECUTADO		利用状況	管理状況
1	車両	TOYOTA-4RUNNER/KZN185L-GKMSX	2	US\$51,800.00		常に使用している	良好
2		TOYOTA-PICK-UP/LN166L-PRMDS	1	US\$19,500.00		常に使用している	良好
3	複写機	CANON, NP-6241	1	US\$9,000.00		常に使用している	良好
4	ファクシミリ電話機	SHARP, FO-1460	2	US\$520.00		常に使用している	良好
5	印刷機	RISOGRAPH, FR3950UI	1	US\$20,220.00		常に使用している	良好
6	オートバイ	SUZUKI, TS185	5	US\$11,250.00		常に使用している	良好
7	発電機	SUZUKI, SV4000	1	US\$1,400.00		必要に応じて使用	良好
8	パソコン	COMPAQ, EXD/P733	10	US\$12,350.00		常に使用している	良好
9	インクジェットプリンター	HP, APOLLO, P-2200	7	US\$910.00		一部故障している	良好
10	レーザージェットプリンター	HP, 1100	2	US\$900.00		常に使用している	良好
11	レーザーカラープリンター	HP, 4500N	1	US\$3,700.00		常に使用している	良好
12	安定化電源装置	OMNISMART, OM3717	10	US\$2,200.00		常に使用している	良好
13	オペレーション・システム	WINDOWS, 98	10	US\$1,250.00		常に使用している	良好
14	アプリケーション・ソフト	MICROSOFT, BUSINESS OFFICE	10	US\$3,585.00		常に使用している	良好
15	分娩模型	FANTOM, F2	1	US\$1,288.00		必要に応じて使用	良好
16	妊娠模型	A83	1	US\$856.00		必要に応じて使用	良好
17	骨盤模型	MS8/1	1	US\$1,550.00		必要に応じて使用	良好
18	保健教育ビデオ	12911-371	34	US\$7,640.00		必要に応じて使用	良好
19	ビデオプロジェクター	3M, MP-8670	1	US\$6,833.00		常に使用している	良好
20	オーバーヘッドプロジェクター	APOLLO, ODYSSEY	1	US\$616.00		必要に応じて使用	良好
21	スライドプロジェクター	KODAK, 4600	1	US\$552.00		必要に応じて使用	良好
22	テレビモニター	SONY, WEGA29"	1	US\$771.00		常に使用している	良好
23	ビデオレコーダー	SONY, SLV-LX7S	1	US\$241.00		常に使用している	良好
24	カセットレコーダー	SONY, TCM-20DV	1	US\$52.00		常に使用している	良好
25	音響システム	SONY, LBT-LX6	1	US\$490.00		常に使用している	良好
26	スピーカー	SONY, SS-LX6	1	US\$182.00		常に使用している	良好
27	ビデオカメラ	SONY, DCR-PC5	1	US\$2,215.00		常に使用している	良好
28	事務机	IPSA, 1121-FMRM	10	US\$2,255.00		常に使用している	良好
29	書類キャビネット	IPSA, 1442-XXPM	10	US\$2,100.00		常に使用している	良好
30	会議机	IPSA, 1614-FMPC	1	US\$380.00		常に使用している	良好
31	椅子	IPSA, 3181-TCXX	10	US\$800.00		常に使用している	良好
32	会議用椅子	IPSA, 3470-TCXX	12	US\$536.00		常に使用している	良好
33	自転車	SHIMANO, PREDATOR	5	US\$830.00		常に使用している	良好
34	エアコン	TENPSTAR, ACS024	1	US\$1,780.00		常に使用している	良好
		TEMPSTAR, TG-24	1		常に使用している	良好	
		TEMPSTAR, ACS036	1		常に使用している	良好	
		TEMPSTAR, FA35	1		常に使用している	良好	
35	プロッター	HP, C7769B	1	US\$3,395.00		必要に応じて使用	良好
36	血圧計	GRAHAM FIELD, 03175	5	US\$210.00		常に使用している	良好
37	携帯型ドップラー	HUNTLEIGHT, FD1+	3	US\$1,800.00		常に使用している	良好
38	分娩監視装置	ANALOGIC, APS2	1	US\$4,500.00		常に使用している	良好
39	産科検診台	(NACIONAL PRODUCTS)	5	US\$1,965.00		常に使用している	良好
40	産科分娩台	MURANAKA, MIM-502	5	US\$64,750.00		常に使用している	良好
41	分娩キット	NOPA, GF83-3256	5	US\$3,000.00		常に使用している	良好
42	吸引機	MEDICAL INDUST. AMERICA	2	US\$900.00		常に使用している	良好
43	オートクレイブ	STERIS, AMSCO, SYSTEM2S	1	US\$24,500.00		常に使用している	良好
44	アンビューバック	GRAHAM FIELD	5	US\$850.00		常に使用している	良好
45	インファントウオーマー	GIGANTE, BA/S	1	US\$4,350.00		常に使用している	良好
46	超音波ネブライザー	DEVILBISS	5	US\$6,500.00		常に使用している	良好
47	新生児体重計	DETECTO, 1522KLIS	1	US\$310.00		常に使用している	良好
48	超音波診断装置	MEDISON, SA600	1	US\$13,500.00		常に使用している	良好
49	携帯型ドップラー	HUNTLEIGHT, FD1+	3	US\$1,800.00		常に使用している	良好
50	ストレッチャー	ARMSTRONG, AE-8825	3	US\$5,940.00		常に使用している	良好
51	オートクレイブ	STERIS, AMSCO, SYSTEM2S	2	US\$24,500.00		常に使用している	良好
52	超音波ネブライザー	DEVILBISS	3	US\$3,900.00		常に使用している	良好
53	吸引機	DEVILBISS, 6305D	2	US\$1,000.00		常に使用している	良好
54	輸液ポンプ	SIGMA, +6000	3	US\$8,700.00		常に使用している	良好
55	検耳・検眼鏡	WELCH ALLYN	5	US\$2,000.00		常に使用している	良好
56	顕微鏡	LEICA, 1349521X	2	US\$5,200.00		常に使用している	良好
57	麻酔装置	ACOMA, VIGOR21	1	US\$26,340.00		常に使用している	良好
TOTAL				US\$380,462.00			

2001年度

CT.	機材名	モデル・仕様	EJECUTAD		利用状況	管理状況
			CT.	金額		
1	貨物トラック	ISUZU, NPR66G-32, MODELO:2002, 6TONELADAS	2	US\$37,960.00	常に使用している	良好
2	油圧トロコ	CATERPILLER, 5000LBS	1	US\$630.00	常に使用している	良好
3	デスクトップパソコン	PROCESADOR: PENTIUMIII, 900MHzMAS	9	US\$11,857.00	常に使用している	良好
4	ラップトップパソコン	PROCESADOR: PENTIUMIII, 600MHzMAS	1	US\$2,634.00	常に使用している	良好
5	インクジェットプリンター	HEWLETT PACKARD, DESKJET 840	5	US\$657.00	常に使用している	良好
6	レーザージェットプリンター	HEWLETT PACKARD, 1200	1	US\$498.00	常に使用している	良好
7	カラーレーザープリンター	HEWLETT PACKARD, 4550N	1	US\$3,173.00	常に使用している	良好
8	ドットプリンター	EPSON, LQ-2180	3	US\$1,880.00	常に使用している	良好
9	電流安定化装置	TRIPP LITE, OMNISMART, 700VA	10	US\$2,036.00	常に使用している	良好
10	ソフトウェア(OS)	WINDOWS 2000 PROFESIONAL	10	US\$1,797.00	常に使用している	良好
11	アプリケーションソフト	OFFICE 2000 PROFESIONAL, ESPAÑOL	10	US\$4,303.00	常に使用している	良好
12	会議机	W1.5mXL5m, PANAVISION, 1613-FMPC	1	US\$790.00	常に使用している	良好
13	会議用椅子	PANAVISION, 3470-TCXX	12	US\$780.00	常に使用している	良好
14	パソコンデスク	W0.9mXL1.5m, PANAVISION, 1121-FMPC	10	US\$2,120.00	常に使用している	良好
15	パソコンデスク用椅子	SISTEMA HIDRAULICO, PANAVISION, 3181-TCXX	10	US\$652.00	常に使用している	良好
16	書類キャビネット	4CAJONES, W0.5mXH1m, PANAVISION, 1220-XXPM	10	US\$936.00	常に使用している	良好
17	印刷機	RISOGRAPH, GR-3950	1	US\$21,820.00	常に使用している	良好
18	複写機	LANIER 5635	1	US\$7,700.00	常に使用している	良好
19	血液血球計数装置	BAYERN ADVIA60	1	US\$10,600.00	常に使用している	良好
21	分光光度計	BAYERN, RA-50	1	US\$7,500.00	常に使用している	良好
22	分光光度計	UNICO, 1100RS	7	US\$7,105.00	常に使用している	良好
23	蒸留水製造装置	Tipo de Meza, Sistema de vapor (no Filtro Ionico)	8	US\$17,028.00	常に使用している	良好
24	マイクロピペット	Volumen: 10 a 100µl	8	US\$2,385.60	常に使用している	良好
25	超音波洗浄装置	Volumen: 2L aprox.	8	US\$2,902.40	常に使用している	良好
26	ヘマトクリット遠心機	maxima velocidad: 12,000rpm	2	US\$9,338.80	常に使用している	良好
27	恒温槽	Rango de temperatura: ~60°C	8	US\$7,777.60	必要に応じて使用	良好
28	ホルテックス攪拌器	Velocidad ajustable: 1000 a 2800rpm	8	US\$4,030.40	常に使用している	良好
29	セーフティーキャビネット	Corresponde Clase II	1	US\$6,321.60	必要に応じて使用	良好
30	検査器具	(1) Lamina de Base(72x24mm)	8000	US\$63.00	常に使用している	良好
		(2) Lamina de cubeta(18x18mm)	8000	US\$217.00	常に使用している	良好
		(3) Sahli pipetta(0.02ml)	8	US\$1,983.00	常に使用している	良好
		(4) Tubo de Ensayo(standard)	8000	US\$597.60	常に使用している	良好
		(5) Tubo graduado p/Orina (CONICOS)	160	US\$64.40	常に使用している	良好
		(6) Gradoilla p/Tubo (p/50Tubos)	40	US\$1,980.40	常に使用している	良好
		(7) Tubo de Muestra c/Tapon, Polip. (3.5ml)	8000	US\$803.20	常に使用している	良好
		(8) Cilindro Graduado(1000ml)	8	US\$328.00	常に使用している	良好
		(9) Cilindro Graduado(100ml)	8	US\$122.40	常に使用している	良好
		(10) Frasco Volumétrico(500ml)	8	US\$613.80	常に使用している	良好
		(11) Cubeta de precipitación (200ml)	80	US\$343.70	常に使用している	良好
		(12) Cubeta de precipitación (300ml)	80	US\$343.70	常に使用している	良好
		(13) Frasco de Erlenmeyer (500ml)	16	US\$920.70	常に使用している	良好
		(14) Placas Petri (90x20mm)	2400	US\$436.50	常に使用している	良好
		(15) Botella de Poliestireno, Oscuro (100ml)	32	US\$74.40	常に使用している	良好
		(16) Botella de Poliestireno, Oscuro (250ml)	32	US\$101.10	常に使用している	良好
		(17) Embudo, Poliestireno, Diametro44mm	80	US\$23.50	常に使用している	良好
		(18) Botella de Lavado, Piceta (500ml)	40	US\$235.00	常に使用している	良好
		(19) Vulvo p/pipetta de extarar, Goma	24	US\$652.80	常に使用している	良好
31	PHメーター	Estilo Portail, con energia de AC/DC	2	US\$1,069.00	常に使用している	良好
32	電子上皿天秤	Medición Mínima:0.1mg, Máxima: 120g	2	US\$4,787.80	常に使用している	良好
33	顕微鏡	Cuerpo Binocular,	2	US\$2,136.00	常に使用している	良好
34	検査機器保管用キャビネット	2 GAVETAS, 2 COMPARTIMIENTOS INFERIORES,	8	US\$1,480.00	常に使用している	良好
35	検体・試薬保管用冷蔵庫	2 PUERTAS, 15 PIES	4	US\$2,735.00	常に使用している	良好
36	電流安定化装置	TRIPP LITE, OMNISMART, 700VA	12	US\$2,443.00	一部故障している	良好
37	救急用カート	ARMSTRONG MEDICAL, APE-2	6	US\$15,600.00	常に使用している	良好
38	卓上型オートクレイブ	STERIS, AMSCO EAGLE, 1016	6	US\$23,340.00	常に使用している	良好
39	パルスオキシメーター	ARMSTRONG MEDICAL, AD-1000	2	US\$1,960.00	常に使用している	良好
40	新生児用聴診器	ARMSTRONG MEDICAL, AD-103	8	US\$256.00	常に使用している	良好
41	麻酔装置用モニター	NIHON KHODEN, BSM-7105J	1	US\$9,860.00	常に使用している	良好
42	エアコン	PANASONIC, 24000BTU(13), 18000BTU(3)	16	US\$9,023.00	常に使用している	良好
43	電流安定化装置	OMNISMART, 700VA	3	US\$750.00	常に使用している	良好
<b>TOTAL</b>				<b>\$262,556.40</b>		

## 2002年度

	機材名	モデル・仕様	CT.	EJECUTADO	利用状況	管理状況
1	無線ラジオ	MOTOROLA, LAH25SDH9AA6N	1	US\$125,869.24	常に使用している	良好
2	事務机	L150xW76xH80	5	US\$630.00	常に使用している	良好
3	椅子	ALTURA AJUSTABLE C/SISTEMA	5	US\$11,857.00	常に使用している	良好
4	書類キャビネット	4 CAJONES, L47xW70XH135	45	US\$2,634.00	常に使用している	良好
5	書類キャビネット	L90xW45xH185	9	US\$657.00	常に使用している	良好
6	薬剤保管棚	L300xW90xH280	12	US\$498.00	常に使用している	良好
7	ファクシミリ電話器	SHARP, FQ-1460	2	US\$3,173.00	常に使用している	良好
8	パソコン	COMPAQ, EVO, D300, IMPRESORA Y	3	US\$1,880.00	常に使用している	良好
9	複写機	SHARP, AR-5015	5	US\$2,036.00	常に使用している	良好
10	アンビュバック	ARMSTRONG M.	3	US\$1,170.00	常に使用している	良好
11	小型吸引機	DEVILBISS, DEV-7305-D	1	US\$945.00	常に使用している	良好
12	点滴台	ARMSTRONG M., AC-542	3	US\$540.00	常に使用している	良好
13	コット	9100	2	US\$560.00	常に使用している	良好
14	新生児用体重計		2	US\$1,780.00	常に使用している	良好
15	検診用回転椅子	ARMSTRONG M., AC-925	1	US\$350.00	常に使用している	良好
16	ビリルビンメーター	LEICA, UNISTAT	1	US\$5,500.00	常に使用している	良好
17	入院患者用ベッド	MARC MIL, 220	4	US\$4,600.00	常に使用している	良好
18	ストレッチャー	ARMSTRONG M., AE-8825	2	US\$3,600.00	常に使用している	良好
19	ヘマトクリット遠心機	CLAY ADAMS, AUTOCRIT ULTRA	1	US\$3,780.00	常に使用している	良好
20	入院患者用ベッドマットレス	MARC MIL, MRC-28	8	US\$1,600.00	常に使用している	良好
21	新生児用ベッド	MARC MIL, 210-A	1	US\$280.00	常に使用している	良好
22	血圧計	ARMSTRONG M., AD-200	5	US\$210.00	常に使用している	良好
23	クスコー鏡	NOPA, KBO20/02, 03	10	US\$295.00	常に使用している	良好
24	聴診器	ARMSTRONG M., AD100LB	2	US\$64.00	常に使用している	良好
25	検診用照明灯		2	US\$260.00	常に使用している	良好
26	ファーバーオブティックス喉頭鏡	WELCH ALLYN, 9720	8	US\$3,120.00	常に使用している	良好
27	メスフォルダー	NOPA, AD10/03, 04	8	US\$56.00	常に使用している	良好
28	妊産婦検診台	HONDURAS	1	US\$380.00	常に使用している	良好
29	新生児検診台	HONDURAS	1	US\$210.00	常に使用している	良好
30	超音波ネブライザー	DEVILBISS, ULTRANEB	1	US\$1,300.00	常に使用している	良好
31	酸素吸入セット	Sherwood	9	US\$3,060.00	常に使用している	良好
32	ピンセット(ケリー型)	NOPA, AA170/14	11	US\$143.00	常に使用している	良好
33	ピンセット(モスキート型)	NOPA, AA150/14	9	US\$126.00	常に使用している	良好
34	胎盤鉗子	NOPA, AF200/25	1	US\$24.00	常に使用している	良好
35	持針器	NOPA, AE100/20	6	US\$144.00	常に使用している	良好
36	分娩キット	NOPA	5	US\$2,250.00	常に使用している	良好
37	はさみ(4種類)	NOPA	12	US\$315.00	常に使用している	良好
38	卓上型オートクレイブ	STERIS, 10&16	1	US\$3,890.00	常に使用している	良好
39	汚物カート	MARC MIL, 287-X	1	US\$350.00	常に使用している	良好
40	回診カート	MARC MIL, 248-M	1	US\$1,500.00	常に使用している	良好
41	カルテカート	ARMSTRONG M., ACW-2	1	US\$590.00	常に使用している	良好
42	カルテフォルダー	GRAHAM FIELD, 3177	10	US\$880.00	常に使用している	良好
43	分光光度計	PARLIN ELMER, JUNIOR 6/20	4	US\$7,560.00	常に使用している	良好
44	エアコン	TEMSTAR, 24000BTU	2	US\$1,095.44	常に使用している	良好
45	洗濯機	FRIGIDAIRE	1	US\$333.74	常に使用している	良好
46	患者待合用椅子		24	US\$94.83	常に使用している	良好
47	扇風機		12	US\$388.09	常に使用している	良好
48	車両	MINIBUS MONTERO	1	US\$24,800.00	常に使用している	良好
				<b>\$227,378.34</b>		



## 2003年度

1	機材名	モデル・仕様	CT.	EJECUTADO	利用状況	管理状況
1	梯子	8PIES	30	US\$2,251.05	常に使用している	良好
2	書類キャビネット(引出し型)	4 CAJONES, L47xW70XH135	4	US\$359.47	常に使用している	良好
3	書類キャビネット(観音型)	NORMAL 36X72	2	US\$255.93	常に使用している	良好
4	事務机	30X60, 6GAV, MARFIL	29	US\$4,569.63	常に使用している	良好
5	椅子	ALTURA AJUSTABLE C/SISTEMA	52	US\$1,479.06	常に使用している	良好
6	患者待合用椅子	L1800xW660xH550mm, 5PERSONAS	24	US\$1,428.11	常に使用している	良好
7	薬剤保管棚	L780xW461xH1829mm, 4ENTREPANOS	120	US\$4,320.61	常に使用している	良好
8	ラベル印刷機	CASIO KL-A300C	1	US\$1,575.00	常に使用している	良好
9	エアコン	SAMSUNG, 24000BTU	7	US\$3,142.05	常に使用している	良好
10	パソコン(ノートブック型)	TOSHIBA, SATELLITE A40, IMPRESORA	2	US\$4,340.00	常に使用している	良好
11	パソコン(デスクトップ型)	HP D220, IMPRESORA Y UPS	2	US\$3,210.00	常に使用している	良好
12	ストレッチャー	GIMA, W615XL1950XH755mm	3	US\$2,140.80	常に使用している	良好
13	分娩キット	MAYO, PINZA, PLACENTA, POMADELITA,	2	US\$399.38	常に使用している	良好
14	咽喉鏡(成人用)	GIMA, MACINTOSH TIPO2, INCLUYE	2	US\$310.92	常に使用している	良好
15	液型回転攪拌器	HEMO-DYNE BR01	5	US\$1,652.40	常に使用している	良好
16	複写機	SHARP, AR-5220	1	US\$1,117.04	常に使用している	良好
17	カラーテレビ	SONY, WEGA 29,KV-29FS100	4	US\$2,233.52	常に使用している	良好
18	デジタルカメラ	SONY, DSC-P72	1	US\$446.65	常に使用している	良好
19	マルチメディアプロジェクター	SHARP, PG-A10X	1	US\$1,675.70	常に使用している	良好
20	ビデオデッキ	SONY, SLV-LX700	3	US\$334.36	常に使用している	良好
21	OHP	3M, APOLOS E-1730	1	US\$305.00	必要に応じ使用	良好
22	GPS	TRIMBLE, ESRI Pathfinder Pocket Receiver	1	US\$5,140.65	必要に応じ使用	良好
23	検診用回転椅子	CLINTON PA-22363	6	US\$855.00	常に使用している	良好
24	汚物カート	CLINTON TH-420	1	US\$175.00	常に使用している	良好
25	車椅子	TUFROARE 227	2	US\$450.00	常に使用している	良好
26	入院患者用ベッド	MARC MIL, 220	8	US\$3,456.00	常に使用している	良好
27	新生児用吸引機	MADA MODEL 172	6	US\$1,410.00	常に使用している	良好
28	酸素蘇生セット	MADA MODEL 1309A	5	US\$775.00	常に使用している	良好
29	グルコースメーター	PRESTIGE IQ	1	US\$22.00	常に使用している	良好
30	検診灯	BRANDT INDUSTRIES	7	US\$504.00	常に使用している	良好
31	検眼・検耳鏡	AMERICAN DIAGNOSTIC #5160	2	US\$296.80	常に使用している	良好
32	ドップラー	BIONET BABY CARE	8	US\$3,262.00	常に使用している	良好
33	手術器具セット	REDA	2	US\$360.00	常に使用している	良好
34	无影灯	SKYTRON ST9	1	US\$3,450.00	常に使用している	良好
35	分娩監視装置	NOVA MEDICAL BIOSYS BFM800	1	US\$3,410.00	常に使用している	良好
36	超音波診断装置	MINDRAY DP-1100, SONY UP-895MD	1	US\$8,107.00	常に使用している	良好
37	点滴台	PROBASICS	4	US\$220.00	常に使用している	良好
38	新生児用体重計	SECA CHICA345	6	US\$1,170.00	常に使用している	良好
39	インフアントウォーマー	ATOM V-505	3	US\$39,120.00	常に使用している	良好
40	心電計	FUKUDA DENSHI FX-7202	1	US\$2,660.00	常に使用している	良好
41	搬送保育器	ATOM V80	1	US\$9,775.00	常に使用している	良好
42	産科検診台	UMF 5190	2	US\$3,090.00	常に使用している	良好
43	パルスオキシメーター	MEKUSA MP110	1	US\$500.00	常に使用している	良好
44	ミクロ遠心機	LW SCIENTIFIC LWS-M24	4	US\$9,860.00	常に使用している	良好
45	新生児コット	GIGANTE 91000	5	US\$1,330.00	常に使用している	良好
46	注射器破砕機	Needelzap	5	US\$1,850.00	常に使用している	良好
47	血圧計	ADC 775	11	US\$440.00	常に使用している	良好
48	ストレッチャー昇降用踏台	HONDURAS	3	US\$105.00	常に使用している	良好
49	X線撮影装置(ポータブル)	SEDECAL SM-20HF	1	US\$36,800.00	常に使用している	良好
50	酸素ボンベ	AMERICAN HEALTH CARE	8	US\$2,136.00	常に使用している	良好
51	薬剤保管用冷蔵庫	SANYO MPR	1	US\$5,200.00	常に使用している	良好
				<b>\$183,476.13</b>		

添付資料5 ローカルコスト負担

(単位:レノンピーラ)

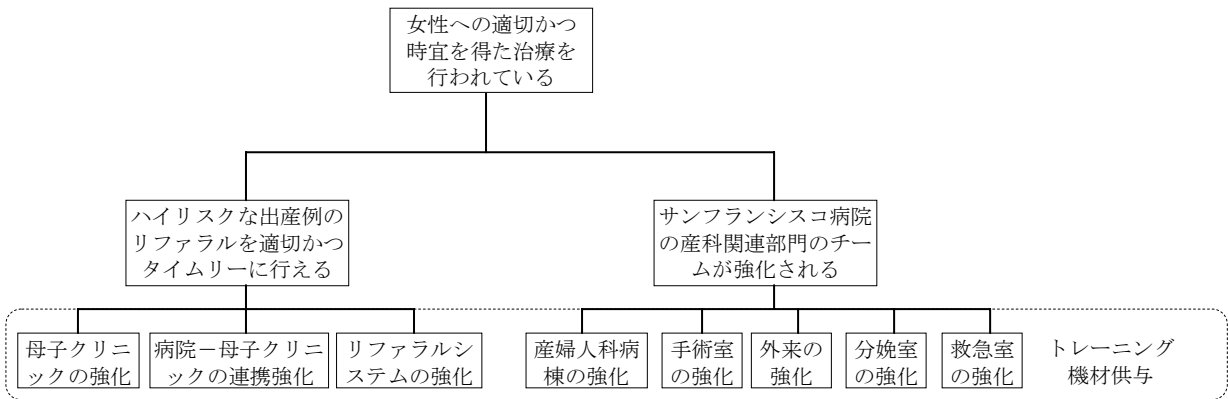
予算項目	資源番号	年					5年間合計
		2,000	2,001	2,002	2,003	2,004	
カウンターパート・コーディネーター給料	1	253,545.60	336,721.50	348,804.60	361,012.80	48,135.04	1,348,219.54
秘書給料	1	29,961.00	49,935.00	69,720.00	69,720.00	78,825.00	298,161.00
運転手の給料	2-3	93,264.00	174,870.00	183,000.00	196,485.00	172,545.00	820,164.00
研修・情報センター等設計図の検討費	3	30,000.00					30,000.00
研修・情報センター建設施工管理	1	0.00	60,000.00				60,000.00
住民活動センター建設施工管理	1	0.00	25,000.00				25,000.00
外堀建設に伴う建設技師の施工管理	1	0.00	85,000.00	36,000.00	31,000.00	0.00	152,000.00
外堀建設のためのセメント代		0.00	0.00	35,000.00	95,000.00	0.00	130,000.00
外堀建設のための人件費	2	0.00	12,500.00	5,000.00	0.00	0.00	17,500.00
変圧器設置に係る材料費(電線、セメント、鉄筋等)		0.00	25,000.00	0.00	0.00	0.00	25,000.00
研修・情報センターの変圧器購入費	1	0.00	38,000.00	0.00	0.00	0.00	38,000.00
メンテナンス費用(人件費)	3	0.00	5,000.00	10,000.00	12,000.00	15,000.00	42,000.00
タイ尔職人50日間の人件費	1	0.00	10,000.00		37,000.00		47,000.00
プロジェクト開始当初の車両貸与、運転手および燃料費の援助(3カ月間)	1	6,000.00					6,000.00
図書館改修にかかる費用(施工管理、人件費、材料費)						58,570.00	58,570.00
研修・情報センターの排水溝工事の材料費						9,500.00	9,500.00
研修・情報センター下水管工事の材料費					10,000.00		10,000.00
カウンターパートの国内旅費・交通費	10	105,000.00	123,000.00	123,000.00	122,000.00	116,000.00	589,000.00
カウンターパート・コーディネーターの旅費・交通費	1	11,000.00	15,000.00	16,000.00	14,000.00	10,000.00	66,000.00
移動のための支援(合同調整委員会出席のための車両貸与、燃料費、運転手)		950.00	1,425.00	2,000.00	2,000.00	1,221.00	7,596.00
IECのワークショップ経費負担		0.00				1,500.00	1,500.00
プロジェクトに係るカウンターパート等人的資源の時間的平均費用	15	565,448.96	689,843.96	689,843.96	699,121.04	703,058.54	3,347,316.46
その他の出費		3,000.00	4,000.00	5,000.00	7,000.00	8,000.00	27,000.00
母子クリニックのモニタリングに係る飲み物代の補充		0.00	10,000.00	10,000.00	10,000.00	7,500.00	37,500.00
研修員の研修期間中の給料補填	22	119,437.50	398,132.75	145,948.00	116,348.00	80,121.00	859,987.25
カウンターパート・コーディネーターの給料(半日給料に相当)	1	0.00	0.00	0.00	0.00	104,000.00	104,000.00
		1,217,607.06	2,063,428.21	1,679,316.56	1,782,686.84	1,413,975.58	8,157,014.25

添付資料6 プロジェクトチーム自己評価結果

成果1 「サンフランシスコ病院および母子クリニックにおいて、女性に対しての適切かつ時宜を得た治療がなされる」

1. 活動の実施状況

プロジェクト進捗表を見れば明らかなように、計画立案当初の活動は、その多くが実施されていない。単純な計画活動数と実施活動数の比較では、実施率は3分の1にとどまっている<sup>1</sup>。この成果のコーディネーターパートであるサンフランシスコ病院の産婦人科医にしてみると、柔軟性のない勤務シフトでは、プロジェクトへの参加(活動だけでなく、場合によっては数日に及ぶ会議やワークショップへの参加)は不可能であった。また、他の産婦人科医のプロジェクト活動への巻き込みも容易ではなかった。これが2001年における成果1の活動が滞った原因である。この点は次年度の活動計画に反映され、関連部署の連携強化が活動として新たに盛り込まれた。しかし、活動の実施を可能にしたのはこの新たに加えられた活動の成果というより病院の産婦人科医(トロチェ医師)の参加であった。2002年半ばからこの医師を成果1のコーディネーターとして、また、日本人専門家(稲葉医師)のサポートのもと活動が開始された。プロジェクト側ではこれまで活動が停滞していた(しかもリプロダクティブヘルスの中心的な活動領域でもあった)この分野での展開を担保するため、新しいコーディネーターの参加前後で生じた活動の論理性の不整合には目をつむり、参画を得られた産婦人科医の意向を尊重することにした。



成果1の活動体系図

<sup>1</sup> 計画した活動数の総計(2001年~2003年)が90であるのに対し、実施活動数は30であった。プロジェクト進捗表 2001~2003 参照。

サンフランシスコ病院における具体的な活動の基本戦略としては、搬送された妊産婦に対する速やかな治療を施すため、到着から治療開始の間の遅れ、いわゆる“第3の遅れ(Delay to receive adequate treatment)”を短縮するというものである。そのため患者の院内フローに沿って救急および外来、分娩室、手術室、産婦人科病棟の各部署を強化することになった。しかし、部署ごとに年間計画が策定されているものの、外来部門で紹介患者の受入れ態勢に多少の改善が見られた以外は、成果につながる具体的な活動は実施されていない。母子クリニックにおいては、2001年1月よりクリニックごとにスタッフ全員の参加を得て目的指向型(問題分析はせず)で年間活動計画が立てられた。これらの活動は4ヶ月ごとにクリニックのチームと第7保健地域スタッフおよび日本人専門家が一緒にモニタリングした。これはチームワークの醸成とサイクルマネジメントによるクリニックの機能強化をめざしたものであった。

2002年になり院内各部署のコーディネーションと母子クリニックとの連携強化を目的にリプロダクティブヘルスユニットが組織された。2002年8月、新しいコーディネーターにより病院内では帝王切開のクライテリアの見直しや卵管切除手術の研修、妊産婦死亡の症例検討など個別の活動が開始された。リプロダクティブヘルスユニットの活動として院内ではメンバーによる定例会議と小児科と産科による周産期カンファレンスが始まり、院外では複数の科(産科、小児科、内科、麻酔科、歯科)による母子クリニックへの巡回診療や母子クリニックの合同モニタリング(他の母子クリニックの代表者と病院産婦人科医の参加)などが母子クリニックとの関係強化を目的に新たに策定され実施されている。しかし、2004年に入り巡回診療以外の活動はやや停滞してきている。その原因としては、リプロダクティブヘルスユニットの主要メンバーである各婦長の頻繁な部署変更とそれに伴うメンバーの変更により、目的やメンバーの役割などへの認識があいまいになっていったことがある。病院改築作業を当て込んだ計画も低い活動実施率と関係している。また、各部署の“第3の遅れ”を改善するための取り組みも方向性が定まらず、単なる部署の機能強化になっていった。これらの問題をみんなで改善するためにリプロダクティブヘルスユニットの建て直しを現在図っている。当初目的の一つとされていたリファラルシステムの整備に関しては、成果4(医薬品供給管理)とともに導入されたラジオ無線は受けて側の病院が応答せず機能していない。また、リファラル・カウンターリファラル用紙も作成されたが病院産科医の協力が得られず機能していない。

## 2. 成果の達成度

(1)母子クリニックのスタッフがサンフランシスコ病院との関係が改善されたと考えているか。

プロジェクト開始時点では、母子クリニックとサンフランシスコ病院の間には全くコミュニケーションがなかった。当然リファラルシステムを改善する建設的な話し合いの機会は

なく、互いに相手の状況など知ることもできなかった。表 1-1 に母子クリニック－病院間連携強化活動の実績を示す。

表 1-1 母子クリニック－サンフランシスコ病院連携強化活動実績

活動項目	2001 年	2002 年	2003 年	2004 年 (8 月現在)
計画策定のための訪問	0	0	5 回	0
巡回診療	0	0	10 回	4 回
CMI 活動評価会参加	0	0	2 回	0

ホンジュラス国内でも県病院スタッフが母子クリニックへ巡回診療するというのは前例がない。CMI スタッフからも、「病院が CMI に扉を開いたのは画期的なことで、我々に自信を与えた。」とのコメントが母子クリニック活動評価会で述べられている。また、母子クリニックから病院への搬送もふえている。Catacamas は不必要な患者搬送が多いという問題が自他ともに認められていたところであり、歯止めが掛かってきていると思われる。

表 1-2 母子クリニックから病院へリファー数年次推移

母子クリニック	CMI から病院へのリファー数			
	2001 年	2002 年	2003 年	2004 年 (8 月まで)
Patuca	35	62	80	73
Guayape	21	33	30	47
Catacamas		306	298	165
Salama		23	37	14
San Esteban	18	44	95	61

出典：第 7 保健地域事務所統計部と母子クリニック統計

以上より母子クリニックとサンフランシスコ病院の関係は改善しているといえる。

(2)産婦人科棟、手術室、救急部、外来、分娩室、マタニティホームの職員がそれぞれの部門のサービスが改善したと感じている。

インタビューの結果、外来ではリファー窓口を設け、リファー患者はより速やかに診察が受けられるようになり、分娩室と新生児室のコミュニケーションが改善されたという。産婦人科と分娩室の婦長が共同で巡回を行った。部門間の連携にはまだ改善の余地がある。

成果 2 「サンフランシスコ病院および母子クリニックにおいて、新生児ケアが改善される」

1. 活動の実施状況

成果 2 の活動は、(1)プロトコールの適用、(2)医師と看護師合同の研修の実施、(3)感染の予防、(4)分娩室と新生児室による統合的かつ適時な新生児ケア、(5)新生児の死亡例の検討、の 5 つに集約できる(図 2-1 参照)。

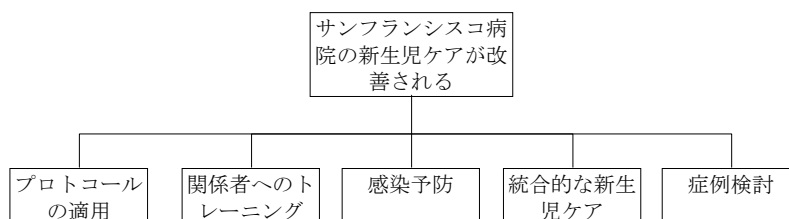


図 2-1 成果 2 の活動体系図

(1) プロトコールの適用

プロジェクト開始時サンフランシスコ病院の小児科関連部門では、医師たちが新生児ケアに関する異なったクライテリアを持っており、それが新生児ケアにおける問題となっていた。また、新生児室には常勤の専門医が配属されておらず、週末や祝日には待機している医師がいなかった。これらの状況が新生児の不適切な取扱いにつながっていた。この状況を改善するため、プロジェクト活動の一つとして、既存のプロトコールのレビューと必要とされるプロトコールの策定を試みた。策定が計画されたプロトコールは「経管栄養の進め方」、「低出生体重時および病的新生児の経管栄養法」、「輸液と電解質管理」、「抗生物質の使用法」、「先天性梅毒」、「胎便吸引症候群」、「新生児高ビリルビン血症」、「呼吸窮迫症候群」の 8 つであり、うち 6 つが適用されている。プロトコールの適用度については、6 プロトコール中 2 つのみを検証している。表 2-1 はその結果である。

表 2-1 プロトコールの適用度

プロトコール名	サンプル数	完全適用(%)	一部適用(%)	不適用(%)
水分および電解質	26	50	23	27
新生児仮死	30	83	0	17
経管栄養管理	—	未評価	未評価	未評価
先天性梅毒	—	未評価	未評価	未評価
胎便吸引症候群	—	未評価	未評価	未評価
新生児高ビリルビン血症	—	未評価	未評価	未評価

(2) トレーニング

プロジェクト活動策定時のワークショップで行った問題分析の結果に基づき、トレーニングが策定された。計画されたトレーニングは 14 あり、そのすべてで完了している。新生児室

の准看護師 6 名、看護師チーフ 2 名、手術室の准看護師 6 名、分娩室の准看護師 6 名がトレーニングを終了している。トレーニングの効果は准看護師 5 名への習得度テストによって計られており、平均得点率が 61%であった<sup>1</sup>。

実施したテーマ： 1. 低体温症  
2. 新生児敗血症  
3. 出生直後の新生児ケア  
4. 新生児仮死  
5. 胎便吸引症候群  
6. 補液と電解質  
7. 未熟児栄養  
8. 心肺蘇生  
9. 高ビリルビン血症  
10. パルス・オキシメーターの使用法  
11. APGAR スコアについて  
12. 新生児痙攣  
13. 感染予防対策  
14. 先天性梅毒

### (3) 感染の予防

新生児室の問題として、物理的な狭さ、不足しているインキュベーターの数、外部との直接的なコンタクトが可能である点、滅菌衣、蒸留水、酸素などの消費財の不足などが上げられるが、もっとも問題なのは新生児室を訪問するサンフランシスコ病院のスタッフの感染に関する配慮の不足(滅菌衣の着用や手洗いの拒否)であった。こういった状況を改善するため、衛生基準(bioseguiridad)の研修、資機材の付着菌培養、勤務中感染リスク(勤務中の切り傷や針刺し事故)に関する事故記録ノートの導入、新生児室准看護師による新生児の取扱い指導などの活動を行った。

衛生基準に関しては、新生児室、分娩室、手術室、救急室の 4 部署を対象に 4 つの研修が計画され実施されている。資機材への付着菌培養は、年 2 回計画・実施され、その結果が部署内に報告されている。事故記録ノートについては存在するが事故そのものがないため今のところ記録はない。そのほか、感染防止のために行った活動として、新生児室への部外者の侵入の制限、イソプロピルアルコールを用いての靴や室内器具の消毒、母親に対する手洗いの奨励、器具の消毒、手術に関係する関係者への手洗いの奨励、使用機材の日常的な衛生管理などを行った。衛生基準に関する習得度のテストを、活動のインパクト調査のために 2001 年(准看護師 5 名)および 2004 年(准看護師 6 名)に実施している。その結果は 2001 年が 81%の正解率、2004 年が 80.5%の正解率であった。この結果を新生児部門の日本人専門家は「母集団が少なくメンバーも変化しているものの、新生児室には現在、感染防止対策のための決まったプロトコールが存在し、ある程度共通した理解のもとで業務が実施されていることが推察された」<sup>2</sup>と評価している。

<sup>1</sup> 「スタッフトレーニングの効果に関しては、調査が 2001 年、2002 年のトレーニングからかなり時間が経っていることと、対象者 5 人の得点率が 50%から 81%とばらついていたため正確な評価は困難であった。2001 年に事前評価を行っていないことが反省点としてあげられる」(短期専門家報告書、岩本あづさ、2004 年 8 月、p.2)。

<sup>2</sup> 短期専門家報告書、岩本あづさ、2004 年 8 月、p.2

#### (4) 分娩室と新生児室による統合的かつ適時な新生児ケア

サンフランシスコ病院には、新生児ケアサービスに関して、関連部署の横のコミュニケーションが不足していた。そのため、適時に適切な対処が取れず、結果として新生児罹患率や死亡率が高まってしまった。このような状況に鑑み、帝王切開、自然分娩に関わらず、リスク分娩の際には分娩に小児科医が立ち会うメカニズムが必要だと考えられた。そこで、分娩室の婦長と新生児室の婦長の共同回診、リスク分娩における小児科医の立会い、新生児室への搬送、周産期ユニットの設置という活動を実施した。共同回診は、新生児室の利用者の増加<sup>3</sup>と、新生児室人員の分娩室への臨時派遣などにより、現時点では部分的にしが行われていない。しかし、コミュニケーションという意味では、新生児室に電話が設置されたことから、かなりの改善が見られた。リスク分娩への小児科医の立会いは、活動が開始されてから年々改善されてきている。表 2-2 は死亡にいたったハイリスク分娩のケース 27 例について小児科の立会いがあったかを調べたものである。

表 2-2 リスク分娩における小児科医立会いの割合(2004年1月~8月)

立会い状況	分娩数	割合(%)
立会いあり	9	33.3
要請なし	11	40.7
記録なし	5	18.5
要請間に合わず	2	7.4
合計	27	100

出典:新生児室資料

分娩室と手術室から新生児室への搬送は、これまで部署間のコーディネーションがなく、適切な方法で搬送されていたとはいえなかった。搬送保育器等の資機材の供与もあり、プロジェクト活動によって大きく改善した。周産期ユニットは 2003 年に設置されたが、十分機能しているとはいえない状況にある。これまでのユニットの成果として、選択的帝王切開のクライテリアの策定と、リスク分娩における小児科医の立会いに関する再確認などを行っている。しかしながら、週末・祝日の小児科医の立会いに関しては課題として残っている。

#### (5) 死亡例検討

サンフランシスコ病院ではプロジェクトが始まるまで、新生児の死亡例を検討していなかった。プロジェクト活動により、新生児室死亡例を分析し始めた。最初の 2 年間は新生児部門の日本人専門家の協力を得て行われ、以降はサンフランシスコ病院の小児科医師グループにより行われている。計画では毎月やることになっているが、2001 年までは 3 ヶ月に 1 回、2003 年以降は年 1 回しか行っていない。検討結果は院内勉強会と保健省との臨床セッションなどで発表されている。

<sup>3</sup> 2003 年 10 月に入院適応が変更され、比較的軽症な患者も入院させることになったことで、利用者は急激に増加した。



## 2. 成果の達成度

成果 2 の達成度は、(1)サンフランシスコ病院新生児室における新生児死亡率、および(2)サンフランシスコ病院における新生児死亡率、の 2 つの指標で計ることになっている。

表 2-3 サンフランシスコ病院における新生児死亡率(出生 1000 当たり)の推移

	2001	2002	2003	2004*
病院新生児死亡率	10.5	10.8	11.4	10.2
新生児室新生児死亡率	10.5	10.2	10.1	10.3
新生児室新生児致死率	10.8	8.0	5.2	4.0

表 2-4 新生児室における新生児死亡数の推移

出生後死亡 時間	2000	2001	2002	2003	2004*
48 時間以内	15	19	19	29	25
48 時間以降 (6 日以内)	14	8	17	9	5
48 時間以降 (7 日以降)	5	8	6	1	2
合計	34	35	42	39	32

\* 8 月現在

出典:サンフランシスコ病院統計部及び新生児室

出生 1000 人当たりの新生児死亡率については、サンフランシスコ病院と新生児室ともにほとんど変化が見られない。しかし、新生児室新生児死亡率を出生後から死亡するまでの時間を 48 時間以内と以降に分けて見てみると、2000 年はデータの存在する 34 死亡例中 19 例 (55.9%) が 48 時間以降の死亡であった。これに対し 2003 年と 2004 年はそれぞれ 39 例中 10 例 (25.6%)、32 例中 7 例 (21.9%) に減少している。この減少に関してはプロジェクトの介入によると思われる。成果 2 の活動は栄養、輸液電解質管理、感染症予防が主で、これらの効果は 48 時間以内に死亡にいたることが多い重症児に期待されるものではなく、それ以降に発生する新生児死亡の減少に、より効果が期待されからである。48 時間以降の新生児死亡はよりプロジェクトの活動を反映する敏感度の高い指標ともいえる。

成果指標ではないが、新生児室における新生児致死率が活動の成果を図る指標として考えられる。新生児死亡率との違いは分母の違いである。新生児死亡率は出生 1000 当たりの死亡数であるが致死率の分母は新生児室入院患者数である。この指標に関しては、2001 年以降順調に減少しているが (表 2-3)、年間新生児死亡数はほぼ横ばいの 45 人前後であり、それに対して分母となる総入院数が 2 倍以上に増加しているために致死率減少という結果となっているようである。<sup>4</sup>

<sup>4</sup> 短期専門家報告書、岩本あづさ、2004 年 8 月、p.2

成果3 「CESAR（医師なし保健センター）、CESAMO（医師あり保健センター）、CMI(母子クリニック)及びHRSF(県立サンフランシスコ病院)において、妊娠、出産、産後のリスク要因が早期に同定される」

### 1. 活動の実施状況

母性ケアの活動の背景と目的は、現状調査および活動計画の策定に直接関与した工藤長期専門家の報告書に簡潔な説明があるので、以下一部引用する。「2001年3月に実施したコミュニティの授乳婦を対象とした調査結果では、70%以上が妊娠のリスクに関する知識がなく、63%が家庭分娩であった。保健省は施設分娩を推進する一方伝統産婆のトレーニングも1970年代から行ってきたが、効果が見られていないとカウンターパート達（C/P）は評価する。しかし、保健施設へのアクセスが容易ではないこれらの地域で80%の妊婦検診が確認でき、安全な分娩対策としてリスクの早期発見を行うための妊産婦検診の改善向上がより重要視される。妊産婦へのリスク分娩に関する知識と意識の向上によって、リスクを持つ妊婦の施設分娩と産褥の検診を促進していく。保健スタッフのリスク発見に関する知識と技術が向上し、さらに保健教育の改善という総合的なアプローチによって、効果的な研修が期待できる。」

このような背景と目的のもと、母性ケアの活動は、(1)スタッフへのトレーニングとそのフォローアップ、(2)看護スタッフへのフォローアップ(スーパーバイズ)、(3)伝統的助産婦との連携確立の3点に絞られる。以下に成果3の活動体系図を示す。(図3-1参照)。

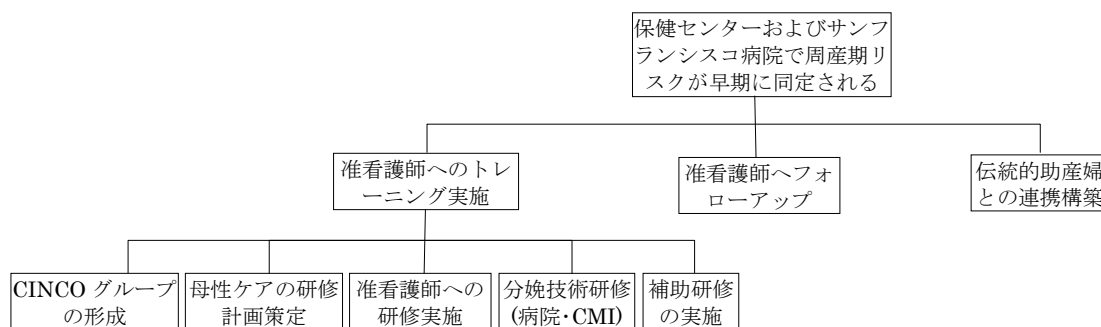


図3-1 成果3の活動体系図

#### (1) 看護スタッフへのトレーニング

##### 分野横断的グループ“CINCO”の形成

2001年1月29日に、母性ケア、IEC、栄養、カウンセリング、エイズの5分野の活動を行うため、分野横断的グループ「Grupo CINCO」を形成した。このグループのコンセプトは、5つの分野(母性ケア、IEC、カウンセリング、栄養、HIV/AIDS)における協力、統合、調整(Cooperation・Integration・Coordination)である。グループのメンバーは、地域レベル

から保健センターレベルまで、複数の専門分野を網羅している。以下、グループ CINCO のメンバー19名を示す。

表 3-1 分野横断的活動グループ「CINCO」

分野	C/P	新しく巻き込んだ人材 13人
母性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・県看護部長</li> <li>・母子ケア課長</li> <li>・サンフランシスコ病院看護師長</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地区とセクターのスーパーバイザ(看護師 2人)</li> <li>・サンフランシスコ病院総婦長</li> <li>・母子クリニック・保健センターの准看護師 3人</li> </ul>
IEC	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教育担当(2人)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養助手</li> <li>・エイズ担当プロモータ</li> <li>・地区プロモータ</li> <li>・県プロモータのコーディネーター</li> </ul>
カウンセリング	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心理療法士 1人</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院心理療法士</li> <li>・カウンセリングの医師</li> <li>・ソーシャルワーカー</li> </ul>

出典:工藤芙美子長期専門家報告書より作成

グループでは、オランチョ県の保健状況の現状調査を 2001 年 3 月に実施した(母性ケアおよび IEC の調査)。現状調査は、形成したグループ CINCO が中心となって計画し実施された。この調査を通して OJT が行われ、C/P は調査方法に関する知識や技術を習得した。また、トレーニング計画を策定に向け、対象となる看護人材のレベル判定を行った。その結果、看護スタッフのうち 9 割が、リスク因子についての総合的で正確な知識がないことが判明した。ここにも強化トレーニングの必要性を見出した。

#### 母性ケアの研修計画策定

上述の調査結果を踏まえ、研修では周産期におけるリスクの検知に重点を置き 17 の研修項目を同定し、トレーニング計画を策定した。導入として、(1)第 7 保健地域リプロダクティブヘルス向上プロジェクトの紹介、(2)「グループ CINCO」の紹介、(3)研修目的研修方法のオリエンテーション、(4)基本となった調査概要報告を行うことにした。

#### 研修項目

1. 妊娠中の問題分析 (正常妊娠経過にも触れる)
2. 母性ケアの一般知識
3. 栄養について (食物図を使って栄養価別にゲームを使ってグループで分類)
4. 妊娠、分娩、産褥の出血について
5. 貧血(検査室のある保健センターはわずかであるため、観察、診察のポイントを中心に)
6. 妊婦検診(医師のデモンストレーション後、実際の妊婦検診実習、検診記録の正しい書き方含む)
7. 家庭分娩について(県の実態報告、家庭分娩のリスクについての討議)
8. 伝統産婆との協調(伝統産婆の状況、月の定期会議の充実化提案、グループ討議、発表)
9. 妊娠中毒症および子癇(症状、観察ポイント)
10. 感染症(産前後感染の観察ポイント、ケアのポイント)

11. HIV/AIDS(最近の情報、感染経路をカルタゲームでグループワーク)
12. 産褥検診(検診のベストタイム、検診のポイント)
13. 家族計画
14. 母乳栄養(デモンストレーション)
15. 情報システムおよび妊産婦にかかる記録の方法
16. 妊娠、出産、産後のリスクについて(グループ討議、リスクの判断スコアの紹介)
17. リファラル・システムについて

同時に行われる IEC 研修の詳細に関しては成果 6 にゆずるが、メッセージポスターの作成実習、保健教育の計画作成、調査から見る望ましい保健教育の構築、フィリップ・チャートを使用しての保健教育の実習、プロモーションについての検討などを行った。またトレーニングの実施に必要な諸事項(ロジスティック、人数、ファシリテータ、各トレーニングのテーマなど)を決定した。トレーニングに用いる手法は、種々の参加型ツールが採用された。

#### 看護スタッフへの研修実施

母性ケアの研修は、サンフランシスコ病院の看護スタッフ、母子クリニック、医師なし保健センターの看護スタッフ、そして医師あり保健センターの准看護師に、フォローアップ要員として地区コーディネーターが選出され、正看護師 4 名、准看護師 177 名の参加を計画していた。(表 3-2) これらの対象者に対する 4 回の研修の後、地区コーディネーターの自発的な意見により、すべてのスーパーバイザー達にも同じ内容の研修を実施した<sup>1</sup>。

表 3-2 研修参加者実績

	実施期日	予定参加者	正看護師	准看護師	合計
第一グループ	2月25日～3月1日	1+43	1	44	45
第二グループ	3月4日～8日	1+45	1	44	45
第三グループ	3月11日～15日	1+42	1	43	44
第四グループ	3月18日～22日	1+43	1	46	47
第五グループ	5月20日～22日	21	19	0	19
合計		25+173	23	177	200

その後のフォローアップで看護スタッフからの要請を汲み上げ、また期待していた伝達研修が十分行われていなかった事実をフォローする意味で、2004年3月に追加研修を実施した。これにより、受講対象としていた正看護師と准看護師のほぼすべてをカバーできた<sup>2</sup>。

<sup>1</sup> スーパーバイザーへの研修は、フォローアップ体制のためにも必要であった。何を習得しようとしたのかということがわからなければフォローアップができないからである。

<sup>2</sup> 対象とした正看護師 25 名中 23 名、准看護師 173 名中 177 名が受講した。

### 分娩技術研修(病院および母子クリニック)

分娩技術研修は、まず指導者研修を実施し、次いで分娩介助を行う可能性のある准看護師研修を行った。

指導者研修は、サンフランシスコ病院(3名)と母子クリニック(4名)のスーパーバイザを対象にして2002年2月に実施した。指導者研修の目的は、各病棟と母子クリニックの婦長として、彼女たちにも同じ視点の分娩管理で現場指導をしてもらうことと、分娩看護ガイドラインをC/Pとともに作成することにあつた。この研修では実習実技も行い、各婦長たちのレベルの把握にも務めている。産婦人科医、小児科医にも研修講師として参加してもらった<sup>3</sup>。

本来、正常出産に至るまで医師が取り扱うことになっているが、病院、母子クリニックともに半数の分娩は准看護師の介助でなされているのが現状である。この現状を踏まえ、分娩介助を行う可能性のある准看護師(サンフランシスコ病院の分娩室と救急室、母子クリニック)を対象にして行われた。事前にこれらのスタッフの評価を行ったところ、おおむね6割程度の知識を持っていることがわかった。研修は、現状から分娩介助を行うのに十分なレベルに引き上げること、分娩進行中のリスク把握ができるようになることを目的に行った。

3月～5月各部署にてガイドラインに沿って観察し点数をつけ、その結果から各クリニックの強化ポイントを把握し、6、7月にかけて計画立案と準備を行い、2002年9、10月に研修が実施された<sup>4</sup>。受講したのは母子クリニックの対象者41名に対し34名、サンフランシスコ病院の対象者20名に対し22名が受講した。サラマ母子クリニックでは医師2名、研修医2名も参加した。

### 補助研修の実施

以下のとおり補助研修を実施した。第1回:2004年3月15日～19日、第2回:3月22日～26日。研修参加予定者は、スーパーバイザー、婦長6名と准看護師61名の合計67名で、実際の参加は婦長6名、准看護師54名であった。

#### (2) 看護スタッフへのフォローアップ

研修を受けたスタッフへのフォローアップのシステムを構築した。地域事務所レベルの看護部長と母子ケア課長を中心に、サポートとしてのグループCINCOがあり、地区レベルの

<sup>3</sup> この折、会陰切開、縫合技術の習得を望む声があり、後日地域保健事務所と看護部長の計らいで技術実習が実行された。

<sup>4</sup> 主要な研修テーマは以下のとおり:入院時のリスク同定、診察技術、分娩進行中の観察、分娩経過について、分娩進行中の異常、出血、前期破水、早期破水、分娩介助デモンストレーション、新生児ケア、分娩経過表の記入法・使用法(ケース・スタディ)、母性ケア研修内容のフィード・バック。

実務担当者として母性ケアコーディネータ 4 人とともに調整会議を毎月実施した。調整会議では、リスク発見モニタリングシート、保健教育実施モニタリングシート、教育内容についての問題点把握シートの作成した。また、コーディネーター、成果 3 責任者、各地区のスーパーバイザーのフォローアップにおける役割を検討し明確にした。2002 年 7 月からモニタリングシートの活用を開始したが、使用率は 50%に満たなかった。2003 年 4 月に全スーパーバイザー会議開催し、モニタリングの必要性を説き、フォローアップスーパーバイズへの参加を促した。会議の結果、直接評価・指導を実施するため、保健センターの訪問を計画した。訪問にあたりスーパーバイズチェックポイントをつづったガイドラインを作成した。まずは医師が勤務する保健センターでは、リスク同定について医師と看護師の間で混乱があり、モニタリングシートを使用できないという問題が調整会議であがっていたため、先に医師あり保健センター、母子保健センター、病院を訪問する計画を立てた。1 年間で 31 回の訪問を計画し、26 ヶ所の訪問を実施した。

各地区のスーパーバイザーも何回か参加した。結果、研修内容は 8 割方実施されていた。准看護師による健康教育については、医師の診療を開始前にしか時間が取れないとの理由で実施率は悪かった。また、作成したフィリップ・チャートの適切な使用も不十分であった。訪問では 1~2 時間の観察後、診療の合間に認識された改善ポイントをアドバイス、意見交換して次のステップへとつなげた。医師がいる場合は同席してもらった。モニタリングシートの記入法も徹底するよう指導した。前述したスーパーバイザー会議を母性ケア成果の活動最高決議機関として開催。スーパーバイズのシステムは、地域レベル 2 人、地区レベル 4 名、市レベル 14 名のスーパーバイザー<sup>5</sup>と病院関係者がその機能を担っている。現在のところ、このスーパーバイズは十分機能していないが、プロジェクト終了時までは十分な機能を持つことが期待できる。持続発展性としてガイドライン（フォローアップガイドと分娩経過ガイドラインの適応とリスク・モニタリングシート）の活用を考えている。

### (3) 伝統的助産婦との連携強化

オランチョ県ではプロジェクト開始当時、分娩の半数以上が自宅分娩で、伝統的産婆による分娩介助の割合が多かった(現在は減少傾向にはあるが、それでもかなりの部分を占めている)。したがって、「成果 3 母性ケア」の内、分娩に関しては、伝統的産婆の関わりが大きい。プロジェクト活動としては直接的な伝統的産婆の技術改善に介入せず、彼女らとの恒常的な関係を構築し、リスクの検知と施設におけるハイリスク分娩の実施を推進することとした。大半の伝統産婆は最寄りの保健センターに登録されて月一の会議で活動報告することになっている。その会議を通して①清潔なお産の実施 ②リスクの発見と施設分娩へのリファールを教育するよう保健センター担当の看護師、准看護師へ前記の研修中で討議

---

<sup>5</sup> オランチョ県には 23 の市(Municipio)があるが、それぞれの市にスーパーバイザーがいるわけではない。複数の市を一人のスーパーバイザーが担当しているケースも多い。

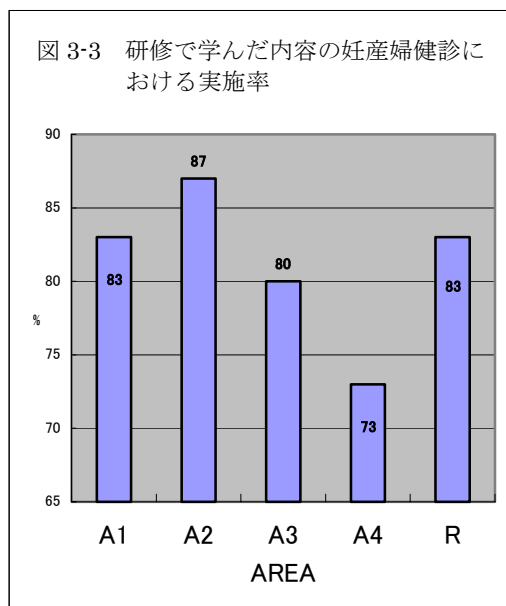
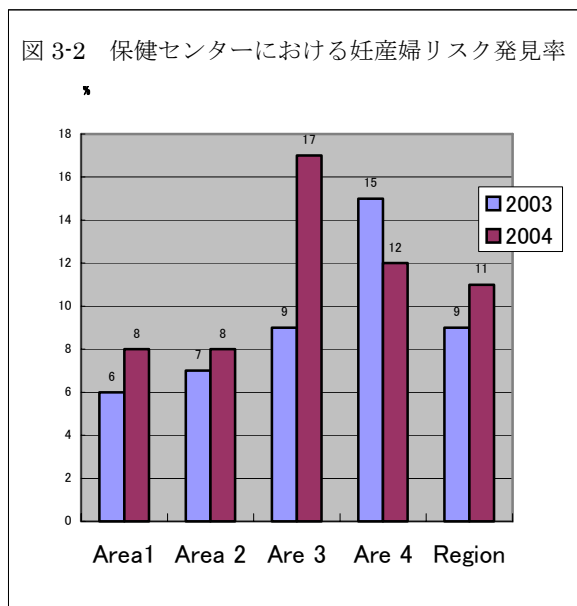
された内容をベースにガイドラインを作成した。2004年はその実行率を20%の保健センターで少なくとも実施することを目標としている。

## 2. 成果の達成度

目標は妊婦検診におけるリスク（ただし初産をリスクに含めない）検出率を予想妊婦総数の20%～25%<sup>6</sup>とした。適切な指標の選定については難航し、中間評価近くから今日まで議論された結果決定された。

結果：

妊産婦のリスク検出率は年2%の上昇率で目標に近づいているが、まだ目標には程遠い<sup>7</sup>（図3-2）。2004年のものは2回の看護スタッフのストライキなどでデータ収集率が悪い（年内には集まる予定）ため、検出率が低めに出ている可能性が高い。2003年と2004年の比較では63%の保健センターで検出率が改善されてるか既に目標値に達しているため、リスクの早期発見の努力はされていると考える。また、研修フォローアップの結果、妊婦検診もしくはプレ・クリニック（医師のいる保健センターでは准看護師は検診前に計測や主訴を把握することになっているがそこで検出することになっている）での研修内容の実施率は平均83%であったことから一応の成果は上げてきていると考える（図3-3）。



<sup>6</sup> 世界的に全妊婦の20%に何らかのリスクがあるという定説を受けた。保健省、WHO、県事務所と照準決定へのアドバイスを聞きに行ったが何もなく、中間評価時の参加者総員の意見を受けて決定。

<sup>7</sup> 検出率は看護師によるもので、医師によるものは含まれていない。

成果 4 「適切な治療のために保健センターにおいて必須医薬品が確保される」

1. 活動の実施状況<sup>1</sup>

成果 4 は「保健センターにおいて必須医薬品が確保される」という目的を達成するための手段として、(1) 持続的な医薬品供給システムの確立、(2) 活動と成果のモニタリング、(3) 医薬品管理に関する保健センター職員のトレーニング、(4) 医薬品適性使用の促進の 4 活動が設定された(図 4-1 参照)。

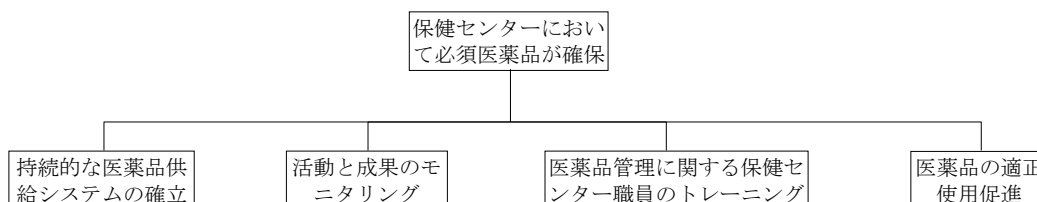


図 4-1 成果 4 の活動体系図

(1) 持続的な医薬品供給システムの確立

この項目は下位に「地域倉庫と保健センター間のコミュニケーションシステムを確立する」「医薬品供給のための効率的情報システムを確立する」「迅速な梱包プロセスが確立する」「医薬品配送の効率化をはかる」「計画的医薬品供給を行う」という 5 つの小項目に分かれる。

保健センターにおける医薬品使用・在庫状況を報告する S06 フォームは地域事務所倉庫へ 4 半期に一度提出されるが、提出遅延・誤記入が多かった。また、両者間のコミュニケーション不足も著しかった。これらが供給システムの確立を阻害していたため、ラジオ無線の導入 (31 保健センター) と配送トラックによる S06 の回収を始めた。しかし、ラジオ無線はこの目的のためにはあまり使われていない 2002 年に改善した後再び悪化した S06 の提出状況は、2004 年各地区のスーパーバイザーの協力により改善してきた (表 4-1)。

表 4-1 期限内に S06 フォームを提出した施設割合

Year	2001	2002	2003	2004		
Trimester	I	I	I	I	II	III
Area 1	43%	77%	N.A	53%	46%	93%
Area2	89%	97%	100%	84%	85%	100%
Area3	0%	77%	80%	74%	41%	96%
Area4	73%	96%	N.A	77%	73%	96%
Average	51%	85%	95%	69%	61%	96%

2003年第1四半期のArea1およびArea4はデータがなかった。

<sup>1</sup> 成果 4「薬物管理」は、2004 年 8 月から 9 月にかけて薬物管理分野の評価業務を行った藤田直子氏の評価報告書に基づくものである。



効率的情報システムに関しては、倉庫内の医薬品に関する出入庫記録や在庫状況がコンピュータプログラム(Access Base)の導入により向上した。問題としては現在Access Baseプログラムを理解できる人が地域事務所にいないことで、追加項目などの変更などができずにいる。

梱包プロセスは週間計画を立て実施することで改善してきた。また、倉庫内整理による梱包スペース確保と必要機材の供与も改善の要因である。ただし、実施には配置人数が大きく寄与する分野であり最低5名は必要とする。2003年に見られた配送状況の悪化要因の一つとして梱包担当者の削減があった。逆に2004年に見られた配送状況の改善は契約職員の導入によるところが大きい。梱包プロセスは確立されているが、梱包担当者を持続的に確保できるかが持続発展性のキーとなる。

医薬品配送の効率化に関しては、約150ある保健センターを25の配送ルートに分けた。1ルート当たり5～7保健センターで、供与された2台のトラックにより配送は日帰りで行われている。

医薬品の計画的な配給であるが、計画表を用いた4半期ごとの配送全体計画策定と週ごとの配送計画が行われている。

## (2) 活動と成果のモニタリング

9つのモニタリング指標が設定され、活動が実施されてきた。年度ごとの「計画活動」のモニタリングは毎年2回行われ、結果がまとめられてきた。このことから活動計画をたて、モニタリングを行うことは、達成されているといえる。しかし、指標とされた成果のモニタリングは重視されておらず、2003年に医薬品配給システムが滞った時にも必要な対策が講じられては来なかった。モニタリングの目的は、活動の進捗状況をチェックし、計画どおりっていない場合に、有効な対策を講じるためのものであるが、その目的が浸透していたとはいえない。2004年2月、短期専門家によりモニタリングの重要性が強調され、指標の再吟味(6つに減らされた)および月々・四半期ごとに地域事務所およびJICAプロジェクトに報告すべき内容が決定され、今回報告様式および注意を払う基準について策定した。今後地域事務所の主要な人々が定期的にモニタリング情報を共有し、非常時を推測し対策を立てることができた時に、達成できたといえるであろう。現在、基盤はできているといえる。

## (3) 医薬品管理に関する保健センター職員のトレーニング

保健センターで医薬品を管理し、医薬品を処方箋に従って患者に渡す業務に従事している人は薬剤に関してのトレーニングを受けたことがなく、またメディカルのバックグラウンドを持っていないことが途上国においては多い。このホンジュラス第7保健地域も例外ではない。また担当者が地方公務員ではなく、保健センターの管理委員会が雇った臨時雇用のケースも多々あり、転勤その他で人が代わることも多い。そのため、「保健センターにおける医薬品管理(倉庫管理、請求書(S06)の書き方を含む)」「処方箋に従った医薬品処方時に注意すべきこと」「患者への基本的な服薬指導」について定期的なトレーニングが必要で

ある。2001年にはS06の記入方法を書面で配布し、また2003年にはS06の記入についてのトレーニングが1回行われている。しかし、その他の医薬品管理についてのトレーニングは行われておらず、トレーニングマニュアルも作成されてはいない。S06の記入について、現在は医薬品を配達した時に個別に指導を行っている。

#### (4) 医薬品適性使用の促進

医薬品適性使用は「持続的な医薬品供給システムの確立」とともに重要な項目である。医薬品が適性量供給されても、保健センターで不適正に使用（過剰処方、誤認処方）されては在庫切れを生じてしまうし、抗生物質の不適切使用や過剰使用は耐性菌発現のもととなる。オランチョ県における耐性菌発現の傾向は日本人研究者により既に指摘されている。医薬品適性使用の促進を行うには保健センターでのターゲットは処方者であり、医者・看護師がその責任を負っている。「持続的な医薬品供給システム確立」に関するC/Pは倉庫責任者であるが、「医薬品適性使用」に関しては第7保健地域で医者・薬剤師・疫学者を交えた「Therapeutic committee」を設立し、この会をC/Pとして活動を行わないと効果がない。2001年にこの会は設立されているが、その後、活動していない。プロジェクトでは医薬品が配送されないところで適性使用を唱えても効果が薄いため、実施計画が中期以降に設定されていた。2003年に保健センターでの医薬品処方状況に関する現状調査が行われ、2004年には適正使用促進の活動作りに短期専門家が投入荒れるはずであった。しかし、医薬品供給の悪化のため予定されていた短期専門家のTORを医薬品供給の建て直しに変えざるをえなくなったため、プロジェクト期間内でのこの分野への具体的活動は断念することとなった。

## 2. 成果の達成度

成果4「薬剤供給」の成果の達成度は、以下にある2つの指標の達成度合いによって計る。

- ・ 基本的な薬剤を保有する保健ユニットの割合が6割以上になる。
- ・ 基本的な薬剤の供給を90日以内ごとに受ける保健ユニットの割合が40%以上、145日以内ごとに受ける保健ユニットの割合が100%になる。

「基本的な薬剤を保有する保健ユニットの割合」は、指定医薬品の保有数でモニターすることになっている。指標医薬品はプロジェクト当初の15医薬品ではなく、今回新たに設定された10指標医薬品を選び、2001年、2002年、2003年、2004年の各第一四半期の在庫状況をS06フォームをもとに調べた。第1四半期(4月末在庫)を選んだのは、毎年在庫状況が一番悪い時期であるとの理由からである。

表 4-2 在庫切れがあった医薬品をもつ施設数

在庫切れ医薬品の種類	在庫切れがあった医薬品をもつ施設数			
	2001年	2002年	2003年	2004年
在庫切れなし	5	28	5	38
1-3種	59	62	66	88
4-5種	30	14	28	1
5-10種	17	8	17	3
合計	111	112	116	130

2001年と2002年は10指標医薬品のうち1品目が配布されていなかった

この調査方法で用いられた10指標医薬品の在庫切れが全くなかった施設数の割合は2001年4.5%、2002年25%、2003年5.0%、2004年29.2%である。逆に4種類以上の在庫切れがあった施設は42.3%→21.1%→38.8%→3.1%と少なくなっている。目標とする「6割以上の施設で在庫切れがなくなる」にはまだ到達していない。原因としては供給量が足りないか、不適切に使いすぎているかであるが、後者が原因の場合、プロジェクトとして適正使用促進への介入が困難な今、この目標の達成は難しいといえる。

2つ目の指標「前回発送から90日以内および145日以内に医薬品を受け取った施設割合がそれぞれ40%以上、100%になる」に関しては、2004年の第2四半期には「前回発送から90日以内」に受け取った施設割合が76%(108/142)、および145日以内に医薬品を受け取った施設割合が84.5%(120/142)であり、目標値に到達している。ただし、この目標値は2002年の第2・第3四半期にかなりの改善がみられた後、2003年には10%以下と落ち込んだ経験を有するため、今後も注意が必要である。

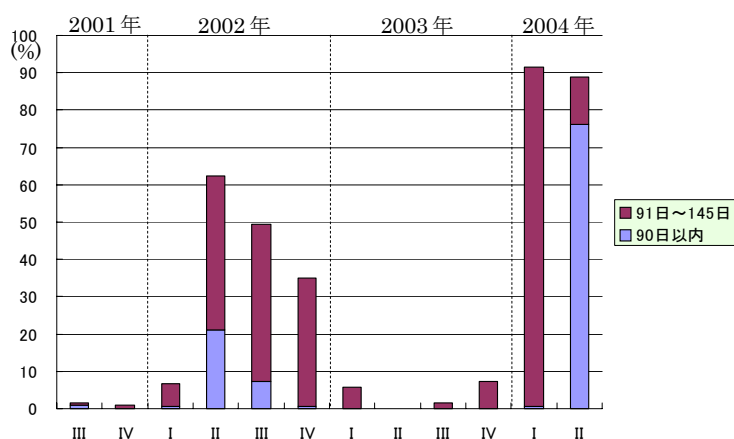


図 4-2 90日以内及び145日以内に医薬品を受け取った施設の割合  
(藤田短期専門家報告書のデータから作成)

表 4-3 前回発送から 90 日以内及び 145 日以内に医薬品を受け取った施設数

Trimester	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II
90日以内に発送された施設数	1	0	1	29	10	1	0	0	0	0	1	108
91日～145日の間に発送された施設数	1	1	8	57	59	48	8	0	2	10	129	18
配送されなかった施設数	110	98	40	21	60	71	66	123	68	48	2	3
その他(前回配送から146日以上かかった。新規開始)	18	31	88	31	11	20	67	18	71	83	10	13
対象施設数合計	130	130	137	138	140	140	141	141	141	141	142	142

出所: 藤田直子短期専門家報告書、2004年9月

成果 5 「第7保健地域の臨床検査ネットワークにおける質の高いサービスの利用が保証される。」

### 1. 活動の実施状況

成果 5 は、2つの大きな活動項目に取り組んだ。「臨床検査ネットワークの強化」と「すべての検査室における検査結果の質の改善」がそれらである。以下にそれら2大活動項目とそれに続く活動を示す(図 5-1 参照)。

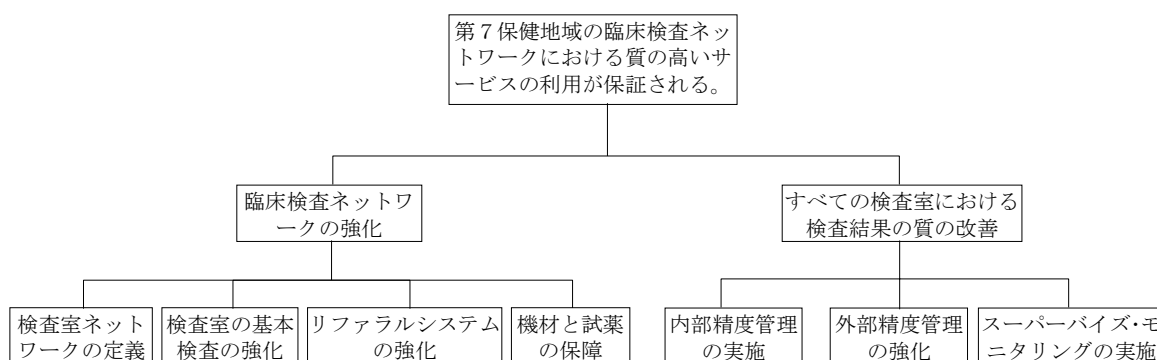


図 5-1 成果 5 の活動体系図

プロジェクト開始時、地域事務所検査室のリファラルシステムが十分機能していなかったため、保健センターの検査室や病院検査室に大きな影響を与えていた。保健センターの役割を考慮すると、保健センターの検査室は感染症検査と一般臨床検査の双方を実施するべきと考えられるが、実際にはそのほとんどが感染症検査であった。一般臨床検査は、実施している検査室でも数項目が行われているに過ぎなかった。

#### (1) 臨床検査ネットワークの定義

プロジェクト開始時検査室では機材の老朽化、機材の不足などから、検査の標準化ができない状況にあった。また、申請用紙も報告用紙も十分に配布できず、検査室の技師がそれぞれ用紙を作成して対応していたため書式がまちまちで管理上問題であった。

このような状況を改善するため、以下の活動を行った。

- ・ 保健センターレベルと地域レベルの二種類のマニュアル作成し、地域と保健センターレベルの役割の定義を行った。さらにこれらのマニュアルを関係者に周知させた。
- ・ 実施すべき検査のタイプと枠組みを再定義した。また検査に必要とされる機材と消費財の定義も行った。並行して申請・報告用の統一フォーマットを設計した。
- ・ 必要機材の供与を実施した。機材供与に伴い、技師に対する機材の使用法およびメンテナンスのトレーニングが行われた。
- ・ 第7保健地域事務所検査室ネットワーク支援委員会(CARLA7)を形成した。

## (2) 検査室の基本検査の強化

検査の質を確保するための基本インフラのひとつに「水」がある。しかし、専門家報告書にもあるように、水道は引かれていても水がにごっていて使えない、あるいは水道が引かれておらず川の水で洗浄しているという状況にあった。これが保健センターレベルでの検査の質向上の制約要因となっていた。プロジェクトではこの制約を改善するため、各保健センターに蒸留水作製装置を配備した。

また、試薬の供給が継続的には行われていなかった。事務手続きの煩雑さと予算の制約による試薬の不足が大きな原因であった。プロジェクト活動のひとつとして、検査室間のネットワークの構築が行われ、事務手続きの問題は解決された。予算の制約については、「手作りのできるものは手作りでやる」というコンセプトを導入し、そのための技術移転が日本人専門家によって実施された。現在はスルフォ・サルチル酸法、ドラブキン法を活用し尿蛋白と血中ヘモグロビン検査の試薬を地域保健事務所検査室で作製・配給している。

## (3) リファラルシステムの強化

保健省の規定(Norm)によると、地域レベル検査室の役割は、検体の受領と分析、ネットワークからリファーされた判定の困難なサンプルの中央へのリファーとになっている。しかし、現実には検体は、地域事務所を通さずに中央の検査室やサンフランシスコ病院の検査室に直接持ち込まれていた。リファールのシステムが十分機能していないことにより、検体の紛失やプロトコルの不徹底、送り元と受取先における記録の不備などの問題が起きていた。また、市レベルでボランティアや准看護師によって採取された検体は、検査室に来るまでの時間がかかる場合が多く見られた<sup>1</sup>。採取から検査までにかかる時間は、検査結果の質に大きく影響する。そこで、手続き改善のため検体送付のリファレンス用紙(フォーマット)を設計し、検体受領の記録簿を導入した。そして、検体の採取、作成、輸送などに関わるすべてのレベルの職員に対する研修を実施した。

## (4) 検査室ネットワークのための機材と試薬の保障

予算の割り当ての少なさと、計画性のない試薬の配給によって試薬不足が起こり、患者に必要な検査が実施できない結果となっていた。日本人専門家は計画的な購入の重要性を説き、その結果、四半期ごとの計画的な試薬の配給が実現できた。同時に四半期ごとの消費に基づいて試薬のプログラムを実現できるように、検査室の技師の研修を実施した。

## (5) 内部精度管理の実施

サンフランシスコ病院の内部精度管理は、プロジェクト開始までは実施されていなかった。検査手法や機材に問題があり、検査をこなすのに大半の時間が割かれ、内部精度管理にま

---

<sup>1</sup> 場合によっては採取から検査室まで1年もかかることもあったという。

では手が回っていなかった。そのため、プロジェクトでは半自動検査機器を導入した。機材の導入による効率性の向上に伴って生まれる時間を、内部精度管理に当てることができるようになった。しかし、効率的に検査が行えるようになったため、検査依頼が増加する、という現象が起こってしまった。検査の過剰な依頼、不適切な検査オーダーは当初より問題視され、救急室から依頼できる検査項目の制限や医師、特に赴任してきた研修医に対する検査室利用に関するガイダンス等の活動で対処してきた。これらの活動は多少の効果はあったものの新たな検査依頼の増加がこの効果を凌駕してしまった。このような状況の中、病院検査室では、1日1回のコントロール測定を実施するにとどまっている。

#### (6) 外部精度管理の強化

外部精度管理の結果の記録を整備し、管理に参加している保健センターへのフィードバックを開始した。

#### (7) スーパーバイズ・モニタリングの実施

1998年以前、保健センターの検査室へのスーパーバイズは容易であった。というのは、それまでは保健センターの検査室は5つだけだったからである。その後1999年に1検査室、2000年には3つの検査室が開設され、現在では11検査室が稼働している。保健事務所には移動の手段が確保されておらず、プロジェクトの支援によってスーパーバイズが実施されている状況である。そのためネットワーク検査技師に対する技術面のスーパーバイズがあまり行われていない反面、ネットワーク検査室の技師が定期報告のため地域保健事務所検査室を訪れた際、提出データに基づいた活動のモニタリングと指導が行われている。

## 2. 成果の達成度

成果5「臨床検査」は、以下の4つの指標を用いて達成度を計測する。

- ・ 妊婦検査で定められた9検査項目を利用できるようにする。
- ・ CESAMO 検査室において行われた検査総数が50%増加する。
- ・ 精度管理の基準が95%になる。
- ・ 日々実施される内部精度管理の月平均頻度が3以上になる。

「妊婦検査で定められた9検査項目をCESAMO検査室で検査できるようにする」

血中ヘモグロビン、尿蛋白、尿糖の検査導入により、臨床検査ネットワークの10検査室（最近開設された1施設を除く）のうち、Nueva Palestinaを除く9つの検査室で妊婦検査で定められた9検査項目すべてが提供可能となった。Nueva Palestinaは電気供給がないため、プロジェクトで推奨している検査項目が実施できず6項目にとどまっている。

妊産婦に対する臨床検査体制は整ってきた。妊産婦検診受診者一人当たり実施された検査数を表 5-1 に示した。ネットワーク検査室全体で、プロジェクト開始前に妊産婦検査受診者一人当たりに実施された検査数は 2 回であったが、年々増加し 2003 年には 8 回まで増えた。保健センター別に見てもすべての検査室で増加傾向になっている。しかし、妊産婦に実施された検査総数を初回妊婦検診受診数で割ったものなので、一人当たりの検査項目数を表しているわけではない。検査項目数が増えていなくても follow up で行われる検査数が増えればこの数値は増加する。一人当たりの初回検査項目数を正確に掴む方法はないが、母子クリニックから提出される妊産婦の検査データでは、検査項目別の実施数がほぼ同一なので受診時にすべての検査を行っていることが推察される。よって一人当たりの検査数の増加は利用できる検査項目数の増加に寄与していると思われる。

表 5-1 保健センター検査室における妊婦一人当たりの実施検査数

保健センター名	1999 年	2000 年	2001 年	2002 年	2003 年	2004 年
Nueva Palestina	0	0.15	4.44	7.83	7.68	7.8
Becerra	0.54	0.71	2.57	4.05	9.17	9.4
Campamento	3.68	5.30	7.56	6.91	8.72	13.0
Concordia	0	1.90	2.50	2.30	8.0	7.4
Guayape	2.43	2.88	6.15	9.02	7.6	8.8
Catacamas	3.45	3.91	5.18	4.64	7.3	4.4
Salamá	2.25	3.86	4.79	5.55	7.8	9.1
La Unión	3.78	2.89	2.40	3.01	8.0	8.3
San Francisco de La Paz	3.85	3.70	5.71	6.40	6.2	5.2
San Esteban	0	0.73	6.14	7.72	9.3	9.8
地域レベル平均	1.99	2.66	4.74	5.74	7.9	7.4

注：2004 年は 7 月現在

出典：第 7 保健地域事務所検査室

「CESAMO 検査室において行われた検査総数が 50%増加する」

表 5-2 は、保健センター検査室で行われている検査総数を表したものである。検査件数は年々増加傾向を示している。2001 年の検査数減少は、1 ヶ月に及ぶストライキにより保健センターの閉まっていたためである。

表 5-2 保健センターで実施された検査総数(1999 年～2004 年)

年度	1999 年	2000 年	2001 年	2002 年	2003 年	2004 年
検査総数	56,875	70,908	58,245	82,660	106,052	76,133

注) 2004 年は 7 月現在

出典：第 7 保健地域事務所検査室

検査総数の増加は、ネットワーク構築により試薬、備品等が安定供給されたこと、新しい検査項目や機器整備の導入されたことによると考えられる。本指標は設定された目標値の



検査総数を 50%増加させることであったことから、目標を大きく上回る達成度を示した。

「検査結果の精度が 95%になる」

表 5-3 精度管理の結果基準

検査	2001 年	2002 年	2003 年	2004 年
マラリア	97%	98.9%	99.3%	98.2%
結核塗抹	100%	100%	100%	99.5%
RPR	—	100%	100%	99.4%
リーシュマニア	—	100%	100%	99.4%
グラム染色	—	—	100%	100%
ヘモグロビン	—	—	—	88.9%

出典：第 7 保健地域事務所検査室

表 5-3 が示すように保健センター検査室で行われている検査の質は維持できていると考える。しかし、上記のデータでは保健センターと地域事務所検査室との間でマラリア、結核塗抹標本、RPR、リーシュマニア、グラム染色の一致率が掲載されているが、これは地域保健事務所検査室の感染症検査スライドの確認（すべての陽性と 10%陰性の確認）で本来の外部精度管理としては意味合いが異なる。ヘモグロビン外部精度管理については本年度からの試みで値として目標の 95%に達成していないが、外部精度管理の前進として受け止めたい。よって、検査結果の精度管理は十分とはいえずこの指標は達成されていない。

「1 日に行われる精度管理コントロールの月平均頻度が 3 回以上になる」

サンフランシスコ病院の検査精度は低く、その原因として内部精度管理の実施状況に問題がある。1 日 3 回以上の精度管の実施を目指していたが、1 日 1 回しか行われていない。また、管理図を作成することもなくコントロール結果に対する解釈が実施されていない状況である。

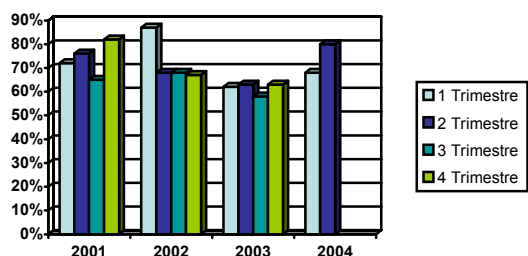


図 5-1 生化学検査の再検率

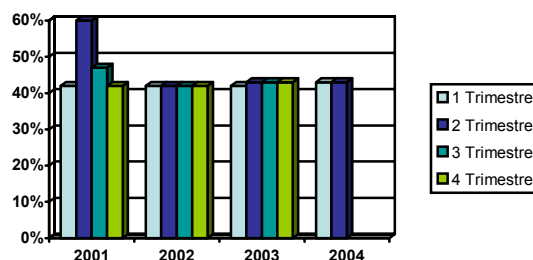


図 5-2 血液検査の再検率

図 5-1 と図 5-2 はサンフランシスコ病院検査室における異常値に対する再検査率のデータであり、精度管理の状況を計る別の指標である。以前は異常値のチェックもせずに臨床側に戻っていた。異常値の再検率は 100% であるべきだが、生化学検査、血液検査ともに実施率が低い。ここでも処理する検査数の影響が考えられるが、内部精度管理の実施が改善されれば異常値の出現率もおのずと下がり、再検率の改善も期待できる。

以上より、成果 5 は臨床検査ネットワーク強化によりアクセス状況は改善をしたが、検査精度の向上に関してはまだ課題が残されている。

成果 6 「保健医療スタッフによるリプロダクティブヘルスのハイリスク発見のための保健教育が（住民へ）提供される。」

### 1. 活動の実施状況

成果 6 には、「第 7 保健地域におけるリプロダクティブヘルスの計画を策定する」、「産前、産後、家族計画の保健教育を強化する」、「コミュニティにリプロダクティブヘルスの情報を供給する」という 3 つの大きな活動項目がある（図 6-1 参照）。

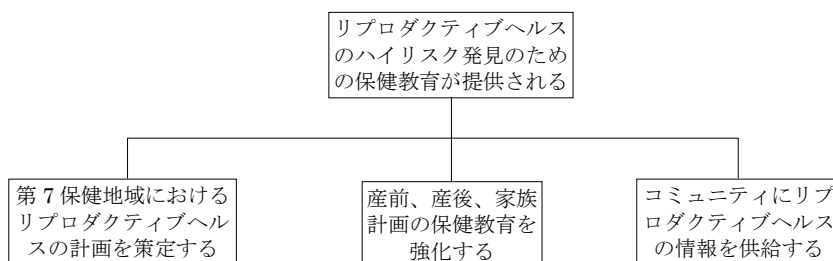


図 6-1 成果 6 の活動体系図

#### (1) 第 7 保健地域のリプロダクティブヘルスにおける IEC 活動計画を策定する

IEC 活動計画を策定するにあたり、まず着手したのが母体となる核グループ（グループ CINCO）の形成であった。成果 3「母性ケア」でも述べているが、協力、統合、調整をコンセプトに活動してきた。女性の健康に関する人材の教育に関して、様々な関係者の知見を集約できるグループを形成することであった。そこでグループは異なるレベル（地域レベル、地区レベル、病院、ローカルレベル）からの参加を得て構成した<sup>1</sup>。また、このグループは、医者、看護スーパーバイザー、精神衛生担当者、環境衛生技師（Técnico de Salud Ambiental : TSA）、地域事務所教育担当者（Educadores）、准看護師という職域を越えた保健医療従事者で構成されている。これらの人材の主体的な参加のもと、教材作成やトレーニング・フォローアップの活動計画が策定された。

#### (2) 産前、産後、家族計画の保健教育を強化する

2001 年に行ったコミュニティ調査結果を基に、リプロダクティブヘルスに関する 17 のテーマについて教材（フリップチャート）を作成した。今までホンジュラスには妊娠に関するリスクの教材がほとんどなく、ホンジュラスで初めてのリスクの教材となった。この教材は、オランチョ県のすべての保健センターに配備され活用されている。さらにこの教材を利用して、基礎コミュニケーション技術のトレーニングを実施した。このトレーニングは成果 3（母性ケア）と成果 6（IEC）による全保健センターの正・准看護師を対象とし

<sup>1</sup> 成果 3「母性ケア」で述べた「グループ CINCO」と、ここで述べた「様々な関係者の知見を集約できるグループ」は同義である。

た妊娠に伴うリスクと保健教育の統合トレーニングであった。全看護師の 98%（正看護師:31 人、准看護師:231 人）に対して行われた。このトレーニングの後、2002 年 10 月よりモニタリングを実施した。保健センターで実施された保健教育活動をモニタリングする用紙を作成することによって、保健教育を受講した住民の数をテーマごとに把握できるようになった。

### (3) リプロダクティブヘルスに関する情報のコミュニティへの提供

コミュニティレベルにおけるリプロダクティブヘルスの情報を住民がどのように受け取っているかを知るため 2001 年に調査が実施された。この調査結果では、コミュニティの住民が予防注射やマラリアなどの情報を多く得ているのに比べて、妊娠、出産、産褥に関する問題については少ない情報しか得ていないことがわかった。そして、住民は保健情報を保健センターのスタッフによる保健教育や、ラジオから得たいと望んでいることが調査結果からわかった。

また 2004 年には、プロジェクトの介入がリプロダクティブヘルスに関する住民の知識に変化を及ぼしたかを知るため、2001 年の調査と同じ条件でアンケート調査を実施した。

2001 年の調査を基にラジオを使って保健教育メッセージを 3 ヶ月間、オランチョ県全域に向けて放送した。このメッセージは産前・産褥のコントロール、妊娠に伴うリスク、貧血、HIV/AIDS、バイオレンス、カウンセリング一般の 7 つのテーマに対して保健センターへの受診を呼びかけるものであった。その後、市行政、保健委員会との協働により、サン・エステバン市、グアラコ市、ラ・ウニオン市の 3 市においては継続的に実施されている。

コミュニティでの更なるリプロダクティブヘルスの情報提供を広げていくために TSA との協働を行ってきた。それまで TSA がリプロダクティブヘルスに関する活動を行うことは少なかった。しかし、2002 年の社会調査の結果によると、コミュニティへ出向き住民へ直接働きかけている TSA との統合、協働は必要であった。そして IEC の基本技術のトレーニングを受けた教育担当者が、保健地区ごとに赴き、同じトレーニングを TSA に実施してきた。これにより全 TSA の 88%(98 人)に対してトレーニングが行われた。このトレーニングも実施直後よりトレーニングの成果が活かされているかモニタリングを行っていった。その結果 TSA によるコミュニティでの活動はほとんど実践されていないことが判明したため、TSA のコーディネーターに彼らの活動のスーパーバイズとモニタリングを実施してもらった。これによりわずかながらコミュニティでの活動が行われていくようになった。さらに、TSA がこれまで実践の中で培ってきた保健教育活動の know-how を共有し、より効果的な保健教育活動を作り上げていくために経験交流会を開催した。この会では各保健地区から 1 例、実践されている保健教育活動が紹介された。これまでこのような会が行われたことは一度もなく、同じ職種の者同士が互いの活動を知らず、独自に活動を行ってきた。そのため、地域保健事務所、保健地区のスタッフがともにモチベー

トされる結果となった。経験交流会は今後も引き続き行っていくことになった。

## 2. 成果の達成度

成果6の達成度は、以下の4指標で評価する。

- ・ 妊婦検診の受診数が1割以上増加する。
- ・ 産後検診の受診数が1割以上増加する。
- ・ 保健センターの利用者のうち、リプロダクティブ年齢にある女性の4割以上が、周産期のリスクに関する保健教育を受けている。
- ・ 住民のうち、リプロダクティブ年齢にある女性の35%以上が保健教育を受けている。

### 「妊婦検診の受診数が1割以上増加する」

プロジェクトが本格的に活動を始める前（2000年）の公的医療機関（保健センター、母子クリニック、サンフランシスコ病院）の妊婦健診受診数は12,566人であった。2003年は14,627人で16%増である。また、妊婦健診率も2001年に行ったコミュニティ調査（225人）で80.4%であったが、同じ場所で2004年にやった調査（255人）では90.6%の増加していた。この調査では交通機関と電気の有無により調査したコミュニティをA、B、Cの3つに分けているが、5回以上妊婦健診を受けた人の割合は、A、Bともにほとんど変化なかったのに対し、2001年の調査時交通機関も電気もなくCとランクされたコミュニティで約12%増えていた。2001年にCとランクされたコミュニティで2004年の調査時には交通機関を持つようになっている（Bにランクが上がった）コミュニティがあり、それが増加の一つの要因と考えられるが、わずか5%のコミュニティである。それ以外の要因に関しては言及できないが、健康教育の普及も考えられるとすると、より医療機関へのアクセスが悪い人たちに効果があった可能性が示唆される。

### 「産後検診の受診数が1割以上増加する」

2000年の産後健診受診数は5,386人であったが、2003年は5,075人で減少している。2004年は8月時点で3,733人、このままのペースでいくと5,600人となる。コミュニティ調査の結果は2001年の受診率が45.1%であるのに対し、2004年は48%であった。どちらのデータからも目標とする1割以上の増加には達していない。

### 「保健センターの利用者のうち、リプロダクティブ年齢にある女性の4割以上が、周産期のリスクに関する保健教育を受けている」

2003年の保健教育活動モニタリング結果によると、リプロダクティブヘルスに関する保健教育を保健センターで受けた人は52,718人ある。これはリプロダクティブ年齢の受診者の21.1%にあたる。

表 6-1 は保健センターで提供されたリプロダクティブヘルスに関する保健教育を受けた人の数を示している。表中の 2002 年 8 月は保健教育のためのプロップチャートが各保健センターに配布された月である。月平均の受講者数は 3,476 人（2002 年）、4,393 人（2003 年）、4,193 人（2004 年）となっている。2002 年と 2004 年は年間を通しての値ではないので単純な比較はできないが、2003 年で増えた受講者数は引き続き維持されているようである。

表 6-1 保健センターで提供された保健教育を受けた人の数

	2002 年(8~12 月)	2003 年	2004 年(1~4 月)
リプロダクティブヘルスに関する 17 テーマの保健教育	17,381	52,718	16,773
産前コントロール	5,238	6,967	2,241
産褥コントロール	1,067	1,369	591
家族計画	5,974	7,763	3,086
周産期の危険因子	1,004	2,658	1,144

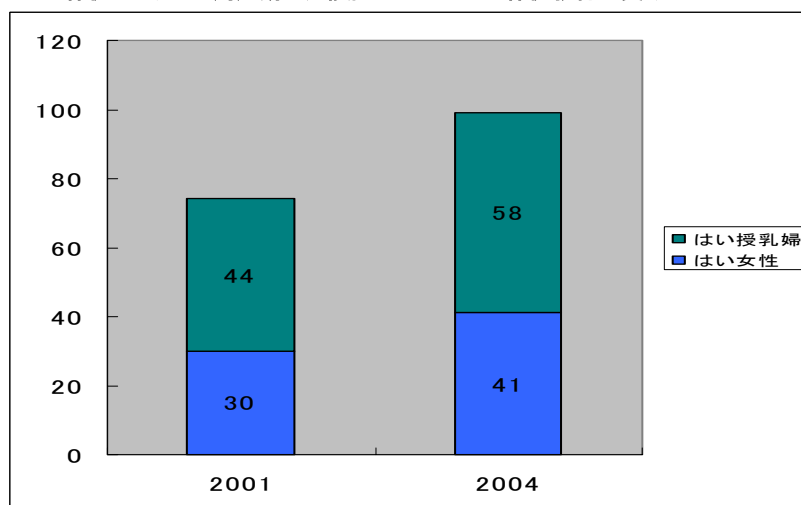
注) 産前・産後コントロール、家族計画、周産期の危険因子の数はリプロダクティブヘルスに関する 17 テーマの保健健康教育の数にも含まれている。

以上より、トレーニングと教材によりリプロダクティブヘルスに関する健康教育は活性化されたが、更なる努力が必要である。

#### 「住民のうち、リプロダクティブ年齢にある女性の 35%以上が保健教育を受けている」

2001・2004 年に行われたコミュニティ調査では、「保健センターで周産期の危険因子についての保健教育を受けましたか?」の質問に対し、2001 年は“はい”が 74 人（32.3%）、2004 年は 99 人（41.4%）と増えており、目標の 35%を達成している。

保健センターで周産期の危険因子についての保健教育は受けましたか?



またその他の質問では、産前コントロール(50%→58%)・産褥コントロール(38%→47%)、家族計画(55%→56%)となっており、緩やかに増えてきている。しかし、これらがプロジェクトの効果と言い切れるほどの活動はまだ行われていない。

IEC 活動の指標を以上の 4 指標で記しているが、これらの指標を見る限りリプロダクティブヘルスに関する IEC 活動は少しずつだが増えてきているが十分とは言いがたい。プロジェクトが入って 4 年半が経過したが、IEC 活動はそのものが開始されたの 2002 年 8 月からである。それまでグループ CINCO を中心に調査、教材作成、准看護師へのトレーニングが行われてきた。それ以降、住民に対して、准看護師による保健センターでの保健教育の提供、TSA によるコミュニティでの保健教育活動、ラジオなどのマスコミを利用した保健教育の取り組みがされるようになった。そのためこれらの活動による住民の行動変容まではまだ期待できない。

今後、准看護師や TSA を通して住民への保健教育が提供されて続けていくことによって、住民の保健教育に対する知識、理解がはぐくまれていくことになる。その過程で住民の行動変容へと結びついていくと思われる。

成果7 「第7保健地域におけるカウンセリングサービスへのアクセスが改善される。」

背景

オランチョ県では1992年頃から57人の保健医療従事者がHIV/AIDSのカウンセリングトレーニングを受け、1996年よりカウンセリング・サービスはHRSFで始められた。これまでHIV/AIDSのカウンセリングに関してはホンジュラス全体のネットワークが存在していたが、カウンセリングが行われていなかったり実際には機能していなかった。またオランチョ県内の状況として、高い割合での思春期の妊娠、バイオレンスに関する問題が明らかになっていた。

当プロジェクトで行った2001年5-6月のカウンセラーへの調査の結果、過去にカウンセリングトレーニングを受けた57人中44人が“カウンセリング”を“教育”と考えている事、またトレーニングの受講者の1/3が実際にカウンセリングに従事していない管理者であることがわかった。また他スタッフとの業務分担と時間の調整、場所、スーパーバイズなど、環境、条件の組織的な問題がありサポートされていないことがカウンセリング実施と普及に大きな影響を及ぼしていた<sup>1</sup>。

1. 活動の実施状況

下記の図に示すように、活動は3つの大きな項目によって構成されている

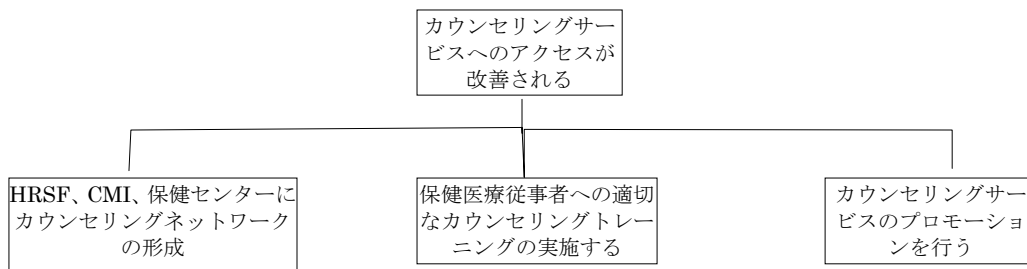


図 7-1 成果7の活動体系図

(1) カウンセリングネットワークの構築。

ネットワークはトレーニングを受けたカウンセラーたちが、カウンセリングの知識、経験の共有によってサポートしあうことによって、活動を強化し持続発展性を目指してカウンセラーたちのネットワークを開始した。主な方法はニューズレター「Amigos Consejeros」を発行で、初版は2001年11月のトレーニングの時に配布し、年に2~3回、コーディネーターからの情報収集を得てこれまでに9版発行している。

病院では、現在でも各分野別の担当者が別々にカウンセリングを行っているが、定期的に月1回のネットワーク・ミーティングを行い、インターベションシートへの記入方法を指導しあったり、それぞれの活動のシェアリングをしている。

<sup>1</sup> 業務完了報告書(工藤美子、2002年6月)から引用。



CMI・CESAMOでは1人のカウンセラーが様々なカウンセリングを行っている。  
このネットワークではカウンセリングのモニタリングを直接実施している各エリアのコーディネーターが大きな役割を果たしている。

## (2) カウンセラーへのトレーニングを実施する。

正しいカウンセリングの基礎を習得することにより、カウンセラーが多様なカウンセリングに対応でき、それによってカウンセリングへのアクセスが改善できると考えた。

保健省によって HIV/AIDS、家族計画、青少年などプログラムごとのカウンセリング・トレーニングを受けた保健スタッフ(主に准看護師)に対して、2001年にカウンセリングの基礎に重点をおくトレーニングを行った。またカウンセリングを実施するうえで障害となっている時間や、場所などの問題を解決するための理解と協力を得る目的で管理者へのトレーニングを毎年実施、23名の保健センター長と5名の地区長が参加した。

ここでは47名のカウンセラーに対してカウンセリング・トレーニングを2001年から毎年実施してきた。エスキプラ・デ・ノルテ市、エル・レアル市にある2つCESAMOを除く2003年に新しくオランチョの第15保健地域に編成されたため)23のCESAMO、5CMI、HRSFの准看護師、カウンセラーがトレーニングに参加した。

カウンセリングを正しく実施するためにカウンセリング・インターベション・フォーム(クライアントとともに、問題を明確に、解決方法を計画したものを記入するもの)を作成した。またこのフォームを適切に使用できるように記入要領をまとめたマニュアルが作成されている。

さらに、2002～2004年まで毎年1回短期専門家とともにフォローアップのためのトレーニングを行った。2003・2004年の活動では新しくカウンセラーをトレーニングする計画を上げていたが、それをするには至っていないため、カウンセラーの数は47名のままである。

2001年のトレーニングの直後から、モニタリングを実施した。モニタリングは各エリアのコーディネーターが、CESAMO,CMIの訪問やミーティングを通して行い、県の担当者や病院のカウンセラーがサポートした。しかし、2003年からはエリア1ではモニタリングのミーティングが行われていない。トレーニング前からモニタリングシステムを作り、モニタリング用紙を作成して、カウンセラーとコーディネーターが同じ視点で問題解決の把握をできるようにした。さらに、各エリアのモニタリングのサマリーを作り、進行状況を比較した。

県担当者とコーディネーターとの3か月ごとのミーティングが2003年からは1～2ヶ月ごとに実施するようになった。カウンセリング実施数の把握やカウンセリングのインターベションシートのマニュアル作り、トレーニングの計画、ニューズレターの作成のための準備などがミーティングの中で話し合われた。

2003年にはミーティングやトレーニングを円滑に進めていくために、8人のコーディネ

ーターとカウンセリングへのファシリテータートレーニングが行われた。

### (3) カウンセリングサービスのプロモーション(広報)を行う。

住民はカウンセリングの存在を知らず、ほとんどのクライアントは医師によってリファ一されていた。各施設のカウンセラーたちが、カウンセリングサービスに関するポスターなどを作成し、HRSF、CMI、CESAMO に展示した。

地域でのプロモーションとしては、マスコミ(ラジオ・テレビ)を利用した広報を実施した。IEC の担当者と協働して 3 ヶ月間、オランチョ県下にラジオを通してのプロモーションを実施した。その後、サン・エステバン市、グアラコ市については県の EC と精神衛生担当者が市行政、保健センターをサポートする保健委員会と交渉して協力を得た。ラ・ウニオン市、カタカマス市とサンフランシスコ・デ・ラ・パス市においてはその地域のカウンセラーが協力を要請してマスコミによるプロモーションを実施している

## 2. 成果の達成度

成果 7 の達成度の指標は、「保健センターにおいてカウンセリングサービスを受けた人の割合が倍増する」である。

カウンセリング実施数としては以下のとおりである。

	2001(11~12月)	2002	2003	2004(1~6月)
実施数	221	1,125	2,754	2,439
初回	95	723	1,430	1,530
再来(累計)	126	402	1,324	909
バイオレンス (HRSF でのグルー プカウンセリング)	140 (139)	433 (390)	1,273 (1221)	618 (441)
HIV/AIDS	63	329	346	433
家族計画	12	266	705	1,227
結核	—	10	47	39
その他	6	121	183	116

この表から統合的カウンセラーの人数は増えてはいないが、カウンセラーの提供するカウンセリングの実施数は増えている。ただし、実施数のなかには HRSF のバイオレンスカウンセリング数はほとんどがグループカウンセリングで行われている。さらに家族計画カウンセリングに関しては“カウンセリング”よりも“教育”の要素が濃くなっていると考えられるため、本来のカウンセリングとの意味合いが異なってくる。そこで HRSF で行われたグループカウンセリングによるバイオレンスと家族計画の件数を差し引いて実施数を出してみると、通年カウンセリングが提供された 2002 年では 465、2003 年では 828 とな

る。これにより 2002 年から 2003 年は約 1.8 倍の増加が見られる。

オランチョ県内の人口 1000 人当たり新規にカウンセリングサービスを受けた人の割合では 2002 年では 1.8、2003 年では 3.3、2004 年では 3.4 となっている。

カウンセリングのトレーニングは、保健省のプログラムとして各エリアがほとんどの准看護婦、正看護婦に対して実施、エリア 2 のみが自主的に計画実施した。しかし、家族計画のみのカウンセリングのトレーニングで、今年になってバイオレンスのトレーニングが行われているが、このカウンセラーたちはネットワークの中には入れられていない。

成果指標では見えないカウンセリングの質の改善状況を知るために、インタビュー調査を実施した。これはカウンセラーのカウンセリングサービスに対する現在の思いを調べるためのひとつのステップとして、カウンセラーたちがトレーニング後、自分がどのように変わったか、自信のレベルはどうか、クライアントからどのような反応を得ているかをあげてみる。

以下はその要旨である。<sup>2</sup>

#### カウンセラー自身の変化

- 何をやっているのかわかってカウンセリングを行うようになった
- 知識が増え、やる気が向上した
- クライアントの話をよく聞くようになった
- 問題解決法のステップにそってカウンセリングできるようになった
- アイコンタクトや聞くときの態度などトレーニングで習ったことを実行している
- クライアントを尊重するようになった
- コンフィデンシャリティーに気をつけるようになった
- 自分の家族や友人との問題解決にもカウンセリング技術を使うようになった
- クライアントを手助けできるということを嬉しく思うようになった

#### クライアントに見られる変化

- カウンセラーとして信頼してくれていることをより多くのクライアントが表現するようになった
- アイコンタクト等の技術を使うことによってクライアントとの関係が向上した
- 自分に会いたいと言って返ってくるクライアントが今はいる
- からだの問題だけでなく精神的な問題も理解し、ケアしようとするようになった
- 口コミでやってくる人が増えてきた

結果として、カウンセラーの多くが准看護師でもあり、彼らの 2001 年にカウンセリング・トレーニングを受けてから、カウンセリングを通して、クライアント・患者に対する態度、

---

<sup>2</sup> 業務完了報告書(森川ひかり、2004 年 8 月)から参照。

姿勢の改善が見られるようになった。これはカウンセリングの質が向上していることも示している。これによりクライアント・患者にも変化を起こすことでさらにカウンセラーへの変化にも結びつくものである。

以上の点から成果は達成したといえる。

今後、新しくカウンセラーをトレーニングすることで、カウンセリングを提供するカウンセラーが増えることになる。それによりさらにカウンセリング実施数は増えることになる。

成果8 「保健センター、地区、地域全てのレベルで時宜を得た意思決定がなされる」  
 (2000-2003年)  
 「地区レベルにおけるモニタリングシステムが確立される」(2004年改定)

1. はじめに

成果8「保健センター、地区、地域全てのレベルで時宜を得た意思決定がなされる」の活動は、(1) 正確で時宜を得たデータの保健センターからの収集、(2) 保健センター-地区レベル-地域レベルの情報の統合、(3) 時宜を得たデータの利用促進、(4) 新情報システム導入に関する保健省との調整を確立するの4つの活動に集約できる。(図8-1参照)

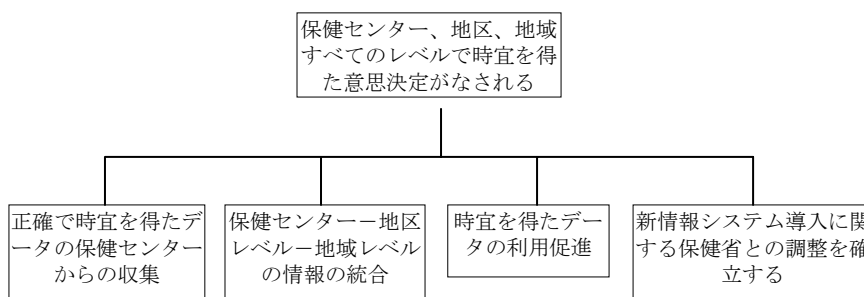


図8-1 成果8の活動体系図

これらの活動の背景として、第7保健地域ではPROSARE7と同じく2000年から他ドナーによる国家新情報システムのパイロットプロジェクトの存在がある。これは7つの新しいフォームを導入し、そのデータを地区レベルでコンピューター入力し分析を行うというものであった。そのため、第7保健地域では既存のデータ記入フォームとパイロットの新しい記入フォームを併用することとなり、また、PROSARE7のC/Pである統計課長はこのプロジェクトのC/Pでもあるため、2001年と2002年は「データの収集」に力点が置かれ、特に新情報システムパイロットプロジェクトの支援が主な活動となった。しかし、2003年4月、3年経過しても終了しない新情報システムパイロットプロジェクトの負の影響を考慮し、このプロジェクトへの支援は最低限度に留め「データの利用」の促進により比重を移すことになった。

2004年、中間評価で焦点を絞る必要性が指摘された「保健センター、地区、地域全てのレベルで時宜を得た意思決定がなされる」という到達点があいまいな成果を、対象レベルを“地区”に、意思決定の対象を“モニタリング”に限定し、「地区レベルにおけるモニタリングシステムが確立される」に変更することになり、成果指標と活動計画も大幅に変更された。活動は(5)パイロット地区におけるのモニタリングシステムモデルの構築、(6)モデルシステムの評価、(7)モデルシステムの他の地区への導入の3つである。また、(1)

正確で時宜を得たデータの保健センターからの収集はこのシステムに必要との判断から残した。

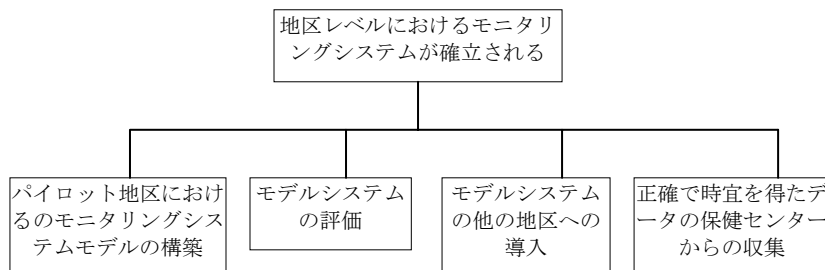


図8-2 新しい成果8の活動体系図

## 2. 活動の実施状況

### (1) 正確で時宜を得たデータの保健センターからの収集

この活動は4つの小項目に分かれる。(ア) データ記入フォームのに関する情報システム関係者のトレーニング、(イ) データクリーニングの強化、(ウ) 記入用紙の安定供給、(エ) データ提出方法の改善。しかし、これらの小項目は一貫して行われているものの、2001年～2002年と2003年以降では具体的な活動内容に違いがあるので、2003年前後に分けて見てみる。

#### 2001年～2002年

##### (ア) データ記入フォームのに関する情報システム関係者のトレーニング

この期間のこの小項目は正確で時宜を得たデータの収集というより新情報システムに伴って試験的に導入された記入用紙の記入法トレーニングであった。

##### (イ) データクリーニングの強化

保健センターで記入されたデータは地区レベルで一旦集められその後地域レベル(統計部)に上がってくる。各レベルで記入エラーがないか確認するのがデータクリーニングであるが、このデータクリーニングの精度をあげるためデータクリーニングの実施者を地区統計部がスーパーバイズすることにした。しかし、この活動は移動手段(車両)が確保できないためにほとんどなされなかった。

##### (ウ) 記入用紙の安定供給

当初、保健センターへのデータ記入用紙の供給は量的に不十分であり、また、遅れがちであった。これもまた常にデータ収集の遅滞の要因であった。この不十分な記入用紙の供給をもたらした原因は必要量に見合うだけの用紙を準備するキャパシティが地域事務所にないためであった。プロジェクトによる印刷機の供与により十分な数の記入フォームの印刷ができるようになった。また、それまでは用紙が不足した場合、紙切れに殴り書きされ提

出されていたため記入エラーの原因の一つであった。安定した用紙の供給によりこの精度の問題も改善した。

しかし、以上の活動にもかかわらず 2001 年、2002 年共に期限内に地域統計部にデータを提出した保健センターの割合は 0%であった。そのため、2003 年は新たな取り組みが行われた。

## 2003 年

### (ア) データ記入フォームのに関する情報システム関係者のトレーニング

毎月地域統計部に届くフォームのうち 14 種のフォームに関し正しい記入のためのトレーニングを行い、同時に、フォームごとのインストラクションを参加者とともにレビューした。このトレーニングはデータを含んだフォームの記入精度を上げると同時に、記入エラー訂正に要する時間を削減し、結果として期限内に届けられるフォームの割合を改善することに資すると考え計画された。トレーニングにはすべての医師、准看護師、スーパーバイザー、地区統計担当者が参加し、地域統計課長がファシリテーター役を務めた。トレーニング後、期限内にデータを提出する保健センターの割合は 33.8%に改善した。

### (イ) データクリーニングの強化

既に述べてきたように、末端保健センターで所定のフォームに記入されたデータは毎月地区統計部へ提出され、その後、地域統計部に提出される。プロジェクトでは、保健センターから地区へ提出される際に行われる最初のデータクリーニングが十分に行われていないと考え、このデータレセプションを改善することにした。地区レベルにおけるデータの提出とそのレセプション状況の視察及び結果の分析を行った。しかし、分析結果に基づいた地区レベルにおけるデータレセプションの統一化までには至らなかった。記入エラーを減らすためにはよりきめの細かいアドバイスを地区と保健センターへ行う必要があると考え、どのような記入エラーパターンがあるかデータクリーニングのたびに集計し傾向を分析することにした。しかし、保健センター当たりの記入エラーの数がそれほど多くないため傾向をつかむには役立たなかった。しかし、記入エラー数のモニタリングとして役立っている。

### (ウ) データ提出方法の改善

保健センターから地区事務所への提出方法が統一されていないこともデータ提出遅延の一因であった。そこで、2003 年 1 月よりこの提出日の年間計画を地域統計部で作成し、すべての地区で同時にデータの提出が行われるよう変更し、提出者を地区統計担当者に統一した。地域事務所統計部への提出者を保健センターから上がってくるデータをクリーニングする人と同一にすることにより、地区統計担当者はより念入りに保健センターからデータをクリーニングするようになった。また、地域統計部で見つけられた記入エラーは地区統計担当者的上司である地区疫学担当者に毎月報告することにした。これらの新しい活動により、

2003年12月には期限内フォームの提出は80.4%まで改善し、2004年には95%に達した(図8-3)。

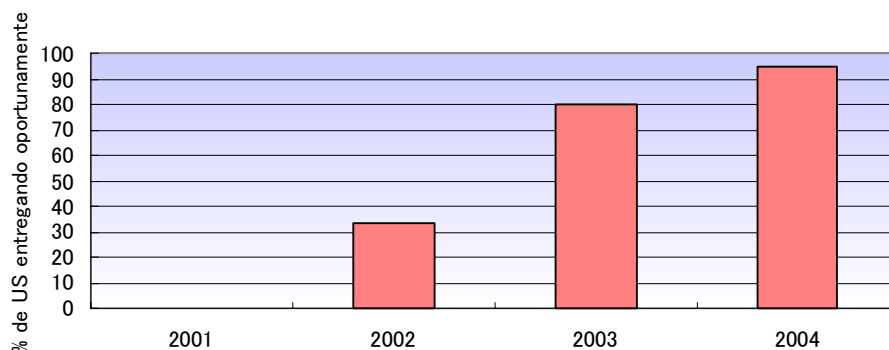


図8-3 第7保健地域統計部へ期限内にデータを提出した保健センターの割合年次推移

### (3) 保健センター—地区レベル—地域レベルの情報の統合

この活動には3つの小項目がある。(ア) 新情報システムによるデータの電子化とコンピューターによる処理、(イ) 従来の情報システムによりあがってくるデータの電子化、(ウ) 保健センターから上がる数々のデータのフローの把握。(ア) はプロジェクトの活動というよりこの新情報システムそのものである。しかし、これはあくまでパイロットプロジェクトなのでこのシステムが正式に保健省のシステムとして採用される保障は全くない。そこでプロジェクトでは地域統計部に上がってくる従来のシステムのデータの処理をマニュアル集計から簡単な表計算ソフトを使ったコンピューター処理に変えた。これにより莫大な時間を要して行っていた市、地区、地域レベルごとの集計が短時間でできるようになった。さらに、統計部と疫学部や他の部署とをLANで結び、電子化されたデータをより迅速に他のデータとともに使えるようにした。LANの設置は地域事務所のスタッフをトレーニングし、現地スタッフがLANのメンテナンスを行えるように配慮した。また、保健センターから上がってくるデータは保健プログラムにより様々な流れがあった。あるプログラムのデータは保健センターから地域事務所の担当部署へ上げられ直接保健省レベルへ提出されていた。地域統計部ではこれら各フォームの流れを完全には把握していなかったためこれらの流れを調査し、その後すべてのフォームが地域統計部を経由する計画であった。しかし、このデータフローの統一は達成していない。

### (3) 時宜を得たデータの利用促進

この活動には3つの小項目がある。(ア) データの分析強化、(イ) 保健センターや地区事務所への定期的な情報のフィードバック、(ウ) 指標の使用目的の明確化。

#### (ア) データの分析強化

2000年8月、新情報システムパイロットプロジェクトの活動として、このシステムに使う



基本的指標の選択がワークショップ形式で行われた。プロジェクトではこのワークショップをサポートするとともに、このとき選ばれた指標をその後の定期的な分析に利用していくことにした。定期的な指標分析としては毎週疫学部、統計部、検査部が合同で指標及びデータ分析を行ったが、2004年の成果の変更とともにこの活動は行われなくなった。月例の指標分析としては計画部による月例ミーティングがあり、そこで使われる分析に選び出された指標を使うことになった。しかし、どの参加者も指標値の分析ができずあまり分析強化にはつながらなかった。それ以外の分析強化のための活動として、地理情報システム（GIS）に関するトレーニングを地域疫学部長、地区疫学担当官（4人）、第3地区長に2002年と2003年に行った。いずれの地区でも積極的にGISを用い、特にサーベイランス疾患の分析に利用している。

（イ） 保健センターや地区事務所への定期的な情報のフィードバック

地域疫学部では主に感染症サーベイランス疾患をもとに定期的に小冊子の発行を行ってきたが、コピーに要するコスト（1回300部）が問題となっており、その継続が危ぶまれている。

（ウ） 指標の使用目的の明確化

（ア）で触れたように、指標の利用は第7保健地域スタッフにとって予想以上に難しいことであった。2003年「データ収集」から「利用促進」へ活動の見直しが行われた際、簡単な問題系図を作り年間活動計画をたてた。その際、指標分析が進まない一因として指標を何のためにどのように使うのかが明確でないとの結論に達した。その結果、指標の利用目的を明確にするためのワークショップを地域事務所スタッフ、地区長等のマネージャークラス20名に対して開催された。多くの参加者が、指標を集めること自体が目的となっており、ワークショップを通して個々が取り扱っている指標の使用目的を明確にしていった。しかし、このワークショップを通じてわかったことは、参加者の保健行政官としてのマネージメント能力（状況調査、計画、プログラミング、モニタリング、評価）そのものに問題があり、それが指標の使用が低い根本的な原因であると判断された。

（4） 新情報システム導入に関する保健省との調整を確立する

この活動は新情報システム導入委員会と新情報システムの状況分析に分けられる。保健省のイニシアティブのもと、迅速化、簡素化、利便性を目的にした新情報システムのパイロット地域として第7保健地域が選ばれた。プロジェクトではこのパイロットをサポートしていくため新情報システム導入委員会を結成し、委員会の目的や役割などが取り決められた。2001年には保健省を交え活発に行われていたこの委員会も、2002年には1回しか開催されず停滞した。2003年に入り再活性化するも保健省からの出席はほとんどなかった。2004年に再び委員会の目的と役割を再確認し、委員会の役割の一つであるパイロットプロジェクトのモニタリングを強化し、保健省からも担当者が出席するようになり、その後は毎月開催されるようになった。新情報システムの状況分析に関しては、「（1）正確で時宜

を得たデータの保健センターからの収集」のところで述べたように、実際はこのパイロットプロジェクトの活動のサポートである。2000年は、新情報システムの規定や指示書等すべての情報を収集した。その後、データ記入者（保健センターの准看護師等）の新情報システムに関して受けたトレーニングの習得レベルを調査した。2001年、新しい記入フォームをすべての保健センターに導入する前に、15保健センターで新フォームの有効性の確認を行った。この間保健センターを訪れ、新フォームの記入上の問題点を把握し、必要に応じて指導を行った。また、改定した新フォームの記入に関するトレーニングの実施を支援した。このような経過を経て、2002年1月より従来のフォームを残したまま新フォームが導入されたが、新情報システムは年間約50万件におよぶ膨大な患者データを地区レベルでコンピューター入力するよう設計されていたため、2002年、2003年共にデータの入力率が70%にも満たない結果となった。この膨大なインプットに対応するだけの人材とコンピューターを確保しなければならないことは明白にもかかわらず、新情報システムプロジェクトには開始当初よりこの点に関する認識が欠けており、また、予算を含めたプロジェクト運営の脆弱性も懸念されていた。そのため、PROSARE7では2003年4月に入力状況の調査を行い、必要な人材およびコンピューター数の試算結果を関係機関へ報告した。これを機に、PROSARE7の新情報システムへの関与は、入力状況のモニタリングのサポートを行うなど最低限度の協力にとどめることにした。

#### （5）パイロット地区におけるのモニタリングシステムモデルの構築

まずパイロット地区として、既に疾病サーベイランスを中心に組織的なモニタリングを行っていた第3保健地区が選ばれた。この既存のシステムに、新たに作成した2つのモニタリングフォームを加えてモデルとしている。この2つのフォームは2003年10月に行われた「指標の利用目的を明確にするためのワークショップ」の結果に基づき、地区保健事務所の活動をモニタリングできるように作成された。第3保健地区では地区長を長にモニタリングチーム（看護師スーパーバイザー、疫学担当者、環境衛生技師コーディネーター、ベクターコントロールスーパーバイザー、財政担当者）を作り、2つのモニタリングフォームを試験的に使用し、より現場にあったものに変えていくことにした。

#### （6）モデルシステムの評価

第3保健地区事務所の既存のモニタリングシステムは疾病サーベイランスを中心にしており、保健行政活動のモニタリングは弱かった。また指標はモニタリングしていたが、その分析が弱かったためアクションにつながりにくかった。導入した2つのモニタリングシートはこの弱点を補完するものとして評価された。

#### （7）モデルシステムの他の地区への導入

この活動は来年（2005年）1月を予定されている。

### 3. 成果の達成度

成果の達成度を測る指標として（1）4つの保健地区においてモニタリングシステムが導入される、（2）モニタリング結果に基づき予定された活動の75%が実施されるの2つがある。2004年に成果が変更となり、新たな活動が開始され実質9ヶ月しか経っていないため、いずれの指標も現時点では測定不可能である。現時点ではモデルとなるモニタリングシステムがほぼ完成したところで、来年度から他の保健地区へ導入を始める。しかし、パイロットとなった第3保健地区はモニタリングチームのほぼ全員がコンピューターを持っているというアドバンテージがあり、モニタリングデータの収集と加工が効率的に行われている。他の地区への導入に際しこの点がどのように影響するか考慮する必要がある。

### 4. 成果8における考察

成果8は当初「保健センター、地区、地域すべてのレベルで時宜を得た意思決定がなされる」というかなり漠然とした成果を設定した。さらに、第7保健地域が他ドナーによる新情報システムのパイロット地域となり活動の調整が必要となった。2000年に投入された短期専門家によりこの新情報システムの実現性に疑問が提起され、このパイロットプロジェクトに対する当プロジェクトの方針としていくつかのオプションが提示された。2001年10月にこのパイロットプロジェクトへのファンドが切れるため、当初積極的な活動を控えていたが、結局このパイロットは2004年現在も続いている。プロジェクトとしてはなるべく影響の受けない分野へ活動をシフト（「収集」→「利用」）させながら対応していったが、そのため活動が成果に集約せず、2004年になって成果改訂という大鉈を振るうに至った。新たに設定された成果は地区レベルのモニタリング強化ということで対象地域もテーマもより限定されたものになっているが、取り組んでいる分野の本質はマネジメントであり、成果9同様、本来プロジェクトの外部要因としてもいいほどのテーマである。中間評価後、より早い段階で方針転換をすべきであった。

成果9 第7保健地域のあらゆるレベルで運営管理努力が最大限になされる（2001年－2003年）  
第7保健地域における財及び人的資源が有効に利用される。（2004年改訂）

### 1. 活動の実施状況

成果9は3つの活動によって構成されている。（1）持続的なスーパーバイズシステムの強化、（2）人材育成、（3）第7保健地域予算の把握。しかし、成果9は、スーパーバイズの不足、人材不足、財政不足が2000年に行われた問題分析の中でいずれの成果からも出てきたため横断的な問題として一つの成果にまとめられたという経緯がある。そのため、活動と成果の理論的整合性は弱い。

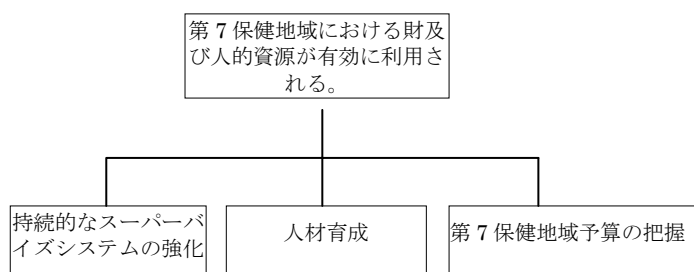


図9-1 成果9の活動体系

#### （1） 持続的なスーパーバイズシステムの強化

この活動は小項目として（ア）スーパーバイズの計画作成、（イ）スーパーバイズのためのガイド作成、（ウ）スーパーバイズチームの結成、（エ）スーパーバイズの実施がある。しかし、実際に行われたのは（イ）スーパーバイズのためのガイド作成だけである。この項目はUSAIDのプロジェクトであるPRIME IIとの共同で行われた。このプロジェクトは保健医療従事者同士のスーパーバイズ（Peer supervision）と従来のスーパーバイズ（External supervision）を比較する介入研究のようなプロジェクトであった。その中で様々な保健プログラムを横断的にスーパーバイズしていくためのガイドのドラフトが作成され、Peer supervision（120名）とExternal supervision（40名）のトレーニングが行われたが、最終的なガイドはまだ作成されておらず、プロジェクトは2003年6月をもって終了した。これと同時にPROSARE7のホンジュラス側C/Pも不明瞭となりPROSARE7のこの分野の活動も停止した。2004年、C/Pが不明確なためこの活動のプロジェクトからの削除が検討されたが、第7保健地域事務所より強く継続が希望されスーパーバイズチームの結成とチームによる計画作成、ガイドの完成、スーパーバイズの実施が計画された。しかし、第7保健地域の組織図改変を理由にスーパーバイズチームは結成されず、活動は停滞したままである。

## (2) 人材育成

この活動は3つの小項目に分かれる。(ア) 教育情報センターにおける人材養成、(イ) コンピューター基礎コース、(ウ) 第7保健地域事務所図書館設置

### (ア) 教育情報センターにおける人材養成

2000年3月にR/Dが交わされた時点ではプロジェクト目標は「第7保健地域事務所スタッフと保健サービス提供者がリプロダクティブヘルスに関連した問題を捉え解決できる」というものであった。これに基づきプロジェクト基盤整備費によりその後行われる人材養成研修のために教育情報センターが建設され、2002年6月に開設された。当初このセンターでは准看護師養成研修も行われるはずでありそのサポートも計画されたが、地域事務所による研修担当者の配備とカリキュラムの作成が大幅に遅れたため、2004年に活動計画からはずされた。課題としてこのセンターの運営管理委員会が設置されたが全く機能していないため、センター運営委員会の活性化とホンジュラス側への施設および機材等の引き継ぎが残されている。現在はプロジェクトの事務所が併設されているため日本側が運営管理し様々なトレーニングやワークショップが行われている。

### (イ) コンピューター基礎コース

コンピューターは業務の効率化およびデータ処理の精度を上げ、不足した人材の補強につながるため、様々なドナーから供与されたコンピューターが第7保健地域でも稼動している。当プロジェクトでもこれまでに34台供与されている。しかし、このコンピューターの操作そのものにもトレーニングが必要とされ、プロジェクトでは日常業務に必要なワープロ、表計算、プレゼンテーションソフトのトレーニング(5日間のコース)を計34回、119名の職員に対して行った。

### (ウ) 第7保健地域事務所図書館の整備

第7保健事務所の図書館はそれまで管理が悪く蔵書も古いものが多かった。このような限られた情報へのアクセスは、自発的な能力向上には不利な環境であるため図書館の整備をした。具体的には研修情報センター内の一室を図書館とし、リプロダクティブヘルス関連の書籍やドナーが出版しているドキュメントなどを集め、項目ごとに分類を行った。その後地域事務所内の建物を一部改修し新たに図書館とした。

## (3) 第7保健地域における財政収支状況を明確化

財務管理分野においてはプロジェクト開始以来、詳細な情報は明確にはされておらず、様々な問題は表面化していたものの2回の短期専門家による活動のみであった。その活動は大部分を調査が占め、抜本的な改善に向けての活動はほとんどとられていない。

第7保健地域事務所におけるの予算管理についての活動は、大別して2分野(国家予算、診療収入回収資金)で行われた。

まずは国家予算(保健省示達予算)について適切な予算の要求、執行、分配等の地域保

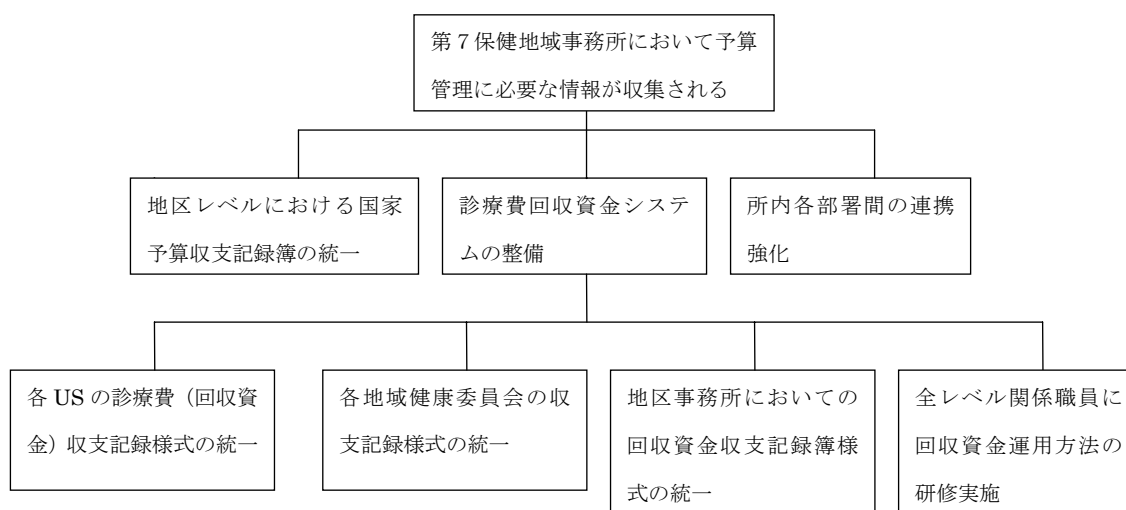
健事務所における実投資額を把握する目的の活動が2001年度の短期専門家投入で行われた。この活動では年間を通して予算の流れの概要が本省と地域保健事務所のスタッフに対する調査などから明らかになった。その中で問題点としてあげられたのが、下部組織からの財務情報の不備および同事務所における財務に関する業務プロセスの不適切さであった。具体的には、まず予算要求に必要な基礎データが整っていないことがあげられ、適正な予算を要求するための分析作業に入れない状況であった。情報リソースの質の問題のほかに施設内部署間の連携の悪さが問題としてあげられている。本活動においては、組織体制の整備の必要性が説明され、予算における情報収集と予算執行、年間計画を遂行するにあたり後方支援としての部署連携の重要性について提言された。また、ツールとして情報を記録する用紙様式についてどのような情報を、どう使うか検討のうえ、統一することが併せて提言された。

一方、国家予算の減少等、国側の状況に起因する影響も確認され、それは予算要求額と予算示達額とのギャップが大きすぎて予算要求に対するモチベーションがあがらない事実も調査の中で明らかになっている。

本活動によって一部様式が統一され、また人件費に関してもコンピューター管理されたのだが、その後更新されることはなく有効的な情報の活用はされなかった。また組織間の連携についても抜本的な改善はなされず、それには人材の適応性の問題もあげられおり人事的な要因も活動を妨げる大きな原因となっている。

診療収入回収資金（各 US の診療収入の一部をプールし、地域保健事務所の運営資金に補填する）については、実態把握および同資金の有効活用を目的とした活動が2003年度、短期専門家投入にて行われた。本活動では前回活動のレビューと今後広まりつつある地方分権化制度を考慮にいたした、地区以下レベルにおける予算（資産）の流れについての実態把握調査および資産有効活用の方法検討を中心としたもので、地域保健事務所はもちろんのこと全地区事務所、各 US（21箇所抽出）、そして地域健康委員会の財政担当者（3地区）の調査が行われた。この調査により診療収入回収資金の不統一性、そしてそれぞれのレベルにおいて回収資金の実態をほとんど把握（ルールも含め）されていないことが明らかになった。これにはまず国レベルの原因として回収資金制度そのものが確固たるルール化されていない点があげられる。そして地域保健事務所レベルでの組織上の指揮監督機能の欠落も大きな要因となっている（実務の流れと命令系統が同一でない）。そして一番の原因は、情報のリソースである財務諸表が具備されていなかったり、異なるフォームで記録されていたりと、情報そのものが信用性に欠けるものであったことである。本活動においては、回収資金に関してすべてのレベルにおいて統一された収支記録様式をサンプルとして提供し、C/Pの実情に合わせたフォームに改訂したうえ、パイロット地区を選定し試行しながら様式を確定する計画を立てた。また、このシステムを後方支援するべき組織体制（命令系統）調整の必要性も幹部へ再度説明された。

本活動において改良後の統一フォームをパイロット地区に配布され試行された。しかしながら、記入者の教育レベル（地域保健委員会）や専門性の違い（USにてアドミの役割を兼任する看護師や医師）を原因とする記録方法が統一されていないという問題が明らかになり、現在は実質的に機能していない。しかしながらこの結果を基に、単なるツールだけの問題だけではなく、関係者への教育（研修）の必要性を見出し、第7保健地域事務所の来年度活動計画には回収資金制度のマニュアルを改正、それを基に研修を実施することが組み込まれる予定になっている。



成果9 ー財務ー の活動体系図

## 2. 成果の達成度

成果9は（1）研修情報センターにおけるトレーニングおよびワークショップ等の利用者数がセンター申請時に見積もられた年間延べ利用者数（1140名）を上回ること、（2）計画された統合的スーパーバイズの実施が100%行われるが成果指標となっている。財政に関しては特に指標は設定されていない。

表9-1は施設ができた2002年7月から2004年7月までの研修情報センターの使用状況である。また、カッコ内はPROSARE-7に関連する使用状況である。

表 9-1 研修情報センターの使用状況（2002 年 7 月～2004 年 7 月）

年	使用回数	参加人数
2002	32(17)	636(223)
2003	64(22)	1551(589)
2004	32 (8)	648(203)
Total	128(47)	2835(1015)

-2002 年: 7 月から 12 月

-2004 年: 1 月から 7 月

- ( ) 内は PROSARE-7 に関連する数

2002 年 6 月に CREDIS が完成してからの、7 月から 12 月までの 6 ヶ月間に 32 回の使用に対して、636 人の参加者があった。2003 年は 1 年間を通して施設使用されているが、PROSARE-7 の使用回数は 22 回と前年との差は少ないが保健省、他のドナーの使用が 64 回と増えている。2004 年は 1 月から 7 月までだが、住民の健康に関して、32 回の地域事務所関連の会議、トレーニング、ワークショップが行われている。既述のように当初准看護師養成研修は開始が遅れた（2005 年 1 月より開講予定）にもかかわらず、目標の年間 1,140 名を上回る利用状況となっている。ただし、本来の人材養成という意味ではどれほどの効果があったかは測定不能である。

成果指標にはないが以下にコンピューター基礎研修の実績を示す。

表 9-2 年ごとの実施数

年	実施数
2001	9
2002	23
2003	2
Total	34

表 9-3 地区ごとの参加人数

	受講者数
Region	69
HRSF	13
Area 1	14
Area 2	6
Area 3	2
Area 4	7
その他	8
TOTAL	119

計 119 名がトレーニングを受けているが、受講者の現在のコンピューター使用状況については把握していない。



スーパーバイズに関しては既述のように統合的スーパーバイズの実施に至っていないため指標である実施率はゼロである。財政に関しても第7保健地域事務所における財務調査報告書以外に成果といえるものはなく、これまでの進捗状況を考えると急激な進展は望めない。

## 2. 成果9の考察

財政に関しては多重構造になっている財務状況の実態把握がなされ、特に回収資金に関しての問題点に対する活動の準備を整え始めている状況である。活動実行のための現実的かつ具体的な計画の立案、モニタリングさえ怠らなければ今後具体的な成果の見込まれる可能性は高い。なぜなら各USの診療収入は、医療サービスのニーズがある限り確保できるものであり、また本活動によって得る資産は現在不足しているといわれる国家予算分へ補填できうるもので、他部署への裨益効果も高いと推測されるからである。第7地域保健事務所の管理部門での共通する弱点は情報の不足である。特に、財務に関しては正確でかつ目的に即した情報の積み上げがなければ情報の意味がない。複雑である必要は全くなく誰が見てもわかる継続された最低必要な情報で十分である。正確な情報は加工することによって新たな情報（使える資産）を生み出すこととなる。現在の活動の目的はそのような情報をいかに収集するかのツールを確立する段階であり、後の資産運用（回収資金）のための情報収集、また国家予算要求のための情報収集へも活用できる重要な部分であるといえる。ホンジュラスにおける回収資金制度は今後の地方分権化が進められていくなかで求められる資金の独自性を十分担うものであり、またこの制度以外継続して得られる資産はないことから、成果9の活動で始まった財務実態調査の意義は高い。しかしながら、本活動において最大の弱点はモニタリングが全くされてなかったことにある。それはまず専門家の投入が少なすぎたことと投入の時期が遅すぎたことが大きな要因である。システムの改善には活動を個々にモニタリングし評価していく地道な作業が必要とされ、必然的に時間のかかる分野でもある。予算に関して言えば、1年度を一区切りとして評価し、計画の妥当性等を分析し、次につなげていくことを必要とする。ある意味、成果が感じられるには時間を要する分野でもあるといえる。一般的に管理とは問題がなくて当たり前であるべき分野であり、問題が生じた時にタイムリーな処置を必要とする分野である。管理部門は後付けではなくプロジェクト開始時から断片的に介入し、組織的な弱点を順を追って整備していく必要性があることが今回の結果からもいえる。

成果9はスーパーバイズ、人材養成、財政というプロジェクトの持続発展性に必要な項目ということで管理の名の下に一つの成果としてまとめられた。これらの分野は組織マネジメントの領域であり、多くのプロジェクトでは外部条件として扱われるのが一般的だがこのプロジェクトではあえて内部化した。しかし、それほど困難な分野にもかかわらずプロジェクトからの人的投入は極めて乏しく、戦略性も脆弱であった。さらに、この分野は

技術移転で対応できるものではないので、当事者である第 7 保健地域の相当の決意とコミットメントがなければ成果の達成は望みようもない。しかし、現実には流動的な C/P の配置や活動の中断が散見された。必要性があるというだけで安易に始めるのではなく、第 7 保健地域事務所の組織診断や日本とホンジュラス双方の人的資源を十分に考慮すべきであった。