

マダガスカル共和国
母子保健サービス改善プロジェクト
運営指導調査報告書

平成20年9月
(2008年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

序 文

マダガスカル共和国は、「PRSP（貧困削減戦略文書）」及び「国家保健計画」において、母子保健サービスの改善、患者移送体制（リファラル体制）の強化、保健人材の人材開発等を重点課題とし、様々な取り組みを行ってきました。しかしながら、保健関連指標では、妊産婦死亡率510人／10万人（2005年調整値、UNICEF）、乳幼児死亡率72人／1,000人（2006年、UNICEF）など、いずれも低い水準値が報告されており、母子保健サービスの改善が大きな課題となっています。

このような状況のもと、これまで日本国はマダガスカル共和国に対する保健医療分野の協力として、1999年から2006年にかけて、無償資金協力「マジヤンガ大学病院センター医療機材整備」「マジヤンガ母子保健施設整備計画」、技術協力プロジェクト「マジヤンガ大学病院センター総合改善計画プロジェクト」「マジヤンガ大学病院センターを基軸とした州母子保健改善プロジェクト」を実施してきました。

本プロジェクトは、これまでの協力事業から明らかになったブエニ県の保健医療分野における重要課題として、妊娠・出産にかかわる母子保健分野を対象とし、マジヤンガ大学病院センター／マジヤンガ母子保健施設、ブエニ県保健家族計画局などの行政組織、コミュニティレベルへのアプローチを通して、根拠に基づいた質の高い母子保健サービスが提供されることを目標として、2007年1月に開始されました。

今般、プロジェクト開始から1年半が経過し、その進捗を確認し、今後の活動方針を検討するため、平成20年8月2日から8月15日まで運営指導調査団を派遣し、マダガスカル共和国政府関係機関との間で協議を行いました。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展開に活用されることを願っています。

ここに、本調査にご協力をいただいた内外の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す。

平成20年9月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 西脇 英隆

略 語 表

略語	言語	名称	和訳
ANC	(E)	Antenatal care	産前検診
AT	(F)	Accoucheuse traditionnelle	伝統的産婆 (=TBA)
CA	(E)	Community Agents	地域保健推進員
CHD	(F)	Centre hospitalier de district	県病院
CHUM	(F)	Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga	マジヤンガ大学病院センター
CME	(F)	Complex mère et enfant de la province de Mahajanga	マジヤンガ母子保健施設
CoGe	(F)	Comité de gestion	運営委員会
CoSan	(F)	Comité de santé	保健委員会
CSB	(F)	Centre de santé de base	保健センター
DDDS	(F)	Direction de développement des districts sanitaires	保健家族計画省地域保健開発局
DHRR	(F)	Direction des hôpitaux de référence des régions	保健家族計画省リファラル病院局
DRH	(F)	Direction des Ressources Humaines	保健家族計画省人材局
DRSPF	(F)	Direction Régionale de Santé et du Planning Familial	県保健家族計画局
DSF	(F)	Direction de la Santé Famille	保健家族計画省家族保健局
DSRP	(F)	Document de Stratégies pour la Réduction de la Pauvreté	貧困削減戦略文書 (=PRSP)
EBM	(E)	Evidence-Based Medicine	根拠に基づいた医療
	(F)	Médecine fondée sur le niveau de preuve / sur des faits	
EF	(E)	Equity fund	貧困者対策基金 (=FE)
EmOC	(E)	Emergency obstetric care	緊急産科ケア
EONC	(E)	Emergency obstetric and Neonatal care	緊急産科・新生児ケア
EPI	(E)	Expanded programme of immunization	予防接種拡大計画
FANOME	(F)/(M)	Financement pour l'Approvisionnement Non-Stop des Médicaments	(CSBでの) 恒常的な医薬品の調達・供給のための医療費受益者負担制度
FE	(F)	Fonds d'équité	貧困者対策基金 (=EF)
GTZ	(G)	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit	ドイツ技術協力公社

HIV	(E)	Human immunodeficiency virus	ヒト免疫不全ウイルス
IMCI	(E)	Integrated Management of Childhood Illness	包括的小児疾病 (=PCIME)
IMR	(E)	Infant mortality rate	乳児死亡率
MGA	(M)	Malagasy Ariary	マダガスカルアリアリ (マダガスカル通貨)
MMR	(E)	Maternal Mortality Ratio	妊産婦死亡率
NGO	(E)	Non-governmental organization	非政府組織
OMS	(F)	Organisation Mondiale de la Santé	世界保健機関 (=WHO)
PCCMN	(F)	Prise en charge couple mère nouveau-né	地域での妊産婦・新生児ケア
PCIME	(F)	Prise en charge intégrée des maladies des enfants	包括的小児疾病 (=IMCI)
PCIMEC	(F)	Prise en charge intégrée des maladies des enfants communautaire	地域での包括的小児疾患管理
PEV	(F)	Programme élargi de vaccination	予防接種拡大計画 (=EPI)
PRSP	(E)	Poverty reduction strategic paper	貧困削減戦略文書 (=DSRP)
PTA	(F)	Plan du travail annuel	年間活動計画
SBA	(E)	Skilled Birth Attendant	専門技能の資格のある分娩介助者
SFPP	(F)	Service de la Formation et du Perfectionnement du Personnel	保健家族計画省研修・人材養成課
SONU	(F)	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence	緊急産科・新生児ケア
SR	(F)	Santé de la Réproduction	リプロダクティブ・ヘルス
SSPFD	(F)	Service de santé et du planning familial de district	郡保健家族計画事務所
TBA	(E)	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆 (=AT)
TOT	(E)	Training of Trainers	指導者育成研修
UNICEF	(E)/(F)	United Nations Children's Fund	国連児童基金
WHO	(E)	World Health Organization	世界保健機関

(F) French

(E) English

(M) Malagasy

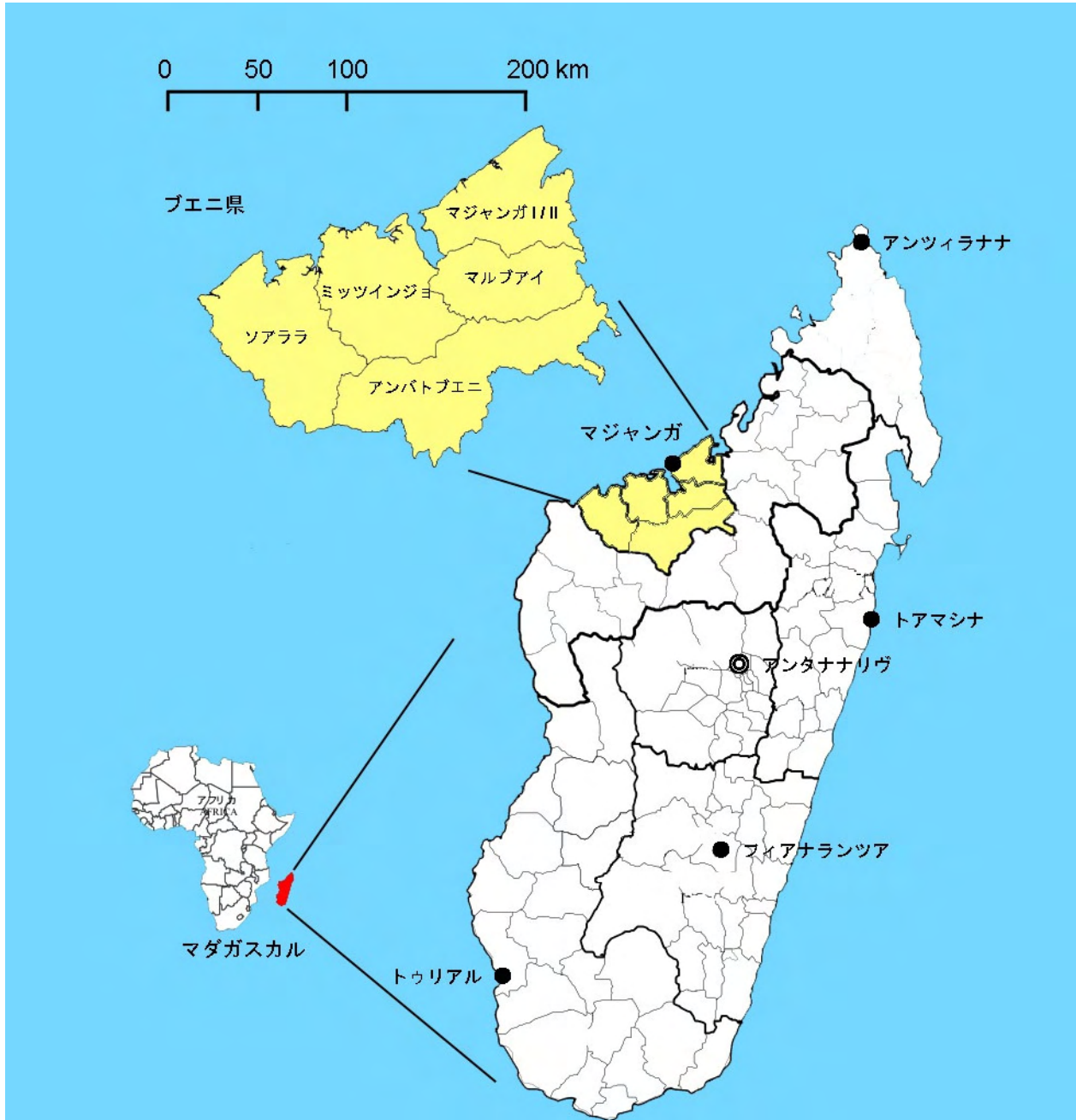
(G) German

用語解説表

用 語	解 説
Evidence-Based Medicine (根拠に基づいた医療)	「人間には、もともと自然に病気から回復する力があるのだから、医療介入を行うときには、そこに十分なメリットがあるという根拠がなくてはならない」という本プロジェクトのめざす母子保健サービスの基礎となる概念。
Humanized Care (人間的ケア)	本プロジェクトの基礎となる概念であり、以下のように定義される。 1. 患者と保健サービス提供者の対話に基づく協働がなされ、双方にとって満足のいくケアであること。 2. 根拠に基づいた医療であること。 3. できる限り保健サービス提供者が利用者に近いところにあり、利用しやすいシステムであること。 (プロジェクト作成資料から要点を抜粋)
Equity Fund (貧困者対策基金)	プロジェクト計画段階では、ブエニ県Marovoay郡病院でドイツ技術公社、ドイツ復興金融公庫 (GTZ、KfW) の支援により運営されていたEquity Fund (以下、EF) が、マジヤング大学病院センターに導入されることを前提としてプロジェクトを計画していた。 Marovoay郡病院では貧困者を対象とし、その資金は、医療費 (診療費と薬剤費) 及び運営費をKfWが、入院患者の食費を病院 (保健家族計画省からの予算) が、患者と家族の交通費を宗教者団体及び地域住民が、モニタリング・調査に関する経費をGTZが負担していた。なお、本EFに関するGTZの協力は、2007年12月に終了した。 調査時点では、EFは第三者支払いシステムの導入によって、その運営方針が定まっていない。
第三者支払いシステム	保健家族計画省によりブエニ県に試行的に導入され、2008年5月からマジヤング大学病院センターで稼働している医療費無料化の試み。妊娠・出産にかかわる疾病及び合併症、また生後6カ月までの小児疾患に対する費用が負担される。原資は世界銀行等から投入された資金である。なお、医療行為以外で大きな部分を占める交通費については支出対象外とされている。
FANOME	第一次医療施設 (保健センター: CSB) での薬剤回転基金。 一般患者から徴収された医薬品購入費を各CSBに設置されている薬局が管理し、低所得層への医薬品の無償提供に充当する制度。 なお、各CSBに設置されている薬局は保健委員会 (CoSan) により管理されている。
CoSan	住民の代表者などから構成される保健委員会。各CSBに設置することとなっており、地域保健活動の計画づくりなどを行っている。
CoGe	住民によるFANOMEの運営・管理委員会。住民の代表者などから構成される。

用語	解説
<p>PCIMEC (地域での包括的小児疾患管理)</p>	<p>Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'enfant (=Community-based management of ARI, diarrhea, and malaria) 保健医療施設へのアクセスが困難な人々のために、ボランティアベースの地域保健推進員 (CA) が小児疾患 (急性呼吸器感染症、下痢症、マラリア) の早期診断・治療を実施するというもの。その点では、本来の包括的小児疾患管理とは趣旨を異にしているが、マダガスカルではPCIMEと呼ばれている。UNICEFの支援により保健家族計画省が実施している。対象は2カ月以上5歳未満の子どもであり、5日間または6日間の研修を受けたCAがサービス提供者となる。本調査時点では、マジャンガⅡ郡を含む計4郡において実施中である。</p>
<p>PCCMN (地域での妊産婦・新生児ケア)</p>	<p>Prise en charge couple mère nouveau-né UNICEFの支援により保健家族計画省が実施導入を計画している。インドで成功を収めている地域保健員による新生児ケアをマダガスカルに適用させようというものであり、対象は生後2カ月未満の新生児。マダガスカルにおいては、啓発活動を主体としたパッケージ1、抗生物質の経口投与を含むパッケージ2、蘇生を含むパッケージ3の計3つのパッケージが策定されている。</p>
<p>CA (Community Agent)</p>	<p>ボランティアベースの地域保健推進員。村人からの信頼があり、読み書きのできる者がCAとして村長から選出されるケースが多い。CAの活動は基本的に無報酬だが、CSBでの診療・治療が無料になるカードが提供される。なお、TBAがCAとして活動している場合もある。</p>

マダガスカル共和国ブエニ県 (プロジェクト対象地域)



ブエニ県 マジャンガ I 郡・II 郡





マジャンガ母子保健施設
右側の建物はマジャンガ大学病院



マジャンガ母子保健施設内部でのお産の様子



マジャンガI郡の保健センター概観



保健センター内部
保健センターでは乳幼児の体重測定、予防接種などの
基礎的な保健医療サービスを提供している



コミュニティセンター内部



コミュニティセンター概観



保健センターでは分娩も取り扱っている

伝統的産婆（TBA）とボランティアペースの保健サービス提供者

目 次

序 文

略語表

用語解説表

地 図

写 真

第1章 調査概要	1
1-1 調査背景と目的	1
1-2 調査の方法	1
1-3 調査団構成	4
1-4 調査日程	5
1-5 プロジェクト概要	6
第2章 プロジェクトの実績と実施プロセス	8
2-1 投入実績	8
2-2 活動の計画と実績	10
2-3 成果ごとの進捗状況と提言	12
2-4 プロジェクト目標の達成（予測）	14
2-5 プロジェクトの実施プロセス	14
2-5-1 プロジェクトのマネジメント体制	14
2-5-2 実施者・関係者のプロジェクト認識	15
第3章 調査結果	16
3-1 PDMの改訂	16
3-1-1 プロジェクト計画概要の変更理由	16
3-1-2 PDM改訂の経緯	17
3-1-3 PDMの改訂内容	17
3-2 提 言	27
3-3 団長所感	29
参考資料	
「根拠に基づいた医療（Evidence-Based Medicine）と人間的ケア」	33
付属資料	
1. メモランダム（2008年9月4日署名）仏文・英文	49
2. 合同調整委員会ミニッツ（2008年9月11日署名）仏文・和文	101
3. PDM 1（2006年10月27日R/Dにて承認）仏文・和文	113
4. PDM 2（2008年9月11日JCCにて承認）仏文・和文	121

5. 評価グリッド	129
6. 主要面談者	135
7. 供与機材一覧	137
8. 研修コース一覧	139
9. カウンターパート一覧	141

第1章 調査概要

1-1 調査背景と目的

本プロジェクトは、「ブエニ県の住民に対して根拠に基づいた母子保健サービスが提供される」ことを目的として2007年1月より3年間の予定で実施している。今般、プロジェクト開始から1年半が経過し、プロジェクト期間の中間点を迎えたため、これまでの進捗と成果を確認し、当初計画の見直しや運営体制について先方関係者と協議し、今後の活動方針を策定することを目的として運営指導調査団が派遣された。

1-2 調査の方法

本調査は、①Project Design Matrix (PDM) にあらわされたプロジェクトの成果ごとの進捗と課題を検証し、②実施プロセスの検証で実施過程を把握したうえで、③今後の活動方針の策定を行った。

(1) PDM

JICAでは事業管理及び評価のツールとして、プロジェクト計画概要表であるPDMを活用している。PDMの概要は表1-1のとおりである。

表1-1 PDMの概要

上位目標 Overall Goal	「プロジェクト目標」が達成された結果として、達成が期待される効果。
プロジェクト目標 Project Purpose	プロジェクトの終了時までには達成される、ターゲットグループや対象社会に対する具体的な効果や便益。
成果 Outputs	「プロジェクト目標」達成のために、実現しなければならない直接的な目標、アプローチ、戦略。
活動 Activities	「成果」を実現するために、投入を用いて行う具体的な行為。
外部条件 Important Assumptions	一つ上の目標を達成するために必要で重要な条件であるが、プロジェクトでコントロールできないもの。
指標 Objectively Verifiable Indicators	「上位目標」、「プロジェクト目標」、「成果」の達成を測る目標値。
指標入手手段 Means of Verification	「指標」のデータを検証するための手段。
投入 Input	プロジェクトの活動を行うのに必要な、人員、機材、資金、施設・設備など。
前提条件 Pre-conditions	プロジェクト開始前に、整っていないなければならない条件。

本プロジェクトの概要案は、「マダガスカル共和国マジャンガ大学病院センターを基軸とした州母子保健改善プロジェクト」（2005年2月～2006年8月）を通して形成された。また、同案をもとにマダガスカル側と協議が行われ、実施協議調査（2006年10月）においてRecord

of Discussion (R/D) によりPDM第一版 (PDM1) に双方合意した。

2007年1月のプロジェクト開始以降、PDMは変更されていない。本調査で活用するPDMはR/Dにより合意されたPDM1 (2006年10月27日作成) とした。(表1-2参照)

表1-2 PDM1 (2006年10月27日) の要約

要約	指標
<p>上位目標</p> <p>マダガスカル共和国の母子保健分野の保健政策およびプログラムが強化される</p>	<p>プロジェクト成果が、マダガスカル共和国の特に母子保健分野の保健政策およびプログラムに反映される</p>
<p>プロジェクト目標</p> <p>ブエニ県の住民に対し、根拠に基づいた質の高い母子保健サービスが提供される</p>	<p>1) ブエニ県パイロット地区において、出産・出生における Humanized careの実施率が増加</p> <p>2) ブエニ県パイロット地区において、出産・新生児ケアでの医薬品適正利用率が増加</p> <p>3) ブエニ県パイロット地区において、母子保健サービス利用者の満足度が向上</p> <p>4) ブエニ県パイロット地区において、母子保健サービス提供者の能力が向上</p> <p>5) ブエニ県において、絶対的母体適応による帝王切開率が増加</p>
<p>成果</p> <p>1. マジヤンガ州母子保健施設を中心として、根拠に基づいたケアの考え方を反映した母子保健人材育成システムが構築される。</p>	<p>1.1 マジヤンガ州に、母子保健分野の卒後継続研修のための研修組織が設置される</p> <p>1.2 上記研修組織を中心に、根拠に基づいたケアの研修モジュールが策定される</p> <p>1.3 ブエニ県パイロット地域の母子保健サービス提供者が、根拠に基づいたケアの研修を修了する (研修修了時に評価を実施)</p> <p>1.4 研修修了者数</p>
<p>2. ブエニ県保健家族計画局での母子保健サービスシステムが強化される</p>	<p>2.1 県保健家族計画局・郡保健家族計画課が実施する統合スーパービジョンにおいて根拠に基づいた母子保健サービス提供に対するモニタリングの実施 (実施回数、内容)</p> <p>2.2 リファラル・カウンターリファラルのモニタリング・評価の実施 (実施数、リファラル・カウンターリファラル率、等)</p> <p>2.3 ブエニ県パイロット地域のSBAの登録 (登録簿作成、登録数の増加)</p> <p>2.4 ブエニ県の保健医療施設に勤務するSBAの研修修了登録</p>

	(登録簿作成、登録数の増加)
	2.5 自宅分娩の介助に関するSBAの業務規定策定
3. プエニ県のパイロット地区において、地域住民と保健医療従事者が協働するためのシステムが構築される	3.1 地域で働くTBAの登録(登録簿作成、登録数、内容) 3.2 TBAの行っている出産介助と新生児ケアが県保健家族計画局・郡保健家族計画課・Fokontanyによるモニタリング実施(実施数) 3.3 Fokontanyの出生登録への、分娩介助者と出産場所の情報登録(登録数) 3.4 地域妊産婦・出生登録の、FokontanyとCSBとでの共有(登録数)
4. 母子領域における重症患者、特に貧困者の財政的負担がマジャンガ州母子保健施設において軽減される	4.1 産科重症症例(子宮外妊娠、帝王切開)に対する手術キット、および新生児重症症例に対する蘇生キットの常備と利用 4.2 緊急帝王切開症例の経済的理由による入院から手術開始までの遅れの短縮 4.3 新生児入院の経済的理由による自己中断の減少 4.4 CHUMでのequity fund財源の増加
活動	
1.1 研修のモジュールに関する中央省庁との調整 1.2 CHUMとプエニ県保健家族計画局で研修の組織化 1.3 CHUM/CMEでEBMに基づいた産科・新生児科臨床の実施 1.4 Care in normal birthの研修実施 1.5 Humanized maternity careの研修実施 1.6 コミュニケーション・組織マネージメントの研修実施 1.7 パイロット施設での母子保健サービス実施に最低限必要な機材の予防的保守点検管理システムに関する研修実施 2.1 プエニ県保健家族計画局で統合的スーパービジョンの強化・改善 2.2 プエニ県保健家族計画局でリファラルのモニターと評価システムの強化 2.3 プエニ県保健家族計画局でSBA登録システムの導入 2.4 プエニ県保健家族計画局でSBAの配置・育成・研修に関する情報管理と計画策定 2.5 プエニ県保健家族計画局母子保健家族計画課でプロジェクトに関連する年間活動計画(PTA)の策定 2.6 自宅分娩の介助に関するSBAの業務規定の策定 2.7 人材育成・配置システムに関する中央省庁との調整 3.1 プエニ県保健家族計画局でTBAをはじめとする地域での人材の登録システムの導入 3.2 CSBと地域での人材やFokontanyとの協働事例の発掘と共有化 3.3 地域での出生登録と、CSBが保持する出産情報等との調整・情報共有 3.4 人口省・人口登録システムと、保健家族計画省・人口推計に関する調整 4.1 CHUM/CMEにおいて、産婦人科・新生児科領域の重症貧困患者に対する経済的支援システムの確立	

- | |
|---|
| 4.2 CHUM/CME医療経済に対するEBMの観点からのモニタリング・評価の実施 |
| 4.3 CHUMでの貧困者対策システムのモニタリング・評価の強化 |
| 4.4 CHUMでの貧困者対策システムに関する情報の住民と衛生行政担当者の両方に対する提供 |
| 4.5 CHUMでの貧困者対策システム運営に関する中央省庁との調整 |

(2) 運営指導調査に必要な情報・データ収集方法

調査団は、調査に必要な情報やデータ収集のために、プロジェクトの関係書類の収集、活動現場視察、プロジェクト関係者に対するインタビュー、ワークショップを実施した。

1) プロジェクトの関係書類の収集と検討

現地調査前に以下の書類を収集し、プロジェクトの経緯や活動実績等を確認した。

- ・「マダガスカル共和国マジャンガ大学病院センターを基軸とした州母子保健改善プロジェクト」事前評価調査報告書
- ・「マダガスカル共和国マジャンガ大学病院センターを基軸とした州母子保健改善プロジェクト」運営指導調査帰国報告会資料
- ・「マダガスカル共和国マジャンガ大学病院センターを基軸とした州母子保健改善プロジェクト」最終報告書
- ・「マダガスカル共和国母子保健サービス改善プロジェクト」実施協議調査帰国報告会資料
- ・プロジェクト作成報告書（四半期報告書、専門家業務完了報告書、ベースライン調査報告書、運営指導調査事前作成資料など）

2) 活動現場の視察

プロジェクトが対象としているブエニ県のマジャンガ I 郡、マジャンガ II 郡、マルブアイ郡における郡保健事務所、保健センター（Centre de santé de base : CSB）、ならびにプロジェクトオフィスを配置しているマジャンガ母子保健施設の活動現場を視察した。

3) プロジェクト関係者に対するインタビュー

プロジェクト専門家及びマダガスカルカウンターパートに対するインタビューを行った。

4) ワークショップ

PDM改訂案の検討に際し、マジャンガ大学病院センター、マジャンガ母子保健施設、ブエニ県保健家族計画局、郡保健家族計画事務所、プロジェクトスタッフ、日本人専門家を対象とした1日半のワークショップを行った。

1-3 調査団構成

担当	氏名	所属
総括／団長	麻野 篤	JICAマダガスカル事務所 次長
母子保健	堀越 洋一	国立国際医療センター 国際医療協力局派遣協力課 医師
調査計画	加藤 綾子	JICA人間開発部 保健行政・母子保健グループ 母子保健課 職員

1-4 調査日程

月日	活 動			場 所
	麻野団長	堀越団員	加藤団員	
8月				
2日(土)			アンタナナリブ着 (MD-011, 7:50) 専門家との協議、短期専門家からの 活動報告	アンタナナ リブ
3日(日)			0850 TNR-> 0955 MJN (MD144) 専門家との協議	マジヤンガ
4日(月)			現地視察 ・保健センター、県病院 (Marovoay 郡)	
5日(火)		アンタナナリブ着 (MK-289, 12:05)	現地視察 ・Mahajanga I 郡保健家族計画事務所 ・Mahabibo 保健センター (Mahajanga I 郡) ・Tsararano 保健センター (Mahajanga I 郡) ・マジヤンガ大学病院センター 1840 MJN --> 1945 TNR (MD325)	アンタナナ リブ
6日(水)	調査団内打合せ (JICAマダガスカル事務所) 保健家族計画省社会保障総局長表敬 短期専門家活動視察 (助産ケアに係るセミナー)			
7日(木)	UNICEFマダガスカル事務所 協議 保健家族計画省 協議 1520 TNR -1620 MJN (MD-820)			
8日(金)	現地視察 ・Betsako 保健センター、地域での小児ケア (PCIMEC) を実践しているコ ミュニティセンター (Mahajanga II 郡) 表敬・協議 ・プロジェクトマネージャー (県保健家族計画局長) 表敬 ・マジヤンガ大学病院センター (CHUM) 学長、CHUMカウンターパート との協議 調査団内打合せ			マジヤンガ
9日(土)		ワークショップ準備、レポート作成		
10日(日)	MJN --> TNR	ワークショップ準備、レポート作成 入江企画調査員マジヤンガ着		
11日(月)		ワークショップ		
12日(火)		ワークショップ 1840 MJN -> 1945 TNR (MD325)		
13日(水)	調査団内打合せ、レポート準備 保健家族計画省母子保健局母性保健課長との協議			アンタナナ リブ
14日(木)	保険家族計画省母子保健局長との協議 保健家族計画省副大臣への報告 保健家族計画省カウンターパートとの協議 在マダガスカル日本大使館報告			
15日(金)		アンタナナリブ発 (MD-010, 7:30)		-

1-5 プロジェクト概要

(1) 背景

マダガスカル共和国（以下、「マ国」と記す）には2つの大学病院があり、そのひとつはプロジェクトが活動拠点としているマジヤンガ大学病院センター（Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga : CHUM）である。マジヤンガ州¹は人口約170万人、総面積約15万km²の広大な州であり、人口の約4分の3が1日1ドル以下で生活している貧困層である。広大な土地に住民が散在して生活しているため、多くの住民にとって、基礎的保健医療サービスは財政的・地理的にアクセスが困難な状況にある。CHUMは、このような地域における第三次医療施設として位置づけられているが、下位医療施設からのリファラル率、また、CHUMで提供される医療サービスに対する住民からの信頼度が不十分であったことから、高次医療施設としての機能強化が求められていた。

そのため、日本はマ国政府からの要請に基づき、無償資金協力によるCHUMの医療機材整備を行い、1999年より2004年2月まで、日仏協調技術協力「マジヤンガ大病院センター（CHUM）総合改善計画プロジェクト」を実施した。同プロジェクトでは、CHUMの受診者数を増加させるというプロジェクト目標のもと、CHUMと地域を結び付けるというアプローチを通して、CHUMへのリファラル患者数の増加などの成果をあげた。他方、リファラルされた患者の分析では、リファラル患者の45%が5歳以下の乳幼児であること、15歳から30歳までの患者の96%が女性であり、その大部分がハイリスク妊娠であることが判明し、この地域の重点課題は母子保健にあることが明らかになった。

このような状況に対し、マ国政府はマジヤンガ地域における母子保健の改善に取り組むため、日本国政府に対して無償資金協力「マジヤンガ母子保健施設整備計画」を要請した。これを受け、CHUMの敷地内に、産科、新生児科、研修機能を備えるマジヤンガ母子保健施設を建設するための無償資金協力が実施され、2007年、マジヤンガ母子保健施設（Complexe mère et enfant de la province de Mahajanga : CME）が完工した。

これと併せて、母子保健分野での技術協力プロジェクトを行うための調査を中心とした「マジヤンガ大学病院センターを基軸とした州母子保健改善プロジェクト」がマ国の要請に基づいて実施され、同プロジェクトで得られた現状調査の分析結果に基づき、ブエニ県における質の高い母子保健サービス提供を目的とした「マダガスカル共和国母子保健サービス改善プロジェクト」が形成された。

本プロジェクトの案件形成に際しては、これまでの無償資金協力事業及び技術協力プロジェクトで得られた成果、教訓に加え、2003年度からJICA東京国際センターにて実施中の地域別研修「仏語圏アフリカ母子保健」へのマ国保健家族計画省帰国研修員が積極的に参加している。

¹ マダガスカル共和国では、2005年の行政改革により6自治州から22県に地方分権化が進められた。

表 1 - 3 関連協力一覧

2000年度	無償資金協力「マジヤンガ大学病院センター医療機材整備」
2005年度	無償資金協力「マジヤンガ母子保健施設整備計画」
1999年 5月～2004年 2月	技術協力プロジェクト「マジヤンガ大学病院センター総合改善計画プロジェクト」
2005年 2月～2006年 3月	技術協力プロジェクト「マジヤンガ大学病院センターを基軸とした州母子保健改善プロジェクト」
2003年度～継続実施中	地域別研修「仏語圏アフリカ母子保健」

(2) プロジェクトの活動概要

本プロジェクトは、ブエニ県マジヤンガ I 郡・II 郡を主なパイロット地区として、①大学病院であり、かつ研修機能を持つマジヤンガ母子保健施設を中心として母子保健人材育成システムを構築するとともに、②行政レベルでは、保健医療従事者を支えるための県の母子保健サービスシステム強化を図り、③地域レベルにおける末端の保健施設（CSB）とボランティアベースの保健人材との協働システムの構築、④貧困者と保健医療サービス間のアクセス改善をすることにより、ブエニ県の住民に対して根拠に基づいた母子保健サービスが提供されることをプロジェクト目標としている。

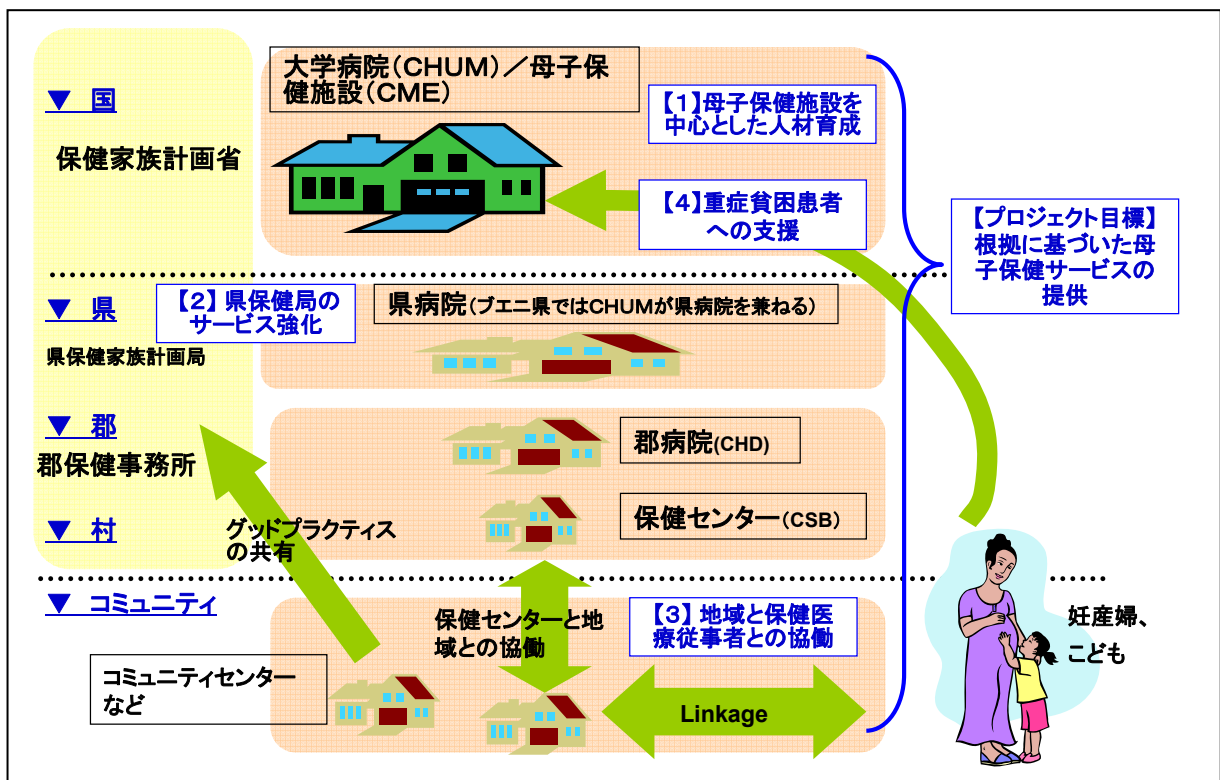


図 1 - 1 プロジェクト活動の概念図

第2章 プロジェクトの実績と実施プロセス

2-1 投入実績

プロジェクト開始時（2007年1月）から運営指導調査実施時（2008年8月）までに、日本側より、専門家延べ83.1人/月、研修員受入22名、供与機材1,085万円、現地活動費2,030万2,000円の投入がなされた。投入実績の詳細は、表2-1から表2-4のとおりである。

(1) 専門家派遣

表2-1 専門家の派遣実績及び合計人/月

分野	氏名	派遣期間 (予定を含む)	合計人/月(※)	派遣時所属先
チーフアドバイザー/公衆衛生	松井 三明	2007年1月23日 ～09年1月22日	18.5M/M	国立国際医療センター
業務調整/研修マネージメント	吉田 美希子	2007年1月23日 ～08年1月23日	19.1M/M	アスカワールドコンサルタント(株)
	中窪 優子	2008年1月7日 ～10年1月7日		JICA人間開発部(Jr.専門員)
母子保健	小山 内泰代	2007年3月26日 ～08年4月26日	13.6M/M	国立国際医療センター
	佐藤 眞理	2008年7月21日 ～10年1月22日		(株)VSOC
小児保健	高橋 謙造	2007年1月31日 ～3月2日	15.3M/M	順天堂大学
	岩本 あづさ	2008年2月8日 ～3月11日		国立国際医療センター
	岩本 あづさ	2008年7月7日 ～8月5日		国立国際医療センター
助産ケア	桜井 幸枝	2007年3月26日 ～5月12日	6.0M/M	国立国際医療センター
	犬飼 祥子	2007年8月27日 ～年10月27日		八千代助産院
	犬飼 祥子	2008年6月16日 ～8月9日		八千代助産院
母子保健研修計画	田中 由紀枝	2007年8月20日 ～10月27日	4.1M/M	国立国際医療センター
	櫻井 美樹	2008年7月7日 ～8月30日		東京女子医科大学
妊産婦ケア	野口 真貴子	2007年2月26日 ～3月10日	0.4M/M	(なし)
妊産婦・新生児ケア	宗 尚子	2008年7月24日 ～8月8日	0.5M/M	松が丘助産院
疫学	三砂 ちづる	2007年8月6日 18日	0.4M/M	津田塾大学

施設管理	島田 光博	2007年9月17日 ～11月3日	1.6M/M	(株) マツダコンサルタ ンツ
医療経済	本田 文子	2008年1月7日 ～2月10日	1.2M/M	ロンドン大学
コミュニケーション	浦田 あゆみ	2008年3月7日 ～4月12日	1.2M/M	(なし)
組織開発	堀越 洋一	2008年3月7日 ～4月12日	1.2M/M	国立国際医療センター
合 計			83.1 M/M	13分野

(※) 合計人月M/Mは2008年8月時点までの実績を算出した。

(2) 研修

プロジェクト開始時から本調査時まで実施した研修実績の概要は表2-2のとおりである。なお詳細は付属資料8のとおりである。

表2-2 研修実績

年度	実施地	受入期間	コース名	研修員人数 (人)
2007	日本	2007年5月28日～7月20日	母子保健	6
	カンボジア	2007年5月28日～7月20日	研修マネジメント	4
2008	ブラジル	2008年5月19日～7月20日	助産ケア	6
	日本	2008年5月19日～7月20日	研修マネジメント	4
	日本	2008年5月19日～7月18日	助産ケア	2
合 計				22

(3) 供与機材

プロジェクト開始時から本調査実施時まで供与した機材の総額は1,085万円である。概要は表2-3のとおり。なお詳細は付属資料7のとおりである。

表2-3 供与機材実績

年度	金額 (円)	主な機材
2006	8,014,000	車両、デジタルカメラ、ソフトウェア、妊娠シミュレーター、など
2007	973,000	自動定電圧装置、書籍、胎児ドップラー、トラウベ、など
2008	1,863,000 (※)	書籍、LDR式分娩台、など
合計	10,850,000	

(※) 精算見込み額を含む。

(4) 現地活動費

プロジェクト開始時から2007年度末までに支出した現地活動費の総額は2,030万2,000円で

あり、概要は表 2-4 のとおりである。

表 2-4 現地活動費実績

年度	金額 (円)	主な内容
2006	3,790,000	プロジェクト事務所維持管理費、通訳・ドライバー等傭人費、ローカルコンサルタント委託費、研修・合同調整委員会開催費、ほか
2007	16,512,000	
合計	20,302,000	

(5) マダガスカル側

- 1) カウンターパートの配置 合計66名 (詳細は付属資料9のとおり)
- 2) 土地・施設の提供 マジャンガ母子保健施設内のプロジェクト事務所

2-2 活動の計画と実績

計 画	実 績
1.1 研修のモジュールに関する中央省庁との調整	1.1 研修モジュールは検討中であり、正常出産ケアと緊急産科ケアのモジュールを組み合わせていることが検討されている。
1.2 CHUMとブエニ県保健家族計画局で研修の組織化	1.2 CMEに研修部 (Training Department) が設置され、また、DRSPFには県保健家族計画局長の任命により、保健医療人材の卒後研修に携わる研修担当室 (Cellule de formation) が設置された。
1.3 CHUM/CMEでEBMに基づいた産科・新生児科臨床の実施	1.3 産科については帝王切開の適用基準を策定中であり臨床の実施には至っていない。新生児科の活動は未実施。
1.4 Care in normal birthの研修実施	1.4 “Care in normal birth” がマダガスカル語に翻訳され、DRSPFによる承認が待たれている段階である。 2007年8月に「根拠に基づいた妊産婦ケア」セミナーを実施し、計179名が参加した。
1.5 Humanized maternity careの研修実施	1.5 2007年9月に「人間的な出産ケア」のワークショップを実施し、54名が参加した。 6名のカウンターパートがブラジル第三国技術交換「助産ケア」に参加した。 2008年7月に人間的ケアに関する指導者育成研修を実施し、3名の指導者を育成した。

計 画	実 績
<p>1.6 コミュニケーション・組織マネージメントの研修実施</p> <p>1.7 パイロット施設での母子保健サービス実施に最低限必要な機材の予防的保守点検管理システムに関する研修実施</p>	<p>1.6 2008年3月に「自分の体験を通して人間的ケアを考える」セミナーを実施した。2008年3月に国別研修「研修マネージメント」を実施し、4名のカウンターパートが参加した。</p> <p>1.7 予防的施設・機材保守管理のマニュアルを策定した。2007年10月、予防的施設・機材保守管理のセミナーを実施し、計118名が参加した。</p>
<p>2.1 ブエニ県保健家族計画局で統合的スーパービジョンの強化・改善</p> <p>2.2 ブエニ県保健家族計画局でリファラルのモニターと評価システムの強化</p> <p>2.3 ブエニ県保健家族計画局でSBA登録システムの導入</p> <p>2.4 ブエニ県保健家族計画局でSBAの配置・育成・研修に関する情報管理と計画策定</p> <p>2.5 ブエニ県保健家族計画局母子保健家族計画課でプロジェクトに関連する年間活動計画（PTA）の策定</p> <p>2.6 自宅分娩の介助に関するSBAの業務規定の策定</p> <p>2.7 人材育成・配置システムに関する中央省庁との調整</p>	<p>2.1 DRSPFによる本活動に必要な予算措置が取られていないため、本調査時までには実施していない。本活動内容は見直す予定である。</p> <p>2.2 DRSPFによる本活動に必要な予算措置が取られていないため、本調査時までには実施していない。本活動内容は見直す予定である。</p> <p>2.3 SBAの登録は、DRSPFではなく助産師協会等の職能団体によって実施されていることが判明した。助産師協会によれば、2008年6月時点において、マジヤンガI/II郡では計160名の助産師が登録されている。</p> <p>2.4 DRSPFにSBAの卒後研修に携わる研修担当室（Cellule de formation）が設置された。</p> <p>2.5 2008年のPTAには、プロジェクトに関連する活動（DRSPFとCMEの連携によるSBAの育成）が計画策定されていることが確認された。</p> <p>2.6 自宅分娩の介助に関するSBAの現状を調査中であり、業務規定の内容は検討中である。</p> <p>2.7 本調査時までには実施していない。</p>
<p>3.1 ブエニ県保健家族計画局でTBAをはじめとする地域での人材の登録システムの導入</p>	<p>3.1 郡保健事務所およびUNICEFとの連携により、3つのコミュニン（Belobaka、Boanamary、Betsako）における地域での人材（CA、TBA）リストの作成を開始した。</p>

計 画	実 績
3.2 CSBと地域での人材やFokontanyとの協働事例の発掘と共有化	3.2 CSBおよびCA、TBAによる協働事例が確認された。(TBAがCSBに出産介助件数を報告している、TBAが妊婦に対してCSBでの産前検診の受診を促進している、など)
3.3 地域での出産登録と、CSBが保持する出産情報等との調整・情報共有	3.3 地域での出産登録が中止されたことが確認された。
3.4 人口省・人口登録システムと、保健家族計画省・人口推計に関する調整	3.4 人口省が解体され、人口登録システムが稼動しなくなったことが確認された。
4.1 CHUM/CMEにおいて、産婦人科・新生児科領域の重症貧困患者に対する経済的支援システムの確立	4.1 パイロットエリアにおける医療費用負担の現状を調査した。
4.2 CHUM/CME医療経済に対するEBMの観点からのモニタリング・評価の実施	4.2 医療介入の実施率を調査し、EBMの観点から医療介入の適切性を評価した。
4.3 CHUMでの貧困者対策システムのモニタリング・評価の強化	4.3 貧困者対策システムに代わり、保健家族計画省の政策転換により、第三者支払いシステムが導入された。
4.4 CHUMでの貧困者対策システムに関する情報の住民と衛生行政担当者の両方に対する提供	4.4 4.3に同じ
4.5 CHUMでの貧困者対策システム運営に関する中央省庁との調整	4.5 4.3に同じ

2-3 成果ごとの進捗状況と提言

本プロジェクトでは多数の定性的指標データを用いていることから短期間での指標データの収集が困難なため、代わって、関係者からのヒアリング、サイト訪問などを通じて成果ごとに進捗状況を精査し、今後の活動に向けた提言をまとめた。

(1) 成果1：マジャンガ州母子保健施設を中心として、根拠に基づいたケアの考え方を反映した母子保健人材育成システムが構築される

<進捗>

- ・医療従事者の継続研修に携わる「研修部 (Training Department)」と「研修室 (Cellule de formation)」が、CME (マジャンガ母子保健施設) 県保健家族計画局 (Direction Régionale de Santé et du Planning Familial : DRSPF) にそれぞれ設立された。
- ・「スタディーグループ」により、医療現場の実情に即した「人間的ケア」のワークショップや研修が実施された。
- ・「スタディーグループ」により、“Care in normal birth”がマダガスカル語に翻訳された。

<提言>

- ・EBM (Evidence-Based Medicine：根拠に基づいた医療) を反映した研修に携わる集合

体（スタディーグループ、研修部、研修室）が立ち上げられたが、これらの継続性に関する見通しは不透明である。自立発展性のある研修運営組織を確立することが必要である。

（2）成果2：ブエニ県保健家族計画局での母子保健サービスシステムが強化される。

<進捗>

- ・ 県保健家族計画局の職員が「スタディーグループ」のメンバーとして、EBMに関するワークショップを開催した。
- ・ 県保健家族計画局長の指示によって、同局内に医療従事者の継続研修に携わる組織「研修室」が設立された。
- ・ 母子保健人材育成の研修に関して、県保健家族計画局及びCMEとの連携関係が構築された。

<提言>

- ・ 本プロジェクトでは、ブエニ県内の限定されたパイロットエリアを中心に活動を展開していることと、母子保健サービス全般を活動の対象にしているものではないことから、成果2の表現として「ブエニ県保健家族計画局による母子保健サービスシステムの強化」は適切ではない。現状を反映して成果2を改定する必要がある。

（3）成果3：ブエニ県のパイロット地区において、地域住民と保健医療従事者が協働するためのシステムが構築される

<進捗>

- ・ 保健センター（CSB）と地域保健推進員（Community Agents：CA）／伝統的産婆（Traditional Birth Attendant：TBA）との協働事例（CAが妊婦に対してCSBでの産前検診の受診やワクチン接種を推奨している。TBAがCSBに対して出産件数を報告している、など）が確認された。
- ・ マジャンガII郡におけるUNICEFの「コミュニティベースの小児疾患マネージメント（PCIMEC）」及び「コミュニティベースの新生児ケア（PCCMN）」と連携してプロジェクト活動を実施していくことが確認された。また、本プロジェクトから保健家族計画省に対して、PCIMEC、PCCMNの効果的な実施に関する技術的な提言を行った。

<提言>

- ・ 地域住民に対してEBMを反映した母子保健サービスを提供するためには、コミュニティレベルにおける保健医療サービス提供者（CA、TBAなど）に対して、プロジェクトとしてどのように介入していくかを検討する必要がある。
- ・ 保健医療施設へのアクセスが困難な遠隔過疎地域においては自宅出産率が高く、自宅出産を介助するTBAの役割は大きい。このような地域の母子に対して質の高い母子保健サービスを提供するために、公的な保健医療従事者とTBAをどのように連携させていくかを検討すべきである。

(4) 成果4：母子領域における重症患者、特に貧困者の財政的負担がマジヤンガ州母子保健施設において軽減される

外部条件（貧困者対策に関する保健政策が変化しない）が変化したため、成果4の進捗は限定的にならざるを得なかった。（成果4に関連する活動は、貧困者対策システムがマジヤンガ大学病院に導入されることを前提として計画された活動だが、保健省の政策転換により、貧困者対策システムに代わって第三者支払いシステムが導入されたため）

<進捗>

- ・パイロットエリアにおける医療費の支出状況と貧困者対策システムの現状が調査された。

<提言>

- ・外部条件が変化した現状を反映し、PDMを改訂する必要がある。

2-4 プロジェクト目標の達成（予測）

- ・プロジェクト目標：マジヤンガ州ブエニ県の住民に対して根拠に基づいた母子保健サービスが提供される。

マジヤンガ大学病院センター／マジヤンガ母子保健施設、県保健家族計画局、郡保健家族計画事務所のカウンターパートにより構成される「スタディーグループ」が中心となり、EBM及び人間的ケアに関する各種ワークショップが開催された。本調査時においてプロジェクト目標は達成されていないものの、「スタディーグループ」の活動によってEBMの概念が医療従事者に伝えられ、彼らのケアを提供する姿勢や態度に変化を与えており、EBMが実践段階に移されていることが確認された。

2-5 プロジェクトの実施プロセス

2-5-1 プロジェクトのマネジメント体制

(1) 意思決定プロセス

2007年6月に第一回合同調整委員会が実施された。なお、本調査後、2008年9月に第二回合同調整委員会が実施され、本調査の結果概要、PDMの改訂、プロジェクト実施に係る課題などについて協議された。

ブエニ県においては、プロジェクト活動の円滑な実施のため、ワーキンググループ（プロジェクト運営委員会）が設置された。月に一度ワーキンググループによる運営会議が開催され、プロジェクト活動の進捗確認、課題の検討がなされた。

また、「EBM」、「人間的ケア」という概念を導入するに際し、ブエニ県の主要カウンターパートがその概念とプロジェクトの全体的な活動を共有するため、週に一度の勉強会を開催したことから、「スタディーグループ」が開始された。メンバーは、県保健家族計画局、郡保健家族計画事務所、CHUM/CME、パラメディカル学校のスタッフから構成されており、プロジェクトの様々な活動の実施母体となっている。また、本調査におけるPDM改訂の際も、同スタディーグループのメンバーによる活発な意見交換が行われ、プロジェクトの計画策定には彼らの意見が尊重されている。このようにプロジェクトの実施に際して欠かせないグループではあるものの、正式な組織として認定されているのではなく、役割や位置づけは明確にされていない。

合同調整委員会、ワーキンググループ、スタディーグループのメンバーは、付属資料9のとおり。

(2) プロジェクトのモニタリング体制

プロジェクト専門家及びカウンターパートにより、2007年6月から12月にかけてベースライン調査が実施され、PDMに表された指標データが収集された。しかしながら、医療従事者によるサービス提供の変化及び衛生行政官の支援体制構築など、関係者の行動変容を目標とする本プロジェクトでは、短期間での変化を期待することは適切でない。また、それを客観的に把握する指標データの収集には相当程度の時間と労力を要するため、本プロジェクトでは、指標によるモニタリングはプロジェクト開始時と終了時の比較によって行う予定である。

2-5-2 実施者・関係者のプロジェクト認識

(1) 実施者及び関係者によるPDMの理解度

カウンターパートはプロジェクトで実施しているラボラトリー方式体験学習などにより、「人間的ケア」、「EBM」を自分たちの活動現場における自らの課題として意識していることが、インタビュー、セミナー、ワークショップを通じて確認された。

例えば、医療施設で働く医師や助産師にとっては妊産婦ケアの提供の場において、行政官にとっては医療施設での人間的ケアが実現されるための支持的スーパービジョンの場において、CME職員にとっては研修の場において、人間的ケアやEBMが意識されている。このようなことから、単に活動を注視するのみでは、人間的ケアに関する共通の理解を見出すことは難しいかもしれない。

人間的ケアの概念を共有し、具体的な取り組みを広げていくためには、マダガスカル側、日本側それぞれの関係者に異なったアプローチが必要と考えられる。

まずマダガスカル側においては、個々がめざす人間的ケアの内容とそのために求められる役割を、異なる組織に所属する関係者が相互に理解し、組織間の連携を構築していくことがブエニ県レベルで必要である。さらに、上位目標である保健政策に反映させるためには、それを母子保健サービス提供にかかわる関係者が共有することが必要である。

次に日本側においては、母子保健分野の協力における種々のアプローチ手法を十分に吟味、検証したうえで、EBMと人間的ケアの位置づけを確認する必要がある。

(2) カウンターパートの配置

カウンターパートは、保健家族計画省、県保健家族計画局、郡保健家族計画事務所、マジヤンガ大学病院センター、マジヤンガ母子保健施設の人材が適切に配置されている。詳細は付属資料9を参照のこと。

第3章 調査結果

3-1 PDMの改訂

3-1-1 プロジェクト計画概要の変更理由

関係者との協議や各種資料分析の結果、プロジェクトの計画概要及びPDMを変更する必要性が生じていることが確認された。その主な理由を以下に記す。

(1) プロジェクトのアプローチの確認

プロジェクト計画段階では、プロジェクトの適切なアプローチが認識されていなかったが、プロジェクト開始後1年半が経過し、ブエニ県全体を対象として面的な展開をしていくことは、非現実的であることが認識された。プロジェクトでは、パイロットエリアを中心とした活動からグッドプラクティスを抽出し、他の地域に共有していくことによってプロジェクト目標の達成を図ることで、現実的なアプローチであることが確認された。

しかしながら、この点をPDM 1から読み取ることはできないため、モデルアプローチ型のプロジェクトであることが容易に認識できるよう、PDMの表現を修正する必要がある。

(2) パイロットエリアの選定

これまではマジヤンガⅠ郡とマジヤンガⅡ郡をパイロットエリアに指定してプロジェクト活動を実施してきた。マダガスカル側はパイロットエリアの拡大を望んでいるものの、一つの郡内でも多様な村落（fokontany）やコミューン（kaominina）が存在しており、郡をひとまとめにしてプロジェクト活動を展開していくことは現実的でない。そのため、プロジェクトは、これまで蓄積してきた活動が現実的に適用可能と思われる地域に対しては、郡という行政単位によらず、村落・コミューン単位においても適用していくこととなった。

(3) 貧困者対策

成果4（貧困者対策）に関し、外部条件「貧困者対策に関する保健政策が変化しない」が変化した。保健家族計画省の政策転換により、プロジェクト計画段階で想定していた「貧困者対策基金」の代わりに、「第三者支払いシステム」がCHUM（マジヤンガ大学病院センター）に試行的に導入された。

「貧困者対策基金」は、GTZ、KfWの支援により、ブエニ県Marovoay郡病院で運営されていたファンドである。薬剤の売り上げによる回収資金（「FANOME」）を主たる財源とし、貧困者の医療費全般、入院中の食費、交通費などを支援対象としていた。プロジェクトでは、この貧困者対策基金がCHUMで導入されることを前提とし、成果4に関連する活動を計画していたが、2008年5月、保健家族計画省のパイロットプロジェクトとして「第三者支払いシステム」がCHUMに導入された。同システムは、本調査時点においては世界銀行などによる資金投入が行われているものの、この財源が継続的に確保されるかどうかは不明なため、成果4に関連する活動は削除することとなった。

3-1-2 PDM改訂の経緯

現地調査ではワークショップを通してPDM改訂（案）を検討し、「成果」を中心とした整理を行った。調査後、プロジェクトの「スタディーグループ」、ワーキンググループ（プロジェクト運営委員会）とプロジェクト専門家により、「活動」と「指標」の協議が行われ、最終的には2008年9月11日の合同調整委員会（JCC）においてPDM 2が承認された。

表3-1に現地調査において実施したワークショップの概要を記す。

表3-1：ワークショップ概要

1. 日時	1日目：8月11日（月）9：00～17：30 2日目：8月12日（火）9：00～12：30
2. 目的	これまでの活動の振り返り、現況を確認し、これからのプロジェクト活動についての共通認識を形成する。
3. 成果	プロジェクトのログフレーム改訂案が作成される。
4. 参加者	ブエニ県保健家族計画局、郡保健家族計画事務所、CHUM/CME、プロジェクトスタッフ、専門家等。詳細は付属資料6を参照
5. 内容	・個別作業：「人間的ケア」、これまでのプロジェクト活動の振り返り、今後のプロジェクト活動の検討 ・グループワーク：ログフレーム改訂案の検討

3-1-3 PDMの改訂内容

以下にPDM 1とPDM 2（2008年9月11日JCCにて承認）の変更内容及び理由を記す。

- (1) 上位目標の変更はないが、仏文にあわせて和文を修正した。
- (2) プロジェクト目標の変更はないが、下表のとおり指標を変更した。また、仏文にあわせて和文を修正した。

	変更前 (PDM 1)	変更後 (PDM 2)	変更内容・理由
プ ロ 目	ブエニ県の住民に対し、根拠に基づいた質の高い母子保健サービスが提供される	変更なし	
指 標	1) ブエニ県パイロット地区において、出産・出生におけるHumanized careの実施率が増加 2) ブエニ県パイロット地区において、出産・新生児ケアでの医薬品適正利用率が増加 3) ブエニ県パイロット地区において、母子保健サービス利用者の満足度が向上 4) ブエニ県パイロット地区において、母子保健サービス提供者の能力が向上 5) ブエニ県において、絶対的母体適応による帝王切開率が増加	1) ブエニ県パイロット地区において、出産・出生における人間的ケアの実施率が増加 2) <u>ブエニ県パイロット地区において、正常分娩への不必要な医療介入が減少</u> 3) ブエニ県パイロット地区において、出産での医薬品適正利用率が増加 4) ブエニ県パイロット地区において、母子保健サービス利用者の満足度が向上 5) ブエニ県パイロット地区において、母子保健サービス提供者の能力が向上 6) ブエニ県において、絶対的母体適応による帝王切開率が増加	2) <u>ブエニ県パイロット地区において、正常分娩への不必要な医療介入が減少</u> を追加。 →追加理由：ベースライン調査でこのような種類の指標が定量的に採取可能と判断できたため。

(3) 成果

変更前 (PDM 1)	変更後 (PDM 2)	変更内容・理由
1. マジャンガ州母子保健施設を中心として、根拠に基づいたケアの考え方を反映した母子保健人材育成システムが構築される	1. ブエニ県で人間的ケアと根拠に基づいた医療を提供するための人材育成システムが構築される	<ul style="list-style-type: none"> ・保健人材育成の企画、実施、評価は、主として保健家族計画省人材局・県保健家族計画局が担っており、成果1に関連する活動の主体を、マジャンガ母子保健施設(CME)に限定すべきでないため。 ・「根拠に基づいた医療」に加え、「人間的ケア」も重要な要素と認識されたため。
2. ブエニ県保健家族計画局での母子保健サービスシステムが強化される	2. ブエニ県において人間的ケアの考え方を反映させた地域保健システムのモデルが構築される	<ul style="list-style-type: none"> ・モデルアプローチ型のプロジェクトであることが認識できるように表現を修正。

変更前 (PDM 1)	変更後 (PDM 2)	変更内容・理由
3. ブエニ県のパイロット地区において、地域住民と保健医療従事者が協働するためのシステムが構築される	3. ブエニ県の母子保健サービスモデルが各活動レベル★で構築される ★：各活動レベルとは、県レベル（大学病院）、郡レベル（郡病院・保健センター）、地域（コミュニティおよび村）レベルを指す。	・ PDM 1 の成果 2 に関連する活動は、県保健家族計画局（DRSPF）の活動として位置づけられていたが、実際は、DRSPF と郡保健事務所、職能団体（助産師協会等）など異なる組織が協働で取り組まなければ進まない活動が多い。よって、PDM 1 の成果 2 の活動の多くは、県、大学病院、郡、地域など各レベル間の協働により実施されるものであることが読み取れるように、PDM 2 成果 3 「ブエニ県の母子保健サービスモデルが各活動レベルで構築される」として整理した。
4. 母子領域における重症患者、特に貧困者の財政的負担がマジャンガ州母子保健施設において軽減される	削除	外部条件「貧困者対策に関する保健政策が変化しない」が変化したため成果 4 は削除した。

(4) 成果の指標

	変更前 (PDM 1)	変更後 (PDM 2)	変更内容・理由
指標	1.1 マジャンガ州に、母子保健分野の卒後継続研修のための研修組織が設置される	1.1 <u>ブエニ県保健家族計画局・郡保健事務所・CME</u> が協働して、母子保健分野の卒後継続研修のための研修組織が設置される	1.1 プロジェクトでは、ブエニ県保健家族計画局、郡保健事務所、母子保健施設（CME）のカウンターパートからなる“スタディーグループ”が設立され、同グループが研修組織としての活動をしているため、現状にあわせて、指標1.1に「 <u>ブエニ県保健家族計画局・郡保健事務所・CMEが協働して</u> 」を追加。
	1.2 上記研修組織を中心に、根拠に基づいたケアの研修モジュールが策定される	1.2 上記研修組織を中心に、根拠に基づいたケアの研修モジュールが策定される（各医療職ごと）	
	1.3 ブエニ県パイロット地域の母子保健サービス提供者が、根拠に基づいたケアの研修を修了する（研修修了時に評価を実施）	1.3 ブエニ県パイロット地域の母子保健サービス提供者が、根拠に基づいたケアの研修を修了する。（研修修了時に評価を実施）	
	1.4 研修修了者数	1.4 研修の実施数および修了者数	

	変更前 (PDM 1)	変更後 (PDM 2)	変更内容・理由
指標	2.1 県保健家族計画局・郡保健家族計画課が実施する統合スーパービジョンにおいて根拠に基づいた母子保健サービス提供に対するモニタリングの実施（実施回数、内容）	2.1 <u>コミュニティIMCIと新生児ケアの実施サイト数</u>	2.1 成果2では「地域保健システムのモデル構築」が目標となっており、その具体的活動として地域保健員によるコミュニティIMCIと新生児ケアの実施がある。その実施サイト数と利用率をみることで、活動状況を把握する。
	2.2 リファラル・カウンターリファラルのモニタリング・評価の実施（実施数、リファラル・カウンターリファラル率、等）	2.2 <u>コミュニティIMCIと新生児ケアの利用率</u>	2.2 同上
	2.3 ブエニ県パイロット地域のSBAの登録（登録簿作成、登録数の増加）	2.3 <u>医療従事者による地域保健員の活動フォローアップ実施数</u>	2.3 上記地域保健員の活動は、日常的に第一次医療施設（保健センター）に勤務する医療従事者がフォローアップを行い、また定期的に県・郡・コミュニティが協働でフォローと改善のための評価を実施する。その実施状況を本指標で把握する。
	2.4 ブエニ県の保健医療施設に勤務するSBAの研修修了登録（登録簿作成、登録数の増加）	2.4 <u>県保健局、郡保健事務所、およびコミュニティが行った協働活動のフォローアップと評価数</u>	2.4 同上
	2.5 自宅分娩の介助に関するSBAの業務規定策定	2.5 <u>地域保健員による活動の質が向上</u>	2.5 上記一連のフォローアップの過程で、良い協働事例の質的な把握を目的とする。
		2.6 <u>コミュニティと実施した協働活動の質が向上</u>	2.6 同上
		2.7 <u>人間的ケアに関する啓発活動を実施した村 (Fokontany) の数</u>	2.7 ケアの提供においては、受益者がその内容を十分に把握し、主体的にケアを利用する姿勢が求められる。そのためには住民と医療従事者との対話が必須であるが、本指標では必要な啓発活動を把握する。
		2.8 <u>自宅分娩の登録数</u>	2.8 コミュニティで把握された施設外分娩の実施状況を把握し、協働の一指標とする。

	変更前 (PDM 1)	変更後 (PDM 2)	変更内容・理由
指標	3.1 地域で働く TBA の登録 (登録簿作成、登録数、 内容)	3.1 <u>スーパービジョン時に策 定された提言や計画の数</u>	3.1 地域との協働において は、適切なスーパービジ ョンが実施され、地域が 保健システムによって支 えられることが必要であ る。そのプロセス指標と して提言・提案を測定す る。
	3.2 TBA の行っている出産介 助と新生児ケアが県保健 家族計画局・郡保健家族 計画課・Fokontany による モニタリング実施 (実施 数)	3.2 <u>緊急産科・新生児ケアに アクセスするための、地 域から保健施設へのリフ ァラル・システムのモデ ル数</u>	3.2 地域、特に地方部におい て地域との協働によるリ ファラルシステムの確立 および稼働状況を把握す る。
	3.3 Fokontany の出生登録へ の、分娩介助者と出産場 所の情報登録 (登録数)	3.3 <u>緊急産科・新生児ケアに アクセスするための地域 から保健施設へのリファ ラル・システムの機能性</u>	3.3 同上
	3.4 地域妊産婦・出生登録 の、Fokontany と CSB とで の共有 (登録数)	3.4 <u>URSR (リファラルシス テム強化組織) の活動時 の会議録や報告書の数</u>	3.4 各レベルにおけるリファ ラルシステムを把握する URSR の活動を指標とす る。
		3.5 SBA の業務規範	3.5 マダガスカル政府が推進 する SBA による分娩介助 に必要な業務規範策定状 況を把握する。
		3.6 <u>人間的ケアに対する環境 が明らかに改善される</u>	3.6 マダガスカルでは CHUM において Total Quality Management 活動が行われ ているが、その実施を保 健センターなどの医療施 設に拡大させる計画があ る。それを把握する指 標。

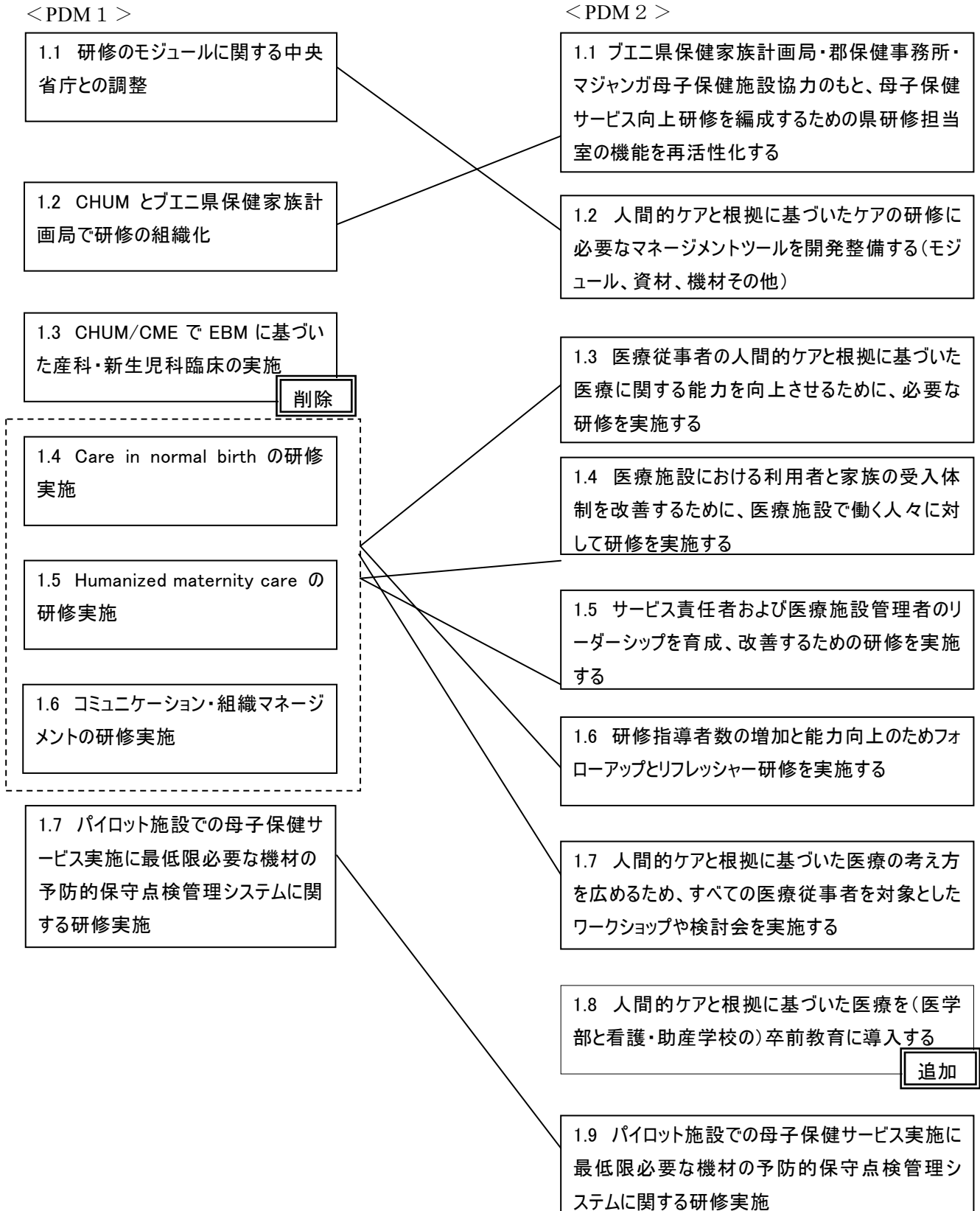
(5) 活動

	変更前 (PDM 1)	変更後 (PDM 2)	PDM 1 の変更内容・理由
1	1.1 研修のモジュールに関する中央省庁との調整	1.1 ブエニ県保健家族計画局・郡保健事務所・マジヤンガ母子保健施設協力のもと、母子保健サービス向上研修を編成するための県研修担当室の機能を再活性化する。	1.1 活動内容に変更はない。PDM 2 の1.2として残す。
	1.2 CHUMとブエニ県保健家族計画局で研修の組織化	1.2 人間的ケアと根拠に基づいたケアの研修に必要なマネジメントツールを開発整備する (モジュール、資材、機材その他)	1.2 活動内容に変更はない。PDM 2 の1.1として残す。
	1.3 CHUM/CMEでEBMに基づいた産科・新生児科臨床の実施	1.3 医療従事者の人間的ケアと根拠に基づいた医療に関する能力を向上させるために、必要な研修を実施する	1.3 活動対象をマジヤンガ母子保健施設に限定する必要がないこと、EBMに基づいた臨床の実践はプロジェクト目標そのものであることから、活動項目として不適切と判断したため削除
	1.4 Care in normal birthの研修実施	1.4 医療施設における利用者と家族の受入体制を改善するために、医療施設で働く人々に対して研修を実施する	1.4 ~1.6 活動内容に変更はないが、各研修内容をPDMに表現するのではなく、研修の目的別に表現することとした。PDM2の1.3、1.4、1.5、1.6、1.7として整理した。
	1.5 Humanized maternity careの研修実施	1.5 サービス責任者および医療施設管理者のリーダーシップを育成、改善するための研修を実施する	
	1.6 コミュニケーション・組織マネジメントの研修実施	1.6 研修指導者数の増加と能力向上のためフォローアップとリフレッシュ研修を実施する	
	1.7 パイロット施設での母子保健サービス実施に最低限必要な機材の予防的保守点検管理システムに関する研修実施	1.7 人間的ケアと根拠に基づいた医療の考え方を広めるため、すべての医療従事者を対象としたワークショップや検討会を実施する	
		1.8 人間的ケアと根拠に基づいた医療を (医学部と看護・助産学校の) 卒前教育に導入する	1.8 カリキュラム作成や教育課程の変更を伴うものではなく、マジヤンガ母子保健施設で学生を受け入れ、人間的ケアと根拠に基づいた医療のケアを伝えることを指す。
		1.9 パイロット施設での母子保健サービス実施に最低限必要な機材の予防的保守点検管理システムに関する研修実施	

	変更前 (PDM 1)	変更後 (PDM 2)	PDM 1 の変更内容・理由
2	<p>2.1 ブエニ県保健家族計画局で統合的スーパービジョンの強化・改善</p> <p>2.2 ブエニ県保健家族計画局でリファラルのモニターと評価システムの強化</p> <p>2.3 ブエニ県保健家族計画局でSBA登録システムの導入</p> <p>2.4 ブエニ県保健家族計画局でSBAの配置・育成・研修に関する情報管理と計画策定</p> <p>2.5 ブエニ県保健家族計画局母子保健家族計画課でプロジェクトに関連する年間活動計画 (PTA) の策定</p> <p>2.6 自宅分娩の介助に関するSBAの業務規定の策定</p> <p>2.7 人材育成・配置システムに関する中央省庁との調整</p>	<p>2.1 人間的ケア実施のため、地域との協働を再活性化する</p> <p>2.2 協働の方策について、母子保健に関わる医療従事者の会議を、各レベル (県・郡・医療施設) で実施し、次いで全レベルおよび地域でも実施する</p> <p>2.3 コミュニティIMCIと新生児ケアの活動を実施する</p> <p>2.4 自宅分娩の登録を強化する</p> <p>2.5 ブエニ県保健家族計画局・郡保健事務所・地域の関係者が、協働のシステムに関するフォローアップと評価を実施する</p>	<p>2.1 医療施設レベルのほか、地域レベルも含めたスーパービジョンとフォローアップとしてPDM 2 の3.1に整理した。</p> <p>2.2 医療施設間のリファラルのみならず、地域→医療施設というリファラルのモデルを、地域住民との協働のなかでどのように形成していくかを念頭に置いた活動として、PDM 2 の2.2、3.1に整理した。</p> <p>2.3 SBA登録システムの導入は県の活動ではなく、助産師協会など職能団体の活動であることが明らかとなったため、PDM 2 の3.4として整理した。</p> <p>2.4 SBAの配置等は県単独で実施する活動ではないことが明らかとなったため、PDM 2 の3.4として整理した。</p> <p>2.5 年間活動計画に限らず、四半期計画などにプロジェクト業務が記載・確認された上で実践されているため、あえて活動として明記する必要性を認めない。</p> <p>2.6 活動内容に変更はない。PDM 2 の2.4、3.4として整理した</p> <p>2.7 削除</p>

	変更前 (PDM 1)	変更後 (PDM 2)	PDM 1 の変更内容・理由
3	<p>3.1 ブエニ県保健家族計画局でTBAをはじめとする地域での人材の登録システムの導入</p> <p>3.2 CSBと地域での人材やFokontanyとの協働事例の発掘と共有化</p> <p>3.3 地域での出産登録と、CSBが保持する出産情報等との調整・情報共有</p> <p>3.4 人口省・人口登録システムと、保健家族計画省・人口推計に関する調整</p>	<p>3.1 ブエニ県保健家族計画局・郡保健事務所が支持的スーパービジョンと活動の進捗フォローアップを実施する</p> <p>3.2 地域レベルで緊急産科・新生児ケアにアクセス可能なリファラル、カウンター・リファラルのモデルを構築する</p> <p>3.3 母子に対する人間的ケアに必要な医療施設内の環境を整備する</p> <p>3.4 SBAの業務規範を策定する</p> <p>3.5 URSR (リファラルシステム強化組織) の機能の再活性化</p>	<p>3.1 コミュニティIMCI、地域から医療施設へのリファラルの際に、地域での人材を把握することが可能であるため、PDM 2の2.3、3.2として整理。</p> <p>3.2 本活動は、地域との協働活動の検討～行政による地域との協働活動のフォローアップにいたるまでの活動であることを明文化してPDM 2の2.1、2.2、2.3、2.5、3.1として整理。</p> <p>3.3 人口省の活動として想定されていたが、同省が解体されたため、PDM 2の2.4として整理。</p> <p>3.4 人口省が解体されたため削除。</p> <p>3.5 URSRは「マジジャンガ大学病院センター総合改善プロジェクト」にて設立された組織である。地域から医療施設へのリファラルを強化する必要性があるため、追加。</p>

(6) PDM 1 の成果 1 と PDM 2 の成果 1 の関連図



(7) PDM 1 の成果 2、3 と PDM 2 改訂案の成果 2、3 の相関図

<PDM 1 >

2.1 ブエニ県保健家族計画局で統合的スーパービジョンの強化・改善
→3.1

2.2 ブエニ県保健家族計画局でリファラルのモニターと評価システムの強化
→2.2、3.1

2.3 ブエニ県保健家族計画局で SBA 登録システムの導入
→3.4

2.4 ブエニ県保健家族計画局で SBA の配置・育成・研修に関する情報管理と計画策定

2.5 ブエニ県保健家族計画局母子保健家族計画課でプロジェクトに関連する年間活動計画(PTA)の策定
→

2.6 自宅分娩の介助に関する SBA の業務規定の策定
→2.4、3.4

2.7 人材育成・配置システムに関する中央省庁との調整
削除

3.1 ブエニ県保健家族計画局で TBA をはじめとする地域での人材の登録システムの導入

3.2 CSB と地域での人材や Fokontany との協働事例の発掘と共有化
→2.1、2.2、2.3、2.5、3.1

3.3 地域での出産登録と、CSB が保持する出産情報等との調整・情報共有
→2.4

3.4 人口省・人口登録システムと、保健家族計画省・人口推計に関する調整
削除

<PDM 2 >

2.1 人間的ケア実施のため、地域との協働を再活性化する

2.2 協働の方策について、母子保健に関わる医療従事者の会議を、各レベル(県・郡・医療施設)で実施し、次いで全レベルおよび地域でも実施する

2.3 コミュニティIMCIと新生児ケアの活動を実施する

2.4 自宅分娩の登録を強化する

2.5 ブエニ県保健家族計画局・郡保健事務所・地域の関係者が、協働のシステムに関するフォローアップと評価を実施する

3.1 ブエニ県保健家族計画局・郡保健事務所が支持的スーパービジョンと活動の進捗フォローアップを実施する

3.2 地域レベルで緊急産科・新生児ケアにアクセス可能なリファラル、カウンター・リファラルのモデルを構築する

3.3 母子に対する人間的ケアに必要な医療施設内の環境を整備する

3.4 SBA の業務規範を策定する

3.5 URSR(リファラルシステム強化組織)の機能の再活性化
追加

3-2 提言

「ボトムアップ型政策提言装置としてのスタディグループ」

運営指導調査団員 母子保健担当
国立国際医療センター 国際医療協力局派遣協力課
堀越 洋一

人間的ケアを公共政策の中に具体的に位置づける際の手掛かりとして、スタディグループを意識的に活用することをプロジェクトに提言したい。

(1) スタディグループと人間的ケア

スタディグループは本プロジェクトの実施母体である。このグループは多様性、自発性、自立性、そして実践的・探究的といった特徴を有している。臨床サービス、県及び郡の保健行政、教育など多様な分野からの参加者により構成され、グループを率いるトップをあえてつくり、金銭的なインセンティブなしに自発的にしかも定期的にメンバーが集合する。現場を直視することから生まれる課題に取り組み、新しい考え方や試みを積極的に取り入れ行動に移す進取の気性を共有している。そもそも人間的ケアのあり様を探ることを出発点として構成されてきたグループであり、その過程で自分たちグループメンバー相互の配慮や協働がグループの組織風土となりつつある。

スタディグループのこうした特徴を生み出す源泉は、当事者一人ひとりのエンパワメントと他者への関心であろう。人間的ケアの実践過程は、ケアするものとケアされる者の双方をエンパワーする機会を内包している。加えて、人間的ケアの実践は、ケアやサービスを提供する側に、ケアを受けるものへの関心を生み出す。ケアやサービスを受ける側への関心という共通基盤が、保健行政・臨床サービス・教育などの他分野の人材が協働することを可能としている。

スタディグループは人間的ケアを探究するプロセスの中で、徐々に今の特徴を備えてきた。同時に、一人ひとりのメンバーのエンパワメントと相互への関心、そして協働の組織風土が、様々な現場における人間的ケアの実践の原動力になっている。

(2) 「根」に目を向けること

人間的ケアの実践がもたらすエンパワメントと相互への関心という姿勢の変化は、保健医療に携わる人の「根」に目を向けさせるという意味で普遍性が高い。人間的ケアを活動の主題として設定したときに期待される効果は、単に臨床サービスの質的向上にとどまらず、質の高い臨床サービスを可能とする人づくり、それを支える仕組みづくりへと視座は広がっていく。したがって、人間的ケアの実践及び適用の範囲は多岐（助産ケア、帝王切開術、新生児ケア、リファラルなど）に及ぶことになる。

(3) 変革へのコミットメントとアクションの醸成

ここに、人間的ケアを母子保健政策の基軸として位置づけるヒントを見出すことができる。

マダガスカルには、MAP (Madagascar Action Plan) という包括的国家計画があり、そのなかに保健分野の計画も含まれており、母子保健行政はこの政策に基づいて活動を計画するという形をとっている。しかしながら、地方部では保健医療サービスへのアクセス状況は厳しく、MAPに示されている到達目標と地域の実情との間に横たわる大きな乖離を前にして、立ちすくむ、あるいは目をそらす、そんなあり方を選ばざるを得ない現実が存在している。

その状況の中で、人間的ケアの実践がもたらすエンパワメントと相互への関心、そして協働は、プロジェクトメンバーの中に、現実を正面から見据えて打開の道を探る姿勢を形成するという影響をもたらしている。言い換えれば、彼らは人間的ケアの実践過程で、困難な現状を変革することへのコミットメントの力をつけてきた。そして、マダガスカルの地方部の現実から目をそらさずに、なんとか状況を打開しようと探究する過程の中で生み出される変革へのアイデアは、人間的ケアというあり方に支えられ、スタディグループの中で吟味され、言語化され、改めて、十分に意識化された行為として実践に移されている。つまり、スタディグループは、マダガスカル地方部の厳しい現実に取り組む方策を、人間的ケアという主題を下地としつつ、自分たちのオリジナルの言葉と行為として探りつつあるのである。

(4) ボトムアップ型政策提言機能のモデル化

現状のプロジェクトは、スタディグループを人間的ケアの展開の実施母体と位置づけるにとどまっているように見える。しかし、保健省から示されている2つの期待、すなわち、「人間的ケアといっても、それは具体的にどのようなことで、どうやって取り込んだり、取り組んだりしていけばよいのかを伝えてほしい」、そして、「せっかくの取り組みはマジヤンガだけでなく、広くマダガスカルに裨益するように工夫してほしい」、という期待にプロジェクトは応えねばならない。そのためにはスタディグループを少し別の視点から眺めて、ボトムアップ型政策提言装置という機能をモデル化するという積極的な方向づけが必要である。

世界各地の状況の厳しいフィールドで、現場の実情に変革をもたらすダイナミックで自律的な仕組みを構築しようという試みがなされ、多大な努力が傾注されている。期せずしてスタディグループはそのような仕組みの一つの姿を体現しつつある。ここに「人間的ケアの実践」と並んで本プロジェクトだからこそ残しうる成果の可能性を感じる。

3-3 団長所感

運営指導調査団長
JICAマダガスカル事務所次長
麻野 篤

今般の運営指導調査団に際して、現地参团として事務所次長でありながら団長を務めさせていただいた。

本技術協力プロジェクトは、無償資金協力「マジャンガ大学病院センター医療機材整備計画」（1999年度）、日仏協調による技術協力プロジェクト「マジャンガ大学病院センター総合改善計画プロジェクト」（1999～2004年）、技術協力プロジェクト「マジャンガ大学病院センターを基軸とした州母子保健改善プロジェクト」（2005～2006年）、及び無償資金協力「マジャンガ州母子保健施設整備計画」（2007年度）と積み上げられてきたマジャンガでの医療分野での協力の集大成とも言えるプロジェクトであり、それぞれプロジェクトの内容や目的は異なるものの、マダガスカル保健家族計画省側と我が方がマダガスカルの人々がより良い医療を受けられるようにという思いを一にして培ってきた信頼関係にその基礎をおいていることについては、確信の持てるところである。

今回の運営指導調査は、3年間のプロジェクトの中間地点で実施されたものだが、プロジェクト開始前の事前評価調査時点からは2年近くが経過しており、プロジェクトを取り巻く環境や状況の変化に合わせたPDMの改定が必要となっていた。また、現場で働くスタッフからもプロジェクトを実施しながらの気づきや改善案が出てきており、これをPDMに反映させることで、現場の関係者のモチベーションをあげていくことも必要となっていた。

したがって、今回の調査において、状況の変化に合わせた変更だけではなく、現場の声を反映させたPDM改定案について、プロジェクト・現場のスタッフ・保健家族計画省本省・JICA本部・マダガスカル事務所、それぞれが、それぞれの立場で議論ができたのは非常に有意義であった。

他方、プロジェクト内容の高度化・複雑化等の背景により、プロジェクトが何をめざしているのかについて、現場のみならず、JICA本部など後方での支援や評価を行う者を含めた関係者全員が、クリアに共通の認識を持つのが難しくなっているように思える。

また、本プロジェクトのPDMには「人間的なケア」「根拠に基づく医療サービス」といった、専門外の者には耳慣れない言葉が含まれているが、プロジェクトは、これらの言葉について、関係者が正しい解釈を持てるようにし、例えば、何がどうなっていれば「人間的なケア」がなされたという状態であるのかを、専門外の者にも分かるように明確にしていく必要がある。

本プロジェクトの後半部分は、改訂されたPDMの成果をいかに検証していくか、についても念頭に置きつつ進めていく必要があるものと思料する。

参 考 资 料

根拠に基づいた医療（Evidence-Based Medicine）と人間的ケア

「チーフアドバイザー／公衆衛生」 専門家

国立国際医療センター国際医療協力局

松井 三明

1. はじめに

プロジェクトでめざしている「科学的根拠に基づいた保健医療サービス」、またその実施過程でマダガスカル側、日本側ともにその大切さを共有してきた「人間的ケア」について、理解が難しいという指摘をされることがある。

運営指導調査を通じて明らかにされたように、本プロジェクトは中央政府・県・郡それぞれの衛生行政関係者、リファラル病院及び第一次レベルの医療施設に勤務する職員、また地域住民とそれにかかわる一般行政をも巻き込みながら進んでいる。したがって、それぞれが求める、また提供する母子保健サービスの理想像は様々であり、その表現形も多岐にわたっている。

一方で、それが何のために実施されるかという根源的な動機づけは、個々人がより良い人生をおくることができるために、それぞれの立場から何をしなくてはならないのか、に集約される。そこにプロジェクトの枠組みを当てはめるならば、母子保健サービスを通じた豊かな人生の実現への貢献、が根本的命題となる。開発協力を行うにあたって、この点に疑問をはさむ余地はないと思われる。

すると、「根拠に基づいた保健医療サービス」、また「人間的ケア」のわかりにくさは、母子保健現場にある形而下的課題、その解決に必要な種々のアプローチ手法とそれぞれの特性、その中から日本が行う技術協力である手法を採用するにあたってのアドバンテージの吟味と決断、という諸段階、つまり「個別の課題解決」を「開発協力の主命題」へとつなげていく種々の過程に対する理解の不足に起因して指摘されるように思われる。

本稿では、いくつかのステップにおいて、「根拠に基づいた保健医療サービス」と「人間的ケア」の考え方がどのような背景に根ざし、どのような変革をめざしているのかを明らかにするとともに、そこにかかわるプロジェクトと開発協力の課題について整理したい。

2. 保健医療施設における出産サービスの現状と課題

(1) 妊産婦・新生児死亡の特徴

妊産婦死亡は陣痛開始から産褥数日後に集中的に発生する。また小児死亡の約4割は新生児死亡であり、それも出生当日から数日間に多い。ミレニアム開発目標達成のためには、妊産婦・新生児死亡の削減が必須であることが叫ばれて久しいが、改善の見通しが暗いことも共有されている。では、出産が始まってから、女性にとっては出産に至るまで、子どもにとっては出生の時まで、実際にどのような課題が現場にあるのだろうか？ 開発途上国の第一次医療施設における出産を例にとって考えてみる。

女性の医療施設における経験はどのようなものであるか？

あまり経験しない腹痛に妊娠後期の女性は気づく。それは陣痛という出産開始サインである。その強さと間隔は時々刻々と変化し、それにつれて身体に様々な変化が生じる。女性にとっても、いまだお腹の中にいる子どもにとっても、生命の危機にも通じるストレスの時である。出生への期待よりも、道のりの見えない出産の過程に対する不安感が高まる。精神的なストレスによって、分娩時間がより長くなること、出生後の子どもの状態が悪化することも知られている。女性にとっては、精神的な支援とともに、子どもを含めた適切な観察と、万が一の時には医療介入をも必要とする時間帯である。

しかし、女性は必ずしも陣痛に気づいてすぐに医療施設を訪れるとは限らない。それが夜である場合、彼女は保健センターの病室には電気がないため、自前でローソクを用意しなくてはならないことを知っている。施設の中にあるトイレは職員専用であり、外に作られた暗いところへ行かなくてはならない。それに当直の職員が、もしかしたら妊婦健診の時に会った怖い助産婦かもしれない。それならば、最後は保健センターに行くにしても、できるだけ自宅で母親や夫と過ごしている方が良く、と考える。

そのような保健センターの状況を知らずに、分娩開始の早い時期に訪れた場合、あまり快適でない時間をより長く過ごすことになる。担当の助産婦は誰かわからず、医学生とも看護学生ともわからない大勢に診察をされる。でも、自分がどのような状況にあるかを説明してくれる人はなく、疲れていても分娩が進むように歩き回るよう言われたり、あるいは腰が痛いので少し体を動かしたいにもかかわらず、ベッドの上で過ごすように指示をされる。

家族は施設の外で待つように言われるために頼る人もなく、心細い時間を過ごさなくてはならない。

陣痛の強さ、胎児の状態に、医療従事者が心を配ることは少ない。短いと1時間おきに診察に来るが、夜中だと一晩中、一人きりで過ごすこともある。出血が急に増えてきたり、あるいは子どもの頭が出てくる気配に気づいて急いで助産婦を呼ぶこともある。

会陰切開、出産後の子宮内容清掃など、不必要な医療処置が行われることもある。陣痛を強めるための薬物投与もしばしば不適切な方法で行われることがあり、強い陣痛のあとに気づいたら生まれた子どもの色が青白く仮死状態であったり、時には呼吸をしていないこともある。不幸にして子どもが死産であっても、その理由を知ることはできないし、自分の赤ん坊は金属のトレイに乗せられて流しの下に置かれたままとなる。

以上は、プロジェクトがベースライン調査で実施した観察と保健センター利用者へのインタビューから、分娩の経過にしたがって、妊産婦と新生児の健康を守る観点からはネガティブな事項を列挙したものである。このような状況が広く観察されるとするならば、我々は果たしてどのような思想とアプローチを持って技術協力を行わなくてはならないのであろうか？

3. 根拠に基づいた保健医療サービスの概念と実践

(1) 有用性と有害性の評価

先に記述した母子保健現場の課題は『妊産婦と新生児の健康を守る観点からネガティブな事項』と指摘した。それを言い換えると、課題は2種類に分かれる。第1に「妊産婦と新生児の健康を守るために有用なケアが提供されていない」ということ、第2に「その健康を害する（あるいは何の影響も及ぼさない無意味な）医療介入が実施されている」ということである。

ここでいう「有用性」「有害性」は、疫学の研究手法を用いて、ケアや医療介入が「ある集団に及ぼす影響」を実験的に評価した結果の表現である。

わかりやすい例を挙げるとすれば、仮にある疾病（例えばマラリア）を治療するために薬物Aと薬物Bという2つの選択肢があるとす。この2つの薬物のどちらがより有用かを、「薬物の投与による直接の治療効果」「薬物による副作用」「治療にかかる薬物費用」などを指標として比較を行う。この効果測定点を疫学では「エンドポイント」と呼ぶ。

疫学研究においては、A, Bどちらの薬物が投与されるかは、その評価に影響を与える可能性を排除する目的で、治療にあたる医療従事者、投与を受ける患者ともに区別がつかないような工夫がされる。関係する双方にわからないようにするという点から、この方法は「二重盲検法」と呼ばれる。

さらに、A, Bそれぞれの薬物を受け取る患者の集団に差が生じないように、偏りをなくすことを目的として薬物はランダムに投与される。ただし、当然のことであるが、ある一人の患者に投与される薬物は、その実験期間中はA, Bいずれか1種類に限定される。

このような手続きを経て、A, Bそれぞれの薬物を投与された各集団において、予め設定したエンドポイントの測定を実施する。

例えばAの薬物の方が、Bよりも、治療に要する期間が短く、薬物の費用も同等あるいは安価で、副作用の程度も同等あるいは少ない、ということが証明されれば、Aがより有用と評価される。

あるいは、Bを用いた方が治療期間が短く、また安価であったとしても、重い副作用が発生する割合が高かった場合、有用ではあるが有害性が高いと評価される場合もある。

このようにEBMでは、何をもって有用（有害）とするかのエンドポイントを設定し、集団におけるその発生割合を比較することで、有用性（または有害性）の判断が行われる。

(2) 誰にとっての有用性と有害性なのか

上述の方法で得られた科学的知見は、ケアや治療を提供する際に一つの重要な目安とはなるものの、今ここで目の前にいる特定の人に対して絶対的に有用か有害かの判断を必ずしも提供するものではない。何となれば、EBMで用いられる評価方法は、あくまでも集団における発生率に過ぎないからである。それが集団を構成する個々人に等しく当てはまることは、必ずしも担保しない。

したがって、医療従事者は、科学的根拠に基づいた「情報」を自らの参照項として常に意識しつつも、実際にケアや治療を提供する時にはその場面々々に応じた対応を行わなくてはならない、ということでもある。

卑近な例をひくと、仮に今日の東京地方の降水確率が40%と出ても、ある人は新宿を歩いて土砂降りにみまわれるかもしれないが、別のある人は銀座で傘を差さずに散歩できるかもしれない。人間が生活の中で、実際に雨が降るかどうか予想をし、それに合わせた対処方法を備えるか否かの判断は、降水確率予報のみによることは少ない。むしろ、天気予報の情報に加えて、雰囲気・経験・勘などの必ずしも数値化・指標化できるわけではないものに我々の判断は依拠している。

(3) 正常妊娠・出産のEBM

WHOが1996年に出版した“Care in normal birth : a practical guide”には、出産時に広く行われているケアに対する科学的評価が集約され、勧告として以下の4つのカテゴリーに分類されている。

- ・カテゴリーA：有用であることが証明されており、実施が推奨されるもの
- ・カテゴリーB：明らかに有害であるか無効であり、実施されるべきでないもの
- ・カテゴリーC：推奨するに足る科学的根拠が不十分であり、今後の更なる研究により明らかにされるまでは注意深く実施すべきもの
- ・カテゴリーD：しばしば不適切に実施されているもの

このカテゴリーBの一つに、「出産後に子宮内の検索を慣習的に実施すること」が指摘されている。この手技は「子宮内容清掃」とも呼ばれる。具体的には、子宮の中に膣の方向から手を入れ、子宮の中に何か残っていないかを点検し、胎盤の一部などが残っているようであれば除去する、という手技である。

胎児と胎盤が娩出されたあと、胎盤が子宮内に残ったままになっていると、重症の出血、あるいは子宮内感染（産褥熱）の原因となる。したがって、その可能性がある場合には、子宮内容清掃を実施する必要がある。

WHOの勧告では、これを慣習的に実施する必要はない、としている。この勧告の背景にある、子宮内容清掃の「有用性」と「有害性」のバランスについて考察する。

子宮内容清掃を、慣習的に（つまり全例に）実施することは、胎盤が残っているか否かを確認し、残っている場合にはそれを除去することにはつながる。これは将来の出血や産褥熱のリスクを発見し、リスクを除去するという点で有用である。一方で、子宮内容清掃の実施により、外部から細菌を持ち込む危険もある。そのために、本来は起こらないはずであった感染症を、人為的に発生させるリスクもある。これは有害性にカウントされる。

しかし、有用性と有害性を記述するだけでは、EBM（Evidence-Based Medicine：根拠に基づいた医療）の観点からこの手技（子宮内容清掃）を検討することにはならない。EBMは集団レベルにおいて有用性・有害性の評価をめざすものである。有用性（あるいは有害性）がある、ということにとどまらず、その発生割合がどの程度であるかを検証しなくてはならない。多少のわがりにくさが残ると思うので、具体例を更に挙げることにする。

まず、出産後に胎盤の一部が子宮内に残る確率が高く、そのために産褥熱が多く発生し、開発途上国で命を落とす女性が一定割合発生していると仮定する。同時に、出産後に子宮内に胎盤が残っているか否かを発見する他の良い方法が残念ながら存在しない、とも仮定する。そうであるならば、たとえ細菌を外から持ち込むリスクがあるとしても、全例に子宮内容清掃を実施することは正当化される。その場合の医療従事者の努力は、細菌を持ち込むリスクを減らしつつ、胎盤を効率よく発見・除去することに注がれるであろう。

しかし現実には、胎盤の一部が、それも出血や産褥熱を起こす原因となる形で、子宮内に残る確率は高くない。しかも娩出された胎盤をていねいに観察し、出産後の子宮の様子を腹部から確かめる（一般的に子宮は硬く収縮する）ことで胎盤が残っているかを推測し、また出血の予兆を知ることができる。したがって、全例に対して胎盤が残るというリスク発見の目的で子宮内容

清掃を実施する必要性は極めて低く、同時に子宮内容清掃によって細菌を持ち込む可能性があるわけであるから、集団レベルでみた場合には有用性が低く、かつ有害性が高い手技と評価することができる。したがってWHO勧告では、「出産後に子宮内の検索を慣習的に実施すること」はカテゴリーBに分類された。

この例を一般化すると、ある医療介入（この場合は子宮内容清掃）の実施を考えた場合、その手技を実施することによって得られるメリット・デメリットのほかに、その手技がどのような病的状態に対して有効か、その病的状態の集団における発生率ほどの程度か、実施を検討している当該手技に代わる手段の有無及び代替手段がある場合にはそのメリット・デメリットほどの程度か、それぞれの手段を適用したことで得られるメリットは、デメリットを勘案したとしても正当化されるのか、などを包括的に科学的手法を用いて検討することで、EBMとして確立した評価となっていくのである。

(4) EBMの理解と、現場適用の課題

次に、EBMの概念を、どのように実践につなげていくことができるのかを考える。

それには、大きく2つのポイントがある。一つはEBMの理解にかかわる課題、もう一つは医療やケアの提供に対する姿勢とEBMの位置づけにかかわる課題である。

先に子宮内容清掃の例を挙げたので、同じ例を引きながら、第1のEBMの理解にかかわる課題について記述する。

出産後に胎盤の点検を行い、子宮の収縮が十分であることを確認したにもかかわらず、数時間後に予期せずして大量出血が発生し、その原因として子宮内に胎盤の一部が見つかることがある。このような例は、確かに実際に発生する。

そのような経験をすると、特に臨床現場で働く医師から『WHOの勧告は現場の実情に沿わないので、子宮内清掃は全例に実施されるべきである』という訴えを聞くことがある。しかし、それは「個別（あるいは少数）に発生した例をもって集団に一般化する」ことがされているに過ぎず、EBMが重視する「集団レベル」で何が起きるのか、ということ念頭に置いた主張ではない。EBMによって評価が確立した事項は、先にも記述したように集団における発生率を問題にしている。したがって、少しわかりにくいかもしれないが、そこから導かれる結論は、集団にとっての有用性（有害性）に対する評価を与えるが、集団を構成する個々の人間に対する絶対的な有用性（有害性）判断を提供するものではない。

人間には個別に特徴があり、ヒトとして画一的な存在ではないことを考えれば、それは自然なこととして受け止めることが可能と思われる。しかし、しばしば「科学的根拠に基づいた」という修辭句が添えられると、多様性のある自然現象が画一的な因果関係に単純化され、盲信の対象となる。EBMは、確かに科学的根拠に基づいているが、それは個別の人間に完璧に当てはまる公式を導き出すものでない。

当然のことであるが、どのような方法にも瑕疵はある。つまり診断精度が100%ということはいえぬ。確かに上述の例では、「子宮内容清掃によらない方法では、胎盤が子宮の中に残っていることを発見できなかった」というステートメントは正である。ただし、それは上述のようにあくまでも「この症例においては」ということであって、広く一般化されるべき事項ではない。

(仮に子宮内容清掃以外の他の方法で、胎盤が子宮の中に残っていることを毎回見落とすのであれば、手技の適用が正しいのかをまず検証すべきであろう)

他の角度からみた問題の焦点は、子宮内容清掃を実施していれば当該症例では胎盤が残っていることを発見することができ、したがって出血を防ぐことができたかもしれないが、その1例を発見するために、子宮内容清掃を必要としない大多数の女性が不利益を被る可能性を忘れてはならない、ということになる。しかし、しばしば臨床家は、自らが何かをしなかったために発生したと考えられるイベントに、その神経を集中しがちである。

この例で明らかなように、EBMを実際に適用する際には、同じ問題を取り扱ったとしても、集団として一般化可能な事項と、個々人で発生する事項の間に常にズレが生じる可能性があることを理解する必要がある点に、一つ目の関門が存在する。

先にも記述したように、医療従事者は科学的根拠に基づいた「情報」を、あくまでも集団レベルにおける割合の問題と捉え、自らの参照項として意識する必要性を適切に伝達することが求められる。

(5) EBMを現場に適用するには……思考過程と対話

次にEBMが実践につなげられるために必要な医療やケアの提供に対する姿勢について考察する。

どのような医療行為を提供する場合でも、まず医療従事者は相手にどのような課題があるのかを把握し、評価を行う。問題の所在が確認されたら、相手にとってどのようなケアが必要であるかを検討する。この時、医療従事者は必要とされるケアにどのようなものがあるのかを想起する。つまり自らの知識と経験を総動員して、提供すべきケアのインベントリーを作成するのである。しかし実際には、想起されたインベントリーには、自分が提供可能なものと、自分だけでは提供することができないものが混在しているために、実際の行動にあたっては更なる選択を行わなくてはならない。

出産の場面を例にとると、今日の前にいる女性と胎児にとって、帝王切開による出産が最善と判断しても、自分にはその手術が実施できない場合、あるいは自分の施設には手術室がない場合、などが起こりうる。その際には、手術のできる人に任せる、手術のできる場所へ女性を移送する、などが優先的な行動となる。しかし同時に、帝王切開が実際に提供可能になるまでの時間を推定し、それまでに起こりうる女性と胎児の変化を推定しなくてはならない。その結果、仮に手術のできる病院へ搬送するまでの間に女性の生命に危険が生じる可能性が高いのであれば、帝王切開ではない次善の策がより短い時間で講じられるかを検討し、それを提供しなくてはならないかもしれない。このように、実際の判断においては、そこにある種々の制約を常に考慮しつつ、現在の状態から予想可能な未来を推測することが常に行われる。

また上述のように、いくつかの思考過程を経て何らかの選択を行い、医療やケアを提供した後には、その提供によって生じた変化(結果)を、当初の予想と比較することも求められる。予想と結果が異なった場合には、その理由の所在を予想開始時点から現在までの時間の流れのどこかに求めなくてはならない。つまり、時間軸を現在・未来・過去と行きつ戻りつつ考える能力が求められる、ということである。

これらの医療行為はすべて「対話」に基礎づけられている。

第一の対話は医療の提供者と受益者の間で発生する。医療従事者は、相手から必要な情報の提供を受け、また情報を引き出し、自らの医療行為に対する理解を取り付け、またその効果を評価するために、適切な信頼関係に基づいた対話を行う。

第二の対話は医療従事者自身の内面に生じる。先に記述したように、医療従事者には現在だけでなく、異なる時間軸にある自分（また自分の行為）を捉える能力が求められる。それは、ある問いに解決の方向性を見出し、そのために行動し、結果を評価し、また当初の方向性について批評を加えるという、自らが問いを発し自らが答える形の対話である。一人の人間の中に存在する、時間軸の中に複数いる自分たちとの対話と言い換えることもできよう。

このような対話ができるためには、自らの心の動きに敏感であること、他者と開かれた関係性を築くことができるよう非権威的であること、内的・外的な批判を受け止め前進する姿勢があること、などが求められよう。

(6) EBMを現場に適用するには……不確実性の中での選択に耐える

ここまで、医療やケア提供の過程でどのようなことが起こっているのか、また何が求められるか、をEBMの適用を軸として述べた。

このような過程を経て提供される医療は、マニュアルに沿った画一的なものには決してならない。もちろん、マニュアルやガイドラインは、相手が必要とするものを提供する際に参考にはなる。それらと同様、EBMも一つの参照データに過ぎない。

少しくどくなるが、EBMの考え方がマニュアルとは異なり、むしろ個別の医療やケアを促進するものであることを、先の「子宮内容清掃」の例を再び引きながら説明したい。

WHO勧告では、「出産後に子宮内の検索を慣習的に実施すること」は、「カテゴリーB：明らかに有害であるか無効であり、実施されるべきでないもの」に分類されている。

一方、先に記述したように、子宮内容清掃自体は、それを必要とする人にとっては有用な手技である。では、それは誰にとって有用なのか？ その判断基準はあるのだろうか？

残念ながら例の勧告は「慣例的な実施」が「有害か無効」と述べているに過ぎない。

言い換えると、誰にとって有効であるかのエビデンスについては何も述べてはいない。

つまり医療従事者が子宮内容清掃の実施を頭に思い浮かべる時、本当に今日の前の相手に対してそれが必要であるかを、EBMではない他の情報源を用いて判断しなくてはならない、ということでもある。

EBM=ガイドライン=マニュアル=単純化・画一化されたサービス提供、という形に想像されがちであり、したがってプロトコルを作成し、それをシラバスに落とし込めば、EBMの実践につながる教育ができるわけではない。むしろEBMを実践に適用していくことは、人体の多様性と医療の不確実性を踏まえた判断をしなくてはならない覚悟を、医療従事者に迫るものである。

4. 人間的なケア～それを提供する意思と姿勢

(1) 課題の所在は？

保健センターで提供されているサービスの現状を一読すれば、一義的な課題は「技術」そのものにあるのではないことが容易に理解されよう。少なくとも専門性の高い教育を受けた医療従事者は、技術自体は持っている。しかし、それが必要な場面で適切に利用されない、あるいは不必要な場面においても適用されていることに、一つの課題がある。

分娩経過中の女性、そして胎児の状態に心を配り、持てる知識と技術を総動員して状況を把握し、必要なサポートをできるだけ提供し、時に医療行為を行う、それらが医療従事者に求められている。このように必要な要素を分割列挙してみると、「相手の状態に心を配る」ことが根源的に重要な課題であることが共有されよう。

(2) 人間的なケアということ

「相手に心を配ること」の実践は、医療従事者の意思ひとつで決めることができる。しかし、本質的な課題の所在は、私のこれまでの人生とは何らかかわりのない「他人」に対して、しかもその生死がかかわるかもしれない事項に関して、心を配るという決断をするか否か、にある。なんらかの苦しみを抱える人にかかわりを持つことは、決断の一時点だけではなく、それ以降においても継続して、決断した当の本人にも苦しみを与えることになる。

したがって、できれば、かかわりを持ちたくないという心性が強く働いたとしても、それを外部者が責めることは大変に難しい。加えて、先にEBMの項でみてきたように、科学的根拠を有効に利用しながら、相手が必要とするケアを提供することは、マニュアルに沿った画一的な医療提供とは異なる不確実性に自らが進んで対処することが求められる。

では、医療従事者に弱い者や病める者へのかかわりを決断させ、またその行動を律しているのはいったい何であろうか？ 我々のプロジェクトでは、それは「自らの役割の主体的自覚である」という仮説を採用している。それは、私は今ここで何をしなくてはならないのかという問いを自らに対して発しつつ、相手との対話の中で状況把握を行いながら、相手のために自らの知識や技術を生かそうとする行動として表出される。決して外部者からの指示や評価に動機が基礎づけられるのではなく、私自身が問いを発し、問いに対して答えを探し、行動する複雑な主体として存在することなしに、他人の苦しみにかかわることはとても難しい。

このように、一人の人間として他者にかかわろうとする意思と姿勢が人間的なケアの本質である。すでにEBMの項でも明らかのように、それはマニュアルやガイドラインとして定義されるものではない。人間的なケアとは、何々が実践できれば達成されるということではなく、常に変化し続ける自分と他者にかかわり続けるという意味であり、その意味で動的なプロセスの表現である。

(3) プロジェクトのアプローチ

「自らの役割の主体的自覚」が、どのようにしたら個々人の中に芽生え、定着していくかは、それぞれに異なるのは当然である。したがって、それを醸成するための開発協力のあり方に定型を求めるのも困難である。一方で、技術協力プロジェクトの枠組みでは、より有効性が高いと思われる手法を適用するしか方法がない。我々の行った試みは、主に3つに分けることができる。

第一は、先にも引用したように、実際にどのようなケアや医療行為が行われているのか、ま

たその提供を受けた女性がどのようにそれを感じたのかを、ベースライン調査の中で記述した。その理由は、根拠に基づいた医療の観点から実際に提供されている妊産婦・新生児ケアが整理されたことがなく、同時にマダガスカルにおけるケアを提供者側が客観視する機会がなかったためである。調査デザインは日本側が主導で策定したため、結果のフィードバックを行う段階では、外部者に自分たちの欠点を指摘されたという視点からの反発もあった。しかし現状をマダガスカル・日本の双方で共有し、そこを原点として何をしなくてはならないのかを率直に協議する土壌ができあがり、またそれがスタディグループとしてプロジェクト活動の中核を担うこととなった。

第二は、ケア実践のロールモデルの提供である。具体的には、外国人助産婦が妊産婦に対するケアを提供する場面をカウンターパートに見てもらったことを行った。これには日本人短期専門家によるマダガスカルでの活動、また本邦で開業助産院での研修を実施した。

さらにブラジルの病院と院内助産院における取り組みの視察と実地研修を行った。医療従事者が知識や技術を習得するにあたっては、自己学習は重要な機会であるものの、それ以上に先達から見て学ぶという要素が大きい。自分が理想としたい医療従事者が実際にやっていることの真似をし、またそこから直接・間接に得られることを、体験を通して考え、身につけていく学び方が一般的である。ケア提供のモデルとなる人物がいない状況では、知識としてのEBMや人間的ケアを理解し、実践に移していくことは大変に難しいと思われたため、プロジェクトでは積極的に体験する機会を提供した。

マダガスカル側カウンターパートが、日本人の提供するケアをどのように受け止めるか、またそのスタイルが受け入れられるかは大変に実験的要素を含んでいたが、現時点までは多くの助産婦によってその考え方が修得され実践に移されていると考える。

第三には、ラボラトリー方式体験学習による主体的な学習法の導入が指摘できよう。その学習方法の特徴に、「参加者の主体的・意識的な自己変革の過程を援助する方法」であり、それを通じて「一人ひとりが尊重される人間関係を創造することをめざす」ことが挙げられる。

我々は、プロジェクト活動を通じて、なぜ女性に対して優しいケアを提供しなければならないのか、あるいは自分にとっての人間的なケアとはどのようなことであるのか、などをカウンターパート、日本人専門家、ともに正面から問い、考えることに取り組んできた。その取り組みは、ケア提供のあり方を単に頭で考えるだけでなく、自分は何に立ち向かい、どのような日々の実践につなげていくのか、を考える過程であった。したがって、(私ではない他の誰かが)何々をすべきであるという他責的な構文としてではなく、自分自身がその立場の中で何に取り組んでいきたいのかが表現され、またそれぞれの意思がプロジェクト関係者の中で共有されてきた。それは、とりもなおさず自らの他者とのかかわりへの意思表示であり、自らの役割の主体的自覚である。

以上のアプローチは、それぞれが相互に影響しあい、またプロジェクト内外の他の要因も交錯しているため、これらを技術協力の中で実践すれば、人間的なケアを提供する意思や姿勢が醸成されるというものではない。

しかし、マダガスカルにおけるプロジェクト経過の中で、助産婦によるケア提供の変化、そのケア提供の拡大を目的とした研修事業の計画と実施、妊産婦にとどまらず小児も含めた地域におけるケア提供の実践など、マダガスカル側カウンターパートの主体的な取り組みの背景には、以上の要素があると考えられる。

5. EBMと人間的ケア～他の妊産婦・新生児死亡削減のアプローチとの比較

(1) 主要な妊産婦・新生児死亡削減のアプローチ

世界的には、Skilled Birth Attendant (SBA) が分娩を介助することが、妊産婦・新生児死亡削減のアプローチとして広く認識され、推奨されている。また、妊産婦と新生児の死亡は出産前後の合併症によることが多いことが知られており、その対策としての緊急産科・新生児ケア (Emergency Obstetric and Neonatal Care : EONC) が重要であるとされている。これらのアプローチについて、その特徴を記述する。

SBAは、出産時の緊急対応だけではなく、適切な知識を持って清潔かつ安全に出産を介助し、新生児に必要なケアを提供できることを通じて、女性と子どもの健康を守る役割を守るという役割を期待され、それが“Skill”という言葉に集約されたものである。一般的には、各国で定められた正規の医療従事者教育を受けた医師・看護師・助産婦をSBAと呼ぶ。

EONCは、まさに出産の前後に合併症が多発し、それらの大半は現代医療の介入によってしか治療することができず、したがって訓練された医療従事者と設備を兼ね備えた医療施設が必要とされる、という論理に基づいている。そこで焦点となっているのは、死亡に至りかねない合併症を発症した女性あるいは子どもである。よって、その指標は、全出産の15%には合併症が起きるためEONCを提供できる医療施設での出産は15%が確保されるべきである、帝王切開率は5～15%の範囲内が適当である、など疾病の治療がどの程度行われるのか、という視点で設定されている。

しかし、一般的に母子保健指標の良くない開発途上国では、医療施設への物理的・経済的アクセスが良好でないことが多く、EONCを提供するタイミングを逃してしまう。医療従事者が妊娠している女性と接する機会にも乏しいため、果たして誰がEONCを必要とする15%であるのかを把握することは、非常に困難であった。そのために、現在では「すべての妊娠はリスクであるがゆえ、分娩はすべからず医療施設で管理されるべし」という戦略が採用されるに至っている。

(2) SBA/EONCアプローチの瑕疵と、EBM/人間的ケアアプローチによる相互補完

SBAはその定義において教育歴が重視されており、知識と技術を備えていることが明示的に基本要件とされている。EONCでは、合併症管理と対策の点において、医療技術の適用を更に尖鋭化した形で重視する。よって医療従事者の中には、相手の生活背景を理解すること、心と体に寄りそうことなど、非医療的ともとれるかかわりを軽視する風潮も見受けられる。さらに、すべての妊娠がリスクであることが強調されるようになってからは、出産は怖いもので、どの母親も赤ん坊も死ぬ危険性を秘めている、というメッセージが流されるようになった。それゆえに、出産を医療の管理下におくことが積極的に推奨されるようになってきた。

分娩経過中に暖かいサポートが提供されると、サポートが提供されていない状態に比べて、分娩所要時間の短縮、出生した子どもの状態が良いことが科学的に証明されている。

しかし、現場の状況は、すでに記述したとおりである。それを踏まえたSBA/EONCアプローチ推進に対する我々の懸念は、①本来は正常に経過し母児ともに健康であるはずの出産と出生に、適切な支援がされないことに加え、不必要な医療介入が行われることで、悪影響を与える可能性があること、②医療介入が必要と判断された場合であっても、それが適切に適用されていない可能性があること、に集約される。

EBMの父と呼ばれるコクラン博士は、「人間には、もともと自然に回復する力があるのだから、医療介入するには十分な理由がなくてはならない。」と指摘した。同時に、「苦しんでいる人、困っている人は助けたいという医療従事者の素朴な欲求と、助けられたいという人々の医療への無批判な信仰が結びつき、医療は入力から予期されるよりはるかに低い出力しか出ない、ひどい“インフレ状態”になっている」とも指摘した。つまり、それは人間の持つ力への信頼と同時に、医療の濫用と科学技術の盲信を批判する態度の表れである。医療サービス提供の決定権は、多くの場合医療従事者の側のみに存在する。よって“インフレ状態”を是正するためには、一義的には入力側のコントロール、すなわち医療従事者の人間への信頼と技術への洞察が求められる。

では、現在のSBA/EONC推進の枠組みだけで、技術の適正利用を促進することは可能であろうか。知識と技術に、その伝達内容が限定されては、難しいと思われる。これまでみてきたように、EBMの適用、また医療従事者として保健医療にかかわることは、自分自身が一人の人間として、主体的に他者にかかわろうとする意思と姿勢が必要である。それを抜きにして、つまり技術をいかに適用するかという思想なくしては、技術の適正利用を期待することはできないであろう。その点で、EBMの考え方を、その当初の発想のとおり利用されるように伝えていくこと、このプロジェクトでいう人間的なケアの考え方を共有し、広め伝えていくことが重要と考えている。

6. 今後の課題

(1) カウンターパートとの共通理解とプロジェクトの現在の課題

EBMを用いながら医療を提供すること、またケア提供にかかわるカウンターパートの主体的取り組みの背景要因と考えられる事項について、経緯を踏まえながら分析的な記述を行った。しかしながら現実には、そのような段階的思考過程をすべてカウンターパートと共有しながらプロジェクト運営が行われているわけではない。

プロジェクトでの根本的な課題解決への動機づけは、ベースライン調査で明らかとなった現在提供されているケアの状況認識と、日本・ブラジルにおけるロールモデルの獲得によっている。単純にいえば、自分たちの状況を良いものに変えていきたい、またそのために良い医療従事者としてロールモデルを見習っていききたい、という素朴な意思であると思われる。それゆえに、ここまでのプロジェクトの進捗は、主に施設内におけるケア提供の姿勢の獲得と、その推進のための研修実施に中心を置いている。

したがって、現時点の課題は、そのように推進されてきたEBMと人間的ケアの医療施設における実践が、マダガスカル公衆衛生施策、特に多発している妊産婦・小児死亡の対策としてどのように有用であるのかを明示し、今後の評価につなげることが第一である。

第二の課題は、医療施設を管轄する衛生行政に対して、どのようにプロジェクト活動が支援を行っていくことができるのか、ということにある。

(2) 公衆衛生施策としてのEBMと人間的ケア

EBMの実践適用、人間的なケアの提供、それは「相手の状態に心を配る」ことに他ならない。自らが他者にかかわる意思を確立することであり、あるいは決断であるともいえる。

このような医療従事者としての基本姿勢は、一朝一夕に醸成されるものではない。したがっ

て、基本姿勢の確立を施策の中に位置づけるためには、卒前また卒後教育を通じて継続的に、かつ意識的に「一人ひとりの主体的・意識的な自己変革の過程を援助する方法」が適用される必要がある。教育は単に行政の役割としてだけでなく、施設内での相互学習、職能団体による自主的学習など、様々なレベルでの組織化が求められる。よってそれらへの支援は、このプロジェクトの枠組みだけで語るのではなく、長期的な視点を持って臨むべきであろう。

EBMと人間的ケアによって期待される効果は、一義的には技術の適正利用による保健医療サービスの効率化、医療資源配分の適正化である。次いで、保健医療サービスの利用度増加が考えられる。これによって、本来のSBAやEONCが持つ技術（Efficacy）が、実際の妊産婦や子どもをサポートする力（Effectiveness）に転換されることに、EBM及び人間的ケアを推進する意義があると考えられる。

(3) 衛生行政の枠組みにおけるEBMと人間的ケア

衛生行政の役割は保健サービス提供計画の策定・実施・評価に集約される。

プロジェクトの枠組みでは、①卒後教育にかかわる研修事業、②現在の優先課題に即しての小児保健サービス事業、③地域住民との協働による保健サービス事業、が活動の課題として挙げられている。

研修事業はすでに実績を上げている活動であるが、衛生行政の点では誰にとってどのような卒後研修を必要とするかという研修計画策定にかかわる事項、また研修も含めて医療施設と働く職員を支援する方策が課題となる。前者は県保健局に設置された「研修担当室」の位置づけと機能がどのように定義されるのか、またCME研修部との協働をどのように行うのかを明確にする必要がある。後者は県と郡、また病院との協働によるスーパービジョンをどのように計画し実践に移していくのかが中心的な活動である。

小児保健サービス事業は、すでにマジャンガII郡において開始された「基本新生児ケア」の保健センターでの展開が一つの基軸となる。これを、これまでに展開してきたEBMに基づいた妊産婦ケア、また国家保健政策に位置づけられているEONCとどのように整合させ、妊娠・出産・出生・子どもに対する一連の継続的なケアを提供していくのかを検討する必要がある。また「コミュニティベースの小児疾患マネジメント」及び「コミュニティベースの新生児ケア」がパイロットベースで実施されているが、そこからのレッスンを記述していくことが求められる。

地域住民との協働による保健サービス事業は、リファラルシステムに関連したことが主な課題である。これは単純に病気が起こった際のリファラルにとどまらず、地域でどのように妊産婦や新生児を把握していくのか、そのために保健センターや郡保健事務所がどのようなサポートを提供することができるのか、などを具体化していかななくてはならない。

このように、衛生行政が担うべき役割が、母子保健サービス提供を軸としてカウンターパートによって提起され、実践に移されつつある。日本人側は、これをどのようにサポートしていくのか、またその経過でEBMと人間的なケアがどのような過程で具現化していくのかを記述し、評価につなげていく役割もあると考える。

(4) 母子保健分野の開発協力の方向性

最後に確認すべき課題は、我々のプロジェクトで実施しているアプローチは、日本が実施する母子保健分野の協力において、どのように位置づけるのか、ということである。

言い換えると、削減が困難な妊産婦と新生児の死亡や疾病の対策として、日本はどのようなアプローチを、どの程度のコミットメントを持ちながら実施し、それをどのように国際社会にアピールしていくのか、ということでもある。

国際的にはSBA/EONCアプローチは主流の一つを形成している。

2008年、USAIDは、高いインパクトを持つ母子保健分野の医療介入と、地域での保健ボランティアによるサービス提供という2つの軸に対する直接の投入を、30の国々で年間総額約2億6,000万米ドルかけて実施することを表明した。マダガスカルも対象国の一つであり、予算は約670万米ドルが計上されている。物量作戦で保健医療サービスの提供量を増加させる形での支援を日本が行うことが難しいであろう。またUSAIDのような短期間の医療資源投下戦略と、SBA/EONCアプローチが本質的に有する長期戦の必要性が相容れない可能性も考慮しなくてはならない。

例えば、十分な数のSBAを育成し配置するためには、医療従事者の卒前教育制度のみならず、初等・中等教育の整備、また人材配置、卒後教育システム等にかかわる長期計画が求められる一方で、その策定と実施の見込みも十分に担保されていない国が多い。

EONCは、特にマダガスカルのように医療施設への地理的アクセスが不十分な国では、Child survival strategyで指摘されたのと同様に、社会的・経済的較差拡大にかかわる可能性がある。EONC利用の公平性が担保されるためには、SBAだけではなく医療施設の配置・建設、また道路などのインフラストラクチャー整備が必要であり、これも長期的展望の中で計画される必要がある。

先に記述したように、SBAが備えるべき“Skill”とは何かについては、知識と技術に限った事項が国際的コンセンサスとなっているに過ぎない。また前述のように技術を医療従事者が身につけるだけでは、有害性のある医療介入を増加させてしまう可能性もある。

SBAによるサービス提供及びEONCによる医療介入が、適切に行われているかをモニタリングしつつ、保健サービスシステム構築のための政策提言までを念頭に置いた協力の姿勢も求められる。

このようにSBA/EONCアプローチにはいくつもの課題があるが、それらを踏まえつつ、EBMの適用や人間的ケアの実践の中から、日本はSkillの新たなパラダイムを提示することができるのではなかろうか。我々のプロジェクトで採用している、そこの人々の生活に根ざし長期的な人材育成にかかわること、ケアの質を高め、それを地味に広めていくようなアプローチの有用性と限界を明らかにしつつ、母子保健分野の開発協力にどのような方向性で臨むのかを明らかにしていくことが期待される。

