

マダガスカル国  
母子保健サービス改善プロジェクト  
終了時評価調査報告書

平成 22 年 4 月  
(2010 年)

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部

人間
J R
10-061



マダガスカル国  
母子保健サービス改善プロジェクト  
終了時評価調査報告書

平成 22 年 4 月  
(2010 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では、妊産婦死亡率、5歳未満死亡率ともに高く、多産多死の傾向を表しています。なかでも、マジュンガ州はマダガスカルの北西部に位置し、住民の大多数が貧困層であり、広大な地域に住民が散在しているため、基礎的保健サービスへの財政的、地理的アクセスが困難な状況であり、地域住民のニーズに適切・迅速に対応できる母子保健サービス体制の強化が課題となっています。

このため同国政府は、わが国政府に対して無償資金協力「マジュンガ州母子保健施設整備計画」を要請し、これを受け、産科、新生児科、研修機能を備えるマジュンガ母子保健施設が2007年に完工しました。これと併せて、同国政府は、マジュンガ母子保健施設を拠点とした根拠に基づいた母子保健サービスの実践、人材育成システムの構築と対象県であるマジュンガ州ブエニ県の保健行政、保健システムの強化を目的とした支援をわが国に対して要請しました。これを受けて、独立行政法人国際協力機構は、2007年1月から2010年1月までの3年間の協力予定で母子保健サービス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、マジュ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ことを目標としています。

今般、本プロジェクトの終了を約3カ月後に控え、2009年10月18日から11月7日の期間で、終了時評価調査団を派遣いたしました。同調査は、これまでのプロジェクト活動実績・成果を評価すること、及び評価結果から提言・教訓を導き、今後の協力のあり方への提言を行うことを目的としています。

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

平成22年4月

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部長 萱島 信子



# 目 次

序 文

プロジェクトの位置図

写 真

略語一覧

評価調査結果要約表

第1章 終了時評価調査の概要 .....	1
1-1 評価調査団派遣の経緯と目的 .....	1
1-2 評価調査団の構成と調査日程 .....	2
1-3 主要面談者 .....	4
1-4 プロジェクトの概要 .....	6
第2章 終了時評価の方法 .....	7
2-1 終了時評価の手順 .....	7
2-2 データの収集 .....	7
2-3 評価の基準 .....	7
第3章 プロジェクトの実績と現状 .....	9
3-1 投入実績 .....	9
3-2 活動実績 .....	10
3-3 成果の達成状況 .....	10
3-4 プロジェクト目標の達成状況 .....	20
3-5 上位目標の達成見込み .....	22
3-6 実施プロセス .....	23
第4章 評価5項目による評価 .....	24
4-1 妥当性 .....	24
4-2 有効性 .....	25
4-3 効率性 .....	26
4-4 インパクト .....	26
4-5 自立発展性 .....	27
第5章 結 論 .....	29
5-1 プロジェクトの達成度 .....	29
5-2 5項目による評価 .....	29

第6章 提言と教訓 .....	30
6-1 提言 .....	30
6-2 教訓 .....	32
第7章 評価総括 .....	33
7-1 団長総括 .....	33
7-2 母子保健総括 .....	34
付属資料	
1. ミニッツ・評価報告書（仏語） .....	39
2. ミニッツ・評価報告書（英語） .....	95
3. PDM .....	152
4. 評価グリッド .....	155
5. 質問票の回答結果 .....	159
6. 供与機材一覧 .....	178
7. 研修コース一覧 .....	183
8. カウンターパート一覧 .....	186
9. 活動実績 .....	193
10. エンドライン調査結果の概要 .....	198



# プロジェクトの位置図





写 真



マジュンガ母子保健施設



母子保健祭りでのカウンターパートによる寸劇



マジュンガ2郡ベックバイ保健センター管内  
PCIMEC サイト AMBODIADABO



プロジェクト成果に関するセミナー



ミニッツ署名（団長と公衆衛生担当副首相）



JCCメンバーと専門家と調査団



## 略 語 一 覧

略 語	言語	正式名称	和 文
ANC	(E)	Antenatal care	産前検診
Ar	(M)	Malagasy Ariary	マダガスカルアリアリ (通貨単位)
CA	(E)	Community agent	地域保健員
CHD	(F)	Centre hospitalier de district	郡病院
CHU	(F)	Centre hospitalier universitaire	大学病院センター
CHUM	(F)	Centre hospitalier universitaire de Mahajanga Mahajanga University Hospital Center (E)	マジュンガ大学病院センター
CME	(F)	Complexe Mère et Enfant Maternal and Child Health Center (E)	マジュンガ母子保健施設
C/P	(E)	Counterpart	カウンターパート
CSB	(F)	Centre de santé de base / Health Center (E)	保健センター
DAC	(E)	Development Assistance Committee	開発援助委員会
DDDS	(F)	Direction de développement des districts sanitaires	保健・家族計画省地域保健開発局
DEP	(F)	Direction des études et de la planification	調査計画局
DSH	(F)	Direction du Systeme Hospitalier (ex DHRR, Direction des hôpitaux de référence des régions)	保健・家族計画省病院システム局 (前、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
DRSP	(F)	Direction Régionale de Santé Publique Regional Office for Public Health (E)	県保健局 (県公衆衛生局)
DSME	(F)	Direction de la Santé de la Mère et de l'enfant (ex DSF, Direction de la Santé de la Famille)	保健・家族計画省母子保健局 (前、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 (英)]
EBM	(E)	Evidence-based Medicine Médecine fondée sur le niveau de preuve / sur des faits (F)	根拠に基づいた医療

略 語	言語	正式名称	和 文
EDS	(F)	Enquête démographique et de santé (EDS) Demographic and Health Survey (DHS) (E)	人口保健調査
EF	(E)	Equity Fund	貧困者対策基金
EmOC	(E)	Emergency Obstetric Care	緊急産科ケア
EPI	(E)	Expanded programme of immunization	拡大予防接種計画
FAMI	(M)	Ny Fahasalamanay Mianaka (Project for Improvement of Maternal, Newborn and Child Health Service) FAMI Project (E) / Projet FAMI (F)	母子保健サービス改善プロジェクト [FAMI Project (英)]
FANOME	(F)/(M)	Financement pour l'Approvisionnement Non-Stop des Médicaments /Fandraisana Anjara No Mba Entiko (M)	(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
FDF	(F)	Formation des formateurs	トレーナー研修
FE	(F)	Fonds d'equité	貧困者対策基金 [EF (英)]
FGD	(E)	Focus group discussion	フォーカス・グループ・ディスカッション
IFIRP	(F)	Institut de Formation Inter Regional des Paramedicaux	看護・助産学校
IMCI	(E)	Integrated Management of Childhood Illness	包括的小児疾病管理
IMR	(E)	Infant mortality rate	乳児死亡率
ITN	(E)	Insecticide Treated Nets	防虫剤漬蚊帳
JCC	(E)	Joint Coordination Committee	合同調整委員会
JICA	(E)	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
MCH	(E)	Maternal and child health	母子保健
MOFA	(E)	Ministry of Foreign Affairs of Japan	外務省
MOH	(E)	Ministry of Health and Family Planning	保健・家族計画省
M/M	(E)	Minutes of Meeting	協議議事録
MMR	(E)	Maternal Mortality Ratio	妊産婦死亡率
MSR	(F)	Maternité sans Risque	安全な母性
NCU	(E)	Neonatal care unit	新生児治療室
NGO	(E)	Non-governmental organization	非政府組織
ODA	(E)	Official Development Assistance	政府開発援助

略 語	言語	正式名称	和 文
OECD	(E)	Organization for Economic Cooperation and Development	経済協力開発機構
OMS	(F)	Organisation Mondiale de la Santé	世界保健機関〔WHO (英)〕
PCIME	(F)	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant	包括的小児疾病管理〔IMCI (英)〕
PCIMEC	(F)	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau Communautaire	地域での包括的小児疾病管理
PDM	(E)	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PEV	(F)	Programme Elargi de Vaccination	拡大予防接種計画〔EPI (英)〕
PFU	(F)	Participation Financière des Usagers	ユーザーフィー制度
PRSP	(E)	Poverty reduction strategic paper	貧困削減戦略文書
PTA	(F)	Plan du Travail Annuel	年間活動計画
PO	(E)	Plan of Operation	活動計画
PTME	(F)	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH	HIV 母子感染予防プログラム
R/D	(E)	Record of Discussions	討議議事録
RMA	(F)	Rapport mensuel des activités	月間活動報告書
RMSD	(F)	Rapport Mensuel Synthèse de District	郡保健事務所月間活動報告書
SBA	(E)	Skilled Birth Attendant	専門技能の資格のある分娩介助者
SDSP	(F)	Service de District de la santé publique (ex SDSPF) District Office for Public Health (E)	郡保健事務所（郡公衆衛生事務所）
SENN	(F)	Soins essentiels au Nouveau-Né	基本的新生児ケア
SFPP	(F)	Service de la Formation et du Perfectionnement du Personnel	保健・家族計画省卒後教育課
SHD	(F)	Service des hopitaux des districts	郡病院課
SHRR	(F)	Service des hopitaux de référence des régions	リファラル病院課
SMSR	(F)	Service de la maternité sans risque (ex SSR-MSR, Service de santé de la reproduction et maternité sans risque)	安全な母性課（前、リプロダクティブ・ヘルス課）

略 語	言語	正式名称	和 文
SONU	(F)	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence	緊急産科・新生児ケア
SSEv	(F)	Service de suivi et evaluation	フォローアップ・評価課
SSSa	(F)	Service de statistique sanitaire	衛生統計課
SV	(F)	Service de vaccination	予防接種課
TBA	(E)	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
TOT	(E)	Training of trainer	指導者育成研修
UNFPA	(E)	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	(E)/(F)	United Nations Children's Fund	国連児童基金
URSR	(F)	Unité de renforcement de système de référence Unit for Reinforcement of Referral System (E)	リファラルシステム強化組織
VPSP	(F)	Vice Primature charge de la Sante Publique (ex MINSANPF, Ministère de la santé et du planning familial)	保健担当副首相室（前、保健・ 家族計画省）
WB	(E)	World Bank	世界銀行
WHO	(E)	World Health Organization	世界保健機関
5S/TQM	(E)	5S (Sort, Set, Shine, Standardize, Sustain, (Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu, Shitsuke (J)) /Total Quality Management	5S（整理、整頓、清掃、清潔、 しつけ）/総合品質管理

(F) 仏語、(E) 英語、(M) マダガスカル語、(J) 日本語



## 評価調査結果要約表

1. 案件の概要		
国名：マダガスカル共和国	案件名：母子保健サービス改善プロジェクト	
分野：母子保健－母子保健・リプロダクティブヘルス	協力形態：技術協力プロジェクト	
所轄部署：人間開発部 保健行政・母子保健グループ	協力金額（評価時点）：約 2 億 5,000 万円	
協力期間	2007 年 1 月 23 日～2010 年 1 月 31 日	先方関係機関：保健・家族計画省、ブエニ県保健局、マジュンガ大学病院センター
	(R/D 署名日 2006 年 10 月 27 日)	日本側協力機関：国立国際医療センター
他の関連協力：無償資金協力「マジュンガ大学病院センター医療機材整備計画」（1999 年度）、無償資金協力「マジュンガ州母子保健施設整備計画」（2005 年度）、技術協力プロジェクト「マジュンガ大学病院センター総合改善プロジェクト」（1999～2004 年）、技術協力プロジェクト「マジュ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）		
<p><b>1-1 協力の背景と概要</b></p> <p>マダガスカル共和国（以下、「マダガスカル」と記す）では、妊産婦死亡率（Maternal Mortality Ratio：MMR）、5 歳未満死亡率ともに高く、多産多死の傾向を表している。マジュンガ州はマダガスカルの北西部に位置しており、住民の 84.3%が 1 日 1 ドル以下で生活している貧困層であり、広大な地域に住民が散在しているため、多くの住民にとって基礎的保健サービスへの財政的、地理的アクセスが困難な状況にある。マジュンガ大学病院センター（Centre hospitalier Universitaire de Mahajanga：CHUM）は同州におけるトップリファラル病院及びマダガスカルに 2 つある大学病院センター（Centre hospitalier Universitaire：CHU）の 1 つとして機能しており、CHUM を拠点として、これまでに無償資金協力「マジュ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「マジュンガ大学病院センター総合改善プロジェクト」（1999～2004 年）が実施された。2004 年 2 月に終了した同技術協力プロジェクトでは、CHUM と地域を結びつけるというアプローチの下、CHUM へのアクセス改善、リファラル患者の増加、CHUM 内の乳幼児死亡率の低下などが具体的な成果として得られた。他方で、リファラル患者の分析では、リファラル患者に占める母子の割合が非常に高いことが確認されており、地域住民のニーズに適切・迅速に対応できる母子保健サービス体制の強化が今後の課題となった。</p> <p>このような状況に対し、マダガスカル政府はマジュンガ地域における母子保健の改善に取り組むため、日本政府に対して無償資金協力「マジュンガ州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ュンガ母子保健施設（Complexe Mère et Enfant：CME）の建設が進められ、2007 年に完工した。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「マジュ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」が実施され、そ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「母子保健サービス改善プロジェクト」（以下、「本プロジェクト」と記す）が形成された。本プロジェクトの案件形成に際</p>		

しては、2003 年度から JICA 東京にて実施中の地域別研修「仏語圏アフリカ母子保健」へのマダガスカル保健・家族計画省の参加経験も反映されている。

(\*) マジュンガ州は 2005 年に地方分権化政策により 4 つの県に分割され、ブエニ県は中心に位置している。

## 1-2 協力内容

CME を拠点とした根拠に基づいた母子保健サービスの実践、人材育成システムの構築と対象県であるマジュンガ州ブエニ県の保健行政、保健システムの強化を行うもの。

### (1) 上位目標

マダガスカルの母子保健分野の保健政策及びプログラムが強化される。

### (2) プロジェクト目標

マジュンガ州ブエニ県の住民に対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。

### (3) 成果

成果 1 : ブエニ県で人間的ケア<sup>1</sup>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。

成果 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。

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。

(\*\* ) 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 ( コミュニオン及び村 ) レベルを指す。

### (4) 投入 ( 評価時点 )

日本側 :

- 長期専門家派遣 延べ 5 名
- 短期専門家派遣 延べ 17 名 (+2 名予定) 長期及び短期の計 127.17 人/月
- 研修員受入 44 名 (+1 名予定)
- 機材供与 1,284 万 2,000 円
- 現地活動費 5,145 万 2,000 円

相手国側 :

- カウンターパート ( Counterpart : C/P ) 配置 約 60 名、及び補助スタッフ
- 事務所施設 ( 光熱費を含む )、フィールド調査用車両

## 2. 評価調査団の概要

調査者	竹内智子 JICA 人間開発部 母子保健課長 杉浦康夫 国立国際医療センター 国際医療協力局 派遣協力第二課 高橋園子 JICA 人間開発部 母子保健課 調査役
-----	--

<sup>1</sup> 人間的ケアは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。

	昌谷 泉 株式会社グローバル・グループ 21 ジャパン シニア・コンサル タント	
調査期間	2009年10月18日～11月7日	評価種類：終了時評価
<b>3. 評価結果の概要</b>		
<b>3-1 実績の確認</b>		
(1) プロジェクト目標		
<p>プロジェクト目標は、2010年1月の終了までにほぼ達成されると見込まれる。その理由は、プロジェクト目標達成指標1～6までの実績を検証した結果、その5つ（1、2、3、5、6）がほぼ達成されているからである。具体的には、ベースライン調査とエンドライン調査の結果から、人間的ケアの実施率が向上したこと（指標1、分娩立ち会い66%→96%等）、不必要な医療介入が減少したこと（指標2、子宮内清掃39%→5%等）、医薬品の不適正な利用が減少したこと（指標3、オキシトシン投与2%→0%）、母子保健サービス提供者の根拠に基づいた医療や人間的ケアへの理解が進み、実践も伴っており、能力が向上したと評価されること（指標5、毎時間の内診62%→34%等）、絶対的母体適応による帝王切開率が増加したこと（指標6）が確認された。一方、指標4の母子保健サービス利用者の満足度についての指標は、ベースライン調査とエンドライン調査における医療従事者の関係性についての調査結果によると、保健センターではネガティブな意見が23%から9%に減少し望ましい結果となっているが、CMEでは評価時点ではネガティブな意見の増加がみられ、今後の分析が必要である。</p>		
<b>【指 標】</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>2. 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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ol>		
(2) 成 果		
1) 成果1		
<p>研修活動をはじめとしたプロジェクト活動の立案、実施のプラットフォームとして「スタディ・グループ」が形成され（指標1.1）、さらに、トレーナーのグループが自発的に発足した。根拠に基づいたケアと人間的ケアを含む一連の研修モジュールが策定された（指標1.2、6科目のモジュールを策定）。パイロット地域の母子保健サービス提供者の多くが、根拠に基づいたケアの研修を修了し（指標1.3、合計106名（評価時点で予定の1名を含む）、その他の研修も適切に実施された（指標1.4、57名）。成果達成指標4つすべてが実績をあげていることから、成果1はほぼ達成された。</p>		
<b>【指 標】</b>		
1.1 ブエニ県保健・家族計画局、郡保健事務所、CMEが協働して、母子保健分野の卒業継続研修のための研修組織が設置される。		

- 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）。
- 1.4 研修の実施数及び修了者数。

## 2) 成果 2

コミュニティ包括的小児疾病管理（Integrated Management of Childhood Illness : IMCI）の実施サイトは 15 サイト、新生児ケアの実施したサイトは 9 サイトであり（指標 2.1）、サービス利用率（指標 2.2）は高い。医療従事者による地域保健員（Community agent : CA）の活動フォローアップは 8 件（2008 年 2 月～2009 年 9 月、指標 2.3）、県保健局、郡保健事務所、コミュニティによる協働活動のフォローアップは 7 件（2008 年 2 月～2009 年 9 月、指標 2.4）となっており、適切に実施されている。CA による活動については、プロジェクトによる評価の結果から、知識の向上、患者ケアの質の向上、薬剤についての知識・患者への説明の質の向上が確認されている（指標 2.5）。また、コミュニティと実施した協働活動により、地域における母子保健に関する問題のシェア、母子健康手帳のトライアル実施の方向づけなどの結果がもたらされ、コミュニティとの良好な関係が構築されており、協働活動の質は向上している（指標 2.6）。さらに、人間的ケアに関する啓発活動を実施した村の数は 15 カ所にのぼる（指標 2.7）。一方、自宅分娩の登録数（指標 2.8）は評価時点では把握されていない。成果達成指標 8 つのうち 7 つが実績を上げていることから、成果 2 はほぼ達成された。

### 【指 標】

- 2.1 コミュニティ IMCI と新生児ケアの実施サイト数
- 2.2 コミュニティ IMCI と新生児ケアの利用率
- 2.3 医療従事者による CA の活動フォローアップ実施数
- 2.4 県保健局、郡保健事務所、及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（件数）
- 2.5 地域保健員による活動の質が向上
- 2.6 コミュニティと実施した協働活動の質が向上
- 2.7 人間的ケアに関する啓発活動を実施した村（Fokontany）の数
- 2.8 自宅分娩の登録数

## 3) 成果 3

スーパービジョン時に策定された提言や計画の数は提言が 53、計画が 29 と多数にのぼる（指標 3.1）。また、人間的ケアに対する環境は、CME での環境改善、女性及び家族のプライバシーを守る設備の導入、保健センターの改修等、明らかに改善された（指標 3.6）。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・システムは評価時点で策定中であった（指標 3.2、指標 3.3）。一方、リファラルシステム強化組織（Unité de renforcement de système de référence : URSR）は活動停止中であり（指標 3.4）、専門技能の資格のある分娩介助者（Skilled Birth Attendant : SBA）の業務規範は策定されていない（指標 3.5）。成果達成指標 6 つのうち、満足な実績を上げている

のは2つにとどまることから、成果3の達成は限定的である。

**【指 標】**

- 3.1 スーパービジョン時に策定された提言や計画の数
- 3.2 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
- 3.3 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
- 3.4 URSR の活動時の会議録や報告書の数
- 3.5 SBA の業務規範
- 3.6 人間的ケアに対する環境が明らかに改善される

**3-2 評価結果の要約**

(1) 妥当性

プロジェクトの妥当性は高い。

- ・ 現行のマダガスカル政府の母子保健政策としては「Health Sector Development Plan 2007-2011」「Roadmap to Reduction of Maternal and Child Mortality」「National Policy of Child Health」があるが、これらはいずれも母子保健の改善を課題としており、プロジェクトの上位目標はこれに整合する。
- ・ プロジェクト目標及び上位目標はまた、受益者であるブエニ県の住民や母子保健サービス関係者のニーズにも合致している。今回の調査において多くの C/P、保健センター職員、地域保健員、パイロット地区住民のプロジェクト活動に対する満足度は高いことが確認された。また、ブエニ県は保健局と医療施設の連携による地域保健計画策定に積極的であることから、事前評価において本プロジェクトは妥当とされた。その状況は終了時評価時点でも同様であり、受益者ニーズに一致するものと判断できる。
- ・ マダガスカルに対する日本の政府開発援助（Official Development Assistance : ODA）基本方針の1つとして、経済成長による貧困削減を側面支援する観点から、国民経済を担う人材形成への協力（教育、医療分野等）を掲げており、プロジェクトはこれに整合する。
- ・ 日本は人間的ケアについて、日本の助産院における経験、ブラジルにおけるプロジェクト経験、仏語圏アフリカ母子保健の地域別研修などを通じ、優位性をもっており、これまで実施されてきたさまざまな取り組みを組み合わせることにより、本プロジェクトは適切に実施されている。

(2) 有効性

プロジェクトの有効性は相当程度高いと判断される。

- ・ プロジェクト目標は終了時点でほぼ達成できると見込まれる（3-1（1））。
- ・ 3つのプロジェクト成果は目標達成のために有効に寄与した（3-1（2））。
- ・ プロジェクトの円滑な運営、効果の発現に寄与する複数の要因があった（3-3）。

他方、2009年3月の政変以降の不安定な政情により、短期専門家派遣の延期や中止、保健・家族計画省主要ポスト人事の度重なる変更が生じ、プロジェクト運営を一部妨げる要因となった。

### (3) 効率性

プロジェクトは十分に効率的であった。

- ・ 専門家は精力的に技術移転に努めた結果、C/P の大半が高い満足度を示しており、成果達成に貢献した。
- ・ 日本側によるプロジェクト供与機材は適正に設置され、有効に活用されている。
- ・ 本邦研修または第三国研修に参加したマダガスカル側スタッフは多数にのぼるが、研修はほぼ計画どおりに実施され、研修参加者の大半は帰国後に研修成果を積極的にほかのスタッフへ移転している。
- ・ C/P の能力は十分に高く、人員配置は適正であった。
- ・ 成果に関しては一部未達成の指標もあるが、全体的達成度は高く、投入に見合う結果といえる。
- ・ プロジェクト・デザイン・マトリックス (Project Design Matrix : PDM) には明記されていない諸活動 (母子健康手帳の試験的導入や「母親学級」の定期的開催等) も成果の達成に貢献した。

### (4) インパクト

上位目標の達成見込みについては、保健・家族計画省がプロジェクトの成果を政策の一部に取り入れる意向があることが確認されたが、今後更に政府に働きかける等、何らかのアクション、アプローチが必要となると思われる。そのほかに、以下のインパクトがあった。

- ・ 保健・家族計画省「緊急産科・新生児ケア」研修モジュールへ人間的ケアの考えが反映された。
- ・ 国際ワークショップにおいて、根拠に基づいた医療、人間的ケアへのプロジェクトの取り組みが報告され、注目を集めた。
- ・ 研修活動を通じた C/P のトレーナーとしての好ましい意識変化があった。
- ・ 他方、プロジェクトの負のインパクトはほとんど認められなかったが、CME において研修を受けたスタッフと研修を受けていないスタッフとの間に、人間的ケアに対する考え、態度にギャップが生じているとの指摘が、C/P よりあった。

### (5) 自立発展性

プロジェクト効果の継続性を阻害し得る要因が存在するため、プロジェクトの自立発展性は、評価時点では必ずしも十分に確保されているとはいえない。

#### 1) 政策面

根拠に基づいた医療と人間的ケアの概念は、既に国家保健研修プログラムに一部組み入れられている。また、政府はリプロダクティブ・ヘルス政策に人間的ケアの考えを取り入れる意向があることは確認されたが、国家の保健政策が人間的ケアの概念を正式に採用することは、評価時点ではまだ実現しておらず、今後の保健・家族計画省の作業を見極める必要がある。

#### 2) 技術面

プロジェクト終了後も、C/P は根拠に基づいた医療と人間的ケアに関する研修を独力

で実施するだけの能力を身につけている。また、人間的ケアはマジュンガ大学医学部のカリキュラムに取り入れられており、また人間的ケアの概念は、全国に 6 校ある看護・助産学校で紹介されている。これらは技術的な自立発展性に寄与するものである。

### 3) 組織・制度面

プロジェクト内で形成された「スタディ・グループ」は、活動の計画、実施、評価にあたり中心的な役割を果たしてきた。C/P は、プロジェクト終了後も従前のように継続して機能させていくための検討を始めているが、実際に機能するかどうかは、今後の動きを見る必要がある。また、CME の研修部は、プロジェクトにおいて他の部署、機関と協力して卒後研修を実施するのに際し不可欠な存在であったものの、プロジェクト終了後の役割と機能は、必ずしも明確ではなく、「スタディ・グループ」の動きと併せて、今後見ていく必要がある。

### 4) 財政面

プロジェクト終了後に同様の研修活動やその他の活動を継続するには、政府もしくは他のパートナー機関から新たな資金源を確保する必要がある。一部、他のパートナーの資金を得る動きはあるが、政策面で述べた人間的ケアの概念の正式な採用を待って予算を確保すること、C/P がプロジェクトで育成されたトレーナーと知見を活用して、入手可能な予算内での活動継続を工夫すること、など C/P の努力が求められる。

## 3-3 効果発現に貢献した要因

### (1) 計画内容に関すること

- ・ C/P の本邦研修及び第三国研修は有用であり、研修を受けたスタッフの知識・技能は帰国後に他のスタッフにも移転され、活動に大きく貢献した。
- ・ 「スタディ・グループ」は研修活動をはじめとしたプロジェクト活動の立案、実施のプラットフォームとして機能し、プロジェクトにおいて極めて重要であった。
- ・ C/P によるトレーナーのグループは、人間的ケアと根拠に基づいた医療についての研修カリキュラムの主要部分を作成することによって、プロジェクト成果とプロジェクト目標の達成に貢献した。

### (2) 実施プロセスに関すること

- ・ 日本人専門家とマダガスカル側 C/P による頻繁かつ適切なコミュニケーションにより、円滑に活動が実施された。

## 3-4 問題点及び問題を惹起した要因

### (1) 計画内容に関すること

- ・ 2009 年 3 月の政変以降の不安定な政情により生じた短期専門家派遣の延期や中止、マダガスカル側スタッフの士気低下、保健・家族計画省主要ポスト人事の度重なる変更等は、プロジェクトの運営を一部妨げる要因となった。

### (2) 実施プロセスに関すること

特になし

## 3-5 結論

- ・ プロジェクト目標の達成指標は適切な実績を示していることから、目標は 2010 年の終了時までにはほぼ達成されると見込まれる。

- ・一部の活動については評価時点で十分に実施されていないが、マダガスカル側 C/P はこれらの活動についても実施するよう努力を継続するとの意思を示しており、一定の効果を上げるものと期待される。
- ・プロジェクトの妥当性、有効性、効率性は高く確保されている。
- ・インパクトについては、プロジェクト終了数年後に上位目標達成が見込めるかどうかは自立発展性に依存しているため判断し難いが、プロジェクトの正のインパクトは幾つか観察された。
- ・自立発展性については、政策面ではある程度確保され、技術面では相当程度に高く確保されている。他方、組織・制度面での自立発展性が高いかどうかは今後の動きを見定める必要があり、財政面での自立発展性は評価時点では確保されておらず、引き続きマダガスカル側の努力が必要である。

### 3-6 提言

#### 【プロジェクト一般についての提言】

- ・プロジェクト活動を実質的に担ってきた「スタディ・グループ」の機能をプロジェクト終了後も継続するための検討を進めること。
- ・プロジェクトが実施した助産師など母子保健サービス提供者向けの根拠に基づいた人間的ケア研修について、研修の計画から実施に至る手続きを共有し、マダガスカル側が研修を継続できるようにすること。
- ・日本やブラジルなど第三国研修の成果は重要な資産であり、参加者の経験をシェアするとともに指導者育成研修（Training of trainer : TOT）の実施により、更なる普及を図ること。
- ・プロジェクト成果の広報を進め、今後のスケールアップに活用すること。

#### 【病院における活動についての提言】

- ・人間的ケアと根拠に基づいた医療を CME、CHUM のビジョンとして明確に位置づけることにより、卒前教育での普及と全保健施設への浸透を図ること。

#### 【コミュニティにおける活動についての提言】

- ・コミュニティ活動の成功事例を共有し、活動の持続的な発展を図ること。
- ・伝統的産婆（Traditional Birth Attendant : TBA）や村長などのコミュニティの主要アクターと保健センターの連携を図ること。

#### 【保健・家族計画省の活動についての提言】

- ・国家リプロダクティブヘルス政策に人間的ケアと根拠に基づいた医療を反映させ、国全体への普及を図ること。
- ・マジュンガだけでなく、全マダガスカルの医学教育、助産教育において、人間的ケアの教育を行うこと。

### 3-7 教訓

- ・コミュニティ活動においては、本プロジェクトでは村長と保健センターの密接な連携を図ったが、コミュニティで中心となるアクターとの調整など十分な準備を行うことが、



コミュニティ活動の成功の鍵となる。

- 本プロジェクトでは、日本やブラジルにおける人間的ケアについての研修が、マダガスカルにおいて人間的ケアを実現するために必要なスキルや姿勢を身につけるのに役立ち、更にマダガスカルで主要なトレーナーとしての役割を果たすのに大きく貢献した。研修については、適切な場所で適切な内容でよく準備して行うことで、プロジェクトの成果発現に大きく役立つものになる。
- C/P が自らの努力でつくってきた組織メカニズムは、公的に認められた組織でなくても十分にプロジェクト活動を実施する組織として機能し得ることを、本プロジェクトでは「スタディ・グループ」の事例で示した。組織の形態が公的なものでなくても、自発的な組織形成により、効果的かつ現実的な実施体制を構築することは可能である。
- ラボラトリーメソッドの活用が、本プロジェクトでは人間的ケアについてマダガスカルの関係者が自分の経験として理解し、個別の研修活動を準備していくのに大きく貢献した。ラボラトリーメソッドの活用は、広く検討されるべきものである。
- 国連児童基金（United Nations Children's Fund : UNICEF）との効果的な連携が、本プロジェクトではコミュニティの効果的な保健活動に貢献した。国際機関との連携は、プロジェクトの成功に貢献しうる。

## Summary

<b>I. Outline of the Project</b>	
<b>Country:</b> The Republic of Madagascar	<b>Project title:</b> The Project for Improvement of Maternal, Newborn and Child Health Service in the Republic of Madagascar
<b>Issue/sector:</b> Health-Maternal and Child Health /Reproductive Health	<b>Cooperation scheme:</b> Technical Cooperation
<b>Division in charge:</b> Reproductive Health Division, Health Systems and Reproductive Health Group, Human Development Department	<b>Total cost (as of evaluation):</b> 250 million Yen
<b>Period of Cooperation</b>	22 January, 2007 – 31 January, 2010 (R/D: 27 October 27, 2006)
	<b>Partner Country's Implementing Organization:</b> Ministry of Health and Family Planning / Regional Office for Public Health, Boeny Region / Mahajanga University Hospital Center
	<b>Supporting Organization in Japan:</b> International Medical Center of Japan
<b>Related Cooperation Project:</b> Grant Aid “The Project for the Provision of Biomedical Treatment Equipment for Mahajanga University Hospital Center” (FY1999), Grant Aid “The Project for Improving Maternal and Child Health Facilities in Mahajanga Province” (FY2005), Technical Cooperation “The Project for Global Improvement of Mahajanga University Hospital” (1999-2004), Technical Cooperation “The Improvement of Provincial Mother and Child Health by Utilizing the Function of the Majunga University Center Hospital” (2005-2006)	
<p><b>1. Background of the Project</b></p> <p>In the Republic of Madagascar (Madagascar), maternal mortality ratio and under five infant mortality rate are both high, with indicating fecundity with high mortality. Mahajanga Province is located in north-west part of Madagascar, and 84.3% of its population lives with below poverty line, i.e. 1 dollar per day. Also, inhabitants of Mahajanga Province live in rather remote area with low density, and many people have financial and geographical difficulty to access basic health services. Mahajanga University Hospital Center (<i>Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga</i>, CHUM) is located in Mahajanga Province as top referral hospital as well as one of the two university hospital centers in Madagascar. Japanese government supported through grant aid and technical cooperation for the expansion and improvement of the facility of CHUM under “The Project for the Provision of Biomedical Treatment Equipment for Mahajanga University Hospital Center” (FY1999) and “The Project for Global Improvement of Mahajanga University Hospital” (1999-2004). This has contributed to the improvement of health care service in CHUM as well as the increase number of referral cases; on the other hand, it was identified that the major portion of the referred patients were mother, newborn and child.</p> <p>Therefore, the Government of Madagascar has requested the grant assistance to improve the situation of mother, newborn and child in Mahajanga Province. With response to such request, grant aid “The Project for Improving Maternal and Child Health Facilities in Mahajanga Province” for the construction of Maternal and Child Health Center (<i>Complexe mère et enfant</i>, CME) in the ground of CHUM was agreed, and CME construction was completed in 2007. Also, as the preparation for further technical cooperation, “The Improvement of Provincial Mother and Child Health by Utilizing the Function of the Majunga University Center Hospital” was conducted. Based on this study, technical cooperation “The Project for Improvement of Maternal, Newborn and Child Health Service” (the Project) was formulated with the project purpose of providing high quality maternal and child health service based on evidence-based medicine (EBM) to the people in Boeny Region*. The Project design also reflected the experience of participation by Ministry of Health and Family Planning (MOH) officials in the JICA training programme of “Maternal and Child Health for French-Speaking African Countries” which started from fiscal year 2003 in JICA Tokyo.</p> <p>(*) Mahajanga Province was divided into four regions in 2005 with decentralization policy, and Boeny Region is located in the central of the area.</p> <p><b>2. Project Overview</b></p> <p><b>(1) Overall Goal</b></p> <p>Government health policies and health programs especially in the field of improvement of maternal and child health service is reinforced in Madagascar.</p> <p><b>(2) Project Purpose</b></p> <p>High quality maternal and child health service based on evidence-based medicine is provided to the people in Boeny Region.</p>	

<p><b>(3) Outputs</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Human resource development system is established to provide humanized care and evidence-based medicine in Boeny Region.</li> <li>The model for community health system which reflects humanized care is established.</li> <li>The model for maternal and child health service is established in Boeny Region at the respective activity level**.</li> </ol> <p>(**) Respective activity level refers to region (university hospitals), district (district hospitals, health centers), and community (communes and villages).</p> <p><b>(4) Inputs (as of evaluation)</b></p> <p><b>Japanese side:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Long-term expert: Total 5 experts</li> <li>Short-term expert: Total 17 experts (plus 2 (plan)) Total for long-term and short-term 127.17 Man/Month</li> <li>Acceptance of Malagasy trainees: 44 trainees (plus 1 (plan))</li> <li>Provision of equipment: 12,842 thousand Japanese Yen</li> <li>Project operation cost: 51,452 thousand Japanese Yen</li> </ul> <p><b>Malagasy side:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Counterpart personnel: approximately 60 persons and supporting staff</li> <li>Project offices (incl. utility expenses) and vehicles for field trips</li> </ul>		
<b>II. Evaluation Team</b>		
<b>Members of Evaluation Team</b>	<p>Ms. Tomoko TAKEUCHI, Director, Reproductive Health Division, Human Development Department, JICA</p> <p>Dr. Yasuo SUGIURA, International Medical Center of Japan</p> <p>Ms. Sonoko TAKAHASHI, Assistant Director, Reproductive Health Division, Human Development Department, JICA</p> <p>Mr. Izumi SAKAYA, Consultant</p>	
<b>Period of Evaluation</b>	18 October, 2009 - 7 November, 2009	<b>Type of Evaluation:</b> Terminal
<b>III. Results of Evaluation</b>		
<b>1. Project Performance</b>		
<b>(1) Project Purpose</b>		
<p>The Project Purpose would be mostly achieved at the time of completion of the Project in January 2010, because 5 of 6 indicators (No. 1, 2, 3, 5, 6) generally show satisfactory results. The satisfaction level of users of maternal and child health service, the remaining one indicator, did not show positive result for CME at the time of evaluation, while positive results were shown for health center (<i>Centre de santé de base</i>, CSB), and further examination is required.</p> <p>&lt;Indicators&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Increasing rate of practice of humanized care during delivery/birth in the pilot zone of Boeny Region</li> <li>Decrease in inappropriate medical intervention for normal delivery in the pilot zone of Boeny Region</li> <li>Increasing rate of appropriate use of medicines for delivery in the pilot zone of Boeny Region</li> <li>Increase in satisfaction level of users of maternal and child health service in the pilot zone of Boeny Region</li> <li>Improvement in capacity of service providers for maternal and child health service in the pilot zone of Boeny Region</li> <li>Increasing rate of Caesarean section by absolute maternal indications in Boeny Region</li> </ol>		
<b>(2) Outputs</b>		
<b>1) Output 1</b>		
<p>“Study Group” was formulated as a platform for planning and implementing project activities, including training activities, and trainers’ group was also voluntarily formulated by Malagasy counterpart (C/P). A set of training modules, including evidence-based care and humanized care, was formulated. Most of maternal and child health (MCH) service providers in the pilot zone received training on evidence-based care, and other training courses were duly practiced. All 4 indicators show that Output 1 has been mostly achieved.</p> <p>&lt;Indicators&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Establishment of organization for continuous in-service training in the field of maternal and child health, under the collaboration among Regional Office for Public Health (DRSP), District Office for Public Health (SDSP) and CME</li> <li>1.2 Formation of training modules of evidence-based care by the above-mentioned organization for training (for each job category)</li> <li>1.3 Number of trainees who completed the training course for evidence-based care among the MCH service providers in the pilot zone of Boeny Region</li> </ol>		

1.4 Number of other training courses practiced and the number of trainees who completed the course

## 2) Output 2

Community Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) and newborn care has been well utilized. Follow-up by medical staff for activities by community health agents and follow-up of joint activities by DRSP, Boeny Region, SDSP and communities have been appropriately practiced. Quality of activities by community health agents and quality of joint activities with communities have both improved. The number of villages where sensitization activities of humanized care are practiced accounts for 15. On the other hand, registered number of delivery at home is not known at the time of evaluation. With 7 out of 8 indicators showing positive results, Output 2 has been mostly achieved.

<Indicators>

- 2.1 Number of sites where community IMCI and newborn care are practiced
- 2.2 Usage rate of community IMCI and newborn care
- 2.3 Number of follow-up by medical staff for activities by community health agents
- 2.4 Number of follow-up of joint activities by DRSP, SDSP and communities, and number of its evaluation
- 2.5 Degree of quality improvement in activities by community health agents
- 2.6 Degree of quality improvement in joint activities with communities
- 2.7 Number of *Fokontany* (village) where sensitization activities of humanized care are practiced
- 2.8 Registered number of delivery at home

## 3) Output 3

Many recommendations and plans were formulated at the supervision. Improvement of environment in humanized care was clearly observed. A model for community referral system to the emergency obstetric and neonatal care was, at the time of evaluation, being developed in one district. URSR (Unit for Reinforcement of Referral System) activities have been suspended and the professional code of skilled birth attendant (SBA) has not been drafted yet. Since only 2 out of 6 indicators show satisfactory results, the achievement of Output 3 is limited.

<Indicators>

- 3.1 Number of recommendations and plans formulated at the supervision
- 3.2 Number of models for community referral system to the emergency obstetric and neonatal care
- 3.3 Degree of functioning of community referral system to the emergency obstetric and neonatal care
- 3.4 Number of minutes of meetings and reports of URSR (Unit for Reinforcement of Referral System) activities
- 3.5 Professional code of SBA
- 3.6 Improvement of environment for humanized care

## 2. Summary of Evaluation Results

### (1) Relevance

Relevance of the Project is high.

- The Overall Goal of the Project is completely relevant to national policies of maternal and child health, such as “Health Sector Development Plan 2007-2011,” “Roadmap to Reduction of Maternal and Child Mortality, and National Policy of Child Health,” which aims to improve MCH.
- The Project Purpose and the Overall Goal are also relevant to needs of the beneficiaries, namely, inhabitants of Boeny region and the staff involved in maternal and child health care. Most of C/P, CSB staffs, community agents, and inhabitants of pilot zone show satisfaction about the Project activities. Also, since Boeny region is active in formulating regional health program with collaboration between DRSP and health facilities, the selection of Boeny region was justified as Project area at the time of ex-ante evaluation. The situation remains same at the terminal evaluation, and the Project meets the needs of beneficiaries.
- The Project is consistent with the basic policy for Japan’s ODA to Madagascar, in which Japan aims to extend cooperation in the field, among others, of human resources development for education and health sectors, for Madagascar to achieve poverty reduction by economic growth.
- Japan has an advantage for humanized care based on its experience in maternity clinic in Japan, project experience in Brazil, and training programme of Maternal and Child Health for French-Speaking African Countries, and the Project has proceeded appropriately with utilizing the above experience.

### (2) Effectiveness

Effectiveness of the Project is reasonably high.

- The project purpose would be mostly achieved at the time of completion of the Project (3-1 (1)).
- All of Project outputs have effectively contributed to the achievement of the Purpose (3-1 (2)).
- Several factors are observed that have contributed to smooth operation and effectiveness of the Project (3-3)

### (3) Efficiency

The Project has been sufficiently efficient.

- Japanese Experts have contributed much to the Project outputs by transferring skills/knowledge with which most of

C/P are satisfied.

- Machinery and equipment for the Project have been appropriately installed, operated and duly utilized.
- The training programs in Japan and in the third countries, in which a large number of C/P participated, were carried out mostly as scheduled and many of the participants have transferred what they acquired in training to other Malagasy staff after they returned.
- The allocation of C/P in the Project has been appropriate and their capability is good enough to conduct activities.
- As for outputs, the level of achievement is generally high, despite some indicators not fully achieved, reasonably corresponding to the inputs.
- Some activities not explicitly mentioned in the PDM (such as trial introduction of mother and child health handbook and regular mama class activity) have contributed to the achievement of the output.

#### **(4) Impact**

It has been noticed that MOH has intention to include the concept of humanized care into its policy for MCH. However, some actions and approaches would need to be taken such as further promotion of the concept of EBM and humanized care to achieve the Overall Goal within a few years after the completion of the Project. There have been other positive impacts of the Project, as follows:

- Humanized care has been reflected to national training modules of “emergency obstetric and newborn care” administered by the MOH.
- Promotional activities of EBM and humanized care by the Project were reported in international workshop, attracting attentions.
- Training on EBM and humanized care brought about favorable changes in attitude of C/P.
- Unexpected negative impacts were hardly observed during the evaluation. However, it was pointed out by some C/P that in CME there is a gap in attitudes towards humanized care between those staff who had training and those who did not.

#### **(5) Sustainability**

The sustainability of the Project is not firmly secured because there are a number of factors which may cause hindrance to continuity of the Project.

##### **1) Policy aspect**

The concept of EBM and humanized care has already been incorporated into the national health training program to certain extent. Further, the Government has intention to incorporate humanized care into its National Reproductive Health Policy. However, it is not still confirmed that the national health policy will validate and officially include the concept.

##### **2) Technological aspect**

C/P has technical capability to continue training on EBM and humanized care by itself after the completion of the Project. Humanized care is included in the curriculum of the medical school of Mahajanga University, while the concept of humanized care is already being taught in all 6 paramedical schools of the country, which will contribute to technical sustainability.

##### **3) Institutional aspect**

Although “Study Group” has been playing a central role in planning, implementing and evaluating training activities, it is uncertain whether “Study Group” will be able to continuously function as before even after the Project is completed, while examination by C/P to continue its function has already started. On the other hand, the training unit of CME has been essential in implementing in-service training in collaboration with other organizations under the Project, but its role and function after the completion of the Project is not well defined yet, and its role together with that of “Study Group” should be followed up.

##### **4) Financial aspect**

It is necessary to seek financial resources from either the Government or other partner organizations in order to continue Project activities including training after the completion of the Project, as have been practiced during the Project. However, such resources have not been confirmed at present. The Malagasy side has already received some support from other development partners; however, C/P’s further efforts for securing budget after the official inclusion of humanized care in national policy, and managing to continue activities within available budget with utilizing trainers and know-how trained by the Project are required.

### **3. Factors Promoting Better Sustainability and Impact**

#### **(1) Factors concerning to Planning**

- C/P training programs in Japan and in the third countries were useful and the participants’ skills/knowledge were transferred to other staff after they returned, contributing much to the Project.
- The role of “Study Group” was quite essential in the Project, functioning as platform for planning and implementation of activities including training.

<ul style="list-style-type: none"> <li>Trainers' group of C/P has formulated core curriculum of training course on humanized care and EBM, contributing to achievement of Project Output and Project Purpose.</li> </ul> <p><b>(2) Factors concerning to the Implementation Process</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Communication between Japanese Experts and Malagasy C/P was quite proper and frequent to smoothly implement activities.</li> </ul>
<p><b>4. Factors Inhibiting Better Sustainability and Impact</b></p> <p><b>(1) Factors concerning to Planning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Because of instable political conditions since government change in March 2009, dispatch of some Japanese Short Term Experts was postponed or cancelled; motivation in the work of Malagasy staff diminished; and main personnel posts of MOH were frequently changed, all of which caused some difficulty in Project operation.</li> </ul> <p><b>(2) Factors concerning to the Implementation Process</b></p> <p>N/A</p>
<p><b>5. Conclusion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>The Project Purpose will be mostly achieved at the completion in January 2010 as most of the indicators already show the positive results.</li> <li>Although some activities have not been fully implemented up to the time of the evaluation, Malagasy C/P showed intention to continue their effort to accomplish those activities, and it is expected that some effects would be achieved.</li> <li>From the viewpoint of five evaluation criteria, the Project has fairly high "relevance," "effectiveness" and "efficiency."</li> <li>As for "impact," it is not very clear that Overall Goal would be achieved after a few years of the completion of the Project, because it would be dependent on sustainability. However, some positive impacts were further observed.</li> <li>Whereas policy sustainability is secured to some extent and technical sustainability is fairly high, institutional sustainability is not highly assured and need to be followed up and financial sustainability is not guaranteed at the moment and further efforts of Malagasy side are required.</li> </ul>
<p><b>6. Recommendations</b></p> <p>[For the Project in general]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Since "Study Group" has well functioned as a key and unique group to implement project activities, the roles and activities borne by "Study Group" should be continued after the completion of the Project.</li> <li>The Project should provide procedures about training activities including the preparation of trainings such as managing budget, finding trainers, and recruiting trainees, so that the Malagasy C/Ps could further conduct such training in a self-reliant manner or with the possible support of other partners.</li> <li>Since a lot of C/P personnel of the Project participated in the training in Japan and third countries such as Brazil, the trained staffs and lessons learned by each participant of such training would be precious assets for Malagasy counterparts, and other staffs in CME and CSB could share the experience of participants. Malagasy side should also explore the way to prepare training of trainers (TOT) in order to continue, maintain and expand training activities for various targeting groups for trainees in Boeny Region and other regions of Madagascar in the future.</li> <li>The Project should prepare information for public relations for its activities during the Project remaining period, in order to effectively explain the outcome and achievements of the Project and further scale up after the completion of the Project.</li> </ul> <p>[For activities in hospital]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>The Project should advise that CME would clearly include humanized care and EBM under its visions and perspectives. It is further suggested that CHUM would have its visions and perspectives which include humanized care and EBM as an organization whole. Moreover, the introduction of humanized care and EBM is not an issue of CHUM solely, but it is expected that this issue will be considered in all health facilities.</li> </ul> <p>[For community activities]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>The Project should share success cases for community activities during the the Project remaining period, so that community activities could be continued after the completion of the Project in a self-reliant manner.</li> <li>The Project should further explore the way to improve collaboration among CSB and key actors in community such as traditional birth attendant (TBA), community agent (CA), <i>fokontany</i> (village) chief, traditional leader, religious leader, and traditional healer.</li> </ul> <p>[For commitment of MOH]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>While MOH has started its work to revise National Reproductive Health Policy to include humanized care and EBM, MOH should complete such revision, since it would help improving maternal, newborn and child health. Especially, the concepts and strategy developed under the Project should be authorized by MOH to expand</li> </ul>

humanized care and EBM not only in Boeny Region but also in other regions of Madagascar.

- Notion of humanized care has been included in medical education and paramedical education in Mahajanga, and also MOH has included such concept for paramedical education all over Madagascar. MOH should coordinate with concerned organizations to further develop the content of humanized care in such education.

#### **7. Lessons Learned**

- The Project demonstrates that a key to success is the well preparation for community activities including the appointment of CA through close coordination between *fokontany* (village) chiefs and CSB.
- The Project demonstrates that the well organized training activities in Japan and Brazil for humanized care during delivery and birth contributed a lot to acquire necessary skill and attitude to realize humanized care in Madagascar and play a role as a key trainer in humanized care training in Madagascar.
- The Project demonstrates that the organizational mechanism developed by C/P own efforts could function well as an actor to implement project activities even though it is not formal organization, i.e. “Study Group” in the Project.
- The Project demonstrates that utilization of laboratory method contributed to the recognition of humanized care as personal experience for Malagasy counterparts and preparation for tailor-made effective training activities as well.
- The Project demonstrates that partnership with UNICEF contributed for effective implementation of community health activities.





# 第1章 終了時評価調査の概要

## 1-1 評価調査団派遣の経緯と目的

### (1) 経緯

マダガスカル共和国（以下、「マダガスカル」と記す）は、アフリカ大陸東岸から約400km離れたインド洋上に位置し、面積は日本の約1.6倍、人口は約1,910万人（2008年、世界銀行、World Development Indicators Database（以下、「WDI Database」と記す））である。保健・人口基礎指標は、人口増加率2.7%（2008年、世界銀行 WDI Database）、出生時平均寿命61歳（2008年、世界銀行 WDI Database）、MMR 470（出生10万対、2000～2007年、UNICEF世界子ども白書2009年）、5歳未満死亡率112（出生1,000対、2007年、世界銀行 WDI Database）、合計特殊出生率は4.62（2009年、国連人口基金（United Nations Population Fund : UNFPA）世界人口白書2009年）と、多産多死の傾向を表している。マジュンガ州はマダガスカルの北西部に位置し、人口約170万人（2001年推計<sup>2</sup>）、総面積約15万km<sup>2</sup>の広大な州である（マジュンガ州は2005年に地方分権化政策により4つの県に分割された。ブエニ県は、マジュンガ州の4つの県の中心に位置しており、人口約54万人<sup>3</sup>）。マジュンガ州では、住民の84.3%（2003年推計<sup>4</sup>）が1日1ドル以下で生活している貧困層であり、広大な地域に住民が散在しているため、多くの住民にとって基礎的保健サービスへの財政的、地理的アクセスが困難な状況にある。CHUMは同州におけるトップリファラル病院及びマダガスカルに2つあるCHUの1つとして機能しており、CHUMを拠点として、これまでに無償資金協力「マジュンガ大学病院センター医療機材整備計画」（1999年度）、及び日仏協調による技術協力プロジェクト「マジュンガ大学病院センター総合改善プロジェクト」（1999～2004年）が実施されている。2004年2月に終了した同技術協力プロジェクトでは、CHUMと地域を結びつけるというアプローチの下、CHUMへのアクセス改善、リファラル患者の増加、CHUM内の乳幼児死亡率の低下などが具体的な成果として得られた。他方で、リファラル患者の分析では、リファラル患者に占める母子の割合が非常に高いことが確認されており、地域住民のニーズに適切・迅速に対応できる母子保健サービス体制の強化が今後の課題となった。

このような状況に対し、マダガスカル政府はマジュンガ地域における母子保健（Maternal and child health : MCH）の改善に取り組むため、日本政府に対して無償資金協力「マジュンガ州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CMEの建設が進められ、2007年に完工した。これと併せて、母子保健分野での技術協力プロジェクトの準備フェーズとして、2005年3月から2006年8月まで技術協力プロジェクト「マジュ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」が実施され、そ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「母子保健サービス改善プロジェクト」（以下、「本プロジェクト」と記す）のプロジェクトデザインの策定が行われた。また、本プロジェクトの案件形成に際しては、2003年

<sup>2</sup> JICA『マダガスカル共和国マジュ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 平成17年2月』29頁（原出典：Estimation de la population 2001, INSTAT, Madagascar）。

<sup>3</sup> 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事前評価表（2006年12月12日）。

<sup>4</sup> JICA『マダガスカル共和国マジュ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 2006年8月』2頁（原出典：Poverty Reduction Strategy Paper First Annual Implementation Report, 2004, Republic of Madagascar）。

度から JICA 東京にて実施中の地域別研修「伝語圏アフリカ母子保健」へのマダガスカル保健・家族計画省 (Ministry of Health and Family Planning : MOH) の参加経験も反映されている。

本プロジェクトは、MOH を C/P 機関として、2007 年 1 月より 2010 年 1 月までの予定で実施されており、現在 3 名の長期専門家 (チーフアドバイザー/公衆衛生、母子保健、業務調整/研修マネジメント) を派遣中である。

## (2) 目的

終了時評価調査は、2010 年 1 月のプロジェクト終了を控え、プロジェクト活動の実績、成果を評価、確認するとともに、今後のプロジェクト活動に対する提言及び今後の類似事業の実施にあたっての教訓を導くことを目的として実施された。PDM は、2008 年 8 月に実施した運営指導調査で改訂を行っているため、改訂版の PDM2 (2008 年 9 月) を基に終了時評価を行った。PDM2 は付属資料 3 のとおりである。

## 1-2 評価調査団の構成と調査日程

### (1) 評価調査団の構成

終了時評価調査団 (以下、「評価調査団」と記す) の構成は下記のとおりである。

担当	氏名	所属	派遣期間
団長	竹内 智子	JICA 人間開発部 母子保健課長	10 月 27 日～11 月 7 日
母子保健	杉浦 康夫	国立国際医療センター 国際医療協力局 派遣協力第二課	10 月 27 日～11 月 7 日
評価計画	高橋 園子	JICA 人間開発部 母子保健課 調査役	10 月 27 日～11 月 7 日
評価分析	昌谷 泉	株式会社グローバル・グループ 21 ジャパン シニア・コンサルタント	10 月 18 日～11 月 7 日

### (2) 調査日程

評価調査団の現地調査は 2009 年 10 月 18 日から 11 月 7 日までの期間で実施した。調査日程の概要は下記のとおりである。

月 日	活 動			
	竹内団長	杉浦団員	高橋団員	昌谷団員
10 月 17 日 土				成田発
10 月 18 日 日				アンタナナリボ着
10 月 19 日 月				JICA マダガスカル事務所打ち合わせ
10 月 20 日 火				マジュンガへ移動
10 月 21 日 水				- C/P 打ち合わせ - 調査目的・手法の説明
10 月 22 日 木				- プロジェクト活動の調査

月 日	活 動
10月23日 金	- プロジェクト活動の調査
10月24日 土	- プロジェクト活動の調査
10月25日 日	- プロジェクト活動の調査
10月26日 月	- プロジェクト活動の調査
10月27日 火	アンタナナリボ着 マジュンガへ移動 - プロジェクト関係者打ち合わせ - プロジェクト・マネージャーへのインタビュー
10月28日 水	- C/P からプロジェクト活動の説明 - CME 訪問 - CME 施設長へのインタビュー
10月29日 木	- マジュンガ II 郡プロジェクトサイト訪問 (マジュンガ II 郡保健事務所 (Service de District de la santé publique : SDSP)、ベックバイ保健センター (Centre de santé de base : CSB)、MCH 週間活動、マロフィアツァカ・アンボディアダボコミュニティ IMCI サイト)
10月30日 金	- マジュンガ I 郡プロジェクトサイト訪問 (マジュンガ I 郡 SDSP、マビブ CSB、ソテマ CSB、ツアララノ CSB、アンヴォルヴィ CSB) - プロジェクト専門家へのインタビュー - プロジェクト関係者打ち合わせ
10月31日 土	- プロジェクト専門家へのインタビュー - レポート・セミナー準備
11月1日 日	- レポート・セミナー準備 - プロジェクト関係者打ち合わせ
11月2日 月	- 保健省関係者協議
11月3日 火	- プロジェクト成果に関するセミナー
11月4日 水	- レポート、協議議事録 (Minutes of Meeting : M/M) 案作成 アンタナナリボへ移動
11月5日 木	- レポート、M/M 案作成 - レポート、M/M 案についての保健省関係者との協議
11月6日 金	- 合同調整委員会 (Joint Coordination Committee : JCC) で調査概要報告 - M/M 署名 - 在マダガスカル日本大使館報告 - JICA マダガスカル事務所報告
11月7日 土	アンタナナリボ発
11月8日 日	成田着

### 1-3 主要面談者

終了時評価調査における主要面談者は、下記のとおりである。

#### (1) マダガスカル側

##### 1) 保健・家族計画省 (MOH)

Dr. RAKOTONRAMARINA Dimisoa*	公衆衛生担当副首相 特別顧問
Dr. RAKOTONIRINA Simon*	母子保健局長、プロジェクト・ディレクター
Dr. RAHERISOANJATO Annie*	母子保健局副局長
Dr. RAVAONORO Christine*	家族計画局次長
Dr. RASAMIHAJAMANANA Eugenie*	次官付技術顧問
Dr. RAZAFINDRAZAKA Jean Chrysostome*	基礎保健サービス局保健コミュニティ課長
Dr. RAZAFY Sylvain*	保健総局副局長
Dr. RAHARINTSOA Toandromalala Jeannine*	小児保健課副課長
Dr. ANDRIAMPARANY Jean Jacques*	Antsirabe 郡保健事務所長
Dr. RAHELINIRINA Faramalala*	母子保健局母性保健課長
Dr. RAKOTOHERISOA Randriamalala*	卒後教育課長
Dr. RAVAONASOLO Fara Jeanine*	母子保健局会計士
Dr. RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO Noeline*	アンタナナリボ大学病院センター 母子保健施設課長
Dr. RAZANAMASY Marie Jacqueline	母子保健局小児保健課長

##### 2) ブエニ県保健局 (Direction Régionale de Santé Publique : DRSP)、マジュンガ I 郡/マジュンガ II 郡保健事務所 (SDSP)、保健センター (CSB)

Dr. ARISON Nirina Ravalomanda*	ブエニ県 DRSP 局長、プロジェクト・マネージャー
Dr. RAVAOMANARIVO Anne Marie*	マジュンガ I 郡 SDSP 所長
Dr. RASAMOELISOLONJATOVO René*	マジュンガ II 郡 SDSP 所長
Dr RABENARISON Louis Julie	マジュンガ II 郡ベックバイ CSB 長
Mr TSEARANA Jean Bruno	ベックバイ CSB 管内 地域での包括的小児疾病管理 (Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau Communautaire : PCIMEC) サイト MAROFIATSAKA 地域保健員
Mme ZAFINDRAFOTSAY Nabé	ベックバイ CSB 管内 PCIMEC サイト MAROFIATSAKA 地域保健員
Mme RAZANAMAVO Célestine	ベックバイ CSB 管内 PCIMEC サイト MBODIADABO 地域保健員
Mme RATSARATIANA Claudia	ベックバイ CSB 管内 PCIMEC サイト AMBODIADABO 地域保健員
Dr. ANDRIANARISOA Vonimboahangy Rachel	マジュンガ I 郡 SDSP 副所長
Dr. Razonzety	マジュンガ I 郡マビブ CSB 看護師長

- |   |  |
|---|--|
| Dr. RAMIANDRAVOLA Lydia Emlle             | マジュンガ I 郡ソテマ CSB 長   |
| Dr. RAJOELINA Toky                        | 青少年保健センター長   |
| Dr. RAHOLIARISOA Sylvia                   | マジュンガ I 郡アンヴォルヴィ CSB 長   |
| Dr. SOANARENINA Florentine                | ブエニ県 DRSP 小児保健課長   |
| Dr. RAVELOARIVONY Angéline                | マジュンガ II 郡 SDSP 母子保健係長   |
| Dr. RASOANIRINA Euphrasie                 | マジュンガ II 郡 SDSP 所小児保健担当  |
| 3) マジュンガ母子保健施設 (CME)、マジュンガ大学病院センター (CHUM) |  |
| Dr. RALISON Andrianaivo*                  | CHUM センター長   |
| Dr. RANDAOHARISON Pierana Gabriel*        | CME 施設長  |
| Dr. RASOANOROLALA Ravaka                  | CME 看護師長   |
| Dr. RALINORO Justine                      | CME 看護師長   |
| Dr. RABESANDRATANA Norotiana              | CME 新生児科部長   |
| Dr. IHANGY Pamphile                       | CME 研修部長   |
| Dr. ANDRIAMIANDRISOA Aristide             | CME 産婦人科部長   |
| Dr. RAFARAMIHAMINA Jeannette              | CHUM 家族計画看護師長  |
| Dr. RAVELOARINARIVO Malalatiana           | CME 看護師長   |
| Dr. RAZANAMALALA                          | マジュンガ看護・助産学校 (Institute de Formation Inter Regional des Paramedicaux : IFIRP) 教務主任 |
| Dr. RAMANAKOTO Harinoro                   | CHUM 小児科主任看護師  |
| Dr. RAZANAKINIAINA Tovana Olga            | CHUM 新生児科医師  |
| Dr. RANDRIAMANANTENA Roger                | CME 新生児科医  |
| Dr. RAMILISON Fanjarahitiana              | CME 新生児科医  |
| Dr. RAZAIMANANA Georges Fidèle            | CME 手術室長 (看護師)   |
| 4) 国連児童基金 (UNICEF)                        |  |
| Ms. RAKOTONDRAFARA Norolalao              | チャイルド・サバイバル局保健担当官  |

(\* ) は 2009 年 11 月 6 日の JCC 出席者。

(2) 日本側

1) 在マダガスカル日本大使館

徳安 茂	臨時大使
竹山 健一	参事官
小谷野 純一	二等書記官

2) JICA マダガスカル事務所

笹館 孝一	所長
麻野 篤	次長
入江 路代	企画調査員 (保健医療担当)

### 3) JICA プロジェクト専門家

松井 三明	プロジェクト専門家 (チーフアドバイザー/公衆衛生)
佐藤 眞理	プロジェクト専門家 (母子保健)
中窪 優子	プロジェクト専門家 (業務調整/研修マネジメント)

## 1-4 プロジェクトの概要

マダガスカル政府は、日本政府に対し、CME を拠点とした根拠に基づいた母子保健サービスの実践、人材育成システムの構築と対象県であるマジュンガ州ブエニ県の保健行政、保健システムの強化を目的とした技術協力を 2005 年に要請した。JICA とマダガスカル政府は 2006 年 10 月 27 日に討議議事録 (Record of Discussions : R/D) を結び、JICA は、マダガスカル MOH、ブエニ県 DRSP、CHUM を C/P 機関として、2007 年 1 月 23 日から 2010 年 1 月 31 日までの 3 年間の予定で「母子保健サービス改善プロジェクト」を実施している。

#### (1) 上位目標

マダガスカルの母子保健分野の保健政策及びプログラムが強化される。

#### (2) プロジェクト目標

マジュンガ州ブエニ県の住民に対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。

#### (3) 成果

成果 1 : ブエニ県で人間的ケア<sup>5</sup>と根拠に基づいた医療 (Evidence-based Medicine : EBM) を提供するための人材育成システムが構築される。

成果 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。

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。

(※) 各活動レベルとは、県レベル (大学病院)、郡レベル (郡病院 (Centre hospitalier de district : CHD)、CSB)、地域 (コミューン及び村) レベルを指す。

PDM は付属資料 3 のとおりである。

---

<sup>5</sup> 人間的ケアは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 (JICA『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、プロジェクト作成資料から要点を抜粋)。

## 第2章 終了時評価の方法

### 2-1 終了時評価の手順

評価調査団は、まず PDM の評価指標に基づいて、アウトプットとプロジェクト目標の達成度及び上位目標達成見込みを確認し、続いて評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性）の観点から分析を行った。さらに、導き出された結論に従い提言を取りまとめ、プロジェクト実施から得られた教訓を導出した。

評価の過程においては、プロジェクト関係者及び他のステークホルダーを招いてセミナーを実施し、暫定的な評価結果を発表した。それにより事実関係を確認し、また参加者の意見を一部反映させて最終的な評価結果をまとめた。

### 2-2 データの収集

本調査では、M/M、PDM、終了時評価調査に係る事前資料、その他プロジェクトの関係文書、報告書等に基づき、終了時評価の調査項目案を策定した。主な調査項目は、評価グリッド（付属資料4）に示したとおりである。評価グリッドに沿って、PDM 記載事項の実績データをはじめとする必要情報を、以下の情報源及びデータ収集手法を用いて収集した。

- ① M/M、R/D、PDM、活動計画（Plan of Operation : P/O）等のプロジェクト計画文書
- ② 日本側及びマダガスカル側の投入に関する記録
- ③ プロジェクトの成果を示すデータ、統計等の各種情報
- ④ 日本人専門家及び C/P、関連機関へのインタビュー及び質問票に対する回答（質問票の回答結果及び質問票は付属資料5として添付）

### 2-3 評価の基準

開発プロジェクトを評価する際に国際的に使用される評価5項目<sup>6</sup>の観点から、収集したデータを分析し、総合的に判断した。評価5項目の内容は以下のとおりである。

#### （1）妥当性（relevance）

プロジェクトの目標は、受益者のニーズと合致しているか、問題や課題の解決策としてプロジェクトのアプローチは適切か、相手国の政策や日本の援助政策との整合性はあるか等の正当性や必要性を確認する。

#### （2）有効性（effectiveness）

プロジェクトの実施によって、プロジェクトの目標が達成され、受益者や対象社会に便益がもたらされているか等を確認する。

#### （3）効率性（efficiency）

プロジェクトの投入と成果の関係に着目し、投入した資源が効果的に活用されているか等

---

<sup>6</sup> 経済協力開発機構（Organization for Economic Cooperation and Development : OECD）－開発援助委員会（Development Assistance Committee : DAC）のガイドラインによる。

を確認する。

(4) インパクト (impact)

プロジェクトの実施によってもたらされる、長期的な効果、波及効果、上位目標の達成度合い等を確認する。

(5) 自立発展性 (sustainability)

プロジェクトで発現した効果が、協力終了後においても持続し発展していけるかを確認する。



## 第3章 プロジェクトの実績と現状

### 3-1 投入実績

評価調査団は、プロジェクトが M/M 及び PDM に記載された計画に従って以下の投入を実施したことを確認した。

#### [日本側投入]

##### (1) 専門家派遣

長期専門家延べ5名、短期専門家延べ17名が派遣された(計127.17人/月、詳細は付属資料2 評価報告書(英文) Annex II のとおり)。さらに、短期専門家2名が2010年1月に派遣される予定である。

##### (2) 機材供与

車両、医療機器、コンピュータ等1,284万2,000円に相当する機材が供与された(詳細は付属資料6のとおり<sup>7)</sup>)。

##### (3) 本邦研修及び第三国研修

20名のC/Pが本邦研修を受けた。さらに1名がプロジェクト終了までに本邦研修を受ける予定である。

4名のC/Pがカンボジアで、また、20名のC/Pがブラジルで第三国研修を受けた。

本邦研修及び第三国研修を合計すると、研修実績は45名である(予定の1名を含む。本邦研修及び第三国研修の詳細は付属資料7のとおり<sup>8)</sup>)。

##### (4) 在外事業強化費

2009年10月までに、総計5,145万2,000円が、現地業務費を補填するために供与された。

#### [マダガスカル側投入]

##### (1) 人員配置

プロジェクト実施に必要なC/Pが配置された。C/Pのリストは付属資料8のとおりである<sup>9)</sup>。

<sup>7</sup> 供与機材一覧は付属資料2 評価報告書(英文) Annex III にも記載されているが、一部修正があったため、最終版は付属資料6のとおりである。なお、供与機材一覧には一部在外事業強化費から購入したものが含まれる。他方、機材供与金額の1,284万2,000円には、在外事業強化費から購入した金額は含めていない。

<sup>8</sup> 研修コース一覧は付属資料2 評価報告書(英文) Annex IV にも記載されているが、一部修正があったため、最終版は付属資料7のとおりとなっており、本報告書作成時点で既に実施済みの追加の1名の本邦研修分をリストに含めている。なお、モロッコにおける第三国研修(母子保健)にマダガスカルから参加しているが(2008年6月1名、2009年6月1名、2009年12月1名)、本プロジェクトの直接的な投入ではないため、付属資料7では含めていない。

<sup>9</sup> C/P一覧は付属資料2 評価報告書(英文) Annex V にも記載されているが、一部修正があったため、最終版は付属資料8のとおりである。

## (2) 施設提供

プロジェクト実施に必要な事務所施設（光熱費を含む）、フィールド調査用車両が提供された。

### 3-2 活動実績

活動実績の詳細については、付属資料 9 に示すとおりである。評価調査団は、プロジェクトが M/M 及び PDM に記載された計画に従って活動を実施したことを確認した。ただし、以下の活動については、評価時点で実施されていない。なお、未実施の理由については、後述の「3-3 成果の達成状況」に記した。

- ・ 活動 3-4 SBA の業務規範を策定する。
- ・ 活動 3-5 URSR の機能の再活性化。

### 3-3 成果の達成状況

評価調査団は、プロジェクトが M/M 及び PDM に記載された計画に従って以下の成果を達成したことを確認した。各アウトプットの達成指標とその状況は次のとおりである。

成果 1：ブエニ県で人間的ケアと EBM を提供するための人材育成システムが構築される。

指 標
1.1 ブエニ県保健・家族計画局、SDSP、CME 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。
1.2 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）。
1.4 研修の実施数及び修了者数。

プロジェクトにおいて、研修活動をはじめとしたプロジェクト活動の立案、実施のプラットフォームとして「スタディ・グループ」が形成された。同グループは、公的に承認された永続的な組織ではなく、当初は専門家の呼びかけによって開始されたボランティアな勉強会であるが、ブエニ県保健・家族計画局、マジュンガ I 郡及びマジュンガ II 郡 SDSP、CME のスタッフを主要メンバーとし、定期的に会合を開き積極的に活動を続け、プロジェクトにおいて重要な役割を果たしている。このスタディ・グループに加え、2008 年 2 月のブラジル研修、2008 年 5～6 月の本邦研修に参加した C/P により、マンドレシーグループというトレーナーのグループが自発的に発足した。このグループの目的は本邦研修の「研修マネジメント」及び「助産ケア」で作成したアクションプランを実施することにあつたが、プロジェクト活動において、根拠に基づいたケアと人間的ケアの研修カリキュラム作成に大きく貢献した（指標 1.1）。

なお、指標 1.1 に関して、活動 1.1（付属資料 4 の活動実績参照）で記載されていたのは、県研修担当室の機能の再活性化であつたが、評価調査団としては上記のとおり、スタディ・グループが中心となって研修を実施してきたことから、活動としては担い手は当初の想定と違つたが実施

されており、指標 1.1 も達成されたと評価している。

母子保健サービス担当の助産師向けに、一連の研修モジュールが策定された。策定されたモジュールは①正常分娩、②EBM、③人間的ケア、④基本的新生児ケア、⑤新生児蘇生法、⑥ラボラトリー式体験学習、の6科目であり、助産師以外の職種（医師等）向け研修にも適用された（指標 1.2）。

根拠に基づいたケアとその他の研修の数及び研修受講者数については、表 3-1 と表 3-2 に示したとおりである<sup>10</sup>。CME 産科病棟の助産師のほぼ全員が EBM 研修を受ける等、研修対象として想定された母子保健サービス提供者の多くが、これまでに計画どおり研修を受講している（指標 1.3、指標 1.4）。

表 3-1 根拠に基づいたケアの研修に参加したブエニ県パイロット地域の母子保健サービス提供者の数（指標 1.3）

実施時期	対象者所属先	参加者数	備考
2008年2月	CME	4	トレーナー研修として実施 ブラジルでの研修
	マジュンガ I 郡	1	
	マジュンガ II 郡	1	
2008年5～7月	CME	1	本邦研修 助産ケア
	マジュンガ I 郡	1	
2008年7月	CME	5	トレーナー研修として実施
2008年9月	CME	2	ブラジルでの研修
	マジュンガ IFIRP	1	
	保健省母子保健局	3	
2009年1～2月	CME	20	
	マジュンガ IFIRP	1	
2009年9月	マジュンガ I 郡	22	
	マジュンガ IFIRP	2	
2009年10月	Marovoay 郡	6	
	Ambato-boeny 郡	7	
	Soalala 郡	5	
	Mitsinjo 郡	7	
	Boeny 県 DRSP	6	
2009年10～11月	CME	4	ブラジルでの研修
	マジュンガ I 郡	4	
2009年10～12月	CME	1	本邦研修 助産ケア
	マジュンガ I 郡	1	
2009年11～12月(予定 <sup>11</sup> )	CME	1	本邦研修 産科ケア

<sup>10</sup> 第3章の表の出典は、すべてプロジェクト提供によるデータである。

<sup>11</sup> 終了時評価実施時では開始されていなかったが、本報告書作成時点では実施済み。

2009年1～2月に実施されたCME助産師を対象とした人間的ケア研修終了後、3月経過時点でマンドレシーグループによる質的評価が実施されており、態度・振る舞い、正常分娩の取り扱い、EBM、出産ケア、妊婦検診の評価項目でポジティブな結果が示されている。また、2009年9月に実施した研修における各モジュールの定量評価において、正常出産と出生の解剖・生理、EBM、基本的新生児ケア/新生児蘇生、人間的出産・出生ケアについてポストテストの結果がプレテストの結果を上回っている（指標1.3）。

表3-2 その他の研修数及び研修参加者数（指標1.4）

実施時期	研修名称	対象者所属先	参加者数	備考
2008年5月	基本的新生児ケア (トレーナー研修)	ブエニ県 DRSP	2	UNICEF、BASICS と共同実施
		マジュンガ II 郡	2	
		CME	1	
2008年11月	基本的新生児ケア 基本的緊急産科・新生児ケア	マジュンガ II 郡 の CSB 長	13	同上
2009年7～8月	地域における小児疾患マネジメント	マジュンガ II 郡 地域保健員		
		(Community agent : CA)	5	
		Betsako	4	
2009年7～8月	地域における基本的新生児ケア	マジュンガ II 郡 CA		
		Bekobay	6	
		Belobaka	6	
		Boanamary	6	
2009年9月	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 (Fandraisana Anjara No Mba Eutiko : FANOME) 研修	マジュンガ II 郡 CA		
		Ambalakida	5	
		Andranoboka	3	
		Antanambao	4	

その他の研修においても定量評価が実施されており、地域における小児疾患マネジメント、地域における基本的新生児ケア、FANOME についてポストテストの結果がプレテストの結果を上回っている（指標1.3）。

以上のように、成果1はほぼ達成された。

成果 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。

指 標
2.1 コミュニティ IMCI と新生児ケアの実施サイト数
2.2 コミュニティ IMCI と新生児ケアの利用率
2.3 医療従事者による CA の活動フォローアップ実施数
2.4 DRSP、SDSP、及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
2.5 CA による活動の質が向上
2.6 コミュニティと実施した協働活動の質が向上
2.7 人間的ケアに関する啓発活動を実施した村 (Fokontany) の数
2.8 自宅分娩の登録数

コミュニティ IMCI は 15 サイトで実施された。うち 5 サイトは新規実施、10 サイトはフォローアップの実施であった。一方、新生児ケアは 9 サイトで実施された。具体的な地区、サイトの名称は表 3-3 のとおりである (指標 2.1)。

表 3-3 コミュニティ IMCI と新生児ケアの実施サイト (指標 2.1)

<コミュニティ IMCI : 15 サイト>

地域名	サイト名 (村名)
Bekobay	Ambodiadabo
	Marofiatsaka/Tsararivotra
	Anosikely
Belobaka	Ankazomenavony
	Antsaboaka
	Amparemahitsy
Boanamary	Ambatomalama
	Amboanio
	Befotaka
Betsako	Ankilahila*
	Ambalika*
	Antsiatsiaka*
Ambalakida	Ankivonjy*
	Mahamavo*
	Ambovondramanesy

<新生児ケア : 9 サイト>

地域名	サイト名 (村名)
Bekobay	Ambodiadabo
	Marofiatsaka/Tsararivotra
	Anosikely
Belobaka	Ankazomenavony
	Antsaboaka
	Amparemahitsy
Boanamary	Ambatomalama
	Amboanio
	Befotaka

注 : \* は新規実施サイト、他はフォローアップ

次にコミュニティ IMCI と新生児ケアの利用率をみるため、下痢症・急性呼吸器感染症・マラリアに対して、CSB 及びコミュニティ IMCI サイトで行われた外来治療数の調査が行われ (対象

期間は2008年1月～2009年8月)、表3-4及び表3-5のとおり、上記地区内の各村における5歳未満の子どもの3疾患(下痢症・急性呼吸器感染症・マラリア)の1人当たりの年間利用率が得られた(指標2.2)。

表3-4 2008年のBekobay、Belobaka、Boanamary各地域における5歳未満の子どもの3疾患(下痢症・急性呼吸器感染症・マラリア)の1人当たり保健サービス利用率、CSB・IMCIサイト別

CSB から 村中心までの距離	コミュニティ IMCI 実施の有無	村 名	利用率 (回数/人/年)		
			CSB	サイト	計
<5km	なし	Ambalavelona	0.64		0.64
		Antananabo	0.43		0.43
		Bekobay	0.68		0.68
		Belobaka	0.79		0.79
		Boanamary	0.78		0.78
		Tsararivotra	0.35		0.35
<10km	なし	Ambovoatango	0.51		0.51
		Ampano	1.36		1.36
	あり	Ambatomalama	0.06	0.74	0.79
		Amboanio	0.12	1.17	1.28
		Anosikely	0.55	0.99	1.54
		Befotaka	0.81	0.62	1.42
<25km	なし	Ampampamena	0.02		0.02
		Ampitolova	0.02		0.02
		Maromiandra	0.00		0.00
		Tsilakanina	0.34		0.34
	あり	Ambodiadabo	0.22	3.08	3.30
		Amparimahitsy	0.31	1.17	1.48
25km+	なし	Ampazony	0.01		0.01
		Antsanitia	0.02		0.02
		Besely	0.08		0.08
		Mandrosoa	0.02		0.02
	あり	Ankazomenavony	0.04	0.64	0.68
		Antsaboaka	0.12	1.60	1.72
Marofiatsaka		0.02	2.08	2.10	

表 3-5 2009 年 1 月より 8 月末までの Bekobay、Belobaka、Boanamary 各地域における 5 歳未満の子どもの 3 疾患（下痢症・急性呼吸器感染症・マラリア）の 1 人当たり保健サービス利用率、CSB・IMCI サイト別

CSB から 村中心までの距離	コミュニティ IMCI 実施の有無	村 名	利用率 (回数/人/年)		
			CSB	サイト	計
<5km	なし	Ambalavelona	0.86		0.86
		Antananabo	0.63		0.63
		Bekobay	0.78		0.78
		Belobaka	0.50		0.50
		Boanamary	0.56		0.56
		Tsararivotra	0.38		0.38
<10km	なし	Ambovoatango	0.80		0.80
		Ampano	1.78		1.78
	あり	Ambatomalama	0.03	0.35	0.37
		Amboanio	0.08	0.32	0.41
		Anosikely	0.54	1.15	1.69
		Befotaka	0.41	2.52	2.94
<25km	なし	Ampampamena	0.05		0.05
		Ampitolova	0.00		0.00
		Maromiandra	0.02		0.02
		Tsilakanina	0.29		0.29
	あり	Ambodiadabo	0.16	1.66	1.82
		Amparimahitsy	0.26	1.43	1.69
25km+	なし	Ampazony	0.00		0.00
		Antsanitia	0.00		0.00
		Besely	0.09		0.09
		Mandrosoa	0.08		0.08
	あり	Ankazomenavony	0.03	0.26	0.29
		Antsaboaka	0.06	1.37	1.43
Marofiatsaka		0.00	2.41	2.41	

以上から、コミュニティ IMCI サイトのある遠隔地域では、CSB に近い地区（5km 以内）と同様の利用率が確保されていることが明らかとなり、コミュニティ IMCI サイトも新生児ケアサイトも利用率が高いことがわかった（指標 2.2）。

医療従事者による CA の活動フォローアップ実施数と、DRSP、SDSP、及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の件数は表 3-6 のとおりである。11 月～3 月までは雨期のため遠隔地へのアクセス道路が水没し、フォローアップの実施も限定されるため、その期間は実施せず、基本的に乾期に実施している（指標 2.3、指標 2.4）。

表 3-6 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（指標 2.3）及び DRSP、SDSP、及びコミュニティが行った協働活動のフォローアップ実施数（指標 2.4）

年	月	指標 2.3	指標 2.4
2008	2 月	0	2
	3 月	1	0
	4 月	2	0
	5 月	0	1
	6 月	1	1
	7 月	0	1
	8 月	0	0
	9 月	1	0
	10 月	1	0
	11 月	0	0
	12 月	0	0
	2009	1 月	0
2 月		0	0
3 月		0	0
4 月		0	1
5 月		0	0
6 月		1	0
7 月		0	0
8 月		1	0
9 月		0	1
総計	総計	8	7

CA による活動の質については、2008 年の 5 月と 7 月に実施したプロジェクトによる評価の結果を比較すると<sup>12</sup>、表 3-7 にあるように改善がみられる（指標 2.5）。この期間中、プロジェクトは UNICEF とともに、フォローアップ（スーパービジョン）を実施している。

<sup>12</sup> データが得られたのは、この 2008 年 5 月と 7 月のみ。



表 3-7 CA による活動の質の向上（指標 2.5）

<知識の向上>

項目	May 2008	July 2008
危険な兆候とリスクに関する知識	90.6%	99.3%
呼吸器疾患に関する知識	85%	100%
下痢症に関する知識	93%	100%
発熱に関する知識	93%	96%
栄養に関する知識	87.5%	100%

<患者ケアの質の向上>

項目	May 2008	July 2008
正確な体重測定	93%	100%
呼吸器疾患の判断・治療	93%	97%
下痢疾患の判断・治療	97%	100%
発熱疾患の判断・治療	100%	100%
危険な兆候の判断	98.5%	100%
薬剤の正確な投与	93%	96%

<薬剤についての知識・患者への説明の質が向上>

項目	May 2008	July 2008
薬剤名・1回の投与量・回数・期間の説明	90.3%	100%
子どもへの薬剤投与方法について母に確認する	74%	100%
薬剤の投与方法の実演	81%	100%

プロジェクトは多くの協働活動を、マジュンガ I 郡及びマジュンガ II 郡のコミュニティとともに実施し、成果を上げている。マジュンガ I 郡では、地域との共同のための啓発活動の会議（2009 年 6 月、79 名が参加）、母子保健祭り（2009 年 6 月に 1 CSB、2009 年 7 月に 2 CSB、2009 年 10 月に 1 CSB）、マジュンガ I 郡保健局・CME・CSB と保健委員会メンバーの会議（2009 年 8 月）、アクションプラン会議（2009 年 9 月、3 地区）等の協働活動が実施され、地域における MCH に関する問題のシェア、母子健康手帳のトライアル実施の方向づけ等、多くの結果をもたらした。マジュンガ II 郡では、CA 選抜の協働実施、コミュニティ IMCI へのかかわりを通じ、コミュニティとの良好な関係を構築した（指標 2.6）。

人間的ケアに関する啓発活動は 2008 年に 6 回、2009 年に 5 回、15 カ所で実施された。参加者数は 1,800 人を超える（指標 2.7）。詳細は表 3-8 のとおり。

表 3-8 人間的ケアに関する啓発活動を実施した村 (Fokontany) の数 (指標 2.7)

時 期	郡	場 所	参加者数 (概数)	参加 C/P 数
2008 年				
4 月 21 日	Mahajanga I	Amborovy	150	20
	Mahajanga I	City hall	200	2
4 月 22 日	Mahajanga II	Betsako	100	15
	Mahajanga I	City hall	150	2
4 月 24 日	Marovoay	Ankazomborona CSB 内	70	15
	Marovoay	Ankazomborona マーケット	100	15
	Mahajanga I	市役所	70	2
10 月 20 日	Mahajanga I	Tsararano	100	20
10 月 21 日	Mahajanga II	Boanamary	80	20
10 月 23 日	Marovoay	Ambaramanga	200	20
2009 年				
4 月 20 日	Mahajanga II	Belobaka	90	20
4 月 21 日	Ambato-boeni	Ankinjabe	100	20
4 月 23 日	Marovoay	Marovoay	90	20
10 月 26 日	Mahajanga I	Mahabibo	50	14
10 月 29 日	Mahajanga II	Bekobay	250	12

自宅分娩の登録は、GTZ が 2007 年末まで行ったプロジェクトのなかで開始されていた。しかし、登録システムが不完全であったため、本プロジェクトでは母子健康手帳のトライアル配布により把握することとなった。しかしながら、評価時点でトライアルは開始されて間がなかったため、評価調査時点では自宅分娩登録数は確認されていない (指標 2.8)。

以上の各指標の実績データから、成果 2 はおおむね達成されたと判断される。

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。

指 標
3.1 スーパービジョン時に策定された提言や計画の数
3.2 緊急産科・新生児ケア (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence : SONU) 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
3.3 SONU 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
3.4 URSR の活動時の会議録や報告書の数
3.5 SBA の業務規範
3.6 人間的ケアに対する環境が明らかに改善される

マジュンガ I 郡及びマジュンガ II 郡のスーパービジョン時に策定された提言や計画の数は表 3-9 が示すとおり、多数にのぼる。このほか、2009 年 8 月の Mitsinjo 郡及び Soalala 郡のスーパービジョン時にも研修計画が策定され、その計画は Marovoary 郡及び Ambato-boeny 郡にも適用された（指標 3.1）。

表 3-9 マジュンガ I 郡及びマジュンガ II 郡のスーパービジョン時に策定された提言・計画の数（指標 3.1）

時 期	郡	医療施設数	提 言	計画数
2009 年 1～2 月	マジュンガ I 郡	6	研修に関する提言：4 地域との協働活動：5 CSB 改築：1 CME との協働活動：1	2 4 1 1
2008 年 12 月	マジュンガ II 郡	3	地域との協働活動：5 FANOME：8	5 2（研修/supervision）
2009 年 4 月	マジュンガ II 郡	13	SSME について：6 CSB 改築：3 研修に関する提言：11	2 2 3（PCIMEC/SENN/SH）
2009 年 9 月	マジュンガ II 郡	PCIMEC/SENN Site: 15	地域との協働について：4 スーパービジョンについて：5	4 3

SONU 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・システムに関しては、評価時点では、マジュンガ I 郡 Tsararano CSB でのモデルを策定中であった（指標 3.2、指標 3.3）。

URSR は活動が評価時点で停止中のため、会議録や報告書数といった指標はゼロである（指標 3.4）。他方、SBA の業務規範については、その作成は評価時点で未着手である（指標 3.5）。これらの実施には、TBA を含むコミュニティ住民の理解を得て、協働していくことが不可欠であるが、そのためのコミュニティの保健関連啓発活動予算（他のパートナー機関による）の支出が遅れているため、評価時点では停止した状態になっている。ただし、SBA の業務規範については、助産師協会の全国会合において人間的ケアの考えが紹介され、注目を引いたという情報を評価調査団は得ており、これが規範作成の準備段階になるとも考えられる。

人間的ケアに対する環境改善については、CME での 5S（整理、整頓、清掃、清潔、しつけ）/総合品質管理（5S（Sort, Set, Shine, Standardize, Sustain）/Total Quality Management：TQM）導入による環境改善、CME での女性及び家族のプライバシーを守る設備の導入、マジュンガ I 郡及び II 郡での CSB の改修等、数々の改善点が見られた（指標 3.6）。

以上、指標 3.1～3.6 までの実績データによれば、成果 3 の達成は限定的である。

### 3-4 プロジェクト目標の達成状況

プロジェクト目標：マジンガ州ブエニ県の住民に対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<sup>13</sup>。

指 標
1. ブエニ県パイロット地区において、出産・出生における人間的ケアの実施率が増加
2. 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
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

プロジェクトは指標 1、2、3、5 のデータを取得するため、2007 年 6 月から 12 月にかけてベースライン調査を、2009 年 9 月から 10 月にかけてエンドライン調査を実施した。調査は医療従事者（助産師、看護師、医師等）を対象とした量的調査と医療施設において出産ケアサービスを利用した女性を対象とした量的調査からなる。結果概要は付属資料 10 のとおりである。

その結果、パイロット地区において、世界保健機関（World Health Organization : WHO）“Care in Normal Birth-a practical guide” の分類でカテゴリーA、つまり有用性があり実施が推奨される事項に分類されているケア、具体的には「分娩経過中の飲食」「分娩経過中の女性への情報提供と説明」「自分が望む人の分娩立ち会い」「産婦をリラックスさせるようなマッサージ」について、医療従事者、母子保健サービス提供者の必要性の理解が高まり（指標 5）、「自分が望む人の分娩立ち会い」「産婦をリラックスさせるようなマッサージ」といった出産・出生時における人間的ケアの実施率は増加していることがわかった（指標 1）。

また、WHO のカテゴリーB、有害または無効であり実施すべきでない事項に分類されているケア、具体的には「砕石位による出産」「分娩第 2 期における持続的ないきみ」「子宮内清掃」については否定的というように母子保健サービス提供者の理解が進み（指標 5）、「砕石位による出産」「分娩第 2 期における持続的ないきみ」「子宮内清掃」の実施は減り、正常分娩への不必要な医療介入が減少している（指標 2）。

さらに、WHO のカテゴリーD、しばしば不適切に実施される医療介入に分類されているケア、具体的には「毎時間の内診」「会陰切開」については否定的というように医療従事者の理解が進み（指標 5）、「毎時間の内診」の実施は減り正常分娩への不必要な医療介入が減少した（指標 2）。また、「オキシトシンの投与」は WHO のカテゴリーD に分類されており、その実施も減少した。指標 3 は、出産での医薬品適正利用率の増加であるが、本調査では適正利用率の増加ではなく、不適正利用率の減少、具体的には分娩経過中のオキシトシンの投与が減少したことが確認できたことをもって、適正利用率が増加したものと評価した。これは、適正利用率のデータ取得が困難であったことによるものである。

<sup>13</sup> プロジェクト目標において、「ブエニ県の住民」とはブエニ県全県の住民を意味するのではなく、プロジェクトのパイロット地区であるマジンガ I 郡及びマジンガ II 郡のみを指す。これはマダガスカル側、日本側の両者によって合意されており、指標もそれを反映して設定されている。

このように、根拠に基づいた妊娠出産ケアについての母子保健サービス提供者の知識は全般的に向上し、実践も伴っていることから、母子保健サービス提供者の能力は向上していると評価される（指標 5）。

指標 4 の母子保健サービス利用者の満足度については、同じく出産ケアサービスを利用した女性を対象とした量的調査のベースライン調査とエンドライン調査の結果比較により、分析された。比較分析は CME と CSB の 2 者に分けて実施され、医療従事者との関係性に関する事項と医療サービスに対する感想に分けて、結果がまとめられた。

CSB においては、医療従事者の関係性に関する事項についてネガティブな意見数は 23% から 9% と有意に減少している。医療サービスに対する感想については、もともとベースライン時点での満足度が高く、エンドライン時点での有意な変化はなかった。これらにより、CSB における母子保健サービス利用者の満足度は向上したと評価される。

他方、CME においては、医療従事者の関係性に関する事項についてネガティブな意見数は 10% から 37% に有意に増加している。医療サービスに対する感想については、CSB と同様に、もともとベースライン時点での満足度が高く、エンドライン時点での有意な変化はなかった。これらのことから、CME においては、母子保健サービス利用者の満足度は低下した、とも評価され得る。CME 利用者の満足度が低下した理由については現時点でまだ分析中であるが<sup>14</sup>、利用者のインタビューによれば、CME の支払いシステムについて利用者が十分理解をしていないこと等が CME の出産に関する不満を招いたと推察される<sup>15</sup>。ただし、医療サービスに対する感想の結果を見ると、CME においても、「今回の出産で、医療的ケアに満足したか」に対し「はい」が 100%、「今回の出産で、満足のいく世話を受けたと思うか」に対し「はい」が 94%、「次のお産でも、同じ施設を利用したいと思うか」に対し「はい」が 83% となっており、満足度のレベルとしては高い水準となっている<sup>16</sup>。

プロジェクトは、指標 6、つまり、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、という指標について確認するため、医療施設での unmet obstetric need 調査を実施した<sup>17</sup>。プロジェクトでは、病院での貧困者の金銭負担が軽減されれば、経済的バリアが軽減され、結果としてこれまで適切に受療することができなかつた重症者の病院利用が増える、という考えから、経済的バリアの低減に向けて、CHUM にある「貧困者対策基金（Equity Fund : EF）」の再活性化を検討していたが、プロジェクト実施中にマダガスカル国家保健政策として「第三者支払いシステム（STP）」<sup>18</sup>を導入することが決定され、プロジェクトはその導入と実施に対する支援を行い、

<sup>14</sup> CME 利用者に対しては質的調査（インタビュー）も実施しており、本報告書作成時にはその結果の分析が完了していない。

<sup>15</sup> 利用者のインタビューでは、CME での出産費用に関する不満や一部のスタッフの態度への不満が聞かれ、それらが CME への不満の原因となった可能性がある。

<sup>16</sup> ちなみに、両施設の年間経産分娩数は CME が約 450、CSB は 2,000 以上となっている。

<sup>17</sup> 産科領域の重症者の同定と定量は、De Brouwere らによって提唱された unmet obstetric need の手法を用いた。本指標は、複数の開発途上国において、帝王切開などの医療介入を実施しなければ母体死亡に至る重篤な合併症（前置胎盤、常位胎盤早期剥離、子宮破裂、また児頭骨盤不均衡・横位・肩甲位など子宮破裂を惹起する合併症、以下これらを総称して絶対的母体適応（Absolute maternal indications : AMIs）とする）を発症する妊産婦の割合は約 1.1~1.3% であるという観察結果に基づいている。地域全体で何らかの合併症を発症した妊産婦を全数把握することは非常に困難であるが、医療施設で医療介入を受けることができた女性をとらえることは比較的容易である。Unmet Obstetric Need は、地域の妊産婦数、及び重篤な合併症を発症する妊産婦数（全妊産婦の 1.1~1.3%）を推定し、そこから医療施設で介入を受けることができた女性の数を差し引くことで、逆にそれぞれの地域において医療介入を受けることができなかった妊産婦の数、つまり Unmet Obstetric Need を推定する。

<sup>18</sup> 2008 年 5 月、MOH により、マジュンガ大学病院ほか、特定地域の公立医療施設に導入された医療費無料化システム。妊娠・出産にかかわる疾病及び合併症、生後 6 カ月までの小児疾患に対する費用が政府により負担される。実質的に医療費が無料になることにより、不必要な医療介入の増加が懸念されたが、プロジェクトは CME において、根拠に基づいて必要な場合のみ帝王切開を実施するよう活動することは可能との判断で、支援を進めた。

直接に EF への支援を行うことは中止した。unmet obstetric need 調査は、STP 導入の前後における、絶対的母体適応による帝王切開率の推移を検討することによって、プロジェクトが支援した政策が妊産婦死亡削減に与える影響を検討することを目的として実施された<sup>19</sup>。その結果、STP 導入によって、都市部に限定されたものではあるが、ブエニ県において、ある程度の妊産婦死亡削減効果が確認された。これにより、都市部に限定された効果ではあるが、STP による導入後、ブエニ県における絶対的母体適応による帝王切開率は増加したものと推測される（指標 6）。

評価調査団は指標 1 から指標 6 までの実績を検証し、そのほとんどが達成されていると判断した。したがって、プロジェクト目標は、2010 年 1 月の終了までにはほぼ達成されると見込まれる。

### 3-5 上位目標の達成見込み

上位目標：マダガスカルの子保健分野の保健政策及びプログラムが強化される。

指 標
プロジェクト成果が、マダガスカルの特に母子保健分野の保健政策及びプログラムに反映される。

評価調査団は、保健省スタッフへのインタビューにより、同省が人間的ケアの概念を現在改訂中のリプロダクティブ・ヘルス政策に取り入れる意向があることを確認した。

一方、上位目標はプロジェクトの自立発展性が確保され、PDM 上の外部条件が満たされることを条件に、プロジェクト終了後数年以内に達成されることが想定されるべきものであるが<sup>20</sup>、そのためには、EBM や人間的ケアの概念を広範に普及させ、また更に政府に働きかける等、何らかのアクション、アプローチが必要となると思われる。

<sup>19</sup> ブエニ県における STP は 2008 年 5 月より稼働したため、調査では、2007 年 5 月より 2009 年 4 月までにブエニ県内で実施された帝王切開の全症例について、居住地・手術適応の確認を行い、県内各郡の帝王切開率、絶対的母体適応による帝王切開率、必要とされる絶対的母体適応に対する帝王切開率を 1.1~1.3%とした場合に適切に帝王切開を受けることができなかった絶対的母体適応症例数の比較を、STP 導入前後の各 1 年間で行った。調査対象期間中に帝王切開をブエニ県内で実施できる施設は 4 カ所であったため、それらを対象に調査を行った結果（帝王切開数は STP 導入前が 537 例、STP 導入後が 667 例）、STP 導入による妊産婦死亡の減少は、都市部であるマジュンガ I 郡では 20~21 名の減少、Marovoay 郡では 2~3 名の減少、Ambato Boeni 郡では 4~5 名の減少、マジュンガ II 郡での減少はなし、アクセスの悪い Mitsinjo 郡では 0 または 1 名増加、同じくアクセスの悪い Soalala 郡では 3 名の増加が予想された。Boeny 県全体では、23~24 名の死亡減少が予想された。

<sup>20</sup> 本プロジェクトの上位目標の達成指標自体が、政策面での自立発展性を確保するための条件になっており、プロジェクトの自立発展性が十分確保されれば、その時点で上位目標を達成したと解釈することが可能になってしまう。その意味では PDM 設計の適切性に問題があったといえる。

### 3-6 実施プロセス

評価調査団は、プロジェクトの実施プロセスがおおむね適切であったことを確認した。主要なポイントは次のとおりである。

- (1) 日本人専門家とマダガスカル側 C/P の間の関係は良好であり、コミュニケーションは頻繁かつ適正に行われた。
- (2) プロジェクトを通じて C/P の意識と積極性は向上し、プロジェクトのオーナーシップ確立に向け貢献した。
- (3) プロジェクトにおける技術移転のアプローチは適切であり、ほとんどの専門家及び C/P が満足している。特に「参加型アプローチ」として、プロジェクト活動のさまざまなレベルの意思決定プロセスにおいて、マダガスカル側が中心的な役割を担ったことは、日本側、マダガスカル側にとって有益かつ適切であった。また、ラボラトリー方式の体験学習が研修に取り入れられたことによって、マダガスカル C/P が自らの経験として人間的ケアを理解し、その結果、コミュニケーションや仕事の仕方が変化するという効果をもたらした。
- (4) PDM は、JICA 運営指導調査実施後の 2008 年 9 月に改訂された。改訂はプロジェクト・アプローチ法の確認及びパイロット地区見直しの必要性、MOH による新施策の導入に伴うものであり、これによりプロジェクト目標達成のための活動はより効率的となった。その過程では C/P が率先して改訂を進め、主体性を示した。
- (5) プロジェクトのモニタリングについては、プロジェクト側より定期進捗報告書が提出されたが、しばしば遅れを伴った。また、外部からのモニタリングとして、JCC が評価調査までに 2 回開催された（評価調査期間中に開催された 1 回を含めると 3 回になる）。

## 第4章 評価5項目による評価

評価調査団は、妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性の5項目の評価基準により、以下のようにプロジェクトを評価した。

### 4-1 妥当性

プロジェクトはマダガスカル政府の政策及び受益者のニーズに合致しており、また日本の対マダガスカル国別援助計画に沿ったものである。したがって、妥当性は高いといえる。

現行のマダガスカル政府の母子保健政策としては「Health Sector Development Plan 2007-2011」「Roadmap to Reduction of Maternal and Child Mortality」「National Policy of Child Health」があるが、これらはいずれも MCH の改善を課題としており、プロジェクトの上位目標「マダガスカルの母子保健分野の保健政策及びプログラムが強化される」は、これらと一致する。また、ミレニアム開発目標でも MMR、乳幼児死亡率の低下が目標として設定されており、プロジェクトはこれに整合する。

プロジェクト目標及び上位目標はまた、受益者であるブエニ県の住民や母子保健サービス関係者のニーズにも合致している。今回の調査において多くの C/P、CSB 職員、CA、パイロット地区住民のプロジェクト活動に対する満足度は高いことが確認された。プロジェクトでは EBM と人間的ケアの概念をコアとして設定し、それを受け入れた C/P がスタディ・グループを形成したが、同グループはプロジェクトの中心的役割を果たすまでに成長し、EBM と人間的ケアを強く推進することになった。したがって、EBM と人間的ケアの概念は、利用者の声に応じて母子保健サービスを改善しようとする提供者の意図に合致していたといえる。

本プロジェクトの事業事前評価表（2006年12月）の妥当性の評価では、「本プロジェクトは、第1次・第2次医療施設の医療従事者への卒業研修システムの構築により、根拠に基づいた母子保健サービスが住民に提供されることを目標としている。医師・助産師・助産に携わる看護師などの SBA による根拠に基づいた母性ケアを普及させることは、MMR を下げるための最も有効なアプローチの1つであることが国際的に認識されている。とりわけ MMR が 500 を超えており、病院などのインフラ整備が著しく遅れているマダガスカルにおいては、SBA の卒業教育による根拠に基づいた母子保健サービスの実践は現状に即した有効かつ適切なアプローチであると考えられる」と記載されているとおり、根拠に基づいた母性ケアの普及は MMR を下げるための有効なアプローチであり、また、ブエニ県では DRSP と医療施設の連携による地域保健計画策定に積極的であることから、本プロジェクトは妥当とされた。MMR 削減のために、緊急産科ケア（Emergency Obstetric Care : EmOC）や他のアプローチを採用することも選択肢としてはあり得るが、それらとの比較検討はされていないため、本プロジェクトのアプローチの優位性をその観点から述べることは困難であるものの、マダガスカルにおいて MMR が高い状況は評価時点でも同様であり、事前評価時点で述べられた EBM、人間的ケアの妥当性は、評価時点においてもあてはまるものであり、EBM、人間的ケアの概念に基づいてプロジェクトが実施した研修やコミュニティ活動は、ブエニ県の母子といった受益者ニーズに一致するものであって、ブエニ県の母子保健サービスの改善に大きく貢献するものであり、実際に評価結果で既に述べたようにその成果が上がっている。そのことから、評価調査団は本プロジェクトの妥当性は高いと判断しており、本プロジェクトが採用した人間的ケア・EBM の優位性も示されているものと考えている。



マダガスカルに対する日本の ODA 基本方針の 1 つとして、経済成長による貧困削減を側面支援する観点から、国民経済を担う人材形成への協力（教育、医療分野等）を掲げており、プロジェクトはこれに整合する。

また、人間的ケアの概念は特に日本で重視され発展してきたことから、日本は同概念の適用に関して優位性をもつ。具体的には、日本の助産院で行われている人間的ケアの経験を踏まえ、かかるケアをマダガスカルに移転するために、専門家を派遣するとともに、日本の助産院を受入機関として国別研修を行ったことで、人間的ケアとは何かということを実体験をもって、マダガスカルの C/P に伝えることができた。また、同じく日本の技術プロジェクトであるブラジル「家族計画・母子保健プロジェクト」（1996 年 4 月 1 日～2001 年 3 月 31 日）の経験を生かし、ブラジルでの第三国研修でマダガスカルの C/P が人間的ケアを学ぶことができた。1990 年代より継続して日本がマダガスカル保健セクターに協力をしてきた実績、更にブラジルのプロジェクトや仏語圏アフリカ母子保健の地域別研修と合わせ、さまざまな取り組みをうまくつなぎ合わせることで本プロジェクトは成果を上げており、その点からも本プロジェクト実施の適切さが示されている。

#### 4-2 有効性

プロジェクトの有効性は相当程度高いと判断される。3-4 で示したとおりプロジェクト目標は終了時点でほぼ達成できると見込まれ、3 つのプロジェクト成果は目標達成のために貢献した。以下に、特にプロジェクト目標達成を促進した要因を挙げる。

- ・ 日本人専門家とマダガスカル側 C/P による頻繁かつ適切なコミュニケーションにより、円滑に活動が実施された。
- ・ プロジェクトの早い段階から、中央レベルの MOH を巻き込んで実施したことが、プロジェクトの取り組みの定着と発展につながった。
- ・ C/P の本邦研修及び第三国研修は有用であり、研修を受けたスタッフの知識・技能は帰国後に他のスタッフにも移転され、活動に大きく貢献した。とりわけ、日本やブラジルにおける人間的ケアの現場、つまり妊産婦に寄り添うケアを実体験することによって、さまざまな驚き、感動、発見があり、それを振り返り、現場の助産師や他の参加者と話し合いを行うことで、マダガスカル C/P の意識が変わり、出産現場における行動が変容した<sup>21</sup>。これは人間的ケアというアプローチ特有の有効性とも認められ、人間的ケアのアプローチの他のアプローチに対する優位性とも評価される。
- ・ 3-3 ほかで述べたように、スタディ・グループの存在はプロジェクトにおいて極めて重要であった。当初は専門家の呼びかけによって開始された勉強会であったが、ブエニ県保健・家族計画局、マジュンガ I 郡及びマジュンガ II 郡 SDSP、CME のスタッフ約 20 人が自発的にメンバーとなって定期的に会合を開き、特定のテーマや活動について学習やディスカッションを重ねている。プロジェクトの活動についても、スタディ・グループの場で方向づけられることがある。
- ・ 同じく 3-3 に記したマンドレシーグループ（トレーナーのグループ）は、人間的ケアの

<sup>21</sup> マダガスカル主要 C/P の声について、2009 年 10～11 月に質的調査が実施された。その結果においても、C/P が人間的ケアについて、概念だけではなく自分の体験として気づき、自分の言葉で理解し、CME において実践され変化が生じていることが明らかになっている。

概念を普及させるアクションプランを実行した。同グループは人間的ケアと EBM についての研修カリキュラムの主要部分を作成することによって、プロジェクト成果とプロジェクト目標の達成に貢献した。ブラジルでの第三国研修参加者が、この研修カリキュラムのトレーナーとなった。

一方、円滑なプロジェクト実施の阻害要因となったのが、2009 年 3 月の政変以降の不安定な政情である。これにより生じた短期専門家派遣の延期や中止、マダガスカル側スタッフの士気低下、MOH 主要ポスト人事の度重なる変更等は、プロジェクトの運営を一部妨げる要因となった。

#### 4-3 効率性

以下に記すように、プロジェクトは十分効率的であったと評価される。

##### (1) 投入の適正度

プロジェクトに従事した日本人長期専門家の数は総計 5 名と少数であるが<sup>22</sup>、精力的に技術移転に努めた結果、C/P の大半が高い満足度を示している。15 名を超える短期専門家も、プロジェクトの成果達成に貢献したといえる。

日本側によるプロジェクト供与機材の大半は適正に設置され、有効に活用されている。

本邦研修または第三国研修に参加したマダガスカル側スタッフは 45 名にのぼる（3-1 参照）。研修はほぼ計画どおりに実施され、研修参加者の大半は研修内容に満足し、帰国後に研修成果を積極的にほかのスタッフへ移転している。しかしながら、研修前のオリエンテーションが十分でなかったケースや、研修参加者の経験が帰国後に十分にシェアされていないケースも若干ながらあった。

プロジェクトを遂行するうえで C/P の能力は十分に高く、人員配置は適正であったといえる。

##### (2) 成果の達成度

成果の達成状況は 3-3 に述べたとおりであり、すべてが達成されてはいないが、プロジェクト目標の達成に貢献する程度に十分高い達成度といえる。一方、PDM には明記されていない諸活動（母子健康手帳の試験的導入や「母親学級」の定期的開催等）も成果の達成に貢献した。母親学級においては、C/P で作成した自発的な母親への啓発の歌（通称、ママ・ソング、簡単な歌詞を用い、楽しく自然な出産を迎えようという内容で、呼吸法も教える内容）も取り入れられ、妊産婦がリラックスして出産に臨む準備をするのに役立つものになっていた。

#### 4-4 インパクト

上位目標達成の見込みについては 3-5 に記したが、そのほかにもプロジェクトによる正のインパクトが認められた。

---

<sup>22</sup> チーフアドバイザーは、プロジェクト期間を通じて同一の専門家が務めた。母子保健、研修・業務調整の長期専門家はそれぞれ期間中交代が 1 回あり、各 2 名が担当した。

- MOH による「SONU」の研修プログラムに、根拠に基づいた産科ケアの考え方が導入され、27 の研修モジュールの 1 つとして「人間的な出産ケア」が策定された。
- プロジェクトにおける EBM と人間的ケアの取り組みは 国際ワークショップ<sup>23</sup>で報告され、関心を集めた。
- プロジェクトによる EBM と人間的ケアの研修により、C/P のトレーナーとしての意識の好ましい変化があった。広範な視点から地域における MCH の状況を考えるようになり、また、研修実施の際には、研修生の「参加」を促す態度を取るようになった。

他方、プロジェクトの負のインパクトはほとんど認められなかったが、CME において研修を受けたスタッフと研修を受けていないスタッフとの間に、人間的ケアに対する考え、態度にギャップが生じているとの指摘が、C/P よりあった。

#### 4-5 自立発展性

プロジェクト効果の継続性を阻害し得る要因が存在するため、プロジェクトの自立発展性は、評価時点では必ずしも十分に確保されているとはいえない。政府による政策面でのサポート、及び活動の資金源が、自立発展性を確保するためには必要である。

##### (1) 政策面

前述(4-4)のとおり、EBM と人間的ケアの概念は、既に国家保健研修プログラムに一部組み入れられている。また、今回の調査で、MOH は、改訂中の国家リプロダクティブ・ヘルス政策に、人間的ケアを導入する意向があることを確認した。しかしながら、国家の保健政策が人間的ケアの概念を正式に採用することは、評価地点ではまだ実現しておらず、今後の MOH の作業を見極める必要がある。

##### (2) 技術面

施術移転が適正に実施された結果、プロジェクト終了後も、C/P は EBM と人間的ケアに関する研修を独力で実施するだけの能力を身につけている。実際に、研修モジュールの開発と改善は C/P によって行われた。

また、人間的ケアはマジュンガ大学医学部のカリキュラムに取り入れられており、また人間的ケアの概念は、全国に 6 校ある IFIRP で紹介されている。これらは技術的な自立発展性に寄与するものである。

##### (3) 組織・制度面

これまで述べたとおり、プロジェクト内で形成された「スタディ・グループ」は、活動の計画、実施、評価にあたり中心的な役割を果たしてきた。同グループは県、あるいは病院内で公的に承認された組織ではないものの、C/P はプロジェクト終了後も継続して機能させていくための検討を始めているが、実際に機能していくかどうかは、今後の動きを見る必要が

<sup>23</sup> 仏語圏アフリカ諸国を対象とする母子保健プログラムの一環として、2009 年に開催された「継続ケアの視点からみた妊産婦・新生児保健国際ワークショップ」。

ある。

CME の研修部は、小規模ではあるが<sup>24</sup>、プロジェクトにおいて他の部署、機関と協力して卒後研修を実施するのに際し不可欠な存在であった。プロジェクト終了後の研修部の役割と機能は、必ずしも明確ではなく、スタディ・グループの今後の動きと併せて、研修を担う機関がどのようになるか今後見ていく必要がある。

#### (4) 財政面

プロジェクトの自立発展性全般を確保するうえで最も重要な要因となるのが、財政面での自立発展性であると思われる。プロジェクトで研修を実施する際には、研修生やトレーナーの日当・宿泊費や交通費を負担してきた経緯があり、プロジェクト終了後に同様の研修活動やその他の活動を継続するには、新たな資金源を確保する必要がある。C/P は、今後の活動のため、既に UNICEF の予算を確保するなど、財政面での進展がみられるが、継続的な実施のための予算確保は課題である。上記(1)に述べたように、政策面で正式に人間的ケアの概念が採用されれば、その普及のための予算が確保できることは期待される。また、人間的ケアの普及に必要な予算は、主に研修経費であり、財政的には必ずしも多額でないところ、マダガスカル側が、既にプロジェクトで育ったトレーナーと研修の知見を生かして、入手可能な予算内で活動を続ける余地はあると考えられ、資金源の確保と併せて、係る努力が求められる。

---

<sup>24</sup> 職員は医師 1 名、助産師 1 名、秘書 1 名の 3 名。

## 第5章 結 論

評価調査団は、プロジェクトの実地調査、関係者との意見交換及び団内での討議を重ねた結果、以下の結論に達した。

### 5-1 プロジェクトの達成度

プロジェクト目標の達成指標は適切な実績を示していることから、目標は2010年の終了時までにはほぼ達成されると見込まれる。一部の活動については評価時点で十分に実施されていないが、マダガスカル側C/Pはこれらの活動についても実施するよう努力を継続するとの意思を示しており、一定の成果を上げるものと期待される。

### 5-2 5項目による評価

5項目の評価基準によれば、プロジェクトの「妥当性」「有効性」「効率性」は高く確保されている。

インパクトについては、プロジェクト終了数年後に上位目標達成が見込めるかどうかは自立発展性に依存しているため判断し難いが、プロジェクトの正のインパクトは幾つか観察された。

自立発展性については、政策面ではある程度確保され、技術面では相当程度に高く確保されている。他方、組織・制度面での自立発展性が高いかどうかは今後の動きを見定める必要があり、財政面での自立発展性は評価時点では確保されておらず、引き続きマダガスカル側の努力が必要である。

## 第6章 提言と教訓

### 6-1 提言

これまでの評価結果を踏まえて、評価調査団として、プロジェクトに対して、以下のとおり提言する。提言内容は、項目として、プロジェクト一般、病院における活動、コミュニティにおける活動、MOHのコミットメントについて、分けて記載する。

#### (1) プロジェクト一般についての提言

##### 1) スタディ・グループ

「スタディ・グループ」は、本プロジェクトの研修管理を含めたプロジェクト活動を実施する主要でユニークなグループとして有効に機能してきている。したがって、「スタディ・グループ」が担ってきた機能と活動はプロジェクト終了後も継続されるべきであり、行うべきアクションを明らかにすべきである。既に、「スタディ・グループ」の機能と活動を継続するための協議は始められているが、マダガスカル側は、プロジェクト終了前までに、現在「スタディ・グループ」が担っている関係者間の調整機能を継続させるために、適切な方法、関係機関の調整、関係機関・関係者の合意を検討すべきである。

##### 2) 研修の手続き等の知見

プロジェクトは、研修にかかる手続き、予算管理、トレーナーの選定、研修受講者の選定などの研修の計画を含む手続きを示し、それによって、マダガスカル側が研修を自立的な方法、あるいは他のパートナーからの資金を得て継続できるようにすべきである。また、この関連で、MOHは、研修を、持続的または更に拡大するためにどのような調整が必要であるかを検討し、CME研修部を含む研修に関連する機関の役割と活動を明らかにすべきである。

プロジェクトにおいて実施された助産師など母子保健サービス提供者向けの根拠に基づいた人間的ケア研修においては、現場のニーズ、優先順位を踏まえて、研修準備をすることが本プロジェクトでは重視された。プロジェクトが策定した研修モジュールの1つとして、ラボラトリー方式の体験学習が含まれているが、C/Pが人間的ケアを自らの経験として理解するのに貢献しており、それ以外の研修モジュールの理解の土台を形成するものとなっている。今後の展開では、人間的ケアの先進的な取り組みが実施されている地域への視察も必要である。これらを含めて、プロジェクトの研修の経験を活用することが重要である。

##### 3) 本邦研修と第三国研修

多くのC/Pが本邦研修やブラジルなどの第三国研修を受講しており、各研修参加者とその経験はマダガスカルC/Pにとって貴重な資産であるため、CMEやCSBの他の職員にも参加者の経験をシェアすることができる。マダガスカル側は、さまざまな研修受講者の対象グループに対して、自立的な方法、あるいは他のパートナーからの資金を得て、ブエニ県、将来的にはマダガスカル以外の県において、研修を継続、維持、拡大するために、人間的ケアやEBMのためのTOTの準備を検討すべきである。

##### 4) 広報資料

プロジェクトは、プロジェクト終了までに、プロジェクトの活動、研修のコンセプトや

戦略、母親学級やママ・ソングを含めた活動の広報のための資料を準備すべきである。それらは、プロジェクト成果や実績を効果的に説明するとともに、プロジェクト終了後のスケールアップのために必要である。

プロジェクトは既にプロジェクト紹介パンフレットを和文で作成しているが、それを仏語訳、更に英訳、マダガスカル語訳して、広報を進めることができる。また、母親学級やそのなかでC/Pがつくったママ・ソングは、プロジェクトの当初の活動に含まれていなかったが、プロジェクトのなかで導入されたもので、妊産婦が親しみをもって参加し、リラックスして出産に臨む準備をしていくのに役立つ内容になっている。既に母子保健祭りでC/Pが寸劇を通じて紹介し、地元住民から好評を博しているが、こうした取り組みの拡大も住民に根ざしていくために非常に効果的である。さらに、プロジェクトの成果を、保健医療分野の学会で発表していくことも、重要である。

## (2) 病院における活動についての提言

### 1) マジュンガ母子保健施設 (CME) の方向性

プロジェクトは、CMEが人間的ケアとEBMをCMEのビジョンと方向性のなかに明確に位置づけるよう提言すべきである。また、プロジェクトのスコープ外ではあるが、CHUMが人間的ケアとEBMをCHUM全体の組織としてのビジョンと方向性に含めることが提言される。CHUMは、実習を通じて、医学生や看護学生に人間的ケアとEBMを広める機能を果たすことができるからである。さらに、人間的ケアとEBMの導入は、CHUMだけの問題ではなく、あらゆる保健医療施設に拡大していくことが期待される。

## (3) コミュニティにおける活動についての提言

### 1) コミュニティ活動

プロジェクトは、プロジェクト終了までに、CAの動機づけの努力を含むコミュニティ活動の成功事例を共有すべきである。それにより、コミュニティ活動がプロジェクト終了後も自立的な方法で継続できるようになる。また、マダガスカル側は、コミュニティ活動の教訓を明らかにし、将来の活動に生かすべきである。

### 2) コミュニティのアクターや伝統的なアクター

TBAなどの伝統的なアクターはコミュニティ・レベル、特に地方におけるMCHにおいて重要な役割を果たしており、MOHも伝統的なアクターの組織との連携可能性の重要性を認識している。プロジェクトは、既にプロジェクトのコミュニティ活動で進められてきたCSBとコミュニティの主要アクターであるTBA、CA、村長、伝統的リーダー、宗教的リーダー、伝統的治療師などとCSBとの連携を更に進める方法を検討すべきである。

## (4) 保健・家族計画省 (MOH) の活動についての提言

### 1) 国家保健政策

MOHは、国家リプロダクティブ・ヘルス政策を改訂し人間的ケアとEBMを含める作業を始めているところであるが、MOHはMCHの改善のため、係る改訂作業を完成させるべきである。特に、プロジェクトで進められたコンセプトや戦略について、MOHが公認し、人間的ケアとEBMをブエニ県だけでなく、マダガスカルの他の県に広めるべきである。

## 2) 医学・助産教育

人間的ケアはマジュンガの医学教育、助産教育では既に導入され、MOH は人間的ケアの概念を全マダガスカルの助産教育に含めている。MOH は、関係機関と調整して、医学教育、助産教育における人間的ケアの教育内容を更に発展させるべきである。

## 6-2 教訓

評価結果を受けて、他のプロジェクト向けに、本プロジェクトから導き出される教訓について、評価調査団として、以下のとおり示す。

- (1) 本プロジェクトは、よく準備されたコミュニティ活動、特に CA の指名を含め、村長と CSB の密接な連携により活動を進めることが、成功の鍵となることを示した。コミュニティで中心となるアクターとの調整など十分な準備を行うことが、コミュニティ活動では重要である。
- (2) 本プロジェクトは、日本やブラジルにおいて出産における人間的ケアについてよく準備された研修が、マダガスカルにおいて人間的ケアを実現するために必要なスキルや姿勢を身につけるのに大いに役立ち、更にマダガスカルで主要トレーナーとして人間的ケアの研修を行っていくのに大きく貢献したことを示した。研修については、適切な場所で適切な内容でよく準備して行うことで、プロジェクトの成果発現に大きく役立つものになる。
- (3) 本プロジェクトは、C/P が自らの努力でつくってきた組織メカニズムは、公的に認められた組織でなくても、十分にプロジェクト活動を実施するアクターとしてよく機能し得ることを、「スタディ・グループ」の事例で示した。組織の形態が公的なものでなくても、自発的な組織形成により、効果的かつ現実的な実施体制を構築することは可能である。
- (4) 本プロジェクトは、ラボラトリーメソッドの活用が、人間的ケアについてマダガスカル C/P が自らの経験として理解し、テーラーメイドの効果的な研修活動を準備していくのに大きく貢献したことを示した。ラボラトリーメソッドの活用は、広く検討されるべきものである。
- (5) 本プロジェクトは、UNICEF との連携が、コミュニティ IMCI や SENN の事例にあるように、コミュニティの効果的な保健活動に貢献したことを示した。国際機関との連携は、プロジェクトの成功に貢献し得る。



## 第7章 評価総括

### 7-1 団長総括

マダガスカル「母子保健サービス改善プロジェクト」では、無償資金協力で整備した CME を核として、「EBM」「人間的ケア」の概念を導入し、日本での実践経験を活用し、地域や保健施設における母子保健サービスの改善に取り組んできた。母子保健サービスにおける EBM や「人間的なケア」は、例えば、出産においては、一人ひとりの女性の状態を把握し、科学的な根拠を用いながら、状況に応じて必要なケアや医療行為を行っていくことと理解されるが、そのためには相手に対する理解が根源となる。こうした理解や寄り添う姿勢は、医療従事者側が自ら変わることでしか実現できないため、まずは、医療従事者自身が意識や行動変容を求められることとなった。

本プロジェクトの C/P に変容をもたらした大きな要因は、本邦研修やブラジルでの研修であったといえよう。3年間という協力期間内に、50人ほどの研修が実施されたことは、1つのプロジェクトの枠組み内では、かなりの規模であったといえることができるが、限られた期間内で、関係者が同じ概念を共有し、同じ方向性をもつに至ったことは、この集中的な研修の効果が大きかったと認められる。また、保健省と DRSP、CME の関係者が同じ研修に参加することで、立場や職責を越え、同じ目標をもって相互の理解を深めるきっかけになったことも特筆できる。

今回の調査において、調査結果の共有を行うとともに、今後に向けた課題検討と実施すべき事項についてグループディスカッションを通じて明らかにすることができたのは貴重な機会となった。参加者は保健省、ブエニ県 DRSP、各郡 SDSP、CME と多様であったが、どの参加者も自由にかつ平等に発言することができ、問題解決のために何をなすべきか積極的に議論される建設的な場であった。参加型ワークショップの実践がごく自然に行われるのを目の当たりにし、プロジェクトで醸成された対話による協働が根づいていることが確認されたのみならず、C/P らの問題解決能力の高さをうかがい知ることができた。現在、公的な位置づけをもたない「スタディ・グループ」がプロジェクト期間中に組織され関係者間の調整が行われているが、評価調査団が問題提起した組織的な自立発展性については、中央省庁からの公的な文書による認証の必要など、具体的な検討が省関係者も交えて行えたことは大変有益であった。

プロジェクトサイトへの視察では、悪路を体験することとなり、雨期にあつては、更に保健施設や保健サービスから隔離されてしまう人々の辛苦が想像された。アクセスに問題のある遠隔地では、正式な資格はもたないものの、TBA の存在を無視することはできず、保健省内でも、地域に根ざした TBA の役割を再評価していく方向にあることが省関係者との協議においても確認された。

プロジェクトで研修対象としている CA から話を聞く機会が得られたが、自分の村のために貢献したいという意欲をもち、研修で得られた「危険兆候」の知識を基に、子どもの異常を察して適切に処置できたケースや、TBA からの情報を基に妊婦を CSB にタイムリーにリファーできたケースなど、成功事例を聞くことができたのは大変心強いことであった。CA に対するコミュニティからのインセンティブ（コメの提供、農作業への労働力提供など）は村によりまちまちであったが、これらの「命を救った」成功事例を村人に知ってもらい、更に広く郡、県に認められることによって、CA の動機づけが高められることが期待される。

本プロジェクトでは、当初の PDM では想定していなかった活動が C/P の主体性により、新た

に開始されている例が幾つか確認され、活動の広がりや印象づけることとなった。例えば、母子健康手帳の開発・導入は、日本で開催された「母子手帳国際会議」への参加を通じて日本や他国の例から刺激を受けた C/P のなかから実施への提案がなされ、スタディ・グループでも後押しされたものであった。また「ママ・クラス（母親学級）」や「ママ・ソング」は、C/P の発案により定着した活動である。マダガスカルは、C/P は、確信をもって推進する活動については、自発的に改善や提案ができる資質を備えているといえよう。

今回調査で確認されたこととして、保健省が、「人間的ケア」を保健省の政策のなかに位置づけるべく、国家リプロダクティブ・ヘルス政策の見直しを検討していること、また、助産師・看護師等の卒前教育のなかで「人間的ケア」の概念を紹介し始めたことが確認できたことは今後の展開に向けた明るい材料であった。さらに医学部におけるカリキュラムへの導入、病院実習での実践も「人間的ケア」を普及するうえで大変重要であり、そのためにも、保健省が医学教育を所管する高等教育省らと調整し、導入に向けた具体策を講じることが求められる。

現在の政治状況のなか、開発パートナーの協力が慎重となることは否めず、平常の協力が実施できる環境が整備されることが望まれるが、プロジェクトの成果をブエニ県内、更に全国に拡大するうえでは、現状の保健省独自予算での実施は困難と見込まれ、開発パートナーの支援が期待されるが、各パートナーにとって説得力のある戦略、プロポーザルをいかに示せるかが重要であろう。

プロジェクトで導入されたアプローチを実践することにより、これまでなら危険を回避できなかった事例が1つでも多く救済され、より安全な出産や子どもの健康に貢献するよう、日本の経験が生かされていくことが期待される。

## 7-2 母子保健総括

母子保健分野は単一の疾病対策とは異なり、予防・診断・治療・リハビリのルートのみでは解決できないものが多い。特に妊娠・出産に関するところは、疾病としてではなく、人間の誕生という極めて人間の尊厳を問われるところであり、生命の誕生と同時にそこには妊婦や新生児の死も共存する場でもある。本プロジェクトは、妊産婦死亡という世界的な課題に効果的・効率的であることを根拠とした医療面からの介入を画一的に導入することではなく、一人ひとりの妊娠・出産の個別性に対して、根拠に基づく対応を、医療従事者がどのようにかわるか、を問うてきた。プロジェクトの C/P はそれを真摯に受け止め、さまざまな立場で実践をしてきたといえる。

今回の終了時評価を通じてのコメントは以下のとおり。

- ・ プロジェクトの構成：本プロジェクトは、保健省中央（母子保健局や副大臣レベル）から大学病院、DRSP、郡保健局、コミュニティまで、マダガスカルは MCH を政策レベルから実施レベルまでを十分にカバーしていた。また、プロジェクト活動やその考え方を各レベルの関係者が理解して保健省中央の政策に反映させる可能性をもっていた。
- ・ 研修とスタディ・グループ：2003 年から始まった JICA アフリカ仏語圏母子保健研修にマダガスカル側は毎年参加者を送り、一貫した研修を得ることができたことで本プロジェクトの方向性を形づくることができた。また、プロジェクト期間中に多くの C/P を日本やブラジルへ研修に送ったことが、スタディ・グループの形成を可能にし、次第にプロジェクト活動の問題解決・意思決定などプロジェクトの中核に成長した。

- プロジェクト活動の拡大：今回の終了時評価中に、ブエニ県 DRSP が本プロジェクトのパイロット地域以外でも、プロジェクト活動の研修を広げようとしていることが確認された。また、教育の面でも、人間的ケアはマジュンガ大学医学部の産婦人科学の講義のなかで、また、全国に6カ所あるパラメディカルスクールでも教えられるようになった。これらよりプロジェクト活動とその概念は確実にプロジェクト活動範囲を広げていることが確認できた。これらはC/P側の自主的なプロジェクト活動の拡大であり高く評価される。
- 地域における活動：コミュニティレベルにおける本プロジェクトの活動は、日本人専門家とC/Pが現場を回り、現状を把握し、どのように進めるかを、村人及び関係者とともに着実に進めてきた。これは日本人専門家を派遣して行う協力の原型であり、非常に地道な作業でもある。また、国際機関にありがちなトップダウンの活動計画と予算の配布、画一的トレーニング導入支援とは異なる。本プロジェクトではさまざまなパートナーが存在する地域においても、保健施設や関係者とともにコミュニティレベルにおける母子保健活動を調整し活性化できることを示したと思われる。
- スタディ・グループの継続性：プロジェクト終了後もスタディ・グループは存続して活動を続けていく可能性は大きい。終了時評価中に行われたJCCにおいて、マジュンガのスタディ・グループは、今後、活動をブエニ県のみならず、首都にある大学病院との交流や国全体へ広がり可能にする有力なグループになる可能性が示唆された。日本側として、このスタディ・グループの活動を定期的にフォローアップしてはどうだろうか。例えば、年に1~2回はスタディ・グループの会合への日本側からの出席、スタディ・グループの会合記録のJICAマダガスカル事務所やプロジェクト関係者への送付などプロジェクト終了後もスタディ・グループと関係性を保つことは、今後のマダガスカルに対するMCH対策を進めるうえで重要に鍵になると思われる。
- リプロダクティブ・ヘルス国家政策：マダガスカル保健省は2010年までにリプロダクティブ・ヘルス国家政策を改定する予定で、そのなかに人間的ケアの内容を加えたいと考えている。プロジェクトで培われた概念が国家保健政策に取り込まれることに対して日本側は前向きな支援を検討すべきだと思われる。
- プロジェクトの概念や活動をわかりやすく表現すること：本プロジェクトの中心的概念であった、EBMや人間的ケアを、今後より多くの人々に理解してもらうためには、わかりやすい表現で示す必要がある。現在、プロジェクトではそれらを説明する2009年7月作成の日本語冊子をもっているが、今後はマダガスカル語、仏語、英語などに翻訳し発信すべきものとする。また、プロジェクト活動における研修もその考え方や内容が第三者にわかるような形で残しておくべきであろう。
- 学術論文などの発信：本プロジェクトは学術論文や国際学会などの発表が可能な素材を多く含んでいる。これらをプロジェクトC/Pや日本人専門家が積極的に発信していくことが望ましい（JICAの活動は世界的にこれまで多くなされてきたが、論文として発表されてきたものは少ない。今後は、学術論文にも発表できるように、できればプロジェクト開始前から十分に研究デザインを検討することが必要であると思われる）。
- ラボラトリー方式の人間関係トレーニング：プロジェクトの研修のなかにラボラトリー方式の人間関係トレーニングは組み込まれており、C/Pにそのトレーニングは受け入れられてきた。その結果、プロジェクトのさまざまな場面において、対話や物事に対する姿勢が

ら、その成果が生かされていると思われる。プロジェクトが終了するにあたり、この人間関係トレーニングを今後どのように継続あるいは発展させるかをプロジェクト関係者で十分話しあっておく必要がある。