

グアテマラ共和国
ケツアルテナンゴ県、トトニカパン県、ソロラ県
母とこどもの健康プロジェクト
詳細計画策定調査・実施協議報告書

平成22年12月
(2010年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

人間
JR
10-55

グアテマラ共和国
ケツアルテナンゴ県、トトニカパン県、ソロラ県
母とこどもの健康プロジェクト
詳細計画策定調査・実施協議報告書

平成22年12月
(2010年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

序 文

グアテマラ共和国（以下、「グ」国と記す）の母子保健医療指数は、妊産婦死亡比 290（出生 10 万対、2005 年）、新生児死亡率 19（出生 1,000 対、2004 年）、乳児死亡率 31（出生 1,000 対、2005 年）、乳幼児死亡率 41（出生 1,000 対、2006 年）と依然高い傾向にあり、同国政府は特に地方村落部における保健医療サービスの拡充に注力しています。

JICA は、2005 年 10 月から 2009 年 9 月にかけて、同国西部のケツアルテナンゴ県内 6 市を対象とした「こどもの健康プロジェクト」を実施し、一次・二次保健施設における母子保健サービスの質の改善、及び三次病院を拠点とした保健医療従事者への継続教育の実施や症例検討会の定期化等に取り組み、保健医療施設での乳児受診や乳幼児健診の増加、地域の保健医療施設と病院の間のレファレル体制強化等の成果が確認されました。

今般、「グ」国政府の要請のもと、前述のプロジェクトの成果に基づき、対象地域をケツアルテナンゴ県を含む 3 県に拡大したプロジェクトを実施するため、2010 年 5～6 月にかけて詳細計画策定調査団を派遣しました。

本報告書は、調査期間中において保健省との協議や現場視察などを通じ、要請されたプロジェクト実施の妥当性の論証、技術協力プロジェクトの枠組み作り（PDM、PO、事業事前評価表）、並びにプロジェクトの実施体制の検討を行った結果、及びその後の実施協議の結果を取りまとめたものです。

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対し、深い謝意を表するとともに、プロジェクトの更なる発展に向けて引き続き一層のご支援をお願いする次第です。

平成 22 年 12 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
地 図
写 真
略語表

事業事前評価表

第1章 詳細計画策定調査の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団の構成	2
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	2
第2章 調査結果	4
2-1 調査結果概要	4
2-2 「グ」国保健セクターの概況	4
2-3 国家政策の動向	5
2-4 対象3県における妊産婦の健康とこどもの健康の現状	7
2-4-1 ケツアルテナンゴ県	8
2-4-2 トトニカパン県	8
2-4-3 ソロラ県	9
2-5 他援助機関の動向	9
2-6 プロジェクト基本計画	10
2-6-1 プロジェクト計画策定のプロセス	10
2-6-2 プロジェクト基本計画内容	10
2-6-3 プロジェクトの実施体制とプロセス	16
2-7 プロジェクト実施上の留意点	16
2-7-1 保健省中央の巻き込み	16
2-7-2 他援助機関との連携	17
2-7-3 広域看護プロジェクト及びJOCVとの連携	17
第3章 プロジェクト実施の妥当性（5項目評価）	18
3-1 妥当性	18
3-2 有効性	19
3-3 効率性	19
3-4 インパクト	20
3-5 自立発展性	20

第4章 団長所感及び技術団員（母子保健）報告	22
------------------------------	----

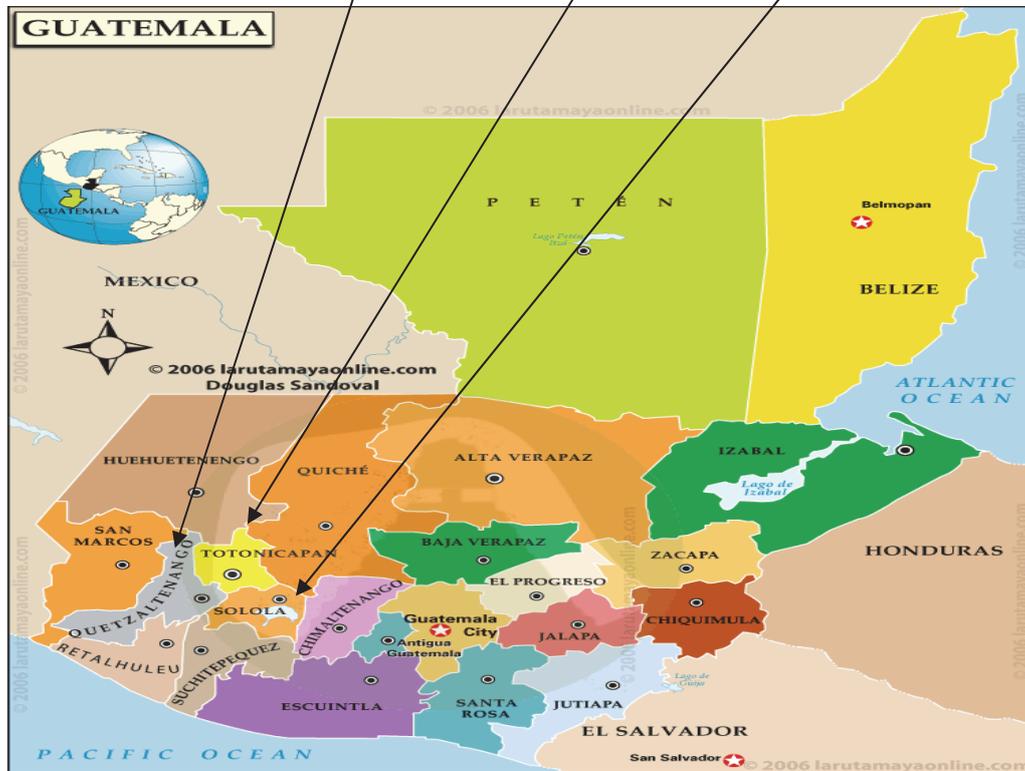
付属資料

1. 協議議事録	27
2. Project Design Matrix (PDM ver.0)	57
3. Plan of Operation (PO ver.0)	60
4. 調査日程表	62
5. ワークショップの概要	64
6. ワークショップの結果	66
7. 評価グリッド	69
8. 面談票	72
9. 討議議事録 (R/D)	94

地 図



ケツアルテナンゴ県 トトニカパン県、ソロラ県



写 真



ソロラ保健地域
サンパブロ・ラ・ラグーナ保健所外観



トトニカパン保健地域
サンタマリア・チキムラ・ヘルスポスト外観



ケツアルテナンゴ保健地域
カンテル保健所診察室



ケツアルテナンゴ保健地域
サンカルロス・シーハ保健所
「こうのとリクラブ」の集会所



ワークショップ



署名式

略 語 表

略語	西語/英語	日本語
BM/WB	Banco Mundial/World Bank	世界銀行
CAIMI	Centro de Atención Integral Materno Infantil	母子総合ケアセンター
CAP	Centro de Atención Permanente	24 時間診療センター
C/P	Counterpart	カウンターパート
CS	Centro de Salud	保健センター
HRO	Hospital Regional de Occidente	地域三次レファレル病院
IMR	Infant Mortality Rate	乳児死亡率
JCC	Joint Coordination Committee (Comité de Coordinación Conjunta : CCC)	合同調整委員会
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteer	青年海外協力隊
KOICA	Korea International Cooperation Agency	
MMR	Maternal Mortality Ratio	妊産婦死亡比
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala	グアテマラ保健省
PAHO	Pan American Health Organization	汎アメリカ地域保健機構
PCM	Project Cycle Management (Manejo de Ciclo del Proyecto : MCP)	プロジェクト・サイクル・マネジメント
PDM	Project Design Matrix (Matriz de Diseño del Proyecto : MDP)	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PO	Plan of Operations	活動計画表
PS	Puesto de Salud	保健ポスト
R/D	Record of Discussions	討議議事録
SBA	Skilled Birth Attendant	熟練助産者
SEGEPLAN	Secretaria de Planificación y Programación	経済企画庁
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
U5MR	Under 5 years old children Mortality Rate	5 歳未満児死亡率
USAID	US Agency for International Development	米国国際開発庁

事業事前評価表

<p>1. 案件名：グアテマラ共和国ケツアルテナンゴ県、トトニカパン県、ソロラ県母とこどもの健康プロジェクト (Project for Maternal and Child Health in Quetzaltenango, Totonicapan, and Solola in the Republic of Guatemala)</p>
<p>2. 協力概要</p> <p>(1) プロジェクト目標とアウトプットを中心とした概要の記述</p> <p>JICA は、2005 年 10 月から 2009 年 9 月において、ケツアルテナンゴ県内 6 市を対象地域とした「こどもの健康プロジェクト」を実施し、プロジェクト前半において、保健所や保健ポストにおける母子保健サービスの質の改善（妊産婦と母親への情報提供やワークショップの機会提供、乳幼児健診促進等）を図り、プロジェクトの後半には、一次・二次保健施設の枠組みから活動範囲を拡大し、三次病院を拠点とした保健医療従事者への継続教育の実施や症例検討会の定期化、母子記録簿を用いた低体重児のモニタリングとフォローアップを推進した。その結果、保健医療施設での乳児受診や乳幼児健診の増加、地域の保健医療施設と病院の間のレファレル体制強化等の成果が確認された。</p> <p>本プロジェクトにおいては、上記「こどもの健康プロジェクト」の成果に基づき、グアテマラ共和国（以下、「グ」国と記す）ケツアルテナンゴ県・トトニカパン県・ソロラ県の全市において、地域保健事務所の管理能力、出産施設における周産期ケア、第一次・第二次レベル保健施設における母子保健サービス、コミュニティにおける母子保健活動を強化し、また、これら活動の成果を保健省の母子保健政策に反映させることにより、「3 県の対象地区において女性（妊産婦と母親）及び 1 歳未満のこどもが適切な保健医療サービスを受ける」ことを目的としている。</p> <p>(2) 協力期間（予定） 2010 年 11 月～2014 年 11 月（49 カ月）</p> <p>(3) 協力総額（日本側） 3.8 億円</p> <p>(4) 協力相手先機関 保健省（Ministry of Public Health and Social Assistance）、ケツアルテナンゴ県・トトニカパン県・ソロラ県地域保健事務所（Health Area Direction）</p> <p>(5) 国内協力機関 なし</p> <p>(6) 裨益対象者及び規模など 3 県の保健医療従事者（約 6,000 人、TBA（Traditional Birth Attendants：伝統的産婆）2,219 人含む）、妊婦、乳幼児及び母親</p>
<p>3. 協力の必要性・位置づけ</p> <p>(1) 現状及び問題点 「グ」国は中米諸国の中で保健指標の改善が遅れ、妊産婦死亡比 290（出生 10 万対、2005</p>

年)、新生児死亡率 19 (出生 1,000 対、2004 年)、乳児死亡率 31 (出生 1,000 対、2005 年)、乳幼児死亡率 41 (出生 1,000 対、2006 年) などすべてにおいて、周辺国のエルサルバドル、ホンジュラス、ニカラグアよりも高い値を記録している (WHOSIS 2008)。この傾向は、36 年に及ぶ内戦の犠牲者や先住民族が多く居住する西部地域において顕著である。「グ」国保健省では、適切な知識・技能が不十分な TBA による分娩介助と施設分娩へのアクセスの悪さをこの原因の 1 つと捉え、「国家保健計画 2008-2012」の中で、地方村落部における保健医療サービスの拡充、特に施設分娩率を高める政策を打ち出した。同計画に基づき、各ディストリクト (複数自治体の集合体) に設置されている保健センターの CAP (Centro de Atención Permanente : 24 時間診療センター) 化や世銀の「母親とこどもの健康栄養プロジェクト」支援による CAIMI (Centro de Atención Integral Materno Infantil : 母子総合ケアセンター) の全国レベルでの新設、また 2009 年度以降地方村落部への医療従事者の配置を増加させている。

これらの保健医療施設において医療従事者が質の高い保健医療サービスを女性と乳児に対して提供することで、西部地域 (ケツアルテナンゴ県、トトニカパン県、ソロラ県) における妊産婦や乳児の健康を改善するべく、「グ」国から我が国に対して技術協力プロジェクトの要請がなされた。

TBA の知識・技能の不十分さを中心課題と捉えた場合、適切な研修・能力開発を行い、SBA (Skilled Birth Attendant) 化するアプローチが考えられるが、当該取り組みは KOICA (Korean International Cooperation Agency) が全国レベルでの研修を通じて行う予定になっている。このため、JICA では 2005 年 10 月から 2009 年 9 月まで実施した「こどもの健康プロジェクト」において確認された「乳幼児健診受診の重要性」や「保健医療施設間のレファレル体制強化の必要性」といった経験を踏まえ、「母とこどもの健康プロジェクト」においては、TBA を分娩介助者としてではなく、彼らがコミュニティ内の妊産婦の健康状態を日頃から把握し、危険な兆候があれば保健センター受診に付き添うなどの活動を通じて医療従事者と連携する、いわゆるヘルスプロモーター的役割を強化することで、レファレル体制の構築や施設分娩の促進を図る予定である。また、あわせて医療従事者に対する妊婦健診と乳幼児の総合ケアに関する研修を実施し、施設レベルでのケア能力の向上を図るとともに、それら活動を統括する地域保健事務所の母子保健サービスの管理能力強化を通じて、適切に保健施設やコミュニティレベルでの活動のモニタリングが行えるよう働きかけを行う。

(2) 相手国政府国家政策上の位置づけ

2008 年 1 月に発足したコロン政権の国家計画では、「連帯」「ガバナビリティ」「生産性」「外交」の 4 分野にわけ、それぞれ方針や優先項目を挙げているが、「連帯」の中で保健、栄養、教育の状況を改善することを挙げている。保健については、乳児と母親の死亡率を引き下げること、農村部及び都市部の疎外された層における保健状況の改善、特に母親とこどもに対する栄養の改善を挙げている。国家保健計画 (2008~2012) において、保健省の組織能力の強化、妊産婦死亡率・新生児死亡率の引き下げ、慢性栄養失調改善、保健人材開発等が優先課題に挙げられている。「グ」国における妊産婦・新生児・乳児の健康、栄養の改善、そのための人材育成は優先度が高い。

(3) 我が国援助政策との関連、JICA 国別事業実施計画上の位置づけ（プログラムにおける位置づけ）

我が国の対「グ」国 ODA の重点分野は「持続的経済開発」、開発課題は「環境管理」及び「地域間格差の是正」である。「地域間格差の是正」については、特に貧困層が集中している北西部への支援を「北部地域貧困削減」プログラム及び「西部高原地域農村生活改善」プログラムのもとで実施している。本プロジェクトは「西部高原地域農村生活改善」プログラムに位置づけられ、同プログラムが対象とする西部 3 県において保健分野での社会サービス向上をめざすものであり、重点課題である「地域間格差の是正」に貢献する。将来的には「持続可能な経済開発」にもつながり、我が国の対「グ」国援助方針に合致する。

4. 協力の枠組み

[主な項目]

(1) 協力の目標（アウトカム）

1) 協力終了時の達成目標（プロジェクト目標）と指標

対象 3 県において女性（妊産婦と母親）及び 1 歳未満のこどもが質の高い包括的保健医療サービスを受ける。

<指標・目標値>

- 0-1. 3 県における妊産婦死亡数が減少する。
- 0-2. 3 県における施設出産割合が上昇する。
- 0-3. 新生児及び乳児の死亡率がそれぞれ低下する。
- 0-4. 3 県の施設分娩における低体重出生児の数が低下する
- 0-5. サービス利用者の満足度が向上する。

※各指標の具体的な基準値及び目標値については、プロジェクト開始後のベースライン調査の結果により決定する。

2) 協力終了後に達成が期待される目標（上位目標）と指標

対象 3 県において女性（妊産婦）及び 5 歳未満のこどもの健康が改善される。

<指標・目標値>

- 0-0. 3 県における妊産婦死亡比、新生児死亡率、乳児死亡率及び 5 歳未満児死亡率がそれぞれ減少する。

3) 活動及びそのアウトプット（成果）

<活動>

- 0-0 こどもの健康プロジェクトのレビュー、ベースライン調査、指標の設定を行う。

アウトプット 1

各地域保健事務所の母子保健サービスの管理能力が強化される。

<指標・目標値>

- 1-1. 各種事業のモニタリングとスーパービジョンが実施される。（聞き取りを通じ、実践現場より地域保健事務所へのフィードバックが行われ、適切に記録される）
- 1-2. モニタリングとスーパービジョンのツールが作成、承認、利用される。
- 1-3. マニュアルが作成され承認される。

<活動>

- 1-1. 定期的に各地域保健事務所による保健施設のモニタリング・スーパービジョンを実施し、定期的に報告を行う。

- 1-2. 妊産婦/新生児/乳児死亡症例検討委員会を開催し、定期的に結果を分析し活動にフィードバックする。
- 1-3. 1-2 の活動を踏まえマニュアルを作成し承認する。

アウトプット 2

第三次レベルの医療サービスと連携して第二次レベルの出産施設（病院以外の出産施設、例えば CAP や CAIMI）における周産期ケア（特に出産時の対応）が改善される。

<指標・目標値>

- 2-1. 二次レベルの出産施設での出産数が増加する。
- 2-2. 医療従事者が研修を受講する。
- 2-3. 周産期ケアの規準・プロトコルを適切に適用できる医療従事者の割合が増える。
（プロジェクトで作成するチェックリスト等により評価）
- 2-4. プロジェクトで作成したチェックリストを用いた地域保健事務所によるモニタリングの結果において、評価が向上した出産ケアの割合が増える。

<活動>

- 2-1. 保健省の出産ガイドラインに準じて出産の対応に必要な基礎医療・研修インフラを向上させる。
- 2-2. 周産期と分娩をケアする保健医療従事者に対する周産期ケア研修を実施する。
- 2-3. 病院へのレファレル体制を強化する。

アウトプット 3

第三次レベルの医療サービスと連携して第一次、第二次レベルにおける保健施設の母子保健サービスが強化される。

<指標・目標値>

- 3-1. 母子保健サービスに関する規準・プロトコルを適切に適用できる保健医療従事者の割合が向上する。（チェックリスト等により評価）
- 3-2. 産前健診（妊娠 1 期¹及び妊娠中）の受診率が増加する。
- 3-3. 産後健診の受診率が増加する。
- 3-4. 乳幼児健診の受診率が増加する。

<活動>

- 3-1. 第一次・第二次レベルの保健施設のスタッフに対する質の高い妊婦健診と乳幼児の総合的ケアを実施するための研修を強化する。
- 3-2. 産後のフォローアップを強化する。
- 3-3. 低体重児のフォローアップを強化する。

アウトプット 4

母子保健に関するコミュニティ活動が強化される。

<指標・目標値>

- 4-1. 母子保健啓発活動に参加する女性グループ数が増加する。
- 4-2. ボランティアヘルスワーカー/TBA が研修を受け、受講者が研修内容を実践する。
- 4-3. 研修を受け地域保健事務所に登録された TBA の数が増加する。

¹ 妊娠月数の第一月から第四月までを指す。妊娠初期ともいう。

<活動>

- 4-1. コミュニティで公衆衛生に携わる人材（TBA、地域ヘルスワーカー等）に対し、地域保健事務所や第二次レベル保健施設が、妊産婦支援や乳幼児の健康維持、危険兆候とその対応、保健教育手法等を主な内容とした研修カリキュラムを作成し、研修を実施する。
- 4-2. 第一次・第二次レベルの保健施設で行われる各種サービス（妊婦体操や健康教育、妊婦健診など）への TBA の参加を促進する。
- 4-3. 地域住民に対する母子保健啓発活動のための研修を実施する。（より多くのアクターを巻き込む）
- 4-4. 第一次・第二次レベルの保健施設が行う妊婦の栄養指導と「母乳栄養促進（nutrición óptima）」活動を支援する。
- 4-5. 家族・コミュニティの救急搬送計画を強化して母子（妊産婦・新生児・乳幼児）を早急に輸送する体制を強化する。
- 4-6. 関係コミュニティと伝 TBA が妊産婦/新生児/乳児死亡症例検討委員会へ情報提供を行う。

アウトプット5

プロジェクト活動の成果が保健省の母子保健政策実施のための戦略に貢献する。

<指標・目標値>

- 5-1. 保健省中央での会議など他県への活動共有の機会や、ドナー会合などにおいて、プロジェクトの成果を発表し、プロジェクト成果について、発表参加者から肯定的に評価される。
- 5-2. 中央レベルと地域保健事務所の技術委員会を通して保健省から認可を受けたマニュアルを、他保健地域や他ドナーに対し配布し、その内容について肯定的に評価される。

<活動>

- 5-1. 保健省中央での会議など、他県への活動共有の機会に参画する。
- 5-2. ドナー会合など、母子保健に関わる情報共有の機会に参画する。
- 5-3. プロジェクトの成果の普及促進のために中央レベルのセミナーを開催する。
- 5-4. 中央レベルによる地域保健事務所に対する定期的なモニタリングとスーパービジョンを行う。

※プロジェクト目標から成果にいたる指標の基準値・目標値については、プロジェクト開始後6月程度経過しベースライン調査が終了した時点で、その結果に基づき設定することとする。

(2) 投入（インプット）

1) 日本側（総額約 3.8 億円）

・長期専門家の派遣

（チーフアドバイザー/地域保健は、プロジェクトのリーダー的役割を果たす。具体的にはプロジェクト活動・成果の保健省へのフィードバックや、プロジェクト活動では地域保健事務所の管理能力向上に関する活動を行い、周産期ケアに係る活動には母子保健専門家と協調して取り組む）

（母子保健は、特に第一次・第二次レベルの施設における産前・産後検診、乳幼児健診を含む母子保健サービス全般に関する技術的支援を行う。また、コミュニティ活

動については、母子保健の観点から健康教育専門家とともにあたる)

(業務調整/健康教育は、チーフアドバイザーらプロジェクト関係者の意見を確認しつつプロジェクト活動全体の調整を行う。また、コミュニティ活動について、母子保健専門家と協調してコミュニティレベルの活動を展開する)

- ・短期専門家の派遣 (他必要に応じ)
- ・機材供与 (車両、基本医療機材等必要に応じ)
- ・研修員受入れ: 本邦研修、第三国研修
- ・在外事業強化費 (現地コンサルタント、研修実施、教材作成等を含む)

2) 「グ」国側

- ・カウンターパートの配置
- ・プロジェクト事務所スペースの提供
- ・プロジェクト事務所維持経費等
- ・ローカルコスト

(3) 外部要因 (満たされるべき外部条件)

- ・対象保健地域における保健計画が変更されない。
- ・深刻な災害・感染症が発生しない。
- ・対象世帯の家計が著しく悪化しない。
- ・保健サービスのスタッフが安定している。
- ・プロジェクトで研修を受けた人材が母子保健の向上のためにプロジェクトに関与し続ける。

5. 評価 5 項目による評価結果

(1) 妥当性

本プロジェクトの妥当性は次の理由から高いと判断される。

- ・「グ」国の妊産婦死亡比は低下傾向にあるものの、2005年に全国平均で出生10万当たり42.68と依然として高く、特に本プロジェクトの対象地域であるソロラ県、トトニカパン県では、それぞれ165.43、126.93と、「グ」国の平均と比較しても深刻である。同国の乳児死亡率も、2008/09年度に出生1,000人当たり30と、高い水準にある。
- ・同国国家保健計画(2008~2012)では、妊産婦死亡・新生児死亡引下げ、栄養失調改善、保健セクターにおける人材開発等が優先課題として挙げられている。
- ・我が国の対「グ」国ODAの重点分野は「持続的経済開発」、開発課題は「環境管理」及び「地域間格差の是正」である。本プロジェクトは「地域間格差の是正」のもとで実施されている「西部高原地域農村生活改善」プログラムに位置づけられ、保健分野での社会サービス向上をめざすものであり、重点課題である「地域間格差の是正」に貢献する。将来的には「持続可能な経済開発」にもつながり、我が国の対「グ」国援助方針に合致する。
- ・プロジェクトのデザインは、保健省中央、地域保健事務所、保健施設、コミュニティを巻き込み、母親と子どもの健康に総合的に取り組むデザインになっており、関係者の役割に適応した計画になっている。
- ・対象3県とも、地域保健事務所のイニシアティブによりカスケード研修の仕組みができてきていること、活動の核となる24時間対応の出産施設が各県ともほぼ各ディストリクト(いくつかの自治体をまとめた保健地域内の管理区)に設置されていることから、3県の全市を対象とすることには妥当性があり、地域保健事務所を中心として保健地域内で

活動を展開できるものと判断される。

(2) 有効性

本案件は、有効性は高いと見込める。

- ・プロジェクト目標である「女性と1歳未満のこどもが質の高い包括的保健医療サービスを受ける」を実現するためには、国・地方レベルの保健行政機関、保健医療施設、コミュニティにおいて公衆衛生に係る人材（TBA、ヘルスボランティア）という各レベルにおけるサービス提供者とサービスの受け手であるコミュニティの人々が協働して取り組むことが重要である。プロジェクトの計画では、地域保健事務所（アウトプット1）、第一次・第二次レベルの保健施設（アウトプット2、3）、コミュニティのTBA、ボランティアやサービスの受け手である住民それぞれに対する研修・啓発活動（アウトプット4）が計画され、さらに、保健省中央による地域保健事務所のモニタリングも組み込み、プロジェクト終了後に活動の成果を制度化していくことを計画している（アウトプット5）。
- ・プロジェクト目標の指標は適切に設定されている。サービス利用者から見た満足度を表すもの（指標の0-5）、サービス提供の向上の結果実現される施設出産の割合（0-2）、保健医療サービスの総合的な向上によって達成される妊産婦死亡数（0-1）、新生児・乳児死亡率（0-3）、低体重児の割合（0-4）が総合的に組み込まれている。これらの指標は、プロジェクトでベースライン調査の結果により設定するもの（0-5）以外は、既存の統計の中に組み込まれており、入手可能なものである。

(3) 効率性

本プロジェクトは以下の理由から効率性は高いと見込める。

- ・各アウトプットとも、研修、フォローアップ、教材の作成、モニタリング・レファレル等システムの構築等、一連のプロセスに沿った活動が検討されており、これらの活動により十分なアウトプットの発現が期待できる。
- ・限られた投入でアウトプットの発現を見込めるプロジェクトデザインになっている。地域保健事務所では、すでにカスケード方式で保健医療従事者やTBAの研修を行っており、この既存のシステムを活用することで、効率的に人材育成が行えると考えられる。ただし、カスケード方式による研修の中で、研修の成果を確実に伝達していくための工夫、例えば、研修後のフォローアップの仕組みや継続研修の仕組み等を検討することが必要である。また、プロジェクト開始当初から保健省中央の関与を組み込むことで、保健省の政策と整合性ある活動が行える。
- ・JICAでは、中米・カリブ地域で広域協力として、看護基礎・継続教育強化プロジェクトを実施しており、同プロジェクトによりケツアルテナンゴ県、トトニカパン県にはプロダクティブヘルス地方委員会が発足している。同委員会と連携し、同プロジェクトで育成した人材を活用し、情報交換を行うことで、効率的な活動を行うことが期待される。また、ケツアルテナンゴ県では、栄養士等、保健衛生分野のJOCVを引き続き派遣する予定であり、他2県へも同分野のJOCVを今後派遣予定であるため、保健施設やコミュニティにおける活動などでJOCVと連携することで、効率性を高めることも可能である。

(4) インパクト

本プロジェクトによって以下のインパクトが発現することが期待できる。

- ・上位目標である「女性と5歳未満のこどもの健康の改善」は、プロジェクト目標である「質の高い包括的保健医療サービス」が達成されれば、達成することが可能である。ただし、プロジェクトで導入した活動を継続し、関係機関のみで質の高い保健医療サービスを維持すること、また健康に影響を及ぼすような深刻な災害・感染症が発生しないことが条件である。
- ・プラスの影響として、保健省中央をプロジェクトに関与させ、他県に対する成果共有のための活動を計画していることで、他県にもプロジェクトの成果が普及することが期待される。
- ・マイナスの影響として、施設分娩を推進することで TBA からの不満が出ることが考えられる。しかしながら、TBA に対する啓発活動を適切に行うことで、TBA との良好な協力関係を構築できるものと考えられる。

(5) 自立発展性

以下の理由から、本プロジェクトの自立発展性は高い。

- ・本プロジェクトでは、県地域保健事務所をはじめ関係機関の人材育成及び組織強化に取り組む予定であり、プロジェクト期間中から先方関係機関のオーナーシップを高める工夫をすることで効果の継続性を期待できる。
- ・政策面では、妊産婦死亡と新生児・乳児の死亡、及びこどもの栄養失調について、国家保健計画（2008～2012）で優先課題として取り上げられていることから、母親とこどもの健康を重視する政策がとられているといえる。本プロジェクトの取り組み・成果を保健省と積極的に共有していくことで、同国保健計画の実現可能性を高めることが期待でき、政策の維持に貢献できる。
- ・技術面では、「こどもの健康プロジェクト」で育成したケツァルテナンゴ県の保健医療人材は、プロジェクトで学んだことを引き続き実施しており、適切な技術移転が行われれば、継続的に活動を継続していく潜在能力と意思があるものと考えられる。また、当初から保健省中央の巻き込みを図り、保健省との緊密な連携のもとプロジェクトを実施していく計画であり、保健省の規準と整合した教材・マニュアルを作成し、保健省の認可を得られれば、これに基づいた活動が継続的に行われていく見込みは高い。
- ・財政面の自立発展性は現時点では必ずしも高くない。プロジェクトの活動や作成物が保健省から認可されることで、保健省や地域保健事務所の通常活動に組み込まれていけば、活動の継続やそれに伴う費用の予算化が可能になると考えられる。同時に、プロジェクトで作成する教材・マニュアル類は、「グ」国機関の費用負担で継続的に増刷が可能ないように、コンパクトで簡潔なものにする工夫なども有効であろう。

6. 貧困・ジェンダー・環境等への配慮

本プロジェクトは、貧困層の特に母親を対象としたものであり、貧困・ジェンダーに負の影響は予想されない。環境に影響を与えるような活動も予定していない。

7. 過去の類似案件からの教訓の活用

「グ」国と中米近隣国で「中米カリブ地域看護基礎・継続教育強化プロジェクト」を実施しており、同プロジェクトでは「カスケード方式」を採用することで、限られた研修機会を有効に活用し、研修受講者から職場の同僚らへの研修内容の伝達と、それを通じた職場全体での能力向上を図っている。本プロジェクトで対象とする看護師、准看護師らの研修についても、同方式の活用が可能と考えられる。また、同プロジェクトで育成されたファシリテーターが委員となってリプロダクティブヘルス委員会が発足しており、同委員会を既存体制として本プロジ

ェクトに取り込むことで、効果的な体制整備を迅速に行える利点がある。

8. 今後の評価計画

- ・ 中間レビュー （第2年次後半）
- ・ 終了時評価 （第4年次半ば）
- ・ 事後評価 協力終了3年後を目途に実施予定

第1章 詳細計画策定調査の概要

1-1 調査団派遣の経緯と目的

グアテマラ共和国（以下、「グ」国と記す）は中米諸国の中でも保健指標の改善が遅れ、妊産婦死亡比 290（出生 10 万対、2005 年）、新生児死亡率 19（出生 1,000 対、2004 年）、乳児死亡率 31（出生 1,000 対、2005 年）、乳幼児死亡率 41（出生 1,000 対、2006 年）などすべてにおいて、周辺国のエルサルバドル、ホンジュラス、ニカラグアよりも高い値を記録している（WHOSIS 2008）。「グ」国保健省は「地方分権化及び国家レベルでの保健体制の整備」を目標の 1 つとし、特に地方村落部における保健医療サービスの拡充に注力してきた。

「グ」国では都市部以外で住民が利用できる保健医療施設は、保健省管轄の保健所や保健ポストにほぼ限られているが、これらの施設におけるサービスの質は低い。住民は保健医療施設に対する不信感をもっており、何か健康上の問題がある場合には薬局の利用ですませることも多い。先住民族が多い地域では伝統的な保健活動や伝統的産婆（Traditional Birth Attendant : TBA）の活動も活発である。住民の基本的な保健知識や衛生観念の欠如が軽微な症状を悪化させる原因の 1 つとなっている。フェーズ 2 の対象地域となるケツアルテナンゴ県、トトニカパン県、ソロラ県では、住民の約 7 割がキチェ語、マム語、カクチケル語を使用する先住民族であり、その多くが貧困層に属している。

我が国は「グ」国保健省の要請に基づき、ケツアルテナンゴ県内 6 市を対象地域とした「こどもの健康プロジェクト」に、2005 年 10 月から 2009 年 9 月にかけて協力した。プロジェクト前半では、保健所や保健ポストにおける母子保健サービスの質の改善（妊産婦と母親への情報提供やワークショップの機会提供、乳幼児健診促進等）が図られた。プロジェクトの後半では、一次・二次保健施設の枠組みから活動範囲を拡大し、三次病院を拠点とした保健医療従事者への継続教育の実施や症例検討会の定期化、母子記録簿を用いた低体重児のモニタリングとフォローアップが推進された。その結果、保健医療施設での乳児受診や乳幼児健診の増加、地域の保健医療施設と病院の間のレファレル体制強化等の成果が確認された。また、中米・カリブ地域における広域案件「看護基礎・継続教育強化プロジェクト」（2007 年 8 月～2010 年 8 月）を通じて、「グ」国にリプロダクティブヘルス委員会が設置された。現在、看護教育の標準化に向けて、看護基礎教育カリキュラム作成のための活動が実施されている。看護師ファシリテーター養成研修を経て、産前健診等の研修内容を含む地方委員の養成研修が行われるなど、中央での人材育成が地方の実践に反映されつつある。

このようななか「グ」国保健省はケツアルテナンゴ県を含む拡大対象地域においてプロジェクトを実施するため、2008 年に我が国に対して協力を要請した。同要請に基づき、カウンターパートである保健省との協議や現場視察等を通じて、要請されたプロジェクト実施の妥当性の論証、技術協力プロジェクトの枠組み作り（PDM、PO、事業事前評価表）、並びにプロジェクトの実施体制の検討を行うための詳細計画策定調査を 2010 年 5～6 月に派遣した。

1-2 調査団の構成

担当分野	氏名	所属
団長	花田 恭	JICA 人間開発部 課題アドバイザー
母子保健	尾上 謙三	元 JICA こどもの健康プロジェクト専門家
評価分析	田中 恵理香	グローバルリンクマネジメント コンサルタント
協力計画	石田 祐子	人間開発部保健第二グループ保健第三課 ジュニア専門員

1-3 調査日程

付属資料4参照。

1-4 主要面談者

(1) 保健省

Dr. Pedro Rosales	Viceministro Tecnico
Dra. Silvia Palma	Viceministra Hospitales
Dra. Miriam Bethancourt	Coordinación de Programa de Salud Reproductiva
Dr. Julio Garcia Colindres	Epidemiólogo del Programa de Salud Reproductiva
Dra. Fryda Sandoval	Coordinación del Programa de Salud Integral de la Niñez
Dr. Ana Victoria Arreaza	Coordinator, International Cooperation
Dr. Jose Monzon	Cooperación Internacional
Ms. Angel Mario Aranja	Coordinator, International Cooperation
Dr. Cristina Maldonado	Coordinator, SIAS
Ms. Yolanda Gongora	PROEDUSA (Promocion de Educacion para la Salud), SIAS
Enf. Veronica	看護課長
Enf. Blanca	看護プロジェクトカウンターパート
Enf. Pineda	看護課

(2) ケツアルテナンゴ地域保健事務所

Diego Antonio Manrique	Director de Area
Alicia Diaz Gonzalez	Enfermera de Area
Juan Carlos Moir Rodas	Epideiologo de Area
Oliver Martinez Castillo	Desarrollo de Servicios
Mario Calderon	Ginecologo, Unidad de Salud Reproductiva
Brenda Queme	Facilitadora Saoud Reproductiva

(3) トトニカパン地域保健事務所

Dr. Victor Lopez	Director, Direccion, Area de Salud, Totonicapan
Dr. Mardoqueo Son	Gerente de Desarrollo

(4) ソロラ地域保健事務所

Dr. Constantino Sánchez	Director del Área
-------------------------	-------------------

Mariflor Castro M.	Enfermera de Area de Salud Solola
Dr. Jorge Noe Gonzáles Ovando	Cooperación Internacional
Dr. Licia Zamora	Encargada de Salud Reproductiva
Joel Urizar-Ergon	Asesor Programa Neonatal e Infantil
Dr. Jogli Juracan	Epidemiólogo del Área

(5) 経済企画庁 (Secretaría de Planificación y Programación : SEGEPLAN)

Lic. Julio Manrique Ramírez	Facilitador de Totonicapán y Quetzaltenango de Cooperación Internacional en A.A.A.
-----------------------------	--

(6) 米国内閣開発庁 (US Agency for International Development : USAID)

Dr. Baudilio Lopez	保健担当
Carolina Diez	保健教育担当
Lic.Ortado	栄養担当
Dr. Soloza	保健担当
Luigi Jaramillo	保健の質向上プロジェクト担当 (University Research Co., LLC)

(7) Korea International Cooperation Agency (KOICA)

Han-Deong CHO	Representante Residente
Luis A. Guzman	Asesor de Cooperacion

(8) 青年海外協力隊 (Japan Overseas Cooperation Volunteer : JOCV)

久野 佐智子	看護師	カンテル市シェカム村保健ポスト
酒井 晶子	栄養士	カホラ市保健所
齊藤 節子	看護師	コンセプション・チキリチャパ市保健所
菅野 千春	栄養士	オリンテペケ市保健所
桐谷 紗世	栄養士	サンマルティン・サカテペケス市保健所
平澤 亜矢子	看護師	サンファンデディオス西部地域病院

第2章 調査結果

2-1 調査結果概要

保健本省、3地域保健事務所、3保健地域内保健医療施設の視察、関係者ワークショップ(W/S)等を通じて、PDM案及びPO案を策定し、先方と協議議事録にて確認・合意を行った(プロジェクトデザイン概要は「2-6」のとおり)。プロジェクト討議議事録(Record of Discussions: R/D)の署名は2010年8月末までに行うことで先方と確認した。

プロジェクト目標は「対象3県における女性(妊産婦と母親)及び1歳未満のこどもが質の高い包括的保健医療サービスを受ける」とし、以下の5つの成果を掲げ取り組むことで合意した。

- ① 地域保健事務所の母子保健サービス管理能力強化
- ② 二次レベル出産施設における周産期ケアの改善
- ③ 一次、二次レベル保健施設の母子保健サービスの強化
- ④ 母子保健に関するコミュニティ活動の強化
- ⑤ プロジェクト成果の保健省母子保健政策実施への貢献

案件名称は「グアテマラ共和国ケツアルテナンゴ県、トトニカパン県、ソロラ県母とこどもの健康プロジェクト」に修正することで先方関係者と合意した²。

対象地域は、ケツアルテナンゴ、トトニカパン、ソロラ3保健地域内全域とした。これは今次調査で、すべての24時間診療センター(Centro de Atención Permanente: CAP)で分娩を行っていることが判明したため、すでに地域保健事務所が中心となり、カスケード方式で保健医療サービス従事者に対し研修等を実施しており、プロジェクトも同カスケード方式を活用することで、保健地域全域で活動を行うことが可能と判断した。

保健本省とは、案件開始当初より緊密なコミュニケーションを図ることが重要である点を先方と確認した。教材・マニュアル等の作成にあたっては、保健本省の参画のもと同省規準や既存のガイドライン・マニュアル類との整合性を測り、作成された教材・マニュアル類の認可を同省から得られるように働きかける。

JICA 広域看護プロジェクトで設立したリプロダクティブヘルス委員会の活用を行うことで保健省看護課の了解を得た。

JOCVとの連携については、保健センター・保健ポストの職員に対する研修やコミュニティに対する啓発活動をJOCV(栄養士、看護師)と協力して行うことなどを想定し、緩やかな連携に努める方針で進める。

2-2 「グ」国保健セクターの概況

「グ」国におけるリプロダクティブヘルス関連の主な保健指標の推移は以下のとおりである。

妊産婦死亡率は、2005年の全国平均で、出生10万件当たり42.7となっている(Planes Departamentales de Reducción de la Mortalidad Materna, Quetzaltenengo)。

² 当初「こどもの健康プロジェクトフェーズ2」として要請が提出されていたが、前フェーズ「こどもの健康プロジェクト」の実施の過程で、子どもの健康には母親(妊産婦)の健康が深い関わりをもつことが明らかになり、こどもと母親の健康にも取り組むことが有効と考え、上記プロジェクトとすることで先方と合意し、その旨協議議事録で確認した。

項目/年	1987年	1995年	2002年	2008/09年
合計特殊出生率	5.6	5.1	4.4	3.6
乳児死亡率（出生1,000人当たり）	73	51	39	30
施設分娩の割合（%）	29.2	34.8	41.4	51.3
避妊具使用の割合（%：15～49歳女性）	4.1	4.7	8.8	10

出所：Plan Nacional para la Reducción de Mortalidad Materna Neonatal y Mejoramiento de la Salud Reproductiva de la Población Guatemalteca 2010-2015

「グ」国には、22の県（departamento）レベル行政単位があるが、保健省³では全国を保健行政のための25の保健地域（Area de Salud）に分けている⁴。各保健地域には地域保健事務所（Dirección de Area de Salud）があり、保健地域内の保健行政を統括している。各県には市町村レベルの自治体（municipio）があり、各保健地域はいくつかの自治体をまとめディストリクト（district）としている。各ディストリクトに保健センター（Centro de Salud：CS）、自治体レベルに保健ポスト（Puesto de Salud：PS）が設置されており⁵、保健センター長の医師がディストリクトを統括する。保健ポストには医師は常駐していない。保健ポストが第一次レベル、保健センターが第二次レベルの保健医療施設で、第三次施設として病院がある。このほか、第一次レベルの保健施設として、NGOを通じ医師が訪問して医療ケアを行う“Centro de Convergencia”と呼ばれる施設もある。一次・二次レベルは地域保健事務所が監督し、病院は、病院長が人員・予算などを監督する。地域保健事務所は病院には関わらないが、患者を病院にリファーのため病院との連携は行っている。

保健地域（県）の計画は保健地域の優先項目にしたがって、保健地域ごとに策定する。保健地域によってシャーガス、オンコセルカなど、異なる優先項目に従ったプログラムが計画される場合がある。保健地域の予算については県が予算計画を作成、保健省に申請し、保健省が承認する⁶。

2-3 国家政策の動向

2008年1月に発足したコロン政権は、国家計画（Plan de Gobierno）として、「希望計画（Plan de Esperanza）」を発表した。同計画は、「連帯（solidaridad）」「ガバナビリティ（governabilidad）」「生産性（productividad）」「外交（regionalidad）」の4分野に分け、それぞれ方針や優先項目を記載している。「連帯」については社会開発と自治体の開発に分け、社会開発の項目の中で、保健、栄養、教育の状況を改善することを挙げている。保健については、乳児と母親の死亡率を引き下げること、農村部及び都市部の疎外された層における保健状況の改善、特に母親と子どもに対する栄養の改善を挙げている。

保健省における上位計画としては、「グアテマラ国民のための国家保健計画 2008-2012（Plan Nacional para la Salud de Todas y Todos los Guatemaltecos）」があり、優先課題として、以下を挙げ

³ 「グアテマラ共和国ケツアルテナンゴ県こどもの健康プロジェクト」では「厚生省」としていたが、本プロジェクトでは「保健省」とする。

⁴ 「こどもの健康プロジェクト」では、ケツアルテナンゴでは県と保健地域が一致していたため、Area de Saludを「県」、Dirección de Area de Saludを「県保健事務所」と呼んでいたが、今次調査で対象3県では県と保健地域が一致しているものの、先方機関から「保健地域」の呼称を使いたい旨、発言があったため、本プロジェクトではArea de Saludを「保健事務所」、Dirección de Area de Saludを「地域保健事務所」とする。ただし、地理的範囲を指す場合は、「県」を使う。

⁵ 現地調査で訪問した3県での聞き取りによれば、各自治体に1保健ポストと決まっているわけではなく、1自治体に複数の保健ポストがある場合などもある。

⁶ 保健省での聞き取りによる。なお、地域保健事務所は、保健省の出先機関という位置づけであるため、特に保健地域事務所に対する保健省本省を指す場合は、本報告書では「保健省中央」と表記する。

ている。

< 国家保健計画 2008-2012 : 優先課題 >

短期的優先課題

- ・保健省の組織能力の強化
- ・保健省のイニシアティブの強化
- ・保健情報システムの開発
- ・全国 125 の優先自治体におけるサービスネットワークの拡大
- ・妊産婦・新生児死亡率引き下げのための戦略
- ・慢性栄養失調改善のためのマルチセクターな戦略
- ・国内総生産に対する保健配分の割合の拡大推進（毎年 0.5%）

中長期的優先課題

- ・すべての人々に対する統合的保健サービスの提供
- ・保健人材開発における持続性の推進
- ・効果的な疫学コントロール・サーベイランスの推進
- ・環境プライマリーケアの推進
- ・施設・セクターレベルにおけるリスクマネジメント文化の醸成
- ・様々な保健機関における調和と調整の確保
- ・「グ」国全国民の生活水準改善に向けた保健におけるセクター横断的アクションの推進
- ・リソースの効率的管理の推進
- ・保健リソースの管理

また、戦略として以下の 9 点を挙げている。

< 国家保健計画 2008-2012 : 9 の戦略 >

1. 保健省のイニシアティブの強化
2. 保健ケアと統合的サービスの向上と拡大
3. 薬品のアクセス確保の推進、伝統的・代替薬品の使用の尊重
4. 保健分野における研究開発の推進
5. 保健人材の開発・管理
6. 生活の質向上に向けた水道水、環境衛生、廃棄物処理の規制・監督による環境衛生の向上
7. 連帯と社会公正プログラムに基づいた保健サービスのニーズへの対応
8. 保健分野における財政と支出の質の向上
9. 国益・セクター優先課題と国際協力のための調和と整合性

保健省では、「国家保健計画」に基づき、こどもの健康、リプロダクティブヘルスなどサブセクターごとのプログラムを策定し、プログラムを遂行するための具体的な計画（plan）を定めている。リプロダクティブヘルスに関しては、「妊産婦・新生児死亡低減とリプロダクティブヘルス向上のための国家計画（Plan Nacional para la Reducción de Mortalidad Materna Neonatal y Mejoramiento de la Salud Reproductiva de la Población Guatemalteca）2010-2015」がある。同計画では、戦略とし

て、①妊産婦と新生児に重点をおいたリプロダクティブヘルス・ケアに向けた保健省の組織強化、②第一次から第三次レベルのサービスネットワークのカバー範囲の拡大と質の向上、③水と衛生のサービスのカバー範囲と質の向上、④リプロダクティブヘルス、青少年、妊娠、分娩、妊産婦、新生児等のケアに関する人材の開発の4点を挙げている。こどもの健康については、生後0日から10歳のこどもを対象に「こどもの健康統合国家計画（Plan Nacional de Salud Integral de Niños）」を策定中で、現地調査での聞き取りによれば、大臣署名が完了すれば2010年8月頃発効の見込みということであった⁷。保健省の担当官によれば、同計画の主なポイントは、①保健省の体制の強化、②公共施設によるカバー範囲の拡大（設備の拡充、栄養の改善、新生児・乳児の医療管理、調査研究等を含む）、③水と衛生のサービスの質とカバー対象人口の拡大、④コミュニティも含めた医療施設の人員の教育とることである。また、本プロジェクトの対象である3県では、「妊産婦死亡県計画（Planes Departamentales de Reducción de la Mortalidad Materna）」が策定されている。

2-4 対象3県における妊産婦の健康とこどもの健康の現状

本プロジェクトでは、「グ」国西部高原地域のケツアルテナンゴ県、トトニカパン県、ソロラ県を対象とする。西部高原地域は同国の中でも、特に先住民人口が多く、貧困度の高い地域である。保健指標は、国内でも低くなっており、妊産婦死亡率は2005年の全国平均で出生10万件当たり42.7となっているところ、ソロラ県が165.43（全国で高いほうから3番目）、トトニカパン県が126.93となっている（同9番目）。ケツアルテナンゴ県は42.68と比較的良好（Planes Departamentales de Reducción de la Mortalidad Materna, Quetzaltenango）⁸。

対象3県とも、保健センターは24時間対応が可能な保健センター（CAP）となり、従来の保健センターより人員・施設とも拡充され、すべてのCAPで分娩の対応を行っている。各県とも保健事務所の主導により、看護師・准看護師らの研修を行っている。通常、核となる看護師を研修し、研修を受けた看護師がそれぞれのディストリクトで他のスタッフに研修を行うカスケード方式をとっている。また、各県とも、伝統的産婆（Traditional Birth Attendant：TBA。現地では“comadorona”と呼ばれる）による出産が多いが、TBAに対しては、地域保健事務所で登録し、IDを配布し、定期的に研修を行っており、TBAが医療システムの中に組み込まれている。例えば、リスクのある妊婦を保健センターに連れてくるようTBAに奨励し、分娩にあたっては医師とともにTBAが立ち合うようにするなどである。

以下に、対象3県の保健セクターの概況と妊産婦とこどもの健康に関する現状をまとめる⁹。現地調査では各県ともこどもの健康は重要課題であり、母体の健康がこどもの健康に及ぼす影響が大きいことから、母親とこどもの健康にともに取り組むことが重要との見解を示した。人材育成に関しては地域保健事務所の主導で行っているが、まだ十分でなく、特にCAPになって新たに雇用された人員の研修が必要であること、カスケード方式による研修は、多くの人材を研修できるシステムである一方、成果が十分に伝達できない場合があることなどが問題点として挙げられた。また、保健医療従事者の育成とともに、TBAの研修やコミュニティの啓発が必要であることなども指摘されている。さらに多くの施設で、危険兆候を的確に認識できないため、患者が医療施設

⁷ 現地調査中にドラフトを求めたが、入手できなかった。

⁸ 全国平均は42.7であるが、22県中19県で平均を上回る妊産婦死亡率となっている。多くの県で全体の人口が少なく、ひいては出生数（母数）が小さいため、妊産婦死亡率が大きく出ると考えられる。

⁹ 各県の地域保健事務所における聞き取り、提供された資料などをもとにまとめた。県ごとに入手できた資料に違いがあるため、入手できた情報は県によって異なる。聞き取りによる情報と資料による情報に齟齬がある場合は、資料による情報に基づき記載した。

に来るのが遅れるケースがあること、病院とのレファレルの仕組みが円滑に機能しておらず、特にリファー先の病院から適切な報告がないか、全く報告がない場合が多いという意見が出されていた。

2-4-1 ケツアルテナンゴ県

ケツアルテナンゴ県は国内で2番目に大きな県で、人口は約70万人である。先住民人口は60%でマン族とキチェ族が多い。県内に24の自治体があり、保健センターが21か所、保健ポストが56か所ある。第三次施設としては、県病院が1か所、県をまたいだ第三次施設としての地域病院（regional）が1か所と国立病院が1か所ある。

保健センターのうち、11か所が医師が24時間常駐するCAPとなっている。CAPになった保健センターでは人材も拡充され、医師、看護師、准看護師のほか、薬剤師、検査技師、教育担当者等が配置されているが、その多くは契約による雇用であり、十分な研修が行われていないことが問題になっている。CAPではすでに分娩も扱っているが、インフラはまだ整備中のところが多い。世銀の支援により、カブリカンの保健センターを母子総合保健センター（Centro de Atención Integral Materno Infantil : CAIMI）¹⁰にアップグレードする予定であるが、建設が遅れており、2010年に完成予定である。

ケツアルテナンゴ保健地域（県）の保健セクターにおける優先項目は、予防接種、母子保健、水と食品に起因する疾病、呼吸器疾病、肺結核、デング熱、HIV/AIDS/STI、狂犬病、食品安全等となっている。保健地域の課題は、地域保健事務所によれば、妊産婦死亡、結核、AIDS、慢性栄養不良、予防可能な感染症、暴力による障害・殺人等である。母子保健に関しては、若年妊娠、高齢出産、こどもの感染症などが深刻で、妊産婦死亡率等母子保健指標は減少（向上）傾向にあったが、最近再び増加している。これは疫学的調査が強化され、データの精度が上がっていることも影響しているということであった。

県内には、984人のTBAが登録されている。5年前は、施設分娩の割合は30%程度であったが、現在は44%と半分近くになっている。

JICAの「こどもの健康プロジェクト」は農村部の6つの自治体を対象に実施したが、地域保健事務所によれば、プロジェクトで導入した活動は現在も継続している。ただし、作成した教材は現在も使っているが、増刷の予算がなく、現在もプロジェクトで作成・配布したものを使用しているとのことであった。

2-4-2 トトニカパン県

県の人口は約461,000人。地域保健事務所によれば、98%が先住民で非識字率40%程度。保健地域（県）内に9のディストリクトがあり、病院が1、CAPが9、Puesto de Saludが24か所ある。CAPのうち1か所（モモステナンゴ）は、現在CAIMIになっている。ただし、まだ職員や機材はそろっておらず、稼働するのは2011年1月になる見込みである。

妊産婦死亡率は、2004年は192.5と高かったが、2005年は133、2006年は134となっている（Planes Departamentales de Reducción de la Mortalidad Materna, Quetzaltenango, Totonicapan）。2005年の妊産婦死亡件数は16件。内訳は、子癇が3件、敗血症が2件、出血が2件、胎盤遺

¹⁰ CAIMIの特徴は、産科専門医がいること、麻酔超音波などの機材があること、帝王切開ができることなどである。

残が 1 件、その他 8 件となっている。地域保健事務所によれば、県内に 1,235 名の TBA が登録されており、出産の 8 割程度は TBA によるものとなっている。新生児死亡率は出生 1,000 人当たり 6.8、乳児死亡率は 1,000 人当たり 28 となっている（2008 年。地域保健事務所提供資料による）。

同県は、「こどもの健康プロジェクト」の対象県ではなかったが、プロジェクト期間中にトトニカパン地域保健事務所からケツアルテナンゴに視察に行ったほか、広域看護プロジェクトとの関連として、県の看護師 1 名がリプロダクティブヘルス国家委員会のメンバーになっており、リプロダクティブヘルス国家委員会として他の県に経験を普及する活動も行っている。

2-4-3 ソロラ県

保健地域（県）の人口は約 30 万人。地域保健事務所によれば、先住民割合は 98% で、スペイン語を含め 4 言語が使われている。保健地域内には 19 の自治体、10 のディストリクトがある。保健センターはディストリクトに 1 か所ずつ、計 10 か所。保健ポストが 33 か所あり、24 時間対応の CAP は各ディストリクトに 1 か所。それに加え、市町村レベルにもあり、全部で 16 か所となっている。すべての CAP で分娩を扱っている。保健センターは基本的に各市町村にある。保健センターがない場合は、CAP か Centro de Convergencia がある。県内に CAIMI はない。

妊産婦死亡率は、2005 年が 174.8（16 件）で、2006 年は 10 件の妊産婦死亡が登録されている。2010 年に入って、5 月までに妊産婦死亡が 3 件あった。その理由は、胎盤が出てこないことによるものが 2 件、失血死が 1 件で、このほか妊産婦死亡の可能性を想定して死亡状況を確認しているケースが 2 件ある。地域保健事務所によれば、TBA が対応している出産は全体の 75% 程度である。

2-5 他援助機関の動向

「グ」国の保健セクターで活動している主な援助機関は、世銀、UNICEF、USAID、KOICA 等である。ここでは、現地調査中に訪問した USAID と KOICA の活動を中心にまとめる。

USAID では、保健省のシステムの強化及び妊産婦死亡・新生児死亡低下を含むヘルスサービスの質の向上の 2 つの分野に対する協力を行っている。システム強化に係るプロジェクトでは、保健省が ISO9000 の認証を取得できるよう支援している。財務、調達・ロジスティックス、計画の部門で業務分析を行い、保健システムの再構築、機能向上を図っており、2010 年 8 月末に外部監査を行い、ISO9000 を取得できるようにする見込みである。ヘルスサービスの質向上に係るプロジェクトは、妊産婦・新生児死亡の低下、こどもの健康と栄養の改善、質の高い行政システムの構築を目的とした支援を実施している。保健センター、保健ポスト、コミュニティの各レベルにおいて、サービスの質を向上するためのチームを結成し、サービスの質を向上させるための基準・指標を設定している。同プロジェクトはサンマルコス保健地域の 22 の保健施設から始まり、現在では 10 保健地域、17 病院、165 保健施設で実施されている。

KOICA では、保健分野で初めてとなるプロジェクトを 1 件実施している。チマルテナンゴ保健地域で、母親と新生児を対象として活動しており、パツン自治体の保健センターで分娩に関する

支援を行っているほか、病院を1件建設した¹¹。また、これまでに50人の看護師を研修し、国立看護学校（Escuela Nacional de Enfermeras）と協力して、教材を作成した。同プロジェクトはフェーズ2を予定しており、フェーズ2では研修のみ実施し、全国で400名の看護師と1,000名のTBAを研修する予定である。なお、治安への配慮から、現在ボランティア派遣は行っていないが、再開を検討しているとのことである。ボランティア派遣により、協力の持続性を高めるためのフォローアップを行いたい意向である。

世銀では、2006年から2011年の予定で、母親とこどもの健康栄養プロジェクトを実施している¹²。4年間の協力総額はUS\$4900になる見込み。協力内容は、母親と乳児の健康のためのレファレルネットワークの強化、こどもの栄養失調に向けた政策支援などである。うち、レファレルネットワーク強化の一環として、保健医療施設40件の強化を行っており、既存の保健センターをCAIMIにアップグレードするための施設の建設、資機材の供与等を行っている。

2-6 プロジェクト基本計画

2-6-1 プロジェクト計画策定のプロセス

今次調査では、中央保健省との協議・聞き取り、3地域保健事務所との協議・聞き取り、対象の3保健地域内にある病院、保健所、ヘルスポスト等保健医療施設の視察、関係者を対象にした参加型PCMワークショップ等を経て、PDM案とPO案を策定した。PDM案・PO案は、保健省との協議で合意され、協議議事録署名に至った。

PCMワークショップの1日目に参加者を保健省と3保健地域混合の3つのグループに分け、中心問題を抽出した。中心問題は「母親と幼児の死亡が多い」とし、これに沿って問題分析と目的分析を行った。その内容を踏まえ、調査団にて検討用PDM案のたたき台を用意し、2日目のワークショップで再び同じ参加者とPDM案を検討しながらPDMのフレームワークを策定していった。こうして策定したPDM案に基づきPOの原案を調査団で作成し、PDM案・PO案を保健省で検討し、合意したものである。PCMワークショップの概要は付属資料6のとおり。また、付属資料7に、問題分析と目的分析の詳細を示す。

2-6-2 プロジェクト基本計画内容

(1) プロジェクトの概要

プロジェクトの概要は以下のとおりである。PDM案（和文）については付属資料2、PO案（和文）については付属資料3を参照。正文である西語のPDM案・PO案については、付属資料1のM/Dを参照されたい。

プロジェクト名については、「こどもの健康プロジェクト（2005～2009）」実施中に要請書が提出されたことから、当初「こどもの健康プロジェクトフェーズ2」を想定していた。しかしながら、「こどもの健康プロジェクト」実施の過程で、こどもの健康には母親（妊産婦）の健康が深い関わりをもつことが明らかになり、こどもと母親の健康にともに取り組むことが有効と考えられたことから、プロジェクト名を「母とこどもの健康プロジェクト」とし、対象県名を明確に位置づけた。

¹¹ 同行したJICA事務所のナショナル・スタッフによると、半年前に建設が完了したが、まだ稼働していないとのこと。

¹² 当初今次調査で世銀を訪問する予定だったが、予定していた面会がキャンセルになったため、世銀の協力についてはホームページ等を参考にした。

プロジェクト名	グアテマラ共和国ケツアルテナンゴ県、トトニカパン県、ソロラ県母とこどもの健康プロジェクト
プロジェクト期間	2010～2014年（4年間）
協力相手先機関	保健省（MSPAS）、ケツアルテナンゴ地域保健事務所、トトニカパン地域保健事務所、ソロラ地域保健事務所
プロジェクト・ディレクター	保健省技術担当次官
プロジェクト・マネージャー	保健省病院担当次官
プロジェクト対象地域	ケツアルテナンゴ県、ソロラ県、トトニカパン県の全市
ターゲットグループ	3県の保健医療従事者、女性（妊婦、母親）、乳児（1歳未満）
プロジェクト目標	対象3県において女性（妊産婦と母親）及び1歳未満のこどもが質の高い包括的保健医療サービスを受ける。

（2）プロジェクトの枠組み

1）協力終了時の達成目標（プロジェクト目標）と指標・目標値

<p><プロジェクト目標></p> <p>対象3県において女性（妊産婦と母親）及び1歳未満のこどもが質の高い包括的保健医療サービスを受ける。</p>
<p><指標></p> <p>0-1. 3県における妊産婦死亡数が〇〇%減少する。</p> <p>0-2. 3県における施設出産割合が〇〇%に上昇する。</p> <p>0-3. 新生児及び乳児の死亡率がそれぞれ〇〇に低下する。</p> <p>0-4. 3県の施設分娩における低体重出生児が〇〇%（に）低下する</p> <p>0-5. サービス利用者の満足度が向上する。</p> <p><プロジェクト目標達成のための外部条件></p> <p>対象世帯の家計が著しく悪化しない。</p> <p>保健サービスのスタッフが安定している。</p>

プロジェクト目標は、「対象3県において女性（妊産婦と母親）及び1歳未満のこどもが質の高い包括的保健医療サービスを受ける」とした。ワークショップでは、母親とこどもの死亡が多いことを中心問題としたが、4年間というプロジェクト期間を考慮し、プロジェクトで目標とするのは、「女性（妊産婦と母親）及び1歳未満のこどもが包括的保健医療サービスを受ける」こととした。対象者は、特に死亡率が深刻な妊産婦及びこどもの健康にとって重要な母親、こどもについては死亡率が深刻な1歳未満児（乳児）とした。

プロジェクト目標の指標は5点設定した。妊産婦死亡（指標0-1）については、プロジェクト期間内では、死亡率（出生10万件当たりの母体死亡数）の目標値を設定することはせず、ベースラインから死亡数のある程度低下させることとした。新生児及び乳児の死亡率（指標0-3）についても同様である。こどもの健康に関する死亡率以外の指標として、低体重出生児に関するもの（0-4）を設定した。ただし、自宅分娩では出生時の体重を量らない場合がほとんどであるため、指標の入手可能性を考慮し、施設分娩における出生時の

記録を指標としてとることとする。また「質の高い包括的保健医療サービス」の利用者の反応を測る指標として、「サービス利用者の満足度」（指標 0-5）を設定している。これは、ベースライン調査の結果に基づきチェックリスト・アンケート等を作成し、利用者の評価を比較することで達成度を判断することとする。詳細はベースライン調査に基づくが、評価項目には保健医療ケアの技術的な質のほか、保健医療サービス従事者の態度やコミュニケーション技術も含まれることになると想定される。さらに、利用者の反応を測る指標として「施設出産の割合」（指標 0-3）を設定している。これは、保健医療サービス供給側の向上及びコミュニティへの啓発活動の普及により、施設分娩が増加することを狙ったものである。

具体的な指標とその目標値は、プロジェクト開始後のベースライン調査の結果により決定するものとする。

2) 協力終了後に達成が期待される目標（上位目標）と指標・目標値

<p><上位目標> 対象3県において女性（妊産婦）及び5歳未満のこどもの健康が改善される。</p>	
<p><指標> 0-0. 3県における妊産婦死亡比、新生児死亡率、乳児死亡率及び5歳未満児死亡率がそれぞれ〇〇減少する。</p>	
<p><上位目標達成のための外部条件> 深刻な災害・感染症が発生しない。</p>	
<p><上位目標を持続するための外部条件> 対象保健地域における保健計画が変更されない。</p>	

上位目標は、「女性（妊産婦）と5歳未満のこどもの健康が改善される」とした。こどもについては、プロジェクト目標のターゲットグループでは、1歳未満としていたが、上位目標では、裨益効果を考慮し、5歳未満としている。

上位目標の指標は、妊産婦死亡比、新生児死亡率、乳児死亡率、5歳未満児死亡率を設定した。上位目標では、妊産婦死亡や新生児・乳幼児死亡率へのインパクトを見るものである。それぞれ数値目標については、プロジェクト開始後に、ベースライン調査に基づき設定することとする。新生児死亡率、乳児死亡率は、プロジェクト目標でも指標となっているため、プロジェクト終了後の時間的な経過を考慮し、期待される数値目標を設定することとする。

3) 成果（アウトプット）と活動

	<p><活動> 0-0. こどもの健康プロジェクトのレビュー、ベースライン調査、指標の設定を行う。</p>
アウトプット1	<p>各地域保健事務所の母子保健サービスの管理能力が強化される。</p> <p><指標> 1-1. 各種事業のモニタリングとスーパービジョンが実施される。（〇〇月に〇〇回、□□を用いた聞き取りを通じ、実践現場より地域保健事務所へのフィードバックが行われ、適切に記録される。）</p>

	<p>1-2. モニタリングとスーパービジョンのツールが作成、承認、利用される。</p> <p>1-3. マニュアルが作成され承認される。</p> <p><活動></p> <p>1-1. 定期的に各地域保健事務所による保健施設のモニタリング・スーパービジョンを実施し、定期的に報告を行う。</p> <p>1-2. 妊産婦/新生児/乳児死亡症例検討委員会を開催し、定期的に結果を分析し活動にフィードバックする。</p> <p>1-3. 1-2 の活動を踏まえマニュアルを作成し承認する。</p>
アウトプット 2	<p>第三次レベルの医療サービスと連携して第二次レベルの出産施設（病院以外の出産施設、例えば CAP や CAIMI）における周産期ケア（特に出産時の対応）が改善される。（指標）</p> <p>2-1. 二次レベルの出産施設での出産数が〇〇（に）増加する。</p> <p>2-2. 〇〇人の医療従事者が〇〇回以上の研修を受講する。</p> <p>2-3. 周産期ケアの規準・プロトコルを適切に適用できる医療従事者の割合が〇〇%になる。（プロジェクトで作成するチェックリスト等により評価）</p> <p>2-4. プロジェクトで作成したチェックリストを用いた地域保健事務所によるモニタリングの結果において、評価が向上した出産ケアの割合が〇〇%になる。</p> <p><活動></p> <p>2-1. 保健省の出産ガイドラインに準じて出産の対応に必要な基礎医療・研修インフラを向上させる。</p> <p>2-2. 周産期と分娩をケアする保健医療従事者に対する周産期ケア研修を実施する。</p> <p>2-3. 病院へのレファレル体制を強化する。</p>
アウトプット 3	<p>第三次レベルの医療サービスと連携して第一次、第二次レベルにおける保健施設の母子保健サービスが強化される。</p> <p><指標></p> <p>3-1. 母子保健サービスに関する規準・プロトコルを適切に適用できる保健医療従事者の割合が〇〇%（に）向上する。（チェックリスト等により評価）</p> <p>3-2. 産前健診（妊娠 1 期/妊娠中〇〇回以上）の受診率が〇〇%（に）増加する。</p> <p>3-3. 産後健診の受診率が〇〇%（に）増加する。</p> <p>3-4. 乳幼児健診の受診率が〇〇%（に）増加する。</p> <p><活動></p> <p>3-1. 第一次・第二次レベルの保健施設のスタッフに対する質の高い妊婦検診と乳幼児の総合的ケアを実施するための研修を強化する。</p> <p>3-2. 産後のフォローアップを強化する。</p> <p>3-3. 低体重児のフォローアップを強化する。</p>

<p>アウトプット 4</p>	<p>母子保健に関するコミュニティ活動が強化される。</p> <p><指標></p> <p>4-1. 母子保健啓発活動に参加する女性グループの結成数が〇〇になる。</p> <p>4-2. 〇〇名のボランティアヘルスワーカー/TBA が研修を受け、〇〇以上の受講者が研修内容を実践に活かした活動を行う。</p> <p>4-3. 研修を受け地域保健事務所に登録された TBA の数が〇〇に増加する。</p> <p><活動></p> <p>4-1. コミュニティで公衆衛生に携わる人材（TBA、地域ヘルスワーカー等）に対する地域保健事務所や第二次レベル保健施設による研修システムを強化する。（妊産婦支援や乳幼児の健康維持、危険兆候とその対応、保健教育手法等）</p> <p>4-2. 第一次・第二次レベルの保健施設で TBA とともに行う活動を実施する。</p> <p>4-3. 地域住民に対する母子保健啓発活動のための研修を実施する。（より多くのアクターを巻き込む）</p> <p>4-4. 妊婦の栄養指導と「母乳栄養促進（nutrición óptima）」を実施する。</p> <p>4-5. 家族・コミュニティの救急搬送計画を強化して母子（妊産婦・新生児・乳幼児）を早急に輸送する体制を強化する。</p> <p>4-6. 関係コミュニティと TBA が妊産婦/新生児/乳児死亡症例検討委員会へ情報提供を行う。</p>
<p>アウトプット 5</p>	<p>プロジェクト活動の成果が保健省の母子保健政策実施のための戦略に貢献する。</p> <p><指標></p> <p>5-1. 保健省中央での会議など他県への活動共有の機会や、ドナー会合などにおいて、プロジェクトの成果を発表し、プロジェクト成果について、発表参加者から肯定的に評価される。</p> <p>5-2. 中央レベルと地域保健事務所の技術委員会を通して保健省から認可を受けたマニュアルを、他保健地域や他ドナーに対し配布し、その内容について肯定的に評価される。</p> <p><活動></p> <p>5-1. 保健省中央での会議など、他県への活動共有の機会に参画する。</p> <p>5-2. ドナー会合など、母子保健に関わる情報共有の機会に参画する。</p> <p>5-3. プロジェクトの成果の普及促進のために中央レベルのセミナーを開催する。</p> <p>5-4. 中央レベルによる地域保健事務所に対する定期的なモニタリングとスーパービジョンを行う。</p>
<p><アウトプット達成のための外部条件></p> <p>プロジェクトで研修を受けた人材が母子保健の向上のためにプロジェクトに関与し続ける。</p>	

各指標の数値目標は、プロジェクト開始後ベースライン調査の結果を踏まえ設定する。

アウトプットは5つ設定した。アウトプット1は地域保健事務所の管理能力に関するもの、アウトプット2は特に第二次レベルの出産施設における周産期ケアに関するもの、ア

アウトプット3は第一次・二次レベルの施設における産前・産後検診、乳幼児健診を含む母子保健サービス全般に関するもの、アウトプット4はコミュニティでの活動に関するもの、アウトプット5は、プロジェクト活動の全国レベルでの裨益効果に関するものである。これにより、中央レベル、地域保健事務所レベル、保健施設レベル、コミュニティレベルでの取り組みを行い、プロジェクト目標の達成をめざすものとなっている。なお、アウトプット2では第二次レベル、アウトプット3では第一次・第二次レベルと、プロジェクトでは第一次・第二次レベルの保健医療施設を直接のターゲットとするが、いずれも第三次レベルの病院と連携して活動を行うこととする。

アウトプット1の地域保健事務所の能力強化については、モニタリング・スーパービジョンの実施が適切に行われることをめざしており、モニタリング・スーパービジョンや症例検討委員会での活動を行い、これら活動のフィードバックをもとに、モニタリング・スーパービジョンのマニュアル¹³を作成することとする。モニタリング・スーパービジョンの実施状況、そのためのツール・マニュアルの作成と承認を指標としている。

アウトプット2の周産期ケアに関しては、周産期ケアと出産に関する医療従事者の能力強化を活動としているほか、周産期ケア、特に出産時の対応については病院との連携が不可欠であることから、あわせて病院とのレファレル体制の強化を行うこととする。指標は医療従事者の能力強化に関するものを設定している。うち、指標2-4についてはプロジェクトでチェックリストを作成し、継続的に評価を行う。なお、指標の2-1の出産施設での出産については、プロジェクト目標では施設出産の割合を指標に設定しているが、アウトプットレベルでは、出産数をモニタリングすることとする。

アウトプット3の母子保健サービスについては、保健医療従事者の能力強化と産後のフォローアップ、低体重児のフォローアップを行う。保健医療従事者の能力に関するもの（指標3-1）と産前・産後検診、乳幼児健診の受診率を指標にしている。

アウトプット4のコミュニティ活動の強化については、コミュニティでの公衆衛生に関わる人材（TBA、ボランティアを含む地域ヘルスワーカーなど）に対する研修やこれら人材を巻き込んだ活動、また地域住民に対する啓発活動を実施する。さらに、コミュニティと保健医療施設を連携した活動として、コミュニティ救急搬送体制の強化や、TBAを含むコミュニティからの症例検討委員会への情報提供を行う。指標としては、TBA/ボランティアヘルスワーカーの研修・登録の状況、母子保健啓発活動に参加する女性グループの結成数を設定している。

アウトプット5ではプロジェクトの活動をより普及するため、他県や他援助機関との経験の共有を行う。そのためのセミナーの開催も含む。こうした経験共有のための会合やセミナーにおけるプロジェクトの成果、マニュアルなどの成果物に関する評価を指標とした。また、「こどもの健康プロジェクト」では保健省との関わりが十分でなかったという反省を踏まえ、プロジェクトの成果を保健省の政策に反映するために、保健省による地域保健事務所に対するモニタリング・スーパービジョンを活動に含めている。

¹³ 今次調査の保健省との協議の中で、プロジェクトで作成するいわゆる「マニュアル」類について、保健省で作成する通常のマニュアルやガイドラインと混同がないよう、プロジェクトで作成するものについては、「ガイドライン (guia)」「マニュアル (manual)」という言葉を使わないほうがよいという提案があり、西語のPDMでは教材 (material) とした。

2-6-3 プロジェクトの実施体制とプロセス

(1) 実施主体

主たるカウンターパート機関は、保健省中央及びケツアルテナンゴ、トトニカパン、ソロラの3地域保健事務所とする。

対象地域は、ケツアルテナンゴ、トトニカパン、ソロラ3保健地域内のそれぞれ全域とする。フェーズ1では、対象地域をケツアルテナンゴ県6自治体(municipio)としており、今次調査でも、当初、対象の自治体をいくつか選定することを想定していた。選定基準の候補として、分娩のできるCAPのある自治体を核にすることを検討していたが、今次調査で、すでにすべてのCAPで分娩を行っていることが判明したため、特に対象の自治体を絞り込むことはせず、3保健地域の全域を対象にプロジェクトを実施することとした。研修等は、すでに既存の制度のなかで、地域保健事務所が中心となり、カスケード方式で保健地域内の保健医療サービス従事者に対し実施している。プロジェクトでも、このカスケード方式を活用することで、保健地域全域で活動を行うことが可能と判断した。

また、前述したとおり、プロジェクトで直接対象とするのは、第一次・第二次レベルの保健施設を直接の対象としているが、レファレル体制の強化等の観点から、第三次施設である病院との連携を重視していく。このため3保健地域の病院はカウンターパート機関とする。

(2) 合同調整委員会及び技術委員会の構成

プロジェクトでは、合同調整委員会(Joint Coordination Committee: JCC)と技術委員会を設置する。

JCCの役割は、プロジェクトに関わる主要な課題について協議すること、プロジェクトの進捗と成果を評価すること、必要に応じPDMを見直し改訂すること、プロジェクト活動計画を承認し必要に応じ改訂することである。技術委員会の役割は、プロジェクトに関わる技術的課題について協議すること、プロジェクト活動計画における活動実績を評価することとする。プロジェクトJCC、技術委員会のメンバーについては協議議事録添付のR/D案を参照。

2-7 プロジェクト実施上の留意点

2-7-1 保健省中央の巻き込み

「こどもの健康プロジェクト」では、ケツアルテナンゴ県事務所を中心に活動していたが、今次プロジェクトでは、プロジェクト開始時より、保健省中央の関与を十分に図ることとする。

「こどもの健康プロジェクト」では、ケツアルテナンゴ県を中心に活動しており、県内では所期の成果を上げたが、中央保健省との関係が緊密でなく、プロジェクトで作成した教材が保健省で定める規準に準拠していないなどのコメントがあり、そのために教材が保健省の認可を受けられなかったという問題が生じた。このため本プロジェクトでは開始時より保健省と緊密なコミュニケーションをとり、プロジェクトで教材・マニュアル等を作成するにあたっては、保健省を十分に巻き込み、保健省の規準や既存のガイドライン・マニュアル類との整合性を測ることに留意する。保健省は、調査中のインタビューにおいて、プロジェクトで作成した教材等は規準に整合していれば認可できるとしており、保健省の関与と合意を得られれば、作成した

教材・マニュアル類の認可は得られると見込まれる。プロジェクト終了後に他県にプロジェクトの成果を普及させていくためには、作成した教材・マニュアル類が保健省で認可されることは重要であり、保健省中央の巻き込みが不可欠である。

2-7-2 他援助機関との連携

「グ」国の保健分野では、世銀、USAID、KOICA等の機関が協力を行っている。USAIDでは、妊産婦死亡率・新生児死亡率の低下、こどもの健康と栄養、KOICAは看護師・TBAの研修等、本プロジェクトと類似のコンポーネントが含まれている。このため、これら援助機関とは緊密にコミュニケーションを図り情報共有を行ったうえ、重複した活動がないか留意するとともに、必要に応じ協力して実施できる活動がないかなどについての検討を行うことが望ましい。調査中に訪問したUSAID、KOICAのいずれも本プロジェクトとの情報共有を望んでおり、プロジェクト開始後に詳細な情報交換を行う旨、調査団から申し入れている。

2-7-3 広域看護プロジェクト及びJOCVとの連携

JICAでは、「中米カリブ地域看護基礎・継続教育強化プロジェクト（略称・広域看護プロジェクト）」を、「グ」国と中米近隣国のエルサルバドル、ニカラグア、ドミニカ共和国、ホンジュラスを含めた5か国で実施している。「グ」国においては、プロジェクトで育成したファシリテーターが委員となってリプロダクティブヘルス委員会が発足している。リプロダクティブヘルス委員会は、イザベル、ケツアルテナンゴ、トトニカパンの保健地域でも活動を行っている。このため、本プロジェクトで対象としている保健センター・保健ポストでは看護師が重要な役割を果たしており、特にケツアルテナンゴ、トトニカパンでリプロダクティブヘルス委員会が発足していることから、広域看護プロジェクトのリプロダクティブヘルス委員会と協力・調整を行うことは極めて有用と考えられる。この点につき、両プロジェクトで協力を行ってきたい旨調査団から看護課に申し入れた。なお、本プロジェクトの対象県のうちソロラにはリプロダクティブヘルス委員会がないが、看護課ではソロラでも優先的にリプロダクティブヘルス委員会を立ち上げていきたいということであった。

ケツアルテナンゴ県では、調査時点で、保健センター、保健ポストに栄養士3名、看護師3名のJOCV隊員が配属されている。これら隊員は、各配属先のカウンターパートとともに、「妊婦クラブ」での母親への健康教育、こどもの成長や離乳食、低体重児に関する教育等の指導を行っている。こうした活動はプロジェクトで計画しているものと類似しているため、隊員と連携した活動を行うことは有効と考えられる。具体的には、保健センター・保健ポストの職員に対する研修やコミュニティに対する啓発活動をJOCVと協力して行うことなどが考えられる。ただし、JOCV隊派遣においては青少年育成もその目的の1つであること、隊員の活動は「ボランティア」な意思で行うことが尊重されるものであることから、隊員との活動を投入としてプロジェクトの中に組み込むよりは、可能な活動を協力して行うという程度の「ゆるやかな連携」から始めることが望ましい。また、同じJICAの事業であり、特にカウンターパートにとっては専門家もJOCVも「JICAの人間」であることから、カウンターパートに対しても齟齬がないよう、プロジェクトとJOCVの間で十分な情報共有を行うことが必要である。

第3章 プロジェクト実施の妥当性（5項目評価）

3-1 妥当性

「グ」国の保健分野のニーズ、政策、日本側の対「グ」国 ODA 政策、プロジェクトのデザインの観点から、妥当性は高いといえる。

「グ」国の妊産婦死亡率は低下傾向にあるものの、2005年に全国平均で出生10万当たり42.68と依然として高く、特に本プロジェクトの対象地域であるソロラ県、トトニカパン県ではそれぞれ165.43、126.93と深刻である。乳児死亡率も2008/09年度に出生1,000人当たり30と高い水準にあり、保健省などによれば、山間部・農村部でより深刻となっている。特に対象としている西部高原地域の3県において、母親とこどもの健康に対する取り組みのニーズは高い。同国国家保健計画（2008～2012）でも、妊産婦死亡率・新生児死亡率引き下げ、栄養失調改善、保健セクターにおける人材開発等が優先課題として挙げられている。

日本の対「グ」国 ODA の基本方針では、「農村開発」「持続的経済開発」「民主化の定着」であり、「持続的経済開発」については先住民と非先住民、農村と都市部の間における格差を是正するための支援が必要とされている。また、技術協力プロジェクトについては、教育、保健、農業、観光、防災の分野で効果的に行うこととしている。JICA の「グ」国における開発課題は、地方生活の改善、環境管理、生産性向上・競争力強化、社会サービスの向上となっており、「こどもの健康プロジェクト」は、地方生活の改善の中に位置づけられている。本プロジェクトは、先住民の多い農村部で、貧困層に対する生活改善、また特に保健分野での社会サービスの向上をめざしたもので、将来的な「持続的経済開発」にもつながるものであり、対「グ」国 ODA 基本方針、JICA の対「グ」国事業方針に合致しているといえる。

プロジェクトのデザインは、保健省中央、地域保健事務所、保健施設、コミュニティを巻き込み、母親とこどもの健康に総合的に取り組むデザインになっており、関係者の役割に適応した計画になっている。また、フェーズ1の成果を検討したうえ、プロジェクト目標と上位目標を設定している。ターゲットグループの選定は、3県の保健医療従事者、女性（妊婦、母親）、乳児（1歳未満）としている。乳児に関しては、新生児及び1歳未満児が特に脆弱であることから対象としている。また、こどもの健康向上のためには妊産婦死亡率が高いことのほか、こどもの健康の向上には妊娠の段階から母親の健康が重要な要因になることから、これらをターゲットグループとしたものである。出産の多くは、コミュニティ（TBAによるもの）か第一次・第二次施設で行われるため、プロジェクトでは第一次・第二次の医療施設を対象としており、これら施設の医療従事者をターゲットグループとしている。重症なケースでは病院に搬送する必要があること、病院とのレファレル体制が現状では不十分であるという指摘があることから、病院との連携を考慮することとしており、出産の現状を考慮すると適切であるといえる。3県とも、地域保健事務所のイニシアティブによりカスケード研修の仕組みができており、活動の核となる出産施設（CAP）が各県ともほぼ各ディストリクトに設置されていることから、県の全市を対象とすることは妥当性があり、地域保健事務所を中心として活動を保健地域内で展開できるものと判断される。

JICA では、「ケツアルテナンゴ県こどもの健康プロジェクト」の経験があり、また広域看護プロジェクトのほか、ホンジュラス、ニカラグア等近隣国で、こどもの健康・リプロダクティブヘルス分野でのプロジェクトを実施している。地理的・社会的・文化的に近い国での類似プロジェ

クトの経験やノウハウは本プロジェクトに活用できると見込まれ、日本の技術優位性を活かしたプロジェクトといえる。

3-2 有効性

有効性は見込める。

プロジェクト目標である「女性（妊産婦と母親）と1歳未満のこどもが質の高い包括的保健医療サービスを受ける」を実現するためには、国・地方レベルの保健行政機関、保健医療施設、コミュニティにおいて公衆衛生に係る人材（TBA、ヘルスボランティア）という各レベルにおけるサービス提供者とサービスの受け手であるコミュニティの人々が協働して取り組むことが重要である。プロジェクトの計画では、地域保健事務所（アウトプット1）、第一次・第二次レベルの保健施設（アウトプット2、3）、コミュニティのTBA、ボランティアやサービスの受け手である住民それぞれに対する研修・啓発活動（アウトプット4）が計画され、さらに保健省中央による地域保健事務所のモニタリングも組み込み、プロジェクト終了後に活動の成果を制度化していくことを計画している（アウトプット5）。

プロジェクト目標の指標は適切に設定されている。サービス利用者から見た満足度を表すもの（指標の0-5）、サービス提供の向上の結果実現される施設出産の割合（0-2）、保健医療サービスの総合的な向上によって達成される妊産婦死亡数（0-1）、新生児・乳児死亡率（0-3）、低体重児の割合（0-4）が総合的に組み込まれている。これらの指標は、プロジェクトでベースライン調査の結果により設定するもの（0-5）以外は、既存の統計の中に組み込まれており、入手可能なものである。ただし、「こどもの健康プロジェクト」においても、新生児・乳児死亡率の変化はプロジェクト内で顕著であったが、このプロジェクトの成果にのみよるものかどうかは判然としない点が指摘されていた。今次プロジェクトでは、3県の全域を対象とすることもあり、成果がプロジェクトによるものかどうかの明確な判断が困難であることは予想されるが、指標の推移とプロジェクトで実施した活動との関係をきめ細かく追うことや、サービス利用者の満足度（0-5）などから、プロジェクトによる裨益効果を測る工夫は可能であると考えられる。

3-3 効率性

プロジェクトは効率的な実施が見込まれる。

各アウトプットとも、研修、フォローアップ、教材の作成、モニタリング・レファレル等システムの構築など、一連のプロセスに沿った活動が検討されており、これら活動により十分なアウトプットの発現が期待できる。

限られた投入でアウトプットの発現を見込めるプロジェクトデザインになっているといえる。地域保健事務所では、すでにカスケード方式で保健医療従事者やTBAの研修を行っており、この既存のシステムを活用することで、効率的に人材育成が行えると考えられる。ただし、カスケード方式による研修は、成果が十分に伝達できないことがあるという指摘もあり、研修の成果を確実に伝達していくための工夫、例えば、研修後のフォローアップの仕組みや継続研修の仕組みなどの構築を検討することが必要である。また、プロジェクト開始当初から保健省中央の関与を組み込むことで、保健省の政策と整合性ある活動が行える。

大規模な機材の投入は予定していない。例えば、安全な出産に必要な機材等を一部供与することで、出産の質が大幅に向上できれば、効率性の高い投入になるといえる。また、コミュニティ

の啓発に必要な資機材を投入することで、多くの人に裨益する活動が可能になると考えられる。

「こどもの健康プロジェクト」を実施したケツアルテナンゴ県では、今次プロジェクトにおいて他の2県と経験を共有する積極的な意思を示しており、効率性を高めるため、「こどもの健康プロジェクト」の成果やプロジェクト実施の仕組みは十分に活用できる。このほか JICA では、中米地域で広域看護プロジェクトを実施しており、同プロジェクトによりケツアルテナンゴ県、トトニカパン県にはリプロダクティブヘルス委員会が発足している。リプロダクティブヘルス委員会と連携し、広域看護プロジェクトで育成した人材を活用し、情報交換を行うことで、効率的な活動を行うことが期待される。また、ケツアルテナンゴ県では、栄養士と看護師の JOCV を引き続き派遣する予定でいるので、保健施設やコミュニティにおける活動など JOCV と連携することで、効率性を高めることも可能である。

3-4 インパクト

適切な実施体制のもとプロジェクトが順調に進捗すれば、インパクトは見込める。

上位目標である「女性（妊産婦）と5歳未満のこどもの健康の改善」は、プロジェクト目標である「質の高い包括的保健医療サービス」が達成されれば可能である。ただし、プロジェクトで導入した活動を継続し、関係機関のみで質の高い保健医療サービスを維持すること、また健康に影響を及ぼすような深刻な災害・感染症が発生しないことが条件である。上位目標はプロジェクト終了後5年程度先の達成をめざすものであるため、5歳未満児まで対象に含めたのは適切であるといえる。

上位目標の指標は、新生児死亡率、乳幼児死亡率については、ベースラインサーベイをもとに、プロジェクト目標からさらに進んだ目標値を設定することで、上位目標を適切にとらえることが可能になる。妊産婦死亡については、プロジェクト目標では件数であったものを妊産婦死亡比（出産10万件当たり母体死亡数）としている。これは実際の件数が少ないため、短いプロジェクト期間の中では1件の死亡による死亡比の変動が大きいことを考慮したものであるが、プロジェクト終了後時間が経過し、数値の推移の傾向が見られるようになる上位目標の指標としては死亡比をとることが適切であるといえる。

プラスの影響として、保健省中央をプロジェクトに関与させ、他県に対する成果共有のための活動を計画していることで、他県にもプロジェクトの成果が普及することが期待される。

マイナスの影響として、施設分娩を推進することで TBA からの不満が出るのが考えられる。しかしながら、今次現地調査においても TBA が保健施設に積極的に妊婦を連れて来るケースや保健施設で医療従事者と TBA が協力するケースが報告されており、TBA に対する啓発活動を適切に行うことで、TBA との良好な協力関係を構築できるものと考えられる。

3-5 自立発展性

プロジェクトの活動を制度化していくことで、自立発展性を高めることができるものと考えられる。

政策面では、母親とこどもの健康を重視する政策は、政権が替っても継続されるものと考えられる。「グ」国では、妊産婦死亡と新生児・乳児の死亡、及びこどもの栄養失調は、引き続き重要な課題であると思料される。

技術面では、「こどもの健康プロジェクト」で育成したケツアルテナンゴ県の保健医療人材は、

プロジェクトで学んだことを引き続き実施しており、適切な技術移転が行われれば、継続的に活動していく潜在能力と意思があるものと考えられる。ただし、「こどもの健康プロジェクト」では、保健省の規準に準拠していないという理由で、作成した教材・マニュアル類がまだ保健省の認可を受けられないでいる。このため今次プロジェクトでは、当初から保健省中央の巻き込みを図り、保健省との緊密な連携のもとプロジェクトを実施することとしている。保健省の規準と整合した教材・マニュアルを作成し、保健省の認可を得られれば、これに基づいた活動が継続的に行われていく見込みは高い。また、モニタリングやスーパービジョンの仕組みを作ることも、技術面での自立発展性を高めるには有効と考えられる。

財政面の自立発展性は現時点では必ずしも高くない。例えば、「こどもの健康プロジェクト」で作成した教材はその後増刷されないままである。プロジェクトの活動や作成物が保健省から認可されることで、保健省や地域保健事務所の通常活動に組み込まれていけば、活動の継続やそれに伴う費用の予算化が可能になると考えられる。同時に、プロジェクトで作成する教材・マニュアル類は、グアテマラ機関の費用負担で継続的に増刷が可能ないように、コンパクトで簡潔なものにする工夫なども有効であろう。

第4章 団長所感及び技術団員（母子保健）報告

（1）団長所感

本調査団は2010年6月22、23日にケツアルテナンゴにおいて、保健省本省、対象3保健地域関係者等により、PDM策定ワークショップを開催した。まれに見る充実した議論が展開され、特に、保健省本省のコミットメントが確認された。また、ケツアルテナンゴからの参加者は、こどもの健康プロジェクトの経験から、議論を集約する方向での発言がなされた。6月29日の保健省との協議においても、アウトプット5（保健省との連携強化・成果の全国波及）の活動に保健省によるモニタリングが加えられるなどPDM案はさらに改善されたことは、特筆するに値しよう。

本プロジェクトはこどもの健康プロジェクト実施中の2008年8月に要請書が提出され、プロジェクト終了の2009年9月までの成果から、フェーズIIは母子の周産期ケアを重点課題にすることで採択された。プロジェクト案は保健省の政策に合致したものとして合意され、プロジェクト名を「グアテマラ共和国ケツアルテナンゴ、トトニカパン、ソロラ県母とこどもの健康プロジェクト」とすることで合意された。

保健省本省の参画を担保するため、JCCの下部組織として保健省本省実務担当者が加わる技術ワーキンググループを設置することに合意した。

以上を主な内容とする協議議事録に、7月1日保健省技術担当次官及び病院担当次官と署名を交換するに至った。

3保健地域の保健医療施設の視察においては、CAPのほとんどには出産施設があり、救急車が配備され、基礎的緊急産科ケアを提供していることがわかった。CAPは3地域ともWHO等の「安全な母性イニシアティブ」の基準に照らすと十分な数が配置されている。また、先進的CAPでは、妊婦クラブで妊婦健康教育を実施し、TBAを研修後登録し、リスクの高い妊婦に付き添ってCAPで出産させるなど、TBAと出産施設との連携強化がされている。すなわち、アウトプット4（住民参加）の活動のモデルとなるCAPが存在する。CAPの内、一部はさらに施設・機材・人材が投入され、CAIMIに格上げされ、帝王切開手術まで可能な完全緊急産科ケアを提供する計画となっている。したがって、プロジェクトの拠点については、とりわけアウトプット1（保健地域事務所の管理能力強化）、アウトプット2（三次施設と連携した一次、二次施設での出産ケア強化）に関連して、これらのCAPとするのが適当である。なお、アウトプット1、アウトプット2ではこどもの健康プロジェクトでの経験が活かされよう。

アウトプット3（一次、二次施設における産前・産後ケアの充実）では、CAP、保健センター/ポストの看護師・准看護師にカスケード方式で、実技を重視した研修を実施していくことになる。これは、現在実施中の中米カリブ地域/看護基礎・継続教育強化プロジェクトで保健省に設置されたリプロダクティブヘルス委員会の成果を引き継ぎ発展させるものである。本委員会により、ケツアルテナンゴとトトニカパンではすでに地方委員会が設置されている。ケツアルテナンゴの委員会には、パラグアイで助産の第三国研修を受けた看護師も含まれていた。リプロダクティブヘルス委員会はエルサルバドル、ドミニカ共和国、「グ」国で設置されているが、この三国の中では「グ」国が産科医の質が高い。したがって、「グ」国の地方委員会には産科医の参画が考えられよう。

PDMには記述されないが、西部高原地域農村生活改善プログラムの中のプロジェクトとして、JOCVとのゆるやかな連携が図られることとされている。現在ケツアルテナンゴに派遣中の保健関係の職種の隊員5名と意見交換をした。配属先の選択、隊員との情報交換の組織化、隊員着任時のブリーフィング、プロジェクト作成の教材の隊員による使用・普及等、プロジェクト開始時に、JICA事務所とプロジェクトで、緩やかな連携の具体的枠組みを設定するのが望まれる。現場での連携活動としては、乳幼児健診、母乳・栄養指導、出生時体重計測の促進、産前検診の技術向上、妊婦クラブ指導等が考えられよう。なお、前プロジェクトで配布し、隊員が続けている母子健康手帳活動は、残存部数がなくなった時点で終了する。母子健康手帳は保健省の基準に合わないこと、母子健康手帳は中南米においては、PAHOの政策とならない限りは普及しないためである。

日本中米フォーラムの「東京宣言」では、中米カリブ地域の協力は広域協力を推進することとされている。母とこどもの健康に対する協力は、「グ」国と同様のプロジェクトがドミニカ共和国においても採択されている。他の中米諸国から同様の要請が続くことも考えられるところであり、今後中米保健大臣会合において、他の保健の広域プロジェクトとともに、発表され討議されることが望まれる。

(2) 技術団員（母子保健）報告

1) 保健省関連

プロジェクト構成上の論点として、保健省とどういう協力関係が築かれるかが重要な点であったが、今回の調査でおおよその概略がつかめたように思われる。

- a) 保健省次官のみならず、病院統括部門の次官の協力が得られそうなこと：「グ」国でも保健施設と病院の連携強化を考えるべき時期に至っており、特に病院の診断能力の向上が求められる時代になってきているとの認識があり、プロジェクトへの参加意欲がみられる。
- b) 保健関係の指針が完成された直後であり、そのノルマの普及に向けた時期にあること：ノルマの普及に必要な教材を共同開発する良好な機会。
- c) 実務者会議が形成され、保健省の実務レベルでの人材をプロジェクトに組み込む素地ができたこと：特に重要なカウンターパート機関としてのリプロダクティブヘルス課(国及び地方)との連携強化が課題。リプロダクティブヘルス課は妊婦、新生児、小児死亡率低下を目標として活動をしている。また疾病別(呼吸器疾患、下痢)部門、栄養部門などとの個別連携も重要と思われる。
- d) 実務者の責任者が、地方の保健行政をモニタリング、指導を強化したいと考えていること：地方保健施設での住民との軋轢が増し、政治問題化するケースが散見される反面、保健省が地方保健施設を十分コントロールしているとはいえない現状が背景にあると思われる。
- e) 24時間サービス：保健所の一部で24時間医師常駐のサービスが開始されており、分娩も行われている(CAP)。世銀援助によるCAIMIも計画されているが開始時期は明確でない。したがって当分はCAPでのプロジェクト活動が重要になる。CAPは啓発普及活動員も大幅に増員しており、彼らと連携した地域活動もキーポイントとなる。

2) ケツアルテナンゴ、ソロラ、トトニカパン県関連

a) ケツアルテナンゴ

前回プロジェクトの実施地区でもあり、JICA 活動に理解がみられる。

- ① San Carlos Sija 保健所では興味ある活動が 15 年にわたり行われてきている。TBA の取り込みである。TBA は保健所へ妊婦とともに訪れ、出産立ち会いを通じて、知識を吸収する機会をもつ。
- ② Cabrican 保健所は前回のプロジェクト成果がもっとも顕著に出た保健所である。現在 CAP 施設として 24 時間サービスを行っている。CAIMI も建設中である。この保健所では独自に低栄養児の発掘、モニタリングを行っており、前プロジェクトが引き続き継続して行われている。

b) ソロラ

内戦の影響を受け、長らく治安に問題がある。さまざまな援助団体の活動が行われ、現在も実施中の地域。有名な湖を有し、観光地としても有名。

- ① Santiago Atitlan 保健所は興味ある活動を行ってきた。啓発普及活動は市当局、各種 NGO 団体、教育分野、人権委員会を巻き込み定期的な会合を通じて行われている。レファレルシステムに私立病院も組み込まれており、日本のレファレルに近いシステムを構成している。背景にあるのは観光地から得られる比較的裕福な財政である。CAP として 24 時間サービスを行っていて分娩も可能である。妊婦死亡率、乳幼児死亡率も極めて低い。
- ② 県病院は設備に大きな問題を抱え、人工呼吸器がないため、重症児を他県病院にリファーせざるを得ない現状にある。現に訪問したときも重症児を人工呼吸しながらリファー先の病院を探している状態に遭遇した。

c) トトニカパン

原住民比率が極めて高く、もっとも貧しい県であり、慢性栄養不良の率が高いので有名である。しかし、県保健事務所の活動は極めて活発である。

- ① Momostenango 保健所は患者数が多く、住民の信頼感が高いと感じられた。現在 CAP として機能している。分娩も行われており、常勤で産科医も抱える。自宅分娩率が高く、トトニカパン全体で 80%、この地区で 70%とのこと。乳幼児死亡率は最近激減しており、ケツアルテナンゴのレベルに達している。
- ② 県病院の現院長は、前プロジェクト時代にケツアルテナンゴ病院の院長であったことなどから JICA を理解している。トトニカパン県病院を文字通り第三次レファレルのレベルまで上げたいとの意志をもっているが、人材獲得の面で不安があるという。現在新生児の集中治療室を計画中である。

各県ではあまり問題のない施設のみ訪問した印象があるが、各地区で次期プロジェクトのモデルになりそうな地区が散見されたことは大きな収穫であった。

各県とも妊婦、新生児死因検討委員会が設置されており、産科医も参加しているようである。

以上、「グ」国にとって妊産婦死亡率、新生児死亡率を下げることは保健行政の最重要項目であることを再認識させられた。

付 属 資 料

1. 協議議事録
2. Project Design Matrix (PDM ver.0)
3. Plan of Operation (PO ver.0)
4. 調査日程表
5. ワークショップの概要
6. ワークショップの結果
7. 評価グリッド
8. 面談票
9. 討議議事録 (R/D)

MINUTA DE LAS REUNIONES
ENTRE LA AGENCIA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE JAPÓN Y
AUTORIDADES RELACIONADAS DEL GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE
GUATEMALA SOBRE LA COOPERACION TÉCNICA JAPONESA
PARA EL PROYECTO DE SALUD MATERNO INFANTIL EN LOS DEPARTAMENTOS
DE QUETZALTENANGO, TOTONICAPÁN Y SOLOLÁ.

La Misión Japonesa para la Investigación de Planificación Detallada (en adelante se denominará “La Misión”), organizada por la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (en adelante se denominará “JICA”), encabezada por el Dr. Kyo Hanada, llevó a cabo una investigación del 12 de junio al 02 de julio del 2010, con el propósito de preparar los detalles del Proyecto de Salud Materno Infantil en los departamentos de Quetzaltenango, Totonicapán y Sololá (en adelante se denominará “el Proyecto”).

Durante la investigación, la Misión intercambió puntos de vista y sostuvo una serie de discusiones con las autoridades guatemaltecas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (en adelante se denominará el “MSPAS”). Como resultado de las discusiones, la Misión y las autoridades guatemaltecas relacionadas acordaron sobre los asuntos referidos en el documento adjunto.

Ciudad de Guatemala, 01 de julio 2010.



Dr. Kyo Hanada

Líder de la Misión

Agencia de Cooperación Internacional del
Japón



Dr. Ricardo Pedro Rosales

Viceministro Técnico

Viceministerio de Salud Pública
y Asistencia Social

República de Guatemala



Dra. Silvia Palma de Ruiz

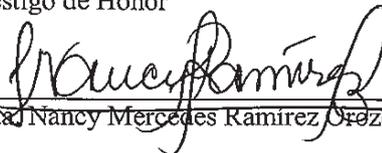
Viceministra de Hospitales

Viceministerio de Salud Pública

y Asistencia Social

República de Guatemala

Testigo de Honor



Licda. Nancy Mercedes Ramirez Orozco

Subdirectora

de la Gestión de la Cooperación
Internacional

Secretaría de Planificación y Programación
de la Presidencia República de Guatemala

1. Antecedentes de la formulación del Proyecto

En agosto de 2008, el gobierno de la República de Guatemala solicitó la cooperación del gobierno de Japón para un proyecto como la Fase II del “Proyecto de Salud de la Niñez en el Departamento de Quetzaltenango” (del período: 2005 - 2009, en los 6 municipios del departamento), basándose en las actividades del mismo proyecto que resultara el precursor del presente.

Posteriormente, tomando en consideración los resultados alcanzados del proyecto en Quetzaltenango que se concluyó en septiembre de 2009, la solicitud fue aprobada por el gobierno de Japón, con un plan de trabajo para el cuidado perinatal, así como de madres y niños, en los Departamentos de Quetzaltenango, Totonicapán y Sololá, por lo que se envió la presente misión.

2. Título del Proyecto

Ambas partes acuerdan que el título del proyecto sea el “Proyecto de Salud Materno Infantil en los Departamentos de Quetzaltenango, Totonicapán y Sololá”.

3. Matriz de Diseño del Proyecto (PDM por sus siglas en inglés -Project Design Matrix-) y el Plan Operativo (PO)

Se llevó a cabo un taller de PDM con los participantes indicados en la lista de asistentes del Anexo II. Después de las deliberaciones realizadas, ambas partes acordaron en implementar el Proyecto basándose en el PDM del Anexo II. Es preciso señalar que el PDM debe ser utilizado como una herramienta efectiva para la operativización del Proyecto y, en caso necesario, podrá ser modificado a través de las deliberaciones entre la parte guatemalteca y la JICA y después de la aprobación correspondiente en el Comité de Coordinación Conjunta.

Se muestra en el Anexo III el Plan Operativo (PO) del Proyecto. El PO será más detallado una vez iniciado el Proyecto y, si es necesario, será adecuado durante la ejecución del Proyecto.

4. Borrador del Registro de Discusiones (R/D)

Ambas partes acuerdan el contenido del borrador del R/D que se muestra en el Anexo IV. Después de confirmar los detalles, ambas partes lo firmarán antes del 31 de agosto de 2010.

5. Establecimiento del Comité del Proyecto

- 1) Ambas partes acuerdan la creación del Comité de Coordinación Conjunta (JCC por sus siglas en inglés- Joint Coordination Committee-) que cuenta con las siguientes funciones:
 - Discutir los principales asuntos relacionados con el Proyecto.
 - Evaluar el progreso y los resultados del Proyecto.
 - De ser necesario, modificar el PDM.
 - Aprobar el PO del Proyecto y, si es necesario, modificarlo.
- 2) Ambas partes acuerdan la creación del Equipo Técnico del Proyecto que cuenta con las siguientes funciones:

- Discutir los principales temas técnicos relacionados con el Proyecto.
- Revisar, monitorear y evaluar los resultados reales de las actividades del Proyecto.

5. Período del Proyecto

El período es de 4 años, desde la fecha del primer envío del experto Japonés.

6. Área del Proyecto

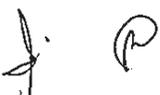
Los 3 departamentos: Quetzaltenango, Totonicapán y Sololá.

7. Expertos Japoneses

Ambas partes acuerdan que la JICA enviará el asesor principal/salud comunitaria, el experto en salud materno infantil y el coordinador/educación de salud; 3 expertos japoneses en total de largo plazo para el Proyecto. Asimismo acuerdan que la JICA enviará los expertos de corto plazo, según las necesidades del Proyecto.

Anexos

- I. Lista de asistentes en el Taller de PDM
- II. PDM versión 0
- III. PO versión 0
- IV. Borrador del R/D



ANEXO I .
LISTADO DE PARTICIPANTES EN LA REUNION DEL VICEDESPACHO DEL
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.

Lunes 21 de junio del 2010

Lugar: Salón del Vicedespacho de Hospitales, MSPAS Zona 11.

1. Dr. Ricardo Pedro Rosales, Viceministro Técnico
2. Dra. Silvia Palma de Ruiz , Viceministro Hospitales
3. Dra. Miriam Betancourt, Coordinación de Programa Nacional de Salud Reproductiva.
4. Dr. Julio García Colindres, Epidemiólogo del Programa Nacional de Salud Reproductiva.
5. Dra. Ana Victoria Arreaza, Coordinación de Cooperación Internacional.
6. Dra. Fryda Sandoval Santos , Coordinación del Programa de Salud Integral de la Niñez
7. Dr. José Monzón, Cooperación Internacional.
8. Dr. Kyo Hanada, Líder de la Misión JICA
9. Dr. Kenzo Onoe, Asesor de Misión
10. Srita. Yuko Ishida, JICA
11. Srita Erika Tanaka, Consultora de Misión
12. Sra. Midori Hashimoto, Interprete de Misión
13. Srita Reiko Hidaki, JICA Guatemala
14. Glenda Martínez, JICA Guatemala

ly

S

P

1

NR

LISTADO DE PARTICIPANTES DEL TALLER EN QUETZALTENANGO

22 Y 23 DE JUNIO DEL 2010.

NIVEL CENTRAL

Dra. Zulma Calderón Ordóñez, Programa Nacional de IRAS Y ETAS
Dra. Victoria Arreaza, Coordinadora de Cooperación Internacional
Licda. Irma de Maza, Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional
Dra. Fryda Sandoval Santos, Coordinadora de Programa Salud Integral de la Niñez

AREA DE SALUD DE QUETZALTENANGO

Dr. Diego Manrique, Director del Área
Dra. Brenda Quemé, Programa Nacional de Salud Reproductiva
Dr. Mario Calderón, Programa de Salud Reproductiva
Dr. Juan Carlos Moir, Epidemiólogo
Licenciada Alicia Pérez, Enfermera del Área
Dr. Oliver Martínez Gerente de Provisión de Servicios

AREA DE SALUD DE TOTONICAPAN

Licda. María del Rosario de Arango, Enfermera del Área
Dra. Maria Villatoro, Salud Reproductiva
Dr. Victor López, Director de Área
Dra. Berta Sam, Epidemióloga

AREA DE SALUD DE SOLOLA

Dr. Jorge Noe Gonzáles Ovando, Cooperación Internacional
Licda. Mariflor Castro, Enfermera de Área
Dr. Constantino Sánchez, Director del Área
Dr. Jogli Juracan, Epidemiólogo del Área

f.

ly P

2

NR

HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE
“San Juan de Dios” DE QUETZALTENANGO

Dr. Marvin Giovanni Ortega, Director

Dr. Carlos Omar García, Subdirector Técnico

HOSPITAL NACIONAL “Dr. José Felipe Flores”
DE TOTONICAPAN

Dr. Luis Acevedo, Director Hospital

HOSPITAL NACIONAL
“Juan de Dios Rodas” DE SOLOLA

Dra. Irene Quiejù, Directora Hospital

Licda. Paula Ortega Rosales, Jefe del Departamento de Enfermería

SEGEPLAN

Lic. Julio Manrique Ramírez, Facilitador de Totonicapán y Quetzaltenango de Cooperación Internacional en Apropiación, alineación y armonización –AAA-.

A.

W
P

3

NR

<p>RESULTADO 1: La capacidad de gestión de las Direcciones de Áreas de Salud del Proyecto se incrementa en materia de los servicios de la salud materno infantil.</p>	<p>1-1. Se realizan el monitoreo y la supervisión de cada una de las actividades. (Cada ___ meses, se revisan ___ veces, a través de ___ se presentan informes de los centros a la Dirección de Área de Salud y son adecuadamente registrados. 1-2. Se elaboran, validan y se utilizan las herramientas para el monitoreo y la supervisión. 1-3. Se elaboran y se validan los materiales.</p>	<p>Número de monitoreos realizados. Informes del Proyecto. Herramientas de monitoreo y supervisión elaboradas. Materiales elaborados.</p>	<p>No se deteriora marcadamente la economía familiar del grupo poblacional objeto del Proyecto.</p>
<p>RESULTADO 2: Se mejora el cuidado perinatal (especialmente la atención en los partos) en los centros de atención de segundo nivel (por ejemplo en los centros de atención permanente -CAPs- y centros de atención integral materno infantil -CAIMIs-) articulado con el tercer nivel de atención.</p>	<p>2-1. Número de partos institucionales en el segundo nivel se incrementa. 2-2. XX (número) del personal de salud reciben la capacitación más de XX veces. 2-3. % del personal que aplica correctamente las normas y protocolos en la atención para el cuidado perinatal. (Se evaluará la capacidad a través de formatos de "listado de chequeo"). 2-4. % de los servicios que atienden los partos, mejoran sus resultados en la evaluación realizada por la Dirección de Área de Salud a través de "listado de chequeo" que se elaborará en el Proyecto.</p>	<p>Datos de SIGSA #1.#6 ,#5c parte atrás. Informes del Proyecto. Listado de asistencia Lista de chequeo</p>	
<p>RESULTADO 3: Se fortalecen los servicios de salud materno infantil en el primero y segundo nivel articulado con el tercer nivel.</p>	<p>3.1 Se incrementa (verificarlo a través de listado de chequeo) el % del personal de salud que aplica adecuadamente las normas y protocolos de atención de salud materno infantil.</p>	<p>Listado de chequeo Datos de SIGSA</p>	<p>Estabilidad del personal de la red de servicios.</p>

	<p>3.2 Se incrementa a (en un) XX% las embarazadas que acuden al control prenatal (Etapa 1/ más de XX veces durante el embarazo).</p> <p>3.3 Se incrementa a (en un) XX% las mujeres que acuden al control puerperio.</p> <p>3.4 Se incrementa a (en un) XX% de la atención integral del niño y la niña</p>		
<p>RESULTADO 4: Se fortalecen las acciones comunitarias de salud materno infantil.</p>	<p>4.1. XX Número de grupos de mujeres que se forman que participan en las actividades de la promoción de la salud materno infantil.</p> <p>4.2. Reciben XX número de voluntario(a) de salud/comadronas la capacitación y ponen en práctica el aprendizaje más de XX Número de las capacitadas.</p> <p>4.3. Se incrementa a XX el número de las comadronas capacitadas y registradas en las Direcciones de Áreas de Salud.</p>	<p>Listado de grupos de mujeres.</p> <p>Listado de Voluntarios(as) de Salud.</p> <p>Listado de comadronas.</p> <p>Actas de asistencia.</p>	
<p>RESULTADO 5: Los resultados del Proyecto enriquecen las Estrategias para el cumplimiento de la Política de Salud del MSPAS.</p>	<p>5.1. Presentar los resultados del Proyecto en las reuniones del MSPAS para el intercambio de experiencias con otros departamentos o en las reuniones de los donantes, y obtener evaluaciones positivas sobre los resultados.</p> <p>5.2. Distribuir los materiales del Proyecto validados por el Ministerio a través del comité técnico del nivel central y las Direcciones de Área de Salud y obtener una evaluación positiva del contenido de los materiales distribuidos a otras Área de Salud y donantes.</p>	<p>Datos del Proyecto (registro de las presentaciones, materiales).</p>	

A.

ly
P

NR

<p>ACTIVIDAD:</p> <p>0-0 Revisión del Proyecto de Salud de la Niñez en el Departamento de Quetzaltenango, realización del estudio de línea de base, y el establecimiento de los indicadores.</p> <p>1-1 Realización de monitoreo y supervisión periódica por parte de la Dirección de Área de Salud a los centros de primero y segundo nivel y hacer informes respectivos.</p> <p>1-2 Realizar las reuniones periódicas del Comité de Análisis de Causas de Muerte de las embarazadas, neonatos e infantil, con la retroalimentación de su análisis a las actividades del Proyecto.</p> <p>1-3 Con base en lo obtenido en 1-2, elaborar y validar los materiales.</p> <p>2-1 Mejorar la infraestructura de atención básica y de capacitación, necesarias basados en los lineamientos del MSPAS para la atención de partos.</p> <p>2-2. Realizar la capacitación al personal de salud que atiende partos sobre el cuidado perinatal y atención de partos.</p> <p>2-3 Fortalecer el sistema de referencia y respuesta a los hospitales.</p> <p>3-1 Fortalecer la capacitación al personal de salud de primer segundo nivel en el cumplimiento de la atención prenatal y la atención integral de la niñez con enfoque de calidad.</p> <p>3-2 Fortalecer el seguimiento de las puérperas.</p> <p>3-3 Fortalecer el seguimiento de los niños de bajo peso.</p> <p>4-1 Fortalecer el sistema de capacitación por parte del personal de salud de la Dirección de Área de Salud y de los centros de segundo nivel a las personas involucradas a la salud pública en las comunidades (comadronas, voluntarias de salud, etc.). (Sobre los temas: apoyo a las embarazadas, mantener saludables a los niños menores de 5 años, signos de peligro y cómo atenderlos, métodos de la educación de salud, etc.)</p>	<p>INVERSIÓN:</p> <p><u>JAPÓN</u></p> <p>Envío de expertos: Asesor Principal/salud comunitaria, salud materno infantil, coordinador/educación de salud, etc.</p> <p>Capacitación: en Japón, Capacitación para Terceros Países</p> <p>Donación de equipos: vehículos, equipos básicos de atención médica, etc.</p> <p>Costo local de la consultoría local, capacitación, elaboración de materiales didácticos, etc.</p>	<p>CONDICIONES PREVIAS:</p> <p>Las personas que recibieron la capacitación del Proyecto continúan contribuyendo en el Proyecto en favor del mejoramiento de la salud materno infantil.</p>
<p><u>GUATEMALA</u></p> <p>Asignación del personal de contraparte, asignación de presupuesto del personal de contraparte, asegurar el espacio para la oficina del Proyecto, los gastos del mantenimiento de la oficina del Proyecto, etc.</p>		

<p>4-2 Realizar las actividades conjuntas con las comadronas dentro de las instalaciones de salud de primero y segundo nivel.</p> <p>4-3 Realizar la capacitación para las actividades de promoción de salud materno infantil para los comunitarios. (Involucrar a mayor número de actores sociales.)</p> <p>4-4. Orientación a las madres embarazadas sobre la nutrición materna y el fomento de la alimentación óptima en niños y niñas menores de 2 años.</p> <p>4-5. Fortalecer el plan de emergencia familiar y comunitario para el traslado de madres, niños y niñas (embarazadas, neonatos, niños menores de 5 años).</p> <p>4-6. La comunidad involucrada y las comadronas ofrecen información para el Comité de Análisis de Causas de Muerte (maternas, neonatos e infantil).</p> <p>5-1 Participar en las oportunidades para compartir experiencias del Proyecto con otras Áreas de Salud, empezando con las reuniones centrales del MSPAS.</p> <p>5-2 Participar en las reuniones con otros donantes de asistencia para aprovechar la oportunidad de compartir información sobre la salud materno infantil.</p> <p>5-3 Realizar los seminarios al nivel central del MSPAS con el propósito de promover los resultados del Proyecto.</p> <p>5.4. Realizar monitoreo y supervisión periódica a las direcciones de área de salud por parte del nivel central.</p>	<p>PREMISA</p> <p>No existe oposición de la comunidad al Proyecto.</p>
---	--

[Handwritten mark]

[Handwritten initials]

NR

4.

EG

P

TR

<p>RESULTADO 1: La capacidad de gestión de las Direcciones de Áreas de Salud del Proyecto se incrementa en materia de los servicios de la salud materno infantil.</p>	<p>1-1. Se realizan el monitoreo y la supervisión de cada una de las actividades. (Cada ___ meses, se revisan ___ veces, a través de ___ se presentan informes de los centros a la Dirección de Área de Salud y son adecuadamente registrados. 1-2. Se elaboran, validan y se utilizan las herramientas para el monitoreo y la supervisión. 1-3. Se elaboran y se validan los materiales.</p>	<p>Número de monitoreos realizados. Informes del Proyecto. Herramientas de monitoreo y supervisión elaboradas. Materiales elaborados.</p>	<p>No se deteriora marcadamente la economía familiar del grupo poblacional objeto del Proyecto.</p>
<p>RESULTADO 2: Se mejora el cuidado perinatal (especialmente la atención en los partos) en los centros de atención de segundo nivel (por ejemplo en los centros de atención permanente -CAPs- y centros de atención integral materno infantil -CAIMIs-) articulado con el tercer nivel de atención.</p>	<p>2-1. Número de partos institucionales en el segundo nivel se incrementa. 2-2. XX (número) del personal de salud reciben la capacitación más de XX veces. 2-3. % del personal que aplica correctamente las normas y protocolos en la atención para el cuidado perinatal. (Se evaluará la capacidad a través de formatos de "listado de chequeo".) 2-4. % de los servicios que atienden los partos, mejoran sus resultados en la evaluación realizada por la Dirección de Área de Salud a través de "listado de chequeo" que se elaborara en el Proyecto.</p>	<p>Datos de SIGSA #1.#6 #5c parte atrás. Informes del Proyecto. Listado de asistencia Lista de chequeo</p>	
<p>RESULTADO 3: Se fortalecen los servicios de salud materno infantil en el primero y segundo nivel articulado con el tercer nivel.</p>	<p>3.1 Se incrementa (verificarlo a través de listado de chequeo) el % del personal de salud que aplica adecuadamente las normas y protocolos de atención de salud materno infantil.</p>	<p>Listado de chequeo Datos de SIGSA</p>	<p>Estabilidad del personal de la red de servicios.</p>

<p>3.2 Se incrementa a (en un) XX% las embarazadas que acuden al control prenatal (Etapa 1/ más de XX veces durante el embarazo).</p> <p>3.3 Se incrementa a (en un) XX% las mujeres que acuden al control puerperio.</p> <p>3.4 Se incrementa a (en un) XX% de la atención integral del niño y la niña</p>	<p>3.2 Se incrementa a (en un) XX% las embarazadas que acuden al control prenatal (Etapa 1/ más de XX veces durante el embarazo).</p> <p>3.3 Se incrementa a (en un) XX% las mujeres que acuden al control puerperio.</p> <p>3.4 Se incrementa a (en un) XX% de la atención integral del niño y la niña</p>	
<p>RESULTADO 4: Se fortalecen las acciones comunitarias de salud materno infantil.</p>	<p>4.1. XX Número de grupos de mujeres que se forman que participan en las actividades de la promoción de la salud materno infantil.</p> <p>4.2. Reciben XX número de voluntario(a) de salud/comadronas la capacitación y ponen en práctica el aprendizaje más de XX Número de las capacitadas.</p> <p>4.3. Se incrementa a XX el número de las comadronas capacitadas y registradas en las Direcciones de Áreas de Salud.</p>	<p>Listado de grupos de mujeres.</p> <p>Listado de Voluntarios(as) de Salud.</p> <p>Listado de comadronas.</p> <p>Actas de asistencia.</p>
<p>RESULTADO 5: Los resultados del Proyecto enriquecen las Estrategias para el cumplimiento de la Política de Salud del MSPAS.</p>	<p>5.1. Presentar los resultados del Proyecto en las reuniones del MSPAS para el intercambio de experiencias con otros departamentos o en las reuniones de los donantes, y obtener evaluaciones positivas sobre los resultados.</p> <p>5.2. Distribuir los materiales del Proyecto validados por el Ministerio a través del comité técnico del nivel central y las Direcciones de Área de Salud y obtener una evaluación positiva del contenido de los materiales distribuidos a otras Área de Salud y donantes.</p>	<p>Datos del Proyecto (registro de las presentaciones, materiales).</p>

J.

Ge

P

MR

f.

ge

P

XR

ACTIVIDAD:	INVERSION:	CONDICIONES PREVIAS:
<p>0-0 Revisión del Proyecto de Salud de la Niñez en el Departamento de Quetzaltenango, realización del estudio de línea de base, y el establecimiento de los indicadores.</p> <p>1-1 Realización de monitoreo y supervisión periódica por parte de la Dirección de Área de Salud a los centros de primero y segundo nivel y hacer informes respectivos.</p> <p>1-2 Realizar las reuniones periódicas del Comité de Análisis de Causas de Muerte de las embarazadas, neonatos e infantil, con la retroalimentación de su análisis a las actividades del Proyecto.</p> <p>1-3 Con base en lo obtenido en 1-2, elaborar y validar los materiales.</p> <p>2-1 Mejorar la infraestructura de atención básica y de capacitación, necesarias basados en los lineamientos del MSPAS para la atención de partos.</p> <p>2-2. Realizar la capacitación al personal de salud que atiende partos sobre el cuidado perinatal y atención de partos.</p> <p>2-3 Fortalecer el sistema de referencia y respuesta a los hospitales.</p> <p>3-1 Fortalecer la capacitación al personal de salud de primer segundo nivel en el cumplimiento de la atención prenatal y la atención integral de la niñez con enfoque de calidad.</p> <p>3-2 Fortalecer el seguimiento de las puérperas.</p> <p>3-3 Fortalecer el seguimiento de los niños de bajo peso.</p> <p>4-1 Fortalecer el sistema de capacitación por parte del personal de salud de la Dirección de Área de Salud y de los centros de segundo nivel a las personas involucradas a la salud pública en las comunidades (comadronas, voluntarias de salud, etc.). (Sobre los temas: apoyo a las embarazadas, mantener saludables a los niños menores de 5 años, signos de peligro y cómo atenderlos, métodos de la educación de salud, etc.)</p>	<p>JAPÓN</p> <p>Envío de expertos: Asesor Principal/salud comunitaria, salud materno infantil, coordinador/educación de salud, etc.</p> <p>Capacitación: en Japón, Capacitación para Terceros Países</p> <p>Donación de equipos: vehículos, equipos básicos de atención médica, etc.</p> <p>Costo local de la consultoría local, capacitación, elaboración de materiales didácticos, etc.</p> <p>GUATEMALA</p> <p>Asignación del personal de contraparte, asignación de presupuesto del personal de contraparte, asegurar el espacio para la oficina del Proyecto, los gastos del mantenimiento de la oficina del Proyecto, etc.</p>	<p>Las personas que recibieron la capacitación del Proyecto continúan contribuyendo en el Proyecto en favor del mejoramiento de la salud materno infantil.</p>

A.

ES

P

<p>4-2 Realizar las actividades conjuntas con las comadronas dentro de las instalaciones de salud de primero y segundo nivel.</p> <p>4-3 Realizar la capacitación para las actividades de promoción de salud materno infantil para los comunitarios. (Involucrar a mayor número de actores sociales.)</p> <p>4-4. Orientación a las madres embarazadas sobre la nutrición materna y el fomento de la alimentación óptima en niños y niñas menores de 2 años.</p> <p>4-5. Fortalecer el plan de emergencia familiar y comunitario para el traslado de madres, niños y niñas (embarazadas, neonatos, niños menores de 5 años).</p> <p>4-6. La comunidad involucrada y las comadronas ofrecen información para el Comité de Análisis de Causas de Muerte (maternas, neonatos e infantil).</p> <p>5-1 Participar en las oportunidades para compartir experiencias del Proyecto con otras Áreas de Salud, empezando con las reuniones centrales del MSPAS.</p> <p>5-2 Participar en las reuniones con otros donantes de asistencia para aprovechar la oportunidad de compartir información sobre la salud materno infantil.</p> <p>5-3 Realizar los seminarios al nivel central del MSPAS con el propósito de promover los resultados del Proyecto.</p> <p>5.4. Realizar monitoreo y supervisión periódica a las direcciones de área de salud por parte del nivel central.</p>	<p>PREMISA</p> <p>No existe oposición de la comunidad al Proyecto.</p>
---	--

NR

REGISTRO DE LAS DISCUSIONES
ENTRE
LA AGENCIA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE JAPÓN
Y
AUTORIDADES RELACIONADAS DEL GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE GUATEMALA
SOBRE
LA COOPERACIÓN TÉCNICA JAPONESA
PARA EL PROYECTO DE SALUD MATERNO INFANTIL EN LOS
DEPARTAMENTOS DE QUETZALTENANGO, TOTONICAPAN Y SOLOLA.

En respuesta a la solicitud del Gobierno de la República de Guatemala, el Gobierno del Japón ha decidido realizar la cooperación técnica relativa al Proyecto de Salud Materno Infantil en los departamentos de Quetzaltenango, Totonicapán y Sololá (en adelante referido como “el Proyecto”)

De acuerdo a lo anterior, la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (en adelante referida como “JICA”, como la agenda oficial responsable para la implementación del esquema de cooperación técnica del Gobierno del Japón, cooperará con las autoridades relacionadas del Gobierno de la República de Guatemala a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-para el Proyecto.

JICA y autoridades guatemaltecas concernientes tuvieron una serie de discusiones sobre el marco del Proyecto. Como resultado de estas discusiones, y de conformidad con las estipulaciones del Acuerdo sobre la Cooperación Técnica entre el Gobierno de Japón y el Gobierno de la República de Guatemala, firmado en Tokio, Japón el 28 de marzo de 1977 (en adelante referida como “el Acuerdo”), JICA y las autoridades relacionadas de Guatemala acordaron los asuntos referidos en el documento adjunto al presente.

Ciudad de Guatemala, XXX de 2010.

Sr. Takeo Sasaki
Representante Residente
JICA GUATEMALA

Dr. Pedro Rosales
Viceministro Técnico
Viceministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
República de Guatemala

Dra. Silvia Palma de Ruiz
Viceministra de Hospitales
Viceministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
República de Guatemala

Testigo de Honor
Licda. XXXXX
Secretaria de Planificación y
Programación de la Presidencia
República de Guatemala

EL DOCUMENTO ADJUNTO

I. COOPERACIÓN ENTRE LA JICA Y GOBIERNO GUATEMALTECO

1. El Gobierno de la República de Guatemala implementará el “Proyecto de Salud Materno Infantil en los Departamentos de Quetzaltenango, Totonicapán y Sololá” (en adelante se denominará “el Proyecto”), en cooperación con la JICA.
2. El Proyecto será implementado de acuerdo con el Plan Maestro, el cual se proporciona en el Anexo I.

II. MEDIDAS A TOMAR POR PARTE DE LA JICA

De acuerdo con las leyes y reglamentos en vigencia en Japón, y las estipulaciones del Artículo II del Convenio, la JICA como la agencia ejecutora para la cooperación internacional del Gobierno de Japón, tomará a su propia expensa, las siguientes medidas para los procedimientos normales de su esquema de cooperación técnica.

1. ENVÍO DE EXPERTOS JAPONESES

La JICA proveerá los servicios de Expertos Japoneses listados en el Anexo II. La estipulación del Artículo VIII del Convenio será aplicado a los expertos antes mencionados.

III. MEDIDAS A TOMAR POR EL GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA

1. El Gobierno de la República de Guatemala tomará las medidas necesarias para garantizar que la operación del Proyecto sea sostenible durante y después del periodo de cooperación técnica de Japón, a través de la participación activa en el Proyecto, de todas las autoridades relacionadas, así como de los grupos e instituciones beneficiadas.
2. El Gobierno de la República de Guatemala garantizará que las tecnologías y el conocimiento adquiridos por los becados guatemaltecos, como resultado de la presente cooperación técnica japonesa, contribuirán al desarrollo económico y social de la República de Guatemala.
3. De acuerdo con las estipulaciones de los Artículos V y VI del Convenio, el Gobierno de la República de Guatemala otorgará los privilegios, exenciones y beneficios guatemaltecos a los expertos japoneses y sus familias referidos en II-1 anterior.
4. De acuerdo con las estipulaciones del Artículo V-(b) del Convenio, el Gobierno

de la República de Guatemala proveerá los servicios del personal de contraparte y personal administrativo guatemalteco, de acuerdo con la lista en el Anexo IV.

5. De acuerdo con las estipulaciones del Artículo V-(a) del Convenio, el Gobierno de la República de Guatemala proveerá los edificios e instalaciones, según se detalla en el Anexo V.
6. De acuerdo con las leyes y reglamentos vigentes en la República de Guatemala, el Gobierno de la República de Guatemala, tomará las medidas necesarias para cumplir con los gastos corrientes, necesarios para la implementación del Proyecto. .

IV. ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO

1. El Viceministro Técnico, del Ministerio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (en adelante denominado "MSPAS"), como Director, tendrán toda la responsabilidad de la administración e implementación del Proyecto.
2. La (el) Viceministra Hospitalaria del MSPAS, como Gerente del Proyecto, será responsable de los asuntos administrativos y técnicos del Proyecto.
3. Los Expertos Japoneses harán las recomendaciones y darán la asesoría necesaria al Director del Proyecto y al Gerente del Proyecto, sobre asuntos pertinentes a la implementación del Proyecto.
4. Los Expertos Japoneses brindarán la orientación y asesoría técnica necesarias al personal de contraparte guatemalteca, sobre asuntos pertinentes a la implementación del Proyecto.
5. El Comité de Coordinación Conjunto –CCC- (JCC en ingles - Joint coordination committee-) será integrado por ambos lados de la Republica de Guatemala y de Japón.

GUATEMALA

Presidente

Viceministro(a) Técnico

Vicepresidente

Viceministro (a) Hospitales

Directores Generales de SIAS y DGRVCS

Jefatura de Programas DRPAP

Unidad de Planificación Estratégica

Directores de tres áreas de salud

Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia

JAPON

Embajada del Japón

Representante Residente de JICA Guatemala

Expertos Japoneses

6. El Equipo técnico estará conformado por
- Programa de Salud integral de la niñez
 - Programa de Seguridad Alimentaria y Nutrición
 - Programa Nacional de Salud Reproductiva

 - Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Agua.
 - Programa de educación en salud –Proedusa-
 - Programa de Extensión de Cobertura
 - Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación. USME
 - Departamento de Control y Desarrollo de Servicios del Sistema Integrado de Atención de Salud - SIAS-
 - Unidad de Desarrollo de Servicios de Enfermería.
 - Coordinación General de Hospitales
 - Sistema de Información Gerencial en Salud
 - Centro Nacional de Epidemiología
 - Directores de Hospitales y Direcciones de Área de Salud
 - Expertos Japoneses

V. RECLAMOS EN CONTRA DE LOS EXPERTOS JAPONESES

De acuerdo con las estipulaciones del Artículo VII del Convenio, el Gobierno de la República de Guatemala tomará con paciencia los reclamos, si surgieran, en contra de los expertos japoneses participantes en la cooperación técnica del presente Proyecto, si estos reclamos son resultado, o si ocurren en el curso de, o en otras circunstancias relacionados con las funciones oficiales del experto en la República de Guatemala. Aquellos reclamos originados por mala conducta intencional o total negligencia de los Expertos Japoneses están exentos de la presente disposición.

VI. CONSULTA MUTUA

Existirá consulta mutua entre la JICA y el Gobierno de la República de Guatemala sobre cualquier asunto importante originado de, o en conexión con, el Documento Adjunto.

VII. MEDIDAS PARA PROMOVER EL ENTENDIMIENTO Y APOYO PARA EL PROYECTO

Con el propósito de promover el apoyo para el Proyecto, el Gobierno de la República de Guatemala tomará las medidas adecuadas para difundir ampliamente el presente Proyecto entre estos sectores.

J. *P* *kg*

NR

VIII. DURACION DE LA COOPERACIÓN

La duración de la cooperación técnica para el Proyecto descrito en el Documento Adjunto, será de cuatro años a partir del envío del primer experto.

- ANEXO I : PLAN MAESTRO
- ANEXO II : LISTA DE EXPERTOS JAPONESES
- ANEXO III : LISTA DE MAQUINARIA Y EQUIPO
- ANEXO IV: LISTA DEL PERSONAL DE CONTRAPARTE Y PERSONAL ADMINISTRATIVO GUATEMALTECO
- ANEXO V : LISTA DE EDIFICIOS E INSTALACIONES

BORRADOR

S.

P

lr

NR

ANEXO I

PLAN MAESTRO

1. Gran Meta

Se mejora la salud de las mujeres (embarazo, parto y puerperio), y de los(as) niños (as) menores de 5 años de los 3 Departamentos del Proyecto.

2. Objetivo del Proyecto

Los(as) niños(as) menores de un año y las embarazadas y madres reciben los servicios de salud integral con calidad en los 3 Departamentos del Proyecto.

3. Resultados

- (1) La capacidad de gestión de las Direcciones de Áreas de Salud del Proyecto se incrementa en materia de los servicios de la salud materno infantil.
- (2) Se mejora el cuidado perinatal (especialmente la atención en los partos) en los centros de atención de segundo nivel (por ejemplo en los centros de atención permanentes -CAPs -y Centrao de atención integral materno infantil -CAIMIs-) articulado con el tercer nivel de atención.
- (3) Se fortalecen los servicios de salud materno infantil en el primer y segundo nivel.
- (4) Se fortalecen las acciones comunitarias de salud materno infantil.
- (5) Los resultados del Proyecto enriquecen las Estrategias para el cumplimiento de la Política de Salud del MSPAS.

4. Actividades del Proyecto

- 0-0 Revisión del Proyecto de Salud de la Niñez en el Departamento de Quetzaltenango, realización del estudio de línea de base, y el establecimiento de los indicadores.
- 1-1 Realización de monitoreo y supervisión periódica por parte de la Dirección de Área de Salud a los centros de primero y segundo nivel y hacer informes respectivos.
- 1-2 Realizar las reuniones periódicas del Comité de Análisis de Causas de Muerte de las embarazadas, neonatos e infantil, con la retroalimentación de su análisis a las actividades del Proyecto.
- 1-3 Con base en lo obtenido en 1-2, elaborar los manuales y guías.
- 2-1 Mejorar la infraestructura de atención básica y de capacitación, necesarias con base en los lineamientos del MPAS para la atención de partos.
- 2-2 Realizar la capacitación al personal de salud que atiende partos sobre el cuidado perinatal y atención de partos.
- 2-3 Fortalecer el sistema de referencia y respuesta a los hospitales.
- 3-1 Fortalecer la capacitación al personal de salud del primero y segundo nivel en el cumplimiento de la atención prenatal y la atención integral de la niñez con enfoque de calidad.

- 3-2 Fortalecer el seguimiento de las puérperas.
- 3-3 Fortalecer el seguimiento de los niños de bajo peso.
- 4-1 Fortalecer el sistema de capacitación por parte del personal de salud de la dirección de área de Salud y de los centros de segundo nivel a las personas involucradas a la salud pública en las comunidades (comadronas, voluntarias de salud, etc.). (Sobre los temas: apoyo a las embarazadas, mantener saludables a los niños menores de 5 años, signos de peligro y cómo atenderlos, métodos de la educación de salud, etc.)
- 4-2 Realizar las actividades conjuntas con las comadronas dentro de las instalaciones de salud de primero y segundo nivel.
- 4-3 Realizar la capacitación para las actividades de promoción de salud materno infantil para los comunitarios. (Involucrar a mayor número de actores sociales.)
- 4-4 Orientación a las madres embarazadas sobre la nutrición materna y el fomento de la alimentación óptima en niños y niñas menores de dos años.
- 4-5. Fortalecer el plan de emergencia familiar y comunitario para el traslado de madres, niños y niñas (embarazadas, neonatos, niños menores de 5 años).
- 4-6. La comunidad involucrada y las comadronas ofrecen información para el Comité de Análisis de Causas de Muerte (maternas, neonatos e infantil).
- 5-1 Participar en las oportunidades para compartir experiencias del Proyecto con otras Áreas de Salud, empezando con las reuniones centrales del MSPAS.
- 5-2 Participar en las reuniones con otros donantes de asistencia para aprovechar la oportunidad de compartir información sobre la salud materno infantil.
- 5-3 Realizar los seminarios al nivel central del MSPAS con el propósito de promover los resultados del Proyecto.
- 5.4. Realizar monitoreo y supervisión periódica a las direcciones de áreas de salud por parte del nivel central.

ANEXO II

LISTA DE EXPERTOS JAPONESES

1. Expertos de largo plazo

La JICA enviará un equipo de expertos en los campos abajo indicados:

- (1) Asesor Principal/Salud Comunitaria
- (2) Salud Materno Infantil
- (3) Coordinador/Educación en Salud

2. Expertos de corto plazo

La JICA enviará, de acuerdo con las necesidades en el desarrollo del Proyecto, los expertos de corto plazo.

PROYECTO

f P G

NR

ANEXO III

LISTA DE MAQUINARIA Y EQUIPO

- ① Vehículo
- ② Equipos básicos de la atención materno infantil
- ③ Equipos básicos para la capacitación
- ④ Otros

BORRADOR

S. P. C.

JR

ANEXO IV

LISTA DE PERSONAL DE CONTRAPARTE Y PERSONAL ADMINISTRATIVO GUATEMALTECO

Del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y el personal de la contraparte sería como sigue:

1. Director del Proyecto
Viceministro Técnico del MSPAS
2. Gerente del Proyecto
Viceministra de Hospitales MSPAS
3. Personal de Contraparte:
Nivel Central:
Personal de la Dirección de Regulación, Programas y Atención a las Personas.
 - Salud de la Niñez
 - IRA's y ETA's
 - Nutrición
 - Salud ReproductivaPersonal de la Dirección de Sistema Integrado de Atención en Salud
Personal de la Dirección del Programa Extensión de Cobertura - PEC
Cooperación Internacional
Nivel Departamental
Personal de las Direcciones de Área de Salud de Quetzaltenango, Totonicapán y Sololá
Personal de los Hospitales Regional de Quetzaltenango, y Departamental de Totonicapán y Sololá.

J. P. E.

NR

ANEXO V

LISTA DE EDIFICIOS E INSTALACIONES

1. Espacio de oficina para los expertos, en la Dirección del Área de Salud de Quetzaltenango.
2. Instalaciones y servicios como electricidad, teléfono, conexión de Internet y mobiliario para las actividades del Proyecto.
3. Otras instalaciones mutuamente acordadas y necesarias para la implementación del Proyecto.

PROYECTO

S. R. G.

NR