

付録1 世界の母子保健の現状

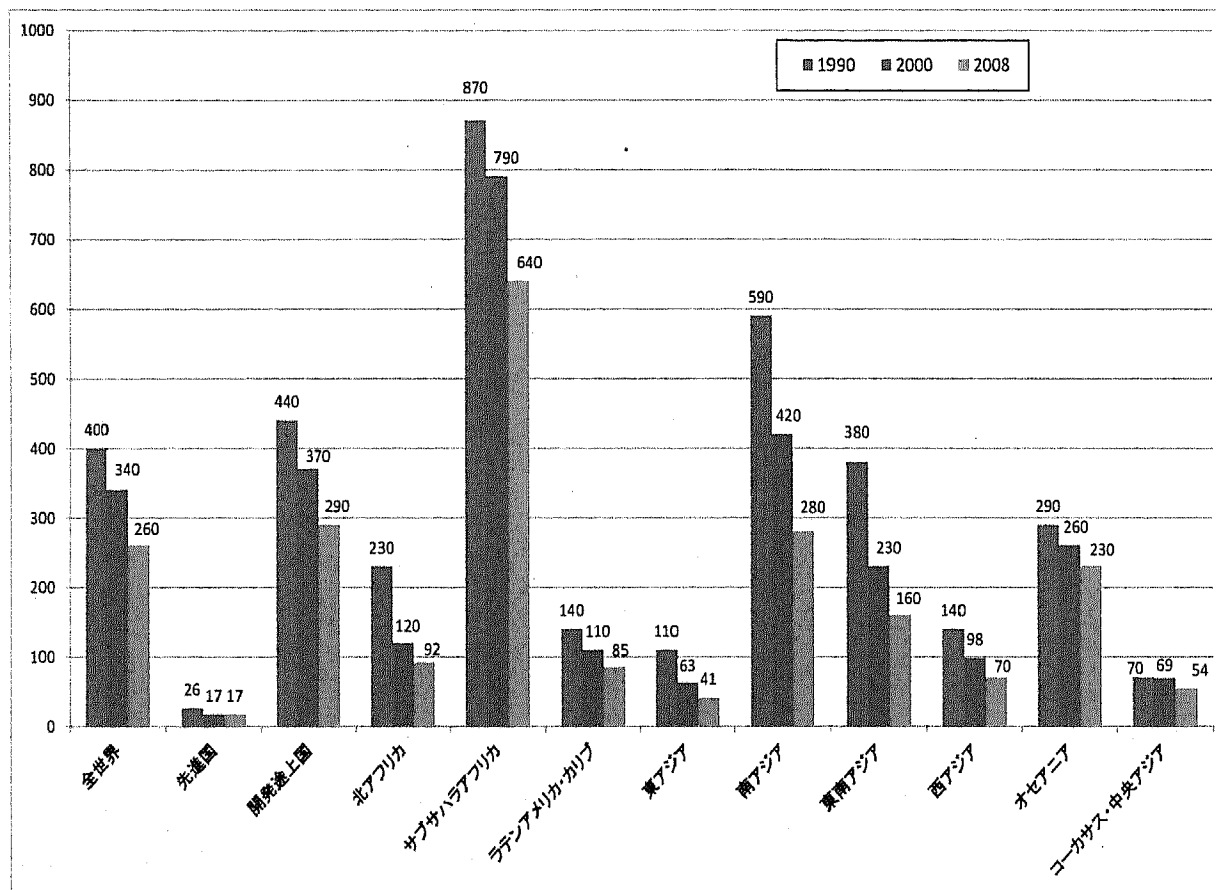
付録1-1 MDGsの進捗状況(2010年現在)

	アフリカ		アジア				大洋州	中 南 米 ・ カ リ ブ	独立国家 共同体	
	北 部 ア フリ カ	サ ブ サ ハラ	東 ア ジ ア	東 南 ア ジ ア	南 ア ジ ア	西 ア ジ ア			欧 州	ア ジ ア
目標1: 極度の貧困と飢餓の撲滅										
極度の貧困半減										
極度の飢餓半減										
目標2: 初等教育の完全普及の達成										
初等教育の完全普及										
目標3: ジェンダー平等推進と女性の地位向上										
初等教育における 女性の就学率										
目標4: 子どもの死亡の低減										
5歳未満児死亡率 2/3削減										
目標5: 妊産婦の健康の改善										
妊産婦死亡率 3/4削減										
リプロダクティブ・ヘルス へのアクセス										
目標6: HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延防止										
HIV/エイズ蔓延防止										
結核蔓延防止										
目標7: 環境の持続可能性確保										
安全な飲料水のない人口 半減										
衛生設備のない人口 半減										
目標8: 開発のためのグローバルなパートナーシップの推進										
インターネット利用者										

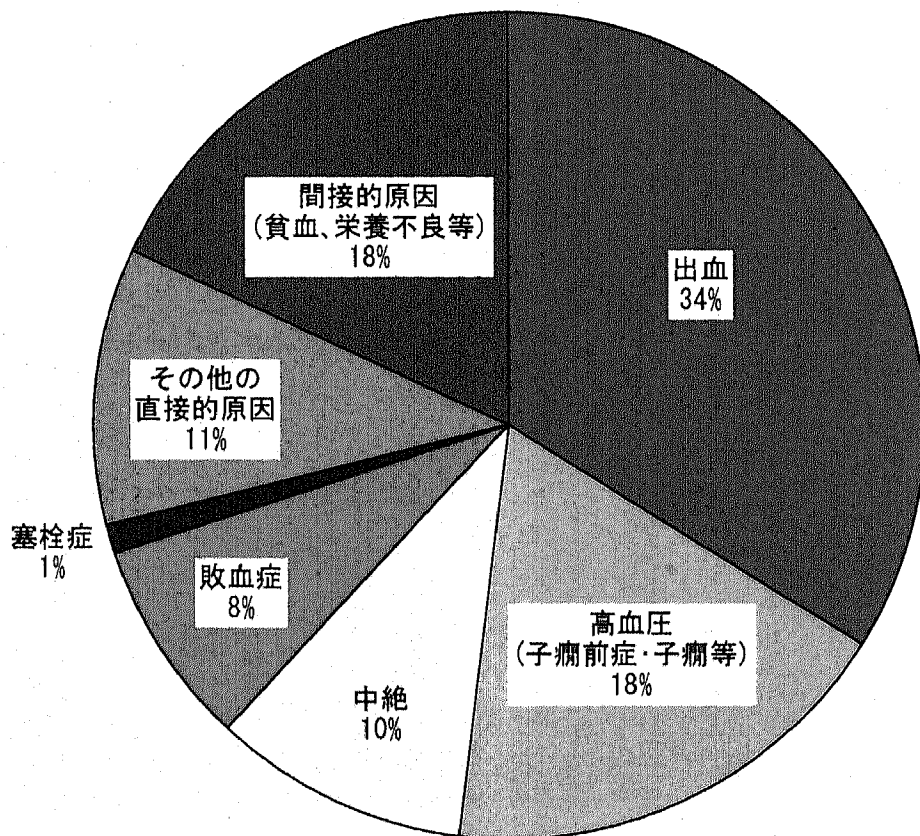
- 凡例:
- 目標達成済み、または達成間近。
 - 現状が続けば2015年までに目標達成が見込まれる。
 - 現状のままでは2015年には目標達成不可能。
 - 進展なし、または悪化。
 - データが不十分。

出所: 国連経済局「Millennium Development Goals: 2010 Progress Chart」から一部抜粋し JICA で仮訳。

付録 1-2 妊産婦死亡率(出生 10 万対) (MDGs 指標 5.1) (1990 年、2005 年、2008 年)



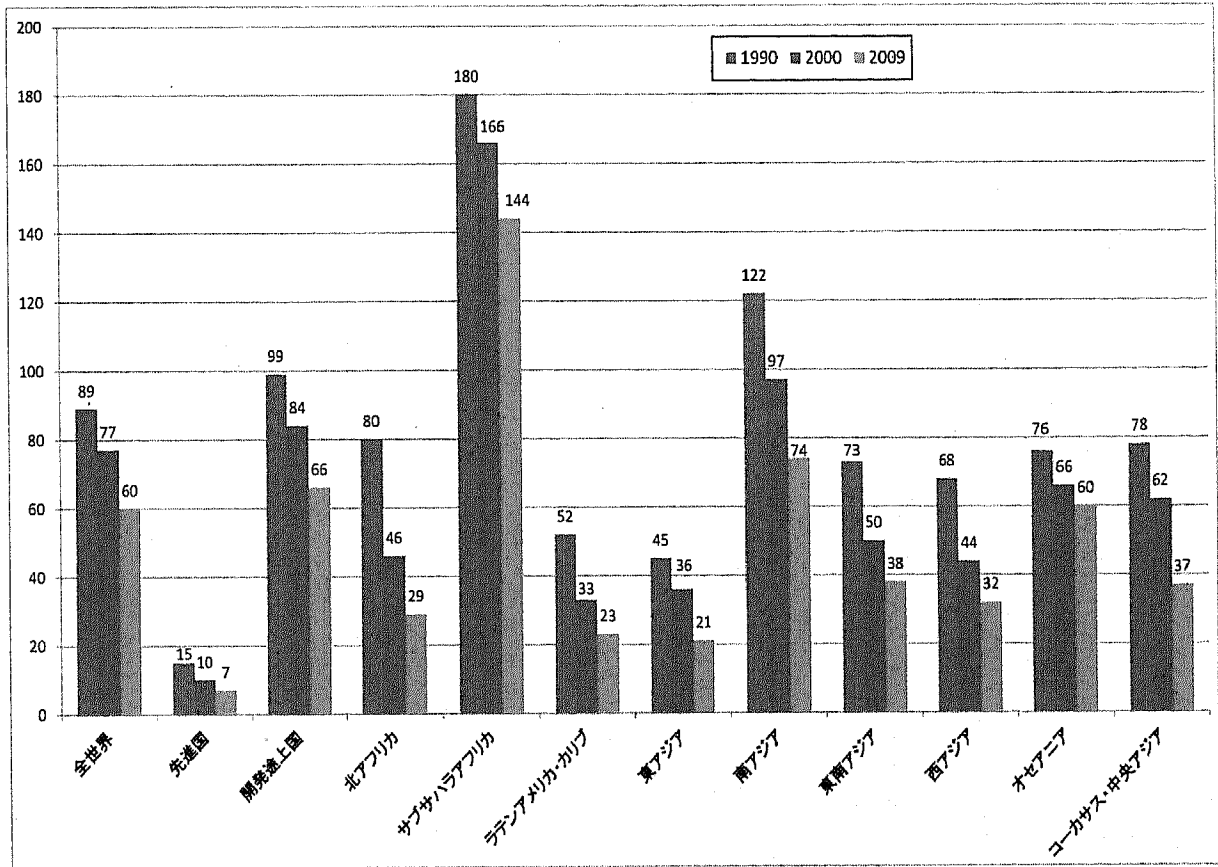
付録 1-3 世界の妊産婦の死因 (1997~2007 年)



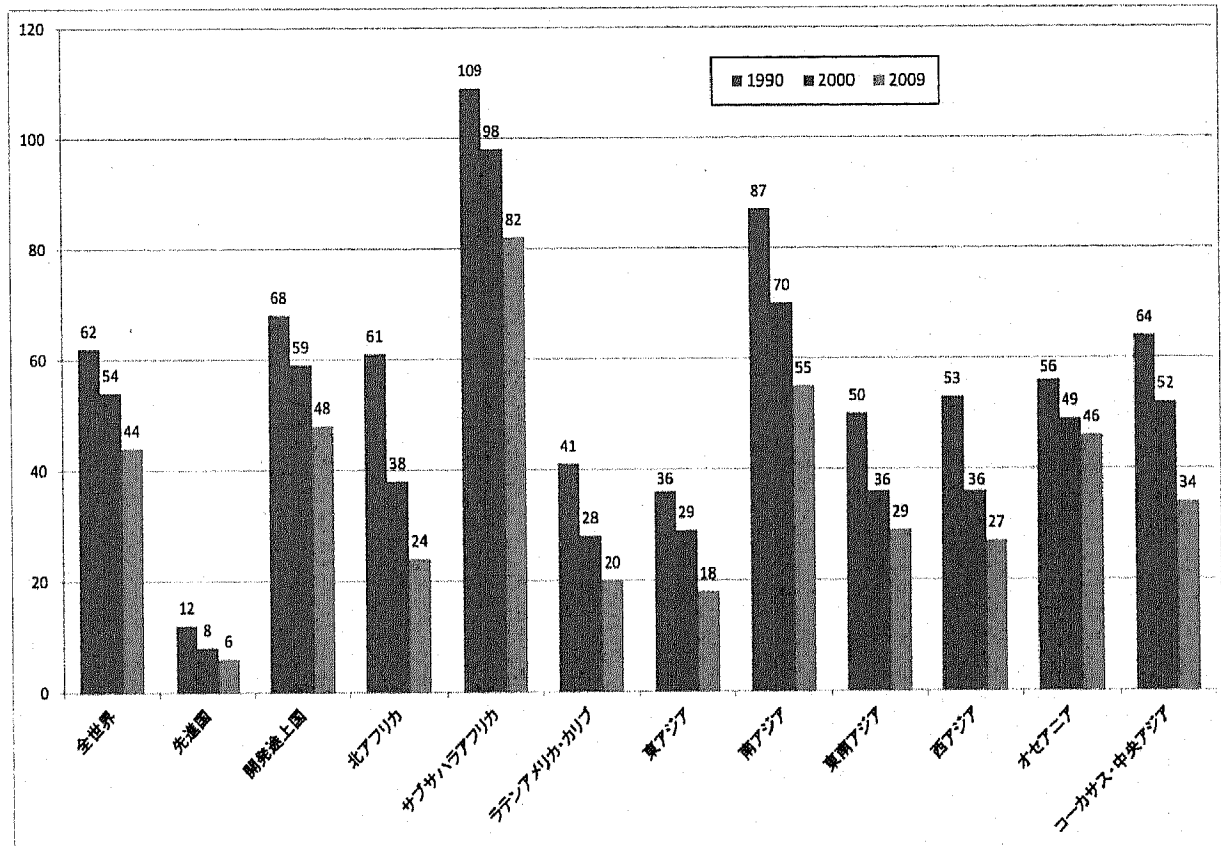
出所: UNICEF(2010)「子どもたちのための前進: 公平性のある MDGs の達成を目指して(第9号)」.

<http://www.unicef.or.jp/library/pdf/Progress for Children - No. 9 jp.pdf>

付録 1-4 5歳未満児死亡率(出生 1000 対) (MDGs 指標 4.1) (1990 年、2000 年、2009 年)



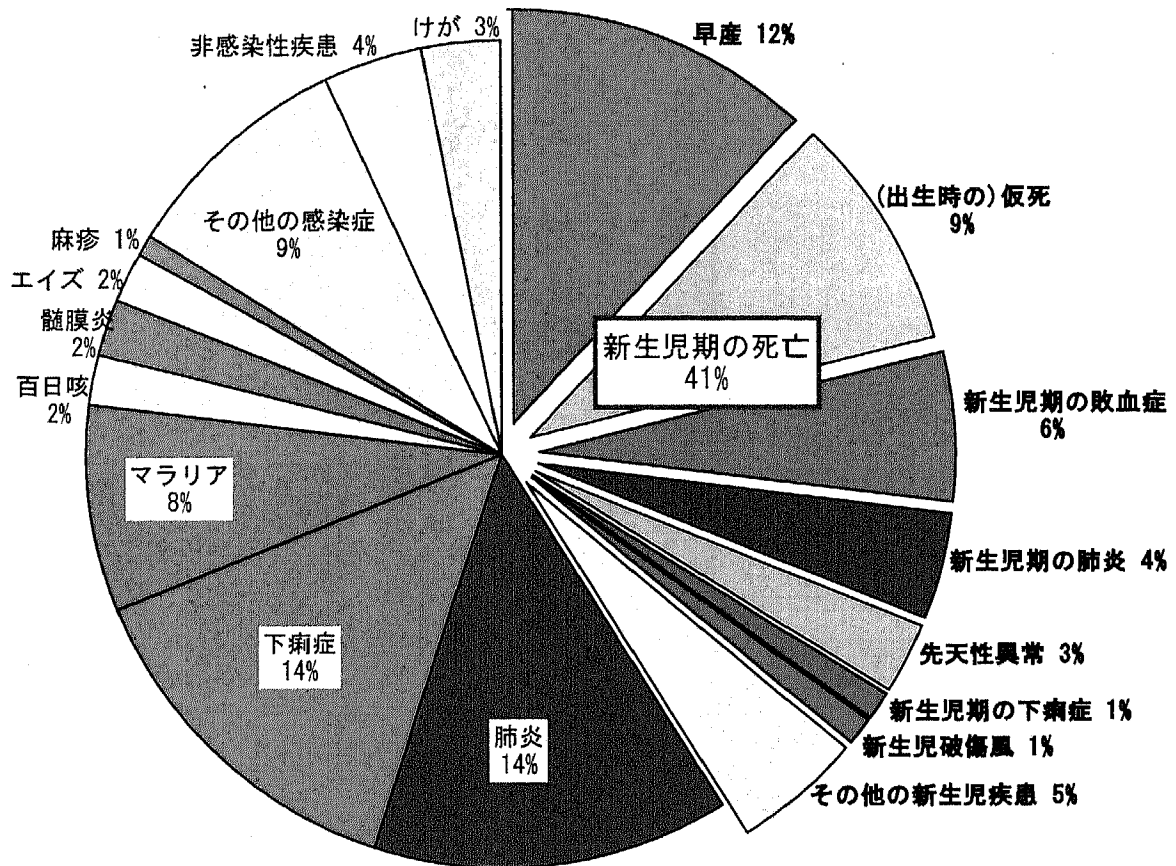
付録 1-5 乳児死亡率(出生 1000 対) (MDGs 指標 4.2) (1990 年、2000 年、2009 年)



付 1-2・1-4・1-5 出所 : UN (2010), "The Millennium Development Goals Report 2011".

<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Data/2011%20Stat%20Annex.pdf>

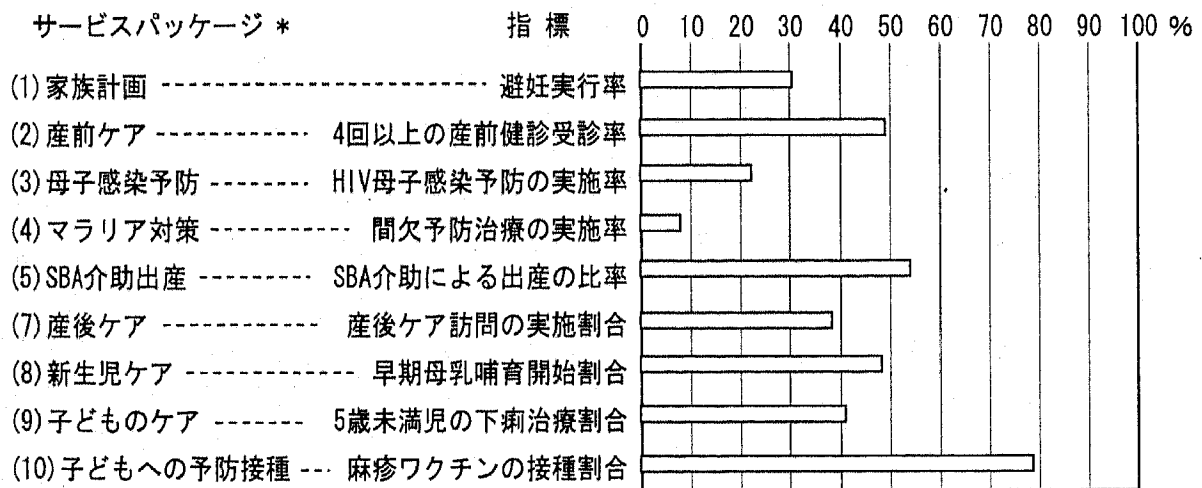
付録1-6 世界の5歳未満児・新生児の死因 (2008年)



出所 : WHO and UNICEF 2010, "Countdown to 2015 Decade Report (2000-2010):
Taking stock of maternal, newborn and child survival".

<http://www.countdown2015mnch.org/documents/2010report/CountdownReportAndProfiles.pdf>

付録1-7 途上国における標準的サービスの普及度の例 (2000~2010年)
(「カウントダウン」のモニタリング対象68カ国の中央値)



* 各サービスパッケージの番号は本文2章2-2の番号に対応

出所 : Lancet(2010); 375: 2034 から一部抜粋したものに基づいて JICA で仮訳・作成。

付録2 母子保健分野の代表的なインパクト指標

指標名	指標名(英名)	英略語	定義	備考(数値の見方の一例)
妊産婦死亡率	Maternal mortality ratio	MMR	年間出生数に対する、妊娠中または妊娠終了後 42 日未満の女性の妊娠・出産を原因とする年間死亡数の比率。出生 10 万に対する死亡数で表す。	UNICEF「子どもたちのための前進 2010」では、MMR の値を次の 4 段階に分類。 ●非常に高い： MMR 550 以上 ●高い： MMR 300 以上 549 以下 ●中程度： MMR 100 以上 299 以下 ●低い： MMR 100 未満
新生児死亡率	Neonatal mortality rate	NMR	出生時から 28 日目までに死亡する確率。出生 1000 人当たりの死亡数で表す。	WHO「World Health Report 2005」では、NMR の値を次の 4 段階に分類。 ●非常に高い： NMR 37.5 以上 ●高い： NMR 25.0 以上 37.4 以下 ●中程度： NMR 12.5 以上 24.9 以下 ●低い： NMR 12.5 未満
5 歳未満児死亡率	Under-five mortality rate	U5MR	出生時から 5 歳になる日までに死亡する確率。出生 1000 人当たりの死亡数で表す。	UNICEF「子どもたちのための前進 2007」では、U5MR を絶対値と減少率(1990～2006 年の年平均減少率)によって、次の 3 段階に分類。 ●MDG4 達成見込み (on-track) : U5MR 40 未満、または減少率 4.0%以上 ●現状では MDG4 達成不可能 (insufficient) : U5MR 40 以上、減少率 1.0%以上 3.9%以下 ●進展なし (no progress) : U5MR 40 以上、減少率 1.0%未満
合計特殊出生率	Total fertility rate	TFR	15～49 歳の女性の年齢別出生率の合計。	平成 18 年度厚生白書によれば、人口置換水準 (TFR がこの水準以下になると人口が減少する水準)は、年によって変動はあるものの概ね 2.1。
低体重新生児の割合	Low birth weight	LBW	出生時の体重が 2500 グラム未満の新生児の割合。	
慢性栄養不良児の割合	Prevalence of stunting		①中・重度：「WHO Child Growth Standards」による年齢相応の身長中央値から標準偏差がマイナス 2 未満である 5 歳未満児の割合。 ②重度：「WHO Child Growth Standards」による年齢相応の身長中央値から標準偏差がマイナス 3 未満である 5 歳未満児の割合。	
急性栄養不良児の割合	Prevalence of wasting		①中・重度：「WHO Child Growth Standards」による身長相応の体重中央値から標準偏差がマイナス 2 未満である 5 歳未満児の割合。 ②重度：「WHO Child Growth Standards」による身長相応の体重中央値から標準偏差がマイナス 3 未満である 5 歳未満児の割合。	
低体重児の割合	Prevalence of underweight		①中・重度：「WHO Child Growth Standards」による年齢相応の体重中央値から標準偏差がマイナス 2 未満である 5 歳未満児の割合。 ②重度：「WHO Child Growth Standards」による年齢相応の体重中央値から標準偏差がマイナス 3 未満である 5 歳未満児の割合。	
過体重の割合	Prevalence of overweight		一般的に、正常な状態に比べて体重が多い状況、又は体脂肪が過剰に蓄積した状況を言う。通常、ボディマス指数 (Body Mass Index: BMI) という体重と身長の関係から算出 (体重 (kg) / 身長 (m) の二乗) される、ヒトの肥満度を表す体格指数で示される。WHO では、BMI が 25 以上であれば過体重 (overweight)、30 以上であれば肥満 (obesity) と定義している。なお、BMI の計算式は世界共通であるが、肥満の判定基準は国により異なる。	
貧血の割合	Prevalence of anemia		血液中のヘモグロビン (Hb) 濃度が、妊婦の場合は 100ml あたり 11 グラム未満、5 歳未満児の場合は 11 グラム未満の人数の割合。	

付録3-1 ヘルス・フォー・プラス(H4+) (WHO、UNFPA、UNICEF、世界銀行、UNAIDS)

2008年7月22日にWHO・UNFPA・UNICEF・世界銀行は、妊産婦と新生児の継続ケア実施促進のための共同支援を行うことを発表した。これら4機関は、途上国の能力強化、持続的な国家保健システムの構築、母子保健に関する国家計画のコスト計算・資金調達を支援するにあたり、各機関の比較優位性と専門性をもとに、それぞれが次のような中核的機能を担うこととしている。

- WHO：政策、基準、調査研究、モニタリングと評価
- UNFPA：リプロダクティブ・ヘルス関連物資の安全性、実施の支援、リプロダクティブ・ヘルスのための人的資源、モニタリングと評価の能力開発への技術支援
- UNICEF：資金調達、実施支援、ロジスティクス・物資供給、モニタリングと評価
- 世界銀行：保健財政(資金調達)、国家開発フレームワークへの母子保健の包摂、戦略計画立案、(信託制度やシステムの管理運営を含む)保健システムに必要な資源への投資、成功した事業の拡大

2008年9月のMDGsハイレベル会合において、H4共同宣言「Accelerating efforts to save the lives of women and newborns」を発表し、MDGsの中で最も進捗が遅れている目標5の達成に向け、妊産婦死亡率が高い60カ国中、まずは問題が特に深刻な25カ国(ベナン、カンボジア、ガーナ、ハイチ、シエラレオネ、ウガンダ、ザンビア、ブルキナ・ファソ、エチオピア、インド、ネパール、ニジェール、ルワンダ、アフガニスタン、バングラデシュ、コンゴ民主共和国、リベリア、マリ、ナイジェリア、ケニア、マラウイ、モザンビーク、パキスタン、タンザニア、ジンバブエ)の政府への支援を行っていくと表明した。その内容は、次のような7つの分野における途上国の能力強化である。

- (1) 母子保健のニーズ・アセスメント、及び、成果に基づく保健計画の立案・実施
- (2) 途上国の母子保健計画の費用計算及び資源動員
- (3) 質の高い母子保健サービスの拡充、専門技能を持った保健従事者による出産時の立ち会い、緊急産科ケア・新生児ケアへのアクセス確保、HIV感染予防・治療の連携確保
- (4) 専門技能を持つ保健従事者(特に助産師)に対する緊急ニーズへの対応
- (5) 母子保健サービスへのアクセスに対する経済的障壁(特に最貧層)への対応
- (6) 妊産婦の死亡・罹病の根本原因への取り組み(ジェンダーの不平等、女子の教育普及率(特に中等教育)、児童婚、思春期の妊娠等を含む。)
- (7) モニタリング及び評価システムの強化

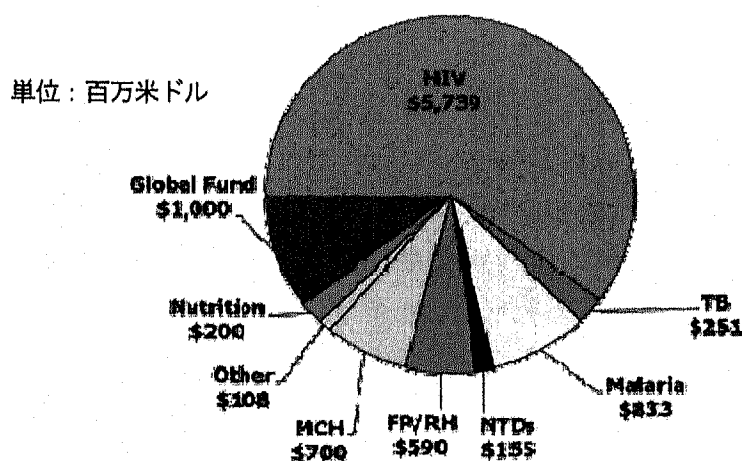
2010年には上記H4にUNAIDSが加わり、H4+となった。H4+の5機関は、母子継続ケアの中核要素及び関連する分野の調整について、次ページの表のように合意している。この表で示された各主務機関は、各分野での国連側の途上国支援計画を調整するが、各分野に他の機関が関与することを妨げるわけではなく、活動に際しては、その途上国の一般的状況、各機関の当該国における比較優位性、保健や開発全般の背景的要素(SWAPs、国際協定、国家計画等)を優先させることとしている。

分野		WHO	UNFPA	UNICEF	世界銀行	UNAIDS
継続ケア	家族計画	●	●	○	○	
	産前ケア	●	○	●	○	
	SBA介助による出産	●	●	○	○	
	基礎的緊急産科ケア	○	●	●	○	
	包括的緊急産科ケア	●	●	○	○	
	産後ケア	●	●	○	○	
	新生児ケア	●	○	●	○	
	妊産婦と新生児の栄養	●	○	●	●(妊産婦)	
母子保健に関するその他の分野	女子教育		○	●	○	
	ジェンダー/文化/男性の参加	○	●	●	○	
	ジェンダーを理由とする暴力	○	●	●		
	思春期のリプロダクティブヘルス	●	●	●	○	
	開発のための広報連絡活動	○	●	●	○	
	産科瘻孔(ろうこう)	○	●			
	安全でない中絶の防止、中絶後のケア	●	○			
	女性性器切除	●	●	●	○	
	人道危機下の妊産婦・新生児保健	●	●	●	○	
	性感染症	●	○	○		
	HIV/エイズおよび家族計画					●
	母子保健人材の基礎教育・継続教育	●	●	○	○	
	保健人材のための規制・立法	●	○	○	○	
必須医薬品リスト	●	○	○			
ロードマップの作成と実施	●	●	○	●		

●：主務機関 ○：協力機関

付録3-2 米国国際開発庁(USAID)

USAIDは、2009年5月に発表された大統領声明「グローバル・ヘルス・イニシアティブ」(GHI)の主担当機関として、HIV/エイズ、結核、マラリア、顧みられない熱帯病(NTD)、母子保健、家族計画とリプロダクティブ・ヘルス、栄養、保健システム強化からなるGHI事業を担っている。GHI全体で2009～2014年に630億米ドル(うち510億米ドルは3大感染症対策)の支援を行う予定であり、2011年度は母子保健、家族計画とリプロダクティブ・ヘルス分野で12.9億米ドルが要求されている。(2011年度予算要求の内訳は下図参照。)



GHI では 2015 年までの母子保健の目標 (MDG4、5 関連)として以下を掲げている。

- 妊産婦保健：支援対象国において、妊産婦死亡率を 30%削減させ、36 万人の女性の命を救う(MDG 5A)
- 子どもの健康：支援対象国において、5 歳未満児死亡率を 35%削減させ、150 万人の新生児を含む 300 万人の子どもの命を救う(MDG 4A)
- 家族計画とリプロダクティブ・ヘルス:5400 万の望まない妊娠を防ぐため、支援対象国において避妊実行率 35%(毎年平均約 2%の増加)を達成し、18 歳未満の女性の初産を 20%削減する(MDG 5B)

USAID の母子保健プログラムは、2010 年には 62 カ国で実施されている。このうち 32 カ国(主にアフリカ・南アジア)に予算の大半がつけられているが、最近は対象国をアフリカに絞る傾向にある。優先国の決定には、ニーズ(妊産婦死亡率・5 歳未満児死亡率の高さ)、その国における USAID 事務所の有無、被援助国の母子保健事業遂行能力等の複数の基準が設けられている。USAID が母子保健分野で活動している国の多くは、H4+やカウントダウンの対象国である。

USAID の母子保健戦略は、効果的介入(HII) の開発・導入・普及と保健システム強化(保健サービス人材、薬剤管理等)に焦点を当てている。具体的な活動・介入は下表のとおり。

女性	新生児	子ども
産前ケア(敗血症予防の無菌法を含む)	必須新生児ケア	重度の小児感染症予防・ケア・治療、 気管支炎/肺炎治療のための抗生剤使用、 下痢症対策のための重給補給とORT、 マラリア予防、良い衛生習慣の習得
出産時の(専門技能者による)ケア (SBA・分娩第3期の積極的介助を含む)	産後訪問	
緊急産科ケア(産後出血手当を含む)	重度の新生児感染症治療	
避妊を含むリプロダクティブ・ヘルス・サービス、 家族計画へのアクセス向上	ポリオ撲滅・麻疹コントロールを含む予防接種	
殺虫剤処理蚊帳によるマラリア予防と妊娠期における間欠予防治療		
HIV予防・コントロール(母子感染予防を含む)		
栄養向上/補給(ビタミンA強化を含む)		
安全な水・衛生習慣		
保健システム強化(保健人材、情報システム、薬剤マネジメント、インフラ開発)		
基礎科学研究と実証科学を含む調査研究・開発		

付録 3-3 英国国際開発省 (DFID)

DFID の保健分野の事業は、保健システム、HIV/エイズ、感染症、妊産婦・新生児保健、リプロダクティブ・ヘルス、調査研究などから構成されているが、これらのうちリプロダクティブ・ヘルスと妊産婦・新生児保健(RMNH)を中心的取り組みとすることを 2010 年に定め、2010 から 2015 年の間、当該分野で毎年平均約 7.4 億ポンド(約 11 億米ドル)の援助を行うとともに、同期間に 21 億ポンドの追加支援も行うことを予定している。内容としては、望まない妊娠を防ぎ、妊娠・出産を安全なものとするを優先事項とし、2015 年までに、①最低 5 万人の妊産婦と 25 万人の新生児の命を救い(MDG4A 及び 5A)、②1000 万人以上の女性が近代的避妊法を使用できるようにし(MDG5B)、③500 万件以上の望まない妊娠を防ぎ

(MDG5B)、④200 万件以上の安全な出産(MDG5A・5B)を支援することを約束している。実施中・計画中の RMNH 事業(二国間援助)対象国は、サブサハラ・アフリカとアジアに集中している。

①～④の目標達成のため、DFID は達成すべき成果とそのための活動・介入を下図のように4つの柱に整理している。臨床的な介入もごく一部に含まれているが、全体としては、教育、経済、インフラ面等からなる包括的・多面的なアプローチがとられている。

成果フレームワーク			
Pillar 1.	Pillar 2.	Pillar 3.	Pillar 4.
健康的な生殖の選択のための女性のエンパワメント	サービスへのアクセス障壁の除去 (特に最貧層と最もリスクの高い人々)	質の良いサービス供給の拡大	結果に関する説明責任の強化
女性と健康への政治コミットメント、女性の権利と擁護に関する法的枠組み	サービスへの経済的障壁の撤去、購入力の強化、サービス無償化、現金給付、バウチャー給付、金銭的動機づけ、社会健康保険	高インパクトで費用対効果の高い保健サービスの普及と統合(家族計画、安全な中絶、産前ケア、安全な出産、緊急産科ケア、産後ケア、新生児ケア、HIV予防・母子感染予防、栄養、マラリア対策、上下水道と衛生設備)	出生・死亡の登録、より良い計画と結果追跡のためのデータ・情報システム
前期中等教育を含む女子教育			コミュニティ、市民社会、サービス供給者間における責任と透明性の促進
雇用、収入、資産、経済教育、貯蓄を含む経済機会	緊急産科ケアのためのリファラルと交通手段への革新的アプローチ	保健人材(特に助産師とコミュニティ保健ワーカー)の研修・配置・動機付け・管理・指導監督	RMNHサービスにおけるより良いパフォーマンスのための説明責任
地域主導の社会規範(女性の選択の制約、早婚、女性性器切除、暴力、男子優先の風潮など)の変革	サービス・治療における女性差別への取組み、リスクのある思春期の女性(既婚・未婚)に適したサービス	新製品開発(長期間有効で再妊娠可能な家族計画方法など)、製品の入手し易さ(適切な入手場所・タイミングなど)の促進、ソーシャル・マーケティング	国際機関の努力(より良いRMNH成果のための説明責任の追求)
RMNHに対する女性・コミュニティの行動		公民双方による、より効率的・効果的な質の良いサービスの供給(品質評価、運営管理、規制、成果に基づく支払い)、様々な民間・NGOのサービス供給者を通じた(コスト効率が良い、貧困層のニーズに合った)サービス供給	
文化的に繊細な情報、特に家族計画(アンメットニーズと需要喚起の調和)	紛争・自然災害被害者のRMNH向上のための行動		

なお、DFID は全 RMNH 事業の進捗・達成状況を測るためのコア指標を次のとおり定めている。

- ・ 妊産婦・新生児の救われた命(妊産婦死亡率と新生児死亡率から計算)
- ・ 近代的方法で避妊している女性(全ての女性、最貧層 40%の女性、15～19 歳の若年女性)の数(避妊実行率から計算)
- ・ 予防した望まない妊娠の数(カップル年で示される避妊法の供給量から計算)
- ・ SBA 介助による出産の数と比率(全ての女性、最貧層 40%の女性)

<協力の切り口ごとの事例>

付録4-7 中央行政能力強化 ①保健省の総合的な事業調整能力の強化 の事例

ラオス「保健セクター事業調整能力強化」(技プロ) (2006.8~2010.8)

<着目点> 特定の技術課題ではない総合的な調整業務の可視化と実効性の向上

<着目点に関する背景> ラオスでは、保健分野で援助を実施する開発パートナーは多いが、事業間の調整・連携が不十分で援助対象の課題や地域の限定・偏在・重複が生じており、援助の投入が効率的・効果的に保健状況の改善に結びついていなかった。また、保健省側の主体性が弱く、ドナー主導または依存の形で協力が行われていた。

<着目点に関連する到達目標> 保健セクター開発5か年計画目標達成のための保健省の事業調整能力が強化される。

<目標を達成するための具体的な活動内容・工夫> 保健セクター全体に関わる事業調整の体制として、保健省の中にセクター作業部会(政策レベル、実務レベル)、技術作業部会(保健計画・財政、保健人材、母子保健)、それらを取りまとめる事務局を設置した。この体制下、政策から実施・技術レベルまで、保健省関係者と開発パートナーが定期的に一堂に会して課題を認識し、情報共有・意見交換をしながら政策と実務の計画・戦略を具体化していくこととした。

<成果> 保健省が主体的に事業調整を行う基盤を築くとともに、援助の調和化や効率的かつ効果的な事業実施に貢献した。主な成果は以下のとおり。

- ・ 母子保健を含む保健セクター全体の事業調整メカニズムの構築・強化
- ・ 母子保健を含む保健セクター全体で統一されたモニタリング・フレームワークの導入
- ・ 保健セクター開発5か年計画の策定過程の共有
- ・ 母子保健技術作業部会を通じた母子保健戦略の策定

<成果の要因と教訓> 本案件は特定の技術的ギャップを埋めるのではなく、保健省全体のキャパシティ・ディベロップメントを支援するための協力であり、PDM や PO による事業実施管理や指標設定が非常に困難であった。このため、PDM の記載ぶりに幅を持たせ解釈を緩やかにすることにより、ラオス側の都合に柔軟に対応し、事業の意思決定を常に保健省側にゆだねることが可能となった。また、事業調整メカニズムの構築・実施は JICA 以外の開発パートナーからの投入も得て進められていたことから、本案件では二国間の協議・調整の場(合同調整員委員会等)を設けず、所謂従来の厳密なプロジェクト管理を意図的に行わず、全て保健省・他開発パートナーを含めた事業調整メカニズムを通して活動を実施した。こうした実施戦略をとったことで、保健省、開発パートナーの内部で事業調整の支持者を拡大し、単に事業調整の仕組みを作っただけでなく、その仕組みが関係者に活用されるに至った。

この教訓は「保健セクター事業調整能力強化 フェーズ2」(2010.12~2015.12)に引き継がれている。

付録4-7 中央行政能力強化 ② 国家レベルでの事業成果の普及 の事例

バングラデシュ 母性保護サービス強化の取り組み (技プロ、有償資金協力) (2006.7～)

<着目点> JICA の技プロによるパイロット事業で有効性が確認されたアプローチ(コミュニティの参加)の全国への拡大(国家戦略、プロジェクトの直接対象地域以外の地域、他ドナーの事業への反映)を意図したさまざまな取り組み。また、拡大するための円借款の実施。

<着目点に関連する背景> バングラデシュは SWAp で保健セクターが動かされており、JICA もその支援パートナーとして援助協調に参加中である。本プロジェクトは妊産婦の健康改善のための保健省パイロット事業として全64県のうち1県で実施され、県内で妊産婦ケアのサービスの利用度を上げることがプロジェクト目標だったが、上位目標として他地域への普及を設定した。プロジェクトの成果の1つとして、パイロット事業経験の中央(保健省本省)へのフィードバックが期待されていたが、プロジェクト開始後、MDGs 達成に向け他の援助機関も妊産婦ケア改善のための支援を展開し始めた。一方、地方ガバナンスの強化のために、末端の地方行政代表者間の経験共有の場である「横の学び合い(ホリゾンタル・ラーニング)」がプロジェクト後半で開始された。

<着目点に関連する到達目標> 妊産婦ケアのサービスの利用を促進するためのコミュニティ活動(「コミュニティ支援システム」)の全国普及。

<上記目標を達成するための具体的な活動内容・工夫> ①バングラデシュで普及可能なアプローチの選定(追加的な政府の人員配置がなくても持続可能な仕組み)、②指標を使った成果の説明、③JICA 事務所長と保健大臣、首相顧問、計画局長等との関係作り、上層部への成果説明と現場への視察による住民・当事者の声を直接聞く機会の設定、④中央での作業グループの調整役などの引き受けを通じた政府・他開発パートナーとの関係強化、⑤作業グループへの参加を通じた経験のフィードバック、⑥他の開発パートナー(国連機関、NGO 等)からのプロジェクト視察の積極的な受け入れ、⑦他の開発パートナー(国連機関、NGO 等)との情報交換、案件形成時の経験共有・助言、⑧国家保健セクタープログラムの改訂に向けた成果発信と改訂プロセスへの参加、⑨母子保健課以外の関係部署(コミュニティ診療所担当課、病院課)との経験共有と関連活動の支援、⑩日本大使館、JICA 本部と一体となつての成果普及方法の模索を常に行っていること、⑪バングラデシュ政府の新政策の動きを踏まえたタイミングのよい働きかけと、それを可能とするためのプロジェクト実施計画の柔軟な変更、⑫「横の学び合い」への参加を通じた他地域の末端地方行政代表者への啓発と現場視察の推進

<成果> コミュニティ支援システムが、政府の新政策であるコミュニティ診療所活性化事業の国家ガイドラインに反映され、プライマリ・ヘルス・ケアの仕組みとして全国展開されることとなった。政府予算・プールファンド等で実施される2011～2016年の保健セクタープログラムの計画書にも反映されており、そのために必要な研修等の活動が全国で展開される予定。日本も円借款により一部経費支援を行う方向で準備中。一方、「横の学び合い」を通じて、末端地方行政代表者の提唱による自発的普及も同時並行で進んでいる。

<成果の要因> 既存リソースの活用を念頭に置いたアプローチの開発、JICA 事務所が一丸となつての保健省の意思決定を担う人物との関係作り、数値とともに現場の当事者の声を届ける成果アピール、セクター全体の動きを踏まえた成果の発信先や発信方法の選定、(母子保健のサブプログラムの中で動くだけでなく)保健システムや地方ガバナンスの視点からの普及方法の模索、技術支援と財政支援の組み合わせの積極的な模索などの複層的な働きかけが相乗効果を挙げ成果に結びついた。

付録4-イ 地方行政能力強化 の事例

ケニア「ニャンザ州保健マネジメント強化」(技プロ) (2009.7～2013.6)

＜着目点＞ ケニア国内で、母子保健分野をはじめ、HIV 有病率、マラリア有病率などの保健指標が最も悪いニャンザ州を対象に、州及び県保健マネジメント・チームの組織能力強化を通して、母子保健分野を中心としたプライマリ・ヘルス・ケアにおける保健システム強化を目指す。

＜着目点に関連する背景＞ ケニアでは、1990 年代中盤以降、乳児死亡率や妊産婦死亡率などの保健指標の後退が続いた。これは、HIV 感染の蔓延などの大きな変化に加え、保健医療人材の質的・量的不足、財源をはじめとする医療資源の不足などによる保健システムの脆弱化に起因している。特に、地方保健システムの事業主体である州および県の保健行政官の事業管理能力、組織能力の強化は、第2次国家保健戦略(NHSSP II, 2005)の中で優先課題とされている。

ニャンザ州公衆衛生省は UNICEF とプロジェクトの支援を受けて、同州における保健戦略の最重要課題をケニア中央公衆衛生省に先駆けて「母子保健事業の強化」と設定し、国際的に効果が実証されている「効果的介入」(High Impact Intervention)に注目して保健計画策定を支援している。

＜母子保健に関連する到達目標＞ ニャンザ州において、施設レベル、コミュニティ・レベルにおける18の効果的介入の中で、特に母子保健に関連した6つの介入(子どもの予防接種、ビタミンA投与、完全母乳育児など)を優先分野に位置づけ、予算化、円滑な活動の実施を進める。

＜上記目標を達成するための工夫＞ 援助協調を基調とした保健戦略策定支援に加えて、保健行政官の事業管理能力強化、組織強化、保健啓発活動のモデル化、技術指導・監督(サポーター・スーパービジョン)体制の強化、コミュニティ保健戦略推進、オペレーショナル・リサーチの実施などに取り組んでいる。

＜成果＞ 能力強化を主体としたプロジェクト活動により、保健行政官のマインドセットは大きく変化してきている。特に、他パートナーによるサービス実施支援との相乗効果の結果として、2009年と2010年の比較で、母子保健分野における効果的介入の普及度が飛躍的に向上した。

付録4-ウ 保健医療施設の機能強化 ①一次レベル保健医療施設 の事例

ガーナ アッパーウエスト州の母子保健強化の取り組み(無償・技プロ) (2011.1～)

＜着目点＞ 遠隔村落部での一次施設サービスの質・量の拡充

＜着目点に関連する背景＞ ガーナ政府は、コミュニティと家族の健康維持増進のため、1999年に「Community Based Health Planning and Services(CHPS)」プログラムを開始し、地域保健師が常駐するヘルスポスト「CHPS コンパウンド」の増設を進め、2015年までに全国民がCHPSサービスを受けられるようになることを目指している。

＜着目点に関連する到達目標・具体的内容＞ 上記CHPSプログラムを支援すべく、コミュニティ開発支援無償でアッパーウエスト州内の約70カ所のコンパウンドの新規建設を行うとともに、技プロで同州の助産師・地域保健師のサービスの質の向上支援や保健行政実施機関の能力強化、コミュニティへの啓発などを行う予定。

＜期待される成果＞ 質の高い産前産後健診を受診できる妊産婦/新生児数の増加、施設分娩率の向上を図り、妊産婦死亡や5歳未満児死亡の低減に貢献する。

付録4-ウ 保健医療施設の機能強化 ②二次レベル保健医療施設 の事例

フィリピン「オーロラ記念病院改善計画」(無償) (2008.1～)

<着目点> 医療過疎州での二次医療施設の機能改善

<着目点に関連する背景> フィリピンのオーロラ州は中部ルソン地方に属する人口 21 万人の州である。州内には4つの公立病院と1つの私立病院があるが、一床あたりの人口は2800人(国平均1000人)、医師一人あたりの人口は18800人(国平均1100人)と、他地域に比べて著しく状況が悪い。対象となるオーロラ記念病院は施設や機材の老朽化と専門医の不在により、帝王切開や虫垂炎の手術すら行うことが法律上許されず、緊急手術や集中治療が必要な場合は、州外の三次レベル病院まで4時間以上かけて搬送しなければならず、妊産婦死亡の要因のひとつとなっていた。

<着目点に関する到達目標> 州都バレールを中心とする9万人の住民が、帝王切開などの緊急産科サービスや基本的な外科手術を受けられるようになる。

<上記目標を達成するための工夫> 概略設計調査において、州保健局の財務分析、専門医の確保への知事への働きかけ、病院経営管理に関わる提言を行うとともに、病院責任者を本邦研修に送るなど、州都の二次病院が適切に運営されるための各種取り組みを行った。州保健局はこれら日本側の取り組みに応じ、主体的に病院運営改善および医師の確保に乗り出しており、ハードの整備に留まらない成果が発現しつつある。

付録4-ウ 保健医療施設の機能強化 ③三次レベル保健医療施設 の事例

コンゴ民主共和国「キンシャサ大学病院機材整備計画」(無償) (2009.2～)

<着目点> 国内トップ・リファラル病院(トップ教育病院でもある)の機能改善

<着目点に関連する背景> キンシャサ大学病院は1000の病床、10の診療部を併せ持つ国内および域内各国のトップ・リファラル(最高次)病院として、また、医学生や看護師の実習先として、貴重な役割を果たしてきた。しかし内戦を経て国家経済が破綻し、多くの医療機材が老朽化するなか、新たな財源の確保が困難であることから、トップ・リファラル病院としての機能は限定的であった。特に産婦人科、小児科分野では、手術室や検査室関連の機材が絶対的に不足しており、必要な数の産科緊急医療および新生児ケアを行うことができない状況にあった。

<着目点に関連する到達目標> 背景に書かれたような状況が改善され、検査・手術数が増加することにより、実習病院としての学生受入の能力向上にも貢献する。

<上記目標を達成するための工夫> 病院の保守管理担当者を対象に、国別研修で納入機材のメーカー研修を実施し、ソフト・コンポーネント①で維持管理体制全般の拡充を図る。さらに、ソフト・コンポーネント②ではキンシャサ市内の病院の医師・助産師・看護師を対象とした「母子保健動向セミナー」を開催し、保育器の適切な使用方法等を含めた、Baby Friendly, Mother Friendly な妊産婦ケアと新生児ケアに関する講義を行い、母子保健サービスの質の向上を目指す。

付録4-I 保健人材の能力強化 ①継続教育 の事例

エルサルバドル 看護継続教育分野の取り組み(技プロ) (2007.8～2010.8)

<着目点> 全分娩を取り扱う病院と産前・産後ケアを行う保健所の看護職(看護師・准看護師)を対象とした現任教育の改善。

<着目点に関連する背景> 分娩時の介助のあり方の改善で妊産婦死亡率および新生児死亡率の減少を図ることができ、産前健診や生活指導等の質の向上で分娩時のリスク低下を図ることがで

きる。しかし、サンタアナ県では、病院・保健所の看護職とも知識・技術の水準に問題があった。

＜着目点に関連する到達目標＞ 看護継続教育を担う研修指導者(ファシリテーター)の養成と母子保健分野における看護継続教育システムの構築。

＜上記目標を達成するための具体的な活動内容＞ 研修指導者の候補者を選抜し養成研修を実施した後、研修指導者がサンタアナ県の母子保健サービスに関する現状調査を行って問題点を抽出し、それら問題点の解決を目指した研修プログラム・研修実施計画を作成して、妊産婦ケアに係わる全ての看護師を対象に研修を実施した。研修を受講した看護師に対して研修終了3カ月後から研修指導者によるモニタリング・再指導を行い、結果を分析した。その結果を踏まえ、研修プログラムの一部改善を行うとともに、准看護師用研修プログラム・研修実施計画を作成し、准看護師に対する研修を実施した。また、近隣2県を対象に研修指導者養成研修を行い、看護継続教育の全国展開への基盤づくりの一步を踏み出した。

＜上記目標を達成するための工夫＞ 自立発展を図り全国展開の基盤づくりを行うため、リプロダクティブ・ヘルス中央委員会の業務(研修指導者養成研修から妊産婦ケアに係わる全ての看護職に対する研修モニタリングまで)を他分野の委員会の業務と同様に保健省看護課の所掌として位置づけ、リーダーシップの発揮を促した。

＜成果＞ 病院・保健所で妊産婦ケアに係わる全ての看護職に対する母子保健分野の継続教育研修プロセスが確立・実施された。近隣2県での研修・モニタリングは、多種多様な工夫で経費を確保し自主運営している。産前健診や訪問看護・生活指導等の質について飛躍的な向上が見られるとともに、保健所では看護師専用の産前健診用部屋を確保し、以前は実施できなかった健診や個別指導等を行えるようになった。さらには、保健省看護課の政策として、全国展開を視野に入れた2011年度活動計画を作成しており、他県への拡大も近いうちに実現可能である。

＜成果の要因＞ C/P 機関に対する過去の協力の成果により、関係者がカスケード方式の研修形式に容易に適応できたため、プロジェクト活動が効率よく進められた。実習重視の研修内容および研修終了後のモニタリング・再指導の実施により、ケアの質の向上に直結する研修となった。

付録4-E 保健人材の能力強化 ②基礎教育 の事例

中米カリブ地域「看護基礎・継続教育強化」(技プロ) (2007.8~2011.8)

＜着目点＞ 看護基礎教育(看護師の新規養成のための学校教育)における母子保健分野の教育内容・方法の改善と基礎教育と現場との連携推進を図るための現場学生指導担当看護師への研修。

＜着目点に関連する背景＞ 助産師制度が存在しない中米の国々において、母子保健サービスの提供者は看護師であり、その質の向上は大きな課題である。案件形成当時、看護基礎教育の標準カリキュラムも教育の質を保証するメカニズムもなく、母子保健サービスを含め看護の現場で必要とされる技術と教育内容との隔たりが指摘されていた。

＜着目点に関連する到達目標＞ 看護基礎教育の指導者(看護教師および臨地実習指導看護師)の能力向上と教育実施体制の強化。

＜上記目標を達成するための具体的な活動内容＞ まず、各国の看護基礎教育指導者を指導する看護人材(このプロジェクトのC/P)に対し養成研修を実施した。次に、彼女らが各国において、自国用適応研修プログラム、研修教材、研修実施計画を作成したうえで、看護教師・臨地実習指導看護師の選抜メンバーに対する研修指導者養成研修を実施して中央委員会を発足させた。その後、中央委員会が全国の地方拠点で研修指導者養成研修を実施し、その受講者による地方委員会を発

足させ、中央委員会→地方委員会→全国の看護教師・臨地研修指導看護師というカスケード方式による研修・モニタリング体制の確立を図った。その際の学習を容易にするため、研修マニュアルを作成し、保健省の承認を得て標準マニュアルとし、全国展開への一助とした。また、看護基礎教育において確実に習得する必要がある母子保健分野の学習内容・方法をカスケード方式で吸い上げ、看護基礎教育カリキュラムに反映させた。

＜上記目標を達成するための工夫＞ 教室での教育と臨地実習の双方の質を同時に改善するため、看護教師と臨地実習指導看護師の双方を中央委員会・地方委員会のメンバーとし、研修でも常に双方を対象にした。

＜成果＞ 看護教師による母子保健分野の指導能力が向上したことに加え、学生が臨地実習に行った際、現場においても学校で学んだとおりの学習環境が用意されていること、及び、教師と現場の看護師との関係が良好なことにより、学生の知識・技術の習得が円滑に進んだ。また、改善された母子保健分野の教育内容・方法が標準カリキュラムに盛り込まれ、どこの看護学校でも同じ内容が習得できるようになり、妊産婦や新生児へのケアの質の確保につながっている。

＜成果の要因＞ 社会背景・保健政策の似通った中南米の中で看護教育指導者の能力向上に先行して取り組んだエルサルバドルとパラグアイの人材を本プロジェクトの専門家として登用したことにより、成功国を目標に C/P のモチベーションを高め、目標意識を明確に持ちながら活動を展開することができた。また研修方法として実習を多く取り入れたことで、看護師の技術力が向上し、仲間の看護師のみならず医師や看護される側(妊産婦など)からの評価が向上した。このことが更なるモチベーションの向上につながり、インパクトを生むプロジェクトへと発展した。

付録 4-オ コミュニティ(地域住民)の意識向上・体制強化の事例

ヨルダン「南部女性の健康とエンパワメントの統合」(技プロ)(2006.7～2011.7)

＜着目点＞ 住民から選出された地域の人材を、保健指導員(Health Educator)として育成・雇用し、支援体制を強化して、僻地において持続的にリプロダクティブ・ヘルス(RH)サービスの利用促進を行う試み。さらに、技プロらしい取り組みとして、この保健指導員による RH サービス普及を国家 RH 戦略に位置づけ、全国展開に結びつける試み。

＜着目点に関連する背景＞ ヨルダンでは RH 関連指標の国内格差が顕著である。保守性の高い地域では文化的宗教的習慣が女性の RH に影響を与えているほか、一定人口規模を満たさない村落では村落保健センターと呼ばれる簡単な保健施設が存在するのみで、住民が質の高い保健医療サービスを受けることが困難な状況にあった。特に、男性准看護師がサービスを提供している村落保健センターでは、村落女性が RH サービスを受診する機会が限定されていた。

＜着目点に関連する到達目標＞ プロジェクト対象地域(国内で「最も閉鎖的」と見なされている地域)における RH サービスの利用促進の好事例に基づき、ヨルダン全国の RH を改善するための政策提言を行うこと。

＜上記目標を達成するための具体的な活動内容や工夫＞ 僻村において質の高い RH サービスの提供を図るため、行政面からのアプローチと、住民の意識・行動変容によるサービス利用拡大という地域レベルのアプローチを同時並行で進めた。具体的には、保健指導員を対象村落から選抜、訓練し、プロジェクトからの働きかけにより保健省職員として雇用した上で、定期的な技術指導・監督活動や追加研修も行っている。また、保健指導員の養成カリキュラムや各種ガイドラインの整備など制度化が進んでいる。同時に、一部村落保健センターの施設改修、機材供与も行われた。一方、

村全体が女性の健康と RH の向上に取り組み、保健指導員の支援体制を強化するため、男性、若者を対象とした啓発活動、住民組織による収入創出活動の支援なども行われた。

＜成果＞ RH サービスが地域住民に利用され、保健指導員の家庭訪問を受けた女性の間で避妊実行率が 2007 年の 43.7%から 2011 年の 55.6%に上昇し、産後ケアの受診率も地域全体で 25%から 36%に向上した。また、女性の就労機会が極端に限られた村落において、公務員として働くことに対する満足感、自己効力感など、保健指導員自身にもエンパワメントが見られる。

＜成果の要因と教訓＞ 医療人材が不足している多くの国では、地域人材の活用が促進されているが、持続性担保が困難であることが多い。本プロジェクトでは、地元出身の保健指導員を保健省正規職員として採用し、プロジェクト終了後の持続発展性を期待している。同時に、終身雇用の公務員としての採用が政府の財政負担を増加させることも事実であり、他地域への普及については財政状況次第である点にも留意が必要であるため、政策レベルへの反映に注力する必要がある。

付録 4-カ サービス実行に携わる関係者間の連携強化 の事例

インドネシア「家族計画・母子保健」(1989～1994)、「母と子の健康手帳」(1998～2003)、「母子手帳による母子保健サービス向上」(2006～2009)(いずれも技プロ)

＜着目点＞ 母子手帳はツールである以上「ある一定の使い方のもとで、ある目的の達成を促す」ものであり、母子保健サービスに関する何の問題を解決するために、手帳の機能を活用するのかという分析が重要であるが、インドネシアの場合でも、最初から明確に目的志向で行われたわけではなく、むしろ試行錯誤から明確になってきたといえる。

＜着目点に関連する到達目標・活動内容・成果＞

家族計画・母子保健プロジェクトでインドネシア版母子手帳の開発と試行を行った。手帳の導入当初は保健所のスタッフから母子手帳の導入による業務量の増加への不満もあったが、手帳を歓迎する母親たちの存在により、手帳の導入見直しにはいたらなかった。本プロジェクトでは、中央政府の承認を受けて試行を始めること、インドネシア側のオーナーシップを醸成するために必要なステップを踏むこと、使われる状況を配慮して手帳の内容を開発すること、開発時にコンセプトを明確にすることなどの重要性が確認された。

母と子の健康手帳プロジェクトでは、プロジェクト対象州を始め、多様な民族、宗教、文化を持つインドネシアの状況下での試行に基づき、基本的な内容を標準版とし、使用のためのガイドラインを作成した。地域の独自性に任せる部分を残す等の工夫をしたことから、多くの地域への普及が可能となり、手帳の制度化の礎となる 2004 年の母子手帳に係る保健大臣令 (284/MENKES/SK/III/2004) の発布につながった。

さらに、手帳を使った母子保健サービスを継続するための制度が確立されるよう、母子手帳による母子保健サービス向上プロジェクトを実施し、技術、組織、政策面で持続するための体制が整えられた。具体的に、技術面では保健医療従事者のためのオリエンテーション・パッケージを作成し、保健省研修機関、助産師協会、看護師協会の行う卒後研修、632 の助産師養成校・440 の看護師養成学校のカリキュラムに組み込み、母子手帳が既存の 63 保健プログラムに統合された。さらに、手帳の活用にかかる試行とパッケージ化が行われた(妊婦学級や育児学級など)。組織面では、国の制度の中で評価していくために、保健省のモニタリングや評価の指標に加えるなど、定期的な情報収集のための技術支援を行った。政策面では、前述の大臣令に続く各種の通達(病院サービスでの使用、各種職能団体のコミットメント・レターなど関連の 2 大臣令、協力機関による 11 通達)の発

出を促した。中央および地方における予算化のための支援を行った。これらは、制度作りにおいて重要な要素や、継続性を確保するために必要な作業を具体的に示している。

全国的な世帯調査データは母子手帳の普及を示している。2007年データでは5歳未満児の37.3%が母子手帳をもらったことがあるが(RISKESDAS 2007)、2010年データでは、5歳未満児を持つ母親のうち79.6%が妊娠中に母子手帳などをもらったことがあり、5歳未満児の68.5%が母子手帳をもらったことがある(RISKESDAS 2010)。ツールとしての効果は、プロジェクトなどで行われた調査から、母子手帳を導入した地域の母親において、母親と乳児の健康に関する知識が高くサービスにアクセスしていること、活用を促進するための支援をあわせて行うことが有効であることが、指摘されている(Agustin et al 2004, University of Indonesia 2009)。さらに、全国的な世帯調査データからは、異なる複数時点でのサービスへのアクセスなど、継続ケアのツールとしての可能性が指摘されている(IDHS2007)。

＜成果の要因と教訓＞ 試行を制度化につなげるための教訓として、例えば、当該国の政策に合致した設計をすること、大臣令など制度化の礎を得ること、ツールの目的を明確にして予算化につなげること、MDGsの達成という国際的目標と合致していること、ドナーの参画をその国自身が調整することなどが挙げられる。また、インドネシアの事例から母子手帳の制度化は短期的・断片的な投入で完遂できるものではないということも言える。

母子手帳の協力を検討する際は、その国の特徴や状況を理解した上で、母子保健サービスのどの問題を解決するのかを明確にし、それを解決するには手帳のどの機能を活用するのか、それに伴いどのような能力を強化していくかを分析することが重要である。

＜主たるサービス・パッケージごとの事例＞

付録4-a 産前ケアの事例

バングラデシュ「母性保護サービス強化」(技プロ)(2006.7～2011.6)

＜着目点＞ サービス供給側・需要側双方の能力強化・活性化と連携による産前ケアの向上。

＜着目点に関連する背景＞ バングラデシュでは自宅分娩が85%と高く、SBAによる出産介助は10数%と非常に低く、妊産婦死亡率は320と高い状況にあった。この原因としては、①社会・経済・文化的背景：患者や家族が妊産婦の異常兆候の発症を認識できない、妊産婦自身に決定権がない、医療施設に関する情報不足、文化的・宗教的な制約等により適時に受診や搬送がされない、②アクセスの問題：交通手段の確保が困難、道路事情が悪く搬送に時間を要し医療機関への搬送が遅れる、③医療の質：適切な治療が提供されないなどがあった。

＜着目点に関連する到達目標＞ コミュニティの保健活動の活性化による産前健診等へのサービス需要の喚起、政府系医療施設や政府医療従事者による産科サービス供給の体制の強化、さらに、地方評議会のイニシアティブによる、地域の安全な出産促進のためのコミュニティ啓発活動や末端医療施設の改善・保健医療従事者とコミュニティの連携の円滑化により、産前ケアを含めた母子保健サービスの向上を図る。

＜上記目標を達成するための具体的な活動内容や工夫＞

コミュニティの活性化に関しては、「コミュニティ支援システム」という、住民、ユニオン(郡の下の階層)評議会メンバーやTBA、保健医療従事者を含むグループを結成し、妊産婦とその家族の産

科ケアへのアクセスの向上のために、コミュニティ基金を含む地域による妊産婦・新生児への支援環境づくり、妊産婦の危険な兆候・出産準備に関する住民教育、その他妊産婦・新生児保健に関する知識向上を図った。

サービス供給側に関しては、出産に携わる医療従事者、管理者、清掃人、警備員等からなる緊急産科ケアチームを病院ごとに機能させ、施設や提供すべき産科サービスの状況アセスメントに基づいて活動計画を作成し、それに基づき施設整備や技術・管理に関する研修を行い、定期的にモニタリングする体制を強化した。また、村落部への出張診療活動を行う末端医療従事者による「安全出産チーム」の結成を促進し、研修や定期会議を通じ産前健診、緊急時の対応、出産介助の改善を行った。

サービス供給者側とコミュニティの連携のため、地方評議会を巻き込んだ活動も行った。地域の有力者である地方評議会が母子の健康に関する地域会合を開催することにより、地方評議会からの母子保健のための財政的な支援がサービス供給側とコミュニティ双方になされるようになっただけでなく、双方のリエソンの役割を果たすようになった。また、「コミュニティ支援システム」にユニオン評議会委員がアドバイザーとして関与したり、ユニオン評議長の集まりで成功事例を共有・拡大することを通じ、保健サービスの強化に留まらず、その他住民活動を活性化する活動の促進が図られた。

<成果> プロジェクト対象地域では、公的機関における産前健診の回数が、2006年の5000回から2010年の32000回への増加が見られ、前回妊娠中に少なくとも1回もしくは3回以上の産前健診を受けた女性の割合は、2008年ベースライン及び2010年1月の終了時評価時点で、それぞれ、54.9%から73.3%への増加、28.3%から34.7%への増加が見られた。また、産科合併症発症者が緊急産科ケアを受けた割合も、対象県において、2006年の17.6%から2009年には55.6%になり、大幅な改善に至った。

付録4-b 助産専門技能者(SBA)による正常出産介助と褥婦・新生児のケアの事例

カンボジア「助産師の能力強化を通じた母子保健改善」(技プロ)(2010.3~2015.2)

<着目点> 保健センターに配置された助産師の能力強化による出産介助の質の向上

<着目点に関連する背景> カンボジアでは、慢性的に助産師が不足しているため、十分な臨床実習などの機会がないままに助産師が保健センターに配置され、これらの助産師は出産介助に自信がなく地域住民からも信頼が得られないでいる。また、これらの助産師に対して技術的支援を行い始めたリファラル病院の助産師の指導能力自体が不十分であるという課題も確認されていた。

<着目点に関連する到達目標> 地域で指導的立場にある助産トレーナー(教員)の能力向上を含めた助産分野の研修制度の強化。

<上記目標を達成するための具体的な活動内容> 全国に4校ある地方看護・助産学校のうち、コンポンチャム・リファラル病院に隣接する看護・助産学校が管轄する4州をモデル地域として、助産師の卒前・卒後研修における教員の能力、研修の運営管理と研修環境の向上、モデル地域と他地域間での助産能力強化に関するコミュニケーションと連携の強化、モデル地域での助産能力強化に関する経験の国家戦略・国家プログラムへの反映等に取り組んでいる。

<期待される成果を達成するための工夫> 主要C/P機関である国立母子保健センターは、過去の日本からの支援を通して、地域のニーズに合致した研修プログラムを計画・実施できる力を持ち、国家レベルの母子保健関連プログラムの計画・実施する行政機能も有している。この国立母子保

健センターとの協働により、日本の協力実績を有効活用しつつ、プロジェクトの成果を国レベルのプログラムへ組み込み得ると期待される。また、本プロジェクトのモデル地域コンポンチャム州では、過去の協力で育成された人材や既存のネットワークが活用できるとともに、実習先病院は無償資金協力で産科病棟等を建設し、技協・無償による一体的な協力を進めている。更に、ブラジルでの技術交換研修の実施、マダガスカル・ブラジルからの第三国講師の派遣等、日本の過去の協力成果と人的ネットワークを積極的に活用したプロジェクト設計となっている。

付録 4-c 乳児のケア ①感染症予防 の事例

大洋州「予防接種事業強化」(技プロ) (2005.2～2010.2)

- <着目点> 13カ国を対象に、地域支援機関の協調枠組みにより、EPI事業の向上を目指す。
- <着目点に関連する背景> WHOとUNICEFの提唱で、対象の大洋州各国政府、米国疾病予防管理センター、日本を含む二国間援助機関により、「大洋州における予防接種強化プログラム」(Pacific Immunization Programme Strengthening: PIPS)という協調枠組みが2004年に共同宣言された。
- <着目点に関連する到達目標> EPI事業のうち、特にコールドチェーン維持管理、ワクチン・ロジスティックス、安全な予防接種とEPI関連廃棄物処理に関して、PIPSの理念の下、すべての国・地域がEPIプログラムを独自に運営できる能力を持つようになる。
- <上記目標を達成するための工夫> 他のスキームの事業(JICAボランティア、医療特別機材供与、無償、草の根無償)や国際ロータリークラブによる支援と相互補完してきたこと、及び、開発協力を基調とした国際的連携によりPIPS協調メカニズムを最大限に活用したこと。
- <達成度> 13カ国を対象としており、目標達成状況は国により異なる。プロジェクト目標の指標5つをすべて達成した国は3カ国、4つの指標を達成した国は5カ国であったが、対象13カ国すべてにおいて、数値目標は概ね達成され、予防接種プログラムの管理能力が向上したことが確認された。
- 期待された5つの成果は次のとおり概ね達成されている。1.各国・地域の保健省のEPIプログラムの計画・モニタリング能力が向上する。2.ワクチン、コールドチェーン、安全注射に関する太平洋地域研修プログラムを組織化し、機能させる。3.各国・地域におけるワクチンの需要予測能力、ワクチン管理能力、コールドチェーン維持管理システムが改善される。4.各国・地域における安全注射、医療廃棄物管理の管理能力が改善される。5.各国・地域におけるEPIアウトリーチ活動が改善される。
- <目標達成の要因> 大洋州地域ではフィジーが中心となって、地域内での協力を展開していくことが、自立発展性の観点から重要である。その観点から、本プロジェクトにおいては、フィジーに大洋州各国の予防接種担当者を招聘し、ワクチン管理やコールドチェーン機材保守管理の技術向上を目的とする地域研修を実施した。また、PIPS協調メカニズムのもと、プロジェクトを通してPIPS年次会合を支援し、各国のEPI担当代表者が経験や課題、大洋州の地域性に基づく解決手段を共有した。さらに、域内協力を通じた自立発展を念頭に、本プロジェクトの後継技プロとして、フィジーを拠点とし、特にニーズの高いコールドチェーン機材保守管理の地域研修を13カ国に対して行うとともに、予防接種率の低い重点国に対する国内研修を支援する大洋州地域予防接種体制整備プロジェクトを実施中(2011.2～2014.2)。

付録4-c 乳児のケア ②栄養改善 の事例

エチオピア「母子栄養改善」(技プロ) (2008.9～2013.9)

<着目点> エチオピアの栄養分野の国家計画である国家栄養プログラムの戦略に基づいて、コミュニティでの栄養改善と重症栄養不良児の食事治療プログラムを支援するもの。世界銀行やUNICEFとの連携の中で、対象地域についてJICAが支援するという位置付けである。

<着目点に関連する背景> 国レベルの明確な栄養分野のプログラムの存在。栄養分野で世界銀行やUNICEFが積極的に支援を行っており、ドナー連携が進んでいること。

<着目点に関連する到達目標> 対象地域において、5歳未満児と妊産婦・授乳婦の栄養改善を目的としたコミュニティでの保健サービスが強化される。

<上記目標達成するための工夫> 対象となる3県10郡できめ細かい活動を行う。

<期待される成果と達成度> 活動は定着しつつあり、次の5つの成果のうちいくつかは指標で確認されている。1. 住民参加による5歳未満児と妊産婦・授乳婦の地域栄養改善活動が推進される。2. 保健普及員が実施する5歳未満児および妊産婦・授乳婦を対象とした地域栄養改善活動が強化される。3. ヘルス・ポストと医療施設(クリニック、保健センター、病院)間の連携が強化される。4. コミュニティでの地域栄養改善活動を強化・促進するために必要な州・県・郡保健局の行政管理・指導能力が向上する。5. パイロット地域において、母子栄養改善を目的とした効果的なセクター間連携モデルが構築される。

これらのうち、1.2は、研修を受けたボランティア・コミュニティ保健ワーカーの配置、保健普及員への研修実施、妊産婦への栄養カウンセリング実施など、着実に活動が進み、達成状況は中程度である。3については、重症栄養不良児の食事治療プログラムの下にある外来食事療法プログラムと食事療法センターについての研修が実施されたが、重度の急性栄養失調児のリファーマー状況のモニタリングがまだ不十分である。4については、コミュニティでの地域栄養改善に関する技術指導・監督の研修が実施され、州保健局・県保健局による評価会や郡保健局と保健センターによる指導・監督が実施されている。5の活動は、農業セクターと連携し、各村に配置されている農業普及員を活用して、コミュニティでの栄養改善活動として、パイロット地域において離乳食加工活動・菜園活動の試行が開始されたが、モデル構築やパイロット地域外への普及はこれからの段階である。