

添付資料⑦

ベースライン調査報告書

チョンタレス保健管区およびセラヤ・セントラル保健管区に
おける母と子どもの健康プロジェクト
(SAMANI)

ベースライン調査
報告書

ニカラグア 2016年3月



国際協力機構(JICA)
ニカラグア保健省

有限会社エストレージャ

目次

略語表	i
写真	ii
はじめに	iv
総論	v
1 プロジェクト概要（PDM ver.1 より）	1
2 調査目的	3
3 調査方法	3
4 第1次調査 母子保健データおよび社会資本データ収集	5
4.1 第1次調査方法.....	5
4.2 母子保健行政に係わる基本データ収集結果.....	5
4.3 社会資本調査結果	15
4.4 パイロット市選定	15
4.5 パイロット保健セクター選定.....	15
4.6 パイロット保健セクターの社会資本データ	18
4.7 第1次調査 考察.....	19
5 第2次調査 プロジェクトの母子保健活動の選択のための調査	21
5.1 KAP 調査方法.....	21
5.2 KAP 調査結果.....	22
5.3 フォーカスグループディスカッション調査方法	31
5.4 FGD 結果.....	31
5.5 母子保健サービスの実状調査方法	33
5.6 母子保健サービスの実状調査結果	34
5.7 第2次調査 考察.....	41
6 医療機材調査	43
6.1 調査方法.....	43
6.2 調査結果.....	43
7 参考文献・参考 Web サイト.....	44

添付資料リスト

- 添付 1. 第1次調査用紙
- 添付 2. 社会資本データ調査用紙
- 添付 3. 各市の社会資本調査結果
- 添付 4. KAP 調査用紙
- 添付 5. FGD 報告書
- 添付 6. 実状調査用紙
- 添付 7. 医療機材調査結果

略語表

CSF	Centro de Salud Familiar	保健センター
ENDESA	Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud	保健人口統計
ES AFC	Equipo de Salud Familiar y Comunitario	家庭地域保健チーム
FGD	Focus Group Dictations	フォーカスグループディスカ ッション
IEC	Information, education and communication	情報・教育・コミュニケーション ン
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
KAP	Knowledge Attitudes and Practices	知識・態度・行動
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MINSA	Ministerio de Salud de Nicaragua	ニカラグア保健省
MOSAFC	Modelo de Salud Familiar y Comunitario	家庭地域保健モデル
PAHO	Pan American Health Organization	米州保健機関
PDM	Proyecto Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マト リックス
PSFC	Puesto de Salud Familiar y Comunitario	保健ポスト
SAMANI	Salud Madre y Niñez	プロジェクトの通称
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en Salud	保健管区
UBN	Unsatisfied basic needs	満たされない基本的なニーズ

写真

1) KAP 調査

写真 1. <事前オリエンテーション、フィガルパ>



写真 2. <事前オリエンテーション、エル・ラマ>



写真 3. <調査活動、サント・ドミンゴ>



写真 4. <調査活動、ヌエバ・ギネア>



写真 5. <インタビュー調査、サント・ドミンゴ>



写真 6. <インタビュー調査、ヌエバ・ギネア>



2) フォーカスグループディスカッション

写真 7. <アコヤパ市サン・フェリペ保健セクター>



写真 8. <エル・ラマ市ワピ保健セクター>



3) 利用者へのインタビューと記録確認による母子保健サービスの実状調査

写真 9. <アコヤパ市保健センター待合室>



写真 10. <実情調査エル・ラマ市保健センター>



はじめに

母子を取り巻く厳しい保健・衛生環境、ミレニアム開発目標、PAHO域内で新たなプライマリーヘルスケアを提唱したモンテビデオ宣言（2005年）を踏まえ、ニカラグア政府は、医師や看護師等により構成される家庭地域保健チーム（Equipo de Salud Familiar y Comunitario 以下、ESAF）を基盤に、巡回診療等の活動を通じて病気の予防、健康増進、診療・診断を包括的に実施する「家族地域保健モデル（Modelo Salud Familiar y Comunitario 以下、MOSAF）」を保健戦略として2008年に導入した。導入当初よりESAFの人員（医師・看護師・准看護師）は充足の努力が続けられているものの、未だ不十分な地域がある。国内すべての保健管区（Sistema Local de Atención Integral en Salud 以下、SILAIS）において同戦略に基づく保健医療サービスが実施されているが、現在、その質の向上と、へき地住民の医療サービスへのアクセス改善がMOSAFを展開する上で、解決を急ぐべき課題となっている。また、マタニティホームの普及はニカラグアの特徴であるが、マタニティホームによっては必ずしも利用度が上がっていないことが指摘されている。

このような状況のもとニカラグア政府は、SILAISチョンタレスとSILAISセラヤ・セントラルにおいて、国際的にも重要視されている妊産婦と2歳未満児（生涯にわたる健康を決定づける1,000日間）の健康リスクの低減を図ることを目的として、保健医療施設における母子保健サービス提供能力の強化、地域住民による母子保健活動の主体的な実践の促進、母子保健サービスに関する行政機能の強化の3つの柱で構成される技術協力「チョンタレス保健管区およびセラヤセントラル保健管区における母と子どもの健康プロジェクト」（通称：SAMANIプロジェクト）を開始した。

本ベースライン調査は、プロジェクト評価のためPDMの評価指標のベース値と目標値の設定に使用すると同時に、SILAISチョンタレスおよびSILAISセラヤ・セントラル内の母子保健状況を把握し、プロジェクトの母子保健活動の選択に使用するため、調査を実施した。

総論

ベースライン調査を2015年8月13日から11月20日の間に2段階に分けて実施した。第1次調査は、母子保健および社会資本のデータを調査し、第2次調査は、第1次調査に基づいて選定したパイロット市において、KAP調査、フォーカスグループディスカッション、プロジェクト対象地域での母子保健サービスの実状調査および医療機材調査を実施した。

第1次調査の結果、統計データ管理に関して以下の点が明らかになった。

保健省とSILAISではデータ管理システムを活用した母子保健データの収集、集計、更新等の管理がなされているが、SILAIS支所（以下支所）および保健セクターでは、データの管理に不備がある。また、妊産婦、乳幼児の死亡数は少ないことから、妊産婦死亡比、乳児死亡率等の計算では、1、2例といった、ほんのわずかな数値の増減でも、導き出される結果が大きく変化する。

産前健診に関するデータは極めて良好に管理され、容易に入手できる一方、慢性栄養不良児やレファラル・カウンターレファラルの統計データは、データの管理責任者や手順などが不明確で、入手が困難であった。

妊婦死亡原因は、妊娠性高血圧症候群および産後出血であり、新生児の主な死因は呼吸窮迫症候群、先天性奇形、敗血症、乳児および5歳未満児の死亡原因は肺炎、敗血症、下痢症であった。重度の先天性奇形を除き、これらの多くは、早期発見と適切な治療により死亡を回避できる可能性があり、その第一歩である集落での母子保健活動では、住民の支援が不可欠である。プロジェクトの対象地域では多くの集落にすでにコミュニティネットワークが構築されている。コミュニティネットワークの継続的な活動には、自力で続けられるための仕組みづくりを始め、現状に応じた活動方法の改善および、活動に必要な知識と技術の強化が必要である

第2次調査の結果、母子保健サービスの実態として以下の点が明らかになった。

保健省やSILAISが有するデータ上では、例えば、分娩に関するサービスについて、保健医療施設と専門技能分娩介助者によるカバー率が高値で示されている地域でも、インタビュー調査によると、それとは異なる実状がある。また、産後健診や乳幼児健診等の実施時期について、保健省令の規定と、母親が医療従事者から受診を指示された時期とが一致していないことがあった。医療従事者による保健省令の共通理解と誤った解釈の有無の確認が必要である。また、プロモーション活動をとおして、母親、妊婦に健診の必要性和時期を正確に伝える必要がある。ニカラグア保健省では妊産婦管理台帳をすべてのESAFに導入し、産前、出産、家族計画、母乳栄養を含む産後1年までの過程が記録され、継続ケアを実施しているが、記入することのみに重点が置かれ、記入した情報の分析や問題解決のためのデータ活用等には至っていない。

以上の結果を踏まえ、医療従事者に対する、継続ケアの概念に基づく母子保健研修プログラムを導入し、母子保健サービスの質の向上を図り、より良い母子保健サービスを提供する。また、住民が母子の健康を守るため、持続可能な住民参加型保健強化モデルの導入が必要である。さらに、これら活動のスーパーバイス、モニタリングを効果的に実施することにより、保健行政機関であるSILAISの管理能力の強化を図る必要があることが分かった。

1 プロジェクト概要 (PDM ver.1 より)

【プロジェクト上位目標と指標】

上位目標

チョンタレス保健管区とセラヤ・セントラル保健管区の母子の健康が改善される。

指標 1 : 対象地域で妊産婦死亡率 (出生10万対xx) が2015年の○から2022年の○まで減少する。

指標 2 : 対象地域で乳児並びに5歳未満児死亡率 (出生千対xx) が2015年の○から2022年の○まで減少する。

指標 3 : 対象地域で5歳未満児の慢性栄養不良児 の割合が2015年の○から2022年の○まで減少する

【プロジェクト目標と指標】

プロジェクト目標

対象地域において妊産婦と2歳未満児を対象とする質の高い保健医療サービスがより利用される。

指標 1 : 対象地域で産前検診を最低4回受けた妊婦の割合が2015年の○から2018年の○まで増加する。

指標 2 : 対象地域で専門技能者が付き添う分娩の割合が2015年の○から2018年の○まで増加する。

指標 3 : 対象地域で産後検診の受診率が2015年の○から2018年の○まで増加する。

指標 4 : 対象地域で成長発達検診を受ける1歳未満児の割合が2015年の○から2018年の○まで増加し、1~4歳の割合が2015年の○から2018年の○まで増加する。

【成果と指標】

成果 1 . 妊産婦と2歳未満児を対象とする医療施設でのサービス提供能力が強化される。

指標

1-1. 保健施設で現在有効な基準や手順を満たす小児へのケア (2歳未満) の割合が2014年の*○(ベースライン)から○年の○まで (達成期限と達成値) 増加する。

1-2. 保健施設で現在有効な基準や手順を満たす妊産婦へのケアの割合が○年の○(ベースライン)から○年の○まで(達成期限と達成値)増加する。

1-3. SILAISのレファラル病院に基準を満たす形で搬送される妊産婦並びに2歳未満児の割合が○年の○(ベースライン)から○年の○まで(達成期限と達成値)増加する。

1-4. SILAISでの妊産婦ならびに2歳未満児のレファラル件数のうち、規程の用紙を用いたカウンターレファラルが実施された割合が○年の○(ベースライン)から○年の○まで(達成期限と達成値)増加する。

成果 2 . 妊産婦と2歳未満児の健康に関するコミュニティ活動が強化される。

指標

2-1. ESAFC の数が増加する。対象地域において、同モデルを用いて実施された活動計画の数が増加する。

成果3. 妊産婦と2歳未満児の健康に関するSILAISの行政能力が強化される。

指標

- 3-1. SILAISが中心となり作成された保健人材育成のスーパービジョン計画に沿ってスーパービジョンを受ける保健施設の数が増加する。
- 3-2. 年間活動計画および予算策定に関し、情報分析結果を活用したES AFCの数が増加する。
- 3-3. 妊婦と2歳未満児に関する情報を正確に記録し、分析する第1次保健施設の割合が増加する。
- 3-4. 基準で決めた頻度を守り、情報分析会議を開催する市およびコミュニティの割合が増加する。

成果4. 国家承認された知見や好事例が全SILAISに共有される。

指標

- 4-1. 本プロジェクトを通じて保健省に承認され、全SILAISに共有された知見や好事例の数。

*○はベースライン調査結果に基づき、合同調整委員会で採択する。

2 調査目的

- 2.1. PDM指標設定のために母子保健に係わる最新データを収集する。
- 2.2. パイロット市およびパイロット保健セクターを決定するために母子保健行政情報の全体的な把握を行う。
- 2.3. プロジェクト活動の強化ポイントや優先順位を明確化するために、上記で決定したパイロット保健セクターの母子保健に関する詳細な情報を収集する。
- 2.4. 基準・手順（省令）に沿って提供されるべき母子保健サービスの実状を確認し、継続ケアの概念に基づいた効果的な研修プログラム作成に反映する。
- 2.5. 供与機材の適切な選定のために必要とされる医療機材に関する情報収集を行う。

3 調査方法

ベースライン調査は2段階に分けて実施した。第1次調査ではプロジェクト対象地域（図1と次頁の表1参照）の母子保健行政情報を全体的に把握するため、ニカラグア保健省本省、SILAIS、支所、保健セクターの母子保健統計担当者が管理している最新のデータを収集した。第1次調査データから、プロジェクトのパイロット保健セクターを選定し、第2次調査では、同地域における詳細な母子保健情報の収集を行った。その方法として、家庭訪問による知識・態度・行動調査（以下KAP調査）、フォーカスグループディスカッション（以下FGD）のほか、保健施設で母子保健サービスの実状をカルテの確認と利用者への聞き取りを組み合わせ実施した。このほか、協力対象のSILAISに対する医療機材の供与に係わる調査を行った。次項に各調査の詳細を記述する。

図1. ニカラグア SILAIS とプロジェクト対象地域



表 1. ベースライン対象地域基本情報（2015年12月31日現在）

SILAIS	市名	保健セクター数	集落数	世帯数	人口	リージョナル 病院数	一次医療 病院数	保健センター 数(分娩室 有)	保健ポスト 数	マタニティホー ム数	医師数	看護師数	准看護師数	保健ボラン ティア数
チオンタレス	フィガルバ	13	86	不詳	60,152	1	0	1	8	1	21	6	20	1,219
	コマラバ	8	51	2,295	17,817	0	0	1	5	1	6	3	7	245
	クアバ	5	27	1,568	8,777	0	0	1	2	0	4	5	2	49
	アコヤバ	9	62	4,221	19,994	0	0	1	8	1	9	6	8	219
	ビジャ・ サンディーノ	6	56	4,159	14,839	0	0	2	2	1	6	5	6	112
	サント・トマス	8	27	4,777	18,945	0	0	1	4	1	10	6	14	99
	サン・ペドロ・ デ・ロバゴ	6	26	1,989	9,246	0	0	1	2	1	6	2	7	85
	リベルタ	7	48	2,580	13,914	0	0	1	5	1	7	3	14	77
	サント・ドミンゴ	4	35	3,736	14,127	0	0	1	2	0	7	4	5	120
	エル・アヨテ	8	30	4,367	16,825	0	0	1	3	1	9	4	7	125
チオンタレス合計		74	448	29,692	194,636	1	0	11	41	8	85	44	90	2,350
セラヤ・セントラル	ヌエバ・ギネア	33	143	15,596	77,978	0	1	1	29	3	35	19	40	400
	エル・コラル	5	20	2,062	8,055	0	0	1	3	1	5	3	3	48
	ムエジャ・デ・ ロス・フエジェス	14	84	不詳	24,052	0	1	1	7	1	15	13	10	117
	エル・ラマ	22	113	7,888	57,845	0	1	1	7	1	19	12	18	384
セラヤ・セントラル合計		74	360	25,546	167,930	0	3	4	46	6	74	47	71	949
2SILAIS合計		148	808	55,238	362,566	1	3	15	87	14	159	91	161	3,299

4 第1次調査 母子保健データおよび社会資本データ収集

4.1 第1次調査方法

4.1.1 被調査者

ニカラグア保健省本省、プロジェクト対象地域のSILAIS、支所、保健セクターの母子保健統計担当者

4.1.2 実施日

2015年8月13日～8月31日

4.1.3 調査内容

- 保健省がルーティンで収集している保健行政のための妊産婦死亡、出生数、乳幼児健診数をはじめとした母子保健に係わる基礎データ、推移、特性、データ管理の方法とそのシステムなど。
- 各市の保健セクター、集落数、集落の人口、保健医療施設、地理的な特徴、電化率をはじめ、各保健セクターでの地域プロジェクト活動等の社会資本データ。
- 2014年1月から2015年6月の母子保健データ、およびPDM指標に関わるデータ。

4.1.4 調査手順

- ① 母子保健データ調査用紙および社会資本データ調査用紙を試作し、支所1か所および保健セクターレベル（ES AFC）1か所で、それらを使用した情報収集の実地検証を行った後、文言などの表現を修正し各用紙を完成させた。（調査用紙は添付1、2参照）
- ② 調査の目的や収集したデータ管理および利用について、両SILAISの技術審議会で説明を行い、両SILAISおよび各支所長から同意を得たうえで、被調査者に母子保健データ調査用紙および社会資本データ調査用紙をExcelファイルで送り、データ入力を要請した。
- ③ デジタル化されたデータを所有していない場合は、印刷した上記調査用紙に数値を記入の上、そのコピーの提出を依頼した。
- ④ ES AFCが作成・管理する妊産婦管理台帳の実際の記入状況および管理状況について、14カ所の支所と12カ所のES AFCを訪問し、直接確認した。
- ⑤ 保健セクター間で数値に著しい差がある場合は、ES AFCを直接訪ね、担当者と一緒にデータの確認を行った。
- ⑥ 保健セクター、支所、SILAIS、本省から収集された保健データを整理し、照合する作業を各レベルで行った。

4.1.5 結果の処理法

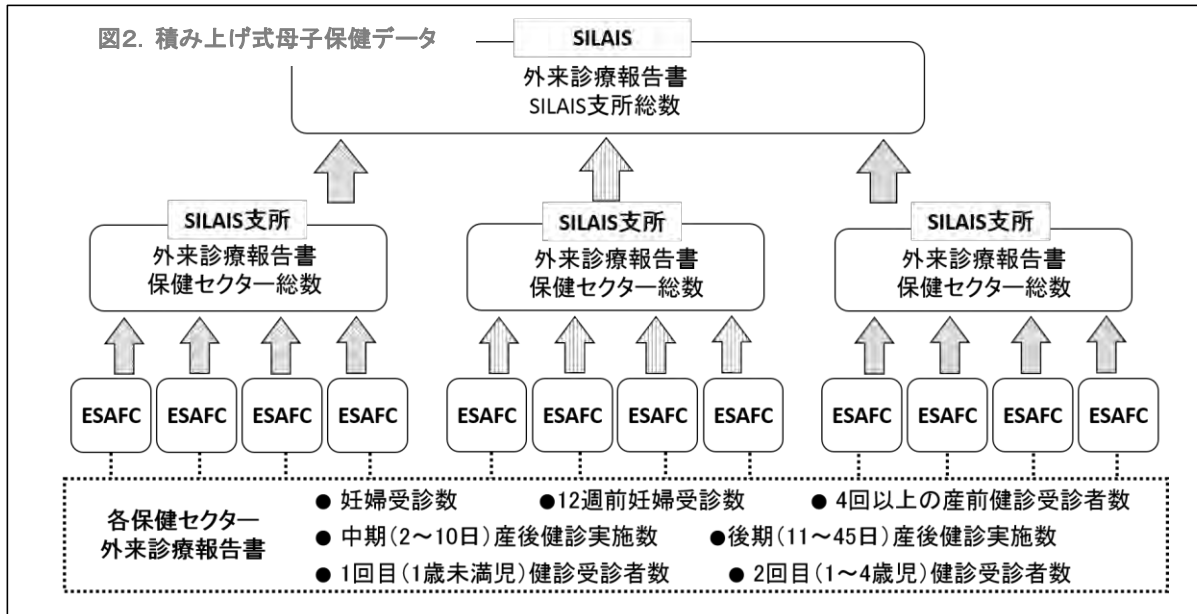
データ処理はExcelを使用し、各レベルの調査結果をまとめた。

4.2 母子保健行政に係わる基本データ収集結果

4.2.1 母子保健データ収集過程

母子保健データは、各 ES AFC から提出された記録を支所が集計し、SILAIS、そして保健省へと、末端から中央に向かって積み上げられる情報と、病院と支所が行う出生証明書や死亡証明書などの発行記録から、保健省のデータ管理システムに入力され、計上される情報の2種類がある。

積み上げ式の母子保健データは、毎月 ES AFC が外来診療報告書を作成し、支所に提出する。支所の統計担当はこのデータを取りまとめ、デジタル入力、もしくは指定の用紙に記入し SILAIS の統計課へ渡す。SILAIS は、その数値をデータ管理システムへ入力する（次頁図2.参照）。



一方、出生・死亡証明書は、支所、一次医療病院、リージョナル病院で発行され、これらのデータは、イントラネット環境が整っている病院、支所からは、直接データ管理システムへ入力し、それ以外は SILAIS を介して入力している（表 3.参照）。また、県外で出産・死亡した情報は、保健省本省からデータ管理システムを介して SILAIS レベルまでフィードバックされる。出生証明書から得られる主な情報は表 5 のとおりであり、これらの情報はフィードバックされない限り、同証明書を発行していない支所や ESAFC が入手することはできない。また、出生証明書の申請・発行には出生後 1 年間の猶予があるため、2014 年の出生数は 2015 年 12 月末日をもって確定される。そのため、本調査では 2015 年 12 月 31 日までに登録された出生数を使用した。

表 2. 出生証明書の主な記載内容

出生日・母親の名前・身分証明番号・年齢・母親の住所・子の性別・出生時体重・出産場所の分別(病院、保健センター、自宅等)・介助者・専門技能者による分娩介助の有無・人間のお産か否か・出生数・出産場所名等

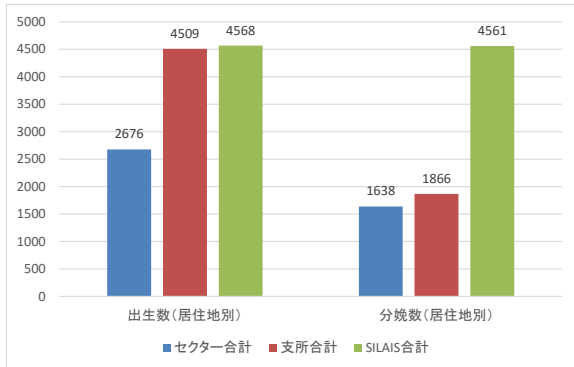
表 3. 保健省データ管理システム

ニカラグア保健省データベース			
*SIMINSA	保健省ポータルインフォメーション		***SAIKU
	PAI	*SIS	
急性呼吸器疾患 急性下痢症 子宮がん検診 産前健診 産後健診 小児健診	各予防接種数 年齢別予防接種数	出生 死亡 予防接種 家庭調査票 外来診療(産前、産後、乳幼児健診)	出生 出生に係わる情報 死亡 届出伝染病

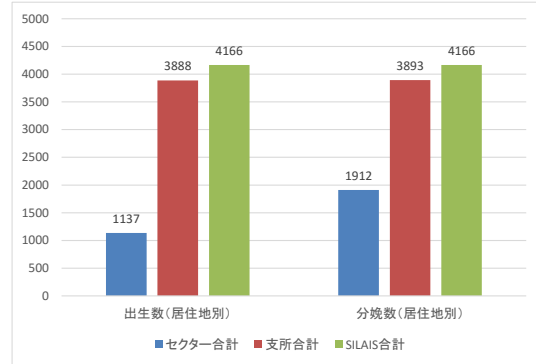
*保健省情報システム
 **拡大予防接種プログラム
 ***保健情報システム
 ****SAIKU オンラインデータ分析処理システム

4.2.2 出生

グラフ1 <出生数と分娩数 チョンタレス>



グラフ2 <出生数と分娩数 セラヤ・セントラル>

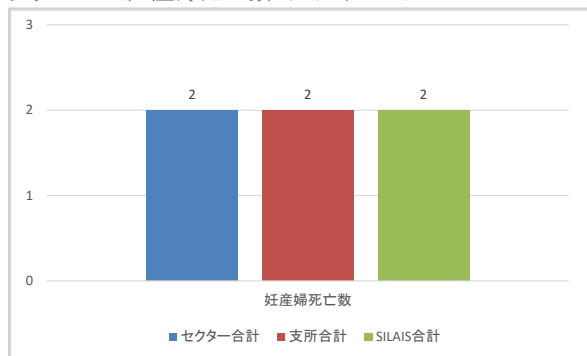


SILAIS と支所は出生証明書を発行した数を出生数として計上している。一方、保健セクターレベルでは、ESAFc の診療記録や妊産婦管理台帳、予防接種台帳から出生数を把握している。よって妊産婦が ESAFC と接触のないまま、他の地域の医療施設で出産した場合は、その情報が保健セクターレベルへフィードバックされない限り、ESAFc は母親と子どもの情報を把握できない。

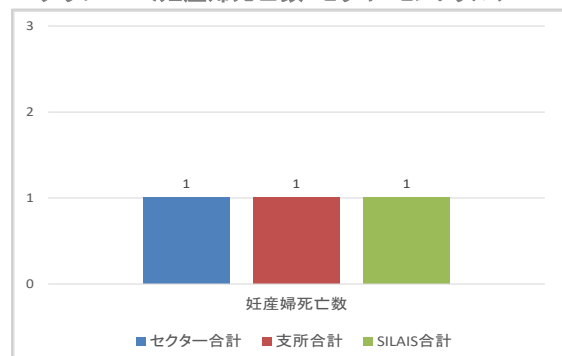
SILAIS チョンタレスの支所の分娩数が少なく計上されているのは、各支所内で介助された分娩のみを計上し、例えば、支所の管轄地域の外にあるリージョナル病院で行われた分娩は、それが支所の管轄地域に居住する女性であっても、支所の分娩として計上されていないためである。

4.2.3 妊産婦死亡

グラフ3. <妊産婦死亡数 チョンタレス>



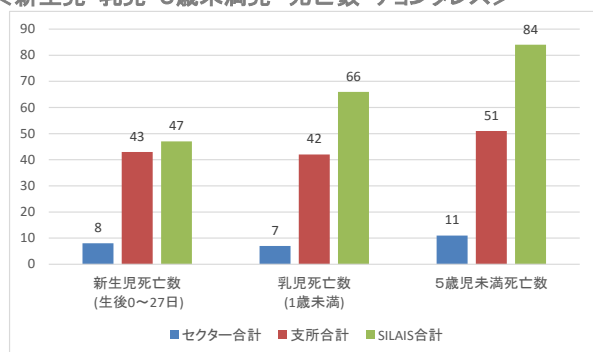
グラフ4. <妊産婦死亡数 セラヤ・セントラル>



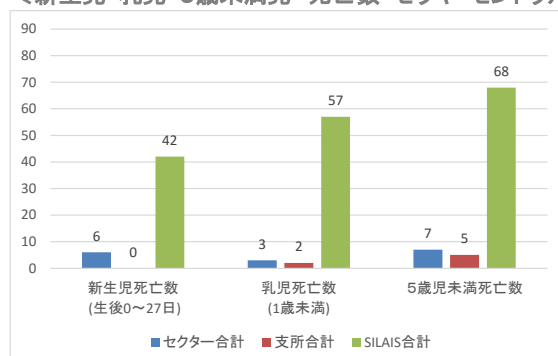
妊産婦死亡数は、各レベルが把握している数値が一致している。妊産婦が死亡した場合、保健省が徹底した原因追及を行っており、死亡診断をした医師は死亡証明書と妊産婦死亡監視用紙を作成し SIALIS に報告する。SILAIS は産前健診時の状況、医療機関へのアクセス、家族構成等を詳細に調査・確認し、SILAIS の保健サービス課および母子保健担当技官、担当 ESAFC による症例検討会議が実施されている。2014 年の 3 人の妊産婦の死亡原因は、チョンタレスの 2 人は子宮内反による産後出血と弛緩出血で、セラヤ・セントラルの 1 人は妊娠高血圧症候群（いわゆる子癇）であった。

4.2.4 子どもの死亡

グラフ 5. <新生児・乳児・5歳未満児 死亡数 チョンタレス>



グラフ 6. <新生児・乳児・5歳未満児 死亡数 セラヤ・セントラル>



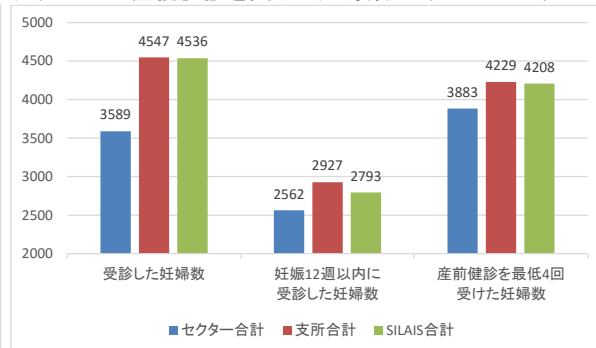
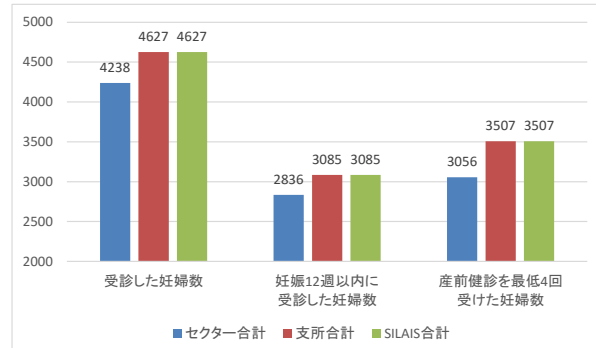
新生児・乳児・5歳未満児の死亡数は、保健セクターレベルで把握している数値と、SILAIS が把握している数値との間に大きな差がある。胎児・乳幼児の死亡は、死亡診断をした医師が死亡証明書と胎児・乳幼児死亡監視用紙を記入し、SILAIS へ報告する。SILAIS がデータを管理し、死亡数はこの死亡証明書と胎児・乳幼児死亡監視用紙がそろった件数のみが計上されている。支所および保健セクターへデータはフィードバックされているが、保健セクターレベルでは正確な死亡数は管理されていない。

SILAIS チョンタレスと支所が把握している数値の差はそれほど大きくないが、保健セクターでは同様の死亡数のデータ管理を行っていないため数値の差が大きい。

SILAIS セラヤ・セントラルでは、各支所と乳幼児死亡調査用紙に記載の情報を共有しているが、支所はこれを統計として管理していない。これは保健セクターレベルでも同様である。

4.2.5 産前健診

グラフ 7. <産前健診を受けた妊婦数 チョンタレス> グラフ 8. <産前健診を受けた妊婦数 セラヤ・セントラル>



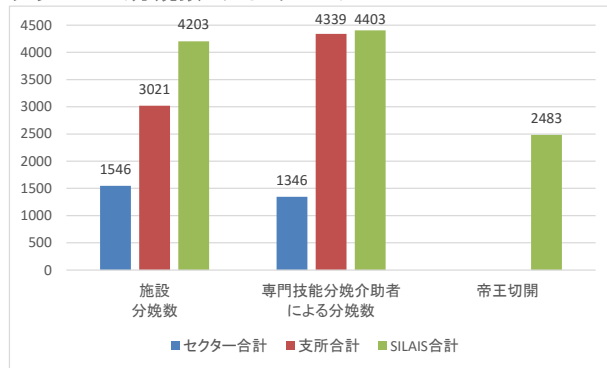
産前健診は保健省が重視している活動の一つであり、政府が扱っている国家人間開発計画¹の指標の一つである。捕捉された妊婦数および産前健診を4回受けた妊婦数は、他の項目と比較して、各レベル間で大きな差はなくその数が把握されている。特に SILAIS チョンタレスでは、支所との数値が完全に一致している。

4回以上の産前健診を受けた妊婦数は、SILAIS セラヤ・セントラルの数値が極めて高く、同 SILAIS 内の4支所のうち、エル・ラマ市は、1,753人の妊娠数に対して1,871人の4回以上の健診受診者がおり、カバー率は106.7%に達している。2014年のSILAIS セラヤ・セントラル全体では、101.6%のカバー率となっている。これは、季節労働世帯の妊婦の移動が多い等のため、重複計上が推定される。また、4回の健診は妊娠期間の初期1回、中期1回、後期2回が推奨されているが、本データの4回健診はこの初期・中期・後期に関わらず、とにかく4回以上受診した妊婦の人数が計上されている。

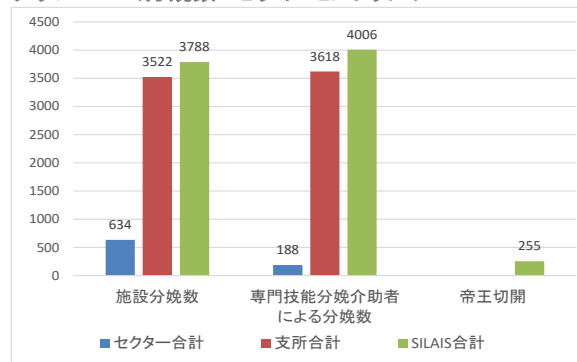
¹ Plan Nacional de Desarrollo Humano 2012-2016 (<http://www.pndh.gob.ni/>)

4.2.6 分娩

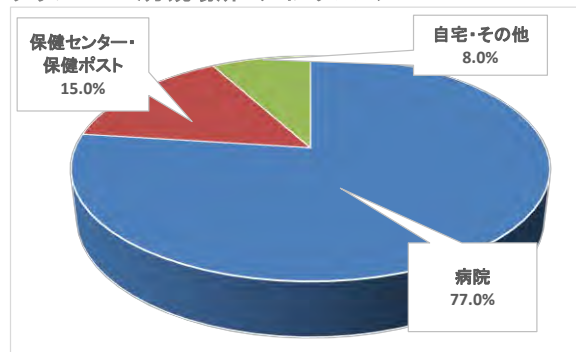
グラフ 9. <分娩数 チョンタレス>



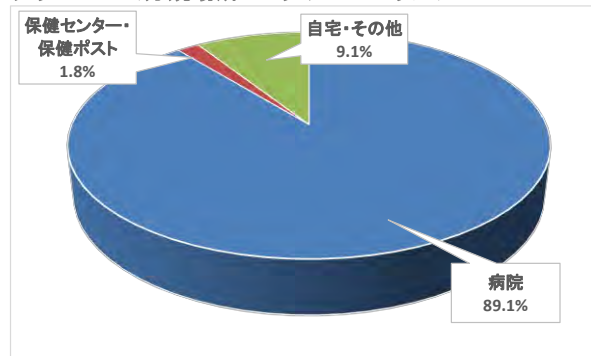
グラフ 10. <分娩数 セラヤ・セントラル>



グラフ 11. <分娩場所 チョンタレス>



グラフ 12. <分娩場所 セラヤ・セントラル>



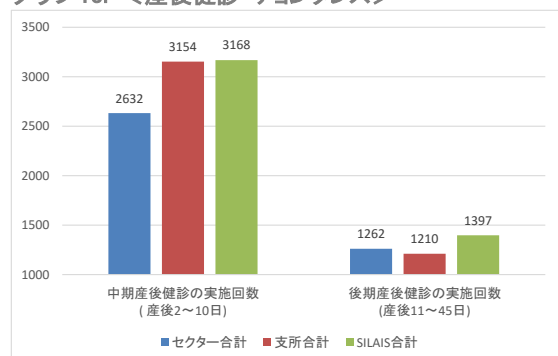
SILAIS と支所では「施設分娩数」よりも「専門技能分娩介助者による分娩数」の方が多く把握されている。ニカラグアでは専門技能分娩介助者の中に、医師や助産師、看護師等だけでなく、研修を経て資格を与えられた伝統的分娩介助者も含まれ、自宅など施設以外での分娩数も「専門技能分娩介助者による分娩数」に加算されているためである。

分娩場所はチョンタレスでは、2014 年の分娩 4561 件中、病院 77.1%、保健センター・保健ポスト 15.0%、自宅・その他の場所 8%であった。セラヤ・セントラルは、2014 年の分娩 4166 件中、病院 89.1%、保健センター・保健ポスト 1.8%、自宅・その他の場所 9.1%であった。セラヤ・セントラルの病院分娩率が高いのは、管轄地 4 市中 3 市に一次医療病院が設置されている為である。

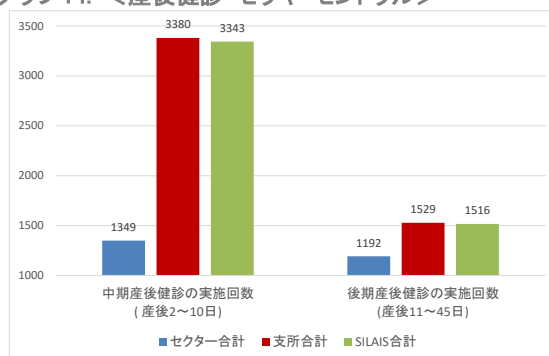
帝王切開の情報は病院の統計データから直接取っている。二つの SILAIS のうち、唯一チョンタレス県にリージョナル病院があり、そこでの帝王切開数が多い。帝王切開はリスクが高い妊産婦の分娩であるにも関わらず、保健セクターが把握している件数が少ない。母親の状態やその経過など、病院から退院後に保健セクターレベルで継続的にフォローすべき情報が、病院、SILAIS から支所や保健セクターに向けてフィードバックされていない。

4.2.7 産後健診

グラフ 13. <産後健診 チョントレス>



グラフ 14. <産後健診 セラヤ・セントラル>

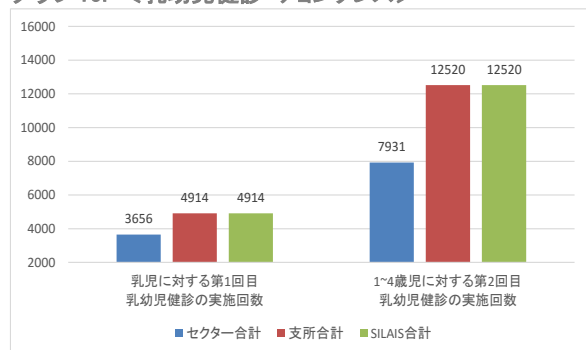


産後健診は保健セクターの実施回数が一番少なく、支所と SILAIS のデータはほぼ同数である。保健セクターでは外来診療報告書および、妊産婦管理台帳から産後健診数を報告することになっている。いわゆる積み上げ式データの基礎になる部分であるが、両 SILAIS とも保健セクターにおける産後健診の実施数が少ない。

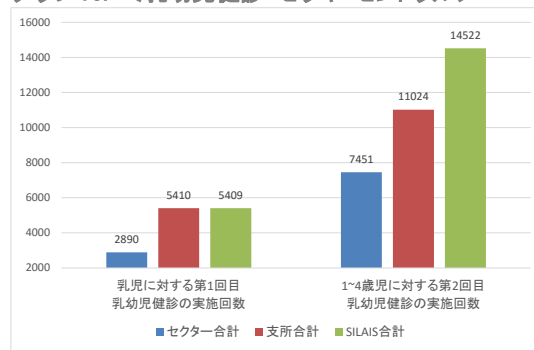
両 SILAIS とも中期産後健診（産後 2～10 日）数が後期産後健診（産後 11～45 日）数よりも多いのは、施設分娩後、一般的には翌日の退院前に行う診察を「産後 2 日目の健診」とし、それが中期産後健診数に含まれているからである。

4.2.8 乳幼児健診

グラフ 15. <乳幼児健診 チョントレス>



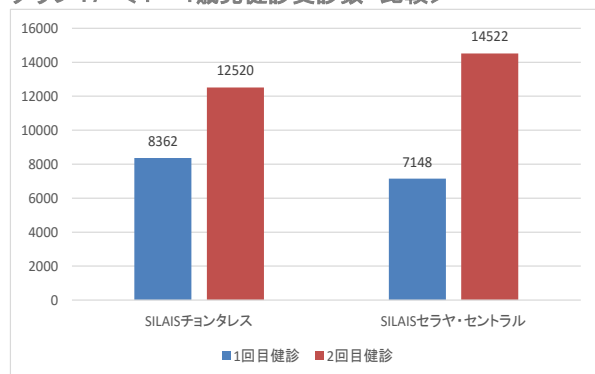
グラフ 16. <乳幼児健診 セラヤ・セントラル>



乳幼児健診のデータ収集は、PDM 指標に関わる第 1 回目乳児健診と第 2 回目 1～4 歳児健診の実施回数を採用した。（乳幼児健診の時期は次頁の表 4 と表 5 を参照）

SILAIS チョントレスでは、乳児および 1～4 歳児に対する乳幼児健診は SILAIS と支所が、その実施回数を同様に把握しているが、保健セクターは記録がされていない上、データも管理していない。

グラフ 17 <1～4歳児健診受診数 比較>



SILAIS セラヤ・セントラルでは、乳児健診数は SILAIS と支所ではほぼ同じであったが、1～4 歳児に対する健診に関しては受診時期において受診数に大きな差があった。

乳幼児健診は、出生後決められた時期の健診が推奨されているが、データの取り扱い、乳幼児が予防接種を含む、何らかの理由で受診するたびに、それが外来記録用紙の表 4 および 5 で示した健診の時期に加算されるため、同じ子どもが何度も計上されている。その為、乳児の人口よりもさらに多い健診回数となっている。特に 1～4 歳児健診の 1 回目と 2 回目の受診の割合を比較すると倍の開きが確認された。

表 4. 乳児健診時期

乳児健診	1 回目	2 回目	3 回目	4 回目	5 回目	6 回目
	8 日	2 カ月	4 カ月	6 カ月	8 カ月	10 カ月

表 5. 1～4 歳児の健診時期

乳幼児健診	1 回目	2 回目	3 回目
1 歳	生後 12 カ月	生後 16 カ月	生後 20 カ月
2 歳	生後 24 カ月	生後 28 カ月	生後 32 カ月
3 歳	生後 36 カ月	生後 40 カ月	生後 44 カ月
4 歳	生後 48 カ月	生後 52 カ月	生後 56 カ月

4.2.9 5 歳以下の慢性栄養不良児

保健省では、ルーティンの栄養不良児の統計は、栄養不良児の受診回数のみが記録されており、人数としては記録されていない。また、小児の栄養状態は栄養過多、低体重、栄養不良、正常と区別されている。2014 年の SILAIS チョンタレスの乳幼児健診総数 50,189 回に対して、142 人の栄養不良児が捕捉されていた（データを入手できたのは SILAIS チョンタレスのみ）。それを精査した結果、同じ子どもが何度も受診していた。これは保健省の栄養不良児に対する診療基準（小児疾患統合管理マニュアル）が、15 日ごとの受診を義務付けているためである。

また、栄養不良児に関する統計を含む保健人口統計（ENDESA）は、行政区域で統計が取られているため、保健省の SILAIS とその地理的な区分が異なる。例えば、ENDESA が取扱う行政区域で、チョンタレス県は SILAIS と同じ 10 市を数えるが、SILAIS セラヤ・セントラルのエル・コラル市がチョンタレス県に含まれている代わりに SILAIS チョンタレスのエル・アヨテ市は含まれていない。またエル・アヨテ市他、SILAIS セラヤ・セントラルの残り 3 市が属する行政区域“南大西洋自治区”のデータには、プロジェクト対象地域外の 7 市の数値も含まれているため、プロジェクト対象地域としてのデータとして活用することはできない。ENDESA 2011/2012 の慢性栄養不良児の統計データとして、チョンタレス県は 11.1%、南大西洋自治区は、14.4%、ニカラグアは 17.3%という数値であった。

2014 年には、PAHO の資金援助による栄養不良児の調査が実施されたが、その調査結果は発表されていない。SILAIS が所持していたデータを確認した結果、両 SILAIS の 5 歳未満児 40,499 人に対して、10.5%の慢性栄養不良児が確認された。

4.2.10 レファラル・カウンターレファラル

レファラル・カウンターレファラルシステムについて、保健省令ではレファラル・カウンターレファラルの統計を各施設の記録から取ることになっているが、基準に沿った管理はされていなかった。

SILAIS セラヤ・セントラルではリージョナル病院へのレファラル数のみ集計されていた。SILAIS チョンタレスではレファラル数や症例に関する記録はされていなかった。

4.2.11 コミュニティネットワーク

各保健セクターで開催されることになっている保健セクター会議²は ESAFC が主導しており、コミュニティネットワークが主体的に開催している会議は、一か所もなかった。また、この保健セクター会議を年間に4回以上開催している ESAFC の数は、SILAIS チョンタレスで16カ所、SILAIS セラヤ・セントラルで3カ所に留まっていた。

² ESAFC と保健コミュニティネットワークとの間で開催される会議。

4.2.12 母子保健データの推移

表 6. 死亡数および死亡率の推移(2011～2015年)

基礎データ	SILAIS チョンタレス					SILAIS セラヤ・セントラル					2 SILAIS 合計				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
出生数*	4,300	4,448	4,693	4,568	4,271	3,974	4,146	4,370	4,166	4,055	8,274	8,594	9,063	8,734	8,326
推定妊婦数	5,403	5,258	4,983	5,043	5,103	4,654	4,438	4,498	4,552	4,606	10,057	9,696	9,481	9,595	9,709
推定出産数	4,868	4,737	4,489	4,543	4,598	4,193	3,998	4,052	4,101	4,150	9,061	8,735	8,541	8,644	8,748
妊産婦死亡数	8	4	3	2	0	4	2	1	1	4	12	6	4	3	4
妊産婦死亡比	186.0	89.9	63.9	43.8	0.0	100.7	48.2	22.9	24.0	98.6	145.0	69.8	44.1	34.3	48.0
乳児の人口	4,718	4,584	4,394	4,156	3,932	3,655	3,807	3,953	4,045	4,146	8,373	8,391	8,347	8,201	8,078
乳児死亡数	63	71	87	66	76	44	59	59	57	64	107	130	146	123	140
乳児死亡率	14.7	16.0	18.5	14.4	17.8	11.1	14.2	13.5	13.7	15.8	12.9	15.1	16.1	14.1	16.8
5歳未満児の人口	16,952	17,184	17,239	17,335	17,389	15,946	15,739	15,542	15,337	15,088	32,898	32,923	32,781	32,672	32,477
5歳未満児死亡数	74	82	94	70	84	46	69	67	68	70	120	151	161	138	154
5歳未満児死亡率	17.2	18.4	20.0	15.3	19.7	11.6	16.6	15.3	16.3	17.3	14.5	17.6	17.8	15.8	18.5

* 2015年の出生数は、未確定数値である。

情報源：SILAIS チョンタレス、SILAIS セラヤ・セントラル

- SILAIS チョンタレスは妊産婦の死亡数は毎年減少し、2015年に全国 19 SILAIS 中、唯一死亡数ゼロを達成した。一方、SILAIS セラヤ・セントラルは同年上半期だけで4人の妊産婦が死亡した。その内訳は、エル・ラマ市が3人、ムエジェ・デ・ロス・ブエジェスが1人であった。死因は、産後出血が3人で、ほか1人は妊娠高血圧症候群であった。
- 2014年の妊産婦死亡比、乳児死亡率、5歳未満児死亡率は、ニカラグアの指標以下に抑えられ、さらにミレニアム開発目標（以下 MDGs）値も下回り、それらを十分に達成している。

表 7 妊産婦死亡比・乳幼児死亡率比較

	妊産婦死亡比（出生 10 万対）	乳児死亡率（出生千対）	5歳未満児死亡率（出生千対）
*プロジェクト対象地域	34.3	14.1	15.8
**ニカラグア	50.8	20.0	25.0
ニカラグア MDGs	42.5	22	18

*BL 調査 ** Health situation in the Americas basic indicators 2014

PDM 指数に関わる指標

表 8. PDM 指標に関わる基礎データ

基礎データ	計算式		チョンタレス県 (2014年)			セラヤ・セントラル県 (2014年)			2 SILAIS合計(2014年)		
	分母	分子	分母	分子	指標	分母	分子	指標	分母	分子	指標
妊産婦死亡比 (出生10万対)	2014年の出生数	妊産婦死亡数	4,568	2	43.8	4,166	1	24.0	8,734	3	34.3
乳児死亡率 (出生千対)	2014年の出生数	1歳未満児死亡数	4,568	66	14.4	4,166	57	13.7	8,734	123	14.1
5歳未満児死亡率 (出生千対)	2014年の出生数	5歳未満児死亡数	4,568	70	15.3	4,166	68	16.3	8,734	138	15.8
2014年にPAHOが実施した栄養調査	5歳以下児調査数	5歳以下児の慢性栄養不良児数	19,972	1,678	8.4	20,527	2,586	12.6	40,499	4,264	10.5
4回目の産前健診を実施した割合(%, 出産対)	推定妊婦数	4回目の産前健診の実施回数	5,043	3,507	69.5	4,552	4,208	92.4	9,595	7,715	80.4
妊娠12週以内に産前健診を受診した割合(%, 分娩対)	推定妊婦数	妊娠12週以内に産前健診を受診した妊婦数	5,043	3,085	61.2	4,552	2,793	61.4	9,595	5,878	61.3
専門技能分娩助産者による分娩の割合(%, 分娩対)	推定出産数	専門技能分娩助産者による分娩数	4,543	4,378	96.4	4,101	4,006	97.7	8,644	8,384	97.0
医療施設における分娩(%, 分娩対)	推定出産数	医療施設における分娩数	4,543	4,195	92.3	4,101	3,788	92.4	8,644	7,983	92.4
中期(産後2~10日)産後健診を実施した割合(%, 出生対)	推定出産数	中期産後健診の実施回数	4,543	3,168	69.7	4,101	3,343	81.5	8,644	6,511	75.3
後期(産後11~45日)産後健診を実施した割合(%, 出生対)	推定出産数	後期産後健診の実施回数	4,543	1,397	30.8	4,101	1,516	37.0	8,644	2,913	33.7
乳児に1回目の乳幼児健診(出生後2-10日目)を実施した割合(%, 推定人口比)	2014年の乳児の人口	乳児に対する乳幼児健診の実施回数	4,156	4,914	118.2	4,045	5,409	133.7	8,201	10,323	125.9
1~4歳児に1回目の乳幼児健診(各誕生日)を実施した割合(%, 年代別分娩比)	2014年の1~4歳児の人口	1~4歳児に対する1回目乳幼児健診の実施回数	17,335	7,148	41.2	15,337	7,148	46.6	32,672	14,296	43.8
1~4歳児に2回目の乳幼児健診(各誕生日)を実施した割合(%, 年代別分娩比)	2014年の1~4歳児の人口	1~4歳児に対する2回目乳幼児健診の実施回数	17,335	12,520	72.2	15,337	14,522	94.7	32,672	27,042	82.8

情報源: SILAISチョンタレス、SILAISセラヤ・セントラル

PDM 指標を計算するにあたり、各指標の分母を調査した結果、表 8 の数値が得られた。2014 年の出生数が 2015 年 12 月 31 日に確定したので、ベースライン調査はこのデータを採用した。また、産前・産後健診、乳幼児健診は、通常、実際の妊婦数、分娩数、乳幼児数を分母とするが、中米の各国保健省では、産前健診は推定妊婦数、産後健診は推定出産数、また乳幼児健診は各年齢の推定人口が分母として用いられていることから、保健省の要望によりこれらを計算式に採用した。

4.3 社会資本調査結果

MOSAFCにおいて、疾病予防、健康増進、診療・診断を包括的に実施する ESAFC は、限られた人員、労力ですべての業務を計画的に実施しなければならない。また、保健活動のほかに、社会資本がバランスよく整うことが、住民の健康向上につながる。そのため、プロジェクト対象市において各保健セクターの社会資本データ（人口、地区の学校、教会、診療所等の施設、アクセス、電化、上水道整備、住民組織、実施中のプロジェクト）の情報収集を行った。各市の社会資本データは添付資料3を参照。一部パイロット保健セクターの社会資本に関して分析した結果を19頁に記載する。

4.4 パイロット市選定

第1次調査を基に、プロジェクト運営委員会で決定した以下の基準に沿って、下記4市をパイロット市に選定した。(表9参照)

- (1) 支所職員のプロジェクト活動に対するモチベーションが高い。
- (2) ベースライン調査に当たり必要な情報が提供可能である。
- (3) 過去2年間における妊産婦死亡例がある。
- (4) 病院へのアクセスが悪い。
- (5) 支所から利用可能な交通機関を使って1時間以上、2時間以内に保健セクターがある。

SILAIS チョントレス

- ① アコヤパ市
- ② サント・ドミンゴ市

SILAIS セラヤ・セントラル

- ③ スエバ・ギネア市
- ④ エル・ラマ市

表9. パイロット市選定基準とその結果

	SILAIS	CHONTALES										ZELAYA CENTRAL			
	Municipio	Juigalpa	Comalapa	Cuapa	Acoyapa	Santo Tomás	Villa Sandino	San Pedro de Lóvago	Libertad	Santo Domingo	El Ayote	Nueva Guinea	El Rama	Muelle de los Bueyes	El Corral
支所職員の労働意欲				○	○	○	○	○	○	○			○		
必要な情報が提供された	○			○	○	○	○	○		○		○			
過去2年の母の死亡			○			○							○	○	
病院へのアクセスが悪い					○			○	○	○	○	○	○		
支所から1時間以上、2時間以内のセクターがある	○	○			○				○	○	○	○	○	○	
得点	2	2	2	4	3	2	3	3	4	2	3	4	2	0	
パイロット市				○					○		○	○			

4.5 パイロット保健セクター選定

各パイロット市における「パイロット保健セクター」を下記の基準に沿って各市2カ所ずつ合計8カ所を選定した。

- (1) ESAFC メンバーに医師と看護師がいる。
- (2) 車でアクセスが可能である。
- (3) 支所事務所より保健セクター中心地までが、車で1時間以上2時間以内。
- (4) 訪問調査が可能である。

- (5) 2014年の出産が30件以上ある。
- (6) ニカラグア運河工事の予定地ではない（ヌエバ・ギネア市のみ）。

アコヤパ市

- ① エル・サポテ保健セクター（同市第7保健セクター）、
- ② サン・フェリペ保健セクター（同市第8保健セクター）

サント・ドミンゴ市

- ③ ロス・チナモス保健セクター（同市第3保健セクター）
- ④ ブルン2保健セクター（同市第4保健セクター）

エル・ラマ市

- ⑤ カベセラ・バレンティン（のちマロンへ保健セクター名が変更）保健セクター（同市第12保健セクター）
- ⑥ ワピ保健セクター（同市第14保健セクター）

ヌエバ・ギネア市

- ⑦ タロリング保健セクター（同市第9保健セクター）
- ⑧ ナシオネス・ウニダス保健セクター（同市第26保健セクター）

図3. プロジェクトパイロット保健セクター

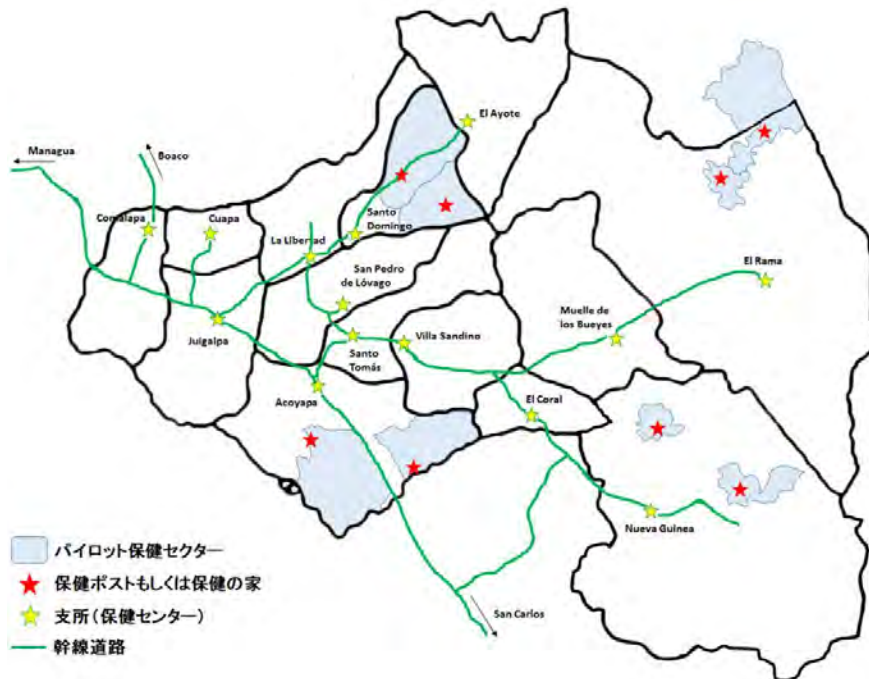


表10. ① アコヤパ市、② サント・ドミンゴ市パイロット保健セクターの選定基準とその結果

Municipio	Acoyapa									Santo Domingo			
Sector	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4
CSFからPSFCもしくは保健の家が1時間以上、2時間以内のセクター							○	○	○			○	○
市街地がない			○	○	○		○	○	○			○	○
医師、看護師がいる	○		○					○		○	○		○
訪問調査が可能	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○
2014年の出産が30以上	○	○			○		○	○	○	○	○	○	
得点	3	2	3	2	3	1	4	5	3	3	3	4	4
パイロット保健セクター							○	○				○	○

4.6 パイロット保健セクターの社会資本データ

下記に、8パイロット保健セクターの主要な社会資本データを示す。

表 13. パイロット地区の社会資本データ

社会資本情報															保健省情報							
SILAIS	支所名	保健セクター番号	保健セクター名	集落数	世帯数	人口			支所からメイン集落までの距離	支所からセクター内で最も遠方な集落までの所要時間	市街地区	農村地区	学校		電化集落		コミュニティネットワーク参加人数(活動中)	医療施設	医療施設における社会基盤			
						妊娠可能女性(15~49歳)	2歳未満	セクター					有	無	有	無			水道		電化	
																			有	無	有	無
チョンダレス	サント・ドミンゴ	3	ロス・チナモス	8	773	1,180	166	3,875	26 km	馬で2.5 時間	0	8	8	0	1	7	30	*PSFC	X		X	
		4	ブルン2	5	438	600	92	2,427	50 km	馬で2.5 時間	0	5	5	0	0	5	12	PSFC	X			X
	アコヤバ	7	サン・フェリペ	11	288	479	73	1,730	36 km	車で2時間+船で1時間	0	11	10	1	4	7	25	PSFC		X	X	
		8	エル・サポテ	7	284	728	111	2,631	37 km	車で2.5時間+歩いて1時間	0	7	7	0	3	4	21	PSFC		X	X	
セラヤ・セントラル	エル・ラマ	12	マロン	5	405	645	147	1,837	67 km	馬で3 時間	0	5	5	0	0	5	20	*C/B	X		X	
		14	ワピ	9	485	890	175	3,393	32 km	馬で2 時間	8	1	3	6	9	0	6	PSFC	X		X	
	ヌエバ・ギネア	9	タロリंगा	4	411	550	94	2,055	33 km	車で1.5時間+歩いて1時間	0	4	4	0	1	3	10	PSFC		X		X
		26	ナシオネス・ウニダス	5	938	1,256	220	4,689	34 km	車で45分+歩いて2時間	0	5	5	0	1	4	33	PSFC	X		X	
合計			8 保健セクター	54	4,022	6,328	1,078	22,637	平均 39.4Km		8	46	6	7	19	35	157		5	3	6	2

* 医療施設: PSFC=保健ポスト、C/B=保健の家

情報源: プロジェクト・パイロット支所

- 集落数と家屋数は必ずしも比例しておらず、全体的に1集落あたりの平均家屋数は73軒であるが、実際には1集落に26家屋から187家屋まで幅があり、様々な大きさの集落を観察、比較、健康指導の工夫等が実践できる。
- 一家屋あたりの居住者数は多くが5~6人であるが、アコヤバ市のエル・サポテは、9.3人であり、1家屋あたりの妊娠可能な女性の数も他の倍である。異なる家族構成に応じた保健サービスを考えることができる。
- 人口当たりの妊娠可能女性の割合は平均28.0%だが24.7%の保健セクターと35.1%のセクターもある。
- 保健セクター内で最も遠い集落まで、いずれも車両で行くことができない。レファレルシステムの構築や訪問計画の工夫が必要である。
- 全体の64.8%が非電化地域である。電化に係わる地域の特性に応じた保健サービス健康教育等を考えることが出来る。
- 保健省では各集落から最低1人のコミュニティネットワーク参加メンバーを募っているが、活動中のコミュニティネットワークの参加人数は、集落数に満たないセクターもある。コミュニティの組織作り ESAFC との協働の変化など様々な集落の観察、比較、指導が可能である。
- 医療施設に水道が敷設されているのは全体の62.5である。供与機材の種類を選定、配布、設置等の際、考慮する必要がある。
- 医療施設で通電されていないのは8カ所中2カ所のみである。供与機材の種類、選定、配布設置等の際、考慮する必要がある。

4.7 第1次調査 考察

- 積み上げ式でない情報、例えば出生数、胎児・乳幼児死亡数などは、データ管理システムを閲覧できるSILAISあるいは支所の疫学担当がESAFcに対してフィードバックしなければ、情報が共有されない。データの分析およびフィードバック方法を確立するとともに、ESAFcにおけるデータの管理システム強化が必要である。
- 妊産婦の死亡に関して、保健省の徹底した調査が行われている。一方、胎児・新生児・乳幼児の死亡原因の調査と症例検討は、全てが行われているわけではないが、死亡した乳児のうち4割は必要な産前健診を受診していないことが判明した。適切な時期に必要な産前健診や乳幼児健診を受診することで問題の重症化を回避できるケースもあることから、これらの課題を研修プログラムへ反映する。また、乳幼児死亡のケーススタディの取組みも必要である。
- 保健省では、慢性栄養不良児の調査は体系化されてなく、統計データは取り扱っていないことが分かった。2014年にPAHOの予算で実施された5歳以下の慢性栄養不良児に関する全戸調査データがあるが、公表されておらず保健省は正式データとして認めていない。そのため、保健人口統計（ENDESA）が参考データとなる。
- PDM 指標にある、4回以上の産前健診を受診した妊婦数に関して、一部で100%を超える受診率が示されているのは、データ収集にあたり、妊娠期間中のどの時点で受診したかに関わらず、ともかく4回以上の受診歴があれば、これが習慣的に計上されていたからである。しかし、健診回数だけでは、それが、健診が必要な時期に適切な健診項目に沿って実施されたものであったかどうか分ならず、例えば、妊娠初期に必要な健診を受けず、問題が見過ごされたまま重症化し、妊娠後期に頻回の受診が必要になっているケースが含まれる。もし、妊娠12週以前に産前健診を受診されれば、産前健診基準の4回の健診をそれぞれ周産期の必要な時期に受診するよう指導することが可能となる。PDM 指標に「妊娠12週以前の産前健診」を指標として追加することにより、その活動が活発になることで、ハイリスク妊娠を早期に発見して対処することができる。また、より充実した産前教育を妊婦と家族に対して提供できる。
- ESAFC が記入・管理する妊産婦管理台帳は、継続ケアの段階と個々の妊産婦に必要なサービスを可視化した有益なツールである。この台帳をベースに、産前健診、危険兆候、分娩の状況、産後健診、家族計画、母乳管理など多くの情報を管理し、分析ができる。しかし、プロジェクト対象地域では、その正確な記載や情報の更新がされておらず、記録が途切れていることが多い。この有効なツールを用いて、対象地域の妊産婦の管理および状況把握を早期に実施するために、速やかに改善に取り組む必要がある。また、既存のツールを有効活用し、記録・分析・行動の決定など、適切な妊産婦管理が実施されるよう、この調査結果を研修プログラムに反映する必要がある。
- 産前健診同様、産後健診についても、単に受診の有無や回数だけでなく、その実施時期に関して医療従事者側の共通認識を高める必要がある。特にマタニティホームを利用して施設分娩をした母親に行う退所時の診察を「出産後2日目の中期産後健診」としていることが多い。例えば、産後24時間以内を産後直後の健診として取り扱い、それ以降を48時間以内であっても中期産後健診としてカウントしているケースがある。産後には異なる問題を生じうるため、出産直後の健診と48時間以降10日目までの中期産後健診をしっかりと分けて取り組む必要がある。これに関しては、継続ケアの概念に基づいた研修プログラムを実施することで、産後健診の管理の改善が期待できる。

- 乳幼児健診は、乳児は6期、1~4歳児は各年齢で3期に区分されているが、同時期の健診は、人数ではなく、受診回数として計上されている。そのため、同じ子どもが複数回受けたものなのか、複数の子どもの1回ずつ受けたものなのか判断できず、全ての子どもに適切な健診が実施されているか否かを、本データから正確に読み取ることができない。また、PDM指標で採用されている1~4歳児の2回目乳幼児健診は、保健省が重要視している数値である。調査の結果、1~4歳児の1回目と2回目の乳幼児健診を比較すると、2回目乳幼児健診のデータの記録が倍多い。しかしながら、この時期の小児は、半年間で生じる成長発達に伴う身体と運動機能、情緒・精神面の変化が大きく、2回目の診断を確実なものにするためには、1回目との比較が欠かせない。初回からの継続的な健診により、その変化をとらえて異常の早期発見に努めることが重要である。プロジェクトではPDM指標として、数値が低い1~4歳児の1回目乳幼児健診を測定することにより、それ以降のデータの信憑性を高めることができると考える。また、保健省令に基づいた質の高い健診が行われるためには、実施者に必要な乳幼児健診の知識と技術の強化が不可欠であり、これらを研修プログラムに取り入れることが重要である。
- 省令に基づいたレファラル・カウンターレファラルのシステムはあるものの、それが有効に機能しておらず、患者や患者と共に移動するはずのデータの流に混乱が生じている。これにより、レファラル・カウンターレファラルの正確な統計データの入手が困難な状態であり、PDM指標の確定のためには、この解決が喫緊の課題である。レファラル・カウンターレファラルの患者の流れとデータの流を整理、可視化し、全ての保健医療従事者にとって理解しやすく確実に実践できるシステムに改善する必要がある。
- 定期的に保健セクター会議が実施されている保健セクターは多くない上、その全ては住民主体と言いつつ、実際にはESAFcがコミュニティネットワークを招集して開催している。ESAFcが集落で住民参加型の活動に取り組むためには、コミュニティネットワークの協力が不可欠であり、かれらの活動の継続性や主体性を高めることが求められている。一方、ESAFcの多くは社会奉仕期間中の医師、看護師、准看護師で構成されており、社会奉仕期間終了に伴う医療従事者の異動により地域活動が不活性化することが懸念される。そのため、コミュニティネットワークに関わる保健省令を活用しつつ、人員交替に影響されない実践的なシステムと手法を構築する必要がある。
- 保健省本省から保健セクターに至る各レベルの情報管理能力について、本省とSILAISではイントラネットによるデータ管理システムが確立され、日常的にそれが運用されており、新しい情報が得られている。プロジェクト運営にあたっては、このシステムで管理された既存のデータを最大限に活用することができる。

5 第2次調査 プロジェクトの母子保健活動の選択のための調査

5.1 KAP 調査方法

5.1.1 被調査者

プロジェクトのパイロット保健セクター8か所を対象に、クラスターサンプリング法を用いて、2014年に出産した母親310人を抽出した。この被調査者宅を訪問し、母子保健にかかわる知識、態度、行動についてKAP調査用紙を用いてインタビュー調査を行った。

5.1.2 実施日

2015年9月19日～10月15日

5.1.3 調査内容

- 母子保健に関わる主要な9テーマについて、被調査者が有している知識、態度、自身の行動の調査（表14参照）。
- 中南米で社会経済環境の指標として使用されている「満たされない基本的なニーズ³」（Unsatisfied basic needs 以下UBN）に沿った、社会経済環境の調査。

表 14. KAP 調査項目

	項目	調査内容
1	産前健診	産前健診を開始する時期と健診回数
2	妊娠中の危険兆候	妊娠中の危険兆候とその対処
3	マタニティホーム	マタニティホームのサービス内容と利用状況
4	分娩	分娩介助者、施設と家族の協力
5	産後健診	産後健診の開始する時期
6	家族計画	家族計画の利用について
7	乳幼児健診	出生後第1回目の乳幼児健診を開始する時期
8	乳幼児の下痢	乳幼児の下痢に関する対処
9	社会経済環境	被調査者の社会経済環境と実態

5.1.4 調査手順

- KAP調査の調査用紙は、C/Pとともに質問事項は同じだが、質問順の違う2種類の様式を作成した。ファイガルパ市内で一般女性を対象にしたそれら用紙の実地検証を行い、スムーズに返答された質問用紙を採用し、さらに修正を加えて完成したものを使用した（添付4. KAP調査用紙参照）。
- 保健省が出生証明を交付した2014年に出産した母親のリストをベースとし、各ESAFICの妊産婦管理台帳、予防接種台帳と照合して被調査者リストを作成した。（8パイロット保健セクターの出産者数、調査数等は表15参照）。調査開始後、現地で新たに見つかった2014年に出産した母親についても、調査対象とした。
- 各調査対象の保健セクターにおいて、コミュニティネットワーク⁴を招集し、調査の目的とデータの利用理由を説明し、調査の協力を依頼した。調査に先立ち調査対象女性の居住先およびアクセス方法を確認し、調査への同行を依頼した。また、一部対象者は、ESAFICもしくはコミュニティネットワークから呼びかけて保健ポストもしくは保健の家⁵などに出向いてもらった。

³ <http://www.undp.org.lb/programme/pro-poor/poverty/povertyinlebanon/molc/methodological/C/basicneed.htm>

⁴ 保健セクター会議に参加するメンバーのこと。主に保健ボランティア、伝統的分娩介助者、マラリアボランティアなどで構成される。地域により警察官、教員、政党代表などもメンバーとなっている。

⁵ 「保健の家（Casa base カサバセ）」は、農村部の集落において保健センターもしくは保健ポストが存在しない場合に一般家屋などの一部空間を利用して医療サービスを提供している。

- ④ 調査員の募集にあたり、地元の大学3か所に協力を依頼した。調査員は女子大生を採用し、事前にオリエンテーションとトレーニングを行った。これは質問が性や妊娠・出産に関する、女性にとってデリケートな内容に及ぶためのジェンダー配慮である。
- ⑤ インタビュー実施前に、調査目的、入手情報の用途を説明した同意書を作成し、調査員が口頭で説明して同意・署名を得た上で調査を実施した。同意が得られない場合は、調査を取り止めた。調査は、被調査者の住居を調査員が直接訪問し、調査用紙に沿って対面式で質問を投げかけ、その場で得た回答を同用紙に記入する形で実施した。

表15. KAP調査実施表

市	保健セクター名	セクター番号	集落数	通電集落数	人口	2014年出産した者	調査実数	調査割合	投入調査員数
SD	ロス・チナモス	3	8	1	3,875	88	61	69.3	18
	ブルン2	4	5	0	2,427	30	29	96.7	19
AC	サン・フェリペ	7	11	4	1,730	33	34	103.0	13
	エル・サポテ	8	7	3	2,631	32	26	81.3	12
ER	マロン(旧カベセラ・パレンティン)	12	5	0	2,837	45	41	91.1	10
	ワピ	14	9	9	3,393	64	64	100.0	10
NG	タロリंगा	9	4	1	2,055	31	18	58.1	12
	ナシオネス・ウニダス	26	5	1	4,689	60	37	61.7	12
合計			54	19	23,637	383	310	80.9	106

SD: サント・ドミンゴ市、AC: アコヤバ市、ER: エル・ラマ市、NG: ヌエバ・ギネア市

5.1.5 結果の処理法

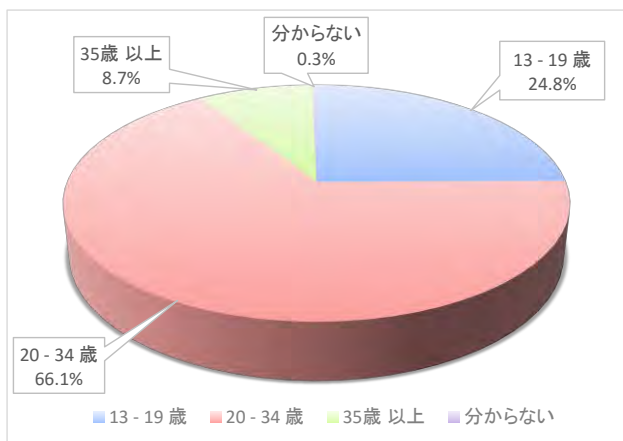
データベースをExcelで作成した。

5.2 KAP 調査結果

プロジェクトパイロット4市8保健セクターで2014年に出産をした310人の母親に対してKAP調査を実施した。

5.2.1 被調査者の実態

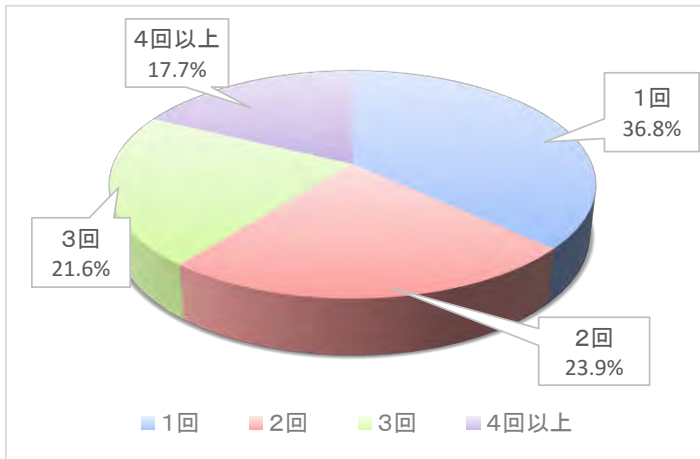
グラフ 18. <2014 年出産時の年齢> (右)



全体の 66.1%が保健省令においてリスクの低いと設定されている 20～34 歳であった。

ついで 13～19 歳の思春期の女性 24.8%、35 歳以上は 8.7%であった。

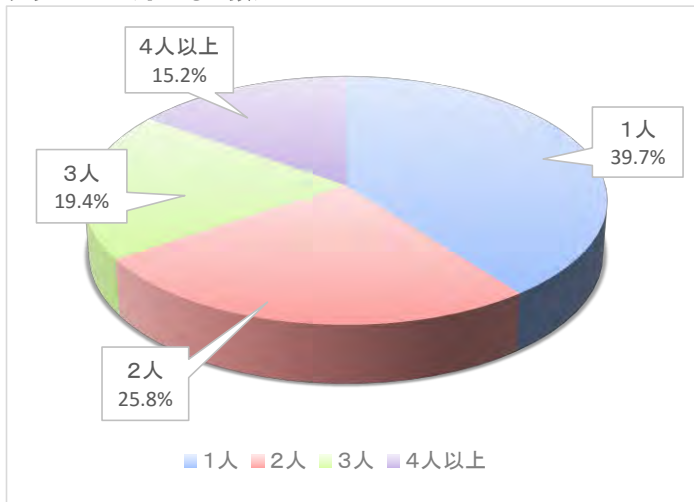
グラフ 19. <妊娠回数>



今回の被調査者で最も多かったのは1回の妊娠経験者であり、全体の36.8%、次いで2回が23.9%、3回21.6%で4回以上は17.7%であった。

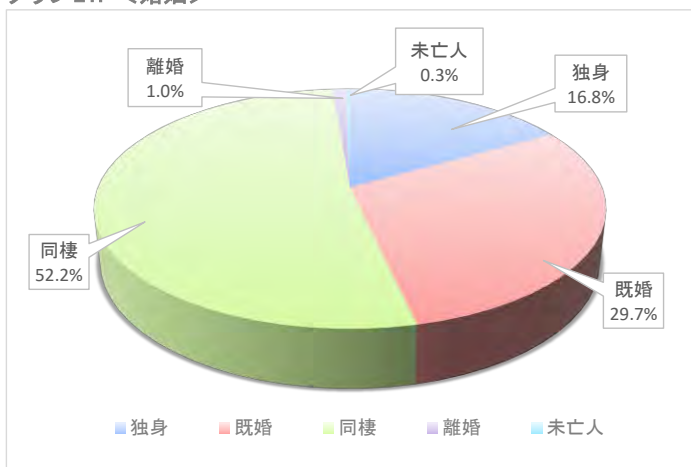
妊産婦のうち、妊婦の年齢19歳以下、35歳以上、分娩回数3人以上、非識字者、母子家庭はリスクのある妊産婦として位置づけられる。同調査では2014年の出産時の年齢を見ると、全体の33.5%（19歳以下24.8%、35歳以上8.7%）がリスクのある出産であった。

グラフ 20. <子どもの数>



被調査者の子どもの数は、1人が39.7%と一番多く、次に2人、3人、4人以上という割合であった。

グラフ 21. <婚姻>



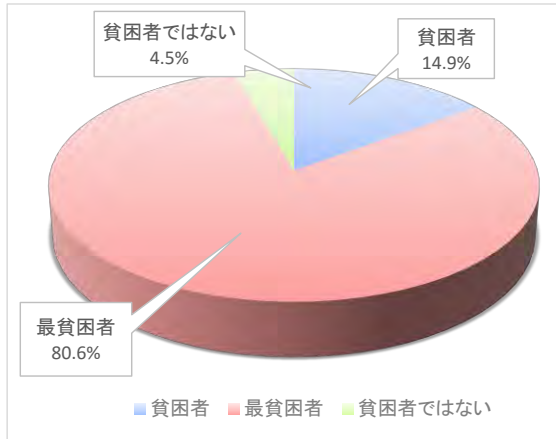
婚姻の状況としては、「Unión libre (Free union)」と呼ばれる法的な婚姻手続きをしない状態での同棲（事実婚）が最も多く半数以上を占め、次いで既婚が29.7%、独身（婚姻しておらず同棲者もいない）が16.8%、離婚（離婚後、同棲者はいない）が1.0%であった。

全体の81.9%が結婚もしくは同棲していた。18.1%が母子家庭であった。

5.2.2 被調査者の社会経済環境

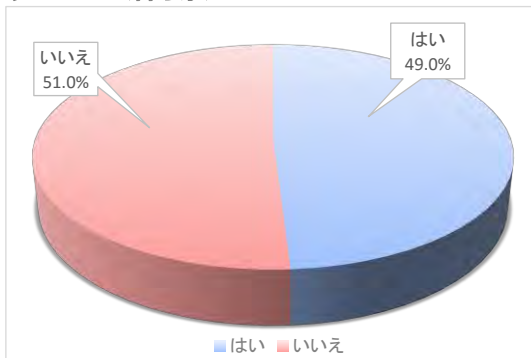
社会経済環境の目安となるUBNはラテンアメリカ・カリブ経済委員会の推奨で80年代から使われている。住民の基本的ニーズ（住宅、衛生、基礎教育と最低所得）の4分野に関連する指標を使用し、基本的ニーズの欠如を特定し、貧困度を出している。4分野の質問は、8項目（外壁、床、上水道、便所、部屋数、寝室利用者数、未就学児、扶養人数）に分かれ、そのうち1項目が該当すると貧困者、2項目以上該当すると最貧困者と分類した。

グラフ 22. <満たされない基本的なニーズ>



調査全数 310 人のうち UBN の指標を基に調査した結果、95.5%が貧困者もしくは最貧困者となった。この結果はニカラグアで 2009 年に実施された、生活レベル測定のための全国家計調査 84.5% (僻地) 71.6% (全国) を大きく上回っている。

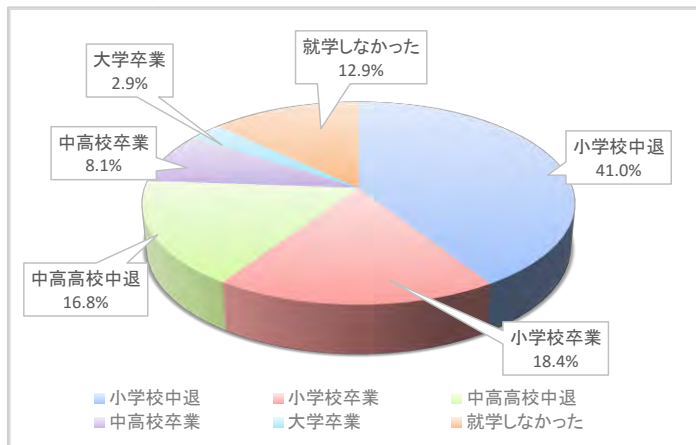
グラフ 23. <持ち家>



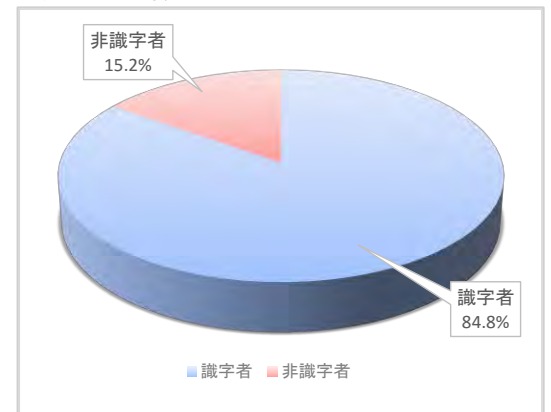
持ち家についての調査では、約半数以上の 51.0%が持ち家でないことが分かった。つまり、定住率が低いと言える。プロジェクト対象地の主要産業は中小規模の畜産業であり、他に農業も盛んである上、チョンタレスでは鉱山業も盛んである。他地域からの労働者が多い。

教育に関して、被調査者の学歴は、未就学者が 12.9%、小学校中退者が 41.0%であったが、非識字者は全体の 15.2%にすぎなかった。(グラフ 24, 25)

グラフ 24. <学歴>



グラフ 25. <識字>



5.2.3 母子保健にかかわるKAP調査

● 産前健診

ニカラグア保健省の産前健診の規定では妊娠12週までに第1回目の健診を受診することになっている。これについての調査結果は、知識が79.0%、態度が93.5%、行動が73.9%となり、早期に産前健診を受診すべきだという知識はあるが、行動に伴ってはいない。(表16)

表 16 産前健診開始時期

産前健診開始時期	知識	態度	行動
妊娠1か月～3か月	79.0%	93.5%	73.9%
妊娠4か月～6か月	7.1%	2.6%	14.5%
妊娠7か月～9か月	1.9%		2.6%
10か月以上		0.3%	0.3%
知らない・回答なし	11.9%	3.5%	7.1%
受診しなかった(行動のみ)			1.6%

産前健診受診回数はニカラグア保健省規定では4回以上の受診と推奨されている。「4回以上」と回答したのは、知識83.9%、態度90.6%、行動78.4%であった。(表17)
産前健診を受診すべきという知識や態度はあるが、行動が伴っていない。

表 17. 産前健診受診回数

受診回数	知識	態度	行動
4回以上	83.9%	90.6%	78.4%
1～3回	5.5%	5.2%	12.9%
受けていない(行動のみ)			2.3%
分からない	10.6%	4.2%	6.5%

● 妊娠中の危険兆候

表 18. 妊娠中の危険兆候の有無

危険兆候	経験
はい	38.1%
いいえ	61.9%

「妊娠中に危険兆候はありましたか」の問いに対して38.1%があったと答えた。(表18)

表 19. 妊娠中危険兆候があった時の対処 (複数回答)

危険兆候があった場合	知識	行動
保健センターに行く	68.4%	55.1%
病院に行く	28.1%	20.3%
プライベートクリニックに行く		1.7%
家にいる	0.3%	5.9%
伝統的分娩介助者を訪問する	1.0%	8.5%
その他	0.6%	6.8%
知らない・回答なし	1.6%	5.1%

妊娠中に危険兆候があった場合の対処として、96.5%が医療機関へ受診すると回答したが、実際に危険兆候を発症し、医療機関を受診したのは77.1%であった。症状を感じても軽度の場合は医療機関へ行かない場合があるため、危険兆候が出たら、重篤な症状になる前に、受診するよう、産前教育は必要である。

表 20. 妊娠中危険兆候とは(複数回答)

症状	知識
出血	55.5%
手足の浮腫	25.2%
頭痛	21.9%
下腹部痛	17.4%
高血圧	11.3%
感染	10.0%
胎児が動かない	6.8%
痙攣	4.5%
破水	3.9%
目がチカチカする	2.6%
尿路感染	1.9%
膣感染	1.6%
耳鳴り	1.0%
その他	14.8%
知らない・回答なし	17.4%

妊娠中の危険兆候に関し症状を聞いたところ、出血（55.5%）、手足の浮腫（25.2%）頭痛（21.9%）と回答があった。「知らない・回答なし」は17.4%であったことから、82.6%の母親は危険兆候に関する何らかの知識を持っていると考えられる。産前教育では、危険兆候に関しての知識に留まらず、対処の仕方やハイリスク妊娠に関する家族の理解も深めなければならない。また、パイロット地区のような僻地では、妊娠と分娩に係わる緊急時に、移動手段や連絡方法を確保することも重要である。

● マタニティホーム

プロジェクト対象の14市中、11市にマタニティホームが設置されている。マタニティホームの設置は現政権になり急速に進められ、2010年8月にマタニティホーム設置運営基準省令第50号「マタニティホーム運営基準ガイド」が施行された。省令によると、①妊産婦死亡比および乳児死亡率が国の指数を上回っている、②市の住民6,000人以上に対し、僻地の住民が50%以上、③貧困および最貧困地域、④分娩施設が24時間体制である、等がマタニティホームの設置基準となっている。

KAP調査対象市では、4市中3市に設置されており、サント・ドミンゴ市のみ未設置である。

表 21. マタニティホームのサービス (複数回答)

サービス	知識
出産前に宿泊する	45.2%
診察をする	24.8%
出産後に宿泊する	11.0%
産前健診を受ける	5.5%
健康に関する講話	3.5%
母乳栄養指導	3.2%
家族計画の提供	1.6%
その他	2.6%
知らない・回答なし	44.2%

マタニティホームのサービスについて質問して得られた回答が左記である。半数近くが出産に備えての宿泊施設であることを理解しているが、そのほかのサービスについての認知度は低い。また、宿泊施設としての機能を知っていた回答者とほぼ同じ割合で「知らない、回答なし」の母親がいた。

次の項目で、さらに細かく、マタニティホームの機能、医療従事者からのプロモーションとその利用状況を調査した。

77%の女性は、医療従事者からマタニティホームを紹介されていた。(表22)

しかしながら、表21のように、マタニティホームのサービスに関して、全体の44.2%がその内容や施設の存在自体を知らないと回答している。

産前健診の基準では、遠隔地およびハイリスク妊娠の場合、マタニティホームを紹介することになっている。しかし、実際に利用したのは、そのうち全体の25.4%に留まった。(表23)

表 22. 医療従事者からマタニティホームを紹介された

紹介された	経験
はい	76.8%
いいえ	23.2%

表 23. マタニティホームの利用希望と経験

利用	態度	行動
はい	89.7%	25.4%
いいえ	10.3%	67.5%
知らない・回答なし	0%	7.1%

利用しなかった理由としては、行動「自宅にいたい」11.8%が一番の理由であった。行動「その他」29.4%のうち、65.0%（全体の19.1%）が「マタニティホームを利用する前に出産した」、10.0%（全体の2.9%）が「家族、知り合い等の家で待機したかった」と回答した。(表24)

表 24. マタニティホームを利用しない理由

利用しない理由	態度	行動
マタニティホームは嫌いだ、信頼していない	43.8%	3.7%
自宅にいたい	18.8%	11.8%
子供の世話がある	6.3%	5.1%
費用がない	0.0%	1.5%
夫が賛成しない	0.0%	0.7%
家族が賛成しない	0.0%	1.5%
その他	12.5%	29.4%
(内訳)		
マタニティホームを利用する前に出産した		19.1%
家族、知り合い等の家で待機したかった		2.9%
知らない・回答なし	18.8%	46.3%

マタニティホームの利用率が高いのは、ヌエバ・ギネア市であった。

SILAIS別に見ると、チョンタレス16.8%、セラヤ・セントラル33.1%と大きな差があった。これはチョンタレスには分娩を取り扱う施設が多いこと、リージョナル病院のあるフィガルパ市へのアクセスが比較的良いことが、チョンタレスでの利用率の低い理由であると考えられる。

「次の出産時にはマタニティホームの利用をしたいか」の問いに対しては、全体の89.7%が利用をしたいと回答し、今回示したこの態度と、これまでの行動との差が大きい。(表23)

● 分娩

本項目では、分娩場所、分娩介助者に関しての質問をした。

分娩場所に関して、知識「病院で出産すべき」78.4%、態度「病院で出産したい」70.3%が多く、実際の分娩場所としては、行動「病院で分娩した」が78.3%で、行動「自宅分娩した」が18.7%であった。(表25)

表 25. 分娩場所

分娩場所	知識	態度	行動
病院	78.4%	70.3%	66.1%
保健センター	22.3%	25.8%	8.7%
自宅	6.8%	7.7%	18.7%
保健ポスト	6.5%	2.9%	1.6%
プライベートクリニック	1.9%	1.6%	1.9%
その他	1.3%	3.2%	2.3%
知らない・回答なし	2.6%	1.0%	0.3%

分娩介助者は医師もしくは看護師であるべき、または医師もしくは看護師に介助してもらいたい、が最も多く、実際の経験でも、78.0%は医療従事者が分娩介助を行っている。

伝統的分娩介助者との出産を希望しているものが、10.6%、実際に伝統的分娩介助者による出産を行ったのは17.1%であった。(表26)

表 26. 分娩介助者（複数回答）

分娩介助者	知識	態度	行動
医師	93.2%	93.2%	74.5%
看護師	16.1%	18.4%	3.5%
伝統的分娩介助者	18.1%	10.6%	17.1%
家族・その他の者	5.8%	3.5%	4.2%
知らない・回答なし	1.3%	1.0%	0.3%

施設分娩をするために、夫、または同棲者の協力について必要があるかの問いに対し、知識「必要がある」91.6%、態度「協力してほしい」94.5%、行動「協力した」93.5%との回答であった。(表26)

しかし、施設分娩を実際にしたのは78.3%に留まっていたことから、夫が実際に協力的であった93.5%の妊婦の中にも施設分娩をしなかったケースがあることが分かった。

表 27. 施設分娩のための夫の協力

同棲者の協力	知識	態度	行動
必要	91.6%	94.5%	93.5%
必要ない	7.4%	3.9%	2.9%
知らない・回答なし	1.0%	1.6%	3.5%

● 産後健診

ニカラグア保健省の規定では、施設分娩の場合は出産後24時間以内に初回、その後、10日以内に管轄の保健センターもしくは保健ポストで産後健診をすることになっている。また、自宅分娩の場合は3日以内に産後健診を受ける。

中期産後健診（出産後2～10日）に関して、知識「受診すべき」36.1%、態度「受診したい」39.4%、行動「受診した」39.0%であった。後期産後健診（出産後11～45日）に関して、知識「受診すべき」34.2%、態度「受診したい」40.3%、行動「受診した」29.7%であった。（表28）

産前教育が行われていないのか、産前教育は行われているが、情報が正しく理解されていないのか、それとも、医療従事者側に伝えるべき情報についての知識不足があるのか、FGDで知識、態度、行動とも高くない具体的理由を探る必要がある。産後健診の受診率を高めるためには、産前教育で正確な情報が、適切な方法で伝えられる必要がある。

表 28. 産後健診の時期

産後健診の時期	知識	態度	行動
出産後2日～10日後	36.1%	39.4%	39.0%
出産後11日～45日後	34.2%	40.3%	29.7%
出産後46日～60日後	7.4%	6.8%	6.5%
61日以上あと	4.8%	5.2%	7.1%
受けていない(経験のみ)			4.5%
知らない・回答なし	17.4%	8.4%	13.2%

● 家族計画

この項では、避妊法に関するKAP調査を実施した。

もっともよく知られ、使いたいとされ、また実際に使われている避妊法は注射によるホルモン剤投与であり、1回の注射で3か月間効果があるため、選択する女性が多い。また、避妊しないと回答したのは、全体の7.1%に過ぎなかった。（表29）

避妊に対するプロモーション活動は十分に実施されていることがうかがえる。

表 29. 家族計画

避妊法	知識	態度	行動
避妊注射	92.9%	66.5%	64.2%
経口避妊薬	79.7%	19.0%	11.0%
コンドーム	31.6%	1.6%	1.3%
IUD(子宮内避妊器具)	30.0%	3.5%	3.9%
分からない・無回答	3.9%	1.9%	2.3%
女性避妊手術	3.5%	15.5%	11.0%
リズム法	3.5%	0.3%	
男性避妊手術	0.6%		0.6%
使わない(態度、経験のみ)		3.9%	7.1%

● 乳幼児健診 (VPCD)

保健省は省令で乳幼児健診の実施を規定しており、新生児の健診は、施設分娩の場合は2～10日後に、自宅分娩の場合は3日後までに1回目、2か月後に2回目、管轄の医療施設で健診を受けることになっている。12か月までに健診は6回、1歳以降は誕生日に1回目、その後4か月後に2回目の乳幼児健診を受診する。

乳児の初回健診では、知識「出生後8日以内に受診する必要があることを知っている」53.9%、態度「出生後8日以内に受診したい」54.8%、行動「出生後8日以内に受診した」48.1%であった。(表30)

母親の半数しか、健診の時期を知っておらず、実際に受けた乳幼児健診の時期や、産後健診同様、プロモーション活動の内容について、FGDで確認する。また、健診の時期等、産前教育をとおして、正しい情報の提供が必要である。

表 30. 乳児初回健診

乳児健診の時期	知識	態度	行動
出生後8日以内	53.9%	54.8%	48.1%
出生後16～30日	22.9%	19.0%	18.1%
出生後31日以降	13.5%	15.8%	21.6%
出生後9～15日	4.5%	6.8%	10.3%
知らない・回答なし	5.2%	3.5%	1.9%

● 乳幼児の下痢

「あなたの子どもは下痢をしたことがあるか」の問いに「はい」45.5%、「ない」54.5%であった。(表31)

表 31. 下痢をしたことがあるか

子どもの下痢	経験
はい	45.5%
いいえ	54.5%

表 32. 乳幼児の下痢対処(複数回答)

対処	知識	態度	行動
薬を飲ませる	43.5%	48.7%	53.9%
経口補水飲料を飲ませる	34.2%	31.3%	27.7%
ジュースを飲ませる	5.8%	5.2%	7.8%
薬草で入浴させる	4.5%	2.6%	3.5%
保健ボランティアのところへ連れて行く	4.2%	5.5%	3.5%
水を飲ませる	3.2%	1.6%	2.8%
母乳を飲ませる	2.6%	2.3%	5.0%
下剤を飲ませる	1.0%	0.3%	0.7%
粉ミルクを飲ませる	0.6%	1.9%	2.8%
伝統治療師のところへ連れていく	0.6%	0.0%	1.4%
その他	11.6%	12.6%	15.6%
分からない・無回答	12.6%	10.6%	7.8%

下痢の対処法として「薬を飲ませる」が知識、態度、行動ともに一番高く、次に経口補水飲料であった。

保健省では乳幼児に対する止痢剤は処方しないことになっているため、母親たちは市販薬を使用している。経口補水飲料は保健省で配布されているし、市販もされている。ニカラグアでは小児の下痢対策には、経口補水飲料を摂取することを勧めており、投薬はしていないにもかかわらず、行動として服薬が上位であることから、プロモーション活動の不足が考えられる。

5.3 フォーカスグループディスカッション調査方法

5.3.1 被調査者

各パイロット市で、KAP調査を実施した調査対象の母親、1グループ5～7人。合計4グループ。

5.3.2 実施日

2015年11月12日～11月20日

5.3.3 調査内容

マタニティホーム、妊娠中・出産後の危険兆候、出産計画、産後健診、乳用児健診などについて、どのように情報・知識を得たのか、また得たいのか、忘れないためにどのようにしているか、そしてこれらについて医療従事者には何を望むかなどについて、参加者の女性たちに体験や考え方を質問した。

5.3.4 調査手順

医療従事者と男性が入りしない場所を確保し、プライバシーを保護することを説明した上で、録音の許可をとり、上記について自由な発言を求めた。進行と記録はFGDの経験のあるプロジェクトのテクニカルアシスタントである女性医師と女性の秘書が担当し、各グループとも1時間～1時間半で終了した。

5.3.5 結果の処理法

グループごとに報告書を作成した。(添付5. FGD報告書を参照)

5.4 FGD 結果

フォーカスグループディスカッションはKAP調査を実施した4市で各1グループ実施。ESAFに、保健ポストでのKAP調査に参加した母親の再招集を依頼し、5～7人のグループを形成した。FGDは下記の表33の日程で実施した。

表33 FGD実施詳細

市	セクター	FGD実施日	所要時間	参加人数
サント・ドミンゴ	3	2015年11月19日	75分	5
アコヤパ	7	2015年11月20日	70分	8
エル・ラマ	12	2015年11月12日	90分	7
ヌエバ・ギネア	26	2015年11月13日	60分	7

マタニティホームに関して、プロモーション活動が行われているにもかかわらず、利用者が少ないことがKAP調査で明らかになった。また産後健診と乳幼児健診の適切な受診時期に関する情報が正確に伝わっていないことから、母子保健に係わるプロモーション活動に焦点を当ててFGDを進めた。具体的なテーマは次頁の表34のとおり。

表34 FGDテーマ

	テーマ
1	マタニティホームをどのように知ったか？
2	マタニティホームの情報はどう取りたいか？
3	妊娠中、出産後の危険兆候について、情報はどこから得たか？
4	妊娠中、出産後の危険兆候について、どう得たいか？
5	出産計画について知っているか？
6	出産前に何を準備すべきか？
7	出産後最初の産後健診はいつとを告げられたか。
8	産後健診の予約日をどのように覚えていたか？
9	産後健診の予約日を忘れないために、あなたは何をすべきか？
10	産後健診の予約日を忘れないために、保健省は何をすべきか？
11	出産後乳児健診はいつと伝えられたか？
12	乳幼児健診日をどのように覚えていたか？
13	乳幼児健診日を忘れないためにあなたは何をすべきか？
14	乳幼児健診日を忘れないために保健省は何をすべきか？

● マタニティホーム、産前産後の危険兆候について

これらのテーマに関して、すべてのグループは共通して、保健センターもしくは保健ポストの職員、保健ボランティアや伝統的分娩介助者から情報を得ていた。その他には、家族、隣人、マタニティホームの利用者から情報を得ていた。

産前健診の待合時間を利用した講話や産前健診時の医師からのオリエンテーションは各地で実施されている。

エル・ラマ市ワピ保健セクターでは、政党ボランティアと保健省との連携が活発で、保健ボランティア以外のボランティアが、小冊子を配布しながら母子保健に関するプロモーション活動を行っていた。

「情報はどのように得たいか」の質問に対して、すべてのグループで共通して多かったのは、「ラジオやテレビから情報を得たい」という希望であった。次に、「集会を開いて、マタニティホーム利用経験者や医療従事者から話を聞きたい」という意見が多かった。また、集会の場所や機会として、学校、教会、住民集会、妊婦・母親のための集会が挙げられた。その他にはマタニティホームの場所が分かるようなポスターやビデオ、パンフレット等のプロモーション教材の希望があった。

保健センターで実施されているプロモーション活動は、待合時間や診察時間を利用して実施されているが、住民は日常的に宗教集会や住民集会に参加していることから、保健センター内の活動に留まることなく、地域組織との連携を進めて活動の機会を増やしていく必要がある。

IEC (Information, education and communication) 活動では、マスメディアから得た情報を基本に、さらに小さな単位 (グループ、個人) にアプローチしてゆくことによって、住民の行動変容が期待できる。

● 出産計画について

出産計画は、MOS AFCの中の母子保健強化のための戦略の一部で、産科救急時の集落住民による緊急移送システムの構築と、出産準備 (出産場所の決定、物品準備、出産費用の貯金等) の計画を立てるものである。産前健診時に妊婦の状態にあわせてその内容を更新している。

FGDでは参加者の多くが出産計画は「母親が出産を迎えるための物品を揃えること」

と考えていたことから、その他の準備について意見交換が広がり難かったが、中には「家族への連絡方法を考える」「移動手段の確保」などについて回答した参加者がおり、基本的に、施設分娩を前提に出産準備をしていることが伺われた。

● 産後健診、乳幼児健診について

産後健診、乳幼児健診に関しては、KAP調査で得られた結果のとおり、健診時期についての情報が正しく伝わっていないことが確認できた。健診日に関しては妊婦カードや、予防接種カードに医師や看護師が書いたり、利用者自身がメモを取ることもあるが、保健医療従事者が間違った情報を伝えてしまったり、「何もしなくても覚えていた」とメモを取らない利用者も多く、記憶違いまたはメモの書き間違いの可能性もある。母親が正しい情報に接する機会を増やすために、記憶しにくい産後健診や乳幼児健診の適正かつ必要な時期について、視覚や聴覚から記憶に残りやすいIEC教材の作成や既存の優良な教材の活用を指導する。

正しい情報を得るために保健省にしてほしいことに関しては、テレビやラジオでの情報提供を共通して挙げられたが、そのほかには、保健ボランティアの集会や宗教集会の利用、電話、パンフレット、メモの送付等の希望が出された。グループの中には「保健省は既にできることをしている。」「健康を守るのは、自己責任」という発言もあった。遠隔地の住民や貧困者はマスメディアを通じた情報を受け取り難い。そのため対象者の生活や教育レベルに応じたIEC活動や、出産計画立案のように、医療従事者が妊婦の状態の変化に応じたカウンセリングを継続することが必要である。

5.5 母子保健サービスの実状調査方法

5.5.1 被調査者

母子保健サービスを提供する医療従事者および母子保健サービスの利用者。

5.5.2 実施日

2015年10月8日～11月20日

5.5.3 調査内容と手順

- ① 基準・手順（省令）に沿って提供することになっている母子保健サービスの質管理のために使用しているチェックリスト⁶を活用し、調査用紙を作成した。（添付6. 実状調査用紙）
- ② 実状調査用紙は、ファイガルパ保健センターにて検証を行った結果、修正はなかった。
- ③ 産前健診と乳幼児健診について、実際に提供されたサービスの内容を、それぞれ70人分のカルテを精査し、①の調査用紙に記入した。
- ④ プロジェクト専門家および同テクニカルアシスタントが、CSFもしくはPSFCで母子保健サービスを利用者した直後の母親から、実際に受けた産前健診と乳幼児健診について、それぞれ20人から聞き取り調査を行い、①の調査用紙に記入した。
- ⑤ 聞き取りを行った結果から母親が「サービスを受けた」と認識した項目と、同調査対象者のカルテに記載されたサービスの内容に差異はないかの確認を行った。

⁶ Estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención en salud: Planificación Familiar, Salud Materna, Salud Neonatal y de la Niñez, VIH/Sida y uso correcto de las soluciones antisépticas e higiene de manos p40 産前健診 および p73 乳幼児健診

表35 母子保健サービスの実状調査サンプル数

調査場所	カルテ調査		聞き取り調査	
	産前健診	乳幼児健診	産前健診	乳幼児健診
チョンタレス ・フィガルパ市 ・リベルタ市 ・ビジャ・サンディーノ	35人	35人	10人	10人
セラヤ・セントラル ・ヌエバ・ギネア市 ・エル・ラマ市	35人	35人	10人	10人

5.5.4 結果の処理法

データベースをExcelで作成した。

5.6 母子保健サービスの実状調査結果

産前健診または乳幼児健診を受けた直後の利用者が「実際に受けた」と認識したサービスの内容と同利用者のカルテの内容とを照合した作業の結果から述べる。

5.6.1 産前健診について（聞き取りとカルテ照合）

産前健診利用者20人からの聞き取りとカルテと照合の結果を以下、4つに分類し、表36～39にまとめた。

- 分類1.** 妊婦はこのサービスを受けたことを自覚しており、記録も正しくされている。
分類2. 妊婦はこのサービスを受けたことを自覚しているが、記録漏れがある。
分類3. 妊婦はこのサービスを受けたことを自覚していないが、記録は正しくされている。
分類4. 妊婦はこのサービスを受けたことを自覚しておらず、記録もない。

1) 問診と計測に関する質問と結果

表36. 問診、測定に関する確認結果(産前健診)

調査項目	分類1	分類2	分類3	分類4	該当なし*
(1) 家族歴、病歴、産科歴	20	0	0	0	0
(2) 血圧測定	20	0	0	0	0
(3) 身長測定	20	0	0	0	0
(4) 体重測定	20	0	0	0	0
(5) 子宮底測定	16	0	0	0	4

(6) 算出された妊娠週数	20	0	0	0	0
(7) 20週以降の場合、胎児心音聴取	15	0	0	0	5
(8) 18週以降の場合、胎動確認	14	0	0	1	5

* 「該当なし」は、妊娠週数が満たされず、調査対象外。

- 質問(1)は、すべての利用者が問診を受けたことを自覚しており、記録も正しく行われていた。
- 質問(2)、質問(3)、質問(4)、質問(6)は、すべての利用者が測定を受けたことを自覚しており、記録もされていた。
- 質問(5)、質問(7)は、測定不可の妊婦をのぞき、すべての利用者が子宮底測定、胎児心音聴取を受けたことを自覚しており、記録も正しく行われていた。
- 質問(8)分類4の1人は、胎動の確認はされていないが、胎児心音は聴取がされていた。

2) 検査と予防接種に関する質問と結果

表37. 検査・予防接種に関する質問結果(産前健診)

調査項目	分類1	分類2	分類3	分類4
(9) 検査(血液、尿、細胞診)	14	2	2	2
(10) 歯科および乳房検査	15	2	2	1
(11) 破傷風ワクチン接種記録の判定	18	1	1	0

- 保健省の規定では、HIV検査、子宮頸部細胞診検査、歯科および乳房検査は、初回産前健診時に検査を実施するとしていたが、2013年1月に施行された保健省令第106号「産前健診シート記入マニュアル」には、「初回産前健診で検査実施されることが望ましいが、医療従事者と妊婦との関係が構築される中で実施していくことも考慮する」と改正された。初回産前健診は、医療従事者と妊婦の関係づくりの貴重な場である。
- 質問(9)は、大半がこれらのサービスを受けたことを自覚し、記録も正しくされていた。しかし、1~2人が記録は正しくされているが、妊婦がこのサービスを受けたことを自覚していない、という結果が出た。
- 質問(9)分類4で、記録がなく、妊婦もこのサービスを受けた覚えがない2人は、妊娠後期であり産前健診が4回目と7回目にも関わらず、必要な尿検査が行われていなかった。

3) 保健指導に関する質問と結果

表38. 保健指導に関する質問結果(産前健診)

調査項目	分類1	分類2	分類3	分類4	該当なし
(12) 妊娠中の危険兆候や症状に関するカウンセリング	13	2	4	1	0
(13) 完全母乳栄養と家族計画に関するカウンセリング	9	1	5	5	0
(14) 危険兆候発症時の指導	13	2	3	2	0
(15) 分娩についての説明/出産計画	8	2	5	2	3

- 質問(12)、質問(13)、質問(14)、質問(15)は、半数がこれらのサービスを受けたことを自覚しており、記録も正しくされていた。しかし、分類3が示すとおり3~5人に、記録は正しくされているが、妊婦がこのサービスを受けたことを自覚していないという結果が出た。保健指導内容が妊婦に理解できる内容とするべきである。
- 上記4項目の質問の分類4が示すとおり、既定にある保健指導が実施されていないことが明らかとなった。
- 妊娠経過にともなう妊婦自身の出産準備、新しい家族を迎えるため家族側の受け入れや環境の準備、またリスク回避のため、妊婦に対する保健指導の方法の改善が必要である。

4) 薬剤処方に関する質問と結果

表39. 薬剤処方に関する質問結果(産前健診)

調査項目	分類1	分類2	分類3	分類4	該当なし
(16) 鉄分サプリメント(最初の検査値が11mg/dl以下の場合)と葉酸サプリメントの処方	17	1	2	0	0
(17) 26週もしくは38週時の駆虫剤の処方	3	1	0	1	15
(18) 妊娠高血圧腎症の危険因子のある妊婦に対して、20週以降に2g/日の経口カルシウム剤の処方	10	1	3	0	6
(19) 妊娠高血圧腎症の危険因子のある妊婦に対して、12週以降に80mg/日の経口アスピリン錠の処方	9	1	3	1	6

- 薬剤処方に関しては、半数がこれらのサービスを受けたことを自覚し、記録も正しくされていた。しかし、分類3が示すとおり2~3人について記録は正しくされているが、妊婦がこのサービスを受けたことを自覚していない、という結果が出た。これは、処方の説明されなかった、もしくは説明が不十分で妊婦が理解できなかったと考えられる。

- 鉄剤は、血液検査結果で貧血兆候がみられなくても、ほぼ全員に処方されていた。現行の保健省令では、必要のない母親への鉄剤の処方是指示されていないため、確認が必要である。
- カルシウム、アスピリンが、前回の出産で妊娠性高血圧症候群の既往のある妊婦のほか、血圧が正常安定している妊婦にも予防的に処方されていた。これについては、保健省令第11号「低リスクの産前健診、産後健診、分娩、新生児のガイドライン」の中の「妊娠高血圧腎症予防のため、カルシウム、アスピリンの処方」に関する項目で、これらの薬剤の処方時期について規定があるが、記載内容は複数回変更されており、現場レベルでは混乱が見られる。

5.6.2 産前健診について（カルテのみ確認）

表40に示す調査5項目は、測定結果の数値の判定になるため、妊婦にはそれが実施されたか否かの判断が難しい。したがってこれらについては、利用者からの聞き取りはせず、70人分のカルテを精査し、以下の2つに分類した

分類A. 正しく記録されている。
分類B. 記録が不十分。

表40. 各測定・検査結果の評価に関する確認結果(産前健診)

調査項目	分類A	分類B	該当なし
(1) BMI値からの栄養状態の評価	68	2	0
(2) 母体の体重増加をもとにした栄養状態の評価	51	11	8
(3) 母体の体重増加をもとにした栄養状態の解釈	44	18	8
(4) 血圧の値の評価	42	28	0
(5) 尿検査テープ結果の解釈	57	13	0

- 質問(1)は、大半で正しく記録されていた。しかし、質問(2)は11人（16%）、質問(3)は18人（26%）、質問(4)は28人（40%）、質問(5)は13人（19%）の記録が不十分であった。
- カルテを精査したところ、同日の産前健診で測定された血圧、胎児心音数について、複数の母親の記録に全く同じ数値が記入されていた。これらの数値に信憑性があるか否かは、同調査では確認できなかった。サービスの質の向上には、記録もれを防ぐための取り組みのほか、基礎的な測定技術の再確認と必要に応じたトレーニングの実施など、技能向上のための活動を考える必要がある。
- 妊娠経過における正常と異常の判断とリスクの早期発見およびその対応には、母子保健に関わる医療従事者全員が、産前健診で、数値を含む母親と胎児の正確な情報を収集できることと、それを適切に解釈・分析し、問題解決のための行動をとることが、安全な出産のために必須である。妊娠中の母体と胎児の変化に関する知識と技術の強化ポイントを確認し、研修プログラムへ反映させる。

5.6.3 乳幼児健診について（聞き取りとカルテ照合）

「乳幼児健診を受診した20人の母親からの聞き取り」と「カルテと照合」の調査結果を以下の4つに分類した。

- 分類1. 母親はこのサービスを受けたことを自覚しており、記録も正しくされている。**
分類2. 母親はこのサービスを受けたことを自覚しているが、記録漏れがある。
分類3. 母親はこのサービスを受けたことを自覚していないが、記録は正しくされている。
分類4. 母親はこのサービスを受けたことを自覚しておらず、記録もない。

1) 測定と観察に関する質問と結果

表41. 測定と観察に関する質問結果(乳幼児健診)

調査項目	分類1	分類2	分類3	分類4
(1) バイタルサインの測定（体温・呼吸）	9	4	6	1
(2) 体重測定	20	0	0	0
(3) 身長測定	20	0	0	0
(4) 身体状態の観察	17	0	3	0

- 質問(2)、質問(3)は、すべての母親が、このサービスを受けたことを自覚しており、記録も正しくされていた。しかし、質問(1)は、6人が記録は正しくされているが、母親はこのサービスを受けたことを自覚していなかった。また、質問(4)は、3人について記録は正しくされているが、母親はこのサービスを受けたことを自覚していない、という結果が出た。
- 体温の測定は、体温計を使用するため、医療従事者から特に説明がなくても、それを行っていることがわかりやすいが、呼吸数の測定や身体状態の観察に関しては、説明を受けない限り、母親は何の検査を実施しているか理解しにくい。継続的に乳幼児健診を受診させるためには、母親が安心でき、また子どもの成長発達に興味と責任が持てるようにすることが大切である。また、医療従事者は、計測や検査、処方等の意味や結果などについて説明を十分に行い、母親の理解と協力を得る必要がある。

2) 保健指導に関する質問と結果

表42. 保健指導に関する質問結果(乳幼児健診)

調査項目	分類1	分類2	分類3	分類4
(5) 早期成長発達カウンセリング	13	1	3	3
(6) 母親への母乳栄養と離乳食のカウンセリング	17	2	0	1

- 子どもの成長発達過程において、上記2項目の保健指導は、大変重要である。保健指導に関しては、半数の母親がこのサービスを受けたことを自覚しており、記録も正しくされていた。しかし、子どもに対する早期成長発達カウンセリングについて

の記録は正しくされているが、このサービスを受けたことを自覚していない母親が3人いた。保健指導内容が母親に説明されなかった、もしくは説明が不十分で母親が理解できなかったと考えられる。

2) 薬剤処方に関する質問と結果

表43. 薬剤処方に関する質問結果(乳幼児健診)

調査項目	分類1	分類2	分類3	分類4	該当なし
(7) 鉄分サプリメントの処方(低体重・早産児の継続ケア、小児疾患統合管理に基づく予防)	10	0	2	3	5
(8) ビタミンAサプリメントの処方(生後6ヶ月以降)	8	0	2	1	9
(9) 駆虫剤の処方(生後24ヶ月以降)	1	1	0	0	18

- 薬剤処方に関しては、半数の母親はこのサービスを受けたことを自覚しており、記録も正しくされていた。しかし、質問(7)、質問(8)は正しく記録されているが、2人の母親が、このサービスを受けたことを自覚していなかった。薬剤処方内容が母親に説明されなかった、もしくは説明が不十分で母親が理解できなかったと考えられる。

5.6.4 乳幼児健診について(カルテのみ確認)

表44に示す調査5項目に関して、主に測定・検査結果の数値の判定になるため、母親にそれが実施されたか否かの判断が難しい。従ってこれら調査項目については、母親からの聞き取りはせず、70人分のカルテを精査し、以下の2つに分類した。

分類A. 正しく記録されている。

分類B. 記録が不十分。

表44. 評価に関する確認結果(乳幼児健診)

調査項目	分類A	分類B	該当なし
(1) 栄養状態の分類(体重/年齢、身長/年齢、体重/身長)	69	1	0
(2) 成長の傾向判定(満足、不満足)	68	2	0
(3) 小児発達評価(精神運動)	68	2	0
(4) 栄養不足、貧血および栄養的リスクの問題判定	70	0	0
(5) 見つかった栄養不足、貧血および栄養的リスクの問題、または精神運動発達障害への対応	0	0	70

- 評価に関しては、どの項目においてもほぼ正しく記録されていた。しかし、質問(1)～(3)では、1～2人の記録が不十分であった。
- 質問(5)は、栄養不足や貧血などの異常のある子どもの該当者はなかった。
- 乳幼児の成長発達過程におけるリスクの有無や異常の早期発見への判断材料となるため、医療従事者に対する継続研修が必要である。

5.6.5 保健省統合モニタリング評価

保健省令の母子保健サービスの質に関する統合モニタリング評価マニュアル⁷に即し、保健セクター、支所、SILAIS で評価を実施することになっている。保健セクター、支所の自己評価では、常に高評価の結果となっているが、両 SILAIS が定期的を実施している 2014 年の評価では、SILAIS チョンタレスで産前・産後健診は平均 46.1%、乳幼児健診は平均 52.0%、SILAIS セラヤ・セントラルで産前・産後健診は 46.3%、乳幼児健診平均 41.8%、両 SILAIS では産前・産後健診は平均 46.2%、乳幼児健診は平均 46.3%であった。

⁷ Estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención en salud: Planificación Familiar, Salud Materna, Salud Neonatal y de la Niñez, VIH/Sida y uso correcto de las soluciones antisépticas e higiene de manos

5.7 第2次調査 考察

- KAP調査の準備段階で、2014年に出産した妊婦の特定は、SILAISのデータ管理システムの出生記録を基にした。保健セクターでESAFICとボランティアネットワークを通じて居住地の特定を進めたが、SILAISのデータ管理システムに登録されていた母親の中には、すでに転居し、現在の居所を確認できない母親も多くいた。同様にESAFICが記録する妊産婦管理台帳と予防接種台帳を比較したところ、双方で名前が一致しない母親も多く、妊産婦管理台帳と予防接種台帳において情報のマッチングが行われていないことが明らかになった。
- 本調査をとおして妊産婦管理台帳と予防接種台帳の正しい記入や分析およびそれに基づいた行動のための意思決定がなされていないことが判明した。これらの妊産婦と小児の管理ツールが有効に活用されるための、業務計画の立案およびその実践、巡回指導の強化が課題であり、早期の取り組みが必要である。これらが省令に即して運用されるためには、特に記録、管理および分析に改善すべき点が多く見つかった妊産婦管理台帳に関する研修が不可欠である。
- 第1次調査で収集した保健省のデータとKAP調査のデータを比較すると、施設分娩割合、産後健診受診率においてKAP調査で得られた数値が、保健省のデータを下回っていた。また、エル・ラマ市では、産前健診を4回以上受診した妊婦の割合が、第1次調査で106.7%に達しているが、同じ地域のKAP調査結果では、実際に産後健診を受けたと回答した母親は78.1%に留まった。
- 支所が管理するデータによると、産前健診は規定回数である4回以上、実施されているように見受けられるが、これは妊婦が保健医療施設を受診した回数のみをデータ化したものであり、その時期が適切であったか否かについては、把握することができない。例えば、4回の受診が定期的なものであったのか、それとも妊娠中期まで健診を受けることなく、問題が生じた妊娠後期に集中して4回受診することになったのかを区別することができない。産前健診に関しては回数だけではなく質の管理が重要であり、適切な時期に必要な健診が行われるようESAFICの指導体制を整え、妊婦に対して妊婦教育を実施してゆく必要がある。
- KAP調査の結果、産後健診と乳幼児健診の受診について、母親たちは、必要な知識を持ち、態度もポジティブでありながら、行動が伴わないことが判明した。コミュニティにおけるプロモーション活動や受診時のオリエンテーションにおいては、すでに母親たちが有している知識やモチベーションの強化を目指すのではなく、行動を阻害している因子を明確にし、行動変容を起こすために必要な条件を住民と共に考え、改善に向けた活動計画を立て、実施に移してゆく。
- マタニティホームの利用に関しては、90%の被調査者が利用を希望している。しかしながら、複数の母親は、その存在や必要性はある程度知っているものの、マタニティホームの具体的な設備やサービスに関する情報が不足しており、これが行動につながらない原因になっている。プロモーション活動が効果的であるよう、受け手にとって必要な情報を見極め、マタニティホーム利用の動機づけと実際の行動を促す必要がある。また、これに関連して、現在、保健省が推奨している「住民による『出産計画』の立案」には、コミュニティネットワークを通じた取り組みが欠かせない。なぜなら、この出産計画には、妊婦とその家族が安全な分娩に臨むための準備のほかに、住民による救急時の移送方法や連絡手順などのシステム構築が必須だからである。これは、ESAFICによる住民参加型の保健強化の活動であり、SILAISと支所に必要な、ESAFICの

指導および管理能力に関する強化ポイントの一つである。

- FGDの結果、今後、適切なプロモーション活動の実施により、その増加が期待できるマタニティホームの利用、産後健診の受診、乳幼児健診の受診の3つのテーマについて、母子保健サービスの利用者が必要としている具体的な情報がある程度特定することが出来た。情報を発信する側は、まず、提供する母子保健サービスが省令でどのように規定されているかについて共通した認識を持ち、それに基づいた正確な情報を対象の特性に合わせた伝え方で提供することが重要である。
- 被調査者は情報を得る媒体としてテレビやラジオを希望しているが、保健省やSILAISは、これらメディアの放送枠を自由に使用できるわけではない。コストがかからず、早急に開始できるのは、コミュニティネットワークを通じた、住民集会や宗教的な会合を活用しての情報提供である。また、プロモーション活動を効果的に行うために、医療従事者とコミュニティネットワークのIECに関する知識強化が必要である。
- プロモーション活動の継続性を高めるためには、ES AFCではなく、コミュニティネットワークによる主体的な取り組みが有効であり、ES AFCには、その活動支援ができるような手法を体系化することが必要である。
- 母子保健サービスの実状調査の結果、産前健診で行う身体測定と検査およびその結果の評価において、実施と記録、利用者に対する説明などに、正しい手順と手技の再確認のほか、リスクや異常を判断するための知識の強化が必要であることが確認できた。これを目的とした保健医療従事者に対する研修準備を進めてゆく。
- 乳幼児の成長発達過程におけるリスクと異常を早期に発見し、必要な対応をとるため、乳幼児健診を継続して受診するよう、母親に動機づけをし、行動させる必要がある。ES AFCはそれを目的としたプロモーション活動を行うと共に、乳幼児健診に係わるサービスの質を高め、母親のモチベーションを維持させ、また、正確な計測・検査の手技と的確な結果の評価、漏れの無い記録等に努めなければならない。ES AFCメンバーは社会奉仕中の医師、看護師が多く、2年間ごとに知識、技術、経験の少ない人材と交代する。人員が異動しても乳幼児健診に係わるサービスの質が保たれるよう、医療従事者に対する継続研修のシステムを確立することが必要である。
- 妊婦とその家族、母親等への保健指導においては、妊婦や母親にわかりやすい指導ができるよう既存教材を積極的に活用し、研修プログラムへもそれらを反映させる。
- 産前健診における血圧、体重の増減、浮腫、頭痛、尿検査結果についての記録は、分析とリスク回避のための対応が不十分な例が多かった。妊娠経過での異常の早期発見と適切な対応を行うため、健診ごとの検査実施およびフォローアップが必要である。また、保健省規定に沿った妊娠週数に適した産前健診、検査、保健指導が確実に行われることは、医療従事者側の産前健診の質を保つための最低限の条件であり、これを徹底してゆく必要がある。

6 医療機材調査

6.1 調査方法

6.1.1 被調査者

SILAISチョンタレス、SILAISセラヤ・セントラル

6.1.2 実施日

2015年11月12日～11月20日

6.1.3 調査内容

プロジェクト供与機材確定のため、母子保健サービスの提供に必要で、現在、不足している医療機材の調査。

6.1.4 調査手順

プロジェクト詳細計画時に作成された医療機材供与リストを基に、保健省令に即した母子保健サービスに必要な機材のリストアップし、その機材の配置と優先順位を特定できる調査用紙を作成し、両 SILAIS に配布した。(添付7. 医療機材調査用紙とその結果)

6.1.5 結果の処理法

データベースをExcelで作成した。

6.2 調査結果

- 両SILAISから70種以上の機材要請が出されたが、実地調査、保健省令との整合性、保健省保健サービス総局との協議を経て、SILAISチョンタレスは34種の医療機材、セラヤ・セントラルは38種の医療機材で供与機材候補がリストアップされた。詳細は、添付7参照。

7 参考文献・参考 Web サイト

- INIDE (2009). *Encuesta de hogares sobre medición del nivel de vida 2009 (EMNV)*
- MINSA (2009). *Estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención en salud: Planificación familiar, Salud Materna, Salud Neonatal y de la Niñez, VIH/SIDA y uso correcto de las soluciones antisépticas e higiene de manos*
- MINSA (2009). *Normativa No.011, Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Puérperio y Recién Nacido/a de Bajo Riesgo*
- MINSA (2009). *Normas de Atención Integral a la niñez Curso Clínico AIEPI*
- MINSA (2009). *Normas de Atención Integral a la niñez Cuadro de Procedimiento AIEPI*
- MINSA (2010). *Normativa No.50, Manual de organización de estructura de Casa Materna*
- MINSA (2012). *Normativa No. 101, Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales*
- MINSA (2012). *Normativa No.106, Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP)*
- PAHO (2014). *Health Situation in the Americas – Basic indicator* (http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=27299&Itemid=721)
- UNDP (1998). *Unsatisfied Basic Needs Method* (<http://www.undp.org.lb/programme/pro-poor/poverty/povertyinlebanon/molc/methodological/C/basicsneed.htm>)

添付書類

添付 1

第1次調査用紙

SILAIS用

ベースライン調査用紙 (SILAIS用)

SILAIS : _____

担当者名 : _____

担当者連絡先 : _____

	No.	質問	データの 種類	回答		調査目的	情報源	
				調査対象期間 2014年1月 - 2014年12月	調査対象期間 2015年1月 - 2015年6月			
上位 目標	1	出生数	数値	人	人	基本情報	SILAIS統計課	
	2	分娩数	数値	人	人	基本情報	SILAIS統計課	
	3	妊産婦死亡数	数値	人	人	基本情報	SILAIS統計課 疫学監視課 女性・乳幼児課	
	4	妊産婦死亡率(対出生10万人)	数値	/ 100,000	/ 100,000	基本情報	SILAIS統計課 妊産婦死亡監視記録	
	5	妊産婦死因(1-3位)	主要三大 死因	1		1	研修プログラムに 反映	SILAIS統計課 妊産婦死亡監視記録
				2		2		
				3		3		
	6	新生児(生後0-27日)死亡数	数値	人	人	基本情報	SILAIS統計課 疫学監視課 女性・乳幼児課	
	7	新生児(生後0-27日)死亡率 (対出生千人)	数値	/ 1,000	/ 1,000	基本情報	SILAIS統計課 胎児・乳幼児死亡監視記録	
	8	新生児(生後0-27日)死因	主要三大 死因	1		1	研修プログラムに 反映	SILAIS統計課 胎児・乳幼児死亡監視記録
				2		2		
				3		3		
	9	乳児(1歳未満児)死亡数	数値	人	人	基本情報	SILAIS統計課 疫学監視課 女性・乳幼児課	
	10	乳児(1歳未満児)死亡率 (対出生千人)	数値	/ 1,000	/ 1,000	基本情報	SILAIS統計課 胎児・乳幼児死亡監視記録	
	11	乳児(1歳未満児)死因	主要三大 死因	1		1	研修プログラムに 反映	SILAIS統計課 胎児・乳幼児死亡監視記録
				2		2		
				3		3		
	12	5歳未満児の死亡数	数値	人	人	基本情報	SILAIS統計課 疫学監視課 女性・乳幼児課	
13	5歳未満児死亡率	数値	/ 1,000	/ 1,000	基本情報	SILAIS統計課 胎児・乳幼児死亡監視記録		
14	5歳未満児の死因	主要三大 死因	1		1	研修プログラムに 反映	SILAIS統計課 胎児・乳幼児死亡監視記録	
			2		2			
			3		3			
15	実際の5歳未満児の人口	数値	人	人	基本情報	予防接種台帳		
16	5歳未満の推定人口	数値	人	人	基本情報	SILAIS統計課 国家統計局(INIDE)		
17	5歳未満の慢性栄養不良児数	数値	人	人	基本情報	SILAIS統計課 国家統計局(INIDE)		
18	未熟児数(出生体重2500g以下)	数値	人	人	妊婦の 栄養状況確認	SILAIS統計課		
プロ ジェク ト目標 1	19	捕捉した妊婦数	数値	人	人	基本情報	SILAIS統計課	
	20	妊娠12週以内に捕捉した妊婦 数(妊娠3カ月以内)	数値	人	人	基本情報	SILAIS統計課	
	21	産前検診を少なくとも4回受けた 妊婦数	数値	人	人	基本情報	SILAIS統計課	
プロ ジェク ト目標 2	22	分娩施設での出産数	数値	人	人	基本情報	SILAIS統計課	
	23	専門技能者による分娩数	数値	人	人	基本情報	SILAIS統計課	
	24	帝王切開数	数値	回	回	基本情報	SILAIS統計課	
プロ ジェク ト目標 3	25	中期(産後2-10日)産後検診の 受診数	数値	人	人	基本情報	SILAIS統計課	
	26	後期(産後11-45日)産後検診 の受診数	数値	人	人	基本情報	SILAIS統計課	
プロ ジェク ト目標 4	27	2010年1月から12月までの分 娩数(同SILAIS居住者)	数値	人		基本情報	SILAIS統計課	
	28	2011年1月から12月までの分 娩数(同SILAIS居住者)	数値	人		基本情報	SILAIS統計課	
	29	2012年1月から12月までの分 娩数(同SILAIS居住者)	数値	人		基本情報	SILAIS統計課	
	30	2013年1月から13月までの分 娩数(同SILAIS居住者)	数値	人		基本情報	SILAIS統計課	
	31	2014年の乳児(1歳未満児)の 第1回乳児健診数	数値	人		基本情報	SILAIS統計課	
	32	2014年の1歳から4歳未満児の 第2回乳幼児健診数	数値	人		基本情報	SILAIS統計課	
成果 1-3	33	病院へのレファラルされた妊産 婦数	数値	人	人	基本情報	SILAIS統計課 病院の救急・一般外来記録	
	34	省令に即した形で病院へのレ ファラルされた妊産婦数	数値	人	人	基本情報	SILAIS統計課 病院の救急・一般外来記録	
	35	妊産婦の病院へレファラルされ た理由	主要三大 要因	1		1	研修プログラムに 反映	SILAIS統計課 病院の救急・一般外来記録
				2		2		
				3		3		
36	病院へレファラルされた2歳未 満児の数	数値	人	人	基本情報	SILAIS統計課 疫学監視課		
37	病院へ省令に即した形でレファ ラルされた2歳未満児の数	数値	人	人	基本情報	SILAIS統計課 疫学監視課		

No.	質問	データの 種類	回答				調査目的	情報源
			調査対象期間 2014年1月 - 2014年12月		調査対象期間 2015年1月 - 2015年6月			
			1	2	1	2		
38	2歳未満児の病院へのレファラルされた理由	主要三大 要因	1		1		研修プログラムに 反映	SILAIS統計課
			2		2			
			3		3			
39	病院から支所へカウンターレファラルされた妊産婦数	数値		人		人	基本情報	SILAIS統計課
40	病院から支所へ省令に即した形でカウンターレファラルされた妊産婦数	数値		人		人	基本情報	SILAIS統計課
41	病院から支所へカウンターレファラルされた2歳未満児の数	数値		人		人	基本情報	SILAIS統計課
42	病院から省令に即した形で支所へカウンターレファラルされた2歳未満児の数	数値		人		人	基本情報	SILAIS統計課

第1次調査用紙

病院用

ベースライン調査用紙(病院用)

市名: _____

病院名: _____

担当者: _____

担当者電話番号: _____

	No.	質問	データの 種類	回答				調査目的	情報源
				調査対象期間 2014年1月 - 2014年12月		調査対象期間 2015年1月 - 2015年6月			
					人		人		
上位 目標	1	病院における出生数	数値		人		人	基本情報	病院統計課
	2	病院における分娩数	数値		人		人	基本情報	病院統計課
	3	病院における妊産婦死亡数	数値		人		人	基本情報	病院統計課
	4	病院における妊産婦死因(1-3位)	主要三大 死因	1 2 3		1 2 3		研修プログラムへ反映	病院統計課
	5	病院における新生児(生後0-27日)死亡数	数値		人		人	基本情報	病院統計課
	6	病院における新生児(生後0-27日)死因	主要三大 死因	1 2 3		1 2 3		研修プログラムへ反映	病院統計課
	7	病院における乳児(1歳未満児)死亡数	数値		人		人	基本情報	病院統計課
	8	病院における乳児(1歳未満児)死因	主要三大 死因	1 2 3		1 2 3		研修プログラムへ反映	病院統計課
	9	病院における5歳未満児の死亡数	数値		人		人	基本情報	病院統計課
	10	病院における5歳未満児の死因	主要三大 死因	1 2 3		1 2 3		研修プログラムに反映	病院統計課
	11	未熟児数(出生体重2500g以下)	数値		人		人	妊娠中の栄養状況の考察	病院統計課
プロジェクト目標	12	帝王切開数	数値		回		回	基本情報	病院統計課
成果1-3	13	支所から病院が受けた妊産婦のレファラル数	数値		人		人	基本情報	病院統計課
	14	個人医療施設から病院が受けた妊産婦のレファラル数	数値		人		人	基本情報	病院統計課
	15	支所から省令に即した形で病院が受けた妊産婦のレファラル数	数値		人		人	基本情報	病院統計課
	16	妊産婦のレファラル理由	主要三大 要因	1 2 3		1 2 3		レファラル・カウンターレファラルシステムへの考察	病院統計課
	17	2歳未満児の病院が受けたレファラル数	数値		人		人	基本情報	病院統計課
	18	個人医療施設から病院が受けた2歳未満児のレファラル数	数値		人		人	基本情報	病院統計課
	19	省令に即した形で病院が受けた2歳未満児のレファラル数	数値		人		人	基本情報	病院統計課
	20	2歳未満児のレファラル理由	主要三大 要因	1 2 3		1 2 3		レファラル・カウンターレファラルシステムへの考察	病院統計課
	21	支所へカウンターレファラルされた妊産婦数	数値		人		人	基本情報	病院統計課
	22	支所へ基準に即した形でカウンターレファラルされた妊産婦数	数値		人		人	基本情報	病院統計課
	23	支所へカウンターレファラルされた2歳未満児の数	数値		人		人	基本情報	病院統計課
	24	支所へ基準に即した形でカウンターレファラルされた2歳未満児の数	数値		人		人	基本情報	病院統計課

第1次調査用紙

支所用

ベースライン調査用紙(支所用)

市名: _____

担当者名: _____

担当者連絡先: _____

No.	質問	データの 種類	回答			調査目的	情報源			
			調査対象期間 2014年1月 - 2014年12月		調査対象期間 2015年1月 - 2015年6月					
			1	2	3					
上位 目標	1	出生数	数値		人		人	基本情報	支所統計担当	
	2	分娩数	数値		人		人	基本情報	支所統計担当	
	3	妊産婦死亡数	数値		人		人	基本情報	支所統計担当 疫学担当	
	4	妊産婦死因(1-3位)	主要三大 死因	1			1		研修プログラムへ 反映	支所統計担当 妊産婦死亡監視記 録
				2			2			
				3			3			
	5	新生児(生後0-27日)死亡数	数値		人			人	基本情報	支所統計担当, 胎児・乳幼児死亡監 視記録
	6	新生児(生後0-27日)死因	主要三大 死因	1			1		研修プログラムへ 反映	支所統計担当, 胎児・乳幼児死亡監 視記録
				2			2			
				3			3			
	7	乳児(1歳未満児)死亡数	数値		人			人	基本情報	支所統計担当
	8	乳児(1歳未満児)死因	主要三大 死因	1			1		研修プログラムへ 反映	支所統計担当
				2			2			
			3			3				
9	5歳未満児の死亡	数値		人			人	基本情報	支所統計担当	
10	5歳未満児の死因	主要三大 死因	1			1		研修プログラムへ 反映	支所統計担当	
			2			2				
			3			3				
11	実際の5歳未満児の人口	数値		人			人	基本情報	予防接種台帳	
12	5歳未満の推定人口	数値		人			人	基本情報	SILAIS統計課 国家統計局(INIDE)	
13	5歳未満の慢性栄養不良児数	数値		人			人	基本情報	支所統計担当 妊産婦管理台帳 予防接種台帳	
プロ ジェク ト目標 1	14	捕捉した妊婦数	数値		人		人	基本情報	支所統計担当	
	15	妊娠12週以内に捕捉した妊婦 数(妊娠3カ月以内)	数値		人		人	基本情報	支所統計担当	
	16	産前検診を少なくとも4回受けた 妊婦数	数値		人		人	基本情報	支所統計担当	
プロ ジェク ト目標 2	17	分娩施設での出産数	数値		人		人	基本情報	支所統計担当	
	18	専門技能者による分娩数	数値		人		人	基本情報	支所統計担当	
プロ ジェク ト目標 3	19	中期(産後2-10日)産後検診の 受診数	数値		人		人	基本情報	支所統計担当	
	20	後期(産後11-45日)産後検診の 受診数	数値		人		人	基本情報	支所統計担当	
プロ ジェク ト目標 4	21	2010年1月から12月までの分娩 数(同市居住者)	数値		人			基本情報	支所統計担当	
	22	2011年1月から12月までの分娩 数(同市居住者)	数値		人			基本情報	支所統計担当	
	23	2012年1月から12月までの分娩 数(同市居住者)	数値		人			基本情報	支所統計担当	
	24	2013年1月から13月までの分娩 数(同市居住者)	数値		人			基本情報	支所統計担当	
	25	2014年の乳児(1歳未満児)の 第1回乳児健診数	数値		人			基本情報	支所統計担当	
	26	2014年の1~4歳未満児の第2 回乳幼児健診数	数値		人			基本情報	支所統計担当	
成果 1-3	27	病院へのレファラルされた妊産 婦数	数値		人		人	基本情報	支所統計担当	
	28	省令に即した形で病院へのレ ファラルされた妊産婦数	数値		人		人	基本情報	支所統計担当	
	29	妊産婦の病院へレファラルされ た理由	主要三大 要因	1			1		レファラル・カウン ターレファラルシス テムへの考察	支所統計担当
				2			2			
				3			3			
	30	病院へレファラルされた2歳未 満児の数	数値		人			人	基本情報	支所統計担当
	31	病院へ省令に即した形でレファ ラルされた2歳未満児の数	数値		人			人	基本情報	支所統計担当
	32	2歳未満児の病院へのレファラ ルされた理由	主要三大 要因	1			1		レファラル・カウン ターレファラルシス テムへの考察	支所統計担当
				2			2			
				3			3			
33	支所へカウンターレファラルされ た妊産婦数	数値		人			人	基本情報	支所統計担当	
34	支所へ省令に即した形でカウン ターレファラルされた妊産婦数	数値		人			人	基本情報	支所統計担当	
35	支所へカウンターレファラルされ た2歳未満児の数	数値		人			人	基本情報	支所統計担当	
36	病院から省令に即した形で支所 へカウンターレファラルされた2 歳未満児の数	数値		人			人	基本情報	支所統計担当	

第1次調査用紙

保健セクター用

ベースライン調査用紙 (保健セクター用)

市名:

保健セクター:
(名前と番号)

担当者名:

担当者電話番号:

No.	質問	データの 種類	回答		調査目的	情報源	
			調査対象期間 2014年1月 - 2014年12月	調査対象期間 2015年1月 - 2015年6月			
上位 目標	1	出生数	数値	人	人	基本情報	妊産婦管理台帳 予防接種台帳
	2	分娩数	数値	人	人	基本情報	妊産婦管理台帳
	3	妊産婦死亡数	数値	人	人	基本情報	妊産婦管理台帳
	4	妊産婦死因(1-3位)	主要 三大死因	1 2 3	1 2 3	研修プログラムへ 反映	妊産婦管理台帳I
	5	新生児(生後0-27日)死亡数	数値	人	人	基本情報	妊産婦管理台帳 予防接種台帳
	6	新生児(生後0-27日)死因	主要 三大死因	1 2 3	1 2 3	研修プログラムへ 反映	妊産婦および乳幼 児のカルテ
	7	乳児(1歳未満児)死亡数	数値	人	人	基本情報	乳幼児カルテ
	8	乳児(1歳未満児)死因	主要 三大死因	1 2 3	1 2 3	研修プログラムへ 反映	乳幼児カルテ
	9	5歳未満児の死亡	数値	人	人	基本情報	乳幼児カルテ
	10	5歳未満児の死因	主要 三大死因	1 2 3	1 2 3	研修プログラムへ 反映	乳幼児カルテ
	11	実際の5歳未満児の人口	数値	人	人	基本情報	予防接種台帳
	12	5歳未満の推定人口	数値	人	人	基本情報	乳幼児カルテ 乳幼児健診カルテ 発育検診カルテ
	13	5歳未満の慢性栄養不良児数	数値	人	人	基本情報	予防接種台帳
プロ ジェク ト目標 1	14	捕捉した妊婦数	数値	人	人	基本情報	妊産婦管理台帳
	15	妊娠12週以内に捕捉した妊婦数(妊 娠3カ月以内)	数値	人	人	基本情報	妊産婦管理台帳
	16	産前検診を少なくとも4回受けた妊婦 数	数値	人	人	基本情報	妊産婦管理台帳
プロ ジェク ト目標 2	17	分娩施設での出産数	数値	人	人	基本情報	妊産婦管理台帳
	18	専門技能者による分娩数	数値	人	人	基本情報	妊産婦管理台帳
	19	帝王切開数	数値	人	人	基本情報	妊産婦管理台帳
プロ ジェク ト目標 3	20	中期(産後2-10日)産後検診の受診 数	数値	人	人	基本情報	妊産婦管理台帳
	21	後期(産後11-45日)産後検診の受診 数	数値	人	人	基本情報	妊産婦管理台帳
プロ ジェク ト目標 4	22	2010年1月から12月までの分娩数 (同市居住者)	数値	人		基本情報	妊産婦管理台帳
	23	2011年1月から12月までの分娩数 (同市居住者)	数値	人		基本情報	妊産婦管理台帳
	24	2012年1月から12月までの分娩数 (同市居住者)	数値	人		基本情報	妊産婦管理台帳
	25	2013年1月から13月までの分娩数 (同市居住者)	数値	人		基本情報	妊産婦管理台帳
	26	2014年の乳児(1歳未満児)の第1回 乳児健診数	数値	人		基本情報	乳幼児カルテ 乳幼児健診カルテ
	27	2014年の1~4歳未満児の第2回乳 幼児健診数	数値	人		基本情報	乳幼児カルテ 乳幼児健診カルテ
成果 1-3	28	病院へレファラルされた妊産婦数	数値	人	人	基本情報	妊産婦管理台帳 カルテ
	29	省令に即した形で病院へレファラルさ れた妊産婦数	数値	人	人	基本情報	カルテ
	30	妊産婦の病院へレファラルされた理 由	主要 三大要因	1 2 3	1 2 3	レファラル・カウン ターレファラルシステ ムへの参考	妊産婦管理台帳 カルテ
	31	病院へレファラルされた2歳未満児の 数	数値	人	人	基本情報	レファラル台帳 カルテ
	32	病院へ省令に即した形でレファラルさ れた2歳未満児の数	数値	人	人	基本情報	レファラル台帳 カルテ
	33	2歳未満児の病院へレファラルされた 理由	主要 三大要因	1 2 3	1 2 3	レファラル・カウン ターレファラルシステ ムへの参考	カルテ
	34	保健セクターへカウンターレファラル された妊産婦数	数値	人	人	基本情報	レファラル台帳 カルテ
	35	保健セクターへ省令に即した形でカ ウンターレファラルされた妊産婦数	数値	人	人	基本情報	レファラル台帳 カルテ
	36	保健セクターへカウンターレファラル された2歳未満児の数	数値	人	人	基本情報	レファラル台帳 カルテ
	37	病院から省令に即した形で保健セク ターへカウンターレファラルされた2歳 未満児の数	数値	人	人	基本情報	レファラル台帳 カルテ
成果 2	38	年間における保健セクター会議記載 数	数値	回/年	回/年	基本情報	セクター会議議事録
	39	保健セクター会議を担っている人は 誰ですか(役職名を記入)	会議担当			基本情報	セクター会議議事録
成果 3	40	支所からの視察受け入れ回数	数値	回/年	回/年	基本情報	ESAFCO会議議事録

社会資本データ										保健省情報										保健セクターで活動中の地案件																
支所名	保健セクター数	保健セクター名	集落数	世帯数	人口			支所からメイン集落までの距離	支所からセクター内で最も遠方な集落までの所要時間	市街地区	農村地区	学校		電化集落		コミュニティネットワーク参加人数(活動中)	所在している医療施設					医療施設の情報					各職種の氏名、携帯電話番号	組織名	実施期間	支援対象						
					妊娠可能女性(15~49歳)	2歳未満	セクター					有	無	有	無		病院	保健センター	保健ポスト	マタニティホーム	保健の家	水通	電化	有	無	有					無	有	無	医師	看護師	准看護師
COMALAPA	8	SECTOR 1	ZONA 1	55	ND	ND	ND	0.3	5 minutos, a pie	X			X		1			X	X	X	X	Marbeli Bello Mendoza (Medico General)	Alejandra Maria Centeno Salazar (Lic. Enfermeria obstetrica)	Deyling Jobellis Flores Reyes (Estudiante de auxiliar de enfermeria)	NO	NO	NO									
			ZONA 2	70	ND	ND	ND	0.2	5 minutos, a pie	X	X	X	X		1	X			X	X	X															
			ZONA 3	60	ND	ND	ND	0.3	5 minutos, a pie	X			X		1							X														
			ZONA 4	64	ND	ND	ND	0.5	5 minutos, a pie	X			X		1																					
			ZONA 5	79	ND	38	ND	0.4	5 minutos, a pie	X					2																					
			SAN FRANCISCO	19	ND	9	ND	5	15 MINUTOS EN VEHICULO, 40 minutos a pie		X	X		X		1																				
			CERRO GRANDE	14	ND	6	ND	12	35 MINUTOS EN VEHICULO		X	X	X	X		1																				
			JINOCUABO	9	ND	1	ND	10	45 minutos en vehiculo		X	X		X		1																				
			POTRERILLOS	31	ND	3	ND	35	1 hora y 30 minutos en vehiculo, 30 minutos a pie		X	X		X		2																				
			MULERO	ND	ND	7	ND	16	1 hora, en vehiculo		X	X		X		1																				
		Sub-total	10	401	0	64	0			5	5	6	0	5	5	10	0	1	0	1	0	2	0	2	0	5	5									
		SECTOR 2	CANGREJAL	28	ND	2	ND	8	50 minutos en vehiculo		X	X	X	X	1								Gadvel Mirdoquado Solano Martinez	Justa Fidela Martinez Duarte	NO	NO	NO									
		MIRAGUA I	45	ND	7	ND	13	1 hora en vehiculo más 1 hora a pie		X	X	X	X	3																						
		MIRAGUA II	23	ND	4	ND	18	1 hora y 40 m inutos en vehiculo, mas 30 minutos a pie		X	X		X	1																						
		JOCOTE	21	ND	4	ND	10	35 minutos en vehiculo mas 30 minutos pie		X	X		X	2																						
		MONTAÑUELA	29	ND	13	ND	13	35 minutos en vehiculo mas 1 hora a pie		X	X	X	X	3																						
		AVISPERO	49	ND	8	ND	10	45 minutos en vehiculo, mas una hora a pie		X	X		X	2																						
		COVOL	17	ND	10	ND	10	45 minutos en vehiculo		X	X		X	2																						
		NARANJO	36	ND	4	ND	8	30 minutos en vehiculo		X	X		X	2																						
		Sub-total	8	248	0	52	0			0	8	8	0	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8								
		SECTOR 3	LA CONCHA	35	ND	5	ND	30	2 HORAS EN VEHICULO, mas 30 minutos a pie		X	X		X	0								Erania Masiel Solano Peña	Sandra Maria Canales Garcia	NO	NO	NO									
		CONCEPCION	87	ND	10	ND	8	15 MINUTOS EN VEHICULO		X	X	X	X	2								X	X													
		MORALITO	38	ND	11	ND	12	22 MINUTOS EN VEHICULO		X	X		X	2																						
		ESPINAS BLANCAS	13	ND	3	ND	18	45 MINUTOS EN VEHICULO MAS UNA HORA A PIE.		X	X		X	1																						
		MONTAÑITA ARIIBA	50	ND	9	ND	15	1 HORA Y QUINCE MINUTOS EN VEHICULO		X	X		X	2																						
		Sub-total	5	223	0	38	0			0	5	5	0	2	3	5	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	5								
		SECTOR 4	POCHOTE	141	ND	31	ND	22	1 hora en vehiculo		X	X	X	X	2								Leswin Murcio Medrano	Franchesca Elliot Solano Miranda	Daskiyid del Carmen Lopez Alvarez	NO	NO									
		TALPETATE	40	ND	2	ND	27	1 hora y 20 minutos en vehiculo		X	X		X	0																						
		ESPIRITU SANTO	70	ND	22	ND	32	1 hora y 35 minutos a pie		X	X	X	X	2																						
		BRASILES	71	ND	6	ND	34	1 hora y 45 minutos en vehiculo		X	X		X	2																						
		CEBOLLIN	41	ND	7	ND	24	1 hora y 15 minutos en vehiculo		X	X		X	2																						
		MONTAÑITA ABAJO	47	ND	15	ND	20	1 HORA, EN VEHICULO.		X	X		X	1																						
		Sub-total	6	410	0		0			0	6	6	0	5	1	6	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	5							
		SECTOR 5	SAN PATRICIO	256	ND	30	ND	23	40 MINUTOS, EN VEHICULO		X	X	X	X	1								Tania Gabriela Mejia	Ligda Maria Tellez Martinez	Maria Estela Taleno Reyes	NO	NO									
		EL CEDRAL	31	ND	7	ND	29	58 MINUTOS, EN VEHICULO		X	X		X	1																						
		SAN JOSE DE LA MONTAÑITA	26	ND	8	ND	20	1 HORA EN VEHICULO		X	X		X	2																						
		EL CARRIZO	12	ND	0	ND	38	1 HORA Y 30 MINUTOS, EN VEHICULO		X	X		X	0																						
		Sub-total	4	325	0		0			0	4	4	0	2	2	4	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	3							
		SECTOR 6	LOS LLANITOS	27	ND	7	ND	24	1 hora y quince minutos en vehiculo		X	X	X	X	2																					
		SANTA ROSA	26	ND	8	ND	15	30 minutos en vehiculo		X	X		X	2																						
		SAN LORENZO	19	ND	3	ND	22	1 hora y 10 minutos en vehiculo		X	X		X	1																						
		SAN NICOLAS	59	ND	8	ND	23	40 MINUTOS, en vehiculo		X	X		X	2																						
		LA MATA	14	ND	0	ND	18	45 MINUTOS, en vehiculo		X	X		X	1																						
		CUISALA	101	ND	22	ND	21	36 MINUTOS, en vehiculo		X	X		X	2																						
		Sub-total	6	246	0		0			0	6	6	0	5	1	6	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	5							
SECTOR 7	LA PITAHAYA	59	ND	11	ND	70	2 horas en vehiculo		X	X	X	X	2																							
LA CONENAL	23	ND	6	ND	73	2 horas y veinte minutos en vehiculo		X	X	X	X	1																								
VALGAME DIOS	16	ND	3	ND	75	2 horas en vehiculo mas dos horas a pie		X	X		X	1																								
EL CARACOL	18	ND	1	ND	80	2 horas en vehiculo mas una hora a pie		X	X		X	1																								
EL EMBUDO	29	ND	6	ND	60	2 horas en vehiculo		X	X		X	1																								
LA ERMITA	63	ND	17	ND	30	2 horas en vehiculo mas una hora a pie		X	X		X	2																								
Sub-total	6	208	0		0			0	6	6	0	2	4	6	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	6										
SECTOR 8	JICOTEPE	33	ND	7	ND	31	2 horas en vehiculo		X	X	X	X	1																							
COPALAR	37	ND	8	ND	33	2 horas y 30 en vehiculo		X	X		X	1																								
CACAGUAPA	25	ND	10	ND	32	2 horas y quince minutos en vehiculo		X	X		X	1																								
BRASILITOS	17	ND	12	ND	35	2 horas en vehiculo mas una hora a pie		X	X		X	1																								
SANTA CLARA	27	ND	10	ND	40	1 1/2 HORA EN PANGA mas 2 y 1/2 HORA EN VEHICULO		X	X		X	2																								
PIEDRA PINTADA	95	ND	20	ND	30	1 hora y 30 minutos en vehiculo		X	X		X	3																								
Sub-total	6	234	0		0			0	6	6	0	1	5	6	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	6										
GRAN TOTAL				51	2295	0	154	0		5	46	47	0	22	29	51	0	1	5	1	1	7	1	7	1	8	43									

社会資本データ																				保健省情報						保健セクターで活動中の地案件									
支所名	保健セクター数	保健セクター名	集落数	世帯数	人口			支所からメイン集落までの距離	支所からセクター内で最も遠方な集落までの所要時間	市街地区	農村地区	学校		電化集落		コミュニティネットワーク参加人数(活動中)	所在している医療施設				医療施設のインフラ		集落地図		各役職の氏名、携帯電話番号			組織名 案件名	実施期間	支援対象					
					妊産可能女性(15~49歳)	2歳未満	セクター					有	無	有	無		病院	保健センター	保健ポスト	マタニティホーム	保健の家	水道	電化	有	有	有	有				有	有	医師	看護師	准看護師
SAN PEDRO DE LOVAGO CHONTALES	6	ESAFIC NUMERO 1	Z+7-20ONA 1	115	16	8	312	1/2 KM		X		X		X		3	X				X	X	X				Dra Mirta Lucia Corrales Pozo	Aux. de Enf. Familiar y comunitaria Merling	Cra Maura Felipa Calero Narvaez	LUXEMBURGO (ODM), BANCO MUNDIAL	2014-2016 2014-2016	SALUD MATERNO INFANTIL			
			ZONA 2	110	44	19	780	1/2 KM		X		X		X		3	X				X	X	X												
			ZONA 3	105	24	10	417	1/2 KM		X			X	X		4	X				X	X	X												
			CUN AGUA	55	22	9	345	12 KM		X	X		X			9	X				X	X	X												
	Sub-total				4	385	106	46	1634		3	1	3	1	4	0	19	0	4	0	0	0	0	4	0	4	0	4	0						
	ESAFIC NUMERO 2	ZONA 4	100	25	10	430	1/2 KM		X		X	X		3	X				X	X	X														
		ZONA 5	85	26	12	450	1/2 KM		X			X	X		3	X				X	X	X													
		ZONA 6	100	28	11	366	1/2 KM		X		X	X		3	X				X	X	X														
		XONA 7	350	47	20	765	1/2 KM		X		X	X		6	X				X	X	X														
		ZONA 8	166	42	19	727	1/2 KM		X		X	X		4	X				X	X	X														
	Sub-total				5	801	168	72	2738		5	0	2	3	5	0	19	0	5	0	0	0	0	5	0	5	0	5	0						
	ESAFIC NUMERO 3	PALO SOLO	20	6	3	106	18 KM		X	X		X		6					X	X	X	X													
		POTRERO CERRADO	44	10	6	238	19 KM		X	X		X		5					X	X	X	X													
		MULUCO	60	10	7	320	21 KM		X	X		X		8					X	X	X	X													
		LA PINTADA	42	8	5	212	18 KM		X	X		X		6					X	X	X	X													
		PULVAZAN	10	6	4	45	18 KM		X		X	X		1					X	X	X	X													
	Sub-total				5	176	40	25	921		0	5	4	1	1	4	26	0	0	0	0	0	5	1	4	1	4	5	0						
	ESAFIC NUMERO 4	EL JUSTE 1	106	10	3	531	58 KM		X	X		X		8					X	X	X														
		EL JUSTE 2	61	15	6	302	60 KM		X		X	X		4					X	X	X														
	Sub-total				2	167	25	9	833		0	2	1	1	2	0	12	0	0	2	0	0	2	0	2	0	2	0							
	ESAFIC NUMERO 5	LLANO DE LOS PEDROS	20	11	5	131	22 KM		X	X		X		6					X	X	X	X													
		SAN BARTOLO I Y II	10	6	3	51	35 KM		X	X		X	X	5					X	X	X	X													
		LA PALMA	23	8	5	155	45 KM		X	X		X		3					X	X	X	X													
		SACAHUACAL	48	11	5	256	22 KM		X	X		X		2					X	X	X	X													
LOVAGO		65	10	8	324	28 KM		X	X		X		6					X	X	X	X														
Sub-total				5	166	46	26	917		0	5	5	0	4	2	22	0	0	0	3	2	2	4	2	3	5	0								
ESAFIC NUMERO 6	BULUN	80	28	9	560	60 KM		X	X		X		6					X	X	X	X														
	LA SARDINA	55	24	11	455	60 KM		X	X		X		6					X	X	X	X														
	ZANCIBAR	55	16	8	312	58 KM		X	X		X		5					X	X	X	X														
	BANADI	39	11	8	320	50 KM		X	X		X		3					X	X	X	X														
	ZAPOTAL	65	11	7	350	50 KM		X	X		X		5					X	X	X	X														
Sub-total				5	294	90	43	1997		0	5	5	0	0	5	25	0	0	1	0	4	0	5	0	5	5	0								
GRAN TOTAL				26	1989	475	221	9246		8	18	20	6	16	11	123	0	9	3	3	11	14	13	14	12	26	0								

添付4

KAP 調査用紙

同意書

親愛なる参加者の皆さま

このアンケート調査は、保健省が日本国際協力機構との共同で実施しています。この調査は、大学のボランティアの学生によって、SILAIS チョントレスとセラヤセントラルの母親と子どもの健康状態を把握するために実施されます。

あなたの情報は**機密**で、あなたの名前、住所、その他の個人情報、個人または機関に公表されることはありません。

この調査は、約 **15** 分を要します。あなたの参加は任意であり、いつでも調査から退出することができます。この調査について質問がある場合は、最寄りの保健センターまたは保健ポストで連絡をとることができます。

この同意書に署名すると、この調査に参加の意を表したことになります。あなたは同意書を読み、説明を受けました。

参加者の署名: _____

調査者の署名: _____

日付: 2015 年 ____ 月 ____ 日

調査者への注意: 母親に適切な環境を提供しインタビューするようにして下さい。(例: テレビやラジオの音量を下げる、最低限のプライバシーの確保、快適に座るなど。)

知識、態度および習慣に関する質問（家庭訪問）

市町村: _____

セクター: _____

集落: _____

所属している保健センターまたは保健ポスト: _____

I. 選択基準

1. 生産児の最終出産日: 2014年 ____月 ____日

2. 最終の出産をした市町村;

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1). Comalapa | <input type="checkbox"/> 2). Juigalpa | <input type="checkbox"/> 3). La Libertad |
| <input type="checkbox"/> 4). Santo Domingo | <input type="checkbox"/> 5). San Pedro de Lóvago | <input type="checkbox"/> 6). Santo Tomás |
| <input type="checkbox"/> 7). Acoyapa | <input type="checkbox"/> 8). Villa Sandino | <input type="checkbox"/> 9). Cuapa |
| <input type="checkbox"/> 10). El Ayote | <input type="checkbox"/> 11). El Coral | <input type="checkbox"/> 12). El Rama |
| <input type="checkbox"/> 13). Muelle de los Bueyes | <input type="checkbox"/> 14). Nueva Guinea | <input type="checkbox"/> 15). その他 _____ |

II. 知識

読みあげる → これらの質問は、あなたの経験を問うものではなく、一般的な知識に関するものです。あなたをご存知であることについてお答えください。

1. 産前健診は、妊娠何ヶ月から受け始めないといいませんか？

妊娠 ____ヶ月 知らない。確信が持てない。答えない。

2. 一般的に、妊娠中に何回産前健診を受けなければいけませんか？

____回 知らない。確信がない。答えない。

3. 一般的に、誰が出産の介助をしなければなりませんか？ **(複数回答可)**

- | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1). 男性医師 | <input type="checkbox"/> 2). 女医 | <input type="checkbox"/> 3). 男性看護師 |
| <input type="checkbox"/> 4). 看護師 | <input type="checkbox"/> 5). 伝統的助産師 | <input type="checkbox"/> 6). 夫 |
| <input type="checkbox"/> 7). 父親 | <input type="checkbox"/> 8). 母親 | <input type="checkbox"/> 9). 一人で |
| <input type="checkbox"/> 10). 知らない。答えない。 <input type="checkbox"/> 11). その他 _____ | | |

4. 一般的に、どこで出産しなければなりませんか？ **(複数回答可)**

- 1). 個人（私立）のクリニック 2). 病院 3). 保健センター
4). 保健ポスト 5). 自宅 6). 決まった場所はない
7). 知らない。答えない。 8). その他_____

5. 一般的に、女性は出産後何日で産後検診を受けなければなりませんか？

_____日後 知らない。答えない。

6. どの家族計画方法をご存知ですか？ (複数回答可)

回答を読まない

- 1). 錠剤 2). 注射 3). コンドーム
4). 子宮内避妊器具 (銅付加 T 字型子宮内避妊器具) 5). 男性避妊手術
6). 女性避妊手術 7). 自然な方法 (サイクル法、リズム法)
8). 知らない。答えない。 9). その他_____

7. マタニティホームでは、どんなタイプのサービスを提供していますか？ **(複数回答可)**

回答を読まない

- 1). 出産前の宿泊 2). 出産後の宿泊
3). 産前健診 4). 医師の診察.
5). 家族計画 6). 母乳育児指導
7). 健康に関する講話 8). その他_____
- 9). 知らない。答えない。

8. 一般的に、母親は出生後何日目に自分の赤ちゃんを、初めて保健センターまたはポストへ連れて行かなければいけませんか？

生後_____日目 知らない。答えない。

9. 一般的に、夫またはパートナーは、女性が保健センターまたは病院で出産することに同意しなければいけませんか？

- 1). はい 2). そうとは限らない 3). 知らない。答えない。

10. どれが妊娠中の危険兆候ですか？ **(複数回答可)**

回答を読まない

注意：「子癩前症」と答えた場合は、その症状を問い、下記に示した兆候に印をつけなければなりません。

- 1). 出血 2). 感染 (発熱). 3). 尿路感染
4). 外陰部湿潤 (膣感染症) 5). 高血圧 6). 頭痛
7). 手足や顔のむくみ 8). 破水 9). 腹痛
10). 動いていた赤ちゃんが動かない 11). 発作や痙攣
12). 眼華閃発 13). 耳鳴り
14). その他 (特定して下さい) _____
15). 確信がない。答えない。

11. 赤ちゃんが頻回に下痢をしている時、医者に診せる前に何をしなければなりませんか？ **(複数回答可)** **回答を読まない**

- 1). 母乳を与える 2). 粉ミルクを与える 3). 水を与える
4). 炭酸ジュース与える 5). 天然果汁を与える 6). 経口補水液を与える
7). 保健ボランティアのところへ連れて行く 8). シャーマンに診せる
9). 薬草で入浴させる 10). 薬を与える 11). 下剤を飲ませる
12). その他 (特定してください) _____
13). 確信がない。答えない。

III. あなたの経験

読みあげる →今からは、あなたの最後の出産について質問していきます。あなたの経験をお聞かせください。以前の出産経験と混同しないようにお願いします。

12. あなたの経験によると、妊娠何か月から産前健診を受け始めましたか？

妊娠 _____ヶ月. 知らない。確信が持てない。答えない。

13. あなたの経験によると、妊娠時に何回産前健診を受けましたか？

_____回 知らない。確信がない。答えない。

14. あなたの経験によると、あなたが妊娠していた時、誰が出産を介助しましたか？

- 1). 男性医師 2). 女医 3). 男性看護師
4). 女性看護師 5). 伝統的助産師 6). 夫
7). 父親 8). 母親 9). 誰も (ひとりで)
10). 知らない。答えない。 11). その他 _____

15. あなたの経験によると、あなたが妊娠していた時、どこで出産しましたか？

- 1). 私立のクリニック 2). 病院 3). 保健センター
4). 保健ポスト 5). 自宅 6). 決まった場所はないと考える。
7). 知らない。答えない。 8). その他_____

16. あなたの出産後、何日目で最初の産後検診を受けましたか？

- _____日目 知らない。答えない。

17. あなたの最後の出産の後、何らかの形で家族計画をしましたか？ **(複数回答可)**

回答を読まない

- 1). 錠剤 2). 注射 3). コンドーム
4). 子宮内避妊器具 (銅付加 T 字型子宮内避妊器具) 5). 男性避妊手術
6). 女性避妊手術 7). 自然な方法 (サイクル法、リズム法)
8). 何も (使わなかった) 9). その他_____
- 10). 知らない。答えない。

18. あなたが妊娠していた時、医師または看護師は、あなたにマタニティホームを利用するように指示しましたか？

- 1). はい 2). いいえ→ 質問 19 と 20 には答えなくてよい。

19. あなたは、マタニティホームを利用しましたか？

- 1). はい 2). いいえ→質問 20 には答えなくてよい。

20. なぜ利用しなかったのですか？ **(複数回答可)**

- 1). 好きでない。マタニティホームを信用していない。 2). 家にいることを好む
3). 支払うお金がない 4). 子どもたちの世話をしなければならない。
5). 夫またはパートナーが賛成しない 6). 家族が賛成しない
7). その他 (特定してください) _____
8). 知らない。確信がない。答えない。

21. あなたの赤ちゃんが生まれた時、生後何日目に保健センターまたはポストに初めて連れて行きましたか？

生後_____日目 知らない。答えない

22. あなたの経験によると、あなたが妊娠していた時、あなたの夫またはパートナーは、あなたが保健センターまたは病院で出産することに同意していましたか？

1). はい 2). いいえ 3). 当てはまらない。相手がいない。 4). 答えない

23. あなたの妊娠中、何らかの危険兆候はありましたか？

1). はい → 次の質問 24 にお答えください。 2). いいえ

24. 何をしましたか？

- 1). 保健センターまたは保健ポストへ行った 2). 病院へ行った。
3). 個人（私立）のクリニックへ行った 4). 家にいた
5). 伝統的助産師を訪ねた 6). 知らない。答えない。
7). その他 _____

25. あなたの赤ちゃんは下痢をしましたか？

1). はい → 次の質問 26 にお答えください。 2). いいえ

26. あなたの赤ちゃんが下痢をした時、医者に診せる前に何をしましたか？ **(複数回答可)**

回答を読まない

- 1). 母乳を与える 2). 粉ミルクを与える 3). 水を与える
4). 炭酸ジュースを与える 5). 天然果汁を与える 6). 経口補水液を与える
7). 保健ボランティアのところへ連れて行く 8). シャーマンに診せる
9). 薬草で入浴させる 10). 薬を与える 11). 下剤を飲ませる
12). その他 (特定してください) _____
13). 確信がない。答えない。

IV. 態度

読みあげる →今からは次の妊娠を想像して、あなたの考えについて質問していきます。続く質問について、あなたの感じたことをお答えください。

27. もしあなたが妊娠したとしたら、何か月から産前健診を受け始めますか？

妊娠_____ヶ月 知らない。確信がない。答えない。

28. もしあなたが妊娠したとしたら、何回健診しますか？

_____回 知らない。確信がない。答えない

29. もしあなたが妊娠したとしたら、誰に出産を介助して欲しいですか？ **(複数回答可)**

- 1). 男性医師 2). 女医 3). 男性看護師
4). 女性看護師 5). 伝統的助産師 6). 夫
7). 父親 8). 母親 9). ひとりで
10). 知らない。答えない。 11). その他_____

30. もしあなたが妊娠したとしたら、どこで出産しますか？ **(複数回答可)**

- 1). 私立クリニック 2). 病院 3). 保健センター
4). 保健ポスト 5). 自宅 6). 決まった場所はないと考える。
7). 知らない。答えない。 8). その他_____

31. もし出産したとしたら、出産後何日目に初めての産後検診を受けますか？

_____日目 知らない。答えない。

32. もしもう一人子どもができたとしたら、あなたは何らかの形で家族計画をしますか？

(複数回答可) **回答を読まない**

- 1). 錠剤 2). 注射 3). コンドーム
4). 子宮内避妊器具 (銅付加 T 字型子宮内避妊器具) 5). 男性避妊手術
6). 女性避妊手術 7). 自然な方法 (サイクル法、リズム法)
8). 何も (使わなかった) 9). その他_____
10). 知らない。答えない。

33. もし医師または看護師が、マタニティホームへの搬送を指示したとしたら、あなたはマタニティホームを利用しますか？

- 1). はい 2). いいえ→次の質問 34 にお答え下さい。

34. なぜ使わないのですか？ (複数回答可)

- 1). 好きでない。マタニティホームを信用していない。 2). 家にいることを好む
3). 支払うお金がない 4). 子どもたちの世話をしなければならない。
5). 夫またはパートナーが賛成しない 6). 家族が賛成しない
7). その他 (特定してください) _____
8). 知らない。確信がない。答えない。

35. もし赤ちゃんができたとしたら、出生後何日目で保健センターまたはポストへ初めて連れて行きますか？

- 出生後_____日目 知らない。答えない。

36. もしあなたが妊娠したとしたら、あなたの夫またはパートナーは保健センターまたは病院で出産することに同意しますか？

- 1). はい 2). いいえ 3). 知らない。答えない。

37. もしあなたの妊娠中に、あなたに何らかの危険兆候があったとしたら何をしますか？

- 1). 保健センターまたは保健ポストへ行く 2). 病院へ行く。
3). 私立クリニックへ行く 4). 家にいる
5). 伝統的助産師を訪ねる 6). 知らない。答えない。
7). その他 _____

38. もしあなたの赤ちゃんが下痢になったとしたら、医者に診せる前に何をしますか？

(複数回答可) 回答を読まない

- 1). 母乳を与える 2). 粉ミルクを与える 3). 飲料水を与える
4). 炭酸水を与える 5). 天然果汁を与える 6). 経口補水液を与える
7). la casa base や brigadista に連れて行く 8). 民間療法医に診せる
9). 薬草を使って沐浴する 10). 薬を与える 11). Purgarlo.
12). その他 (特定してください) _____
13). 確信がない。答えない。

V. 社会経済状態

1. あなたの住居はあなた自身のものですか？ 1). はい 2). いいえ
2. あなたの住居の外壁は、何の素材で作られていますか？ **(複数回答可)**
1). ブリキ 2). 布 3). 段ボール
4). 植物性の素材 (木の板、わら、ヤシ、竹、土など)
5). プラスチック 6). その他の廃棄物の素材 7). 煉瓦
8). 日干し煉瓦 9). コンクリート 10). 切り石
3. 床は土ですか？ 1). はい 2). いいえ
4. 水道水はありますか？ 1). はい 2). いいえ
5. 簡易式便所または水洗便所がありますか？ 1). はい 2). いいえ
6. あなたの家には、居間、ダイニング、寝室を含めていくつ部屋がありますか？ _____
7. あなたの家では、1部屋何人寝ますか？ _____
8. 学校に行っていない6～15歳の子どもはいますか？ 1). はい 2). いいえ
9. あなたの家庭では、何人が働いていますか？ _____

読みあげる →家族の生活の糧のための収入を生成しないので、主婦は仕事として数えないでください。

VI. 回答している母親の一般的データ：

1. 名前と苗字： _____
2. 出生年月日： _____年____月____日 年齢： _____
3. 読み書きできますか？ 1). はい 2). いいえ
4. 最終学歴、何年生で勉強しましたか？ _____
5. 妊娠回数： _____
6. 生産児数： _____
7. 婚姻状況：1). 独身 2). 既婚 3). 事実婚
4). 離婚/別居 5). 寡婦

ご協力ありがとうございました！

添付 5

FDG(フォーカスグループディスカッション)報告書

ファシリテーター: Dra. Doribel Tercero Espinoza (プロジェクトテクニカルアシスタント)

指導: プロジェクト専門家

記録: Modesta Romero (プロジェクトアシスタント)

1. エル・ラマ市ワピ保健セクター

参加者: 2014年に出産した母親7人

場所: コミュニティホーム

日付: 2015年11月12日

開始時間: 午前10時20分 終了時間: 午前11時50分 (所要時間: 90分)

	テーマ	回答
1	マタニティホームをどのように知ったか?	<ol style="list-style-type: none">1. 保健センターで健診時に話を聞いた (2人)2. 市役所のプロモーターが保健省と共同活動の一環として、家庭訪問をした時に聞いた3. *PAMOR プロモーターが家庭訪問をした4. コミュニティ集会で聞いた5. 保健センターの職員が家庭訪問をしたとき6. 政党の「家庭、コミュニティ活動」がアンケート調査をしたとき7. 政党の「家庭、コミュニティ活動」のコーディネーターから聞いた
2	マタニティホームの情報はどう取りたいか?	<ol style="list-style-type: none">1. コミュニティ集会2. 保健ボランティアが家庭訪問してほしい3. テレビやラジオでマタニティホームを紹介してほしい4. 妊婦や母親に対する集会を開いて、研修をしてほしい5. 町内会の集会で住民にマタニティホームを紹介してほしい6. マタニティホームの紹介や経験談のビデオが見たい。7. 保健省が集会を開いて、マタニティホームを利用した人の経験談を妊婦たちにしてほしい
3	妊娠中、出産後の危険兆候について、情報はどこから得たか?	<ol style="list-style-type: none">1. 産前健診で医師から聞きたい2. 保健センターの待合室で講話をきいた3. ラジオ番組で聞いた4. 住民集会で妊娠中の危険兆候について話を聞いた5. 保健センターの職員による家庭訪問6. 保健所の掲示板とパンフレットで知った
4	妊娠中、出産後の危険兆候について、どう得たいか?	<ol style="list-style-type: none">1. 保健センターの待合室で講話をききたい2. マタニティホームを訪問して、滞在者の経験談を聞きたい。(2人)3. 住民集会で話をしてほしい4. 保健省職員や市役所のプロモーターに家庭訪問をして、話をしてほしい5. 保健省からパンフレットを配布してほしい

		<ul style="list-style-type: none"> 6. 危険兆候についての本が読みたい 7. インターネット、TV、ラジオ等メディアから情報を得たい
5	出産計画について知っているか？	<ul style="list-style-type: none"> 1. 聞いたことがない（2人） 2. 分娩場所を決めること 3. 出産前に、必要な品や誰が介助するか準備すること 4. 最後の産前健診 5. 出産前に保健ポストもしくはマタニティホームの近くにいること 6. 産前健診カードを準備すること
6	出産前に何を準備すべきか？	<ul style="list-style-type: none"> 1. 服 2. おむつ 3. おくるみ 4. 粉ミルク 5. 交通手段 6. 連絡手段 7. 現金（一番大切） 8. 食料（チーズ、トウモロコシ粉等） 9. 同伴者
7	出産後最初の産後健診はいつと告げられたか。	<ul style="list-style-type: none"> 1. 1か月後（3人が回答） 2. 15日後 3. 5日後 4. 8日後、自宅分娩の場合は、分娩の翌日
8	産後健診日をどのように覚えていたか？	<ul style="list-style-type: none"> 1. 紙に書いておく 2. 何もしなくても忘れない 3. 自分で覚えている 4. 忘れはしないが行かなかった 5. 産前健診カードに記入 6. 帝王切開だったので、毎日通院したのでわからない 7. 自宅分娩で翌日保健ポストへ行ったが、子供だけの健診で、産後健診はなかった
9	産後健診日を忘れないために、あなたは何をすべきか？	<ul style="list-style-type: none"> 1. 予防接種カードに、自分の予約日も記入する（2人） 2. 保健ポストが連絡してくるのを待つ 3. 保健センターに聞きに行き、メモ書きする 4. カレンダーや予定表に健診日を記入する（2人） 5. 携帯電話に記録する
10	産後健診日を忘れないために、保健省は何をすべきか？	<ul style="list-style-type: none"> 1. 保健センターや人目につくところに健診予定者の表を貼る 2. ラジオで健診予定者を呼ぶ 3. 街頭で産後健診のプロモーション活動をする 4. 診察に来る同じコミュニティの患者に、言付けもしくはメモを渡す 5. 遠くのコミュニティには保健ポストを置く 6. 遠くのコミュニティの母親には家庭訪問で産後健診をする
11	出産後乳児健診はいつと伝えられたか？	<ul style="list-style-type: none"> 1. 生後5日（2人） 2. 生後1か月後（2人） 3. 言われたら忘れない 4. 予防接種の後（生後2か月）
12	乳児健診日をどのように覚えていたか？	<ul style="list-style-type: none"> 1. 予防接種カードに次の健診日が書いてある 2. 予防接種カードメモを挟む 3. 何もしなくても忘れない
13	乳児健診日を忘れないためにあなたは何をすべきか？	<ul style="list-style-type: none"> 1. 予防接種カードに記入する 2. 母親の責任 3. 医師がほかの人に言付けする 4. カレンダーまたは予定表に記入する 5. 携帯電話に記録する
14	乳児健診日を忘れないために保健省	<ul style="list-style-type: none"> 1. 保健省は既に必要なことをしているので、ほかにはない

	は何をすべきか？	<ol style="list-style-type: none"> 2. 母親が責任を持つべき 3. 保健センターとコミュニティ住民との連絡網を強化すればよい 4. 医師が、母親の隣人が診察に来た時に言付けする 5. コミュニティグループや保健ボランティア、その他の機関とコーディネーションをする 6. コミュニティコーディネーターが妊産婦、小児のリストを持ち、保健センターとコーディネーションをする
--	----------	--

*PAMOR (Programa de Amor) 保健省、大統領府による小児統合プログラム

その他のコメント:

1. マタニティホームは分娩のために滞在するところ。
2. マタニティホームは遠隔地の妊婦のために重要で、妊娠、出産による危険や重篤な状態になるのを回避できる。
3. マタニティホームは出産間近の妊婦が医師の診察を必要とするので必要。
4. 遠隔地の妊婦にとってマタニティホームは重要。
5. マタニティホームは母親たちの交流、連帯、援助、共有を促進する。
6. 妊婦の中にはマタニティ接遇が悪く、行くのを拒否する人がいる。
7. マタニティホーム利用者で良い経験をした人は、経験を共有するとよいと思う。
8. マタニティホームでは愛情をもって接してもらえた。このことを住民に知らせることはよいことだと思う。
9. 妊娠中の危険兆候はいつもきにすべき、妊娠中毒はとても危険だから。
10. 産前健診を定期的を受診して、指示に従う。
11. ワピにマタニティホームが必要であり、家族のために住民が協力して必要な服や食料を提供することができる。
12. 妊娠中の危険兆候に関してみなと話すべき、また、保健センターで渡された薬は服用する。
13. この集会で出産計画のことを知ることができた。

2. ヌエバ・ギネア市ナシオネス・ウニダス保健セクター

参加者：2014年に出産した母親7人

場所：保健ポスト

日付：2015年11月13日

開始時間：午前9時15分 終了時間：午前10時50分 (所要時間：95分)

	テーマ	回答
1	マタニティホームをどのように知ったか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 友人から聞いた 2. ラジオで紹介されていた 3. 保健ポストで聞いた 4. 産前健診で、いつも医者から聞いていた 5. ここでは、予定日前には紹介状渡される
2	マタニティホームの情報はどのように取りたいか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. マタニティホームの職員からサービスの内容について話が聞きたい (2人) 2. マタニティホームの利用者から経験談を聞きたい (2人) 3. ラジオ、テレビから情報を得たい 4. 保健センターの待合室で、マタニティホームを利用

		<p>するようモチベーションを挙げてもらいたい</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 最初に産前健診を受けた時から医者から聞いていた（2人） 2. 家族や母親から 3. 産前健診カードに書いてある 4. 保健ポストの掲示板やポスター 5. 具合が悪かった時に医者から聞いた。 6. 伝統的分娩介助者からオリエンテーションを受けた 7. 自分で読み物から情報を得た。
3	妊娠中、出産後の危険兆候について、情報はどこから得たか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保健ポストで、注意をしなければいけないことについて、講話を聞きたい 2. パンフレット 3. 家族から 4. ラジオから 5. 医者が出ているテレビやラジオ番組で説明してほしい。 6. コミュニティーにパンフレットを配布してほしい。
4	妊娠中、出産後の危険兆候について、どう得たいか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 妊娠中に必要なもの準備することや、どの医者に掛かるか決めること（2人） 2. 出産において、何が起きるか知っておき、準備すること。（2人） 3. 妊娠してから、出産までのオリエンテーションを受けること
5	出産計画について知っているか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 妊娠中に必要なもの準備することや、どの医者に掛かるか決めること（2人） 2. 出産において、何が起きるか知っておき、準備すること。（2人） 3. 妊娠してから、出産までのオリエンテーションを受けること
6	出産前に何を準備するべきか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 服 2. おむつ 3. 赤ちゃんの靴 4. 赤ちゃんのマットレス 5. 帽子 6. お金（2人） 7. 粉ミルク 8. 哺乳瓶 9. 交通手段
7	出産後最初の産後健診はいつと告げられたか。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 3日後（2人） 2. 1か月後 3. 8日後 4. 1か月以上後 5. 7日後（2人）
8	産後健診日をどのように覚えていたか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病院で保健センターに行かなくてはいけないと言われた。 2. 紙に書いた 3. 産前健診カードに書いた 4. 看護師に言われた
9	産後健診日を忘れないために、あなたは何をすべきか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 携帯電話に記録する 2. 母親は自分で管理すべき 3. 保健ポストの職員がメッセージを送るようにお願いする 4. 政党の「家庭、コミュニティ活動」のボランティアに家庭訪問をして、健診日を忘れないように伝えてもらう 5. 保健ポストの医者に隣人が来た時にメッセージを伝えるようにしてもらう
10	産後健診日を忘れないために、保健省は何をすべきか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 家庭訪問をする（2人） 2. 母親の責任。（3人） 3. 自分で覚えている、忘れると医者に怒られる。 4. 医者は健診の重要性を説明してほしい 5. ラジオ番組や街頭宣伝で産後健診の重要性を放送したり、パンフレットを配布したりしてほしい。（3人）
11	出産後乳児健診はいつと伝えられたか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 3日後（2人） 2. 7日後（2人） 3. 8日後 4. 1か月後 5. 約一か月後

12	乳児健診日をどのように覚えていたか？	<ol style="list-style-type: none"> 紙に書いた。 乳幼児健診カードに書いた。 自分の子供の責任を持つべき。(3人) いつも覚えているから、書く必要はない。 いつも気にしている(2人)。 テレビ・ラジオで宣伝していた
13	乳児健診日を忘れないためにあなたは何をすべきか？	<ol style="list-style-type: none"> 何もしなくても忘れない 保健センターに問い合わせる(2人) 壁にメモを貼る 知っている隣人に聞く コミュニティのプロモーターが健診日を把握する 家族に伝える
14	乳児健診日を忘れないために保健省は何をすべきか？	<ol style="list-style-type: none"> 遠いコミュニティにはラジオ番組を通して伝える テレビ番組で健診の大切さを伝える 街頭で健診の大切さを宣伝する ポスター、垂れ幕を使って健診の大切さを宣伝する 健診を忘れる無責任な人になるべきではない。

その他のコメント:

1. 家庭の都合、子供の世話等責任があるので、すべての人はマタニティホームを利用することはできない。
2. 私は紹介されたが、陣痛が来てすぐに病院へ行った。
3. マタニティホームの接遇はとても良い。知り合いの妊婦にも勧めた。
4. 自分を大切に思わない人はマタニティホームを利用しない。
5. 中には症状が悪化するまで、マタニティホームに行かない人もいる。
6. 看護師による妊娠中の注意点などのショートトークの時間があるとよい。
7. マタニティホームには二度と行きたくない。安静が必要と言われていたのに、自宅にいる時より働かせられた。
8. 妊産婦の中には病院で嫌な思いをした人がいる。
9. 看護師の中には、対応の悪い人がいる。
10. 医者に妊婦に対する接遇の仕方を教育してほしい。
11. 中には、対応の仕方はとても人もいる。
12. 医師の中には、女性への対応が、看護師よりも良い人がいる。
13. 妊婦の中には、家幼小子供がいるため、自宅で待機をするのを好む人がいる。
14. 自分の健康は、自分で守るべき。
15. 出産計画の中に、保健省職員の接遇を入れるべき(患者を人として対応してほしい)。

3. サント・ドミンゴ市チナモス保健セクター

参加者：2014年に出産した母親7人

場所：教会

日付：2015年11月19日

開始時間：午前10時45分 終了時間：午後12時00分 (所要時間：75分)

	テーマ	回答
1	マタニティホームをどのように知ったか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保健センター職員(2人) 2. 医師から妊娠中のリスクと一緒に聞いた 3. 伝統的分娩介助者から聞いた

		<ul style="list-style-type: none"> 4. 経験のある年上の人から聞いた 5. マタニティホームを利用した人から聞いた 6. 友人や家族から聞いた 7. 隣人から聞いた
2	マタニティホームの情報はどう取りたいか？	<ul style="list-style-type: none"> 1. テレビのニュース番組（3人） 2. マタニティホームのポスター（2人） 3. マタニティホームのことはみんな知っている 4. 母親間の情報交換を保健センターでしてほしい 5. マタニティホームに関する責任者が情報を提供する 6. 保健センターから聞きたい
3	妊娠中、出産後の危険兆候について、情報はどこから得たか？	<ul style="list-style-type: none"> 1. 産前健診カードに書いてある 2. 保健センターの職員 3. ラジオ・テレビ番組（2人） 4. 保健センター・病院で配布される冊子（本、パンフレット） 5. 医師から聞いた 6. マタニティホーム 7. 医者が出演しているテレビ番組 8. 保健センターで講話を聞いた
4	妊娠中、出産後の危険兆候について、どう得たいか？	<ul style="list-style-type: none"> 1. 保健ポストの集会で講話を聞きたい（2人） 2. 出産後病院を退院するとき。 3. 体験談を聞きたい（2人） 4. 保健センターの掲示板やポスター（2人） 5. ラジオ番組 6. 保健センターへ聞きに行く（2人）
5	出産計画について知っているか？	<ul style="list-style-type: none"> 1. 聞いたことかない 2. 分娩を計画すること 3. どこで出産するか計画すること 4. 帝王切開を計画すること
6	出産前に何を準備するべきか？	<ul style="list-style-type: none"> 1. 赤ちゃんの服を買う。 2. 粉ミルク 3. 現金 4. 哺乳瓶 5. 食料 6. おむつ 7. 母親のもの
7	出産後最初の産後健診はいつと告げられたか。	<ul style="list-style-type: none"> 1. 3日後（2人） 2. 退院の翌日 3. プライベートクリニックに行ったので、分からない。 4. 8日後
8	産後健診日をどのように覚えていたか？	<ul style="list-style-type: none"> 1. 病院でもらった処方箋にメモした 2. 分娩のあとのオリエンテーションで聞いた 3. 産前健診カードに記入した
9	産後健診日を忘れないために、あなたは何をすべきか？	<ul style="list-style-type: none"> 1. 検診日を気に掛ける。（2人） 2. 健診カードにメモをする 3. 家族や友人に覚えていてもらう
10	産後健診日を忘れないために、保健省は何をすべきか？	<ul style="list-style-type: none"> 1. 健診は個人の問題、自分たちで責任を持つべき（2人） 2. 保健省の職員に家庭訪問をしてほしい 3. 拡声器で健診の必要性をプロモーションしてほしい 4. ラジオで健診の必要性をプロモーションしてほしい 5. 教会を介して、メモ、メッセージを伝えてほしい 6. 保健省以外の団体も使って調整してほしい 7. 人がたくさん集まる場所、集会でプロモーション活動をしてほしい。

11	出産後乳児健診はいつと伝えられたか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2か月後 2. 40日後 3. 8日後 4. 3日後（2人）
12	乳児健診日をどのように覚えていたか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 自分で気に掛けていた 2. 母親の責任で覚えている 3. 産前健診カードに書く 4. 家族に覚えてもらう 5. 保健ボランティアに覚えていてもらう
13	乳児健診日を忘れないためにあなたは何をすべきか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 母親たち健診日を忘れないように助言する 2. メモを書いて覚えておく 3. 教会をとおして、伝言してもらう
14	乳児健診日を忘れないために保健省は何をすべきか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. ラジオ・テレビで健診の重要性を伝えてほしい（2人） 2. 電話をかけてほしい 3. 誰かにメモ紙を渡してほしい 4. パンフレットを作してほしい 5. 保健センターで母親集会を開いて健診の重要性を話してほしい 6. コミュニティ集会で健診の重要性を伝えてほしい

その他のコメント:

1. マタニティホームではより良いケアをしてくれる。
2. マタニティホームでは、良いケアをしてくれる。
3. マタニティホームにいて、リスクを避けることができる。
4. 妊婦は分娩の前産婦人科医に診察してもらう必要がある。
5. 自宅にいたほうがいい。
6. マタニティホームは病院に近いので便利。
7. もし、重症になったらマタニティホームにいたほうが病院に近くてよい。
8. マタニティホームは患者を移送するまえに診察するところ。
9. マタニティホームは保健ポストの近くにあるといい。
10. この集会のことや経験談を近所の人と共有するといい。
11. このような集会でほかの人の経験や情報を得ることができる。
12. このような集会で学ぶことができる。
13. コミュニケーションをとることは大切。

4. アコヤパ市サン・フェリペ保健セクター

参加者：2014年に出産した母親7人

場所：幼稚園

日付：2015年11月20日

開始時間：午前8時40分 終了時間：午前9時50分 （所要時間：70分）

	テーマ	回答
1	マタニティホームをどのように知ったか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保健ポストを訪問したとき 2. 産前健診で聞いた。 3. ラジオ・テレビ番組で聞いた（3人） 4. 伝統的分娩介助者から聞いた 5. 保健ボランティアから聞いた

2	マタニティホームの情報はどう取りたいか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 責任者が家庭訪問して指導してほしい 2. 宗教番組（カトリック）で宣伝してほしい 3. 教会で聞きたい 4. 学校で聞きたい 5. ラジオでマタニティホームからのメッセージを聞きたい
3	妊娠中、出産後の危険兆候について、情報はどこから得たか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 産前健診時（5人） 2. 臨床検査時 3. 超音波検査時 4. 保健ポストで講話を聞いた。
4	妊娠中、出産後の危険兆候について、どう得たいか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保健ボランティアから聞きたい 2. 研修を受けたい 3. 政府がもっと情報を提供してほしい 4. もっと多くの人と各団体で行われている集会を利用してほしい
5	出産計画について知っているか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 知らない 2. 保健センターもしくは保健ホストに行く準備をすること 3. 母子が死んでしまわないように準備すること 4. 妊娠最終月に準備すること 5. マタニティホームもしくは保健センターに行く準備をすること
6	出産前に何を準備するべきか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 母子の食糧（2人） 2. 服 3. おむつ 4. 伝統的分娩介助者 5. 安全ピン 6. 哺乳瓶 7. 帽子 8. 母親は分娩や子供の世話のために健康であるよう準備しておく。 9. 衛生用品（石鹸、タオル、ナプキン等）
7	出産後最初の産後健診はいつと告げられたか。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 3日後 2. 8日後 3. 5日後 4. 4日後 5. 12日後 6. 15日後
8	産後健診日をどのように覚えていたか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 看護師に言われて覚えていた 2. 自分で覚えている（個人の責任）（2人） 3. 気に掛けている 4. 産前健診カードに書いた 5. 保健ボランティアに言われた
9	産後健診日を忘れないために、あなたは何をするべきか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保健ボランティアに覚えていたもらう 2. 保健センターの職員に覚えてもらう（2人） 3. 保健センター職員が家庭訪問するように要請する
10	産後健診日を忘れないために、保健省は何をするべきか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保健センターの診療を毎日する（休日も含む） 2. 保健センター職員が家庭訪問をする 3. 保健省は警察とコーディネーションする 4. 住民にパンフレットを配布や講話をする 5. 各村で毎月集会を開く（2人） 6. 保健ボランティア、伝統的分娩介助者の数を増やす 7. 保健省は既にできることをしているので、個々責任を持つ
11	出産後乳児健診はいつと伝えられたか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2か月後（3人） 2. 15日後（2人） 3. 12日後 4. 8日後 5. 3日後
12	乳児健診日をどのように覚えていたか？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 乳児健診カードに記入する 2. メモに記入する

	か？	<ul style="list-style-type: none"> 3. 自分で気に掛けていた 4. 家族が覚えていた
13	乳児健診日を忘れないためにあなたは何をすべきか？	<ul style="list-style-type: none"> 1. 乳幼児健診カードに書く 2. 気に掛けている 3. 夫が覚えるべき 4. 予防接種キャンペーン時に健診日を聞く 5. 伝統的分娩介助者に覚えていてもらう 6. 保健ボランティアに覚えていてもらう 7. メモ帳に記入する
14	乳児健診日を忘れないために保健省は何をすべきか？	<ul style="list-style-type: none"> 1. 保健ボランティア・伝統的分娩介助者を通してメッセージを伝える（2人） 2. 健診に来ない時には家庭訪問をする（2人） 3. 研修をする 4. 保健ボランティア集会で健診の重要性を話す 5. コミュニティと共有する 6. ラジオでプロモーション活動をしてほしい 7. 宗教集会を使ってプロモーション活動をする 8. 人に伝えてもらう 9. 保健センターに問い合わせがあった場合、情報を提供する 10. 電話連絡する

その他のコメント:

-
1. マタニティホームでは妊娠中のケアをしてくれる。
 2. リスクを観察することは大切。
 3. マタニティホームではよいケアをしてくれる。
 4. 医療従事者は患者にもっと優しく接して。
 5. 診察には妊婦と小さい子供を優先してほしい。
 6. 医師の数を増やしてほしい
 7. 診察はすべての人を平等にしてほしい。
 8. 産前コントロールは重要。
 9. 夫の理解が得られない時がある。
 10. 母乳栄養はとても重要。
 11. 妊娠中のリスク、乳幼児健診、出産計画の情報を入手することが大切。
 12. 経験を共有して、ほかの人のためになることはよいことだ。
 13. 医師や看護師は患者にやさしく接してほしい。
 14. 特に子供たちのケアを改善してほしい。
 15. 同地区では産後健診に行かない妊婦は、保健省が警察と協力を依頼し、保健センター職員と警察が妊婦の家庭訪問をする。

添付6

実状調査用紙

産前健診に関する質問紙調査

日付: _____年____月____日

市町村: _____, 保健施設 _____

氏名 _____ カルテ番号: _____

年齢: _____歳 妊娠: _____週 予定日: _____年____月____日

健診実施回数 (本日の健診を含む): _____回

1. 産前健診で実施された項目にX(エックス)を付けて下さい。

	行動	活動内容	母親へのインタビュー	カルテ点検
1	記入	周産期カードとカルテの書き込み		
2	問診	家族歴、病歴、産科歴		
3	計測	血圧測定		
4		身長測定		
5		体重測定		
6		子宮底測定		
7		妊娠週数の算出		
8		20週以降の胎児心音聴取		
9		18週以降の胎動確認		
10	検査	検査室での検査: 登録、分析と解釈; Rh式血液型、子宮頸部細胞診、梅毒(VDRL/RPR)、ヘモグロビン、全血算、血糖、テストテープ(尿検査)、カウンセリングと自主的なHIV検査、ポリメラーゼ連鎖反応(PCR=クラミジア検査)、トキソプラズマ抗体検査、マラリア検査、もしその地域で流行が確認された場合は、シャーガス病抗体検査もするに値する。		
11		歯科および乳房検査		
12	評価	BMI値からの栄養状態の評価		
13		母体の体重増加をもとにした栄養状態の評価		
14		母体の体重増加をもとにした栄養状態の解釈		
15		血圧の値の評価		
16		尿検査テープ結果の解釈		
17		破傷風ワクチン接種記録の判定		
18	カウンセリング	妊娠中の危険兆候、症状に関するカウンセリング		
19		完全母乳育児と家族計画に関するカウンセリング		
20		危険兆候発症時の指導		
21		分娩についての説明/出産計画		
22	提供	鉄分サプリメントの提供 (最初の検査値が11mg/dl以下の場合) 葉酸サプリメントの提供		
23		26週もしくは38週時の駆虫剤の提供		
24		妊娠高血圧腎症の危険因子のある妊婦に対して、20週以降に2g/日の経口カルシウム剤を提供		
25		妊娠高血圧腎症の危険因子のある妊婦に対して、12週以降に80mg/日の経口アスピリン錠を提供		
26	予約	次回の予約		
27	紹介	逆子や横位の胎児の検出および紹介		
28	その他	エコーの実施		

もし、母親がさらにカウンセリングや講話を受けていた場合は、下記にご記入ください。

(注記)

評価者名: _____ 役職: _____

乳幼児健診に関する質問紙調査(VPCD)

日付: _____年 _____月 _____日

市町村: _____, 保健施設: _____

氏名 _____, カルテ番号: _____

生年月日: _____年 _____月 _____日, 月齢: _____ヶ月 / _____日

性別: 女児 / 男児

健診実施回数(本日の健診を含む): _____回

1. 乳幼児健診で実施された項目にX(エックス)を付けて下さい。

	行動	活動内容	母親へのインタビュー	カルテ点検
1	記入	子どもカードとカルテの書き込み		
2	計測	バイタルサインの測定 (体温・呼吸)		
3	身体測定	体重測定		
4		身長測定		
5		身体状態の観察		
6	評価	栄養状態の分類(体重/年齢、身長/年齢、体重/身長)		
7		成長の傾向判定(満足、不満足)		
8		小児発達評価(精神運動)		
9		栄養不足、貧血および栄養的リスクの問題判定		
10		予防接種の評価(新生児期のBCG)(2、4、6ヶ月のポリオ、ロタウイルス、肺炎球菌)(12ヶ月のMMR)(18か月のDPT)		
11	対応	見つかった栄養不足、貧血および栄養的リスクの問題、または精神運動発達障害への対応		
12	カウンセリング	早期成長発達カウンセリング		
13		母親への母乳栄養と離乳食のカウンセリング		
14	提供	鉄分サプリメントの提供(低体重・早産児の継続ケア、小児疾患統合管理に基づく予防)		
15		ビタミンAサプリメントの提供(生後6ヶ月以降)		
16		駆虫剤の提供(生後24ヶ月以降)		
17	予約	次回の予約		
18	紹介	病院または専門医への紹介		

もし、母親がさらにカウンセリングや講話を受けていた場合は、下記にご記入ください。:

(注記)

評価者の名前: _____ 役職: _____

添付7

医療機材調査結果

供与医療機材候補リスト

供与機材候補	SILAISチオンタレス				SILAIS セラヤ・セントラル			
	リージョナル 病院	保健センター	保健ポスト	合計	一次医療病 院	保健センター	保健ポスト	合計
立脚式血圧計(聴診器付、新生児、小児、成人用セット)	26	39	36	101	14	10	40	64
新生児用人工呼吸器	2			2				
成人用身長体重計			36	36	5	2	11	18
新生児用喉頭鏡セット	2			2	4			4
ポータブル超音波診断装置		5		5	2	1		3
成人、小児用喉頭鏡セット	4			4				
携帯用酸素ポンペ		11		11				
分娩台				0	3	1		4
ワクチン用冷蔵庫				0			2	2
インファントウォーマー	3			3	2			2
ネブライザー(複数吸引口型)		16	20	36		1	5	6
産婦人科処置台		10	36	46	4	3	13	20
胎児ドップラー		11		11	7	3		10
オートクレーブ 保健センター用		8	12	20		1	4	5
出産キット		19	34	53	15	2	21	38
酸素タンク用流量計(調湿付)		11		11	4	3	1	8
検眼・耳鼻鏡		11	30	41	4	3	20	27
ゲースネックランプ			25	25	8	7	12	27
器械台		10	42	52	7	5	20	32
新生児用体重計		22	41	63				
小児用蘇生バッグ		11		11	2	2		4
成人用蘇生バッグ		9	14	23	4	2	19	25
乳児用蘇生バッグ		11		11	4	1	1	6
オートクレーブ 病院用					4			4
医用分光器					1			1
IUDキット		19	40	59	6	6	20	32
新生児用ベット		11		11	4	1		5
ストレッチャー	4	11		15	6	3		9
産婦人科用踏み台		18	29	47	9	4	20	33
外傷手術キット		11	20	31	10	6	20	36
手術機材棚		8	23	31	6	3	20	29
吸引器		10		10	2	2		4
回転椅子	10	10		20	4	2	20	26
車椅子					6	4		10
血糖測定器					2	3	2	7
打診器/ティラーハンマー					10	9	20	39
点滴スタンド	20	28	30	78	10	6	20	36
携帯用血圧計(聴診器付、新生児、小児、成人用セット)			79	79			75	75
携帯用体重計			41	41			44	44
携帯用身長計			41	41			44	44
ピンード式聴診器	5	24	41	70	8	75	9	92
不妊手術用器具					7			7

優先順位

高
中
低

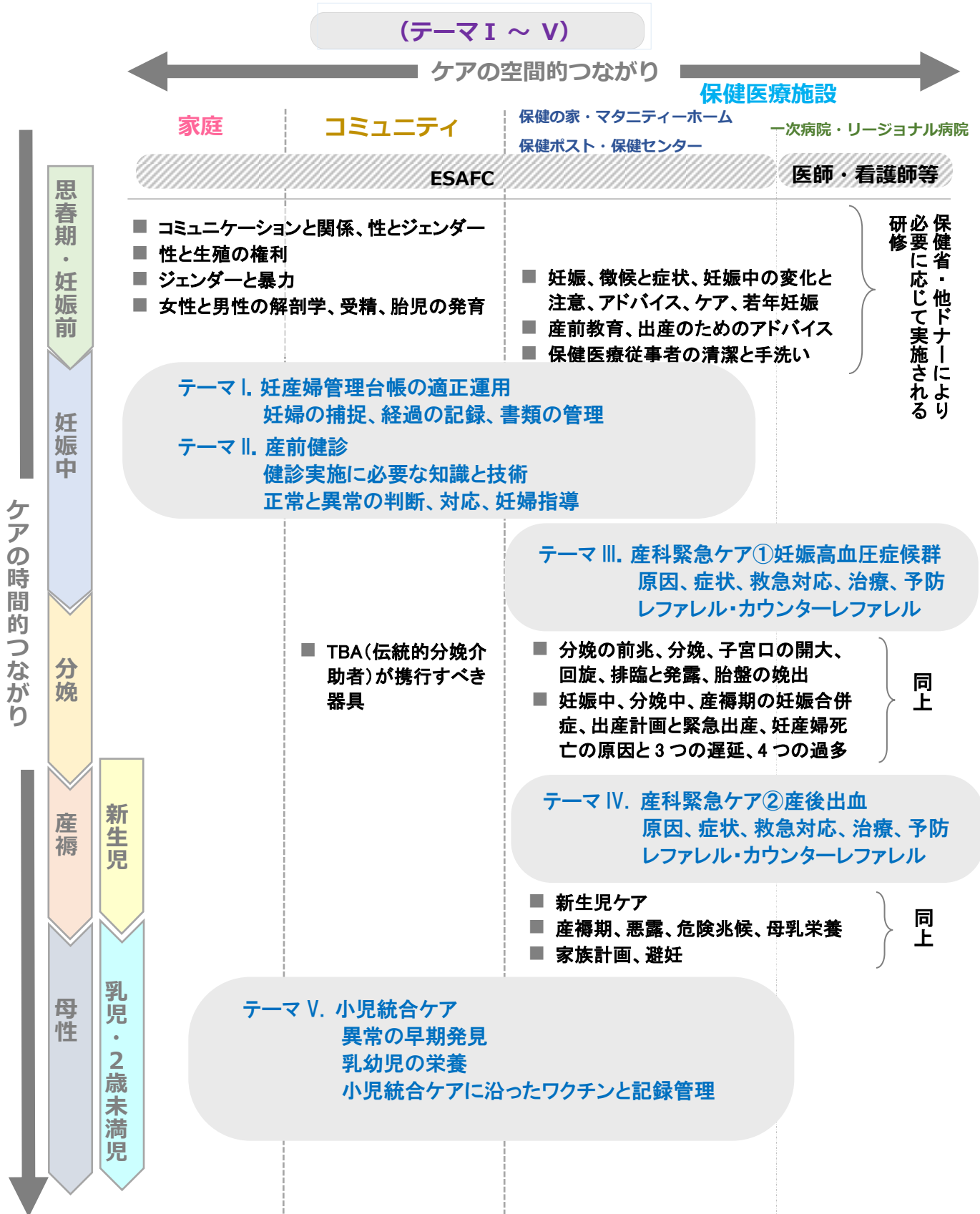
添付資料⑧

母子保健研修プログラム構成図

添付資料⑧

ニカラグア国・チョンタレス保健管区とセラヤセントラル保健管区における母と子どもの健康プロジェクト
 Proyecto SAMANI

継続ケアの概念と NORMA(省令)に沿った母子保健研修プログラム概要



添付資料⑨

母子保健 5 項目受講者用研修テキスト
(第 2 版) (別添冊子)

及び

PowerPoint 教材



1

¿Qué es el Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales?

Es un conjunto de herramientas útiles, dinámicas y ágiles, dirigidas al personal de salud, que permite identificar el universo de mujeres embarazadas, puérperas y postnatales, para realizar el seguimiento y reconociendo a las que tienen factores de riesgo obstétrico y reproductivo, facilitando la toma de decisiones oportunas, desde su embarazo hasta un año posterior al parto.

2

Objetivos de la utilización del CG

- 1) Estandarizar el llenado correcto y la interpretación de los datos del registro de las mujeres en el periodo de embarazo, parto, puerperio y postnatal con la participación activa de los ESAFC y demás establecimientos del sector salud.
- 2) Disponer de información actualizada, completa, oportuna y aplicable en la planificación de acciones para la prevención y búsqueda de Inasistentes a la atención prenatal, parto Institucional, atención puerperal y atención postnatal.
- 3) Identificar las mujeres con factores de riesgos reproductivos y obstétricos, para la toma de decisiones oportunas.

3

Objetivos de la utilización del CG

- 4) Evaluar la cobertura por comunidades y barrios de los ESAFC, de los servicios ofrecidos por el Sector Salud para la atención de las mujeres en el periodo de embarazo, parto, puerperio y postnatal.
- 5) Alimentar el Sistema de Vigilancia de la Embarazada (SIVIEMB) implementado en los establecimientos de salud a nivel nacional.

4

Instrumentos del Censo Gerencial de embarazadas

- 1) Llenado correcto de la Boleta de Censo Gerencial
- 2) Acciones de prevención y búsqueda de inasistente
- 3) Control semanal de las embarazadas próximas a parir
- 4) Reporte mensual de inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales
- 5) Retroalimentación comunitaria e inter-institucional

5

El resultado del llenado correcto de los instrumentos y el análisis de la información permite:

1. Cumplimiento de las metas mensuales y lo que se va acumulando al año.
2. Identificar los riesgos obstétricos y reproductivos que presenta cada mujer en sus diferentes etapas reproductivas, para su seguimiento.
3. Proximidad y cumplimiento a las citas programadas (cita a APN, Parto Institucional, Puerperio y Postnatal).

6

El resultado del llenado correcto de los instrumentos y el análisis de la información permite:

4. Prevención de Inasistentes a las atenciones prenatales, parto institucional, puerperio y postnatal.

5. Identificar Inasistentes para la búsqueda activa, embarazadas que han sido referidas a otro servicio o institución (casa materna, hospital) y/o que han emigrado del barrio o la comunidad, a fin de proporcionarle seguimiento a través de la red de servicios.

7

8

Llenado correcto de Boleta de Censo Gerencial

Datos generales (Encabezado, Casilla de año, Casilla de cohorte, Casilla de metas)

Año:	2018
Cohorte:	2018-2018
Meta Anual:	7
Meta Mensual:	2 trimestral

Año en que se capta la embarazada, **cohorte** (año de captación – año en que parará), **meta anual** de la comarca, **meta mensual** se debe adecuar y no ubicar decimales

9

Llenado correcto de Boleta de Censo Gerencial

1. **Datos de filiación** (Nombre y Apellidos, No. de cédula, teléfono, No. de casa, No. de expediente y Edad)

Nº	Nombre y Apellidos	Nº de Cédula	Telefono	Nº de Casa	Nº de Expediente	Edad
1	Alfonso M. Gonzalez	10000000000000000000	222	20000	222	22
2	Marta M. S. Torres	10000000000000000000	222	20000	222	22
3	Marta M. S. Torres	10000000000000000000	222	20000	222	22
4	Marta M. S. Torres	10000000000000000000	222	20000	222	22
5	Marta M. S. Torres	10000000000000000000	222	20000	222	22

Los 2 nombre y 2 apellidos, **cédula** (o guión azul), **teléfono** que permita localizar a la emb, **# de casa** donde vive la emb. según el croquis, **expediente** y **edad** en azul y rojo si es menor de 20 o mayor de 35 años (ej. **16, 18, 36, 40** años)

10

Llenado correcto de Boleta de Censo Gerencial

2. **Riesgos** (principal riesgo)

3. **Fechas importantes** (Captación, FUM, FPP)

2. Riesgo	3. Fechas Importantes		
	Captación	FUM	FPP
Ces Ant	110818	170818	240818
-	160818	061018	130918
TPF	050818	160818	021018
<20	050818	-	130818
-	130818	280818	041118

Anotar el **riesgo** principal en color rojo (ej. **Ces Ant**), **fecha de captación** en rojo si es tardía, **FUM** guion rojo si se desconoce y **FPP** (siempre llenar) en color rojo sino se obtiene por FUM (ej. -, **170818**)

11

Llenado correcto de Boleta de Censo Gerencial

4. **Atenciones Prenatales**

- Fecha de APN (**lapicero azul**) y Cita con 4 dígitos (cita en grafito)
- Detallar si la APN es **Normal** o se encontró alguna **Patología**
- Identificación de **inasistentes**
- Referencia a **Unidad de Salud y CM**

12

Control semanal de las embarazadas próximas a parir

- Con los datos de la Boleta del Censo Gerencial se elaborará el "Control Semanal de las Embarazadas Próximas a Parir" para identificarlas fácilmente y garantizar su parto institucional.
- El objetivo de este instrumento, es identificar fácilmente a las embarazadas próximas a parir por semana, para realizar actividades de promoción y aseguramiento del parto institucional, llenándose en orden cronológico en cuatro segmentos distribuidos por semana para visualizarlas mejor.

19

Control semanal de las embarazadas próximas a parir

- Se deben registrar las embarazadas según la semana que corresponde su parto (**FPP**).
- Completar todos los datos requeridos del formato de control de PP (encabezados, semanas, datos de filiación, datos de APN y Observación)

20

21

Reporte mensual de inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales

- El objetivo es visualizar el cumplimiento de metas y seguimiento de embarazadas, puérperas y postnatales por comunidad, para realizar plan de mejora en prevención y búsqueda.
- El reporte se debe realizar en el Formato establecido para este fin y entregar al final de cada mes.
- Llenar el encabezado, nombre de la comunidad o barrio y los datos de cada indicador.
- Se debe colocar en cada columna el nombre de cada barrio o comunidad que conforman el Sector de Salud.
- Una vez llenado el formato se analiza y se establece el **Plan de Mejora** a ejecutar en el próximo mes para mejorar la situación encontrada.

22

23

Retroalimentación comunitaria e inter-institucional

Retroalimentación en la Reunión Mensual del Sector:

1. Entregar lista de las mujeres inasistentes de la comunidad/barrio para ser contactada por los líderes comunitarios.
2. Petición de cooperación para búsqueda y contactos de las **PP y Próximas Citas**.
3. Actualización del CG de las embarazadas, puérperas y postnatales.
4. Libro de actas de reuniones con la Red Comunitaria e instituciones, con seguimiento de acuerdos establecidos para mejorar.
5. Monitoreo de actividades del CG: MINSA Central a SILAIS; SILAIS a Municipios; Municipios a los ES AFC y establecimientos de salud privados utilizando la "Guía para el monitoreo y evaluación".

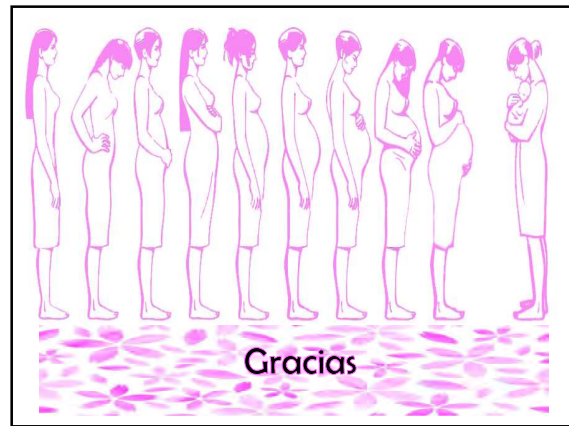
24

Guía de Monitoreo y Evaluación

Siempre se debe utilizar este Formato para el Monitoreo y Evaluación del CG

Indicador	Criterios de Evaluación	Escala de Valoración	Observaciones / Comentarios
1. Atención y monitoreo de la Salud de la Comunitaria			
1.1. Cobertura de la atención prenatal	1.1.1. Número de gestantes inscritas en el programa	1.1.2. Número de gestantes que no se inscribieron	
1.2. Cobertura de la atención prenatal	1.2.1. Número de gestantes que no se inscribieron	1.2.2. Número de gestantes que se inscribieron	
2. Atención del Embarazo y Parto			
2.1. Cobertura de la atención prenatal	2.1.1. Número de gestantes que no se inscribieron	2.1.2. Número de gestantes que se inscribieron	
2.2. Cobertura de la atención prenatal	2.2.1. Número de gestantes que no se inscribieron	2.2.2. Número de gestantes que se inscribieron	
3. Atención del recién nacido y lactancia			
3.1. Cobertura de la atención prenatal	3.1.1. Número de recién nacidos que no se inscribieron	3.1.2. Número de recién nacidos que se inscribieron	
4. Atención de la familia			
4.1. Cobertura de la atención prenatal	4.1.1. Número de familias que no se inscribieron	4.1.2. Número de familias que se inscribieron	

25



26



1

Historia Clínica Perinatal

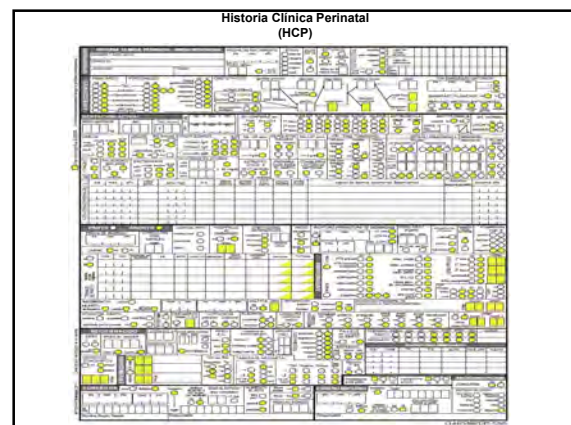
- Es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante la atención prenatal, el parto, el puerperio y el recién nacido hasta el alta.
- Los datos registrados en la HCP deben de ser completos, válidos, confiables y estandarizados.
- Este instrumento es de fácil y simplificado manejo para el personal de salud, cuyo registro incluye la hoja y el carné de la HCP.

2

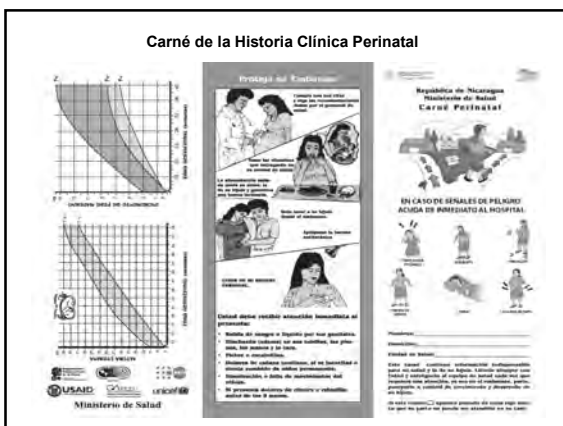
Objetivos

- Disponer de información actualizada, completa, oportuna y aplicable en la planificación de acciones para el abordaje de la embarazada, puérpera y recién nacido/a.
- Identificar las mujeres con factores de riesgos obstétricos y reproductivos, para la toma de decisiones oportunas.
- Evaluar la aplicación de las normas de atención prenatal, parto de bajo riesgo y puerperio y atención del recién nacido/a a través de los Estándares de Calidad de salud materna y perinatal.

3



4



5

Aspectos que se deben registrar e interpretar durante la APN

1. Identificación
2. Antecedentes Familiares, Personales y Obstétricos.
3. Gestación actual:
 - **Peso anterior, talla, IMC.**
 - Examen de mamas
 - Examen odontológico.
 - **Aplicación de DT.**
 - Resultados de exámenes de laboratorio.
 - **Cifras de PA.**
 - Altura de Fondo Uterino.
 - Frecuencia Cardíaca Fetal.
 - **Evaluación y gráfica del estado nutricional.**

6

Que se va a reforzar en APN?

1. Evaluación del estado nutricional de la embarazada
 - ✓ Cálculo e interpretación del IMC
 - ✓ Evaluación e interpretación del IPM
 - ✓ Gráfica e interpretación
2. Aplicación de dT
3. Determinación e interpretación de la Presión Arterial
4. Cintas uroanálisis (registro, interpretación)

7

Evaluación del estado nutricional en base al índice de masa corporal (IMC)

1) Cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) con peso y talla

El dato es útil para evaluar el estado nutricional de la mujer antes del embarazo.

(IMC = Kg/Talla en m²).

Por ejemplo, si la gestante pesa 60 Kg y tiene una talla de 1.60 m, el cálculo será:

Talla en m² = 1.6X1.6 = 2.56

IMC = 60 / 1.60² = 60 / 1.6X1.6 = 60 / 2.56 = 23.44 Kg/m².

8

Evaluación del estado nutricional en base al índice de masa corporal

2) Interpretación de la tabla de IMC

¿Cómo es el resultado de IMC =23.44 Kg/m²?

La ganancia de peso recomendada durante el embarazo, según IMC pre-embarazo (recomendaciones del IOM):

Peso Pre - Embarazo	IMC (Kg/m ²)	Ganancia de Peso en Libras	Peso recomendado Kg
Peso bajo	<18.5	28 - 40	12.5 - 18
Peso normal	18.5 - 24.9	25 - 35	11.5 - 16
Sobrepeso	25 - 29.9	15 - 25	7 - 11.5
Obesa	> 30	11 - 20	5 - 9
Embarazo gemelar	Independiente de IMC	35 - 45	15.9 - 20.4

9

Evaluación del estado nutricional en base al índice de masa corporal (IMC)

3) Anotación del resultado e interpretación

Ejemplo: IMC = 23.44 pero hay que redondear, anotar **IMC = 23.4**

Ejemplo del resultado e interpretación
Talla 160cm, Peso 60Kg, IMC 23.4



10

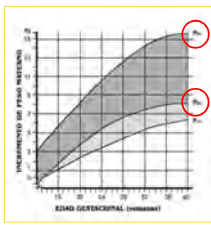
Evaluación e interpretación del estado nutricional en base al incremento del peso materno (IPM)

1) Valoración del incremento de peso materno

- **Conoce Peso Anterior.** Se refiere al peso habitual de la mujer PREVIO del embarazo actual.
- **Cuando se desconoce** el peso previo y la embarazada es captada en las primeras 12 semanas, se registrará el peso en esa primera atención prenatal como Peso Anterior.

11

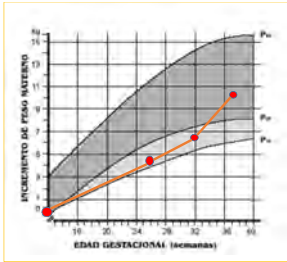
Si conoce el peso pre gestacional o si la embarazada fue captada en las primeras 12 semanas de embarazo, los valores de incremento de peso normal a utilizar están entre **los percentiles 25 y 90** (parte oscura del gráfico).



- A las **16 SG**, el rango de incremento de peso normal es de entre **1.8 y 5.1Kg**.
- A las **20 SG** es de entre **3.2 y 8.2 Kg**
- A las **28 SG** entre **6.2 y 12.9**. A las **36 SG** entre **8.2 y 15.7 Kg**.

12

Si conoce el peso pre gestacional o si la embarazada fue captada en las primeras 12 semanas de embarazo



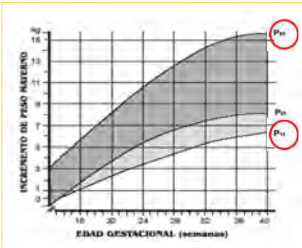
- A. Peso anterior de la embarazada fue 56 kg. IMC de 23.1 (Captación Precoz).
- B. Segundo APN a las 26 sg con un peso de 60 kg (IMP 4 kg)
- C. Tercer APN a las 32 sg con un peso de 62 kg (IMP 6 kg).
- D. Cuarto APN a las 38 sg tuvo un peso de 66 kg (IMP 10 kg)

13

¿Cómo graficar peso anterior desconocido y la embarazada es captada después de las 12 semanas?

14

No conoce el peso pre gestacional o la embarazada fue captada después de las 12 semanas de embarazo, los valores de incremento de peso normal están entre **los percentiles 10 y 90** (parte oscura más la parte clara del gráfico).



15

Edad gestacional (semanas)	140	142	144	146	148	150	152	154	156	158	160
14	47.3	48.0	48.7	49.4	50.1	50.8	51.5	52.2	52.9	53.6	54.3
16	51.0	51.7	52.4	53.1	53.8	54.5	55.2	55.9	56.6	57.3	58.0
18	54.7	55.4	56.1	56.8	57.5	58.2	58.9	59.6	60.3	61.0	61.7
20	58.4	59.1	59.8	60.5	61.2	61.9	62.6	63.3	64.0	64.7	65.4
22	62.1	62.8	63.5	64.2	64.9	65.6	66.3	67.0	67.7	68.4	69.1
24	65.8	66.5	67.2	67.9	68.6	69.3	70.0	70.7	71.4	72.1	72.8
26	69.5	70.2	70.9	71.6	72.3	73.0	73.7	74.4	75.1	75.8	76.5
28	73.2	73.9	74.6	75.3	76.0	76.7	77.4	78.1	78.8	79.5	80.2
30	76.9	77.6	78.3	79.0	79.7	80.4	81.1	81.8	82.5	83.2	83.9
32	80.6	81.3	82.0	82.7	83.4	84.1	84.8	85.5	86.2	86.9	87.6
34	84.3	85.0	85.7	86.4	87.1	87.8	88.5	89.2	89.9	90.6	91.3
36	88.0	88.7	89.4	90.1	90.8	91.5	92.2	92.9	93.6	94.3	95.0
38	91.7	92.4	93.1	93.8	94.5	95.2	95.9	96.6	97.3	98.0	98.7
40	95.4	96.1	96.8	97.5	98.2	98.9	99.6	100.3	101.0	101.7	102.4

Si la gestante mide entre **152-154 cms** de talla, a las **16 SG** debería pesar entre **47.3 y 61.4 Kg**, a las **20 SG** entre **51.0 y 62.4 Kg**, a las **28 SG** entre **54.6 y 65.0 Kg** y a las **36 SG** entre **56.2 y 66.6 Kg**.

16

Recordatorio cuando se desconoce peso anterior

- Recordar que en este caso donde se desconoce el peso anterior pre gravídico el análisis se hace **no para evaluar la ganancia de peso materno** durante el embarazo, sino para evaluar si para la edad gestacional el peso alcanzado por la madre se encuentra entre p10 y p90, por encima de p90 o por debajo de p10.

17

Caso 1

- Paciente con **ÍNDICE DE MASA CORPORAL** de 31.
- Debería ganar en todo el embarazo entre:

Clasificación del IMC

↓

Obesa >30

IPM LB

↓

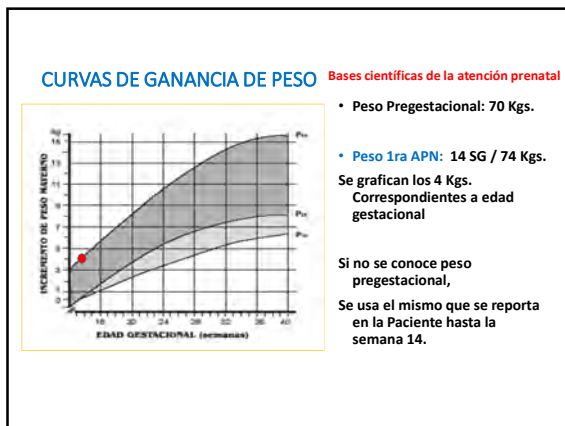
11-19.8 lbs

IPM en Kg

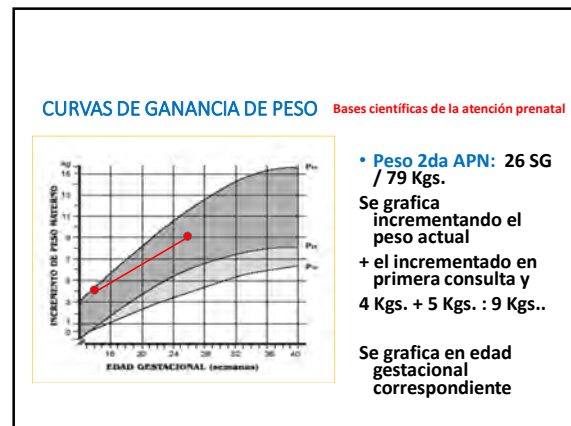
↓

5-9 kg

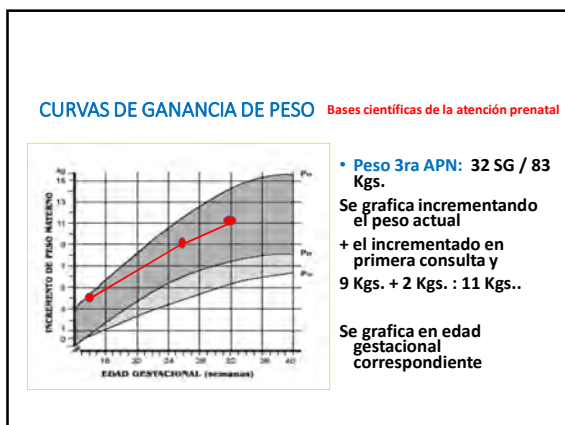
18



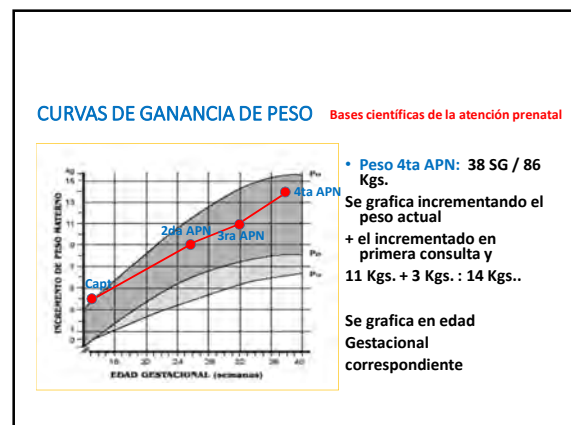
19



20



21



22

Paciente gana **14 kg** durante el embarazo y debía ganar entre **5-9 kg**

Nos debemos preguntar si:

- Interpretamos el peso en cada APN?
- Graficamos en cada APN?
- Dimos consejería?
- Estaba en buen estado la pesa?
- Dimos aspirina, calcio?

Se identificaron factores de riesgo:

- Primer APN: clasificada como obesidad
- Había historia familiar o personal de pre-eclampsia
- Tenía otro factor de riesgo asociado: edad, tabaquismo, HTA, IIL, migraña

23

Registro de aplicación de dT

Registro correcto en HCP según esquema vigente

Marcar con una X en NO

- Si la embarazada con Esquema de Vacuna Antitetánica desconocido y sin tarjeta en su captación de embarazo **se le aplicará 1ra dosis de dT** y se marca en la HCP.

Marcar con una X en SI, en los siguientes casos:

- Si la embarazada lleva su tarjeta de vacunación con esquema vigente, **se aplica refuerzo de dT** y se marca en la HCP.
- Si ya tiene su esquema con respaldado de 6 dosis previas a su embarazo se considera inmunizada. **No se Aplica dT**

Ambas X se marcan en color azul y el mes de gestación en que se aplica la dosis.

24

Interpretación de aplicación de dT

Interpretación en el expediente clínico

Incorrecto

Se aplica 1ra dosis de dT

↑

No se justifica porque se aplica 1ra dosis de dT.

Correcto

Ejemplo:
La paciente no cuenta con evidencia de registro de vacuna DT previa, por lo que se aplica 1ra dosis de dT según norma.

25

Determinación de la presión arterial e interpretación

1. Técnica para la toma de la presión arterial (P/A)

- Asegurarse de que la persona no ha tenido actividad física reciente (durante los 20 minutos previos) y que esté hidratada.
- Colocar el brazo desnudo a la altura del corazón con la palma de la mano hacia arriba.
- Esperar en esta posición 5 minutos.
- Medir la tensión arterial de la paciente en posición sentada o acostada y fuera de las contracciones uterinas.
- Para una nueva toma confirmatoria subsecuente, verifique que el tensiómetro marque cero.

26

Conducta ante incrementos de Presión Arterial en el APN

SI EXISTE	Conducta a seguir	REFIERA A
P.A normal: 120/60	Continuar en atención APN de bajo riesgo.	No es necesario referir, continúe vigilando PA en los APN
Hipertensión arterial en el embarazo: PAS mayor o igual a 140mmHg y/o PAD mayor o igual a 90 mmHg. (Se recomienda tomar después de 10 minutos de reposo) Clasificación del SHG: <20 SG: - HTAc - Preeclampsia sobre agregada, HTA resistente y/o si después de las 20 SG aparece proteínas +, +++, > 20 SG: - HT gestacional, si proteínas negativas, - Preeclampsia, Proteínas positiva mayor o igual a una cruz (+, +, +...)	Maneje el caso según Normativa-109 Protocolo para Atención de Complicaciones Obstétricas. Reporte y/o traslado para atención especializada.	Traslado inmediato a segundo nivel para atención especializada.

27

Preeclampsia grave:
PAS mayor o igual a 160mmHg y/o PAD mayor o igual a 110mmHg, Proteínas (+++,...), y/o Signos de SEVERIDAD

1. Oliguria <500cc en 24 hrs.
2. Creatinina > 1.1 mg/dl
3. Alteraciones visuales y del sensorio.
4. Edema agudo de pulmón, dolor epigástrico, alteraciones hepáticas.

Eclampsia: presencia de convulsiones en el embarazo, parto o primeros 7 días de puerperio

En el Dx. y manejo se debe considerar la presencia o no de Signos de Severidad.

Reporte el caso a Segundo Nivel de atención y coordine el traslado e inicie tratamiento (Ver Manejo del Síndrome Hipertensivo Gestacional en la Normativa-109, Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas)

Si no puede trasladarla:
Continúe el manejo como atención intrahospitalaria (Ver Manejo del Síndrome Hipertensivo Gestacional en la Normativa-109 Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas).

Segundo Nivel de Atención para Manejo intrahospitalario.

28

Anotación del resultados e interpretación en comparación a datos anteriores.

• **Ejemplo:** paciente que acude a APN el día de hoy en una sede de sector de salud con 20 semanas de gestación, pesó 61 kg, se mide talla 156 cm, presión arterial 120/70 mm/Hg, No hay edema y ni dolor de cabeza. La visita anterior fue a las 16 semanas de gestación, peso anterior de 57 kg, presión arterial 90/60 y no había edema.

29

Toma de muestra de orina

El personal de salud debe proporcionar al usuario los siguientes pasos para la toma de muestra de orina, para el examen general de orina a solicitud (Técnica del esfuerzo medio)

Preparación para la toma de muestra de orina

1. Lavarse previamente sus genitales con agua tibia y jabón, separando sus genitales con los dedos de una mano.
2. Retener la primera parte de la muestra, o dejar que transcurra al menos una hora después de la última vez que urinó.
3. La muestra debe ser recolectada hasta la mitad del flujo.

Técnica para la toma de muestra de orina

1. Despejar el flujo.
2. Evaluar el contacto del flujo con sus genitales.
3. Separar los genitales con dos dedos de una mano.
4. Comenzar a urinar. A la mitad del flujo, introducir el frasco debajo para recoger la muestra.
5. Al finalizar lavar sus genitales con agua tibia y jabón.
6. Entregar el frasco sellado al personal del laboratorio.

NOTA: Si la muestra no es procesada inmediatamente, debe mantenerse refrigerada e oscura.

Resultado	Interpretación	Comentarios
+	No infección urinaria	No hay infección urinaria si muestra fue bien tomada (que flujos de orina limpia y concentrada en medio o tercer tercio de 2 tomas o independiente por término de flujo del flujo en el laboratorio) y/o no hay infección urinaria si muestra fue bien tomada y procesada en tiempo y forma.
+	Contaminación	Si hay manifestaciones clínicas, investigar más como infección urinaria.
+	Contaminación vaginal o infección con esophthococcus vaginalis negativa y muestra recolectada con cambios 2 (Ureaplasma anisoplicum)	

Interpretación de Resultados de la Cita de Esfera Leucocitaria y Nitros o de la Cita Reactiva de Urinálisis en Orina sin Cultivo

Interpretación:

1. Indique que el aumento de orina en la posición adecuada para compararla con el nivel del flujo.
2. Introduzca la cinta en el frasco lo más horizontalmente posible por 1 a 2 segundos.
3. Para obtener el nivel de orina en la cinta de orina, descoloree el frasco del frasco. No se debe mover el frasco del frasco.
4. Una vez obtenidos los niveles, introducir a la 2 muestra. Los primeros niveles deben ser de orina.

Advertencias antes de utilizar la cinta reactiva:

1. Indique que no debe mojarse.
2. No la utilice si ha estado en contacto con agua.
3. No haga la lectura de una cinta reactiva de una muestra de orina.
4. Manténgala cuidadosamente en el laboratorio y asegúrese de mantenerla inmediatamente después de usarla.

30

Guía para el diagnóstico y tratamiento de las IVU

¿Hay proteinuria o hipertensión en el momento de la consulta?

- NO:**
 - Si el paciente refiere síntomas de infección urinaria (disuria, urgencia, frecuencia, dolor suprapúbico o dolor lumbar) → **Diagnóstico de Infección Urinaria (IU)**
 - Si el paciente refiere síntomas de infección urinaria y tiene fiebre o dolor lumbar → **Diagnóstico de Infección Urinaria (IU) complicada**
- SI:**
 - Si el paciente refiere síntomas de infección urinaria y tiene proteinuria o hipertensión → **Diagnóstico de Infección Urinaria (IU) complicada**

Tratamiento:

- Antibiótico:**
 - Si el paciente refiere síntomas de infección urinaria y tiene proteinuria o hipertensión → **Amoxicilina 500 mg/875 mg**
 - Si el paciente refiere síntomas de infección urinaria y tiene fiebre o dolor lumbar → **Amoxicilina 500 mg/875 mg + ácido clavulánico 125 mg/125 mg**
 - Si el paciente refiere síntomas de infección urinaria y tiene fiebre o dolor lumbar y es alérgico a penicilinas → **Clindamicina 300 mg**
 - Si el paciente refiere síntomas de infección urinaria y tiene fiebre o dolor lumbar y es alérgico a penicilinas y clindamicina → **Fluoroquinolonas**
- Analéptico:**
 - Si el paciente refiere síntomas de infección urinaria y tiene proteinuria o hipertensión → **Acetaminofén 500 mg**
 - Si el paciente refiere síntomas de infección urinaria y tiene fiebre o dolor lumbar → **Acetaminofén 500 mg + Ibuprofeno 400 mg**

31

Interpretación de los resultados de las cintas de uroanálisis

Señales de alarma	Conducta a seguir	REFIERA A
Ausencia de proteinuria y PA normal.	Maneje como bajo riesgo.	Manejo en atención primaria
Bacteriuria Proteinuria hasta 2 cruces en prueba de cinta reactiva en dos tomas consecutivas con intervalo de 4-6 horas o 3 gr/litro en orina de 24 horas. Indicativo de PRECLAMPSIA	Inicie manejo y refiera	Atención especializada por Equipo Multidisciplinario
Bacteriuria Proteinuria más de 3 cruces (+++) en prueba de cinta reactiva en dos tomas consecutivas con intervalo de 4-6 horas o es mayor de 5 gramos por litro en orina de 24 horas. Indicativo de PRECLAMPSIA GRAVE. Es importante considerar que puede haber preclampsia antes de la aparición de proteínas en orina.	Inicie manejo y refiera	Atención especializada por Equipo Multidisciplinario

32

Instrumentos para el Monitoreo de Indicadores de Calidad de Procesos de Atención de Salud

1.-Porcentaje de embarazadas en las que en su Atención Prenatal (APN) se llenó e interpretó la Historia Clínica Perinatal (HCP).

ATENCIÓN PRENATAL Basado en Normas de Atención Prenatal MINSA

Cada número corresponde a un expediente de APN monitoreado. Registre el número del expediente. Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (**Se Cumple**), 0 si el criterio no es satisfactorio (**No Se Cumple**), asterisco * Registrar **NA (No Aplica)**, en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención. La casilla de **Expediente Cumple**, se marcará con 1 únicamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los **NA**. El **Promedio Global**, se obtiene de dividir el **Total de Expediente Cumple (1)**, entre el **Total de Expedientes Monitoreados X**.

100. El promedio por criterio nos servirá para focalizarlos en los Códigos Regionales de Mejora Continua, de ahí a los criterios que no estamos cumpliendo (**Fallos de la Calidad de Atención**).

CRITERIO	1	0	NA	From
Antecedentes Personales y Obstétricos				
Medición de Talla				
Examen de Mamas y Examen Odontológico				
Semanas de Embarazo (Edad gestacional)				
Medición del Peso				
Determinación e interpretación de Presión Arterial				
Medición de la Altura Uterina				
Asociación de FCF a partir de las 20 SCS				
Movimientos Fetales después de 18 SCS				
Aplicación de Vacuna Antitetánica				
Exámenes de Laboratorio (Grupo RH, INAP, VDRL/RPR, ECG, Hemogramas, Glucosa, Cintas de Uroanálisis, Consentida y prueba de estrés de VBT)				
Evaluación e interpretación del Estado Nutricional en base a Índice de Masa Corporal pregestacional o de las primeras 12 semanas de gestación. Evaluación del incremento del Peso Materno.				
EXPEDIENTE CUMPLE:				
Promedio Global:				

33

Muchas gracias !

Familia sana, Comunidad Feliz !!

34



1

Generalidades

- En países desarrollados hasta 50% de las MM relacionadas a pre eclampsia se pudo haber hecho alguna intervención que cambiara el desenlace fatal.
- En Latino América es una de las complicaciones más habituales del embarazo y son responsables del 18% de morbi-mortalidad tanto materna como perinatal.
- En Nicaragua, constituye la segunda causa de muerte y la primera asociada a morbilidad materna y fetal, con una prevalencia aproximada del 19%.

2

Objetivos

- Definir el SHG
- Identificar factores de riesgo del SHG
- Clasificación del SHG
- Manejo del SHG

3

Definición

La Hipertensión en el embarazo es el conjunto de estados patológicos que ocurren en el embarazo o puerperio que pueden ser clasificadas en 4 categorías:

- A. Pre eclampsia-Eclampsia
- B. Hipertensión Arterial Crónica
- C. Hipertensión Arterial Crónica con Pre eclampsia agregada
- D. Hipertensión Gestacional

4

Definiciones básicas

- ✓ **Hipertensión Arterial en el Embarazo**
Se define como presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o una presión diastólica mayor o igual a 90 mmHg.
- ✓ **Proteinuria**
Excreción urinaria de proteínas mayor o igual a 300 mg en orina de 24 horas o proteinuria cualitativa con cinta reactiva de 1 cruz (+) o más, en al menos 2 ocasiones con un intervalo de 4 a 6 horas.

5

Clasificación

1. De acuerdo a la forma clínica de presentación:

- Hipertensión arterial crónica
- Hipertensión arterial crónica con pre eclampsia agregada
- Hipertensión gestacional
- Pre eclampsia-Eclampsia

6

2. De acuerdo al grado de severidad:

- Pre eclampsia
- Pre eclampsia Grave

3. De acuerdo al momento de aparición de los signos y síntomas:

- Pre eclampsia temprana (\leq 34 semanas de gestación)
- Pre eclampsia tardía ($>$ 34 semanas de gestación)

7

Tabla No 1: Principales Factores de Riesgo para desarrollo de Preeclampsia

Factor de Riesgo	Riesgo Relativo (RR) *
Síndrome antifosfolípido	9,72
Antecedente personal de pre eclampsia	7,19
Diabetes pre-gestacional	3,56
Embarazo múltiple	2,93
Nuliparidad	2,91
Antecedente familiar de pre eclampsia	2,90
Índice de masa corporal \geq 30	2,47
Edad mayor de 40 años	1,96

* Riesgo Relativo (RR) es la razón de probabilidad que ocurra un evento en un grupo expuesto a un factor de riesgo a la probabilidad que ocurra el mismo evento en un grupo no expuesto. Por ejemplo, las pacientes que tienen el antecedente de pre eclampsia en embarazos anteriores tienen 7,19 veces más probabilidad de desarrollar pre eclampsia en los siguientes embarazos en comparación a mujeres que no han presentado la patología anteriormente.

8

Diagnóstico

Formas Clínicas de Hipertension en Gestación

1. Hipertensión Arterial Crónica

- Se define como hipertensión crónica en el embarazo, a la elevación de presión arterial que precede a la concepción o que se detecta antes de las 20 semanas de gestación

2. Hipertensión crónica con pre eclampsia agregada

- La preeclampsia agregada es diagnosticada cuando una o más de las manifestaciones sistémicas de preeclampsia (revisar criterios en algoritmo) aparece después de las 20 semanas de gestación en una paciente conocida como hipertensa crónica

9

3. Hipertensión gestacional

- La hipertensión gestacional se caracteriza por la elevación de presión arterial después de las 20 semanas de gestación, sin proteinuria.
- La hipertensión gestacional a pesar de ser una entidad transitoria, puede ser signo de hipertensión arterial crónica futura. Si la presión arterial no se normaliza 12 semanas después del parto, se requiere cambiar el diagnóstico a hipertensión crónica.

10


4. Pre eclampsia-Eclampsia

- La **preeclampsia** es una enfermedad hipertensiva específica del embarazo con compromiso multiorgánico que ocurre después de las 20 semanas de gestación.
- Se define como la aparición de hipertensión arterial más proteinuria.




11

- **Eclampsia** es la presencia de una convulsión generalizada en una mujer con pre eclampsia.



12

Tabla No. 2: Clasificación de la hipertensión arterial en el embarazo

Hipertensión arterial crónica	PAS \geq 140 mm Hg ó PAD \geq 90 mm Hg previa a la concepción Identificada antes de las 20 semanas de Gestación Persiste elevada después de las 12 semanas postparto Uso de antihipertensivos antes del embarazo
Pre eclampsia agregada	Hipertensión arterial crónica con desarrollo de uno de los siguientes criterios clínicos después de las 20 semanas de gestación: Hipertensión resistente (uso de tres o más antihipertensivos y/o no alcanzar metas de control de presión arterial después de 24 horas de MANEJO ACTIVO, ó Proteinuria nueva o que empeora en 24 horas (cuantificación en 24 horas), ó Uno o más datos de severidad

13

Hipertensión gestacional	PAS \geq 140 mm Hg ó PAD \geq 90 mm Hg que aparece por primera vez después de la semana 20 de gestación Normalización de la presión arterial después de las 12 semanas postparto Puede representar una fase pre-proteinúrica de preeclampsia. Puede desarrollar a pre eclampsia
Pre eclampsia	Aparece después de la semana 20 de gestación PAS \geq 140 mm Hg ó PAD \geq 90 mm Hg Proteinuria de 300 mg o más en 24 horas ó \geq 1 cruz (+) en cinta reactiva ó Relación proteínas/creatinina en orina $>$ 0.3 mg/dl

14

Pre eclampsia grave	PAS \geq 160 mm Hg ó PAD \geq 110 mm Hg Y/O PRESENCIA de uno o más datos de gravedad: Oliguria o menos de 500 cc en 24 horas, creatinina sérica $>$ de 1.1 mg/dl o incremento al doble de la basal Alteraciones visuales o manifestaciones cerebrales: Edema agudo de pulmón o cianosis Dolor epigástrico o de hipocondrio derecho Alteraciones hepáticas (elevación de transaminasas al doble de lo normal ó de 70 U/l) Trombocitopenia ($<$ 100,000/ microlitro)
----------------------------	---

15

Eclampsia	Presencia de convulsión generalizada en una mujer con pre eclampsia Presencia de convulsión antes, durante el parto o en los primeros 7 días postparto (después del 7mo día postparto es poco probable que la causa de la convulsión sea eclampsia)
HELLP (SUB-GRUPO de la pre eclampsia grave)	Hemólisis Elevación de enzimas hepáticas Trombocitopenia

16

Clasificación de la Pre eclampsia de acuerdo al grado de severidad

Tabla No 3. Manifestaciones de preeclampsia por sistema afectado y complicaciones graves

Sistema afectado	Condición adversa (que incrementa el riesgo de complicaciones graves)	Complicaciones graves (que requieren finalización del embarazo)
Sistema Nervioso Central	Cefalea, alteraciones visuales de forma continua habiendo descartado otras etiologías	<ul style="list-style-type: none"> Eclampsia Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible Aguda (PRES) Ceguera cortical o desprendimiento de retina Escala de Glasgow $<$13 Evento cerebrovascular
Cardiorespiratorio	<ul style="list-style-type: none"> Dolor torácico Saturación de oxígeno $<$ 97% 	<ul style="list-style-type: none"> Hipertensión severa no controlada por 12 horas a pesar del uso de 3 agentes antihipertensivos Saturación de oxígeno $<$ 90%, necesidad de oxígeno al 50% por más de 1 hora, intubación orotraqueal Edema agudo de pulmón Necesidad de soporte inotrópico Isquemia o infarto al miocardio

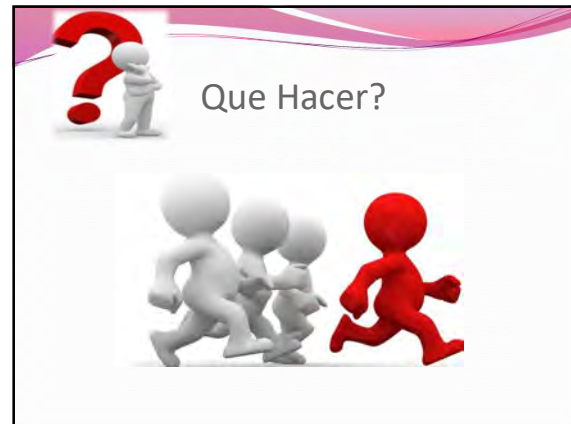
17

Renal	<ul style="list-style-type: none"> Elevación de creatinina Elevación de ácido úrico 	<ul style="list-style-type: none"> Lesión renal aguda Oliguria Necesidad de terapia dialítica
Hematológico	<ul style="list-style-type: none"> Leucocitosis Prolongación de INR o TPT Disminución de conteo plaquetario Elevación de LDH 	<ul style="list-style-type: none"> Trombocitopenia $<$ de 100,000
Hepático	<ul style="list-style-type: none"> Nauseas o vómitos Dolor epigástrico o de hipocondrio derecho Elevación de transaminasas, LDH o bilirubinas Hipoalbuminemia 	<ul style="list-style-type: none"> Disfunción hepática (INR $>$ de 2 en ausencia de CID o uso de anticoagulantes) Hematoma o ruptura hepática

18

Feto-placentaria	<ul style="list-style-type: none"> • Restricción del crecimiento intrauterino (evaluación de criterios de flujometría doppler) 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de pérdida del bienestar fetal (feto pretérmino: presencia de datos ominosos), feto a término categorización de monitoreo fetal (ver Norma 077) • Desprendimiento prematuro de placenta • Muerte fetal
-------------------------	---	---

19



20

Manejo, Tratamiento y Procedimientos

Tabla No 4: Evaluación inicial en el abordaje de la pre eclampsia

1	Presión Arterial
2	Abordaje de la proteinuria (cinta, cuantificación, rel prot/creat)
3	Biometría hemática completa
4	Transaminasas hepáticas (TGO/AST, TGP/ALT)
5	Bilirubinas (total y fraccionadas)
6	Creatinina
7	Acido úrico
8	Lactato deshidrogenasa (LDH)
9	Documentar síntomas como cefalea, dolor abdominal, disturbios visuales

21

- El abordaje terapéutico de preeclampsia se puede describir en 4 estrategias:
 - Control de la presión arterial
 - Prevención de las convulsiones
 - Programación de la finalización del embarazo
 - Vigilancia en el puerperio

22

Control de la presión arterial

- **La terapia inicial antihipertensiva se recomienda:** Labetalol (I-A), Calcio antagonistas (Nifedipina acción retardada), (I-A), Alfametildopa (II-B).
- La hidralazina por vía oral será la última línea a utilizarse únicamente en el caso que exista alguna contraindicación para el uso de cualquiera de los 3 primeros fármacos.

23

- La hidralazina IM se recomienda **NO UTILIZARSE** por sus efectos hipotensivos, pobre control de su efecto y su impacto a nivel de flujos placentarios.
- El tratamiento antihipertensivo en mujeres con pre eclampsia no modifica la historia natural de la enfermedad, sin embargo, disminuye la incidencia de crisis hipertensivas y sus complicaciones.

24

Tabla No 5: Fármacos utilizados en pre eclampsia

	Labelalol	Nifedipina	Alfame-tildopa	Hidralazina
Mecanismo de acción	Bloquea receptores alfa y beta causando vasodilatación	Bloqueador canales de calcio, vasodilatador	Agonista central adrenérgico alfa-2	Vasodilatador periférico
Uso en el embarazo	Puede ser utilizado tanto de forma prolongada como en la crisis hipertensiva	Puede ser utilizado tanto de forma prolongada como en la crisis hipertensiva.	Solo para uso crónico, NO para crisis hipertensiva	Puede ser utilizado tanto de forma prolongada como en la crisis hipertensiva

25

Tabla No 5: Fármacos utilizados en pre eclampsia

	Labelalol	Nifedipina	Alfame-tildopa	Hidralazina
Dosis	Uso Prolongado: 200 mg (VO) cada 8-12 horas (max: 2400 mg)	Uso Prolongado: Nifedipina de acción prolongada 20 mg cada 6-8 horas (max: 120 mg)	Uso Prolongado: 500 mg VO cada 6-8 horas (max: 2000 mg)	Uso Prolongado: 10 a 50 mg (VO) Cada 6 horas (max: 300 mg)
	-CRISIS HIPERTENSIVA: 20, 40, 80 mg (IV) cada 10 minutos (max: 300 mg). Puede ser usada en infusión a 1-2 mg/min	-CRISIS HIPERTENSIVA: Nifedipina de acción rápida 20 mg cada 20 minutos		-CRISIS Hipertensiva 5 a 10 mg (IV) pasar en 2 minutos cada 20 min, dosis máxima acumulada de 20 mg, después cambiar a otro fármaco como labelalol ó nifedipina.

26

Tabla No 5: Fármacos utilizados en pre eclampsia

	Labelalol	Nifedipina	Alfame-tildopa	Hidralazina
Efectos adversos	-Bronco-constricción, hipotensión, fatiga, bradicardia, bloqueos cardíacos.	- Hipotensión, cefalea, taquicardia refleja	-Maternos: disfunción hepática, anemia hemolítica	-Hipotensión materna taquicardia refleja, vómitos, cefalea, angina torácica, puede simular manifestaciones clínicas de pre eclampsia grave.
Vida media	6-8 horas	2 horas (7 horas nifedipina de liberación prolongada)	1.4 horas	3-7 horas

27

Tabla No 5: Fármacos utilizados en pre eclampsia

	Labelalol	Nifedipina	Alfame-tildopa	Hidralazina
Comentarios	Evitar en pacientes con asma, insuficiencia cardíaca.	Puede utilizarse junto con sulfato de magnesio. Interacción con sulfato de magnesio no se ha demostrado	Puede ser menos efectiva para el control de presión que otros fármacos utilizados en pre eclampsia	La hidralazina tiene una serie de características que la hacen ser de no preferencia como primera elección, como inicio de acción prolongada efecto hipotensivo impredecible y duración de acción muy prolongada

28

Prevención de las Convulsiones

- Después del control de la presión arterial, la prevención y control de las crisis convulsivas (Eclampsia) es la segunda prioridad en el manejo de la preeclampsia.
- Las pacientes con pre eclampsia grave que evolucionan a eclampsia es del 1 a 2%, la utilidad del sulfato de magnesio en la pre eclampsia grave es reducir la incidencia de eclampsia.

29

Se ha demostrado que el sulfato de magnesio es el segundo fármaco con más errores de prescripción por lo que se debe de tener especial cuidado durante su administración.

30

Tabla No 6: PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DEL SULFATO DE MAGNESIO

	Dosis de carga (gramos)	Tiempo de administración (minutos)	Mantenimiento
Pre eclampsia y Eclampsia	4-6	15-20	1 a 2 gramos por hora
Eclampsia recurrente	2	5	

31

Tratamiento con Sulfato de Magnesio, esquema de Zuspan

Dosis de carga	Dosis de mantenimiento
4 – 6 gr. de <i>Sulfato de Magnesio</i> al 10% (4 ampollas) IV diluido en 200 ml de Solución Salina Normal al 0.9% o Ringer. Administrar en infusión continua en 5-15 min.	1 – 2 gr. por hora IV durante 24 horas después de la última convulsión. Preparar las soluciones de la siguiente forma: para cada 8 horas, diluir 8 gr. de <i>Sulfato de Magnesio</i> al 10% en 420 ml de Solución Salina Normal o Ringer y pasarla a 60 microgotas o 20 gotas por minuto.

32

- Objetivos del tratamiento de la eclampsia**
- Asegurar el ABC, evaluación obstétrica y fetal
 - Controlar las crisis convulsivas con sulfato de magnesio
 - Control y mantenimiento de la presión arterial
 - Normalizar las alteraciones hematológicas, el déficit de agua y alteraciones metabólicas como hiperglucemia o hipoglucemia
 - Programar la finalización del embarazo

33

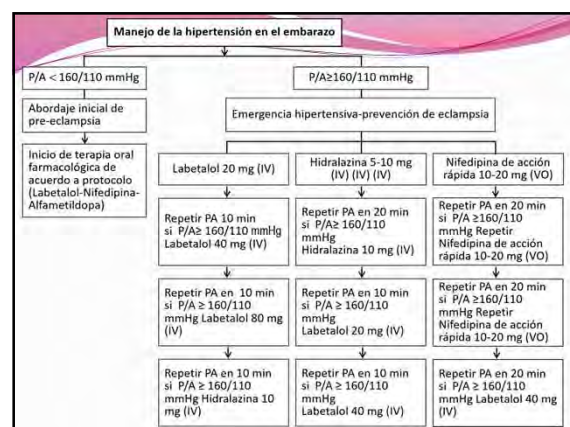
Tabla No 7: Toxicidad de Magnesio según concentraciones en sangre

Terapéutica	4 – 7 mEq/L
Hiporeflexia	7 – 10 mEq/L
Depresión respiratoria	10 – 13 mEq/L
Alteración conducción cardiaca	15 – 25 mEq/L
Paro cardiaco	> 25 mEq/L

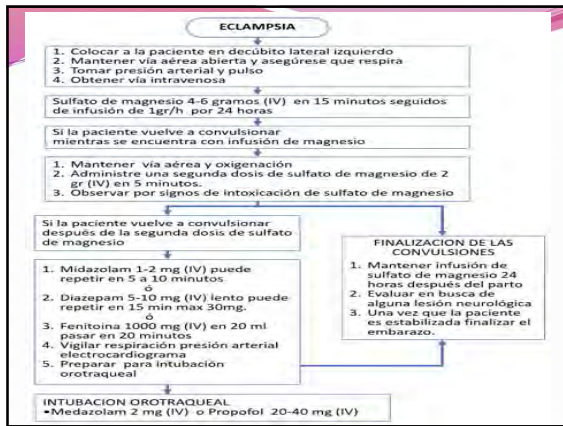
34

- Manejo de la Intoxicación por sulfato de magnesio**
- Descontinuar Sulfato de Magnesio
 - Monitorear los signos clínicos de acuerdo a dosis estimadas, si se sospecha que los niveles pueden ser mayores o iguales a 15mEq/dl o de acuerdo a datos clínicos de intoxicación
 - Gluconato de calcio: Es el antídoto para intoxicación por sulfato de magnesio.
 - **Dosis:** 1 gr (IV) administrar en 3 minutos, repetir dosis si es necesaria.
 - Dar ventilación asistida hasta que comience la respiración.

35



36

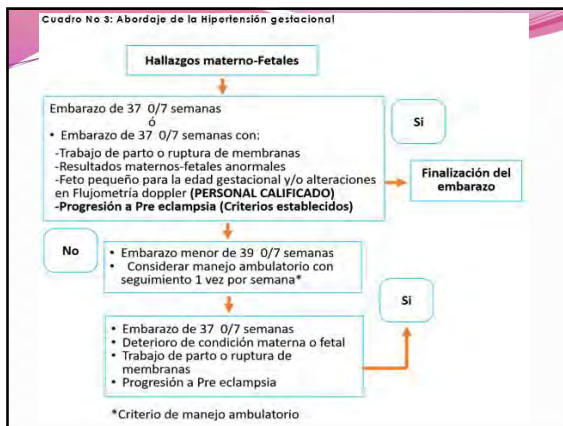


37

Tabla No. 8: **MALETA DE PRE ECLAMPSIA GRAVE/ECLAMPSIA**

Sulfato de Magnesio ampollas 1gr/10 cc	Esquema Zuspan: - Impregnación: 4 gr en 200 de solución glucosada o salina a pasar en 20 minutos. - Infusión: 1 a 2 gr/h (8 gr en 420 cc de solución glucosada o salina a 26 cc/h cada 8 horas.
Labeltalol Frasco (5 mg/cc)	- 20 mg (IV) seguido de 40 mg (IV) a los 10 minutos si no es efectivo, seguido de 80 mg (IV) a los 10 minutos si no es efectivo (dosis máxima: 300 mg/24 en 24 h)
Hidralazina ampolla de 20 mg/ cc	- 5 a 10 mg (IV) cada 20 min. dosis máxima: 25 mg. - Evitar uso intramuscular
Nifedipina Tab 10 mg	- de 5 - 10 mg cada 20 minutos, máxima 3 dosis.
Gluconato de Calcio (1gr/10cc)	- 1gr (IV) pasar en 2 a 5 minutos
Soluciones intravenosas	- Solución Hartmann - Solución salina al 0.9% - Solución glucosada al 5%
Jeringas	- 5, 10 cc - Agujas

38



39



40

Prevención de la pre Eclampsia

- Ácido acetilsalicílico 80 – 160 mg vía oral por la noche, iniciar antes de las 16 semanas de gestación en mujeres con factores de riesgo para pre eclampsia.
- Alimentación balanceada.




41

Muchas gracias



42



1



2

Generalidades

- Principal causa de morbi MM en el mundo.
- Complica el 11% de nacimientos en el mundo.
- Primera causa de MM de causa obstétrica en Latino América.**
- La mayoría de muertes ocurren en las primeras horas de iniciado el evento.
- TODA Hemorragia Postparto, amerita un manejo dinámico, multidisciplinario y oportuno.

3


Definición

- Pérdida sanguínea mayor de 1000 cc independientemente de la vía de finalización del embarazo
- Descenso del hematocrito mayor o igual al 10%, del valor basal previo al parto/cesárea con o sin sintomatología.

4

Definición

- Perdida sanguínea que ocasiona sintomatología Mareo, Síncope
- signos de choque taquicardia, hipotensión, oliguria.
- Independientemente de la cantidad estimada de pérdida sanguínea.



5

CLASIFICACIÓN

- HEMORRAGIA TEMPRANA:** es la que se presenta en las primeras 24 horas del periodo Postparto.
- HEMORRAGIA TARDÍA:** ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas del postparto.

6

Causas de Hemorragia Postparto

Etiología	Causas	Factores de riesgo
Tono 70% Atonia uterino	Sobredistensión uterina, parto prolongado/ precipitado	Gestación múltiple, polihidramnios, macrosomía, gran multipara, hidrocefalia severa
	Agotamiento muscular uterino	Trabajo de parto prolongado, corioamnionitis
Trauma 20% Lesiones canal del parto	Desgarros del canal del parto	Parto intervenido, parto precipitado, episiotomía
	Ruptura uterina	Parto intervenido, cirugía uterina previa, hiperdinamia
	Inversión uterina	Acretismo, maniobra de Crede, excesiva tracción del cordón, gran multipara

7

Continuación

Tejido 9% Retención de tejidos	Retención de restos placentarios	Acretismo, placenta previa, útero bicorne, leiomiomatosis, cirugía uterina previa
	Anormalidades de la placentación	
Trombina 1% Alteraciones de coagulación	Adquiridas	Preeclampsia, HELLP, embolia de líquido amniótico, sepsis, abrupción de placenta, CID consumo, transfusiones masivas
	Congénitas	Enfermedad von Willebrand, hemofilia A

8



9

Diagnóstico

Manifestaciones iniciales, otros signos y síntomas típicos	Signos y síntomas que a veces se presentan
<ul style="list-style-type: none"> Hemorragia post parto inmediata Útero blando y no retraído 	<ul style="list-style-type: none"> Taquicardia Hipotensión
Hemorragia post parto inmediata	<ul style="list-style-type: none"> Placenta íntegra Útero contraído
<ul style="list-style-type: none"> No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal Dolor intenso 	<ul style="list-style-type: none"> Inversión uterina visible en la vulva Hemorragia post parto inmediata
<ul style="list-style-type: none"> Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la ruptura). Hemorragia post parto inmediata (el sangrado es intraabdominal y/o vaginal) 	<ul style="list-style-type: none"> Abdomen doloroso: Shock Taquicardia No se expulsa la placenta

10

Diagnóstico

Manifestaciones iniciales, otros signos y síntomas típicos	Signos y síntomas que a veces se presentan
No se expulsa la placenta dentro de los 15 minutos después del parto con manejo activo y 30 minutos con el alumbramiento espontáneo	Útero contraído
Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas	<ul style="list-style-type: none"> Hemorragia postparto inmediata Útero contraído
<ul style="list-style-type: none"> Sangrado leve que continúa luego de 12 horas después del parto. Útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto 	Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular). Anemia
<ul style="list-style-type: none"> Sangrado no cede a medidas anteriores Sangrado en sitios de punción No formación de coágulos sanguíneos 	Prueba de coagulación en cama Fibrinógeno <100 mg/dl. Plaquetas disminuidas. TP y TPT prolongado

11

Pruebas de laboratorio

- BHC y Recuento de Plaquetas
- Tipo y RH
- Tiempo de Sangría
- Pruebas de Coagulación (TP, TPT, Fibrinogeno)
- Albuminas
- Glicemia, Urea, Creatinina y Acido Úrico
- Pruebas Hepáticas (TGO, TGP, Bilirrubinas totales y fraccionadas)
- Gasometría (Lactato en sangre, Exceso de base, Bicarbonato)
- Electrolitos Séricos.

12

Primer nivel de atención

Durante el parto:

- **Prevención de la Hemorragia post parto:** cumplimiento obligatorio del Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (MATEP).

Durante el postparto

- **ACTIVAR EL CODIGO ROJO.**

13

Objetivos de la activación del CODIGO ROJO

- Diagnosticar choque en hemorragia obstétrica
- Asignar Funciones/Roles
- Iniciar la aplicación del ABCDE de la reanimación
- Trasladar a la paciente a un centro asistencial de mayor resolución, según normativa 068

14

Durante el postparto

2. Detectar oportunamente los datos de choque hemorrágico desde el punto de vista clínico.
3. Garantizar acceso venoso y administración de fluido terapia.
 - Canalizar con branula 14 o 16 doble vía en el mismo miembro.
 - Pasar 1000cc de soluciones isotónicas de inicio y seguir en bolos de 500cc
 - Tomar signos vitales cada 15 minutos hasta lograr la meta.

15

Durante el postparto

Objetivos terapéuticos de la Fluidoterapia

- Presión arterial sistólica entre 80 y 90 mmHg
- Presión arterial media por arriba de 65 mmHg **cuando se haya controlado la fuente de sangrado.**
- Frecuencia Cardíaca entre 60 y 100 latidos por minuto.
- Diuresis superior a 0.5 kg/h
- Lactato menor de 2.

4. Identificar y tratar los posibles diagnósticos diferenciales.

16



17

Manejo de la Atonía Uterina

1. USO DE UTEROTONICOS.
 - **Oxitocina** 40 Unidades en 500cc de lactato Ringer, iv a 125 ml/hora (42 gotas por minuto). Dosis máxima, no mas de tres litros de líquidos IV que contengan oxitocina.
 - **Metilergonovina** una ampolla 0.2 mg IM se puede poner otra a los 15 minutos, y luego cada 4 horas, máximo 5 dosis (1 mg) No utilizar en estados Hipertensivos
 - **Misoprostol** 800 mcg, sublingual en el momento. (en caso de que el estado neurológico de la paciente, este alterado, podrá usarse vía rectal).
2. Masaje Uterino

18

Segundo nivel de atención

▶ Continuar con lo realizado en el primer nivel de atención.

- (1) Activación del código rojo en la unidad que recibe el traslado.
- (2) Diagnosticar tempranamente y clasificar el choque hipovolémico.
- (3) Establezca el índice de Choque.
- (4) Si la paciente tiene datos de choque hemorrágico, manejar como tal. (Ver capítulo de Choque Hemorrágico)
- (5) Garantizar la toma y evaluación de los resultados de exámenes de laboratorio
- (6) Seguir con la infusión de cristaloides.
- (7) Control de la causa de hemorragia lo más rápidamente posible de acuerdo a la causa, utilizar las 4 "Ts"

19

Segundo nivel de atención

▶ Continuar con lo realizado en el primer nivel de atención.

▶ Considerar uso de hemoderivados, objetivos a alcanzar:

1. tener un hematocrito mayor o igual a 21% (Hb 7g/dl).
2. mantener hemoglobina entre 7 – 9 g/dl.
3. recuento de plaquetas mayor de 50,000.
4. TP y TPT menor a 1.5 tiempo control.
5. fibrinógeno mayor de 150mg/dl.

20

▶ Antibioticoterapia en Hemorragia Postparto

1. Se recomienda usar en TODOS los casos.
2. En caso de extracción manual de la placenta utilizar Ampicilina 2g IV ò cefazolina 1g una sola dosis.
3. En caso de control de hemorragia laborioso utilizar Ceftriaxone 2g IV cada 12 horas mas Metronizadol 500 mg IV cada 8 horas por 3 a 5 días, según evolución clínica.

21

Complicaciones

- ▶ Anemia, Choque hipovolémico, CID
- ▶ Lesión de órgano vecino,
- ▶ Distres respiratorio, falla renal
- ▶ Infección o sepsis puerperal
- ▶ Falla hepática, desequilibrio HE
- ▶ Endocarditis por uso de dispositivos IV
- ▶ Infecciones asociada
- ▶ Morbilidad asociada a transfusiones
- ▶ Secuelas psicológicas
- ▶ Infertilidad.

22

Educación, Promoción y Prevención

▶ Dieta adecuada a sus requerimientos y rica en hierro (vegetales verdes)


▶ Sulfato ferroso 120 mg diario por lo menos un mes, con control de hemoglobina y ferritina, además ácido fólico y vitamina B12

▶ Garantizar consejería y acceso a métodos de planificación familiar, incluyendo esterilización quirúrgica.

▶ Consejería sobre Lactancia Materna.



23



“ Alternativas de manejo 0 abordaje en caso de presentarse Hemorragia post parto”

24

Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (MATEP)
Administración de uterotónicos.
 Oxitocina 10 UI IM en el parto vaginal es la primera elección.
 En la cesárea 10 UI IV pasar en 30 segundos
 En el post operatorio Oxitocina 10 UI en 1000 cc de SSN 0.9% en 8 horas

Pinzamiento del cordón.
 Pinzamiento **tardío** del cordón umbilical hasta que deje de pulsar (1 a 3 minutos)
 Pinzamiento **temprano** del cordón umbilical menos de 1 minuto después del parto, cuando el neonato presenta asfixia y deba ser trasladado de inmediato para reanimación.

25

Continuación de MATEP

Tensión controlada del cordón umbilical
 Aproveche la contracción uterina con contracción (rechazando el fondo uterino para evitar inversión uterina).

Realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento placentario y cada 15 minutos durante las primeras 2 horas.

26

Maniobras para el Control del Sangrado Uterino

► Compresión bimanual del útero



27

Maniobras para el Control del Sangrado Uterino

► Compresión de la aorta abdominal y palpación del pulso femoral



28

TRAJE ANTICHOQUE NO NEUMÁTICO



29



Muchas Gracias !!

30

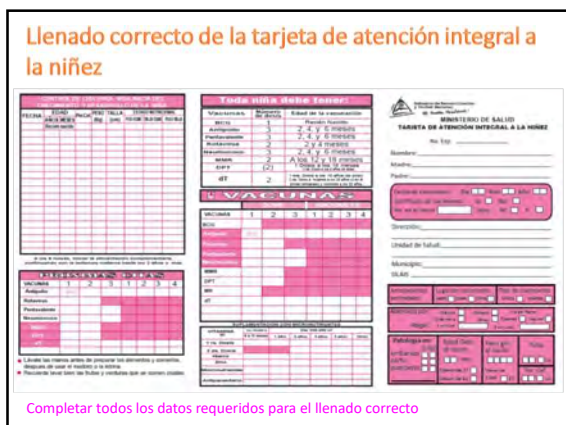


1

Que se va a reforzar en VPCD?

1. **Perímetro Cefálico**
2. **Clasificación del estado nutricional**
 - ✓ Registro
 - ✓ Forma de graficar
 - ✓ Interpretación
3. **Signos de peligro para evaluar las enfermedades prevalentes en la infancia**

2



3

Hoja de seguimiento AIEPI

Siempre debe registrar los signos vitales, permiten evaluar enfermedades febriles como Dengue y Leptospirosis

4

Reverso de la hoja de seguimiento AIEPI

Realizar análisis de los indicadores de crecimiento, condición general. Según Diagnostico indicar Tratamiento, orientaciones, seguimiento y próxima cita.

5

Técnica adecuada para la toma de mediciones:

- Perímetro Cefálico (hasta los 5 años de edad)
- Peso
- Longitud/Talla.
- IMC

6

Técnica para medir el Perímetro Cefálico

- Se debe medir el perímetro cefálico hasta los 5 años de edad
- En los niños nacidos pretérminos se debe tomar en cuenta la edad corregida

Objetivo

- Evaluar de forma indirecta la masa cerebral, donde se pueden identificar alteraciones neurológicas en la niñez.
- Constituir la base del diagnóstico de un gran número de enfermedades neurológicas en la niñez.
- Formar parte de las actividades cuando se atiende niños en la vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo (VPCD) y en consulta de morbilidad.

7

Técnica para medir el Perímetro Cefálico

Equipo

El insumo requerido para la medición del perímetro cefálico es una cinta métrica graduada en centímetros y milímetros, flexible e inextensible de 5 mm de ancho para evitar superposición de los extremos y así no obtener medidas erróneas.

Procedimiento

1. Si los niños tienen colocados en el pelo objetos como prensadores u otros, éstos deben ser retirados antes de efectuar la medición.

8

Técnica para medir el Perímetro Cefálico

2. La cinta se coloca sobre la protuberancia frontal o glabella, sobre las cejas y debajo de la línea del pelo, y por detrás de la parte más prominente del occipucio o protuberancia occipital (no debe cubrir las orejas). Ver foto 1 y 2




Foto 1




Foto 2

9

3. La cinta es entonces ajustada discretamente, efectuándose la lectura hasta el último milímetro completo (Foto 3).
4. No se realizarán ajustes o modificaciones por la mayor o menor cantidad de pelo de cada niño.
5. La medida del perímetro cefálico se reporta en centímetros y milímetros.
6. Registrar el resultado en la hoja de seguimiento de Atención Integral a la Niñez/AIEPI y la tarjeta.




Foto 3

10

Interpretación del resultado de la medición del perímetro cefálico

- Los valores adoptados para valorar el perímetro cefálico en niño a término son los resultantes de los estándares recomendados por OMS, diferenciados por edad y sexo y se considera un signo de alerta dos desviaciones estándar o más por debajo de la media (para sospecha de microcefalia).
- La definición de cabeza pequeña es estadística y, por tanto, relativa, y los límites de la normalidad son muy amplios.



Foto 4

11

- Al encontrar en las mediciones del Perímetro Cefálico que está dos o más Desviaciones Estándar por debajo de la media para la edad y el sexo de los niños se debe sospechar de posibles alteraciones neurológicas.
- La disminución del perímetro cefálico indican una posible alteración con repercusiones neurológicas y en este caso, el o la niño/a debe ser remitido/a en forma inmediata al pediatra para establecer un diagnóstico. Ver Foto 5

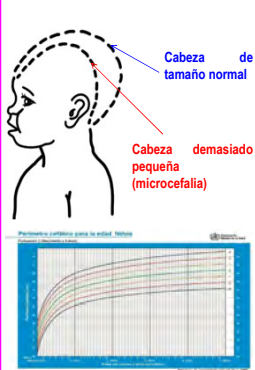


Foto 5

12

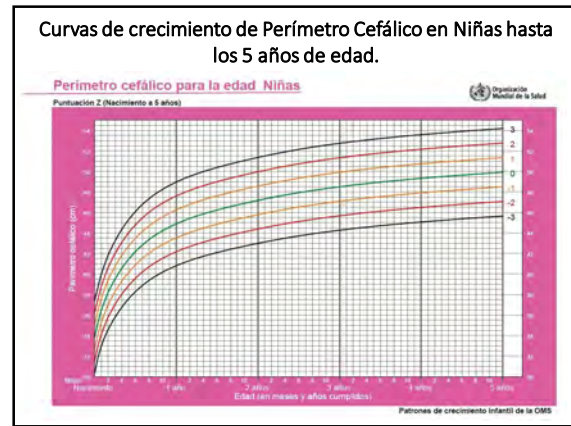
Que precauciones debemos tener al realizar la medición del perímetro cefálico del recién nacido?

- **ATENCIÓN:** El perímetro cefálico al nacimiento como referencia debe ser tomado entre 24 a 48 horas después del nacimiento, ya que al pasar por el canal del parto sufre modificaciones que en este periodo se consideran corregidas.

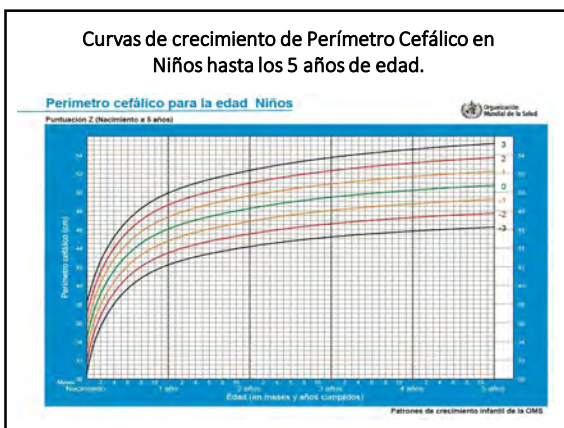



Foto 6
Foto 7

13



14



15

Medición de Peso en niños menores de 6 años

Objetivo

- Evaluar crecimiento y estado nutricional del niño/a.
- Detectar tempranamente anomalías del niño/a.

16

Técnica para medir el Peso

Equipo

- **Balanza pediátrica**
- **Balanza de pie:** para el niño/a que pueda pararse o en caso contrario el peso se puede medir pesando primero a la madre y después se pesa nuevamente a la madre cargando al niño/a, al final se resta el peso de la madre para obtener el peso del niño.




17

Técnica para medir el Peso

Procedimiento

- Oriente a la madre sobre el procedimiento para mantener un ambiente tranquilo.
- Controlar la **calibración** de la balanza: Antes de ubicar al niño/a, colocar el fiel en 0. Si se utiliza algún paño sobre la balanza, debe calibrarse en 0 una vez colocado el mismo.
- En el caso de la balanza de pie, también calibrar en el punto 0.
- El niño/a debe estar desnudo y sin zapatos (o mínima ropa)
- La madre debe estar al lado del niño/a para tranquilizarlo.
- Los pies y las manos del lactante deben estar apoyadas en la balanza, sin tocar la pared.
- Establecer el peso primero en kilogramos y luego en gramos. (registrando hasta dos decimales)
- Registrar los datos en la hoja de seguimiento de Atención Integral a la Niñez/AIEPI y la tarjeta.

18

Técnica para medir longitud/talla

■ Objetivo

- Evaluar el crecimiento y estado nutricional del niño/a.
- Detectar tempranamente anomalías en la T/L del niño/a.

■ Determinación de la longitud/talla

- La longitud se mide en posición acostado boca arriba (decúbito supino).
- Si un niño es menor de 2 años de edad, mida la longitud en posición acostado boca arriba.
- La talla se mide de pie en posición vertical.
- Si el niño/a, tiene 2 años de edad o más, mida la talla de pie.
- En general la talla de pie es alrededor de 0.7cms menos que la longitud.

19

Técnica para medir longitud Niños/as menores de 2 años

Equipo

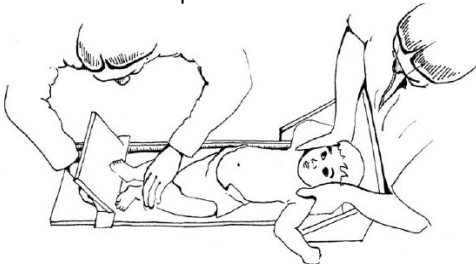
- Infantómetro (una tabla de medición para la longitud)

Procedimiento

- 1) Preparación del niño/a:
 - Asegure de quitarle al niño o niña los zapatos, calcetas y cualquier ornamento en el cabello. (colas, gorras, etc.)
 - Antes de medir al niño explíquelo a la madre por que va a medirlo, ya que ella será su asistente y debe comprender el apoyo que debe brindar.
 - Junto con la madre, coloquen al menor en el infantómetro, con la cabeza en el extremo fijo. Ella le ayudara a detenerle la cabeza en la posición correcta durante la medición.

20

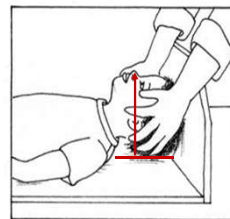
- 2) Colocar al niño o niña acostado boca arriba, con la cabeza hacia el extremo fijo y los pies hacia el extremo móvil del infantómetro .
El cabello debe ser presionado.



21

Técnica para medir longitud Niños/as menores de 2 años

- 3) Rápidamente coloque la cabeza de tal forma que una línea vertical imaginaria pase por el canal de oído hacia el borde exterior del ojo. Siendo esta línea perpendicular a la base del infantómetro. (El ojo del niño debe estar viendo hacia arriba.



- 4) Indíquelo a la madre que detenga la cabeza de su hijo en esa posición hasta que se tome la medida.

22

Técnica para medir longitud

- 5) Verifique que el niño este bien acostado y que no cambie de posición.
- 6) Los hombros deben tocar la base del infantómetro, y su espalda no debe estar arqueada. Dígale a la madre que le informe si el niño se arquea o cambia de posición.
- 7) Presione las rodillas del niño para bajar por completo las piernas y ponerlas rectas. La presión a aplicar debe ser suave para no causarle daño, principalmente si es muy pequeño.
- 8) Continúe presionando las rodillas y coloque el extremo móvil en los pies del menor. Asegúrese que las plantas de los pies estén sobre el extremo móvil y que los dedos pulgares estén hacia arriba.
- 9) Lea la medida del ultimo centímetro y el ultimo milímetro (0.1 centímetro (décima). Esto se refiere a la última línea que usted puede ver.

23

Técnica para medir talla Niños/as mayores de 2 años

Equipo: Tallímetro (una tabla de medición de talla)

Procedimiento:

1. Asegúrese de que el tallímetro este correctamente colocado.
2. Colóquese de rodillas o cuclillas en el suelo para quedar al nivel del polo superior del niño y hacer una correcta medición.
3. Ayude al menor a colocarse en la base del tallímetro, con los pies ligeramente separados.
4. La parte posterior de la cabeza, hombros, trasero, pantorrillas y talones, deben tocar la base vertical del tallímetro.

24


Técnica para medir talla

5. La madre puede apoyarle. Pídale que le detenga las rodillas para ayudar a mantener recto su cuerpo sobre el tallímetro.
6. Pídale que le informe si el niño se mueve y cambia de posición.
7. Coloque la cabeza del niño de tal forma que una línea horizontal imaginaria pase por el canal del oído, hacia el borde externo del ojo. Dicha línea debe ser perpendicular a la tabla vertical del tallímetro.
8. Para mantener la cabeza en esta posición, sosténgale la barbilla entre sus dedos pulgar e índice.
9. Si fuera necesario, presione suavemente el abdomen del niño para ayudarlo a mantenerse recto.

25

Técnica para medir talla

10. Mantenga la posición de la cabeza con una mano, mientras que con la otra mano, baje el extremo movable hasta que tope suavemente con la cabeza y presione el cabello.
11. Lea la medición y anote el dato del ultimo centímetro y el ultimo 0.1 cm completo (décimal).




26

Clasificar el crecimiento y sus alteraciones según los indicadores de crecimiento desde el nacimiento a 5 años.

27

Interpretando Peso para la Edad

Peso para la edad muestra el peso relativo a la edad en comparación con la mediana (línea 0).

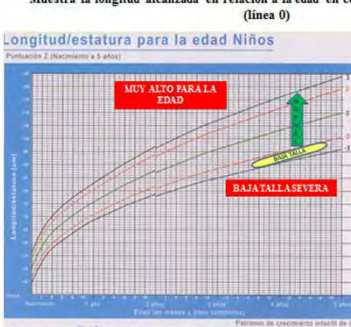


Puntuación Z	Peso para la edad (GLOBAL)
Por encima de 3 Mayor o igual a +2.1	Sospecha de problema de crecimiento
Por encima de 2 De -2.1 a +2	Rango normal
0 (X, mediana) De -1 a +1	Rango normal
Por debajo de -1 De -1.1 a -2	Peso Bajo (Desnutrición global moderada)
Por debajo de -2 De -2.1 a -3	Peso Bajo Severo (Desnutrición Global Severa)
Por debajo de -3 Menor o igual a -3.1	

28

Interpretando Longitud/Talla para la edad

Muestra la longitud alcanzada en relación a la edad en comparación con la mediana (línea 0)



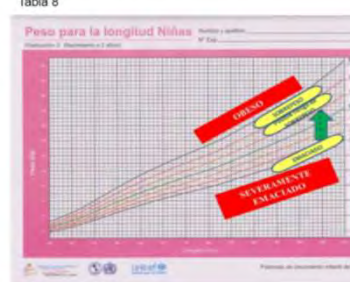
Puntuación Z	Longitud/talla para edad (CRÓNICA)
Por encima de 3 Mayor o igual a +2.1	Muy alto para edad
Por encima de 2 De -2.1 a +2	Rango normal
Por encima de 1 De -1.1 a +1	Rango normal
0 (X, mediana) De -1 a +1	Rango normal
Por debajo de -1 De -1.1 a -2	Rango normal
Por debajo de -2 De -2.1 a -3	Talla Baja (Desnutrición crónica moderada)
Por debajo de -3 Menor o igual a -3.1	Talla Baja Severa (Desnutrición crónica severa)

29

Interpretando Peso para Talla-Longitud (P/TL)

Peso para la longitud muestra el peso relativo a la longitud en comparación con la mediana (línea 0). Ver Tabla 8.

Tabla 8



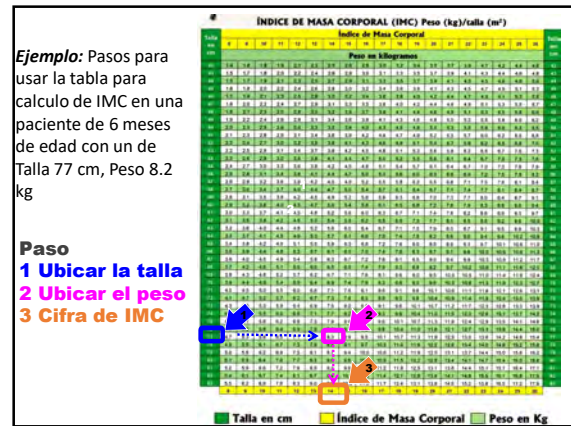
Puntuación Z	Peso para la longitud/talla
Por encima de 3 Mayor o igual a +3.1	Obesidad
Por encima de 2 De +2.1 a +3	Obesidad
Por encima de 1 De +1.1 a +2	Puede riesgo de obesidad
0 (X, mediana) De +1 a -1	Rango normal
Por debajo de -1 De -1.1 a -2	Rango normal
Por debajo de -2 De -2.1 a -3	Emaciado
Por debajo de -3 Menor o igual a -3.1	Emaciado

30

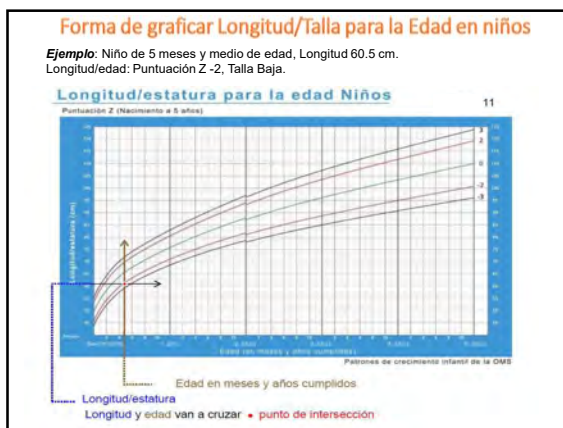
Indicadores de Crecimiento menores de 5 años
INTERPRETACIÓN

Indicadores de Crecimiento menores de 5 años			
INTERPRETACIÓN			
Puntuaciones z	IMC para edad, Peso/talla (AGUDA)	Peso para edad (GLOBAL)	Longitud/talla para edad (CRÓNICA)
Por encima de 3 Mayor o igual a +3.1	Obesidad	Sospecha de problema de crecimiento	Muy alto para edad
Por encima de 2 De +2.1 a +3	Sobrepeso		Rango normal
Por encima de 1 De +1.1 a 2	Posible riesgo de sobrepeso		Rango normal
0 (X, mediana) De +1 a -1	Rango normal	Rango normal	Rango normal
Por debajo de -1 De -1.1 a -2	Rango normal	Rango normal	Rango normal
Por debajo de -2 De -2.1 a -3	Emaciado (Desnutrición aguda moderada)	Peso Bajo (Desnutrición global moderada)	Talla Baja (Desnutrición crónica moderada)
Por debajo de -3 Menor o igual a -3.1	Severamente emaciado (Desnutrición aguda severa)	Peso Bajo Severo (Desnutrición Global Severa)	Talla Baja Severa (Desnutrición crónica severa)

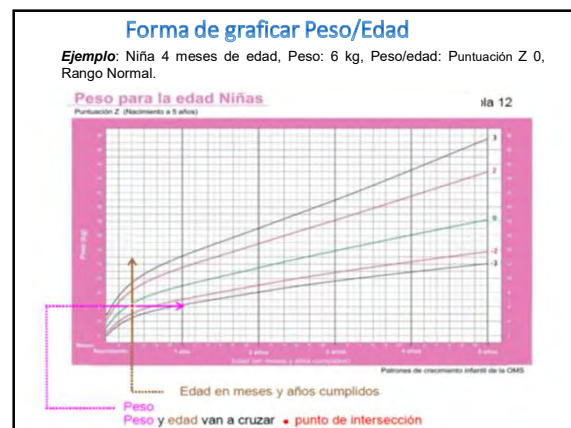
31



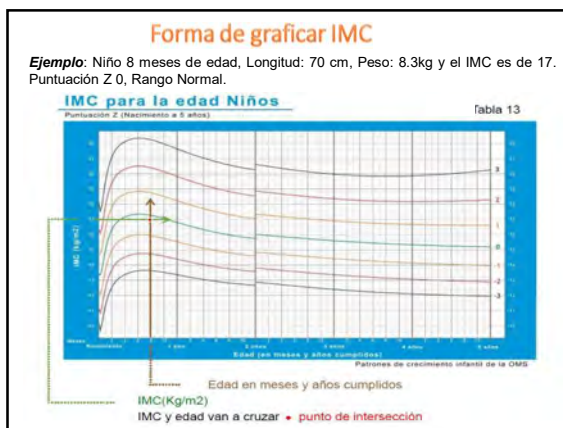
32



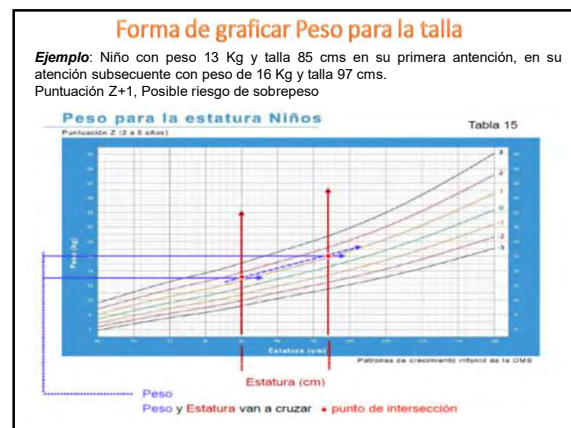
33



34



35



36

Clasificación del estado nutricional: como anotar?

Peso/edad: Puntaciones Z. 0, Rango Normal. **Longitud-talla/edad:** Puntaciones Z. 0, Rango Normal. **Peso/Longitud-talla (IMC):** Puntaciones Z. 0, Rango Norma

IMC 16.4

CONTROL DE CITA PARA VIOLANCIA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA

PERSONA	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE CONSULTA	ESTADO NUTRICIONAL

Toda niña debe tener:

Vacunación	Revisión	Edad en la vacunación
BCG	1	Al nacer
Antigripal	3	2, 4 y 6 meses
Rotavirus	3	2, 4 y 6 meses
Rotavirus	3	2, 4 y 6 meses
Rotavirus	3	2, 4 y 6 meses
MM2	1	A los 9 meses
DPT	(2)	1, 2 y 4 meses
HT	2	1 y 2 años

MINISTERIO DE SALUD
TARJETA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑA

Anotar los resultados de: P/E, L-T/E e IMC en la hoja de AIEPI y tarjeta de vacunación

37

Clasificar la tendencia de crecimiento:

Se clasifica según la tendencia, al unir los puntos que se han marcado en atenciones anteriores y la actual de las graficas: P, L-T/ Edad.

Satisfactoria
la tendencia de la curva de crecimiento es ascendente.

Insatisfactoria
Si en las consultas subsecuentes la curva del crecimiento es descendente.

MINISTERIO DE SALUD
TARJETA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑA

¡GARANTÍA DEL SEGURO Y LA INTEGRIDAD DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS! ¡LA GARANTÍA DE LA INTEGRIDAD DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS, DEBEMOS CUMPLIRLA!

¡GARANTÍA DEL SEGURO Y LA INTEGRIDAD DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS!

¡GARANTÍA DEL SEGURO Y LA INTEGRIDAD DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS!

38

SIGNOS DE PELIGRO
PARA EVALUAR Y CLASIFICAR
LAS ENFERMEDADES PREVALENTES
DE LA INFANCIA

39

AIEPI

Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia

- Signos de peligro
- Signos que implican indicar tratamiento
- Signos que solo implican educación y control en el hogar

MINISTERIO DE SALUD
Presidencia de la Nación
Sistema Nacional de Información

40

AIEPI: Signos de Peligro

- Palidez palmar
- Tiraje
- Convulsión
- Sibilancias
- Quejido
- Estridor
- No puede comer
- Respiración rápida
- Petequias
- Ojos hundidos
- Pliegues cutáneos
- Rigidez de nuca
- etc....

41

AIEPI

Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

- Derivar
- Tratar
- Aconsejar

MINISTERIO DE SALUD
Presidencia de la Nación
Sistema Nacional de Información

42

Llenado de los registros de vigilancia de crecimiento y desarrollo (VPCD)

• Menor de 1 año.

Controles	Primer Control o Captación	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto Control	Quinto Control	Sexto Control
Edad	3 a 7 días de Nacido	2 meses	4 meses	6 meses	8 meses	10 meses

43

Llenado de los registros de vigilancia de crecimiento y desarrollo (VPCD)

1 -5 años

Controles	Primer Control o Captación	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto control
Grupos de EDAD	CONTROLES DE VPCD			
1 AÑO	12 meses	15 meses	18 meses	21 meses
2 AÑOS	24 meses	28 meses	32 meses	
3 AÑOS	36 meses	40 meses	44 meses	
4 AÑOS	50 meses	54 meses	58 meses	
5 años	66 meses	71 meses		

44

OBSERVACIONES

Número de VPCD por años de vida.

< 1 años: control cada 2 meses (6 VPCD)
 1 año: cada 3 meses (4 VPCD)
 2 a < 5 años: cada 4 meses (3 VPCD)
 5 < 6 años: cada 6 meses (2 VPCD)

Citas de seguimiento

- En todo los grupos de edad (< 1 año y grupos de 1 -4 años),si tienen algún factor de riesgo, problemas de salud y/o del desarrollo (desnutridos, talla baja, sobre peso, crecimiento rápido o lento, diarrea, IRA, etc.), los controles de VPCD debe hacerse según CUADROS DE VISITAS DE SEGUIMIENTO.

45



Muchas Gracias

...

Recuerda hacer las cosas BIEN

Por que seras el ejemplo para TUS HIJOS

46

添付資料⑪

母子保健 3 項目補完講習 Power Point 教材

SÍNDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL

DEFINICIONES BASICAS

1. Alteraciones de la presión arterial.

- PAS ≥ 140 mmHg y/o PAD ≥ 90 mmHg, en al menos 2 ocasiones con un intervalo de 4 horas.
- Una sola presión arterial diastólica (PAD) ≥ 110 mmHg
- Una presión arterial media (PAM) ≥ 106 mmHg.



PAM (2 multiplicado por la presión diastólica más la presión sistólica dividido entre tres (2PD+PS/3))

2. Proteinuria

- Excreción urinaria de proteínas es ≥ 300 mg/lit en orina de 24 horas o proteinuria cualitativa con cinta reactiva de 1 cruz (+) o más, en al menos 2 ocasiones con un intervalo de 4 a 6 horas

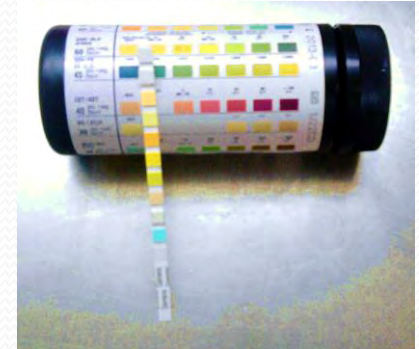
Factores de Alto Riesgo para Preclampsia

- Embarazo Múltiple
- Intervalo intergenésico ≥ 10 años (aumenta riesgo 2.5 veces)*
- Presión arterial sistólica ≥ 130 mmhg , o presión arterial diastólica ≥ 80
- Hipertensión crónica descompensada
- Enfermedad periodontal
- Enfermedad de Vías Urinarias
- IMC mayor de 29 Kg/m^2
- Migraña



DIAGNÓSTICO DEL SHG

1. *Hipertensión.*



2. *Proteinuria.*

El **edema** no es determinante en el diagnóstico; sin embargo considerarlo patológico cuando es generalizado y compromete las extremidades superiores y la cara (anasarca).

También se considera anormal una ganancia de peso mayor a 1 kg/semana.

PRECLAMPSIA

- Síndrome exclusivo del embarazo en pacientes con edad gestacional **mayor o igual a 20 semanas.**
- Tiene una frecuencia de **2% a 15%** del total de embarazos.
- Se divide en dos grupos:
 - **Preeclampsia Moderada.**
 - **Preeclampsia Grave.**

P/E Moderada

P/E Grave

TA \geq 140 / 90mmHg

TA \geq 160/ 110 mmHg

TAM: 106 – 125mmHg

TAM: \geq 126mmHg

Proteína en Cinta: +

Proteína en Cinta: \geq +++

Proteína en

Proteína en

Orina de 24h: 300 mg/L

Orina de 24h: 500 mg/L

No hay daño a órgano blanco.

Hay daño a órgano blanco:

- ✓ Riñón: Oliguria $<$ 500ml en 24h y Creatinina \geq 1.2mg/dl
- ✓ Hígado: elevación de la TGO y TGP en \geq 70Ud
- ✓ Dolor epigástrico o Cuadrante Superior Derecho.
- ✓ SNC: cefalea frontoccipital, visión borrosa, escotomas, tinitus e hiperreflexia. (No Convulsiones)
- ✓ Pulmón: edema agudo y cianosis.
- ✓ Trombocitopenia $<$ 100,000.

ECLAMPSIA

Se define como la ocurrencia de ***convulsiones*** en el embarazo, parto o puerperio en pacientes con preeclampsia y que no son explicadas por otra etiología; **un 16% ocurren hasta 48 horas posteriores al parto.**





Que Hacer?



MANEJO DE LA PREECLAMPSIA MODERADA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

- Reposo relativo.
- Dieta hiperproteica, normosódica, aumento de la ingesta de líquidos.
- Informar a la paciente y la familia acerca de señales de peligro y signos de bienestar fetal.



MANEJO DE LA PREECLAMPSIA MODERADA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

- Indicar Maduración Pulmonar con **Dexametasona 6 mg IM c/12 horas por 4 dosis**, ciclo único en Embarazos entre **24 a 34 semanas y 6/7**.
- **Alfa Metil Dopa (P.O.)** en dosis de 250mg cada 6 u 8 horas.
 - Sin comorbilidad: TA 130 – 155 / 80 - 105 mmHg
 - Con comorbilidad: TA 130 – 139 / 80 - 89 mmHg

No usar: IECA (enalapril, captopril), Bloqueadores de Receptores de Angiotensina (Ibersartan, Losartan) y Diureticos (amilorida, espirinolactona)

MANEJO DE LA PREECLAMPSIA MODERADA

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



- Se deberá evaluar el bienestar fetal: movimientos fetales (**más de 10 en 1 hora**).



Si se identifica alguna alteración materno-fetal refiera a la unidad de salud de mayor resolución.

MANEJO DE LA PREECLAMPSIA MODERADA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

- Vigile **P/A dos veces por semana.**
- Control de **peso materno semanal** y el porcentaje de **incremento de peso.**
- Vigile **proteinuria en cinta reactiva dos veces por semana.** Si **proteína en cinta reactiva ≥ 2 cruces (++)**, remitir al hospital
- Biometría hemática completa, recuento de plaquetas, ácido úrico, creatinina, examen general de orina, tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina, cada 15 días.



MANEJO DE LA PREECLAMPSIA MODERADA

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Si la paciente persiste con P/A diastólica entre 90mmHg y 100 mmHg refiera al hospital.

Si la paciente llega con P/A diastólica ≥ 110 mmHg y sistólica 160 mmHg, proteína en cinta reactiva ≥ 3 cruces (+++) y signos de inminencia de eclampsia, iniciar terapia de preeclampsia grave y referir a la unidad de salud de mayor resolución correspondiente.

MANEJO DE LA PREECLAMPSIA MODERADA

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

- Pacientes con embarazos ≥ 34 semanas, referir a Alto Riesgo Obstétrico del hospital de referencia.
- Fortalecer las acciones que se orientan en el:
 - Plan de Parto (**Consejería sobre señales de peligro, uso de la casa materna y del parto institucional**)
- Censo Gerencial (marcar y garantizar seguimiento por factores de riesgo o por enfermedad activa).

MANEJO DE LA PREECLAMPSIA GRAVE Y LA ECLAMPSIA

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

De presentarse la Preeclampsia grave o la Eclampsia se deberá referir a la unidad hospitalaria con mayor capacidad resolutive, hay que enfatizar en el cumplimiento de las siguientes acciones:

1. Mantener vías aéreas permeables.
2. Brinde condiciones a fin de prevenir traumas y mordedura de la lengua en caso de convulsiones.
3. **Administrar tratamiento antihipertensivo y anticonvulsivante** (ver tratamiento antihipertensivo y anticonvulsivante de la Preeclampsia grave)
4. La paciente deberá ser acompañada de un recurso de salud que pueda atender el caso.

Tratamiento antihipertensivo

Hidralazina 5 mg IV
lentamente cada 15 minutos
hasta que disminuya la presión arterial, (**máximo cuatro dosis: 20 mg**). Dosis de mantenimiento ***Hidralazina 10 mg IM*** cada 4 ó 6 horas según respuesta.

Si no se estabiliza utilizar **Labetalol 10 mg IV**. Si la respuesta con la dosis anterior de Labetalol es inadecuada después de 10 minutos, **administre Labetalol 20 mg IV**, aumente la dosis a **40 mg** y luego a **80 mg** según repuesta, con intervalos de 10 min. entre cada dosis.

- ❖ En casos extremos utilice ***Nifedipina: 10mg*** vía **oral** cada 4 horas para mantener la presión arterial diastólica entre 90 y 100 mmhg.
- ❖ No utilizar la vía sublingual.

MANEJO DE LA PREECLAMPSIA GRAVE Y LA ECLAMPSIA

Tratamiento con Sulfato de Magnesio, esquema de Zuspan

Dosis de carga

4 gr. de *Sulfato de Magnesio* al 10% (4 ampollas) IV diluido en 200 ml de Solución Salina Normal al 0.9% o Ringer. Administrar en infusión continua en 5-15 min.

Dosis de mantenimiento

1gr. por hora IV durante 24 horas después de la última convulsión. Preparar las soluciones de la siguiente forma: para cada 8 horas, diluir 8 gr. de *Sulfato de Magnesio* al 10% en 420 ml de Solución Salina Normal o Ringer y pasarla a 60 microgotas o 20 gotas por minuto.

MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA PREECLAMPSIA

- Administrar a las pacientes de alto riesgo de preeclampsia **suplementos de calcio 1800 mg, iniciando entre las 12 y 16 SE, finaliza 36 semanas.**
- Administrar **100 mg/día de aspirina** antes de acostarse, iniciando entre las 12 y 16 semanas, finaliza a las 36 semanas



Iniciar aspirina y calcio después de las 16 semanas no tienen ningún beneficio ni utilidad clínica

MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA PREECLAMPSIA



- La abstención de alcohol.
- Multivitamínicas que contengan ácido fólico.
- Dejar de fumar.



CONCLUSIONES



Situación de mucho riesgo para la embarazada



Cuando se detecta, se debe vigilar frecuentemente



Los APN deben ser de calidad



El momento del parto debe ser institucional



En los APN promoción de MPF

Muchas gracias





Actividades Básicas durante la Atención Prenatal (Refrescamiento # 1)

Chontales, Zelaya Central

Historia Clínica Perinatal (HCP)

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - MINSA NE

DATOS DE IDENTIFICACIÓN: NOMBRE: Yvian Henríquez Ledezgas, DOMICILIO: Monte Alto, LOCALIDAD: San Pablo 1, TELÉFONO: 82319819, FECHA DE NACIMIENTO: 05.10.89, ESTUDIOS: San Pablo 1

ANTECEDENTES: FAMILIARES: Diabetes, PERSONALES: Diabetes, GINECÓLOGICOS: 01, 02, 03, 04, 05, ULTIMO PREVIO: 19.12.06

GESTACIÓN ACTUAL: PESO ANTERIOR: 74.5, 80.6, 15.6, 04.06.18, EDAD GESTACIONAL: 38 semanas, 03 días, 17 horas

ATENCIÓNES PERINATALES: 23.10.17, 28.11.17, 13.12.17, 07.01.18, 24.01.18, 10.02.18, 12.02.18

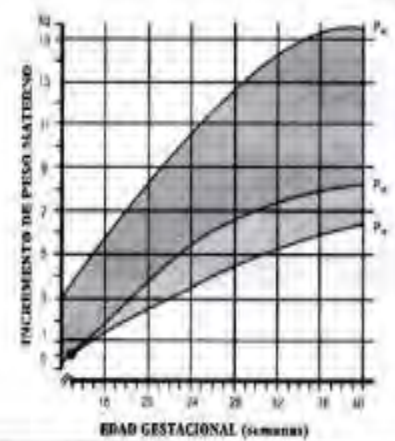
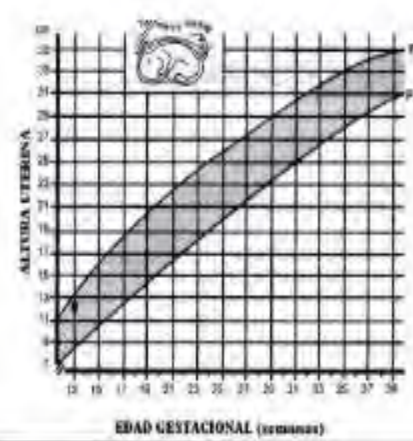
PARTO - ABORTO: FECHA DE PARTO: 08.02.18, HOSPITAL DE EMERGENCIAS, CORTICOIDES: NO, RUPURA PREMATURA DE MEMBRANA: NO, EDAD GEST: 38 semanas, 03 días, 17 horas

RECÉN NACIDO: PESO AL NACER: 3.8 kg, ALCANTARILLAS: NO, PUEPERIO INMEDIATO: NO

EGRESO RN: ALTA AL EGRESO: NO, EGRESO MATERNO: NO

ENFERMEDADES: Diabetes gestacional, Hipertensión arterial, Anemia, etc.

Todas los ítems de la HCP deben llenarse correctamente.



17 febrero 2017

Medicos DT - 23.10.17

Aspectos que se deben registrar e interpretar durante la APN

1. Identificación
2. Antecedentes Familiares, Personales y Obstétricos.
3. Gestación actual:
 - **Peso anterior, talla, IMC.**
 - Examen de mamas
 - Examen odontológico.
 - **Aplicación de DT.**
 - Resultados de exámenes de laboratorio.
 - **Cifras de PA.**
 - Altura de Fondo Uterino.
 - Frecuencia Cardíaca Fetal.
 - **Evaluación y gráfica del estado nutricional.**

Segmento 1. Identificación

Nombre y Apellidos: Anotar los nombres y apellidos como aparece en la cédula de identidad preferiblemente.

Anotar nombre o código del establecimiento de salud donde se realiza la captación.

The image shows a health record form with the following handwritten entries:

- NOMBRE:** Miriam Henríquez Rodríguez
- DOMICILIO:** Monte Alto
- LOCALIDAD:** 3ra casa a mano (D) de la entrada.
- TELEF.:** 82314814
- FECHA DE NACIMIENTO:** 05/01/89
- EDAD (años):** 28
- ETNIA:** mestiza
- ALFA BETA:** si
- ESTUDIOS:** secund. años en el mayor nivel: 3ra
- ESTADO CIVIL:** soltera
- Lugar del control prenatal:** San Pablo 1
- Lugar del parto/aborto:** (empty)
- Identificación:** 12 205018900016

- **Domicilio:** Anotar dirección exacta para efectos de búsqueda activa de inasistentes.
- **Localidad:** Anotar comarca y/ o barrio donde habita la embarazada

Segmento 2. Registro de antecedentes familiares, personales y obstétricos

Registro del segmento de antecedentes familiares personales y obstétricos, deben marcarse sean positivos o negativos.

ANTECEDENTES

FAMILIARES

	no	si
TBC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diabetes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hipertensión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pre-eclampsia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eclampsia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
otros cond. médica grave	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERSONALES

	no	si
cirugía genito-urinaris	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Infertilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cardiopatía	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
retropatía	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
violencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII+	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Desoro

OBSTETRICOS

gestas previas: 01

abortos: 00

vaginales: 00

partos: 00

cesáreas: 1

nacidos vivos: 00

nacidos muertos: 0

viven: 01

ULTIMO PREVIO: normal (checked), <2500g, >4500g

emb. ectópico: 0

3 espont. consecutivos: 0

Antecedentes Múltiples: no (checked), si

FIN ANTERIOR EMBARAZO: día 19, mes 12, año 06

EMBARAZO PLANEADO: no (checked), si

FRACASO METODO ANTICONCEPTIVO: no usaba (checked), barrera, DIU, hormo, emen, natural

Nota: se debe realizar un buen interrogatorio a la embarazada.

Interpretación en el expediente clínico de antecedentes familiares, personales y obstétricos

Incorrecto

Handwritten medical notes on a grid background. The notes are written in blue and red ink. A red rectangular box highlights a section of the text. The text includes: 'nouns = no', 'APP = Neg', 'APF = Neg', 'ABO = 1', 'p = 0', 'c = 1', 'A = 0'. The highlighted section contains: 'sible. no... y unilado. Mamas: Simétricas, no mada, no no' diles ben fezon. Abdomen: Suave, de peshe con puntal audible. con... de cicatriz por cesárea hace 10 años enfri... vertical. G.O.: Acorde a edad y sexo'. To the right of the box, there are circled numbers 10 and 11, and the text 'Examen de urina' and '2/11/17'.

En este caso se describen los antecedentes obstétricos al momento del examen físico.

Correcto

Embarazada de 28 años de edad originaría del área rural de la comarca de Monte Alto que asiste a su primer APN al momento de su interrogatorio para llenar su HCP niega antecedentes familiares, personales y en los obstétricos refiere 1 cesárea anterior, no abortos no nacidos muertos y con intervalo intergénésico largo.

Segmento 3. Gestación Actual: Registro de peso anterior, talla e IMC

Registro de peso previo al embarazo actual.

Registrar el resultado del cálculo del IMC.

Registro del resultado de la medición de la talla a la captación

PESO ANTERIOR	IMC	TALLA (cm)
74.5 kg	30.6	156

Peso: 74.5 kg
IMC: 30.6
Talla: 156 cm

En este segmento se registran todos los datos relacionados con el embarazo actual, que se irán completando en las atenciones o visitas sucesivas.

Interpretación en el expediente clínico del peso anterior, talla e IMC

Incorrecto

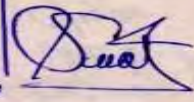
P= 74.5
T= 1.56
IMC= 30.6

personal, refiere qe no estaba gl. embarazada. Hab. P. U
luego se hizo ub el cul indica. embarazo ID
de 34. se hizo el 19/10/17, por lo qe. avide 6 Hub. Hub. Hub.
Para br.

F. dringo
Con
Elocidad
Lejos qey
Cons. dnt.
- VONIC

PLF por evento obstetrico, se
primario 6 meses de vida del BB, se
envian exams BHC, EGO, 6/6, TIPO y RH,
Glicemia, VDRH, Chaga, Toxoto, VITAMINA
Peso consultado informado.

Dx: B6 (C.) + emb 8 5/6 x fer + PIW + leje
gey + Captacion peoz + Obesidad + Abo



No se describe de una forma lógica en el expediente clínico la evaluación e interpretación del estado nutricional de la paciente.

Correcto

Peso: 74.5 kg

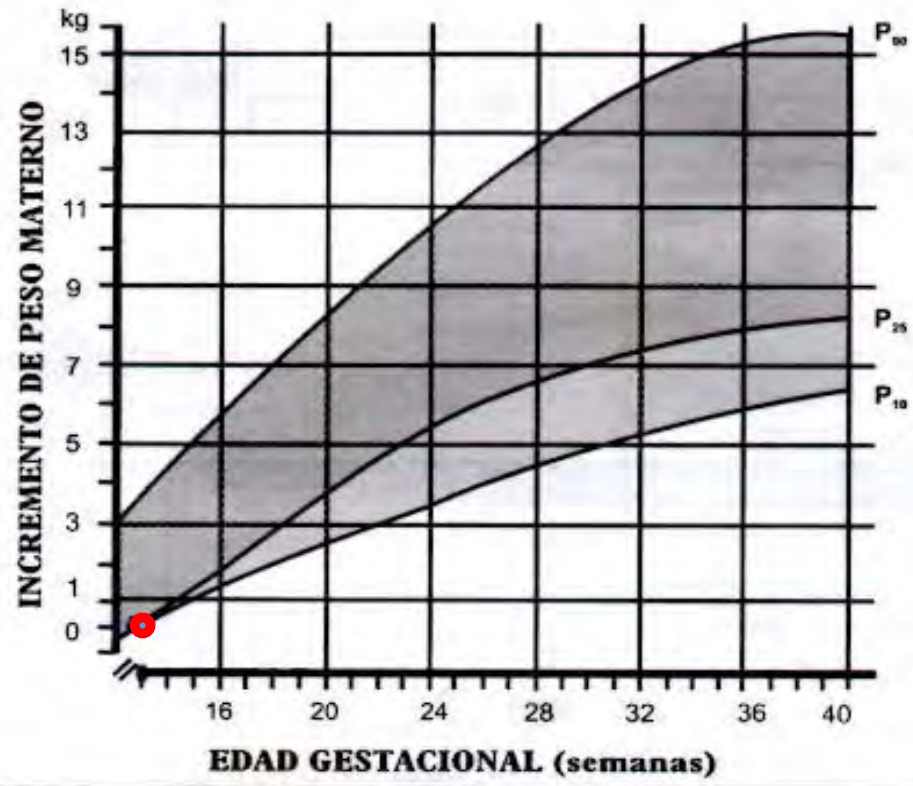
IMC: 30.6

Talla: 156 cm

Paciente que se encuentra con
IMC > 30: obesa, lo cual es un
factor de riesgo para
Preeclampsia.

Evaluación del estado nutricional en base al IPM

MES PRENATALES	FECHA DE NACIMIENTO			edad gest	peso (kg)	PA	altura uterina	presen tación	FCF (lpm)	movim. fatales		
	día	mes	año							no	si	no
	23	10	17	8	074.5	100/70	NA	NA	NA	NA	(-)	
	28	11	17	13 1/2	074.5	100/70	12	NA	NA	NA	(-)	

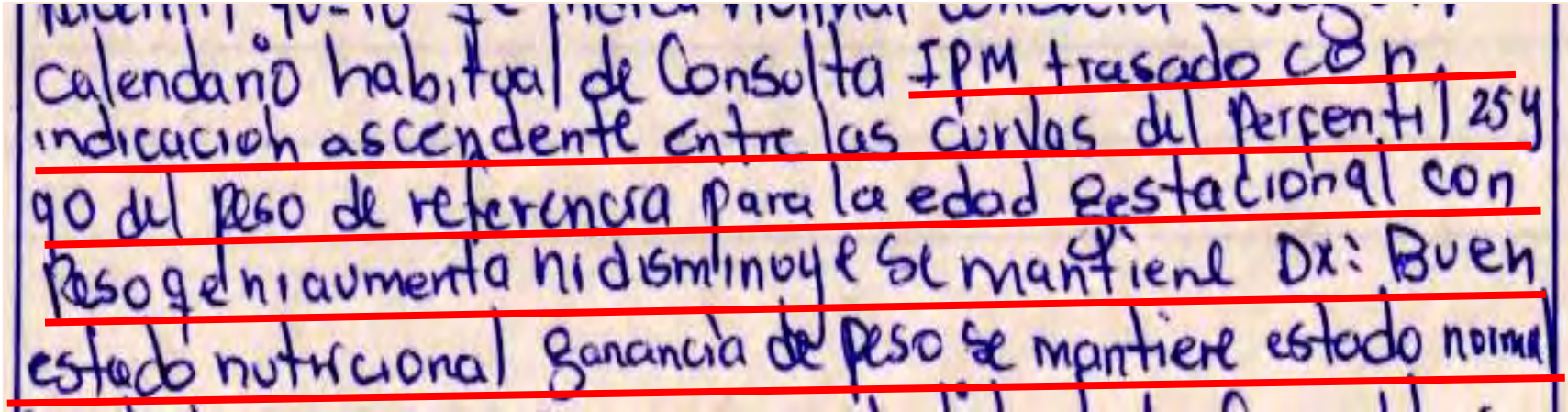


El incremento de peso materno se grafica a partir de las 13 semanas.

- No se conoce el peso pregestacional o captada después de las 12 SG los valores de IPM a utilizar están entre los percentiles 10 y 90.
- Captada en las primeras 12 SG los valores de IPM se encuentran entre los percentiles 25 y 90.

Interpretación en el expediente clínico sobre la evaluación del estado nutricional en base al IPM

Incorrecto



calendario habitual de Consulta IPM trasado con
indicación ascendente entre las curvas del Percentil 25 y
90 del peso de referencia para la edad gestacional con
peso que aumenta ni disminuye se mantiene Dx: Buen
estado nutricional ganancia de peso se mantiene estado normal

Escribir la cifra actual de IPM y comparar con la cifra anterior mencionando el IPM según percentiles y semanas de gestación.

Correcto

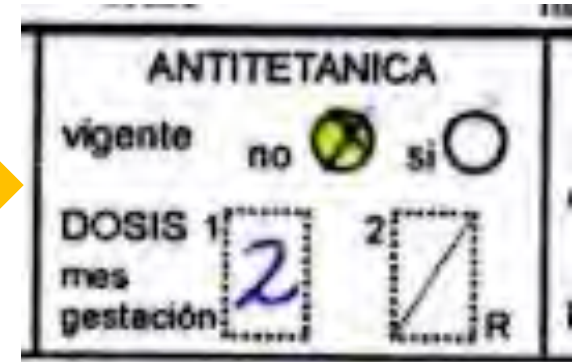
**Al realizar la evaluación del IPM en el 2do APN no se observa ganancia de peso materno.
En la grafica se encuentra sobre línea del percentil 25, lo que puede estar relacionado a que la paciente inicio con obesidad según IMC y que cursa con el 1er trimestre del embarazo.**

Registro de aplicación de Dt

Registro correcto en HCP según esquema vigente

Marcar con una X en NO

- Una paciente con esquema de Vacuna Antitetánica desconocido y sin tarjeta, en su captación de embarazo se le aplicara la 1ra dosis se anota en la HCP.



Formulario de registro de vacunación antitetánica. El formulario tiene el título "ANTITETANICA" y contiene los siguientes campos:

- vigente**: con opciones "no" (marcado con una X) y "si" (marcado con un círculo vacío).
- DOSIS 1**: con un campo "mes gestación" que contiene el número "2" escrito a mano.
- DOSIS 2**: con un campo "mes gestación" que contiene una línea diagonal y la letra "R" a la derecha.

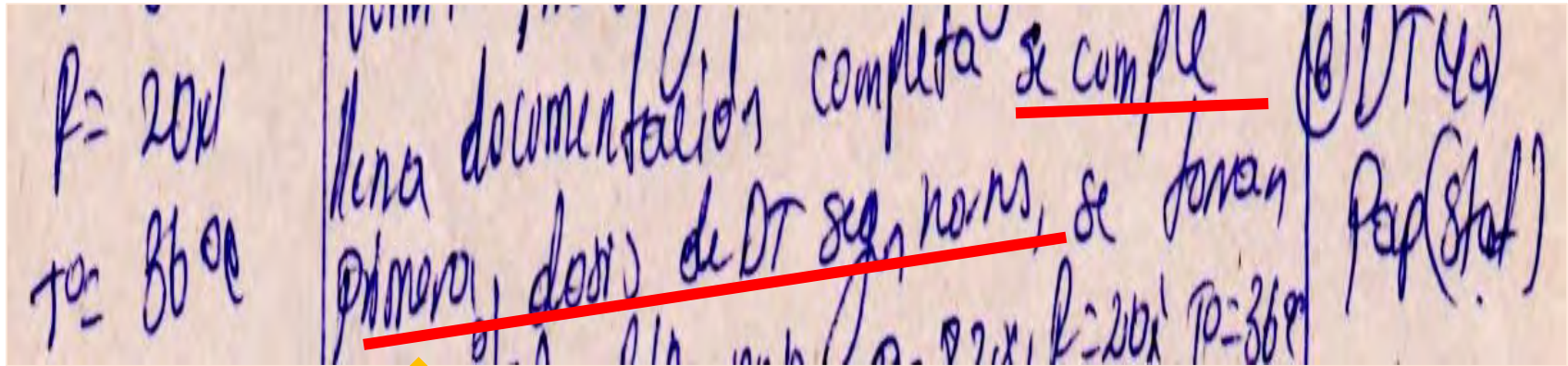
Marcar SI con una X, en caso de las siguientes alternativas:

- Si la embarazada lleva su tarjeta de vacunación con registro de vacuna completo **no se aplica la Dt**
- Cuando un esquema de vacunación es vigente se anota en la HCP como un refuerzo en el mes gestante con lapicero Azul.
- Si ya tiene su esquema respaldado de 6 dosis previas a su embarazo se considera inmunizada.

Interpretación de aplicación de Dt

Interpretación en el expediente clínico

Incorrecto



Handwritten medical note with red lines indicating errors. The text includes: "f= 20x", "T= 86°", "llena documentación completa se comple", "primera dosis de DT seg norm, se toman", "DT (4a)", and "Pap (Stat)".

No se justifica porque se aplica 1ra dosis de Dt.

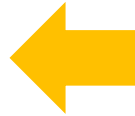
Correcto

Ejemplo:

La paciente no cuenta con evidencia de registro de vacuna DT previa, por lo que se aplica 1ra dosis de DT según norma.

Registro e interpretación del examen de mamas

EX. NORMAL		
	no	si
ODONT.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
MAMAS	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

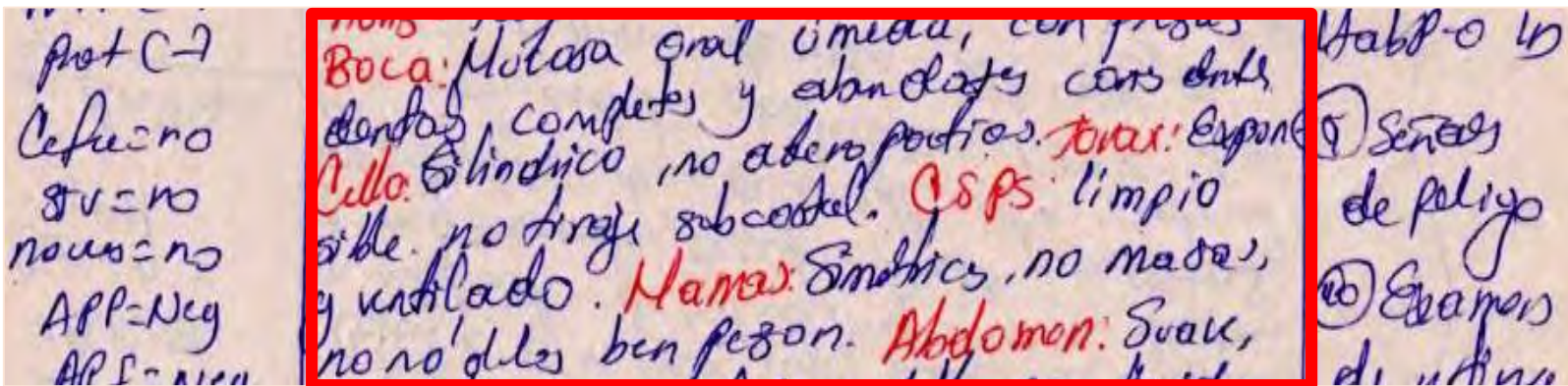


Registro correcto con una “X” en la HCP el resultado del examen de mamas.

Con este examen se busca identificar problemas que puedan afectar la posterior alimentación con leche materna (como pezones invertidos o planos y eventuales patologías tumorales evidentes).

Interpretación en el expediente clínico sobre el resultado del examen de mamas

Incorrecto



Handwritten medical notes in Spanish. The text is written in blue ink on a light-colored background. A red rectangular box highlights a section of the notes. To the left of the box, there are several lines of text: 'Prot C-7', 'Cefu=NO', 'SU=NO', 'nouc=NO', 'APP=Neg', and 'APP=...'. The highlighted section contains the following text: 'Boca: Mucosa oral úmeda, con pocas dentadas, completas y abundantes con dent. Cuello: Cilíndrico, no abert. potros. Tórax: Expon. visible. no tiraje subcostal. O.S.P.S: limpio y ventilado. Mamas: Simétricas, no masas, no nódulos ben pezón. Abdomen: Suave, ...'. To the right of the box, there are more handwritten notes: 'Habd=0 10', 'Senes', 'de pelijo', and 'Examen di utero'.

- Describir en el expediente clínico los resultados de los exámenes de mamas.

Correcto

A la palpación e inspección de las mamas el color y aspecto de la piel es normal, no masas, no nódulos, pezón normal y sin salida de secreciones.

Registro de cifras de Presión Arterial

La PA se debe tomar y registrar desde la captación y en todos los APN, si se encuentra en parámetros normales o con alguna alteración.

ATENCIÓNES PRENATALES	día	mes	año	edad gest.	peso (kg)	PA
	23	10	17	8	07.45	100/70
28	11	17	13 1/2	07.45	100/70	

- Presión diastólica mayor de 90 mmHg + proteinuria es indicativo de **PRECLAMPSIA MODERADA**.
- Presión diastólica igual o mayor a 110 mmHg + proteinuria (+++) es indicativo de **PREECLAMPSIA GRAVE**

Interpretación de cifras de Presión Arterial

Interpretación en el expediente clínico

Incorrecto

Tomada de signos vitales PTA = 100/70 mm/Hg con
Parámetros iguales a los del APN #1 diastólica y sistó-
lica se mantienen ni aumentan ni disminuye FC = 76

Correcto

Escribir la cifra de PA actual y comparar con la cifra anterior mencionando cualquier alteración.

Por ejemplo: Paciente que en sus 2 APN anteriores presentó cifra de PA 100/70 y el día de hoy en su tercer APN su cifra de PA es 100/80, presentando un incremento de 10 mmhg en relación a los 2 APN anteriores.

Registro de exámenes de laboratorio

SERVIX			GRUPO Rh Inmuniz.			TOXOPLASMOSIS			Hb <20 sem		Fe/FOLATOS indicados		Hb ≥20 sem		VIH - Diag - Tratamiento			SIFILIS - Diagnóstico - Tratamiento							
normal	anormal	no se hizo	A	-	+	-	+	no se hizo	<20 sem IgM	≥20 sem IgM	Fe	Folatos	<20 sem	Prueba	TARV	Prueba			Tratamiento				Tto. de la pareja		
insp. visual													sollicitada	resul.	en emb.	no treponémica	treponémica								
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

~~primera 6 meses de vida
envían exams RHC, EGO, 6/6, TIPO y KA
Glicemia, VDRH, Chaga, Toxoto, VIH (SIDA)
Primo consultado informado.~~

Se envían exámenes de laboratorio

Observación: EGO en cinta debe realizarse en cada APN

Interpretación en el expediente clínico de resultado de exámenes de laboratorio

Correcto

Describir en el expediente clínico los resultados de los exámenes de laboratorio:

Grupo Sanguíneo y Rh (A+), BHC: (Hto39% y Hb 13 grs), RPR (no reactor), VIH (no reactor, previo consentimiento informado), GG (-), EGO (normal).

Los resultados antes descritos se encuentran en parámetros normales.

Glicemia pendiente por no haber reactivo actualmente en el laboratorio.

Pendiente que se entregue resultado de Toxotest y Chagas (pero ya se tomó la muestra)

Muchas gracias !!

Familia sana, Comunidad Feliz !!



SÍNDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL

DEFINICIONES BASICAS

1. Alteraciones de la presión arterial.

- PAS \geq 140 mmHg y/o PAD \geq 90 mmHg, en al menos 2 ocasiones con un intervalo de 4 horas.
- Una sola presión arterial diastólica (PAD) \geq 110 mmHg
- Una presión arterial media (PAM) \geq 106 mmHg.



PAM (2 multiplicado por la presión diastólica más la presión sistólica dividido entre tres (2PD+PS/3))

2. Proteinuria

- Excreción urinaria de proteínas es \geq 300 mg/lit en orina de 24 horas o proteinuria cualitativa con cinta reactiva de 1 cruz (+) o más, en al menos 2 ocasiones con un intervalo de 4 a 6 horas

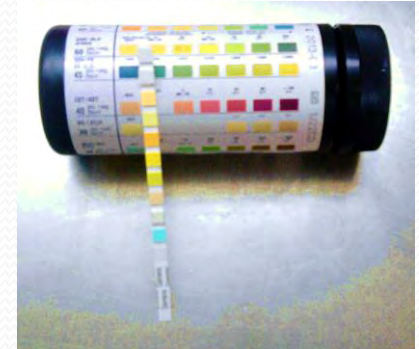
Factores de Alto Riesgo para Preclampsia

- Embarazo Múltiple
- Intervalo intergenésico ≥ 10 años (aumenta riesgo 2.5 veces)*
- Presión arterial sistólica ≥ 130 mmhg , o presión arterial diastólica ≥ 80
- Hipertensión crónica descompensada
- Enfermedad periodontal
- Enfermedad de Vías Urinarias
- IMC mayor de 29 Kg/m^2
- Migraña



DIAGNÓSTICO DEL SHG

1. *Hipertensión.*



2. *Proteinuria.*

El **edema** no es determinante en el diagnóstico; sin embargo considerarlo patológico cuando es generalizado y compromete las extremidades superiores y la cara (anasarca).

También se considera anormal una ganancia de peso mayor a 1 kg/semana.

PRECLAMPSIA

- Síndrome exclusivo del embarazo en pacientes con edad gestacional **mayor o igual a 20 semanas.**
- Tiene una frecuencia de **2% a 15%** del total de embarazos.
- Se divide en dos grupos:
 - **Preeclampsia Moderada.**
 - **Preeclampsia Grave.**

P/E Moderada

P/E Grave

TA \geq 140 / 90mmHg

TA \geq 160/ 110 mmHg

TAM: 106 – 125mmHg

TAM: \geq 126mmHg

Proteína en Cinta: +

Proteína en Cinta: \geq +++

Proteína en

Proteína en

Orina de 24h: 300 mg/L

Orina de 24h: 500 mg/L

No hay daño a órgano blanco.

Hay daño a órgano blanco:

- ✓ Riñón: Oliguria $<$ 500ml en 24h y Creatinina \geq 1.2mg/dl
- ✓ Hígado: elevación de la TGO y TGP en \geq 70Ud
- ✓ Dolor epigástrico o Cuadrante Superior Derecho.
- ✓ SNC: cefalea frontoccipital, visión borrosa, escotomas, tinitus e hiperreflexia. (No Convulsiones)
- ✓ Pulmón: edema agudo y cianosis.
- ✓ Trombocitopenia $<$ 100,000.

ECLAMPSIA

Se define como la ocurrencia de ***convulsiones*** en el embarazo, parto o puerperio en pacientes con preeclampsia y que no son explicadas por otra etiología; **un 16% ocurren hasta 48 horas posteriores al parto.**





Que Hacer?



MANEJO DE LA PREECLAMPSIA MODERADA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



- Reposo relativo.
- Dieta hiperproteica, normosódica, aumento de la ingesta de líquidos.
- Informar a la paciente y la familia acerca de señales de peligro y signos de bienestar fetal.

MANEJO DE LA PREECLAMPSIA MODERADA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

- Indicar Maduración Pulmonar con **Dexametasona 6 mg IM c/12 horas por 4 dosis**, ciclo único en Embarazos entre **24 a 34 semanas y 6/7**.
- **Alfa Metil Dopa (P.O.)** en dosis de 250mg cada 6 u 8 horas.
 - Sin comorbilidad: TA 130 – 155 / 80 - 105 mmHg
 - Con comorbilidad: TA 130 – 139 / 80 - 89 mmHg

No usar: IECA (enalapril, captopril), Bloqueadores de Receptores de Angiotensina (Ibersartan, Losartan) y Diureticos (amilorida, espirinolactona)

MANEJO DE LA PREECLAMPSIA MODERADA

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



- Se deberá evaluar el bienestar fetal: movimientos fetales (**más de 10 en 1 hora**).



Si se identifica alguna alteración materno-fetal refiera a la unidad de salud de mayor resolución.

MANEJO DE LA PREECLAMPSIA MODERADA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

- Vigile **P/A dos veces por semana.**
- Control de **peso materno semanal** y el porcentaje de **incremento de peso.**
- Vigile **proteinuria en cinta reactiva dos veces por semana.** Si **proteína en cinta reactiva ≥ 2 cruces (++)**, remitir al hospital
- Biometría hemática completa, recuento de plaquetas, ácido úrico, creatinina, examen general de orina, tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina, cada 15 días.



MANEJO DE LA PREECLAMPSIA MODERADA

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Si la paciente persiste con P/A diastólica entre 90mmHg y 100 mmHg refiera al hospital.

Si la paciente llega con P/A diastólica ≥ 110 mmHg y sistólica 160 mmHg, proteína en cinta reactiva ≥ 3 cruces (+++) y signos de inminencia de eclampsia, iniciar terapia de preeclampsia grave y referir a la unidad de salud de mayor resolución correspondiente.

MANEJO DE LA PREECLAMPSIA MODERADA

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

- Pacientes con embarazos ≥ 34 semanas, referir a Alto Riesgo Obstétrico del hospital de referencia.
- Fortalecer las acciones que se orientan en el:
 - Plan de Parto (**Consejería sobre señales de peligro, uso de la casa materna y del parto institucional**)
- Censo Gerencial (marcar y garantizar seguimiento por factores de riesgo o por enfermedad activa).

MANEJO DE LA PREECLAMPSIA GRAVE Y LA ECLAMPSIA

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

De presentarse la Preeclampsia grave o la Eclampsia se deberá referir a la unidad hospitalaria con mayor capacidad resolutive, hay que enfatizar en el cumplimiento de las siguientes acciones:

1. Mantener vías aéreas permeables.
2. Brinde condiciones a fin de prevenir traumas y mordedura de la lengua en caso de convulsiones.
3. **Administrar tratamiento antihipertensivo y anticonvulsivante** (ver tratamiento antihipertensivo y anticonvulsivante de la Preeclampsia grave)
4. La paciente deberá ser acompañada de un recurso de salud que pueda atender el caso.

Tratamiento antihipertensivo

Hidralazina 5 mg IV
lentamente cada 15 minutos
hasta que disminuya la presión arterial, (**máximo cuatro dosis: 20 mg**). Dosis de mantenimiento ***Hidralazina 10 mg IM*** cada 4 ó 6 horas según respuesta.

Si no se estabiliza utilizar **Labetalol 10 mg IV**. Si la respuesta con la dosis anterior de Labetalol es inadecuada después de 10 minutos, **administre Labetalol 20 mg IV**, aumente la dosis a **40 mg** y luego a **80 mg** según repuesta, con intervalos de 10 min. entre cada dosis.

- ❖ En casos extremos utilice ***Nifedipina: 10mg*** vía **oral** cada 4 horas para mantener la presión arterial diastólica entre 90 y 100 mmhg.
- ❖ No utilizar la vía sublingual.

MANEJO DE LA PREECLAMPSIA GRAVE Y LA ECLAMPSIA

Tratamiento con Sulfato de Magnesio, esquema de Zuspan

Dosis de carga

4 gr. de *Sulfato de Magnesio* al 10% (4 ampollas) IV diluido en 200 ml de Solución Salina Normal al 0.9% o Ringer. Administrar en infusión continua en 5-15 min.

Dosis de mantenimiento

1gr. por hora IV durante 24 horas después de la última convulsión. Preparar las soluciones de la siguiente forma: para cada 8 horas, diluir 8 gr. de *Sulfato de Magnesio* al 10% en 420 ml de Solución Salina Normal o Ringer y pasarla a 60 microgotas o 20 gotas por minuto.

MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA PREECLAMPSIA

- Administrar a las pacientes de alto riesgo de preeclampsia **suplementos de calcio 1800 mg, iniciando entre las 12 y 16 SE, finaliza 36 semanas.**
- Administrar **100 mg/día de aspirina** antes de acostarse, iniciando entre las 12 y 16 semanas, finaliza a las 36 semanas



Iniciar aspirina y calcio después de las 16 semanas no tienen ningún beneficio ni utilidad clínica

MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA PREECLAMPSIA



- La abstención de alcohol.
- Multivitamínicas que contengan ácido fólico.
- Dejar de fumar.



CONCLUSIONES



Situación de mucho riesgo para la embarazada



Cuando se detecta, se debe vigilar frecuentemente



Los APN deben ser de calidad



El momento del parto debe ser institucional



En los APN promoción de MPF

Muchas gracias



添付資料⑮

レファラル・カウンターレファラル
業務フロー図（2019年2月改定版）

コミュニティーネットワーク 省令068 様式3 記入

- 報告
- ファーストエイド
- 患者搬送調整 (緊急搬送委員会)
- レファラル様式3 記入

保健の家、保健ポストもしくは保健センター 省令068 様式 1.A 記入 (CSF: コピー2枚、病院: コピー 3枚)

ES AFC メンバー (医療従事者):

- レファラル用紙を受取り、記録簿様式2に記入する
- 診察、救急処置
- レファラル先医療施設へ報告
- 患者の家族への説明
- 搬送手段を支所もしくはコミュニティーと調整
- 患者搬送の同行

支所 ---

支所メンバーの役目:

- 患者搬送車両の確保
- ES AFC, SILAIS、病院間の調整
- 的確な搬送同行人材の選択

SILAIS ---

救急搬送監視係:

- 搬送先病院、SILAIS責任者へ連絡
- 搬送中の患者モニタリング
- 必要物品の提供

アスンシオン地域病院

救急外来・責任者:

- 病院管理者および救急外来医療スタッフへ報告
- 患者受け入れ準備

病院管理者:

- 必要物品の確保・保障
- 救急搬送専門医チームの確保
- SILAISへ搬送患者の経過報告

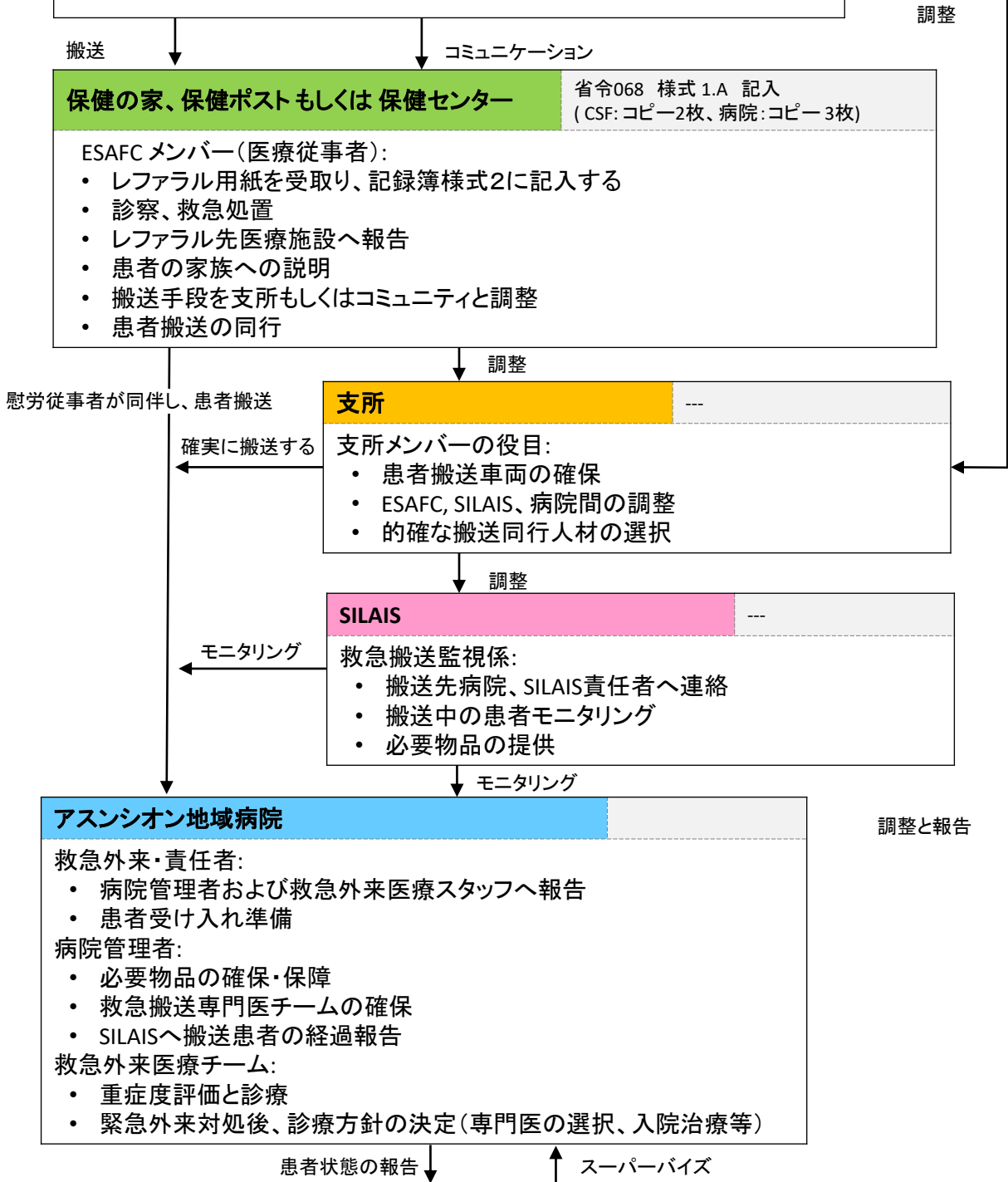
救急外来医療チーム:

- 重症度評価と診療
- 緊急外来対処後、診療方針の決定 (専門医の選択、入院治療等)

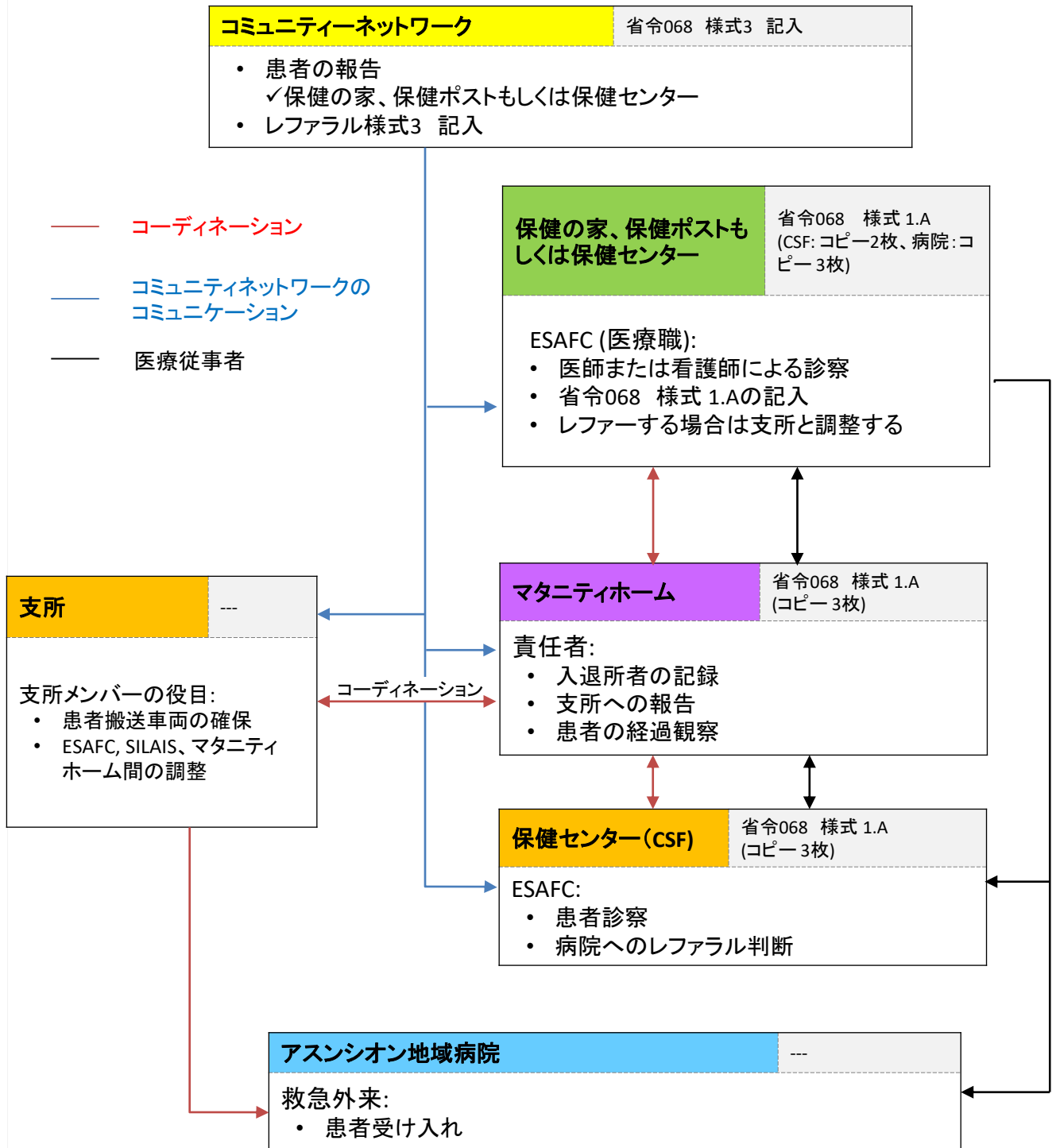
SILAIS ---

運営管理チーム:

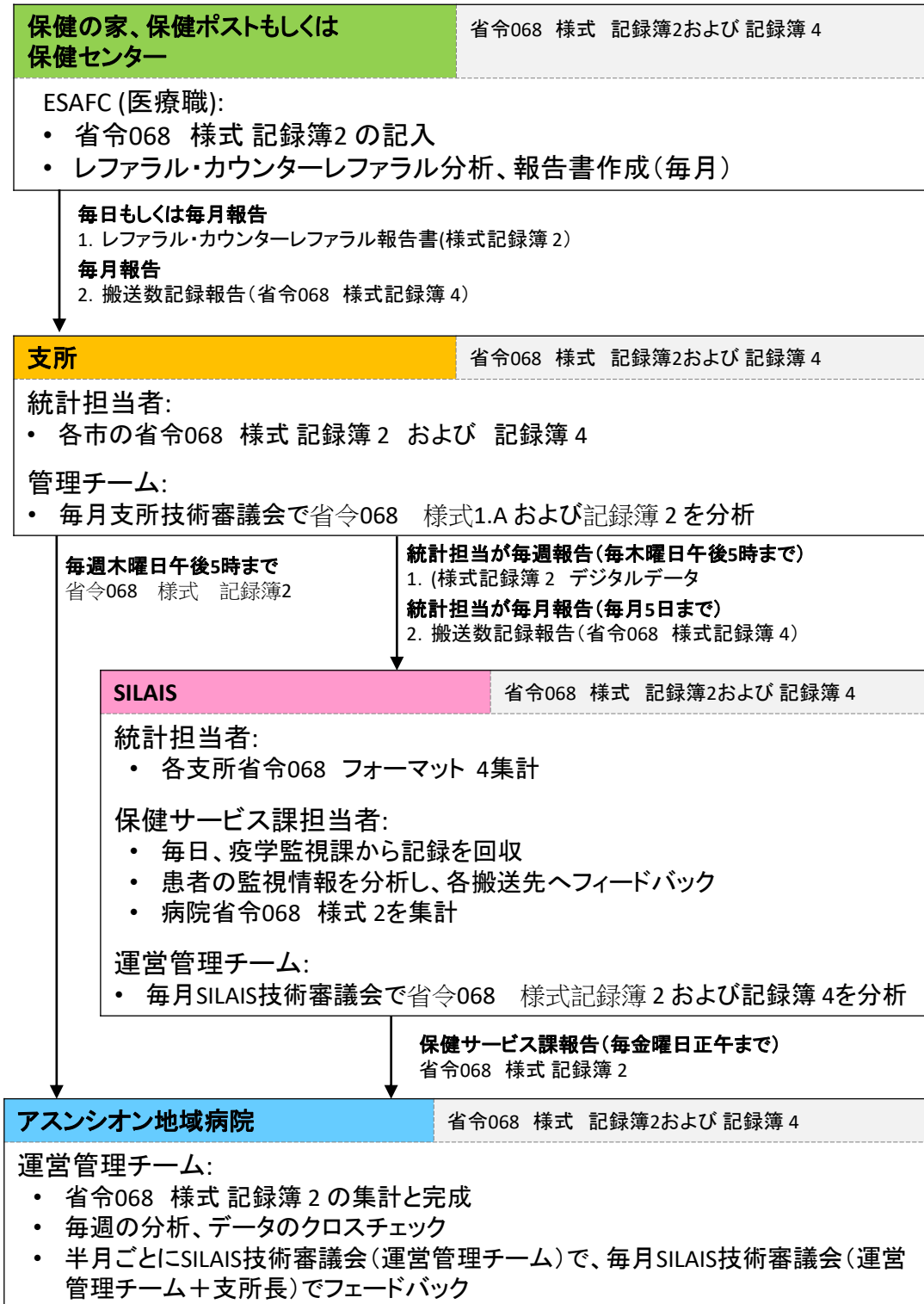
- 患者の経過をモニタリング
- 患者の経過を上部署へ報告
- 支所へ患者の経過報告



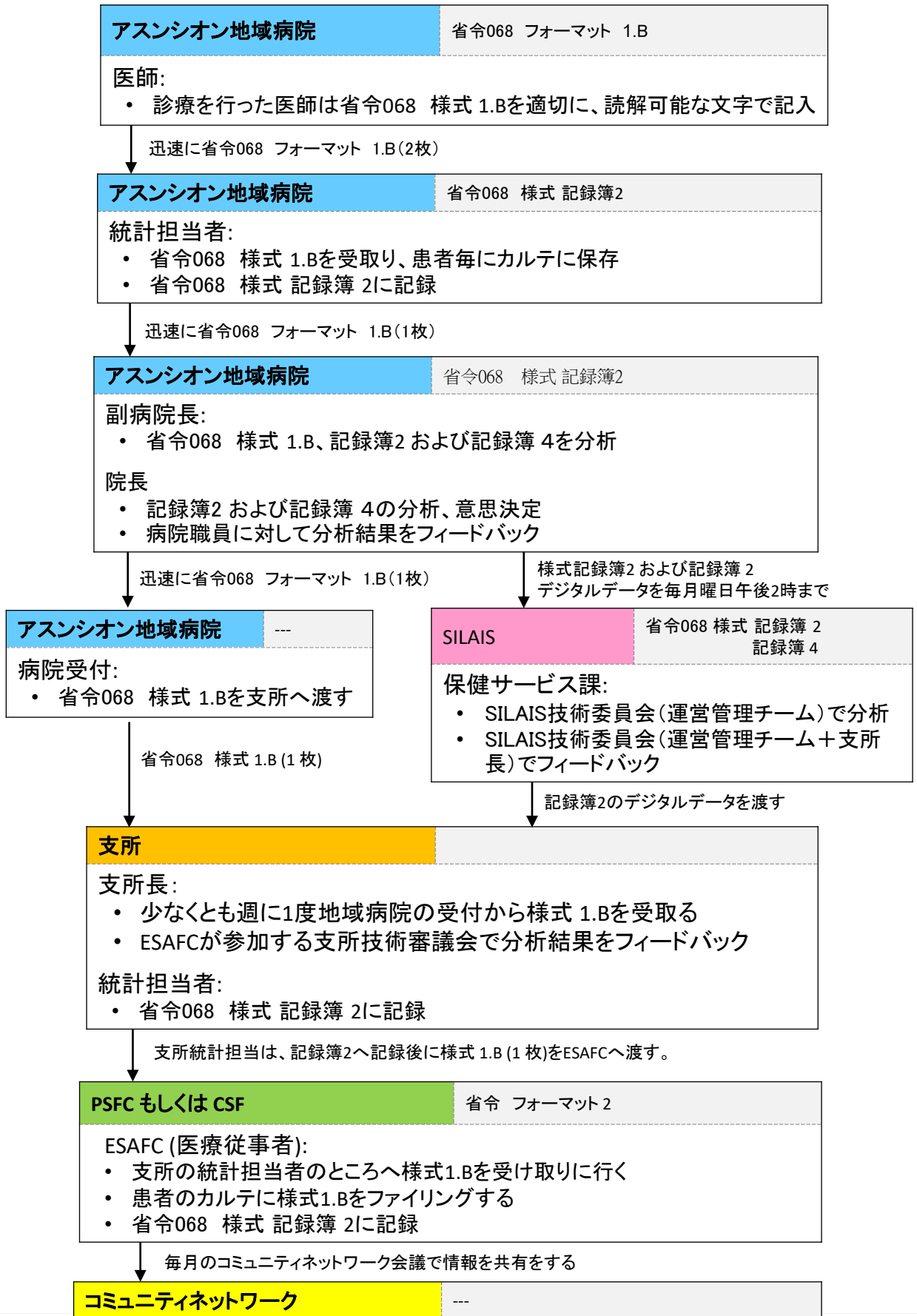
業務フロー図 2: 救急搬送以外の患者レファラル (SILAIS チョンタレス)



業務フロー図 3: レファラル記録 業務フォロー (SILAIS チョンタレス)



業務フロー図 4: **カウンターレファラル記録業務フォロー** (SILAIS チョントレス)



アスンシオン地域病院

省令068 フォーマット 1.B

医師:

- ・ 診療を行った医師は省令068 様式 1.Bを適切に、読解可能な文字で記入

迅速に省令068 フォーマット 1.B(2枚)

アスンシオン地域病院

省令068 様式 記録簿2

統計担当者:

- ・ 省令068 様式 1.Bを受取り、患者毎にカルテに保存
- ・ 省令068 様式 記録簿 2に記録

迅速に省令068 フォーマット 1.B(1枚)

アスンシオン地域病院

省令068 様式 記録簿2

副病院長:

- ・ 省令068 様式 1.B、記録簿2 および記録簿 4を分析

院長

- ・ 記録簿2 および記録簿 4の分析、意思決定
- ・ 病院職員に対して分析結果をフィードバック

迅速に省令068 フォーマット 1.B(1枚)

様式記録簿2 および記録簿 2
デジタルデータを毎月曜日午後2時まで

アスンシオン地域病院

病院受付:

- ・ 省令068 様式 1.Bを支所へ渡す

省令068 様式 1.B(1枚)

SILAIS

省令068 様式 記録簿 2
記録簿 4

保健サービス課:

- ・ SILAIS技術委員会(運営管理チーム)で分析
- ・ SILAIS技術委員会(運営管理チーム+支所長)でフィードバック

記録簿2のデジタルデータを渡す

支所

支所長:

- ・ 少なくとも週に1度地域病院の受付から様式 1.Bを受取る
- ・ ESAFCが参加する支所技術審議会で分析結果をフィードバック

統計担当者:

- ・ 省令068 様式 記録簿 2に記録

支所統計担当は、記録簿2へ記録後に様式 1.B(1枚)をES AFCへ渡す。

PSFC もしくは CSF

省令 フォーマット 2

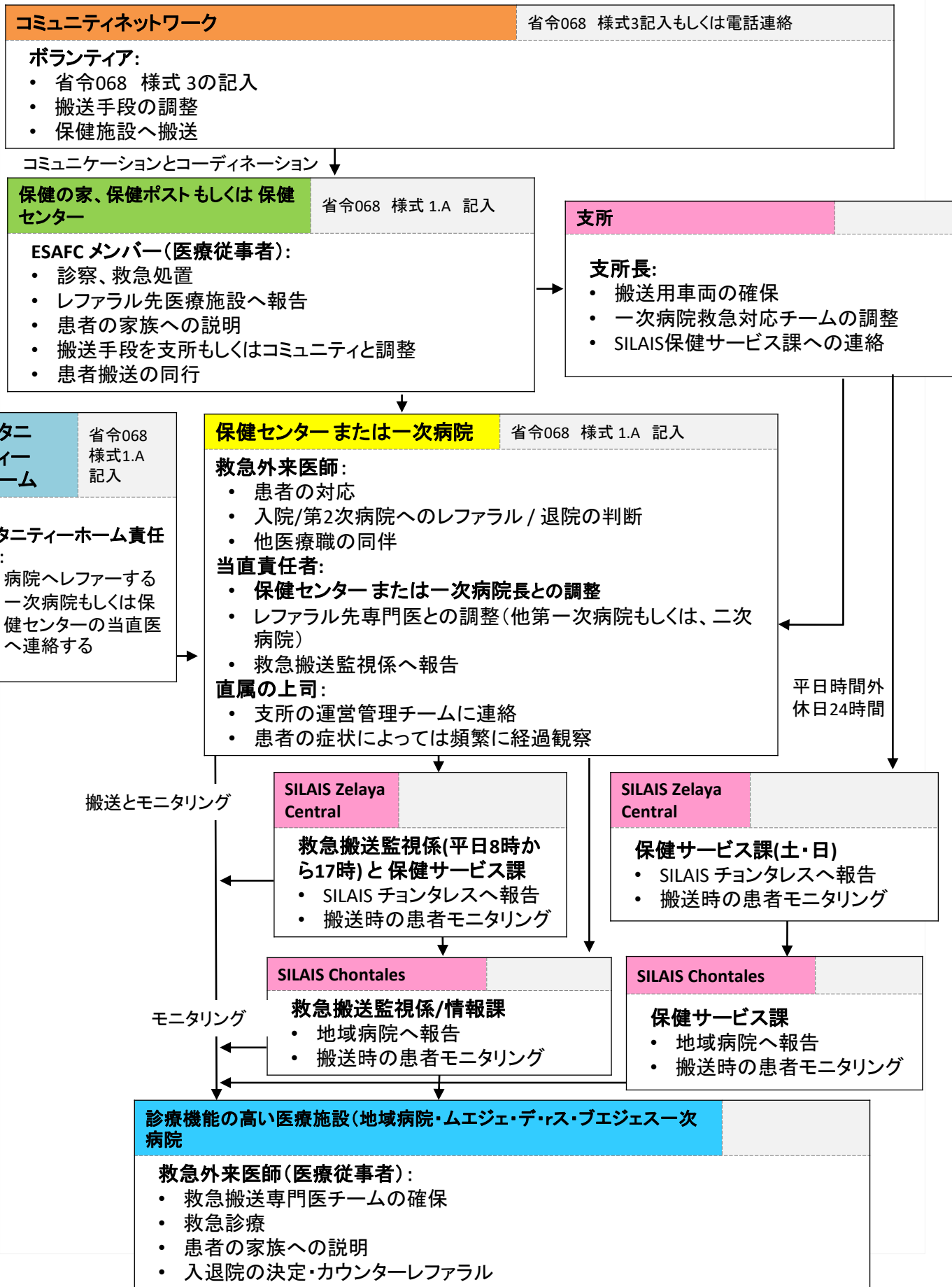
ES AFC (医療従事者):

- ・ 支所の統計担当者のところへ様式1.Bを受け取りに行く
- ・ 患者のカルテに様式1.Bをファイリングする
- ・ 省令068 様式 記録簿 2に記録

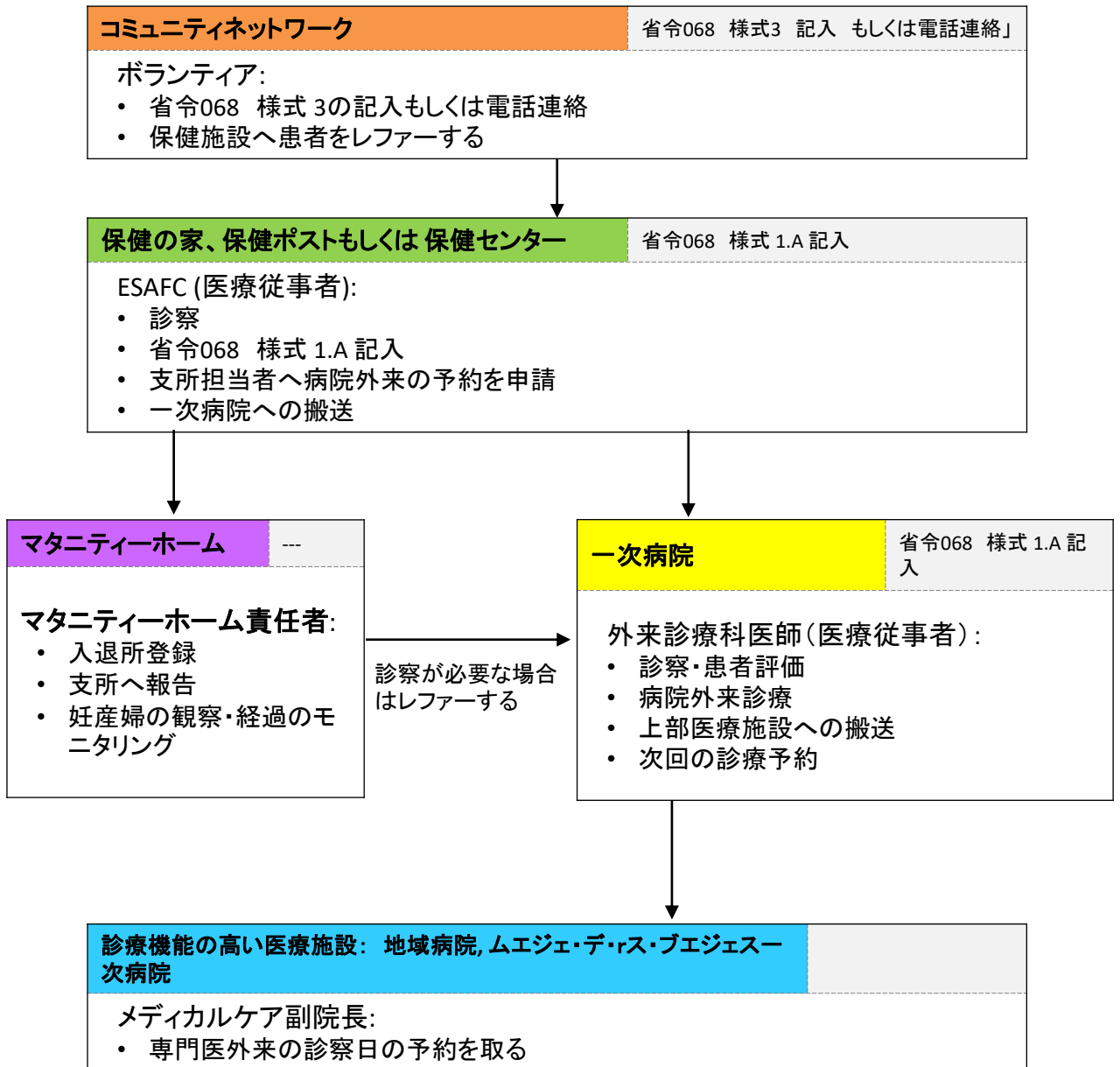
毎月のコミュニティネットワーク会議で情報を共有をする

コミュニティネットワーク

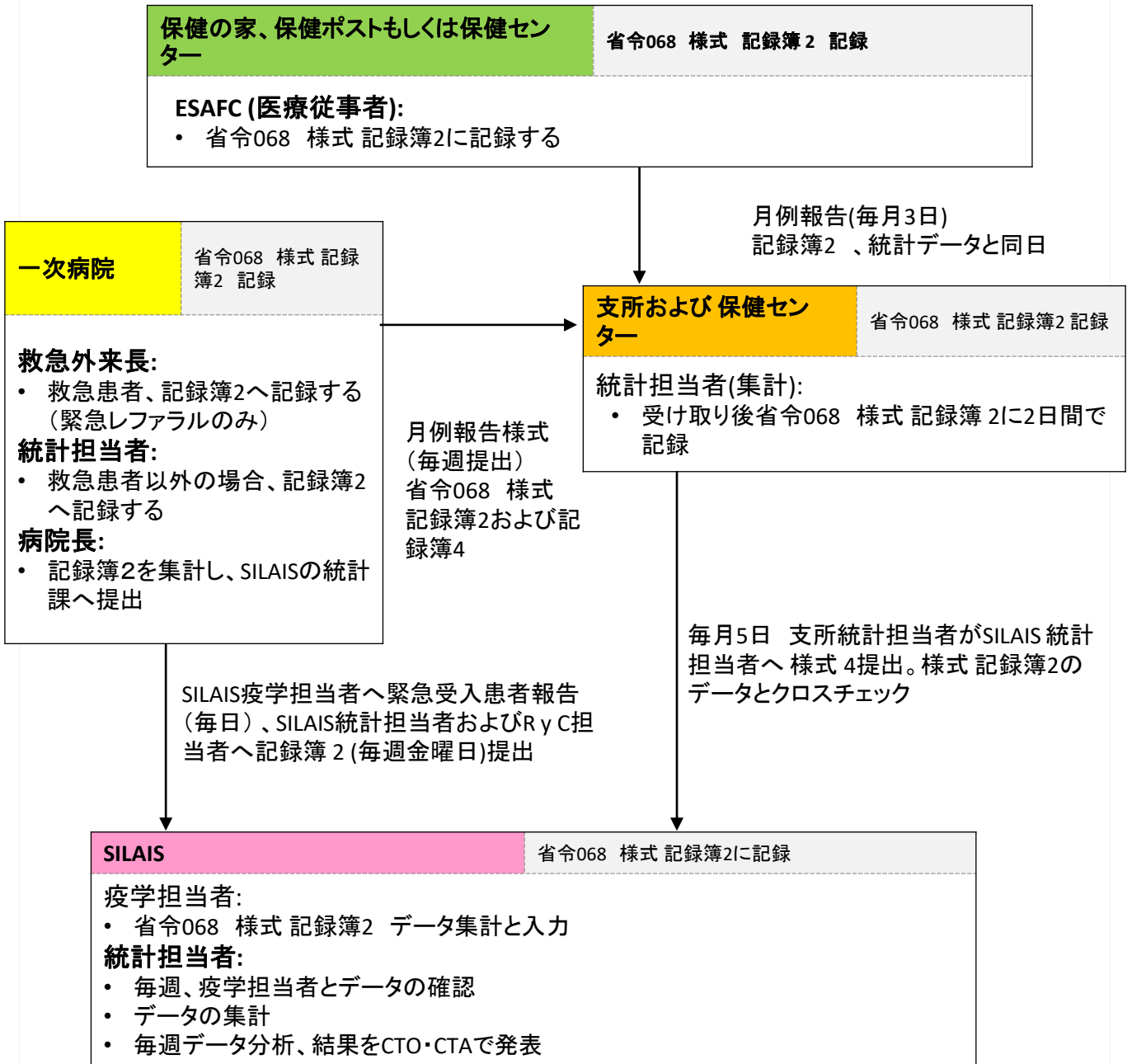
業務フロー図 1: 救急搬送レファラル (SILAIS セラヤ・セントラル)



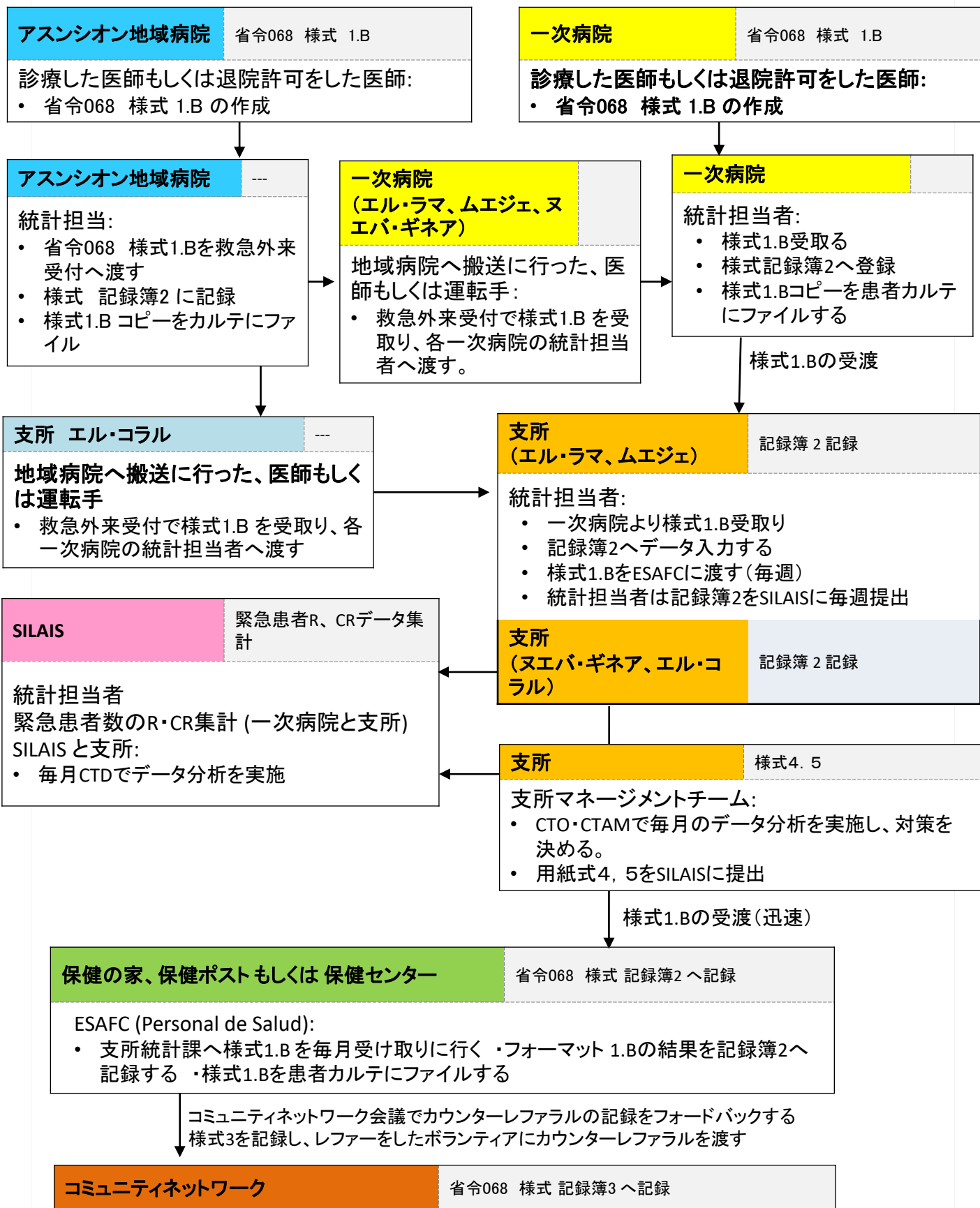
業務フロー図 2: 救急搬送以外の患者レファラル (SILAIS セラヤ・セントラル)



業務フロー図 3: レファラル記録業務フロー (SILAIS セラヤ・セントラル)



業務フロー図 4: カウンターレファラル記録業務フォロー (SILAIS チョントレス)



アスンシオン地域病院

省令068 様式 1.B

診療した医師もしくは退院許可をした医師:

- ・ 省令068 様式 1.B の作成

アスンシオン地域病院

統計担当:

- ・ 省令068 様式1.Bを救急外来受付へ渡す
- ・ 様式 記録簿2に記録
- ・ 様式1.B コピーをカルテにファイル

一次病院

(エル・ラマ、ムエジェ、ヌエバ・ギネア)

地域病院へ搬送に行った、医師もしくは運転手:

- ・ 救急外来受付で様式1.Bを受取り、各一次病院の統計担当者へ渡す。

一次病院

統計担当者:

- ・ 様式1.B受取る
- ・ 様式記録簿2へ登録
- ・ 様式1.Bコピーを患者カルテにファイルする

様式1.Bの受渡

支所 エル・コラル

地域病院へ搬送に行った、医師もしくは運転手

- ・ 救急外来受付で様式1.Bを受取り、各一次病院の統計担当者へ渡す

支所

(エル・ラマ、ムエジェ)

記録簿 2 記録

統計担当者:

- ・ 一次病院より様式1.B受取り
- ・ 記録簿2へデータ入力する
- ・ 様式1.BをES AFCに渡す(毎週)
- ・ 統計担当者は記録簿2をSILAISに毎週提出

SILAIS

緊急患者R、CRデータ集計

統計担当者

緊急患者数のR・CR集計 (一次病院と支所)

SILAISと支所:

- ・ 毎月CTDでデータ分析を実施

支所

(ヌエバ・ギネア、エル・コラル)

記録簿 2 記録

支所

様式4. 5

支所マネジメントチーム:

- ・ CTO・CTAMで毎月のデータ分析を実施し、対策を決める。
- ・ 用紙式4, 5をSILAISに提出

様式1.Bの受渡(迅速)

保健の家、保健ポストもしくは 保健センター

省令068 様式 記録簿2 へ記録

ES AFC (Personal de Salud):

- ・ 支所統計課へ様式1.Bを毎月受け取りに行く ・フォーマット 1.Bの結果を記録簿2へ記録する ・様式1.Bを患者カルテにファイルする

コミュニティネットワーク会議でカウンターレファラルの記録をフォードバックする
様式3を記録し、レファールをしたボランティアにカウンターレファラルを渡す

コミュニティネットワーク

省令068 様式 記録簿3 へ記録

添付資料①⑥

国際フォーラム計画書
グループワーク成果品



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

40
2019

Aquí nos ilumina,
un Sol que no declina
El Sol que alumbra
las nuevas victorias

RUBÉN DARÍO

ニカラグア保健省

2019 年 家庭地域保健国際フォーラム



1. 家庭地域保健国際フォーラム開催の背景

1978年にアルマ・アタで合意されたプライマリ・ヘルス・ケア(PHC)は、2018年10月25・26日に、アスタナ(カザフスタン共和国)で開催された国際会議で40周年を祝った。この会議では、国家・政府首脳、大臣および代表が出席し、アルマ・アタからユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)と持続可能な開発目標(SDGs)をめざし、1978年の前進的かつ先見性のある「アルマ・アタ宣言」と「2030年の持続可能な発展のためのアジェンダ」に示されたコミットメントを再確認した。

アスタナ宣言は、以下のとおりであった。

- ① いかなる区別をせず、すべての人間が持つ健康基準を享受する権利。
- ② PHCを強化することは、人々の身体的および精神的健康、ならびに社会福祉を高める最も包括的かつ効果的かつ効率的なアプローチ。
- ③ ヘルスプロモーション、予防、治療、リハビリテーションおよび緩和ケアは、すべての人が利用可能でなければならない。
- ④ あらゆる分野にわたる健康のための大胆な政治的選択を行う。
- ⑤ 持続可能なPHCを構築する。
- ⑥ 個人と地域社会に権限を与える。
- ⑦ 利害関係者の支持を国の政策、戦略、計画と整合させる。

2005年に、家庭地域の健康増進を目指したPHCの強化について、「モンテビデオ宣言」で提唱された。2016年から貧困の根絶し、地球の保護し、すべての人々の繁栄を目指すための「持続可能な開発目標(SDGs)」が設定された。これらの目標の下、各国は地域の健康状況を改善するために、それぞれのニーズと能力に応じて、行動計画を作成した。

JICAは、他援助機関と連携し、中南米保健国際フォーラムを開催し、中南米諸国と共通する保健課題のために、協働して対処できる課題やドナー間連携の効率性などについて、議論を重ねてきた。2015年9月にパラグアイで実施された「国際プライマリーヘルスケア会議」では、ポスト2015年保健開発アジェンダとしてUHCの達成が新たな目標になってきている中で、PHCの理念に基づく地域ネットワークの構築・強化の意義と重要性を再確認した。2016年11月にドミニカ共和国で開催した「ラテンアメリカ国際保健医療フォーラム」においては、SDGsがもたらす新たな課題へPHCを強化するために開発された行動を共有する機会となった。これらのフォーラムでは、各国のPHC活動の取り組みに違いがあることが明らかとなった。

2019年3月28・29日にJICAが保健省と共催する「家庭地域保健国際フォーラム」では、持続可能な保健システム、健康のための住民参加、課題に対する好事例などをテーマとしている。共通課題に取り組んだ効果や好事例について、PAHO等国際機関の関係者も巻き込んで闊達な議論を行う好機ととらえている。PHC活動は、医療従事者と住民がともに地域で効果的に展開され、非感染性疾患(NDA)を含むすべての疾患の予防と早期治療・回復につながるよう促進する。ラテンアメリカ各国のPHC活動の進捗に違いがあるものの、NDAや保健財政の増加など、ひっ迫する公衆衛生上の共通の問題に対して、戦略的に取り組む必要がある。

2. 目的

PHC と SDGs の焦点に基づいて、地域の国々で実施されている好事例の対話と交流を促進し、SDGs の目標達成に向けて、現状の活動を分析し、ユニバーサルヘルスに対する行動計画の構築に貢献する。

3. テーマとキャッチコピー

テーマ： 持続可能な開発目標を達成するための家庭地域保健・PHC。

キャッチコピー： 「家族の健康は、コミュニティの幸せ」

4. 開催時期

2019 年 3 月 28 日(木)～29 日(金)

5. 招待国

ニカラグア国外参加者(26 人)

➤ 国代表(11 か国)

ベリーズ、ブラジル、チリ、コスタリカ、キューバ、グアテマラ、ホンジュラス、メキシコ、パナマ、パラグアイ、ドミニカ共和国

➤ JICA 関係者(6 か国)

ボリビア、コスタリカ、エルサルバドル、グアテマラ、日本、メキシコ

6. 開催場所

ニカラグア国マナグア市

Bello Horizonte frente, al centro, comercial Multicentro Las Americas,

Hotel HEX、コンベンションセンター Tel. +505 2248 9400

<http://hex.hotelsinmanagua.com/es/>

7. 内容(アジェンダ)

1 日目: 2019 年 3 月 28 日(木)、コンベンションセンター内メインサロン

時刻	テーマ	プレゼンター
8:00 -	受付	受付責任者:
8:30 -	国際フォーラム開会式	ニカラグア保健省
8:30 -	<ul style="list-style-type: none"> • 開会の言葉 <ul style="list-style-type: none"> ➢ PAHO/WHO ニカラグア代表 ➢ 在ニカラグア日本大使 ➢ 保健大臣 	セリア・リベラ代表 鈴木康久大使 ソニア・カストロ大臣
9:30 -	パネル 1 - ユニバーサルヘルスと SDGs の目標のための課題	モデレーター フロレンシオ所員 (PAHO)
9:30 -	ニカラグアにおける家庭地域保健の成果、課題と展望	クルス DGSS 総局長(保健省)
10:10 -	PHC と SDGs: アスタナ宣言後の道筋は?	リエゴ職員/PAHO
10:50 -	アジェンダ 2030 に向けた PHC における JICA の協力戦略	戸辺専門員/JICA
11:10 -	南南協力における好事例	チャベス技官(保健省)、ガルシア職員(JICA メキシコ)
11:30 -	質疑応答、コメント	
11:45 -	集合写真撮影	
12:00 -	昼食	
13:00 -	パネル 2 - PHC と保健サービス統合ネットワークにおけるユニバーサルヘルス	モデレーター エストラーダ技官(保健省)
13:00 -	人々のための統合ケアの知見	キューバ保健省
13:30 -	PHC と住民参加型保健活動	パラグアイ保健省
14:00 -	保健サービスネットワークの構築	ホンジュラス保健省
14:30 -	アクセスが困難な遠隔地の治療	チリ保健省
15:00 -	休憩	
15:20 -	パネル 3 - 包括的保健ケアにおける住民参加	モデレーター オルティス技官(保健省)
15:20 -	統合型ケアにおける住民参加の知見	グアテマラ保健省
15:40 -	統合型ケアにおける住民参加の知見	ブラジル保健省
16:20 -	保健サービスにおける市民参加の知見	ニカラグア保健省
16:50 -	1 日目の閉会と 2 日目のグループワークのオリエンテーション	クルス DGSS 局長

2 日目:2019 年 3 月 29 日(金)

時刻	テーマ	プレゼンター
8:00 -	パネル 4 - PHC と非感染性疾患	モデレーター エスコット技官(保健省)
8:00 -	高齢者における非感染性疾患のアプローチ	キューバ保健省
8:30 -	ドミニカ共和国における非感染性疾患のアプローチ	ドミニカ共和国保健省
9:00 -	慢性非感染性疾患の包括的な保健サービス	コスタリカ保健省
		参加
9:40 -	<p>グループワーク 1 (会場:メインサロン)</p> <p>➤ テーマ I 「ユニバーサルヘルスと SDGs の目標のための課題」</p> <ul style="list-style-type: none"> - 健康の権利(政策面) - ユニバーサルヘルス(1:保健医療サービスへのアクセスと UHC、2:保健行政の運営、3:保健財政、4:専門分野とそれ以外の機関との連携) 	モデレーター フロレンシオ所員 (PAHO) クルス総局長(保健省) 書記
	<p>グループワーク 2 (会場:メイン 1)</p> <p>➤ テーマ II 「PHC と保健サービス統合ネットワークにおけるユニバーサルヘルス」</p> <ul style="list-style-type: none"> - 保健における統合ネットワーク の組織と機能 - 集落と各医療診療レベル間のレファラル・カウンターレファラル強化 - 公共医療機関と私立医療機関の連携 - 保健サービス統合ネットワークの質管理 	モデレーター エストラダ技官(保健省) モンテ所員 (PAHO) 書記
	<p>グループワーク 3 (会場:メイン 2)</p> <p>➤ テーマ III 「包括的保健ケアにおける住民参加」</p> <ul style="list-style-type: none"> - 各国の疾病予防やヘルスプロモーションにおけるコミュニティネットワークの組織化プロセス - コミュニティネットワークと保健行政人材との連携 - PHC における住民参加(個人・家庭・集落)のためのモチベーション 	モデレーター オルティス技官(保健省) アギラル所員 (PAHO) 書記
	<p>グループワーク 4 (会場:メイン 3)</p> <p>➤ テーマ IV (PHC と非感染性疾患)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 各国の第 1 次医療施設による非感染性疾患のヘルスプロモーションと包括的な管理の経験 - 医薬品の合理的な使用の啓発、使用、監視の経験 - 非感染症疾患の患者管理における自然療法と補完療法 	モデレーター エスコット技官(保健省) ゴンサルベス所員 (PAHO) 書記

12:00 -	昼食	
13:00 -	各グループにて好事例集(ツール)を作成	
14:00 -	各グループの発表(発表 20 分) 各グループ代表	フロレンシオ所員 (PAHO)
15:20 -	コメントとフォーラムの結論	クルス総局長(保健省)
15:40 -	閉会式 ➤ JICA ニカラグア代表 ➤ PAHO/WHO ニカラグア代表 ➤ 保健省	保健省、PAHO、JICA

8. 国際フォーラムの方法

フォーラムでは、第 1 セッションでは、開会式を実施し、4 つのテーマ(①ユニバーサルヘルスと SDGs の目標達成のための課題、②保健サービスの統合型ネットワーク③PHC と住民参加、④PHC と非感染性疾患)に即して発表を行う。

9. グループワーク

2 日目、グループワークを実施

- 各グループの参加者は、30 名程度。
- フォーラムの目的に重点を置き議論するために、モデレーターを割り当てる。
- 各グループの秘書官は、Word 文書、Courier New 12 の手紙、一行の間隔、通常のマージン、最大 2 ページで結論をまとめる。
- 割り当てられたテーマの議論に、2 時間 40 分、09:40~12:00。
- 午後 1 時から午後 2 時までにグループワークの結論を準備。
- それには次の内容が含まれている必要があります：
 - ① 経験の交換によって確認された優良事例。
 - ② 各参加国の SDGs への遵守に貢献する教訓。
- 午後 2 時から午後 3 時 20 分までの PowerPoint(各グループ 20 分)でのグループ作業の結論を発表する。

グループワーク成果品

グループ 1

ラテンアメリカにおけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジと持続可能な開発目標に向けて:

- 健康の権利 (政策).
- ユニバーサル・ヘルス (1: 健康への普遍的なアクセスとユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、2: ガバナンス、3: 財政、4: インターセクショナリティ).

【質問】:

1. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジと持続可能な開発目標に向けて、現在課題となっていることは何ですか。

- 人口統計、疫学的推移
- インターセクショナリティ
- 公平性
- アクセス
- 異なる、保健施設レベル間の統合 (Integration and integrality)
- 保健人材
- 診療の質
- 住民参加

2. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの保証のための課題をどう克服できますか。

- 公平性(ライフサイクル全体)に重点を置いた政策と、戦略計画の策案
- 一次診療の強化
- 各要因に焦点を当てる
- 財源の拡大
- モニタリング、評価の方策
- 保健人材、地域社会の能力強化
- 住民参加の強化
- 大学、専門学校との連携
- 伝統医学と補完療法

3. 保健システムのガバナンス強化に何が必要ですか。

- セクター間連携
- 戦略的な協力
- 評価メカニズムによる計画の進捗確認
- 統合的情報システム
- 省令、ガイドの更新

- 住民参加の奨励

4. 自国の保健活動におけるセクター間連携をどのように強化しますか。

- 異なる管轄とその管轄の責任を踏まえた、セクター間連携計画の策案(モニタリングと評価)
- 主要アクターとの連携(教会、学校、組合、村落リーダー)
- 村落リーダー及び住民全体で会合を開催
- 異なった地域間で知見の共有
- 継続教育計画
- 保健フェスティバルの推進

グループ 2

ユニバーサル・ヘルスと PHC、保健サービス統合ネットワーク (RISS、西語略語)

- RISS の組織と運営
- 連携: 異なる医療施設レベル及び住民間のレファラル・カウンターレファラル
- 公共医療施設と民間医療施設間のネットワーク
- RISS のモニタリングと評価

【質問】:

1. 家庭地域保健モデルと RISS の課題は何ですか。

- プライマリケアに基づくモデルの強化
- 質のある、保健サービスへのアクセスの増加
- コミュニティネットワークとソーシャルアクターとの活動
- レファラルのメカニズムを強化し、機能させること
- 省令やプロトコル(手順)の遂行のモニタリング
- 多民族の国では、異文化間の要素を健康モデルに取り入れる
- 訓練を受けた、人的リソースと地域のギャップ
- 保健サービスの管理と需要と供給
- 保健行政ガバナンスの強化
- 公共政策の推進
- 保健行政の地方分権化

2. RISS の課題となっていることに関して、どのように克服すべきですか。

- セクター間協力戦略を策案
- コミュニティへの継続教育
- 村落リーダーによる、保健プロモーション、予防活動を保健セクターと連携して計画をたてる
- 保健省予算の増加の提唱
- RISS 実施ツールの使用を推進する
- すべての保健人材に対する保健モデルの教育。
- PHC を大学教育に取り込む
- 地域の経験、知見共有のためのフォーラムの開催
- 人的リソースの増加

3. レベルの異なる医療施設やコミュニティの連携を強化させるには、何をすべきですか。

- 保健セクターに対応した RISS の評価会の実施
- RISS の実践において、地域診断の作成と更新を住民参加のもと確実に実施する
- 情報通信技術(チャット、ビデオ通信)を用いた、遠隔医療の推進
- 電子カルテの自動化

- RISS の体系化に関する経験と成果の共有
- RISS に関する参加促進を専門医に実施する

4. 保健サービスの質と管理プロセスを改善するには、どうしたらよいですか。

- 省令やプロトコル(手順)の遂行
- 人間味のあるサービスの提供
- 保健人材の継続教育
- 診療中心から保健プロモーション、予防活動の推進
- 遠隔医療の強化
- 医療フォーマットの簡素化
- 保健サービスの質管理委員会
- ボトルネックになっている事項の特定
- 利用可能なリソースの合理的かつ効率的な使用
- 健康指標の定性分析
- 病院の待ち時間を改善する
- 継続的な保健に関する研究

5. 好事例、教訓、提案等 ありますか。.

- レファラル・カウンターレファラル委員会による、評価の実施
- コミュニティ活動の導入
- 保健セクター間による、経験、知見の共有
- 村落会議が情報共有にとどまらず、活動評価や意思決定の場になった
- 住民と警察との連携
- コミュニティネットワークの強化
- CIRA (Consejo Integrado de la Red Asistencial・統合ケアネットワーク)の運営
- ソーシャル・アカウンティング
- 情報の本質を失うことなく、省令・プロトコルの多様文化へ適応させる
- 異なったメディアを使った、保健プロモーションの実施
- コミュニティ戦略の実施
- PHC に専門医の参加
- 異なった医療レベル間の連携のための会合
- 他国との経験の共有
- 子宮頸がん予防に焦点をあてた症例
- PHC に焦点をあてた、フォーラムを市、県、全国、国際、各レベルで開催する
- 疫学監視体制の強化

PHC における総合的保健に対する住民参加:

- 各国のコミュニティネットワークによる、疾病予防、保健プロモーション活動経験
- 各国の保健人材とコミュニティネットワークの連携
- 保健プロモーションにおける住民、家庭、村落参加におけるモチベーション

【質問:】

1. 保健モデルに基づく地域家庭保健で、プロモーション、予防活動で課題となっていることは何ですか。

- 保健人材とコミュニティネットワークの連携
- 地域保健に対する、保健人材の意識の変化
- 個人、家族、地域の保険問題に対する主体性
- アクセス困難な地域の保健サービスの提供
- 保健教育の内容を地域の文化に適応させる
- 地域を対象とした保健プロモーション、予防戦略の持続性の確保
- 社会的特定グループにおける、保健活動のための、セクター間協力の強化
- 保健人材とコミュニティネットワークの活動の構築

2. 前述の課題を克服し、健康阻害要因に関して、コミュニティと共に、どのように介入できますか

住民およびコミュニティ参加、共同責任、対話および合意、教育、保健サービスの拡大、保健サービスを身近なものとし、計画の立案、合同モニタリングおよび評価、具体的かつ実践的な活動、セクター間協力、コミュニティ 診断と健康マップの作成、コミュニケーションスペースを強化、コミュニティのエンパワーメント、管理の強化、教育プログラム、効率性と有効性の促進、モニタリングプロセスと巡回指導

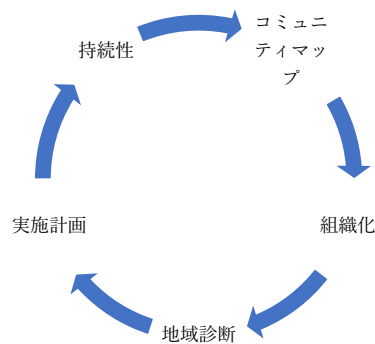
- 地域診断の分析
- セクター間協力の参加型計画プロセスの実施と助言
- フレンドリーなサービス、意識、熟考、教育および訓練
- 地域社会が自らの健康管理において主導的な役割を担う
- セクター間協力ネットワークの調整と指導
- 住民参加を促しながら、コミュニティネットワークとの活動を促進し、発奮、認識する。
- コミュニティ共同計画のモニタリングとフォロー

3. 保健サービスとともに住民参加型の活動を強化するには何をしますか

- コミュニティネットワークとの対話と彼らの文化的知識の尊重
- 地域戦略を推進し、保健サービスをより身近なものとする
- コミュニティ活動を活性化し、経験を共有する

- 保健サービスと地域住民間で参加型健康計画の立案を推進する。
- コミュニティネットワークとの連携について保健医療従事者の意識を高める
- 地域社会と保健医療従事者の共同責任を促進する
- コミュニティネットワークと保健医療従事者の信頼を生み出す行動を実行
- 保健プロモーション活動予算の管理
- 目的の達成を検証し、活動の教訓から、あらたな計画立案の過程とその経験を体系化し文書化する

4. 健康を促進し、地域社会からの病気を予防するために、どのようなセクター間協力ができますか



- 地域開発のためのマッピングにより、関係者、地域リーダー、関連機関等、既存の資源の特定をする
- 他の政府機関のモデルプログラム、プロジェクトと連携し、作業ネットワークの調整
- 地域診断: 様々なセクターを巻き込み、コミュニティの問題話し合い、改善のための計画を合意のもと、作成する
- セクター間で、健康的なライフスタイルの促進、感染症対策、ウォーターケア、住民主導のプロジェクト、廃棄物管理/衛生管理など活動計画
- 持続性: 能力向上ため、様々な教育構造を利用し、ソーシャルアクターの知識の向上および大衆教育、ソーシャルコミュニケーターの訓練と普及

キーワード: 参加、ムーブメント、政策、公平性、アクセシビリティ、トレーニング、コミットメント、質、持続性、組織、統合、計画、強化、アクター、共感、セクター化、意識、動機、異文化間、エンパワメント、包括的

5. 好事例、教訓、提案等 ありますか。

教訓:

- 健康を守るには住民参加による、計画と実施が必要
- 住民の保健に関する意思決定ができるための、エビデンスに基づいた、保健情報を提供する

- PHC の主体となるのは、予防、プロモーション活動

好事例:

- コミュニティベースの保健活動の実施（安全な出産、代表的なプログラム、アモール・プログラム等）

提案:

- コミュニティのエンパワメントの促進と、健康管理（セルフケア）の重要性を、彼らが果たす重要な役割を振り返るための会合の開催
- コミュニティネットワークの活動を推奨する

グループ 4

PHC からの非感染性慢性疾患へのアプローチ

- 各国の保健施設での健康の促進と非感染性慢性疾患の包括的な管理の経験
- 医薬品の合理的使用の促進、活用例、およびモニタリングの経験
- 非感染性慢性疾患における自然医学および補完療法の活用

【質問】

1. 地域家庭保健に基づいた保健モデルにおける、非感染性慢性疾患の管理の課題はなんですか。
 - 家庭からのエンパワメント
 - 健康と思われる住民への教育
 - 患者の治療への継続性
 - 教育（コミュニティ、医療従事者）
 - 保健省から保健プロモーションの強化
 - 統合的なセクター間協力のアプローチ
 - マスメディアを通じた教育
2. 様々な保健施設レベルにおける、非感染性慢性疾患の保健サービスの向上、改善のために何が必要ですか。
 - 学校をはじめ、各ライフサイクルにおける教育
 - 運動のための、公園、自転車専用車線、レクリエーションエリアの改善
 - さまざまなソーシャルセクターの巻き込み
 - 非感染性慢性疾患の診断のため、保健施設の機材整備
 - 栄養教育
 - レファラル・カウンターレファラルの好事例を普及
 - 健康なライフスタイルを広めるために視聴覚メディアを使う
 - 保健人材の継続教育
3. 非感染性慢性疾患の治療における医薬品の合理的使用の促進と実施および管理のために何ができますか。
 - 保健省令に則った、基準とプロトコルに沿った、治療薬の処方
 - 医薬品の適切な保管
 - 慢性患者登録に従い、治療薬の処方をする（患者台帳、パスポート・身分証）
4. 自然医学および補完療法を活用し、非感染性慢性疾患のケアと患者管理をどのように強化できますか

- 自然医学および補完療法のプロモーション
- 自然医学および補完療法の継続教育
- 伝統的医療の尊重

添付資料⑰

エンドライン調査・母子保健サービス
実態調査報告書

ニカラグア共和国
チョンタレス保健管区と
セラヤセントラル保健管区における
母と子どもの健康プロジェクト

母子保健サービス実態調査報告書

平成 31 年 1 月
(2019 年)

独立行政法人
国際協力機構 (JICA)

有限会社エストレージャ

目次

略語表	1
写真.....	2
1. 母子保健サービス実態調査（エンドライン）方法	3
2. 母子保健サービス実態調査結果	5
3. 考察.....	15
4. 添付資料.....	18

略語表

BMI	Índice de Masa Corporal	ボディ・マス指数
DGSS	Dirección General del Servicio de Salud	保健サービス総局
ESAFC	Equipo de Salud Familiar y Comunitario	家庭地域保健チーム
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en Salud	保健管区

写真



フィガルパ支所第 8 保健セクターでインタビューをするテクニカルアシスタント (右)



フィガルパ支所で、カルテの確認をするテクニカルアシスタント (右) と支所看護師 (左)



フィガルパ支所第 3 保健セクターでインタビューをするテクニカルアシスタント (右)



ビジャ・サンディーノ支所でカルテの確認をする SILAIS 母子保健担当官 (右) と支所看護師



アコヤパ保健所でインタビューをするテクニカルアシスタント (右奥)



ヌエバ・ギネア支所母子保健担当官と、カルテの確認をするテクニカルアシスタント (右)



ヌエバ・ギネア保健所でインタビューをするテクニカルアシスタント (左)



ヌエバ・ギネア支所の母子保健担当技官 (右) とカルテの確認をするテクニカルアシスタント

母子保健サービス実態調査結果報告書

1. 母子保健サービス実態調査（エンドライン）方法

1.1 被調査者

- ① 母子保健サービスを提供する医療従事者（2017年母子保健研修を受講者）
- ② 母子保健サービスの利用者

1.2 実施期間

2018年5月25日～10月31日

1.3 調査内容と手順

- ① ベースライン調査においては、母子保健サービスの基準・手順を定めた省令「質と指標の標準化」に記載されている「質と指標の評価チェックリスト¹」を参照し、調査票を作成した。その後、2015年省令第11号により、産前健診に関する規定が改定されたため、エンドライン調査票の同項目について、若干の修正を行った。
(添付資料①. 母子保健サービス実態調査票)
- ② プロジェクトのテクニカルアシスタントが、保健ポストもしくは保健センターで、産前健診と乳幼児健診のサービスの利用者、各100人から、受診直後に聞き取り調査を行い、受けたサービス内容について、調査票に記入した。
- ③ 産前健診と乳幼児健診について、実際に提供されたサービスの内容を、それぞれ100人分のカルテを精査し、調査票に記入した。
- ④ 聞き取り調査で、利用者が「サービスを受けた」と認識（自覚）した項目と、同利用者のカルテに記載されたサービスの内容との差異をSILAIS技官または支所母子保健担当者と確認した。

1.4 ベースライン調査（BL）とエンドライン調査（EL）の相違点

➤ 調査場所

表1 BL・ELの母子保健サービス実態調査場所

調査場所	ベースライン調査	エンドライン調査
------	----------	----------

¹ Estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención en salud: Planificación Familiar, Salud Materna, Salud Neonatal y de la Niñez, VIH/Sida y uso correcto de las soluciones antisépticas e higiene de manos p40 産前健診 および p73 乳幼児健診

チョンタレス	<ul style="list-style-type: none"> ・ラ・リベルタ ・フィガルパ ・ビジャ・サンディーノ 	<ul style="list-style-type: none"> ・アコヤパ ・クアパ ・エル・アヨテ ・ラ・リベルタ ・フィガルパ ・ビジャ・サンディーノ
セラヤ・セントラル	<ul style="list-style-type: none"> ・エル・ラマ ・ヌエバ・ギネア 	<ul style="list-style-type: none"> ・エル・ラマ ・エル・コラル ・ヌエバ・ギネア ・ムエジェ・デ・ロス・ブエジェス

➤ 調査方法

- ① BLではプロジェクト専門家および同テクニカルアシスタントが聞き取り調査を行ったが、ELでは同テクニカルアシスタントが実施した。
- ② BLでは聞き取り調査の調査期間が約1ヶ月半であったため、獲得できたサンプル数が十分とは言えなかった。ELではサンプル数100人を目標に調査期間を約5か月確保した。
- ③ BLの結果、既存のモニタリング評価法「質と指標の評価」について、「評価基準や手法が明確でない」、「評価者によって結果に差異が生じてしまう」などの課題が抽出された。このことから、母子保健技術委員会では、母子保健カスケード研修後のモニタリング・評価の適正な実施を目的として、産前健診と乳幼児健診に関する「モニタリングハンドブック」を作成した。2017年10月にDGSS局長の承認を得て、両SILAISおよび14支所に配布し、統合巡回指導で導入した。このハンドブックは既存のモニタリングシート「質と指標の評価」のモニタリングの手順と具体的な評価方法を解説したものである。ELでのカルテ確認においては、この「モニタリングハンドブック」にしたがい、評価の適正化を図った。

➤ 調査サンプル数

表2 BL・ELの母子保健サービス実態調査サンプル数

調査場所	カルテ調査				聞き取り調査			
	産前健診		乳幼児健診		産前健診		乳幼児健診	
	BL	EL	BL	EL	BL	EL	BL	EL
SILAIS チョンタレス	35人	50人	35人	50人	10人	50人	10人	50人
SILAIS セラヤ・セントラル	35人	50人	35人	50人	10人	50人	10人	50人
調査サンプル数合計	70人	100人	70人	100人	20人	100人	20人	100人

1.5 結果の処理法

データベースをExcelで作成し、集計した。

2. 母子保健サービス実態調査結果

ニカラグア保健省では、母子保健サービスの質の評価として、カルテから健診内容を項目毎にチェックしているが、利用者へ直接確認することはしていない。プロジェクトでは、より多角的に現状の確認を行い、評価の精度を上げるため、産前健診または乳幼児健診直後に、利用者が「実際に受けた」と認識したサービスの内容と同利用者のカルテの内容とを照合し、BLとELの結果を比較した。また、EL調査実施数100人のうち、分析対象としない健診時期の受診者を除き、有効サンプル数とした。以下、表3 に母子保健サービス実態調査（産前健診）の調査項目ごとの有効サンプル数を、表4に同実態調査（乳幼児健診）の調査項目ごとの有効サンプル数を示す。

表3 BL・ELの母子保健サービス実態調査（産前健診）の調査項目と有効サンプル数

調査項目	BL	EL
(1) 家族歴、病歴、産科歴	20	100
(2) 血圧測定	20	100
(3) 身長測定	20	100
(4) 体重測定	20	100
(5) 子宮底測定	16	62
(6) 算出された妊娠週数	20	100
(7) 胎児心音聴取(20週以降)	15	57
(8) 胎動確認(18週以降)	15	58
(9) 検査(血液、尿、細胞診)	20	100
(10) 歯科および乳房検査	20	100
(11) 破傷風ワクチン接種記録の判定	20	100
(12) 妊娠中の危険兆候や症状に関するカウンセリング	20	100
(13) 分娩についての説明／出産計画	17	100
(14) 産後生活、完全母乳栄養、家族計画に関するカウンセリング	20	100
(15) 鉄分サプリメント(最初の検査値が11mg/dl以下の場合)と葉酸サプリメントの処方	20	100
(16) 26週もしくは38週時の駆虫剤の処方	5	13
(17) 妊娠高血圧腎症の危険因子のある妊婦に対する1800mg／日の経口カルシウム剤の処方(12～16週の間を開始し、36週まで継続)	14	25
(18) 妊娠高血圧腎症の危険因子のある妊婦に対する100mg／日の経口アスピリン錠の処方(12～16週の間を開始し、36週まで継続)	14	26

(19) BMI値からの栄養状態の評価	70	100
(20) 母体の体重増加をもとにした栄養状態の評価(初診以外)	62	56
(21) 母体の体重増加をもとにした栄養状態の解釈(初診以外)	62	56
(22) 血圧の値の評価	70	100
(23) 尿検査テープ結果の解釈	70	100

表4 BL・ELの母子保健サービス実態調査(乳幼児健診)の調査項目と有効サンプル数

調査項目	BL	EL
(1) バイタルサインの測定(体温・呼吸)	20	100
(2) 体重測定	20	100
(3) 身長測定	20	100
(4) 身体状態の観察	20	100
(5) ワクチン接種の判定	15	84
(6) 早期成長発達カウンセリング	20	100
(7) 母親への母乳栄養と離乳食のカウンセリング	20	100
(8) 鉄分サプリメントの処方(低体重・早産児の継続ケア、小児疾患統合管理に基づく予防の適応者のみ)	15	63
(9) ビタミンAサプリメントの処方(生後6ヶ月以降)	11	36
(10) 駆虫剤の処方(生後24ヶ月以降)	2	7
(11) 栄養状態の分類(体重/年齢、身長/年齢、体重/身長)	70	100
(12) 成長の傾向判定(満足、不満足)	70	100
(13) 小児発達評価(精神運動)	70	100
(14) 栄養不足、貧血および栄養的リスクの問題判定	70	70

2.1 産前健診について (聞き取りとカルテ照合)

「産前健診利用者100人からの聞き取り」と「カルテと照合」の結果を、以下の4つに分類し、表5～8にまとめた。

- 分類 1. 妊婦はこのサービスを受けたことを自覚しており、記録も正しくされている。
- 分類 2. 妊婦はこのサービスを受けたことを自覚しているが、記録漏れがある。
- 分類 3. 妊婦はこのサービスを受けたことを自覚していないが、記録は正しくされている。
- 分類 4. 妊婦はこのサービスを受けたことを自覚しておらず、記録もない。

1) 問診と計測に関する質問と結果

表5. 問診、測定に関する質問結果(産前健診)

(単位: %)

調査項目	分類 1		分類 2		分類 3		分類 4	
	BL	EL	BL	EL	BL	EL	BL	EL
(1) 家族歴、病歴、産科歴	100	93	0	7	0	0	0	0
(2) 血圧測定	100	99	0	1	0	0	0	0
(3) 身長測定	100	97	0	3	0	0	0	0
(4) 体重測定	100	100	0	0	0	0	0	0
(5) 子宮底測定	100	90	0	10	0	0	0	0
(6) 算出された妊娠週数	100	100	0	0	0	0	0	0
(7) 胎児心音聴取(20週以降)	100	100	0	0	0	0	0	0
(8) 胎動確認(18週以降)	93	93	0	5	0	2	7	0

質問(1) 家族歴、病歴、産科歴について：

BL では 100%の利用者が問診を受けたことを自覚しており、記録も正しく行われていた(分類 1)が、EL は 93%であり、BL より 7%低下した。

質問(2) 血圧測定について：

BL では 100%の利用者が血圧測定を受けたことを自覚しており、記録も正しく行われていた(分類 1)が、EL は 99%であり、BL より 1%低下した。

質問(3) 身長測定について：

BL では 100%の利用者が身長測定を受けたことを自覚しており、記録も正しく行われていた(分類 1)が、EL は 97%であり、BL より 3%低下した。

質問(4) 体重測定について：

BL、EL とともに 100%すべての利用者が体重測定を受けたことを自覚しており、記録もされていた(分類 1)。

質問(5) 子宮底測定について：

BL では 100%の利用者が子宮底測定を受けたことを自覚しており、記録も正しく行われていた(分類 1)が、EL は 90%であり、BL より 10%低下した。

質問(6) 算出された妊娠週数について：

BL、EL とともに 100%すべての利用者が測定を受けたことを自覚しており、記録もされていた(分類 1)。

質問(7) 胎児心音聴取(20週以降)について：

BL、EL とともに 100%の利用者が胎児心音聴取を受けたことを自覚しており、記録も正しく行われていた(分類 1)。

質問(8) 胎動確認 (18週以降) について：

BL、ELともに93%の利用者が胎動の確認を受けたことを自覚しており、記録も正しく行われていた(分類1)。

「質問(8)胎動確認」を除き、分類1と分類2を合計すると100%になるので、「胎動確認」以外の問診および測定は実施されていることが、利用者によって確認された。

2) 検査と予防接種に関する質問と結果

表6. 検査・予防接種に関する質問結果(産前健診)

(単位：%)

調査項目	分類1		分類2		分類3		分類4	
	BL	EL	BL	EL	BL	EL	BL	EL
(9) 検査(血液、尿、細胞診)	70	99	10	1	10	0	10	0
(10) 歯科および乳房検査	75	82	10	13	10	4	5	1
(11) 破傷風ワクチン接種記録の判定	90	77	5	20	5	2	0	1

質問(9) 検査(血液、尿、細胞診)について：

BLでは70%の利用者が検査や検査処方を受けたことを自覚しており、記録も正しく行われていた(分類1)。ELでは、さらに29%上昇し、99%となった。

質問(10) 歯科および乳房検査について：

BLでは75%の利用者が歯科および乳房検査を受けたことを自覚しており、記録も正しく行われていた(分類1)。ELでは、さらに7%上昇し、82%となった。

質問(11) 破傷風ワクチン接種記録の判定について：

BLでは90%の利用者が破傷風ワクチン接種または接種確認を受けたことを自覚しており、記録も正しく行われていた(分類1)が、ELは、77%であり、BLより13%低下した。

「質問(9) 検査(血液、尿、細胞診)」と「質問(10) 歯科および乳房検査」は、ELでは、適切な説明と記録が行われ、サービスの改善が確認された。一方、「質問(11) 破傷風ワクチン接種記録の判定」については、分類1と分類2を合計するとBL95%、EL97%となるものの、分類3の記録はELで低下しており、改善されたとは言えない。

3) 保健指導に関する質問と結果

表7 保健指導に関する質問結果(産前健診)

(単位：%)

調査項目	分類1		分類2		分類3		分類4	
	BL	EL	BL	EL	BL	EL	BL	EL
(12) 妊娠中の危険兆候や症状に関するカウンセリング	65	89	10	4	20	5	5	2
(13) 分娩についての説明/出	47	69	12	11	29	14	12	6

産計画								
(14) 産後生活、完全母乳栄養、家族計画に関するカウンセリング	45	76	5	5	25	16	25	3

質問(12) 妊娠中の危険兆候や症状に関するカウンセリングについて：

BLでは65%の利用者がカウンセリングを受けたことを自覚しており、記録も正しく行われていた(分類1)。ELでは、さらに24%上昇し、89%となった。

質問(13) 分娩についての説明／出産計画について：

BLでは47%の利用者がカウンセリングを受けたことを自覚しており、記録も正しく行われていた(分類1)。ELでは、さらに22%上昇し、69%となった。

質問(14) 産後生活、完全母乳栄養、家族計画に関するカウンセリングについて：

BLでは45%の利用者がカウンセリングを受けたことを自覚しており、記録も正しく行われていた(分類1)。ELでは、さらに31%上昇し、76%となった。

保健指導に関して、実施された割合は改善されている。しかし、妊婦の認識およびカルテへの記録にはばらつきがあり、より一層の改善が求められる。

4) 薬剤処方に関する質問と結果

表8. 薬剤処方に関する質問結果(産前健診)

(単位：%)

調査項目	分類1		分類2		分類3		分類4	
	BL	EL	BL	EL	BL	EL	BL	EL
(15) 鉄分サプリメント(最初の検査値が11mg/dl以下の場合)と葉酸サプリメントの処方	85	100	5	0	10	0	0	0
(16) 26週もしくは38週時の駆虫剤の処方	60	77	20	8	0	0	20	15
(17) 妊娠高血圧腎症の危険因子のある妊婦に対する1800mg/日の経口カルシウム剤の処方(12~16週の間を開始し、36週まで継続)	72	92	7	0	21	8	0	0
(18) 妊娠高血圧腎症の危険因子のある妊婦に対する100mg/日の経口アスピリン錠の処方(12~16週の間を開始し、36週まで継続)	65	96	7	0	21	4	7	0

質問(15) 鉄分サプリメント(最初の検査値が11mg/dl以下の場合)と葉酸サプリメントの処方について：

BLでは85%の利用者が鉄剤処方を認識し、記録も正しく行われていた(分類1)。ELは

100%であり、BLより15%上昇した。

質問(16) 26週もしくは38週時の駆虫剤の処方について：

BLでは60%の利用者が駆虫剤処方を認識し、記録も正しく行われていた(分類1)。ELでは、さらに17%上昇し、77%となった。

質問(17) 妊娠高血圧腎症の危険因子のある妊婦に対する、1800mg/日の経口カルシウム剤の処方(12~16週の間を開始し、36週まで継続)について：

BLでは72%の利用者がカルシウム剤処方を認識し、記録も正しく行われていた(分類1)。ELでは、さらに20%上昇し、92%となった。

質問(18) 妊娠高血圧腎症の危険因子のある妊婦に対する、100mg/日の経口アスピリン錠の処方(12~16週の間を開始し、36週まで継続)について：

BLでは65%の利用者がアスピリン錠処方を認識し、記録も正しく行われていた(分類1)。ELでは、さらに31%上昇し、96%となった。

「質問(16)駆虫剤の処方」を除き、90%を超える高い割合で説明と記録がなされていることが確認できた。「質問(16)駆虫剤の処方」についても改善が確認できるものの、より一層の改善が求められる。

2.2 産前健診について(カルテの確認)

表9に示す調査5項目は、医療記録に関わることであり、妊婦にはそれが実施されたか否かの判断が難しいため、これらについては、利用者からの聞き取りはせず、100人分のカルテを精査し、以下の2つに分類した。

- 分類A. 正しく記録されている。
- 分類B. 記録が不十分。

表9. 各測定・検査結果の評価に関する確認結果(産前健診)

(単位：%)

調査項目	分類A		分類B	
	BL	EL	BL	EL
(1) BMI値からの栄養状態の評価	97	96	3	4
(2) 母体の体重増加をもとにした栄養状態の評価(初診以外)	82	96	18	4
(3) 母体の体重増加をもとにした栄養状態の解釈(初診以外)	71	88	29	13
(4) 血圧の値の評価	60	88	40	12
(5) 尿検査テープ結果の解釈	81	88	19	12

質問(1) BMI値からの栄養状態の評価 について：

BLでは97%の医療従事者の記録が正しく行われていた(分類A)。ELは96%であり、BLより1%低下した。

質問(2) 母体の体重増加をもとにした栄養状態の評価(初診以外)について:

BLでは82%の医療従事者の記録が正しく行われていた(分類A)。ELは96%であり、BLより14%上昇した。

質問(3) 母体の体重増加をもとにした栄養状態の解釈(初診以外)について:

BLでは71%の医療従事者の記録が正しく行われていた(分類A)。ELは88%であり、BLより17%上昇した。

質問(4) 血圧の値の評価について:

BLでは60%の医療従事者の記録が正しく行われていた(分類A)。ELは88%であり、BLより28%上昇した。

質問(5) 尿検査テープ結果の解釈について:

BLでは81%の医療従事者の記録が正しく行われていた(分類A)。ELは88%であり、BLより7%上昇した。

各測定・検査において、BLよりも改善が確認された。各測定・検査結果の評価および解釈が改善されたのは、母子保健研修および巡回指導の効果と考えられる。

2.3 乳幼児健診について(聞き取りとカルテ照合)

「乳幼児健診を受診した100人の母親からの聞き取り」と「カルテと照合」の調査結果を以下の4つに分類した。

- 分類1. 母親はこのサービスを受けたことを自覚しており、記録も正しくされている。
- 分類2. 母親はこのサービスを受けたことを自覚しているが、記録漏れがある。
- 分類3. 母親はこのサービスを受けたことを自覚していないが、記録は正しくされている。
- 分類4. 母親はこのサービスを受けたことを自覚しておらず、記録もない。

1) 測定と観察に関する質問と結果

表10. 測定と観察に関する質問結果(乳幼児健診)

(単位: %)

調査項目	分類1		分類2		分類3		分類4	
	BL	EL	BL	EL	BL	EL	BL	EL
(1) バイタルサインの測定 (体温・呼吸)	45	82	20	7	30	11	5	0
(2) 体重測定	100	100	0	0	0	0	0	0
(3) 身長測定	100	100	0	0	0	0	0	0

(4) 身体状態の観察	85	95	0	1	15	3	0	1
-------------	----	----	---	---	----	---	---	---

質問(1) バイタルサインの測定(体温・呼吸)について：

BLでは、45%の母親が子どもに対しバイタルサインの測定が行われたことを認識し、記録も正しく行われていた(分類1)。ELでは、さらに37%上昇し、82%となった。

質問(2) 体重測定について：

BL、ELともに、100%の母親が、子どもの体重測定が行われたことを認識し、記録も正しく行われていた(分類1)。

質問(3) 身長測定について：

BL、ELともに、100%の母親が、子どもの身長測定が行われたことを認識し、記録も正しく行われていた(分類1)。

質問(4) 身体状態の観察について：

BLでは85%の母親が子どもの身体状態のチェックが行われたことを認識しており、記録も正しく行われていた(分類1)。ELでは、さらに10%上昇し、95%となった。

母親がバイタルサインの測定や身体状態の観察を受けたことを認識していることについて、BLよりも改善が確認された。

2) 予防接種に関する質問と結果

表11. 予防接種に関する質問結果(乳幼児健診)

(単位：%)

調査項目	分類1		分類2		分類3		分類4	
	BL	EL	BL	EL	BL	EL	BL	EL
(5) ワクチン接種の判定	93	100	7	0	0	0	0	0

質問(5) ワクチン接種の判定について：

BLでは93%の母親がワクチン接種または接種確認を受けたことを認識しており、記録も正しく行われていた(分類1)。ELでは、100%に至った。

3) 保健指導に関する質問と結果

表12. 保健指導に関する質問結果(乳幼児健診)

(単位：%)

調査項目	分類1		分類2		分類3		分類4	
	BL	EL	BL	EL	BL	EL	BL	EL
(6) 早期成長発達カウンセリング	65	90	5	4	15	4	15	2
(7) 母親への母乳栄養と離乳食のカウンセリング	85	97	10	1	0	2	5	0

質問(6) 早期成長発達カウンセリングについて：

BLでは65%の母親がカウンセリングを受けたことを自覚しており、記録も正しく行われていた(分類1)。ELでは、さらに25%上昇し、90%となった。

質問(7) 母親への母乳栄養と離乳食のカウンセリングについて：

BLでは85%の母親がカウンセリングを受けたことを自覚しており、記録も正しく行われていた(分類1)。ELでは、さらに12%上昇し、97%となった。

乳幼児健診に関するカウンセリングも改善していることが確認できる。

4) 薬剤処方に関する質問と結果

表13. 薬剤処方に関する質問結果(乳幼児健診)

(単位：%)

調査項目	分類1		分類2		分類3		分類4	
	BL	EL	BL	EL	BL	EL	BL	EL
(8) 鉄分サプリメントの処方(低体重・早産児の継続ケア、小児疾患統合管理に基づく予防の適応者のみ)	67	92	0	1.5	13	1.5	20	5
(9) ビタミンAサプリメントの処方(生後6ヶ月以降)	73	86	0	6	18	8	9	0
(10) 駆虫剤の処方(生後24ヶ月以降)	50	100	50	0	0	0	0	0

質問(8) 鉄分サプリメントの処方(低体重・早産児の継続ケア、小児疾患統合管理に基づく予防の適応者のみ)について：

BLでは67%の母親が鉄分サプリメント処方を受けたことを自覚しており、記録も正しく行われていた(分類1)。ELでは、さらに25%上昇し、92%となった。

質問(9) ビタミンAサプリメントの処方(生後6ヶ月以降)について：

BLでは73%の母親がビタミンA処方を受けたことを自覚しており、記録も正しく行われていた(分類1)。ELでは、さらに13%上昇し、86%となった。

質問(10) 駆虫剤の処方(生後24ヶ月以降)について：

BLでは50%の母親が駆虫剤処方を受けたことを自覚しており、記録も正しく行われていた(分類1)。ELは100%であり、BLより50%上昇した。

乳幼児健診における薬物処方に関する説明は、改善されたことが確認できた。

2.4 乳幼児健診について (カルテの確認)

表14に示す調査4項目は、医療記録に関することであり、母親には、それが実施されたか否かの判断が難しいため、母親からの聞き取りはせず、100人分のカルテを精査し、以下の2つに分類した。

- 分類A. 正しく記録されている。
- 分類B. 記録が不十分。

表14. 評価に関する確認結果(乳幼児健診)

(単位: %)

調査項目	分類A		分類B	
	BL	EL	BL	EL
(1) 栄養状態の分類 (体重/年齢、身長/年齢、体重/身長)	99	93	1	7
(2) 成長の傾向判定(満足、不満足)	97	97	3	3
(3) 小児発達評価(精神運動)	97	98	3	2
(4) 栄養不足、貧血および栄養的リスクの問題判定	100	94	0	6

質問(1) 栄養状態の分類(体重/年齢、身長/年齢、体重/身長)について:

BLでは99%の医療従事者の記録が正しく行われていた(分類A)が、ELは93%であり、BLより6%低下した。

質問(2) 成長の傾向判定(満足、不満足)について:

BL、ELともに、97%の医療従事者の記録が正しく行われていた(分類A)。

質問(3) 小児発達評価(精神運動)について:

BLでは97%の医療従事者の記録が正しく行われていた(分類A)。ELは98%であり、BLより1%上昇した。

質問(4) 栄養不足、貧血および栄養的リスクの問題判定について:

BLでは100%の医療従事者の記録が正しく行われていた(分類A)が、ELは94%であり、BLより6%低下した。

乳幼児健診の評価に関しては、どの項目においてもほぼ正しく記録されていた。

2.5 保健省統合モニタリング評価(参考)

保健省令の母子保健サービスの質に関する省令「質と指標の標準化」に即し、保健セクター、支所、SILAIS で評価を毎月実施することになっている。ベースライン調査結果(2014年の指標)と2018年1月~9月までの指標の結果は、表15、16のとおりであり、本実態調査の参考として供する。

表15. 産前健診ケアの指標

(単位: %)

指標	SILAIS	2014年	2018年 1月~9月
保健施設で現在有効な産前ケアの指標を満たす割合が2014年の46.2%から2018年の60.0%に上昇する。	チョンタレス	52	69.6
	セラヤ・セントラル	40.4	84
	両SILAIS	46.2	76.8

表16. 乳幼児健診ケアの指標

(単位: %)

指標	SILAIS	2014年	2018年 1月～9月
保健施設で現在有効な2歳未満児へのケアの質の指標を満たす割合が2014年の46.3%から2018年の60.0%に上昇する。	チョンタレス	46.1	73.7
	セラヤ・セントラル	46.4	86.5
	両SILAIS	46.3	80.1

2014年と2018年の比較により産前健診ケアの指標と乳幼児健診ケアの指標数値は、ともに上昇しており、保健サービスが改善傾向にあるといえる。これらの数値を維持、向上させていくには、毎年、異動のある新規医療従事者に対する母子保健研修プログラムの実施と、巡回指導の継続が効果的であると考えられる。

3. 考察

BLと比較し、ELにおいては、全般的に「母子保健サービスの利用者が、提供されたことを認識し、かつ、記録も正確になされている」割合が上昇しており、母子保健サービスは改善されていることが確認された。これは、BLの結果の分析に基づき、計画され、実施された母子保健研修プログラムと巡回指導による効果であると考えられる。一方、カルテへの記述が低下している項目が確認された。これは、BL時と比べ、医療従事者の能力が低下したわけではないと考えられる。ELの調査対象の医療従事者が、BLの対象者と同一人物ではないことによる数値の変化であり、これには母子保健研修プログラムと巡回指導の効果が、確実に反映されているとは限らない。母子保健サービスを中心的に担う社会奉仕の医師や看護師は1～2年で交代することから、母子保健サービスの向上と、カルテなどへの確実な記述を維持するためには、毎年、新規着任の医療従事者に対する母子保健研修プログラムの実施と、巡回指導の継続が不可欠であると考えられる。

3.1 産前健診（聞き取りとカルテ照合）

1) 問診と計測に関する質問と結果について

BLでは、利用者の問診と計測への認識が、胎動確認をのぞく7項目（表5、項目1～8）で分類1の数値が100%であるのに対し、胎動確認は93%にとどまった。これに対し、医療従事者に対する母子保健研修において、胎動確認方法や記録方法のテキストでの解説と現場での技術確認など強化を図った。研修後の巡回指導をとおして、正しい実施・記録方法等の指導を継続したが、ELでは、分類1の数値は93%と変わりなかった。利用者が胎動の確認されたことを自覚しているものの、医療従事者の説明不足により、明らかにこのサービスが提供されたか否か、確信できなかったことが考えられる。利用者への説明を強化しつつ、今後もこれらの活動を継続することにより、産前健診を実施し、カルテへの適切な記録ができる人材を保つことができると考えられる。

2) 検査と予防接種に関する質問と結果について

BLでは、尿検査について、検査の資機材の慢性的不足により一部の妊婦に対し検査が実施されておらず、分類1の数値が70%にとどまったことが判明した。この結果を踏ま

え、研修や巡回指導をとおして、その必要性や正しい実施・記録方法等の指導が行われた。また、資機材不足があれば支所、SILAIS と情報を共有し、支所が資機材の充足に努めるようになった。これらの活動により、EL では分類 1 の割合が 99%まで改善したと考えられる。(表 6、項目 9)

3) 保健指導に関する質問と結果について

BL では、利用者のカウンセリングへの認識が、妊娠に関するもの 65%、分娩に関するもの 47%、産後の生活等に関するもので 45%と分類 1 の割合がいずれも低く、既定の保健指導が実施されていないという結果が出た。これに対し、医療従事者への研修テーマの中に、母子保健に関わる医学的な知識や技術だけでなく、プロモーションや教材の活用方法等も取り入れ、利用者に対する情報提供とコミュニケーションに係る知識と技術の強化を図った。研修後の巡回指導をとおして、既存の教材を活用して保健指導が行われており、研修効果が確認された。これらの活動が EL の分類 1 の割合において、妊娠に関するもの 89%、分娩に関するもの 69%、産後の生活等に関するもの 76%と、大幅の改善につながった理由と考えられる。(表 7、項目 12~14)

4) 薬剤処方に関する質問と結果について

BL では、利用者の薬剤処方への認識が、「鉄剤と葉酸サプリメント処方」に関し 85%、「駆虫剤処方」に関し 60%、「カルシウム剤処方」に関し 72%、「アスピリン錠処方」に関し 65%と分類 1 の割合が高いとは言えなかった。また、不必要な利用者を含む、ほぼ全員に一律に鉄剤が処方されていたことや、カルシウム、アスピリンでは、血圧が正常安定している妊婦にも予防的に処方されていたことが明らかになった。この結果を踏まえ、医療従事者への母子保健研修で、カルシウム、アスピリンについては、2015 年保健省令第 11 号「低リスクの産前健診、産後健診、分娩、新生児のガイドライン」の中の「妊娠高血圧腎症予防のため、カルシウム、アスピリンの処方」に関する項目の改定内容と、他薬剤の処方時期等について知識の確認と現場での技術の強化を図った。研修後の巡回指導をとおして、知識として理解はするものの現場レベルでの実践に関し対応が不十分であった場合、個別指導やフォローを継続した結果、EL では「鉄剤と葉酸サプリメント処方」に関し 100%、「駆虫剤処方」に関し 77%、「カルシウム剤処方」に関し 92%、「アスピリン錠処方」に関し 96%と分類 1 の割合が改善したと考えられる。(表 8、項目 15~18)

3.2 産前健診について (カルテの確認)

BL では、診察カルテ記入について、「母体の体重増加をもとにした栄養状態の評価」に関し 82%、「母体の体重増加をもとにした栄養状態の解釈」に関し 71%、「血圧の値の評価」に関し 60%、「尿検査テープ結果の解釈」に関し 81%と、分類 A の割合が 90%を超えず、分析記録が不十分という結果がでた。これに対し、医療従事者に対する母子保健研修では研修の事前・事後テストで、受講者の弱点と理解のレベルを把握し、対応したほか、テキスト内で記録方法をくわしく解説するとともに、実践的な症例検討を取り入れるなどの工夫で、知識と技術の強化を図った。研修後の巡回指導をとおして、正しい実施・記録方法等の指導やフォ

ローを継続し、記録の改善が確認された。その結果、EL では、「母体の体重増加をもとにした栄養状態の評価」に関し 96%、「母体の体重増加をもとにした栄養状態の解釈」に関し 88%、「血圧の値の評価」に関し 88%、「尿検査テープ結果の解釈」に関し 88%と 4 項目の分類 A の割合の改善につながったと考えられる。(表 9、項目 2～5)

3.3 乳幼児健診 (聞き取りとカルテ照合)

1) 測定と観察に関する質問と結果

BL では、バイタルサインの測定に関する母親の認識について 45%と分類 1 の割合が低く、また、一部で実施されていないという結果がでた。これに対し、医療従事者に対する研修プログラムに「乳幼児健診」を取り入れ、知識と技術の強化を図った。研修後の巡回指導をとおして、現場での実施状況や記録方法の確認および指導を継続し、これらの効果が確認された。その結果、EL では、分類 1 の割合が 82%と著しく上昇し、改善につながったと考えられる。(表 10、項目 1)

2) 予防接種に関する質問と結果

BL では、ワクチン接種に関する母親の認識について 93%と分類 1 の割合が高く、これを維持、向上するため、医療従事者に対する母子保健研修では、予防接種に関する内容と接種時期等について、知識と技術の強化を図った。研修後の巡回指導をとおして、実施や記録方法の確認と、必要に応じた指導を継続した。その結果、EL では、分類 1 の割合が 100%に至り、数値の改善につながったと考えられる。(表 11、項目 5)

3) 保健指導に関する質問と結果

BL では、母親のカウンセリングに関する認識が、早期成長発達に関するもの 65%、母乳栄養と離乳食に関するもの 85%であり、これら分類 1 の割合が、早期成長発達に関するもので低く、また、一部健診で実施されていないという結果がでた。これに対し、医療従事者への研修テーマの中に、母子保健に関わる医学的な知識や技術だけでなく、プロモーションや教材の活用方法等も取り入れ、利用者に対する情報提供とコミュニケーションに係る知識と技術の強化を図った。研修後の巡回指導をとおして、既存の教材、遊具を活用して保健指導が行われており、研修効果の発現が確認された。これが EL の分類 1 の割合において、早期成長発達に関するもの 90%、母乳栄養と離乳食に関するもの 97%までの改善につながった理由と考えられる。(表 12、項目 6、7)

4) 薬剤処方に関する質問と結果

BL では、母親の薬剤処方についての認識が、鉄剤処方に関し 67%、ビタミン A 処方に関し 73%、駆虫剤処方に関し 50%と分類 1 の割合がいずれも低く、一部健診では、必要な処方がされていないという結果がでた。これに対し、医療従事者への母子保健研修では、症例検討で薬剤処方に関する内容を取り扱い、薬剤量、処方時期等について知識と技術の強化を図った。研修後の巡回指導をとおして、現場での個別指導やフォローを継続した結果、EL では、鉄剤処方に関し 92%、ビタミン A 処方に関し 86%、駆虫剤処方に関し 100%と分類 1 の割合の改善につながったと考えられる。(表 12、項目 8～10)

3.4 乳幼児健診について（カルテの確認）

ELでのカルテ記入では、「栄養状態の分類(体重/年齢、身長/年齢、体重/身長)」、「栄養不足、貧血および栄養的リスクの問題判定」の2項目に低下がみられた。この原因として、記入漏れ、記述不足の改善に時間を要するスタッフが常に一定数存在するほかに、栄養状態の分類に関し、2017年保健省令第144号「乳幼児健診」、2018年保健省令第146号「小児疾患統合管理」の改定があり、現場で混乱が起きていたことがあげられる。しかし、この混乱が長期化しないよう、継続研修とモニタリング、巡回指導での正しい最新情報の提供と、記入漏れや記述不足のあるスタッフに対する、個別対応などにより93%の医療従事者は、正しい記録を行っていた。(表14、項目1)

特に、ES AFCメンバーは社会奉仕の医師、看護師が多く、2年間ごとに知識、技術、経験の少ない人材と交代するため、人員が異動しても産前健診および乳幼児健診に関わるサービスの質が保たれるよう実施した、医療従事者に対する継続教育としての母子保健研修プログラムおよび巡回指導は有効であった。今後もこれらの活動を継続することにより、乳幼児健診カルテの適切な記録をはじめ、良質なサービスの提供ができるスタッフの割合を保つことができると考えられる。

4. 添付資料

添付資料①-1 母子保健サービス実態調査票（産前健診）

添付資料①-2 母子保健サービス実態調査票(乳幼児健診)

添付資料①-1 母子保健サービス実態調査票（産前健診）

実態調査用紙

産前健診に関する質問紙調査 (APN)

日付: _____年____月____日

市町村: _____, 保健施設 _____

氏名 _____ カルテ番号: _____

年齢: _____ 歳 妊娠: _____ 週 予定日: _____ 年____月____日

健診実施回数 (本日の健診を含む): _____ 回

1. 産前健診で実施された項目にX(エックス)を付けて下さい。

	行動	活動内容	母親へのインタビュー	カルテ点検
1	記録	周産期カードとカルテの書き込み		
2	問診	家族歴、病歴、産科歴		
3	計測	血圧測定		
4		身長測定		
5		体重測定		
6		子宮底測定		
7		算出された妊娠週数		
8		胎児心音聴取(20週以降)		
9		胎動確認(18週以降)		
10	検査	検査室での検査: 登録、分析と解釈; Rh血液型、子宮頸部細胞診、梅毒(VDR/L/RPR)、ヘモグロビン、全血算、血糖、テストテープ(尿検査)、カウンセリングと自主的なHIV検査、ポリメラーゼ連鎖反応(PCR=クラミジア検査)、トキソプラズマ抗体検査、マラリア検査、もしその地域で流行が確認された場合は、シャーガス病抗体検査もするに値する。		
11		歯科および乳房検査		
12	評価	BMI値からの栄養状態の評価		
13		母体の体重増加をもとにした栄養状態の評価		
14		母体の体重増加をもとにした栄養状態の解釈		
15		血圧の値の評価		
16		尿検査テープ結果の解釈		
17		破傷風ワクチン接種記録の判定		
18	カウンセリング	妊娠中の危険兆候や症状に関するカウンセリング		
19		分娩についての説明/出産計画		
20		産後生活、完全母乳栄養、家族計画に関するカウンセリング		
21	処方	鉄分サプリメントの処方(最初の検査値が11mg/dl以下の場合) 葉酸サプリメント4mg/日の処方(妊娠前の3ヶ月から、妊娠全期間および分娩後3ヶ月まで)		
22		26週もしくは38週時の駆虫剤の処方		
23		妊娠高血圧腎症の危険因子のある妊婦に対する、1800mg/日の経口カルシウム剤の処方(12~16週の間を開始し、36週まで継続)		
24		妊娠高血圧腎症の危険因子のある妊婦に対する、100mg/日の経口アスピリン錠の処方(12~16週の間を開始し、36週まで継続)		
25	予約	次回の予約		
26	紹介	逆子や横位の胎児の検出および紹介		
27	その他	エコーの実施		

もし、母親がさらにカウンセリングや講話を受けていた場合は、下記にご記入ください。

(注記)

評価者名: _____ 役職: _____

添付資料①-2 母子保健サービス実態調査票(乳幼児健診)

乳幼児健診に関する質問紙調査(VPCD)

日付: _____年____月____日

市町村: _____, 保健施設: _____

氏名 _____, カルテ番号: _____

生年月日: _____年____月____日, 月齢: _____ヶ月/____日

性別: 女児 / 男児

健診実施回数(本日の健診を含む): _____回

1. 乳幼児健診で実施された項目にX(エックス)を付けて下さい。

	行動	活動内容	母親へのインタビュー	カルテ点検
1	記入	子どもカードとカルテの書き込み		
2	計測	バイタルサインの測定(体温・呼吸)		
3	身体測定	体重測定		
4		身長測定		
5		身体状態の観察		
6	評価	栄養状態の分類(体重/年齢、身長/年齢、体重/身長、BMI)		
7		成長の傾向判定(満足、不満足)		
8		小児発達評価(精神運動)		
9		栄養不足、貧血および栄養的リスクの問題判定		
10		ワクチン接種の判定(新生児期のBCG)(2、4、6ヶ月のポリオ、ロタウイルス、肺炎球菌)(12ヶ月のMMR)(18か月のDPT)		
11	対応	見つかった栄養不足、貧血および栄養的リスクの問題、または精神運動発達障害への対応		
12	カウンセリング	早期成長発達カウンセリング		
13		母親への母乳栄養と離乳食のカウンセリング		
14	処方	鉄分サプリメントの処方(低体重・早産児の継続ケア、小児疾患統合管理に基づく予防の適応者のみ)		
15		ビタミンAサプリメントの処方(生後6ヶ月以降)		
16		駆虫剤の処方(生後24ヶ月以降)		
17	予約	次回の予約		
18	紹介	病院または専門医への紹介		

もし、母親がさらにカウンセリングや講話を受けていた場合は、下記にご記入ください。:

(注記)

評価者の名前: _____ 役職: _____

添付資料⑱

エンドライン調査・2017年に出産した
母親に対する KAP 調査報告書

ニカラグア共和国
チョンタレス保健管区と
セラヤセントラル保健管区における
母と子どもの健康プロジェクト

KAP 調査結果報告書

平成 31 年 1 月
(2019 年)

独立行政法人
国際協力機構 (JICA)

有限会社エストレージャ

目次

略語表	1
写真	2
1 KAP 調査方法	4
1.1 調査目的	4
1.2 被調査者	4
1.3 調査比較対象者	4
1.4 KAP 調査実施期間	5
1.5 調査内容	5
1.6 調査手順	6
1.7 調査結果処理法	7
2 KAP 調査結果	7
2.1 被調査者の実態	7
2.1.1 調査対象者の出産時の年齢	7
2.1.2 妊娠回数と生存している子の数	7
2.1.3 婚姻関係	8
2.2 被調査者の社会経済環境	8
2.3 母子保健に係る KAP 調査	9
2.3.1 産前健診	9
2.3.2 妊娠中の危険兆候	10
2.3.3 マタニティホーム	12
2.3.4 分娩	14
2.3.5 産後健診	15
2.3.6 乳幼児健診	16
2.3.7 乳幼児の下痢	17
3 考察	17
添付資料	18

略語表

CM	Casa Materna	マタニティホーム
ESAF	Equipo de Salud Familiar y Comunitario	家庭地域保健チーム
KAP	Knowledge Attitudes and Practices	知識・態度・行動
MINS	Ministerio de Salud de Nicaragua	ニカラグア保健省
MOSAF	Modelo de Salud Familiar y Comunitario	家庭地域保健モデル
PAHO	Pan American Health Organization	米州保健機関
RC	Red Comunitaria	コミュニティ・ネットワーク
SAMANI	Salud Madre y Niñez	サマニ(プロジェクトの通称)
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en Salud	保健管区

写真



サント・ドミンゴ、アコヤパ調査員研修



研修でインタビューの練習をする調査員



チナモス保健セクター調査 家庭訪問で、母親にインタビューをする調査員



チナモス保健セクター調査家庭訪問で、母親にインタビューをする調査員



サン・フェリペ保健セクター 保健ポストでインタビューをしている



サン・フェリペ保健セクター 母親に説明するアコヤパ支所長



エル・チナル保健セクター 集落へ向かう調査員と RC



エル・チナル保健セクター家庭訪問へ向かう調査員、RC



タロリング保健セクター 調査当日、出発前のミーティング



タロリング保健セクター 保健ポストでインタビューをしている



ナシオネス・ウニダス保健セクター 家庭訪問へ向かう調査員、ESAFC、テクニカルアシスタント



ナシオネス・ウニダス保健セクター 集落へ向かう調査員、ESAFC、RC



ワピ保健セクター 調査前のミーティング



マロン保健セクター調査員、ESAFC、RC



マロン保健セクター会議 調査の打合せをする ESAFC



ナシオネス・ウニダス保健セクター 調査員と ESAFC

KAP 調査結果報告書

1 KAP 調査方法

1.1 調査目的

エンドライン調査(以下 EL)として、プロジェクトパイロット保健セクターにおいて、2017年に出産した母親の母子保健に関する、知識(Knowledge)・態度(Attitude)・行動(Practice)を知り、2015年のベースライン調査(以下 BL)を実施した。“2014年に出産した母親へのKAP調査”と比較し、プロジェクト介入後の母親の行動変容を明らかにする。

1.2 被調査者

クラスターサンプリング法を用いて、プロジェクトのパイロット保健セクター7か所を対象に、2017年に出産した母親274人を抽出した。この被調査者宅を訪問し、母子保健にかかわる知識、態度、行動についてKAP調査票を用いて合計202人にインタビュー調査を行った。BLでは、パイロット保健セクター8か所が対象であったが、サント・ドミンゴ支所ブルン2保健セクターは、治安の悪化により、今回のKAP調査から除外した。

表1 エンドライン KAP 調査実績

1.3 調査比較対象者

プロジェクト実施中、ニカラグア保健省により、保健セクターの再編成が実施された。それに伴い、アコヤパ支所、サント・ドミンゴ支所、エル・ラマ支所のパイロット保健セクターにおいて、管轄する集落に変更が生じた。したがって、保健セクターの中には、2015年のBL時には調査対象であったが、2018年EL時には調査対象外となった集落が存在する。BL調査の対象地域をEL調査に合わせるため、BLのデータベースから抽出したEL対象集落の母親246人について再集計し、BL調査結果とした。次ページ表に、BL・ELの集落別調査人数を示す。

SILAIS	支所	パイロット保健セクター	2017年に出産した母親(人)	調査人数	調査	投入
				実数(人)	割合(%)	調査員(人)
チョンタレス	アコヤパ	サン・フェリペ	12	9	75	4
		エル・チナル	35	18	51.4	8
	サント・ドミンゴ	チナモス	32	24	75	11
		ブルン2		中止		
セラヤ・セントラル	エル・ラマ	ワピ	84	60	71.4	20
		マロン	35	28	80	10
	ヌエバ・ギネア	タロリング	26	20	76.9	10
		ナシオネス・ウニダス	50	43	86	15
		合計	274	202	73.7	78

表 2 BL・EL の集落別調査人数

支所	セクター名	ベースライン調査		エンドライン調査			
		集落名	調査人数	集落名	調査人数		
アコヤパ	サン・フェリペ	San Felipe	7	San Felipe	0		
		Aguacate	2	Aguacate	3		
		La Tigra	4	La Tigra	3		
		La Leona	1	La Leona	0		
		Juigalpita	1	Juigalpita	0		
		Covanal	4	Covanal	3		
		Aguas Buenas					
		La Carreta					
		Los Bueyec					
		Las Islas					
	Guapinol						
	小計	19	小計	9			
	エル・チナル	La Manga	4	La Manga	6		
		El Chinal	4	El Chinal	5		
		San Esteban	0	San Esteban	6		
		El Norte	2	El Norte	1		
		El Zapote		Puertas Rjas			
		El Charco		Guanacastillo			
		Tamarindo					
	小計	10	小計	18			
サント・ドミンゴ	チナモス	Los Chinamos	10	Los Chinamos	6		
		Bulum 1	12	Bulum 1	1		
		Tapalwas 2	1	Tapalwas 2	4		
		Tapalwas 3	6	Tapalwas 3	4		
		El Chile	8	El Chile	3		
		La Flor	2	La Flor	0		
		Palmira 1	8	Palmira 1	6		
		Suana	5	Suana	0		
		Palmira Central	3	Palmira Central	0		
		Barrio Poble	2	Barrio Poble	0		
		Dos Boca					
		Las Vegas					
		小計	57	小計	24		
		SILAIS チョンタレス 合計調査人数		86		51	
		アコヤパ	ヌエボ・ウニダス	Naciones Unidas	21	Naciones Unidas	28
Nuevo Horizonte	4			Nuevo Horizonte	6		
Los Pérez	7			Los Pérez	3		
Flor de Caña	3			Flor de Caña	4		
Sinaí	2			Sinaí	2		
小計	37			小計	43		
タロリンガ	Talolinga			13	Talolinga	14	
	Maquengue			4	Maquengue	5	
	El Amparo			0	El Amparo	0	
	San Luis			1	San Luis	1	
小計	18		小計	20			
ラビ	Bo Central		13	Bo Central	9		
	Bo Cuatro Esquinas		8	Bo Cuatro Esquinas	5		
	Bo Francisco Sacasa		7	Bo Francisco Sacasa	5		
	Bo Ismael Castillo		10	Bo Ismael Castillo	11		
	Bo Chilamate		4	Bo Chilamate	7		
	Bo Nuevo		5	Bo Nuevo	7		
	Bo Pobre		9	Bo Pobre	10		
	Caño Adolfo		8	Caño Adolfo	6		
				Las Pavas			
	小計	64	小計	60			
シロン	El Marrón	24	Marron	15			
	El Toro	10	El Toro	4			
	Cabeceras de Valentin	2	Cabecera Valentin	5			
	San Gerónimo	5	San Geronimo	4			
	小計	41	小計	28			
SILAIS セラヤ・セントラル 合計調査人数		160		151			
合計	ベースライン調査人数	246	エンドライン調査人数	202			

1.4 KAP 調査実施期間

2018年11月7日～11月30日

本調査実施時期は、当初2018年5～6月を予定していたが、政情不安により実施時期を延期した。2017年に出産した母親が対象であり、母子保健サービスの記憶を調査するに当たり、これ以上時期を遅らせるわけにはいかなかった。

1.5 調査内容

- 表3に示す母子保健に関わる主要な9項目について、被調査者が有する知識、態度、自身の行動を調査した。コミュニティネットワーク（以下RC）活動はBLにはなく、ELで追加した項目である。
- BL同様、被調査者の実態として、国際連合ラテンアメリカ・カリブ経済委員会の推奨で、中南米で社会経済環境の指標として80年代から使用されている「満たされない基本

的なニーズ」¹ (Unsatisfied basic needs 以下UBN) を調査した。

表 3 EL KAP 調査項目

	項目	調査内容
1	産前健診	産前健診を開始する時期と健診回数
2	妊娠中の危険兆候	妊娠中の危険兆候とその対処
3	マタニティホーム	マタニティホームのサービス内容と理解状況
4	分娩	分娩介助者、施設と家族の協力
5	産後健診	産後健診を開始する時期
6	乳幼児健診	出生後第1回目の乳幼児健診開始時期
7	乳幼児の下痢	乳幼児の下痢への対処
8	RC	コミュニティにおける RC の役割
9	社会経済環境	被調査者の社会経済環境と実態

1.6 調査手順

- KAP 調査の調査票は、BL の調査票をもとに、RC の活動に関する項目を追加した。(添付 1. KAP 調査票参照)。
- パイロット保健セクターで管理されている妊産婦管理台帳を基に、2017 年に出産した母親のリストを作成し、予防接種台帳と照合して被調査者リストを作成した。そして、母子ともに集落に居住していることを確認するとともに、ESAFc からの情報をもとに、集落から転居した母親は削除した。
- 各調査対象の保健セクターにおいて、RC を招集し、調査の目的とデータの利用理由を説明し、調査への協力を依頼した。具体的には、調査に先立ち調査対象女性の居住先およびアクセス方法を確認し、調査への同行を依頼した。また、一部対象者は、ESAFc もしくは RC から呼びかけて保健ポストや保健の家²などに出向いてもらった。
- 調査員の募集にあたり、地元の大学 3 か所に協力を依頼した。調査員は、バイアスを考慮し保健医療学部以外の女子大生を採用し、事前にオリエンテーションとトレーニングを行った。女子大生としたのは、質問が性や妊娠・出産に関する、女性にとってデリケートな内容に及ぶためのジェンダー配慮である。
- 調査目的、入手情報の用途を説明した、同意書を作成した。インタビュー実施前に、この内容を調査員が口頭で説明し、同意・署名を得た上で調査を実施した。同意が得られない場合は、調査を取り止めた。調査は、被調査者の住居を調査員が直接訪問し、調査

¹ <http://www.undp.org/lb/programme/pro-poor/poverty/povertyinlebanon/molc/methodological/C/basicsneed.htm>

² 「保健の家 (Casa base カサバセ)」は、農村部の集落において保健センターもしくは保健ポストが存在しない場合に一般家屋などの一部空間を利用して医療サービスを提供している。

票に沿って対面式で質問し、その場で得た回答を同票に記入した。

1.7 調査結果処理法

データベースを Excel で作成、集計した。

2 KAP 調査結果

2.1 被調査者の実態

2.1.1 調査対象者の出産時の年齢

グラフ 1 出産時の年齢

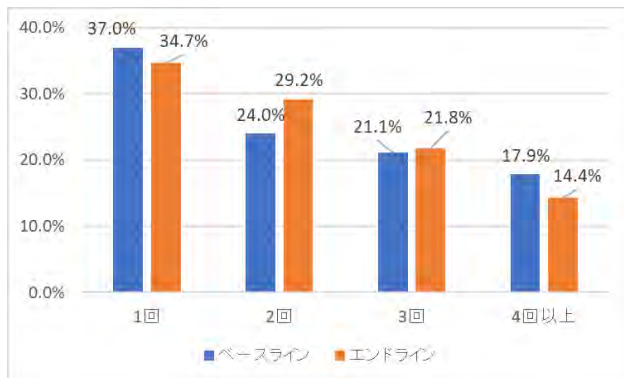


BL では、全体の 65.9%が保健省令において、低リスクとされている 20～34 歳であった。ついで 13～19 歳の思春期が 24.4%、35 歳以上が 9.3%であった。EL では、20～34 歳が 68.8%に上昇し、思春期妊娠が 18.8%に低下し、35 歳以上の出産が 12.4%に上昇した。(グラフ 1) 2014 年両 SILAIS の若年妊娠 (15～19 歳) はチョンタレス

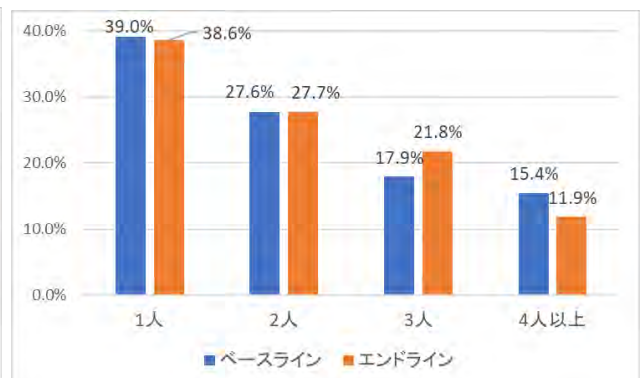
25.1%、セラヤ・セントラル 28.6%。2017 年チョンタレス 23.8%、セラヤ・セントラル 27.8%であった。ニカラグアは中米で若年妊娠率が最も高いことから、各保健セクターでは、青少年グループによるピュアエデュケーションによる、リプロダクティブヘルスに力を入れている。特に、SILAIS セラヤ・セントラルでは、課題別研修³に参加した、看護師により、パイロット保健セクターで青少年グループに直接指導を行った。

2.1.2 妊娠回数と生存している子の数

グラフ 2 妊娠回数



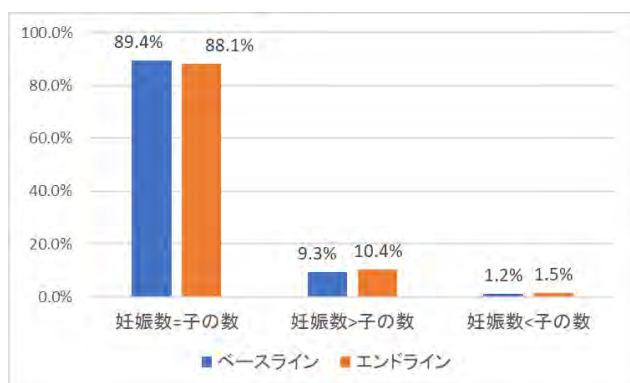
グラフ 3 生存している子の数



グラフ 2 のように、BL、EL とともに、最も多かったのは 1 回目の妊娠経験者であった。次いで 2 回、3 回、4 回以上であった。グラフ 3 に、生存している子の数を示す。被調査者の子どもの数は、1 人が最も多く、次に 2 人、3 人、4 人以上という割合であった。

³ 課題別研修「公衆衛生活動による母子保健強化」

グラフ 4 妊娠回数と子供の数

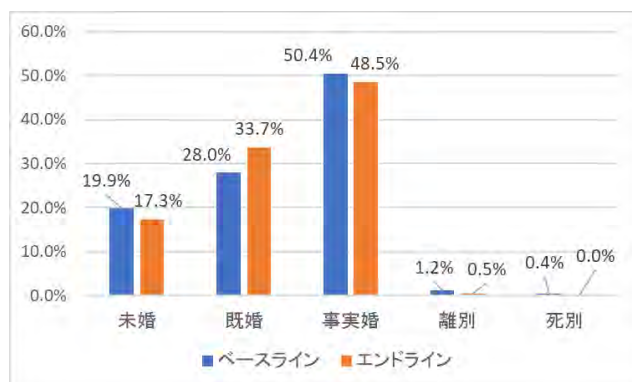


グラフ4では、BL、ELのデータベースから、妊娠回数と生存している子の比較を集計・分析し、BLでは母親3人が双子の出産をしているが、これを調整した上で、23人(9.3%)が妊娠数より生存している子の数が少ないことから、死産もしくは子の死亡があったことが分かる。ELでは3人が双子を出産し、21人(10.4%)が妊娠数より生存している子の

数が少なかった。

2.1.3 婚姻関係

グラフ 5 婚姻関係



婚姻の状況としては、「Unión libre (Free union)」と呼ばれる法的な婚姻手続きをしない状態での同棲(事実婚)が半数以上と最も多く、次いで既婚、未婚(婚姻しておらず同棲者もいない)、離別(離婚後、同棲者はいない)であった。

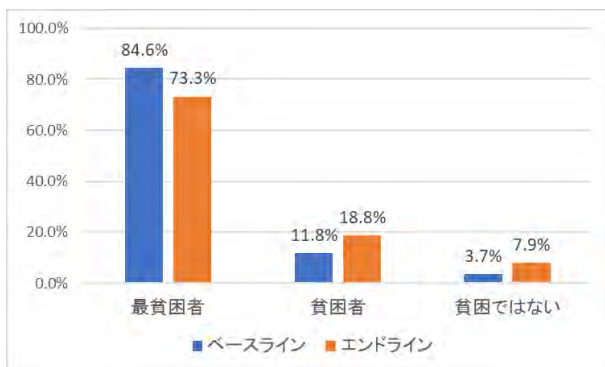
BLでは、全体の78.4%が既婚もしくは事実婚であり、21.5%が母子家庭であった。

ELでは、82.2%が既婚もしくは事実婚で、17.8%が母子家庭であった。

2.2 被調査者の社会経済環境

UBNは住民の基本的ニーズ(住宅、衛生、基礎教育と最低所得)の4分野に関連する指標を使用し、基本的ニーズの欠如を特定し、貧困度を出すものである。4分野の質問は、8項目(外壁、床、上水道、便所、部屋数、寝室利用者数、未就学児、扶養人数)に分かれ、そのうち1項目が該当すると貧困者、2項目以上該当すると最貧困者と分類した。

グラフ 6 満たされない基本的なニーズ



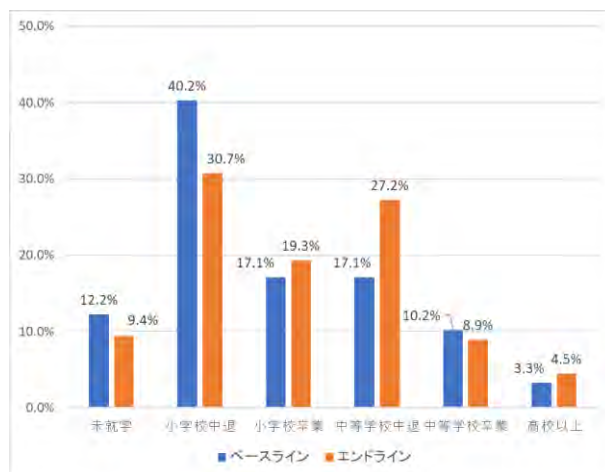
グラフ 7 持ち家



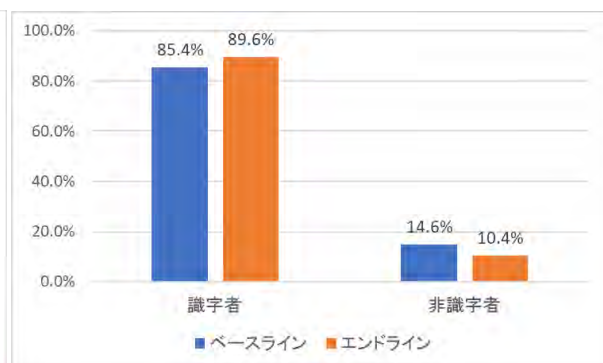
グラフ6に示すように、BLでは、全調査人数246人のうちUBNの指標を基に調査した結果、96.4%が貧困者もしくは最貧困者となった。ELでは、調査全数202人のうち92.1%が貧困者もしくは最貧困者であった。この結果はニカラグアで2009年に実施された、生活レベル測定のための全国家計調査の貧困者割合84.5%（僻地）及び71.6%（全国）を大きく上回っているものの、UBNはこの3年間で若干改善されている。

グラフ7に持ち家と借家の割合を示す。持ち家についての調査では、BLでは約半数の51.1%が持ち家でないが、ELでは、33.3%に低下し、66.8%が持ち家となった。プロジェクト対象地の主要産業は中小規模の畜産業であり、他に農業も盛んである上、チョンタレスでは鉱山業も盛んである。他地域からの労働者が多い。

グラフ8 最終学歴



グラフ9 識字



グラフ8に最終学歴を示す。小学校中退以下の母親は、BL52.4% EL40.1%であった。ELの方が、BLに比較して小学校卒業と、中等学校(3年)中退の割合が上昇した。

グラフ9に、識字率を示す。BLで母親の識字率は85.4%と高く、ELではさらに86.9%に上昇した。最終学歴と識字率が改善していることは、思春期妊娠割合の低下と符合している。

2.3 母子保健に係る KAP 調査

2.3.1 産前健診

ニカラグア保健省の産前健診の規定では、妊娠12週までに第1回目の健診を受診することになっている。BLでは、早期に産前健診を受診すべきだという知識はあるが、行動は、74.8%にとどまった。しかし、ELでは、知識、態度、行動ともBLより上回った。特に、態度に関しては、妊娠早期の産前健診受診率は100%であった。また、BLでは、産前健診を一度も受けなかった者があったが、ELでは、受診しなかった者はいなかった。(表4)

表 4 産前健診開始時期

産前健診開始時期	ベースライン			エンドライン		
	知識 (%)	態度 (%)	行動 (%)	知識 (%)	態度 (%)	行動 (%)
妊娠1か月～3か月	79.7%	93.5%	74.8%	97.0%	100.0%	85.6%
妊娠4か月～6か月	6.9%	2.4%	14.2%	2.5%	0.0%	12.9%
妊娠7か月～9か月	2.0%	0.0%	2.0%	0.0%	0.0%	1.0%
10か月以上	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
知らない・回答なし	11.4%	3.7%	6.9%	0.5%	0.0%	0.5%
受診しなかった(行動のみ)	0.0%	0.0%	2.0%	0.0%	0.0%	0.0%

産前健診受診回数はニカラグア保健省規定では4回以上が推奨されている。ELでは、「4回以上」と回答した人数は、BLより上回っている。知識(98%) 態度(99.5%) 行動(94.6%)のいずれも、高い割合を示した。行動の受診回数が増えた要因として、ESAFICの医療従事者の集落活動が定期的実施され、産前健診を受けていない妊婦の家庭訪問や毎月開催される、保健セクター会議で妊産婦の状況を議題として取り扱うことになったことと考えられる。

表 5 産前健診回数

産前健診受診回数	ベースライン			エンドライン		
	知識 (%)	態度 (%)	行動 (%)	知識 (%)	態度 (%)	行動 (%)
4回以上	85.4%	90.2%	78.5%	98.0%	99.5%	94.6%
1～3回	6.5%	5.7%	13.4%	0.5%	0.0%	4.5%
分からない	8.1%	4.1%	5.3%	1.5%	0.5%	1.0%
受けていない(行動のみ)	0.0%	0.0%	2.8%	0.0%	0.0%	0.0%

2.3.2 妊娠中の危険兆候

表 6 妊娠中の危険兆候の有無

危険兆候	ベースライン	エンドライン
	行動 (%)	行動 (%)
はい	37.0%	33.7%
いいえ	63.0%	66.3%

「妊娠中に危険兆候はありましたか」の問いに対してBLで37.0%、ELで33.7%があったと答えた。(表6)

表 7 妊娠中危険兆候があった場合の対処(複数回答、回答者数:BL 態度 246人、行動 91人、EL 態度 202人、行動 68人)

危険兆候があった場合	ベースライン		エンドライン	
	態度 (%)	行動 (%)	態度 (%)	行動 (%)
保健センターに行く	66.3%	49.5%	78.7%	85.3%
病院に行く	30.1%	23.1%	18.8%	8.8%
プライベートクリニックに行く	0.0%	2.2%	1.0%	2.9%
家にいる	0.4%	4.4%	0.5%	1.5%
伝統的分娩助産者を訪問する	1.2%	11.0%	1.0%	0.0%
その他	1.6%	2.2%	0.0%	0.0%
知らない・回答なし	0.4%	7.7%	0.0%	1.5%

妊娠中、危険兆候があった場合の対処として、「保健センターに行く」、「病院に行く」、「プライベートクリニックに行く」など、医療機関への受診と回答した母親は、BL 態度 96.3%、行動 74.7%、ELは態度 98.5%、行動 97.1%であり、態度と、行動が伴っている。(表7) また、ELで行動に関し、「病院へ行く」と回答した割合がBLより減少した。これは、ESAFIC

のレファラルシステムが機能していること、緊急時の自己判断が減っていることと考えられる。

表 8 妊娠中危険兆候とは（複数回答）

症状	ベースライン	エンドライン
	知識(%)	知識(%)
出血	58.1%	83.7%
手足の浮腫	24.0%	42.6%
頭痛	22.4%	48.0%
下腹部痛	19.5%	34.2%
高血圧	11.8%	30.2%
感染	9.8%	28.7%
胎児が動かない	6.5%	31.2%
痙攣	4.1%	2.0%
破水	4.1%	5.0%
目がチカチカする	2.4%	14.4%
尿路感染	2.0%	5.9%
膣感染	1.6%	8.4%
耳鳴り	1.2%	1.0%
その他	13.8%	1.0%
知らない・回答なし	17.5%	1.5%

質問時は被調査者に妊娠中の危険兆候の症状を聞くだけで、調査票の項目は見せていない。それでも 13 症状中、11 症状に関して、正答率が上昇していた。

BL では、「知らない・回答なし」が 17.5%であったが、EL では、1.5%であり、98.5%の母親は危険兆候に関する知識を持っていると言える。ES AFC からの情報が、情報が確実に伝わっている。

EL では「妊娠中の危険兆候に関して、どこから情報を得たか」と「危険兆候があった場合に誰に連絡するか、あった場合は、誰にしたか」と RC に関する質問を追加した。

表 9 危険兆候の情報の得たか（複数回答） 表 10 危険兆候があった場合の連絡（複数回答）

情報の得たか	行動(%)
保健所等健診時	91.6%
村落での講話	37.1%
メディア	15.3%
小冊子	16.8%
家庭訪問	5.4%
その他	3.0%
分からない・回答なし	1.5%
聞いていない	1.0%

緊急時の連絡	知識 (%)	態度 (%)
医師/看護師	93.6%	96.0%
保健ボランティア/伝統的分娩介助者	26.7%	3.5%
村落緊急搬送委員会のメンバー	4.0%	0.5%
家族	7.4%	0.0%

産前健診では、すべての健診において、妊娠中の危険兆候についてのカウンセリングを義務付けていることから、91.6%と高い数値を示したのは健診中のカウンセリングの効果があったと言える。危険兆候に関して、「聞いていない」と回答したのは、2人（1%）であった。緊急時の連絡先としては、知識で「家族」と回答した者が 7.4%あったものの、態度では、ES AFC のメンバーである医師/看護師、保健ボランティア/伝統的分娩介助者、集落緊急搬送委員会のメンバーのいずれかをあげている。

表 11 RCメンバーを知っているか 表 12 妊娠中もしくは産後にRCが家庭訪問をしたか

RCを知っているか	知識(%)
知っている	89.1%
知らない	9.9%
分からない・回答なし	1.0%

RCの家庭訪問	行動(%)
訪問した	96.0%
訪問していない	3.5%
分からない・回答なし	0.5%

「自分の集落のRCメンバーを知っているか」の問いに関して89.1%が、知っていると回答した。また、「妊娠中、もしくは産後にRCが家庭訪問をしたか」の問いに対しては、96%が家庭訪問を受けたと回答した。ESAF活動ガイドの導入により、活動項目の「出産計画の強化と妊婦サークルの実施」の中で、RCに対する研修を実施した。「出産計画」研修では、妊娠中の危険兆候、集落妊産婦の監理、緊急搬送に焦点をあてたことにより、RCが集落内の妊婦を見守る体制ができた。

2.3.3 マタニティホーム

表 13 マタニティホームのサービス内容（複数回答）

マタニティホームのサービス	ベースライン	エンドライン
	知識(%)	知識(%)
出産前に宿泊する	48.0%	91.1%
出産後に宿泊する	11.4%	57.4%
診察をする	29.7%	55.9%
健康トーク	4.5%	12.9%
産前健診をする	6.1%	10.9%
家族計画の提供	1.6%	8.4%
母乳栄養指導	3.3%	3.0%
知らない・回答なし	41.5%	3.0%
その他	1.2%	4.5%

BLでは、マタニティホームのサービス内容を「知らない・回答なし」が

41.5%であったが、ELでは、3.0%に低下した。また、すべてのサービス内容に関して、回答率が大幅に上昇した。

プロジェクトでは保健ポストや保健の家にマタニティホームに関する

ポスターをはり、サービス内容の周知に努めた。

表 14 医療従事者からマタニティホームを紹介されたか

マタニティホームの紹介	ベースライン	エンドライン
	行動(%)	行動(%)
紹介された	78.0%	95.0%
紹介されなかった	22.0%	5.0%

産前健診時にマタニティホームの紹介をされた割合が増加した。

マタニティホームの利用は、産前健診時のカウンセリング項目であり、

健診時の情報が、妊婦に確実に伝わった。

表 15 マタニティホームを利用したか

マタニティホームの利用	ベースライン	エンドライン
	行動(%)	行動(%)
はい	21.5%	55.9%
いいえ	50.0%	44.1%
無回答	23.6%	0.0%

BL時マタニティホームの利用率は21.5%であったが、ELでは、55.9%に増加した。

表 16 マタニティホームを使用しなかった理由（複数回答、回答者数：BL 行動 57 人、EL89 人）

マタニティホームを利用しなかった理由	ベースライン	エンドライン
	行動(%)	行動(%)
出産が早まった・病院へ直接行った	40.4%	22.5%
出産施設の近くに家族の家がある	5.3%	23.6%
自宅にいたい	19.3%	18.0%
子供の世話がある	8.8%	12.4%
マタニティホームは嫌いだ	8.8%	11.2%
費用がない	3.5%	2.2%
夫が賛成しない	1.8%	2.2%
家族が賛成しない	1.8%	2.2%
その他	10.5%	5.6%
分からない・無回答	0.0%	1.1%

マタニティホームを使用しなかった理由として、否定的や家族の理解不足と答えた者は、BLで43.9%、ELで48.3%であった。

表 17 マタニティホームの利用希望

マタニティホームの利用希望	ベースライン	エンドライン
	態度(%)	態度(%)
はい	89.4%	82.2%
いいえ	10.6%	17.3%
無回答	0.0%	0.0%

「次の出産時にはマタニティホームの利用をしたいか」の問いに対しては、BLでは全体の89.4%、ELでは82.2%が利用をしないと回答し、BL、ELともに行動（表 15）との差が大きい。

表 18 マタニティホームを利用したくない理由（複数回答、回答者数：BL26 人、EL35 人）

マタニティホームを利用したくない理由	ベースライン	エンドライン
	態度(%)	態度(%)
出産施設の近くに家族の家がある	11.5%	22.9%
マタニティホームは嫌いだ	38.5%	34.3%
自宅にいたい	11.5%	14.3%
費用がない	0.0%	14.3%
家族が賛成しない	0.0%	11.4%
子供の世話がある	3.8%	5.7%
夫が賛成しない	0.0%	8.6%
その他	19.2%	0%

マタニティホームを利用したくないと回答した者の理由として、「出産施設の近くに家族の家がある」以外の、マタニティホームに対する否定的な考えを変えるための働きかけが必要である。

ELでは、マタニティホームに関する、プロモーションの効果を検証するため、「出産前、マタニティホームに行く時期」および滞在期間に関する質問を行った。

表 19 マタニティホームへ行く時期

マタニティホームに行く時期	エンドライン
	知識(%)
妊娠8か月	91.6%
妊娠7か月	4.5%
妊娠9か月	3.0%
妊娠5か月	0.5%
分からない・無回答	0.5%

表 20 マタニティホームの滞在期間

マタニティホームの滞在期間	エンドライン
	知識(%)
妊娠中、出産後の必要な時	74.3%
妊娠中のみ	10.9%
妊娠9か月から分娩まで	9.9%
出産後のみ	3.0%
分からない・無回答	2.0%

表 19 にマタニティホームに行く時期についての知識を示す。妊娠計画活動では、出産までに必要な準備や出産場所に関しての計画として、施設分娩を推奨している。また、産前健診では、出産施設までのアクセスが悪い地域は、妊娠 8 か月よりマタニティホームへレファラルをしていることから、プロモーションの有効性が確認できた。

表 20 にマタニティホームの滞在期間についての知識を示す。マタニティホームの滞在に関しては、74.3%が滞在期間は限定されず、必要な期間滞在できると正しく理解している。

2.3.4 分娩

本項目では、分娩場所、分娩介助者に関する質問をした。

表 21 分娩場所（知識、態度は複数回答）

分娩場所	ベースライン			エンドライン		
	知識 (%)	態度 (%)	行動 (%)	知識 (%)	態度 (%)	行動 (%)
病院	81.7%	74.0%	65.9%	91.1%	87.6%	80.2%
自宅	7.3%	8.1%	18.7%	0.0%	2.0%	7.4%
保健センター	22.4%	22.4%	7.7%	25.7%	22.8%	8.4%
プライベートクリニック	2.0%	2.0%	2.4%	1.0%	2.5%	2.5%
保健ポスト	6.1%	3.3%	2.0%	6.4%	6.4%	1.0%
知らない・回答なし	1.6%	1.2%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%
その他	1.6%	3.3%	2.8%	0.0%	0.5%	0.5%

表 21 に分娩場所についての KAP を示す。分娩場所の知識として、BL では医療機関以外の回答があったものの、EL では、医療機関以外の回答がなくなった。しかし、少数ではあるが、態度では自宅分娩を好む回答もあった。また、行動では施設分娩率が 78.0%から 92.1%と上昇し、自宅分娩が 18.7%から 7.4%に低下した。これは、妊産婦管理台帳を使った、向こう 4 週間の出産者リストを用いた妊婦監理が機能し、妊婦の居場所や連絡先を把握することにより、医療施設へのレファラル効果が現れていると考えられる。また「出産計画」では、健診毎に出産に対する準備（家族の世話、移動方法、出産場所等）を確認している。

表 22 保健セクター別自宅分娩数

保健セクター別 自宅分娩	ベースライン			エンドライン		
	自宅分娩率	自宅分娩数	調査数	自宅分娩率	自宅分娩数	調査数
チナモス	28.1%	16	57	20.8%	5	24
マロン	39.0%	16	41	17.9%	5	28
エル・チナル	20.0%	6	10	5.6%	1	18
ワピ	9.4%	3	64	5.0%	3	60
タロリンガ	5.6%	1	18	5.0%	1	20
サン・フェリペ	15.8%	2	19	0.0%	0	9
ナシオネス・ウニダス	5.4%	2	37	0.0%	0	43

保健セクター別では、パイロット支所で唯一マタニティホームがない、サント・ドミンゴ支所のチナモス保健セクターの自宅分娩率は、ほぼ変わらないものの、BL で最も自宅分娩率が高かったエル・ラマ支所のマロン保健セクターの自宅分娩率は、半数以下となった。マロン保健セクターはパイロット保健セクターの中でも、アクセスが極めて悪い集落が多いセク

ターであるが、プロジェクト期間中に RC が主体となり、セクター内に保健の家を 2 か所設置するなど、RC の活動が活発であり、妊産婦監視も効果を上げている。

表 23 分娩介助者（複数回答）

分娩介助者	ベースライン			エンドライン		
	知識 (%)	態度 (%)	行動 (%)	知識 (%)	態度 (%)	行動 (%)
男性医師	67.5%	51.2%	51.2%	94.6%	81.2%	80.2%
女性医師	26.0%	42.7%	23.6%	7.9%	23.3%	11.9%
伝統的分娩介助者	18.7%	11.0%	17.1%	2.0%	2.5%	5.9%
男性看護師	0.8%	0.8%	0.8%	6.4%	3.5%	0.0%
女性看護師	18.3%	19.1%	2.4%	23.8%	19.3%	2.5%
夫	1.6%	1.2%	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%
父親	0.4%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.5%
母親	4.1%	2.4%	2.4%	0.5%	0.0%	1.0%
知らない・回答なし	1.2%	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
その他	0.8%	0.4%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%

表 23 に分娩介助者についての KAP を示す。分娩介助者は医師もしくは看護師であるべき、または医師もしくは看護師に介助してもらいたい、が最も多くかった。また、行動から、施設分娩で医師が分娩介助していることがわかる。伝統的分娩介助者との出産を希望している妊婦が、11%から 2.5%に低下した。また、実際に伝統的分娩介助者による出産を行ったという回答者は 17.1%から 5.9%に低下した。

表 24 施設分娩のため、夫または同棲者の協力は必要か

同棲者の協力	ベースライン			エンドライン		
	知識 (%)	態度 (%)	行動 (%)	知識 (%)	態度 (%)	行動 (%)
必要	89.4%	93.5%	92.3%	82.2%	92.6%	92.6%
必要ない	9.3%	4.5%	3.7%	17.8%	7.4%	4.5%
該当しない・同棲者がいない	1.2%	2.0%	2.8%	0.0%	0.0%	2.5%
知らない・回答なし	0.0%	0.0%	1.2%	0.0%	0.0%	0.5%

表 24 に施設分娩のため、夫または同棲者の協力は必要かの問いに対する KAP を示す。知識、態度、行動でほぼ同じ結果であった。BL では施設分娩を実際にしたのは 78.0%に留まっていたことから、夫が実際に協力的であった 92.3%の妊婦の中にも施設分娩をしなかったケースがあったが、EL では夫または同棲者の協力と施設分娩率がほぼ、同じ結果となった。「出産計画」では、妊婦のみならず、その家族や RC を巻き込み、安全な出産のための準備が妊娠期間中に行われた。施設分娩を好まない妊婦に対しては、ESAFIC の医療従事者と RC が連携し、家族への交渉も行っている。

2.3.5 産後健診

ニカラグア保健省の規定では、施設分娩の場合は出産後 24 時間以内に初回、その後、10 日以内に管轄の保健センターもしくは保健ポストで 2 回目以降の産後健診をすることになっている。また、自宅分娩の場合は 3 日以内に産後健診を受けるとされている。

表 25 産後健診の時期

産後健診の時期	ベースライン			エンドライン		
	知識 (%)	態度 (%)	行動 (%)	知識 (%)	態度 (%)	行動 (%)
出産後2日～10日後	38.2%	40.2%	39.4%	90.1%	90.6%	88.6%
出産後11日～45日後	34.6%	39.8%	29.3%	7.9%	7.9%	9.9%
出産後46日～60日後	6.5%	6.1%	5.3%	0.5%	0.5%	1.0%
61日以上あと	4.1%	5.7%	6.9%	0.0%	0.0%	0.0%
知らない・回答なし	16.7%	8.1%	13.4%	1.5%	1.0%	0.5%
受けていない(行動のみ)	0.0%	0.0%	5.7%	0.0%	0.0%	0.0%

表 25 に産後健診の時期についての KAP を示す。中期産後健診（出産後 2～10 日）に関して、BL 時は、知識「受診すべき」38.2%、態度「受診したい」40.2%、行動「受診した」39.4%から、EL では、知識 90.1%、態度 90.6%、行動 88.6%と大きく改善した。ESAFIC では、向こう 4 週間の出産者リストの分析を実施し、継続的な妊産婦監視をしているが、その効果が上がっているといえる。

2.3.6 乳幼児健診

保健省は省令で乳幼児健診の実施を規定しており、施設分娩の場合は出生 2～10 日後に、自宅分娩の場合は 3 日後までに 1 回目、2 か月後に 2 回目の健診を管轄の医療施設で受けることになっている。12 か月までに健診は 6 回、1 歳以降は誕生日に 1 回目、その後 4 か月後に 2 回目の乳幼児健診を受診する。

表 26 乳児の初回健診の時期

乳児健診の時期	ベースライン			エンドライン		
	知識 (%)	態度 (%)	行動 (%)	知識 (%)	態度 (%)	行動 (%)
出生後8日以内	56.1%	57.3%	48.4%	92.1%	92.1%	87.1%
出生後16～30日	23.2%	16.7%	18.3%	5.0%	5.4%	5.9%
出生後9～15日	4.1%	6.1%	10.6%	2.0%	2.0%	4.5%
出生後31日以降	12.2%	15.4%	20.7%	1.0%	0.5%	2.5%
知らない・回答なし	4.5%	4.5%	2.0%	0.0%	0.0%	0.0%

表 26 に乳児の初回健診の時期についての KAP を示す。乳児の初回健診では BL と EL では、知識「出生後 8 日以内に受診する必要があることを知っている」は 56.1%から、92.1%に、態度「出生後 8 日以内に受診したい」は 57.3%から 92.1%に、行動「出生後 8 日以内に受診した」は 48.1%から 87.1%に上昇した。BL では、健診の時期を正しく理解していたのは、半数であったのが、EL では 90%以上となった。産後健診の時期と同様、健診のカウンセリングで正しく情報が伝わり、継続ケアが機能している。

2.3.7 乳幼児の下痢

表 27 乳幼児の下痢時の対処（複数回答）

下痢になった時の対処	ベースライン			エンドライン		
	知識 (%)	態度 (%)	行動 (%)	知識 (%)	態度 (%)	行動 (%)
保健ポストへ行く	32.5%	32.1%	27.7%	78.7%	80.7%	74.2%
粉ミルクを飲ませる	3.3%	2.8%	5.9%	34.2%	35.6%	34.6%
下剤を飲ませる	46.3%	52.8%	55.5%	17.3%	23.8%	23.3%
伝統治療師のところへ連れていく	3.3%	4.1%	3.4%	27.2%	22.3%	27.0%
母乳を飲ませる	4.5%	15.4%	21.8%	5.9%	20.3%	18.2%
経口補水飲料を飲ませる	6.1%	5.3%	9.2%	5.9%	3.0%	0.0%
炭酸飲料を飲ませる	4.1%	2.0%	3.4%	2.5%	3.5%	2.5%
薬を飲ませる	4.9%	2.4%	3.4%	3.5%	2.5%	1.9%
水を飲ませる	0.8%	2.4%	3.4%	0.5%	0.0%	0.0%
フルーツジュースを飲ませる	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%
薬草で入浴させる	0.8%	0.0%	0.8%	0.0%	0.5%	0.6%
その他	0.4%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	1.3%
分からない・無回答	12.2%	11.4%	10.9%	4.0%	5.0%	3.1%

乳幼児の下痢時の対処として、BL 時では「下剤を飲ませる」が知識、態度、行動ともに一番高かった。保健省では乳幼児に対する下痢止め薬剤は処方しないことになっているため、母親たちは市販薬を使用している。経口補水飲料は保健省で配布されているし、市販もされている。ニカラグアでは小児の下痢対策には、経口補水飲料を摂取することを勧めており、投薬はしていないにもかかわらず、行動として服薬が上位であることから、プロモーション活動の不足が考えられたが、EL では投薬は減少し、「保健ポストへ行く」が上昇した。これは、子供の成長・発達モニタリング(VPCD)時のカウンセリングや、啓発活動の成果と考えられる。

3 考察

BL では、妊産婦管理台帳と予防接種台帳の正しい記入や分析およびそれに基づいた行動のための意思決定がなされていないことが判明した。プロジェクトでは、これらの妊産婦と乳幼児の監理ツールを有効に活用するための研修や、妊産婦管理台帳から、向こう 4 週間の出産者リストを作成、分析、患者の継続的なケアを実施することにより、早期産前健診、マタニティホームの利用、施設分娩、中期産後健診、乳児の一回目の健診で、適正な行動をする者の割合が上昇した。また、巡回指導により、母子保健サービスの質の向上につとめ、特に、健診時に行われる説明からマタニティホームの利用時期、中期産後健診時期、一回目の乳児健診の時期に関する知識を持つ者の割合が上昇した。

BL の結果では、産後健診と乳幼児健診の受診について、母親たちは、必要な知識を持ち、態度もポジティブでありながら、行動が伴わないことが判明した。一方、EL では、知識、態度、行動ともに、改善が見られたのは、ESAFc による集落での活動や、保健セクター会議で、妊産婦や乳幼児の情報を共有していることが、成果に結びついたと考えられる。

以上の結果から母子保健研修、ESAFc 活動、巡回指導を継続することで、住民に対する効果と持続性を高めることが可能と考えられる。

添付資料

1. KAP 調査票 ベースライン
2. KAP 調査票 エンドライン

同意書

親愛なる参加者の皆さま

このアンケート調査は、保健省が日本国際協力機構との共同で実施しています。この調査は、大学のボランティアの学生によって、SILAIS チョントレスとセラヤセントラルの母親と子どもの健康状態を把握するために実施されます。

あなたの情報は**機密**で、あなたの名前、住所、その他の個人情報、個人または機関に公表されることはありません。

この調査は、約 15 分を要します。あなたの参加は任意であり、いつでも調査から退出することができます。この調査について質問がある場合は、最寄りの保健センターまたは保健ポストで連絡をとることができます。

この同意書に署名すると、この調査に参加の意を表したことになります。あなたは同意書を読み、説明を受けました。

参加者の署名: _____

調査者の署名: _____

日付: 2015 年 ____ 月 ____ 日

調査者への注意：母親に適切な環境を提供しインタビューするようにして下さい。（例：テレビやラジオの音量を下げる、最低限のプライバシーの確保、快適に座るなど。）

知識、態度および習慣に関する質問（家庭訪問）

市町村: _____

セクター: _____

集落: _____

所属している保健センターまたは保健ポスト: _____

I. 選択基準

1. 生産児の最終出産日: 2014 年 ____ 月 ____ 日

2. 最終の出産をした市町村;

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1). Comalapa | <input type="checkbox"/> 2). Juigalpa | <input type="checkbox"/> 3). La Libertad |
| <input type="checkbox"/> 4). Santo Domingo | <input type="checkbox"/> 5). San Pedro de Lóvago | <input type="checkbox"/> 6). Santo Tomás |
| <input type="checkbox"/> 7). Acoyapa | <input type="checkbox"/> 8). Villa Sandino | <input type="checkbox"/> 9). Cuapa |
| <input type="checkbox"/> 10). El Ayote | <input type="checkbox"/> 11). El Coral | <input type="checkbox"/> 12). El Rama |
| <input type="checkbox"/> 13). Muelle de los Bueyes | <input type="checkbox"/> 14). Nueva Guinea | <input type="checkbox"/> 15). そ の 他 |

II. 知識

読みあげる →これらの質問は、あなたの経験を問うものではなく、一般的な知識に関するものです。あなたをご存知であることについてお答えください。

1. 産前健診は、妊娠何ヶ月から受け始めないといけませんか？

妊娠 ____ ヶ月 知らない。確信が持てない。答えない。

2. 一般的に、妊娠中に何回産前健診を受けなければいけませんか？

____ 回 知らない。確信がない。答えない。

3. 一般的に、誰が出産の介助をしなければなりませんか？ **(複数回答可)**

- 1). 男性医師 2). 女医 3). 男性看護師
4). 看護師 5). 伝統的助産師 6). 夫
7). 父親 8). 母親 9). 一人で
10). 知らない。答えない。 11). その他
-

4. 一般的に、どこで出産しなければなりませんか？ **(複数回答可)**

- 1). 個人（私立）のクリニック 2). 病院 3). 保健センター
4). 保健ポスト 5). 自宅 6). 決まった場所はない
7). 知らない。答えない。 8). その他_____

5. 一般的に、女性は出産後何日で産後検診を受けなければなりませんか？

____日後 知らない。答えない。

6. どの家族計画方法をご存知ですか？ **(複数回答可)**

回答を読まない

- 1). 錠剤 2). 注射 3). コンドーム
4). 子宮内避妊器具 (銅付加 T 字型子宮内避妊器具) 5). 男性避妊手術
6). 女性避妊手術 7). 自然な方法 (サイクル法、リズム法)
8). 知らない。答えない。 9). その他_____

7. マタニティホームでは、どんなタイプのサービスを提供していますか？ **(複数回答可)**

回答を読まない

- 1). 出産前の宿泊 2). 出産後の宿泊
3). 産前健診 4). 医師の診察.
5). 家族計画 6). 母乳育児指導
7). 健康に関する講話 8). その他_____
- 9). 知らない。答えない。

8. 一般的に、母親は出生後何日目に自分の赤ちゃんを、初めて保健センターまたはポストへ連れて行かなければいけませんか？

生後_____日目 知らない。答えない。

9. 一般的に、夫またはパートナーは、女性が保健センターまたは病院で出産することに同意しなければいけませんか？

1). はい 2). そうとは限らない 3). 知らない。答えない。

10. どれが妊娠中の危険兆候ですか？ **(複数回答可)**

回答を読まない

注意：「子癇前症」と答えた場合は、その症状を問い、下記に示した兆候に印をつけなければなりません。

- 1). 出血 2). 感染 (発熱). 3). 尿路感染
4). 外陰部湿潤 (膣感染症) 5). 高血圧 6). 頭痛
7). 手足や顔のむくみ 8). 破水 9). 腹痛
10). 動いていた赤ちゃんが動かない 11). 発作や痙攣
12). 眼華閃発 13). 耳鳴り
14). その他 (特定して下さい) _____
15). 確信がない。答えない。

11. 赤ちゃんが頻回に下痢をしている時、医者に診せる前に何をしなければなりませんか？

(複数回答可) 回答を読まない

- 1). 母乳を与える 2). 粉ミルクを与える 3). 水を与える
4). 炭酸ジュースを与える 5). 天然果汁を与える 6). 経口補水液を与える
7). 保健ボランティアのところへ連れて行く 8). シヤーマンに診せる
9). 薬草で入浴させる 10). 薬を与える 11). 下剤を飲ませる
12). その他 (特定してください) _____
13). 確信がない。答えない。

III. あなたの経験

読みあげる →今からは、あなたの最後の出産について質問していきます。あなたの経験をお聞かせください。以前の出産経験と混同しないようにお願いします。

12. あなたの経験によると、妊娠何か月から産前健診を受け始めましたか？

妊娠_____ヶ月。 知らない。確信が持てない。答えない。

13. あなたの経験によると、妊娠時に何回産前健診を受けましたか？

_____回 知らない。確信がない。答えない。

14. あなたの経験によると、あなたが妊娠していた時、誰が出産を介助しましたか？

- 1). 男性医師 2). 女医 3). 男性看護師
4). 女性看護師 5). 伝統的助産師 6). 夫
7). 父親 8). 母親 9). 誰も（ひとりで）
10). 知らない。答えない。 11). その他_____

15. あなたの経験によると、あなたが妊娠していた時、どこで出産しましたか？

- 1). 私立のクリニック 2). 病院 3). 保健センター
4). 保健ポスト 5). 自宅 6). 決まった場所はないと考える。
7). 知らない。答えない。 8). その他_____

16. あなたの出産後、何日目で最初の産後検診を受けましたか？

_____日目 知らない。答えない。

17. あなたの最後の出産の後、何らかの形で家族計画をしましたか？ **(複数回答可)**

回答を読まない

- 1). 錠剤 2). 注射 3). コンドーム
4). 子宮内避妊器具 (銅付加 T 字型子宮内避妊器具) 5). 男性避妊手術
6). 女性避妊手術 7). 自然な方法 (サイクル法、リズム法)
8). 何も（使わなかった） 9). その他_____
10). 知らない。答えない。

18. あなたが妊娠していた時、医師または看護師は、あなたにマタニティホームを利用するように指示しましたか？

- 1). はい 2). いいえ→ 質問 19 と 20 には答えなくてよい。

19. あなたは、マタニティホームを利用しましたか？

- 1). はい 2). いいえ→質問 20 には答えなくてよい。

20. なぜ利用しなかったのですか？ (複数回答可)

1). 好きでない。マタニティホームを信用していない。 2). 家にいることを好む

3). 支払うお金がない 4). 子どもたちの世話をしなければならない。

5). 夫またはパートナーが賛成しない 6). 家族が賛成しない

7). そ の 他 (特 定 し て く だ さ い)

8). 知らない。確信がない。答えない。

21. あなたの赤ちゃんが生まれた時、生後何日目に保健センターまたはポストに初めて連れて行きましたか？

生後_____日目 知らない。答えない

22. あなたの経験によると、あなたが妊娠していた時、あなたの夫またはパートナーは、あなたが保健センターまたは病院で出産することに同意していましたか？

- 1). はい 2). いいえ 3). 当てはまらない。相手がいない。 4). 答えない

23. あなたの妊娠中、何らかの危険兆候はありましたか？

- 1). はい→ 次の質問 24 にお答えください。 2). いいえ

24. 何をしましたか？

- 1). 保健センターまたは保健ポストへ行った 2). 病院へ行った.
3). 個人（私立）のクリニックへ行った 4). 家にいた
5). 伝統的助産師を訪ねた 6). 知らない。答えない。
7). その他_____

25. あなたの赤ちゃんは下痢をしましたか？

- 1). はい → 次の質問 26 にお答えください。 2). いいえ

26. あなたの赤ちゃんが下痢をした時、医者に診せる前に何をしましたか？ **(複数回答可)**

回答を読まない

- 1). 母乳を与える 2). 粉ミルクを与える 3). 水を与える
4). 炭酸ジュース与える 5). 天然果汁を与える 6). 経口補水液を与える
7). 保健ボランティアのところへ連れて行く 8). シャーマンに診せる
9). 薬草で入浴させる 10). 薬を与える 11). 下剤を飲ませる 12). その他 (特定してください)_____
13). 確信がない。答えない。

IV. 態度

読みあげる →今からは次の妊娠を想像して、あなたの考えについて質問していきます。
続く質問について、あなたの感じたことにお答えください。

27. もしあなたが妊娠したとしたら、何か月から産前健診を受け始めますか？

妊娠_____ヶ月 知らない。確信がない。答えない。

28. もしあなたが妊娠したとしたら、何回健診しますか？

_____回 知らない。確信がない。答えない

29. もしあなたが妊娠したとしたら、誰に出産を介助して欲しいですか？ **(複数回答可)**

- 1). 男性医師 2). 女医 3). 男性看護師
4). 女性看護師 5). 伝統的助産師 6). 夫
7). 父親 8). 母親 9). ひとりで
10). 知らない。答えない。 11). その他_____

30. もしあなたが妊娠したとしたら、どこで出産しますか？ **(複数回答可)**

- 1). 私立クリニック 2). 病院 3). 保健センター
4). 保健ポスト 5). 自宅 6). 決まった場所はないと考える。
7). 知らない。答えない。 8). その他_____

31. もし出産したとしたら、出産後何日目に初めての産後検診を受けますか？

_____日目 知らない。答えない。

32. もしもう一人子どもができたとしたら、あなたは何らかの形で家族計画をしますか？

(複数回答可) **回答を読まない**

- 1). 錠剤 2). 注射 3). コンドーム
4). 子宮内避妊器具 (銅付加 T 字型子宮内避妊器具) 5). 男性避妊手術
6). 女性避妊手術 7). 自然な方法 (サイクル法、リズム法)
8). 何も (使わなかった) 9). その他_____
10). 知らない。答えない。

33. もし医師または看護師が、マタニティホームへの搬送を指示したとしたら、あなたはマタニティホームを利用しますか？

1). はい

2). いいえ→次の質問 34 にお答え下さい。

34. なぜ使わないのですか？ **(複数回答可)**

1). 好きでない。マタニティホームを信用していない。 2). 家にいることを好む

3). 支払うお金がない

4). 子どもたちの世話をしなければならない。

5). 夫またはパートナーが賛成しない

6). 家族が賛成しない

7). その他 (特定してください) _____

8). 知らない。確信がない。答えない。

35. もし赤ちゃんができたとしたら、出生後何日目で保健センターまたはポストへ初めて連れて行きますか？

出生後 _____ 日目

知らない。答えない。

36. もしあなたが妊娠したとしたら、あなたの夫またはパートナーは保健センターまたは病院で出産することに同意しますか？

1). はい

2). いいえ

3). 知らない。答えない。

37. もしあなたの妊娠中に、あなたに何らかの危険兆候があったとしたら何をしますか？

1). 保健センターまたは保健ポストへ行く 2). 病院へ行く。

3). 私立クリニックへ行く

4). 家にいる

5). 伝統的助産師を訪ねる

6). 知らない。答えない。

7). その他 _____

38. もしあなたの赤ちゃんが下痢になったとしたら、医者に診せる前に何をしますか？

(複数回答可) 回答を読まない

- 1). 母乳を与える 2). 粉ミルクを与える 3). 飲料水を与える
4). 炭酸水を与える 5). 天然果汁を与える 6). 経口補水液を与える
7). la casa base や brigadista に連れて行く 8). 民間療法医に診せる
9). 薬草を使って沐浴する 10). 薬を与える 11). Purgarlo.
12). その他 (特定してください) _____
13). 確信がない。答えない。

V. 社会経済状態

- あなたの住居はあなた自身のものですか？ 1). はい 2). いいえ
- あなたの住居の外壁は、何の素材で作られていますか？ **(複数回答可)**

1). ブリキ 2). 布 3). 段ボール
4). 植物性の素材 (木の板、わら、ヤシ、竹、土など)
5). プラスチック 6). その他の廃棄物の素材 7). 煉瓦
8). 日干し煉瓦 9). コンクリート 10). 切り石
- 床は土ですか？ 1). はい 2). いいえ
- 水道水はありますか？ 1). はい 2). いいえ
- 簡易式便所または水洗便所がありますか？ 1). はい 2). いいえ
- あなたの家には、居間、ダイニング、寝室を含めていくつ部屋がありますか？ _____
- あなたの家では、1部屋何人寝ますか？ _____
- 学校に行っていない6～15歳の子どもはいますか？ 1). はい 2). いいえ
- あなたの家庭では、何人が働いていますか？ _____

読みあげる → 家族の生活の糧のための収入を生成しないので、主婦は仕事として数えないでください。

VI. 回答している母親の一般的データ：

- 名前と苗字： _____
- 出生年月日： _____年____月____日 年齢： _____
- 読み書きできますか？ 1). はい 2). いいえ
- 最終学歴、何年生で勉強しましたか？ _____

5. 妊娠回数： _____

6. 生産児数： _____

7. 婚姻状況: 1). 独身 2). 既婚 3). 事実婚

4). 離婚/別居 5). 寡婦

ご協力ありがとうございました！

同意書

親愛なる参加者の皆さま

このアンケート調査は、保健省が日本国際協力機構との共同で実施しています。この調査は、大学のボランティアの学生によって、SILAIS チョントレスとセラヤセントラルの母親と子どもの健康状態を把握するために実施されます。

あなたの情報は**機密**で、あなたの名前、住所、その他の個人情報、個人または機関に公表されることはありません。

この調査は、約 15 分を要します。あなたの参加は任意であり、いつでも調査から退出することができます。この調査について質問がある場合は、最寄りの保健センターまたは保健ポストで連絡をとることができます。

この同意書に署名すると、この調査に参加の意を表したことになります。あなたは同意書を読み、説明を受けました。

参加者の署名: _____

調査者の署名: _____

日付: 2015 年 ____ 月 ____ 日

調査者への注意：母親に適切な環境を提供しインタビューするようにして下さい。（例：テレビやラジオの音量を下げる、最低限のプライバシーの確保、快適に座るなど。）

知識、態度および習慣に関する質問（家庭訪問）

市町村: _____

セクター: _____

集落: _____

所属している保健センターまたは保健ポスト: _____

I. 選択基準（下記に当てはまらない者は、インタビューを中止する）

1. 生産児の最終出産日: 2017年__月__日

2. 最終の出産をした市町村;

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1). Comalapa | <input type="checkbox"/> 2). Juigalpa | <input type="checkbox"/> 3). La Libertad |
| <input type="checkbox"/> 4). Santo Domingo | <input type="checkbox"/> 5). San Pedro de Lóvago | <input type="checkbox"/> 6). Santo Tomás |
| <input type="checkbox"/> 7). Acoyapa | <input type="checkbox"/> 8). Villa Sandino | <input type="checkbox"/> 9). Cuapa |
| <input type="checkbox"/> 10). El Ayote | <input type="checkbox"/> 11). El Coral | <input type="checkbox"/> 12). El Rama |
| <input type="checkbox"/> 13). Muelle de los Bueyes | <input type="checkbox"/> 14). Nueva Guinea | <input type="checkbox"/> 15). その他 |
- _____

II. 知識

読みあげる →これらの質問は、あなたの経験を問うものではなく、一般的な知識に関するものです。あなたがご存知であることについてお答えください。

39. 普通産前健診は、妊娠何ヶ月から受け始めないといけませんか？

妊娠__ヶ月 知らない。確信が持てない。答えない。

40. 一般的に、妊娠中に何回産前健診を受けなければいけませんか？

__回 知らない。確信がない。答えない。

41. 一般的に、誰が出産の介助をしなければなりませんか？ **(複数回答可)**

- | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1). 男性医師 | <input type="checkbox"/> 2). 女医 | <input type="checkbox"/> 3). 男性看護師 |
| <input type="checkbox"/> 4). 看護師 | <input type="checkbox"/> 5). 伝統的助産師 | <input type="checkbox"/> 6). 夫 |
| <input type="checkbox"/> 7). 父親 | <input type="checkbox"/> 8). 母親 | <input type="checkbox"/> 9). 一人で |
| <input type="checkbox"/> 10). 知らない。答えない。 | <input type="checkbox"/> 11). その他 | |
- _____

42. 一般的に、どこで出産しなければなりませんか？ **(複数回答可)**

- 1). 個人（私立）のクリニック 2). 病院 3). 保健センター
4). 保健ポスト 5). 自宅 6). 決まった場所はない
7). 知らない。答えない。 8). その他_____

43. 一般的に、夫またはパートナーは、女性が保健センターまたは病院で出産することに同意しなければいけませんか？

- 1). はい 2). そうとは限らない 3). 知らない。答えない。

44. 一般的に、女性は出産後何日で産後検診を受けなければなりませんか？

- ____日後 知らない。答えない。

45. マタニティホームでは、どんなタイプのサービスを提供していますか？ **(複数回答可)**

回答を読まない

- 1). 出産前の宿泊 2). 出産後の宿泊
3). 産前健診 4). 医師の診察.
5). 家族計画 6). 母乳育児指導
7). 健康に関する講話 8). その他_____
- 9). 知らない。答えない。

46. 一般的に、妊娠何か月でマタニティホームに行くべきですか？

- 妊娠_____か月 知らない。答えない。

47. どれだけの期間マタニティホームを利用できますか？下記から選んでください。

- 1). 妊娠中のみ
2). 出産後のみ
3). 妊娠 9 か月から分娩まで
4). 妊娠 9 か月から産後まで
5). 妊娠中、出産後の必要な時
6). 知らない。答えない。

48. 一般的に、母親は出生後何日目に自分の赤ちゃんを、初めて保健センターまたはポストへ連れて行かなければいけませんか？

生後_____日目 知らない。答えない

49. どれが妊娠中の危険兆候ですか？ **(複数回答可)**

回答を読まない

注意：「子癇前症」と答えた場合は、その症状を問い、下記に示した兆候に印をつけなければなりません。

- 1). 出血 2). 感染 (発熱). 3). 尿路感染
4). 外陰部湿潤 (膣感染症) 5). 高血圧 6). 頭痛
7). 手足や顔のむくみ 8). 破水 9). 腹痛
- 10). 動いていた赤ちゃんが動かない 11). 発作や痙攣
12). 眼華閃発 13). 耳鳴り
14). その他 (特定して下さい) _____
15). 確信がない。答えない。

50. 赤ちゃんが頻回に下痢をしている時、医者に診せる前に何をしなければなりませんか？

(複数回答可) **回答を読まない**

- 1). 母乳を与える 2). 粉ミルクを与える 3). 水を与える
4). 炭酸ジュースを与える 5). 天然果汁を与える 6). 経口補水液を与える
7). 保健ボランティアのところへ連れて行く 8). シヤーマンに診せる
9). 薬草で入浴させる 10). 薬を与える 11). 下剤を飲ませる
12). その他 (特定してください) _____
13). 確信がない。答えない。

III. あなたの経験

読みあげる →今からは、あなたの最後の出産について質問していきます。あなたの経験をお聞かせください。以前の出産経験と混同しないようにお願いします。

51. あなたの経験によると、妊娠何か月から産前健診を受け始めましたか？

妊娠_____ヶ月. 知らない。確信が持てない。答えない。

52. あなたの経験によると、妊娠時に何回産前健診を受けましたか？

_____回 知らない。確信がない。答えない。

53. あなたの経験によると、妊娠中の危険兆候の情報をどこから得られましたか？

- 1). 妊娠検診時もしくは保健所の講和 2). 村落内での保健講和
3). マスメディア (TV/ラジオ) 4). 保健省で配布される小冊子
5). 家庭訪問時 6). その他_____
- 7). 知らない。答えない。

54. あなたの経験によると、あなたの妊娠中、危険な状態になったら、だれに連絡すべきか知っていましたか？

- 1). 医師/看護師 2). 保健ボランティア/伝統的助産師
3). 村落緊急搬送委員会のメンバー 4). 家族
5). その他_____ 6). 知らない。答えない

55. あなたの村落の保健ボランティア/伝統的助産師を知っていますか？

- 1). はい 2). いいえ 3). 答えない。

56. あなたの妊娠中、村落の保健ボランティア/伝統的助産師または、医療関係者が、家庭訪問をしましたか？

- 1). はい 2). いいえ 3). 覚えていない・答えない。

57. あなたの経験によると、誰が出産を介助しましたか？

- 1). 男性医師 2). 女医 3). 男性看護師
4). 女性看護師 5). 伝統的助産師 6). 夫
7). 父親 8). 母親 9). 誰も (ひとりで)
10). 知らない。答えない。 11). その他_____

58. あなたは、どこで出産しましたか？

- 1). 私立のクリニック 2). 病院 3). 保健センター
4). 保健ポスト 5). 自宅 6). 決まった場所はないと考える。
7). 知らない。答えない。 8). その他_____

59. あなたの経験によると、あなたが妊娠していた時、あなたの夫またはパートナーは、あなたが保健センターまたは病院で出産することに同意していましたか？

- 1). はい 2). いいえ 3). 当てはまらない。相手がいない。 4). 答えない

60. あなたの出産後、何日目で最初の産後検診を受けましたか？

_____日目 知らない。答えない。

61. あなたが妊娠していた時、医師または看護師は、あなたにマタニティホームを利用するように指示しましたか？

1). はい 2). いいえ→ 質問 19 と 20 には答えなくてよい。

62. あなたは、マタニティホームを利用しましたか？

1). はい、どの時期に利用しましたか？妊娠_____か月もしくは産後____日間

2). いいえ→質問 24 に答える。

63. なぜ利用しなかったのですか？ **(複数回答可) 下記の回答を読む**

1). 好きでない。マタニティホームを信用していない。 2). 家にいることを好む

3). 支払うお金がない 4). 食費を支払えないから

5). 子供の面倒を見なければならない 6). 夫またはパートナーが賛成しない

7). 家族が賛成しない 8). 利用したかったが、間に合わなかった

9). 知らない。確信がない。答えない。 10). その他_____

64. あなたの赤ちゃんが生まれた時、生後何日目に保健センターまたはポストに初めて連れて行きましたか？

生後_____日目 知らない。答えない

65. あなたの妊娠中、何らかの危険兆候はありましたか？

1). はい→ 次の質問 27 にお答えください。 2). いいえ

66. 何をしましたか？

1). 保健センターまたは保健ポストへ行った 2). 病院へ行った。

3). 個人（私立）のクリニックへ行った 4). 家にいた

5). 伝統的助産師を訪ねた 6). 知らない。答えない。

7). その他_____

67. あなたの赤ちゃんが下痢をした時、医者に診せる前に何をしましたか？ **(複数回答可)**

回答を読まない

- 1). 母乳を与える 2). 粉ミルクを与える 3). 水を与える
4). 炭酸ジュース与える 5). 天然果汁を与える 6). 経口補水液を与える
7). 保健ボランティアのところへ連れて行く 8). シヤーマンに診せる
9). 薬草で入浴させる 10). 薬を与える 11). 下剤を飲ませる 12). その他 (特定してください) _____
13). 確信がない。答えない。

IV. 態度

読みあげる →今からは次の妊娠を想像して、あなたの考えについて質問していきます。
続く質問について、あなたの感じたことをお答えください。

68. もしあなたが妊娠したとしたら、何か月から産前健診を受け始めますか？

妊娠_____ヶ月 知らない。確信がない。答えない。

69. もしあなたが妊娠したとしたら、何回健診しますか？

_____回 知らない。確信がない。答えない

70. もしあなたが妊娠したとしたら、誰に出産を介助して欲しいですか？ **(複数回答可)**

- 1). 男性医師 2). 女医 3). 男性看護師
4). 女性看護師 5). 伝統的助産師 6). 夫
7). 父親 8). 母親 9). ひとりで
10). 知らない。答えない。 11). その他 _____

71. もしあなたが妊娠したとしたら、どこで出産しますか？ **(複数回答可)**

- 1). 私立クリニック 2). 病院 3). 保健センター
4). 保健ポスト 5). 自宅 6). 決まった場所はないと考える。
7). 知らない。答えない。 8). その他 _____

72. もしあなたが妊娠したとしたら、あなたの夫またはパートナーは保健センターまたは病院で出産することに同意しますか？

1). はい 2). いいえ 3). 知らない。答えない。

73. もし出産したとしたら、出産後何日目に初めての産後検診を受けますか？

_____日目 知らない。答えない。

74. もし医師または看護師が、マタニティホームの利用を指示したとしたら、あなたはマタニティホームを利用しますか？

- 1). はい 2). いいえ→次の質問 35 にお答え下さい。

75. なぜ使わないのですか？ **(複数回答可)**

- 1). 好きでない。マタニティホームを信用していない。 2). 家にいることを好む
3). 支払うお金がない 4). 子どもたちの世話をしなければならない。
5). 夫またはパートナーが賛成しない 6). 家族が賛成しない
7). その他 (特定してください) _____
8). 知らない。確信がない。答えない。

76. もし赤ちゃんができたとしたら、出生後何日目で保健センターまたはポストへ初めて連れて行きますか？

- 出生後_____日目 知らない。答えない。

77. もしあなたの妊娠中に、あなたに何らかの危険兆候があったとしたら何をしますか？

- 1). 保健センターまたは保健ポストへ行く 2). 病院へ行く。
3). 私立クリニックへ行く 4). 家にいる
5). 伝統的助産師を訪ねる 6). 知らない。答えない。
7). その他 _____

78. もし、あなたが妊娠し、危険な状態になったら、村落の保健ボランティア/伝統的助産師に連絡しますか？

- 1). はい 2). いいえ 3). 分からない・答えない

79. もしあなたの赤ちゃんが下痢になったとしたら、医者に診せる前に何をしますか？

(複数回答可) 回答を読まない

- 1). 母乳を与える 2). 粉ミルクを与える 3). 飲料水を与える
4). 炭酸水を与える 5). 天然果汁を与える 6). 経口補水液を与える
7). la casa base や brigadista に連れて行く 8). 民間療法医に診せる
9). 薬草を使って沐浴する 10). 薬を与える 11). Purgarlo.
12). その他 (特定してください) _____
13). 確信がない。答えない。

V. 社会経済状態

10. あなたの住居はあなた自身のものですか？ 1). はい 2). いいえ
11. あなたの住居の外壁は、何の素材で作られていますか？ **(複数回答可)**
- 1). ブリキ 2). 布 3). 段ボール
- 4). 植物性の素材 (木の板、わら、ヤシ、竹、土など)
- 5). プラスチック 6). その他の廃棄物の素材 7). 煉瓦
- 8). 日干し煉瓦 9). コンクリート 10). 切り石
12. 床は土ですか？ 1). はい 2). いいえ
13. 水道水はありますか？ 1). はい 2). いいえ
14. 簡易式便所または水洗便所がありますか？ 1). はい 2). いいえ
15. あなたの家には、居間、ダイニング、寝室を含めていくつ部屋がありますか？ _____
16. あなたの家では、1部屋何人寝ますか？ _____
17. 学校に行っていない6～15歳の子どもはいますか？ 1). はい 2). いいえ
18. あなたの家庭では、何人が働いていますか？ _____

読みあげる →家族の生活の糧のための収入を生成しないので、主婦は仕事として数えないでください。

VI. 回答している母親の一般的データ：

1. 名前と苗字： _____
2. 出生年月日： _____年____月____日 年齢： _____
3. 読み書きできますか？ 1). はい 2). いいえ
4. 最終学歴、何年生で勉強しましたか？ _____
5. 妊娠回数： _____
6. 生産児数： _____
7. 婚姻状況：1). 独身 2). 既婚 3). 事実婚
4). 離婚/別居 5). 寡婦

ご協力ありがとうございました！

添付資料⑱

社会奉仕の医師・看護師に対する
ESAFC 活動についてのアンケート
調査報告書

ニカラグア共和国
チョンタレス保健管区と
セラヤセントラル保健管区における
母と子どもの健康プロジェクト

社会奉仕医師・看護師と新任准看護師への
アンケート調査報告書

平成 31 年 1 月
(2019 年)

独立行政法人
国際協力機構 (JICA)

有限会社エストレージャ

目次

略語表.....	1
1 調査内容.....	2
2 被調査者.....	2
3 調査手順.....	2
4 調査結果処理法.....	3
5 調査結果.....	3
5.1 被調査者の出身地に関する実態.....	3
5.2 MOSAFC の目的.....	3
5.3 ESAFC の構成メンバー.....	3
5.4 保健セクター会議.....	4
5.5 ESAFC 医療メンバーの集落訪問.....	5
5.5.1 ESAFC 医療メンバーの集落訪問.....	5
5.5.2 ESAFC 医療メンバーの集落活動.....	6
5.6 家庭調査票.....	7
5.7 集落マップ.....	7
5.8 ESAFC 活動意欲.....	8
6 考察.....	10
添付資料.....	11

略語表

ESAFC	Equipo de Salud Familiar y Comunitario	家庭地域保健チーム
KAP	Knowledge Attitudes and Practices	知識・態度・行動
MINSA	Ministerio de Salud de Nicaragua	ニカラグア保健省
MOSAFC	Modelo de Salud Familiar y Comunitario	家庭地域保健モデル
RC	Red Comunitaria	コミュニティ・ネットワーク
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en Salud	保健管区

社会奉仕医師・看護師と新任准看護師へのアンケート調査

ニカラグアの「家庭地域保健モデル (MOSAFC)」による、継続的な保健活動の展開を目指して、「家庭地域保健チーム (ESAFC) 活動ガイド」を作成し、ESAFC 活動を支援した。同ガイドでは、1年間のサイクルで実施する13の活動項目が示され、同ガイドを用いて着任した社会奉仕医師・看護師と新規採用された准看護師に研修を実施した。プロジェクトでは、1年間のESAFC 活動を実施したこれらの医療従事者に対し、任期の前後にあたる、2017年4月と2018年3月にKAP 式アンケート調査を行い、ESAFC 活動に対する認識や行動の変化を比較した。2017年はESAFC 活動実施前のため、知識、態度のみを調査し、2018年には、1年間の活動で得た経験を踏まえ、知識、態度に行動を加え、これらの変容を測定した。

1 調査内容

質問の構成は、表1のとおり。

表1 質問項目と確認内容

項目	確認内容
MOSAFC の目的	MOSAFC の目的の正しい理解
ESAFC の構成メンバー	RC の ESAFC の構成メンバーへの配置
保健セクター会議	保健セクター会議の開催頻度
集落活動	集落活動の頻度と内容
家庭調査票	家庭調査票作成の目的の理解
集落別マップ	集落別マップ作成の目的の理解
活動意欲調査	ESAFC としての活動意欲の自己評価

2 被調査者

2017年1月からESAFC 活動を開始した、社会奉仕医師・看護師と新規採用された准看護師。実調査人数は表2のとおり。

表2 調査人数

調査人数	2017年				2018年			
	*総数	医師	看護師	准看護師		医師	看護師	准看護師
SILAIS チョントレス	59人	—	—	—	47人	28人	18人	1人
SILAIS セラヤ・セントラル	54人	—	—	—	**62人	27人	14人	21人
合計	113人	—	—	—	109人	55人	32人	22人

*2017年の調査では、職種を記入はしなかった。

**2017年に調査には参加しなかった、中途採用のメンバーを含む。

3 調査手順

① 両 SILAIS と ESAC 活動ガイドをもとに調査票を作成した。

- ② 2017年4月、1回目のアンケート調査を被調査者の自己記入式で実施。
- ③ 2018年3月、2回目のアンケート調査を被調査者の自己記入式で実施。

4 調査結果処理法

データベースをExcelで作成、集計した。

5 調査結果

5.1 被調査者の出身地に関する実態

表3 被調査者の出身地の割合

被調査者の出身地	2017年	2018年
配属先SILAIS内	23.3%	22.1%
配属先SILAIS外	76.7%	77.9%

社会奉仕の医師、看護師の派遣は、保健省本省で決定され、自分で配属先を決めることはできない。一方、准看護師については、MOSAFCを促進するため、保健セクターから選出された志望者に、保健省が奨学金を与えて養成し、出身保健セクターに配属している。

5.2 MOSAFCの目的

表4 設問 MOSAFCの目的

1. 家族、コミュニティの健康向上
2. 人口の保健サービスニーズを満たす。
3. 伝染病から住民を保護する。
4. 妊婦の健康状態のみを改善する。
5. 保健医療サービスの質を向上させ、質と人間の暖かさを保つ。
6. 保健セクターの異なるメンバー間の連携を強化する。
7. 他行政との調整を強化する。
8. その他の活動 明記

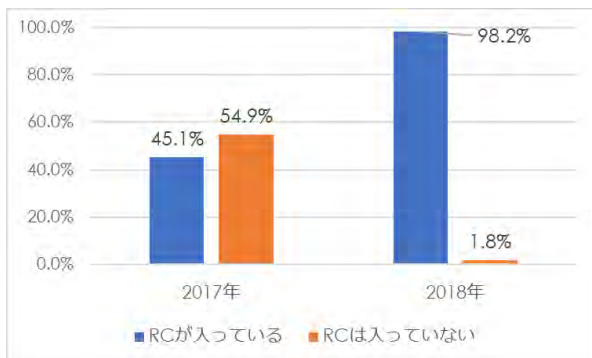
グラフ1 MOSAFCの目的の回答結果



ESAFCの目的に関する設問では、表4の1~8の中から誤っているものを回答する。MOSAFCの目的は、4以外のすべてである。MOSAFCに関しては、大学もしくは、准看護師養成所の授業で、その概要を学んでいるが、2017年の調査では、正しく回答できたのは、28.3%に過ぎなかった。ESAFC活動ガイドでは、RCに対し、ESAFCの医療メンバーがMOSAFCに関する、研修をすることになっており、目的も、同ガイドに明記されている。これが導入された後2018年では89.0%に上昇した

5.3 ESAFCの構成メンバー

グラフ 2 ESAFC の構成メンバーに RC が入っているか否かについての結果



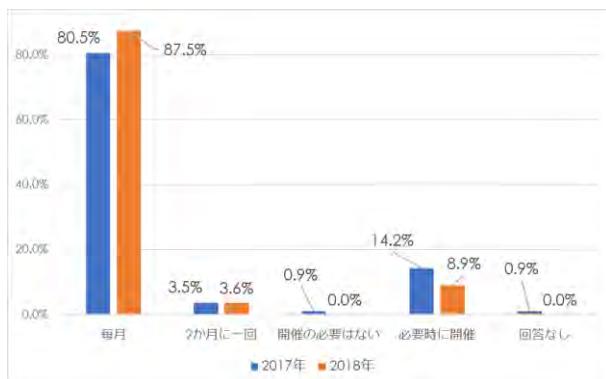
ES AFC の構成メンバーは、保健セクターの医療従事者と、RC で構成されている。ES AFC 構成メンバーについて、記入式で回答を求め、RC がメンバーとして記入されているか否かを評価した。その結果、2017 年では、RC を ES AFC の構成メンバーとして記入したのは、45.1%であったが、両 SILAIS で社会奉仕の医師・看護師へ、着任後、早い時期の母子保健研修実施と

ES AFC 活動ガイド研修導入後の 2018 年では 98.2%に上昇した。

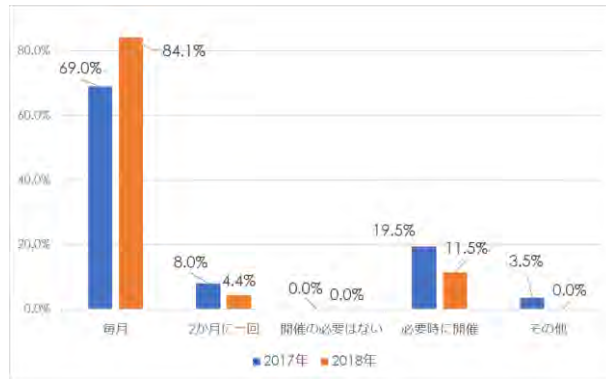
5.4 保健セクター会議

KAP の質問形式で、保健セクター会議の開催頻度に関する知識と態度を比較したものを、グラフ 3 とグラフ 4 に示す。

グラフ 3 保健セクター会議開催頻度 (知識)

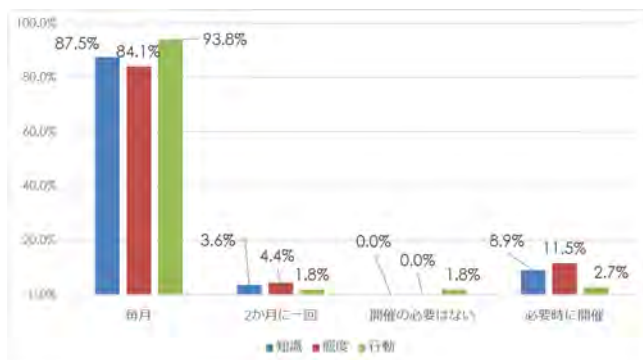


グラフ 4 保健セクター会議開催頻度 (態度)



2017 年の KAP 調査の結果、保健セクター会議を「毎月」開催すると回答したのは、80.5%であったが、態度では、69.0%に低下したほか、「2か月に一回」と「必要時に開催」で知識よりも態度が上昇した。また、態度の「その他」の回答では、毎週開催したい、15日毎に開催したいという回答があった。2018 年では、「毎月」開催と回答した者は、2017 年に比べ知識と態度で上昇し、かつ知識から態度への低下は 3.4%にとどまった。

グラフ 5 2018 年保健セクター会議の開催頻度:KAP



2018 年は 1 年間の ES AFC 活動の体験に基づいた KAP 式の質問を加えたが、保健セクター会議の開催頻度への KAP についての回答をグラフ 5 に示す。

「毎月」開催すると回答したのは、知識、態度では、ほぼ同じであったが、行動では、93.8%と上昇した。これは、ES AFC 活動ガイドで保健セクター会議は、「毎月開催す

ること、また、必要時には、臨時に招集すること」とあり、四半期毎のモニタリングでも、保健セクター会議の開催の有無は評価対象となっていることから、知識、態度より、行動が上昇したと考えられる。

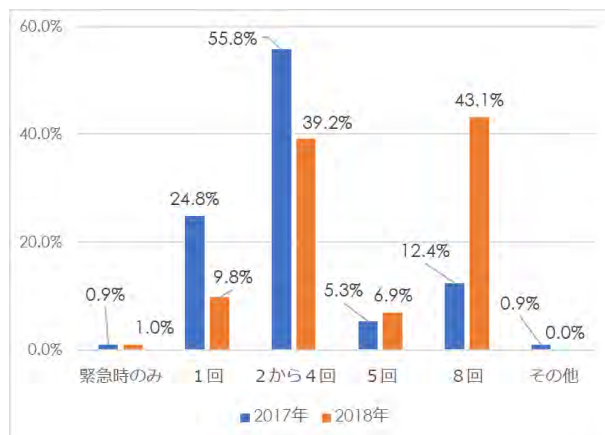
5.5 ESAFC 医療メンバーの集落訪問

ES AFC 医療メンバーは、毎月の保健セクター会議で集落訪問の計画を立てる。ES AFC 医療メンバーの集落活動は、予防、プロモーション、診療、リハビリテーションを RC と協力して実施することになっている。他にも、健診や予防接種に来ていない、妊産婦や乳幼児の家庭訪問等を実施している。また、保健省の内規では、ES AFC の医療メンバーは、毎月 8 回、保健セクター内の集落を訪問し、前記の集落活動をする事になっている。これらについて KAP の質問形式で実状を調査し、その変化を明らかにした。

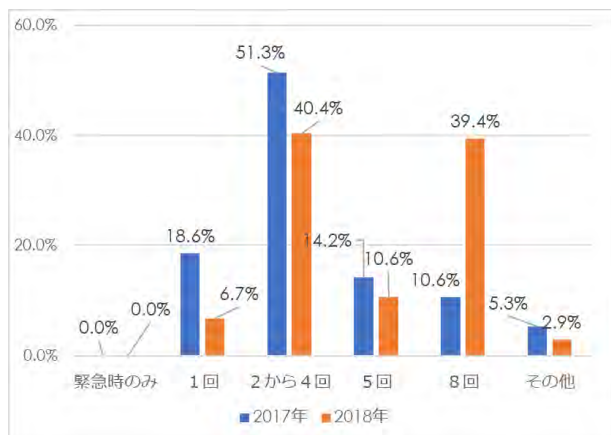
5.5.1 ESAFC 医療メンバーの集落訪問

下記グラフ 6.7 に集落訪問回数に関する質問を、KAP の質問形式で知識と態度を比較した。

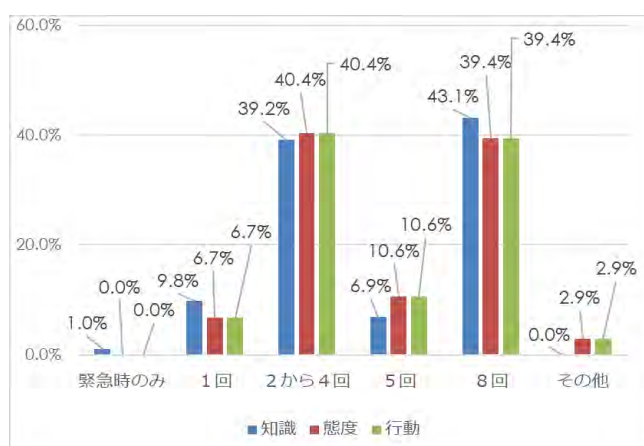
グラフ 6 集落訪問回数（知識）



グラフ 7 集落訪問回数（態度）



グラフ 8 2018 年集落訪問回数:KAP

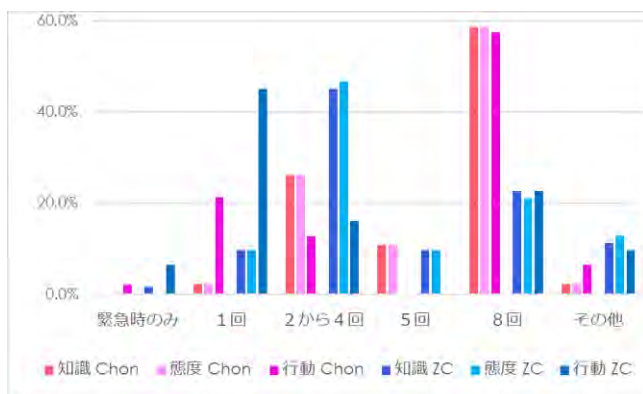


2017 年では、知識として「2 から 4 回」の回答が 55.8% で最も高く、2018 年の知識と態度では、「2 から 4 回」と「8 回」に二分している。これは、内規では 8 回とあるが、保健省が示している雇用条件では 4 回であることから、実務での差異が生じており、このような結果となった。

2018 年の KAP 式の質問形式でも、行動で「2 から 4 回」が 40.4%、「8 回」が 39.4% であり、訪問回数に対する行動もほぼ 2 分

されていることから、下記グラフ 9 で、SILAIS 別に分け、さらに分析した。

グラフ 9 SILAIS 別 2018 年集落訪問回数:KAP



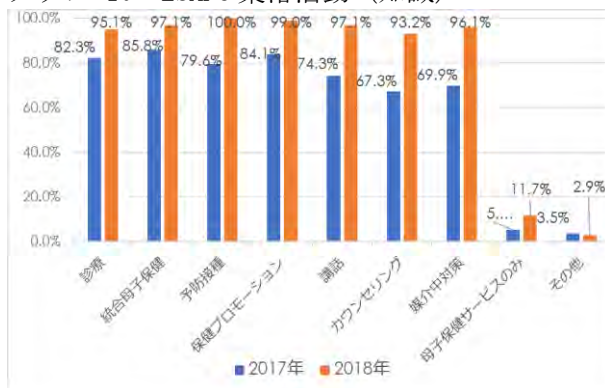
その結果、SILAIS 別では、SILAIS チョントレスでは、知識、態度、行動とも集落訪問は 8 回が 60%近くになっており、SILAIS セラヤ・セントラルでは、知識、態度では、「2 から 4 回」経験では「1 回」と回答した者が多くあり、各 SILAIS での活動管理に違いがあることが分かった。

5.5.2 ESAFC 医療メンバーの集落活動

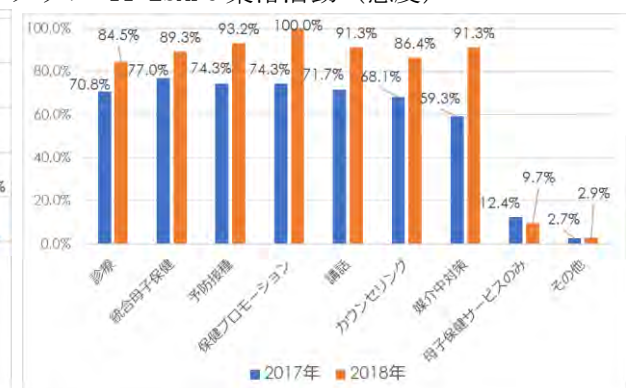
ESAFc 医療メンバーの集落活動については、複数回答で、該当する活動を選択するよう求めた。選択する活動は、「母子保健サービスのみ」以外はすべて集落活動の一環として実施されるものである。

2017 年と比べ、2018 年では、知識、態度とも、すべての項目で数値が上昇した。特に、カウンセリングは 2017 年の知識が 67.3%と最も低く、媒介虫対策のそれが、69.9%と続いたが、2018 年にはこれら二つのテーマが、他の活動とほぼ同じになった。これらは、態度でも同じ傾向がみられた。特に、保健プロモーションの活動の態度は、2017 年の 74.3%から 2018 年には 100%に至った。

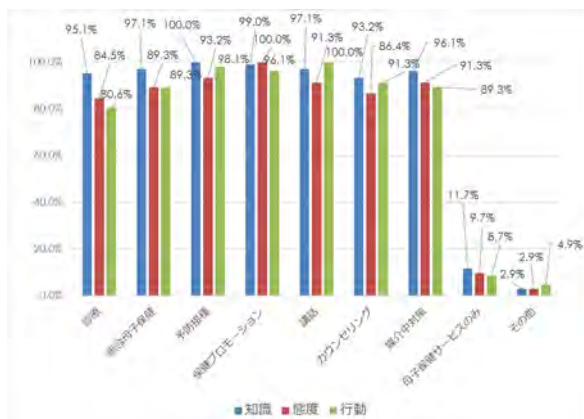
グラフ 10 ESAFC 集落活動 (知識)



グラフ 11 ESAFC 集落活動 (態度)



グラフ 12 2018 年 ESAFC 集落活動:KAP



2018 年の KAP 式の結果でも、各活動が、知識と態度に、行動が高い割合で伴っていた。行動では、「診療」が 80.6%と最も低く、回答率が高かったのは、「講話」、「予防接種」、「保健プロモーション」であった。

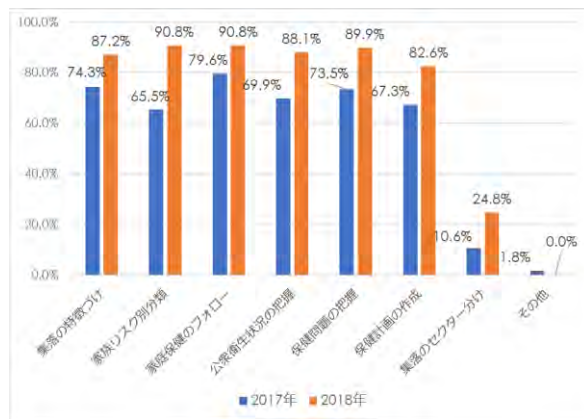
医療メンバーの役割が、診療にとどまることなく、予防、プロモーションの活動も、実施されていた。

5.6 家庭調査票

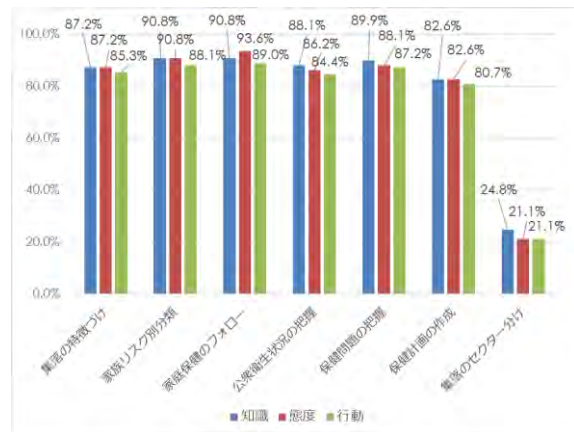
家庭調査票の作成は集落別に全世帯の家族構成、居住環境、病歴や生活習慣などの基本情報を家庭訪問により聞き取り、または観察して、所定の様式に記入もしくは更新をかさねながら作成する。ES AFC 活動ガイド導入後、すべての保健セクターで作成もしくは、更新が実施されている。

家庭調査票の目的は、複数回答で、選択式とし、知識を調査した。なお、家庭調査票の目的として示した7つのうち、「集落のセクター分け」は誤である。

グラフ 13 家庭調査票の目的（知識）



グラフ 14 2018年家庭調査票の目的：KAP

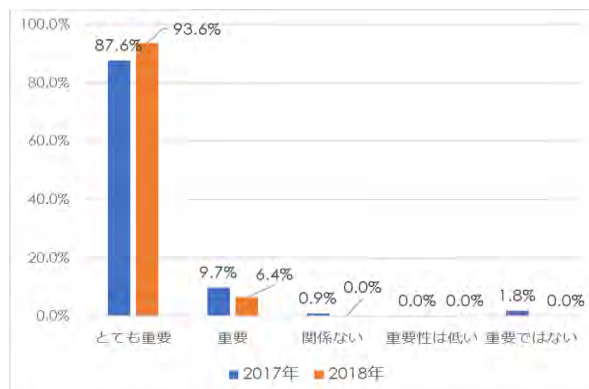


家庭調査票の目的に関する知識は2017年と2018年では、すべての目的の項目で、正解者の割合が上昇したが、誤答の「集落のセクター分け」も約10%上昇した。しかしながら、2018年 KAP 調査では、知識、態度、行動がほぼ同率であることから、家庭調査票を作成するだけが目的ではなく、実際に活用されたことが分かった。

5.7 集落マップ

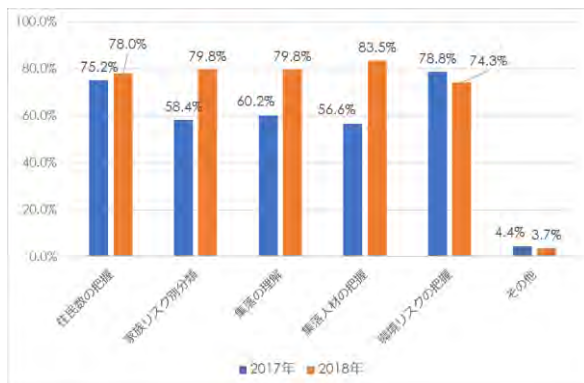
集落マップは、ES AFC の医療チームと RC をより近い環境に配置し、集落について共通認識を持って活動するために、集落のマップまたはスケッチを作成し、集落の環境、公共施設、社会的人材の配置を把握し、集落の長所と短所を特定する。これら集落マップの意義を確認したほか、その目的に関し、KAP 式の質問形式で回答を得た。

グラフ 15 集落マップ作成の意義



集落マップの作成の意義に関しては、グラフ 15 のとおりである。5段階で評価したところ、2017年では「とても重要」と回答したのは、87.6%であったのが、2018年では93.6%に上昇した。また、2017年では、「関係ない」「重要ではない」と回答した者が若干あったが、2018年では、それらの回答は皆無となり、「とても重要」、または「重要」と認識された。

グラフ 16 集落マップ作成の目的（知識）

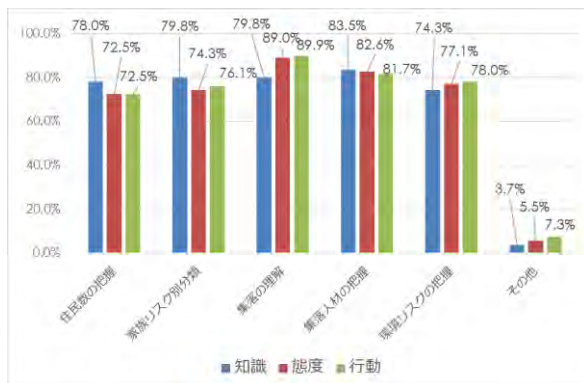


グラフ 16 は、集落マップ作成の目的に関して、「知識」を複数回答で調査した結果である。

「住民数の把握」は家庭調査票で確認されるもので、マップの作成には関係がなく、誤答である。しかし、知識では、「住民数の把握」2017年 75.2%、2018年 78.0%と高い割合でこれを挙げていた。その他の正しい回答も、2018年は、回答率が上昇した。中でも、「集落人材の把握」は 56.6%から、83.5%に上昇した。これは、

ESAFc 活動ガイドで集落マップの作成方法が明記されており、保健セクターでは、このガイドに基づき、集落マップが作成されていることが確認されている。

グラフ 17 2018 年集落マップ作成の目的：KAP

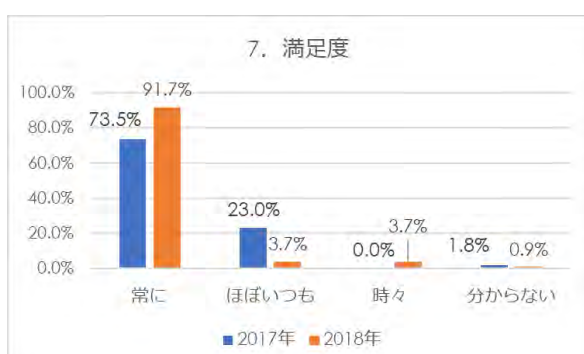
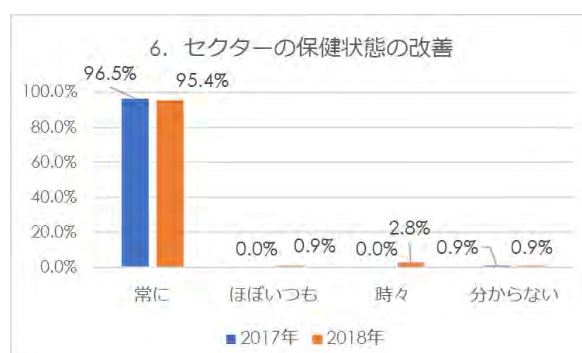
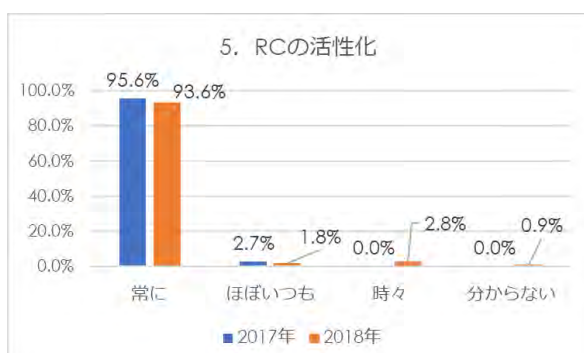
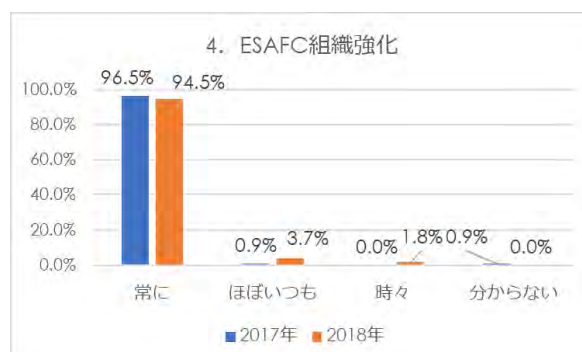
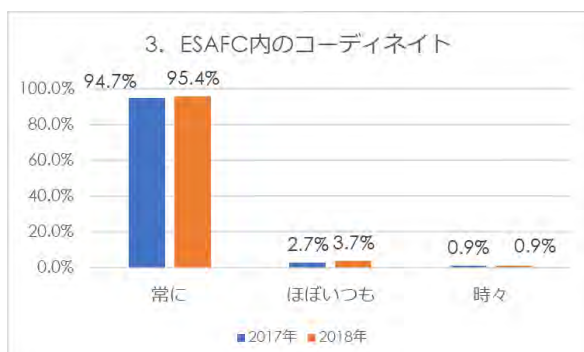
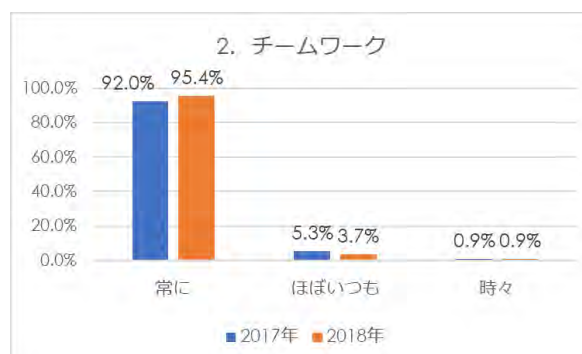


グラフ 17 の 2018 年の KAP 式の質問形式では、すべての項目で、知識、態度、行動がほぼ同率であった。しかしながら、「住民数の把握」が集落マップの作成との関係性がないことから、これが、集落マップの活動として、実践されているとは考えられにくい。

5.8 ESAFC 活動意欲

ESAFc 活動を実施するにあたり、実施前後の活動意欲を「常にある」、「ほぼいつもある」、「時々ある」、「分からない」の 4 段階で表示し、下記の項目を比較した。

- ① 自己学習意欲を向上させたいか
- ② チームワークは必要と思うか
- ③ ESAFC 内のコーディネイトを強化したいと思うか
- ④ EASAFc の組織を改善したいか
- ⑤ RC の参加を活性化させたいか
- ⑥ 保健セクター内の健康状態を改善したいか
- ⑦ ESAFC のメンバーとして満足しているか



ESAFcメンバーとしての活動意欲としては、2017年と2018年ともに、質問7以外常に90%を超える割合で、「常に」と回答があった。2017年と2018年との比較の結果では、質問1、4、5、6.で「常にある」が若干減少し、質問2、3、7.の質問では上昇した。

質問1は、ESAFc活動以外でも、母子保健研プログラムで、事前事後テストの実施や巡回指導で、研修の成果をモニタリングしていることから、自己学習意欲は向上すると考えられたが、「常に」の回答は若干の減少がみられた。一方、「7. ESAFCのメンバーとして満足しているか」は、2017年に73.5%と質問の中で最も低かったが、2018年には91.7%まで上昇した。

6 考察

- 2017年と2018年の比較では、調査項目の「知識」の上昇から、MOSAFの目的とESAFの各活動の意義が正しく理解されていることが分かった。MOSAFの概念は、各医療従事者の養成課程で学習する内容であるが、活動の実践と、RCへの研修を通して、正しい知識の習得率がさらに、上昇したと考えられる。ESAFの構成メンバーとして、RCを認識したものの割合が100%に近づいたのは、両SILAISで社会奉仕の医師・看護師へ、着任後、早い時期の母子保健研修実施とESAF活動ガイド研修導入の成果であると同時に、ESAF活動ガイドに示された活動が、RCとの連携がなくては実践できないものであること、また、ESAF活動ガイドの項目として、RCに対するMOSAF研修の実施が明記されており、RCがESAF構成メンバーの一員であることが周知されたと考えられる。
- 医療チームがRCとのコミュニケーションの場として欠かせない保健セクター会議は、ESAF活動ガイドで毎月開催することになっており、知識、態度が行動につながったことで、MOSAFの目的の一つである、「保健セクター内の異なるメンバーの連携強化」が達成されたと言える。
- ESAF活動ガイドにはMOSAFをベースとした保健セクターで実施すべき基本的な活動の整理とRCと連携した活動の実践に必要な事柄がまとめられている。すべてのESAFの医療チームが同ガイドの研修を確実に受けたことは、研修参加者のデータベースで明らかになっており、研修ファシリテータによる適切な研修管理と、支所、SILAISの継続的な巡回指導がおこなわれていることにより、「保健セクター会議」、「集落活動」、「家庭調査票」、「集落マップ」に対する、正しい知識が行動へつながったと考えられる。
- ESAF医療メンバーの集落訪問回数では、SILAIS毎に訪問しなければならない回数に差があったものの、活動に関して、知識、態度が上昇した。ESAF活動ガイドの導入や、母子保健研修プログラムにより、プロモーション活動や住民参加型の保健活動が活性化され、予防、健康増進、診療・診断、リハビリテーション、プロモーション活動を包括的に実施できていることが分かった。
- 家庭調査票や集落マップの作成には、多大な時間と作業が必要な活動であるが、ESAFは、これらを単なる義務として実施するのではなく、「家族調査票の目的」と「集落マップの目的」に関するKAP調査から、作成された集落マップが有効に活用されていることが分かった。
- ESAF活動に対する意欲では、2017年と2018年の比較では、7項目の質問中4項目で「常に」と回答した者が若干減少したものの、常に90%以下になることはなく、特に「ESAFのメンバーとして満足しているか」の質問に対し、「常に」の回答率が大きく上昇した。これは、医療の専門職者として、臨床医学や臨床看護のみではなく、地域の保健医療の重要性の理解や、関心が高まり、ESAF活動に対する意欲の高さに、それが反映されたと推察される。

添付資料

1. 2017 年 ESAFC アンケート用紙
2. 2018 年 ESAFC アンケート用紙

2017年 ESAFC アンケート用紙

調査目的

ESAFG ガイドを導入する医療従事者の MOSFC に関する知識、態度の評価を行う。

該当欄に をつける

SILAIS Chontales SILAIS Zelaya Central 支 所 名

配属セクター名 _____

配属日: 月 _____ 年 _____

出身地: 1. 配属 SILAIS 以外 2. 配属 SILAIS 内 3. 配属保健セクター内 4. 配属保健セクター外

1. MOSAFG の目的, 複数回答

- 1. 家族、コミュニティーの健康向上
- 2. 人口の保健サービスニーズを満たす。
- 3. 伝染病から住民を保護する。
- 4. 妊婦の健康状態のみを改善する。
- 5. 保健医療サービスの質を向上させ、質と人間の暖かさを保つ。
- 6. 保健セクターの異なるメンバー間の連携を強化する。
- 7. 他行政との調整を強化する。
- 8. その他の活動 明記 _____

2. ESAFG の構成メンバーを記入(職種別)

--

保健セクター会議

3. 保健セクター会議の開催頻度?

- 1. 毎月 2. 2か月に一度 3. 定期的には必要ない
- 4. 必要時のみ 4. その他, 説明 _____

4. 保健セクター会議はあなたなら何度開催しますか?

- 1. 毎月 2. 2か月に一度 3. 定期的には必要ない
- 4. 必要時のみ 4. その他, 説明 _____

集落訪問

5. 保健従事者の集落訪問回数/月?

1. 緊急時のみ 2. 1回 3. 2～4回. 5回.
5. 最高8回以内 6. その他, 説明
-

6. い あなたなら、何回集落訪問/月をしますか?

1. 緊急時のみ 2. 1回 3. 2～4回. 5回.
5. 最高8回以内 6. その他, 説明
-

集落活動

7. 集落活動内容はどれか? 複数回答

1. 一般診療 2. 母子統合診療 3. 予防接種
4. 保健プロモーション活動 5. 健康講和 6. カウンセリング 7. 伝染病対策
8. 母子統合診療のみ 9. その他, 説明 _____

8. あなたなら、どの集落活動をしますか? 複数回答

1. 一般診療 2. 母子統合診療 3. 予防接種
4. 保健プロモーション活動 5. 健康講和 6. カウンセリング 7. 伝染病対策
8. 母子統合診療のみ 9. その他, 説明 _____

家庭調査票

9. 家庭調査票の目的? 複数回答

1. 集落の特徴を知る 2. リスク別家族分類 3. 家庭保健の継続活動 4. 衛生問題を知る
5. 保健問題を知る 6. 保健計画を作成する 6. 集落をまとめ、セクターを作る 7. そ
の他, 説明 _____

マップ

10. 集落マップ使用の目的は? 複数回答

1. 住民数の把握 2. 家族リスクの分類 3. 集落の把握 4. 集落の人材把握 5. 環
境リスクの把握
 6. その他、説明 _____

11. 集落マップ作製に関してどう思いますか?

- . とても重要 2. 重要 3. 関係ない 4. 重要性は低い 5. 重要ではない

12. 保健セクターの活動にXをつけてください? 複数回答

1. 緊急時の搬送 2. 診療 3. 衛生状況の改善活動
4. 上水道設備の改善活動 5. 災害対策 6. 保健プロモーション
7. 疾病予防 8. 媒介虫対策 9. 家庭医療 10. 産前健診 11. 産後健診
12. マラリア検査 13. 子宮頸がん細胞診 14. 保健所での保健講話 15. 学校での保
健講話 16. 集落での健康講話 17. 集落会議 18. 保健セクター会議 19. 出産計画の調
整 20. 殺虫剤噴霧 21. 清掃活動 22. 住民と活動計画を立てる

ESAFG 活動意欲に関し、該当する欄に X をつけてください。

	時々	ほぼいつも	常に	分からない
13. 自己学習意欲を向上させたいか				
14. チームワークは必要と思うか				
15. ESAFG 内の調整を強化したいと思う				
16. EASAFG の組織を改善したいか				
17. RC の参加を活性化させたいか				
18. 保健セクター内の健康状態を改善したいか				
19. ESAFG のメンバーとして満足しているか				

ご協力ありがとうございました。

2018年 ESAFC アンケート用紙

調査目的

ESAFc ガイドを導入する医療従事者の MOSFC に関する知識、態度の評価を行う。

該当欄に をつける

SILAIS Chontales SILAIS Zelaya Central 支 所 名

配属セクター名 _____

職種: 1. 医師 2. 看護師 3. 准看護師

出身地: 1. 配属 SILAIS 以外 2. 配属 SILAIS 内

出身地が 2 の場合

3. 配属支所と同じ 4. 配属支所以外

1. MOSAFc の目的, 複数回答

- 1. 家族、コミュニティーの健康向上
- 2. 人口の保健サービスニーズを満たす。
- 3. 伝染病から住民を保護する。
- 4. 妊婦の健康状態のみを改善する。
- 5. 保健医療サービスの質を向上させ、質と人間の暖かさを保つ。
- 6. 保健セクターの異なるメンバー間の連携を強化する。
- 7. 他行政との調整を強化する。
- 8. その他の活動 明記 _____

2. ESAFC の構成メンバーを記入(職種別)

--

保健セクター会議

3. 保健セクター会議の開催頻度は?

- 1. 毎月 2. 2 か月に一度 3. 定期的には必要ない
- 4. 必要時のみ 4. その他, 説明 _____

4. 保健セクター会議はあなたなら何度開催しますか?

- 1. 毎月 2. 2 か月に一度 3. 定期的には必要ない
- 4. 必要時のみ 4. その他, 説明 _____

5. 保健セクター会議をあなたは何度開催しましたか?

1. 毎月 2. 2か月に一度 3. 定期的には必要ない
 4. 必要時のみ 4. その他, 説明
-

集落訪問

6. 保健従事者のコミュニティ訪問回数/月は?

1. 緊急時のみ 2. 1回 3. 2~4回. 5回.
5. 最高8回以内 6. その他, 説明
-

7. あなたなら、何回集落訪問/月をしますか?

1. 緊急時のみ 2. 1回 3. 2~4回. 5回.
5. 最高8回以内 6. その他, 説明
-

8. あなたは、何回集落訪問/月をしましたか?

1. 緊急時のみ 2. 1回 3. 2~4回. 5回.
5. 最高8回以内 6. その他, 説明
-

集落活動

9. 集落活動内容はどれか? 複数回答

1. 一般診療 2. 母子統合診療 3. 予防接種
4. 保健プロモーション活動 5. 健康講和 6. カウンセリング 7. 伝染病対策
8. 母子統合診療のみ 9. その他, 説明 _____

10. あなたなら、どの集落活動をしますか? 複数回答

1. 一般診療 2. 母子統合診療 3. 予防接種
4. 保健プロモーション活動 5. 健康講和 6. カウンセリング 7. 伝染病対策
8. 母子統合診療のみ 9. その他, 説明 _____

11. あなたは、どの集落活動をしましたか? 複数回答

1. 一般診療 2. 母子統合診療 3. 予防接種
4. 保健プロモーション活動 5. 健康講和 6. カウンセリング 7. 伝染病対策
8. 母子統合診療のみ 9. その他, 説明 _____

家庭調査票

12. 家庭調査票の目的? 複数回答

1. 集落の特徴を知る 2. リスク別家族分類 3. 家庭保健の継続活動 4. 衛生問題を知る
5. 保健問題を知る 6. 保健計画を作成する 6. 集落をまとめ、セクターを作る 7. その他, 説明 _____

13. あなたなら、何の目的で家庭調査票を作成したいですか？ 複数回答

1. 集落の特徴を知る 2. リスク別家族分類 3. 家庭保健の継続活動 4. 衛生問題を知る
5. 保健問題を知る 6. 保健計画を作成する 6. 集落をまとめ、セクターを作る 7. その他、説明 _____

14. あなたは、何の目的で家庭調査票を作成しましたが？ 複数回答

1. 集落の特徴を知る 2. リスク別家族分類 3. 家庭保健の継続活動 4. 衛生問題を知る
5. 保健問題を知る 6. 保健計画を作成する 6. 集落をまとめ、セクターを作る 7. その他、説明 _____

マップ

15. 集落マップ作製に関してどう思いますか？

1. とても重要 2. 重要 3. 関係ない 4. 重要性は低い 5. 重要ではない

16. 集落マップ使用の目的は？ 複数回答

1. 住民数の把握 2. 家族リスクの分類 3. 集落の把握 4. 集落の人材把握 5. 環境リスクの把握
6. その他、説明 _____

17. あなたなら、何の目的で集落マップ使用したいですか？ 複数回答

1. 住民数の把握 2. 家族リスクの分類 3. 集落の把握 4. 集落の人材把握 5. 環境リスクの把握
6. その他、説明 _____

18. あなたは、何の目的で集落マップ使用しましたか？ 複数回答

1. 住民数の把握 2. 家族リスクの分類 3. 集落の把握 4. 集落の人材把握 5. 環境リスクの把握
6. その他、説明 _____

19. ESAFC 活動意欲に関し、該当する欄に X をつけてください。

	時々	ほぼいつも	常に	分からない
13. 自己学習意欲を向上させたいか				
14. チームワークは必要と思うか				
15. ESAFC 内の調整を強化したいと思う				
16. EASAFG の組織を改善したいか				
17. RC の参加を活性化させたいか				
18. 保健セクター内の健康状態を改善したいか				
19. ESAFC のメンバーとして満足しているか				

ご協力ありがとうございました。

添付資料⑳

第1期・第2期供与機材リスト

第1期分・第2期分供与機材リスト

1. 第1期供与機材リスト及び供与先

供与機材と供与先は下表のとおり。

供与機材	SILAIS チョンタレス				SILAIS セラヤ・セントラル			
	地域 病院	保健セ ンター	保健ポ スト	合計	一次 病院	保健セ ンター	保健ポ スト	合計
立脚式血圧計（聴診器付、新生児、小児、成人用セット）	26	39	36	101	14	10	40	64
成人用身長体重計			36	36	7	2	11	20
成人、小児用喉頭鏡セット	4			4				
新生児用喉頭鏡セット	2			2	4			4
携帯用酸素ボンベ		11		11				
分娩台					3	1		4
ワクチン用冷蔵庫							2	2
ネブライザー（複数吸引口型）		16	20	36	1	1	5	7
産婦人科処置台		10	36	46	3	3	13	19
胎児ドップラー		11		11	7	3		10
オートクレーブ（保健センター用）		8	12	20		1	4	5
オートクレーブ（病院用）					3			3
インファントウォーマー	3			3	1			1
出産キット		16	34	50	15	2	21	38
酸素タンク用流量計（湿潤器付）		11		11	4	3	1	8
グースネックランプ			25	25	8	7	12	27
小児用蘇生バッグ		11		11	2	2		4
新生児用体重計		22	41	63				0
医用分光光度計				0	1			1
器械台		11	41	52	7	5	20	32
成人用蘇生バッグ		9	14	23	4	2	19	25
乳児用蘇生バッグ		11		11	4	1	1	6
検眼・耳鼻鏡		11	30	41	4	3	20	27
IUDキット		19	40	59	6	6	20	32
新生児用ベッド		11		11	4	1		5

ストレッチャー	4	11		15	6	3		9
ピナード式聴診器	5	24	42	71	6	8	75	89
携帯用血圧計（聴診器付、新生児、小児、成人用セット）			79	79			75	75
携帯用身長計			42	42			46	46
携帯用体重計			42	42			46	46
産婦人科用踏み台		18	29	47	6	4	20	30
外傷手術キット		11	20	31	10	6	20	36
手術機材棚		8	23	31	6	3	20	29
吸引器		10		10	1	2		3
回転椅子	10	10		20	4	2	20	26
点滴スタンド	20	28	30	78	15	6	20	41
車椅子					6	4		10
血糖測定器					3	3	2	8
打診器/ティラーハンマー					10	9	20	39
不妊手術用器具					7			7

2. 第2期供与機材

供与機材と供与先は下表のとおり。

No	機材名	SILAIS チョンタレス				SILAIS セラヤ・セントラル	
		地域病院	保健センター	地域ラボ	合計	第1次病院	合計
1	双眼顕微鏡		2	2	4	2	2
2	分光光度計	1		1	2		
3	遠心分離機（スイングローター）		1		1		
4	パルスオキシメーター		6		6	6	6
5	遠心分離機					2	2
6	心電計					2	2
7	新生児コット		3		3		