

**「人間的なお産」の実現に向けた  
ケアの質改善に関する  
プロジェクト研究**

**業務完了報告書**

令和3年2月  
(2021年)

独立行政法人  
国際協力機構 (JICA)

株式会社ティーエーネットワークキング  
合同会社サマウーマ・コンサルティング



写真：ブラジル案件

(写真はブラジル元専門家、エルサルバドルプロジェクトマネージャー提供)



花びらが敷き詰められた研修会場。日常とは違う空間でエンパワーメント/気づき/内的変革につなげる。

マッサージトレーニング。敬意を持って優しく接する事をお互いに行ってみることで自分の業務への振り返り/気づきにつなげる。



ソフィア・フェルドマン産科病院。現在、中南米諸国やアフリカのポルトガル語圏諸国の医療従事者を対象とした「人間なお産」に関わる第三国研修の受け皿となっている。「建物・インフラはアフリカの現実のインフラレベルに近いですが、それでもしっかりしたスタッフがいて運営されれば、他に教えるレベルのサービス提供ができるというのを見てもらえるのは重要だと思います。三角協力のモデル、三角協力ならではの、の実施機関です。」とJICA担当職は分析している。



国別特設研修後、アマゾナス州州立病院が自発的に導入したLDR (Labor (陣痛), Delivery (分娩) and Recovery (回復)) システム。LDRベッドはプロジェクトで開発されたものが現在でも市販されている。LDRシステム導入は目に見えるケアの変化である。(ブラジルアマゾナス州立女性病院、2019年)

大部屋だったお産場所をカーテンにてプライバシーを確保し、家族の付添ができるようにした。プロジェクトで推進した方式が全国に広がった。(ブラジルアマゾナス州立女性病院、2019年)

写真：アルメニア案件（写真はアルメニア元専門家提供）



日本の助産所での研修。キーパーソンが訪日研修に参加したことは、その後のプロジェクト進展に大きく寄与した。



日本で見たバースチェアを研修参加者がアルメニアで注文して作成させたもの。コストを掛けなくてもできる助産の工夫を訪日研修で学んだ。



EBM（Evidence-based medicine：科学的根拠に基づく医療）データベース使用研修。「人間的なお産」案件で重要な「関係者間での概念共有」において、EBMは最も重要な説明手段の一つである。左端は日本人疫学専門家。



無償資金協力で供与された保育器。比較的高額で高度な医療機器である超音波画像診断装置、保育器などは現地医療者側から要望が上がりやすい機材である。これらの機材はカウンターパートのやる気を引き出す上でも重要である。

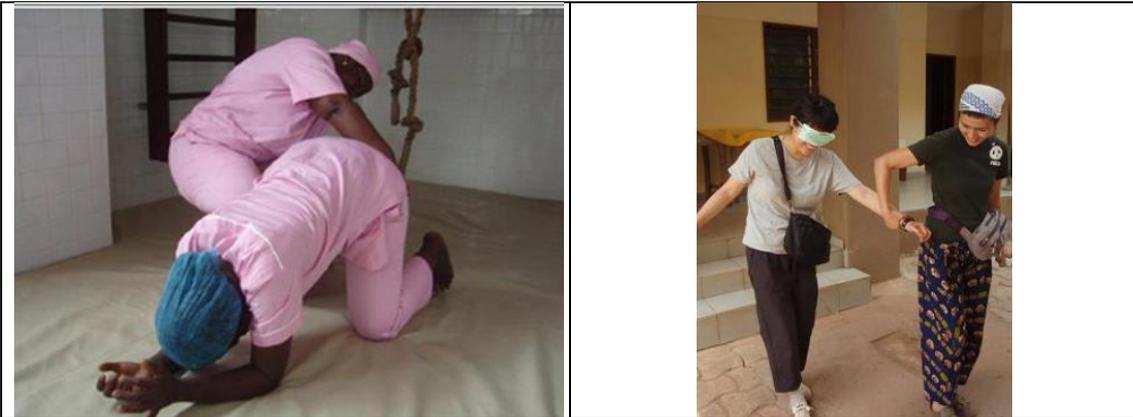


昼ベッドでの助産指導。高いコストをかけずに「人間的なお産」を実現できることを示すことも重要である。



無償資金協力で供与されたLDRベッド。LDRシステム導入は目に見える形でケアの変化が促される。

写真：ベナン案件（写真は専門家報告書より抽出）



フリースタイル出産スペースで介助の仕方を実演する助産師。産み綱やバースチェア、はしごなど低コストでできる工夫がなされた。

人間的ケア講義の中の日隠し体験エクササイズ。人間的なケアを目指す「対話と意識化」を深める工夫であった。



弛緩出血予防ケア研修で人体モデルを使用して、実習前の手順の再確認。教育用人体モデルなど教育用機材供与も重要であった。



吸引分娩研修。解剖学的知識の強化のため骨盤モデルを使用し、児頭回旋、胎児胎向について説明した。モデルの使用は理解促進に重要であった。

### サンミッシェル保健センター



5S-KAIZEN活動実施前後。分娩室の中だけではケアを改善できないし、お産に関連する部分だけをきれいにしても、病院全体がきれいでない、それはケアの改善につながらない。そこで5Sを取り入れ、病院全体の取り組みとして実施された。5Sコンクールも実施された。

写真：マダガスカル案件（写真はマダガスカル元専門家提供）



マダガスカル人がブラジルでの第三国研修に参加。バースチェアを使用した分娩介助を学んだ。文化的にも施設インフラレベル的にも途上国の現実に合致し、コスト面からも効果的であった。（ブラジル、ソフィア・フェルドマン産科病院）



マダガスカルでの助産の解剖学/生理学講義。「助産はサイエンスであり、解剖学、生理学に立脚して現象を客観的に捉える。この基本的な訓練が重要」との専門家の意見。「人間のお産」は科学に立脚したものでもある。



第三国研修（ブラジル）帰国研修員によるケア提供の実践。供与されたアクティブチェア（木馬型チェア）を利用。こういった「小さな」物品供与も大きな効果を生んだ。



案件実施によって、家族のお産への参加が促進された。



ケーススタディとして現場で日本人助産師の指導のもとに助産ケアを実施。その後、グループ内ディスカッションにおいて「どのような気持ちが生じたか」を話し合い、自己分析する機会を設けた。気づきやエンパワーメントにつながる好事例であった。



写真：カンボジア案件（写真はカンボジア元専門家提供）



ブラジルから輸入したLDRベッド、日本から輸入のアクティブチェア、カンボジアで手作り分娩椅子

早期母子接触と父親の参加促進も「人間的なお産」での重要なコンポーネントである。



個室にし、家族（夫）も付き添い可能。ポスターを張って部屋の雰囲気柔らかく。クッションを使って楽な体制をサポートしていた。



母親の笑顔から満足感が伝わってくる。評価指標に「女性の出産体験」という最も重要な視点をどのように入れるか、はプロジェクト評価における大きく重要な課題であった。

異常を発見する  
管理（支配）する・管理をされる

Before



産む力・生まれる力を最大化する

After

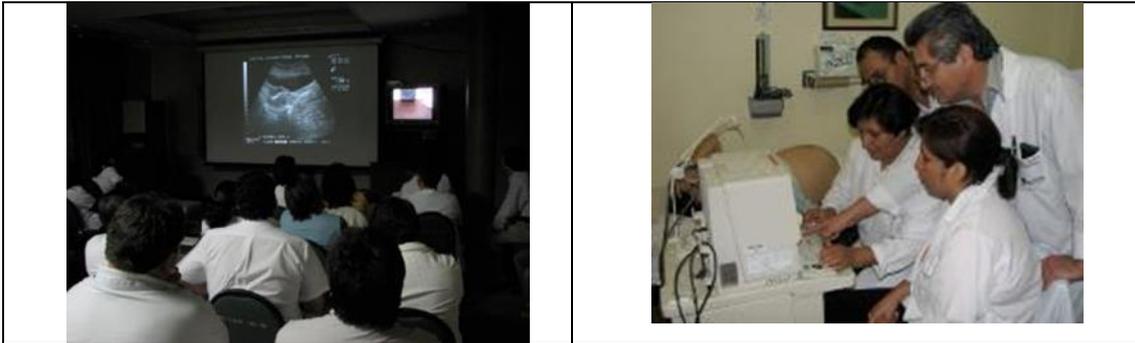


基軸を「女性中心」に転換することで、女性と助産師の関係に変化が生まれ、「異常の発見」などの「管理」に加え、「女性の産む力、子どもの生まれる力を最大化するための支援者」としての役割を果たせるようになる。いかに「ケアの本質と関わる人間の変革」を言葉や指標にしていくべきかは重要な課題であった。

写真：セネガル案件（写真は報告書から抽出。最下段は元専門家提供のプレゼンより。）

	
<p>現地生産のアクティブチェアとクッションの導入。少額の機材でも大きな効果があった。現地生産化で面的な広がりも期待された。</p>	<p>マダガスカルで実施された技術交換（セネガル/マダガスカル）</p>
	
<p>仕切りを作ることでプライバシー配慮が向上した。このように少額の機材や改修で環境を改善することは重要であった。</p>	<p>待合スペースを新設。少額の投資での環境改善の実践例の一つ。</p>
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p><b>Avant</b> 👎</p>  <p><u>Date:</u>08/08/16 <u>Commentaire :</u> Bureau mal rangé</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>Pendant</b> 👍</p>  <p><u>Date:</u>09/08/16 <u>Commentaire :</u> entrain de nettoyer</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>Après</b> 👍👍</p>  <p><u>Date:</u>09/08/16 <u>Commentaire :</u> Salle bien aménagée et propre</p> </div> </div>	
<p>5S-KAIZEN活動実施前後。セネガルでは包括的アプローチである「PRESSMINモデル」の下、限られた医療資源の中で「安全な正常出産」を実現するために、5S-KAIZENが組み込まれ、ユニークな取り組みであった。5Sは単に環境をきれいにすることが目的ではなく、チームの役割分担が明示されたり、ケアのプロセスが可視化されて共有されたりすることで、業務改善へのステップとなった。また、女性の満足度も上がり、「何よりも大事なことは、女性からの感謝によりスタッフがエンパワーされていることである」と報告された。</p>	

写真：ボリビア（写真はボリビア元専門家提供）



機器の取り扱い、画像と患者との位置関係、3次元を2次元画像で理解するための立体的な体の捉え方、胎児位置および姿勢の推定など、基本的な事項の理解が十分でなかったことから、当初予定していたハイリスク妊娠の超音波健診に関する研修に超音波診断の基礎に関する講義を追加実施した。現地の理解状況を反映したプログラム作りも重要であった。



#### 「人間のお産」ワークショップの実施

来院時の対応（女性は医療従事者より適切に対応される）、分娩時の対応（女性は希望する人に付き添われることが出来る）などの出産の一連の過程を通して女性を支えることを学ぶワークショップを実施。参加者自身の理解と気づきをもたらすため、伝えたい内容を的確に伝え、講師が多くを語ってしまうことを控え、参加者と講師が多くコミュニケーションが取れるようなスタイルを採用した。



よいサービスのあり方、対話の必要性への気づきを促す「サービスの質向上委員会」を実施。研修にてサービスの改善につながる気づきを促進し、さらにその気づきが行動変容につながり、質の高いサービスとして定着・継続していくための体系的な支援を行うことが必要であった。

## 本報告書の構成

本報告書は、1996年-2000年のブラジル「家族計画・母子保健プロジェクト」以降、現在に至るまでJICAが様々な案件や研修の形で行ってきた「人間的なお産」についてまとめたものである。近年になってWHOによる「母子保健におけるケアの質フレームワーク」、また、Respectful careやPeople centered careなどが話題に上るようになったが、JICAはすでに四半世紀前から、出産の場におけるケアの向上についての案件を擁し、現在に至るまで7カ国で案件を展開してきた。さらに、後続の案件も始まっており、国際的潮流に先駆ける形で多くの経験を積んできた。

この報告書では、JICAが実施した「人間的なお産」に関わる7カ国での案件の経験をレビューし、整理することを中心に置いている。案件レビューを通じ、また2015年に発表されたWHOの「母子保健におけるケアの質フレームワーク」も参考にしながら、「人間的なお産」案件の経験を集約し、その中から得られる個々の事例の教訓や課題を引き出し、今後の案件に参考となる情報をまとめている。母子保健分野で今後引き続いて注目されていくであろう「人間的なお産」の支援ニーズに対して、これらの情報が後続の案件を形成・実施する際に活用されることを期待している。各部の具体的な記載内容は以下のとおりである。

### 第1部 「人間的なお産」案件の分析

まず初めに、「人間的なお産」がいかなる背景の中で生まれてきたのか、を国際的な母子保健の潮流の中に位置付け、母子保健、とりわけ母性保健全体の取り組みから、いかに「出産のケアの質の改善」が抜け落ちてきたかを説明する。これまで「人間的なお産」の具体的な内容を一般化した文書が少なく、その全容が十分に把握されていなかった。そのため、本研究では、個々の案件の情報を収集し、これまで蓄積した「人間的なお産」案件での実践例と成果に関する横断的な分析を試みた。

### 第2部 「人間的なお産」に関する要素を含む母子保健案件の形成・実施にむけて

第2部は、案件レビューを通して様々な視点から考察した第1部の結果を要約した内容となる。第1部の内容を可能な限り一般化することで、今後類似の「人間的なお産」案件を形成・実施する際に考慮すべき重要な情報をまとめた。第2部だけを取り出しても理解できるような構成になっているため、第1部との重複部分がある。

### 第3部 資料

対象案件の概要及び対象案件の国の母子保健に関わる基礎情報、レビュー資料とインタビュー対象者の一覧などをまとめた。

略語集

略語	正式名	日本語
CAI	Comités de Análisis de Información/Committee of Information Analysis	情報分析委員会
CHUM	Centre hospitalier universitaire de Mahajanga/Mahajanga University Hospital Center	マジュンガ大学病院センター
COVID-19	Coronavirus Disease	新型コロナウイルス感染症
CME	Complexe Mère et Enfant	マジュンガ母子保健施設
CP	Counter part	カウンターパート
CSB	Centre de santé de base / Health Center	保健センター
DILOS	Directorio Local de Salud de La Paz	ラパス市地域保健委員会
EBM	Evidence Based Medicine	科学的根拠に基づく医療
FANOME	Financement pour l'Approvisionnement Non-Stop des Médicaments /Fandraisana Anjara No Mba Entiko	恒常的な医薬品の調達・供給のための医療費受益者負担制度
FCC	Family Centered Care	家族中心のケア
GINI	Gini Coefficient	ジニ係数
GNI	Gross National Income	国民総所得
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HOMEL	l'hôpital de la mère et de l'enfant	ラギューン母子病院施設
IMF	International Monetary Fund	国際通貨基金
INSET	In-service Training	インサービス・トレーニング
IPOG	Institute of Perinatology, Obstetrics and Gynecology	産婦人科周産期医療センター
JBPP	Japan-Brazil Partnership Programme	日本-ブラジルパートナーシッププログラム
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊
LDR	Labor, Delivery and Recovery	陣痛、分娩、回復
MDGs	Millennium Development Goals	国連ミレニアム開発目標
MMR	Maternal Mortality Ratio	妊産婦死亡率
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NICU	Neonatal Intensive Care Unit	新生児集中治療室
NMCHC	National Maternal and Child Health Center	国立母子保健センター
NSDP	National Strategic Development Plan	国家戦略開発計画

略語	正式名	日本語
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development	経済協力開発機構
PAHO	Pan American Health Organization	汎米保健機構
PCIMEC	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau Communautaire	地域での包括的小児疾患管理
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PHC	Primary Health Care	プライマリーヘルスケア
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire	国家保健開発計画
PRESSMIN	Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale dans les Région de Tambacounda et de Kédougou	タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper	貧困削減戦略文書
RAP	Rapid Anthropological Assessment Procedure	迅速な人類学的アセスメント
REHUNA	Rede de pela Humanizaçãodo Parto e Nascimento/Network for the Humanization of Childbirth	出産のヒューマニゼーションネットワーク
RMC	Respectful Maternity Care	産婦を尊重したケア
SBA	Skilled Birth Attendants	熟練した有資格の分娩介助者
SDGs	Sustainable Development Goals	持続可能な開発目標
SENN	Soins essentiels au Nouveau	基本的新生児ケア
SMI	Safe Motherhood Initiative	安全な母性イニシアチブ
SUS	Sistema Unico de Saúde	統一保健システム
TBA	Traditional Birth Attendants	伝統的産婆
TOT	Training of Trainers	指導者研修
TQM	Total Quality Management	総合的品質管理
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
UNV	United Nations Volunteers	国連ボランティア計画
USAID	United States Agency for International Development	アメリカ合衆国国際開発庁
WHO	World Health Organization	世界保健機関

## 目次

本報告書の構成.....	viii
略語集 .....	ix
目次 .....	xi
図表目次.....	xii
はじめに.....	xiii
第1部「人間的なお産」案件の分析.....	1
第1章：母子保健に関する国際的議論と潮流 .....	1
第2章：母子保健サービスの質改善に対するアプローチの国際的議論と潮流 .....	2
第3章：JICAによる「人間的なお産」の活動と成果.....	5
第2部 「人間的なお産」に関する要素を含む母子保健案件の形成・実施にむけて ...	40
第1章：案件形成 .....	41
第2章：案件実施 .....	43
第3章：案件実施後 .....	47
第4章：横断的なプロセス.....	47
第3部 資料 .....	49
第1章：対象案件の概要及び対象案件の国の母子保健に関わる基礎情報.....	49
第2章：「母子保健におけるケアの質フレームワーク」を用いた対象案件分析.....	74
第3章：レビュー資料とインタビュー対象者一覧.....	115

## 図表目次

表 1：本研究の対象案件.....	xiv
表 2：本研究の実施メンバー.....	xiv
表 3：対象案件における取り組みと成果.....	6
表 4：対象国のカウンターパート、対象地域、対象施設.....	11
表 5：キーになるアクター、立ち上げ時の中心者.....	14
表 6：各案件の専門家領域.....	16
表 7：「人間的なお産」の呼称/別の表現の仕方、言い換え一覧.....	18
表 8：案件による人材育成における工夫.....	26
表 9：環境整備の内容とアプローチ.....	28
表 10：各国の法制化／ガイドライン制定／教育制度.....	34
表 11：成果を上げたプロジェクトの促進・阻害要因の例.....	36
表 12：母子保健案件の形成・実施の留意点.....	40
表 13：本研究の対象案件（再掲）.....	49
表 14：ブラジルにおける主な指標.....	51
表 15：ブラジル案件の概要.....	53
表 16：ボリビアにおける主な指標.....	54
表 17：ボリビア案件フェーズ1の概要.....	56
表 18：ボリビア案件フェーズ2の概要.....	57
表 19：アルメニアにおける主な指標.....	58
表 20：アルメニア案件の概要.....	60
表 21：ベナンにおける主な指標.....	61
表 22：ベナン案件の概要.....	63
表 23：マダガスカルにおける主な指標.....	65
表 24：マダガスカル案件の概要.....	67
表 25：セネガルにおける主な指標.....	68
表 26：セネガル案件フェーズ1の概要.....	69
表 27：セネガル案件フェーズ2の概要.....	70
表 28：カンボジアにおける主な指標.....	71
表 29：カンボジア案件の概要.....	73
図 1：母子保健におけるケアの質フレームワーク.....	xvi
図 2：JICA「人間的なお産」案件の実施国・実施年および世界の母子保健・人間的なお産 に関する動き.....	4
図 3：「人間的なお産」案件のプロセスと各プロセスでの促進要因.....	7
図 4：エンパワーメントとトランスフォーメーション.....	22
図 5：調査案件の実施国.....	49
図 6：対象案件の実施国における案件実施時からの妊産婦死亡率及び国民一人当たり GNIの推移.....	50

はじめに

## 1. 研究の背景と目的

国際保健分野において、母子保健の改善は喫緊の課題であり続けている。これまで母子保健で中心的な取り組みは妊産婦死亡率の削減、つまり全ての妊産婦をハイリスクとみなすリスクアプローチ型の戦略であった。そのため、多くの開発途上国が、国連や国際援助機関が作成したガイドラインを遵守して同アプローチ型の戦略を導入していた。JICAにおいても、母子保健は協力重点分野の一つに位置付けられ、日本の母子保健分野の知見や経験を活かし、世界各国で母子保健案件を実施してきた。ただし、JICAは出産・出生を疾病やリスクとして捉えるリスクアプローチ型の対応に加え、出産をもっと自然で、社会的・文化的な営みであるという基本認識に立ちながら支援を行ってきた。具体的には、人として本来備わっている産む力、生まれる力が最大限に引き出され、母子が尊重され、安全に安心して妊娠・分娩・産褥期を過ごすことができる「人間的なお産」の実現に取り組んできた。こうした「人間的なお産」に取り組む案件は、1996年～2001年に実施したブラジル「家族計画・母子保健プロジェクト」以降、南米やアジア、アフリカなど、世界中で実施されるに至っている。

2018年2月にWHOが発表した「WHOガイドライン ポジティブな出産体験に向けた分娩期ケア」は、産科領域で広く使われている医療介入やケアに関する科学的根拠を編纂した正常出産ガイドラインである。出産全期を通じてのRespectful care（産婦を尊重したケア）を女性の権利として捉え、分娩経過の多様性を認め、進みすぎた出産の医療化が女性の産む力を損なわせ、ネガティブなインパクトを与えることへの懸念に言及している。このことは、JICAがいち早く取り組んできた「人間的なお産」が、科学的根拠に裏付けられた質の高いケアであることを示唆している。

JICAが世界に先駆けて推進してきた「人間的なお産」に関する案件から教訓や課題を整理し、それらを発信していくことが求められている。本研究は、JICAの支援により実施済・実施中である案件を調査し、母子保健案件の形成および実施段階で、「人間的なお産」の実現に向けたケアの質改善に資する要素を積極的に取り入れ、効果的に実施しているよう、教訓や課題を導きだし、とりまとめることを目的としている。

## 2. 対象案件

本研究では、表 1に記載する7カ国で行われた9案件を対象とした。

表 1：本研究の対象案件

国	案件	開始	終了
ブラジル	家族計画・母子保健プロジェクト	1996.4	2001.3
ボリビア	ラパス市母子保健に焦点をあてた地域保健ネットワーク強化プロジェクト	2004.1	2005.12
	ラパス県農村部母子保健に焦点をあてた地域保健ネットワーク強化プロジェクト	2010.8	2014.8
アルメニア	リプロダクティブヘルスプロジェクト	2004.12	2006.11
ベナン	母子保健プログラム	2006	2016
マダガスカル	母子保健サービス改善プロジェクト	2007.1	2010.1
セネガル	タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト	2009.1	2011.12
	母子保健サービス改善プロジェクトフェーズ 2	2012.11	2018.3
カンボジア	助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト	2010.3	2015.8

## 3. 実施体制

本研究は、株式会社ティーエーネットワーキングと合同会社サマウーマ・コンサルティングから成る共同企業体が実施した。実施メンバーは、表 2のとおり。

表 2：本研究の実施メンバー

氏名	担当
持田敬司	業務主任者/評価分析1
定森徹	評価分析2
三砂ちづる	母子保健1
笹川恵美	母子保健2
鈴木美保	評価分析3/業務調整

## 4. 研究期間・行程

2020年8月に本研究の業務委託契約書が取り交わされた。同年9月から順次JICAより案件報告書などの資料が提供され、11月から12月までに対象案件専門家やJICA案件担当職員などにインタビューを行った。2020年12月に本中間報告書を作成し、2021年1月に関係者との意見交換を行うワークショップを経て、同年2月に業務完了報告書の作成及び報告会を実施した。

## 5. 調査方法

本研究は質的調査であり、具体的には文献レビューと半構造化インタビューから成っている。レビューした文献は、JICAから提供された案件報告書や過去に実施された専門家へのインタビューの書き起こし資料、またJICA図書館に保管されている関連資料などである。そして、対象案件専門家やJICA案件担当職員などを対象にしたキーインフォーマン

ト・インタビューでは、インタビュー中にメモを取り、インタビュー後にメモを起こしてエキスパンディッド・ノート<sup>1</sup>を作成した。本研究の実施メンバーは、週1回の頻度にて進捗確認会議を開催し、文献レビュー結果やエキスパンディッド・ノートを基に協議を行い、「人間のお産」を実現するための実践例の共通事項や促進・阻害要因を検討した。

なお、当初はカンボジア及びセネガルでの現地調査を予定していた。しかし、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の世界的流行を受けて、これらの現地調査を中止し、日本からの遠隔調査とした。そのため、これらの国々での案件について情報が限られ、案件専門家からの情報収集がしやすかったブラジル案件の情報が他国と比べて多くなった。

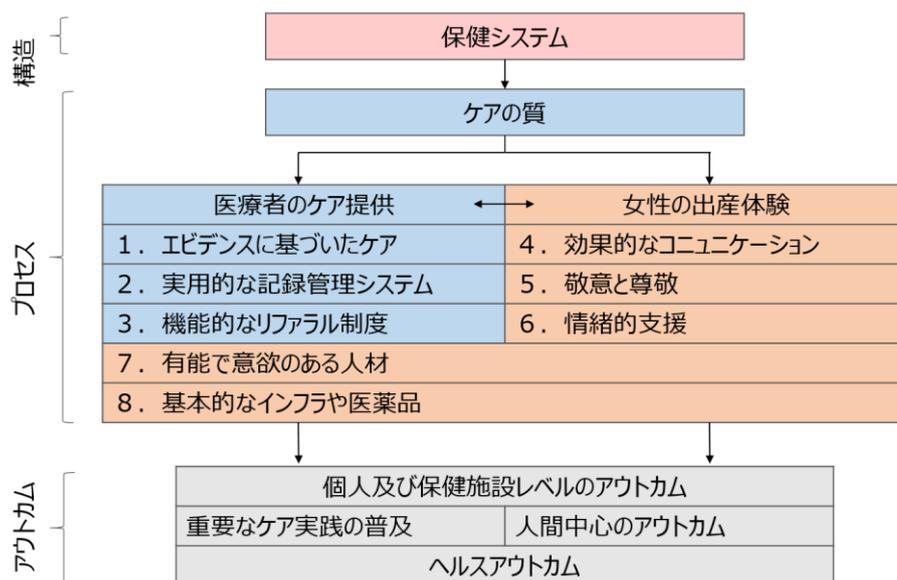
## 6. 調査・分析枠組み

本研究では、2015年にWHOが発表した「母子保健におけるケアの質フレームワーク」<sup>1</sup>を調査・分析枠組みとして提供されたので、使用することとした。対象案件は、同フレームワークが発表される以前に行われていたため、本調査による分析は、「既に行った案件」を改めてWHOのフレームワークに当てはめながら、どのような実践例であったかを事後的に検討したと言える。

図1のとおり、同フレームワークでは望ましい健康状態を達成する「個人および施設レベルのアウトカム」がPeople-centered outcomesとHealth outcome、Coverage of key practicesの3要素で構成されている。そして、これらのアウトカムに至るケアとして、8つの領域を示している。具体的には、医療者のケア提供に関する領域（①エビデンスに基づいたケア、②実用的な記録管理システム、③機能的なリファラル制度）と、女性の出産体験に関する領域（④効果的なコミュニケーション、⑤敬意と尊厳、⑥情緒的支援）、保健施設を取り巻く環境に関する領域（⑦有能で意欲のある人材、⑧基本的なインフラや医薬品）の質が向上することで、アウトカムに影響を及ぼすと考えられている概念枠組みである。

---

<sup>1</sup> 半構造化インタビューの際のメモをもとにつくりあげたインタビュー・データのこと。



出典: Brizuela V, etc. Measuring quality of care for all women and newborns: how do we know if we are doing it right? A review of facility assessment tools. Lancet Glob Health. 2019 May;7(5):e624-e632.

図 1: 母子保健におけるケアの質フレームワーク

本報告書では、7カ国での「人間的なお産」案件による実践例と成果を、案件ごとにこれらの8領域へ分類し、案件にわたって共通・類似のものを抽出した。People-centred outcomeを中心とする成果に対する阻害・促進要因を分析する際には、可能な限り学術論文などを参照したが、同要因分析のために本研究にて新たに量的調査を実施することは困難であったため、日本人専門家などへのインタビューを通じて得られた所見・知見を活用した。なお、この節の冒頭で説明したように、対象案件は、この「母子保健におけるケアの質フレームワーク」が発表される以前に行われているのであるから、このフレームワークの8領域に分類あるいは具体的な落とし込みができない（該当しない）が「人間的なお産」を実現するため貢献したと考えられる実践例と成果は、調査・分析から除外せず、考察を行った。

## 第1部「人間のお産」案件の分析

第1部では、まず、いかに母子保健、とりわけ母性保健の取り組みから「出産のケアの質の改善」が抜け落ちてきたかを説明する。そして、個々の案件の実践例と成果に関する横断的な分析の結果を記載する。

### 第1章：母子保健に関する国際的議論と潮流

#### 1. 「人間のお産」ということ

「人間のお産」は、「日本が世界に貢献できる」、国際母子保健協力の一分野であると認識される。「人間のお産」とは、人間の自然な営みである分娩を生理学的に捉え直し、過度な医療介入を避け、人間の産む力、生まれる力に敬意を表しながら、母児の力を最大限に活かせるような分娩時のケア、と捉えられている<sup>2</sup>。ブラジル案件の専門家は、医学雑誌Lancetにおいて「人間のお産」の定義を、女性と医療者の双方を満足させると共にエンパワーするケア、自らのケアのあらゆる面に関し、女性の積極的な参加と意思決定を促進するケア、医師と医師でないものが協調して与えるケアと発表している<sup>3</sup>。国内では、ヒューマニティ（人間性）に根差した行為の絶え間ない変革のプロセスとも評された<sup>4</sup>。

そもそも「人間のお産」、「人間化」、つまり「ヒューマニゼーション」という概念は、1970年代にブラジル民主化運動の中で興った人間尊重、人間解放の思想を基にしている。読み書きができない小作人たちが、抑圧と搾取による非人間的な状況から、識字教育を通じて言葉を取り戻し、自らの状況を言語化・意識化することで、人間が人間であることを取り戻していく過程の中から生まれた概念とも言え<sup>5</sup>、ラテンアメリカの識字教育の広がりとともに、ヒューマニゼーションの概念もラテンアメリカ全体に広がっていったという歴史的な背景がある。よって、過剰な医療介入や高圧的な医療者の態度など、女性の尊厳や主体性を奪われた非人間的な出産を、女性自身に取り戻していこうとする「人間のお産」の概念は、ブラジルをはじめラテンアメリカ全域では、直感的に理解されるに至った経緯がある。

その後「人間のお産」案件は地域によって様々な命名がされることとなるが基本的にはラテンアメリカから出てきた概念であり、これらの案件の最初の取り組みがブラジルであったことは、偶然ではない。

#### 2. 国際的な母子保健戦略の潮流

国際母子保健分野において、妊産婦や産後女性といった母性保健の改善に向けた取り組みは、1987年に世界保健機構（World Health Organization: WHO）と国連児童基金（United Nations Children's Fund: UNICEF）によってナイロビで提唱された安全な母性イニシアチブ（Safe Motherhood Initiative: SMI）以降、具体的な目標をもって実践されるようになった<sup>6</sup>。SMIはそれまで小児保健中心になりがちだった母子保健分野で、母性保健に焦点を当てた初めての戦略であった。

SMIの「2000年までに妊産婦死亡率を半減させる」という目標は、妊産婦死亡率に注目した初めてのイニシアチブとなった。その戦略の中心に、コミュニティ重視の基礎的産科

ケアの普及があり、伝統的産婆（Traditional Birth Attendant: TBA）のトレーニングが重視された。しかし、1997年にコロンボ（スリランカ）で行われたSMIの10年目のレビューでは、コミュニティ重視のTBAトレーニングによって妊産婦死亡率が減少したというエビデンスを見つけることはできなかった、というバングラデシュからの論文が取り上げられる<sup>7</sup>。その後、国際的な母性保健戦略は、コミュニティ・ベースのTBAトレーニングから、臨床ベースの治療重視へ急速にシフトしていった。

2000年には、ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals: MDGs）が国連ミレニアムサミットにおいて採択され、Goal 5には2015年までに妊産婦死亡率（Maternal mortality ratio: MMR）を4分の3減少させるという目標が設定された<sup>8</sup>。しかし、2015年の評価によるとMMRの減少は45%に留まった。MDGsに続く、持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals: SDGs）でもMMRは引き続き指標として用いられ、2030年までにMMRを出生10万人当たり70人未満まで削減するとの目標があらためて設定された<sup>9</sup>。

MMRは重要な指標として機能してきたが、そもそもMMRは極端な事例である死亡に着目した指標であり、一人の妊産婦死亡の事例を減らすこと自体が女性全体の妊娠出産ケアを向上することとは異なることでありうる、という議論はSMIイニシアチブ立ち上げ当初からあった。極端な言い方をすればヘリコプターを配備してどこからでも産婦を搬送すれば、妊産婦死亡事例は減らせるかもしれないが、それは、救急搬送を必要としないほとんどの多くの女性の日常のケアの向上にはつながらない、ということになり得る。妊産婦死亡率以外の評価指標設定の議論でも、妊婦健診の受診率や施設分娩率といったプロセス指標は含まれていたが、「分娩時の助産ケア、女性が日常的に受けるケアの向上」という視点は欠けていた。

施設分娩率や、熟練した有資格の分娩助産者（Skilled Birth Attendants: SBA）立ち合いの分娩率向上が、MDGsの達成のためにWHOが目指していたことであり、結果として、2015年のMDGs達成状況の評価において、施設分娩率やSBA立ち合いによる分娩率は、確かに上昇した。しかし、予防可能な死因での母体死亡や新生児死亡が、コミュニティから施設内に場所を変えて、変わらず存在し続けていた。WHOは、施設内で提供される分娩期のケアの低さが、最も重要な妊産婦死亡削減を阻む障壁となっていることを認めただうえで、プロセス指標やカバー率を超えた、新たな指標として、分娩期のケアの質に着目することになる。本報告書の分析で用いた「WHO母子保健サービスにおけるケアの質フレームワーク」もその流れで出てきたものと言える。

## 第2章：母子保健サービスの質改善に対するアプローチの国際的議論と潮流

### 1. 1985年「出産における適正な医療技術のためのWHOコンセンサス会議」

公衆衛生医であり自然な出産の重要な発言者の一人、元WHOヨーロッパ地域事務局母子保健局長であったマーズデン・ワーグナーは、のちにブラジル案件の立ち上がる場所であるブラジル北東部セアラ州フォルタレーザにて、1985年4月に「出産における適正な医療技術のためのWHOコンセンサス会議」をWHOヨーロッパ地域事務局とアメリカ地域事務局の合同で開催した<sup>10</sup>。そして、同会議にて、科学的根拠に基づいた、21項目の出産ケアに関する勧告がなされた<sup>11</sup>。当時はまだ「科学的根拠に基づく医療」という言い方が広が

っておらず、科学的根拠に基づく医療の重要な情報源と今日されているCochrane Libraryも、まだ存在していない頃であったことは、注目すべき点である。分娩ケアの見直しを科学的根拠に基づいて行う、という考え方はSMIと同時期に、しかしSMI立ち上げとは別の方向から進められてきたと言える。

結果としてのちに立ち上がる「科学的根拠に基づく医療（Evidenced Based Medicine: EBM）」の流れと相まって、この1985年の会議の成果は、1996年にWHOによって発表された正常産のガイドラインとよばれる「Care in Normal Birth: a practical guide」<sup>12</sup>に結実していく。

## 2. WHOの正常出産ガイドライン

1996年にWHOによって発表された、正常出産のガイドライン「Care in Normal Birth: a practical guide」は、いわゆる「自然なお産」をサポートするさまざまな科学的根拠が編纂され、当時、産科領域で広く使われていた臨床実践を、明らかに有効な介入・ケア、または、明らかに害がある介入・ケアに分類した。

ブラジル案件をはじめとする「人間的なお産」案件はこのガイドの出版・普及の時期と一致しており、すべての案件においてこのガイドは積極的に使われてきた。結果として「自然な出産」をすすめようとするプロフェッショナルの多くは先進国、途上国を問わず、このガイドラインを利用していくことになる。日本語では「WHOの59カ条お産のケア実践ガイド」として翻訳され、国際母子保健分野で活動する専門家はもとより、多くの助産師たちに読まれることとなる<sup>13</sup>。

2018年、WHOガイドラインは22年ぶりに改訂され、「WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience (WHO推奨：ポジティブな出産体験のための分娩期ケア)」として出版された<sup>14</sup>。この新しいガイドラインは、ローリスクな妊婦の正常出産に対する、必要以上または過剰な陣痛促進剤などの医療介入が、産婦自身の出産能力を損なうだけでなく、出産体験へ悪影響を及ぼすことを懸念し、個々の産婦が潜在能力を発揮させることができるようなケアを提供することで、女性がより肯定的な出産を体験できることを目指している。WHOの新ガイドラインは、母子が最高の出産体験を得るためには女性中心のケア（Women-centered care）が重要であり、それは全人的で人権を重視した方法によって実現するということを強調している<sup>15</sup>。

新ガイドラインは、旧ガイドラインの推奨59項目より3つ少ない、56項目の推奨から成っているが、推奨項目の比較を行ったところ、全編を通じて女性を尊敬したケアの重要性を説いている点、出産の生理学的プロセスを促進するケアを推奨している点で共通していた<sup>16</sup>。

ここまで、世界の母子保健戦略の潮流を概説したが、JICAの「人間的なお産」案件の実施年と合わせて、時系列に示す。

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018～	
ブラジル	家族計画・母子保健(光のプロジェクト)																							
ボリビア									ラパス市母子保健 地域保健ネット ワーク強化					ラパス県農村部母子保健 に焦点をあてた地域保健ネット ワーク強化										
アルメニア										リプロダクティブ ヘルス														
ベナン											母子保健プログラム													
マダガスカル												母子保健サービス改善												
セネガル														タンバクンダ州 及びケドゥグ州母子保健 サービス改善	母子保健サービス改善フェーズ2									
カンボジア															助産能力強化を通じた母子保健改善									
人間のお産に 関わる動き	<p>1993: ブラジル医療関係者による「出生と出産のヒューマニゼーションネットワーク(REHUNA)設立</p> <p>1994: カイロ会議でリプロダクティブ・ヘルス/ライツ促進</p> <p>1995: 北京会議でリプロダクティブ・ヘルス/ライツを人権として採択</p> <p>1996: WHO正常出産ガイドライン発表</p> <p>1997: コロンボ会議 安全な母性イニシアチブの10年目レビュー</p> <p>2000: ミレニアム開発目標採択 セアラで第1回出生と出産のヒューマニゼーション国際会議開催 日本で出生と出産のヒューマニゼーション研究会設立</p> <p>2005: リオデジャネイロで第2回出生と出産のヒューマニゼーション国際会議開催</p> <p>2010: ブラジリアで第3回出生と出産のヒューマニゼーション国際会議開催</p> <p>2015: 持続可能な開発目標採択</p> <p>2016: ブラジリアで第4回出生と出産のヒューマニゼーション国試会議開催</p> <p>2016: WHO母子保健におけるケアの質 フレームワークを発表</p> <p>2018: WHO正常出産 ガイドライン発表</p>																							

図2: JICA「人間のお産」案件の実施国・実施年および世界の母子保健・人間のお産に関する動き

### 第3章：JICAによる「人間的なお産」の活動と成果

第1章、2章の国際的な「人間的なお産」の議論の枠組みをふまえ、実際にJICAが行ってきた7カ国の案件についてその活動と成果について、実践例を議論していく。

#### 1. WHOの「母子保健におけるケアの質フレームワーク」を使用した分析

「はじめに」で述べたように、本研究では、WHOの「母子保健におけるケアの質フレームワーク」を調査・分析枠組みとして使用した。多くの対象案件は、同フレームワークが発表される以前に開始されており、WHOがのちに同フレームワークを作るようになる重要なケアの質について、JICAは先んじて実践を行なっていたといえる。よって、この分析では、「既に行った案件」を同フレームワークに当てはめながら、どのような実践例であったかを検討した。

表3は、対象案件における取り組みと成果を、図1にある「母子保健におけるケアの質フレームワーク」を用いて分類したものである。なお、各案件の取り組みと成果の詳細は、第3部の「第2章：「母子保健におけるケアの質フレームワーク」を用いた対象案件分析」にて記載している。

この表を作成するにあたり、以下の手順を踏んだ。まず、各案件の中間評価・終了時評価報告書をレビューし、プロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix: PDM）に沿って評価されている活動・成果を整理した。次に、案件の活動・成果が、WHO母子保健におけるケアの質フレームワークの8領域のうち、いずれかの項目に当てはまるよう分類した。さらに、中間評価・終了時評価以外の資料からも、「人間的なお産」を実現するための取り組みや成果を抽出し、フレームワークに加えた。案件の活動・成果とフレームワークの関連性を視覚化するために、同一の案件にて2つ以上項目で取り組み/成果があれば◎、1つの取り組み/成果があれば○、該当する取り組み/成果がなければ無記入で示した。

全ての案件で「①エビデンスに基づいたケア」、「⑦有能で意欲のある人材」、「⑧基本的なインフラや医薬品」という3つの項目には取り組んでおり、成果が得られている。

「①エビデンスに基づいたケア」と「⑦有能で意欲のある人材」に関わる取り組みについて、具体的には、各案件において「研修実施」という形で行っている。見方を変えると、「研修実施」という1つの活動で「①エビデンスに基づいたケア」と「⑦有能で意欲のある人材」に取り組んでいたため、この2つの項目を活動/取り組みレベルで明確に区別することは困難であった。一方、「②実用的な記録管理システム」に取り組む案件は限られていた。

「母子保健におけるケアの質フレームワーク」では、「医療者のケア提供」領域と「女性の出産体験」領域の土台として「保健施設を取り巻く環境」領域が位置付けられている。つまり、「⑦有能で意欲のある人材」や「⑧基本的なインフラや医薬品」が改善したり、しなかったりすることで、「医療者のケア提供」領域と「女性の出産体験」領域にも良い影響や悪い影響が表れたと考えられる。

また、多くの対象案件では「①エビデンスに基づいたケア」を「女性の出産体験」領域を含む概念として定義し、研修実施という形で取り組んでいた。そのため、「①エビデ

スに基づいたケア」から「女性の出産体験」領域への影響も発現していた。表3では「女性の出産体験」領域の取り組みが決して多くないように思われるかもしれないが、各案件では「保健施設を取り巻く環境」領域や「①エビデンスに基づいたケア」に「女性の出産体験」領域を内包して、取り組みを行っていたと言えるだろう。

表3：対象案件における取り組みと成果

	ブラジル		ポリビア		アルメニア		ベナン		マダガスカル		セネガル		カンボジア	
	取組	成果	取組	成果	取組	成果	取組	成果	取組	成果	取組	成果	取組	成果
<b>医療者のケア提供</b>														
①エビデンスに基づいたケア	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	○	◎
②実用的な記録管理システム			◎	◎	○		○							
③機能的なリファラル制度			○	○	○		○	◎	○	○				
<b>女性の出産体験</b>														
④効果的なコミュニケーション	◎	◎		○		○	○	○			◎	◎	◎	○
⑤敬意と尊厳	◎	◎	○	○		○	○	○			◎	◎	◎	○
⑥情緒的支援	◎	◎		○		○	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	○
<b>保健施設を取り巻く環境</b>														
⑦有能で意欲のある人材	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎
⑧基本的なインフラや医薬品	◎	◎	◎	○	○	◎	◎	○	◎	◎	◎		○	◎

注：2つ以上の取り組み/成果があれば◎、1つの取り組み/成果があれば○、該当する取り組み/成果がなければ無記入で示した。

## 2. 案件の実施プロセスの分析

ここでは、「人間的なお産」案件の実施プロセスを、10の順を追った時系列プロセスと、全てのプロセスに当てはまる1つの横断的な取り組み、合計11のプロセスに分けて分析する。なお、プロセスは「案件形成（プロセス1-3）」、「案件実施（プロセス4-8）」、「案件実施後（プロセス9-10）」の3段階に分類し設定した。「事業マネジメントハンドブック」などでは、最後の段階は「自立発展段階」と呼ばれている<sup>17</sup>。しかし、自立発展が成功した案件は、実施の段階から自立発展に向けた取り組みを行っていた。そこで、「案件実施の後に自立発展に向けた取り組み段階を行えばよい」という誤解を避けるため、本研究では自立発展に向けた取り組みを横断的なものとして示し、また最後の段階を客観的な時系列として示すため「案件実施後」とした。10の時系列プロセスは、「4.計画策定」や「8.（終了時）評価、ラップアップセミナー」などのように、多くの案件と共通するものがある。これらに加えて、7カ国の対象案件の教訓を整理した結果、案件の成果を左右

する重要なプロセスであることが判明したものを設定した。詳細はこれらのプロセスを扱う節にて記載するが、例えば「5. 人間的なお産の概念共有」については、案件形成時または案件実施当初に相手国を含めた関係者間で共通概念を形成することができた事によって効果的に実施された案件がある一方、共通概念形成に案件実施期間の多くを費やしたため案件の効率性が阻害された案件もあった。各案件の専門家とのインタビューでも、「人間的なお産という考えを言語化する難しさ」は多く指摘されていた。「6. 当該国の人材育成」と「7. 保健施設などの環境整備」については、本章冒頭で述べたように、すべての対象案件で取り組んでいたものであり、「人間的なお産」案件の必須構成要素であると考えられる。

「自立発展に向けた取り組み」は、時系列で設定した10のプロセス全てに関わることであり、法律・制度化を整えたり、国内外での広報を行ったりすることで、「人間的なお産」の取り組みや成果の持続性を担保することなどが挙げられる。そのような横断的取り組みができた案件がある一方、そのような案件の持続性に向けての取り組みに課題が残った案件も観察され、特筆すべきプロセスであると言える。

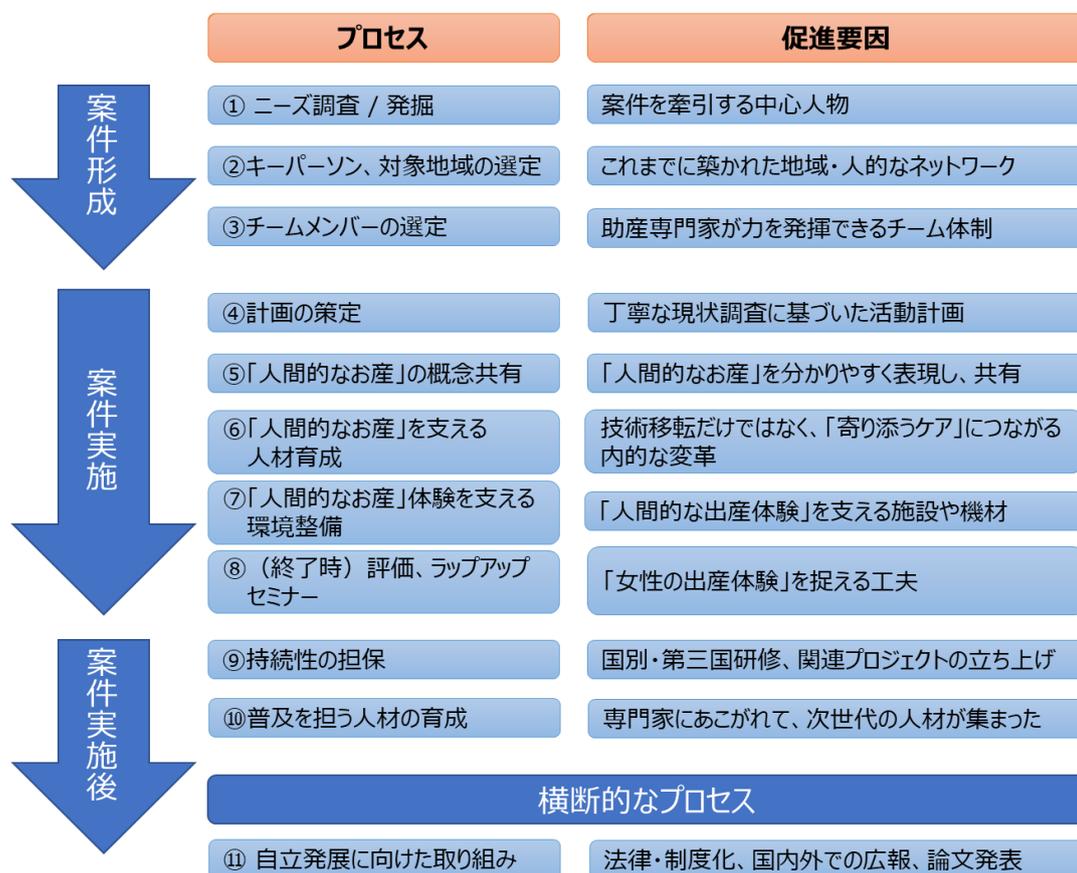


図3：「人間的なお産」案件のプロセスと各プロセスでの促進要因

## <案件形成>

### ①ニーズ調査/発掘

#### 促進要因：多くのプロジェクトにおいて「案件を牽引する中心人物」がいた

JICAの事業であるため、基本的には、相手国からの要請に応える形で案件は始まる。しかし、実際には案件の事前調査、もしくはそれ以前の段階で、相手国の要請をある程度把握して、案件立ち上げに動く必要があることが、特にインタビューから判明した。案件報告書やインタビューなどからは、7カ国の案件はそれぞれ立ち上がり方が異なっていたが、その案件開始に向けて「コミットメントを持って尽力した個人」が存在していたことが伺えた。それは専門家本人であったり、JICA在外事務所の職員であったりした。案件を牽引し、継続して関わる者がおらず、実施途中から案件の目指す方向や実施の方針が変わってしまった事例も見られた。

ブラジル案件は、のちの健康教育専門家と、国内委員会委員長となる東京大学教授が案件立ち上げに向けて事前調査を行ったことが始まりであった。当初は「家族計画・母子保健」という枠組みであったが、事前調査の段階で「人間的なお産」案件となることになった。その理由の一つは、事前調査で訪問したセアラ州が、地元のセアラ連邦大学附属病院の産科教授であったガルバ・アラウージョ教授が1970年代に世界で最初の伝統的産婆（Traditional Birth Attendant: TBA）トレーニングを始めた地であり、その教え子の産科医たちが現場において「人間的なお産」の復活を望んでいたこと、また、アラウージョ教授の存在をきっかけに第2章1節で言及した「出産における適正な医療技術のためのWHOコンセンサス会議」が開催された地であることによる。2つ目は、健康教育専門家がサンパウロのシュタイナーコミュニティにおいてドイツ人助産婦（のち、ブラジルにおける「人間的出産」のシンボルの一人となってゆくAngela Gehrke氏）による自宅出産を経験しており「人間的なお産」を重要と考えていたことである。さらに3つ目の理由として、事前調査の段階で既にセアラ州においてロンドン大学の母性保健研究フィールドワーク中であった、のちの案件疫学専門家が、ここで立ち上げる母子保健案件は「人間的なお産」こそがふさわしいと考えていたことなどによる。国内委員会委員長とのちの健康教育専門家の積極的な動きにより案件が立ち上がったと言えよう。

ボリビア案件はブラジル案件の健康教育専門家が最初の調査に参加しており、ブラジル案件の後継案件として「人間的なお産」案件をラパスに立ち上げることが目指された。結果としてボリビア事務所現地職員に引き継がれ、2002年8月の要望調査で案件が要請される。ラパスで活動していたJICA海外協力隊として活動する助産師が複数おり、ラパスのお産の状況をまとめた資料もあったため、それらを参考にしながら、8月の要望調査に向けて、人間的なお産に向けて動いて行った、という。

アルメニア案件は2002年にJICA専門員であった医師・疫学者が積極的に立ち上げに関わった。そもそもは、当時のJICAのロシア語人材職員でロシア大使館に出向していた人があり、その人が、とりわけ、アルメニア案件立ち上げに動いたという。またアルメニア側からの働きかけもあったようである。そのJICA専門員から、疫学研究仲間であった元ブラジル案件疫学専門家に相談があり、当時疫学専門家が勤務していた国立保健医療科学院疫学部の研究補助員が担当することとなった。助産師としての臨床経験も豊富な同氏は、「人

間的なお産」に造詣が深かった。両氏でアルメニアを訪問、キーパーソンを日本に招聘したりしながらアルメニア案件を立ち上げていった。

マダガスカル、セネガル、ベナンの案件は国立国際医療研究センターが立ち上げた「仏語圏アフリカ母子保健研修」から始まっている。JICAから「アフリカ」を対象とした「母子保健研修」立ち上げの提案があり、フランス語人材であった、国立国際医療研究センターの専門家が実際にフランス語圏アフリカを訪問し、研修開始につなげ、のち案件として立ち上がる国のキーパーソンを招聘している。この「仏語圏アフリカ母子保健研修」のコンテンツ作りから元ブラジル案件疫学専門家が関わり、結果として、「人間的なお産」を中心におくことになっていく。マダガスカルやセネガルは国立国際医療研究センターからチーフアドバイザーを始め、多くの専門家が派遣され、同センター中心の案件として立ち上がった。

カンボジア案件も、国立国際医療研究センターが一貫して1990年代から関わっていた母子保健案件の中で、マダガスカル案件の助産専門家がカンボジアでチーフアドバイザーになったときに、「人間的なお産」案件として立ち上がっている。

以上、7カ国のすべての案件には、立ち上げに尽力した個人の存在があった。この分野にコミットメントをもち、周囲を巻き込み、動かし、案件を立ち上げるキーパーソンの存在は「人間的なお産」案件ではとりわけ重要であったと言える。

また、7カ国の「人間的なお産」案件は互いに関連しあっていることがわかる。ポリビア案件は直接にブラジル案件を継ぐものとして、現地事務所を中心に牽引され、ブラジル案件の専門家が関わっている。マダガスカル、セネガルなどフランス語圏アフリカについてはブラジルプロジェクトの“隣の”プロジェクト（レシフェにおける公衆衛生案件）の専門家がブラジル案件に感銘を受けたことから始まっているところがある。セネガル、マダガスカル、ベナンの案件立ち上げは、国立国際医療研究センターの仏語圏アフリカ研修の存在が大きいですが、ブラジル案件の専門家も関わった。マダガスカル、カンボジア案件の専門家たちもこの国立国際医療研究センターの流れから出産のヒューマニゼーションを前面に出した案件を立ち上げることになっている。アルメニア案件の専門家も、ブラジル案件に興味を持ち、ブラジル案件終了時の国際会議に参加している。このように、何らかの形でブラジル案件を発祥とする、人的関わりのもとで進んできている。「突然」「偶然に」案件が多発したわけではない。

## ②キーパーソン、対象地域の選定

### 促進要因：「人間的なお産」案件の開始前からCPや対象地域と関係性が存在した

多くの案件では開始以前から、カウンターパートや対象地域との関係性があり、案件が受け入れられやすい面があったことが伺われた。一方、カウンターパートの関与が限定されていたために案件終了後の継続性が弱まったり、対象地域の治安状況や医療従事者の頻繁な異動によって、活動実施に困難が生じたりする事例もあった。

ブラジル案件では事前協議の段階でのカウンターパートは、保健省及びセアラ州保健局であった。セアラ州が選ばれたことはブラジル側保健省の意向であり、特に日本側からの働きかけがあったり、事前の関係性があったりしたことは観察されなかった。連邦保健省がカウンターパートであったことで、「人間的なお産」を全国展開し、法制化していく事

が可能であった。ボリビア案件では、元々JOCVとしてラパス市で活動していた助産師の存在があったことなどの理由で案件地がラパス市、のちラパス県になっていた。

カンボジアでは1997年に無償資金協力プロジェクトで国立母子保健センター(National Maternal and Child Health Center, NMCHC)の建設を支援し、1995年から継続して国立国際医療研究センターの案件が続いていた。

マダガスカルでもカンボジアと同様、まず、無償資金協力で「マジュンガ州母子保健施設整備計画」が要請され、産科、新生児科、研修機能を備えるマジュンガ母子保健施設が2007年に完工、これと併せて、マジュンガ母子保健施設を拠点とした「根拠に基づいた母子保健サービスの実践、人材育成システムの構築と対象県であるマジュンガ州ブエニ県の保健行政/保健システム強化」を目的とした支援が要請され、母子保健サービス改善プロジェクトが実施された。活動地は、マジュンガであるが保健省自体もカウンターパートであった。プロジェクト・ダイレクターが同国の保健分野での代表的人物であったことと、保健大臣の顧問を兼務する立場でもあり、プロジェクトへの理解が進み、支援を得ることができた。

アルメニア案件は、事前協議の段階で、産婦人科周産期医療センター、ガバル産婦人科病院、ラズダン産婦人科病院の3病院をプロジェクト対象病院とする事が決まった。産婦人科周産期医療センター院長（保健大臣顧問兼務）をプロジェクト・ダイレクターとし、保健省国際関係部長をプロジェクト・マネージャーとしている。

ベナン案件は、主たるカウンターパート機関は保健省母子保健局とラギューン母子病院(Hôpital de la Mère et l'Enfant-Lagune : HOMEL)及びアトランティック・リトラル県保健局である。実際の活動としては、経済的首都コトヌを含む最も人口の多いアトランティック・リトラル県を中心に行われた。これはラギューン母子病院が無償で整備され、それに伴って、助産師も含めたJICA海外協力隊や専門家が派遣されてきたことが大きな要因である。

セネガル案件は、2009年～2011年にタンバクンダ州及びケドゥグ州を対象として行われた「タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト」において示された「人間的な出産」、「継続ケア」に係る成果を普及すべきというセネガル保健省の要請により、フェーズ2が始まった。カウンターパートは、セネガル保健・社会活動保健省(官房、保健総局長、母子保健局、人材局、国立保健医療・社会開発学校)である。セネガルでは、異なるレベル(国レベル、教育レベル)や異なる所属(保健省のなかでも、官房、母子保健局、人材局)を包含する多様な構造をもつカウンターパート構成となっていた。このカウンターパートが拡大ワーキンググループを組織したことにより、政策策定面、それをサポートする技術面の取り組みが促進され、プロジェクト成果に繋がった。

対象国のカウンターパート、対象地域、対象施設を表4に示す。

表4：対象国のカウンターパート、対象地域、対象施設

		ブラジル	ボルビア		アルメニア	カンボジア	マダガスカル	ベナン	セネガル	
			ラパス県	ラパス市					フェーズ1	フェーズ2
カウ ンタ ー パ ー ト	主たるカウンターパート機関	連邦保健省、セアラ州保健局	保健スポーツ省（後の保健省）、ラパス県庁、ラパス県保健局	ラパス市、ラパス地域保健委員会	保健省、産婦人科周産期医療センター	保健省人材育成部、国立母子保健センター、コンボンチャム州病院、コンボンチャム地方看護・助産学校、州保健局	保健・家族計画省、プエニ県保健局、マジュンガ大学病院センター、	保健省母子保健局、ラギューン母子病院、県保健局	保健予防省保健局リプロダクティブヘルス課、タンバクンダ州医務局、ケドゥグ州医務局	保健・社会活動保健省（官房、保健総局長、母子保健局、人材局、国立保健医療・社会開発学校
	プロジェクト・マネージャー（プロマネ）、ダイレクター	プロマネ：セアラ州保健省代表 ダイレクター：保健省国家保健援助局長	プロジェクトリーダー：ラパス県保健局長	プロマネ：ラパス地域保健委員会委員長 ダイレクター：ラパス市長	プロマネ：保健省国際関係部長 ダイレクター：産婦人科周産期医療センター院長（保健大臣顧問兼務）	プロマネ：国立母子保健センター院長 ダイレクター：保健省次官	プロマネ：県保健家族計画局長 ダイレクター：保健省母子保健局長	－	プロマネ：タンバクンダ州医務局長 ダイレクター：保健予防省保健局リプロダクティブヘルス課長	プロマネ：保健省母子保健局長 ダイレクター：保健省保健総局長
対象地域	地域名	セアラ州	ラパス県	ラパス市	首都エレバン市、コタイク州、ゲゲルクニク州	プノンベン、コンボンチャム州	マジュンガ州 プエニ県	アトランティック・リトラル県	タンバクンダ州及、ケドゥグ州	全国14州
	首都/	地方	首都	首都	首都および	首都及び地方	地方	首都を含む県	地方	首都および地方

	ブラジル	ボリビア		アルメニア	カンボジア	マダガスカル	ベナン	セネガル	
		ラパス県	ラパス市					フェーズ1	フェーズ2
地方				地方都市 (2州)					
対象病院/ 対象施設	セアラ州保健施設、 セアラ州基幹病院	ラパス県第 4保健管 区	ラパス市第 1, 第2保 健区	産婦人科 周産期医 療センター (IPOG)、ガ バール産婦 人科病院、 ラズダン産 婦人科病 院	国立母子保健センタ ー、コンボンチャム州病 院	マジュンガ母 子保健施 設、保健セ ンター	ラギューン母子 病院、県1次レ ベル保健施設	タンバクンダ保健 センター、リプロダ クティブヘルスセ ンター、保健ポス ト	全国14州の保 健施設
教訓	・保健省がカウンタ ーパートであったこと で法制化が進んだ。 ・州保健局の人事 異動により、新しい 概念の取り入れに 抵抗感をもつ産科 医がトップになったこ とでプロジェクト実施 に困難があった。	県レベルの 保健スタッ フの頻回な 異動/ロー テーションに より活動が 停滞した。 県の保健 人材配置 システムが 整っている 県を選定 すべき。		同国保健 分野のリー ダー的存在 であるIPOG 院長の方向 付けが効果 拡大につな がった。	同センターはガイドライ ンや国家文書を開発・ 改訂する組織であり、 プロジェクトの経験と教 訓を反映することがで きた。一方、強力なり ーダーシップを発揮する CPの欠如は州病院研 修部強化の阻害要因 となった。州をCPとす ることで、州内カスケード 研修が実施でき、複 数レベル間での教育が 可能となった。	異なるレベル のCPメンバ ーが自発的 に「スタディ グループ」を 結成した。こ れが強力な プロジェクト 実施母体と なった。	地元教育病院 院長の巻き込み が成果に貢献し た。	2005年から日 本が地方部であ るタンバクンダ 州、ケチウグ州を 保健分野の強 力重点地域とし ており、先行する 案件があったこ とはCPとの関係構 築に役立った。	保健省と人材 育成校などの CPが拡大ワー キンググループを 組織したことによ り、政策策定と それを支える技 術面促進に貢 献した。

### ③チームメンバーの選定

#### 促進要因：専門家チーム形成を牽引する人物や組織があった

7カ国の案件の分析から、それぞれの専門家配置も見えてくるが、プロセス1でも分析した「案件を牽引する中心人物」が「チームづくり」の要にいたることがインタビューなどから伺われた。

例えば、ブラジル案件では「国内委員会」委員長である当時の東京大学教授が一貫してこの案件のチームづくりの中心におり、専門家選定・チームづくりが非常に的確であったことが、この案件の影響に寄与していた。ブラジル案件の後は、ブラジル案件元専門家らがその後の案件のチームづくりに関わったケースもある。マダガスカル案件とセネガル案件は、国立国際医療研究センターが実施機関を務めるアフリカ仏語圏地域研修を契機に案件形成・実施が行われ、同センターが中心となってチームが作られた。カンボジア案件も同様に国立国際医療研究センターが中心となってチームが作られている。ベナン案件でも、国内有識者として国立国際医療研究センターが関与していたが、その関与はアフリカ仏語圏地域研修の実施機関としての域を超えることなく、他国の案件に比べて限定的であったと言える。キーになるアクター、立ち上げ時の中心者を表 5に示す。

表5：キーになるアクター、立ち上げ時の中心者

	ブラジル	ボリビア	アルメニア	カンボジア	マダガスカル	ベナン	セネガル
国内有識者	◎ 国内委員会			◎ 国立国際医療研究センター	◎ 国立国際医療研究センター	○ 国立国際医療研究センター（ただし他案件に比べて限定的）	◎ 国立国際医療研究センター
専門家	◎ 案件終了後の国別特設研修などには元専門家らが尽力した。	◎ 第1期にはブラジルの元専門家らが支援した × 第2期には元専門家はほとんど活用されなかった。	◎ ブラジルの元専門家らが支援した	◎ 国立国際医療研究センター関係専門家	◎ 国立国際医療研究センター関係専門家	○ 中心的な役割を担った「母子保健プログラムアドバイザー」はマダガスカルやセネガルの案件にも従事	◎ 国立国際医療研究センター関係専門家
JICA現地事務所	◎ 案件終了後の国別特設研修などには事務所側のコミットメントが非常に大きかった。	◎案件立ち上げ時にボリビア事務所のコミットメントが非常に大きかった。 △ 第二期にフォーカスが助産から移った	×在外事務所はなく、英国事務所が担当			◎ 様々なスキームを投入したプログラム形式であったので事務所企画調査員の貢献も大きかった。	◎ CP側と日当その他でトラブルになった際など積極的に介入して問題解決に導いた
JICA本部・国内機関	○ 案件終了後の国別特設研修などに本部、JICA大阪などがコミットした。					○ 仏語圏アフリカ研修実施などにおいて国立国際医療研究センターとともにJICA東京センターがコミット	

注：キーになるアクター、立ち上げ時の中心者の関与が十分にあった：◎、関与があった：○、関与が十分でなかった：×

#### **促進要因：助産専門家が力を発揮できるチーム体制があった**

専門家の領域については以下の表 6にまとめた。「人間的なお産」案件であるから、「助産」専門家の存在は必至である。助産パラダイムをよく理解し、生理学的なお産についての自律的な実践を積んでいる開業助産師のレベルの助産専門家が理想的ではあるが、現実にはなかなか難しいことが伺われた。ブラジル案件では開業助産師の2年にわたる長期派遣が可能であったことは特筆すべきである。また、助産専門家が総括や業務調整の役割を担う案件もあったが、一般的にこれらの業務量は多くなりがちであり、助産専門家としての能力を発揮する機会が限定されてしまう事例も見受けられた。

案件全体の計画、遂行、評価、対外発信などを一貫して担うことができる疫学/公衆衛生の専門家の存在も重要だが、長期専門家として派遣できたのはブラジル案件のみである。カンボジア、マダガスカル、ベナン、セネガルなど国立国際医療研究センターが中心的な役割を担っている案件では、短期専門家派遣の繰り返しであっても、対外発信を含め一連の業務が十分に行われていたといえる。

表 6：各案件の専門家領域

	ブラジル	ボリビア	アルメニア	カンボジア	マダガスカル	ベナン	セネガル
助産	◎	◎ ただし第2期途中から助産コンポーネントが消滅した。	○ 短期専門家派遣のみだった	◎	◎	△ 助産専門家はJICA海外協力隊であり、予算や権限が十分ではなかった	◎
疫学もしくは論文などの対内外向け発信担当	◎ 多くの論文などが発表され、後に広がり結びついた	X	△ 短期専門家派遣のみだった	◎ 疫学は短期専門家派遣のみだったが、対外発信できる専門家が多数いた	◎ 疫学は短期専門家派遣のみだったが、対外発信できる専門家が多数いた	◎ 研修を担当した国立国際医療研究センター関係専門家	△ 短期専門家派遣のみだった
業務調整	◎ 現地文化言語に堪能な調整員配置	△ 第1期と第2期前半は助産担当者が兼務で業務過多 ◎ 第二期は現地文化言語に堪能な調整員が配置された。	◎ 現地文化言語に堪能な調整員配置	○ 研修管理専門家兼業務調整員だったが、他にも専門家人材が豊富だったため業務負荷過剰ではなかった	○ 助産師であり業務調整員だったが、他にも人材が豊富だったため業務負荷過剰ではなかった	X 個別派遣専門家の集合であった	○ 助産師であり業務調整員だったが、他にも専門家人材が豊富だったため業務負荷過剰ではなかった
総括	◎ 全体の調整に特化した総括配置	△ 第1期と第2期前半は助産担当者が兼務で業務過多	△ 短期助産専門家兼総括だった	◎	◎	X 個別派遣専門家の集合であった	第3期 △ 助産専門家が兼務
通訳	専門家に現地文化言語に堪能な者が複数居た。	第二期には現地文化言語に堪能な者が居た。	現地文化言語に堪能な者が居た。				

## <案件実施>

### ④計画の策定

#### 促進要因：丁寧な現状調査に基づいて案件活動が計画された

ブラジル案件では、人類学の方法を用いたアセスメント分析であるRAP（Rapid Anthropological Assessment Procedure）手法を用いた現状把握のための調査を案件開始後に実施し、詳細な状況把握と現実に沿った活動計画策定を行えた。この案件は大きな成果をあげてその後の多くの「人間のお産」案件につながったことを考えると、この計画策定は有効なものであり、他の案件にも応用可能であることが考えられる。セネガルにおいても第1フェーズにRAP調査が実施され、プロジェクトモデルを作る上での3つの基礎の一つとなった。一方、計画策定時に助産や疫学/公衆衛生などの専門知識と経験を持った人材の関与が不足していたため、後々に計画を修正したケースも存在した。

以上のように、十分なリソースを投入して調査を行い、それに基づいた活動計画を策定することは重要と考えられる。現在のJICAの案件形成・管理方法を踏まえると、ここまでの入念な調査は難しくても、案件形成時に詳細計画策定調査などで十分な情報を収集し、専門員などの十分な専門性を有する人材を含めてPDMを策定することなどが考えられる。案件開始後も、専門家を中心に現地の現状分析を継続的に行い、その結果を踏まえて必要があればPDM変更を行うことも必要である。

### ⑤「人間のお産」についての概念共有

#### 促進要因：地域・潮流に合わせて「人間のお産」を分かりやすく表現し、共有した

「人間のお産」はそもそも、案件概念としては非常に曖昧であり得るために、この概念を現場で理解してもらえる言葉にしていく事が重要であった。繰り返しになるが、案件実施時には、出産時のケアについてまだまだ言語化されていなかったためでもある。

7カ国の案件では、それぞれ「人間のお産」の概念を説明するための表現の工夫や言い換えをおこなっていることが見受けられた。ただし、案件関係者の間で概念の共有に時間を要したため、その後の活動実施が遅れた事例もあった。表 7は、各案件での呼称や表現の仕方などをまとめたものである。

表7：「人間的なお産」の呼称/別の表現の仕方、言い換え一覧

	ブラジル	ポリビア	アルメニア	カンボジア	マダガスカル	ベナン	セネガル	WHO
Humanization of childbirth Humanized Care	◎	◎	○	○	○	○	○	△*1
Evidence Based Medicine (EBM)	◎	◎	◎	◎*2	◎	◎	◎	◎
Women Centerd Care								◎
Respectful Care								◎
Positive Childbirth Experience								◎
Physiological Model of Childbirth					○			

注：各案件が最も多く用いた呼称や表現を◎、一部で用いたものを○で示した。

1: WHO ガイドラインに骨盤計測を目的とした内診に関して「女性にとって不快で非人間的な扱い」という一文があるのみ。

2: Woman and Baby Friendly Childbirth Care based on Evidence と呼ばれていた。

各呼称や表現の概要及び各案件で用いられた背景は、以下のとおりである。多くの国では「人間的なお産」よりも「科学的根拠に基づいた医療」の方が受け入れられやすい傾向があった。

#### ○「人間的なお産」、ヒューマニゼーション：

ヒューマニゼーション、という言葉自体は、70年代に様々な教育、識字活動を繰り広げたブラジル北東部出身の教育学者Paulo Freireによって、言葉を奪われ、非人間的な状況におかれている人たちが意識化というプロセスを通じて人間として言葉をとりもどし、世界を取り戻すとはどういうことか、という文脈で使われ始めた。80年代後半以降、ラテンアメリカが軍政から脱していくプロセスにおいてこのヒューマニゼーションという言葉はラテンアメリカにおいて、住民主体、民主化の一つの重要な概念になっていった。よって、ブラジルを始めとするラテンアメリカ諸国においては、軍政抑圧からの脱却においてこの思想が血肉化されてきたこともあり、ヒューマニゼーションという表現が比較的スムーズに受け入れられている。モザンビークやアンゴラといったブラジルの影響の強いポルトガル語圏においても同様である。

また、1970年代のラテンアメリカは世界で初めてTBAトレーニングを行ったDr. Galba Araujo、体を起こした姿勢での出産経の科学的根拠を提供したDr. Cardelo Barcia、アマゾン森林のインディオの出産姿勢に注目したDr. Moyses Parcionik、「人間的な出産」の本を最初に執筆したDr. Hugo Sabatinoらが活躍していた。過度な医療介入を避け、人間の産む力、産まれる力に敬意を表する一連の活動を「出産のヒューマニゼーション」とよび、ブラジルではのちにREHUNA (Rede de pela Humanizacao do Parto e Nascimento) という「出産のヒューマニゼーションネットワーク」にもつながっていった。

そのような言葉であるから「人間的な出産」は、「人間の自然な営みである出産が過剰の医療介入によって、人間であることの尊厳が失われるような状況になっていることに鑑

み、人間本来の潜在能力を回復することをめざすもの」であることは、ラテンアメリカの文脈では比較的容易に理解されていった。この「人間的な出産」は、明確な定義を示す、というより、むしろキャッチフレーズのようなものである。「今ある状況をよりよくし、ケアをする側も受ける側もより人間的であるにはどうすればよいか」を永続的に考えていく姿勢を象徴するような言葉であるといえる。そうであればこそ、理念や姿勢を示すことが必要なラテンアメリカでは歴史的背景もあり、受け入れられやすい言葉となっているが、一般的には、詳細な定義がむずかしいことから、現場で使いやすい言葉とは言えないかもしれない。国際協力現場では、現地の状況に鑑み、理念としての提示にとどめるか、キャッチフレーズとしていくか、は現場の判断に任せるべきであろうと思われる。

#### ○科学的根拠に基づいた医療（EBM）：

「人間的なお産」と言う文脈で理解が難しいと思われる時、「科学的根拠に基づいた医療」（Evidence Based Medicine：EBM）による説明と概念化もアルメニアや仏語圏アフリカ（マダガスカル、ベナン、セネガル）で行われていた。お産の現場で不必要で害のある医療介入や慣行が横行している状況の中、不必要な医療介入や害のある慣行は行わず、効果のある介入を行うことは重要である。それを説得するための表現としてEBMは最も多用されており、また受け入れられている。EBMそのものは「人間的なお産」概念全てを表すものではないが、最も重要な説明手段の一つと言える。

1980年代後半からよく使われるようになったEBMはイギリスの疫学者Archibald Cochraneらの活動により使われるようになった。「人間は元々治る力があるのだから、過度の医療介入は人間の潜在的な力が使われることを妨げるため、牽制される必要がある。どうしても医療介入が必要な場合は最新の科学の成果が使われるべきである」という発想が根本にある。いかなる医療介入も、無作為割付比較試験をはじめとするよくデザインされた疫学調査によって評価されて初めて使われるべきである、とされている。

要するに、すべての医療ケアは適切な疫学調査によってその効果を判定されなければならない、ということであり、また、そのようにして出された科学的な結果を尊重し、商業的な理由、便宜的な理由、単なる習慣などで医療ケアを選んではならない、ということでもある。出された科学的結果がなるべく早く現場の人に届けられるように整備されたデータベースがコクラン計画によるCochrane Systematic Reviewであり、医療の分野ではいまやコクランレビューを知らない人はいないと言ってもよいので、医療関係者への説明において、国によっては、「人間的なお産」より、使いやすかった、とすることができるだろう。

#### ○生理的な（Physiological）お産：

これは、80年代以降の「自然なお産」イデオログとも言える、水中出産の提唱者で知られるミシェル・オダン、WHOヨーロッパの母子保健部長を務め、先述のWHO正常産マニュアル「Care in Normal Birth」編纂の元になる作業に尽力したマーズデン・ワーグナーらがよく使った言い方である。生理学的なホルモン分泌などに言及し、人間には元々自然な出産の力が備わっており、それが女性にも赤ちゃんにもよい影響を与えることが繰り返し語られた。元々、医療が「病理学的モデル」に基づいて作り上げられており「生理学」は軽視されていることへの批判が込められている。

「自然な出産」を語るときに非常にわかりやすい議論ではあるのだが、現実の病理学的モデルを中心とした医療、助産教育の中でこの「生理学に基づいた」モデルについて体系的にとりあげるためには、まだまだ多くの準備が必要ではないかと思われる。「助産ケア」の関わりの中かで更なる議論の洗練が必要とされる分野であろう。現実には、マダガスカルの主要なカウンターパートであった産科教授は、この言葉を使って、「人間的なお産」が腑に落ちたようである。フランス語圏アフリカでは、EBMとともによく使われていたことが伺われた。

#### ○Women Centered Care・Women Friendly Care：

Women Centered CareやWomen Friendly Careケアという言葉、および「女性の意思決定を尊重する」ケアという言い方は、主に1994年のカイロ会議でのリプロダクティブ・ヘルス／ライツの提唱から多く使われるようになった言葉である。イギリスの”Changing Childbirth”という自然な出産を提唱する活動にも色濃く反映している。「男性本位」でつくられてきた産科医療をもっと女性の手にとりもどそう、という発想であり、女性解放運動やフェミニズムとも強く連動している。「女性に優しくしよう」というキャッチフレーズに表立っての反対は多くないため、そういった意味現場では使いやすいかもしれない。カンボジア案件にはこの「女性にやさしい」という意味のタイトルがつけられた。

#### ⑥「人間的なお産」を支える人材育成

##### **促進要因：技術移転だけではなく、意識や姿勢の変革につながる内的な変化を促した**

人材育成は、どの案件においても基本となる活動であった。案件報告書などから分析すると、「人間のお産」案件に特有の人材育成に関わるキーワードは、「エンパワーメント」、「気づき」、「トランスフォーメーション/内的な変革」などが挙げられ、人間のお産に関する人材育成が技術移転のみではないことがわかる。

WHOの「健康づくりのためのオタワ憲章」(Ottawa charter for health promotion, 1986)ではエンパワーメントを「人々や組織、コミュニティが自分たちの生活への統御を獲得する過程である」と定義している。また「エンパワーメントは一般にはパワレスな人達が自分たちの生活への統御感を獲得し、自分たちが生活する範囲内での組織的、社会的構造に影響を与える過程」<sup>18</sup>とも言われる。Paulo Freireは、「教育の目的は人間の開放であり、人々は自ら学ぶ主体である」とした上で、傾聴(Listening)→対話(Dialogue)→行動(Action)の3段階の発達過程を提唱した。また清水はFreireらの理論からエンパワーメントの過程には「参加→対話→問題意識と仲間意識の高揚→行動」というプロセスが見られるとしている<sup>19</sup>。

またFreireが述べる「ヒューマニゼーション」とは、抑圧されただ上に従う機械のようになっていた人間が、自分の力を発見し、自分自身をエンパワーしていく。しかし、例え力をつけても自分を抑圧していた人間に取って代わって他者を抑圧するのではなく、被抑圧者であった自分自身、そして抑圧者をもその抑圧者という立場から開放する内的な変革を実現し、それを自分たちができることに気が付き、癒やされていくというプロセスである。

これを「人間的なお産」に当てはめてみると、ただ無力で脆弱と思い込まされ、「どうせ仕方ない」と医療従事者に従う存在となっていた妊産婦が自分自身の生む力と子どもの生まれる力、そして自分自身が敬意を持って扱われるべき価値ある存在であると再認識し、

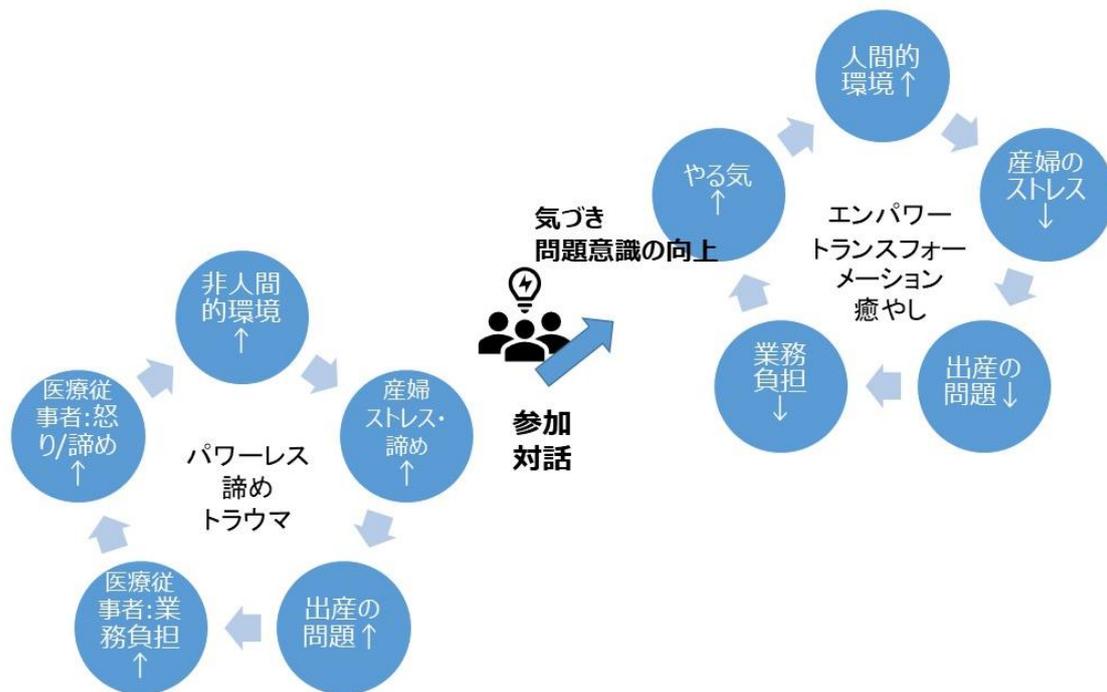
自分自身をエンパワーし内的な変革を経験する。そして医療従事者も自分自身の抑圧者としての一面や、万能な医療従事者という権威者を演じなければいけないという抑圧、人員や設備が十分でない中で働く不安や不満、何かがおかしいと思いつつも「どうせ仕方ない」とつぶやいて機械的に業務をこなしていた状況について、同僚たちの考えを聞き、語り合う中で仲間意識が生まれ、改革への思いを実践に移す勇気を持つことができる。

そのようにして医療従事者は、妊産婦や生まれてくる子ども、家族、同僚と相互に敬意を払い、互いの尊厳を高め合う関係性を築くという内的な変革を経験する。それらのプロセスの中で、同時に誰かに抑圧的な態度を取られることで傷ついていた自分、誰かに対し抑圧的な立場を取ることで傷ついていた自分に気がつくことで癒やされ、さらなる内的な変革を経験する、そして自分自身を大事な無二の存在にとらえ、それによって他者をも大事にすることができるようになる、ということであると思われる。

「人間的なお産」に関する人材育成が進めば、医療現場の雰囲気は良くなり、よりよい環境、より少ない医療介入、医療従事者・利用者双方が互いをリスペクトしあい、より少ないストレス状態を享受する、そしてそういったプロセスが繰り返し起きることで状況を改善することができることが伺われた。そこには「どうせ仕方ない」という言葉が入る余地がなくなる。医療従事者同士、また医療従事者と妊産婦が、より水平的で快適な関係性を築き、改善を進めていくプロセスなのである。

医療技術面の各種研修は、どの案件でも実施しているが、それ以外にもこの「エンパワーメント」「気づき」「トランスフォーメーション/内的な変革」「癒やし」を生むための工夫が各案件でこらされていた（図4参照）。逆に言えば「人間的なお産」案件の人材育成においては、技術移転も重要であり、多くの案件では解剖生理学などの専門知識を有する講師の発掘・育成や適切なマテリアルの作成に取り組んでいたが、単なる技術移転だけでは効果は発現しないと言えるのかもしれない。

人材育成においてどのようなアプローチが取られどのような実践上の工夫がなされたかを以下に挙げていく。



調査結果を基に調査団が作成

図4：エンパワーメントとトランスフォーメーション

#### ○研修環境づくり：

研修場所そのものが重要であることが伺われた。贅沢な環境、という意味ではなく、シンプルで環境であっても、一面に花びらを敷き詰めて静謐な環境を作り上げたり、静かな音楽をかけて日常とは違う空間を作ったりする。そしてそこで互いにマッサージをする実習をおこなったり、アロマを使用したりする中で、敬意を持って接され、優しくされ、また優しくするという経験は、殺伐とした環境で日々を過ごす医療従事者たちにふりかえりをもたらし、そこに気づきが生まれる空間が出現する可能性がある。研修の最後に全員で詩を読む、ということもブラジルではしばしば観察された。

#### ○ロールプレイ：

ロールプレイも多く使われていた。「現在自分の病院で行われているお産」、「自分が経験したお産」、「自分が経験したいと思うお産」、「今まで経験したことがないがこれこそ人間のお産と思うようなお産」など、様々なロールプレイがトレーニングの場で使われていた。そのための研修機材（臨月の妊婦と同じような重さを体験できるエプロン、新生児の人形）の提供も効果的であることが伺われる。日々行われているケアをあらためてふりかえったり、自分が産婦として大事にされる感覚を経験したり、医療スタッフとして産婦を大事にすることで感じる喜びに気づいたり、多くの気づきを引き出すことができる効果の高い手段であるとともに、チームで一緒に劇を作ることが参加者相互の仲間意識の高揚や内的な変革に繋がると考えられる。

ロールプレイではサービス・プロバイダー役と産婦側両方の役割をすることができ、

「人間のお産」のあり方、人間的なケアを受けた産婦の喜びやケアプロバイダーの心地よさを実感できる効果的な手法である。コスト面から日本やブラジルでの研修にすべての対象者を送れるわけではない中、ロールプレイと、日本やブラジルでの「人間のお産」についてのプレゼンテーションやビデオ教材を組み合わせることはよく行われていた。

#### ○人間のお産を「実感」する：

「人間のお産」を理論ではなく、感覚として実感するための工夫も重要であることが伺われた。「良いお産に出会えばその瞬間にストンとわかる」「一例の“ほんもの”に出会うと、変わる」ということは複数の助産師から述べられている。それを目指すために、以下の手法はほとんどの案件で使用されていた。

- 先行プロジェクト地であるブラジルでの第三国研修
- 日本における助産所訪問/研修
- 日本人助産師が指導してお産
- 「人間のお産」実践についてのプレゼンテーション (EBM や WHO ガイドライン紹介などとともに写真を多用したパワーポイント資料やビデオ)

日本人助産師がお産を指導する場合、その助産師が十分に実践経験を持ち、自律的な助産のあり方を理解している者であることが非常に重要である。熟練の助産師が現場スタッフのすぐ近くで指導することで、助産師としての姿勢やたたくまいを十分に吸収することができていた。日本の助産所での長期研修でも同様である。

マダガスカル事例ではシミュレーションのできるラボでの体験学習とともに、ケーススタディとして現場で日本人助産師の指導のもとに助産ケアを実際に行い、その結果をグループ内でディスカッションしており、高い効果が認められた。どのプロジェクトでも日本人助産師が指導して実習を行っているケースがあるが、このケースでは実習→ディスカッションを体系的に行っておりグッドプラクティスの一つと言える。またディスカッションにおいて「どのような気持ちが生じたか」を話し合い、自己分析する機会を設けていたことも気づきやエンパワメントにつながる好事例と言えよう。

日本の助産所での長期実習やブラジルのソフィア・フェルドマン産科病院での実習などは、この「人間のお産を実感」するために大変効果的であると考えられる。

中でもソフィア・フェルドマン産科病院での研修は社会状況がより途上国の現場に近い点やコスト面などからも効果的な研修であったことが伺われた。各地域にソフィア・フェルドマン産科病院のような研修拠点となりうる施設ができていくことは重要であろう。

#### ○対話と意識化：

研修の機会に、参加者に自分の仕事について日々感じていることなどを対話してもらうことも頻繁に行われていた。エンパワメントの過程の「参加→対話→問題意識と仲間意識の高揚→行動」の最初の部分にあたるからである。また同じグループが繰り返し研修を受けるのも「参加→対話→問題意識と仲間意識の高揚→行動」の「問題意識と仲間意識の高揚」のために重要なプロセスである。ほぼ全てのプロジェクトで研修において自分たちが抱えている問題や実習や日常の工作中での事例などについて話し合いを持つ機会を設けている事が伺えた。

ブラジルでの第三国研修や日本での課題別研修などで複数の国から参加者が集まるケー

スで、参加者間で自分の国の状況を報告することでそれぞれ他の国よりも良い実践をしたいと意欲が湧くケースも見受けられた。これらは良い意味でのライバル心による切磋琢磨であり、単なる競争心というよりはエンパワーメントの過程の「参加→対話→問題意識と仲間意識の高揚→行動」における「問題意識と仲間意識の高揚」の現れと見る方が人間的な出産のコンテクストに合致するであろう。

フランス語圏アフリカ母子保健研修で使われた人間関係研修も重要な研修内容の一つと言える。複数の案件で人間関係改善に関する研修を行っていた。ベナンやボリビアでも人間関係の重要性などを感じさせるゲーム（一人が目隠しをして他の一人が先導する）などを研修に取り込んでいた。

#### ○理解者を増やす努力：

「人間的なお産」について、現場の医療従事者に対しても、また保健省などの行政機関上部に対してもよく理解し、「納得」してもらおう努力はどの案件でも行っていた。

そのために最もよく使われているアプローチは、EBMを使うことやWHOガイドライン（正常出産ケアガイド（1996）/ポジティブな出産経験のための分娩期ケア（2018））を使用する事であった。学術雑誌に載った論文や、WHOの出しているガイドラインは、反発しがちな医師に理解してもらおう一助となる。法令、政令にしていく意味も同様であろう。

ブラジル案件では「人間的なお産」についての活動を行っていたブラジル国内の医療従事者や研究者グループが既に存在していたため、それらの人々との協働関係を築き、彼ら/彼女らを通じて医師会、保健省などの対話を進めていったことが「人間的なお産」について納得してもらおうために役立っていた。

#### ○カウンターパートの本邦研修・招聘：

本邦研修は、カウンターパートなどの案件関係者のやる気を引き出し、また案件内容に対する深い理解を得る上で重要なコンポーネントであった。コストが高く、また日本の社会状況やインフラなどの諸条件が途上国全般とはかけ離れていることが多いため、「日本のような先進国だから実現できるんだ」、「自国では実現することは難しい」という感想をもって終わってしまうことも見受けられたため、目的やターゲットを十分に考慮する必要があることが伺われた。

アルメニア案件では、プロジェクト開始前にカウンターパートとなる幹部の本邦研修を行っており、プロジェクト理解に大きく寄与していた。

セネガル案件ではカウンターパートとの間での合意形成が難航したケースがあったが、その際、日本での仏語圏研修の一部にカウンターパート幹部を特別に参加させてもらい、それによって急速に理解が進んだとされ、ターゲットや内容を十分に考慮すれば大きな効果が望めることが伺える。

#### ○課題別/地域別本邦研修（特定の地域（例：ポルトガル語圏、フランス語圏など）を対象に日本での集団研修を実施）：

母子保健分野の課題別研修においてポルトガル語圏アフリカやフランス語圏アフリカを対象にした研修が日本で行われ、その一部に「人間的なお産」のコンポーネントが入って

いた。課題別・地域別の本邦研修では、複数の国の参加者が一同に会することで、自分たちより進んだ他国の状況を知り、刺激を受ける効果が高い。他国の実践しやすい取り組みを、自国に持ち帰って導入する試みも可能である。

日本での研修全般に共通して言えることだが、通訳の重要性は十分に理解されるべきである。通訳の質に問題があったため内容がきちんと伝わらないことは誤解を生じさせる危険も含めて極めて重大な問題であり、通訳の手配にあたってはその能力を十分に検討するべきである。

表 8 : 案件による人材育成における工夫

	ブラジル	ボリビア	アルメニア	カンボジア	マダガスカル	ベナン	セネガル
気付きに つながる 研修環 境づくり、 ロールプ レイなど	<ul style="list-style-type: none"> <li>・花</li> <li>・詩</li> <li>・相互マッサージ</li> <li>・ロールプレイ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ロールプレイ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アロマセラピー</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・宿泊所もある研 修センター建設</li> <li>・ロールプレイ</li> <li>・接遇研修</li> <li>・自己分析</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修ラボ</li> <li>・自己分析</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ロールプレイ</li> <li>・接遇改善研修</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ロールプレイ</li> <li>・5S(5S経過撮影含む)</li> </ul>
「人間的 なお産」 の実感	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現場での「人間的なお産」の実践のため、日本人助産師が指導してお産</li> <li>・ロールプレイ</li> <li>・日本・ブラジルなどの「人間的なお産」についてのプレゼン（現地での通常の研修/セミナーなど、CP向け訪日研修、地域別/課題別研修）</li> </ul>						
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本の助産所での 長期実習（国別特 設）</li> <li>・日本の助産所訪問 （CP向け訪日研 修、地域別/課題 別研修）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ブラジルセアラ州 研修（第三国研 修）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・CPのキーパーソンが 日本の助産所/病院 訪問、レクチャー受講</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ブラジルのソフィ ア・フェルドマン産 科病院実習 （第三国研 修）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ブラジルのソフィア・フェ ルドマン産科病院実習 （第三国研修）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・帰国研修員によ る報告、実演、接 遇研修実施など</li> <li>・マダガスカルとの技 術交換</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・仏語圏母子保健研修 の活用（プロジェクトモ デルへの共通認識を作 るためにCP幹部が研修 一部に特別参加）</li> </ul>
対話と意 識化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修参加者間のディスカッション</li> </ul>						
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人間関係研修</li> <li>・出産現場スタッフによる対話の機会を研修で提供。</li> <li>・繰り返し研修を行うことで問題意識と仲間意識の高揚を図</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人間関係研修</li> <li>・出産現場スタッフによる対話の機会を研修で提供</li> <li>・繰り返し研修を行うことで問題意識と仲間意識高揚</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・3カ国語対応の周産 期医学用語集を作 成</li> <li>・チーフアドバイザーが 本邦研修に同行し、 サポート</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・院内コミュニケーションにかかる調 査実施</li> <li>・サービス改善に 関する協議で問 題意識と仲間意 識高揚</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本での人間関係セミ ナー</li> <li>・指導者研修：TOTを 受けたトレーナーの組 織化</li> <li>・ケーススタディ（一例の お産にじっくり取り組</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ゲーム形式の人 間関係研修（目 隠し）</li> <li>・施設スーパービジ ョンの実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本邦研修に専門家が行 たり、ワーキンググル ープにて議論を重ねたり することで、専門家とCP の間に信頼関係を醸成</li> </ul>

	る	を図る		・信頼関係ゲーム	む) と事後のディスカッション/自己分析		
理解者を増やす努力	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現地で「人間のお産」に反対する医師などとの対話</li> <li>・「人間のお産」コンクール</li> <li>・既存の「人間のお産ネットワーク」の協働、支援</li> <li>・法令、省令</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・省令496号に関する啓発</li> <li>・EBMについてネットカフェを貸し切って医師に検索してもらった</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・EBMについての資料提供、検索性PC供与</li> <li>・同国の当該分野キーパーソンとの共働</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・州病院研修部設立ガイドラインの州保健局による認証</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・EBM/生理的なお産をベースにした説明</li> <li>・政府/大学キーパーソンとの共働</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「人間のお産」コンクール実施</li> <li>・5Sコンクール実施</li> <li>・教訓：本邦研修や第三国研修へ適切な参加者が選定されない事態も生じた</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健省のプロトコルに「人間のお産」を反映</li> <li>・政府/大学キーパーソンとの共働</li> <li>・教訓：プロジェクトモデルへの共通認識がなく、相互理解に時間を要した</li> </ul>

⑦「人間的なお産」体験を支える環境整備

促進要因：「女性の出産体験」を支える施設や機材が整備された

保健施設などの環境整備も、すべての対象案件で行われており、多くの成果が得られていた。従来は安全性と快適性は拮抗するものであると議論されがちであったが、「人間的なお産」案件では「安全性と快適性は両立する」と考え、実践をしたことが、多くの案件専門家から聞き取れた。環境整備の内容やアプローチは多様であり、表9にて各案件が行った環境整備の内容とアプローチを示した。

表9：環境整備の内容とアプローチ

	ブラジル	ボリビア	アルメニア	カンボジア	マダガスカル	ベナン	セネガル
少額で基礎的な医療機材（血圧計、ドップラーなど） 少額で環境改善するための物品（分離カーテンなど）/ お産に必要な物品（マット、分娩椅子、クッションなど）	◎	◎	○	◎	◎ 母子手帳も作成	◎	◎
LDRベッド	独自開発	ブラジル製導入	ヨーロッパ製導入	ブラジル製導入			
比較的高度な医療機材（超音波画像診断装置、保育器など）	◎	◎	保育器（無償）	母子保健病院、州病院施設整備計画（無償） 新生児ケアユニット改修 州病院内宿泊施設付き研修棟建設	母子保健病院施設整備計画（無償）	母子保健病院施設整備計画（無償）	
施設建設・改築	◎ お産を待つ家						
教育関係資機材	◎	○	◎	◎	◎	○	◎

注：環境整備が実践された：◎、環境整備が実践されたが限定的：○

各環境整備の内容やアプローチの概要及び各案件での具体的な採用方法は、以下のとおりである。

○「小さな」物品供与：

「人間的なお産」には、シンボリックな「小さな」物品供与が重要であることも多くの案件専門家とのインタビューで言及された。必要最低限のものであり、また価格も高くない基本的な資機材（血圧計、トラウベ、ドップラーなど）を供与することは基本的なケアを振り返ることにもなり、費用対効果が高い。プライバシーが全く確保されない分娩室なども多いため、カーテンで仕切りを付ける程度の簡易な施設改修も効果的であり、ほとん

どのプロジェクトで行われていた。気温が低くて寒すぎるケースでは温かい環境を作る、逆に気温が高すぎる環境ではエアコンや扇風機を導入するなど、快適な環境を作るための物品も供与されていた。ボリビア案件の第1期では寒すぎる出産環境だったため暖房が導入された。アルメニア案件では、産婦のリラックスを促すアロマオイルを準備していた。

産婦が安全で安楽な体位で分娩期を過ごすためのLDR<sup>2</sup>システム導入は、ケアの変化が目に見えるため、現地の医師をはじめとする医療スタッフを巻き込む上で効果的な場合があった。しかし、LDRベッドは高価であり、マットやゴザ、クッション、分娩椅子などを使用するほうが費用対効果も高く、また調達手続きなどでも現実的な場合が多いと見受けられた。全ての施設がLDRシステムを導入することは現実的ではないが、安価にプライバシーを守り、快適かつ安全な状況を実現できる資機材は積極的に導入すべきであることがわかる。

LDRシステムはそれぞれの国や各施設の状況、配置されている医療スタッフのタイプなどを考慮に入れて検討すべきであろう。ブラジル案件ではLDRシステムに関する連邦保健省の建築基準を策定する努力をするとともに、エンジニアでもあった業務調整専門家が現地の医療器具会社とともにLDRベッドの共同開発を行った。案件終了後20年経つ現在も、欧米や日本からの輸入品より安価に販売されており、現在ではブラジル国内のかなりの施設で既にLDRシステムやLDRベッドが導入され、輸出もされている。

また、案件のロゴマークを作成し、全ての供与機材に貼付する取り組みも見られた。ロゴマークはカウンターパートと共にデザインを決め、案件それぞれの思いが詰まっている。ロゴを常に目にすることで、医療スタッフが「人間的なお産」を常に意識するという効果があったと案件専門家のインタビューでも報告された。

#### ○比較的高額な医療機材供与：

比較的高額で高度な医療機器である超音波画像診断装置、保育器などは現地医療者側から要望が上がりやすい機材である。これら的高額かつ高度な機材は、「人間的なお産」の普及そのものにどれだけ貢献するかは費用対効果も考える必要がある。各案件でも十分な検討を経て、必要に応じて供与されていた。

#### ○施設建設・改修：

「人間的なお産」案件は、無償資金協力と組み合わせられた形で立ち上げられたものも少なかった。カンボジアでは先に母子保健病院が無償資金協力で建設され、その後に立ち上がったプロジェクトの一つが「人間的なお産」案件であった。マダガスカル、アルメニア、ベナン案件でも無償資金協力による施設や機材供与が先行して、または同時進行で行われた。建設や改修に関しては、その施設がモデル施設として機能する場合も多かった。

カンボジアではさらに、「人間的なお産」案件後に無償資金協力を活用して宿泊所付き研修棟を病院内に建設した。宿泊も含めて快適な環境で研修してもらうことは「自分が大事にされる経験を持ってこそ他人を大事にできる」という観点から重要であると言えよ

<sup>2</sup> LDR＝陣痛室から分娩室へ、産後は回復室へと移動することなく、Labor（陣痛）、Delivery(分娩)、Recovery（回復）を同じベッド/部屋でおこなう。

う。

#### ○5S-KAIZEN :

セネガルでは包括的アプローチである「PRESSMINモデル」の下、限られた医療資源の中で「安全な正常出産」を実現するためのモデルに5S-KAIZENが組み込まれ、ユニークな取り組みであった。これはスリランカや日本の5S-KAIZENの成功事例を学んだカウンターパートの強い希望が反映された。プロジェクト関係者の言葉を借りれば、

施設内は毎朝スタッフが勤務前に掃除を徹底しているためきれいになり、5S活動によって日々使う機材やドップラーなどは一定位置に収められ、使用の度に探し回ることも少なくなった。無駄な時間が省けた分、スタッフは妊産婦の傍らに付き添い、よいコミュニケーションの下でケアサービスを提供できるようになっている。このような変化によって女性の満足度が高まり、「次回もこの施設で出産したい」という声が聞かれるようになった。何よりも大事なことは、女性からの感謝によりスタッフがエンパワーされていることである。<sup>20</sup>

ということである。

助産師がケアをするだけでは女性のケア向上にはつながらず、それを支援する行政やコミュニティの支援や病院全体の環境が大切である、と言う発想に基づいている。いわば、分娩室の中だけではケアを改善できないし、お産に関連する部分だけをきれいにしても、病院全体がきれいでないと、それはケアの改善につながらない。そこで、5Sを取り入れ、病院全体の取り組みとして実施された。ベナンにおいても同様に5S-KAIZENの取り組みが行われ、5Sコンクールなども実施された。

#### ⑧ (終了時) 評価、ラップアップセミナー

##### 促進要因：「女性の出産体験」を捉える工夫

案件の評価指標が不適切であれば案件の内容は適切に評価されないのみならず、方向性を変えてしまうことすらある。そのため、評価指標や計画の修正のサイクルが必要となる。ある案件では、誤解を招きかねない不適切な指標を設定してしまい、学会発表をした際にそのことについて疑問が呈された例が案件専門家とのインタビューでも挙げられていた。

全ての案件をレビューすると、評価指標には一般的にどの研修を何回何人に対して実施したというようなプロセス指標が使用され、またそれによって「エビデンスに基づいたケアについての理解がX点からY点になった」というような数値で表しやすい指標が取られることが多かった。

このような指標では数値化されやすいものは計測されるが、本来最も重要であるはずの「女性の出産体験（④効果的なコミュニケーション、⑤敬意と尊厳、⑥情緒的支援）」が評価されにくいことも確認された。「女性の出産満足度調査」「WHO正常出産ガイドラインを元にしたケア指標の設定」などを行い「女性の出産体験」に関わる部分を適切に数値化した例もあった。これらの出産体験に関する評価は、さまざまな尺度が開発され、その信頼性・妥当性が検証されている。多言語に翻訳されているものもあるため、言語が異なっても、同一の尺度を使うことにより、プロジェクト間の比較も可能である。

また、妊産婦健診率を評価指標とした際に、市保健局がトラックを使って妊婦の動員を

かけて数値を向上させようとした事例が案件専門家とのインタビューで述べられたように、指標自体は適切なものであっても、それが独り歩きして不適切な介入に結びつくこともあった。案件途中で評価を実施し、その際に不適切な介入が行われていないか十分に注意を払い、必要に応じて指標や活動に修正を加えることが重要である。なお、女性や医療従事者の内面の変化は、指標や尺度で表しきれないことが多い。その際には、インタビューや直接観察などの質的調査で評価する必要がある。

現行のシステムでは、評価指標や計画を修正する際に必要な作業量やエネルギーが大きくなることもあり、問題を認識しても修正に踏み込めないという意見も見受けられた。そのため、案件開始時から、疫学専門家などのアドバイスを受けて評価指標を設定することが有用である。

#### **促進要因：多くの関係者を招いてのラップアップセミナー**

終了時評価と並行して、ラップアップセミナーを実施することは、案件内容を総括し、その後の持続性を担保するためにも重要なものである。ブラジル案件のように終了時に国際会議を開催できれば、その成果を広く共有でき有意義である。このような国際会議開催は難しくても、対象国・地域のできるだけ多くの関係者を招いてのセミナーを開催することの重要性は案件専門家からも示唆された。例えば、セネガル案件においては、フェーズ1では2州で実施されたPRESSMINモデルが、セミナーなどで経験を共有することにより、フェーズ2では対象地域が全国へと広がった。また、国際経験共有セミナーが実施されたことで、仏語圏の他国とも共有できた好事例と言える。

### **<案件実施後>**

#### **⑨持続性の担保**

##### **促進要因：第三国・本邦研修などを通じて、「人間的なお産」の取組みが続けられていた**

プロセス9では、案件終了後に案件の成果を継続するための持続可能性を担保したものとして、第三国研修、国別特設本邦研修、そして関連プロジェクトの立ち上げについて分析する。

#### **○第三国研修：**

ブラジルに所在するソフィア・フェルドマン産科病院が、中南米諸国やアフリカのポルトガル語圏の医療従事者を対象とした「人間的なお産」案件における、第三国研修の受け皿となっている。ブラジル案件を通じて、人間的出産・出生の概念がソフィア・フェルドマン産科病院に深く浸透し、ブラジルで人間的出産・出生を実践するモデル病院として位置付けられるようになった。

なお、ソフィア・フェルドマン産科病院の「人間的なお産」ケアレベルは世界でも有数のレベルと言えるほど高く、また同病院は日本側助産師が伝えようとした助産のエッセンスも十分消化吸收している。ブラジル案件終了後、国別研修や課題別研修を通じて、ソフィア・フェルドマン産科病院から、15名の医師・産科看護師・新生児科看護師が、本邦研修に参加していることも、当病院における「人間的なお産」の持続可能性に寄与している。

同病院及びブラジルの社会状況・インフラ・文化などが他の途上国の現実と近いもので

あることも、当病院が第三国研修の研修先として適切な理由の一つである。何よりも、ソフィア・フェルドマン産科病院自身が、1990年代の医療化された出産現場を、20年近くかけて、女性が主体となるに人間的出産にシフトしてきた経験がある故に、財政的に同じく厳しい状況にある、中南米やアフリカにおいてさえも「人間的なお産」は実現可能であることを、その経験の重みが自信となり説得する力となっている。

#### ○国別特設本邦研修（特定国の参加者を対象に日本での集団研修を実施）：

ブラジル案件の実施後に5年間にわたって実施された助産の国別特設研修は、ブラジルでのプロジェクト成果の定着や、その後のソフィア・フェルドマン産科病院での第三国研修にもつながり、大きな成果を上げたと言える。このブラジル向け国別特設研修の特徴は、地域に根差した活動をしている日本の開業助産所での研修が長期間含まれていることである。助産所は、助産師が自宅を助産所として開業していることが多い。また日本の助産師は、法律により医療介入が禁止されているため、助産所での出産は、母児の産む力、生まれる力を最大限に活かす質の高いケアにより、自然な出産へ導くこととなる。もちろん医師は立ち会わない。そのため、最小限の設備と医療介入が行えないという出産の環境が、人的・物的資源に限られている開発途上国出産現場との類似点も多い。同研修では臨床現場で助産ケアを担う医療従事者（特に、産科看護師）と政府や病院幹部などの管理者を常にペアで受け入れることで、現場の医療従事者が現場を変革することを管理者がバックアップできるように工夫が行われていた。またJICAブラジル事務所が帰国研修員に対して十分なフォローアップを行っていたことも成果につながっていた。

研修実施のためのJICAと日本の開業助産所などとの連携は非常に重要であると考えられる。

#### ⑩普及を担う人材の育成

##### **促進要因：案件専門家に憧れて、次世代の人材が集まった**

「人間的なお産」の始まりであったブラジル案件の様子は、日本の助産専門誌である医学書院の「助産婦雑誌」（当時）に定期的に掲載され、特集も組まれた。このことにより、日本の助産師の間に知られるようになり、「人間的なお産」のコンセプトは逆輸入されていった。日本の助産師たちが地球の裏側からもたらされたこのムーブメントに心を躍らせ、大いに感化されたと言えよう。

ブラジル案件の疫学専門家は、EBMという概念が導入されて間もない日本において、助産分野の疫学を広めたと同時に多くの執筆活動を行った。また、同案件の助産専門家は、日本の助産師をリードする存在となってゆき、日本助産学会の2008年学術集会の大会長を行い、歴史的な成功を収めた。助産分野において、この疫学専門家と助産専門家は、若い助産師の憧れを喚起する存在となり、結果として「人間的なお産」に関わり、後継プロジェクトを担う次世代助産師の育成につながったことが伺われる。

ブラジル案件を機に、ボリビア、カンボジア、アルメニア、マダガスカル、セネガル、エルサルバドルなど、世界各国でも「人間的なお産」を核としたJICA母子保健案件が展開されるようになり、案件の中で、日本の助産師はチーフアドバイザーや専門家として重要な役割を果たしてきた。これらの助産師専門家たちの多くは、ブラジル案件に憧れ、案件

専門家の書籍を読み、講演を聞き、授業を聞いてきた人たち、でもあった。さらにより多くの若い助産師たちが、JICA海外協力隊として世界に飛び立っている。ブラジル案件は、案件対象国の人材育成だけではなく、案件に関わった日本人の成長も育んできたと言えよう。案件専門家やJICA海外協力隊としての経験を積んできた助産師たちは、自らの経験も踏まえ、次の世代の助産師育成に、大学教員として、臨床実践において、または再び海外で、人間のお産のエッセンスを伝えている。

セネガルでも日本向け活動通信が1-2ヶ月毎に発行されていたことがあり、日本での人材育成に向けて重要な発信だったと言えよう。

## <横断的なプロセス>

### ⑪自立発展に向けた取り組み

**促進要因：法律・ガイドラインなどの整備、助産人材の教育制度の確立などが有効だった**

#### **取り組み1: システム形成、法律/制度化**

##### ○法制化：

ブラジル案件のケースでは、正常分娩センター設置基準<sup>21</sup>、公的保健システムへのヒューマニゼーションの採用<sup>22</sup>、公的保健施設では最低1名の出産立ち会いを認めることを義務化<sup>23,24</sup>、各保健施設の帝王切開/正常分娩比率公開を義務化<sup>25</sup>など、関連法律が制定されていた。このような法制化を成しえるためには、案件期間中から保健省内部に志を同じにする者を増やしていく努力が必要であるとともに、既存のWHOのガイドラインや権威ある学術雑誌の論文などで理論武装して啓発に臨む必要がある。案件自身から学術誌を含めた様々なチャンネルで情報発信していく必要性が示されている。ブラジルのような地域大国で成功すればその後、周辺他国へも波及することが期待でき、大きな効果が期待できる手法であった。

ボリビアはプロジェクト開始以前にブラジルの影響で「人間的なお産」に関する省令（省令496）が2001年には発令されていたがあまり実効性を持っていなかったため、プロジェクトでこの省令が実践されるように働きかけが行われた。

##### ○ガイドライン策定：

カンボジア案件では州病院研修部設立ガイドラインを作成し、州保健局による認証を受けるなどして持続的発展を狙った。セネガルでは保健省のプロトコールに「人間的なお産」を反映した。

ブラジル案件では、LDRシステムの基準などのガイドライン策定をプロジェクト中に実施した例がある。これも法制化同様、案件での成果が持続性を持つために重要な手法と言える。LDRガイドライン策定においては日本から病院建設分野専門家を招聘し、連邦保健省との間で密接にすり合わせを経て提言が行われた。これも法制化同様相手国政府との密接な同志関係を作り上げることが必要となる。なおブラジルではプロジェクト終了から3年たった2004年に、Política Nacional de Humanização（National Humanization Policy）として国の保健システム（Sistema Unico de Saude：統一保健システム）全体のヒューマニゼーションのガイドラインも保健省によって作られている。

○教育制度：

ブラジルには元々、「助産師」の制度が存在しなかったため、ブラジル案件では制度としての助産婦育成にも力を入れていた。ブラジル案件では、現地の看護大学、またブラジル全国の産科看護師協会などと協働し、助産ケアや出生直後の新生児ケアを担う人材として「産科看護師」および「新生児科看護師」が育成されるようになり、いわゆる「出産と出生のケアに関するプロフェッショナル」として教育できる体制を整えようとしていた。案件終了後、産科看護師養成は全国で盛んに行われるようになり、現実に職能団体としても力を増し、「人間的なお産」つまり、帝王切開率の高いブラジルにあって、生理学的プロセスを重視する出産を担う職種として認識されるようになってきている。

またセネガル案件でも、医療従事者養成カリキュラムに「人間的なお産」の概念を含む、PRESSMINモデルの統合を行った。

表 10：各国の法制化／ガイドライン制定／教育制度

	ブラジル	ボリビア	アルメニア	カンボジア	マダガスカル	ベナン	セネガル
法制化	1999年省令 2000年省令 2005年法律 2015年省令	2001年省令（プロジェクト開始前）					
ガイドライン策定		2005年に2001年省令ガイドを作成		新生児敗血症ガイドライン			リフ・ダ・グエイブ・ハス・ド・トール改定時に「人間的なお産」取入れ
教育制度	産科看護師養成が盛んになり、そこに人間的なお産が重点的に取り上げられた			助産師研修カリキュラム/BEmONC研修カリキュラム/研修部設置	看護・助産学校への働きかけ	母親学級ガイドライン	医療従事者養成教程とPRESSMINモデルを統合

取り組み 2：JICA のフォローアップ

ブラジル案件の終了後、合計52名がブラジル向け助産国別特設研修（本邦研修）に参加したことは前述のとおりである。JICAブラジル事務所がこれらの帰国研修員に活動資金の援助を行い、ブラジル国内の多くの地域で保健サービス・プロバイダー向けの「人間的なお産」に関する研修が実施されたことは特筆に値する。

また、前述の第三国研修を受け入れているソフィア・フェルドマン産科病院に対しては、人材育成というソフト面の支援のみならず、機材供与という形での支援も行われた。

取り組み 3：ラテンアメリカ地域の出産のヒューマニゼーションネットワークの設立

ブラジルの医療関係者らによってブラジル国内に「出生と出産のヒューマニゼーション

ネットワーク（REHUNA）」が設立されたのは1993年である。ブラジル案件実施中である2000年に、REHUNA主催、JICA・ブラジル保健省協賛で開催された「第1回出生と出産のヒューマニゼーション国際会議」には、26カ国から2000人以上が参加し、日本からも50名以上の助産師が参加した<sup>26</sup>。この会議を機に、「ラテンアメリカ&カリブ出生と出産のヒューマニゼーションネットワーク（RELACAHUPAN / LA RED）」が設立され、出産のヒューマニゼーションの概念は、ラテンアメリカ地域全体に広がる契機となった。

その後、約5年ごとに開催され、2005年に第2回会議がリオデジャネイロで、2005年の第3回と2012年の第4回会議は共にブラジルで開催された。この国際会議の開催が、ネットワークを強化し、出産のヒューマニゼーションが、ラテンアメリカ全域に広がるプラットフォームとなっていった。なお、第1回会議から第3回会議はJICAが協賛しており、案件終了後も、このような方面からのJICA支援も、「人間的なお産」の概念の持続可能性に寄与している。

#### **取り組み 4: 国内外での広報、論文発表**

「人間的なお産」について、学術的に発信していくことは、知見を共有し、世界中で自然なお産を広めようとする専門家とのネットワークを広げる機会につながっていく。しかし、積極的な論文執筆が行われた案件とそうではない案件があった。ブラジル案件の成果は、世界で最も権威ある医学雑誌のLancetに紹介され<sup>3</sup>、また、終了時の国際会議の内容は、国際的な産婦人科領域の医学雑誌（International Journal of Gynecology & Obstetrics）のSupplementとして、一冊別途発表された。マダガスカル、セネガル、カンボジア案件などの国立国際医療研究センターの関係するプロジェクトにおいても、積極的な英文論文の発信が見られた。

#### **プロセスのまとめ**

本分析の対象となった7カ国の案件は、どの国においても「人間的なお産」は肯定的に受け入れられていた。表 11では、プロセスごとに、「人間的なお産」の概念が相手国に導入され、定着し、持続可能性が認められることとなった要因をまとめる。

表 11：成果を上げたプロジェクトの促進・阻害要因の例

プロセス	促進要因の例	阻害要因の例
案件形成		
1. 案件発掘	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「案件を牽引する中心人物」の存在：この分野にコミットメントをもち、周囲を巻き込み、動かし、プロジェクトを立ち上げるキーパーソンが存在は「人間的なお産」案件ではとりわけ重要。また全ての案件でブラジル案件関係者からの支援があった。</li> <li>・ボリビア案件：案件形成時にブラジル案件関係者による貢献があった。また JICA 在外事務所による積極的な貢献があった。</li> <li>・アルメニア案件：案件形成時に JICA 専門員による積極的な貢献があった。</li> <li>・マダガスカル、セネガル、ベナン案件：国立国際医療研究センターの「仏語圏アフリカ母子保健研修」関連人材（日本側、相手国側双方）からの貢献があった。</li> <li>・カンボジア案件：国立国際医療研究センター人材からの貢献があった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・継続して関わる者がおらず、中途から方向性が変わってしまった。</li> </ul>
2. CP、対象地域の選定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・案件開始前から何かしらの関係性があった：無償資金援助、JICA 海外協力隊の存在、別の保健プロジェクトの存在が貢献した。</li> <li>・ブラジル案件：州保健局がメイン CP であったが、中央保健省と共働したことは法制化などにつながった。</li> <li>・ボリビア案件：ラパス市にいた JICA 海外協力隊助産隊員の存在は大きかった。</li> <li>・カンボジア案件：無償資金協力で建設されたカンボジア国立母子保健センターを国立国際医療研究センターが継続して支援していた事が貢献した。</li> <li>・マダガスカル案件：無償資金協力でマジュンガ州母子保健施設が建設されたことが貢献し、同保健施設と保健省が CP となった。</li> <li>・ベナン案件：無償資金でラギューン母子病院（HOMEL）整備計画が実施された事が貢献した。</li> <li>・セネガル案件：異なるレベル（国レベル、教育レベル）や異なる所属（保健省のなかでも、官房、母子保健局、人材局）を包含する多様な構造をもつ CP 構成があった。これが後に拡大ワーキンググループを組織しプロジェクト成果につながった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・相手国側政府の中央保健省のコミットメントが小さいことで、案件終了後に継続性が保たれなかった。</li> <li>・対象地域の治安状況や医療従事者の頻繁な異動によって、想定していたように活動が行うことができなかった。</li> </ul>
3. 専門家の配置	<p><u>国内有識者</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ブラジル案件：「国内委員会」による的確な専門家選定、チーム作りがあった</li> </ul> <p><u>プロジェクト専門家</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門家の投入量が少なく、助産専門家が、総括・調整業務に忙殺され、その能力を十分に発揮できなかった。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実務経験の豊富な助産師専門家と、助産師としての能力を十分に発揮できる体制</li> <li>・計画・評価・対外発信などを担える疫学専門家</li> <li>・現地の言語に堪能な複数の専門家（もしくは適切な通訳）</li> </ul> <p><u>国内の支援機関</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・マダガスカル、セネガル、カンボジア案件：国立国際医療研究センターから豊富な専門人材が輩出された。またアフリカ仏語圏研修を実施し、多くの地域人材の啓発を担った。</li> </ul>	
<b>案件実施</b>		
4. 計画策定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ブラジル・セネガル案件：プロジェクト開始直後のRAP（Rapid Anthoropological Assesment Procedure：RAP）手法を用いた現状把握調査</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画を策定するための助産に対する専門知識と経験を持った適切な人材がいなかったことで、適切な計画が策定されなかった。</li> </ul>
5. 「人間的なお産」の概念共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域・潮流に合わせて「人間的なお産」を言語化した</li> <li>以下は各案件で使用されていた言い換え方： <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 人間的出産、出産のヒューマニゼーション</li> <li>➢ 科学的根拠に基づく医療（EBM）</li> <li>➢ 生理的なお産(Physiological Birth)</li> <li>➢ 助産ケア（Midwifery care）</li> <li>➢ Women-Friendly ケア/Women-Centered ケア</li> </ul> </li> <li>・多くの国で「人間的出産、出産のヒューマニゼーション」よりも「科学的根拠に基づいた医療」の方が受け入れられやすい傾向がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「人間的なお産」に関する概念を説明する際に適切な言い換えをしないことで、CP側との概念共有ができない。また同じ説明方法でも職種グループによって説明が進まない（例：産科医師に対してはEBMや生理的なお産の説明のほうが納得を得やすい。看護師には「人間的なお産」のままで概念が共有できやすい傾向があるなど）。</li> <li>・概念の共有に時間を要して、活動計画が遅れた。</li> </ul>
6. 当該国の人材育成	<ul style="list-style-type: none"> <li>・技術移転だけではなく、「寄り添う」ケアにつながる内的な変化が必要とされ、エンパワーメント、気づき、トランスフォーメーション/内的な変革などのキーワードが挙げられた。</li> <li>・内的な変化を促す工夫として、以下が挙げられる。 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 気づきにつながる研修環境、ロールプレイなど（自己分析、5S、ロールプレイ、花、詩、相互マッサージ、接遇研修など）</li> <li>➢ 「人間的なお産」の実感（日本/ブラジルでの研修、技術交換）</li> <li>➢ 対話と意識化（研修参加者間ディスカッション、人間関係研修、ケーススタディ、自己分析・グループ分析、繰り返して同じグループで研修することによる問題意識・仲間意識の高揚など）</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修が技術的な観点にとどまり、「内的な変革」につながらず、ケアの質が向上しなかった。</li> <li>・解剖生理やお産の進行に関する基礎的な知識をわかりやすい形で説明する講師がいなかった。</li> <li>・解剖生理に関する適切な教育マテリアルがなかった。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 理解者を増やす努力（医療従事者を納得させるツールとしての EBM の使用、5S/ 人間のお産コンクール、政府上層部や大学の巻き込みなど）</li> <li>・解剖生理やお産の進行の理解に関する基礎的な知識は母子の命を守るために必須である。それらの知識の伝達には、以下の工夫が挙げられる。</li> <li>➢ 解剖生理に関する教育用マテリアル（各種人体モデル） 供与</li> <li>➢ 解剖整理やお産の進行に関する知識と教育能力を持った講師人材（日本人、現地人材、第三国人材）</li> </ul>	
7. 保健施設などの環境整備	<p><u>機材供与</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・必要最低限の少額な資機材、分娩キット</li> <li>・案件への思いが込められたプロジェクト・ロゴ</li> <li>・プライバシーを守るカーテン設置やパーテーション</li> <li>・産婦が安楽で自由な体位をとれるマット・クッション・分娩椅子など</li> <li>・リラクゼーションを促すアロマオイル（アルメニア）</li> <li>・現地医療器具会社と共同開発した LDR システム対応の分娩台（ブラジル）、保育器（ブラジル、アルメニア）</li> <li>・啓発用ポスター</li> </ul> <p><u>施設建築・改修</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・LDR システムの保健省病院建設基準案への記載（ブラジル）</li> <li>・無償資金協力との組み合わせで実施されているケースが多かった（マダガスカル、ベナン、カンボジア、アルメニア）</li> <li>・5S-KAIZEN（セネガル、ベナンでは 5S-KAIZEN により、トイレ整備や扇風機設置など病院全体の環境改善につなげた。）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要な資機材がないため産前健診やお産中のモニタリングができなかった。</li> <li>・プライバシーが確保できない状態のため産婦に対する家族の付添ができない状態が続いた。</li> <li>・医療従事者と産婦にとって最低限の快適性を保てる環境が出産施設になかった（水道・電気などインフラ、適切な温度・照度、清掃清潔など）</li> <li>・生理的なお産の進行に資する資機材がなかった（マット、クッション、分娩椅子、LDR ベッドなど）</li> </ul>
8. （終了時）評価、ラップアップセミナー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指標で表しにくい「女性の出産体験（効果的なコミュニケーション、敬意と尊厳、情緒的支援）」を、「女性の出産満足度調査」や WHO の正常出産ガイドラインを基にしたケア指標の設定や信頼性・妥当性が検証された尺度を通じて、適切な数値化を図ったり、国際比較する試み</li> <li>・女性や医療従事者の内面的変化は、量的調査・質的調査双方による評価が必要</li> <li>・妊産婦と医療従事者の内面的な変化を評価する、量的・質的調査を専門とする専門家の配置</li> <li>・人間的な出生と出産に関する国際会議の開催による成果の共有（ブラジル）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標が適切でないことで、活動が適切なものにならない。</li> <li>・評価指標自体は適切だが、関係者の解釈が不適切で、活動が適切なものにならない。</li> <li>・「女性の出産体験」を適切な評価指標に落とし込めないことで、活動を適切に評価できない。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国レベル・対象国のできるだけ多くの州レベルでのセミナー開催（セネガル）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ラップアップセミナー実施に問題があって、プロジェクト対象国内や周辺国に波及させることができない。</li> </ul>
<b>案件実施後</b>		
9. 持続性の担保	<u>第三国研修の拠点作り</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「人間的なお産」の実践が十分に浸透している臨床現場が第三国研修を受け入れる</li> <li>・第三国研修施設のインフラレベルが、研修生の母国の状況と類似している</li> </ul> <u>本邦研修</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>・国別特設：最小限の人的・物的資源で質の高いケアを提供する日本の開業助産所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・第三国研修拠点への日本側からの貢献が少ないため、拠点側のモチベーションが下がっていった。</li> <li>・本邦研修を受け入れてくれる日本の助産所が減少していた。</li> </ul>
10. 日本人専門家などの人材育成	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プロジェクト専門家へ憧れる若手助産師の存在と成長</li> <li>・国際保健人材や助産師育成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プロジェクト経験が発信されず、後進に伝わらなかった。</li> <li>・助産師が国際協力分野で活躍する機会が少なかった。</li> </ul>
<b>横断的なプロセス</b>		
11. 自立発展に向けた取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法律・ガイドラインなどの関係法規の整備</li> <li>・助産人材育成の教育制度の確立</li> <li>・プロジェクト終了後の継続的な JICA からの支援（フォローアップを目的とした本邦研修開催、人間的なお産に関連した国際会議の後援、第三国研修受け入れ病院への機材供与など）</li> <li>・国内・国際的な「人間的なお産」に関連したネットワークの存在</li> <li>・国内外の広報活動（セアラ便り、助産雑誌など）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プロジェクト成果が法律・ガイドラインに取り入れられず、自立発展に結びつかなかった。</li> <li>・学術論文などの発信がなく、「人間的なお産」の概念が国内外で認識されなかった。</li> </ul>

## 第2部 「人間のお産」に関する要素を含む母子保健案件の形成・実施にむけて

これまでの「人間のお産」案件を分析して得られた教訓を可能な限り一般化して、第2部では「人間のお産」に関する案件形成・実施に向けての留意点を、記述していく。

表 12：母子保健案件の形成・実施の留意点

プロセス	留意点	案件実施途中での採用
<b>案件形成</b>		
1. 案件発掘	<ul style="list-style-type: none"> <li>●案件にコミットメントを持ち、継続して関われる人の設定</li> </ul>	
2. CP、対象地域の選定	<ul style="list-style-type: none"> <li>●これまでの協力で築かれたネットワークの活用</li> <li>●「中央レベル」の政策担当者との共働</li> </ul>	△「地方レベル」がCPであっても、「中央レベル」の関与を積極的に図る
3. 専門家の配置	<ul style="list-style-type: none"> <li>●実務経験豊富な助産専門家、疫学/公衆衛生専門家の配置</li> <li>●助産専門家が専門分野に集中できるチーム作り</li> </ul>	△助産専門家が専門分野に集中できるようなチームへ編成する
<b>案件実施</b>		
4. 計画策定	<ul style="list-style-type: none"> <li>●詳細な現状調査を組み入れたプロジェクトのデザイン</li> </ul>	
5. 「人間のお産」の概念共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>●地域の特性や国際的な潮流に沿って、「人間のお産」の概念を分かりやすく表現して、共有</li> </ul>	△案件開始初期に概念を共有することが望ましいが、実施途中での言語化、その共有も意義がある
6. 当該国の人材育成	<ul style="list-style-type: none"> <li>●知識・技術を土台に、内的な変化を惹起</li> <li>●環境づくり、ロールプレイなど、研修実施方法に工夫</li> </ul>	○
7. 保健施設などの環境整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>●「女性の出産体験」を支える施設整備</li> <li>●「小さな機材」もケアの改善につながる</li> </ul>	○
8. (終了時) 評価、ラップアップセミナー	<ul style="list-style-type: none"> <li>●「人間のお産」の本質を評価指標に設定する工夫</li> <li>●案件を総括し、その成果を広く共有するラップアップセミナーの開催</li> </ul>	△「人間のお産」案件に関わらず、ケアの質などを扱う案件においては、その変化を把握するために質的調査が必要
<b>案件実施後</b>		
9. 持続性の担保	<ul style="list-style-type: none"> <li>●国内・地域・同一言語圏のネットワークの構築・活用</li> </ul>	-
10. 日本人専門家などの人材育成	<ul style="list-style-type: none"> <li>●開業助産所などで研修を受けられるシステムが望まれる</li> <li>●日本の大学などとの共働</li> </ul>	-
<b>横断的なプロセス</b>		
11. 自立発展に向けた取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>●当該国の法律・ガイドラインなどの整備</li> <li>●国内外での広報、論文発表</li> </ul>	○

注：案件実施途中で採用が比較的容易だと考えられるものを○、容易ではないが案件実施途中でも採用が可能だと考えられるものを△で示した。

## 第1章：案件形成

### 1. ニーズ調査/発掘

#### 案件にコミットメントを持ち、継続して関われる人の設定

JICAの事業であるため、相手国からの要請に応える形で案件は始まる。しかし、案件の発掘段階で、日本側でも相手国の要請や現状をある程度把握して、相手国と共に案件の概要を検討する必要がある。このような役割を担い、発掘段階から継続して案件を牽引する中心人物・組織が設定されることが望まれる。このような人物・組織がいることで、レベルの高い専門家が十分に活躍できる環境を整えたり、案件の方向性がブレてしまうことを防いだりすることができる。

以前は「国内委員会」が案件を牽引する役を担うことが多くあったと思われるが、現在の体制では、JICA国際協力専門員、国立国際医療研究センターのような国内の専門組織、大学・研究機関の有識者、または案件専門家自身がこのような役割を担う候補として考えられる。当該分野の専門性に加えて、思想・ビジョンを持ち、理念を体現できるような人材を同定することから、案件形成は始めるべきであろう。また、この案件に継続して関わっていく者・組織は、後の「プロセス3. 専門家の配置」にも深く関与し、専門家の派遣元になったり、チーム作りの中心となったりすることも考えられる。

なお、JICA在外事務所も案件形成・実施において重要な役割を担う。JICA在外事務所の理解があり、継続的に案件や当該分野へのコミットメントがなされることで、実施中だけでなく、実施後も案件の成果が定着・発展するための大きな原動力となる。

### 2. キーパーソン、対象地域の選定

#### これまでの協力で築かれたネットワークの活用

カウンターパートは、二国間の政府レベルの調整で決まっていくことも多いと考えられる。しかし、これまでの多くの「人間的なお産」案件では、案件開始前から無償資金協力などの他の協力によって既に関係性があることで、案件の受け入れが促進された。そのため、新たに案件を形成する際も、これまでの協力で築かれたネットワークの活用が有益であると考えられる。相手国で当該分野のリーダーとなる人物がカウンターパートに就いたり、積極的に案件への巻き込みを図ったりすることで、「人間的なお産」の理解者が増えたり、案件の成果発現が促進される。また、カウンターパートを設定するだけでなく、案件形成段階から、理想的には「1. 案件発掘」で言及した「継続的に案件に関わることができる者」が中心となって、日本側はカウンターパートと良好なコミュニケーションを築いていくことが求められる。

地域の選定に関しては、カウンターパートと同様に、これまでJICAが協力をしてきた保健施設や地域であれば案件の受け入れが円滑になることが期待できる。7カ国の案件を分析した限りでは、首都を含む都市部が望ましい、または地方部が望ましいということは一概には言えない。むしろ、対象地域や施設についてしっかりとした現状調査やカウンターパートと念入りに協議をすることが、のちの成功につながると思われる。保健省のコミットメントが小さいことで、案件終了後に継続性が保たれなかったり、対象地域の治安状況や保健施設スタッフの頻繁な移動によって、想定していたように活動が行うことができない

いような事態が生じないように注意を払わなければならない。

#### **「中央レベル」の政策担当者との共働**

自立発展に向けて、地理的な展開や法令化やガイドライン等の法令化が目指されるべきである。そのため、地方が対象地域となり、カウンターパートも地方行政官などに定まったとしても、常に「中央レベル」政策担当者の巻き込みを図ることが望ましい。既に実施中の案件でも、もし「中央レベル」の関与が限定されているようであれば、中央に対し積極的に働きかけることで案件の実施・成果促進に寄与することは可能と考えられる。

### **3. チームメンバーの選定**

#### **実務経験豊富な助産専門家、そしてその専門家が力を発揮できるチーム体制**

技術協力プロジェクトにおいては、「誰が」「どのように関わるか」によって、活動内容と成果は決まっていく。とりわけ「人間的なお産」案件では、助産ケアを核とする概念把握がまず重要であるから、カウンターパートと話を詰め、概念普及を共に担うためには、日本側の専門家チームが持つ概念の理解と実行力に関わる。専門家の配置には、「1. 案件発掘」で言及した「継続的に案件に関わることができる者」が大きく関与することも考えられる。具体的に必須であると考えられる専門家は以下の通りである。

#### **実務経験豊富な助産専門家：**

「人間的なお産」案件において実務経験豊富な助産師が重要であることは論をまたない。助産の実務経験が深く、理想的には、日本の病院のみでなく、開業助産所での自律的な助産婦業務の経験者が望ましい。日本の助産所は、レベルの高い助産師が自律的に運営し、医療介入を行わない、世界の中でも類ないものである。しかし、日本の助産所の数は減少しており、現実に助産所を運営する開業助産師が国際保健プロジェクトに参加することは困難である。そのため、開業助産師など現場の実務経験豊富な助産師は、短期専門家での参加を期待することが妥当と考えられる。

また、「助産専門家」を生かせるチーム環境が必要となる。少ない人員しか配置せずに助産専門家に業務調整を兼務させる、もしくは総括として事務作業や現地政府との交渉や日本関係者との調整などまでさせる場合、助産専門家としての能力が有効に活用されないケースが少なくない。助産の案件だから助産師に任せておけばいいという考え方ではなく、助産師がその能力を十分に発揮するためにはどのような状況が望ましいのかを十分検討して専門家配置を考慮する必要がある。

#### **疫学/公衆衛生分野の専門家：**

案件全体の計画を立て、ベースライン調査、エンドライン調査などを計画し、指標を設定し、データを扱える疫学/公衆衛生の専門家は、上記の助産専門家を生かせるようなチームづくりの要になりうる。案件全体のどのような流れの中で助産専門家を配置すべきか、検討するために必要な知見を提供できる。また、案件からの学術発信を担うこともできるであろう。

「人間的なお産」に関しては既にWHOなどから十分にその論拠となるガイドラインや論

文が出ているが、現場を変えることは容易ではない。現地医療従事者・政府関係者などと議論をし、論拠を示し、また更に論文などを発信できる人材を案件に配置するニーズは高い。しかし、このような人材を得ることは日本で疫学/公衆衛生の人材養成が系統的になされていないため、容易ではないのも事実であり、短期専門家活用が現実的と見られる。

#### **業務調整・総括：**

業務調整や総括業務に適性を持つ助産専門家がいる可能性もあるが、一般にこの2つの役割は事務的な作業に忙殺されがちであり、専門分野を活かすためには助産師には助産専門家としての業務に集中できる人材配置が重要である。

#### **通訳：**

通訳は、チームとはいえないかもしれないが、大変重要な役割を担うことになる。案件専門家に、現地言語に堪能な者が複数いればそれに越したことはないが、実際には通訳やローカルスタッフに依存するケースが多い。その通訳・翻訳の質を担保する努力（通訳の人選、通訳に対して事前に資料を提供して事前準備を進めてもらうなど）が非常に重要である。

また、案件運営だけではなく、各種研修においても、不適切な通訳が入ると、誤解を生じさせることが多く発生する。日本国内での研修においては、適切な通訳が入れないのであれば、その研修を実施する意味はほぼ無いと言っても過言ではない。日本でも地方によっては英語以外の通訳人材の確保が難しいケースもあるが、その場合は地元人材活用にごだわりすぎず、他地域から通訳を探すなどの対処が必要であろう。

## **第2章：案件実施**

### **4. 計画の策定**

#### **詳細な現状調査を組み入れたプロジェクトのデザイン**

案件形成時に詳細計画策定調査などで情報収集、相手国との協議を行い、PDMを策定している。これに加えて、案件開始後も専門家を中心に詳細な現状分析を行い、ニーズと実施可能性を踏まえた活動計画を行い、必要に応じてPDMを変更することが望ましい。また、「人間的なお産」案件の評価指標には、半構造化インタビューなどによる質的データが必要になると想定され、案件目標・成果の進捗を計るためには、継続的な調査が必要になる。そのため、PDMには詳細な現状調査や継続的な質的調査を組み込んでおく。

### **5. 「人間的なお産」についての概念共有**

#### **地域・潮流に沿って「人間的なお産」の概念を分かりやすく表現して、共有**

ラテンアメリカ地域ではPaulo Freireの思想（それ自体がラテンアメリカの発想から出てきたものなのだが）がベースにあるため、「人間的なお産」「出産のヒューマニゼーション」は概念的に理解がしやすいと思われる。ブラジルの影響の大きい、ポルトガル語圏アフリカでも同様であると考えられる。

しかし、地域によっては、「人間的なお産」より、むしろ「根拠に基づいた医療」、「生理学的プロセスによるお産」、「女性に優しいお産」、「助産ケア」などを前に出し

た方が案件関係者の理解が進むこともあるので、概念共有に関しては、現場の状況をよく把握する必要がある。これまで案件の経験では仏語圏アフリカや旧ソ連では「根拠に基づいた医療」、「生理学的プロセスによるお産」、東南アジア地域では「女性に優しいケア」などが受け入れられやすかったと言われる。

現場の医療従事者に対しても、また保健省などの行政機関上部に対しても、概念を理解し、「納得」してもらおう努力は常に必要である。学術雑誌に載った論文や、WHOの出しているガイドラインの利用は、反発しがちな医師に理解してもらおう一助となる。

## 6. 「人間的なお産」を支える人材育成

### 知識・技術と並行して、内的な変化のきっかけを提供

「人間的なお産」においては、技術面の研修のみでなく、現在の自分の仕事の状況を振り返る「意識化」、「気づき」を促し、「エンパワーメント」、「トランスフォーメーション/内的な変革」につながるような研修の工夫が必要である。形だけ「参加型」であればいいということではなく、関わっていく研修実施側もまた、この研修に関わることで自分自身の「意識化」と「変革」につながるような姿勢も必要となる。そのための試行錯誤はすでにこれまでの案件で行われてきた。具体的には、人材育成の研修において、「対話」と「意識化」を促す以下のような工夫が考えられる。

### 環境づくり、ロールプレイなど、研修実施方法にも工夫

#### 研修環境づくり

研修場所そのものの設定が快適であることは重要である。贅沢な環境、という意味ではなく、シンプルな環境であっても、静謐で快適な環境をできる範囲で作り上げ、静かな音楽などで日常とは違う空間を作ることは効果的である。そのような場での具体的なトレーニングにより、敬意を持って接され、優しくされ、また優しくするという経験は、医療従事者たちに自らのケアに関するふりかえりをもたらし、そこに気づきが生まれる空間が出現する可能性がある。

#### ロールプレイ

ロールプレイは医療従事者役と産婦側両方の役割をすることができ、「人間的なお産」のあり方、人間的なケアを受けた産婦の喜びや医療従事者の心地よさを実感できる手法である。「現在自分の病院で行われているお産」、「自分が経験したお産」、「自分が経験したいと思うお産」、「今まで経験したことがないがこれこそ人間的なお産と思うようなお産」など、様々なロールプレイは「実は自分でも何をすべきか本当はわかっている」という気づきを促す効果がある。そのための研修機材（臨月の妊婦と同じような重さを体験できるエプロン、新生児の人形など）の機材供与は効果的である。

日々行われているケアをあらためて振り返ったり、自分が産婦として大事にされる感覚を経験したり、医療従事者として産婦を大事にすることで感じる喜びに気づいたり、多くの気づきを引き出すことができる効果の高い手段であるとともに、チームで一緒に劇を作ることが参加者相互の仲間意識の高揚や内的な変革に繋がりうる。

## 人間的なお産を「実感」する

お産に関わる医療従事者から、職種にかかわらず、「良いお産に出会えばその瞬間にストンとわかる」「一例の“ほんもの”に出会うと、変わる」と言う話を聞く。よって、「人間的なお産」を理論ではなく、感覚として実感するための工夫も重要となる。以下のようなことが考えられよう。

- 先行プロジェクト地であるブラジルでの第三国研修
- 日本における助産所訪問/研修
- 日本人助産師が指導してのお産
- 「人間的なお産」実践についてのプレゼン（EBMやWHOガイドライン紹介などとともに写真を多用したパワーポイント資料やビデオ）

日本人助産師がお産の指導をする場合、その助産師が十分に実践経験を持ち、自律的な助産のあり方を理解している者であることが非常に重要である。日本の助産所での長期実習やブラジルのソフィア・フェルドマン産科病院での実習などは、「人間的なお産を実感」するために大変効果的であると考えられる。各地域にソフィア・フェルドマン産科病院のような研修拠点となりうる施設ができていくことは重要であろう。

## カウンターパートの本邦研修・招聘

本邦研修は、カウンターパートなどの案件関係者のやる気を引き出し、また案件内容に対する深い理解を得る上で重要なコンポーネントである。日本の社会状況やインフラなどの諸条件が途上国全般とはかけ離れていることが多いため、「日本のような先進国だから実現できるんだ」、「自国では実現することは難しい」という感想をもって終わってしまうことも見受けられるため、目的やターゲットを十分に考慮する必要がある。

## 課題別／地域別本邦研修（特定の地域（例：ポルトガル語圏、フランス語圏など）を対象に日本での集団研修を実施）

課題別・地域別の本邦研修では、複数の国の参加者が一同に会することで、自分たちより進んだ他国の状況を知り、刺激を受ける効果が高い。他国の実践しやすい取り組みを、自国に持ち帰って導入する試みも可能である。国によっては内部での事務処理が極めて煩雑かつ非効率なことも多い。このような国からの参加を得て、課題別研修などで「人間的なお産」に接する機会を増やすために、内部事情への配慮が必要である。

日本での研修全般に共通して、通訳の重要性が十分に理解されるべきである。通訳の質に問題があったため内容がきちんと伝わらないことは誤解を生じさせる危険も含めて極めて重大な問題であり、通訳の手配にあたってはその能力を十分に検討するべきであろう。

## 7. 「人間的なお産」体験を支える環境整備

**「女性の出産体験」を支える施設整備、そして「小さな機材」もケアの改善につながる**

### 「小さな」物品供与

「人間的なお産」の分野では、シンボリックな「小さな」物品供与は重要である。必要最低限でありながら十分には供給されていないような基本的な資機材（血圧計、トラウベ、

ドップラーなど)を供与することは、基本的なケアを振り返ることにもなり、必須であると言えよう。プライバシーが全く確保されない状況なども多いため、カーテンで仕切りを付ける程度の簡易な施設改修も効果的である。気温が低くて寒すぎるケースでは温かい環境を作る、気温が高すぎる環境ではエアコンや扇風機を導入するなど、快適な環境を作るための物品も供与は優先されるべきであろう。

マット、クッション、分娩椅子など安価にプライバシーを守り快適かつ安全な状況を実現できる資機材の導入は効果的であり、また、現地生産できるものも多い。

ポスター、バナーなども産婦や家族、そして医療従事者向けの啓発に有効である。

### **比較的高額な医療機材供与**

比較的高額で高度な医療機器である超音波画像診断装置、保育器などは現地医療者側から要望が上がりやすいが、これら的高額かつ高度な機材は、人間のお産普及そのものにどれだけ貢献するかは費用対効果も考えて十分検討する必要がある。

### **施設建設・改修**

「人間のお産」案件は無償資金協力と組み合わせられた形で立ち上げられるものもある。建設や改修に関しては、その保健施設がモデル施設として機能する場合も多いので、専門家は積極的に施設のデザインに関わることが望まれる。

### **5S-KAIZEN**

限られた医療資源の中で「安全な正常出産」を実現するためのモデルに、5S-KAIZENを組み込むことは、セネガルの成功もあり、フランス語圏アフリカを始めとするアフリカ地域には受け入れられやすい端緒となる可能性がある。「人間のお産」において、ケアの改善と環境の改善は文字通りの両輪である。

## **8. (終了時) 評価、ラップアップセミナー**

### **「人間のお産」の本質を評価指標に設定する工夫**

現場のケアが変化し、カウンターパートがエンパワーメントされ、案件に関わった専門家などの多くの人たちに内的な変革を促す、「人間のお産」の本質ができるだけ評価指標で表されるような取り組みを続けるべきである。その際、「女性の出産満足度調査」「WHO正常出産ガイドラインを元にしたケア指標の設定」などは、有益なツールとなり得る。

「人間のお産」に関わらず、ケアの質などを扱う案件においては、常にプロジェクト目標、指標の見直しについて意識的であること、そして、案件のもたらした変化・変革については量的指標で捉えきれないことを認識し、評価計画に質的調査をくみこむことが必要であると考えられる。

### **案件を総括し、その成果を広く共有するラップアップセミナーの開催**

ラップアップセミナーを終了時に実施するのは、案件を総括し、その後の持続性を担保するためにも重要である。終了時に国際会議を開催できれば、その成果を広く共有でき、有意義である。国際会議開催は難しくても、対象地域、対象国のできるだけ多くの関係者

を招いてのセミナーを開催することも重要である。

### 第3章：案件実施後

#### 9. 持続性の担保

##### 国内・地域・同一言語圏のネットワークなどの構築・活用

「人間のお産」案件が終了した後でも何らかの形でその国や地域に持続的に案件のエッセンスが伝えられることが望まれる。そのためには、

- 国内・外を含めた「人間のお産」に関する人的ネットワークの構築に関する事例/提案の共有
- 地域での連携（ラテンアメリカ、アフリカネットワーク事例）
- 同一言語圏での連携（ポルトガル語/フランス語などでのネットワーク事例）
- 研修の実施（同一言語圏の活用事例（ブラジルにおける第三国研修）含む）
- JICA 在外事務所などによるフォローアップ体制の構築

などが挙げられる。

#### 10. 普及を担う人材の育成

##### 開業助産所などで研修を受けられるシステムが望まれる

「人間のお産」は、日本の助産師をエンパワーし、鼓舞する分野である。助産の本質を前面に出すようなプロジェクトであり、助産師が国際保健の道を志すきっかけになったり、次世代の憧れを喚起したりできる。国際保健志向の助産師に開業助産所などで研修を受けられるシステム作りも重要であろう。JICAの専門家養成研修などを通じて短期・長期の助産所での研修を推進することが望まれる。

##### 日本の大学との共働

日本の大学との共働は、一義的に次世代育成を念頭として考えることができると同時に、教員・研究者側にも積極的な関与の機会を提供し、国際母子保健の経験を積んでもらうこともできる。「国際母子保健協力」の仕事には、多くの教員・研究者の興味関心が寄せられるため、その機会を提供することは重要である。

### 第4章：横断的なプロセス

#### 11. 自立発展に向けた取り組み

##### 当該国の法律・ガイドラインなどの整備

「人間のお産」の自立発展には、持続可能性を担保するための省令・法令化などを含めた政策的持続的なアプローチは重要である。つまり、プロジェクトは終わってしまっても、省令、法令などが残れば、具体的な形で常に出産の場の改善を志すことができるようになる。そのため、案件の対象地がどこであったとしても、「中央志向」が必要である。首都からプロジェクトサイトが離れていても、定期的に中央政府や保健省への働きかけを行い、案件の内容が常に国の基準、法令に反映されるような働きかけが必要である。「中

中央レベル」のカウンターパートをはじめから配置し、プロジェクトを「中央レベル」の「自分ごと」にする意識づけが重要である。中央レベル担当者と定期的に連絡を取り、また研修やセミナーに招くなどして中央レベルを常に巻き込む工夫が必要であり、中央レベル内部に「人間的なお産」について理解のある協力者を得る努力がなされるべきである。

病院でのケアに関するガイドラインの制定にあたっては、WHOの指針（Intrapartum care for a positive childbirth experience）に基づけば、おおよそその国で受け入れられやすいものとなる。また、「人間的なお産」の概念を説明するために「EBM」、「生理的なお産」、「Physiological processの尊重」「Physiological Birth」「Respectful Care」などの言葉を利用する事ができるだろう。

### **国内外での広報、論文発表**

「人間的なお産」は日本やJICAが世界をリードしている重要な分野である。しかし、その成果が活用しやすい形で蓄積しているとは言い難かった。本報告書はそういった中で重要な役割を果たすが、今後、案件報告書やプロジェクト通信などを整理、蓄積し、それを実践でも学術研究でも活用できるようにすることは大変重要である。そのためには、一本でも多くの論文が国内外で投稿されることを目指さねばならない。

「人間的なお産」は、これとこれとこれができたら出来上がり、ということではない。常に現状をよりよくしていくための、永続的なプロセスである。それは第一次医療のクリニックでも、第三次医療の大学病院でも、同様に導入することができる普遍的な姿勢である。また、経済・開発レベルに関わらず、案件の内容はそのまま、日本でも先進国でも逆輸入して学ぶことが可能である。基本概念の提供は助産学、案件として支えるのは疫学/公衆衛生学であるから、論文はその分野で発表されていかなければならない。また、「人間的な」という表現がラテンアメリカ発祥の表現であることに再度注目し、今後の人間世界へのラテンアメリカの思想、実践の影響を見届けることも、「人間的なお産」普及と無縁ではないことを言及しておく。

### 第3部 資料

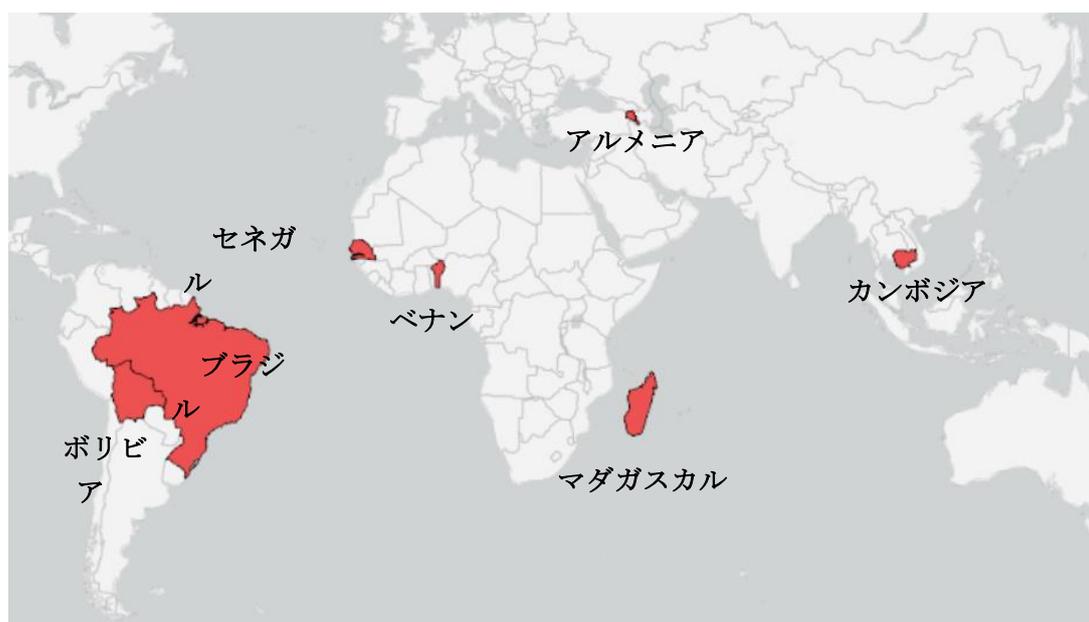
#### 第1章：対象案件の概要及び対象案件の国の母子保健に関わる基礎情報

本研究の対象案件は、図5に示すとおり、南アメリカのブラジルとボリビア、西アジアのアルメニア、東南アジアのカンボジア、アフリカのマダガスカル、ベナン、セネガルと多くの地域に渡る。また、案件の実施時期も1996年にブラジルで始まった「家族計画・母子保健案件」から、2018年に終了したセネガルの「母子保健サービス改善プロジェクトフェーズ2」まで幅広い。

表 13：本研究の対象案件（再掲）

国	案件	開始	終了
ブラジル	家族計画・母子保健プロジェクト	1996.4	2001.3
ボリビア	ラパス市母子保健に焦点をあてた地域保健強化ネットワークプロジェクト	2004.1	2005.12
	ラパス県農村部母子保健に焦点をあてた地域保健ネットワーク強化プロジェクト	2010.8	2014.8
アルメニア	リプロダクティブヘルスプロジェクト	2004.12	2006.11
ベナン	母子保健プログラム	2006	2016
マダガスカル	母子保健サービス改善プロジェクト	2007.1	2010.1
セネガル	タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト	2009.1	2011.12
	母子保健サービス改善プロジェクトフェーズ2	2012.11	2018.3
カンボジア	助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト	2010.3	2015.8

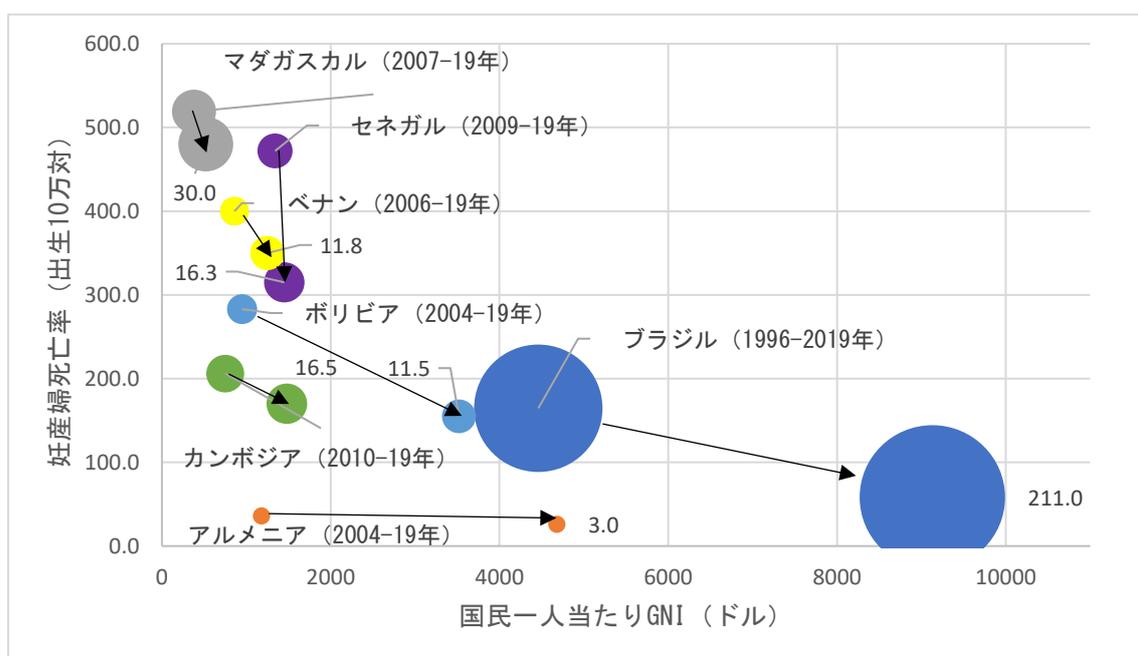
出典：共同企業体が作成



出典：共同事業体が作成

図 5：調査案件の実施国

多くの地域、そして幅広い時期に渡るため、対象案件の背景となる社会・経済状況や母子保健を巡る環境も多様である。案件の実施国における案件実施時からの妊産婦死亡率及び国民一人当たりGNIの推移を、図6に示す。まず、案件を開始した1996年時にブラジルは1億6,460万の人口を有し、国民一人当たりGNIは4,460ドルであった<sup>27</sup>。同国の人口規模及び経済的豊かさは対象7カ国の中では群を抜いており、妊産婦死亡率（出生10万対）184<sup>28</sup>という観点からは母子保健の状況も良好であった。アルメニアは案件開始時の2004年時点で国民一人当たりGNIは1,180ドルと経済的には貧しい状況ではあったが、妊産婦死亡率（出生10万対）は36と対象の他国と比較して著しく低かった。マダガスカル、ベナン、セネガルの国民一人当たりGNIはそれぞれ380ドル（2007年）、860ドル（2006年）、1,340ドル（2009年）と経済的に貧しく、また妊産婦死亡率（出生10万対）もそれぞれ519（2007年）、400（2006年）、472（2009年）となっており、母子保健の状況も対象7カ国の中では最も劣悪であった。



注：バブルの大きさとラベルの数字は人口（百万人）を示す  
 出典：World Bank Open Data を基に共同事業体が作成

図6：対象案件の実施国における案件実施時からの妊産婦死亡率及び国民一人当たりGNIの推移

## 1. ブラジル

### 国及び案件対象地域の概要及び母子保健に関わる基礎情報

ブラジル連邦共和国（以下、ブラジル）は南アメリカに位置し、8,515,767km<sup>2</sup>の国土（日本の約22.5倍）に約2億947万人(2018年, 世銀)の人口を有し、ラテンアメリカ地域で最大の国である。1960年代の軍事独裁政権下で「ブラジルの奇跡」と呼ばれる高度経済成長を実現したが、その後経済成長の失速と所得格差の増大が犯罪発生率の増大につながった。1985年に民政移管され、1988年には「保健医療は国民の権利であり政府の義務」とした医療無償化を含む先進的な憲法が施行されたものの、インフレ、犯罪増加、政治の混乱は続

いた。1994年に管理変動相場制にしたことでハイパーインフレは収束し、その後資源ブームに乗り、新興国BRICSの一角として国際的な存在感を増し、2007年には純債権国となったが、資源ブームの終息とともに経済成長は伸び悩んでいる。

案件開始時の1996年にはGNIは3,760ドルであったが、2019年には9,130ドルとなっており、南米最大かつ世界第9位の経済規模である。近年の経済発展により中産階級が増えたとはいえ、依然、階層間格差、地域間格差（豊かな南と貧しい北東部、北部）、保健・教育格差（貧困層は公立、富裕層は私立）や犯罪率の高さは続いている。

前述の通り、ブラジルでは憲法で保健医療は「国民の権利であり国家の義務」とされており、税金を財源とするSUS（Sistema Único de Saude：統一保健システム）による公的無料医療があるものの、その質には問題があり、民間健康保険が発展してきた。多くの大手企業は福利厚生として従業員向けの民間保険に加入しており、民間保険の加入者数は2020年時点で約4千7百万人<sup>29</sup>と人口の四分の一近い。

ブラジルは帝王切開率が異常に高い（2014-2019年は55-57%程度）ことで知られている。特にプライベートクリニックでの出産は84%が帝王切開となり、公的医療でも40%を超えており（2015年）、ブラジルでは「epidemia de cesarianas」（Epidemic of Caesaria）と呼ばれ、問題視されている。

母子保健指標は近年改善し、ミレニアム開発目標の多く指標も達成または改善が見られ、2017年の妊産婦死亡率（出生10万対）は60、2019年の新生児死亡率（出生千対）は13となっている<sup>28</sup>。ブラジルにおける主な指標は、表14のとおり。

表14：ブラジルにおける主な指標

指標	案件開始時 (1996年)	最新
社会・経済指標		
面積（千km <sup>2</sup> ）	8,515.8	8,515.8
人口（百万人）	164,614.7	211,049.5 (2019)
国内総所得（GNI：米ドルレート：十億ドル）	733.7	1,926.3(2019)
国民一人当たりGNI（米国ドルレート：ドル）	4,460	9,130(2019)
絶対的貧困水準（1日1.90\$）以下の人口比（%）	14.2	4.4 (2018)
初等教育修了率（%）	112.2(2001)	100.7 (2004)
出生時平均余命（歳）	68.7	75.7 (2018)
SDGグローバル指標（特に母子保健に関わる指標）		
2.2.1 5歳未満児における発育阻害の割合（%）	13.0	7.0 (WB2007)
3.1.1 妊産婦死亡率（出生10万対）	184	58.2 (2012)
3.1.2 専門技能者の立ち会いの下での出産の割合	87.6	99.2 (2015)
3.2.1 5歳未満児死亡率（出生千対）	44.8	13.9(2019)
3.2. 新生児死亡率（出生千対）	20.5	7.9 (2019)
3.7.1 近代的手法によって、家族計画についての自らの要望が満たされている出産可能年齢（15～49歳）にある女性の割合（%）	80.2	89.0(2007)
3.7.2 青年期（15～19歳）の出生率（女性1,000人当たり）	84.2	57.9(2018)

表 14：ブラジルにおける主な指標（続き）

指標	案件開始時 (1996年)	最新
3.7.2 青年期（15～19歳）の出生率（女性1,000人当たり）	84.2	57.9(2018)
3.b.1 はしか2回目の予防接種率（%）	95.0(2000)	54.0(2019)
3.b.1 DTP3回目の予防接種率（%）	77	73 (2019)
3.c 医師の数（人口1万人当たり）	12.6	21.6 (2018)
3.c 看護・助産師の数（人口1万人当たり）	18.4	101.2(2018)

出典：World Bank Open DataとWHO Global Health Observatory data

### 母子保健に関わる政策（案件実施当時）

1985年にWorld Health Organization (WHO) と Pan American Health Organization (PAHO)はブラジル、セアラ州都フォルタレーザにおいて出産関連適正技術についての専門家会合を実施した。そこで「どの地域でも帝王切開率が10-15%を超えることは科学的に正当化できない」とされ、広く世界中で基準とされるようになった。また女性への社会的/感情的/心理的サポートの重要性、出産における家族の立ち会い、出産女性の文化・習慣の尊重、母子同室、出産直後の授乳推奨、胎児心音モニタリングの適切な使用、剃毛及び浣腸の非推奨、背側砕石位の非推奨、分娩時の自由な体位と歩行の推奨、会陰切開の非推奨、本当に必要な場合に限った陣痛誘発剤使用など、今日の「人間的なお産」概念の基礎がWHOから勧告された<sup>10</sup>。

しかしブラジルでは多くの医師が複数のパブリック/プライベート施設において掛け持ちで働いていること、看護師数が非常に少なく（1995年当時、医師：看護師比率はほぼ1:1）現場のSkilled birth attendantsが不足していた事などから、出産において医療従事者の効率性が優先され、また様々な社会的文化的背景もあって帝王切開率は上昇を続けた。1985年の「出産のための適正技術勧告」はほとんどの保健施設に於いて無視され、プライベートセクターにおいてはその殆どが帝王切開となり、他方、公的保健施設における自然分娩においては、女性/家族への侮蔑的行為、家族の立会禁止、剃毛/浣腸/分娩誘発剤のルーティン使用、硬直的な分娩体位の強制など「出産のための適正技術勧告」からは程遠い非人間的かつ安全でない環境となった。そういった状況が「自然分娩ではひどい目に合う」という社会的ムードと「私立病院での帝王切開への憧れ」を生み、更に帝王切開率を上昇させるという状況となった。他方、ブラジル国内にはそのような状況を危惧し、女性本来の生む力、子ども本来の生まれる力を活かし、必要以上の医療介入をなくして、女性/子ども/家族の尊厳を尊重した出産を目指すムーブメントが「Humanização do Parto」として動き始め、少数派ながら、次第にその理解者を保健省内部も含めて増やしていた。

また当時ブラジル全体の母子保健指標は「中進国」に相当するものの、南北格差・社会格差が激しく、特に開発の遅れた北部・北東部の保健医療サービス水準は低かった。その状況を打開すべく、民政移管したブラジル政府は1988年に統一保健システム（SUS）を制定し保健医療体制強化を図ったが、北東部貧困層には必要最低限の医療サービスすら行き届かない状況であった。

## 案件の概要

このような背景の下、1993年、北東部を対象に妊産婦ケア、家族計画などを中心とした母子保健サービスの質向上を目的とする案件の実施がブラジル政府から日本政府に要請された。要請に基づき、1994年に事前調査、1995年実施協議調査が実施され、1996年4月から5年間の技術協力案件が開始された。案件の概要は、表 15のとおり。

案件開始当時PDMは導入されておらず、活動の大まかなテーマを決めて案件を開始し、開始後半年ほどの間にパイロット地域の選定も含めた活動内容の詳細が詰められた。(PDMは案件実施中に導入された。)

初期の段階での活動内容は必ずしも人間的な出産に限ったものではなかった。だが、セアラ州フォルタレーザというまさに1985年「出産のための適正技術勧告」が発出された地での案件であったこと、2で述べたようにあまりにも非人間的な出産状況で「人間的なお産」のための活動が必要であったこと、日本人専門家がブラジルの人間的な出産ムーブメントの中心的リーダーたちとの協力関係を確立できたことなどから、特に「人間的なお産」に関して世界的にも大きなインパクトを与える案件になったと言える。案件期間、産科医師会の反発などもあったが、「人間的なお産」の概念はブラジルの保健政策に取り入れられPORTARIA N° 569, DE 1° DE JUNHO DE 2000で政令として確立された。

表 15：ブラジル案件の概要

案件名	家族計画・母子保健プロジェクト
協力期間	1996.4-2001.3
先方関係機関	保健省、セアラ州保健局。出産のヒューマンゼーションネットワーク（公式なCPではないが重要な役割を果たした）
協力金額	9.0億円
協力内容	<p>上位目標：東北ブラジルにおける母子保健サービスが改善される プロジェクト目標：セアラ州における母子保健サービスが改善される</p> <p>成果：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. セアラ州の母子医療従事者の意識、知識及び技術水準が向上する。</li> <li>2. パイロット地区及びフォルタレーザ市内の基幹病院の出産関連施設が「人間的な出産と出生」にふさわしいものとなる。</li> <li>3. 「人間的な出産と出生」概念がセアラ州内に普及する。</li> <li>4. セアラ州住民の性感染症予防に向けた意識及び行動が改善する。</li> </ol> <p>主要活動：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 人間的な出産関連アドボカシー活動（法制化支援、国際会議実施含む）</li> <li>• 母子医療従事者研修（TOTは看護師/医師を対象に行い、養成されたトレーナーが現場で分娩介助にあたる准看護師の研修を実施）</li> <li>• 産科看護師育成（大学での卒前/卒後コース）</li> <li>• 母子保健機材供与（LDRベッド開発含む）</li> <li>• 性感染症/エイズプログラムの展開と新規家族計画サービスの導入（コンドーム回転資金プログラム、緊急避妊法）</li> </ul>
投入	<p>日本側：長期専門家：8名 短期専門家派遣：34名 研修員受入れ：16名 機材供与：1.7億円 現地業務費：0.9億円 先方側：カウンターパート（C/P）配置、C/P人件費、光熱費など</p>

出典：独立行政法人国際協力機構『ブラジル連邦共和国家族計画・母子保健プロジェクト終了時評価報告書』2001年

## 2. ボリビア

### 国及び案件対象地域の概要及び母子保健に関わる基礎情報

ボリビア多民族国（以下、ボリビア）は南アメリカに位置し、約110万km<sup>2</sup>の国土（日本の約3.3倍）に約1,135万人(2018年, 世銀)の人口を有し、豊かな天然資源に恵まれながらも、建国以来政治的に不安定な状態が続き、また一次産品への依存度が高く、貧困問題は深刻であったが、2006年以降のモラエス政権下では資源ブームに乗り一人あたりGNIは大幅に増大した。またモラエス政権開始当初の2006年のGINI係数は0.567と極端に高いものであったが、2018年には0.422まで下がっていることから伺えるように貧困層の底上げがある程度進んでいる。ただし、2019年末にモラエス大統領が四期目の当選後選挙不正を指摘され反対勢力との対立が深まった結果亡命し、2020年10月現在も暫定大統領による統治が続き、政情は安定していない。

乳幼児死亡率や妊産婦死亡率など、主要な保健指標について改善がみられるものの、未だ改善の余地は大きい。左派でありまた初めての先住民系大統領であったモラエス政権は、農村部/母子/先住民など社会的弱者の状況改善を目指し、公的社会保険の充実、母子保健サービス利用への現金インセンティブ給付、保健医療サービスの拡大などに取り組んだものの、人材不足、保健医療の質、保健医療施設・機材面で課題が残る。広大な土地に集落が点在し先住民人口比率が高い高地高原地域においては、保健医療サービスへのアクセスの困難さ、医療施設サービスへの信頼感の低さ、母子保健サービスに関する住民の知識が限定されていることなどから、民間療法に頼ることが多く、また専門技能者による分娩介助率が低い。

ボリビアにおける主な指標は、表 16のとおり。

表 16：ボリビアにおける主な指標

指標	案件開始時 (2004年)	最新
社会・経済指標		
面積 (千km <sup>2</sup> )	1,098.6	1,098.6
人口 (百万人)	9.1	11.5 (2019)
国内総所得 (GNI : 米ドルレート : 十億ドル)	8.7	40.6(2019)
国民一人当たりGNI (米国ドルレート : ドル)	950	3,520(2019)
絶対的貧困水準 (1日1.90\$) 以下の人口比 (%)	13.6	4.5 (2018)
初等教育修了率 (%)	97.3 (2010)	94.8 (2018)
出生時平均余命 (歳)	64.8	71.2 (2018)
SDGグローバル指標 (特に母子保健に関わる指標)		
2.2.1 5歳未満児における発育阻害の割合 (%)	32.4 (2003)	16.1 (2016)
3.1.1 妊産婦死亡率 (出生10万対)	283	-
3.1.2 専門技能者の立ち会いの下での出産の割合	60.8	89.8 (2016)
3.2.1 5歳未満児死亡率 (出生千対)	59.5	26(2019)
3.2. 新生児死亡率 (出生千対)	26.2	14.6 (2019)

表 16：ボリビアにおける主な指標（続き）

指標	案件開始時 (2004年)	最新
3.7.1 近代的手法によって、家族計画についての自らの要望が満たされている出産可能年齢（15～49歳）にある女性の割合（%）	43.0	50.3(2016)
3.7.2 青年期（15～19歳）の出生率（女性1,000人当たり）	84.2	63.9(2018)
3.b.1 はしか2回目の予防接種率（%）	-	44.0(2019)
3.b.1 DTP3回目の予防接種率（%）	84	75 (2019)
3.c 医師の数（人口1万人当たり）	3.3 (2007)	15.9 (2016)
3.c 看護・助産師の数（人口1万人当たり）	6.1 (2007)	15.6(2017)

出典：World Bank Open Data と WHO Global Health Observatory data, The WHO/UNICE Estimates of National Immunization Coverage (WUENIC)

### 母子保健に関わる政策（案件実施当時）

2006年に策定されている「国家開発計画」では、国民一人一人の尊厳ある生活をめざすことが謳われており、このための具体的な重要課題の1つとして保健セクター開発が位置づけられている。このための具体的な政策として、同年に「保健セクター開発計画」が定められており、国民の命と健康の質の向上が目標として掲げられていた。こうした上位政策を踏まえ、母子保健分野については2009年に「妊産婦と新生児の健康向上のための国家戦略計画」が策定され、継続ケア、科学的な根拠に基づいたケア、小児疾患の統合的管理などが重要な取り組み課題とされた。また特筆すべき点として2009年に承認された新憲法において、先住民の権利を大幅に拡大させ、また国民の保健へのアクセスを保障した事が挙げられる。

制度的には、2003年から施行されたユニバーサル母子保険制度(Seguro Universal Materno Infantil)による産前健診/出産介助/乳幼児健診が無料提供されており、また2009年からは妊産婦や乳幼児に対する給付金支給制度（産前健診/乳幼児健診へのインセンティブ給付）が実施されている。

### 案件の概要

#### ラパス市母子保健に焦点をあてた地域保健ネットワーク強化プロジェクト

首都であるラパス市は政府機関や国際機関が集まる都市であるにもかかわらず、母子保健に係る妊産婦死亡率や乳幼児死亡率の保健指標はボリビア国平均を上回っており、母子が適切な保健医療サービスを受診できていない実態や貧困の深刻さを反映していた。ラパス市ではSUMI 実施で母子に関する基本的医療サービスが無料となったにもかかわらず、妊娠や出産時に医療機関を受診しないケースが全体の約40%を占め、このことが出産や妊娠に関する死亡率を高めるひとつの要因ともなっていた。そして、市内各地区にある1次医療施設が地域住民の信頼を得ていないため、本来1次施設で診るべき患者が2次・3次医療施設へ集中する状況を改善し、母子が身近な1次医療施設による公的医療サービスを安心して享受できる環境づくりが急務となっていた。そこで、ボリビア政府は我が国に対し、対象地域（ラパス市）における妊産婦及び乳幼児死亡率低減するため、それら状況の改善に係る技術協力を要請した。本案件はJICAにおける「人間的なお産」第1号案件であった

ブラジルの「家族計画・母子保健プロジェクト」後に行われた初めての「人間的なお産」案件であった。ただし、介入は小規模で期間も2年間と限られていた。案件の概要は表 17 のとおり。

表 17：ボリビア案件フェーズ1の概要

案件名	ラパス市母子保健に焦点をあてた地域保健ネットワーク強化プロジェクト
協力期間	2004.1-2005.12
先方関係機関	保健スポーツ省、ラパス市DILOS、第1保健ネットワーク、第2保健ネットワーク
協力金額	
協力内容	<p>上位目標：ラパス市の母子の健康状態が改善される。</p> <p>プロジェクト目標：ラパス市の第1及び第2保健ネットワークの1次レベル保健医療サービスが母子保健分野を中心に改善される</p> <p>成果：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ラパス市の第1及び第2保健ネットワークにおける母子に対するケアの質が向上する。</li> <li>2. パイロット保健センターにおける母子保健活動が住民参加の下強化される</li> </ol>
投入	<p>日本側：</p> <p>長期専門家：48MM、短期専門家：16MM 研修員受入れ：4MM</p> <p>機材供与：教材作成用視聴覚機材、1次医療資機材など</p> <p>先方側：</p> <p>カウンターパート（C/P）の配置（市保健局あるいはDILOSレベル、保健ネットワークレベル）、プロジェクト執務環境の提供</p> <p>ローカルコスト負担（電気・光熱・水道など設備維持管理費、通信運搬費）</p>

出典：独立行政法人国際協力機構『事業事前評価表（技術協力プロジェクト）』

#### ラパス県農村部母子保健に焦点をあてた地域保健ネットワーク強化プロジェクト

ラパス県は、保健医療施設へのアクセスが都市部では比較的容易である一方で、農村部では保健サービスの利用率が低く、母子保健の状況が他県に比べて劣悪である。新生児死亡率は1,000出生当たり34件と全国平均を上回っていた（2008年）。また、施設分娩率は58%という低さであった。同県の第4保健管区には先住民が多く居住しているが、保健医療施設をあまり利用しておらず、医療従事者の立ち会いによる出産の割合は3～4割前後と推計されていた。保健医療施設理由が低調な理由としては以下のような理由が挙げられた。

- 母子保健や保健医療サービスについての地域住民の知識は限られており、このために主体的に保健医療サービスを利用しようとならない。
- 保健医療施設で提供されるサービスについて地域住民からの評価が低い。診療の質が低い、医療従事者の患者への接し方・態度が悪い、患者への説明がない、外来の待ち時間が長い、保健医療施設内が寒いといった意見を住民が持っている。
- 第4保健管区では広大な農村部に人々が散らばって住んでいるために、保健医療施設へのアクセスが容易ではないコミュニティが少なくない。未舗装の道路が多く、また、公共交通機関も発達していないため、自宅の最寄りの保健医療施設まで徒歩で1時間以上かかる場合もある。

このような背景の下、保健医療施設・医療従事者の能力向上、保健に関する意思決定へのコミュニティの参加、保健管区と市のネットワーク化を通じて、本事業はラパス県第4保健管区（計6市、人口約13万人、面積4,380平方キロ、病院3、保健センター13、保健ポスト28、正規雇用医療従事者約120人）において、コミュニティ参加により母子保健の診療とマネジメントの向上を図り、もって母子の健康の改善を目指して、2010年8月から4年間の技術協力プロジェクトが実施された。

なお本案件は前述の「ラパス市農村部母子保健に焦点をあてた地域保健ネットワーク強化プロジェクト（2004-2005）」の後継案件とも言えるが、必ずしも母子保健のみに注力したのではなく、同国で実施されていた「サンタクルス県地域保健ネットワーク強化プロジェクト（2001-2006）」で提唱されたFORSAモデル（住民参加型ヘルスプロモーション手法）の普及にも大きな焦点があてられていた。またモデル地域はアチャカチという文化・治安などの面から介入の難しい地域であった。案件の概要は、表18のとおり。

表18：ボリビア案件フェーズ2の概要

案件名	ラパス県農村部母子保健に焦点をあてた地域保健ネットワーク強化プロジェクト
協力期間	2010.8-2014.8
先方関係機関	保健スポーツ省（2014年に保健省として再編）、ラパス県庁、ラパス県保健局、第4保健管区
協力金額	2.07億円
協力内容	<p>上位目標：上位目標：ラパス県第4保健管区の母子の健康の改善に貢献する</p> <p>プロジェクト目標：ラパス県第4保健管区において母子保健の診療と地域レベルの参加型事業を向上させる</p> <p>成果：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ラパス県第4保健管区の保健医療施設において質の高い母子保健サービスが提供される。</li> <li>ラパス県第4保健管区の地域住民が主体的に母子保健サービスを利用できるようになる。</li> <li>ラパス県第4保健管区において母子保健に関する活動を効率的・効果的に実施するためのマネジメントの仕組みを強化する。</li> </ol> <p>主要活動：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>母子保健に関する医療従事者への研修</li> <li>コミュニティでの保健委員会の組織化</li> <li>コミュニティ保健ファシリテーターへの研修</li> <li>母子保健に関するコミュニティ住民への研修、情報分析に関する保健委員会への支援</li> </ul>
投入	<p>日本側：専門家：4名 研修員受入れ：4名</p> <p>機材供与：事務機器、医療機材</p> <p>在外事業強化費：ローカル専門家雇用費用、旅費など</p> <p>先方側：カウンターパート配置：保健管区コーディネーター、監督看護師、統計担当員、対象8市の市長、施設・資機材の提供：オフィススペースなど</p>

出典：独立行政法人国際協力機構『ラパス県農村部母子保健に焦点をあてた地域保健ネットワーク強化プロジェクトプロジェクト別事後評価（内部評価）評価結果分析集』2018年

### 3. アルメニア

#### 国及び案件対象地域の概要及び母子保健に関わる基礎情報

アルメニア共和国（以下、アルメニア）はコーカサス地域に位置し、29,800km<sup>2</sup>の国土

(日本の約13分の1)に約300万の人口を有する(2019年)、同地域にて最も小さな国の1つである。1991年のソビエト連邦共和国(以下、旧ソ連)の崩壊と同時に独立し、その後続く市場経済移行による経済的混乱、そして隣国であるアゼルバイジャンとの武力紛争などによって、1990年代にかけて社会・経済が大きく混乱した。そのため、案件が開始された2004年時点で、アルメニアの国民一人当たりGNIは1,180ドルと、同国が位置するヨーロッパ・中央アジア地域のOECD加盟国などの高所得国を除いた平均2,895ドルと比べて、経済的にも貧しい状況であった。その後、農業、工業、宝飾品加工業を主産業として経済成長を続け<sup>30</sup>、2018年には低中所得から高中所得国の一員に加わり、2019年の国民一人当たりGNIは4,680ドルとなっている<sup>34</sup>。

特に国立エレバン医科大学は旧ソ連の中でも高い水準の教育を行っており、アルメニアの健康水準は良好であった。しかし、旧ソ連体制からの移行を図るため1996年に国家保健制度開発改革プログラムが、2001年には保健制度最適化プログラムが策定され、旧ソ連時代に築かれた過剰な供給体制と国家財政への過負担を見直し、医療施設や医療従事者の削除、保健施設の民営化、今まで無料で提供されていた保健サービスの有料化などが行われた。しかし、これらの変革が、保健医療サービスの質の低下や特に貧困層や地方住民におけるアクセスの悪化をもたらしたと言われている。そのため、妊産婦死亡率(出生10万対)は旧ソ連時代よりも増加して、1999年から2001年までの平均は48となっていた<sup>31</sup>。また、1990年以降の社会・経済の混乱を受けて人口の国外流出が発生し、そして健康状態の悪化も重なって出生率(人口1,000人当たり)の低下が引き起こされ、2004年時点で13.9となっていた。そのため、家族計画の推進によって不十分な妊娠知識を原因とする違法中絶を減少させることなどが国の重要課題とされていた。その後、母子保健は改善し、ミレニアム開発目標の多く指標も達成または改善が見られ、2017年の妊産婦死亡率(出生10万対)は26、2019年の新生児死亡率(出生千対)は6.4となっている<sup>35</sup>。アルメニアにおける主な指標は、表19のとおり。

表 19 : アルメニアにおける主な指標

指標	案件開始時 (2004年)	最新
社会・経済指標		
面積(千km <sup>2</sup> )	29.8	29.8
人口(百万人)	3.0	3.0(2019)
国内総所得(GNI:米ドルレート:十億ドル)	3.5	13.8(2019)
国民一人当たりGNI(米国ドルレート:ドル)	1,180	4,680(2019)
絶対的貧困水準(1日1.90\$)以下の人口比(%)	7.9	2.1(2018)
初等教育修了率(%)	100.0	90.0(2018)
出生時平均余命(歳)	72.5	74.9(2018)

表 19：アルメニアにおける主な指標（続き）

指標	案件開始時 (2004年)	最新
SDGグローバル指標（特に母子保健に関わる指標）		
2.2.1 5歳未満児における発育阻害の割合（%）	17.9 (2005)	9.4 (2016)
3.1.1 妊産婦死亡率（出生10万対）	36	26 (2017)
3.1.2 専門技能者の立ち会いの下での出産の割合	99.5	99.8 (2016)
3.2.1 5歳未満児死亡率（出生千対）	25.1	11.8 (2019)
3.2. 新生児死亡率（出生千対）	13.6	6.4 (2019)
3.7.1 近代的手法によって、家族計画についての自らの要望が満たされている出産可能年齢（15～49歳）にある女性の割合（%）	27.2 (2005)	40.2 (2016)
3.7.2 青年期（15～19歳）の出生率（女性1,000人当たり）	30.6	20.9 (2018)
3.b.1 はしか2回目の予防接種率（%）	94	96 (2019)
3.b.1 DTPの予防接種率（%）	91	92 (2019)
3.c 医師の数（人口1万人当たり）	24.6	44.0 (2017)
3.c 看護・助産師の数（人口1万人当たり）	48.6	61.1 (2017)

出典：World Bank Open Data と WHO Global Health Observatory data

#### 母子保健に関わる政策（案件実施当時）

1999年の世界銀行・国際通貨基金の年次総会で支援対象国に「貧困削減戦略文書（Poverty Reduction Strategy Paper: PRSP）」の作成を求めることが決定され、案件開始の前年である2003年にアルメニア政府もPRSPを策定した。同国のPRSPでは保健分野が重点分野として位置づけられ、①地方におけるプライマリー・ヘルス・ケア（PHC）の改善、②リプロダクティブヘルスを含む母子保健の改善、③感染症、特にHIV/エイズ対策、という3つが優先課題として挙げられた。PRSPを受けて、2003年に保健省はPHC及び母子保健、保健財政の強化を柱とした「国家保健政策2004-2015」を策定した。

アルメニアの保健制度は旧ソ連時代のもを引き継いでおり、その長所として、居住地の保健施設への登録で住民を把握し、外来施設と入院施設、さらに入院施設は成人対象施設と小児対象施設と、それぞれの職域が明確に区分されている医療機関の配置がされており、医療従事者の数も十分であった。一方、母子保健の施策も旧ソ連時代から引き継いだ短所が課題となっていた。つまり、PHCの保健サービスの不足と高次医療への偏重と非効率性である。多くの低・中所得国では保健施設や保健人材の不足が課題となるが、アルメニアでは、例えば1999年には174の保健施設が23,600床の病床を有しており、その占有率は40%程と極めて低いものであった<sup>32</sup>。このように需要に対して施設や人材の過剰が生じており、保健に充てられる予算の多くはサービスの質向上ではなく、現行の非効率なシステムを維持するために使われているという指摘もあった。そのため、前述のように、保健制度最適化プログラムなどを通じて、医療施設や医療従事者の削除、保健施設の民営化、今まで無料で提供されていた保健サービスの有料化が行われ、母子保健を担う保健施設でも病床数や保健人材の削除が推進された。

母子保健に関わる具体的な施策としては、1997年から2000年には国連人口基金（UNFPA）と共同で「リプロダクティブヘルス向上プロジェクト」が実施されており、妊産婦死亡率

と人口妊娠中絶の改善を目的として、家族計画の推進の他、産前健診や緊急出産における医療サービスの改善を行った。更に、2002年から2015年まで、保健省は「リプロダクティブヘルス改善プログラム」を実施し、第3次保健施設である周産期・婦人科センターでの産前健診の普及と医療機器の供与、リファラル制度の整備を行った。

### 案件の概要

このような背景の下、2003年にアルメニア政府からの要請を受けて、同年の案件形成調査、そして2004年の短期専門家派遣と実施協議調査を経て、同年12月より、アルメニア初の技術協力プロジェクトとして「リプロダクティブヘルスプロジェクト」が実施された。案件の概要は、表20のとおり。

JICA事務所も日本大使館もなく、安全管理上の理由から短期シャトル型の専門家派遣となり、案件運営には事務所の立ち上げと閉鎖作業に時間と労力を要した。しかし、保健省や母子保健分野でリーダーシップを取れる立場にある関係者の理解と関与を得て、また案件計画・実施段階を通じてアルメニア関係者の考え方やニーズを尊重した「対話」を重ねることで大きな効果を発現した。具体的には、「成果3：レファレル体制の強化」の達成は限定的であったもの、「成果1：科学的根拠に基づいた妊産婦保健医療・ケア（Evidence-Based Medicine: EBM）の理解向上」では対象病院の対象スタッフ全員が研修を受け、エンドライン調査でもEBMの知識と実践が改善したことが確認された。また、「成果2：効果効率的な妊産婦保健医療・ケアの提供」についても、対象病院では産前健診の受診回数、会陰切開・帝王切開率、アプガースコア7点以下の新生児の割合が改善し、また新たにフリースタイル分娩の導入も確認された。ただし、2年間という限られた期間の案件であったため、プロジェクト目標には大きな変化を認めることができなかった。

また、本案件との相乗効果を狙い、本案件の対象施設である産婦人科周産期医療センター及びラズダン産婦人科病院、ガバル産婦人科病院、という3施設に対して、無償資金協力を通じて医療器材の供与が行われた。

表20：アルメニア案件の概要

案件名	リプロダクティブヘルスプロジェクト
協力期間	2004.12-2006.11
先方関係機関	保健省、産婦人科周産期医療センター、ラズダン産婦人科病院、ガバル産婦人科病院
協力金額	1億3千万円
他の関連協力	無償資金協力
協力内容	<p><b>上位目標：</b>アルメニア国の妊産婦および新生児の健康状態が改善される。</p> <p><b>プロジェクト目標：</b>プロジェクト対象病院における妊産婦・新生児サービスが向上する。</p> <p><b>成果：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>プロジェクト対象病院の保健医療従事者が、効果効率的な科学的根拠に基づいた妊産婦保健医療・ケアと、その具体的な実践方法について理解する。</li> <li>プロジェクト対象病院において、効果効率的な妊産婦保健医療・ケアが提供されるようになる。</li> <li>産婦人科周産期医療センターとラズダン、ガバル両産婦人科病院とのレファレル体制が強化される。</li> </ol>

表 20：アルメニア案件の概要（続き）

投入	<b>日本側：</b>
	短期専門家派遣 9名 (39.15MM) 機材供与 4,803,664円
	研修員受入れ 21名 現地業務費 12,000,000円
	<b>先方側：</b>
	カウンターパート (C/P) 配置
	研修員受入れ 21名 ローカルコスト負担 C/P人件費、光熱費など
	土地・施設供与 プロジェクト事務所

出典：独立行政法人国際協力機構『アルメニア共和国リプロダクティブヘルスプロジェクト終了時評価調査報告書』  
2006年

#### 4. ベナン

##### 国及び案件対象地域の概要及び母子保健に関わる基礎情報

ベナン共和国（以下、ベナン）は西アフリカに位置し、112,622km<sup>2</sup>の国土（日本の約3分の1）に約1,149万人(2018年, 世銀)の人口を有す、1960年に独立した旧フランス植民地の国で、公用語はフランス語である。独立後、1975年から一党体制の社会主義路線が続いたが1990年に民主化し、その後情勢は安定し平和的な政権交代が繰り返されており、西アフリカにおける民主国家のモデルとなっている。経済的には、農業とコトヌ港サービス業が主要産業であり、比較的堅調な経済成長を実現しているものの一人あたりGNIは2018年時点で1,200ドルにとどまり、およそ半分の国民が1日1.9ドル以下で生活している。

医師数、看護師・助産師数ともにサブサハラアフリカの地域平均を下回り、また都市部に医療従事者が集中している。保健予算に関しては、保健支出の約3分の1はドナーからの支援で賄われているが、国民一人当たりの利用者負担は依然として大きい。また、国家予算に占める保健分野への支出の割合2006年に6%、2017年に5%と伸び悩んでおり、アブジャ宣言の15%にはほど遠い。

母子保健指標は徐々に改善しつつあるものの、妊産婦死亡率（出生10万対。2014年）は350、2019年の新生児死亡率（出生千対）は30.6、5歳以下死亡率（出生千対）は90.3と依然高い<sup>28</sup>。ベナンにおける主な指標は、表 21のとおり。

表 21：ベナンにおける主な指標

指標	案件開始時 (2006年)	最新
社会・経済指標		
面積 (千km <sup>2</sup> )	114.7	114.7
人口 (百万人)	8.2	11.8 (2019)
国内総所得 (GNI : 米ドルレート : 十億ドル)	7.1	14.8(2019)
国民一人当たりGNI (米ドルレート : ドル)	860	1,250(2019)
絶対的貧困水準 (1日1.90\$) 以下の人口比 (%)	48.8(2003)	49.5 (2015)
初等教育修了率 (%)	63.7(2008)	80.7 (2016)
出生時平均余命 (歳)	57.8	61.5 (2018)

表 21：ベナンにおける主な指標（続き）

指標	案件開始時 (2006年)	最新
SDGグローバル指標（特に母子保健に関わる指標）		
2.2.1 5歳未満児における発育阻害の割合（%）	36.2(2001)	32.2 (2018)
3.1.1 妊産婦死亡率（出生10万対）	400	350 (2014)
3.1.2 専門技能者の立ち会いの下での出産の割合	74.0	78.1 (2018)
3.2.1 5歳未満児死亡率（出生千対）	120.1	90.3(2019)
3.2. 新生児死亡率（出生千対）	35.8	30.6 (2019)
3.7.1 近代的手法によって、家族計画についての自らの要望が満たされている出産可能年齢（15～49歳）にある女性の割合（%）	41.1	38.2(2012)
3.7.2 青年期（15～19歳）の出生率（女性1,000人当たり）	110.1	84.0(2018)
3.b.1 はしか2回目の予防接種率（%）	66.0	71.0(2019)
3.b.1 DTP3回目の予防接種率（%）	74	76 (2019)
3.c 医師の数（人口1万人当たり）	0.6(2008)	0.8 (2018)
3.c 看護・助産師の数（人口1万人当たり）	8.2(2008)	3.9(2018)

出典：World Bank Open Data と WHO Global Health Observatory data

#### 母子保健に関わる政策（案件実施当時）

ベナンにおける母子保健指標は2000年代に入って横ばいの傾向にあったが、改善の余地は非常に大きい状態であった。そのような状況の中「第3次貧困削減のための成長戦略文書（SCRP）2011-2015年」を策定し、その中で「保健サービスのアクセスと質の向上」を目標とした。

「保健セクター国家開発戦略2007-2016」の優先課題は次の5点が挙げられた。

- 主要疾病予防と撲滅及びケアの質改善
- 人的資源開発促進
- ドナーとの連携強化及び医療倫理の推進
- 保健セクターへの資金投入管理改善
- 保健セクター組織強化

また「妊産婦・新生児死亡率削減国家戦略（2006-2015）」において次の目標を上げた。

- 妊産婦死亡率を2015年までに498（1996年：出生1000）から390に削減する
- 新生児死亡率を2015年までに38.2（1996年：出生1000）から21に削減する

そのために、緊急産科ケアの拡充、医療従事者の能力強化、施設機材などのインフラ整備を含めた母子保健サービス改善に向けて取り組んだが、政策を実施に移すための戦略の未整備、予算・人材不足などにより円滑な実施が困難な状況にあった。

#### 案件の概要

このような背景の下、ベナン国政府は、母子保健分野でのトップリファラル医療施設であり、現職医療従事者の研修機関であるラギューン母子病院を対象とした施設・設備強化に係る支援をわが国に対し要請し、これを受けてJICAは無償資金協力「ラギューン母子病

院施設・設備強化計画2007－2009」を実施した。

さらに、JICAは、同ラギューン母子病院施設（以下HOMEL）を拠点として、ベナン国の人口の21%（177万人）が集中するアトランティック県及びリトラル県を中心とした南部地域における妊産婦・新生児死亡率削減を目的としたベナン母子保健プログラムを策定、実施した。同プログラムでは、1) HOMELでの妊産婦・新生児ケアの改善、2) 母子保健行政機関の政策立案実施能力の強化、3) 県地域レベル医療従事者の妊産婦・新生児ケア改善、4) リファラル体制の改善などによるベナン国南部地域の妊産婦・新生児死亡率削減に関連する活動を展開した。同母子保健プログラムは、技術協力個別専門家を核として、JICA海外協力隊、課題別研修（地域別・集団研修）、フォローアップ協力などの協力形態の有機的な連携により実施された。

案件の概要は、表 22のとおり。なお、プログラム全てを網羅するのではなく、特に「人間的なお産」に関連の深い部分を記述している。

表 22：ベナン案件の概要

案件名	ベナン母子保健プログラム
協力期間	2006-2016
先方関係機関	保健省母子保健局/ アトランティック・リトラル県保健局
関連協力	<p>技術協力個別専門家を核とし、JICA海外協力隊、課題別研修（地域別・集団研修）、無償資金協力、フォローアップ協力の組み合わせ</p> <p>1999.05-2016.03:本邦研修/第三国研修に284名参加</p> <p>2006-2012: ベナン母子保健プログラム第1フェーズ</p> <p>2008-2010: HOMELへのJOCV派遣</p> <p>2008-2010: 長堀智香子専門家派遣(2年)</p> <p>2010-2012: 中窪優子専門家派遣(2年)</p> <p>青木短期専門家（医療機材保守管理）2回派遣 （無償資金協力フォローアップ）</p> <p>2013-2016: ベナン母子保健プログラム第2フェーズ</p> <p>2013-2016: 岡安利治専門家派遣(3年)</p>
協力内容	<p>上位目標：アトランティック・リトラル県の母子保健健康状態を改善する</p> <p>プロジェクト目標：保健サービスのケアの質およびアクセスを改善する</p> <p>成果：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ラギューン母子病院における妊産婦・新生児ケアが改善される</li> <li>2. ラギューン母子病院医療従事者の妊産婦・新生児ケアに関する継続教育が強化される</li> <li>3. アトランティック・リトラル県 1 次レベル保健施設の妊産婦・新生児ケアが改善される</li> </ol> <p>主要活動：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 人間的お産研修</li> <li>● 5S-KAIZEN-TQM 研修</li> <li>● 母親学級研修</li> <li>● 妊産婦・新生児死亡・ニアミスレビュー研修</li> <li>● エボラウイルス対策</li> <li>● 保健分野 GIS</li> </ul>

表 22：ベナン案件の概要（続き）

投入	日本側： 長期専門家：3名 短期専門家派遣：2名 JICA海外協力隊： 先方側： カウンターパート（C/P）配置 C/P人件費、光熱費など
----	---

出典：独立行政法人国際協力機構提供関連報告書

## 5. マダガスカル

### 国及び案件対象地域の概要及び母子保健に関わる基礎情報

マダガスカル共和国（以下、マダガスカル）はアフリカ大陸の南東海岸部から沖へ約400km離れた西インド洋にあるマダガスカル島及び周辺の島々から構成される国である。587,000 km<sup>2</sup>の国土（日本の約1.6倍）に約2700万の人口を有する。1960年にフランスから独立するが、2009年3月に憲法に則らない選挙が行われ、反政府勢力が暫定政府を発足するなど、不安定な政情が続いたが、2013年末に大統領選挙が平和裡に実施された<sup>33</sup>。しかし、政治的混乱が産業や経済に与えたダメージは大きく、案件が開始された2007年時点でマダガスカルの国民一人当たりGNIは380ドルとサブサハラアフリカの高所得国を除く平均1,171ドルと比して経済的に非常に貧しい状況であった。現在においてもGNI 520ドル（サブサハラアフリカ高所得国除く平均1,516）であり、最貧国に分類されている<sup>27</sup>。

マダガスカル政府は、2003年にIMF・世界銀行で提唱された第一次貧困削減戦略書（PRSP）を策定し、2004年に持続的な発展を目指す長期的な国家開発ビジョンとして「Madagascar Naturellement」を発表した。2006年時に保健家族計画省の予算は前年比約50%増になるなど、政府の保健分野に対する積極的な姿勢もあり、案件開始時（2007年）の同国の保健指標はサブサハラアフリカの平均と比して良好であった。5歳未満時死亡率（出生千対）は60.8（2003年）から42.8（2013年）と低下し、HIV/AIDSはサブサハラアフリカ諸国のなかでは低い陽性率を示した。また、マラリアの感染者数は1999年の19%から2006年に15%と徐々に減少していた<sup>34</sup>。しかし、2009年の政変による産業・経済の混乱で中断・遅滞した計画もあり、成果は限定的であった。特に母子保健分野での課題は大きく、妊産婦死亡率（出生10万対）は469（2003年）から480（2013年）と高いまま推移している。妊産婦死亡率が改善されない背景には、居住する地域間での医療格差が原因の一つとして存在する。2004-2008年で適切な介助者の立会いの下に出産した妊婦の割合を比較すると、都市部では75.6%から81.6%へ改善されているが、農村部では45.9%から39.3%へと減少している<sup>35</sup>。その他、特に懸念される課題は栄養不足であり、2005年時点では全国で42%の子供が栄養不足とされ<sup>36</sup>、2009年の政変後は更に深刻な事態が見られる。マダガスカルにおける主な指標は表 23のとおり。

表 23：マダガスカルにおける主な指標

指標	案件開始時 (2007年)	最新
社会・経済指標		
面積 (千km <sup>2</sup> )	587.0	587.3
人口 (百万人)	19.4	30.0(2019)
国内総所得 (GNI：米ドルレート：十億ドル)	7.3	14.1(2019)
国民一人当たりGNI (米国ドルレート：ドル)	380	520 (2019)
絶対的貧困水準 (1日1.90\$) 以下の人口比 (%)	72(2005)	77.6 (2012)
初等教育修了率 (%)	61.2	65.5 (2018)
出生時平均余命 (歳)	62.1	66.7 (2018)
SDGグローバル指標 (特に母子保健に関わる指標)		
2.2.1 5歳未満児における発育阻害の割合 (%)	49.4 (2009)	41.6 (2018)
3.1.1 妊産婦死亡率 (出生10万対)	519(2004)	480 (2013)
3.1.2 専門技能者の立ち会いの下での出産の割合	43.9 (2009)	44.3 (2013)
3.2.1 5歳未満児死亡率 (出生千対)	77.3	50.6 (2019)
3.2. 新生児死亡率 (出生千対)	25.8	20.1 (2019)
3.7.1 近代的手法によって、家族計画についての自らの要望が満たされている出産可能年齢 (15～49歳) にある女性の割合 (%)	49.5 (2009)	60.5 (2017)
3.7.2 青年期 (15～19歳) の出生率 (女性1,000人当たり)	134.3	107.7 (2018)
3.b.1 はしか2回目の予防接種率 (%)	81	69 (2019)
3.b.1 DTP3回目の予防接種率 (%)	84	79 (2019)
3.c 医師の数 (人口1万人当たり)	1.8	1.8 (2014)
3.c 看護・助産師の数 (人口1万人当たり)	2.9	1.5 (2018)

出典：World Bank Open Data と WHO Global Health Observatory data

### 母子保健に関わる政策 (案件実施当時)

マダガスカル政府は、上述の第一次PRSPの策定後、さらなるMDGs達成を実現するための実行計画として、第二次PRSP「Madagascar Action Plan 2007-2012: MAP」を策定した。このMAP政策は8つの公約のうち、保健分野では「保健・家族計画の促進、HIV/AIDS対策」が重点課題として挙げられ、その中で8つの小課題 (①全国民への高品質な保健医療サービスの提供、②主要感染症の根絶、③HIV/AIDS対策、④家族計画の推進、⑤乳幼児死亡率の減少、⑥妊産婦及び新生児死亡率の減少、⑦栄養摂取及び食の安全事情の改善、⑧安全な飲料水の供給と保健衛生の習慣の普及) が掲げられた。

マダガスカルでは、HIV/AIDSはサブサハラアフリカ諸国のなかでは低い陽性率を維持していたが、HIVと同じ感染経路にある性感染症の一つである梅毒の感染率が高いことから、HIVの感染拡大が懸念されていた。これに対し、保健省保健総局エイズ対策国家プログラムとJICAが協働し、HIVカウンセリング・検査サービスの実施体制強化を目的として、技術協力プロジェクト「エイズ予防対策強化プロジェクト」を2008年から4年間行った。

マダガスカル政府は、死亡原因の中でも割合が高いマラリアに対し、「マラリア対策戦略計画(2007-2012年)を定めた。「マラリアの効果的なコントロール」を目標の一つとし、マラリアの予防・治療サービスのカバー率を100%にすると宣言した。また、それを実現す

るために、蚊帳の配布を具体的活動の一つとして明記している<sup>3</sup>。

日本の関連協力としては、無償資金協力「マジュンガ大学病院センター医療機材整備計画」（1999年度）、日仏協調による技術協力プロジェクト「マジュンガ大学病院センター総合改善プロジェクト」（1999～2004年）が実施された。同案件では、高次医療機関であるマジュンガ大学病院センター（以下「CHUM」）と地域を結びつけるというアプローチのもと、州内レファラル体制と地域保健・公衆衛生サービスの改善に寄与した。結果、CHUMへのアクセス改善、レファラル患者の増加、CHUM内の乳幼児死亡率の低下などが具体的な成果として得られた一方、レファラル患者の45%が5歳以下の乳幼児であったこと、15歳から30歳までの患者の96%が女性であり、その大部分がハイリスク妊娠であることが報告された<sup>37</sup>。マジュンガ州の母子保健の問題は緊急性が高く、末端住民のニーズに適切・迅速に対応できる母子保健サービス体制の強化が喫緊の課題であることが確認された。

### 案件の概要

このような背景の下、マダガスカル政府はマジュンガ地域における母子保健の改善に取り組むため、日本政府に対して無償資金協力「マジュンガ州母子保健施設整備計画」を要請した。これを受け、CHUMの敷地内に、産科、新生児科、研修機能を備えるマジュンガ母子保健施設（Complexe Mère et Enfant : CME）の建設が進められ、2007年に完工した。これと併せて、母子保健分野での技術協力プロジェクトを行うための調査を中心とした「マジュンガ大学病院センターを基軸とした州母子保健改善プロジェクト」が実施され、その分析結果に基づき、ブエニ県における質の高い母子保健サービス提供を目的とした「母子保健サービス改善プロジェクト」が形成された。案件の概要は表24のとおり。

案件期間中に政変が起こり、政情不安より生じた治安の悪化から短期専門家派遣の中止や延期、マダガスカル側の保健・家族計画省主要ポスト人事の度重なる変更など、多くの困難に直面した。しかし、有効な研修が実施され、特にC/Pの本邦研修及び第三国研修は有用であった。具体的には、「成果1：研修活動をはじめとした案件活動の立案、実施のプラットフォームとして「スタディ・グループ」が形成され、更に、トレーナーのグループが自発的に発足した。「人間的なケア」は、例えば、出産においては、医療従事者の相手に対する理解が根源となる。こうした理解や寄り添う姿勢は、まずは、医療従事者自身が意識・行動変容をすることが求められる。この点において、研修で人間的ケアを学んだメンバーが自らの行動変容や意識改革を行い、それが案件成果の発現に大きく寄与した。

「成果2：ブエニ県において人間的ケアの考え方を反映させた地域保健システムのモデルが構築される」についても、医療従事者による地域保健員の活動フォローアップが適切に実施され、またコミュニティとの良好な関係構築により協働活動の質が向上したことが確認された。また、成果3：ブエニ県の母子保健サービスモデルが各活動レベルで構築される」については、人間的ケアに対する環境として、CMEでの女性及び家族のプライバシーを守る設備の導入、保健センターの改修などが実施され、改善に貢献した。一方、リファラル・システム強化組織の活動停止、専門技能の資格のある分娩介助者の業務規範の未策定などのため、成果3の達成は限定的であった。

表 24：マダガスカル案件の概要

案件名	母子保健サービス改善プロジェクト
協力期間	2007.1-2010.1
先方関係機関	保健・家族計画省、プエニ県保健局、マジュンガ大学病院センター
協力金額	2億5千万円
他の関連協力	無償資金協力
協力内容	<p><b>上位目標：</b>マダガスカルの母子保健分野の保険政策及びプログラムが強化される。</p> <p><b>プロジェクト目標：</b>マジュンガ州プエニ県の住民に対して根拠に基づいた質の高い母子保健サービスが提供される。</p> <p><b>成果：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. プエニ県で人間的ケアと根拠に基づいた医療を提供するための人材育成システムが構築される。</li> <li>2. プエニ県において人間的ケアの考え方を反映させた地域保健システムのモデルが構築される。</li> <li>3. プエニ県の母子保健サービスモデルが各活動レベルで構築される。</li> </ol>
投入	<p><b>日本側：</b>長期専門家派遣 延べ5名、短期専門家派遣 延べ17名（長期及び短期の計127.17MM） 機材供与 12,842,000円</p> <p>研修員受入れ 44名 現地業務費 51,452,000円</p> <p><b>先方側：</b>カウンターパート（C/P）配置 約60名</p> <p>事務所施設（光熱費を含む）、フィールド調査用車両</p>

出典：独立行政法人国際協力機構『マダガスカル共和国母子保健サービス改善プロジェクト終了時評価調査報告書』2010年

## 6. セネガル

### 国及び案件対象地域の概要及び母子保健に関わる基礎情報

セネガル共和国（以下、セネガル）はアフリカ大陸の最西端に位置し、19,7161km<sup>2</sup>の国土（日本の約半分）に約1,630万人（2019年）が暮らしている<sup>27</sup>。1960年の独立以降、同国では一度も政情不安定やクーデターが起きておらず、西アフリカ諸国経済共同体などの地域連合にも積極的に貢献している。セネガルの経済は、主要産品である落花生産業の低迷などによって1970年代末から財政赤字、経常（国際収支）赤字という「双子の赤字」に加えて対外債務問題が恒常化し、低迷していた。しかし、1995年以降は、幾度かの落ち込みはあったものの、概ね5%以上の経済成長を遂げ、2019年の国民一人当たりGNIは1,450ドルとなり、低所得国から低中所得国に分類されるようになった<sup>27</sup>。

堅実に経済成長をおこなっているものの、セネガルは現在まで後発開発国に位置付けられており、案件開始時である2009年の妊産婦死亡率（出生10万対）と新生児死亡率（出生千対）はそれぞれ472、27.7と、低所得国の平均である455、33.3と比べて、特に妊産婦死亡率は極めて高かった。これらの死亡率は改善されてはいるが、2017年時点では妊産婦死亡率は未だ315であり<sup>27</sup>、持続可能な開発目標（SDGs）のターゲットである「2030年までに、世界の妊産婦の死亡率を出生10万人あたり70人未満に削減する」には更に大幅な低減が必要とされている。セネガルにおける主な指標は、表 25のとおり。妊産婦死亡率が高い原因として、十分に産科サービスが利用されていないことが挙げられている。例えば2011年における4回以上の産前健診受診率と専門技能者の立ち会いの下での出産の割合は、全

国平均でそれぞれ50.0%と65.1%であった。これらの値も改善の余地が大きい、特に地方部では両指標は41.5%、49.2%となっており<sup>38</sup>、産科サービスの利用促進が必要とされていた。保健サービスへのアクセスに対して女性自身が認識する障害として「お金がない」という理由が最も多く<sup>42</sup>、また保健サービス一般として保健施設などのインフラや機材の未整備、医薬品の供給不足、保健施設での業務手順書の未整備などによってサービスの質が担保されていないことが指摘されている<sup>39</sup>。後年の調査になるが、産科サービスに関連して経膈分娩ケアに有害・不必要な介入が広く実践されていること<sup>40</sup>、医療従事者と十分なコミュニケーションが取れずに妊産婦の満足度が低いこと<sup>41</sup>などが報告されている。

表 25：セネガルにおける主な指標

指標	案件開始時 (2009年)	最新
社会・経済指標		
面積 (千km <sup>2</sup> )	197	197
人口 (百万人)	12.3	16.3 (2019)
国内総所得 (GNI：米ドルレート：十億ドル)	16.5	23.6 (2019)
国民一人当たりGNI (米国ドルレート：ドル)	1,340	1,450 (2019)
絶対的貧困水準 (1日1.90\$) 以下の人口比 (%)	37.4 (2005)	38.0 (2011)
初等教育修了率 (%)	57.9	57.1 (2018)
出生時平均余命 (歳)	63.6	67.7 (2018)
SDGグローバル指標 (特に母子保健に関わる指標)		
2.2.1 5歳未満児における発育阻害の割合 (%)	26.7 (2011)	18.8 (2019)
3.1.1 妊産婦死亡率 (出生10万対)	472	315 (2017)
3.1.2 専門技能者の立ち会いの下での出産の割合	65.1 (2011)	74.2 (2018)
3.2.1 5歳未満児死亡率 (出生千対)	44.3	32.7 (2019)
3.2.2 新生児死亡率 (出生千対)	27.7	22.0 (2019)
3.7.1 近代的手法によって、家族計画についての自らの要望が満たされている出産可能年齢 (15～49歳) にある女性の割合 (%)	28.0 (2011)	53.0 (2017)
3.7.2 青年期 (15～19歳) の出生率 (女性1,000人当たり)	92.7	77.5 (2016)
3.b.1 はしか2回目の予防接種率 (%)	13 (2014)	78 (2019)
3.b.1 DTPの予防接種率 (%)	0.62	93 (2019)
3.c 医師の数 (人口1万人当たり)	24.6 (2008)	0.69 (2017)
3.c 看護・助産師の数 (人口1万人当たり)	4.38 (2008)	3.13 (2017)

出典：World Bank Open DataとWHO Global Health Observatory data

### 母子保健に関わる政策 (案件実施当時)

セネガル政府の最上位国家計画である「貧困削減戦略文書 (Poverty Reduction Strategy Paper：PRSP) II 2006-2010」では、MDGs達成に向けて妊産婦や子どもの罹患・死亡率の低下、三大感染症への対応が重点課題として挙げられていた。PRSP II 2006-2010を受けて策定された国家保健開発計画 (PNDS 2009-2018) でも「セネガル国民全体が質の高い保健サービスへアクセスすること」をビジョンに掲げ、「妊産婦と5歳未満児の罹患と死亡に係る重荷の軽減」が第1番目の目標に設定された。この目標を達成するために、特に雇

患・死亡率が高く、保健サービスへのアクセスが困難である地方部にて、保健施設のインフラ整備や保健人材の配置、サービスの質の向上を行い、産前健診や施設出産の推進が図られた。10年に渡る長期計画の結果、保健ポストや助産師の数は2008年時の971と677から2019年には1,380と2,550と大幅に増加した<sup>42</sup>。

### 案件の概要

このような背景の下、日本は2005年から地方部であるタンバクンダ州、ケドゥグ州を保健分野の協力重点地域としており、2009年から「タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト（PRESSMIN）」を実施した。同案件の概要は、表 26のとおり。同案件では母子保健のケアの質の改善を目指し、①コミュニティとのコミュニケーション、②目指すケアのコンセプトの共有、③職場環境の改善（5S-KAIZEN）、④ケアの実践、⑤行政の支援、という5つの要素からなるPRESSMINモデルの開発と、対象2州での普及に取り組んだ。地方の州での普及にとどまらず、保健予防省（当時）や産科医学会などの関連機関を巻き込み、同モデルがリプロダクティブヘルス・プロトコールに組み込まれるなど、同国の母子保健政策に成果が反映された。そのため、JICAと保健社会活動省は2012年から「母子保健サービス改善プロジェクトフェーズ2（PRESSMIN 2）」を実施し、PRESSMINモデルの普及戦略の策定、研修プログラムやモニタリング・評価のメカニズムの策定と実施、国家看護師・助産師の基礎教育カリキュラムへのPRESSMINモデルの統合、ダカール大学産婦人科の医師の初期教育カリキュラムへのPRESSMINモデルの統合のほか、介入効果の検証が行われた。PRESSMIN 2の概要は、表 27のとおり。インパクト評価の結果から、PRESSMINモデルが患者や医療従事者の満足度、サービスの質向上に良好なインパクトがあることが示され、案件も大きな成果を上げた。なお、2019年10月からは「母子保健サービス改善プロジェクトフェーズ3」が実施されている。

表 26：セネガル案件フェーズ1の概要

案件名	タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト
協力期間	2009.1-2011.12
先方関係機関	保健予防省保健局リプロダクティブヘルス課、タンバクンダ州医務局、ケドゥグ州医務局
協力金額	1億9千万円
日本側協力機関	国立国際医療研究センター
協力内容	<p><b>上位目標：</b>セネガル、特にタンバクンダ、ケドゥグ州の妊産婦・新生児の保健サービスの質が改善される。</p> <p><b>プロジェクト目標：</b>タンバクンダ、ケドゥグ州の対象施設において「根拠に基づいた妊産婦・新生児ケア」モデルが実践される。</p> <p><b>成果：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 基幹施設（タンバクンダ保健センター、コチャリ保健ポスト）において「根拠に基づいた妊産婦・新生児ケア」モデルが確立される。</li> <li>2. タンバクンダ、ケドゥグ州に「根拠に基づいた妊産婦・新生児ケア」モデルが広まる。</li> </ol>

表 26：セネガル案件フェーズ1の概要（続き）

投入	<p><b>日本側：</b>          長期専門家派遣 4名 短期専門家派遣 9名          研修員受入れ 本邦研修 8名 在外研修 5名          機材供与 4,170,000円 在外事業強化費 40,027,000円</p> <p><b>先方側：</b>          カウンターパート（C/P）配置          ローカルコスト負担 C/P人件費、光熱費など プロジェクト事務所</p>
----	--

出典：独立行政法人国際協力機構『セネガル共和国タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト終了時評価調査報告書』2011年

表 27：セネガル案件フェーズ2の概要

案件名	母子保健サービス改善プロジェクト フェーズ2
協力期間	2012.11-2018.3
先方関係機関	保健・社会活動保健省（官房、保健総局長、母子保健局、人材局、国立保健医療・社会開発学校）
協力金額	3億3千万円（事前評価時の計画）
日本側協力機関	国立国際医療研究センター
協力内容	<p><b>上位目標：</b> 妊産婦・新生児ケアの改善を通じて、セネガルにおける妊産婦死亡率及び新生児死亡率が低減する。</p> <p><b>プロジェクト目標：</b> PRESSMNモデルの全国普及に向け、モデルの拡大が実施される。</p> <p><b>成果：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 保健省において、PRESSMN モデルの普及・拡大に向けた国レベルでの調整に関する体制が整備され、機能する。</li> <li>2. セネガル国内 14 州医務局において、PRESSMN モデルの普及・拡大に向けた州レベルでの調整に関する体制が整備され、機能する。</li> <li>3. PRESSMN モデルが、国家看護師・国家助産師養成カリキュラムに統合される。</li> <li>4. 研究を通じて、PRESSMN モデルの有効性が評価される。</li> </ol>
投入	<p><b>日本側：</b>          長期専門家派遣 4名 短期専門家派遣 9名          研修員受入れ 31名          機材供与 12,280,170円 在外事業強化費 226,997,416円</p> <p><b>先方側：</b> カウンターパート（C/P）配置          ローカルコスト負担（28,827,368FCFA） C/P人件費、光熱費など プロジェクト事務所</p>

出典：後藤美穂『セネガル国母子保健サービス改善プロジェクト フェーズ2 プロジェクト事業完了報告書』2018年

## 7. カンボジア

### 国及び案件対象地域の概要及び母子保健に関わる基礎情報

カンボジア王国（以下、カンボジア）は東南アジアのインドシナ半島南部に位置し、周囲をベトナム、タイ、ラオスに囲まれている。181,000 km<sup>2</sup>の国土（日本の約2分の1弱）に約1,690万人の人口を有する。1953年の独立後、1970年代から90年代にかけて内戦やポル・ポト政権下での粛清により多くの人命が失われ、特に保健医療セクターにおいて医師は知識人として抹殺の対象とされ、医療従事者の激減、医療施設・機材の破壊により医療サー

ビス提供基盤が崩壊し、基礎的な保健医療サービスを提供できない状況が長く続いた。しかし、1998年以降の政情安定化以降、2007年までの平均国内総生産(GDP)成長率は9.4%に達した。案件が開始した2010年時点で、カンボジアの国民一人当たりGNIは750ドルであったが、観光業、繊維製造業、建設業などで経済成長を続け<sup>43</sup>、2016年に低所得国から低中所得国の一員に加わり、2019年の国民一人当たりGNIは1,480ドルとなっている<sup>27</sup>。

カンボジア政府は、2003年に初の国家保健政策「国家保健戦略計画（HSP1）」を策定し、2006年に「国家戦略開発計画(National Strategic Development Plan: NSDP) 2006-2010」にて、戦略分野である「キャパシティ・ビルディングと人材育成」の目標の1つに保健サービスの改善を掲げていた。その後、HSP1の次期戦略となる「国家保健戦略計画2008-2015(HSP2)」において、4つの戦略（①保健人材の技能の向上、②ライセンス制度や職能団体強化を通じた専門職の確立、③配置定着の促進（特に助産分野）、④公務員給与の改善）を立て、全ての国民、特に貧困層、女性、子供の健康改善への取り組みを行った。具体的には、母子保健、感染症、非感染性疾患対策を優先課題とし、かかる指標を設定、HSP2の活動進捗をモニタリング・評価した。このようなカンボジア政府の強いコミットメントにより、ミレニアム開発目標の多くの指標に達成または改善がみられた。特に妊産婦死亡率（出生10万対）は2005年から2014年に472から170と短期間に大幅な減少を達成している<sup>2</sup>。多くの保健指標は改善しつつあるが、保健人材の数的、量的不足、偏在、地方部における保健サービスへのアクセスの低さなど、包括的な保健システム強化面の課題は多い。カンボジアにおける主な指標は、表28のとおり。

表 28：カンボジアにおける主な指標

指標	案件開始時 (2010年)	最新
社会・経済指標		
面積（千km <sup>2</sup> ）	181.0	181.0
人口（百万人）	14.3	16.5(2019)
国内総所得（GNI：米ドルレート：十億ドル）	10.7	24.4(2019)
国民一人当たりGNI（米国ドルレート：ドル）	750	1480 (2019)
絶対的貧困水準（1日1.90\$）以下の人口比（%）	N/A	N/A
初等教育修了率（%）	85.2	88.0 (2018)
出生時平均余命（歳）	66.6	69.6 (2018)
SDGグローバル指標（特に母子保健に関わる指標）		
2.2.1 5歳未満児における発育阻害の割合（%）	39.8 (2010)	32.4 (2014)
3.1.1 妊産婦死亡率（出生10万対）	206	170 (2014)
3.1.2 専門技能者の立ち会いの下での出産の割合	71.0	89 (2014)
3.2.1 5歳未満児死亡率（出生千対）	44.0	26.6 (2019)
3.2. 新生児死亡率（出生千対）	21.2	14.5 (2019)
3.7.1 近代的手法によって、家族計画についての自らの要望が満たされている出産可能年齢（15～49歳）にある女性の割合（%）	41.6 (2005)	56.4 (2014)
3.7.2 青年期（15～19歳）の出生率（女性1,000人当たり）	48.1	50.7 (2018)

表 28 : カンボジアにおける主な指標 (続き)

指標	案件開始時 (2010年)	最新
3.b.1 はしか2回目の予防接種率 (%)	90	84 (2019)
3.b.1 DTP3回目の予防接種率 (%)	90	92 (2019)
3.c 医師の数 (人口1万人当たり)	2.3	1.9(2014)
3.c 看護・助産師の数 (人口1万人当たり)	8.6	6.9(2018)

出典 : World Bank Open Data と WHO Global Health Observatory data

### 母子保健に関わる政策 (案件実施当時)

2004年に開始した保健セクター支援プロジェクトでは、保健省が複数の開発ドナーの支援を受け、新制度「Health Equity Fund」を設立し、貧困患者の治療に対し、医療施設への還付を行った。これは病院だけでなく、医療費を負担できない貧困層の医療費、食費、医療機関への交通費としても活用され、貧困層の31%が裨益した<sup>44</sup>。また、2008年に保健省は母子保健におけるファストトラックイニシアティブ (FTI) を宣言し、このなかで、妊産婦死亡率と新生児死亡率減少に必要なものとして、7つのコンポーネント (①緊急産科・新生児ケア、②助産専門技能者、③家族計画、④安全な中絶、⑤行動変容のためのコミュニケーション、⑥経済負担の軽減、⑦妊産婦死亡にかかるサーベイランスおよび対策)をあげ、これに優先的に取り組み<sup>45</sup>、この分野により多くの国家予算を割り当て、政治的に強力な投入を行った。また、開発パートナーとの連携も進め、技術支援や資金協力を取り付ける努力にも注力した。助産分野の具体的政策としては、助産専門技能者による出産介助数の増加を目的とし、2008年に施設分娩報奨金制度を導入した。これは、公的な保健センターが分娩を1件取り扱うごとに保健センターに対しUS\$10-15の報奨金が与えられるとともに、助産師の給与補填を行うものである<sup>46</sup>。このような一連の政策施行により、母子保健サービスが強化された一方、カンボジアでは慢性的な医療人材の不足、地方と都市部で顕著にみられる医師・医療従事者の偏在が深刻な問題であり、母子保健サービスの普及を妨げる要因となっていた。案件が開始した2010年時、人口千人当たりの医師、看護師、助産師の数は0.2人と、WHOの基準である2.5人をはるかに下回っていた。このため、医療従事者の育成は急務であったが、医療従事者の育成に従事する教員の数が慢性的に不足していたのに加え、臨床経験をもたない教員も多いなど、その質に問題があった<sup>47</sup>。保健省は、2006年から高卒後1年の助産教育で速成した准助産師を保健センターに配置し始めたものの、臨床経験を十分積んでいないためお産を取ることに不慣れであり、地域住民から信頼が得られない新人助産師が増えるという問題が確認された。加えて新人助産師を教育するトレーナー不足や研修体制整備の遅れが課題として表面化していた。

### 案件の概要

このような背景の下、助産師育成、研修体制整備に特化した「助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト」が2010年より実施された。案件の概要は表 29のとおり。

本案件では、正常分娩のケアに焦点を置いた「根拠に基づく助産ケア」という新しい概念を導入したこと、また地域 (コンポンチャム州) における研修体制を整備した点において、画期的な成果を上げた。具体的には、「成果1: 助産トレーナーの能力が国立母子保

健センター(NMCHC)及びモデル地域で強化される」では、「女性と赤ちゃんにやさしい根拠に基づく出産ケア」の研修カリキュラムが策定され、かかる教材も開発されたことが確認された。「成果2：助産の卒前・卒後研修に関する研修マネジメントがコンポンチャム州にて強化」では、全国に先駆け州病院研修部が設置されるという特筆すべき成果をあげ、ワークショップや研修を運営・管理した実績が確認された。しかし、卒前研修においては実施には至らなかった。「成果3：助産の卒前・卒後研修に関するコミュニケーションと連携の強化」では、助産トレーナーの勤務地の産科医、助産師への研修実施が受講者の行動変容をもたらした。「成果4：助産能力強化に関するコミュニケーションと連携がNMCHC/モデル地域と他地域間にて強化」では、案件は多くの発表を行い、カンボジア助産協会との共同研修の実施、職能団体や市民病院、医療技術学会を巻き込んだ横展開を成し遂げることが出来たが、必ずしも体系的に実施されなかったこともあり、より戦略的なアプローチを模索する必要性が確認された。「成果5：助産能力強化に関する課題と教訓を、国レベルの戦略やプログラムに反映する」では、国家ガイドラインや国の卒後研修カリキュラムに反映する作業が進み、コアトレーナーを通じて地域・州レベルでの助産トレーナーに紹介されたことが確認された。

表 29：カンボジア案件の概要

案件名	カンボジア助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト
協力期間	2010.3 - 2015.8
先方関係機関	保健省、国立母子保健センター、コンポンチャム州病院、コンポンチャム州保健局、コンポンチャム地方看護・助産学校
協力金額	3億9千万円
他の関連協力	無償資金協力、母子保健分野の技術協力
協力内容	<p><b>上位目標：</b>助産師が提供する妊産婦と新生児ケアの利用とアクセスが向上する。</p> <p><b>プロジェクト目標：</b>根拠に基づいた質の高い助産ケアの提供が可能となる助産研修システムが強化される。</p> <p><b>成果：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 助産師の卒前・卒後研修に携わる助産トレーナーの能力が NMCHC 及びモデル地域（4州）において強化される。</li> <li>2. 助産の卒前・卒後研修に関する研修マネジメントが、コンポンチャム州において強化される。</li> <li>3. 助産の卒前・卒後研修に関するトレーニング環境が、NMCHC 及びモデル地域において改善される。</li> <li>4. 助産能力強化に関するコミュニケーションと連携が、NMCHC 及びモデル地域と他地域間で強化される。</li> <li>5. モデル地域での助産能力強化に関する課題と教訓が明らかになり、国レベルの戦略やプログラムに反映される。</li> </ol>
投入	<p><b>日本側：</b>長期専門家派遣 6名、短期専門家派遣 19名 機材供与 3,740万円 研修員受入れ 21名 現地業務費 6,084万円</p> <p><b>先方側：</b>カウンターパート (C/P) 配置 59名、事務所施設 (光熱費を含む)</p>

出典：独立行政法人国際協力機構『アルメニア共和国リプロダクティブヘルスプロジェクト終了時評価調査報告書』2006年

第2章：「母子保健におけるケアの質フレームワーク」を用いた対象案件分析

ブラジル 家族計画・母子保健プロジェクト（1996年4月-2001年3月）

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
<b>大項目：医療者のケア提供に関する領域</b>			
基準1：エビデンスに基づいたケア	<p><u>その他の取り組み</u></p> <p>・1998年、保健省が「帝王切開率が40%を越した場合には診療報酬を支払わず、2000年までに30%にまで下げよう」という通達を出した。</p>	<p><u>プロジェクト目標の指標1</u></p> <p>・母子保健サービス（特に出産と出生）に対するセアラ州パイロット地区の住民の満足度が向上（RAP調査結果の例：適切な内診のみが行われ、胎児の心音や子宮収縮の状況が丁寧に観察されるようになった）。</p> <p><u>プロジェクト目標の指標4</u></p> <p>・セアラ州の帝王切開術は、1996年の25.9%から1998年の22.9%に減少</p> <p><u>プロジェクト目標の指標5</u></p> <p>・パイロット地区及びセアラ州基幹病院において緊急避妊法が実施された</p> <p><u>プロジェクト目標の指標6</u></p> <p>・パイロット地区及びセアラ州基幹病院において手動吸引処置法が実施された</p> <p><u>プロジェクト目標の指標7</u></p> <p>・セアラ州基幹病院においてHIVの垂直感染防止策が講じられるサービスが提供された</p> <p><u>プロジェクト目標の指標8</u></p> <p>・パイロット地区を中心とするセアラ州においてコンドーム使用促進プログラムが定着した</p>	<p>・終了時評価調査報告書（特に記載しない限り、終了時評価調査報告書を情報源とする）</p>
<b>大項目：女性の出産体験に関する領域</b>			
基準4：効果的なコミュニケーション	<p><u>その他の取り組み</u></p> <p>・案件の初期段階を現場ニーズの詳細調査と案件の方針決定にあて、</p>	<p><u>プロジェクト目標の指標1</u></p> <p>・母子保健サービス（特に出産と出生）に対するセアラ州パイ</p>	<p>・専門家へのインタビュー</p>

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
<p>基準 5 : 敬意と尊厳</p> <p>基準 6 : 情緒的支援</p>	<p>「人間的な出産と出生」というテーマを設定した。</p> <p>・「人間的な出産と出生」に関わる現地情勢を的確に把握するため、セアラ州内にとどまらず、国内の関連組織（NGO、連邦政府保健省、サンパウロ州保健省など）と積極的に交流・情報交換を行った。</p> <p>・「出生・出産のヒューマニゼーションに関する国際会議」開催や講演会、論文発表など、積極的な広報活動、発信を行った。</p>	<p>ロット地区の住民の満足度が向上（RAP調査結果の例：陣痛室での家族の付き添いがほぼ認められている）。</p> <p><u>プロジェクト目標の指標3</u></p> <p>・パイロット地区において母子医療従事者の関与時間が増加（RAP調査結果の例：いつも1人以上の従事者に付き添われている）。</p> <p><u>その他の成果</u></p> <p>・案件の活動が「正常出産センターの建設プログラム」や「保健サービスのヒューマニゼーションプログラム」などの連邦政府保健省の保健政策にも影響を与えた。</p>	
<b>大項目：保健施設を取り巻く環境に関する領域</b>			
<p>基準 7 : 有能で意欲のある人材</p>	<p><u>活動1.1</u>：パイロット地区および州基幹病院を中心に母子保健従事者のトレーニングを行う。</p> <p>・トレーニングコースが38回実施され、医師83名、看護師176名、准看護師298名、妊婦31名、その他81名の合計669名が受講</p> <p>・セミナーが34回実施され、医師265名、看護師322名、准看護師582名、学生250名、妊婦など13名、その他79名の合計1,511名が受講</p> <p>・国内人材に限られている中、資質の高い専門家を短期、長期併せて派遣</p> <p>・技術・知識の習得だけでなく、母子保健従事者の意識改革（内面的変化）を図った。</p> <p><u>活動1.2</u>：母子保健従事者の指導者を養成する。</p> <p>・活動1.1では准看護師を主な対象としていたが、インパクトを大きくし、持続性を図るため、准看護師を指導・監督する立場にある医師と看護師を対象とする指導者養成トレーニングコースを16回実施し、医師85</p>	<p><u>プロジェクト目標の指標2</u></p> <p>・母子保健サービス（特に出産と出生）に対するセアラ州パイロット地区の母子保健従事者の満足度が向上（終了時評価団によるインタビューの例：研修を受け、妊婦を一番に考えるという「人間的なケア」を心がけるようになった）</p> <p><u>その他の成果</u></p> <p>・セアラ州立大学で開始された養成コースは、学生の定員数に対して何倍もの応募があるなど関心が高い</p> <p><u>成果の指標1.6</u></p> <p>・トレーニング受講者の中で「出産と出生の非人間的文化」から「人間的な出産と出生」へと内的な変化が見られた。</p> <p><u>成果の指標3.1</u></p> <p>・セアラ州内184市のうち、65市の師長、保健局長が、2000年11月に開催された国際会議に参加し、プロジェクト活動への関心を示し「人間的な出産と出生」に関する理解が深まっ</p>	<p>・巡回指導調査団報告書</p> <p>・専門家へのインタビュー</p>

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
	<p>人、看護師347人が修了</p> <p><u>活動1.3</u>：セアラ州立大学、セアラ連邦大学において産科専門看護師を養成する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・カリキュラム作成、講義、機材供与、講師招へいに協力</li> <li>・当初予定していたセアラ州連邦大学では産科看護師養成コースが開設されず、州立大学での産科看護師コースが1998年に開始され、同コースで1999年に21名、2000年に19名が要請された。2001年は20名が修了予定（終了時評価実施時）</li> </ul> <p><u>活動1.4</u>：公衆衛生校で実施される准看護師養成コースに「人間的な出産と出生」の講義を含める。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・少なくとも案件による授業が2回実施され、学生120名が受講</li> </ul> <p><u>活動1.5</u>：緊急避妊法のトレーニングを実施する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・77名が緊急避妊法のトレーニングを受講</li> </ul> <p><u>活動1.6</u>：手動吸引処置法のトレーニングを実施する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・88名が主導吸引処置法のトレーニングを受講</li> </ul> <p><u>活動1.7</u>：HIV垂直感染防止に関するトレーニングを行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・フォルタレーザ市内の公立病院の医療従事者30名、州内の産科病院の医療従事者120名、パイロット地区の基幹病院の49名を対象に、「HIV母子感染予防対策準備のためのワークショップ」を実施</li> <li>・州内の産科病院に従事する医師と看護師、ソーシャル・ワーカー、心理士、大学関係者の120名を対象に、医療関係者のためのHIV垂直感染防止に関するトレーニングを実施</li> <li>・パイロット地区及びセアラ州基幹病院の母子医療従事者である医師、看護師、ソーシャル・ワーカー、心理士の49名を対象に、HIV検査のカウンセリングに関するトレーニングを実施</li> </ul> <p><u>活動3.1</u>：プロジェクト活動の広報活動を実施する</p> <p><u>活動3.2</u>：パイロット地区の住民に対する直接的な観光教育を促進す</p>	<p>た。</p> <p><u>成果の指標3.2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・パイロット地区以外の10市で、17件の日本人専門家が関与しないトレーニングコースが実施され、合計1424名が参加した。</li> </ul> <p><u>成果の指標3.3</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・セアラ州のパイロット地区以外の12の市からのJICAの支援の依頼があった。</li> </ul> <p><u>成果の指標3.4</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・60の日本語、146のポルトガル語、3の英語で案件に関する記事が報道され、案件への関心がブラジルや日本国内ばかりではなく、他の国々にも広がった。</li> </ul> <p><u>その他の成果</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・開業助産所での実践的研修などによって、日本の開業助産プロフェッショナルが有する志と技術を導入した。</li> </ul> <p><u>その他の教訓</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特に産科医などは自分達の職益を損なうものとして反発が強まり、セアラ州政府の主体的関与が低かった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・巡回指導調査団報告書</li> <li>・巡回指導調査団報告書</li> <li>・専門家へのインタビュー</li> <li>・専門家へのインタビュー</li> </ul>

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
	<p>る。</p> <p>活動3.3：教育用ビデオを作成・配布する。</p> <p><u>その他の取り組み</u></p> <p>・16名の研修員受け入れ。開業助産所での実践的研修など、現場と対話、共同作業を行った。</p>		<p>・専門家へのインタビュー</p>
<p>基準 8：基本的なインフラや医薬品</p>	<p><u>活動2.1</u>：LDRシステムを構築・導入する。</p> <p>・LDRシステムが4つのパロット地区及びフォルタレーザ市内にある2つの基幹病院に導入</p> <p><u>活動2.2-3</u>：「お産を待つ家」を設計・建築する。運営管理体制につき助言する。</p> <p>・セアラ州立セザークウス病院やトライリ市などにて「お産を待つ家」が建設、運営</p> <p><u>活動2.4</u>：独自の出産ベッドを開発・導入する。</p> <p>・ベッドを独自に開発し、5つのパロット地区及びフォルタレーザ市内にある3つの基幹病院に供与</p> <p>・ベッドの開発にあたっては、現地企業を巻き込み、現場の声を生かして、4回の改良を重ねた。</p> <p><u>その他の取り組み</u></p> <p>・ドップラーや血圧計などの医療機器の供与、カーテン設置などによるプライバシー尊重、妊婦向けの環境音楽の整備</p>	<p><u>プロジェクト目標の指標1</u></p> <p>・母子保健サービス（特に出産と出生）に対するセアラ州パイロット地区の住民の満足度が向上（RAP調査結果の例：陣痛室や分娩室では静寂が保たれ、照明、冷房施設、LDRベッド、ビーズ・クッション、アクティブチェアなどの設置。リラックスした本学によって快適な空港になった。静寂がカーテンによる仕切り、LDRシステムの導入によって、妊産婦のプライバシーが保たれるようになった）。</p> <p><u>その他の成果</u></p> <p>・LDRシステムは保健省の病院建設基準案にも掲載され、案件の活動が国家政策に反映された一例</p> <p>・「お産を待つ家」の利用者はリラックスして過ごすことができ、医療者や病院関係者へのインタビューからも高く評価された</p>	<p>・巡回指導調査団報告書</p> <p>・巡回指導調査団報告書</p> <p>・専門家へのインタビュー</p>

ボリビア ラパス市母子保健に焦点をあてた地域保健ネットワーク強化プロジェクト（2004年1月-2005年12月）、ラパス県農村部母子保健に焦点をあてた地域保健強化ネットワークプロジェクト（2010年8月-2014年8月）

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
<b>大項目：医療者のケア提供に関する領域</b>			
基準1：エビデンスに基づいたケア	<p>活動</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・WHO正常出産の勧告・保健省省令0496号に示される出産ケアの実践状況調査実施</li> <li>・准看護師、看護師、医師の混成メンバーを対象とする参加型研修を実施。</li> <li>・フォローアップ研修の実施。</li> <li>・ブラジル第三国研修実施。9名参加。</li> <li>・出産介助・ケア改善の研修トレーナー養成</li> </ul>	<p><u>参考指標</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・会陰切開実施率： 2004年ラパス市40% 2014年ラパス県42～50%</li> <li>・剃毛、浣腸： 2004年ラパス市108名中、浣腸実施は1名、剃毛実施は4名、静脈注射実施は34%だった。</li> <li>・クリステル： 2004年ラパス市108名中、59%</li> </ul>	<p>・ラパス市：田中専門家業務完了報告書</p>

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
	<p><u>活動</u> 妊婦、産婦、産褥婦のケアのプロトコルの実施の割合が増加する ・パルトグラムの使用、積極的分娩管理、会陰切開の実施、分娩介助の体位、分娩中の産婦への同伴は、県保健局によって、重要なプラクティスとして特定され、案件実施中モニタリングされた。</p> <p><u>活動</u> 5歳以下児のケアのプロトコルが実施される割合が増加する： ・ラパス県保健局は2012年までAIEPI（小児疾患統合管理：IMCI）戦略を実施。2013年からは思春期-妊娠可能年齢の女性-妊娠・出産・産褥期の女性-新生児-5歳以下児の継続的なライフコースへの統合ケアの実施を開始した。 ・6市16名に新生児研修を実施 ・5歳以下児のケアの規定とプロトコルに関する研修の実施（51名）     ・ライフコース継続への統合ケアの研修（105名）</p>	<p><u>成果の指標1.1</u> ・パルトグラム使用は定着したプラクティスとして87～95% ・オキシトシンによる積極的分娩管理（分娩何期か記載なし）は93～95% ・会陰切開は改善されず、ベースライン調査と比較して増加した。2013年では50～42% ・分娩体位（仰臥位） 案件開始当初は、92%が仰臥位だが、現在は10人中4人が自分で体位を選択</p> <p><u>参考指標</u> ・2010～2013年の4年間、プロジェクト対象地区の施設分娩率は、46.7%→47.1%とほとんど変化はなかったが、他地区は同期間に施設分娩率は低下していた。</p> <p><u>成果の指標1-2</u> ・ツールの正しい使用：当初は43%であったが、最終測定では82% ・ケアのプロトコル及び規定の遵守では60%から90%に変化 ・診断と行動の一貫性では、50%から80%に改善。</p>	<p>・ラパス県終了時評価報告書</p>

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
<p>基準2：実用的な記録管理システム。</p>	<p><u>活動</u>  保健施設で機能している情報システムの割合が増加する：  ・現状診断の為の調査を実施  ・保健施設の職員、事務職員に対する研修実施  ・案件の支援で導入された情報システムは以下の通り。  -SALMI（医薬品及び消耗品のロジスティック管理システム）  -SIAL（物流管理情報システム）  -SNIS-VE（保健-疫学サーベイランスの国家情報システム）  -SOAPS（プライマリヘルスケアのソフト）  -SCF（家族台帳情報システム）  -SIAF（財務管理情報システム）  -SICE（臨床統計情報システム）  -SIP（周産期情報システム）  ・情報システム導入フォローアップ視察の実施</p> <p><u>活動</u>  保健管区及び市の情報分析委員会（CAI）において、CAIの手法の段階を遵守している割合が増加する。  ・8市の保健職員に対するCAI手法の研修（64名）  ・8市の保健職員、地域の当局者に市戦略のベースデザインに関する研修（49名）  ・保健施設責任者、委員会責任者、市の保健担当、保健管区チームに対して病院管理研修の実施（50名）  ・疫学サーベイランス研修の実施</p>	<p><u>指標1.5</u>  ・SALMI、SNIS-VE、SOAPS、SCFに関しては、保健管区内の全保健センター及び保健ポストで100%情報システムが導入された。（計50施設）  ・全体的な機能レベルは93%である（51の保健施設の内50施設）  ・SIALに関しては、中心施設で100%システムが導入され機能している。  ・SIPは、2病院で導入された。  ・SIAF-SICEは、1施設で導入された。最初はSICEが導入され、その後SIAFで補足された。</p> <p><u>指標3.1</u>  ・CAIの遵守の平均は、2010年は47%だったが、2014年は82.2%だった  ・CAI予算が市の持ち回りで確保され、年間活動計画も策定された。  ・市のCAIのフォローアップの効果が特に有効であるとの評価が保健管区よりあがった。</p>	<p>・ラパス県終了時評価報告</p>

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
基準3：機能的なリファラル制度	<u>活動</u> AJOの条件を遵守したリファラルの割合が増加する（A：適正性、J：正当性、O：適時） ・保健職員に対してリファラル、カウンターリファラルの国家規定に関する研修を実施（104名） ・保健師レベル、各市、アチャカチ病院、ソラタ病院にてリファラル、カウンターリファラル（CRC）委員会を結成	<u>成果の指標1.3</u> ・第4保健管区の規定の実施（2012年→2014年） -不適正で正当性のないリファラルが減少 -規定を知っている：4→8 -ツールを知っている：1→8 -リファラル委員会：1→8 -リファラル様式使用：1→8 -リファラル記録全例：2→6 -搬送後の患者モニタリング：0→4 -搬送後患者のフォローアップ：3→4 ・リファラルフォームを導入し、リファラルシステムの定着を図った。 ・AJOの条件を遵守してリファラルされた母子の症例数を3施設で測定したところ、2013年の最低は39%、最高は62%だったが、2014年の最低は59%、最高は86%だった。	・ラパス県終了時評価報告
<b>大項目：女性の出産体験に関する領域</b>			
基準4：効果的なコミュニケーション		<u>その他の成果</u> ・妊婦健診時にバースプランを作成する権利を持ち、出産ケアの場所、誰によってケアが提供されるかなどが考慮される。62%がバースプランを医療従事者と作成し、25%が計画しなかった。 ・妊婦健診時に出産に関する情報を受け取る権利がある。68.5%が必要な情報を受けていた。 ・情報が提供されなかった18.5%は、以下の項目についての情報を必要としていたと述べた。 -出産時のリスク	・田中専門家業務完了報告書

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
		<p>-出産準備と必要物品</p> <p>-健康状態、特に児の健康状態</p> <p>-出産の徴候</p> <p>・出産における家族・パートナーの立ち合いが可能であるとの説明を事前にうけなかった者は76%だった。</p> <p>・分娩時、分娩経過に関する情報提供は、51%が出産経過プロセスに関する説明を受けていなかった。</p> <p>・分娩時、飲食に関する情報提供は、84%が受けなかった。</p>	
基準5：敬意と尊厳	プロジェクトサイト内母子保健センターで出産した女性の満足度調査実施。	<p><u>その他の成果</u></p> <p>・保健センターで出産をした女性が受けたケアの質を定性定量的に分析した。</p> <p>・108名中78.8%がプライバシーに関して保健施設内では尊重されたと述べ、21.3%がされなかった「診断中は多くの人にいて欲しくない」と証言した。</p> <p>・インタビュー対象者108名中78.8%がプライバシーに関して保健施設内では尊重されたと述べ、21.3%がされなかった「診断中は多くの人にいて欲しくない」と証言した。</p>	・田中専門家業務完了報告書
基準6：情緒的支援		<p><u>成果の指標1.6</u></p> <p>●ケアの診察室に関する満足度：25%→86%</p> <p>・情報やオリエンテーションを受けること：12%→72%</p> <p>・プライバシー保護：75%→37%</p> <p>・対応：87%→82%</p> <p>医学部学生やインターンの存在が影響している可能性がある。</p>	・ラパス県終了時評価報告書

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
<b>大項目：保健施設を取り巻く環境に関する領域</b>			
<p>基準7：有能で意欲のある人材</p>	<p><u>活動</u>            保健管区及び市のCAIで策定した計画の実施割合が増加する：            ・少なくとも、アクションプランの活動の一つは地域責任者の責任下に配置            ・データ（カバー率）が分析され意思決定に使われ、アクションプランを策定する。  <u>活動</u>            規定に従って母子で優先されたスタンダードにおけるスーパービジョン実施する。            ・スーパービジョンの現状診断            ・保健管区事務局、市の保健担当者、公衆衛生責任者に対し、良いスーパービジョンの基本に関する研修を実施            ・スーパービジョンの前・実施・後の継続的なフィードバックの実施</p>	<p><u>成果の指標3.2</u>            ・フォローアップ段階の実施の平均は91.7%であり、全市がアクションプランを実施していた。  <u>成果の指標3-3</u>            ・スーパービジョンの数は増加した。2013年には、市（アチャカチ）は保健施設当たり1.3回だったが、2.2回のスーパービジョンが実施された施設もある。            ・2012年から2013年初頭のスーパービジョンは、第4保健管区事務局チームにより実施された。2013年の第2回のスーパービジョンからは、市の保健担当の巻き込みが見られた。</p>	<p>・ラパス県終了時評価報告書</p>
<p>基準8：基本的なインフラや医薬品</p>	<p><u>活動</u>            保健施設において、バイオセキュリティ及び廃棄物管理のプロトコルの基本的要件を実施する保健施設の割合が増加する：            ・市のエリアの中心保健施設のバイセキュリティと廃棄物管理の初期診断（バイオセキュリティ規定遵守のスタンダードの評価）            ・第4保健管区の8市の中心保健施設職員への研修を実施し、6市では100%の参加            ・バイオセキュリティと廃棄物管理規定のフィードバック            ・市の当局者に対する研修（10市10名）</p>	<p><u>成果の指標1.4</u>            ・保健管区の10市で、バイオセキュリティのスタンダード遵守が増加した。            ・中心市におけるバイオセキュリティ及び廃棄物管理のスタンダードの遵守の平均は、2012年は11%だったが、2014年は72%と上昇した。            ・特に各市の中心保健施設において認可証明のプロセスで、保健施設が規定適応の実施を拡大しようという取り組みが生まれた。            ・技術的持続発展性は、バイオセキュリティ・廃棄物管理の規定に関する管理及びフィードバックを実施し、バイオセキュリティ規定の遵守へのフォローアップを目的として、自己評価を行う能力を有する保健管区と市の委員会により担保されている。</p>	<p>・ラパス県終了時評価報告書</p>

アルメニア リプロダクティブヘルスプロジェクト (2004年12月-2006年11月)

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
<b>大項目：医療者のケア提供に関する領域</b>			
<p>基準1：エビデンスに基づいたケア。</p>	<p><u>活動1.3</u> 妊産婦保健医療・ケアについての最新の科学情報を得るためのコンピューター環境を整備する。 ・EBMメディアライブラリーをプロジェクト事務所に設置 ・対象病院におけるコンピューター環境の整備のため、コンピューターならびにプリンターやトランスフォーマーなどの関連機材を提供 ・EBMデータベース（WHO Reproductive Health Library）の使用方法についての研修を各サイト（3病院）の医療従事者計10名に対し実施</p> <p><u>活動2.1</u> 対象病院での妊産婦保健診断や巡回医療における診療およびケアを強化する。 ・コタイク州およびゲガルクニク州にて一次医療施設および巡回妊婦健康診査を視察し、当該施設ならびに活動の現状を把握</p> <p><u>活動2.2</u> 医療従事者を対象に、臨床実践教育（INSET）を実施し、妊産産褥婦および家族へのサポートや、適正な医療技術とリスクマネジメントなどを主眼とした、科学的根拠に基づいた妊産褥婦や新生児ケアの実践を支援・強化する ・各対象病院にて妊産婦医療・ケアに従事するスタッフ計48名を対象にINSET(1)を実施し、出産における姿勢・体位についての講義や、胎児心拍測定の実施を指導 ・各対象病院にて妊産婦医療・ケアに従事するスタッフ計112名を対象にINSET(2)を実施し、科学的根拠と臨床実践、妊娠期の管理、早期授乳、出産時の医療介入、妊娠・出産に伴う合併症</p>	<p><u>その他の教訓</u> ・EBMを介して「人間的なお産」への理解が進んだ。 ・案件を通じて供与されたPC関連の教材と一部書籍は、PC技術や言語面（英語）の問題から利用度が低く、医療従事者一般による自律的活用には至っていない。 ・EBMデータベースについては、アルメニア語への翻訳などの対応策が検討されたが、時間とコストの問題で断念せざるを得なかった。</p> <p><u>指標2-1</u> エンドライン調査では、インタビュー調査の対象となった妊産褥婦の13名全員が4回以上受診したと回答している。</p> <p><u>指標2-2</u> ・対象3施設の会陰切開率の推移（2004年→2006年）： 19.2%→10.5%（IPOG）、7.3%→6.6%（ラズダン）、2.1%→2.6%（ガバール）</p> <p><u>指標2-3</u> ・対象3施設の帝王切開率の推移（2004年→2006年）： 35.8%→29.0%（IPOG）、7.8%→12.7%（ラズダン）、4.2%→5.9%（ガバール）</p> <p><u>指標2-4</u> ・対象3施設のアプガールスコア7点以下の新生児の推移（2004年→2006年）： 9.4%→7.2%（IPOG）、13.6%→11.4%（ラズダン）、4.5%→3.3%（ガバール）</p> <p><u>指標2-5</u></p>	<p>・専門家へのインタビュー（特に記載ない限り、終了時評価調査報告書を情報源とする）</p>

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
	<p>などの項目を指導</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各対象病院にて妊産婦医療・ケアに従事するスタッフ計117名を対象にINSET(3)を実施し、妊娠高血圧症候群や早期産、性感染症などの管理や、妊娠期・陣痛期のケア、アクティブバースなどについて指導したほか、周産期医療・ケアについて、相手国側との意見を交換</li> <li>・IPOGの産婦人科医を中心とした計6名を対象にINSET(4)を実施</li> <li>・各対象病院にて妊産婦医療・ケアに従事するスタッフ計21名を対象にINSET(5)を実施</li> <li>・各対象病院にて妊産婦医療・ケアに従事するスタッフ計72名を対象にINSET(6)を実施し、分娩・陣痛室における出産環境や投入機材の使用に関する指導を行ったほか、妊娠・出産時の管理に関するワークショップならびにアクティブバースに関するワークショップ（IPOGのみ）を実施</li> </ul>	<p>「以前は仰臥位での出産以外は考えられなかったが、今は妊婦の意思を尊重した姿勢での出産をサポートしている」との報告が、すべての対象病院において聞かれた。</p> <p><u>指標2-6</u> インタビューの結果、女性（産褥婦）の出産に関する満足度も向上していた。エンドライン調査では、以前より今回の出産経験の方が、病院の設備面ならびにサービスやケアの面においてよかった、との意見が記録されており、産褥婦の出産に関する満足度が全般的に上がっていることを示す回答結果となっている。</p> <p><u>指標2-7</u> インタビューの結果医療従事者の（職務に対する）満足度についても向上したことが認められた。 グループインタビューでは、医療従事者全員（24名）の満足度が向上していた。</p> <p><u>プロジェクト目標の指標1-2</u> IPOG（第3次医療施設）での指標の推移（2004年→2006年）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・妊産婦死亡症例数：0→1</li> <li>・周産期死亡率（出生千対）：27.6→22.3</li> <li>・新生児死亡率（出生千対）：11.7→12.5</li> <li>・妊娠中毒症率（出生千対）：11.0→0.5</li> <li>・出血率（出生千対）：11.0→30.6</li> <li>・敗血症率（出生千対）：7.3→1.6</li> <li>・胎盤関連一貫（出生千対）：130.0→100.2</li> </ul> <p><u>その他の指標</u> 医療従事者を対象とした意識調査結果の推移（2005年→2006年）</p>	

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・慣例的な浣腸：57.9%→8.3%</li> <li>・慣例的な剃毛：63.6%→8.3%</li> <li>・慣例的な静脈注射：57.0%→38.3%</li> <li>・慣例的な仰向け姿勢：47.7%→13.3%</li> <li>・慣例的な碎石位：61.7%→20.0%</li> <li>・分娩第2期のバルサルバ法：83.2%→61.7%</li> <li>・慣例的な第3期の子宮内検査：12.1%→6.7%</li> <li>・慣例的な人工破膜：17.8%→5.0%</li> <li>・慣例的な会陰切開：24.3%→5.0%</li> </ul>	
<p>基準2：実用的な記録管理システム。</p>	<p><u>活動1-6</u> 科学的な根拠に基づいた医療の観点から妊産婦保健医療・ケアの実践内容をモニタリングおよび評価する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・3病院を対象に各種ベースライン・エンドライン調査を実施し、活動成果を測定（「医療従事者への自記式質問票による意識調査」、「（病院統計資料のレビューによる）病院統計調査」、「妊産婦死亡症例の分析調査」、「出産後の女性に対するインタビュー調査」など）</li> </ul>		
<p>基準3：機能的なレファラル制度</p>	<p><u>活動3.1</u> ラズダン、ガバル産婦人科病院からIPOGへの搬送を行う際の情報共有の方法についてワークショップで検討し、マニュアルを整備する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ラズダン産婦人科病院の病院マニュアルを翻訳・レビューし、改善項目の助言</li> <li>・ガバル産婦人科病院の産婦人科医を中心とした5名を対象に、搬送システム（搬送体制や判断基準の明確化など）に関するワークショップを実施</li> </ul>	<p><u>指標3-1、3-2</u> 終了時評価時点で、変化を確認することはできなかった。第一に、無償資金協力による医療器材の供与の遅れなどによる影響から、指標3-1、3-2に係る活動が当初の予定に比べ大幅に縮小された結果、期待された成果をもたらすまでには至らなかったことがその最大の理由として挙げられる。第二に、「ア」国では旧ソ連時代より引き継がれたレファラル・搬送システムが機能しており、新たな搬送医療システムを構築・導入することの必要性が低いと判断された。 第三に、レファラル・搬送に係る課題の多くが、交通手段・アクセスの問</p>	

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
	・ラズダン産婦人科病院の産婦人科医、新生児科医、助産師計11名を対象に、搬送システム（搬送体制や判断基準の明確化など）に関するワークショップを実施	題や、患者側の社会・経済的事情とも深く関連しており、案件の活動によって改善に至る部分が少ない。	
<b>大項目：女性の出産体験に関する領域</b>			
基準4：効果的なコミュニケーション		<u>その他の指標</u> 医療従事者を対象とした意識調査結果の推移（2005年→2006年） ・産婦に飲み物を勧める：67.3%→80.0% ・女性が求める限りの情報と説明を提供する：90.6%→98.3%	
基準5：敬意と尊厳		<u>その他の指標</u> 医療従事者を対象とした意識調査結果の推移（2005年→2006年） ・産婦を慣例的にあおむけの姿勢にする：47.7%→13.3%	
基準6：情緒的支援		<u>その他の指標</u> 医療従事者を対象とした意識調査結果の推移（2005年→2006年） ・出産中に産婦に付き添う人を産婦の選択により尊重する：74.8%→90.0%	
<b>大項目：保健施設を取り巻く環境に関する領域</b>			
基準7：有能で意欲のある人材	<u>活動1-1</u> 科学的な根拠に基づいた妊産婦保健医療・ケアについての教材を開発する。 ・EBMに関するポスターならびにリーフレットを作成 ・3か国語対応（英語、ロシア語、アルメニア語）による周産期医学用語集を作成 ・セミナー及び研修で使用する各種教材・資料を作成・開発	<u>指標1-1</u> プロジェクト対象病院の当該分野の医療従事者167名全員が最低一回参加し、EBMの概念と方法論について学んだ。 <u>指標1-2</u> 医療従事者への自記式質問票による意識調査の結果、96%（調査対象者165名中158名）の医療従事者がEBMについて「知っている」と回答し、また89%（調査対象者165名中140名）がEBMを「（高い頻度で）実践している」と回答しており、知識と実践方法が広	

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
	<p><u>活動1-2</u> 科学的な根拠に基づいた妊産婦保健医療・ケアについてのセミナーやワークショップを実施する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>科学的な根拠に基づいた周産期医療・ケアについてのセミナーを開催。対象3病院の保健医療従事者を中心に合計120名が参加</li> <li>対象病院で妊産婦・新生児医療・ケアに従事するスタッフ計56名を対象に、新生児医療に関するセミナーを開催</li> </ul> <p><u>活動1.4</u> 妊産婦保健医療・ケアについての最新の科学情報を臨床に活用するための研修を実施する。 (活動1.2に重複あり)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>計21名のカウンターパートを対象に、本邦研修を実施</li> </ul> <p><u>活動1.5</u> 科学的な根拠に基づいた妊産婦医療の観点から保健医療・ケアの実践内容について改善をはかる目的とした臨床活動検討会を実施する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>産婦人科医、レジデント、助産師計30名に事例検討会：緊急帝王切開術、搬送患者、抗リン脂質抗体症候群および血液型不適合妊娠、反復帝王切開術、早産治療事例を対象。</li> </ul> <p><u>その他の取り組み</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>本邦研修を現地でのプロジェクト活動期間外に計画し、帰国中のチーフアドバイザーによる同行サポートを行った。</li> <li>本邦研修に参加できない医療従事者に対しては、専門性と経験において高いレベルの日本人短期専門家を招いてセミナーやワークショップなどの現地研修を行った。</li> <li>アルメニア国の当該分野の権威として将来的にもリーダーシップを</li> </ul>	<p>く理解された。</p> <p><u>その他の成果</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>日本のやり方を押しつけず常にアルメニア側CPの考え方やニーズを尊重した「対話」を積み上げ、きめ細やかな計画運営に反映させることによって、研修は参加者の満足度並びに技術習得度を高め、実践を促す結果となった。</li> </ul>	<p>・専門家とのインタビュー</p>

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
	<p>担うことが予測される人物が、案件の計画段階から終了時に至るまで積極的に関与し協力した。</p> <p>・案件期間を通じ、4名の中心的なCPの継続的な協力が得られた。</p>		<p>・専門家とのインタビュー</p>
<p>基準 8：基本的なインフラや医薬品</p>	<p><u>本プロジェクトでの活動</u></p> <p>・機材の供与（ドップラー胎児心拍計、エッセンシャル（アロマ）オイル各種、分娩用高床式畳マット、授乳クッションなど）</p> <p><u>本プロジェクト外（無償資金協力）での活動</u></p> <p>・機材の供与（LDRベッド、保育器など）</p>	<p><u>その他の成果</u></p> <p>・女性への情緒的支援に用いることを想定して、エッセンシャル（アロマ）オイルや授乳クッションなどを供与した。</p> <p>・無償資金協力を通じてLDRベッドなどの医療機材が供与され、フリースタイル分娩が物理的に可能となった。</p> <p>・本案件の専門家が無償資金協力の調査にも参加し、医療機材の選定に適切な助言を行うなど、相乗効果を上げた。</p> <p><u>その他の教訓</u></p> <p>・無償資金協力による医療機材の供与が遅れ、「成果3：レファレル体制の強化」に関わる一連の活動に遅れが生じた。</p>	<p>・専門家へのインタビュー</p>

ベナン 母子保健プログラム (2006年-2016年)

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
<b>大項目：医療者のケア提供に関する領域</b>			
<p>基準1：エビデンスに基づいたケア</p>	<p>「<u>成果1：ラギューン母子病院における妊産婦・新生児ケアが改善される</u>」に関わる活動</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・約56名の帰国研修員のアクションプラン実現支援をとおし、母親学級活動促進、院内感染予防活動、栄養改善活動、産後検診、新生児蘇生ケア改善活動、人間的ケア促進などの取り組みの導入および定着に取り組んだ。</li> <li>・当初想定された継続ケアに関わるアクションプランの策定は、既に国家レベルの介入プログラムが導入されていた。</li> <li>・院内の各科間による連携である「時間的継続ケア」は既に存在したが、他施設やコミュニティとの連携である「空間的継続ケア」の強化が今後望まれる。</li> </ul> <p>「<u>成果3：アトランティック・リトラル県1次レベル保健施設の妊産婦・新生児ケアが改善される</u>」に関わる活動</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・第1次レベル保健医療施設対象の研修実施を通し、看護・助産師など間で妊産婦・新生児ケアの知識の改善が見られた。</li> <li>-弛緩出血予防ケア：90名</li> <li>-吸引分娩：23名</li> <li>-栄養改善：90名</li> <li>-母体死亡レビュー：53名</li> <li>・吸引分娩は全保健施設での導入が推奨されているが、パイロットサイトにおける調査では保健センターレベルでの導入には効果が限られている可能性が示唆され、導入する（つまり、研修を実施する）保健施設レベルの選択が必要。</li> </ul>	<p>成果3：アトランティック・リトラル県1次レベル保健施設の妊産婦・新生児ケアが改善される</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護・助産師の間で妊産婦・新生児ケアの知識の改善の度合いは、現場適応への段階であり、指標にまでは表れていないが、スーパービジョン結果では、適応が見られてきている。</li> </ul> <p><u>参考指標：ラギューン母子病院における母子保健統計の推移（2006年→2010年）</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・母体死亡割合：1353→869</li> <li>・異常分娩率：44%→44%</li> <li>・帝王切開割合：40%→41%</li> </ul>	<p>・中産専門家：業務完了報告書</p>
<p>基準2：実用的な記録管理システム</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・（仮称）第2フェーズでは、第1フェーズに続いて、妊産婦・市戦時死亡及びニアミスレビューの研修を3回実施（81施設が参加）</li> </ul>		

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
基準3：機能的なリファラル制度		<u>参考指標：ラギューン母子病院における母体返送の推移（2006→2010年）</u> ・自己リファラル数1000件に対する妊産婦死亡割合：5.0→3.5 ・他院からのリファラル数1000件に対する妊産婦死亡割合：26.5→21.8	・中産専門家：業務完了報告書
<b>大項目：女性の出産体験に関する領域</b>			
基準4：効果的なコミュニケーション		<u>参考資料：ラギューン母子病院における患者満足度の推移（2007→2011年）</u> ・妊婦健診 サービス：100%→90% 情報：95%→75% ケア満足：96%→90% ・分娩室・救急外来 ケア満足：81%→94% プライバシー：98%→88% サービス：85%→83% 説明安心：77%→89% 待ち時間15分内：92%→16% ・新生児科 満足：67%→69% サービス：58%→79% 十分な説明：50%→53%	・中産専門家：業務完了報告書
基準5：敬意と尊厳			
基準6：情緒的支援			

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・（仮称）第2フェーズでは、帰国研修員のアクションプランの支援、そしてJOCVとの連携を通じて、母親学級のガイドラインを作成</li> <li>・（仮称）第2フェーズでは、施設状況、サービス提供状況、フリースタイル分娩数、産褥婦へのインタビュー、医療従事者へのインタビューなどを総合的に評価して表彰する「人間のお産コンクール」を実施</li> </ul>	<p><u>その他の成果：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・母親学級の実施施設数は2012年6施設から2016年31施設に増加</li> <li>・母親学級は月2-3回実施され、付き添い者も含め20-30名が参加した</li> <li>・「人間のお産コンクール」での産褥婦へのインタビューからは高い満足度が伺えた（詳細は不明）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・岡安専門家：業務完了報告書</li> </ul>
<b>大項目：保健施設を取り巻く環境に関する領域</b>			
<p>基準7：有能で意欲のある人材</p>	<p><u>「成果1：ラギューン母子病院における妊産婦・新生児ケアが改善される」に関わる活動</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ラギューン母子病院職員が帰国研修員として定めたアクションプランを実施する形で、以下のような院内研修を実施</li> <li>-母親学級開設コミュニケーション手法：12名</li> <li>-内部監査員養成研修：36名</li> <li>-院内衛生：200名</li> <li>-院内衛生、5S改善システム：80名</li> <li>-継続ケア、人間らしいケア：90名</li> <li>-HIV感染予防・対応研修：100名</li> <li>-子宮切開既往妊産婦への対応：50名</li> <li>-吸引分娩技術研修：40名</li> <li>-5S監査員トレーニング研修：6名</li> <li>-質向上、5S研修：204名</li> <li>-接遇改善研修：23名</li> <li>-弛緩出血予防・人間の出産ケア研修：50名</li> <li>-院内感染改善研修：62名</li> <li>-消火活動研修：60名</li> <li>-新生児蘇生ケア研修：45名</li> </ul>	<p><u>成果3：アトランティック・リトラル県1次レベル保健施設の妊産婦・新生児ケアが改善される</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護・助産師の間で妊産婦・新生児ケアの知識の改善の度合いは、現場適応への段階であり、指標にまでは表れていないが、スーパービジョン結果では、適応が見られてきている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中窪専門家：業務完了報告書</li> </ul>

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
	<p>-栄養研修：24名</p> <p><u>「成果2：ラギューン母子病院医療従事者の妊産婦・新生児ケアに関する継続教育が強化される」に関わる活動</u></p> <p>・当院には質管理室が設置されており、当室長・副室長が院内年間継続教育計画を立案。帰国研修員アクションプランを取り込む形で2008年からさまざまな院内研修が実施された（成果1に関わる活動と重複）。</p> <p>・技術的な研修、質管理に関する研修など様々であるが、各年の科長からのニーズも汲みながら企画・実施した</p> <p>・助産師対象の継続教育ニーズ調査（アンケート）結果を受け、研修参加者のニーズも併せて計画立案した。</p> <p>・本邦における栄養研修では、中央・県保健省、医療機関と各レベルから参加者があったため、現地国内での栄養研修でも帰国研修員が協力し合い、また研修内容を知識だけではなく、啓発活動まで落とし込んだ質の高いものにすることができた。</p>		
	<p>・（仮称）第2フェーズでも、以下のような研修を実施（対象者や講師などの詳細は不明）</p> <p>-「人間的なお産」：5回157名</p> <p>-5S、KAIZEN関連：16回624回</p> <p>-5S、「人間的なお産」統合：3回103名</p> <p>-母親学級：5回62名</p> <p>-妊産婦新生児死亡ニアミスレビュー：3回102名</p>	<p><u>その他の教訓</u></p> <p>・第1フェーズから続くものであるが、（仮称）第2フェーズでは医療従事者の慢性化したストライキやC/Pとの協働など、実施上の課題があった。</p> <p>・C/Pとの協働という課題に関連して、本邦研修や第三国研修へ適切な参加者が選定されない事態も生じた</p>	<p>・岡安専門家：業務完了報告書</p>
<p>基準8：基本的なインフラや医薬品</p>	<p>・2010年3月～2012年3月（中窪専門家派遣期間）に吸引分娩器、分娩介助セット、会陰縫合セット、不要医療機材格納倉庫、ラギューン母子病院妊婦検診室プライバシー保持のためのカーテンレール、ラギューン母子病院母親学級室、思春期相談室整備品（椅子、机、棚、衝立など）を供与・設置</p>		<p>・中窪専門家：業務完了報告書</p>

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・（仮称）第2フェーズでは、31施設にフリースタイル分娩に関わる機材を供与（詳細は不明）</li> <li>・（仮称）第2フェーズでは、帰国研修員を通じて5S・KAIZEN・TQM活動が行われ、23施設が5Sを導入</li> </ul>	<p><u>その他の成果：</u> 2013年11月から2016年3月までに計4,431のフリースタイル分娩が報告される</p> <p>・5Sコンクールを通じて採点/評価では、平均47点（2015年1月）から平均58点（2016年2月）へと改善している。</p> <p><u>その他の教訓：</u> フリースタイル分娩だけが強調されると、「人間のお産」の本質が伝わらないリスクがある</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・岡安専門家：業務完了報告書</li> <li>・専門家とのインタビュー</li> </ul>

マダガスカル 母子保健サービス改善プロジェクト（2007年1月-2010年1月）

中項目	国・案件での実践例	成果 <sup>1</sup>	情報源
<b>大項目：医療者のケア提供に関する領域</b>			
<p>基準1：エビデンスに基づいたケア</p>	<p><u>活動1.3</u> 医療従事者の人間的ケアと根拠に基づいた医療に関する能力を向上させるために、必要な研修を実施する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・根拠に基づいた出産ケアセミナーの実施</li> <li>・出産・出生ケアセミナーの実施</li> <li>・トレーナー研修の実施 本邦研修、ブラジル研修、郡保健事務所、県保健局職員研修</li> <li>・助産師研修実施</li> <li>・緊急産科ケア、基本新生児ケア研修実施</li> <li>・FANOME研修の実施</li> </ul> <p><u>活動4.2</u> CHUM/CME医療経済に対するEBMの観点からのモニタリング・評価の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・帝王切開の実施数と適応を継続的にモニタリング</li> <li>・UON手法を用いた解析</li> <li>・案件では、病院での貧困者の金銭負担が軽減されれば、経済的バリアが軽減され、結果としてこれまで適切に受療することができなかった重症者の病院利用が増えると考えた。案件実施中にマダガスカル国家保健政策として「第三者支払いシステム」が導入されることとなり、その導入と実施支援を行った。</li> </ul>	<p><u>プロジェクト目標の指標1</u> ・「自分が望む人の分娩立ち会い66%→96%」「産婦をリラックスさせるようなマッサージ14%→77%」といった出産・出生時における人間的ケアの実施率は増加していた</p> <p><u>プロジェクト目標の指標2</u> ・有害または無効であり実施すべきでない事項に分類されているケア、具体的には「砕石位による出産79%→7%」「分娩第2期における持続的ないきみ98%→33%」「子宮内清掃39%→5%」「毎時間の内診62%→34%」の実施は減り、正常分娩への不必要な医療介入が減少した。</p> <p><u>プロジェクト目標の指標3</u> ・出産での医薬品適正利用率の増加であるが、本調査では適正利用率の増加ではなく、不適正利用率の減少、具体的には「分娩経過中のオキシトシンの投与が減少12%→8%」したことが確認できたことをもって、適正利用率が増加したものと評価した。これは、適正利用率のデータ取得が困難であったことによるものである。</p> <p><u>プロジェクト目標の指標6</u> ・第三者支払いシステムの実施における交通費支払いの重要性をマダガスカル政府に対して提言した</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ブエニ県の絶対的母体適応による帝王切開率は増加したものと推測される</li> </ul> <p><u>その他の成果：</u> ・助産ケアで求められる女性への理解や寄り添う姿勢は、医療従事者側が自ら変わることでは実現できないため、まずは医療従事者が意識や行動変容を求められる。本案件のCPIに変容をもたらした</p>	<p>終了時評価調査報告書： 2010年4月 (特に記載ない限り、終了時評価調査報告書を情報源とする)</p>

		<p>大きな要因は、本邦研修やブラジル研修であった。3年に50名。関係者が同じ概念を共有し、同じ方向性を持つことにおいて有益であった。</p> <p>・サービスの受け手を一人の人間として尊重する基本的な姿勢を養うため、自分のあり方、自分の他者との関わり方、そして、自分と他者をありのままに尊重する姿勢などに関わる領域における感受性を高めるためにラボラトリー方式体験学習という手法が選択された。「人間的ケア」を自分の体験を通して考えることを目的としたワークショップを実施、案件メンバーの間で案件の現在の位置を確認し、今後の活動の展開の方向性を検討できた。</p>	<p>・堀越専門家業務完了報告書</p>
<p>基準3：機能的なリファラル制度</p>	<p><u>活動3.2</u> 地域レベルで緊急産科・新生児ケアにアクセス可能なリファラル、カウンター・リファラルのモデルを構築する</p> <p>・マジュンガI郡の保健センターで地域との協働による妊産婦・新生児搬送モデル確立を模索</p> <p>・母子手帳を用いた、新たなリファラル・カウンターリファラル情報共有を構築</p>	<p><u>成果の指標3.2、3.3</u></p> <p>・マジュンガI郡の保健センターで、地域との協働による妊産婦・新生児搬送モデル確立は模索段階</p> <p><u>成果の指標3.4</u></p> <p>・リファラル・システム強化組織が実質的に停止していることにより、活動は行われていない。</p> <p>・リファラル・システム強化組織とは別に、保健センターレベルでの搬送モデル確立を模索中</p>	<p>・中窪専門家業務完了報告書</p>

<p>基準 6 : 情緒的 支援</p>	<p><u>活動1.3</u> 医療従事者の人間的ケアと根拠に基づいた医療に関する能力を向上させるために、必要な研修を実施する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・根拠に基づいた出産ケアセミナーの実施</li> <li>・出産・出生ケアセミナーの実施</li> <li>・トレーナー研修の実施 本邦研修、ブラジル研修、郡保健事務所、県保健局職員研修</li> <li>・助産師研修実施</li> <li>・緊急産科ケア、基本新生児ケア研修実施</li> <li>・FANOME研修実施</li> </ul>	<p><u>プロジェクト目標の指標1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「自分が望む人の分娩立ち会い66%→96%」「産婦をリラックスさせるようなマッサージ14%→77%」といった出産・出生時における人間的ケアの実施率は増加していた</li> </ul> <p><u>プロジェクト目標の指標4</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健センター：医療従事者の関係性に関する事項についてネガティブな意見数は23%→9%と有意に減少。医療サービスに対する感想については、もともとベースライン時点での満足度が高く、エンドライン時点での有意な変化はなかった。これらにより、保健センターにおける母子保健サービス利用者の満足度は向上したと評価される。</li> <li>・マジュンガ母子保健施設：医療従事者の関係性に関する事項についてネガティブな意見数は10%→37%に有意に増加している。医療サービスに対する感想については、もともとベースライン時点での満足度が高く、エンドライン時点での有意な変化はなかった。マジュンガ母子保健施設の母子保健サービス利用者の満足度は低下した、とも評価され得る。</li> <li>・しかし、マジュンガ母子保健施設の医療サービスに対する感想結果は、「今回の出産で、医療的ケアに満足したか」に対し「はい」が100%、「今回の出産で、満足のいく世話を受けたと思うか」に対し「はい」が94%、「次のお産でも、同じ施設を利用したいと思うか」に対し「はい」が83%と、満足度のレベルとしては高い水準だった。</li> <li>・スタディ・グループの形成：公的に承認された組織ではないが、専門家の呼びかけによってスタートし、定期的に会合を開き積極的にプロジェクト活動を推進した。</li> <li>・本邦研修、ブラジル研修に参加したCPにより自発的に発足したグループであるMandresyグループは研修カリキュラムの作成などに大きく貢献した。</li> </ul>	
--------------------------	--	--	--

大項目：保健施設を取り巻く環境に関する領域			
<p>基準7：有能で意欲のある人材</p>	<p><u>活動1.1</u>            ブエニ県保健・家族計画局、群保険事務所、マジュンガ母子保健施設が協働して、母子保健サービス向上を編成するための県研修担当室の機能が再活性化される。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・スタディ・グループの形成と会議の定例化</li> <li>・県、郡、CME協働による研修の実施</li> <li>・県活動レビューでの研修実施計画の策定</li> <li>・人間的な出産・出生ケアを提供することを関係者が考えるセミナーを実施</li> <li>・研修担当室の一部機能を担うMandresyグループを形成</li> <li>・CME研修部に対する技官、事務官増員を保健省に対して要請</li> </ul> <p><u>活動1.2</u>            人間的ケアと根拠に基づいたケアの研修に必要なマネジメントツールを開発整備する（モジュール、資材、機材その他）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・出産・出生ケア研修の研修モジュールの策定</li> <li>・保健省母子保健局の緊急産科・新生児ケア研修の中に、人間的な出産ケアモジュールが策定され組み込まれた</li> <li>・根拠に基づいた出産ケアを実践するための機材の導入・作成のため、マジュンガ母子保健施設における出産環境の改善（マット、ハンディドゥッラー、カーテンの設置）</li> <li>・マジュンガI群マビブ保健センターでの出産・出生ケア研修の実施</li> <li>・母子保健週間での出産・出生ケアに関する啓発活動の実施</li> </ul>	<p><u>成果の指標1.1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・スタディ・グループの形成と会議の定例化が実現し、プロジェクト活動の協議と決定はほとんどがこの会議によりなされるようになった。また、研修計画の策定・実施・評価を実質的に担う組織となった。</li> <li>・Mandresyグループはブラジル研修、本邦研修に参加したCPにより自発的に発足したグループで、研修カリキュラムの作業に大きく貢献した。</li> </ul> <p>職員増員の協議は、ブエニ件保健局長と合意に至ったが、その後の政変と副大臣職の消滅により、協議は停止となった。</p> <p><u>成果の指標1-2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・以下モジュールが策定された。</li> <li>-正常出産と出生の解剖・生理EBM、</li> <li>-基本的新生児ケア、</li> <li>-新生児蘇生、</li> <li>-人間的な出産・出生ケア、</li> <li>-ラボラトリー方式体験学習、</li> <li>-人間的な出産・出生ケアモジュール、及び保健政策策定</li> </ul>	

	<p><u>活動1.3</u> 医療従事者の人間的ケアと根拠に基づいた医療に関する能力を向上させるために、必要な研修を実施する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・根拠に基づいた出産ケアセミナー：179名</li> <li>・出産・出生ケアセミナー：96名</li> <li>・トレーナー研修</li> <li>#本邦研修：21名</li> <li>#ブラジル研修：20名</li> <li>#カンボジア研修：4名</li> <li>#郡保健事務所・県保健局職員研修</li> <li>・助産師研修：50名</li> <li>・緊急産科ケア、基本新生児ケア研修：13名</li> <li>・FANOME（医薬品調達・供給）研修：12名</li> </ul> <p><u>活動2.1</u> 人間的ケア実施のため、地域との協働を再活性化する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・マジュンガI、II郡保健事務所主催で、地域長を招聘し、協働の方策について協議・策定</li> <li>・マジュンガI郡で全村との協働により母子手帳の配布、妊産婦登録、出生登録を実施</li> </ul> <p><u>活動2.3</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・マジュンガII郡5地域、計15カ村で包括的小児疾患管理（PCIMEC）の実施を推進（地域保健員選定、研修及びスーパービジョン実施）</li> <li>・マジュンガII郡3地域、計9カ村で基本的新生児ケア（SENN）の実施を推進（地域保健員選定、研修及びスーパービジョン実施）</li> <li>・人間的なケアに関する啓発活動を1,800人以上を対象に実施した。</li> </ul>	<p><u>成果の指標2.1、2.2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・案件は多くの協働活動をマジュンガI、II郡のコミュニティとともに実施し、成果を上げている。下記の啓発活動の会議やイベントを協働し実施することで、MCHに関する問題のシェア、母子健康手帳のトライアル実施の方向づけなど、多くの結果をもたらすことに繋がった。</li> <li>・包括的小児疾患管理（PCIMEC）、基本的新生児ケア（SENN）の実施</li> <li>・母子手帳の導入と利用</li> <li>・CBSとの協働による母子保健祭りの実施</li> </ul> <p><u>成果の指標2.8</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅分娩の登録データは母子健康手帳のトライアル配布により把握することになったが、評価時点でトライアルは開始された間が無かったことから登録数は確認できなかった。</li> </ul> <p><u>その他の成果</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・よく準備されたコミュニティ活動、村長とCSBの密接な連携により活動を進めたこと、コミュニティで中心となるアクターとの調整が成功の鍵であった。</li> </ul>	
--	--	--	--

	<p><u>活動2.4</u>          自宅分娩の登録を強化する          ・マジュンガI郡で、全村との協働により母子手帳の配布、妊産婦登録、出生登録を実施</p> <p><u>活動3.4</u>          専門技能の資格のある分娩介助者（SBA）の業務規範を策定する          ・助産師協会を中心に、根拠に基づいた人間的な出産・出生ケアの実践方法及び展開について協議</p>		
<p>基準 8：基本的なインフラや医薬品</p>	<p><u>活動3.3</u>          母子に対する人間的ケアに必要な医療施設内の環境を整備する          ・マジュンガ母子保健施設での5S／総合品質管理の導入による環境改善          ・マジュンガ母子保健施設での女性及び家族のプライバシーを守る設備の導入          ・自由な分娩体位を担保するマット・分娩台の導入          ・自由な分娩体位の選択に関してマジュンガI郡の全施設での情報提供          ・保健センターでの5S／総合品質管理研修の立案          ・マジュンガI郡及びII郡の一部保健センターの改修</p>	<p><u>成果の指標3.6</u>          ・マジュンガ母子保健施設での5S／総合品質管理の導入による環境改善          ・マジュンガ母子保健施設での女性及び家族のプライバシーを守る設備の導入          ・自由な分娩体位を担保するマット・分娩台の導入          ・自由な分娩体位の選択に関してマジュンガI郡の全施設での情報提供          ・保健センターでの5S／総合品質管理研修の立案          ・マジュンガI郡及びII郡の一部保健センターの改修</p>	

セネガル タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト（2009年1月-2011年12月）、母子保健サービス改善プロジェクト フェーズ2（2012年11月-2018年3月）

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
<b>大項目：医療者のケア提供に関する領域</b>			
基準1：エビデンスに基づいたケア。	<p><u>活動1.1-2</u>に関わる活動：ベースライン調査を実施し、プロジェクトコンセプトを作成する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ベースライン調査の倫理委員会審査手続きに多くの時間を費やし、調査が遅れた。そのため、プロジェクトコンセプト/モデル案の作成も遅れ、その後の案件進捗に影響を与えた。</li> </ul> <p><u>活動1.3</u>：本プロジェクトにおける「根拠に基づいた妊産婦・新生児ケア」の概念を定義し共有する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・基幹施設であるタンバクンダ保健センター、コチャリ保健ポストにてコンセプトを共有する会議を開催。タンバクンダ保健センターではセンター長が目指しているケアについて、マトロンを含めて説明したほか、2011年8月に県開発委員会を開催して本プロジェクトのモデルについて説明した。また、コチャリ保健ポストでは、コチャリ保健ポスト長が市長など、地域の要人を招いてコンセプトを説明し、保健ポストで目指す人間的ケアの内容をポスターにして張り出している。</li> </ul> <p><u>活動1.4-6</u>に関わる活動：「根拠に基づいた妊産婦・新生児ケア」モデルを同定し、モデル実現のための活動を実践する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「根拠に基づいた妊産婦・新生児ケア」のマニュアルを作成</li> <li>・ケアモデルの共有と実践活動のために基幹施設での有資格者やマトロンなど合計192人を対象に研修を実施</li> </ul> <p><u>活動1.7</u>：基幹施設において「根拠に基づいた妊産婦・新生児ケア」モデルをモニタリング・評価し、モデル確立を確認する。</p> <p>指標1.2に関わる活動：「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」チェックリストを使用した、日常診察で根拠に基づく助産ケアの実践</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・チェックリストでのチェックはモニタリングに時間を要すること、また、日常</li> </ul>	<p><u>上位目標の指標1、2</u>：タンバクンダ、ケドゥグ州における有資格者の介助による出産が増加する。対象施設における死産が減少する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・これらの指標は、保健省の年間レポートで確認すべきであるが、終了時評価時には2010年7月から続くストライキのために統計情報が入手できない。</li> </ul> <p><u>上位目標の指標3</u>：セネガルの母子保健政策にプロジェクトの成果が反映される。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今までセネガル国では理論だけしか知られていなかった「人間的なお産」が実践へと推移し、保健省の2011年度版リプロダクティブヘルスプロトコルに反映され、その用語が国家レベルで認知された。また、人材不足のセネガル国の遠隔地において、マトロン（無資格分娩介助者）の活用が不可欠であることが本案件の拡大ワーキンググループにて取り上げられ、案件の枠内でマトロンの業務に関する規定が作成された。</li> <li>・本案件で策定中の「根拠ある妊産婦・新生児ケア」のモデルは、拡大ワーキンググループを通じてセネガルの母子保健分野のトップであるダカル大学の教授などによって承認されており、国家レベルで認知されている。</li> </ul> <p><u>プロジェクト目標の指標1</u>：対象施設がモデルの全構成要素を実践している。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2つの基幹施設で「根拠に基づく妊産婦新生児ケア」チェックリストに載っているケア（131項目）の評価結果が、望ましいレベルに達していた（それぞれ80%、89.7%）。しかし、知識どおりに実践が望ましいレベルで行われている項目は、20項目中4つと、知識と実践の</li> </ul>	・フェーズ1終了時評価報告書

	<p>的にケアを見直すにはセルフチェックが必要であることから、セルフチェックリストを導入し、分娩チームが一勤務帯につき1枚のセルフチェックリストを作成し、グループでケアを見直すようになった。</p> <p><u>活動2.2：対象施設における「根拠に基づいた妊産婦・新生児ケア」モデルをモニタリング・評価し、モデルの確立を確認する</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本邦研修に参加したグディリ保健センターのセンター長が、研修中に「人間的なお産」の実施を目指したグディリ保健センターの活動計画を作成し、実施した。</li> <li>・保健省及び関連機関を招聘し、本プロジェクトに係る合同評価委員会を計3回、ワーキンググループ及び拡大ワーキンググループを計8回開催し、「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」のコンセプトやモデルに対して多く関係者の理解が得られた。また、保健予防省国家保健情報部を巻き込みながら、パンフレット及びポスターを作成し、本案件の取り組みに関する情報提供のツールを作成。さらに、国際医療機器展示会（SISDAK）においてタンバクンダ州のブースを設置し、案件での取り組みの紹介や「人間的なお産」のデモンストレーションを実施。</li> </ul> <p><u>その他の取り組み：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・C/Pが、仏語圏アフリカ地域母子保健研修や同時並行で実施したC/P研修に参加したこと、また、日本人長期専門家が業務出張にてこれらの研修に同行したことが、案件のコンセプトやモデル案の相互理解に貢献した。</li> </ul>	<p>レベルに、やや乖離があった。</p> <p><u>プロジェクト目標の指標2：根拠に基づく妊産婦・新生児ケアを正しく行っている医療従事者の割合が増加する。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2つの基幹施設で行われたチェックリスト/スーパービジョンの結果および終了時評価の聞き取り調査からは、定性的評価においては女性を受け入れる時のケアには向上が見られる。</li> </ul> <p><u>プロジェクト目標の指標4：タンバクンダ、ケドゥグ州の基幹施設と対象施設において予防可能な産科合併症発症率および娩出児（新鮮）死亡率が低下する。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・この指標は、保健省の年間レポートで確認すべきであるが、終了時評価時には2010年7月から続くストライキのために統計情報が入手できない。</li> </ul> <p><u>その他の成果：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・専門家、C/Pで相互に信頼関係が醸成された。これは、仏語圏アフリカ地域母子保健研修やC/P研修を通じて、案件のコンセプトが共有されたこと、その後ワーキンググループや拡大ワーキンググループにおいて、コンセプトやモデル案について何度も議論を重ねたことで相互理解が深まったことによる。</li> </ul> <p><u>その他の教訓：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本案件開始に当たっては、関係者の間に目指すモデルに関する共通認識が無く、モデルの定義が曖昧であった。そのため、案件開始から1年半の間、モデルの構築や相互理解に時間を要することとなり、その確立が遅れた。</li> <li>・2010年7月以降、ストライキによって保健医療機関による医療情報が収集、集計されていない。また、2011年5月以降、全国の医療施設でストライキが実施されており、緊急の患者以外は火、水、木曜日は診察を行っていない。そのため、タンバクンダ保健センターでは月曜日と金曜日に患者が集中し、多くの職員が多忙を極めてお</li> </ul>	<p>・専門家とのインタビュー</p>
--	---	---	---------------------

	<p>(PRESSMINモデルの普及・拡大に向けて「国レベルの体制整備 (成果1) 」と「国レベルの体制整備 (成果2) 」が行われた。一連の活動は「7. 有能で意欲のある人材」に整理したが、本「1. エビデンスに基づいたケア」とも該当する)</p>	<p>り、業務の一部に影響が出ている。</p> <p><u>上位目標の指標</u>：妊産婦・新生児ケアの改善を通じて、セネガルにおける妊産婦死亡率及び新生児死亡率が低減する。</p> <p>・主な指標の推移 (2010-2011年→2016年)</p> <p>-妊産婦死亡率 (出生10万対) : 392→315</p> <p>-新生児死亡率 (出生1000対) : 29→19</p> <p>-産前健診の受診率 : 50%→48.1%</p> <p>-施設分娩率 : 71.3%→76.9%</p> <p><u>プロジェクト目標の指標3</u>：根拠に基づいたケアを実践する医療従事者の数が増加する</p> <p>・医療従事者の正常出産と新生児ケアサービスの質評価において、介入群 (「根拠に基づく妊産婦新生児ケア」研修とスーパービジョンを受講した有資格者 (助産師、看護師) ) による根拠に基づくケアの実施率が14領域全てにおいて有意に高かった。</p> <p><u>プロジェクト目標の指標4</u>：PRESSMNモデルの各要素の実践度が増加する</p> <p>・モデルの実戦状況についての対照群と介入群との比較では、4要素全てにおいて介入群の実施率が高かった。</p> <p><u>成果の指標4-1</u>：PRESSMNモデルの効果に係るインパクト評価調査が実施される。</p> <p>・インパクト調査が実施され、結果が学会などで報告された。</p>	<p>・フェーズ2事業完了報告書</p>
<p>基準3：機能的なリファラル制度</p>	<p><u>指標 1.2 に関わる活動</u>：リファラル事例の症例検討会の二か月に1回以上の実施</p> <p>・2010年12月に1回実施されたが、その後継続できていない。しかしながら、日本人専門家が不在の場合でも事例を集められるよう、事例を集めるチームがタンバクンダ保健センターにて編成された。</p>		<p>・フェーズ1終了時評価報告書</p>

大項目：女性の出産体験に関する領域			
基準4：効果的なコミュニケーション	<p>指標1.2に関わる活動：ケアを受けた女性・家族の意見を分析するミーティングの毎月の実施</p> <p>・コチャリ保健ポストではマトロンを通じて、ケアを受けた女性からヒアリングを行い、提供するケアの見直しに反映された。タンバ保健センターではAssistant Socialがヒアリングを行い、週に2回、内容を助産師長に報告、助産師長から分娩チームへフィードバックをした。</p>	<p>プロジェクト目標の指標3：根拠に基づくケアについてポジティブな意見を持つ女性の割合が増加する。</p> <p>・コチャリ保健ポストでは、終了時評価時に実施したポスト長への聞き取り調査によって、ケア、検診を受けた女性が、ポジティブな反応を持っていることが確認された。また、タンバ保健センターでもケアを受けた女性からポジティブな意見が聞かれた。</p>	・フェーズ1終了時評価報告書
基準5：敬意と尊厳	<p>指標1.2に関わる活動：コミュニティに安全な妊娠・出産についての情報の定期的な発信</p> <p>・コミュニティに対する安全な妊娠・出産についての情報の場として、タンバ保健センターではコーゼリー（講話会）を週1-2回実施。母子保健棟にて勤務表を作ることで、勤務体制が確立し、確実に実施できるようになった。コチャリ保健ポストでは、偶数月の第1火曜日に妊婦健診を実施し、安全な妊娠・出産についての情報提供を行った。また、2011年7月より、毎週土曜日に、安全な妊娠・出産に関するラジオ放送の番組を放送した。</p>		
基準6：情緒的支援。		<p>プロジェクト目標の指標1：PRESSMNモデルを適応した保健医療施設における、女性の満足度</p> <p>・女性の満足度調査の結果、17項目中全てにおいてPRESSMNモデルを導入したパイロット施設で出産した女性の満足度が、導入しなかった施設で出産した女性の満足度に比較して高かった。</p>	・フェーズ2事業完了報告書
大項目：保健施設を取り巻く環境に関する領域			
基準7：有能で意欲のある人材	<p>活動2.1：対象施設において「根拠に基づいた妊産婦・新生児ケア」モデル実現のための活動を実践する</p> <p>・2011年7月に、タンバクンダ保健センターに周辺の保健ポスト長6名</p>		・フェーズ1終了時評価報告書

	<p>とワッド大統領夫人が推進している保健ボランティア「地域の母 (Bajenu Gox) 」24名の計30名を集めて、本案件の内容と妊娠中の危険兆候の研修を実施。また、研修の際に参加した6つの保健ポストにおける、月2回の「地域の母」による家庭訪問を実施。</p>		
	<p><u>活動1.1</u>：モニタリング・評価のために必要なデータ（医療施設における施設分娩数など）を収集するための、ベースライン調査、中間調査、エンドライン調査を実施する。</p> <p>・全国展開及びベースライン調査の実施方法に関し、カウンターパートを含む関係者間の合意形成の過程に時間を要したことや、調査コンサルタントとの契約が難航したことにより、案件活動の実施スケジュールに遅れが生じた。</p> <p><u>活動1.4</u>：省内関連部局・州医務局・諸パートナー・大学関係者・その他関連団体に対してPRESSMNモデル普及・拡大戦略のアドボカシーを行うためのツール及びマテリアルを作成する。</p> <p>・保健省母子保健局は、以下のツールおよびマテリアルを作成</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-研修ガイドブック：有資格者用、コミュニティ保健人材用</li> <li>-参加者講義ノート：有資格者用、コミュニティ保健人材用</li> <li>-モニタリング評価ツール</li> <li>-コミュニケーション用媒体：パンフレット（保健医療人材用、地域保健人材用）、掛物（医療従事者用、コミュニティ用）、啓発用紙芝居、プロジェクトソング、ビデオクリップ、ラジオ放送用スポット(7ローカル言語);</li> <li>-イスラム暦付き妊娠カレンダー</li> </ul> <p><u>活動1.5</u>：州医務局に対してPRESSMNモデル普及・拡大戦略の共有ワークショップを開催する。</p> <p>・州医務局に対してPRESSMNモデル普及戦略を共有する目的で、合計5回の拡大ワーキンググループと国際ワークショップを開催</p> <p><u>活動1.6</u>：州医務局に対する研修（TOT）を行う。</p>	<p><u>プロジェクト目標の指標2</u>：PRESSMNモデルを適応した保健医療施設における、医療従事者の満足度</p> <p>・医療従事者の満足度調査の結果、15項目中すべての項目において、介入群の医療従事者（「根拠に基づく妊産婦新生児ケア」研修とスーパービジョンを受講した有資格者（助産師、看護師））の満足度が高かった。</p> <p><u>成果1に関わる指標</u></p> <p>・PRESSMNモデルが、保健省内のスケールアップ委員会で承認された。</p> <p>・PRESSMNモデルが、母子保健局の年間事業計画及びPNP、リプロダクティブヘルス戦略計画などの枠組み文書に統合された。</p> <p>・PRESSMNモデルの普及・拡大のための戦略が策定された。</p> <p><u>その他の成果</u>：</p> <p>・PRESSMNモデルの面的拡大は「グローバル・ファイナンス・ファシリティ（GFF）」投資計画のディスバースメント・リンクド指標としても記載されたことから、他ドナーからの予算も期待でき、財政的持続性も高い</p> <p>・人材養成校とPRESSMNモデルを導入した保健医療施設が実習場所として協働することによって、初期教育によって「根拠に基づく妊産婦新生児ケア」の基礎を確立した保健人材が、卒後の配属先における実践を通じて、そのケアサービス拡大に貢献できた。</p>	<p>・フェーズ2事業完了報告書</p>

	<p>・パイロット州に対して「根拠に基づく妊産婦新生児ケア」研修と「PRESSMNモデルにおける質改善アプローチ：マネジメント5S改善」モジュール導入研修を実施</p> <p><u>活動1.7</u>：PRESSMNモデルが実施されている州医務局に対するスーパービジョンを実施し、また州医務局間のピア・ビジョンを実施支援する。</p> <p>・パイロットユニットに対して州医務局および保健区幹部が実施する、導入後3ヶ月と6ヶ月のスーパービジョンを支援</p> <p><u>活動2.1</u>：州行政官、地方自治体、保健委員会、NGO、民間部門をPRESSMNモデルについて啓発するためのワークショップを開催する。</p> <p>・14州の医務局が、ワークショップ（キックオフミーティング）を実施</p> <p><u>活動2.2</u>：パイロットユニットに対するTOTを行う。</p> <p>・14州の州医務局が、TOTを実施</p> <p><u>活動2.3</u>：PRESSMNモデルが実施されているパイロットユニットに対するスーパービジョンを実施する。</p> <p>・14州の州医務局パイロットユニットに対する導入後3ヶ月後、6ヶ月後のスーパービジョンを実施</p> <p><u>活動2.4</u>：PRESSMNモデルを普及・拡大に向けた計画を策定する会議を開催する</p> <p>・14州の州医務局は、各州の年間事業計画にPRESSMNの活動（サイト訪問、キックオフ会議、研修、2回のスーパービジョン）を組み入れた</p> <p><u>活動3.1</u>：国家看護師・国家助産師養成カリキュラムの見直し・改訂に向け関係者を動員するためのワークショップを開催する</p> <p>・国家看護師、助産師養成カリキュラムへのPRESSMNモデルの統合を目指し、以下のワークショップを開催</p> <p>-コンピテンシーの評価ツール開発</p>		
--	---	--	--

	<p>-教員を対象としたPRESSMNモデル導入研修</p> <p>-教員を対象とした質改善アプローチ/マネジメント5S改善</p> <p>・PRESSMNモデルを統合した改定カリキュラムを全国7州の保健人材養成校に導入する目的で、35名の教員を対象にオリエンテーションを実施</p> <p><u>活動3.2</u>：国家看護師・国家助産師養成カリキュラムを改訂する</p> <p>・保健省人材局初期教育課はワークショップを開催し、国家保健人材養成校の教員対象の保健プログラム統合ガイドブックにPRESSMNモデルを統合</p> <p>・保健省母子保健局と国立保健社会開発学校は、国家看護師・助産師養成カリキュラムにPRESSMNモデルを統合した。</p> <p>・保健省は教育省管轄であるダカール大学産婦人科およびle CEA/SAMEFとともにワークショップを開催し、医学部産婦人科領域のカリキュラムにPRESSMNモデルを統合</p> <p>・保健省は医学部実習病院であるピキン病院においてPRESSMNモデル導入の為に研修を実施</p> <p>・保健省は、研修実施後のスーパービジョンを2回実施</p>		
--	---	--	--



カンボジア 助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト（2010年3月-2015年8月）

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
<b>大項目：医療者のケア提供に関する領域</b>			
基準1：エビデンスに基づいたケア	<p><u>活動1.5</u></p> <p>コアトレーナーが助産トレーナーに対し、「根拠に基づく助産ケア」の助産トレーナー研修を実施する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・3州の対象施設に対して、オリエンテーション・ワークショップを1回ずつ実施。</li> <li>・助産トレーナー向け訓練ワークショップ「女性と赤ちゃんにやさしい根拠に基づく出産ケア」を8回実施、助産トレーナーを含む職員全員が訓練を受けた。</li> <li>・根拠に基づく助産ケアに関する定期勉強会を実施。</li> </ul>	<p><u>プロジェクト目標の指標1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「有効で推奨されるべきケア」の数は8項目中すべてで改善した</li> <li>-飲み物の勧め：37%→65%</li> <li>-付き添う人の選択の尊重：5%→94%</li> <li>-マッサージなど産痛緩和：12%→46%</li> <li>-自由な姿勢と動き：43%→87%</li> <li>-断続的聴診の胎児監視：29%→18%</li> <li>-温かいサポート：53%→100%</li> <li>-情報と説明の提供：75%→91%</li> <li>-早期母子接触：69%→94%</li> </ul> <p><u>プロジェクト目標の指標2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「危険で効果がないケア」については、12項目中それぞれ8項目で減少した</li> <li>-慣例的な静脈点滴：5%→5%</li> <li>-慣例的な碎石位：61%→11%</li> <li>-バルサルバ法：4%→14%</li> <li>-児娩出後の慣例的な用手子宮内検査：1→2%</li> <li>-第2期制限時間への固執：18%→8%</li> <li>-繰り返し・頻繁な内診：17%→6%</li> <li>-医療者の指示に従わせる：52%→0%</li> <li>-分娩立ち会い医療者数：7名→2名</li> <li>-学生分娩介助の同意：0名→0名</li> <li>-オキシトシン分娩促進：11%→12%</li> <li>-多用・慣例的な会陰切：92%→13%</li> <li>-帝王切開：17%→29%</li> </ul>	終了時評価報告書（特に記載ない限り、終了時評価調査報告書を情報源とする）

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
		<u>成果の指標1.5</u> ・助産トレーナーの訓練後に実施したプレテスト、ポストテストの平均点は75/100→91/100に上場し、知識と実践方法が広く理解された。また、トレーナーの自力での訓練を実施し続けるに十分な能力を身につけた。	
<b>大項目：女性の出産体験に関する領域</b>			
基準4：効果的なコミュニケーション	<u>活動1.6</u> 助産トレーナー研修後、助産トレーナーのモニタリングとフォローアップを行う	<u>その他の成果</u> ・NMCHCでフリースタイル、家族の出産立会いが導入され、パーティション設置によるプライバシー確保がなされた。 ・クライアントに対するサービス・プロバイダーの態度と行動の改善があり「出産を通し、ケア提供者が家族のように暖かく支援してくれたと感じた割合」や「間欠的な聴診によって胎児モニタリングをする」頻度についても改善し、助産師がクライアントの状態を観察・判断するという行為がなされていることを示唆している。	
基準5：敬意と尊厳	・対象センターにおいてフリースタイル、家族による立会いを導入し、パーティション設置によるプライバシー確保 ・対象センターおよび対象病院との間で助産トレーナーの研修をレビューし進捗を確認するための定期協議を実施 ・コアトレーナーによる卒前研修の助産臨床実習の対象の保健施設にてオンサイト研修（研修を受けた助産トレーナーをコアトレーナーが助産トレーナーの職場に赴きフォローする活動を20回行った。		
基準6：情緒的支援			
<b>大項目：保健施設を取り巻く環境に関する領域</b>			
基準7：有能で意欲のある人材	<u>活動1.3</u> 対象センターのコアトレーナーが根拠に基づく助産ケアのガイドラインを策定する ・「根拠に基づく助産ケア」のコンセプトの共有と理解を目的とした以下訓練を5回実施 ①「根拠に基づく参加ケア」2回 ②根拠に基づく助産ケアワークショップ ③助産ケアの質に関するセミナー ④助産研修の環境について	<u>成果の指標1.1</u> ・2011年に「正常な妊娠・分娩のための個別的助産ケアに関する手引き」が策定された。 <u>成果の指標1.4</u> 研修教材が開発され、NMCHC研修部に移譲された。 <u>成果の指標1.3</u> コアトレーナー養成のためのコーチングプログラムの内容は策定された。 <u>成果の指標1-4</u> ・NMCHCにおいて助産トレーナー（プリセプター）が「女性と赤ちゃんに	

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
	<p>⑤海外研修</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・コアトレーナーと日本人専門家による「正常な妊娠・分娩のための個別的助産ケアに関する手引き」作成に向けた会議を開催</li> </ul> <p><u>活動1.4</u></p> <p>根拠に基づく助産ケアの研修教材が作成される。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・トレーナー研修用の学習内容、教授法の開発</li> <li>・教材の再検討をし、教材の改訂を実施</li> </ul> <p><u>活動1.5</u></p> <p>対象センターのコアトレーナーが助産トレーナーに対し、「根拠に基づく助産ケア」の助産トレーナー研修を実施する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・3州の体操施設に対し、オリエンテーション・ワークショップを1回ずつ実施。</li> <li>・助産トレーナー向け訓練ワークショップ「女性と赤ちゃんにやさしい根拠に基づく出産ケア（Woman and Baby friendly childbirth care based on evidence）」を8回実施。</li> <li>・根拠に基づく助産ケアに関する定期勉強会を実施</li> </ul>	<p>やさしい根拠に基づく出産ケア」のワークショップを通じて100%（21/21名）訓練された</p> <p><u>成果の指標1-6</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・NMCHC において21名、コンポンチャム地域において16名のコアトレーナーが養成された。</li> </ul> <p>備考：医療技術者育成システム強化プロジェクト（2010-2015年）が同時期に実施</p> <p><u>その他の成果</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「根拠に基づく女性と赤ちゃんに優しい出産ケアについて」という新しい概念を伝えることは困難を伴うが、案件は初期段階にてCPに対し、丁寧な説明を忍耐強く続け、概念を正しく理解してもらうことに重きを置いたことは重要な点である。</li> <li>・助産の概念を捉える時、助産をサイエンスとして、解剖学、生理学に立脚して現象を客観的に捉える、という基本的な訓練が必要である。現象を分析的に捉えるというメカニズムの理解が重要である。</li> </ul>	<p>・専門家へのインタビュー</p>

	<p><u>活動2.1</u> コンボンチャム州病院研修部のスタッフに研修マネジメントの研修を行う。 ・研修マネジメント訓練を実施</p> <p><u>活動2.2</u> コンボンチャム州病院の助産を含む研修計画がまとめられる。 ・州病院研修部による年間研修実施計画の準備 ・上記達成のための州病院研修部への支援</p> <p><u>活動2.3</u> コンボンチャム州病院研修部が「根拠に基づく助産ケア」の研修実施を通じて、研修マネジメントの強化を行う。 ・対象病院において、「根拠に基づく助産ケア」のワークショップを8回実施</p> <p><u>活動2.5</u> コンボンチャム州病院の研修部が対象センターとともに州病院研修部のガイドラインを作成する。 ・州病院研修部のビジョン、ゴール、目的の協議 ・州病院研修部設立ガイドラインの州保健局による認証 ・州病院研修部設置プロセスの記録ドキュメントの作成</p> <p><u>活動3.5</u> 卒前臨床実習を行う保健医療施設において助産に携わるスタッフに「根拠に基づく助産ケア」に関する研修を行う ・対象センターに勤務するすべての医師と助産師を対象に「根拠に基づく助産ケア」に関するワークショップを提供 ・新入職員に対する同様のワークショップの実施 ・成果1で訓練された助産トレーナーの勤務先の同僚の訓練の実施 ・各科間、個人間のコミュニケーションにかかる調査を実施、サー</p>	<p><u>成果の指標2.1</u> ・「州病院研修部設立ガイドライン」がコンボンチャム州保健局に認証された。 ・チーフ、スタッフ2名、各科病棟長、コアトレーナーが州病院研修部のワークグループとして任命された。 ・州病院研修部による卒後研修支援開始。</p> <p><u>成果の指標2.3</u> 州病院研修部とRTCの間で4回技術職員レベルの協議が実施され、研修マネジメントにおける理解が深まった。</p> <p><u>成果の指標2.4</u> ・コンボンチャム州研修部により州病院研修部設立ガイドラインが承認された。 ・記録ドキュメントは作成中の段階。</p> <p><u>その他の成果</u>：NMCHCだけでは、全国のニーズにこたえることができないなか、コンボンチャム州病院研修部設立という地域における研修体制が整備され、地域を起点とした研修体制を得たことは意義が大きい。</p> <p><u>その他の成果（成果3に関わる成果）</u> ・新生児ケアユニットと多科間のコミュニケーション改善のために、産婦人科において「新生児アセスメント」が導入された。</p> <p><u>成果の指標4.1</u> ・カンボジアにおける会議やイベントなどを活用して14回の機会をもった（内訳：学会2回、MCHシンポジウム4回、国際助産の日5回、MCH関連会議3回）。 ・案件はその活動内容について多くの機会を捉えて発表を行った。その一部の活動による広報効果が功を奏して、案件で開発した研修をプロ</p>	
--	--	---	--

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
	<p>ビス改善に関する協議を行う。</p> <p>・「<u>「</u>接遇改善ワークショップ」を7回実施（219名）</p> <p><u>活動4.1</u></p> <p>会議・ワークショップなどを通じて助産トレーニングの経験と課題をモデル地域以外の関係者と共有する</p> <p>・カンボジア国内で開催された学会にて案件の概要を共有</p> <p>・母子保健シンポジウムにて案件概要を発表</p> <p>・「<u>国際助産の日</u>」のイベントにおいて案件概要を共有</p> <p><u>活動5.1</u></p> <p>助産能力向上に関する課題や教訓をハイレベル助産タスクフォースや関連ワーキンググループに報告する</p> <p>・MCHテクニカル・ワーキンググループや国家リプロダクティブヘルス・プログラム年次会合において概要や成果を報告</p> <p>・母子保健テクニカル・ワーキンググループ、及び国家リプロダクティブヘルス・プログラム年次会議</p> <p>①フリースタイル分娩のポスターを紹介</p> <p>②「<u>根拠に基づく助産ケア</u>」の研修教材である“Guide to Individualized Midwifery Care in Normal Pregnancy and Birth”びパンフレットを配布</p> <p>・国際的な学会など：10題掲示、学術誌に1題発表</p> <p><u>活動5.2</u></p> <p>NMCHCが案件の経験に基づき、国レベルの助産能力向上に関するプロトコル、ガイドライン、マニュアルなどの案を作成または改訂</p> <p>・以下4種のガイドラインやカリキュラムを策定・改訂</p> <p>①「<u>産前健診・分娩・産後健診の助産技術を改善するための研修</u>」カリキュラム</p>	<p>ジェクトのモデル地域外に拡大する実質的な活動に発展した。</p> <p>・案件は5つのチャンネルを通じて、コンセプト・内容を伝えた。</p> <p>① MCH 関連の定期イベント</p> <p>② 学会や学会誌</p> <p>③ 助産師の職業専門組織</p> <p>④ 潜在的なプロモーターもしくは連携を想定できる組織</p> <p>⑤ 全国の RTC</p> <p><u>その他の教訓</u></p> <p>・共有活動は必ずしも体系的に実施されなかったため、全国普及を目指すためには、より戦略的なアプローチが有益である。</p> <p><u>成果5に関わる成果</u></p> <p>・主に2つの考え方が国家ガイドラインや国の卒後研修カリキュラムに挿入された</p> <p>① 正常な妊娠・分娩のための個別的助産ケアに関する手引き</p> <p>② 地域・州レベルにおいて広めるための研修モデルもしくはメカニズムである。</p> <p>参考：医療技術者育成システム強化プロジェクト（2010-2015年）が同時期に実施</p>	

中項目	国・案件での実践例	成果	情報源
	②CPAガイドライン（改訂版） ③基礎的緊急産科新生児ケアカリキュラム ④新生児敗血症ガイドライン		
基準 8：基本的な インフラや医薬品	<u>活動3.3</u> 機材リストに基づき、助産研修施設に必要な機材を提供し、活用状況をモニタリングする ・必要な機材の提供 ・案件初期に助産研修施設に提供された分娩キットの活用状況についてモニタリングを実施予定。	<u>成果の指標3.1</u> ・1,628個の研修用機材が調達され、NMCHC、モデル地域4州の病院、10郡のOD保健局、1コンボンチャム州病院保健局に配布された。 ・70個の研修用機材が提供された。 ・「根拠に基づく助産ケア」のための「分娩キット（150セット）」及び血圧計・聴診器がモデル地域の53施設に配布された。 <u>成果の指標3.2</u> ・女性と家族にやさしい分娩環境をつくるため、NMCHC分娩室に簡易パーティションが導入された。 ・プライバシー改善のために母子病棟にカーテンレールが導入された。 ・新生児ケアユニットが改修された。	

### 第3章：レビュー資料とインタビュー対象者一覧

主な文献/既存のインタビュー資料など	インタビュー対象者（担当・役職は当時のもの）
<p>ブラジル/家族計画・母子保健プロジェクト</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 専門家派遣報告書</li> <li>• 事前/巡回指導/終了時/事後調査団/実施協議調査団/計画打合せ調査団報告書</li> <li>• 評価調査結果要約表</li> <li>• T. Umenai, et al: Conference agreement on the definition of humanization and humanized care. Int. J. Gynecology &amp; Obstetrics 75: S3-S4, 2001</li> <li>• 「人間的な出生と出産」トレーニング後に医療従事者に起こった変化について-ブラジル北東部の調査から-</li> <li>• TOT 内的変化の考察</li> <li>• セアラだより 1号-41号</li> <li>• 日本助産学会 海外研修生招聘事業報告（その1）ネパール研修生</li> <li>• ブラジル国別研修「助産施設における人間的出産・出生ケア」を終えて</li> <li>• プロジェクトで開発された分娩台パンフレット</li> <li>• プロジェクトの歩み</li> <li>• プロジェクトの概要と時系列</li> <li>• プロジェクト活動のまとめ</li> <li>• プロジェクト活動総括</li> <li>• The Lancet, Satisfying birthing experience in Japan, 2000_06_24</li> <li>• 光のプロジェクト Rodrigo Pires de Campos 博士論文要約</li> <li>• International Conference on the Humanization Childbirth パンフレット</li> <li>• International Conference on the Humanization Childbirth 抄録集</li> <li>• International Conference on the Humanization Childbirth 毛利専門家発表資料</li> <li>• RAPを使用した JICA パイロット地区の出生と出産に関する調査-2000年の調査から-</li> <li>• RAPを使用した JICA パイロット地区の出生と出産に関する調査-2000年の調査から-パワーポイント資料</li> <li>• 「人間的なお産」とは</li> <li>• 短期専門家派遣報告書 毛利多恵子</li> <li>• RAPを使用した JICA パイロット地区の出生と出産に関する調査（要約）</li> <li>• Exclusive Summary (Case Study)</li> <li>• Mid-term Report and Active Intervention Strategy</li> <li>• The Maternal and Child Health Improvement Project in Northeast Brazil, Project Proposal 1996-2001</li> <li>• 安全で人間的な出産と出生</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 毛利多恵子 専門家（助産）</li> <li>• 坂元律子 JICA 医療協力部案件担当者</li> <li>• 吉田憲 JICA ブラジル事務所次長</li> <li>• 佐藤洋史 JICA ブラジル事務所員</li> <li>• Christiane Hatano JICA ブラジル事務所スタッフ</li> <li>• Mauro Manabu Inoue JICA ブラジル事務所スタッフ</li> <li>• 佐藤真司 ブラジル事務所次長</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 分娩施設設計モデルの作成-人間的な出産を目指して</li> <li>• 毛利専門家/佐古専門家/三砂専門家/本邦研修視察振り返り</li> <li>• ブラジル取材内容書き起こし資料</li> </ul> <p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 官報 1999年8月5日付985号 / MS - 保健省(1999年8月6日官報) PORTRIA MS/GM Nº 985, DE 05 DE AGOSTO DE 1999.(COFEN 決議 2008年第339号) <a href="https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-92-29-1999-08-05-985">https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-92-29-1999-08-05-985</a></li> <li>• Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gu`lmezoglu AM for the WHO Working Group on Caesarean Section*. WHO Statement on caesarean section rates: a commentary. BJOG 2015; DOI: 10.1111/1471-0528.13526.</li> <li>• Cesariana: por que ela é uma epidemia no Brasil, VEJA <a href="https://veja.abril.com.br/saude/cesariana-por-que-ela-e-uma-epidemia-no-brasil/">https://veja.abril.com.br/saude/cesariana-por-que-ela-e-uma-epidemia-no-brasil/</a></li> <li>• Carla Finger: Caesarean section rates skyrocket in Brazil, The Lancet 362: 628, 2003.</li> <li>• Rudey EL, et al: Cesarean section rates in Brazil., Medicine 99: 17, 2020.</li> <li>• Pesquisa National Sobre Demografia e Saude 1996</li> <li>• Parto e Normal! ブラジル政府発出パンフレット</li> <li>• Hands_MDGs 保健_ブラジルプロジェクト紹介</li> <li>• WHO and UNICEF estimates of national immunization coverage -</li> <li>• INDICADORES BÁSICOS PARA A SAÚDE NO BRASIL: CONCEITOS E APLICAÇÕES</li> <li>• WHO, Appropriate Technology for Birth, THE LANCET, AUGUST 24, 1985</li> <li>• Maternal Mortality in 2000-2017</li> <li>• Número de cesarianas aumenta no mundo e OMS divulga guia para reduzir procedimentos realizados</li> <li>• 詩 わたしにふれてください : ファリス・K. デイヴィス, 三砂ちづる訳, 大和出版, 2004.</li> </ul>	
<p>ボリビア/ラパス市母子保健に焦点をあてた地域保健ネットワーク強化プロジェクト/ラパス県農村部母子保健に焦点をあてた地域保健ネットワーク強化プロジェクト/ラパス県母子保健に焦点をあてた地域保健ネットワーク強化プロジェクト</p>	
<p>ラパス市母子保健に焦点をあてた地域保健ネットワーク強化プロジェクト</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 事前評価調査団及びボリビア政府の協議覚書 (西文・和文)</li> <li>• 事業事前評価表</li> <li>• 実施体制案 (西文・和文)</li> <li>• 面談者リスト</li> <li>• PDM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 田中幸恵専門家 (チーフアドバイザー)</li> <li>• 毛利多恵子専門家 (助産)</li> <li>• 佐藤真司ボリビア事務所所員</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• ボルビア共和国医療特別機材供与（人口家族計画）機材計画調査（現地調査）報告書</li> <li>• 実施運営総括表</li> <li>• 専門家業務完了報告書</li> <li>• 中間レビュー/終了時/事後評価調査団報告書</li> <li>• 専門家報告書（伊藤専門家、田中専門家、藤原専門家、堀内専門家、毛利専門家）</li> </ul> <p>ラパス県農村部母子保健に焦点をあてた地域保健ネットワーク強化プロジェクト</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 中間レビュー調査報告書</li> <li>• RD</li> <li>• 実施運営総括表</li> <li>• 終了時評価報告書</li> <li>• CCC 発表資料</li> <li>• 専門家報告書（高橋専門家、中島専門家、湯浅専門家）</li> <li>• 内部事後評価</li> </ul> <p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ボルビア共和国プロジェクト形成調査（保健医療分野）報告書</li> <li>• World Bank Group, Informe de Conocimiento 92272</li> <li>• Encuesta Nacional de Demografia y Salud 2008</li> <li>• ボルビアで JICA が支援活動-出産ケア向上目指して 連載（上）：母子死亡率の改善へ＝人間的なお産文化を啓蒙-日経新聞 2005 年 9 月 16 日</li> <li>• ボルビアで JICA が支援活動-出産ケア向上目指して 連載（中）：女性の立場を尊重し＝研修人気、成果に手応え-日経新聞 2005 年 9 月 17 日</li> <li>• ボルビアで JICA が支援活動-出産ケア向上目指して 連載（下）：医療施設の連携重要＝ブラジルの成功例も参考-日経新聞 2005 年 9 月 20 日</li> <li>• Cruz RAS: Parto natural humanizado, Sociedad Cientifica de Estudiantes de Medicina U.M.S.A., 2007</li> <li>• 外務省国別開発協力方針別紙 対ボルビア他民族国事業展開計画 2019 年 4 月</li> <li>• 松井三明ボルビアサンタクルス県地域保健ネットワーク強化プロジェクト産科短期専門家帰国報告会発表資料</li> <li>• ボルビアサンタクルス県地域保健ネットワーク強化プロジェクト松井専門家業務完了報告書</li> <li>• 省令 496 : Guia operativa para aplicacion en servicios de la resolucion ministerial 0496 y su reglamentacion sobre practicas y tecnologias apropiadas en salud materna e neonatal.</li> </ul>	
<p>アルメニア/リプロダクティブヘルスプロジェクト</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 事業完了報告書</li> <li>• プロジェクト形成/実施協議/終了時調査団報告書</li> <li>• Summary of the Evaluation</li> <li>• M/M,PDM</li> <li>• Final Report for the JICA Reproductive Health Project in Armenia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 野口眞貴子専門家（チーフアドバイザー）</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>● 終了時評価調査報告書</li> <li>● プロジェクト形成調査（母子保健）調査結果報告書</li> <li>● 母子保健改善計画基本設計調査報告書</li> </ul>	
ベナン/母子保健プログラム	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 専門家/企画調査員業務完了報告書</li> <li>● 運営指導調査団報告書</li> <li>● ベナン共和国母子保健プログラム-命のラギューン-発表資料</li> <li>● 活動報告発表資料</li> <li>● ベナン母子保健プログラムについて-概況説明資料</li> <li>● ベナン共和国政府行動計画</li> <li>● 外務省対ベナン共和国 国別開発協力方針 ベナン</li> <li>● 平成 29 年度参議院政府開発援助調査派遣報告書</li> <li>● 保健セクター情報収集・確認調査ベナン共和国保健セクター分析報告書</li> <li>● Fujita N., et al: Humanized care and a change in practice in a hospital in Benin. Midwifery 28: 481-8, 2012.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 中村悦子 JICA 海外協力隊員（助産）</li> </ul>
マダガスカル/母子保健サービス改善プロジェクト	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 専門家業務完了報告書</li> <li>● 四半期/事業完了報告書</li> <li>● 事前評価/運営指導/終了時評価調査団報告書</li> <li>● 国立国際医療研究センター-NEWSLETTER, Summer 2014</li> <li>● 専門家報告書</li> <li>● マダガスカル共和国マジャンガ大学病院センターを基軸とした州母子保健改善プロジェクト事前評価調査/最終報告書</li> <li>● 平成 14 年度特別プロジェクト等調査 国別研修「仏語圏アフリカ・地域保健」コース調査報告書</li> <li>● Salem A et al: Cross-sectional survey of knowledge of obstetric danger signs among women in rural Madagascar. BMC Pregnancy and Childbirth 18:46, 2018.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 松井三明専門家（チーフアドバイザー）</li> <li>● 堀越洋一専門家（組織開発）</li> <li>● 池田憲昭専門家</li> </ul>
セネガル/タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト/母子保健サービス改善プロジェクトフェーズ 2	
<p>タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 専門家業務完了報告書</li> <li>● 四半期/事業完了報告書</li> <li>● 事前評価/詳細計画策定/終了時評価調査団報告書</li> <li>● RD</li> </ul> <p>母子保健サービス改善プロジェクトフェーズ 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 四半期/事業完了報告書</li> <li>● 専門家業務完了報告書</li> <li>● 事業事前評価表</li> <li>● RD</li> <li>● 詳細計画策定調査報告書</li> <li>● 第 1 回サブサハラアフリカ域内ケアの経験フォーラム出張報告書</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 松井三明専門家（根拠に基づいた産科医療と出産ケア）</li> <li>● 堀越洋一専門家（ワーキンググループ実施支援）</li> <li>● 中村悦子専門家（助産）*</li> <li>● 池田憲昭専門家（研修改善指導）</li> </ul>

<p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>後藤美穂 セネガル共和国タンバウンダ・ケドゥグ州の母子保健サービス改善の取り組み. 国際看護研究会 News Letter No. 65, 2012</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>後藤美穂専門家（助産／チーフアドバイザー）</li> </ul>
<p>カンボジア/助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>専門家業務完了報告書</li> <li>事業完了報告書</li> <li>詳細計画策定/中間レビュー/終了時評価調査団報告書</li> <li>ICM 抄録</li> <li>事業進捗報告書</li> <li>終了時評価インタビュー資料</li> <li>詳細計画策定調査・実施協議報告書</li> <li>中間レビュー報告書</li> <li>評価調査結果要約表</li> <li>プロジェクト概念図</li> </ul> <p>その他資料</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>パンフレット-カンボジアのお母さんと赤ちゃんの健康のために-</li> <li>Matsuoka S. et al: Perceived barriers to utilization of maternal health services in rural Cambodia. Health Policy 95: 255-263, 2010.</li> <li>Ponndara I. et al: Practice of skilled killed birth attendants during labour, birth and the immediate postpartum period in Cambodia. Midwifery, 29: 300-307, 2013.</li> <li>Ponndara I. et al: Women's perspective of maternity care in Cambodia. Women and Birth 26: 71-75, 2013.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>堀越洋一専門家</li> <li>松井三明専門家</li> </ul>
<p>全体、その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>WHO, Appropriate Technology for Birth, THE LANCET, AUGUST 24, 1985</li> <li>WHO, Care in Normal Birth: a practical guide, 1996</li> <li>WHO, WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2008</li> <li>Ö Tunçalp, et al, "Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision", British Journal of Obstetrics and Gynaecology 122: 1045-1049, 2015.</li> <li>WHO. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva</li> <li>WHO's quality of maternal and newborn care framework is harmonisation of tools best_Lancet, 2019</li> <li>Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W, Misago C.: Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: a conceptual framework. BMC Pregnancy Childbirth. 2013 Nov 11; 13:205. doi: 10.1186/1471-2393-13-205.</li> <li>Behruzi R, Hatem M, Fraser W, Goulet L, Ii M, Misago C: Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. BMC Pregnancy Childbirth. 2010 May 27; 10:25.</li> </ul>	

- Misago C, Umenai T, Onuki D, Haneda K, Wagner M: Humanised maternity care. Lancet. 1999 Oct 16;354(9187):1391-2.
- Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W, Misago C: Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: a conceptual framework. BMC Pregnancy Childbirth. 2013 Nov 11; 13:205.
- Misago C, Kendall C, Freitas P, Haneda K, Silveira D, Onuki D, Mori T, Sadamori T, Umenai T: From 'culture of dehumanization of childbirth' to 'childbirth as a transformative experience': changes in five municipalities in north-east Brazil. Int J Gynaecol Obstet. 2001 Nov;75 Suppl 1:S67-72. 6.
- 笹川恵美、春名めぐみ、米澤かおり、疋田直子: “Care in Normal Birth”から “Intrapartum care for a positive childbirth experience”へ : WHO の正常出産ガイドラインは、どのように変わったか? 日本助産学会誌 J. Jpn. Acad. Midwif., Vol. 33, No. 1, 50-60, 2019
- WHO 推奨 ポジティブな出産体験のための 分娩期ケア (要約)
- JICA 保健医療タスクニュースレター「保健だより」第 49 号
- 公衆衛生学会,シンポジウム抄録,シンポジウム 20「地域から世界へ、世界から地域へ」, 三重, 2013 年.
- 病院が変わる アフリカの今,「病院」, Vol.71 No. 9, 2012.
- パウロ・フレイル紹介資料

## 引用文献リスト

- <sup>1</sup> Brizuela V, Leslie HH, Sharma J, Langer A, Tunçalp Ö. Measuring quality of care for all women and newborns: how do we know if we are doing it right? A review of facility assessment tools. *Lancet Glob Health*. 2019 May;7(5):e624-e632. 2019
- <sup>2</sup> 三砂ちづる. 出産のヒューマニゼーション--Projeto Luz(光のプロジェクト)の軌跡と学び(特集 出産のヒューマニゼーション--ブラジルJICA家族計画母子保健プロジェクトの経験から). *助産婦雑誌* 55(4), 289-297. 2001-04
- <sup>3</sup> Misago C, Umenai T, Onuki D, Haneda K, Wagner M. Humanised maternity care. *Lancet*. 1999 Oct 16;354(9187):1391-2. 1999
- <sup>4</sup> 進純郎. 妊産婦と医療者の意識変革 4) 出産のヒューマニゼーション. *産科と婦人科* 31(8), 1007-1012. 2004
- <sup>5</sup> パウロ・フレイレ, 三砂ちづる. 新訳被抑圧者の教育学. 亜紀書房. 2011
- <sup>6</sup> Mahler H. The safe motherhood initiative: a call to action. *Lancet*. 1987 Mar 21;1(8534):668-70. 1987
- <sup>7</sup> The safe motherhood action agenda : priorities for the next decade (English). World Bank. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/403701468764711167/pdf/multi-page.pdf>. 1997
- <sup>8</sup> MDG 5: Improve Maternal Health. World Health Organization. [http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/maternal\\_health/en/](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/en/). 閲覧日2020-09-25
- <sup>9</sup> UNDP Support to the Implementation of the Sustainable Development Goals 3. Ensure Healthy Lives and Promote Well-Being for All at All Ages. United Nations Development Programme. <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Sustainable%20Development/SDG-3%20Health.pdf>. 2016
- <sup>10</sup> Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985 Aug 24;2(8452):436-7. 1985
- <sup>11</sup> マースデン・ワグナー. 井上裕美, 河合蘭監. WHO勧告にみる望ましい周産期ケアとその根拠. メディカ出版. 2002
- <sup>12</sup> Care in Normal Birth: a practical guide. World Health Organization. 1996.
- <sup>13</sup> WHO; 戸田律子. WHOの59カ条お産のケア実践ガイド. 農山漁村文化協会. 1997
- <sup>14</sup> WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization. 2018
- <sup>15</sup> 飯村ブレット, 古宇田千恵, 笹川恵美, 他. WHOガイドライン : ポジティブな出産体験のための分娩期ケア. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-jpn.pdf?sequence=42&isAllowed=y>. 2018
- <sup>16</sup> 笹川恵美, 春名めぐみ, 米澤かおり, 疋田直子. "Care in Normal Birth"から"Intrapartum care for a positive childbirth experience"へ : WHOの正常出産ガイドラインは, どのように変わったか?. *日本助産学会誌* 33(1), 50-60. 2019
- <sup>17</sup> 事業マネジメントハンドブック. 国際協力機構. 2007
- <sup>18</sup> Segal SP, Silverman C, Temkin T. Measuring empowerment in client-run self-help agencies. *Community Ment Health J*. 1995 Jun;31(3):215-27. 1995
- <sup>19</sup> 清水準一, 山崎喜比古. アメリカ地域保健分野のエンパワーメント理論と実践に込められた意味と期待. *日本健康教育学会誌* 4(1), 11-18. 1997
- <sup>20</sup> 後藤美穂, 池田憲昭. 病院が変わるアフリカの今—出産ケア改善と結びつく 5S-KAIZEN. *病院* 71(9),678-679. 2012
- <sup>21</sup> PORTARIA MS/GM Nº 985, DE 05 DE AGOSTO DE 1999, República Federativa do Brasil
- <sup>22</sup> PORTARIA Nº 569, DE 1º DE JUNHO DE 2000, República Federativa do Brasil
- <sup>23</sup> Lei nº 11.108, 2005, República Federativa do Brasil
- <sup>24</sup> Portaria nº 2.418, República Federativa do Brasil
- <sup>25</sup> Resolução Normativa nº 368/2015, República Federativa do Brasil

- 
- 26 羽根田潔. 国際会議の準備、開催そして会議がもたらしたもの（特集 出産のヒューマンニゼーション-ブラジルJICA家族計画母子保健プロジェクトの経験から）. 助産婦雑誌 55(4):301-304. 2001
- 27 World Bank Open Data. World Bank <https://data.worldbank.org/>. 閲覧日2020-09-25
- 28 Global Health Observatory Data. World Health Organization <https://www.who.int/data/gho>. 閲覧日2020-09-25
- 29 Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil - 2010-2020). Agência nacional de saúde suplementar, República Federativa do Brasil. <http://ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. 閲覧日2021-02-08
- 30 Armenia - The World Factbook. Central Intelligence Agency, United States of America. <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/>. 閲覧日2020-09-25
- 31 Armenia Demographic Health Survey 2000. National Statistical Service, Republic of Armenia. 2001
- 32 アルメニア共和国案件形成調査（母子保健）調査結果報告書. 国際協力機構. 2004
- 33 マダガスカル共和国（Republic of Madagascar）基礎データ. 外務省. <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/madagascar/data.html/>. 閲覧日2020-09-28
- 34 マダガスカル共和国医療特別機材供与「母と子どものための健康対策」機材計画調査報告書. 国際協力機構. 2008
- 35 マダガスカル貧困プロファイル報告書. 国際協力機構. 2012
- 36 Plan d'Action Madagascar 2007-2012: Un Plan Audacieux pour le Développement Rapide. République de Madagascar. 2006
- 37 マダガスカル共和国マジュンガ大学病院センター総合改善プロジェクト終了時評価報告書. 国際協力機構. 2003
- 38 Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) Dakar, République du Sénégal. 2012
- 39 Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, République du Sénégal. 2009
- 40 Gassama O, Dieme MEF, Niang MM, Diallo M, Diouf AA, Ndiaye A, et al. Assessment of the quality of the management of childbirth by vaginal delivery in 5 reference maternity clinics in Dakar, Senegal. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2016; 5:3378-83. 2016
- 41 Anne TSB, Seck I, Diouf M, Faye A, Marie BA, Dia AT. Determinants of women's satisfaction during their delivery in the health structures of Pikine in Dakar: A transversal study. *Edorium J Public Health* 2017;4:39-47. 2017
- 42 Tome 5 de la carte sanitaire: Etat des lieux de l'offre de soins de santé et besoins globaux. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, République du Sénégal. 2019
- 43 Cambodia - The World Factbook. Central Intelligence Agency, United States of America. <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/>. 閲覧日2020-09-30
- 44 カンボジア王国貧困プロファイル調査（アジア）最終報告書. 国際協力機構. 2010
- 45 Fast Track Initiative Road Map for reducing maternal and Newborn Mortality. Ministry of Health, Kingdom of Cambodia. 2016
- 46 Liljestrand J, Sambath MR. Socio-economic improvements and health system strengthening of maternity care are contributing to maternal mortality reduction in Cambodia. *Reprod Health Matters*. 2012 Jun;20(39):62-72. 2012
- 47 カンボジア王国医療技術者育成システム強化プロジェクト詳細計画策定調査・実施協議報告書. 国際協力機構. 2010