

マダガスカル共和国

マジュンガ大学病院センターを基軸とした州母子保健改善プロジェクト

最終報告書

2006年8月

<intentionally left blank>

## 写真



CHUM 小児科 母子同室病室

看護師による巡回の様子。写真左は双胎分娩後の女性で入院中の児に付き添っている。



CHUM 産科 分娩室

重症出血で搬送された産婦と、その家族。血液で汚れた床の清掃も家族に求められている役割



保健センターの分娩室

マジュンガ I 郡マビブ保健センター。一般的に見られる分娩室。プライバシー保護のための仕切りはない。



保健センターの予防接種外来

マジュンガ I 郡マビブ保健センター。ワクチン接種などは看護学生が実習をかねて行っている。



人間的出産セミナー

マジュンガ州医療従事者専門学校で、学生を対象として実施された。主に日本での技術研修の内容が伝達された。



Staff Néonatal

CHUM 産科、小児科、プエニ県保健局、マジュンガ I 郡および II 郡の母子保健担当者合同で、定期的に行われている。



#### 地方村落に居住する子どもたち

多くの子どもに腹部膨満が観察される。(アンバトブエニ郡アンキザベ)



#### 栄養状態回復と教育のための通院センター (CRENA)

マルブアイ郡保健センター。多くの母児が身体計測や食料の支給などを待つ。



#### 自宅分娩の参与観察へ向かう日本人専門家

写真右の家で、保健センター助産婦による分娩助助が行われていたため民家を訪問。(アンバトブエニ郡アンキザベ)



#### 自宅分娩の参与観察

ビタミンKの筋肉注射を実施する助産婦。母親の出血が比較的多いためという説明。(アンバトブエニ郡アンキザベ)



#### 日本人専門家による伝統産婆のインタビュー

村長の紹介により伝統産婆の活動、保健センターとの協調などについて聞き取り調査。(マルブアイ郡ミアダナ)



#### 地方部への交通路

橋がない川が多く、人力による渡し船を乗り継ぐ様子。(アンバトブエニ郡)



**日本人専門家活動**

CHUM における産科救急システムおよび助産ケア専門家の聞き取り調査。



**プロジェクト運営委員会**

保健家族計画省で開催されたプロジェクト運営委員会で医療経済専門家の報告と協議を実施。



**次期技術協力プロジェクトのためのワークショップ**

JICA 本部より、日本が実施する技術協力の理念、特に人間の安全保障について説明。



**次期技術協力プロジェクトのためのワークショップ**

グループ別討論の様子。マダガスカル側および関連する開発パートナーも協働した。



**次期技術協力プロジェクトのためのワークショップ**

グループ別討論結果に関する質疑応答の様子。日本人専門家とマダガスカル側で積極的なやりとりがされた。



**次期技術協力プロジェクトのためのワークショップ**

参加者全員の記念写真。

<intentionally left blank>

## 図表リスト

- 表1.1 州別、年次別貧困者割合
- 表1.2 マダガスカル保健の諸指標
- 表1.3 CSBにおける小児疾患の原因、件数、割合（2003年）
- 表1.4 CHDにおける小児死亡の原因、件数、割合（2003年）
- 表1.5 妊婦のHIV罹患率（2003年）
- 表1.6 妊婦の梅毒検査陽性率（2003年）
- 表3.1 ブエニ県でのFANOME/EFの実施状況（2005年1月－6月）
- 表3.2 ベツィブカ県でのFANOME/EFの実施状況（2004年12月）
- 表3.3 ベツィブカ県でのFANOME/EFの収支（2005年6月）
- 表3.4 スフィア県でのFANOME/EFの実施状況
- 表3.5 FANOME/Equity Fundのパフォーマンスの決定要因
- 表3.6 マルプアイCHD-2 Equity Fundの利用者数
- 表3.7 イタウシ CHD-2 Community Health Insurance利用者数（2004年）
- 表3.8 郡保健家族計画課が作成すべきレポートの種類、内容と提出先
- 表3.9 正常分娩ケアの分類(WHO)と医療施設における実施状況
- 表3.10 IMCIトレーニング修了者数およびフォローアップ実施数
- 表3.11 母性保健関連サービスの実施率（ブエニ県、2004年）
- 表3.12 予防接種実施率（ブエニ県、2004年）
- 表3.13 郡保健家族計画課で月間集計されている母子保健情報（家族計画除く）（2004年版フォーム）
- 表3.14 郡保健家族計画課で月間集計されている母子保健情報（2005年の電子版フォーム）
- 表3.15 Commune ブアナマリにおけるFOKONTANY別の登録人口と推計人口
- 表3.16 Commune ブアナマリにおけるFOKONTANY別の出生登録数と、国勢調査からの推計分娩数に基づく出生登録率
- 表3.17 妊婦・新生児カードでチェックされる14のリスク項目
- 表3.18 CSB-2 ブアナマリで2005年に妊婦健診を受診した女性の特性
- 表3.19 CSB-2 ブアナマリで2005年に妊婦健診を受診した女性の受診回数と関連する要因
- 表3.20 CSB-2 ブアナマリで2005年に妊婦健診を受診した女性の施設分娩利用と関連する要因
- 表3.21 CSB-2 ブアナマリおよびミアダナの管轄地域における妊娠・出産および子供のケアに関わる実態調査対象者の特性
- 表4.1 地域住民に対する母子保健サービス提供のために必要な要素としてあげられた意見等
- 表5.1 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（仮称）、プロジェクトデザイン（案）

- 図1.1 ブエニ県保健家族計画局組織図
- 図3.1 FANOMEとEquity Fundのメカニズム概略
- 図3.2 Talat Ampano Prepaid Scheme Association のメカニズム
- 図3.3 各種報告書の流れ
- 図3.4 調査対象地域
- 図3.5 ブアナマリ communeと各FOKONTANYの位置
- 図3.6 CSB-2 ブアナマリで2005年に妊婦健診を受診した女性の、CSBから住居地（FOKONTANY）までの距離と、妊婦健診受診率、施設分娩率との関係
- 図3.7 CSB-2 ブアナマリの管轄地域における予防接種（三種混合、麻疹）の月別累積カバー率（2005年）
- 図3.8 CSB-2 ブアナマリの管轄地域におけるFOKONTANY別・月齢別の予防接種（BCG）の累積カバー率（2005年）
- 図3.9 CSB-2 ブアナマリの管轄地域におけるFOKONTANY別・月齢別の予防接種（三種混合とB型肝炎の3回接種）の累積カバー率（2005年）
- 図3.10 CSB-2 ブアナマリの管轄地域におけるFOKONTANY別・月齢別の予防接種（麻疹）の累積カバー率（2005年）



## 略語表

略語	言語		和訳	注
AAA	仏	Auto-apprentissage assiste	自己学習支援モジュール	
AKIH	仏	Adaptation Kangarou intra-hospitalier	院内カンガルーケア訓練室	
ANC	英	Antenatal care	妊婦健診	仏：CPN
AS	仏	Assistante sociale	ソーシャルワーカー	
AS	仏	Aide sanitaire	診療補助師	
AT	仏	Accoucheuse traditionnelles	伝統的産婆	英：TBA
BEFE	仏	Bureau exécutif du fonds d'équité	貧困者対策基金運営委員会	
BEOC	英	Basic emergency obstetric care	基本的緊急産科ケア	
BONC	仏	Besoin obstétricaux non couvert		英：UON
CDP	仏	Comité de développement du prépaiement de la commune ou de district	(地区) 保険組合運営委員会	
CEOC	英	Comprehensive emergency obstetric care	包括的緊急産科ケア	
CF	仏	Coopération Française	フランス外務省による対外二国間 協力	
CG	仏	Comité de gestion	保険組合事務委員会	
CHD	仏	Centre hospitalier de district	郡病院	
CHRR	仏	Centre hospitalier de référence de région	県リファラル病院	
CHU	仏	Centre hospitalier universitaire	大学病院	
CHUM	仏	Centre hospitalier universitaire de Mahajanga	マジュンガ大学病院センター	
CME	仏	Complex mère et enfant de la province de Mahajanga	マジュンガ州母子保健施設	
CNLS	仏	Comité national de lutte contre le sida	HIV/AIDS 対策国家委員会	
CoGe	仏	Comité de gestion	運営委員会	
CoSan	仏	Comité de santé	保健委員会	
CPD	英	Cephalopelvic disproportion	児頭骨盤不均衡	
CPN	仏	Consultation prénatale	妊婦健診	英：ANC
C-PRSP	英	Complete PRSP	貧困削減戦略ペーパー	
CRENA	仏	Centre de récupération nutritionnelle ambulatoire	栄養状態回復と教育のための通院 センター	

CRENI	仏	Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle intensive	栄養状態回復と教育のための集中治療センター	
CRESAN	仏	Projet d'amélioration du secteur santé	保健セクター改善プロジェクト（世界銀行予算）	
CS	仏	Comité de surveillance	保健組合監査委員会	
CSB	仏	Centre de santé de base	基礎保健センター（第1次レベルの保健医療施設）	
DAAF	仏	Direction des affaires administratives et financières	（保健家族計画省）管理・財政局	
DDDS	仏	Direction de développement des districts sanitaires	（保健家族計画省）保健地域開発局	
DEP	仏	Direction des études et de la planification	（保健家族計画省）調査計画局	
DHRR	仏	Direction des hôpitaux de référence des régions	（保健家族計画省）リファラル病院局	
DHS	英	Demographic and health surveys	人口保健調査	仏：EDS
DRH	仏	Direction des Ressources Humaines	（保健家族計画省）人材局	
DRSPF	仏	Direction Régionale de Santé et du Planning Familial	県保健家族計画局	
DSF	仏	Direction de la Santé Famille	（保健家族計画省）家族保健局	
DSRP	仏	Document de Stratégies pour la Réduction de la Pauvreté	貧困削減戦略文書	英：PRSP
DTC	仏	Diptérie, tétanos, coqueluche	三種混合ワクチン	英：DPT
DULMT	仏	Direction des Urgences et de la Lutte contre le Maladies Transmissibles	（保健家族計画省）感染症対策局	
EBM	英	Evidence-based Medicine Médecine fondée sur le niveau de preuve / sur des faits（仏）	根拠に基づいた医療	
EDS	仏	Enquête démographique et de santé	人口保健調査	英：DHS
EF	英	Equity Fund	貧困者対策基金	仏：FE
EMAD	仏	Equipes Médicaux et d'Appui aux Districts	（県保健局、CHDスタッフによる） 県保健運営チーム	
EmOC	英	Emergency Obstetric Care	緊急産科ケア	
EPI	英	Expanded programme of immunization	拡大予防接種計画	仏：PEV
EU	英	European union	欧州連合	仏：UE

FANOME	仏 / マ	Financement pour l'Approvisionnement Non-Stop des Médicaments	(CSB での) 恒常的な医薬品の調達・供給のための医療費受益者負担制度	
FDL	仏	Formation de formateur	トレーナー研修	英 : TOT
FE	仏	Fonds d'équité	貧困者対策基金	英 : EF
FGD	英	Focus group discussion	フォーカスグループディスカッション	
FKT	マ	FOKONTANY	村 (フクタニ)	
FMG	仏	Franc Malagasy	マダガスカルフラン (マダガスカルの旧通貨単位)	
FNUAP	仏	Fonds des Nations Unies pour la Population	国連人口基金	英 : UNFPA
GNI	英	Gross National Income	国家総収入	
GOAD	仏	Œcuménique d'assistance aux démunis	複数の宗教団体の集合体、貧困者の同定に関わる	
GTZ	G	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit	ドイツ技術協力公社	
HIPC	英	Highly Indebted Poor Country	重債務貧困国	
HIV	英	Human immunodeficiency virus	ヒト免疫不全ウイルス	仏 : VIH
IFP	仏	Institut de Formation de Paramédicaux	医療従事者専門学校	
IMCI	英	Integrated Management of Childhood Illness	包括的小児疾病管理	仏 : PCIME
IMR	英	Infant mortality rate	乳児死亡率	仏 : TMI
INSPC	仏	Institut National de la Santé Publique et Communautaire	国立公衆衛生院	
INSTAT	仏	Institut National de la Statistique	国家統計局	
IRCOD	仏	Institut Régional de Coopération Développement Alsace	フランスアルザス州地方自治体開発協力機構	
ITN	英	Insecticide Treated Nets	殺虫剤浸漬蚊帳 (マラリア対策用)	
KMC	英	Kangaroo Maternity Care	カンガルーケア	
LNR	仏	Laboratoire National de Référence	国家中央ラボラトリー	
MDG	英	Millenium development goal	ミレニアム開発目標	仏 : OMD
MGA		Malagasy Ariary	マダガスカル・アリアリ (通貨単位)	
MINSANPF	仏	Ministère de la santé et du planning familial	保健家族計画省	
MMR	英	Maternal Mortality Ratio	妊産婦死亡率 (正確には妊産婦死亡比だが、慣用的に用いられている率を本報告では使用)	仏 : RMM

MSR	仏	Maternité sans Risque	安全な母性	英 : Safe Motherhood
NCU	英	Neonatal care unit	新生児治療室	
NGO	英	Non-governmental organization	非政府組織	仏 : ONG
OMD	仏	Objectifs millenium de developpement	ミレニアム開発目標	英 : MDG
OMS	仏	Organisation Mondiale de la Santé	世界保健機構	英 : WHO
PCIME	仏	Prise en charge intégrée des malades des enfants	統合的小児疾病管理	英 : IMCI
PCIMEC	仏	Prise en charge intégrée des malades des enfants communautaire	地域での包括的小児疾病管理	英 : C-IMCI
PEV	仏	Programme élargi de vaccination	拡大予防接種計画	英 : EPI
PFU	仏	Participation Financière des Usagers	(医療費の) 受益者負担制度	
PMCT	英	Prevention of mother-to-child transmission of HIV	HIV の母児垂直感染予防	仏 : PTME
PRSP	英	Poverty reduction strategic paper	貧困削減戦略文書	仏 : DSRP
PTA	仏	Plan du Travail Annuel	年間活動計画	
PTME	仏	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH	HIV の母児垂直感染予防	英 : PMCT
RMA	仏	Rapport mensuel des activités	月間活動報告	
RMSD	仏	Rapport Mensuel Synthèse de District	郡保健家族計画課月間活動報告	
SBA	英	Skilled Birth Attendant	(正規の教育訓練を受けた) 熟練分娩介助者	
SEECALINE	仏	Projet de Surveillance et Education des Ecoles et des Communautés en matière d'Alimentation et de Nutrition Elargie	学校やコミュニティでの食料補給・栄養状態のモニタリング・教育拡大プロジェクト	
SFPP	仏	Service de la Formation et du Perfectionnement du Personnel	(保健家族計画省人材局) 研修・人材養成課	
SHD	仏	Service des hopitaux des districts	(保健家族計画省保健地域開発局) 郡病院課	
SHRR	仏	Service des hospitalux de références des régions	(保健家族計画省リファラル病院局) リファラル病院課	
SIDA	仏	Syndrome immunodeficitaire acquis	後天性免疫不全症候群	英 : AIDS

SONU	仏	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence	緊急産科・新生児ケア	
SONUB	仏	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de base	基礎的緊急産科・新生児ケア	
SONUC	仏	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence complét	包括的緊急産科・新生児ケア	
SR	仏	Santé de la Réproduction	リプロダクティブ・ヘルス	
SSEv	仏	Service de suivi et evaluation	(保健家族計画省調査計画局) モニタリング評価課	
SSPFD	仏	Service de santé et du planning familial de district	郡保健家族計画課	
SSR-MSR	仏	Service de santé de la reproduction et maternité sans risque	(保健家族計画省家族保健局) リプロダクティブヘルス課	
SSS	仏	Service de statistique sanitaire	(保健家族計画省調査計画局) 保健統計課	
SV	仏	Service de vaccination	(保健家族計画省家族保健局) ワクチン課	
TBA	英	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆	仏：AT
TOT	英	Training of trainer	トレーナー研修	仏：Fdf
TT	英 / 仏	Tetanus toxoid	破傷風トキソイドワクチン	
UDAC	仏	L'Unité D'Appui à l'Autopromotion Communautaire	コミュニティ自立促進支援機関 (マジュンガ州の NGO)	
UNFPA	英	United Nations Population Fund	国連人口基金	仏：FNUAP
UNICEF	英 / 仏	United Nations Children's Fund	国連児童基金	
UON	英	Unmet obstetric need		仏：BONC
URSR	仏	Unité de renforcement de système de référence	リファラルシステム強化ユニット	
USD	英	United States Dollar	米ドル	仏：EUD
USAID	英	United States Agency of International Development	米国際開発庁	
VCT	英	Voluntary Counseling and Testing	自発的意志に基づく (HIV) カウンセリングと検査	
VIH	仏	Virus de l'Immunodéficience Humaine	ヒト免疫不全ウイルス	英：HIV
WHO	英	World Health Organization	世界保健機構	仏：OMS

<intentionally left blank>

## 要約

マダガスカル国（以下「マ国」）は、アフリカ大陸東岸から約 400km離れたインド洋上に位置し、その面積は 587,051km<sup>2</sup>（日本の 1.6 倍）、人口は約 1,569 万人<sup>1</sup>である。人口増加率 2.8%、出生時平均寿命 54 歳、妊産婦死亡率 469、5 歳未満死亡率 94、合計特殊出生率は 5.2 と、これらの人口の基礎指標は同国における多産多死を顕著に表している<sup>2</sup>。他方、経済指標においても一人当たりの GNI が 290USD、貧困ライン以下の人口が全人口の 69.6%と、周辺諸国の中でも低いレベルとなっている。

保健分野では、乳児の栄養摂取率、予防接種率、感染症罹患率、国民の安全な水へのアクセス率など、各種の保健・衛生指標が劣悪な状況にあり、マラリア、呼吸器疾患、下痢などの死亡率が高い典型的な開発途上国型の疾病構造が認められている。

マ国政府は同国の上位計画となる「PRSP（貧困削減戦略ペーパー）2003 年」及び「国家保健計画 2002 年-2006 年」において、主要感染症の撲滅、母子保健サービスの改善、患者移送体制の強化、栄養状態の改善等を重点課題として様々な取り組みを行ってきた。しかしながら、保健医療従事者の開発、医療機材を含む保健インフラ整備等は依然として不十分であり、今後更なる取り組みの強化が必要とされている。

かかる状況のもと、マ国政府は仏国、独国および我が国を中心とした開発パートナーとの協力の下でマジュンガ州内の地域保健体制の整備を行ってきた。2004 年 2 月に終了した日仏協調技術協力プロジェクト「マジュンガ大学病院センターの総合改善計画」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てきた。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、レファラル患者の分析では、1)レファラル患者の 45%が 5 歳以下の乳幼児であること、2)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<sup>3</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今後の課題となっている。

これらの背景から、2004 年 7 月、マ国政府は我が国に対して技術協力「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」（以下、プロジェクト）を要請した。これを受けて日本政府は 2004 年 11 月より 12 月にかけて、プロジェクト事前評価調査団を派遣し、マ国の母子保健分野の今後の協力策定に資する調査プロジェクトの実施が妥当と判断した。この方針についてマ国からも了解が得られ、2005 年度末まで本プロジェクトを実施することが合意された。<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Estimation de la population malgache par faritany et par fivondronana en 2001, Institut National de la Statistique, Madagascar

<sup>2</sup> Enquête Démographique et de Santé (EDSMD-III) 2003-4, Macro ORS

<sup>3</sup> 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、2003 年 10 月、国際協力機構

<sup>4</sup> マダガスカル共和国マジュンガ大学病院センターを基軸とした州母子保健改善プロジェクト事前評価調査報告書、2005 年 2 月、国際協力機構

本プロジェクトでは、業務調整と情報収集を専門とする長期専門家1名を1年間派遣、また次の分野の短期専門家をのべ10名（279人日）派遣した。

- ・医療経済
- ・地域保健計画／公衆衛生
- ・産科救急システム
- ・助産ケア
- ・母性保健
- ・小児保健

以下に調査結果概要と、今後考えら得る支援の可能性について述べる。

### 1) 医療経済

調査対象は第1次医療施設(CSB)で実施されている薬剤費の自己負担制度(FANOME)とソーシャルセーフティネット(Equity Fund: EF)の実施と現場での運用、第2次医療施設(CHD)でのユーザーフィー制度とソーシャルセーフティネット、リスクシェアリングスキームに関する政策づくりの進捗状況、また関連する他パートナー機関の活動である。

CSBでのEFはdrug revolving fundを中心として資金運用が行われている。併行してコミュニティ主導の貧困者認定が行われている。実際には多数の貧困者がいるにもかかわらず、認定率は平均して全世帯の1%前後(0-2%)と低い。この要因として、EFに対する情報や、貧困者認定に関する情報が関係者、特にコミュニティからの参加に十分に伝達されていないことが指摘できる。また貧困と認定されることに対する抵抗感と、一方で多数の貧困者が存在するにもかかわらずEFが充分でないという実状も背景にある。

病院レベルでのEFは、政策としては確立しておらず、個別のパイロットプログラムが実施されている段階である。GTZが実施しているマルヴァイCHD-2におけるEFの運用実績では、貧困者一人一日あたりに要する実際の診療費用は内科で3,401MGA(1.7USD)、外科で5,315MGA(2.65USD)であった。一方で支援を必要とする貧困者が、全受診患者の約4割程度と推定されるにもかかわらず、CSBレベルでの貧困者支援と整合させるために、現状では2%までに抑えられている。資金についてはドイツKfWおよびEUが主な出資源ではあるが、宗教団体、各コミュニティからの支出金が得られていた。今後、病院の自立経営と、全国一律の医療費設定が行われようとしており、貧困者にとっては経済的アクセスが今後困難になる可能性がある。

CHUMにおいては、外科的介入を行わなくては命に関わる疾患(子宮破裂・前置胎盤・常位胎盤早期剥離・横位や肩胛位などの異常体位のための帝王切開、子宮外妊娠)であっても医療費の支払いを担保するために入院から手術まで長時間を要する症例が散見される。これらに対して、救急治療を提供すると共に、ユーザーフィーの徴収により病院の費用回収(コストリカバリー)が可能なシステムを実施するとともに、EF等、低所得層の費用負担を軽減するスキームを導入し、病院レベルで公正な医療アクセスが確保できるようなシステム整備が必要と考えられる。ただし、EFのための財源確保にあたっては、revolving fundタイプ(病院の利益の一部を徴収)、寄付タイプなどの可能性について十分に検討する必要もある。



## 2) 地域保健計画／公衆衛生

計画の策定・実施・評価という観点から、疫学資料に基づく地域診断の有無、医療ニーズの把握に基づく医療資源（人材、施設）配分計画の有無について検討した。またリファラルシステムの現状について考察した。

保健家族計画省及び県保健家族計画局のレベルで感染性疾患（結核、ペスト、HIV、等）の把握が行われている。それら医療情報は、保健家族計画省調査計画局に一元管理されているが、疾患分布等については十分に把握・解析がされていない。県保健家族計画局からのデータは計画局、郡保健家族計画課・郡病院・CSBからのデータは地域保健開発局と計画局、リファラル病院からのデータはリファラル病院局と計画局、というように複数に提出されており、提出元にとっては大きな負担となっている。さらにCSBとリファラル病院のデータを一括して管理する病院機能担当部局が国家レベルでは存在しない。したがって実質的に管理できるのは県レベルと思われる。

人的資源配分の現状調査が実施中である。今後、配置計画策定がカナダの支援により予定されている。施設配置計画は現状では存在しない。従来の6州が22県に分かれたことにより、各県庁所在地には手術機能を備えたリファラル病院を整備するという計画までは策定されている。国レベルでは全土を把握することが困難と思われ、実現可能な医療資源配分計画は、医療情報管理とあわせて県レベルで実施することが現実的と思われる。

CHUMを中心として設立されたリファラルシステム強化ユニット（URSR）の実質的な機能は停止しており、CHUMへのリファラル患者数の集計も十分にされていない。保健家族計画省、県保健家族計画局ともにリファラルシステムを直接に担当する部署が存在せず、県全体のリファラル患者の流れも把握されていない。

したがって、リファラルシステム強化とあわせて、県レベルにおいて患者の流れ、必要な医療介入数と実施された医療介入数との比較検討、保健医療資源の配分計画などに対する支援を行うことが必要と思われた。  
である。

## 3) 母性保健政策

妊産婦・新生児を中心とした保健政策の現状と今後の展開の見通しについて調査した。

「妊産婦及び新生児死亡低減のためのロードマップ」が2005年に策定され、2015年のMDGを念頭においた2つの活動指針が示された。目的1は良い医療サービスへのアクセスで、そのために国家プログラムの整備と強化、医療サービスの改善、リファラルシステムの強化の3点が示されている。目的2はコミュニティにおける知識やセルフケア能力の改善であり、そのために医療従事者と地域住民とのコミュニケーション改善と、家庭におけるセルフケア能力の改善があげられている。同戦略ペーパーを主体とした場合、どのようなサービスを地域で展開していくかが大きな課題である。具体的には、国家レベルでのプログラム統合（あるいは協調）の実現と、地域における統合された保健医療サービスの実施の2点が焦点となると思われる。

またMDG達成に向けて緊急産科・新生児ケア（SONU）実施の必要性が強調されている。それは医療施設への異常分娩症例の搬送と、帝王切開を含めた医療介入の実施を意味する。一方でマダガスカルのように国土面積が広く、かつ医療機関数が少ないところにおいては、中長期的な保健医療資源配分計画が策定されていない状況では、有効性が

低い戦略であることは否めない。

同時に分娩・新生児ケアにおいて、科学的根拠に基づいた医療・ケアが実践されておらず、ロードマップや SONU のガイドラインにもそれらが考慮されていない。したがって不適切な医療介入の増加、それにともなう医療資源の浪費が発生することが考えられる。

以上から、金銭的投入が少なく、かつ効率的な施設・人材活用が可能と考えられる事項は、プログラムやサービスの統合化・協調である。また SONU に要する資金が得にくい現状では、施設そのものを拡充していくことよりも、現状の施設の有効運用をいかに行うかが重要な事項である。したがって前述の EF 運用とあわせて、保健医療サービスへの経済的バリアを低減することも極めて重要な支援方策と考えられる。

#### 4) 助産ケアと地域での母性保健

調査対象は、正常分娩を対象とした助産婦の活動の現状と今後の見通し、伝統産婆 (TBA) 活動の現状と今後の見通しとした。

出産ケアの場合は、マダガスカルでは、地方部の大半では自宅分娩が主流であり、その介助者も農村部では TBA であることがほとんどである。マジュンガ州の都市部でも施設分娩より自宅分娩を好む女性が比較的多く、その際は助産婦が出張などの形で分娩介助することが多い。

ケアの現状を見てみると、医薬品・消耗品を購入することができるような妊産婦の場合には、不要と思われる薬剤投与が行われることがしばしば見られる。また病院や CSB においては、会陰切開などの不要な医療介入や、分娩室で家族が立ち会うことができない仰臥位分娩が多く実施されている。

地域におけるおもなケア提供者である TBA は多くの村には存在している。そこでは分娩介助を日常的に行っているものも多い。有資格の助産婦は、何らかの形で TBA と接触を持っている。すなわち、助産婦が不在の際にはあらかじめ TBA に連絡をしておく、TBA に対して分娩介助を行わないように勧告する、などの例が見られる。TBA による分娩介助は法的には問題がないとされている。しかしながら地域によっては権力者 (警察等) によって TBA の活動が妨害されるような例もみられた。一方、地域に住む女性たちは、様々な形で TBA と接触を持っており、直接の分娩介助だけではなく、妊娠中から出産後の身体的ケアも TBA によって提供されていた。

したがって、必要と考えられる支援の第一は、Evidence に基づいた助産ケアを、助産婦が提供できる医療施設および自宅分娩介助の体制を整えることである。すなわち、それを通じて実践される不必要な医療介入を行わない人間的な出産ケアと、それに伴う異常分娩の低減を図ることが可能と考えた。また国家公務員採用が少ない現状では、地域で働くことの助産婦を、民間リソースに頼ることを検討することも必要である。そのような人材が、どこにどの程度分布しているのかをまず把握するために助産婦学校卒業者について調査することが必要と考えた。その上で、現状で当面の間 TBA に頼らざるを得ない地域では、なんらかの認定をし、その活動について受け入れた上で把握していくシステムを構築することが必要と考えた。

#### 5) 産科救急システム

産科救急の現状を把握するための臨床疫学調査を行った。

マジュンガ州では、大半の患者は都市部からアクセスしている。産科合併症は地域を

問わず一定の確立で発生することを考えると、地方、特に農村地帯からのアクセス率は極めて低く、したがって大半の妊産婦死亡が都市部以外で発生していることが推定された。また手術症例のうち、絶対的母体適応（子宮破裂・前置胎盤・常位胎盤早期剥離・横位や肩胛位）による症例は少なく、狭骨盤や分娩遷延など慎重に分娩進行を観察することによって手術を回避できる可能性がある症例が多くを占めていた。

一方で、病院にアクセスできた後にも CHUM では約 40USD で事前に物品（麻酔薬、その他の医薬品、手術用消耗品、等）を購入できない限り手術を受けることができない。このために子宮内胎児死亡や妊産婦死亡に至ってしまう症例が散見された。不必要な死亡や合併症を回避するためにも、救急ケアキットの常備や、EF の運用が求められる。

したがって、現状の帝王切開症例の地理的分布を詳細に検討し、緊急産科・新生児ケアを実施する施設配置の検討につなげることが必要である。また病院においては必要な症例に対しては速やかに手術サービスを提供すると共に、分娩遷延などの症例を把握・観察することで不必要な帝王切開を行わないようにする努力が必要である。これによって医療資源の浪費を防ぐと共に、医療従事者の疲弊も減らすことができる。これは分娩ケアを evidence に基づいたものとするによっても対応できると思われる、助産ケアとの協調が必要な分野であると考えた。

## 6) 小児保健政策

乳幼児を中心とした保健政策の現状と、今後の展開の見通しについて、Integrated management of childhood illness (IMCI) と、カンガルーケアを中心に調査を行った。

マダガスカルは IMCI はトレーニングを継続的に実施中であるが、その内容は WHO 標準の 11 日間コースではなく、3 日間プラス自習モジュール、5 日間、あるいは 6 日間という種々のコースが実施されている。したがってそれらすべてを対象とした標準的な実施状況の評価とフォローアップが困難な状況にある。研修自体は郡を単位とした場合 48% に修了した。マジュンガ州では 8 郡（スフィア県、メラキ県）に対する研修が実施されていない。これは単純に予算措置を行う組織があるか否かに左右されており、国として地域の優先順位付けは行われていない。また評価・フォローアップは、上述のような技術的困難さに加えて、予算措置がほとんどないことからほとんど実施されていない。

コミュニティ IMCI として、Zinc と Cotrimoxazole による下痢・急性呼吸器感染症の村レベルでの早期治療が戦略として挙げられている。これは包括的というよりも、むしろかなり疾患に焦点を絞った方策であり、Child survival strategy との混同が政府担当者レベルでされているように感じられた。

カンガルーケアは首都の Befelatanana 病院が中心施設となっている。実際のケアの様子は、オリジナルの未熟児に対するケアということよりも、母乳哺育推進の一環として実施されており、方向性が極めて曖昧という印象を受けた。また全体としての事業評価は実施されておらず、したがってケアがどのような影響を母児に与えているのかも不明である。保健政策としては、CSB レベルにおいてケアを提供することが期待されているが、ケアの目的が未熟児哺育なのか、母乳哺育推進なのかを明確にする必要がある。

小児保健政策については、担当部局のイニシアティブが曖昧で、予算措置を行う開発パートナーの意向のみが目立つ現状である。また IMCI やカンガルーケアに代表されるように、その目的が不明瞭なままに実践が進んでいる現状である。したがって、この分

野に積極的に介入するよりも、これから進展すると思われる CSS の動向を把握しつつ、妊産婦・新生児ケアと関連する部分に積極的な技術提言をしていくことが現状で最も必要な事項と考えた。

#### 7) 地域での小児保健サービス

地域における予防接種、IMCI 実施の現状把握と支援の見通しを調査した。

予防接種では、生下直後に実施すべき BCG, Polio-0、また出生後半年から 1 年までの間に実施すべき麻疹の接種率が悪い。三種混合 (DTC) の定期接種率も低いが、2005 年は年度後半の 10-12 月にかけてキャンペーンが実施され、結果としてカバー率は約 90%となっている。したがって DTC の場合の課題はカバー率よりもタイムリーな接種が行われているかどうかは課題である。定期接種率を左右する因子は、CSB からの距離と、CSB に勤務する助産婦による分娩介助率の二つであると推定した。

予防接種は乳児死亡対策として重要であり、public-private partnership の推進、アウトリーチ活動での定期接種症例によってカバー率の改善が期待できると考えた。

本プロジェクトでは、今後の日本の技術協力の方向性を共有することを目的として、日マ両政府および関連する開発パートナーを交えたワークショップを実施した。テーマは、「地域住民が利用したいと思うような母子保健サービスを、私（たち）はいかにして提供することができるのか？」を第一とし、そこから共通した問題認識として得られた「リファラルシステム」と「地域組織・人材との協働・連携」を第二のテーマとした。

確認・共有された事項として、マ国では女性が出産の場を選択する自由を認め、むやみに施設分娩のみを推進する方策をとらないこと。一方で緊急時には SONU へのアクセスができるよう整備すること、SBA による出産介助を推進すること、TBA などの地域の人材と連携をとっていくこと、などがあげられる。

また地域に現存する key person (FOKONTANY 長、TBA など) や既存組織 (女性グループ) との連携を単に CSB に任せるのではなく、衛生行政として取り込んでいき、必要に応じて CHUM の持つ臨床・研修機能と組み合わせた上で、医療資源へのアクセス向上を検討することが必要であることが確認された。

医療へのアクセスにあたっては経済的バリアが大きいこともあわせて確認され、重症症例の場合には特に重要な事項であることから、これらへの対策もあわせて検討することが人間の安全保障を重視する観点から必要と指摘された。

以上の調査とワークショップの結果を踏まえて、マダガスカルにおける母子保健分野の技術協力案の策定を行った。策定にあたっては、技術協力の期間を 3 年間と想定した。また CHUM-CME の機能を十分に活用することを重視した。これらの条件から、マダガスカル国全体を広く対象とするプロジェクトではなく、主にブエニ県の母子保健・医療に焦点を絞ったものとして構成した。

その上位目標は「マダガスカル共和国の母子保健分野の保健政策およびプログラムが強化される」とした。

プロジェクト目標は「マジャンガ州ブエニ県の住民に対して根拠に基づいた母子保健サービスが提供される」とした。

プロジェクト成果は、次の4点とした。

成果1：マジュンガ州母子保健施設を中心として、根拠に基づいたケアの概念を反映した母子保健人材育成システムが構築される。

成果2：ブエニ県保健家族計画局での母子保健サービスシステムが強化される。

成果3：ブエニ県のパイロット地区において、地域住民と保健医療従事者が協働するためのシステムが構築される。

成果4：母子領域の重症患者のサービス利用への財政的負担がマジュンガ州母子保健施設において軽減される。

各成果達成のための活動について、要点は次の通りである。

まず、自分たちが目指すべき人材育成と保健システムのあり方を言語化すること、また保健医療人材を研修という側面から支えるための組織を構築する必要がある。次いで、根拠に基づいた医療と、**Humanized Care**の実践をどのように行うのか具体化する必要がある。このために **DRSPF** と **CHUM** とが協働して責任機関を設置し両者の共同と役割分担の上で研修と臨床サービスにあたることを提案している。

また系統的にスーパービジョンを実施し、リファラルの状況を把握する必要があると考え、この点についても **DRSPF** を中心とした責任機関の設置が必要と考えた。現在は **CHUM** にリファラルシステム強化ユニットが設置されているが、システム全体の稼働を考えた場合は、病院組織単体はその責を担うよりも、主体は衛生行政であるべきである。それらの活動を通じて、衛生行政が計画策定・実施・評価能力を高めていくことが機能強化として期待される事項である。

地域においては一般行政による出生登録が実施されている。また衛生行政では独自に人口推計を行っており、地域の保健指標（率）算出の根拠となっている。しかしながら両者に少なからぬズレがあることが調査から確認されている。よってこれらの情報が共有され、地域から得ることのできる妊娠・出産に関連する情報が共有されることを活動のひとつとしている。

また活動では、貧困者対策基金が **CHUM** で運用されることを提案している。具体的には、要した医療費が医療介入と比して適切であったか、効率的な基金運用ができたかのモニタリング・評価を行い、裨益者数を増やすことが活動内容となる。

本案は、プロジェクト終了時点で日本側が描いたものであり、十分なマダガスカル側との協議のもとで合意されたものではない。今後の両国政府によってプロジェクト実施に向けての対話と協議がされる中で、内容の再検討と改訂が必要である。

マジュンガ州においては医療従事者・施設共に少ない状況にある。一方で日本政府は **CHUM-CME** の建設にあたって、臨床サービスの観点から必要な人材を確保することをマダガスカル政府に対して既に提言した。

本技術協力案の実現に向けて、単に医療人材を配置するだけでなく、**CHUM-CME** をマダガスカル国の技術研修機関として位置づけると共に、そこで行われる事業が単に一州（あるいは一医療機関）の活動にとどまらず、国全体の資産として活用できるような中央省庁の認識が必須である。

その点で、本案のカウンターパート機関として保健家族計画省は第一に重要な位置づけを占めており、家族保健局および関連部局の関与のもとでプロジェクト運営管理が行われることが望ましい。

<intentionally left blank>

# 目次

写真

図表リスト

略語表

要約

1. プロジェクト要請の経緯と背景 .....	1
1.1 プロジェクト要請の経緯 .....	1
1.2 マダガスカル国の現況 .....	2
1.2.1 概況 .....	2
1.2.2 貧困対策 .....	2
1.3 保健医療 .....	3
1.3.1 概況 .....	3
1.3.2 衛生行政と医療施設 .....	4
1.3.3 小児の罹患と死因 .....	6
1.3.4 HIVおよび梅毒感染 .....	7
2. プロジェクトの概要 .....	9
2.1 プロジェクト目標 .....	9
2.2 計画にあたって考慮した要素 .....	9
2.3 専門家派遣実績 .....	9
3. 調査結果 .....	10
3.1 医療経済 .....	10
3.1.1 目的 .....	10
3.1.2 第1次医療施設での薬剤回転基金（FANOME）とソーシャルセーフティ ネット（Equity Funds） .....	10
3.1.3 第2次医療施設でのユーザーフィー制度の策定とソーシャルセーフティ ネットの構築 .....	14
3.1.4 FANOME/Equity Fund の実施と病院レベルのユーザーフィー制度に関する 課題 .....	17
3.1.5 医療経済分野における協力の可能性 .....	18
3.2 地域保健計画／公衆衛生 .....	20
3.2.1 保健医療資源の配置計画 .....	20
3.2.2 医療情報システム .....	20
3.3 母性保健 .....	22
3.3.1 母性保健政策 .....	22
3.3.2 助産ケア .....	23
3.3.3 産科救急システム .....	29
3.4 小児保健政策 .....	37
3.4.1 Integrated management of childhood illness (IMCI) .....	37

3.4.2	カンガルーケア .....	40
3.5	ブエニ県保健家族計画局 .....	43
3.5.1	資料分析 .....	43
3.5.2	母子保健に関する年間活動計画 .....	44
3.6	県・郡レベルでの母子保健指標に関する検討 .....	45
3.6.1	目的 .....	45
3.6.2	方法 .....	45
3.6.3	結果 .....	45
3.6.4	考察 .....	47
3.6.5	結語と提言 .....	49
3.7	地域での保健サービス利用に関する臨床疫学調査 .....	50
3.7.1	目的 .....	50
3.7.2	対象地域の選定 .....	50
3.7.3	調査内容 .....	51
3.8	妊娠・出産および子供のケアに関わる実態調査 .....	61
3.8.1	目的 .....	61
3.8.2	方法 .....	61
3.8.3	調査の実際 .....	61
3.8.4	調査時期 .....	61
3.8.5	対象地域の背景 .....	61
3.8.6	結果 .....	63
3.8.7	考察 .....	67
3.8.8	結び .....	68
4.	技術協力プロジェクトのコンセプト形成のためのワークショップ .....	69
4.1	ワークショップの目的 .....	69
4.2	ワークショップの概要 .....	69
4.3	日本の協力の方向性の呈示 .....	69
4.4	テーマ1：母子保健サービスのありかたについて .....	69
4.4.1	テーマ設定の背景と実際 .....	69
4.4.2	共有および確認された内容 .....	70
4.5	テーマ2：サービス提供のための、リファラルシステムと地域との連携 .....	72
4.5.1	テーマ設定の背景と実際 .....	72
4.5.2	進行 .....	72
4.5.3	リファラルシステム .....	72
4.5.4	地域のリソースとの連携 .....	72
4.5.5	議論からの示唆 .....	73
5.	技術協力プロジェクト案 .....	74
5.1	案件策定にあたっての整理事項 .....	74
5.1.1	母子保健の状況はなぜ悪いのか？またその改善可能性 .....	74
5.1.2	他国での技術協力からの学び .....	75
5.1.3	技術協力プロジェクトの方向性 .....	75
5.2	技術協力プロジェクト案の策定 .....	77



5.2.1	本案の概要 .....	77
5.2.2	上位目標、プロジェクト目標 .....	77
5.2.3	プロジェクト成果 .....	77
5.2.4	プロジェクト活動 .....	78
5.3	技術協力プロジェクト案の位置づけ .....	79
5.4	プロジェクト案の実現に向けた条件等 .....	79

## 付属資料

<intentionally left blank>

## 1. プロジェクト要請の経緯と背景

### 1.1 プロジェクト要請の経緯

マダガスカル共和国はアフリカ大陸の東南、インド洋上の島国で、日本に比べて 1.6 倍の国土を持ち、人口は約 1,569 万人<sup>5</sup>を有する。妊産婦死亡率(Maternal Mortality Ratio)は 469 (出生 10 万対)、乳児死亡率は 58 (出生千対)といずれも高い<sup>6</sup>。

マダガスカル国政府は、各国政府および国際機関の支援を受け、保健サービス改善のため様々な取り組みをしてきた。2004 年 2 月に終了した日仏協調技術協力プロジェクトである「マジュンガ大学病院センター (CHUM) 総合改善計画プロジェクト」もその一つである。同プロジェクトでは、CHUMを受診する患者数を増加させるというプロジェクト目標を達成するため、主にマジュンガ州の高次医療機関であるCHUMと地域を結び付けるというアプローチのもと、CHUMへのアクセス改善、リファラル患者数の増加などの成果をあげた。マジュンガ州は人口約 170 万人、総面積約 15 万km<sup>2</sup>の広大な州である。州住民の 84.3%が 1 日 1 ドル以下で生活している貧困層であり、広大な地域に住民が散在しているため、多くの住民が基礎的保健サービスへの財政的、地理的アクセスが困難な状況にある。同州は、保健医療の分野では乳幼児死亡および妊産婦死亡が多く、乳幼児、妊産婦の健康問題の改善が州の優先課題となっている。さらに「CHUM総合改善計画プロジェクト」で実施されたレファラル患者の分析では、1) レファラル患者の 45%が 5 歳以下の乳幼児であること、2) 15 歳から 30 歳までの患者の 96%が女性で、その大部分がハイリスク妊娠であることが報告され、同州の母子保健の問題は緊急性が高く、優先順位の高い問題であることが明らかになった。<sup>7</sup>

これらの背景から、2004 年 7 月 26 日、マダガスカル国政府は我が国に対して母子保健サービスの改善を目的とした技術協力「マジュンガ大学病院センター (CHUM) を基軸とした州母子保健改善プロジェクト」(以下、プロジェクト)を要請し、同要請に基づいて、JICA は 2004 年 11 月より 12 月にかけて、プロジェクト事前評価調査団を派遣した。調査の結果、マダガスカル国およびマジュンガ州で、母子保健分野における今後の協力を行うことについては一定の妥当性が見いだせた。すなわちマジュンガ州には、マダガスカルで 2 カ所しかない医学部の一方が存在し、卒前・卒後教育に熱心であること、併行して看護・助産教育が行われていること、医療施設における貧困者対策が積極的に行われていること、地域保健計画における第 1 次医療施設と高次医療施設の機能分担について州保健局と医療施設との間で策定・実施する準備があること、他の開発パートナー(GTZ, CF, IRCOD)との協調が行われてきており日本の協力に対しても理解が得られていること、などである。また調査はマジュンガ州を中心としながら、中央省庁での母子保健政策についても併行して行うことが妥当と考えた。

上記提案について、マダガスカル国の了解が得られ、2006 年度末まで「マジュンガ大学病院を基軸とした州母子保健改善プロジェクト」の実施が合意された。<sup>8</sup>

<sup>5</sup> Estimation de la population malgache par faritany et par fivondronana en 2001, Institut National de la Statistique, Madagascar

<sup>6</sup> Enquête Démographique et de Santé (EDSMD-III) 2003-4, Macro ORS

<sup>7</sup> 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、2003 年 10 月、国際協力機構

<sup>8</sup> マダガスカル共和国マジュンガ大学病院センターを基軸とした州母子保健改善プロジェクト事前評価調査報告書、2005 年 2 月、国際協力機構

## 1.2 マダガスカル国の現況

### 1.2.1 概況

マダガスカルは、アフリカ東海岸を400km離れたインド洋上に位置する。その面積は587,051km<sup>2</sup>であり、広さは南北約1,600km、東西約570kmにわたる<sup>9</sup>。地形は、狭い平坦部の東部海岸地帯、島の約半分を占める高度800-1,000mの中央高原地帯、高原から海に傾斜する西部海岸地帯に分かれ、気候は熱帯性で乾季（4-10月）と雨季（1-3月）に分かれる。国民は20余りの部族に分かれ、約40%が伝統宗教、約60%がキリスト教、10%弱がイスラム教を信奉している。マダガスカル語が公用語であるが、かつての宗主国の言語であるフランス語も準公用語となっている。

1960年にフランスより独立、大統領を最高権力者とする共和制をとっており、6州(Province)による連邦制をしいている。2005年より6州から22県(Région)に行政区を細分化する改革が始められ、現在に至っている。

経済状況については、2004年の国民一人あたりGNIは290USD<sup>10</sup>、貧困ライン以下の人口が全人口の69.6%（2001年）<sup>11</sup>である。

基本産業は農牧・水産業で、2003年における労働分布は農業従事者・雇用者が81.5%、鉱工業5.5%、商業4.7%、公共部門2.6%、サービス関係は5.7%であった。このような状況下、多数の就業者を吸収している農業分野の不振が顕著になりつつある。よって国民の主食である米は年間生産量の変動が大きく、不足分補充のための輸入が増加している。同時に近年急速に人口が増加しているため、安定的な食糧確保とともに農業・農外所得向上による農村における生計向上をいかに実現するかが課題となっている。

### 1.2.2 貧困対策

マダガスカル政府はこの10年自由化政策を打ち出しており、1996年に世界銀行・IMFと経済政策大綱に署名、1997年には構造調整に合意し、融資が決定された。これによりマクロ経済は安定し、1999年には世界銀行と第2次構造調整融資を合意している。

重債務貧困国（Highly Indebted Poor Country (HIPC)）のひとつであるマダガスカルでは、2000年11月に暫定貧困削減戦略文書（Intermediate Poverty Reduction Strategy Paper (I-PRSP)）が策定され、債務の大幅免除が決定された。さらに2003年に正式文書（Complete PRSP）<sup>5</sup>が発行された。それによると、マダガスカルでは貧困者の85%が地方部に居住し、首都のあるアンタナナリブ州に比べると、他州の貧困者割合が極めて高い。

マジュンガ州では、サトウキビ工場、紡績工場、セメント工場などの閉鎖が1990年代後半から相次ぎ、貧困率が経時的に上昇している。2003年の推計<sup>12</sup>では84.3%となっており、2001年の72.4%からさらに上昇した。

<sup>9</sup> Madagascar en chiffres, Institut National de la Statistique, Madagascar

<sup>10</sup> Madagascar data profile 2004, World Bank

<sup>11</sup> Poverty reduction strategy paper (updated July 2003), Republic of Madagascar

<sup>12</sup> Poverty reduction strategy paper First annual implementation report, 2004, Republic of Madagascar

表 1.1 州別、年次別貧困者割合<sup>5</sup>

州	年			
	1993	1997	1999	2001
マジュンガ	47.9	68.5	70.7	72.4
アンタナナリブ	63.4	61.8	57.1	48.3
フィアナランツア	76.7	77.6	83.6	83.2
トアマシナ	81.0	82.9	74.4	82.3
トゥリアル	86.6	87.5	77.1	76.1
アンチラナナ	69.0	71.1	81.4	69.2

貧困の原因には様々な事項が指摘されているが、地方部では特に土地を持たない小作農が極めて多いことがあげられる。マダガスカル人の生活費の7割は食費に費やされており、保健・教育・住居等に充てることのできる金銭が極めて乏しい。また農業政策の脆弱さに加えて、交通・コミュニケーション等のインフラストラクチャーが不十分であること、蔓延する感染症に対する対策が不十分であること、安全な水に対するアクセスが悪いこと、などが指摘されている。

この状況の中、マダガスカル政府は2013年までに貧困率を35%まで削減することを目標に掲げており、以下のように3つの基本戦略を策定した。

- (1) 法治主義及びガバナンスの推進：良い統治（グッドガバナンス）、汚職撲滅、民主主義の尊重といった民主化、政府の透明性の確保。地方分権化及び脱集権化。
- (2) 経済成長の推進：年間8-10%の経済成長の達成。国内への投資比率の向上（20%）、民間セクターの活性化。農村開発、道路、輸送インフラ整備、エネルギーも主要開発課題。
- (3) 人間が安心して生活できる保障体制の推進：教育、医療といった基礎的社会サービスの向上及び社会的弱者に対する支援策（栄養プログラム、農村マイクロ・クレジット等）実施。

## 1.3 保健医療

### 1.3.1 概況

表 1.2 に UNICEF による 2003 年の推計値を示す。

18 歳未満人口が全体の約半数を占めることが大きな特徴である。

合計特殊出生率が 5.6、人口増加率も 2.8% と高い。また乳児死亡率、5 歳未満死亡率が共に高いことから、多産・多死の傾向が認められる。高い小児死亡率のため、平均寿命が 54 歳にとどまっている。

小児においては、中等度から重度の低栄養が多く、特に Stunting が半数を占めることから、慢性的低栄養の状態にあることが推察される。予防接種率、安全な水へのアクセス率も低い状態でとどまっている。特に後者は、都市部と地方部の格差が大きい。地方部での貧困者割合が高いこと、したがって子どもの低栄養率が高いであろうことを考え合わせると、感染症に対して脆弱な状態におかれている子どもが特に地方部に多いことがわかる。

妊産婦死亡率は出生 10 万対 550 と高値である。加えて高い合計特殊出生率のため、妊産婦死亡の生涯リスクも高く、女性の 26 人に 1 人は妊娠・出産に関連した合併症・

疾病で死亡している。

HIV罹患率は、アフリカ大陸諸国と比較するならば低い状態であるが、成人罹患率は1.7%に達しており、現時点での東南アジアで罹患率が高いタイ、ミャンマー、カンボジアなどと同じ程度である。

表 1.2 マダガスカル保健の諸指標<sup>13</sup>

人口	総人口 (人)	17,404,000
	うち 18 歳以下人口 (人)	8,873,000
	粗出生率 (‰)	41
	粗死亡率 (‰)	13
	人口増加率 (%)	2.8
	平均寿命 (歳)	54
	合計特殊出生率	5.6
小児	乳児死亡率 (出生 1,000 対)	78
	5 歳未満死亡率 (出生 1,000 対)	126
	6 ヶ月未満児の完全母乳哺育 (%) (1995-2003)	41
	5 歳未満児の中等度から重度の低栄養 (%)	低体重 33 Wasting 14 Stunting 49
	乳児の予防接種率 (%)	BCG 72 DPT3 55 ポリオ 58 麻疹 55 B 型肝炎 55
衛生	安全な水へのアクセス率 (全国) (2002)	全国 45
		都市部 75
		地方 34
母性	妊産婦死亡率 (出生 100,000 対) (2000)	550
	妊産婦死亡の生涯リスク (2000)	26 人に 1 人
HIV/AIDS	15-49 歳成人の罹患率 (%)	1.7

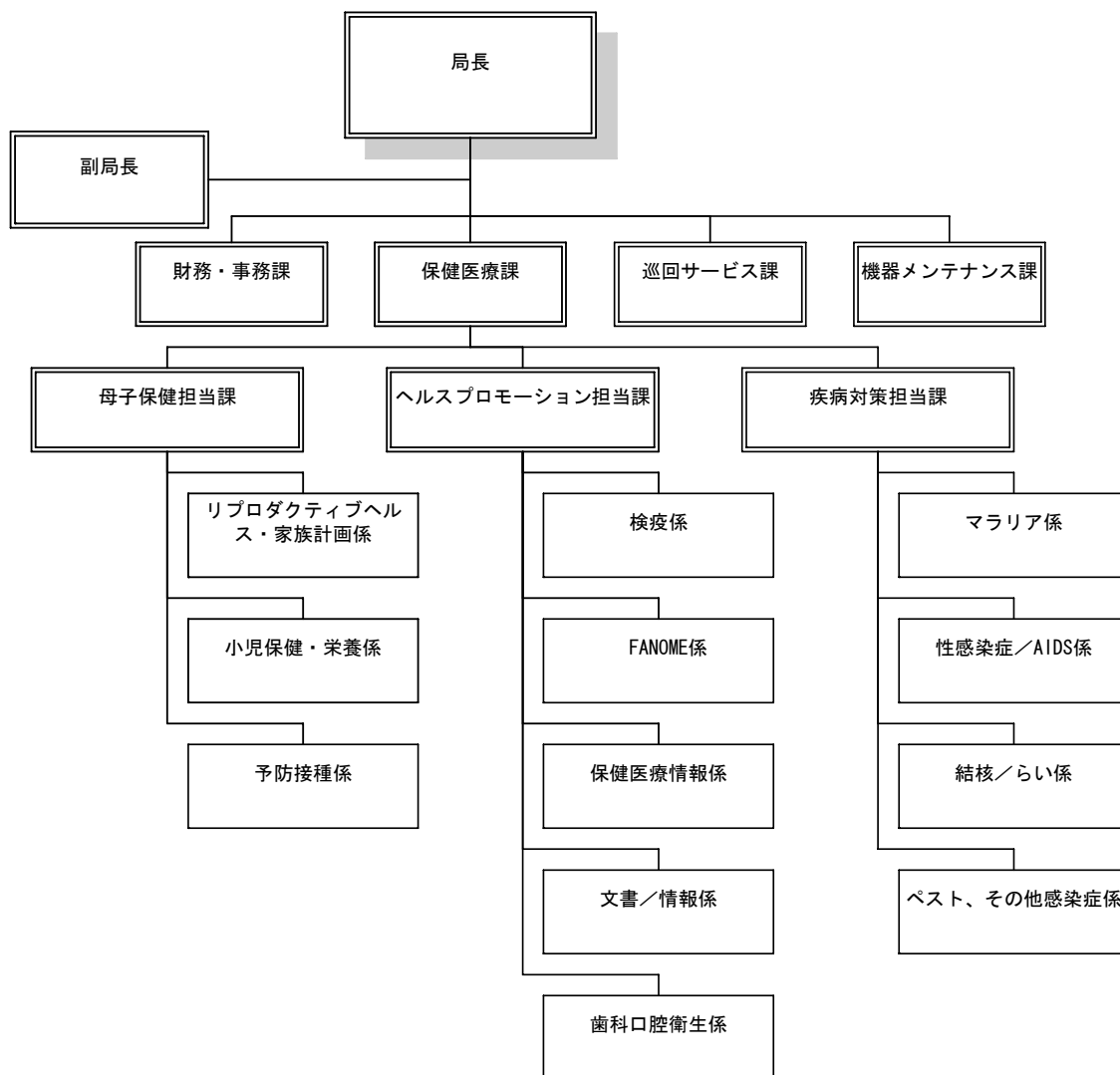
注：特記なき場合は 2003 年のデータ

### 1.3.2 衛生行政と医療施設

保健家族計画省には、大臣・大臣官房・次官が中枢となっており、次官の直下に本省 10 局と、22 県の保健家族計画局 (*Direction Régionale de la Santé et du Planning Familial:DRSPF*) が配置されている。さらに 111 の郡保健家族計画課 (*Service de la Santé et du Planning Familial de district:SSPFD*) が存在する。ブエニ県保健家族計画局の組織を図 1.1 に示す。

<sup>13</sup> UNICEF. At a glance: Madagascar-Statistics.

図 1.1 フェニ県保健家族計画局組織図



医療施設は、大学病院 (*Centre Hospitalier Universitaire: CHU*)、県リファラル病院 (*Centre Hospitalier de Régional de Référence: CHRR*)、郡病院 (*Centre Hospitalier de District: CHD*)、保健センター (*Centre de Santé de Base: CSB*) に区分される。

CHU は高度専門医療施設としての位置づけを持つ。現状では首都アンタナナリブ、およびマジュンガ州の2カ所に大学が設置されている。なおマジュンガ州都では他に公的病院がないことから、CHUM はCHRRとしての性格も併せ持つ。

CHRR は、22箇所ある県都に設置される。基本的に手術機能を有し、さらに眼科・皮膚科等を持つ。しかし実際には外科機能が不十分な病院が多数存在するため、今後順次機能強化を要する。CHD は、県都以外の病院を指し、各郡に一カ所設置される。また手術機能を有する施設はCHD-2、有しない病院はCHD-1と区分される。CSB は、医師が配置されるCSB-2、看護師・助産婦等が運営するCSB-1に区分される。

CHUは保健家族計画省次官の管轄となる。CHRRは各県の保健家族計画局長が、CHDとCSBは郡保健家族計画課長が管轄する。さらにCHRRは本省レベルではDHRRが、CHDおよびCSBはDDDSが統括する複雑な構造となっている。

### 1.3.3 小児の罹患と死因

表 1.3 に CSB を受診した小児の主な疾患を、表 1.4 に CHD における小児の死亡原因を示す。呼吸器感染症、マラリア、下痢症といった予防・治療可能な疾患が大半を占めている。また死亡症例では低栄養も重要な要因となっている。

表 1.3 CSB における小児疾患の原因、件数、割合（2003 年）

疾患	1 歳未満		1 歳～5 歳未満		計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
急性呼吸器疾患	518,142	(41.2)	708,531	(30.4)	1,226,673	(34.2)
発熱（マラリア含む）	239,669	(19.1)	534,473	(23.0)	774,142	(21.6)
下痢症	202,362	(16.1)	285,348	(12.3)	487,710	(13.6)
その他	297,886	(23.7)	799,977	(34.4)	1,097,863	(30.6)
計	1,258,059	(100.0)	2,328,329	(100.0)	3,586,388	(100.0)

表 1.4 CHD における小児死亡の原因、件数、割合（2003 年）

疾患	1 歳未満		1 歳～5 歳未満		計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
重症マラリア	99	(16.4)	240	(34.0)	355	(25.2)
下痢症	129	(21.4)	103	(14.6)	253	(18.0)
重症低栄養	55	(9.1)	87	(12.3)	151	(10.7)
重症肺炎	73	(12.1)	40	(5.7)	125	(8.9)
その他	247	(41.0)	235	(33.3)	523	(37.1)
計	603	(100.0)	705	(100.0)	1408	(100.0)

出典 マダガスカル国家統計局



### 1.3.4 HIV および梅毒感染

マダガスカルでは 2003 年に妊婦の HIV 罹患率調査が、全国規模で初めて実施された。208 カ所で調査が行われ、サンプル数は約 1 万であった。この調査では、HIV 抗体陽性率とともに梅毒検査 (RPR 法, TPHA 法) も併せて実施されており、性行為感染症罹患率も併せて検討することができる内容であった。

HIV 陽性率は全国で 1.1% (95% CI 0.91-1.34%) であり、マダガスカルにおいてもすでに高リスク群より低リスク群 (一般家庭)、また男性から女性への HIV 感染が拡大していることが確認された。

州別では、アンタナナリブが、アンツィラナナ、フィアナランツア、マジュンガの 3 州に比べてやや低率であったほかは、1-2% 程度の陽性率が一様に観察された。年齢分布別では、若年者において陽性率が高い傾向がみられた。教育レベルでは、就学機会のなかった者および初等教育まで受けた者に陽性率が高い傾向が認められ、社会的因子との関連性があることが示された。

表 1.5 妊婦の HIV 罹患率 (2003 年) <sup>14</sup>

		陽性者	受検者	陽性率	(95% CI)
居住地	アンタナナリブ	5	1,660	0.30	(0.11-0.74)
	アンツィラナナ	26	1,723	1.51	(1.01-2.24)
	フィアナランツア	20	1,510	1.32	(0.83-2.08)
	マジュンガ	25	1,680	1.49	(0.98-2.22)
	トアマシナ	12	1,516	0.79	(0.43-1.42)
	トゥリアル	18	1,534	1.17	(0.72-1.89)
	全国	106	9,623	1.10	(0.91-1.34)
年齢	15 歳未満	1	61	1.64	(0.08-9.98)
	15-19 歳	30	2,216	1.35	(0.93-1.95)
	20-24 歳	28	2,773	1.01	(0.68-1.48)
	25-29 歳	21	1,883	1.11	(0.71-1.73)
	30-34 歳	13	1,335	0.97	(0.54-1.70)
	35-39 歳	5	705	0.71	(0.26-1.75)
	40 歳以上	6	314	1.91	(0.78-4.32)
	年齢不詳	2	327	0.61	(0.11-2.43)
教育	学校未就学	28	2,273	1.23	(0.83-1.80)
	初等	62	5,015	1.25	(0.97-1.61)
	中等	11	1,769	0.62	(0.33-1.15)
	高等	0	452	0.00	(0.00-1.05)
	大学以上	1	67	1.49	(0.08-9.14)

梅毒検査は、RPR 法、TPHA 法、両テストでの陽性者を表 1.6 に示す。

トアマシナ州での陽性率が他州と比べて一段と高い。またアンタナナリブが低いことは HIV の場合と同様であるが、その割合はフィアナランツアと比べて有意な差ではなかった。一方でアンツィラナナ、マジュンガ、トゥリアル各州よりもアンタナナリブが低い傾向にあることは、HIV の場合とほぼ同様であった。

また HIV 陽性率が若年者に高い傾向であったのに対し、梅毒では年齢が高くなるほ

<sup>14</sup> Etude de la séroprévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes à Madagascar

ど陽性率が漸増する傾向にあった。教育レベルと陽性率については、HIV とほぼ同様の傾向が認められる。すなわち就学機会のなかった者は、中等・高等教育を受けることができたものに比べて、有意に陽性率が高くなっている。

以上のように、梅毒検査では陽性者数が HIV に比して多いため、単変量解析で群間に有意差が認められることがあった。全体的な傾向は HIV 陽性率と類似するが、年齢分布パターンが異なっていること、トアマシナ州における梅毒陽性率が極めて高いこと、の2点が特徴である。これは HIV 感染拡大の機会が近年のものであり、地域によって広がりパターンが一様でないことが一因と推定した。

表 1.6 妊婦の梅毒検査陽性率（2003 年）<sup>15</sup>

		陽性者	受検者	陽性率	(95% CI)
居住地	アンタナナリブ	59	1,660	3.6	(2.7-4.6)
	アンツィラナナ	154	1,723	8.9	(7.7-10.4)
	フィアナランツア	78	1,510	5.2	(4.1-6.4)
	マジュンガ	114	1,680	6.8	(5.7-8.1)
	トアマシナ	254	1,516	16.8	(14.9-18.8)
	トゥリアル	133	1,534	8.7	(7.3-10.2)
	全国	792	9,623	8.2	(2.1-16.7)
年齢	15歳未満	4	61	6.6	(4.9-6.9)
	15-19歳	130	2,216	5.9	(7.2-9.3)
	20-24歳	228	2,773	8.2	(7.3-9.9)
	25-29歳	161	1,883	8.6	(7.9-11.2)
	30-34歳	126	1,335	9.4	(8.9-13.7)
	35-39歳	78	705	11.1	(7.2-8.8)
	40歳以上	32	314	10.2	(7.7-14.2)
	年齢不詳	32	327	9.8	(6.9-13.7)
教育	学校未就学	222	2,273	9.8	(8.6-11.1)
	初等	421	5,015	8.4	(7.6-9.2)
	中等	125	1,769	7.1	(5.9-8.4)
	高等	18	452	4.0	(2.4-6.3)
	大学以上	1	67	1.5	(0.1-9.1)

<sup>15</sup> Etude de la séroprévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes à Madagascar

## 2. プロジェクトの概要

### 2.1 プロジェクト目標

プロジェクトでは、以下の3点を目的とした調査と協議を行うことで合意した。

- (1) マダガスカル国の母子保健分野におけるニーズを把握すること。
- (2) ニーズに基づいて考えられる同分野での技術協力のコンセプトをマダガスカル国側、日本国側双方で共有すること。
- (3) 技術協力の内容をマダガスカル国側、日本国側双方で形成すること。

### 2.2 計画にあたって考慮した要素

マダガスカル国の保健医療状況が良好でない最大の原因のひとつに住民の多数が貧困であることが指摘されている。貧困に起因して、低栄養が罹病率の増大につながることで、医療費負担のために医療サービスの利用率が低下すること、などが健康に影響する。したがって、貧困者への支援を抜きにして有効かつ抜本的な保健医療分野への対策を樹立することは不可能である。また日本の対外援助は「人間の安全保障」を念頭において実施されており、その点においても貧困対策は重要である。

上記から、本プロジェクトの計画にあたっては、次の5点を念頭においた。

- ・母子保健政策策定・実施・評価
- ・地域保健医療システム
- ・これまでの技術協力、無償資金協力、研修との整合性と成果の活用
- ・貧困者の保健医療へのアクセス対策
- ・開発パートナーとの協調

### 2.3 専門家派遣実績

本プロジェクトでは、次の専門家派遣を実施した。投入実績は、長期専門家1名（366人日）、短期専門家のべ10名（279人日）となった。

種別・氏名	業務	期間	所属先
<b>長期専門家</b>			
吉田美希子	業務調整	2005年5月23日 ～ 2006年5月23日	アスカ・ワールド・コンサルタント
<b>短期専門家</b>			
本田文子	医療経済	2005年2月20日 ～ 2005年3月14日	ロンドン大学
松井三明	地域保健計画	2005年5月24日 ～ 2005年6月10日	国立国際医療センター
松井三明	地域保健計画	2005年8月13日 ～ 2005年8月22日	国立国際医療センター
小原ひろみ	産科救急システム	2005年11月19日 ～ 2005年12月19日	国立国際医療センター
松井三明	公衆衛生	2005年11月19日 ～ 2005年12月19日	国立国際医療センター
本田文子	医療経済	2005年11月20日 ～ 2005年12月17日	ロンドン大学
小山内泰代	助産ケア	2005年11月26日 ～ 2005年12月19日	国立国際医療センター
松井三明	公衆衛生	2006年3月6日 ～ 2006年4月17日	国立国際医療センター
加藤紀子	小児保健	2006年3月13日 ～ 2006年4月17日	国立国際医療センター
小山内泰代	母性保健	2006年3月13日 ～ 2006年4月17日	国立国際医療センター

### 3. 調査結果

#### 3.1 医療経済

##### 3.1.1 目的

保健医療サービスへのアクセス確保の観点から、次の4つの事項について情報・データを収集し、現状分析を行なった。

- 1) 第1次医療施設（CSB）で実施されている薬剤費の自己負担制度（FANOME）とソーシャルセーフティネット（Equity Fund）の実施について
- 2) 上記 FANOME と Equity Fund の現場での運用について（マジュンガ州）
- 3) 第2次医療施設（CHD）でのユーザーフィー制度とソーシャルセーフティネット、リスクシェアリングスキームに関する政策づくりの進捗状況
- 4) 上記3. に関する他パートナー機関の活動

ドキュメントやデータのレビュー、キーインフォーマント・インタビュー、現場視察が主な情報収集の方法である。

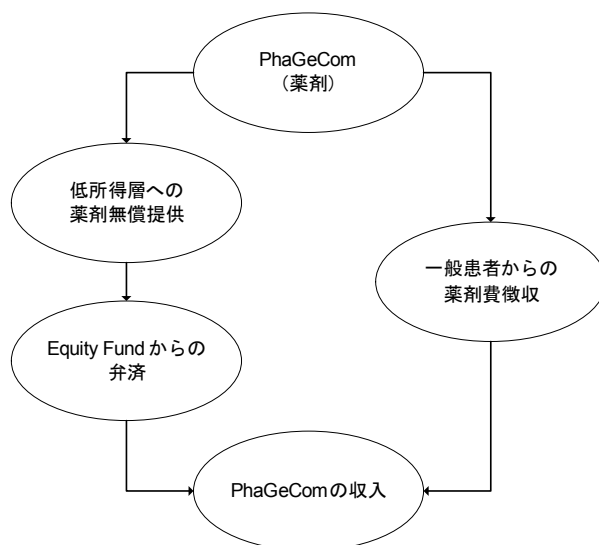
##### 3.1.2 第1次医療施設での薬剤回転基金（FANOME）とソーシャルセーフティネット（Equity Funds）

1998年、マダガスカルでは全国一律のユーザーフィー制度（*Participation Financière des Usagers: PFU*）が診療所から大学病院を含む全レベルの公立医療施設で導入された。しかし、2002年7月、大統領選挙に伴う政治・経済危機後に樹立した新政権は、この制度を一時停止し、2004年1月に家族計画省がCSB（第1次医療施設）レベルで医薬品を対象としたユーザーフィー徴収を再開するまで、公立診療所における診療サービス・医薬品は無料で提供された。現在マダガスカル全土で実施されているこのユーザーフィー徴収制度（薬剤回転基金制度）はFANOMEと呼ばれ、各CSBには住民が管理する薬局（*Pharmacie à Gestion Communautaire: PhaGeCom*）が設置されている。また、医薬品販売による収益の管理など、同制度の運営・管理に携わる管理委員会（*Comité de Gestion: CoGe*）も組織されている。

FANOMEは、1) CSBレベルにおける持続的な医薬品の在庫供給に必要な資金の確保、2) 全ての住民、特に低所得層の保健医療へのアクセスの確保、3) 同制度を実施するにあたり住民参加を促進するという3点を目的とし、(i)治療に必要な医薬品、(ii)治療に使用される消耗品、(iii)出産に必要な医薬品を制度の適用範囲としている。

また、低所得層の保健医療へのアクセスを確保するため、各CSBにおいてEquity Fundを設立することが定められている。Commune毎にリストアップされた低所得層にはHealth Card（KARATRY NY FIFANAMPIANA）が配られ、受益者が登録されたCSBで診療を受けた場合、PhaGeComの収益の一部がEquity Fundとして利用される。よって、Equity Fundが医薬品のコストを弁済するため、受益者の支払いは免除される。

図 3.1 FANOME と Equity Fund のメカニズム概略



本制度は 2004 年より導入されているものの、現在でも県や郡保健家族計画課により運営・実施状況にはばらつきがある。今回はマジュンガ州の 3 県において現場調査を実施した。

1) ブエニ県（郡保健家族計画課は 6 つ）

FANOME 制度は比較的順調に実施されている。2005 年には 7200 枚の Health Card が配布され、Equity Fund の実施状況は県の平均で 1 %、多いところでは 2 %と報告されている。

表 3.1 ブエニ県での FANOME/EF の実施状況（2005 年 1 月－6 月）

郡	FANOME/EF の構造			資金 (MGA)			EF 受益者利用率 *3	平均薬剤費 (MGA)	
	EF 受益者数	CoSan 組織 *1	CoGe 組織 *2	預金	現金	EF		一般患者	EF 受益者
マジャンガ I	934	6/6	6/6	15,857,476	2,160,929	8,717,752	2%	1,303	1,584
マジャンガ II	781	12/13	12/13	12,997,552	n/a	14,498,493	1%	967	923
マルヴァイ	2600	17/17	17/17	5,545,953	182,142	5,936,994	1%	1,201	1,510
アンバトブエニ	3473	16/19	16/19	7,586,295	1,512,290	3,448,217	2%	501	693
ミツインジョ	338	10/10	10/10	7,550,873	8,533,499	10,654,460	0%	1,092	0
スアララ	70	9/9	9/9	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
合計	8196	70/74	70/74	49,538,149	12,388,860	43,255,916	1%	844	785

\*1 各郡がカバーする全 CSB のうち、CoSan を組織した CSB の割合

\*2 各郡がカバーする全 CSB のうち、CoGe を組織した CSB の割合

\*3 CSB を利用した全患者のうち EF 受益者の割合

2) ベツィブカ県（郡保健家族計画課は3つ）

マエヴァタナナではFANOME及びEquity Fundの双方が比較的順調に実施されている。しかし、ツアラタナナではFANOMEの運営には大きな問題はないものの、Equity Fundについては受益者への支援はほとんど行われていない。また、カンドレウからはモニタリングレポートが提出されていない。

表 3.2 ベツィブカ県での FANOME/EF の実施状況（2004 年 12 月）

郡	FANOME / EF の構造			支出 (MGA)		
	CoSan 組織 *1	CoGe 組織 *2	EF 受益者 リストの 有無	預金	現金	EF
マエヴァタナナ	21/21	21/21	あり	44,475,381	0	988,342
カンドレウ	4/5	4/5	なし	40,500,000	4,044,507	
ツアラタナナ	21/21	21/21	なし	88,239,000	32,150,269	

\*1 各郡がカバーする全 CSB のうち、CoSan を組織した CSB の割合

\*2 各郡がカバーする全 CSB のうち、CoGe を組織した CSB の割合

表 3.3 ベツィブカ県での FANOME/EF の収支（2005 年 6 月）

郡	収入 (MGA)					支出 (MGA)				
	一般患者支払い		EF からの弁済		その他	計	薬剤購入	EF	その他	計
	処方 箋数	金額	処方 箋数	金額						
マエヴァタナナ	4,667	30,842,644	178	1,572,910	0	32,410,554	25,438,350	720,235	3,566,705	29,725,290
ツアラタナナ	1,808	5,980,960	1	1490	450,000	6,027,450	14,279,802	133,938	552,142	18,413,082

3) スフィア県（郡保健家族計画課は7つ）

FANOME の運営に関しては、CoGe や CoSan が組織されていない CSB もあるが、これらの CSB では医療スタッフがこれを補っている。しかし、いくつかの施設ではインフォーマル活動（Drug leakage や不正な料金の徴収、帳簿のごまかし等）が顕在化している。また、Equity Fund についても、設置はされているものの利用に至っていない CSB が大半である。多くの CSB が受益者のリストアップの難しさに直面しているのが現状。要因の1つは、低所得層や脆弱（vulnerable）層の間で、「貧困者」と呼ばれることに対する抵抗感が根強いことが挙げられる。また、FOKONTANY が作成したリストは、受益者の数が多すぎ、全員を支援するのは不可能と判断した Commune がリストの承認をせず、再度、リストの作り直しを余儀なくされている CSB もある。

表 3.4 スフィア県での FANOME/EF の実施状況

郡	Health Card の配布数	EF 設置 *1	CoSan 組織 *2	CoGe 組織 *3	EF 受益者リスト提出 *4	FANOME による収益 (MGA)
アナナラヴ	1000	100%	25%	100%	100%	7,773,040
アンツォイ	1000	87%	100%	100%	52%	34,928,475
ベアラナナ	1000	86%	100%	100%	100%	51,040,880
ペファンドリアナ	600	100%	14%	94%	100%	16,995,406
マンドリツァラ	600	100%	50%	50%	100%	25,859,788
ポートベージュ	400	100%	83%	83%	40%	12,711,146
マンビクニ	400	80%	83%	83%	0%	2,980,580
計	5000	93%	65%	87%	70%	152,289,315

\*1 各郡がカバーする全 CSB のうち、EF を設置した CSB の割合

\*2 各郡がカバーする全 CSB のうち、CoSan を組織した CSB の割合

\*3 各郡がカバーする全 CSB のうち、CoGe を組織した CSB の割合

\*4 各郡がカバーする全 CSB のうち、EF 受益者リストを提出した CSB の割合

表 3.5 FANOME/Equity Fund のパフォーマンスの決定要因

	アナナラヴ	アンツォイ	ベアラナナ	ペファンドリアナ	マンドリツァラ	ポートベージュ	マンビクニ
Commune の参加					○		○
マネジメント能力・ 研修		○			○		○
郡／県／保健家族計 画省からの情報伝達						○	○
CoGe の機能		○					
住民間の IEC	○					○	
関係者のインセンテ ィブ	○	○			○		
地理的条件			○			○	
FANOME からの収入	○		○				

3 県で実施したインタビューから、FANOME/Equity Fund の運営には、下記の要素が鍵となることが確認された。

- ・ 郡保健家族計画課と Commune の協力関係、Commune の参加度合
- ・ CoGe、CoSan 等組織の機能程度
- ・ CoGe、CoSan 等、実施に関わるスタッフのマネジメント能力や会計等に関する技術や能力
- ・ CSB スタッフと PhaGeCom スタッフによるインフォーマル活動の有無
- ・ Health Administrator からの情報・コミュニケーション・スーパービジョン
- ・ サービスプロバイダスタッフのインセンティブ
- ・ 薬剤販売による CSB の収入の程度

また、ベツィブカ県の担当者インタビューからは、下記の問題点が指摘された。

- ・ 郡保健家族計画課が広域をカバーする場合、コミュニケーション／スーパービジョンが困難
- ・ CSB の予算（FANOME による収益）の限界
- ・ CSB 間で FANOME による収益、Equity Fund の資金力に格差が生じている

### 3.1.3 第2次医療施設でのユーザーフィー制度の策定とソーシャルセーフティネットの構築

病院レベルのユーザーフィー制度は、2002年7月に発表された「PFUの一時停止」以来、基本的には一般患者の診療費と入院費の徴収が停止され、検査を含むその他のサービス、医療行為に必要な消耗品、医薬品については、費用を徴収する仕組みが続いているが、全国一律のシステムは確立されておらず、病院ごとに、少しずつ異なるシステムを適用しているのが現状である。保健家族計画省は、病院レベルのユーザーフィー制度について、料金の設定、最貧層を対象としたEquity Fundの設置、中間層・季節貧困層を対象としたコミュニティ管理の医療保険制度の策定に向けて、調査やパイロット事業を実施中である。

以下に、現在、パートナー機関の支援によって実施中のソーシャルセーフティネットに関するパイロット事業を概括する。

#### 1) マルヴァイ CHD-2 Equity Fund スキームの導入

2005年1月、GTZ-KfWの支援によりマルヴァイ CHD-2で開始された。低所得層を対象に、マルヴァイ CHD-2での診療費と薬剤費をEquity Fundから支給することにより、経済負担を軽減し、第2次医療施設である同病院での医療サービスへのアクセスを確保することを目的としている。

同Equity Fundの対象地域は、マルヴァイ CHD-2がカバーするマルヴァイ郡と、アンバトブエニ郡の一部（人口約30万人）である。受益対象者は、マルヴァイ CHD-2で医療サービスを受ける際、同Equity Fundから、(i)CHDでの医療費（診療費、検査費、薬剤費）、(ii)入院中の食費、(iii)患者および付き添い家族（1名）の往復交通費、が支給される。

受益対象者の選定には2つの方法—Identification Activates (IA)と Identification Passivates (IP)—が用いられている。IAは、人口の約5パーセントを占める最貧層の特定を目的としている。各Communeに組織されたGOAD (*Groupes Œcuménique d'Assistance aux Démunis*、複数の宗教団体の集合体)が、一定の基準に従って最貧層をリストアップし、同リストをマルヴァイ CHD-2に提出する。一方、PIは、人口の約15パーセントを占める季節貧困層を特定することを目的としており、病院に常駐するAssistante Sociale (AS)が、チェックリストをもとに受益資格を審査する。

同Equity Fundのマネジメントには、*Bureau Exécutif du Fonds d'Équité* (BEFE)が組織され、毎月、マネジメント会議を開いている。BEFEのメンバーは、*Médecin Inspecteur* (マルヴァイ郡保健局)、GTZ-KfWのテクニカルアドバイザー、マルヴァイ、アンバトブエニ各郡のGOAD代表、各郡のCoSan代表、州人口局代表、で構成されている。BEFEは、支出の承認、受益者数のモニタリング、Equity Fundの運営に関する決定事項に責任を負う。

Equity Fundにかかる資金は、医療費（診療費と薬剤費）および運営費をKfWが、入院患者の食費をマルヴァイ CHD-2（保健家族計画省からの予算）が、患者と家族の交通費をGOADが、モニタリング、調査に関する経費をGTZが負担している。

同Equity Fundは2005年1月27日にサービスを開始し、2005年10月までの期間、113名の利用者があった（表3.6）。財源の持続可能性確保と受益者の第3次医療施設へのリフェラルシステム構築が、今後の課題となっている。また、GOADが患者と付き添



い家族に支給する交通費について、各 Commune の GAOD が、所得創出活動や寄付などによって資源を得ているが、地域によって獲得できる金額に格差が生じている。人口が多く、社会・経済状況がより豊かな Commune の GOAD は、より多くの資金を獲得できるが、遠隔地の Commune は、より高額な交通費が必要となるにもかかわらず、対象地域の人口が少なく、社会・経済状況も豊かではないため、交通費の資金源獲得に困難が生じている。

表 3.6 マルブアイ CHD-2 Equity Fund の利用者数

患者分類	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
外科（低価格）	5	6	4	4	7	2	4	3	2
外科（高価格）	0	3	2	1	3	2	1	1	3
内科	4	5	6	5	12	8	3	4	7
小児科	3	1	3	2	2	1	1	2	1
計	12	15	15	12	24	13	9	10	13

## 2) イタウシ CHD-2 の Community Insurance

2003年、WHOの支援により、イタウシ CHD-2 (Antananarivo 郊外) で開始されたコミュニティ管理による医療保険スキーム。第2次医療施設で、医療費の徴収と同保険スキームを組み合わせることにより、医療サービスの質の向上と住民の医療へのアクセス確保を目指している。

同スキームの実施には、ANTOKAINA と呼ばれる住民管理の医療保険組合 (community based insurance association) が組織され、イタウシ CHD-2 内に事務所を設置した。当面、2つの Commune—イタウシとベマスアンドルーを対象地域としている。

医療保険組合のメンバーは、世帯ごとに、年間 5,000 MGA の保険料を支払う。保険でカバーされる医療費は、診療費、検査費、薬剤費である。4回までの受診については、医療費は全額、医療保険組合から支払われる。5回目以降は、300 MGA の追加チケットを購入しなくてはならない。メンバー登録には、世帯ごとに、家族構成員の身分証明書、住民票、証明写真 (2枚) を提出し、年間保険料を支払う。

ANTOKAINA は3つの委員会—*Comité de développement du prépaiement de la commune ou du district* (CDP)、*Comité de surveillance* (CS)、*Comité de gestion* (CG)—で構成されている。CDPは、保険組合の運営に関する意思決定機関であり、住民の啓発活動、モニタリング・評価、技術的アドバイスなどについて議論する。CSは、組合の活動のモニタリングと財政監査を担当する。CGは、同保険組合の運営母体であり、CDPから選出された委員長、副委員長、会計で構成される。ANTOKAINAの主な財源は、メンバーの年間保険料とパートナー機関の支援である。

同保険組合は、年間4回、イタウシ CHD-2 の病院長、管轄地域内の CSB 診療所長、対象郡の保健局長と定期会合を設け、医療の質や患者側からの要望などについて意見を交換する。2005年2月までの期間、513世帯 (1836人) が、同保険組合のメンバーとなっている。財源の持続可能性を確保するため、同保険組合は2000世帯のメンバー獲得を目指している。

表 3.7 イタウシ CHD-2 Community Health Insurance 利用者数 (2004 年)

月	産科		外科	歯科		産後 健診	超音波	X線検査	入院	外来
	分娩	入院		治療	抜歯					
1月	6	0	0	0	6	2	0	0	2	1
2月	3	1	3	4	9	0	0	0	1	9
3月	1	1	4	8	19	0	1	0	3	11
4月	3	1	1	27	19	2	0	2	1	11
5月	2	1	2	14	6	0	1	2	1	15
6月	6	2	0	14	17	0	1	2	4	10
7月	1	0	3	15	11	0	2	4	2	15
8月	3	2	3	4	39	0	0	1	0	9
9月	2	2	3	17	12	1	3	5	1	11
10月	4	4	2	9	8	0	2	2	5	15
11月	6	1	0	11	15	0	2	6	0	14
12月	4	1	1	7	7	0	3	0	4	11
計	41	16	22	130	168	5	15	24	24	132

### 3) タラタ-アンマヌ (フィアナランツア州) Prepaid Scheme Association

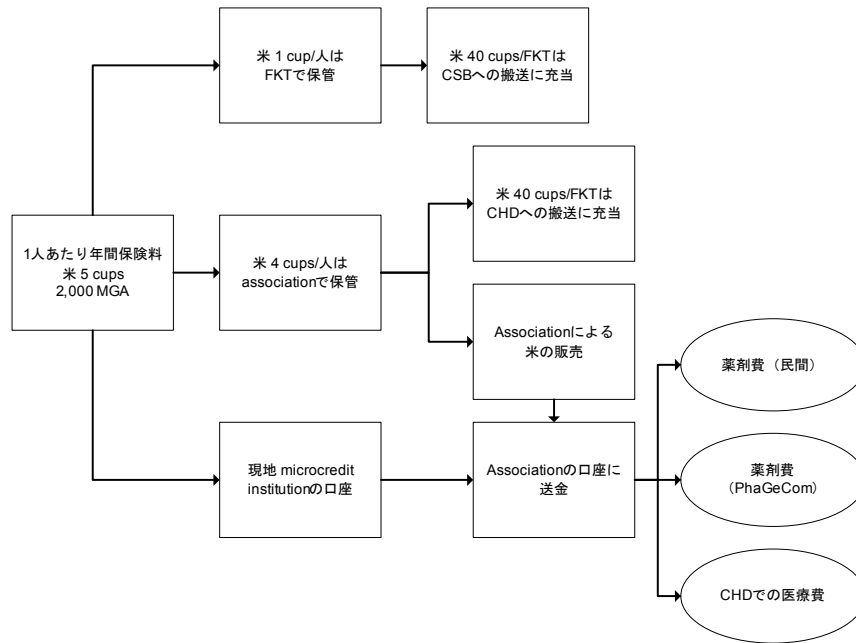
フィアナランツア州タラタ-アンマヌ (Commune) で、2005年7月に開始された、コミュニティ管理の医療保険制度。SantéNet (USAID) の支援による。

同 Commune 内に、プリペイドスキームアソシエーションが組織され、11 FOKONTANY (人口 11,486 人) をカバーしている。2005年12月現在、メンバーは約 8,000 人。

メンバー (世帯) は、世帯構成員 1 人あたり年間 200 MGA (0.10 USD) と米約 1 キロ (5kapoaka) を、農作物の収穫期に、保険料として支払う。

同プリペイドスキームが、メンバーに提供する「Benefit Package」は、(i)第1次医療施設での薬剤費、(ii)第2次医療施設での内科受診費 (定額 15USD 相当)、(iii)第2次医療施設での外科受診費 (定額 30USD 相当) とされている。2005年11月までに、同スキームの対象地域で、第1次医療施設の利用者が 72 パーセント増加したと報告されている。

図 3.2 タラトアンパヌ Prepaid Scheme Association のメカニズム



その他、SantéNet は、病院レベルの疾病グループ別（300 グループ）コスト分析を支援している。これにより、病院レベルで Equity Fund を設置する場合、どの程度の費用が必要となるか試算が可能となる。本コスト分析をもとに、病院レベルの Equity Fund の適用範囲（Health Equity Package）を検討する。

これらの調査と事業結果等をもとに、保健家族計画省、人口省、地方分権省、パートナー機関など、関係諸機関との協力により、新しい病院レベルのユーザーフィー制度を策定する予定である。

### 3.1.4 FANOME/Equity Fund の実施と病院レベルのユーザーフィー制度に関する課題

#### 1) FANOME と Equity Fund の実施

次の課題が指摘される。

- CSB を取り巻く諸条件（対象人口、社会経済状況等）により、CSB 間で、薬剤費回収（FANOME）による収益に大幅な格差が生じている。
- CSB 間で Equity Fund の実施進捗状況が大幅に異なる。概括すると、次の 3 パターンに分けられる：(i)既に受益者への薬剤免除を実施している、(ii)FANOME からの収益の 3/135 は、Equity Fund のアカウントに入れているが、実際には受益者への薬剤免除は行っていない、(iii)CoGe の設置、Equity Fund の口座開設など、Equity Fund 実施の準備が終了していない。
- 薬剤費回収による収益と、Equity Fund 受益者への薬剤費免除にかかるコストとの収支バランスに課題が残る。このため、Commune や CSB は、Equity Fund の受益者数を、薬剤費回収による収益にあわせて限定する傾向にある。

また、FANOME/Equity Fund のパフォーマンスに影響を及ぼす要因として、CSB の対象人口や社会・経済状況以外に、(i)Commune と CSB の協力関係、Commune の参加度合、(ii)実施関係者のマネジメント能力とトレーニング、(iii)衛生行政（郡保健家族計画課/県保健家族計画局/保健家族計画省）からの情報・伝達、Supervision、などが挙げられる。

## 2) 第2次、第3次医療施設を含む病院レベルのユーザーフィー制度とソーシャルセーフティネット

政策づくりの進捗は次の通り概括される。

- ・政府は、病院の自立的経営（Hospital autonomy）に向けて、病院レベルのユーザーフィー制度の策定を検討中。
- ・上記と共に、病院レベルのソーシャルセーフティネットの構築を検討中。最貧層を対象とした Equity Fund と、上・中位低所得層及び季節貧困層を対象としたコミュニティ管理による医療保険を組み合わせた制度を検討中。
- ・ソーシャルセーフティネットの構築については、二国間協力、国際機関、NGOs が積極的に関与しており、いくつかの地域でパイロット事業を実施中。主な事業に、GTZ 支援によるマルヴァイ CHD-2 の Equity Fund、WHO 支援によるイタウシ CHD-2 の Community insurance、SantéNet 支援によるフィアナランツアでの Community insurance などが挙げられる。

病院レベルのユーザーフィー制度策定にかかる今後の課題として、ソーシャルセーフティネットの構築に関し、さまざまな地域で個々に実施されているパイロット事業の結果を取りまとめ、国レベルの政策をつくるための調整や協調が重要となる。また、病院の自立的な経営を可能にするため、病院レベルのユーザーフィー徴収の仕組みをつくる一方で、病院の効率的なファイナンシャルマネジメントについても議論される必要がある。

### 3.1.5 医療経済分野における協力の可能性

#### 1) FANOME と Equity Fund の実施促進

FANOME/Equity Fund のパフォーマンスに影響する要素として、コミュニティの参加、実施関係者のキャパシティビルディング、衛生行政と政策実施現場との情報・伝達、が挙げられた。これらの項目の中で、同政策の実施に関わるスタッフのトレーニング特に、会計管理、モニタリング・評価に必要なスキルを、一定期間、継続的に提供することは有用な協力と考えられる。また、FANOME の実施には、Commune の参加が不可欠な要素となるため、住民・自治体を対象とした、同政策の PR・啓発活動も大切な介入の手段と考えられる。

#### 2) 病院レベルのユーザーフィー制度づくり

第1次医療施設レベルでのユーザーフィー制度（FANOME）とソーシャルセーフティネット（Equity Fund）が既に実施されている現在、第1次医療施設から第2次、第3次医療施設間のリフェラルを可能にするソーシャルセーフティネットおよびリスクシェアリングスキームの構築が重要な課題となっている。マジュンガ州を念頭においた場合、第2次医療施設であるマルヴァイ CHD-2 でパイロット事業として病院レベルの Equity Fund が導入されており、ここからさらに第3次医療施設である CHUM（マジュンガ大学病院センター）に低所得層患者をリファーするためのスキーム作りは、上記制度づく

りに有益なモデルケースを提示しうると考えられる。また、現在、いくつかのパイロット事業が個々に実施されているところ、これらの複数のパイロット事業の成果の取りまとめと、新しい制度づくりに繋げるための政策対話に積極的に参加することも重要である。

### 3) Hospital autonomy に向けた病院の経営管理に関する調査・コンサルテーション

政府は、病院の自立的経営が可能となるようユーザーフィー制度の導入を検討中であり、全国で統一された価格表の策定を進めている。一方、病院の自立的経営には、病院内の効率的なファイナンシャルマネジメントや、病院管理システムづくりも重要であり、この点に関する調査・コンサルテーションも大切な取り組みと考えられる。

## 3.2 地域保健計画／公衆衛生

### 3.2.1 保健医療資源の配置計画

#### 1) 国家の人材育成・施設配置計画

現状の人材配置数、および利用可能な人材数（全国での有資格者数）は、保健家族計画省人材育成局では十分に把握されていない。

現存する人員配置に関する資料は、郡単位で施設毎の名簿として記録されているに過ぎなかった。現在はこれらを国レベルで収集し、配置数などを確認する作業が行われており、今後の計画策定資料を準備している段階であった。

公的保健医療施設の施設配置計画は存在していない。方針として、現状で配備されている第1次医療施設ではCSB-1（医師なし）からCSB-2（医師の配置あり）に、第2次医療施設CHD-1（手術室なし）からCHD-2（手術室あり）に、また県都のCHD-2をCHRRにそれぞれ格上げする枠組みが呈示されたにとどまった。

保健家族計画省人材育成局では、実施されている卒後研修を体系立てて把握していなかった。また散発的に実施されている研修に関する情報は部分的に把握されているが、コースタイトルのみが一覧となっているに過ぎず、研修内容、受講者の数や分布、予算等については把握されていなかった。

県保健家族計画局および郡保健家族計画課では、年間活動計画に従って研修受講者が把握されている場合があった。特にマジュンガI郡保健家族計画課では、管轄下の職員一覧と共に、どのような研修をいつ受講したかという一覧表が作成されていた。しかし、このような例は個別の努力で行われているにとどまっていた。

#### 2) 人材・施設配置計画に対する国際援助機関支援

人材配置についてはカナダの援助が得られているとのことであったが、いまだ前述の準備資料の段階であり、その方針を確認することができなかった。今後の継続情報収集課題である。

施設配置計画については、プログラム毎の支援（家族計画、緊急産科ケアなど、主に薬品・機材供与と研修実施）があるが、国家計画策定への支援は確認できなかった。病院、診療所、手術室整備などの支援は、国家レベルでの調整は行われていない。

### 3.2.2 医療情報システム

基本的な情報は、1)利用されている医療サービスの量、2)年間活動計画の実施および財政状況に関するものの2種であった。

第1次医療施設(CSB)および郡保健家族計画課では人材配置が少ない。一方で、提出すべき報告の量とコピー数が不必要に多く、大きな業務負担となっていた。次表に、郡保健家族計画課が提出すべき報告書のリストを示す。

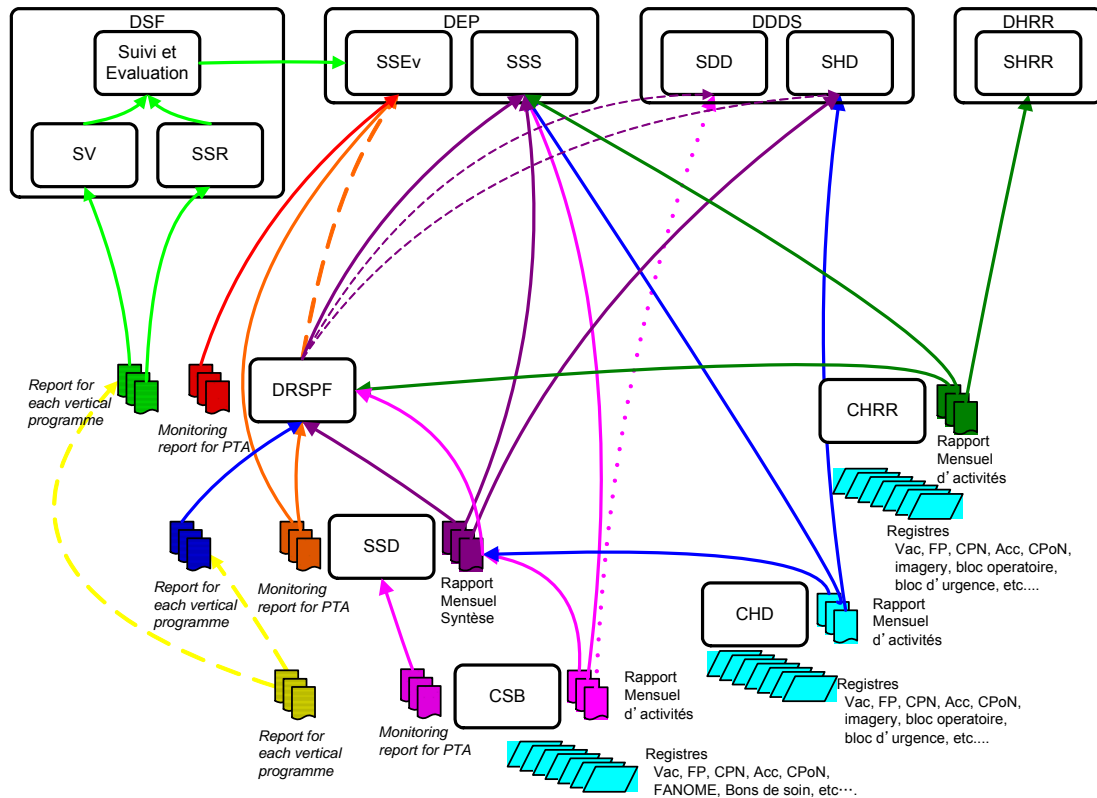
同じ情報が、郡、県、国、それぞれのレベルで収集されているものの、それらを系統立てて分析・利用するしくみが不足していた。一方で主な情報の利用は援助が大きいプログラム（ワクチン、家族計画など）をモニタリングする国際機関のためのものと考えられた。

年間活動計画への情報利用を考えた場合、地方分権化の流れを踏まえると、介入すべきポイントは県あるいは郡と考えられた。

表 3.8 郡保健家族計画課が作成すべきレポートの種類、内容と提出先

種類	間隔	内容	提出先
月刊活動報告 <i>Rapport Mensuel des Activités</i> (RMA) <i>Rapport Mensuel Synthèse de District</i> (RMSD)	毎月	RMA は管轄内の CSB, CHD から提出される活動報告。 RMSD は上記の要約	県保健家族計画局 (RMSD のみ) 保健家族計画省調査計画局 (RMA, RMSD) 保健家族計画省保健地域開発局 (Private CSB からの RMA のみ)
予防接種	毎月	EPI の活動のみを記載	県保健家族計画局 (ここから DSF へ)
<i>Rapport de suivi trimestriel</i> ( <i>référence PTA et hors PTA</i> )	3ヶ月	PTA にしたがった活動と財政状況報告	県保健家族計画局 保健家族計画省管理財政局 財務省
<i>Report for CRESAN</i>	毎月	各 CSB が CRESAN からの予算執行および活動に関するレポートを提出する	県保健家族計画局 ( <i>gestionnaire provinciale de CRESAN</i> )
<i>Rapport financier physique</i>	3ヶ月	管轄内のプロパティに関する報告	保健家族計画省調査計画局 保健家族計画省保健地域開発局 県保健家族計画局
HIV / 母児垂直感染予防	毎月		県保健家族計画局 <b>Programme SIDA</b>
ペスト	毎月		県保健家族計画局 マジュンガ市衛生担当 保健家族計画省ペスト対策課
FANOME	毎月		
家族計画	3ヶ月		県保健家族計画局 保健家族計画省家族保健局
結核	3ヶ月		県保健家族計画局 保健家族計画省感染症対策局
らい	3ヶ月		県保健家族計画局 保健家族計画省感染症対策局

図 3.3 各種報告書の流れ



### 3.3 母性保健

#### 3.3.1 母性保健政策

「妊産婦および新生児死亡削減のためのロードマップ」“*Feuille de route pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale à Madagascar*”が策定され、2015年のMDGを念頭においた活動指針が示された。2つの目的が示され、それぞれに戦略が謳われている。

目的1は良い医療サービスへのアクセスで、そのために国家プログラムの整備と強化、医療サービスの改善、リファラルシステムの強化の3点が示されている。

目的2はコミュニティにおける知識やセルフケア能力の改善であり、そのために医療従事者と地域住民とのコミュニケーション改善と、家庭におけるセルフケア能力の改善があげられている。

両者とも、医療施設および医療従事者が少ない状況では常識的な対策であり、かつ妊産婦死亡や新生児死亡の減少が乳幼児死亡の減少より遅れている現状を反映したものである。

この戦略ペーパーを主体として、どのようなサービスを地域で展開していくかが大きな課題であり、地域ごとの特殊性を念頭におきながら国家プログラムを運用していく必要がある。具体的には、様々なプログラムをばらばらに実施するのではなく、第1次医療施設でのサービスが統合された形で提供できるよう、中央レベルでの各プログラムの対話と調整が焦点になるとと思われる。

MSR分野については、上述の戦略ペーパーとともに、“*Protocoles / Guides de prise en*



*charge pour une maternité sans risque a l'usage des centres de santé base et des hôpitaux de district*”が標準的なガイドラインとなっている。この内容は、これまでに WHO および UNICEF が主体となっていた“mother-baby package”および“Guidelines for monitoring availability and use of obstetric services”が基本となったものである。一方で国際的な潮流として Emergency obstetric care (EmOC)と Skilled birth attendant (SBA)が強調されているために、上記の *Protocols / Guides* も改訂中である。

なお EmOC 運用政策及び実際については、3.3.3 に詳述する。

### 3.3.2 助産ケア

#### 1) Skilled Birth Attendants(SBA)の現状

マダガスカル国においてSBA（WHO定義参照）<sup>16</sup>にあてはまる職種は教育内容から考えると、助産婦、医師、そして看護師であると言える。しかし、国家で統一された見解は示されていない現状にある。すなわち、出産に関し、どの職種がどのような役割を果たしていくべきかという、職務規定の共通認識がない。今後地域での実情を踏まえ国レベルで討議することが期待されていると考える。以下は、今回の視察から得たSBAに関する情報を記述する。

2007年のリプロダクティブヘルス分野に関する調整を行う「国家リプロダクティブヘルス調整会議」(*Réunion de coordination nationale en santé de la reproduction*)において、ある県ではプライベート医師は自宅出産を取り扱ってはいけないという法律があるという意見が出されたが、事実を確認することはできず保健家族計画省にて確認するとの返事であった。一方、詳細は別項で述べるが、ブエニ県においては医師も自宅出産を取り扱っており、違法とは考えられていない。このような事実から、保健家族計画省においては出産を取り扱う医療従事者に関する、統一された制度は存在していない、あるいは制度は存在するが周知されていない可能性がある。ただし、保健家族計画省においては開発パートナーが推進しているSBAによる出産介助の推進という言葉は使用されている。

また上述の会議での保健家族計画省担当官の発言から、SBAによる出産介助の推進とは、すなわち「無資格者による出産介助ではないもの」で、かつ「可能ならば施設分娩」というレベルと考えられた。

一方ブエニ県では、GTZが支援してきたこともあり、第1次医療施設の質の向上だけでなく、地理的、また社会経済的状況から施設に辿りつくことが難しい妊婦が多数であるという認識が共有されていたことは、特記すべきことである。その認識に基づき「Home Birth Project」が実施されていた。その考え方は、自宅での出産介助は現状では必要なものとして認めることを前提として、活動が実施されている。GTZローカルアドバイザーDr. Raberutery Huguette（以前は「Home Birth Project」を担当。現在は首都のGTZ事務所でHIV/AIDSの担当。3ヶ月に1回くらいマジュンガを訪問してこのプロジェクトをフォローしている）によると、これまで20年間CSBの質改善を目指した協力を実施しており、家族計画、妊産婦健診、予防接種などは顕著な改善がみられているもの

---

<sup>16</sup> WHOのSBA定義： a skilled attendant is an accredited health professional — such as a midwife, doctor or nurse — who has been educated and trained to proficiency in the skills needed to manage normal (uncomplicated) pregnancies, childbirth and the immediate postnatal period, and in the identification, management and referral of complications in women and newborns. (Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant A joint statement by WHO, ICM and FIGO 2004)

の、出産に関しては改善が困難であったとのこと。施設に機材が整備され、質は確保されていても、施設分娩率は低い数値が続いた。どうしたら女性を救えるのかという視点で調査を行ったところ、自宅での出産希望が多いことが分かった。また、出生証明書の調査では、出生の約1割は誰によって出産が介助されたかは不明であった。そこで、自宅出産の質の改善を目的に「Home Birth Project」が立ち上げられたと話している。

現在は、上記調査に基づき第二のステップとして、誰が自宅出産を取り扱っているのかを知るために、助産婦協会と連携し、自宅出産を介助した際に報告書の提出を義務付ける試行段階であった。その報告書は、CSB マビブに収集されてはいるが、利用されていない状況である。また、現状では助産婦協会自体の活動が市街地のみなので、報告書の活用もそこに集中したものである。現在、GTZ「Home Birth Project」担当はブエニ県に常駐していないため、担当者からはこの活動に協力する意向があるかどうかを打診された。

また、ブエニ県では医師も自宅出産を多く取り扱っているため、助産婦だけでは、自宅出産の全貌は捕らえられないと思われる。GTZによると、医療従事者以外(マトロン、病院で働くワーカーなど)の出産介助も数多くあることが予測されるとのことであった。

GTZ とのこれまでの活動を踏まえ、自宅出産に関する今後の県保健家族計画局の動向を継続的に把握することは重要である。

## 2) 医療従事者専門学校 (IFP) における助産婦・看護師養成の考え方と方針

マジュンガ州医療従事者専門学校は、1976 年から看護師・助産婦を養成しており、これまでの卒業生数は看護師 406 名、助産婦 220 名である。学校では、卒業後の就職状況は把握されていない。93~99 年までは、構造調整の影響により休校していた。その間、マジュンガは GTZ からの援助により、これまでの教育の評価を実施したとのこと。その内容が、今年度からのカリキュラム変更へ関係しているようであった。

今年度よりカリキュラムが変更され、1 年目共通、2・3 年目が専門へと分化される。(これまでは 1・2 年が共通で、看護学生も正常出産は取り扱っていた) 1 年目で看護師・助産婦ともに正常出産の介助ができることが教育目標にあげられている。1 年目で正常出産がどの程度取り扱えるかは、今後評価していく必要がある。

CHUM の産科病棟師長は、1 年生に正常分娩を取り扱わせるのは不可能と述べており、新カリキュラムに対して否定的であった。新カリキュラムが、臨床へ周知されているかどうかは、今回の視察からは不明である。

マジュンガの学校は、病院が改装されたものを利用しており、教師は廊下をオフィスにしている。また、校内の実習機能はほとんどなく、臨床実習が実践の場となっている。教師は、非常に熱意もあり講義、実習ともによく指導している様子であった。指導していくにあたり、新しい知識に飢えており、外国からの新しい知識を求める声が聞かれた。さらに、倫理的な指導も行き届いている印象を受けた。医療に携わる者としての倫理観を問うような取組も見受けられた。

医療従事者専門学校は、今後のプロジェクト活動に何らかの役割を果たし得る貴重なリソースと考えることができる。

### 3) 職能団体

助産婦に関しては、以下の2団体がマジュンガにて活動している。

- ・ National Order of Madagascar Midwife
- ・ National Federation of Madagascar

マダガスカルにおいて助産婦という職業は、歴史もあり国に根ざしていた。看護師と区別した教育が実施され、独自の職能団体を有している。最近では、基本的には医療施設で働く職種として認識されている。マジュンガでは、主に医療施設で働く助産婦が自宅分娩も取り扱っているが、規定はない。現在、団体として規定を作成中とのことであった。さらに、マジュンガでは、助産婦協会(Order)が県保健家族計画局と協働し、「Home Birth Project」の活動の一翼を担いはじめたところであった。Orderは、活動計画をGTZに提出し、GTZからの支援をその活動費に充てている。

しかし、マジュンガでは助産婦登録を開始したばかりで、現在の会員は40名程度、市街地だけの情報であった。地方の助産婦に関しては、情報が得られていない。マジュンガ支部においても、今後地方の助産婦をどのように登録し、把握するかが課題である。

自宅分娩を扱っている助産婦との会議では、年齢によって分娩ケアに対する考えがまちまちであった。中央で、年1回のトレーニングがあるとのことだが、卒後教育は実質上行渡っていない。高齢の助産婦は、オキシトシンやブスコパンの筋肉注射が効果的であると話していた。助産手技は統一されていないようである。

職能団体が地方に置かれたのは今年になってからのことであり、中央での聞き取りが必要と思われる。

職能団体の確立は、職業の規約を体系化することに貢献する。そして、それが国レベルの職務規定へと反映されることが期待される。「Home Birth Project」が、実態を反映した規約作りと有機的に結びつくことを期待したい。これは、国家のSBAの定義を明確化する重要な過程であると考えられる。

### 4) 助産ケアの実際

Humanized Maternity Care, Evidenceに基づいたケアの提供という点から下記の事項を調査した。

- ・ CHUMでは、陣痛中のケアのみ観察ができ、出産は観察ができなかった。
- ・ CSBマビブは正常分娩を観察した。

観察項目は、WHOの正常分娩ケアガイド<sup>17</sup>に基づいて、次ページ表3.9の4分類とした。

---

<sup>17</sup> Care in Normal Birth: a practical guide, WHO, 1996

表 3.9 正常分娩ケアの分類 (WHO)と医療施設における実施状況

カテゴリー	CHUM	CSB-2 Mahabibo
A 明らかに有効で役に立つ、推奨されるべきこと 合計 22 項目	10	9
B 明らかに害があったり効果がないので、やめるべきこと 合計 15 項目	3	4
C 十分な確証がないので、まだはっきりと勧めることができない 合計 8 項目	2	2
D しばしば不適切に使われたり、不適切に実施されること 合計 14 項目	3	6

### (1) マジュンガ大学病院センター産科病棟

Care in normal birth に関しては、推奨されるべきことの実施が半分以下であった。質疑応答を通して、分娩の基本的な知識はあり観察・診察はできていた。さらに、女性がどこで出産するか決定することは女性の権利であるということに対する意識が高かった。分娩第1期の観察からは、殆ど精神的・感情的なサポートをしている様子はなく、放置されていた。家族がそばにいたが、不安そうに付き添っており、家族に対するケアはなかった。害のある手技は、分娩時の碎石位、分娩第2期の怒責と会陰部を伸ばしたりマッサージが実施されているとのことであった。確証がない手技としては、出産時の児頭の操作、胎児の積極的操作が挙げられた。CHUMの特徴としては、異常を扱っていることから、Dの不適切に実施される可能性のある手技が6つ挙げられた。内容としては、マスク・ガウンの装着、1名以上の内診、分娩第2期の部屋の移動、2期を1時間以内に終了させなければならないという考え、帝王切開の実施、産後の子宮内の手探りの検査であった。教育病院であることから、止む得ないこともあるが、教育病院としての方針を考えることは必須である。これは、必要な時には実施しなければならないのだが、その適正な判断が求められている。適正に実施されているかどうかの評価は、今回の観察のみでは明らかにすることはできなかった。

その他、リフェラルが機能しており、異常があるケースのみが受診しており、正常な妊産婦が殺到しているという状況ではない。大学病院に到達できた妊産婦の中には、支払能力がないため帝王切開を受けられず、産婦が分娩台の上で苦しみながら、家族が資金を調達してくるのを待っているという状態が日常的に起きているようであった。

また、リフェラル病院としての機能を正常に果たす為には、人員不足が深刻な問題である。手術が実施可能な医師は、2名のみ。2005年12月現在、実際に産科病棟で勤務している助産婦は師長を含め4名(内1名は新生児担当)。この人数で、搬送された重症ケースをケアしていくのは不可能である。さらに、ここに研修・教育機能を付帯させることは、何らかの方法を模索しなければ非常に難しい状況である。

助産ケア(女性のそばに付き添い、科学的な観察・診察および精神的・感情的なサポートをすることと考える)は、基本的な観察と診察に関する知識はあり、実施されているといえるが、医療介入への判断は改善の余地がありそうであった。また、精神

的・感情的なサポートの実施は充分でなかった。ある若い助産婦の言葉で、「信頼関係がないとマッサージしたりはできない」という言葉が印象的であった。これは、継続ケアを考える重要な意識である。CHUMでは正常妊産婦ではなく、異常を取り扱っているという理由で、パルトグラムを活用していない。したがって、分娩経過が継続的にかつトータルにアセスメントされていない。特に、難産（分娩遷延）で搬送されたケースに対しては、陣痛開始の判断が曖昧であり、適切なアセスメントをせずにオキシトシンを使用していた。

経膈分娩キットは80,000MGA(40USD)で、かなり高額である。キットの内容は、異常を予測した薬剤や医療器材が組み込まれており、安易に薬剤使用に向かう恐れがある。しかし、一方ではストックのない病院で、万が一に備えた薬剤でもあるといえる。したがって、今後は正常分娩のケアを確実にした上で、異常の判断をできるようにすることが求められる。

スタッフは、真面目で熱意が感じられる。ただし、記録類が多く、患者のケアよりも書類に向かう時間が長いのは残念である。妊娠中から継続的に妊婦健診を受けており、その結果何らかの異常により搬送されてくるのだが、リフェラルカードはほぼ確実に送られるものの、肝心の妊婦カードが送られてくることがなかった。妊婦カードの活用は、継続ケアの鍵となると思われる。

スタッフは、全員がわずかな件数だが、自宅分娩も取り扱っている。そのため異常のケアだけでなく、正常のケアに関しても自分なりの考えを持っているようであるが、それらは個々人が学校や研修で習得したもので、知識のアップデートを望んでいた。

## (2) マジュンガ大学病院センター産科外来

師長を含め助産婦2名が勤務。搬送ケースのみなので、1日3~5人程度を診察している。時間を掛けて診察し、よくケアされていた。診察室も整然としており、何よりも師長が「患者さんの満足を優先に考えたい」というポリシーが伝わってきた。しかし、妊婦健診では、これまでの経過から判断したアセスメントに改善の余地が残されている。異常妊婦に対する、出産準備が不十分であると感じた。

また、記録類が多く、統合の方策を考える必要がある。

外来は、比較的余力があり、診察は継続的に、しかも丁寧に時間をかけて行われている。師長は「患者さんの満足を優先に考えたい」「人間的な出産」を広げたいというポリシーを持っており、他の活動を考える基盤となる可能性がある。

## (3) 第1次医療施設における正常分娩ケア

推奨されるべきケアの実施は10項目と、正常分娩を扱う施設としては少なかった。しかし、観察・診察に加え、産婦と家族の感情的・精神的ケアにも十分な説明をするという姿勢で携わっていた。陣痛中そばにいて、手を差し伸べるというケアはなかった。また、女性が出産場所を選択する権利があるという考えを持っており、それを尊重すべきであるという認識であった。害があるケアは3と少なかった。確証がない手技としては、出産時の児頭の操作、胎児の積極的操作が観察された。娩出時のケアは雑で、児を受け取るというよりは、引っ張り出すという感じであった。不適切に実施される内容としては、やはり教育施設であることから、1名以上の内診が実施されていた。また、1時間ごとの内診のたびに、陣痛室から分娩台へ移動させられていた。分娩第2期の考え方は、1時間以内に終わらせなければならないという強い考えを持

っていた。

助産婦として女性のそばにいたり、女性が出産場所や付き添い者を選択する権利があることなど、それらが重要であることを知識としては持っている。しかし、実際の出産ケアは、担当者が1名ということもあり、家族に任されているのが現状。継続的に観察しているというよりは、ベビーが出てくる時にキャッチできることと、異常の時の搬送に重点が置かれており、正常な分娩経過を見守り異常への逸脱を予防するというケアの観点がない。異常の判断基準は、パルトグラムを厳密に遵守することであり、見方によればフレキシビリティは薄く、防衛手段になっているようにも感じる。一方では、助産婦達は多くの正常分娩の経過を知っており、できるならば CSB で自然に分娩をさせたいという気持ちを持っている。今回の分娩の観察では、オキシトシン使用の判断がたまたまその場にいた学校の先生と経験の少ないインターンであった（インターン医師が会議中の担当助産婦にオキシトシン使用を確認はしたとのこと）。オキシトシン使用には、会議中であっても一度産婦の様子を見て、慎重に判断するという姿勢が臨まれる。安易にオキシトシンを使用しているのではないかと予測される。1時間ごとの観察は怠りなく実施するが、結果を総合的に判断し、その女性に適切なケアを提供しているとは言えない。

地方の CSB では、男性看護師 1 名のみという施設もあり、人的・物的な制限が著しかった。出産のための薬品・器具は常備されておらず、オキシトシンの使用はなかった。薬品等が必要な際は、病院への搬送が必要であり、搬送手段は牛車か、いつ来るかも分からないタクシーを待つことのみであった。

#### (4) 自宅出産

マジュンガの市街では、女性が産む場所を決める権利があるという認識が、面接した医師・助産婦の言葉として聴かれた。そして、実際に医師・看護師・助産婦が職場での仕事以外に副業として、自宅分娩を取り扱っていた。しかし、地方では物理的なアクセスの難しさから、自宅以外の選択肢がないということも容易に推察することができる。EDS (2003-2004) によると、マジュンガでは施設での出生率が 23%、ヘルスプロフェッショナルによる出産介助が 47%であった。すなわち、多くの出産が施設外で、約半分がプロでない者による介助であること、そして施設外の出産でもプロフェッショナルの関わりがあるということを示している。この現実を踏まえた戦略が必要であることは言うまでもない。GTZ の活動にもあるように、自宅分娩をなくすのではなく、自宅分娩をいかに安全で快適に実施できるのか？という疑問が今後の方向性を考える鍵であることを認識すべきと考える。

インタビューに応じてくださった女性も CSB での出産を希望していた。妊産婦健診を受診しており、姉妹の帝王切開経験により出産への準備、特に金銭面での準備ができていた。薬剤の使用は、オキシトシンの筋肉注射など危険な介入が実施されていた。若い世代は、オキシトシンの筋肉注射はすべきでないと答えていたが、上の世代は、オキシトシン・ブスコパンの使用が当たり前と考えており、過剰を超えた危険なケアもあった。女性サイドからは、助産婦がケアしてくれたことがうれしかったという言葉が聴かれたが、実際どのようなケアであったかは不明である。出産の料金は、30,000MGA プラスアルファと決して安くはなく、手技を実施するたびに加算されていた。もし、自宅分娩も認めていくなれば、料金の仕組みを施設同様に考えていく必

要があろう。

#### 5) TBAインタビュー

マルヴァイ郡ミアダナで実施した。TBA は祖母から仕事を受け継ぎ、15 歳から手伝いをしている。この村では、長年に渡り出産介助をしており、村民の信頼を得ている。しかし、最近では、CSB の許可なしには仕事が出来ない状態になっている。TBA 自身は、仕事を天職としてベストを尽くしており、殺人などの悪事をしていないわけではない。したがって、CSB に報告するのは構わないが、積極的に妊産婦を CSB に紹介したり、自分が CSB に出向いたりといった関係はない。TBA と同じ村の村長は、TBA にどうか許可を与えたいと考えている。

総括および考察：CSB の施設には、医師と Aide Sanitaire (助産婦と呼ばれている) が勤務しており、サービスが提供されている。CSB 出産登録台帳からミアダナ地区全体の推定出産数を見ると、約 90% が CSB で出産していることになる。しかし、2005 年の CSB に保管されている妊婦カードからは、同地区からの出産が 72 件、53 件が他地区もしくは地区が未記載であった。したがって、同地区内では 50% (72/143) が CSB で出産をしており、残りは TBA によると考えられる。事実、CSB の出産する部屋と産後の部屋は、こうもりの巣があるため悪臭がして、長時間の滞在は不可能ではないかと思われた。

村長の「TBA に許可を与えて欲しい」という申し出は、村民を代表する貴重な声であると考えられる。なぜなら、SBA の政策は将来を見据えた上で向かうべき方向であることは間違えの無い事実であるが、SBA を強調するあまりに、その他の貴重な人的資源を否定する事態が生じている。現実をみるとこの地域では SBA と公認できるのは医師のみである。Aide Sanitaire を助産婦 (SBA) として許可するにしても、他の仕事を抱えながら 2 人でこの地域の全出産をカバーすることは不可能である。したがって、現状で期待されるべきことは、医師や Aide Sanitaire が地域の人的資源を否定することなく、地域の母子の健康に貢献する為に、いかに協働していくかを共に考えていけるような体制を作り上げることであると考えられる。

なおインタビューのまとめを付属資料 1 に示す。

### 3.3.3 産科救急システム

#### 1) 目的

マダガスカル国においては緊急産科・新生児ケア (SONU) が国家保健政策の重要要素として採用されているが、実際の人材育成・配置、施設計画との整合性は計られておらず、人的・物的資源に乏しい状況で適正な稼働をどのように行っていくかが緊急性の高い課題である。

産科救急システムの調査においては、既存の文献、関連文書の収集と分析、保健家族計画省およびパートナー機関へのインタビュー、マジュンガ大学病院センター・マジュンガ州の他の医療施設で提供されている母子保健サービス・ケアの視察、保健家族計画省・マジュンガ州内の郡保健家族計画課・マジュンガ州の他の医療施設レベルにおいて、どのようなデータが既に収集され、どのように利用されているかを調査した。

#### 2) 保健家族計画省における SONU 関連部署と方針

マダガスカル国では、ミレニアム開発目標をうけて妊産婦死亡と乳幼児死亡削減は、

国家保健政策上優先課題であるとされており、2005年から2015年までの死亡削減ロードマップ<sup>18</sup>が策定されている。この書類には、戦略と目的、優先的介入、どの年に何を行うかの計画概要、予算見積もりが記載されている。このロードマップに基づいて、保健家族計画省の家族保健局リプロダクティブヘルス課の年間計画<sup>19</sup>は策定されている。

家族保健局 DSF では、リプロダクティブヘルス・安全な母性課 *Service de la Santé de la Reproduction-Maternité sans Risque*（以下リプロ課と略）と小児保健課がそれぞれ母性と新生児を対象としており、SONUB の実施に当たっては両者が連携することとなっていることが確認された。しかしながら、その具体的方策は明らかではない。

SONUB のガイドライン作成の主な担当者は、Dr. Rabemanantsoa Olga（家族保健局リプロ課 safe motherhood 部門長）。SONUB ガイドラインは、現在、UNFPA の予算支援を得て、最終校正段階にある。ガイドライン作成のミーティングには、首都の産科病院の医師や、衛生行政担当の助産婦が主に参加している。一方、予算に限りがあることもあり、地方医療スタッフや実際に SONUB ガイドラインが利用される予定である CSB2、CHD1 レベルのスタッフはこのガイドライン作成には参加していない。また、産婦人科専門医で組織されている産婦人科学会の巻き込みもない。今後、ガイドライン作成ミーティングでガイドラインが作成された後、地方医療スタッフにも、意見を求め、その後、最終版となる見込みである。

ガイドライン（案）に関し、CHUMの産婦人科医からは、1）地方医療スタッフにとって難易度が高い手技が含まれており、ガイドラインには記載されていたとしても地方医療スタッフの実施は不可能に近い<sup>20</sup>、2）ガイドライン治療内容の中には、特定の薬剤が使われているが、地方の第1次施設であっても、大学病院であっても、記載されている薬剤は使用していない・もしくは入手困難である<sup>21</sup>、3）ガイドラインには新生児ケアのコンポーネントが少ないといったコメントがあった。

SONUB ガイドラインには、地方医療スタッフにとって、難易度が高い手技や、CHUM のような大学病院ですら行われていない治療内容が含まれていることは、少なくとも担当者 Olga 医師には意識されている模様である。しかし、レファランスとして利用できるよう、最大限をガイドラインに含めるとというのが立場である様子。したがって、ガイドラインの内容は、「必要最低限で全てを実施しなくてはならない」、ということではなく、実際の稼働の際・研修の際には、地方の現状やセッティングに合わせて、ガイドラインの内容を取捨選択する必要性がでてくるであろう。また、SONUB では、新生児部分の内容が充実しているわけではないことも、担当者には認識されているが、新生児について責任部門が明瞭ではないことが影響しているようである。SONUB のガイドライン作成に関しても、新生児部分の位置づけや、小児保健課との連携は、不明瞭である印象を受けた。

<sup>18</sup> Feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à Madagascar マダガスカル国 妊産婦死亡と新生児死亡を削減するロードマップ 保健家族計画省

<sup>19</sup> Plan de travail annuel 2006 リプロダクティブヘルス課 2006 年年間計画 MINSANPF/DSF/SSR-MSR

<sup>20</sup> SONUB ガイドラインの第三章は手技集となっており、多数の産科手技や治療法の詳細が記載されている。例えば、鉗子分娩は、技術的に地方の CSB レベルスタッフには、難易度が高すぎ、研修を行ったとしても実際のサービス提供は難しく、逆に無理に押し進めると、危険な介入を増やすのではないかと、地方の大学病院の医師は考えている。

<sup>21</sup> 例えば、子癇発作治療に対する硫酸マグネズール使用法がガイドラインには記載されている。しかし、CHUM 大学病院のレベルであっても、薬剤は入手できない。



WHO がガイドライン印刷を担当する見込みである。2006 年内には SONUB ガイドラインを認定し、いくつかの開発パートナーから、機材提供や、中央薬剤物品ストックへの薬剤提供を募る予定である。

SONUB に関しては、今後、研修が必要であるとリプロ課は認識しているが、ガイドラインを実践に結びつけるために必要な具体的な研修プログラムおよびモジュール策定の予定は検討されていない。地方分権化の流れの中、研修についても Région (県) レベルで研修計画を立案することになっており、どういった研修となるのか、だれが立案、実施するのか、誰を対象にするのか、(誰に何のスキルを教えるのか) さらには、中央からどういった支援がありうるのかは不透明である。

SONUC の研修計画もない。また、現時点では、SONUC に特化したガイドラインを作成する予定は、保健家族計画省にも他のパートナーにもないことが確認された。なお、SONUC に関連する要因として、帝王切開が可能である外科医と麻酔科看護師を育成する卒業研修が挙げられる。

現在、最終校正段階である SONUB ガイドラインと Safe Motherhood ガイドライン<sup>22</sup> が、当面、Safe Motherhood に関連する正式な参照資料であるとの認識である。

### 3) SONU に関する国際援助機関の支援の動向とパートナー間の調整

妊産婦と新生児の健康に関わっている主な国連機関は、WHO, UNFPA, UNICEF の 3 機関である。各々が家族保健局をカウンターパートとしている。各々の団体は家族保健局と協力して働いており、妊産婦死亡と新生児死亡の削減は優先課題であること、ロードマップに沿った活動を行うべき、SONU は重要であるとの認識はある。しかしながら、各団体とも各々の団体としての活動を推し進めているのが実態であり、母性と新生児に関する連携方策は、検討が不十分である。

母子保健分野のパートナー調整は、リプロ課のレベルで行っている。母子保健分野開発パートナー同士の定例会議等はなく、互いに協調し合うという形態ではなく、個々のパートナーがリプロ課と協議している模様である。(リプロ課が主催する年一度の会議のみがパートナーが集まる会議であるとのこと。) つまり、開発パートナー同士の連携度合いは弱いと考えられた。今後、JICA 技術協力プロジェクトが開始され、プロジェクトの事例、教訓をフィードバックする先を考慮する際には、背景要因とし留意する必要があると考える。

また、このリプロ課のレベルでパートナー調整が行われていることは、母の分野(リプロ課)と、児の分野(小児保健課)が分断しやすい構造になっているともいえる。同時に、新生児への対応策を考える部門は明確ではなく、この分野の開発パートナーの関わりも不明瞭である。(新生児は母と児の双方にまたがる領域であるため。) 現在、世界的に、小児保健の中でも、新生児の死亡率を下げようというイニシアチブがあり、予算も流れやすくなっている。今後、マダガスカルでも Child Survival initiative に基づき調整会合が設立される可能性がある。SONU の新生児ケア部門は、この Child Survival initiative の流れによる影響を受ける可能性がある。家族保健局局長の Dr. Perline によると、SONU の枠組みは影響されない、とのことである。しかしながら、実態としては、Child Survival initiative に基づいた調整会合の母体がどこの部門になるのか、小児や新

<sup>22</sup> Protocoles / guides de prise en charge pour une maternité sans risque a l'usage des centres des santé de base et des hôpitaux de district, MinSanPF, WHO, UNFPA, UNICEF, USAID/JSI, GTZ, French coopération, Novembre 1998

生児のどの分野にいくらの予算がつくのか、新生児部門に対して別立てのガイドラインや研修計画が立案されることにはならないのか、もしくはリプロ課と小児保健課との間、また課内のパワーバランス等、推移を見る必要がある。

さらに、保健家族計画省予算の多くが人件費に回り、実際の活動費の多くを開発パートナーに依存している現状下、他のリソースの限られた国同様、開発パートナーの論理に従い、女性へのケア、妊娠・分娩時のケア、児のケアが細切れのプログラムで区分される傾向にある。一方、妊娠～出産～新生児ケア～小児ケアと、継続した流れの中でケアやサービス提供を考えるという視点は、保健家族計画省の側にも開発パートナーの側にも少ないことが確認された。

WHOは、世界保健報告書<sup>23</sup>とそれに付随する政策概要<sup>24</sup>のなかで、「継続ケア」を念頭においたプログラム運営とスケールアップが正しい戦略であると述べており、今後、JICA技術協力プロジェクトで、継続したケアの視点を取り入れるのであれば、マダガスカル国保健家族計画省、パートナーの双方にとって、新たな視点となる可能性がある。したがって、十分に中央レベルと母子保健関連パートナーに、フィードバックする価値があると考えられる。

#### 4) CHUMにおけるSONUの実施状況、およびモニタリング評価指標の実際

##### (1) SONU実施状況について

CHUMの産科病棟では、少ない人数で多くの産科救急症例、とくにレファール症例に対応しており、現状の人員<sup>25</sup>での産科救急ケア実施には、限界に達している。新生児科についても、人員は不足している<sup>26</sup>。SONUケアに直接携わらない人員（例、クリーナーなど）も不足しており、患者家族や医学生、また看護・助産学生が清掃他を行っている状況である。必要最小限のSONUCケアは提供できているものの、婦人科業務や記録物など多くの業務がある中、現状の人員では現在以上の症例への対処は不可能であり、SONUCケアの質を十分保ちつつ働ける環境にはない。これまで保健家族計画省に対して、日本側からも、無償案件に備えて、人員確保を要請してきているが、産科新生児科で働く人員の確保は、SONUC提供の量と質を確保する上でも必須である。

SONUは、全ての母児に必要なケアが含まれる一方、一部の母児のみに必要な介入も含まれている。ケアの適切な提供、つまり必要である母児に対して産科救急・新生児ケアが提供されること（すなわち医学的適応が守られること）が肝要である。CHUMの産科病棟においては、医学的適応が不適切であるかもしれない症例が、帝王切開決定時やオキシトシンの産前使用（陣痛促進）、産科病棟で働く新生児担当医師による新生児蘇生の際に認められた。プロジェクトで根拠に基づく診療を行うよう技術支援をするならば、これら不要な医療介入を減少させることは、十分可能であると考えられる。また、CHUMは臨床教育施設であることより、不要な医療介入・不適切なケ

<sup>23</sup> The World Health Report 2005, make every mother and child count, WHO

<sup>24</sup> Policy briefs, the World Health Report 2005, WHO,  
[http://www.who.int/whr/2005/policy\\_briefs/en/index.html](http://www.who.int/whr/2005/policy_briefs/en/index.html)

<sup>25</sup> 産婦人科専門医2名、一般医師産科担当1名、新生児担当医師1-2名、助産婦6名、クリーナー1名で約30床の産婦人科病棟でのケアを24時間、担っている。産婦人科専門医2名のみが産科手術提供が可能である。月に15-30例の帝王切開、月に約50例の経膈分娩があり、ほとんどの症例が他施設からのレファール症例である。

<sup>26</sup> 新生児科は、医師2名、看護師4名、クリーナー1名で、新生児集中室6床（インキュベータ4床とコット2床）、母児同床6ベッドを担っている。

アを減らすことは教育上也好ましく、研修を受けているパラメディカル学生・医学生・他の研修生にも裨益すると考える。

産科救急症例は、ある一定の割合で帝王切開などの手術処置が必要となり、したがって治療費が高額になりやすいことが既存の論文等で報告されている。さらに、ケアにたどりついた人がケアへの支払いのために貧困に陥ることがあるとも報告されており、WHO は、これを防ぐ方策を用意することを推奨している。CHUM においても、帝王切開時に必要な物品類に対しての費用が、82,600Aryary（約 40 ドル）かかる。公的医療施設からの搬送症例が大部屋を利用した場合には、病床利用料金はかからないものの、帝王切開手術が必要な場合、上記、手術に必須である物品代金が患者の負担となる。これらの費用は、貧困層にとっては高額である。一方、診療費免除制度などの貧困者対策が病院内で十分に稼働しているわけではない。（診療費が免除されるケースもあるが、現在、病院の支出を減らす観点より非常に稀になっているとのこと）。また、産婦人科病棟からも、経済的負担のために、一ヶ月に数名のいわゆる run away 症例（支払いを済ませずに、また医師の許可を得ずに退院をする症例）も存在する。CHUM は公的総合病院であり、産婦人科のみの観点から病院財政を考えるわけにはいかない。しかしながら、SONUC が必要な患者は、治療費が高額になりやすいことも事実であり、病院にたどり着いた患者および家族に対する経済的保護対策を次期技術協力プロジェクトのスコープに入れることはきわめて必要性が高いと考える。

産科病棟にたどりついた後にも治療の遅れが起こっている。特に、帝王切開費用の確保に関連する治療の遅れが多い。帝王切開費用を家族が用意するまでの時間や、麻酔科スタッフ（麻酔科ナースや麻酔科医）を確保するまでの時間、ケアは提供されず、したがって重症産科症例に対して産科医が手術を決定してから、手術室入室するまでに数時間はかかっている。この治療の遅れの検討や対応策の考慮についても、今後の技術協力プロジェクトのスコープに入れるかどうか見極める必要性があると考えられる。なお、手術室入室時間を標準化して手術台帳に記載するようにすれば、入院から手術室入室までの時間について、ある程度、ケアの質を示す指標として用いることができる<sup>27</sup>。

## （2） モニタリング評価指標の実際

産科症例と新生児症例について把握するための病院内保健医療情報は、多元的に管理されている。つまり、産科外来、産科病棟、産科手術室、新生児科、さらにレファラルユニットで別々に情報が収集されている。したがって状況把握および方針策定のために情報の一元的把握・管理に対する支援が必須であることが判明した。現状ではこれら、多元的に管理されている情報をつなぐキーとなるのは、母の名前情報しかないことも判明した。上記、各部署で収集されている各項目の特徴と問題点、記載内容の詳細・定義、データの質についても、情報収集し分析してあり、当プロジェクトや今後のプロジェクトで情報一元的把握管理を支援する際、基礎情報になるのではないかと考える。

現在、産科外来、産科病棟、新生児科において、看護師長が、活動の月間集計を出

<sup>27</sup> なお、医学生部最終学年は、自ら科・場所を選択して、インターンをしており、修士論文も仕上げる必要がある。産科病棟にも 1 名のインターン学生がいたが、常に病棟に滞在しており、こういった人材をデータ収集や、産科病棟内や手術室内の記載の標準化に利用できる可能性があると考えられた。

している。もともとの台帳に記載されている情報が標準化されているわけではなく<sup>28</sup>、また、手計算での集計であるため、ある程度のエラーが存在することは間違いない。しかしながら、これらの月間集計を見る事で、各病棟の活動の概要と規模はわかる。さらに、これらの集計データは、病院管理部門とStaff néonatal会議<sup>29</sup>に提出され利用されている。

現在、母子関連情報の集計データが、産科小児科スタッフにより利用されているのは、主にはStaff néonatal会議の際となっている。この会議では、産科外来、産科病棟、新生児科のレファラー症例数と、どの施設からのレファラーであるかが提示されている。したがって、各部門においても、レファラー元情報は、比較的よく記載されている。Staff néonatal会議が立ち上げられた当初は、CHUM一般にレファラーが少なかったため、「レファラーを増やすことを目的として、レファラー数を会議で共有し、対応策を検討していた」と聞く。しかしながら、現在では、どの科においても症例のほとんどがレファラー患者となっている。つまり増減だけを見ればよい段階とは違う段階にあると思われる。今後、Staff néonatal会議で何をしたいのか、そのためにどのような集計データ・表が必要であり適切なものか、プロジェクト側と話し合いを持つことができれば、Staff néonatal会議の参加者が利用できる指標等を設定することが可能であると考えられる。さらに、量的データのみならず、目的に応じて、産科死亡・重症産科症例・新生児問題症例のAuditなど、質的な検討をしていくことも考慮すべきであるが、これは、次期技術協力プロジェクトで、専門家がカウンターパートと十分話し合いを持ちながら行っていくのが良いのではないかと考える。

いずれにせよ、短期専門家として、現在収集しているデータから算出することが可能な産科新生児科の指標の候補を示すことは可能である。また、プロジェクト活動の指標候補も提示可能である。今後、カウンターパート側が何を目的として、どういった指標を見たいのか、そしてどういった方法でデータ収集ができるのかについて、十分に協議する必要がある。さらに、無償案件で母子病棟が建設される際の情報管理に関しても今後、検討が必要である。

## 5) ブエニ県における SONU モニタリング評価指標算出の可能性および実際

### (1) SONUC

帝王切開を実施できる医療施設はブエニ県では、公的施設2施設、私立施設3施設の合計5施設に限られており、また情報収集に対する、県・郡保健家族計画課の協力も十分に得られることがわかった。今回、公立2施設（マルブアイ CHD, CHUM）と私立3施設（CMC、Espace Medical、Lutherian hospital）より、帝王切開症例の情報（居住地と適応）を実際に収集した。ブエニ県全体から帝王切開にアクセスできるかどうかについて、これらの病院情報よりモニタリング評価を行うことは可能であると考えられる。

地域での帝王切開率を利用して、保健医療施設へのアクセスおよびその適切な利用

<sup>28</sup> 産科外来、新生児科に比べ、産婦人科病棟では、台帳は、多数の人が記載に関わっており、記載情報の標準化が行われていない。

<sup>29</sup> この会議は、CHUM産科、新生児科のスタッフ、地域の保健行政スタッフ、地域のヘルスセンタースタッフが参加しており、地域の母子保健の問題解決の場となっている。以前の技術協力プロジェクトの際より開始され現在も引き続き、自主的に開催されている。

を把握することは、技術協力プロジェクトの指標として利用できかつ有用であると考  
えた。

## (2) SONUB

SONUB へのアクセスを **Population base** でモニターするのは容易ではない。その理  
由は以下のとおりである。

- ・現状のルーチンデータを活用し **population base** で SONUB のモニタリング指標を選ぶと  
すると、施設分娩数とその地域の推定妊娠数に対する施設分娩率のみが適切だと考える。  
県レベルといった広い範囲のモニタリングには使える可能性が高いが、居住場所と分娩  
場所が違う場合もあるので、郡レベルのモニタリングには不適切である。
- ・SONUB の何のコンポーネントをみるのが適切か。SONUB の産科ケアの中には、例えば、  
吸引分娩やオキシトシン使用等のコンポーネントがある。現在は、多くのヘルスセンタ  
ーにおいて、どのコンポーネントもまだ実施されておらず、必要薬品・物品なども不足  
していることが多い。よって、現時点でこれらの計測のメリットはない。しかしながら、  
今後、あるコンポーネントについて（薬剤物品の配布や、研修などが行われ）それなり  
の広がりをもって供給される場合、計測を行うことは有用であるかもしれない。ただし、  
現状のルーチンデータにこれらの項目はない。
- ・施設分娩をみるのか有資格者分娩を見るのか。文献<sup>30</sup>によると、「人口の少なくとも  
15%が **Basic** もしくは **Comprehensive EOC** 施設（SONUB、SONUCに相当）で分娩する  
こと」とされている。もともとこの 15%という基準は明確な理由があって設定されて  
いるわけではない。さらに、マジュンガ市内においては、有資格者（助産婦、医師、看  
護師）の介助による医療施設外の分娩もある程度存在。しかし、CSB、CHD から郡保  
健家族計画課に月間報告としてあげられているのは施設分娩だけであり、地域の有資格  
者介助の分娩数は、全体数としては把握されていない。（一方、マジュンガ州内のCSB  
によっては、積極的に施設外での有資格者分娩数を収集し、郡保健家族計画課に報告し  
ている施設もある。）国際的にも、また、マダガスカルの保健政策としても、施設分娩  
のみを推進しているわけではなく、有資格者の分娩も進めてはいる。施設分娩数だけ  
を見ることは、有資格者による分娩介助の一部だけを見ることになる。さらに、有資格者  
がSONUBを提供しているとも限らない。

今後、次期プロジェクトの対象地域で SONUB へのアクセスをモニタリングする場  
合、現在の施設分娩率が **proxy indicator** として使えるかどうかについて、また、新  
たな介入を行って現状以上のデータを集める妥当性について、検討する必要がある。

---

<sup>30</sup> Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services, UNICEF/WHO/UNFPA, 1997

## 6) 第1次医療施設における SONUB の実施状況

保健家族計画省家族保健局リプロ課で確認したとおり、SONUB は CSB-2（医師のいるヘルスセンター）および CHD-1（手術機能のない郡病院）レベルでの実施が想定されている。今回の調査では、マジュンガ I 郡の(CSB-2)を 2ヶ所と、マルブアイ郡の CSB-2 と CSB-1 各 1ヶ所を視察した。

郡の中央に存在する都市型ヘルスセンターでは、ある程度の数の分娩が施設内で行われていたが、現在のところ、その殆どが正常妊娠・正常分娩の対応である（簡単な縫合程度は行える施設もある）。また、CHUM に近い公的医療施設では、正常以外の産科症例については、CHUM への搬送を推進してきた経緯もある。助産婦がいない施設では、看護師が産科ケアの担い手であり、正常分娩助を行っていた。

一方、SONUBの産科ケアコンポーネントには、産科の異常時の対応が含まれている。（陣痛促進剤の静脈投与、吸引分娩、子宮内搔爬など）。しかしながら、今回の視察では、産科異常時に対処する介入は行われていなかった。理由として、1) SONUBの異常時に対応する機材・薬剤がない。かつ 2) 現在、CSB2 に配置されている医師・助産婦<sup>31</sup>でも、SONUBに含まれる手技は実践したことがない。つまり、SONU実施には機材・薬剤の配布だけでは不十分で、十分な研修の実施が必要であると考えられた。

---

<sup>31</sup> SONUBの研修対象であると保健省が考えているのが医師・助産婦である

### 3.4 小児保健政策

#### 3.4.1 Integrated management of childhood illness (IMCI)

##### 1) 国家レベルの戦略ペーパーと実施組織

基本戦略は“*Politique national santé de l'enfant*”と“*Plan national strategie de santé de l'enfant*”に記載されている。

Child survival strategy (*Stratégie de Survie de l'Enfant*)実施のための *Comité de Survie de l'Enfant* が組織され3ヶ月毎に会合がもたれている。

この分科会として IMCI の委員会が組織されているが定期会合ではなく、必要に応じて招集されることになっている。

##### 2) Clinical IMCI の実施形態

###### ・研修の種類

卒後の医療従事者を対象とした IMCI 研修と、卒前の学生（医学部、医療従事者専門学校）で実施される研修に分かれている。

###### ・管轄部署

家族保健局では卒前・卒後両者を管轄している。

卒前研修は、各学校（医学部、IFP）にそれぞれ TOT 研修（IMCI に限らず研修全般に関する TOT）を受講した「研修担当者」がおり、教育担当となっている。

##### 3) 医療従事者を対象とした IMCI 研修

###### ・研修の内容と変遷

1998 年 11 日間の研修開始

2000 年 *Auto-Apprentissage Assisté* (AAA : 独学支援体制) の開始 (3 日間)

各医療従事者が医療施設を留守にする時間をなるべく減らすために、研修期間を短くし、代わりに自習するスタイルを取り入れた。

2003 年 AAA の改訂 (5 日間に延長)

2004 年 再改定 (6 日間に延長)

AAA では期間があまりに短く項目数が少なすぎたこと、独学では実際の症状との関連を理解が難しいことが指摘された。また実習を追加して、6 日間の研修を実施するようになり、現状ではこれが継続して実施されている。

さらに研修内容がマダガスカル独自の方法に変更されている。具体的には「咳」「発熱」「下痢」などの症状をひとつひとつ取り上げていくというもの。

全身 oriented なものではなく、症状 oriented な様子がうかがえるが、Integrated approach という観点からの研修成果は同等との由。

###### ・研修資料

2005 年 9 月に研修資料が改訂され、現在では下記のものを用いられている。

- *Guide de l'animateur adapte pour l'enseignement des modules*

- *Guide adapte pour la pratique clinique en service d'hospitalisation*

- *Guide adapte pour l'activité clinique en dispensaire*

2001-3 年に作成された AAA の資料も「生後 1 ヶ月～2 歳」用と、「2 歳以上」用のものが継続して用いられている。

- ・研修修了者数

表 3.10 IMCIトレーニング修了者数およびフォローアップ実施数<sup>32</sup>

人材	2005年時点
技術スタッフの総数	9114
11日間研修修了者数	637
AAA研修修了者数	3172
5日間研修修了者数	715
研修後のフォローアップ実施数	208

#### 4) Clinical IMCI の今後の展開

- ・資料の改訂

2006年9月の完成を目標として、3(2)に記述したAAAを含むすべての資料を改訂中である。

- ・新生児 IMCI の導入

上記資料の改訂にあたって、新生児 IMCI が導入される予定となっているとの由。SONUとの関連性(SONUBあるいはSONUCとの関係、また導入される医療施設のレベルとの関連)について尋ねたが、SONUB/Cの区分が十分に把握されておらず、明確な回答は得られなかった。

- ・研修対象者の拡大

これまでの研修は郡を単位とした場合48%に修了した。これを100%にすることが目標である。マジュンガ州では8群(スフィア県、メラキ県)に対する研修が実施されていない。これは単純に予算措置を行う組織があるか否かに左右されている。国として、地域の優先順位付けは行われていない。

- ・モニタリング・評価の実施

体系立てて実施を行いたい、予算面での見通しはないとのこと。(保健家族計画省)

#### 5) Community IMCI

- ・戦略ペーパーと開発パートナー

2006年に“*Plan strategique national pour la mise en œuvre de la prise en charge de la santé de l'enfant au niveau communautaire (PCIMEC)*”が策定、開発パートナーも含めて最終確認を近々予定している。多くの小児死亡が家庭のレベルで発生している(EDS-III, 2003-4年)ことからコミュニティでの小児保健が重要であるという認識を政府は持っている。

- ・戦略の概要

コミュニティで必要な18のkey practicesが選定されている。

これらのうち、各県または郡において優先順位の高いものから実施していくことが求められるとの由。

国家として、地域・介入内容についての優先順位付けは行われていない。

またアクションプランが2006-10年まで記載されているが、具体的な実施の見通しも立っていない。

- ・その他事項

<sup>32</sup> Rapport de la Deuxième Revue Nationale PCIME, 11 au 15 Avril 2005.



Community IMCI 担当者から呈示された優先実施課題は、Zinc と Cotrimoxazole を地域での health volunteer によって配布し、下痢・急性呼吸器感染症の治療に役立てることであった。

マジュンガ、トゥリアル、トアマシナの 3 州の各県が 1 カ所の郡保健家族計画課を選定、さらに各郡保健家族計画課が管内 CSB から約半数を選定し、各 CSB が一つのコミュニティを選定することでパイロット事業を実施する計画があるとの由。

計画実施にあたって、日本の財政面等で支援することがマダガスカル側から求められた。しかし、具体的に計画の背景と実施手段、および評価方法（エンドポイントとその測定）、期待される成果、必要な予算などを記載したプロポーザルを得ることはできなかった。

## 6) まとめ

IMCI は小児保健の重要な要素であるが、国家戦略の中での位置づけ、IMCI の戦略性、ともに政策レベルでの確立が不十分であり、結果として開発パートナーの動向に依存した実施に終わっている。

Child survival strategy の導入が謳われているが、（他国で指摘されているように）CSS の導入によって IMCI がなかったことになるというよりは、むしろ IMCI をより積極的に推進していく、という方策がマダガスカルでは示されている。

さらにマダガスカルでの IMCI は、“integrated management”というよりは、“disease-oriented”となっている印象がある。それは研修の形態にも、また Community IMCI のプライオリティが Zinc + Cotrimoxazole であることにも反映されていると考えられる。CSS の方向性も含めて、今後の Community IMCI の動向、開発パートナーの動きを見定めることが必要である。

現在の decentralization の流れでは、国家に戦略性を求めるよりも、より実質的な活動主体である「県」あるいは「郡」がイニシアティブを握っていくことが重要である。その場合は、人材の側面からおそらく県が適切なレベルとなると思われ、その現実性を確認する必要性があると考えた。

### 3.4.2 カンガルーケア

#### 1) 歴史

2000年 マダガスカルより2名をコロンビア・ボゴタへカンガルーケア（Kangaroo Maternity Care: KMC）の視察・訓練に派遣。

2001年 上記2名が講師となり、低出生体重児マネージメントのためのトレーニングを6州の医療従事者に対して実施。

このときに“*Module de formation technique du Bébé Kangourou*”が作成される。

2002年 Befelatanana 産科病院に *Unité Kangourou* を設置。

2003年 病院レベルを対象として、5日間のトレーニングを2回実施

1回目の対象はアンツィラベ、マジュンガ、トアマシナ、イタウシ

2回目の対象はフィアナランツア、トゥリアル、アンツィラナナ

このときに“*Module de formation des prestataires pour la mise en place d'une unité Kangourou dans les services de maternité des centres hospitaliers de référence provinciaux de Madagascar*”が作成された。

また参加した各病院からは2004年のKMC実施に向けた活動計画予定が作成された。

2004年 各州から2カ所のCHDを選定（計12カ所）、1カ所から2人を対象としてトレーニングを実施（計24名）。（CHDの選定は各州に任せられた。）

今後はトレーニング対象となったCHDのある郡保健家族計画課管内にあるCSBでのKMC実施に向けて拡大をしていく考えがある。

#### 2) 現状

##### ・トレーナー

Befelatanana 産科病院 *Unité Kangourou* 勤務の助産婦1名（ボゴタに派遣された方とは別人）と、2004年にトレーニングを受けた24名がトレーナーと想定されている。

##### ・KMCの実施状況

活動計画予定がトレーニング後に作成されているが、実施状況は施設毎にまちまちである。

##### ・これまでの事業の評価

全体としての事業評価は実施されていない。したがってKMCがどのような影響を母児に与えているのかも不明である。

・院内カンガルー訓練室（*Adaptation Kangarou Intra-hospitalier: AKIH*）の位置づけ  
病院内に設置されたAKIHを利用して、CSBでどのようにKMCを実施できるのかを研修する場としたい意向が中央担当官にはある。

#### 3) 今後の展開

##### ・CSBでのKMC実施

2004年に研修を受けたCHDに勤務する24名が、自分たちの郡においてCSBを対象としたKMC研修を実施し、CSBにおいてKMCの実施が期待されている。

##### ・CSB、また地域でのKMC実施に対するサポート

地域でKMCを実施する場合には、それぞれの地域で母児をサポートするための仕組みを作る必要がある。具体的にはCSBに勤務する医療従事者が定期的に母児を訪問し

たり、地域住民が母児をサポートするなどである。

またマダガスカルで今後 Community IMCI を導入するのならば、それと KMC フォローアップとの関係も明らかにされる必要がある。

現在のところ、CSB の場で実施することに主眼が置かれており、地域でどのようにフォローが行われるかの具体案は明確にされていない。

また Community IMCI は母乳哺育については大きく関与するが KMC については触れられていないとのことで、母乳哺育を通じて間接的に KMC に寄与する可能性が論じられたのみであった。

#### 4) Befelatanana 産科病院における KMC

##### ・対象者

体重 2500 グラム未満、かつ重症ではない新生児。また入院中だけではなく、退院後に通院できる新生児も対象となる

##### ・方法

###### (1) 輸液などの治療が必要な低体重児

基本的には新生児治療室にあるクベースに収容されている。

1 日に数回、新生児治療室の隣室 (AKIH) に母親が移動し、そこで間歇的な KMC を実施する。

###### (2) 特段の治療は必要ない低体重児

母児同室となり、連続した KMC を実施

1 日に 2 回、別室 (*Unité Kangourou*) へ母児共に移動し、児 (体重・頭囲・身長) の計測、全身の診察) と KMC の実施状態をチェックする。

夜間は母児同室となる場合と、新生児治療室にあるクベースに戻される (母児分離) の場合とがある。

###### (3) 退院後の低体重児

1 週間に 2 日 (火・金) は外来フォローアップを *Unité Kangourou* で実施。

通院可能な母親はそこで KMC のフォローと児の状態チェックを受けることができる。

##### ・実施者

院内に 1 名の助産婦が専任で *Unité Kangourou* に勤務している。

##### ・観察

###### (1) 利点

早期接触、母乳哺育の確立と継続、保温、観察の点では、KMC を基本に忠実に実施している。

連続的なケアだけでなく、間歇的なケアも AKIH を設置した上で児の状態に応じて提供されている。

###### (2) 欠点

本来の KMC の目的のひとつである感染予防という観点からは不適切な方法で実施されている。理由は以下の通りである。

連続・間歇ともに児が新生児治療室のクベースに戻される。そこではクベース数の不足から、1 台に複数の児が入れられている。

クベースの湿度管理は水道水を直接用いており、細菌の繁殖が懸念される。また

外気との遮断も不完全で、ビニールで覆われているはずの操作口はほとんどが破けており、清潔を保持することが難しい。

#### 5) 改善を要する事項

##### (1) 新生児治療の手段の見直し

クベースを用いた治療の意義を再度十分に点検し、それが必要とされる新生児にのみ機器を利用すべきである。なんとなれば低出生体重児にとって必須である感染予防という点からは不適切な治療が実施されており、院内感染の温床となる可能性が大きいからである。

現在のような連続的あるいは間歇的 KMC を実施することができているので、おそらくクベース利用の適用症例を見直すことによって、利用数を減らすことができ、したがって本来クベースを必要とする児ひとりに1台の機器を割り当てられる可能性が増えるのではないか。

##### (2) KMC と新生児治療との関連

完全に連続した KMC は実施されていない。夜間のみ新生児治療室に児を連れ戻す必要性は一切ないと思われる。上述した感染予防の点でも、夜間哺乳の点でも、不必要な医療管理は中止すべきである。

#### 6) CHUM-CME での実施に対する教訓

##### (1) NCU において

母児同室の設計で、さらに新生児1名に対して1セットの治療機器を備える準備ができている。したがって間歇的な KMC を適切に実施する周辺環境は準備がされており、その利用が期待される。

##### (2) AKIH において

NCU で間歇的な KMC を実施することができるため、Befelatanana で導入されている AKIH 機能は、CHUM-CME では必要がない。

KMC を念頭においた場合、低体重児でかつ治療が必要ない児に対して連続した KMC 導入・継続のための施設、また他の医療機関 (CHD, CSB) の医療従事者が研修のために利用できる施設として利用することが期待される。

### 3.5 ブエニ県保健家族計画局

#### 3.5.1 資料分析

##### 1) 郡・県レベルでの状況

地域保健計画策定およびモニタリング・評価のための母子保健データ (*Bilan d'activités de SSPFD de la province autonome de Mahajanga (Boeny) 2004*) の概要は以下の通りである。

- ・データはブエニ県6郡(アンバトブエニ, マジュンガ I および II, マルヴァアイ, ミッツインジョ, スアララ)に分けて記載されている。
- ・施設分娩率は20-45%と地域により差があるものの、これまでの報告とほぼ一致して低い。一方で妊婦健診は50-102%で、地域差はあるものの比較的高く、したがって施設分娩との乖離は大きい。また施設分娩率が低いことは、必ずしも医療施設へのアクセス不良だけに起因していない様子が見える。
- ・家族計画の地域差は5-20%と開きが大きい。
- ・CSBの日常活動のプロキシ指標と考えられる予防接種の定期接種率も地域による差が大きい。比較的良好な数値を示しているのはマジュンガ I とマルヴァアイであり、マジュンガ II, ミッツインジョ, スアララが悪い傾向にある。

表 3.11 母性保健関連サービスの実施率 (ブエニ県、2004年) <sup>33</sup>

郡	妊婦健診		施設分娩		家族計画		破傷風予防接種	
	n	%	n	%	n	%	n	%
アンバトブエニ	5,317	102.6	1,452	28.0	1225	4.6	4,480	86.5
マジュンガ I	4,338	67.2	2,683	41.5	7299	21.9	3,935	60.9
マジュンガ II	1,562	70.1	576	25.9	554	4.8	934	41.9
マルヴァアイ	4,730	79.6	2,228	37.5	5,112	16.8	3,614	60.8
ミッツインジョ	1,251	49.2	500	19.7	855	10.1	767	30.2
スアララ	854	65.4	501	38.4	364	10.7	500	38.3
ブエニ県全体	18,052	72.4	7,940	31.8	15,409	11.5	14,230	53.1

表 3.12 予防接種実施率 (ブエニ県、2004年) <sup>27</sup>

郡	BCG		ポリオ		三種混合		麻疹	
	n	%	n	%	n	%	n	%
アンバトブエニ	4,978	108.1	3,644	79.1	3,714	80.6	3,130	68.0
マジュンガ I	5,958	103.8	4,508	78.5	4,657	81.1	5,026	87.5
マジュンガ II	945	47.7	677	34.2	694	35.0	709	35.8
マルヴァアイ	5,035	95.4	3,933	74.5	3,942	74.7	4,444	84.2
ミッツインジョ	1,553	68.7	959	42.4	983	43.5	1,412	62.5
スアララ	918	79.1	563	48.5	565	48.7	543	46.8
ブエニ県全体	19,387	83.8	14,284	59.5	14,555	60.6	15,264	64.1

<sup>33</sup> Bilan d'activités de SSPFD de la province autonome de Mahajanga (Boeny) 2004

### 3.5.2 母子保健に関する年間活動計画

母子保健プログラムは、縦割りに実施されており相互のやりとりはない。開発パートナーの予算や活動にあわせた年間計画となっている。母子保健プログラムの責任者は、担当者間の連携がないことに疑問を感じており何らかの対策を取ろうとしている態度が見受けられた。リプロダクティブヘルス・家族計画係ではあるが、その活動は家族計画が中心であり、避妊利用の普及率上昇が最大の目標となっている。そのための郡からのデータ収集が活動の大半を占めており、妊娠出産を含めたリプロダクティブヘルスに関する具体的目標は立てられていない。SONU に関しては、その内容を把握しているスタッフはおらず、中央からのガイドを待っている段階であった。また、活動計画の中に継続的なケアに関する具体的な表現はなかった。

#### 1) ブエニ県保健家族計画局・母子保健担当課

責任者の Dr. Rakotomaheva Maurice は 2005 年 5 月に着任。母子保健プログラム管轄には、リプロダクティブヘルス、家族計画、IMCI、栄養、予防接種がある。Dr. Maurice が主に関わっているのは予防接種で、他の担当者の業務内容を詳細に把握できていないことを問題と感じており、担当者間の情報共有の重要性を認識している。今後、母子保健担当課内の活動を統合するために、会議を持ちたいとのことであった。

#### 2) ブエニ県保健家族計画局 リプロダクティブヘルス・家族計画係

主な業務は次の通り。

- ・保健家族計画省・保健家族計画局（DSF）主催、UNFPA ファンドによる 3 ヶ月ごとのフォローアップ会議に参加。
- ・フォローアップ会議で報告する、郡保健家族計画課からの家族計画関係のデータの集計
- ・トレーニングの実施とスーパーバイズ訪問

業務実施にあたっての政策は次の通り。

#### ・SBA に関する政策

SBA による介助率が上昇することで、妊産婦死亡の低減を目指す。

保健医療施設以外での SBA による出産を把握する。「Home Birth」の記録用紙を助産婦・看護師・医師・訓練された TBA に配布し調査する。

女性自身が出産場所を選択することを推奨。保健施設での出産を進めるが、出産場所よりもむしろ大事なものは SBA によって介助されることである。

#### ・TBA に関して

2001 年に TBA トレーニングを実施した。内容は、3 つの清潔（手指、出産場所、器材）であった。

新しい政策は、態度の変化、保健施設と近接、パートナーになること、妊産婦健診のアドバイス、家族計画、予防接種、女性が出産場所を選択する。

TBA による出産介助は決して推奨しない。

#### ・緊急産科ケア

中央省庁からのガイドラインを待っている段階である。

## 3.6 県・郡レベルでの母子保健指標に関する検討

### 3.6.1 目的

ブエニ県において、母子保健に関し、どのようなデータが既に収集されているかを明らかとする。また母子保健サービスの質・量・利用とサービスへのアクセス、これらの変化を示す可能性のある指標・事項について考察することを目的とした。

### 3.6.2 方法

2005年12月に、マジュンガI郡保健家族計画課とブエニ県内のCSB4箇所（マジュンガI郡ではマビブとマブキ、マルヴァイ郡では郡保健センターとマビブ）を訪問し、収集しているデータについて調査した。とくに、マジュンガI郡のCSBマビブについては詳細に調べた。

### 3.6.3 結果

郡保健家族計画課で月ごとに集計されている母子保健情報（家族計画を除く）を表3.13、3.14に示す。なおパーセンテージの定義は表内にA-Xで示した。

訪問したCSBでは、これら郡保健家族計画課に提出する母子保健サービスの数はよく記載されているが、時折、明らかな誤りと思われるデータもあった（足し算時の桁数の誤りなど、大きな誤りも認められた）。

収集する数・項目については、CSBにより、もしくは年度により、定義が異なることがあった。つまり、郡保健家族計画課においてもCSBにおいても、パーセントだけを見て比較するのは危険であり、分子と分母の数、各々の定義の確認が必要であると思われた。特に、CSBごとに対象人口、対象妊婦数が割り振られているが、年度によって、対象人口の定義を変えていることが確認され、注意を要する。例えば、2004年には、人口は公的なCSBのみに割り振られていたが、2005年には、プライベート施設にも人口を割り振っていた。

表3.14のように、2005年の電子版フォームとなつてからは、割合を示す項目が増えていた。また表2にYと示したように、CSBの外でのヘルススタッフが介助する分娩数が郡保健家族計画課において集計されるようになっていた。ただし、各々のCSBでこの数がどの程度集計できているかは不明であった。

2005年11月頃より、CSB側で記入する集計フォームの変更が全国的に行われたが、CSBによって11月より導入しているところと、そうではないところが認められた。変更フォームにおいては、PMTCT関連の情報が増加していた。

表 3.13 郡保健家族計画課で月間集計されている母子保健情報（家族計画除く）（2004 年版  
フォーム）

妊婦健診	対象人口	X
	妊婦健診の総数	A
	初回妊婦健診の数	B
	妊娠 4 ヶ月未満での初回妊婦健診の数	C
	妊娠第 3 三半期で少なくとも 1 回の妊婦健診の数	D
	リスク妊娠の数	E
	鉄剤・葉酸投与の数	F
	破傷風予防接種を 2 回以上受けた妊婦の数	G
	リファアされた妊婦の数	H
流産、出産、産褥	CSB での出産数	I
	流産数	J
	CSB での妊産婦死亡数	K
	生産数	L
	低出生体重時の率	M
	死産数	N
	産褥健診受診数	O
	産褥期に合併症等を発症した褥婦数	P
	リファアされた妊産褥婦数	Q
率	妊娠 4 ヶ月未満での初回妊婦健診の	C/B
	妊娠第 3 三半期で妊婦健診の数	D/A
	鉄剤・葉酸投与の	F/A
	低出生体重時の率	M/L
	死産	N/I
	リファアされた妊産褥婦数	Q/I

表 3.14 郡保健家族計画課 で月間集計されている母子保健情報（2005 年の電子版フォーム）

妊婦健診	妊婦健診利用率	B/X
	破傷風予防接種率	G/X
流産、出産、産褥	有資格者による分娩介助数	R (=I+Y)
	有資格者による分娩介助率	R/X
	産科サービス利用率	I/X
	流産率	J/X
HIV 母児感染予防	カウンセリング数	S
	カウンセリング率	S/B
	HIV 検査数	T
	HIV 検査率	T/S
	HIV 陽性数	U

Y: 施設外で CSB 職員によって介助された出産数



### 3.6.4 考察

#### 1) ブエニ県全体

##### ・ SONUB と SONUC のバランス

CHUM CME 施設でのサービス開始後の住民側受診行動の変化のモニター：母児とも SONUB をスキップして CHUM を受診するなどのネガティブな変化をモニター可能であり、CHUM 側で self-referral 症例数をみることで代用できる。

ただし現在、厳密にいうと、SONUB はいずれの公的医療施設でも提供されていない。今後 SONUB のモニタリングのためには、SONUB が提供可能な CSB 数、SONUB 研修後の人の下での分娩数、などのモニタリングも必要と思われる。

#### 2) 主に CSB と地域において変化を示す可能性のある指標・事項

##### (1) 母子保健サービスの質

###### ・ エビデンスに基づいたケア

- 不要な医学的介入の減少と、適切なケアの増加（陣痛期・分娩期のケア、新生児ケア）

###### ・ Humanized maternity care

- パイロット施設での出産環境の質的調査（陣痛室・分娩室の外観、プライバシーの保護、妊産婦の放置される時間、サービス提供者の陣痛期出産期のケア提供時間とその質、出産進行の観察、家族への説明、家族の陣痛室での付き添いの状況）
- 母子保健サービスの利用者と提供者の満足度

###### ・ ケアの継続性

- 分娩や予防接種に来た母児のそれまでに受けた母子保健サービス（公的・私的）の聞き取り、記述
- 住民からみたケアの継続性の認識・信頼感の分析、継続してケアを受ける要因の分析。これは、指標としての測定は難しいかもしれないが、ケアの継続性に影響する要因を descriptive に探ることは可能かもしれない。たとえば、CSB に予防接種に来た母児は、その CSB で分娩したり、妊婦健診を受けたりしているか？ CSB で分娩した女性は、その CSB での妊婦健診を受けているか？継続してケアを受けている母児と、そうではない母児の違いはなにか？などが考えられる。
- 情報の継続性：レファーカード、妊産婦カードの利用の継続性

###### ・ ヘルススタッフの働き方や、ケア提供の変化 無駄の削減

- 不要な記録物の統廃合や、妊婦健診のサービス提供方法の変化：例えば、妊婦健診において、女性1人にかかわるスタッフと時間のマッピング。

###### ・ レファラーの適切さ、第1次医療施設と病院との機能分化、CHUM の負担軽減

- 現在は CHD, CHUM に搬送が必要とされている症例が、将来的には CSB でケアできるようになる等の変化。例えば、CSB マビブでは、1年間で200例の分娩開始後のレファラー症例が存在する。これらの症例が CHUM あるいは他病院で母児への医療介入を要したかを検討することで、その positive predictive value などを算出できる。

## (2) 母子保健サービスの量

- ・現在 CSB で採取されている母子保健サービスの量を示すデータ
- ・施設外でヘルススタッフが介助する分娩のうち CSB に報告のある分娩数

## (3) 母子保健サービスの利用、サービスへのアクセス

- ・地理的アクセス：
  - 施設・もしくはヘルススタッフ個人の catchment area (妊婦健診と分娩に対して)
- ・財政的アクセス：
  - 貧困者の MCH サービスの利用増加、サービスを受けた人の中での貧困者割合の増加、診療費免除制あるいは equity fund が適応になる人数の増加

## (4) ヘルススタッフの変化、満足度・地域のリソースとの連携

- ・ヘルススタッフ自身が衛生行政・地域住民などから支援されている、信頼されると認識するようになる、パフォーマンスの変化。
- ・TBA やヘルスボランティアといった地域のリソースに対するヘルススタッフの認識の変化、リソースとしての利用の変化。

3) 衛生行政単位 (県保健家族計画局と 郡保健家族計画課) において、測定の価値があるかもしれない事項

- ・母子保健に関連する、記録物の統廃合
- ・県保健家族計画局と 郡保健家族計画課の母子保健サービスの視察、モニタリング方法の変化：
  - 視察の回数にもかかわらずとも、質が変わる、サポーターとなる、物品欠品などの問題を解決できる、など。
  - SONU のモニタリングの仕組みが機能する。
  - 施設外のヘルススタッフの所在やサービスの量 (例えば分娩数) が把握される。
- ・自助、共助のメカニズムを行政側が把握し、活用できるようになる
  - TBA やヘルスボランティアといった地域のリソースの把握、地域リソースに対する認識や利用の変化 (ネガティブに捕らえているか、それとも積極的に利用しようとするか)。
  - なお、衛生行政側や CSB 内ヘルススタッフの、地域のリソースに対する認識の変化を見るためには、質的な測定方法が適しているように思われる。たとえば、PRA の手法 (ベン図)、ソーシャルキャピタルの測定方法などを用いるなど。

## 4) 施設外ヘルススタッフの母子保健サービスの把握と活用に関して

- ・ブエニ県のマジュンガI郡の都市部以外の地域では、人口が散在しており、その半分はCSBを中心とした半径 5Kmより外に居住している。このような地域の、産科ケア・新生児ケアの望ましい方向としては、重症者はCHUMあるいはCHD-2にアクセスできる、それ以外は「資格を有する医療従事者によるケア」にアクセスできるようになることであろうと思われる。現在、衛生行政により実施されているモニタリングは、施設のサービス量であり、施設外でヘルススタッフが提供したケアの量は把握されていない。唯一、2005年からヘルススタッフが介助した施設外の分娩数が、CSBと郡保健家族計画課でのデータ収集項目として加わってはいるものの、よく把

握されているとまではいえない。その把握をどうするか、またこれら施設外でのい慮湯従事者の活動を、施設内のケアとどのように組み合わせて活用するのか、という2つの課題がある。

- ・分娩ケアを考えると、「施設分娩」が地域の分娩全体の約4分の1、一方「施設外での有資格者による分娩介助」も約4分の1と少なくはない。「施設外の分娩介助数」は、把握・測定するのが一般的に難しいが、ブエニ県でも把握は容易ではないと思われた。理由1)、「CSBスタッフがCSBの外で分娩介助は禁止されている」とネガティブに捕らえられており、under reporting となりがちであること。理由2) 介助を行っている職種・ヘルススタッフが比較的多いこと。
- ・一方、各々のCSB毎に「施設外のヘルススタッフの下での分娩」の把握の度合いは異なっていた。良く把握しているCSBの要因を調べてみるのは興味深いかもしれない。地理的な要因なのか、GTZなどの介入の影響か、CSBと地域・施設外のヘルススタッフとの関係性によるものなのか。
- ・「施設外ヘルススタッフの母子保健サービス」の把握をどうするか、このポジションへの介入をプロジェクトとしてどのように扱うか、今後さらに、位置づけの確認や、保健家族計画省・県保健家族計画局等のC/P、職能団体、関連団体との協議が必要であると思われた。

### 3.6.5 結語と提言

母子保健サービスの量、質、利用、SONU評価について、これらの変化を示す可能性のある指標・事項を列挙・考察した。現在、CSB、郡保健家族計画課で収集されているのは、主に量的データであり、施設におけるサービスの量や利用は指標として示すことが可能である。一方、サービスの質と、ある特定の層の利用増加（貧困層のアクセス増加、重症例のSONUCレベル施設へのアクセス増加）を見るには、新たに測定する必要があり、プロジェクトによる介入が必要であると思われた。

CSB施設外のヘルススタッフの分娩介助数は、2005年から郡保健家族計画課で集計されはじめてはいるものの、全体像の把握までには至っていない。施設外ヘルススタッフによるサービスの量の把握をどのように行っていくのか、施設外ヘルススタッフをどのように活用していくのか、施設外ヘルススタッフの位置づけの確認などとあわせて、今後、プロジェクトとC/P・他の関連団体との協議する必要があると思われた。

帝王切開を提供している施設から、Unmet Obstetric Needsを推定する情報が採取可能であり、ブエニ県でのSONUCの評価は、この指標で行うことが有用である。今後の技術協力がヘルススタッフのエンパワメントや人間の開発を目指すならば、量的な指標に留まらず、積極的に質的調査や、事項の変化の記述を行う必要あると考えた。

### 3.7 地域での保健サービス利用に関する臨床疫学調査

#### 3.7.1 目的

日本が今後実施する技術協力案を策定するために、マダガスカル農村部で、住民がどのように保健サービスを利用しているかの実態を知り、保健医療サービスの継続性がどのように担保することができるのかを考察することを主な目的として種々の調査を実施した。

ここで触れる保健サービスは、公的なものだけでなく、民間によって提供されるもの、また地域における伝統医療も念頭においた。また地域において住民が疾病等に対処するためには、個人・家族・地域などがどのように対処するのかも踏まえて検討する必要がある。本調査ではこの点について、妊娠・出産・育児に関連した女性の対処行動を知り、それらから地域における自助・共助・公助のメカニズムを明らかにすることも目的とした。

#### 3.7.2 対象地域の選定

ブエニ県では GTZ が地域保健の活動を行っており、その中で「CSB におけるサービスの質コンクール (*concours qualité de CSB*)」が 2005 年に実施された。本調査では、マジュンガ州都よりアクセスが容易であるマジュンガ II 郡とマルヴァイ郡のそれぞれにおいて、上記コンクールで最高点を得た CSB 各 1 カ所を対象とし、当該 CSB とその管轄地域において調査を行った。

上記によって、対象とした CSB (および地域) はマジュンガ II 郡ではブアナマリ、マルヴァイ郡ではミアダナである。

図 3.4 調査対象地域

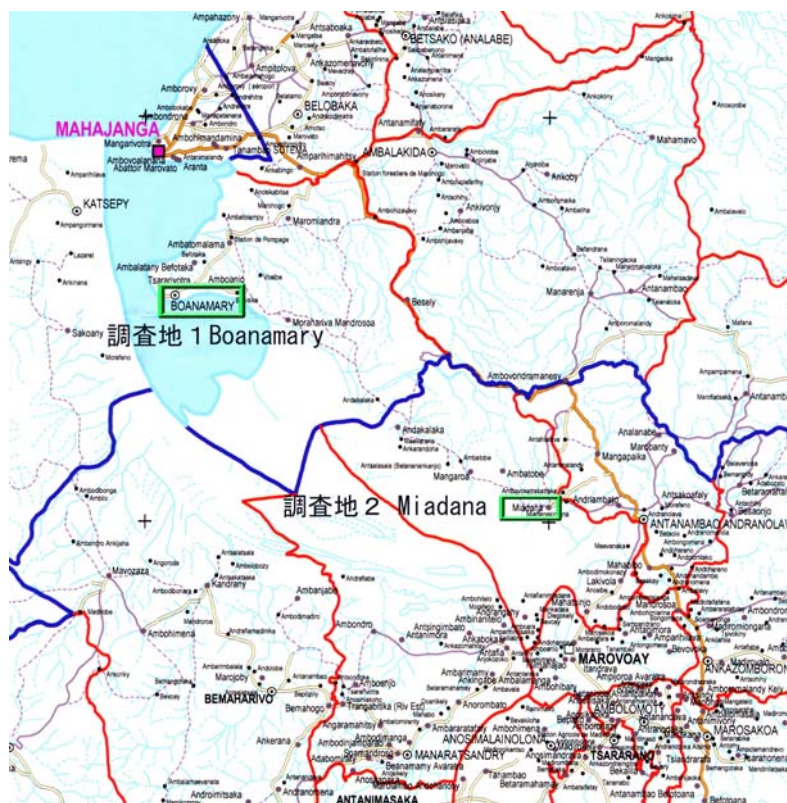


図 3.5 ブアナマリ commune と各 FOKONTANY の位置



### 3.7.3 調査内容

#### 1) Commune ブアナマリでの出生登録率、施設分娩率

##### 背景、目的

Commune (KAOMININA)は複数の FOKONTANY を統括する行政単位である。ここでは住民の ID カード発行のための出生登録が実施され、管轄域内の人口把握が行われている。また保健医療施設では、そのサービス対象者の把握のため、管轄内人口および推定分娩数の算出が行われている。

本調査では、ブアナマリ地域を対象として、Commune における登録と、CSB-2 ブアナマリにおける推計人口データを用いて、出生登録内容を知ること、地域診断・地域保健計画策定の基礎となる人口および推定分娩数の現状を知ることが目的とした。

##### 調査対象と結果

###### ・出生登録

Commune 事務所には、登録台帳 (BOKIM-PIANKOHONANA (*Registre des actes de l'état civil*)) が置かれており、下記項目が届け出順に記載されていた。

年間の通し番号、出生日、両親の氏名、子どもの氏名、出生場所、届け出日、届け出者、登録者

###### ・推定人口および推定分娩数

Commune での登録、CSB で把握されている推定人口 (保健家族計画省、国勢調査からの推計 (*Recensement Général de la Population et l'Habitat: RGPH*))、およびその差の比較を下記に示す。

表 3.15 Commune ブアナマリにおける FOKONTANY 別の登録人口と推計人口

FOKONTANY	距離*	Commune 登録	保健家族計画省	RGPH 推計	最大差
ブアナマリ	0	1967	1224	828	1139
ツァラリヴトラ	3	335	335	278	57
アンブアニウ	4	1532	2071	1733	539
アンバラタニ	5	437	320	216	221
アンバトマラマ	7	755	1754	1187	999
マルミアンドラ	18	524	590	395	195
ムラリヴァ	28	768	430	291	477
計	-	6318	6724	4928	1796

・推定分娩数に対する出生登録数の割合

ブアナマリ近辺では、セメント工場の閉鎖などによって人口流出がみられていることから、最も推計人口の少ない RGPH による数値を用いて、出生登録数に対する登録率を求めた。なお推定分娩数は、人口の 4.5%として計算した。

表 3.16 Commune ブアナマリにおける FOKONTANY 別の出生登録数と、国勢調査からの推計分娩数に基づく出生登録率

FOKONTANY	距離	出生登録数	推定分娩数	登録率 (%)
ブアナマリ	0	35	37	93.9
ツアラリヴトラ	3	16	13	127.9
アンブアニウ	4	28	78	35.9
アンバラタニ	5	18	10	185.2
アンバトマラマ	7	20	53	37.4
マルミアンドラ	18	14	18	78.8
ムラリヴァ	28	10	13	76.4
計	-	78	107	73.2

### 考察

地域で用いられている人口推計には少なくとも 3 種類があることが判明した。それらを比較すると、FOKONTANY 別には最大で 1139 名 (FOKONTANY ブアナマリ)、Commune 全体では 1796 名の差があり、数値の信頼性という点からはどの統計が適切であるのかの判断が極めて難しい。また地域によっては漁業のための季節移動なども観察されており、適切な母集団把握が困難であることが明らかとなった。

推定分娩数に対する Commune での登録率にもばらつきがみられ、37-185%と広く分布した。例えば FOKONTANY アンブアニウでは、上述の閉鎖したセメント工場が位置しており、実人口が推計値に比べて大きく減少しているために、登録率が見かけ上減少していることが推定された。

同時に FOKONTANY からの聞き取りによると、2006 年より各 FOKONTANY 事務所において出生登録をすることが義務づけられ、記録台帳 (KAHIEN'NY FOKONTANY FANARAHA-MASO NY FAHATERAHANA) が配布されている。このように複数の統計が用いられ、また出生登録と出産推計とが混在している状況では、保健計画策定に支障を来すことは明らかである。ID カード発行のために出産登録が推奨されている状況では、Commune での登録数を基礎として、登録漏れのある子どもの数を補完するような形で FOKONTANY における登録を組み合わせることが必要と考えた。

また一般行政セクターと保健セクターとが、これらの情報を交換し、地域において母親、子どもの把握を行うための方策を検討すべきである。

## 2) 妊婦健診受診および施設分娩利用に影響を与える要因分析

### 背景と目的

CSBにおける妊婦健診受診率と施設分娩率には大きな差があると指摘されている。あるCSBブアナマリで妊婦健診を受診した妊婦を対象として、妊婦健診受診回数、および施設分娩に影響を与える要因を知ることを目的とした。

### 対象と方法

調査は、マジュンガII郡のCSB-2ブアナマリの管轄地域を対象として実施した。2005年1年間に同CSBで妊婦健診を受診した妊婦を対象とした。調査は、CSBに保管されている「妊婦・新生児管理カード」(*Fiche de surveillance de la santé de la mère et du nouveau-né*)を元に行った。

以下の項目を調査し、妊婦健診受診回数、および施設分娩に影響を与える要因について単変量解析を行った。

#### <調査項目>

住居地(FOKONTANY)、初診時年齢、婚姻の有無、最終学歴、経産回数、妊婦健診でのリスクの有無(14項目、項目の詳細は下表3.17)、妊婦健診受診回数、初回妊婦健診の受診時期、施設分娩利用の有無

表 3.17 妊婦・新生児カードでチェックされる14のリスク項目

1	年齢18歳以下、または35歳以上
2	年齢30歳以上の初産
3	経産回数5回以上
4	前回出産からの間隔が2年以下
5	狭骨盤、あるいは骨盤非対称
6	血圧が14/8 cmHg以上
7	糖尿病
8	内科合併症(呼吸困難、チアノーゼ、喘息、心不全、てんかん、貧
9	帝王切開あるいは子宮手術の既往
10	今回妊娠が双胎
11	低出生体重時出産の既往
12	死産あるいは新生児死亡の既往
13	流産の既往
14	喫煙、飲酒、薬物使用

### 結果

#### ・妊婦健診受診者の特性

2005年に計98名の妊婦が妊婦健診を受診した。うち妊婦健診に関する記録が残っていた95名を対象として解析を行った。その特性を表3.18に示す。

住居地はCSBの位置するブアナマリが約1/3を占めた。年齢は18歳以下の若年者が約1/4、また24歳以下が半数以上を占めた。婚姻は既婚者が8割であった。学歴は未就学者が23%、中学校卒業以上は1/4に過ぎなかった。経産回数では、初産が23%を占めると同時に、5回以上の経産婦が約1割であった。妊婦健診でリスクなしと判断された者は約半数、リスク1つが約1/3、リスク4つの者は1名に過ぎなかった。妊婦健診受診回数は、1回が60%、2回が29.5%と、2回以下が大半を占めた。初回妊婦健診受診時期も妊娠5ヶ月以降であった。一方で最終月経、分娩予定日、あるいは

受診時妊娠週数が未記載のために、初診時期が不明な例が 41%であった。施設分娩率は 21%であった。

表 3.18 CSB-2 ブアナマリで 2005 年に妊婦健診を受診した女性の特性

要因		n	%
住居 (FOKONTANY)	ブアナマリ	31	32.6
	ツァラリヴトラ	11	11.6
	アンブアニウ	11	11.6
	アンバラタニ	14	14.7
	アンバトマラマ	15	15.8
	マルミアンドラ	1	1.1
	ムラリヴァ	10	10.5
	その他 (他郡)	1	1.1
	不明	1	1.1
年齢	18 歳以下	25	26.3
	19-24 歳	27	28.4
	25-30 歳	21	22.1
	31 歳以上	19	20.0
	不明	3	3.2
婚姻	なし	13	13.7
	あり	76	80.0
	不明	6	6.3
学歴	未就学	22	23.2
	小学校	41	43.2
	中学校以上	24	25.3
	不明	8	8.4
経産回数	0 回	22	23.2
	1-4 回	42	44.2
	5 回以上	12	12.6
	不明	19	20.0
リスク数	0	52	54.7
	1	31	32.6
	2	11	11.6
	4	1	1.1
妊婦健診受診回数	1 回	57	60.0
	2 回	28	29.5
	3 回	6	6.3
	4 回	4	4.2
初回妊婦健診の受診時期	5 ヶ月	4	4.2
	6 ヶ月	11	11.6
	7 ヶ月	8	8.4
	8 ヶ月	14	14.7
	9 ヶ月	7	7.4
	10 ヶ月	12	12.6
	不明	39	41.1
施設分娩	あり	20	21.1
	なし	74	77.9
	不明	1	1.1



・妊婦健診受診回数に影響を与える因子

対象者を、妊婦健診受診回数によって1回、2回、3回以上の3群に分け、他の要因との関連性についてカイ二乗検定を用いて検討した。

表 3.19 CSB-2 ブアナマリで 2005 年に妊婦健診を受診した女性の受診回数と関連する要因

因子	妊婦健診受診回数 <n (%)>				x2 検定(p 値)	
	1回	2回	3-4回	計		
住居	ブアナマリ	14 (45.2)	12 (38.7)	5 (16.1)	31 (100.0)	0.11
	それ以外	43 (67.2)	16 (25.0)	5 (7.8)	64 (100.0)	
年齢	18 歳以下	16 (64.0)	6 (24.0)	3 (12.0)	25 (100.0)	0.90
	19-24 歳	15 (55.6)	9 (33.3)	3 (11.1)	27 (100.0)	
	25-30 歳	12 (57.1)	7 (33.3)	2 (9.5)	21 (100.0)	
	31 歳以上	14 (73.7)	4 (21.1)	1 (5.3)	19 (100.0)	
婚姻	なし	8 (61.5)	4 (30.8)	1 (7.7)	13 (100.0)	0.91
	あり	44 (57.9)	23 (30.3)	9 (11.8)	76 (100.0)	
学歴	未就学	14 (63.6)	5 (22.7)	3 (13.6)	22 (100.0)	0.69
	小学校	26 (63.4)	12 (29.3)	3 (7.3)	41 (100.0)	
	中学校以上	12 (50.0)	8 (33.3)	4 (16.7)	24 (100.0)	
経産回数	0 回	13 (59.1)	6 (27.3)	3 (13.6)	22 (100.0)	0.70
	1-4 回	28 (66.7)	11 (26.2)	3 (7.1)	42 (100.0)	
	5 回以上	9 (75.0)	3 (25.0)	0 (0.0)	12 (100.0)	
リスク数	0	27 (51.9)	18 (34.6)	7 (13.5)	52 (100.0)	<0.05
	1	21 (67.7)	8 (25.8)	2 (6.5)	31 (100.0)	
	2-4	9 (75.0)	2 (16.7)	1 (8.6)	12 (100.0)	

住居地について、CSB のあるブアナマリとそれ以外の FOKONTANY の 2 群に分けて検討したところ、ブアナマリ居住者では受診回数が多い傾向が見られたが、統計学的に有意な差ではなかった。

年齢、婚姻、学歴、経産回数には差が見られなかった。

リスク数については、各群で妊婦健診受診回数に有意差が認められたが、一定の傾向は認められなかった。

・施設分娩に影響を与える因子

対象者を、施設分娩利用の有無によって2群に分け、他の要因との関連性についてカイ二乗検定を用いて検討した。

表 3.20 CSB-2 ブアナマリで2005年に妊婦健診を受診した女性の施設分娩利用と関連する要因

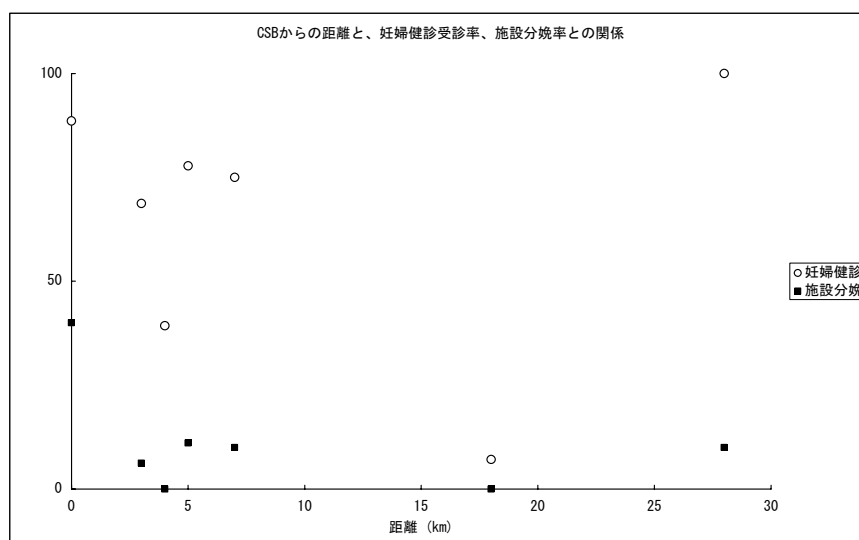
因子	施設分娩 <n (%)>			x <sup>2</sup> 検定(p 値)	
	あり	なし	計		
住居	ブアナマリ	14 (45.2)	17 (54.8)	31 (100.0)	<0.01
	それ以外	6 (9.5)	57 (90.5)	63 (100.0)	
年齢	18歳以下	4 (16.0)	21 (84.0)	25 (100.0)	0.71
	19-24歳	5 (18.5)	22 (81.5)	27 (100.0)	
	25-30歳	6 (28.6)	15 (71.4)	21 (100.0)	
	31歳以上	3 (16.7)	15 (83.3)	18 (100.0)	
婚姻	なし	2 (15.4)	11 (84.6)	13 (100.0)	0.62
	あり	16 (21.3)	59 (78.7)	75 (100.0)	
学歴	未就学	2 (9.5)	19 (90.5)	21 (100.0)	0.16
	小学校	9 (22.0)	32 (78.1)	41 (100.0)	
	中学校以上	8 (33.3)	16 (66.7)	24 (100.0)	
経産回数	0回	5 (22.7)	17 (77.3)	22 (100.0)	0.56
	1-4回	10 (23.8)	32 (76.2)	42 (100.0)	
	5回以上	1 (9.1)	10 (90.9)	11 (100.0)	
リスク数	0	12 (23.1)	40 (76.9)	52 (100.0)	0.70
	1	7 (23.3)	23 (76.7)	30 (100.0)	
	2	1 (9.1)	10 (90.9)	11 (100.0)	
	4	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	
妊婦健診受診回数	1回	8 (14.3)	48 (85.7)	56 (100.0)	<0.01
	2回	6 (21.4)	22 (78.6)	28 (100.0)	
	3-4回	6 (60.0)	4 (40.0)	10 (100.0)	

住居地では、ブアナマリとそれ以外の地区で有意な差があり、CSB から離れた地区では施設分娩利用率が極めて低かった。

年齢、婚姻、学歴、経産回数、リスク数については差がみられなかった。妊婦健診受診回数が多いほど施設分娩利用が多くみられたが、これは住居地に対する交絡因子であると考えた。

7カ所の FOKONTANY について、CSB からの距離別に妊婦健診受診率と施設分娩率をプロットした。全体に妊婦健診受診率は高い傾向を示した一方で、施設分娩率は CSB の位置する FOKONTANY ブアナマリ（距離 0km）を除いて極めて低かった。なお距離 4km の FOKONTANY アンブアニウは、3.7.3.1）で述べたように推計人口が大きく異なる可能性があるため妊婦健診受診率が低い傾向を示したと考えた。また距離 18km の FOKONTANY Mandrosoa には NGO が運営する診療所があるため CSB ブアナマリの利用がほとんどない。

図 3.6 CSB-2 ブアナマリで 2005 年に妊婦健診を受診した女性の、CSB から住居地（FOKONTANY）までの距離と、妊婦健診受診率、施設分娩率との関係



### 考察

妊婦健診の利用者の場合に限っては、妊婦健診、施設分娩サービスともに社会的要因（年齢、婚姻、学歴）および産科要因（経産回数、リスクの有無）とは関連がないことが示された。

一方でサービス利用を規定する因子として、住居地が大きく影響していることが明らかとなった。特に施設分娩については、CSB がある地域からの利用が大半であり、分娩にとっては、距離が重要な因子であることが示された。

マダガスカルにおいて妊婦健診受診率が比較的高い割に、施設分娩率が低い要因は、一義的には施設へのアクセスにあることが明らかとなった。陣痛発来後の産婦にとっては、施設への物理的アクセスが重要であることは容易に想像できる。しかし同時に、アクセスに要する費用が距離に比例して増大すること、また夜間の安全性なども背景要因として考えられた。

マダガスカルの地方部においては、施設へのアクセスが悪いにもかかわらず妊婦健診

を受診する女性が比較的多いことから、妊婦健診時の記録を CSB のみにとどめておくだけではなく、種々の情報が適切に地域における分娩介助者に伝えられ、利用されるよう工夫する必要がある。

### 3) 小児に対する予防接種の実施率・時期の地域差

#### 背景と目的

小児保健分野での調査から、予防接種の実施率には季節変動があること、また会計年度後半に実施されるキャンペーンによりカバー率が保たれている現状が示されている。本調査では、CSB からの距離がワクチン接種率に与える影響、また施設分娩率との関連の有無について検討することを目的とした。

#### 対象と方法

調査は、CSB-2 ブアナマリの管轄地域を対象として実施した。

2005 年 1 年間に、同 CSB(移動接種を含む)で予防接種を受けた全小児を対象とした。

調査は、CSB に保管されている予防接種記録 (*Carte infantile*) を元に行った。

以下の項目を調査し、FOKONTANY 別・月齢別の予防接種率を検討した。

<調査項目>

住居地 (FOKONTANY)、以下のワクチン接種の有無および接種時の月齢

- ・ BCG
- ・ Polio (3 回接種)
- ・ 三種混合 (DTC) および B 型肝炎 (3 回接種)
- ・ 麻疹

#### 結果

2005 年に 183 例が予防接種を受けていた。うち 1 例が住居地不明、2 例が月齢不明であったため、これらを除く 180 例を対象として検討を行った。

図 3.7 CSB-2 ブアナマリの管轄地域における予防接種 (三種混合、麻疹) の月別累積カバー率 (2005 年)

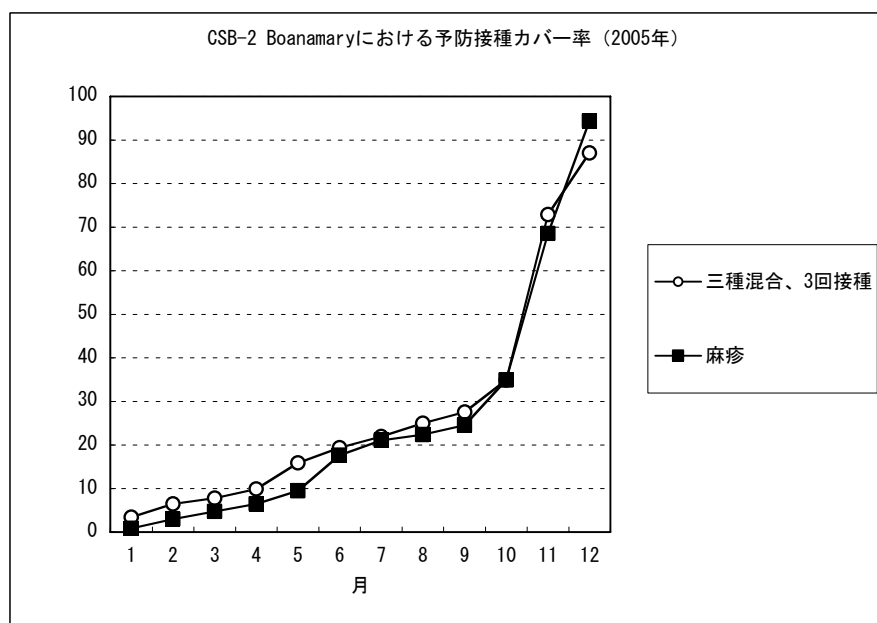


図 3.8 CSB-2 ブアナマリの管轄地域における FOKONTANY 別・月齢別の予防接種（BCG）の累積カバー率（2005 年）

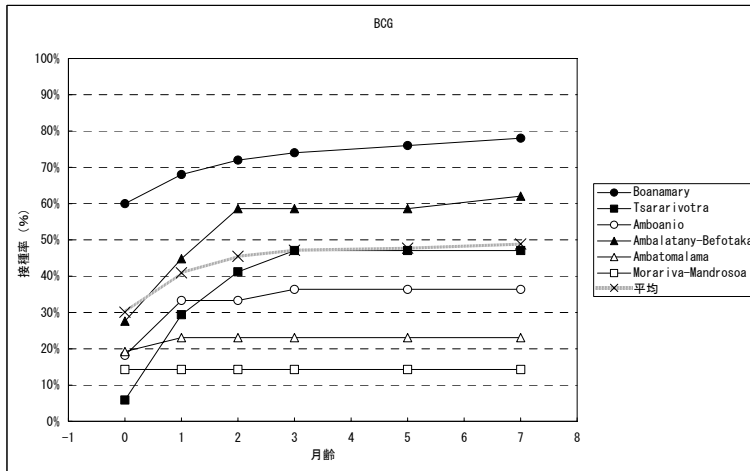


図 3.9 CSB-2 ブアナマリの管轄地域における FOKONTANY 別・月齢別の予防接種（三種混合と B 型肝炎の 3 回接種）の累積カバー率（2005 年）

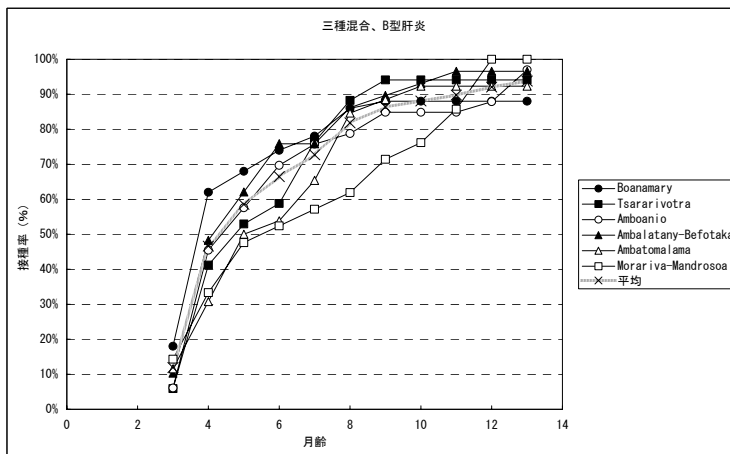
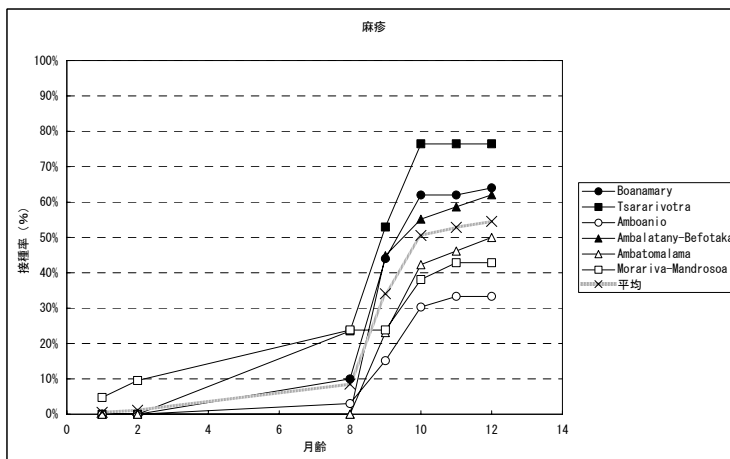


図 3.10 CSB-2 ブアナマリの管轄地域における FOKONTANY 別・月齢別の予防接種（麻疹）の累積カバー率（2005 年）



## 考察

三種混合および麻疹は、2005年10月まではカバー率が低い状態で推移していたが、11-12月にかけて急上昇し、年末には9割前後に至った。これは接種キャンペーンおよびアウトリーチ活動が重点的に展開されたためである。想定される問題点は、11-12月には他の通常サービスのカバー率が低下している可能性があることである。同時に11月以前には、ワクチン予防可能疾患に対する小児の *vulnerability* が高い状態にあったことが示された。適時接種が行われるよう定期的な定点とアウトリーチによる接種の実施が求められる。

BCG は基本的に生下直後の接種が推奨されている。ブアナムリでは施設分娩率が比較的高く、また CSB への距離も近いことため接種率が比較的高く維持されていた。他地域では月齢0の接種率は低く、その後の CSB 訪問時あるいはアウトリーチでの接種が行われていると推定された。しかしながら、ムラリヴァやアンバトマラマでは月齢0時点での低い接種率がその後も改善しない状況であり、これらの地域に対してはアウトリーチによる BCG 接種の頻度は極めて低いことが想定された。

三種混合は満1歳前後までには、ほとんどの地域で3回接種率が9割を超えていることがわかった。唯一、ムラリヴァ地域のキャッチアップが遅れていたが、年度後半のキャンペーンが功を奏したと思われる。

麻疹のカバー率は月齢8以降に、BCG と三種混合との中間パターンを示している。すなわち、月齢8以降各地域で接種率の上昇が一様に見られる一方で、8-9ヶ月時点での接種率が低い地域においての率の伸びが悪い、という状況である。基本的に CSB からの距離が接種率に関連しており、遠隔地ほど低値となっている。したがって接種方法として、CSB による定点接種とアウトリーチによる接種の両者がされていることが想像されるが、アウトリーチのワクチン供給が不安定であったことが推定された。

以上から、優先順位の高い対策は、生下直後に必要な BCG などは CSB 以外の出産介助者によっても管理・接種されること、また定期的な定点・アウトリーチによる適時接種推進の二点と考えた。

### 3.8 妊娠・出産および子供のケアに関わる実態調査

#### 3.8.1 目的

出産に関連した（妊娠・出産・産褥・乳児ケア）女性の対処行動を知り、既存の自助・共助・公助のメカニズムを明らかにする。

#### 3.8.2 方法

CSB-2 ブアナマリ、CSB-2 ミアダナ管轄の1歳未満の子供を持つ女性を対象に、質問紙を用いたインタビューを、戸別訪問で実施した。

内容は、年齢・教育・収入源・婚姻状況・出産回数・生児数・出産場所・分娩様式・出産介助者・次回希望出産場所であり、半構造化質問紙を用いて、マダガスカル人インタビュアーによる聞き取り調査を行った。質問と回答にはすべてマダガスカル語を用い、結果は英語に翻訳して検討した。

#### 3.8.3 調査の実際

##### 1) FOKONTANY の選択方法

各 CSB は複数の FOKONTANY（村）を管轄している。今回の調査では、CSB ブアナマリからブアナマリとアンブアニウの2つの FOKONTANY を、CSB ミアダナはミアダナ FOKONTANY を選択した。これらは、すべて CSB からの距離が短いところであることを基準として選定した。

##### 2) 女性の選択方法

CSB ブアナマリ：ブアナマリ commune 事務所の出生登録台帳を用いて、対象とした FOKONTANY に居住する女性を無作為に抽出した。

CSB ミアダナ：FOKONTANY 長により女性団体の所属者および、それ以外より対象女性を選択した。そのほかに、双胎分娩症例が確認されたため、意図的に選定を行った。

##### 3) 選択方法の限界

CSB Boanabary：出産した Commune で出産登録をする場合があるため、他の地域で出産しているケースは含まれないことが考えられる。出産登録はID取得や学校入学などに関係する為、未登録はほぼありえないのでは、との見方もある。出生登録は、以前有料であったのが無料になったこと、TV・ラジオなどで登録の奨励が実施されており多くの住民が知っているらしい。

CSB ミアダナ：女性グループが活動している地域。グループに所属している人、いない人両方を含めて欲しいという希望を出し、選択は FOKONTANY 長に任せた。

#### 3.8.4 調査時期

ブアナマリ（マジュンガ II 郡） 2006年3月30日～31日

ミアダナ（マルヴァイ） 2006年4月3日、5日

#### 3.8.5 対象地域の背景

##### 1) CSB-2 ブアナマリ

－ マジュンガ II 郡（推定人口 52,696 人：INSTAT）に属す。マジュンガ II 郡の CSB 数は、CSB-2 が 6、CSB-1 が 5 施設ある。

- 7つの FOKONTANY を管轄しており、CSB が把握する人口は 7179 人。2005 年の推定分娩数は 107 件、Commune における出生登録は 78 件（73.2%）、うち施設分娩登録は 32 件（30.0%）であった。
- 医師の住居は同敷地内にある。Commune 事務所が近く、医師が不在になる時は連絡をいれるなどの連携がある。
- 24 時間電気あり。水なし。トイレあり。
- 分娩器材の消毒は煮沸器使用。
- オキシトシン・エルゴメトリン在庫なし。出血予防にはビタミンKを使用。
- Aide sanitaire が 1 名おり、彼女はみなから助産婦と呼ばれていた。1999 年 4 月から勤務。出産介助するが、パルトグラム記載なし。訪問時、産褥婦が 2 名入院中。それぞれ前夜、11pm、2am に CSB で出産していた。Aide sanitaire の自宅は、CSB 近くにある。妊婦健診実施。夜中は、医師と交代に On Call 勤務しているとのこと。
- CoSan は、毎週レポートを提出している。コミュニティーに二人メンバーがいる。
- CSB のスタッフ（医師・Aide sanitaire・PhaGeCom・薬剤師・会計・薬局マネージャー・警備）
- 医師は、月 1 回は各 FOKONTANY へのアウトリーチ活動を行っている。

## 2) ブアナマリ地区

- マジュンガからの交通はタクシールースが運行している。（2,000MGA）
- 中学校がないので、通学できる学生はマジュンガまで通っている。
- ソマコア（海老の養殖場：日系企業関連会社）があり、そこには医師が勤務している。ソマコアは会社共済に加入しており、従業員やその家族は、無料で契約病院（SMIM など）を受診できる。
- 以前 Sanca（セメント工場）が、アンブアニウにありそこに医師と助産婦が勤務していたが、2003 年に閉鎖。医師は現在もプライベートでサービス提供をしている。助産婦も以前は、プライベートでサービスを提供していたが、警察から罰金を要求されることを恐れ移転したとのこと。
- 上記の閉鎖したセメント工場より発電機が寄付されており、現在は住民により管理運営されている。持っている電化製品に応じて使用料を支払うという仕組みであり、電気は 1 日に 3 時間流されている。
- 携帯電話のアンテナがあり通話可能（マダコム・オレンジ）
- どうもろこしや、キャッサバ、その他様々な野菜を家庭菜園で栽培している家が多かった。

## 3) CSB-2 ミアダナ

- マルヴァイ郡（推定人口 140,485 人：INSTAT）に属する。
- 3つの FOKONTANY (2005) を管轄しており、CSB が把握する人口は 2801 人<sup>34</sup>。
- 2005 年の推定分娩数は 127 件、うち施設分娩数は 76 件（59.8%）であった。
- 医師の住居は CSB から徒歩 2~3 分のところにある。
- 電気は夜間なし。CSB に水はないが、すぐ裏手に井戸がある。トイレあり。
- CSB スタッフは 3 名（医師、Aide sanitaire、薬剤師）

<sup>34</sup> 「CSM ミアダナでの地域別出生数と割合」2005 年 Data Source: FOKONTANY ミアダナの住民登録台帳、ミアダナ CSB 妊産婦カード、推定分娩数は人口の 4.5% で算出



- 分娩室と入院室にはこうもりの巣があり、悪臭がする。
- 医師の診察室は、使用済み注射器などが散乱している。

#### 4) ミアダナ地区

- 米作りができる
- 女性グループにより、乾季にやしの葉のマット作りが支援されている
  - FIKAMBANAN'NY VEHIVAVY MIARA-MIEUFANA
  - MIRAY HINA (意味は Getting together)
  - TIAKO (Madagascar Women Association)
- 公共の交通手段はなく、国道までは牛車が主流。雨季は道路が分断される。

### 3.8.6 結果

#### 1) 社会的背景

表 3.21 CSB-2 ブアナマリおよびミアダナの管轄地域における妊娠・出産および子供のケアに関する実態調査対象者の特性

CSB		ブアナマリ		ミアダナ
FOKONTANY		アンブアニウ	ブアナマリ	ミアダナ
対象者数		5	5	6
年齢		23~35	17~34	23~38
非識字者(人)		1	0	1
教育(年)		0~9	4~7	2~5
収入源(主な職業)	企業	3	0	0
	漁師	1	3	0
	農業	0	0	1
	小売	0	0	1(兼農)
	内職	0	0	3(内2兼農)
	無職	1	2	0
未婚・別居		0	1	2
出産回数(回)		3~6	3~5	1~9
生児(人)		1~6	1~5	1~9
最年少児月齢		7~11ヶ月	9~12ヶ月	4~11ヶ月
出産関係				
出産場所	自宅	5	2(助産婦宅)	5(1名義母宅)
	CSB	0	3	0
	CHUM	0	0	1
出産介助者	CSB 助産婦	0	3	5
	助産婦(プライベート)	4	2	0
	医師	1	0	1
次回希望出産場所	自宅	1	0	1
	CSB	2	4	2
	病院	1	1	1
	次回出産なし	1	0	1
	状況次第で家かCSB	0	0	1
出産方法	正常分娩	5	5	5
	帝王切開	0	0	1

## 2) インタビュー結果

以下、分類可能な項目ごとに整理した。なお聞き取りの結果は付属資料4に示す。

### (1) 妊娠中の不安と家族による支援

普段の生活が「お金がなく、食べるものを買えない」という、生きるために深刻な状態であった。日常から生活が厳しいため、出産というイベントにより発生する経済的負担への不安が多く聞かれた。その他、少数意見としては、出産介助者が不確定であることや、体調の不安、夫婦間のトラブルなどがあった。

出産の費用は殆ど全員が妊娠中から心配をし、準備を始めている。実際の収入源は夫であることが多かったが、自分で貯蓄をしていると答えていた。また、夫の収入が期待できず、さらに女性グループが活動をしているミアダナでは、女性が妊娠中から出産のためにやしのマットを編んで販売するなど準備をしているケースがあった。調査地域では、女性自身の経済的主体性が高いと思われた。

妊娠中に家族あるいは親類からの支援を受けたのは3名のみであり、その内容としてはほとんどが家事の手伝いであった。

### (2) 出産場所と介助者の選択とその理由

自宅・施設にかかわらず、すべての母親、本人が主体的に選択していた。その選択理由では、「家族が近くにいることができる」、「移動の必要がないところ」、「水があり衛生的」で、「産後を考え手伝いに負担のかからない場所」を望んでいた。

介助者は、同じ村に居住する信頼のおける資格を持った人で、前回と同じ介助者を選択の理由していることが多かった。資格を持った女性の介助者を選ぶが、いなければ遠くの助産婦がいるCSBではなく、近くの男性医師を選んだ例があった。公立・私立にかかわらず、最も自分の近くに住む資格のある人を望んでいる。また、もし異常があった場合には医療施設を選択するという意思が認められた。経済的負担は少ない方が良いと考えているが、実際は値段が高くても近くの助産婦を選択していた。

関係者からの聞き取りでは、CSB助産婦が積極的に自宅出産を取り扱っている場合と、日常業務が多忙で自宅出産の介助は行いたいができないという例があった。どちらも、自宅出産を肯定しているが、県保健家族計画局へ提出する公的書類には自宅出産が施設出産に置き換えられていることがあった。しかし実際には、管轄範囲が地理的に大変広いため、CSBですべての出産を把握することは不可能である。実際に本調査では、地域ではTBAや開業医師や助産婦が出産介助の担い手となっていることが明らかとなった。一方で、CSBに勤務する医療従事者の中には、地域において出産介助を仕事としている人々と協力して働くというよりは、CSBより下の関係とみなしたり、それらの活動を排除していくといった雰囲気を感じられることもあった。

### (3) 次回出産希望場所と理由

希望場所の回答は、地域のサービス提供の現状を反映しているように思われる。ブアナマリでは、CSBに勤務する助産婦が出産の多くを介助していた。一方でアンブアニウでは開業助産婦がおり、地域の出産は殆どその助産婦による介助であった。ブアナマリでは、10名中7名が施設希望と答えた（残り3名の内訳は、1名が自宅、1名が子宮全摘後、1名は無回答）。

一方、ミアダナCSBでは、助産婦が自宅出産を介助している。ミアダナで自宅出産した4名中1名が次回も自宅、2名が自宅かCSB、1名がCSBと答えている。自宅か

CSB と答えた 2 名は、「CSB にたどり着ける時間があったら」「産後の手伝いが CSB にきてくれたら」という条件を付け加えており、満たされない場合は自宅にすると答えている。

全体的に、施設に行けば安心かもしれないという認識が浸透しつつあるものの、出産のために CSB に行くことは現状では制約がある、あるいは条件が整わないという思いがあると推測した。

#### (4) 妊婦健診と破傷風予防接種(TT)

基本的には出産介助を予定している人に健診も掛かっていた。例外は、予定していた介助者が不在であり、急遽他の介助者を探した場合。またアンブアニウで開業助産婦による自宅出産を予定していた 1 名が、企業契約で無料になる病院(SMIM)で健診を受けていた。妊婦健診に対する女性の意識は、非常に高いと思われた。

破傷風予防接種は、全員が医療施設で接種していた。自分の都合で計画して行くことができれば、医療施設を受診していた。

妊産婦手帳は公的施設でしか配布されていない。女性の認識の高さを考えると、手帳の有効活用が期待される。また手帳の内容や配布方法などを見直すことは有用であると思われた。

#### (5) 助産ケア

分娩開始後はできるだけ早く出産を終了させることが目的とされている傾向があるように思われた。EBM の視点からも、出産直前の子宮収縮剤の注射など不必要と見受けられる介入が行われており改善の余地がある。一方、1 人の介助者が産婦を継続的に観察することも行われており、助産婦でなくてはできないケアも提供されていた。EBM によると一人の介助者が出産時に継続的にケアを提供することで、産後の母児に良い影響を与えることができるといわれている。こうした利点を積極的に良いことであると認め、さらにケアの質の改善に踏み込むことが可能であろう。

EBM に基づいた正常分娩のケアを提供者自身が見直し、良いところは強化し、改善すべきことはその方策を模索することが必要である。

#### (6) 出産の感想

自宅出産の満足度は高く、安全であるという認識がある。家族といっしょにいられること、移動の必要がないこと、水が十分にあることが満足の要因として挙げられていた。すなわち、希望する出産と一致した場合に、満足度が高まっていると考えられる。また、「自宅で出産することは普通のこと」というように、なんら特別よしあしを語るまでもないという反応も見られた。自宅出産が普通のことであり、そうすることが自分たちでコントロールできる範囲なのである。だから安心につながるのではないだろうか。施設出産の感想は、「合併症がなくてよかった」「スタッフはフレンドリーで出産に立ち会ってくれた」という感想が聞かれた。施設の場合は、自分のコントロール外になるため、受身にならざるを得ない。未知なる領域に入ってはみたものの、何もなくてよかったというのが本音であるという印象であった。

#### (7) 出産費用

施設出産よりも自宅出産の費用が高かった。また、プライベート医師よりもプライベート助産婦の料金の方が高かった。助産婦の場合は、注射代金が含まれることが多く、その値段が追加されている。支払いは、自宅出産は融通が利くが、施設の場合は必ず

退院時に支払わなければならない。

## (8) 産後の手伝い

出産後の手伝いは、全員が家族・親戚から受けていた。Nampifana、Rom-Patsa という言葉があるように、産後の家事の手伝いや、お祝いは習慣になっている。産後の手伝いを確保することは、出産場所を選択する際の主要な要因にもなっている。日常生活においては、「皆生活が厳しいので、自分たちの生活で精一杯」という答えがあったように、確かにその日の食料を確保するにも困難という状況が村の様子から伝わってくる。そのように、厳しい日常生活の中にありながらも、産後は家族や親戚の協力を得ているという状況である。正常分娩後 CSB に2日滞在した女性は、CSB と同じ村に居住しており、姉妹が水汲みを手伝っていた。CSB で出産し産後3日間滞在する場合、CSB には殆ど水がないため、水汲みを手伝ってくれる人がいない限り、難しいということになる。

## (9) 自助・共助・公助のメカニズム

### ・自助

自助には、妊娠・出産・産褥に対する自信と不安。妊婦健診に行く決定、出産場所の決定、お金や搬送の準備、出産の満足度などを含めて検討した。

女性自身が自己決定権を持っており、自分の意思で考え、行動している。今回の調査では、出産時「何かあったら心配」という不安を持っていた人は、妊娠中に施設での妊婦健診を受けており、出産場所は自宅であった。

出産費用の準備に関しては、殆どのカップルが妊娠中から準備をしている。女性グループが収入を支援している村では、出産費用確保のためにやしの葉のマットを妊娠中から編んでいたという女性もおり、自分で費用の準備もしている。

### ・共助

共助には、妊娠・出産・産褥において、地域の中で頼れる組織の有無・特定、地域の中で頼れる人物の有無などを含めて検討した。

日常生活で信頼できる人とはという問いに、誰もいない8人、父母・兄弟姉妹3人、夫1人、祖母1人、無回答3人。信頼している組織であったのはベツレウ民族教会のみで、死亡時の搬送や資金援助をしているとのことであった。日常生活は、家族親戚で助け合って生活をしているのだろうという予測に反した結果であった。家族・親戚が近所に住んでいる場合が多く、日常の細々なやりとりはあるものの、生計を立てるのは自分たち夫婦という認識が強いように思われた。妊娠中は、3名が家事や資金などの支援を受けたと答えているが、殆どの女性が日常と同様の生活を送っている。女性のことばにあるように「皆大変だから、そう頼ってはいられない」という意識があるようであった。一方で、他村から CSB に妊産婦健診に訪れる際、妊婦同士が連れ立って来るといった場面に遭遇した。友人(妊婦同士)との共助が見られた。自宅出産の場合は、家族が助産婦を呼びに行っている。また、産後病院搬送された例では、家族が村の教会に交渉し、搬送車両を借用している。

出産費用は、家族に借用している場合や、貧困者の認定を受け、PhaGeCom による貧困者救済措置がとられていた。その他、宗教団体による産後の祝い金として、資金援助の制度がある。

産後は、すべての産婦が家族から家事の支援を受けている。産後の支援は、マダ

ガスカル語にもなっているように、人々にとっては「習慣」という認識であった。産後の家族からの支援は、なくてはならないものであった。

その日の食料を心配して生活しているため、産後の手伝いを確保し、いつもと同様の生活を送れるようにすることは、家族にとって死活問題でもある。言い換えれば、産後ゆっくりと施設で過ごすというような余裕はないという状況であろう。日常生活を継続したい、またはする必要があるという事情が、自宅分娩を選択させている決定的な理由のように感じられた。

サービス提供側の共助として、TBAとCSBの協力関係がある。CSBに医師や助産婦が不在の時は、TBAが介助をしている。またTBAが介助するときはCSBに連絡をして許可をもらっている。

助産婦が、プライベートでサービスを提供していたが、警察から罰金を要求されることを恐れ移転している。女性の答から、TBAを利用することはよくないことであり、CSBを利用しなければならないという声が聞かれ、村のTBAに対する雰囲気がよくない。

・公助：

調査対象地域のCSBは保健医療サービス提供の機能を果たしていた。全ての女性が、CSBでTT予防接種、子供の予防接種のために利用していた。また、ミアダナでは、CSBに医師を確保するためにFOKONTANY長を筆頭に、上位機関に嘆願書を出したり、住宅の提供や食料のおすそ分けをしたりするなど村人が医師を支えていた(共助)。FOKONTANYやCommueの行政単位での登録は、非常によく管理されており、地域のことを把握していた。FOKONTANY/CommuneとCSBの間には、何らかの関わりがあり、ポジティブな協力の姿勢があるように感じた。同ミアダナでは、FOKONTANY長がTBAの認可を模索している。理由として、TBAが公認されることを村民が希望しており、ここの人々を救う為に必要であるという考えを持っていた。

FANOMEを実際に利用した女性もおり、経済的に支援されている。

ミアダナでは、女性団体による収入のための支援があり、女性が生活を支える一翼を担っている。教会や、その他宗教団体の支援がある。

企業がある場合は、雇用の創出だけでなく、社会福祉にいたるまでのケアがされており、人々にとっての大きなメリットとなっていた。

### 3.8.7 考察

殆どが自宅出産であり、介助者は近くに住む助産婦であった(CSB・プライベート)。公立・私立にかかわらず、最も近くに住む資格のある介助者を選択していた。選択には、女性が主体的にかかわっている。女性が望む出産場所は、家族が近くにいることができる、移動の必要がないところ、水があり衛生的で、さらに産後を考え手伝いに負担のかからない場所であり、実際にそうしていた。「家族といっしょにいたいから。」「助産婦は、長年ここに住んでおり信頼できるから。」という声が聞かれた。

妊娠中は、出産に向けての経済的な不安が大きく、殆どの場合、自助努力で準備をしていた。経済支援としては、女性グループ、企業の健康保険、FANOMEがかかわっている。

妊婦健診にはCSBを訪問しており、対象全妊婦が破傷風予防接種を医療施設で受け

ており、計画的な訪問であれば施設に行くことは可能であるということが分かった。

出産介助予定者と妊婦健診は、ほとんどが同じ人物に継続して見てもらっていた。

母子手帳は、プライベート助産婦やTBAは持っておらず、妊産婦への情報提供に限界がある。

プライベート助産婦やTBAが介助した出産は、保健情報システムからはずれている。

助産ケアは、EBMの観点から、出産直前の注射など無駄な介入が行われていた。

自宅出産の満足度は高く、「本当に安全だと思った」という声が聞かれた。

自宅出産の方が施設出産より値段が高かったが、支払方法に融通が効いていた。自宅の場合、交通費や、施設滞在費、また妊娠中の滞在の場合は、滞在先へのお礼などその他の支出がない。

産後は、すべての産婦が家族から家事の支援を受けている。産後の支援は、マダガスカル語にもなっているように、人々にとっては「習慣」という認識であった。産後の家族からの支援は、なくてはならないものであった。

TBAとCSBは、協力関係がある。CSBに医師や助産婦が不在の時は、TBAが介助をしている。TBAの存在は村にとっては不可欠であるため、村長が公認を模索している村もあった。

一方では、TBAやプライベート助産婦を排除しようとする風潮があった。

公的医療施設のSBAのみでは、すべての出産をケアすることはできない。

### 3.8.8 結び

調査対象地域では、一般的に途上国でいわれる医療サービスへのアクセスが地理的・経済的に非常に厳しい地域であった。このような地で、女性がどのように妊娠出産に対応しているのか、その実態を把握することは、現実に即した介入を計画する上で非常に重要なステップであった。近くに住む助産婦の介助による自宅出産が多いという事実を正視し、それを土台に介入計画が立案されるべきと考える。また、自助・共助・公助の良い面を最大限に活用し、改善すべき点は人々とともに考えるという姿勢が必要である。

特定のケア提供者による妊娠から産褥を通じての継続ケアの有効性は、科学的根拠があり明らかである。この地域では、共に同じ村に住む助産婦の存在が、妊娠から出産・子どもの予防接種への継続ケアを可能にしていた。対象となった殆どの女性が、妊娠出産を特別なイベントとして捉えるのではなく、連続した生活の一部と捉えられていると考えられる。これもまた、安心を与える重要な要素であり、継続ケアの一つの側面と考えることができるのではないだろうか。

## 4. 技術協力プロジェクトのコンセプト形成のためのワークショップ

### 4.1 ワークショップの目的

「母子保健分野における日本・マダガスカルの二国間技術協力プロジェクトが目指す方向性を、関係者が共有すること」を全体の目的とした。

また個別到達目標として、次の4項目を設定した。

- ・ ひとりひとりの参加者が、自分が感じているマダガスカルの母子保健分野の課題を表現してみる。
- ・ ひとりひとりの参加者が、自分が感じている課題に対して、どのような貢献をすることができるのかを表現してみる。
- ・ ひとりひとりの参加者が感じている課題と、自分（あるいは自分たちに）可能かもしれない貢献を、お互いに共有してみる。
- ・ マダガスカル側が、日本とが協働して、他の開発パートナーと共に、どのような目標を持ったプロジェクトが可能かを、ひとりひとりの参加者が考え、それをお互いに共有してみる。

### 4.2 ワークショップの概要

4月11、12日の2日間、マジュンガで開催した。

マダガスカル側よりの参加者は、保健家族計画省、マジュンガ州ブエニ県保健家族計画局、マジュンガ大学病院センター、マジュンガ州マジュンガI郡保健家族計画課、マジュンガII郡保健家族計画課であった。また主要開発パートナーであるGTZ、IRCODからも参加を得た。日本側は、JICA本部、マダガスカル事務所、ならびに技術協力専門家が参加した。出席者名簿を付属資料3に示す。

### 4.3 日本の協力の方向性の呈示

ワークショップの冒頭に、マダガスカルの母子保健分野に対する技術協力を行うにあたって、日本側が重視したい点がJICA人間開発部・碓井氏より呈示された。その概要は、次の通りである。

- (1) これまでに「フランス語圏アフリカ母子保健研修」でテーマとしてきた「継続ケア」の実践を、無償資金協力で「マジュンガ州母子保健施設整備計画」施設の機能を活用することによって、マダガスカルにおける母子保健改善の一つのモデル作りとしたい。
- (2) 医療施設へのアクセスが地理的・経済的理由で難しい地域で妊産婦死亡・乳幼児死亡の多くが発生していると考えられることから、inequity対策、貧困者対策に資する協力を念頭に置く。
- (3) 上記のように、貧困者に焦点をあて、コミュニティレベルへの支援を行うことは、JICAの掲げる「人間の安全保障」のコンセプトとも一致する。

### 4.4 テーマ1：母子保健サービスのありかたについて

#### 4.4.1 テーマ設定の背景と実際

保健医療サービスは、提供するだけでなく、そこに住民がアクセスでき、かつ利用可能になることが必須である。これらを考えるために、「地域住民が利用したいと思うような母子保健サービスを、私（たち）はいかにして提供することができるのか？」

をテーマとした。同時に開発パートナーと日本側に対しては「地域住民が利用したいと思うような母子保健サービスをマダガスカルの人が提供するためには、どのようなサポートができるのか」とした。

まず参加者全員に大判のポストイット（カード）を配布し、上記のテーマに関する自分の考えを個人毎に記載した。次に4つのグループに分かれ個人で書いた内容の共有を行った。マダガスカル側は「本省」「県保健家族計画局+郡保健家族計画課」「CHUM」の3グループ、また開発パートナーと日本側で1つのグループを作った。共有されたカードは、模造紙にグループ毎に一覧を作成し、貼りだした。貼り出された事項を閲覧しながら、各グループから代表者1名が話し合いの内容と経過の報告を行うことで、全員が情報を共有した。カードの分類・記載については付属資料4に示す。

さらにグループを再編成し、「本省」「県保健家族計画局+郡保健家族計画課」「CHUM」「開発パートナーと日本」それぞれの構成員が混じるように、4グループを構成した。これまでに共有されたことを基にして、再度テーマ「地域住民が利用したいと思うような母子保健サービスを、私（たち）はいかにして提供することができるのか？」について話し合った。

#### 4.4.2 共有および確認された内容

表4.1に、住民のためのサービス提供に必要であると共有・確認された要素を示す。

参加者の所属別に出された意見を大別すると、中央レベルでは、一貫して、保健政策に沿った議論がなされた。（施設改善、予算確保、人材確保、SONUB,SONUCの進行など）。

CHUMスタッフからは、医療サービスの質の問題、医療費の問題（貧困者対策について）、リファラルの問題、CHUMと下位病院（CHD,CSB）との関係構築などのテーマが挙げられた。

県保健家族計画局スタッフからは、第1次レベル（CSBレベル）でどのようにサービスを改善することが出来るかという議論が多くなされた。医療従事者（遠隔地のTBAを含む）への研修や、各レベルでの啓発活動の必要性などが挙げられた。

また出産時の女性の受療行動について、「家族と共にいること」「自宅分娩を好むこと」などが指摘された。これらに対する政策として、施設出産をむやみに推進するのではなく、可能ならば助産婦などの有資格者が介助にあたることが確認された。

TBAを排除しようとする意見は一部参加者から出されていたが、遠隔地では現状はTBAに頼らなければならないこと、地域でのリソースを活用しTBAとも協調していく方針を中央省庁ももっていることが確認された。

リファラルおよび貧困者支援については重要な課題であることが確認されたが、明確なリソースが現状で確保されていないこともあってか、具体的に実施すべき方策としては示されることは難しかった。



表 4.1 地域住民に対する母子保健サービス提供のために必要な要素としてあげられた意見等

項目	内容
サービス内容の改善	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に対して、ウェルカムの態度を持つ。</li> <li>・地域との連携を持つ。</li> <li>・施設の機材、緊急キットを整備する。その際には標準化した内容でメンテナンスなどを容易にする。</li> <li>・産科として個別に働くことを避け、他部門と協働する。ヘルスサービス提供において別々のサービス提供は避けるべき。</li> <li>・リフレッシュートレーニングを実施する。</li> <li>・トレーニング施設の整備を行う。</li> <li>・機材などの取り扱いについて、スタッフの教育を行う。</li> <li>・人材も不足しているため、増員が必要。</li> </ul>
リファラルの課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要なリファラルが多様な理由で遅れる。主な理由は、経済的なこと、救急車が稼働していないこと、無線が機能しないことなど。</li> </ul>
地域、住民との関わり	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域で利用可能なリソースを見いだすためにリサーチを行う。</li> <li>・女性の意識を変える、例えば多くの女性は妊娠のリスク、その対処法を知らないから啓蒙していく。</li> <li>・コミュニティの参加と、コミュニティでの対応が重要：たとえば子供の病気や、マラリア、破傷風などに対して。</li> <li>・出産は自然であることを説得する。生理学的であり、人間的なものである。保健スタッフは女性を信じるという姿勢が求められる。</li> </ul>
自宅出産への対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・SBAによる自宅出産は制度上では問題がない。</li> <li>・現実を鑑みた対応が必要             <ul style="list-style-type: none"> <li>－マダガスカル女性は自宅出産を好む</li> <li>－施設は30%程度の女性にしか利用されていない。なぜなのか？</li> </ul> </li> <li>・マダガスカルでは、女性は家族といっしょにいることを好む</li> <li>・出産は家族のイベントであり、いっしょにいたいと思うのがごく自然なことである。これに対しては、さらに人類学的なリサーチも必要。</li> <li>・もし、女性が出産の際に家族といっしょにいることを望むならば、それを可能にするように事前に計画を考えておく。</li> <li>・中間所得層は自宅出産を希望していることが多い。また家族が病院に行くことは困難である。</li> <li>・女性が出産場所を選択する権利を強調したい。</li> </ul>
伝統的産婆との関わり	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅出産は基本的にはSBAによって介助されるべき。ただし遠隔地ではTBAとうまく協働していくことが当面は必要。</li> <li>・保健家族計画省には伝統治療担当部門がある。ここを中心として、伝統的医療者と協調した活動を行っていく。</li> <li>・TBAはコミュニティパートナーとして、彼らを巻き込んで、女性を啓蒙していくことが大事。リスクの発見のためにコラボレートしていく。</li> <li>・TBAは良いスキルを持っている。女性は、アトラクティブな女性を信じる。保健スタッフはスキルを持っていない。マトロンは女性に近い存在であり、これが重要な点である。</li> <li>・都市部でもTBAはまだ存在し活動している。これらに対処しコントロールしていくことが必要なのではないか。</li> </ul>
貧困対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多くの患者さんは、薬を買うお金がない。末端レベルと上位レベルの連携が必要。</li> <li>・病院で付き添い人が宿泊する場所がない。何らかの支援を行うことができないだろうか。また誰が家族の担当をするか。特に都市部では医療スタッフの大きな悩みとなっている。</li> <li>・リファラルの時に、経済的な問題がある（治療費だけでなく、搬送費用、家族の付き添い費用など）。これらに対する支援が必要。</li> </ul>
保健政策上の課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・マダガスカルでは、乳幼児死亡率は低下してきているが、いまだに妊産婦死亡率は高い。この理由を検討すべきである。</li> <li>・小児保健では、ビタミンA投与や予防接種でキャンペーンやアウトリーチを実施したが、母性保健ではこのような活動は困難。母に何をすべきかを検討することが必要。</li> <li>・基本的なサービス（妊婦健診、破傷風予防接種など）に加えて、今後はSONUB、SONUCを実施していく。</li> <li>・様々なレベルで、開発パートナーとの協力を強化する</li> </ul>

## 4.5 テーマ2：サービス提供のための、リファラルシステムと地域との連携

### 4.5.1 テーマ設定の背景と実際

初日のワークショップから、マダガスカルにおける母子保健を改善するにあたって重要な点が複数示された。

まず、医療資源（施設・人材）が限られている現状では、地域のリソースを活用し積極的に連携していく方策が重要であることが確認された。同時に医療施設へのアクセスに様々な課題があることも確認された。

一方で、日本の今後の技術協力では、臨床・研修センターとしての CHUM-CME を有効活用することを念頭においており、その主要機能のひとつはリファラル患者の受け入れであると考えられる。

以上から、今後の技術協力方針を検討するワークショップの第2日目は、医療施設へのアクセスが困難な地域を主な協力対象候補と考え、テーマは次の2つとした。

- (1) 自分のリファラルシステムにおける役割、自分の組織のリファラルシステムへの役割、必要とされる組織間の連携。
- (2) 医療施設へのアクセスが困難である地域において出産・新生児ケアを提供するために必要な地域のリソースとの連携に関する、自分に可能な役割、自分の組織の役割、組織間の連携。

### 4.5.2 進行

全体を3グループに分け、テーマ1について1グループ、テーマ2について2グループとした。まず個人毎に、自分のグループのテーマについて、自分自身が何をすることができるのか、ということをもとめカードに書き出した。

次いで「本省」「県保健家族計画局+郡保健家族計画課」「CHUM」「開発パートナーと日本」の各グループに分かれ、それぞれのレベルでカードの内容を確認した。

その後、当初設定した3グループに分かれ、グループ内で意見交換を行い、それぞれの組織が果たすべき役割、また組織間で必要とされる連携について話し合った。

各グループで話し合われた内容は、前日と同様に、模造紙上にカードをカテゴリー化して貼りつけ、発表・共有された。

カードの分類・記載については付属資料4に示す。

### 4.5.3 リファラルシステム

中央では人員・予算などのリソース動員と、組織・システム評価と改善の必要性が示された。県保健家族計画局ではシステムの組織化が、また CHUM ではこれまでのリファラルシステム強化ユニットの活動評価と臨床面からの改善（患者動線、リファラル基準など）が示された。

また、組織を問わず一貫して必要と表現されたものは、第一に医療施設・機材の維持・管理に関する事項、第二にサービス提供のためのロジスティックス・マネジメントに関する事項であった。

### 4.5.4 地域のリソースとの連携

地域のリーダーおよび TBA をはじめとするリソースとの協調のもとで、家族・女性・子どもに対する啓蒙活動を行い、医療資源へのアクセスを向上させることが主題のひとつとしてあげられた。またその主体は基本的には人々に近い位置にある CSB であるが、

中央省庁と県保健家族計画局の政策や計画策定、CHUM などの高次医療機関による研修実施などを組み合わせて実施することが示された。

一方で現状の CSB 勤務者数は限られており、通常の診療以上の活動をするものの困難さも指摘され、組織運営の具体性についての議論には限界があった。

#### 4.5.5 議論からの示唆

地域に現存する key person (FOKONTANY 長、TBA など) や既存組織 (女性グループ) との連携を単に CSB に任せるのではなく、衛生行政として取り込んでいき、必要に応じて CHUM の持つ臨床・研修機能と組み合わせた上で、医療資源へのアクセス向上を検討することが必要であることが確認された。

また医療へのアクセスにあたっては経済的バリアが大きいこともあわせて確認され、重症症例の場合には特に重要な事項であることから、これらへの対策もあわせて検討することが人間の安全保障を重視する観点から必要と指摘された。

## 5. 技術協力プロジェクト案

### 5.1 案件策定にあたっての整理事項

#### 5.1.1 母子保健の状況はなぜ悪いのか？またその改善可能性

##### 1) 保健状況改善と保健サービス

一般に保健指標は、保健サービスの「利用」と「質」に直接の相関関係がある。したがってサービスが提供され、かつそれが利用されることと、サービスの質の向上が、保健の改善に必要である。

##### 2) 保健サービスの特性格分類

保健サービスは、その形の上では「提供型」と「診療型」に分類できる。母子保健では、前者の例として予防接種を、後者の例として緊急産科ケアをあげることができる。したがって、それぞれは「予防型」と「治療型」とも言いかえることもできる。また提供型・診療型（あるいは予防型・治療型）の中間型には妊婦健診がある。

##### 3) サービス特性と、サービスに求められる質

現在、マダガスカルだけではなく世界中で課題となっている新生児死亡・妊産婦死亡を減少させるためには、妊婦健診や予防接種のカバー率を向上させるだけでは大きな減少効果は期待できず、むしろ妊娠から継続的にケアを提供する必要性が指摘されている<sup>35</sup>。つまり、提供型サービスだけではなく、診療型サービスをいかに住民に利用してもらうことができるかが重要である。言うまでもなく診療型サービスには、住民自らの利用しようとする意志が必須である。したがってサービスの質向上のための手段を、特に診療型サービスにおいて論じる場合、単に医療技術の向上や知識の充実だけでは不十分であり、住民にとって魅力あるサービスであることも質の重要な一側面と考えられる。

##### 4) 地域の特性に応じたサービスの質とは？

マダガスカルでは、妊娠・出産は女性の手によって行われてきた。特に出産の場面に男性が立ち入ることは考えられず、親・姉妹・女性の親類の援助のもと、伝統的産婆が出産介助することがほとんどであると思われる。そこで妊産婦は、相互扶助（共助、公助）に支えられること、同時に自身が自分と子どもの生に立ち向かうこと（自助）を経験的に知ったであろう。またそれらの営みは、地域社会では決して上意下達的な「指導」ではなく、非権威的な日常の一環として行われていたであろうことが想像される。

したがって現代社会においては、そのような女性や地域社会の望む姿、人々が持っているイメージを損なうことなく、医療技術を導入し、より安全かつ快適なケアを提供することが医療従事者に求められる。保健指導や医療介入も時には必要であるが、それを必要とする人に対して、その人が受け入れやすい形で提供できるようにすることが、ケアの質を担保するために重要な要素である。

##### 5) サービスの質を担保するための「根拠に基づいたケア」

根拠に基づいた医療（EBM: Evidence-based medicine）の父であるArchiebald Cochrane 卿は、医療について「苦しんでいる人、困っている人は助けたい、という医療者の素朴な欲求と、助けられたい、という人々の医療者への無批判な信仰が結びつき、医療は入

<sup>35</sup> WHO. World Health Report 2005. Geneva, WHO, 2005.

力から予期されるよりはるかに低い出力しか出ない極度のインフレ状態になっている」と指摘した。また彼は、「人間には、もともと備わっている力があるのだから、医療介入するには十分な理由がなくてはならない」とも主張した<sup>36</sup>。

つまり EBM の視点から医療従事者に求められることは、目の前にいる人にどのようなケアが必要かを見きわめること、またそれを提供できることである。言い換えると、相手に何が必要なのかという問いを常に自分自身に対して行いながら自分の行動を律し、またそれによって変化する相手に聴き、その把握していくという対話の過程を実践できる人物であることが必要と言える。

#### 6) 根拠に基づいたケアに期待される効果

ケアを必要とする人にケアが届くことは、その根本的な効果に加えて、人的・物的リソースの乏しい状況では、適正なリソースの活用にもつながる。また何よりも対話を重視したサービスが提供されることによって、サービス利用者（患者側）だけではなく、サービス提供者側の満足も得ることができる。よって両者にとってエンパワメントの効果があり、結果として業務に対する動機づけが強化されることとなる。このようなサービス提供者が十分な知識と技術を身につけることが真の熟練介助者（Skilled Birth Attendant: SBA）のあり方であると考えられる。

### 5.1.2 他国での技術協力からの学び

1995年より2000年までブラジルで実施された家族計画母子保健プロジェクトでは、医療従事者の意識改革をもたらすようなトレーニングが最終的に母子保健サービスの向上につながることを示された。それを実現するために、常にカウンターパートとの対話を重視した共同作業が成果を示している。さらに現地の母子保健ニーズ詳細調査を実施し、その中で質的調査手法として人類学的手法も用いてプロジェクト評価が行われた。それらは、単に一方の押しつけではない、科学的な状況分析と対話に基づくプロジェクト運営と実施が重要であると示唆している。

バングラデシュで実施された母子保健プロジェクトでは、卒後研修の成果を最大限に引き出すために、地域保健局が中心となって **supportive supervision** が実施された。そこでは、地域で働く医療従事者が継続的に組織によって構造的に支えられることが、継続的な母子保健サービス提供に重要な要素であることが示唆された。

### 5.1.3 技術協力プロジェクトの方向性

#### 1) 母子保健の課題と過去の教訓から得られる方向性

母子保健の状況改善に必要なサービスのあり方と EBM の考え方、またこれまでに日本が他国で実施した技術協力、いずれの例からも次の学びが共通事項と指摘できる。つまり、人間がお互いに支える・支えられる体験を通じて、それぞれがエンパワメントされることが第一、またその体験が最終的にサービス提供者がサービス利用者を支えられることができるようになる人材育成と組織開発の方向性が第二に示されている。これは、伝統的に妊娠・出産・育児を支えてきた地域社会の構造と相似形であり、であるからこそ母子保健の改善においては、衛生行政にとどまらずに、地域社会、特に地域のリソースとの連携を充分に行っていく必要がある。

<sup>36</sup> Cochrane AL. Effectiveness and efficiency; random reflections on health services. Nuffield Prov Hosp Trust, 1972.

## 2) 方向性とワークショップの成果との整合性

表 4.1 に示されている「サービス内容の改善」は根本的な課題であり、特に母子保健分野では **EBM** の考え方が改善に大きく寄与すると考えられる。また「地域、住民との関わり」「自宅出産への対応」「伝統的産婆との関わり」は、女性が望むサービスを提供しつつ、それを安全かつ快適に遂行するためには常に考慮が必要な要素である。これらがマダガスカル地方部で、持続可能なサービスのあり方として示すことができれば、母子保健政策にとっても有用であると考えられる。

マダガスカルの現状では貧困は無視することのできない課題である。また同時に保健サービスの利用に関わる重要な因子でもある。残念ながら技術協力プロジェクトでは貧困の根本的解消に関わることは難しい。しかし、貧困者が医療サービスを得た代償として破滅的に高額な医療費を負担し、結果として極度の貧困に陥ることを防ぐことは可能であると思われる。この点では、すでにマダガスカルにおいて **Equity Fund** をはじめとしたスキームが試されており、本プロジェクトでも病院レベルで取り組むべき課題と考えた。

## 3) 次期技術協力プロジェクト形成に資する概念のまとめ

まず母子保健サービスの技術・知識を担保し、さらにサービス提供者の意識・態度が非権威的であるような変革をもたらす教育研修が必要であると考えた。このためには **EBM** の考え方を基本とし、人間が人間に対してケアを提供することを、体験を通じて学んでいくことが必要である。

また医療従事者がサービスを提供するためには、十分に医療従事者を支えるだけの環境が、行政面と地域面から整備されることが必要である。言い換えると、それは医療従事者の活動を支えるための「しくみ」づくりである。

またマダガスカルにおいては、住民の多数を占める貧困者への対策を実施することで、医療サービスへのアクセスと利用が強化されることも重要な要素である。

## 5.2 技術協力プロジェクト案の策定

### 5.2.1 本案の概要

プロジェクトにおける調査とワークショップの結果を踏まえて、マダガスカルにおける母子保健分野の技術協力案の策定を行った。

策定にあたっては、技術協力の期間を3年間と想定した。また CHUM-CME の機能を十分に活用することを重視した。これらの条件から、マダガスカル国全体を広く対象とするプロジェクトではなく、主にブエニ県の母子保健・医療に焦点を絞ったものとして構成されている。

### 5.2.2 上位目標、プロジェクト目標

上位目標は「マダガスカル共和国の母子保健分野で保健製作およびプログラムが強化される。」とした。

プロジェクト目標は「マジンガ州ブエニ県の住民に対して根拠に基づいた母子保健サービスが提供される」とした。

プロジェクト目標に対する指標は、根拠に基づいた母子保健サービスが提供された結果に期待される事項を記載した。それは、5.1.3にも述べたように、利用者が必要とするサービスを提供することであり、それが医療介入としても必要十分なレベルであることを意味する。以下、プロジェクト指標について検討する。

“Humanized care”には明確な定義はない。したがって目標としての Humaized care を自らが定義する必要がある。それどのようなサービスを人々に提供するかということでもあり、またどのような人材を育てていくか、という問いかけでもある。

同時に対話に基づくサービスの提供と利用は、それがエンパワメントの過程でもあり、したがって「利用者の満足度上昇」や「提供者の意識向上」に結びつくと考えている。

一方で「医薬品の適正利用」は、EBM と直接に結びつく事項である。つまり必要な医療介入が必要な人に届いていることの指標である。適正利用を徹底することができるならば、費用対効果の上昇および医療資源の適正分配も達成可能である。

さらに適正な妊娠・出産の対応ができるようになり、かつ特に貧困者にとって医療費用負担が壁となっている緊急産科ケアへのアクセスが Equity Fund 等のソーシャルセーフティーネットによって改善することが可能になれば、適正な緊急産科ケアの指標である「絶対的母体適応による帝王切開率」の向上が見込まれると考えた。

### 5.2.3 プロジェクト成果

- 1) 成果1：マジンガ州母子保健施設を中心として、根拠に基づいたケアの考え方を反映した母子保健人材育成システムが構築される。

卒後教育を通じて医療従事者を支えるしくみ作りのひとつが研修組織の設置である。臨床研修の実施自体は医療機関の役割である。しかしながら、研修対象者に関するデータ収集と分析、研修の目的設定・計画立案・実施・評価という「教育訓練」の実施については、臨床現場のスタッフは必ずしも専門家ではない。また研修終了後の有効なフォローアップを行うためにも、関係機関が協働して運営する組織が必要であると考えた。その組織を基礎として教育訓練を実施することが成果1の主な事項である。

2) 成果2：ブエニ県保健家族計画局での母子保健サービスシステムが強化される。

サービス提供を衛生行政が支えるためのシステム強化は必須項目と考えた。なかでも本案では医療従事者を支援するしくみとしてのスーパービジョンとリファラルシステム強化が中心課題と考えた。

併行して、地域における SBA の配置・卒後研修に対する関わりにかかわる事項をあげた。

3) 成果3：ブエニ県のパイロット地区において、地域住民と保健医療従事者が協働するためのシステムが構築される。

地域リソースの活用と協働がマダガスカル保健サービスの充実に重要であることがマダガスカル・日本双方で共有・確認された。

本案では地域のリソースとして TBA、地域単位として FOKONTANY をあげ、そこで行われている出産介助と新生児に対するケアをモニタリングすることを第一の要素とした。また地域で行われている出生登録に関する情報交換を一般行政と衛生行政量セクターで共有することにより、保健サービスの基礎となる地域に住む対象人口の把握を適切に行うことも念頭においた。

4) 成果4：母子領域の重症患者、特に貧困者の財政的負担がマジュンガ州母子保健施設において軽減される。

サービス利用の障害は、搬送および手術介入が必要である場合に極めて大きくなる。一方で緊急事態は生命および重篤後遺症の発症に直結するため、適時的な介入が必要となる。本成果は、CHUM-CME において緊急の医療介入が必要な症例に対する処置が速やかに行われるためのシステムに対する支援を念頭においている。

#### 5.2.4 プロジェクト活動

各成果達成のために具体化された必要事項が活動として記載されている。ここではその概要を述べる。

##### 1) 活動1について

サービス提供のために、根拠に基づいた医療、Humanized Care の概念を理解し実践にうつす必要がある。このためにプロジェクト活動の端緒は研修とサービスの実践によるふり返りと改善にあると考えた。サービスの提供主体は保健医療機関であり、またサービスの質を担保する責任は衛生行政にある。したがって研修とサービス提供においても両機関が協働して実施にあたる必要があると考えた。

したがって本案では、県保健家族計画局と CHUM とが協働して責任機関を設置し両者の共同と役割分担の上で研修と臨床サービスにあたることを提案する。

##### 2) 活動2について

ここでは主な衛生行政責任機関の県保健家族計画局に関わる活動を記載している。従来の機構の中で実施されているリプロダクティブヘルスおよび予防接種活動については、SBA の登録とワクチンの配分に関わる事項をあげている。

また系統的にスーパービジョンを実施し、リファラルの状況を把握する必要があると考え、県保健家族計画局を中心とした責任機関の設置が必要と考えた。現在は CHUM にリファラルシステム強化ユニットが設置されているが、システム全体の稼働を考えた



場合は、病院組織がその責を担うよりも、主体は衛生行政であるべきであると考えたからである。それらの活動を通じて、衛生行政が計画策定・実施・評価能力を高めていくことが機能強化として期待される事項である。

### 3) 活動3について

地域においては一般行政による出生登録が実施されている。また衛生行政では独自に人口推計を行っており、地域の保健指標（率）算出の根拠となっている。しかしながら両者に少なからぬズレがあることが確認されている。これらの情報が共有され、地域から得ることのできる妊娠・出産に関連する情報が共有されることを活動のひとつとしている。

また地域で行われている様々な協働事例が、郡・県レベルで共有され、今後の衛生行政に対して貢献することを目的とした活動を組み入れている。

### 4) 活動4について

貧困者対策基金が CHUM で運用されることを目指した活動である。具体的には、要した医療費が医療介入と比して適切であったか、効率的な基金運用ができたかのモニタリング・評価を行い、裨益者数を増やすことが活動内容となる。

またそれらの経験を他の医療施設や衛生行政担当者と共有することも行う。

## 5.3 技術協力プロジェクト案の位置づけ

本案は、プロジェクト終了時点で日本側が描いたものであり、十分なマダガスカル側との協議のもとで合意されたものではない。今後の両国政府によってプロジェクト実施に向けての対話と協議がされる中で、内容の再検討と改訂が必要である。

## 5.4 プロジェクト案の実現に向けた条件等

マジュンガ州においては医療従事者・施設共に少ない状況にある。一方で日本政府は CHUM-CME の建設にあたって、臨床サービスの観点から必要な人材を確保することをマダガスカル政府に対して既に提言した。

本技術協力案の実現に向けて、単に医療人材を配置するだけでなく、CHUM-CME をマダガスカル国の技術研修機関として位置づけると共に、そこで行われる事業が単に一州（あるいは一医療機関）の活動にとどまらず、国全体の資産として活用できるような中央省庁の認識が必須である。

その点で、本案のカウンターパート機関として保健家族計画省は第一に重要な位置づけを占めており、家族保健局および関連部局の関与のもとでプロジェクト運営管理が行われることが望ましい。

表 5.1 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（仮称）、プロジェクトデザイン（案）

プロジェクト要約	指標	指標入手手段	外部条件
上位目標 マダガスカル共和国の母子保健分野の保健政策およびプログラムが強化される。	プロジェクト成果が、マダガスカル共和国の特に母子保健分野の保健政策およびプログラムに反映される。	母子保健国家政策 母子保健国家プログラム	
プロジェクト目標 マジャンガ州ブエニ県の住民に対して根拠に基づいた母子保健サービスが提供される	1) ブエニ県パイロット地区において、出産・出生における Humanized care の実施率が増加 2) ブエニ県パイロット地区において、出産・新生児ケアでの医薬品適正利用率が増加 3) ブエニ県パイロット地区において、母子保健サービス利用者の満足度が向上 4) ブエニ県パイロット地区において、母子保健サービス提供者の能力が向上 5) ブエニ県において、絶対的母体適応による帝王切開率が増加	県衛生統計、 プロジェクトによるサーベイ	-貧困者対策に関する保健政策が変化しない  -国の経済状況が急激に悪化しない
成果 1. マジュンガ州母子保健施設を中心として、根拠に基づいたケアの考え方を反映した母子保健人材育成システムが構築される。	1.1 マジュンガ州に、母子保健分野の卒後継続研修のための研修組織が設置される。 1.2 上記研修組織を中心に、根拠に基づいたケアの研修モジュールが作成される。 1.3 ブエニ県パイロット地域の母子保健サービス提供者が、根拠に基づいたケアの研修を修了する。（研修修了後に評価を実施） 1.4 研修修了者数	県衛生統計、 プロジェクトによるサーベイ	-国の母子保健政策が急激に変化しない
2. ブエニ県保健家族計画局での母子保健サービスシステムが強化される	2.1 県保健家族計画局・郡保健家族計画課が実施する統合スーパービジョンにおける、妊婦健康診査での危険兆候発見、根拠に基づいた母子保健サービス提供に対するモニタリングの実施（実施回数、内容） 2.2 リファラル・カウンターリファラル実施のモニタリング・評価の実施（実施回数、リファラル率、カウンターリファラル率） 2.3 ブエニ県パイロット地域の SBA の登録（登録簿作成、登録数の増加） 2.4 ブエニ県の保健医療施設に勤務する SBA の研修修了登録（登録簿作成、登録数の増加） 2.5 自宅分娩の介助に関する SBA の業務規定策定	2.1 県衛生統計、 プロジェクトによるサーベイ 2.2 県衛生統計 2.3 県衛生統計、 プロジェクトによるサーベイ 2.4 県衛生統計 2.5 県衛生統計	
3. ブエニ県のパイロット地区において、地域住民と保健医療従事者が協働するためのシステムが構築される	3.1 地域で働く TBA の登録（登録簿作成、登録数、内容） 3.2 TBA の行っている出産介助と新生児ケアの、県保健家族計画局・郡保健家族計画課・FOKONTANY によるモニタリング実施（実施数） 3.3 FOKONTANY の出生登録への、分娩介助者と出産場所の情報登録（登録数） 3.4 地域妊産婦・出生登録の、FOKONTANY と CSB とでの共有（登録数の増加）	3.1 県衛生統計 3.2 県衛生統計 3.3 県一般行政統計 3.4 県衛生統計、県一般行政統計	
4. 母子領域の重症患者のサービス利用への財政的負担がマジャンガ州母子保健施設において軽減される	4.1 重症患者（子宮外妊娠、帝王切開）症例に対する手術キット、および新生児重症症例に対する蘇生キットの常備と利用 4.2 緊急帝王切開症例の経済的理由による入院から手術開始までの遅れの短縮 4.3 新生児入院の経済的理由による自己中断の減少 4.4 CHUM での equity fund 財源の増加	4.1 CHUM 病院統計 プロジェクトによるサーベイ 4.2 CHUM 病院統計、 プロジェクトによるサーベイ 4.3 CHUM 病院統計 4.4 CHUM 病院統計	

活動	投入（案）	外部条件
<p>1.1 研修のモジュールに関する中央省庁との調整</p> <p>1.2 CHUM とブエニ県保健家族計画局で研修の組織化</p> <p>1.3 CHUM/CME で EBM に基づいた産科・新生児科臨床の実施</p> <p>1.4 Care in normal birth の研修実施</p> <p>1.5 Humanized maternity care の研修実施</p> <p>1.6 コミュニケーション・組織マネージメントの研修実施</p> <p>1.7 パイロット施設での母子保健サービス実施に最低限必要な機材の予防的保守点検管理システムの導入と組織化</p> <p>2.1 ブエニ県保健家族計画局で統合的スーパービジョンの強化・改善</p> <p>2.2 ブエニ県保健家族計画局でリファラルのモニターと評価システムの強化</p> <p>2.3 ブエニ県保健家族計画局で SBA 登録システムの導入</p> <p>2.4 ブエニ県保健家族計画局で SBA の配置・育成・研修に関する情報管理と計画策定</p> <p>2.5 ブエニ県保健家族計画局母子保健家族計画課でプロジェクトに関連する年間活動計画の策定</p> <p>2.6 ブエニ県保健家族計画局母子保健課で継続ケア実践ツールのための母子健康手帳利用の促進</p> <p>2.7 人材育成・配置システムに関する中央省庁との調整</p> <p>3.1 ブエニ県保健家族計画局で TBA をはじめとする地域での人材の登録システムの導入</p> <p>3.2 CSB と地域での人材や FOKONTANY との協働事例の発掘と共有化</p> <p>3.3 地域での出産登録と、CSB が保持する出産情報等との調整・情報共有</p> <p>3.4 人口省・人口登録システムと、保健家族計画省・人口推計に関する調整</p> <p>4.1 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> <p>4.2 CHUM での貧困者対策基金運営のモニタリング・評価システムの強化</p> <p>4.3 CHUM での貧困者対策基金に関する情報の提供</p> <p>4.4 CHUM での貧困者対策基金運営に関する経験の共有</p> <p>4.5 CHUM での貧困者対策基金運営に関する中央省庁との調整</p>	<p>日本</p> <p>1. 専門家派遣</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・長期専門家 <ul style="list-style-type: none"> <li>- チーフアドバイザー／公衆衛生</li> <li>- 母子保健</li> <li>- 業務調整／研修マネージメント</li> </ul> </li> <li>・短期専門家 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 新生児科</li> <li>- 産科</li> <li>- 助産ケア</li> <li>- コミュニケーションと組織開発</li> <li>- 医療経済</li> <li>- 通信技術</li> <li>- 疫学</li> <li>- 病院管理</li> <li>- 施設・機材管理</li> <li>- プロジェクト目標達成に必要と判断される他の専門家</li> </ul> </li> </ul> <p>2. 本邦研修</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 年間5名、1ヶ月</li> </ul> <p>3. 第3国研修（ブラジル）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 年間5名、2週間</li> </ul> <p>4. 技術交換（カンボディア）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5名、2週間</li> </ul> <p>5. 機材供与</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 教育研修機材</li> <li>- 基本的医療機材</li> <li>- 情報管理機材</li> <li>- 車両</li> <li>- プロジェクト目標達成に必要と判断される他の機材</li> </ul> <p>6. 在外事業強化費</p>	<p>マダガスカル</p> <p>1. 主なカウンターパート</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健家族計画省家族保健局長</li> <li>・保健家族計画省保健地域開発局長</li> <li>・保健家族計画省リファラル病院局長</li> <li>・保健家族計画省家族保健局 リプロダクティブヘルス課長</li> <li>・ブエニ県保健家族計画局長</li> <li>・ブエニ県保健家族計画局母子保健課長</li> <li>・CHUM センター長</li> <li>・CHUM/CME センター長</li> </ul> <p>2. 施設</p> <p>プロジェクト事務所 (CHUM, ブエニ県保健家族計画局, 保健家族計画省)</p> <p>3. 運営費</p> <p>プロジェクト事務所維持管理経費</p>

PDM 付属資料

1. パイロット地区（郡単位）の選定
  - ・2007年はマジュンガ I 郡とマジュンガ II 郡を対象とする。
  - ・ブエニ県の・ブエニ県の他の4郡（マルヴァイ、アンバトブエニ、ミツツインジョ、スアララ）については、2008年以降に対象とすることを検討する。その際には、郡保健課による研修終了後の統合的スーパービジョンの実施可能性を念頭において選定を行う。
  - ・対象とする郡の選定はプロジェクトワーキンググループで行い、その結果を合同調整委員会に答申して決定する。
2. 研修員選定基準
  - ・研修の実施にあたっては、研修が通常の保健センター活動を阻害しないように配慮する。
  - ・妊婦健診、出産および新生児ケアを実施している保健センターから研修員を選定する。
  - ・郡都に所在する保健センター職員の優先順位を高くする。
  - ・地方部の保健センターからの研修員選定にあたっては、母子保健サービスの提供状況が良いと判断される保健センター職員の優先順位を高くする。

## 付属資料

### 1. ミアダナにおける TBA インタビューの概要

#### インタビュー内容

ミアダナ FOKONTANY 長の紹介で、家まで案内してもらい、インタビューも同席。夫や家族、親戚と思われる人々が大勢集まってきた。

#### 背景

この村で生まれる。54歳、はじめの結婚20歳、息子1人、夫と死別、その後現在の夫と再婚し現在の村へ戻る。2年間の学校教育を受けた。

#### TBA になるまで

祖母が TBA であったため、よくお産に連れて行ってもらい観察をしていた。はじめて出産を見たのは、1967年15歳のときであった（1952年生まれ）。全く怖く感じなかった、とても幸せな気分であった。生命を運んできたからだと思う。神に祈った。

#### 妊娠、出産、産後、赤ちゃんのケア

月に2~4件くらいの出産を介助している。

妊娠中は、ココナツオイルを使用し、お腹や全身のマッサージをしている。4ヶ月で男女が分かる。

月例に応じて、胎児の位置を調整する。（マッサージは妊産婦以外にも実施）妊産婦健診はCSBに行っている。妊婦の選択次第なので、CSBに行く人もいるが、来た人には絶対に断ったりしない。CSBでの出産を勧めた事はない。私はいつもベストを尽くすだけ。そして神に祈る。

出産のときは植物を処方したり、産後に飲み物を与えたりする。産後出血を予防するために、横向きは避ける。座る時も真っ直ぐなよい姿勢を保つようにアドバイスする。出産のときは、糸とアルコール、新しい剃刀を用意してもらう。

産後は、週に2回訪問し、赤ちゃんのお臍のバンデージをする。赤ちゃんをカバーして、感染を起こさないようにする。赤ちゃんの機嫌が悪いのは、母乳を飲めないから。そのような時は、お湯に砂糖を溶いて飲ませる。朝起きたら、乳首をきれいにするようにアドバイスする。

赤ちゃんが病気の時は、あまりここには連れてこない。他の伝統治療者のところに行く。

#### CSB との連携

コミュニケーションは良い。CSBのMW（実際はAide Sanitaire）は、不在の時はいつも誰かがそれを伝えに来る。私はCSBにはあまり行かない。

嫁の出産は、CSBの助産婦といっしょに介助した。CSBの助産婦から出産介助してはいけないと言われたから。

自分が、出産介助をする時は、CSBの助産婦から許可をもらわなければならない。妊産婦健診に女性が来たら、報告をしなければならない。

#### 仕事について

この村には両親もいたので、ここで仕事を始めるのは難しくはなかった。村の人々と協力している。自分の仕事は好き。これまで、危ないことは全く無かった。罰を受けたり、投獄されたりするような人殺しはしていない。

#### FOKONTANY 長からの相談

TBAに許可を与えられないだろうか。TBAが公認されることを村民が希望している。この人々を救う為に必要である。Communeは、一時的な許可を与えることができないだろうか。

## 2. 地域での妊娠・出産および子供のケアに関わる実態調査インタビューのまとめ

### 1) 妊娠中の不安と家族による支援

#### ・不安

助産婦が引越するかもしれないというのを聞いており不安であった。  
お金が無く十分な食料を買えないことが気がかりであった（CSB 出産）。体調の問題はなかった。  
子供の洋服を買うお金が無く心配であった。健康の問題はなかった。  
妊娠中の心配は、費用のことで、アルブミンが出て浮腫があったこと、夫と別居したこと。  
生活が厳しく、費用のことが心配であった。健康の問題はなかった。  
妊娠中の心配事は、自宅が放火されたこと。健康の問題はなかった。  
子供の洋服を買うお金も無く、お金のことが心配であった。妊娠1ヶ月にめまいや嘔吐をし、心配であったが、誰にも聞いていない。  
妊娠6ヶ月に、めまいや嘔吐をし、CSBの医師のところへ行った。薬をもらい、よくなった。  
出産費用を、どう工面するか心配であった。妊娠中は、健康の問題はなかった。  
私達夫婦はお金がないので、心配であった。妊娠中は、健康の問題はなかった。  
妊娠中は、心配は無く、健康の問題もなかった。

#### ・支援

3名は、支援があったと答えている。1名は、母と姉妹に資金や家事の支援。1名は妊娠後期に夫による家事の支援。  
1名は、CHUMで帝王切開をした母親で、義母や義姉妹に子供の洋服の購入や家事の援助、手術代の支援であった。

#### ・費用の準備

妊娠が分かった時から貯蓄をしていたが、充分でないのではと思い心配であった。  
出産の資金は、炭を売って確保した。夫が手伝ってくれた。  
出産費用は、妊娠5ヶ月から、夫の給料を貯蓄しておいた。  
出産資金は、夫の給料を妊娠4ヶ月から貯蓄していた。  
夫の協力で、ずっと以前から資金をためていた。出産にすべてのお金を使ってしまったので、食料を買うお金がないことが心配であった。  
支払いは、夫が働いて分割して支払った。（助産婦の家）  
出産費用は、夫婦で貯蓄した。  
出産の資金は妊娠が分かった時から貯蓄していた。母が手伝ってくれた。（父は死亡）  
出産費用は、1週間後に、小売でたまってお金を支払った。費用の準備は夫が手伝ってくれた。  
夫の手伝いで、やしのマットを売って、お金を作った。

### 2) 出産場所と介助者の選択とその理由

#### ・自宅出産の理由

上の子たちも同じ助産婦に取り上げてもらった。  
CSBは遠い。水がない。自宅は衛生的。  
医療施設がベストだと思うけど、辿り着くことができなかった。  
助産婦が不在であったので、医師のところへ行った。  
病院で出産する予定であったが、入院前日（日曜日）に陣痛がはじまってしまい、助産婦が最も近く依頼可能な人であったため、急遽助産婦のところへ行った。  
何度も自宅で出産している。行ったり来ることは面倒。  
助産婦は最も近くにいる人だから。  
産後動きたくなかったから。  
家族といっしょにいたいから。

助産婦は、長年ここに住んでおり信頼できるから。

初産なので何かあったら怖いと思い、TBAでなく助産婦（AS）をお願いした。

母親が年老いていて、CSBまでの往復が大変だから。産後の世話をする家族の移動が大変だから。

出産費用はCSBも自宅も同じ。

介助者はと親しい人だから。

助産婦（AS）がいるので、マトロンには行きたくない。

助産婦が、出産介助を仕事にしているから。

- ・医療施設での理由

CSBは自宅出産より安いから。

自分は持病があるから。

CSBは遠くない。

助産婦のアドバイスがあったから（双胎）。

医療施設の場合、介助者を選択することはできない。

### 3) 次回出産希望場所と理由

次回も自宅と答えたのは2名のみ。状況次第で自宅かCSBか考えると答えたのが3名。CSBが5名。機材の整った医療施設が4名であった。施設で出産した人が、自宅を希望する例はなかった。

CSBと答えた5名のうち4名がブアナマリの女性で、2名は前回もCSB出産をしている。ブアナマリは、伝統的産婆や開業助産婦を排除する風潮があり、「CSBは私たちの医療施設で利用しなければならない」という考えが聞かれた。ミアダナでCSBと答えた1名（前回義母宅出産）の理由は、「何かあると心配だから」であった。

自宅と答えた2名は、自宅は水があり衛生的であることと、長年すんでいる助産婦を信頼していることや、出産のために移動したくないという理由であった。

状況次第と答えた3名の理由は、今回の出産も予定していた助産婦が不在でプライベート医師をお願いしたケースで、予定通りにならないという経験からと考えられるが、CSBは遠いという認識も同時に持っている。他2名はミアダナで、同じASに介助してもらうのでCSBでもさほど変化はないという考え。内1名は、介助者を重視しており「初産で何かあったら怖いのでTBAでなく助産婦を選んだ」という母親、もう一名は、家族といっしょにいたいという産後の手伝い側を重視している。

医療施設を希望した4名は、企業の傘下で無料になるという資金的な面、最後の出産で出血がありCSBの助産婦（AS）のケアに不満があった、前回出産（初産）で帝王切開、持病もちで前回出産（初産）後、病院に搬送されたケースであった。

出血がありCSB助産婦のケアに不満があった例は、もう出産したくないと答えた。（5経産）

### 4) 妊婦健診と破傷風予防接種

- ・妊婦健診:2~10回、平均4.4回

- ・TT接種:全員があり

- ・妊婦健診と出産ヶ所提供からの継続性:介助者と同じ医療従事者にヶを求めていたが、結果的に、

    Ambonio:5名中3名が健診と介助者が違う(SMIMにて妊婦健診2名、1名医師にて出産介助)

    ブアナマリ:全員CSBで健診、2名の出産介助が違う

    ミアダナ:全員CSB、帝王切開の1名を除いては介助者と同じ

- ・妊産婦手帳:ブアナマリ、ミアダナは全員保有、Ambonioは1名のみ

    プライベート助産婦の場合、印刷された妊産婦手帳は1名しか持っていなかったが、4名は白紙の手帳を妊産婦手帳として代用していた。

- ・受診理由

    問題がないか心配、予防の為

    介助をして欲しい人だから

助産婦のアドバイス  
CSB が唯一、妊婦健診をしているところ  
助産婦が同じ村にいる  
CSB の助産婦は熟練している  
近い

## 5) 助産ケア

内診から 10 時間後に再訪。注射を打たれ、その 30 分後出産。  
診察から出産までの 8 時間に 30 分おきに訪問をされた。  
出産 30 分前に助産婦を呼びに行った。  
CSB へ行ったが不在のため、助産婦宅へ。そこでは歓迎してくれた。産後 2 時間半で帰宅。  
1 時間後助産婦宅を訪問。約 3 時間で出産、その後 1 時間で帰宅。  
依頼から 30 分で助産婦が到着、注射後 1 時間で出産。  
午前 0 時助産婦到着、翌朝 6 時まで助産婦が滞在してくれた。  
出産前に何かの注射をしたが、なぜだか分からない。  
早く出産するための注射を打った。1 時間後に出産となった。

## 6) 出産の感想

### ・自宅出産

出産は、家族や子供といっしょで、本当に安全だと思った。医療施設が良いと思うけど、歩いてとても遠いので辿りつかない。  
自宅での出産は、とても気分が良かった。  
出産はよかったと感じている。水の心配もしなくていいし、自宅でよかった。安全だと思った。CSB は水の問題がある。  
家族や子供といっしょで、本当に安全だと思った。助産婦は、良かった。何も問題は無かったし、それ程たくさんのお金を支払わないで済んだ。何も問題が無かったから、とても満足している。  
自宅でお産することは、普通のこと。助産婦は、病院でも働いていたので安心。  
出産は、慣れているので問題はなかった。  
出産は困難ではなかった。4am に出産し、5 pm に帰宅した。  
自宅で家族の近くにいてよかった。動かないですんで良かった。  
自宅でお産して、本当によかったと感じている。自分のベッドで、動く必要もなく、そして家族が近くにいてくれてよかった。でも、何か問題が起こらないか、心配であった。  
家で出産できてよかった。自分のベッドを使うことができる、他に動く必要がない。それに、家族のそばにいれるのが良い。  
出産のためにお湯<sup>37</sup>を準備することができるので、自宅でお産することを好む。お湯は、出産後に赤ちゃんと自分をきれいにするために使う。

### ・施設出産

何の合併症もなく良かった。痛くなかった。  
産後出血があったが、助産婦は何もケアしてくれなかったもので、本当に怖かった。  
受付の対応が良く、スタッフはフレンドリーで出産に立ち会ってくれた。

---

<sup>37</sup> 出産にお湯を準備するのは、誰もがそうする習慣であると、インタビュアーが言っていた。

## 7) 出産費用

- ・ 自宅出産：平均 15,000MGA (46,000Fmg)
  - 妊娠中から準備をしている
  - 分割払いや、支払いを待つなどの信用払いが可能
  - 最高の 75,000Fmg のケースは産後 1 時間に出血あり、胎盤遺残で用手清掃、注射
  - 助産婦にすぐに費用を支払うことができず、2 週間後にやしのマットを売って支払った。費用の準備は夫も手伝ってくれた。
- ・ 施設出産：正常分娩平均 2,600MGA (13,000Fmg)
  - 妊娠中から準備をしている
  - 出産費用をすぐに支払えなかったため退院できなかった。
  - 自宅出産は高い
  - 義姉妹に借金をしており、次回の収穫時に返済予定 (CS)

## 8) 産後の手伝い

義姉妹が家事を手伝ってくれた。姉妹が家事を手伝ってくれた。  
隣に住む姉妹が、洗濯、食事の準備を手伝ってくれた。  
夫、母、姉妹、村の友人が家事を手伝ってくれた。  
母と義母、姉妹が家事を手伝ってくれた。  
母親がNampifana<sup>38</sup>を姉妹、義姉妹が、子供の服を洗濯してくれた。  
産後も自宅で、妹が家事を手伝ってくれた。  
母は料理と洗濯、夫は水汲みを手伝ってくれた。  
夫と義姉妹が家事や、子供の洋服の洗濯してくれた。  
産後の手伝いは、親戚がやってくれる。それは、習慣だから。  
産後 1 週間、義母の家に滞在しその後自宅にもどった。  
虚弱になり、助産婦にアドバイスもらった。  
近所の人から「Rom-Patsa」<sup>39</sup>として 2 人に 200MGAをいただいた。  
友人が石鹼をくれた。  
祖父母が資金の援助してくれた。  
友人が小エビのスープをもってきてくれた。

---

<sup>38</sup> 産後にお祝い金をあげる習慣のこと

<sup>39</sup> 産後に家事や子供の世話をする習慣のこと。また、産後にチキンスープを飲む習慣があり、それを作ることも含む



### 3. ワークショップ参加者名簿

#### 保健家族計画省

Dr. RAHAROLAHY Viviane	次官付技術補佐
Dr. RAHANTANIRINA Marie Perline	家族保健局 局長
Dr. RASAMIHAJAMANANA Eugénie Claire	家族保健局 副局長
Dr. RABEMANANTSOA Olga	家族保健局 リプロダクティブヘルス課 課長
Dr. RAOILIMALALA Eliane	調査計画局 (要確認)
Dr. RASOLOMAHEFA Dieudonné	保健地域開発局 局長
Dr. RASOANAIVO Aimée	リファラル病院局 局長
M RANDRIAMALANJAONA Dimison	人材局 (要確認)
Dr. RAJAOARISOA Sylvie	開発パートナー担当

#### ブエニ県保健家族計画局

Dr. ARISON NIRINA Ravalomanda	局長
Dr. RAKOTOMAHEVA Maurice	母子保健プログラム 担当課長
Dr. RASOANASOLONDRINA Laure	母子保健プログラム リプロダクティブヘルス係 係長
Dr. RAVONIARIVÉLO Robertine	母子保健プログラム リプロダクティブヘルス係 小児保健担当
Dr. RATOVOINIAINA René	保健医療統計担当
Mme RAHARINJAKA Eleonore	母子保健プログラム リプロダクティブヘルス係
Mme AVANANTSOA Sophie	母子保健プログラム 予防接種係
Dr. RAVAOMANARVIVO Anne Marie Zoe	マジュンガ I 郡 保健家族計画課 課長
Dr. RASAMOELISOLONJATOVO René	マジュンガ II 郡 保健家族計画課 課長

#### マジュンガ大学病院センター

Dr. RALAIIVY Florette	センター長
Dr. ANDRIANAIVOARIVOLA Tsiory Zoé	副センター長
Mme BAZEZY Josiane	事務長
Dr. ANDRIAMIANDRISOA Rahajanirina Aristide	産婦人科 部長
Dr. RANDAHOARISON Pierana Gabriel	産婦人科 科長
Dr. RAFARALALAO Lucienne	小児科 部長
Dr. ANDRIANARIMANANA Diavolana	新生児科 科長
Mme RAZANAKINIAINA Tovany Olga	総看護婦長
Mme BEANJARA Agnès	小児科病棟 看護婦長
Mme RAFARAMIHAMINA Jeannette	妊婦健診・家族計画 看護婦長
Mme RALINORO Justine	産婦人科病棟 看護婦長

#### 開発パートナー

Dr. KÖCHER Dieter	GTZ 保健プロジェクトチーフアドバイザー
Mme SANSEIGNE Maud	IRCOD プロジェクトアドバイザー

#### J I C A

碓井祐吉	人間開発部
小野寺峰子	人間開発部
神津宗之	マダガスカル事務所
吉田美希子	長期専門家 (業務調整)
小山内泰代	短期専門家 (母性保健)
加藤紀子	短期専門家 (小児保健)
松井三明	短期専門家 (公衆衛生)
Dr. ANDRIANIAINA Harivelo Rijaso	技術補佐
Mlle. MONETTE Elancy Vita	技術補佐
Mme. RANIVOHARISOA Angéline	技術補佐

## 4. ワークショップでカードに記載された意見

1) 「地域住民が利用したいと思うような母子保健サービスを、私（たち）はいかにして提供することができるのか？」

### (1) 保健家族計画省

#### 人材

- ・ 質の高い人材を十分に供給。
- ・ 十分に研修を受けた人材を保健センターに配置。
- ・ 地方分権のために組織されているチームの能力強化。
- ・ 地域の人材のための妊婦健診に関する研修モジュールの開発。
- ・ 病院や研修施設に対する人材配置。
- ・ 母子保健に関する人材研修の実施。
- ・ 人材の再配置を計画。

#### 資源とインフラ整備

- ・ 質の高い十分な資材を供給。
- ・ 保健センターに SONUB を整備。
- ・ すべての郡と郡病院に SONUC を整備。
- ・ 医療施設機材の改善
- ・ 家族計画用の器具・薬品を担保するシステムの整備。

#### 経済的リソース

- ・ 十分な資金の担保。
- ・ 医療施設への機材導入に関するリクエスト。
- ・ 計画実施のための資金配分。
- ・ 資金に応じた活動の展開。

#### 貧困者支援策

- ・ 貧困者対策基金（あるいは共済基金）を病院に設立。
- ・ コミュニティでの共助システムの導入。

#### 継続ケア

- ・ 時間的・空間的継続ケアの導入。
- ・ 対象者およびライフサイクルにしたがったコミュニケーション戦略の導入

#### 地域参加

- ・ 地域参加の強化と組織化
- ・ 地域レベルでの家族計画の実施。
- ・ 家族計画、妊婦健診、出産ケアに関する地域での権力者に対するアドボカシーキットの準備

#### 開発パートナー

- ・ 様々な形での開発パートナーの参加促進。
- ・ マスタープランにしたがった計画策定。
- ・ 相互補完および相乗効果をねらった協調
- ・ 持続かつ拡大可能なプログラムの実施

#### 環境・衛生

- ・ 魅力ある保健医療施設の整備（職員が暖かく迎えるなど）
- ・ 衛生的であることの重要性
- ・ 患者家族のための宿泊施設整備  
人間的なサービス提供

#### リファラルシステム

- ・ リファラル・カウンターリファラルシステムの整理
- ・ 母子保健サービスの統合化（家族計画、妊婦健診、出産ケア、IMCI など）の提供
- ・ リファラルのためのシステム整備（交通手段など）
- ・ リファラルのためのカウンセリングポストの導入

#### プログラムマネージメント

- ・ 母子保健プロジェクト協調のためのステップが重要
  - 状況分析
  - 計画策定
  - 計画実施
  - フォローアップと評価
- ・ プロジェクト目標の具体的内容の把握
- ・ 各地域に応じたリプロダクティブヘルス戦略の改変
- ・ 目的とニーズに応じた活動計画の策定
- ・ 評価モデルによる効果測定の実施
- ・ 研修、アドボカシー、マネージメントに関する戦略資料の整備
- ・ 家族計画クリニックの導入
- ・ スーパービジョンと評価モデルの導入
- ・ 四半期毎の地方スーパービジョンの実施
- ・ 意志決定のための情報システムの改善

## (2) 県保健家族計画局・郡保健課

### 社会参加

- ・ ワクチン接種予定を地域に伝達する
- ・ 妊婦健診受診を4回行うよう啓蒙活動を行う
- ・ ワクチン接種の必要性について啓蒙活動を行う
- ・ 妊産婦の行動変容を促す
- ・ 行動変容のための啓蒙活動を行う
- ・ 様々なレベルでのパートナーシップを促進する

### ケアの質

- ・ 家庭・医療施設における SBA による分娩介助を促進する
- ・ 質の高いサービスを提供できるようにする
- ・ 公的保健サービスについて利用者に知らせる
- ・ 継続ケアを提供
- ・ 妊婦健診の時にリスク発見ができるよう医療従事者の能力強化を行う

### リソースマネージメント

- ・ 母子保健に関する問題を同定し、解決する
- ・ 地域の問題を同定し、必要な供与を行う（例えば牛や牛車など）
- ・ 地域に提供された資材を有効活用するように人々の啓蒙活動を行う
- ・ リファラル施設に必要なリソースを供給する（人材、機材、医薬品）
- ・ 医療従事者の数を増やす
- ・ コールドチェーン修理のスペアパーツ、あるいは代替部品を担保する
- ・ リファラルが必要な貧困者に対する支援を何らかの組織が行う
- ・ 遠隔地の郡病院に対して移送のための手段を提供する
- ・ 地方の CSB に冷蔵庫維持のための燃料を供給する
- ・ 病院機材の維持管理のためのマネージメント委員会を設置する

### ケアへのアクセス

- ・ 遠隔地には移動巡回診療チームを派遣
- ・ 栄養不良、妊婦健診によるリスクスクリーニングを実施
- ・ 遠隔地での医療を担保
- ・ CSB から遠く離れた地域に住む TBA に研修を実施
- ・ 緊急産科ケアに必要な薬品を貧困者に対して常時提供できるようにする

### リファラル

- ・ リファラル・カウンターリファラルの強化
- ・ CHD1 でも帝王切開をできるようにする

- ・ 各レベル（地域からリファラル病院まで）でリファラルシステム運営ができるようにする

### 技術向上

- ・ 医療従事者の技術向上
- ・ 母子に対する医療の技術向上を強化する

### 地域参加

- ・ 地域での栄養モニタリングの実施
- ・ 行動変容のための啓蒙活動強化
- ・ 地域参加促進のための能力強化
- ・ ワクチン接種に参加しなかった子どもの地域による探索

### フォローアップ

- ・ 各レベルでのフォローアップ強化
- ・ 供与物品等が適切に利用されているかの定期的フォローアップ

### (3) CHUM

#### 研修

- ・ 研修コースの強化
- ・ 医学生・看護学生のための新生児・小児科研修の実施
- ・ 他の医療施設従事者への研修実施と交流
- ・ 分娩介助と低リスク妊娠の研修を周期的に実施

#### リサーチ

- ・ 母子保健問題の発見と解決のための継続的なリサーチ実施
- ・ セミナーや学会への参加によって新たな知識を得て、それを現実にあわせて適用

#### マネージメント

- ・ 介入のレベルに応じたコーディネーションを実施
- ・ パフォーマンスの向上とリソースの活用によって、利用者によりサービスを提供する
- ・ チームワークを忘れない
- ・ スタッフの動機付けを高める
- ・ 医療機材のメンテナンスを担保

#### 情報とコミュニケーション

- ・ 患者と医療従事者との関係性を保つ
- ・ IEC の考え方を非とめていくこと
- ・ 医療施設で利用者にとって快適で暖かいサービスを提供
- ・ 質の高い良いサービスを提供
- ・ 利用者のプライバシーを保つ
- ・ 健康状態について適切に伝える
- ・ 現在の状態について伝え、これから要する費用についても伝える
- ・ 一般住民と医療従事者とのコミュニケーション・人間関係を良くする
- ・ 様々な社会階層の人たちとのコミュニケーションをもつ
- ・ 小学校から保健教育を実施
- ・ 母親たち、また地域で働く TBA の意識改革
- ・ 家族計画と衛生について母親に教育を提供
- ・ 出産後、退院までの間に計画的に家族計画の教育を行う
- ・ 妊産婦の人権を医療従事者が尊重する

#### ケア

- ・ 外来・入院時に、できるだけ素早く対応する
- ・ ケアの質を改善する
- ・ 緊急ケアを提供できる施設の近接性
- ・ 効果的な緊急産科・新生児ケアの提供を各医療施設で実施
- ・ 人々のニーズに応じたケアの提供

- ・ 政府予算による貧困者の医療アクセス向上
- ・ リファラルシステム整備による継続的なケアの提供

#### 協働

- ・ 人々のニーズに応じていくために、地方部・都市部両方のコミュニティと、医療従事者が協働する
- ・ リファラルシステム強化のため、大学病院・保健センター・県保健家族計画局が協働する
- ・ 継続ケアを実施するために、大学病院と県保健家族計画局とが定期的に会議を持つ
- ・ 良いケアを提供するために、様々なレベルの責任者を巻き込む
- ・ 都市部で働く TBA を排除する
- ・ 様々なプログラム (Safe motherhood、栄養、家族計画、マラリア) のコーディネーションを実施
- ・ 国内外のリファラルシステムを知り、現状に応じて適用していく
- ・ ケアの質の改善のため、他のセクターと協働する
- ・ パートナーシップの強化

#### 社会

- ・ 貧困者対策基金のしくみを明確にする
- ・ 貧困者対策を実施する
- ・ 母子に対する特別な貧困者対策基金を設立する
- ・ ケアに要するコストを見直す
- ・ 人々の生活レベルに応じたケアを提供する

#### (4) 開発パートナー

##### 研修

- 開業助産婦の働き方に関する日本での研修の提供
- 無償資金協力施設において CHUM と県保健家族計画局との協働による研修の組織化、
- Evidence に基づいた妊産婦ケアの研修による SBA 育成
- 無償資金協力施設での技術研修のサポート
- 施設建設ではなく、その組織化や機能化に関する支援が重要
- JICA マダガスカル事務所では母子保健の改善のためのプログラム化を検討
- 第1次医療施設で Evidence に基づいた母子ケアを実施するための研修

##### 現状と理想との乖離

- 「医療施設での出産を推進する」だけではなく、「SBA による自宅分娩介助を推進する」ことも、Evidence に基づいた正常分娩には必須。
- 現状で何が起きているのかを知り、共有することが必要。たとえばなぜ子どもたちはワクチン接種を受けることができないのか。
- 妊産婦がどのようにして分娩介助のための保健サービスにアクセスすることができるのか知る。
- 現状で用いることのできるリソースを活用する（妊産婦手帳、子どものためのカードなど）

##### 貧困者対策基金

- 貧困者に対する系統的な支援の実施
- 地理的に困難な状況は技術協力だけで解決することは難しいが、人材や施設配置を協働して考えていくことが必要

##### 保健サービスの組織化

- 保健サービス提供の実際と態度についての分析
- 保健医療従事者と伝統的医療者との実践内容に関する知識が必要
- 計画策定・実施・評価のためには地域診断が必須
- 疫学による地域診断と直接観察が現状把握のために必須

##### リファラルシステム

- リファラル・カウンターリファラルシステムを再強化することが必要

##### 地域のリソース

- 地域のリソースを活用することが必要
- 地方部では地域の人材や組織と協働することが必要→自分たちの地域で妊産婦を支える仕組み作り
- 妊産婦にとっては、自分のそばに「私の助産婦さん」がいることが必要

##### コミュニケーション

- 地域住民が必要とする母子保健サービスの提供するために、医療スタッフと住民との良いコミュニケーションが必要
- 良い保健サービスを提供するためには、県保健家族計画局・郡保健課に対してどのような支援を行うことができるのか重要な事項
- 地域や遠隔地で活動する医療従事者を支えるためにはコミュニケーション、特に直接顔と顔を合わせて行う形のスーパービジョンが必要
- 無線機を用いてコミュニケーションをとることも有効な手段

##### EBM

- 女性が女性に対してケアを提供することがマダガスカルでも基本事項となるのではないだろうか。
- Evidence に基づいたケアや医療は、リソースを適正に利用するためにも必要
- 過剰な医療化はリソースの不要な消費を招くが、これも適正に EBM を利用することでコントロール可能
- EBM に基づいたサービスを提供できるための無償資金協力施設が使われるような支援を提供したい
- 異常に対することだけではなく「正常妊娠・出産に対するケアのあり方」を広めていきたい。
- プロジェクトのセットアップ
- パイロット的なプロジェクトを実施してみる
- 実施されていることに対するフォローと評価を適切に実施すること
- 正常分娩ケアのモデル施設をたちあげたい

##### 協働とリソースの動員

- JICA はプロジェクト実施や研修員の受入などを行うことが可能
- 様々な開発パートナーと協働して母子保健に関する協働を行うことが可能

## 2) リファラルシステムにおける自分の役割、自分の組織の役割、必要とされる組織間の連携

### 中央

- 病院機材維持管理政策の策定
- 国家機材ワークショップの設置
- CHUM や県保健家族計画局に対する予算措置の実施
- リソース動員
- リファラルシステムの評価
- 組織改編から1年が経過しつつあるので、県保健家族計画局と DDDS, DHRR の役割について評価し、改善していく

### 県保健家族計画局

- リファラルシステムの組織化
- PEC とパレットグラフの利用促進
- マネージメント、ロジスティック、などの強化

### CHUM

- これまでの URSR 活動の評価
- URSR 活動の活性化
- CHUM には専門家が必要
- 日本から定期的に機材メンテ要員を派遣してほしい

- 搬送患者に対する受け入れ態勢の改善
- 搬送患者の動線の改善
- 地域で働く医療従事者に対する研修
- CHUM と県保健家族計画局とが協働して、貧困者対策基金を設立
- 死亡してしまった場合の遺体搬送もカウンターリファラルの一部
- 搬送のために用いることができる救急車があることを啓蒙する
- 母子搬送のための基準作り
- 搬送症例のための手段確保
- モニタリング・評価

### 郡保健家族計画課

- 医薬品・消耗品の担保
- リファラルシステムについて、医療従事者の研修と啓蒙活動
- 地域住民に対して、リファラルシステムと費用について啓蒙活動

### 3) 地域のリソースとの連携における自分の役割、自分の組織の役割、必要とされる組織間の連携

#### グループ1

##### 情報とコミュニケーション

- 地域に情報を提供すること
- 地方部ではコミュニケーションの方法を変えてみることに
- 地域住民の意識を変えていく
- 地域での集まりやセレモニーの時に情報を提供していく
- 妊産婦や新生児ケアについて、地域参加による啓蒙活動の実施
- proximity IEC / メディアの活用
- 患者の義務と権利に関して、医療従事者に対して定期的・継続的な啓蒙活動を実施
- 衛生教育
- 出産に備えた教育を家族に対して提供
- 新生児に対する基本的ケアを提供
- 妊婦健診の必要性を地域住民に強調して伝える
- 妊産婦手帳の利用
- 妊婦健診やワクチン接種の際に健康教育を提供

##### 研修

- TBA に、妊婦健診やワクチンに対する意識を高く持つてもらうこと
- 3つの清潔について TBA を教育する
- 地域の人材に対して、彼らの果たすべき役割や責任について研修を実施
- 地域のリーダーに対する研修
- 理論的なものと、実践的なトレーニングを実施
- 母親に関することと、子どもに関することの2点について、地域住民参加の研修を実施
- 地域住民とともに保健医療計画を立てることの必要性を、保健医療従事者に理解してもらう研修を実施
- 地域住民に母子保健についての研修を提供
- 研修モジュールを改訂
- IEC、家族計画、妊婦健診、予防接種などを統合して研修とサービスの実践をする
- 医療施設で分娩することの利点、自宅分娩の欠点を伝える

##### 環境

- 緊急事態に陥らないための予防が大切
- 地域住民と医療従事者との相互協力の組織化
- 様々な住民グループとの協働
- 現存する女性グループの再活性化
- 予防と検診のために巡回移動診療チームを利用
- 地域の保健委員会を組織する
- CSB と CHD との協働

##### リソース

- 地域住民に対する機材等の提供
- 資金の提供
- 患者移送のための共済基金の設立
- 収入向上を目的とする組織の設立
- ボランティアの育成
- 住民参加のための equipment
- 地域住民活動の継続性
- 地域での独自予算による貧困者への支援

##### マネージメント

- 住民参加による IEC 活動などのマネージメント
- 住民活動のフォローアップと評価
- ニーズの把握、活動の計画、共同で実施

##### 地域のリーダーの巻き込み

- 地域のリーダーに対して、母子保健と地域リソース活用に関するアドボカシー活動
- 各村からのリーダーを選出して巻き込むこと
- 各 FOKONTANY 長と接触を持っていくこと
- 地域のリーダーに対するアドボカシー
- 地域住民参加に関する啓蒙活動をリーダーに対して実施する
- 3A(appreciation, analysis, action)アプローチの実施を地域とともに実施
- 地域のリーダーとともに、関連する組織（消防署、開業医、大学病院）や患者を巻き込んだ形での活動の実施

##### 地域住民

- リクルートのための基準を設定する
- CSB からリファーされた症例の転帰を調査
- 地域での focal point を設定する
- 様々な基準や役割分担に基づいて地域で協働してくれる人材や組織を発掘する

## グループ2

### 保健・家族計画省

- ・ 地域住民参加に関する政策策定

- ・ 予防接種に参加しなかったり、家族計画の継続ができなかった人たちのフォロー

### 県保健家族計画局

- ・ 妊婦健診、予防接種、HIV 母児感染予防、IMCI、家族計画を通じた継続ケアの実施を多機関共同で実施する
- ・ トレーナーの育成

### CHU/CHD

- ・ トレーナーの育成
- ・ 合併症分娩や新生児蘇生の研修実施

### 郡保健家族計画課

- ・ 様々なレベルの医療従事者に対する研修
- ・ 患者移送のために必要なリソース動員を地域リーダーに対するアドボカシーを通じて行う
- ・ アウトリーチ活動
- ・ 妊婦健診、予防接種、HIV 母児感染予防、IMCI、家族計画を通じた継続ケアの実施を多機関共同で実施する

### CSB

- ・ Safe motherhood、予防接種、HIV 母児感染予防、家族計画の実施とフォローアップを、social mobilization を通じて行う
- ・ 分娩をどのようにするかを考えるために妊婦健診を活用する
- ・ 地域でのボランティアを育成する
- ・ 地域（女性）住民組織の設立
- ・ 予防接種に参加しなかったり、家族計画の継続ができなかった人たちのフォローを、地域 agent とともに実施
- ・ 貧困者の同定を地域リーダーとともに実施
- ・ 搬送の事態に、家族があらかじめ備えておく
- ・ 地域とともにアウトリーチ活動を計画・実施する
- ・ 地域でのパートナーの同定、人々の意識向上と AVBC/ASBC のため
- ・ 地域での共済基金設置による産科合併症発生時の搬送手段の組織化

### TBA

- ・ 遠隔地で働く TBA との協働
- ・ 適切な時期に搬送できるようにする
- ・ TBA に対するインセンティブ提供（分娩介助キットなど）
- ・ キットや IEC の提供による TBA への支援

### 地域

- ・ 妊娠に関連するリスク情報の提供
- ・ ボランティア育成