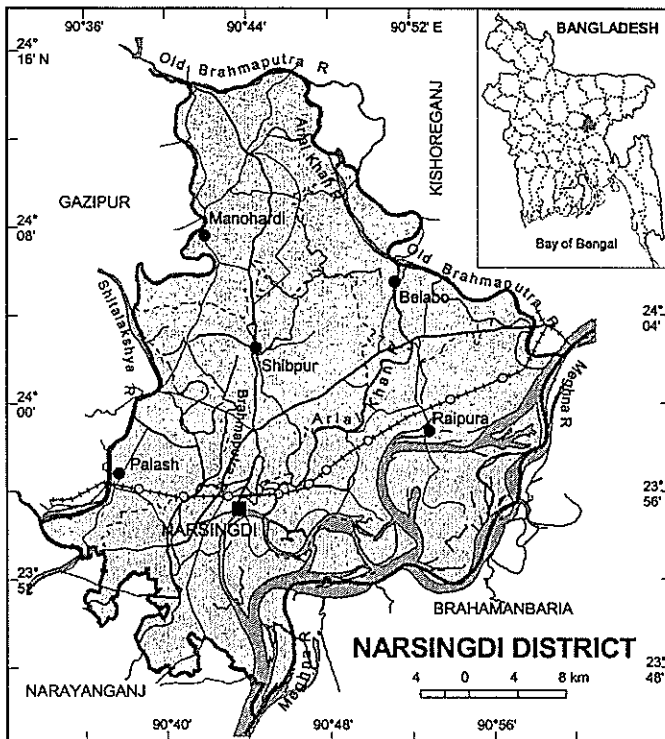


技術協力プロジェクト  
バングラデシュ国  
母性保護サービス強化プロジェクト

事業完了報告書

2011年6月

## 1. 背景



バングラデシュ人民共和国（以下、バ国）は最貧国と位置づけられているが、近年急速な開発と目覚ましい発展により世界で注目されている。経済発展はGDP成長率で見ると6%以上を維持しており、2011年は7%超えという予想も出されている。この高い成長率は2010年には世界21番目と報告された。貧困度を見ても人口の40%が最貧困層（1日1ドル以下の収入）とされていたが、その数値も年々減少傾向にある。保健指標で見ると、2010年に発表された妊産婦死亡調査の結果、バングラデシュの妊産婦死亡率は出生10万対194とされた。2001年に報告された同様の調査結果出生10万対321と比較し、同国が妊産婦死亡の低減においても成果を出しており、2015年のミレニアム開発目標達成に向け着実に前進していることが確認された。乳児死亡率も出生1,000対52と順調な改善状況と言える。

日本のバ国母子保健分野に対する支援はバ国独立後から現在まで継続されている。1970年代の家族計画・人口抑制プロジェクトに始まり、JOCV フロントライン母子保健プロジェクト（1995-1999年）、母子保健研修所建設とリプロダクティブヘルス・人材開発プロジェクト（Human Resource Development in Reproductive Health: HRDRH）（1999-2004年）、緊急産科ケア機材整備にかかる無償資金協力（2期）、青年海外協力隊（JOCV）派遣、そして当該プロジェクトである母性保護サービス強化プロジェクト（Safe Motherhood Promotion Project-SMPP）へと支援は引き継がれた。当該プロジェクトは首都ダッカから北西部へ車で約2時間の距離にあるノルシンディ県で実施された。2011年6月末をもって終了したが、引き続きSMPPフェーズ2として2011年7月1日からプロジェクトサイトを拡大し開始された。このプロジェクト最終報告書はSMPPの5年間の報告書であるが、5年間の成果は当該プロジェクトのみでは語れず、1970年代からの母子保健分野における地道な協力活動の成果でもあると言えよう。それはバ国政府やカウンターパートのJICAに対する特別な思い、感謝、期待からも感じ取れる。これまでのJICA専門家の貢献の積み重ねがあったからこそSMPPがあり、SMPP-2への道を敷いた。先人の努力に感謝したい。

SMPPはある意味型破りなJICAプロジェクトであるとの指摘を受けたが、それを意図してプロジェクト運営を行っていたわけではない。プロジェクトは運動体であり周りの環境の変化や反応に合わせ、常に微妙な軌道修正を強いられる。その結果が“型破り”であり、また“分かりづらい”プロジェクトになってしまった。そのような劣等生プロジェクトが何故か注目を集めるようになった。その理由は未だに良く分からないが、注目されるがゆえに否応なしに多くの課題や責任も与えられるようになった。SMPPで蒔いた種はSMPP-2で花が開くと期待も高い。そのような期待に応えるためにもSMPPでの経験・教訓をこの報告書に書き記し、今後の、そして後人の役に立てただけならと願う。

## 2. プロジェクト概要

プロジェクト名	母性保護サービス強化プロジェクト（英語名：Safe Motherhood Promotion Project-SMPP）	
実施期間	2006年7月より2011年6月（5年間） ※当初4年間のプロジェクトであったが終了時評価時に1年間の延長が決定された。	
プロジェクト地	ノルシンディ県（首都ダッカから北西の位置、車で2時間弱、人口約230万人、6郡により構成）	
対象者	対象県下の妊産褥婦と新生児、保健サービス局・家族計画局職員	
上位目標	<b>PDM2</b>	<b>延長 PDM</b>
	プロジェクトから抽出されたリプロダクティブヘルスサービスの方法論が標準化され他県に適用される	プロジェクトから抽出された妊産婦・新生児保健の方法論が標準化され他県に適用される
プロジェクト目標	対象県の妊産褥婦と新生児の健康状態が改善される	対象県の妊産褥婦と新生児の健康状態が改善され、プロジェクトの効果的なアプローチが新規セクタープログラムや政策の形成に活用される。
成果	<ul style="list-style-type: none"> <li>① プロジェクトの経験・教訓が保健省中央レベルで共有され、活動の促進に必要な意思決定がなされる</li> <li>② 安全な出産のためのサービス提供体制が対象県以下で強化される</li> <li>③ 女性と新生児が産科・新生児ケアを利用するための地域支援が促進される</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①プロジェクトの優良事例や教訓が次期セクタープログラムやセクター戦略形成のために共有される</li> <li>②安全な出産のためのサービス提供体制が対象県以下で強化される</li> <li>③女性と新生児が産科・新生児ケアを利用するための地域支援が促進される</li> </ul>
実施パートナー	バ国政府（保健サービス局、家族計画局）、ケアバングラデシュ	

5年間の日本人専門家派遣体制は以下の通り。

### 1) 長期専門家

チーフアドバイザー 2006年9月15日から2011年6月29日（吉村幸江）

業務調整専門家 2006年10月30日から2010年8月31日（横井健二専門家）、2010年6月30日から2011年6月29日（駒走卓三専門家）

地域保健専門家 2008年1月30日から2010年2月12日（遠藤亜希子専門家）

### 2) 短期専門家

「マネジメントインフォメーションシステム」、「インフォメーション、エデュケーション、コミュニケーション」（計2回派遣）、「地域保健」、「コミュニティ活動評価調査・分析」、「5S/Kaizen/TQM」、「研修プログラム・教材」の分野でそれぞれ短期専門家が派遣された。

### 3. プロジェクト形成とデザイン

当該プロジェクトはバ政府からの要請書が2004年8月に出されている。技術協力プロジェクト「リプロダクティブヘルス・人材開発プロジェクト」（協力期間：1999年9月から2004年8月）の後継案件という位置づけで当該プロジェクトは形成された。プロジェクト形成と開始準備を業務とした企画調査員が2004年3月から9月（6ヶ月間）、2004年11月から2006年9月（1年10ヶ月）まで2回に渡り派遣されている。その間、プロジェクトデザインも改訂を繰り返した。2005年7月26日から8月10日にかけて事前評価調査（花田恭専門員総括）が実施され、Project Design Matrix (PDM)を作成し、バ政府とJICA間でM/Mが結ばれた。その後、2006年4月に両者間でR/Dに署名がなされ、当該プロジェクトは2006年7月開始予定となる。しかし、JICA側の予算不足による手続きの遅滞に続き、業務委託型のプロジェクトであるにも関わらず請負団体が選定できず（公示を出したが応募団体なし）、最終的には直営案件と変更し当時本案件を担当していた企画調査員がチーフアドバイザーを務めることとなった。プロジェクト開始直前のこれらの一連の変更に伴い、実際のプロジェクトの開始は企画調査員が身分切り替えの手続きを終え、チーフアドバイザーとして着任した2006年9月15日となる。チーフアドバイザーはまず片腕となるプロジェクトマネージャーとして現地スタッフを1名雇用し、プロジェクト事務所の設置（ダッカ、ノルシンディ）、その他プロジェクト現地スタッフの採用（郡コーディネーター6名、アドミニストレーションスタッフ2名、雑役スタッフ3名）などを行った。その後2006年10月31日に一般公募で選定された業務調整専門家の着任、11月1日からプロジェクトに採用された現地スタッフが加わり、プロジェクトが本格的に始動する。

当該プロジェクトの特徴は活動の1部を現地NGOに業務委託したことである。このアイデアはプロジェクト形成初期から提案されており、当初は日本のNGOをパートナー相手として想定していた。しかし、検討の結果、現地のNGOを競争入札で選定することとなり、その委託有力候補としてBRACを考えたが、先方の必要経費（委託希望額）がJICA側の予定額と折り合わず、最終的にはケアバングラデシュが選定されるに至った。NGO選定の際、重視したのはJICAの先方政府に対するアプローチや関係の作り方とNGOのそれとの整合性である。パートナーシップを形成する上で考え方の相違がある場合、良好な関係は築けない。ケアバングラデシュはその意味でJICAのスタンスと似通っており、現場における政府との関係の作り方においても好感が持てた。ケアバングラデシュとの委託契約はJICAバングラデシュ事務所との間で2006年12月に結ばれ、2007年1月から契約が開始された。

事前評価調査の際に策定されたPDM-0はプロジェクトが開始された直後である2006年12月にPDM-1として改定された。改訂の理由は政府カウンターパートに保健サービス局を加えた点である。またPDM-0作成時からプロジェクト開始まで1年以上の時間が経過しており、開始時の状況は既に変更が起きてしまっていたことも明記しておきたい。PDM-1は4つの期待される成果が挙げられており、中央レベルの成果（Output 1: プロジェクトの経験・教訓が上位機関と関係機関にフィードバックされ、政策的支援を得るための働きかけがなされる）、県・郡レベルの成果（Output 2: 対象県において保健局、及び家族計画局のマネジメントが改善される、Output 3: 安全な出産のためのサービス提供体制が対象県以下で強化される）、そしてコミュニティレベルの成果（Output 4: 対象地域住民がプライベートセクターの協力を得て主体的にリプロダクティブヘルスサービスを利用できるようになる）と活動レベルごとに分かれている。中間評価（2008年7月11日から30日）を経てPDMが改定されPDM-2となり、期待される成果が3つに整理された。その主な理由はOutput 2の柱であったLocal Level Planning (LLP)が

立案された計画に対し中央から予算が配分されず計画が机上のものに終始していたからであるが、この活動を PDM から落とすことにより保健行政強化の柱がプロジェクトの範疇から外れることとなる。PDM-2 は 2010 年 6 月まで使われ、2010 年 7 月からの延長期には延長 PDM を基に活動が行われた（別紙表 1 PDM の変遷参照）。

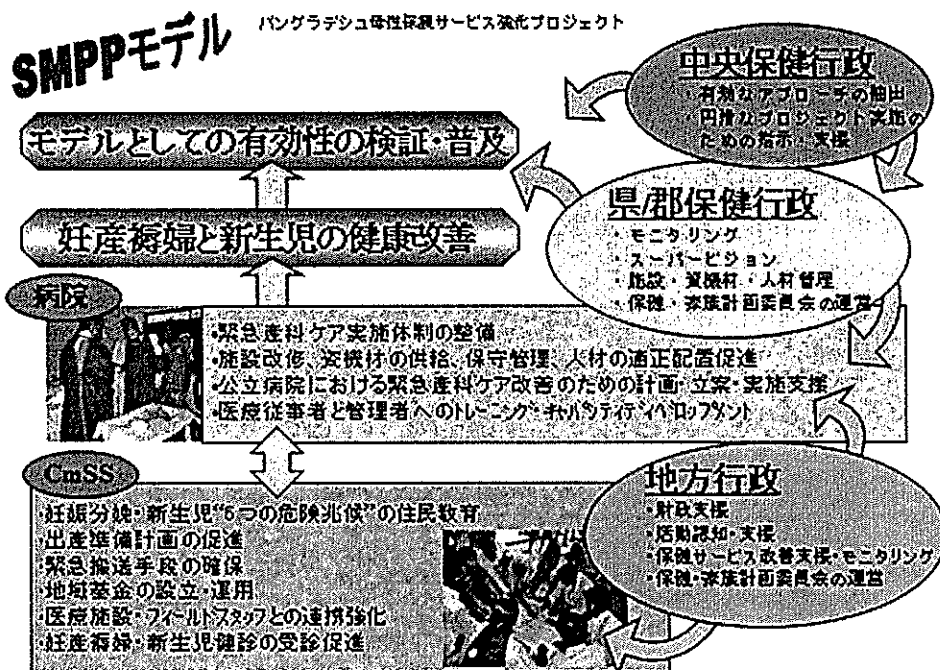
#### 4. プロジェクト実施体制と運営

当該プロジェクトはプロジェクト実施体制として中央レベルに合同調整委員会 (Joint Coordination Committee: JCC)、対象県以下では県プロジェクト実施委員会 (District Project Implementation Committee: DPIC)、郡プロジェクト実施委員会 (Upazila Project Implementation Committee: UPIC) をそれぞれ設置した。これらの委員会はプロジェクトの実施・運営、モニタリング等を担った。UPIC 会議は四半期を目処に開催され、地方行政官、地方行政マネージャー、政府出先機関職員、主要 NGO 並びに JICA プロジェクト関係者が一同に会し郡レベルのプロジェクトの計画、実施、モニタリングに関して発表・議論する場であった。これらの委員会においては保健家族福祉省内の異なる 2 つの局（保健サービス局と家族計画局）が共に参加し、それぞれの活動報告とモニタリングを一緒に行ったことは画期的であった。プロジェクトの介入がなければ実現が難しい活動である。

当該プロジェクトはバ政府側のプロジェクトダイレクターが不在で、プロジェクト実施に直接関わる中央でのバ政府担当官とプロジェクトスタッフ間の定期協議の場も設けられておらず、政府カウンターパートとの協議はその都度必要に応じて個別に行われた。主要カウンターパートである Line Director ESD (保健サービス局)、Line Director MCH (家族計画局) は常に多忙を極めており、ちょっとした話し合いの時間を確保するのも困難であったので、1 つのプロジェクトのために会議と言う形での定期協議を行うのは難しかったと推察される。実際に物事を動かすのは Line Director レベルというよりは Deputy Program Manager レベルであり、彼らとの日常的なやり取りによりプロジェクトの実施が円滑に行われたといえる。また、Line Director は交代の多いポストであるにも関わらず Line Director MCH はプロジェクト形成時から当該プロジェクトの担当官として関わっており、2010 年末までその職務に就いた。開始時から引退するまでプロジェクトを支援してくれた尊い人材であり、彼の存在により家族計画局側との関係は常に良好であった。感謝したい。

#### 5. ノルシンディ (SMPP) モデル

“ノルシンディモデル”という名前の由来は保健サービス局 MIS 課が 2010 年 2 月に開催されたバングラデシュ開発フォーラムで保健サービス局の活動紹介パンフレットの一部として記載したのが発端である。それ以降 SMPP は JICA プロジェクト、ノルシンディプロジェクトに加え、ノルシンディモデルと呼ばれるようになった。上記はプロジェクトが一般的に使ったモデルを説明した概念図である。この図が示すとおりノルシンディモデルは保健施設をベースにした活動とコミュニティレベルの活動、そしてこの両者を繋ぐ地方行政の関わりで成り立っていると整理できる。ノルシンディモデルは 2010 年 5 月にカナダで開催された G8 サミットの報告書にグッドプラクティスの 1 つとして取り上げられ、また JICA 内で母子保健の優良事例に選ばれるなど国内外で注目されてきている。



## 6. プロジェクト活動

以下、当該プロジェクト5年間の活動を3つの成果に沿って報告する。

成果1：プロジェクトの経験・教訓が保健省中央レベルで共有され、活動の促進に必要な意思決定がなされる（延長時：プロジェクトの優良事例や教訓が次期セクタープログラムやセクター戦略形成のために共有される）

### 1) 合同調整委員会（JCC）

合同調整委員会はこの5年間に10回開催されており、ほぼ1年に2回の頻度で会議が開かれたことになる。成果1の活動、特に“意思決定”に関してはJCCへの期待が大きかったが、人材配置、県以下への予算配分、機材の保守管理といったプロジェクトが直面した問題は保健システムの根幹的な問題であり、計画局長を議長としたJCCでは効果的な決定が下されることはなかった。結局、JCCの役割は計画局のプロジェクト理解促進、活動の承認、進捗モニタリング、活動に対する提言に終始した。JCCメンバーのプロジェクト訪問は積極的に行われた。政府の高官がプロジェクト訪問の際は計画局の職員が同行するというケースが多かった。JCCメンバーが実際に活動を視察することでプロジェクトの理解が深まり、結果的に彼らのプロジェクトへの支援やオーナーシップの醸成に繋がった。

## 2) HNP コンソーシアム

チーフアドバイザーは前職が企画調査員だったこともあり、2004年11月のバ国赴任時からプロジェクト終了時までHNP コンソーシアム関連会議（月例会議、HNP フォーラム約2回/年、年次プログラム評価2週間/年など）やイベントに定期的に参加している。プロジェクト開始以降は主に母子保健の分野でコンソーシアムの活動に積極的に貢献してきた。当該プロジェクトは各開発パートナーによる母子保健プロジェクトが乱立する中で、政府担当者とプロジェクト実施・支援者、各プロジェクト間の情報・調整ギャップを埋めるため、後述のMNCH フォーラム・タスクグループの先達とも言えるインフォーマルなMNH テクニカルグループを立ち上げたり、2009年にMNCH フォーラム・タスクグループに移行した際もその重要性を訴えたりといった活動を行った。これらの活動はチーフアドバイザーがHNP コンソーシアムの常連メンバーであり、HNP コンソーシアムの会合やセクタープログラムの年次評価（APR）などにおいて継続的な問題提起を行ってきたことが功を奏したと考える。また、1つのプロジェクトの利益や関心事項を先行させるのではなく、バ国母子保健全体の改善を目的とした公益としてのアドボカシー活動に徹したことは他者の理解や支援を得ることに繋がった。HNP コンソーシアムはプロジェクトからの情報発信の場としても効果的に活用された。

通常、他の援助機関を見ても1つのプロジェクトのリーダーがここまで中央レベルで立ち回れる立場にはないと思われるが、プロジェクトを通して現場を理解し、コンソーシアムという場を通して中央政府やドナーの動きを知ることによって両者の立場を踏まえた各レベルでの提言ができたと考える。これは当該プロジェクトの強みともなった。

## 3) MNCH フォーラム・タスクグループ

MNCH フォーラム・タスクグループは2009年4月のAPRの際に提案され、その後計画局の承認を受け結成されたグループである。グループの目的は2つに大別される。1つは関係者間の調整・情報共有を促進することにより母子保健分野におけるより効果的・効率的な活動・介入の実現（フォーラム）。もう1つは母子保健分野における技術的、専門的なニーズに応える実務部隊としてのグループである（タスクグループ）。これまでにフォーラム・タスクグループとしての会議を2回、フォーラムとしての会議を1回、タスクグループとしての会議を2回行っている。第2回のフォーラム・タスクグループ会議で目的やメンバーが異なるべき2つのグループを一緒にまとめていることを問題視し、フォーラムとタスクグループを2つに分離する提案が出され、計画局に提出された。その後、開発パートナーの中でどの組織がフォーラムとタスクグループの調整役を担うかの議論がなされ、最終的にはUNFPAがUN代表としてタスクグループの調整をJICAがフォーラムの調整を担うことで合意を得た。フォーラムではこれまでの活動実績としてMNH マッピング調査の実施・結果報告を行っている。タスクグループは2010年の簡易プログラム年次評価（Stock taking）の際に母子保健分野の優先活動に対する進捗状況確認作業を行った。また、次期セクタープログラムの新しいオペレーショナルプランとしてMaternal, Neonatal and Child Health (MNCH) Operational Plan (OP)がEssential Service Delivery (ESD) OPから独立する形で保健サービス局下に加えられ、タスクグループではこのMNCH OPの作成を政府担当部署、開発パートナー、NGOの参加によりワークショップ形式で行った。当該プロジェクトはこれらの一連の活動に積極的に参加しており、主要メンバーと認識されている。

MNCH フォーラム・タスクグループは両者とも機能しているとは言えない状況である。問題は政府側の世話人であるべき Line Director-ESD 下の職員が多忙でありやる気もないこと、これらグループの重要性を認識していないこと、計画局により立ち上げられたのでオーナーシップに欠けること、担当官が人事異動などで交代すること、などが挙げられる。

#### 4) 経験の文書化、マニュアル化

プロジェクト活動の一環として以下のようなプロジェクトの優良事例の文書・マニュアル化を行った。

- コミュニティサポートシステムオペレーショナルガイドライン（英語、一部現地語）
- 病院改善活動指針&質管理チェックリスト（別添資料 1）
- モデルユニオン最終報告書（別添資料 2）
- 妊産婦健診・産後健診研修マニュアル（別添資料 3）
- プライベート CSBA 最終報告書（別添資料 4）
- コミュニティグループ運営管理ガイドライン（現地語、英語）
- コミュニティグループ研修員のための研修マニュアル（現地語、英語）（別添資料 5）
- コミュニティグループ研修マニュアル（現地語、英語）
- 5S 改善 TQM 研修プラン・アセスメントチェックリスト・教材（別添資料 6）
- 地方行政のための母子保健に関するマニュアル
- 産後健診パイロット活動コンセプトペーパー

これらの文書はプロジェクト活動実施案としてまず作成され、実施後の経験や教訓を反映させ、改良を加え最終化したものである。つまり、プロジェクトの学びが凝縮された成果品であると言える。当該プロジェクトでは上記の活動毎の文書以外にバ政府に提出した四半期ごとの活動進捗報告書(英語)と JICA に提出義務がある 6 ヶ月毎の活動進捗報告書(日本語)を作成している。

#### 5) ワークショップ・技術交換研修の実施

当該プロジェクトでは 5 年間で以下のようなワークショップを中央レベルで開催した。

- SMPP Launching Workshop（2007 年 4 月）
- Dissemination workshop on MCH Handbook with OGSB（2008 年 12 月）
- National workshop on towards equitable health systems through community participation: CmSS & Community Clinic（2009 年 4 月）
- SMPP Dissemination Workshop: Effective Approaches and Achievements 開催(2009 年 9 月)
- Workshop “Improving Quality of Health Services”(2010 年 4 月:2 日間)

これらのワークショップ開催の目的はプロジェクトの成果・経験・教訓の共有が主である。中央レベルのこれらのワークショップはプロジェクトからの情報発信とプロジェクトに対する広範な理解促進に役立った。

プロジェクトが企画実施した交換研修は以下の通り。



- インドグジャラート州における技術交換研修（2009年8月）
- スリランカ TQM を学ぶ技術交換研修（2010年10月）

技術交換研修はバ国内では得られない斬新なアイデアを政府カウンターパートが学ぶ良い機会であった。但し、ただの視察旅行で終わらせないように研修後の活動計画の立案・実施が行われる環境を備えておくことが効果的な技術交換研修の条件である。

#### 6) 各種調査、コンサルタント業務委託の実施

当該プロジェクトでは以下のような調査を実施した。

- コミュニティ現状調査（ケアバングラデシュによるコンサルタント委託、2007年5月）
- 母子手帳普及パイロット調査（2006年10月－2008年3月）
- CSBA 報告システム現状分析調査（2007年10月－12月）
- モデルユニオン基礎調査（2008年1月－3月）
- ユニオンレベル母子保健サービス現状調査（2008年2月－4月）
- CmSS インパクト調査（2009年7-9月）
- 終了時評価（2009年10月－2009年12月）
- CmSS 評価調査（2009年11月－2010年1月）
- 産後健診促進パイロット活動基礎調査（2010年5-6月）
- チョウガチャモデル分析調査（2010年6月）
- CmSS 現状分析調査（コミュニティクリニックとの関係、CmSS サーベイランスシステム改善を主目的とする、2011年5月－6月）

調査活動はまずプロジェクトのニーズがありそれに応える形で実施された。調査の結果はプロジェクトの活動成果の確認や整理、課題の炙り出しなどに役に立った。調査実施の課題は調査目的を明確にし、それに合致した適切なコンサルタント（調査委託先）を見つけることである。また、調査の結果を咀嚼し活動に反映させるための時間を割くことも重要である。

また、以下のようなコンサルタント業務委託を行った。

- コミュニティグループ運営管理ガイドライン作成（2009年2月-4月）
- 地方行政のための母子保健に関するマニュアル作成（2009年11月-2010年1月）

コンサルタント委託業務は時に外部者の手を借りて外部の視点からプロジェクトの主要活動を整理してもらうのに有効であった。また、実施者が見落としている重要な点等も確認できた。

#### 7) プロジェクト広報、啓発活動

当該プロジェクトはプロジェクトホームページの更新とニュースレターの発行（計17号）を行った。これらの活動はプロジェクトの外部に向けた情報発信として役に立った。また、重要なイベントや訪問者の後はプレスリリースを行い、主要新聞への記事掲載を心がけた。

## 成果2：安全な出産のためのサービス提供体制が対象県以下で強化される

### 1) 保健医療施設改善 (Hospital Improvement) (詳細は別添資料1参照)

病院レベルでの活動はプロジェクト雇用ローカルスタッフでTechnical Advisor (TA) である医師が担当した。TAは2008年1月から当該プロジェクトに参画しており、まず病院への介入の戦略作りを行っている。戦略立案にあたってはTAのユニセフの緊急産科プログラムに従事した経験を活かし、米国コロンビア大学が開発したAverting Maternal Death and Disability (AMDD)のツール等を参考にしている。その後、2008年2月に病院改善活動として以下9つの活動を郡病院と県病院、家族計画局側の母子福祉センターで開始することを県カウンターパートに提案した。

① 病院の現状把握 → ② 国家基準 (スタンダード) に基づいた質管理 → ③ 病院インフラの改善 (医療機器、その他必要な物品の確保) → ④ 病院の必要な改修 → ⑤ 病院スタッフの能力強化 → ⑥ 患者の権利の促進 → ⑦ モニタリング・サポータイブスーパービジョンの強化 → ⑧ 妊産婦死亡事例分析 → ⑨ 患者に対する満足度調査

活動①と②は関連しており、病院の現状把握のために使ったチェックリストは国のスタンダードに基づいてチェック項目を作っている。このチェックリストは少し改訂を加えモニタリングのチェックリストとし四半期ごとに病院スタッフがモニタリングに使っている。また、チェックリストをラミネートして壁に貼るよう指導した。

活動③と④の病院インフラに関しては、大きな投入はライブーラとボラッシュ郡病院で帝王切開に対応できる手術室に改修、その他包括的緊急産科ケアに必要な機材の供与を行った。モノフォルディ郡はノルシンディ県の郡レベルで唯一帝王切開ができる病院であったが、病院の建物自体かなり老朽化しており、最低限の改修を手術室、分娩室、女性病棟に加えた。水周りの改修も行ったが、どの病院も感染予防の観点から整備されておらず、これは建設時のデザインの問題であると言える。特に、手洗い場が通常の手洗い設備であり手術室に隣接する手洗い場も手術用のものではないという現状は深刻である。院内感染に対する意識の低さを感じざるをえない。当該プロジェクトでは医薬品といった消耗品の供与はボラッシュ郡病院の包括的緊急産科施設設置時を除き一切行わなかった。

活動⑤のスタッフ能力強化は母子保健関連の研修の実施を中心に図られた。プロジェクトではアセスメントの結果、以下の研修が現場のニーズや重要性の観点から優先課題であると考えた。

- 感染予防研修
- 新生児ケア・蘇生法
- 助産研修 (3週間の本邦研修、ダッカにおける1ヶ月研修)
- 分娩第3期の積極介入 (Active Management of Third stage of Labor: AMTSL)

これらの研修のうち、感染予防に関しては EngenderHealth による感染予防研修がすでに実施されていたことから EngenderHealth と協働で第1回の研修を行い、第2回以降はプロジェクトスタッフが改良した研修を独自に行った。この研修の対象は医師よりも看護師や日常的に汚染物の処理を行うアヤ (掃除婦)、雑役人も加えて、できるだけ実践に沿った形で行った。毎日行っている滅菌の

方法なども実は間違ったやり方をしていることに気が付くなど参加者の学びが多かった。問題は実践に必要な物品の継続的な支給（洗剤、バケツ、掃除道具など）であるが、ワーカーレベルではどうにもならないので研修の最後に病院長、Civil Surgeon を交えて話し合いを持ち対処してもらった。

新生児ケア・蘇生法は県病院の小児科専門医の希望により実現した。彼は郡レベルからの搬送ケースに対応する中でこの研修の必要性を常日頃感じており、この研修の立案、教材作り、実施の全てに主体的に関わった。この小児科専門医は後に院内抗争の末他県に移動になったが、問題意識の高いやる気のある医師で患者の人望も厚かった。

AMTSL 研修は産婦人科協会（OGSB）と共に行った。また助産研修は3週間の本邦研修（JICA 大阪）とダッカのOGSBクリニックにおける1ヶ月研修を実施した。本邦研修は2007年と2008年の2年連続で行われ、計10名の看護師とFWVが参加した。この本邦研修に関してはその効果を実感することができなかった。逆に参加者に対する周りの嫉妬は激しく、研修員の選定に関してもカウンターパートの間で公平さを欠く行動が見られたことは残念であった。現場レベルのワーカーを研修に送ることの意義や帰国後に日本で学んだことがバ国の田舎の物品が慢性不足状態にある病院で活かせるのかどうかなど慎重に検討すべきである。また、看護師等のスタッフは病院内では決定権がない。病院長の理解がないと研修の成果も殆ど活かさないことが分かった。本邦研修のフォローアップとして地域保健専門家を中心に母親教室の開設を各病院で試みたが、今でも継続しているのはMCWCのみである。OGSBの1ヶ月助産研修は計2回、2009年に行った。この研修はモデルユニオンのFWVで政府による6ヶ月助産研修を受講していない者を対象とした。

その他研修として機材の保守管理に関する研修を機材を日常的に扱う病院スタッフを対象に2日間で行った。この研修は省内で機材の保守管理を担当するNEMWEと協働で行った。

研修は他のJICAプロジェクトを見てもJICAの十八番かと思われるが、当該プロジェクトはあえてあまり研修を行わなかった。その理由は既に政府や他機関主催の研修が数多く実施されていたこと（必要性や参加者の選定に疑問が残る研修も多いが）、参加者が研修を収入源と考えており、そもそもニーズを認識しないまま研修に参加しそれに何の疑問も感じていないこと、などが挙げられる。幾つかの政府実施の研修に参加して、研修の中身や質、教授法などを改善するのはそれだけで1つ技プロが立ち上がるくらい大変であると感じた。当該プロジェクトではむしろ研修後のフォローアップに時間を割くべきと考え、必要性の高い研修とそのフォローアップをセットにして研修を行った。

活動⑥に関しては、政府が提唱している患者の権利憲章を病院内外に掲示することで病院の訪問者に周知することを行った。

活動⑦は2つに大別され、ひとつは病院内でのモニタリング、そしてもうひとつは県レベル、特にCSによるモニタリングを意図した。しかし、CSによるモニタリングは何か用事やイベントがあるときに病院を訪問し、病院スタッフと話すといった場当たり的なものが多く、それは最後まで改善できなかった。ただし、毎月行われるCS事務所での月例調整会合ではプロジェクト後半期にはグラフや数値を多用した各病院ごとの業績に関するプレゼンテーションが行われるようになり、病院ごとの比較やサービス利用の傾向を見て議論するといった行動が見られるようになった。これがモ

モニタリングの役割を多少なりとも果たしていたと言える。更に、県外からの上司の訪問は一時的な問題解決に繋がる場合がある。例えば、保健サービス局長の病院訪問に随行したことが何度あったが、その場で問題を即断解決する姿は小気味が良かった。しかし、病院スタッフを罵倒叱責し、勤労を鼓舞するが、その効果はその場限りであろう。バ国には未だ体系的なモニタリング・スーパービジョンシステムがあるとは言えない状況であり、これを変えるには中央レベルによる抜本的なシステム改革が必要と思われる。

活動⑧に関しては病院における妊産婦死亡事例は稀であり効果的な介入ができなかった。活動⑨はカウンターパート側の合意が得られず実施できなかった。

以上のような病院レベルの活動を行ってきたが、その結果、全ての病院がプロジェクト開始時と比較しそのサービス利用を改善していることからある程度の成果はあったと判断できる。しかし、最も重要と思われる病院スタッフのやる気を引き出すことは一時的にはできたとしてもそれを継続させることは困難であった。やる気のある病院長がいる病院は比較的機能しており、業績も順調に上がっている。反対に病院長がやる気がない場合、病院全体にしまりがなくなる。属人的ではあるが、バ国の現状は偏に“個人”によるところが大きい。このあたりでも制度の脆弱性を感じる。

プロジェクト最終年に新しい試みとして 5S/Kaizen/TQM のパイロット支援を開始した（別添資料 6 参照）。きっかけは保健サービス局病院課の中に日本で TQM 研修を受講したオフィサーがおり、彼が中心となって TQM を病院課の活動に取り込んだこと、TQM に関する JICA の支援を期待していたことが挙げられる。プロジェクトとしても今の病院改善活動の限界を感じていたので、TQM の導入による効果を期待した。ノルシンディ、シャトキラ、ホビゴンジ県病院が TQM パイロットとして選定され、これまでに各病院に対するオリエンテーション、アセスメント、2 日間の研修を支援した。同時に、既存の質管理(Quality Assurance: QA) 委員会の活性化に着手し、委員会の ToR とメンバーの改訂を行った。これらの活動は今後フェーズ 2 に引き継がれることとなる。

## 2) モデルユニオン活動（詳細は別添資料 2 参照）

モデルユニオンは妊産婦・新生児死亡の削減を目的としたユニオンレベルでの住民参加型の活動である。郡毎にモデルとなりうる条件を満たしたユニオンを選定し、そのユニオンの現状分析と妊産婦・新生児死亡の削減に効果があると考えられる取り組みをパッケージ化し介入を集中させることで短期間で効果の出現、目標達成を目指した。プロジェクトでは 2008 年当初県内 71 あるユニオンのうち 9 ユニオンをモデルユニオンとして選定し、まずユニオンの保健施設(Family Welfare Center, Sub Center 等)やスタッフの状況把握を行い、その結果に基づいた活動計画立案会合を地元の代表を集めて開催した。活動計画は施設レベルのものと地域レベルのものに大別され、それぞれ責任者と実施期間を明確に記した。主な活動計画内容は、一次保健医療施設の改善、CmSS を含む住民啓発活動、安全なお産チーム(Safe Delivery Team)の結成と定期会議の実施、伝統産婆・村医者を対象にした安全なお産オリエンテーション等であり、全ての活動にユニオン評議会の巻き込みを図り、活動の自立発展性を高めるよう努めた。このモデルユニオンの活動は開始前の基礎調査と終了時調査を行い、効果を検証した結果、開始時と比較し妊産婦健診受診率や SBA による分娩介助率、妊娠時の 5 つの危険な兆候、出産準備に係る知識の改善等が見られた（後述、7. プロジェクト成果参照）。2009 年後半からモデルユニオンの拡大を促進し、終了時には 29 ユニオンがモデルとして活動を行っている。2

年に渡る実施を経て最終的には以下の9つの活動がモデルユニオンの介入コアパッケージとして整理できる。

- Development of **Model Union Action Plan** and its implementation
- Regular meeting and performance review by **Safe Delivery Team**
- Union Health Facility improvement based on the assessment
- ANC/PNC & Midwifery Training for FWV and CSBA
- **Community Mobilization** activity (ANC/PNC campaign, promotion of BP and matir bank distribution to pregnant mother, best performance award, Blood grouping, etc)
- TBA/Village Doctor orientation (prevention of harmful practices)
- Promotion of Citizen Charter
- Regularization of **Union Coordination Committee Meeting (UCCM)**
- Open budget session and allocation of UP budget to MNCH activities

モデルユニオン評価活動の一環として2011年6月に実施したFWV聞き取り調査では、FWVはモデルユニオンを前向きに捕らえており、その成果を認めていることが分かった。特に、職場環境が改善された点、サービスの利用率が上がった点（妊産婦健診キャンペーンを高く評価）、ユニオン評議会・郡マネジャーからの支援が増えた点、安全なお産チームの活動によりチーム内のコミュニケーション・連携が良くなった点、などが良い結果として挙げられている。プロジェクトが終了しても活動を継続すると回答したFWVは25名中17名であった。

モデルユニオン活動の普及に関し、外部のファシリテーションなしで可能かと聞かれたことがある。私の個人的な回答はNoである。外部のファシリテーションなしで開始される複合的な活動はあるのだろうかという疑問に思う。例えば、後述するユニオン調整委員会会議(UCCM)はノルシンディ県の24ユニオンで実施されている。この活動は2010年からプロジェクトが支援を始め、1年足らずでここまで広がった。UCCMは簡単に言えば会議を開催するだけなので難しい技術や知識、資金が必要とされない。ユニオンチェアマンの意志次第でいつでも開始できる非常に敷居の低い活動であると言える(但し、それを継続していくのはそれなりの工夫が必要と思われる)。UCCMのノルシンディでの普及のきっかけはBangladesh Rural Development Boardが実施した2日間のUCCM研修が大きいと考えるが、研修後のSMPPローカルスタッフの後押しがあったから短期間にここまで普及した。UCCMと比較しモデルユニオンはどうか？モデルユニオンは多岐に渡る活動を含んでいる。コアの活動の一つでも自分たちで開始が可能か？可能であるとすれば安全なお産会議だろうか？そもそも現状に甘んじているFWV、疲弊しているFWVが外部の支援もなく自ら行動を起こそうとするだろうか？モデルを拡大させた29ユニオンは1県でやる気のあるFWVの数とほぼ同じではないかと私は考える。要するにモデルユニオン実施の限界がここにある。モデルユニオンの真の成果はプロジェクト活動が撤退する今後明確になるだろう。

### 3) 産後健診（必須新生児ケアを含む）パイロット活動

助産に関わる活動に関しては2008年1月末の地域保健長期専門家着任後に開始された。地域保健専門家はまずモデルユニオンにおけるフィールドスタッフと保健施設の現状聞き取り調査を行い、その結果、フィールドスタッフの知識・技術共に弱かった妊婦健診、新生児ケア、産後健診に特化した研修プログ

ラムを開発し、研修実施支援を行った（別添資料3参照）。また、中間評価時の提言を受けて、病院における新生児蘇生法、新生児ケア研修などを実施した。

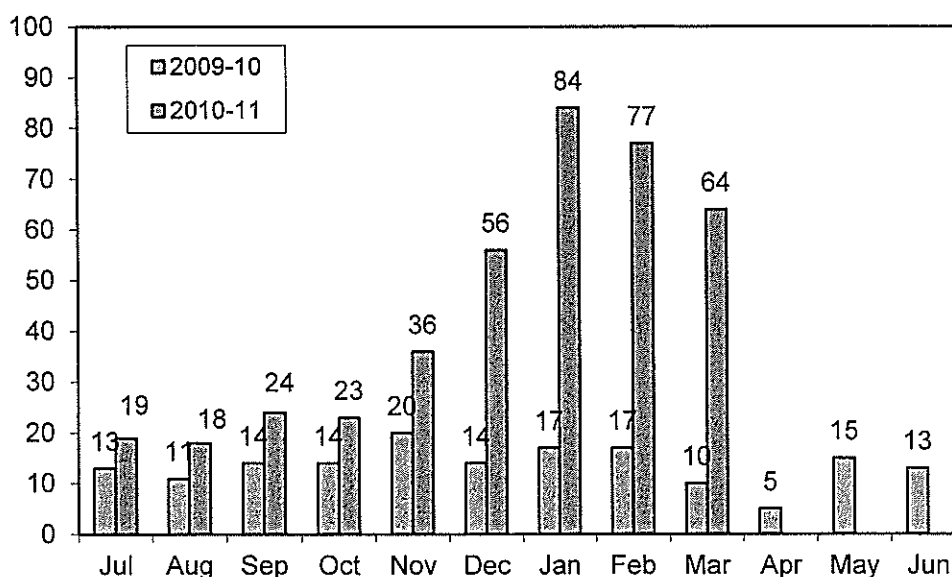
当該プロジェクトでは新生児ケア、産後ケアの活動が十分でなかったことは否めない。その理由は新生児ケア、産後ケアの両方においてバ国のみならず世界的にまだ効果的な介入方法が確立されておらず試行錯誤状態にある点、地域保健専門家の着任が遅れたことで活動の確定・開始を遅らせてしまった点が大きいの。バ国は昨年国家新生児ケア政策を策定したが、この分野はまだまだ有効な介入が実証されておらず課題も多い。特に、出産が自宅で行われる割合が高いバ国では誰が自宅で産後健診、新生児ケアといったサービスを提供できるのかが疑問視されている。SMPP ではこのような難しい課題に関しプロジェクトの強みを活かした提言をすべきと判断し、2010年から産後ケアパイロット活動をモノホルディ郡で開始した。このパイロットは CmSS が妊婦の健診受診に貢献していることに着目し、同じ CmSS が産後健診にどこまで貢献できるかを試行することを目的とする。政府のサービス提供に頼ることの限界を認識し、CmSS の女性メンバーによる限定的なケアの提供も試み、その効果を測る。パイロット地は DSF といった外部要因の少ないモノホルディ郡を選び、3つの介入ユニオンと3つのコントロールユニオンをランダムに選定した。2010年6月にはベースライン調査を実施し3介入ユニオン下の20の CmSS からそれぞれ3名の女性メンバーを選定、10月末から3日間の研修を3グループに分けて実施し、研修後はそれぞれ担当地域で決められた活動を行っている。

この活動はフェーズ2に引き継がれ、2011年末を目処に結果をまとめ報告する予定である。

#### 4) プライベート Community Based Skilled Birth Attendant (P-CSBA) （詳細は別添資料4参照）

熟練出産介助者（SBA）の数の不足がバ国における安全なお産の促進の阻害要因となっているが、SMPP ではバ国で初めての試みとしてチョール（中州）地域において地域住民の中から CSBA 選定条件を満たす女性を募り研修受講後 CSBA として地域で働くといったパイロットを保健サービス局の協力の下実施した。ナルシンディ県ライプーラ郡のチョール地域に位置する8つのユニオンから第1回の選考時に計11名、第2回において計9名の CSBA 候補者が選ばれ、第1回（2008年12月から2009年6月）は LAMB 病院（ディナジプール県）、第2回（2010年4月から11月）はクムディニ病院（タンガイル県）において6ヶ月の CSBA 研修が実施された。この活動の開始に伴い、当該プロジェクトは助産師のローカルスタッフを採用し、CSBA 研修後の技術的な支援を P-CSBA に対し提供している。

そもそも P-CSBA はある僻地のユニオンチェアマンの発案で始まった活動である。ライプーラのチョール地域は政府のワーカーが存在しない、または配属になっていても定期的にサービスを提供しない。町から離れ、移動は徒歩か船で川を渡らなければならない。電気・水が不足、治安・衛生環境も悪い。ワーカーが働きたがらないのはある意味当然であろう。P-CSBA は地元の切実な現状打開策として他に代替案が見つけられず開始されるに至った。地域代表者とプロジェクトの交渉でプロジェクトは研修経費を負担するがそれ以外はユニオン評議会が責任を持ち、P-CSBA の選定や研修後の活動支援、モニタリングをすることを条件とした。P-CSBA は政府職員ではないのでもちろん給料はもらえない。これに関してもユニオン評議会とその他住民との公開集会で議論し、P-CSBA は提供したサービスに対し定められた報酬をもらってもよしとした。その後、政府は Demand Side Financing (DSF: 妊産婦が適切な妊産婦ケアサービスを受けることを奨励したバウチャースキーム) のサービス提供者として P-CSBA を承認し、P-CSBA は政府から対象サービス提供に関し報奨金がもらえるようになった。



月毎 P-CSBA(第 1 グループ 11 名)による分娩介助総数 (2010 年 9 月から DSF 対象となる)

この取り組みはバ国の僻地において政府職員の不在により基礎的な保健医療サービスが受けられない住民へのサービス提供の可能性を示唆する画期的な取り組みであり、中央レベルにおける注目度も高い。この活動に着手した際は、SMPP 以外に BRAC、ICDDR, B がそれぞれ NGO のワーカーを CSBA として養成する取り組みを開始しようとしていた。その後 2011 年から SMPP 同様地域の一般女性を CSBA として養成する活動が UNFPA がリードを採る UN Joint MNH Initiative で開始されるなど他プロジェクトに徐々に波及しつつある。

終了時評価時に調査団のメンバーから CSBA の法的根拠を確認すべきと指摘された。CSBA は保健省内で承認の文書が存在し、対象政府フィールド職員の職務内容に記載されていること、資格はバ国の看護協会 (Nursing Council) が認定し免許を発行している。それ以外に根拠と呼べるものはない。SBA に関しては世界的にもその “S” の部分に疑問が残る SBA が多いことは事実である。実際 WHO の公式 SEA 定義にバ国の CSBA は該当しない。バ国における CSBA の導入は教育を受けていない介助者による自宅分娩が多数を占める状況を踏まえた一時的な応急処置であった。昨年 CSBA があまり妊産婦死亡の低減に貢献していない、そもそも助産の仕事を行っていないなどの調査結果が出されており、専門助産師の養成に国が本腰を入れ始めたこともあり、今後の CSBA 政策の方向性を再検討すべきとの認識が強まっている。しかし、SMPP が導入した P-CSBA は異なる文脈の中での検討が必要と考える。助産師の養成に力を入れることは賛成だが、如何せん時間がかかる。ましてや僻地で勤務することを厭わない専門性の高い助産師が何人養成されるのか、その内何人が本当に僻地に根付くのか、これまでの経験からも懐疑的にならざるをえない。今、現在僻地で働く政府ワーカーが圧倒的に不足している状況を鑑みても、無資格の伝統産婆と村医者に頼るよりは、地域が選び、地域が育て支える P-CSBA が妊産婦と新生児の命を救うことに貢献できると私は確信している。

当該プロジェクトは CSBA 関連の活動として P-CSBA の養成以外に、記録・報告システムの改良を手がけた。CSBA 記録・報告用紙は一般的に使用されておらず、CSBA は毎月紙切れに記録したものを会議に持参し報告しているといった有様であった。プロジェクトでは日々の記録のための帳面と月例報告用紙を作成し、中央レベルでの議論を経て試行的にノルシンディで導入した。導入の際、その使い方について

全 CSBA にオリエンテーションを行った。これらの活動は特に家族計画局側の郡・県マネジャーの CSBA 活動への関心を高め、また CSBA 自身のやる気に繋がったと考える。

### 成果 3 : 女性と新生児が産科・新生児ケアを利用するための地域支援が促進される

#### 1) コミュニティ・サポート・システム (CmSS)

コミュニティサポートシステム (CmSS) とは地域で暮らす女性が妊娠、出産、産褥時に必要なサービスを得られる、中でも緊急時に適切なケアが受けられる環境を地域住民が主体となって確立するシステムである。CmSS はケアバングラデシュが 1998 年にディナジプール県で開始した Dinajpur SafeMother Initiative (DSI) で初めて導入された。2001 年に実施された DSI 終了時評価では対象地郡病院の緊急産科ケア利用率や地域住民の Birth Planning に関する知識レベルが上がるなどの効果が確認された。その後、CmSS の他地域への普及を試みたプロジェクトが政府や他援助機関によって進められている。当該プロジェクトでは成果 3 の活動を現地 NGO であるケアバングラデシュに 2007 年 1 月から業務委託している。ケアバングラデシュはノルシンディの中で 2 つの郡 (モノホルディ、ライプーラ郡) を選び活動を始めた。その後、ショドール郡のチョール地域 (4 ユニオン) を対象地に加え、終了時までに合計 151 の CmSS 支援を行った。CmSS グループの主な活動は以下の通り。

- 地域の妊産婦の状況把握 (妊産婦リソースマップ作成、定例会議時の報告)
- ファンド設立による妊娠・出産に関わる必要経費補助
- 緊急時の搬送用交通手段の確保
- 妊産婦が必要なケア (妊産婦健診、破傷風予防注射摂取、出産準備など) の奨励、関連情報の伝達
- 家族内の意思決定者 (夫、姑) に対する妊産婦支援理解促進 (妊産婦健診受診、緊急時の搬送・医療施設受診など)
- 政府保健・家族計画スタッフとの関係構築、妊産婦に関する情報交換
- 地域住民に対する '安全なお産' 啓発活動

以下の表は CmSS グループの成熟度を A (高い)、B (標準)、C (低い) のカテゴリーでグループ分けした結果である。

郡	CmSS 数	CmSS カテゴリー別総数 (2010年6月現在)				CmSS カテゴリー別総数 (2010年12月現在)			
		A	B	C	D	A	B	C	D
モノフォルディ	49	27	19	3	-	36	9	3	1
ライプーラ	84	33	38	13	-	41	39	1	3
ショドール	12	0	7	5	-	1	9	1	1
ボラッシュ	6	-	-	-	-	2	4	0	0

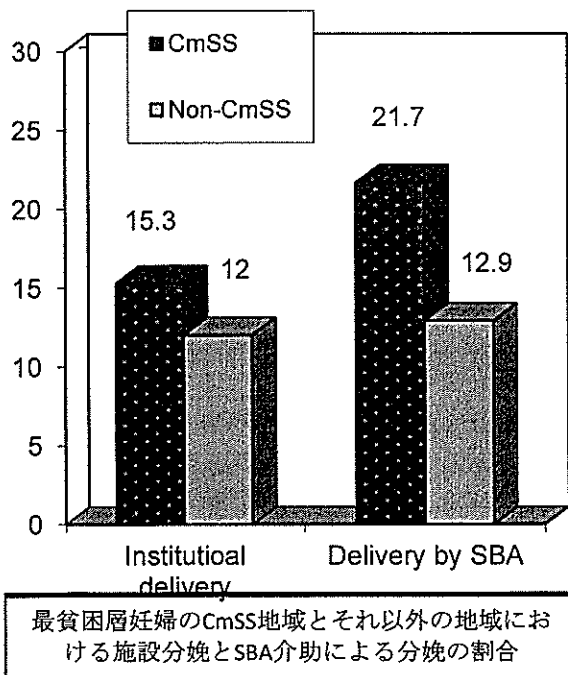


合計	151	60	57	21	-	80 (53%)	61 (40%)	5 (3%)	5 (3%)
----	-----	----	----	----	---	-------------	-------------	-----------	-----------

A カテゴリーグループは外部者の支援がなくても定期会議や妊産婦の登録といった日常活動の実施を円滑にこなし、かつ、活動の領域を幅広い地域のニーズや課題に応える形で拡大しているといった特徴が見られることから、これらのグループはプロジェクト終了後も持続性が担保されると考えられる。当該プロジェクトでは各 CmSS グループの成熟を促進するため、C カテゴリーグループが A カテゴリーグループを視察するといった活動を行った。また、ユニオン CmSS フェデレーションを結成し、ユニオン内で CmSS の月毎データ集積や情報共有、問題への対処、相互支援を行える仕組みを作った。上位カテゴリーグループの数が増加していることからこのような取り組みはある程度の効果があったと判断できる。また、CmSS と地方行政との繋がりを強固なものとする事でプロジェクト終了後も CmSS 活動が継続するよう工夫した。特記事項としてはユニオン調整委員会会議(UCCM)といったユニオンレベルの会議に CmSS のユニオン代表が出席するようになり、そこで CmSS の活動報告などができるようになったことである。2009 年 4 月に作成した CmSS 運営ガイドラインは CmSS グループの立ち上げから必要なファシリテーションやツールの使い方、会議の持ち方、モニタリングの仕方などのノウハウを細かく記載しており、他者による実践の一助になると考える。

当該プロジェクトが 2011 年 5 月に実施した CmSS 調査の結果によると、145 の A, B, C カテゴリー CmSS グループが対象とする人口は 196,775 人、対象世帯数は 39,570 世帯と記録されており、1つの CmSS グループは平均 273 世帯（最小 40 から最大 950 世帯、200-299 世帯対象グループは全体の 41%、300 世帯以上は 37%）を対象に活動を行っている。グループメンバー総数は 1,955 人にのぼり、内 56% が女性である。年齢層は 30 歳代、40 歳代が最も多くそれぞれ 29%を占めている。職業は 42%が主婦で

圧倒的多数であり、農業従事者が 19%、商売人が 12%と続く。2010 年の 145 グループによる年間妊婦登録総数は 6,056 人で人口数からの推定数 4,946 人（推定人口の 2.5%で算出）と比較し 122%となる。それに対し 145 のグループが記録した出生数は 4,179 人で推定値の 4,673 人（推定妊婦数の 95%で算出）と比較し 89%のみ記録されたこととなる。これらの数値を見ると地域の妊婦の発見率は高いが、出生数の記録との差が気になる。この差が生じている理由としては妊婦の数が重複して数えられている、死産が多い、妊婦が地域外で出産したなどの可能性が推察される。総計 3,277 人の女性が CmSS グループから何らかの支援を受けており、その内容は保健施設への搬送の際の同伴と搬送に関する助言、その他情報提供が多く全体の 51%、搬送手段の支援が 27%、金銭的支援が 22%を占める。この調査では CmSS グループのサーベイランス活動の改善を提言しており、それを受けて当該プロジェクトでは改善策を検討した。この改善策は次期フェーズの活動地で適応される予定である。



終了時評価調査の結果、CmSS 活動は中でも貧困層の母子保健サービス利用の増加に貢献したことが分かった。これは CmSS が意図した結果であり、更に、母子保健に限らず活動の範囲をより幅広い社会問題（早婚、ダウリー、女性に対する暴力、貧困者支援など）に拡大しつつある CmSS はコミュニティエンパワメント、住民による社会変革に貢献できる活動であると考えられる。

CmSS はその有効性が広く認められており、コミュニティクリニックプロジェクト（正式名は Revitalization of Community Health Care Initiatives in Bangladesh）はコミュニティクリニック（CC）活性化に役立つとして各 CC につき 2・3 の CmSS（現在はコミュニティサポートグループと呼ばれる）を作ることを見込んでいる。これはコミュニティクリニックプロジェクトが発行したコミュニティグループ運営管理ガイドラインに明記されており、このガイドラインに基づいたオリエンテーションプログラムが現在全国で実施されている。当該プロジェクトではコミュニティサポートグループの形成を担う地域ファシリテーター養成のための研修員を対象とした Trainer's Training (ToT) プログラムを開発した。フェーズ 2 ではこの研修プログラムの実施運営支援を主な活動の 1 つと位置づけている。

## 2) 地方行政との協働

当該プロジェクトにおける予想していなかった成果は地方行政、特にユニオン評議会の母子保健活動への貢献であった。地方行政の強みは地域に密着していること、そして地方行政が独自裁量で使える予算を持っていることである。特に後者は殆ど自由になる予算がない保健施設マネージャーにとっては魅力的であった。地方行政は世界銀行、アジア開発銀行、UNDP 等からブロック予算の配分を直接受けている。その予算の殆どは道路改修などのインフラ目的に使われることが多い。その理由はインフラのニーズが高い、または分かりやすい、成果が見えやすいなどがあるが、インフラ以外、特に社会セクターで何に使っていいのかわからないという本音も聞こえてくる。つまり、保健医療の専門家でない地域住民代表にとって母子保健で何か貢献しようという意志はあっても何から手をつけていいのかわからないのである。当該プロジェクトはこの点に着目し、“保健医療”という分野の垣根を下げた。まず、“モデルユニオン”というお題目を使ってユニオン評議会の関心を惹き、モデルになるためには現在地域の母子が抱える問題を解決しないと行けないと説く。モデルユニオン活動計画作りにも参画してもらい、その場でユニオン評議会の“貢献”をコミットしてもらおう。例を挙げると、FWC に水も電気もない。本来これは家族計画局側の責任であるが、家族計画局の対応は時間がかかり、かつ確実に対応できるとは限らない。そこでユニオン評議会の予算を使って貯水タンクの設置や井戸の改修、電気配線の工事などを行った。このような活動を通してユニオン評議会は母子保健分野で彼らが貢献できることを理解し、年度予算に組み込むといったユニオンも現れた。画期的な例としてはユニオン評議会の予算を使って FWC に掃除婦や夜警を配置させる、またはこれらのワーカーに対し政府の貧困層支援プログラムの一環としてユニオン評議会に配布されている米や小麦粉を労働提供の見返りとして与えるなど、これまでになかった創意工夫で母子保健に貢献するユニオンも見られた。ユニオン評議会の貢献は大きな可能性を秘めていると言える。

CmSS の活動もユニオン評議会の貢献を引き出す要因となった。CmSS を訪れる中央からの政府高官が増えるにつれ、CmSS に対するユニオン評議会の認識や評価も高まり、CmSS がユニオン評議会から支援を得やすくなった。具体的には CmSS グループが企画したイベントへの出資や患者搬送用リキシャバンの供与などを支援した事例が多々見られる。最後に 2010 年に入って支援を開始したユニオン調整委員会会議 (UCCM) の促進はユニオン評議会の活性化に繋がった。UCCM は JICA の地域開発プロジェクトである

Participatory Rural Development Project II (PRDP-II)で開発され普及されたものである。ユニオンレベルでは各省庁の出先機関が揃っているが、これらの出先機関同士、またはユニオン評議会と出先機関との間で十分なコミュニケーションや調整がなされていない。その結果、住民に提供されている公的サービスに関する情報が住民に届いておらず、サービスが有効活用されていないという悪循環が生じている。UCCMは毎月1回を目処にユニオン評議会メンバー、出先機関代表者、住民代表、地元NGO代表などが一堂に会し、月毎の活動報告や予定の共有、問題提起とその対処に関する議論・決定、その他調整を目的とした情報共有などを行う。ノルシンディではUCCMにおいて母子保健関連の活動報告をFWV、AHIなどが行い、更にCmSSユニオンフェデレーション代表がCmSS関連活動の報告などを行った。PRDP-IIと連携し、総勢46名のノルシンディ県のユニオン評議会関係者がUCCMに関する3日間の研修を受講した。この研修を受けた多くのユニオンでは、実際にUCCMを開始している、または、これまでも会議を実施していたが会議の定例化や住民・NGO代表の参加を認めるなど会議自体を改善させたという報告も受けている。

当該プロジェクトは2010年からHorizontal Learning Program (HLP)に参加している。HLPは地方行政・地域開発省のプログラムで世界銀行の水・衛生プログラムの支援を受けている。その大目的は水・衛生関連活動を通じた地方行政機関の強化にあるが、特にユニオン評議会同士の交流を通して相互の優良事例から学び、優良事例を広めていくといった活動を展開している。これまでにノルシンディではポラッシュ郡で初めてのHLPワークショップを2010年7月に開催し、HLPの紹介、ポラッシュ郡の優良事例の選定と普及のための活動計画を立案した。また、ノルシンディ県の全郡から数名のユニオンチェアマンが選ばれて優良事例を学ぶウパジラ訪問に参加している。これらの活動は地方行政の活性化、ひいては機能強化に繋がると考える。

## 7. プロジェクト成果

当該プロジェクトは2008年7月に中間評価、2010年2月に終了時評価をそれぞれ実施した。中間評価では活動の進捗に遅れは見られるものもモニタリング指標などから徐々に成果を出してきていることが確認された。活動の中でも特にコミュニティサポートシステム(CmSS)が高い評価を受けた。新生児ケアへの取り組みが課題として挙げられ、時間的制約を考慮しプロジェクトの活動から外すことを検討したが、政府側の強い反対を受け、残りの限られた時間内に実現できることを確実に行うこととし、既存の活動の中に新生児ケアの活動を取り込むことで落ち着いた。

終了時評価ではプロジェクト目標の達成が確認され、第2フェーズへ向けた議論が展開されたが、バ国の国家保健プログラム自体が2011年6月に終了し、続けて新しいプログラムが開始されることに合わせて、当該プロジェクトの第2フェーズも2011年7月開始とし、その間現行プロジェクトは1年延長して、残された課題への取り組みと次期フェーズへの準備期間とすることが決定された。終了時評価と延長期間の結果は以下の通り。

① プロジェクト目標 (対象県の妊産褥婦と新生児の健康状態が改善される) の達成度 →

「達成された」

プロジェクト目標の指標	ベースライン	エンドライン	2010年12月	目標値
1. 産科合併症を発症した妊産褥婦が緊急産科ケアを受診した割合	17.8%(2006)	55.6%(2009)	57.4%(公立病院のみ;27.7%)	65%
2. モデル・ユニオンにおける熟練出産介助者による出産介助率	18%(2008)	25.4%(2009)	データなし	25%
3. 緊急産科ケア(EmOC)提供施設における妊産褥婦の致死率	0.7%(2007)	0.1%(2009)	0.06%(GoB: 0.13)	<1%
4. SMPPアプローチが次期プログラム政策に反映された数			1(CmSS)	1

② 成果の達成度 → 「概ね達成された」

成果1： プロジェクトの経験・教訓が保健省中央レベルで共有され、活動の促進に必要な意思決定がなされる

成果1の指標	ベースライン	エンドライン	2011年6月	目標値
1-1. プロジェクトの経験に基づいてプロジェクト合同調整委員会が下した政策レベルの決定の数、学会発表数、プロセスドキュメントの数	0	1	学会における調査発表2回、プロセスドキュメント3 (Model Union, P-CSBA, HI)	学会発表2回以上
1-2. プロジェクト経験に基づき作成した事例集の数と事例提示件数	0	累積31	累積48(延長期間15)	なし
1-3. プロジェクトの発行したニュースレターの数	0	13	17	17
1-4. プロジェクト終了時まで、プロジェクトの経験・教訓共有のために中央レベルで開催された各種会議、セミナー、ワークショップの数	0	25回/2009年(期間中計62回)	26回/2010年	20回/年

成果2： 安全な出産のためのサービス提供体制が対象県以下で強化される

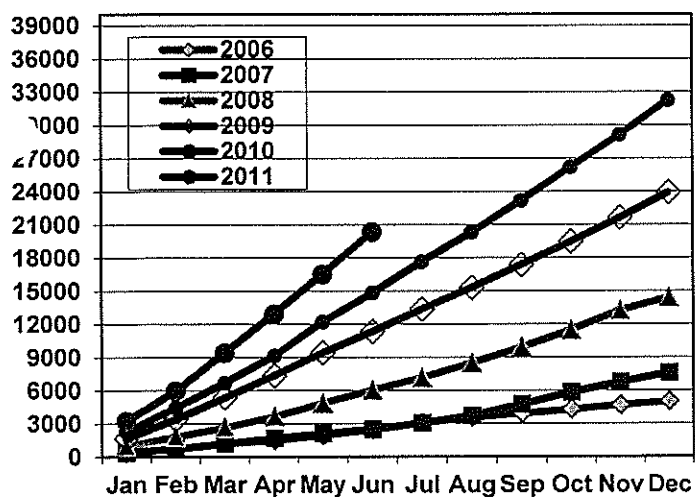
成果2の指標	ベースライン	エンドライン	2011年6月	目標値
2-1. 母子保健の技術・管理研修を受けた保健局・家族計画局職員の割合	NA	94%(1,104名)	—	100%
2-2. モデル・ユニオンにおいて実施された管理職による施設巡回指導の数	NA	140	—	毎月1 HC+ 1 SC
2-3. モデル・ユニオンにおいて前回妊娠中に3回以上妊婦健診(ANC)を受けた女性の割合	28.3%	34.7%	データなし	60%
2-4. モデル・ユニオンにおいて、前回の分娩後42日以内に産後健診(PNC)を受けた女性の割合	13.5%	22.9%	データなし	30%
2-5. 予防接種活動と合同で実施されたサテライトクリニックの割合	NA	82%(2009年12月)	85.7%(2010年11月)	100%
2-6. 包括的参加ケア(CEmOC)と基礎的産科ケア(BEmOC)提供施設の数	4 BEmOC 3 CEmOC	2 BEmOC 6 CEmOC		2 BEmOC 6 CEmOC

2-7. モデルユニオンの優良事例を適用したユニオンの数	0	9	29 (新規 20)	新規 10
2-8. 5S/Kaizen/TQM パイロット病院数		0	4	1
2-9. 斬新なアイデアを取り入れた病院数			—	2

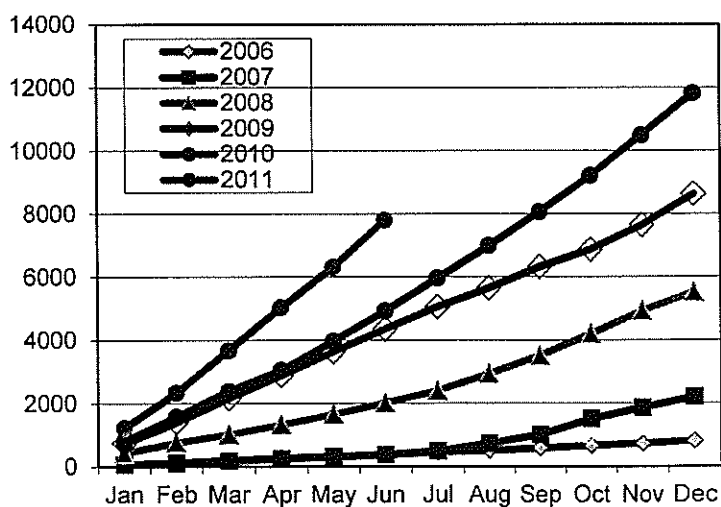
成果3： 女性と新生児が産科・新生児ケアを利用するための地域支援が促進される

成果3の指標	ベースライン	エンドライン	2010年12月	目標値
3-1. モデル・ユニオンにおいて前回の分娩時に出産準備計画を実行した女性の割合	44% (2008年9月)	93.3%	データなし	100%
3-2. モデル・ユニオンにおいて母子保健サービスを受けるためにCmSSの支援を受けた母親と新生児の数	0	31%	40%	50%
3-3. モデル・ユニオンにおいて、ユニオン評議会によって決議・実施された母子保健関連の活動の数	0	会議 268、決議 320、うち実施 212	—	なし
3-4. AカテゴリーCmSSの割合			53%	55%
3-5. 限定的PNCをCmSSメンバーから受けた女性の数			データなし	50%
3-6. コミュニティクリニック(CC)を支援するCmSSの数			15のCCとCmSSは同一メンバーを持つ	なし

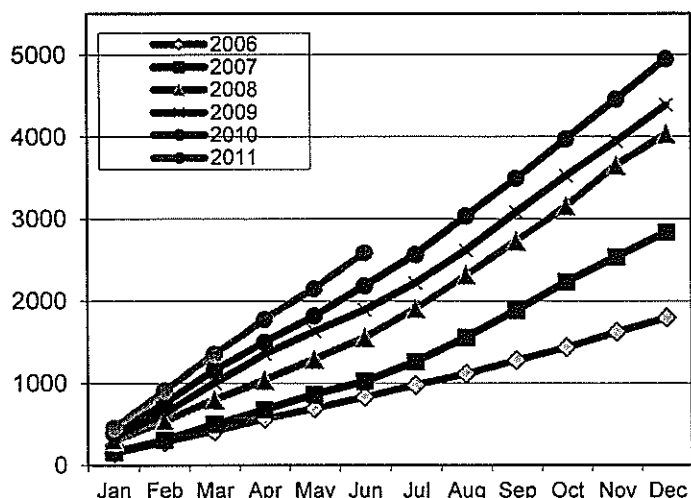
当該プロジェクトでは活動モニタリングに関し、毎月県・郡レベルの政府MISから指標となるデータの収集を行った。それらのデータは、モデルユニオンの業績データ、CSBAの業績データ、公立病院の業績・人事データに大別される。以下、プロジェクト開始前(2006年)から終了時(2011年6月)までの公立病院モニタリング指標の結果である。



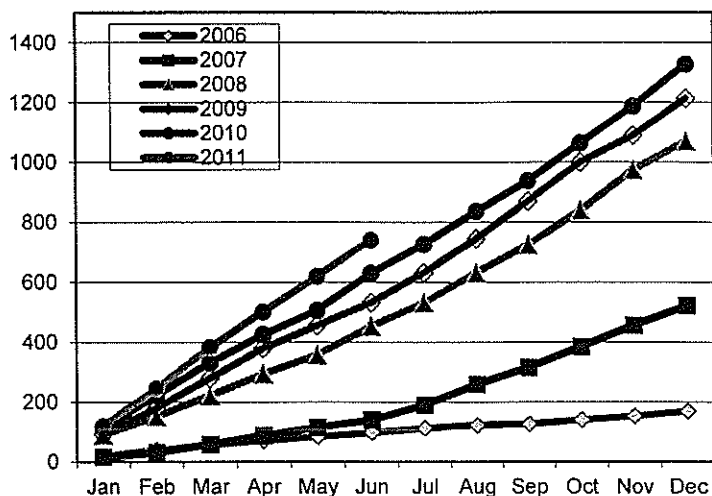
公立病院における妊婦健診受診数累積：2006-2011年



公立病院における産後健診受診数累積：2006-2011年



公立病院における分娩数累積：2006-2011年



公立病院における帝王切開数累積：2006-2011年

プロジェクト開始前の2006年のサービス利用累積と比較し終了時の2011年には着実にサービス利用が増加している。この傾向はプロジェクト終了後も継続すると予想されるが、今後もモニタリングが必要である。

## 8. プロジェクト実施上の課題と課題克服のための工夫

### 1) 受け入れ機関の状況と問題点

保健家族福祉省が当該プロジェクトの場合、受け入れ機関、または実施機関となる。プロジェクト実施に関し直面した問題は保健家族福祉省が抱える根幹的な問題が多い。例えば、人事の問題は深刻である。現場ではポストに対し欠員が多く、またはスタッフは配属されておりポストは埋まっているが出向のため全く戦力となっていないといったケースが散見された。この問題を更に深刻にしているのは頻繁な人事異動と適材適所を無視した配属である。この問題の影響は特に包括的緊急産科ケア(C-EmOC)を提供している病院で顕著に現れた。C-EmOCは産婦人科医、麻酔科医としての資格、または緊急産科研修、麻酔科研修(双方少なくとも6ヶ月)を受けた医師の両者と緊急産科研修を受けた看護師が必須である。C-EmOC指定病院はこの条件を満たしていたとしても医師が1ペアしか存在しない場合が殆どである。つまりどちらかの医師が何らかの理由でこの病院を離れた場合、C-EmOCサービスは即中断されることとなる。ノルシンディ県では8つの公立病院がC-EmOCサービス提供可能とされるが、常に1つの病院は医師の不在が理由でサービスを提供できない状態にあった。看護師の不足は慢性化している。その理由の1つとして毎年看護学校は卒業者を輩出しているにも関わらず、政府がここ数年看護婦の新規採用を凍結しているといった背景がある。看護師などの新規採用は保健省だけの判断では決められず、人事省、経済省などが関わってくる。傾向としてバ政府は新しい公務員ポストを作ることに対しては慎重であり、その手続きはかなりの時間を要する。これらの問題はノルシンディ県に限らず全国的な問題でプロジェクトから問題の早期解決を政府カウンターパートに依頼しても対処療法のみで根本的な解決には繋がらなかった。

もうひとつの問題は県以下への予算配分である。バ国では病院予算はその病床数で定められており、その病院の利用率や患者数などは全く考慮されない。病院は常に混雑しており、定員以上の入院患者を抱えていたとしても与えられた少ない予算でなんとか遣り繰りしているというのが現状である。雑費や諸々の経費に充てられる予算は微々たるものである。電球を取り替えるための予算もないので病

院スタッフが自己負担をするか、そのまま放置されるか、という状況である。このような職場環境で働かされるスタッフの勤労意欲が徐々に低下していくのは当然の成り行きであろう。

## 2) 事業関連分野の現状と課題

前述したとおりバ国は保健分野においてMDG4・5達成に向け順調な改善を見せており、それは当国の自信に繋がっている。脆弱で非効率的な保健システムでありながらここまで指標を改善させたその要因は新たな分析を要するが、プライベートセクターの貢献が大きかったことは言うまでもない。特に、私立病院・診療所の拡大はその分娩数（主に帝王切開）の伸びを見ても妊産婦死亡低減の観点からは大きな影響を及ぼしたと推察される。現在、私立病院・診療所は保健省側もその動向につきあまり把握しておらず、野放しに近い状態にある。私立病院・診療所のサービスの質管理や公立病院との連携などの強化が今後ますます必要となっている。

また、妊産婦死亡率、小児死亡率がここまで下がったことは喜ばしいことだが、今以上に改善させるためには今後の対策はより一層焦点を絞った介入が求められる。死因に特化した対策、指標の悪い地域に特化した対策、僻地での対策、貧困層に向けた対策などを明確にし、地域ごとにこのような対策を使い分けるといったきめの細かい戦略とモニタリングが必要とされる。しかも、このような対策は保健家族福祉省の能力強化、保健システム全体の強化に留意した形で実施されるべきである。さらに、関係者間でこのような共通認識・戦略を確立し、確立された戦略に沿った関係者間の調整・協調が求められる。プロジェクトが乱立するバ国の母子保健分野においてこれは非常に困難な課題であると言えよう。

NGOの位置づけについても再考の余地がある。NGOの強みを認め、保健省が手が回らない、または不得意な分野はNGOの協力を積極的に要請し、必要に応じて政府がNGOに予算も配分するといった真のパートナーシップの構築を目指すべきである。

## 3) 各種課題を踏まえ、プロジェクトの効率性・目標達成度・インパクト・妥当性、自立発展性を高めるために実際に行った工夫

当該プロジェクトの効率性は現地の人材や組織を有効活用することで高められた。経験を積んだローカルスタッフは即戦力となる。目標達成は活動の進捗や結果、モニタリング指標を見ながらある程度調整できる。インパクトはプロジェクトの枠に必要以上に囚われなければ大きなインパクトを生むことは可能である。自立発展性を高めるために、プロジェクトは必要以上の資金を投入せず、またできるだけ地域に存在する資源（資金、人材、物、知見など）を有効活用した。プロジェクトへの依存を生まないためにもカウンターパートとの対話を大切にし、常に彼らの意欲を鼓舞するような支援をしてきたつもりである。

## 4) プロジェクトの自立発展性向上のために、今後受入国が取り組む必要のある事項

プロジェクト実施を通してさまざまな問題に直面したが、中でも深刻と思われるのは、人事と地方分権である。人材不足、適材適所の人事配置、頻繁な移動、アブセンティズム、賞罰制度、スーパービジョンなど課題は多い。人事は裏金で決定されることも多く、それ故システムが機能不全に陥っている。抜本的な改革でも起こさない限りこの仕組みを変えることは殆ど不可能に近い。但し、地方レベルでできることはある。地方行政や住民の声、地域代表の汚職を許さない姿勢はその地域のワーカーの行動に影響を与える。また、ITの導入は期待が持てる。現在、保健サービス局ではMIS課が中心となって病院スタッフの勤務状況をビデオカメラや出勤記録マシン（出勤・帰宅時に指紋を読

み取り勤務時間を確認)などを設置し管理することを試行している。それによりスタッフの勤務状況が改善されたと聞いている。このような取り組みは今後拡大していくものと思われる。

地方分権は政府が長年その課題としてあげているが、保健分野に関して言うと進展しているとは思えない状況である。Local Level Planning (LLP)と称して郡レベルで1年ごとに活動計画と指標、予算を立て、県レベルでまとめ中央レベルに送るといった作業を繰り返しているが、未だ予算が計画通りに下りてきたことがない。絵に描いた餅である。地方分権はただ地方に権限を委譲するだけではない。地方が委譲された権限を正しく使えるためのマネジャーの能力養成やマネジャーの日々の課題への対処を側面支援する体制、不正予防の体制などが同時に必要とされる。今のマネジャーは会計監査を恐れ、持っている権限を十分活かしきれていないし、権限を使う気力もない。これでは地方分権は機能しない。また、この問題は人事同様、保健省だけで解決できることではない。他省庁の理解と承認が不可欠で、その為にもまず保健省はここまでできる、このような準備があるといった説得材料が必要ではないかと思慮する。まず、保健省内で小さな規模でも良いので現在の縛りの中で確立できる地方分権モデルを作ってみてはどうか。そういった意味で、現在動き始めているウパジラ保健システム概念の具体化にSMPP-2としての貢献をする予定である。

## 9. 教訓

### 1) 実施体制 (JCC、DPIC、UPIC)

この国はお客様のおもてなしを非常に大切にしている。貧しい村でも遠方からはるばるやって来た客に食べ物、飲み物を出してもてなそうとする。この国の美德だと思うが、それが障害になる時も多々ある。例えば、会議を開催する際は開催者側は何かを出さないといけないと考える。しかし、そんな予算はないので結局会議はやらない。何も出さなければ誰も来ない、と言う。前述したように当該プロジェクトではプロジェクト実施体制として合同調整委員会、県プロジェクト実施委員会、郡プロジェクト実施委員会がそれぞれ設置された。開催者は政府であるが、会議に出すスナック、食事の予算は政府側にはない。プロジェクトとしては会議を開かない訳にはいかないので、会議費をプロジェクトが負担する。プロジェクトが存在する間はこれで問題は解決されるが、いざ会議費を出す人間がいなくなると会議は開かれなくなる。当該プロジェクトでは2009年からプロジェクト終了以降を考慮し、それぞれの郡でUPIC会議の今後を話し合ってもらった。殆どの郡がその際既存の政府の定例会議(郡調整委員会会議、郡チェアマン調整会議など)との合併を決定した。しかし、合併してしまうとプロジェクト活動に関する話し合いが十分な時間を取ってできなくなる。それに対する不満を主張するカウンターパートもいたが、不満を口にするだけで何も行動を取らなかった。結局、プロジェクトが導入した委員会やその機能はプロジェクト終了時にはほぼ跡形もなくなってしまった。どのプロジェクトでもこのようなプロジェクトのための実施体制を導入するのは当たり前に行われているが、どこまでプロジェクト終了時のことを考えているのだろうか疑問に思う。県・郡レベルで保健サービス局側と家族計画局側がそれぞれ実施している月例調整会議はプロジェクト活動を議論する上でも有効な場であった。しかし、保健と家族計画に分かれていること、他省庁や地方行政の代表が参加しないことなどがDPIC、UPICとは異なり、保健以外の関係者とのコミュニケーションは別途何らかの方法を考える必要がある。ノルシンディの経験を活かし、セカンドフェーズではどのような実施体制を作るか、検討を要する。



## 2) 現地 NGO とのパートナーシップ

ケアバングラデシュ（以下、ケア）との業務委託契約は JICA にとってはあまり前例のないことであると中間評価の際に指摘された。それまでそんな特別なことという意識が全くなかったのは、バ国では NGO を使ったプロジェクトの実施がごく自然に行われていたからであろう。個人的には現地 NGO 業務委託は有益だったと考える。JICA や日本人専門家にはない知見やバ国での豊富な経験をプロジェクトに活かすことができ、それが CmSS という期待以上の大きな成果に繋がった。但し、現地 NGO との業務委託は簡単ではない。実際に一緒にプロジェクトを動かしてみて分かった様々な苦労があったことをここに記しておきたい。特に、1 年目はまずチーム内で JICA（ドナー）とケア（委託先）といった垣根を壊すのに時間を費やした。バングラ人は属する組織を自分のアイデンティティと考える。所属先を前面に出さず、SMPP チームの 1 員として行動することを強調したが、これも馴染むまで時間を要した。郡レベルは中でも JICA スタッフとケアスタッフの職務内容が重複している部分があり、混乱が生じ人間関係もこじれてしまった。両チーム間のコミュニケーションの問題は内と外をはっきり分けるバングラ人の文化もあり徐々に改善されたもののプロジェクト終了時まで続いた。

ケアとの関係は問題は多々あったが、得たものはそれ以上に大きかった。ケアの保健プログラムダイレクターは JICA との関係を非常に重視し、SMPP のマネージメント・活動内容両面で多大な貢献をした。コミュニティの理解や住民への接し方など彼から学ぶことは多かった。最後に、JICA は日本人の活躍にこだわっている印象を持つが、現地で得られる人材資源は有効活用すべきである。バ国では優秀な人材や組織が育っているのだから、それを使わない手はない。その方が効果的、効率的でもある。日本人専門家 1 名の派遣予算で何名の現地人スタッフが雇用できるか、どちらの方が成果に繋がるか、日本人専門家がバングラ人と比較しどのような優位性を持っているのか、日本人にしかできないことは何か、慎重に検討すべきである。

## 3) 現地スタッフによる技術移転、ファシリテーション

当該プロジェクトのもう一つの特徴は現地人スタッフのチームとしての雇用が挙げられる。プロジェクト開始時に 10 名のコアスタッフを採用した。彼らの主な役割はファシリテーションであったと言えよう。彼らから移転された技術もある。特に会議の開催の仕方やコンピュータ技術、データを使ったモニタリングなどは郡レベルで改善が見られた。

プロジェクトの現地人スタッフを使って活動を動かすことには賛否両論ある。SMPP のスタッフにはいつも JICA のカウンターパートとの関係構築において常に capacity development を意識するよう説いてきた。カウンターパートが自分たちで問題を解決するその過程を支援する。それが私たちの役割であると。カウンターパートが本来やるべきことをプロジェクトスタッフが肩代わりしてやっていると指摘を受けた。スタッフにとってはそのあたりの境目の判断が難しい。活動がうまくいかないと自分の評価にも繋がるので自分で手を出してしまうスタッフもいる。あえて反論するならば、当該プロジェクトは評価の指標に公立病院の業績を使っている。公立病院のサービス利用数は飛躍的に改善しているが、当該プロジェクトは他 NGO プロジェクトに見られるようなサービス提供自体をプロジェクトが直接行うということはやっていないので、この改善は全て政府カウンターパートの功績と言える。政府カウンターパートに寄り添うことで彼らの仕事に対する意欲や態度

を変換させた、それが良い結果に繋がった、これはプロジェクト現地人スタッフの功績であり、日本人専門家には困難であったと思う。また、彼らがいなければフィールド状況の把握や貴重な情報の入手は困難であった。彼らの役割は改善すべき点もあるが、彼らなしでプロジェクトを実施することは難しいと考える。これについてはセカンドフェーズでの検討事項として残したい。

最後に当該プロジェクトは技術移転型のプロジェクトではない。プロジェクトが作り上げた優良事例の政策反映を通じた保健システム強化プロジェクトであった。今後は SMPP のようなプロジェクトの需要が増えると考えられ、保健システム強化型のプロジェクトの立案・実施・運営に関する JICA の経験の蓄積が求められる。

#### 4) 現地政府のオーナーシップと能力開発

JICA は要請主義を重視している。先方政府が要請書を出さない限りどのような援助も始まらない。しかし、要請書を出す、イコール、オーナーシップを持っている、とはならないところが難しい。結局、始まったプロジェクトは JICA プロジェクトと認識され、「JICA はこのプロジェクトで何をやりたいのか？何を政府に与えてくれるのか？」と聞かれる。保健省がオーナーシップを持っているプロジェクトなどあるのだろうか？政府が多大な力を入れている予防接種プログラム、家族計画プログラムはプロジェクトではなく政府のプログラムである。最初は違ってもプロジェクトの5年間で政府職員がプロジェクトにオーナーシップを持つようになるだろうか？

個人的には私はこのような議論に無意味さを感じる。特に、SMPP のような政府職員が本来やるべきことをきっちりやっていただきましょう、というスタンスのプロジェクトの場合、政府が活動をプロジェクト、つまり特別なことと意識しない方がよい。プロジェクトが在る無しに関わらず、彼らはやらないといけないことになっている、それができていないからプロジェクトが入り、彼らができている理由を一緒に考え、できるようになる過程を支援したというのが SMPP である。このできるようになる過程というのが Capacity Development と考える。例えば、プロジェクトでは PDCA (Plan-Do-Check-Act) サイクルを各レベルで実施した。計画立案のための現状把握から始まり、立案された計画を実施、それをモニタリングし結果に応じて計画を改訂する。このようなサイクルはバ国の公的セクターではあまり馴染みがなく、定着させるのは難しいが、この方法により今ある問題ややるべきことが明確になり、現状の改善が期待できる。変化が見えるとスタッフもやる気になる。

このプロジェクトを通して Capacity Development に大事なのはまず意識変革であると学んだ。まず、本人が変わるべきという問題意識を持っているかどうか、これがないと Capacity Development はそもそも始まらない。コミュニティの CmSS 活動は住民による全くのボランティア活動であるが、活動開始時の動機付けがしっかりされているため最初から住民はオーナーシップを持ってグループ活動を行っている。病院での活動はスタッフが既にやる気がなく、現状以上のことをやるのに金銭的な動機付けがないと動かないという体質が出来上がっている。この病院スタッフに根付いた意識を変えることは殆どできなかつた。それが今のノルシンディ県の公立病院の現状に顕著に反映されている。病院スタッフの意識改革は困難な課題であり、時に投げ出したくなるがセカンドフェーズでは是非成功例を残してもらいたい。

## 10. 総括

当該プロジェクトは日本の新保健政策である EMBRACE (Ensure Mothers and Babies Regular Access to Care) のモデルと言われている。確かにこのモデルはナルシンディモデルに類似した部分がある。いろんな意味で注目されるのは良いことだが、それだけの成果を出しているのだろうかと不安になるのも事実である。関係者、支援者の期待に応えたいと思う。が、何よりバ国のためになることをしたい。どうしようもない政府と嫌になるが、それでも希望の持てるやる気のある人材はいる。彼らとこの国を変える何かができればと願う。SMPP はパイロットプロジェクトであり、良かれと思うことをいろいろ柔軟に試行してみた。試行しながら考え、軌道修正し、時に立ち止まり、時に全速で走った。プロジェクトは運動体であり、常に周りの状況に応じて変化している。カウンターパートが活動を動かしているのだから、彼らのペースに合わせるしかないのである。

プロジェクトはその宿命として結果は出さないとはいけない。少なくとも定められた目標は達成しないとはいけない。それは時に脆弱な政府のシステムを回避し、プロジェクトが自ら手を下して問題を収めることを強いる。幸い、SMPP はプロジェクト目標を達成することができ、コミュニティの活動では期待以上の成果も出せた。けれども、結局政府の根幹的な問題に具体的な解決策を提示することができなかった。特に、前述した人事と地方分権の問題は政府も解決策が見出せていない。そのような問題の一助になることを SMPP はもっと積極的に取り組むべきであった。

振り返ればバ国に赴任して出生前の SMPP と巡り合い、密接に関わるようになり、お産に立会い、新生児のケアに追われ、日々成長する子どもを時に厳しく、時に温かく見守るといった6年7ヶ月であった。まさに子育てである。親初体験の私は分からない事だらけで、ローカルスタッフに支えられ、カウンターパートに泣かされ、コミュニティから元気をもらい、何とかここまでやってきた。今は、子どもが周りに甘やかされ傲慢に育つことなく、新たに課せられた挑戦を契機と捕らえ、バ国の多くの母子の健康に貢献できる、そんな大人に成長して欲しいと願ってやまない。