

JICAグローバル・アジェンダ 保健医療  
 クラスタ事業戦略「母子手帳の活用を含む質の高い母子継続ケア強化」  
 (母子保健クラスター戦略)

ブルンジ共和国

「母子保健サービス強化プロジェクト フェーズ2」

実施期間: 2023年10月~2026年10月(3年間)  
 実施対象地: ブジュンブラ・メリー県 (ブランス・レジャン・シャルル病院)  
 ムワロ県 (キブンブ郡病院、フォタ郡病院)  
 ギテガ県 (ギテガ県病院、ムタホ郡病院、ンティタ郡病院、  
 キビンバ郡病院)  
 なお、ムワロ県及びギテガ県においてEmONCサービス提供施設  
 として機能しているコミュン病院及び保健センターについても対象  
 とする

直接受益者: 医師(産科医・麻酔科医)、助産師、看護師  
 最終受益者: 対象地域に住む妊産婦、新生児  
 事業の枠組:

【上位目標】  
 緊急産科・新生児ケア(EmONC)サービスの質の改善を通じて、ブルンジの妊産婦及び新生児の健康状態が改善される。  
 【プロジェクト目標】  
 対象地域の全リファラル・レベルにある保健施設が提供するEmONCサービスの質が改善される。

【成果】  
 成果1: 国家標準 EmONCメンターシップモデルの実施により、全リファラル・レベルの保健施設にてEmONCサービス提供にかかる保健施設の能力が向上する。成果2: KAIZEN を応用した妊産婦死亡サーベイランス(KAIZEN-MPDSR)モデルが全リファラル・レベルの保健施設に展開される。  
 成果3: 継続ケアにかかる施設・家庭用保健記録ツールの効果的な活用により、保健センターを含む保健施設における質の高いEmONCケース・マネジメントが実施される。



母子継続ケアにおける位置づけ

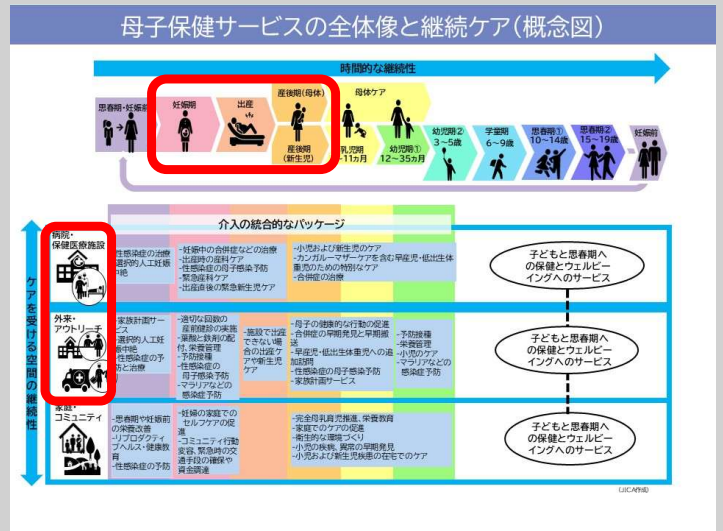
<時間軸>

本事業は、**妊娠期、分娩期、産後期(母体および新生児)**を中心的な介入対象としている。妊産婦死亡の要因は、①受診の決断の遅れ、②医療施設への到達の遅れ、③医療施設内での処置の遅れ、という「3つの遅れ」によって説明される。2018年にUNFPAが主導し、WHOやJICAが協力して実施した妊産婦死亡サーベイランスによると、ブルンジにおける妊産婦死亡の**主な要因は第三の遅れ(医療施設内での処置の遅れ)**であることが明らかになった。第三の遅れは**施設でのケアの質が低い**ことを意味しており、妊産婦死亡を削減するため、**本事業では緊急産科・新生児ケアへの支援に重点を置いている。**

施設での医療の質が低い原因として、**専門人材が非常に少ないことと、病院内のマネジメント能力の低さが挙げられる。**ブルンジでは、産科医が全国で20数名、小児科医が約20名、麻酔科医はわずか7名にとどまる。地方ではほとんどの医療を一般医が担い、麻酔に関しては「テクニシャン」と呼ばれる麻酔科技術看護師が、見よう見まねで対応しているのが現状である。このような状況を受け、第三の遅れを改善するための人材育成を目的とした先行プロジェクトが形成された。

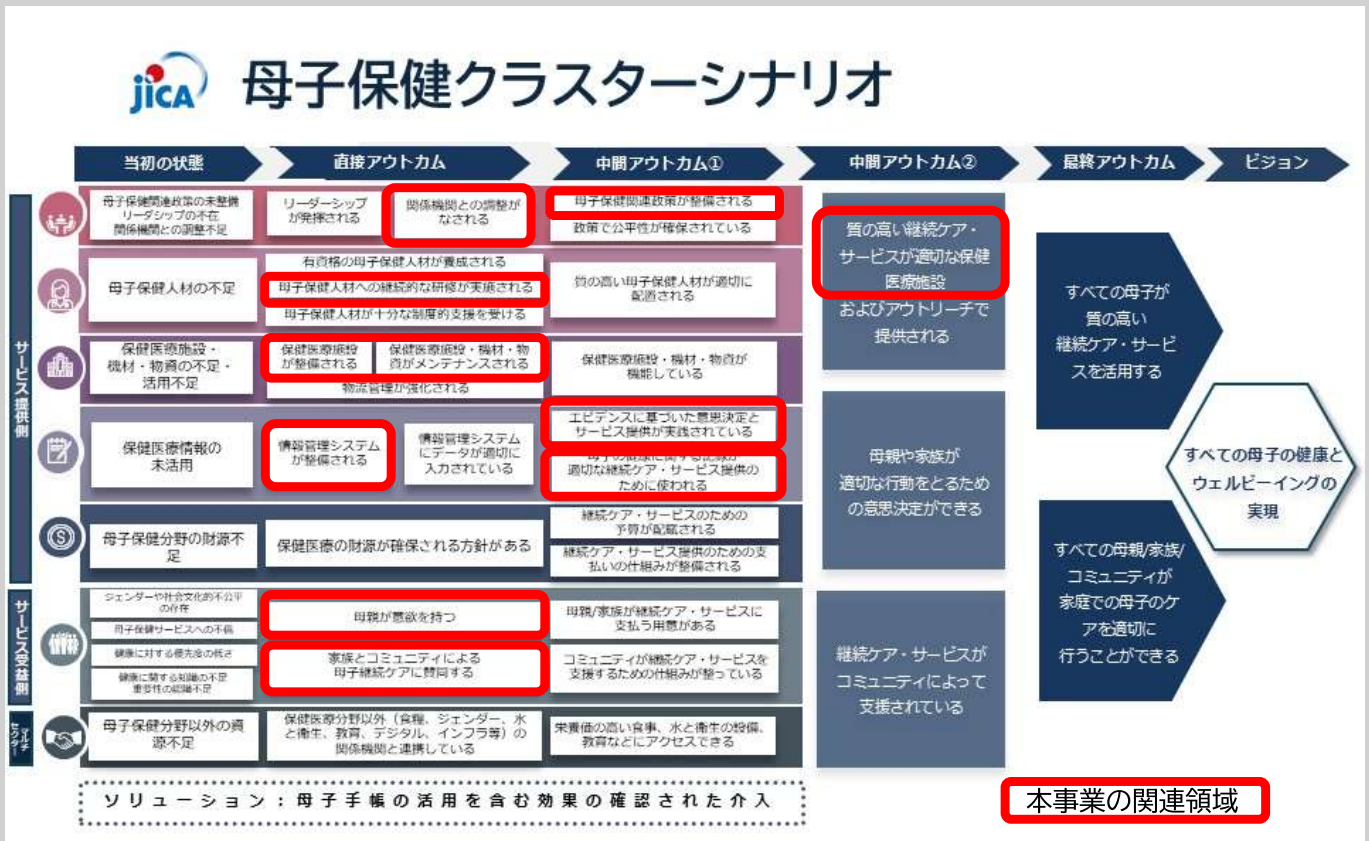
<空間軸>

現在のフェーズ2では、「**病院・保健医療施設**」と「**外来・アウトリーチ**」を介入対象としている。フェーズ1以前は、第一次リファラル病院に至る前の保健センターで介入を行い、妊娠期および通常分娩に必要な基礎的な産科・新生児ケアの促進に取り組んでいた。



保健センターで正しい妊産婦健診を行うことでリスク妊婦のスクリーニングを実施し、必要に応じて速やかに第一次リファラル病院へ送ることができるよう活動してきた。フェーズ1が開始された背景には、保健センターでスクリーニングを行っても、送った先の第一次リファラル病院が十分に機能しておらず、適切な処置が行われぬまま死亡するケースがあったことがある。このため、フェーズ1では第一次リファラル病院自体を介入対象とした。その後、フェーズ2では、介入対象を第二次・第三次リファラル病院まで拡大し、より高次の医療施設での対応能力強化に取り組んでいる。

# 母子保健クラスターシナリオにおける位置づけ



主に「人材」と「機材・物資」が関連する。「人材」については、国家標準EmONCメンターシップ研修等、継続的に現任研修を行っている。研修対象者は、公立の保健医療施設で活動する医師、看護師、助産師である。医師は、医学部を卒業した一般医を指す。産科医はスペシャリスト(専門医)に該当し、医学部を卒業してさらに、国内2年・海外2年、または海外で4年間専門分野の学びを得た人であり、国内では23名程度である。「機材・物資」については、緊急産科・新生児ケアにかかる必要な機材を供与している他、課題別研修「医療器材管理・保守」に人材を派遣している。

ブルンジではリプロダクティブヘルス・母子・新生児・思春期保健の国家基準である4か年戦略を作成している。本プロジェクトもそのプロセスに参加しており、プロジェクトで支援した研修やKAIZENを応用した死亡症例検討(MPDSR)の新しいモデルを全国で展開していくことを国家戦略に盛り込むよう助言するなど、「政策の整備」にもかかわっている。また、国連機関が戦略策定や政策調整等の上位レベルの支援を幅広く扱うのに対し、JICAは技術的助言や実施面の支援を担う技術協力機関として認識されている。そのため、専門的な支援が必要になる場面では、会議等に招集され、参加している。MPDSRにおける死亡症例検討の部分について、患者を受入れてからの対応、初期/確定診断、初期/確定治療、経過観察などにおける不備や課題を情報を基に特定し、それに基づいて改善していくことで、エビデンスに基づいた意思決定とサービス提供の実践に結びつくことが期待される。

## 本事業の工夫

ブルンジでは単一言語であることから、会議等は外国人が不在の場合、ブルンジ語で行われることが多い。そのため、現地スタッフ主導でプロジェクトが運営されるよう工夫されている。フェーズ1においては、日本から産科医を招聘する予定であったが、新型コロナウイルスの影響により実現できなかった。その結果、現地の産科医師会を協力の形で研修を実施している。研修には、医師会に登録されている大学病院・郡病院の医師だけでなく、プライベートセクターの医師も講師として参加できる体制が整備されている。これまで保健省と国内の医師会との関わりは限定的であったが、緊急産科・新生児ケアのメンターシップ研修を開始するにあたり、既存リソースの活用を検討した。その結果、研修モデルの策定段階から産科医師会、小児科医師会、麻酔科医師会、助産師会の代表の参画を得ることで、現地リソースを最大限に活用したプロジェクト設計となった。この取り組みにより、プロジェクト終了後も現地で継続可能な体制が構築され、持続性の観点からも評価できる点が特徴となっている。

## 課題

事業期間中は研修内容の一定の定着が見られるものの、成果の持続には課題がある。ブルンジでは人材の流動性が高く、研修を受けたスタッフが海外や他の病院に異動するケースが比較的多い。そのため、研修後はスタッフに一度所属病院に戻ってもらい、学んだ内容を病院のシステム改善に活かしてから異動するよう配慮している。ただし、同様の状況は他のプロジェクトでも見られることから、こうした人材の異動にどのように対応しているか、他の事業例を参考にしながら工夫し対応したい。

## 母子手帳の利用状況

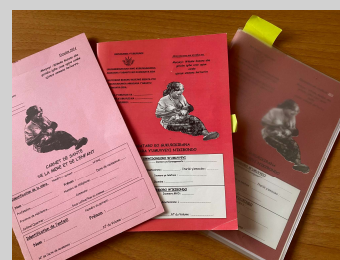
ブルンジの母子手帳は、2012年からJICA個別専門家が開発に関与し、同専門家が先行事業「妊産婦・新生児ケア人材の能力強化プロジェクト」(2013-2018)においてJICA専門家として参画することで、開発が発展的に進められた。開発過程では、当該専門家とJICA国際協力専門員がパートナー機関と連携し、母子手帳の全国展開に向けた取組が進められた。従来は「予防接種カード」「妊婦健診カード」「子ども受診カード」の3種類が存在していたが、これらを統合し、主に2歳までを対象としつつ5歳未満まで使用できる母子手帳として整備された。こうして開発された母子手帳は、2015年に全国展開された。

母子手帳は、公立の保健センターおよび病院では在庫が十分にある場合、ほぼ100%使用されている。一方、プライベート病院での展開は遅れている。全国展開は達成されているものの、施設分娩率の低下により、すべての妊婦が母子手帳を出産時に受け取れるわけではない。母子手帳は第1回目の妊婦健診(ANC)の際に保健センターで交付される仕組みであり、妊婦は通常、保健センターから病院へ紹介される形となるため、直接病院に行っても受け取ることはできない。また、子どもの予防接種は公立保健センターで受けるため、プライベート病院で出産した女性の中には、予防接種を開始する時点で母子手帳を手にする場合もある。

母子手帳の内容には、子どもの発育状況や栄養提供に関する情報、子どもの健康上の危険サインなどの知識提供が含まれる。母親に最もよく利用されているのは予防接種カレンダーで、これを用いて子どもの健康管理が定期的に行われている。印刷は費用の面から白黒で行われるが、ビニールカバーが付いており、村でも長期間使用できる工夫がされている。

本事業における母子手帳関連の介入では、主に保健医療施設での医療従事者による記入の促進に焦点を当てている。加えて、医療従事者が母親に手帳の内容を丁寧に説明することで、母親の理解と満足度の向上を目指している。

印刷費はパートナー機関に頼っており、国全体で年間50万冊が必要とされる。Gaviが35万冊を提供し、残りは他のパートナー機関が補う形となっている。主にUNICEFが資金調達を担当しているが、時折在庫不足が生じることもある。



ブルンジの母子手帳



母子手帳活用の様子  
(保健センター)

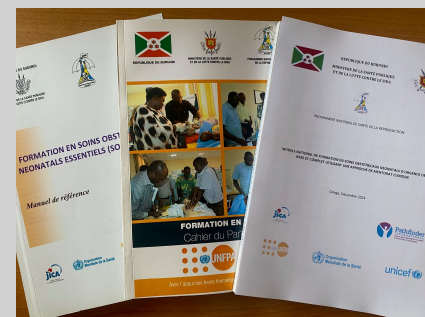
## 協力とパートナーシップ

フェーズ1前に実施された先行事業である「妊産婦・新生児ケア人材の能力強化プロジェクト」(2013-2018)では、保健センター向けの基礎産科・新生児ケア(EONC)研修モデルを作成し、妊婦のリスクアセスメントから妊婦健診、正常分娩、新生児ケア、産後健診までを一連で学べる基盤を整えた。この段階では主にJICAが中心となり、モデルの初期構築を担った。

続くフェーズ1では、UNFPAが作成したBEmONC研修にCEmONC(包括的緊急産科ケア)を組み合わせ、EmONCメンターシップ研修モデルを共同で構築した。また、EONC・BEmONC・CEmONCの三つの研修モジュールを整理し、BEmONCとCEmONCを合わせて国家標準のEmONCとしてガイドライン化を進める過程で、JICAだけでなくUNICEF、WHO、UNFPAがワークショップを持ち回りで開催し、技術面・資金面の双方で協力した。また、研修評価を行う際にはUNFPAが評価コンサルタントを雇用し、パートナーとして評価作業を担うなど、複数機関による共同実施体制が形成された。

現在のフェーズ2では、フェーズ1で作成された国家標準のEmONCメンターシップモデルを、第二次・三次リファラル病院にも適用できるように改訂を進めており、これもUNFPA、WHO、UNICEFと協力して共同策定を行っている。また事業としては、JICAはギテガ県とムワロ県で保健省とともに研修を展開し、それ以外の地域では他のパートナー機関が保健省に予算支援を行い研修を実施するという役割分担が確立されている。EmONC研修の拡大を進めるとともに、保健センターの医療従事者に対して母子手帳の目的、使い方、母子継続ケアの考え方を含む能力強化を目指した活動が展開されている。

中間アウトカムにおいては、施設側が質の高いケアの提供ができるよう本事業で技術支援を行っている。コミュニティの部分はUNICEFが支援を実施しているので、上手く棲み分けるような形で実施できている。



政府、国連機関、JICA、国際  
NGOの協働により開発された  
研修モジュール



研修モジュールを使った  
実際の研修風景

# 母子保健クラスター戦略 モニタリング指標の達成状況

ビジョン	モニタリング指標	グローバル及び協力対象国	ブルンジ	
すべての母子の健康とウェルビーイングの実現				
<b>最終アウトカム</b>	<b>SDGsターゲット目標指標</b>	<b>2030年末までの達成目標(グローバル)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>すべての母子が質の高い継続ケア・サービスを活用する</li> <li>すべての母親/家族/コミュニティが家庭での母子のケアを適切に行うことができる</li> </ul>	発育阻害がある5歳未満児の割合(%) (2.2.1)	40%削減	3.1%削減(2022) *2010年数値比	
	妊産婦死亡率(対出生10万)(3.1.1)	70以下	494.4 (2020) 334(DHS2016-17) ★★★	
	新生児死亡率(対出生千)(3.2.2)	12以下	19.8 (2022) 23(DHS2016-17) ★★★	
	5歳未満児死亡率(対出生千)(3.2.2)	25以下	50.5 (2022) 78(DHS2016-17) ★★★	
	リプロダクティブヘルスに関する意思決定ができる女性の人口割合(%) (5.6.1)	65%以上	40.3%(2017)★	
<b>中間アウトカム</b>	<b>①EPMM/ENAPカバレッジ共通3指標</b>	<b>協力対象国70%以上の国の目標(2026年迄)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>質の高い継続ケア・サービスが適切な保健医療施設及びアウトリーチで提供される</li> <li>母親や家族が適切な行動をとるための意思決定ができる</li> <li>継続ケア・サービスがコミュニティによって支援されている</li> </ul>	産前健診(4回以上)を受けた母親の割合(%)	70%以上	49% (2017) 42.9%(2024)★★★★	
	専門技能者による分娩助産率(%)	80%以上	75% (2022) 77.2%(2024)★★★★	
	早期産後ケア(2日以内)を受けた母子の割合(%)	60%以上	51% (2022) (母親) 49% (2022) (新生児) 49.5% (2023)★★★★	
	<b>②緊急産科医療へのアクセス指標</b>	<b>協力対象国の60%以上の国の目標</b>		
	緊急産科医療に2時間以内にアクセスできる人口割合(%)	50%以上	NA	
	<b>③Child Health (Global Strategy 2016 – 2030)のカバレッジ指標</b>	<b>協力対象国の90%以上の国の目標</b>		
	生後1時間以内に母乳育児を開始した母親の割合が向上する	NA	90% (2022) *改善傾向あり	
	完全母乳育児(生後6か月まで)を実施した母親の割合(%)	50%以上	85% (2022) *達成	
下痢の際、ORSの治療を受けた5歳未満児の割合が向上する	NA	36% (2017) *改善傾向見られず		
<b>④ENAP 早産、低体重、病児へのケアのカバレッジ指標</b>	<b>協力対象国において、80%以上の国の目標</b>			
協力対象国において、80%以上の国で新生児の救命、呼吸管理などを提供できるレベル2の入院施設	少なくとも1カ所設置される	NA		

データソース: WHO Maternal, newborn, child and adolescent health and ageing - Data portal

★印のデータ: UN Statics/SDG Indicators Database <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>

★★印のデータ: DHS2016-2017 <https://dhsprogram.com/publications/publication-FR335-DHS-Final-Reports.cfm>

★★★印のデータ: リプロダクティブヘルスプログラム年次報告書(2024年)

★★★★印のデータ: リプロダクティブヘルスプログラム年次報告書(2023年)