

2. 事業の概要と成果

(1)
上位目
標の達
成度

上位目標「エルメラ県の地域住民の健康向上」

1年次はプロジェクト介入手段である地域保健ボランティア (Promotor Saúde Familiar: 以下 PSF) の選択、能力強化、アウトリーチサービスである SISCa の運営サポート、医療システム向上のための医療者との関係構築というプロジェクト介入方法の土台作りを主に行った。健康向上という指標に出るインパクトを出すにはある程度期間を要するが、1年次の達成状況を基に2年次以降の活動の見直しを行い、2年次に一定の成果を出せるよう評価を行なった。今後、1年次のデータをベースラインとして、2年次以降使用していく。

総合的成果

「エルメラ県管轄10村の地域保健医療サービス実施状況と保健指標が改善する」

1年次の達成状況は以下のようになる。

指標1: 保健医療サービス実施率が51%から3年間で90%以上になる。

指標上の「保健医療サービス」とは包括的地域保健サービス (Serbisu Integre Saude Comunitaria: SISCa)¹を指す。

1年目の事業では、10村にて毎月 SISCa は継続的に実施され、SISCa 実施率は100%であり、目標値を達成した。

指標2: 各保健指標が改善する。

以下の指標は、SDGs 3. 2、3. 3、3. 7に相当する。

・ 妊産婦検診受診率の向上 (50%→90%)

表7から、10村全体における妊産婦検診受診率は17%、最も高い Asulausare 村にて41%であり、目標値に達成しなかった。2016年エルメラ県における妊産婦検診受診率 (表8) は55%であり、対象村においてはその値より低い結果が得られた。

妊産婦検診受診率の向上が見られなかった要因として、まず当団体が取得したデータが2017年5月から2018年1月までに参加した SISCa における9ヶ月分のデータであり、12ヶ月分のデータではないことが影響していると考えられる。表7の10村における妊産婦検診受診率²は、5月から1月までに妊産婦検診を4回以上受診した女性の数を分子、保健センター発表の2017年度同村における死産を除く出産数を分母としている。5月から1月の9ヶ月間における死産を除く出産数のデータが得られず、年間の死産を除く出産数で割っていることから、低い数値が出ている可能性がある。データの信憑性は低い、今後比較していく際に、今回のデータはベースラインとして使用していく必要はある。

2点目の要因として、全ての村の妊産婦が、同村開催の SISCa で妊産婦検診をしているわけではない。近隣の村の SISCa の方が近い場合や、保健センターが近い場合はそちらで妊産婦検診を行う妊婦も多い。

3つ目にドロップアウト率³の高さが考えられる。表21から、東ティモールにおける妊

¹ SISCa は 2008 年から試行している巡回診療のことである。月1回各地域保健センターが村を訪問し、予防的または健康増進活動を行うことを目的としている。具体的には予防接種、妊産婦検診、栄養管理、一般診療、健康増進教育を提供する。

² 妊産婦検診受診率の計算 (一定期間の妊娠時に4回以上の妊産婦検診を受診した15-49歳の女性の数÷一定期間に死産を除く出産をした15-49歳の女性の合計数) × 100

³ 妊産婦検診のドロップアウト率は 初回妊産婦検診を受診した人のうち4回以上受診をしなかった人の割合をさす。

産婦検診のドロップアウトは28%であり、エルメラ県（表8）と対象村（表7）のドロップアウト率よりも低い。エルメラ県全体の値と Urahou、Fatobolu 以外の対象村のドロップアウト率に大きな差がないことから、エルメラ県全体において、ドロップアウト率が高いことが要因として考えられる。ただし Fatobolu に関しては、保健センターの SISCa 日程変更により他の SISCa と日程が重なり当団体の SISCa 参加数が少なかったことから正確な値は出ていない。Urahou に関しては、新規妊産婦が10月から上昇傾向にあり、9ヶ月分のデータからの算出のため、ドロップアウトの値が高く出ていると考える。

4つ目に妊産婦検診を受診していない可能性がある。PSF の情報では、各集落における妊産婦は必ず数回は検診を受けているとのことであった。しかし、伝統的慣習から、医療サービスを受けない妊婦がおり、さらに合計特殊出生率4.2（表21）と高い中、妊娠を特別なものと捉えていない住民も多い。そのため、2人目以上の子供の出産時には検診を受けずに 家族による介助の元自宅出産をする女性も多い。一方で医療スタッフへの信頼関係の希薄さ、距離的問題などから妊産婦検診を受診していない女性が多く存在する可能性も否めない。

対策として、正確な情報の取得と PSF による家庭訪問を強化する。PSF の活動を通じ村での正確な妊産婦の把握を行い、家庭訪問にて妊産婦健診の受診有無の把握と健診へつなげるヘルスプロモーション活動が必要である。2年次は、確実な村の状況把握のため個人ファイルを作成し、全ての妊産婦をフォローアップできるようシステム作りを行う。それをもとに、毎月の家庭訪問へつなげるため、PSF に対する指導を行っていく。

・ 自宅出産（専門技術者の介助なし）の減少（報告件数が0になる）

2017年11月から2018年1月におけるPSFへの聞き取り調査では約70%の出産が専門技術者の介助なしの自宅出産であったことが判明した。

事業開始前の対象村における自宅出産の正確な数におけるデータがないため、今年度は減少したかの比較はできない。しかし表9からエルメラ県における医療者の介助なしの出産は53%、施設での出産はわずか22%という結果が出ている。エルメラ県全体の値と10村合計の自宅出産の割合を比較した際、10村の方が専門技術者介助なしの割合が高く、報告件数が0には程遠い結果であった。

原因としては以下が考えられる。

まず伝統的に家族介助による自宅出産が主流である。特に医療者の介助なしの自宅出産の選択をした理由は、妊産婦健診で異常がなかった者が多い。妊産婦健診で問題がなければ、伝統的なお産を行う住民が現在も多いことが大きく影響している。

次に合計特殊出生率が高く、文化的に子沢山であることや家族計画利用率が27%（表21）と低いことからわかるように、家族数が多く母親が家族の面倒を見る必要があるため、自宅出産を好む。

3つ目に表20より医療施設へのアクセスが悪く、村のヘルスポストへも山道を歩いて1～2時間かかる集落もあり、距離的な問題がある。

さらに文化的に女性の決定権が低く、母子の医療サービス利用に関しては男性の決断が必要な場合がある。

最後に医療者への信頼が薄いことや、男性の医師が村駐在の場合、医療者の介助のもとでの出産を希望しない妊婦がいることも要因である。

対策としては出産におけるリスクと母体への負担に関する住民の意識を変えること、医療者なしでの出産に対する行動変容を促すヘルスプロモーション活動が不可欠である。また SISCa において医療者が妊産婦健診を確実にに行い、医療への信頼を得ることが第一である。したがって、まず妊産婦を正確に把握することが必要である。PSF による集落での活動の質を上げるために、妊産婦情報を一目でわかる記録用紙の作成を行い、使用していく。さらに PSF による家庭訪問を強化し、妊産婦健診の重要性についての健康教育、確実なフォローアップによりドロップアウトを予防すること、自宅における介助者なしの出産予防のた

め、出産準備のための健康教育とコンサルテーションを行うことが対策と考えられる。また PSF が妊産婦の情報を記載するフォーマットを作成し、家庭訪問時に活用できるようにする。それにより、PSF が妊産婦検診の受診状況や出産時期を把握することや、出産準備などを記載し、医療者と情報共有し、村の医療者が出産介助に行けるよう対策する。

さらに家族計画についての健康教育も行い、家族計画によって母子ともに得るメリットについても説明し、女性の健康に負担のない妊娠計画の啓発をする。

これらを行うために、まず PSF の知識をつける必要があるため 2 年次の研修内容に取り入れていく。

また家庭内で女性の医療アクセスに関して決断を下す男性に対する意識の変容が必須である。上記に挙げたコミュニティ全体を対象とした集落での健康教育に加え、妊産婦自宅訪問時には男性にも情報提供をする。

・皮膚疾患患者発見率⁴の向上と改善（5%→15%→4%）

表 15 より、SISCa における皮膚疾患患者の発見率は合計 0.5% であり、目標発見率 5% 未満となった。

一方、表 16 のエルメラ県全体のデータでは有病率が 10.8% となっている。事業対象地の皮膚疾患患者の発見率が低い原因としては、まずエルメラ県のデータは保健センター、ヘルスポスト、SISCa 全ての診察を含めているが、当団体のデータは SISCa のみとなっていることが考えられる。

次に SISCa 参加者が全集落からではなく、一部の集落のみの参加者となっていることが考えられる。特に Leguimea、Haupu においてはアクセスの一番悪い集落のみの参加となっているため、エルメラ県のデータと比較した際大差が生じていると考える。

3 つ目に村の衛生面の向上から、皮膚疾患が減少したことが考えられる。

表 16 より、エルメラ県における対人口における皮膚疾患有病率は合計 10.8%、一番高い Ermera 保健センター管轄で 21.6%、一番低い Gleno 保健センター管轄で 1.9% であった。グレノにおいて皮膚疾患有病率が他の郡より低い理由は、グレノは県の中心部であるため村と比較すると生活の質がよく、水へのアクセスがありトイレの設備もある家が多い。そのため不衛生による皮膚疾患の発生が予防できていると考える。表 21 から東ティモールにおける水の普及は 72%、トイレの設備は 41% との結果が出ている。過去 10 年間の間で、衛生面での設備が改善されてきていることから、皮膚疾患の予防行動が上昇してきていると考えられる。

一方で表 24 より、エルメラ県における診察件数の中で皮膚疾患における割合は高いことが分かるが、皮膚疾患患者の治癒にはある程度の時間を要するため、同じ患者の診察が何度かカウントされているために高くなっていると考えられる。しかし表 23 からは東ティモールにおける皮膚疾患による疾病負担は第 8 位と低く、皮膚疾患における東ティモール全体への負担は低くなっていると判断できる。

4 つ目に住民の皮膚疾患への知識が向上したことが考えられる。母親へのインタビューの中から、石鹸を使い子供の体を洗うこと、頻回に手を洗うこと、疥癬の予防方法などの知識がある母親が多かった。

以上から、皮膚疾患患者の発見率が低くなったと考える。

皮膚疾患患者の発見率を上げる対策として、PSF が家庭訪問時に皮膚疾患患者を発見した際には患者を医療者につなげることを徹底する。ただ必ずしも患者が SISCa に行くわけではないため、PSF が発見した皮膚患者に関しては別にデータを取得していくようにする。しかし、そもそもの相対的皮膚疾患患者数が減ってきていることを考えると、発見率を上げることよりは、予防行動を徹底して行く方が住民の健康向上へ繋がると考える。したがって、衛生面における研修を 2 年次は取り入れ、皮膚疾患を含めた衛生面の向上により予防できる疾患について PSF が知識をつけるようにする。それを元に家庭訪問や村での健康教

⁴ 皮膚疾患患者発見率の計算（SISCa における医師が診察した年間の皮膚疾患患者合計数 ÷ 対象村の人口合計 × 100）

育を通し、住民の行動変容を促していく。

・栄養不良児の発見率⁵の向上と改善（2%→10%→5%）

SISCaにおける5歳児未満の栄養不良児の発見率は表12、13にあるように体重が月齢に対し基準値を満たさない低栄養児は1歳未満が5.3%、1歳以上5歳未満が4%、合計9.3%となり目標値は達成した。また治療が必要な低栄養児は1歳未満が1.1%、1歳以上5歳未満が1.5%、合計2.6%であった。しかし改善という点においては、1年目はデータベース取得のため評価はできなかった。

表21から東ティモール全体における5歳児以下の月齢に対し体重が標準以下の子供の割合は44.7%、エルメラ県全体では58%と、約半数が低体重児であると推定される。それに対し、SISCaで発見した合計は9.3%であり、約10人に1人が低栄養である。国全体のデータでは2人に1人が低栄養であることと比較すると、対象村のSISCaにおける低栄養児は低い数値であった。これは実際にはもう少し多い可能性があるが、発見数が少なかったと考えられる。その原因として、予防接種を終えた2歳から5歳児は病気でない限りSISCaには参加しないため、定期的に体重測定をしていないことから低栄養であると発見されていないことが考えられる。

特に図5から、Urahou村において上腕周囲長計測により低栄養児と判断された児童が一気に上昇した理由は、1月に政府の視察があったため住民の参加者が多く、普段SISCaに参加しない2歳から5歳未満の幼児において多くの低栄養児が発見されたことによる。このことから、村には潜在的に低栄養児が多くおり、特に予防接種の終わった2歳から5歳未満の幼児の間に多いと考える。

以上から、SISCaに参加しない乳幼児に対するスクリーニングが栄養不良児の発見率の向上には必要である。2年次はPSFが家庭訪問する際に上腕周囲長測定テープを使いスクリーニングができるよう取り組む。また家庭訪問の際に年に2回SISCaで体重測定や医師の診察を受けるよう指導し、国の目標である年二回の体重測定率を30%から80%に上げるという取り組みにも貢献して行く。

低栄養不良時の改善に対しては、12月に栄養に関する研修を開き、PSFの知識の向上を行なった。2年次は、体重が低かった乳幼児の保護者に対し、SISCaでのカウンセリング及び家庭訪問時の指導を確実に行うよう指導して行く。治療が必要な低栄養児は、保健センターの栄養プログラムに登録し、栄養サポート食品を使用して行くよう医療者との情報交換を密に行なっていく。

・結核患者の内服フォロー率⁶の向上（100%へ）

結核患者の内服フォロー率は100%を維持した。PSFは結核患者へ薬を届けることや薬の内服を確認する役割を担っている。PSFによるフォローアップは継続的に行ったが、内服中断しドロップアウトする患者も何人かいた。今後はフォローアップの維持のみならず、内服ドロップアウトを防止していく取り組みを考えていく必要がある。

⁵ 栄養不良児の計算（SISCaで発見した5歳児未満の体重対年齢が標準偏差以下であった合計数÷5歳児未満の対象村合計数×100）

⁶ 結核患者の内服フォロー率の計算（村でPSFが内服を確認している結核患者数÷村での結核患者の合計数×100）

(2)
事業内容

(ア) データベースの取得

対象地域 10 村において、SISCa と家庭医制度の実施状況、PSF の活動状況を確認し、保健衛生分野のベースライン調査を行なった。

(イ) 対象地域 10 村における SISCa 及び保健医療サービスシステムの改善

(イ) - 1. 巡回診療と健康教育

毎月 1 回、各村（10 村）に出向き、それぞれの村を管轄している保健センターの医療従事者と共に巡回診療（SISCa）に参加し、PSF に対し SISCa の役割及び村での活動における指導を行なっている。

SISCa では、保健センター及びヘルスポスト駐在の医療従事者による母子保健活動、医師による一般診療、結核患者の継続的薬物療法の確認や新規患者の把握、要観察者に対する再診を含めた一次医療が提供されている。

PSF は医療者の補助と SISCa の運営、健康教育の役割を担っている。当団体のスタッフは PSF が SISCa にて各自の役割を確実にを行うようになる、健康教育の質が向上するように指導をしている。

さらに全ての PSF が各集落にて家庭訪問を確実にし、要観察者のフォローアップ、SISCa でのドロップアウト患者の予防、新規患者と医療者の橋渡し、医療アクセス向上させるために、SISCa 終了後にミーティングを開き、活動状況の把握と指導を行なった。

また、PSF によるヘルスプロモーション活動を向上させるために、SISCa 時に知識の補足と方法の指導を行なった。

(イ) - 2. 緊急時連絡網と緊急搬送システムの構築

緊急患者が発生した場合に関係機関（PSF、保健センター、保健局、提携病院、警察官、村長等）が連携をとり、スムーズな搬送が行えるよう、各郡で連絡網や対応マニュアルを作成し共有した。

(イ) - 3. ステークホルダー会議

4 月、村長や警察官、郡内の保健関係者が集まり、県の保健医療をどのように向上させていくのか、話し合いの場を持ち、情報共有や協力体制の強化、緊急時連絡網の作成、年間の SISCa 実施日を決定した。

(イ) - 4. モニタリング調査

各 10 村の SISCa 参加率や PSF の活動状況、母子保健指標、保健指標のデータを収集し、事業全体の評価を実施した。

(イ) - 5. 医療者向け技術向上セミナー

4 月、藤原専門家（母子保健専門家、公衆衛生専門家）により現地医療職員に対して、地域保健体制の基盤作りについて 現場指導を実施した。

12 月、家庭医制度における地域保健システムの向上のためのセミナーを医師、村長を対象に行なった。特に地域保健サービスにおける参加者の協力関係の重要性、コミュニティ・モビライゼーションをどのように構築するかについて当スタッフが講義を行った。さらに住民による健康追求行動が低い課題に対し、参加者全員で対策を話しあった。

(ウ) PSF の育成と質の向上

(ウ) - 1-1. PSF 能力強化研修

対象地区 61 名の PSF に対し、公衆衛生の知識の向上と健康教育の指導方法（パネルシアター、フリップチャード、寸劇など）について研修会を 4 回開催した。研修では保健センターの医療者または村駐在の医師が講師となり、PSF に対して、彼らが臨床的知見を基に

	地域住民に対し、疾患の症状・疾患時の対応・予防行動について指導できるように研修を実施した。 研修内容は、PSF の役割と責任、SISCa プログラムの意義と構造、予防接種、下痢、皮膚疾患、結核、妊娠期の危険な兆候、歯科衛生、デング熱、ファーストエイド、マラリア、栄養指導である。 <u>(ウ) - 1 - 2. PSF 指導者の育成</u> PSF 能力強化研修の中で、PSF を教育するための現地指導者を各村の PSF から 1 名選出(計 10 名)、PSF 指導者が主体となって新人 PSF をサポートしていくことを目的としている。 本年度は、全 10 村に指導者の配置を予定していたが、指導者としての能力を備えている PSF が 10 村中 3 村しかおらず、PSF 全体のレベルを上げないと指導者育成という段階に入ることが難しいと判断した。PSF 全員への教育をまずしっかりと行い、今後のプロジェクトの土台作りを優先させることにより、2 年次に円滑に指導者育成が開始できるよう 1 年次活動を 2 年次に移行することにした(添付資料⑦参照)。 2 年次の予定は計画通り行なっていく。 <u>(ウ) - 2. PSF 交流会</u> 活動の普及と啓発、PSF のモチベーションの向上、保健機関関係者との連携の強化を目的に、1 月に交流会を実施した。村対抗にて保健知識を競い合い、上位成績者への表彰、今年度 PSF としての活動が活発であった 2 村への表彰を行なった。 (エ) SISCa や PSF 普及の推進 <u>(エ) - 1. 年 1 回、保健省に対して、村上専門家による政策提言のためのセミナーを実施。</u> 日本の保健推進員の活動から学ぶ東ティモールにおける PSF の活動の促進についてのセミナーを実施した。東ティモールにおける PSF を中心とした地域保健システムの強化の政策提言を、日本とフィリピンの事例を使用した講義を専門家が行なった。 <u>(エ) - 2. 年 1 回、保健省と会議を持ち、活動報告の実施と PSF 認定証の発行を提案していく。</u> 保健省に対するセミナー開催時に、活動報告の実施と PSF のモチベーションを維持し、ドロップアウトを減らすための対策案として PSF 認定証の発行について提案した。 <u>(エ) - 3. 年 2 回、県や群レベルの予算の見直しの会議を行う。</u> 4 月、エルメラ県保健局の担当者と PSF 育成に関わる予算について話し合いを行なった。今後地球のステージが実施する PSF 能力強化研修へ既存の PSF も参加できるように予算の確保を行なうように確認を行なった。しかし、担当レベルでの話し合いであったため前向きな反応見られず、予算詳細の確認ができなかった。 10 月、PSF 能力強化研修時に、エルメラ県保健局の担当者と PSF による話し合いの機会をもうけ、政府による PSF に対する奨励金が支払われていない件について意見交換を行なった。国会にて政府の予算が通っていないために支払いが滞っている現状説明や、保健センターが PSF に正しく支払いを行っていないケースに関しては、担当者より保健省へ報告することになった。
(3) 達成された成果	本事業による裨益者 直接裨益者：PSF 61 名、保健センター職員 6 施設 約 24 名、村駐在医師 7 名、村長 10 名 間接裨益者：事業対象地区の住民 約 33,000 名。

成果１：エルメラ県における保健医療サービスの課題が抽出される。

指標１-１．ベースラインデータを入手し課題の抽出と評価を行う。

PSF の活動状況を確認し、保健衛生分野のベースライン調査より評価を行なった。調査結果（添付資料⑧参照）から、分析と課題は以下の通りである。

1. PSF が SISCa に継続的に来ていない（表１）。特に Leguimea と Haupu においては他の村と比較し特に参加率が低い。また PSF のドロップアウトがあった（表３）。
2. SISCa への医療者の参加率が低く、SISCa の評価値⁷も常に高いレベルではないことから、医療の質が低い（表１、４、図１）。
3. 表５から、Parami、Fatobolu 以外の村において男性の SISCa への参加率が著しく低い。
4. SISCa 参加者数が５月と１月を比較すると減少している（図２、図３）。特に村別では Parami、Haupu においては半減している。１歳児未満においては大きな増減はないが、１歳から５歳児の参加率の増減が大きい。さらに表６より村の総人口における SISCa に参加している人数の割合は、１歳児未満を除き１０％未満であり、SISCa の利用率が低い。
5. 妊産婦健診におけるドロップアウト率が高く、自宅出産率が高い（表７、９）。
6. 予防接種のドロップアウト率が高い（表１０）。
7. 村から保健センターへのアクセスが悪い（表２０）。
8. 低栄養児の割合が高い（表１２、１３、１４）。
9. 結核の発見率が低い（表１７）。
10. 高血圧や糖尿病の割合は低い、感染性疾患のみならず生活習慣病による健康への影響も出てきている（表２１、２２）。

成果２：エルメラ県保健局管轄の１０村の保健医療サービス実施体制が整備され、機能が強化される。

指標２-１．保健センター職員３名以上の SISCa 参加率が８０％となる。

当団体が参加した５月から１月までの保健センター職員３名以上の SISCa 参加率は表４、図１の通り合計５９％、８０％以上を達成したのは Coliate 村（８６％）、Urahou 村（１００％）、Haupu 村（８６％）であった。一番低い村は Parami 村（１４％）であった。保健センター別では目標値を達成したのは Ermera 保健センター（８０％）、Letefoho 保健センター（８６％）であった。

全１０村における保健センタースタッフの参加率が目標値に至らなかった原因としてまず医療者の人材不足が挙げられる。表１８、１９の通り、エルメラ県における医療者の数は東ティモール全体における医師の割合と比較すると高いが、看護師又は助産師の数は低い。

人材不足により、保健センターに待機する医師・助産師が確保できていなかったため SISCa に参加する医療者がいなかったこと、村駐在の医師が研修や休暇により不参加となった時の代替の医師が確保できなかったことが要因の一つとしてある。特にヘルスポスト医師の不参加の理由としては研修や会議がある。その際 SISCa に代替の医師を配置できた村は少ない。さらにヘルスポストに助産師がいない Coliate, Asurau sare 以外の村においては、助産師の参加率が低かった理由は、保健センターにおける助産師の数が少なく、保健センターにて妊産婦健診や出産介助のため助産師が SISCa に参加できなかったことが理由

⁷ SISCa の評価値とは、保健省が作成した SISCa のサービスを評価する評価票に基づく評価である。SISCa で設置すべきことになっているテーブル数、物品準備や医療者及び PSF の人数、村の医療サービスの状況を点数化し、合計点を良い順から A,B,C,D のカテゴリーで評価している。カテゴリー A,B は SISCa として機能していると判断される。

としてある。

一方目標を達成した Coliate, Urahou 村に共通する点は、ヘルスポスト駐在の医師の参加率が高く、Coliate に関しては昨年度助産師も駐在していた期間があったため、医師と助産師の参加率が高かった。保健センター別では、少ない人材の中、保健センター所長のマネージメント能力が高かったため、SISCa における人材確保を事前にしていたことが参加率の高さに影響していると考ええる。

また保健センター別に医療者の参加率を比較した際（表 4）、Atsabe、Hatolia のみが全てのカテゴリーにおいて 80% を満たしていない。Atsabe に関しては、Prami 村の中に保健センターがあることから、予防接種は保健センターにて行うことが一般的であり SISCa は医師の診察がメインとなっている。そのため基本的にはヘルスポスト駐在の医師と看護師が SISCa に参加しており、医師不在時は看護師が診察、予防接種、妊産婦健診を兼ねている。保健センタースタッフはヘルスポストに医療者がいない村の SISCa には参加するなど、保健センター所長の方針が影響していると考ええる。Hatolia 保健センターにおいては当団体が過去 3 年間活動をしていた地域であるため、当団体のスタッフを SISCa 運営の一員として考えている傾向があり、保健センターによる当団体への依存関係があることが大きく影響していると考ええる。

医療者の出席率が低いことで問題となる点は、一人の医療者が複数の役割を担うことにより、診察の待ち時間が長くなり途中で帰宅する患者が出てしまうこと、各集落から歩いて 2 時間かかる患者もあり、その場合は自宅への帰宅時間が遅れ、妊産婦や乳幼児への負担がかかることが挙げられる。さらに SISCa に医療者が帯同していないため、診察や健診がなく、予防接種ができない等の理由から SISCa への参加者が減少すること、ドロップアウトが生じることがある。そして医療の質の低下により、予防できる病気の発見が遅れることや治療の遅れが挙げられる。

月に 1 回の SISCa は住民にとって一次医療へのアクセスができる機会である。保健センターには徒歩で 3 時間ほどかかる村人にとって、SISCa は予防・健康増進には不可欠である。

したがって、医療者の参加率を向上させる対策が、上位目標「住民の健康の向上」には必須となる。

医療者不足の対策を好事例の Ermera, Letefoho から考えると、保健センター所長の医療者のマネージメント能力の向上が必要となる。そのために、医療システム全体の強化が必要となる。特に保健センター所長におけるリーダーシップ、確実な医療サービス（SISCa）の提供、医療者の人材確保、医療薬品や物品の確保、それらを行うための医療データの取得が必要となる。医療システム強化において、ステークホルダー会議にて現状の状況の共有と対策の話し合いの機会を設けること、さらに医療者セミナーにおいて医療システム向上におけるセミナーを開催していく。

次に救急車の確保が問題として挙げられる。

各保健センターに救急車が 1 台のみしかなく、緊急搬送時や保健センタースタッフが会議などで他村へ移動する際には救急車を使用するため、SISCa に救急車を利用することができなくなる。そのため保健センタースタッフが SISCa に参加せず、ヘルスポスト医師のみの参加ということもあった。また救急車のガソリンがなく使用できない、故障しているなどから SISCa へ行けないことがあった。これらに対し、当団体の車で保健センタースタッフを送迎することで臨時対応を取ったこともあった。しかし距離があり困難な場合は、ヘルスポスト医師のみの参加ということもあった。また中には看護師がバイクで当団体の事務所にきて、車に同乗するなどの臨機応変な対応も見られた。

今後は救急車 1 台にてどのようにアウトリーチ活動と緊急搬送を効率的に両立していくかを考えていく必要がある。特に救急車のメンテナンス不足による稼働できない状況については、保健センター所長のガバナンスに問題があると考えられる。次年度は県保健局と 3 ヶ月に 1 回会議を開き、現状の地域保健サービスの現状と課題、PSF の活動状況について

共有し、県保健局を中心に問題の改善に取り組んでいく。さらにステークホルダー会議や医療者セミナーでは救急車の問題についても話し合い、解決策を、当事者を中心に講じていく。

3つ目に医療者のモチベーションの低さがある。

給与の低さ、残業代がないこと、SISCa 時の手当が支払われていないこと、ヘルスポストにおいて電気が確保されていないことなどから、医療者の村で働くことにおけるモチベーションが低いことが課題である。医療者の中には遠い村への SISCa へ参加したくない者がいる。

また村駐在の医師の中にはヘルスポストに通勤し、村に在在しない医師もいる。理由としては電気などの生活環境の悪さから家族と一緒に住めないこと、ヘルスポスト自体設備が不十分であり、できることに限りがあることから夜駐在をしていない医師もいる。村によっては携帯の電気を使用し出産介助をする医師もいる。キューバから帰国した医師の急増により、国立病院や県立病院での医師としてのキャリアアップの機会もほとんどなく、医療技術の相談相手となる指導者もいない。給与の昇給などもなく、村駐在の医師にとってはモチベーションの維持が難しい現状がある。さらに大学卒業後に村に勤務となり、村に駐在する医師の卒後育成制度や監督をするシステムがない中、村全体の健康管理を1人で担わなければいけなく、医師が安心して駐在できる環境や制度が整っていないことも1つの原因となっていると考える。

さらに医療者の給与は現在保健省の規定額よりも低い金額が支払われていると話す医師もいる。SISCa 導入時には支払われていた SISCa への手当では現在はなく、残業代もない保健センターのスタッフにとってはなるべく SISCa には参加したくないというのが本音のようだ。

医療者のモチベーションを上げるための対策として、村人の医療者への感謝の声を伝えること、村長の介入、医療者セミナーにおいて医療者のモチベーションを上げるセミナーを開催することが挙げられる。また SISCa において PSF が医療者へのサポート内容を増やし、医療者の負担を軽減することも対策の一つとして挙げられる。どこまで PSF が分担できるかについては県保健局及び保健センター局長と話し合い、SISCa における活動範囲を広げる取り組みを行う。

4つ目に悪路の影響があげられる。

保健センターから村への移動には、1～3時間（表20）を要する。村への道路は舗装されておらず、雨期には雨で道路状況の悪化、川の氾濫、土砂崩等により、救急車が村へ行けないことがあった。そのため村への移動時間がかかることや悪路を理由に SISCa に参加することを拒む医療者や、妊娠中や体調不良のため参加できない医療者がいる。

その対策として、村内における道路状況の確認は事前に PSF が集落長と協力して行う必要がある。それ以外の悪路においてはステークホルダー会議にて村長及び市長との状況を共有し、他部署においてアプローチができないか提案していく。

5つ目に停電の影響がある。

停電が頻回にあるエルメラ県において、冷蔵保存が必要な予防接種の薬剤を保健センターにて保管することができなくなると、ジェネレーターがある県保健局での管理が必要となる。そのため SISCa で予防接種を担当する看護師が、予防接種ができないため不参加となるケースが見られた。

この点においては PSF や医療者では解決できないため、保健省セミナーや会議にて状況の共有と保健省側からの対応ができないか意見交換の機会を設けていく。また停電中も予防接種を継続していた Ermera 保健センターのように、予防接種の薬を看護師または当団体の車にてグレノから運ぶことも、県保健局及び保健センターと話し合っていく。

指標 2-2.医療者向けの勉強会が年 2 回開催され、出席率が 8 割となる。またテストの結果が全員 6 割取得する。

医療者向けの勉強会は 2 回開催できた。出席率は 4 月開催時は出席率 8 割と達成、12 月開催時は出席率 7 割と目標値には達しなかったが、テストは全員が 7 割以上取得し、平均点は 87.7 点と勉強会の内容を理解した結果が得られた。

事前に電話で出席確認をしていたが、第二回医療者向け勉強会で出席率が 8 割を満たなかった原因としてはまず 12 月開催であったということが考える。11 月、12 月は一般的に東ティモールにおいて休暇が多く、多くの人がクリスマスの準備で忙しくしている。そのため医師が休暇中であったこと、村長はクリスマス準備対応に追われていたことなどが原因として挙げられる。また雨季による悪路の影響のため、勉強会のためのグレノへの外出を控えた可能性もある。その他の理由としては、勉強会の趣旨がうまく伝わらず、参加の必要性を感じなかった可能性がある。

来年度は乾季に実施し天候の影響を受けないようにすること、今回の欠席者に対しては当日の電話確認も追加して行う対策を講じていく。また勉強会の主旨がきちんと伝わるよう、招待状を渡すのみでなく、直接招待状を渡せなかった人には電話にて勉強会の目的と出席による期待される成果を説明していくようにする。さらに関係者との強固な協力関係を築いていくよう、定期的にコミュニケーションを図っていく。

成果 3 : PSF が育成され、保健医療サービスにおける役割が果たされる。

指標 3-1.PSF が各地区 1 名（10 村 61 名）配置される。

地域住民による PSF 選出選挙を実施し、各地区に 61 名の PSF が選出（内 7 名は新人 PSF）し目標を達成した。今年度は 11 名（表 3）のドロップアウトがでたが、村長と協力し新しい PSF を再配置できた。

指標 3-2.全 10 村 61 地区に健康マップが設置される。

ステークホルダー会議にて健康マップを作成し、全 10 村に健康マップを配置することができた。

指標 3-3.PSF による要定期診察者の未受診状況の把握とそのフォローアップが 100% できる。

未受診者とは結核疑い患者でかつ結核検査を受けていない患者のことを指す。結核疑いの患者の確認は、61 名中 40 名の PSF が家庭訪問や村人の情報から行った。結核疑いの患者の把握時には、家族及び本人への説明を PSF が行い、医療者へ情報提供をし、医療サービス受診へ繋げることができた。結核患者の内服フォローアップは、毎月家庭訪問にて PSF が行い、フォローアップ数が 100% を維持し、目標を達成した。

指標 3-4.PSF 個人評価で 10 項目以上の内容を達成する者が全体の 7 割を達成する。

合計 18 問中 10 項目以上の内容を達成した PSF は全体の 52% であり未達。

目標に達することができなかった原因としては、各 PSF の能力の差がある。

まず経験のある PSF において、政府による基本的な公衆衛生に関する研修があるが、一部の PSF が受講しているのみで知識が不十分である者が多く見られた。また経験が 5 年以上の PSF の一部は、村によっては他の NGO などによる研修を受けたことがあり、基本的な保健知識があるため評価表の項目を達成しているものもいた。

経験年数の低い PSF はある程度の知識はあるが、それを SISCa 及び健康教育指導に使用するにはまだ不十分な者もいた。

次に、記憶力の差があり、研修の知識が定着していないことが挙げられる。

年齢層の若い PSF は、研修時の内容の理解力や記憶保持力が年齢の高い PSF よりも良く、

結果として研修で学んだ内容における評価表の知識を把握している者が比較的多かった。一方で年齢層の高い PSF は記憶保持力が低く、研修での知識を完璧に覚えていないために評価表の知識が低くなっている PSF もいた。

3つ目にドロップアウトが多いことから、研修の効果が得られていないことが挙げられる。表3より、今年度ドロップアウトは11名（全体の18%）いた。PSF が交代することにより、以前の研修の結果が新人 PSF には反映されていないことが考えられる。

対策として、評価表項目の確認時に不足している知識に関し一人一人説明をする。さらに経験数が2年未満の PSF に対しては、公衆衛生の知識の指導を行なっていく。また研修時には、最低限必要な疾患の症状、治療、予防行動における内容について PSF が振り返ることができるようハンドアウトを作成する。研修後の SISCa では研修内容の振り返りを行う時間を設け、知識を維持できるよう対策をとる。

ドロップアウト防止のためには、当団体スタッフによる村における定期的な村での家庭訪問に同行する支援の提供、新人 PSF に対する PSF 指導者による指導を行う対策を2年次は実施していく。

指標3-5. 3ヶ月毎に行われるモチベーションや主体性評価（定性的評価）が向上した者が全体の8割を達成する。

モチベーションを評価する主体性評価が向上した者は30人であり、全体の8割を達成しなかった。

満点が48点であり、8割以上の PSF が45点以上を取得し、平均値は44.2点であった。しかし向上した者は8割を達成しなかった。原因としては、ベースライン自体が高い数値のため、大きな変動は見られなかったことが考えられる。

主体性評価においては、PSF の仕事への満足度、自尊感情尺度、自己効力感を評価している。次年度は、評価票の点数配分及び項目を見直していく。

指標3-6. モチベーション調査の結果が、他県の PSF と比べ高値になる。

ディリ県の PSF 10名と比較した際、ディリ県では45点以上取得したものはおらず、平均点は41.4点であった。したがって、対象10村におけるモチベーションや主体性評価がわずかに高い結果を得ることができた。

指標3-7. 能力強化研修におけるテストにて、PSF 全員が8割以上獲得できる。。

第1回研修では全員が60%以上取得した。第2回は4%、第3回は11%、第4回は5%の研修に参加した PSF がポストテストにおいて8割を下回る結果となった。したがって全員が8割以上取得するという目標を達成することはできず未達。

しかしながら、研修により大多数の参加者のポストテストの結果はプレテストの結果よりも上がり、平均点は各回10点以上の向上が見られた。研修により知識を向上することが確実にできており、研修の効果は得られていると判断できるが、全ての PSF のテスト結果が8割以上を取得することは困難であった。

原因としては、知識のインプットにおける能力の差があり、研修での知識の向上がテスト結果に反映させることが困難だったと考えられる。

まず年齢による記憶力の差が考えられる。年齢層が40～50代が多いことを考慮すると、1日の研修で全ての内容を覚えることは難しかったと考える。

さらに、言語の問題が考えられる。講義はテトウン語で行われ、テトウン語にてコミュニケーションをとるが、多くの PSF がエルメラ県の地方言語であるムンバイ語またはケマック語を話す。したがってテトウン語の長い文章を読むことを不得意とする PSF がいた。

今後の対策としては、絵をメインとした配布資料を配ることにより PSF が研修内容を思い出せるように工夫をする。またプレテストにて点数が著しく低かった PSF に対しては、ポストテスト時は等団体のスタッフがムンバイ語またはケマック語にてテスト問題を読むようにする。また重要ポイントの再確認を研修後の SISCa 時にて行う。

成果 4 : 各郡に PSF 指導者が育成され PSF の質が向上する。

(2) 事業内容(ウ)に記載の通り、指導者の配置を 2 年次に移行したため、目標値を達成することはできなかった(添付資料⑦参照)。

指標 4-1.各村に PSF 指導者が 1 名(計 10 名)配置される。

指導者は今年度配置されなかった。2 年次上半期に全ての村から選出し、配置する。

指標 4-2.指導者研修におけるテストにて、全員が 80%以上の得点を獲得できる。

指導者を配置できなかったため、指導者に対する研修を行わなかった。

2 年次第 2 回 PSF 能力強化研修時に、指導者に対する研修を半日行う予定。

指標 4-3.PSF 指導者全員が指導者個人評価項目を 70%以上達成する。

指導者を配置できなかったため、個人評価票を取得しなかった。

2 年次指導者配置後、個人評価票を行なっていく予定。

成果 5 : PSF・郡保健センター・県保健局・保健省・NGO 等の地域の関連機関による連携が強化される。

指標 5-1.ステークホルダーや保健事業関係者との会議・セミナーが年間 1 回開催され、出席率が 8 割を達成する。

4 月末に関係者を集め、ステークホルダー会議を実施し、関係者の 8 割以上が参加となり指標を達成できた。各村で抱える健康問題を全体で把握し、解決方法や対策を話し合った。

指標 5-2.保健省への報告数が年間 1 回になる。

11 月に保健省へのセミナー開催時に活動報告を行なった。

指標 5-3.各郡および県に緊急搬送システム体制が確立され、緊急時連絡網が作成される。

ステークホルダー会議を実施し、有事の際には円滑な患者の搬送が行なえるように、緊急搬送システムの体制を整え、緊急時連絡網が共有された(添付資料⑨、⑩参照)。

成果 6 : SISCa と家庭医制度、PSF が共に推進され地域保健が向上する。

指標 6-1.年 1 回、PSF 活動の成果と PSF 認定証の発行について保健省での会議や保健政策セミナーが開催される。。

11 月に保健省対象のセミナーを開催し、活動地における PSF の成果と継続的な PSF 活動を支援するため認定証の発行について提案した。それに対し、1 月にエルメラ県保健局の職員より、PSF 大会に参加した PSF に認定証が授与された。

指標 6-2.年 2 回、県や群レベルの予算の見直しが行われ SISCa や PSF への予算が確保できる。

県保健局職員と 4 月、10 月に行った会議の中で、SISCa 及び PSF の活動継続に当たる予算について話し合った。また 10 月の PSF 能力強化研修時には、PSF の奨励金に関して PSF と県保健局職員による意見交換を実施した。話し合いは行なったが、予算の見直しにつ

	いては行われなかったため未達。 しかし決められた予算の中で、県レベルでの SISCa 及び PSF の予算の見直しを年 2 回行うことは現時的に困難である。さらに保健省の限られた予算で今後も SISCa 及び PSF への予算確保は難しいと考える。今ある予算の中でいかに適切に予算運営されるか、地域保健サービスの予算が不正なく支払われているかを評価していく方が現状にあっていると考ええる。
(4) 持続発展性	本事業では、今後も村に在住する PSF が公衆衛生や医療の知識を持ち、質の高いヘルスプロモーション活動を行うための研修と指導を行なっている。更に各村に PSF 指導者を育成し、PSF のリーダとして他の PSF の育成や指導にあたることにより、事業終了後も PSF が継続的に育成され、持続可能な PSF 育成事業となるよう準備を行なっている。また PSF の活動による住民へのコミュニティモビライゼーションを通し、PSF への住民からの信頼を向上していく。 政策面では、PSF が継続的に活動を行うために、国からの認定証の発行による PSF の役割の向上と地位の獲得を行い、各地域に PSF の定着を目的としている。更に県保健局に配分される予算で PSF に対する奨励金の継続、及び最終的には保健省の予算の枠組みで PSF に対する研修予算が確保されるよう提言していく。更に地域保健システムの向上により、現行の保健センター主催の SISCa が定期的に運営されるよう、県保健局を始め関係者と PSF の関係を構築していく。 従って事業終了後は、質の高い PSF と PSF 指導者の育成に加え、県保健局との間で締結した協力協定・覚書に基づき、県保健局が実施中心団体として事業を引き継ぎ、その予算を保健省が確保できるよう、保健省職員向けのセミナーや提言により活動を発展させていく。