

博士論文

セネガル共和国農村部の  
公立プライマリケアサービス提供施設に関する研究

平成 29 年度

筑波大学大学院人間総合科学研究科

ヒューマン・ケア科学専攻

及川みゆき

筑波大学

## 要旨

**【目的】** ミレニアム開発目標により世界の5歳未満死亡率と妊産婦死亡率は1990年と比べそれぞれ53%、45%減少した。しかしながら全体として社会的に最も弱い立場にある最貧困層、女性、そして農村部の人々が十分な恩恵を得られていなかったという問題を残した。またサハラ以南アフリカ（以下、アフリカ）における保健システムの脆弱性が目標達成への主要なボトルネックであることも認識された。保健システム強化にはプライマリヘルスケア(PHC)アプローチの有効性が認知されており、サービス提供改革は人々を中心としプライマリケアに重点を置くべきであると指摘されている。またより良い保健医療サービス（以下、サービス）を提供するには、サービスを組織し提供する最善の方法についての理解を深め知識を増やすことが必要不可欠であるとも言われている。サービスの提供には能力の高いサービス提供者と管理支援要員、この2種類の保健医療従事者が不可欠だが、セネガル共和国（以下、セネガル）の農村部ではこのような有資格者を十分確保することが難しい。よって有資格サービス提供者の施設長（医師や看護師等）が管理支援要員を兼務することも多い。また、サービス自体も有資格者と無資格者のコミュニティ人材から成るチームにより提供され、施設を運営する「保健委員会」も施設長とコミュニティ人材の事務局メンバーで構成されている。このようなサービス提供の仕組みを持つセネガルは他のアフリカ同様、都市部と農村部のサービス提供の格差が大きい。よって本論文では農村部の公立プライマリケアサービス提供施設（以下、施設）を調査対象とし、末端の施設である保健ポストのサービス提供の改善に資する知見を得ることを目的とした。

**【対象と方法】** サービス提供者側と管理支援要員側から実証研究を行った。サービス提供者側の研究（研究1）では、施設で分娩ケアを受けた女性(n=259)を対象とし、女性の視点から分娩ケアの質を検討した。分娩ケアの質は女性の満足度と提供された標準ケアの提供状況で測定した。管理支援要員側の研究（研究2）では、保健ポスト保健委員会(n=52)と事務局メンバー(n=163)を対象とした。事務局メンバーの活動は政令により無償と定められていることから、金銭インセンティブの有無が事務局メンバーの活動量や保健委員会のパフォーマンスに影響しているかどうかを検討した。

研究1では分娩ケアを受けた女性の満足度と23項目の標準ケアの提供状況が含まれた二次データ（保健センター（227）、保健ポスト（32））を用いた。女性の満足度は分娩ケアに対する女性の満足度（ケア満足度）と次回の施設利用可能性（次回利用）で測定され、標準ケアの提供状況は女性がケアを提供されたかどうかで測定されている。標準ケアの特性により対人関係（5項目）、情報（7項目）、技術（11項目）の3つに分類し、全23項目と各カテゴリのケアの総量を表す変数を作成した。（仮説）「女性が十分な量の標準ケアを受けたと認識した場合、女性の満足度は高くなる」を設定し、女性の満足度を従属変数、標

準ケア及び女性の特性や施設へのアクセスに関する変数を独立変数として多変量解析を行った。

研究2では(仮説1)「保健委員会事務局メンバーが金銭インセンティブを得ている方が、彼らの活動量が増加する」と(仮説2)「金銭インセンティブを導入している保健委員会の方が、導入していない保健委員会よりも運営状況は良い」を設定した。(仮説1)では事務局メンバーの活動量を月間就業日数で測り、これを従属変数とした。独立変数は金銭インセンティブの有無と事務局メンバーの役職、在職期間、性別、行政区、職業を選択して多変量解析を行った。(仮説2)では保健区関係者が保健ポスト保健委員会のパフォーマンスを評価した変数を従属変数とし、保健委員会の報酬制度の有無、政令遵守の状況、会計報告書提出枚数、事務局メンバーの学歴、事務局メンバーと保健ポストスタッフの関係、保健ポスト長の経験、妊婦健診数、有資格サービス提供者の人数、行政区、事務局メンバーの選出方法、外部からの支援、月例会議の実施、女性事務局メンバーの有無を独立変数とし、多変量解析を用いて保健委員会の運営状況の良さと報酬制度の関係を検証した。

**【結果】**研究1の結果、分娩ケアに対する女性の満足度は、「とても満足」が45%、「満足」が43%、次回の施設利用の可能性も93%であった。保健センターと保健ポストでの差はなかった。標準ケアに関しては、提供されるべきケアの量を100%(23項目)とした場合、その平均は56%でありバラツキも見られた。また、情報(50%)と技術(54%)に関するケアの量は対人関係(71%)に比べ低かった。仮説検証の結果、提供されたケアの総量が増えるほどケア満足度と次回利用が高くなる傾向が認められた。カテゴリ別で検証した結果では、技術的側面と対人関係のケアの量のそれぞれが増えるとケア満足度と次回利用が高くなることも確認できた。研究2の仮説1を検証した結果、事務局メンバーが金銭インセンティブを得ている群は有意に活動量が多かった。また、その職位が会計、行政区が市部の場合も同様の傾向があった。仮説2を検証した結果、報酬制度のある保健委員会と保健委員会の運営状況の良さとの関係は認められなかった。一方、有資格者サービス提供者の数、中等教育以上の学歴を持つ事務局メンバーの人数、事務局メンバーと保健ポストスタッフとの関係の良さとの関係が有意に認められた。保健委員会の現状としては、事務局メンバーの37%(60人)が保健ポストに全く来ておらず、月例会議を実施していた保健ポストも約半数、活動計画策定の実施率は26%、月間会計報告を毎月提出していた保健ポストは5施設のみであった。

**【考察】**女性が標準ケアを量的に十分受けていない場合、分娩ケアに対する満足度は低下し、次回利用の可能性も減少する可能性がある。技術的側面と対人関係それぞれのケアが量的に提供されることも女性の満足度に関係していたが、ケアの量の平均は低くまた人によりバラツキがあった。有資格者を十分確保できるまでの対策として有資格者と無資格者がチームを組んでケアを提供することは効率的であると認識されている。施設はすべての

女性に同等のサービスを提供すべきであり、そのためのパフォーマンスの改善が求められる。また多民族多言語で構成されるセネガルでは現地語を話すコミュニティ人材は対人関係のケアを担保するために欠かせないと考ええる。

事務局メンバーへの金銭インセンティブは、彼らの活動量を促進させる要因となると考える。また保健ポストへのアクセスが容易な市部や会計のように役割や責任の程度が明確である事務局メンバーも活動量に良い影響を与えられる。金銭インセンティブは現行の保健委員会のパフォーマンスにつながるとは限らず、それよりも事務局メンバーの学歴や保健ポストスタッフとの関係という事務局メンバーの資質に関わる要素の重要性が示唆された。しかし適切な人材を選出し、そのような人材に対して金銭インセンティブを提供するのであれば、保健委員会のパフォーマンスの改善に貢献する可能性はあるのではないか。また有資格サービス提供者が1人の保健ポストでは、保健ポスト長の業務の範囲が広く量も多いことが保健委員会のパフォーマンスにも影響するのではないか。よって、有資格者2人体制を増やしていくこと、サービス提供部門で行われているコミュニティ人材へのタスクシフティングを運営管理部門にも導入すること、そして事務局メンバーの役割、人選、待遇を再検討することが保健ポストのサービス提供改善に資するのではないかと考える。

**【結論】** サービスへの公平なアクセスという視点から、農村部でも都市部と同等のサービスが提供されるべきである。しかし農村部の保健ポストでのリソースの不足がサービスの提供に影響を与えていることから、農村部の保健ポストの運営には最低2人の有資格サービス提供者の配置が不可欠と考える。またコミュニティ人材を活用する前提として適切な人材を選出する仕組みや効果的な活用方法の検討も必要である。更に、利用者側からの声をサービスに反映させることが人々を中心とするプライマリケアの実現を促進させると考える。

## 目次

第1章 序論	1
第1節 背景	1
1. 保健分野における国際社会の潮流とサハラ以南アフリカの課題	1
2. 開発途上国の保健医療施設でのサービス提供	2
3. セネガルの概要	3
第2節 問題の所在	7
第3節 研究の目的	8
第4節 本論文の構成	10
第2章 文献レビュー	13
第1節 農村部のプライマリケアサービス提供施設の分娩ケアの質	13
1. 文献検索方法	14
2. 文献検索結果	15
1) 分娩ケアの質の評価方法	17
2) 分娩ケアの質	19
3) サービス提供者のパフォーマンスと女性の満足度との関係	22
第2節 保健医療従事者のモチベーションに影響を与えるインセンティブ	22
1. 文献検索方法	23
2. 文献検索結果	24
1) 事務局メンバーへの金銭インセンティブとモチベーション、パフォーマンスの関係	24
2) 金銭インセンティブと非金銭インセンティブとの関係	26
3) 無給の保健医療従事者のモチベーション、パフォーマンスに影響を与えるその他の要因	26

第3節 保健委員会のパフォーマンスに影響する要因	27
1. 文献検索方法	27
2. 文献検索結果	27
1) 保健委員会のパフォーマンス評価	28
2) 保健委員会の評価に必要な情報	28
3) 保健委員会のパフォーマンスに影響を与える要素	28
第3章 (研究1) 農村部の公立プライマリケアサービス提供施設の分娩ケアの質に関する研究	32
第1節 背景と目的	32
第2節 方法	33
1. 使用するデータ	33
2. プロジェクト概要	33
3. データ	34
4. 分析方法	35
第3節 結果	37
1. 記述統計の結果	37
2. 2変量解析の結果	41
3. 多変量解析の結果	45
第4節 考察	49
1. 一人当たりの女性が受けた標準ケアの量と女性の満足度との関係	49
2. 施設で提供されている標準ケア	50
3. 女性の満足度と関係する標準ケアの特性と対象者の特性	52
4. 本研究の限界	53

第4章 (研究2) 農村部の公立プライマリケアサービス提供施設の運営に関わる保健委員会に関する研究	54
第1節 背景と目的	54
第2節 方法	55
1. 対象とする保健委員会	55
2. 調査方法	57
3. 変数の選定	59
4. 分析方法	65
5. 倫理的配慮	66
第3節 結果	66
1. 記述統計の結果	67
1) 保健ポストの属性	67
2) 保健委員会設置政令の遵守状況	71
3) 保健委員会事務局メンバーの属性	72
4) 行政区による保健ポストの属性	72
2. 仮説1の検証結果	75
3. 仮説2の検証結果	77
1) 保健区とPHC担当者による保健ポスト保健委員会運営状況評価の結果	77
2) 2変量解析の結果と独立変数の選択	78
3) 重回帰分析の結果	78
第4節 考察	80
1. 保健委員会事務局メンバーの活動量と金銭インセンティブの影響	80
2. 保健委員会の運営状況と報酬制度との関係	80
3. 保健委員会の運営状況に影響するその他の要素	81
4. 保健委員会のパフォーマンス向上に向けた取り組み	81
5. 本研究の限界	82

第5章 総合的な考察	84
第1節 本研究から得られた知見	84
1. 研究1：サービス提供者側	84
2. 研究2：運営支援要員側	85
3. 総合的な考察：農村部の保健ポストのサービス提供の仕組み	86
第2節 政策的含意と提言	88
第3節 本論文の限界と今後の課題	91
第4節 結論	91
謝辞	92
引用文献	93
付録	103
参考論文	104
Oikawa, M., Sonko, A., Faye, E. O., Ndiaye, P., Diadhiou, M. and Kondo, M. (2014). Assessment of Maternal Satisfaction with Facility-based Childbirth Care in the Rural Region of Tambacounda, Senegal. <i>African Journal of Reproductive Health</i> , 18(4), 95-104.	

## 図表目次

図 1.1	セネガル保健行政	4
図 1.2	保健ポストの一般的な構成要員	6
図 1.3	本論文における研究 1 と研究 2 の関係	12
図 2.1	妊産婦と新生児の健康のためのケアの質に関する WHO 概念図	14
図 2.2	保健医療従事者のモチベーションに影響を与える要素	23
図 2.3	保健委員会のパフォーマンスの決定要素	29
図 4.1	ジガンシヨール州	57
図 4.2	1 保健ポスト当たりの有資格者配置数	69
図 4.3	1 保健ポスト当たりの無資格者配置数と事務局メンバー数	69
図 4.4	施設長による保健ポスト評価	70
図 5.1	保健ポストで働く保健医療従事者の業務範囲	89
表 2.1	施設分娩ケアの質に関する文献レビュー対象論文一覧	16
表 2.2	分娩ケア満足度を多面的に評価するための項目（先進国）	18
表 2.3	分娩ケア満足度を多面的に評価するための項目（開発途上国）	18
表 2.4	施設分娩ケアにおけるサービス提供者のパフォーマンス評価方法	19
表 2.5	分娩ケアに対する女性の満足度との関連が認められた女性の社会人口特性	20
表 2.6	保健委員会に関する研究で収集された項目	30
表 2.7	保健委員会のパフォーマンスに影響を与える要素	31
表 3.1	対象施設で分娩ケアを提供するサービス提供者の特性	34
表 3.2	23 項目の標準ケア	35
表 3.3	女性の特性と施設へのアクセス	38
表 3.4	一人当たりの女性が受けた標準ケアの量	39
表 3.5	施設が提供した標準ケア	40
表 3.6	施設での分娩ケアに対する女性の満足度と次回利用可能性	41
表 3.7.1.	女性の特性及び施設へのアクセスとケア満足度との単回帰分析結果	41
表 3.7.2.	女性の特性及び施設へのアクセスと次回利用可能性とのロジスティ	42

ック回帰分析結果	
表 3.8.1. 一人当たりの女性が受けた標準ケアの量とケア満足度との単回帰分析結果	42
表 3.8.2. 一人当たりの女性が受けた標準ケアの量と次回利用可能性とのロジスティック回帰分析結果	42
表 3.9.1. 施設が提供した標準ケアとケア満足度との単回帰分析結果	43
表 3.9.2. 施設が提供した標準ケアと次回利用可能性とのロジスティック回帰分析	44
表 3.10.1. 一人当たりの女性が受けた標準ケアの量とケア満足度との重回帰分析結果（総量）	45
表 3.10.2. 一人当たりの女性が受けた標準ケアの量とケア満足度との重回帰分析結果（カテゴリ）	46
表 3.11.1. 一人当たりの女性が受けた標準ケアの量と次回利用可能性との多重ロジスティック回帰分析結果（総量）	46
表 3.11.2. 一人当たりの女性が受けた標準ケアの量と次回利用可能性との多重ロジスティック回帰分析結果（カテゴリ）	47
表 3.12.1. 施設が提供したケアの量とケア満足度との重回帰分析結果	48
表 3.12.2. 施設が提供したケアの量と次回利用可能性との多重ロジスティック回帰分析結果	49
表 4.1 対象保健区の概要	56
表 4.2 保健委員会設置政令に規定されている保健委員会の活動	58
表 4.3 仮説 2 の従属変数の作成手順	61
表 4.4 保健委員会のパフォーマンスの決定要素と仮説 2 の独立変数候補	62
表 4.5 仮説 2 検証のために選択した独立変数の候補一覧	65
表 4.6 調査対象とした公立保健ポスト	67
表 4.7 保健ポストの属性	67
表 4.8 保健ポスト長の属性	68
表 4.9 保健ポストの保健医療従事者の属性	69
表 4.10 保健ポスト長による保健ポスト評価	70
表 4.11 保健委員会設置政令に規定されている項目の遵守状況	71
表 4.12 行政区による保健ポスト属性	72
表 4.13 事務局メンバーの属性	73
表 4.14 事務局メンバーへのインセンティブ	74
表 4.15 事務局メンバーの月間就業日数	74
表 4.16.1. 金銭インセンティブと事務局メンバーの月間就業日数の関連	75

表 4.16.2. 金銭インセンティブ(毎月)と事務局メンバーの月間就業日数の関連	76
表 4.16.3. インセンティブ(非金銭含)と事務局メンバーの月間就業日数の関連	77
表 4.17 保健区長と PHC 担当者による保健ポスト保健委員会評価	78
表 4.18 仮説 2 検証のために選択した独立変数と従属変数との単回帰分析結果	78
表 4.19 保健区による保健委員会評価と保健委員会のパフォーマンスの決定要素との関連 (金銭による報酬がある場合)	79
表 4.20 保健区による保健委員会評価と保健委員会のパフォーマンスの決定要素との関連 (非金銭含む報酬がある場合)	79
表 5.1 本研究から得られた知見	84

# 第1章 序論

## 第1節 背景

### 1. 保健分野における国際社会の潮流とサハラ以南アフリカの課題

#### ミレニアム開発目標

2000年9月、国連加盟国はより良い世界の実現を目指しその協力を約束する「国連ミレニアム宣言」を採択し、開発分野における国際社会共通の目標として「ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals: MDGs)」を設定した。8つの項目から成る MDGs のうちの3つが保健分野に関連した目標であり (MDG4. 乳幼児死亡率の削減、MDG5. 妊産婦の健康の改善、MDG6. HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止)、開発における保健分野の重要性も共有された (United Nation: UN, 2010)。

#### MDGs からの教訓：最貧困層、女性、農村部の人々への支援強化

MDGs 最終年に発行された国連ミレニアム開発目標報告 (UN, 2015a) によると、1990年と比べ世界の貧困率は68%減少し、保健関連 MDGs にも改善が認められた。世界の5歳未満児死亡率と妊産婦死亡率は、1990年と比べそれぞれ53%、45%減少した。しかしながら MDGs 全体としては、社会的に最も弱い立場にある最貧困層、女性、そして農村部の人々が十分な恩恵を得られていなかったという問題を残した。

#### 保健関連 MDGs からの教訓①：PHC と保健システム強化の重要性

保健関連 MDGs では課題別アプローチがとられたが、2005年の時点で保健関連 MDGs 達成への主要なボトルネックとして、開発途上国、特にサハラ以南アフリカ (以下、アフリカ) における保健システムの脆弱性が指摘され、その強化の重要性が認識されるようになった (World Health Organization: WHO, 2005a)。Chan (2008) も、インフラ整備やサービス、スタッフに多くの介入や資金が投入されても、サービス提供のための効率的なシステムがなければ良いヘルスアウトカムは得られないと述べている。国際社会では、プライマリーヘルスケア (Primary Health Care: PHC) アプローチの有効性も認知されており (WHO, 2007)、保健システム強化には PHC を保健政策の基盤とし、人々を中心とするプライマリケア (people-centered primary care) に重点を置いたサービス提供改革にも重点を置くべきであると指摘されている (WHO, 2008)。

アフリカ諸国も国及び国際社会で設定された目標の達成に必要な基本的な保健医療活動を十分に展開するには、PHC アプローチを用いた保健システム強化が欠かせないと認識しており、2008年、21世紀にアフリカの人々がより良い健康を享受するためのアフリカにお

る PHC と保健システム強化を目指す「ワガドゥグ宣言」を採択している。(WHO, 2010a)。

#### 保健関連 MDGs からの教訓②：農村部での医療従事者立ち会いによる出産の低さ

医師、看護師、助産師等の熟練医療従事者 (Skilled Birth Attendant: SBA) による分娩介助の割合は、MDG5 のターゲット指標の一つに設定されていたが、開発途上国の農村部の女性はやはり十分な恩恵を得られていなかった。農村部で SBA による分娩介助が行われた割合 (以下、SBA 分娩介助率) は、開発途上国全体で 56%、アフリカでは 38%であった (UN, 2015a)。一方で開発途上国の都市部の SBA 分娩介助率は 1992 年時点で既に 70%を超えている (Kobinsky et al., 2006)。

セネガル共和国 (以下、セネガル) も同様の傾向を示している。都市部の SBA 分娩介助率は 1986 年の時点で 82%に達している (Ndiaye, Sarr and Ayad, 1988)。一方、農村部の SBA 分娩介助率は 2012 年においても 49% (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)/Sénégal and ICF International, 2012) と低い。SBA 分娩介助率と妊産婦死亡率には強い相関関係があることから (Adegoke and van den Broek, 2009; Berhan and Berhan, 2014)、アフリカの妊産婦死亡の多くは都市部よりも農村部で起こっているといえる (Ronsman, Graham and on behalf of the Lancet maternal survival series steering group, 2006)。

## 2. 開発途上国の保健医療施設でのサービス提供

#### 保健医療従事者の不足により農村部ではコミュニティ人材を活用

保健分野は労働集約性が高いという特徴から、質の高い保健医療サービスを提供するには、能力の高い保健医療従事者 (Health Worker) が欠かせない (WHO, 2000)。しかしながら、開発途上国では SBA 含む保健医療従事者の全体数が不足している。World Health Statistics (WHO, 2016) によると、WHO アフリカ地域の保健医療従事者の数は、人口 1 万人に対し 13 人で、世界平均 (25 人) の半分程度に過ぎない。セネガルの保健医療従事者数は極端に少なく、その数は 5 人である。

開発途上国は保健医療従事者の都市部偏在の傾向も強く、Underserved area と言われている農村部 (rural) や僻地 (remote) では医師や看護職等の有資格者の不足も深刻である (Honda and Vio, 2015; Kobinsky et al., 2006)。そのため、セネガルの農村部でプライマリケアサービスを提供している施設では有資格者に加え、Community Health Workers (CHW) も保健医療サービスを提供している (de Bernis et al., 2000)。セネガルの CHW は 6 か月程度の訓練を受けた無資格のコミュニティ人材である。PHC アプローチ導入以降、アフ

リカ含む開発途上国ではこのような CHW の活用が一般的に行われてきた (MacKeith et al., 2003; Kobinsky et al., 2006)。また近年、有資格者が定着しない開発途上国の農村部で保健医療サービスを提供する手段としての CHW の活用が再評価されている (Tulenکو et al., 2013; Maes, 2015)。

WHO (2006) によると保健医療従事者は 2 つのタイプに分類され、資格の有無に関わらず直接サービスを提供する保健医療従事者は「サービス提供者 (health service providers)」、直接サービスを提供しない保健医療従事者は「管理支援要員 (health management and support workers)」と定義されている。

CHW は無資格の「サービス提供者」に分類されるが、セネガルには無資格の「管理支援要員」として働くコミュニティ人材も存在する。彼らは保健委員会事務局メンバーとして、公立プライマリケアサービス提供施設の運営に関わっている。保健委員会 (Health Facility Committees) とは「保健医療施設と明確なつながりを持ったコミュニティの代表者を一員とする公的な組織であり、その一義的な目的は、保健医療サービス提供とヘルスアウトカムの改善という目標に住民を参加させることである」と定義されている (McCoy, Hall and Ridge, 2012)。保健委員会は保健医療施設がプライマリケアサービスの提供を維持していくための戦略として、多くの開発途上国に導入された制度で (WHO, 1987a)、セネガルも 1992 年にこの制度を導入している。

### 保健医療施設が提供するサービス

開発途上国では保健医療従事者の不足や都市部への偏在に加え、パフォーマンスの低さも指摘されている (Rowe et al., 2005; Tunçalp et al., 2015; Kobinsky et al., 2006)。ベナンやルワンダを対象とした研究では、妊産婦ケアを提供する有資格サービス提供者の知識や技術は不十分で、基準値の 40% から 65% ほどしかないと報告されていた (Harvey et al., 2007; Boucar et al., 2004)。このような保健医療従事者のパフォーマンスの低さは、保健医療施設で妊産婦ケアサービスを利用した女性からも問題視され (Tunçalp et al., 2015)、施設利用への影響も懸念されている (Duysburgh et al., 2014)。保健医療施設が提供するサービスに関しては、保健医療従事者のパフォーマンスのみならず、診察までの待ち時間の長さ (Srivastava et al., 2015) や保健医療施設の不十分な設備 (Nikeima et al., 2010) 等、施設運営上の課題も指摘されている。

## 3. セネガルの概要

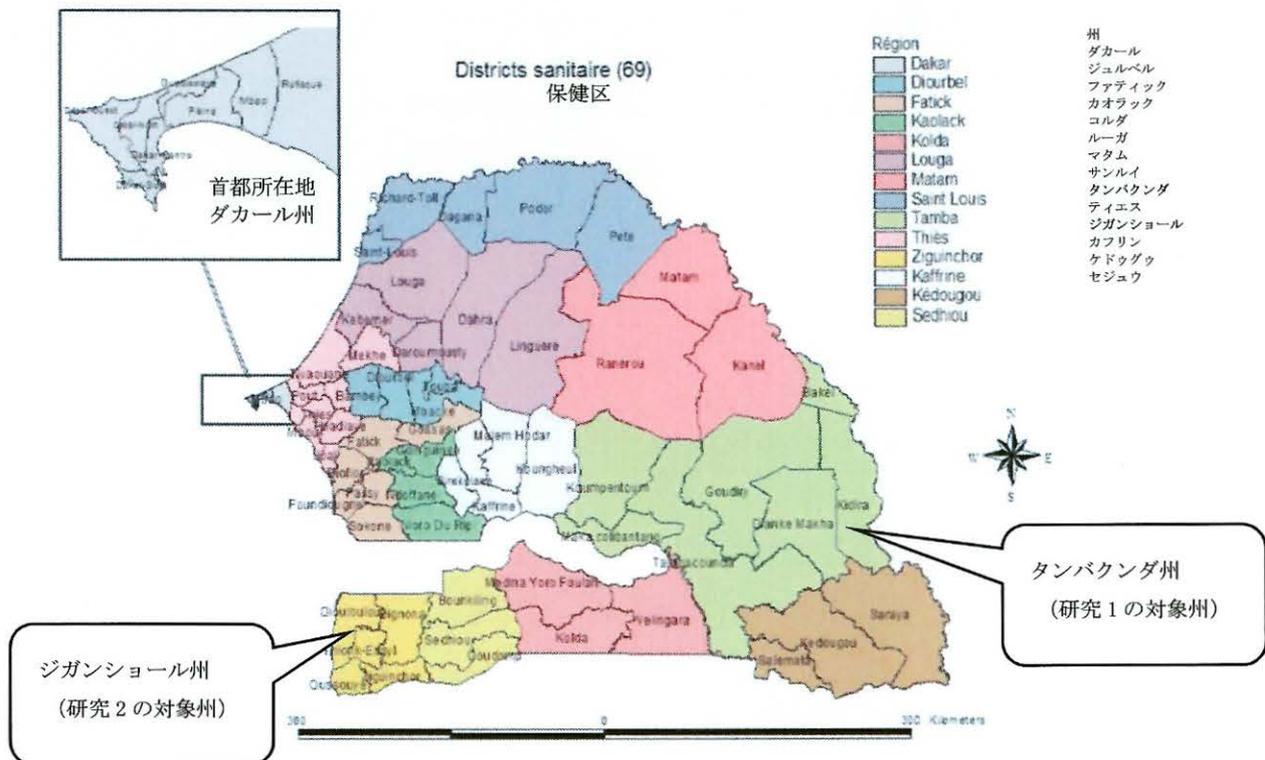
### 一般的な概要

セネガルはアフリカ大陸の最西端に位置している。1960 年にフランスから独立した後発

開発途上国で、低所得国に分類されている。2015 年人間開発指標は世界 188 か国中 170 位で、人間開発低位国グループに属している (United Nations Development Programme: UNDP, 2015)。

### 行政制度

セネガルは 14 州で構成され、州、県、その下に日本の市町村に相当する地方公共団体(市部はコミューン(Commune)、郡部は農村共同体(Communauté Rural))、それらの下に村落が配置されている。保健行政は、中央省庁である保健省の下、各州に州医務局(Région Médicale)、県レベルに保健区(District Sanitaire)、その下に保健ポスト(Poste de Santé)が配置されている。保健政策や情報の流れは、保健省—州医務局—保健区—保健ポストとなる。PHC の実施主体は主に保健区—保健ポストとなる。



出典: Service National de l' Information Sanitaire, Ministère de la Santé et de la Prévention, République du Sénégal. 2008

図 1.1 セネガル保健行政

### プライマリケアサービスを提供する施設

セネガル農村部でプライマリケアサービスの提供を主に担っているのは公立の保健医療施設の保健センター(Centre de Santé)と保健ポストとなる。

保健センター:

人口 15 万人に 1 つの設置基準を設けている。保健区長（行政）を兼ねた保健センター長の医師の下、内科、外科、小児科、産科、歯科等基礎的な診療サービスを提供するために複数名の保健医療従事者が勤務している。手術棟を有する施設を保健センターⅡ、有しない施設を保健センターⅠと区別している。医師、看護職等最低限の有資格者のサービス提供者は保健省から派遣されているが、地方自治体や保健委員会が直接雇用している保健医療従事者も多い。

#### 保健ポスト：

末端の公立保健医療施設である。市部は人口 1 万人、郡部は人口 5 千人に 1 つを設置基準としている。医師は常駐しておらず、保健省から派遣された看護職が保健ポスト長として駐在している。その他の保健医療従事者は、保健委員会が直接雇用している場合が多い。一般診療科と産科のサービスを提供するが、助産師不足から一般診療を担当する看護師が産科を兼任していることも多い。

人口密度の低い農村部では、公立の保健ポストが距離的にアクセス可能な唯一の施設の場合も多い。また、農村部では社会的・文化的に伝統医療や自宅分娩を選択できる環境が残っている。

#### 公立プライマリケアサービス提供施設の運営の仕組み

セネガルでは 1992 年の政令 (République du Sénégal, 1992) により保健委員会制度が導入され、現在は保健センターと保健ポストに保健委員会の設置が義務づけられている。住民参加の一環として CHW やマトロン<sup>1</sup>が無資格のサービス提供者として、保健委員会事務局メンバーが管理支援要員として施設に従事している。

施設を利用する地域住民が診察料、検査料、薬代を支払い、保健委員会がその収益を基に、必要な医薬品、消耗品等を購入したり人材を雇用したりすることで施設が運営されている。

#### プライマリケアサービスを提供する保健医療従事者

一般的には、有資格サービス提供者として医師（保健センターのみ）、看護職（看護師、助産師、准看護師等）と無資格サービス提供者（CHW、マトロン）、管理支援要員として保健委員会事務局メンバー、薬局係、受付係、守衛、掃除婦等が勤務している。

雇用システムは、保健省等が雇用する公務員と、保健委員会が雇用する人材の二通りと

<sup>1</sup>コミュニティから選出され、半年程度保健医療施設の産科で研修を受けた女性のことをマトロン (Matron) と呼んでいる。マトロンは母子保健に特化した女性の無資格サービス提供者で、有資格者の管理下で従事している。またセネガルでは、施設での研修を受けず代々コミュニティで助産活動をしている女性を伝統産婆と呼び、マトロンと区別している。

なっている。CHW、マトロン、薬局係等には保健委員会から毎月給与が支給されている場合が多い。事務局メンバーは政令で無償の活動と定められている。このようにセネガルでは、同じ職場で働くコミュニティ人材の中に有給者と無給者が共存している。

保健委員会はコミュニティから選出された事務局メンバー4人（事務局長、事務局次長、会計、会計補佐）で構成され、保健省が雇用している有資格サービス提供者の施設の長（保健センターは医師、保健ポストは看護職）と協力しながら運営することになっている。

### セネガルでの住民参加

セネガルには現在3つの形態の住民参加が存在する。(1) 地域住民がサービスの受益者として利用料を支払い、施設の収入増加に貢献する。(2) 地域住民がコミュニティから無資格のサービス提供者を選出し、労働力を提供する。(3) 地域住民がコミュニティから保健委員会事務局メンバーを選出し、施設長と保健センターや保健ポストを運営する。

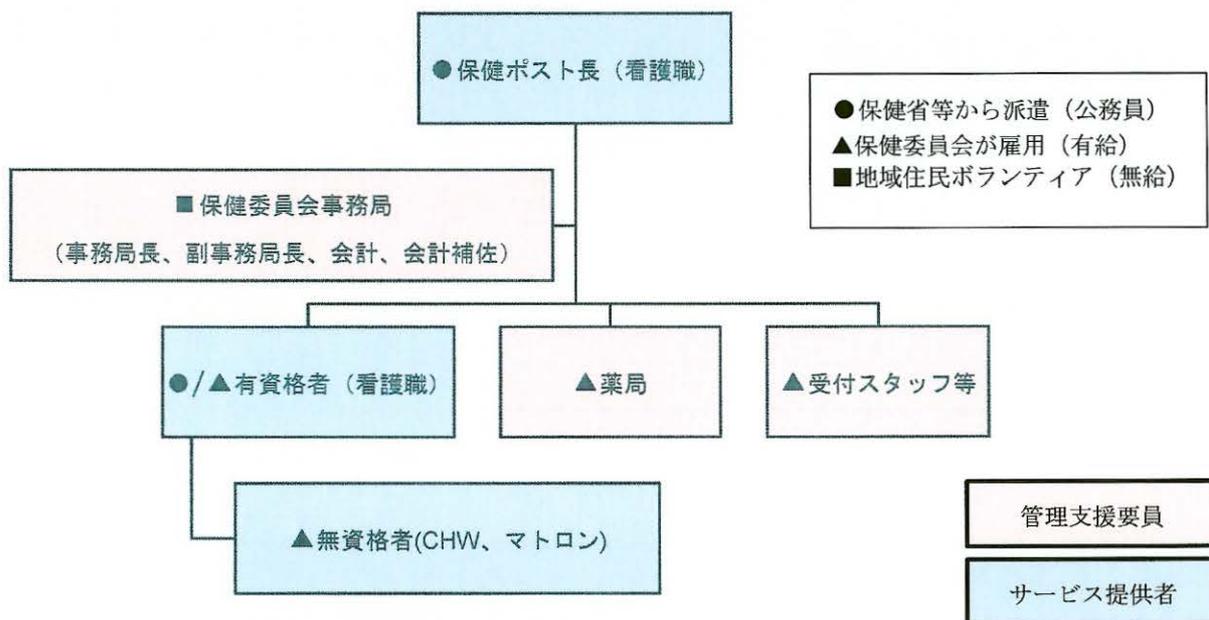


図 1.2 保健ポストの一般的な構成要員（著者作成）

### プライマリケアサービス提供施設を運営する保健委員会制度の課題

セネガル保健省の報告 (Cellule d' Appui au Financement de la Sante et au Partenariat, Ministère de la Santé et de la Prévention Médical, Mars 2007)によると、保健委員会制度の導入により必須医薬品やPHCサービスへのアクセスが改善したと評価する一方で、一部の保健委員会には財務管理の不透明性、計画策定能力の低さ、診察中心で予防やヘルスプロモーション活動の少なさ、事務局メンバーの主体性のなさ等、運営上の課題があることが指摘されている。

1996 年地方分権化法施行により、地方公共団体（州、コミューン、農村共同体）に対し保健行政の一部委譲が行われ、コミューンや農村共同体には管轄内の保健センターと保健ポストを監督する保健管理委員会（Gestion de Santé）の設置が奨励された。しかしながら地方公共団体の脆弱性から、このシステムは今日に至るまで殆ど機能していない。また、保健委員会の政令は 1992 年の施行以降一度も改定されていない。地方分権化の動きと整合性を持たせるため、保健委員会に代わる住民組織の創設に向けた法改革が 2009 年頃より政府内で検討され始めたが、その動きは停滞している（Ministère de la Santé et de la Prévention, Draft）。

## 第 2 節 問題の所在

ポスト MGDs として設定された 17 項目の持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals: SDGs）の一つに保健課題の SDG3「すべての人に健康と福祉を」が含まれている。SDG3 のターゲット 3.1 では「2030 年までに世界の妊産婦死亡率を出生 10 万対 70 に削減する」ことが掲げられ、妊産婦死亡の削減目標が引き継がれている（WHO, 2016）。2016 年時点でのセネガルの妊産婦死亡率は 315（出生 10 万対）と高く、国全体の指標を改善するには農村部への介入を強化し、SBA 介助分娩率の改善を図るべきであろう。

一般的に、妊産婦死亡の大多数は SBA が適切な機材と用具を用いて幅広い処置を行えば、予防または抑制が可能であると言われている（UN, 2010）。更に、プライマリケアレベルの施設での分娩は妊産婦死亡率削減への効果的な戦略と認識されている（Cambell, Graham and on behafe of the Lancet maternal survival series steering group, 2006）。つまり、農村部のプライマリケアサービス提供施設で SBA が介助する分娩を増やすことが妊産婦死亡の改善につながる。そのためには農村部のプライマリケアサービス提供施設で提供されている保健医療サービスの状況を理解し、農村部特有の課題に取り組むことが求められるのではないだろうか。

保健医療サービスの提供には、能力の高いサービス提供者と施設運営に関わる管理支援要員が必要とされるが（WHO, 2007）、セネガルの農村部の公立プライマリケアサービス提供施設では、そのどちらの人材においても資格のないコミュニティ人材の活用が欠かせない。このような状況で農村部での施設分娩を推進するには 2 つの懸念がある。一つ目は保健医療施設で行われる出産の全てを SBA が介助しているとは言えない点であり、二つ目は、施設で安全な分娩ケアサービスを提供するには SBA が必要とする機材や用具を常に揃えておく必要があるものの、保健委員会には運営上の課題が指摘されていることからこのような

役割が果たしているのだろうかという点である。

まず一つ目の懸念であるが、セネガルでは SBA 分娩介助率と施設分娩率が一致していない。例えば、2011 年の都市部の施設分娩率は 93%、SBA 分娩介助率は 91%であったが、農村部の施設分娩率は 60%、SBA 分娩介助率は 49%であり (ANSD/Sénégal and ICF International, 2012)、農村部での施設分娩率と SBA 分娩介助率の差が大きい。これは、農村部の保健医療施設ではマτροンも分娩サービスに従事していることが影響していると思われる。事実、セネガルやザンビアの保健医療施設では SBA でないサービス提供者が分娩ケアを提供していたことが報告されている (de Bernis et al., 2000; MacKeith et al., 2003)。

二つ目の懸念はどうだろう。セネガルの公立プライマリケアサービス提供施設の運営を担うのは医師もしくは看護職の施設長とコミュニティ人材の事務局メンバーで構成された保健委員会である。施設長はサービス提供と運営管理の両方を担っており、また、保健医療サービスの提供については専門家であるが、事務局メンバー同様、施設の運営管理についての専門家ではない。よって施設長や事務局メンバーのパフォーマンスの程度が施設の運営に影響する可能性があると思われる。

セネガル農村部の公立プライマリケアサービス提供施設にはこのような特徴があることから、サービス提供者側と管理支援要員側の 2 つの側面からサービス提供を検討することにより、より包括的に施設のサービスの提供の課題を捉えることができるのではないだろうか。

### 第 3 節 研究の目的

より良い保健医療サービスを提供するには、保健医療サービスを組織化し提供する最善の方法についての理解を深め知識を増やすことが必要不可欠である (Fulop et al., 2001)。また、アフリカの人々の健康改善のためにプライマリケアサービス提供施設のサービスの提供を検討することの重要性は認識されていることから (WHO, 2008)、この領域での知見を増やすことは意義があると考えられる。本論文は、西アフリカに位置するセネガルで公的にプライマリケアサービスを提供している保健医療施設を研究対象とし、施設のサービス提供者側と管理支援者側のパフォーマンスについての実証研究を行う。そしてこの 2 つの側面から得られた知見を総合的に考察することにより、セネガル農村部の公立プライマリケアサービス提供施設のサービスの提供の改善に資する知見を得ることを目的としている。

サービス提供者側のパフォーマンスに関する研究（研究1）では、公立プライマリケアサービス提供施設で提供された分娩ケアの質を検討する。

プライマリケアサービス提供施設での SBA 介助による分娩は妊産婦死亡削減のための効果的な戦略の一つとされている。しかし農村部の公立プライマリケアサービス提供施設では、看護職（有資格サービス提供者）とマトロン（無資格サービス提供者）で構成されたチームが分娩ケアサービスを提供している。このようなサービス提供の仕組みでも分娩ケアの質が確保されているかどうかを検討する。

一般的に施設利用者の満足度は将来の施設利用に影響を与える（Fitzpatrick, 1997）。また、患者満足度評価は患者による医療の質評価手法として確立しており、患者満足度はケアの質の指標の一つとされている（Donabedian, 1988; Sitzia and Wood, 1997）。同様に、施設分娩ケアに対する女性の満足度も分娩ケアの評価に欠かせないと認識されている（Hulton, Matthews and Stones, 2007; Senarath, Fernando and Rodrigo, 2006; Hodnett, 2002）。セネガルを対象とした研究では施設分娩に対する女性の不満が次の出産で自宅を選択した要因の一つであったと報告している（Faye et al., 2012）。よって研究1ではこの点に注目し、分娩ケアの質が確保されているかどうかを女性の満足度で評価する。

また Donabedian (1980) は「提供されている医療が患者の健康を実現するには不十分な量であったとしたら、その医療は量的に不適切であるため、医療の質は低い」と言っていることから、サービス提供者が提供すべき標準ケアの量でも分娩ケアの質を評価する。

よって研究1では、公立プライマリケアサービス提供施設が提供した分娩ケアの質を「提供された標準ケアの量」と「女性の満足度」の側面から評価する。また、「提供された標準ケアの量」が十分であれば、「女性の満足度」も高くなると想定されることから、両者の関係についても検討する。

管理支援要員側のパフォーマンスに関する研究（研究2）では、研究の対象をセネガルの公立プライマリケアサービス提供施設を運営する保健委員会及び保健委員会事務局メンバーとした。適切な施設運営はサービス提供者が質の高いサービスを提供するために欠かせないことから、保健委員会のパフォーマンスに関する知見は、サービス提供を検討する上で欠かせないと考える。

保健分野のパフォーマンスはサービス提供者のモチベーションの影響を受け（Franco, Bennett and Kanfer, 2002）、そして彼らのモチベーションは主に金銭インセンティブ、キャリア開発、運営的な問題の影響を受ける（Willis-Shattuck et al., 2008）。また、コミ

ユニティ人材の CHW に関しては、金銭インセンティブのある方が、ない CHW よりもパフォーマンスが向上するといわれている (Kok et al., 2015)。しかしながら、管理運営支援要員の保健委員会事務局メンバーについては、報酬が必要かどうか、ボランティアが望ましいのかという議論はほとんど行われていない (McCoy, Hall and Ridge, 2012)。そのため研究 2 では、保健委員会の活動がボランティア (無償) を前提としている点に注目した。金銭インセンティブがサービス提供者のモチベーションや CHW のパフォーマンスに影響するのであれば、管理支援要員の事務局メンバーにも影響を与えるのではないだろうか。そして保健委員会に報酬制度があることで保健委員会のパフォーマンスは良くなるのではないかと考えた。

よって、研究 2 では、金銭インセンティブと保健委員会事務局メンバーの活動との関係、そして、保健委員会のパフォーマンスと報酬制度との関係について検討する。

最後にサービス提供者側の研究と管理支援要員側の研究から得られた知見を総合的に考察することにより、セネガルの農村部の公立プライマリケアサービス提供施設のサービス提供における課題を整理し、その改善に向けた政策を提言することとする。

## 第 4 節 本論文の構成

第 1 章序論では、本研究における背景、問題の所在、そして研究の目的を述べた。

第 2 章文献レビューでは、研究 1 の先行研究レビューとして、施設分娩ケアにおけるサービス提供者のパフォーマンスと女性の満足度、研究 2 の先行研究レビューとして、保健医療従事者のモチベーションに影響を与えるインセンティブ、そして、保健委員会のパフォーマンスに影響を与える要因についてのレビューを行う。

第 3 章では、サービス提供者側からサービス提供を検討する。公立プライマリケアサービス提供施設での分娩ケアを事例とし、研究 1 として「農村部の公立プライマリケアサービス提供施設での分娩ケアの質に関する研究」を行う。この研究はセネガルタンバクンダ州に設置されている保健センターと保健ポストで分娩した女性から収集したデータを用いている。研究 1 では、女性の認識に基づいて評価された標準ケアの量と分娩ケアサービスに対する女性の満足度について検討するとともに、標準ケアの量と女性の満足度との関連性を検証する。

第 4 章では、運営支援要員側からサービス提供を検討する。公立プライマリケアサービ

ス提供施設を運営する保健委員会のパフォーマンスに注目し、研究 2 として「農村部の公立プライマリケアサービス提供施設の運営に関わる保健委員会に関する研究」を行う。この研究はセネガルジガンショール州に設置されている保健ポストの保健委員会関係者から収集したデータを用いている。研究 2 では、金銭インセンティブと保健委員会事務局メンバーの活動との関係を検討するとともに、保健委員会のパフォーマンスと金銭インセンティブとの関係性についても検討する。

第 5 章の総合的な考察においては、公立プライマリケアサービス提供施設を保健ポストに絞り、サービス提供者側と管理支援要員側の研究で得られた知見を総合的に考察することで、セネガルの農村部の保健ポストでのサービス提供における課題を整理し、その改善に向けた政策を提言する。

なお、図 1.3 は本論文における研究 1 と研究 2 の関係を示している。保健ポストは、診療、予防接種等のサービスを提供する部門と保健ポストを機能させるために運営や管理を行う部門、そして、管轄地域の住民を対象とし、その健康増進に資する地域活動を行う部門で構成されている。研究 1 はサービス提供部門を対象とし、サービス提供チームが提供した分娩ケアと施設分娩を利用した女性の経験に着目している。研究 2 は運営管理部門を対象とし、運営管理を担当する保健委員会のパフォーマンス、そして保健委員会に従事する事務局メンバーに着目している。保健区長は管轄する保健ポストを監督支援する役割を持ち、保健ポスト長は保健区長への報告の義務を負っている。また、保健ポスト長は施設責任者として、サービス提供、運営管理、地域保健のすべてに関わっている。無資格のサービス提供者である CHW やマトロンは主にサービス提供、無資格の運営支援要員である保健委員会事務局メンバーは、運営管理と地域保健活動に関わっている。

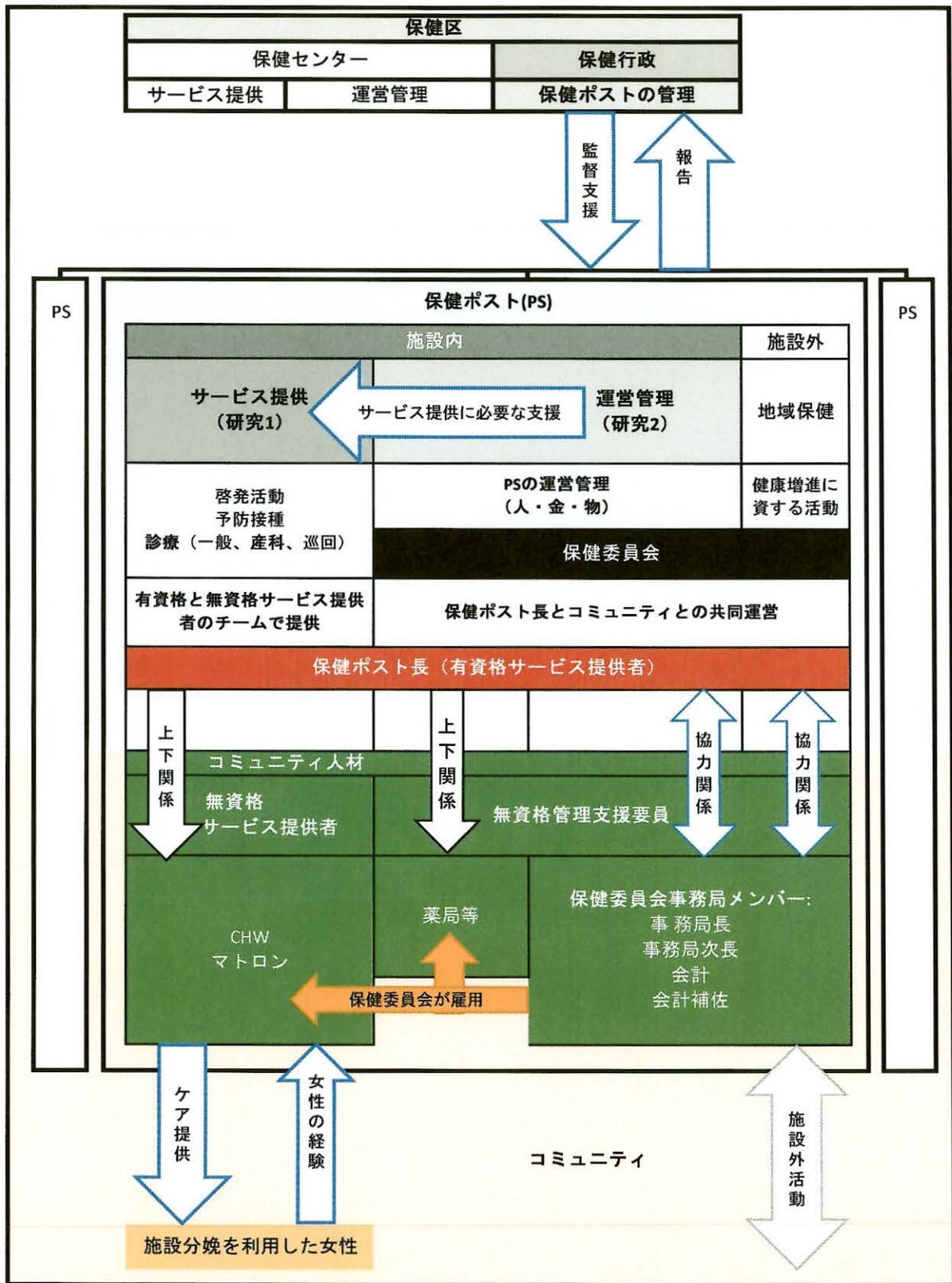


図 1.3 本論文における研究 1 と研究 2 の関係

## 第2章 文献レビュー

本章では、研究1「農村部の公立プライマリケアサービス提供施設の分娩ケアの質に関する研究」および研究2「農村部の公立プライマリケアサービス提供施設の運営に関わる保健委員会に関する研究」に係る知見を得るため、以下の3つの分野から文献レビューを行った。

まず、第1節では研究1に係る知見を得るため、農村部のプライマリケアサービス提供施設で提供されている分娩ケアの質についての文献レビューを行った。

次に研究2に係る知見を得るため、第2節では、無給で働く保健委員会事務局メンバー（以下、事務局メンバー）含む保健医療従事者のモチベーションに影響を与えるインセンティブについての文献レビューを行った。そして、第3節では、公立プライマリケアサービス提供施設の運営を担う保健委員会のパフォーマンスに影響を与える要因についての文献レビューを行った。

### 第1節 農村部のプライマリケアサービス提供施設の分娩ケアの質

アフリカにおいても施設の整備や妊産婦ケアの無償化政策導入等のサービス供給側の取り組みが行われている(Kujawski et al., 2015; Dutsburgh et al., 2014)。セネガルでは、貧困州に正常分娩の無償化政策を導入したところ、施設分娩率の改善が認められた(Witter et al., 2010)。このように施設分娩ケアサービスへの距離的・経済的アクセスへの取り組みにより施設の利用が促進されている。一方で、農村部のプライマリケアを提供する施設では能力の高い保健医療従事者を十分確保することが難しく、施設で提供される分娩ケアの質が課題となっている(Kruk et al., 2016; Leslie et al., 2016)。また、女性が施設で提供される分娩ケアの質を低いと認識する場合、その保健医療施設を利用しない傾向があることも指摘されている(Kruk et al., 2014)。

Donabedian (1988) は、ケアの質を(1)技術的側面(technical aspects)、(2)対人関係を構成する要素(interpersonal component)、(3)アメニティ(amenities)の3つに分類している。そして、それらの評価方法として「構造(structure)」、「過程(process)」、「結果(outcome)」の3つのアプローチを提唱している。また、施設での妊産婦ケアの質評価の枠組みには、「ケアの提供(provision of care)」と「ケアを受けた女性の経験(women's experience of childbirth)」の2つの側面があることも指摘されている(Hulton,

Matthews and Stones., 2007)。更に WHO(Tunçalp et al., 2015) はこれらを統合した“WHO Quality of Care Framework for maternal and newborn health”を提示している(図 2.1)。

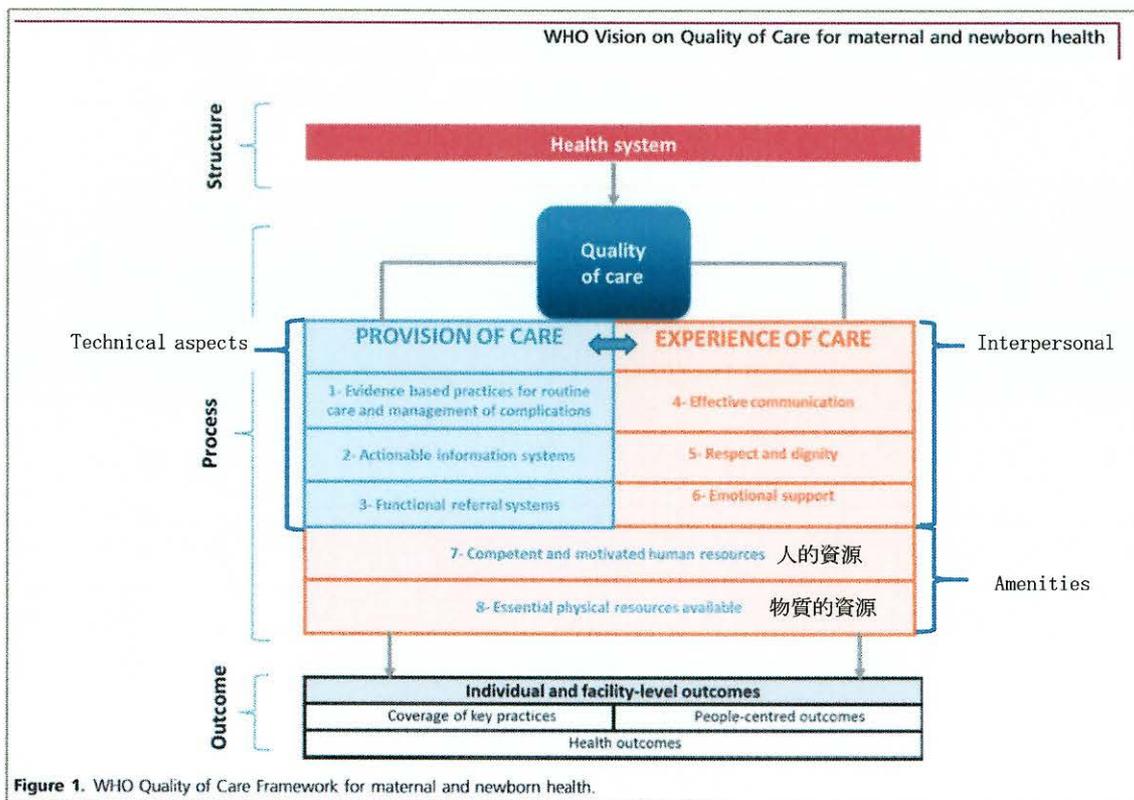


Figure 1. WHO Quality of Care Framework for maternal and newborn health.

出典：Tunçalp et al., 2015 (著者により Donabedian の 3 つのケアの質を追記)

図 2.1 妊産婦と新生児の健康のためのケアの質に関する WHO 概念図

本研究では、3つの要素(技術的側面、対人関係、アメニティ)から施設分娩ケアの質を捉えることとする。そして、サービス提供者が提供するケアは「技術的側面」と「対人関係」の両方で構成されていることから(Donabedian, 1988)、技術的側面と対人関係に関するケアの質は、サービス提供者からの影響を受け、アメニティに関するケアの質は管理支援要員の影響を受けると考える。

研究 1 では、施設分娩ケアの質を「ケアを受けた女性の経験」の側面から検討するが、本節では、ケアを受けた「女性の経験」とサービス提供者が「提供したケア」の 2 つの側面から分娩ケアの質に関する文献レビューを行う。

## 1. 文献検索方法

アフリカの農村部の公立プライマリケアサービス提供施設の分娩ケアの質について、分娩ケアを受けた「女性の経験」およびサービス提供者が「提供したケア」から検証した研究を文献レビューの対象とした。

データベース (CAB Direct、Google Scholar、PubMed、Web of Science) で、「women's satisfaction」、「facility-based delivery」、「childbirth」、「quality of care」、「performance」 「primary care」、「Africa」、「evaluation」等のキーワードを入力し、2000年以降の文献を検索した。

文献レビュー対象論文の採択基準は、アフリカの公立機関が運営する保健医療施設を対象とする質的・量的研究としたが、私立機関やキリスト教系含む非営利組織団体の運営する施設についても確認した。また公立プライマリケアサービス提供施設を主な対象としているが、一次レベル以外の公立病院も含めた。研究対象者は、分娩ケアを受けた女性と分娩ケアを提供したサービス提供者とした。前者については、女性の満足度、後者については、サービス提供者のパフォーマンスを測定している研究を文献レビュー対象とした。また、アフリカの文献が引用しているその他の開発途上国や先進国の文献もレビューの対象とした。

## 2. 文献検索結果

検索された 174 件の論文から、重複検出を除き、題名、要旨をスクリーニングし選出した 42 件の論文の本文をチェックした結果、16 件の論文を文献レビューの対象とした。

内訳としては、女性のみを研究対象とした論文が 10 件で、そのうち 2 件はそれぞれ先進国、開発途上国を対象としたシステマティックレビューであった。サービス提供者のみを研究対象とした論文は 3 件であった。また、研究対象として女性とサービス提供者の両方が含まれていた論文が 3 件あった (表 2.1)。

表 2.1 施設分娩ケアの質に関する文献レビュー対象論文一覧（2件のシステマティックレビュー除く）

	公立	病院レベル				対象国	著者	年	満足度		パフォーマンス		資源	対象	n	総合的満足度	都市 農村	調査 手法	備考
		1次	2次	3次	EH				総合的	多面的	技術面	対人関係							
1						ザンビア	MacKeith	2003	■							都市	記		
2		○			○	セネガル	Faye	2011	■					女性	373	47%	農村	量	世帯調査 女性の社会人口特性との比較
3		○	○			エチオピア	Tesfaye	2016	■					女性	435	79%	混合	量	女性の社会人口特性との比較
4					○	ケニア	Bazant	2009	■			■		女性	1266	56%	混合	量	世帯調査 女性の社会人口特性との比較
5	○			○		ガーナ	Avortri	2011	■		■	■	■	女性	885	79%	混合	量	2変量解析のみ 対人関係、情報に関する項目との関係あり
6	○	○	○	○		スリランカ	Senarath	2006		■	■	■	■	女性	446			量	女性の社会人口特性との比較
7	○			○		エチオピア	Tayeign	2011		■		■	■	女性	417		混合	量	多変量解析 総合的満足度は多面的の結果から計算
8						エチオピア	Kumsa	2016	■	■	■	■	■	女性	399	92%	混合	量	多面的満足度の結果の平均値は79%
9		○	○	○		ベナン、 ルワンダ、 エクワドル、 ジャマイカ	Harvey	2004						SBA	166		混合	量	同じデータを用いた研究
10		○	○	○			Harvey	2007							SBA	166		混合	
11	○		○			セネガル	Faye	2014						SBA	30		都市	量	
12	○	○	○			コートジボワール	Delvaux	2007	■					女性 SBA	229 229	87%	都市	量	
13	○	○				ブルキナファソ、 ガーナ、 タンザニア	Duysburgh	2013		■				女性 SBA	708 164		農村	量	同じデータを用いた研究
14	○	○				ガーナ	Duysburgh	2014						女性 SBA	708 164		農村	量	
★	○	○				セネガル	Oikawa	2012	■		■	■		女性	259	88%	農村	量	著書の投稿論文

■女性を対象とした調査 □ サービス提供者(SBA)を対象とした調査

## 1) 分娩ケアの質の評価方法

### 女性の満足度：

分娩ケアを受けた女性の経験は、主に産後の総合的な満足度(overall satisfaction)をリッカート尺度を用いて測定されることが多い (Stadlmayr et al., 2004; Srivastava et al., 2015; Avortri, Beke and Abekah-Nkrumah, 2011)。また、満足度は「次回利用したいか」、「家族や友達に推薦するか」等の質問を用いて測定されていることもあった (Kujawski et al., 2015; Bazant and Koenig, 2009; Tayelgn, Zegeye and Kebede, 2011)。

総合的な満足度を評価した場合、その値は総じて高い傾向があることが先進国 (Sitzia and Wood, 1997)、そして開発途上国 (Srivastava et al., 2015) でも指摘されている。エチオピアでは、保健医療施設のレベルによる違いも指摘されており、レファレル病院 (62%) や病院 (58%) (Tayelgn et al., 2011) よりも下のレベルの保健センター (94%) (Tesfaye et al., 2016) の方が女性の満足度は高い傾向があったと報告されている。

満足度は、(1) アクセス(accessibility)、(2) ケアの対人関係の側面 (interpersonal aspects of care) 、(3) ケアの技術的な側面 (technical aspects of care) 、(4) 患者教育・情報 (patient education/information)等、多面的な要素で構成されており、特にコミュニケーションや共感といった対人関係の側面が満足度の主要な構成要素とされている (Sitzia and Wood, 1997)。

先進国 (イギリス、カナダ、スペイン、ドイツ、オランダ、スウェーデン、トルコ) では、このような満足度の多面性を評価するための質問紙の開発に関する研究も行われている (Smith, 2001; Janssen, Dennis and Reime, 2006; Quintana et al., 2006; Stadlmayr et al., 2004; Hekkert et al., 2009; Rudman, El-Khoury and Waldenström, 2006; Gungor and Beji, 2012) 。その主要な項目には、アクセス、対人関係、技術的側面、情報に関する項目が挙げられている (表 2.2)。

開発途上国においても、満足度を総合的に測定する方法 (Faye, Niane and Ba, 2011; Tesfaye et al., 2016; Bazant and Koenig, 2009) と多面的に測定する方法 (Senarath, Fernando and Rodrigo, 2006; Avorti, Beke and Abekah-Nkrumah, 2011; Tayelgn, Zegeye and Kebede, 2011; Kumsa et al., 2016) が用いられていた (表 2.3)。

先進国と比べると開発途上国は、アクセスに関する項目が多く、技術面に関する項目が少ない。

表 2.2 分娩ケア満足度を多面的に評価するための項目（先進国）

<b>Interpersonal aspects of care:</b> Interpersonal care (Rudman, 2006), Human care (Quintana, 2006), Intimacy (Quintana, 2006), Respect for privacy (Stadlmayr, 2004), Emotional adaptation (Stadlmayr, 2004), Negative emotional experience (Stadlmayr, 2004), Fulfilment (Stadlmayr, 2004), Personal control, Patient autonomy (Smith, 2000; Hekkert, 2009) Involvement in decision-making (Rudman, 2006; Gungor, 2012), Provision of choice (Janssen, 2006), Holding baby, Meeting baby (Smith, 2000; Gungor, 2012)
<b>Technic aspects of care:</b> Professional support, Perception of health professionals (Smith, 2000; Gungor, 2012), Confidence in newborn care (Janssen, 2006), Postpartum nursing care (Janssen, 2006), Labor and delivery nursing care (Janssen, 2006; Gungor, 2012; Hekkert, 2009), Medical care (Hekkert, 2009), Discharge and aftercare (Hekkert, 2009), Postpartum care (Gungor, 2012), Pain in labour (Smith, 2000), Comfort (Quintana, 2006; Gungor, 2012), Physical discomfort (Hekkert, 2009)
<b>Patient education/Information:</b> Information (Quintana, 2006; Hekkert, 2009; Rudman, 2006; Gungor, 2012), Knowing carer (Smith, 2000)
<b>Accessibility (Amenities):</b> Admission procedure (Hekkert, 2009), Physical environment (Smith, 2000; Janssen, 2006), Hospital room (Gungor, 2012), Hospital facilities (Gungor, 2012), Cleanliness (Quintana, 2006), Visit (Quintana, 2006)
<b>Others:</b> Meeting expectations (Smith, 2000; Gungor, 2012), Home assessment (Smith, 2000)

表 2.3 分娩ケア満足度を多面的に評価するための項目（開発途上国）

	Senarath, 2006	Tayelgn, 2011	Kumsa, 2016	Duysburgh, 2013, 2014
質問項目数	16	13	19	4
満足度評価	5段階	5段階	5段階	5段階
対人関係				
プライバシーの保護	■	■■	■	
スタッフからの励まし	■			
サービス提供者の態度（医師、看護師、助産師）	■■■	■	■	
サービス提供者と女性の関係性				■
技術面				
サービス提供者の能力	■		■	■
情報				
サービス提供者からの助言	■	■■	■	■
新生児ケアについて尋ねる機会	■		■	
説明（分娩プロセス、産後の母子の状況）			■■	
アクセス				
病院までの距離的アクセス	■	■	■■	
病院での待ち時間	■	■		
病院設備（機材・医薬品）	■	■	■■■	
病院設備（病床数）	■		■	
病院の清潔さ	■	■■■		
病院の水回り	■	■	■	
費用		■	■	
サービス提供者の人数			■	
セレモニー（退院前のお茶）			■	
その他				
健康状態（新生児、産婦）	■■			
総合的満足度（サービス、アウトカム）			■■	■

※■1つにつき1つの質問項目

レビュー対象論文のうち、満足度を総合的に測定した研究は主に女性の社会人口特性との関係性を検証し、多面的に満足度を測定した研究では、各構成要素に対する満足度の程度を検証していた。

サービス提供者のパフォーマンス：

サービス提供者のパフォーマンスは、標準ケアやガイドラインへの遵守の程度と定義されている (Rowe et al., 2005)。

表 2.4 施設分娩ケアにおけるサービス提供者のパフォーマンス評価方法

	Harvey, 2004, 2007	Faye, 2014	Duysburgh, 2013, 2014	Delvaux, 2007
対象者	医師、助産師、 看護師、准看護師	助産師	記載なし	医師、助産師、その他
評価者	シニア臨床医	助産師	有資格サービス提供者	医師
評価方法:				
基礎知識・技術テスト	■			
直接観察	■	■	■	■
記録からの情報		■	■	

サービス提供者のパフォーマンスは、主に基礎的な知識と技術に対する試験、チェックリストを用いた専門家による観察、カルテや分娩記録からの情報収集により測定されていた (Harvey et al., 2007; Delvaux et al., 2007; Faye et al., 2014; Duysburgh et al., 2013)。測定方法にはそれぞれ短所もあり、試験での評価には、“know-do gap”が存在する。記録を用いた評価では、実際に提供されたケアが記録されていない場合も多く、正しい評価ができないと指摘されていた (Faye et al., 2014)。直接観察 (direct observation) は、ゴールドスタンダードと言われているが、観察されることにより被観察者が日常業務より望ましい行動をとるという、ホーソン効果 (Hawthorne effect) の影響を受ける (Leonard and Masatu, 2010) と言われている。レビュー対象論文では、サービス提供者のパフォーマンスの測定は、全て医師や看護職等の専門家が行っていた (表 2.4)。

## 2) 分娩ケアの質

### 女性の満足度:

出産経験に対する女性の満足度に関する研究のシステマティックレビュー (Hodnett, 2002) によると、(1) 個人の期待感 (personal expectations)、(2) サービス提供者からの支援の総量 (the amount of support from caregivers)、(3) 女性とサービス提供者の関係の質 (the quality of the caregiver-patient relationship)、(4) 決定する過程に参加していること (involvement in decision making)、これら 4 つの要素が、女性の年齢、社会的地位、民族、出産準備、出産環境、疼痛、行動制限、医療介入、継続ケアよりも女性の満足度に影響すると報告している。しかし、このレビューの対象となった 69 件の論文の中にアフリカ諸国は含まれていなかった。

Srivastava et al. (2015) は、開発途上国を対象とした妊産婦ケアに対する女性の満足度に影響する要素についてのシステマティックレビューを行っており、54 件のレビュー対象論文のうち、アフリカを対象とした論文が 22 件含まれていた。またこのレビューでは Donabedian のケアの質評価の枠組み (構造、過程、結果) を用いて女性の満足度に影響す

る要素が整理されていた。「構造」では、施設設備や管理状況、清潔さ、適切な人材が配置されていること、医薬品や消耗品等必要な物品が整備されていることが影響する要素であった。「過程」では、迅速な対応による待ち時間の減少、良好な対人関係、プライバシーへの配慮、精神面を含めた支援があること、サービス提供者が女性であること、サービス提供者の能力が高いと女性が認識することが影響する要素であった。患者は技術的側面と対人関係の側面の2つの質をサービス提供者に求めていることから(Donabedian, 1988)、「サービス提供者の能力が高いと女性が認識すること」には、この2つの質が含まれていると考える。Sitzia and Wood (1997) は、患者は技術的な側面を一般的に正しく評価することができるし、ケアの質に関して保健医療従事者と患者の評価は一致するという根拠が多く報告されていると述べている。「結果」では、母子ともに健康かどうかの影響していた。

表 2.5 分娩ケアに対する女性の満足度との関連が認められた女性の社会人口特性

	Tayelgn, 2011	Bazant, 2009	Kujawski, 2015	Srivastava, 2015
対象数	417	1266	1327	Review (54)
対象国	Ethiopia	Kenya	Tanzania	開発途上国
対象の範囲	病院	世帯調査	病院	施設と自宅
年齢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
学歴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
婚姻形態	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
宗教	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
職業	<input type="checkbox"/>			
民族	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
都市/農村	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
収入・経済状況		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
出産回数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
望んだ妊娠	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
妊婦健診受診	<input type="checkbox"/>			
分娩場所	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
分娩形態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
費用	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>

■研究に含まれ、満足度と関連が認められた項目 □研究に含まれていたが満足度との関連が認められなかった項目

患者の社会人口特性は患者満足度の決定要素の一つであるものの、年齢や学歴以外の影響はあまり受けないといわれている (Sitzia and Wood, 1997)。Hodnett (2002)が行った先進国を主な対象とした出産経験に対する女性の満足度に関するシステマティックレビューでも同様の結論であった。しかし、Srivastava et al. (2015)が行ったレビューでは、年齢と学歴に加え、初産かどうか、望んでいた妊娠だったかどうかも影響していた。タンザニアを対象とした研究 (Kujawski et al., 2015) では、年齢が高い (35~48歳) グループと学歴が中等教育以上のグループは満足度を低く評価する傾向があると報告していた (表 2.5)。

#### サービス提供者のパフォーマンス：

サービス提供者のパフォーマンスについては、専門家による直接観察の手法を用いた4

つの研究結果をまとめる。

Delvaux et al. (2007) と Duysburgh et al. (2013) の研究は、パフォーマンスを対人関係と技術の 2 つの側面で測定していた。コートジボワールを対象とした Delvaux et al. (2007) の研究では、技術面と対人関係のパフォーマンスは全体的に低く、技術面に関しては、特に分娩の経過観察、パルトグラムを活用、産後の母子へのケアのパフォーマンスの低さが指摘されていた。Duysburgh et al. (2013) の研究では、総合的な分娩ケアのパフォーマンスを最低 0、最高 1 とし、その結果はブルキナファソ 0.68、ガーナ 0.74、タンザニア 0.64 であった。この研究では、技術 (0.58~0.65) よりも対人関係 (0.81~0.83) のスコアの方が高く、技術面では、カウンセリング、診察、母子の経過観察のパフォーマンスの低さが指摘されていた。

Harvey et al. (2007) と Faye et al. (2014) は、技術的な側面のみを評価していた。Harvey et al. (2007) の研究では、求められる能力を 100%とした場合の医師と助産師のパフォーマンスは 48%であった。Faye et al. (2014) の研究は、セネガル都市部の公立病院を対象として 12 項目が測定されており、その実施率は 91%と高い値であった。

しかし、Faye et al. (2014) 以外の論文では、施設分娩ケアのパフォーマンスは概ね低いと評価されていた。施設が提供するケアの質の低さは、同様に、妊婦健診についても指摘されている。セネガル含む 7 か国のアフリカの妊婦健診のケアの質を検証した研究では、期待するパフォーマンスの 40%程度にとどまっていた (Leslie et al., 2016)。農村部のプライマリケアサービス提供施設を対象としたブルキナファソの研究 (Nikiema et al., 2010) では、妊婦健診において期待されるパフォーマンスの 50%以上を提供していた施設は全体 (17) の 3 割程度で、ケアを提供したサービス提供者の 44%を無資格サービス提供者 (マトロン) が占めていた。

施設分娩ケアの質を評価する場合、そこに従事する有資格サービス提供者のパフォーマンスを評価することが多い (Harvey et al., 2007; Delvaux et al., 2007; Faye et al., 2014)。しかし、有資格サービス提供者が不足している農村部のプライマリケアサービス提供施設では、サービスを提供する保健医療従事者が常に助産師や看護師等の有資格サービス提供者であるとは限らない (Nikiema et al., 2010; de Bernis et al., 2000)。つまり、アフリカの農村部のプライマリケアサービス提供施設で提供された分娩ケアを検討する場合、有資格サービス提供者のパフォーマンスの評価のみでは実態が反映されない可能性がある。また、施設での分娩ケアの質は無資格サービス提供者の影響を受ける可能性があることも推測される。

### 3) サービス提供者のパフォーマンスと女性の満足度との関係

サービス提供者とケアを受けた女性、この2つの視点から分娩ケアの質を測定することが重要であると指摘されている (Duysburgh, Zang, Williams et al., 2013)。Duysburgh et al. (2013) と Delvaux et al. (2007) は、サービス提供者を対象として分娩ケアのパフォーマンス評価を行うとともに女性の満足度評価も行うことで、2つの側面から分娩ケアの質を検討している。この2つの研究は、サービス提供者が提供した分娩ケアのパフォーマンスは低く、女性の満足度の評価は高いという点が共通していたものの、双方の関係については記述的な分析にとどまっていた。

## 第2節 保健医療従事者のモチベーションに影響を与えるインセンティブ

Rowe et al. (2005) は、保健医療従事者のパフォーマンスに影響を与える領域として以下の6つを挙げている。

(1) health worker factors、(2) patient or clinet factors、(3) work factors、(4) health facility environment、(5) administrative environment、(6) political and economic environmenet

その中でも特に保健医療従事者の定着やパフォーマンスに影響するのは、保健医療従事者のモチベーションと考えられている (Franco, Bennett and Kanfer, 2002)。Franco et al. (2002) はモチベーションを「組織目標に対する個人の貢献意思の度合い」と定義しており、彼らのモチベーション定義および概念的枠組は、アフリカを対象とする保健医療従事者のモチベーション研究にしばしば用いられている (Hotchkiss, Banteyerga and Tharaney, 2015; Bonenberger et al., 2014; Aberese-Ako et al., 2014; Prytherch et al., 2013)。

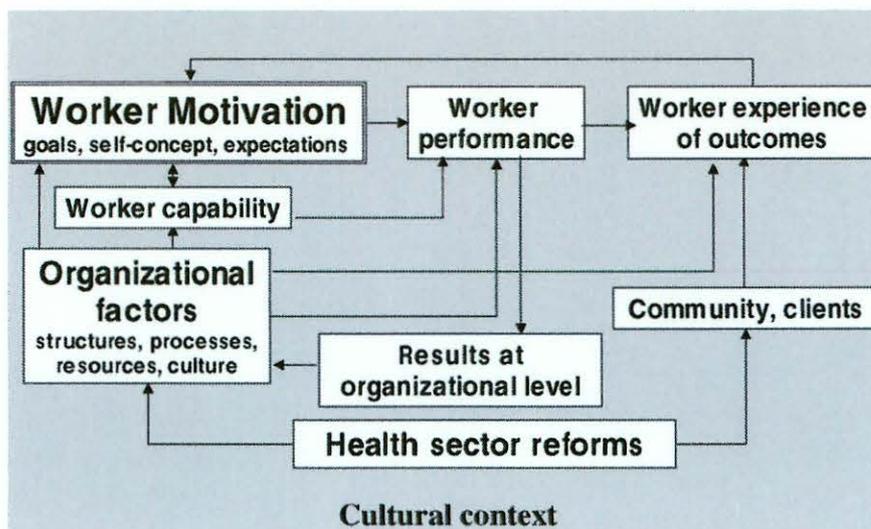


Fig. 4. Influence of cultural and client factors on worker motivation.

出典 : Franco, Bennett and Kanfer, 2002

図 2.2 保健医療従事者のモチベーションに影響を与える要素

モチベーションのアウトカムとしては、(1) Job performance (パフォーマンス)、(2) Job satisfaction (仕事満足度)、(3) Work attachment (仕事への愛着)の3つが期待できる(Franco et al., 2004)。保健医療従事者のモチベーションを高めることにより彼らのパフォーマンスの向上が期待でき、施設が提供するケアの質の改善にも貢献すると言われている(Leonard and Masatu, 2010)。

インセンティブはモチベーションに働きかけることのできる入手可能な手段と定義されている(Mathaure and Imhoff, 2006)。インセンティブには、本質的なインセンティブ (intrinsic incentives) と外的なインセンティブ (extrinsic incentives) があり(Doela and Adams, 2005)、外的なインセンティブは更に金銭と非金銭の要素に分類することができる(Greenspan et al., 2013)。

## 1. 文献検索方法

アフリカの農村部の公立プライマリケアサービス提供施設に従事する保健医療従事者のモチベーションやパフォーマンスに影響を与えるインセンティブに関する研究を文献レビューの対象とした。

データベース (CAB Direct、Google Scholar、PubMed、Web of Science) で、「health worker(s)」、「community health worker(s)」、「health facility committee(s)」、「motivation」、「incentive(s)」、「performance」、「developing country (-ries)」、「Africa」

等のキーワードを入力し、2000年以降の保健医療従事者のインセンティブ、モチベーション、パフォーマンスに関する文献を検索した。

文献レビュー対象論文の採択基準は、金銭インセンティブとパフォーマンスの関係を検証している研究であるが、金銭以外のインセンティブも含めた。また、研究2の対象となる管理支援要員（事務局メンバー）を対象とした研究は少ないことが想定されたため、サービス提供者も対象とした。一般的なCHWはボランティア（無給）を条件としてコミュニティから選出された人材である場合が多く、この点で事務局メンバーと共通する特性を持っている。文献レビューでは、金銭インセンティブを前提としている者（有資格サービス提供者等の有給者）とボランティアを前提としている者（コミュニティ人材等の無給者）の違いも検討することとした。

## 2. 文献検索結果

検出された3,904件の論文から、重複検出を除き、題名、要旨をスクリーニングし選出した131件の論文の本文をチェックした結果、27件の論文を文献レビューの対象とした。

その内訳は、事務局メンバーを対象とした論文3件、有給の保健医療従事者を対象とした論文16件（レビュー1件含む）、無給の保健医療従事者を対象とした論文8件（レビュー2件含む）であった。

### 1) 事務局メンバーへの金銭インセンティブとモチベーション、パフォーマンスの関係

管理支援要員の事務局メンバーが、報酬を得るべきかどうかの議論や研究はほとんど行われていないが（McCoy, Hall and Ridge., 2012）、文献レビューの結果、事務局メンバーへの金銭インセンティブとモチベーションの関係を検証した論文が1件検出された。また、パフォーマンスが良い保健委員会には、事務局メンバーへの金銭インセンティブがあることを記述した論文が2件あった。

ケニアの研究(n=464) (Wareru et al., 2013) では、5つの項目（self-efficacy, availability of organizational resources, financial rewards, relationship with the in-charge, overall motivation/job satisfaction）で事務局メンバーのモチベーションを検討していた。Self-efficacyは本質的インセンティブ、financial rewardsは金銭インセンティブ、availability of organizational resources、relationship with the in-chargeは非金銭インセンティブに当たる。また、この研究ではモチベーションの高さはパフォーマンスではなく、仕事への満足度で測定していた。対象施設(n=248)の半数には金銭インセンティブ（会議手当）がなく大多数はそれに不満を持っていたが、事務局メンバーの本質的なインセンティブにより彼らのモチベーション（仕事への満足度）は高か

った。また、事務局メンバーは金銭インセンティブよりも非金銭インセンティブ（研修、コミュニティ活動への参加、受診料の免除）による利益の方が有益と認識していた。この研究ではモチベーションと仕事の満足度の関係に注目していたが、パフォーマンスには言及していなかったため、これらインセンティブがパフォーマンスにも影響するかは不明である。

別のケニアの事例(Goodman et al., 2011) では、調査対象施設 30 のうち 27 施設で会議手当が支払われていた。また、支払われていない施設の事務局メンバーも会議手当の導入を希望していた。会議手当が支払われるようになった背景には、政府の補助金 (Direct Facility Funding) の導入があった。補助金は user fee の削減政策に伴い減少した公立保健医療施設の収入を政府が直接補填するもので、事務局メンバーは、政府の規則に則りこの追加資金を運営することになった。補助金により運営予算が増加した結果、今まで支払われていなかった事務局メンバーへの会議手当が支給されるようになった。そして、補助金導入以前よりも保健委員会活動が活発化し、定期的な会議開催やオーナーシップ意識の向上が観察されている。この事例では、事務局メンバーに金銭インセンティブが導入されたことにより、彼らの行動に変化があったことが報告されていたが、これらはアウトプットレベルにとどまっていた。

また、タンザニアの事例(Maluka and Bukagile, 2016)では、良く機能している保健委員会は、事務局メンバーが月例会議に出席したその日に会議手当が支払われていたと報告していた。一方、あまり機能していない保健委員会では、会議開催は四半期に一回、会議手当の支払いも数か月後で、事務局メンバーの出席率も減少していた。保健区の運営管理チームは保健医療従事者のパフォーマンスに影響を与える要素の一つであると指摘されている (Rowe et al, 2005)。この事例では、保健区の運営管理能力が事務局メンバーの行動に影響を与えていたことになる。

Goodman et al. (2011) と Maluka and Bukagile (2016) の事例から、ボランティアベースの活動であっても、事務局メンバーは金銭インセンティブを期待していることが理解できる。また、金銭インセンティブは彼らの活動レベルに影響をもたらしていた。Wareru et al. (2013) の事例からは、金銭インセンティブに加え、本質的なインセンティブや金銭以外の外的インセンティブも彼らのモチベーションに影響することが想定される。

金銭インセンティブは、有資格サービス提供者（医師や看護職等）のモチベーションに影響することが報告されているが (Matauer and Imhoff, 2006; Ojaka, Olango and Jarvis, 2014)、同様に、CHW のモチベーションにも影響することも報告されている (Greenspan et al., 2013; Okuga et al., 2015; Brunie et al., 2014)。また、Kok et al. (2015) は、中低

所得国の CHW を対象としたパフォーマンスに影響を与える要因についてのシステマティックレビューを行っており、これによると、金銭インセンティブがある CHWの方が金銭インセンティブのないCHWよりもパフォーマンスは向上するとしている。

このように CHW の場合、金銭インセンティブとパフォーマンスに関係があることが明らかになっているが、事務局メンバーへの金銭インセンティブとパフォーマンスを検証した研究はなかった。

## 2) 金銭インセンティブと非金銭インセンティブとの関係

Willis-Shattuck et al. (2008) が行った開発途上国の保健医療従事者を対象としたモチベーションについてのシステマティックレビューでは、モチベーションに影響を与える主要な項目として以下の7つが挙げられている。(1) 金銭インセンティブ、(2) キャリア開発、(3) 継続教育、(4) 病院施設や職場の環境、(5) 財源、(6) 病院管理、(7) 正しい評価。今回のアフリカ地域のみを対象とした文献レビューにおいても、同様の結果が確認できた (Sacks et al., 2015; Prytherch et al., 2013; Bhatnagar et al., 2016)。

金銭と非金銭含む外的なインセンティブと本質的なインセンティブの両方が保健医療従事者のモチベーションに影響することから (Mathauer and Imhoff, 2006; Kok and Muula, 2013; Greenspan et al., 2013; Naimoli et al., 2015; Bhatnagar et al., 2016; Hotchkiss, Banteyerga and Tharaney, 2015)、保健医療従事者のモチベーションを高める手段としては、これらを含むインセンティブモデルを構築し提供することが効果的とされている (WHO, 2000; Kok et al., 2015; Kok and Muula, 2013; Mathauer and Imhoff, 2006; Naimoli et al., 2015; Greenspan et al., 2013)。またその組み合わせは、経済的、社会的、文化的、地理的な背景に影響を受ける (Willis-Shattuck et al., 2008)。

## 3) 無給の保健医療従事者のモチベーション、パフォーマンスに影響を与えるその他の要因

本質的なインセンティブの高さも CHW のパフォーマンスや持続性に影響することから、コミュニティでの人選を重要視する報告もあった (Singh et al., 2015)。事務局メンバーについても、人選の重要性が指摘されていた (Goodman et al., 2011)。また、コミュニティーベースで働く無給の CHW にとってはコミュニティからの支援も彼らのモチベーションに影響していた (Greenspan et al., 2013)。

研修の機会も保健医療従事者の主要なインセンティブの一つである (Willis-Shattuck et al., 2008)。CHW の場合、地域住民に保健医療サービスを直接提供することから、一般的に事前研修が実施されている (Kok et al., 2015; Singh et al., 2015)。事務局メンバー

に関しても、自らの役割や権限の範囲を理解し、運営管理に必要なスキルを身に付けることは、彼らのパフォーマンスに影響を与える要因とされているが、そのような教育の機会不足している (McCoy, Hall and Ridge, 2012)。

### 第3節 保健委員会のパフォーマンスに影響する要因

社会的、文化的、政治的、経済的影響を受けて各国独自の保健システムが構築されているように、保健委員会の形態も国によって様々であるが、「保健委員会」はヘルスケアの質や利用状況、そして人々の健康の改善に効果をもたらす可能性のある制度と認識されている。そして、保健委員会が機能することは PHC システム全体が機能することにつながるといわれている (McCoy, Hall and Ridge, 2012)。

また保健委員会は、保健医療施設内と施設外に活動の場を持っている (McCoy, Hall and Ridge, 2012)。例えば、ケニアの場合、保健委員会は保健医療施設の運営管理を監督する (overseeing) 役割 (施設内) とコミュニティのニーズを把握し保健医療施設に伝える役割 (施設外) がある (Goodman et al. , 2011)。

#### 1. 文献検索方法

アフリカ地域の公立プライマリケアサービス提供施設の運営に関わる保健委員会を対象とし、そのパフォーマンスに影響を与える要因について注目している研究を文献レビューの対象とした。

データベース (CAB Direct, Google Scholar, PubMed, Web of Science) で、「health facility committee(s)」、「management」、「performance」等のキーワードを入力し、2000年以降の文献を検索した。

文献レビュー対象論文の採択基準は、政策として保健委員会が導入されている国、公立プライマリケアサービス提供施設の運営に関わっている保健委員会、つまり施設内での活動に注目している研究とした。一方、保健委員会の活動がパイロット段階の国、公立以外の保健医療施設の運営に関わっている保健委員会、また、施設外での活動のみに注目している研究は文献レビュー対象外とした。

#### 2. 文献検索結果

検出された 58 件の論文から、重複検出を除き、題名と要旨をスクリーニングし選出した 13 件の論文の本文をチェックした結果、1 件のシステマティックレビュー含む 4 件の論文

を文献レビューの対象とした。1件はタンザニア、2件はケニアを対象とした研究であった。また、システマティックレビューは、中低所得国を対象に保健委員会の有効性と保健委員会のパフォーマンスに影響する要因を検証した研究であった。

### 1) 保健委員会のパフォーマンス評価

タンザニアの事例研究(Maluka and Bukagile, 2016)では、保健委員会のパフォーマンスの良さの基準を The Community Health Fund(CHF)の加入状況としていた。CHF への加入促進は保健委員会の活動の一つであった。

Goodman et al. (2011) が行ったケニアでの研究では、保健委員会の役割となっている政府の補助金 (Direct Facility Financing: DFF) の運営管理の良い群と問題のある群を選出し、保健委員会のパフォーマンスを比較していた。しかしどのような方法で DFF の運営の良さを判断したかについての記載はなかった。

また、Waweru et al. (2013) が行ったケニアでの研究は、DFF を国レベルに展開する前の保健委員会の現状を把握するためのベースライン調査の結果であり、政府が設定した基準を保健委員会が満たしているかどうか、保健委員会が機能しているかどうかの判断基準となっていた。

先行研究では保健委員会のパフォーマンスを量的に測定した論文はなく、また保健委員会のパフォーマンスの評価方法も確立されていなかった。

### 2) 保健委員会の評価に必要な情報

保健委員会を検討するために収集した情報にはいくつかの共通項目があった。それらは、事務局メンバーの特性 (性別、職業、学歴)、保健委員会の特性 (選出方法、研修の有無、会議手当 (金銭インセンティブ) の有無、会議頻度、議事録作成、保健区の支援体制)、役割・責務 (スタッフのパフォーマンスモニタリング、計画や予算策定への参画、コミュニティへの教育活動、公金口座による資金管理) である (表 2.6)。

### 3) 保健委員会のパフォーマンスに影響を与える要素

McCoy, Hall and Ridge (2012) のレビューでは、保健委員会のパフォーマンスに影響を与える要素として、保健委員会の特性 (Features of HFC) 、保健医療施設の特性 (Features of Health facility) 、コミュニティの特性 (Features of community) 、プロセス要素 (Process Factors) を挙げている (図 2.3)。

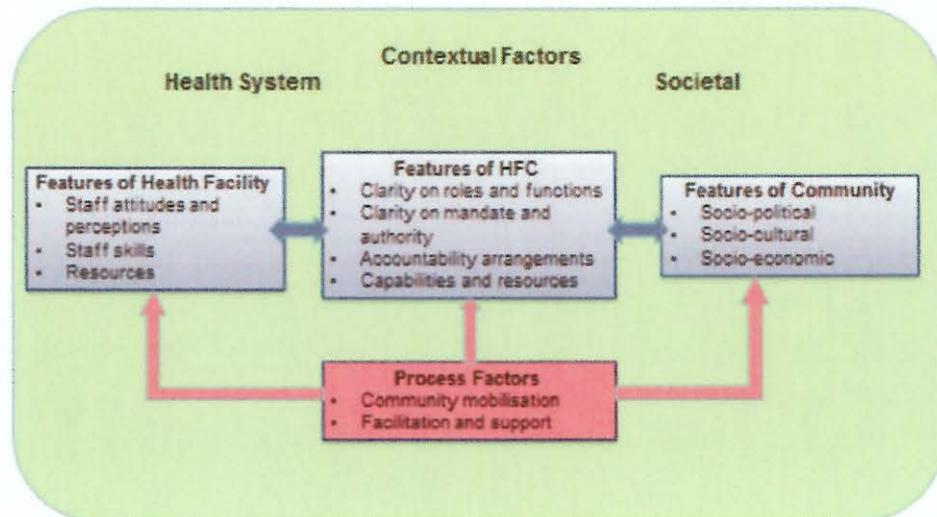


Figure 2 Conceptual framework for the determinants of health facility committee performance.

出典：McCoy, Hall and Ridge, 2012

図 2.3 保健委員会のパフォーマンスの決定要素

Maluka and Bukagile (2016) が行ったタンザニアでの研究では、保健区のマネジメント能力の高さと事務局メンバーへの金銭インセンティブが保健委員会のパフォーマンスに影響すると報告していた。そして、パフォーマンスが良い保健委員会の特徴として、CHF 加入状況、施設の整備・改修状況、公金口座の資金管理、施設の医薬品や消耗品の管理の良さや規則に則った月例会議の開催が挙げられていた。

Goodman et al. (2011) が行ったケニアでの研究では、DFP の導入により施設の財源が増加し、事務局メンバーへの金銭インセンティブが導入され、また、保健区からの技術的支援やスーパービジョンが強化されたこと、そして施設長と事務局メンバーとの良好な人間関係が保健委員会のパフォーマンスに良い影響を与えた可能性があるとして報告していた。しかし、事務局メンバーが自分の役割と責務を理解し、施設運営と財務に関する知識を得るための研修が不足していることやメンバーの教育レベルの低さがパフォーマンスに悪い影響を与える可能性があるとも報告していた。

Waweru et al. (2013) が行ったケニアでの研究では、保健委員会が機能していると判断する根拠として、定期的な会議開催、公金口座での資金管理、事務局メンバーのモチベーションの高さ、事務局メンバーと施設長との関係の良さを挙げていた。更にパフォーマンスを向上するには、財政管理に関する研修、支援的なスーパービジョン、住民への情報公開が必要としていた。

表 2.6 保健委員会に関する調査で収集された項目

	Maluka, 2016 タンザニア	Waweru, 2013 ケニア	Goodman, 2011 ケニア	McCoy, 2012 レビュー
<b>保健委員会の特性</b>				
事務局メンバーの特性：				保健知識や能力
性別	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
年齢		<input type="checkbox"/>		
職業	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
学歴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
モチベーションと仕事への満足度		<input checked="" type="checkbox"/>		☆
事務局メンバーの利益		<input type="checkbox"/>		
<b>運営体制：</b>				
事務局メンバー人数		<input type="checkbox"/>		☆
在職期間（年）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
規約の存在		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
選出方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☆
能力強化研修	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
会議手当（金銭インセンティブ）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
会議頻度	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
会議参加者人数		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
議事録作成／保健区への提出	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
保健区の支援体制	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>役割・責務：</b>				
スタッフのパフォーマンスモニタリング	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	権限の程度 ☆
計画や予算策定の関与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
予算執行		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
利用料の設定		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
スタッフの雇用		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☆
施設の資金調達		<input type="checkbox"/>		☆
医薬品管理	<input checked="" type="checkbox"/>			☆
施設の整備・改修	<input checked="" type="checkbox"/>			☆
CHF 加入促進	<input checked="" type="checkbox"/>			
フィールド活動		<input type="checkbox"/>		
コミュニティへの教育活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
コミュニティのニーズへの対応		<input type="checkbox"/>		
公金口座による資金管理	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>保健医療施設の特性</b>				
施設長と事務局メンバーの関係		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	☆
施設財源			<input type="checkbox"/>	☆
<b>コミュニティの特性</b>				
コミュニティとの関係	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☆

□質問票に含まれた項目 ■質問票に含まれ、関係性が指摘された項目 ☆レビューで検討された項目

表 2.7 では McCoy, Hall and Ridge (2012) の保健委員会のパフォーマンスの決定要素の分類ごとに文献レビューの結果をまとめた。これらの知見から保健医療施設の運営管理という施設内における保健委員会のパフォーマンスを検討する際、保健委員会の特性では、役割の明確さ、政府の設置基準への遵守、事務局メンバーへの研修と事務局メンバーの能力、学歴、仕事への満足度、金銭インセンティブ、そして、定期的な会議開催、また、保健医療施設の特性としては、事務局メンバーと施設スタッフとの関係性、施設の財源や公金の管理方法が考慮すべき項目であると考えられる。

表 2.7 保健委員会のパフォーマンスに影響する要素

	決定要素	先行研究
保健委員会の特性	Clarity on roles and functions	役割が明確でない(Waweru, 2013)
	Clarity on mandate and authority	政府の設置基準への遵守(Waweru, 2013)
	Accountability arrangement	定例会議(Maluka, 2016; Waweru, 2013) 研修の不足(Maluka, 2016; Waweru, 2013) 事務局メンバーの能力と教育レベル(Goodman, 2011)
	Capabilities and resources	仕事への満足度(Waweru, 2013) 事務局メンバーへの金銭インセンティブ(Goodman, 2011; Maluka, 2016)
保健医療施設 の特性	Staff attitude and perception	施設スタッフとメンバーとの良好な関係(Goodman, 2011; Waweru, 2013)
	Staff skills	
	Resources	銀行口座での公金管理(Maluka, 2016; Waweru, 2013) 政府からの補助金(Goodman, 2011)
コミュニティの特性	Socio-political: local political dynamics	住民の関心のなさ(Maluka, 2016; Waweru, 2013)
	Socio-cultural: urban or rural	
	Socio-economic: the direct and indirect cost of participation	
プロセス要素	Wider community mobilization	
	External facilitation and support	保健区の役割(効果的なスーパービジョンとインセンティブを合わせた保健区管理者の管理とリーダーシップ)(Goodman, 2011; Maluka, 2016)
文脈要素	Support and nurture by the health system. Such as the legislative, regulatory and policy framework	政策の変更(DFF 導入)(Goodman, 2011)

## 第3章 (研究1) 農村部の公立プライマリケアサービス提供施設の分娩ケアの質に関する研究

### 第1節 背景と目的

本章ではサービス提供者側の研究(研究1)として、農村部の公立プライマリケアサービス提供施設で提供されている分娩ケアの質を検討する。なお、本研究では分娩ケアが提供された過程に注目し、3つの要素(技術的側面、対人関係、アメニティ)から成る施設分娩ケアの質のうちサービス提供者が提供するケアに関する技術的側面と対人関係を研究の対象としている。

アフリカ諸国の保健医療施設が提供している分娩ケアの質は十分担保されているとは言えないものの、都市部では有資格者による施設での分娩ケアが一般化している。農村部では有資格の数の不足により無資格のサービス提供者も妊産婦ケアを提供するチームに組み込まれていることから、農村部のプライマリケアサービス提供施設で提供されている分娩ケアの質は更に低いことが推測される。しかし、このような農村部の現状に注目しプライマリケアレベルを対象とした研究は病院を対象とした研究ほど行われていない。また、タンザニア(Kujawski et al., 2015)、ケニア(Mwaniki, Kabiru and Mbugua, 2002)、セネガル(Faye, Niane and Ba, 2011)では施設が提供する分娩ケアに不満を感じている女性の事例も報告されていた。

サービス提供の改革の一つとして、女性を中心としたケアへのパラダイムシフトが求められている(WHO, 2008)。女性中心のケアや女性の経験はケアの質を構成する一つの要素であり、これらの測定には女性の満足度調査が用いられている(Shirley and Sanders, 2016)。女性の満足度は、罹患率や死亡率といった伝統的なアウトカム指標と共にヘルスケアの質を測定する指標として認識されている(Chow, Mayer, Darzi et al., 2009; Zgierska, Rabago and Miller, 2014)。更に、女性の満足度はその後の保健医療サービスの利用に影響を与える要因としても重視されている(Fitzpatric, 1997)。

女性の満足度は、サービス提供者との対人関係が最も影響する要素とされている(Srivastava et al., 2015)。一方 Donabedian (1980) は、一般的にはサービス利用者は技術的側面と対人関係の両方のケアを求めており、また、提供されている医療が患者の健康を実現するのに不十分な量である場合、医療の質は低いと述べている。Hondnett (2002) は、サービス提供者からの支援の総量が女性の出産に対する満足度に影響する要因の一つと述べているが、この支援には対人関係と技術的側面の両方が含まれていると考える。

アフリカを中心とした文献レビューでは、サービス提供者が提供する分娩ケアのパフォ

ーマンスは対人関係に関するケアよりも技術面に関するケアの方が相対的に低い傾向があった。女性が総合的な満足度を決める際に支援の総量を考慮するのであれば、サービス提供者が提供した対人関係に関するケアの量だけではなく技術的なケアの量の程度も女性の満足度に影響を与えるのではないかと。

一般的に患者には提供されたケアについて概ね正しい評価が可能であるという根拠が存在している (Sitzia and Wood, 1997)。研究 1 では農村部の公立プライマリケアサービス提供施設で提供された分娩ケアの質を、女性の満足度と女性の認識で測定された標準ケアの総量から検討する。そのために以下の仮説を設定し、それを検証することとする。

(仮説) 女性が十分な量の標準ケアを受けたと認識した場合、女性の満足度は高くなる。

## 第 2 節 方法

### 1. 使用するデータ

本研究は 2009 年から 2011 年の 3 年間、セネガル保健省と独立行政法人国際協力機構 (以下、JICA) により実施された「タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト (以下、プロジェクト)」のポスト調査として 2011 年 8 月から 9 月にかけて収集されたデータの一部を使用する。著者は 2010 年 12 月から 2011 年 12 月までこのプロジェクトに従事し、ポスト調査の実施にも携わった。使用するデータの調査対象者は、プロジェクトのパイロット施設 (1 保健センター I と 1 保健ポスト) で出産した女性である。パイロット施設では 9 割以上の女性が母子ともに健康で正常な分娩をしている。これら施設の分娩台帳に記載された女性が調査対象者として抽出され、リスト化された。調査のスーパーバイザーはリストを基に対象者の自宅を訪問し、リストに記載されていた対象者の 9 割程度に対してその在宅を確認するとともに面談日の調整を行った。質問紙調査のための研修を受けたタンバクンダ州在住の調査員 2 名が後日対象者の自宅を訪問し、質問紙による聞き取り調査を実施した。この調査の質問紙は 74 項目の構造的質問と 22 項目の半構造的質問で構成されている (付録 1)。調査への同意が得られ、質問紙が回収できた対象者は 259 人で、その内訳は 227 人が保健センター I、32 人が保健ポストで出産した女性であった。2011 年の分娩数は、保健センター 2819 件、保健ポスト 250 件であった。

### 2. プロジェクト概要

ここでは、本研究で使用するデータを収集したプロジェクトの概要について説明する。このプロジェクトは、貧困州の一つであるタンバクンダ州とケドゥグ州で実施された。他

のアフリカ諸国同様、この州も SBA の絶対的な不足、女性の社会的経済的立場の弱さ、施設への距離的なアクセスの悪さ、施設で提供される分娩ケアの質の低さ等の課題を抱えていた。2011 年当時のタンバクンダ州の施設分娩率は 45%、SBA による分娩介助率は 32%で、農村部の全国平均（施設分娩率 60%、SBA 分娩介助率 49%）よりも更に低かった（ANSD and ICF International, 2012）。プロジェクトはプライマリケアサービス提供施設での正常分娩ケアの質の改善を目指し、サービス提供者の能力強化とそのパフォーマンスの改善に資する施設整備と職場環境の改善、そしてコミュニティを巻き込んだ啓発活動が行われた。

プロジェクトでは、一つの保健センター I と一つの保健ポストの計 2 施設がパイロットとして選択されていた。保健センター産科棟では有資格 11 人とマトロン（無資格者）10 人が勤務していた。そして、有資格者 2 人、マトロン 2 人の 4 人がチームとなり、2 交代勤務制による 24 時間体制をとっていた。また、産科棟の従事者は全て女性であった。一方、保健ポストでは保健ポスト駐在の保健ポスト長含む 2 名の男性看護師とマトロン 3 名が産科業務に従事し、保健センター産科棟同様にチーム制をとり（看護師 1 人とマトロン 1 人）24 時間体制で勤務していた。また、看護師は診療一般も行っていた。

表 3.1 対象施設で分娩ケアを提供するサービス提供者の特性

サービス提供者	保健センター産科棟		保健ポスト	
有資格者	11		2	
（助産師）		(4)		(0)
（看護師）		(0)		(2)
（准看護師等）		(7)		(0)
無資格者	10		3	
（マトロン）		(10)		(3)

出典：Projet de renforcement des soins de santé maternelle et néonatale dans les régions de Tambacounda et Kedougou. (2011). プロジェクトポスト調査報告書より著者作成

保健センターと保健ポストに従事していたマトロンは有給で保健委員会に雇用されており、保健センターでは毎月 4 万 FCFA<sup>2</sup>（約 8,000 円）、保健ポストでは毎月 3 万 FCFA（約 6,000 円）が支払われていた。このように保健センターと保健ポストでは扱う分娩件数や施設の規模は違うものの、共に有資格者と無資格者がチームとなって分娩ケアを提供する体制をとっていた。

### 3. データ

74 項目の構造的質問のうち、女性の特性に関する 6 項目（年齢、学歴、民族、婚姻形態、出産回数、妊婦健診回数）、施設へのアクセスに関する 4 項目（施設までの移動手段、出産費用、出産費用に対する評価、施設のレベル）、標準ケアに関する 23 項目、施設でのケアに対する女性の満足度に関する 2 項目（施設での分娩ケアに対する総合的な満足度、次回

<sup>2</sup> 1FCFA≒0.2 円, <https://www.oanda.com/lang/ja/currency/converter/>

も施設を利用したいかどうか)、計 35 項目を研究 1 の分析対象データとした。

アフリカを対象とした先行研究によると、女性の特性のうち年齢、学歴、出産回数、望んだ妊娠だったかどうか、分娩場所（私立・公立）、分娩形態（正常・異常）、費用が女性の満足度との関連が認められる要因として報告されていた（Taye et al., 2011; Bazant and Koenig, 2009; Kujawski et al., 2015）。また、女性を対象とした研究では技術に関する質問項目は少なく、質問内容も”Competency of the hospital health staff in providing care to both you and your baby”（Senarath, Fernando and Rodrigo, 2006）や”Capability of health staffs in identifying the patients’ problems and providing early response”（Kumsa et al., 2016）という抽象的な表現であった。本研究が使用する 23 項目の標準ケア（表 3.2）は WHO の”Care in Normal Birth: a practical guide”（WHO, 1996）で提示されている 59 項目の実践的なケアの中から特にプロジェクトで評価する必要があると判断されたケアである。このガイドでは、59 項目を 4 つのカテゴリ（A: 推奨すべきケア、B: 明らかに推奨すべきでないケア、C: 根拠が十分でないため注意すべきケア、D: 不適切に行われているケア）で分類している。23 項目のケアのうち 19 項目が「A」、1 項目が「B」、3 項目が「D」に属している。

表 3.2 23 項目の標準ケア

ケアの特性による分類	ケアの内容	カテゴリ
対人関係（5 項目）	1. 女性のプライバシーが尊重された	A
	2. 孤独感を感じなかった	A
	3. 共感的な支援を受けた	A
	4. 女性が希望した場合、付添人がいた	A
	5. 分娩介助者からの祝福を受けた	A
情報（7 項目）	1. 女性が望む情報を十分提供された	A
	2. 出産する体位の自由について提案された	A
	3. 食事をする事の利点についての情報を受けた	A
	4. 診察後の胎児の状況についての情報を受けた	A
	5. 授乳方法についての情報を受けた	A
	6. 産後健診についての情報を受けた	A
	7. 退院後問題があった際の対応についての情報を受けた	A
技術（11 項目）	1. 非医薬的方法による陣痛緩和ケアを受けた	A
	2. 陣痛を感じない時にいきめと言われなかった	D
	3. 3 人以上のサービス提供者から内診をされなかった	D
	4. 陣痛時ルーチンで仰臥位を強制されなかった	B
	5. 分娩時ルーチンで仰臥位を強制されなかった	A
	6. 水分補給の提供を受けた	A
	7. 食事の提供を受けた	D
	8. 定期的な胎児観察を受けた	A
	9. 安楽な出産体位の支援を受けた	A
	10. 新生児との早期接触の支援を受けた	A
	11. 産後 1 時間以内の授乳開始の支援を受けた	A

#### 4. 分析方法

まずは、女性の特性、施設へのアクセス、標準ケアの提供状況、施設分娩ケアに対する女性の総合的な満足度についての記述統計分析を行った。

対象施設の保健センターと保健ポストは公的一次保健医療施設に分類されているが、保健ポストの方が保健医療サービスを提供するための条件（人材、施設、アクセス）が悪い。しかし、保健医療サービスへの公平なアクセスの観点から保健ポストが相対的に保健センターと同等の正常分娩ケアサービスを提供していることが求められる。そのため、記述統計分析では女性の特性、標準ケアの提供状況、女性の総合的な満足度で施設による違いがあるかどうかを検討した。

次に、仮説「女性が十分な量の標準ケアを受けたと認識した場合、女性の満足度は高くなる。」を検証するため、以下の手順を踏んだ。

仮説を検証する手段として多変量解析を選択し、女性の満足度に関する変数を従属変数、女性の特性、施設へのアクセス、標準ケアに関する変数を独立変数とした。従属変数は、提供されたケアに対する総合的な女性の満足度（以下、ケア満足度）と次回も同じ施設を利用する可能性（以下、次回利用）の2項目とした。ケア満足度は「あなたが分娩中に受けたケアについて満足していますか」という問いに対し、5段階のリッカート尺度（5. とても満足、4. 満足、3. やや不満、2. 不満、1. とても不満）で測定されている。次回利用は、「次回分娩時も同じ施設を利用したいですか」との問いに対し、「はい」か「いいえ」の2値で測定されている。ケア満足度は、順序尺度であるが、数量データと仮定し、重回帰分析を採用した。また、次回利用は2値変数であるため、多重ロジスティック回帰分析を採用した。

独立変数は、女性の特性（1. 年齢、2. 学歴、3. 民族、4. 婚姻状況、5. 出産回数、6. 妊婦健診回数）、施設へのアクセスに関する項目（1. 施設までの移動手段、2. 出産費用総額、3. 出産費用に対する評価、4. 施設のレベル）、23の標準ケア項目で構成されている。23項目の標準ケアはその特性から、対人関係（5項目）、情報（7項目）、技術（11項目）の3つに分類した（表3.2）。また、提供された標準ケアの全体量と特性別の量を見るためにケアの数を合計した変数として「全23項目（量）」、「対人関係（量）」、「情報（量）」、「技術（量）」の4つを作成し、独立変数に追加した。

そして、多変量解析を実施するため以下の作業を行った。まず、Spearmanの順位相関係数による検定を行い独立変数の相関関係を確認した。次に多変量解析の対象となる独立変数を選択するため、従属変数（ケア満足度と次回利用）と独立変数との2変量解析を行った。従属変数がケア満足度の場合は線形単回帰分析を用い、従属変数が次回利用の場合はロジスティック回帰分析を用いた。独立変数の選択にあたり、施設のレベル（0：保健センターⅠ、1：保健ポスト）に加え、文献レビューで女性の満足度との関連が報告されて

いた変数（年齢、学歴、出産回数、出産費用に関する評価）は強制投入した。データ数に対し独立変数候補が多いため、その他の独立変数は2変量解析の結果P値が0.1未満だった変数のみを多変量解析の対象とした。

多変量解析では、標準ケアの特性により以下の3つの分析を行った。(1)「全23項目のケアの量」、(2)「対人関係、情報、技術それぞれのケアの量」、(3)「23項目それぞれのケア」。全ての分析で強制投入法を選択した。有意検定は0.1未満を採用した。

統計ソフトはR 3.3.1を用いた。また、この研究は筑波大学医の倫理委員会の承認（通知番号台675-3号、平成29年3月22日）を得ている（付録2）。

## 第3節 結果

### 1. 記述統計の結果

#### 1.1. 独立変数

##### 女性の特性と施設へのアクセス

表3.3は女性の特性と施設へのアクセスの状況を表している。女性の平均年齢は25歳で、6以上の民族が観察された。その中でも遊牧民族系のプラ族が多数（43%）を占めていた。大多数（92%）の女性は既婚者であった。未就学やノンフォーマルな教育のみの女性は全体の47%を占めていたが、保健センター利用者（43%）に比べ保健ポスト利用者（75%）はその割合が多かった。64人（25%）が初産婦で、出産回数平均は3回であった。妊婦健診回数平均は3回で、保健省が奨励している4回以上は120人（46%）であった。施設までの移動手段は保健センター利用者ではタクシーが多かった（81%）が、保健ポスト利用者では徒歩（63%）が多かった。今回の出産に要した費用総額の平均値は保健センター利用者で9,417FCFA（約1,800円）、保健ポスト利用者で7,706FCFA（約1,500円）であった。

表 3.3 女性の特性と施設へのアクセス

独立変数	全体 (n=259)		保健センター (n=227)		保健ポスト (n=32)	
	n	%	n	%	n	%
女性の特性(6) :						
1. 年齢						
平均値 (SD)	25.0(6.4)		25.1(6.2)		23.8(7.3)	
幅	12-45		15-45		12-40	
2. 学歴						
未就学・ノンフォーマル	121	46.7	97	42.7	24	75.0
初等教育	98	37.8	92	40.5	6	18.8
中等教育以上	40	15.4	38	16.7	2	6.3
3. 民族						
ブラ	112	43.2	96	42.3	16	50.0
ウォルフ	32	12.4	27	11.9	5	15.6
マンディング	39	15.1	39	17.2	0	0.0
ジョラ	7	2.7	7	3.1	0	0.0
セレール	6	2.3	6	2.6	0	0.0
その他	63	24.3	52	22.9	11	34.4
4. 婚姻形態						
独身、その他	18	6.9	15	6.6	3	9.4
既婚 (一夫一婦制)	174	67.2	151	66.5	23	71.9
既婚 (一夫多妻制)	64	24.7	58	25.6	6	18.8
NA	3	1.2	3	1.3		
5. 出産回数						
平均 (SD)	3.2(2.2)		3.1(2.2)		3.8(2.5)	
幅	1-12		1-12		1-10	
6. 妊婦健診回数						
平均値 (SD)	3.3(1.3)		3.3(1.3)		3.3(1.5)	
幅	0-10		0-10		0-8	
NA	1		1			
施設までのアクセス(4) :						
1. 移動手段						
タクシー	185	71.4	184	81.1	1	3.1
徒歩	36	13.9	16	7.0	20	62.5
その他	38	14.7	27	11.9	11	34.4
2. 出産費用 (FCFA)						
平均値 (SD)	9205 (5763)		9417 (5866)		7706 (4785)	
幅	0-30000		0-30000		800-25500	
3. 出産費用に対する評価						
安い	30	11.6	27	11.9	3	9.4
妥当	140	54.1	121	53.3	19	59.4
高い	68	26.3	59	26.0	9	28.1
とても高い	19	7.3	18	7.9	1	3.1
NA	2	0.8	2	0.9		
4. 施設						
保健センター	227	87.6				
保健ポスト	32	12.4				

### 標準ケアの量

表 3.4 は、一人当たりの女性が受けた標準ケアの量を数で示している。全体では全 23 項目（量）の平均は一人当たり 13 項目（56%）で、その幅は 5 項目から 20 項目（幅 22% から 87%）であった。カテゴリ別では、対人関係（量）は 4 項目（71%）（幅 0% から 100%）、情報（量）は 4 項目（50%）（幅 0% から 100%）、技術（量）は 6 項目（54%）（幅 18% から 91%）であった。施設別に見てみると、対人関係（量）以外の全 23 項目（量）、情報（量）、技術（量）において、保健ポストが提供した標準ケアの量の平均値は保健センターよりも高かった。保健センターと保健ポストのケアの量の平均値について wilcoxon 順位和検定を行った結果、対人関係（ $P$ 値=0.89）以外の全 23 項目（量）、情報（量）、技術（量）項目の全てにおいて、保健センターと保健ポストに有意な差（全て  $P$ 値<0.01）が認められた。

表 3.4 一人当たりの女性が受けた標準ケアの量

標準ケア	全体			保健センター			保健ポスト		
	平均値	(SD)	幅	平均値	(SD)	幅	平均値	(SD)	幅
全 23 項目（量）	12.9	(3.0)	5-20	12.7	(2.9)	5-19	14.9	(3.0)	8-20
対人関係（量）	3.5	(1.1)	0-5	3.5	(1.1)	0-5	3.5	(1.1)	0-5
情報（量）	3.5	(1.4)	0-5	3.4	(1.3)	0-7	4.3	(1.7)	1-7
技術（量）	5.9	(1.7)	2-10	5.7	(1.7)	2-9	7.0	(1.5)	4-10

表 3.5 は個々の標準ケアに注目し、施設が標準ケアをどの程度女性に提供していたのかを示した。まず全体を見てみる。対人関係に関しては大多数の女性がそれらのケアを受けたと認識していた。内訳としては、プライバシーへの配慮（84%）、孤独を感じない対応（85%）、共感的な支援（90%）、分娩介助者からの祝福（72%）であった。家族の付添に関しては、付添を希望した女性 107 人（41%）に対し、その許可を得られた女性は 61 人（58%）であった。情報に関しては、ほとんどの女性（93%）は、十分な情報の提供があったと回答していたが、具体的な質問では、フリースタイル分娩（21%）、食事摂取の利点（22%）、診察後の胎児の状態（36%）、授乳方法（48%）、異常時の対応（43%）に関する情報を入手できていた女性は半数に満たなかった。技術では、サービス提供者から非医薬的疼痛緩和ケア（32%）、水分補給（8%）、食事摂取（12%）、陣痛時（47%）及び分娩時（42%）に仰臥位を強制されないケアを受けた女性は半数にも満たなかった。一方、大多数の女性が 3 人以上の分娩介助者から内診されることはなく（85%）、定期的に胎児の観察を受け（85%）、出産体位は安楽であった（89%）と回答していた。

施設別に見てみると、対人関係に関しては施設による差はなかった。一方、情報に関するケアの 4 項目及び技術に関するケアの 4 項目において差があった。 $\chi^2$  検定の結果、情報に関するケアのうちフリースタイル分娩の提案、食事摂取の利点（共に  $P$ 値<0.01）、授乳方法（ $P$ 値=0.07）で保健ポストの方が有意に多く、産後検診に関する情報では保健センターが有意（ $P$ 値<0.01）に多かった。技術に関するケアのうち食事摂取、早期母児接触、産

後1時間以内の授乳については有意 ( $P$ 値<0.01) に保健ポストが多く、分娩時の安楽な体位については保健センターが有意 ( $P$ 値<0.01) に多かった。

表 3.5 施設が提供した標準ケア

独立変数	全体 (n=259)		保健センター (n=227)		保健ポスト (n=32)	
	n	%	n	%	n	%
対人関係						
女性のプライバシーへの配慮	218	84.2	190	83.7	28	87.5
孤独感を感じない対応†	218	84.5	191	84.5	27	84.4
共感的な支援†	231	89.5	201	88.9	30	93.8
女性が希望した場合、家族の付添許可†	61	23.6	55	24.3	6	18.8
分娩介助者からの祝福‡	185	72.0	163	72.4	22	68.8
情報						
十分な情報が提供	241	93.1	210	92.5	31	96.9
フリースタイル分娩の提案	54	20.8	40	17.6	14	43.8
食事摂取の利点	57	22.0	37	16.3	20	62.5
診察後胎児の状態を説明	93	35.9	81	35.7	12	37.5
授乳方法	124	47.9	104	45.8	20	62.5
産後検診	230	88.8	206	90.7	24	75.0
緊急時の対応†	112	43.4	94	41.6	18	56.3
技術						
非医薬的疼痛緩和ケア	82	31.7	71	31.3	11	34.4
必要時以外にいきませない	165	63.7	143	63.0	22	68.8
3人以上の分娩介助者が内診しない‡	219	85.2	189	84.0	30	93.8
陣痛時仰臥位を強制しない	122	47.1	106	46.7	16	50.0
水分補給	22	8.49	17	7.5	5	15.6
食事摂取	32	12.4	19	8.4	13	40.6
定期的な胎児観察	220	84.9	190	83.7	30	93.8
分娩時仰臥位を強制しない†	108	41.9	93	41.2	15	46.9
分娩時安楽な体位を確保‡	229	89.1	205	91.1	24	75.0
早期母児接触	147	56.8	118	52.0	29	90.6
産後1時間以内の授乳†	182	70.5	153	67.7	29	90.6

† n=258, ‡ n=257

## 1.2. 従属変数

表 3.6 は標準ケアに対する女性の満足度 (ケア満足度) と次回施設の可能性 (次回利用) に対する女性の回答である。ケア満足群 (とても満足及び満足と回答) に属する女性は 88% (229 人) であったが、ケア不満足群 (やや不満、不満、とても不満と回答) に属する女性も 30 人いた。次回利用については、93% (240 人) が利用したいと回答していたが、利用しないと回答した女性も 18 人いた。 $\chi^2$  検定の結果ではケア満足度 ( $P$ 値=0.72) 及び次回利用 ( $P$ 値=0.36) に対する回答の分布に施設の違いはなかった。また、ケア満足群の女性の

98% (228人中224人)は次回も利用したいと回答していたが、ケア不満足群の女性は53% (30人中16人)であった。ケア満足度と次回利用のKendallの順位相関係数( $\tau$ )は0.37 ( $P$ 値 $<0.01$ )であった。

表 3.6 施設での分娩ケアに対する女性の満足度(n=259)と次回利用可能性(n=258)

	全体		保健センター		保健ポスト		P値
	n	%	n	%	n	%	
ケア満足度							
とても満足	117	45	100	44	17	53	0.72
満足	112	43	99	44	13	41	
やや不満	18	7	17	8	1	3	
不満足	5	2	5	2	0	0	
とても不満足	7	3	6	3	1	3	
次回利用							
利用したい	240	93	209	92	31	97	0.36
利用しない	18	7	17	8	1	3	

## 2.2 変量解析の結果

ここでは、独立変数として選択した女性の特性、施設へのアクセス、一人当たりの女性が受けた標準ケアの量、施設が提供した標準ケアの量と2つの従属変数(ケア満足度及び次回利用)との2変量解析の結果を示す。表3.7.1と表3.7.2は独立変数が女性の特性と施設へのアクセス、表3.8.1と表3.8.2は1人当たりの女性が受けた標準ケアの量、表3.9.1と表3.9.2は施設が提供した標準ケアとの結果を示している。

表 3.7.1 女性の特性及び施設へのアクセスとケア満足度との単回帰分析結果

独立変数	偏回帰係数	標準 偏回帰係数	標準 誤差	95%信頼区間		t 値	P 値
				下限	上限		
女性の特性							
年齢	-0.011	-0.077	0.009	-0.028	0.006	-1.24	0.216
学歴	-0.081	-0.046	0.110	-0.297	0.135	-0.74	0.461
民族	0.104	0.058	0.111	-0.114	0.321	0.94	0.349
婚姻形態	-0.136	-0.039	0.216	-0.560	0.289	-0.63	0.529
出産回数	-0.021	-0.529	0.025	-0.069	0.028	-0.85	0.397
妊婦健診回数	0.036	0.054	0.042	-0.046	0.118	0.86	0.390
施設までのアクセス							
移動手段	-0.086	-0.044	0.121	-0.325	0.152	-0.71	0.476
出産費用	9.8E-07	0.006	9.5E-06	-1.8E-05	2.0E-05	0.10	0.919
出産費用に対する評価	-0.034	-0.029	0.072	-0.175	0.108	-0.47	0.640
施設	0.164	0.061	0.166	-0.164	0.491	0.99	0.325

学歴：1=初等教育以上、0=未就学、ノンフォーマル

民族：1=ブル族、0=その他

婚姻形態：1=既婚、0=未婚、その他

移動手段：1=タクシー、0=その他

施設：1=保健ポスト、0=保健センター

表 3.7.2 女性の特性及び施設へのアクセスと次回利用可能性とのロジスティック回帰分析結果

独立変数	オッズ比	95%信頼区間		P値
		下限	上限	
女性の特性				
年齢	0.95	0.89	1.02	0.143
学歴	0.70	0.26	1.88	0.482
民族	1.58	0.57	4.35	0.375
婚姻形態	1.75	0.37	8.29	0.481
出産回数	0.92	0.76	1.12	0.397
妊婦健診回数	1.22	0.83	1.78	0.305
施設までのアクセス				
移動手段	0.48	0.13	1.70	0.252
出産費用	1.00	1.00	1.00	0.344
出産費用に対する評価	0.58	0.32	1.06	0.078
施設	2.52	0.32	19.62	0.377

学歴：1=初等教育以上、0=未就学、ノンフォーマル

民族：1=ブル族、0=その他

婚姻形態：1=既婚、0=未婚、その他

移動手段：1=タクシー、0=その他

施設：1=保健ポスト、0=保健センター

表 3.8.1. 一人当たりの女性が受けた標準ケアの量とケア満足度との単回帰分析結果

独立変数	偏回帰係数	標準 偏回帰係数	標準 誤差	95%信頼区間		t 値	P 値
				下限	上限		
全 23 項目 (量)	0.121	0.411	0.017	0.09	0.15	7.22	<0.001
対人関係 (量)	0.356	0.439	0.045	0.27	0.45	7.82	<0.001
情報 (量)	0.159	0.257	0.037	0.09	0.23	4.26	<0.001
技術 (量)	0.115	2.024	0.031	0.05	0.18	3.67	<0.001

表 3.8.2. 一人当たりの女性が受けた標準ケアの量と次回利用可能性とのロジスティック回帰分析結果

独立変数	オッズ比	95%信頼区間		P 値
		下限	上限	
全 23 項目 (量)	1.49	1.23	1.79	<0.001
対人関係 (量)	2.60	1.74	3.91	<0.001
情報 (量)	1.38	0.96	1.98	0.080
技術 (量)	1.56	1.16	2.11	0.004

表 3.9.1. 施設が提供した標準ケアとケア満足度との単回帰分析結果

独立変数	偏回帰係数	標準 偏回帰係数	標準 誤差	95%信頼区間		t 値	P 値
				下限	上限		
<b>対人関係</b>							
女性のプライバシーへの配慮	0.689	0.286	0.144	0.405	0.972	4.78	<0.001
孤独感を感じない対応	0.810	0.334	0.143	0.528	1.092	5.66	<0.001
共感的な支援	0.915	0.319	0.171	0.579	1.251	5.37	<0.001
女性が希望した場合、家族の付添許可	0.229	0.111	0.128	-0.023	0.482	1.79	0.075
分娩介助者からの祝福	0.450	0.230	0.119	0.215	0.685	3.78	0.000
<b>情報</b>							
十分な情報が提供	0.402	0.116	0.214	-0.020	0.823	1.88	0.062
フリースタイル分娩の提案	0.230	0.106	0.134	-0.035	0.494	1.71	0.088
食事摂取の利点	0.158	0.075	0.132	-0.102	0.418	1.20	0.232
診察後胎児の状態を説明	0.194	0.106	0.114	-0.029	0.418	1.71	0.089
授乳方法	0.239	0.136	0.109	0.025	0.453	2.20	0.029
産後検診	0.296	0.106	0.173	-0.045	0.636	1.71	0.089
緊急時の対応	0.386	0.218	0.108	0.173	0.600	3.56	<0.001
<b>技術</b>							
非医薬的疼痛緩和ケア	0.348	0.184	0.116	0.119	0.576	3.00	0.003
必要時以外にいきませない	-0.022	-0.012	0.114	-0.247	0.203	-0.19	0.847
3人以上の分娩介助者が内診しない	-0.096	-0.039	0.155	-0.401	0.210	-0.62	0.539
陣痛時、仰臥位を強制しない	0.015	0.009	0.110	-0.201	0.231	0.14	0.891
水分補給	0.011	0.004	0.197	-0.376	0.398	0.06	0.955
食事摂取	0.200	0.075	0.166	-0.128	0.527	1.20	0.231
定期的な胎児観察	0.037	0.015	0.153	-0.264	0.339	0.24	0.807
分娩時仰臥位を強制しない	0.063	0.035	0.111	-0.156	0.282	0.57	0.572
分娩時安楽な体位を確保	0.613	0.022	0.173	0.273	0.954	3.55	<0.001
早期母児接触	0.352	0.199	0.108	0.139	0.566	3.25	0.001
産後1時間以内の授乳	0.430	0.223	0.118	0.198	0.661	3.65	<0.001

表 3.9.2. 施設が提供した標準ケアと次回利用可能性とのロジスティック回帰分析結果

独立変数	オッズ比	95%信頼区間		P値
		下限	上限	
<b>対人関係</b>				
女性のプライバシーへの配慮	5.02	1.85	13.64	0.002
孤独感を感じない対応	3.97	1.44	10.98	0.008
共感的な支援	6.97	2.43	19.96	0.000
女性が希望した場合、家族の付添許可	5.33	0.69	41.05	0.108
分娩介助者からの祝福	4.66	1.73	12.57	0.002
<b>情報</b>				
十分な情報が提供	4.61	1.34	15.86	0.015
フリースタイル分娩の提案	1.35	0.38	4.84	0.646
食事摂取の利点	0.99	0.31	3.14	0.989
診察後胎児の状態を説明	0.53	0.20	1.38	0.194
授乳方法	1.90	0.69	5.23	0.213
産後検診	3.46	1.14	10.55	0.029
緊急時の対応	2.89	0.92	9.02	0.069
<b>技術</b>				
非医薬的疼痛緩和ケア	4.00	0.90	17.82	0.069
必要時以外にいきませない	0.65	0.23	1.89	0.432
3人以上の分娩介助者が内診しない	2.39	0.80	7.14	0.119
陣痛時仰臥位を強制しない	3.33	1.07	10.41	0.039
水分補給	1.63	0.21	12.86	0.643
食事摂取	1.14	0.25	5.22	0.863
定期的な胎児観察	0.69	0.15	3.11	0.625
分娩時仰臥位を強制しない	0.61	0.23	1.65	0.332
分娩時安楽な体位を確保	2.76	0.83	9.13	0.097
早期母児接触	7.50	2.11	26.60	0.002
産後1時間以内の授乳	2.62	1.00	6.89	0.051

女性の特性と施設へのアクセスとケア満足度との2変量解析の結果でP値が0.1未満の独立変数はなかった。次回利用との結果も同様であった。文献レビューの結果から多変量解析の対象としていた年齢、学歴、出産回数、出産費用に対する評価の変数のうち、年齢と出産回数で強い相関( $\rho=0.8$  ,  $P$ 値 $<0.001$ )が認められたため、出産回数を除外した。

一人当たりの女性が受けた標準ケアの量との結果では、ケア満足度、次回利用共に全ての変数が多変量解析の対象となった。

施設が提供した標準ケアとケア満足度との結果では、5項目全ての対人関係ケア、食事摂取の利点を除く6項目の情報ケア、11項目中4項目の技術ケア（非医薬的疼痛緩和ケア、

分娩時安楽な体位を確保、早期母児接触、産後1時間以内の授乳)の計15項目の標準ケアが多変量解析の対象となった。次回利用との結果では、家族の付添許可を除く4項目の対人関係ケア、3項目の情報ケア(十分な情報が提供、産後検診、緊急時の対応)、5項目の技術ケア(非医薬的疼痛緩和ケア、陣痛時仰臥位を強制しない、分娩時安楽な体位を確保、早期母児接触、産後1時間以内の授乳)の計12項目の標準ケアが多変量解析の対象となった。

### 3. 多変量解析の結果

表3.10.1と表3.10.2に一人当たりの女性が受けたケアの量とケア満足度との重回帰分析結果、表3.11.1と表3.11.2に一人当たりの女性が受けたケアの量と次回利用可能性との多重ロジスティック回帰分析結果を示す。

一人当たりの女性が受けたケアの総量「全23項目(量)」の多さとケア満足度の高さには有意に関係があった(表3.10.1)。カテゴリ別で検証した結果では「対人関係(量)」と「技術(量)」の量が多くなるとケア満足度が高まる傾向が認められた(表3.10.2)。またケアの総量及びカテゴリ別のケアの総量ともに女性の年齢が高くなるほどケア満足度が低くなる傾向があった。

表3.10.1. 一人当たりの女性が受けた標準ケアの量とケア満足度との重回帰分析結果(総量)(n=257)

独立変数	偏回帰係数	標準 偏回帰係数	標準 誤差	95%信頼区間		t 値	P 値
				下限	上限		
切片	2.010		0.350			5.75	<0.001
施設	-0.160	-0.060	0.161	-0.477	0.158	-0.99	0.323
年齢	-0.018	-0.131	0.008	-0.034	-0.002	-2.25	0.025
学歴	-0.044	-0.025	0.104	-0.249	0.162	-0.42	0.676
出産費用に対する評価	0.029	0.026	0.066	-0.101	0.159	0.45	0.657
標準ケア							
全23項目(量)	0.130	0.439	0.018	0.095	0.165	7.35	<0.001

Ajusted R<sup>2</sup>:0.17, F 値:11.52 (自由度:5, 251)

施設:1=保健ポスト、0=保健センター

学歴:1=初等教育以上、0=未就学、ノンフォーマル

表 3. 10. 2. 一人当たりの女性が受けた標準ケアの量とケア満足度との重回帰分析結果（カテゴリ）  
 (n=257)

独立変数	偏回帰係数	標準 偏回帰係数	標準 誤差	95%信頼区間		t 値	P 値
				下限	上限		
切片	1. 841		0. 342			5. 38	<0. 001
施設	-0. 055	-0. 021	0. 157	-0. 365	0. 255	-0. 35	0. 726
年齢	-0. 017	-0. 120	0. 008	-0. 032	-0. 001	-2. 12	0. 035
学歴	-0. 096	-0. 055	0. 102	-0. 297	0. 104	-0. 95	0. 346
出産費用に対する評価	0. 016	0. 014	0. 064	-0. 110	0. 142	0. 26	0. 798
標準ケア							
対人関係（量）	0. 324	0. 399	0. 047	0. 231	0. 416	6. 90	<0. 001
情報（量）	0. 059	0. 096	0. 038	-0. 015	0. 134	1. 56	0. 119
技術（量）	0. 086	0. 167	0. 031	0. 025	0. 146	2. 78	0. 006

Ajusted R<sup>2</sup>:0. 23, F 値: 11. 65 (自由度: 7, 249)

施設: 1=保健ポスト、0=保健センター

学歴: 1=初等教育以上、0=未就学、ノンフォーマル

次回も同じ施設を利用したいと思っている女性と一人当たりの女性が受けたケアの総量「全 23 項目（量）」のオッズ比は 1. 5 (95%信頼区間 1. 3-1. 9, P 値<0. 001) であった。また、女性の年齢とのオッズ比は 0. 9 (95%信頼区間 0. 8-0. 99, P 値=0. 02) であった。施設のレベル、学歴、出産費用に関する評価は次回利用可能性と統計学的に有意な関係はなかった (表 3. 11. 1)。一人当たりの女性が受けた総量をカテゴリ別で見た場合、「対人関係（量）」のオッズ比は 2. 6 (95%信頼区間 1. 6-4. 2, P 値<0. 001)、「技術（量）」のオッズ比は 1. 5 (95%信頼区間 1. 1-2. 2, P 値=0. 02) であった。また、女性の年齢のオッズ比は 0. 9 (95%信頼区間 0. 8-0. 99, P 値=0. 04) であった。施設のレベル、年齢、出産費用に関する評価、そして「情報（量）」は次回利用可能性と統計学的に有意な関係がなかった (表 3. 11. 2)。

表 3. 11. 1. 一人当たりの女性が受けた標準ケアの量と次回利用可能性との多重ロジスティック回帰分析結果（総量） (n=256)

独立変数	オッズ比	95%信頼区間		P 値
		下限	上限	
施設				
保健センター（レファレンス）				
保健ポスト	0. 86	0. 09	7. 91	0. 892
年齢	0. 91	0. 84	0. 99	0. 021
学歴	0. 72	0. 24	2. 21	0. 568
出産費用に対する評価				
安い（レファレンス）				
妥当	0. 41	0. 07	2. 29	0. 308
高い	0. 67	0. 16	2. 78	0. 581
とても高い	0. 96	0. 35	2. 62	0. 937
標準ケア				
全 23 項目（量）	1. 54	1. 26	1. 89	<0. 001

AIC: 118. 37, D<sub>min</sub>: 130. 28(自由度 255), D: 102. 37(自由度 248)

表 3. 11. 2 一人当たりの女性が受けた標準ケアの量と次回利用可能性との多重ロジスティック回帰分析結果 (カテゴリ) (n=256)

独立変数	オッズ比	95%信頼区間		P値
		下限	上限	
施設				
保健センター (レファレンス)				
保健ポスト	1. 85	0. 15	22. 13	0. 626
年齢	0. 91	0. 84	0. 994	0. 035
学歴	0. 56	0. 17	1. 832	0. 336
出産費用に対する評価				
安い (レファレンス)				
妥当	0. 36	0. 06	1. 98	0. 238
高い	0. 75	0. 18	3. 17	0. 692
とても高い	0. 86	0. 30	2. 47	0. 775
標準ケア				
対人関係 (量)	2. 61	1. 62	4. 21	<0. 001
情報 (量)	0. 90	0. 55	1. 48	0. 685
技術 (量)	1. 51	1. 06	2. 15	0. 022

AIC: 114. 48, Dnu11: 130. 28(自由度 255), D: 94. 45(自由度 246)

表 3. 12. 1 に施設が提供したケアの量とケア満足度との重回帰分析の結果、表 3. 12. 2 に施設が提供したケアの量と次回利用可能性との多重ロジスティック回帰分析結果を示す。

女性のケア満足度に関しては (表 3. 12. 1)、6 項目のケアとの有意な関係が認められた。そのうちの 4 項目が対人関係に属するケアであり、女性がプライバシーへの配慮、孤独感を感じない対応、共感的な支援、分娩介助者からの祝福を受けたと感じた女性の方がそうでない女性よりも満足度が高い傾向があった。技術的側面のケアでは、マッサージ等の疼痛緩和ケアを受けた女性、そして分娩時に安楽な体位であったと感じた女性はそうではなかった女性よりも満足度が高い傾向があった。また、年齢が高くなるとケア満足度は低くなる傾向もあった。

表 3. 12. 1. 施設が提供したケアの量とケア満足度との重回帰分析結果 (n=248)

独立変数	偏回帰係数	標準 偏回帰係数	標準 誤差	95%信頼区間		t 値	P 値
				下限	上限		
切片	1. 211		0. 411			2. 95	0. 004
施設	0. 040	0. 015	0. 162	-0. 279	0. 359	0. 25	0. 805
年齢	-0. 016	-0. 114	0. 008	-0. 032	0. 000	-2. 00	0. 047
学歴	-0. 117	-0. 066	0. 105	-0. 324	0. 090	-1. 11	0. 267
出産費用に対する評価	0. 035	0. 030	0. 066	-0. 095	0. 164	0. 53	0. 598
対人関係							
女性のプライバシーへの配慮	0. 425	0. 176	0. 139	0. 151	0. 699	3. 05	0. 003
孤独感を感じない対応	0. 501	0. 206	0. 144	0. 217	0. 786	3. 47	0. 001
共感的な支援	0. 378	0. 132	0. 178	0. 027	0. 729	2. 13	0. 035
女性が希望した場合家族の付添許可	-0. 004	-0. 002	0. 129	-0. 257	0. 250	-0. 03	0. 978
分娩介助者からの祝福	0. 978	0. 139	0. 122	0. 030	0. 512	2. 22	0. 028
情報							
十分な情報が提供	0. 147	0. 042	0. 202	-0. 251	0. 545	0. 73	0. 468
フリースタイル分娩の提案	0. 078	0. 036	0. 132	-0. 183	0. 339	0. 59	0. 557
診察後、胎児の状態を説明	0. 125	0. 068	0. 109	-0. 089	0. 339	1. 15	0. 251
授乳方法	-0. 062	-0. 036	0. 109	-0. 278	0. 153	-0. 57	0. 568
産後検診	0. 166	0. 060	0. 170	-0. 168	0. 501	0. 98	0. 328
緊急時の対応	0. 152	0. 086	0. 115	-0. 074	0. 379	1. 33	0. 186
技術							
非医薬的疼痛緩和ケア	0. 226	0. 120	0. 109	0. 010	0. 442	2. 07	0. 040
分娩時安楽な体位を確保	0. 521	0. 185	0. 167	0. 191	0. 851	3. 11	0. 002
早期母児接触	0. 177	0. 100	0. 114	-0. 048	0. 402	1. 55	0. 123
産後 1 時間以内の授乳	0. 137	0. 071	0. 129	-0. 117	0. 392	1. 07	0. 287

Ajusted R<sup>2</sup>: 0. 28, F 値 5. 93 (自由度 19, 228)

学歴: 1=初等教育以上、0=未就学、ノンフォーマル

施設: 1=保健ポスト、0=保健センター

次回利用の可能性に関しては (表 3. 12. 2)、6 項目のケアとの有意な関係が認められた。そのうち対人関係に関するケアは 2 項目で、女性のプライバシーへの配慮がある場合のオッズ比は 11. 4 (95%信頼区間 1. 9-68. 9、P 値=0. 008)、分娩介助者からの祝福を受けた場合のオッズ比は 4. 7 (95%信頼区間 0. 95-23. 3、P 値=0. 06) であった。情報に関するケアは 1 項目で、産後検診の情報提供があった場合のオッズ比は 9. 1 (95%信頼区間 1. 4-58. 7、P 値=0. 02) であった。技術的側面のケアは 3 項目あり、非医薬的疼痛緩和ケアを受けた場合のオッズ比は 7. 2 (95%信頼区間 0. 7-73. 0、P 値=0. 096)、陣痛時に仰臥位を強制されなかった場合のオッズ比は 12. 8 (95%信頼区間 1. 6-104. 8、P 値=0. 02)、産後すぐに新生児との対面ができた場合のオッズ比は 12. 3 (95%信頼区間 1. 3-119. 7、P 値=0. 03) であった。また、年齢が高くなると次回利用の可能性は低くなる傾向もあった (オッズ比 0. 9、95%信頼区間 0. 8-0. 99、P 値=0. 04)。施設のレベル、学歴、出産費用に対する評価に関しては統計的に有意な差はなかった。

表 3. 12. 2. 施設が提供したケアの量と次回利用可能性との多重ロジスティック回帰分析結果 (n=248)

	オッズ比	95%信頼区間		P値
		下限	上限	
<b>施設</b>				
保健センター (リファレンス)				
保健ポスト	1.38	0.04	49.52	0.860
年齢	0.88	0.78	0.99	0.037
学歴	0.43	0.08	2.23	0.316
<b>出産費用に対する評価</b>				
安い (リファレンス)				
妥当	0.20	0.02	2.75	0.231
高い	0.37	0.04	3.12	0.360
とても高い	0.73	0.13	4.01	0.714
<b>対人関係</b>				
女性のプライバシーへの配慮	11.43	1.90	68.85	0.008
孤独感を感じない対応	3.03	0.50	18.23	0.227
共感的な支援	3.02	0.46	19.71	0.248
分娩介助者からの祝福	4.71	0.95	23.34	0.058
<b>情報</b>				
十分な情報が提供	4.44	0.31	63.59	0.272
産後検診	9.14	1.42	58.71	0.020
緊急時の対応	1.38	0.14	13.46	0.783
<b>技術</b>				
非医薬的疼痛緩和ケア	7.17	0.70	72.96	0.096
陣痛時仰臥位を強制しない	12.79	1.56	104.77	0.018
分娩時安楽な体位を確保	2.93	0.32	27.04	0.344
早期母児接触	12.31	1.27	119.73	0.030
産後1時間以内の授乳	0.63	0.12	3.31	0.586

AIC : 97.36、D<sub>null</sub> : 123.93 (自由度 247)、D : 59.36 (自由度 229)

## 第4節 考察

### 1. 一人当たりの女性が受けた標準ケアの量と女性の満足度との関係

分娩ケアのプロセスを通じて提供された標準ケアの総量が多いほど、ケア満足度も次回利用可能性も高まる傾向があった。このことから、女性が標準ケアを量的に十分受けていないと感じた場合、提供されたケアに対する満足度は低下し、また次回同じ施設を利用しない可能性があると考えられる。Hondnett (2002)は女性の満足度に影響する要因の一つにサービス提供者からの支援の総量を指摘しており、本研究の結果はこれと一致していた。

対人関係は満足度の主要な構成要素とされており (Stizia and Wood, 1997)、先行研究 (Srivastava et al., 2015, Hondnett, 2002)でもサービス提供者と女性との関係が重要であると指摘している。また、女性の出産経験はケアの質を構成する要素の一つであり、この出産経験には女性が状況をよく理解するために必要なコミュニケーションが行われて

いること、女性が尊重されてケアを受けること、女性が望む社会的・情緒的支援が得られること (Tunçalp et al., 2015)、つまり対人関係の要素で構成されている。本研究の結果でも対人関係に関する要素は女性の他の要素よりも満足度に与える影響が強い傾向にあった。また、提供された対人関係に関するケアの量は情報や技術よりも相対的に多かったことから、本研究においても対人関係に関する要素が女性の総合的な満足度の高さに影響したと思われる。

一方で、サービス利用者である女性は技術的側面と対人関係の両方を含む標準ケアが提供されることも期待している (Donabedian, 1988)。本研究の結果でも対人関係のケアに加え技術的側面の標準ケアの量の多さも女性の満足度の高さに関係していた。技術的側面の量的な質が担保されなければ、施設での分娩を通じて妊産婦や新生児の健康に貢献することもアウトカム指標を改善することも期待できないし、女性の満足度への影響も考えられる。

## 2. 施設で提供されている標準ケア

サービス提供者のパフォーマンスが改善すれば、施設の利用が増える可能性があるといわれている (Rowe et al., 2005)。しかし本研究では、100%提供されることが望ましい標準ケア (本研究では 23 項目) に対して、女性一人当たりが提供された標準ケアの量の平均は 56%であった。よって女性の視点から評価した施設分娩での標準ケア遵守率は低いといえる。またこの結果は専門家による直接観察の評価と同じ傾向を示していた。セネガル含む 7 か国のアフリカを対象とし、専門家の直接観察により行われた妊産婦ケア評価の研究では、平均的なサービス提供者の標準ケア遵守率が 40%だったと報告している (Leslie et al., 2016)。女性による評価と専門家による評価の違いはあるが、施設で提供されている標準ケアのパフォーマンスには改善の余地がある点で一致している。

また女性が提供された標準ケアの量にはバラツキもあった。100%のうちの 87%が提供されたと認識していた女性がいた一方で、22%しか提供されなかったと認識していた女性も存在していた。本研究では、施設で提供された個々の標準ケアの量も検討しているが、ケアの特性により多くの女性に提供された標準ケアがある一方で、女性の半数以上が受けていないと認識した標準ケアも 10 項目あった。それらのうちの 5 項目が情報に関するケアで、5 項目が技術に関するケアであった。

情報に関しては、ほとんどの女性 (93% (241 人/259 人)) が必要な情報を十分に提供されたと感じていたが、6 つの具体的な内容について尋ねると「産後検診」を除き、「フリースタイル分娩の提案」、「食事摂取の利点」、「診察後胎児の状況を説明」、「授乳方法」、「緊急時の対応」に関する情報を得ていた女性は半数未満であった。産後検診受診率は保健省

のモニタリング指標の一つのため、施設には報告の義務がある。サービス提供者はこのような指標に反映される情報については積極的に提供する反面、そうではない情報に関しては優先度や意識が下がる傾向があるのではないだろうか。

良いケアとは情報やコミュニケーションと技術的なケアが連動することでその提供が可能となる (Donabedian, 1988)。しかし本研究ではそのような連動が認められなかったケアもあった。例えば、85%の女性が定期的に胎児の観察を受けていたが、診察後に胎児の状況の説明を受けた女性は36%であった。本研究対象者の47% (121人) が未就学の女性であったことを考慮すると、診察後に胎児の状況を聞くことが重要であることを女性自身が理解していなかったことが考えられる。もしくは、説明されたものの十分理解できていなかったのかもしれない。女性を中心とするケアの提供が求められていることから、農村部で働くサービス提供者は女性の理解度に合わせて丁寧な説明をする努力や工夫が求められると思われる。

技術に関しては、「非医薬的疼痛緩和ケア」、「水分補給」、「食事摂取」に関するケアの提供率が低かった。これらのケアは女性にケアの利点を説明したうえで女性が望む場合提供される。また、陣痛時や分娩時に仰臥位を強制された女性は半数を超えていた。サービス提供者にとって女性が仰臥位でいてくれる方が処置やケアが効率的に行える。女性を中心としたケアは個別性がありその提供には時間が必要であるため、人材が不足する農村部では難しいことが想定される。マラウイの事例では、分娩ケアの質に影響を与える要因の一つに分娩件数に対するサービス提供者の少なさを挙げていた (Bradley et al., 2015)。患者数の多さはサービス提供者のパフォーマンスに影響する要素の一つである (Rowe et al., 2005)。

Bradley et al. (2016) は、アフリカでのSBAによる施設分娩ケアは施設の都合を優先し、技術面を重視したケアであり、女性を中心としたケアが疎かになっていると指摘している。本研究でも保健指標に影響する情報がより積極的に提供されていたり、個別性が求められるケアの提供率が低かったことから、女性を中心としたケアが十分提供されているとはいえないと考える。近年施設で分娩した女性の対人関係のケアに対する不満に注目した研究が報告されている (Bohren et al. 2015) が、適正な職場環境が整っていない場合、サービス提供者が技術面を優先し、時間のかかるコミュニケーションや情報提供を省略せざる負えない状況に置かれているのかもしれない。

サービス提供者が不足している農村部のプライマリケアサービス提供施設において、Kobinsky et al. (2006) は、有資格者が十分確保できるまでの過渡期の対応として、有資格者と無資格者がチームを組んで施設分娩ケアを提供することが、分娩件数や人件費の面か

らも効率的であると提案している。これは既にセネガルでも導入されている。更にセネガルの農村部の場合、公用語であるフランス語が話せない未就学の女性もまだ多く、多民族多言語で構成されるセネガルでは有資格者が直接女性とコミュニケーションが取れないこともあるため、対人関係のケアの提供という点において現地の言葉を話すコミュニティ人材が女性中心のケアの実現のためにも欠かせないと考える。

施設が提供するケアの質の改善には、サービス提供者のパフォーマンス強化に加え、これを補填する供給、研修、コミュニケーション含む施設の管理能力強化が欠かせないことも認識されている (Koblinsky et al., 2006)。

### 3. 女性の満足度と関係する標準ケアの特性と対象者の特性

本研究ではまた、施設が提供した個々の標準ケアと女性の満足度との関係も検証し、それぞれ6項目の標準ケアがケア満足度及び次回利用可能性と関連していた。そのうち女性のプライバシーへの配慮や分娩介助者からの祝福を受けたと認識した女性、そしてマッサージ等の薬以外の手法で陣痛を緩和させるケアを受けた女性はケア満足度及び次回利用可能性が高くなる傾向があった。対象州の自宅分娩率は53% (ANDS and ICF International, 2012) と高く、多くの女性は自宅での出産がどのようなものかを知っていると思われる。自宅出産では親しい人に囲まれ、痛みに対してはマッサージ等をしてもらい、出産の喜びを一緒に分かちあうことができる。女性は施設での出産においてもこのようなケアをサービス提供者に期待しているのではないだろうか。

その他ケア満足度とのみ関係が認められたケアには、孤独を感じない対応や共感的な支援、分娩時に安楽な体位が確保されていたことであり、次回利用可能性とのみ関係が認められたケアには、産後検診についての情報提供を受けたこと、陣痛時に自由な体位でいられたこと、産後すぐに新生児との対面があったことであった。この「早期母児接触」に関しては、スリランカ (Senarath, Fernando and Rodrigo, 2006) でも新生児との早期接触支援が女性の満足度を高めることが報告されている。

また、本研究では年齢が高くなるにつれてケア満足度も次回利用可能性も低くなる傾向があった。年齢が高くなるほど施設分娩を利用しない傾向があることは指摘されている

(Kujawski et al., 2015)。多くの場合、異常分娩の予測は難しい。セネガルの農村部においても妊婦健診率は高いことから、サービス提供者はこのような機会を通じて経産婦に施設分娩の利点、自宅出産のリスクを含めた保健指導を強化する必要があると考える。スリランカの研究 (Senarath, Fernando and Rodrigo, 2006) では、三次や二次医療圏の病院よりも一次医療圏の施設の方が女性の満足度は高い傾向があることを指摘していた。本研究が対象とした保健センターと保健ポストは施設規模や分娩件数の違いはあるものの双

方ともに一次医療圏に属しており、全体としては保健ポストの方が標準ケアの遵守率は高かったものの施設による違いはなかった。

#### 4. 本研究の限界

サービス提供者が提供したケアの質は、女性の満足度と専門家の直接観察によるサービス提供者の能力評価の二つの視点から評価することが望ましいと指摘されているが、本研究では女性の視点から収集したデータのみを使用している。

また本研究の対象施設では、有資格者と無資格者で構成されたチームにより分娩ケアが提供されていたが、無資格者がどの程度分娩ケアの提供に関与していたかを把握できないため、無資格者が分娩ケアの質に与える影響は検討できない。有資格者が不足する場合、無資格者へのタスクシフティングは費用対効果の高い政策であると認知されているが、適切に運用されなければケアの質を低下させる可能性も示唆されている (Seidman and Atun, 2017)。有資格者のみで施設分娩が提供されている同じレベルの施設との比較が可能であれば、無資格者を活用することの是非も検討できたと思われる。

## 第4章 (研究2) 農村部の公立プライマリケアサービス提供施設の運営に関わる保健委員会に関する研究

### 第1節 背景と目的

本章では、管理支援要員側の研究(研究2)として、農村部の公立プライマリケアサービス提供施設を運営している保健委員会のパフォーマンスに影響する要因を検討する。保健医療施設が提供するサービスの質を改善するには、サービス提供者の能力の強化に加え、施設全体の運営管理能力の強化も重要である(Kobinsky et al., 2006)。セネガルの場合、保健委員会のパフォーマンス強化が公立プライマリケアサービス提供施設のサービスの質の改善に貢献すると考える。

アフリカは人口に占める保健医療従事者の数に加え、保健医療従事者に占める管理支援要員の割合も世界で最も低い(WHO, 2006)。そのため、コミュニティ人材はプライマリケアサービス提供施設を運営する管理支援要員としても活用されている。セネガルの場合、施設を運営する組織として保健委員会が設置されており、その事務局メンバーはコミュニティから選出されている。

農村部での保健人材不足を背景に、直接サービスを提供するCHWに対しては、その積極的な活用が再検討されるとともにそのパフォーマンスの改善も課題とされている。そして、金銭インセンティブはCHWのパフォーマンスに影響することが報告されており、実際、マラウイ(Kok and Muula, 2013)やザンビア(Zulu et al., 2014)ではパフォーマンス改善の取り組みとしてCHWへの有給化政策が導入されている。また、ガーナではタスクシフティングにより有資格者とCHWの中間に位置するような看護職種(Community Health Nurses: CHN)が新設され、有給の有資格サービス提供者として保健省に雇用されている(Sacks et al., 2015)。

保健医療従事者の定着やパフォーマンスは、保健医療従事者のモチベーションに最も影響を受けると考えられている(Franco, Bennett and Kanfer, 2002)。そしてサービス提供者のモチベーションを高める手段としては、本質的インセンティブと外的インセンティブを組み合わせた幅広いインセンティブモデルを構築し提供していくことが効果的であると提唱されている(Kok et al. 2015; Mathauer and Imhoff, 2006)。また金銭インセンティブはインセンティブモデルの中核を担うと認識されている(Mathauer and Imhoff, 2006; Willis-Shattuck et al., 2008)。

しかしながら、コミュニティ人材で構成された保健委員会はPHCにおける住民参加の一環と見なされ、セネガルが定めた保健委員会設置に係る政令では、保健委員会事務局メン

バーの活動は無報酬とされている。そして、保健委員会の事務局メンバーに対しては報酬を得るべきかどうかの議論や研究は今までほとんど行われてこなかった (McCoy, Hall and Ridge, 2012)。しかし近年では、良く機能している保健委員会では定期的に報酬が支払われていたというタンザニアの事例 (Maluka and Bukagile, 2016) や、報酬が支払われるようになってから保健委員会の活動が活発化したというケニアの事例 (Goodman et al., 2011) が報告されている。

本研究の準備調査の段階で、一部の保健委員会では事務局メンバーに対して金銭インセンティブが提供されていることを確認していた。一般的にセネガルの公立プライマリケアサービス提供施設で働く CHW は保健委員会に雇用され毎月賃金が支払われている。このような仕組みにより CHW のモチベーションが高まり、パフォーマンスの改善に貢献しているのであれば、保健委員会の事務局メンバーに対しても同様の効果が期待できるのではないだろうか。またその結果として保健委員会の活動に良い影響をもたらす可能性もあるのではないかと考える。

よって、本研究では 2 段階で保健委員会のパフォーマンスに影響する要因を検討する。まず、事務局メンバーへの金銭インセンティブと彼らの活動量との関係について検証する。ケニアの事例から、金銭インセンティブが導入されている保健委員会の方が事務局メンバーの活動が活発になることが推測できる。次に、保健委員会のパフォーマンスと報酬の関係を検証し、事務局メンバーに対する金銭インセンティブの意義を検討する。このように研究 2 では以下の 2 つの仮説を設定した。

(仮説 1)、保健委員会事務局メンバーが金銭インセンティブを得ている方が、彼らの活動量が増加する。

(仮説 2) 金銭インセンティブを導入している保健委員会の方が、導入していない保健委員会よりも運営状況は良い。

## 第 2 節 方法

### 1. 対象とする保健委員会

本研究の対象州は首都ダカールから 400km、セネガルの南西に位置するジガンシヨール州で、2009 年 7 月現在、この州には 5 つの保健区に計 96 の保健ポストが設置されていた。本研究が対象とする保健委員会は、公立保健ポストに設置されている保健委員会 (75) とし、企業やキリスト教系が運営する私立保健ポスト (16) 及び保健ポスト長不在等で閉鎖中の

公立保健ポスト（5）は除外した。

雨期や治安によるアクセスの悪さ、調査日程の限界からチョンケシル(Thionk-Essyl) 保健区での調査は実施できず、最終的に 5 保健区の中の 4 保健区に設置されている公立保健ポスト（64）のうち保健委員会が設置されている保健ポスト(63)（ジガンシヨール(Zoguinchor) (20)、ビンジョナ (Bignona) (23)、ウスイ (Oussouye) (8)、ジュルル(Diouloulou) (11)) の保健委員会を調査対象とした（表 4.1）。

表 4.1 対象保健区の概要

	州		保健区									
			ジガンシヨール		ビンジョナ		ウスイ		ジュルル		チョンケシル*	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
管轄人口			184,191		127,748		37,333		59,222		NA	
保健センター設置数	5		1		1		1		1		1	
保健センター管轄人口			7,096	3.9	20,886	16.3	7,488	20.1	NA	NA	NA	NA
保健ポスト設置数	96	100	30		26		13		14		13	
保健ポストの属性：												
公立	75	78.1	21	70.0	24**	92.3	8	61.5	11	78.6	11	84.6
私立*	16	16.7	9	30.0	2	7.7	2	15.4	1	7.1	2	15.4
閉鎖中*	5	5.2	0	0.0	0	0.0	3	23.1	2	14.3	0	0.0
都市部	19	19.8	17	56.7	2	7.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
農村部	77	80.2	13	43.3	24	92.3	13	100.0	14	100.0	13	100.0

\*調査対象外 \*\*1つの保健ポストには保健委員会が設置されていなかった  
 ※ジガンシヨール州医務局及び各保健区から入手した資料より著者が作成

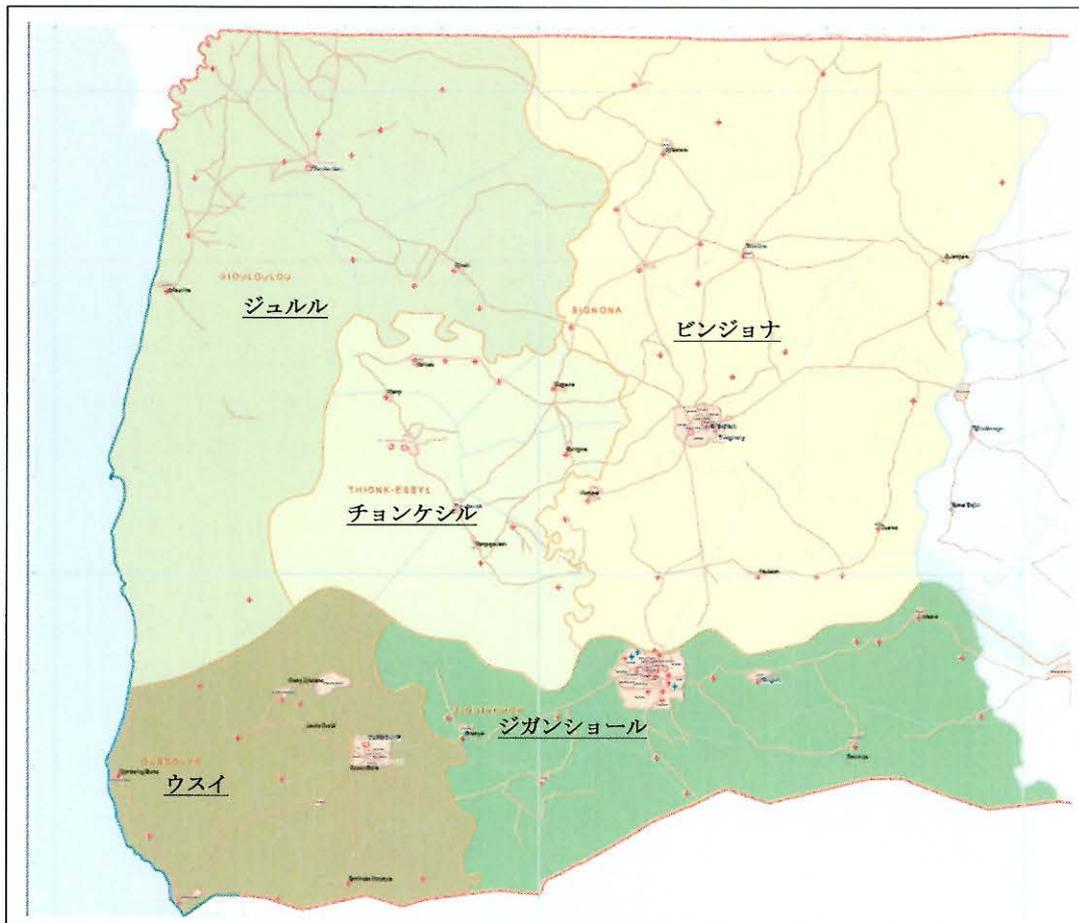


図 4.1 ジガンシヨール州（※地図中の赤い十字が保健ポスト）

※ジガンシヨール州医務局より入手

## 2. 調査方法

1) 保健ポスト保健委員会を対象とした質問紙調査、2) 保健区関係者を対象とした管轄保健ポスト保健委員会の運営状況評価調査、3) 保健ポストから保健区に提出されている保健統計資料、計 3 つの方法により保健ポスト保健委員会と事務局メンバーに関する情報を収集した。

### 1) 保健ポスト保健委員会を対象とした質問紙調査

質問紙は全 42 項目で、34 項目の構造化および 8 項目の半構造化された質問で構成されている（付録 3）。その内訳は、保健ポストの属性に関する項目（4）、保健委員会の運営状況に関する項目（37）、事務局メンバーの属性に関する項目（1）で構成されている。保健委員会の運営状況に関する項目には、セネガル保健省保健委員会設置政令（République du Sénégal, 1992）に規定されている条項を含めた（表 4.2）。

表 4.2 保健委員会設置政令に規定されている保健委員会の活動

条項	質問紙	内容
15	Q6	総会を設置する
16	Q9	総会メンバーの構成： (1) 村長・地区長の代表、(2) 女性グループの代表、(3) 青年グループの代表
17	Q7	年 2 回総会を開催する
18	Q5	事務局メンバーの構成： (1) 事務局長、(2) 事務局次長、(3) 会計、(4) 会計補佐、計 4 名
18	Q10	事務局メンバーは選挙で選出される
18	Q11	事務局メンバーの任期は最長 6 年とする
18	Q12	事務局メンバーは無報酬とする
19	Q15	月例会議を開催する
19	Q19	月例会議の議事録を作成する
18	Q17	保健ポスト長は保健委員会の会議に出席する
20	Q20	活動計画を策定する
20	Q25, 26	事務局は受診料（診察・医薬品）を設定できる
21	Q28	保健委員会の名義で銀行口座を開設する
22	Q30	半年毎に外部会計監査を行う
25	Q24	次の方法で財源の確保に努める：(1) 診察・医薬品の売上、(2) 保健活動の企画、(3) 寄付、(4) 補助金、(5) ビジネス
26		保健委員会は収益全般の管理を行う

質問紙調査は、2009 年 7 月下旬から 9 月初旬にかけて実施した。1 保健ポスト保健委員会に 1 質問紙とし、質問紙の回答者は保健ポスト長とした。調査者は、調査の目的、回答しない場合も不利益はないこと、結果は回答者の匿名性を確保して使用されることを説明した文書を準備し、回答者が同意書に署名した場合のみ、質問紙回答への依頼および回収を行った。質問紙への回答は面談式もしくは自記式で行い、後日不明な点があった場合に照会することを目的とし、保健ポスト名と連絡先の記入を依頼した。

## 2) 保健区関係者を対象とした管轄保健ポスト保健委員会の運営状況評価調査

組織のパフォーマンス (Organizational performance) の測定方法としては客観的な手法と主観的な手法があり、両者には多くの事例で正の相関が認められている (Singh, Darwish and Potocnik, 2016)。客観的に保健ポスト保健委員会の運営状況を評価するツールは存在していなかったため、管轄保健ポストを監督指導する役割を持つ保健区の保健区長、PHC 担当、リプロダクティブヘルス (RH) 担当の 3 者からの主観的な評価により測定することとした。実際に調査を開始すると、1 保健区の RH 担当から近年スーパービジョンの予算が確保できず、保健ポストの現状を正しく評価できないとの理由で調査参加への同意が得られなかったため、保健区長と PHC 担当の 2 者による評価に変更した。

保健委員会の運営状況は 4 段階評価 (1. とても悪い、2. 悪い、3. 良い、4. とても良い) の順序尺度を採用した。その測定のため、管轄する保健ポストの名前が書かれたカードと 4 段階 (1. とても悪い、2. 悪い、3. 良い、4. とても良い) のカードを用意した。保健区長と PHC 担当には別々の機会を設定し、それらのカードを用いて保健委員会の運営状況を評価してもらい、調査者はその結果を記録した。調査者は「とても良い」と「とても悪い」に最低 1 枚はカードを置くよう指示をした。調査中、ビンジョナ保健区の保健区

長が夏季休暇中だったため、ビンジョナ保健区の保健区長のみ電話で調査方法を説明し、調査者は保健ポストの読み上げ、それに対して4段階評価で回答してもらった。

### 3) 保健ポストから保健区に提出されている保健統計資料

保健区が管理している管轄保健ポストの保健統計情報を担当者から電子データ(Excel)で入手した。また、調査者は各保健ポストから保健区 PHC 担当者に提出され、保管されていた2008年の保健委員会の月間会計報告書の枚数を記録し、原本のコピーを入手した。

## 3. 変数の選定

3つの方法で入手したデータの中から、それぞれの仮説検証に必要な変数を選択した。

### 1) 仮説1の検証に選択した変数

#### 従属変数:

事務局メンバーの活動量を示す変数を従属変数とし、質問紙(問34)の毎月の平均就業日数を選択した。事務局メンバーには時間的な拘束も毎日出勤する義務もないことから、就業日数は事務局メンバーの活動量を示す変数になると考えた。

#### 独立変数:

事務局メンバーの金銭インセンティブの有無を示す変数とし、質問紙(問5)の結果を選択した。質問紙(問5)では、それぞれの事務局メンバーに対し報酬が支払われているか、支払われている場合その金額を聞いている。

また、金銭インセンティブ以外に彼らの平均就業日数に影響すると思われる変数として、行政区(市部・郡部)と事務局メンバーの属性を選択した。事務局メンバーの属性には、役職(事務局長・事務局次長・会計・会計補佐)、年齢、性別、職業、学歴、在職年数を含めた。

### 2) 仮説2の検証に選択した変数

#### 従属変数:

保健委員会のパフォーマンスを量的に測定した先行研究はないことから、本研究では保健ポスト保健委員会を監督指導する立場にある保健区の長とPHC担当者の2者は保健委員会の運営状況を評価できると仮定し、彼らの評価結果を統合した従属変数を作成した。

作成手順として、まず保健区長(MCD)、PHC担当者(PHC)それぞれの評価結果(1~4)を1から63(n=63)までの順位に置き換えた(MCD→M1、PHC→P1)。次に、2者の順位の和を求

め(M1+P1)、その数値をまた 1 から 63 までの順位に置き換えた(MP1)。全ての作業において、同じ数値の場合は同じ順位に置き換えた。2 者の順位の和の順位は 0 を起点とする順位に振りなおした(MP2)。この時点で分析対象外(11)は順位付けから除外し、最終的に 0～10 の順序変数を得た(表 4.3)。

表 4.3 仮説 2 の従属変数の作成手順

		MCD	M1	SSP	P1	M1+P1	MP1	MP2
1	d12	1	1	1	1	2	1	0
2	o12	1	1	2	3	4	2	NA
3	b20	2	5	1	1	6	3	1
4	b6	2	5	2	3	8	4	2
5	b9	2	5	2	3	8	4	2
6	b18	2	5	2	3	8	4	2
7	b22	2	5	2	3	8	4	2
8	z25	2	5	2	3	8	4	2
9	z23	2	5	2	3	8	4	NA
10	b3	3	19	2	3	22	10	3
11	b10	3	19	2	3	22	10	3
12	b12	3	19	2	3	22	10	3
13	b13	3	19	2	3	22	10	3
14	b16	3	19	2	3	22	10	3
15	b17	3	19	2	3	22	10	3
16	b19	3	19	2	3	22	10	3
17	b25	3	19	2	3	22	10	3
18	d14	3	19	2	3	22	10	3
19	z1	3	19	2	3	22	10	3
20	z7	3	19	2	3	22	10	3
21	b5	3	19	2	3	22	10	NA
22	z22	3	19	2	3	22	10	NA
23	b21	1	1	3	24	25	23	4
24	o4	1	1	3	24	25	23	4
25	b1	2	5	3	24	29	25	5
26	b2	2	5	3	24	29	25	5
27	o5	2	5	3	24	29	25	5
28	z5	2	5	3	24	29	25	5
29	z24	2	5	3	24	29	25	5
30	z26	2	5	3	24	29	25	5
31	d6	2	5	3	24	29	25	NA
32	b8	3	19	3	24	43	32	6
33	b11	3	19	3	24	43	32	6
34	b26	3	19	3	24	43	32	6
35	d1	3	19	3	24	43	32	6
36	o2	3	19	3	24	43	32	6
37	o10	3	19	3	24	43	32	6
38	z16	3	19	3	24	43	32	6
39	z18	3	19	3	24	43	32	6
40	z20	3	19	3	24	43	32	6
41	z21	3	19	3	24	43	32	6
42	d13	3	19	3	24	43	32	NA
43	o3	3	19	3	24	43	32	NA
44	b15	4	51	2	3	54	44	7
45	b24	3	19	4	49	68	45	8
46	z2	3	19	4	49	68	45	8
47	z28	3	19	4	49	68	45	8
48	z29	3	19	4	49	68	45	8
49	z30	3	19	4	49	68	45	8
50	d3	3	19	4	49	68	45	NA
51	d7	3	19	4	49	68	45	NA
52	d10	4	51	3	24	75	52	9
53	o9	4	51	3	24	75	52	9
54	z10	4	51	3	24	75	52	9
55	o8	4	51	3	24	75	52	NA
56	b14	4	51	4	49	100	56	10
57	d2	4	51	4	49	100	56	10
58	d11	4	51	4	49	100	56	10
59	z3	4	51	4	49	100	56	10
60	z4	4	51	4	49	100	56	10
61	z8	4	51	4	49	100	56	10
62	z9	4	51	4	49	100	56	10
63	d8	4	51	4	49	100	56	NA

■ 分析対象外

### 独立変数：

保健委員会のパフォーマンスは、主に保健委員会の特性、保健医療施設の特性、コミュニティの特性、プロセス要素からの影響を受けるとされている(McCoy, Hall and Ridge, 2012) (図 2.3)。

金銭インセンティブに関する変数と本研究で入手したデータの中から先行研究で指摘されている要因に属する変数 12 項目、計 13 項目を独立変数候補とした。保健委員会の特性では、15 項目の政令遵守の状況、報酬制度、保健区への月間会計報告書提出枚数、月例会議の実施、事務局メンバーの学歴、女性メンバーの参加を選択した。保健ポストの特性では、事務局メンバーと保健ポストスタッフの関係、保健ポスト長としての保健ポスト経験回数、妊婦健診数、有資格サービス提供者の人数を選択した。コミュニティの特性では、行政区(市部・郡部)を選択した。プロセス要素では、事務局メンバー選出方法、外部(住民・政府・NGO 等)からの支援を選択した(表 4.4)。

表 4.4 保健委員会のパフォーマンスの決定要素と仮説 2 の独立変数候補

Factors	The determinants	本研究の独立変数候補
保健委員会の特性	Clarity on roles and functions	15 項目の政令遵守状況
	Clarity on mandate and authority	報酬制度
	Accountability arrangement	保健区への月間会計報告書提出枚数 月例会議の実施
	Capabilities and resources	事務局メンバーの学歴 女性メンバーの参加
保健医療施設の特性	Staff attitude and perception	事務局メンバーと保健ポストスタッフの関係
	Staff skills	保健ポスト長としての保健ポスト経験回数
	Resources	妊婦健診数 有資格サービス提供者の人数
コミュニティの特性	Socio-political: local political dynamics	該当なし
	Socio-cultural: urban or rural	行政区(市部・群部)
	Socio-economic: the direct and indirect cost of participation	該当なし
プロセス要素	Wider community mobilization	事務局メンバーの選挙方法
	External facilitation and support	外部からの支援

### 選択した独立変数候補(13 項目)の概要：

#### ① 報酬制度

金銭インセンティブを得ている者と得ていない者が混在する保健委員会も存在していたことから、事務局メンバーのうち一人でも金銭インセンティブを得ていた場合、その保健ポストには報酬制度があると定義した。また、報酬制度があった保健ポストにその内容の聞き取りをした際、回答者の解釈として報酬に非金銭が含まれていた場合もあった。本研究では、金銭インセンティブに注目しているが、先行研究ではボランティアベースで従事する CHW の場合、非金銭インセンティブも金銭インセンティブの代わりとなり得ていたことから(Greenspan et al., 2013)、「非金銭インセンティブ含む報酬制度を導入している

保健委員会」の変数も作成した。金銭インセンティブに関しては、「金銭インセンティブを得ている保健委員会」と「毎月金銭インセンティブを得ている保健委員会」の2種類の変数を作成した。

## ② 政令に規定されている項目の遵守の状況

ケニアの事例(Waweru et al., 2013)では、保健委員会のパフォーマンスを評価する際、政府が設定した基準の遵守状況を考慮していた。質問紙調査では、政令に規定されている15項目の情報を収集したことから、これら15項目の遵守の程度(量)を変数とした。

## ③ 月間会計報告書の枚数

保健ポストから保健区に提出され、PHC担当者が保管していた2008年分(1月から12月)の月間会計報告書の枚数を変数とした。会計報告書は月例会議で保健委員会事務局メンバーと施設長で作成し、保健区へ提出することが義務付けられている。

## ④ 事務局メンバーの学歴

学歴が低い場合期待される役割を果たせない可能性があることから、ケニアでは保健委員会事務局メンバーの学歴を中等教育以上と改定している(Goodman et al., 2011; Waweru et al., 2013)。本研究では中等教育以上の事務局メンバーの数を変数とした。

## ⑤ 事務局メンバーと保健ポストスタッフの関係

事務局メンバーと施設長やその他の保健ポストスタッフとの関係は保健委員会のパフォーマンスに影響する要素として報告されている(Goodman et al., 2011; Waweru et al., 2013)。本研究では、質問紙(問14)にて事務局メンバーと保健ポストスタッフとの協力関係を4段階評価の順序尺度(1. とても悪い、2. 悪い、3. 良い、4. とても良い)で質問している。

## ⑥ 施設長としての保健ポスト経験回数

保健委員会の運営支援は施設長の役割の一つであり、施設長としての経験が多い方が保健委員会運営の知見を有していると考えた。

## ⑦ 妊婦健診数

保健委員会の財源の程度はパフォーマンスに影響を与える要素とされている。保健ポストの主な財源は診察料や医薬品販売からの収益である。調査時、保健ポストでは妊婦健診の診察料として1件当たり200~500FCFAを徴収していたことから、妊婦健診数が多いほど保健ポストの収入は増える。

#### ⑧ 有資格サービス提供者の人数

施設長はサービス提供と運営管理の両方を担当することから、保健ポストに有資格サービス提供者が施設長のみ（1人体制）の場合、保健委員会の運営管理支援を十分行えない可能性がある。

#### ⑨ 行政区（市部・郡部）

保健委員会の運営は農村部より都市部の方が難しいといわれている（McCoy, Hall and Ridge, 2012）。

#### ⑩ 事務局メンバーの選出方法

事務局メンバーを選出する方法は選挙が望ましいとされているが、一方で選挙では適切な人材が選出されない事例も報告されている（Goodman et al., 2011）。

#### ⑪ 外部からの財政支援

診察料や医薬品の売上のみでは保健医療施設の運営に必要な予算を確保することが難しい。ケニアでは、政府からの補助金制度の開始により保健委員会のパフォーマンスも向上したことが報告されている（Wareru et al., 2013）。

#### ⑫ 月例会議の実施

パフォーマンスの良い保健委員会は定例会議の実施状況が良いと報告されている（Wareru et al., 2013）。

#### ⑬ 事務局メンバーに女性が含まれている

ケニアのガイドラインは、事務局メンバーに必ず女性を含めるように規定している（Goodman et al., 2011; Wareru et al., 2013）。

ケニアの事例（Wareru et al. 2013）では、保健委員会の公金を銀行で管理していることを保健委員会の評価の一つにしていた。本調査では 52 施設中 51 施設が銀行口座を開設しており、開設していない保健委員会は、銀行までの距離や手数料をその理由に挙げたことから本研究ではこの変数は含めなかった。

表 4.5 仮説 2 検証のために選択した独立変数の候補一覧

変数	定義	データの種類*
① 報酬制度の有無		
－金銭による報酬制度	1：あり、0：なし	1
－金銭による報酬制度（毎月）	1：あり、0：なし	1
－非金銭含む報酬制度	1：あり、0：なし	1
② 政令遵守状況	15項目のうち遵守している項目の数（実数）	3
③ 会計報告書提出枚数	保健区が保管していた 2008 年の会計報告書の枚数	3
④ 事務局メンバーの学歴	中等教育以上の事務局メンバーの人数	3
⑤ 事務局メンバーと保健ポストスタッフの関係	1：とても悪い、2：悪い、3：良い、4：とても良い	2
⑥ 施設長経験回数	施設長として勤務した保健ポストの数	3
⑦ 妊婦健診数	2008 年の妊婦健診数	3
⑧ 有資格サービス提供者の人数	保健ポストに従事する有資格サービス提供者の人数（実数）	3
⑨ 行政区	1：市部、0：郡部	1
⑩ 事務局メンバーは選挙で選出	1：はい、0：いいえ	1
⑪ 外部からの財政支援	1：あり、0：なし	1
⑫ 月例会議の開催	1：あり、0：なし	1
⑬ 事務局メンバーに女性が含まれている	1：はい、0：いいえ	1

\*データの種類：1：名義尺度、2：順序尺度、3：数量データ

#### 4. 分析方法

最初に、保健ポストの属性、保健委員会の政令遵守状況、事務局メンバーの属性について記述統計分析を行った。

次に、仮説 1「保健委員会事務局メンバーが金銭インセンティブを得ている方が、彼らの活動量は増加する。」を検証するため、以下の手順を踏んだ。

仮説 1 を検証する統計分析手法として、重回帰分析を選択した。従属変数は、事務局メンバーの月間就業日数とし、独立変数は、事務局メンバーの金銭インセンティブの有無、そして、交絡因子の可能性のある事務局メンバーの年齢、性別、学歴、役職、職業、居住地、在職年数も選択した。金銭インセンティブに関しては、「金銭インセンティブの有無」、「金銭インセンティブが毎月」、「非金銭含むインセンティブ」の 3 つの変数による結果を比較することにした。まず、従属変数と個々の独立変数の 2 変量解析を行い、次に、強制投入法を用いて多変量解析を行った。3 値以上の名義尺度（役職、職業）はダミー変数を作成した。

そして、仮説 2「金銭インセンティブを導入している保健委員会の方が、導入していない保健委員会よりも運営状況は良い。」を検証するため、以下の手順を踏んだ。

仮説 2 を検証する統計分析手法として、重回帰分析を選択した。表 4.3 で作成した保健委員会の運営状況を評価する変数を従属変数、表 4.5 で選択した 13 項目の変数を独立変数候補とした。まず、従属変数と個々の独立変数の 2 変量解析を行った。サンプル数に対し

独立変数が多いため、報酬制度以外の独立変数に関しては2変量解析の結果有意水準が0.1未満の変数のみを多変量解析の独立変数とした。重回帰分析ではステップワイズ法を用いた。

統計ソフトはR3.3.1.を用い、本研究での検定の有意水準は、0.1未満を採用した。

## 5. 倫理的配慮

セネガル保健省倫理委員会より2009年7月24日付で本研究に対する許可を得ている(付録4)。調査では、ジガンシオール州の保健行政を管轄する州医務局長、そして各保健区の長に説明し、研究への許可及び協力を取り付けた。また、質問紙回答者に対しては、研究の目的や対象者が協力を拒否しても不利益を受けないことやデータの管理方法について明記した文書と同意書を用意し、同意書に署名を得られた者のみに回答を依頼し、質問紙を回収した。データ分析については、別途、筑波大学大学院人間総合科学研究科研究倫理委員会へ倫理審査を申請し、承認を得た(付録5)。

## 第3節 結果

ビンジョナには保健委員会が設置されていない保健ポストが1施設あったため、63の公立保健ポスト保健委員会(ジガンシオール(21)、ビンジョナ(23)、ウスイ(8)、ジュルル(11))を調査対象とした。調査期間中に59施設に対し調査票を配布し、回収数は52件(ジガンシオール(19)、ビンジョナ(22)、ウスイ(5)、ジュルル(6))、回収率83%であった。(表4.6)。

質問紙調査は月1回保健区で開催される保健ポスト長会議を活用し、調査の依頼及び質問紙の配布、回収を行う計画であったが、どの保健区も会議日程が不定期かつ直前まで頻回変更した。そのため会議での配布ができなかった保健区(1)があった。また、配布はしたもののその後の回収率が悪かった保健区(1)もあった。調査期間中には並行して訪問による面談調査も実施したが、治安や雨期のためアクセスが悪かったり、保健ポスト長との日程の調整がつかなくなったりした結果、訪問調査で対応できなかった保健ポストもあった。

表 4.6 調査対象とした公立保健ポスト

		調査対象	分析対象	回収率
		n	n	%
公立保健ポスト		63	52	82.5
(内訳)				
保健区	ジガンシヨール	21	19	90.5
	ビンジョナ*	23	22	95.7
	ウスイ	8	5	62.5
	ジュルル	11	6	54.5

\*保健委員会が設置されていない保健ポストが1施設あった

## 1. 記述統計の結果

### 1) 保健ポストの属性

調査対象 (79%) 同様、分析対象 (52) の大多数 (77%) は郡部に設置されている保健ポストであった。また保健ポストが管轄する人口の平均は、5,058 人であった。保健ポストから保健区に提出された 2008 年の月間会計報告書の平均値は 5 枚で、まったく提出していなかった保健ポスト (0 枚) があつた一方で毎月提出していた保健ポスト (12 枚) も存在していた。2008 年度の妊婦健診数の平均は 275 件であった。(表 4.7)

表 4.7 保健ポストの属性 (n=52)

	n	%	平均値	(幅)
行政区				
コミュニティ (都市部)	12	23.1		
地方共同体 (農村部)	40	76.9		
保健ポスト管轄人口 (人)				
平均値 (幅)			5,058	(1,039-20,890)
	NA	1		
保健区に提出された月間会計報告書 (2008 年 12 枚)				
平均値 (幅)			5.1	(0-12)
妊婦健診数 (2008 年)				
平均値 (幅)			275	(0-1,570)
	NA	2		

### 施設長 :

分析対象の保健ポストに従事していた施設長の多くは保健省から派遣された看護職の国家公務員 (90%) で、終身雇用者が 23 人 (44%)、契約雇用者が 24 人 (46%) であつた。男女比では男性 (64%) が多く、一人当たりの平均職歴は 12 年であつた。施設長として勤務した保健ポストの回数の平均は 2 回、現保健ポストでの勤続年数の平均は 5 年であつた。(表 4.8)

表 4.8 保健ポスト長の属性 (n=52)

		n	%	平均値	(幅)
性別	男	33	63.5		
	女	11	21.2		
	NA	8	15.4		
看護職としての職歴 (年数)				12.2	(1年未満~34年)
		NA	1		
保健ポスト長経験回数				2.1	(1~8か所)
現職の勤続年数				5.0	(1年未満~21年)
雇用形態	国家公務員 (終身雇用)	23	44.2		
	国家公務員 (契約)	24	46.2		
	その他	5	9.6		

#### 保健ポストの保健医療従事者：

保健ポストで働く保健医療従事者は、保健省等から派遣されている有給の有資格サービス提供者（看護職）と保健委員会事務局メンバー及び保健委員会が雇用している保健人材に分類できる。保健省の現行基準(Direction des Ressources Humaine, Ministère de la Santé et de la Prévention Médical, République du Sénégal, 2005)によると、保健ポストには正看護師 2 人（うち 1 人は施設長）、助産師 1 人、准看護師 1 人の計 4 人の有資格サービス提供者とコミュニティ人材として用務員、運転手、薬局担当各 1 人を配置することになっている。旧基準では施設長（正看護師もしくは助産師）1 人、CHW1 人、事務 1 人、用務員 1 人としていた。

有資格サービス提供者が 2 人以上配置されていた保健ポストは 13 施設 (25%) 存在していたが、大多数の保健ポストは 1 人体制 (39 施設 (75%)) であり、そのうち 20 施設 (39%) は准看護師であった。正看護師と助産師が揃っていた保健ポストは 8 施設 (17%) 存在していた。

保健委員会が雇用する人材には、有資格者の下で診療補佐等を行う CHW と分娩介助を補佐するマトロン、保健ポストに併設されている薬局で働く管理支援要員等がいる。ほとんどの保健ポストで CHW (96%) とマトロン (84%) を雇用していたが、薬局担当を雇用していたのは 35 施設 (69%) であった。(表 4.9、図 4.2、図 4.3)

表 4.9 保健ポストの保健医療従事者の属性(n=52)

	平均値	(幅)
1 保健ポスト当たりのサービス提供者：		
有資格者 (人)	1.4	(1-4)
無資格者 (人)	4.6	(1-17)
	NA	1
1 保健ポスト当たりの管理支援要員：		
薬局 (人)	0.8	(0-2)
	NA	1
保健委員会事務局メンバー (人)	3.5	(1-4)
	NA	4

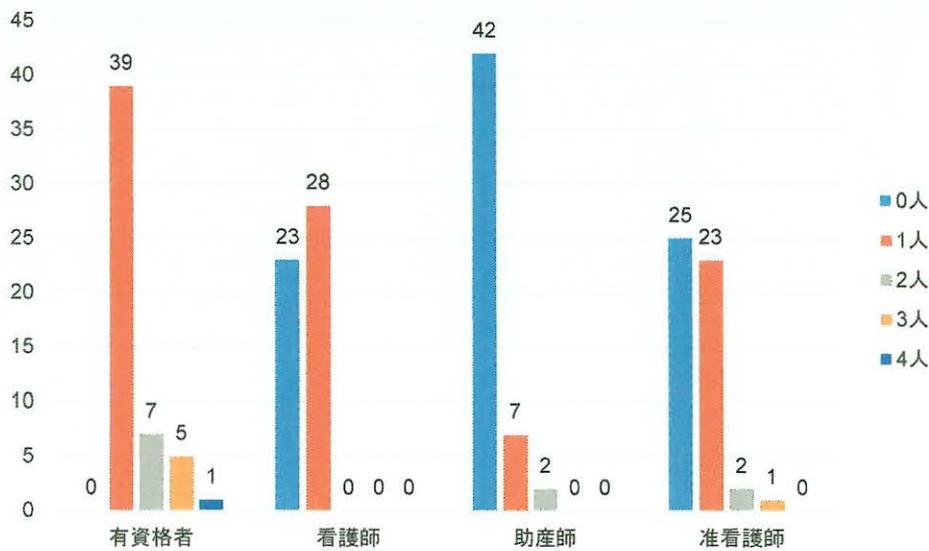


図 4.2 1 保健ポスト当たりの有資格者配置数

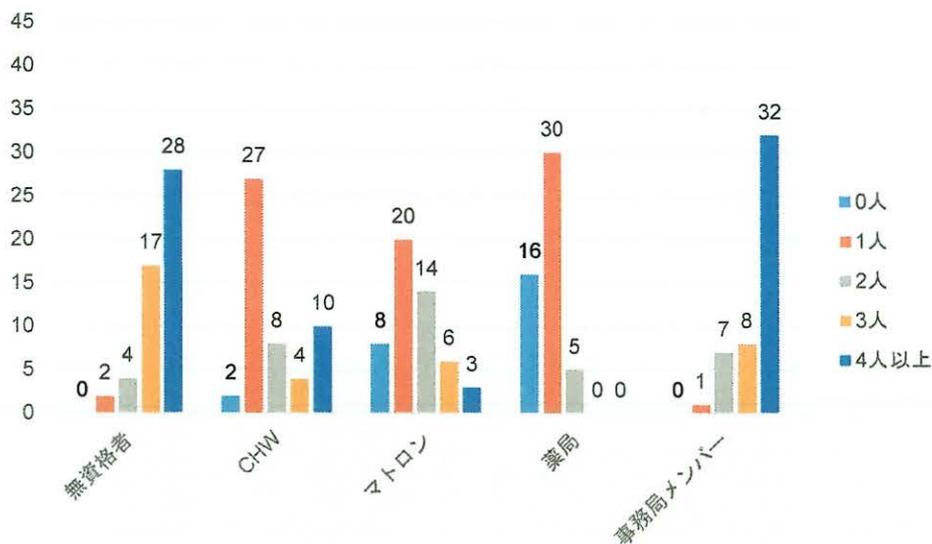


図 4.3 1 保健ポスト当たりの無資格者配置数と事務局メンバー数

**保健ポストの設備：**

「医療器材が十分設置されている」と回答した施設は 6 (12%)、「必要最低限は揃っている」が 33 (64%)、「日常業務に支障がある」が 13 (25%) であった。必須医薬品の在庫状況では、「常に在庫がある」と回答した施設が 20 (39%)、「時々欠品がある」が 31 (60%)、「しばしば欠品がある」が 1 (2%) であった。

**施設長による保健ポスト評価：**

施設長に、保健ポストの利用状況、機材全般、人材、保健委員会の運営状況、そして事務局メンバーとの関係について 4 段階（とても悪い、悪い、良い、とても良い）で評価してもらった。

利用状況が「良い」または「とても良い」と回答した保健ポストは全体の 88%、人材においては 96% であった。一方、機材全般、保健委員会の運営状況ともに「とても良い」と評価した施設はなく、「良い」と回答した保健ポストはそれぞれ 66%、70% であった。事務局メンバーと保健ポストスタッフとの関係については、2 施設を除き「良い」(49%) もしくは「とても良い」(47%) と回答していた (表 4.10)。

表 4.10 施設長による保健ポスト評価 (n=52)

	とても悪い	悪い	良い	とても良い	NA
利用状況	0	6	35	9	2
機材全般	1	16	33	0	2
人材	0	2	44	4	2
保健委員会の運営状況	1	14	35	0	2
事務局メンバーと保健ポストスタッフの関係	0	2	25	24	1

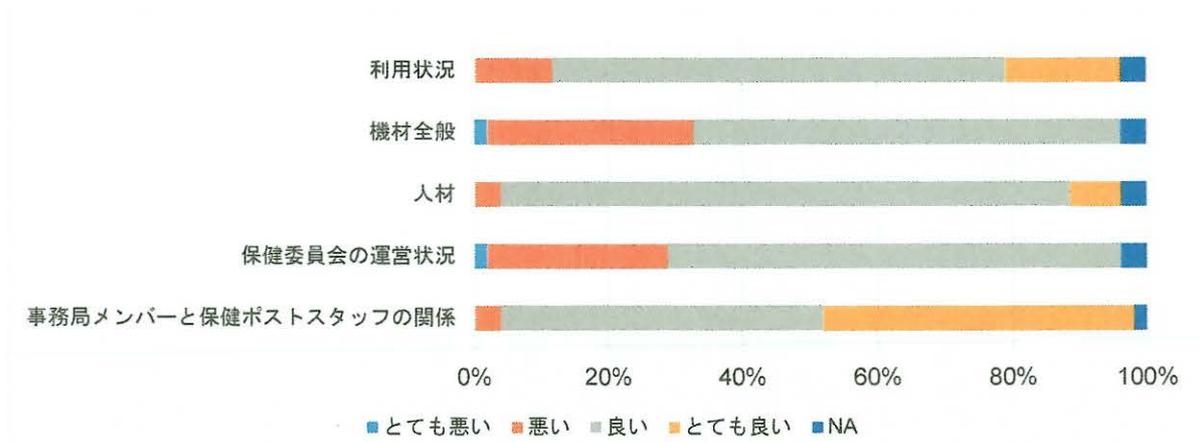


図 4.4 施設長による保健ポスト評価

## 2) 保健委員会設置政令の遵守状況

政令によると保健委員会は総会と事務局の2つの決定機関で構成されているが、総会という仕組みがない保健委員会が14(27%)存在していた。住民代表メンバーが総会の構成員として含まれていると回答した施設は33(64%)であった。また、総会を年2回開催していると回答したのは12(23%)にとどまっていた。約6割の保健委員会には4人の事務局メンバーが配置されており、その選出方法については選挙が一般的(47施設(90%))に行われていた。政令に則った任期で事務局メンバーの交代があると回答した施設は38(73%)であった。また、事務局メンバーは無報酬と回答した施設は51(98%)であった。

月例会議を開催していた施設は27(52%)で、会議議事録を作成していた施設は24(46%)であった。また、施設長が保健委員会の会議に出席している施設は47(94%)であった。年間もしくは月間計画を策定している保健委員会は12(23%)であった。全ての保健ポストで診察や医薬品の売上を収入源としていた。その他の収入源を持っていた施設は38(73%)であった。その内訳として、政府や地方自治体からの補助金(22施設)、NGOからの支援(13施設)、社会活動による収入(6施設)、ビジネス(4施設)、寄付(2施設)を挙げている。51(98%)の保健委員会が銀行口座を開設し、10(19%)の施設で半年毎の外部会計監査を実施していた。また、政令に記載されている15の項目の遵守の平均値は9.8項目で、その幅は4項目から14項目であった。(表4.11)

表4.11 保健委員会設置政令に規定されている項目の遵守状況 (n=52)

	遵守している		NA
	n	%	
政令に記載されている項目(15項目):			
1 総会が存在する	38	73.1	
2 住民代表(村長・地区長、女性、青年)は総会メンバーである	33	63.5	10
3 総会が年2回開催されている	12	23.1	
4 事務局メンバーは4人である	32	61.5	4
5 事務局メンバーは選挙で選出された	47	90.4	2
6 事務局メンバーは無報酬である	51	98.1	
7 事務局メンバーの任期は最長6年である	38	73.1	1
8 月例会議を開催している	27	51.9	
9 月例会議の議事録が作成されている	24	46.2	4
10 保健委員会の会議に保健ポスト長も参加している	47	90.4	2
11 活動計画が策定されている(月間か年間)	12	23.1	5
12 保健委員会名義で銀行口座が開設されている	51	98.1	
13 半年毎に外部会計監査を実施している	10	19.2	14
14 診療や医薬品の売上による収入がある	52	100.0	
15 診療や医薬品の売上以外の収入がある	38	73.1	
政令15項目の遵守:			
平均値(幅)	9.8	(4-14)	

### 3) 行政区による保健ポストの属性

市部に属する保健ポスト（11 施設）のうち 9 施設が州都のあるジガンシオール保健区に属していた。市部（10,612 人）は郡部（3,625 人）より管轄人口が多く、それに伴い有資格者数（市部 2 人、郡部 1 人）、無資格者数（市部 7 人、郡部 4 人）の平均値も市部が多かった。また、市部（10/11 施設）には終身雇用の保健ポスト長が配置される傾向が郡部（12/40 施設）よりあった。2008 年の妊婦健診数の平均値は市部 609 件、郡部 167 件であった。（表 4.12）

表 4.12 行政区による保健ポスト属性

		コミューン（市部）	農村共同体（郡部）	P 値
保健区†	ビンジョナ	2	20	0.003
	ジュルル	0	6	
	ウスイ	0	5	
	ジガンシオール	9	9	
管轄人口数‡	平均値	10612	3625	<0.001
	（幅）	(1,991-20,886)	(1,039-12,460)	
保健ポスト長の雇用形態†	終身雇用	10	12	<0.001
	契約雇用	1	23	
	その他	0	5	
有資格者数‡	平均値	2.1	1.2	<0.001
	（幅）	(1-4)	(1-3)	
無資格者数‡	平均値	6.7	4.0	0.009
	（幅）	(2-17)	(1-11)	
妊婦健診数‡	平均値	609.3	166.7	0.009
	（幅）	(7-1,570)	(0-597)	
月間会計報告書枚数‡	平均値	7.8	4.3	0.013
	（幅）	(2-12)	(0-12)	
政令遵守数‡	平均値	9.5	10.0	0.810
	（幅）	(5-13)	(4-14)	

†  $\chi^2$  検定、‡ wilcoxon 順位和検定

### 4) 保健委員会事務局メンバーの属性

質問紙（問 5）事務局メンバーの記載があった 48 施設の事務局メンバー 167 人を分析対象とした。事務局メンバーが 4 人（事務局長、事務局次長、会計、会計補佐）配置されていた施設は 48 施設中 32 施設であった。23 施設には会計監査員が配置されていた。事務局メンバー以外の役員を設置していた施設が 4 つあった。

事務局メンバーは成人（18 歳以上）が条件である。平均年齢は 45 歳（18 歳～84 歳）であった。性別は男性（73%）が多く、女性の事務局メンバーがいない施設が 20（42%）存在していた。セネガルは多様な民族が共存している。本研究対象地域でも 5 民族以上が観察されたが、その中でもジョラ族が最も多かった（67%）。宗教はイスラム教が 77%、キリスト教が 19%であった。職業では農民が最も多く全体の約 3 分の 1（34%）を占め、主婦（18%）、無職（退職者含む）（10%）、教員（5%）、商人（4%）がその後続いた。政令では 7 年以上の在職は認めていないが、7 年以上が 32 人（19%）存在していた。最終学歴に

については未就学者が7人（4%）、初等教育 52 人（31%）、中等教育 59 人（35%）、高等教育 6 人（4%）であった。（表 4. 13）

表 4. 13 事務局メンバーの属性 (n=167)

		n	%	平均値	(幅)
保健区	ジガンシヨール	59	35.3		
	ビンジョナ	75	44.9		
	ウスイ	9	5.4		
	ジュルル	24	14.4		
行政区	都市部	36	21.6		
	農村部	131	78.4		
役職	事務局長	47	28.1		
	事務局次長	40	24.0		
	会計	47	28.1		
	会計補佐	33	19.8		
年齢				44.9	(18-84)
性別	NA	47			
	男性	121	72.5		
	女性	39	23.4		
民族	NA	7	4.2		
	ジョラ	112	67.1		
	マンディング	16	9.6		
	プル	6	3.6		
	ウォルフ	2	1.2		
	その他	20	12.0		
宗教	NA	11	6.6		
	イスラム教	129	77.2		
	キリスト教	32	19.2		
職業	NA	6	3.6		
	無職（退職含）	17	10.2		
	主婦	30	18.0		
	商人	6	3.6		
	教師	8	4.8		
	農民	57	34.1		
	その他	32	19.2		
	NA	17	10.2		
在職年数	7年未満	109	65.3		
	7年以上	32	19.2		
	NA	26	15.6		
最終学歴	未就学	7	4.2		
	その他	4	2.4		
	初等教育	52	31.1		
	中等教育	59	35.3		
	高等教育	6	3.6		
	NA	39	23.4		

金銭による報酬制度のある保健委員会に所属していた事務局メンバーは 47 人いたが、そ

のうち金銭インセンティブを得ていた事務局メンバーは 32 人 (19%) (事務局長 10 人、事務局次長 7 人、会計 12 人、会計補佐 3 人) であった。また、非金銭含めた報酬制度のある保健委員会に所属していた事務局メンバーは 65 人いたが、そのうち非金銭含むインセンティブを得ていた事務局メンバーは 44 人 (26%) (事務局長 14 人、事務局次長 9 人、会計 16 人、会計補佐 5 人) 存在していた。(表 4.14)

毎月金銭インセンティブを得ていた 22 人のうち金額の情報が得られた 18 人の支給額の内訳は、最低 500FCFA から最高 3 万 FCFA と幅があった。非金銭インセンティブとしては事務局メンバーが病気になったときの診察料や薬代の免除、年 1 回の砂糖配給などが行われていた。

事務局メンバーの月間就業日数の平均値は 2.9 日、中央値は 1 日であった。平均値を役職別に見てみると、事務局長 3.4 日、事務局次長 1.3 日、会計 5.4 日、会計補佐 0.5 日で、会計の平均値が他の役職に比べ多かった。(表 4.15)

事務局メンバーの中には全く保健ポストに来ない (0 日) 者が 60 人 (37%) 存在し、この中には転居した者 2 人、死亡した者 3 人も含まれている。最低月 1 日は就業している者は 53 人 (33%)、毎月 1 回より多く就業しているメンバーは 50 人で、そのうち毎日 (月 20 日) 保健ポストに来ている者が 13 人 (8%) いた。

表 4.14 事務局メンバーへのインセンティブ (n=167)

	事務局 メンバー		内訳			
			事務局長	事務局 次長	会計	会計補佐
	n	%	n	n	n	n
金銭による報酬制度のある保健委員会に所属	47	28.1	13	12	13	9
金銭による報酬を得ている者	32	19.2	10	7	12	3
非金銭含む報酬制度のある保健委員会に所属	65	38.9	18	16	18	13
非金銭含む報酬を得ている者	44	26.3	14	9	16	5

表 4.15 事務局メンバーの月間就業日数 (n=167)

	平均値	中央値	(幅)
月間就業日数	2.9	1.0	(0-20)
NA	4		
(内訳)			
事務局長	3.4	1.0	(0-20)
事務局次長	1.3	1.0	(0-20)
会計	5.4	1.0	(0-20)
会計補佐	0.5	0	(0-4)

## 2. 仮説1の検証結果

仮説1「保健委員会表事務局メンバーが金銭インセンティブを得ている方が、彼らの活動量は増加する。」

金銭インセンティブを得ていた事務局メンバー32人（以下、「金銭あり群」）の月間就業日数の平均は6.1日、得ていなかった事務局メンバー131人（以下、「金銭なし群」）の平均は2.2日で、Wilcoxon順位和検定の結果では金銭あり群と金銭なし群の月間就業日数の平均値には有意な差が認められた（ $P$ 値<0.001）。

事務局メンバーの月間就業日数は、金銭インセンティブ（表4.16.1）があると有意に増加する傾向があった（ $P$ 値=0.04）。特に毎月金銭インセンティブ（表4.16.2）がある場合はその傾向が強かった（ $P$ 値<0.001）。非金銭インセンティブ（表4.16.3）を含めた場合には有意な差が認められなかった（ $P$ 値=0.15）。

事務局メンバーの属性に関する変数では、インセンティブの有無に関わらず役職が会計の場合には月間就業日数が有意に増加する傾向があった。また、郡部よりも市部の保健ポストに従事する事務局メンバーの月間就業日数が多い傾向も認められた。その他の変数（性別、年齢、学歴、職業、在職年数）と月間就業日数との関連は認められなかった。

表4.16.1. 金銭インセンティブと事務局メンバーの月間就業日数の関連（強制投入法）（ $n=89$ ）

独立変数	偏回帰係数	標準 偏回帰係数	標準 誤差	95%信頼区間		t 値	P 値
				下限	上限		
切片	4.805		3.860			1.25	0.217
金銭インセンティブ	3.093	0.217	1.481	0.143	6.044	2.09	0.040
役職1	2.819	0.226	2.028	-1.222	6.859	1.39	0.169
役職2	0.120	0.009	2.002	-3.870	4.110	0.06	0.952
役職3	4.581	0.367	1.827	0.941	8.220	2.51	0.014
在職期間	2.107	0.157	1.739	-1.359	5.572	1.21	0.230
行政区	-3.710	-0.272	1.979	-7.654	0.233	-1.88	0.065
性別	-2.668	-0.204	3.129	-8.904	3.567	-0.85	0.397
年齢	-0.040	-0.084	0.066	-0.172	0.092	-0.60	0.549
学歴	-0.749	-0.067	1.381	-3.501	2.003	-0.54	0.589
職業1	-1.551	-0.087	2.654	-6.840	3.738	-0.58	0.561
職業2	2.890	0.206	3.417	-3.917	9.698	0.85	0.400
職業3	-1.666	-0.058	3.018	-7.679	4.347	-0.55	0.583
職業4	-1.761	-0.070	2.932	-7.603	4.081	-0.60	0.550
職業5	1.478	0.128	1.952	-2.412	5.368	0.76	0.451

Adjusted R<sup>2</sup>:0.14, F 値: 1.99 (自由度: 14, 74)

役職1: 1=事務局長、0=事務局次長、会計、会計補佐

役職2: 1=事務局次長、0=事務局長、会計、会計補佐

役職3: 1=会計、0=事務局長、事務局次長、会計補佐

在職期間: 1=7年以上、0=6年以下

行政区: 1=群部、0=市部

性別: 1=女性、0=男性

学歴：1=中等教育以上、0=初等教育以下

職業1：1=無職（退職者）、0=主婦、商人、教師、農民、その他

職業2：1=主婦、0=無職、商人、教師、農民、その他

職業3：1=商人、0=無職、主婦、教師、農民、その他

職業4：1=教師、0=無職、主婦、商人、農民、その他

職業5：1=農業、0=無職、主婦、商人、教師、その他

表 4.16.2 金銭インセンティブ（毎月）と事務局メンバーの月間就業日数の関連（強制投入法）（n=87）

独立変数	偏回帰係数	標準 偏回帰係数	標準 誤差	95%信頼区間		t 値	P 値
				下限	上限		
切片	3.947		3.703			1.07	0.290
金銭インセンティブ（毎月）	5.770	0.349	1.521	2.739	8.802	3.79	<0.001
役職1	2.922	0.234	1.934	-0.935	6.778	1.51	0.135
役職2	0.020	0.002	1.902	-3.772	3.811	0.01	0.992
役職3	4.363	0.349	1.737	0.901	7.826	2.51	0.014
在職期間	1.567	0.117	1.663	-1.747	4.881	0.94	0.349
行政区	-3.934	-0.288	1.806	-7.534	-0.335	-2.18	0.033
性別	-3.207	-0.245	2.984	-9.155	2.742	-1.08	0.286
年齢	-0.005	-0.010	0.064	-0.132	0.123	-0.07	0.942
学歴	-1.041	-0.093	1.330	-3.693	1.611	-0.78	0.436
職業1	-3.834	-0.216	2.625	-9.066	1.398	-1.46	0.148
職業2	3.406	0.243	3.250	-3.072	9.885	1.05	0.298
職業3	-0.879	-0.031	3.109	-7.077	5.320	-0.28	0.778
職業4	-2.861	-0.114	2.811	-8.464	2.742	-1.02	0.312
職業5	0.975	0.084	1.915	-2.843	4.792	0.51	0.612

Adjusted R<sup>2</sup>:0.24、F 値：2.89（自由度：14、72）

役職1：1=事務局長、0=事務局次長、会計、会計補佐

役職2：1=事務局次長、0=事務局長、会計、会計補佐

役職3：1=会計、0=事務局長、事務局次長、会計補佐

在職期間：1=7年以上、0=6年以下

行政区：1=群部、0=市部

性別：1=女性、0=男性

学歴：1=中等教育以上、0=初等教育以下

職業1：1=無職（退職者）、0=主婦、商人、教師、農民、その他

職業2：1=主婦、0=無職、商人、教師、農民、その他

職業3：1=商人、0=無職、主婦、教師、農民、その他

職業4：1=教師、0=無職、主婦、商人、農民、その他

職業5：1=農業、0=無職、主婦、商人、教師、その他

表 4. 16. 3 インセンティブ(非金銭含)と事務局メンバーの月間就業日数の関連(強制投入法)(n=89)

独立変数	偏回帰係数	標準 偏回帰係数	標準 誤差	95%信頼区間		t 値	P 値
				下限	上限		
切片	6.066		3.835			1.58	0.118
インセンティブ(非金銭含)	1.908	0.150	1.307	-0.697	4.514	1.46	0.149
役職 1	3.279	0.262	2.035	-0.776	7.334	1.61	0.111
役職 2	0.331	0.025	2.027	-3.708	4.371	0.16	0.871
役職 3	4.797	0.384	1.847	1.116	8.478	2.60	0.011
在職期間	2.477	0.185	1.775	-1.060	6.014	1.40	0.167
行政区	-4.600	-0.337	1.921	-8.428	-0.773	-2.40	0.019
性別	-2.761	-0.211	3.178	-9.093	3.570	-0.87	0.388
年齢	-0.053	-0.111	0.067	-0.186	0.081	-0.79	0.435
学歴	-1.064	-0.095	1.394	-3.842	1.714	-0.76	0.448
職業 1	-1.462	-0.083	2.697	-6.836	3.912	-0.54	0.589
職業 2	3.079	0.219	3.472	-3.839	9.997	0.89	0.378
職業 3	-1.195	-0.042	3.047	-7.266	4.876	-0.39	0.696
職業 4	-1.048	-0.042	2.935	-6.896	4.799	-0.36	0.722
職業 5	1.316	0.114	1.982	-2.633	5.266	0.66	0.509

Ajusted R<sup>2</sup>:0.11、F 値：1.78 (自由度：14、74)

役職 1：1=事務局長、0=事務局次長、会計、会計補佐

役職 2：1=事務局次長、0=事務局長、会計、会計補佐

役職 3：1=会計、0=事務局長、事務局次長、会計補佐

在職期間：1=7年以上、0=6年以下

行政区：1=群部、0=市部

性別：1=女性、0=男性

学歴：1=中等教育以上、0=初等教育以下

職業 1：1=無職(退職者)、0=主婦、商人、教師、農民、その他

職業 2：1=主婦、0=無職、商人、教師、農民、その他

職業 3：1=商人、0=無職、主婦、教師、農民、その他

職業 4：1=教師、0=無職、主婦、商人、農民、その他

職業 5：1=農業、0=無職、主婦、商人、教師、その他

### 3. 仮説 2 の検証結果

仮説 2「金銭インセンティブを導入している保健委員会の方が、導入していない保健委員会よりも運営状況が良い。」

#### 1) 保健区長と PHC 担当者による保健ポスト保健委員会運営状況評価の結果

保健区長、PHC 担当者共に「とても悪い」もしくは「悪い」と評価した保健委員会は 7 施設(13%)、保健区長、PHC 担当者共に「とても良い」もしくは「良い」と評価した保健委員会は 25 施設(48%)であった。また、保健区長が「とても悪い」もしくは「悪い」と評価した 8 の保健委員会を PHC 担当者は「良い」と評価し、において PHC 担当者が「悪い」と評価した 12 の保健委員会を保健区長は「とても良い」もしくは「良い」と評価していた(表 4.17)。保健区長と PHC 担当者の評価結果の Spearman の順位相関係数( $\rho$ )は 0.44 ( $P<0.001$ )であった。

表 4.17 保健区長と PHC 担当者による保健ポスト保健委員会評価 (n=52)

		PHC 担当				小計
		1 とても悪い	2 悪い	3 良い	4 とても良い	
保健区長	1 とても悪い	1	0	2	0	3
	2 悪い	1	5	6	0	12
	3 良い	0	11	10	5	26
	4 とても良い	0	1	3	7	11
	小計	3	19	24	16	5

## 2) 2変量解析の結果と独立変数の選択

仮説 2 の検証のために選択した独立変数の候補変数 (表 4.5) 13 項目と保健区長と PHC 担当者の保健ポスト評価の順位との順位 (以下、「保健区による保健委員会評価」と略) により作成した従属変数 (表 4.3) の 2 変量解析を行った結果、P 値 0.1 未満の変数は 8 項目 (会計報告書提出枚数、事務局メンバーの学歴、事務局メンバーと保健ポストスタッフの関係、施設長経験回数、妊婦健診数、有資格サービス提供者数、行政区、事務局メンバーの選出) であった (表 4.18)。金銭及び非金銭含む報酬制度の P 値はそれぞれ 0.3 と 0.1 であったが、本研究の検証目的の変数であることから重回帰分析の対象とした。

表 4.18 仮説 2 検証のために選択した独立変数と従属変数との単回帰分析結果

独立変数	偏回帰係数	標準 偏回帰係数	標準 誤差	95%信頼区間		t 値	P 値
				下限	上限		
切片							
報酬制度の有無							
金銭による報酬制度	0.915	0.145	0.898	-0.890	2.719	1.02	0.313
非金銭含む報酬制度	1.253	0.216	0.797	-0.348	2.853	1.57	0.122
政令 15 項目の遵守状況	0.213	0.184	0.161	-0.110	0.535	1.33	0.191
会計報告書提出枚数	0.170	0.264	0.088	-0.006	0.346	1.94	0.058
事務局メンバーの学歴	0.992	0.404	0.350	0.286	1.698	2.84	0.007
事務局メンバーとスタッフの関係	1.329	0.272	0.659	0.005	2.653	2.02	0.049
施設長経験回数	0.522	0.260	0.274	-0.028	1.072	1.91	0.063
妊婦健診数	0.002	0.311	0.001	0.000	0.005	2.22	0.031
有資格サービス提供者数	1.803	0.461	0.493	0.812	2.793	3.66	0.001
行政区	-1.950	-0.296	0.890	-3.738	-0.162	-2.19	0.033
事務所メンバーの選出	0.033	0.383	1.580	1.298	7.652	2.83	0.007
外部からの財政支援	-0.587	-0.094	0.882	-2.357	1.184	-0.67	0.509
月例会議の開催	0.886	0.159	0.776	-0.673	2.445	1.14	0.259
女性メンバーの数	-0.545	-0.173	0.456	-1.462	0.373	-1.20	0.238

## 3) 重回帰分析の結果

2 変量解析の結果を踏まえ 9 つの独立変数を選択し、ステップワイズ法を用いて重回帰分析を行った。報酬制度の違いを考慮し、金銭による報酬制度 (表 4.19) と非金銭含む報酬制度 (表 4.20) の 2 つの変数を用いて分析した。その結果、金銭及び非金銭含む報酬制度

と保健委員会の運営状況の良さとの関係は認められなかった。また、金銭による報酬制度、非金銭含む報酬制度共に、有資格サービス提供者の数と中等教育以上の事務局メンバーが多いほど、また、事務局メンバーとスタッフの関係が良いほど保健委員会の運営状況が良い傾向が有意に認められた。

表 4.19 保健区による保健委員会評価と保健委員会のパフォーマンスの決定要素との関連（金銭による報酬制度がある場合）(n=38) (Stepwise 法)

独立変数	偏回帰係数	標準 偏回帰係数	標準 誤差	95%信頼区間		t 値	P 値
				下限	上限		
切片	-3.748		2.718			-1.38	0.178
金銭による報酬制度	-0.434	-0.069	1.042	-2.563	1.695	-0.42	-0.417
会計報告書提出枚数							
事務局メンバーの学歴	0.715	0.291	0.362	-0.023	1.454	1.98	0.057
事務局メンバーとスタッフの関係	1.370	0.281	0.726	-0.113	2.852	1.89	0.069
施設長経験回数							
妊婦健診数	-0.001	-0.115	0.001	-0.004	0.002	-0.66	0.513
有資格サービス提供者数	1.553	0.397	0.658	0.209	2.898	2.36	0.025
行政区	-0.667	-0.101	1.389	-3.503	2.169	-0.48	0.635
事務所メンバーの選出	2.056	0.176	1.843	-1.708	5.821	1.12	0.273

AIC: 70.26、Adjusted R<sup>2</sup>:0.35、F 値: 3.84 (自由度: 7、30)

表 4.20 保健区による保健委員会評価と保健委員会のパフォーマンスの決定要素との関連（非金銭含む報酬制度がある場合）(n=39) (Stepwise 法)

独立変数	偏回帰係数	標準 偏回帰係数	標準 誤差	95%信頼区間		t 値	P 値
				下限	上限		
切片	-3.871		2.349			-1.65	0.109
非金銭含む報酬制度							
会計報告書提出枚数							
事務局メンバーの学歴	0.670	0.273	0.344	-0.030	1.369	1.95	0.060
事務局メンバーとスタッフの関係	1.147	0.235	0.656	-0.188	2.481	1.75	0.090
施設長経験回数							
妊婦健診数	-0.001	-0.094	0.001	-0.003	0.002	-0.59	0.558
有資格サービス提供者数	1.610	0.411	0.557	0.477	2.744	2.89	0.007
行政区							
事務所メンバーの選出	2.307	0.197	1.761	-1.276	5.890	1.31	0.199

AIC: 68.23、Adjusted R<sup>2</sup>:0.37、F 値: 5.43 (自由度: 5、33)

## 第4節 考察

### 1. 保健委員会事務局メンバーの活動量と金銭インセンティブの影響

金銭インセンティブを得ていた事務局メンバーと金銭インセンティブを得ていない事務局メンバーの月間就業日数の平均を比べると、金銭インセンティブを得ている群の方が有意に多かった。今回対象となった事務局メンバー163人のうち60人(37%)が保健ポストに全く来ていないという現状において、金銭インセンティブがあるということは事務局メンバーの活動量を促進させる要因となっていると考えられる。

一方で、金銭インセンティブがなくとも月間就業日数が4日以上事務局メンバーも19人いた。ボランティアとして地域保健活動に参加するコミュニティ人材を選出する場合、本質的インセンティブの高い者を選ぶことが重要であると指摘されている(Kasteng et al., 2016, Okuga et al., 2015)。また、CHWを対象としたインセンティブに関する先行研究では、ボランティア精神やコミュニティへの貢献という本質的インセンティブがCHWの活動を支えていることも報告されている(Greenspan et al., 2013; Okuga et al., 2015)。本研究でも本質的インセンティブにより活動している事務局メンバーが存在していると考えられる。一方ではまったく活動しない者も存在しており、このように両極端な行動が観察された背景には彼らの本質的インセンティブの程度の影響もあったのではないかと思われる。

また、役職別に事務局メンバーの活動量をみると、会計の月間就業日数平均が最も多かった(5.4日)。先行研究によると、事務局メンバーが自分たちの役割を十分理解していないことが保健委員会のパフォーマンスの低さの要因の一つとして指摘されている(Waweru et al., 2013; McCoy, Hall and Ridge, 2012)。その点、会計に求められる役割は明確である。保健委員会設置政令では、事務局長と会計の役割が簡単に明記されているが、事務局次長や会計補佐の役割については言及されておらず、役割の明文化が必要ではないかと思われる。

更に、コミューン(市部)にある保健ポストの保健委員会事務局メンバーの方が、農村共同体(郡部)に比べ月間就業日数が多い傾向もあった。郡部と比べると、市部は交通の面で保健ポストへのアクセスが容易であるため、そのような交通環境が活動に影響したのではないかと考える。

### 2. 保健委員会の運営状況と報酬制度との関係

本研究では保健委員会に報酬制度があることと保健委員会の運営状況の良さには有意な関連が認められなかった。つまり、報酬制度を導入することで事務局メンバーの活動量が増えることには貢献するものの、保健委員会の運営状況の改善に結びつくとはいえないことになる。同じ保健医療従事者でも医師や看護職のような有資格者の場合は一般的に金銭

インセンティブがパフォーマンスの改善に影響する可能性が高い。しかし無資格者かつコミュニティ人材の場合、報酬制度の導入は事務局メンバーのモチベーションを高めたとしても、そのモチベーションのアウトカムはパフォーマンスの改善よりも仕事満足度や仕事への愛着に影響するのかもしれない。

### 3. 保健委員会の運営状況に影響するその他の要素

保健ポストの有資格サービス提供者の数が保健委員会の運営状況に影響していた。有資格サービス提供者が施設長1人の保健ポストは、2人以上配置されている保健ポストよりも保健委員会の運営状況が悪い傾向があったが、保健医療施設の有資格サービス提供者の人数が保健委員会のパフォーマンスに影響を与えると報告した先行研究はなかった。施設長1人体制の保健ポストの場合、サービス提供部門では唯一の有資格者として提供するサービスの質を担保する責任を負い、運営管理部門では、事務局メンバーの能力や参加の程度が低ければ施設長の業務量が増える。一方、有資格者が2人以上いる場合、もう1人の有資格者に一定の責務を与えることが可能となり、施設長として運営管理に携わる時間を確保できているのではないかと考える。施設長は保健ポストの敷地内に居住し、保健ポストは実質24時間の業務体制であるため、有資格者1人体制では保健ポストが提供するサービスにもその運営にも影響があるのではないだろうか。

また、中等教育以上の事務局メンバーが多い保健ポスト、事務局メンバーと保健ポストスタッフの関係の良い保健ポストの方が保健委員会の運営状況が良い傾向もあった。対象とした保健ポストの76% (39/51施設) が施設長1人体制という職場環境において、事務局メンバーの能力は保健委員会の運営に影響を与える重要な要素になり得る。先行研究でも、事務局メンバーの能力や学歴は保健委員会のパフォーマンスに影響を与える要因として報告されている (McCoy, Hall and Ridge, 2012; Goodman et al., 2011)。ケニアでは、保健委員会事務局メンバーの選定基準を改定し、中等教育以上であることを一つの条件にしている (Wareru et al. 2013)。

### 4. 保健委員会のパフォーマンス向上に向けた取り組み

対象とした保健委員会は政令で定められている基本的な活動を十分実施しているとは言えない組織であった。月例会議を開催していた保健ポストは約半数(52%)で、活動計画策定の実施率(26%)は低かった。また、保健ポストの公金を管理しているにもかかわらず、毎月保健区に月間会計報告書を提出していた保健ポストは5施設のみで、まったく提出していなかった保健ポストが15施設存在していた。

保健ポスト保健委員会のパフォーマンスの向上に向け、研究2の結果から以下の2点が検討できるのではないかと考える。1つ目は、有資格サービス提供者1人体制の保健ポスト

を減らし、2人体制以上の保健ポストを増やすことを最優先課題とする。保健省の基準では保健ポストの有資格サービス提供者は4人としていることから、政策と整合している。2つ目は、事務局メンバーの選出方法を見直し、運営管理能力や学歴等の条件を加えることで適切な人材を確保する。本研究では金銭インセンティブは事務局メンバーの活動量を活性化する要因であったことから、保健委員会の運営に適した人材が選出されるのであれば、保健委員会への報酬制度の導入が保健委員会のパフォーマンスの改善に貢献する可能性もあるのではないかと考える。

バマコイニシアチブ導入当初からコミュニティ人材が保健医療施設を運営することの難しさは指摘されていた (MacPake, Hanson and Mills, 1993)。アルマアタ宣言には、住民参加は“適切な教育を通じて地域住民がこれに参加することのできる能力を開発する”と明記されている (WHO, 1978)。CHW はサービス提供者としての訓練を受けているが、事務局メンバーにはこのような研修制度はない。先行研究では研修に対する事務局メンバーからのニーズとその重要性が報告されている (Waweru et al., 2013)。コミュニティのリソースを最大限活用できるように、適切な人材を選出すること、そして、その人材に対して教育することも検討すべきではないか。

## 5. 本研究の限界

保健区には管轄内の保健ポスト長を集めて月例会議を開催したり、定期的に保健ポストのスーパービジョンを実施したりすることにより、保健ポストの現状を把握し、監督指導する役割がある。よって現行の保健システムが機能している場合、保健区関係者は保健ポスト保健委員会のパフォーマンスの評価者として妥当であると考えられる。しかしながら、調査者は1か月以上調査地域に滞在していたが、月例会議は不定期で、2つの保健区では会議は開催されなかった。また、予算の不足から保健ポストのスーパービジョンも定期的に実施されていなかった。ただし、保健ポスト長は月に数回、医薬品を購入するために保健区内に設置されている必須医薬品倉庫まで来ており、その際、保健区長や PHC 担当者を訪問し、情報共有している保健ポスト長の姿が観察できた。このような状況から保健区が保健ポストの運営の状況を把握していると考えられるが、十分であるとはいえない。

しかし調査時、セネガル保健省には保健委員会を評価するようなツールは存在していなかった。本研究では、保健区長、PHC 担当者それぞれの主観で管轄する保健ポスト保健委員会を評価してもらったが、保健区長と PHC 担当者の評価結果の相関係数は高くなかった。保健委員会は保健システムに位置付けられている公的組織であり、公金を扱っている以上その運営が適正に行われているかどうか評価され監督されるべきであることから、セネガル国内で統一された評価手法や指標の開発が必要と考える。

セネガルでは1996年保健行政権限の一部が地方自治体に委譲され、これを受け地方自治体には新たに保健管理委員会という組織を設置し、地方自治体管轄内に設置されている保健ポストの管理を行うことが奨励された。しかしながら、地方自治体の行政能力の脆弱さからこの保健管理委員会はほとんど機能していないのが現状である。また、一般的にセネガルの保健区（行政）は保健センター（医療）を併設しており、保健ポスト同様、医師の保健区長は管轄する保健ポストの監督支援に加え、保健センターの運営管理とサービス提供も行っている。このような保健区の体制も保健ポストの監督支援業務の実施を物理的に難しくさせている。保健委員会の組織強化を検討するには保健区に関する知見も欠かせない。

## 第5章 総合的な考察

### 第1節 本研究から得られた知見

本論文では、セネガルの農村部の公立プライマリケアサービス提供施設を研究対象とし、サービス提供者側と管理支援要員側からサービス提供を検証した。本章ではこの2つの研究から得られた知見を踏まえて保健ポストのサービス提供を考察する。

表 5.1 本研究から得られた知見

---

研究1：サービス提供者側
1. 施設分娩サービスを利用した女性の満足度は、自らが認識した標準ケアの量が多いほど高くなる傾向があった。
2. 女性の満足度は対人関係に関する標準ケアの量と技術に関する標準ケアの量の影響を受けていた。
3. 施設が提供している標準ケアの量は不十分であり、またバラツキも観察された。
4. 人的・物理的リソースの少ない保健ポストでも保健センターと同等のケアが提供されていた。
研究2：管理支援要員側
1. 保健委員会に報酬制度があることと保健委員会のパフォーマンスの良さとの関係は認められなかった。
2. 有資格者サービス提供者が保健ポスト長1人の場合、保健委員会のパフォーマンスは悪くなる傾向があった。
3. 事務局メンバーの資質（学歴や協力関係の構築）が保健委員会のパフォーマンスに影響していた。
4. 事務局メンバーの活動量は、金銭インセンティブにより促進されていた。
総合的な考察：保健ポストのサービス提供
1. 有資格者サービス提供者が1人体制の場合、保健ポスト長の責任の範囲や業務量が多いことが予測され、保健委員会のパフォーマンスの低下に加え、提供されるサービスの質にも影響を与える可能性がある。
2. 運営管理部門で働くコミュニティ人材の活用方法を見直すことで、保健委員会のパフォーマンスの改善が期待できる。具体的には；
2.1. サービス提供部門同様、運営管理部門でもコミュニティ人材を有給雇用し、保健委員会の業務の一部をタスクシフティングする。
2.2. 保健委員会の運営に必要な能力を有する事務局メンバーが選出されるように具体的な条件を設定する。

---

#### 1. 研究1：サービス提供者側

サービス提供者側の研究（研究1）から得られた知見としては、女性が受けたと認識した標準ケアの総量が多いほど、ケアに対する満足度は高くなり、次回利用の可能性も増す傾向があったこと、そして、対人関係のみでなく、技術に関する標準ケアの量の多さも女性の満足度に影響を与えていたことが挙げられる。また、保健センター、保健ポスト共に女性が提供されたと認識した標準ケアの量は十分ではなく、バラツキもみられたことや、カテゴリ別では対人関係に比べ情報や技術に関する標準ケアの遵守率が低く、改善の余地があることも観察された。

分娩ケアに対する女性の満足度は保健センターと保健ポスト共に高く、施設の違いは認められなかった。しかし、標準ケアの総量、情報に関するケアの量、技術に関するの量の平均値は保健ポストの方が保健センターよりも高かった。また、個々のケアに関しても保健ポストの方が多く提供していた標準ケアが6項目あった。つまり、提供された標準ケアで分娩ケアの質を評価した場合、施設規模の小さい保健ポストの方が保健センターより全体的に良かった。

このような結果から、条件を整えば農村部の女性が最もアクセスしやすい保健ポストでも保健センターと同等の正常分娩ケアが提供できると考える。WHO（1996）は女性の安全が保障できる場合、出産は最も女性の住居に近い場所で提供されることが望ましいと述べている。本研究で保健ポストが保健センターと同等以上の標準ケアを提供できていた背景は何だろうか。

保健センター、保健ポスト共に分娩ケアを提供する仕組みは同じであった。1シフト当たりのサービス提供者数の違いはあるが（保健センター4人：有資格者2人、無資格者2人、保健ポスト2人：有資格者1人、無資格者1人）、SBAとマトロンがチームで働き、2交代24時間体制で分娩ケアサービスを提供していた。しかし月の平均分娩件数には大きな違い（保健センター235件、保健ポスト21件）があった。保健ポストのサービス提供者は分娩以外に一般診療も行うことから、単純に労働量を分娩件数のみで比べることはできないものの、サービス提供者の数が対応する分娩件数に対し適切でない場合、標準ケアの量、特に情報や技術に関するケアの量が低下する可能性があると考えられる。研究1の対象保健ポストは保健センターに比べれば人材の数と分娩件数の均衡が保っていたのではないだろうか。

一方で、女性の満足度に最も影響すると言われている対人関係に関するケアに関しては、施設による違いはなかった。保健センター、保健ポスト共に対人関係に関するケアの評価が情報、技術に比べ高かった要因の一つとしてマトロンの活用があると考えられる。セネガルは多民族多言語国家のため、全ての現地語に対応できる有資格サービス提供者はほとんどいない。コミュニティ人材のマトロンはいくつかの現地語が使えるため、女性とのコミュニケーションに一定の役割を果たしていたと思われる。それに対し有資格者が担う役割が大きい技術や情報に関しては、分娩件数に対して適切な有資格者が配置されていたかどうかの影響するのではないかと考えられる。

## 2. 研究2：管理支援要員側

管理支援要員側の研究（研究2）から得られた知見としては、まず、保健委員会に報酬制度が導入されていることが保健委員会のパフォーマンスの良さに影響していなかった点、そして、保健ポストに従事する有資格サービス提供者が2人以上いること、事務局メンバーとしての資質が高いことが保健委員会のパフォーマンスの良さに影響していた点が挙げられる。また、事務局メンバー個人の活動量は金銭インセンティブ、事務局メンバーの役職（会計）や保健ポストが設置されている地域（市部）の影響を受けていた。

研究2が調査の対象とした保健ポストでは、76%が有資格サービス提供者1人、つまり保健ポスト長1人体制であった。保健ポスト長1人体制の場合、保健ポスト長はサービス

提供、運営管理者、そして、保健ポストが管轄しているコミュニティに対する地域保健活動、これら 3 つの領域の責任者であり実務者となる。保健ポスト長 1 人体制の保健委員会のパフォーマンスが低い傾向にあったのは、保健ポスト長が抱える全体の業務量の多さが影響していることが考えられる。

事務局メンバーの能力が低い場合、有資格サービス提供者の業務負担が増えることが懸念されている (McCoy, Hall and Ridge., 2012)。セネガルのようにコミュニティが事務局メンバーを選出するという方法は民主的であるが、その責務を果たせる能力のある人材が選出されない場合があることも指摘されている (Goodman et al., 2011)。この点について、ケニアでの近年の取り組みが参考になる。ケニアでは事務局メンバーの条件として、会計管理経験者を一人含めるとともに、学歴を中等教育以上に変更している (Waweru et al., 2013)。一方、セネガルの保健委員会設置に係る政令は 1993 年以降改訂されていない。事務局メンバーの人選の条件や待遇について現行の条項の見直しをすべきではないかと考える。

研究 2 の結果では、金銭インセンティブは事務局メンバーの活動量を高める効果は期待できるが、保健委員会のパフォーマンスにつながっておらず、それよりも、保健委員会事務局メンバーの資質 (学歴や協力関係を構築できる人材) が大切な要素であった。一般的に金銭インセンティブはパフォーマンス改善の手段になり得る。保健委員会の運営に必要な能力を備えた人材の確保を前提に金銭インセンティブを導入する場合、保健委員会のパフォーマンスに良い影響をもたらす可能性はあると考える。

### 3. 総合的な考察：セネガルの農村部の保健ポストのサービス提供

まず、農村部の保健ポストの人材について整理する。質の高い保健医療サービスを提供するには、能力とモチベーションのある保健医療従事者が必要不可欠である (WHO, 2000)。しかし、有資格サービス提供者が不足している農村部の保健ポストを機能させるためには、コミュニティ人材の活用が欠かせない (Vareilles, 2015 ; Maes, 2015)。そのため保健ポスト保健委員会は、CHW、マトロン、薬局担当者等のコミュニティ人材を有給雇用し、保健委員会事務局メンバー自身はボランティアとして保健ポストの活動に参加している。

このように農村部の地域住民に保健医療サービスを提供するには有資格サービス提供者とコミュニティ人材の協働が欠かせない。研究 1 が対象とした保健ポストは、有資格サービス提供者 2 人体制であったが、研究 2 が対象とした保健ポストの多くは保健ポスト長のみの有資格サービス提供者 1 人体制であり、現状として農村部では保健ポスト長 1 人体制が多い。セネガル保健省の基準によれば、農村部では人口 5,000 人に一つの保健ポストを

設置し、有資格サービス提供者を 4 人配置することとしている。基本、有資格サービス提供者は保健省が派遣することになっているが、各保健ポストに 1 人派遣するのが限界というのが現状である。有資格者サービス提供者の人数に関しては、研究 1 で対象とした保健ポストも保健省の基準を満たしておらず、研究 2 においては 51 施設中 1 施設のみが 4 人配置していた。ただ保健ポストは独立採算制なので、保健ポスト保健委員会が人材を雇用することは可能である。研究 2 では 1 保健ポスト当たり平均 4 から 5 人のコミュニティ人材を雇用していた。

次に、コミュニティ人材の活用という視点からサービス提供を見ていく。サービス提供者側も管理支援要員側もコミュニティ人材を活用しているが、その活用の方法には違いが見られる。

サービス提供者側は、有資格者の数の不足に対し CHW へのタスクシフティングという方法で対応している。研究 1 では SBA とマトロンがチームを組んで分娩ケアサービスを提供していた。分娩ケアの提供では、SBA はマトロンを管理監督する義務を負い、マトロンは原則 SBA の指示に従うことになっている。またマトロンは保健委員会に有給で雇用されるため、保健ポスト長とは主従関係にある。

一方、管理支援要員側の事務局メンバーは無給のボランティアという位置づけで、保健ポスト長からの労働管理は受けておらず、CHW やマトロンのような事前研修の制度もない。保健委員会に雇用されているコミュニティ人材と違い、保健ポスト長との主従関係は認められない。保健委員会は内務省に登録された住民組織であり、地域住民を代表して保健医療サービスに関するニーズを保健ポスト長や地方自治体に伝え、交渉する役割もあることから、保健ポスト長と保健委員会事務局メンバーは対等な関係にある。

最後に、保健ポスト長の視点からサービス提供を見ていく。保健ポスト長はサービス提供部門、運営管理部門、そして管轄地域の住民の健康のための地域保健活動、この 3 つの責任者である。保健ポスト長が唯一の有資格サービス提供者の場合には、一般診療と産科診療も担当する。分娩ケアは長時間、そして、夜間対応もある。有資格サービス提供者 1 人では 24 時間対応することはできない。実際、セネガルでは無資格者のみで施設での分娩介助が行われていた事例も報告されている (de Bernis et al., 2000)。研究 1 では保健ポストの方が標準ケアの量に関して保健センターよりパフォーマンスが良かった。これは、月間の分娩件数の少なさに加え、保健ポストの有資格サービス提供者が 2 人だったことも影響していたと考える。もし、保健ポスト長 1 人のみであったら、マトロンという補佐がいても、保健センターと同等程度の分娩ケアを提供できていただろうか。研究 2 の結果では有資格サービス提供者 1 人体制の保健ポストの場合、保健委員会のパフォーマンスは低

い傾向があったが、運営のみでなく施設が提供する保健医療サービスのパフォーマンスにも影響する可能性があると考える。

## 第2節 政策的含意と提言

これらの考察を踏まえ、保健ポストがより効率的に保健医療サービスを提供するにはどのような改善案があるか検討し、2つの提案をする。図5.1の事例1は、農村部の多くの保健ポストが置かれている現状である。保健ポスト長1人体制の場合、保健ポスト長はサービス提供、運営管理、地域保健の全ての責任者であり業務担当者となる。提案1では、運営管理部門に有給のコミュニティ人材を配置し、その人材へのタスクシフティングを導入している。保健委員会の業務の一部を有給コミュニティ人材に依頼することが可能となり、運営管理のパフォーマンスの改善も期待できる。これはサービス提供部門でCHWやマトロンを雇用し、サービス提供業務の一部をタスクシフティングしていることと同じ構造である。研究2の保健ポストの約7割が有給の薬局担当を保健委員会で雇用していたことから、この人材が活用できるのではないか。提案2では、提案1に有資格サービス提供者を1人追加している。保健ポスト長はサービス提供、運営管理、地域保健について2人目の有資格サービス提供者に一部の業務を依頼することができる。保健ポストが分娩ケアを提供している場合、24時間体制でケアの質を担保するには最低2人のサービス提供者の配置が欠かせない。

保健ポストの役割		
施設内		施設外
サービス提供	運営管理	地域保健
保健ポスト長の業務範囲		
無資格サービス提供者（有給）	保健委員会事務局メンバー（無給）	

保健ポストの役割		
施設内		施設外
サービス提供	運営管理	地域保健
保健ポスト長の業務範囲		
無資格サービス提供者（有給）	無資格運営支援要員（有給）	
保健委員会事務局メンバー（無給）		

保健ポストの役割		
施設内		施設外
サービス提供	運営管理	地域保健
保健ポスト長の業務範囲		
2人目の有資格者		
無資格サービス提供者（有給）	無資格運営支援要員（有給）	
保健委員会事務局メンバー（無給）		

図 5.1 保健ポストで働く保健医療従事者の業務範囲

アフリカの PHC と保健システム強化を目指して採択されたワガドゥグ宣言 (WHO, 2010b) にも、ローカルレベルでの財政管理能力の強化、保健医療労働力の管理者、責任者システムの改善、ニーズに基づいた保健医療サービスを提供するためのコミュニティと保健医療施設サービス機関との対話の確立とその強化が提言に含まれている。

本研究から保健委員会のパフォーマンスが有資格サービス提供者の人数と事務局メンバーの資質に影響を受ける可能性が示されたことを踏まえると、最低 2 人の有資格者の確保と能力のあるコミュニティ人材を選出できる制度を見直しが、保健ポスト保健委員会の財政含む管理能力の強化に資すると考える。

管轄人口と利用者が多い保健ポストでは、自助努力により有資格者を追加で雇用している保健ポストも存在していたが、管轄人口が少ない場合、保健ポストの収入で有資格者を雇用するのは難しい。保健省や地方自治体には、このような脆弱な体制で一般診療と産科診療を行っている農村部の保健ポストを優先的に支援し、2 人体制の確保に努める責務があると考えられる。

また、保健ポストが保健医療サービスを提供するにはコミュニティ人材の活用が不可欠な現状においてはより効果的な活用を検討すべきと考える。研究 2 の保健ポストには平均 4 人程度のコミュニティ人材を雇用する財力があつた。そのリソースの一部を運営管理部門にも分配することにより保健ポスト長の管理運営部門の業務量の削減が図れ、有資格者サービス提供者が診療業務により多くの時間を使うことが可能となる。事務局メンバーにとっても専門でない施設の運営や財務管理よりも、コミュニティのニーズを把握し、コミュニティと保健医療施設との橋渡しをする活動に多くの時間を使う方が彼らの能力が活かされるのではないかと考える。

よって以下を本論文の提言としたい。

1. 保健ポストの有資格サービス提供者 2 人体制の実現
2. 運営管理部門への有給のコミュニティ人材配置とタスクシフティング導入
3. 保健委員会事務局メンバーの役割再考と選出方法の見直し

### 第3節 本論文の限界と今後の課題

ヘルスアウトカムの改善には保健医療サービス提供のための効率的な保健システムが必要と認識されている (Chan, 2008)。本論文では、保健ポストのサービス提供者側と管理支援要員側からサービス提供を検証し、現在のリソースの再構築もしくは最低限のリソースの追加で、保健ポストが今よりも効率的なサービスを提供することが可能かどうか検討した。

本論文は保健ポストを主な研究対象としているが、保健ポストのサービス提供は、保健区や地方自治体の支援の程度や住民参加の程度からの影響も受ける。よって、保健ポストが効率的なサービスを提供するための保健システムを検討するにはこれらの関係組織についての情報も必要であると考え、それが本論文の限界であり、今後の課題でもある。セネガルでは1996年の地方分権化法Ⅱにて、地方自治体であるコミューン、農村共同体に保健含めた9つの分野での権限が委譲された。今後は地方自治体の保健分野の活動に関する知識や情報を増やし、地方分権化の推進に役立つ研究や根拠の蓄積が必要と考える。

また保健ポストの有資格者サービス提供者の人数が保健委員会のパフォーマンスのみではなく、施設が提供するケアの質にも影響するかどうかを検証することも農村部の有資格者配置の政治的な優先度を高める可能性のある課題であると思われる。

本論文はセネガルを事例としているが、農村部でのプライマリケアサービスの提供が公立の保健医療施設に依存している国、そして、保健委員会が保健医療施設の運営に関与している国においては、セネガルにおける知見も参考になると思われる。

### 第4節 結論

国民の居住地が都市部でも農村部でも同じ質の保健医療サービスが受けられるべきである。しかし、農村部の保健ポストではリソースが不足しており、リソースの不足が保健医療サービスの提供に影響を与えている。農村部の保健ポストの運営には、最低2人の有資格サービス提供者の配置が不可欠と考える。また、保健ポストの人的リソースを補っているコミュニティの人材を活用する前提として適切な人材を選出する仕組みや効果的な活用方法の検討も必要である。更に、利用者側からの声を保健医療サービスに反映させることが人々を中心とするプライマリケアの実現を促進させると考える。

## 謝 辞

まず、本論文をまとめるにあたり長い期間、最後まで辛抱強く的確な指導と精神的な支援をしてくださった保健医療政策分野の近藤正英先生に心より感謝の意を表します。また、修士課程、博士課程を通じて所属している保健医療政策学教室では、本田靖先生、そして昨年退官された大久保一郎先生からも有益な指導や学びを得る機会に恵まれましたことに感謝し、ここに深くお礼を申し上げます。

市川政雄先生、岡本紀子先生、安梅勅江先生におきましては、博士論文完成までの過程において貴重なご助言とご指導をいただくことができました。本当にありがとうございます。

研究フィールドのセネガルでは、中央レベル、ジガンシヨール州、タンバクンダ州の多くのセネガル保健省関係者及び地域の皆様の協力や支援をいただくことができました。セネガルを研究対象とし、関心を持ち続けていられたのも皆様と出会えたお陰だと思っています。セネガルの旧同僚からセネガルは近年日本からの有償資金協力を基に国民皆保険政策を実施するとともに、農村部の保健ポストに看護師と助産師2人体制を進めていること、また、2009年調査時に草案であった保健委員会に関する政令改定にも目途が付いたという嬉しい知らせがありました。

保健医療政策学研究室の先輩でもある星淑玲氏はじめ同研究室の先輩や後輩の皆様と一緒に学び、時に楽しい交流の機会もあったことは、研究を続けていくうえでの刺激や励みとなりました。

JICA セネガル事務所においては、JICA セネガル共和国母子保健サービス改善プロジェクトフェーズ1のポスト調査のデータ使用の許可をいただき、誠にありがとうございました。

最後に、長い大学院生活を続けることができたもの夫の理解と励ましがあつたからだと思います。本当にありがとうございました。 *Finally, je veux te dire mes remerciements à mon mari, Ousmane. Grâce à toi, j'ai pu continuer et accomplir mes études avec ton compréhension et tes paroles encourageantes.*

2018年3月

## 引用文献

- Aberese-Ako, M., van Dijk, H., Gerrits, T., Arhinful, D.K., Agyepong, I.A. (2014). 'Your health our concern, our health whose concern?': perceptions of injustice in organizational relationships and processes and frontline health worker motivation in Ghana. *Health Policy and Planning*, 29, ii15-1128. doi:10.1093/heapol/czu068
- Abuya, T., Ndwiga, C., Ritter, J., Kanya, L., Bellows, B., Binkin, N., Warren, C.E. (2015). The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 224. doi:10.1186/s12884-015-0645-6
- Adams, O Hicks, V. (2000). Pay and non-pay incentives, performance and motivation: prepared for the Global Health Workforce Strategy Group, Geneva. *Human Resources Development Journal*, 4(3). Retrieved from: [http://www.who.int/hrh/en/HRDJ\\_4\\_3\\_02.pdf](http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_4_3_02.pdf)
- Adegoke, A. and van den Broek, N. (2009). Skilled birth attendance-lessons learnt. *BJOG*, 116 :33-40. doi :10.1111/j.1471-0528.2009.02336.x
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Senegal], and ICF International. (2012). *Senegal Demographic and Health and Multiple Indicator Cluster Survey (EDS-MICS) 2010-2011*. Claverton, Maryland, USA: ANSD and ICF International. Retrieved from <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR258/FR258.pdf>.
- Avortri, G.S., Beke, A., Abekah-Nkrumah, G. (2011). Predictors of satisfaction with child birth services in public hospitals in Ghana. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(3), 223-237. doi:10.1108/095268611111116660
- Bazant, E.S., Koenig, M.A. (2009). Women's satisfaction with delivery care in Nairobi's informal settlements. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(2), 79-86.
- Berhan, Y and Berhan, A. (2014). Skilled health personnel attended delivery as a proxy indicator for maternal and perinatal mortality: a systematic review. *Ethip J Health Sci*, 24:69-80. doi:http://dx.doi.org/10.4314/ejhs.v24i1.7S
- Bhatnagar, A., Gupta, S., Alonge, O., George, A.S. (2016). Primary health care workers' views of motivating factors at individual, community and organizational levels: a qualitative study from Nasarawa and Ondo states, Nigeria. *The International Journal of Health Planning Management*, 1, 17. doi:10.1002/hpm.2342
- Bohren, M.A., Vogel, J.P., Hunter, E.C., Lutsiv, O., Makh, S.K., Souza, J.P., Aguiar, C., Coneglian, F.S., Diniz, A.L.A., Tunçalp, Ö, Javadi, D., Oladapo, O.T., Khosia, R., Hindin, M.J., Gülmezoglu, A.M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLOS Medicine*. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Bonenberger, M., Akilins, M., Akweongo, P., Wyss, K. (2014). The effects of health worker motivation and job satisfaction on turnover intention in Ghana: a cross-sectional study. *Human Resources for Health*, 12, 43.
- Boucar, M., Bucagu, M., Djibrina, S., Edson, W., Burkhalten, B., Harvey, S.A., Antonalos, C. (2004). Safe Motherhood- Results from Rwanda. The Quality Assurance Project, USAID.
- Bradley, S., Kamwendo, F., Chipeta, E., Chimwaza, W., Pindho, H., McAuliffe, E. (2015). Too few

- staff, too many patients: a qualitative study of the impact on obstetric care providers and on quality of care in Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 65. Doi:10.1186/s12884-015-0492-5
- Bradley, S., McCourt, C., Rayment, J., Parmar, D. (2016). Disrespectful intrapartum care during facility-based delivery in sub-Saharan Africa: a qualitative systematic review and thematic synthesis of women's perceptions and experiences. *Social Science & Medicine*, 169, 157-170.
- Brunie, A., Wamala-Mucheri, P., Otterness, C., Akol, A., Chen, M., Bufumbo, L., Weaver, M. (2014). Keeping community health workers in Uganda motivated: key challenges, facilitators, and preferred program inputs. *Global Health: Science and Practice*, 2(1), 103-116.
- Campbell, O.M.R., Graham, W.J., on behalf of the Lancet maternal survival series steering group. (2006). Maternal Survival 2: Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet*, 368, 1284-1299. doi:10.1016/S0140-6736(06)69381-1
- Campbell, P.C., Ebuehi, O.M. (2011). Job satisfaction: rural versus urban primary health care workers' perception in Ogun state of Nigeria. *West African Journal of Medicine*, 30(6), 408-412.
- Campbell, M., Roland, M.O., Buetow, S.A. (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, 51, 1611-1625.
- Cellule d'Appui au Financement de la Sante et au Partenariat, Ministère de la Santé et de la Prévention Médical, République du Sénégal. (Mars 2007). Rapport du processus d'élaboration de la réforme du cadre juridique des comités de sante : l'avènement des organisations communautaires pour le développement sanitaire (OCDES).
- Chan, M. (2008). Comment: retune to Alma-Ata. *Lancet*, 372(13), 865-866.
- Chow, A., Mayer, E.K., Darzi, A.W., Athanasiou, T. (2009). Patient-reported outcome measures: the improtaance of patient satisfaction in surgery. *Surgery*, 146, 435-443. doi:10.1016/j.surg.2009.03.019
- de Bernis, L., Dumont, A., Buillin, D., Gueye, A., Dompnier, JP., Bouvier-Colle, MH. (2000). Maternal morbidity and mortality in two different population of Senegal: a prospective study (MOMA survey). *BJOG*, 107(1), 68-74.
- Devaux, T., Aké-Tano, O., Gohou-Kouassi, V., Bosso, P., Collin, S., Ronsmans, C. (2007). Quality of normal delivery care in Côte d'Ivoire. *African Journal of Reproductive Health*, 11(1), 22-32.
- Direction des Ressources Humaines, Ministère de la Sante et de la Prévention Médicale, République du Sénégal. (2005). Guide national de l'infirmier chef de poste de santé version révisée.
- Dolea, C., Adams, O. (2005). Motivation of health care workers – review of theories and empirical evidence. *Cahiers de Sociologie et Démographique Médicale*, 45(1), 135-161
- Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to Its Management*, vol. 1: *Explanations in Quality Assessment and Monitoring*. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *The Journal of American Medical Association*, 260(12),1743-1748.
- Donabedian A. (1997). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? 1988. *Arch Pathol Lab Med*, 121(1), 1145-1150.

- Duysburgh, E., Zang, W-H., Ye, M., Williams, A., Massawe, S., Sié, A. Williams, J., Mpembeni, R., Loukanova, S., Temmerman, M. (2013). Quality of antenatal and childbirth care in selected rural health facilities in Burkina Faso, Ghana and Tanzania: similar finding. *Tropical Medicine and International Health*, 18(5), 534-547.
- Duysburgh, E., Williams, A., Williams, J., Loukanova, S., Temmerman, M. (2014). Quality of antenatal and childbirth care in northern Ghana. *BJOG*, 121,117-126. doi:10.1111/1471-0528.12905
- Faye, A., Niane, M., Ba, I. (2011). Home birth in women who have given birth at least once in a health facility: contributory factors in a developing country. *ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90, 1239-1243.
- Faye, A., Dumont, A., Ndiaye, p., Fournier, P. (2014). Development of an instrument to evaluate intrapartum care quality in Senegal: evaluation quality care. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(2), 184-189.
- Fitzpatrick, R. (1997). The assessment of patient satisfaction: Assessment and evaluation of health and medical care. In: Jenkinson, C. (Ed.). *Assessment and evaluation of health and medical care: A methods text* (pp.88-90). Buckingham: Open University Press.
- Franco, L.M., Bennett, S., Kanfer, R. (2002). Health sector reform and public sector worker motivation: a conceptual framework. *Social Science & Medicine*, 54, 1255-1266.
- Franco, L.M., Bennett, S., Kanfer, R., Stubblebine, P. (2004). Determinants and consequences of health worker motivation in hospitals in Jordan and Georgia. *Social Science & Medicine*, 58, 343-355. doi:10.1016/S0277-9536(03)00203-X
- Fulton, B.D., Scheffler, R.M., Sparkes, S.P., Auh, E.Y., Vujici, M., Soucat, A. (2011). Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence. *Human Resources for Health*. 9,1.
- Fulop, N., Allen, P., Clarke, A., Black, N. (Eds.). (2001). *Studying the organization and delivery of health services* (1<sup>st</sup> ed.). Routledge.
- Goodman, C., Opwora, A., Kabare, M., Molyneux, S. (2011). Health facility committees and facility management – exploring the nature and depth of their roles in Coast Province, Kenya. *BMC Health Services Research*, 11, 229.
- Greenspan, J.A., McMahon, S.A., Chebet, J.J., Mpunga, M., Urassa, D.P., Winch, P.J. (2013). Source of community health worker motivation: a qualitative study in Morogoro Region, Tanzania. *Human Resources for Health*, 11, 52.
- Gungor, I., Beji, N.K. (2012). Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery*, 28, 348-357.
- Harvey, S.A., Blandón, Y.C.W., McCaw-Binns, A., Sandino, I., Urbina, L., Rodriguez, C., Gómez, I., Ayabaca, P., Djibrina, S., the Nicaraguan maternal and neonatal health quality improvement group. (2007). Are skilled birth attendants really skilled? a measurement method, some disturbing results and a potential way forward. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(10), 783-790.
- Hekkert, K.D., Cihangir, S., Kleefstra, S.M., van den Berg, B. (2009). Patient satisfaction revisited: A multilevel approach. *Social Science & Medicine*, 69, 68-75.
- Honda, A., Vio, F. (2015). Incentive for non-physician health professionals to work in the rural and

- remote areas of Mozambique—a discrete choice experiment for eliciting job preferences. *Human Resources for Health*, 13, 23. doi:10.1186/s12960-015-0015-5
- Hondnett, E.D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 186(5), S160-172.
- Hosmer, D.W., Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: A Wiley-Interscience Publication.
- Hotchkiss, D.R., Banteyerga, H., Tharaney, M. (2015). Job satisfaction and motivation among public sector health workers: evidence from Ethiopia. *Human Resources for Health*, 13, 83. doi:10.1186/s12960-0083-6
- Hulton, L.A., Matthews, Z., Stones, R.W. (2007). Applying a framework for assessing the quality of maternal health services in urban India. *Social Science & Medicine*, 64, 2083-2095.
- Institute of medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for 21<sup>st</sup> Century* (Vol. 6). Washington, DC: National Academy Press.
- Janssen, P.A., Dennis, CL, Reime, B. (2006). Development and psychometric testing the care in obstetrics: measure for testing satisfaction (COMFORTS) scale. *Research in Nursing & Health*, 29, 51-60.
- Kasenga, F., Hurtig, A.K. (2014). Staff motivation and welfare in Adventist health facilities in Malawi: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 14, 486.
- Kasteng, F., Settumba, S., Källander, K., Vassall, A., the inSCALE Study Group. (2016). *Health Policy and Planning*, 31(2), 205-216. doi:10.1093/heapol/czv042
- Kobinsky, M., Matthews, Z., Hussein, J., Mavalankar, D., Mridha, M.K., Anwar, I., Achadi, E., Adjei, S., Padmanabhan, P., van Lerberghe, W. (2006). Going to scale with professional skilled care—On behalf of The Lancet maternal survival series steering group. *Lancet*, 368, 1377-1386. doi:10.1016/S0140-6736(06)69382-3
- Kok, M.C., Muula, A.S. (2013). Motivation and job satisfaction of health surveillance assistants in Mwanza, Malawi: an explorative study. *Malawi Medical Journal*, 25(1), 5-11.
- Kok, M., Dieleman, M., Taegtmeier, M., Broerse, J., Kane, S., Ormel, H., Tijn, M.M., Koning, K.A.M. (2015). Which intervention design factors influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? A systematic review. *Health Policy Planning*, 30, 1207-1227. Doi:10.1093/heapol/czu126
- Kruk, M. E., Porignon, D., Rockers, P.C., Lerberghe, W.V. (2010). The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. *Social Science & Medicine*, 70, 904-911. doi:10.1016/j.socscimed.2009.11.025
- Kruk, M.E., Hermosilla, S., Larson, E., Mbaruku, G.M. (2014). Bypassing primary care clinics for childbirth: a cross-sectional study in the Pwani region, United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ*, 92, 246-253. doi:http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.126417
- Kruk, M.E., Leslie, H.H., Verguet, S., Mbaruku, G.M., Adanu, R.M., Langer, A. (2016). Quality of basic maternal care functions in health facilities of five African countries: an analysis of national health system surveys. *Lancet Glob Health*, 4, e845-855.

doi:[http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x\(16\)30180-2](http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x(16)30180-2)

Kujawski, S., Mbaruku, G., Freedman, L.P., Ramsey, K., Moyo, W., Kruk, M.E. (2015). Association between disrespect and abuse during childbirth and women's confidence in health facilities in Tanzania. *Matern Child Health J*, 19, 2243-2250. doi:10.1007/s10995-015-1743-9

Kusma, A., Tura, G., Nigusse, A., Kebede, G. (2016). Satisfaction with emergency obstetric and newborn care services among clients using public health facilities in Jimma zone, Oromia regional state, Ethiopia; a cross sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 85. doi:10.1186/s12884-016-0877-0

Lawn, J.E., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V.K., Chopra, M. (2008). Alma-Ata: Rebirth and Revision 1, Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet*, 372, 917-927.

Leonard, K.L., Masatu, M.C. (2010). Professionalism and the know-do gap: exploring intrinsic motivation among health workers in Tanzania. *Health Economics*, 19, 1461-1477. doi:10.1002/hec.1564

Leslie, H.H., Gage, A., Nsona, H., Hirschhorn, L.R., Kruk, M.E. (2016). Training and supervision did not meaningfully improve quality of care for pregnant women or sick children in Sub-Saharan Africa. *Health Affairs*, 35(9), 1716-1724. doi:10.1377/hlthaff.2016.0261

MacKeith, N., Chinganya, O.J.M., Ahmed, Y., Murray, S.F. (2003). Zambian women's experiences of urban maternity care: results from a community survey in Lusaka. *African Journal of Reproductive Health*, 7(1), 92-102.

Maes, K. (2015). Community health workers and social change: An introduction. *Annals of Anthropological Practice*, 39(1), 1-15. doi:10.1111/napa.12060

Maluka, S.O., Bukagile, G. (2016). Community participation in the decentralized district health systems in Tanzania: why do some health committees perform better than others? *The International Journal of Health Planning and Management*, 31, E86-E104. doi:10.1002/hpm.2299

Mathauer, I., Imhoff, I. (2006). Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools. *Human Resources for Health*, 4, 24. doi:10.1186/1478-4491-4-24

McCoy, D.C., Hall J.A. and Ridge, M., (2012). A systematic review of the literature for evidence on health facility committees in low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning*, 27, 449-466. Doi:10.1093/heapol/czr077

McPake, B., Hanson, K., Mills, A. (1993). Community financing of health care in Africa: An evaluation of the Bamako Initiative. *Social Science & Medicine*, 36(11), 1383-1395.

Service National de l'Information Sanitaire, Ministère de la Santé et de la Prévention, République du Sénégal. (2008). Carte Sanitaire du Sénégal.

Ministère de la Santé et de la Prévention, République du Sénégal. Draft : Rapport de présentation, Project de décret portant création, organisation et fonctionnement des comités de développement sanitaire.

Mwaniki, P.K., Kabiru, E.W., Mbugua, G.G. (2002). Utilisation of antenatal and maternity services by mothers seeking child welfare services in Mbeere district, eastern province, Kenya. *East African*

*Medical Journal*, 79(4), 184-187.

Naimoli, J.F., Perry, H.B., Townsend, J.W., Frymus, D.E., McCaffery, J.A. (2015). Strategic partnering to improve community health worker programming and performance: features of a community-health system integrated approach. *Human Resources for Health*, 13, 46. doi:10.1186/s12960-015-0041-3

Ndiaye, S., Sarr, I., Ayad, M. (1988). *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 1986*. Dakar, Sénégal : Ministère de l'Economie et des Finances Direction de la Statistique Division des Enquêtes et de la Démographie/Sénégal et Institute for Resource Development/Westinghouse. Retrieved from: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR34/FR34.pdf>.

Ndiaye, S., Diouf, P.D., Ayad, M. (1994). *Sénégal Enquête Démographique et de Santé (EDS-II) 1992/93*. Dakar, Sénégal : Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan/Sénégal and Macro International. Retrieved from <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR55/FR55.pdf>.

Ndiaye, S., Ayad, M., Gaye, A. (1997). *Sénégal Enquête Démographique et de Santé (EDS-III) 1997*. Dakar, Sénégal : Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan/Sénégal and Macro International. Retrieved from <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR89/FR89.pdf>.

Ndiaye, S., Ayad, M. (2006). *Sénégal Enquête Démographique et de Santé 2005*. Calverton, Maryland, USA: Centre de Recherche pour le Développement Humain/Sénégal and ORC Macro. Retrieved from <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR177/FR177.pdf>.

Nikiema, L., Kameli, Y., Capon, G., Sondo, B., Martin-Prével, Y. (2010). Quality of antenatal care and obstetrical coverage in rural Burkina Faso. *J Health Popul Nutr*, 28(1), 67-75.

Okuga, M., Kemigisa, M., Namutamba, S., Namazzi, G., Waiswa, P. (2015). Newborn Health in Uganda: Engaging community health workers in maternal and newborn care in eastern Uganda. *Global Health Action*, 8, 23968. doi:<http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.23968>

Ojakaa, D., Olando, S., Jarvis, J. (2014). Factors affecting motivation and retention of primary health care workers in three disparate regions in Kenya. *Human Resources for Health*, 12, 33.

Projet de renforcement des soins de santé maternelle et néonatale dans les régions de Tambacounda et Kédougou. (2011). Enquête quantitative pour l'évaluation finale : draft résultats préliminaires. Ministère de la Santé et de la Prévention et Agence Japonaise pour la Coopération Internationale.

Prytherch., H., Kagoné, M., Aninanya, G.A., Williams, J.E., Kakoko, D.CV., Leshabari, M.T., Yé, M., Marx, M., Sauerborn, R. (2013). Motivation and incentives of rural maternal and neonatal health care providers: a comparison of qualitative findings from Burkina Faso, Ghana and Tanzania. *BMC Health Service Research*, 13, 149. doi:10.1186/1472-6963—6-102

Quintana, J.M., Gomzález, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., San-Sebastián, J.A., de-la-Sierra, E., Thompson, A. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Services Research*, 6,102.

Ratcliffe, H.L., Sando, D., Lyatuu, G.W., Emil, F., Mwanyika-Sando, M., Chalamilla, G., Langer, A., McDonald, K.P. (2016). Mitigating disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: an exploratory study of effects of two facility-based interventions in a large public hospital. *Reproductive Health*, 13, 79. doi:10.1186/s12978-016-0187-z

Raven, J., Akweongo, P., Baba, A., Baine, S.O., Sall, M.G., Buzuzi, S., Martineau, T. (2015). Using a human resource management approach to support community health workers: experiences from five

- African countries. *Human Resources for Health*, 13, 45. doi:10.1186/s12960-015-0034-2
- République du Sénégal. (1992). Décret N°92-118 du janvier 1992/MSPAS fixant les obligations particulières auxquelles sont soumis les Comité de Santé et portant statuts types desdits les Comité.
- Ronsman, C., Graham, W., on behalf of The Lancet Maternal Survival Series Steering group. (2006). Maternal Survival 1: Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet*, 368, 1189-1200. doi:10.1016/S0140-6736(06)69380-X
- Rowe, A.K., de Savigny, D., Lanata, C.L., Victora, C.G. (2005). How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource setting? *Lancet*, 366, 1026-1035. doi:10.1016/s0140-6736(05)67028-6
- Rudam, A., El-Khoury, B., Waldenström, U. (2006). Women's satisfaction with intrapartum care – a pattern approach. *Journal of Advanced Nursing*, 59(5), 474-487. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04323.x
- Sacks, E., Alva, S., Magalona, S., Vesel, L., (2015). Examining domains of community health nurse satisfaction and motivation: results from a mixed-methods baseline evaluation in rural Ghana. *Human Resources for Health*, 13, 81. doi:10.1186/s2960-015-0082-7
- Seidman, G., Atun, R. (2017). Does task shifting yield cost savings and improve efficiency for health systems? A systematic review of evidence from low-income and middle-income countries. *Human Resources for Health*, 15, 29. doi:10.1186/s12960-017-022-9
- Senarath, U., Fernando, D.N., Rodrigo, I. (2006). Factors determining client satisfaction with hospital-based perinatal care in Sri Lanka. *Tropical Medicine and International Health*, 11(9), 1442-1451. doi:10.1111/j.1365-3156.2006.01698.x
- Shirley, E.D. and Sanders, J.O. (2016). Measuring quality of care with patient satisfaction scores. *J Bone Joint Surg Am*, 98: e83(1-5).
- Singh, S., Darwish, T.K. and Potocnik, K. (2016). Measuring organizational performance: a case for subjective measures. *British Journal of management*, 27, 214-224. doi:10.1111/1467-8551.12126
- Singh, D., Negin, J., Otim, M., Orach, C.G., Cumming, R. (2015). The effect of payment and incentives on motivation and focus of community health workers: five case studies from low-middle-income countries. *Human Resources for Health*, 13, 58.
- Sitzia, J., Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, 45(12), 1829-1843.
- Smith, L.F.P. (2001). Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *Quality in Health Care*, 110, 17-22.
- Sow, B., Ndiaye, S., Gaye, A., Sylla, A.H. (2000). *Sénégal Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé (ESIS) 1999*. Dakar, Sénégal: Ministère de la Santé/Sénégal, Macro International, and Groupe SERDHA - Services d'Études et de Recherche pour le Développement Humain en Afrique/Sénégal. Retrieved from <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR113/FR113.pdf>.
- Spencer, F.A., Allegrone, J., Goldberg, R.J., Gore, J.M., Fox, K.A.A., Granger, C.B., Mehta, R.H., et al. (2004). Association of stain therapy with outcomes of acute coronary syndromes: The Grace study. *Ann Intern Med*, 140, 857-867.

- Srivastava, A., Avan, B., Rajbangshi, P., Bhattacharyya, S. (2015). Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 97. doi:10.1186/s12884-015-0525-0
- Stadlmayr, W., Schneide, H., Amsler, F., Bürgin, D., Bitzer, J. (2004). How do obstetric variables influence the dimensions of the birth experience as assessed by Salmon's item list (SIL-Ger)? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 115, 43-50. doi:10.1016/j.ejogrh.2003.12.015
- Task Force on Global Action for Health System Strengthening. (2009). G8 Hokkaido Tokyo Summit Follow-Up: Global action for health system strengthening: Policy recommendations to the G8. Tokyo: Japan Center for International Exchange.
- Tayeign, A., Zegeye, D.T., Kebede, Y. (2011). Mothers' satisfaction with referral hospital delivery service in Amhara region, Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11, 78.
- Tesfaye, R., Worku, A., Godana, W., Lindtjorn, B. (2016). Client satisfaction with delivery care service and associated factors in the public health facilities of Gomo Gofa zone, southwest Ethiopia: in a resource limited setting. *Obstetrics and Gynecology International*. doi:http://dx.doi.org/10.1155/2016/5798068
- Tulenko, K., Møgedal, S., Afzal, M.M., Frymus, D., Oshin, A., Pate, M., Quain, E., Pinel, A., Wynd, S., Zodpey, S. (2013). Community health workers for universal health-care coverage: from fragmentation to synergy. *Bull World Health Organ*, 91, 847-852. doi:http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.118745
- Tunçap, Ö., Were, W.M., Maclennan, C., Oladapo, O.T., Gülmezoglu, A.M., Bahl, R., Daelmans, B., Mathai, M., Say, L., Kristensen, L., Temmerman, M., Bustreo, F. (2015). Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. *BJOG*, 122, 1045-1049. doi:10.1111/1471-0528.13451
- UNICEF. (2016). 世界子供白書 2016. Retrieved from [https://www.unicef.or.jp/sowc/pdf/UNICEF\\_SOWC\\_2016.pdf](https://www.unicef.or.jp/sowc/pdf/UNICEF_SOWC_2016.pdf) [accessed on November 13, 2016]
- United Nations. (2010). The Millennium Development Goals Report 2010. New York: United Nations.
- United Nations. (2015a). *The Millennium Development Goals Report 2015*. New York: United Nations. Retrieved from [http://www.un.org/millenniumgoals/2015\\_MDG\\_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%2015\).pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%2015).pdf) [accessed on November 13, 2016]
- United Nations. (2015b). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development: Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. Retrieved from [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E) [accessed on February 17, 2017]
- United Nations Development Programme (UNDP). (2015). Human Development Report 2015: work for human development. New York: United Nation Development Programme. Retrieved from: [http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015\\_human\\_development\\_report.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report.pdf)
- Vareilles, G., Pommier, J., Kane, S., Pictet, G., Marchal, B. (2015). Understanding the motivation and performance of community health volunteers involved in the delivery of health programmes in Kampala, Uganda: a realist evaluation protocol. *BMJ Open*, 5, e006752. doi:10.1136/bmjopen-2014-006752

Waweru, E., Opwora, A., Toda, M., Fegan, G., Edwards, T., Goodman, C. Molyneux, S. (2013). Are health facility management committees in Kenya ready to implement financial management tasks: findings from a nationally representative survey. *BMC Health Services Research*, 13, 404.

World Health Organization (WHO). (1978). Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR. 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/1/9241800011.pdf>

WHO. (1981). The managerial process for national health development. Guiding principles for use in support of strategies for health for all by the year 2000, translated by 大谷藤郎. Medical Friend.

WHO. (1987a). Report of the Regional Committee: Regional Committee for Africa: Thirty-Seven Session. Bamako, Mali, 9-16 September 1987. Brazzaville: World Health Organization. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/1937/1/AFR-RC49-13%20EN.pdf> [Accessed 7 December 2016].

WHO. (1987b). Declaration on strengthening district health systems based on primary health care: Interregional meeting on strengthening district health systems, Harare, Zimbabwe, 7 August 1987. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/61958/1/WHO\\_SHS\\_DHS.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/61958/1/WHO_SHS_DHS.pdf) [Accessed 7 December 2016].

WHO. (1996). Care in normal birth: a practical guide. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf)

WHO. (1999). Review of the implementation of the Bamako Initiative: Report of the Regional Director: Regional Committee for Africa, Regional Office for Africa, World Health Organization, AFR/RC49/13. Retrieved from <http://www.afro.who.int/en/previous-sessions.html> [Accessed 7 December 2016].

WHO. (2000). The World Health Report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2004). Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: A joint statement by WHO, ICM, FIGO. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2005a). Health and the Millennium Development Goals. Geneva, World Health Organization.

WHO. (2005b). The World Health Report 2005: make every mother and child count. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2006). The World Health Report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization. Retrieved from [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2016/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/)

WHO. (2007). Every body's business: strengthening health system to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2008). The World Health Report 2008: primary health care now more than ever. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2010a). The World Health Report 2006: health systems financing: the path to universal coverage, Geneva: World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/whr/2010/en/>

WHO. (2010b). The Ouagadougou declaration on primary health care and health systems in Africa:

achieving better health for Africa in the new millennium. *The African Monitor*, 12, 10-21. Brazzaville: World Health Organization, Regional Office for Africa. Retrieved from <http://www.who.int/management/OuagadougouDeclarationEN.pdf> [accessed 7 December 2016]

WHO. (2016). World Health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization. Retrieved from [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2016/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/) [accessed on November 13, 2016]

Witter, S., Dieng, T., Mbengue, D., Moreira, I., De Brouwere, V. (2010). The national free delivery and caesarean policy in Senegal: evaluating process and outcomes. *Health Policy and Planning*, 25, 384-392. doi:10.1093/heapol/czq013

Willis-Shattuck, M., Bidwell, P., Thomas, S., Wyness, L., Blaauw, D., Ditlopo, P. (2008). Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. *BMC Health Service Research*, 8, 247. doi:10.1186/1472-6963-8-247

Zgierska, A., Rabago, D. and Miller, M.M. (2014). Impact of patient satisfaction ratings on physicians and clinical care. *Patient Prefer Adherence*, 8:437-446.

Zulu, J.M., Kinsman, J., Michelo, C., Hurtig, A.K. (2014). Hope and despair: community health assistants' experiences of working in a rural district in Zambia. *Human Resources for Health*, 12, 30.

## 付録

1. JICA タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクトポスト調査質問紙（仏語/邦訳付）
2. 医学医療系長 原晃. 医の倫理委員会審査結果通知書（通知番号第 675-3 号）. 平成 29 年 3 月 22 日.
3. 研究 2 の質問紙（仏語/邦訳付）: Questionnaire pour ICPs et les membres du Comité de Santé
4. Le Dorecteur, Direction de la Santé, Ministere de la Santé et de la Prévention et de l' Hygiene publique, République du Sénégal. Autrisation de recherche. N° 1703 MSPHP/DS/DER. Dakar, le 24 Jul. 2009. (セネガル保健省倫理委員会からの研究許可書)
5. 医学医療系長 原晃. 医の倫理委員会審査結果通知書（通知番号第 674-3 号）. 平成 29 年 3 月 22 日.

**Ministère de la Santé et de la  
Prévention**

**Division de la Santé de la  
Reproduction**

**Région Médicale de  
Tambacounda**



**Agence Japonaise de  
Coopération Internationale**



**Université Cheikh Anta Diop**

**Faculté de Médecine**

**Clinique Gynécologique et  
Obstétricale**



**PROJET DE  
RENFORCEMENT DES SOINS DE SANTE MATERNELLE ET NEONATALE  
DANS LES REGIONS DE TAMBACOUNDA ET KEDOUGOU  
\*\*\*\*\***

**ENQUETE D'EVALUATION FINALE**

**(Août 2011)**

**\*\*\*\*\***

**Questionnaire destiné aux femmes**



**Centre Regional  
de Formation et de Recherche en Sante de la Reproduction**

**Formule de consentement éclairé 同意書**

Bonjour. Je m'appelle ..... Nous conduisons une étude dans le cadre d'un projet visant l'amélioration de la santé des femmes et des nouveau-nés, par une meilleure qualité des services que vous offrent les structures sanitaires. Cette activité est menée sous l'égide du Ministère de la Santé.

Si vous acceptez de participer à l'étude, je vous poserai des questions relatives à votre dernier accouchement. Si, pour une quelconque raison, vous n'êtes pas éligible pour cette étude, ou si vous décidez de ne pas participer, aucune conséquence n'en découlera.

Toute information que vous fournirez durant l'étude sera confidentielle et rangée dans un endroit sécurisé. On ne pourra pas vous identifier dans les résultats et la présentation des données. Votre nom n'apparaîtra sur aucun document. Seules les personnes faisant l'étude vont avoir accès à l'information que vous donnez.

L'étude va permettre d'évaluer les soins d'accouchement mis en place par le projet de renforcement des soins de santé maternelle et néonatale (PRESSMN).

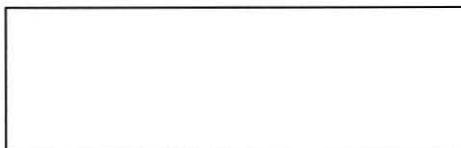
Avez-vous des questions à propos de cette étude ?

**Si vous souhaitez recevoir plus d'information concernant l'étude et ce qui précède, vous pouvez joindre, Dr Adrien Sonko, aux numéros de téléphone suivants : 33 981 11 64 / 981 01 10**

Voulez-vous y participer ?    1 Oui    2 Non

Si vous répondez **oui**, vous devriez valider votre consentement par une signature ou une marque, telle que votre empreinte digitale.

Signature de la femme validant son acceptation :



*Si l'intéressée répond non, remerciez-la puis mettez fin à l'entretien, tout en lui rappelant que cela n'entraînera aucune conséquence à son encontre.*

Numéro de fiche : |\_|\_|\_|\_| (à remplir par l'équipe de recherche)

Lieu d'accouchement : |\_|\_1\_| P.S. Kothiarly |\_|\_2\_| C.S. Tambacounda

Numéro de dossier : |\_|\_|\_|\_|\_|

Registre d'accouchement : |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_| (numéro / mois / année dans la structure)

Adresse de la femme : .....

Prénom et nom de l'enquêteur : .....

Date : |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|

Heure de début de l'interview : |\_|\_|\_|\_| h |\_|\_|\_|\_| mn

N°	QUESTIONS	REPONSES	ALLER A...
<b>Informations générales</b>			
1.	Quel âge avez-vous ? あなたは何歳ですか	_ _ _	
2.	Quelle est votre ethnie ? あなたの民族は何ですか	Poular ..... 1 Bambara ..... 2 Wolof ..... 3 Manding ..... 4 Soninké ..... 5 Diola ..... 6 Sérère ..... 7 Maure ..... 8 Mancagne ..... 9 Autres (préciser) ..... 10	
3.	Quelle est votre situation matrimoniale ? あなたの婚姻形態は何ですか	Célibataire ..... 1 Mariée ..... 2 Divorcée ..... 3 Veuve ..... 4	Question 5 Question 5 Question 5
4.	Quel est votre régime matrimonial ? あなたはどの婚姻制度ですか	Monogame ..... 1 Polygame ..... 2	
5.	Quel est votre niveau d'instruction ? あなたの学歴はなんですか	Aucun ..... 1 Primaire ..... 2 Secondaire ..... 3 Supérieur ..... 4 Alphabétisé (Préciser la langue) ..... ..... 5 Arabe/Coran ..... 6	
<b>ANTECEDENTS OBSTETRICAUX ET MEDICAUX</b>			
6.	Combien de grossesses avez-vous déjà eu ? あなたは何回妊娠しましたか	_ _ _	
7.	Combien d'accouchements avez-vous fait ? あなたは何回出産しましたか	_ _ _	
8.	Avez-vous eu une maladie qui a nécessité une hospitalisation ? あなたは入院が必要な病気をしたことがありますか	Oui ..... 1 Non ..... 2	Question 10
9.	Etes-vous guérie de cette maladie ? その病気は治りましたか	Oui ..... 1 Non ..... 2	
<b>SUIVI DE LA DERNIERE GROSSESSE</b>			

N°	QUESTIONS	REPOSES	ALLER A...
10.	Combien de CPN avez-vous effectué durant votre dernière grossesse ? 今回は何回妊婦健診に行きましたか	_ _    <i>Si elle n'a pas fait de CPN, aller à</i>	Question 12
11.	Où avez-vous effectué ces CPN ? どこで妊婦健診を受けましたか <b>Possibilité de réponses multiples</b> 複数回答可	Hôpital..... 1 Centre de santé..... 2 Poste de santé..... 3 Centre de santé de Tamba.....4 Poste de santé de Kothiary.....5 Poste de garnison..... 6 Centre de référence ..... 7 Clinique/cabinet privé..... 8 Autres ( <i>préciser</i> )..... 9	
12.	Avez-vous eu une maladie qui a eu un retentissement sur la grossesse ? 妊娠中に病気になりましたか	Oui..... 1 Non..... 2	Question 14
13.	Si oui, laquelle ? それはどのような病気ですか	..... .....	
14.	Est-ce qu'un prestataire vous a expliqué l'accouchement à style libre ? 医療従事者はフリースタイル分娩の説明をしましたか	Oui..... 1 Non..... 2	
<b>GESTION DU DERNIER ACCOUCHEMENT</b>			
15.	Avec quel moyen de transport vous êtes-vous rendue à la structure d'accouchement ? 出産した施設へはどの交通手段できましたか	Voiture particulière..... 1 Transport en commun..... 2 Ambulance ..... 3 Charrette ..... 4 Motocyclette..... 5 A pied ..... 6 Taxi ..... 7 Autres ( <i>préciser</i> )..... 8	
16.	Avez-vous payé un ticket pour votre accouchement ? 出産料金を支払いましたか	Oui..... 1 Non..... 2	
17.	Si oui, combien ? それはいくらですか	_ _ _ _ _  FCFA (si non, inscrire 0 dans la case)	
18.	Avez-vous acheté des médicaments pour votre accouchement ? 出産のために薬を購入しましたか	Oui..... 1 Non..... 2	
19.	Si oui, combien ? それはいくらですか	_ _ _ _ _  FCFA (si non, inscrire 0 dans la case)	
20.	Avez-vous payé d'autres frais pour votre accouchement ? その他の料金も支払いましたか	Oui..... 1 Non..... 2	Question 23
21.	Si oui, préciser. それはどのような料金ですか	..... .....	
22.	Si oui, combien ? いくら支払いましたか	_ _ _ _ _  FCFA (si non, inscrire 0 dans la case)	

N°	QUESTIONS	REPONSES	ALLER A...
23.	Combien avez-vous payé au total lors de votre accouchement ? 出産のために総額いくら支払いましたか	_ _ _ _ _ _ _  FCFA (Vérifier la concordance des chiffres)	
24.	Par rapport aux frais engagés, comment trouvez-vous le coût global de votre accouchement ? 出産総額はどうでしたか	Insignifiant ..... 1 Abordable ..... 2 Cher ..... 3 Trop cher ..... 4	
25.	Avez-vous le sentiment d'avoir joui de votre droit à l'intimité pendant l'accouchement dans la structure sanitaire ? 施設での出産ではプライバシーは守られたと感じましたか	Oui, entièrement..... 1 Oui, partiellement..... 2 Non..... 3	
26.	Pourquoi ? 何故そう思いましたか	..... ..... .....	
27.	Pendant le travail et l'accouchement, avez-vous senti un moment de solitude dans la structure sanitaire ? 施設では陣痛と出産を通じて孤独感を感じる時間がありましたか	Oui..... 1 Non..... 2	
28.	Pourquoi ? 何故そう思いましたか	..... ..... .....	
29.	Pendant le travail et l'accouchement, avez-vous eu un soutien empathique (sollicitude, complicité) dans la structure sanitaire ? 施設では陣痛と出産を通じて共感的支援を得られましたか	Oui..... 1 Non..... 2	
30.	Pourquoi ? 何故そう思いましたか	..... ..... .....	
31.	Avez-vous reçu clairement les informations et explications que vous souhaitiez avoir pendant l'accouchement dans la structure sanitaire ? 施設での出産中あなたが望む情報や説明を受けることができましたか	Oui..... 1 Oui, partiellement ..... 2 Non..... 3	Question 33
32.	Préciser les informations et explications insuffisantes 不十分だった情報や説明は何ですか	..... ..... .....	
33.	Est-ce que vous avez reçu des soins non médicamenteux qui ont allégé vos douleurs ? 疼痛を緩和するための非医薬的ケアを受けましたか	Oui..... 1 Non..... 2	Question 35

N°	QUESTIONS	REPOSES	ALLER A...
34.	Préciser les soins non médicamenteux reçus si la femme répond oui. (Sonder : massage, trempage des pieds, changement de position, etc.) それはどのようなケアでしたか (マッサージ、足浴、体位変換等)	..... ..... .....	
35.	Est-ce que le prestataire vous a demandé de pousser quand vous n'avez pas voulu le faire ? 介助者はあなたが望まない時に力むように頼みましたか	Oui..... 1 Non..... 2	
36.	Est-ce que plus que 3 prestataires vous ont fait le toucher vaginal ? 3人以上の介助者から内診を受けましたか	Oui..... 1 Non..... 2	
37.	Est-ce que le prestataire qui a effectué l'accouchement vous a expliqué et proposé l'accouchement à style libre ? 分娩介助者はあなたにフリースタイル分娩について説明し、それを勧めましたか	Oui..... 1 Non..... 2	
38.	Quelle(s) position(s) avez-vous adoptée(s) au cours du travail ? 陣痛時はどのような体位をしていましたか	..... ..... .....	
39.	Cette (ou ces) position(s) vous a (ont)-elle(s) été imposée(s) par les prestataires ? その体位は介助者に指示されたのですか	Position 1 ..... Oui..... 1 Non..... 2  Position 2 ..... Oui..... 1 Non..... 2  Position 3 ..... Oui..... 1 Non..... 2	
40.	Comment avez-vous apprécié cette(es) position(s) au cours du travail ? 陣痛時の体位はどうでしたか	Position 1..... Comfortable ..... 1 Inconfortable ..... 2  Position 2 ..... Comfortable ..... 1 Inconfortable ..... 2  Position 3 ..... Comfortable ..... 1 Inconfortable ..... 2	
41.	Est-ce que vous avez été obligée de vous coucher pendant le travail ? 陣痛中あなたは仰臥位を強要されましたか	Oui..... 1 Non..... 2	

N°	QUESTIONS	REPOSES	ALLER A...
42.	Est-ce que vous avez eu envie de boire pendant le travail ? 陣痛中あなたは口渇がありましたか	Oui ..... 1 Non ..... 2	
43.	Vous-a-t-on autorisé à boire pendant le travail ? 陣痛中飲水は許可されましたか	Oui spontanément ..... 1 Oui sur ma demande ..... 2 Non ..... 3	
44.	Est-ce que le prestataire vous a expliqué les avantages de l'alimentation pendant le travail ? 陣痛中助産師はあなたに食事摂取の利点を説明しましたか	Oui ..... 1 Non ..... 2	
45.	Vous-a-t-on autorisé à manger pendant le travail ? 陣痛中あなたは食事摂取を許可されましたか	Oui spontanément ..... 1 Oui sur ma demande ..... 2 Non ..... 3	
46.	Est-ce que le prestataire écoutait les BDC de l'enfant régulièrement au cours du travail ? 陣痛中助産師は定期的に児心音を聴診していましたか	Oui ..... 1 Non ..... 2	Question 48
47.	Est-ce que le prestataire vous a communiqué le résultat des BDC de votre enfant ? 助産師は児心音聴診の結果をあなたに伝えてくれましたか	Oui ..... 1 Non ..... 2	
48.	Est-ce qu'on a placé un récipient sous vos fesses pendant l'accouchement ? 出産中臀部に便器を差し込みましたか	Oui ..... 1 Non ..... 2	Question 50
49.	Si oui, avez-vous ressenti une gêne ? それはあなたにとって不快でしたか	Oui ..... 1 Non ..... 2	
50.	Quelle position avez-vous adoptée au cours de l'accouchement ? 出産時はどの体位でしたか	Accroupie ..... 1 A genoux ..... 2 Position gynécologique ..... 3 Debout ..... 4 Décubitus latéral ..... 5 Autres (A préciser) ..... 6	
51.	Cette position vous a-t-elle été imposée par les prestataires ? その体位は助産師から指示されたのですか	Oui ..... 1 Non ..... 2	
52.	Est-ce que le prestataire vous a imposé la position couchée pendant votre accouchement ? 助産師は出産中あなたに仰臥位を指示しましたか	Oui ..... 1 Non ..... 2	
53.	Comment avez-vous apprécié cette position au cours de votre accouchement ? 出産時の体位はどうでしたか	Confortable ..... 1 Inconfortable ..... 2	
54.	Avez-vous souhaité qu'une (ou des) personne(s) en particulier vous assiste(nt) lors de votre accouchement ? 出産時誰かの付添を望みましたか	Oui ..... 1 Non ..... 2	Question 56

N°	QUESTIONS	REPONSES	ALLER A...
55.	<p>La (Les) personne(s) par qui vous souhaitiez être assistée pendant l'accouchement, était (aient)- elle(s) à vos côtés en ce moment-là ?</p> <p>付添を望んだ人はその時付き添ってくれましたか</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	
56.	<p>Est-ce que le(s) prestataire (s) qui vous a (ont) aidée à accoucher vous a (ont) félicitée pour votre accouchement ?</p> <p>あなたの出産の介助者はお祝いの言葉をかけてくれましたか</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	
57.	<p><b>(vérifier que la femme a accouché en style libre avant de poser la question)</b></p> <p>Selon vous, quels sont les avantages de l'accouchement à style libre ?</p> <p>(フリースタイル分娩をした女性のみ) フリースタイル分娩の利点は何だと思えますか</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Question 60</p> <p>si pas d'accouchement à style libre</p>
58.	<p>Selon vous, quels sont les inconvénients de l'accouchement à style libre ?</p> <p>フリースタイル分娩の欠点は何だと思えますか</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
59.	<p>Que proposez-vous pour faciliter la pratique de l'accouchement à style libre ?</p> <p>フリースタイル分娩を推進するための提案はありますか</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
60.	<p>Avez- vous senti une discrimination de la part des prestataires ?</p> <p>介助者から差別を受けたと感じましたか</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	
61.	<p>Pourquoi ?</p> <p>何故そう思いましたか</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
62.	<p>Est-ce que le prestataire a établi le contact peau à peau entre vous-même et votre bébé ?</p> <p>介助者は母子接触を行いましたか</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	<p>Question 66</p>
63.	<p>A quel moment ?</p> <p>(Possibilité de réponses multiples)</p> <p>それはどのタイミングですか</p>	<p>Immédiatement après l'expulsion ..... 1</p> <p>Après nettoyage et séchage du bébé..... 2</p> <p>Ne sait pas..... 3</p>	
64.	<p>Si oui, comment avez-vous apprécié le contact peau à peau avec votre bébé ?</p> <p>母子接触をどのように感じましたか</p>	<p>Positive.....1</p> <p>Négative.....2</p>	
65.	<p>Pourquoi ?</p> <p>何故そう思いましたか</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
66.	<p>Est-ce que le prestataire vous a demandé de mettre votre bébé au sein dans l'heure qui a suivi l'accouchement ?</p> <p>介助者は出産1時間以内に授乳をするように頼みましたか</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	<p>Question 69</p>

N°	QUESTIONS	REPONSES	ALLER A...
67.	Si oui, comment avez-vous apprécié la mise au sein précoce de votre bébé ? 早期授乳についてどのように感じましたか	Positive.....1 Négative.....2	
68.	Pourquoi ? 何故そう思いましたか	..... ..... .....	
69.	Après l'accouchement est-ce que le(s) prestataire(s) vous a (ont) expliqué comment faire l'allaitement maternel ? 出産後介助者はあなたに授乳の方法を説明しましたか	Oui ..... 1 Non ..... 2	
70.	Après l'accouchement, est-ce que le(s) prestataire(s) vous a (ont) donné des informations sur la consultation du postpartum ? 出産後介助者は産後検診についての情報を提供しましたか	Oui ..... 1 Non ..... 2	
71.	Les prestataires vous ont-ils parlé des signes de danger du post-partum, pour vous et votre bébé ? 介助者は母子にとっての危険な産後の兆候について説明しましたか	Oui ..... 1 Non ..... 2	
72.	Après l'accouchement, est-ce que le(s) prestataire(s) vous a (ont) expliqué la conduite à tenir en cas de situation d'urgence pour vous et/ou votre bébé (saignements, convulsions, fièvre) ? 出産後介助者は母子にとって緊急な状況（出血、痙攣、発熱）の場合の対応について説明しましたか	Oui ..... 1 Non ..... 2	
73.	Etes- vous satisfaites des soins que vous avez reçus lors de votre dernier accouchement ? 出産時に受けたケアについてあなたは満足ですか	Très satisfaite ..... 1 Satisfaite..... 2 Moyennement satisfaite ..... 3 Faiblement satisfaite ..... 4 Pas du tout satisfaite..... 5	
74.	Etes-vous prête à revenir pour un autre accouchement ? 次回出産する場合、あなたはまたこの施設を利用しますか	Oui ..... 1 Non ..... 2	

Heure de fin de l'interview : |\_\_|\_\_| h |\_\_|\_\_| mn

**Je vous remercie de votre disponibilité**

様式3(第12条関係)

医の倫理委員会審査結果通知書

通知番号 第 675-3 号  
平成 29 年 3 月 22 日

申請者(研究責任者)

近藤 正英 殿

医学医療系長  
原



平成29年3月13日付けで審査申請(変更)のありました研究の実施について、  
審査の結果、下記のとおり判定しましたので通知します。

記

- 1 研究題目 「セネガル共和国の僻地における施設分娩ケアに関する二次データ  
分析」
- 2 判定
  - 承認
  - 条件付承認
  - 変更の勧告
  - 不承認
  - 中止
  - 非該当
- 3 理由(判定が承認以外の場合)、留意点、改善点等
- 4 その他

※前回承認：平成28年3月3日、承認No. 675-2

## V. QUESTIONNAIRE POUR ICPs ET LES MEMBRES DU COMITE DE SANTE

保健ポスト長と保健委員会事務局メンバーへの質問票

L'objectif de cette enquête est de saisir la situation actuelle en ce qui concerne les Comités de Santé qui ont un rôle important dans la santé communautaire. Veuillez répondre la situation actuelle de votre Comité de Santé et de la Poste de Santé (PS) où vous travaillez. Dans le questionnaire, je vous demande le nom de la Poste de Santé et le numéro de téléphone pour que s'il y a un cas je voudrais avoir des informations additionnelles après. Finalement toutes informations que vous communiquerez seront considérées comme entièrement confidentielles.

この調査の目的は地域保健で重要な役割を担う保健委員会の現状を把握することです。あなたが働いている保健ポストと保健委員会の現状についてお答えください。後日情報の確認が必要な場合のために、保健ポストと電話番号の提供もお願いいたします。あなたから得られた全ての情報は秘密にいたします。

### <infomation à la base>基礎情報

Nom de la structure : \_\_\_\_\_, No. de téléphone : \_\_\_\_\_

施設名 : \_\_\_\_\_ 電話番号 : \_\_\_\_\_

Nombre de villages( \_\_\_\_\_ ), Nombre de populations( \_\_\_\_\_ ), Nombre de case de santé( \_\_\_\_\_ ),

Nombre de pharmacies privées( \_\_\_\_\_ ), Nombre de cliniques privées( \_\_\_\_\_ )

村の数 ( \_\_\_\_\_ ), 管轄人口 ( \_\_\_\_\_ ), 保健小屋の数 ( \_\_\_\_\_ ), プライベート薬局の数 ( \_\_\_\_\_ ), プライベートクリニックの数 ( \_\_\_\_\_ )

**Q1 Veuillez encercler votre poste.** あなたの役職を丸で囲んでください。

Q1

1. ICP (IE / SF)    2. Membres du Comité de Santé

1. 保健ポスト長 (看護師/助産師) 2. 保健委員会事務局メンバー

**Q2 Veuillez inscrire le nombre de personnels de PS dans les parenthèses et encercler le numéro de personnel qui est payé par le Comité de Santé.**

Q2

保健ポストで働いている職種の人数を括弧に記入し、保健委員会で雇用している職種を丸で囲んでください

1. Infirmier d'Etat( \_\_\_\_\_ )    2. Sage Femme( \_\_\_\_\_ )    3. Assistant Infirmier( \_\_\_\_\_ )

4. Agent de Santé Communautaire( \_\_\_\_\_ )    5. Agent de Santé Pharmacie( \_\_\_\_\_ )

6. Matrone( \_\_\_\_\_ )    7. Autres : \_\_\_\_\_

1. 看護師 ( \_\_\_\_\_ ), 2. 助産師 ( \_\_\_\_\_ ), 3. 准看護師 ( \_\_\_\_\_ ), 4. CHW ( \_\_\_\_\_ ), 5. 薬局担当 ( \_\_\_\_\_ ), 6. マトロン ( \_\_\_\_\_ ), 7. その他

**Q3 Veuillez inscrire la situation du travail d'ICP suivant ;**

Q3

保健ポスト長の状況を記入してください

1. Ancienneté professionnelle : \_\_\_\_\_ ans

勤続年数

2. Combien de PS a-il travaillé en tant qu' ICP : \_\_\_\_\_ PS

いくつの保健ポストで保健ポスト長をされましたか

3. Combien d'année travaille-il dans cette PS : \_\_\_\_\_ ans

現在の保健ポストでは何年働いていますか

4. Type d'emploi : (1. Etatique    2. Contractuel    3. Autres : \_\_\_\_\_)

雇用形態 (1. 終身    2. 契約    3. その他)

- Q4 L'année de création du Comité de Santé :** en \_\_\_\_\_ **Q4**  
保健委員会の設置年
- Q5 Veuillez inscrire les informations des membres du bureau du Comité de Santé LA** **Q5**  
**TABLE ci-joint.**  
保健委員会事務局メンバーの情報について添付の表に記入してください
- Q6 Est ce que l'Assemblée Générale(AG) existe au Comité de Santé ?** **Q6**  
保健委員会では総会が設置されていますか  
1.Oui 2.Non
- Q7 Est ce que l'Assemblée générale est organisée deux fois par an ?** **Q7**  
総会は年二回開催されていますか  
1.Oui 2.Non
- Q8 Quand est ce que la dernière AG est organisée ?:** mois de \_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_ **Q8**  
最後に総会が開催されたのはいつですか
- Q9 Veuillez encercler tous les membres d' AG.** **Q9**  
総会メンバーを全て丸で囲んでください  
1.Chef de carré des villages/délégué de quartiers 2.Groupment de femmes  
3. Association de jeunes 4.ICP 5.Autres : \_\_\_\_\_  
1. 村/区長 2. 女性グループ 3. 青年連合 4. 保健ポスト長 5. その他
- Q10 Membres du bureau sont-ils élus ? et quand ?** **Q10**  
事務局メンバーは選挙で選出されましたか？それはいつですか？  
1.Oui 2.Non ,en( )
- Q11 La durée de service est-elle de deux ans et peuvent-ils être réélus deux fois (La** **Q11**  
**durée de service est maximun 6ans) ?**  
任期は2年で、2回再選が可能ですか（最大6年）？  
1.Oui 2.Non
- Q12 Les membres sont-ils bénévoles ?** **Q12**  
事務局メンバーはボランティアですか？  
1.Oui 2.Non
- Q13 Veuillez encercler les membres qui reçoivent des émúnérations quelconques ou** **Q13**  
**des motivations.**  
何らかの報酬を得ている事務局メンバーを丸で囲んでください  
1.Président 2.Vice- Président 3.Trésorier 4.Trésorier adjoint

5. Autres : \_\_\_\_\_

1. 事務局長 2. 副事務局長 3. 会計 4. 会計補佐

**Q14 Comment se passe la collaboration entre les personnels de PS et les membres du bureau du Comité de Santé ? Q14**

保健ポストスタッフと事務局メンバーとの協力関係はどうですか

1. Très bon 2. Bon 3. Mauvais 4. Très mauvais

1. とても良い 2. 良い 3. 悪い 4. とても悪い

**Q15 Est ce qu'il y a une réunion mensuelle régulière ? Q15**

月例会議は開催されていますか

1. Oui 2. Non

**Q16 Quand la réunion mensuelle dernière est-elle organisée ? Q16**

最後に月例会議が開催されたのはいつですか

jour /mois /an

**Q17 Qui sont les participants principaux ? Veuillez encercler tous les numeros convients. Q17**

誰が参加していますか？該当する番号を丸で囲んでください

1. ICP 2. Président 3. Vice- Président 4. Trésorier 5. Trésorier adjoint

6. Autres : \_\_\_\_\_

**Q18 Quel est le sujet de discussion dans la réunion mensuelle ? Veuillez encercler tous les numeros convients. Q18**

月例会議での議題は何ですか？該当する番号を丸で囲んでください

1. Bilan mensuel des recettes et depenses 2. Les problèmes de la PS

3. Plan d'activités le mois prochain 4. Autres : \_\_\_\_\_

1. 月間収支報告 2. 保健ポストの問題 3. 来月の活動計画 4. その他

**Q19 Est ce qu'il y a des procès-verbaux existants ? Q19**

議事録は作成していますか

1. Oui 2. Non

**Q20 Est ce que le Comité de Santé élabore un plan d'activité annuel ou mensuel? Q20**

保健委員会は年間もしくは月間活動計画を作成していますか

1. Oui 2. Non

**Q21 Dans la semaine a peu près combien d'heures ou de jours sont consacrés pour les activités préventives et promotions ? Q21**

週に何回もしくは何時間予防活動を行っていますか？

( ) heures ou ( ) jours par semaine

- Q22 Comment est -elle la situation actuelle des équipements médicaux ?** Q22  
医療機材の現状はどうか
- 1.Assez équipée pour la consultation quotidienne 2. Acceptable, équipée au minimum  
3.Difficulté, manque d'équipements  
1. 日常の診察のためには十分整備されている 2. 最低限整備されている 3. 整備は不十分
- Q23 Comment est -elle la situation actuelle des médicaments essentiels ?** Q23  
必須医薬品の整備現状はどうか
- 1.Etre toujours en magasin 2.Manquer de temps en temps en magasin  
3.Manquer souvent en magasin  
1. 常に在庫がある 2. 時々在庫切れがある 3. しばしば在庫切れがある
- Q24 D'ou les ressources du Comité de Santé proviennent-elles ? Veuillez encercler les numeros convients.** Q24  
保健委員会の財源はどこからですか？該当する番号を○で囲んでください
- 1.Des contributions aux soins 2.Des activités génératrices de fonds(activités socioculturelles) 3.Des cotisations et libéralités des membres de l'AG  
4.Des subventions 5. Des revenus de ses biens 6.Des appuis d'ONG  
7.Autres : \_\_\_\_\_  
1. 診療からの収益 2. 社会文化活動 3. 総会メンバーからの寄付 4. 補助金 5. ビジネス  
6. NGO からの支援 7. その他
- Q25 Quand, comment et par quelle structure les tarifs des prestations sanitaires sont décidés ?** Q25  
診察料金はいつ、どのように、どの組織により決められるのですか？  
Quand :  
Comment :  
Structure :
- Q26 Quand, comment et par quelle structure les tarifs des médicaments sont décidés ?** Q26  
薬の値段はいつ、どのように、どの組織により決められるのですか？  
Quand :  
Comment :  
Structure :
- Q27 Y a t-il des réglemets pour les indigences ?** Q27  
社会弱者への対応策はありますか？  
1.Oui 2.Non
- Q28 A-t-il le Comité de Santé un compte bancaire au nom du Comité de Santé ?** Q28

保健委員会名義の銀行口座を開設していますか？

1.Oui 2.Non

**Q29 Y a t-il une vérification des comptes tous les six mois ?**

Q29

6 か月毎に会計監査をしていますか？

1.Oui 2.Non

**Q30 Laquelle est la méthode, un intérieur ou un extérieur ?**

Q30

それは内部監査ですかそれとも外部監査ですか？

1. un intérieur 2.un extérieur

**Q31 Veuillez classer votre Poste de Santé suivant (Très bon · Bon · Mauvais · Très mauvais) aux quatre points de vue de (Utilisation · Equipement · Fonctionnement personnel · Fonctionnement du Comité de Santé).**

Q31

利用状況、設備、人材、保健ポストの機能について保健ポストの状況を評価してください

<Utilisation>

1.Très bon 2.Bon 3.Mauvais 4.Très mauvais

<Equipement>

1.Très bon 2.Bon 3.Mauvais 4.Très mauvais

<Fonctionnement personnel>

1.Très bon 2.Bon 3.Mauvais 4.Très mauvais

<Fonctionnement du Comité de Santé>

1.Très bon 2.Bon 3.Mauvais 4.Très mauvais

**Q32 Pourquoi vous le classez ?Ecrivez la raison.**

Q32

なぜそのように評価したのですか？理由を書いてください

<Utilisation>

<Equipement>

<Fonctionnement personnel>

<Fonctionnement du Comité de Santé>

**Q33 Quels éléments ou conditions influencent sur la bonne ou mauvaise fonction du Comité de Santé?**

Q33

保健ポストの運営に良いもしくは悪い影響を与えるものはなんですか？

Bonne fonction:

Mauvaise fonction:

**Q34 Combien de temps les membres du bureau travaillent-ils pour le Comité de Santé ? Q34**

事務局メンバーはどの程度保健委員会のために働いていますか？

- 1.Président ( )h par jour ou ( )jours par semaine ou ( )jours par mois
- 2.Vice- Président( )h par jour ou ( )jours par semaine ou ( )jours par mois
- 3.Trésorier ( )h par jour ou ( )jours par semaine ou ( )jours par mois
- 4.Trésorier adjoint( )h par jour ou ( )jours par semaine ou ( )jours par mois

**Q35 Veuillez décrire les tarifs des prestations sanitaires(FCFA) Q35**

診療費を記入してください

Consultation curative adulte 大人の診療費	FCFA
Consultation curative enfant 子どもの診療費	FCFA
Consultation prénatale et postnatale 妊産婦健診	FCFA
Consultation préventive des enfants sains y compris la vaccination 子どもの予防接種や予防のための診療費	FCFA
Accouchement 出産費	FCFA
Hospitalisation 入院費	FCFA
Consultation dentaire 歯科診療費	FCFA

**Q36 Veuillez décrire des tarifs des médicaments essentiels(FCFA) Q36**

必須医薬品の値段を記入してください

Type de médicaments	Prix unitaire
Fer acide folique	FCFA
Cifran 250 cp	FCFA
Aspirine 500mg	FCFA
Paracétamol cp 500mg	FCFA
Mebendazole cp 500mg	FCFA
Cotrimoxazole cp	FCFA
Paluject 400	FCFA
Amoxicilline 500 cp	FCFA
Paracétamol sirop	FCFA
Amoxicilline 250 sirop	FCFA
Cotrimoxazole sirop	FCFA
Pénicilline G 1MUI	FCFA
Extencilline 1,2 MUI	FCFA
Seringues 5 cc	FCFA
Vitamine C 500 cp	FCFA
Ampicilline 1g injectable	FCFA

**Q37 Est ce que le Comité de Santé avait des problèmes avant, et comment il les a réglé? Q37**

保健委員会は過去に問題がありましたか？またそれは解決しましたか？

- Q38 Est ce que le Comité de Santé a des problèmes présent ?** Q38  
保健委員会は現在問題を抱えていますか？
- Q39 Quel est le problème de santé que la communauté doit aborder en priorité et quel est la rôle du Comité de Santé ?** Q39  
優先して取り組むべき地域保健の課題は何ですか、そのための保健委員会の役割は何ですか？
- Q40 Est ce qu'il y a des difficultés pour gérer le Comité de Santé ?** Q40  
保健委員会の運営ための課題はありますか？
- Q41 Quelles structures donnent des appuis pour le Comité de Santé ?** Q41  
どの組織が保健委員会を支援していますか？
- Q42 A quelles structures le Comité de Santé voudrait demander quelques appuis ?** Q42  
保健委員会はどの組織にどのような支援を期待していますか？

**Merci beaucoup de votre cooperation**

表：保健委員会事務局メンバー属性

メンバーの職位 構成メンバーに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください	年齢	性別	民族	宗教	職業	報酬 (金銭、金銭以外 含む)	在職年数	最終学歴
<input type="checkbox"/> 事務局長		1. 男 2. 女		1. イスラム教 2. キリスト教 3. その他 ( )	1. 定年退職 2. 主婦 3. 商人 4. 教員 5. 農業 6. その他	1. ある 2. ない *「ある」場合： ( )CFA	( )年間 または ( )年から	1. 初等教育 2. 中等教育 3. 高等教育 4. その他 ( )
<input type="checkbox"/> 事務局次長		1. M 2. F		1. Musulman 2. Catholique 3. Autres ( )	1. Retraite 2. Ménagère 3. Commerçant 4. Professeur 5. Agriculture 6. Autres	1. Oui 2. Non *Si <b>Oui</b> , ça coût combien ? ( )CFA	( )ans où Depuis ( )	1. Primaire 2. Secondaire 3. Supérieur 4. Autres ( )
<input type="checkbox"/> 会計		1. M 2. F		1. Musulman 2. Catholique 3. Autres ( )	1. Retraite 2. Ménagère 3. Commerçant 4. Professeur 5. Agriculture 6. Autres	1. Oui 2. Non *Si <b>Oui</b> , ça coût combien ? ( )CFA	( )ans où Depuis ( )	1. Primaire 2. Secondaire 3. Supérieur 4. Autres ( )
<input type="checkbox"/> 会計補佐		1. M 2. F		1. Musulman 2. Catholique 3. Autres ( )	1. Retraite 2. Ménagère 3. Commerçant 4. Professeur 5. Agriculture 6. Autres	1. Oui 2. Non *Si <b>Oui</b> , ça coût combien ? ( )CFA	( )ans où Depuis ( )	1. Primaire 2. Secondaire 3. Supérieur 4. Autres ( )

1703

REPUBLIQUE DU SENEGAL  
Un Peuple - Un But - Une foi

N° ..... MSPHP/DS/DER

MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DE LA PREVENTION ET DE  
L'HYGIÈNE PUBLIQUE

Dakar, le 24 JUIL. 2009

DIRECTION DE LA SANTÉ

**LE DIRECTEUR**

## AUTORISATION DE RECHERCHE

*Docteur,*

Dans le cadre de la réalisation de son mémoire, Mme Miyuki OIKAWA, Etudiante en Maîtrise de la Santé Publique à l'Université de Tsukuba au Japon, option Politique de la Santé à la Faculté des Sciences Compréhensives, se propose de mener une étude axée sur « **les facteurs qui influent sur la qualité de la gestion des comités de santé, cas de la région de Ziguinchor au Sénégal** ».

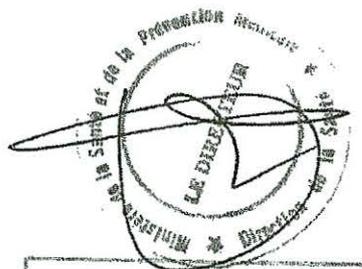
Ce travail de recherche ayant reçu l'approbation du département, je vous salue gré de faire prendre toutes les dispositions nécessaires pour un bon déroulement de son enquête.

Je vous prie de croire, **Docteur**, à l'assurance de ma considération distinguée.

*Dr Mame Demba SY  
Médecin Chef de la  
Région de Ziguinchor*

### Ampliations

MCP/ C A B/ chargé des RM  
DS/DER  
MCD DE Ziguinchor  
Archives  
Chrono  
Intéressé



Professeur Oumar FAYE

様式3 (第12条関係)

医の倫理委員会審査結果通知書

通知番号 第 674-3 号  
平成 29 年 3 月 22 日

申請者 (研究責任者)

近藤 正英 殿

医学医療系長  
原



平成29年3月13日付けで審査申請 (変更) のありました研究の実施について、  
審査の結果、下記のとおり判定しましたので通知します。

記

- 1 研究題目 「セネガル共和国保健分野の住民組織に関する二次データ分析」
  
- 2 判定
  - 承認
  - 条件付承認
  - 変更の勧告
  - 不承認
  - 中止
  - 非該当
  
- 3 理由 (判定が承認以外の場合)、留意点、改善点等
  
- 4 その他

※前回承認：平成28年3月4日、承認No. 674-2

## 参考論文

Oikawa, M., Sonko, A., Faye, E. O., Ndiaye, P., Diadhiou, M., Kondo, M. (2014).  
Assesment of Maternal Satisfaction with Facility-based Childbirth Care in the Rural  
Region of Tambacounda, Senegal. *African Journal of Reproductive Health*, 18(4),  
95-104.