

5-6 外国援助の動向

ケニア国では、多くの国際機関・ドナー諸国が保健医療分野での援助活動を展開しており、各機関とも政策・財政支援等の国家プログラム及び特定地域での個別プロジェクトを実施している。

本計画の対象地域であるケニア西部地域は、人口密度が高く、疾病率も相対的に高いことから援助案件が集中している。今回調査では多くの援助機関の活動状況を聴取したが、県レベルでの実際の活動状況を視察するまでには至っていない。また援助国は定期的なドナー会議を開いて調整を図り、案件ごとの重複を回避し協調の促進に努めている。

ここでは収集資料と聞き取り調査を基に、各援助機関の活動概況を記す。また、巻末に付属資料として1993年及び1996年時点のプロジェクト・リストを記載した。前者リストでは完了案件の動向、後者リストでは新規案件の方向性が参考になるとと思われる。

(1) 国際機関による援助活動

1) 世界銀行 (IDA : World Bank)

「人口プロジェクト」では家族計画 (FP) サービス、IEC 活動強化、NCPD 計画の促進等を支援している。「保健医療再建プログラム」では、ケニアツタ国立病院の施設改修と財務改善、ナイロビ周辺の医療サービス改善、保健省の能力強化等を実施しており、同病院を頂点としたナイロビ周辺のラファレル・システムの再建・強化計画であり、日本政府も1993年に同病院に対し医療機材を無償供与している。

2) 国連児童基金 (UNICEF)

1996年5月の機構改革により中期計画 (1994~1998年) 66案件の見直しがあり、一部案件は中断されたままである。現在は1999年からの新規計画を検討中であり、セーブ・マザーフッド (Save Motherhood) の継続とバマコ・イニシアティブ (Bamako Initiative) の再開を予定している。

現在では種々アプローチが混在し、「ピースミール」「デュープリケート」「エリア・ベース」等多彩である。今後、実施機関である保健省の機構改革が遅れば、ヘルス・デリバリーの約40%を担うNGOsやミッション系団体への資金・技術援助を拡大する予定である。またエリア・ベース案件では、ケニア政府の要請により西部地域でもキスム周辺に多いが、援助地域が確定すると中央政府が開発予算縮小するためプロジェクト遂行が困難になると指摘した。

3) アフリカ開発銀行 (AfDB)

世界銀行 (IDA/WB) によるナイロビ周辺施設のラファレル強化計画と協調して、AfDBでは全国規模の公立病院 (州・県病院) の施設・機材の評価・改善計画を実施している。全

国を3ゾーンに分けた要請書 (TOR) に沿って、コンサルタント(3社)が1次調査を終え、ドラフト報告書 (Phase-I) の承認段階にある。この報告書では現状評価と改善項目、及びその概算費用が記載されている(キシイとニャミラの県病院に関しては収集料を参照)。

今後は、AfDBがこの調査報告書に基づき、施設・機材の改修を何処まで実施できるか、あるいは、どの程度ドナーの財政支援を取りつけることができるかが課題となろう。

4) 国際農業開発基金 (IFAD : International Fund for Agricultural Development)

IFAD は農村開発を通じた生活改善・貧困撲滅及びマイクロ・クレジット支援等を世界各地で実施している。ケニア国でも「小規模農家支援プログラム」(Farmer's Group and Community Support Project : 1991-1999) を西部地域と乾燥地域で展開している。

この計画の特徴は、実施機関を保健省として飲料水・トイレ改善を含むコミュニティ・レベルの PHC 改善を目指す点にある。具体的には、村落レベルの保健委員会 (VHC) の機能強化と関連する保健施設の拡充、栄養改善では県保健委員会 (DHMB/DHMT) や農業省 (MoA)・文化社会省 (MCSS) を取り込んだ統合的改善計画の策定及び地域保健スタッフ (CHW/TBA) の訓練等が挙げられている。

IFAD の援助活動は、実施面では UNDP/WHO/UNICEF 等と協調し、財源はベルギー政府を通じた SDR (特別引き出し権) により1999年までに200万1,000百万USドルを拠出予定としているが、活動実績に関して明快な報告がない。対象地域にはキシイ県を含む6県が含まれており、本格調査では現地での活動状況の確認が望まれる。

(2) 二国間援助の動向

1) アメリカ国際開発庁 (USAID)

1995年8月から保健医療分野での援助5か年計画として、「エイズ・人口・保健統合支援計画」(APHIA : AIDS, Population and Health Integrated Assistance Project) を策定し、総額6千万ドルの予算支出を予定している。

この計画では保健医療サービスの一体化を目指して、家族計画、保健医療財政、HIV/AIDS、小児サバイバル等の個別プロジェクトの統合を図るとしている。この計画ではドナー間の協調、制度化、持続性の3点を重視し、目標として将来外国援助が減少しても基礎的な公共保健サービスが継続し得るような支援を目指している。

日本政府も「地球規模問題イニシアティブ (GII)」により日米協調を確約しており、プロジェクト間の協調と情報交換が望まれる。

2) デンマーク大使館 (DANIDA)

1993年8月に視察団を派遣し、保健医療分野での構造調整ともいべき行政改革、財政建直し、援助資金運営・管理の強化、ケニア側の自助努力等の条件を提示し、1995年から

ヘルス・セクター・サポート・プログラム (HEASSP) を開始している。その実施・活動計画書 (Implementation And Action Plans, 1996) には、PCM 手法による実施計画と2000年までの活動計画のタイム・スケジュールが提示されている。準備段階 (The First Step) は1996年6月完了であるが、事後評価ははまだ報告されていない。

本計画との関連は、DANID が実施する施設保守システムの強化と人材訓練プログラムがある。実施機関として保健省内に予防的保守実施ユニット (PMIU: Preventive Maintenance Implementation Unit) を組織しているが、その特徴は単なる補修工事でなく「予防的保守」にあり、地域保健事務所 (DHO: District Health Office) ごとに60㎡程度の事務所兼資材倉庫を設け、二輪車を利用して県内の診療施設 (HCs/DSP) の保守・修理及び指導にあたっている。

活動実績としてケリチョー、ボメット、ナンディ県の改修リストを入手したが、ディスプレイ・レベルを対象とした MCH/FP 室の増築(30㎡程度)が多い。実施予算も1件当たり200万円程度で、我が国の草の根無償規模である。ケリチョー県では21候補の内で18件が完工、ボメット県では22件の候補があり3件が完工、ナンディ県では14件中5件が完工している。小規模援助として参考となる部分も多く、DANID 担当者も協調を望んでいる。

3) 英国海外開発庁 (ODA)

人口・家族計画では子供を持つことに対して「偶然でなく選択を (by choice not chance)」をスローガンとして、男女を対象としたリプロ・ヘルスの普及活動を展開している。また、HIV/AIDS では予防・IEC 及びコミュニティ・ベースのケア (CBHC) を主眼としている。ヘルス・セクター・リフォームでは、保健省の計画・財政管理面での能力向上を支援している。

4) フィンランド大使館/対外援助アタッシュェ (FINNIDA)

1984年から PHC プログラム (K-FPHCP: Kenya-Finland Primary Health Care Programme) を、カカメガ県を拠点とした西部州 (Western Province) で継続実施してきた。この計画は1996年に完了し、同年9月には次期案件形成への両国合同調査を実施し、現在はケニア政府要請書の提出待ちとのことである。

この合同調査報告書 (Kenya-Finland Joint Preparatory Mission, 1996; 収集資料参照) では、次期計画は従来方式の継続でなく、すべて新しい援助手法を採用するとしている。その基本原則は「地域社会に最大のインパクトを与えるヘルス・セクター・リフォームの支援 (support of the Health Sector Reform with Particular Focus on Western Province on areas which have Maximum Impact on Communities)」とし、西部州への援助は継続する方向であるが物的・人的基盤は既に整備されたとし、今後は州・県・地域の各レベルでのセクター改革促

進と体制強化をめざすとしている。

具体的には各レベルにおいて、①制度創出 (HEROS/PHMT/DHMT・DHMB/CBHC 強化)、②改革案の普及・促進 (セミナー/ワークショップ開催)、③サービス強化、④財務改善 (FIF)、受益者負担、所得改善)、⑤遂行能力の強化 (Capacity Building) を支援としている。

この報告書は簡略 PCM 手法 (EU 方式) により18日間の日程で西部州のヘルス・デリバリー改善にかかる問題・対策を整理しており、今後の具体的案件への展開は本件調査でも参考となろう。また、掲示の収集資料リスト (pp. 35/36) には最新資料が含まれており、今回調査では入手できなかったが本格調査時には確認されたい。なお、FINNIDA は外務省内に統合されたのか、援助機関としての名称が使用されていない。

5) ドイツ技術援助局 (GTZ)

GTZ は技術協力を実施しており、無償援助は小規模ながら家族計画 (FP) 関連の商品援助を実施している。GTZ はキャパシティー・ビルディングを柱に、FP・機材保守・医薬品の品質管理・教育研究等の支援を実施中である。

本件との関連では機材保守案件が参考となり、実施機関を保健省内の医療機器サービス局 (MESD: Medical Engineering Service Department) に設け、県病院までを対象とした機器修理・保守の全国ネットワーク形成を展開している。機材修理ワークショップをモンバサ、ニエリ、キスム、カカメガ県の各州病院に設置し、OJT による ME テクニシャンを養成している。保健省とのリボルビング・ファンドで運営し、部品倉庫には基本部品をストックしている。特別な部品は逐次発注しているが、部品到着に時間がかかる点と価格高騰が課題とのことである。対象県病院の機材保守状況と必要要員数のインベントリーを作成中であり、簡単なリストを入手した (収集資料ファイル参照)。

また、家族計画プログラムを1986年から実施しており、当初は保健省への資材供与が中心であった。1990年からは人口周密なアジアでの経験を活かして“From Bangladesh to Kenya”をキャッチ・フレーズに FPAK の普及員 (CBD) による避妊具配布とカウンセリング方式に切り替えた。対象範囲も人口周密なカカメガ、サウスニャンザ、キシイ、ニャミラの各県から拡大方向にある。

既存施設の利用・活性化を基本原則として来たが、既存施設 (DSP/HICs) は機能脆弱で地域住民が集まらず (by-pass)、レファラル機能の強化 (referral-chain) が不可欠との指摘があった。今後はミッション系や NGOs 施設への支援を拡大すべきか検討中である。キシイ県では既に NGO の「ケアー (Care Kenya)」への援助を開始しているとのことである。

計画立案には ZOPP (PCM 手法) を活用しており、2、3の助言を得た。コミュニティ・ベース (CB) での問題分析では部族語の通訳が必要で、地域住民は発言を躊躇する傾

向にあり、モデレーターの技量が結果を左右する。また、ナイロビでの開催では政府関係者が多忙で出入りが激しく、時間的制約があるなら参加者と問題点 (Forcal Point) をあらかじめ絞り込む方が得策である。GTZ は既に多くのモデレーターを訓練しており、必要であれば紹介できるとのことであった。

6) スウェーデン (SIDA)

1995年から母子保健 (MCH) に焦点をあてたコミュニティ PHC 改善プログラムを実施しており、1997年末に終了するが同様な案件を継続する見込みである。具体的には、①環境衛生プログラム (EHP) では数千箇所雨水槽 (FRP Jar) と便所 (Pit Latrine) を設置した。② PHC 改善プログラム (PHC) では地域保健施設の改修・増築 (CBR : Community-Based Rehabilitation) を実施し、一部は DANIDA との協調である。③生涯教育プログラム (CEP) では、県保健運営チーム (DHMT) の業務能力の強化・訓練を実施。④家族計画/リプロ・ヘルス (FP/RII) では1993年までの避妊ピル供与からルーラル・ヘルスに視点を移し、人口中絶の安全性確保、ハイリスク妊婦の早期発見、若年層への健康啓蒙を実施している。

本件との関連案件では、1984年の FINNIDA 案件 (カカメガ拠点) に続き、1987年からは DANIDA と協調してキスムを拠点に周辺 4 県を対象とした地域保健施設 (RHF) のリハビリ案件を実施している。その中間評価報告書 (SIDA 1992) では、施設リハビリの定義を再検討している。当初目的が「定期的な予防的保守の持続的システム (sustainable system for regular Preventive Maintenance of RHF)」の創出にあるのに、実際には149施設の大半で「改修・増築工事」が実施されていると指摘している。

この思想は DANIDA に継承され、前述の保健省の予防的保守実施ユニット (PMIU) を実施機関としたプロジェクトへと展開した。一方、SIAD はこの分野を縮小して、前述の雨水槽普及や簡易トイレ設置の小規模支援へ移行したが、SIDA 担当者はこれを「ボーイスカウト・プロジェクト (Boy Scout Project)」であると説明した。

(3) 非政府機関の活動 (NGO/Mission)

1) アフリカ医療研究財団 (AMREF : African Medical and Research Foundation)

ナイロビに本部を置き、既に40年以上も東・南部アフリカの保健医療改善プログラムを実施してきた。軽飛行機を駆使した救急医療システムである「フライング・ドクター (ナース)」も有名である。

適正・廉価な PHC の促進を目指し、既存施設とシステムを活用してコミュニティ・ベースで展開しており、活動内容は、① PHC 要員の訓練及び遠隔地教育、②リプロ・ヘルス、③治療・緊急援助、④教材の作成・出版、⑤調査研究等の多岐にわたる。WHO、UNICEF、UNDP 等と連携を持ちながら、民間寄付金や USAID/CIDA 等の財政援助を受けて、活動内

容の充実に努めている。

特に、訓練・普及活動を重視しており、教材とラジオによる遠隔教育では多くのコミュニティ・ヘルス・ワーカー（CHW）を養成してきた。生涯教育（CE）や小学校・地域住民への健康教育（HE）でも実績をあげている。また、各種教材・マニュアルを出版している（収集資料参照）。

今回調査で面談した健康教育ネットワーク（Health Education Network）担当者によれば、西部地域でのプログラムとして、①保健システム改善、②健康教育、③人口と保健、④伝統的プラクティショナー（TBA, Healer）の技能向上等を地域ごとに実施している。

ニヤミラ県には1995年から支所を設けて PHC 普及活動を展開しており、学校教育との連携や、レンガ・蚊帳・家具の製造販売による所得向上支援を進めている。本格調査では、これらの支援活動の実態を確認して具体的案件への参考とすることが望まれる。

2) ケニア家族計画協会（FPAK : Family Planing Association of Kenya）

この協会は1961年に設置され、1980年代は主に IEC 中心の普及活動を展開してきた。1993年にケニア政府が NGO 法（NGO Act. 1993）を制定した際に、本協会の活動が認められてモデル・クリニックの指定を受けた。現在は27か所のクリニック（SDC : Service Delivery Clinic）を持ち、内3か所は男性用である。

特に、人口密度の高い西部地域へはキスムに統括本部を設け、1,000人のコミュニティ・ヘルス・ワーカー（CHW）を配備し、21サイトでの活動を展開している。ニヤミラ、ケリチョー県でも活動しており、キシイ県には4か所のクリニック（SDC）に60人のボランティアが活動している。運営経費は政府財源に加え、各国政府と民間基金（米国・日本・ドイツ等）の援助で構成されている。

1988年には英国の ODA が FP 普及プログラム用にモバイル・クリニックを導入し、遠隔地の100クリニックを毎週1回巡回して実績をあげていた。1994年まで続いたが、英国 ODA の援助縮小によりプログラムは中断した。経費支援が継続すれば実績の上がる手法であると説明した。

このように、本協会は政府認定の NGO として既存の保健施設とは別に自前のクリニックを拠点として活動しており、家族計画に関する保健省から独立した委託機関ともみられる。母子保健（MCH）と家族計画（FP）は目的とする達成指標が異なるが、コミュニティ・レベルでのリプロダクティブ・ヘルスの普及では連携が望ましいと思われる。

3) 国際保健訓練協会（INTRAH : International Training in Health）

米国ノース・カロライナ大学による保健分野での訓練・研究プログラムとして1979年に設立され、家族計画とリプロダクティブ・ヘルス分野での技術指導・訓練及び教材配布等を実施している。現在は、USAID が財政支援する PHC プログラムである“PRIME”の運

営・管理をまかされており、ナイロビはその拠点の一つである。

具体的活動は、①国家レベルのPHC政策支援、②訓練計画・カリキュラム・教材の開発・評価等である。面談によれば、現在タンザニアの非識字者向けビデオ教材を作成中とのことであった。ここでは、PHC要員の指導手引きや訓練教材を無料配布しており、その活用が可能である（収集資料の教材カタログ参照）。

4) 開発コンサルタント (DSA : Development Solution for Africa)

シュワルツ氏 (Dr. R. Schwarz) による DSA は、ナイロビに事務所を置く世界的な開発コンサルタントであり、小児科医であるギルド婦人 (Dr./Ms. S.Guild) をパートナーとして以来、保健医療分野の業務委託を多く受けている。同氏の経歴書によれば修士は哲学であるが、博士は社会人類学専攻で、その後チューレーン大学 (Tulane) で公衆衛生研究に従事している。

ケニア国内では1990年頃から保健省・援助機関の委託を多く手がけており、1993年からはムワンギ氏 (Mr. Mwangani) をパートナーとして地理情報システム (GIS) 手法を用いた保健施設の分布図を作成している。DSA の優位性は豊富な情報量とその分析処理にあり、各援助機関もこれを認知している。今回調査で入手したケリチョーとキシイ両県の保健施設 (FP 関連) の分布図は調査の参考となる (収集資料26・27、45・46)。

一方、DSA の報告書はサプライ・サイドの現状分析に留まっており、利用者側のデマンド (ニーズ) が調査されていない。本格調査では DSA の情報に基づき、この需給間ギャップの問題分析に向かう調査が望まれる。面談の際に同氏は、社会人類学が専門であり地域ニーズ調査が本業であるが、委託業務は施設・要員の定量的なサプライ分析が多いと語っている。

(4) 援助活動の問題点

1) ドナー間の協調

USAID/DANIDA 主導の保健医療分野の改革、特に保健省の機構改革は実施されたばかりであり、保健省の組織構成もまだ流動的な状況にある。各ドナー機関は実施機関である保健省の計画遂行・運営能力への不満を表明しており、保健省外部に実施機関を組織したりバイパスして直接地方自治体を実施機関に定めたりしている。したがって、保健医療分野での横断的な調整が一層困難な状況にあるとみられた。

特に地域保健医療では、サービスを実際に提供する県レベルにおいて FP/MCH、KEPI、AIDS/STD、ARI、CCD 等多彩な国家プログラムが個別に実施されており、サービスの重複や非効率性が指摘されている。今後の援助は保健省の機構改革も促進に加えて、地域レベルでは縦割的な国家プログラムや個別プログラムの協調に向かうよう、ドナー間の一層

の協調が不可欠と感じられた。

2) NGO 支援と住民参加

同様に、各ドナー及び内外 NGOs の活動は、提供される保健医療サービスが地域住民に届けられることを指向しており、特に持続性の観点から住民参加による問題解決型のプログラム創出を目指している。したがって、保健医療分野の支援でも開発と女性 (WID) からリプロダクティブ・ヘルスへ、また所得向上プログラム (IGP) へと活動内容は展開している。

各ドナーも NGOs 支援を拡大傾向にあり、特に保健省の機構改革が遅延すればさらに加速されるであろう。また、援助目的が対象住民への保健医療サービスの供与にある点では変化ないが、コミュニティを直接援助対象とし、ここにサービスが届くか否かをモニターし、届かないとすれば何がネックとなっているか、問題の抽出と分析に視点を移している。各ドナーは、コミュニティ・ベースでのパティシパトリー・アプローチを展開しようとしている。

GTZ の聞き取りで指摘されたのは、そのようなドナー諸国の動きに対して中央政府は少なからず危険視しており、住民参加型アプローチでの住民動員 (Peoples Movement) や政策提言 (Advocacy) をプロジェクトの中心目標とするには時期尚早、とのことであった。

参考資料

- 1) JICA (1994) 『国別医療協力ファイル：ケニア』
- 2) Wind M. (不明) Overview of Donor's Policies, Activities, Constraints and Possible Solutions of the Health and Population Sector of Kenya/Part-A & Part-B
- 3) SIDA (1992) Maintaining Health
- 4) USAID (1997) Inventory of Donor Assistance to the Population and Health Sector in Kenya
- 5) Netherlands Embassy (1993) A Survey of Health Sector NGOs in Kenya
- 6) DANIDA (1995) Kenya Health Sector Support Programme
- 7) FINNIDA (1996) GOK/GOF Joint Preparatory Mission on Health Sector in Kenya

第6章 本格調査の実施方針

6-1 調査の目的

本格調査の目的は、

(1) ケニア国の要請に基づき、同国西部地域のなかのケリチョー県を中心とする面積約8,050 km²、対象人口約300万人を調査対象地域として、2005年を目標年次とする地域保健医療システムの強化マスタープランを策定し、そのなかから選定された優先プログラムにかかる事業計画（行動計画）を策定する。

(2) 本件調査を通じ、ケニア側カウンターパートに対して技術移転を行う。

ことを目的とするものである。

6-2 調査対象地域

当初要請の調査対象地域は、リフトバレー (Rift Valley) 州のナンディー (Nandi)、ボメット (Bomet)、ケリチョー (Kericho) 及びウアシン・ギシュ (Uasin Gishu)、ニャンザ (Nyanza) 州のキシイ (Kisii)、ニヤミラ (Nyamira)、キスム (Kisumu)、ホマ・ベイ (Homa Bay)、ウェスタン (Western) 州のカカメガ (Kakamega) 及びヴィヒガ (Vihiga) の10県 (District) を対象とするものであったが、10県のうちウェスタン (Western) 州の2県については、FINIDA の PHC プロジェクトの支援が再開される予定であることから、今回の調査対象からはずしたい旨ケニア側からの提案があり、他のドナーとの調整という調査対象地域の選定基準の観点に立って、調査団はこれに同意しこれら2県を対象からはずし、他の8県のなかから地域を選定することとした。日本側及びケニア側双方の合意による絞りこみによる現地踏査を行った結果、キシイ、ニヤミラ、ケリチョー、ボメット県を中心として、調査の対象とする方針とした。これに対し、ケニア側からキスム県及びナイディー県におけるケリチョー県病院の診療圏も調査対象とするよう要望があり、調査対象地域としての形状の不整形さ、診療域 (圏) を対象とすることの正当性を考慮し検討の結果、下記の地域を調査対象地域とする。

1) ニャンザ州	① Kisii 県	1,302km ²	104万人
	② Nyamira 県	861km ²	57万人
2) リフトバレー州	③ Kericho 県	2,515km ²	65万人
	④ Bomet 県	1,853km ²	45万人
3) Nandi 県及び Uasin Gishu 県の Kericho 県との県境に接近した地域			
	⑤ Nandi 県部分		
	⑥ Uasin Gishu 県部分	約1,300km ²	19万人

4) ウェスタン州 Kisumu 県最東部の Kericho 県との県境域

⑦ 約200km² 6万人

3)及び4)についてはおよそ Kericho を中心とした Kericho 県病院の診療域とする。

合計 (①~⑦) 約8,031km² 約300万人

上記①~⑦の地域は、本件調査における基礎調査等の統計処理、データ集計に際して、集計単位(ゾーンユニット)とすることが望ましい。

図6-1に調査対象地域図を掲載した。

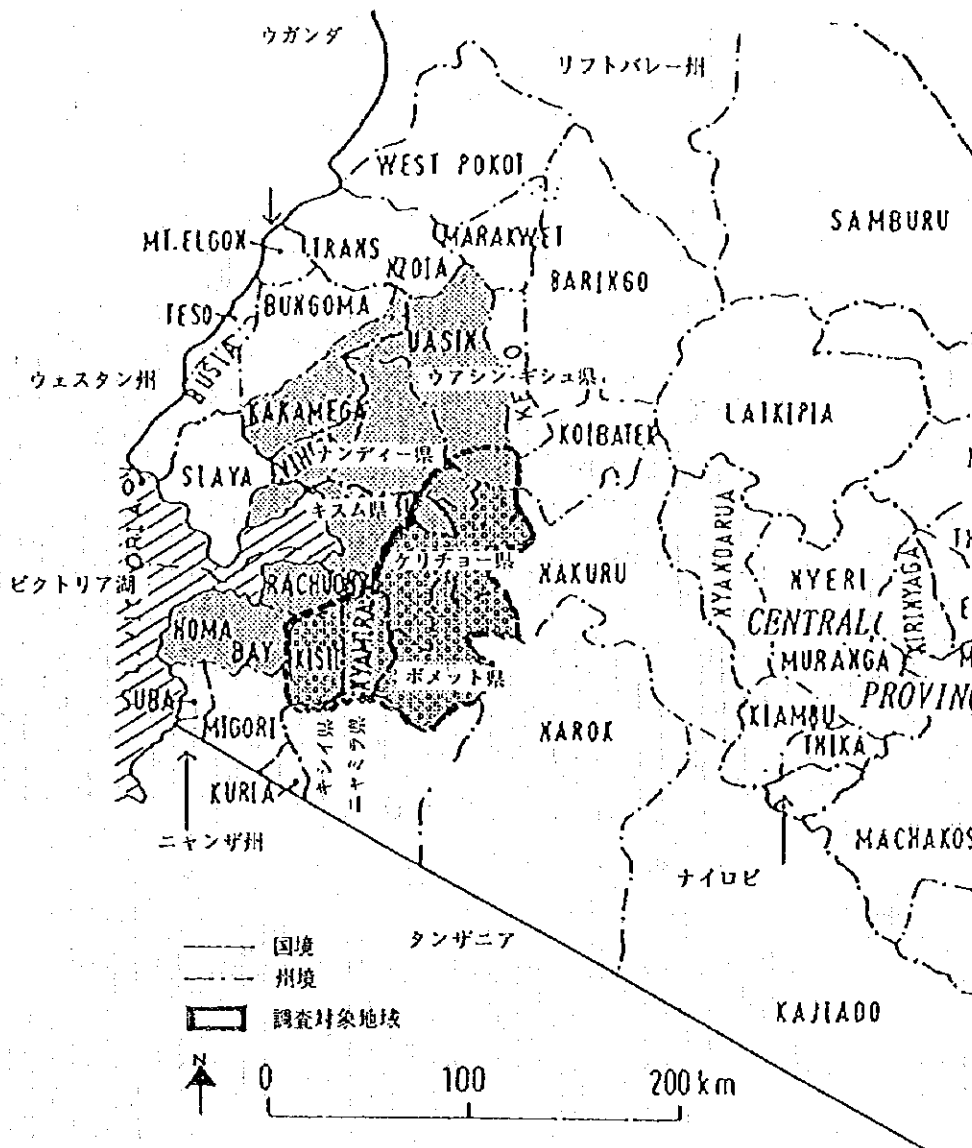


図6-1 調査対象プロジェクト位置図

6-3 調査の内容・項目

本格調査の調査内容・項目は、以下のとおりとする。

フェーズI：基礎調査

(1) 既存資料の収集・分析

- ①一般状況（自然、社会・経済、国家財政等）
- ②健康状況（= Needs (Demand)）：出生率、乳幼児死亡率、年齢階級別死亡率、妊産婦死亡率、主要死因、疾病構造（Vector-borne、HIV/AIDS、マラリア等）EPI 対象疾患の罹患数・死亡数、栄養状態等）
- ③保健サービス状況（= Supply）：保健政策・方針・目標、既往調査・計画、保健行政組織・制度、保健医療財政・支出、保健医療施設、保健医療従事者、医薬品・ワクチン及び避妊具供給、保健医療情報システム等）
- ④保健関連分野データ（環境、食糧・栄養、人口、教育、雇用、住宅、交通等の主要インフラ等）
- ⑤関連対策プログラム（EPI、下痢症対策、急性呼吸器疾患対策、その他感染症対策、栄養改善、母子保健、家族計画、健康教育、給水・衛生対策、EPI 実施率等）実施状況等

(2) 関連ドナー、NGO との協議及び動向把握

(3) 調査対象地域における実態調査

（実態調査は政府公共機関に加えて、NGO、民間機関も含めて行う。）

①保健行政組織・制度

地方行政組織・制度、社会保険制度、人的資源

②医療施設現況調査

<施設・設備調査>

[中央（第三次医療）病院]、地域中核病院（Provincial Hospital・District Hospital）、保健所（Health Centre）、ディスペンサリー（Dispensary）、検査所（Health Post）、倉庫、血液銀行等施設の現況及び利用・管理状況

<施設運営状況調査>

施設の運営体制、サービス内容、医療施設利用者数、保健医療従事者の人数・職種、教育・研修履歴、労働・雇用条件、施設内と施設外活動比率等

③医療機器・機材調査

上記医療施設における機材の現況及び利用・管理状況ならびに医薬品の利用・管理状況

④医薬品等供給ロジスティックス/リファレル・システム調査

医薬品供給システム、配送状況、必須医薬品のアベイラビリティ（利用可能状況）、下位保健医療機関からの紹介方法、患者管理・フォローアップ体制等

⑤保健医療従事者の人的資源調査

人数、職種、教育・研修歴、労働・雇用条件、実態稼働時間、施設内と施設外活動の比率等

⑥受診行動に関する KAP 調査（医療需要者側及び医療供給者側）

医療需要者側：医療施設選択基準、保健医療サービスへのファースト・コンタクトの判断基準、診察待ち時間、移動距離・時間・費用、医薬品入手手段・費用、処方された医薬品に対する知識、保健医療に関する情報源、家族の受診行動決定者等

医療供給者側：担当患者数、1件当たりの診察時間、サービス・レベルの指標、施設・機材の利用状況、他の医療機関との協調等

⑦社会的調査及びジェンダー・住民参加にかかる調査

文化習慣、Gender 分析、伝統的医療従事者・医薬品への信頼、コミュニティー・レベルの相互扶助、健康（疾病）に対する意識・知識レベル、家計状況、生活レベル、生活時間、家族制度等

⑧財政調査

政府財政、保健機関の財務状況、受診者の支払い意思及び可能額等

(4) 現状把握・評価

(5) 課題・制約要因の抽出・分析（横断的/個別的）

<横断的課題>

①組織・法制度・財政

②ケースマネジメント（患者管理）

③検査システム

④疾患予防システム

⑤医薬品等供給システム

⑥人材開発/育成

⑦健康教育（住民参加）等

<個別的（縦断的）課題>

①家族計画

②感染症

(6) 将来フレームの設定及び基本戦略の予備的検討

①人口

②社会・経済

③疾病・死因構造

フェーズII：地域保健医療体制強化の基本戦略策定及び優先プログラムの策定

(1) 地域保健医療体制強化の基本戦略策定

地域保健医療体制強化のための基本戦略を以下の視点により整理したうえで、これらを組み合わせる（プログラム化する）ことも検討する。

- ①組織・法制度の整備
- ②保健財政の強化
- ③保健医療施設の整備・拡充及び医療機材の整備・管理
- ④人材の開発・育成
- ⑤医薬品等の供給体制
- ⑥健康教育/住民参加の促進
- ⑦レファラル・システムの整備

(2) マスタープランの策定

(3) マスタープランの評価

(4) 段階別実施計画

- ①全体プログラム及び各プログラムの実施スケジュール
- ②関連プロジェクト及びドナーとの連携・調整

(5) 優先プログラムの選定及び策定

5-1) 計画諸元の設定

5-2) プログラムデザイン設定

無償資金協力、有償資金協力、プロジェクト方式技術協力、個別専門家派遣、青年海外協力隊（JOCV）派遣、単独機材供与、研修員受入、開発調査（F/SまたはD/D）、他国際機関・ドナーによる協力を想定し、具体的なプログラム（単独のプロジェクトも可）デザインを設定する。

現時点で想定されるプログラムとしては、以下のものが挙げられるが、事前調査の結果及び本格調査の進捗段階で明白になった保健状況を反映するものとする。

<無償資金協力>

1. 調査対象地域において第1次医療施設であるヘルスセンター及びディスペンサリーの存在しない区域（空白区域＝Blak Pot）を減少させるべく、必要な施設及び機材の整備・拡充を図る。
2. 中核病院のリハビリ
3. 医療機材供与（中核病院及びヘルスセンター・ディスペンサリー）
4. 適正なリファラル・システム確立のために必要なアクセス道路の建設及び車両（救急車を含む）の供与

5. 子供の健康無償（ワクチン・栄養剤・抗生物質等の供与）

<プロ技>

1. 適正なリファレル・システムの設立管理のために必要な医療従事者の養成
2. 病院管理（技術管理/人事管理）及び保健財政等マネージメントに必要な人材の育成
3. 健康教育
4. 特定疾患対策センター（母子保健（MCH）、HIV/AIDS、マラリア等）

<青年海外協力隊（JOCV）>

1. リファレル・システム強化のための医療従事者の派遣
2. 農村部におけるプライマリー・ヘルス・ケアの実践と展開

<複合>

1. 協力隊派遣、個別専門家派遣等リファレル・システムの各レベルへの人材派遣による医療レベルの拡充

5-3) 概算事業費/財務計画

5-4) 総合評価

- ① 経済評価
- ② 社会評価（WID・貧困の視点を含む）
- ③ 環境影響評価

5-5) 実施計画

6-4 調査行程

本格調査の調査行程は、全体調査期間を15か月とし、フェーズⅠ：基礎調査、フェーズⅡ：基本戦略策定及び優先プログラム策定のフェーズ分けとする。また調査開始は、1997年8月を目処とし、フェーズⅠを約7か月、フェーズⅡを約7か月とする。調査行程はS/WのANNEX-1に掲載した。

6-5 調査報告書

調査の過程において作成する報告書は以下のとおりとし、ケニア側に提出することとした。

フェーズⅠ：基礎調査

1) インセプション・レポート 英文 30部

インセプション・レポートは、調査の基本方針、方法、作業工程、実施体制、技術移転の方法及び要員計画等の調査実施計画を記載したものとし、調査開始時に先方に提出して、これにかかる説明協議を行うものとする。

2) プロGRESS・レポート(1) 英文 30部

PROGRESS・レポート(1)は、収集した資料及びデータのリスト、先方との協議議事録及び交換した書簡等を添付したうえで、第1次現地調査終了時に先方に提出し、説明する。

3) インテリム・レポート 英文 30部

インテリム・レポート(2)は、フェーズIの結果を取まとめ、策定した基本戦略(M/P)について記述して、フェーズIの終了時に提出するものとする。ケニア側には第2次現地調査開始時期に提示するものとする。

フェーズII：地域保健医療システム強化の基本戦略策定及び優先プログラムの策定

4) PROGRESS・レポート(2) 英文 30部

PROGRESS・レポート(2)は、第2次現地調査の結果及び進捗状況等を記載し、第2次現地調査終了時に先方に提出する。

5) ドラフト・ファイナル・レポート 英文 30部

ドラフト・ファイナル・レポートは、この時点までのすべての調査結果を含み、十分なサポーティング情報に裏付けられたものとする。

6) ファイナル・レポート 英文 50部

ファイナル・レポートは、ドラフト・ファイナル・レポートに対する先方からのコメントを検討のうえ、必要な箇所について改訂・修正を施して取りまとめたものとする。

ファイナル・レポートは、先方からコメントの提出を受けた日から30日以内に作成して提出することとした。

調査期間中に収集したデータについては、コンピュータ処理が可能なものとし、調査開始後も保健省においてデータ更新ができるよう依頼があり、調査団はデータ処理については量的質的に見て当然コンピュータ処理が不可欠である旨回答した。コンピュータ入力されたデータについてもケニア側に渡すよう配慮するものとする。

6-6 調査団構成

本格調査には、下記の調査分野をカバーすることが必要と考えられる。

<調査分野構成案>

- | | |
|-----------------------|---|
| 1) 保健開発計画 | Leader/Health Development Plan |
| 2) 保健医療制度・組織 | Institution/Organization |
| 3) 医療施設運営・管理 | Health Facility Management/Administration |
| 4) レファラルシステム/ロジスティックス | Referral system/Logistics |
| 5) 保健財政 | Health Finance |

6) 予防医療[公衆衛生/保健プログラム]	Preventive Medicine (Public Health/Health Improvement Programme)
7) 疾病管理・治療	Curative Medicine (Case Management)
8) 社会・ジェンダー/住民参加	Sociology/Gender/Community Participation
9) 医療施設整備 (建築・設計)	Health/Medical Facility Improvement (Architect/Medical Facility Consultant)
10) 医療機材整備・維持管理	Equipment Renovation/Maintenance
11) データ解析	Data Analysis/Processing (1)

その後、検討の結果、団員構成については、『データ解析』については『医療情報管理』団員が担当することとし、また本件採択の経緯にかんがみ早期の事業化が望まれていることから、日米協調等各種既存調査及び各ドナーの援助形態等を調整する必要が生ずると判断して、事業実施計画を団員として加え、調査団員構成は、以下のとおりが最適と判断した。

1) 総括/保健開発計画(1) (保健医療制度/組織)	Leader/Health Development Plan (1) (Institution/Organization)
2) 保健開発計画(2) (医療施設運営管理/人材)	Health Development Plan (2) (Health Administration/Manpower Development Plan)
3) 保健情報管理	Health Information System
4) 保健財政	Health Economics
5) 熱帯医学/地域保健	Tropical Medicine/Community Health
6) 疾病管理/治療計画	Curative Medicine
7) 社会医学/医療人類学	Social Medicine/Medical Anthropology
8) 社会/住民参加	Sociology/Community Participation
9) ジェンダー・WID	Gender/WID
10) 医療施設整備 (建築計画・設計)	Health & Medical Facility Improvement
11) 医療機材整備/維持管理	Medical Equipment Renovation/Maintenance
12) 事業実施計画	Inter-programme Coordination

さらに調査内容を考慮し、また1994年12月から1996年10月にかけて JICA の実施した『ホンデラス国全国保健医療総合改善計画』調査の際の経験から、調査団員のなかに最低1名の日本人医師が参加することが望ましいと考える。

参加する医師の要件としては、国際保健・熱帯医学関連の知見を有し、サブサハラにおいて医療協力の経験を有することが最も望ましいが、日本における医療分野のコンサルタントの現状を顧ると、第2の条件はかなり限定されたものとなると考えられ、外国人コンサルタントの医師であっても参加できる余地を残すべきであろう。医師の参加については、要件、参加の形態、人数等今後の保健医療分野の開発調査における課題として検討する必要がある。

6-7 調査用資機材

本件調査においては、調査期間が対象地域面積及び対象人口に比して短いことから、既存調査のデータ等を活用することが必要である。また、本格調査において収集したデータの処理、データベースの作成には、コンピュータ処理が不可欠であり、調査終了後の保健省によるデータ更新の必要性を考慮して調査用資機材として性能の比較的高いパーソナルコンピュータ、データベース作成用集計ソフトが必須であると考えられる。さらに、世界銀行の実施したインベントリー調査において作成していると情報を得た GIS データの活用についても、購入を含めて検討する必要があると考えられる。

一方、調査対象地域はケニア国の都市域から離れた地域であり、道路も整備されていないことを考慮して農村部における現地踏査に際しての移動手段には、4輪駆動車が不可欠と判断される。

6-8 ケニア側便宜供与

本件調査にかかるケニア側の便宜供与は S/W に記すとおりであり、調査団の安全確保を始め、カウンターパートの配置、事務スペースの提供、ID カードの発給、車両・運転手の提供があるが、今回の調査作業の基点は、首都からは遠隔地であり、保健省及び地方保健医療関係組織の予算的余裕を考慮すると、地方における事務所スペースの提供は困難なものがあると判断される。また、S/W 協議の席上ケニア側から、車両の提供については財政的な逼迫を理由に日本側において調達して欲しい旨の依頼がだされており、ケニアの地方における車両借り上げの事情を考慮して、車両の調査は日本側で行うことを考慮することが望ましい。

6-9 本格調査の基本方針

本格調査の基本方針は、以下のとおりである。

本件開発調査を実施する経緯としては、ケニア国が1994年2月の日米首脳会談の際に打ち出された「人口・エイズ分野における地球的規模問題イニシアティブ (GII)」において協力重点国として指定され、さらに日米が協調して当該分野における協力を実施する「日米コモンアジェンダ」の実施国として指定されたことを背景に案件が発掘・形成されて、同国から要請を受けたものであることを踏まえなければならない。

したがって、政策的な面からすれば、本件本格調査団は、GII の枠組みのなかで日本政府が2000年までに実施する無償資金協力、技術協力、有償資金協力を含む具体的なプロジェクト形成を目的とするものであり、調査期間も諸般の事情にかんがみて13か月程度と短いことから、事前調査団は、事前調査実施時点である程度の具体的マスタープラン(インプリメンテーション・プラン)を想定して調査の指針とすることが調査の円滑な開始と進捗に資すると判断したものである。このような状況から、本格調査においては、これらの想定されたマスタープラン(インプリメンテ

ーション・プラン)を指針にしながら、さらには目標として調査を実施することが望ましい。

すなわち、調査対象地域に関してはニャンザ(Nyanza)州のキシイ(Kisii)、ニヤミラ(Nyamira)及びリフトバレー州のケリチョー(Kericho)、ボメット(Bomet)の4県(District)とし、キヌムにあるニャンザ州の州病院(Provincial Hospital)は同地区のトップ・リファラル病院であることを考慮して調査対象とすることとした。

また実際の調査に際しては、S/Wで合意された項目に加え、当該地域のリファラル・ネットワークの機能の実態、その強化に対する住民の欲求・期待度、モラル・サポート及び強化・改善により期待される具体的な成果に留意し、プロジェクト形成・実施に資するものとする。

上述の調査対象地域における本格調査終了時点でのマスタープラン(インプリメンテーション・プラン)の骨組みとしてケニア側と合意を得た内容は、以下のとおりである。

- 1) 支援・強化の必要性、実施効果、宣伝効果を考慮したうえで、調査対象地域の県病院に対する無償による可視的な効果の高いリハビリテーションを行うこと。
- 2) 本格調査の結果により重点地域を選定し、リファラル・ネットワーク強化のための技術協力プロジェクトを形成する。具体的な構想としては、特定の県病院をプロジェクト拠点とし、公衆衛生ラボラトリーの機能を強化し、その傘下のヘルス・センター及びディスペンサリーを連携・巡回する形態でのMobile Clinic(車両による移動診療所)を実施すること。
その実施には緊急連絡手段の考慮を必要に応じて含むものとする。
- 3) 域内のキシイ県病院内看護学校の学生あるいはKMTTCを始めリフトバレー州にあるRural Health Training Centreへ全国から実習に訪れる医学生、Clinical Officer等を交替でこのモバイル・クリニックに同乗参加させて「プライマリー・ヘルスケア医療・看護実習」を行うことなどによりプロジェクトの人材養成の要素を加味すること。

なお、ケニア側と合意を得るには至らないが、上記2)を円滑に実施するに当たっては、当該地域内のアクセシビリティに対する配慮も考慮する必要がある。

現地調査写真

キシイ県病院

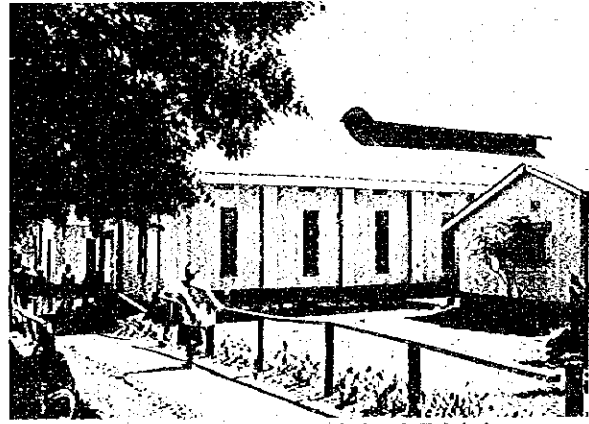
(Kisii District Hospital) Kisii Dist./Nyanza Prov.



(写真1) 病院正面：中央は外来棟，背後に病院施設が分散配置。



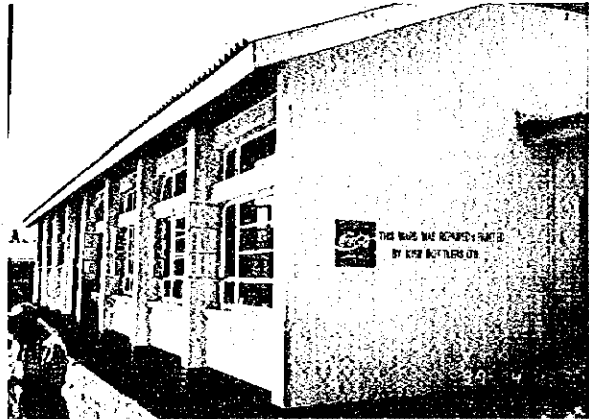
(写真2) 外来棟待合室：混雑して暗く汚れが著しい。



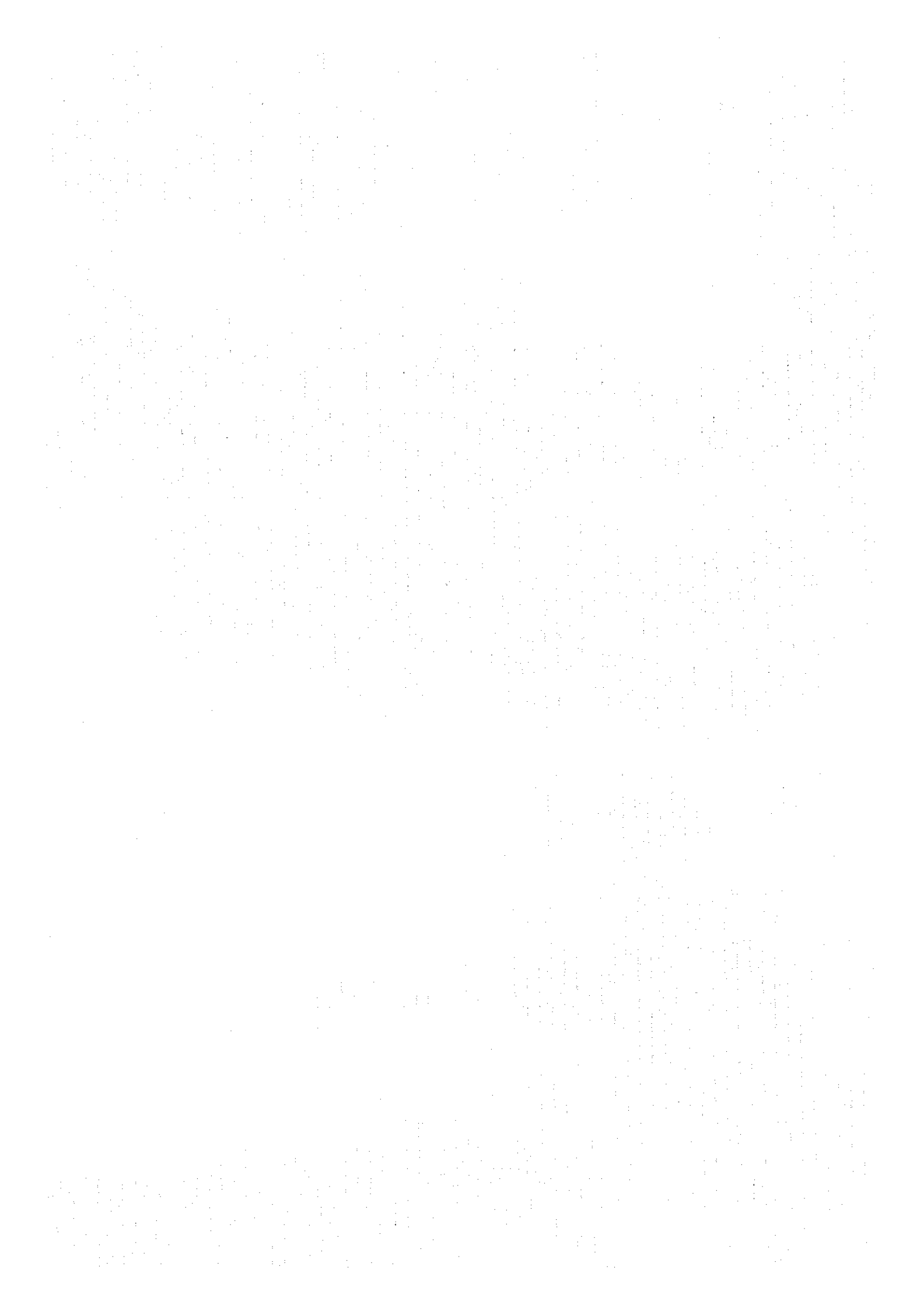
(写真3) 検査棟：標準型で他の県病院でも見られた。



(写真4) 男性病棟：ベッドの多くは二人で利用。



(写真5) 病棟外壁：企業出資でペンキ塗替え済み。

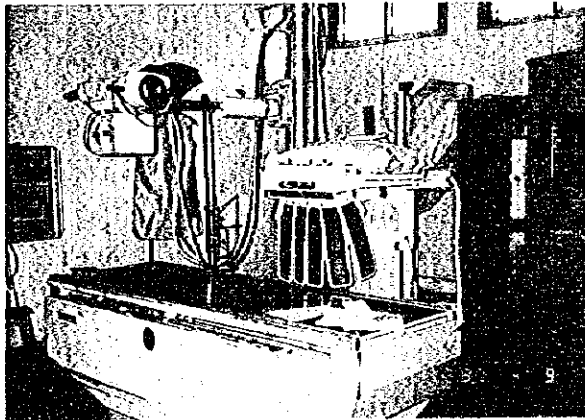




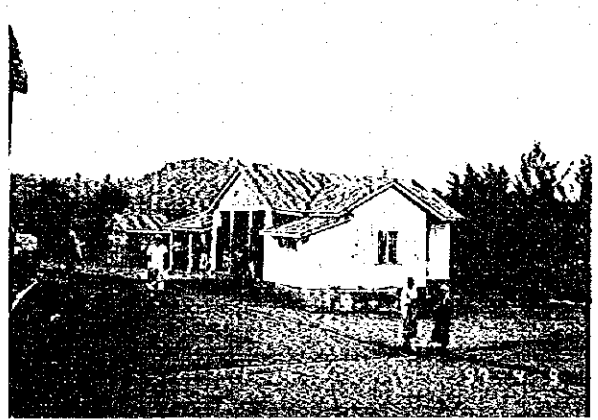
(写真6) 病棟渡り廊下：泥が持込まれている。



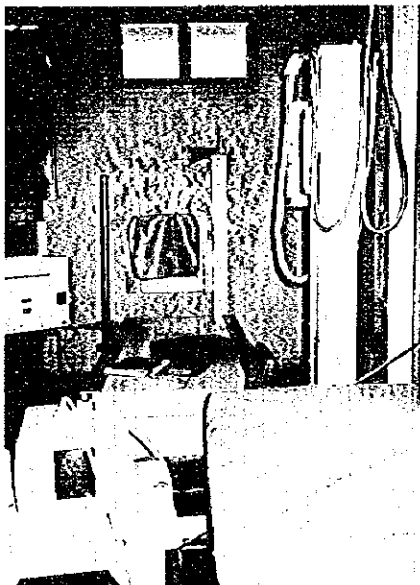
(写真7) 婦人病棟：内外共に汚れが目立つ。



(写真8) 放射線検査室/A：Philips製、故障中。



(写真9) 歯科棟：渡り廊下が無く汚れも激しい。



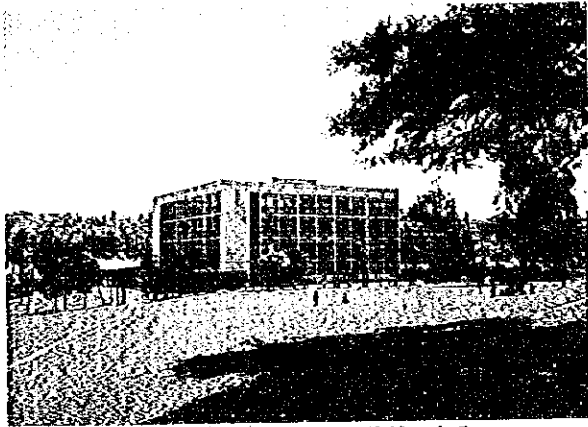
(写真10) 放射線検査室/B：
超音波診断も同室で実施。



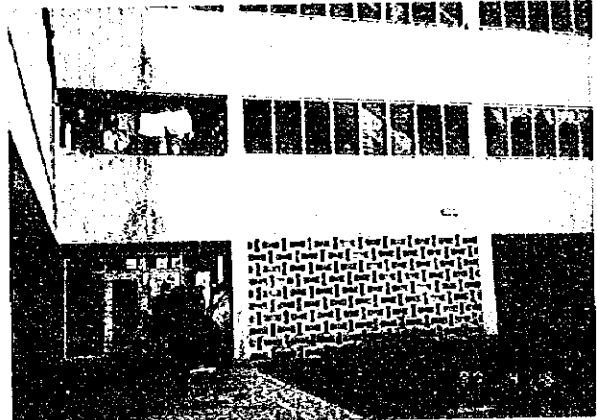
(写真11) 医薬品倉庫：
盗難が多く管理が厳重。

キシイ看護学校

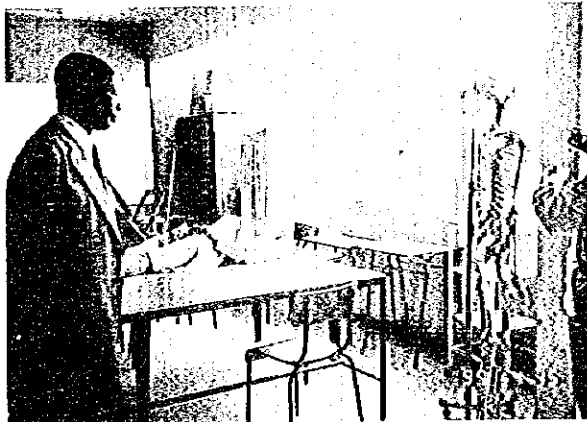
(Kisii Medical Training Centre) Kisii Dist./Nyanza Prov.



(写真12) 外 観：4階建ての立派な施設である。



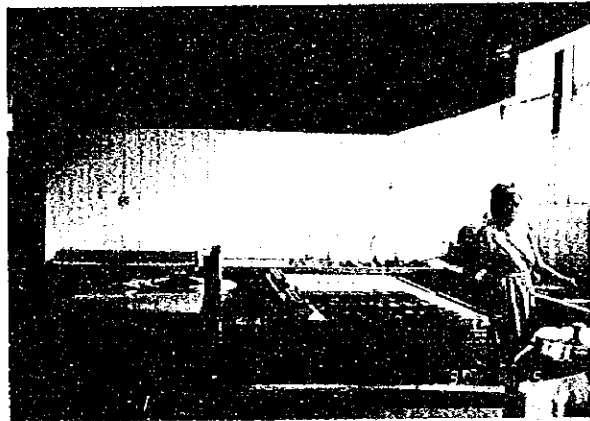
(写真13) 中 庭：地階は教室、上階は学生寮で構成。



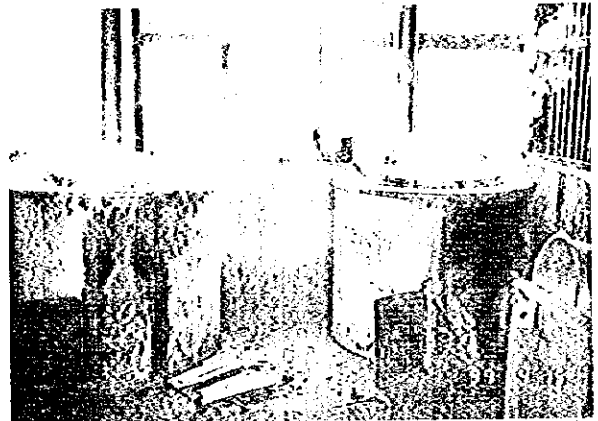
(写真14) 実習室：骨格模型、介護モデル程度の機材。



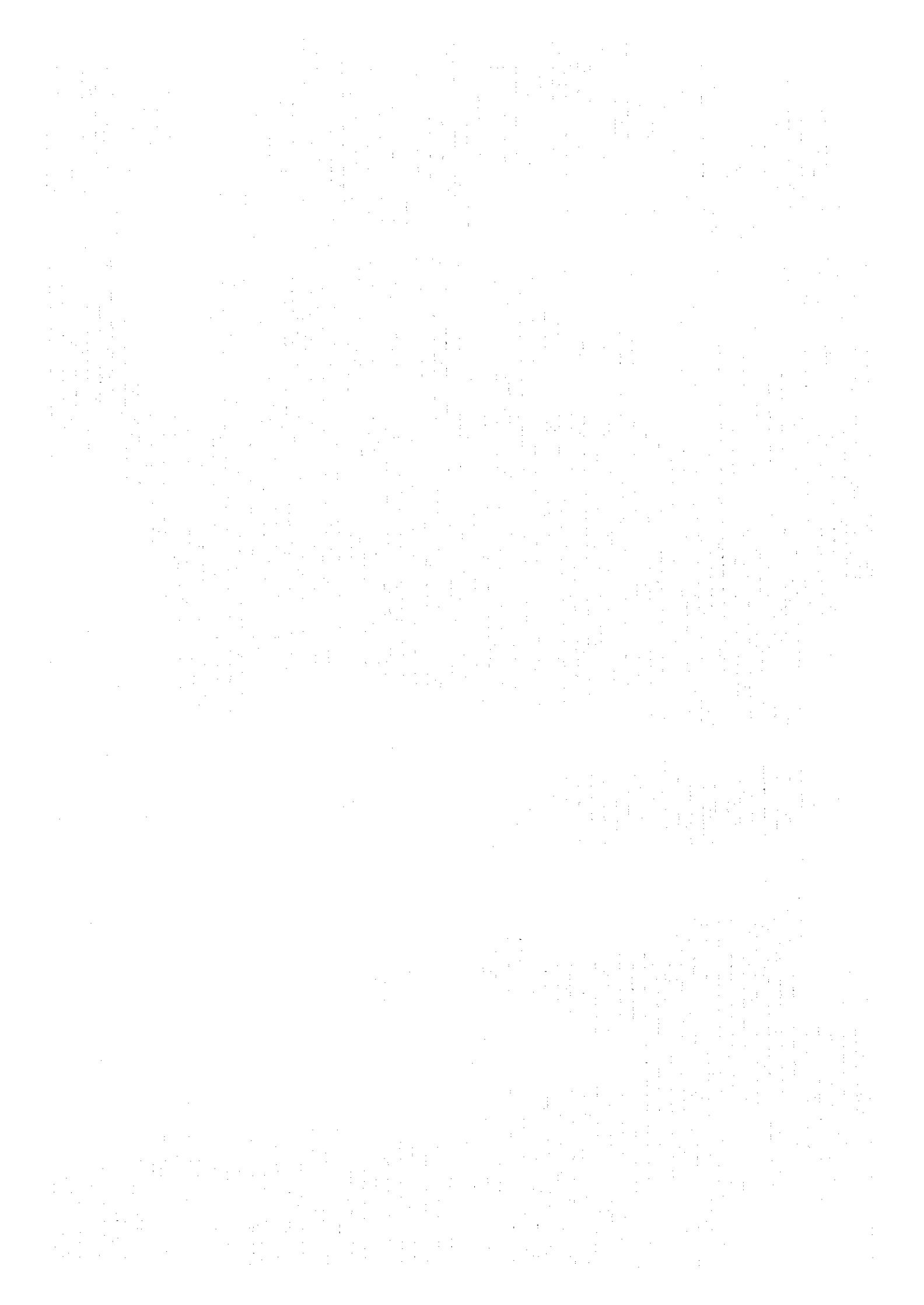
(写真15) 同 室：KEPI支給の標準機材。



(写真16) 厨 房：新型の厨房機材は利用してない。



(写真17) 仮設厨房：光熱費節減のため薪を利用(MOHの奨励)。

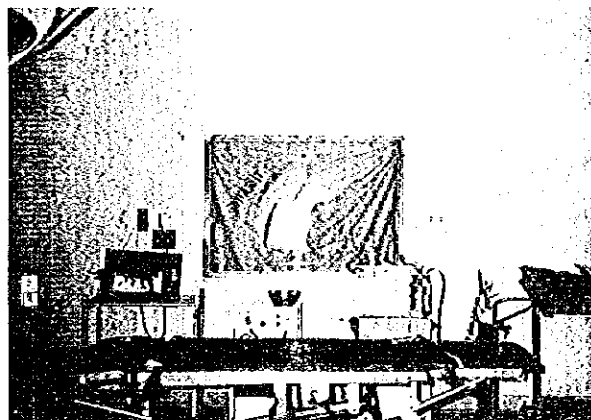


ケリチヨ一県病院

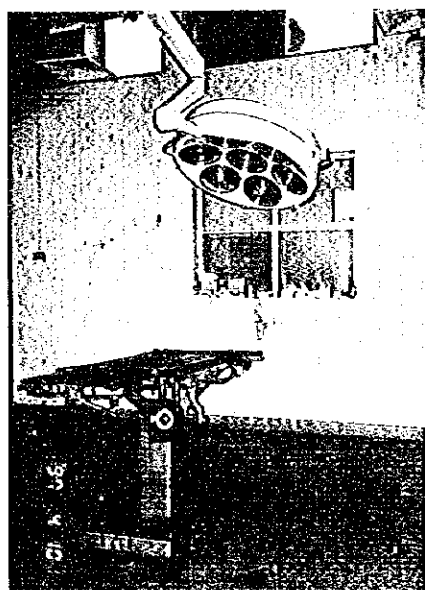
(Kericho District Hospital) Kericho Dist./Rift Valley Prov.



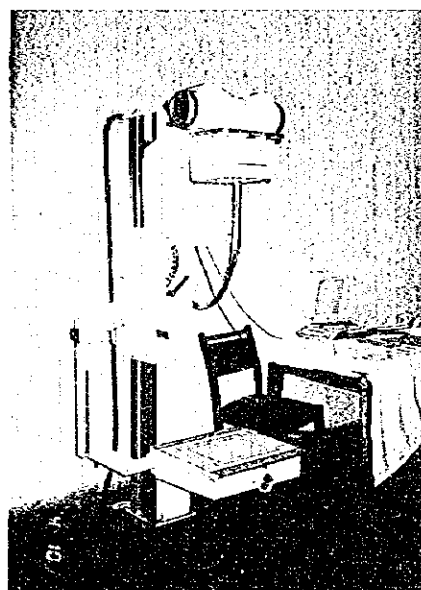
(写真18) 病棟内部：増築部で比較的清潔。



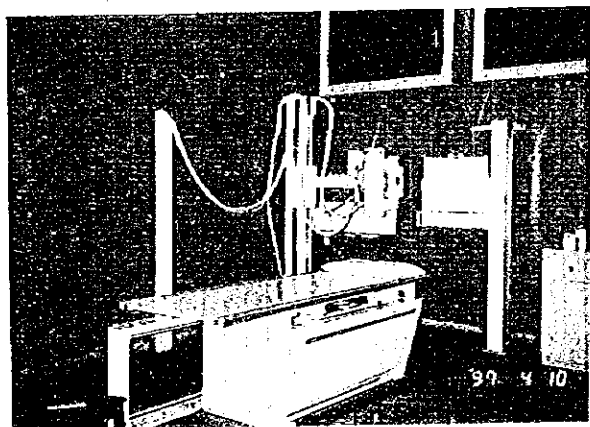
(写真19) 手術室/A：最小限の機材を配置。



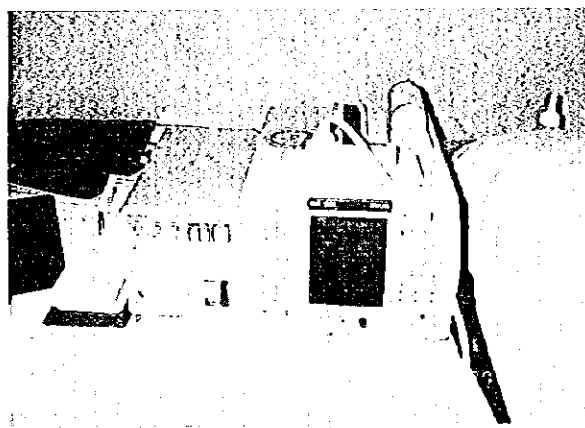
(写真20) 手術室/B：
機材が無いため小手術に時々利用。



(写真21) 放射線検査室/A：Philips製で稼働中。



(写真22) 放射線検査室/B：Philips製で稼働中。



(写真23) 同 室：超音波検査コーナーがある。



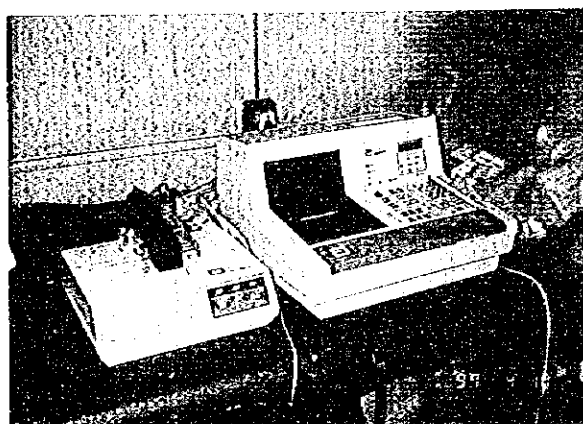
(写真24) 血液検査室：
血液は全てAIDSスクリーニングする。



(写真25) 微生物検査室：現地製ドラチャン。



(写真26) 血液保管室：家庭用冷蔵庫とインキュベーター程度。



(写真27) 血清検査室：セルカウンターで代用している。



(写真28) 救急車：SIDA援助，交換部品がなく放置。



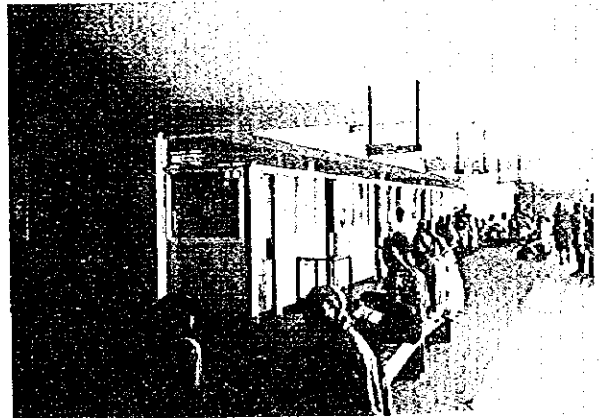
(写真29) 2級国道：雨季には通行困難な仮設橋。

ニヤミラ県病院

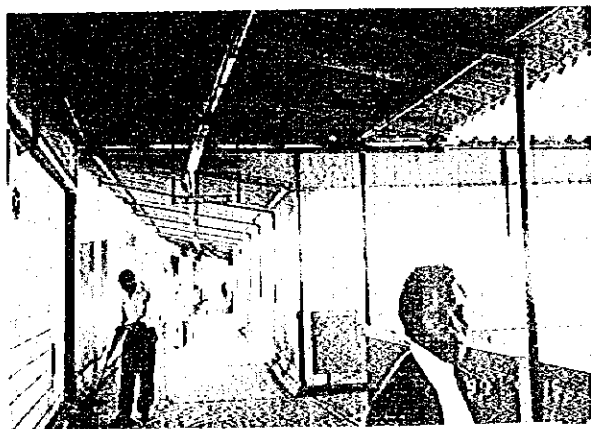
(Nyanira District Hospital) Nyanira Dist./Rift Valley Prov.



(写真30) 外 観：近代的な2階建て施設。



(写真31) 外来棟：待合いスペース。



(写真32) 渡り廊下：掃除は行届いていた。



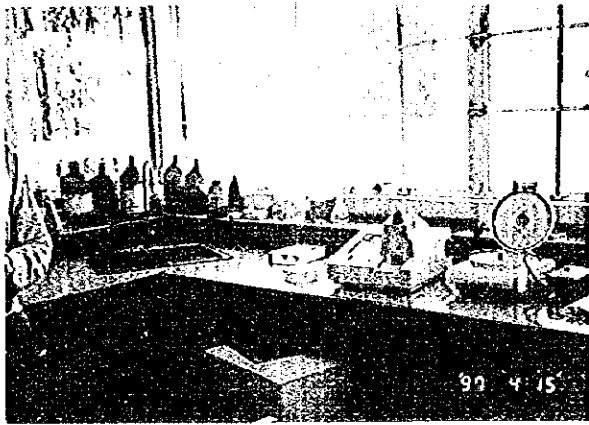
(写真33) 手術室/A：整っているが専門区がない。



(写真34) 手術室/B：小手術用だが利用されてない。



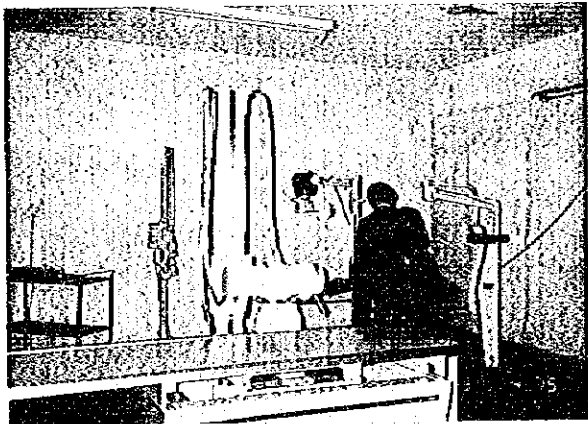
(写真35) 同洗浄室：オートクレーブなども利用されてない。



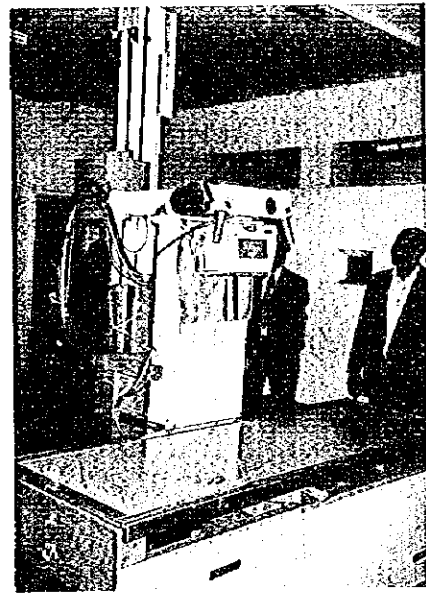
(写真36) 中央検査室：血液検査が多い。



(写真37) 同 室：IIX'検査キットでMOHの標準的支給品。



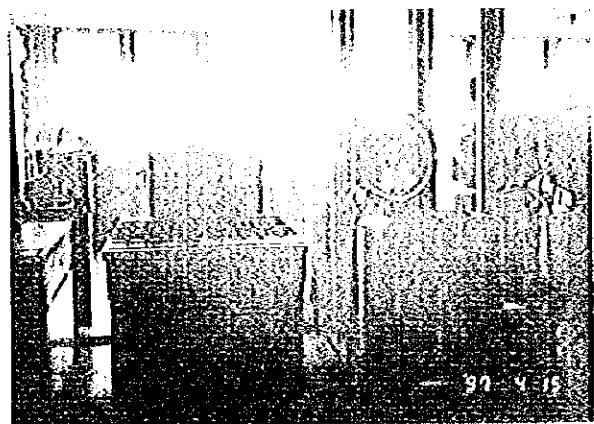
(写真38) X線検査室/A：Philips製、稼動中。



(写真39) X線検査室/B：同上、雨漏りが数箇所あり。



(写真40) 洗濯室：機材充実だがスチーム機器は利用していない。



(写真41) 厨房：LPG・ガス機器は利用せず薪釜の煙充滿。

ロンギサ県病院

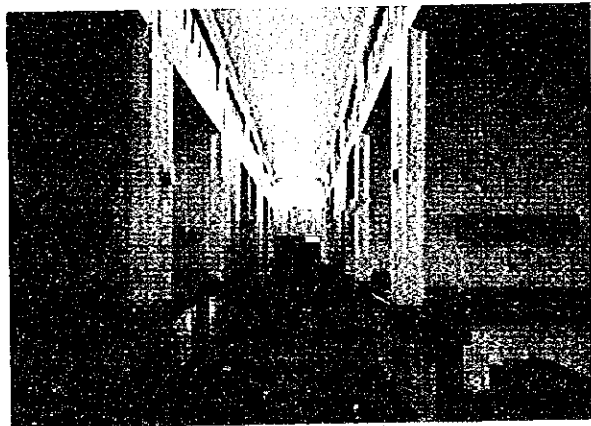
(Longisa District Hospital) Bomet Dist./Rift Valley Prov.



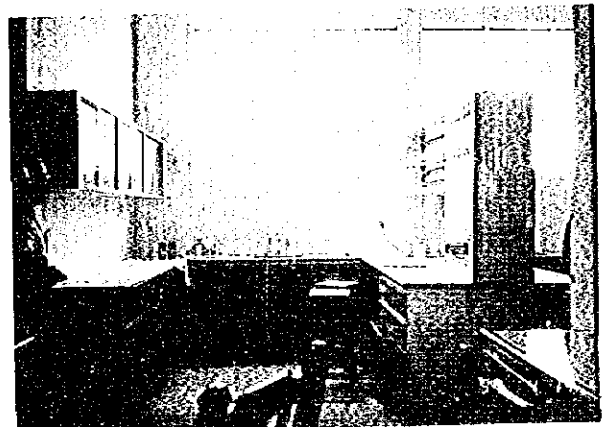
(写真42) 正面外観：
新築3階建て施設，給水がまだ接続してない。



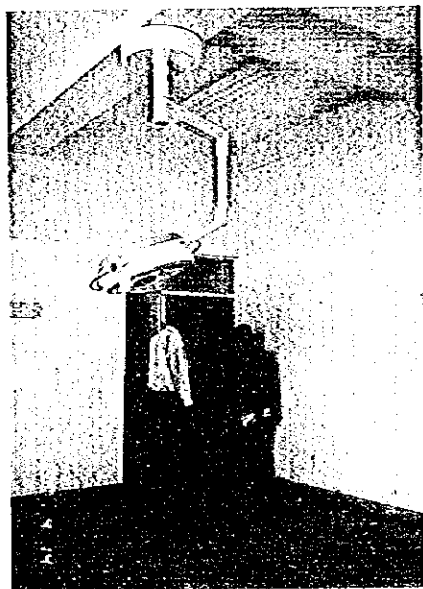
(写真43) 外来受付け：外来診療だけ利用中(HC扱いである)。



(写真44) 病棟内部：機材・ベッドは全て未発注。



(写真45) 中央検査室：検査機器・器具もない。



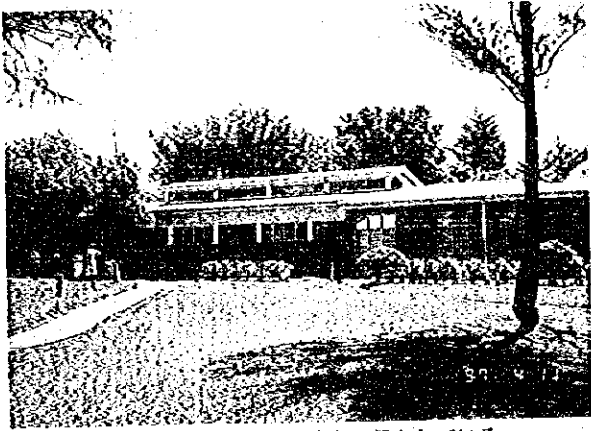
(写真46) 手術室：
天井付无影灯，滅菌機は未開梱。



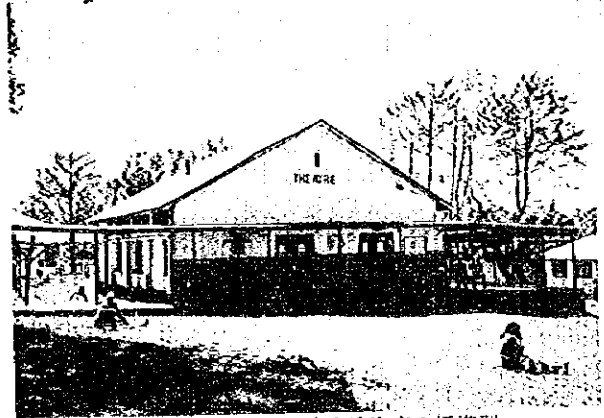
(写真47) 雨水槽：
DANIOA仕様(2基)が唯一の給水源。

カブサベット県病院

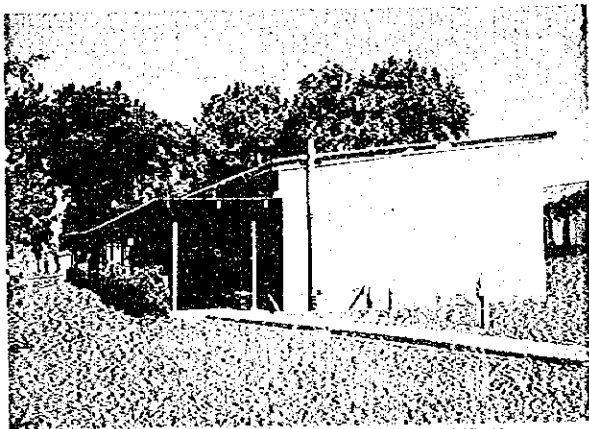
(Kapsabet District Hospital) Nandi Dist./Rift Valley Prov.



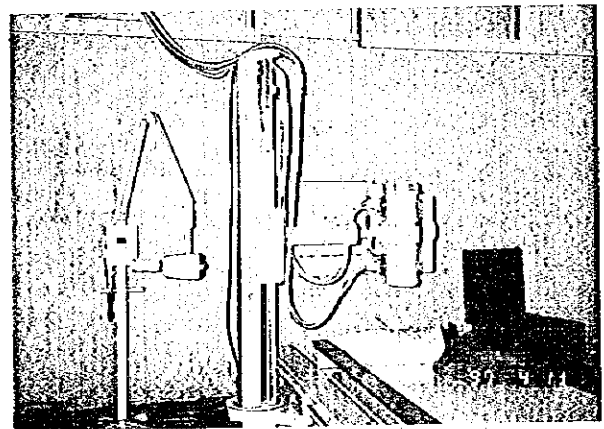
(写真48) 病棟：新築病棟は清潔に保たれている。



(写真49) 手術室棟：手術室2室と洗浄室の標準型。



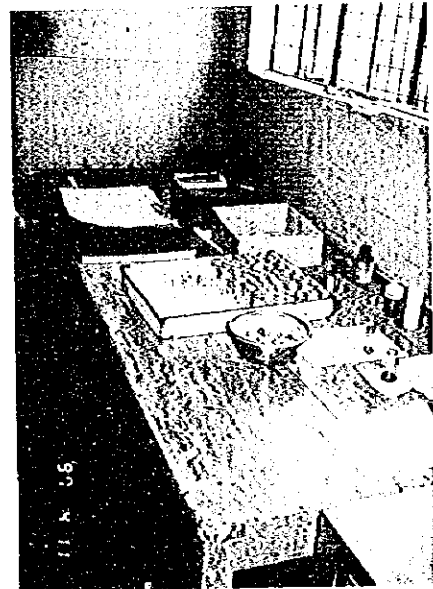
(写真50) X線検査棟：2検査室と現像室の標準型。



(写真51) X線検査室：機材はMOH標準支給品(Philips製)。



(写真52) 血液検査室：
トタン仮小屋で検査機器が殆どない。



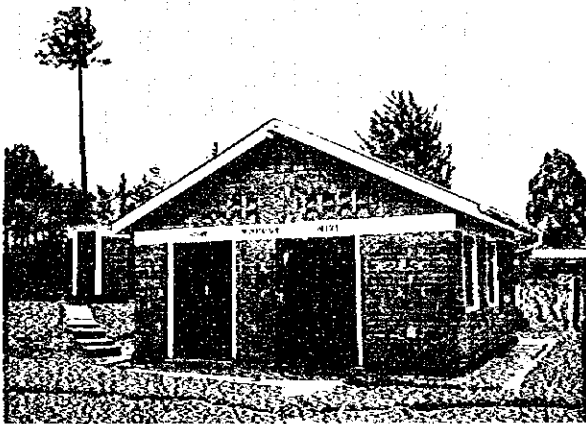
(写真53) 同室：
ここでも血液検査が主体。

ボメット・ヘルスセンター/県保健事務所

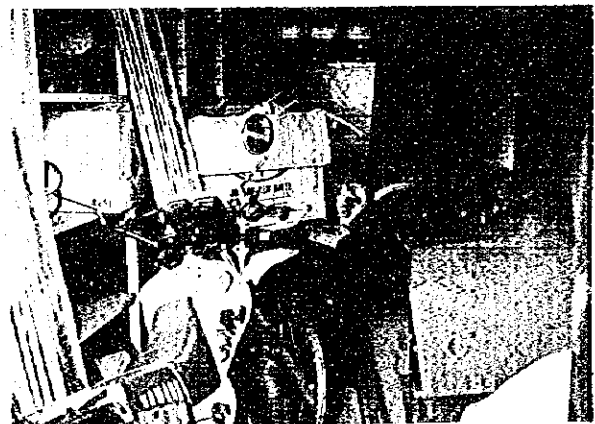
(Bomet Health Centre/District Health Office) Bomet Dist./Nyanza Prov.



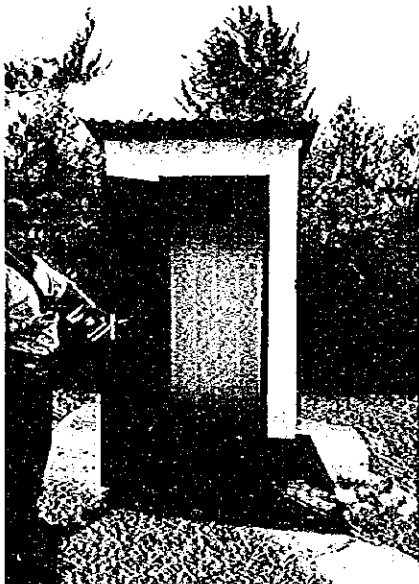
(写真54) 外観：HCsの標準型、右後方は県保健事務所(OHO)で裏手にPMIUがある。



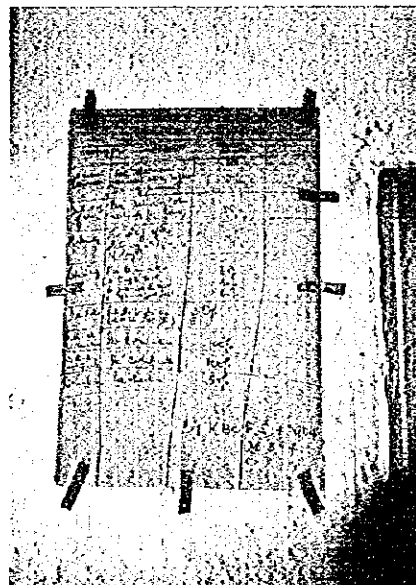
(写真55) PMIU県事務所：県内保健施設の補修基地(DANIDA)。



(写真56) 同倉庫内部：単車2台と建材など収納。



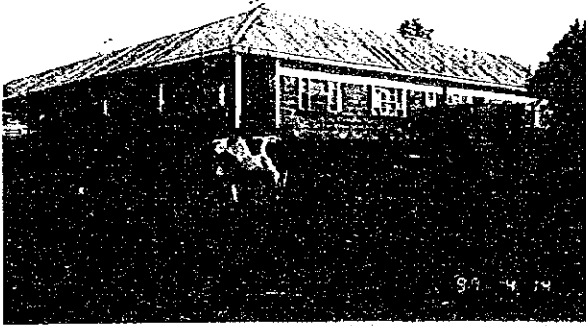
(写真57) 縦穴式トイレ：DANIDAの標準仕様。



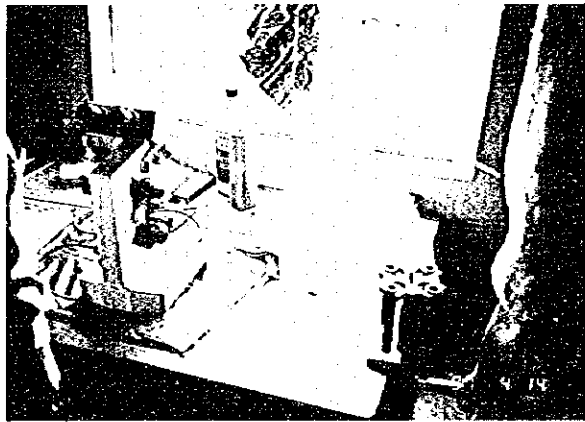
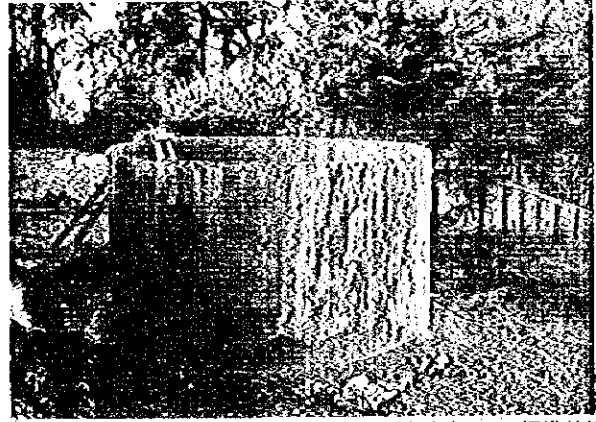
(写真58) 診療料金表：外来10%, 分娩40%, 検査20~40%, 治療100%, 割礼50%など、(1%≈約2円)。

キブクロス・ヘルスセンター

(Kipkros Health Center) Kericho Dist./Rift Valley Prov.



(写真59) 外観：L字型で左翼はHCS標準型，右翼は産科病室(MCH)。(写真60) 雨水槽：フェロセメントで工事中(SIDAの標準仕様)。

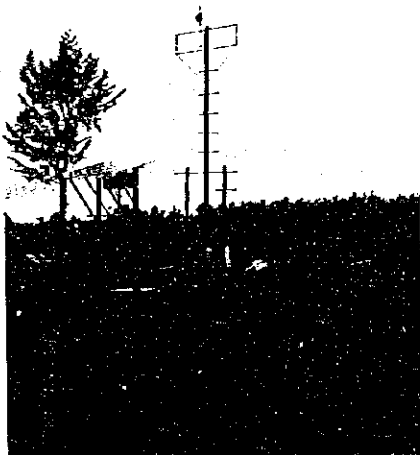


(写真61) 検査室：マラリア検査が主体。

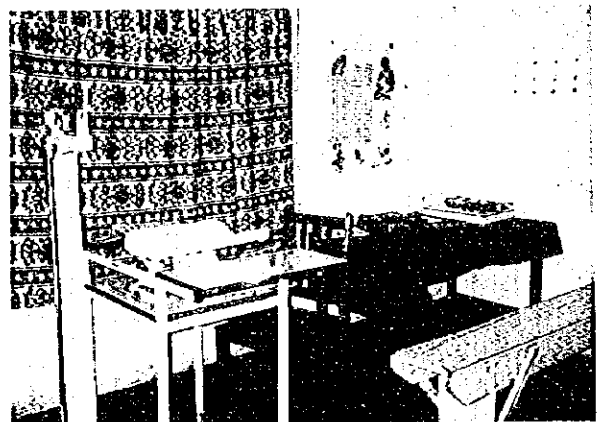


(写真62) 同 上：

器材は少なく滅菌器は家庭用圧力釜を利用。



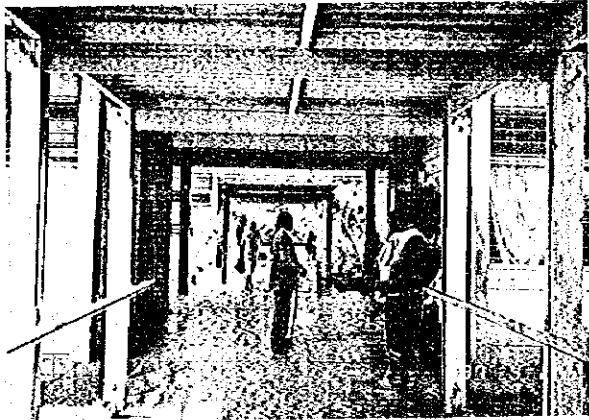
(写真63) 地域無線電話：
隣地に太陽電池利用の施設建造中。



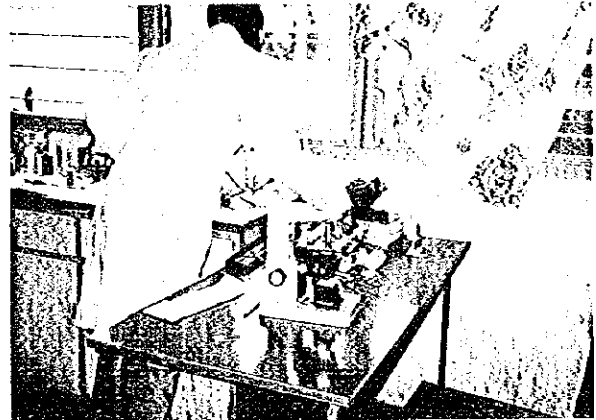
(写真64) MCH：妊婦の健康相談，乳児の体重測定など。

モソリオット地域保健訓練所

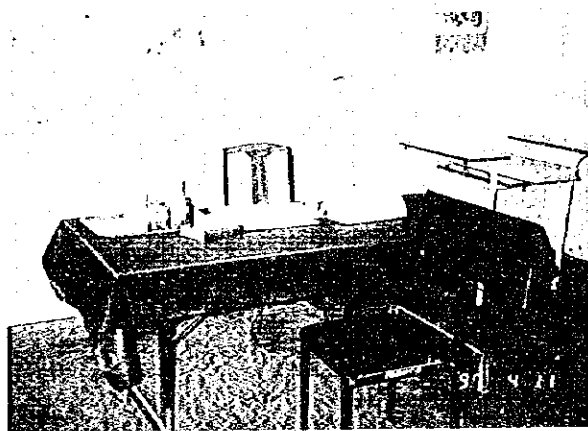
(Mosoriot Rural Health Training Centre) Tashin-Gishu Dist./Rift Valley Prov.



(写真65) 渡り廊下：訓練部門とHC部門を繋ぐ。



(写真66) 検査室：標準的な顕微鏡。



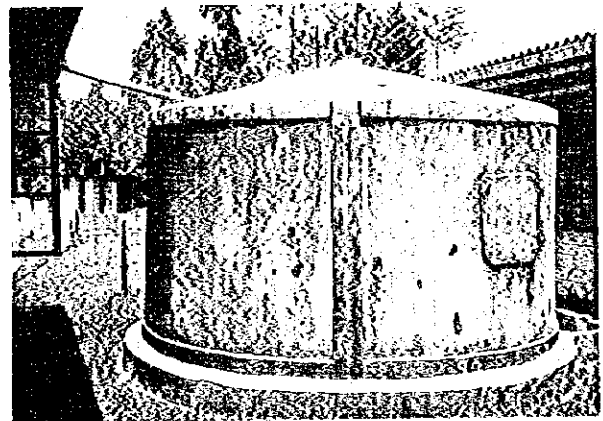
(写真67) 診断室：カウンセリングなど。



(写真68) MCH：母子の健康診断と予防接種など。



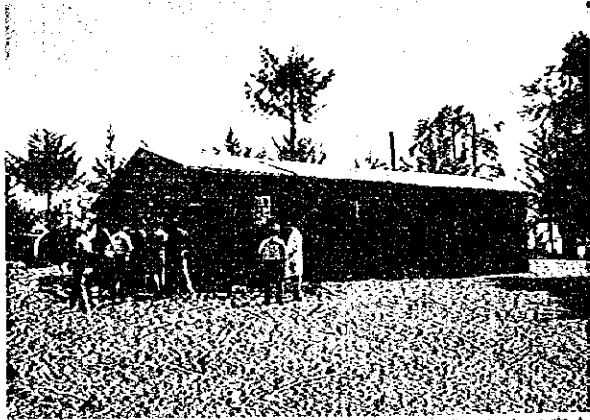
(写真69) 産科病棟：HC部門で50床程度。



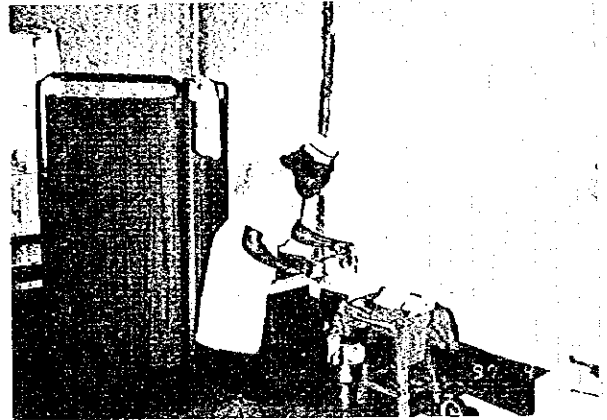
(写真70) 雨水槽：200ℓ外製で1995年建造(SIDAの標準仕様)。

ケネゴット・ディスペンサリー

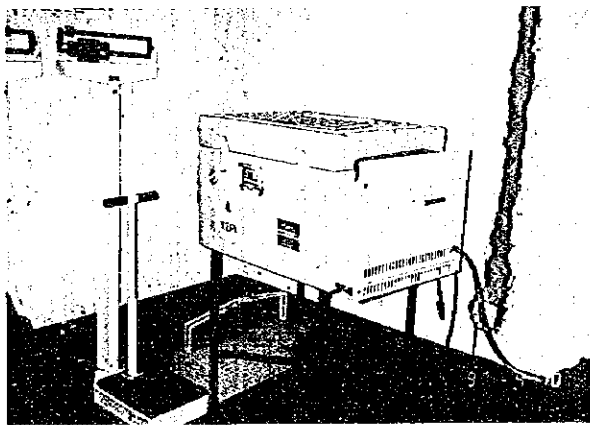
(Kenegot Dispensary) Kericho Dist. / Rift Valley Prov.



(写真71) 外観裏手：待合と3室の構成，雨水槽の架台工事中。



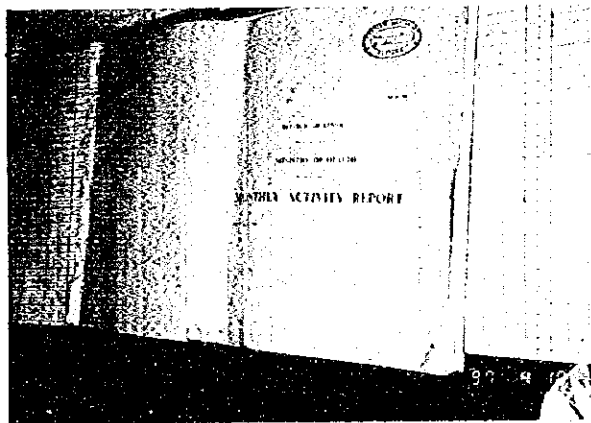
(写真72) 処置室：患者に予防接種の準備中。



(写真73) 冷蔵庫：KEPI支給のワクチン保管用(LPGガス)。



(写真74) 薬局窓口：診療費200と薬代を支払う。



(写真75) 診療記録：MOH定型に記入し県保健情報官に提出。



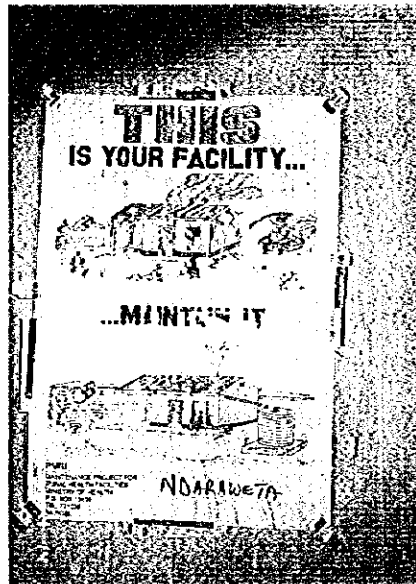
(写真76) トイレ：男女別の竪穴式，診療徴収で建設した。

ンダラウエタ・ディスペンサリー

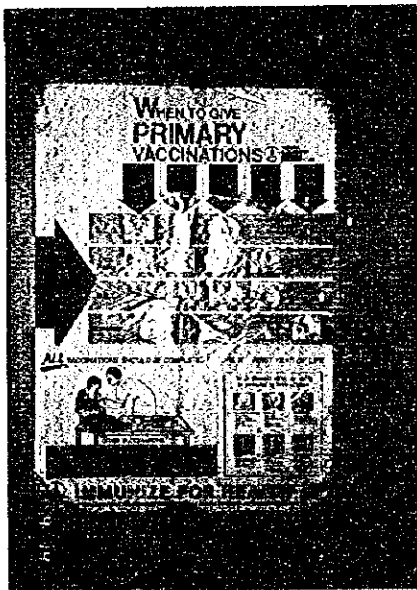
(Ndaraveta Dispensary) Nyanira Dist./Nyanza Prov.



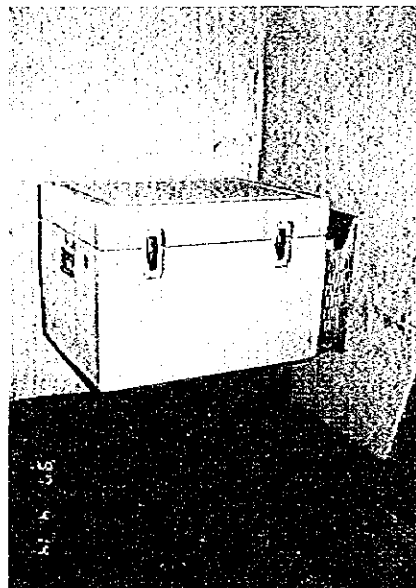
(写真77) 外 観：待合いを中央に3室構成の標準型。



(写真78) PMIU：雨水槽の普及ポスター(DANIDA)。



(写真79) KEPI：予防接種普及キャンペーン。



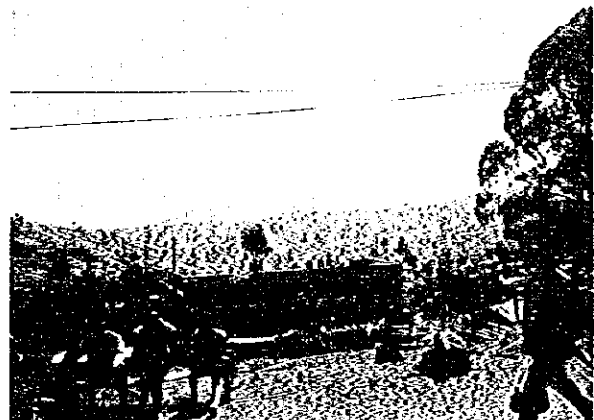
(写真80) ワクチン冷蔵庫：KEPI支給(LNGガス仕様)。

シルブウエット・ディスペンサリー

(Silbuet Dispensary) Nyanira Dist./Nyanza Prov.



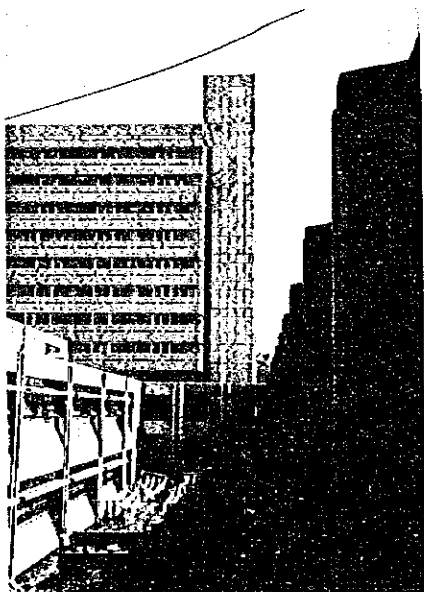
(写真81) 外 観：妻入型で左後方は職員宿舎。



(写真82) 景 観：調査地域は全般的に丘陵地(車窓から)。

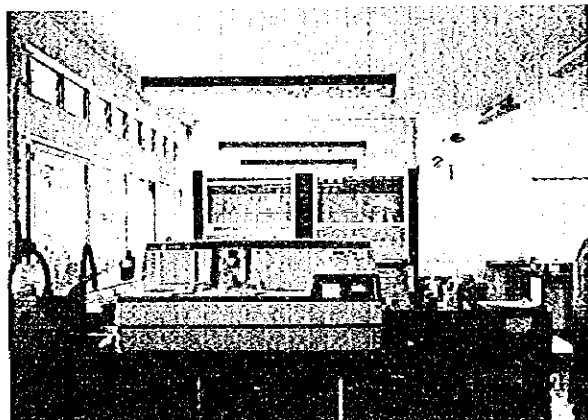
ケニアアッタ国立病院 中央検査部門

(Kenyatta National Hospital) Nairobi

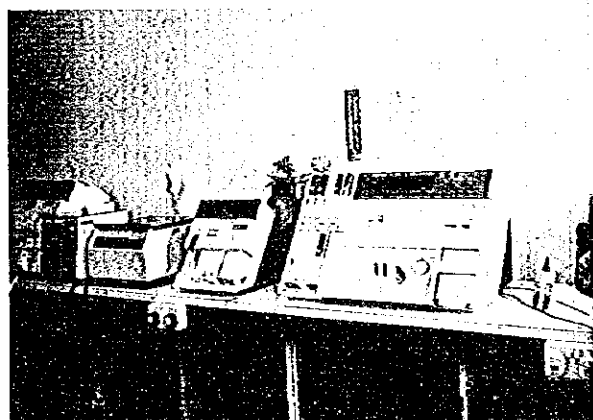


(写真83) 外観:

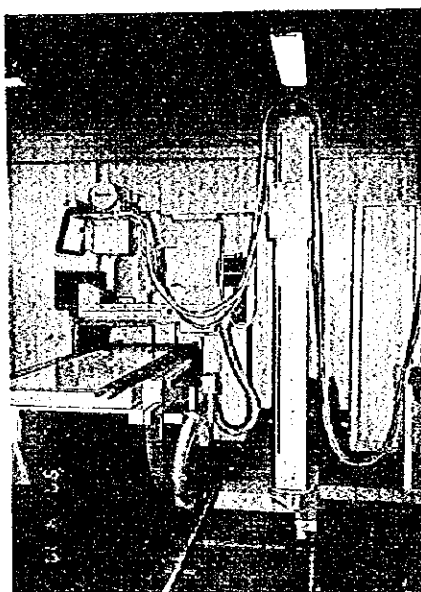
低層棟は診療/検査部, 高層棟は病棟(2000床).



(写真84) 中央検査室: 自動分析装置。



(写真85) 中央検査室: 血液分析装置。



(写真86) X検査室: 大小17室あるが混雑。

ナクル州総合病院 血液検査室

(Nakuru Provincial General Hospital) Nakuru Dist./Rift Valley Prov.



(写真87) 血液検査室: 70年代のJICA技協によるマップあり。



(写真88) 同室: 当時の検査器材が稼動中。

協議関連資料

1. TERM OF REFERENCE

2. QUESTIONNAIRES (回答)

3. SCOPE OF WORK

4. MINUTES OF MEETINGS

5. 主要面会者リスト

協議関連資料 1. T/R

1. TERM OF REFERENCE

14 MAR 1997

THE TECHNICAL COOPERATION

BY

THE GOVERNMENT OF JAPAN

APPLICATION

BY

THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF KENYA

FOR A DEVELOPMENT STUDY

ON

STRENGTHENING RURAL HEALTH REFERRAL SYSTEM IN
WESTERN KENYA

TO THE GOVERNMENT OF JAPAN

PROJECT DIGEST

1. PROJECT TITLE

DEVELOPMENT STUDY ON STRENGTHENING RURAL HEALTH REFERRAL SYSTEM IN WESTERN KENYA

2. LOCATION

DISTRICTS OF ^①NANDI, ^②BOMET, ^③KERICHO, ^④UASIN GISHU, ^⑤KISII,
^⑥NYAMIRA, ^⑦KISUMU, ^⑧HOMA BAY, ^⑨KAKAMEGA AND ^⑩VIHIGA

3. EXECUTING AGENCY

(i) COORDINATING ORGANIZATIONS:

- (a) Ministry of Health
- (b) District Health Management Teams

(ii) COLLABORATING ORGANIZATIONS:

- (a) Ministry of Health
- (b) District Development Committees
- (c) Ministry of Public Works
- (d) Office of the President
- (e) NGO in the population and Health
- (f) Kenya Medical Training College
- (g) UNDP

4. BACKGROUND OF THE PROJECT

(i) Sector Background

Since Independence the Government of Kenya has given high priority to the improvement of health status of all Kenyans. The Long term objectives of the health sector is the

achievement of "HEALTH FOR ALL" by the year 2000. Fully recognizing the importance of good health is committed to the provision of health services and health facilities across the country.

The Health sector has high recurrent costs which tend to be associated with the provision of social services. The reduced growth in health financing has affected the ability of the public service to the quality of care delivered in earlier years.

The Ministry of Health has stated on several occasions that provision of health services should meet the basic needs of the population, be focused on providing health services within easy reach of Kenyans and place emphasis on preventive/promotive and rehabilitative services without ignoring curative services.

The policies that the Government of Kenya has pursued over the years have had a positive impact on improving health status of Kenyans. Although the sector has been receiving declining Government budget allocations in real terms, cumulative gains over the years demonstrate improvement in health indicators. It should be noted that the private and NGO sector also played an important role in the improvement of the national health indicators.

National Health Indicators and patterns of disease

Infant mortality rate dropped from 126 to 74 per 1000 of live births and mortality rate of children under the age of 5 dropped from 211 to 104 per 1000 live births during the period from 1963 to 1991. The crude death rate dropped from 20 per 1000 at Independence to 12 per 1000 in 1993 and the crude birth rate from 50 per 1000 to 46 per 1000 over the same period.

Although the national indicators look impressive, significant geographical disparities exist and need to be addressed.

According to the information derived from health facilities countrywide it is known that regional variations in epidemiological patterns exist but in general vector borne diseases are the most important causes of morbidity and mortality nationwide.

Malaria and respiratory diseases account for almost 50% of all reported diagnosis, and intestinal parasitic infections and diarrhea disease amount almost 60% of all reported cases. It is also important to note that deaths and disabilities arising from Road traffic accidents have been on the increase.

National health delivery infrastructure

Kenya's health infrastructure has grown rapidly since independence, there are over 3900 health care institutions nationwide. The Ministry of Health administers over 50% of such facilities, Ministry of Local Government takes care of about 3%, with the remainder

operated by private, mission and NGO health care providers. All in all, there are about 1400 dispensaries, 420 health centres and 100 hospitals which are run by the Ministry of Health.

Despite massive expansion of the health infrastructure, it is widely recognized that with the rapidly increasing population the demand for health care outstrips the Ministry's ability to provide effective services. This calls for collaborative efforts by all health providers both in the public and private sector.

Declining budget allocations from the Exchequer in real terms coupled with increased demand for health care has escalated costs of health care in the country. The Government in 1989 introduced Cost sharing in all Government hospitals and Health centres in order to increase resources for financing the sector.

Health Sector Reform

To markedly change the burden of sickness and disease in Kenya, the Government has embarked upon a bold programme of sector reform which is outlined in the 'Kenya's Policy Framework' of November, 1994.

The overall goal of the sector reform focused on promotion, improvement of health status of the Kenya population through the sector restructuring with a view to making health delivery effective, accessible and affordable.

The resources will continue being re-allocated from curative to preventive care and from urban to rural areas.

The corner stone of the sector reform programme is to provide an enabling environment for good health with broad participation of the private sector, NGO and rural communities.

The main agenda for reform as laid down in the health policy document includes the following key elements:-

1. Strengthen policy making role of the Ministry;
2. To improve the performance of the curative, preventive and promotive health services.
3. Decentralization of planning, management, resource creation, allocation, control, use and restructure the functions of the Ministry accordingly;
4. Promote expansion and sustainability of NGO health services;

5. Achieve financial sustainability of all health providers who deliver cost effective minimum package;
6. Gradually shift larger share of health care financing to insurance schemes;
7. Ensure adequate and equitable distribution of health facilities, standardize rehabilitate and maintain existing facilities an equipment;
8. Facilities and equipment adequately maintained;
9. Increase the level of adequate human resources to meet manpower projections and resources availability;
10. Ensure the constant availability of safe and cost-effective drugs to the Kenya population;
11. Establish efficient health management information systems and promote adequate information use;
12. Promote and participate in operational health research;
13. Control and contain costs, in particular in all Government and Non- Governmental institutions that provide curative services;
14. Reduce health , social and economic impact of STDs, and AIDS
15. To orientate the organizational structure and functions of the Ministry of Health in order to meet the objectives of the present and future needs.

The achievements of these objectives greatly depends on availability of efficient transport system and effective referral system which will provide quality health care at affordable costs.

(ii) Situation analysis of Ministry of Health Referral System

The Ministry of Health has Eight (8) Provincial General Hospitals which act as main referral hospitals for each Province. These Provincial General Hospitals are New Nyanza (Nyanza Province), Kakamega (Western Province), Nakuru (Rift Valley Province), Nyeri (Central Province), Embu (Eastern Province), Machakos (Eastern Province), Garissa (North Eastern Province), and Coast (Coast Province). The Provincial General Hospital have highly qualified specialists Doctors. They are also used as teaching hospitals for interns and Kenya Medical Training College (KMTC) students.

(iii) **Justification of the Project**

As contained in the Government of Kenya Policy Framework of 1994 the Ministry of Health's objectives is to improve the health status of Kenya Population through the sector restructuring with a view to making health delivery effective, accessible and affordable.

However, lack of adequate operational equipment and the poor state of buildings has made it increasingly difficult for the Ministry of Health to provide quality health care for the people. The proposed project is not only expected to improve the provision of quality of health care but also improve staff skills and morale. The proposed locations cover the largest population in the country.

(iv) **Desirable scheduled time of the Project**

We expect the Development Study to start in the last quarter of 1996 and thereafter the basic design study and detailed study to follow later in 1997. The commencement of the Project implementation will depend on the recommendations and the time schedule proposed in the project document.

(v) **Proposed Source of Assistance**

Government of Japan, through Technical Assistance programme of Japan International Cooperation Agency.

5. **TERMS OF REFERENCE OF THE PROPOSED STUDY**

The Terms of Reference for the Development Study on Strengthening of Rural Health Referral System in parts of Western, Nyanza and Rift Valley Provinces includes coming up with possible recommendations on how to improve the referral system of rural health facilities through Rehabilitation of existing buildings and equipment of existing rural health facilities and supply of new equipment. The terms of reference also includes the possibility of coming up with recommendations on the construction of new facilities in under served areas.

OBJECTIVES OF THE PROJECT

The main objective of the Project is to strengthen the District health referral system as contained in Kenya's Health Policy Framework of November, 1994. The Development Study is expected to come up with specific recommendations on what concrete steps are needed to restore a comprehensive referral system in the specified areas. The Study is also expected to come out with some specific recommendations on appropriate packages that are needed (grant aid, technical cooperation etc) for such regional referral system to work within the health structure of the Ministry of Health.

Immediate Objectives

Is to rehabilitate existing rural health facilities in the region and also to provide necessary equipment in order to improve the quality of health care services provided by the Ministry of Health.

Long term objectives

The long term objectives is to improve referral systems by improving quality of health care services at the lower level health care services. This will reduce the number of patients seeking health care at the District and Provincial hospitals.

PROJECT COMPONENTS

(i) Rehabilitation

The Project components will include physical rehabilitation of health facilities within the target areas. Many health facilities within the proposed Development Study area are in poor shape. They will require rehabilitation of the existing structures as well as putting up of new buildings.

(ii) Equipment

Many of the equipment in the health facilities within the proposed Development Study area are inadequate or too expensive to maintain because of old age. Many of these facilities will require the supply of new equipment.

(iii) New Health Facilities

The proposed areas have what is called 'Black spots', or areas which are inadequately served by health care services. Patients normally travel long distances in order to seek health care. It is therefore necessary to build some few Rural Health Facilities in those areas.

(iv) Capacity building

EXPECTED PROJECT BENEFITS

- (i) The Project is expected to have a positive impact on the improvement of health referral system. It is expected that more people will use lower health facilities that is health centres and Dispensaries which is an adaptive research. As stated in the Health Policy Framework the Ministry's desire is to encourage people to use Health Centres and Dispensaries. The strengthening of District Hospitals within

the proposed areas will reduce the number of people seeking health care in their respective Provincial General Hospitals.

- (ii) The proposed Project is also expected to strengthen the Preventive and Promotive health care. As recommended in Kenya's Health Policy Framework the Ministry intends to shift resources from the expensive Curative health care to Preventive and Promotive health care. The strengthening of Rural Health Facilities within the proposed areas will no doubt be in the right direction to achieve these objectives.

SCOPE OF THE STUDY

- (i) Assess all the current functions of health facilities in the Development Study Area at District Hospital, Health Centre, and Dispensary levels.
- (ii) Identify functional constraints of health facilities in the present setup at all levels which make referral systems inappropriate.
- (iii) Make appropriate recommendations in terms of rehabilitation, equipment or otherwise required in order to make the referral system functional.
- (iv) Assess the capacity of these facilities in sustaining new equipment and buildings.
- (v) Make appropriate recommendations on capacity building in the Project Area.

6. UNDERTAKINGS OF THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF KENYA

In order to facilitate a smooth and efficient conduct of the Study the Government of the Republic of Kenya shall undertake the following necessary measures:-

1. To secure the safety of the Study Team
2. To permit the members of the Study Team to enter, leave and sojourn in the Republic of Kenya in connection with their assignment therein and exempt them from alien registration requirement and consular fees.
3. To exempt the Study Team from taxes, duties, and any other charges on equipment, machinery and other materials brought into and out of the Republic of Kenya for the conduct of the study.
4. To exempt the Study Team from income tax and charges of any kind imposed on or in connection with emoluments or allowances paid to the members of the study team for their services in connection with the implementation of the Study.

5. To provide necessary facilities to the Study Team for remittance as well as utilization of the funds introduced in the Republic of Kenya from Japan in connection with the implementation of the Study.
6. To secure permission for entry into private properties or restricted areas for the conduct of the Study.
7. To secure permission for the Study Team to take all data, documents and necessary materials related to the Study out of the Republic of Kenya to Japan.
8. To provide medical services as needed. Its expenses will be chargeable to members of the Study Team.
9. To provide available maps, data, reports and other materials relevant to the Study.
10. To provide counterpart personnel and support staff for the Study.
11. To provide vehicles for the counterpart personnel of the Study Team.
12. To provide office space for the Study Team along with standard furniture and fixtures as well as stationery, in the Study area including maintenance and office running costs.
13. To provide supplementary work facilities for laboratory analysis and other investigations and surveys as may be needed by the Study.

PROJECT AREA

The project will cover the districts of Nandi, Bomet, Uasin Gishu and Kericho (in the Rift Valley Province); Kisii, Nyamira and Kisumu with a small part of Homa Bay (in Nyanza Province) and Kakamega, Vihiga (in Western Province). The following is a small write up on each district covered under the project.

(I) NANDI DISTRICT

Nandi District is located in the Rift Valley Province occupying an area of 2,839 Km. The district is bordered by Kakamega District to the West, Kericho District to the South-east corner, Kisumu District to the South and Uasin Gishu to the north and east. As of 1993, Nandi District was composed of six administrative divisions, namely Mosop, Aldai, Tinderet, Kapsabet, Kilibwoni and Nandi Hills. Refer to the map of the district attached.

The population of Nandi District is currently projected at 568,086 people with an annual growth rate of 3.9%, and a density of about 179 persons per Km sq.

The predominant activities in the district include dairy, food and cash crop farming. Most of the rural households are engaged in livestock production and food crop farming especially maize.

The district is served by three major hospitals. Two of these hospitals are at the district headquarters, Kapsabet Town and the other one is in Nandi Hills Town, 17Km sq. from Kapsabet. These hospitals are over-utilized taking into account that they are the only hospitals which cater for the whole district and their absorption capacity is small. The rural areas are served by a number of health centres and dispensaries. Utilization levels in these facilities depend on the population density in the area and their distribution. However, these facilities are few in number and are fully utilized hence the need for more of them.

HOSPITAL & HEALTH CENTRES PER DIVISION

Division

	No. of Hospitals	No. of Health Centres	No. of Dispensaries	Total
ALDAI	-	1	6	7
KAPSABET	2	1	5	8
MOSOP	-	4	6	10
TINDERET	1	2	20	23
KILIBWONI	-	1	4	5
TOTAL	3	9	44	53

Despite the availability of the above - mentioned health institutions in the district, infant mortality rate is still high i.e 67 per 1000. This is mostly due to the mothers' reluctance to attend MCH/FP clinics before and after birth. This is attributed to the low literacy levels among women in the district. Malaria claims 105 lives for every 1000 children born, Pre-pneumonia 48 per 1000, ARI 28 per 1000, measles 16 and anemia 13.

Compared to the neighboring districts of Kakamega, Bungoma, Uasin Gishu and Kericho, Nandi district mortality rates are high. Disease incidence in the district is very high in comparison with the surrounding districts and national figures. This is attributed to the climatic conditions of the district. Due to cold temperatures throughout the year, respiratory tract infections are very common together with high incidences of intestinal worms and skin diseases. Malaria is also very common due to rains throughout the year giving good breeding conditions for the mosquitoes.

MAJOR DISEASES IN THE DISTRICT 1991

DISEASES	CASES REPORTED
MALARIA	312,051
UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTION	221,101
SKIN DISEASES	59,606
INTESTINAL WORMS	39,569
DIARRHOEA	35,570
ACCIDENTS (INCLUDING BURNS)	26,400
RHEUMATISM (JOINTS PAINS)	23,735
URINARY TRACT INFECTIONS (UTI)	16,131
EYE INFECTION	14,586
EAR INFECTION	14,163

Source: MOH, NANDI

The first HIV/AIDS case in the district was diagnosed in 1989. The table below shows an increasing trend of full blown AIDS Cases over the period of testing. Similarly the table shows an increasing trend of Sero - positively for the same period.

REPORTED CASES AND TRENDS

YEAR	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
NO. OF CASES	0	0	0	4	16	26	9	55
NO. OF HIV POSITIVE	0	0	2	21	6	9	14	60
PERCENTAGE (%)	0	0	2.3	6.2	3.1	7.5	6.0	0.3

Source: M.O.H, NANDI

The distribution of the HIV/AIDS is district wide with a concentration into the agriculture nucleus e.g Tea estates

(II) NYAMIRA DISTRICT

Nyamira District with an area of 361 Km sq. is one of the districts that make up Nyanza Province. Nyamira was carved out of Kisii District in 1989. It is surrounded by Homa Bay to the North, Narok to the South, Kericho to the east, Kisii to the west and Bomet to the east. The district has six administrative divisions namely Nyamira, Ekerenyo, Borabu, Mangu and Rigoma as shown in the map below.

The district has a highland equatorial climate and receives high and reliable rainfall throughout the year. This type of climate together with the fertile soils make Nyamira an agricultural district.

The population of the district is currently estimated at 486,104 people with an annual growth rate of 3.1%, and a population density of 515 persons per Km sq.

There are a number of health facilities in the district with one district hospital at Nyamira town. This hospital is a modern facility which serves the whole of Nyamira District and parts of Kisii and Homa Bay Districts. The hospital is over utilized because there are very few health centres in the district which could ease the congestion at the hospital. The table below shows the number of health facilities in the district.

**HEALTH FACILITIES IN NYAMIRA DISTRICT
(INCLUDING NGO, GOK AND PRIVATE) PER DIVISION**

DIVISION	HOSPITAL NUMBER	HEALTH CENTRES	DISPENSARIES	TOTAL
NYAMIRA	1	1	10	12
EKERENYO	-	3	7	10
MANGA	-	1	5	6
RIGOMA	-	1	6	7
BORABU	-	-	10	10
TOTAL	1	6	38	45

Source : MOH: Nyamira; 1992

Infant Mortality Rate has been declining and this is expected to fall below 69.6 per 1000 by end of 1996.

Screening for HIV/AIDS in Nyamira District started in 1984 and by Mid- 1993 a total of 4383 specimens had been tested. There has been an upward trend in the number of cases reported as shown in the table below.

REPORTED NO. OF HIV/AIDS CASES

YEAR	NO. OF HIV/AIDS CASES
1989/90	14
1991	31
1992	29
1993 (JAN-JUNE)	51
TOTAL	96

Source: M.O.H Nyamira, 1993.

(III) KISUMU DISTRICT

Kisumu District with an area 2093 Km sq. is in Nyanza Province. It is bordered by Homa Bay District to the south west, Nyamira and Kisii to the south, Nandi to the North east, Kericho to the east, Kakamega to the north-west and Siaya to the west. Kisumu District has six administrative divisions namely Maseno, Muhoroni/Miwani, Nyando/Kadibo, Upper Nyakach, Lower Nyakach and Winam.

The population of Kisumu district is currently estimated at 844,538 people with an annual growth of 3.4% and a population density of 404 persons per Km sq.

The district health facilities are shown in the Table below:

HEALTH FACILITIES IN KISUMU DISTRICT

DIVISION	TYPE OF FACILITY			
	HOSPITAL	HEALTH CENTRES	DISPENSARY	CLINICS/ NURSING HOMES
	NO.	NO.	NO.	NO.
WINAM	4	5	17	5
MUHORONI/ WINAM	3	2	9	2
LOWER NYAKACH	-	2	3	-
UPPER NYAKACH	1	1	7	2
MASENO	1	4	6	1
NYANDO/ KADIBO	-	1	5	1
TOTAL	9	15	47	11

Source: DIS, MOH, 1993.

Infant mortality rate for Kisumu District was 92 per 1000 in 1992 and is projected at 70 per 1000 by the end of 1996. The major causes of high Infant mortality in the district have been identified as Malaria acute respiratory infection, diarrhea diseases, poor material health and diet, nutrition, poor environmental sanitation and vaccine preventable diseases viz; measles, polio, tuberculosis and neonatal tetanus.

Malaria still stands out as the major cause of morbidity in the district and accounts for 30% of infant and, 50% of adult deaths. Malaria also contributes to malnutrition in young children and may result in health complications in pregnant mothers as it may lead to hemolytic anemia leaving victims vulnerable to other infections. If untreated, Malaria results in death of 24% of all handled cases at the health facilities. Some malaria strains have exhibited resistance to first and second line drugs.

The first HIV/AIDS case was diagnosed in 1987 and by the end of the same year 117 cases had been reported in the district. So far reported cases of HIV/AIDS have risen from 117 in 1987 to 4,353 in 1993 giving an average of 52 cases per month. During the period Kisumu District registered 45.2% of all the cases reported in Nyanza Province during the 1987-1993 period. See table below.

AIDS CASES BY DISTRICTS OF REPORTING SITE

NYANZA PROVINCE	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	TOTAL
%									

KISII	0	4	9	80	404	451	648	412	2008
20.9									
KISUMU	0	117	250	390	965	870	1237	523	4353
45.2									
SOUTH NYANZA	0	12	66	416	436	389	1133	353	2805
29.2									
NYANZA PROVINCE	0	133	337	1010	1953	1775	3123	1289	9620
100									

TOTALS

Source: National Aids Secretariat, 1993

(IV) BOMET DISTRICT

Bomet District with an area of 1835 sq. Kms is one of the districts that make up the Rift Valley Province. Bomet was carved out of Kericho District in 1992. It is bordered by Nakuru to the east, Kericho to the north east, Nyamira to the south and Narok to the west. Bomet is made up of seven administrative divisions namely:- Bomet, Konoin, Kimulot, Longisa, Sotik, Sigor and Chepalungu.

Currently the population of Bomet District is projected at 449,521 people with annual growth rate of 2.7% and a population density of about 264 persons per sq. Km.

There is a total of 33 health facilities within the district as shown in the table below.

HEALTH FACILITIES BY DIVISION

DIVISION	HEALTH CENTERS	HOSPITALS	PERSONS PER HOS. BED
BOMET			
CENTRAL	9	1	14,560
KONOIN	4	-	1,092
KIMULOT	1	-	-
SOTIK	1	1	9,360
LONGISA	3	-	-
SIGOR	7	-	936
CHEPALUNGU	6	-	1,092
TOTAL	31	2	

Source : MOH KERICHO, 1993

Of the 33 health facilities in the district there are 19 dispensaries, 7 sub-health centres, 5 health centers and 2 hospitals.

Although the district has adequate health facilities, utilization rates are quite low due to lack of equipment, drugs and staff. Improved roads will also increase their utilization rates.

The infant mortality rate for Bomet District is estimated from that of Kericho District from which it was curved. By the 1992 when Bomet District was created, Kericho had an IMR of 42 per 1000. The exact magnitude of Infant Mortality problem within Bomet District is therefore difficult to gauge due to lack of statistics. However, the main causes for Infant mortality within the district have been attributed to premature births, infections e.g Pneumonia, septicaerinia, diarrhoea diseases, etc.

High levels of child malnutrition have also been noted in some parts of the districts. The most frequently reported disease in the district include diarrhoea, malaria, gonorrhoea, URI, intestinal worms, ear infections and rheumatism.

The first cases of HIV/AIDS were reported in the district in 1989 when diagnostic equipment were received at the Tenwek Hospital. In 1989 alone, 40 cases reported. All the HIV/AIDS data is available from the Tenwek Hospital due to lack of a comprehensive data gathering mechanism in the district. However, the report cases of HIV/AIDS in the district are shown in the table below:

HIV/AIDS TRENDS

YEAR	TOTAL CASES
1989	40
1990	55
1991	83
1992	96
1993 (Sep.)	131
Total	405

Source: Tenwek Hospital, Bomet 1993

This portrays a potentially alarming trend especially if statistics, not presently available from the other hospitals eventually compares favorably with these.

(V) KERICHO DISTRICT

Kericho District with an area of 2515 sq. Km is one of the district in the Rift Valley Province. It is bordered by Uasin Gishu to the north, Baringo to the north-east, Nandi to the north-west, Nakuru to the east, Bomet to the south, Nyamira and Homa Bay to the

south west and Kisumu to the west. The district is made up of six administrative divisions namely; Londiani, Buret, Belgut, Kipkelion, Fort Ternan and Ainamoi. The population of Kericho District is currently estimated at 645,000 with an annual growth rate of 3.05% and a population density of 258 persons per sq. Km.

Kericho district has a total of 53 health facilities, i.e 8 hospitals, 5 health centres, 10 sub-health centres and 30 dispensaries. The table below the distribution of these facilities by division:

DIVISION	HOSPITAL	HEALTH CENTRE	SUB-HEALTH CENTRE	DISPENSARY
BURET	2	1	2	10
BELGUT	1	1	2	2
AINAMOI	4	2	2	9
KIPKELION	-	-	1	3
FORT-TERNAN-		-	2	3
LONDIANI	1	-	2	3
TOTAL	8	4	11	30

The district is well-served with health facilities which are distributed in all the divisions. Of these health facilities 2 hospitals, 3 health centres and 2 nursing homes are run by non-governmental organizations.

The degree of utilization of the health facilities varies from within the divisions.

The number of reported cases among the top ten diseases in the district increased between 1989 and 1992 by between 2% and 24% with rheumatism, joint pains and ear infections recording the highest increases (24%) while eye infections and diseases of respiratory system with the lowest increase at 2%.

Of the total number of cases of diseases, respiratory system diseases constituted 25% followed by malaria 14%

Infant mortality rate in the district has declined from 86/1000 in 1983 to 42/1000 in 1992. This decline is attributed to: intensified immunization programs under KEPI; enhancement of nutritional activities and intensification of health education.

The reported cases of HIV/AIDS in the district indicated 178 AIDS patient in 1991, 155 in 1992 and 123 in 1993 (Jan-July)

(VI) KISII DISTRICT

Kisii district with an area of 1302.1 Km sq. is one of the districts in Nyanza Province. Its bordered by Nyamira to the North and east, Narok to the south and Homa Bay and Migori to the west. The district has eleven administrative divisions, namely, Mosocho, Suneka,

Nyamarambi, Marani, Masaba, Keumbu, Nyamaché, Sameta, Ogembo, Kenyeny and Nyachekei.

The population of Kisii district is project at 1,037,263 people by end of 1996 with an annual growth rate of 3.6% and a population density of 944/persons per sq. Km.

There are 51 health facilities in the district with 62% being GOK and 33% comprising of NGOs and private. See table below:-

DISTRIBUTION OF HEALTH FACILITIES IN THE DISTRICT

DIVISION	HOSPITAL	NURSING Homes	HEALTH Centres	DISPENSARY HOMES	DISPENSARY CENTRES
MARANI	-	-	1	4	5
MOSOCHO	-	-	-	3	3
NYAMACHE	-	2	-	-	2
NYACHEKI	-	-	-	2	2
SAMETA	-	1	2	-	3
OGEMBO	-	-	2	-	2
KENYENYA	-	-	-	4	4
SUNKA	-	-	1	4	5
NYAMARAMBE1	-	-	2	1	3
MASABA	-	2	2	5	9
MUNICIPALITY2	-	2	-	5	9
TOTAL	3	6	11	31	51

Source: MOH, KISII, 1993.

Most health facilities are concentrated in the municipality. Kisii hospital acts as a referral hospital to Nyamira, Homa Bay, Migori and Trans Mara Districts. The most prevalent diseases referred to the hospital include malaria, diarrhoea, urinary tract infections, skin diseases, eye, nose, ear infections, pneumonia, rheumatism and respiratory diseases. Malaria, anemia pneumonia, meningitis and gastro esterified are major killers in the district.

The district hospital and health centres are heavily congested by both inpatients and outpatients. The bed occupancy rate for the district is 160.3%. The health centre are over utilized due to the high population of the area and lack of expansion of existing one.

Infant mortality rate in Kisii district is estimated at 60 per 1000 by the end of 1996.

The first HIV/AIDS case was reported in the district in 1987. Since then the number of HIV/AIDS cases has been rising steadily and 2,008 cases had been reported by August 1993. See tables below;

YEAR 1988 1987 1989 1990 1991 1992 1993 TOTAL

NUMBER 8 4 80 404 451 648 412 2008

Source: M.O.H, Kisii, 1993.

HIV SEROPOSITIVITY IN THE BLOOD DONORS

YEAR	1987	1988	1989	1990	1991	1992
%	-	4.3%	3.8%	2.8%	5.8%	7.7%

Source: M.O.H, Kisii, 1993.

HIV/AIDS DISTRIBUTION BY DIVISION

DIVISION	NUMBER
SUNEKA	313
KISII MUNICIPALITY (TOWNSHIP)	276
MARANI & MOSOCHO (DIVISIONS)	260
KEUMBU	172
MASABA	160
SAMETA	148
NYAMACHE	130
NYACHEKI	229
OGEMBO	140
KENYENYA	180
TOTAL	2008

Source: MOH, Kisii, 1993.

(VII) KAKAMEGA DISTRICT

Kakamega District with an approximate area measuring 2963 sq. Km is one of the districts in Western Province. It is bordered by Busia and Siaya districts to the west and south-west, Bungoma and Uasin Gishu to the north and north-east, Nandi to the east and Vihiga to the south. The district is made up of 11 administrative divisions, namely Lugari, Butere, Khwisero, Mumias, Lurambi, Ikolomani, Shinyalu, Kabras, Navakholo, Matete and the Municipality.

The population of the district is currently (1996) projected at 1,269,972 with an annual growth rate of 2.8% and a population density of 624 persons per sq. Km.

Kakamega District has 164 functional government and non-government health facilities: 4 hospitals, 26 health centres, 26 public dispensaries, 7 maternity and nursing homes and 101 private clinics. Mobile clinics are organized at several points under government and missions (NGO) where certain curative, preventative and primitive services are rendered. The government operates the Provincial General Hospital and Mwihila Mission Hospital in Khwisero (which was taken over by GOK in 1992), addition to the 26 health centre, 24 dispensaries and several mobile clinics from its health centres.

DISTRIBUTION OF HEALTH FACILITIES BY DIVISION

DIVISION	GOK HOSP	HEALTH CEN	DISP	MIS/ HOS	PR/ HOS	PR/ M&N HOMES	TOTAL
IKOLOMANI	0	6	1	0	0	5	12
KHWISERO	0	2	0	1	0	8	12
BUTERE	0	2	1	0	2	10	14
MUMIAS	0	5	5	1	0	20	31
LURAMBU/ NAVAKHOLOO		4	3	0	0	11	18
KABRAS	0	1	2	0	0	11	14
LUGARI/ MATETE	0	4	8	0	1	16	29
MUNICIPALITY	1	0	2	0	4	13	20
SHINYALU	0	2	4	1	0	7	14
TOTAL	1	26	26	3	7	101	164

Source: MOH, Kakamega 1993

By 1993 The Infant mortality rate was 85 per 1000 live birth and is currently (1996) given as 75 per 1000. The table given below indicates the major disease types within the district.

INCIDENCE OF DISEASES IN KAKAMEGA DISTRICT

DISEASE TYPE	NO.	PERCENTAGE (%)
CLINICAL MALARIA	294,862	32
URTI	193,485	21
SKIN DISEASES	88,977	9
DIARRHOEA	49,435	5
INTESTINAL WORMS	31,604	29
ALL OTHER CASES	203,758	29
TOTALS	862,121	100

Source: MOH, Kakamega, 1993

It was in Kakamega district where the first case of AIDS was diagnosed in the whole country in 1984. The sero-positivity among females in the district rose from 5.3% in 1990 to 13.3% in 1991 and in the year 1991-92 period 6% of all the ante-natal mothers who were screened were HIV positive. By 1993 August, the district had a cumulative total of 1023 AIDS cases. See table below;

HIV/AIDS CASES IN WESTERN PROVINCE 1984-1993

DISTRICT	1984	Y 1987	E 1988	A 1989	R 1990	S 1991	1992	1993	TOTAL
BUNGOMA	0	0	34	18	25	36	106	58	277
BUSIA	0	0	0	25	582	130	56	248	1041
KAKAMEGA	1	9	30	146	163	133	481	60	1023
TOTAL	1	9	64	189	770	299	643	366	2341

(VIII) VIHIGA DISTRICT

Vihiga District with an area of 613 sq. Km. is one of the districts in Western Province. It borders Kakamega District to the north, Nandi to the east, Kisumu to the south and Siaya District to the south-west. The district has five administrative divisions namely Emuhaya, Sabatia, Tiriki, Vihiga and Luanda.

The total population of Vihiga district is currently (1996) estimated at 580,554 with an annual growth rate of 2.98% and a population density of 1015 persons per sq. Km.

The district has two main hospitals, 12 health centers and 3 dispensaries. The utilization level of the health facilities depends on its location. Generally some of the facilities are under utilized due to lack of drugs, water and equipment.

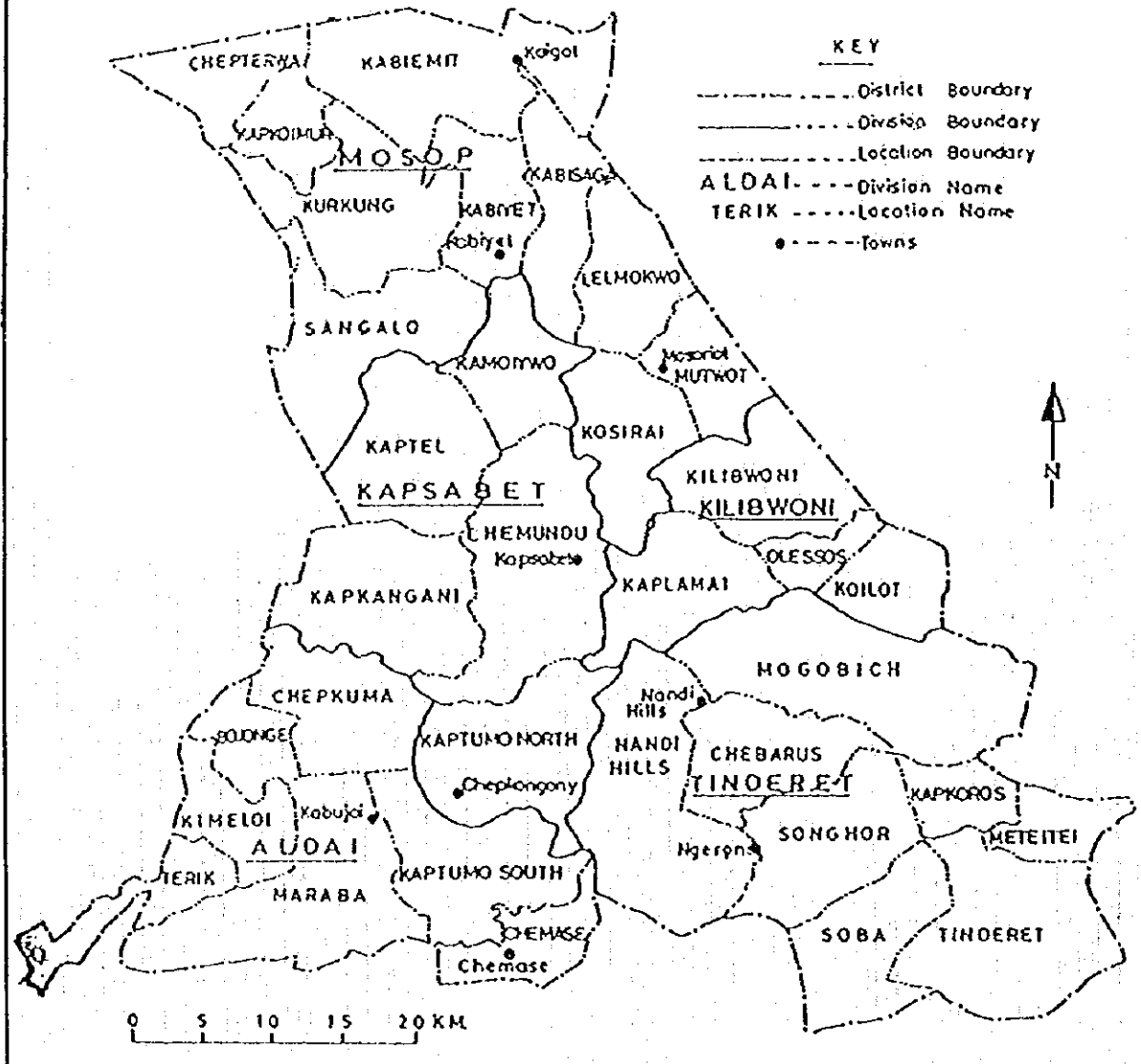
Infant mortality rate in Vihiga Districts is currently estimated at 82 per 1000 live births have declined from 98 per 1000 in 1993. This decline is attributed to increased literacy among mothers and improved health services. The major causes of child mortality in the district have been identified as Malaria, respiratory diseases and diarrhoea.

The most prevalent diseases in the district are malaria, respiratory and infections, skin diseases, pneumonia and ear/eye infections. Malaria and respiratory tract infections are the most prevalent.

About 90% of the people are currently aware of family planning though the acceptance (CPR) is only 27%. The low acceptance can be attributed to negative attitudes especially among men and fear of side effects of the contraceptive methods.

Most of the HIV/AIDS cases reported in the district are traced to Luanda Township, which is located on the main highway to Uganda. The town is frequented by travelers on transit. The disease is also common in the high number of prostitutes. The health facilities in the district do not have HIV/AIDS screening equipment and cases are referred to Kakamega Provincial General Hospital. During 1992, a total of 5410 general samples were taken to Kakamega Provincial Hospital and out of this, 2373 were for HIV with 554 testing positive for HIV. This indicates that the number of those persons likely to be infected with HIV Virus is quite high in the district.

NANDI DISTRICT ADMINISTRATIVE BOUNDARIES





Ministry of Health(KENYA)

NUMBER OF HEALTH FACILITIES: by DISTRICT, TYPE & AGENCY (as at 2 MAY 96)

District	Therapist	Health Centre	Sub-health Centre	AMBUC	AMBUC	Deprenary	Health Clinic	Maternity Homes	Nursing Homes	Medical Clinics	NOT CLEAR	Mobile Clinics	Special Facilities	Health Programme	SUB-TOTAL	TOTAL
	WORKING	WORKING	WORKING	WORKING	WORKING	WORKING	WORKING	WORKING	WORKING	WORKING	WORKING	WORKING	WORKING	WORKING	WORKING	WORKING
KISUMU	1/2	12/7	0/0	0/0	2/0	27/12	0/8	0/8	0/1	1/0	0/4	0/0	0/0	0/0	42/40	82
KISUMU	3/3	10/3	0/0	1/0	2/0	37/14	0/1	0/3	1/10	0/0	0/0	1/0	0/0	1/0	56/32	88
NYAMIRA	1/0	9/7	0/0	0/0	0/0	15/13	0/12	0/0	0/4	0/9	0/0	0/0	0/0	0/0	25/45	70
XERUCHO	3/7	3/3	6/0	0/0	0/0	47/54	1/3	0/0	0/1	0/0	0/2	0/1	0/0	0/0	66/71	131
NANDI	2/0	7/5	0/0	1/0	0/0	21/37	0/0	0/0	0/1	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	31/43	74
BOMET	1/2	4/1	3/0	0/0	0/0	28/3	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	36/6	42
XAXAMEGA	1/4	22/4	0/0	1/0	2/0	22/25	0/6	0/1	2/9	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	50/51	101
VITHICA	1/2	14/2	0/0	0/0	1/0	2/5	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/0	0/0	0/0	18/11	29

Source: HIS, Ministry of Health

Percentage distribution, Population Density and Sex Ratios by district /province, 1969, 1979, 1989

	percentage			Area percent	Density			Percent Change		Inter- Censal Growth Rate 1969-79 1979-89	
	1969	1979	1989		1969	1979	1989	1969-79	1979-89		
NYANZA PROVINCE	19.4	17.3	16.4	2.2	168	211	280	26	33	2.20	2.53
Kisii	6.2	5.7	5.3	0.4	307	395	517	29	31	2.53	2.65
Kisumu	3.7	3.1	3.1	0.4	192	230	320	20	39	1.86	3.20
R-VALLEY PROVINCE	20.2	21.1	22.9	29.0	12	19	27	58	42	3.83	4.17
Kericho	4.4	4.1	4.2	0.7	97	161	182	66	13	2.79	3.52
Nandi	1.9	2.0	2.0	0.5	75	109	156	45	43	3.59	3.71
WESTERN PROVINCE	12.1	12.0	12.2	1.5	161	223	317	39	42	3.22	3.58
Kakamega	7.2	6.7	6.8	0.6	220	294	411	34	40	2.76	3.50

Source: CBS, 1979, Table 1.1:3-4 and census Vol III

Mortality rates and Expectation of Life at Birth by sex, 1989

District and Province	CDR	IMR	Under Five Morality			Expectation of Life at Birth		
			Male	Female	Total	Male	Female	Total
NYANZA	15.8	111	186	172	179	49.5	53.5	51.5
Kisii	10.4	62	113	104	109	56.5	60.9	58.7
Kisumu	17.1	129	213	196	205	47.2	50.7	49
R. VALLEY	9.3	53	95	88	92	60.9	62.8	61.9
Kericho	7.7	54	85	78	82	63.9	67.2	65.6
Nandi	9	59	92	84	88	63.1	66.2	64.7
WESTERN	13.1	101	161	149	155	55.6	57.7	56.7
Kakamega	13.2	101	162	149	156	55.4	57.7	56.6

Source: 1989 census volume V

