

国際協力事業団
ケニア共和国保健省

ケニア国 地域保健医療システム強化計画調査

最終報告書

要約編



JICA LIBRARY



J 1148923 (4)

平成10年12月

株式会社パシフィック コンサルタンツ インターナショナル
アイ・シー・ネット株式会社

社調二

J R

98-137

国際協力事業団

ケニア国地域保健医療システム強化計画調査

最終報告書

要約編

平成10年12月

JICA
407
98
SSS
BRARY

国際協力事業団
ケニア共和国保健省

ケニア国 地域保健医療システム強化計画調査

最終報告書
要約編

平成10年12月

株式会社パシフィック コンサルタンツ インターナショナル
アイ・シー・ネット株式会社



1148923 (4)

本調査では下記の外貨交換率を使用した。

US\$ 1.00 = 59.575 Kshs

US\$ 1.00 = 139.60 円

(1998年8月末現在)

序 文

日本国政府は、ケニア共和国政府の要請に基づき、同国の地域保健医療システム強化計画にかかる開発調査を行うことを決定し、国際協力事業団がこの調査を実施いたしました。

当事業団は、平成9年8月から平成10年12月までの間4回にわたり、株式会社パシフィックコンサルタンツインターナショナル長山勝英氏を団長とし、株式会社パシフィックコンサルタンツインターナショナル及びアイ・シー・ネット株式会社から構成される調査団を現地に派遣しました。

また平成9年8月から平成10年12月の間東京女子医科大学小早川隆敏教授を委員長とする作業監理委員会を設置し、本件調査に関し専門的かつ技術的な見地から検討・審議が行われました。

調査団は、ケニア共和国国政府関係者と協議を行うとともに、計画対象地域における現地調査を実施し、帰国後の国内作業を経て、ここに本報告書完成の運びとなりました。

この報告書が、本計画の推進に寄与するとともに、両国の友好・親善の一層の発展に役立つことを願うものです。

終わりに、調査に御協力とご支援をいただいた関係各位に対し、心より感謝申し上げます。

平成10年12月

藤田 公 郎

国際協力事業団、
総裁 藤田 公 郎

平成 10 年 12 月

国際協力事業団

総裁 藤田 公郎 殿

伝 達 状

謹啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、ここに「ケニア国地域保健医療システム強化計画調査」の最終報告書を提出いたします。本報告書は、貴事業団との契約に基づき、1997年8月より1998年12月にかけて、ケニア共和国において（株）パシフィックコンサルタンツインターナショナル及びアイ・シー・ネット（株）によって共同で実施した調査の結果をとりまとめたものであります。

調査団は、ケニア西部地域5県を対象に、県保健医療サービス提供システムの改善を主たる計画課題とし、総合的な見地から将来を見定め、2005年を目標年次とするマスタープランを策定いたしました。本調査は、現在、中央レベルで実施中の保健医療分野の諸改革、特に地方分権化に伴う県レベルでの機能強化の議論等を踏まえ、総合的な計画手法で取り組んだ先駆的な調査であったと考えております。

この成果を得たことに対して、まず、貴事業団および作業監理委員会ならびに外務省に心から感謝申し上げますとともに、ケニア共和国政府関係者、とりわけ、カウンターパートである保健省をはじめとする各関連機関等のご好意、ご協力に深く謝意を表したいと思います。

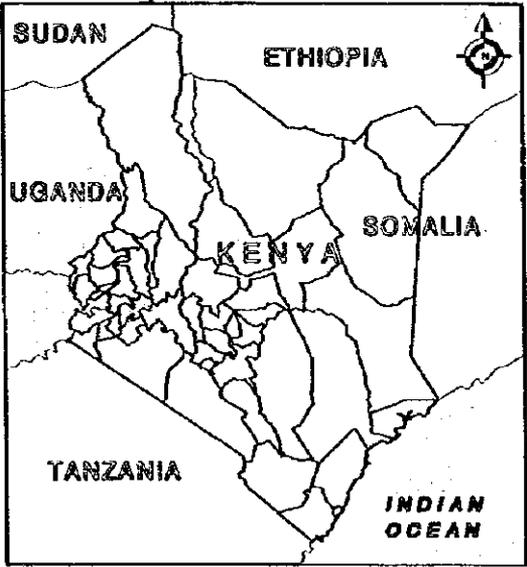
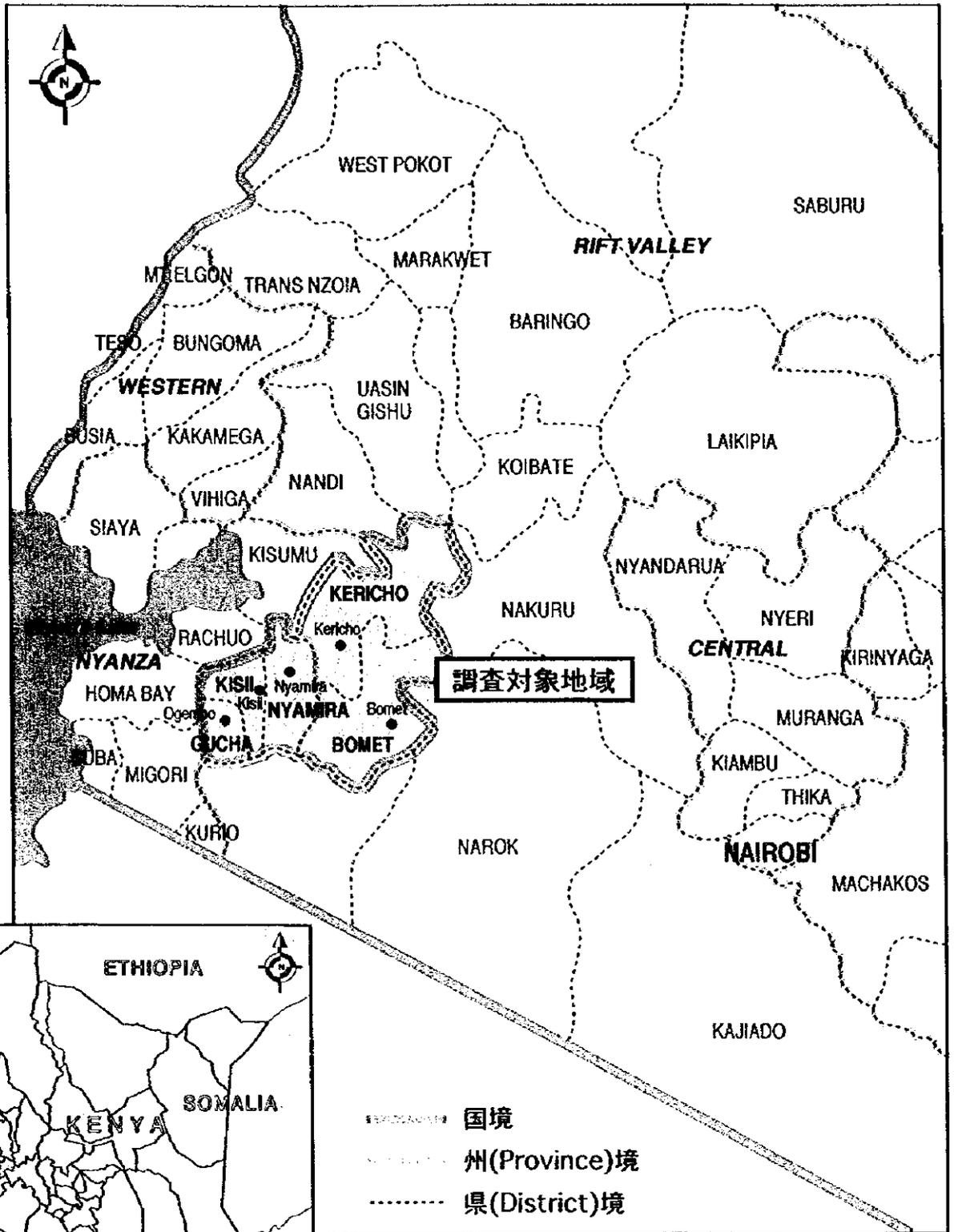
最後に、本調査報告書が、ケニア西部地域の保健医療サービスの改善、さらに地域住民の健康水準の向上に向けた関係各位の努力に対してその方向を照らし、また、有効な方策を立案する際に少なからず貢献することを祈念いたします。

敬具

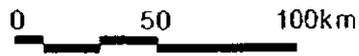
長山 勝英

団長 長山 勝英

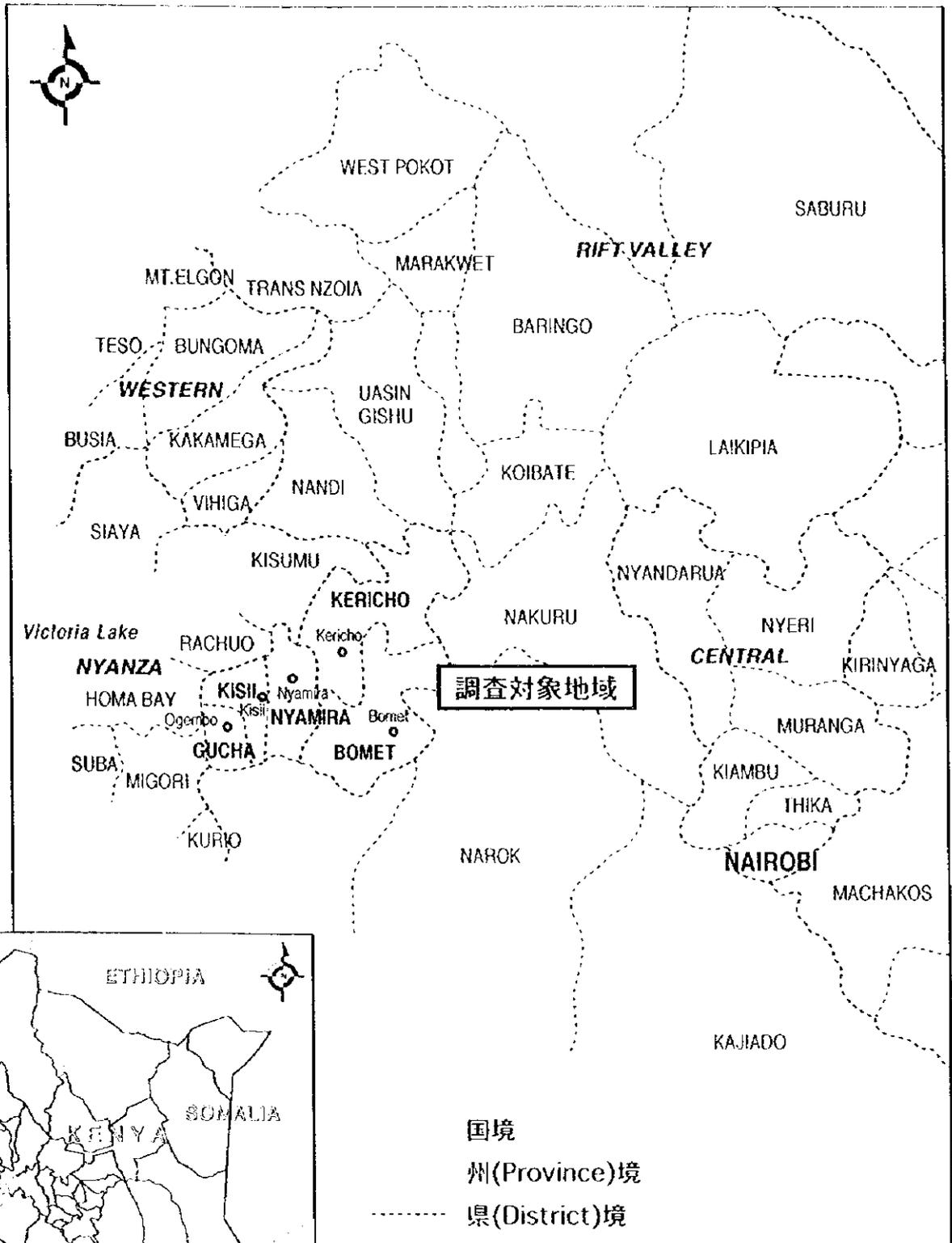
ケニア共和国地域保健医療システム強化計画調査共同企業体
（株）パシフィックコンサルタンツインターナショナル
アイ・シー・ネット（株）



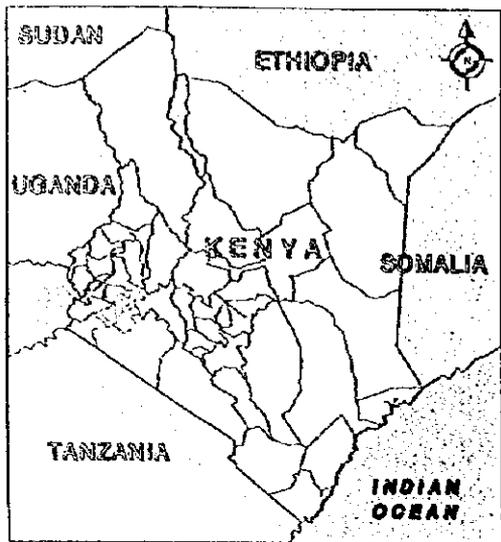
- 国境
- - - 州(Province)境
- 県(District)境



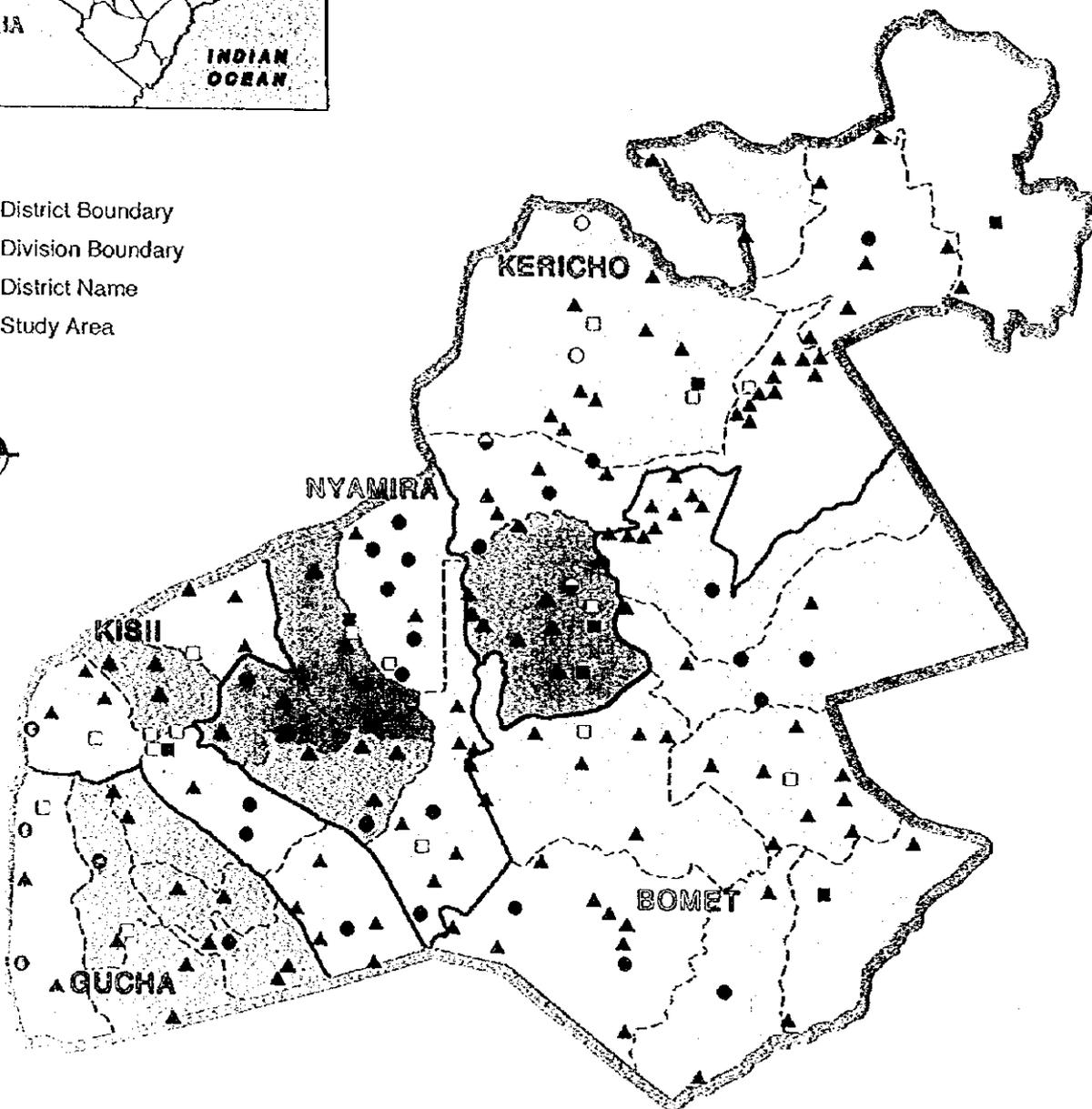
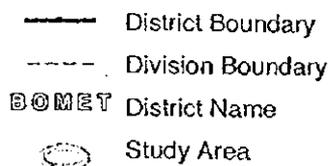
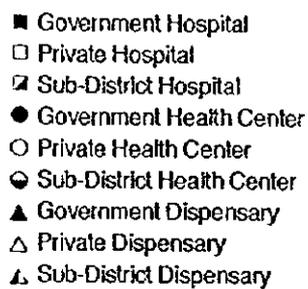
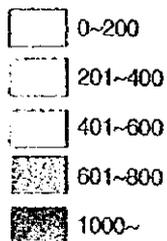
調査対象地域図



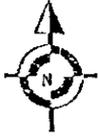
調査対象地域図



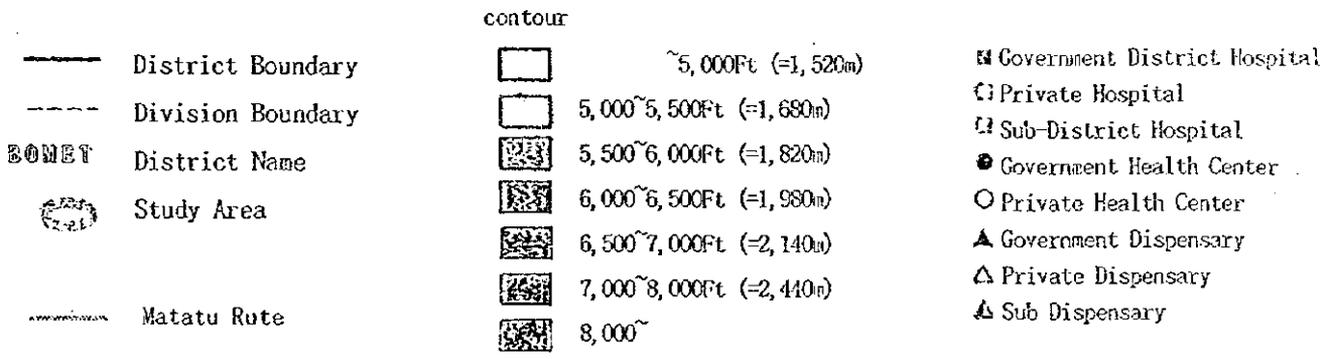
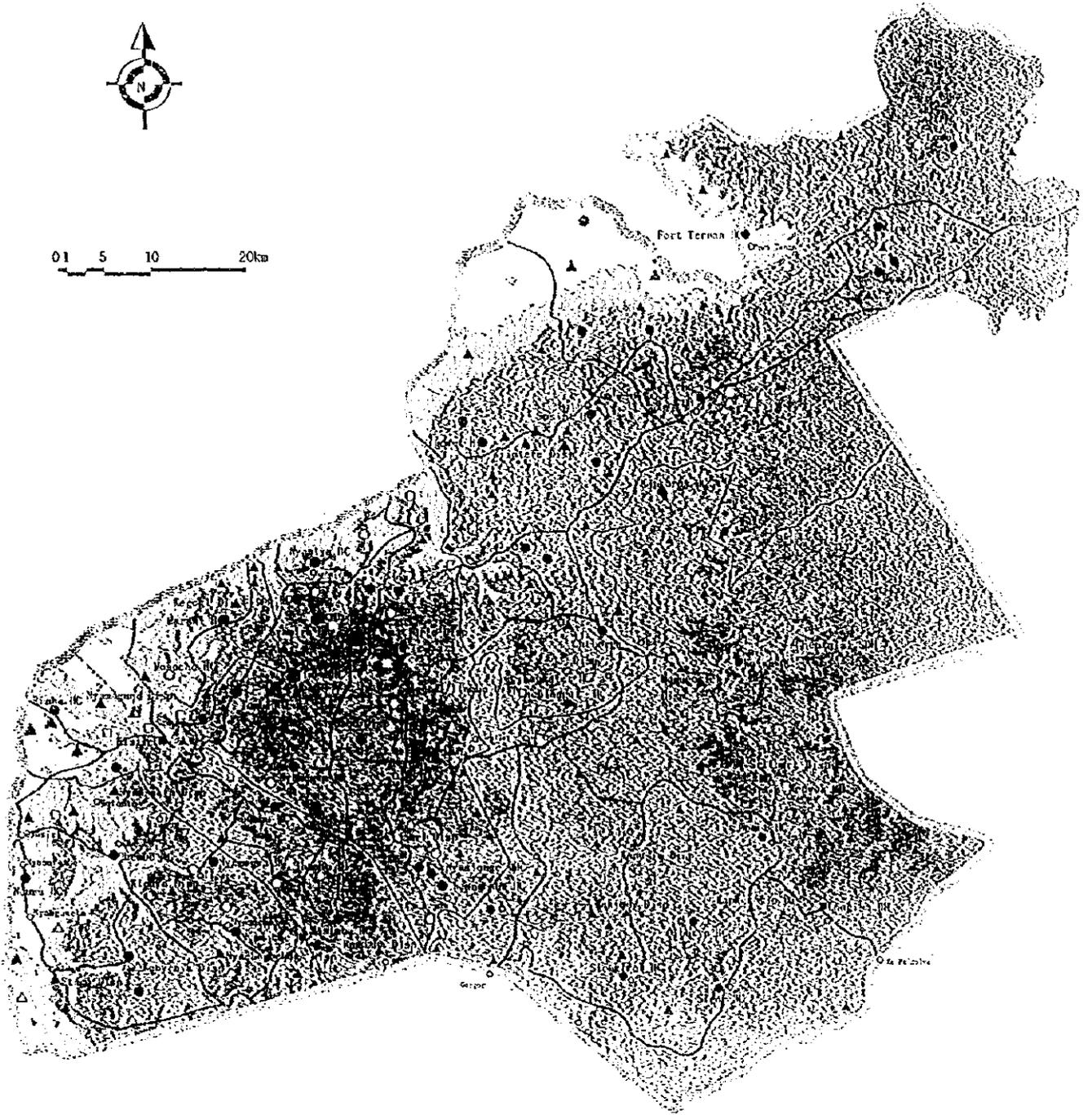
POPULATION DENSITY
(person/km²)



人口密度と施設分布状況



0 1 5 10 20km



保健医療施設の分布状況

－ 調査概要 －

1. 調査の背景

日本国政府は、ケニア共和国政府の要請に基づき、「ケニア国地域保健医療システム強化計画調査」を実施することを決定し、日本国政府の技術協力プログラムの実施機関である国際協力事業団（JICA）が本件調査を実施した。ケニア国政府側では、保健省（MOH）がJICA調査団に対するカウンターパート機関として、各種の協力及び関連省庁との調整を行った。

2. 調査の目的

- ケニア国西部地域を対象に2005年を目標年次とした地域保健医療システム改善のための総合的なマスタープランを作成し、その中から優先度の高い案件について実施に向けたフェジビリティ調査（F/S）を実施する。
- 本調査を通じて、ケニア国側カウンターパートに対して1）保健医療セクターの強化に必要な調査手法、2）計画段階への住民参加、及び3）PCM等の手法による計画課題の把握プロセス等についての技術移転を行う。

3. 調査対象地域及び目標年次

本件の調査対象地域は、ケニア国西部地域5県ーリフトバレー州のケリチョー県及びボメット県、ニャンザ州のニヤミラ県、キシイ県、グチャ県ーよりなる。また、本件調査において策定するマスタープランの目標年次は2005年である。

（注） 本件の対象地域のうちニャンザ州の3県については、1998年より以下のとおり県名が変更となった。但し、本報告書においては混乱を避けるため、旧名を使用するものとする。

（旧）ニヤミラ県 →（新）北キシイ県 （旧）キシイ県 →（新）中央キシイ県

（旧）グチャ県 →（新）南キシイ県

4. 主な計画課題

本件では、以下の5つの計画課題に重点をおいて調査を行った。

- （1）“県保健医療サービス提供システム”の改善
- （2）“保健医療情報システム”の強化
- （3）優先疾病と保健医療関連の政策課題
- （4）保健医療財源の有効利用
- （5）“効果的かつ実施可能なプロジェクト/プログラム”の提案

5. 調査アプローチ

本調査では、地域保健医療MOHはもとより地元との密接な情報交換に努めており、Local People's Participatory Approachを重視した計画プロセスを採用した。計画及びプロジェクトがトップダウンで進められている従来の方法とは異なり、地元の意見を重視し、議論のフィードバックを前提としたボトム・アップ・アプローチである。

6. マスタープラン

(1) 計画策定の目標

地域の特徴や事情を国家レベルのヘルスポリシーフレームワークに組み入れ、改善の方向を探るために以下の目標を設定した。

“To promote and improve the health status of all people residing in the target area, materializing the effective, efficient and sustainable mobilization of all the locally available health-related resources.”

(2) 社会フレーム

対象地域における人口については、現在人口270万人であるが、年率3%を超える高い人口増加率が地域の保健医療サービス需要を押し上げ、その対応をさらに厳しくしている。近年、対象地域での少子化の傾向は若干認められるものの、伝統的な家族制度に加え、幼児死亡率の低下が期待される事等から、急激な人口増加率の低下は期待出来そうにない。2005年の人口を予測すると約340万人と想定され、目標年次2005年までに約70万人の増加が見込まれる。

(3) マスタープラン策定の基本方針

上記の総合目標達成のための2点を計画策定の基本方針とする。

基本方針A:

すべての地域住民に必要な最低限度の疾病予防・健康増進および診療サービスを保障するための県保健医療システムを整備・強化する。

基本方針B:

地域の中で保健開発につながる住民活動や関連分野との連携を強化する。

(4) 基本方針実現の為の合理的介入策の提案

マスタープラン策定に当たっては、国が進めるヘルス改革を受けて4つのキーワード、すなわち、1) Decentralization、2) Rehabilitation of Existing Resources、3) Community-based、及び、4) Sustainability を基本として、基本方針実現の為に以下の10の介入策（戦略）を提案した。

基本方針A： すべての地域住民に最低限度の予防・健康増進および診療サービスを保障するための県保健医療システム強化

- (A-1) 重要疾病に対する優先的な保健医療サービスの推進
- (A-2) 機能的な保健医療サービス供給システムの構築
- (A-3) 戦略グループに対する公的及び民間供給者の連携増進
- (A-4) 保健医療サービス部門人材の卒後教育プログラムの開発と実施
- (A-5) 既存施設・医療機材の改善及びリハビリテーション
- (A-6) 財政基盤の強化と管理能力の強化
- (A-7) サービスの質的管理及びモニタリング制度の確立

基本方針B： 地域の中で保健開発につながる住民活動や関連分野との連携を強化

- (B-1) コミュニティを基盤にした地域保健活動プログラムの推進
- (B-2) 地方道路、水及び衛生施設改善整備プログラムとの統合
- (B-3) 自助努力グループの活動を通じた健康教育の推進と女性のエンパワーメント

上記介入策（戦略）の実現性を確保するために、相互の関連性を考慮しながら制度、運営、施設、人材育成を含む総括的な地域保健システム向上を図る37プロジェクト/プログラムをロングリストとして提案した。

7. 提案優先プログラム

(1) 優先性の評価基準

ロングリストされたプログラム/プロジェクト案のうち、以下の質的な条件を満たすものを優先プログラムとして選択した。

- 国のヘルス・リフォーム・ポリシーの方向性に沿った現在進行中のプログラム/プロジェクトを支援し、相互が効果的に機能するもの。
- 比較的少ない投入で効果が高く、すでに対象地域の周辺地域で実施中または過去の調査でその効果が実証されているもの。
- 将来の効果的な投資のための布石として重要と評価されるもの。
- 県レベルでの保健医療行政のシステム構築・能力強化につながるもの。

(2) 優先プログラムの提案

上記評価基準を満たし、2005年までに優先的に実施されるべきものとして「5件の優先プログラム」を提案する。短期的な改善を目指すとしても、県保健医療サービスシステムは単一のプログラム/プロジェクトの実現では成立せず、保健医療システム多面的なプログ

ラムを統合的かつバランス良く行うことが非常に重要である。それゆえ、この目的を満たすために、「優先疾病」、「保健医療サービスシステム」、「人材育成」の3分野を重視し、相互の連携を踏まえた上で、以下の5件の優先プログラムパッケージの実施を提案する。

1) 優先重要疾患対策プログラム：

現地疾病構造を踏まえて、また、GHの枠組みを考慮して、マラリア、急性呼吸器系疾患、HIV/AIDS、リプロダクティブヘルス（性と生殖に関わる健康）、および子供の健康の5分野を優先するべきものとした。そのなかで、特に、対象地域において深刻な疾病であるマラリア対策に重点を置き、マラリアによる死亡率および発病率をそれぞれ、1998年の50%、30%に下げることが目標とした治療面及び予防面の両面からの対策を提案した。

2) 県病院リハビリテーションプログラム：

対象地域にある4件の県病院の内、特に、キシイ県病院は県外を含む広範なサービス圏域を持つ重要な医療施設であるが、既存施設の機能不備および検査/リファラル機能の不備等多数の問題を抱えることが確認された。したがって、キシイ県病院の総括的なリハビリを検討する。また、ケリチョー県病院についても総括的な施設/機能のリハビリが必要である。ニャミラ県病院は屋根修繕等の部分的リハビリを提案した。但し、共に施設改善基金（Facility Improvement Fund:利用者負担金を原資）の拡充強化を踏えた財政的な裏付けを持った維持管理システムの整備を条件とする。

3) 地域保健システムの向上プログラム：

国が進める地方分権による県主体の保健システム構築のためには、権限の受け皿となる県保健委員会（DHB）およびその実施部隊である県保健管理チーム（DHMT）の計画、財政及び管理能力の向上が必須条件となる。そのためのCapacity Buildingが基本命題となる。

施設面に関しては、対象地域内に在る全61ヶ所ヘルスセンターの内、16ヶ所を「中核ヘルスセンター（Priority Health Center）」と位置付け、本来ヘルスセンターが持つべき複合的機能を整備し、地域保健システムにおける中間リファラル機能の強化を図る事を提案する。これら中核ヘルスセンターの整備/改善強化すべき重点機能は：

- マラリア対策
 - リプロダクティブヘルスと子供の健康
- の治療及び予防活動の前線基地とすることである。

同時に、保健医療情報システム及び再教育システム構築の上でも中間的な拠点とする。これら中核ヘルスセンターを中心としたDivision Levelのサービス圏域を構成することにより、県病院へのバイパスを受け止め、これによる県病院の混雑緩和に資する施設とする。尚、候補にあげられた16ヶ所については、調査団による施設、機材、人的資源状況

及び立地条件等の評価結果と地元での要望/意見を踏まえて選定された。但し、上記県病院と同様、施設の維持管理システムの改善が条件となる。

一方、モバイル・クリニック等のいわゆる「Out-reach Program」の整備に関しては、MOH施設が単独に実施するスキームでは運営維持及び経済面の制約が大きく持続性に問題がある。したがって、民間/ミッション系施設の活動との連携を図る方策を検討する。

4) コミュニティー・レベルの健康促進・疾病予防プログラム：

国が進める Promotive/Preventive Health Care への政策重点のシフトは、現場から見れば、コミュニティーをベースにした保健活動を如何に活性化し、保健及び予防に対する住民の意識改革を図るかが鍵となる。この意味で、他の援助機関が進めるプロジェクトと競合せず、かつ、極めて重要な援助分野として以下を提案する。

- 水と衛生施設整備の自助努力の支援
- 学校保健システムの確立
- コミュニティ・グループ（女性グループ、青年グループ等）による生活環境・保健衛生改善運動を目的とした生計向上プログラムを進める NGOs 活動の支援

5) 県保健医療サービススタッフ再教育プログラム：

保健医療部門の新規人材教育および配置に係わる権限は中央政府に帰属するが、人材の再教育は県が受け持つ責務となる。目下、地域保健分野に従事する者が、各養成機関を卒業後、保健衛生、治療及び管理等に係わる新知識や新技術を習得する再教育の機会は無に等しく、それが人材問題の大きなネックになっている。県を中心として地域再教育システムを構築するために、持続可能性を担保する財政・運営面の改善及びシステム構築を前提とした再教育プログラムの形成を図る。

8. マスタープランの実現に向けて

(1) 保健省の進めるヘルス・ポリシー・リフォームの推進

ケニア国では、逼迫した財政の下で、効率的な保健医療サービスのあり方を定めた「ケニア・ヘルス・ポリシー・フレームワーク」を実施中である。この改革は、効果的かつ経済的な保健サービスを人々の身近に置くという目標を設定して、費用効果の高いプログラムへ資源を再分配し、地方に権限委譲をしながら地域保健衛生の水準向上を図るという戦略である。本調査でのマスタープラン及び優先プログラムは、こうした政府が進める「ヘルス改革」の枠組みに沿って提案しており、したがって、その実現にあたっては、国および各県の積極的な政策推進への取り組みが前提となる。

(2) 期待されるドナーの貢献と援助調整

ケニア国の保健医療分野に対する、他ドナーの活動と経験は、今後も十分に活かされる

べきであり、同時に、各々が進める援助プロジェクトとの協調/調整が求められる。本調査での提案案件の実施に関して、施設/機材整備関連では、DANIDA の実施する PMIU プロジェクト (Preventive Maintenance Implementation Unit)、世界銀行の実施する Population IV Project 及び USIAD の Health Facility Capacity Building Program 等との協調/調整が必要であろう。また、コミュニティ・ベースにした保健増進活動に関しては、UNICEF のバマコ・イニシアティブ、小規模ではあるが IFAD の実施した集落水源保全プログラム、さらに、AMREF 等の NGO の活動から得られた経験を十分に取り入れる必要がある。さらに、保健医療人材の県レベルでの再教育プログラムの推進に関しては、日本援助が進む KMTC (Kenya Medical Training College) との機能分担についてさらに調整が必要である。

(3) 日本援助の方向

本調査で提案した5件の優先プログラムは、国が進めるヘルス・リフォーム政策、特に、県レベルへの Decentralization Policy を展開する上で、Capacity Building に直結したモデル的プロジェクトとなる可能性がある。この実現に対して、日本の支援が多様な形で実施されることが望まれるが、その展開に関しては次の項目を配慮する必要がある。

- ① プロジェクト実施後も持続性が確保出来る様、ハードウェア、ソフトウェア及びヒューマンウェアの三位一体となった総合型の援助スキームの可能性を探ること。
- ② 援助が短期・単発で終わるのではなく、継続的に緩やかに改革/改善できる様、一定期間（3年以上）の継続型援助パッケージを検討すること。
- ③ 他の援助機関が得意とする分野、過去の経験を活かせる分野、あるいは、今後実施に積極的興味を持っている分野との協調の可能性を残すこと。

= 目 次 =

1. 調査対象地域の特性.....	1
2. 健康水準指標.....	3
3. 疾病構造.....	4
4. マラリア調査の結果.....	8
5. 県の保健医療サービスシステム.....	12
6. 保健財政.....	14
7. 保健医療施設.....	16
8. 人材育成.....	19
9. コミュニティと社会的背景.....	20
10. ヘルス改革の地方レベルでの課題.....	22
11. 計画のフレームワーク.....	24
12. 計画目標達成の戦略.....	26
13. 合理的介入策の提案.....	27
14. 地域保健医療プログラム/プロジェクトと優先順位.....	34
15. 優先プログラム1-1：ハイランド・マラリア抑制プロジェクト.....	39
16. 優先プログラム1-2：リプロダクティブヘルスおよび子供の健康 向上プロジェクト.....	42
17. 優先プログラム2：県病院リハビリテーションプログラム.....	46
18. 優先プログラム3：地方保健医療システムの向上プログラム.....	52
19. 優先プログラム4：コミュニティ・レベルの健康促進・疾病予防 プログラム.....	61
20. 優先プログラム5：県保健医療サービススタッフ再教育プログラム.....	67

1. 調査対象地域の特性

地理・自然条件

調査地域の総面積は7,200km²（ケニア全体の1.25%）であり、リフトバレー州とニャンザ州にまたがる。標高1,000～1,800mの高原・山岳地域（最高標高3,000m）に位置し、この地域の保健医療の特性は、この地理的特性に起因しているところが大きい。

人口増加及び社会的特性

人口270万人（全人口の9.5%）が高原・山岳地域に居住する（ボメット県の一部地域を除いて）。総じて雨量に恵まれ、ケニアでも穀倉地帯として知られるなど農業生産性が比較的高い地域である。

人口増加傾向：1989年センサスに基づく対象地域の1989年～1997年の年平均人口増加率は3.05%で、全国平均2.3%（世界銀行1994～2000年予想）に比べて高い。また居住する部族固有の伝統で大家族が好まれるため、1960年代よりのケニアの国家的施策である家族計画の普及が捗らず人口密度が非常に高い。

県別世帯平均人口：キシイ（含むグチャ）5.7人、ニヤミラ5.7人、ケリチョー5.6人、ボメット5.9人でありケニア全国平均5.2人よりやや多い。

世帯の年齢構成の特徴：Age Dependency Ratio（15歳以上64歳以下の経済生産人口に対する15歳未満及び65歳以上の若年/高齢人口比）が全国平均の107と比べて、キシイ（含むグチャ）104、ニヤミラ122、ケリチョー117、ボメット114と全般的に高い事があげられる。地域の15歳未満の若年人口の多さは人口圧による保健や学校などの社会基盤施設の恒久的な不足、相続に伴う土地の細部化による農業生産性の低下などの将来的な不安に結びついている。

識字率：ニヤミラ及びキシイが全国平均より高く、ボメット、ケリチョーで、特に女性の識字率が低い。

地域経済基盤

主要産業は農業・牧畜で、茶、コーヒー、除虫菊などの換金作物やトウモロコシ、豆など自給作物が中心である。総労働人口の8割程度が農業に従事する。全収入のうち、農業収入の割合はキシイで41.5%、ボメットで55.6%と高い（全国平均29.9%）。

所得に関わる統計数値は、調査ベースにより大きく異なっており正確な議論ができない。一人あたりの平均所得は各県にバラツキがあるが、総体として全国平均の50～60%のレベルにあり相対的に低いが、平均世帯所得でみるとニヤミラを除き全国平均並みである。

県	(Ksh/月)	
	15才以上 一人当り*	平均世帯 当たり**
ケリチョー	916	10,367
ボメット	1,015	11,265
ニヤミラ	887	5,607
キシイ(含むグチャ)	1,342	10,074
ケニア平均	1,847	9,696

資料：*Welfare Monitoring Survey 1994、

** 1994 Welfare Measurement Survey

部族及び生活文化（保健に係わるタブー等）

調査対象地域は部族でみるとキシイ、グチャ、ニヤミラの3県では人口の約98%が「バントゥー諸語系グシイ語」を話す農耕民、またケリチョー、ボメットの2県は人口の約85%が「ナイロート諸語系カレンジン諸語の一つキブシギス語」を話す遊牧民（モイ大統領の出身部族であるカレンジングループの一つ）と大別できる。現在とともに貨幣経済に組み入れられ、定住して農業を主に牧畜を副とする生業形態をとっている。

異なる部族であるため、両者には伝統・慣習には多少の相違がみられるが、共に父系社会であり、土地相続制度など似た慣習も多い。伝統的には祖先を同

じくする氏族（クラン）が近隣を形成し、土地の相続は親が老いた時に男子に均等配分する。

英国植民にともない調査対象地域でも今世紀初頭からキリスト教普及活動が広く行われ、住民のほとんどはキリスト教徒であるが、一方では伝統的儀礼・慣習も根強く残っている。代表的な儀礼としてキリスト教会やケニア政府の反対・禁止運動にもかかわらず、両部族の成人の儀式である少年・少女への「割礼」は地域によっては広く行われている（特にグシイ）。特に「女子割礼」の根絶は地域保健改善上の課題のひとつとされている。ケニアの他地域に住む他部族と同様に、伝統的にグシイ・キプシギス部族は病気の際には薬草などの伝統的治療法を用いるとともに占師を訪ね、儀礼を行ってきた。現地調査の結果によると西洋医学と学校教育が普及している現在では、「保健施設（政府および民間）」→「自己療法（買薬）」→「伝統医療」が利用の順番

となっている。また保健施設へのアクセスが悪い地域では施設へ行く前に薬局で薬を買う自己療法が先であるなど、地域により受診行動は多少異なる。

健康・病気にかかわるタブーや信仰は多々ある。特に健康水準に影響を与えていると考えられるものとしては、1) 妊婦は胎児が大きくなりすぎて難産になることを防ぐため卵、鳥肉を食べてはいけない（グシイ・キプシギス共通）、2) 邪視（evil eyes）の力を持つ男性が乳幼児を見ると乳幼児の腹部が膨れ、呼吸困難に陥る。この治療には邪視の力を取り除く儀礼が必要とされ、この信仰のために子供を病院へ連れてくるのが遅れる（グシイ・キプシギス共通）、3) 麻疹の子供が発疹が出る前に注射を受けると死ぬ、と言う信仰があり子供を保健施設へ連れてくるのが遅れる（グシイ）などが代表的なものである。



キシイ族の典型的住居



キプシギス族の伝統的住居

2. 健康水準指標

乳幼児死亡率：県別データはないが、州別データで見ると、リフトバレー州45（対1,000人）、ニャンザ州127と大きな相違がある（全国平均61）。

5歳以下の死亡率：同様に、リフトバレー州61（対1,000人の出生）、ニャンザ州187と大きな相違がある（全国平均94）。これら指標からみる限り、ニャンザ州における子供の保健問題が全国に比し深刻なことが伺える。

5歳以下の栄養障害：対象地域の県病院における調査結果より子供の栄養障害は全般的に減りつつある傾向が伺える。低体重児の割合はキシイでは10%、ニヤミラも過去5年間でキシイとほぼ同様水準となり改善されてきている。一方グチャは23%と数値が高く、栄養改善への指導や財政的支援などの対策が必要であろう。

妊産婦死亡率：ボメットのTenwekミッション病院のデータによると出生10万人あたりの妊産婦死亡率は1994年は455人、1995年は375人、1996年は353人であった。

生活環境条件

給水状況：対象地域の降雨量は1,200～2,000 mmと国内では比較的多い方であり地下水資源も比較的抱負である。しかしケリチョーの一部を除いて一般的に水供給は不足している。各県の中央都市の一部しか浄水施設を伴う水道は普及しておらず、それ以外の住民はおもに河川や湧泉、雨水確保により飲料用水を得ている。約8割の住民が河川または湧泉から飲料用水を得ており、そこからの水汲みは主に女性の仕事となっている。

衛生設備：ケリチョー市街には、集中処理システムによる下水道が整備されており、キシイ県のキシイ市街とスネカ地区は下水整備工事を待っている状態である。その他の圧倒的多数の人々は竪穴式の簡易便所（pit latrine）を使用しており、腐敗槽や換気改良型便所（VIP）を設置しているのは少数である。便所の普及率はキシイ・グチャ・ニヤミラでは90%以上だが、ケリチョーとボメットは若干低い。尚、同地域の慣習から、堆肥などへのし尿の再利用は行われていない。



水源（泉）



保護された水源（泉）

3. 疾病構造

一般的傾向

調査対象地域の疾病構造を見てみると、事前に重要疾患と仮定した、マラリア、エイズ、結核、急性呼吸器疾患などが、死亡原因の40～65%、病院入院患者の50～65%を占める。特に、5歳以下の子供では死亡原因の55～80%となっている。このような感染症主体の疾病構造は、ケニア全体の疾病構造と基本的に大きく異なるものではない。但しその対策については、マラリアや呼吸器感染症などと、HIV/STDとでは、感染経路や予防、治療などの面で大きな違いがあり、複合的な対策が必要となる。しかし、これまでの調査研究で明らかになったように、対応策の組み合わせによって費用効果の高い結果が得られる可能性も期待できる。

この地域の健康水準は、これら感染症がはびこる環境と人的・社会生産の問題を反映しているものと推定される。しかし県レベルでは、保健計画の基となるような保健指標を集計・分析できる体制にない。

ハイランド・マラリア

対象地域でのマラリアを特徴づけているのは、それが「ハイランド・マラリア」を含むことであり、流行に著しい季節性、年次変化がある。また、成人と子供の間で格差の少ない重症化率、致命率を示している。しかも、慢性的な栄養障害、妊娠への影響、貧血といった非感染性疾患との合併症が、重症度を強めていると見られる。

近年入院を要する重症マラリアの比率が上昇してきており、現在初期治療として現在使用されている抗マラリア薬（クロロキン）の有効性に疑問が持たれる。

年間の傾向：マラリア患者の報告数は年により相違があり、キシイ県では1992年から1996年の間は年間20万人～25万人となっている。診察数は変動が無いが、入院患者数はキシイ県だけではなく、ニャミラ県でも同じく増加傾向にある。理由として考えら

れるのはマラリア患者の症状が悪化している（重症患者のみが入院するため）、県病院への訪問以前の治療が有効でない、患者が県病院に好んで行きたがる、あるいはそれらの要因全てが複合化している、のいずれかであろう。

季節変動：予想どおりマラリア患者数は雨季に増加する。1994～1997年は患者数は4月より増加し始め、6～7月に最も多くなった。1998年はエルニーニョ現象の影響を受け、雨季は通常の年より早く始まった。2月と3月の県病院における患者数は2千人に達し、前年の同時期の300～600人に比べ大幅に増加した。

子供への流行：本調査との関連で1998年7月に実施されたJICA短期派遣専門家によるマラリア調査で2点の興味深い事実が明らかになった。調査対象はキシイ県の6～8歳の学童と5歳以下の未就学児であった。

第一に全体の陽性率は36%であり、熱帯熱マラリア(35.2%)、四日熱マラリア(2.6%)、卵型マラリア(0.6%)の順であった。

第二にどの年齢グループの子供も感染する可能性があることがわかった。1歳以下の乳児にも血液中にマラリア原虫が発見された。

寒い乾季には蚊の数、寿命、ス波罗ゾイト率をみると、マラリアの媒介を引き起こす蚊（例、Anopheles gambiae と Anopheles funeslus）に刺される可能性も低く、マラリア感染はほとんどおこらない、または発生は極端に低くなる。

子供の健康

調査対象地域の子供の健康を脅かす他の4大疾病として肺炎と呼吸器感染症（ARI）、麻疹、下痢症、栄養障害が挙げられる。子供の健康が脅威にさらされ続ける主な理由として以下の3点が指摘できる。

第一に、子供を世話する人々の知識、認識が低いため、家庭で簡単にできる手段によって、子供たちをこの4大疾病より守ることができることを知らない。子供におこる疾病の兆候や症状をよく知らないために、特にARIや下痢症など正式な保健医療施設に早期の段階で連れていけば避けられるはずの状況の悪化を招いている。

第二に保健医療サービスの機能が不全である。保健医療スタッフの中にはARIへの対応の治療手順を知らないものさえいる。実際、調査を行ったディスペンサリーのうち半分は診断のガイドラインを使用していなかった。保健医療施設での診断能力の限界と抗生物質の不足および子供の予防接種率の低さ等が事態をさらに悪化させている。

第三に調査対象地域では低体重出生や貧血などの様々なリスク要因にさらされている子供がいることである。

これらの4大疾病は相互に関連している。例えば麻疹にかかった栄養障害の子供は肺炎や下痢症などの合併を起こす不安定な状態になりやすい。

呼吸器感染症（ARI）：ARIは、外来患者の20～30%を占め、死亡原因でも、多くの統計でマラリアについて第2位を占めている。死亡の要因としての、原因菌、薬剤耐性の有無、患者レファールルの遅滞などのさらなる調査が必要と思われる。

予防接種プログラム（EPI）：予防接種プログラムによるワクチン接種で予防可能な疾病の流行の度合を計ることは難しいが、ケニア全国予防接種プログラム（KEPI）のデータによると調査対象地域の乳児の接種率は1996年で30～70%と予想よりはるかに低い（KEPI報告書、1998年）。5歳以下では麻疹が10大死亡原因の一つに入っている。報告されない死亡例がかなりあると想像されることにより、EPIのさらなる強化が求められる。また免疫予防摂取のカバレッジとコールドチェーンの正確な評価も必要である。

栄養障害：感染性疾患と共に重要な保健問題として、栄養障害の問題がある。調査対象地域の正確な実態を把握するのは難しいが、5歳以下の子供で、

低体重が10%前後に達するというデータが得られた。栄養障害が死亡原因に占める割合は2～3%と高くはないが、死亡に至らない潜在的な罹患率、感染症に対する抵抗力、将来の人口増加、食料不足等を考えると、重要な問題と認識される。

リプロダクティブヘルス

リプロダクティブヘルスおよび母親の健康は、上記の重要疾患との関連から特に重要であり、有効な対処が求められる。

妊産婦の死亡：調査対象地域で妊娠、子供の出生及び分娩時に死亡する危険は10万人の出生に対して300～500と報告されている。キシイ県は特に危険度が高く、5県平均の1.5倍である。

分娩時の多量出血、妊娠時の高血圧症による死亡は、伝統的産婆（TBA）や地方保健施設のスタッフが早期的に兆候や症状を発見できるように訓練を受け、素早くリファーを行うことができれば避けられるであろう。

調査対象地域では出産前ケアサービスが貧弱なため、死産の例も多い。約50%の出産は自宅で行われる。

著しい人口増加と家族計画：調査対象地域の生殖活動が活発と思われる年齢層の女性のうち、13%は家族計画の方法について全く聞いたことも知識も無いことが解った。家族計画の方法を知っている人のうち、実際に実践している割合は54%に過ぎない。最も一般的な方法は夫に知られずに行うことができ、6ヶ月毎に1度だけ処方を行う避妊のデボプロベラ注射である。コンドームはあまり一般的ではなく、男性の精管切除手術もほとんど報告されていない。

人口問題、HIV/STD感染の予防という視点と共に、男女が共に計画的に家族を形成していくという視点を10代の少年少女という早い段階から持ちうる様な環境作りが望まれる。

新興および再興している疾病

(1) HIV/エイズ

エイズに関しては、HIV陽性率で見れば特に高い地域ではないが、死亡原因の10位以内にある事、結核患者の半数以上がHIV陽性である事を考えれば、実際には死亡原因より上位に入ると思われる。調査対象地域はケニアのHIV高感染率を持つ2つの都市（ナクル及びキスム）に挟まれた地域であり、感染率の急激な上昇が危惧される。

全国エイズ/性感染症抑制プログラムが準備されており、県レベルではエイズコーディネーターが任命され行動計画の作成やいくつかの活動が始まっている。しかしながら、活動の実施に際して様々な問題に直面している。例えば1) HIV/エイズをオープンに議論することへの社会的制約、2) エイズに関する情報や教育が紹介されていない、3) 検査の際に、HIV陽性であることを汚名と捉え、結果を知りたがらない人がいる、などである。調査対象地域ではエイズ患者に対するコミュニティベース、家庭ベースのケアのプログラムは始まっていない。

(2) 結核

全ての県病院で結核患者の数は増加傾向にあり、地元の保健医療スタッフはHIVの流行との関係を指摘している。ケリチョー県病院の結核入院患者の約半数以上、Kaplongミッション病院の結核入院患者の70～80%がHIV陽性である。もしこのままHIV患者が増加し続けると、結核患者数も急増し、デンマーク国際開発庁(DANIDA)が支援している全国ハンセン病・結核プログラムの実施可能限界を超えるものとなる。

(3) 黄熱病

ケリチョーの近隣県で1992年、1993年に発生した黄熱病も軽視できない疾病である。保健省は世界保健機構(WHO)とケニア中央医学研究所(KEMRI)と協力し、リフトバレー州の9県18施設で継続的な統計調査を行っている。この継続的な統計調査の対象は他地域へ拡大しており、調査対象地域内のいくつかの施設でも実施されている。

1994年と1995年に10例が報告され、そのうちの7例は1992年、1993年の例とは別の地域で発生している。保健省は過去における発生地域とその近隣地域で実施している6ヶ月以上の乳児への予防接種を今後も継続する意向である。



入院棟男性病棟の混雑
(キシイ県病院)



子供の栄養問題
(ニャミラ県)

表3.1 全人口を対象にした死亡原因

Kisii District (Nov. 1996 - Oct. 1997)			Kericho District (Feb. 1997 - Aug. 1997)			Bomet District (Jan. 1997 - Oct. 1997)		
1. Malaria	1,178	33.2%	1. Malaria	371	30.5%	1. Malaria	355	21.2%
2. Pneumonia	387	10.9%	2. Tuberculosis	92	7.6%	2. Pneumonia	146	8.7%
3. Tuberculosis	376	10.6%	3. Accident	83	6.8%	3. Cancer	86	5.1%
4. Accident	253	7.1%	4. Pneumonia	75	6.2%	4. Tuberculosis	82	4.9%
5. Heart disease	213	6.0%	5. Anaemia	73	6.0%	5. AIDS	57	3.4%
6. Anaemia	171	4.8%	6. AIDS	44	3.6%	6. Anaemia	44	2.6%
7. Cancer	155	4.4%	7. Cancer	36	3.0%	7. Malnutrition	38	2.3%
8. AIDS	145	4.1%	8. Diarrhoea	24	2.0%	8. Meningitis	26	1.5%
9. Stroke	74	2.1%	9. Heart disease	19	1.6%	9. Stroke	24	1.4%
10. Diarrhoea	72	2.0%	10. Stroke	18	1.5%	10. Asthma	22	1.3%
11. Tetanus	48	1.4%	11. Tetanus	6	0.5%	11. Measles	20	1.2%
12. Measles	21	0.6%	12. Measles	1	0.1%	12. Tetanus	6	0.4%
Others	452	12.8%	Others	373	30.7%	13. Others	772	46.0%
Total	3,545	100%	Total	1,215	100%	Total	1,678	100%

表3.2 5歳以下の死亡原因

Kisii District (Nov. 1996 - Oct. 1997)			Kericho District (Feb. 1997 - Aug. 1997)			Bomet District (Jan. 1997 - Oct. 1997)		
1. Malaria	1,049	59.9%	1. Malaria	124	29.1%	1. Malaria	67	21.5%
2. Pneumonia	216	12.3%	2. Pneumonia	60	14.1%	2. Pneumonia	34	10.9%
3. Anaemia	94	5.4%	3. Malnutrition	45	10.6%	3. Malnutrition	20	6.4%
4. Measles	65	3.7%	4. Anaemia	29	6.6%	4. Measles	13	4.2%
5. Malnutrition	62	3.5%	5. Prematurity	23	5.4%	5. Anaemia	9	2.9%
6. Meningitis	29	1.7%	6. Tuberculosis	9	2.1%	6. Meningitis	5	1.6%
7. Accident	28	1.6%	7. Measles	6	1.4%	7. Prematurity	4	1.3%
8. Tuberculosis	27	1.5%	8. Accident	4	0.9%	8. Asthma	3	1.0%
9. Prematurity	22	1.3%	9. AIDS	3	0.7%	9. AIDS	2	0.6%
10. Diarrhoea	22	1.3%	10. Meningitis	3	0.7%	10. Accident	2	0.6%
11. Others	137	7.8%	11. Heart disease	3	0.7%	11. Cancer	2	0.6%
Total	1,751	100%	12. Others	116	27.2%	12. Others	150	48.2%
Total	1,751	100%	Total	426	100%	Total	311	100%

資料：キシイ、ケリチョー、ボメット各県の Civil Registers

4. マラリア調査の結果

総論

(1) マラリア大量発生メカニズム

本調査および本調査との関連で実施されたJICAの短期専門家による調査の結果、対象地域のマラリア状況を悪化させている主要要因として次の3点が明らかになった。

- ・ マラリアの原因に対する住民の認識不足
- ・ 不完全な治療
- ・ 疫学的モニタリングの欠如による大量発生への対応策の遅れ

マラリアに関する正確な情報の普及が不十分であることが、最も重要な問題のひとつとして挙げられる。本調査で行ったマラリアに関するKAP (Knowledge, Attitude and Practice) 調査の結果では、調査対象地域の住民はマラリアについての間違っているか、あるいは、不十分な知識により偏見を持ったり、誤った行動をとっていることが確認された。

この地域住民レベルでの認識の誤りが、マラリアへの対処の状況を大きく悪化させていると考えられる。例えば、マラリアは、汚染された水、脂肪質の食料などが要因と考えていたり、また、マラリアに対する有効な予防措置をとることは出来ないと考えている住民が多い。また、マラリアと疑った時の第一行動として、パナドール等市販の解熱剤の服用で済ませている場合が多い。

一方、治療実態調査の結果によると、マラリア患者の多く(約75%)は2日以内に何らかの対応策を取っている。しかし、発病後4日以上にわたり、何らかの対応策も取らない住民も相当数いる。医療施設へのアクセスにより異なるが、全患者の25~35%は多くの場合マラリアであることを疑っているにもかかわらず、病気の発病後4日目以降に医療施設を訪れるなどの対応策を取っている。

(2) 不完全な治療

治療実態調査の結果、治療を完了するため、地域の医療施設を再訪問する患者は20%以下であることが解った。不完全な治療により死亡率が高まり、流行の繰り返しが起こりやすくなる。対象地域では以下の理由によりマラリアの不完全治療が増えていると考えられる。

- ・ キンイ県での薬剤耐性の疫学調査によれば、全サンプル児童の約40%は、マラリア原虫のキャリアである。
- ・ クロロキンの処方一度を受けた患者に対する薬剤耐性のモニタリングとフォローアップ調査は、クロロキン耐性マラリアが調査地域で広がっていると考えられているにもかかわらず、行われていない。
- ・ 調査地域では、現在もクロロキンが1次選択薬として使用されている。2次選択薬のファンシダール (SP) は、その次に利用されているが、非常に限られた人数(約18%)が地域の医療施設を再訪した時にのみ、SPによる治療を受けている。
- ・ マラリア患者の多くは、その兆候からマラリアであると疑っているにもかかわらず、解熱剤のみを飲んでいる。
- ・ 合併症患者を上位医療施設に紹介するための、明確で客観的な基準が確立されていない。

(3) マラリア大量発生に対する準備の遅れ

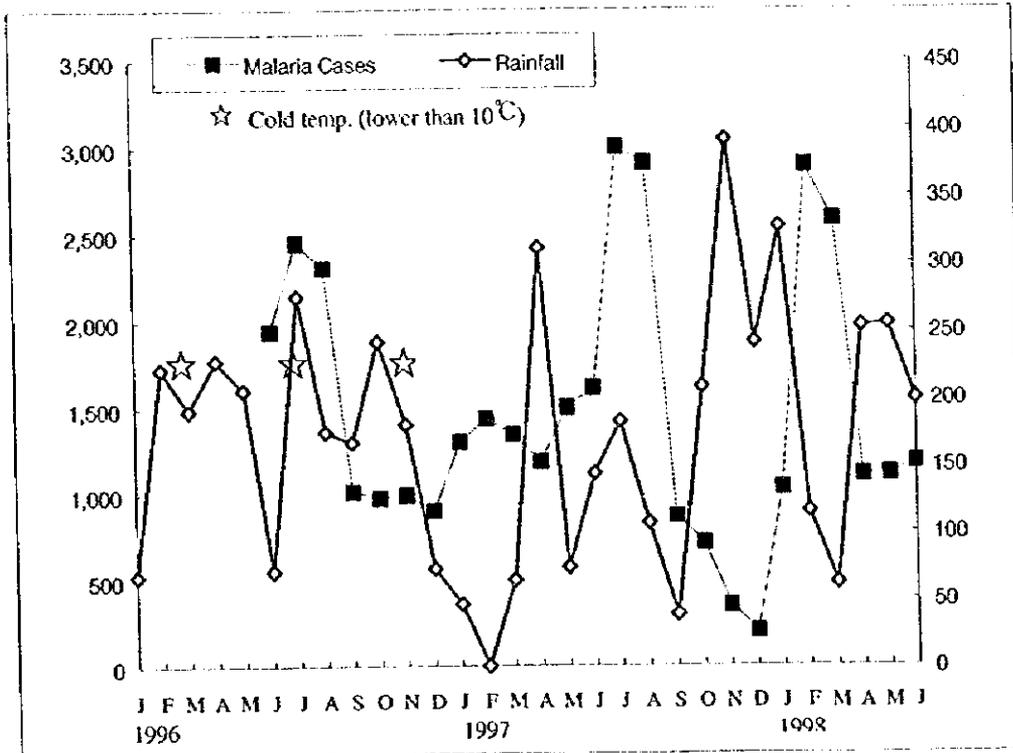
対象地域のマラリア発生件数の変動は、気象の変化と密接に関係している。多くのマラリア大量発生は、降雨量の増加後、2~3ヵ月して起こっている(図4.1参照)。1998年の1月に見られるような不定期な大量発生であっても、降雨量を考慮することで2~3ヵ月前に予想し、準備することが出来る。しかし、現在は気象状況をモニタリングするシステムはない。

毎年、5月から8月に見られる定期的な大量発生に関しては、人々の注意を喚起すること、媒介蚊のコ

ントロール、医療施設へのロジスティックスなどの準備を大量発生前に準備しておく必要がある。しかしながら、実際の準備は従来、大量発生が起こった後に始めている。対応策の準備の遅れは、さらに、

多くの地域医療施設でのマラリア治療薬の不足、不完全な治療件数の増加、そして地域医療施設に対する人々の信頼の低下を招く結果となっている。

図4.1 キシイ県病院のマラリア患者数と降雨量の関係



マラリア実態調査結果

マラリアに関する実態の把握のため、調査団は以下の3種の調査を実施した。

- A. マラリア患者の保健医療サービス探索行動
- B. マラリア患者の治療実態
- C. マラリアに関する住民の知識・態度・行動 (KAP) 調査および予防用品の地域マーケットでの入手可能性調査

各調査の概要は以下の通りである。

A. マラリア患者の保健医療サービス探索行動

目的：調査地域における適切なマラリア対策プログラムを策定するために、住民の保健医療サービスの探索に関する行動を把握する。

調査手法：7つの保健医療サービス施設（県病院2、ヘルスセンター4、キリスト教会系病院1）における、マラリア患者136人を含む284人の外来・入院患者へのインタビュー調査を行った。

調査結果の概要：

- (1) マラリア患者（血液診断または臨床診断によりマラリア患者と診断された人を便宜的にマラリア患者と呼ぶ）の主要な症状は、多い順に頭痛、発熱、嘔吐であった。
- (2) インタビューしたマラリア患者のうち、68%の人が、保健医療施設を訪ねる前にマラリアによる発病を疑っていた。
- (3) マラリアによる発病を疑った時に、家庭で最も頻繁に行われる対処は購買薬の投与であった。
- (4) 患者または患者の家族がマラリアによる発病を疑った時に、まず行う対処として、多くの場合、パナドールやアクションなどの解熱剤だけを服用していると推測される。
- (5) 保健医療施設においてインタビューした発熱症状を持つ全患者の半分ほどの人だけが、2日以内に保健医療施設を訪ねていた。
- (6) 保健医療施設への距離と交通事情により、訪問回数や発病後訪問するまでの時間が異なる事実がある一方、保健医療サービス施設まで近い距離にいながら、殆どそれらを利用しなかったり、発病から数日を経て訪問するも例多い。

計画へのインプリケーション：

- ・ 住民のマラリアに関する認識はまだ不十分であり、家庭・コミュニティ・保健医療施設における保健教育の強化が必要である。

B. マラリア患者への治療実態

目的：マラリア患者に対する治療の現状を把握する。

調査手法：保健医療サービス施設（県病院2、ヘルスセンター8）における医師・準医師・看護婦とのインタビューを行い、さらにマラリア患者995人を含む2,790人の治療記録により分析した。

調査結果の概要：

- (1) マラリア患者への治療のうち、35%はクロロキン（錠剤またはシロップ）の1回投与であり、56%がクロロキン静注（嘔吐を呈する患者）であった。SP（ファンシダール）とクロロキンの組み合わせによる治療を、全体の8%の急性患者のみに行っていた。
- (2) SPの投与は保健医療サービス施設において、2次選択薬として増加しつつあるが、それは患者が適切に過去の治療歴を説明できるかどうか依存している。その他の場合では、不完全治療の可能性を残しながらも、クロロキンの1回投与が行われている。
- (3) クロロキンのみで治療された患者のフォローアップは行われていない。
- (4) 全外来患者のうち、非常に少ない（0.4%）患者のみが上位医療施設にリファーされている。
- (5) 多くのヘルスセンターとディスペンサリーは顕微鏡を持たないため、マラリア患者の上位医療施設へのリファーに関して明確な基準は設定されていない。

計画へのインプリケーション：

- ・ 現状では、患者自身の来訪前の説明に依存して治療内容（クロロキンまたはSP投与の選択など）が決められる部分が多く、適切な治療を行うためにも、住民がマラリアに関する正確な情報を持っていることが極めて重要である。
- ・ マラリアが予想される患者の血液の顕微鏡による正確な診断と上位医療施設への適切なリファールの強化が必要である。
- ・ 個々の患者の記録管理とマラリア患者を含む患者へのフォローアップの強化が必要である。
- ・ クロロキン1回投与の患者のフォローアップ強化が必要。それにより、不完全治療の減少と、マラリア陽性者率の減少に効果があると考えられる。

C. マラリアに関する住民の知識・態度・行動 (KAP) 調査および予防用品の地域マーケットでの入手可能性調査

目的：調査地域における適切なマラリア対策プログラムを策定するために、住民のマラリアに対する認識、行動様式および生活条件を把握する。

調査方法：各県2コミュニティを選択し、各コミュニティ毎に地域住民による男女別のフォーカス・グループ・ディスカッション2回と10県の家庭訪問調査を行った。さらにコミュニティ毎に雑貨店2軒を訪問し、マラリア予防用品の地域での入手可能性を調査した。

調査結果の概要：

- (1) 住民はマラリアの原因と症状に関し、かなり誤った認識を持っている。下痢症、嘔吐や腹痛等で体調を崩すと、すぐにマラリアにかかったと疑う。この症状の誤認と混同に基づき、汚水や脂肪の多い食事などもマラリアの原因であると認識する結果を招いている。
- (2) 住民は伝統的治療（例：薬草師、呪術師）よりも近代医療を好む。薬草や伝統的産婆（TBA）は一般に信じられている程に頻繁かつ広範に利用されているわけではなく、薬草師のサービスも決して安価ではない。
- (3) 患者が保健医療施設のサービスが不適切と感じた場合は再度同じ施設を利用せず、他の施設を訪ね歩く。施設選択の決定要因は疾病の重さをどう認識するかによる。軽症と認識すれば、近隣の雑貨店で買う解熱剤で済まし、重症と見れば

金額、距離に拘わらず保健医療施設を受診する。

- (4) マラリアの予防対策は殆ど実践されていない。理由はマラリアの原因についての誤認である。住民は蚊による媒介以外にもあらゆる事象が原因となる、と考えている。そのため、蚊の駆除以外にも水処理、食事等あらゆる面で日常的に完全な対策を講じるのは不可能であると認識している。

計画へのインプリケーション：

- ・ 住民のマラリアの原因と症状への認識には大きな誤りがある。正確な知識の普及を進める際は衛生的な生活習慣づくりと栄養の改善も同時に行っていく必要がある。
- ・ 住民の誤った受診行動を改善するためには保健医療施設の治療能力の向上、リファラル・システムの合理化が同時に行われるべきである。
- ・ 住民の購買力の向上が是非とも必要である。収入が低水準に留まり、資産が減少している状況下では治療法の選択や予防手段の実践にも限界がある。
- ・ 薬草師と産婆等が行う伝統的医療のサービスの実態を精査し、近代施設で施される医療サービスとの役割分担や代替となりうる可能性を検討するべきである。伝統的サービスの実態が明らかになることで、政策決定者や影響力のある人間が持つ偏見や伝統的なサービスの利用を隠す世間の風潮を変えることができるであろう。



青年グループによる
蚊帳の生産
(ニャミラ県)



5. 県の保健医療サービスシステム

県レベルの管理面の課題

県保健管理チーム（District Health Management Team：DHMT）、県保健管理理事会（District Health Management Board：DHMB）、保健施設委員会（Health Facility Committee）の各役割と手続きは明らかされておらず、また利害関係者に共有されていない。県病院理事会（Hospital Management Board：HMB）に県病院の経営に責任を持たせることが検討されている。各委員会、理事会の機能と責任の明確化が望まれる。

計画の作成がDHMTの最も弱い点で、性感染症対策、家族計画、下痢感染症抑制などの全国垂直プログラムにさえも計画を行った経験がない。

保健医療施設に地域の地図、キャッチメントエリアや女性の出産年齢等の管理を行うためのツールとプログラムの達成度をモニタリングする情報が、殆ど蓄積されていない。これは施設のサービス品質管理メカニズムが機能していない、第三者によるサービスの質の評価が全くされていない、フィードバックメカニズムが構築されていないことを同時に示唆している。

情報とコミュニケーションは地方保健医療施設への支援、管理を行い、発展を支える基本である。しかしながら、コミュニケーションと交通の手段はどの施設でもかなりの制約があり、県保健行政と地方の施設とのコミュニケーションは多くの場合、偶然的な個人の往来に依存している。調査団が実施した「コミュニケーション連絡網」調査の結果、簡単な書類が県から地方末端施設へ伝達され、その返事が帰って来るまでに、8～23日もの時間を要することが解った。コミュニケーションの欠陥が著しい問題となっている。

保健医療サービスの供給

高い人口増加率、エイズに代表される新興感染症、結核と薬剤耐性マラリアに代表される再興感染症は、潜在的な保健サービスの需要を今まで以上に高めると予想される。しかし、政府系の保健医療サービスは、その体制、質において地域住民のニーズに応じていない。コストがかかってもより高い質のサービスを求めて民間医療施設を選択する住民も増える傾向にあるものの、こうした需要の変化に対応するサービスの質が保障される仕組み・体制が整っていない。

保健省の保健医療サービスは、病院、ヘルスセンター、ディスペンサリーの3レベルに分けられ、機能と配置において、概念的には階層化したシステムが形成されている。しかし、この階層分けされた施設で、本来提供されるべきサービスが必ずしも行われている訳ではない。特に、ヘルスセンターは末端サービス機能であるディスペンサリーとリファラル施設である県病院の中間にあって、全体システム形成の上で重要な位置付けであるにも拘わらず、設備及び人的配置の面で極めて貧しい状況にある（「7. 医療施設」参照）。

コミュニティーレベルでは、未だ伝統医療や習俗・風習に基づく薬草師（伝統的医療従事者の90%を占める）や呪医といった伝統的医療に依存している場合も多い。伝統的医療従事者は、教育・科学・文化省に登録されるが、保健省の管轄する医療サービスや地域保健活動に組み込まれておらず、したがって、彼等の活動は地域の保健医療行政上、何ら関係がない。

モバイル・クリニックについては、対象地域では現在8団体によるモバイル・クリニック・サービスが行われているが、いずれもミッション系およびNGOであり、現在、公的機関による実施はない。公的援助機関も以前はモバイル・クリニックによるサービスを行っていたが、燃料代や悪路による車

両の修理費等の維持管理費を捻出できなくなり現在は廃止している。

リファラル

下位施設の利用の低下と、県病院の混雑は、リファラル機能問題の帰結でもある。代表24施設を対象にした調査結果から下位レベルから上位へのリファラルされる事例を見ると、1施設の月当たりリファラル件数はヘルスセンターで10件、デイスペンサリーで11件程度となっており、総じてリファラルが機能しているとは言えない。リファラルの診断/検査項目では、胸部レントゲン検査が主となっている。また、上位レベルから下位レベルへのフィードバックはほとんどない。

リファラルの問題は、供給者側において、相応の施設が求められる検査や治療サービスを十分に提供できていない事と同時に、システムとしての未整備、情報手段の不足及び交通手段の問題がある。

ロジスティクス

医薬品と医療資機材の各保健医療施設への調達・分配は、家族計画の避妊具以外は、すべて中央保健省が制御する「押しつけ型」である。これに対して、民間の医療施設は独自の組合を通じて医薬品の必要とする医薬品を調達する「注文型」となっている。すでに国家レベルでは必須医薬品プログラムの見直しのためのガイドラインが策定された。しかし、輸送車両の不足に加え、医薬品の配布と在庫などの管理能力の不備がシステム全体の機能の低下を招いている。

需要者（患者）サイドは、1）リファラル・システムの存在や機能を知らない、2）自宅に最も近いデイスペンサリーやヘルスセンターまでの交通手段（マタトウーと呼ばれる公共バス）が無く、直接に県病院へ行くほうが時間、経費、受けられるサービスの各面で結局は効率が良いと判断している場合が多い。患者が受診する保健施設の選択の際にリファラル機能を尊重するような「経済的インセンティブ」の導入が必要である。

このようなロジスティクスに係るシステムのはころびが、全体的な医薬品の不足、特定の医薬品の過剰供給や不足という現象を起こしている。

保健医療情報システム（HIS）

県レベルの医療情報と記録の担当者にインタビューを行った際、すべての回答者が現在のHISの問題として、保健省本省よりのフィードバックが無いことを指摘した。この問題がスタッフに適切なタイミングで正確なデータの収集と蓄積を行うインセンティブをなくさせており、同時に、県レベルでの統計及び分析能力の限界と制約になっている。

地方の保健施設が、保健医療活動に関して決められたデータ・情報を県に報告する率、すなわち、レポート・レートは、県により大きな差があるものの、概して低い（8～48%）。また、保健省本省に全保健医療施設の完全なデータセットが届けられた年は1度もない状況である。結果として県レベルの計画、保健医療施設の管理のツールとして収集されたデータを利用した経験はほとんど無い。

6. 保健財政

国家の保健予算

ケニアの保健医療ケアの一人当たりの支出は約12米ドルで、約半分は政府、残りの半分の2/3は民間の支出、1/3はドナーの支援により充当されている。

県レベルでは一人あたりの保健医療ケアの予算は約2～3米ドルもしくは120～180ケニアシリングである。この数字は世界保健機構（MOH）の推定による最低限必要な基本的な医療、予防サービスにかかる12米ドルよりもはるかに低い。

財政ギャップ

調査の結果では保健省の保健医療サービスでは経常支出の44%は不足していることが解った。この状況を解決するためには資源を選択的に増加させること、既存の資源の再配分を講じること、または両方を同時に行うことが必要である。県病院の経費のうち、平均88%が人件費であり、人件費以外の配分率を高める等の再配分を検討する必要がある。

利用者負担

保健医療向けの政府予算は増加することは考えられず、またドナーの支援が飛躍的に増加することも無いであろう。利用者負担金（コストシェアリング）プログラムの導入により保健省の財源の強化を図っているが、近隣諸国に比べ、個人資金の支出が少ない。現在のところ、調査対象地域の病院、保健医療施設では、利用者負担金は全予算のわずか5%、人件費以外の予算の15～20%を充当しているにすぎない。当初に検討されていた水準まで徐々に料金を上げ、徴収面、出費の改善、特に漏損を減少させれば、利用者負担金の総額を倍増することも可能である。同時に公平の観点より貧困層への過度な料金負担を避けるため、現在1～5%である料金の免除対象者層を20%近くまで上げる必要がある。支払い可能性を評価するための客観的なデータは調査対象地域のNGOやミッションが運営する病院で入手可能で

あるが、それによると良質のサービスに対する住民の支払い意志は決して低くない。

施設改善基金（FIF）の疾病予防・健康促進への配分

長期的には、治療へ配分されている予算を疾病予防・健康促進へと再配分し、対投入効果の高いコミュニティレベルでの予防・健康促進活動が強化されなくてはならない。当初の計画では治療向けの歳出は現状維持とし、利用者負担金とドナーの資金は疾病予防・健康促進向けの財源増加分として充てられることになっていた。今後、予防・健康促進重視に転換するため、FIFに75%、疾病予防・健康促進に25%と割り当てられている現行の利用者負担金の使途配分の再検討を行う必要がある。

県の財政的自立

現在の地方分権化では、利用者負担金の条件づけや県病院の人件費として割り当てられている資源を地方保健医療施設の機能拡大に使うといった方針の決定権や管理方法に対する県の自由裁量権は拡大する流れにある。政府系に比べ、ミッション系の病院は人件費の割合、特に看護婦が少ないため（全経費の39%）、経費が低く、運営の効率が良い。薬品、備品の供給、維持管理、再教育、運搬が改善されることにより、病院のスタッフの業務の生産性が上がる可能性がある。資格を持つスタッフにとって地方保健施設の勤務が魅力的となる条件を備えることが、保健医療サービスの状態を改善するための前提と考えられる。職員住宅や再教育への投資も必要である。同時に、地方保健施設のスタッフのサービスの質が向上すれば、病院の過重な業務量も減り、入院、外来サービスに従事している病院スタッフの数も減少できるであろう。

代替的な財源

代替または補完として検討されうる財源は以下のとおりであるが、すでに上記で議論した財源の課題に

比較するとこれらを発展させるには時間が必要である。

- **保険プログラム：国民病院保険基金 (NHIF)**
 はすでにアフリカ諸国では一般的であるが、その規約上、政府系の施設の患者と病院が補償金を受け取ることは難しい。前払いシステムの運用もNGO系の病院で試されてきているが、地方の住民には前払い方式への支払い意思は低く、限界がある。
- **コミュニティベースの財政プログラム：コミュニティ薬局での薬品の供給を行うバマコ・イ**

ニシアタイプは最大で良く知られたコミュニティベースの財源プログラムである。99年度に栄養に焦点をあてて、再開される予定である。またコミュニティの自助努力の資金で多くのディスペンサリーが建設されている。

- **課税：地元の行政サービスの資金として殆どの県で地方事業税が導入されているが、調査対象地域では保健医療サービスには使われていない。茶への課税は行われており、主に道路など農業生産関連の維持管理サービスに使用されている。**

Service (English)	Service (Swahili)	Price (SH)
WATU WENGI	KILA SIKU	SH. 20/-
WATI YA KUJIFUNGUWA	KILA SIKU	SH. 60/-
(MMENTI) WODI YA PEKEE	KILA SIKU	SH. 400/-
(MMENTI) WODI YA WENGI	KILA SIKU	SH. 300/-
KUTIBIWA KAKURUDI NYUMBANI	KILA DAWA UNAYOPIWA	SH. 10/-
MAHABARA KUPIMWA	KILA KUPIMWA	SH. 10/-
KUPIMWA SPESHILI (MED. EXAMINATION)		SH. 20/-
X-RAY KUPIGWA PICHA		SH. 75/-
KUPIGWA PICHA SPESHILI		SH. 150/-
MAZOEZI (PHYSIOTHERAPY)	KILA WAKATI	SH. 20/-
MAZOEZI KUTOKA KWA HOSPITALI... DUAZISHI (PRIVATE)		SH. 150/-
KUTIBIWA MENO	KILA MMOJA	SH. 150/-
KUTAHIRIWA		SH. 50/-
KUHIFADHI MAITI	KILA WAKATI	SH. 100/-
OCC. THERAPY		SH. 20/-

OMBA RISITI KWA KILA PESA UNAOLIPA

治療費一覧
 (キシイ県病院、1998年6月)

7. 保健医療施設

政府系施設

(1) 保健医療施設のサービス水準

保健医療施設は保健医療サービスの拠点であり、対象地域における保健医療サービスの適切な分配、配置を考える基本となるものである。対象地域内には、県病院、ヘルスセンターおよびディスペンサリー等の公立施設の他、キリスト教会系病院やNGOの施設等が有り、地域内の施設数は5県全体でみると300以上であり、一施設あたりの人口は約1.6万人と比較的基準を満たしている。しかし、県別に見ると、ケリチョーの1.2万人/施設に対し、グチャの3.6万人/施設と大きな地域間格差がある。

地形上の制約や交通手段の欠如、さらに土地、農業生産をめぐる部族間の軋轢などの社会的側面も考慮して、何らかの保健医療サービスが届かない地域（Inaccessible Area）を抽出すると、面積にして7.7%、全体人口から見ると約5.5%を占めている。

しかし、保健医療サービス施設へのアクセスが確保されている地域においても、実際には、施設不備、スタッフ不足、水不足等の種々の要因により、その施設に求められている機能を果たす事が出来ていない施設も多く、各機能の分布には地域による大きな偏りが見られる。

県病院についても、既存の施設状況は各県によって大きく異なっている。キシイ県病院のように施設全体の老朽化と規模不足という問題を抱えていて包括的な改善を必要とする施設から、ニヤミラ県病院のように、雨漏りなど建築施設の部分的改善を必要としている施設もある。

(2) 医療施設の計画課題

県病院、ヘルスセンターやディスペンサリーの各地域保健医療施設については、保健省には一応の「ガイドライン（Definition and Categorisation of Health Facilities）」があるものの、計画・建設段階におけ

る指導が徹底されていないこと、また財源不足等のために、施設状況は様々であり、この基準を満たす施設は少ない。入院施設や水供給設備等の施設面での不備が職員不足等の問題と相まって、本来求められている機能を果たすことができない施設が多い。今回調査を行った54の地方保健施設についても、ヘルスセンターと呼ばれている27施設のうち、産婦人科の機能を有するのは14施設にすぎなかった(参考図表7.1参照)。

施設の維持管理については、予算不足及び人的資源の確保を含む管理システム上の問題を抱えており、ほとんどの施設で日常的なメンテナンスが欠如している。県病院には、各々病院管理ユニットがあるが、施設のメンテナンスを行える人は非常に少なく、設備に関しては皆無である。基本的に、施設の修繕は公共事業省（MoPW :Ministry of Public Works and Housing）が担当することになっており、修繕の許可および資金の執行までの行政事務の複雑さと、担当者の数及び技量の不足から、必要な維持管理が大きく制約されている。そのため、破損したまま放置されている部分が多く、施設の老朽化と共に維持管理体制の強化は大きな課題である。

また、運営・維持管理を円滑に行うための財務システムが欠落している。維持管理費は、県病院の全体予算の約0.23%に過ぎず、1病院あたり3ヶ月間に割り当てられる予算は1,800~2,800KSH程度でしかない。FIFの用途配分に係わる抜本的な見直しが求められる。

一方、ディスペンサリーについては、デンマーク国際開発庁（DANIDA）の支援によるPMIU（Preventive Maintenance Implementation Unit）のプログラムによって、施設の拡充と予防保守による維持管理を目指した人材（PHT(M)）の育成が図られている。しかし、その訓練内容・訓練期間に限りがあること、担当者によって活動状況に差があること、及び予算不足から修理されずに残されているものも多い。

計画にあたっては、サービス機能に重点をおいた施設分布を考えつつ、かつ施設レベル毎のスタンダード化の徹底が必要である。また、県病院については個々の問題への対応策が必要である。

医療機材

対象地域の主要医療機材は設置されてから相当な年数、例えばケリチョー県病院では15年以上経過しており、機能が低下しているものが多い。医療機材の供給は大部分をドナーに依存していることから、定期的に更新されることはまれである。また、スペアパーツの入手が困難なことから、タイムリーに調達できず故障したまま放置されている機材も少なくない。

医療機材の機能と数は、保健施設が提供する医療サービスの質と量に影響を与える。リファラルシステムを構成している各保健施設が期待されている機能を発揮するには、当然の事ながら、人的資源と同時に、施設に必要な医療機材の設置が必要である。

施設と同じく医療機材の維持管理の点では、予算担保された「年次維持管理計画」の立案を行うと同時に、維持管理活動に対するマネージメントの意識の改善、医療機材使用者の機材維持管理に対する責任感及び維持管理部門の知識向上など踏まえた新たな「維持管理システム」の構築が必要である。

地方保健医療施設へのアクセス

保健医療サービスへの地域住民のアクセスの手段として、対象地域では、地域住民が施設を訪問する「施設拠点型のアプローチ」、住民居住地へ供給者が出かける「アウトリーチ型アプローチ」、さら

に、地域住民に一部サービスを委ねる「住民参加型アプローチ」等がある。しかし、放送などを利用した知識情報サービス提供の「マス・キャンペーン型アプローチ」は行われていない。

現況では、地域住民が施設を訪問する施設拠点型がほとんどを占め、地方施設利用者の50～80%は歩いて施設を訪問し、7～25%が公共交通網を利用している。アウトリーチ型や住民参加型はEPIや保健衛生活動に限られており、これらサービスを楽しむことができる人口は極めて少ない。

こうした「保健医療施設へのアクセスが不可能な地域」に対しては、施設の質的向上のほか、保健医療サービスが届かないという固有の問題を明らかにして対処する必要がある。

水と衛生

対象地域において環境衛生上最も重要な問題は、安全な水供給とその汚染の防止である。下痢症疾患による死亡率減少は見られるものの、その罹病率は5県すべての高い疾病となっている。現在、小規模ポンプによる給水、源泉の保護、雨水確保設備の普及、飲料水の煮沸消毒奨励、トイレ建設奨励などが、政府・NGOの支援により行われている。

水供給と衛生管理の施設整備及びその実施体制を一層強化する一方、各家庭で安全な水を確保しその利用を徹底することが、衛生向上に最も重要である。本調査における衛生知識に関する家庭調査の結果は、住民の衛生教育がまだ不十分であることを示している。よって衛生教育と衛生的行動の奨励の一層の強化が必要である。

表 7.1 サービス水準別の保健医療施設

		KERICHO	BOMET	NYAMIRA	KISII	GUCHA	TOTAL
Area	Km ²	2,524	2,611	879	645	657	6,231
Population	1997	597,698	583,799	587,942	489,481	436,464	2,695,384
No. of H/H	1996	98,769	106,855	67,557	94,640	68,261	436,082
Avg. H/H size	1996	6.5	6.4	7.2	6.4	6.4	6.5
Pop. Density	Prs/Km ²	237	224	669	759	664	433
Population	2005	771,021	770,195	733,222	606,702	540,988	3,422,128
Pop. Density	Prs/Km ² (2005)	305	295	834	941	823	549
No. of Health Facilities							
Hospital	GOK	3	1	1	1	0	6
	NGO/Mission	1	2	0	2	1	6
	Private	5	2	0	0	0	7
	Others	1		4	3	2	10
	Sub-total	10	5	5	6	3	29
Health Center	GOK	9	7	9	7	7	39
	NGO/Mission	2	1	7	1	4	15
	Private	0	0	0	1	1	2
	Others	7	0	9	0	0	16
	Sub-total	18	8	25	9	12	72
Dispensary	GOK	49	37	15	19	13	133
	NGO/Mission	5	3	7	5	4	24
	Private	42	0	6	5	2	55
	Others	2	0	12	0	0	14
	Sub-total	98	40	40	29	19	226
Total	GOK	61	45	25	27	20	178
	NGO/Mission	8	6	14	8	9	45
	Private	47	2	6	6	3	64
	Others	10	0	25	3	2	40
	Total	126	53	70	44	34	327
Health Facility Service Level Per 100 thousand People							
Hospital		1.7	0.9	0.9	1.2	0.7	1.1
H/C		3.0	1.4	4.3	1.8	2.7	2.7
Dispensary		16.4	6.9	6.8	5.9	4.4	8.4
(Dispensary Exp. priv. & N/M ones)		8.5	6.3	4.6	3.9	3.0	5.5
Population Per Health Facilities							
Hospital(GOK)		199,232.7	583,799.0	587,942.0	489,481.0	-	449,230.7
H/C(GOK)		66,410.9	83,399.9	65,326.9	69,925.9	62,352.0	69,112.4
Dispensary(GOK)		12,197.9	15,778.4	39,196.1	25,762.2	33,574.2	20,266.0
Total(GOK)		9,798.3	12,973.3	23,517.7	18,128.9	21,823.2	15,142.6
Inaccessible Areas							
No. of Places		3	3	3	2	5	16
Area (km ²)		158	120	78	29	77	462
Population		26,755	25,032	23,935	20,980	60,424	157,126
% of TL Pop.		4.1%	3.7%	4.9%	3.5%	13.9%	5.5%
% of Area		6.3%	7.8%	9.1%	4.5%	11.7%	7.4%

資料：保健省、JICA 調査班

8. 人材育成

保健医療スタッフ

対象5県の保健医療従事者数は、合計約5,000人（量的配分は公的施設53% 民間30%、NGO/ミッション18%）であり、人数の絶対的不足が指摘される。合計約5,000人のうち56%は病院の入院病棟要員、44%は病院、ヘルスセンター、デイスペンサリーの外来病棟要員と公衆衛生要員である。

患者数及びワークロードの標準を考慮すると、全県で入院病棟要員としては25人の医師、10人のクリニカル・オフィサー、229人の看護婦が不足と試算される。また外来病棟要員と公衆衛生要員としては、68人の医師、88人のクリニカル・オフィサー、525人の看護婦、108人の薬剤師が不足している。

地方保健医療スタッフの不足

特に規模の小さい保健医療施設ではスタッフの不足が顕著であり、全ヘルスセンターの半数の施設にはクリニカル・オフィサーが配置されていなく、6人以下の看護婦のみ（大部分は1人の准看護婦のみ）で運営されている。この結果、保健施設での治療、管理・運営上その必要基準や需要を満たすことができずにいる。具体的には、記録、診断、検査、情報

管理の実施、施設管理面での不備がその中で大きな問題として挙げられる。

保健医療スタッフの偏った人材配置

保健医療スタッフの育成、募集・補充、雇用、配置・移転、再教育の中で、制度上県がイニシアティブを取ることができるのは、医師・看護婦などの主要医療従事者を除いた人材の配置・移転と再教育のみである。人材の絶対数の不足は、主要保健医療スタッフと施設管理などの特殊技術者に著しく、かつ下部施設へいくほど深刻である。しかも、この問題は年々深刻になってきている。卒後再教育の機会は極めて少なく、また、僅かの機会があったとしても参加対象者が上位の幹部に限られている。また参加できるプログラムも偏りがある。

再教育の必要性

再教育の機会をすべての保健医療スタッフおよびコミュニティ・ヘルス・ワーカーを対象としたプログラムを県レベルで考える必要がある。政府系保健施設に勤務する保健医療スタッフの多くが卒後に再教育コースやリフレッシュ研修に一度も参加したことが無い状況である。



看護婦

9. コミュニティと社会的背景

医療人類学

グシイ、キブシギス部族における伝統的な病気観は、病気は人を襲うさまざまな不幸のひとつであるとしてとらえており、病気は身体の不調であるとともに、何らかの外在する力によって世界と自分との調和が乱されている帰結であると考えられてきた。したがって、人々は病気になった時、身体の不調に対して薬草等を用いる伝統的な治療法を用いると同時に、占い師を訪ねて身体に影響を与えている超人間的な外部の力（妖術、死霊等）を特定してもらい、その力に対して働きかける儀礼を行ってきた。

西洋医学と学校教育が普及した現在では、人々は病気になった時、まず薬局で薬を買い求めたり病院を訪れて治療を受けたりするようになった。しかし、そのような西洋医学による治療が十分な効果を示さない場合、伝統的な治療法を利用する者が多い。特に、進行性の慢性病、急性の激しい病気、なじみのない病気、家族や牛の連続死、妻の不妊、相次ぐ死産や流産、子供の死亡等がおこった場合、人々は超人間的な力が作用していると考え、伝統的な治療法や儀礼に頼ることがある。

対象地域には、このような伝統医療をとりおこなう薬草師、伝統的外科医、伝統的産婆、占い師、呪医等が今なお数多く存在しているが、伝統的産婆以外の伝統医療従事者は、今のところ地域保健活動にまったく組み入れられていない。特に医療施設へのアクセスの悪い地域では、伝統医療従事者は貴重な地域の医療資源であり、その約90%を占める薬草師は西洋医学についても学び近代医療施設とも協力関係を築きたいと希望している。なお、伝統医療の看板を掲げて営業している者の中には、金儲け第一のニセ者も少なからずいることが地域住民によって指摘されている。

人々が西洋医療と伝統医療を並立的に利用している現状に鑑み、今後の地域保健計画においても西洋医療面での拡充・改善に加えて、西洋医療と伝統医療

の役割分担・共存関係のあり方を再定義し、伝統医療の質の向上を図っていくことが必要であろう。具体的には、薬草師などの伝統医療従事者を集めて、彼ら自身による情報交換と西洋医療との相互協力のあり方を探るためのワークショップを開催し、伝統医療従事者自身による組合の形成を呼びかけ、保健省と組合が協力してライセンスを発行し、組合員間及び組合員と医療施設間の連絡・連携を密にすることにより、現代医療を学ぶ機会を与え、伝統医療従事者の質の向上を求めていくことが必要である。

社会・ジェンダー

社会・ジェンダーの視点は、施設を拠点とする地域保健サービスの展開の可能性への知見を与える。また、貧困層など社会的に保健医療サービスにアクセスできないグループを特定し、施設を拠点とする保健サービスの限界を掘り下げると同時に、地域住民による保健活動をどのように支援するのか、アプローチとプログラムを策定するための知見を得ることもなる。

グシイ、キブシギス部族は、ともに伝統的に父権社会（グシイはケニア国内でも非常に保守的な社会慣習が残るとみなされている）であり、コミュニティ・家庭レベルともにさまざまな意思決定は男性のみが担っている場合が多い。母親は子どもの健康の変化をいち早く発見したり、離乳食をつくるなど家族の健康を担い、管理している身近な存在にも係わらず、保健医療施設への受診行動の決定権、金の用途をはじめとする財産の使用や処分への決定権が非常に限られているのが現状である。社会慣習が保健・栄養水準に及ぼす具体的な悪影響としては、乳幼児の保健施設への受診が手遅れとなるケースや、家庭の金銭使途の配分を男性が決定するため栄養のある食糧の購入よりも嗜好品（飲酒など）に金を使ってしまうことなどが挙げられよう。

この他、社会的な慣例・因習が人々の健康、特に女性の健康を阻害しうる要因として、成人への通過儀

礼としての割礼（男女共に8歳～12歳前後）や割礼後の早期結婚、早期妊娠などが挙げられる。また、貧困が女子の就学困難、疾病時の保健施設の受診行動の保留、飲料水のアクセスが悪いなどの他の要因と複合化し、保健水準が低くとどまっている現状をもたらしている。さらに、農業生産物の季節性が食事の制限（食料の多様性の無さ）や女性の労働負荷という健康への負の要因ともなっている。

調査対象地域には、女性、青少年、農業、学校、ミッション系などのコミュニティベースの相互扶助活動を行うグループが多数ある。彼らの活動は農村開発全般、特に雇用・収入創出であり、現在は特に、保健医療を中心とするような活動ではないが、部分

的な保健活動の組み込みや目的の共有化は可能である。また、地域全体の生活改善への支援に保健衛生の観点や運営技術支援に対するニーズは高い。特に、女性グループは過去において政府やドナーの支援を得た経験もあり、他のグループに比べて組織・運営面で秀でており、彼女らの経験・活動を組織的訓練などで活性化し、地域の生活改善運動や保健水準向上運動に利用することには高い可能性がある。

女性が地域活動の中心となることは望ましいが、その一方、農業生産・家庭労働ともに男性に比べても女性の労働負荷が大きいため、時間的・物理的制約から活動への参加の機会が限られているなど限界もあり、実施計画策定では工夫が必要である。



女性グループメンバー
（ケリチョー県）



キシイ3県の典型的風景
（丘陵、高い人口密度、
土地の細分化）

10. ヘルス改革の地方レベルでの課題

ヘルス・ポリシー・リフォーム

ケニア国では、国民の保健医療への需要の高まりの一方、逼迫した保健医療財政のために、必要な保健医療サービスの提供を維持しつづけることは困難になりつつある。このような現状認識に基づき、同保健省は、保健医療サービス実施のあり方と今後のケニア全体の保健開発の枠組みを設定するためにケニア・ヘルス・ポリシー・フレームワークを策定した。この改革は、人々により効果的かつ経済的な保健サービスを人々の身近に置くという目標を設定して、費用効果の高いプログラムへ資源を効果的に分配し、あらゆる組織的な努力を保健衛生の水準向上に向けて結集させるという戦略である。その中心施策は以下の様に要約できる。

1. Decentralization：地方への権限委譲が謳われており、今後の保健衛生活動の計画立案、管理、指導監督は中央政府から州及び県へと移行されていくことになる。
2. Cost Effective, Essential Curative and Preventive Service：Essential Curative Care Packageに対する保健省の支出を50%から40%へ減らし、同時に受益対象集団を絞り込むことで保健サービスを効率化する。一方でEssential Preventive and Promotive Health Care Packageのカバレッジを拡大する。
3. Consolidation, Rehabilitation and Maintenance：保健施設や機材の新規建設・供給よりもむしろ既存の施設や機材を生かし需要に見合う効率的な保健サービス供給を図っていく。
4. Health Manpower：県保健管理チームの機能強化、保健サービスに従事する人材の再教育・再配置を行う。
5. Prevention and Control of AIDS/HIV and STD: HIV感染防止、カウンセリングと治療管理、AIDS患者とその家族への社会的・財政支援、研究、組織・管理などの体制づくりを行う。
6. National Drug Policy：価格、合理的な使用、薬品の品質管理、生産、5ヶ年実施計画などの薬品政策の検討を行う。
7. Health Management Information System：施設、固定資産、財政、患者・労働負担量、運営、人材にかかわるデータを県が予算化、計画、政策決定や管理に使用できるように整える。

県レベルでの課題

これらの国の施策の地方、県レベルでの展開・実現には以下の課題がある。

1. 地方分権化のための県の機関の組織化の遅れ

地方分権化に関しては、県レベルの政策決議機関として県保健管理理事会（DHMB）が、また、その実施部隊として県保健管理チーム（DHMT）が組織されたが、この改革の中心課題の一つは、地方への権限委譲による保健医療組織の活性化である。しかし、この権限委譲で最も重要な部分、つまり、財政および人材の募集・補充と直接雇用等の決定権の委譲は、改革に謳われているものの遅々として進んでいない。

2. 計画策定と管理能力を持つ人材の不足

地方の保健行政の基本である保健計画の策定、プログラムの実施・評価についても、ようやくDHMTが研修を受けたところである。県レベルでの計画策定の経験、蓄積がないところに加えて、下部施設の支援監督や保健管理情報システムなど、管理支援体制は貧弱なままである。DHMTの保健行政専門集団としての能力向上はもちろん、下部施設の保健衛生活動や保健情報システムを含めた組織体制の強化なくして、プログラム・プログラムの持続性を求めることはできない。

3. 維持可能な財政制度の不備

州あるいは県レベルで保健サービス財源の基盤強化に資する保健財政制度が早急に整う必要があるが、政治的な思惑もあってその議論が前進していない。この意味で、国が進める保健制度の推進と同時に、利用者負担（コストシェアリング）の料金見直し（現在は治療費として一律20 Ksh）及びそれを原資とする施設改善基金（FIF）の効果的な配分システムを県レベルで構築する必要がある。

4. 県開発計画との整合性の欠如

各県が策定している1997～2000年までの県開発計画の中には保健医療計画がすでに設定されているが、これらのベースとしてヘルス・ポリシー・フレームワークが反映されていない。新しい計画への取り込み、整合性が図られる必要がある。また、現在、他国からの支援をふくめて対象地域で一部実施されている、水供給と衛生、地方医療施設の維持管理プログラム等との計画的な整合性が必ずしも確保されていない。



調査団と県保健管理チームとの討議
（ケリチヨール県）

11. 計画のフレームワーク

計画策定の目標

国家計画は現実的な施策に反映され、実行されるべきである。地域の特徴や事情を国家レベルのヘルスポリシーフレームワークに組み入れ、改善の方向を探るためには以下の目標を設定する。

“To promote and improve the health status of all people residing in the target area, materializing the effective, efficient and sustainable mobilization of all the locally available health-related resources.”

県保健医療サービスシステムの向上の意味

健全な社会の育成と経済活動の活発化のために、住民の基本的なニーズである健康は政府が保障すべきものである。従って、県保健医療サービスシステムは、実際の保健水準に基づく住民のニーズと需要を満たすために、全体の社会経済システムのサブシステムの一つとして機能的に組み込まれるべきである。

県保健医療サービスシステムの計画策定の意義は、供給側と需要側及びそれらを繋ぐサービス・アクセスの3つの側面から成り立つ。

供給側からは、サービスのデリバリー体制の整備、すなわち、どのレベルの保健医療施設をとってもリファラル機能が相互に関連しながら、総体として効率的なデリバリー・システムが機能する体制を形成する必要がある。これは、限られた賦存資源を異なる住民ニーズに公正に配分するための基本条件である。そうした、保健医療サービスを機能的に実行するためには、財政面や人材の技術的向上、管理能力

の強化等のサポーティングシステムが改善されなくてはならない。

需要側から見ると、サービス受益者の態度／意思が重要なファクターとなる。住民は教育、情報を得、疾病についての正確な知識、感染症の予防手段、保健施設へ適切にアクセスする手段を認識する必要がある。住民が自分自身で生活の質を向上させ、社会的・経済的損失を最小にするための基本的必要条件である。

第三の点として保健医療サービスへのアクセス、または、どのように需要と供給の両面を結び付けるかの問題がある。交通手段、情報の伝播手段と経路、教育システム等の改善等が県保健医療システムの確立のために必要条件となる。

マスタープランの計画目標

目標は長期的な視点を持つ、現実的な戦略として具体化されなくてはならない。上記の総合目標達成のために、マスタープランでは以下の2点を計画策定の基本方針とする。

基本方針A:

すべての地域住民に必要最低限度の疾病予防・健康増進および診療サービスを保障するための県保健医療システムを整備・強化する。

基本方針B:

地域の中で保健開発につながる住民活動や関連分野との連携を強化する。

2005年の社会経済条件のフレームワーク

将来人口推計

対象地域における人口については、各県の県開発計画に2001年までの推定値が示されており、対象地域内での人口は304万人、1997-2001年の年平均人口増加率は3.05%と設定されている。この対象地域における人口変動傾向については、近年、少子化の傾向は認められるものの、伝統的な家族制度に加え、幼児死亡率の低下が期待される事等から急激な人口増加率の低下は期待出来そうにない。これに基づき、県開発計画に示されている1997年と2001年の年齢層別の推定人口から2005年の人口を予測すると次表ようになる。2001-2005年の人口増加率は2.81%と想定され、目標年次2005年までに約70万人が増加し、約340万人の人口を抱える地域となることが見込まれる。

経済成長

「ケニア国家開発計画1997-2000」によると、工業化政策の推進により国民経済の伸び率を年率5.9%としてる。

総生産を地域的にブレークダウンする事は、資料の制約からできないが、対象地域の地域経済の50-60%が農業部門に依存しており、地域的立地特性からも戦略的な工業化政策が届きにくい。経済成長の足掛りは、農業生産品の加工業振興による付加価値増大の可能性であるが、それを考慮しても全体として実質成長率4~5%の確保が最大限と見込まれる。経済が人口増加率3%を下回れば、実質地域経済は停滞し貧困から脱出ができない。

表11.1 2001年と2005年の推定人口

	1989	1997 (Estimated)	1999 Projected *	2001 Projected *	2005 Projected**	Growth Rate		
						1989-97 (% P.A)	1997-2001 (% P.A)	2001-2005 (% P.A)
Bomet	437	585	626	670	766	3.67%	3.52%	3.37%
Kericho	463	598	637	677	767	3.23%	3.23%	3.18%
Kisii	747	926	977	1,031	1147	2.72%	2.72%	2.60%
Nyamira	471	591	588	657	712	2.80%	2.80%	2.03%
Total	2,119	2,699	2,828	3,035	3,392	3.07%	3.03%	2.81%

資料

推定値 *: 各県開発計画の推定値

推定値 **: JICA 調査団による推定値。各県開発計画の値をもとにコーホート法にて計算した。

12. 計画目標達成の戦略

前述のマスタープランの2つの基本方針を踏まえて、調査対象地域での課題に取り組むために以下の戦略を提言する。以下は県保健医療システムを改善するためのあらゆる分野を包括する総合的な戦略である。

以下の一つの戦略の実施だけでは効果は達成されず、他分野が相互に関連する必要がある。

- 基本方針A：**すべての地域住民に最低限度の予防・健康増進および診療サービスを保障するための県保健医療システム強化
- (A-1) 重要疾病に対する優先的な保健医療サービスの推進
 - (A-2) 機能的な保健医療サービス供給システムの構築
 - (A-3) 戦略グループに対する公的及び民間供給者の連携増進

- (A-4) 保健医療サービス部門人材の卒後教育プログラムの開発と実施
- (A-5) 既存施設・医療器材の改善及びリハビリテーション
- (A-6) 財政基盤の強化と管理能力の強化
- (A-7) サービスの質的管理及びモニタリング制度の確立

基本方針B：地域の中で保健開発につながる住民活動や関連分野との連携を強化

- (B-1) コミュニティを基盤にした地域保健活動プログラムの推進
- (B-2) 地方道路、水及び衛生施設改善整備プログラムとの統合
- (B-3) 自助努力グループの活動を通じた健康教育の推進と女性のエンパワーメント

表12.1 計画に基づく戦略を展開するための必要条件

Strategies	Improvement		Capacity Building	
	Physical	Institutional	Management	Technical
Objective A				
A-1 Enhance Health Services for Priority Diseases	XX	XXX	XXX	XXX
A-2 Functionalize District Health Service Delivery System	XXX	X	XXX	XX
A-3 Promote Linkages in Health Services for Target Groups between Private and Public Health Providers	X	XX	XXX	X
A-4 Develop Programs for Continuing Education for Rural Health Personnel	XX	X	XXX	XX
A-5 Rehabilitate Existing Health Facilities and Equipment	XXX	-	XXX	X
A-6 Strengthen Financial Capability at District Level	-	XXX	XXX	X
A-7 Institutionalize Supervision/Monitoring for Quality Assurance	X	XX	XXX	XX
Objective B				
B-1 Encourage Community-based PHC Activities for Health Improvement	X	XX	XX	XX
B-2 Facilitate Integration of Rural Roads, Water and Sanitation Improvement	XXX	-	XXX	X
B-3 Encourage Self-help Group Activities through Empowering Women	-	XX	XX	X

注意：Xは必要条件の水準を示す。例、XXX:必要性が非常に高い、XX:必要性が高い、X:必要性がある。

13. 合理的介入策の提案

(A-1) 重要疾病に対する優先的な保健医療サービスの推進

<目的>

現況の保健医療システムの中で効果的かつ効率的な保健医療サービスに資源を配分し、かつ地域住民にニーズの高いプロジェクトを浸透させるために、疾病構造に対応した優先的な保健医療サービスの計画・実施を推進する。2005年までに取り組むべき優先的な疾病・対象分野として、次の疾患・サービス分野を設定する。

- ハイランド・マラリア
- 急性呼吸器感染症(ARI)
- 子供の健康（栄養、貧血、予防接種）
- リプロダクティブヘルス
- 結核

<前提条件>

重要な感染症対策や保健プログラムについては、すでに国レベルで計画された垂直プログラムがあり、また、保健医療サービスについては施設レベル毎の標準サービスがある。この計画では対象地域の実態に即した疾患対策や保健プログラムにおける活動の優先づけと、標準保健サービスへの戦略的強化を主眼とする県レベルでの取り組みが実現できるものとする。

<提案戦略>

- ① 重要疾患についての疫学情報/知識の充実と向上：薬剤耐性マラリアの動向把握、急性呼吸器感染症の原因菌調査、妊産婦へのHIVセンチネルサーベイランスなど、対象地に適合する合理的な対策を推進するための疫学調査の実施。
- ② 優先疾病へのサービスの負荷および疾病対策モニタリングの推進

③ 優先づけされた疾病についての診断能力の向上：優先された疾病について、対象となる保健医療従事者や保健センターを特定し、診断能力強化を図る。

④ 予防・健康推進プロジェクトの統合的取り組みと活性化：子どもや妊産婦を対象とした貧血や栄養失調プロジェクトの再強化、NGOプログラムなどの予防プロジェクトの協力によって、優先づけされた疾病の発生を抑制する。

(A-2) 機能的な保健医療サービス供給システムの構築

<目的>

対象地域の保健水準の底上げをするために、保健医療サービスの活性化を図る。全体的な保健医療サービスの利用率の向上とサービス水準の改善を向上させるために、段階的な活性化対策を計画・実施し、病院への患者の偏りの是正とリファラル機能の再活性化を図る。

<前提条件>

保健医療サービス需要：対象地域における現在のサービスレベル及び人口増加に伴う保健サービス需要の増加を考慮して、2005年には全体として現在の30%増の外來患者需要に応える体制を検討する。

拠点施設の機能向上：効率的な施設運営の向上を図ることを前提として、全体として10%の施設利用効率の向上を図る。また、増加分の80%はヘルスセンターとデイスペンサリレベルで吸収されるように、地方保健医療施設の戦略的な機能強化を図る。

既存施設の最大活用：既存資源・施設の改善、リハビリテーション等による機能強化及び有効活用を重視する。

<提案戦略>

① 中核となる地域保健医療施設の戦略的

機能強化：

既存設備や地域的役割、立地条件及び地元の意欲などを基に、2005年を中間計画年次として、16カ所を「戦略的中核ヘルスセンター」として位置付け、本来的な県病院へ中間リファラル機能を有する保健医療サービス施設として、また、県全体の保健医療サービス・ネットワーク形成の布石として強化・整備する。

② 施設レベル毎の標準サービスの設定：

施設レベル毎の保健医療サービスの質的な向上と質的サービス普及のために、暫定的な必須保健医療サービスの標準を設定する。

③ リファラル機能を重視した県病院の機能強化：（後項A-5）参照

④ 保健医療サービス・人的資源ネットワークの形成：

県病院及び中核ヘルスセンターを中心に、必要な予防・健康推進活動のリーダーの育成、コミュニティでの組織形成と管理能力の構築、技術能力の向上やサービス向上計画などの地域全体の人的資源開発を推進する。

⑤ リファラル機能の強化：

中核ヘルスセンターを中心に、検査室の診断機能の向上や医薬品の正しい知識の普及が図られる時、リファラルすべき相互の関連が明らかになるが、現在、機能的な障害となっている以下の整備が優先される必要がある。

- 検査（ラボ）機能の強化（特に、県病院及び中核ヘルスセンター）
- 情報・交通手段の確保
- リファラルに対する経済的動機づけの創設

- リファラル・システムの効率性に対する啓蒙

⑥ ロジスティクスの改善：

適正で効率的なロジスティクスの整備に関して以下の対策を総合化した改善プログラムを実施する。

- 交通手段の確保
- 薬剤使用に関するトレーニング
- 県レベルでの需要把握と供給管理システムの構築（「押し付け型」から「注文型」へ）
- 有効な保健情報システム（HIS）の構築（後項A-7参照）

⑦ アクセスが出来ない地域・人々への保健医療サービスの普及：

アクセスが出来ない地域・人々を特定し、すべての人々が複合的な保健医療サービスが受けられるように、アウトリーチ型のプロジェクトを形成し推進を図る。

(A-3) 戦略グループに対する公的及び民間供給者の連携増進

<目的>

社会的弱者や保健開発戦略上重要なグループを特定し、優先的な保健医療サービスや主要伝染病に関する協力体制を構築する。エイズ対策や子供の予防接種、家族計画等、保健課題を中心として民間と公共機関のネットワーク構築を図る。

<提案戦略>

① アクセスが出来ない地域・人々への保健サービス：

対象地域内のNGOやミッションの活動を把握し、アクセスが限られている地域・人々とこれらNGO・ミッションの協力関係を調整した上で、アウトリーチ・サービスを拡張支援する。

- ② 研修プログラムへの相互参加と開発：
ミッション系病院・NGOや公共機関が独自に提供する研修プログラムに対して相互の参加を可能にし、促進する。また、保健情報、伝染病対策、医療技術能力向上などの共通の課題について研修プログラムをミッション系病院・NGOと政府機関で協同で開発作成する。

(A-4) 保健医療サービス部門人材の再教育プログラムの開発と実施

<目的>

保健医療サービスの質向上と地域保健活動の普及のために、すべての保健医療従事者およびコミュニティ・ヘルス・ワーカーを対象とした再教育プログラムを県レベルで実施する。

<前提条件>

国家レベルで計画・実施されている保健医療従事者および周辺技術者の育成、補充が確実に成果を上げることが前提である。また、再教育を受けた人材の県外流失の規制、再教育のノウハウが蓄積・継続されるためには、予算の裏付けと人材の配置・移転において県の人事権が強化されるべきである。

<提案戦略>

- ① 再教育プログラム実施能力の構築：
県保健医療管理チーム（DHMT）、県病院及び保健センター内に再教育のための「準備委員会」を設定して、再教育のためのニーズの評価を実施する。これを基に、施設レベル別、職種別の再教育プログラムの開発を行う。
- ② 保健医療従事者の技術能力の再研修プログラムの創設：
既存の州レベルでの再教育プログラムと調整をとりながら、保健医療従事者の施設レベル別技術職別のプログラムをモデル施設で実施しつつ、評価と経験を蓄積し、施設レベル及び技術職別再教育マニュアル開発を行う。

- ③ 職員の品質管理とマネージメント：
すべての職員を対象に、チームワークや組織的なワークを通じて保健医療サービスの品質管理と組織・施設の管理能力を形成する。
- ④ コミュニティヘルスワーカープログラムの導入：
県保健医療管理チーム（DHMT）の事務能力の向上支援とヘルスワーカーの普及のために、コミュニティ支援の一つとして、教育プロジェクトを導入する。

(A-5) 既存施設・医療機材の改善及びリハビリテーション

<目的>

保健医療サービスへのアクセス向上のために、施設の分配・配置の適正化と個々施設の機能化を図る。コミュニティ活動による施設建設、増築の計画見直しを指導しつつ、より戦略的に重要なマラリア対策、予防接種プログラム（EPI）や母子保健の改善に資する施設・医療機材の改築・改善に重点を移す。

必須保健医療サービスの維持とリファラル機能の向上のために、重要なサービス部門および施設への医療機材の補給と、老朽化した現有保健医療機材の計画的な更新を図る。

<前提条件>

- ① 施設の拡張と改善計画における施設リストは、各県の「保健開発計画1997-2000」を基本とするが、優先性について本計画との調整が行われなければならない。
- ② 新しい施設の建設に関しては、保健省の「設置基準」（人口1万人に対して1施設を基本とし、かつ施設レベルごとに建築基準が設けられている）があるが、しかし、施設が求められている機能を果たすには、コミュニティの支援、施設の保健要員の確保、ロジスティクスなど、建築基準以外の要因が大

大きく、建設拡充の際にこのような総合的な整備基準の設定が求められる。

<提案戦略>

- ① 地域差の是正、対人口比バランスを考慮した新施設整備の標準化：
地域施設の建設や改善にはコミュニティの意欲を助長しながらも、計画段階から施設レベル毎の標準化を徹底し、対施設人口が低い地域やアクセス出来ない地域を優先的に支援する等の新施設整備の方針を明確にする。

- ② 県病院の施設及び医療機材の改善：
病院施設機材の改善にはそれぞれ固有の対応が必要である。

<総合的な改善が求められる施設>

- ケリチョー県病院：総合的な施設改善整備と診断用必須医療機材の更新
- キシイ県病院：総合的な施設改善整備と診断用必須医療機材の更新

<部分的な改修が求められる施設>

- ロンギサ県病院：水供給施設の設置と医療機材の更新（既に実施計画あり）
- ニャミラ県病院：部分的な施設改善（防水工事）と必須診断用医療機材の更新

- ① 地方施設・医療機材の改善：
水供給施設および職員住宅のの不備など、地方保健施設機能を阻害する共通の問題について、段階的な改善計画を策定する。2005年を中間計画年次として、優先的に16カ所を「戦略的中核ヘルスセンター」として位置付け、本来の県病院へ中間リファラル機能を有する保健医療サービス施設として整備する(参考図表7.8参照)。

- ② 施設・機材の「新維持管理システム」の形成促進：

年間維持管理費予算が担保された「年次維持管理計画」の策定、予算執行権の県保健管理委員会（DHMB）への移管、システムの施設管理者や機材利用者を対象とした日常的な維持管理等を組み入れた維持管理システムを県レベルで構築する。

(A-6) 財政基盤の強化と管理能力の強化

<目標>

より良質で持続的な公的保健医療サービスを提供するために、県レベルでの財政基盤を強化し、適正な予算編成および財政管理能力向上を図る。

<前提条件>

国が進めるヘルス・ポリシー・リフォームがその主旨に沿って確実に実行される事が大前提となる。

<提案戦略>

- ① 利用者負担制度（コストシェアリング）の改善：
現在30%前後の捕捉でしかない料金徴収の効率を上げると同時に、適正な「管理会計システム」の整備および会計の透明性の確保等、人的教育を含めた取り組みが必要である。それを前提にして、住民の負担能力、民間施設での料金制度等を考慮した医療費/料金の見直しを図る。
- ② 代替財源として国民病院保険プログラム（NHIF）の整備推進及び民間保険制度の最大活用：
国レベルでの推進及びその実行性についてモニタリングし、県レベルでの有効性/運用性を確認した上で、適応可能な保険制度とする必要がある。

- ③ コミュニティ単位での「健康管理費用負担制度」（コミュニティ財政）の推進：
評判の高いバマコ・イニテアティブ等のコミュニティベースでの保健財政プロジェクトを拡充しながら、コミュニティが健康費用負担を行うシステムの普及を推進する。収入創出活動を組み込む等の総合的なプログラムが求められる（後項B-1参照）。
- ④ 資源配分の見直しによる保健医療支出の効率化：
ボトムアップの予算化能力向上を目的とした財務管理モニタリング制度を導入し、かつ、予算の優先分野を決めた上で、予算の効率的な執行配分を図る必要がある。

(A-7) サービスの質的管理及びモニタリング制度の確立

<目標>

保健医療サービス水準の質的確保のために、計画実施のサイクルに応じた監督モニタリング制度の形成を図る必要がある。そのために、県保健医療チーム（DHMT）による県保健医療計画策定、監督・モニタリング能力の向上、計画とモニタリング支援ための保健管理情報システム及び施設管理機能の強化が組み込まれるようにDHMT組織の整備を推進する。

<前提条件>

国の進めるヘルス改革においても県の権限強化を重要な政策指針としており、県を保健医療サービスの「政策実施ユニット」とした保健組織の強化に対する国の認識と政策支援が大前提となる。

<提案戦略>

- ① 県保健管理チーム（DHMT）の保健計画能力の構築：
保健行政専門集団としての県保健管理チームの実務能力を強化するために、疫学情報の理解、目標の設定、プログラム管理、下部組織支援などを対象とした総合的な保健計画能力向上プログラムを推進する。
- ② 保健医療管理情報の収集と利用：
保健医療情報と利用率などの管理情報収集能力を、中核ヘルスセンターなどで選択的に強化して、保健計画策定に資する。また、中核ヘルスセンターにおいて、結核、HIV、薬剤耐性マラリアなどセンチネル・サイトについて選択的な疫学情報を収集し、県保健管理チーム（DHMT）で分析/ファイルをし対策/行動計画策定の基礎とする。
- ③ 保健医療サービス向上に直結した管理・監督：
日常的な管理能力向上のために、サービスの品質管理、施設内での管理プログラムを導入する。また、DHMTより定期的なフィードバックのシステムも同時に図る。

(B-1) コミュニティを基盤にした地域保健活動プロジェクトの推進

<目的>

コミュニティでの保健衛生教育活動を普及させるために、すべてのNGO、学校の子供グループ、職場グループなどを対象にグループ・リーダー養成やグループ活動支援を推進する。

<前提条件>

国のヘルス改革に明確に位置付けられた“コミュニティ参加の重要性”を広く認識し、国、州及び県が一体となって支援することが前提となる。

<提案戦略>

- ① 保健意識の啓蒙/情報・教育・コミュニケーション（IEC）プロジェクトの推進：
感染性疾患の正しい知識、家庭で取り組むマラリア対策、健康管理、バランス栄養、子供の健康と生活習慣、タブーと健康等、保健を巡る多様な情報と知識普及のために、マス・キャンペーン型プログラムを創設する（ラジオ番組、有線放送システム等）。
- ② 「コミュニティヘルス学級」の創設：
コミュニティヘルス関係者（伝統的産婆、伝統的な治療従事者を含む）、学校教育関係者、女性グループ、青年グループ等のリーダー等の養成と知識の普及を目的として、学校施設等を利用して定期的な成人学級制度を創設運営する。
- ③ バマコ・イニシアティブ型プログラムの形成とモデル実施：
モデル地区においてコミュニティ財政プロジェクトを含む複合的な保健改善プロジェクトを形成し実施する。実施後の評価を踏まえて普及および一般化を検討する。特に、マラリア対策、子供の健康増進に焦点を当てる。
- ④ 生活改善運動の推進：
熱効率の良いカマド、使いやすい台所、簡単に作れ清潔なトイレなどを完備したモデル家屋やモデル施設を建設し、さらに衛生教育、乳幼児への離乳食や食生活改善のための調理教室を普及することによって、栄養・衛生改善に焦点をあてた生活の質を向上させ、病気に罹りにくい生活環境を整える。
- ⑤ 栄養改善/果樹野菜栽培運動の推進：
小学校、保健センター、デイスペンサリーなどの施設を公的な集会の場所と設定し、あらゆるグループ活動の栄養

改善運動に利用できるよう改善する。
また、公共施設周辺あるいは入会地/未利用地を利用して複数種類の果樹/野菜を栽培し、子供たちの栄養改善運動に資する。

(B-2) 地方道路、水及び衛生施設改善整備プロジェクトとの統合

<目的>

生活と保健衛生環境の包括的な底上げのために、地方道路整備計画との調整や水供給・衛生施設の普及プロジェクトの推進を図る。

<前提条件>

- ① コミュニティの生活環境・衛生環境の改善を推進するために、生活改善運動の立ち上げ支援を通じてコミュニティが自ら取り組む活動を支える。
- ② 計画のミニマムとして、保健医療サービスが届かないインアクセシブル・エリアの解消を図るための地方道路の整備及び、全てのコミュニティに安全な水供給を図ることを基本とする。

<提案戦略>

- ① 地方道路改良計画との調整：
現在、公共事業省で進められている地方道路改良計画との戦略及び優先順位の調整を図り、保健医療サービスが届かないインアクセシブル・エリア地域の解消を図るための地方道路の整備方針を定める。
- ② 公共交通サービス（マタトゥー）の改善：
上記地方道路整備に合わせて、マタトゥー・サービス路線網の見直し及び持続的な運営体制の改善を図る。
- ③ 水質モニタリング活動の拡大推進：
現在、主要河川を対象に進められている水質モニタリング調査の対象を拡大

し、全ての集落地域に関して水質調査のプログラムを作成し、安全な水供給体制整備計画の基礎とする。

④ 総合水供給システム改善計画の策定と事業の実施：

上記調査結果をベースにして、対象地域全域の水資源開発/供給システム整備計画を立案し、優先順位に基づいた事業を実施する。

(B-3) 相互扶助グループの活動を通じた健康教育の推進と女性のエンパワーメント

<目的>

生活環境や健康を推進するためコミュニティと家庭での女性の役割/責任への認識を高めることを助成し、生活改善や家庭での健康教育を通じ女性の能力及び地位向上プログラムを推進する。

<提案戦略>

① NGO組織活動での女性向上プロジェクトの編成：コミュニティ/家庭レベルの生活環境を整え健康行動を推進するために、既存のコミュニティ相互扶助組織やNGO活動に生活改善や家庭での健康教育を中心に、女性の能力向上プログラムを組み入れる。

② 特に青少年を対象とする教育活動の推進とグループ活動支援：

エイズ/STD教育などの保健活動を対象に、仲間同士の情報交換を利用した「ピア教育活動」を普及させる。また、すべてのNGO、学校の子供グループ、職場グループなどを対象にグループ・リーダー養成やグループ活動支援を推進する。

14. 地域保健医療プログラム/プロジェクトと優先順位

前述の「13. 合理的介入策の提案」で提示された各戦略は、1) 実施可能性、2) 効果的なプログラムリンケージ、及び、3) 提案プログラム間の機能の相互関連性を考慮し、いくつかのプログラム/プロジェクトとして提案する。

プログラム/プロジェクトの発案にあたっては、図14.1に示す様に、優先すべき疾病を縦軸、介入分野を横軸とした介入群のマトリックスを想定し、その両者の関係の中で、疾病対策に関連するコンポーネントを上記3条件をもとに評価しながらプログラムを形成した。結果として、県保健医療サービスシステムの中長期的な改善を目的とする37のプログラム/プロジェクト案がロングリストとして提案された。

優先プログラム/プロジェクト形成の基本的な考え方

(1) 優先性の評価基準

ロングリストされたプログラム/プロジェクト案のうち、以下の質的な条件を満たすものを優先プログラムとして選択した。

1. 国のヘルス・リフォーム・ポリシーの方向性に沿った現在進行中のプログラム/プロジェクトを支援し、相互が効果的に機能するもの。
2. 比較的少ない投入で効果が高く、すでに対象地域の周辺地域で実施中または過去の調査でその効果が実証されているもの。
3. 将来の効果的な投資のための布石として重要と評価されるもの。
4. 県レベルでの保健医療行政のシステム構築・能力強化につながるもの。

優先プログラム/プロジェクトの提案

上記に示した評価基準を満たし、2005年までに優先的に実施されるべきプログラム/プログラムをショートリストとして提案する。

短期的な改善を目指すとしても、県保健医療サービスシステムは単一のプログラム/プロジェクトの実現では成立せず、保健医療システム全体をカバーする多面的なプログラムを統合的かつバランス良く行うことが非常に重要である。それゆえ、この目的を満たすために、図14.2に示す「優先疾病」、「保健医療サービスシステム」、「人材育成」の3分野を重視し、相互の連携を踏まえた上で、以下の5件の優先プログラムパッケージの実施を提案する。

1. 優先重要疾病対策プログラム
 - ハイランド・マラリア抑制プロジェクト
 - リプロダクティブヘルスと子供の健康向上プロジェクト
2. 県病院リハビリテーションプログラム
3. 地方保健医療システムの向上プログラム
4. コミュニティ・レベルの健康促進・疾病予防プログラム
5. 県保健医療サービススタッフ再教育プログラム

優先疾病対策プログラムに関して、「マラリア抑制プロジェクト」は個別プロジェクトのひとつとして提案されているが、これを有効に実施するためには、当然の事ながら、他の提案プログラムと統合することが重要であり、実施に際して十分なリンケージが必要となる。また、対象地域の優先疾病として位置付けられる呼吸器感染症（ARI）およびHIV/エイズ抑制は、「リプロダクティブヘルスと子供の健康向上プロジェクト」の一部として発展させ、地方保健医療システムの向上プログラムに組み入れる。

一方、県保健医療サービス人材再教育プログラムは、各県に責任委譲されてきている再教育体制の強化を目指している。

ここに提案した5件の優先提案プロジェクトは、前記の章で示した「10の戦略」を具体化する為の基本パッケージであり、実現に向けた努力が強く求められる。

図14-1 優先疾病と介入策の検討

Disease	Health Services				with Health System							Living Environment / Community / Infrastructure			
	Rehabilitation	Cumulative	Prevention	Facility	Equipment	Human Resource	Logistics	Health Information	Organization	Financing	Private and Mission Health Providers	Water and Sanitation	Prevention Schemes and NGO	Household / Community	Infrastructure
Malaria		Antemalarial Drug	Bed Net		Microscope	Laboratory Technician	Anti-Malaria Drug	Resistance to First Line Drug	Quality of Care and Referral	User Free		Mosquito Control			Access and Living Environment
AKI		Antibiotics					Antibiotics	Risk Factors (Responsible behaviors)	Selection and Monitoring of Antibiotics	User Free					Access Roads Living Environment
Tuberculosis		Anti-TB Drug	Complete Treatment of Lung TB Patients		Microscope, Velly		Anti-TB Drug	Compliance Rate							Living Environment
Measles		Vaccine			Refrigerator Vehicle	EPI	Vehicle	Immunization Coverage Rate			Support of Immunization in Inaccessible Areas				Access Roads
Diphtheria		ORT	Safe Water				OAS					Safe Water and Toilet		Knowledge of Sanitation	Living Environment
Anemia		Blood Donations / Iron Supplement			Hematology Lab Equipment									Knowledge of Health Club	
Malnutrition		Growth Monitoring				Nutritionist		Growth Evaluation				Safe Water and Toilet		Nutrition Improvement and Food Diversification	
HIV/AIDS		Counseling	Use of Condom Treatment of STD		HIV Test	Doctor Laboratory Technician	HIV Reagent Antibiotics	Infection Rate	Coordination with Other Institutions	Resource Mobilization	Exchange of Information			Promotion of Preventive Behavior	
ARC		Counseling				Counselor									
AIDS		Counseling				Counselor									
Population		Family Planning									Provision of Contraceptives				

資料：JICA 調査団

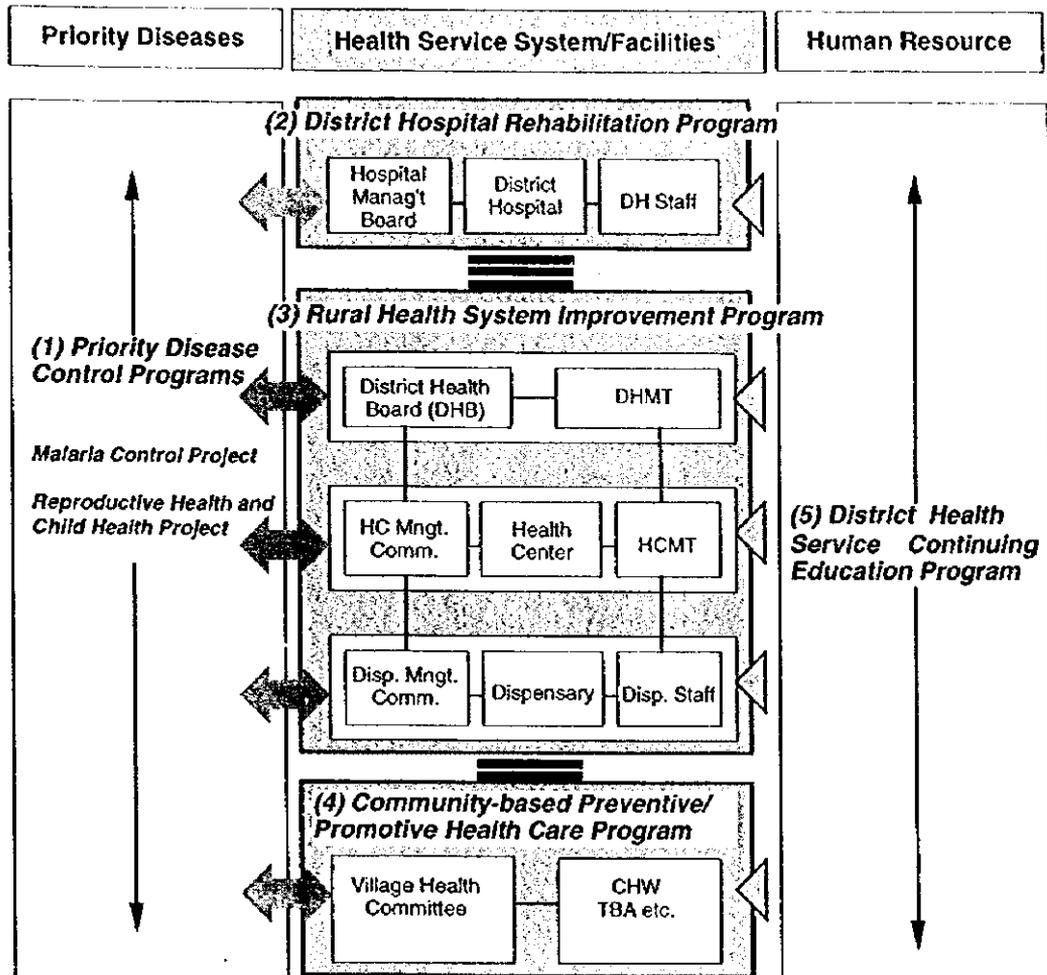


図14-2 提案優先プログラムの構成

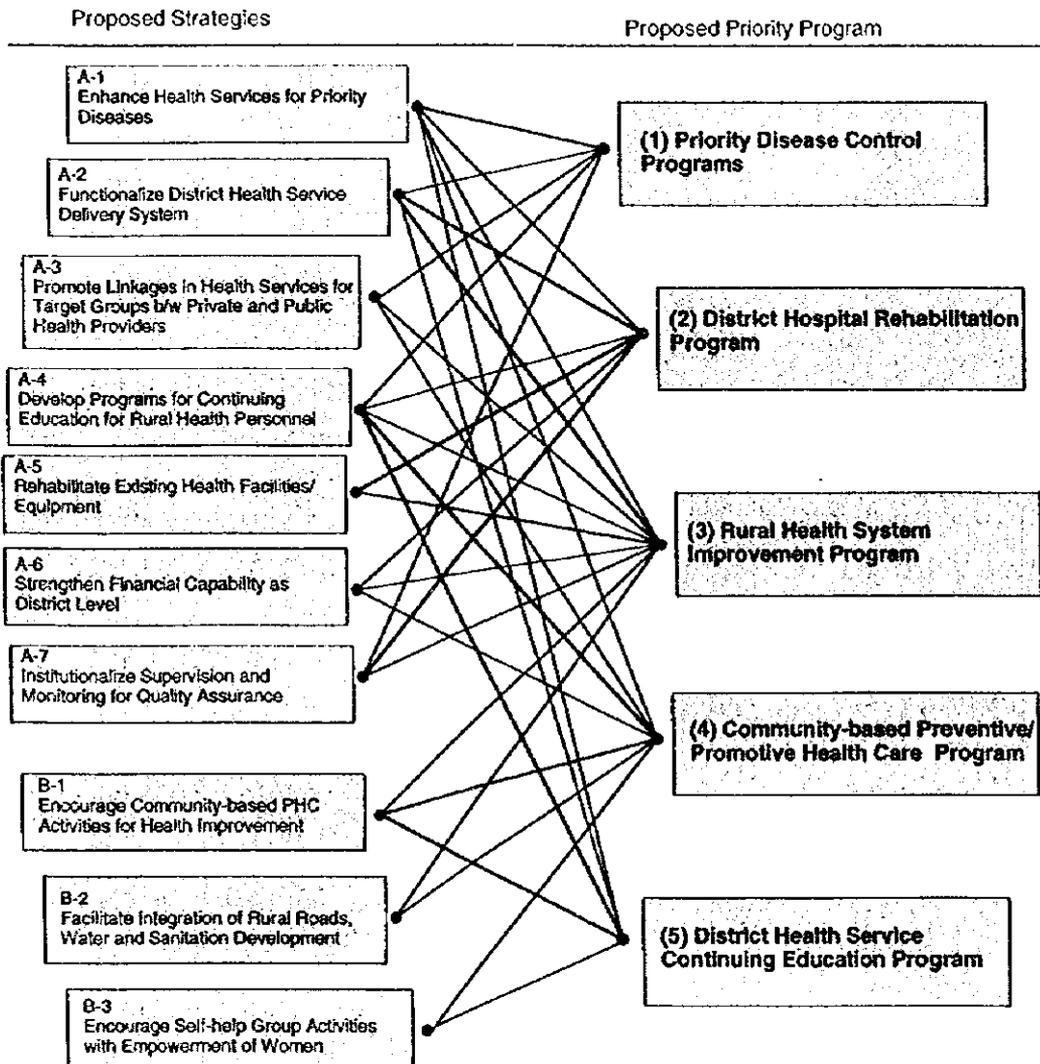


図14-3 提案優先プログラムと提案戦略の連携

15. 優先プログラム 1-1:ハイランドマラリア抑制プロジェクト

背景と本件の必要性

マラリア対策は、対象地域における最も重要な課題の一つであり、マラリアによる死亡率、発病率を下げることで、対象地域住民の健康状態を大きく向上させることに繋がると考えられる。本計画では、対象地域でのマラリア死亡率および発病率を、それぞれ1998年時点の50%減、30%減を目標とする。

本調査および本調査と並行して行われたJICA短期専門家による調査の結果、後述するような3つの主要な要因が、対象地域のマラリア状況を悪化させていることが明らかになった。

- マラリアに関する正確な情報の普及が不十分であること、
- 不完全な治療が多いこと、および
- 疫学的モニタリングの欠如による大量発生への対応策の遅れ等。

これらの要因に対して効果的に対処するには、統合的なマラリア対策（正確な疫学情報のモニタリング、それに基づく地域対策計画、恒常的な予防、診断、治療の強化）が必要である。またハイランド・マラリアとローランド・マラリアは互いに密接に関連していると考えられ、州全体や地域間での協力が必須である。

(1) マラリアに関する正確な情報普及の不備

本調査により、下記に示すような、マラリアに関する人々の誤認があることが明らかになった。調査地域の土着性/流行性のマラリア状況が悪化している要因には、下記の様な誤認とそれに基づく行動が大きく影響していると考えられる。

- マラリアの原因として、汚染された水、脂肪質の食料などの多くの要因を考えている。そのため、このように多くの要因の全てに対して、有効な予防措置をとることは、人々は技術的に非常に難しいと考えている。

- マラリアと疑った時の最初に取り行動として、パナドールなどの解熱剤ですましている。
- 治療実態調査およびKAP調査によると、マラリア患者の多く（約75%）は2日以内に何らかの対応策を取っている。しかし発病後4日以上にわたり、いかなる対応策も取らない住民が相当数いる。医療施設へのアクセスの容易さにより異なるが、全患者の25~35%は、多くの場合マラリアであることを疑っているにもかかわらず、医療施設を訪れるのは発病の4日後であった。
- 治療を完了するため、地域の医療施設を再訪問する患者は20%以下である。

(2) 不完全な治療

対象地域では、以下の理由によりマラリアの不完全治療が増えていると考えられる。

- クロロキンの薬剤投与は3日間行うことが、ガイドラインにあるにも関わらず、1日しか投与していない。
- クロロキン耐性マラリアが調査地域で広がっていると考えられているにもかかわらず、クロロキンの処方一度を受けた患者に対する薬剤耐性のモニタリング、フォローアップ調査は行われていない。
- 調査地域では、現在もクロロキンが1次選択薬として使用されている。2次選択薬のファンシグール（SP）は、その次に利用されている。非常に限られた患者（約18%）が、地域の医療施設を再訪した時にのみSPによる治療を受けている。
- キシイ県での薬剤耐性の疫学調査によれば、全サンプル児童の約40%は、マラリア原虫のキャリアであることが明らかとなった。
- マラリア患者の多くは、その兆候からマラリアであると疑っているにもかかわらず、解熱剤のみを飲んでいるだけと考えられる。

- 合併症患者を上位医療施設にリファーするための、明確で客観的な基準が確立されていない。

(3) 疫学的モニタリングの欠如によるマラリアの大量発生への対処の遅れ

対象地域では、以下の理由により、マラリアの大量発生への対処が遅れている。

- 対象地域のマラリア発生件数の変動は、気象の変化と密接に関係している。マラリア大量発生は、降雨量の増加後(寒い日がない場合)、2、3ヵ月して発生していることが多い。1998年の1月に見られるような不定期な大量発生の場合であっても、降雨量の変化から、その発生を2、3ヵ月前に予想し、対応策をたてる事が出来る。しかし現在は気象状況をモニタリングするシステムは整備されていない。
- 毎年5月から8月に見られる定期的な大量発生に関しては、人々の注意を喚起すること、媒介蚊のコントロール、医療施設へのロジスティックスなどの用意を大量発生前に行っておく必要がある。しかし、現実には大量発生が生じた後で対応策の準備を始めている。
- 対応策の準備の遅れは、さらに、多くの地域医療施設でのマラリア治療薬の不足、不完全な治療件数の増加と共に、その結果として地域医療施設に対する人々の信頼の低下を招いている。

提案プロジェクトの内容

上記の調査結果より、調査地域のマラリアのコントロールには、最適なタイミングでの統合されたアプローチが必要である。対象地域のマラリアの消長は季節的な変動が大きく、介入時期により、状況が大きく改善される可能性がある。従って下記の活動を基本とするプログラムの実施が必要である。

- (1) 気象学的指標のモニタリングを、県保健管理チームが継続的に行う。
- (2) 疫学的指標のモニタリングを、県保健管理チームが継続的に行う。
- (3) 対象地域マラリアの薬剤耐性状況のモニタリング(ドナーの技術・資金協力が必要)。

- (4) 血液検査の拡大、薬剤の適性使用管理とフォローアップ強化による不完全治療の減少を公共・民間保健医療施設で徹底する。
- (5) マラリアに関する正確な知識を、パブリック・ヘルス・テクニシャン(PHT)、パブリック・ヘルス・オフィサー(PHO)が中心となって普及させる。

また上記のプログラムに加えて、キャンペーンとして、マラリアに関する正確な知識を普及させるためのマス・メディアによる広報、予防用品(蚊帳、蚊取線香など)の自家生産、蚊帳の普及、PHT・PHOによる保健教育などを集中的に行うことも効果が大きいものと考えられる。

実施にむけて

(1) 期待されるドナーの貢献

本プロジェクトは基本的に州保健局、県保健管理チームによって計画・資金調達・監督されなければならない。ただし、以下の項目に関してはドナーの支援を得られれば、その効果が大きいと考えられる。

- 抗マラリア薬に対する薬剤耐性マラリアの状況の定期的な分析/調査、
- プロジェクトの計画・デザイン、
- プロジェクト開始時に必要な資機材の提供等。

(2) プロジェクト間の連携および調整

本調査で提案する他のプロジェクト、すなわち「地方保健システムの向上プログラム」、「コミュニティ・レベルの健康促進・疾病予防プロジェクト」及び「県保健医療サービススタッフ再教育プログラム」は、本プロジェクトと相互に補完する関係にある。また、現在進行中のUSAID「ブンゴマプロジェクト」での経験や、ケニア中央医学研究所(KEMRI)等の研究機関の経験を取り入れていくことは、本プロジェクトを成功させるために不可欠である。

さらに、国土省、農業・畜産省、教育省、環境省、水資源省、運輸省などとの行政省庁間の調整も極めて重要である。

優先プログラム1-1：ハイランド・マラリア抑制プロジェクト

1. プロジェクトNo. AI-1		2. プロジェクト名 ハイランド・マラリア抑制プロジェクト		
3. 対象地域 ニャンザ州、 リフトバレー州		4. 裨益者 1) マラリア発生地域住民 2) コミュニティ・ヘルス・ワーカー 3) PHOs, PHTs, PHNs, 地方保健施設スタッフ		5. プロジェクト期間 5年
6. 実施機関/組織 州保健局, 県保健管理チーム			7. レベル 基本	8. 優先性 高い
9. 目的 (1) マラリア大流行に対して有効な準備をするための昆虫学および疫学的モニタリングの強化 (2) すべての保健医療施設におけるマラリア患者への治療実態の向上 (3) 住民のマラリアに関する意識と正確な認識の向上				
10. プロジェクトの正当性 - ハイランドの住民、特に幼児はマラリアに対し免疫が弱く、毎年1回もしくは2回の大流行の危険に晒されている。 - ハイランドにおけるマラリア大流行は、伝統的にマラリアを風土病として持っているローランドに影響されている、と考えられる。従って統合的なマラリア予防対策を、ハイランドとローランドの両方で実施する必要がある。 - 住民のマラリアに関する認識とマラリア患者の受診行動調査の結果、住民のマラリアに関する正確な認識が、非常に不足していることが明らかとなった。 - マラリアの薬剤耐性状況のモニタリングや、不完全治療の減少、抗マラリア薬のロジスティックス、マラリアによる入院患者へのケアなどを通して、マラリア患者への治療サービスを質的に向上させることが必要である。				
11. 期待される成果 - マラリアの感染や家庭における適切なケアなどの認識が強化される。 - 継続的な予防対策が実施される。 - 特に幼い子供に対してマラリア陽性者の確認と薬剤投与が、大流行の初期に実施される。 - 地方保健医療施設と病院の双方で、マラリア患者の適切な治療が強化される。		12. 評価指標 - 治療を受けるまでにかかる日数(本調査で実施された実態調査の結果と比較) - 予防対策実行世帯数(本調査で実施された実態調査の結果と比較) - マラリア陽性者の確認数と率 - 完全治療者数 - 薬剤耐性モニタリング調査数		
13. 外部条件/前提条件 - 気象状況の本質的な変化が起こらないこと。				
14. プロジェクト間/他セクターとの連携 USAID/ブゴマプロジェクト、地方保健医療システム向上、コミュニティ・レベルの健康促進・疾病予防プログラム、県保健医療サービススタッフ再教育プログラム		15. 調整すべき関連機関/組織 USAID, 国土省、農業・畜産省、教育省、環境省、水資源省、運輸省、KEMRIなど		
16. 主な活動		17. 主要な投入		18. 費用概算
		人材	資機材	資金
気象状況の継続的モニタリング		x		
マラリアの薬剤耐性状況の継続的モニタリング		x	x	
昆虫学的状況の継続的モニタリング		x	x	
媒介蚊防除用品(例えば蚊帳、殺虫剤浸漬蚊帳(布・カーテン)、蚊取り線香など)の現地生産の奨励		x	x	X US\$0.1M
地方保健医療施設における血液検査の拡大(顕微鏡技術者への継続的訓練を含む)		x	x	US\$0.05M
調査を目的とする陽性者の能動的探索の拡大		x	x	X
抗マラリア薬などの供給体制などのロジスティックスの強化			x	US\$0.05
特にクロロキンを処方した患者への、治療サービスと陽性者へのフォローアップケアの強化		x	x	
PHOやPHTや村落保健委員を通して住民への保健教育の強化		x	x	
特に急性/合併症のマラリア患者を、上位施設へリファーするガイドラインの導入と徹底		x	x	
19. 総費用(資機材、施設整備に係る費用)				US\$0.2M
20. 期待される外部投入と県レベルでの調整				
ドナーの技術協力による薬剤体制状況のモニタリング		x	x	x
県政府の責任でロジスティックスの履行			x	x

16. 優先プログラム 1-2: リプロダクティブヘルス¹⁾および子供の健康向上プロジェクト

背景

キシイ、ケリチョー、ボメット県の死亡登録によると、5歳未満の子供の全死因の30～50%は、マラリア及び急性呼吸器感染症（特に肺炎）が占めている。次いで栄養障害と貧血が各県の5歳未満の子供の死因の3位から4位にランクされ、麻疹がボメット、キシイでは4位、ケリチョーでは7位に現れている。栄養障害、貧血、麻疹で子供の全死因の13～17%を占める。

ケニア全国接種プログラム(KEPI)の拡大のために、対象地域でも予防接種サービス施設 (Service Delivery Point) を増やしてきたものの、予防接種率は期待されている成果までに達していない(1994年時点で完全予防接種率40.4%)。特に、麻疹の予防接種は他の予防接種率より低い(DTPIの79.4%に対して、麻疹は60.9%)。

子供の栄養障害は、主な死亡原因の一つであるばかりでなく、感染症への罹りやすさとも大きく関係している。さらに子供の発育水準はコミュニティの栄養状況を知るばかりでなく、健康、経済社会の開発指標として応用される。厚生福祉モニタリング調査 (Welfare Monitoring Survey 1994) によると、キシイ県でのサンプル数の40.5%、ニヤミラの31.8%が発育不全であったと報告されている。ボメット、グチャ県病院のデータでは、低体重児の割合は全出生児のそれぞれ10%と23%であった。

ガイドラインでは、栄養補給や栄養リハビリが必要な子供たちは、県病院の栄養士にリファーされ、アフターケアを受けることとなっているが、現実的には、遠隔地から栄養補給プログラムに参加できる子供は限られる。コミュニティ・ヘルスワーカーによる栄養指導や教育の方がアクセスの面から容易であろう。

病院での入院治療を必要とする深刻な貧血は、重いマラリア患者からくるものである。子供と妊産婦のマラリア感染に対する予防の大切さにもかかわらず、このような対策は栄養プログラムや母子保健プログラムの中ではほとんど実施されていない。

提案プロジェクトの内容

(1) 子供の健康カードの改良と開発

子供の健康カードは全国規模で規格が統一されているものであり、これらのカードの配給責任体制は中央にある。

ここに提案するのは、子供健康カードを重要な道具として子供の健康プログラムの活性化を図ることである。実際、子供の健康カードは予防接種と発育モニタリングのみに使われているものの、その使い道や他の重要情報の統合などの面では開発と工夫の余地がある。

いくつかのヘルスセンターにて直接調査したところ、このカードを持っている母親は10人のうち僅か1人にすぎなかった。もし、このカードが十分に妊産婦に行き渡り保健医療従事者によって適切な記録がなされるならば、母親および保健医療サービス提供側の双方にとって、子供の健康に関する重要な情報を得ることになる。しかし、実際はこのカードは財政上の制約から慢性的に不足している。

提案プロジェクトは、より利用価値のある子供健康カードを開発するものである。簡単なデザインではあるが、文化社会的に受け入れられるようなものでなければならない。カードが、保健医療従事者および母親たちの双方にとって利用価値が高いものとするために、次の事項についての検討が必要となる。

¹⁾ リプロダクティブヘルス：性と生殖に関わる健康

保健医療従事者のために：

- 環境保健に関する情報（安全な飲料水へのアクセス等）
- 新規導入予定のビタミンA補給プログラム欄

母親のために：

- 重い栄養障害の兆候（テキストや図など）
- 呼吸器感染症（ARI）の兆候
- 予防接種継続の重要性
- 産前、産後の母親の健康
- 新生児ケア

子供の健康カードの十分な活用のために、コミュニティ・ヘルス・ワーカーおよび母親がデザイン作業に参加することも必要であろう。たとえば、母親たちによる赤ちゃんの体重測定活動などは、赤ん坊の成長と体重の関係、その延長には栄養を考えるきっかけを作るだろう。

(2) 改良健康カードのテスト

複数の改良健康カードを作成し、コミュニティベースの活動および選定したヘルスセンターで、実際に使用してその評価とフィードバックを行う。カードの改良、開発には保健省、県保健管理チームの母子保健担当および母子保健専門家がチームを形成し、その評価の基準や方法をあらかじめ決定しておく。子供健康カードの実際のテスト運用に先だって、協力するヘルスセンター、コミュニティ活動グループの研修・訓練を計画、実施する必要がある。

(3) 子供健康カードを利用した統計調査の実施

対象地域に住む人々の健康水準の継続的な把握のために、改良された子供の健康カードを利用した定期的な統計ベースのシステムを開発する。たとえば、カードに記録されることになっている発育モニタリングの体重と身長を集計することによって、コミュニティの健康、経済社会開発指標として利用できる。改良カードに十分に検討を行った簡単な質問を加えることによって、継続的統計調査としてのカードの役割・機能を制度化する。

実施にむけて

(1) 期待されるドナーの貢献

子供の保健カード改善のために、母子保健およびプロジェクト管理の専門家の派遣等を通じて、必要な技術の提供や計画実施に伴う教育・訓練を支援するプログラムがドナーの貢献として求められる。

また、本プロジェクトの立上げの為の無償資金援助もドナーの貢献として期待されるが、持続的な維持の為には、利用者負担の原則から有償配布を前提とする必要がある。

(2) プロジェクト間の連携および調整

子供健康カードのテスト施設としての中核保健センターや教育・訓練のための県保健サービス・プログラムとの連携が求められる。KEPIや国家のリプロダクティブヘルスプログラム、ビタミンA補給プログラムとの調整が必要である。



新生児保育器
(Kaploug ミッション
病院、ボメット県)



母と乳児
(Eramba 小学校での
マラリア薬剤耐性調査、
キシイ県)



診察を待つ母と乳児
(Masimba H/C、グチャ県)



母と乳児
(Makimeny 村、ボメット県)



子供達
(Kaploug ミッション病院、ボメット県)

優先プログラム1-2: リプロダクティブヘルスおよび子供の健康向上プロジェクト

1. プログラムNo. PI-2	2. プログラム名 リプロダクティブヘルスおよび子供の健康向上プロジェクト		
3. 対象地域 ケリチョー、ボメット、ニヤミ ラ、キシイ、グチャ	4. 受益者 対象地域内の母親と子供		5. プログラム実施期間 3 years
6. 実施機関/組織 プロジェクト管理: 保健省 プロジェクト実施: 県保健管理チーム・保健省専門家		7. レベル 基本	8. 優先性 高い
9. 目的 対象地域の母と子供をターゲットとした健康情報の収集の開発によって、リプロダクティブ・ヘルスと子供の健康分野におけるサービスの実施運営能力を改善する			
10. プログラムの正当性 - コミュニティでのモデル事業による直接的な便益に加えて子供健康カードの改善計画は母親らの参加により子供や自らの健康問題の関心を高める動機づけとなり得る - リプロダクティブ・ヘルスと子供の健康分野におけるサービスの計画・モニタリングに重要な情報を提供する			
11. 期待される成果 - 子供健康カードまたは母子カードが開発される - 新子供健康カード/母子カードが利用・普及する - 新子供健康カード/母子カードによる情報がプログラム管理に利用される		12. 評価指標 - 母親の参加数 - 健康カードの持参率	
13. 外部条件/前提条件 - 保健省・州医務官が健康カードの利用向上を母子保健分野サービスの重要課題として認識・支援する - 母親も含め提案プロジェクトに係る当事者が共通の目標を持ち得る			
14. プロジェクト間/他セクターとの連携 地方保健システム強化 県保健医療サービススタッフ再教育プログラム		15. 調整すべき関連機関/組織 国家KEPおよびリプロダクティブ・ヘルス 国家ビタミンA補給プログラム	
16. 主な活動		17. 主要な投入	
		人材	資機材
			施設
母親も使え、かつ利用価値の高い子供カードまたは母子カードを開発・デザインする		x	
新子供保健カードまたは母子保健カードをコミュニティと保健施設で試用する		x	x
新子供保健カードの評価方法をデザインし、実際に評価する		x	x
新子供保健カードをサーベイランスとして利用する仕組みを開発する		x	
末端施設においても子供健康カードが常に入手可能な配給メカニズムを提案する		x	
19. 総費用 (資機材・施設整備に係る費用)			
20. 期待される外部投入と県レベルでの調整			
子供の健康カードは全国統一の規格なので、保健省の母子保健責任者の参加が必要。		x	
母子保健/社会マーケティング専門家による技術協力 (ドナー)		x	