

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

背景と本件の必要性

保健省のガイドラインによると、県病院は、第一次、二次及び三次医療の一部を実施する各県（25万～100万人）におけるリファラル施設として位置づけられている。実際には、ヘルスセンター（H/C）やデイスペンサリー（DSP）が十分に機能していない事から、県病院に期待される役割は、一次医療機能を含む非常に大きなものとなっており、人材不足、施設容量不足、適切な機材の欠如等から、過度に集中する患者に対応しきれず、各県のトップリファラル施設としての適切な医療サービスを提供しきれない。

対象5県の中には、グチャ県を除く4県（ケリチョー、ボメット、ニャミラ、キシイ）に県病院が立地している。中でもケリチョーとキシイの2県病院は、植民地時代に建てられた古い病院であり、人口増に伴う需要の増加に対応すべく増築を重ねてきた。病院の管理・運営体制が整備されていないことに加え、施設整備の全体計画がないままに増築が繰り返されてきた事、慢性的な財政難による施設・機材面の不備等によって、病院の容量を大きく超える数の患者を裁ききれず、機能の混乱が生じている。

この2病院は、それぞれに年間約10万人と約18万人の外来患者及び約2.5万人と約3.2万人の入院患者を抱えている。特に、キシイ県病院では、周辺地域の医療施設の不備により、そのサービス圏域はグチャ県やニャミラ県の一部を含む数県にまたがっており、現在のサービス圏人口は既に100万人を超えると考えられる。そのため、280床を有するにも拘わらず、年間平均病床占有率は200%を上回る。

一方、ニャミラ病院は、1979年に他国の援助で建設された病院であるが、施設全体に深刻な雨漏りの問題を抱えており、また、医者不足により前2県病院程のサービスは提供されていない。

また、ボメット県のロンギサ県病院は、1989年にイタリア政府の支援により建設された新しい病院であるが、1998年7月に給水施設が整ったことにより入院患者の受け入れを漸く開始したところであり、県病院としての運営体制を整える事が現時点での重要課題となっている。

病院経営についてみると、各病院は恒常的な財政難に悩まされており、このことがサービスの質の低下を招くと共に、施設や機材の劣化の原因ともなっている。保健省の予算が限られている事から、利用者負担制による収入が県病院の重要な財源となっているが、広いサービスエリアを抱えて需要が大きいにも拘わらず、収益期待値に対する実収益の割合は低く、大きな財政ギャップが生じている。

さらに、施設や機材の維持管理状況も悪く、このことも各病院サービスの質の低下の一因となっている。老朽化に加えメンテナンスに関する適切なマスタープランの欠如がこのような状況を招いている。

提案プロジェクトの内容

県病院における保健医療サービスの質的向上をめざし、以下の3項目に注目した包括的な改善方向を提案する。当然ながら、これらは相互補完的要素が大きく、連携して実施されるべきものである。

- 病院施設・機材整備状況の改善
- 病院管理・運営システムの強化
- 新メンテナンスシステムの開発

施設改善計画

病院施設の状況については、各県病院によって大きく差があるが、病院施設は、物理的、衛生的及び医学的にも患者に害を与えるべきではないという原則に従って、問題となっている部分について最小限の改善を検討するものとする。

各病院の状況を改善するため、ケリチョー病院及びキシイ病院については、総合的な施設拡充および医療機材の供与を、ニヤミラ病院については屋根防水や給排水設備等の部分的修繕、ボメットのロンギサ病院については、必須医療機器の供与を提案する。

(1) ケリチョー県病院

ケリチョー県病院は、1920年代にディスベンサリーとして開設された。需要の増加に対応して増築を繰り返した結果、現在、26棟、5,013㎡に及ぶ施設規模となり、病床数は213床を有する。年間の患者数は外来約10万人、及び入院約2.5万人にのぼるが、老朽化した施設ではこの患者を効率よくさばききれず、過剰な混雑及び患者を取り巻く環境の悪化などの問題が深刻化している。

主な問題点及び改善点は以下の通りである。

- 配置計画、動線計画：無計画な増築の繰り返しにより、各施設の機能上の配置は混乱し、非効率的な状況が生じている。病院管理上の効率を考慮したゾーニング計画や機能配置の見直しと将来的な増築をも考慮したマスタープランの作成が必要である。
- 使用目的に応じた施設の整備：増築に伴う施設の転用により、使用目的に整合していない施設が多い。使用目的に応じた施設の改修が必要である。
- 施設規模：ケリチョー病院では、外来患者250人/日、新規入院患者45人/日を受入れている。一般外来や母子保健などの部門では、施設規模の不足により過度の混雑が生じている。また入院部門についても、年平均の病床占有率（BOR）は106%であり、ベット数が不足している他、病棟によっては、1床あたりの床面積が十分に確保出来ていない。将来的な需要増を考慮すると施設拡充の必要性、特に隔離病棟、小児病棟の増床の必要性が高い。また男女共に内科と外科の患者を分離する必要がある。具体的には、将来的な需要増を年率6%増と想定し、合計260床程度の確保を目処とする施設規模の拡張を提案する。

- 施設構成：保健省の施設スタンダードと比較して、救急病棟、アメニティ病棟、中央材料部などの施設が欠落している。特に、この病院は、ニヤンザ州及びウエスタン州からナイロビへ通じる高速道路沿いに位置しているため、近年交通事故による救急医療の需要が増加しており、救急病棟の必要性が非常に高くなっている。
- 修繕、改築：建物の老朽化及びメンテナンス不足により、破損したドアや窓、床、天井などが改修の必要な状況のままに幾つも放置されている。施設の利用効率を向上させ、環境を改善するためには、これらの改修と共に、メンテナンス予算の確保とスタッフ強化、及び利用者参加によるメンテナンスシステムの強化も必須である。
- 衛生状況：多数の人が利用している事、清掃が追いつかない事などから、建物によってはかなり非衛生的な状況が見られる。病気の感染を防ぐためにも、また患者に対する衛生教育の概念からも病院は衛生的に保たれるべきである。そのためには、設備の改善と共に、スタッフ及び患者の衛生意識の向上が必要である。衛生設備については、ケニアの慣習及び衛生上の観点から、出来るだけ病棟などとは別棟とすることが望ましい。
- 給排水設備：水需要220,000リッター/日に對し、現在の給水システムでは供給が追いついていない。給水タンクの増設と共に、清掃用には雨水を集水して使用するなどの工夫が必要である。

(2) ニヤミラ県病院

ニヤミラ県病院は、1979年に設立された230床を有する比較的新しい病院である。大規模な改善や増築の必要性は低いが、以下の点に付いて部分的な改善が必要であると考えられる。

- 屋根防水：既存の屋根はアスファルト防水の陸屋根である。朝晩の気温差及びメンテナンス不足等により防水層には深刻な亀裂が入っているため、水漏れによる問題はかなり深刻化しており早急な対処が必要と考えられる。対策として

は、気候条件も考慮して、既存屋根の上に勾配屋根を設置することが有効と考えられる。

- 給配水設備：ニヤミラ市では、市の水供給が急速な人口増加に対応できないため、県病院でもしばしば水不足に陥っている。現在では雨水は雨樋、側溝を通して敷地へ排出されているが、この雨水を清掃等に有効利用することにより水不足への対応はある程度可能となる。
- 配管整備：メンテナンス不足等により、漏水も多く、配管の修理とメンテナンスの強化が必要である。

(3) キシイ県病院

キシイ県病院は、1916年に開設され、その後増築を繰り返して、現在は20棟以上、4,715m²の施設と280床を有する。前述のとおり、周辺の県の医療サービスが未整備であるため、キシイ病院のサービスキャッチメントエリアは広く、サービス人口は既に100万人を超えると推定される。外来患者数は年間約18万人、入院患者数は年間約3.2万人であり、年平均病床占有率（BOR）は196%（1996年）と規模の不足は明らかである。現在の施設ではこの患者を効率よくさばききれず、過剰な混雑を招いている上、病院環境の悪化が生じている。

主な問題点及び改善の必要な点は以下の通りである。

- 配置計画、動線計画：度重なる無計画な増築により、各種機能が無秩序に配置され、動線上の混雑を招いている。これに伴って以下の様な問題が生じている。
 - ・ 機能配置の混乱による、患者やスタッフ、及びサービス動線の混乱、
 - ・ 見舞客や外来患者の来院管理体制の欠陥（外扉の欠落、複数の入口、施設配置の混乱等による）、
 - ・ 隣棟間隔が狭いことにより、換気や採光が妨げられることによる環境の悪化、および
 - ・ 配管・配線システムの混乱等。

効率的な病院管理を実現するためには、効率的な病院管理及び将来的な増築も考慮したマスタ

ープランの作成と、それに基づく全体的な配置計画の見直しが必要と考えられる。

- 施設規模：キシイ病院の外来患者数は、平均500～600人/日であり、一般外来や母子保健部門などの部門では、患者は長時間の診療待ちを余儀なくされている。入院部門についても、年平均病床占有率（BOR）はおよそ200%程度（196%/1996）であり、BORが常時100%を上回っている病棟が多い。常時2-3人の患者が一緒に寝ており、ピーク時には床や中庭にマットを敷いて対処している。外来棟の拡充に加え、入院部門の拡張も必要であり、特に内科（男、女）、小児科、及び外科（男、女）の病棟については増床が必要であると思われる。ただし、この拡充に当たっては、対応可能な規模について、スタッフの人数及び維持管理費の面からの検討も必要である。
- 修繕、改修：老朽化とメンテナンス不足のために破損した窓やドアなどが幾つも放置されており、ほとんどの施設が修繕、改修を要する。かなり痛みの激しい施設もあり、一部建直しも含めて、全体的な改修を検討する必要がある。
- 衛生状況：病院内には機能していない衛生設備が数多く見られる。病院内を清潔に保つためにも、衛生設備の見直しと修繕に加えて、メンテナンスシステムと清掃の強化も必要である。
- 給水システム：180,000リッター/日の需要に対し、現在供給されている市水は十分ではない。高架水槽の容量を増やすと同時に清掃、洗濯用には雨水の利用を検討するべきである。高架水槽の清掃等により、供給水を衛生的に保つ努力も必須である。

機材整備計画

県病院に求められる重要な機能として、X線検査、検体検査、手術、理学療法、特殊科目の診療等が挙げられる。ケリチョー、ニヤミラ、キシイの各県病院では、多数の患者を抱えているが、医療機器の損傷及び老朽化により、これらの要望に十分応えられていないのが現状である。また、使用可能な医療機器の多くは旧式で能率が悪く、このことが、県病院は慢性的に混雑していることの原因の一つともなっ

ている。県毎のリファラルシステムを確立するためには、県病院の医療機器の整備が必要である。

一方、入院部門の運営が開始されたばかりであるボメット県のロンギサ病院は、近代的な建物はあるものの、医療機器は未整備である。県立病院としての最小限の機能を可能とするために、それ相当の医療機器の配備が必要である。

このような状況を改善し、県病院のサービスの質を向上させるためには、ケリチャー、ニヤミラ、キシイ及びロンギサ病院に対する医療機材の整備を提案する。

県病院管理システムの強化

病院組織管理の能力強化は、病院施設等ハード面の整備と同様、ある意味ではそれにも増して重要である。この観点から次のような組織強化を提案する。

(1) 県病院管理理事会の組織化

病院管理で重要な人事と予算について、より素早い対応と、時を得た意思決定を行っていくためには、各県病院における病院理事会（HMB：Hospital Management Board）を再編成し強化する必要がある。同時に、これらの決定権が新しい組織機構に組み入れらるべきである。

(2) 施設維持管理のための財政・資金システムの改善

利用者負担制（コストシェアリング）によって徴収した資金の内、75%は施設改善基金（EIF: Facility Improvement Fund）として各病院の維持管理費に当てることが出来ることになっており、病院財政における最も確実かつ重要な収入源である。しかし実際には、患者数に対する収集率は低く、収入増のためにはその収集システムを改善すると同時に収集金の流出を防ぐこと等によってEIFシステムの強化を行う必要がある。具体的には、1) キャッシュレジスターの導入と、2) 情報管理システム(HIS: Health Information System)の強化による徴収資金の管理強化が必要である。

新規メンテナンスシステムの整備・強化

上記の通り、各県病院の施設拡充及び医療機器整備の検討にあたっては、維持管理システムの見直しが必須である。現在は病院メンテナンス部門（HMU: Hospital Maintenance Unit）が施設及び機材の維持管理にあっているが、現在の維持管理活動は修理に追われ、予防保守に手が回っていない。また、機材の点検及び記録保管も十分行われていない。

このHMUの機能強化のために、以下の項目を含み、施設/機材の利用者をも巻き込んだ形の新しい維持管理システムの確立が必要である。

- メンテナンス作業の明確化
メンテナンスの年次計画の作成
- 病院内各部門
- 各種記録の作成、管理、活用

病院内の各部門は、それぞれの施設と機材に対して日々の保守管理責任を負い、利用者自らその予防保守に取り組む姿勢が必要である。保有施設/機材の登録書類については事務管理部門が管理するべきであるが、施設/機材の詳細管理記録の作成については、診療、外来、入院、X線、検査、眼科、歯科、理学療法、薬局等の各部門が明確な責任を負うシステムが必要である。

実施に向けて

(1) 期待されるドナーの貢献と政府の役割

県病院のリハビリに関しては包括的な取り組みが必要不可欠であり、提案プロジェクトを実施する上で、現在進行中の建築プロジェクトとの調整・統合が必要である（例：世界銀行の人口HIVプロジェクト）。提案プロジェクトの重要な構成要素である1) 病院組織管理の能力向上、2) 病院リハビリと機材整備、3) 予防的維持管理システムの強化については、ドナーからの投入が期待される場所である。

一方、ケニア政府は提案プロジェクトの実施のために必要な経常経費を予算化することが望まれる。ま

た、県レベルでも病院取入の一部を優先的にプロジェクト実施のために確保すべきである。

(2) プロジェクト間の連携及び調整

リファラルシステムの構築のためには「地方保健システム強化プログラム」、組織管理能力の向上には

「県保健医療サービススタッフ再教育プログラム」との連携が望まれる。コースト州立病院ではUSAIDが支援した「病院会計システム」が大きな成果を上げており、そうした経験を活かして、今回の提案プロジェクトでも病院管理能力の向上や病院会計・情報システムの構築に関しては、USAIDからの支援が期待される場所である。



分娩室
(ケリチョー県病院)



外来棟診察室
(キシイ県病院)

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

1. プログラムNo. P-2		2. プログラム名 県病院リハビリテーション		
3. 対象地域 ケリチョー、ボメット、 ニヤミラ、キシイ		4. 受益者 ケリチョー、ボメット、ニヤミラおよびキシイ県 病院のサービス圏内の居住者		5. プログラム実施期間 3年
6. 機関/組織 県保健管理チームおよび県保健管理理事会			7. レベル 基礎	8. 優先性 高い
9. 目的 県病院として必要な診断、治療サービスの質的な向上と過剰な施設利用負荷の緩和 県病院・地方保健施設とのレファレル連携の構築				
10. プログラムの正当性 キシイ、ケリチョー県病院における過度の混雑は患者の需要に応えていないばかりか、治療サービスの質の低下を招いている。ケリチョー、キシイ、ニヤミラは県病院機能としての施設・機材を備えておらず、リハビリと機材の投入が必要である。施設・機材の維持管理体制は機能しておらず根本的な見直しが必要である。				
11. 期待される成果 - 医療施設としての衛生環境が向上する - 施設のリハビリ、機材提供により本来の施設機能が回復する - サービスの品質と病院ケアが向上する - 病院の管理能力・会計システムが改善される - 維持管理体制が改善される			12. 評価指標 - 適切なレファレル数 - 病院として必要な診断・治療サービスの利用数 - 病院収入 (HF/HF) の増加 - メンテナンス記録の利用率と機材稼働率の増加	
13. 外部条件/前提条件 - 提案プロジェクトの実施主体 (DHMT/DHMB) と新設予定の病院理事会(HMB)との関係および役割を明確化 - 世界銀行のpopulation IVによって支援されているキシイ病院の増築工事が完了すること				
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】及びUSAID支援による「病院管理システム改善プロジェクト」等			15. 調整すべき関連機関/組織 世銀プロジェクト (Population IV Project)	
16. 主な活動		17. 主要な投入		18. 費用概算
		人材	資機材	施設
病院の組織管理能力を高める		x	-	
病院会計と記録システムを強化する		x	x	US\$0.11M
病院サービスの質向上部門の設立とレファレル連携体制の構築		x	x	
キシイ・ケリチョー病院の総合的な建業リハビリ				x US\$9.03M
ニヤミラ・ボメットの部分的なりハビリ				x US\$1.67M
ケリチョー、ニヤミラ、ボメット、キシイ病院の医療機材の更新・設置			x	US\$4.21M
維持管理体制の刷新		x	x	
19. 総費用 (資機材・施設整備に係る費用)				US\$14.35M
20. 期待される外部投入と県レベルでの調整				
病院の組織管理能力向上に関する技術協力				x
病院リハビリと機材供与				x
維持管理体制刷新に係る技術協力		x		
プロジェクト経常経費確保のためのFIP基金確保		x	x	

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

背景

疫学統計データによると、本件の対象地域における全疾患の大部分（55～70%）を感染症が占めており、特に5歳未満の子供の場合には、その死亡原因の55～80%を占めている。感染症の中では、マラリア、急性呼吸器感染症(ARI)、ワクチン対象の感染症、結核、およびエイズ等の占める割合が高い。

地方の保健医療サービスにおいては、人的資源と医療資源が各保健医療施設に適切に配分され、それにより各施設にて地域の疾病構造に対応したサービス、つまり、これらの疾患に対応した予防、診断・治療が提供される必要がある。しかし、現在の施設は、周辺地域のコミュニティの需要やニーズに応えていない。そのため、民間のクリニック、伝統療法、医薬品を売る店に行き、あるいは街の医薬品を売る店や県病院の外来へと足を運んでいる患者が多い。

対象地域には300以上の保健医療施設があり、その求められる機能に応じて「ヘルスセンター」と「ディスペンサリー」に分けられている。しかし「ヘルスセンター」と呼ばれていても、保健省のガイドラインに沿って運営されているものは少なく、本来の機能を果たしていない。その多くがクリニカル・オフィサーやコミュニティ看護婦等、必要な保健医療スタッフを充足しておらず、また施設として重要である分娩室や検査室をもっていない。更に、ヘルスセンターが提供すべき予防活動や健康保持増進活動に至っては、ほとんど行われていないのが実情である。ヘルスセンターとディスペンサリーの機能的な差異がなく、全体的なサービスの質の低下を一樣に招いている。

広がりのある面的サービスとして現況の保健医療サービス体制を評価すれば、対象地域における組織としてのメカニズムは脆弱であり、あるいは機能していない。つまり、垂直プログラムや基本保健医療サービスを支えるロジスティクス、下位施設の活動状況の監督・モニタリング、リファラルのメカニズム

が組み込まれていない。さらに、その前提となるコミュニケーション手段としての車両や記録報告に多くの課題がある。

提案プロジェクトの内容

限られた資源の中で、求められる地域保健サービスを充足し向上させるには、幾つかの拠点施設を優先的に選定して整備強化を図り、それら中核となる施設を中心としたサービス圏を構成しながら、全体として面的な組織体制を整備する必要がある。

この観点に立って、位置的にも重要性が確認できる16箇所のヘルスセンターを「中核ヘルスセンター（P/H/C: Priority Health Centers）」として選択的に選定し、それらを重点的に機能強化することにより、地方保健システムとしての地域的な機能強化を図る事を提案したい。選定された16の中核ヘルスセンターの位置は図18.1に示す。

中核ヘルスセンターの選定にあたっては、地理的な立地状況、物理的アクセス（道路と公共交通アクセスの容易性）、施設の将来的な役割、コミュニティの活動レベル、施設の現況等を客観的な選定基準として用いた。これらの選定過程は、ワークショップを通じて地方と中央保健省の両カウンターパートと意見を共有し、最終的な中核ヘルスセンターのリストは協議で決定した。

中核ヘルスセンターが効果的に機能するには、次のような根本的な対策が同時に取られるべきである。

(I) 地方保健医療施設サービスレベルの標準化

ヘルスセンターとディスペンサリーの差異が利用者に認識されるように、地方保健医療施設における保健医療サービスのタイプと質が標準化されるべきである。すなわち、ヘルスセンターは基本的な保健医療サービスを提供する基本ユニットとして機能し、現況の個々の垂直プログラムの実施拠点となる機能

を受け持つ等、一定の地方サービス圏域を抱えた中心機能を持つべきである。

また、提供されるサービスの質において利用者の欲求を満たすことが必要である。検査サービスの精度管理、スタッフのモラル向上、診断の標準化は、取り組むべき重要な要素である。簡便かつ合目的な品質管理のプログラムを中核ヘルスセンターを中心に導入することを提案する。

(2) 地方保健医療施設と組織体制のネットワーク化

人々の健康水準の向上には、あらゆる保健資源を動員させる組織的な取り組みが必要である。保健医療サービスを必要とする人々に適切に届くよう地理的・階層的な分配システムを確立することでもある。

さらに、ヘルスセンターの役割は、その施設にアクセス可能な圏内の人々に対するサービス提供のみでなく、ディスペンサリーと県病院をつなぐ中間リファラルの機能を持つことが期待される。より実質的なリファラル・ネットワークを構築するために、中核ヘルスセンターのサービス圏を形成すべきである。図18.2はこの展開すべきサービス圏とリファラルの連携を示したものである。ニヤミラ、キシイ、グチャの場合は人口密度が比較的高いので、サービス圏を示す範囲は、ケリチョとボメットのそれらと比べると小さいが、圏内の人口はむしろいくぶん多くなっている。中核ヘルスセンターでカバーされていない部分は同じ基本的サービスを提供できる県病院や準県病院がカバーする。

強化されるべき機能

上記計画に基づいて、中核ヘルスセンターが基本的保健医療サービスを提供する完結ユニットとなるよう次の機能を強化する。

(1) リファラル・システムの強化

リファラル・システムの課題に対して、中核ヘルスセンターを核として次のような対策を実施する。

- 中核ヘルスセンターの検査機能及び母子保健機能を強化する
- 交通・コミュニケーション手段を向上させる
- 中核ヘルスセンターへのリファラーが（県病院へ直接行くよりも）経済的インセンティブとなるように体制を確立する
- リファラル・システムの効率的な運用のためにスタッフに対する教育を行う

(2) ロジスティクスの再構築

包括的なロジスティクスの向上のために次のような対策を実施する。

- 適切な医薬品使用のための教育・訓練
- 需要に連動した県レベルでの医薬品供給システムの構築
- 県レベルでの保健情報システムと医薬品供給方針における連動

(3) 県保健管理組織体制の強化とコミュニケーションの構築

技術支援、監督・モニタリング、情報の共有、保健管理情報の収集、医薬品の分配などを対象とした、県保健管理チーム(DHMT)、県保健管理理事会(DHMB)、病院、地方保健施設間のコミュニケーション手段を強化すべきである。中核ヘルスセンターは地域保健システムの結節点としてのDHMT・DHMBの管理運営の実施を支援し、かつ病院との技術的な連携を推進する役割を担う。そのための、情報手段を構築し制度化する。これに関連して次の対策を実施する。

- 県で実施される現況のプログラムや保健サービスに対するアセスメント、分析、計画モニタリングなど基本的な管理運営能力の構築
- 保健収入として唯一県が管理する施設改善基金(FIF)の収集率を増加させるために、簡便なデザインによる簿記会計システムの構築によるFIFの実行能力の向上
- 外来患者、入院患者、作業量、保健人員、会計、ロジスティクスなどの情報をコンピューターによってデータベース化し、県保健情報管理システムとして一元管理化の推進

- 車両運用を含めた地方保健施設の監督・モニタリングスケジュールを開発とその運用
- 無線による中核ヘルスセンターと県保健管理チーム、病院のコミュニケーション手段の確立

(4) 中核ヘルスセンター人的・組織能力の構築

中核ヘルスセンターのスタッフの能力構築は必要不可欠である。これらは、別に提案している「県保健医療サービススタッフ再教育プログラム」に組み込まれるものであるが、以下の事項に特段の配慮が求められる。

- プライマリーヘルスケアの構成要素に焦点を当て、中核ヘルスセンターをベースにした予防健康増進サービスの推進 (モデルとして開発)
- 中核ヘルスセンターを核にしたリファラルの基準化およびマニュアル化 (ディスペンサリーからの受け入れ、及び県病院への紹介等)
- 中核ヘルスセンターをベースとした、民間・NGO活動の連携を含めた施設外訪問活動の展開
- 上記活動に必要な機材の導入

中核ヘルスセンターの施設改善計画

上記中核ヘルスセンターとして求められる機能を満たすために、以下の方針に基づいた各中核ヘルスセンターの増築及び改築を提案する。

- 既存施設の有効利用及び未完成の施設については完成させる事を大前提とする
- 施設の拡充については、提供すべきサービスの内容及び患者数に応じたグレード設定に従って検討する。
- 施設拡充については、将来的な拡張も考慮した動線計画及びゾーニング計画に基づいて検討する。

(1) 中核ヘルスセンターのグレード設定

中核ヘルスセンターの施設拡充に関しては、既存の施設と運営状況及び立地条件等を考慮して、機能面で2段階のグレード設定を行った。「グレード2」を最終的に中核ヘルスセンターが必要とする施設のレベルとし、「グレード1」は、現時点では維持管理を考慮して早急で大幅な改善をせず、徐々にグレードをあげる方が良いと考えられるものとした。こ

のグレード設定と既存施設の状況に応じて、16の中核ヘルスセンターを整理すると以下の通りとなる。

Existing condition	グレード1	グレード2
外来のみ 出産施設と入院施設なし	Kipkelion H/C	Fort Ternan H/C
外来と出産施設 入院施設なし		Kapkoros H/C Ekerenyo H/C Nyamache H/C
外来と出産施設 入院施設は一案のみ	Ndanai H/C Kenya H/C	Sosiot H/C Keroka H/C
外来と出産施設、入院施設有り 但し全体的な改築必要		Marani H/C Nduru H/C
外来と出産施設、入院施設有り 但し一部施設の不備が機能を阻害している	Manga H/C (Kitchen/laundry)	Masimba H/C (Water supply) Sigor H/C (Lack of beds) Keumbu H/C (In the process of renovation) Ogembo H/C* (Shortage of space)

* : 準県病院レベル

(2) 施設構成

ヘルスセンターの施設については、保健省のガイドライン「Definition and Categorisation of Health Facilities」及び公共事業省のスタンダード設計図書があるが、これらを基に中核ヘルスセンターに必要な施設構成を以下の通り設定する。

部門	内容	保健省				公共事業省	
		Type 1	Type 2	Type 2	Type 1	Grade 1	Grade 2
外来部門 (一般外来 母子保健)	診察室	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠
	処置室	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠
	検査室	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠
	小手術室	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠
	薬局	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠
	母子保健	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠
産婦人科	分娩室	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠
	産前産後室	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠
	食堂/厨房	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠
入院部門	女性部屋	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠
	男性部屋	6-12床	12-24床	必要不可欠	必要不可欠	6床	必要不可欠
	子供部屋	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠
	隔離室	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠	必要不可欠
職員住居						2床	

必要不可欠 : 必要不可欠 有ると望ましい : 有ると望ましい

車両運用を含めた地方保健施設の監督・モニタリングスケジュールを開発とその運用

無線による中核ヘルスセンターと県保健管理チーム、病院のコミュニケーション手段の確立

(4) 中核ヘルスセンター人的・組織能力の構築

中核ヘルスセンターのスタッフの能力構築は必要不可欠である。これらは、別に提案している「県保健医療サービススタッフ再教育プログラム」に組み込まれるものであるが、以下の事項に特段の配慮が求められる

プライマリーヘルスケアの構成要素に焦点を当て、中核ヘルスセンターをベースにした予防健康増進サービスの推進（モデルとして開発）

中核ヘルスセンターを核にしたリファラルの標準化およびマニュアル化（ディスプレイからの受け入れ、及び県病院への紹介等）

中核ヘルスセンターをベースとした、民間・NGO活動の連携を含めた施設外訪問活動の展開

上記活動に必要な機材の導入

中核ヘルスセンターの施設改善計画

上記中核ヘルスセンターとして求められる機能を満たすために、以下の方針に基づいた各中核ヘルスセンターの増築及び改築を提案する

既存施設の有効利用及び未完成の施設については完成させる事を大前提とする

施設の拡充については、提供すべきサービスの内容及び患者数に応じたグレード設定に従って検討する

施設拡充については、将来的な拡張も考慮した長期的計画及びフェーズリング計画に基づいて検討する

(1) 中核ヘルスセンターのグレード設定

中核ヘルスセンターの施設拡充に関しては、既存の施設と運営状況及び立地条件等を考慮して、機能面で2段階のグレード設定を行った。「グレード2」を最終的に中核ヘルスセンターが必要とする施設のレベルとし、「グレード1」は、現時点では維持管理を考慮して早急で大幅な改善をせず、徐々にグレードをあげる方が良くと考えられるものとした。こ

のグレード設定と既存施設の状況に応じて、16の中核ヘルスセンターを整理すると以下の通りとなる。

Existing condition	グレード1	グレード2
外来のみ 出産施設と入院施設なし	Kipkelion H C	Fort Ternan H C
外来と出産施設 入院施設なし		Kapkoros H C Ekerenyo H C Nyamache H C
外来と出産施設 入院施設は一案のみ	Ndauai H C Kenya H C	Sosiot H C Keroka H C
外来と出産施設、入院施設有り 但し全体的な改築必要		Marani H C Nduru H C
外来と出産施設、入院施設有り 但し一部施設の不備が機能を阻害している	Manga H C (Kitchen/laundry)	Masimba H C (Water supply) Sigor H C (Lack of beds) Keumba H C (In the process of renovation) Ogembo H C* (Shortage of space)

*：準県病院レベル

(2) 施設構成

ヘルスセンターの施設については、保健省のガイドライン「Definition and Categorisation of Health Facilities」及び公共事業省のスタンダード設計図書があるが、これらを基に中核ヘルスセンターに必要な施設構成を以下の通り設定する。

部門	内容	保健省			公共事業省	
		Type 1	Type 2	Type 1	Grade 1	Grade 2
外来部門 (一般外来 母子保健)	診察室		5室	5室		
	待合室		2室	2室		
	検査室	(6)	1室	1室		
	小児病室		1室	1室		
	薬局		1室	1室		
分娩部門	分娩室					
	分娩前後室	8床		6床	6床	6床
	食堂/厨房					
入院部門	女性部室			2床		6床
	男性部室	6-12床	12-24床	2床	6床	6床
	手術部室			2床		6床
	母産室					2床

□：必要不可欠

■：有ると望ましい

特に以下の施設については、全ての中核ヘルスセンターが備えるべきであると考える。

- A. 分娩室、産前産後の入院設備
- B. ラボラトリー施設
- C. 少なくとも6床分の入院設備
- D. 入院設備を有する施設は、給食のための施設も有する事。（患者の回復、及び患者への栄養指導の面からも、給食設備は整備すべき。）
- E. 数戸のスタッフ住居
- F. 待ち合いスペース/保健教育のためのスペース

(3) 設計方針

施設の増築にあたっては、上記必要施設と比較して不足している施設について検討するが、増築計画は以下の設計方針に従って行う。

- 増築施設の配置計画は、既存施設との関係を十分に配慮し、同時に、将来的な増築についても考慮する。
- 各施設の自然条件を考慮し、自然換気及び自然採光の有効活用を工夫する。
- 耐候性に優れ、メンテナンスフリーな資材を選択し、維持管理費の低減化を図る。
- 工期の短縮化を図り、またメンテナンスを容易にするためにも、施設のモジュール化を図る。

(4) 設備及びインフラ整備計画

保健省のガイドラインには設備に関する記述はないが、現状を見る限り、給水、電気及び通信手段等の設備の不備が各施設の機能を制限する要因となっている場合が非常に多い。中核ヘルスセンターの設備については以下の方針による整備を提案する。

給水設備	1) 全ての中核ヘルスセンターは雨水集水設備を有する事。また出来る限り多くの屋根面から集水すること。 2) 雨水集水システムの他に、常設の市水給水設備を有すること。また市水用の貯水タンクを備えること。
衛生設備	1) 既存の水洗便所は、メンテナンス不足のために使用できなくなっている場合が多いため、維持管理の容易さを考慮して基本的にはPit Latrineも設置する。 2) 既存の水洗便所は、小さな給水タンクを設置し水压をあげるなどの修理を行う事 3) 新施設には共同水洗システムの便所を設置すること。
排水システム	汚水処理システム（簡単な薬品処理を含む）を備え、また浸透マス有すること。
電気設備	出来る限り電気を供給すること。近くに電線が来ていない場合には、発電機の供給も検討すること。
通信設備	県病院及び中核ヘルスセンター相互の通信のための手段として出来る限り電話設備を整備するか、または無線による通信システムの整備を行う。
消防設備	入院施設を有する施設については、消火設備を整備すること。
汚物処理	医薬品の処理については、焼却炉を整備すると共に、焼却不可能な薬瓶などの回収システムも検討を要する。
アクセス道路	アクセスの困難な中核ヘルスセンターについては、その機能を確保するためにも舗装または簡易舗装によりアクセス道路を整備すること。

機材強化計画

ヘルスセンターの医療機器については保健省の基準があるが、実際にはこの基準からほど遠く、聴診器、血圧計、体重計など基礎的なものしかない上、壊れて使えないものも多い。中核ヘルスセンターの機材整備・調達に関しては、以下を提案する。

- 外来診療、分娩、マラリアスクリーニング用の医療機器整備。具体的には下表に示すとおり、外来診療、妊産婦、マラリアスクリーニング、検査、入院、及び電気供給用の医療機器セットを設定し、その組み合わせを検討する。
- 全ての中核ヘルスセンターは、マラリア診断用の双眼顕微鏡を装備する。
- Ogembo HCIについては、将来、県病院への昇格が期待されているが、活動状況及びスタッフ数などから判断して、現段階では準県立病院レベルでの整備が妥当であると判断し、そのための医療機器の整備を計画する。

キット①：外来診療用	キット②：マラリア検査用
聴診器	2
体温計	4
血圧計	2
耳鏡	1
体重計 (乳幼児用)	1
体重計 (成人用)	1
小手術用器具	1
処置用トローラー	1
反射ハンマー	1
トーチ	1
診断用セット	1
キット③：妊産婦セット	キット④：機体検査用
光源	1
体重計 (乳幼児用)	1
体重計 (成人用)	1
血圧計	1
胎児鏡	1
分娩台	1
産内診セット	1
新生児用授乳器	1
分娩用セット	1
会陰切開器具	1
産鏡および鉗子	1
蘇生バッグ	1
	双顕微鏡
	1
	キット⑤：検体検査用
	ヘモグロビン計
	1
	赤沈スタンド
	1
	遠心分離器
	1
	浴槽庫
	1
	キット⑥：検体用
	足踏み式吸引器
	1
	血圧計
	1
	聴診器
	1
	体温計
	1
	投薬用トローラー
	1
	輸液セット
	2
	蘇生バッグ
	1
	仕切スクリーン
	1
	ベッド
	6
	キット⑦：電気設備
	発電機
	1

Source: JICA Study Team

維持管理強化計画

地域医療施設に対する施設の予防保守については、デンマーク国際開発庁 (DANIDA) の支援によってPMIU (Preventive Maintenance Implementation Unit) プロジェクトが行われている。しかし、維持管理に必要な資材調達用の予算不足、公共事業省 (MOPW) からの技術的支援が受け難い事、各施設で維持管理を担当しているパブリック・ヘルス・オフィサー (PHO) とパブリック・ヘルス・テクニシャン (PHT) の技術に限りがあることなどから、窓やドア、天井、屋根等の損傷は、なかなか修理できずに放置されている状況にある。

このPMIUの活動と関連させて、給排水設備、電気設備及び簡単な機材修理などについて、PHOやPHTをトレーニングすることにより、自分たちである程度の修理は行える程度の技術を有するメンテナンスチームを形成することを提案する。また、早急な対応、修理を可能とするための修理用資機材の供給システムを県ごとに構築すべきであると考えられる。

医療機器の維持管理については、現時点では各ヘルスセンターやディスペンサリーにはメンテナンスを行える人材はいないため、県病院のメンテナンス部

門が必要に応じて修理を行っている。上記PMIUのプロジェクトによる予防保守システムの強化を、医療機器の維持管理にも拡大することが期待される。

実施に向けて

(1) 期待されるドナーの貢献と協調

前述のように、DANIDAは地方保健施設の予防的維持管理システムを構築するためにPMIUプログラムを通じて対象地域のディスペンサリーの改善に努めている。しかし、このプログラムは施設のみで、保健医療器材のための維持管理が含まれていないことから、将来のプロジェクトでは保健医療器材も対象に含まれることが期待される。

ドイツ (GIZ) は対象地域のニヤミラでコミュニティ活動による避妊具の配布プログラムを支援している。このプログラムは、地方保健医療施設のPHOがコミュニティ配布員を通じて実施体制が組まれている。この活動を中核ヘルスセンターにも広げることが期待される。

世界銀行の性感染症 (STI) 対策プログラムは全国を対象にしたものであるが、県レベルでは計画どおりに実施されていない。このプログラムを推進できる能力構築を中核ヘルスセンターでのモデル活動を通じて形成することが期待される。

(2) プロジェクト間の連携

提案プロジェクトである「ハイランド・マラリア抑制プログラム」と「県保健医療サービススタッフ再教育プログラム」のほか、USAIDが支援する保健医療財政プロジェクトは、効果的かつ持続的な実施体制のために連携が望まれるプロジェクトである。

さらに、全国的に展開されている垂直プログラムが、財政および運営面において調整されることが望まれる。中核ヘルスセンターは地区(Division)レベルの管理センターとして機能するための基盤となろう。

コミュニティにより
建設された外来棟
(Ekerenyo H/C、
グチャ県)

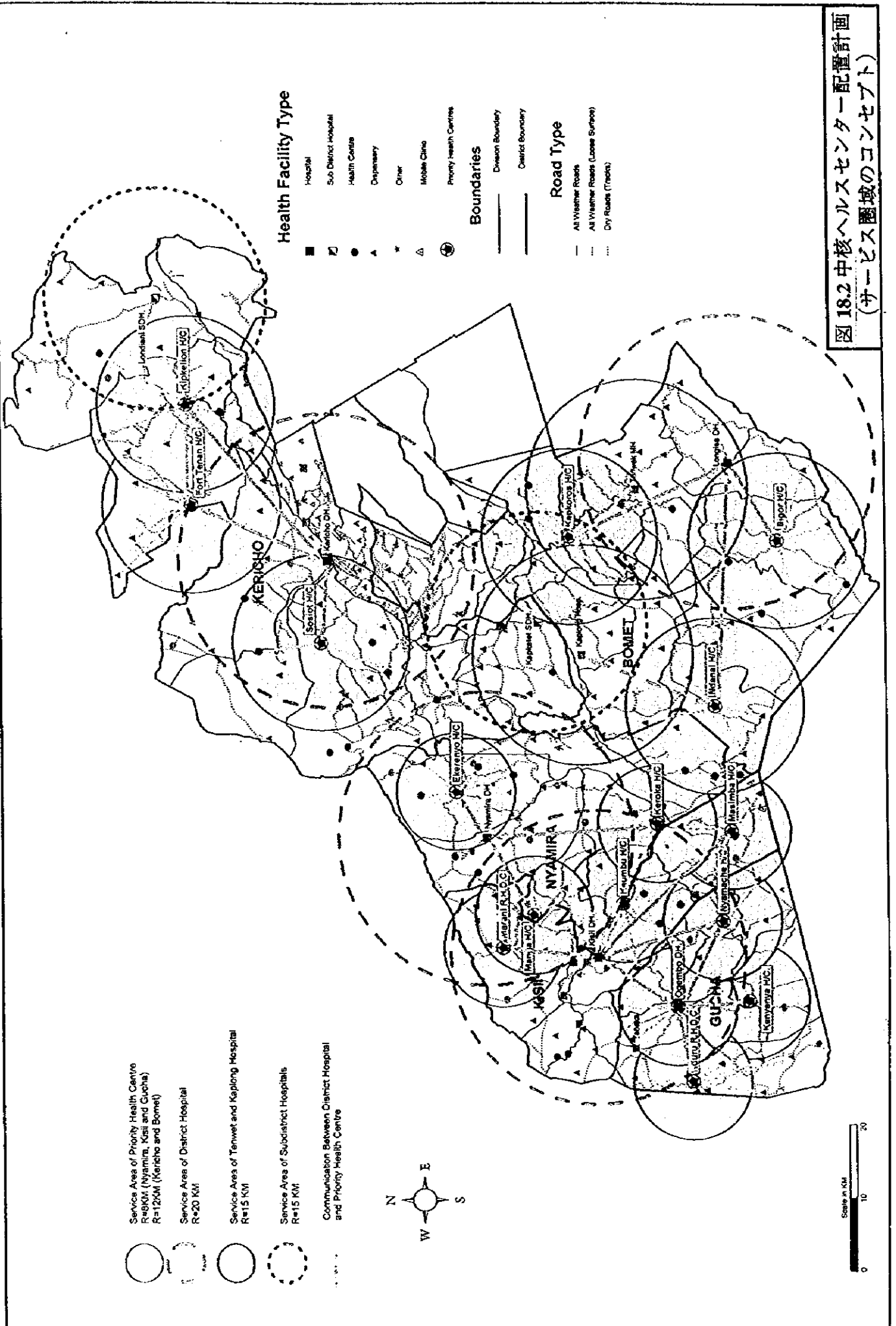


診察を待つ人々
(Nyamache H/C、
グチャ県)

診察室内部
(Nyamache H/C、
グチャ県)



図 18.2 中核ヘルスセンター配置計画
(サービスマスの圏域のコンセプト)



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

1. プログラムNo. P-3		2. プログラム名 地方保健医療システムの向上プログラム	
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. 裨益者 中核ヘルスセンターのサービス圏内の居住者	
5. プログラム実施期間 5年		6. 実施機関/組織 (1)プロジェクト管理: 県保健管理チーム (2)プロジェクトの日常的モニタリング: 中核ヘルスセンタースタッフ	
7. レベル 基本		8. 優先性 高い	
9. 目的 (1)地方保健管理運営システムの強化 (2)より良質な保健サービスの提供 (3)県病院・ディスペンサリーとのレファレル連携の構築			
10. プログラムの正当性 - 県保健管理システムの強化を現実のものとするためには中核となる地方保健施設の連携とネットワークが必要である。 - ヘルスセンターレベルにおける保健サービスの向上が費用効果および実現性の面からもっとも相応しい介入である。			
11. 期待される成果 - 中核ヘルスセンターにおける管理能力が構築される。 - 保健情報が管理・計画に利用される。 - 施設・機材が改善される。 - 保健サービスの質が向上する。 - 予防面を含めたサービスのタイプが拡大する。		12. 評価指標 - 管理モニタリングのスケジュールが作成され利用される - 保健情報がロジスティクスや年次計画に利用される - 利用者・リファラル、FIF収集率が増える - 利用者におけるサービス圏が拡大する - 中核ヘルスセンターと他機関との連携が増す	
13. 外部条件/前提条件 - 保健省/州保健医務官が予算措置も含め提案プロジェクトを持続的に支援する - 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 - 利用者・コミュニティがサービスの質向上に関する差異を認識できる			
14. プロジェクト間/他セクターとの連携 県保健サービス教育プログラム(特にDHMTの管理および財務能力構築) / ハイランド・マラリアコントロールおよび子供健康カードプロジェクト / PMIU プログラム / 全国レベルの垂直プログラム		15. 調整すべき関連機関/組織 PMIU (DANIDA), ケウンブヘルスセンター (AFDB)	
16. 主な活動		17. 主要な投入	
		人材 資機材 施設	
地方保健施設に対する管理モニタリングシステムの構築と実施		x	
管理モニタリングの統合とコミュニケーション手段の開発と導入		x x	
県保健管理チームおよび中核ヘルスセンターでの保健情報システムの開発とその利用		x	
ヘルスセンター施設管理委員会のガイダンスと協力体制構築		x	
中核ヘルスセンターのリハビリと機材の導入		x x	
中核ヘルスセンターを対象とした簡単な品質管理法の導入		x	
中核ヘルスセンターを対象とした予防・健康増進活動の導入と強化		x x	
19. 総費用 (資機材・施設整備に係る費用)		US\$7.33M	
20. 期待される外部投入と県レベルでの調整			
中核ヘルスセンターのリハビリと機材提供 (ドナー)		x	
管理モニタリングのための車両・モーターバイクの提供 (ドナー)		x	
中核ヘルスセンターにおける品質管理および予防・健康増進活動への技術支援 (JICA海外青年協力隊チーム派遣)		x	
FIF (PHCおよび75%FIF) のプロジェクト経常経費に対する計画的かつ優先的割り当て		x x	

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

背景と本件の必要性

国家保健改革政策では、健康促進および疾病予防（P/PHC）の重要性が強く謳われているが、現行の政府の組織・制度は、このようなコミュニティ・レベルの保健活動を有効に促進するように機能していない。その主な理由としては以下が指摘できる。

- (1) プライマリ・ヘルス・ケア（PHC）に対する政府のコミットメントが低い。
- (2) コミュニティ・レベルの保健活動（CBHC）を支援するには政府組織・制度が非力である。このことは、a) 県保健管理チーム（DHMT）内のプライマリ・ヘルス・ケア（PHC）委員会の不活発である事、b) 末端へのサービスを提供するヘルス・ワーカー（特に公衆衛生官 Public Health Officers, 略称PHOと公衆衛生技師 Public Health Technicians, 略称PHT）のモラルが低い事、c) 県事務所と末端の事務所とのコミュニケーションが不足している事に表れている。
- (3) コミュニティ・グループによる諸活動間の調整不足とコミュニティ・エンパワーメントに関する経験が不足している。

提案プロジェクトの内容

コミュニティ・レベルの健康促進・疾病予防活動は、県レベルで活用できる人材を動員しながら、様々な方策を用いて強化される必要がある。このために、次のようなプログラムを提案する：

- 管理能力・遂行能力の育成、人材開発
- 組織的枠組み作り（図19.1参照）
- コミュニティ・レベルの保健プログラムを「持続可能」にするための戦略の開発

管理能力・遂行能力の育成、人材開発

(1) コミュニティ・レベルの保健活動推進のための政府部門人材の再教育

コミュニティ・レベルの保健活動を担当する政府のスタッフ（PHO・PHT）の多くが、あまり活発に活動をしておらず、担当しているコミュニティを訪れることもほとんどない。こういった職責を実行するよう彼らを再教育し訓練する必要がある。同時に、彼らにインセンティブを与えるような何らかの評価システムを導入することも必要である。例えば、プライマリ・ヘルス・ケア活動でコミュニティに具体的な顕著な貢献をした人々を表彰する「年間最優秀PHO・PHT賞」を設けるなどである。

(2) 県レベルのプライマリ・ヘルス・ケア（PHC）委員会の活性化

コミュニティ・レベルの保健活動を政府がどの程度推進・調整していけるかは、県保健管理チーム（DHMT）内のプライマリ・ヘルス・ケア（PHC）委員会が、その活動を体系的にプログラム化しそれを実施できるか、進捗状況を監理・評価できるか、そして、その経験を踏まえてさらに効果的な活動を立案できるかにかかっている。

プライマリ・ヘルス・ケア・コーディネーターは、県開発審議会（DDC）内にも組織されているプライマリ・ヘルス・ケア小委員会と協調し、農業・水・保健・教育等の複数セクター間の協力を促進するとともに、活用できる予算および政府のPHCスタッフを動員するための組織や管理に関する技術を習得する必要がある。

組織的枠組み作り

(1) 県レベルのコミュニティ・グループ連絡協議会の設立

コミュニティには各種の住民グループ（女性グループ、青年グループ、教会グループ、学校グループ等）が様々な保健関連活動を行っているが、これらのコミュニティ・グループの活動を支援・促進し、より活性化していくために、県レベルで「コミュニティ・グループ連絡協議会」を創設することが有効である⁵。

コミュニティ・グループ連絡協議会は、コミュニティ・グループおよびNGOの代表者より構成され、成功したコミュニティ・グループの実例を他のグループに広め、また他のグループの活動にその方法を適用していく。それにより、効果的なコミュニティ・プロジェクトの立案・運営管理に関する経験や技術・マネジメント面でのノウハウを蓄積していくという重要な役割を果たすことが期待される。

(2) モニタリング指標の確立

ボモット県のTenwek地域保健プログラム（ミッション系活動）では、コミュニティあるいはコミュニティ・グループが、外部支援への依存度を減らして自立した形で自動的に保健活動を計画・実施していくことができる能力をつけてきたかどうかを判定するために、以下のようなモニタリング指標を採用している。

- 1年間に村落保健委員会の会合が開催された回数
- 上記会合への参加者の年間総数
- 訓練を受けた村落保健委員会メンバーの人数
- 訓練を受けたコミュニティ・ヘルス・ワーカーの人数
- コミュニティ・ヘルス・ワーカーが訪問しサービスを行っている世帯数

- コミュニティにおける環境衛生・保健設備（トイレなど）の増加数

コミュニティ・レベルの保健活動を「持続可能」にするための戦略

コミュニティ・レベルの保健活動が成功するためには、成功した活動に共通する条件あるいは要因が認められる。本調査のフィールド調査を通じて把握した要因は以下の様であった。

- コミュニティやグループのメンバーの本当のニーズに基づいて、メンバー自身が選択した活動を実施している。
- 医療に直接関係する活動だけに限らず、水や衛生といった保健に関わる広範な活動を含んでいる。
- 生活を向上させたいというコミュニティやグループの強い意志に動かされている。
- コミュニティやグループが規律をもった指導者に導かれている。
- 健全な会計システムがあり、銀行口座の出納状況がメンバー全員に対して公開されている。
- メンバーが、公平で明確に定義された規則を遵守している。
- メンバーが無理なく果たすことのできる義務や貢献によってグループ活動が維持されている（たとえば、会費、月ごとの積立金、労務提供、物的な寄付等）。
- グループとして積み立て資金を持てるように、収入を創出する活動を実施している。
- コミュニティやグループのメンバーに短期的な利益（保健に関する利益だけでなく経済的な利益も含む）をもたらしている。
- コミュニティやグループが自立するまで、定期的なモニタリングがなされており、必要に応じて外部からのアドバイスを受けている。

これらの成功要因を考慮して、次のような戦略やプログラムを提案する。

⁵ Maendeleo Ya Wanawake Organization（「女性の進歩」略称 MYWO）は、多くのケニアの女性グループを包括する連合体組織であり、県レベル、州レベル、全国レベルと各レベルごとに調整機関がもうけられていて、そのレベル以下の女性グループをひとまとめにしている。このような階層化された組織構造は、上記で提案されている県レベルのコミュニティ・グループ連絡協議会の良い見本といえる。

(1) 回転資金の基盤を作るためのスタートアップ・キットの提供

国連児童基金（UNICEF）による「バマコ・イニシアティブ・プロジェクト」では、薬と蚊帳をコミュニティに寄付し、これを販売した売り上げ金を基に回転資金を作り、新たな薬の購入の財源としている。本プロジェクトでもこのコンセプトを借りて、コミュニティ・グループが選択した活動を開始するために適切なスタートアップ・キット（資機材）を供給するプロジェクトを提案したい。コミュニティ・グループはこのスタートアップ・キットを販売して、回転資金を設立し、将来にわたって持続的に活動を続けていける様にする。このスタートアップ・キットとしては、コミュニティの多様なニーズに適合するように、以下のようなタイプが考えられる。

- マラリア・キット（蚊帳、薬品、殺虫剤等）
- 水と衛生キット（セメント、パイプ、蛇口、シャベル、手押しポンプ等）
- 性と生殖に関する保健キット（伝統的産婆キット、避妊具等）
- 所得創出キット（ミシン、大工道具等）等

(2) 健康促進と収入創出

ニャミラ県ではAMREF（NGO）が青年を対象とした保健プログラムを実施しており、収入創出のために蚊帳を製作・販売している青年グループがある。このように、保健関連製品の生産・販売と所得創出を結びつけるアプローチは、コミュニティ・グループが資金を確保しながら活動を継続していくためにきわめて有効である。一例として、マラリア対策の一環として、調査対象地域に栽培されている除虫菊を原料に、コミュニティや家庭で簡単な蚊取棒（棒状の蚊取り線香）を生産するコテッジ・インダストリー等の創設も有効であろう。

(3) コミュニティにおける保健教育の推進

マラリアは、調査対象地域において最も死亡率の高い病気である。われわれの調査⁶によると、コミュニ

ニティの大半の人々がマラリアの原因は蚊だけに限らず、汚染された水や食物といった他の要因によっても起こると考えている。人々は、これらの考えられるすべての原因に対して、予防策を講じるのは技術的に難しく、マラリアは予防できないと考えている人が多い。したがって、マラリアの予防のためには、まずコミュニティの人々の間違った認識をたずることが必要であり、コミュニティ・レベルの教育活動が重要である。

また、マラリア以外にコミュニティが必要としている保健教育の分野としては、下痢症の予防・治療法、主に子供たちを対象とした栄養管理、リプロダクティブと家族計画、安全な水と衛生、等のテーマがある。

保健教育のメッセージをコミュニティの人々に有効に伝えるためには、適切なメディアを使うことが重要である。われわれの調査によると、もっとも多くの人々にメッセージを伝えるためのいちばん効果的なメディアは、ラジオ等のマスメディア、フォーク・メディア及びマス・キャンペーン等である。

持続可能性の観点からは、経験的にフォーク・メディア（伝統的な演劇や踊り・歌を取り入れたメディア）が一番効果的だと考えられる。調査対象地域では、コミュニティ・グループ（婦人グループなど）を使って、踊りや歌を通じて保健メッセージを伝えようとした試みが多数ある（1997年にキシイ県で行われたエイズ・キャンペーンなど）。フォーク・メディアは地元住民の伝統と技能に基づいているので、外部からの最少のインプットで実現でき、また娯楽の少ない農村部において教育を兼ねた娯楽の機会を提供することから、多くの人々を魅きつけることができるというメリットを持っている。フォーク・メディアの観客からいくらかの見物料を徴収するようにすれば、その後も人々が自主的にフォーク・メディアを開発し公演を続けていくインセンティブが得られ、料金を払っても見たいような質の高い公演（人々を魅きつけることができれば教育効果も高いといえる）を行うフォーク・メディア・グループが出てくる可能性がある。

⁶ 「マラリア予防商品の市場調査」は、1998年6月～8月にかけて、マラリアの治療実験の調査と同時期に実施された。

⁶ 「マラリアに関する人々の知識・態度・行動（KAP）の調査

またケニアでは、全国予防接種デー、全国エイズ・デー、全国人口デーといった、全国的な保健関連のマス・キャンペーンが数多く実施されており、それなりの効果を上げている。そこで、県レベルで新しい保健キャンペーン、たとえば「県マラリア・デー」、「県マラリア週間」あるいは「県学校保健デー」等を企画して実施することを提案したい。こういったマス・キャンペーンでは、ドナーやスポンサーはメディアに頻繁に登場できるため、彼らの協力を得ることは比較的容易と思われる。

(4) 「学校保健プログラム」の確立

学校の数は保健医療施設の数の何倍も多い。保健活動に学校を巻き込めば、子供たちの健康に大きな影響を与えることができる。現在のところケニアにおける学校教育は、全国統一試験で良い成績を取るための知識の提供に重きが置かれているが、学校教育の役割は、単なる知識の提供だけでなく、健全な心身の育成や、よりよき市民になるための教育も含まれることを認識する必要がある。

日本では、各学校に保健婦がいて、定期的に生徒の身体検査を行っており、生徒の健康状態がすぐれている学校は「健康優良校」として全国レベルで表彰される。またウガンダでは、「子供から子供へ（Child-to-Child）」というアプローチを使った保健教育が、国全体の初等・中等教育のカリキュラムに組み込まれている。ケニアにおいても、本プロジェクトにおいて県レベルでの学校保健活動を実験的に開始しながら、長期的には、保健省と教育省が協力して、全国的な学校教育のカリキュラムに保健教育を組み込んでいくようにすることが重要である。

県およびコミュニティにおいては、学校長、父母会（PTA）および学校運営理事会（School Board）が、定期的な身体検査や保健教育といった学校保健活動を課外活動として組み込む裁量権を持っている。したがって、学校長、PTA、学校運営理事会に学校保健活動の重要さの理解を勧めるための研修を実施することが最初の段階として必要であり、その後、実際に学校で保健教育を担当する教師を対象に

した研修を行う必要がある。後者の研修の教材として、学校の教師が自主的に取り組むことのできる健康増進・疾病予防活動について取りまとめた「学校保健実施のための手引書」をまず作成することが望ましい。

実施のために

(1) 期待されるドナーの貢献・NGOとの協力

DANIDA、SIDA、USAID、IFAD、NGO（ボメット県のTenwek病院、Kaplong病院、アクション・エイドやニヤミラ県のAMREF等）が、コミュニティ・レベルで実施してきたこれまでの保健プロジェクトの経験は、どれも貴重な学習資源である。これらのドナーやNGOによる技術・資金援助や資機材供給の援助を、本プロジェクトと連携して、県プライマリ・ヘルス・ケア委員会や県保健管理チーム（DHMT）の能力開発に活用することが大切である。

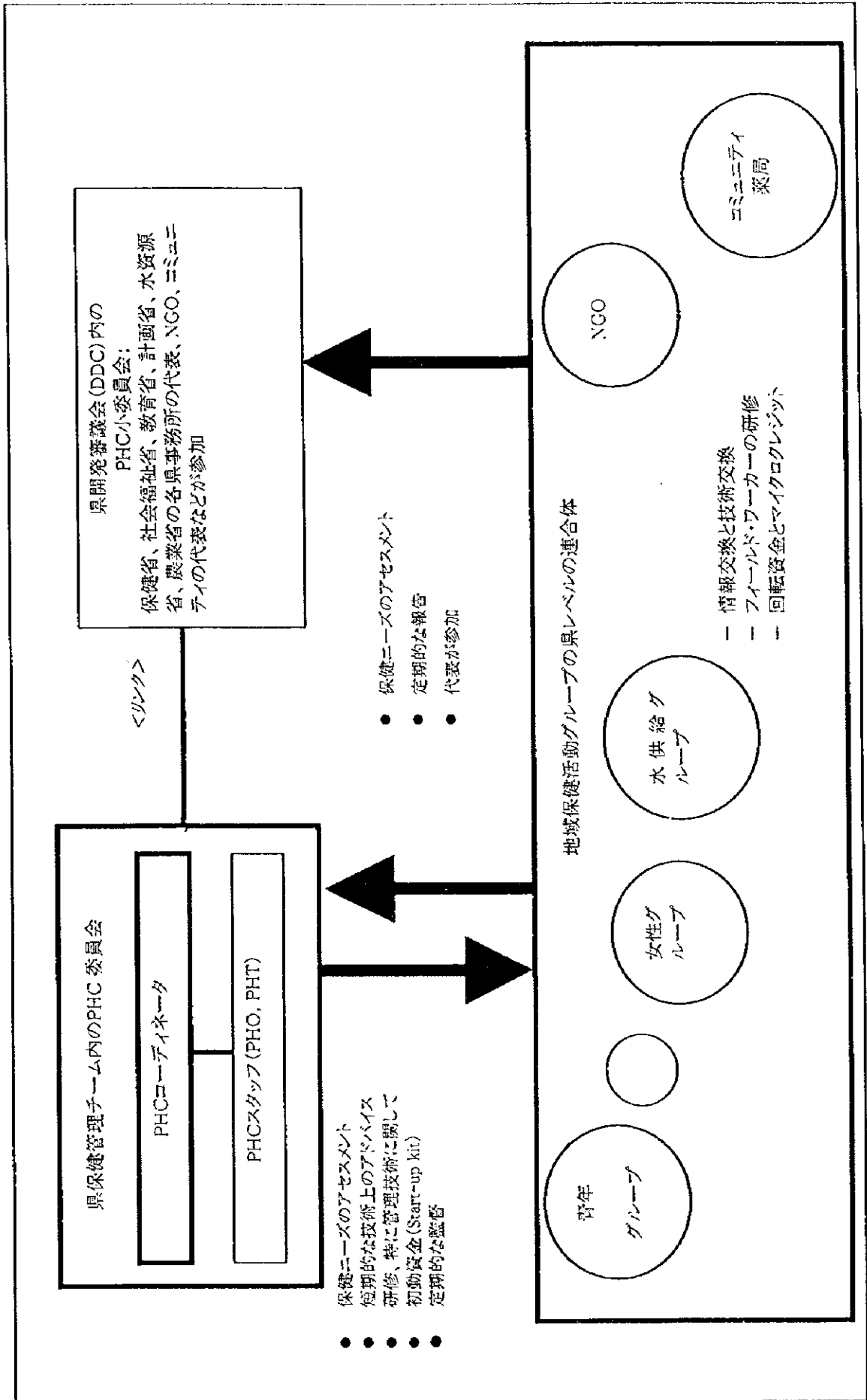
また、コミュニティ・レベルの保健活動を促進するためには、コミュニティの人的・組織的・経済的資源を地域保健活動のために動員してきた経験が豊富なNGOを活用することが重要である。

(2) プロジェクト間のリンク、他省庁との連携

本プロジェクトの実施にあたっては、本調査の他の部分で提案されている、1) ハイランド・マラリア抑制プロジェクト、2) 地方保健医療システム向上プログラム、3) 県保健医療サービススタッフ再教育プログラムという3つのプロジェクトと密接に連携を取りながら実施することが、プロジェクトの効果的な実施と持続的運営管理のために重要である。

また、コミュニティ・レベルのプロジェクトにおいては、保健以外の活動が含まれることが多いので、社会福祉省、地方開発省、教育省、水資源省、農業省といった各省の県事務所と十分な連携を取りながら実施していくことが必要である。

図19.1 地区での健康促進・疾病予防活動の促進の仕組みに関する提案



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

1. プログラムNo.	P-4	2. プログラム名	コミュニティ・レベルの健康促進・疾病予防プログラム		
3. 対象地域	ケリチョー県、ボメット県、ニヤミラ県、キシイ県、グチャ県	4. 利益者	5. プログラム実施期間		
		1) コミュニティの住民 2) コミュニティのリーダー、グループ・リーダー 3) 地域保健担当の政府スタッフ 4) 学校児童	5年		
6. 実施機関/組織	* 県保健管理チーム内のプライマリ・ヘルス・ケア (PHC) 委員会		7. レベル	基本	8. 優先性
9. 目的の概要	中位				
<p>(1) コミュニティ・グループを通して、コミュニティ・レベルのヘルス・ケアを促進する。</p> <p>(2) PHC委員会の能力の育成を通じて、地域保健活動のための政府組織を活性化・再活性化する。</p> <p>(3) 地域保健担当の政府職員、コミュニティ・リーダー、コミュニティのフィールド・ヘルス・ワーカーを育成する。</p> <p>(4) 地域保健活動グループ間の調整とエンパワーのために、県レベルの新しい連合体を設立する。</p> <p>(5) 保健に関する認識を高め、児童の健康を向上させるため、学校保健プログラムを確立する。</p>					
10. プログラムの正当性					
<ul style="list-style-type: none"> - コミュニティ・レベルでの病気の予防と健康促進は、治療よりすぐれている。 - 効果的なコミュニティ資源の動員は、コミュニティの持続可能な保健活動につながる。 - 保健施設への負荷（特に県立病院の混雑）が軽減される。 					
11. 期待される成果			12. 評価指標		
<ul style="list-style-type: none"> - 地域保健担当の地方政府職員が訓練される。 - コミュニティ・リーダー、グループ・リーダー、コミュニティのフィールド・ヘルス・ワーカー、学校の教師が訓練される。 - 自分たちで持続することが可能な地域保健活動が確立される。 - 地域保健活動を促進する政府の組織・システムが強化される 			<ul style="list-style-type: none"> - 訓練された政府スタッフの人数 - 訓練されたコミュニティ・リーダー、グループ・リーダー、学校教師の人数 - 自分たちで持続することが可能な地域保健活動の数 - 地域保健活動のモニタリング記録 		
13. 外部条件/前提条件					
<ul style="list-style-type: none"> - 地方分権化のプロセスが進行する（特に、コミュニティを巻き込んだボトム・アップの立案方法が受け入れられる） - 政府がコミュニティ・レベルの保健活動を重視して、より多くの資源を投入することを決定する 					
14. プロジェクト間/他のセクターとの連携			15. 調整すべき関連機関/組織		
社会福祉省、計画省、教育省、水資源省、農業・畜産省の各県事務所と連携する			DANIDA、SIDA、USAID、IFAD、NGO		
16. 主要な活動			17. 主要な投入		備考
			人材	物質	資金
PHC委員会を再活性化するために政府のスタッフを訓練する			x		x
保健ニーズのアセスメントを行い、対象となるコミュニティを特定する			x		x
コミュニティ・リーダーとグループ・リーダーに地域保健活動の訓練を行う			x		x
コミュニティのフィールド・ヘルス・ワーカー（CHW、CBD、TBAなど）を訓練する			x		x
回転資金の基盤として、スタートアップ・キットを供与する			x	x	
自分たちで持続可能になるまで、コミュニティに助言を与え、それを監視する			x		
学校教師、学校長、PTA、教育理事会メンバーを訓練して、学校保健プログラムを確立する			x		
地域保健活動を行うグループ間の調整を行う新しい連合体を県レベルで設立する			x		
地域保健活動を他のコミュニティ・グループにも広げる			x	x	x
自分たちで持続可能な地域保健活動を促進していく全プロセスを文書に記録する			x		
19. 総費用（資機材・施設整備に係る費用）					US\$0.8M
20. 期待される外部投入と県レベルでの調整					
政府（中央と地方）が県のPHC委員会を再活性化する			x		
必要な人材、施設、経常予算を準備し、持続的に地域保健活動実施するという県政府の強い意志とコミットメント			x	x	x
ドナーが研修、監督、スタートアップ・キット、監督に必要な移動手段などを援助する			x	x	x

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

背景と本件の必要性

保健医療サービスに携わる各スタッフの才能や経験、地域の環境や疾病構造、及び、地域住民の文化や医療サービスに対する意識の違いによる地域差があるものの、いずれの県においても保健医療サービススタッフの再教育への需要と関心は高い。

各県に配属されている専門スタッフおよび技術スタッフの育成・配員は、保健省本省、ケニア・メディカル・トレーニング・カレッジ（KMTC）の管理下で行われており、さらに、キリスト教系ミッションでも補完的に育成を行っているが、県の管理下にはない。このような保健医療に関するスタッフの育成と配員に関して、各県は以下の点に責任を持つ必要がある。

- 1) 各県へ配置された後の専門および技術スタッフへの再教育の監督
- 2) 県保健管理理事会（DHMB）と各保健施設管理委員会メンバー（Facility Committee Members）能力開発のための指導と育成
- 3) コミュニティレベルのヘルス・ワーカーの教育と育成
- 4) 複数のセクターを越える活動を含む保健・衛生問題に関連する省庁や組織の職員の指導と育成

専門分野の知識を刷新していくための継続的な卒後教育の必要性はよく認知されているが、特に、医学の様に急速な変化と発展がみられる分野では、その重要性は極めて高い。過去十年から二十年間において、ほとんどの保健医療スタッフは、再教育を受ける機会を持っていない。特に、比較的簡単かつ短期間の基礎教育を受講したのみで農村地域に派遣されているスタッフへの再教育の機会が少ない。この結果、他の要因とも重なって、地方の保健医療サービスの水準の低下を招いている。

これまでに県で実施されてきた保健医療サービススタッフに対する再教育は、全て保健省本省で決定されたものであるが、各県ごとの調整はされず、また

断続的なものであった。また、大概の再教育は県レベルではなく、ドナー、ミッション及びNGO等によって開催されているが、それらのリフレッシュコースやエクステンションコースは、断片的であって、必ずしも保健医療サービスの質の向上には結びついていない結果に終わっている。この様な従来の保健医療活動に変化をもたらすには、適切な時期に再教育研修コースを受けることに加え、職務の分析と定期的な監督を、継続的に行っていくことが必要である。

保健改革政策との関連

保健改革政策の要点のひとつが「地方分権化」であり、これには県保健管理チーム（DHMT）、県病院管理理事会、ヘルスセンターやデイスペンサリーの保健施設管理委員会の創設にも深く関わっている。様々な地元のリーダー、専門家、ビジネスマンや引退した元公務員等がそれらの理事会や委員会のメンバーに選出されているが、彼等は責務に対するコミットはあるとしても、適切な研修もなされずに理事会や委員会の発展の為に効果的に責務を果たす能力があるかは疑問である。

効果を実現するためには彼等が「管理（マネジメント）」ではなく「適正な統治・行政（ガバナンス）」という自分達の果たすべき役割を承知することが必要である。また地域の様々な保健の問題に対し、どうすれば保健医療サービスによりそれらの問題の予防、軽減が可能となるかを知ることも必要である。

県保健管理チーム（DHMT）の能力強化

地元の様々なニーズに応えるために県の人材育成計画の決定責任は各県のDHMTが持つべきである。従ってまず初めにDHMTの能力強化が緊急の課題となる。DHMTが責任を果たしていく上でその能力向上と県の保健医療プログラムの実施の両面にわたって外部からの支援が必須である。

DHMTのマネージメントに関わる教育プログラムは既に様々な県で実施されており、県によりその成果も異なっている。それらのプログラムの評価と基準の設定を行い、調査対象地域の5県に適用されるべきである。また現在のところDHMTの能力向上への取り組みは、スタッフ、特に県保健医務官（DMOH）の頻繁な人事移動により、なかなか成果と結びついていないことに注意しなければならない。

県における既存の再教育プログラム

現在までは県内において包括的な再教育プログラムは無く、県外で行われてきた経験が若干ある程度である。最近、いくつかの県では県再教育コーディネーター（District Continuing Education Coordinators : DCECs）が選出され県内での再教育プログラムが開始されてきている。このDCECsは県パブリック・ヘルス・ナース、県パブリック・ヘルス・オフィサー、県ヘルス・エデュケーターなどの現職の県スタッフから選ばれ、保健省本省の再教育ユニットが運営する教育プログラムを受講する。このプログラムは、管理と指導方法に関する3回のワークショップ（各2週間）からなり、1年以上にわたって実施されている。この各県ではDHMT内にDCECsを長とする再教育副委員会が組織されており、対象地域の各県ではこの再教育プログラムの採用を考慮中である。

以上の再教育プログラムは専門、技術スタッフのみを対象としており、DHMBや保健施設管理委員会のメンバーへの指導や育成、コミュニティ・ベースの保健活動へのトレーニングには直接的に関係していない。

提案プロジェクトの内容

(1) DCECsの選出

各県で適当な人材を選出し、保健省本省でその訓練・研修を行う。

(2) 需要の予測

総合的な人材育成計画には、管理・実務及びコミュニティ支援の保健医療サービスに関わる全人材についての名簿とそれまでの訓練・研修歴の記録—教育診断書が必要である。

(3) 教育計画

様々な優先順位を考慮しつつ教育診断に基づき県の教育計画が策定される。教育計画は人材育成の全ての側面を統合したものでなくてはならない。

(4) 定期的な指導と監督

農村部の施設の定期的な指導と監督は再教育プログラムのキーとなる重要な活動である。これは現在までは断続的でおざなりであった。交通手段が無いことが主な理由であるが、訪問指導が最大効果を出すための監督者への指導、チェックリスト、適切な報告と記録の使用やオンザジョブ教育の提供などが必要である。指導を目的とする訪問はスタッフの能力向上のため、訓練が必要とされる業務での弱点を明らかにするためには不可欠である。

(5) 学習/指導教材

以上の現状把握を踏まえ、適切な研修の時間単位をデザイン（またはコピー）、教材の収集、ワークショップや再教育コースの企画を行う。ケニア全国予防接種プログラム（KEPI）やHIV/エイズ等の既存の全国保健医療プログラムで行われている現在進行中の研修との整合性を取る必要がある。

保健省の「教育・訓練の整合に関わる報告」（1997年7月人材育成計画ワークショップ）ではどうやって整合がなされていくべきかを提案しているが、この推薦を実施していくには各県のプログラムに対する本省よりの支援が不可欠である。

(6) 施設、機材と備品

多くの教育と育成の活動、特に指導とオン・ザ・ジョブ・トレーニングは特別な施設や資源がなくても

実施できるが、監督者はヘルス・ワーカーの職場を訪問する必要がある。このためには農村保健施設やコミュニティのプロジェクトへ行くための交通手段が必要である。交通手段無しでは人材育成の基本的部分である監督活動を頻繁かつ定期的に行うことはできない。交通にかかるコストは農村部での保健医療サービスの欠陥とその結果としての県病院の混雑のコストを照らし合わせ、均衡するものでなくてはならない。

研修等を行う際にはセミナー室が必要である。適切な場所は県内に探せないため、ワークショップや研修コースはコストの高いホテルを借りて開催される場合が多い（後述の「県研修センター」設立の提案を参照）。

ワークショップや研修の際には黒板、フリップ・チャート立てやオーバー・ヘッド・プロジェクター等の簡単な機器や備品が必要である。さらに題材によってはビデオテープにまとめられているものが多く、ビデオ機器とモニターがあればさらに有効であろう。書物での学習に興味を持つ人や可能な人を増やすために小さな図書室の設置も合わせて行うべきである。

(7) 再教育活動の実施

スタッフ、計画、教材と機材が備わればプロジェクトは始められる。DHMBの指導と育成は州医療専門官（Provincial Medical Officers: PMOs）事務所が支援している。その教育法はヘルスセンターとディスペンサリー委員会のメンバーに対する訓練向けに応用し、利用されることが望ましい。

専門、技術スタッフの再教育コースの内容は地元コンサルタントによって修正、応用していくことが望ましいが、県保健管理チーム（DHMT）が重要な役割を果たすべきである。コミュニティ・ベースの活動に関わる保健サービス・スタッフ、村落委員会、コミュニティ保健ワーカー、伝統的産婆等の人々への教育プログラムの開発は県プライマリー・ヘルスケア・コーディネーターと共に行うべきである。動機が与えられることと管理面の問題が解決されるこ

とで技術の習得だけでなく、良質の保健サービス提供へ結び付く可能性を期待する。

「県保健医療サービス研修センター設立」の提案

県研修センターの施設計画は、人材開発プログラムをダイナミックに発展させる重要なポイントである。最低限必要な施設は30人収容できるセミナー室、小さな勉強室兼図書室とDCEC用のオフィスである。さらに研修参加者用と教師/ファシリテーター用の宿泊施設を設置する場合、施設の価値と運営コストは増加するが、反面、維持管理上の問題が発生することが考えられる。

(1) 訓練・研修の必要人・日数

宿泊施設の利用率含めた研修施設の潜在的な需要について検討するために、県保健医療サービス従事者の人数に1年間の必要日数を掛けて、研修必要人・日数を試算した。政府系医療保健機関の専門および技術スタッフには2年毎に1週間相当の連続的な研修、あるいは1年間に3日の研修が必要である。理事会または施設委員会のメンバーには年間2日、コミュニティ活動を運営する人々には年間3日の研修とした。スタッフ人数を研修が必要な人数で掛けた研修人日は後述の表20.1のとおりである。

5県全体で年間合計 9,631人の人・日数となり、これに加え非政府機関（NGO）、民間と補助スタッフに対する研修必要日数も考慮する必要がある。各県の必要人日数の試算は需要の概算にすぎず、実現は必要資金の入手可能性次第である。

(2) 県研修センターの場所

県医療保健および関連スタッフとの会議で県センターの設定場所については以下の選択基準が最も適当であるとの合意を得た。

土地：十分な広さの土地が必要である。研修施設の設置に必要な土地は、宿泊施設なしの場合で約800m²、宿泊施設付の場合で約4,400m²とする（後で宿泊施設が必要となる場合を考え、スペースが確保されていることが望ましい）。

隣接施設：研修センターは研修参加者が予防接種、不妊手術、検診等のデモンストレーションを見学できるように、機能しているヘルスセンターに隣接していることが望ましい。

アクセス：適度に県の中心地または公共交通にアクセスできる場所が望ましい。

水と電気：宿泊施設付き研修センターには十分な量の水と電気の供給が不可欠である。

電話：研修センターの活動をスムーズに進めるためには、将来的には電話を有する必要があると考えられるため、将来電話を設置する可能性があること、或いは電話線がすぐ近くまで来ていることが重要である。

他の利用者：研修センターの稼働率をあげるために、保健医療のコースに使用されていない際は、他の省庁機関に貸すこととする。これにより、財政的にもセンター運営を補完することになると期待できる。但し、利用効率をあげるためには、センターの立地条件が重要であり、場所の選定が適切に行われる必要がある。

以上の提案を考慮し各県の利害の衝突を避けるためには、州医療専門官 (Provincial Medical Officer: PMO) が各県の開発委員会 (DDC) の最終承認を得るための提案書を作成するべきである。上記の選定基準をもとに各県のテクニカルミーティングでは研修センターの候補地として以下が推薦された。

県	場所	センターのタイプ
Kericho	Kericho	宿泊施設無し
Bomet	Kapkoros	宿泊施設付き
Nyamira	Keroka	宿泊施設付き
Kisii	Marani	宿泊施設無し
Gucha	Ogembo	宿泊施設無し

(3) 資金

人材の育成と維持の価値は給与コストとの関係で考えられる。現在、給与コストは保健省の予算の約70%に達している。監督を行っていないことと再教育の機会のがさが技術的なノウハウの著しい低下に結び付いている。これは支払われているスタッフの

び付いている。これは支払われているスタッフの給与に対し、便益が相対的に低いことを意味する。

必要な財源：研修センターの建設に必要な資金は試算では宿泊施設無しの研修センターで17万米ドル、宿泊施設付きで67万米ドルである。宿泊施設無しの研修センターの運営は比較的簡単で各県のDCECsにより実施が可能である。そのコストは小さいものであり施設の日中の使用料収入でまかなえる。これらのコストはすべて利用者負担金でまかなわれるべきである。

宿泊施設付きの研修センターの運営、特に施設が事業ベースで運営される場合には、マネージャーや調理、清掃、メンテナンスや警備などの常勤のスタッフも必要であろう。農村医療保健訓練センター (Rural Health Training Centres: RHTCs) ではワークショップ、セミナーの開催には一日一人当たり800ケニア・シリング (未就業学生の研修にはそれより低額) を請求している。このような機関が長期的に維持可能かどうかは利用率と管理の効率に大きく影響される。

財源：必要な財源は1) 利用者負担、2) 保健省の国家プログラム、3) 施設貸出しによる収入創設と4) 外部からの援助資金からなることを想定する。

(4) 運営と維持管理

(保健施設の管理委員会と似た) 県研修センター管理委員会が創設される必要がある。この委員会は運営と維持管理に責任を持つ。地元スタッフを任命し、施設の財政運営を行い、責任説明性と透明性を確保するように手続きを行う。実際はプログラム運営の効率化のためにはサービスの運営は有能ないくつかのNGOに委託して行うことも考えられる。資源の経済的な利用をはかるため、就業前の教育・研修を行っている地元のKMTCsやNGOといった他の研修機関との協力を行う。

実践に向けて

(1) 期待されるドナーの貢献と協働

県研修センターの計画と建設にはドナーの支援が必要である。またセンター自身が維持管理可能になるまで初期的な支援が必要である。保健省の再教育ユニットを支援しているSIDA（スウェーデン国際開発省）、また全国医療保健プログラムを提供している国連児童基金（UNICEF）、米国国際開発庁（USAID）、世界銀行（World Bank）等の継続的支援が必要となる。支援内容はDCECsの研修、研修への需要の評価、適正なカリキュラムの開発、教材の収集である。またAMREF、アガカーン保健医療サ

ービス基金より保健省や県へ行われている支援やJICAのKMTCへのプロジェクト技術協力の拡充等も統合して考慮する必要がある。特にDCECsの研修支援、医療保健サービスの管理職およびコミュニティ保健ワーカーの研修に支援を行うべきである。

(2) プログラムの連携

当プロジェクトは今調査での全提案プロジェクトの基礎となるべきものであり、全プログラムの成功と維持可能性は当プログラムに左右されよう。保健省本省では再教育ユニットが新たに任命されたDCECsの教育・研修を担当し、彼等の研修後も適切な支援を行う。また県のプログラムが予防接種、HIV/AIDS等の全国保健医療プログラムの研修と統合されていく必要がある。

表20.1: 研修に必要な年間人日数の試算

(1) 公的医療保健施設（保健省）の専門、技術スタッフ

	Kisii	Gucha	Nyamira	小計	Kericho	Bomet	小計	合計
医療保健スタッフ数	590	105	438	1,133	632	264	896	2,029
研修必要 人・日数	1,770	315	1,314	3,399	1,896	792	2,688	6,087

(2) 公的医療保健施設（保健省）理事会と施設委員会

	Kisii	Gucha	Nyamira	小計	Kericho	Bomet	小計	合計	
理事会と施設の委員会の数									
県病院理事会		1	1	1	3	3	1	4	7
県理事会		1	1	1	3	1	1	2	5
ヘルスセンター委員会		7	7	9	23	9	7	16	39
ディスペンサリ委員会		19	13	15	47	49	37	86	133
理事会/施設委員会の合計数		28	22	26	76	62	46	108	184
理事会/施設委員会メンバーの合計数（平均8人/各委員会）		224	176	208	603	496	368	864	1,472
研修必要 人・日数		118	352	416	1,216	992	736	1,728	2,944

(3) コミュニティベースの保健スタッフ

	Kisii	Gucha	Nyamira	小計	Kericho	Bomet	小計	合計
コミュニティベースの保健スタッフ	40	40	40	120	40	40	80	200
研修必要 人・日数	120	120	120	360	120	120	240	600

(4) 研修必要人・日数

	Kisii	Gucha	Nyamira	小計	Kericho	Bomet	小計	合計
(1)~(3)の合計	2,338	787	1,850	4,975	3,003	1,648	4,656	9,631

注意:

- (1) 各スタッフが2年毎に1週間の研修を受けると仮定（例：年間に3日）
- (2) 理事会/施設委員会の各メンバーが年間に2日の指導と研修を受けると仮定
- (3) コミュニティベースの保健スタッフが年間に3日の研修を受けると仮定

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

1. プログラムNo. P-5		2. プログラム名 県保健医療サービススタッフ再教育プログラム																																																									
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. 裨益者 5県の保健医療サービススタッフ全員		5. プログラム実施期間 5年																																																							
6. 実施機関/組織 県保健管理チーム (DHMT)			7. レベル 基本	8. 優先性 高い																																																							
9. 目的 (1) 各県において持続可能な再教育システムを構築する (2) 保健医療サービススタッフ全員に適切な研修の機会を提供する																																																											
10. プログラムの正当性 - 保健医療スタッフ：サービス（健康促進、疾病予防、治療）の質の向上が必須 - 県保健管理理事会と施設管理委員会：保健医療サービスのガバナンスについての指導と発展が必要 - コミュニティヘルスワーカー：人数の増加と質の向上が必要																																																											
11. 期待される成果 - 県の再教育コーディネーターの任命による明確化と訓練 - 県の計画の策定 - 再教育プログラム用の施設、機材と教材の提供 - 適切な監督活動のための通信、交通手段の提供			12. 評価指標 - 県の再教育コーディネーターの任命と訓練数 - 再教育プログラムの計画策定実績と入手可能な教材 - 再教育研修センターの建設と機材、備品の調達 - 研修を受けた人数																																																								
13. 外部条件/前提条件 - 地方分権化のプロセスが進行する（管理理事会と施設管理委員会の任命がなされる） - 県が再教育コーディネーターを任命し、再教育活動の責任を負う - 保健省の全国規模の研修プログラム（例、ケニア全国予防接種プログラム）と県の再教育プログラムとの協調が行われる - 県保健管理理事会、コミュニティ、研修生がプログラムを支援し、受益者負担金が増加する																																																											
14. プロジェクト間/他セクターとの連携 保健省の再教育ユニットと全国垂直保健医療プログラムユニット間の連携、再教育が必要または供給している県内のNGOとコミュニティベースの組織間の連携			15. 調整すべき関連機関/組織 ドナー（例、SIDA、DANIDA）、国際機関（例、UNICEF、UNFPA）、国内の機関（例、AMREF）、KMTC、他の再教育を提供している機関																																																								
16. 主な活動																																																											
17. 主要な投入																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>人材</th> <th>資機材</th> <th>施設</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>再教育コーディネーターの研修</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>保健医療サービススタッフ、管理理事会、施設委員会、コミュニティヘルスワーカーなどのニーズのアセスメント調査</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>保健医療サービススタッフ、管理理事会、施設委員会、コミュニティヘルスワーカーなど研修プログラムの準備</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>再教育プログラムのモニタリングと評価の設定</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>県の監督スタッフの研修と監督スケジュールの設定</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>適切な交通と通信の手段の確保</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>定期的な再教育活動の開始（監督活動を含む）</td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>再教育研修センターの場所の確定</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>再教育研修センターの建設と機材、備品の供給</td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>評価調査の実施</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						人材	資機材	施設	備考	再教育コーディネーターの研修	X				保健医療サービススタッフ、管理理事会、施設委員会、コミュニティヘルスワーカーなどのニーズのアセスメント調査	X				保健医療サービススタッフ、管理理事会、施設委員会、コミュニティヘルスワーカーなど研修プログラムの準備	X				再教育プログラムのモニタリングと評価の設定	X				県の監督スタッフの研修と監督スケジュールの設定	X				適切な交通と通信の手段の確保		X			定期的な再教育活動の開始（監督活動を含む）	X	X			再教育研修センターの場所の確定	X				再教育研修センターの建設と機材、備品の供給		X	X		評価調査の実施	X			
	人材	資機材	施設	備考																																																							
再教育コーディネーターの研修	X																																																										
保健医療サービススタッフ、管理理事会、施設委員会、コミュニティヘルスワーカーなどのニーズのアセスメント調査	X																																																										
保健医療サービススタッフ、管理理事会、施設委員会、コミュニティヘルスワーカーなど研修プログラムの準備	X																																																										
再教育プログラムのモニタリングと評価の設定	X																																																										
県の監督スタッフの研修と監督スケジュールの設定	X																																																										
適切な交通と通信の手段の確保		X																																																									
定期的な再教育活動の開始（監督活動を含む）	X	X																																																									
再教育研修センターの場所の確定	X																																																										
再教育研修センターの建設と機材、備品の供給		X	X																																																								
評価調査の実施	X																																																										
19. 総費用（施設及び機材のみ）				US\$2.07M																																																							
20. 期待される外部投入と県レベルでの調整																																																											
保健省の再教育ユニット（ドナーの支援と合わせ）が県再教育コーディネーターの研修を行う																																																											
県再教育コーディネーターが研修機会を得て、教材が与えられる																																																											
県再教育コーディネーターと他の機関（例、AMREF、Aga Khan等のNGO）が再教育プログラムについて協調を行う																																																											
ドナーが研修センターの建設、機材を支援する																																																											

JICA