ANNEX

プライマリ・ヘルスケアプロジェクトを実施するためのガイドライン

1. プライマリ・ヘルスケア（Primary Health Care: PHC）とは

（ＰＨＣの定義については、第１部　第２章の「保健システムにおけるＰＨＣの意義」に記載したので参考にされたい。）

1978年、WHOとユニセフが共催して、アルマ・アタで開催された世界会議でプライマリ・ヘルスケア(ＰＨＣ)が宣言されたが、ＰＨＣの目指すところは以下の通りである1)。 即ち、先進国と発展途上国の間、また、同じ国の中にも存在する（富める者と貧しい者の間の）健康度の不平等は政治的にも、社会的にも経済的にも受け入れることができない。従って、社会正義の精神ですべての人々に健康をもたらすよう国際的に目標を掲げるべきである(Health for All by 2000)。従って、ＰＨＣは、社会経済的に困難な環境にある人々の問題に優先順位を置く。ＰＨＣは、方法論、アプローチであって、プログラムそのものではない。ＰＨＣを確立することによって、以下に示すような垂直プログラムをより効果的に実施できる。また、同時に各プログラムを発展させる過程でＰＨＣを整備することによって、他のプログラムも効果的に実施できるという面がある。選択的ＰＨＣと包括的ＰＨＣを対立させるのではなく、最初は効果を明らかにするために選択的ＰＨＣのプロジェクトで始めても、そこに留まらず、段階を経て包括的ＰＨＣを目指すべきである。ＰＨＣが提唱され始めた1980年頃は、以下に述べるようなＰＨＣのインフラストラクチュアの整備が進まないまま、地域の自主性のみが強調されすぎ、社会運動や精神論に近かった。だが、現在はdistrictまた、それより高次からの適切なサポート及び指導、マネージメントが必要であることが再認識されるようになった。従って、今後は、ＰＨＣは、統合されたリファーラルシステムで支えられて、包括的ケアの向上へと進むべきである。

2. ＰＨＣプロジェクトの２つの要素

(1) ＰＨＣレベルでの保健対策

ＰＨＣの対象としては、次のようなものがある。これらひとつひとつの項目は通常、垂直プログラム（vertical　programme：これらは国家プログラムとして、行政の各レベルにおいて、記録、報告方法、評価指標などが細かく定められており、各プログラムが独立して、完結しているという意味で使用されることばである。語の響きとして、他のプログラムと無関係に実施されるという

懸念が表されている）として確立している。

① その地域に蔓延する疾病の予防およびコントロールに関する健康教育。
② 食料の提供および適切な栄養の推進。
③ 十分な安全な水と基本的なトイレ。
④ 母子保健（家族計画を含む）。
⑤ 主な感染症に対する予防接種。
⑥ 地域に蔓延する疾患の予防およびコントロール。
⑦ 通常見られる疾患および傷害の適切な治療。
⑧ 必須薬品の供給。

さらに最近の動きとして、アフリカで上記に精神保健と歯科保健を加えることが提唱されている。

従って、これらの異なるプログラムを地域でいかに統合させていくかが、ＰＨＣの主な機能である。そして、また、ＰＨＣを成功させるには、以下に述べるＰＨＣのインフラストラクチュアの整備が必須である。

地域保健におけるディストリクトの位置

途上国の地方自治システムは国によって異なり、さまざまな行政単位があるにもかかわらず、近年「地域保健」を論じるときにもっぱら、Distrrict Health が取り上げられるのはなぜだろうか。英国において District は中世以来の自治都市の流れをくみ、地域で選出された Council が立法権と執行権を有し、その委員会が行政各部を指揮監督する。自治体の事務権限は保健、環境衛生などいくつかの分野に限定されている。

近年、途上国における保健の地方分権化（decentralization）の動きのなかで、District Health Management Team の強化がうたわれるのは、ディストリクトが住民の直接手の届く自治体である、との前提に加えて、医師が常駐する病院施設の最前線であることが根拠となっている。それより上部の Province(Region, State 等と呼ばれることもある。)は中央からの出先に過ぎないとして、地方分権化の文脈では軽視される傾向にある。

以上は「英米式」の地方自治体制であるが、仏語圏アフリカやラテンアメリカでは、フランスやスペインに見られる「大陸式」の中央集権の伝統を継承し、すこし様子が異なる。規模からして英米式の District に当たるものはスペイン語の Municipio、フランス語の Cercle, Arrondissement, Commune（市町村あるいは郡と訳されることが多い）などであるが、行政的にその上位の Department (o), Prefecture, Region（県と訳されることが多い）に隷属する。District よりは広範囲な事務事業の執行を行う。知事（Prefet, Gobernador, etc.)は通常中央から派遣され、英米式の District に比べて自治権が弱い。

これに加えて Arrondissement/Municipio のレベルでは病院が整備されていないということもあり、District Health System に相当するものをこのレベルで整備しようという構想は、仏、西語圏ではあまり一般的ではない。中南米で PAHO が提唱した SILOS (Sistema Integral Local de Salud)は上位の Departamento レベルにほぼ一

致している。
以上のように国により、あるいは時代によって保健医療行政の地方分権化の単位が異なるので、調査は慎重に行わねばならない。当該国の地方行政単位を安易に日本の用語（県、郡、市町村など）に翻訳するのは危険である。例えば District の保健関係の予算、人事、施設管理などの権限のあり方が、日本の県や郡、あるいは市町村とも異なり、中央から出向している保健行政官の人事権を、最終的に誰が握るのか、診療所の備品を調達する仕組みはどうかなど、具体的事実に基づいて調査することが望ましい。国によっては一般行政とは別に保健行政の地域割を定め、Health District と呼ぶこともあるので、注意を要する。

（山形　洋一）

(2) ＰＨＣのインフラストラクチュアの整備

(a) District Health System との関係

行政レベルとして、district レベルが、地域（ＰＨＣレベル）からのニーズ（需要）が上がってきて、国からの方針や予算（供給）と合うところであり、活動を調整し、政策決定するレベルある。district レベルには、専門の保健スタッフが常駐して、プログラムの実施主体となったり、あるいはプログラムを監督する責任母体ともなる。ＰＨＣを実施する地域が属する district の行政官や政策決定者が district 全体を見ながら、District Health System として、ＰＨＣを支援する体制が必要である。

(b) district レベルの人材養成および訓練

ＰＨＣを支援する district レベルの保健行政スタッフに対してまず、一般的なプログラムマネージメントの訓練を実施する。例えば、プログラム一般の事業の政策決定、計画、実施および評価の方法を指導する。

(c) District hospital との関連

例えば、母子保健や感染症対策では、特に district hospital の人材養成および病院の整備が必要になる。例えば、小児の下痢対策や肺炎対策のプロジェクトの際には、district hospital の医者に対して、専門家として２次医療を提供し、ＰＨＣスタッフを指導できるよう、また、district hospital における診断、治療、健康教育の内容がＰＨＣレベルでの方法と整合性を持つように訓練しなければならない。

(d) 地域における財政的基盤

district レベルからの支援を確保すると同時に、住民主体、住民参加という方向で、地域で保健医療事業に利用てきる財源・予算・基金などを確保し、また、その基金等を運営できる能力・組織を開発・育成する。

(e) 施設の整備

最前線の保健施設（dispensary, health post, health station）などを建設する。

(f) 狭義の社会インフラの整備

地域内、地域間のをよくする為のアクセスのための道路、橋等の整備。井戸、トイレ、学校、その他の公共施設を建設する。

(3) ＰＨＣの事業内容

(a) 人材養成

各コミュニティーにおける人材養成を実施する。例えば、伝統的産婆(traditional birth attendants, TBA)の再訓練やヘルスボランティアの養成など。

(b) プログラムに関する訓練

地域の保健施設のスタッフおよびボランティアに対する予防接種事業、家族計画、感染症対策などの各垂直プログラムに関する訓練。

(c) プログラムに関する健康教育

上記のプログラムに関する一般の人々への健康教育。

プロジェクトにおける IEC の活用事例

現在、JICA プロジェクトは多くの IEC 教材を活用中であるが、いくつかを紹介する。映画やビデオフィルムの活用例としては Mobil Service がある。映写機やビデオ機器を積んだ車両で、電気のない地域や他の情報源が少ない地域に巡回し、情報提供をするという活動である。ソフトウェアーは家族計画や予防接種を勧めるものであったり、娯楽のない地域では娯楽フィルムや子供用にはアニメーションフィルムを併せて上映し、住民の参加率を高めている。

また、村内での自分達の活動を収録し上映会で紹介したり、他の地域での活動の比較をしたり、住民の参加を重視した活動展開も可能である。これは、IEC 活動の情報共有例として有効な使用方法である。かつてはタイがこの方法を採っていたが、テレビやラジオの普及に従って減少した。インドネシア、フィリピンなど一回で千人以上の住民参加も見られ高い評価を受けている。

プロジェクトの啓発ポスターとカレンダーの配布は多くのプロジェクトで実施されているが、医療保健メッセージとプロジェクト広報の２つの効果がある。開発途上国では、保健所などでも手作りのカレンダーが多く使われており、活動予定を記載したカレンダーの効果は意識の向上に高く繋がる。メッセージをイラストレーションに集約し、ポスターを配布することも非常に有効である。ビデオフィルムの制作は、学習対象者人口の拡大や非識字層にも有効である上、どの地域にも同じ情報を広く普及でき、活動の紹介などにも役立つ。最近では、保健所や病院などの待合室でビデオフィルムを流し、全患者を対象に知識の普及を実施している国もある。インドネシアでは健康優良児コンテストや家族計画メッセージソングを募集し、集

会で歌による学習やキャンペーンに利用したりしている。地域の住民と健康をテーマとした寸劇を演ずるグループも多くあり、アジア地域ではよく見受けられる。多くの JICA プロジェクトで見られる手法では、研修時の資料にロゴを使用したり、キャンペーンではロゴ入り T シャツを配布をしている。その他、プロジェクト毎に多様な工夫がなされている。

今後、保健医療分野での IEC の利用は益々拡大するものと思われる。既に IEC だけをを中心とした、プロジェクトも長い活動をしている。今後の課題として、IEC 専門家だけではなく、各分野の専門家も教育手法としての IEC を学ぶべきである。JICA が専門家の教育手法としての IEC を普及、支援する形での学習が望まれている。

（佐藤　善子）

(4) ＰＨＣ独自の活動

地域開発に共通のものである。例えば、事業や活動を推進するための住民の組織づくり。住民の自立性を高めるための所得をふやすためのプログラム。民芸品つくり、裏庭菜園、家畜の飼育など。

3. ＰＨＣプロジェクトの選び方

(1) プロジェクトとしてのプログラムの選び方

最近、強調されてきているように、従来の相手国が申請したきた内容を吟味する申請主義から、その国にとって重要であり、効果的であると思われるプログラムを提案するオファー方式へと変えていく必要がある。次にプログラムを選ぶ時には、地域で実施できる、即ち、公衆衛生対策が確立している、その国の最も大きな健康問題を取り上げるべきである。そして、決してＰＨＣのインフラストラクチュアづくりだけ、即ち、人材養成だけに終わってはならない。実際、どの国際機関も何らかの最終保健効果の現れるプログラムを実施することを目指している。とくに、予算の大部分を寄付に頼っているユニセフは、対象疾患や事業の種類を絞って、結果を定量化しやすい活動に集中して実施している。一番、分かりやすいのは「guinea worm disease の根絶」、「新生児破傷風の根絶」、「妊産婦死亡率の半減」、「５歳未満小児の死亡率の３分の１の減少」、「すべてのコミュニティーへ安全な水の供給」、「80%の子供が小学校を卒業する」などである。このように、まず、効果を評価できる対策を選定することが重要である。

(2) プロジェクトの評価

プロジェクトは、一定の期間が過ぎれば終わる事業であるから、明確な目的

を掲げて、終了時に、発表できる成果をあげる必要がある。例えば、疾病対策であれば、目的は、その疾病による死亡率や罹患率を減少させることである。次に目的を達成したかどうかを判断するために目標を設定する。目標としては、例えば、2000年までに「ポリオを根絶する」とか、「乳児死亡率を３分の１減少させる」、「結核患者の治癒率を85%にする」、など時期と数量に関して明確な設定を行う。そして、このような結果指標を得るためには事業を通じてデータを収集したり、特定の指標を記録・報告するために、サーベイランス体制が確立している必要がある。そうでなければ、地域での特別な調査が必要である。また、結果指標だけでなく、事業の中間指標も有用である。中間指標とは、例えば、拡大予防接種事業では、「予防接種率」であり、家族計画では、行動変容を測定する「避妊法の使用率」であり、それぞれ、地域での調査方法が国際機関によって、測定方法が開発されている。

その他、事業を実施した限りは、何人訓練したとか、何人健康教育を受けたという人数を、事業実施量として出すことができるが、これだけでは、予算をどのように使用したかという報告にしか過ぎないので、前述した２つの指標と組み合わせて、はじめて意味を持つ。

ところで、WHOは定期的に発行している各プログラムを紹介している出版物「Programme of Work」の中で、各垂直プログラムについて、疾患の状況、目的、目標、事業内容などを記載している。それをレビューして、プログラムとして、科学的手段が確立しており、効果が確実に把握できるもの、すなわち、結果指標や中間指標が確立しているものを、ＰＨＣプロジェクトの課題として検討することが有意義である。

以上、プロジェクトの評価方法として、客観的指標について述べたが、数字には現れない効果も勿論ある。その際には質的評価をするしか方法はない。その方法論の一つとして、Participatory Action Research がある。例えば、あるプログラムについて、住民と保健スタッフが一同に会して、ワークショップを開催し、自由に意見を述べ合い、数字では現れないプロジェクトの効果を話し合い、その結果を記録に残して評価とすることができる。

Project Cycle Management (PCM)手法におけるプロジェクトの評価

ここで言う「評価」とは、実施中のあるいはすでに終了したプロジェクトに関して、実施の状況や達成された結果、プロジェクトの効果に焦点を当てて調査し、プロジェクトの計画内容の修正や新規案件の立案に役立てたり、教訓を引き出したりすることを言う。また「評価」はプロジェクトマネージメントの手段の一つであり、その実施には以下の３つの目的がある。

1) 実施期間中のプロジェクトマネージメントの質や効率を改善する。

2) プロジェクトへの公的資金の投入に関する説明責任(Accountability)を保証する。
3) プロジェクトの実施過程からの教訓や学習すべき事項をプロジェクトの計画、実施、評価担当者をはじめカウンターパートを含めたその他の関係者に提供する。

その実際はプロジェクトの目標達成の度合を計る過程であり、プロジェクトの計画段階で策定されたProject Design Matrixのプロジェクトの要約（上位目標、プロジェクト目標、成果、投入）をもとに評価サマリーを作成し以下の５項目について詳細な検討を行う。

効率（Efficiency）:
投入がどれだけ効果的に成果に転換されたか

有効性（Effectiveness）:
プロジェクトがどれだけその目的を達成したか

インパクト（Impact）:
プロジェクトを実施した結果、どのような正・負の変化が直接・間接に現れたか

妥当性（Relevance）:
プロジェクトの計画は妥当であったか、プロジェクトの目標は今後も適切であるか

効果の持続性（Sustainability）:
援助終了後、被援助国の機関・組織がどれだけプロジェクトの正の効果を維持することができるか

なお、上記の調査は常に政策、技術、社会文化、組織制度、財政、環境等の横断的な開発課題を念頭におきながら進められる。

注：ＰＣＭ手法とは、開発援助プログラムの計画、実施、評価という一連のサイクルをProject Design Matrix（PDM）というプロジェクト概要表を用いて運営管理する手法である。PDMにはプロジェクトの構成要素である「上位目標（Overall Goal）」、「プロジェクト目標（Project Purpose）」、「成果（Outputs）」、「活動（Activities）」、「前提条件（Preconditions）」、「外部条件（Important Assumption）」、「指標（Verifiable Indicators）」、「指標データ入手手段（Means of Verification）」、「投入（Inputs）」の論理的な相関関係が明示されている。なお、同手法はPDMを中心とした参加型計画手法（Participatory Planning）とモニタリング・評価手法（Monitoring and Evaluation）から成り立っている。

（平田　祐二朗）

4. ＰＨＣプロジェクトの戦略

過去においてＰＨＣプロジェクトが大きな効果をあげなかった理由として、主に次の３点が考えられる。(1)地域の自主性を重んじる余り、districtやprovince levelからのサポートや指導を軽視しがちであった。(2)地区組織づくりなどのＰＨＣのインフラストラクチュアづくりだけに終始したために、定量できる効果を発表できなかった。また、(3)各事業間の連携が十分でなかった。これは、上述したようなＰＨＣ全体の枠組みを十分理解せずに実施したことによる。従って、今後は、特に以下のことに留意すべきである。即ち、(1)

その地域においてまず、重要な健康問題を同定し、効果が期待できる適切かつ、確立した国家垂直プログラムを選択する。(2)その際、必ず、定量できる目的、目標を設け、プロジェクト終了時に客観的評価が可能なものにする。(3)従って、垂直プログラムとＰＨＣを結びつける努力が今後一層、重要になってくる。(4)一つには、ＰＨＣ地域を支えるための、district および province level の programme management の責任者の訓練をして、各プログラムが技術的、予算的にも十分支援されることを確立する。(5)そのためには、母子保健、予防接種事業、マラリア対策、結核対策のようなプログラムを導入した後には、それらが共有すべき活動、記録、報告、supervision や必須医薬品などを整備していくことによって、保健サービスを統合していくかを常に目指していく必要がある。(6)そして最後に、各プログラムが、ＰＨＣレベルで十分効果を発揮するためには、限られた地域の人的、財政的資源が効率良く、共同利用できるようにボランティアの組織づくりや財政運営組合の設立や所得を上げるプログラムなども平行して実施していくことが重要である。

5. ＰＨＣプロジェクト・チームの専門家の構成

プロジェクトの専門家の構成メンバーとしては、内容に応じて、衛生行政、公衆衛生（医師）、結核、マラリアなど疾病、母子保健、栄養などの対策（医師、看護婦、栄養士）、健康教育、地区組織づくりなどの地域保健（保健婦、社会学者、教育学者）、環境衛生（衛生工学）、医療経済（経済学者）など、多岐に渡った専門家が必要である。

さらに今後は、ＰＨＣプロジェクトのために、地区診断、企画および計画、実施、マネージメントおよび現地でコミュニケーションが十分できる資質および能力を有する専門家としてのＰＨＣプログラム・マネージャーが必要とされる。

6. ＰＨＣプロジェクトを始める際の手順

(1) 現地調査前

＊国のＰＨＣに対するコミットメントの評価

当該国が保健にどれだけの予算を割いているか、例えば GNP や全予算の何％であるかを見る。国が保健対策を重要視しているかどうかの指標になる。また、将来、プロジェクトが成功した暁に、自ら予算を組んでプログラムを継続するかどうかの目安となる。国の方針として、ＰＨＣの整備に重点を置いているという政策文書、例えば保健５年計画などがあることが望ましい。

＊プロジェクトとする事業の選定

またプロジェクトの内容については、乳児死亡率が出生1000対150で、平均予防接種率が50%に満たない国では、プロジェクトを実施した際には、効果がすぐには現れないことを予想して、実現可能な目標を設定することが、必要である。例えば、乳児死亡率を下げる（保健活動の最終的な効果）のではなく、予防接種率を上げること（保健活動の中間指標）がまず、達成可能な目標である。また、地域でのヘルスユニットをまず、建設することが目標であるかも知れない。

(2) 現地調査（事前調査）この間、全体で２年間が必要である。

(a) 短期の調査（１ヶ月程度）

現地での情報収集・現状分析・優先度の高い問題および対策の同定当該国で、まず、国レベルで既存資料から得られたものと同様の指標を中心に情報を収集し、既に、現地調査前に収集したデーターとの比較検討を行う。特に差がなければ、データの収集方法の信頼度、「問題の代表度」などを検討する。例えば、死亡率などは過去のサーベイの結果にもとづいて推計している場合が多いが、それが妥当かどうか、現在にもあてはまるかどうかを議論する。例えば、一般の人々からのアクセスが悪く、第３次医療を提供している国立病院の入院患者の中の死亡数が使用されている場合があるが、その場合は新生児死亡の原因でも、先天性異常が多かったりするが、それは、全国の新生児死亡の傾向を反映していないことの方が多い。また、サーベイが過去に実施された場合は、10年以上も前であれば、今も同じ状況であるかどうかは吟味する必要がある。また、地域が偏っているかも知れない。

次に全国レベルの各プログラムの活動状況について調査する。即ち、活動から得られた各疾病毎の疫学情報を手に入れる。例えば、肺炎、下痢、マラリア、結核、住血吸虫、デング熱、妊産婦死亡などについての死亡率、罹患率、患者登録率、報告数など。続いて、プログラムを実施するための人員および予算、特に治療のための薬剤費。そして、政府サービスの組織図および医療施設数、私営医療の施設数などを把握する。

次に代表的なprovince、districtおよびＰＨＣレベルを訪問し、主なプログラム活動について、国レベルと同様の調査を行う。特にdistrictおよびＰＨＣレベルにおいては、政府担当官、最先端の保健スタッフおよび住民が感じている優先順位の高い保健問題を議論する。情報を収集し終わると、国レベルに帰り、国の担当官らと議論し、優先度の高いプログラムを選定すると同時に、必須医薬品プログラムなどの共通のプログラムや教育支援や組織づくりなどＰＨＣ独自の活動について議論する。優先度の高いプログラムを選定する際には、

各疾患について、公衆衛生的問題の大きさの同定、即ち、死亡率、罹患率、障害の大きさ、保健医療機関への負担などと、対策の効果、効率を考慮して、どの疾患対策が最も導入するのに相応しいかを検討する。

(3) (地理的) Pilot area の決定

当該政府と合意して、新しいＰＨＣプロジェクトを開始する際には、通常、Pilot area を設けて、1-2 年、実験的に実施し、できるだけ多くの具体的問題の経験をし、解決方法を得てから全国に拡大していく。与えられた疾患対策のＰＨＣ Package を導入する district を選定する条件として、次のような項目が上げられる（但し、必須ではない。）

(a) 精度の高い、モニターが容易に実施できるように、中央からの地理的アクセスの良い所。車で 2 時間以内であれば、日帰りができる。
(b) 人口は 10-20 万程度とし、district の全域に広げ、できるだけさまざまな環境で実施する。(例えば、１つの district の中にも都市部と農村部、比較的豊かな地区と貧しい地区とがある。)
(c) 当初は困難が予想されるので、記録・報告・解析を正確にするだけでなく、プロジェクトを常に推進する意欲があり、問題解決もできる優秀な担当スタッフの存在が必須である。
(d) 当該疾患がある程度、蔓延している地域を選ぶことによって、人々の高い関心も得られ、活動の成果も明らかにできる。
(e) 基礎的な保健医療機関が存在して、必要な対策が保健スタッフを通じて実施できる。
(f) そして、最後に地域での住民主体の活動が盛んなことである。
(g) この他に、コミュニティーと district level での capacity building に関する内容を決定する。

(4) Pilot area での field survey の実施

目的によって、次のような調査方法がある。

(a) Household survey

対象地域について、通常、サンプリングとしての精度はやや落ちるが、効率良いクラスターサンプリングが予防接種の接種率の推計など、その他に用いられる。即ち、対象地域の村を無作為に選び、選んだ村については、例えば、10 軒目ごとに面接調査を行う。死亡率の survey は、統計的に有意義な率を推計するためには、対象者が多く必要なため、最も頻度の高い乳児死亡率の推計をするのが、せいぜいである。通常、肺炎や下痢などの急性疾患の罹患率や慢性疾患の有病率調査に利用される。さらに病気になった時の行動など、医療施設

の利用状況などについても調査を行う。病気に対する一般的知識、態度、行動(Knowledge, Attitude, Practice;KAP)について質問することもかつてはあったが、「はい」、「いいえ」などの応答形式の質問では、正確な答えが得られないことから、最近では、下にのべるFocused ethnographic studyが用いられる方が多い。

(b) Health facility survey on doctors and patients knowledge and practice on diseases

訓練した内容を実際の場で、実践しているかを確かめるために、保健施設に観察者が訪問し、診療の内容、健康教育の内容を観察し、また、診療を終えて出てくる患者に質問して、健康教育の内容をどのように理解したかを確認する方法論である。比較的、客観的データがとりやすいが、観察されているために、通常とは違う行動をする可能性もある。また、国によっては、調査方法が受け入れられず、保健スタッフの同意が得られないことも考えられる。

(c) Focused ethnographic study on disease concept of people

6-8人の人、例えば主婦に集まってもらい、ある疾患についての理解や伝統的治療方法について、質問し、自分たちで議論しながら、いろいろと意見を出し、情報を得る方法である。各人が自由に話せるため、比較的正確な情報が得られやすく、健康教育の基礎資料に用いられる。

(d) Interview with health staff of health facilities and administration on knowledge and attitude

特に、現在の保健活動の問題、解決法、そして活動の評価について、直接、活動に関わっている保健スタッフと面接して意見を聞く。問題に対する動機づけや優先度も知ることができる。また、住民の意識とのずれが明らかになることもある。

(e) Review of the current programme implementation

手に入る行政資料で、問題と活動内容をつき合わせて検討し、改善点や解決法を探る。

7. ＰＨＣプロジェクトの実施

プロジェクトの対象疾患、事業内容が選択された場合、その後は次のようにして実施していく。

(1) 目的の明確化および目標の設定

最初に行うことは、目的の明確化および目標の設定である。国家保健計画の中には、多くの場合、項目ごとに目標が立てられているので、それを国レベルで確認する。例えば、事前調査で、結核、マラリア、下痢対策および家族計画をＰＨＣの対象疾患に選ばれ、結果目標としては、「結核の治癒率を現在の40%

から 75%に上昇させる。」「マラリアの罹患率を半減させる。」「下痢による５歳未満の死亡率を半減させる。」また、中間指標として、「避妊法の実施率を 20%から 50%に増加させる。」などが上げられているとすると、それを採用する。それがなければ、検討した範囲で実行可能、しかも最高のレベルの目標を立てる。そして、その目標に沿って、ＰＨＣおよび district level にふさわしい成果目標を設定する。

(2) 計画

国、province, district, 地域のそれぞれのレベルでの計画を各レベルの担当者と共に実施計画を立案する。各垂直プログラムの実施案の内容には、保健スタッフの訓練、ボランティアの訓練、住民および患者の健康教育、訓練および健康教育のための教材、資料作成、薬剤や器具の供給計画などが含まれる。さらに、モニタリングおよび評価のための指標を選択し、そのための記録、報告方法および supervision の方法および回数を議論する。

ＰＨＣのインフラづくりが必要な場合は、内容に応じて、国、province, district のそれぞれのレベルで議論するか、地域での議論を中心にするか自ずから決まってくる。例えば、下痢症対策の一環として、井戸やトイレづくりなどの環境衛生が含まれる際には、上部の行政機関との議論が必要である。また、ＰＨＣ保健施設を建設する際も、必須医薬品プログラムと連携する際などにも上部の行政機関との議論が必要である。そうではなく、施設、設備、人材が整っており、ＰＨＣ保健施設の利用を高めるだけなどであれば、地域内の活動だけで十分である。

(3) 実施

垂直プログラムであっても、最も重要な点は、患者の発見率、プログラムのカバー率、あるいは住民の利用率等即ち、住民の積極的参加である。ＰＨＣプロジェクトでは、ＮＧＯが関与している場合が多い。もし、当該地域でＮＧＯが活動している場合には、住民の積極的参加を促すためにも、ＮＧＯと積極的に協同することが効率的・効果的である。

(4) モニタリングおよび評価

垂直プログラムには、既に標準的な記録および報告様式があり、標準的な分析が可能である。しいて言えば、既存のＰＨＣ組織および機能の中で、他の保健プログラムを邪魔せずに、どのように互いに共存しているかを確かめる機会となる。従って、定期的に指標を点検し、効果を計算するだけでなく、保健スタッフから、自由な意見を聞き取り、不都合なことはないかを確かめることが

重要である。例えば、プロジェクトのために、従来の業務が疎かになっていないかなどである。

(5)Action Research

また、事前調査の段階で、住民の意識や習慣を知るために、field survey で上げたような focused ethnographic study などが必要なことがあるが、住民の参加度を高めるためには、プロジェクトの実施中も引き続いて、同様の調査を実施して、どのように住民の意識、態度、行動が変化していくかを観察することが重要である。特に、疾病にたいする偏見など、プログラム実施に際して障害となる住民の意識が問題となるが、それは、健康教育の課題として、積極的に取り組むべきであり、偏見があるからといって、プログラム開始を遅らせるべきではない。かえって積極的に実施することによって、どのように住民意識が変わっていくかを確かめることが、他の地域に広げていくときの参考になる。

そして、既述したように、質的評価が必要である時、その方法論の一つとして、 Participatory Action Research がある。例えば、結核に対する偏見がその地域で強く、開始の当初、結核患者は毎日地域の保健施設に投薬のために通うのは不可能だと抵抗が強かったとする。しかし、保健スタッフの説得と、患者本人が症状の改善が明らかに見られるので、喜んで毎日、結核の治療に来るようになり、どの患者も結核患者であることを隠さなくなったとする。その時には、住民と保健スタッフが一同に会して、ワークショップを開催し、自由に意見を述べ合い、数字では現れないプロジェクトの効果を話し合い、記録に残す。そこでは、「結核に対する住民の態度が良くなった。」という表現方法で評価とすることができる。

(6) パイロットプロジェクトの全国への展開

パイロットプロジェクトが終了する以前から、成功することが明らかになった時点で具体的に全国展開する方法論の議論を開始する。最も重要なのは、予算の確保である。まず、当該国で予算化できる部分を検討する。通常、プログラムに必要なスタッフの給与の確保が最低限必要である。そのためには、パイロットプロジェクトの成果を分かりやすく要約し、中央の政策決定者に報告し、予算措置を訴える。もし、必須薬品など予算化できない場合など、外部からの援助に長期間に亘らざる場合には、seed money などの基金方式を検討したり、国際協力の中で当面支援していくことを決定したりする必要がある。

次に、予算と訓練の人材を考慮しながら、普通、3-5年で全国に拡大する計画を立てる。技術的には、パイロットプロジェクトの地域をモデルとし、次の

実施地域となるところから、保健スタッフをパイロット地域で訓練し、診断・治療技術、健康教育、記録・報告方法から評価方法までを教える。そして、第２期に開始した地域には、所属のprovinceからも、supervisionができ、分担できるようにする。

新しくプロジェクトを開始したdistrictの担当官は、半年に１回など定期的に集まり、結果指標を比較して、問題点、解決方法や運営的な改善方法を議論し、互いの事業を向上させる。その間、国およびprovinceのプロジェクト担当者には、国内、国外の研修の利用も含めて、常に先進的面を学習し、プロジェクトの運営および評価方法などすべての面で管理できる能力を身につけるように支援する。

8. ＰＨＣプロジェクトの課題（経済的自立）

ＰＨＣプロジェクトが、何年か、10何年か後に成功したかどうかを判断するのに、外部からの援助が終わった時に、自立できるかどうかで分かるという意見がある。しかし、これは、その垂直プログラムの保健サービスのコストと、当該国の経済状況による。発展途上国の中でも、中所得国では可能であり、技術移転が終われば、後はその国で実施することが当然期待できる。しかし、多くの低所得国においては、一部のプログラムの自立は不可能である。例えば、下痢症対策のための経口補液剤、ORSや小児の肺炎のための５日分の抗生物質などであれば、安価であり、地域で共同購入して、罹患時に適宜利用することは可能である。しかし、6-8ヶ月分の抗結核剤を共同購入することは、村単位ではむずかしく、中央政府の補助が必要である。従って、政府の予算が不十分であれば、外部からの援助に頼らざるを得ない。

しかし、最近、強調されていることは、cost sharingである。いかに貧しい国であっても、医薬品が市場で自由に売買され、一般住民も無理をしてでも、罹患時には購入していることが多い。医療サービスが全く無料であるという、英国式の保健サービスはかつては成功を収めていたが、近年はどの発展途上国も経済不況も一部有料化に進んでいる。従って、中央政府の予算が少ない時には、患者の受益者負担も少しは考えても良いのではないか。勿論、それでも相対的に貧しい者には、費用を免除する制度はどの国にも存在している。以上の理由から、ＰＨＣユニットにおける薬剤の購入に関してrevolving fundを取り入れる試みが、なされてきており、ＪＩＣＡが今後、実施するＰＨＣプロジェクトでも、今後、実施する予定である。

（保健スタッフおよびボランティアに対する報酬(incentive)）

垂直プログラムでは、短期間で成果をあげるために、政府の保健スタッフに

対して、通常の給与に上乗せして報酬を支払うことが良くある。さらに、ボランティアに対しても働きに応じて支払われることがある。しかし、ＰＨＣプロジェクトでは、そもそも自立することを目指しており、しかも下記に述べるように最低10年を１単位としていく必要があることから考えても、長期間外部から給与以外に報酬を支払うことは不可能である。従って、そのような金銭的報酬を支払うことは、できる限り避けるよう努めるべきである。

9. その他、ＰＨＣプロジェクトの進め方に関すること

ＰＨＣプロジェクトで最も重要なことは、調整（coordination)であることはいうまでもない。プロジェクトのチームリーダーはまさしく、coordinatorでなければならない。調整にもっとも必要なことは、まず、明確な目的、目標、それを達成するための綿密な計画、そして役割分担である。最初の計画の段階で各分野の関係者と十分な時間をとり、それぞれの責任を明確にする。そして、一旦、プロジェクトが開始されれば、できれば四半期毎に短くても報告書(quarterly report)を各関係者に配布する。あるいは、newsletterを発行するなどして、互いの役割の進捗状況を確認していく。

ＰＨＣプロジェクトは、地域での健康教育や意志決定などに時間がかかることが多く、現在の５年を１単位とするＪＩＣＡの年限設定では、目的を達することがむずかしく、最低10年を要するという計画で、プロジェクトを進めていくべきである。

10. まとめ

(1)プログラムの選び方

当該国のＰＨＣに対するコミットメントの表われとして、保健に対して予算をある程度、確保しており、プログラムの継続が一部でも可能であり、できれば、政府文書にＰＨＣを重視することを明言していることが望ましい。ＰＨＣのプログラムには、技術的に評価が可能である疾病対策や母子保健を優先的に含めるべきである。さらに、国際的評価方法を利用して、結果を適宜発表して、世界の他の同様のプロジェクトの発展に貢献すると共に、外部からも当該プロジェクトに対して、批評を受けやすくすることが重要である。そのために、プログラム/プロジェクトの目標、目的、評価方法を最初から明確にする。

(2)段階的ＰＨＣプロジェクト実施法

ＰＨＣプロジェクトは、包括的プロジェクトが望ましいことは、いうまでも

ない。しかし、主として当該国の保健問題の大きさ、プログラムの成熟度、人材、予算によって、プログラムの種類および数が限られる。従って、場合によっては、プログラムを段階的に増やしていく方法も考えられる。例えば、安全な水の供給、トイレの建設と、予防接種事業をまず開始し、人材養成や記録、報告などの事務管理が軌道に乗ってから、数年を経てから、必須薬品と感染症対策を始めるなど。

(3) ＰＨＣプロジェクト実施の際に強調すべき点

(a) 住民参加：例えば、母子保健・家族計画など地域の文化、住民の意識・態度に強く影響されるプログラムなどでは、事前調査、計画の段階から、実施すべきサービスや健康教育の内容、また、事業の評価の仕方について住民が参加する中で決定されていくべきである。住民参加があって始めて、外部の援助が終了した時にも、プログラムの維持、自立が可能になる。

(b) 地域における既存の人材の強化：住民参加をまとめるのは、地域に住み、地域で働く民間療法師であり、助産婦である。これらの人材に新しい知識と技術を移転することが、新しい活動が反発されるのでなく、既存の組織、制度を支援することによって、新しい活動が受け入れられていく。また、人材養成の効果を個々人の業務遂行能力の観点、その他の面の評価基準を作成して、行うべきである。

(c) 地域開発、基本的保健サービスのための地域における基金の設立：外部からだけの資金で活動が継続されている限り、援助団体あるいは、国の予算のつけ具合で、急に活動が中止してしまう危険性がある。地域に本当に必要なものは、自らが資金を出し合ってでも継続させるのが、本当のＰＨＣの趣旨である。必須薬品の購入、井戸のポンプ、農業機具の維持、肥料の購入など、受益者負担の考えも導入しながら、地域で基金を運用できることが望ましい。

(d) 権限・予算の地方分権：税が地方から中央に納められるだけで、自らの決断で予算が執行できないならば、予算の執行内容は必ずしも、地域の活性化に役立たない。中央の予算が、地域の主導権によって、地域開発や基本的保健サービスに使われるならば、予算がより効果的、効率的に使われることになる。

(e) リファーラル組織からの支援：ＰＨＣが地域に存在することによって、すべての保健問題が解決するわけでは、勿論ない。数は少なくても重症の患者は、地区病院、県病院などへ、時機を逸せず搬送されなければならない。また、地区(district)レベルの保健プログラムのマネージメントが非効果的であると、地域のプログラムの質も低下する。従って、地区レベル、県

レベルの保健スタッフのプログラム・マネージメントに関する訓練もＰＨＣプロジェクトに欠かせない活動である。

(f) 中央政府からの支援：低所得国においては、県、地域ともに人材、予算が少なく、中央政府からの支援なくしては、ＰＨＣ活動も維持できない状況もある。また、そうでなくても、地域が自立していく移行期間に例えば、ＰＨＣ活動のための基金を補助する必要がでる場合もある。さらに、予算補助が必要がない場合でも、全国視野から見て、その地域の活動がどのような状況であるかを評価するために、定期的な専門スタッフの訪問が必要である。

(g) 限られた地域のパイロットプロジェクトから全国のプログラムへ：世界では過去20年間に数限りないＰＨＣプロジェクトが出来ては短期間で消えてきた。しかし、ＪＩＣＡが目指す効果的ＰＨＣプロジェクトにおいては、全国展開できる要素に注目し、例えば、必須薬品購入のための運用基金の管理や、疾病対策の評価方法の確立など、成功例を必ず、全国に拡大する意図をもって、開始し継続する必要がある。

(4) 福祉、教育、農業対策との合同プロジェクト

ＰＨＣプロジェクトが必要な地域は、すべての社会開発指標が悪いのが通常である。従って、可能であれば、貧困対策、例えば所得増加対策、職業訓練、教育補助、学校建設、農業指導など、総合プロジェクトも試行すべきである。また、その逆に農業灌漑プロジェクトで、住血吸虫症対策が必要となった場合も、農業と保健医療協力の合同プロジェクトも必要である。

(5) プロジェクトの期限

現在、プロジェクトの期限は５年であるが、ＰＨＣプロジェクトでは、人材養成および制度の整備、また、結果の評価に５年以上かかるのが通常である。従って、最初の５年が準備および立ち上げ、次の５年が完成期であり、次の10年間維持できて、始めて（多くの場合、部分的に）、自立できるものである。従って、予算の組み方はともかく、プロジェクトとしては、最終的には15-20年、継続できるようＪＩＣＡの制度を整えるべきである。

(6) ＮＧＯとの協力

ＰＨＣプロジェクトには、ＮＧＯとの協力が欠かせない。米国等に見られるように、ＰＨＣを専門とするＮＧＯに対する制度的、予算的サポートをすべきである。また、積極的に実際のプロジェクトで協力したり、可能な場合には委託する。

(7) 専門家の養成

発展途上国の重要な課題で、日本に専門家がいない、あるいは少ない時には、専門家を養成することが重要である。特に、疾患別でなく、地域保健や地区組織づくりなど、ＰＨＣのインフラストラクチュアづくりの専門家の養成が急務である。

また、チームリーダーに関しては、衛生行政も含めた公衆衛生の専門家であることが、望ましいが、必要によってはリーダーの研修制度を設ける。

（下内　昭）

JICA PHCパッケージ・プロジェクトのための基礎調査の項目の検討

基礎調査項目

1. Global indicators for health-for all strategy

(WHOの"Health for All by2000"をモニターするための指標（国ごと））

以下の 12 項目が最低必要である。その中で◎のついた指標が代表的指標である。

1.1 多くの国ですでに手に入る定量できる data。

(1) ◎Infant mortality rate (per 1000 live births)

(2) Life expectancy at birth (years)

(3) ◎Total fertility rate (number of child per woman)

(4) Access to safe water (% of population in urban and rural areas)

(5) Access to sanitation (% of population in urban and rural areas)

(6) ◎Immunization coverage (% of infants immunized on DPT, measles, poliomyelitis, BCG)

(7) Access to local health care (% of population in urban and rural areas)

(8) Care of pregnant women and children by trained personnel (% coverage) pregnant women, delivery care, infant care

(9) Per capita central government expenditure on health

◎GNP per capita (US$), % GNP spent on health, Health expenditure per capita (US$)

(以上はWorld Health Statistics Annual 1991から)

(10)◎Total adult literacy rate (%) or %of age group enrolled in primary school

(11)Underweight 0-4 years of age %, moderate & severe, severe (wasting, stunting)

(12)% of infants with low birth weight

(以上の2項目はThe State of the World's Children 1991から)

1.2 定量できず、評価しにくいもの。

(1) People's involvement in the implementation of strategies

(2) Equitable distribution of PHC resources

(3) National health expenditure devoted to PHC（定義づけによっては可能）

1.3 定量できないが、把握できるもの。
Endorsement of health-for-all policy for national health policies and strategies
1.4 その他
International cooperation received for health
定量可能であり、有用なdataであるが、PHCとは必ずしも関係しない。

2. The State of the World's Children 1991から手に入るDATA（国ごと、I以外）参考指標、目的によっては必要。特に母子保健の場合。

(1) Under 5 mortality rate (per 1000 live births)
(2) % share of household income (% of population), lowest 40%, highest 20%
(3) % of mothers breast feeding
(4) Average index of food production per capita (compared with that of a certain year)
(5) Daily per capita energy supply as % of requirements
(6) % of household income spent on all food, cereals
(7) Pregnant women tetanus (actual number)
(8) Oral Rehydration Treatment Use rate (% among diarrhoeal patients)
(9) Population annual growth rate
(10) Average annual growth rate of urban population (%)
(11) % of population below absolute poverty level
(12) % of central government expenditure on education, defense
(13) ◎Contraceptive prevalence (%)
(14) Pregnant women immunized against tetanus
(15) % of births attended by trained health personnel
(16) Maternal mortality rate (per 100, 000 live births)

3. World Demographic Estimates and Projections, 1950-2025から手に入るもの。
参考指標
◎Population in urban, rural area (%)

ＰＨＣ関連機材、施設整備・拡充

1.　ＰＨＣ関連機材

ＰＨＣ 活動は基本的にソフト重視の理念にもとづくものであるが、その実践には人的資源の活用に加えて、物の使用が不可欠である。すなわち、有効な ＰＨＣ 活動を展開するためには、基本的なインフラストラクチャーの整備が必要であり、同時に現代的医療の実践手段としての医療機材、医薬品などの消耗品が供給されねばならない。表１は、ＰＨＣ 活動を地域で展開するために必要な機材や医薬品などの具体例を示すが、インフラストラクチャーの整備に関連した機材を別にすると基本的な診療機材や医薬品などの医療消耗品の供給が多くを占める。また一方において、ＰＨＣ 活動における病院の役割が重要視されており、コミュニティとは異なった種類と規模の機材が必要と考えられる。

表１　ＰＨＣの基本活動項目と関連機材

ＰＨＣ の基本項目	主な必要機材
健康教育	ＩＥＣ機材、視聴覚教育機材
水供給と生活環境	水質検査機材
栄養改善	体重計、微量栄養素補給
母子保健	産科用診療機材、医薬品
家族計画	避妊具、避妊薬、ＩＥＣ機材
予防接種	ワクチン、コールドチェーン機材
感染症対策	検査機材、医薬品、ORS、マラリア対策機材
簡単な病気の手当と基本医薬品	診療機材、必須医薬品

2.　機材の稼働維持および保守点検

供与された機材が順調に稼働し、それが有効に機能しているかどうかはプロジェクト活動のみならず、あらゆる保健医療活動にきわめて重要な問題である。この点が保障されるためには、ニーズに適合した機材の選定、機器を適切に操作できるスタッフの存在、試薬・消耗品の供給などが必要条件となるが、現実にはこれらのいずれかが欠け、機器のスムースな稼働が維持されていない場合が少なくない。なかでも、機器の操作に熟練したものがおらず、機器の過度の使用のため、耐用年数のはるか以前に使用できなくなる場合も見受けられる。また、一般に故障するまで使いこむ風潮がみられ、いったん故障した場合には修理ができず放置されている場合も多い。したがって、適切な運用管理にもと

づいた機材の円滑な稼働のためには、機材の保守点検と整備の分野における技術協力が不可欠である。現在、プロ技の中にはプロジェクト活動のいずれかの時期に、多くは短期専門家として医療機材の保守・整備の専門家を派遣することがあるが、これをプロ技だけに限定せず、何らかのかたちで無償資金協力などによる機材供与にまで広げることが望まれる。また、機材の整備に必要なスペアパーツなどの補給についても同様に対応することが重要である。さらに、機材の保守・整備に関する人材を積極的に育成していくような技術協力も同時に進められなければならない。つまり、機材供与はソフト面のバックアップがあってはじめて有効に生かされることになるといえよう。

3．　試薬・医療消耗品の供給

前述のように、機材の円滑な稼働には試薬・医療消耗品の十分な供給を欠かすことができない。これは基本的に相手国側の負担で供給すべきものであるが、LLDC の国の中ではこれらのランニングコストの負担に余裕のないところが少なくない。プロ技活動が展開されているあいだは、活動に必要な機材としてプロジェクト側の負担が可能であるが、無償資金協力や単独機材供与の場合あるいはプロ技の終了後に試薬・医療消耗品が引き続いて供給される可能性は少ない。無償資金協力などによる機材供与では、前もって相手国によるランニングコストの負担能力を十分に考慮に入れて対応することが重要であり、他方プロ技においても、たとえば受益者負担の導入など将来の活動の持続性を視野に入れた技術協力が検討されなければならない。

4．ＰＨＣ 活動と施設整備・拡充

ＰＨＣ 活動の展開に機材供与は不可欠であるが、同時に施設の整備や拡充が必要とされることも少なくない。たとえば、ヘルスセンターなどコミュニティにおける医療施設は ＰＨＣ 活動の場の中心であり、また病院施設の ＰＨＣ 活動における役割も重要視されている。このような医療関連施設のみならず、コミュニティで人々が活動するためには集会所のような施設が必要であるし、さらに安全な水の供給に不可欠な井戸の設備もこの中に含まれよう。このように、さまざまな施設が ＰＨＣ 活動に関連しており、必要に応じてこれらの施設を整備・拡充することは有効な ＰＨＣ 活動の推進に重要といえる。

（中野　博行）

インターネットによる情報検索リスト

UNDP	http://www.undp.org
ユニセフ	http://www.unicef.org
WHO	http://www.who.ch
その他の国連機関	http://www.un.org/aroundworld/map
World Bank	http://www.worldbank.org
我が国の ODA	http://www.mofa.go.jp/oda/ngo
OECD 諸国の ODA について	http://www.oecd.org/dac/index.htm
WHOと公式の関係を持っているNGO	http://www.who.ch/programmes/ina/ngo/1index.htm
The Institute for Global Communications のホームページから登録されている NGO	http://www.igc.org/igc/members/index.html
John Snow	http://www.jsi.com
4th International Conference on Health Promotion, July 1997, Jakarta	http://rubbleultralab.anglia.ac.uk/WHO_programme/contents.html

ＰＨＣ関連の参考文献リスト

ＯＤＡ

国際協力事業団　「国際協力事業団年報　１９９７」（毎年出版）

外務省経済協力局編　「我が国の政府開発援助　ＯＤＡ白書　上巻」　財団法人国際協力推進協会　（毎年出版）

政　策

橋本正巳　「地域保健活動―公衆衛生と行政学の立場から―」医学書院

Bello W., Cunningham S., Rau B., *Dark Victory. The United States, Structural Adjustment and Global Poverty*, 1994, London: Pluto Press with Food First and Transnational Institute

Ekins P., A New World Order. *Grassroots movements for global change*, 1992, Routledge.

Friedmann J., *Empowerment. The Politics of Alternative Development*, 1992, Blackwell　（邦訳あり。）

IBRD (The World Bank), *Health, Nutrition, & Population*, Sep. 1997

Mehmet O., *Westernizing the Third World. The Eurocentricity of Economic Development Theories*, 1995, Routledge.

E. Tarimo and E.G. Webster, *Primary Health Care Concepts and Challenges in a Changing World: Alma-Ata revised*, 1995. Geneva, WHO

Tinker I., *Persistent Inequities. Women and World Development*, 1990, Oxford: Oxford University Press.

David Werner, Davis Sanders, *Questioning the Solution: The Politics of Primaary Health Care and Child Survival*, 1997, USA: Health Wrights, ISBN: 0-965-5585-2-5

統計指標
保健動向

厚生統計協会　「国民衛生の動向」（毎年出版）

IBRD (The World Bank), *World Development Report*（毎年出版, 1993年版は必読文献）

UNDP, *Human Development Report*（毎年出版, 1994年版は1995年のコペンハーゲンでの社会開発サミットに向けて書かれており保健に関する部分が多い。）

UNICEF, *Progress of Nations*（毎年出版, 1997年版は読みごたえがある。）

UNICEF, *State of the World Children*（毎年出版, 1995年版ではコペンハーゲンでの社会開発サミットへ向けての提言がなされている。）

WHO, *The World Health Report*（毎年出版）

歴　史

厚生省健康政策局監修　「ふみしめて五十年―保健婦活動の歴史―」　日本公衆衛生協会

菊池武雄　「自分たちで生命を守った村」岩波新書

森口育子　「戦後の公衆衛生で保健婦の果たした役割とＰＨＣ」公衆衛生研究　Vol.42 No.2

Management

Deutsche Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit (GTZ), *Managing On-site Project Implementation; A Guideline,* 1989, Esschborn: GTZ

WHO, *On Being In Charge*, 1992. Geneva, WHO

S.Kanani, J.Mamemo, et al (Ed), *Health Service Management, Learning Materials,* Vol.1, 1984, Nairobi: AMREF

P.L.Petit, N. Janmohamed et al (Ed), *Clinical Management for Health Centers and Dispensaries*, 1995, Nairobi, ISBN: 9966-874-15-1

P. Petiti, *Management Schedules in Health Centres and Dispensaries*, 1979, Nairobi: AMREF

Training

Training Department, AMREF, *Continuing Education for Health Workers*, 1983, Nairobi: AMREF

B. Osuga, *Training in the Collection and Use of Information for CHWs*, 1988, Nairobi: AMREF

評　価

A.A.Kielmann, K.Janovsky, H.Annett, *Assessing District Health Needs, Services and Systems*, 1991, Nairobi: AMREF, ISBN: 0-333-53885-4

Deutsche Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit (GTZ), *Methods and Instruments for Project Planning and Implementation (Outlines)*, 1989, Esschborn: GTZ

国際開発高等教育機構、「ＰＣＭ手法に基づくモニタリング・評価」、１９９６年、東京：国際開発高等教育機構

実践マニュアル

David Werner, Where there is no doctor, 1995, USA: The Hesperian Foundation, ISBN: 0-333-516552-4

David Werner, Bower B., Helping Health Workers Learn. 1982, The Hesparian Foundation.

C.H.Wood, H.de Glanville et al (Ed), *Community Health, The 2nd edition*, 1997, Nairobi, ISBN: 9966-874-14-3

必須医薬品

WHO, *The Use of Essential Drugs (WHO Technical Report Series 850)*

医療人類学

波平恵美子、「医療人類学入門」朝日選書４９１、1994 年。

ＮＧＯ

ティエリ・ヴェルヘルスト（片岡幸彦監訳）、「文化・開発・ＮＧＯ。ルーツなくして人も花も生きられない。」1994 年。

その他

J.T.Boerma, *Health Information for Primary Health Care*, 1991, Nairobi: AMREF, ISBN: 9966-874-02-x

Oranga, H.M., Nordberg, E., *Community-based Health Information Systems*, 1997, Nairobi: AMREF, ISBN: 9966-831-95-9

Penina A. Ochola, Wilson K. Kisubi, *Primary Health Care: Experience in Eastern & Southern Africa*, 1992, Nairobi: AMREF

内田義彦、「社会認識の歩み」岩波新書 B63、1996 年。

大塚久雄、「社会科学の方法」岩波新書 B62、1997 年。

ダニエルベル、「脱工業社会の到来　上下」、1990 年。

注：ＩＳＢＮ(書籍発注・登録番号)のわかっているものについては、できる限り表中に記載した。

執筆者の電子メール・アドレス
(1998年2月現在)

氏　名	電子メールアドレス
梅内拓生(ウメナイタクセイ)	umenai@m.u-tokyo.ac.jp
若井晋(ワカイススム)	wakai@dokkyomed.ac.jp
下内昭(シモウチアキラ)	shimouchi@jata.or.jp
橋爪章(ハシツメアキラ)	SD100470@niftyserve.or.jp
半田祐二朗(ハンダユウジロウ)	ghh12747@niftyserve.or.jp
山形洋一(ヤマガタヨウイチ)	yoiti@ific.or.jp
奥村順子(オクムラジュンコ)	jokumura@m.u-tokyo.ac.jp

Keyword Index

本書は、プライマリ・ヘルスケア（PHC）に関して、様々な観点から記述されたものであることから、「プライマリ・ヘルスケア」というキーワードについては、記載することを省いた。その旨了承の上、本インデックスを利用されたい。

五十音順

ア

愛育班活動 9
アメリカ 58
アリューシャ会議 32
アルマ・アタ宣言 5, 29
イギリス 58
インサービストレーニング 67
インドネシア 82, 113
インパクトの評価 108
インフラ 138
インフラストラクチュア 135
衛生法規 8
オーストラリア 58
オタワ憲章 29
オランダ 63
恩賜財団愛育会 9

カ

開発調査 129
家族計画 113
家族計画肯定度 111
活動達成指標 110
家庭訪問 10, 19
蚊の駆除 18
肝炎対策 95
感染症予防 8
官僚制度 46
寄生虫症 17
寄生虫の駆除 18
寄生虫予防対策 10
機材 155
基礎調査項目 153
基本的ヘルスニーズ 50
客観的指標 140
急性伝染病 5
技術協力 X
草の根展開支援費 78
計画立案 vii, 123
経済的自立 148
啓蒙普及活動費 78
ケニア 81, 106
結核 6
結核対策 94
結核予防婦人会 9
健康教育 10, 96, 138
健康指標 13

健康相談 10
現地調査 143
公的開発援助 41
公的負担 11
効率 141
国民皆保険 5, 14
国家保健計画 vii
国家保健システム ix, 128
国家プロジェクト ix, 128
国保保健婦 13
国民健康づくり 14
国連児童基金 56
コミュニティー・ファイナンシング 69
合計特殊出生率 109

サ

沢内村 13
参加型開発 77
参考指標 154
財政的基盤 137
財的資源 viii, 127
施設整備 137, 155
施設拡充 155
質的評価 140
疾病負担 47
社会開発 ix, 128
社会基盤 42
社会単位 50
社会的平等 24
就学率 111
集団検診 10
消耗品の供給 156
食中毒 17
進学率 111
身体障害 14
実施 146
事業の選定 143
事前条件指標 111
持続性 141
住民活動基盤強化費 78
住民参加 8, 18, 127, 150
住民組織 19
受益者負担 28, 68
受胎調節 10
巡回産婆 6
巡回診療団 77
女性と開発 77
自立的持続性 77
人口学的成果指標 109
人材育成 67
人材養成 138
人的資源 viii, 127
垂直プログラム 135
スウェーデン 63
精神衛生 8
精神障害 14
政治的裁量権 51
成人病対策 14
世界銀行 55
世界公衆衛生協会連盟大会 32
世界保健機関 55
選択的ＰＨＣ 27
専門家の養成 xi, 131
戦略 141
ソロモン諸島 79, 93

タ

妥当性 141
体温計 20
地域開発 ix, 128, 150

地域保健活動 13
地区組織活動 7
地方自治 46
地方分権 150
中央集権 46
中近東アフリカ計画 77
調整 149
適正技術 25
適正技術開発事業 77
天然痘撲滅計画 24
デンマーク 63
トラコーマ対策 10
二国間援助 57
乳幼児健診 10
乳児死亡率 109
人間開発 45
妊産婦死亡率 109
寝たきり老人 14
熱帯医学 23
ネパール 80, 101

ハ

パイロット型プロジェクト ix, 128, 151
はだしの医者 25
必須医薬品回転資金 viii, 37
避妊普及率 109
評価 vii, 139, 146
評価指標 109
貧困 39, 77
フランス 58
プライマリ・ヘルスケア 38
プログラム運営効率指標 110
ヘルスセンター ix, 127
ヘルスポスト ix, 127
包括的プロジェクト 149
包括的PHCモデル 13, 27
報酬 148
訪問看護 6
保健指導網 7
保健所網 8
保健連絡員 13
保守点検 155
母子保健 113, 136
母子保健手帳 20
ボランティア 148

マ

マラリア対策 93
マラリア撲滅計画 24
慢性伝染病 6
無償資金協力 X, 129
村おこし 107
モニタリング 146

ヤ

有効性 141
ユニセフ 56
要請主義 vi, 123
予防接種 136

ラ

ラオス 79, 87
リファーラル・システム ix, 127
リファーラル組織 150

アルファベット順

Action Research 147
Appropriate Technology 25
Bamako Initiative 23, 71
Basic Health Needs 50
Bilateral 57
Capacity Building 77
Contraceptive Prevalence Rate 109
Coordination 149
DALY 47
Demographic Outcome 109
DFID 58
Disability Adjusted Life Year 47
Disease Burden 47
District Health System 137
District Hospital 137
DRF 88
Effectiveness 141
Efficiency 141
Essential Public Health Functions 29
Field Survey 144
Focused Ethnographic Study 145
Global Strategy 26
Health Care Reform 23
Health Facility Survey 145
Health for All 5
HFA 5
Health, Nutrition and Population 55
Health Promotion 29
HNP 55
Household Survey 144
IEC 107,138
Incentive 148
Infant Mortality Rate 109
Interview 145
Newsletter 149
NGO X, 130, 151
ODA X, 41, 130
Official Development Assistance 41
Participatory Development 77
PCM 140
Pilot Area 144
Private Sector 71
Project Cycle Management 140
Public Sector 71
Quarterly Report 149
RDF 69
Relevance 141
Revolving Drug Fund 69
Self-sustainability 77
Social Protection 55
Sustainability 141
Total Fertility Rate 109
UNDP 57
United Nations Children's Fund 56
United Nations Development Programme 57
USAID 58
Vertical Programme 135
WHO 29
WID 77
World Bank 55
World Health Organization 55

JICA プライマリ・ヘルスケア（PHC）の手引き
－すこやかな地域社会を目指して－

（非売品）

監修　国際協力事業団　海外医療協力委員会PHC専門部会

制作　国際協力事業団　医療協力部
〒151-0053　東京都渋谷区代々木2丁目1番1号
新宿マインズタワー8階
TEL　03-5352-5217　FAX　03-5352-5320

発行　財団法人　日本公衆衛生協会
〒160-0022　東京都新宿区新宿1丁目29番8号
TEL　03-3352-4281　FAX　03-3352-4605