

ザンビア国ルサカ市プライマリーヘルスケアプロジェクト実施協議調査団報告書

平成9年2月

国際協力事業団

ザンビア国

ルサカ市プライマリーヘルスケアプロジェクト 実施協議調査団報告書

平成9年2月

JICA LIBRARY

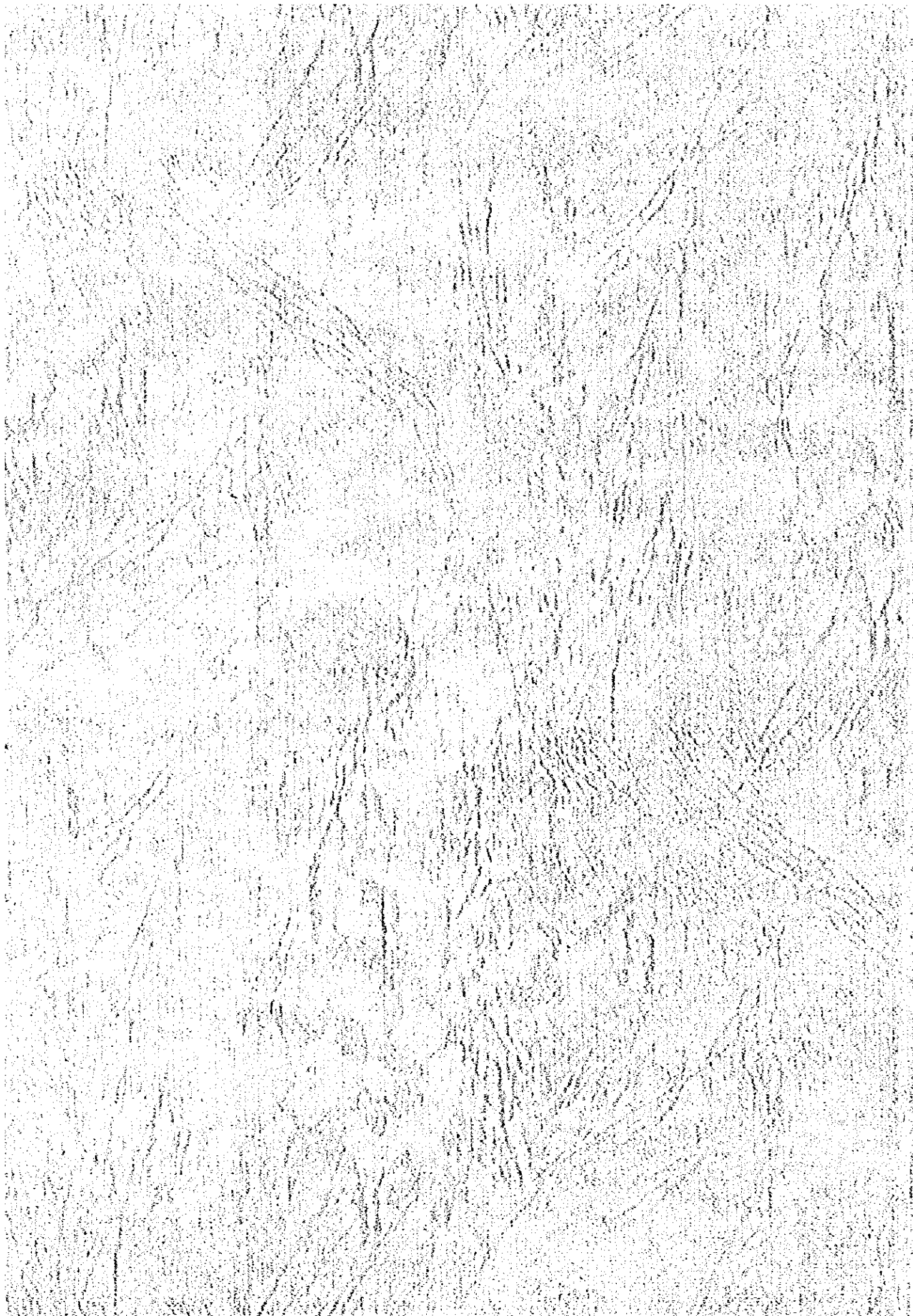


J 1151448 [6]

国際協力事業団
医療協力部

JICA
533
98
MCN
LIBRARY

医協二
JR
97-37



ザンビア国
ルサカ市プライマリーヘルスケアプロジェクト
実施協議調査団報告書

平成9年2月

国際協力事業団
医療協力部



1151448(6)

序 文

ザンビア共和国では1983年以降、世界銀行、IMFの支援を受けて構造調整等緊縮財政計画に取り組んできているものの、政権交代、主要輸出産物である「銅」の輸出収入の減少、物価高と度重なる大旱魃等の影響を受けて、いまだみるべき経済再建の成果はあがりません。国家経済の低迷による影響は、保健・医療分野にも及んでおり、大旱魃以降、国民全体の栄養摂取状態が悪化しているなかで、地域医療サービス体制の不備、医薬品の不足、医療施設の老朽化、エイズ感染者の急増等の問題が顕在化しています。

特にルサカ市および周辺地域を含む首都圏では急激な人口集中（過去10年間で倍増）が進んでおり、社会インフラの整備が人口に追いついておらず、住民は劣悪な生活環境下にさらされており、医療体制の改善、強化が緊急の課題となっています。

かかる背景のもと、同国政府は医療行政の地方分権化、運営管理の改善、財政再建を目的とした保健行政改革を打ち出し、その一環としてルサカ市の地域保健強化・向上のためのプロジェクト方式技術協力をわが国に要請越しました。

これを受け、国際協力事業団は平成8年2月に右要請にかかる事前調査団を派遣し、続いて平成8年7月に長期調査を実施しました。

これら調査の結果を踏まえ、平成9年2月9日から同年2月23日までの日程で、討議議事録（R/D）および暫定実施計画（TSI）を締結することを目的として、実施協議調査団を派遣しました。

本報告書は、この調査結果を取りまとめたものです。

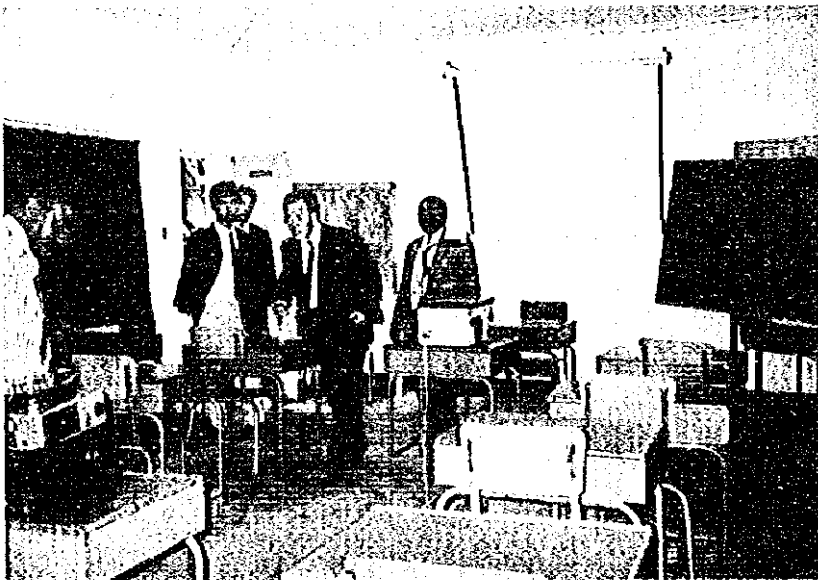
ここに本調査にあたり、ご協力を賜りました関係各位に対しまして、深甚なる謝意を表しますとともに、今後の本件プロジェクトの実施・運営にあたり、関係各位のいっそうのご協力をお願いする次第です。

平成9年2月

国際協力事業団
理事 小澤 大二



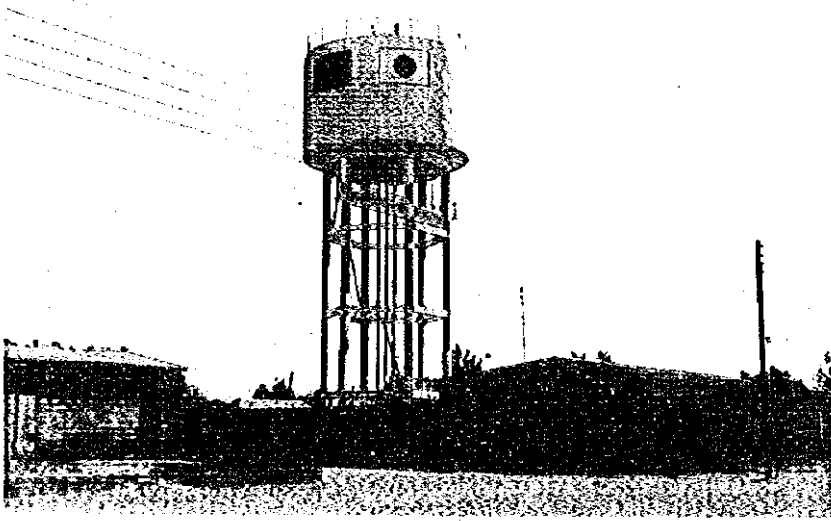
ザンビアルサカ市プライマリーヘル
スケアプロジェクト
討議議事録署名式
(左から江畑義徳ザンビア所長、
保健省 Deputy Permanent Secretary
Dr. K. M. BULAYA、Central Board
of Health, Director General
Dr. MASANGE)



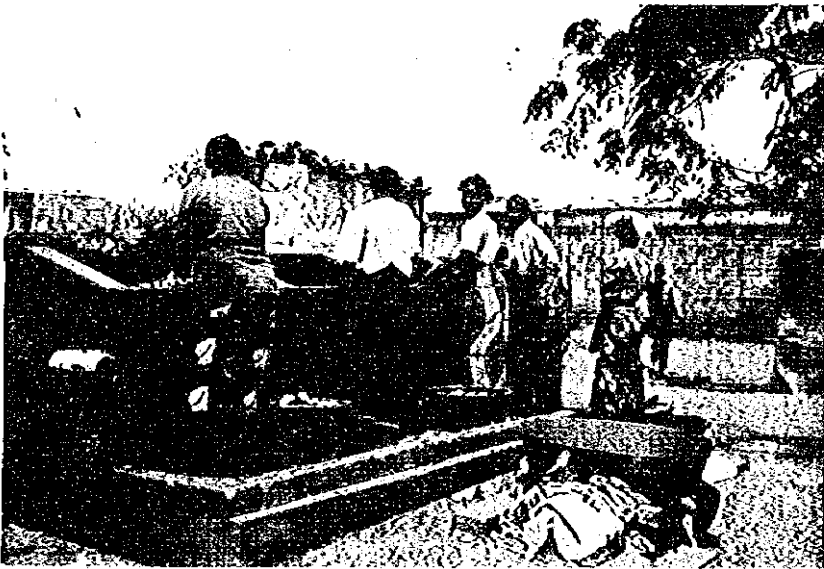
チャイナマヒルズ保健訓練校視察
(中央 鈴木宏団員)



チバタヘルスセンターでの聞きと
り調査
(左端 菅波茂団員)



無償資金協力事業により建設された
給水施設
(ジョージコンバウンド)

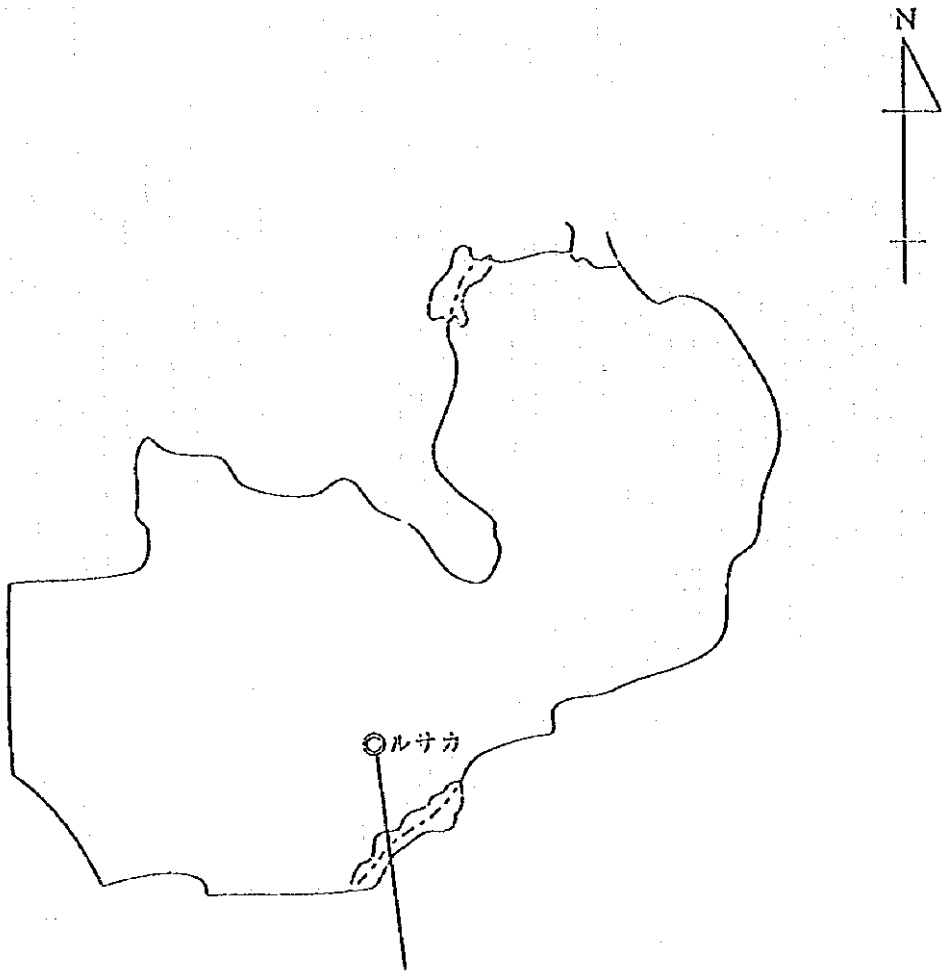


無償資金協力によって、給水施設が供与された。それ以降、コレラ、下痢症等の水系感染症が減少したという報告があった。しかし、住民参加によるプライマリーヘルスケア活動の推進は、必要とされている。



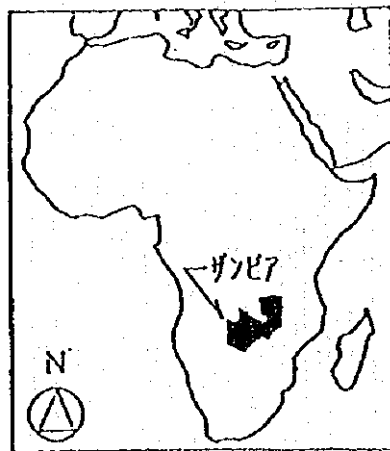
プロジェクト活動の展開が期待されているジョージコンバウンド。プロジェクト開始後は、パイロットエリアを設定すべくベースラインサーベイ等の調査活動が行われる。

地図：ザンビア共和国



ルサカ市プライマリーヘルスケアプロジェクト

KEY PLAN



目 次

序 文
写 真
地 図

1. 実施協議調査団の派遣	1
1-1 調査団派遣の目的	1
1-2 調査団の構成	1
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	3
2. 要約	4
3. 討議議事録の交渉経緯	5
3-1 交渉経緯	5
3-2 討議議事録について	7
4. プロジェクト実施にかかる調査結果	8
4-1 ザンビアの保健概況	8
4-2 現行の保健セクター改革とルサカ・ディストリクト保健管理チーム (LDHMT) の位置づけ	8
4-3 LDHMTの概要	10
4-4 UHCの概要	11
4-5 ザンビアの母子保健概況	12
4-6 チバタUHCの現状	13
4-7 UTHの本プロジェクトへの関与	14
4-8 CHCHの本プロジェクトへの関与	15
4-9 ルサカ市庁 (Lusaka City Council : LCC) の本プロジェクトへの関与	16
4-10 その他の機関	16
4-11 コミュニティヘルスプラクティショナー (Community Health Practitioner)	16
4-12 モデルサイト選定	18
4-13 LDHMTでのPHIC活動	18

4-14 コミュニティでのPHC活動	19
5. 日本側NGOとの連携	25
附属資料	
① THE RECORD OF DISCUSSIONS	57
② TENTATIVE PROJECT DESIGN MATRIX	68
③ 長期調査報告書.....	69

1. 実施協議調査団の派遣

1-1 調査団派遣の目的

JICAはプロジェクト方式技術協力によるプライマリーヘルスケア（PHC）プロジェクト実施の可能性について調査すべく、1996年2月13日から同年3月1日までの日程でアジア医師連絡協議会（AMDA）代表菅波茂氏を団長として事前調査団を派遣した。

さらに1996年7月に長期調査を実施し、その結果、ルサカ市の中でもヘルスセンターが不在である地区および感染症等の罹患状況が比較的高い地区をパイロットエリアとし、保健省ルサカ・ディストリクト保健管理チーム（LDHMT）との連携のもと、保健・予防教育の普及、急性下痢症の対策、周産期ケア、ヘルスセンター従事者へのインサービストレーニングの導入等のPHC活動の強化が重要とされた。

この結果を踏まえ、今回実施協議調査を実施しプロジェクト内容の策定を行うものであり、調査にあたって特に以下の点に留意した。

- ① 保健省関係部局との協議
- ② LDHMTとの協議
- ③ ルサカ市保健局との協議
- ④ チャイナマヒルズ保健訓練校（Chainama Hills College Hospital : CHCH）との協議
- ⑤ 国立大学病院アウトリーチセンターとの協議
- ⑥ 各機関のデマケーションの確認
- ⑦ 保健行政部門にかかる調査（視察、コンパウンドにおける保健を司る機関との協議）
- ⑧ プロジェクト開始後の暫定協力計画の策定
 - ・ 専門家配置機関の最終選定
 - ・ 必要となる専門家分野、数、派遣形態
 - ・ ザンビア共和国（以下、ザンビア）側が取るべき措置
 - ・ 日本側が取るべき措置
- ⑨ 上記視察および調査結果をもとに討議議事録（R/D）の策定および署名

1-2 調査団の構成

	担当	氏名	所属
団長	総括	江端義徳	国際協力事業団ザンビア事務所長
団員	公衆衛生	鈴木 宏	新潟大学公衆衛生学教室教授
団員	保健行政	千村 浩	新潟県福祉保健部健康対策課長
団員	NGO連携	菅波 茂	アジア医師連絡協議会（AMDA）代表

団員 技術協力 齊藤良夫 国際協力データサービス囑託

団員 協力計画 青木利道 国際協力事業団医療協力部医療協力第二課課長代理

1-3 調査日程

調査期間：1997年2月9日～2月23日

日順	月日	曜日	移動および業務
第1日	02.09	日	成田発 (BA008 11:05 →ロンドン着15:00)
2	02.10	月	ロンドン発 (BA053 21:25)
3	02.11	火	ルサカ着 11:30 午後：JICAザンビア事務所表敬 在ザンビア日本国大使館表敬
4	02.12	水	午前：保健省表敬、ルサカ市役所表敬 午後：チャイナマ大学視察および協議
5	02.13	木	午前：コンバウンド視察 (ウゴンベ地区) 午後：NGO、他ドナーとの協議
6	02.14	金	午前：ザンビア大学教育病院 (UTH) 小児科視察 午後：保健省関係者と協議
7	02.15	土	討議議事録 (R/D) 準備
8	02.16	日	R/D準備
9	02.17	月	午前：NGO、他ドナーとの協議 午後：保健省関係者と協議
10	02.18	火	午前：保健省関係者と協議 午後：同上
11	02.19	水	午前：R/D準備 午後：R/D署名 (保健省)
12	02.20	木	午前：JICAザンビア事務所、在ザンビア日本国大使館報告 午後：帰国準備 ルサカ発 (BA052 19:05)
13	02.21	金	ロンドン着 (06:15) ロンドン発 (BA2736 07:55) ジュネーブ着 (10:30) WHO本部訪問 Dr.Kazem Behehani (Director, Division of Control of Tropical Diseases)(14:00)
14	02.22	土	ジュネーブ発 (SR162 10:55) チューリッヒ発 (SR168 12:50)
15	02.23	日	成田着 (07:50)

1-4 主要面談者

(1) ザンビア側関係者

1) Ministry of Health

Dr.Katele KALUMBA	Minister of Health
Dr.Kashiba BULAYA	Acting Permanent Secretary
Ms.Nyoni	Human Resources Specialist

2) Central Board of Health

Dr.Masange	Director General
Mr.Musowe	Director of Planning & Development
Dr.Banda	Director of South East Region

3) ザンビア大学教育病院 (University Teaching Hospital : UTH)

Dr.Katema	Executive Director
Dr.Lambert	Deputy Director

4) チャイナマヒルズ保健訓練校 (Chainama Hills College Hospital : CHCH)

Dr.Munkombwe	Executive Director
--------------	--------------------

5) ルサカ市庁 (Lusaka City Council : LCC)

Mr.Zimba	Town Clerk
Dr.Wamulume	Director of Public Health
Mrs.Kalumba	Health Education Officer

6) ルサカ・ディストリクト保健管理チーム (Lusaka District Health Management Team : LDHMT)

Dr.Kumwenda	District Director
Dr.Mazumo	Deputy Director, Health Programmes
Mrs.Mungaba	Deputy Director, Administration
Mrs.Makumba	District Public Health Nurse

(2) 日本側関係者

1) 在ザンビア日本国大使館

増井特命全権大使
古賀一等書記官
黒木二等書記官

2) JICAザンビア事務所

江畑義徳所長
安藤直樹所員

2. 要約

- (1) ザンビアでは保健セクター改革が進行中であり、保健機構についても改編が行われている。本プロジェクトではルサカ・ディストリクトの保健行政の実施機関であるルサカ・ディストリクト保健管理チーム (Lusaka District Health Management Team : LDHMT) を実施機関にコミュニティベースのプライマリーヘルスケア (PHC) プログラムを策定することおよびレファラルシステムを効果的に機能させることを目的に実施することが確認された。
- (2) また、関係機関としてはUniversity Teaching Hospital (UTH)、Chainama Hills College Hospital (CHCH)、Lusaka City Council (LCC)、School of Medicine, University of Zambiaがあげられ、これら機関についてはコーディネーティングコミッティーに含めることとした。
- (3) 本プロジェクトの特徴としてはLDHMTレベルでの保健行政実施にかかるPHC計画段階での支援、モデルエリアでのコミュニティレベルでの調査および実証的PHC活動を並行して実施する点にある。特に後者については日本のNGOであるアジア医師連絡協議会 (AMDA) から人材を専門家として充当するなど、草の根的な住民参加方式を導入予定である。
- (4) 協力期間は1997年3月17日から2002年3月16日までの5年間を予定している。
- (5) モデルエリアについてはルサカ・ディストリクトの中の1～2カ所のコンパウンド (先方はジョージおよびチバタを要望) を1年間のベースライン調査を通じて選定する。
- (6) 専門家分野としてはチーフアドバイザー、調整員、保健プログラム、PHC、公衆衛生、保健教育の6分野6名の長期専門家のほかに、年間10名程度の短期専門家を適宜派遣する。また、日本側支援機関としては新潟県、新潟大学およびAMDAが候補としてあがっている。
- (7) 本邦研修としては年間3名を計画しており、1996年度は1名 (LDHMT局長のDr. Kumwenda女史) を3月末から2週間程度、視察型研修で研修員受入れを計画している。
- (8) なお、今回の先方R/D署名者には保健省次官が予定されていたが、現在空席となっているため、次官代行の署名となった。

3. 討議議事録の交渉経緯

3-1 交渉経緯

ザンビア国ルサカ市プライマリーヘルスケアプロジェクトは国家保健戦略計画に位置づけられ、当初要請では以下の内容が含まれていた。

- ① 首都圏地域の住民参加によるPHC体制の強化
- ② アーバンヘルスセンター（UHC）での人材育成を通じ、一次医療機関としての機能強化
- ③ UHCとザンビア大学教育病院（University Teaching Hospital；UTH、保健省所管）との間の患者移送システムの確立
- ④ チャイナマヒルズ保健訓練校（Chainama Hills College Hospital；CHCH、保健省所管）の二次医療機関としての機能整備

しかしながら、内容的に複数の機関が関与することから、日本側の技術協力のスキームに即した形での整理が必要となった。そのため、1996年2月の事前調査では本プロジェクトの協力分野として以下のとおり内容が整理され、その後の長期調査でも本方針は確認されている。

- ① 3コンバウンド（モデルエリア）における住民参加型の地域保健活動の強化
- ② UHCの機能強化
- ③ UTH、CHCH等によるUHCスタッフへの訓練・技術支援体制の強化

したがって、今次実施協議調査団では上記3方針に基づいて調査を行った。

また、上記のように活動分野が広範囲にわたる場合、活動の各分野を一元的に管理でき得る機関を実施機関とすることが重要となる。

UTHについては地域医療サービスを直接担当している機関ではなく、地域医療との関係ではレファラル病院として位置づけられるため、本プロジェクトの実施機関としてはなり得ないことが事前調査で確認されている。

また、現行の保健セクター改革ではこれまで中央集権的であった保健医療対策を政策面と実施面に分け、前者を保健省、後者を郡（District）に権限委譲し地方分権を推進するとともに、保健省本体のスリム化による行政の効率化促進をその中心課題としてあげている。新体制では郡レベルの保健医療実施については保健省内に設置された中央保健審議会（Central Health Board）に委託され同審議会が管理監督されるとともに、UTH、CHCHなどは同じく省内に設置されたPlanning Management and Human Resourcesによって統括される形式となっている。

ルサカ・ディストリクトの地域保健行政の実施機関として設置されたルサカ・ディストリクト保健管理チーム（Lusaka District Health Management Team：LDHMT）は1993年まではルサカ市公衆衛生部（Department of Public Health）とともにルサカ市庁（Lusaka City Council：LCC）の一部局に属していた。その後、保健セクター改革の流れのなかで、ルサカ市から切り放され、上記の

中央保健審議会のなかに位置づけられることになった。^{注1} ただし、LDHMTの活動は保健省の中央保健審議会の下部機関である地域保健審議会 (District Health Board : DHB) の政策支援・実施機関として位置づけられており、DHBの長はルサカ市長であることからルサカ市と緊密な関係が保たれている。

このような経緯から、今回の実施協議調査ではLDHMTを実施機関として位置づけ、同チーム (チームという名称は日本語的には若干おかしいが、先方行政機構上は、例えば市の衛生部が外局化されたものと考えられる) を中心として協議した。

その結果、コミュニティベースのPHC体制強化、保健省LDHMT等保健医療関係者の技術的向上と、UHCの機能拡充、UHCとUTHの間の患者および関連情報のレファラル体制整備などを成果の中心としプロジェクト内容を整理することとした。

今回の協議にあたっては、先方は常に同チームのトップであるDr.Kumwendaが先方代表として出席するなど先方の体制もよかったが、同チームにとっては、日本の援助スキームは初めてであったため、当初は日本側スキームの説明に時間を要した。また、内容的には本プロジェクトは先方の方針とも合致していたこともあり協議はスムーズに運び、最終的に保健省次官 (実際には次官は空席のためactingとなっている)、大蔵省およびJICAザンビア事務所長間で2月19日にR/Dの署名を行った。なお、R/Dの概略を次項に示す。

注1 Management Development Division, Cabinet Office, LUSAKA, Final Restructuring Report for the Ministry of Health and the Central Board of Health, September, 1996

3-2 討議議事録について

討議議事録については別添（附属資料①）したが、同内容に則して次表のとおり整理した。

プロジェクトの基本計画

上位目標	ルサカ市の地域住民の健康が改善される。		
プロジェクト目標	ルサカ市の地域保健従事者の質的向上にかかる技術指導を通じ、モデルエリアにおけるヘルスケアシステムの強化、病院間のレファラル体制の整備を行う。		
成果	(1) コミュニティベースのPHC体制強化 (2) LDHMT等保健医療関係者の技術的向上と、UHCの機能拡充 (3) UHCとUTHの間の患者および関連情報のレファラル体制整備		
活動	(1) モデルエリアでの保健医療にかかる現況を調査し（ベースライン調査）、コミュニティベースのPHCプログラムを（UNICEFなどの基準を参考に）LDHMTとともに整備する。 (2) 同プログラムに基づいてLDHMTとUTHの協力のもと、コミュニティレベルの保健従事者や住民代表に対する基礎研修プログラムを実施する。 (3) コミュニティベースのPHCプログラムの実施状況をモニタリングする。 (4) UHCとUTHの間のレファラル体制を整備する。		
投入	日本側 ・長期専門家の派遣 チーフアドバイザー、調整員、PHC、保健計画、公衆衛生、保健教育（計6分野） ・短期専門家 保健計画、医療機器保守、社会調査／社会学、臨床検査、地域開発、PHC ・PHC関連機材の供与（約3000万円／年） ・本邦におけるカウンターパート研修（3名／年） ・LLDC特別現地業務費の活用 ・NGO連携強化費の活用	相手国側 ・カウンターパートの配置 LDHMTおよび関連機関 ・土地、建物、施設の提供 ・運営・管理費	
協力予定期間	1997.3.17～2002.3.16 (5年間)	国内協力機関	アジア医師連絡協議会（AMDA）ほかを検討中（新潟大学、新潟県については現時点では未定）

4. プロジェクト実施にかかる調査結果

4-1 ザンビアの保健概況

ザンビアでは1983年以降、世界銀行（以下、世銀）、IMFの支援を受けて構造調整計画に取り組んできているものの政権交代、主要輸産物である銅の国際価格の低迷による輸出収入の減少、物価高と度重なる干魃の影響などにより経済再建の成果はあがっていない。

国家経済の低迷による影響は保健医療分野にも及んでおり、地域医療サービス体制の不備、医薬品不足、医療施設の老朽化、エイズ感染者の急増等により国民を取り巻く保健環境は年々悪化しつつある。

1992年の統計ではザンビアの人口は約830万人、年平均増加率は3.3%となっており、首都ルサカおよびその周辺地域（首都圏）には全人口の16%にあたる130万人が居住している。これは経済悪化による農村地域から首都圏への人口流入によるものであり、過去10年間で首都圏の人口は倍増している。そのため、社会インフラの整備が人口増に追いつかず、これら首都圏での地域医療体制の整備・改善が緊急の課題となっている。

また、疾病でみれば他のアフリカ諸国同様、呼吸器系疾患、マラリアを含む感染症および寄生虫症、消化器疾患が多くなっており、PHCなどの予防医学的手法によるアプローチが必要となっている。

さらに、子供のワクチン接種率や妊産婦に対するケアをみると、これらは近年、改善されつつはあるが、あとで述べるように乳児死亡率は逆に悪化しつつあり、社会的弱者である子供への保健医療対策が急務であることを物語っている。

これらの経緯から、ザンビア政府は「National Strategic Health Plan（国家保健戦略計画）1995～1999」のなかで基礎医療システムの整備を最重点課題として計画を推進している。その方策としては、基礎医学教育の充実や、住民への保健医療対策の最前線であるアーバンヘルスセンター（Urban Health Center：UHC）の拡充、さらにレファラル機関としてのザンビア大学教育病院（University Teaching Hospital：UTH）の施設・機材の整備が計画されている。

なお、UTH小児科については日本の無償資金協力により現在、小児科アウトリーチセンターが建設中であり1997年3月末の完成を待っている。

4-2 現行の保健セクター改革とルサカ・ディストリクト保健管理チーム（LDHMT）の位置づけ

1996年9月に発表された保健省機構改革報告書では従来の保健省機構についてその機能の再検討が行われた。その結果、ザンビアの保健行政およびその実施は保健省へ一極集中していることが明らかになり、保健セクター改革には保健省の機構改革が不可欠であることが報告された。

また、保健省の各機構についてもそれぞれ調査の結果、保健サービス提供という業務自体は必

要であるものの、その権限や業務範囲が明確ではない部局が指摘され、保健省本局の機構から保健サービス実施部門を切り放し、本局は政策立案機関として位置づけられるべきであることが指摘された。

具体的には、従来本局に置かれていた保健行政の実施部門の医療サービス局 (Department of Medical Services) の位置づけが不明確であり、また、同局が国内の医療サービス実施を統括することへの疑問が呈された。そのため、保健省の新機構では、本局には政策立案と人材育成をそれぞれ所掌する計画局 (Department of Planning and Development)、人的資源局 (Department of Human Resources and Administration) および会計部門のみが残され、実際の医療サービス実施については保健省監督下の中央保健審議会 (Central Board of Health) に委ねられることとなった。ただし、保健省と中央保健審議会の関係については上下関係ではなく、政策策定部門と実施部門という関係のなかで相互に補完しあう建設的な関係にすべきであると付言されている。

また、中央保健審議会は4部局、すなわち Health Service Commissioning, Monitoring and Evaluation, System and Development および 4 Regional Directorates から構成されることになり、実際の各ディストリクトでの保健医療行政実施にあたっては 4 Regional Directorates が直接担当することとなった。

4 Regional Directorates とは全国をカバーする4地域、すなわち Kabwe、Kitwe、Livingstone、Lusaka の各地域であり、所掌業務は以下の5項目とされている。¹¹²

- ・ Public Health
- ・ Clinical Care
- ・ Human Resources Development
- ・ Health Information and Management
- ・ Financial and Account Management Systems

ルサカ・ディストリクトは保健行政上は4地域、すなわち North East、South East、North West、South West の各ディストリクトに分けられており、UHC の設置にあたってはより細かく8ゾーンに分けられている (ルサカ・ディストリクトといった場合のディストリクトは行政上の区分であり、North East District といった場合のディストリクトは保健行政上の区分であるため、ディストリクトの意味が異なるので注意が必要である)。

4 Regional Directorates の下には全国の各ディストリクトの Health Board、主要病院での医療実施に関する Hospital Board がそれぞれ組織されており、ルサカ・ディストリクトの Health Board もそのうちのひとつである。ルサカ・ディストリクトの場合、前述8ゾーンから各2名、ザンビア大学

注2 Ministry of Health, District Health Plan Guidelines for 1997, Health Reforms Implementation Team Secretariat, 27 June, 1996

医学部、国家環境審議会、保健省関係者などからなる地域保健審議会（District Health Board : DHIB）が設置されており、LDHMTはDHIBの下に位置づけられ指導監督下にある。

なお、現行の保健機構の改革は現在進行中であり、1996年に引き続き1997年も大幅な変更が予想される。そのため、保健行政実施にかかる各部局や機構の名称や位置づけは非常に流動的なので引き続きフォローが必要である。

4-3 LDHMTの概要

LDHMTはルサカ・ディストリクトの保健行政を実施するために上記経緯から設立された。ルサカ・ディストリクトはザンビアの首都であると同時に5郡から構成されるルサカ州（Province）の州都でもある。かつてはルサカ・ディストリクトはUrban AreaとRural Areaに分けられていたが、人口の流入によりRural Areaは消滅しUrbanとPeri-Urbanから構成されるようになり、その後の行政改革によりディストリクトとして統一されるようになった。そのため、本プロジェクトでもLusaka Urbanではなく、Lusaka Districtをプロジェクト名に採用している。

現在、LDHMTのトップにはDistrict Director of HealthのDr.Kumwenda Phiri女史が就任しており、その下にはAdministration担当とHealth Programmesをそれぞれ担当する2人のDeputy Directorを有している（別添4-1 機構図参照）。また、技術顧問として英国海外開発庁（ODA）から専門家が派遣されている。現在、保健セクター改革が進んでいるので現状はあくまでもテナティブではあるが、総人員は28名、そのうち医師資格者2名、準医師資格者1名、そのほかに看護婦・助産婦資格者10名程度となっている。

また、ルサカ・ディストリクトにある保健医療施設としてUTH、チャイナマヒルズ保健訓練校（Chainama Hills College Hospital : CHCH）、Maina Soko Hospitalおよび22にわたるUHCがあるが、UTH、CHCHは保健省に、Maina Soko Hospitalは軍隊にそれぞれ所管されており、LDHMTは22のUHCを統括するルサカ・ディストリクトの地域医療にかかる中枢部と位置づけられる。

したがって、ルサカ・ディストリクトの地域医療体制としては中枢部のLDHMTで保健行政にかかる計画・方針を立案策定するとともに22のUHCでそれを実施するという体制にある。現在のLDHMTの活動としては、

- ① District Board Meeting
- ② Health Care Supervision
- ③ Staff Training
 - Primary Health Care Planning
 - Safety Motherhood
 - Child Health
 - Disease Prevention and Control

- Clinical Care

- Administration and Management

- ④ Transport Management and Purchases
- ⑤ Epidemics Preparedness
- ⑥ Equipment, Vehicle and Infrastructure Maintenance
- ⑦ Accommodation and Housing Issues

となっており、1997年に必要な予算（UHC分も含む）は約60億クワチャ（約6億円）であった。ⁱⁱ³

また、LDHMTには政府予算のほかに、GTZ、DANIDA、SIDA、UNICEF、ODAなどからの資金援助と患者の受益者負担による診療費が収入として入ってくる。

4-4 UHCの概要

ルサカ・ディストリクトは保健行政上は8つのゾーンに分かれており、本部であるDistrict Health Office 1を除く計22のUHCを有している（別添4-2資料参照）。また、UHCが本来の第一次病院として機能せず住民がUTHに殺到するなどレファラル体制が混乱している現状から、LDHMTは22のUHCのうち4カ所をヘルスセンターから病院に昇格させる計画をもっている（現在候補にあがっているのはChilemje、Kanyama、Matero Referenceの3カ所とChelstoneもしくはChipataの1カ所を加えた計4カ所のUHC）。

低所得者層の居住地であるコンパウンドのほとんどにはUHCがあるが、ウゴンベのようにUHCを有しないコンパウンドも一部にはある（ウゴンベでは現在、ノルウェーのNGOが施設クリニックを建設中であり、将来的には保健省の認可を受けて正式なUHCに昇格する計画となっている）。

各UHCはそれぞれ対象人口を有しているが、ジョージタウンのように約13万人を擁するUHCもあれば、カウングのように3万人に過ぎないUHCもある。また、UHCの規模もばらつきが多い。ザンビアの場合、UTHでの6年間の教育により英連邦医師資格を有する者、CHCHでの3年間の教育により国内資格であるクリニカルオフィサー（医師補）資格を有する者、看護学校卒業により看護婦資格を有する者などに分けられるが、一般にUHCレベルではクリニカルオフィサーおよび看護婦が配属されていることが多く、医師の常駐は1～3名程度となっている。UHCでは日常の医療活動のほか、予防医学的アプローチ（下痢症予防、コレラ予防、エイズ予防など）、予防接種の実施、家族計画の啓蒙・実施など多岐にわたる活動を住民への最前線に立って行っているが、医療レベルの低さ、医療機器の不足などから十分な医療活動は行われていないのが現状である。また、医療保険制度が施行されており1家族当たり月額500クワチャ（50円程度）払えば家族の医

療費は無料となるが、保険のない場合には1回の診療で2500クワチャ（250円）が請求されることとなっている。しかし、貧困から保険加入率もなかなか向上しない現状にあるという（正確な加入率はデータがなかった）。

一方、ザンビアの合計特殊出生率は低下しつつあるもいまだ6以上を保っており、出産率は非常に高くなっている。そのため、妊産婦保護や乳幼児対策はUHCのなかでも大きなウエイトを占めている。特に急性呼吸器疾患（ARI）、マラリアなどの各種感染症などは社会的弱者である子供が被害を受けやすいため、母子保健はUHCの大きな課題でもあることから、UHCの業務内容は以下のとおり整理されている。なお、日本の無償資金協力により1996年度にUHCに医療機器が供与されており状況は改善されつつはあるものの、LDHMTが問題点としてあげていたのは救急車の不足であった。現在、救急車は5台あるが、そのうち2台は老朽化しており8ゾーンすべてに配置するためには5台が新規に必要なことだった。

- (1) Safe motherhood by RPR testing of all pregnant women who attend antenatal care
- (2) Child health by conducting immunizations, growth monitoring to reduce malnutrition by 20%
- (3) Disease prevention especially for malaria, diarrhoea, sexually transmitted infections including HIV/AIDS and TB
- (4) Clinical care by improving availability and management of drugs, vaccines and lab/dental requirements
- (5) Health Centre administration and Health Centre/Community in-service training

現在、UHCの指導下で住民主体のNeighbourhood Health Committeeが組織され各種保健教育の啓蒙が期待されているが、訓練の不足によるレベルの低さがネックとなり有効に機能していない。

4-5 ザンビアの母子保健概況

1992年の調査によれば出産にあたって92%の母親は医師もしくは看護婦、助産婦の産前検診を受けており、82%の母親は破傷風の予防接種を受けていた。また、半数以上の母親は医師もしくは看護婦、助産婦の立ち会いのもと出産していたが、1996年には出産時の立ち会いはわずかに減り46%となっている。このことは妊産婦の約半数が医療施設外で出産していることを意味し、妊産婦保護にかかる医療データの入手が困難であることにもつながっている。

また、予防接種についてみると、BCG、麻疹、DPT（1～3回目）およびポリオについては、1992年に生後12～23カ月にある乳幼児で接種率が67%であったものが、1996年の統計では同78%に向上しており、ヘルスセンターなどの住民への啓蒙活動が効を奏していることがわかる。日本も医療協力特別機材供与として麻疹ワクチンを供与している。

また、乳幼児死亡率に目を向けてみれば、ザンビアの経済状況の悪化とHIV/エイズが問題化してきたことにより、子供をとりまく環境はむしろ悪化してきている。1983～1986年に1000人当た

りの乳児死亡率は92人であったが、1987～1991年では同106人、1992～1996年では同109人となっている。同時期の5歳未満乳幼児死亡率をみるとそれぞれの期間で同174、187、197となっており、ワクチン接種率の向上と反した結果となっている。これは、1歳未満の乳児死亡率の悪化が5歳未満乳幼児死亡率の悪化に反映されていることを意味しており、ワクチン接種時期に至る前の乳児への対策が遅れていることを意味している。

4-6 チバタUHCの現状

今回の調査ではチバタUHC（対象人口8万3058人）を視察したが、聞き取り調査の結果によれば、現在の保健医療従事者の分野および人数は医師3名、クリニカルオフィサー5名、看護婦長（Sister in Charge）1名、正規看護婦（Registered Nurse）9名、準看護婦（Enrolled Nurse）44名、環境技師（Environmental Officer）1名、ほかに数名の事務職員となっていた。また、クリニカルオフィサーと準看護婦のうち1名ずつが精神科専門となっている。先方資料によれば22あるUHCのなかでも医師が3名配属されているのはチバタのみであり（他ではLDHMT本部に医師が3名配属されているが医療行為そのものではなく医療行政にかかわっている）、医師ではなくクリニカルオフィサーが医療面での責任者となっているUHCが10カ所あることを考えあわせると、チバタはかなり充実したUHCであるといえる。

また、活動面では30の入院ベッド（男女各10ベッド、コレラ用の隔離病棟）を有しており、コレラセンターの機能もあわせもっている。外来患者は平均400名/日、半数以上が小児であり、病気としては下痢、マラリア、ARI、性感染症（STD）、結核（TB）などが主要疾患となっている。妊産婦は300名/月が訪れており、平均して出産数は15/日あり、出産後8時間の経過をみて帰宅させている。緊急出産の場合にはUTHに輸送されるが、交通手段の問題等もありうまく機能していないのが現状である。

チバタUHCの施設についてはIrishの協力により建設され、ジョージUHCとほぼ同様の規模内容であるが、隔離病棟、リネン室、洗濯室などが充実していた。また、洗濯室にはODAから供与された大型の洗濯機、乾燥機などが設置されており、ベッドシーツなどの乾きにくい雨期には特に有効とのことであった。

日本は1996年度の無償資金協力でUHCにそれぞれ医療機器を供与しており、チバタでも日本政府のシールのついた医療機器（冷蔵庫、遠心分離器、血圧計など）が目についたが、臨床検査関連の器材のほとんどは日本からの供与でマラリア検査用顕微鏡はよく使用されていた。

なお、チバタUHCはLDHMTからパイロット的なUHCとしても扱われている。あとのUTHの節で述べるように、UTH小児科のアウトリーチ活動の対象に指定され、チバタのみで週1回のUTH医師による診療およびクリニカルオフィサーへのOJTが試行されている。この活動は1996年9月から1年間の予定で試行中であるので、今後の評価結果を待ちたい。

さらに、あとの節で述べるコミュニティヘルスプラクティショナー（Community Health Practitioner）制度についても現在、計画段階にあるが、本格的な実施に先だってチバタUHCでパイロット的に試行される予定となっている。

以上述べてきたように、チバタでは22あるUHCのなかでも実験的な試みがなされており、LDHMTもパイロットUHCとして位置づけているようである。本プロジェクトのパイロットコンバウンド選定については開始後1年間のベースライン調査の結果を見て正式に選定されることとなるが、現時点での先方の希望はここチバタUHCとジョージUHCとなっている。

4-7 UTHの本プロジェクトへの関与

UTHは植民地時代である1934年に設立され、1997年時点で1835ベッドを有するザンビア最大の病院であると同時に、トップレファラル機関でもある。さらにザンビア大学医学部の実習病院でもあるという教育的側面も担っている。しかしながら、前述のUHCの機能不備のため、本来一次医療機関であるUHCで診療を受けるべき患者層までがUTHに殺到し、事実上のレファラル体制は崩れていた。そのため、1996年8月に10カ所のUHCが新設されたのを機にUTHの外来部門は閉鎖され、UHCからの紹介による患者以外は原則として受け入れない体制に改められた。その結果、状況は徐々に改善されてきたものの、いまだに紹介状を持たない患者（1回に最低2500クワチャの診療費がかかる）が来院することなどから医療現場は混乱している。

また、トップレファラルであるUTHでさえ医療体制は十分ではなく、特に小児科ではその傾向が顕著である。そのため、日本は小児科アウトリーチセンター建設にかかる無償資金協力を実施し、同センターは1997年3月末に完成し5月頃から機能を開始する運びとなっている。

また、UTH小児科では新しい試みとして1996年9月からチバタUHCでアウトリーチ活動を実施している。LDHMTにはODAの専門家1名が派遣されていることから、チバタUHCでの活動にあたってはODAからの協力を得ている。現在、小児科にはインターンを含めて32名の医師がいるが、そのうちのシニア医師9名が交代で1名ずつ毎週チバタUHCを訪れ、同センターで診療およびクリニカルオフィサーのOJT訓練を行っている。この活動の目的は第一次医療機関であるUHCの医療サービスの質を高めることによりトップレファラル機関であるUTHに患者が流れないようにすること、およびクリニカルオフィサーの卒後教育をOJTとして行うことにある。

医師1人が1回行くごとに医師には2万2000クワチャ（約2200円）がODAから支払われ、うち1万クワチャは小児科が移動車両代として徴収するので、医師には1万2000クワチャが渡されている（移動車両代の内訳は維持管理費と燃料費であり、運転手の人件費は含まれていない）。この方式は1997年9月まで1年間試行されるが、UHCの機能向上やクリニカルオフィサーの訓練のために有効であることが評価の結果判明したら、すべてのUHCに拡大実施されることになっている。実際の問題点としては車両自体はUTHのものを使用するので問題ないが、運転手の雇用代月

額8万～10万クワチャ（8000～1万円）が予算的に手当できないことである。

UHCの機能向上のためにUTHの小児科医師が各UHCでアウトリーチ活動を展開するという方式は有効であると思われることから、今後、ODAとの連携が可能であれば支援していくことも検討できる。また、先方もカウンターパートの配置は可能としており、アウトリーチ活動の支援・調整のために専門家1名を配置することも検討してみたい。

今回のプロジェクトではUTHをクリニカルオフィサーなどの再教育支援機関として位置づけているが、何らかの機材や現地業務費の範囲内で支援できるのであればUTH小児科を支援することは現実的であろう。

4-8 CHCHの本プロジェクトへの関与

Chainama Hills HospitalとChainama College of Health Sciencesは従来、同一敷地内にはあるものそれぞれ独立機関であったが、保健セクター改革に伴い、1993年1月には統合されChainama Hills College Hospital (CHCH) という1機関となった。

Chainama Hills Hospitalはザンビア唯一の精神病院であり500ベッドを有している。しかし、保健医療についても地方分権化が進んだ結果、現在ではベッド占有率は200ベッドまで落ち込むなど、精神病院のトップレファラルとしての存在はゆらぎつつある。

また、もうひとつの前身であるChainama College of Health Sciencesは、従来からザンビア唯一のクリニカルオフィサー（精神科および医療一般の2分野）、環境技師（Environmental Technicians）、精神科看護婦の養成学校であった。クリニカルオフィサーについてみれば、全国900のヘルスセンターに人材を供給するために3年間のクリニカルオフィサー育成コースを実施しており、現在の在校生は合計650名（クリニカルオフィサーコース500名、環境技師コース100名、精神科看護婦コース50名）であるという。クリニカルオフィサーコースは1学年120名程度が在籍しており、全コースとも1月と7月の年2回が入学時期となっている。同校では1936年から1996年までに4000名に上るクリニカルオフィサーを養成した実績がある。ただし、クリニカルオフィサー養成にあたってCHCH独自の講師は4名と少なく、専門分野もそれぞれ眼科、精神科、産婦人科、外科であり、そのうち産婦人科医師はオランダ人の契約医師（3年間）であった。実際の講義にあたっては適宜、外部講師や、UTHなど外部での講義を活用しているのが現状である。

さらにCHCHではクリニカルオフィサーの卒後再教育も手がけており、1週間から2週間程度のセミナーを開講している。1997年の計画ではHIV/エイズ臨床講座、保健システム管理講座、マラリア管理講座などをはじめ21にわたる講座を開講している。実際のところ、これまでの歴史的経緯からCHCHでの各種研修は精神科関連が占める割合が大きい。また、現在、新しい試みとして栄養センターを設置するという動きもある。

いずれにしても、CHCHはクリニカルオフィサーなどの再教育機関としての実績を有している

ので、同機能を本プロジェクトが活用することは有用であろう。しかし、実際のカウンターパートとなれる人材（CHCH独自の講師）は現在のところ非常に層が薄いので、日本人長期専門家の常駐しての技術移転は難しい。CHCHのクリニカルオフィサー養成校は寄宿舎、教室、講堂、図書室などの諸設備を有しているが、教育関連機材（視聴覚機材、医学図書など）は未整備な状況であることから、これら教育設備について若干の整備（機材）を行いつつ本プロジェクトで各種卒業セミナーを支援・活用していくことやPHICに関するコースをJICAと共催することなどが考えられる。その際にはセミナー支援のための短期専門家派遣なども必要となろう。

なお、CHCHは精神科のみの単科病院としての需要が減りつつあることも踏まえ、今後、総合病院に改革していきたい意向があるが、これら改革にあたっての予算的裏付けはなされていない。

4-9 ルサカ市庁（Lusaka City Council : LCC）の本プロジェクトへの関与

前述したように保健セクター改革のなかでルサカ・ディストリクトの保健行政の実施部門はLCCから切り放されLDHMTとして再構築された。現在、LCCの中で保健医療関連にかかわっているのは公衆衛生局（Department of Public Health）である。同局では保健医療のほかに水道や排水などの環境衛生にも関係しており、主な活動は住民への保健教育促進（Health Promotion Education）と環境衛生の改善（Safe Environment）である。

本プロジェクトでも住民への保健教育、各種啓蒙を活動内容のひとつにしているが、この分野の活動におけるLDHMTとLCCのデマケーションは現時点では不明である。

したがって、デマケーションを把握した時点で、LCCと本プロジェクトとの具体的な接点が明確になり、ある程度の相互協力関係が構築される可能性はある。

また、LCCはルサカ市の行政機構のトップであり各種許認可を行っていることから、本プロジェクトで基盤整備費を使って施設を建設する場合の建設許可や、活動上必要となるさまざまな許可取得にあたって重要な役割をもつことが予想される。

4-10 その他の機関

ザンビア大学医学部のなかにはDepartment of Community Medicineがあり、クリニカルオフィサー養成コースの最終年次である第3学年では同Departmentで講義を受けるなど密接な関係がある。本件についての詳細はわからなかったが、今後、卒業教育などの面での関与の可能性を検討してみたい。

4-11 コミュニティヘルスプラクティショナー（Community Health Practitioner）

今回の調査で新たにコミュニティヘルスプラクティショナーという新しい概念・制度が保健戦略のなかで取り上げられていることが判明した。これはクリニカルオフィサー、看護婦などを再

訓練することによりコミュニティベースの保健従事者を育成するという試みである。ザンビアにはヘルスセンターの下にヘルスポストといった医療施設はなく、一番下の機構としてはNeighbourhood Health Committeeが存在している。しかし、同Committeeは有効に機能していなかったため、コミュニティベースでの保健医療活動が十分に行えていなかった現状にある。そのため、新しい試みではコミュニティヘルスプラクティショナーが看護婦、クリニカルオフィサー、衛生指導の複数の分野を1人で担当することによりコミュニティの保健医療環境を全体的にボトムアップしようとしている。これは医者やクリニカルオフィサーがUHCという定点での医療サービスの提供者であるのに対し、コミュニティヘルスプラクティショナーはコミュニティのなかに実際に入って医療だけではなく総合的な保健環境の向上に従事しようというものであり、PHCの思想とも合致している。

通常のヘルスワーカー（いわゆるボランティア）が6週間のみの研修で育成されるのに対し、コミュニティヘルスプラクティショナーの場合には有資格者の再訓練により育成され、きちんとした資格も授与される。将来的にはCHCHにコミュニティヘルスプラクティショナーの養成講座（3年間程度）を開設することも検討されているが、現行では早期育成に主眼が置かれているため有資格者の再訓練となっている。一方、コミュニティベースでの保健医療活動には実績と経験が必要であり新卒のコミュニティヘルスプラクティショナーでは困難が予想されることから、すでに経験のあるクリニカルオフィサーや看護婦などの有資格者を再訓練して育成すべきだという意見も多く、今後どのような形で整理しようとしているのかいまだ不明である。

現時点ではコミュニティヘルスプラクティショナーは構想の段階であり、まだ実際の養成には着手しておらず、どこで（UTHなのか、CHCHなのかあるいは他の場所なのか）誰がどのようなカリキュラムに基づいて合計何人の養成を行うのかも明確ではないが、LDHMTによれば1997年中にはルサカ・ディストリクトのチバタUHCに試行としてコミュニティヘルスプラクティショナーを配置したいとのことであった。

保健省ではザンビアの全国民が最寄りのコミュニティヘルスプラクティショナーに15分程度でアクセスできることを目標に3000～4000名当たり1人のコミュニティヘルスプラクティショナーを配置することを計画しており、ルサカ・ディストリクトでは計375名が必要と試算されている。

実際にコミュニティヘルスプラクティショナーはまだ配置される段階には至っていないため、今後どのように展開していくのか注目していく必要がある。現在、LDHMTに配属されているODA専門家のDr. James J. Bandaが本制度のルサカ・ディストリクトでの実施について試行案を作成しているが、いまだ最終決定には至っていない。

しかしながら、本プロジェクトがコミュニティレベルでのPHC対策を主眼としている以上、コミュニティヘルスプラクティショナー制度とは人材育成支援などの面で今後、何らかの接点が出てくるものと思われる。

4-12 モデルサイト選定

現時点ではモデルサイトは決定しておらず、R/Dに示すように協力1年次のベースライン調査の結果を見つつ、1ないしは2地区（コンバウンド）をモデルサイトに設定する予定である。

当初、検討していたウゴンベについてはUHCが現時点では存在せず、ノルウェーのNGOの援助により診療所が建設途中にある。同診療所は建設後、UHCに正式認可されることになっているというが、現時点では認可される時期等が不明なため、さしあたってはモデルサイトとしての検討の対象としない。

一方、先方LDHMTの要望を聴取したところでは、チバタ、ジョージの両コンバウンドを希望するとのことだった。ジョージについては日本の無償資金協力により給水設備が完成し、コレラ、下痢などの水系伝染病が大幅に減少したとの報告もあることから、PHCを実施することにより相互効果が期待できる反面、対象人口が多すぎるというマイナス面ももっている。

モデルサイト選定にあたっては、急がずに1年間のベースライン調査期間中に慎重に決定することとしたい。特に5年間の協力期間を考えた場合、アウトプットとして改善が期待できる指標を設定することが重要であることから、評価段階のことも見据えてモデルサイトを選定することが望ましい。

4-13 LDHMTでのPHC活動

LDHMTはルサカ・ディストリクト22カ所にあるUHCへの司令塔であり、UHCでの保健医療活動についてその計画段階から実施段階まで一元的に管理している。今回の調査では、LDHMTは保健行政実施にかかる計画段階での日本側の支援を要望していた。

具体的にいえば、ルサカ・ディストリクトで保健行政を計画立案するにあたっての基礎的データが不十分であることがあげられる。例えばルサカ・ディストリクトの人口自体少なく見積もって110万人、多く見積もって200万人とも言われている。また、低所得者居住地区であるコンバウンドも、不法占拠による住宅建設なども一部にはあり正確な実状がつかめていない。コンバウンド内の道路網、道路の状況、住宅の位置、電化の状況、井戸の設置個所などが正確にわからないため保健医療対策を計画するにも支障が出ている状況である。現在、LCCとUSAIDが共同で作成した地図はあるが、コンバウンド内の状況までは正確に記載されていない。

LDHMTとしては本プロジェクトでこれら基礎的資料作成に対する支援とその後の保健対策の計画段階での支援を要望している。したがって、ハード面としては支援車両やコンピュータ等保健指標収集・分析用の機材を、ソフト面としては統計処理や各種保健医療プログラムの計画立案への支援が必要となろう。

4-14 コミュニティでのPHC活動

UHCの節でも記述したが、コミュニティでの保健戦略の重点項目としては以下の8分野があげられている。

(1) マラリア

乳幼児の主要な死亡原因ともなっていることから早急な対策が必要であり、蚊帳の普及やボウフラの駆除、住民への啓蒙活動により1997年末までに罹患率を20%低下させることを計画している。

(2) 急性呼吸器疾患 (ARI)

マラリアに次いで乳幼児の死亡率の第2位となっていることから、早期診断の強化が必要である。

(3) 下痢症

UHC全体では1996年第3四半期で5万4170例が報告されており、便所などの衛生設備の建設と下痢症についての住民への啓蒙が必要である。特に雨期にはコレラも流行しているので注意が必要である。

(4) 母子保健 (妊産婦保護、家族計画、小児保健)

梅毒に感染している妊婦の例が報告されており、出産前検診の強化が必要である。また、家族計画の普及により出産間隔をあけるなどの母性保護の措置が必要とされている。また、小児保健としては予防接種のいっそうの普及と栄養改善、ビタミンA摂取促進などが課題となっている。

(5) 結核 (TB)

エイズ蔓延と並行して日和見感染症でもある結核が激増している。UHCではDOTS (直接監視法：結核患者に数日分の薬剤を渡すのではなく、UHC等の医療機関に患者を毎日来院させ、直接薬剤を渡して服用させるという方法。患者の途中脱落を防ぐとともに耐性菌を増加させない手法としてWHOが提唱)を導入し、治療の強化を図っている。

(6) 性感染症 (STD)

ここ数年激増しており、正しい性知識の普及や早期治療の開始が必要である。特に妊産婦へのスクリーニングの強化があげられている。

(7) HIV/エイズ

正確な患者数やHIV陽性者数は把握されていないが、HIV/エイズにかかわるNGOが増加したことやエイズ孤児が増加したという状況証拠から、ここ数年HIV/エイズは増え続けているものと推定されている。疫学的データ収集にあわせて、コンドーム使用の奨励など住民へのエイズ予防啓蒙活動が必要である。

(8) 飲料水および衛生設備

前述のコレラの発生からもわかるように、コンパウンド内および各家庭での衛生対策は急務となっている。浅井戸は尿尿などが流れ込み、すでに大腸菌などに汚染されているので飲料水としては煮沸するなどの処理が必要となっているが、衛生知識がないこと、貧困家庭では燃料代がないことの2つの問題が密接にかかわっており、非常に難しい状況となっている。

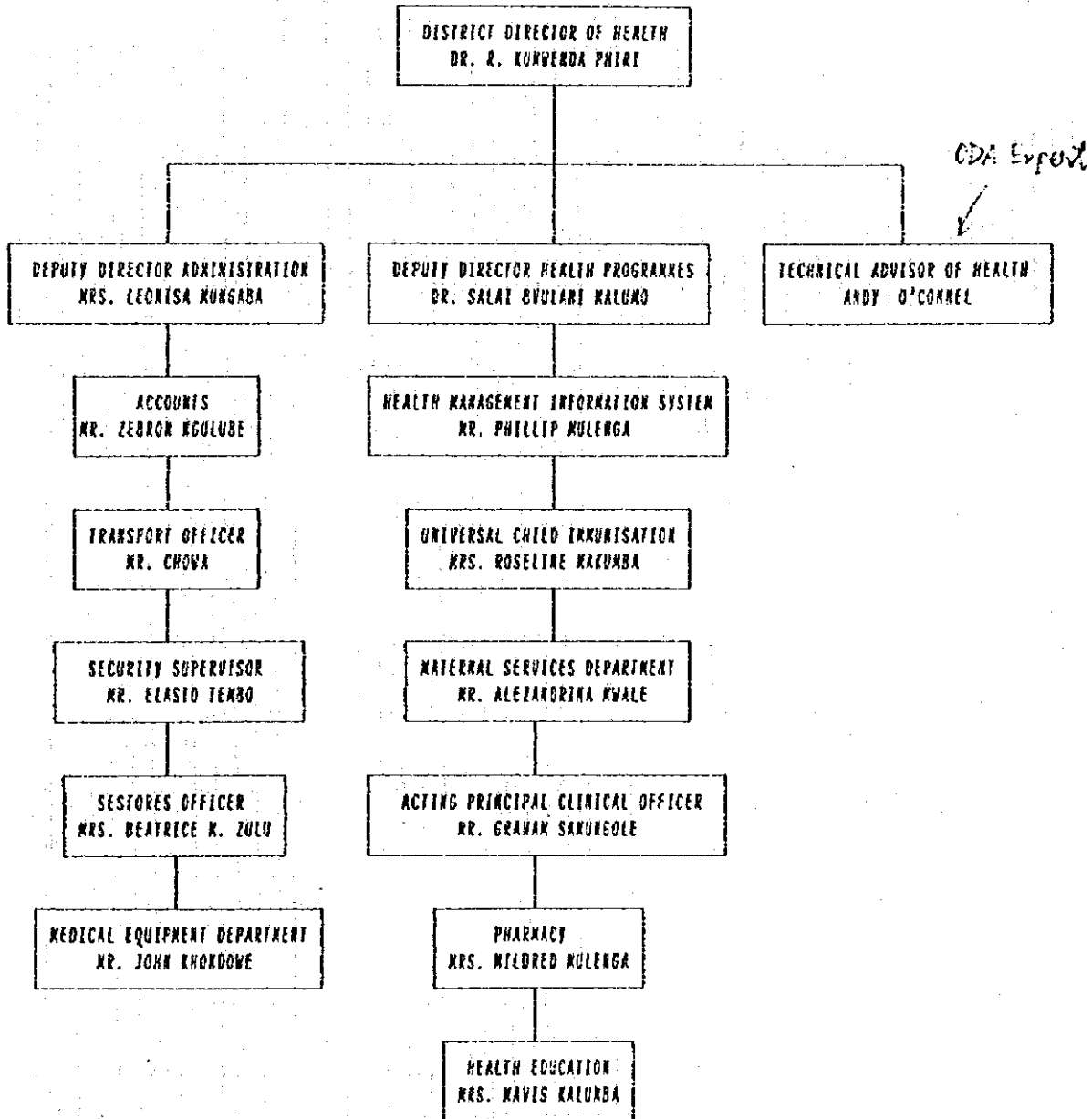
なお、本プロジェクトの限られた投入のなかでどのようにコミュニティでのPHC活動を実施していくのが今後の課題である。上記項目のうち例えば蚊帳の購入・配布などはJICAのスキームでは難しい。また、日本人専門家は直接の医療行為は行えないため、協力にあたってはあくまでも指導・助言に限定される。このような制約を考えた場合、5年間の協力期間で効果のあがるような項目として上記のうちいくつかの分野を選択して取り込んでいくのか、あるいは保健教育といった横断的な方法ですべてを対象にしていくのか、またサステナビリティをどのように確保するのか等について今後十分に検討する必要がある。

なお、本プロジェクトは日本のNGOであるAMDAから、長期および短期専門家を採用する予定である。これら専門家はすでに開発途上国のコミュニティでの活動実績を有していることから、コミュニティベースでの活動の展開には草の根ベースや住民参加といったアプローチが考えられる。その場合には生計向上などの村落開発的な要素が加味されていくことも見込まれる。

いずれにしても、コミュニティでのPHC活動の展開にあたってはLDHMTとの相互協力が必須であることから、これら活動の実施にあたっては1年間のベースライン調査実施時に十分な調査と分析を行う必要がある。

LUSATU URBAN DISTRICT HEALTH MANAGEMENT TEAM

STRUCTURE CHART



LUSAKA DISTRICT HEALTH MANAGEMENT TEAM (INTERIM) STAFF LIST

SERIAL	OFFICER'S NAME	RANK	PROFESSIONAL QUALIFICATIONS
01	Dr. Rosemary K Phiri	District Director of Health	Medical Doctor
02	Dr. Sarai B. Malumo	Deputy Director Programme	Medical Officer
03	Mrs. Leonisa Mungaba	Deputy Director Administration	Senior Nursing Officer
04	Mr. Andy O'Connell	O D A Project Advisor	Health Planner
05	Mr. Augustin Mungandu	District Accountant	Accountant
06	Mr. Zehron Ngulube	Assistant Accountant	Accountant
07	Mrs. Mildred Mulenga	D/Pharmacy Technician	Pharmacy Technician
08	Mrs. Beatrice Fwambo	D/Pharmacy Technician	Pharmacy Technician
09	Mr. Phillip Mulenga	District Health Information Officer	Health Inspector
10	Mrs. Margaret Mwanza	S/Nursing Officer	PHN/Nurse Administrator
11	Mr. Graham Samungole	Acting Principle Clinical Officer	Clinical Officer
12	Mrs. Roseline Makumba	PHN	Public Health Nurse
13	Mrs. Josphine Sipatonyana	PHN/QA	Public Health Nurse
14	Mrs. Alejandrina Mwale	Acting Nursing Officer	Nursing Sister
15	Mrs. Edith Bwalya	Nursing Officer Preventive	Public Health Nurse

SERIAL NO.	OFFICER'S NAME	RANK	PROFESSIONAL QUALIFICATIONS
16	Mrs. Beatrice M. Zulu	Acting Stores Officer	Registered Midwife
18	Mrs. Mary Banda	PHN	PHN
19	Miss. Angela Tembo	Cashier	
20	Mr. Isaac K Mate	Accounts Clerk	
21	Mrs. Mavis Kafumba	District Health Educator	Nutritionist
22	Mrs. Concepta Musonda	Assistant Health Educator	Nutritionist
23	Mrs. Mubukwana Maimbolwa Shula	Assistant Health	Nutritionist Post Graduate Diploma Planning Management and Education of Rural Development Project
24	Mrs. Anette Chulu	Health Education Assistant	
25	Mr. John Khondowe	Senior Medical Equipment Technician	Medical Equipment Technician
26	Mr. Cosmas C. Kalwambo	Medical Equipment Technician	Medical Equipment Technician
27	Mr. Michael Chowa	Transport Officer	Automotive Mechanic
28	Mr. Elasto Tembo	Security Supervisor	Military Training

STAFF AND MANAGEMENT

In August 1996, the UTH OPD was closed to open up 10 Urban Health Centres for Primary Health Care. With the closure, the Urban Clinics were empowered to have Medical Doctors to improve the referral system between the Urban Clinics and the UTH. Lusaka Urban is still facing a continuous problem of staff shortage and this been compounded by the closure of UTH OPD without a shift of man power to the Health Centres now operating 24 hours. George Clinic, Kanyama Clinic and Matero Reference are still operating without Medical Doctors while Chelstone, Chawama, Kamwala and Mtendere only have one Doctor each - Nurses are also inadequate to cope with the 24 hours shifts; just like the Clinical Officers. See the table below which illustrates the distribution of staff in the various Urban Health Centres.

Table on Staff

	STATION	Doc	Nurses	Chief Officers	P.H.U.	Registered Nurses	Enrolled Nurses	Doctors	CDFs	Security Officers
	DISTRICT HEALTH OFFICE	3	1	3		9	2	16	4	8
1.	BAULENI	-		3		3	15		8	2
2.	CIVIC CENTRE	-		2		4	8		6	
3.	CHAINDA	-		1	1	7	17		11	1
4.	CHAWAMA	1		2	1	5	35		26	5
5.	CHILENJE	2		8		6	38		22	6
6.	CHIPATA	3		5	1	9	44		38	6
7.	GEORGE	1		3		6	40		19	6
8.	KABWATA	2		7		6	20		15	4
9.	KALINGALINGA	0				6	11		14	4
10.	CHELSTONE	1		6		11	36		33	8
11.	KAMWALA	2		6		4	21		9	4
12.	KAUNDA SQUARE	-		4		3	24		7	2
13.	LILAYI	-		1		2	11		5	
14.	MAKENI	-		1		4	12		5	
15.	MATERO MAIN	-		3		3	15		18	4
16.	MATERO REF	1	1	4	1	10	34		19	7
17.	MANDEVU	-		2		2	10		10	3
18.	MTENDERE	1	1	4	1	11	31		30	7
19.	PRISONS	-		2			8			
20.	RAILWAY	1		3		6	15		7	3
21.	STATE LODGE	-		1		1	5		1	
22.	KANYAMA	1		4	1	7	22		23	4
	TOTAL	19	3	75	6	125	474	16	331	84

DENTAL C.O.S AND DENTAL ASS - 16, LAB TECH - 14, NUTRITIONISTS - 2, DR. DENTAL SURGEON - 1, ACCOUNTS STAFF - 4, MED. EQUIPMENT TECH - 3, PHARMACY TECH - 3, *HEALTH TECHNICAL ADVISOR - 1, TOTAL NUMBER OF STAFF - 1,176.

NOTE: THE TOTAL NUMBER OF STAFF IS INCLUSIVE OF LCC AND CASUAL DAILY EMPLOYEES STAFF.

5. 日本側NGOとの連携

2. で述べたように、本プロジェクトはモデルエリアでのコミュニティレベルでの調査および実証的PHC活動を並行して実施することを特徴としている。

この調査、活動を実施するために、日本のNGOであるAMDA（アジア医師連絡協議会）から人材を専門家として充当するなど草の根的な住民参加方式を導入予定である。

AMDAは、すでにザンビアにおいてコミュニティレベルでのPHC活動に関する長期、短期の専門家による種々の調査経験の蓄積を有している。

本調査団にはAMDAの代表がNGO連携調査の目的で団員として参加し、コミュニティにおける具体的実施計画の策定を踏まえた調査の結果、以下の報告が提出された。

ザンビアPHCプロジェクト

AMDA代表 菅波 茂

1. 当プロジェクトの構成項目

- (1) レファラルシステムの改善とヘルスセンターの機能強化
- (2) コミュニティに基盤を置く貧困と健康対策

2. 保健省によるPHCの重要性と実施における問題点と対策についてのガイドライン

- (1) 都市部におけるPHCの開発と実施は財政、人的資源、住民の行動様式そして疾病パターンによって優先順位と緊急度が考慮されるべきである。
- (2) ルサカ市民の健康状況はコミュニティ内での動機づけと問題解決によって改善されなければならない。

3. PHC活動立案のための指標

- (1) ルサカ都市部におけるハイリスク家庭の健康と栄養の改善
 - ① 乳幼児への授乳および補足栄養センターを作業場とマーケットに設置
 - ② 健康と栄養教育の必要なハイリスク家庭の選別
 - ③ 女性の収益事業の推進
 - ④ 移動婦人クラブ、組合協会や学校の子供プログラムによる水や食物の安全性に関する特別な健康教育を宣伝する。
 - ⑤ Street Kids International Children in Distress (CINDI), established vocational center,

SIDO、youth clubs等の地元の団体との協同事業により若者に健康改革を促す雇用の促進

⑥ 市民団体、社会クラブ、収益事業グループそして企業等による薬剤を染み込ませた蚊帳やカーテン導入のマーケティング

⑦ 薬剤のコンプライアンスと効果の研修

(2) 都市部住民への健康問題を地元指導収益向上観点からのコンサルテーション（都市部での健康への社会活動）

① 住民参加に関する都市部コミュニティとの作業

・社会的活動活性化への議会予算の増加

・Resident Development Committee活動への議会の支援

・経験あるNGOと連携した作業

・社会クラブ、協会グループ、neighbourhood committeeなどの社会に密着している市民団体の認定と作業

② Street Theater、歌、芸術活動、マスメディア広告、相互作用型ラジオなどによる健康への参加型教育活動の推進

4. プロジェクト実施のための基本的項目

(1) 低所得者居住地区における住民間協力の社会慣習がみられない。

PHCの理念および実施に関する最も重要なことは「住民参加」であるが、住民間協力の社会慣習がみられないことはPHCの展開にとって致命的である。アジアの稲作文化における住民間協力を前提とした従来のPHCプロジェクトと決定的に異なる。「住民参加」を前提としたPHCプロジェクトを実施するために住民間協力の社会慣習を育成するサブプロジェクトが必要である。

(2) 貧困により生活に必要な基本的条件が満たされていない。

① 水、食物そしてエネルギー

② 生活環境

③ 教育

低所得者居住地区における疾病構造は貧困と密接な関係がある。上記の3点は相互関係にある。低所得者居住地区においては飲料水を含めた水、食物そして家庭用エネルギーはすべてお金がなければ手に入らない。個人個人の努力だけでは永遠に夢の夢である。住民間協力によってのみ可能性がある。生活環境は家屋を除いては衛生環境からの視点に基づく改善となる。教育は小学校教育から必要である。同時に衛生教育と保健教

育も同時展開するのが健康対策のためには現実的である。最後に所得水準向上プロジェクトが貧困対策には必須であるが、同時に上記の3点の改善のための各々のサブプロジェクトを実施する必要がある。

(3) 政府による低所得者居住地区における新PHC政策が準備段階であるが、予算の裏付けはない。

- ① ヘルスポスト
- ② コミュニティヘルスクリニシャン
- ③ 重点疾患とガイドライン
- ④ その他

保健省は低所得者居住地区における住民の保健医療へのアクセスを最重要視し、従来のヘルスセンターの下に人口2000～3000人単位にアクセス時間15分くらいを考えてヘルスポストを設置し運営する政策をまとめている。従来のクリニカルオフィサー、ナースそして環境テクニシャンに8週間の卒後研修をさせたコミュニティヘルスクリニシャン1名を勤務させる計画である。コミュニティヘルスクリニシャンのなすべき重点疾患とガイドラインも準備されている。しかし、予算の裏付けはなく構想の段階である。ただしAMDAがルサカ市にある低所得者居住地区において「コミュニティに基盤を置く健康対策」のプロジェクトを実施する場合には、この保健省の新PHC政策に従った展開になるので研究と分析が必要となる。

以上に基づき「コミュニティに基盤を置く健康対策」における具体的実施計画に関する調査項目を別添5-1のとおり取りまとめた。

参考資料

- ・ Management Development Division, Cabinet Office, LUSAKA, Financial Restructuring Report for the Ministry of Health and the Central Board of Health, September, 1996
- ・ Ministry of Health, District Health Plan Guidelines for 1997, Health Reforms Implementation Team, Secretariat, 27 June, 1996
- ・ Ministry of Health, LUSAKA URBAN DISTRICT HEALTH MANAGEMENT BOARD ACTION PLAN 1997
- ・ Ministry of Health, Zambia Demographic and Health survey 1996 Draft, Macro International Inc, USA
- ・ Dr. James D. Banda, Piloting the Implementation of the Basic Packages of Care in the Urban Setting,

Lusaka District, Practical Considerations.

- Health Reform Implementation Team, Secretariat, Ministry of Health, Hand Book for District Board Members, June 1996
- Ministry of Health, National Strategic Plan 1995-1999, 30 July, 1996
- Ministry of Health and Central Board of Health Management, Health Management Information System, 6 November 1996

AMDA報告 [今後の調査]

ルサカ市にある低所得者住居地区において「コミュニティに基盤を置く健康対策」に関する上記の問題点を解決する下記の構想のプロジェクトとしての実現性と最初に成功するするためのサイトの選択、「持続性」を可能にする社会的経済的要因調査そして「評価」システムのフレーム造り調査のための調査となる。

- 1) 「コミュニティに基盤を置く健康対策」プロジェクト現実性調査
 - 1) 住民間協力の社会慣習育成サブプロジェクト
 - 1) 住民懇親プログラム
 - 2) レクリエーションプログラム
 - 3) その他
 - 2) 水、食物そしてエネルギー確保サブプロジェクト
 - 1) 飲料水確保プログラム
 - 1) 雨水
 - 2) 地下水
 - 3) その他
 - 2) 栄養失調対策プログラム
 - 1) ダイナミックエコー (蛋白質と炭水化物)
 - 2) 集団菜園
 - 3) その他
 - 3) 家庭エネルギー確保プログラム
 - 1) カマド
 - 2) その他
 - 3) 生活環境改善サブプロジェクト
 - 4) 教育 (初等教育、衛生教育、保健教育) サブプロジェクト
 - 1) 各種教育プログラム
 - 2) I.E.C.
 - 3) その他
 - 5) 職業訓練サブプロジェクト
 - 1) 各種プログラム
- 2) 「サイト」調査
 - 1) 基本的にはできるだけ多くのサイトを調査対象にする。
 - 2) 上記プロジェクト現実性評価項目を作成し実施する。
- 3) 「持続性」を可能にする社会的経済的要因調査
 - 1) 簡易コミュニティ市場設置および運営
 - 2) 各種運営委員会の設置および運営
 - 3) その他
- 4) 「評価」システムのフレーム造り調査
 - 1) 飲料水および食物と密接な関係のある疾病調査
 - 2) 飲料水および食物確保改善による疾病率の改善関係の設定
 - 3) 住民間協力と飲料水および食物確保改善との関係
 - 4) ヘルスポスト、多目的ハウスおよび簡易コミュニティ市場と持続性との関係
 - 5) 住民懇親プログラムおよびレクリエーションとプログラム各種運営委員会との関係
 - 6) その他

- 5) コミュニティレベル活動の「パートナー」調査、役割と実効度について。
 - 1) コミュニティ各種団体の実態と可能性
 - 2) 海外青年協力隊ザンビア居住隊員
 - 3) 地元NGO、地元企業、その他民間団体
 - 4) 国際NGO
 - 5) 国連機関および国際機関
 - 6) その他
- 6) 低所得者住居地区における疾病および治療の実態調査
 - 1) ヘルスセンター
 - 2) その他
- 7) ハードウェアの研究調査
 - 1) ヘルスポスト
 - 2) 多目的ハウス
 - 3) 簡易コミュニティ市場

3) 事業実施資金の研究

- 1) JICA関連資金
- 2) 外務省NGO助成金
- 3) 外務省草の根無償資金
- 4) 国連機関および国際機関関連資金
- 5) 内外NGO関連資金
- 6) 地元企業関連資金
- 7) 簡易コミュニティ市場関連資金
- 8) その他

住民間協力の社会慣習育成に関する調査

(目的)

- 1) コンバウンドにおける住民間協力の社会慣習実例調査
- 2) コンバウンドにおける住民間協力推進要因調査
- 3) コンバウンドにおける住民懇親プログラム可能性調査
- 4) コンバウンドにおける住民間レクリエーションプログラム可能性調査
- 5) コンバウンドにおける住民間協力の社会慣習育成評価調査

(内容)

- 1) コンバウンドにおける住民間協力の社会慣習実例調査
 - 1) 内容、期間、参加者分析、予算、成果、持続性等々
 - 2) モチベーション/インセンティブ
 - 3) ルサカ市など行政との関連性
 - 4) 既存の住民組織との関連性
 - 5) 「相互扶助」関係の存在と実践との関連性
 - 6) その他
- 2) コンバウンドにおける住民間協力推進要因調査
 - 1) 上記調査における成功事例の分析
 - 2) 成功事例における住民間協力推進要因の文化的、経済的、社会的背景調査
 - 3) 住民間協力推進要因の選択と組み合わせの可能性
- 3) コンバウンドにおける住民懇親プログラム可能性調査
 - 1) 住民間懇親プログラムの実態調査
(種類、内容、実施者、参加者、実施回数、規模等々)
 - 2) 懇親プログラムの希望調査
(種類、内容、実施者、参加者、実施回数、規模等々)
 - 3) 既存および新規懇親プログラム企画/実施/定着性/効果調査
 - 4) 既存および新規懇親プログラム実施パートナー調査
 - 5) その他
- 4) コンバウンドにおける住民間レクリエーションプログラム可能性調査
 - 1) 住民間レクリエーションプログラムの実態調査
(種類、内容、実施者、参加者、実施回数、規模等々)
 - 2) レクリエーションプログラムの希望調査
(種類、内容、実施者、参加者、実施回数、規模等々)
 - 3) 既存および新規レクリエーションプログラム企画/実施/定着性/効果調査
 - 4) 既存および新規レクリエーションプログラム実施パートナー調査
 - 5) その他
- 5) コンバウンドにおける住民間協力の社会慣習育成評価調査
 - 1) 既存および新規懇親/レクリエーションプログラム実施体制整備
 - 2) 既存および新規懇親/レクリエーションプログラム実施による定期的住民間協力の社会慣習育成効果調査
 - 3) 住民間協力の社会慣習育成効果のある既存および新規懇親/レクリエーションプログラムの取捨選択調査
 - 4) 住民間協力の社会慣習育成効果のある既存および新規懇親/レクリエーションプログラムの修正育成/実施/効果判定
 - 5) その他

生活環境改善に関する調査

(目的)

- 1) 住居環境調査
- 2) 衛生 (特にトイレ) 環境調査
- 3) 「飲料水を含んだ水」環境調査
- 4) 生活環境に関連する特定疾患
- 5) 生活環境改善の評価調査

(内容)

- 1) 住居環境調査
 - 1) コンバウンド内住居の実態調査
 - 1) 住居の構造 (台所、居間、寝室、倉庫等の機能) と設備
 - 2) 住居の建築コスト、維持コストと耐用年数
 - 3) 換気、温度、湿度、明るさ等の人体生態環境
 - 4) 平均家族構成と家族構成員による住居内使用状況
 - 5) その他
 - 2) コンバウンド内住居の健康/衛生面からの調査
 - 3) コンバウンド内住居の「飲料水を含んだ水」および「家庭内エネルギー」確保面からの調査
 - 4) 住民の希望する住居および住居環境調査
 - 5) その他
- 2) 衛生 (特にトイレ) 環境調査
 - 1) コンバウンド内住居付属トイレ調査
 - 1) コンバウンド内住居付属トイレの実態調査
 - 1) トイレの構造と設備
 - 2) トイレの建築コスト、維持コストと耐用年数
 - 3) トイレ内排出物の処理
 - 4) その他
 - 2) コンバウンド内住居付属トイレの健康/衛生面からの調査
 - 1) 「飲料水を含んだ水」との関連性の有無
 - 2) 感染症との関連性の有無
 - 3) 住民の希望する住居付属トイレおよびトイレ環境調査
 - 4) その他
 - 2) コンバウンド内公共トイレ調査
 - 1) コンバウンド内公共トイレの実態調査
 - 1) トイレの構造と設備
 - 2) トイレの建築コスト、維持コストと耐用年数
 - 3) トイレ内排出物の処理
 - 4) その他
 - 2) コンバウンド内公共トイレの健康/衛生面からの調査
 - 1) 「飲料水を含んだ水」との関連性の有無
 - 2) 感染症との関連性の有無
 - 3) 住民の希望する公共トイレおよびトイレ環境調査
 - 4) その他

3) 「飲料水を含んだ水」環境調査

1) コンバウンド内「飲料水を含んだ水」の実態調査

- 1) 種類、構造、規模、コスト、運営
- 2) 公共「飲料水を含んだ水」運営実態
- 3) 確保手段、コスト
- 4) 住居との距離、運搬方法、家族内担当者
- 5) その他

2) 公共「飲料水を含んだ水」運営実態に関する調査

- 1) 建設者、所有者および運営者
- 2) 運営上の改善点の有無（量の確保、コスト、マネジメント等々）
- 3) コンバウンド住民に対する供給能力
- 4) ルサカ市との連携性

3) 公共「飲料水を含んだ水」の健康／衛生面からの調査

- 1) 「飲料水を含んだ水」の水質調査
- 2) 感染症との関連性の有無

4) 私的「飲料水を含んだ水」の健康／衛生面からの調査

- 1) 「飲料水を含んだ水」の水質調査
- 2) 感染症との関連性の有無

5) 住民の希望するコンバウンド内「飲料水を含んだ水」および「飲料水を含んだ水」環境調査

4) 生活環境に関連する特定疾患調査

- 1) 住居および住居環境に関連する特定疾患
- 2) 衛生環境（特にトイレ）に関連する特定疾患
- 3) 「飲料水を含んだ水」環境に関連する特定疾患
- 4) 住居、衛生（トイレ）そして「飲料水を含んだ水」環境以外の生活環境に関連する特定疾患
- 5) その他

5) 生活環境改善の評価調査

1) 生活環境と関連のある特定疾患でヘルスポスト次元での優先順位を決定する

- 1) 緊急性
- 2) 必要性
- 3) 経済性
- 4) 安易性
- 5) 効果性
- 6) 評価性
- 7) 波及性
- 8) その他

2) 総合的視点から優先順位の高い特定疾患決定と関連生活環境対策をヘルスポスト対象地区において企画／実施する

- 1) ヘルスポストでの決定された特定疾患の臨床疫学調査
- 2) 関連生活環境対策の複合化計画策定と実施運営
- 3) 複合計画実施運営に関する経済／社会的評価指数の設定と経時的モニタリング調査
- 4) その他

3) 生活環境改善の総合評価調査

教育に関する調査

(目的)

- 1) 初等教育
- 2) 衛生教育
- 3) 保健教育
- 4) 職業訓練教育
- 5) 教育実施の評価調査

(内容)

- 1) 初等教育に関する調査
 - 1) コンバウンド内における初等教育機関調査
 - 1) 種類、場所、規模等々
 - 2) 教育内容、教科書、コスト等々
 - 3) ティーチングスタッフの内容、経歴、給料等々
 - 4) ルサカ市との関連性
 - 5) 運営主体および支援団体
 - 6) その他
 - 2) コンバウンド住民の初等教育機関利用調査
 - 1) 利用率と関連要因（推進および阻害）
 - 2) 初等教育に対する理解と希望
 - 3) その他
 - 3) コンバウンド住民の初等教育機関利用推進方法の調査
- 2) 衛生教育
 - 1) コンバウンド内における衛生教育機会調査
 - 1) 種類、場所、規模等々
 - 2) 教育内容、方法、コスト等々
 - 3) ティーチングスタッフの内容、経歴、給料等々
 - 4) ルサカ市との関連性
 - 5) 運営主体および支援団体
 - 6) その他
 - 2) コンバウンド住民の衛生教育機会利用調査
 - 1) 利用率と関連要因（推進および阻害）
 - 2) 衛生教育に対する理解と希望
 - 3) その他
 - 3) コンバウンド住民の衛生教育機会利用推進方法の調査
- 3) 保健教育
 - 1) コンバウンド内における保健教育機会調査
 - 1) 種類、場所、規模等々
 - 2) 教育内容、方法、コスト等々
 - 3) ティーチングスタッフの内容、経歴、給料等々
 - 4) ルサカ市との関連性
 - 5) 運営主体および支援団体
 - 6) その他
 - 2) コンバウンド住民の保健教育機会利用調査
 - 1) 利用率と関連要因（推進および阻害）
 - 2) 保健教育に対する理解と希望
 - 3) その他
 - 3) コンバウンド住民の保健教育機会利用推進方法の調査

4) 職業訓練教育

1) コンバウンド内における職業訓練教育機会調査

- 1) 種類、場所、規模等々
- 2) 教育内容、方法、コスト等々
- 3) ティーチングスタッフの内容、経歴、給料等々
- 4) ルサカ市との関連性
- 5) 運営主体および支援団体
- 6) その他

2) コンバウンド住民の職業訓練教育機会利用調査

- 1) 利用率と関連要因（推進および阻害）
- 2) 職業訓練教育に対する理解と希望
- 3) その他

3) コンバウンド住民の希望する職業訓練教育内容調査

4) コンバウンド住民の職業訓練教育機会利用推進方法の調査

5) 教育実施の評価調査

- 1) ヘルスポスト対象地区住民の実態調査を考慮して初等教育、衛生教育、保健教育および職業訓練教育の包括的教育システムと実施運営体制を整備する。
- 2) 包括的教育実施運営効果モニタリング指標を策定する。
- 3) 経済社会的効果モニタリング指標を策定する。
- 4) 経時的モニタリングを実施する。
- 5) 総合評価を実施する。

「飲料水を含めた水」に関する調査

(目的)

- 1) 「飲料水を含めた水」確保の必要量、設備設定と価格調査
- 2) 「飲料水を含めた水」関連疾病の疫学調査
- 3) コンバウンド内「飲料水を含めた水」確保能力調査
- 4) コンバウンド内「飲料水を含めた水」確保持続性調査
- 5) 「飲料水を含めた水」関連疾病の評価調査
- 6) 他地区普及のためのガイドライン作成

(内容)

- 1) 「飲料水を含めた水」確保の必要量、設備設定と価格調査
 - 1) 使用量と内容
 - 1) 一人当り水の使用内容と量
 - 2) 一世帯当り水の使用内容と量
 - 2) 既存の「飲料水を含めた水」の入手方法
 - 1) 有料の場合の単位当り価格
 - 2) 無料の場合の可能な量
 - 3) 雨水利用の基礎調査
 - 1) 一年間の月別降水量
 - 2) トイを利用する場合の設備とコスト
 - 3) トイを利用する場合の水の月別確保量
 - 4) トイ以外の設備、コストそして水の月別確保量
 - 5) その他
 - 4) 井戸設置による水利用の基礎調査
 - 1) 通常コンバウンド設置井戸設備の水供給能力とコスト
 - 2)
 - 3) その他
- 2) 「飲料水を含めた水」関連疾病の疫学調査
 - 1) 「飲料水を含めた水」関連疾患の特性調査
 - 1) 「飲料水を含めた水」関連疾患の特定と発生頻度
(コンバウンドのヘルスセンターで聞き取りおよび資料調査)
 - 2) 「飲料水を含めた水」関連疾患発生率と諸条件との関連性
(季節、年齢、性別、収入、教育、住居の位置、等々との関連性)
 - 3) その他
 - 2) 「飲料水を含めた水」関連疾患の治療実態調査
 - 1) コンバウンドのヘルスセンターで聞き取りおよび資料調査
 - 2) コンバウンド住民中サンプル抽出治療行動調査
 - 1) 「飲料水を含めた水」関連疾患に関する知識
 - 2) ヘルスセンター治療、伝統医療、家庭内治療、その他
 - 3) 治療行動の内容別理由と患者負担コスト調査
 - 4) コンバウンドのヘルスセンターにおける「飲料水を含めた水」関連疾患の負担コスト
 - 5) その他

- 3) コンバウド内「飲料水を含めた水」確保能力調査
 - 1) 住民の「飲料水を含めた水」関連疾患に関する知識調査
 - 2) 「飲料水を含めた水」確保および運営に必要な人的資源調査
 - 1) 人的資源の有無と分類
 - 2) 人的資源活性化に必要なインセンティブ
 - 3) 運営コスト（設備、研修、インセンティブ、等々）
 - 4) その他
 - 3) 「飲料水を含めた水」確保のための社会資源調査
 - 1) 社会資源の有無と分類
 - 2) 社会資源使用のためのコスト
 - 3) 社会資源運営コスト
 - 4) その他
- 4) コンバウド内「飲料水を含めた水」確保持続性調査
 - 1) コンバウド内「飲料水を含めた水」確保能力としての人的および社会的資源の開発に関する調査
 - 2) 住民に対する「飲料水を含めた水」関連疾患に関する啓蒙活動の方法開発に関する調査
 - 3) 「飲料水を含めた水」確保設備および上記の開発活動を継続実施するための収益事業に関する調査
 - 4) その他
- 5) 「飲料水を含めた水」関連疾病の評価調査
 - 1) 「飲料水を含めた水」関連疾病の特定化
 - 2) ヘルスポスト利用住民母集団の登録
 - 3) 登録母集団の基礎調査
 - 4) 「飲料水を含めた水」確保前後のヘルスポスト利用住民母集団の「飲料水を含めた水」関連疾病の比較調査
 - 1) 「飲料水を含めた水」関連疾病の発生率
 - 2) 「飲料水を含めた水」関連疾患発生率と諸条件との関連性（季節、年齢、性別、収入、教育、住居の位置、等々）
 - 3) 「飲料水を含めた水」関連疾患に対する住民の知識
 - 4) 「飲料水を含めた水」確保に対する住民の意識
 - 5) 「飲料水を含めた水」確保および運営資金と「飲料水を含めた水」関連疾患治療資金との経済効果
 - 6) その他
- 6) 他地区普及のためのガイドライン作成
 - 1) 上記1)～5)までの調査内容の有効性チェック
 - 2) 調査および実施過程における問題点と解決策
 - 3) その他

「栄養：食物」に関する調査

(目的)

- 1) 「栄養：食物」摂取の実態調査（食物内容、栄養分析、摂取カロリー必要量、価格、等々）
- 2) 「栄養：食物」関連疾病の疫学調査
- 3) コンバウド内「栄養：食物」確保能力調査
- 4) コンバウド内「栄養：食物」確保持続性調査
- 5) 「栄養：食物」関連疾病の詳細調査
- 6) 他地区普及のためのガイドライン作成

(内容)

- 1) 「栄養：食物」摂取の実態調査（食物内容、栄養分析、摂取カロリー必要量、価格、等々）
 - 1) 「栄養：食物」摂取内容量、栄養分析および摂取カロリー
 - 1) 一人当り食物摂取内容量、栄養分析および摂取カロリー
 - 2) 一世帯当り食物摂取内容量、栄養分析および摂取カロリー
 - 2) 「栄養：食物」の入手方法と価格
 - 1) 有料の場合
 - 2) 無料の場合
 - 3) コミュニティマーケットの基礎調査
 - 1) 一年間の販売される食物内容と価格変動
 - 2) 食物の流通経路
 - 3) その他
 - 4) 自己栽培および自己経営の基礎調査
 - 1) 食物の内容と1年間の収穫変動
 - 2) 規模と必要経費
 - 3) その他
- 2) 「栄養：食物」関連疾病の疫学調査
 - 1) 「栄養：食物」関連疾患の特性調査
 - 1) 「栄養：食物」関連疾患の特定と発生頻度
(コンバウドのヘルスセンターで聞き取りおよび資料調査)
 - 2) 「栄養：食物」関連疾患発生率と諸条件との関連性
(季節、年齢、性別、収入、教育、住居の位置、等々との関連性)
 - 3) その他
 - 2) 「栄養：食物」関連疾患の治療実態調査
 - 1) コンバウドのヘルスセンターで聞き取りおよび資料調査
 - 2) コンバウド住民中サンプル抽出治療行動調査
 - 1) 「栄養：食物」関連疾患に関する知識
 - 2) ヘルスセンター治療、伝統医療、家庭内治療、その他
 - 3) 治療行動の内容別理由と患者負担コスト調査
 - 4) コンバウドのヘルスセンターにおける「栄養：食物」関連疾患の負担コスト
 - 5) その他

- 3) コンバウド内「栄養：食物」確保能力調査
 - 1) 住民の「栄養：食物」関連疾患に関する知識調査
 - 2) 「栄養：食物」確保および運営に必要な人的資源調査
 - 1) 人的資源の有無と分類
 - 2) 人的資源活性化に必要なインセンティブ
 - 3) 運営コスト（設備、研修、インセンティブ、等々）
 - 4) その他
 - 3) 「栄養：食物」確保のための社会資源調査
 - 1) 社会資源の有無と分類
 - 2) 社会資源使用のためのコスト
 - 3) 社会資源運営コスト
 - 4) その他
- 4) コンバウド内「栄養：食物」確保持続性調査
 - 1) コンバウド内「栄養：食物」確保能力としての人的および社会的資源の開発に関する調査
 - 2) 住民に対する「栄養：食物」関連疾患に関する啓蒙活動の方法開発に関する調査
 - 3) 「栄養：食物」確保設備および上記の開発活動を継続実施するための収益事業に関する調査
 - 4) その他
- 5) 「栄養：食物」関連疾病の評価調査
 - 1) 「栄養：食物」関連疾病の特定化
 - 2) ヘルスポスト利用住民母集団の登録
 - 3) 登録母集団の基礎調査
 - 4) 「栄養：食物」確保前後のヘルスポスト利用住民母集団の「栄養：食物」関連疾病の比較調査
 - 1) 「栄養：食物」関連疾病の発生率
 - 2) 「栄養：食物」関連疾患発生率と諸条件との関連性
(季節、年齢、性別、収入、教育、住居の位置、等々)
 - 3) 「栄養：食物」関連疾患に対する住民の知識
 - 4) 「栄養：食物」確保に対する住民の意識
 - 5) 「栄養：食物」確保および運営資金と「栄養：食物」関連疾患治療資金との経済効果
 - 6) その他
- 6) 他地区普及のためのガイドライン作成
 - 1) 上記1)～5)までの調査内容の有効性チェック
 - 2) 調査および実施過程における問題点と解決策
 - 3) その他

「家庭内エネルギー」に関する調査

(目的)

- 1) 「家庭内エネルギー」確保の実態調査 (エネルギー内容、必要量、価格、等々)
- 2) 「家庭内エネルギー」関連疾病の疫学調査
- 3) コンバウド内「家庭内エネルギー」確保能力調査
- 4) コンバウド内「家庭内エネルギー」確保持続性調査
- 5) 「家庭内エネルギー」関連疾病の詳細調査
- 6) 他地区普及のためのガイドライン作成

(内容)

- 1) 「家庭内エネルギー確保の実態調査 (エネルギー内容、必要量、価格、等々)
 - 1) 「家庭内エネルギー」内容と必要量
 - 1) 一人当たり家庭内エネルギー内容と必要量
 - 2) 一世帯当たり家庭内エネルギー内容と必要量
 - 2) 「家庭内エネルギー」の入手方法と価格
 - 1) 有料の場合
 - 2) 無料の場合
 - 3) コミュニティマーケットの基礎調査
 - 1) 一年間の販売される家庭内エネルギー内容、量および価格変動
 - 2) 家庭内エネルギーの流通経路
 - 3) その他
 - 4) 自己確保の基礎調査
 - 1) 家庭内エネルギーの内容と1年間の取扱い変動
 - 2) 規模と必要経費
 - 3) その他
- 2) 「家庭内エネルギー」関連疾病の疫学調査
 - 1) 「家庭内エネルギー」関連疾患の特性調査
 - 1) 「家庭内エネルギー」関連疾患の特定と発生頻度
(コンバウドのヘルスセンターで聞き取りおよび資料調査)
 - 2) 「家庭内エネルギー」関連疾患発生率と諸条件との関連性
(季節、年齢、性別、収入、教育、住居の位置、等々との関連性)
 - 3) その他
 - 2) 「家庭内エネルギー」関連疾患の治療実態調査
 - 1) コンバウドのヘルスセンターで聞き取りおよび資料調査
 - 2) コンバウド住民中サンプル抽出治療行動調査
 - 1) 「家庭内エネルギー」関連疾患に関する知識
 - 2) ヘルスセンター治療、伝統医療、家庭内治療、その他
 - 3) 治療行動の内容別理由と患者負担コスト調査
 - 4) コンバウドのヘルスセンターにおける「家庭内エネルギー」関連疾患の経済負担コスト
 - 5) その他

- 3) コンバウド内「家庭内エネルギー」確保能力調査
 - 1) 住民の「家庭内エネルギー」関連疾患に関する知識調査
 - 2) 「家庭内エネルギー」確保および運営に必要な人的資源調査
 - 1) 人的資源の有無と分類
 - 2) 人的資源活性化に必要なインセンティブ
 - 3) 運営コスト（設備、研修、インセンティブ、等々）
 - 4) その他
 - 3) 「家庭内エネルギー」確保のための社会資源調査
 - 1) 社会資源の有無と分類
 - 2) 社会資源使用のためのコスト
 - 3) 社会資源運営コスト
 - 4) その他
- 4) コンバウド内「家庭内エネルギー」確保持続性調査
 - 1) コンバウド内「家庭内エネルギー」確保能力としての人的および社会的資源の開発に関する調査
 - 2) 住民に対する「家庭内エネルギー」関連疾患に関する啓蒙活動の方法開発に関する調査
 - 3) 「家庭内エネルギー」確保設備および上記の開発活動を継続実施するための収益事業に関する調査
 - 4) その他
- 5) 「家庭内エネルギー」関連疾病の評価調査
 - 1) 「家庭内エネルギー」関連疾病の特定化
 - 2) ヘルスポスト利用住民母集団の登録
 - 3) 登録母集団の基礎調査
 - 4) 「家庭内エネルギー」確保前後のヘルスポスト利用住民母集団の「家庭内エネルギー」関連疾病の比較調査
 - 1) 「家庭内エネルギー」関連疾病の発生率
 - 2) 「家庭内エネルギー」関連疾患発生率と諸条件との関連性（季節、年齢、性別、収入、教育、住居の位置、等々）
 - 3) 「家庭内エネルギー」関連疾患に対する住民の知識
 - 4) 「家庭内エネルギー」確保に対する住民の意識
 - 5) 「家庭内エネルギー」確保および運営資金と「家庭内エネルギー」関連疾患治療資金との経済効果
 - 6) その他
- 6) 他地区普及のためのガイドライン作成
 - 1) 上記1)～5)までの調査内容の有効性チェック
 - 2) 調査および実施過程における問題点と解決策
 - 3) その他

「持続性」を可能にする社会的経済的要因調査

(目的)

- 1) コンパウンドのヘルスポスト対象地区住民の職業および収入調査
- 2) マイクロクレジットによる収益プロジェクト調査
- 3) 簡易コミュニティマーケット設置および運営調査
- 4) 各種運営委員会実態調査

(内容)

- 1) コンパウンドのヘルスポスト対象地区住民の職業および収入調査
 - 1) ヘルスポスト対象地区住民の家族の母集団抽出
 - 2) 家族単位の職業の種類、職場の位置、年間収入調査
- 2) マイクロクレジットによる収益プロジェクト調査
 - 1) 実施中プロジェクトの種類調査
 - 1) 養鶏プロジェクト
 - 2) その他
 - 2) 住民からのプロジェクト種類提案調査
 - 1) 栄養改善プロジェクト
 - 2) パン製造および販売プロジェクト
 - 3) 洋服仕立ておよび販売プロジェクト
 - 4) 調理油製造(大豆、ヒマワリ、ピーナッツ)プロジェクト
 - 5) 石鹸製造プロジェクト
 - 6) 幼稚園経営プロジェクト
 - 7) その他
 - 3) 上記プロジェクトについて経営的調査
 - 1) 収益性の確保についてのおおまかな可能性
 - 2) プロジェクトに必要な技術の有無および研修の必要性
 - 3) 経営責任者は誰か
 - 4) 流通機構はできているのか
 - 5) 場所および建築物の必要性の有無と取得の可能性と経費
 - 6) 経営規模と収支計画の予測は可能か
 - 7) 市場(需要)の規模と購買能力はどのくらいか
 - 8) 必要資金量の規模はどのくらいか
 - 9) 既存の類似の収益事業の有無と成功例の分析
 - 10) その他
 - 4) 実施可能なマイクロクレジットによる収益プロジェクトの選定と実施運営体制の基本整備調査
 - 1) マーケティング調査の方法論
 - 2) プロジェクト運営に必要な教育
 - 3) プロジェクト運営に必要な体制とリスクマネジメント
 - 4) 元本および利息回収方法論
 - 5) マイクロクレジットによる収益プロジェクトの実施運営体制推進に必要なパートナー調査
 - 1) ルリカ在住ローカルNGO、地元企業、地元民間団体、国際NGO、国連および国際機関
 - 2) 海外のローカルNGO、地元企業、地元民間団体、国際NGO
 - 3) その他

3) 簡易コミュニティマーケット設置および運営調査

1) 既存のコミュニティマーケットの調査

- 1) 商品の種類、流通機構（経路）と価格
- 2) 参加者の分析（資格、性別、年齢、コンバウンド居住者か否や、
自営か非自営、等々）
- 3) 経営規模と利益率および利益額
- 4) コミュニティマーケット運営体制
- 5) コミュニティマーケット運営経費
- 6) コミュニティマーケットのハード面調査
 - 1) マーケット用建物および付帯設備（規模、構造等々）
 - 2) 公共設備（規模、構造等々）
 - 3) その他
- 7) コミュニティマーケット関連輸送システム

2) コミュニティマーケットの社会的役割推進調査

- 1) コンバウンドにおけるコミュニティマーケットの位置と利便性
- 2) コミュニティマーケットの開催時間と利用時間帯
- 3) コミュニティマーケットの住民生活における影響力
 - 1) 衣、食、家庭エネルギー、収益等々実生活
 - 2) コミュニケーション機能
 - 3) 娯楽/レクリエーション機能
 - 4) その他

3) コンバウンド住民のコミュニティマーケット機能強化拡充要望調査

- 1) 住民参加型コミュニティマーケットのソフト整備
- 2) ハード面の施設整備
- 3) その他

4) マイクロクレジットによる収益プロジェクトとコミュニティマーケット機能強化拡充との連携可能性調査

- 1) マイクロクレジットによる収益プロジェクト商品とコミュニティマーケット用商品の一致性（コンバウンド住民の必要性）
- 2) コミュニティマーケット運営体制への参加の可能性
- 3) マイクロクレジットによる収益プロジェクト関連施設のコミュニティマーケットへの併設の可能性

5) コミュニティマーケット機能強化拡充した簡易コミュニティマーケット設計

- 1) コンバウンドにおける戦略的位置
- 2) 構造（ヘルスポスト利用対象地区規模）
- 3) 付帯設備
- 4) 建築経費と維持費の算出
- 5) その他

6) コミュニティマーケット機能強化拡充した簡易コミュニティマーケット設置運営による「持続性」確保の可能性調査

- 1) 簡易コミュニティマーケット設置運営収支の黒字化の可能性
- 2) マイクロクレジットによる収益プロジェクトとコミュニティマーケット連携による収支の黒字化の可能性
- 3) コミュニティマーケット運営体制
 - 1) 運営能力（経営、管理、運営、サービス）
 - 2) 人的要因および運営委員会

3) モチベーション/インセンティブ

4) その他

4) 各種運営委員会実感調査

- 1) コンバウンド内各種運営委員会の種類、目的、組織、役割、事務所等々
- 2) 実施運営能力（経営、管理、運営、サービス）
- 3) モチベーション/インセンティブ
- 4) 運営財源と収支内容
- 5) コンバウンド住民からの信頼度
- 6) ルサカ市との関係
- 7) その他

「コミュニティに基盤を置く健康対策」複合施設の調査

(目的)

- 1) ヘルスポスト建設運営調査
- 2) 多目的ハウス建設運営調査
- 3) 簡易コミュニティマーケット建設運営調査
- 4) 有料共同トイレット建設運営調査
- 5) 有料井戸建設運営調査
- 6) 住民懇親およびレクリエーション設備建設運営調査

(内容)

- 1) ヘルスポスト建設運営調査
 - 1) ヘルスポスト対象地区の設定と対象住民の分析
 - 2) 既存のヘルスセンターの連携と独自性の調査
 - 3) ヘルスポストの機能、内容、規模、コスト調査
 - 4) ヘルスポスト支援体制の調査
 - 5) その他
- 2) 多目的ハウス建設運営調査
 - 1) 既存の多目的ハウスの調査
 - 2) 多目的ハウスの機能、内容、規模、コスト調査
 - 3) 多目的ハウス支援体制の調査
 - 4) 包括的教育実施運営体制との連携調査
 - 5) 住民懇親およびレクリエーション設備との連携調査
 - 6) その他
- 3) 簡易コミュニティマーケット建設運営調査
 - 1) コミュニティマーケット機能強化拡充した簡易コミュニティマーケット設計
 - 2) 簡易コミュニティマーケットの機能、内容、規模、コスト調査
 - 3) ヘルスポスト、多目的ハウス、有料共同トイレット、有料井戸および住民懇親およびレクリエーション設備との連携調査
 - 4) その他
- 4) 有料共同トイレット建設運営調査
 - 1) 既存の有料共同トイレットの改善された設計
 - 2) 有料共同トイレットの機能、内容、規模、コスト調査
 - 3) 他の施設および設備との連携調査
 - 4) その他
- 5) 有料井戸建設運営調査
 - 1) 有料井戸の規模および付帯設備とコスト調査
 - 2) 井戸掘り会社の選択調査
 - 3) 運営維持管理体制調査
 - 4) 他の施設および設備との連携調査
 - 5) その他
- 6) 住民懇親およびレクリエーション設備建設運営調査
 - 1) 多目的ハウスの活用調査
 - 2) 簡易コミュニティマーケットの活用調査
 - 3) 住民懇親およびレクリエーション設備の内容、規模とコスト調査
 - 4) 住民懇親およびレクリエーション設備実施運営体制調査
 - 5) その他

Zambia PHC Project Planned study
by Hideki Yamamoto

- 1) Referral system
- 2) Education
- 3) Training for the health personnels
- 4) Occupational Health

<各論>

1) Referral system

<問題点>

現在一次医療機関であるUHCと高位の医療機関(UTHなど)との紹介システムの抱えている問題として、UHCの医療サービスのレベルが低い(医薬品が不足する、満足な治療が不可能)、住民からみてアクセス(距離、時間、医療費)が悪いといった問題がある。調査すべき項目として以下の項目があげられる。

<目的>

良質かつ効率的なケアの実施

1. 医療ニーズの把握

住民の抱えている健康問題の調査

健康問題の解決法(セルフケア、公的・民間医療機関受診状況)

2. 住民側からみたUHC医師の「かかりつけ医」度(ザンビア版)の調査

UHC, UTH等の公的医療機関に対する満足度

民間医療セクターとの連携状況の調査

開業医・開業クリニカルオフィサーの診療状況

伝統医の診療状況

薬店の有無・利用状況

セルフケアの状況

3. 医療サービスの評価

(1) UHCの医師(クリニカルオフィサー)の「かかりつけ医」度(ザンビア版)の調査

一般的なPrimary medical careの定義に基づく評価

First contact medicine(初期医療)

1) whole patient care(全人的なケア)

2) accessibility(身近さ)

3) life style(生活の場での健康問題の把握と解決)

Continuing care (継続医療)

4) life circle (生涯を通じてのケア)

5) comprehensiveness (一貫性のあるケア)

6) coordination (関係機関との調整)

7) accountability (責任体制の確立)

8) community medicine (地域医療へのアプローチ)

(2) UHC におけるマンパワーの評価

医師・クリニカルオフィサー・看護婦・薬剤師等の数・勤務状況の調査

UHC における経営状況

スタッフのサービスの経済的評価

(3) 物理的アクセスの問題

住民の利用する交通機関(徒歩、自転車、モーターバイク、自家用車)

UHC の患者の居住区とUHCへの通院の交通手段

UHCと他機関との交通手段

患者の診察・投薬の待ち時間の調査

(4) 経済的アクセスの問題

入件費から算出したサービスの単価の算出—サービスチャージとの比較

(5) UHCでの疾患の種類と紹介について

UHCにおける疾病頻度の調査(国際プライマリーケア疾患分類: ICPCを利用)

紹介数、紹介先、紹介の目的、紹介先からの返事、に関して調査

患者を紹介するときのインセンティブ(情報提供料などのシステム)

(6) 医薬品の在庫管理

購入計画状況—疾病統計に基づいた購入か?

医薬品の処方状況

処方箋と実際に投薬された量の比較検討

cost-sharing program において実施されている患者自己負担金、保険収入の薬剤への支出状況の調査

2) Education

<初等・中等教育とコミュニティー>

地域でのコミュニティーでは学校の果たす役割は大きい。日本でも、市町村という行政区分の下に小・中学校学区があり、学区を基準に町内会が存在する。伝統的な日本社会では、町内会レベルでの住民間の「相互扶助」が機能しており、地区の環境整備(どぶ掃除、蠅・ダニの駆除など)、地域づくりや愛育委員会・栄養委員会などの地域ぐるみでの健康作りに果たした役割は大きい。また、学校は子供の時期より住民意識を教え込むものに有意義であるとともに、PTA活動を通じた児童の父母の間での連携意識を生む効果もあ

り、地域コミュニティーの場という役割がある。また、学校が災害時の避難所として使われるなど学校は教育の供給という機能の他、住民の「相互信頼感」を育成する場ともいえる。

<実施すべき調査>

1. コンバウンド内での学校に関する一般状況

学区の分布・人口、学校の数

児童・生徒の数および就学率

使用言語

進学率

2. カリキュラムの内容

小中学校におけるカリキュラムの調査

正規の授業時間における「保健」の時間

宗教の時間数

教師の質

3. コンバウンド内の学校における地域活動（社会教育）の評価

カリキュラムの中での地域活動の時間

課外活動の状況

学校施設の地域住民への開かれ方

教員の社会活動の状況

成人の社会教育（識字教育、健康教育）

3) Training for the health personnels

1. 現有UHCのスタッフの質の評価

診療能力・マネジメント能力

資格・経験・生涯教育の状況

業務規定の有無

現行のスタッフの研修プログラム(OJT, 職域外研修) の評価

頻度、講師の質、予算など

医療機器・臨床検査機器、OA機器の使用状況

2. スタッフの教育に関する他機関との協力

(1) ザンビア大学 (UTH)

ザンビア大学の中で研修教育に関連している部署の調査

UHC を教育実習と利用している講座があればその実情調査

(2) 援助機関

UHCと協力関係にあるドナーの調査

4) Occupational Health (産業保健)

本プロジェクトは貧困と健康に対する対策がメインであるので、住民の生計向上と健康づくりをリンクさせる必要があるが、現在の住民の生活の基盤である職業・労働に関する情報が乏しい。また、世帯主のみならず家族内での扶養家族の就労状況（家事労働も含む）の情報が必要である。（プライマリーメディカルケアの3) life style（生活の場での健康問題の把握と解決）と関連）

1. コンパウンドの住民の勤労に関する一般調査

就労率（失業率）の把握

勤務先・就労内容の調査

就労による収入額の調査

労働強度

（労働によるエネルギー消費と摂取栄養のバランスの評価に必要なデータの摂取）

2. 職場での健康問題

職場での健康づくり・疾病予防・疾病対策

（消化器系・呼吸器系感染症予防）

有害物質・有害環境の有無について

職業病の予防

（腰痛、塵肺、外傷、転落、ガス中毒、アレルギー等）

職場での健康診断の状況

母性保護に関する情報

（婦人労働の実情、育児と労働の状況）

通勤災害・通勤による健康障害の回避

職場における人間関係

（アルコール依存症、薬物依存症、精神障害の予防）

すべての職場の状況を知ることは易しくないであろうので、住民の多くが就労している事業所・コンパウンドの近隣の事業所からいくつか選択して調査を行う必要がある。家庭内の主婦の家事労働（調理場の環境）、児童労働・内職も含んで考察することが望ましい。

ザンビア共和国健康改革

ルサカ都市部健康戦略計画

(抜粋)

(序論)

Urban Health Technical Task Forceは世界銀行と協議して下記のプログラムの必要性を認めた。

- 1) ルサカ市における風土病流行対応プロジェクト
- 2) ルサカ市内ヘルスセンター機能強化プロジェクト
- 3) 疾病予防および健康増進プログラム
- 4) ルサカ市内PHC開発におけるUTHの役割定義プロジェクト
- 5) 省略

ルサカ市の規模と複雑さにおいて、健康水準の向上を実現するためにはバラバラのプロジェクト以上の包括性および統合性が必要である。下記の疾患の罹患率と死亡率を考えると、PHCが最も優先すべき戦略的計画となる。

- 1) マラリア
- 2) 上気道感染症
- 3) 下痢
- 4) 他の胃腸疾患
- 5) 皮膚疾患
- 6) 眼科疾患
- 7) 梅毒
- 8) 回虫
- 9) 肺炎
- 10) 全ての他の疾患
- 11) 貧血

都市部におけるPHCの開発と実施は財政、人的資源、住民の行動様式そして疾病パターンによって優先順位と緊急度が考慮されるべきである。

1) ビジョン

ルサカ市民の健康状況はコミュニティ内での動機付けと問題解決によって改善されなければならない、健康開発は最大限地元の資源を使用することを心がけ、プログラムの持続性を確保しなければならない。

2) 問題点

1) ヘルスシステム

- 1) UHCの機能が弱いためUTHに患者が集中しすぎている。
- 2) UHCとUTHの間に中間機能がない。
- 3) ルサカ市における医療マンパワー不足。
- 4) ヘルスプログラムとサービスに不十分な住民参加。
- 5) 食物の安全監視不足。

2) 健康環境諸点

- 1) 固形廃棄物収集、加工そして処理
- 2) 低所得家庭におけるエネルギー源
- 3) 管理不十分な採掘活動
- 4) 飲食物の安全性
- 5) 無断居住区における排出物処理

3) 家屋と定住

- 1) 低所得者に対する不十分な水と衛生機能提供
- 2) 不法居住、土地使用管理、土地保有そして低所得者用家屋に関する政策不在

4) 人口

1980年から1990年間の人口の倍増以上の急激な増加

(2-1) 問題点の分析

- 1) ルサカ市公衆衛生サービス機関は限定され、中央集権化していたため利用者の反発がある。関係者の姿勢も積極的でなく医薬品などの不可欠な供給も間違っていた。医薬品の供給は1994年の12月に終わっている。
- 2) 基礎的な診断機能は、今日まで欠けていたのだが、特定されたヘルスセンターに対して英国のODAプロジェクトの範囲内で供給されていた。
- 3) 人的資源の不適正配置がヘルスセンターにみられる。一様でなく対象人口あたり少ない比率でみられるケースもある。
- 4) 運営そして技術的支援が弱いため責任有る職務の遂行やシステムの運営が十分でない。
- 5) LUSAKA URBAN HEALTH TASK FORCEが活動を開始するまで健康関連部門間の協力が機能していなかった。
- 6) 財源不足により固形廃棄物処理、水の供給や衛生面に危機的状況が発生し、食物検査サービスまで効果的に果たせなかった。
- 7) 費用回収と健康財政に関するもっと一貫した政策指針は合理的な資源配置と利用者処遇の運営に役に立つだろう。
- 8) 都市部における貧困状況は下記に示されるように悪化している。
 - 1) 街の商人によって提供されている安全でない食物
 - 2) 無防備な環境から発生している蚊の増加(石切場、固形廃棄物、排水)
 - 3) 急激な人口増加による既存のサービス能力と新規発生需要とのアンバランス
 - 4) コントロールされない小屋のような住居の増加により法的認定、水と衛生機能の提供不足が危機的状況になっている。

- 9) 住民参加は調整（寄付者+NGOインプット）の不足、医療スタッフ間のコミュニティ開発概念の欠如、不適当な態度、組織的欠陥に束縛されている。
- 10) 西暦2000年までの急激な人口増加の予測、詳細は省略。
- 11) 貧困の度合が進行し自立不可能な貧困家庭が増加、詳細は省略。

3) 目標

1) 開発目標

- 1) ルサカ都市部におけるハイリスク家族の健康と栄養改善
- 2) ルサカ都市部におけるプライマリケアサービスの量と質の改善

2) 短期目標

- 1) ルサカ都市部におけるハイリスク家庭の健康と栄養の改善

3) 中期目標

- 1) ルサカ都市部ヘルスセンターによるプライマリケアサービスの量と質の改善
- 2) 病院レベルからのリファラールシステムとプライマリケア支援の強化
- 3) ルサカ都市部コミュニティへのプライマリケアサービス提供者であるプライベートセクターの奨励と確立

4) 長期目標

- 1) 都市部住民への健康問題を地元指導の収益向上の観点からの相談
- 2) 都市部健康問題解決するための強力なマルチセクター間の行動ネットワーク

4) 戦略

1) ルサカ都市部ヘルスセンターによるプライマリケアサービスの量と質の改善

(戦略焦点1: 基本的な健康サービスの量と質)

- 1) ヘルスセンターへの健康パッケージの早期導入
- 2) 地区からヘルスセンターへの健康人的資源の分散
- 3) スタッフの態度と作業効率を改善するためにスタッフの監督の量と質の強
- 4) コミュニティ基盤のヘルスケア運営のコミュニティナース制度の確立
- 5) 1994年から1999年の間に選別したヘルスセンターをZONALヘルスセンターへと育て上げる。1999年以降の人口増加によって生じる需要を満たすプライマリケアサービスに十分に新しい機能を創造する。
- 6) すべてのZONALヘルスセンターのスタッフのオペレーションズリサーチ能力の向上

2) ルサカ都市部におけるハイリスク家庭の健康と栄養の改善

(戦略焦点2: ハイリスクにして弱点のあるグループ)

- 1) 乳幼児への授乳および補足栄養センターを作業場とマーケットに設置
- 2) 健康と栄養教育の必要なハイリスク家庭の選別
- 3) 女性の収益事業の推進
- 4) 移動婦人クラブ、組合教会や学校の子供プログラムによる水や食物の安全性に関する特別な健康教育を宣伝する。
- 5) Street Kids International, Children in Distress (CINDI), established vocational center, SIDO, youth clubs等の地元の団体との協同事業により若者に健康改革をうながす雇用の促進
- 6) 市民団体、社会クラブ、収益事業グループそして企業等による薬剤を採り込ませた蚊帳やカーテン導入のマーケティング
- 7) 薬剤のコンプライアンスと効果の研修

- 3) 病院レベルからのリファーマルシステムとプライマリケア支援の強化
(戦略焦点3:プライマリケア支援ネットワーク)
 - 1) 「ルサカにより良き健康を」という提案されたプロジェクト3を強力にフォローすることによって第2次リファーマルネットワークを設立するプロポーサルの制度化
 - 2) Lisaka Urban Health Management Teamを支援するためにUTHから提示された連携と関心を固めるための強力なフォローによってDHMTとUTH間の強力な連携の発展
- 4) 都市部住民への健康問題を地元指導の収益向上の観点からのコンサルテーション
(戦略焦点4:都市部での健康への社会活動)
 - 1) 住民参加に関する都市部コミュニティとの作業
 - 1) 社会的活動活性化への議会予算の増加
 - 2) Resident Development Committee活動への議会の支援
 - 3) 経験あるNGOと連携した作業
 - 4) 社会クラブ、教会グループ、neighbourhood committeeなどの社会に密着している市民団体の認定と作業
 - 2) Street Theater, 歌、芸術活動、マスメディア広告、相互作用型ラジオなどによる健康への参加型教育活動の推進
- 5) 都市部健康問題解決するための強力なマルチセクター間の行動ネットワーク
(戦略焦点5:健康へのマルチセクター支援ネットワーク)

省略

4) 方法

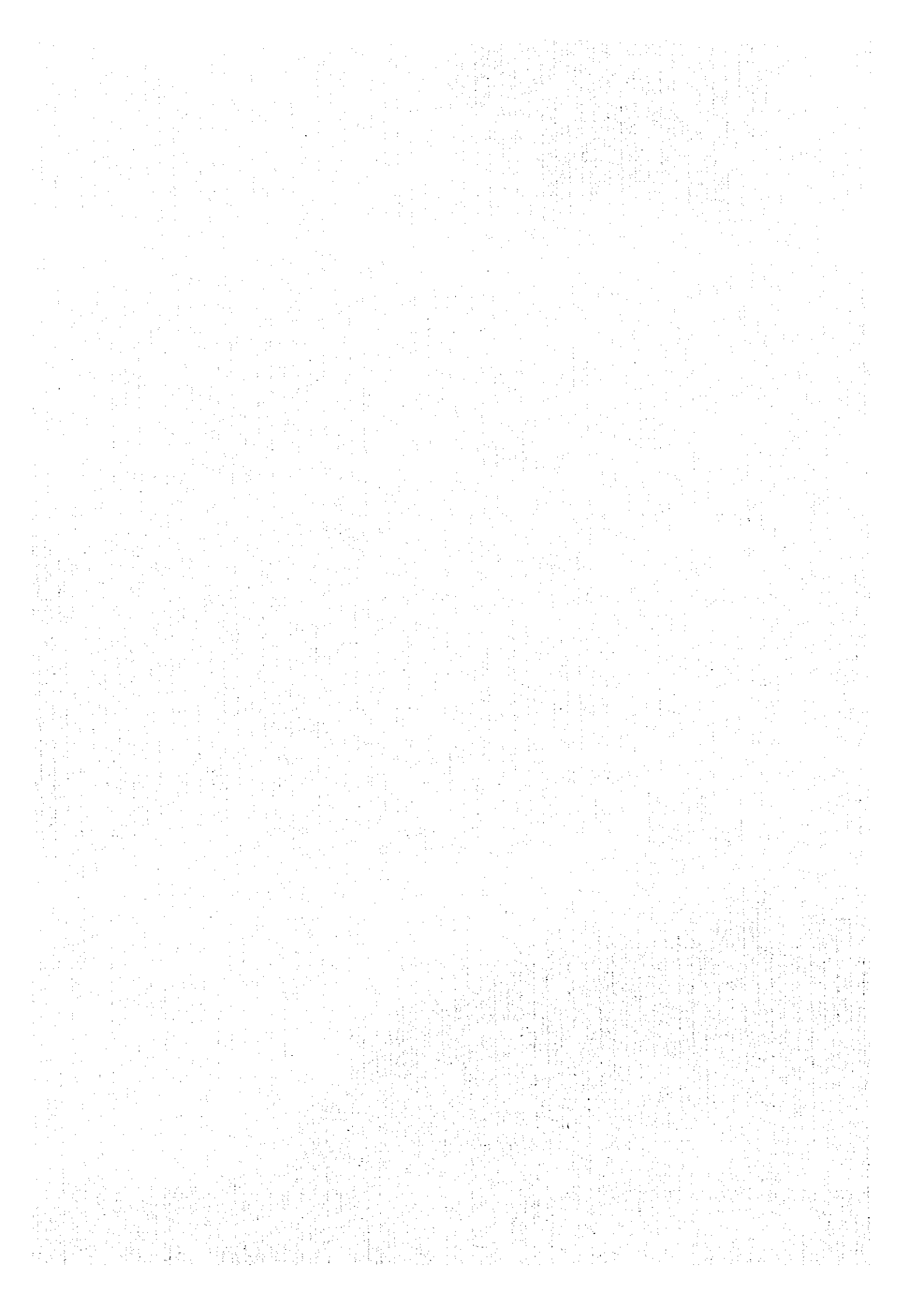
- 1) ルサカ都市部ヘルスセンターによるプライマリケアサービスの量と質の改善
(基本的な健康サービスの量と質)
 - 1) 健康ゾーンでのLCC/DHMTの決定と活動と地方政府の計画と行動との関係の調和
 - 2) 必要な人材のリクルートと配置換え
 - 3) ルサカ市ヘルスシステムのすべてのレベルにおける現在の業務分析と責任割り当て
 - 4) H.R構成に提案されているスタッフをPH組織の市の評議会部門に同調さす
 - 5) 省略
 - 6) ODAによって支援されているルサカ都市部健康プロジェクト覚書の活動実施
 - 7) すべてのZonalヘルスセンターでスタッフにオペレーションレサーチの訓練
 - 8) ヘルスパッケージにおけるヘルスセンタースタッフの訓練
- 2) ルサカ都市部におけるハイリスク家庭の健康と栄養の改善
(ハイリスクにして弱点のあるグループ)
 - 1) 雇用者と市に乳幼児に授乳および充足栄養センターを作業場やマーケットにそれぞれ設置することを奨励
 - 2) ハイリスク家庭認定調査指揮
 - 3) コミュニティ開発セクターと収益向上事業管理にスタッフ順応セミナーを開催
 - 4) 婦人クラブ、組合教会や学校と水と食物の安全性促進についての会合と議論を開催
 - 5) システム的な顧客相談調査の計画と指揮
 - 6) 若者が地元の団体に健康改革ができるような雇用の提案
 - 7) 小規模企業による薬剤を染み込ませた蚊帳やカーテン生産促進
 - 8) 薬剤を染み込ませた蚊帳やカーテン使用のコミュニティへの浸透

9) 薬剤のコンプライアンスと効果の研修実施を研究者と契約

- 3) 病院レベルからのリファーマルシステムとプライマリケア支援の強化
(プライマリケア支援ネットワーク)
 - 1) ルサカ市におけるセコンダリケアが可能なインスティテュートの認定と必要な契約的合意をする。チャイナマヒル病院は現実的な出発点である。
 - 2) UTHとの協力関係を固める。詳細は省略。
- 4) 都市部住民への健康問題を地元指導の収益向上の観点からのコンサルテーション
(都市部での健康への社会活動)
 - 1) 社会マーケティングプログラムの確立
 - 2) 社会活性化 (IEC) 促進、IECに年次計画と財源割り当ての優先順位をつける
 - 3) (NGO、クラブ、教会グループ、neighbourhood committee等の) 既存の努力の調整と推進
 - 4) 住民参加のコンサルテーションを調整し機能さすフォーカルポイントの創設
 - 5) DIMTは直接行動可能な変化戦略とコミュニティ活性化プログラムを立案する最初のコンサルティング会議を召集
 - 6) 健康へ向けた住民参加型教育プログラムの活性化
- 5) 都市部健康問題解決するための強力なマルチセクター間の行動ネットワーク
(健康へのマルチセクター支援ネットワーク)
省略

附属資料

- ① THE RECORD OF DISCUSSIONS
- ② TENTATIVE PROJECT DESIGN MATRIX
- ③ 長期調査報告書



① THE RECORD OF DISCUSSIONS

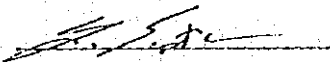
THE RECORD OF DISCUSSIONS
BETWEEN
THE JAPANESE IMPLEMENTATION STUDY TEAM
AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC
OF
ZAMBIA
ON LUSAKA DISTRICT PRIMARY HEALTH CARE PROJECT

The Japanese Implementation Study Team (hereinafter referred to as "the Team") organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as JICA) visited the Republic of Zambia from February 11, 1997 to February 20, 1997 for the purpose of planning and consultation on the Lusaka District Primary Health Care Project (hereinafter referred to as "the Project").

During their stay in the Republic of Zambia, the Team exchanged views and had a series of discussions with the Zambian authorities concerned in respect of the desirable measures to be taken by both Governments for the successful implementation of the Project.

As a result of the discussions, the Team and Zambian authorities concerned agreed to recommend to their respective Governments the matters referred to in the document attached hereto.

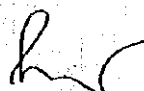
Lusaka, Zambia
February 19, 1997



Mr. Yoshinori EBATA
Representative of the Japanese Implementation Study Team
Resident Representative
Japan International Cooperation Agency Zambia Office
Japan

Dr. Kashiwa BULAYA
Acting Permanent Secretary
Ministry of Health
The Republic of Zambia

Witnessed by:



Mrs. Ireen KAMANGA
Permanent Secretary
Ministry of Finance and
Development Planning
The Republic of Zambia

THE ATTACHED DOCUMENT

I. COOPERATION BETWEEN BOTH GOVERNMENTS

1. The Government of the Republic of Zambia will implement the Lusaka District Primary Health Care Project (hereinafter referred to as "the Project") in cooperation with the Government of Japan.
2. The Project will be implemented in accordance with the Master Plan as stipulated in ANNEX I.

II. MEASURES TO BE TAKEN BY THE GOVERNMENT OF JAPAN

In accordance with the laws and regulations in force in Japan, the Government of Japan will take, at its own expense, the following measures, through JICA according to the normal procedures under the technical cooperation scheme of the Government of Japan.

1. **DISPATCH OF JAPANESE EXPERTS**
The Government of Japan will provide the services of the Japanese experts as listed in ANNEX II.
2. **PROVISION OF MACHINERY AND EQUIPMENT**
The Government of Japan will provide such machinery, equipment and other materials (hereinafter referred to as "the Equipment") necessary for the implementation of the Project as listed in ANNEX III. The Equipment will become the property of the Government of Zambia upon arrival to C.I.F.(Cost, Insurance and Freight) to the Zambian government authorities concerned at the ports and/or airports of disembarkation. Upon the completion of the Project, project vehicles and equipment shall remain at the project site.
3. **TRAINING OF THE ZAMBIAN PERSONNEL IN JAPAN**
The Government of Japan will receive the Zambian counterpart personnel connected with the Project for technical training in Japan.
4. **SPECIAL MEASURES FOR TRAINING OF MIDDLE-LEVEL MANPOWER**
The government of Japan will supplement a portion of the following local expenditures, necessary for the training programmes for middle-level manpower conducted in the Republic of Zambia.
 - (1) Traveling allowances for the training participants between their assigned places and the site of the training.
 - (2) Cost of the production of teaching materials.
 - (3) Travel costs of the training participants for their field trips.
 - (4) Cost of procurement of supplies and equipment necessary for the training programs.
 - (5) Travel allowances of the local instructors of the training programs accompanying the trainees on their field trips.
 - (6) Remuneration of the instructors invited from institutions other than those directly connected with the Project.

Japanese funding for the above-mentioned expenses will be reduced annually. The reduction of the Japanese funding will be compensated by additional Zambian funding.

S.S.

KMB

[Signature]

III. MEASURES TO BE TAKEN BY THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF ZAMBIA

1. The Government of the Republic of Zambia will take necessary measures to ensure that the self-reliant operation of the Project will be sustained during and after the period of Japanese technical cooperation, through the full and active involvement in the Project by all related authorities, beneficiary group and institutions.
2. The Government of the Republic of Zambia will ensure that the technologies and knowledge acquired by the Zambian nationals as a result of the Japanese technical cooperation will contribute to the economic and social development of the Republic of Zambia.
3. The Government of the Republic of Zambia will grant in the Republic of Zambia privileges, exemptions and benefits as listed in ANNEX IV and will grant privileges, exemptions and benefits no less favorable than those granted to experts of third countries or international organizations performing similar missions, to the Japanese experts referred to in II-1 above and their families.
4. The Government of the Republic of Zambia will ensure that the Equipment referred to in II-2 above will be utilized effectively for the implementation of the Project in consultation with the Japanese experts referred to in ANNEX II.
5. The Government of the Republic of Zambia will take necessary measures to ensure that the knowledge and experience acquired by the Zambian personnel from technical training in Japan will be utilized effectively in the implementation of the Project.
6. In accordance with the laws and regulations in force in the Republic of Zambia, the Government of the Republic of Zambia will take necessary measures to provide at its own expense:
 - (1) Services of the Zambian counterpart personnel and administrative staff as listed in ANNEX V;
 - (2) Land, buildings and facilities as listed in ANNEX VI;
 - (3) Supply or replacement of equipment, machinery, vehicles, instruments, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the Equipment provided through JICA under II-2 above;
 - (4) Means of transportation and travel allowances for the Japanese experts for official travel within the Republic of Zambia; and
 - (5) Assistance to find suitably furnished accommodations for the Japanese experts and their families for which JICA will pay.
7. In accordance with the laws and regulations in force in the Republic of Zambia, the Government of the Republic of Zambia will take necessary measures to meet:
 - (1) Expenses necessary for the transportation within the Republic of Zambia of the Equipment referred to in II-2 above as well as for the installation, operation and maintenance thereof;
 - (2) Customs duties, internal taxes and any other charges, imposed in the Republic of Zambia on the Equipment referred to in II-2 above; and
 - (3) Running expenses necessary for the implementation of the Project.

IV. ADMINISTRATION OF PROJECT

1. The Permanent Secretary for the Ministry of Health will bear overall responsibility for the



KMB



implementation of the Project.

2. The Director of Lusaka District Health Management Team, District Health Board, will be responsible for the management and facilitation of inter-sectoral collaboration of the Project as the Project Director under the assistance of the Ministry of Health and the Directorate of South-eastern Region of the Central Board of Health.
3. The Director of Public Health of Lusaka City Council, the Executive Director of the Board of Management of Chainama Hills College Hospital, and the Executive Director of University Teaching Hospital will collaborate with Lusaka District Health Management Team in order to assist the technical and managerial matters of the Project.
4. The Japanese Chief Advisor will provide necessary recommendations and advice to the Project Director, the Project Coordinator and Directors of project-related institutions on technical and administrative matters pertaining to the implementation of the Project.
5. The Japanese experts will provide necessary guidance and advice on technical matters concerning the implementation of the Project to the Zambian counterpart personnel.
6. For the effective and successful implementation of the Project, a Joint Coordinating Committee will be established whose functions and composition are described in ANNEX VII.

V. JOINT EVALUATION

Evaluation of the Project will be conducted jointly by the two Governments, through JICA and Zambian authorities concerned, at the mid-term and in the last six (6) months of the cooperation term in order to examine the level of achievement.

VI. CLAIMS AGAINST JAPANESE EXPERTS (INDEMNITY)


The Government of the Republic of Zambia undertakes to bear claims, if any arise against the Japanese experts engaged in technical cooperation for the Project resulting from, occurring in the course of, or otherwise connected with the discharge of their official functions in the Republic of Zambia except for those arising from the willful misconduct or gross negligence of the Japanese experts.

VII. MUTUAL CONSULTATION

There will be mutual consultation between the two Governments on any major issues arising from, or in connection with this Attached Document.

VIII. TERM OF COOPERATION

The duration of the technical cooperation for the Project under this Attached Document will be for five (5) years from March 17, 1997.


KMB



ANNEX I
MASTER PLAN

1. OBJECT OF THE PROJECT

(1) OVERALL GOAL

To improve the overall health status of people in the community in Lusaka District.

(2) PROJECT PURPOSE

To improve the primary health care management system in Lusaka District in line with the
Zambian Health Reform Policy and the Strategic Plan.

2. OUTPUT

(1) The community based PHC programmes are improved.

(2) The referral system between different levels of health care in Lusaka District is operated
effectively.

3. ACTIVITIES

(1)- a. To review the current status of the existing PHC programmes.

b. To execute base line surveys including socioeconomic aspects in the pilot
compound(s).

c. To execute community based PHC programmes in the pilot compound(s) in
collaboration with district health staff, community groups, NGOs, and other
international donor agencies.

d. To strengthen the capacity of district health staff who are engaged in PHC
programmes.

e. To strengthen the basic health management information system in Lusaka District.

f. To monitor and evaluate the effects of the programmes mentioned above.

(2)- a. To review the current status of the referral system between different levels of health
care in Lusaka District.

b. To strengthen the capacity of district health staff through several training programmes
including UTH's outreach activities.

c. To improve the referral system in collaboration with relevant departments and
institutions.

4. IMPLEMENTING ORGANIZATIONS

(1) Principal Implementing Organization

Lusaka District Health Management Team of Lusaka District Health Board under the
Central Board of Health of the Ministry of Health

(2) Other cooperative partners

a) Lusaka City Council

b) University Teaching Hospital

c) Chainama Hills College Hospital

d) School of Medicine, University of Zambia

d) Others mutually agreed upon

5. MODEL AREAS (Pilot Compound(s))

The model areas will be selected during the first year of the Project based upon the results of
base line survey and mutual discussions.

J.E.

K.M.B.

h

ANNEX II

LIST OF JAPANESE EXPERTS

1. Long-term experts
 - (1) Chief Advisor
 - (2) Coordinator
 - (3) Experts in the following fields:
 - 1) Primary Health Care / (C)
 - 2) Health Programming and Planning /
 - 3) Public Health /
 - 4) Health Education /

2. Short-term experts
 - (1) Health Programming and Planning
 - (2) Medical Equipment Maintenance
 - (3) Social Research/Sociology
 - (4) Medical Laboratory
 - (5) Community development
 - (6) Primary Health Care

3. Others mutually agreed upon as necessary

S.E.

KMB

hmb

ANNEX III

LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT

1. Equipment for training, research, clinical and laboratory diagnosis in the field of Primary Health Care.
2. Other equipment in other related fields mutually agreed upon as necessary.

[Handwritten signature]

KMB

[Handwritten signature]

ANNEX IV

LIST OF PRIVILEGES, EXEMPTIONS AND BENEFITS FOR JAPANESE EXPERTS

1. Exemption from income tax and charges of any kind imposed on or in connection with the living allowance remitted from abroad.
2. Exemption from import and export duties and any other charges imposed on personal and household effects, including food, beverages and vehicles, imported or locally purchased ex-bond within six(6) months of arrival which may be brought in from abroad or taken out of the Republic of Zambia. Relevant duties will be paid if the vehicles are disposed to persons not privileged to the exemptions.

The goods and services procured under the project should be exempted from Value Added Tax (Statutory instrument No.202 of 1995, Value Added Tax Act No.4 of 1995).

3. In case of an accident or emergency, the Government of the Republic of Zambia will use all its available means to provide medical and other necessary assistance to the Japanese experts and their families.

[Handwritten initials]

KMB

[Handwritten signature]

ANNEX V

LIST OF ZAMBIAN COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL

1. Project Director
Director of Lusaka District Health Management Team of Lusaka District Health Board under the Central Board of Health of the Ministry of Health
2. Project Coordinator
Deputy Director Health Programmes of Lusaka District Health Management Team of Lusaka District Health Board under the Central Board of Health of the Ministry of Health.
3. Counterpart personnel in the following fields:
 - (1) Primary Health Care
 - (2) Public Health
 - (3) Health Education
 - (4) Medical Equipment
 - (5) Medical Laboratory
 - (6) Others mutually agreed upon as necessary
4. Administrative personnel
 - (1) Secretary
 - (2) Drivers
 - (3) Other supporting staff mutually agreed upon as necessary

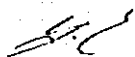
 KMB



ANNEX VI

LIST OF LAND, BUILDINGS AND FACILITIES

1. Land
2. Buildings and Facilities
 - (1) Sufficient facilities for the implementation of the Project
 - (2) Offices and other necessary facilities for the Japanese experts
 - (3) Facilities such as electricity, gas, and water supply, sewerage systems, telephone, and furniture necessary for the Project activities
 - (4) Transportation facilities for the implementation of the Project
 - (5) Other facilities mutually agreed upon as necessary



KMB



ANNEX VII

JOINT COORDINATING COMMITTEE

1. Functions

The Joint Coordinating Committee will meet at least once a year and whenever necessity arises, and work:

- (1) To formulate the annual work plan for the Project under the framework of this Record of Discussions,
- (2) To review the overall progress of the technical cooperation program as well as the achievements of the above-mentioned annual work plan,
- (3) To review and discuss major issues arising from or related to the technical cooperation programme,
- (4) To enhance inter-institutional collaboration among the Project participating organizations,
- (5) To discuss any matters to be mutually agreed upon as necessary concerning the Project.

2. Composition

(1) Chairman: Project Director

(2) Members:

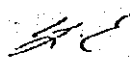
Zambian Side:

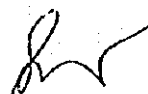
- (a) Project Coordinator
- (b) Representative from Ministry of Health
- (c) Representative from Lusaka City Council
- (d) Representative from the Ministry of Finance and Development Planning
- (e) Representative from University Teaching Hospital
- (f) Representative from Chainama Hills College Hospital
- (g) Representatives from pilot UHC
- (h) Representatives from Central Board of Health
- (i) Representatives from School of Medicine, University of Zambia
- (j) Other personnel nominated, if necessary

Japanese Side:

- (a) Chief Advisor
- (b) Coordinator
- (c) Experts
- (d) Representative from the JICA Zambia Office
- (e) Other personnel to be dispatched by JICA

- Note:
1. Official(s) of the Embassy of Japan in the Republic of Zambia may attend the Joint Coordinating Committee as observer(s).
 2. Personnel designated by the Chairman of the Joint Coordinating Committee may attend the meeting as observer(s).
 3. An appropriate number of administrative secretaries shall be allocated to the Joint Coordinating Committee for record-keeping and other administrative tasks, related to project implementation.

 KMB



② TENTATIVE PROJECT DESIGN MATRIX

Tentative Project Design Matrix

Project Summary	Important Assumptions
<p><u>Overall Goal</u> To improve the overall health status of people in the community of the Lusaka urban area.</p>	No change in government health policy
<p><u>Project Purpose</u> To improve the primary health care management system in Lusaka City in line with the Zambia Health Reform Policy and the Strategic Plan.</p>	No further deterioration of Zambia economy Continuous drug supply
<p><u>Output</u> (1) The community based PHC programmes (health services and education) are improved. (2) The referral system between the Urban Health Centers (UHCs) and the University Teaching Hospital (UTH) is operated effectively.</p>	Trained personnel will stay in the institutions
<p><u>Activities</u> (1)- a. To review the current status of the existing PHC programmes. b. To execute base line studys including social aspects in the pilot compound(s). c. To execute community based PHC programmes in collaboration with UTHs' staffs, community groups, NGOs, and other donor agencies. d. To strengthen the capacity of UHCs staffs who are engaged in PHC programmes. e. To strengthen the basic health information system in DHMT. f. To collect and analyze covering and outcome indicators to monitor the effects of the programmes mentioned above. (2)- a. To review the current status of the referral system between UHCs and UTH. b. To strengthen the capacity of UHCs' clinical staffs through UTH' s outreach activities and other training programmes. c. To improve the referral system in collaboration with relevant departments and institutions.</p>	<p>No epidemics will occur</p> <p>There will be no abrupt change in population in Lusala City</p> <p>Preconditions</p> <p>Government counterpart staff at DHMT are appointed.</p> <p>Government budget for the project is in place</p> <p>Consensus on the project framework among relevant government agencies are reached.</p>

Objectively Verifiable Indicators and Means of Verification will be discussed after the commencement of the project.