

第4章 調査所見の概要

1. 小児の栄養失調

1.1 マラウイにおける乳児死亡率および5歳未満児死亡率の状況

マラウイのIMR(乳児死亡率)とU5MR(5歳未満児死亡率)は非常に高く、1992年にはそれぞれ134(対1000出生)および234(対1000出生)であった。これらの数値は世界でも最悪の部類に属しており、政府は2004年までにそれぞれ100および150に低下させることを目標に状況改善を計画している。小児の直接の死亡原因は多様であるが、主として感染による。

1.2 第1サイクル調査における死亡率と罹患率についての所見

小児病棟での上位疾患は、マラリア、貧血をとまらなうマラリア、肺炎、栄養失調および外傷の順である。これらの疾患はまたこの年齢グループにおける入院死亡の主因でもある。5歳未満児の外來で多くみられる疾患はマラリア、肺炎を含む下気道感染、上気道炎、下痢性疾患などである。

1.3 高い小児死亡率における栄養の重要性

WHOによると開発途上国におけるこどもの死亡の半分以上が低栄養に関連している。この国における低栄養の高い蔓延率は、マラリア、貧血あるいは急性呼吸器感染のような単一疾患に比べて小児の死亡により深く関係している。現在の劣悪な栄養状態を劇的に改善しない限り死亡率を低下できるかどうかは疑わしい。

小児の栄養失調をコントロールするために、医療施設ベースおよびコミュニティベースの成長モニタリング活動(GMP)が開始された。世界食糧計画(WFP)は25年以上にわたって食糧援助を実施してきたが、1998年10月にGMPへの食糧支援を中止した。これは実際に保健人口省にとって深刻な課題となった。

1.4 小児栄養調査の重点項目

第1サイクルで身体計測が実施された村では、5歳未満児の半分以上が低身長であり、4人に1人が低体重であった。また、GMPが実際にカバーしているのは全対象児の半以下であった。第2サイクルでは、端境期における低栄養の実態についてより大規模な調査を行い、低栄養をきたす要因について探査した。調査の重点は軽度から中等度の栄養障害のケースのプライマリヘルスケアを介する予防と治療におかれた。

1.5 小児の栄養調査の目的

端境期における小児の栄養状態、食物消費、地方市場で入手可能な食物を調査した。また、自発的な成長モニタリングの自主運営や自助的な栄養計画の可能性を探った。

1.6 第2サイクルで用いられた調査方法

定量的方法としては5歳未満児の身体計測、世帯調査および食物市場調査を行った。また、定性的方法では既存の小児栄養プロジェクト視察、栄養プロジェクトを実践している関係者とのキーインタビュー・インタビューおよび村人たちとのフォーカス・グループ・ディスカッションを実施した。

1.7 調査所見の要約

1) 身体計測の結果

北部の調査によると低栄養の頻度は、39%が低体重、64.2%が低身長、5.7%が急性消耗 (wasting) であった。南部では、44.9%が低体重、64.2%が低身長、14.6%が急性消耗であった。雨季に行われた今回の調査によると、北部に比べて南部において急性消耗児と低体重児はるかに多かった。

2) 母乳栄養の重要性

南部地域における今回の調査によると、離乳食の遅い導入が低体重、低身長あるいは急性消耗の発現に防御的に働くことが示された。また、24ヵ月以上の母乳栄養の延長は急性消耗と低体重の頻度を減少させる。妊娠の間隔が短いことが母乳栄養の早期中断の主因である。

3) 食物摂取

調査対象の小児が常食とする食事の頻度と種類はともにきわめて限られたものであった。

4) 栄養失調に重畳する疾患の影響

反復する下痢や熱性疾患は小児の低栄養と強く関連している。したがって、感染症の予防と適切な治療もまた低栄養児の数を減少させるために重要である。

5) 小児栄養失調の原因についての人々の理解

小児の栄養失調の原因は直接、間接原因を含めて複雑である。しかし、フォーカス・グループ・ディスカッションで村人たちが小児の栄養失調の原因としてあげた内容はその他の調査結果と概ね一致するものであった。

6) コミュニティリーダーの関心と優先度

村のリーダーの中には、コミュニティの最大あるいは第2の関心事として" 飢え" あるいは" 食糧不足" をあげた者もあった。

7) 家族計画

こどもの栄養状態を維持するために家族計画が重要であることをかなり多数の村人が認識している。しかし、妻が家族計画を実行することを認めない夫が多いことが問題である。これは家族内で女性の地位を向上させることができなければ小児の栄養失調という課題に男性の注意をひき、より深く関わらせることは困難であることを意味する。

8) 女性の育児責任

フォーカス・グループ・ディスカッションの参加者は、男女の別にかかわらず、女性のみが完全に育児の責任を負っていると発言した。男性が育児にかかわることはほとんどなく、栄養不良の子どもを持つことに罪の意識を感じているのは女性である。成長モニタリングの参加率は一般的には高いが、栄養不良の子どもを持つ母親の中には周囲の目を気にしてもっともケアが必要な子どもを成長モニタリングに連れて行かない母親も見られた。

9) 小児栄養に直接間接に関連するいくつかのプロジェクト

それぞれの戦略は人々がおかれた状況に適切に対応するために策定されてきた。これらの戦略の中には、最も有効に資源を活用するために注意深く選ばれたものがある。いくつかのプロジェクト

では、人々は単なる受動的なサービスの受益者ではなく中心的な役割を果たしているものもある。

1.8 結語

マラウイのこどもたちの劣悪な栄養状態をひきおこす要因は多元的である。すなわち、

- 1) 成長モニタリング活動は、軽症の低栄養状態の重症化を有効に予防できない。
- 2) 離乳食の開始時期が早すぎる。
- 3) 食物摂取が量的質的に不十分かつ不適當である。
- 4) 感染症の頻回罹患により食欲不振をきたし、栄養素の腸管吸収が妨げられる。

成長モニタリング活動にたいする食糧供給停止にともない、保健人口省ではコミュニナル・ガーデニング計画の導入を決定した。しかしながら、これが成功し、拡大していくためには、さらなる検討とトレーニングが必要であると思われる。

2. 妊産婦保健に関する調査所見

2.1 マラウイにおける妊産婦の死亡と罹病の状況

保健人口省が用いている妊産婦死亡率は1992年のDemographic and Health Surveyにもとづいており、その数値は対10万出生620であった。妊産婦死亡は15-49歳の女性の死亡の21%を占めており、この年齢グループの主因となっている。マラウイの妊産婦死亡率は世界でも最も高いものの1つであり、サハラ以南のアフリカ諸国のほぼ平均に相当する。また、妊娠の約10%に何らかの合併症をきたすと考えられている。

2.2 マラウイではどうして妊産婦の健康が重要か

母親の死亡はこどもの生存にきわめて大きな影響をおよぼす。また、妊産婦死亡に影響をおよぼす同じ要因は妊産婦の罹病や他の人々の死亡に影響する。

2.3 妊産婦の健康調査の重点項目

高い妊産婦の死亡率の原因として、この調査では2つの仮説を立てた。1つめは、施設分娩の少なさであり、2つめは保健医療施設で供給されるケアの質が標準以下であることである。それゆえ、調査の重点はこれら2つの仮説の実証におかれた。

2.4 調査の目的

- 1) 妊婦検診の利用、施設分娩、妊産婦や分娩女性に供給されるケアの質に重点をおいて、マラウイにおける高い妊産婦死亡率の原因を把握する。
- 2) 分娩場所の選択と妊婦検診の関係を述べる。
- 3) 調査所見からマラウイにおける妊産婦死亡率を低下させるための実践マスタープランを策定する。

2.5 調査の方法論

できる限り広範囲の情報を得るために、調査では種々の方法を用いた。これらの方法には、以下のものが含まれる。

- 1) 世帯調査
- 2) 妊婦検診の受診者にたいする出口調査

- 3) フォーカス・グループ・ディスカッションおよびキー・インフォーマント・インタビューなどの質的調査
- 4) 妊婦検診および分娩施設で供給される実際のケアの観察
- 5) 保健医療施設の評価
- 6) 妊産婦死亡のレビュー
- 7) アクセスの分析
- 8) レファラルシステムの評価

2.6 調査所見のまとめ

調査所見を妊娠前要因および妊娠後要因の2つのグループに分けた。

1) 妊娠前の要因

- ・女性の妊娠はきわめて早い時期に始まり、非常に頻回かつきわめて遅い時期まで続く。
- ・Total fertility rate (TFR) は1992年の報告では6.7である。
- ・大多数の女性は自分たちが妊娠のたびに危険な状態にあることを認識している。
- ・大多数の女性たちの健康状態は標準以下である。
- ・妊婦検診を訪れる女性の56%が貧血である。多くの女性はまたヨードおよびビタミンA欠乏の状態にある。
- ・この年齢グループのHIV/AIDSの頻度は高い。

2) 妊娠後の要因

[妊婦検診に関連した所見]

- ・女性の99%は前回の妊娠時に少なくとも1回は妊婦検診を訪れている。
- ・移動診療による妊婦検診の利用率は北部地域の調査で2.6%ときわめて低い。
- ・TBAによる妊婦検診の利用率は北部で2.2%、南部で3.6%ときわめて低い。
- ・妊婦検診の65%は政府系施設である。
- ・妊婦検診の訪問回数は女性によって種々であり、8%の女性は妊娠中わずか1回しか訪問していない。
- ・35歳以上で5人以上の子どものある女性は妊婦検診には訪れない傾向にある。
- ・南部の40%、北部の60%の女性は妊婦検診を訪れるのに1時間以上かかる。
- ・北部では南部に比べてアクセスはよくない。
- ・妊婦検診への物理的アクセスがサービスの場所を決める主要な要因である。
- ・妊婦検診は、帝王切開の既往、臍出血および性感染症の既往、双生児などの危険因子のある女性を見落とすことがある。
- ・妊婦検診での平均待ち時間は104分であった。
- ・グループ保健教育は平均14分、個人カウンセリングは4分であった。
- ・妊婦検診ではしばしば内診および妊婦の身長測定が省かれた。
- ・血液および尿検査はしばしば行われていなかった。
- ・妊産婦は妊婦検診にあまり期待していない。多くの場合、胎児の状態と予定日を知らせることで満足した。予定日でない分娩は妊婦検診にたいする不信と失望をもたらしている。

[分娩に関連した所見]

- ・サリマ県では40.3%の妊産婦が施設分娩であった。
- ・北部では67.2%の妊産婦が、南部では73.6%の妊産婦が保健施設で分娩を行った。
- ・北部、南部ともに15%の妊産婦が家庭あるいは友だち、親戚の家での分娩であった。

- ・北部の9%、南部の15%の妊産婦がTBAで分娩を行った。
- ・分娩のおよそ半数が政府系施設で行われた。
- ・大多数の女性は分娩場所へ行くのに1時間以上歩かねばならなかった。
- ・分娩場所の決定に影響をおよぼした要因としては、近いこと、施設の評判、ケアの質、輸送手段、小さな子どものケアに関する心配事、文化的、信仰上および財政状況などであった。
- ・年齢不明、未就学、移動診療、TBAあるいは政府系施設での妊婦検診の受診の女性が施設以外の分娩が多かった。
- ・施設での分娩ケアの質はしばしば標準以下であった。
- ・ヘルスワーカーの大多数において、妊産婦ケアに関する技術や知識を新しくする機会に恵まれていなかった。
- ・半数以上の保健施設において給水システムは設計通りに機能していなかった。
- ・およそ90%のクライマックスポンプは稼働していなかった。
- ・施設の70%に電力供給がなかった。

[緊急産科ケアに関連した所見]

- ・サリマ県では80%の女性が緊急設備のある医療施設から10km以上のところに住んでいた。
- ・サリマ県では雨季に3/4の村にヘルスワーカーがアクセスできなかった。
- ・村と医療施設のあいだの緊急連絡は、しばしば徒歩あるいは自転車によるメッセンジャーに依存している。
- ・ヘルスセンターとレファラル病院とのあいだの緊急連絡は無線システムによって行われている。
- ・調査実施時に、無線設備の備わっている保健医療施設は7つの県においてみられなかった。
- ・レファラル病院において血液銀行のないことが大部分の妊産婦死亡に関与している。
- ・基本産科ケアの重要な手技を扱えるヘルスワーカーはきわめて少ない。

2.7 結語

高率の妊産婦死亡におよぼす影響は複雑であり、相互に関連している。どれか1つの要因を目的とした単一の実践策では死亡率の低下に大きな影響力をもたらさない。包括的な実践がマラウイの妊産婦死亡率の低下に必要である。

3. 医薬品販売店主に関する調査所見

3.1 マラウイにおける薬へのアクセスの状況

マラウイでは農村部に住む人たちの半数以上が医療施設へ行くのに1時間以上かかる。したがって、たいていの場合家の近くで治療を求めることになるが、その場合正しい医療にアクセスできるわけではない。医薬品回転資金制度の確立が望まれるが、種々の問題を抱えていて実際にはマラウイに46,000の村がある中で現在250しか稼働していない。そこで、大多数の村人にとっては、薬草を用いるかあるいは国のいたるところにあるグローサリーで薬を購入する。しかしながら、グローサリーの店主は医薬品に関するトレーニングをうけていないため、まちがった薬の販売や抗生物質の違法な販売を行っているのが実情である。

3.2 なぜグローサリーに重点をおくのか

このプロジェクトがグローサリーに重点をおく理由は、すでにあるインフラや人材を使用できる

からである。これに、相対的に安価な要素、たとえば店主にたいするトレーニングや一般大衆にたいするメディアキャンペーンを加えることができる。プロジェクトはまた、マラリア制圧プログラムやソーシャル・マーケティングのような他の全国プログラムと連携しながら展開することが可能である。

3.3 医薬品販売店調査の重点項目

第2サイクルでは、販売店主と一般大衆の両方について薬の売買、病気の治療に関する知識、態度、行動について情報を得るために4つの調査を行った。調査は、トレーニングの必要性を評価し、対費用効果の高い活動を行うための戦略を立て、またプロジェクト成果の阻害要因について検討するために行われた。

3.4 調査の方法

1) 世帯調査

世帯調査のモジュールの1つとして、最近の薬の購入および店主からうけたアドバイスを中心に調査を行った。

2) 質的調査

薬の巡回売りや医薬品販売店主の態度について、コミュニティグループおよび個人にたいしてディスカッションやインタビューを行った。

3) 販売店主への詳細インタビュー

薬を販売することに関し、かれらの知識、態度および行動を評価するために医薬品販売店主に詳細なインタビューを行った。

4) 模擬患者調査

訓練されたインタビュアーが、自分のこどもが病気であると装って、3)の調査と同じ店において薬を購入し、またアドバイスについて相談した。

3.5 調査所見のまとめ

- 1) 今回の4つの調査によると、マラウイの農村部に住む大多数の人々は、医薬品を入手する第1の手段としてグロサリーに依存している。この主な理由は店が近くにあるという点である。さらに、住民と医薬品販売店との社会的距離が住民と保健施設スタッフとの間よりも近いことも事実である。店主が販売する医薬品の範囲はきわめて限られているが、たとえば鎮痛薬など現在の需要パターンに見合っていると考えられる。
- 2) 医薬品回転資金制度が確立されると、グロサリーより好まれるようになる。なぜなら、アスピリンのように広く用いられる薬が低価格であり、またある種の抗生物質が売られているからである。しかしながら、この制度の長期の実効性については現在明らかになっていない。
- 3) 一般に医薬品販売店主は、多くの場合住民の信頼を得ている。しかしながら、村落保健委員会(VHC)や競合する医薬品回転資金の関係者は彼らに対して否定的である。
- 4) 小児のマラリアや急性呼吸器感染(下痢も含まれるが今回の調査では重点がおかれていない)の

治療に関して、販売店主が適切な知識をもつだけでなく、適切な販売行動をとることが望まれる。実際には、店には IEC のポスターなどはほとんどなく、あっても識字率が低いのでその効果に制約がある。多くの販売店主は顧客の希望に応じてどんな薬でも売るが、病児の世話をする人の知識も同じように不十分である。多くの販売店主は一般的な子どもの病気に合わせて薬を勧めるだけの十分な知識をもっている。しかしながら、咳や発熱が潜在的に危険であり、また病気が回復しない子どもは医療施設へつれていく必要があるといった警告がなされることはきわめてまれである。

- 5) 抗生物質は非常に人気があり、販売が禁止されていてもグロサリーを通じて広く入手することができる。グロサリーで販売された抗生物質を使用することは多くの場合不適切であり、またおそらく危険でもあるが、その有害性が抗生物質を入手可能であることから得られる便益を帳消しにするとまでは断言できない。他方、合法的に販売されているファンシダールはあまり利用されていないが、その理由についてはさらに検討する必要がある。
- 6) 販売店主は薬を‘処方’すべきでないという保健人口省の政策にもかかわらず、かれらは現実には保護者たちの乏しい知識を補ってどの薬をどれだけ購入するかを左右している。販売店主はこの役割をもっと有効に果たすためにトレーニングを受けたがっている。
- 7) マラリアと急性呼吸器感染の危険性についてコミュニティの認識が改善され、それらの正しい治療法が認識されることはコミュニティレベルの疾患コントロールにおけるもう1つの重要な要素である。この点は販売店主のトレーニングを補足するかたちになるかあるいは別の実践方法となる。優先プログラムにおいては、どのような資源を販売店主にたいするトレーニングとコミュニティレベルの一般的な IEC に割り当てるべきかについて決定する必要がある。マスメディアによるキャンペーンはしばしばコストがかかり、必ずしも有効とはいえない。しかしながら、現在マラウイではラジオ放送にかかる費用は高価ではなく、また農村部でのラジオ聴取率は高いので、この方法を真剣に考慮する必要がある。販売店主へのトレーニングはまた、村落保健ボランティアや HSA へのトレーニングの多くがそうであったように、本来相対的に少ないコミュニティメンバーに知識を集中することになるが、この知識は薬が購入されるたびにコミュニティへ有効に還元されねばならない。



図 4.1 マラリア制圧プログラム計画で用いられているグロサリーの薬販売に対するキャンペーン用ポスター

- 8) 全国マラリア制圧プログラムは抗マラリア薬の普及の面でグローサリーの重要性を認識しており、計画の一部に販売店主のトレーニングを想定している。さらに、大衆にたいして薬を売るための正しいアプローチを示すポスターを作成した(図4.1)。ソーシャル・マーケティング計画は *Thanzi* ブランドの ORS および薬液浸漬蚊帳を導入したが、この計画もここに提案されたプロジェクトのメディアキャンペーンによって強化し得ると思われる。
- 9) マラウイで処方せんなしで売られているほとんどの医薬品および *Novida*(ファンシダール)の製造業者である *Pharmanova* はファンシダールの子ども用パッケージの生産に合意した。同社自身による宣伝広告が本プロジェクトとの相乗効果をもたらすことが期待される。

第5章 マスタープラン策定の設計構想

1. マスタープランの策定過程

マスタープランの策定のためには目標に到達すべき戦略を立てることから始まる(図5.1)。この基本戦略には、調査結果から明らかになった保健課題に対応するために政策および実施目標を設定することが含まれる。第1サイクルの結果から、この国における保健サービス供給とサービスの質には大きなギャップがあることが分かり、この差を埋めることが基本戦略になると判断された。一方、保健状態の改善を目的とした戦略を立てるためには、目標達成年における社会経済および保健分野などの将来フレームを設定しておく必要がある。そして、最も重要な点は、この国のプライマリヘルスケアの基本的考えや実践活動を考慮に入れながら、国家保健計画の枠組みに沿ったマスタープランを策定することである。

第1サイクルの調査から、小児栄養と妊産婦保健が現在のマラウイにおける最も重要な保健課題であることを認識した。ついで、これらの分野におけるできるだけ多くの問題点を調査結果を踏まえて提起し、問題分析を行い、さらにこれにもとづく目的分析を行った。また、目的分析の結果から、上記のマスタープラン策定の基本戦略にもとづき、それぞれの保健課題の改善策として可能な

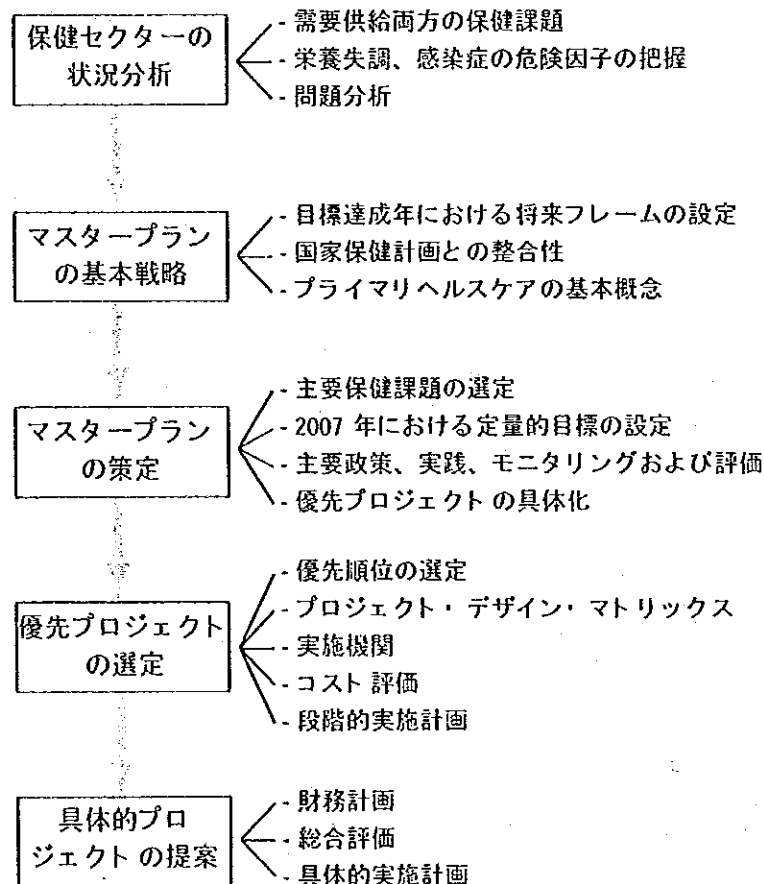


図 5.1 マスタープランの策定過程

実践活動を提案した。最終的に、これらの実践活動を詳細に検討し、統合することによって優先プロジェクトを提案した。

2. 基本戦略

マラウイにおける保健医療施設へのアクセスは、他のサハラ以南のアフリカ諸国や他の地域の低所得国に比べて相対的に良好であるといわれてきた。ユニセフによると、1980年代後半の時点で、およそ80%の人たちが保健施設まで1時間以内のところに住んでいるといわれた。また、1992年のDemographic and Health Surveyによると、82%のコミュニティが最寄りの保健施設の10km以内にあるといわれる。

ヘルスサービスの供給については、このように比較的恵まれているにもかかわらず、国の保健指標はきわめて劣悪である。乳幼児の高い死亡率はこのギャップをもたらす典型的な例と思われ、この点がプライマリヘルスケアを強化する基本戦略と位置づけられよう。また、このギャップは単一の要因で生じるものではなく、社会文化的要因からヘルスシステムのマネジメントにいたるまでの幅広い要因と複雑に関連している。

したがってここでは、ヘルスケアの質の向上が最重要課題として位置づけられる。これには、ヘルスシステムのマネジメント、人的資源開発、また単に保健医療施設への物理的な意味でのアクセスだけでなくヘルスサービスそのものへのアクセスが基本的要素として含まれる。

3. マラウイの保健政策

3.1 国家保健計画

1) 背景

第3次国家保健計画(1986-1995)の終了に引き続いて、保健人口省は第4次計画の策定を開始した。1995年9月には政策構想文書を発表し、保健政策改革の着手を表明した。その後、6つの優先課題(地方分権化、人的資源開発、保健財政、病院自主運営、基本保健パッケージ、県スタッフのマネジメント能力)を設定し、それぞれのメンバーチームが組織され、委員会が結成された。それぞれの検討を通じて勧告と所見が提起され、県計画ガイドラインの形に結実した。その後、新しい国家保健計画1999-2004が1999年5月に策定された。

2) 国家開発の目標

マラウイ政府はビジョン2020計画で貧困軽減を打ち出し、また県議会への権限委譲をめざす地方分権化の国家政策を発表した。これにより、保健人口省はマラウイのすべての人々の健康状態を2004年までに改善することを目指すアプローチを採用することになった。

3) 国家保健開発の目標

保健セクターの最終目標は、疾病の罹患と死亡の頻度を減少させるためにすべてのマラウイの人々の健康状態をレベルアップすることである。これは健康の増進、疾病の予防、減少および治療を行い、生命の保護、福祉の育成および生産性の向上を通じて達成される。妊産婦や5歳未満児に重点をおいたヘルスサービスの強化、医療施設やヘルスケアへのアクセス改善、人材育成の改善など具体的に8つの中期目標が設定された。

4) 計画立案の重点戦略

保健状況の改善に本質的に結びついた広範囲の改革を達成するために、保健人口省は以下の戦略を企図している。

- (1) プライマリヘルスケアの強化
- (2) セクターワイドアプローチ
- (3) ヘルスケアマネジメントの地方分権化
- (4) 受益者負担
- (5) 政策の策定と調整
- (6) 保健マネジメント情報システム
- (7) 人材育成強化

5) 活動

目標の達成のために、国家保健計画に盛り込まれた保健政策、目標、優先順位に合わせて保健計画目標、戦略および活動が設定された。すなわち、8つの目標のもとに、22の戦略、60の課題、そして240の主な活動が提起された。

3.2 マラウイにおけるプライマリヘルスケア活動

1) マラウイにおけるプライマリヘルスケアの概念

国家保健計画の目標はすべてのマラウイの人々の健康状態の改善であり、そのために数多くの計画を立案している。その中でもとくに重点項目となる活動は、プライマリヘルスケアサービスの向上を目的としたものであり、基本保健パッケージの導入によるコミュニティ活動の強化である。プライマリヘルスケアの具体的な目標として以下のものがあげられている。

- (1) 個人、家庭、コミュニティが自分の健康に責任をもてるように能力を強化する。
- (2) 所得創出活動によって支援される医薬品回転資金を促進する。
- (3) コミュニティヘルスポランテアの高いドロップアウト率の原因調査を行い、またインセンティブの方法を考える。
- (4) HSA や CHV のトレーニングを促進する。
- (5) 村落保健委員会の組織化を図り、種々の基礎的技術に関してトレーニングを行う。
- (6) 資源をコミュニティによって決められた優先課題に向ける。

2) プライマリヘルスケア計画の活動

プライマリヘルスケア計画の長期目標は、村落保健委員会が全国46,000の村において以下のような活動を行うために十分に機能することである。

- (1) IEC 活動
- (2) 栄養教育やメッセージの伝達
- (3) 井戸、トイレ、手洗い、その他の衛生活動
- (4) 家族計画、TBAのトレーニング、妊産婦クリニックやTBAシェルターの建設
- (5) 予防接種、伝染性疾患に関する情報伝達
- (6) ヘルスワーカーの育成、活用
- (7) 医薬品回転資金の運営
- (8) 予防的メンタルヘルス
- (9) 口腔衛生

3.3 バキリムルジ保健計画

21世紀に“すべての人々に健康を”というWHOの戦略に呼応して、バキリムルジ大統領が提唱した計画であり、次の3本柱からなる。

- 1) 一般的な病気による負担の軽減のために、家から歩いていける所で基本医薬品が無料で入手できる。
- 2) 小児の栄養失調に対処するためにコミュニティにおいて栄養補給を行う。
- 3) コミュニティにおいてこれらのサービス活動を実施するために退職した保健スタッフを再雇用する。

この計画は、基本保健パッケージの中核をなし、マラウイのこどもたちの栄養状態の改善に重要な役割を果たすものであると考えられている。

4. 立案のための将来フレーム

4.1 社会フレーム

1) 人口動態

1998年に独立後4回目の国勢調査が実施された。その予備結果によると、総人口は9,838,486人と算出された。1987-1998年の人口増加率は年間1.9%であり、1977-1987年の3.7%に比べて低下した。この割合でいくと、マラウイの総人口は2004年には約1,100万人、2007年には約1,165万人と推定される(図5.2)。なお、総人口の49.5%が15歳未満であり、若年層が多数を占める年齢構成を示している。

人口 (x1,000)

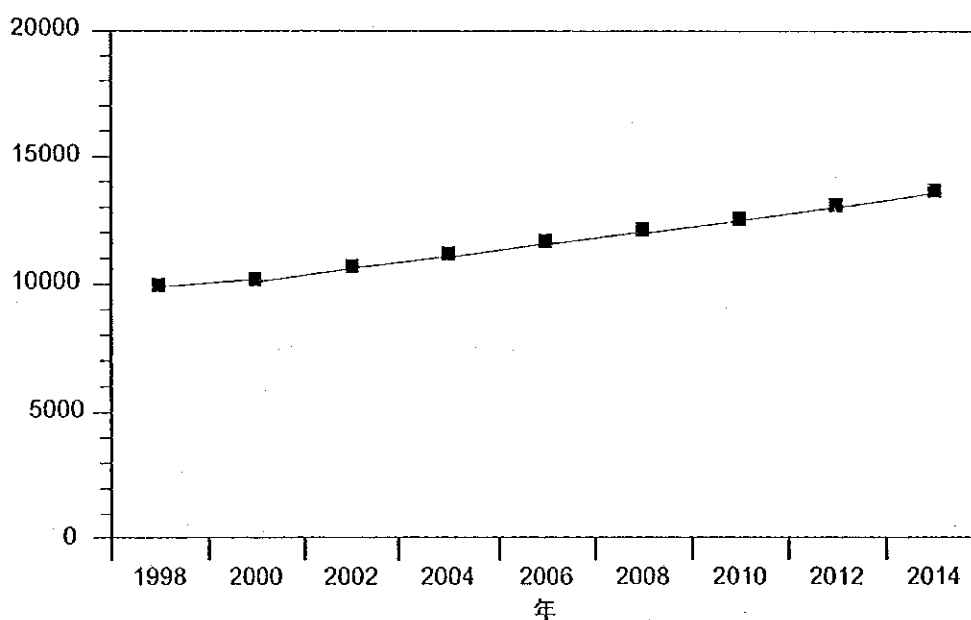


図 5.2 マラウイの人口推移
(source: 1998 census data)

2) エイズの影響

エイズの蔓延の結果、エイズが無い場合より毎年12万人多く生命が奪われ、この割合でいくと2005年までにエイズによる死者は累計62万人に達すると推計される。また、エイズの蔓延による最も深刻な問題は熟練労働人口の喪失による年齢構成の変化である。19-45歳のエイズ死亡率は2000-

2005年には21.2%になるといわれる。

3) 経済成長

マラウイは1995年の1人あたりのGNPが170ドルで、著しい低所得国である。1990年代前半、マラウイは不安定な経済に直面したが、1996年には9.5%、1997年には5.2%の経済成長率を達成した(図5.3)。マラウイの経済は農業生産にたいする降雨量や政府の経済安定化策の実施などに依存している。近年、エイズの蔓延による労働力人口の喪失やタバコ産業の低迷による通貨下落などがあり、経済見通しは明るくない。

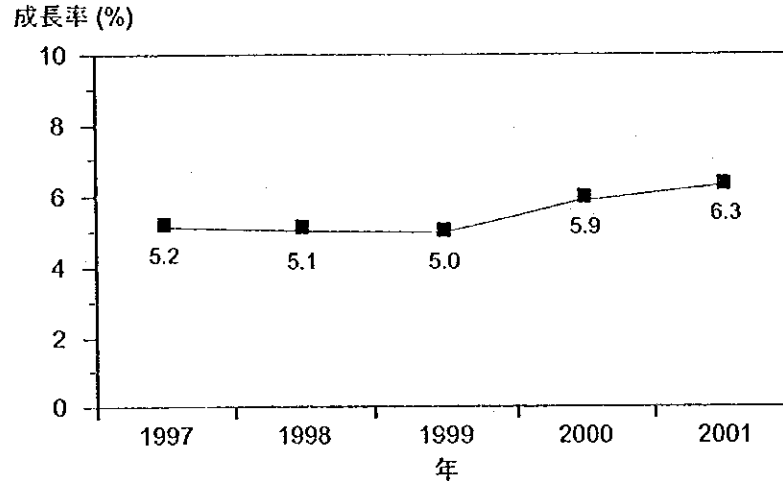


図 5.3 国内総生産の予測, 1997-2001
(Source: National Economic Council)

4) 疾病構造

マラウイではこれまでに拡大予防接種計画、食糧補給計画、プライマリヘルスケア活動など種々の疾病対策が行われてきたが、かならずしもその成果は上がっていない。1990年代はじめに予防接種の実施で激減していた麻疹は、近年各地で流行があるなどかえって保健状態の悪化もみられる。したがって、現在の保健システムが改善されない限り、保健セクターの将来は明るくないと思われる。

4.2 定量的達成目標

国家保健計画によると、5年間のあいだに達成すべき定量的目標として、多くの成果指標を設定している。ここでは、このうちのいくつかを紹介する。

- 1) 妊産婦死亡率を対10万出生620から310に低下させる。
- 2) 乳児死亡率を対1000出生あたり134から100に低下させる。
- 3) 5歳未満児の死亡率を対1000出生あたり234から150に低下させる。
- 4) 新生児死亡率を対1000出生あたり55から40に低下させる。
- 5) HIV陽性率を13%から7%に低下させる。
- 6) 5歳未満児の年間平均下痢回数を6回から3回に減少させる。
- 7) 予防接種率を80%から95%に向上させる。
- 8) 避妊具の使用率を14%から28%に向上させる。

- 9) 90%が施設分娩を行うようにする。
- 10) 5歳未満児の栄養失調を50%から25%に低下させる。

5. 計画目標と戦略

5.1 全国マスタープランの目標

全国マスタープラン策定の最終目標は、マラウイの人々の健康状態を改善するためにプライマリヘルスケア活動を強化することにある。また、ヘルスケア計画の対象となる利用可能な資源を効果的かつ持続的に動員することにより、これを達成する。

5.2 目標達成の基本原則

マスタープランの策定戦略にもとづき、以下の基本原則により上記目標を達成する。

- 1) ヘルスケアシステムのマネジメント強化、人的資源開発、保健サービスへのアクセス改善によりヘルスケアの質に重点をおく。
- 2) 地方分権化、人材育成、保健財政改革、病院の自立運営、基本保健パッケージ、スタッフの能力開発など国家保健計画に沿った主要課題にもとづいて優先プロジェクトを選定する。
- 3) 基本原則およびマラウイにおけるプライマリヘルスケア活動とくにコミュニティベースの活動の向上を考慮に入れて立案する。

第6章 全国マスタープラン

1. 全国マスタープランの策定

マスタープランの策定には、最初に、何が問題であり、どのように取り組むべきかを検討するために、問題の理解と状況分析が必要である。この目的のために、第1サイクルおよび第2サイクルにおいて詳細な調査が行われてきた。また、それぞれの主要保健課題について、問題分析を行い、さらに目的分析(解決策の検討)を行った。その後、それぞれの問題にたいする可能な実践策を選択し、最終的に優先プロジェクトを含むマスタープランを策定した。

マスタープランの策定のために、基本戦略の設定と国家保健計画が重要なカギとなる。基本戦略は保健施設へのアクセスのみならずヘルスケアサービスの改善に焦点をおいた。また、コミュニティ活動がプロジェクト計画の重要な要因となる。一方、国家保健計画の策定時期と本件調査の活動時期とが一致していたため、情報や意見交換を通じて有意義な両者の関係を築くことが可能となった。また、大統領令の考えについてもマスタープランに取り入れた。

今回の調査の過程においては、常にカウンターパートや関係者との協議が行われてきた。調査に際しては、いずれの場合も会合を持ち、ワークショップを実施してきた。とくに、全国マスタープランに含まれる優先プロジェクトの立案に関するワークショップにおいては多くの専門家の協力のもとに有意義な協議が行われた。

2. 国家保健計画とマスタープランの関係

2.1 基本的な考え

マスタープラン策定の目標は、国家保健計画や縦断的プロジェクトと同様なプランを提起することではない。調査結果にもとづいて、現存する国家保健計画やヘルスイニシアティブを解釈し、保健状況の改善計画を提案することであると考える。したがって、基本的な考えは、国家保健計画の枠組みの中でマスタープランを策定することである。以下、それぞれのマスタープランと国家保健計画との関係を述べる(表 6.1)。

2.2 国家保健計画とマスタープラン

1) 小児栄養失調減少のためのマスタープラン

このマスタープランはマラウイで最も重要な保健課題の1つである5歳未満児の栄養失調の減少を目的としている。マスタープランの対象者と保健課題は国家保健計画の最優先課題と一致している。また、マスタープランの根底にある考えはコミュニティ活動の実践であり、マラウイにおけるプライマリヘルスケアシステムの改善をめざしている。

このマスタープランの目標は、基本保健パッケージの供給や地方分権化など保健人口省の政策に沿ったものである。大統領令の意図はマスタープランと同一ではないが、コミュニティ活動に重点をおいた点は両案に共通している。

コミュニティにおける食糧確保の考えは国家保健計画ではかならずしも重点課題になっていない。しかしながら、WFPによる食糧補給計画が中止された現在、食糧生産と確保は小児の栄養改善に重要な課題である。このマスタープランでは、他省庁と連携した統合的栄養プロジェクトが提起された。

2) 妊産婦死亡減少のためのマスタープラン

妊娠後の健康問題に重点をおいたこのマスタープランでは、基本産科ケア、妊婦検診の改善、基本インフラの整備、産科レファラルシステムの確立およびIEC活動などを通じて妊産婦死亡率を減

表 6.1 国家保健計画とマスタープランとの関係

国家保健計画の目的と戦略	マスタープラン		
	1. 栄養失調	2. 妊婦死亡	3. 医薬品販売店
1. 妊産婦の健康と5歳未満児に重点をおいたヘルスサービスの範囲と質の拡大			
- リプロダクティブヘルスサービスの強化と統合		○	
- 小児のヘルスサービスの強化と統合	○		○
2. 適切なヘルスサービスの強化、拡大および統合による一般健康状態の改善			
- 補足的コミュニティおよび施設ベースのアプローチによる特定の疾病コントロールサービスの強化	○	○	
- IEC 計画による環境保健普及サービスの強化および拡大			
3. ヘルスケア施設および基本ヘルスケアサービスへのアクセス増大			
- コミュニティの役割に重点をおいたPHCの強化	○	○	○
- PHC 施設によるカバーの拡大		○	
- PHC サービスをサポートするための2次および3次サービス新しい方向づけ	○	○	○
4. 訓練された人材の質の増大、保持、改善およびかれらの公正かつ効率的な配分			
- 良質管理計画におけるヘルスワーカーの新しい方向づけとトレーニング		○	
- 臨床、予防および健康増進におけるヘルスサービスのすべてを供給するためのスタッフのトレーニング	○	○	
5. すべての保健医療施設にたいする良質のヘルスケアの供給			
- 医師および専門家にたいするトレーニング施設の設立/強化および技術援助の要求	○	○	
- 現存スタッフを保持し、新しく有能なヘルスワーカーを引きつけるための労働条件および生活条件の改善	○	○	
- スタッフの利用と配置における効率性、公正さおよび有効性の改善	○	○	
6. 資源割当における効率性および公正さの改善			
- ニーズベースの財源割当方法の開発			
- 県ベースによる地方分権化ヘルスケアマネジメントシステムの実践	○	○	○
- 医薬品マネジメント過程および流通の強化			○
- 保健人口省の計画および運営管理システムの強化	○	○	
7. 保健セクター、コミュニティ、その他のセクター（地方政府やツーリズムなど）および民間プロバイダー（対症療法や伝統治療）との協力、提携の強化			
- セクターワイドアプローチの実践	○	○	○
- IEC の強化	○	○	○
- 保健セクターにおける非営利民間部門と営利民間部門の連携の明確化			○
8. 保健セクターにおける全体資源の増大および有効かつ公正な配分			
- コストリカバリーバリーシステムの強化/導入			
- 社会健康保険システムの導入			
- 医薬品回転資金の強化と拡大	○		○

○ マスタープランの概念が国家保健計画の目標達成の戦略に含まれている部分を示す

少させることを目的としている。この考えは、リプロダクティブヘルスサービスの主要な構成要素である安全な分娩サービスの改善が国家保健計画の最優先課題の1つであるという点と一致している。

このマスタープランはまた保健人口省による保健政策と密接に関係がある。安全な母性保護活動は基本保健パッケージの導入に含まれ、また妊産婦死亡の減少に重要な要因となるレファラルシステムの確立およびIEC活動に重点をおいたコミュニティ活動はいずれも地方分権化をはじめとする保健政策に一致する。

今回のマスタープランでは、保健施設の新設は計画されていないが、保健施設の格上げを含む施設の整備改善が提案されている。また、いくつかの県にたいしては、すべての保健施設に給水、電気および通信設備の基本インフラの供給が計画されている。保健医療施設の改善は、すべての施設によりよい質のヘルスケアを供給するという国家保健計画の最も重要な目標に到達するための決定的な要因である。

3) コミュニティベースのヘルスケアにおける医薬品販売店の役割改善のためのマスタープラン

このマスタープランは民間セクターに重点をおいている点で他のプランと異質である。国家保健計画においては民間セクターの役割は重視されておらず、わずかに民間セクターを含む諸機関の連携の強化が必要であるという具体的目標の1つにあげられているにすぎない。しかしながら、このマスタープランでとりあげている医薬品販売店は、コミュニティにおけるプライマリヘルスケア活動に重要な役割を果たしている。つまり、医薬品販売店主にたいするトレーニングや村人へのメディアキャンペーンによる適切な知識の普及は、コミュニティにおけるプライマリヘルスケア活動の改善という点で国家保健政策に沿ったものである。

このマスタープランで提案されている活動は医薬品回転資金と密接な関係がある。このシステムが円滑に運営されている場合には薬の利用度は改善されるが、実際には民間の医薬品販売店に比べて医薬品回転資金の数はきわめて限られている。したがって、医薬品回転資金システムを普及させると同時に医薬品販売店への取り組みも重要である。

3. マスタープランの概要

マスタープラン1: 小児栄養失調の減少のためのマスタープラン

1.1 現状分析

本件調査によると5歳未満児の50%以上が低栄養の状態という困難な状況にある。これはマラウイの小児の栄養状態が最悪の部類に属することを示している。

1.2 問題分析

マラウイの小児が劣悪な栄養状態にある背景として、以下の主な理由があげられる。

- 1) 成長モニタリング活動（GMP）が、軽度の低栄養児の重症化に十分対応できなかった。
- 2) 重度の栄養失調の治療でNRU（栄養リハビリ施設）を退院したこどもにたいする再発の予防手段が不十分である。
- 3) 食物摂取が量的質的に不十分かつ不適切である。
- 4) 感染症の頻回発作により食欲不振と栄養素の腸管吸収障害がもたらされる。

1.3 目的分析

1) 栄養失調をより有効に予防できるように成長モニタリング活動を改善する

コミュニティは GMP を独力で実施し、これに対象年齢の小児が確実に参加できるようにする。GMP に参加しないこどもにたいしては家庭訪問を行い、フォローアップの観察を行う。栄養失調の危険因子を1つでも有するこどもにたいしては慎重にモニターを行い、予防手段を講じる。栄養補給用の食料は WFP に代わってコミュニティで確保される。

2) 栄養リハビリ施設の退院後に栄養失調の再発を予防する

NRU から退院して、自宅に戻ったこどもにたいして、適切な栄養面と基本的なヘルスケアが行われる。栄養失調の再発あるいは感染の徴候があれば、両親は手遅れにならないうちに医療施設へ連れていく。患者の観察の責任はフィードバック・レファラルシステムによりコミュニティヘルスワーカーに引き継がれる。

3) こどもに与えられる食餌の質と量を改善する

若年乳児では完全母乳栄養の実施と十分に調理された離乳食で下痢は起こらない。幼児は母乳栄養の延長とたんぱく質の豊富な食事により十分な量の蛋白を摂取し、またいろいろな種類の食事から十分なカロリーと微量栄養素を摂取する。

4) 高い感染頻度をコントロールする

ワクチン接種で予防可能な疾患の流行はコントロールされる。下痢性疾患や寄生虫感染は安全な水の確保、飲用水の煮沸、十分な加熱調理およびその他の衛生的な行動により軽減される。5歳未満児のマラリアは蚊帳の中で寝かせることによって減少する。また、低出生体重児は妊婦のマラリア予防で減少する。さらに、重度の急性呼吸器感染は軽症例の早期診断と適切な治療により減少する。頻度の高い小児疾患はいずれの地域においても標準的なレベルで治療することができる。

1.4 小児栄養失調の減少のためのマスタープラン

1) 最終目標

このマスタープランの最終目標は、5歳未満児の栄養失調を現在の 50% から 2004 年*までに 25% に減少させることである。

*: マラウイ国家保健計画の目標に、2004 年までに小児栄養失調の割合を 25% に減少させる、とあるため 2007 年ではなく 2004 年とした。

2) マスタープランに採用された優先プロジェクト

この目標を達成するために、8 つの要素を提起した。

- (1) コミュニティベースの GMP の強化
- (2) コミュニティガーデンの経営
- (3) 栄養失調の再発のコントロール
- (4) 食糧貯蔵システムの改善
- (5) 下痢および寄生虫疾患のコントロール
- (6) EPI 疾患のコントロール
- (7) IMCI の拡大

政府の専門家との協議の結果、上記 8 つの要素を十分に検討し、以下の 3 つのプロジェクトを提案した。

プロジェクト1：栄養失調の発生と再発を防止するためにコミュニティベースの成長モニタリング計画を強化するプロジェクト

プロジェクト2：コミュニティにおける食糧確保、食餌の多様化を促進するプロジェクト

プロジェクト3：小児疾患の統合治療（IMCI）を全国に展開し、小児疾患のコミュニティベースの治療を行うプロジェクト

3) マスタープランの全体目的

- (1) より多くの子どもたちがGMPによって栄養失調の発症・再発から守られる。
- (2) コミュニティはすべての5歳未満児のために十分かつ適切な食糧を確保できる。
- (3) 頻度の高い小児疾患がPHC施設はもちろんコミュニティにおいても有効に治療される。

4) 国家保健計画1999-2004との関係

このマスタープランは国家保健計画と同じ路線にあって、栄養学的に弱者である5歳未満児に焦点をあて、またコミュニティベースの活動をとくに強調している。

5) マスタープランの完全実施により期待される成果

最終目標が達成されると、5歳未満児の低栄養の割合は25%に低下し、低体重は15%に、また急性消耗は1%に低下する。基礎にある栄養状態の改善、頻度の高い疾病にたいするよりよい予防、診断および治療により、こどもの疾病罹患率と死亡率は著明に低下するであろう。

1.5 優先度の検討

1) 受益者の範囲

低栄養はマラウイの子どもたちに共通の問題であるので、マスタープランはできるだけ多くの子どもたちをカバーすべきである。

2) コミュニティレベルにおいて低体重児を発見するための能力開発

現在のGMPでも低体重児を発見できるものの、データは5歳未満児カードにのみ記録され個人で保管されるので、保護者が子どもをGMPへ連れていかなければフォローアップは事実上不可能である。登録台帳などの記録システムやフォローアップシステムをコミュニティに備えさせるべきである。

3) 栄養失調のコントロールにたいする人々の理解、オーナーシップおよび参加

村人たちがこどもの栄養と死亡率の改善は優先度の高い問題であると合意することが重要である。そのためには、村人たちが劣悪な栄養状態の実情を知り、事実と直面し、状況を自分たちの手でよくする必要がある。

4) 食糧補給の明らかな不足

WFPによるコミュニティへの食糧補給の中止は、重大な影響をおよぼしている。MOHPは2004年までに80%の村にコミュニティ・ガーデニングを普及させることによって、こどもに必要な全カロリー35%をカバーする計画である。

5) コミュニティにおける栄養管理のマネジメント能力の不足

コミュニティガーデニングが実際に始まると、その後の幅広いマネジメントが必要となる。これ

らに対する能力開発がきわめて重要な課題となる。

6) フィーディングセンターおよび倉庫の必要性

コミュニティがフィーディング計画を定期的を実施するまで特別な倉庫やフィーディングセンターを建設することは考えられない。もし、建設が十分な活動に先行するようであれば、限りのある資源を浪費してしまう結果となる。

7) IMCI の拡大とコミュニティベースの小児疾患統合治療の促進

政府は2004年までにIMCIをすべての保健施設に広めようとしているが、保健施設から遠く離れたところに住んでいる人々には恩恵をもたらさない。コミュニティレベルにおいて同様な種類の保健サービスを促進することが不平等を軽減することに役立つ。

1.6 制約要因とその解決

1) マスタープランを実施するための国家予算の不足

現在このプロジェクト活動を国全体に行うためには、予算が決定的に不足している。セクターワイドアプローチのもとに、ドナー間の協力が必要である。

2) 成人における HIV/AIDS コントロールの成功あるいは失敗

マラウイの成人にみられる HIV/AIDS の蔓延は、他方 HIV 陽性のこどもの増加を招く。また、両親の健康への侵襲ないし死亡、労働力の喪失、世帯内での収穫量の低下などにより、こどもの栄養に悪影響を及ぼす。しかしながら、HIV/AIDS が問題だからといって栄養改善の努力を怠ればなおのこと栄養状態は悪化することになる。

3) 家族計画促進の成功あるいは失敗

出生間隔および家族内における5歳未満児の数はある程度こどもの栄養状態に関連している。すなわち家族計画がこどもの栄養状態を直接左右しているといえる。しかしながら、家族計画の促進が成否のいかんにかかわらず、栄養状態改善と疾病コントロールを図る上で本マスタープランを実施することの重要性はいささかもゆるがされるものではない。

4) 医薬品供給システムの改善

保健施設への医薬品供給や医薬品回転資金(DRF)の不安定さはマスタープランの実施にとって大きな障害となる。IMCIの促進は医薬品供給の増大を必要とするからである。本計画の大規模な実施には医薬品供給システムの改革が絶対の条件である。

1.7 年次達成目標とモニタリング

1) 第2年次までの目標

IMCI/CBMCIの拡大のために訓練教材とトレーナーを準備する。IMCI実施者のトレーニングを新しいテキストを用いて行い、1年で終了する。2-3のパイロット県において、CBMCI実施者のトレーニングを新しいテキストで開始するが、この計画は各県5~10の村に導入される。NRUからコミュニティ・ヘルスワーカーへのフィードバック・レファラルが導入される。GMVにたいし、低体重ないしそのリスクのあるこどもの登録の方法についてトレーニングを行う。コミュニティ・ヘルスワーカーは自分たち自身でデータをまとめる。

パイロット県においては、優先地域(村)を対象にコミュニーナル・ガーデニングの導入をはかる

べき優先地域(村)を選定する。この選定作業を通じてコミュニティの当事者意識が涵養される。マネジメントの能力開発を行うトレーナーが新しく補充され、トレーニングをうける。コミュニティガーデニング計画が優先地域で開始される。

2) 第5年次までの目標

IMCIがすべての県の各保健施設において成功のうちに実施される。CBMCI実施者のトレーニングが国全体に拡大され、この計画が各県の医療過疎にある10~30の村に導入される。NRUからコミュニティ・ヘルスワーカーへのバックレファラルが確立する。低体重ないしそのリスクのあるグループのこどもにたいする家庭訪問の登録とフォローアップが国全体で実施される。

パイロット県において、コミュニナル・ガーデニング計画が大規模に導入される。最初の導入が失敗に終わった村には再導入を図る。コミュニティベースのフィーディングが多くの村で実施され、うまくいった村に統合ヘルスポストが建設される。計画全体にレビューが行われ、他の県への計画拡大が検討される。

マスタープラン2: 妊産婦死亡の減少のためのマスタープラン

2.1 妊産婦の死亡の状況

マラウイの妊産婦死亡率は620/100,000であり、世界で最も高い国の1つである。毎年、およそ2,700件の妊産婦死亡がある。この高い妊産婦死亡率にたいして、政府は1993年にNational Safe Motherhood Initiativeを開始し、それ以来この国の妊産婦死亡の軽減を目的としたあらゆる活動の中心となっている。妊産婦死亡に影響する原因および要因は、医学的なものから教育、社会文化的問題まで様々である。

2.2 全国保健政策の枠組み

国家保健計画1999-2004によると、高い妊産婦死亡率と疾病罹患率がこの国の保健と人口問題における主要課題の1つであり、安全な分娩サービスの供給を優先度の高い保健サービスの1つにしている。このマスタープランは国家保健計画と別の独立した計画ではなく、むしろ国家保健計画において提起された戦略の解釈としてみなされるべきである。

2.3 問題分析

マラウイにおける高い妊産婦死亡率に影響をおよぼす要因は以下の4つに分けられる。

1) 妊娠合併症が多い

この要因には、頻回妊娠、家族計画およびマラウイの女性の一般的な健康状態に関連した課題がある。

2) 妊娠中の合併症の多くがコントロールされていない

妊婦検診に関する問題はこの要因のグループに分けられる。すなわち、妊産婦による不定期的な妊婦検診の利用、妊婦検診の質そして妊婦検診にたいする女性たちの認識がここで論じられる。

3) 多くの妊産婦が基本産科ケアをうけていない

これには3つの状況が検討されている。いずれの場合も妊産婦は基本的産科ケアをうけていない。第1は自宅分娩かTBA分娩かの妊産婦の決定であり、第2は医療施設を受診する決心の遅れおよび

施設の利用度の問題であり、最後は医療施設で提供されるケアの利用と質である。

4) 合併症のある多くの妊産婦が適切な緊急産科ケアをうけていない

緊急ケアの遅れという事態はいろいろな段階で生じる。家庭での意思決定の遅れ、医療施設へ到達することの遅れ（通信および輸送）そして施設で適切なケアをうけることの遅れである。

2.4 マスタープラン

1) マスタープランの目的

マスタープランの最終目標は、2004年までに妊産婦死亡率を50%減少させることである。

2) 目標

マスタープランの目標は、改善された妊婦検診およびよりよい産科ケアにたいするアクセス、利用および恩恵の増大、コミュニティと政策立案者による認識と自覚の向上を通じた安全な母性にたいする社会の態度の改善である。

3) 戦略のフレームワーク

マスタープランの焦点は妊娠後の要因に関する活動におかれ、それらの実践課題は以下の5つのグループに分かれる。

(1) 保健施設における基本産科ケアの質と利用の向上

インサービス・トレーニングおよび産婦人科トレーニングによりヘルスワーカーの能力開発をめざすものである。ヘルスワーカーの保持、インセンティブ、新しいヘルスワーカーにたいする能力開発についてもこのセクションで扱われる。さらに、研究と妊産婦死亡原因調査を促進することによって、この国の妊産婦死亡についての知識ベースを強化することを促す。

(2) 有効な妊婦検診の実践

このフレームワークは、この国の妊婦検診への高い受診率を利用しようとするものである。妊娠中の合併症を発見しコントロールする妊婦検診の能力を向上することによって、妊産婦死亡率は減少するものと思われる。また、妊婦検診の重要性についてのコミュニティの自覚およびヘルスワーカーのコミュニケーション技術の向上にも言及する。

(3) 保健施設における基本インフラの向上と施設における基本産科ケアの利用の増大

基本産科ケアにおけるインフラおよび利用に対応する。水、電気の供給、緊急レファラルのための無線通信システムの早急な改善を勧告する。ルーラル・ホスピタルをコミュニティ・ホスピタルへレベルアップすることによって基本産科ケアへのアクセスの改善を提案する。コミュニティ・ホスピタルでは帝王切開を含む緊急産科ケアを受けることができる。

(4) 産科レファラルシステムの改善

上述の無線通信システムに関連して、このフレームワークでは緊急レファラルシステムに対応する。救急車のマネジメントの向上、コミュニティから保健施設への新たなレファラルモデルの確立、レファラル・フィードバックシステムの復活が勧告された。産科レファラルシステムは緊急例にたいしてのみならず、施設分娩が可能ないようにルーチン・レファラルシステムの強化を提案する。

(5) 妊産婦保健に関する情報、教育、対話の改善

本件調査では、妊産婦の基本産科ケアへのアクセスを可能にするためには社会文化的かつ経済的ハードルを取り除くことが重要であることを繰り返し指摘してきた。これらのハードルには妊産婦自身、家族のメンバー、コミュニティメンバーおよび政策立案者のあいだでの態度、理解あるいは理解不足が含まれる。この最後のフレームワークはこの問題に対応するものであり、女性と妊産婦死亡をとりまく社会環境を変えるべき実践を勧告する。

マスタープラン3：コミュニティベースのヘルスケアにおける医薬品販売店の役割向上のための
マスタープラン

3.1 はじめに

医師の指示なしで小さな店（村のグロサリー）で購入した薬を使って自家治療を行うやり方は、マラウイにおける小児疾患のもっとも一般的な家庭治療である。これらの店頭で売られる医薬品や提供されるアドバイスの多くは家庭治療にとって適切なものではないが、このシステムはとくに保健施設へのアクセスがよくない農村部地域や村の保健委員会が活動していないような地域ではある点で長所があるともいえる。

3.2 マスタープランの目標

このマスタープランは、一般的な小児疾患のコミュニティにおける治療の改善をサポートするために、商業ネットワークに特有の医薬品供給の安定性、入手可能性および信頼性に基づいている。また、マスタープランは2つの主要な目標へのアプローチがある。1つは、マラリア、下痢および呼吸器疾患、およびそれらにたいする適切な薬物治療についての医薬品販売店主の知識レベルの向上である。もう1つのアプローチは、こどもの病気とそれに一致した適切な薬の使用に関して村人の知識を増大させることである。

3.3 マスタープランの基礎となる戦略

- 1) 家庭に最も近いヘルス・プロバイダーのパフォーマンスを改善する。
- 2) 既存の資源と組織を利用する。
- 3) 自由な知識によりコミュニティに能力・権限を付与する。
- 4) 医薬品販売店主にたいする強制ではなく、自発的に従うようにさせる。
- 5) 受益者負担のトレーニングにより持続性を図る。
- 6) ソーシャル・マーケティング計画およびマラリア制圧プログラムを強化する。

3.4 活動

本件調査において明らかとなった医薬品販売店主の知識の欠如および態度、販売行為上の問題は、トレーニング計画の立案に用いられる。これはまた、他のいくつかの国においても実施されており、それらの経験はこの活動を導く上で有用である。

一般大衆の知識はマスメディアや地方の情報活動を通じて向上する。マラウイではラジオ放送がもっとも対費用効果の大きい手段であることが示されている。その他のコミュニケーションもまた利用できる。必要とされるキーメッセージは、言葉数が少なく、また単純なものがよい。内容は上述の3つのこども病気やヘルスワーカーへの照会を含めた適切な治療に関連したものであり、さらに抗生物質の使用を少なくすることを強調する必要がある。

3.5 モニター

医薬品販売店主にたいするトレーニングおよびメディアキャンペーンは両方とも結果を十分にモニターし、計画の方向性や重点項目の変更を時宜を得たものにするのが重要である。

3.6 マスタープランの総合評価

1) 社会評価

このマスタープランは医薬品販売店主あるいは一般大衆の社会的態度の変化を必要とする。顧客と店主との間の典型的な関係をみると、通常、顧客は薬が必要とされる病気や症状についてよく知っている。調査の結果によると、一般に顧客は病気についての認識の度合いや手にしているお金の額によって具体的な薬やその量を要求することを示している。多くの場合、店主はアドバイスを求められることはない。なぜなら顧客は店主が具体的な医学知識を持っているとは信じていないからである。

このプランは具体的な病気や薬についての医薬品販売店主および一般大衆の知識を増大させる。大衆は、店主が合法的に販売できる薬についての正しい使用に関するトレーニングを受けることを知ることになる。これは適切な質疑応答が交わされるようなコミュニケーションの手段の道を開くものであり、その内容は村落保健ボランティアのトレーニングによって達成されるものと同じレベルである。

2) 経済評価

マスタープランは不適當なあるいは有効でない医薬品の購入を減らすことにより、消費者にたいして最終的に経済的恩恵をもたらすものである。あまり効果がないかあるいは有害な製品にたいする需要が減少するため、国全体としては薬の輸入をあまり有効でないものからより有効なものに代替することによって恩恵をうけることになる。

3) 財務評価

マスタープランには2つの主要なコストの要素がある。第1の販売店主のトレーニングに関する正味のコストはほぼ0である。というのは、店主はトレーニングにかかるコストを負担するよう求められるからである。これはトレーニングの結果、薬の販売ビジネスが増大するという恩恵をうけるため正当化される。

メディアメッセージはきわめて多くの人々に到達することから、マスメディアの要素は非常に対費用効果が大である。ラジオメッセージに必要と推定される145万クワチャというコストは、メッセージによって態度が変わると考えられる各家庭の世帯主1人あたりわずか1クワチャに相当するにすぎない。

4) 保健評価

マラウイのマラリア制圧プログラム(Welcome Foundation Research Study)のデータ分析から分かるように、小児マラリアにたいする正しい治療の欠如と脳性マラリアによる入院の割合とのあいだにはきわめて密接な関係がある。フィールド調査の結果によると、農村部の家庭の約半数において村のグローサリーが一般小児疾患にたいする治療の第1のよりどころであったが、正しい抗マラリア薬が買われることはめったにないことが分かった。マラリアによる乳児死亡率が高いことを考えると、薬の購入態度がわずかに変化するだけでも保健に及ぼす影響は少なくないといえよう。

他の小児疾患、とくに呼吸器感染および下痢にもまたインパクトがある。トレーニングをうけた

医薬品販売店主は、こどもが急性呼吸器感染の徴候を認めた場合、適切な抗生物質の投与が可能なヘルスワーカーのところへ連れて行くよう母親にアドバイスを行う。現在のORS(Thanz)にたいするソーシャル・マーケティング計画もまたメディアおよびトレーニングの活動によって強化されるであろう。すなわち、これはコミュニティでよりよいケースマネジメントが行われることによって潜在的に死亡率が低下するためである。

抗生物質の使用の減少はマスタープランの重点項目である。菌の耐性にたいする無秩序な抗生物質の販売が果たす役割についてはデータがないが、当局では抗生物質の販売の減少が耐性の出現を遅らせるものと考えている。

5) 対費用効果と効率性

マスタープランは直接に比較が可能な別の実践方法がないため、対費用効果や効率性について評価ができない。

6) 緊急性

抗生物質や他の危険性のある医薬品の販売をコントロールすることは、保健人口省にとって緊急優先度があると思われる。

7) 制度上の枠組み

マスタープランは保健人口省の当局者と長い間協議が続けられてきたもので、その目的は国家政策とくに医薬品規制の流れにある。また、このマスタープランの目的および実践は、コミュニティレベルにおいて疾病の予防と治療を改善するという国家保健政策にまったく一致したものである。グローバルにはマラウイではもっとも広範囲に存在し、また最も低いレベルの“保健機構”である。同様なプロジェクトは現在ケニアおよびウガンダで実施されつつあり、またいくつかのアジアの国々においても同様に行われてきた。

全国マラリア制圧プログラムは現在の行動計画の中に医薬品販売店主のトレーニングを含んでおり、またプライマリヘルスケア計画もまた過去にトレーニングを行ってきた。したがって、マラウイでは未知の考えではない。

マスタープランはまた、国のソーシャル・マーケティング計画に一致する。これは商業ルートを通じて蚊帳、コンドームおよびORSを普及するものである。

第7章 優先プロジェクト

7.1 優先プロジェクトの提案

プロジェクト1：基本産科ケア供給による保健施設の拡充計画

1.1 プロジェクトの目標

このプロジェクトは良質の基本産科ケアへのアクセス、利用および恩恵が増大することを目標とする。

1.2 個別目標（成果）

- 1) 5つのすべての保健医療施設に標準的無線システム、水、電力、オートクレーブ、太陽熱温水システムを設置する。
- 2) 機材の維持能力が Physical Assets Management Programme の協力のもとに5つのすべての県に備わる。
- 3) 基本産科ケアを供給するために、いくつかの農村部病院が強化される。
- 4) 産科ケアを行うために、5県の政府系すべての診療所がヘルスセンターに格上げされる。
- 5) 緊急レファラルのために有効な無線通信設備を各県に設置する（オプション）。

1.3 戦略

1) 対象地域の設定

ヘルスサービス供給面で最も劣っている県を選択するために、保健施設指標を算出した。これを乳児死亡率、人口、施設数、無線設備、電気、水の施設および県の広さから算出した。また、ドナーによる活動が行われている地域を考慮に入れ、活動の重複を避けた。その結果、カスング、ドーワ、デッサ、ムジンバおよびカロンガの5つの県が選ばれた。

2) 基本インフラ供給施設の選択

対象の5つの県には109の保健医療施設が存在する。保健人口省の基礎調査によると、このうち80施設に無線設備がなく、60施設で水のシステムが機能しておらず、71施設に電気の供給がなかった。これらの施設が水、電気、無線設備の供給対象施設となる。

3) 強化すべき保健施設の選択

農村部病院からコミュニティ病院に昇格予定の施設は、カスング2カ所、ドーワ1カ所、デッサ1カ所、カロンガ1カ所、ムジンバ1カ所であり、このうちカロンガはすでに世銀によって改修が行われており、他の5カ所が対象となる。また、カスング2カ所、ドーワ1カ所、デッサ1カ所の診療所がヘルスセンターに昇格する。

4) コミュニティ病院の機能レベル

国家保健計画によると、コミュニティ病院は、医師、準医師、看護婦により一般入院患者、内科、外科、産婦人科を扱い、また診断サービスを行う。周辺のヘルスセンターにたいするレファラルセンターとして機能する。

コミュニティ病院の詳細な機能レベルが決まっていないため、昇格に必要な設備が決められない。

MOHP がそのレベルを最終的に決定し、適切なヘルスサービスの供給を行うためにニーズアセスメントが必要である。

5) 持続性あるシステムの選択

プロジェクトは太陽熱ポンプシステムの使用を提案する。水については、保健施設のもの以外にコミュニティにない場合、新たに AFRIDEV ポンプを設置する。県内および県と県との間の通信のために無線設備を設置し、また救急車に無線設備を据え付ける。ソーラーシステムについては、光源としての使用に限る。また、こうもりの対策、レンガの使用による環境への配慮、分娩前後の入浴の習慣などの課題に対応する必要がある。

6) 稼働および維持のための能力開発

PIU (Project Implementation Unit) は Physical Assets Management Programme と緊密に連携して、設置された機材の持続的バックアップ体制の確立を図る。すべてのヘルスワーカーが供与されたシステムを使用でき、また維持管理が簡単であるようにする。県の維持管理部門は必要な維持管理の手順についてトレーニングを受ける。

1.4 活動

1) プロジェクト準備期間中にプロジェクト運営委員会と PIU との協力関係を樹立する。また、PIU と以下のパートナーとの協力をはかる。

- ・ Population, Health and Nutrition Project
- ・ Central African Building Advisory Team (CABAT/ DFID)
- ・ Safe Motherhood Project (Southern Region)
- ・ Physical Assets Management, MOHP

2) 対象県の医療施設の再評価を行う。

3) 5 県のすべての医療施設と救急車に標準無線システムを設置する。

4) 5 県のすべての医療施設に機能的な水供給システムを設置する。

5) すべての医療施設に機能的な電力システムを設置する。

6) すべての医療施設にオートクレーブ滅菌器を設置する。

7) すべての医療施設に太陽熱温水システムを設置する。

8) Physical Assets Management Programme と協力して 5 つのすべての県に維持管理能力を備える。

9) 基本産科ケアを供給するために農村部病院と診療所が強化される。

10) オプションな活動として、各県に緊急レファラルのために有効な通信システムを確立する。この活動はプロジェクト 2：包括的妊産婦の健康プロジェクトにおいて計画されている。

しかしながら、インフラ改善プロジェクトが単独で実施される場合には、無線通信システムの有効利用が具体化されるよう以下の活動を行う。

- ・ 救急車の派遣の優先度に関する明確なガイドラインを作成する。
- ・ 優先度ガイドラインに関して輸送担当官と病院管理者にトレーニングを行う。
- ・ 優先度ガイドラインに関してドライバーをトレーニングする。
- ・ 救急車日誌について 6 ヶ月ごとの審査を行う。

1.5 モニタリングと評価

フィールドモニタリングは PIU が責任をもつが、委員会のメンバーもまたフィールドモニタリン

グを行う。システムを設置する前にすべての施設を調査し、MOHPのデータベースを更新する。また、設置の完了時にも調査を行い、さらに設置1年後に調査する。

長期の評価には、保健施設の利用にたいする施設のアップグレードや基本インフラ設置の影響をみる。運営委員会はその影響を評価するための指標のリストを作成する。外来患者数、入院患者数、分娩数、死亡、疾病パターンおよびスタッフの数などの指標が考えられ、システムの設置前と終了3年後にデータを集める。MOHPはHMISによりそれらのデータを収集する。

1.6 予算

- 1) 水システム(ソーラーポンプおよび温水システムを含む): US\$1,559,250
- 2) 無線通信システム: US\$263,278.13
- 3) 太陽熱光源システム: US\$343,640
- 4) オートクレーブ/滅菌器: US\$295,600
- 5) 農村部病院のコミュニティ病院への強化: US\$2,576,275
- 6) 診療所のヘルスセンターへの格上げ強化: US\$998,687.50
- 7) 維持管理スタッフのトレーニング: US\$28,000
- 8) ヘルスワーカーのオリエンテーション: US\$30,000
- 9) PIU: US\$1,000,000
- 10) 評価: US\$100,000

このプロジェクトに要する経費は総額US\$7,194,730.63と算定される。

プロジェクト2：包括的妊産婦の健康プロジェクト

2.1 目的

基本産科ケアの質の向上と利用の増加を通じて、妊産婦死亡率の減少をはかる。

2.2 具体的目標

- 1) プログラムマネジメントの能力開発がはかられる。
- 2) 保健医療施設における基本産科ケアの質と利用率が向上する。
- 3) ルーチン産科レファラルが改善される。
- 4) 緊急産科ケアの遅れが減少する。
- 5) リプロダクティブヘルス情報システムが強化される。
- 6) マラウイにおける妊婦の罹病および死亡に関する研究が強化される。
- 7) 女性、家族およびコミュニティの中での安全な母性、ジェンダーおよび女性の権利に関する理解が深まる。
- 8) 政策立案者による女性の健康、権利およびジェンダー問題への理解が深まる。

2.3 戦略

- 1) ヘルスワーカーの技術開発、レファラルシステムの強化、コミュニティにおける IEC 活動および政策立案者に重点をおいた統合的アプローチを行う。
- 2) あらゆるレベルにおいてよりよい計画立案と意思決定を行うために情報およびコミュニケーションをはかる。
- 3) ドナー間のネットワーキングおよび協調をはかる。
- 4) カバーする地域は4つの指標にもとづいて5県（デッサ、ドーワ、カスング、カロンガおよびムジンバ県）とする。

2.4 主な活動

- 1) 基本産科ケア、救命技術、対人コミュニケーション技術についてインサービス・トレーニングを行う。
- 2) 産婦人科の国内研修を実施する。
- 3) プログラムマネージャー、マスターレベルの海外研修を行う。
- 4) 機材、医薬品および診療材料を供給する。
- 5) 緊急ケアにたいする救急車派遣マネジメントを行う。
- 6) レファラルの他の方法を検討する。
- 7) リプロダクティブヘルス情報システムを支援する。
- 8) 妊産婦の疾病罹患および死亡に関する研究活動を実施する。
- 9) コミュニティメンバーおよび政策立案者による安全な母性およびジェンダー問題の理解を深めるために IEC 活動を行う。
- 10) コミュニティ妊産婦死亡審査計画を実施する。
- 11) 政策立案者とのアドボカシー会議やワークショップを行う。

2.5 連携

- 1) National Safe Motherhood Programme（全国安全母性計画）
- 2) DFID、EU、UNFPA、UNICEF、WHO、USAID の支援による Safe Motherhood Project および関

連プロジェクト

2.6 プロジェクト期間

5年間、必要とあればさらに5年延長する。

2.7 予算

総額予算は US\$3,126,570 と算定される。

プロジェクト3：小児疾患のコミュニティベース治療プロジェクト

3.1 上位目標

プロジェクトの上位目標は、現在の5歳未満児の栄養失調率の50%を2004年までに25%に低下させることである。

3.2 プロジェクト目標

一般小児疾患が、コミュニティヘルスワーカー、ボランティアおよび末端の保健医療施設により支援された医薬品販売店によりコミュニティで有効に治療される。

3.3 個別目標（成果）

- 1) トレーニング教材およびトレーナーが準備される。
- 2) IMCI が保健医療施設で実施される。
- 3) CBMCI が村のレベルに導入され、IMCI と協調して実践される。
- 4) 医薬品販売店主は CBMCI におけるより適切な役割を果たすようにトレーニングされる。

3.4 戦略

1) 統合化と標準化

マラウイではこれまでに独立して vertical programme が実施されてきたが、これは調整の欠如や高コストの問題があり、実際にこどもの栄養や死亡率にほとんど影響を与えていない。最近、WHO と UNICEF が唱道しているように IMCI による統合的疾患管理が重要である。IMCI を 26 のすべての県に普及することは国家保健計画 1999-2004 の目標として採用されている。

2) すべての人に健康を

保健施設における IMCI はアクセスなどの問題があって、マラウイ全体をカバーすることは困難である。ここに示したマスタープランでは、小児疾患のコミュニティベースの治療（CBMCI）という新しい概念を提案した。CBMCI は予防的保健サービス、治療的保健サービスおよび基本医薬品の供給を含むものである。

3) CBMCI（Community-based Management of Childhood Illnesses）のカバーするもの

- (1) 予防的ヘルスサービス：安全な水の確保、煮沸した水、衛生観念と衛生設備の普及、6ヵ月までの完全母乳栄養と離乳食の適切な導入、2年以上母乳の持続
- (2) 治療的ヘルスサービス：下痢、マラリア、貧血、急性呼吸器感染、寄生虫感染、一般眼疾患など
- (3) 基本医薬品の供給：ORS、抗マラリア薬、抗生物質、駆虫剤、解熱剤など

4) 医薬品販売店主の動員

農村部のマラウイの人々にとって、グローサリーは最も重要な医薬品供給源である。しかしながら、医薬品販売店主の薬や病気にたいする知識や販売行動は不適切である。かれらを適切にトレーニングして、PHC 活動に有用な役割を果たさせることによって CBMCI 活動が強化される。

5) 人材育成教育

IMCI あるいは CBMCI を普及するためには、ヘルスワーカーやボランティアの教育が不可欠である。この場合、IEC 教材を含めて現地語でトレーニングすることが重要である。

3.5 活動

1) トレーニング教材およびトレーナーの準備

- (1) 教科書、トレーナー用ガイド、指導者用マニュアルを作成する。
- (2) IMCI あるいは CBMCI ワーカーにたいするトレーナーのトレーニングを行う。
- (3) 医薬品販売店主のトレーニングにたいする準備活動を行う。
- (4) 医薬品販売店主用トレーナーのトレーニングを行う。
- (5) 地域、県のトレーニングサイトを維持する。

2) すべての県における保健医療施設における IMCI の実践

- (1) IMCI に携わる施設のヘルスワーカーにトレーニングを行う。
- (2) フィードバック・レファラルに関して病院スタッフにトレーニングを行う。
- (3) ヘルスセンターへの IMCI 指導訪問を実施する。

3) CBMCI の導入および IMCI との協調による実践

- (1) プロジェクトを実施する村を選択する。
- (2) 村落保健委員会を新規設立あるいは既存のものがあれば再感化する。
- (3) CBMCI に関して村落保健委員会メンバーに村でトレーニングを行う。
- (4) CBMCI の初回評価を行う。
- (5) 新しい GMP 技術に関して GMV のトレーニングを行う。
- (6) CBMCI 活動の指導方法について HSA にトレーニングを行う。
- (7) 村への指導訪問を定期的に行う。
- (8) CBMCI の村へ DRF を導入する。

4) CBMCI の枠組みの中でより適切な役割を果たすために医薬品販売店がトレーニングを受ける。

- (1) 医薬品販売店主のトレーニングを行う。
- (2) 医薬品販売店主の対応について初回評価を行う。
- (3) メディアによる情報の普及を行う。
- (4) 医薬品販売店主の対応をモニターする。

3.6 予算

総額予算は US\$5,325,000 と算定される。

プロジェクト4：プライマリヘルスケアにおける医薬品販売店の役割改善

4.1 プロジェクトの目標

基本医薬品を販売する医薬品販売店主はプライマリヘルスケアにおいてより有用な役割を果たすべきであり、抗生物質による耐性菌の増大の危険性を軽減すべきである。このプロジェクトはまた、マラリア、下痢、急性呼吸器感染等の小児疾患にたいする正しい情報および適切な医療への母親のアクセスを改善し、一方一般販売が認可されていない抗生物質や他の医薬品の違法な販売を中止させる。

4.2 戦略

- 1) 重要なプライマリヘルスケアサービスはコミュニティにもっとも近いところにおいて利用される。マラウイや他の国では、物理的アクセスが最初の治療選択の決定要因であることが示されてきた。第2サイクルの調査結果によると、こどもが病気であるときには50%が村のグローサリーで薬を買っていることが分かった。
- 2) 既存の資源および機関を利用する。マラウイにある46,000の村の大部分において小さなグローサリーやキオスクがすでに存在する。
- 3) コミュニティは、適正価格で正しい薬を買うために、新たな知識と自覚を通じて能力が付与される。
- 4) 大衆教育を通じて危険性の認識の増大をはかり、抗生物質の使用を減らすようにする。トレーニングを受けた店主は抗生物質や他の違法な薬を売らないという義務に課せられる。これは現在保健人口省の能力を超えた能動的な強制に代わる唯一の実施可能な方法である。
- 5) このプログラムは医薬品販売店主がトレーニングコストの部分を支払うことを要する点で自立したものである。

4.3 活動

1) 準備活動

- (1) プロジェクト実践の初期パイロット地域およびNGOを選択する。
- (2) 以前に保健サービストレーニングの経験のあるトレーナーを選択する。最初は、5人のトレーナーをトレーニングし、評価が行われる。
- (3) トレーニング教材を採用する。店主のトレーニングレベルを決定し、村落ヘルスワーカーのトレーニングのカリキュラム教材、KEMRI店主トレーニングマニュアルを採用する。
- (4) メディアメッセージおよびトレーニング内容について、ORS(Thanzu)および薬液浸漬蚊帳のソーシャル・マーケティング計画と調整する。
- (5) メディアメッセージを開発する。現地語、ポスターおよびラジオメッセージにより小児用ファンシダールのデザインのパッケージングを宣伝する。
- (6) ファンシダール供給者と交渉する。現地語あるいは絵入りの説明書を備えたファンシダールの特殊な小児用パッケージを開発する。
- (7) 基礎調査を行う。こどもの発熱と下痢の第1選択治療薬剤および抗生物質の使用に関するプロジェクト実施前のパターンを第2サイクルで行われたと同じ世帯調査により評価する。

2) トレーナーのトレーニング

初期パイロット県にたいしておよそ5人のトレーナーにトレーニングを行う。トレーニングカリキュラムにはプロジェクトの考え方とデザイン、教訓となる方法および実際のトレーニング教材が

含まれる。

3) 店主にたいする初回トレーニング

トレーニングはマラリア、ORT および呼吸器感染に関するものを含み4 日間で行う。この初回トレーニングの期間に店主がトレーニングにたいして支払う意志があるかどうかについても調べる。

4) メディアによる普及

ポスター、ラジオメッセージ、コミュニティ協議および他のメディアについてテストする。

5) 初回評価

初回トレーニングの後、数ヵ月後に徹底的な評価を実施する。トレーニングの有効性、コミュニティの反応、持続性の問題について評価し、解決策を考慮する。

6) 大規模トレーニング

改訂されたトレーニング計画をプロジェクトの最終年まで持続する。NGO の数と対象県に応じていくつかの県において同時にトレーニングが行われる。これを3.5年続ければ県あたり平均900軒のうち600軒以上の店主がトレーニングをうけることになる。

7) 継続的サイトモニタリングと連携・協調

NGO スタッフおよび IDH 作業部会はトレーニングをチェックし、問題を協議し、販売禁止の医薬品が店舗におかれていないことを確かめるために、トレーニングをうけた販売店を適宜訪問する。薬の使用や疾病罹患率/死亡率の変化がプロジェクト実施県とコントロール県で比較できるようなシステムを確立する。

4.4 概略経費

プロジェクトの実践に要するコストは以下のように算定される。

全国的メディアキャンペーン	1,451,000 MK
地方メディア(県あたり)	500,000 MK
直接人件費(県あたり)	1,560,000 MK
医薬品販売店主トレーニング費用(県あたり)	1,750,000 MK
モニタリングチームの移動(県あたり)	33,000 MK
総コスト	5,294,000 MK
インフレーションおよび臨時経費	529,000 MK
1 県における総コスト(全国メディアキャンペーンを含む)	5,823,000 MK (US\$129,400)

固定された全国の部分(メディアキャンペーン) と地方の部分(トレーニング) があるため、より多くの県で実施された場合には1 県あたりの平均コストは低くなる。全県で実施した場合の総額予算は MK101,209,000 (US\$2,250,000) となる。

プロジェクト5：母子保健統合プロジェクト

このプロジェクトは母親とこどもにたいして良質のケアを提供するために、現存のヘルスワーカーの能力に関する問題に取り組むために提案された。保健施設のケアの質が標準以下である点は、こどもと出産可能年齢にある女性の健康と栄養状態に影響をおよぼすが、これは修正可能な要因の1つであることを本件調査は確認している。また、コミュニティレベルにおける現存する保健システムの脆弱性およびコミュニティベースのプロジェクトを扱う保健人口省の能力の脆弱性もまた明らかにされた。このプロジェクトはまた、コミュニティベースのパイロットプロジェクトを通じて保健人口省に能力開発の機会を付与することによってこの問題に対応する。

5.1 プロジェクト目標

すべての保健医療施設およびコミュニティレベルにおいて、すべての小児および女性にたいし適切な質のケアを供給する。

5.2 個別目標（成果）

- 1) 保健医療施設で供給される保健サービスへのアクセス、利用および恩恵が改善する。
- 2) 医薬品回転資金を含むコミュニティレベルの保健サービスへのアクセス、利用および恩恵が改善する。
- 3) 住民参加およびコミュニティの能力、権限付与にたいする活動を計画し、実践する保健人口省の能力が強化される。

5.3 戦略

プロジェクトは5年間のあいだに4つの県をカバーする。プロジェクトはまた、コミュニティから第3次にいたるヘルスシステムのあらゆるレベルにおける協調的な努力をプライマリヘルスケアが必要とするという立場をとる。さらに、小児疾患の統合治療と基本的産科ケアを主要活動として採用することによって、県レベルの医療施設（ヘルスセンター、農村病院および県病院）とリロングェの第3次病院の両方のヘルスワーカーの能力開発を行う。

プロジェクトのコミュニティに関する部分の主要な目的は保健人口省がコミュニティ関連のプロジェクトを計画実施する能力を強化することである。これは対象4県のすべてをカバーするのではなく、1つのパイロット県に限っている。一般小児疾患のコミュニティベースの治療を通じて、いくつかの住民参加モデルをためすことになる。また、このほかコミュニティボランティアにたいするインセンティブ計画や医薬品回転資金にたいする医薬品供給のモデルが試行される。

最後に、プロジェクトは母子保健センターの設立を計画している。これは国の母子保健の知識ベースおよびプロジェクト事務局として機能する。

5.4 主な活動

プロジェクトサポートグループから技術支援をうけ、プロジェクト運営委員会の指導により以下の4つの活動を実施する。

- 1) 母子保健センターの設立
リロングェに母子保健センターを設立する。
- 2) ヘルスワーカーの能力開発
対象となる県において、ヘルスワーカーに以下のトレーニングが行われる。

- ・ 救命技術と基本産科ケア(看護婦・助産婦)
- ・ 対人コミュニケーションとカウンセリング技術(看護婦・助産婦、準医師、診療助手)
- ・ 小児疾患の統合治療(準医師、診療助手)
- ・ 産婦人科特別コース(準医師)

3) 第3次病院の強化

小児科および産科症例にたいするボトムホスピタルの新生児ケアユニットの再生およびICUの能力開発がプロジェクト活動に含まれる。

- ・ 小児科および産科医師にたいする特別研修
- ・ ICUおよび新生児ケアユニットにおけるスタッフのトレーニング
- ・ ICUおよび新生児ケアユニットへの機材供与

4) コミュニティベースによる一般小児疾患の治療に関するパイロットプロジェクトとして以下の活動を実施する。

- ・ 県レベルにおけるプロジェクト運営チームの組織化
- ・ HSAおよびコミュニティボランティアのトレーニング
- ・ ボランティアにたいするコミュニティ・インセンティブと医薬品供給メカニズムに関する作業研究

5.5 モニタリングと評価

プロジェクト活動の有効性を決定するために、公式評価が必要である。プロジェクト運営委員会のもとで、プロジェクトは活動を評価し、その所見は母子保健センターを通じて配布される。

5.6 予算

総額予算はUS\$3,494,000と算定される。

プロジェクト6：コミュニティベースの栄養管理プロジェクト

6.1 プロジェクトの目標

このプロジェクトは、既存の成長モニタリング計画の強化とコミュニティにおける食糧確保の活動により5歳未満児の栄養状態の改善をめざすものである。

6.2 個別目標（成果）

- 1) 中央政府職員の栄養問題管理能力が向上する。
- 2) コミュニティー・ベースの成長モニタリングが強化される。
- 3) 食糧確保のためのコミュニティ・ガーデンが確立される。
- 4) 住民が適切な栄養と育児の重要性を理解する。

6.3 戦略

1) 予防重視

PHCの予防的見地から、急性の栄養失調や重度の栄養不良より軽度・中等度の栄養不良に焦点をあて、軽度・中等度の栄養不良児を迅速に特定し、適切なケアを与えることに主眼を置く。

2) コミュニティーの自立支援

成長モニタリング・ボランティアや新たに導入する栄養管理ボランティアの訓練を集中して行い、またこれらのボランティアが地域で自立した活動を行えるように基本的資機材を供与する。住民を対象とした参加型ワークショップ、デモンストレーション、IEC活動を通じて住民の栄養に関する理解や子どもの栄養を管理する能力を向上させる。

3) ジェンダー配慮

上記のコミュニティ活動を通して、子どもの栄養に関する男性の認識を戦略的に高める。また、トレーニングセンターにデイケアセンターを付設するなどの配慮により、女性の訓練参加率を高め、一般に訓練機会の少ない女性に栄養知識、農業技術、発言の機会を与えることによって女性のエンパワーメントを促進する。

4) 関連機関の連携

子どもの栄養問題を解決するためにコミュニティレベルの活動を実施するには、関連機関の連携・協調が必須である。そのため、中央レベルに複数の関連機関からなるプロジェクト諮問委員会を設置し、統合的なプロジェクト活動を支援する。

5) 投入の集中化とシステムの普及

コミュニティの自立・活動の持続性を重視するプロジェクトを成功させるには、細やかな社会配慮を入念に採用し、システムづくりを行うことが必要である。そのため、本プロジェクトでは当初の対象県を1県とし、プロジェクトの終了段階で全国レベルのワークショップを実施して、確立した栄養管理システムを他県に普及する活動を展開する。

6.4 主な活動

- 1) 主要な中央政府職員にプログラム管理の海外研修（マスターレベル）を授ける。
- 2) リロングエあるいはその郊外に国立栄養管理トレーニングセンターを設立する。

- 3) GMVにたいし、成長モニタリング運営、公衆衛生、IEC等の強化訓練を行う。
- 4) HSAにたいし、監督業務、データ分析、報告書作成等の訓練を行う。
- 5) GMVに GMV管理用の子ども健康カード、計測器、文房具等必要な道具を供与する。
- 6) 村レベルの栄養管理委員会を組織化する。
- 7) 栄養管理委員にたいし、農業、栄養、普及に関する訓練を行う。
- 8) HSA、FA、CDAにたいし、コミュニティー・ガーデン監督のための統合的な訓練を行う。
- 9) 村人を対象として、栄養問題を把握するための参加型集会を行い、適切な栄養・衛生知識や育児に関する訓練、クッキング・デモンストレーションを行う。

6.5 対象地域

パイロット 県として1つの県が選択される。県の選択基準はメインレポートに示した。

6.6 プロジェクト 期間

5年間

6.7 予算

総額予算は US\$1,149,310 と算定される。

7.2 提起したプロジェクトの優先順位づけ

1. はじめに

本章に示したように、本件調査では最終的に6つの優先プロジェクトを策定した(図7.1)。これらのプロジェクトはいずれも3つの主要保健課題である、小児の栄養失調、高い妊産婦の死亡率および医薬品販売店の改善をめざしたマスタープランの枠組みに沿って提案されている。それぞれのプロジェクトはプライマリヘルスケアの概念にもとづいて策定されているが、その規模、予算、また戦略は主要保健課題の複雑な性格を反映して互いに異なったものとなっている。

マラウイの小児および女性の健康状態の改善のためには、ここに示したすべてのプロジェクトがある程度まで実現されることが必要である。しかしながら、人材、財政および組織などの資源に限りがあるため、これらを同時に実行することは困難である。したがって、プロジェクト実践のための優先順位をつけることが必要であり、以下に述べる方法によってこの作業を行った。

2. 優先順位付けの方法

それぞれのプロジェクトを評価するために、5つの基準を設定した(表7.1)。それらは、1) 適合性、2) 有効性、3) プロジェクト投入、4) 効率性、および5) 緊急性である。また、それぞれの基準について1つから5つの項目を設け、総計20項目を設定した。これらのそれぞれの項目について、各調査団員が1~5点で評価採点を行い、その合計点の高い順にしたがってプロジェクトの優先順位を決定した。

[評価基準と評価項目]

1) プロジェクトの適合性

1.1 プロジェクト最終目標の国家保健計画との適合性

1.2 プロジェクト目的の国家保健計画との適合性

1.3 具体的目標の国家保健計画との適合性

1.4 プロジェクト活動の国家保健計画との適合性

上記4つの項目はいずれもプロジェクトと国家保健計画との一致度を評価するためのものである。国家保健計画はマスタープラン策定の枠組みとして用いられたが、目的レベルの一致度の高さが必ずしも活動レベルの高い一致を保証するものではない。

1.5 適正技術

プロジェクトで採用された技術あるいは必要とされる能力がこの国において適切であるかどうかを評価するものである。現在、この国にその技術が存在しなくても、国にそれを受け入れる能力があればそれは適切とみなされる。また、技術が相対的に高く、ある程度ハイテクと思われる場合であってもその技術の導入はプロジェクト期間中国のレベルを引き上げることになる。

1.6 公正さの達成への貢献度

プロジェクトの最も主要な目的の1つは、保健分野における公正さの実現である。この項目は提案されたプロジェクトがどの程度公正さを実現できるか評価するものである。たとえば、あるプロジェクトで、保健施設へのアクセスについて地理的ないしは社会経済的なギャップを縮小することになるとすれば、それは公正さを高めることになり、逆にこのギャップを拡げるプロジェクトもあり得ると思われる。

1.7 プロジェクトの持続性

これはプロジェクトの終了後もプロジェクトの活動地域において活動が持続されるかどうかその可能性をみるものである。持続性については財政面と技術面の2つに分かれる。財政面の持続性は

既提案優先プロジェクト

統合化プロジェクト（優先順位順）

想定される日本の協力形態

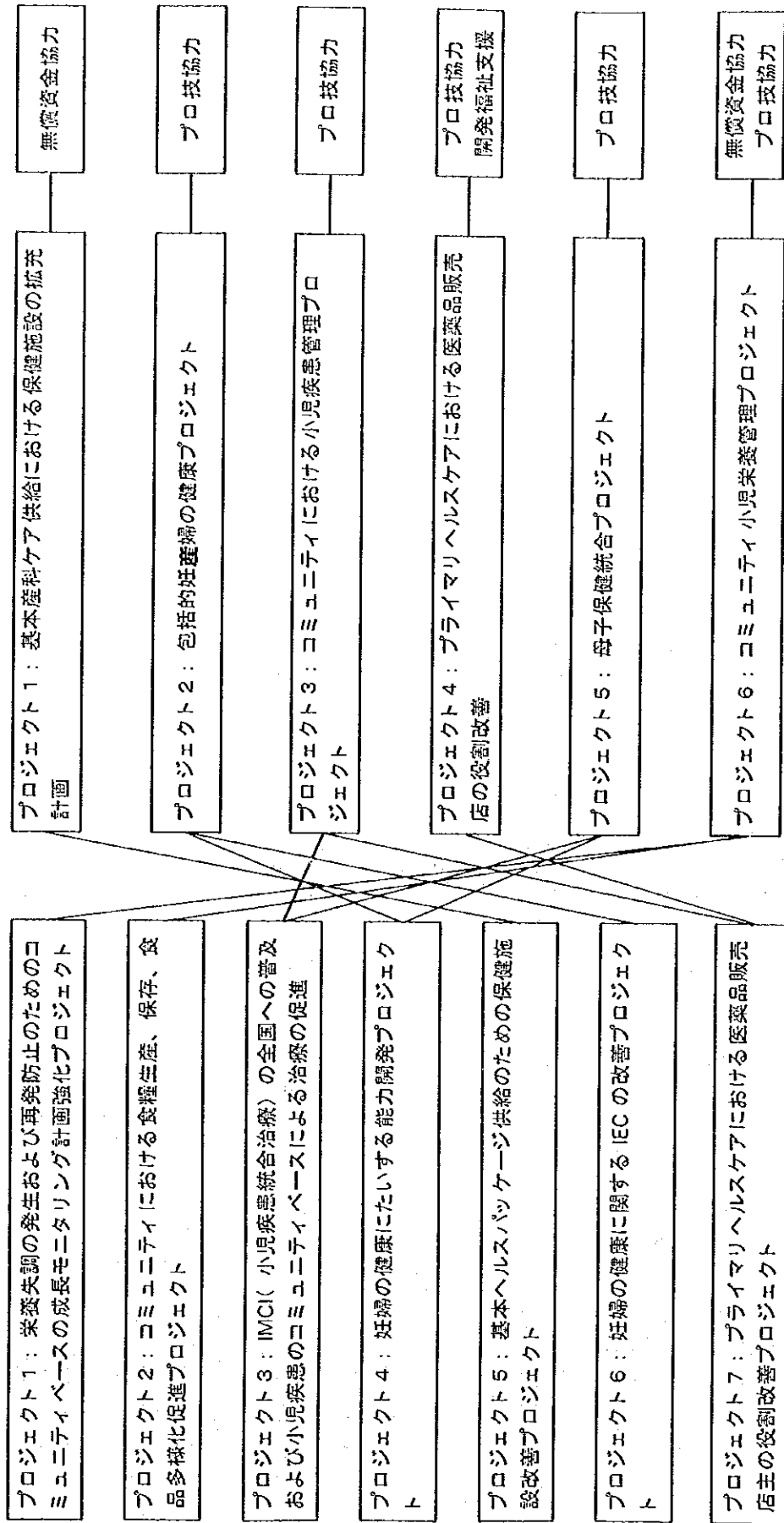


図 7.1 既提案プロジェクトの統合化による新規優先プロジェクトの策定

表 7.1 優先プロジェクトの評価基準

評価基準	評価項目
1 プロジェクトの適合性	1.1 プロジェクト 上位目標の国家保健計画との適合性 1.2 プロジェクト 目標の国家保健計画との適合性 1.3 具体的目標(成果)の国家保健計画との適合性 1.4 プロジェクト 活動の国家保健計画との適合性 1.5 適正技術 1.6 公正さの達成への貢献度 1.7 プロジェクトの持続性(技術面、財政面) 1.8 プロジェクトの再現性
2 プロジェクトの有効性	2.1 受益者の大きさ 2.2 最終目標達成へのプロジェクトの貢献度
3 プロジェクトの投入	3.1 総コスト 3.2 人材(プロジェクトの実践に必要な人材の数) 3.3 組織によるサポート 3.4 施設および機材の整備
4 プロジェクトの効率性	4.1 プロジェクトの効率性
5 プロジェクトの緊急性 (開発ニーズ)	5.1 人材面 5.2 組織面 5.3 財政面 5.4 トータルニーズ*

*: プロジェクト実施の緊急性を評価するものとして、人材、組織、財政を除き、主として保健医療面から概略的に判断したもの。たとえば、医療施設へのアクセス、医療の質の向上、住民参加などを含むが、個々の基準を列挙して評価すると、このカテゴリーの記点が相対的に増大し、公正さを欠くため、あえて具体的な指標は挙げていない。ここでは総合的に判断した開発ニーズを意味する。

プロジェクト活動の財政負担の可能性を評価するものであり、技術面の持続性は移転された技術の持続可能性を評価するものである。

1.8 プロジェクトの再現性

持続性はプロジェクト実施地域における継続性を評価するものであるが、パイロットスタディのようなタイプのプロジェクトでは他の地域における活動の再現性や拡大がプロジェクトの成功を評価するうえで重要である。この項目はプロジェクトが終了したあとに、他の地域においてプロジェクト活動の再現性の可能性をみるものであるが、プロジェクトによっては重要な項目とはならない場合もある。

2) プロジェクトの有効性

2.1 受益者の大きさ

第1次受益者の大きさを算出して評価する。

2.2 最終目標達成へのプロジェクトの貢献度

これはプロジェクトのすべての活動が実行されたときに、プロジェクトの最終目標に到達するためにどれだけ貢献できるのかそのプロジェクトのインパクトの大きさを評価するものである。

3) プロジェクトの投入

これは以下の4つの項目で評価される。

- 3.1 総コスト
- 3.2 人材（プロジェクトの実践に必要な人材の数）
- 3.3 組織によるサポート
- 3.4 施設および機材の整備

プロジェクトで計画されたインプットの適正さを評価するものである。たとえば、実践主体の組織の能力が脆弱と判断され、またプロジェクトが組織の能力開発を扱わない場合、このスコアは低くなる。同様に、コミュニティレベルにおいて薬に対する需要が増大すると予測される場合、プロジェクトに薬の供給を保证するような活動が含まれていなければならない。さもなければプロジェクトは不適切と判断される。

4) プロジェクトの効率性

受益者1人あたりのプロジェクト年間コストを算出し評価する。

5) プロジェクトの緊急性（開発ニーズ）

- 5.1 人材
- 5.2 組織
- 5.3 財政
- 5.4 トータルニーズ

国の現状にもとづき、人材、組織、財政および全体的な開発ニーズのそれぞれの側面についてプロジェクト活動の必要性を評価するものである。

3. プロジェクトの優先順位

上記の評価方法にもとづいて、7名の調査団員がすべてのプロジェクトにたいして評価点をつけた。その結果は表7.2に示すとおりである。最も高い合計点を得たプロジェクトは、プロジェクト1の基本産科ケア供給による施設拡充計画であり、最低点はプロジェクト6のコミュニティベースの栄養管理プロジェクトであった。以下、提案されたプロジェクトを優先順位にしたがって示す。

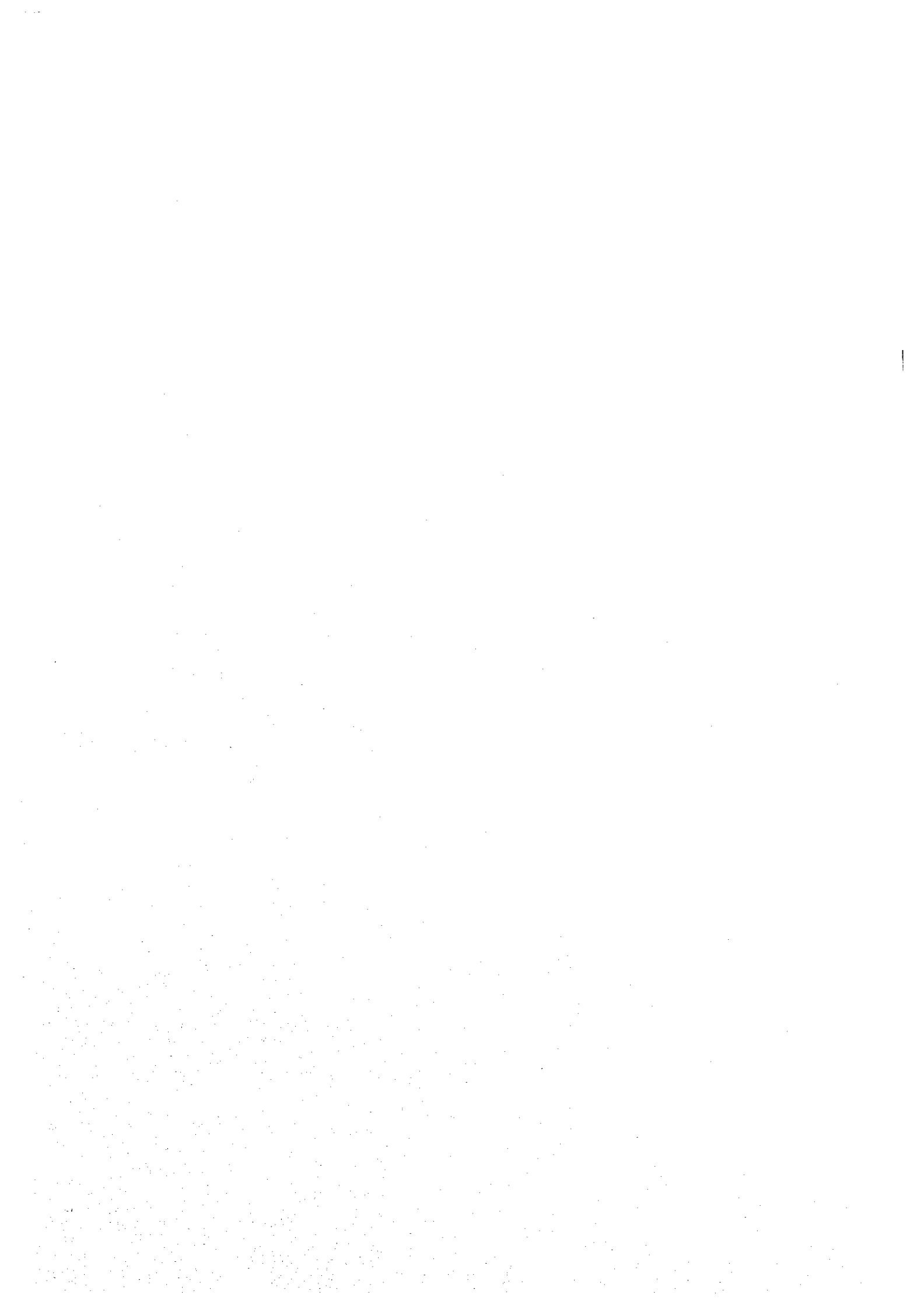
- 1. 基本産科ケア供給による保健医療施設の拡充計画（575）
- 2. 包括的妊産婦の健康プロジェクト（557）
- 3. コミュニティベースの小児疾患治療の促進（543）
- 4. プライマリヘルスケアにおける医薬品販売店の役割改善（537）
- 5. 統合的母子保健ケア（535）
- 6. コミュニティベースの栄養管理プロジェクト（481）

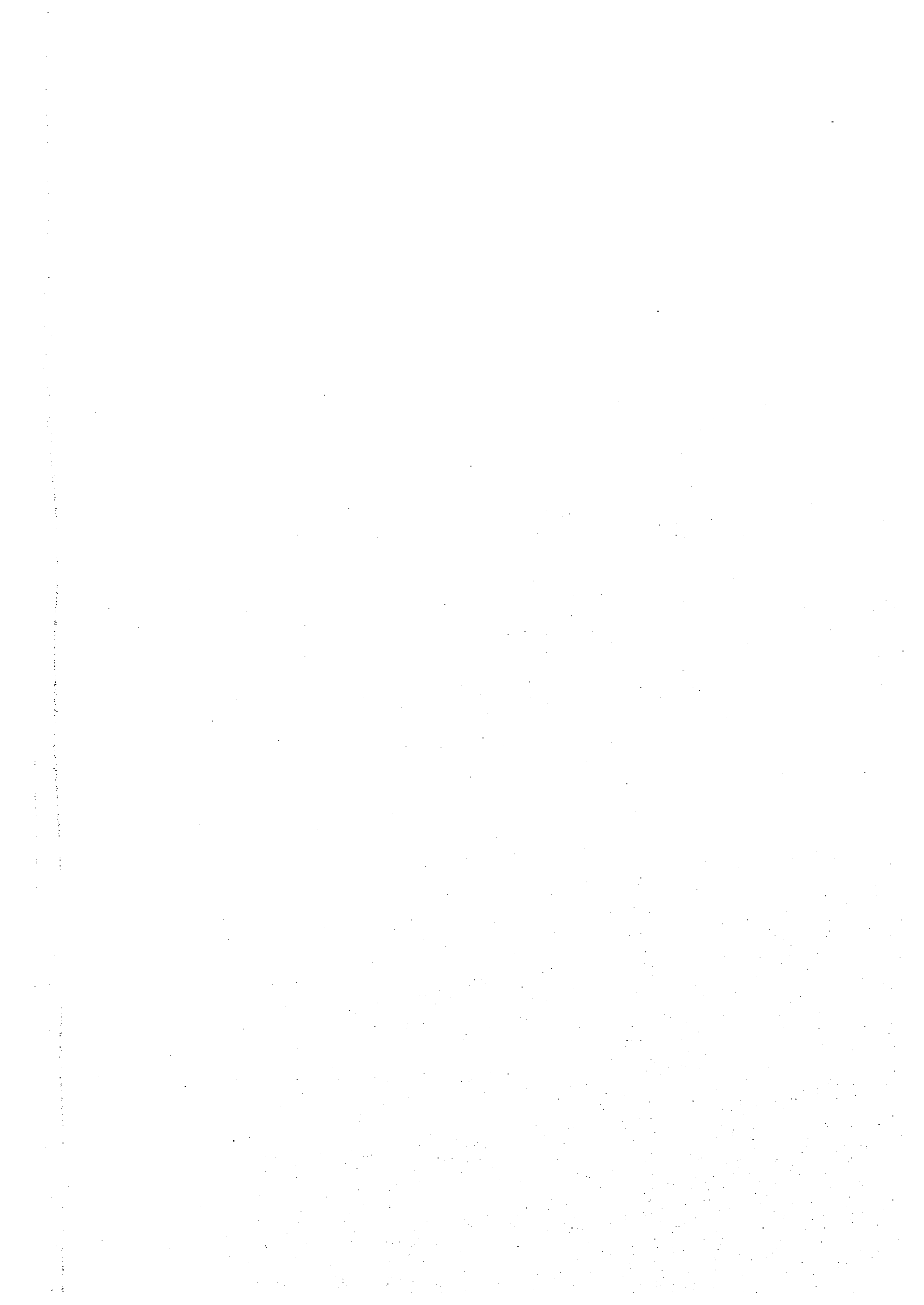
また、プロジェクトをそれぞれの項目について単純に評価するために、各項目の合計点からA、B、Cの3段階に分けた。すなわち、Aは29-35点、Bは21-28点、Cは14-20点と分類した。それぞれのプロジェクトにおけるこれらの3段階評価の結果を表7.3に示す。その結果、プロジェクト全般についてみると、プロジェクトの目標や活動などの適合性に関する項目ではAランクを示すものが比較的多い一方、技術的ないし財政的な持続性については一般にランクが低かった。また、プロジェクト入力やニーズはプロジェクトにより差が見られたが、概してBランクに位置するものが多かった。

表 7.3 提案プロジェクトの3段階評価

評価基準		プロジェクト1	プロジェクト2	プロジェクト3	プロジェクト4	プロジェクト5	プロジェクト6
		施設拡充計画	包括的妊婦の健康	コミュニティ小児 疾患管理	医薬品販売店主	統合的母子保健	コミュニティ栄養管 理
1. 適応性	1 最終目標	A	A	A	A	A	A
	2 プロジェクト目的	A	A	A	B	B	A
	3 具体的目標	A	A	B	B	A	B
	4 活動	A	A	A	B	A	B
	5 技術	A	B	A	A	B	B
	6 公正さ	A	B	A	A	B	B
	7a 技術の持続性	B	B	B	B	B	C
	7b 財政の持続性	C	C	C	B	C	C
2. 有効性	8 再現性	B	B	B	B	B	C
	1 受益者	A	B	A	B	A	C
3. プロジェクト投入	2 寄与	B	A	B	B	B	B
	1 総コスト	B	B	B	B	B	B
	2 人材	A	B	B	B	B	B
	3 組織	B	B	B	B	B	B
4. 効率性	4 施設・機材	A	B	B	B	B	B
	1 効率性	B	B	A	A	B	C
	1 人材面	B	A	B	A	B	B
	2 組織面	B	B	B	B	B	B
5. 緊急性	3 財政面	A	B	A	B	B	B
	4 トータルニーズ	A	A	A	B	A	A

A : 表 7. 2 の合計点が 29-35
 B : 同 21-28
 C : 同 14-20





JICA

LIB