

3. 短期調査（2002年1月23日～2002年3月4日）結果

目次

1. 序説.....	1
2. プロジェクト実施の背景.....	2
2.1 当該国のマクロ経済情勢.....	2
2.2 当該国の社会経済情勢.....	2
2.3 当該国の保健指標の動態.....	3
2.4 当該国の人口の動態.....	4
2.5 ルサカ市における公衆衛生分野の状況.....	4
2.5.1 ルサカ市の概況.....	4
2.5.2 ルサカ市の疾病構造.....	5
2.5.3 ルサカ市の給水及び衛生環境.....	6
2.5.4 ルサカ市未計画居住地域の社会経済状況.....	7
2.6 当該国政府の戦略.....	7
2.6.1 国家開発計画と保健医療セクター戦略.....	7
2.6.2 保健医療セクター改革と国家保健戦略計画(2001 - 2005年).....	8
2.6.3 給水・衛生分野に関わる国家レベルの戦略.....	9
2.6.4 国家学校保健・栄養戦略.....	10
2.7 過去・現在の政府その他団体による関連事業.....	10
2.7.1 コミュニティベースの保健・衛生活動推進のための関連事業.....	10
2.7.2 給水・衛生施設建設事業.....	13
2.7.3 LDHMT レベルで連携のある各種関連事業.....	14
3. 保健分野の開発課題とその現状.....	17
3.1 ルサカ市保健セクター組織・制度体系.....	17
3.1.1 保健医療サービスの組織・制度体系.....	17
3.1.2 ルサカ市保健管理チーム.....	18
3.2 保健分野の開発課題とその現状.....	19
3.2.1 中心問題と原因.....	19
3.2.2 家庭／コミュニティレベルの要因.....	20
3.2.3 子供の重要な病気.....	20
3.2.4 ヘルスセンターレベル.....	21
3.2.5 LDHMT レベル.....	21

4. プロジェクト戦略.....	25
4.1 プロジェクト戦略.....	25
4.1.1 プロジェクトの全体戦略.....	25
4.1.2 色々なレベルの組織のキャパシティビルディングを支援する.....	26
4.1.3 キャパシティビルディング、フォローアップ支援、自立性強化支援のパッケージ化.....	27
4.1.4 コミュニティへのエントリーポイントを限定して焦点を定める.....	27
4.2 プロジェクト実施体制を確立する.....	28
4.2.1 事業実施機関 (counterpart organisaion) について.....	29
4.2.2 プロジェクトに対する技術的助言と管理運営について.....	30
4.2.3 関連諸機関との調整について.....	30
4.3 事業実施上の留意点.....	31
4.3.1 環境衛生分野におけるセクター内調整について.....	31
4.3.2 コミュニティの住民組織に対するインセンティブ創出について.....	32
5. プロジェクトの基本計画.....	34
5.1 上位目標.....	34
5.2 プロジェクト目標、成果、活動.....	34
5.2.1 プロジェクト目標.....	34
5.2.2 成果と活動.....	34
5.3 投入.....	37
5.3.1 日本側の投入.....	37
5.3.2 ザンビア側の投入.....	38
5.4 外部条件とリスク分析.....	38
5.4.1 上位目標レベル.....	38
5.4.2 プロジェクト目標レベル.....	39
5.4.3 成果レベル.....	39
5.4.4 活動レベル.....	40
6. プロジェクトの総合的实施妥当性.....	42
6.1 妥当性.....	42
6.1.1 公益性と公平性.....	42
6.1.2 相手国の優先ニーズへの対応.....	42

6.1.3 日本の援助政策との関連性.....	43
6.2 有効性	43
6.2.1 計画の論理性.....	43
6.2.2 プロジェクト目標レベルの設定	43
6.2.3 外部条件.....	43
6.3 効率性	44
6.3.1 費用対成果・結果	44
6.3.2 費用対効果	44
6.4 期待される結果.....	44
6.4.1 保健政策への影響.....	44
6.4.2 制度構築への貢献.....	44
6.4.4 社会経済状況への波及効果.....	45
6.4.5 潜在的悪影響.....	45
6.5 自立発展性.....	45
7. モニタリング・評価.....	46
7.1 プロジェクトデザインの一部としてのモニタリング・評価活動.....	46
7.2 モニタリング活動.....	46
7.2.1 プロジェクト進捗状況のモニタリング (Progress Monitoring)	46
7.2.2 プロジェクト成果の達成状況のモニタリング (Performance Monitoring)	46
7.3 評価活動.....	47
8. 付属資料.....	48
8.1 PDM	48
8.2 実施計画.....	48
8.3 日本人長期専門家 職務事項.....	48
8.3.1 チーフ・アドバイザー.....	48
8.3.2 プロジェクト調整員.....	48
8.3.3 地域保健専門家.....	49
8.3.4 保健計画・管理専門家.....	49
8.4 日本人短期専門家 職務事項.....	50
8.4.1 モニタリング・評価専門家.....	50

8.4.2 参加型手法専門家.....	50
8.4.3 IEC 専門家.....	50
8.4.4 機材保守専門家.....	50
8.4.5 他分野の専門家.....	50
8.5 カウンターパート職員 職務事項.....	51
8.5.1 地域保健 (リエゾン職員)	51
8.5.2 ザンビア人プロジェクト雇用職員.....	51
8.6 ローカルコンサルタント.....	51
8.6.1 基礎調査.....	51
8.6.2 コミュニティベース保健施設の実証調査.....	51
8.6.3 保健情報管理システムの能力構築.....	51
8.7 ジョージ・コンパウンドのコミュニティ能力構築から得られた教訓.....	52
8.8 検討事項：コミュニティ保健施設の提案.....	55
8.9 LDHMT 組織図.....	56
8.10 ルサカ市ヘルスセンター一覧.....	57

略語表（日本語対訳）

略語	正式名称	日本語対訳
AfDB	African Development Bank	アフリカ開発銀行
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
ANC	Antenatal Care	妊婦検診
ARI	Acute Respiratory Infections	急性呼吸器感染症
BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival	子供の生存のための組織強化基礎支援
BCG	Bacillus Calmette-Guerin	結核予防ワクチン
BESSIP	Basic Education Sub-Sector Investment Programme	基礎教育部門投資プログラム
BoD	Burden of Disease	疾病負担
C3 Fund	City Community Challenge Fund	C3（コミュニティ改善市営）基金
CBO	Community-Based Organisations	住民組織
CBoH	Central Board of Health	中央保健総局
CFR	Case Fatality Rate	致死率
CHP	Child Health Promoter	子供の健康普及員
CHW	Community Health Worker	コミュニティヘルスワーカー
CHIF	Community Health Innovation Fund	コミュニティ刷新のための保健基金
CSO	Central Statistical Office	中央統計局
Danida	Danish International Development Assistance	デンマーク国際開発支援事務所
DDCC	District Development Coordinating Committee	郡開発調整委員会
DDH	Director of District Health	郡保健局長
DHB	District Health Management Board	郡保健理事会
DHS	Demographic and Health Survey	人口保健調査
DHMT	District Health Management Team	郡保健局管理チーム
DIID	Directorate for International Development	英国国際開発局
DOTS	Direct Observed Treatment – Short Course	直接観察治療の短期コース
DPT3	Diphtheria, Whooping Cough, Tetanus (3-in-1 Vaccine)	三種混合ワクチン
EDMSS	Essential Drugs and Medical Supply Store	必須医薬品供給貯蔵倉庫
EHT	Environmental Health Technician	環境衛生技術士師
EIRR	Economic Internal Rate of Return	経済的內部収益率
ENT	Ear Nose Throat	耳鼻咽喉
EPI	Expanded Programme on Immunisation	拡大予防接種プログラム
FAMS	Financial and Administrative Management System	財務行政監理システム
FIRR	Financial Internal Rate of Return	財務的內部収益率
FP	Family Planning	家族計画
FRESH	Focusing Resource on Effective School Health	学校保健集中支援プログラム
GCEP	George Community Empowerment Project	ジョージ地区開発福祉支援事業(CARE)
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産国民純生産
GEHC	George Environmental Health Committee	ジョージ環境保健委員会
GMP	Growth Monitoring Promotion	乳幼児の成長モニタリング
GNI	Gross National Income	国民総所得
GRZ	Government of the Republic of Zambia	ザンビア共和国政府
HC	Health Centre	ヘルスセンター
HCC	Health Centre Committee	ヘルスセンター委員会
HIPC	Heavily Indebted Poor Countries	重債務最貧国
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HMIS	Health Management Information System	保健情報管理システム
IACC - CH	Inter-Agency Coordination Committee on Child Health	子供の健康部門機関調整委員会
ICMR	Infant and Child Mortality Reduction Moyo wa Bana	乳幼児死亡削減プロジェクト(CARE) 現モヨ・ワ・バナ プロジェクト
ICU	Intensive Care Unit	集中治療部
IDA	International Development Association	国際開発協会

略語	正式名称	日本語対訳
IEC	Information, Education and Communication	IEC
IMCI	Integrated Management of Childhood Illnesses	子供の疾病の包括的マネージメント
IMR	Infant Mortality Rate	乳幼児死亡率
ITG	Integrated Treatment Guidelines	包括的治療ガイドライン
IUD	Intra-Uterine Device	避妊リング
JHAM	Joint Health (pre)Appraisal Mission	保健分野査定合同調査団
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力事業団
JIFM	Joint Identification and Formulation Mission	(保健分野)合同発掘形成調査団
LCC	Lusaka City Council	ルサカ市役所
LCMS	Living Conditions Monitoring Surveys	生活水準モニタリング調査
LDHB	Lusaka District Health Board	ルサカ市保健医療理事会
LDHMT	Lusaka District Health Management Team	ルサカ市保健医療管理チーム
LWSC	Lusaka Water and Sewage Company	ルサカ上下水道公社
MCH	Mother and Child Health	母子保健
Med. Sups.	Medical Superintendents	医療業務責任者
MFED	Ministry of Finance and Economic Development	財務経済開発省
M&E	Monitoring and Evaluation	モニタリングと評価
MLGH	Ministry of Local Government and Housing	地方行政居住省
MMD	Movement for Multiparty Democracy	多党制民主主義運動
MMR	Maternal Mortality Rate/ Ratio	妊産婦死亡率
MoH	Ministry of Health	保健省
MoU	Memorandum of Understanding	覚書
MTCT	Mother to Child Transmission	母子感染
MPD	Manager of Planning Development	計画開発部長
NGO	Non-Governmental Organisations	非政府機関
NFNC	National Food and Nutrition Commission	国家食糧栄養委員会
NHC	Neighbourhood Health Committee	地区保健委員会
NHSP	National Health Strategic Plan	国家保健戦略計画
NP	Nutrition Promoter	栄養普及員
OPD	Outpatient Department	外来患者局
OPV3	Oral Poliomyelitis Vaccine	経口ポリオワクチン(3回投与)
PCM	Project Cycle Management	PCM手法
PCU	Programme Coordination Unit	(給水部門)プログラム調整部
PDM	Project Design Matrix	プロジェクトデザインマトリクス
PEM	Protein Energy Malnutrition	蛋白質エネルギー栄養不良
PHC	Primary Health Care	プライマリーヘルスケア
PHAST	Participatory Hygiene and Sanitation Transformation	参加型環境衛生改善手法
PHP	Public Health Practitioner	公衆衛生従事者
PLA	Participatory Learning and Action	参加型問題分析・解決手法
PNC	Postnatal Care	出産後検診
PO	Plan of Operations	(プロジェクト)実施計画表
PROSPECT	Poverty Elimination and Community Transformation	貧困撲滅コミュニティ改善事業(CARE)
RDC	Resident Development Committee	地区開発委員会
RTI	Respiratory Tract Infections	呼吸器系感染症
SCOPE OVC	Strengthening Community Partnerships for the Empowerment of Orphans and Vulnerable Children	孤児・児童エンパワーメントのためのコミュニティ協同活動強化事業
Sida	Swedish International Development Cooperation Agency	スウェーデン国際開発庁
STD/STI	Sexually Transmitted Disease/Infection	性感染症
SWAp	Sector Wide Approach	セクターワイドアプローチ
TB	Tuberculosis	結核
TBA	Traditional Birth Attendance	伝統的助産婦
TORs	Terms of Reference	契約条項・委任事項

略語	正式名称	日本語対訳
ToT	Training of Trainers	教官養成訓練
U5MR	Under 5 Mortality Rate	5歳児未満死亡率
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発計画
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
UNIP	United National Independent Party	統一民族独立党
URWP	Urban restructuring Water Supply Project	都市部給水改善(URWSP)プロジェクト
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
UTH	University Teaching Hospital	ザンビア大学付属教育病院
UUS	Unplanned Urban Settlements	都市部未計画居住区
VIP	Ventilated Improved Pit	
VTC	Voluntary Testing and Counselling	自発的 HIV テストとカウンセリング
WASHE	Water, Sanitation and Hygiene Education	給水環境衛生教育
WB	World Bank	世界銀行
WHO	World Health Organisation	世界保健機構
ZIHP	Zambia Integrated Health Project	ザンビア包括的保健プロジェクト
ZIHP COMM	ZIHP Communications and Community Partnership	ZIHP コミュニケーション・コミュニティ 協同活動事業
ZIHPSERVE	ZIHP Service Delivery and NGO Strengthening	ZIHP サービス提供・NGO 強化事業
ZK	Zambian Kwacha	クワチャ (ザンビア通貨単位)

表

表 2.1	代表的な社会経済指標 (ザンビア国・サブサハラ諸国平均比較)
表 2.2	ルサカ郡における 5 歳未満の子供の罹病率トップ 10
表 2.3	ルサカ郡における 5 歳未満の子供の死因トップ 10
表 2.4	ルサカ郡における予防接種及びビタミン A 補給の普及率
表 2.5	ルサカ郡における 5 歳未満の子供の栄養状況
表 2.6	LDHMT と協働する関係者、保健サービス提供者、政府部署
表 3.1	保健施設・組織の種類・機能
表 3.2	2002 年度 LDHMT 収入・支出見込み
表 5.1	ドナーのコミットメントと支出 (1995-2000)

図

図 2.1	収入カテゴリー別子供の栄養状況 (1998)
図 2.2	収入カテゴリー別乳幼児・5 歳未満乳幼児死亡率 (1998)
図 3.1	家庭/コミュニティ、ヘルスセンター、LDHMT レベルの子供の健康に関する問題
図 3.2	LDHMT 外部要因(機会・脅威)分析
図 3.3	LDHMT 内部要因(強さ・弱さ)分析
図 4.1	プロジェクト戦略: レベル間のリンクを強化
図 5.1	問題と成果の関係

序文

国際協力事業団（JICA）が派遣したプロジェクト準備調査団は、ザンビア政府の要請に基づき、2002年1月24日から2月6日までザンビアに滞在し、ルサカ市プライマリーヘルスケアプロジェクトフェーズ II に関する技術協力について調査した。同国における調査期間中、調査団は、関係者とプロジェクトについて意見を交換した。また、ルサカ市保健管理チーム、ヘルスセンター、住民組織、日本人専門家、JICA ザンビア事務所や他関係者の参加により、プロジェクトの計画立案を目的としたPCMワークショップを開催した。調査団のうち、2人のコンサルタントは、3月2日まで、様々な関係者と協議し、インタビュー、調査を実施した。その結果に基づき、プロジェクト・ドキュメントを作成した。

要約

ザンビア国政府は、1992年より対外支援国の協力を受けて保健医療セクター改革下において様々な行政改革を実施している。しかし、その成果は未だ保健指標の向上に繋がっておらず、5歳未満の乳幼児の疾病には依然として予防可能なものが多くを占めている。この状況は、エイズの蔓延により、さらに悪化している。

他方、ルサカ市周縁においては引き続き都市移入民が増加しており、その結果、未計画居住区が形成されている。同居住区は都市の貧困区域としての様相を呈しており、公衆衛生に関わる大きな課題を作り出している。本プロジェクト「ルサカ市プライマリーヘルスケアプロジェクト（フェーズII）」は、このような問題に対する解決法を模索することを目的としている。

本プロジェクト形成の過程において、未計画居住区における5歳児未満の乳幼児の間で罹病・死亡率が高いことが中心問題と規定され、その罹死病の直接的な原因であるはしか、下痢症、マラリア、急性呼吸器感染症などを蔓延させている要因の分析がなされた。それらの要因は、それぞれ、①世帯/コミュニティレベル、②ヘルスセンターレベル、③保健行政・管理者レベルで派生する問題に分けられた。まず、①のレベルでは、栄養不良、病気の認識・判断の遅れ、劣悪な衛生環境、保育の質の劣等さ、HIV/AIDSの蔓延などが挙げられた。②のレベルでは、小児疾病の適切なケースマネジメントが脆弱であること、また③のレベルでは、コミュニティにおける基礎的な保健活動に対する支援に困難を生じていることなども、問題の一因であるとされた。

上述の問題を解決するために、本プロジェクトでは保健ボランティア（Community Cadres）が基本的な保健サービスを提供するために必要な、コミュニティ保健活動実施体制を確立することを目指す。自立発展性と継続可能性のための施策を重要な戦略的テーマとして扱う。参加型ツールを有効に利用し、そこから発展する参画・参加プロセスを強調する。また、政策策定者、保健行政管理者、保健医療従事者、コミュニティでの保健ボランティア及びサービスの受益者間に有効かつシステムティックな関係を構築することにより、プロセス及び活動の継続性の確保を試みる。

プロジェクトの計画は、第3章の問題分析および第4章の戦略を踏まえて、上位目標、プロジェクト目標、成果、活動、投入、外部条件から構成されている。「選ばれたヘルスセンター管轄地域における5歳未満の子供の健康状態改善」を達成するために、5つの成果（GMP+、環境衛生、コミュニティリフレンド、LDHMT能力強化、ヘルスセンターのIMCI改善）を選択した。それぞれの成果は、中心問題を引き起こしている各レベルの原因を解決しようとするものである。プロジェクト完了後、そして関係者の協力とともにLDHMTが絶え間なく努力することによって、上位目標の「ルサカ市の5歳未満の子供の健康状態改善」が達成されることが期待される。

本プロジェクトは総合的に見て実施妥当性の高い案件である。当該国の優先ニーズを反映しているだけでなく、裨益対象者は貧困層の集中する未計画居住区の住民である5歳未満の子供となっている。また、約43万9,596人（5歳未満の子供はその20%に相当する8万8,000人）を抱える保健管轄区域を初期の対象サイトとし、これはルサカ市全人口の約40%を占める。またその効果は罹病率・死亡率の低減だけでなく、生産性・収入の増加へとつながる可能性を含み、かつ1）プロジェクトから得られた教訓を国家保健政策へ反映させ、2）市レベルの関係組織のメカニズム・能力を確立するという自立発展性を意識した意図が組み込まれている。

モニタリング・評価活動は、その成果がプロジェクトデザインの継続的な改善のために利用されることを意図してあるため、プロジェクト活動の中に統合される。また、モニタリング・評価の結果は、より効率的な活動調整や相互学習のために、適宜ステークホルダーに公開し、フィードバックを得てゆくこととする。

1. 序説

1.1. ザンビア国政府の要請に応じ、日本国政府は1997年より5年間にわたり、『ルサカ市プライマリーヘルスケアプロジェクト』の支援を実施した。同プロジェクト下においては、コミュニティにおけるプライマリーヘルスケア活動を実施するにあたり、ジョージ地区がパイロット地区として選定され、子供の栄養不良や感染症の予防活動に焦点を当てた活動が展開された。プロジェクトの成果を上げるため、リファレルシステム強化や、学校保健、環境衛生（給水と衛生）などもプロジェクト活動に統合されていた。

1.2. 2001年10月に同プロジェクトの終了時評価が実施され、プロジェクト下で実施されたコミュニティにおける様々な活動が今後の他のプライマリーヘルスケアプロジェクトに適用されることの有用性が認識された。提言には、ルサカ市にある他の未計画居住区にも同様の活動が適用されることなどが盛り込まれた。この提言に沿い、またザンビア国政府の要請もあり、国際協力事業団（Japan International Cooperation Agency: JICA）は次期プロジェクト『ルサカ市プライマリーヘルスケアプロジェクト（Phase II：2002～2007年）』の準備のために、本年1月から3月にかけてプロジェクト準備短期調査団を送った。

1.3. 本プロジェクトドキュメントの策定は、保健省、中央保健総局、国家食糧栄養委員会、教育省、UNICEF、ルサカ市役所、ルサカ市保健管理チーム（Lusaka District Health Management Team: LDHMT）スタッフ、ヘルスセンタースタッフ、コミュニティ組織（Community-Based Organisations: CBOs）、コミュニティヘルスワーカー（CHW）、関連NGOなど、ステークホルダーによる参画やコンサルテーションのもと実施された。基本設計はPCM手法を使用したワークショップを通じてなされ、その成果品であるプロジェクトデザインマトリクス（Project Design Matrix: PDM）に準じて、前プロジェクトの経験分析、簡易サイト調査、主要関連諸機関からの聞き取り調査、組織環境分析などの情報で得られた知見をもとに微調整された。

1.4. 本プロジェクトドキュメントは、全7部及び添付資料で構成されている。本序章に続き、第2章ではプロジェクト実施の背景を、①当該国の社会経済情勢、②対象セクターの状況、③政府の関連諸政策、④過去・現在に実施された対象分野における関連事業の4点から説明した。第3章ではプロジェクトが対象とする課題について、問題の分析及び当該国の制度的枠組みからレビューした。上記の現状分析を踏まえ、第4章では本プロジェクトがどのような戦略を以って問題の解決を試みるのかについてまとめた。具体的なプロジェクトの内容は、続く第5章の基本計画の項で記載した。また、プロジェクトを立案する過程で、その実施の必要性・妥当性について検討した際の考察を、妥当性、フィージビリティ、期待される効果などの観点から第6章に整理した。第7章ではプロジェクト管理運営の一環として行うモニタリング・評価活動について、その意義及び実施計画を述べた。なお、本プロジェクトの内容を要約したものがPDM及び事業実施計画表（Plan of Operations: PO）として添付されているので、こちらも参照されたい。

2. プロジェクト実施の背景

ザンビア国政府は、1992年より、対外支援国の協力を受けて保健医療セクター改革下において様々な施政を続けている。しかし、その成果は未だ保健指標の向上に繋がっておらず、5歳未満の乳幼児の疾病には依然として予防可能なものが多くを占めている。この状況は、エイズの蔓延により、さらに悪化している。

他方、ルサカ市周縁においては、引き続き都市移入民が流入し、その結果未計画居住区が形成・拡大されている。同居住区は、都市の貧困区域としての様相を呈しており、公衆衛生に関わる甚大なる課題を作り出している。本プロジェクト「ルサカ市プライマリーヘルスケアプロジェクト（フェーズII）」は、このような問題に対する解決法を模索することを目的としている。

2.1 当該国のマクロ経済情勢

2.1. ザンビア共和国では、チルバ前大統領によって、1992年より、市場経済化の政策に則った様々な改革が実施された。貿易・通貨交換の自由化、国営企業改革及び民営化、国家予算からの助成金排除などがその例である。90年代は、銅の国際価格暴落、旱魃、ガバナンス不信に起因する支援資金の滞りなどが影響して、継続的な経済成長が阻まれていた。しかし、2000年代に入ってから、GDPの伸び率が3.5%となり、また鉱業以外のセクターにおける伸び率が4.1%を記録するなど、経済復興の兆しが見えてきている。2001年にはGDP成長率は5%程に達すると見られている（世銀資料、2001）。

2.2. また、2000年12月には、HIPCSイニシアティブの一環としてザンビアに対する債務救済措置がとられ、経済に良い影響を与えると見られている¹。このため、2002年の国家レベル、郡/市レベルにおける保健セクター予算がどれだけ好影響を受けるかが注目される。

2.2 当該国の社会経済情勢

2.3. 経済状況は緩やかな回復の兆しを見せている反面、一人あたりのGNPは1995年の350米ドルから1999年の320米ドル、2000年の300米ドルと減少傾向にある²。ザンビアでは、低所得の水準に加え、ジニ係数が0.51と貧富の格差も大きい。1996年の生活水準モニタリング調査によれば、ザンビア全人口中78%もの人々が、貧困もしくは最貧層であるとされており、郡/市によっては85%以上の貧困層を抱えるところもあるという（世銀、2001）。

2.4. また、注目すべきは、農村部の貧困発生率は僅かに減少しているのに対し、国家平均では69%（1996年）から73%（1998年）への上昇が見られ、都市部における貧困率が急上昇していることを示唆している（中央統計局、1998）。都市部において、貧困に陥る原因として、十分な所得の創出ができる雇用機会が無いこと、保健・教育サービスに対する距離的なアクセスはあっても質やコストが見合わないこと、劣悪な居住環境に起因して疾病の負担が重いこと、また年金支払いの遅延が絶えないことなど挙げられている（財務経済開発省、2001）。

1 2002年に計上されているHIPCS基金3,710億クワチャのうち、保健セクターに分配されるのは570億クワチャ（約15.4%）の予定である。

2 サハラ以南のアフリカ諸国平均である480米ドルと比較して、この値もかなり低い（世銀資料、2001）。

2.5. 表 2.1 に、代表的な社会経済指標のザンビア国・サブサハラ諸国の平均の比較を示す。ザンビア国全体の水準では、安全な水にアクセスできる人口は半数に満たない(43%)。給水及び衛生施設の不備は、特に都市の未計画居住区などの低所得者居住区に顕著に見られ、居住者の健康に下痢症や寄生虫症などの悪影響を及ぼす重大な問題であり、年々深刻化している。小学校就学率は 89%で、サブサハラ諸国の平均よりも高い水準であるが、女兒の就学率は男児の 86%と低い。

表 2.1 代表的な社会経済指標 (ザンビア国・サブサハラ諸国平均比較)

	Indicators		Year	Source
	Zambia	S.S.A.		
Surface Area (km ²)	752.6	...	1999	WB
Total Population (in million)	10.1	659.0	2000	WB
Urban Population (%)	44.0	34.0	2000	WB
Population Increase (%)	2.2	...	1999	WB
Life Expectancy at Birth (years of age)	45.0	47.0	2000	WB
GNP per capita (US\$)	320.0	...	2000	UNICEF
GDP Growth Rate (%)	3.5	...	2000	WB
Population below Poverty Line (%)	73.0	...	2000	WB
Illiteracy Rate (%)	22.0	38.0	2000	WB
Primary School Enrolment Rate (%)	89.0	78.0	2000	WB
Female School Enrolment (%)	86.0	71.0	2000	WB
Infant Mortality Rate (in 1,000 live births)	114.0	92.0	2000	WB
Under 5 Mortality Rate (in 1,000 live births)	202.0	169.0	2000/98	UNICEF
Malnutrition Prevalence	27.0	30.0	2000	WB/UN
Maternal Mortality Rate (in 100,000 live births)	650.0	975.0	2000/98	UN
Contraceptive Prevalence Rate (%)	26.0	...	2000	UNICEF
HIV Infection Rate (%)	19.7	...	1998	UNDP
Number of AIDS cases (per 100,000)	46.9	11.2	1996/98	DHS/UN
Population with Access to Safe Water (%)	43.0	55.0	2000	WB

Source: WB (2000), UNICEF (1998/2000), UN (1998/2000), UNDP (1998), DHS (1996)

2.3 当該国の保健指標の動態

2.6. ザンビア国の保健指標は悪化の一途をたどっている。平均寿命は 1980 年代の 54 歳から 2000 年の 37 歳 (推定) へと顕著に悪化している。マラリア、栄養不良、エイズなどの有病率増加がその水準低下の主要因に挙げられており、結核の罹患率も成人千人あたり 1 人であったものが 5 人へと急激に上昇している。成人の 20%以上が HIV 感染者であると推定され、都市部では 29%とも言われている (農村部 14%:MoH/UTH/JICA, 2002)。妊産婦死亡率は出生 10 万に対し 649 人とアフリカ全体でも最低の水準である (USAID, 2001)。

2.7. 乳児・乳幼児死亡率は出生千人あたりそれぞれ 114 人、202 人となっており、サブサハラ諸国平均(92, 169)を上回っている。また、60 万人の子供が孤児という統計もあり、この数は数年後には 160 万人に増加すると見られている。貧困層の増加、エイズ罹患率の増加、クロロキン耐性を持ったマラリア原虫の増加などが、子供の健康水準を極端に悪化させている状況となっている (JIFM, 2000)。子供の疾病構造・死因には、マラリア、急性呼吸器感染症、下痢症、予防接種可能な疾病などが多くを占めている (HMIS, 1999)。

栄養失調と体重量不足を煩う子供の割合も依然として高い。成長阻害児の割合は 53% で、1996 年の水準 (46%) より悪化している(MFED, 2001)。これらの保健指標は、所得水準で分けた 5 階層別に違いが見られ、最貧層の水準が最悪となっている (図 2.1 及び 2.2 を参照のこと)。

図2.1 収入カテゴリー別子供の栄養状況(1998)

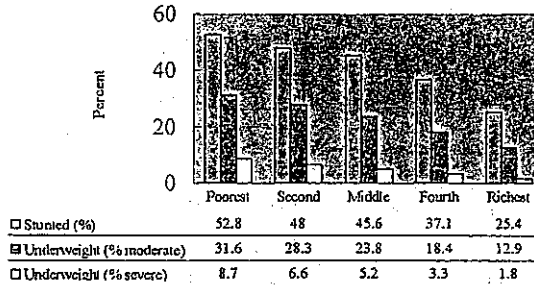
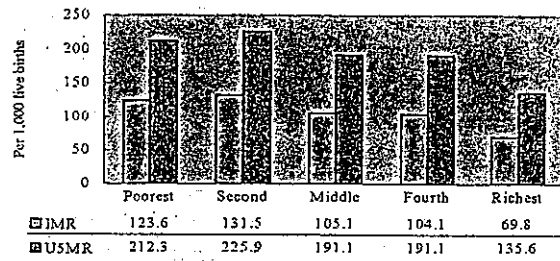


図2.2 収入カテゴリー別乳幼児・5歳未満乳幼児死亡率(1998)



2.4 当該国の人口の動態

2.8. 2000 年の国勢調査の推定によれば、ザンビア国の総人口は 10.5 から 11.1 百万人であり、年間平均人口増加率は 2.5% となっている。ザンビア国は、サハラ以南のアフリカの中でも最も都市化の進んだ国であり、都市人口は 44% と非常に多い(世銀, 2000)。中でも、首都周縁への人口流入が多く、特に近年の国営企業民営化に伴う雇用削減の影響で、未計画居住区における人口増加が深刻化している。

2.9. 地方自治体は、膨張する都市人口に伴い増加した、飲料水の供給・衛生施設/サービス供給・保健衛生・教育などの社会サービス需要増加への対応を迫られている。給水・衛生施設に関する顕著な都市農村格差は、指摘のあるところであるが³(WHO, 2000)、中心部以外、つまり都市周辺地域 (peri-urban) の状況は、極めて厳しい。

2.10. このように、都市の低所得者居住地域における人口増加の圧迫と、劣悪な居住環境に関連して深刻化する疾病負担の増加の問題は、ザンビア保健セクターの大きな課題となっている。しかしながら、保健セクターの総予算 2,092 億クワチャの 45% 以上 (1998 年推定値) を対外支援に依存している同国では、経常支出や従来からの診療サービスの継続のみに投資資金がとられてしまい、健康増進活動/予防医療サービスや職場研修などへの投資資金は不足しているのが実状である(JIFM, 2000)。

2.5 ルサカ市における公衆衛生分野の状況

2.5.1 ルサカ市の概況

2.11. ルサカ市 (Lusaka District) は行政区分ではルサカ州 (Lusaka Province) の 1 郡で、ザンビア共和国の中心部に位置し、同国の首都である。1 年は気候的に暑くて乾いた季節(8 月から 10 月)、暑くて雨の多い季節(11 月から 4 月)、そして寒くて風の多い季節(5 月から 7 月)の 3 つに分かれている。同郡は、平面積 360 km² に全国の 10.7% に相当する 1,102,413 人が居住しており(CSO, 2001)、人口密度は 1 km² あたり 3,065 人と極度

³ 現在都市部では、水道普及率は 88%、衛生施設普及率は 99% であるが、農村部ではそれぞれ 48% と 64% に過ぎないという報告がある。

に高い（全国平均は 13.7 人）。WHO の推定（2000 年）では、ルサカの人口のうち 19% が未計画居住区に住んでいるといわれているが、未計画居住区の人口に関して信頼できる統計は少ない。2000 年の年間平均人口増加率は 3.8%⁴（前年比）と、1980-1990 年間平均（3.6%）より多少大きくなっている（CSO, 2001; JICA, 2001）。

2.5.2 ルサカ市の疾病構造

2.12. ルサカ市に居住する 5 歳未満の子供の健康水準に関連するデータを表 2.2、2.3、2.4、2.5 に示す。全国平均と同様の疾病構造が見られる。優先的な課題として、マラリア、急性呼吸器感染症、下痢症、肺炎、消化器官の寄生虫、栄養不良、及びワクチンによる予防が可能なはしかなどである。質の悪い水や衛生環境に罹患の原因があると考えられ、予防・健康増進活動によって、何らかの対応が可能であると考えられる。

表 2.2 ルサカ市における 5 歳未満の子供の罹病率トップ 10

No.	1999			2000			2001 June		
	Causes	Cases	Incid.	Causes	Cases	Incid.	Causes	Cases	Incid.
1	Malaria	65,944	218.1	Malaria	80,982	252.0	Malaria	84,318	246.8
2	RTI	66,385	134.7	RTI	52,901	164.6	RTI	51,968	152.1
3	Diarrhoea (non-bloody)	38,849	128.5	Diarrhoea (non-bloody)	50,121	156.0	Diarrhoea (non-bloody)	44,565	130.5
4	Pneumonia	15,528	51.4	Pneumonia	21,963	68.3	Pneumonia	28,216	82.6
5	Skin Infection	10,456	34.6	Intest. Worms	16,170	50.3	Skin Infection	15,268	44.7
6	Intest. Worms	10,206	33.8	Skin Infection	14,790	46.0	Intest. Worms	15,069	44.1
7	Trauma	5,332	17.6	ENT diseases	13,719	42.7	ENT diseases	11,525	33.7
8	Skin Diseases	3,915	13.0	Eye Infections	10,968	34.1	Trauma	6,417	18.8
9	Anaemia	3,770	12.3	Trauma	10,006	31.1	Anaemia	5,861	17.2
10	ENT diseases	2,808		PEM	5,968	18.6	PEM	4,878	14.3

Source: LDHMT data (2001)

表 2.3 ルサカ市における 5 歳未満の子供の死因トップ 10

No.	1999			2000			2001 June		
	Causes	Death	CFR	Causes	Death	CFR	Causes	Death	CFR
1	Malaria	31	11.1	Pneumonia	23	16.1	Malaria	31	12
2	Pneumonia	30	24.4	Malaria	17	4.7	Pneumonia	24	15.6
3	Diarrhoea (non-bloody)	22	53.3	PEM	9	69.1	Diarrhoea (non-bloody)	15	25.2
4	RTI	15	17.3	Anaemia	8	51.6	PEM	5	57.5
5	PEM	3	29.7	AIDS	8	163.3	Meningitis	3	200.0
6	Measles	3	17.5	Diarrhoea (non-bloody)	7	13.9	Diarrhoea w/ dehydration	2	9.2
7	Diarrhoea w/ dehydration	2	14.4	Diarrhoea w/ dehydration	5	35.5	TB (suspect & confirm)	1	32.3
8	Anaemia	1	8.7	Meningitis	3	125.0	Digestive system (non-infectious)	1	250.0
9	Pulmonary (no-infectious)	1	55.6	Pulmonary (no-infectious)	2	62.5	-	-	-
10	Skin infect.	1	142.9	Measles	2	31.3	-	-	-

Source: LDHMT data (2001)

⁴ この数字には性差がある：女性 4.0%、男性 3.6%。

表 2.4 ルサカ市における予防接種及びビタミン A 補給の普及率

Antigen	1999		2000		2001 June	
	Target	Coverage	Target	Coverage	Target	Coverage
BCG	65%	45%	65%	76%	80%	67%
OPV3	68%	56%	68%	78%	75%	88%
DPT3	68%	56%	68%	86%	75%	71%
Measles	62%	44%	62%	59%	70%	51%
Fully immunised (0-11 months)	95%	44%	95%	101%	98%	48%
Vitamin A (6mon-6yr)	80%	94%	90%	69%	70%	89%

Source: LDHMT data (2001)

表 2.5 ルサカ市における 5 歳未満の子供の栄養状況

Indicator	1999		2000		2001 June	
	No.	%	No.	%	No.	%
Total no of children weighed	400,665	13%	421,884	11%	320,778	12%
No children below lower line	52,756		46,307		38,394	

Source: LDHMT data (2001)

2.13. 以上の表から、子供を対象とした保健サービスに改善が必要であることが思料される。2000 年における出生 12 ヶ月未満の乳児の完全予防接種率は 101%となっているが、5 歳未満の子供全体のカバー率は依然低い水準である。また、成長モニタリングプログラムに参加した 5 歳未満の子供のうち、10 人に 1 人は栄養不良であった。

2.14. 以上の表は、HIMS から数値を取っており、サンプル調査によるものでないため、公的保健医療機関に往来のあった人口だけを反映していることを付け加えておく。

2.5.3 ルサカ市の給水及び衛生環境

2.15. 「都市周縁部給水衛生戦略」策定に先立って行われた現状分析は、都市周辺部の給水及び衛生に関するサービス提供について、貧弱で、不適切かつ信頼性の低いものであるとしている。LDHMT の 2002 年度行動計画によると、ルサカ市の全人口のうち 60%が水道にアクセスがあり、40%が浅井戸を利用しているとある。浅井戸の利用は、未計画居住区に良く見られる。ルサカ市の給水を担当しているルサカ上下水道公社は現在 53 の掘孔とカフエ川より水を引いているが、給排水施設の老朽化・維持管理の不備などから水は汚染され、人口増加とも相俟って、水量・水質とも基準・需要を充たしていない状態となっている。

2.16. ルサカ市の全人口中、排泄物及び排水施設の恩恵を受けられるのは 3 分の 1 に過ぎない。未計画居住区の住民はたて堀のトイレ (pit latrines) を、他の世帯と共有していることが多い。換気改良型の VIP トイレ (Ventilated Improved Pit: VIP) も使用されているが、その数は少ない。未計画居住区に見られるたて掘りトイレの多くは簡易的に作られたもので、コンクリートの壁・屋根・汚水浄化槽が無いものである。排水システムは未整備で、排水溝がある所でも維持管理状態が悪く、廃棄物や泥土で詰まっているものが多い。雨季にはたて掘りトイレが溢れることも多く、排水溝が詰まっているところでは、道路上に汚水の水溜りができ、ハエやカなどの病原菌媒介生物の繁殖場と化す。

2.17. 公共の固体廃棄物回収サービスは、商業地区や政府・商業施設などほんの一部に存在するのみである。そのため、サービスが届かない居住区ではゴミの山が道路沿い、市場、空き地など至るところに偏在し、特に人口密度の極めて高い未計画居住区ではそ

の傾向が強い。こういった状況は、害虫・害獣などが繁殖しやすい環境を作り、近隣の住民にコレラやペストなどの疫病の発生というリスクを与えている。

2.5.4 ルサカ市未計画居住地域の社会経済状況

2.18. 未計画居住区の住民の社会経済状況に関するデータは、限られている。

2.19. 前プロジェクトがジョージ、チャワマ、チャイサ地区で実施したベースライン調査（1998年）によれば、未計画居住区に住む成人のうち、3/4(77.2%)にあたる人々は読み書きが出来た。6歳以上の人口のうち、17.4%の住民は教育を受けておらず、56.5%の住民が基礎教育を終了していた。JICAがンゴンベ地区で実施した別の調査によれば、学校を退学する理由には、経済的要因がその殆ど(77%)を占め、家庭の仕事の関係でやめた人間は9%あった。雇用については、7歳以上の住民のうち37.9%が、調査の1ヶ月前に所得もしくは仕事があったとこたえた。職種ではサービス業が圧倒的に多く(47.2%)、次にレンガ工(19.0%)、農業従事(9.0%)と続く。半分以上の人々は1カ月10万クワチャ以下の収入で暮らしていた。その他の地区では、44%が5万クワチャから10万クワチャ、37%が5万クワチャ以下、そして14%が10万クワチャから15万クワチャを1カ月の平均収入としていた。

2.20. 未計画居住区内においても、水道へのアクセス状況は地域・所得レベルによって違いが見られる。バウレニ地区では95%が共同水栓を、4%が個人水栓を利用しているのに対し、チボルヤ地区では共同水栓が31.2%、個人水栓が57%となっている。水道にアクセスのある地域では、水栓への距離的なアクセスはあまり問題ではなく、最大の課題は維持管理、適切な水質/水量の維持、及び使用料の月毎徴収にある。また、水道のない地域や低所得世帯にとって、汚染されていることが多い浅井戸は、料金の必要ない貴重な水源となっている。個人用の水栓として設置された水栓でも、実質共同水栓として使用されていることも多く、維持管理が徹底していないケースがある。ゴミは収集サイトまたは空き地での投棄や庭の堅穴に埋めるやり方が一般的である。殆どの住民はたて掘り式トイレを使用しているが、前述のように屋根がない構造が多い。これは、予算不足もあるとはいえ、屋根の建築材が盗まれたり、破壊行為を受けることに起因する。

2.21. ベースライン調査を実施した3つのサイトでは、37.2%が持ち家に居住していたが、その他は貸家・貸地に頼っていた。ンゴンベ及びチボルヤ地区で実施された別の調査では、半分以上の世帯が土地利用証明か権利証書を保持していたが、30.3%の世帯は貸家か貸地に居住していた。直接観察の結果であるが、これらの住居には適切な換気口・窓が設けられていない場合が多い。全体的に窓を大変小さく作る・塞ぐ・少なくする傾向があり、防犯対策とも窓枠を設置する予算不足とも言われる。未計画居住区の調査では、78.4%がチャコールを燃料として使用しており、屋内で使う家庭も多いという。

2.6 当該国政府の戦略

2.6.1 国家開発計画と保健医療セクター戦略

2.22. ザンビア国は、統一民族独立党政権（UNIP）から多党制民主主義運動（MMD）政権に移行した1999年以降、5ヵ年国家開発計画の策定をしていない。担当省庁が各自作成するセクター別の投資戦略に沿って、国家計画が実行されている。しかしながら、世銀及びUNDPの技術・財政支援を受けて、現在2025年までの長期開発計画(Zambia

Long-Term Development Vision 2025)を作成中であり、完成の折には5年間のセクター別投資計画を包括する全体計画となる予定である。

2.23. 上記の長期開発計画と並び、ザンビア国では2001年の9月に貧困削減戦略パーサー (PRSP) が完成し、給水・保健・HIV/AIDS など本プロジェクトに関連のあるテーマも含まれている。保健医療を扱った章の内容及び優先課題などに関しては、保健医療セクター改革や SWAps で示されたものと殆ど変わらないが、コストシェアリングと利用者コスト負担制度に関する問題に特に重点が置かれ、貧困層と富裕層のギャップを無くすような資源配分が強調されている。

2.6.2 保健医療セクター改革と国家保健戦略計画(2001 - 2005 年)

2.24. ザンビア国では、1992年より保健医療セクター改革が進行しており、現在までに SWAps を含む数々の試行事業が、定期的に改訂される国家保健戦略計画⁵に基づいて実施されている。国家レベルでは、保健省 (MoH) と中央保健総局 (CBoH) が SWAps の実施を担当し、地方レベルでは郡/市保健管理チーム (District Health Management Team) がサービス提供に係わる様々な活動の実施管理責任を負っている⁶。

2.25. ザンビア国の保健医療セクター改革は、二つの理論的枠組みの変革が特徴的である。一つはプロジェクト・プログラムを基本単位とした投資概念から、セクターワイドへの移行である。二つ目は、「キャパシティビルディング」から「サービスの提供」への重点の移行である。ザンビアでは、この改革のもと「基礎的サービスパッケージ」や「バスケット形式」支援など⁷、国際開発支援の世界でも斬新な試みがいち早く導入されている。

2.26. ザンビアの保健セクター改革が目指しているビジョンは、国家保健戦略計画の中でも踏襲されている。即ち、「ザンビアの国民に対し、平等で費用対効果が高く、質も高いヘルスクアを、できるだけ家に近い場所で提供する」ということである。このビジョンを具体化させるために基本となる戦略は、保健セクターの資源と責任を郡/市レベル以下の保健関連組織に委譲してゆくことである。ザンビア国保健セクター改革の根底をなす4つの原理については、Box 2.1 を参照されたい。

Box 2.1: ザンビア国保健セクター改革の根底をなす4つの原理

- 1) リーダーシップ~様々な実務レベルに従事する保健医療スタッフの能力構築をすること
- 2) 説明責任~サービスの質やコミュニティの需要への妥当性を保持すること
- 3) パートナーシップ~保健医療サービスに関わるすべてのアクターと建設的な関係を構築すること
- 4) 経済性重視~保健セクターを支えるために、利用可能な現存資源のより効率的な活用と追加的資源の発掘・確保という2種類の方法を追求すること

2.27. 上記のような政策と戦略に沿い、国家保健戦略的計画は現状を反映するため定期的に改訂される。現在の戦略計画には、以下のような5つの目標が示されている。

1. 保健医療サービスへの平等なアクセス

⁵ 同戦略は1992年に閣議承認された。

⁶ ザンビアの保健セクター改革及び SWAps の詳細については、豊吉専門家の総合報告書 (2001年12月) を参照されたい。

⁷ 現在、バスケットファンドの設置は、郡レベルで実施され、国家レベルでは実施されていない。郡レベルのバスケットファンドの使用状況については、CBoH、MoH、NGOs、ドナー機関などで構成されたヘルスセクター委員会 (Health Sector Committee) によってモニタリングされている。

2. 平均寿命の改善
3. 環境衛生の改善
4. 健康的なライフスタイルの促進
5. 質の高い医療サービスの提供

2.28. 保健セクタープログラム策定調査団(JHAM, 2001)によれば、国家保健戦略計画(2001-2004)のなかで優先されるべき、公衆衛生の分野は、以下の7つとなっている。

1. マラリア
2. HIV/AIDS と性感染症
3. 統合的リプロダクティブヘルス
4. 子供の健康
5. 精神保健と口腔保健
6. 公衆衛生サーベイランスの改善と疫学管理
7. 安全な水と衛生環境の普及活動

2.29. 上記を達成するために、克服すべき課題もある。

- ✓ 不十分なサービスの質を改善すること
- ✓ 限られた財務状況下で事業を実施すること
- ✓ 変化する人口動態・疾病構造から増える需要に対処すること
- ✓ 保健サービスへの不平等なアクセスと利用状況を改善すること

2.6.3 給水・衛生分野に関わる国家レベルの戦略

2.30. ザンビア国政府は、過去の水資源・給水セクター行政に問題があり、そういった問題が制度・法体系的・組織的な欠陥に起因するなどの反省から、1993年の3月に当該セクターの行政改革に着手した。この改革の過程では、諸関連機関で構成されたプログラム調整部(Programme Coordination Unit: PCU)がイニシアティブをとり、エネルギー水資源開発省事務次官が議長を務める。四半期ごとに定例会議が開催され給水・衛生に係わるあらゆる事柄について協議がもたれている。

2.31. 1993年に承認された国家給水政策には、Box 2.2 に示される改革過程の根底に流れる7つの原則が記載されている。また、1998年には、農村部及び都市周縁部における国家給水衛生戦略が発表され、農村部及び都市周縁部における給水・衛生サービスを提供するための組織体制、財政措置及び政策提言のテーマについて整理がなされた。さらに、戦略文書は、地方行政住居省の下に置かれた郡/市レベルの地方自治体は、給水及び衛生サービスの提供に国に代わって責任を持つこととしている。

Box 2.2: The National Water Policy (1993)の根底をなす7つの原則

1. 水資源管理と給水・衛生行政を分掌する
2. 規制取締りと執行機能を分掌する
3. 地方自治体及び民営企業への権限委譲
4. 長期的な投下資本回収原則
5. 組織の効率性向上に資する人資源開発実施
6. より効率的な組織に適正となる技術の適用
7. 政府による当該セクター支出・優先度の増加

2.32. 戦略文書は衛生・保健・給水の分野に係わるセクターが協同関係を構築することを奨励しており、需要に素早く応じられるコミュニティ参加型のアプローチや、施設普及よりも行動変容重視への移行を謳っている。農村部においては、給水・衛生サービス・保健衛生教育をパッケージにした WASHE⁸という概念を事業実施時に適用することを定めている。現在、全 72 郡のうち、WASHE の概念を適用している郡は 65 郡ほどある。

2.6.4 国家学校保健・栄養戦略

2.33. 教育省は、近年になって基礎教育サブセクター投資計画(Basic Education Sub-Sector Investment Programme: BESSIP)のもと、学校保健集中プログラム(FRESH: Focusing Resource on Effective School Health)と呼ばれる包括的な学校保健・栄養プログラムに着手している。

2.34. FRESH プログラムは、以下に示された四つの優先課題を持っている。

- 1 給水・衛生・予防／衛生行動の改善
- 2 ライフスキル・カリキュラム内における保健・栄養教育の提供
- 3 策定された教師のための保健と栄養に関するガイドライン(案)及び栄養／衛生／HIV/AIDS 等の特殊テーマに関する情報の配布
- 4 学校保健に係わる政策の策定

2.35. FRESH プログラムの全国適用に先立ち、そのパイロットプロジェクトが東部地域の 2 郡で実施され、現在その結果を踏まえて他郡にリプリケーションを準備している段階である(今回ルサカ市は対象外)。また、国家学校保健・栄養政策(案)が完成され、関連諸機関に回覧予定がある。さらに、保健・栄養分野の知識をいかにライフスキルのカリキュラムに統合するかを指導した教員用のガイドラインは、印刷・配布を待っている状況である。保健省と教育省は学校保健の分野における協力関係を定義した MoU を結んでおり、中央レベルの取極で保健省の協力内容が定められている。基本的には、教育省のイニシアティブに沿って保健省職員が必要な専門技術を供与するという構図となっている。

2.7 過去・現在の政府その他団体による関連事業

2.7.1 コミュニティベースの保健・衛生活動推進のための関連事業

2.36. ザンビア国では、保健医療セクター改革のもと、過去および現在に至るまで、コミュニティベースの保健・衛生活動推進のための事業が数多く実施されてきている。対外支援の便益も受けて、コミュニティ住民から募った保健・衛生ボランティアが数多く訓練され、現在コミュニティの保健衛生向上のために活動を行っているボランティアが存在する⁹。保健ボランティアには色々な種類があり、代表的なものだけでも栄養普

⁸ ウォッシュエ(WASHE)とは、コミュニティレベルに焦点をあてた給水・衛生サービス提供の枠組みである。ウォッシュエが適用された地域では、水と衛生施設サービスの供給機能が、郡ウォッシュエ委員会(D-WASHE committee)などのコミュニティの住民組織に移譲され、その企画・事業実施・運営管理・モニタリングに至る過程を扱う。

⁹ 但し、コミュニティの保健ボランティアとしてCBoHが正式に認証し、行政からの支援・管理を提供している対象は、現在のところCHWとTBAに限られている。またCHWに与えられた役割は農村部と都心部で区別されており、農村部ではCHWに対してドラッグ・キット(救急箱)

及員(NP: Nutrition Promoters)、子供の健康普及員(CHPs: Child Health Promoters)、伝統的助産婦(TBAs: Traditional Birth Attendants)、コミュニティ衛生員(CSWs: Community Sanitary Workers)、ピアエデュケーター(PEs: Peer Educators)、コミュニティ家族計画普及員(CPs: Community-Based [family planning] Promoters)、コミュニティヘルス普及員(CHPs: Community Health Promoters)、コミュニティヘルスワーカー(CHWs: Community Health Workers)などがある。1993年に施行となったHealth Actでは、ゾーン単位もしくはヘルスセンター単位で配置された地区保健委員会(NHCs)が、ヘルスセンターの指導を受けて、これらの保健ボランティアの活動を調整することになっている。

2.37. これらの保健ボランティアが保健セクター改革で意図した形と基準でコミュニティの需要を充たしているかどうか、また地区保健委員会やコミュニティの住民組織(CBOs)が機能しているかどうかは、コミュニティ毎に状況が違っている。そのため、特に本プロジェクトの事業活動実施の際には、こういった既存の行動体がどのような機能を持ち、実質的な活動をしているかを把握した上で、既存の構造をいかに利用してコミュニティにおける保健衛生サービスを提供するかを考察・判断することが重要である。

2.38. UNICEFは、乳幼児と子供達の福祉のための活動を、ザンビア国/UNICEF国別プログラムを通じて支援してきた。前期国別プログラム(1997~2001年)の傘下にあるプライマリーヘルスケア・栄養サブプログラム、ウォッシュエ(WASHE)サブプログラムの下で様々な組織・能力強化支援が実施された。前者の下では、a) 保健セクター改革支援、b) 子供の保健、c) 栄養、d) 母親と思春期の青年のための保健の4つのプロジェクトがあり、特に子供の保健プロジェクトでは50郡/市においてマラリア対策事業を支援し、ITN普及、マラリア監視サイト(sentinel sites)の設置、クロロキン(Chloroquine)からコアーテム(Coartem)への移行、そしてITNの非課税措置などの功績を上げた。HIV/AIDSに関しては、中央レベルで設置された4つのテクニカルワーキンググループへの支援、ルサカ市を含む3郡/市におけるMTCT予防プログラムへの支援、北西州、ルサカ州、中央州、南部州におけるHIV/AIDS教育への支援を展開した。栄養プロジェクトでは、ビタミンAの供与、母乳代替製品販売制度や食品添加方法に関する法制化支援、8郡/市における(施設内で行うものも含んだ)子供の成長モニタリング支援などを実施した。

2.39. 後者のウォッシュエサブプログラムでは、給水・衛生施設・衛生教育を組み合わせたプログラムを実施する上での組織体制作りを農村部で支援している他、コミュニティでのウォッシュエプロジェクトを直接支援している。中央レベルでは地方行政居住省とCBoHがウォッシュエプログラムの共同実施を州・郡レベルでより効率的にすることが目標の一つである。コミュニティでのウォッシュエでは、HIV/AIDS問題の統合とマラリア・下痢症などの病気の減少が焦点となっており、15郡を対象に学校(320学校)と村(1,000村)の双方からウォッシュエプログラムを普及させた。当プログラムでは学校保健が大きなコンポーネントで、前プログラム下において、ライフスキルのカリキュラム・教材(グレード1-4および6-7用)の中にHIV/AIDS問題を統合し、3州にわたり教師90人を訓練した。また、約1,000世帯のトイレ建設が支援された。

2.40. 新期国別プログラム(2002~2006年)下のプライマリーヘルスケア・栄養サブプログラムでは、農村部と都市周縁部に焦点をあて、a) IMCIサービスの改善、b) コミュニ

が配布され、ヘルスセンターの下のヘルス・ポストにて簡単な治療活動を行っている。都市・都市周縁部では治療活動は実施せず、ヘルス・ポストも予算上設置されない場合が多い。

ニティによるマラリア予防活動、c) コミュニティによる子供の成長モニタリング活動、d) 予防接種、e) 優良な乳児の食事法普及活動、f) 微量栄養素の供給、g) HIV 母子感染予防と若者向け／基礎的出産サービスの整備などを支援する。ウォッシュサブプログラムは、学校保健衛生活動と、コミュニティでのウォッシュの2本立てで実施し、環境衛生の改善と子供の養育法普及を通じた乳幼児死亡率の削減を目指す。ウォッシュサブプログラムは東部及び南部州にある13郡を対象としている。

2.41. *USAID* は、ザンビア国を優先的支援国の1つに指定しており、保健医療セクター改革の趣旨に沿って、他の2プログラムに加えて子供の生存プログラムを支援している。過去のプログラム (BASICS) では、IMCI パッケージの導入と定着に多大なる貢献をしている。2002年度には、総額21.6百万米ドルを a) HIV/AIDS 予防・治療サービスの拡充、b) コミュニティによる持続可能な孤児問題対処法、c) マラリア予防・治療、d) ビタミンA 欠乏症の削減、e) 予防接種サービス、f) 下痢疾患の予防・治療、g) その他の小児保健活動に割り当てる予定である。

2.42. 中でも、*ザンビア包括的保健プログラム(Zambian Integrated Health Program: ZIHP)* では、中央保健総局(CBoH)を通じて保健医療セクター改革の過程を支援している。事業実施についても、全国12郡/市¹⁰を対象に地区保健委員会 (NHC: Neighbourhood Health Committees) や現地NGOsの組織・能力強化や、コミュニティにおける参加型の保健活動事業を支援している。ZIHPのプログラムは、選択的なサイトにおける事業実施で得た知見や教訓を、全国展開できるパッケージとしてまとめる事を当初から意図している。また、各種リサーチを実施しプログラムに効果的に利用しており、現在リサーチの結果も踏まえ、またJICAルサカ市プライマリーヘルスケアプロジェクトを含む他組織による経験も総合して、NFNCと共同で子供の栄養関連のIEC教材・マテリアルを作成中である。子供の栄養改善に関する具体的な成果品の例として、CHWの訓練教官のためのカリキュラム・訓練ガイド¹¹やCHW用リファレル・フォーム、栄養カウンセリング用のカード、栄養不良児の母親用に配布する「子供の体重目標カード」等があり、現在最大11言語版を印刷中である。また、ザンビアのNGOの能力強化を図るため、ZIHPの役割は全体の技術的助言とプログラムの全体管理に限定し、中央・郡/市レベルの事業運営に関しては、複数の事業実施型NGO (Implementing NGOs) および技術的助言型NGO (Technical Support NGOs) と提携して行っている。

2.43. *CARE International* は、ザンビア国において多セクターにわたるプロジェクトを実施しており、2002年2月現在、その数は18に及ぶ。子供の健康や環境衛生分野の支援活動も多く、カナダ国際開発庁やDfIDの支援を受けている。1994～97年に実施された*PUSH-II* (Project Urban Self-Help 1994-97) においては、ルサカ市とリビングストーン市の都市周縁部を対象とし、最貧層の女性2,000人を巻き込んだ総合的なコミュニティ改善事業の中で、インフラ改善、訓練、貯金・小規模融資活動などを実施した。また、チパタ地区及びジョージ地区において其々4万4,000人、4万人を対象とした大規模プロジェクトを実施した。これは、住民組織による給水施設管理・運営に対する支援が中心で、住民組織 (ABOs: Area-Based Organisations)、特に地方行政居住省 (MLGH: Ministry of Local Government and Housing) とルサカ市役所 (LCC: Lusaka City Council) の系統で設立された地区開発委員会 (RDC: Resident Development Committee) の設立及び能力強

¹⁰ ZIHPのプログラム対象サイトは農村部と都市周縁部両方がある (Kalomo, Livingstone, Kabwe, Ndola, Kitwe, Chibombo, Kasama, Mwenze, Samfya, Chipata, Lundazi, Chama の12郡/市)。

¹¹ “Facilitator’s Guide for Trainers of Community Health Worker,” ZIHP/CBoH, April 2000, Lusaka.

化支援に多くの尽力が為された。

2.44. *CARE PROSPECT* (Programme of Support for Poverty Elimination and Community Transformation) は PUSH-II の経験を踏まえ、組織のキャパシティビルディング、インフラ施設改善、訓練・マイクロファイナンスの3本立てで活動を行っている。貧困緩和が最終的な目標であるが、具体的な活動には給水施設建設/リハビリ・維持管理、保健活動・衛生教育・トイレ/排水溝建設・ゴミ収集などが含まれる。教育・保健施設などの建設もしくは女性組織のための教育プログラムのコンポーネントも含まれる予定である。プロジェクトの狙いはそういった問題を扱うためのコミュニティ組織、特に地区開発委員会の能力強化で、地方行政居住省およびリビングストーン市役所およびルサカ市役所をカウンターパートとしている。ルサカ市内では14地区、約60万人を対象として活動を展開している¹²。

2.45. また、ジョージ開発福祉支援プロジェクト (George Community Empowerment Project: *GCEP*) では、JICA の支援を受けて、日本の無償で建設された給水施設の維持管理や衛生教育に特化してコミュニティ組織の強化支援を実施している。

2.46. モヨ・ワ・バナと呼ばれる乳幼児の死亡率削減プロジェクトプロジェクト (*Moyo wa Bana*) では、コミュニティで選ばれた保健ボランティアの症例判断に関する訓練、郡/市保健管理チームやヘルスセンターのスタッフに対する(過去に作成された IMCI マニュアルに沿った) ケスマネージメント訓練やそのための教官養成、組織強化支援を実施している。また、ルサカ市を対象とした C3 フランド (City Community Challenge Fund) プロジェクトでは、コミュニティ組織が参画した様々な小規模事業への支援基金をルサカ市役所内に設置している。ケアは他の NGO とも協力関係を構築しており、Family Health Trust in Zambia や ZHIP とは、SCOPE OVC (Strengthening Community Partnerships for the Empowerment of Orphans and Vulnerable Children)、ZIHP-COMM (ZIHP Communications and Community Partnership)、ZHIPSERVE (ZIHP Service Delivery and NGO Strengthening)などのプロジェクトを共同実施している。

2.47. *JICA* ルサカ市プライマリーヘルスケアプロジェクト(1997-2002)では、LDHMT をカウンターパートに、ルサカ市の保健医療サービスを改善するため、予防・健康増進、治療面を広く支援した。

2.7.2 給水・衛生施設建設事業

2.48. 都市部の給水・衛生施設については、過去・現在とも多くのドナー支援が享受された。アフリカ開発銀行(AfDB)は、ルサカ市内の給排水・衛生施設に対する資金供与を実施した。世銀は国際開発協会 (IDA) を通じて、ルサカ市内の未計画居住区を含む9地区の上下水道改善のためのURWSPプロジェクト (Urban restructuring Water Supply Project) に対し、3,000万米ドルのローンを提供した。日本は無償スキームより1,280百万円を投じて未計画居住区の給水事業を選択された地区において実施し、今後も給水事業を他地域に広げてゆく可能性がある。

¹² ケアがプロジェクトを実施している未計画居住地区は、チャイサ(Chaisa)、チャザンガ(Chazanga)、チボルヤ(Chibolya)、チパタ(Chipata)、チューンガ(Chuunga)、ジョージ (George)、ジャック(Jack)、ジョンリアン(John Liang)、カバナナ(Kabanana)、カニヤマ(Kanyama)、マンデブ(Mandevu)、マテロ(Matero)、ムテンデレ(Mtendere)及びフォーストーン・マロタ(4 Stones: Malota)である。

2.7.3 LDHMT レベルで連携のある各種関連事業

2.49. ルサカ市レベルにおいても、NGO・住民組織・他省庁の組織など多様なパートナーが様々な小規模事業を展開しており、事業の種類も研究、訓練、アドボカシー、サービス提供など多岐にわたる。研究事業には、HIV/AIDS 関連が多くを占め、訓練・アドボカシー・サービス提供事業の実施は概してコミュニティベースの活動が多い。以下の表に、連携団体、対象サイト、事業内容を示す。

表 2.6 LDHMT と協働する関係者、保健サービス提供者、政府部署

No	Organisation	Area of Focus	Activities
1	Lusaka City Council	DHO All Health Centres	Public Health for the City (Prevention and Control of Diseases and Epidemics)
2	Arrakan Barracks - Under the Zambia Army	Army Health Facilities	Prevention and Control of Cholera
3	Prisons	Prisons	Control of Epidemics
4	National Malaria Control Centre	All Health Centres	Malaria Control Programme
5	Ministry of Community Development and Social Welfare	Railway, Kamwala	Provision of food supplements Street Kids Health Programme
6	Resident Development Committees	All Health Centres	Developmental projects Promotion of cleanliness in markets and residential areas.
7	Neighbourhood Health Committees	All Health Centres	Health Education. Health Promotion. Identification of Health Problems.
8	Schools (MoE)	All Schools Health	Talks on personal hygiene, oral health check-ups, general physical screening, environmental health, HIV/AIDS awareness and prevention.
9	Bwefwano Home Based Care	Chipata Health Centre	Care of the terminally ill. home-based care activities. training of health care providers
10	Chelstone community-based Tuberculosis Organisation (CBTO)	Chelstone	Care of TB Patients - DOTS. Follow up of the defaulters. Training of Care givers. Home-based Care for TB/HIV/AIDS. Provision of Laboratory Safety Cabinets. Integrated management of TB/HIV/AIDS.
11	Churches (Catholic Archdiocese)	Kanyama, Bauleni, Chawama and Chipata	Care of the terminally ill
12	CHW/TBA	All Health Centres	Health Education and Promotion. Deliver uncomplicated deliveries. Timely referrals. Home-based care
13	Peer Educators (Youth, Adults)	All Health Centres	IEC. Distribution of condoms
14	Area Councillors, MPs, and other political leaders	All Health Centres	Advocacy. Resource mobilisation. Decision-making.
15	TICO	All Health Centres	Prevention and Control of Cholera. Provision of portable X-ray & Transport services
16	Lions Club	Railway, Chanda	Construction of Maternity Department
17	Ladies Circle Number One	Mandevu HC	Construction of TB shelter.
18	UNZA School of Medicine & Post Basic School of Nursing	All Health Centres	Consultancy, research and student attachments.
19	University Teaching Hospital	All Health Centres	Receives referred patients. Provision of Technical support. Nursing student attachments.

No	Organisation	Area of Focus	Activities
20	Chainama Hills College and Hospital	All Health Centres	Certificate Training in Public Health. Technical support.
21	Kara Counselling Trust	Matero Reference, Chawama, Kamwala, Mtendere, Chelstone	Training Health Workers in Counselling. Voluntary counselling and testing sites.
22	University of Alabama at Birmingham USA/Centers for Infection Control	Chawama, George, Matero Reference, Kalingalinga, Kanyama, Chelstone, Mtendere	VCT, PMTCT, Programs and HIV research interventions.
23	London School of Hygiene and Tropical Medicine	Mtendere, Matero Reference, Kalingalinga	Collaborative research on TB and HIV
24	CMAZ	All Health Centres	Training Health Workers in Post Abortion Care. Collaborative meetings with DHMT.
25	Zambart/Pro-test	Chawama, Chipata, Matero Reference	INH prophylaxis for HIV positive asymptomatic patients, screening and treating of STIs. Integration of Programme with MTCT, collaborative research
26	UNICEF	All Health Centres	RPR testing. Mother Support groups (Breast feeding and nutrition). Youth friendly activities training of Health Workers, Peer Educator and the Community.
27	Mother Teresa's Home	Mtendere	Clinical care. Nutrition.
28	SFH	All Health Centres	FP. Water purification through provision of chlorine for revolving funds. Promoters of Budiza, provision of ITNs for revolving fund.
29	Linkages	Mtendere	Promotion of VCT, Pre- and Post-test counselling.
30	Zambia Counselling Unit	Mtendere, Matero Reference., Chawama	Promotion of VCT, Pre- and Post-test counselling.
31	Institute of Child Health, University College of London	Chilenje	Collaborative research
32	Center for Disease Control	Chilenje, Chelston, Matero Reference, Chawama	Surveillance of infectious diseases
33	Central Statistical Office	Catchment populations of selected HCs	Demographic and Health Survey
34	Environmental Council of Zambia	DHMT	Malaria control, promotion of safe environment
35	National AIDS Council	DHMT	STI/AIDS Activities
36	University of Colombia - Zambia Exclusive Breast-feeding, Boston University	Chawama & George	Nutrition and breast feeding
37	National Institute of Health/ U.S. Government	George, Chawama, Matero Reference, Kanyama, Kalingalinga Clinic	Construction of counselling and consultation rooms. Construction of Central Lab and upgrading of District Lab Technicians. Research Interventions.
38	Institute of Child Health, University College of London	Kanyama, Matero Reference, Kalingalinga	Research - Antibiotics to Reduce Choriomnionitis-related Prenatal HIV transmission.

No	Organisation	Area of Focus	Activities
39	Elizabeth Claser Paediatric AIDS Foundation, DHMT	Mtendere, Chelston, Matero Reference, Kanyama, Kalingalinga	Training of midwives in VCT. Administration of Nevirapine.
40	Fogarty International, UTH, DHMT	Matero Reference, UTH	Midwives ToT training, Midwives training
41	UAB, Bill and Melinda Foundation, DHMT, UTH	Lusaka	Detailed assessment of necessary data elements and functional requirements of an electronic perinatal medical record system. Electronic Perinatal Record System to be improved.
42	National Institute of Health/ U.S. Government	UTH, All Health Centres	HIV Therapeutic Research.
43	UNICEF	UTH, Chipata	PMTCT. Provision of AZT and formula. Controlled cohort.
44	UAB/USA, National Institute of Health	Matero Reference, Kanyama, UTH	VCT for couples in Prenatal Settings, PMTCT, Programs and HIV research interventions.
45	Boston University, Columbia University, University of Alabama at Birmingham, National Institute of Health/USA	Chawama, George, UTH	Research on likelihood of Post Natal MTCT through Exclusive Breast Feeding Program, on the magnitude of increase in non-HIV related under 2 year mortality attributable to cessation of breastfeeding at 4 months; development of culturally acceptable and sustainable breast feeding community education program based on the above research result
46	---	Chilenje Health Centre and UTH	KAP of infant feeding among mothers and fathers, measurement in Zambia 9-month-old infants and relate to infant feeding practices

Source: LDHMT Action Plan for the Year, 2002.

3. 保健分野の開発課題とその現状

第3章では、まず国全体およびルサカ市の保健医療システム体系について述べる。問題分析では、**子供の高罹病率・死亡率**をプロジェクトが解決すべき中心問題としている。家庭・コミュニティ、ヘルスセンター、LDHMTそれぞれのレベルで、中心問題を引き起こしている原因が特定されている。家庭・コミュニティレベルでは、子供の健康に悪影響を与えている5つの要素（栄養不良、遅い疾病認識、劣悪な環境衛生、劣悪な子供の養育、HIV/AIDS）がある。これらの要素は、はしか、下痢、マラリア、急性呼吸器感染症という子供の病気蔓延の原因となっている。このような広がりにもかかわらず、ヘルスセンターは、病気を適切に治療することができない。LDHMTは、コミュニティの保健活動を支援するのに困難がある。

3.1 ルサカ市保健セクター組織・制度体系

3.1. このセクションでは、ルサカ市の保健医療サービス体系、特に（1）保健医療サービスシステムの一般的な制度体系、（2）ルサカ市保健管理チーム（LDHMT）について述べる。

3.1.1 保健医療サービスの組織・制度体系

3.2. 保健医療サービスの構造は、2つの平行した構造によって特徴づけられる。1つは、国民代表組織（地区保健委員会、ヘルスセンター委員会、郡/市保健理事会、病院理事会）、もう1つは、技術専門組織（郡/市保健管理チーム、病院管理チーム、保健省/中央保健総局）である。

表 3.1 保健施設・組織の種類・機能

Type	Function
Health post	One health post is established per 500 households/3,500 people in rural areas and 1,000 households/7,000 people in urban areas to cater the service of health post package of care and outreach activities.
Health centre	The health centres in urban areas cater its service for a catchment population of 30,000-50,000. In rural areas, a population of 10,000 or an area of 29 kilometre radius is covered by a health centre. The services of health centre include normal delivery, basic inpatient services in addition to the predetermined package of care.
District/First level referral hospitals	The institution is the first level referral of care with outpatient and inpatient services with the specialities of surgery/obstetrics, medicine/paediatrics, basic laboratory/X-ray, serving a population of 80,000-200,000.
Second level referral service (General hospital)	The hospital is a service provider of OPD, internal medicine, general surgery, gynaecology/obstetrics, dental, psychiatry, paediatrics, expanded laboratory/X-ray, and training of medical staff, with a catchment area of 200-800,000 population.
Third level referral service (Central hospital)	Central hospital is the third level referral of care with specialised medical care and teaching hospitals, serving a catchment population of 800,000 or above. The services include OPD, general surgery, gynaecology/obstetrics, internal medicine, paediatrics, ICU, laboratory and X-ray department, research department, and training of medial staff.
Ministry of Health/Central Board of Health	Ministry of Health is mainly responsible for policy guidance and strategic planning. Central Board of Health, on the other hand, translates and implements the government's health policies.

Source: Joint Identification and Formulation Mission for Zambia (2000)

3.1.2 ルサカ市保健管理チーム

3.3. LDHMT は、ルサカ市の保健医療サービスの実施管理に責任を持ち、以下の機能を担っている¹³。

1. ヘルスセンター／第1リファレル病院の管理・技術的支援の提供
2. 同施設に対するリソースの動員・提供
3. 同施設職員に対する訓練の提供
4. NGO、その他組織による活動への指導・調整
5. 市保健情報の分析とフィードバック

3.4. LDHMT は、本部、24ヘルスセンター、ヘルスポスト数ヶ所、その他施設を持つ¹⁴。24のヘルスセンターのうち、4つは第1リファレル施設として機能する予定である¹⁵。大学付属教育病院(UTH)は、第3リファレル機関であるが、ルサカ市に第2リファレル機関がなく、ヘルスセンターの機能も限定的である状況がある。そのため、高額費用が導入されるまでは、ヘルスセンターによってリファレルされる患者に加えて、ヘルスセンターからの紹介なしに直接UTHに来る患者を受け入れていた。

3.5. 職員配置数は、特にヘルスセンターレベルで基準を満たしていない。LDHMT本部の職員数は、基準の80人に対して73人である。ヘルスセンターの総職員数は1,444人であるが、必要人数よりも333人少ない。

3.6. 2002年度のLDHMT収入は、前年度比67.8%増の125億9700万クワチャに達する見込みである。しかし、中央政府補助金の支出は遅れがちであり、承認された予算額に達しない傾向にある。郡/市保健管理チームの資本投資額は、予算総額の10%という上限があるため、LDHMTはヘルスセンター施設の建設・修理への支出に困難を抱えている。

表 3.2 2002 年度 LDHMT 収入・支出見込み

(Unit: ZK million)

Revenue			Expenditure		
Item	Amount	%	Item	Amount	%
Grant	11,614.3	92.2%	Community	289.0	2.3%
User fee	983.3	7.8%	Health centres	8,688	69.0%
			1 st level hospital	2,497	19.8%
			District Health Office	1,124	8.9%
Total	12,597.6	100.0%		12,597.6	100.0%

Source: Lusaka District Health Management Board, Action Plan for the year 2002

3.7. 医薬品購入・調達は、保健医療システムに不可欠である。中央政府レベルの医薬品調達・供給は、必須医薬品供給貯蔵倉庫(EDMSS)によって行われている。医薬品の

¹³ Zambia National Health Strategic Plan 2001-2005 Joint Health (Pre)Appraisal Mission, Final Report. May 2001

¹⁴ LDHMT 組織図、ヘルスセンター一覧については、付属資料 8.9、8.10 を参照されたい。

¹⁵ チェルストーン(Chelstone)、マテロリファレンス(Matero Reference)、カニヤマ(Kanyama)、チレンジェ(Chilenje)が、第1リファラール施設として機能する予定である。

不安定な配給や機材供給の不足のため、LDHMT は、上限の総予算対比 4%を超えて、緊急医薬品・物資支出予算を使わざるを得ない状況にある。

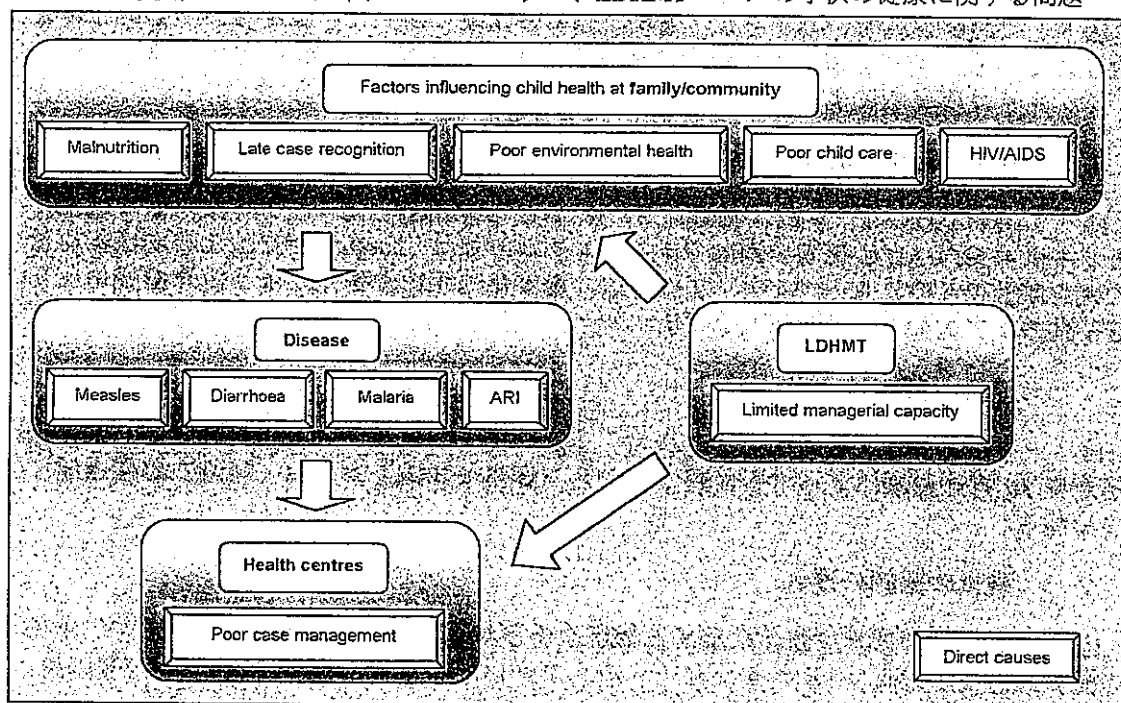
3.2 保健分野の開発課題とその現状

3.8. ここでは、ルサカ市において取り組むべき中心問題をまず特定し、この中心問題の根底にある様々なレベルの原因を議論、分析する。この分析から、プロジェクトが異なる関係者、要因に対応することになるのが想定される¹⁶。

3.2.1 中心問題と原因

3.9. PCM ワークショップの分析により、子供の高い罹病率と死亡率が中心問題とされた。中心問題を招く直接原因の重要度はワークショップでは決められなかったが、関係者および因果関係に注目すると、以下の図のようにまとめられる。

図 3.1 家庭/コミュニティ、ヘルスセンター、LDHMT レベルの子供の健康に関する問題



3.10. 家庭/コミュニティ、ヘルスセンター、LDHMT における要因は相互に関連しており、子供の高い罹病率と死亡率を引き起こしている。家庭/コミュニティレベルでは、栄養不良、疾病認識の遅れ、劣悪な衛生環境、不十分な子供のケア、HIV/AIDS の 5 つの要因が、子供の健康にかなり悪い影響を与えている。これらの要因は、はしか、下痢、マラリア、急性呼吸器感染症の蔓延を招いている。これらの病気の蔓延とそれに伴う高い死亡率にもかかわらず、ヘルスセンターは、様々な事情から適切な治療ができ

¹⁶ このセクションの問題分析は、主に (1) PCM ワークショップと (2) 制度・組織分析ワークショップに基づいている。

ていない。一方、LDHMTは、ルサカ市の保健医療サービスの管理組織であるが、3.2.5で説明される障害のため、保健医療サービスを適切に管理し、コミュニティ保健活動を支援することができていない。

3.2.2 家庭/コミュニティレベルの要因

3.11. 中心問題（子供の罹病率と死亡率）へつながる要因は、さらに様々な側面を持つ要因によって引き起こされている。

栄養不良

1. コンパウンドに蔓延する貧困のため、家庭に十分な食料がない。
2. 知識不足であったり、伝統に縛られているため、子供の養育者が食事を適切に与えていない。

劣悪な水・衛生環境

3.12. 水と衛生環境は、中心問題の直接原因とはされていないが、マラリアや下痢の原因として説明されているように、実際は病気の蔓延に対して、複合的かつ重要な影響を与えている。ルサカ市では、安全な水へのアクセスを持つ住民は60%と推定されている。ルサカ市役所によるごみ回収は、ビジネス街に限定されている。

HIV/AIDSの増加

3.13. HIV/AIDSは、子供の健康に2つの異なる悪影響を持つ。1つは、母子感染による子供のHIV/AIDS患者の増加である。ルサカ市では、2000年度では5歳未満乳幼児の死亡原因の5位になっている。2つ目は、養育者の死亡や病気による孤児増加からくる子供のケア欠如という側面である。

保育の質の悪さ

3.14. 子供のケア・保育の質の悪さは、上記の養育者の死亡、病気だけでなく、知識不足や10代の妊娠によって引き起こされる。貧弱な知識とケアは、病気の認識遅延につながる。

病気の認識の遅れ

3.15. 子供の養育者は健康に関する知識を十分持ち合わせていない。そのため、子供の病気の認識が遅れ、ヘルスセンターへのリファレルの遅れ、高い致死率へとつながる。このような状況は、保健情報提供者（地域保健委員会、CHW）の活動が活発でなかったり、情報源への限られたアクセス、伝統信仰によって引き起こされる。

3.2.3 子供の重要な病気

3.16. 上記の要因は、以下の病気について子供の高い罹病率へとつながる。

マラリア

3.17. LDHMTの保健データにより、マラリアがルサカ市の子供の死亡原因のトップにきていることが分かる。マラリアはいくつかの要因によって引き起こされる。

1. 政府機関の資金の制約、住民参加の不足のため、病原虫コントロールが適切に実施されていない。
2. 資金と住民の貢献が限られているため、排水施設が適切に建設、維持管理されていない。
3. 価格が高いため、もしくは近くで売られていないため、防虫処理済蚊帳の利用率が低い。
4. コンパウンドの劣悪な衛生環境に加え、マラリア患者をきちんと治療していない。クロロキン耐性が急速に進んでいる。
5. 急速な都市化が、無計画な居住区開発につながり、衛生環境の悪化につながっている。
6. 蚊の生息を増やすような気候の変化

はしか

1. コールドチェーンの管理不行届き、予防接種、針、注射器の不安定な供給、コミュニティの重要性の認識不足により、子供がきちんと予防接種を受けていない。2000年度のルサカ市の結核、ポリオ、3種混合ワクチンの接種率は、それぞれ76%、78%、86%であるが、はしかは59%にすぎない。
2. 栄養不良のため、子供の免疫力が悪影響を受けている。
3. 多産、狭い家屋による劣悪な居住環境がさらに子供の免疫を低下させている。

下痢

1. 安全な水を買えない、水処理の方法を知らないといった理由で、コンパウンドの多くの住民が汚染された水を利用している。汚染された水は、特に抵抗力の弱い子供の間で下痢を引き起こしている。
2. 適切なごみ回収・処理の欠如、不適切な病原媒介虫駆除・トイレ環境のため、媒介虫・動物が増加し、水・食べ物を汚染し、下痢の発生へつながっている。

急性呼吸器感染症 (ARI)

- 3.18. 6、7月の寒冷期と8~10月の埃の多い時期は、急性呼吸器感染症が増加する。さらに、栄養不良、狭い家屋とそれに伴う低い免疫力は、この病気の要因となる。

3.2.4 ヘルスセンターレベル

貧弱なケースマネジメント

- 3.19. ヘルスセンターは、コンパウンド住民にとって医療サービスへの入口である。ヘルスセンターによる子供の疾病に関するケースマネジメント能力に悪影響を与えている要因は多い。ヘルスセンター職員のスキル、養育者による症状の説明能力不足、医療器具・医薬品の不足、ヘルスセンターの混雑、統合的な医療サービスの欠如などが要因として挙げられる。

3.2.5 LDHMT レベル

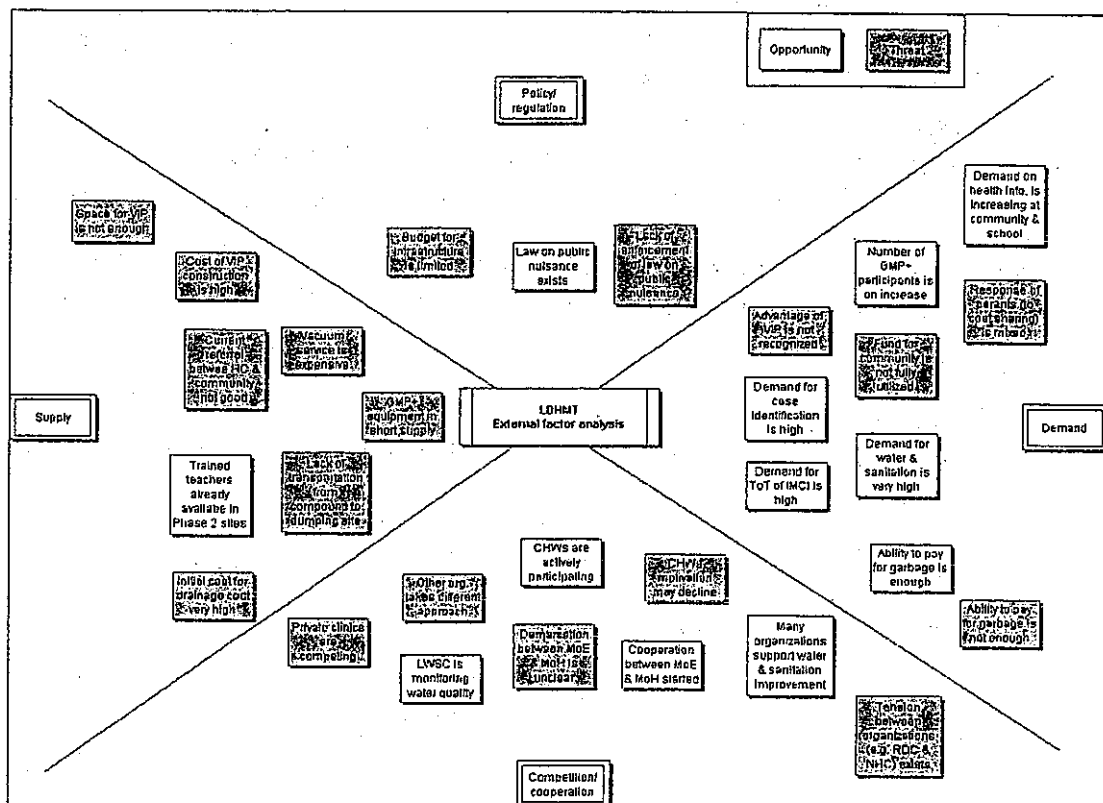
- 3.20. LDHMT の能力と役割については、PCM ワークショップで明確に議論されなかったが、LDHMT 内外の様々な要因をここで議論し、3.2.1 から 3.2.4 で描かれたルサカ

市の保健セクター問題分析を補足する。ここでは、LDHMT 内部の強さ、弱さ、外部環境の機会、脅威を特定する¹⁷。分析結果は、5.2.2 および 5.2.3 で詳述される LDHMT のヘルスセンターおよび住民組織に対する支援能力の強化のための戦略、活動に取り入れられる。

外部要因分析

3.21. 外部環境の要因は、需要、供給、政策/規則、協力/競争の4つの観点に焦点を当て分析されている。

図 3.2 LDHMT 外部要因(機会・脅威)分析



3.22. コミュニティ保健サービスや水・衛生への需要は高く、LDHMT の同分野のサービスは、質が高く効率的であれば、需要が高まるであろう。

3.23. 大きな需要にもかかわらず、LDHMT は、上記のサービスを提供できないかもしれない。これは、水・衛生のようなインフラ整備の責任は、まずルサカ市役所にあるという事実のため、LDHMT のリソース供給・割当は非常に限られたものとなるからである。

3.24. 政策/規則の分野では、公害に関する法律施行が欠けていることが脅威として挙げられている。法律が執行されていないため、LDHMT の努力が妨げられるというリスクがある。LDHMT によると、ルサカ市役所がこの分野の活動を LDHMT に委託する

¹⁷ この部分の分析は、LDHMT 本部職員とのワークショップにおける議論の結果に基づいている。

という提案に関する協議がなされている。

3.25. 関係者との競合／競争については、様相は様々である。仕事量の多さ、仕事への原動力となるはずの認知度の不足やインセンティブの欠如から来るCHWのやる気の低下は、コミュニティ保健活動に対する潜在的脅威と見なされている。

3.26. 教育省は、基礎教育サブセクター投資プログラムの下、学校保健・栄養に関する包括プログラムに着手している。教育省と保健省／中央保健総局の学校保健に関する分担は、基本的に後者がプログラムに対する技術支援をすることとされている。

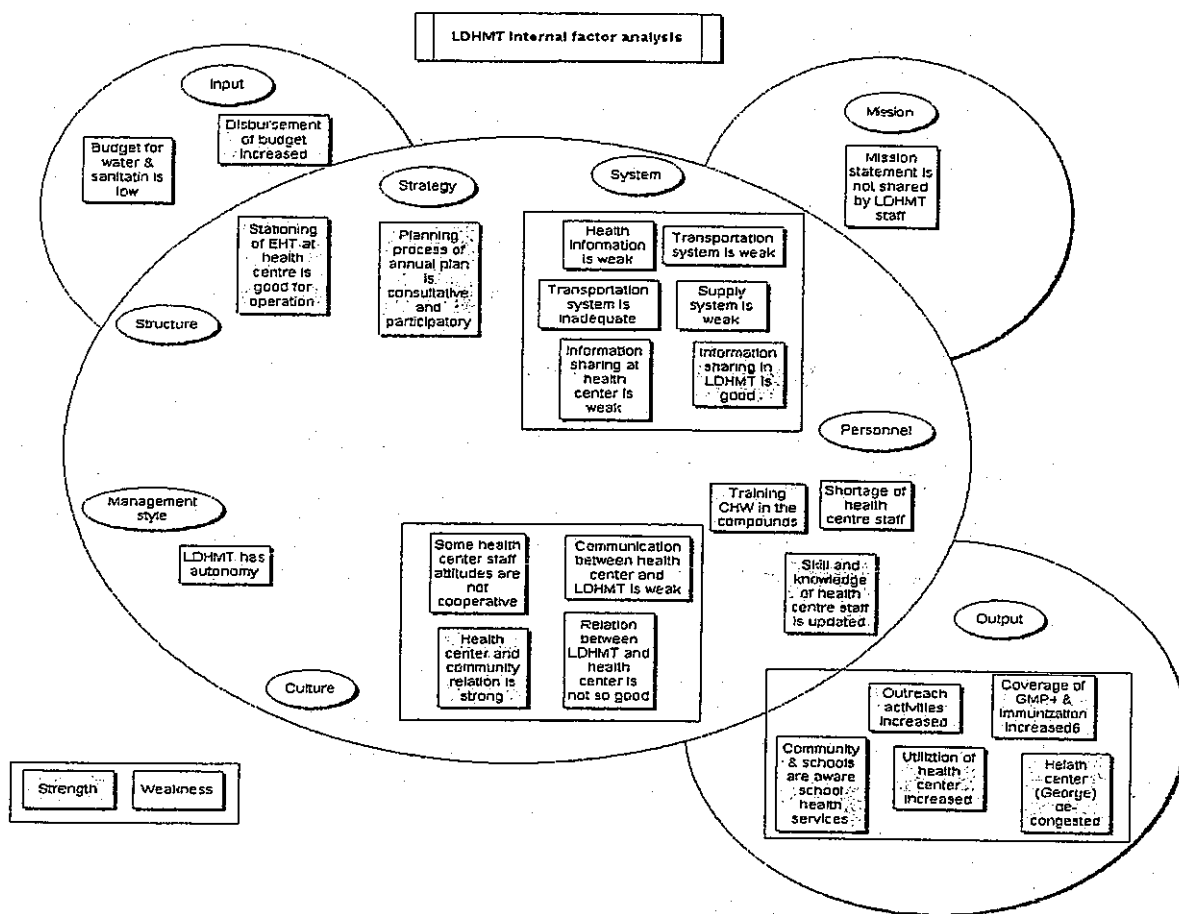
3.27. コンパウンドでコミュニティベースの保健プロジェクトを実施している NGO の中には(例 CARE International)、異なるアプローチを取っているところもある。そのような場合、類似性と相違性を見て対応策を勘案・実施することで潜在リスクを避ける手段をとる必要がある¹⁸。

内部要因分析

3.28. LDHMT 内部の要因はここで分析し、組織の強さ、弱さを評価する。特に、組織にとって重要な要素に焦点を当てる。

¹⁸ この問題の議論については、4.4 特別な配慮を参照せよ。

図 3.3 LDHMT 内部要因(強さ・弱さ)分析



3.29. LDHMT 内部要因の分析は、組織の主要な長所、弱点を提示している。

1. LDHMT・ヘルスセンター間の不十分なコミュニケーションと協力
2. 脆弱なマネジメントシステム（輸送、医薬品・機材供給、保健情報）
3. インフラ投資（例 ヘルスセンター建設・改築）の可能性が低い
4. コミュニティ保健活動の拡大という主要な成果の達成

外部・内部要因分析による結論

3.30. 内部・外部要因の分析から、LDHMT は、その組織内部の弱点(脆弱なマネジメントシステム、ヘルスセンターとのコミュニケーション・協力の不足)にもかかわらず、コミュニティ保健活動に関し大きな成果を達成し、コンパウンドのニーズを満たしていると推測できる。ここで検討されるべき点は、なぜこのようなことが可能になったかということである。コミュニティ保健活動の成果は、LDHMT の強さとして挙げられている強い結びつきやフィールド調査から分かるように、住民組織やヘルスセンターの努力に依存してきたのではないかと推察される。言い換えれば、LDHMT がその能力を強化し、住民組織、ヘルスセンターをより効果的に支援することにより、コミュニティ保健活動を強化する余地は大いにあるということである。

4. プロジェクト戦略

本プロジェクトでは、前述の問題を解決するために、コミュニティレベルでの保健ボランティア (Community Cadres) が基本的な保健サービスを提供するために必要なコミュニティ保健活動実施体制を確立することを目指す。自立発展性と継続可能性のための施策は重要な戦略的テーマとして扱われる。参加型ツールを有効に利用し、そこから発展する参画・参加プロセスを強調する。また、政策策定者、保健行政管理者、保健医療従事者、コミュニティでの保健ボランティア及びサービスの受益者間に有効かつ体系的な関係を構築することにより、参加プロセス及び活動の定着を狙う。

4.1 プロジェクト戦略

4.1.1 プロジェクトの全体戦略

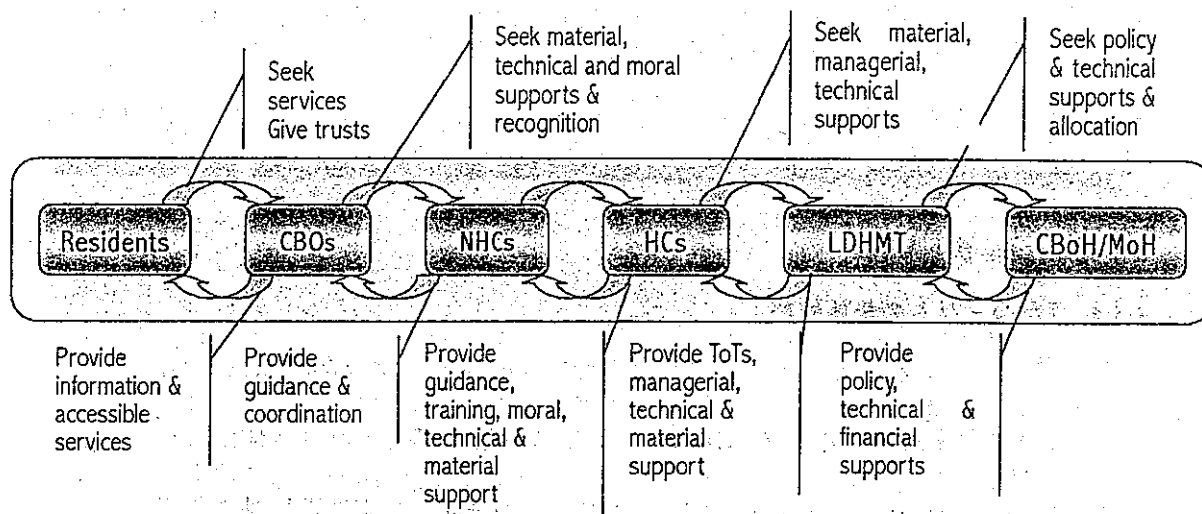
4.1. 本プロジェクトは、コミュニティの住民の知識・能力を高めることによって、5歳未満の乳幼児の悪化する健康状態を改善することを目的としている。このプロジェクトの特徴は、貧困層が集中的に居住している都市周縁部の未計画居住区をその対象サイトとすることである。そのため、本プロジェクトは、貧困層の診療関連支出を抑えるよう、治療・診療分野より疾病を未然に防ぐための予防・健康増進活動に焦点をあてている。

4.2. 難題でもある最重要課題は、コミュニティ住民の代表を訓練し、その活動の立上げ支援、組織化支援をした後に、いかにして彼らの間で保健サービス・情報提供活動へのモチベーションを維持してゆくか、ということである。特に、住民の多様性、高い流動性、低い結束性が特徴である都市周縁部のコミュニティにおいては、組織強化が農村部より難しいことが予想される。

4.3. 前プロジェクトでは、こういった難題を、コミュニティ組織の訓練、ヘルスセンタースタッフの能力強化、及び日本人専門家による地道なフォローアップ活動によって乗り越えてきた。その反面、コミュニティベースでの継続的な保健活動を実施した結果、そのサービスに対する需要が増加し、サービス受益者の期待が高まった。増加した需要と期待に対応すべく、コミュニティの組織（特に CHW）とヘルスセンタースタッフに、重い負担が集中している現状がある。住民組織がこのような需要・期待に引き続き応えてゆくためには、CBoH や LDHMT など保健行政側からの恒常的かつ組織的なサポートが必須である事態となっている。

4.4. 本プロジェクトでは、この課題に立ち向かうために保健関連組織間に有用かつ組織・体系的な「リンク」を創出・定着させることに重点を置く。従来より堅固であったヘルスセンターと住民組織間のリンクだけでなく、下図のようにサービス受益者からサービス提供媒体である住民組織、住民組織を指導監督する NHC や RDC などの地区組織 (ABO: Area-Based Organisations)、ヘルスセンター、そして LDHMT と保健行政の枠組み・政策・制度・投資計画を策定する CBoH/MoH レベルに至るまでの連携が必要である。従って、キャパシティビルディングに関わる活動は、コミュニティレベルの行動体 (Actor) だけでなく、彼等にとって最適な活動環境の創出・維持を支援する行動体も対象とし、其々が適切な役割を果たせるような素地を確立するための支援をする。

図 4.1 プロジェクト戦略: レベル間のリンクを強化



4.1.2 色々なレベルの組織のキャパシティビルディングを支援する

4.5. **コミュニティの住民レベル....** 本プロジェクトでは、コミュニティの参加に重点を置いている。ここで「コミュニティの参加」という語には2種類の意味がある。一つは、コミュニティの成員が訓練され、活動が促進され、コミュニティにおける保健活動の自主管理運営が実施できるように支援することを示す。他方、こういった活動に必要な費用で、保健行政側が経常支出として計上できない額について、出来るだけコミュニティレベルで創出されること、つまりコミュニティによるコストシェアリングという意味も含んでいる。今回の調査では、未計画居住区の住民の間で住環境を改善したいという意識が観察されており、住民の主体的な参加の可能性を示唆している。

4.6. **コミュニティの住民組織レベル....** 本プロジェクトは、CHW 及び NP をはじめとしたコミュニティ住民組織が、引き続き保健衛生教育・住民参加促進・コミュニティにおける簡易サービス提供などの有用な役割を果たせるように技術的・組織的能力の向上を目指す。そのためには、彼等のモチベーションを高め、維持してゆくことが肝要である。従って、本プロジェクトでは、パイロットベースで自立発展性の高い保健衛生分野における所得創出の試みを模索・支援することとする。具体的に起草されているのは、コミュニティの住民組織によって管理運営可能な簡易保健施設の創設とそれを拠点とした所得創出活動を実施し、その余剰資源を住民組織の活動のインセンティブとして還元して行く事業案である¹⁹。このような事業が継続性を持ちかつその活動の質を保持するためには、保健行政側・医療サービス提供組織側からの理解、協力的な姿勢、定期的な運営管理指導をする組織が必要となる。この点に関しては、調整・モニタリングの機関として、NHC や RDC などのコミュニティ住民組織などとの連携・監理運営能力の強化を適宜実施する。

¹⁹ この点に関する詳細は、付属資料 8.8 検討事項：コミュニティ保健施設に関する提案を参照されたい。

4.7. ヘルスセンターレベル..... 上記のようなコミュニティレベルでの活動改善努力はサイトに在するヘルスセンターによるきめの細かい監督、協力的な態度、技術的助言、物資支援などが欠かせない。そのため、担当ヘルスセンタースタッフに対する監督・指導力の強化が必要である。同時に、LDHMTに対する定期的な報告及び交渉術についての強化も、このレベルの役割として重要視される。

4.8. LDHMT レベル..... 各ヘルスセンターが囲まれている担当区域の事業環境は多様であり、標準化されたコミュニティ保健活動の実施体制が難しくまた不適切であることも想定される。また、コミュニティの参加プロセスはともすれば壊れ易く、こういったプロセスに安定性・継続性を確保するためには、事業管理・行政側からの体系的で安定した支援体制を確保することが必須である。従って、LDHMT のレベルでは、幾つかのヘルスセンターを対象サイトとした介入の際に、各々の管轄区域で発現しているプロセスをきめ細かくモニタリング・指導監督し、それぞれの管轄区域の事情に応じた柔軟な技術的、物質的支援を勧誘するなど細心のフォローアップ体制が必要になる。

4.1.3 キャパシティビルディング、フォローアップ支援、自立性強化支援のパッケージ化

4.9. 過去に実施された数々のコミュニティ住民組織能力強化の試みにおいて、その最大の難点は、訓練の結果得られた成果・インパクトの継続性が弱いことであった。その原因は、事業の運営管理者によって訓練後のフォローアップがなされていないとも、単に活動を継続させるだけの資金的・技術的支援の不足とも言われている。カリキュラムの扱う範囲が狭いことや、訓練生が活動を自立的に実施するだけの自信が醸成されなかったなどの反省もある。

4.10. 本プロジェクトでは、このような経験から引出された教訓を吟味した上で、特にコミュニティレベルで事業実施を行うコミュニティ住民組織に対し、自立発展能力形成に至る一連のプロセスのなかの各段階で必要な外部からの技術的支援をパッケージ化し、プロジェクトに統合するアプローチを採る。即ち、

- ① 参加型問題分析・解決手法 (Participatory Planning and Action: PLA ツール) や参加型環境衛生改善手法 (Participatory Hygiene and Sanitation Transformation: PHAST ツール) などのツールを適用した住民組織による参加型のニーズ分析・活動計画策定を導入し、
- ② その過程で策定された行動計画を実行に移す段階で、コミュニティ住民組織に対する初期的な支援を(技術的助言・物資供給等)支えることを通じて、住民組織の自発的活動に対する意識と意欲を醸成し、
- ③ 次段階では、自立発展に必要な組織的能力の強化活動(事業企画/管理・資金確保/管理・民主的リーダーシップ能力)を適時導入する

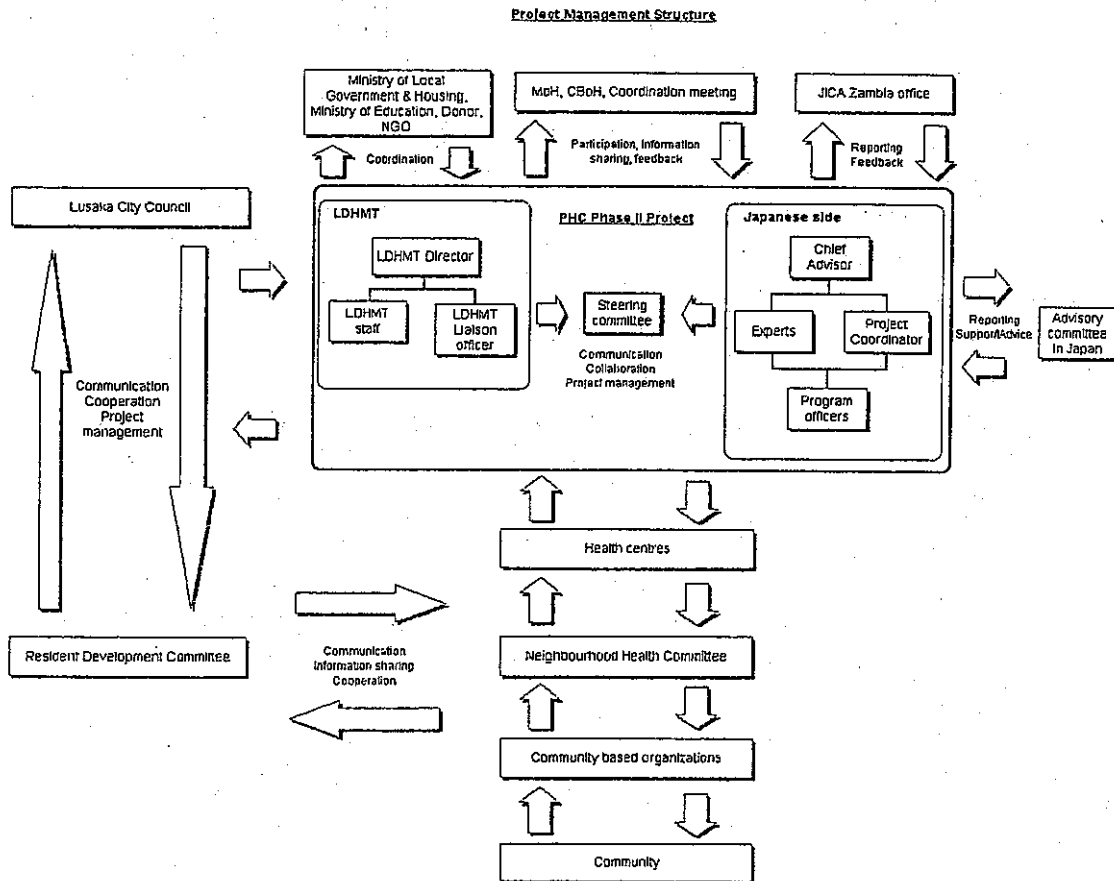
4.11. ヘルスセンターの医療従事者に対しても、上記のようなコミュニティの保健活動を継続的に支援する為の技術と自信を身につけるよう訓練する。勿論、効果的で持続性のあるインセンティブ創出のためのメカニズムを設立することも肝要である。

4.1.4 コミュニティへのエントリーポイントを限定して焦点を定める

4.12. プロジェクト企画のためのPCM ワークショップにおいて、参加者は環境衛生と子供の成長モニタリング活動の組合せを、本プロジェクトの最重要課題と位置付けた。従って、本プロジェクトでは、環境衛生と子供の成長モニタリングというテーマをコミ

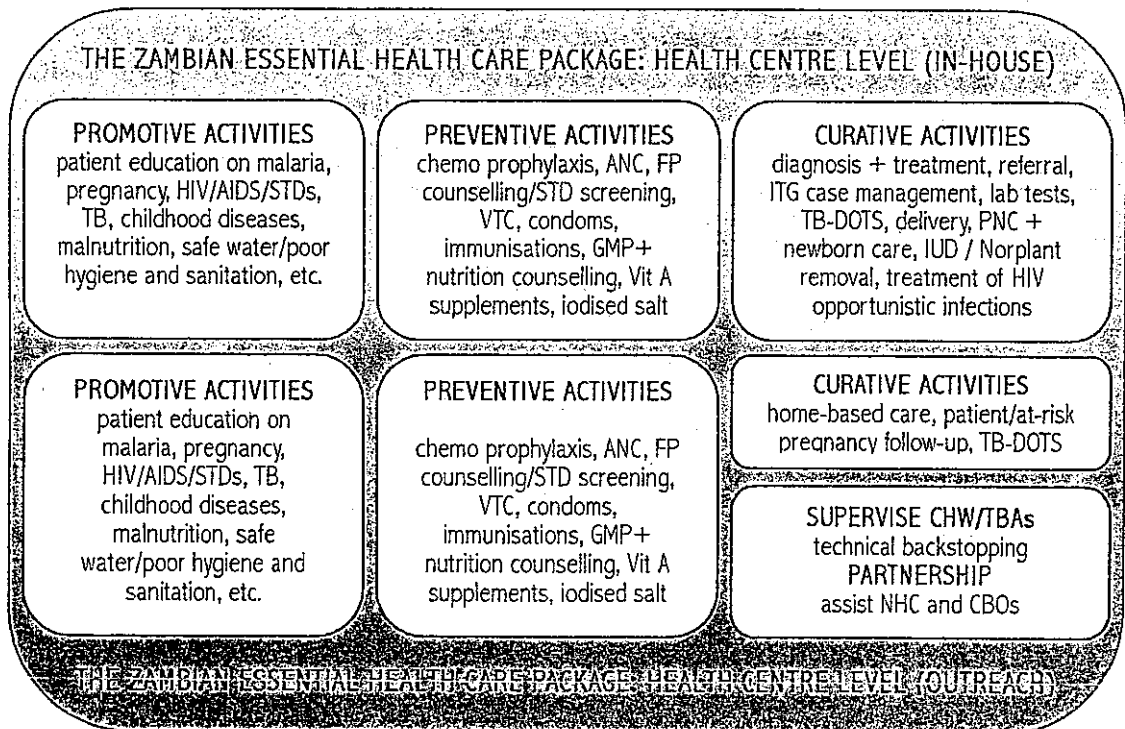
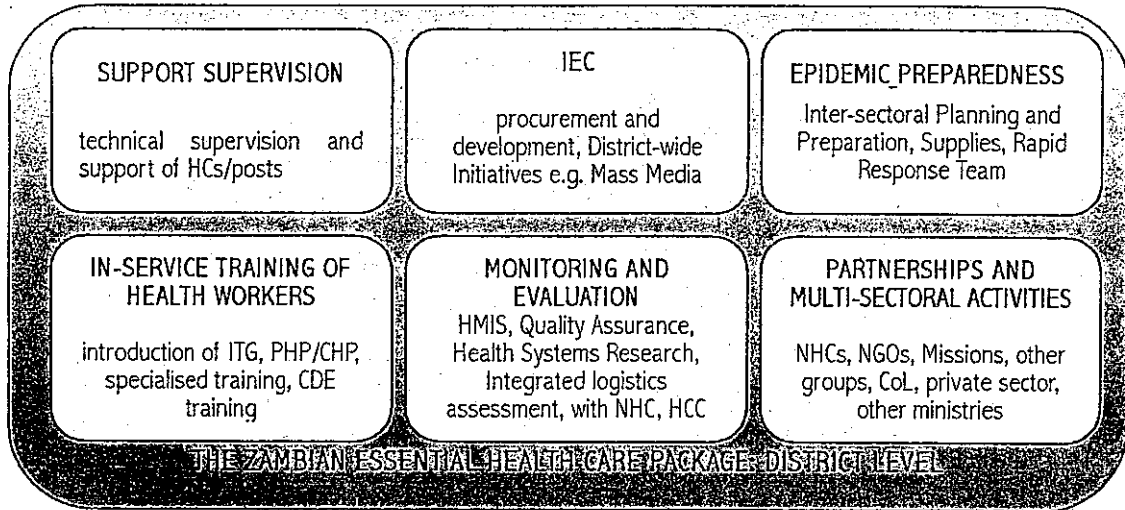
ユニティにおける保健衛生活動のエントリーポイント、もしくはプロジェクト介入の2本柱として扱う。後の調査からも、これらのテーマに関する優先順位が高いことが確認されたと同時に、コミュニティの住民のあいだでこの2テーマに対する強力な需要と関心が観察されており、コミュニティの主体的な参加を促進する誘因となることが期待される。同様に重要視されている IEC 活動に関しては、横断的な課題であると位置付け、プロジェクトの各構成要素に統合してゆくアプローチを採ることとする。

4.2 プロジェクト実施体制を確立する



4.2.1 事業実施機関 (counterpart organisaion) について

4.13. ルサカ市保健管理理事会(LDHMB)は、病院管理理事会(Hospital Management Board)と共に、ルサカ市住民に対してヘルスケアの基礎的パッケージ (LDHMT とヘルスセンターレベルで提供すべきサービスは、以下の図を参照のこと) を提供する責任を負っている。同時に、委員会はプライマリーヘルスケア活動の企画と実施 (健康増進活動や予防医療サービス) も担当している。ルサカ市には委員会の直接指導・監督のもと、24 の公的ヘルスセンターが配置されているが、その中の6ヘルスセンター管轄区域をプロジェクト対象サイトとして選択する。これら医療機関の運営管理及び実際の事業実施を担当しているのが LDHMT である。



4.14. 郡/市レベルで扱われる事業内容の内訳は、1)IEC 活動、2)リプロダクティブヘルス、3)HIV/AIDS と性感染症、4)子供の健康、5)マラリア対策 6)結核対策、7)きれいな水、衛生環境、8)その他のプライマリーヘルスケア活動、9)ヘルスセンタースタッフの訓練、指導監督、サポート、10)他セクターの関連諸機関との協力関係構築などが挙げられる。

4.15. 過去 10 年近くの間実施されてきた保健医療セクター改革を通じて、郡/市レベルへの権限の委譲が進み、郡/市レベルで基本的サービスパッケージの内容の変更に関する決定権も与えられており、基本的には保健省及び中央保健総局の政策・ガイドライン・各種規則・規制に触れなければ、どのような判断も郡/市レベルで決定できるようになっている²⁰。したがって、本プロジェクトの事業実施責任は、LDHMT が負うものとする。

4.2.2 プロジェクトに対する技術的助言と管理運営について

4.16. 日本国内には、プロジェクトの技術的助言及び全体の方向性を検討する委員会が設置され、必要に応じて招集される。プロジェクトがより即時的に政策・技術的助言を必要とする際には、そのような事項を検討するのに適切なザンビア国内のフォーラムにその助言を求めることも可能である（詳細については 4.2.3 参照）。また、適切であれば、JICA ザンビア事務所を通じてザンビア国保健省内に籍をおく日本人の政策アドバイザーの支援を受けることも検討できることとする。

4.17. 本プロジェクトの事業実施の過程で浮上する様々な検討事項に関しては、4 半期ごとに定期会議を実施するプロジェクト運営委員会が運営指導を行う。運営委員会の成員は、PO に記載された実施管理責任者が入るのが望ましく、これにプロジェクトのチーフアドバイザー及びプロジェクトスタッフが適宜参加するものとする。また、LDHMT は定期的なマネージメントミーティングを持っており、LDHMT が実施するその他のプロジェクトや業務との調整及び協力を促進するためにも、本プロジェクトの運営管理に関わる日々の検討事項は、この LDHMT のマネージメントミーティングに JICA のプロジェクトスタッフが参加した場で協議を持つことを提案する。

4.18. 財務監理に関しては、プロジェクト調整員が LDHMT の総務関係者と協同して執務に当たることが望ましい。コストシェアリングなど、共同出資等の方法を模索する意味でも、両者の綿密かつ慎重な協議のもと、実施することとする。

4.2.3 関連諸機関との調整について

4.19. 子供の栄養管理や環境衛生の問題は、保健省/中央保健総局、教育省、地方自治体や地方行政居住省など、他セクターにわたる機関が係わる問題であるにも関わらず、プログラムや技術レベルでの調整活動は国家レベルでも郡/市レベルでも弱いのが実状である(JIFM, 2000)。本プロジェクトの運営には、新しい試みが組み込まれていることもあり、政策・技術レベルでのコンサルテーションや各担当省庁からの助言が必要なことも想定される。また、他の地域や郡/市で実施されている同様の試みを実施する諸

²⁰ ただし、権力の委譲が制度上なされていても、実際地域/郡保健管理理事会及び管理チームは、特に上からの承認が必要ない事柄に関して中央省庁からのアドバイス・承認を要請する傾向がある。

機関と情報交換を行うことによる相互学習効果も有用であると思われる。

4.20. 従って、本プロジェクトの運営監理委員会の代表は、国家・郡／市レベルの関連ミーティングやフォーラムに積極的に参画・参加することとする。このようなフォーラムには、子供の健康部門機関調整委員会(Inter-Agency Coordination Committee on Child Health: IACC-CH)²¹、エネルギー水資源開発省のもとにあるプログラム調整部(Programme Coordination Unit: PCU)²²の主催するミーティングや、郡／市レベルの機関間で実施される子供の健康や環境衛生分野に関連する各種調整ミーティングなどが挙げられる²³。

4.21. 上記のような情報交換や調整を主目的としたフォーラムに加え、プロジェクト実施中に浮上するであろう政策・技術面に関する協議の場が必要であることが想定される。この点に関しては、上述の IACC-CH の下に開催される栄養サブグループのミーティングなど、技術的事項が協議できる場を積極的に利用することが望まれる。郡／市レベルでそのような場が必要であると判断された場合、プロジェクトからイニシアティブを取ることも適宜検討することとする。

4.3 事業実施上の留意点

4.3.1 環境衛生分野におけるセクター内調整について

4.22. 環境衛生分野を担当する省庁・実施機関には、保健省／中央保健総局、及び地方行政居住省とその下部組織の2種の縦系列がある。前者は中央保健総局から郡／市レベルの保健管理チーム、各ヘルスセンター、その下でコミュニティの活動を指導監督する地区保健委員会²⁴、及びその指導のもと活動する各種保健衛生関連の住民組織までの系列である。後者は、地方行政居住省から各レベルの地方自治団体、及び住民の代表で構成される RDC²⁵、その下で活動すると規定されているあらゆる住民組織までの系列である。この環境衛生分野の行政構造には、縦系列相互間の調整不足から生じる活動の重複や事業実施に関する競争／対立の可能性がある。

4.23. 保健省以下の組織が分掌する事業内容は、Box 4.1 に示されるように、環境衛生分野の中でも給水と衛生環境に関する知識や特殊技術などソフト面の普及促進にあるのに対し、地方自治体（及び委託を受けた企業体）系の責任は、給水施設建設・給水

²¹ IACC-CH は、中央レベルの組織として小児保健に係わる国内の様々なプロジェクト／プログラムをモニタリングし、且つドナー・政府が共同で実施する活動を企画・実施・監理運営するなどの機能を持つ。

²² プログラム調整部 (PCU) は、省庁間の委員会四半期毎に定例ミーティングを開催し、給水・衛生にかかわる事柄を協議する場となっている。

²³ 郡開発調整委員会 (DDCC: District Development Coordination Councils) は、多セクターにわたる郡レベルの開発プログラムを調整する役割を与えられているが機能していない郡が多く、省庁の出先機関は一般的に DDCC とは別の調整会合を設置する傾向がある (JIFM, 2000)。

²⁴ 地区保健委員会 (NHC) は、保健法 (Health Act) によって設立された法人格をもつ組織体で、様々なコミュニティ保健活動、及び管轄区域に存在する保健関連のコミュニティ住民組織の全体調整を行う責任が与えられている。

²⁵ 地区開発委員会 (RDC) は、社会組織法 (Societies Act) によって地区ごとに設置された法人格をもつ組織体で、地区内の全セクターにわたる開発活動を調整する責任を負う。

施設維持管理のための住民組織の指導監督、人糞・その他固体廃棄物や汚水の廃棄処理全般にわたっている。

Box 4.1: 給水と衛生分野で保健省関連組織が分掌する内容（ルサカ市の例）

- ✓ 学校機関及びコミュニティにおいて安全な水、衛生環境に関する保健衛生教育を提供する
- ✓ 給水施設の保護と衛生的なトイレの建設に関するコミュニティの自発的活動を促進する
- ✓ 衛生的なトイレ建設・給水施設の保護・井戸建設に係わるコミュニティの自発的活動・事業に対する技術的支援を提供する
- ✓ 保健関連施設を改良する
- ✓ 水のサンプルをテストし、ルサカ上下水道公社に報告する

4.24. 混乱が発生するのは、コミュニティレベルで住民組織がゴミ処理・衛生的なトイレ／排水溝建設・給水施設の維持管理などの活動に係わる際に、活動の調整及び支援をするという項目に関して、RDC と地区保健委員会の役割が重複しており、それに利害競争が加わる時である。この問題は、RDC 系統の組織強化をプログラムの趣旨にしている CARE International や他の NGO／ドナー機関との調整及び協力可能性という課題とも重なってくる。

4.25. 以上の問題を解決するために、カナダと CARE International の支援を受けて、地方行政居住省によるコミュニティレベルでの組織体制改善を模索する調査が実施されており、環境衛生分野における保健省系列の組織との調整も視野に入っている²⁶。コミュニティレベルの組織の間で混乱もしくは分裂のような事態が起これば、本プロジェクトの意図するコミュニティレベルの知識と能力強化に対する、また重要なアプローチである参画・参加型のプロセスに対するリスクファクターになりかねない。プロジェクト運営監理委員会は、上記の組織体制改善のための動きを慎重にモニタリングし、必要であればセクター間のオープンな協議の場を設けて調整の方法や体制の考察過程に参画して行く態度も必要であると思料される。

4.3.2 コミュニティの住民組織に対するインセンティブ創出について

4.26. 前プロジェクトにおいては、金銭・物資提供によるインセンティブを提供したことで、CHW の活動はさらに促進された反面、特に金銭によるインセンティブが停止された際に活動へのモチベーションが急激に低下したり、活動を継続すること自体に不満感が蓄積するなど、多大なる負のインパクトが観察された。同時に、金銭以外のインセンティブ（特に、CHW に対するサービス受益者による感謝と信頼感や保健医療従事者／組織からの協力的な姿勢及び CHW の功労に対する認識／感謝の念など「目では見えない」インセンティブ）は、CHW の活動を継続させるために大変重要（もしくは充分）であることも判った。プロジェクトの資源を利用した金銭・物資等のインセンティブの提供は、インセンティブに依存的なサービス提供体制を創出したり、その停止によってボランティア精神が損なわれるリスクも考えられるため、LDHMT やその上のレベルでその体系的な導入とプロジェクト終了後の継続可能性を注意深く吟味した上での

²⁶ この問題の詳細については、コンサルタント報告書～“Summary of Key Findings and Recommendations: Institution Building and Local Governance related to Development in Zambia. Peri-Urban Settlements,” Lusaka City Council and CARE Zambia, July 2001～を参照のこと。

検討が不可避である²⁷。

4.27. 他方、LDHMT の経常支出にインセンティブの提供を組み込むアプローチは、現時点では適当ではない。そこで、本プロジェクトではインセンティブをコミュニティレベルで創出するアプローチを採る。インセンティブ創出のメカニズムは、先に述べた事情で、企画時から持続可能性が考慮されたものである必要がある。そこで、インセンティブの創出活動に対する初期投資はプロジェクトの資金より賄われても、その創出活動が自立発展するデザインとなることが望ましい。

4.28. また、CHW に対するインセンティブとして、CHW 及びその家族に対し「ヘルスセンターにおけるサービスを無償で提供する」という特別な待遇を付与することを制度化する案も勘案してゆく。これは比較的初期投資の少ないオプションであり、LDHMT の権限で決定が可能な事項でもある。プロジェクト実施中に他郡の先例を吟味し、実践的で効果的な導入法を定義してゆく必要がある。

²⁷ ジョージ地区の経験から引出された教訓は、付属資料 8.7 ジョージ・コンパウンドのコミュニティ能力構築から得られた教訓を参照されたい。

5. プロジェクトの基本計画

第3章の問題分析および第4章の戦略を踏まえて、上位目標、プロジェクト目標、成果、活動、投入、外部条件からなるプロジェクトが計画されている。「選ばれたヘルスセンター管轄地域における5歳未満の子供の健康状態改善」というプロジェクト目標を達成するために、5つの成果（GMP+、環境衛生、コミュニティリファーマル、LDHMT能力強化、ヘルスセンターのIMCI改善）が選択されている。それぞれの成果は、中心問題を引き起こしている各レベルの原因を解決しようとするものである。プロジェクト完了後、そして関係者の協力とともにLDHMTが絶え間なく努力することによって、上位目標の「ルサカ市の5歳未満子供の健康状態改善」が達成されることが期待される。

5.1 上位目標

5.1. 上位目標は、プロジェクト目標が達成された結果として実現が期待される開発効果である。プロジェクトの上位目標は、「ルサカ市の5歳未満の子供の健康状態改善」である。PCM ワークショップの最初の段階では、ターゲットの年齢は特定されていなかったが、もっとも脆弱なグループである5歳未満の子供に焦点を当てることと決定された。プロジェクトが期待される成果を達成し、選ばれたヘルスセンター管轄地域でプロジェクト目標を達成した後、LDHMTがルサカ市の他地域で同様の活動をはじめ、上位目標を達成すると仮定されている。

5.2 プロジェクト目標、成果、活動

5.2.1 プロジェクト目標

5.2. プロジェクト目標は、プロジェクト完了時に達成が期待される目標である。プロジェクトは、ヘルスセンター管轄地域をターゲットとしていくつか選ぶので、プロジェクト目標は、「選ばれたヘルスセンター管轄地域の5歳未満の子供の健康状態改善」と定義される。LDHMTとの協議において、6つのヘルスセンター管轄地域（ジョージ、ンゴンベ、チパタ、ムテンデレ、チャワマ、カニヤマ）が、暫定的にプロジェクト対象地域として選ばれている。しかし、この選択は、必要が生じた場合や、選択基準を参照して、見直し、改訂がなされる²⁸。

5.2.2 成果と活動

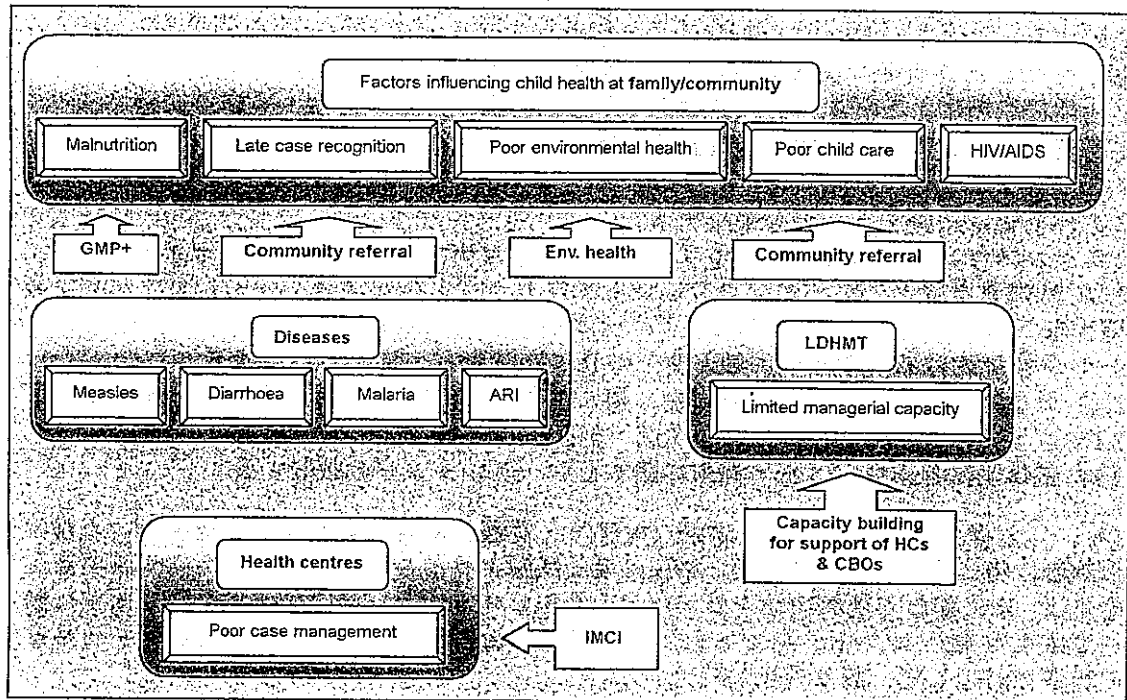
5.3. 成果はプロジェクト目標を達成することが期待される中間目標であり、その達成のための手段を明確にしている。図3.1で描かれた問題に取り組み、プロジェクト目標を達成するため、5つの成果が選択されている。図5.1が示すように、成果は、家庭／コミュニティ、ヘルスセンター、LDHMTそれぞれのレベルの問題に対処している。

5.4. HIV/AIDS について特にここで触れておく必要があるだろう。問題分析では、

²⁸ (1) コレラ、赤痢、下痢のような環境衛生問題が蔓延している、(2) 疾病負担が比較的重い、もしくは貧困が蔓延している、(3) 健康を求める行動に問題があるパターンが観察される、(4) フェーズIプロジェクトで制度能力構築がなされている、(5) 類似分野における他のドナーのプロジェクト・活動が弱い、(6) 住民参加強化へのニーズ・機会がある、(7) プロジェクト・ステアリングコミティで同意された他の基準が、LDHMTと議論された基準である。

母子感染やケアテーカーの死亡による孤児増加などHIV/AIDSが子供の健康にマイナスの影響を与えていることが認識されていたが、この課題に直接対応する成果は含まれていない。しかし、プロジェクトは、様々な手段を各成果に取り込むことによって、この問題に対処しようとしている。そのような手段には、IECを使った認識向上・行動変容、戸別訪問による健康教育、GMP+サイトや他サイトでのCHWによる健康トーク、ヘルスセンター職員の訓練が含まれる。この課題については、さらに5.4.3においてプロジェクト以外の組織による活動が説明されている。

図 5.1 問題と成果の関係



成果 1 コミュニティベースの乳幼児の成長モニタリング (GMP+) が強化される

- 1.1 CHW と NP に対する需要を分析する
- 1.2 NP のための訓練カリキュラム・マニュアルを検討・開発する
- 1.3 ヘルスセンター職員と対象とした教官養成訓練を実施する
- 1.4 訓練マニュアルを使い、CHW 候補として選ばれた住民を訓練する
- 1.5 NP 候補として選ばれた住民を訓練する
- 1.6 住民組織を監督するため、ヘルスセンター職員を訓練する
- 1.7 再教育ワークショップを実施する
- 1.8 地区保健委員会や他の住民組織とのコミュニケーションをコンパウンド内・間で促進する
- 1.9 GMP+活動を実施する
- 1.10 フォローアップ活動を開発、実施する
- 1.11 所得創出活動に関するワークショップを開催する
- 1.12 他のドナー、関係者との GMP+会合を始める

5.5. フェーズ I プロジェクトは、コミュニティの GMP+参加者の増加を達成した。この活動は、(1) CHW が 6 週間の研修で得た実践的な知識を用いて、GMP+に積極的

に参加したこと、(2)ヘルスセンターの協力的な監督、(3)CHWの果たした役割を住民が認識していたことから、維持することができた。予防接種率を高め、栄養不良の子供を発見し、フォローアップの活動を取ることを目的として、この活動は、フェーズIIで他地区にも拡大される。

成果 2 コミュニティの環境衛生サービスが改善する

- 2.1 視覚教材を含めた PHAST 研修マニュアルを開発する
- 2.2 PHAST アプローチの教官養成研修をヘルスセンター職員に対して実施する
- 2.3 PHAST ワークショップを開催し、環境衛生の優先ニーズを特定する
- 2.4 コミュニティにおいて GEHC のようなタスクフォースグループを形成する、もしくは、すでにある有能な住民組織とともに業務を行う。
- 2.5 住民組織による優先ニーズに対応するための行動計画の計画・実施を支援する
- 2.6 費用回収システムに関する調査を実施する
- 2.7 受益者からの費用回収プログラムをヘルスセンターが促進する
- 2.8 外部資金に関する調査を実施する
- 2.9 ヘルスセンター職員に対するプロジェクトプロポーザル作成の研修を実施する
- 2.10 外部資金確保のためのプロジェクトプロポーザル作成研修を住民組織に対して実施する
- 2.11 学校における環境衛生、個人衛生の IEC を開発し、活動を実施する
- 2.12 コミュニティにおける環境衛生、個人衛生の IEC を開発し、活動を実施する
- 2.13 コミュニティにおけるコレラ予防・抑制プログラムを支援する
- 2.14 毎年関係者を招いて水・衛生に関するワークショップを開催する

5.6. 5歳未満の子供がその未熟な免疫力、解毒メカニズムのため、空気、水、土壌の危険物に特に弱いことから、水・衛生は優先課題と見なされている。水汚染や環境衛生悪化は、水に関わる病気やマラリアなどの発生につながる。若い世代の予防的衛生行動を育成する IEC コンポーネントも、HIV/AIDS の結果増えた、幼い子供を世話する若者の需要に対応して、取り入れられている²⁹。

5.7. PHAST は、ジョージ・コンパウンドで環境衛生を改善するための参加型分析・計画ツールとして使われた。このツールにより、住民が優先衛生ニーズを特定し、それに対処するためのグループを形成するよう動機付けるのに役立ったことを、ジョージの経験は明らかにしている。さらに、費用共同負担がコミュニティ衛生活動に組み込まれていた。設立された GEHC は、プロジェクトプロポーザル作成のスキルを得てから、外部資金を積極的に求めた。コミュニティの努力を補完するため、IEC 活動が導入され、人々の行動変容を促進し、環境衛生改善の効果を最大化する。

成果 3 コミュニティのリファレル活動が改善される

- 3.1 症状識別・リファレル用のマニュアルを見直し、開発する
- 3.2 CHW と NP を症状識別・リファレルについて訓練する
- 3.3 住民組織が運営し、コミュニティリファレル拠点として機能する、保健施設の実証調査を実施する
- 3.4 保健施設のパイロットプロジェクトを実施する

²⁹ この病気の流行によって、家族構成と伝統的な社会化パターンに変化が生じていると指摘するレポートもある。

- 3.5 他地区で同様の保健施設を建設・運営する
- 3.6 コミュニティからヘルスセンター間の「リファレルフォーム」デザインを完成する
- 3.7 「リファレルフォーム」の利用を促進する
- 3.8 ヘルスセンターから CHW への効果的フィードバックシステムを構築する

5.8. 家庭、コミュニティレベルの病状認識の遅れは、5歳未満の子供の高い罹病率・死亡率につながる原因として挙げられている。CHW と NP が症状特定とリファレルに関するさらなる責任を負うことが想定されている。彼らがこのような仕事をするため、コミュニティリファレル拠点だけでなく、所得創出源として機能する施設を設立する努力がされる。さらに、コミュニティヘルスセンター間のリファレルは、「リファレルフォーム」の利用、フィードバックシステムの確立、両親への教育によって補完される。

成果 4 LDHMT のヘルスセンター・住民組織に対する支援能力が強化される

- 4.1 コミュニティ保健活動を調整・監督する LDHMT 職員を任命する
- 4.2 問題に対処し、ヘルスセンター、住民組織支援を強化する計画を立案し、実施する
- 4.3 上記計画に沿って、LDHMT 職員、ヘルスセンターに対して、マネジメント能力強化研修を行う
- 4.4 住民組織支援のシステムを制度化する

5.9. プロジェクトは、LDHMT がヘルスセンターと住民組織に対する支援能力を構築し、結果として、コミュニティ保健活動を維持することも目的とする。LDHMT は、プロジェクトの専任職員を任命し、その職員が活動の管理能力を身につけ、5年間のプロジェクト終了後も継続できるようにする。職員任命に加え、プロジェクトの助力を得て、LDHMT は、その能力を強化することによって、現在の管理システムを評価し、問題を取り除き、ヘルスセンター、住民組織を支援する計画を立案する。中でも、LDHMT は、住民組織のやる気を支援、維持するメカニズムを構築することを目指す。

成果 5 ヘルスセンターにおける IMCI が改善される

- 5.1 LDHMT 職員を IMCI 講師として訓練する
- 5.2 ヘルスセンター職員を対象に IMCI ワークショップを開催する

5.10. 子供の疾病の包括的マネジメント (IMCI) という成果は、ヘルスセンターが子供の病気を特定し、適切な治療を行う能力を向上するように支援することが意図されている。コミュニティの症状認識、リファレル能力強化と合わせて、この成果は、子供の優先疾病の致死率を低めることに貢献することが期待される。

5.3 投入

5.11. 日本、ザンビア側は、以下のような形でプロジェクトに対する投入に貢献する。

5.3.1 日本側の投入

5.3.1.1 専門家

5.12. チーフ・アドバイザー、プロジェクト調整員、地域保健、保健計画・管理、参加型手法、IEC、機材保守、モニタリング・評価。必要であれば、他分野の短期専門家

が JICA によって派遣される。

5.3.1.2 機材供与

5.13. 機材は、プロジェクト活動に応じて、調達、供与される。

5.3.1.3 日本での研修

5.14. 研修員は、地域保健、環境衛生、その他関連する分野の研修プログラムに派遣される。

5.3.1.4 ローカルコンサルタント、プロジェクト職員雇用の資金

5.15. 一定期間専門業務に従事するローカルコンサルタントを雇用する資金が、プロジェクト予算で割り当てられる(詳しくは付属資料 8.6 を参照せよ)。

5.16. さらに、日常の管理・プログラム業務に従事するザンビア人のプロジェクト調整員／アシスタントを雇用することも可能である。

5.3.2 ザンビア側の投入

5.3.2.1 職員の任命

5.17. プロジェクト活動の調整、監督全般に責任を持つ職員が任命される。

5.3.2.2 建物、施設、機材

5.18. LDHMT のオフィス費用、管理費用、プロジェクトの継続費用は、LDHMT によって負担される。

5.4 外部条件とリスク分析

5.4.1 上位目標レベル

▶ ドナー資金が著しく減少しない

5.19. ザンビアの開発予算は、ドナー資金・支援に大きく依存しており、1997 年は総額の 45%に達し、2000 年でも同レベルである(JIFM, 2000)。ドナー支援は、ザンビア政府の開発努力の維持に多大な影響を与える。ドナーはザンビアの保健改革を支援してきており、政権交代などで政策が大幅に変わらなければ、ドナーが保健セクターへの援助を減らすということはありません。しかし、表 5.1 に見られるように、過去、ドナーのコミットメントと支払額の間には著しい乖離があったことを心に留めておくべきである。さらに、郡／市への資金は増えており、これは政府の政策と 1999 年 11 月に署名されたザンビア政府とドナーの間の覚書に沿っている。大雑把な推測ではあるが、州と郡／市は、1998 年度保健セクター総予算の 47%、1999 年度は 55%を受け取っている。

表 5.1 ドナーのコミットメントと支出 (1995-2000)

Unit: '000 US\$		
Year	Commitments	Disbursement
1995	46,063	33,163
1996	44,736	42,199
1997	64,463	49,205
1998	53,611	30,322
1999	35,902	41,297
2000	59,698	N/A

Source: JIFM (Volume 2, p. 28, 2000)

5.4.2 プロジェクト目標レベル

- ルサカ市コンパウンドの環境衛生/居住環境が悪化しない
- プロジェクトで確立された子供のためのプライマリヘルスケアのモデルが、他のコンパウンドでも受け入れられる

5.20. ルサカ市の人口増加は、全国平均の2.9%に対して、4%に達している(CSO, 2001)。鉱山会社の解散や天水農業への依存が、農村部の不安定な収入につながり、都市部の人口増加(流入)に貢献しているかもしれない。ドナーや NGO は水衛生分野の能力強化のため、地方行政居住省とルサカ市役所を支援しているが、人口増加の傾向と2つの組織の管理能力を、注意深くモニターし、環境衛生の状況を確認すべきである。

5.21. コミュニティ GMP+と費用回収を目指した環境衛生改善へのコミュニティの努力は、プロジェクトの大きな特徴である。プロジェクトは限られた地域に直接介入するだけであるが、他のコンパウンドへの拡大というビジョンも視野に入れている。これを実現するためには、他のコンパウンド住民は、活動のアプローチと内容に関し、十分な情報を提供されていなければならない。特に、環境衛生は、参加型分析・計画手法を用いており、モデルの受入を拒絶するというリスクを減らすことができる。

5.4.3 成果レベル

- 世帯の購買力が著しく減少しない
- リファレルヘルスセンターと UTH のリファレル機能が維持される
- 自立的な学校保健活動が実施されている
- EDMSS が医薬品を予定通りに、安定供給する。
- 10代の妊娠、性病を減らすために、適切な性教育が学校で実施される

5.22. 世帯の購買力は、市場の商品価格や統計データで注意深くかつ定期的にモニターされる必要がある。2万5000 クワチャから4万5000 クワチャへの Mealie の価格上昇は、弱者グループを直撃した。Mealie に代わる安い主食はないようなので、価格上昇は、保健や他の非食品支出を減少させることになりそうである。ザンビア政府は、メイズを海外から輸入しはじめ、価格上昇傾向を変えることが期待されるが、Mealie 価格の動向は、注意深くモニターされる必要がある。

5.23. フェーズ I は、リファレルシステムに関し、4つのリファレルヘルスセンター、UTH に対し、前者は検査機能強化、後者は小児科外来患者のコンピューター登録システムへの技術支援した。例えば、マテロ・リファレンス・ヘルスセンターは、X線・検査機器が供与され、職員と患者の間に自信を植え付け、X線検査の UTH へのリファレルが減少した。このような改善が、効果的なリファレルに貢献することが期待される。

5.24. フェーズIは、ルサカ市の8つのパイロット学校(生徒数1万5000人)で学校保健プログラムを支援した。このプログラムは、特に費用共同負担により、寄生虫駆除が自立可能となりそうである。さらに、2.3.4で触れているように、教育省の学校保健・栄養プログラムは、フェーズI(1999年~2001年)では、330万ドルを支出しており、プログラム全体では615万ドルを支出する計画となっている。計画によると、子供の健康と栄養をモニターし、支援する基礎教育の政策と支援体制が、2005年までに整う予定である³⁰。このように包括的な対策がこの分野で採られている。さらに、コミットメントと実施状況は異なるものの、ヘルスセンターは生徒の健康診断のため、公立小学校に職員を定期的に派遣している。

5.25. 中央政府レベルでは、必須医薬品供給貯蔵倉庫(EDMSS)が、郡/市への医薬品配給に責任を持つ。その配送は不安定で、LDHMTは、緊急予算を使って医薬品を購入せざるを得ない状況に陥っている。しかし、ドナーが、調達システムの改善を支援していることから、医薬品供給システムの改善の兆候がある。中央保健総局職員によると、来るべき包括的調達計画に従って、医薬品が調達される予定である。この進捗と結果はモニターする必要がある。

5.26. 10代の妊娠、HIV/AIDS、性病の課題を取り扱うために、性教育は重要である。子供の疾病・死亡率に影響を与える9つの直接原因の1つとされており、養育者の死亡による子供のケア悪化を引き起こすことから、HIV/AIDSは特に重要と考えられている。教育省は、BESSIPの下、包括的なHIV/AIDSプログラムを開発しており、HIV/AIDSに対する認識向上や学校教育の調整・強化の責任を担う担当者を任命している。プロジェクトのHIV/AIDSに関する介入は、全国およびルサカ市で見られる教育省や他のイニシアティブを補完すべきである³¹。このプログラムの下実施されている性教育の概要がはっきりしないので、プロジェクトの最初の段階で、学校の性教育の現状が把握されるべきである。そうすることによって、プロジェクトが補完的かつ効果的な手段を特定、計画、実施することが可能となる。さらに、国家エイズ委員会(National HIV/AIDS/STD/TB Council)は、この課題に責任を担う独立機関であるが、すでに様々な手段を採っている。この委員会の下、IECワーキンググループが9つの技術作業委員会の1つとして機能している。プロジェクトは、このグループにより開発された教材を検討し、不必要な重複を避けるべきである。

5.4.4 活動レベル

- ヘルスセンターにおいて、必須医薬品、機材、消耗品、ワクチン、微量栄養素の安定供給が確保される
- LDHMTおよびヘルスセンターにおいて、適切な職員数が確保される
- ヘルスセンターの検査室が治療部門に対して必要なサービスを提供している
- 他の住民組織、NGOによる現在の努力に適切な配慮をし、かつ密接な調整をして、

³⁰ World Bank (1999), Program Appraisal Document on a Proposed Credit in the Amount of SDR 28.5 Million (US\$40 Million Equivalent) to the Republic of Zambia in Support of the First Phase of the Basic Education Subsector Investment Program (BESSIP)

³¹ AIDS、結核、マラリアと戦うグローバルファンドは、この疫病に痛手を負っている国からの資金支援プロポーザル提出を初めて呼びかけた。最初の補助金は4月に供与される。50万ドルを超える資金がザンビアに与えられると言われている。郡レベルでは、様々なパートナーがVCT、コンドーム配布、仲間同士の教育、家庭でのケア、母子感染、研究などHIV、AIDSに関する課題について、LDHMTと協働している。

コミュニティ活動が計画、実施される

- ▶ 中央保健総局が、コミュニティ刷新のための保健基金を予定通りに支出する
- ▶ ヘルスセンターでコレラ対処用のスプレーが十分に利用できる

5.27. プロジェクトは、ヘルスセンター・住民組織による活動に対する LDHMT の支援能力を構築することを目的としている。医薬品、機材、消耗品(例 コレラ用のスプレー)の調達・供給は、LDHMT のヘルスセンター支援機能として不可欠であるが、供給の不足が時折発生している。成果 4 は、包括でないにしろ部分的に、この問題に対処しようとしているので、調達・供給の状況は、定期的にモニターする必要がある。

5.28. 3.1.1 で述べているように、職員数、特にヘルスセンターのそれは基準を満たしていない。ルサカ市ヘルスセンターの総職員数は、1444 人で基準より 333 人少ない。現在の財務状況では、LDHMT が職員数を増やすのは難しそうであるが、例えば IMCI 研修により、職員の能力を向上させることは十分可能である。

5.29. 5.4.3 で触れているように、ヘルスセンターの検査室施設は、フェーズ I で改善されている。X 線・検査機器がマテロ・リファレンス・ヘルスセンターに供与され、他の 3 つのリファレル・ヘルスセンターへは検査機器が供与されている。

5.30. 4.4 では、住民組織・NGO の活動の間での隔離・重複の可能性が指摘されている。さらに、地方行政居住省の機構改革と保健省との調整メカニズムに関する政策議論には十分注意が払われるべきである。プロジェクトは、その進捗をモニターする必要がある。その改革が実施された場合、中央、郡/市、コミュニティ各レベルにおいて、異なるラインにある様々な機関間の対話が促進され、適切な調整機構が構築される必要がある。

5.31. コミュニティ刷新のための保健基金は、中央保健総局によって管理されており、コミュニティ保健活動をターゲットとしている。基金の多くは、水・衛生関連インフラに支出されている。支出時期に関するデータはないが、LDHMT は支出状況に注意を払い、資金支出が遅れた場合、必要な行動をとるべきである。

6. プロジェクトの総合的実施妥当性

プロジェクトは、妥当性、有効性、効率性、期待される結果、自立発展性の観点から総合的実施妥当性が判断される。本プロジェクトは、参加型計画ワークショップ、保健政策文書で挙げられた優先ニーズを反映しており、妥当性が高い。プロジェクトが最終的に裨益対象としているのは社会的弱者グループである5歳未満の子供で、公益性・公平性が確保されている。また、約43万9596人（5歳未満の子供はその20%に相当する8万8000人）を抱える保健且つ区域を対象サイトとし、これはルサカ市全人口の約40%を占める。さらに、その効果は罹病率・死亡率の低減だけでなく、生産性・収入の増加へとつながる可能性を含むなどの波及効果が期待される。プロジェクトには、（1）プロジェクトから得られた教訓を国家保健政策へ反映させ、（2）郡レベルの関係組織のメカニズム・能力を確立するという意図が組み込まれ、郡保健管理チームが自立発展的な保健サービス提供を実現することへの配慮もなされている。

6.1 妥当性

6.1.1 公益性と公平性

6.1. プロジェクトは、以下に述べる3つの特徴により、公共セクターへの投資として妥当と判断される。第1に、プロジェクトは、未熟な市場経済、住民の限られた購買力という環境において、社会サービス/福祉セクターの強化を目的としている³²。現在に至るまで、ザンビアはほぼ10年にわたる市場指向経済への計画的な転換を経験した後でも、公共保健機関が主要な保健サービス提供者であり続けている。同時に、プロジェクトは民間セクターが関与しにくい**予防・健康増進の分野に焦点を当てている**。予防・健康促進関連のサービス提供に関しては、5歳未満の子供へのサービス³³同様、原則的に公共セクターの事項でありつづけると考えられる。

6.2. 第2に、プロジェクトは、**いかにうまくシビル・ミニマムを最弱者グループに保障するか**という行政の探求である。2.2と2.5.3に書かれているように、このグループは貧困に打ちひしがれた都市部住民である。脆弱で不利な条件におかれた地域をターゲットとする意図は、公正性と公平性の考えに由来している。

6.3. 第3に、4.2.1と4.2.3で指摘されているように、プロジェクトは活動パッケージをルサカ市内外の都市周縁地域へ拡大する可能性を秘めており、プロジェクトが初期に対象サイトとする地域とそうでない類似地域の不公平を避ける配慮がある。

6.1.2 相手国の優先ニーズへの対応

6.4. プロジェクトは、以下の情報及びその分析結果に基づき形成された。

1. 保健セクター改革と国家保健戦略計画（2.6.2参照）
2. ルサカ市保健理事会 2002年度行動計画
3. フェーズIプロジェクトおよび他の関連プロジェクトから得られた教訓
4. 数ヶ所のヘルスセンター管轄地域における簡易評価調査
5. ルサカ市の様々な関係者が参加した目的指向型計画プロセス（5章参照）

³² 貧困と社会開発に関する詳しい情報については、「南部アフリカ援助研究会報告書 第4巻 ザンビア本編」（JICA、2000年12月）を参照せよ。

³³ ザンビア政府は、子供の健康に関しては、無料サービス政策を維持しており、利用者が公共保健施設を利用するように動機付けている。

6.5. 特に、PCM 手法を使った「目的指向型計画プロセス」を通じて、問題（すなわち、未計画居住区における5歳未満の子供の高罹病率・死亡率）の根底にある原因を分析することが可能となった。それに続く目的分析は、特定された課題を是正することに焦点を当て、さらに、代替案の分析により、実行可能かつ最も効果的なオプションが選択された。したがって、プロジェクトの戦略・計画は、上記の対象地域のニーズ・優先事項を反映しているといえる。

6.1.3 日本の援助政策との関連性

6.6. 日本政府は、6つの優先分野でザンビアの発展を支援しつづけてきた。その分野とは、(1)民間経済活動の促進、(2)質の高い保健医療サービスへのアクセス改善、(3)質の高い初等・中等・技術・職業教育へのアクセス改善、(4)小農支援を通じた農業生産の着実な拡大、(5)安全な水へのアクセス改善、(6)環境保全である³⁴。

6.7. 保健医療サービスおよび安全な水へのアクセス改善については、日本はプライマリヘルスケアサービス中心に支援を行っており、様々な支援スキームを組み合わせることでザンビアの母子の罹病率・死亡率低減を達成しようとしてきた。このように、プロジェクトは日本の対ザンビア援助政策の優先分野に呼応している。

6.2 有効性

6.2.1 計画の論理性

6.8. 図 3.1 が示すように、問題は家庭/コミュニティ、ヘルスセンター、LDHMTの各レベルに見られ、それぞれが5歳未満の子供の高罹病率・死亡率の要因となっている。プロジェクト成果を達成するための活動は、他のプログラム・プロジェクトで包括的に対処している HIV/AIDS を除いて、各レベルの問題に対処している。プロジェクトは、LDHMT の能力強化を組み込んでおり、プロジェクトの活動が確実に成果とプロジェクト目標の達成につながり、良いインパクトを継続させることを目的としている。

6.2.2 プロジェクト目標レベルの設定

6.9. プロジェクト目標は、LDHMB の 2002 年行動計画でその深刻さが確認されている5歳未満の子供の高罹病率・死亡率という中心問題と原因に適切に対処している³⁵。実際、指標は、行動計画の目標を反映して決定される。

6.2.3 外部条件

6.10. 外部条件は、5.4 で分析されているが、条件の中には不確実であったり、情報が不足しているものがある。そのような外部条件は、プロジェクト期間中、注意深くモニターされ、満たされそうもない場合は、プロジェクトが変更される必要があるかもしれない。

³⁴ 「南部アフリカ援助研究会報告書 第4巻 ザンビア本編」(JICA、2000年12月)、123ページ

³⁵ 子供の健康は、同計画において、第3優先分野となっている。

6.3 効率性

6.3.1 費用対成果・結果

6.11. 3に示す投入によって、プロジェクトは、暫定的に選ばれた6つのヘルスセンター管轄地域（総人口43万9596人：ルサカ市の全人口の約40%に相当）において、5歳未満の子供（その20%に相当する8万7919人）の病気を予防し、感染源を抑えようと試みる。プロジェクトには、水・衛生関連の活動があり、その効果は5歳以上の子供や大人まで広がるので、実際の受益者数はもっと多くなるであろう。

6.3.2 費用対効果

6.12. 想定される効果には、(1)罹病率・死亡率の低減、(2)生涯所得および生産性の増加、(3)プロジェクトがなければ支出されるはずであった医療費の減少である。しかし、これらの効果を貨幣価値に換算することが難しいので、経済・財務内部収益率を出すのは困難である。プライマリーヘルスケア、特に予防活動は、治療活動と比較すると経済的であるといわれている³⁶。

6.4 期待される結果

6.4.1 保健政策への影響

6.13. プロジェクトデザインマトリックスに記されている成果、目標、インパクトに加え、プロジェクトは、保健政策のさらなる改善に貢献する方策を求めている。プロジェクトのイニシアティブは、プライマリヘルスケア分野で長らく抱かれていた疑問（「都市周縁地域における効果的かつ自立的なコミュニティサービスはどのようなものなのか、どのように達成されるものなのか」）に対する答えを見つけるようとするものである。その中には、費用回収を伴ったコミュニティベースの環境衛生サービス導入、自立したコミュニティ成長モニタリングサービス、郡/市保健管理チームがこれらの活動に対し最善の支援をするための役割・機能の定義、費用対効果の高いリファレル拠点の導入・設立が含まれる。

6.14. プロジェクト実施から得られた教訓は、政策関連フォーラムにおける議論を通じて広く関係諸機関と共有される。教訓が有用で、政策・ガイドラインに取り入れられれば、窮状を抱える他の類似地域がこの経験から恩恵を受ける可能性が開け、技術協力スキームの初期投入の効果を最大化することになる。

6.4.2 制度構築への貢献

6.15. 技術協力プロジェクトの究極の目的は、組織の体制・能力を確立し、プロジェクトサイクルを超えて、良い成果を生みつつけられるようにすることである。この目的を達成するために、プロジェクトは良い実践とニーズの高い成果を生み出すメカニズム・システムの制度構築を促進する。そのようなメカニズムの一例は、住民参加により絶え間なくリソースを生み出し、コミュニティレベルの保健活動を支援、持続させる手

³⁶ 保健サービス費用の比較については、Economic Institute of World Bank (1991), *Economics for Health Sector Analysis* を参照せよ。1人あたりの治療サービス費用は7ドル（トルコのケース）に対して、拡大予防接種プログラム0.05ドル（インドネシア）、水衛生2.7ドル（サブサハラフリカ）、栄養補給供与1.75ドル（インド）である。

段である。別の例は、LDHMT、ヘルスセンター、地区保健委員会、地区開発委員会、住民組織いずれの組織にしる、参加が促進され、それぞれの役割を果たし、相乗効果を生むような環境作りをすることである。

6.4.3 社会経済状況への波及効果

6.16. もし所得創出の機会が十分あれば、疾病負担の減少は収入生涯所得・生産性の向上に貢献できる。言い換えれば、保健セクターへの投資は、将来の健康的な労働人口を最大化し、外部不経済を排除するため、生産セクターにおいて外部経済効果を生み出す。

6.4.4 潜在的悪影響

6.17. 現段階でプロジェクトは、マイナスの影響は予期していない。しかし、もしプロジェクトが、他の外部支援機関との調整に十分注意を払わなければ、コミュニティの連帯喪失という潜在的リスクがある(詳細な説明は 4.3.1 を参照)。同時に、新しい活動は、注意深くかつ实际的に計画され、断続的で不安定なサービスの提供というパターンを避け、コミュニティのサービス提供組織に対する信頼と信任を裏切らないようにすべきである(4.3.2 を参照)。

6.5 自立発展性

6.18. 3.2.5 ですでに述べられているように、ヘルスセンターとの弱いリンクは、LDHMT の弱点と見なされている。この点は、成果 4 の「LDHMT の能力構築」に反映され、LDHMT がヘルスセンターと住民組織を支援できるように強化し、コミュニティベースの保健活動を維持できるようにすることが意図されている。このように、プロジェクトは、まず対象ヘルスセンターの管轄地域に焦点を当てるが、プロジェクト終了後も活動を維持するコンポーネント・メカニズムが、プロジェクトに埋め込まれている。

6.19. 活動継続もしくは他の都市周縁部への拡大のための資金源に関しては、5.4.1 で説明されているように、政府の地方分権政策および郡/市バスケットファンディングに沿って、地方行政府への予算割当が増加している。さらに、住民組織によるコミュニティ保健活動を維持するための収入創出手段がプロジェクトで調査、実験される予定である。この結果は注意深く見守る必要があるが、持続可能なプライマリーヘルスケア活動の実現は、プロジェクトの土台となる戦略である。

7. モニタリング・評価

モニタリング・評価活動は、その成果がプロジェクトデザインの継続的な改善のために利用されることを意図してあるため、プロジェクト活動の中に統合される。また、モニタリング・評価の結果は、より効率的な活動調整や相互学習のために、適宜ステークホルダーに公開し、フィードバックを得てゆくこととする。

7.1 プロジェクトデザインの一部としてのモニタリング・評価活動

7.1. モニタリング及び評価活動は、その実施自体が目的ではない。むしろ、本プロジェクトが、当該国の開発課題に対し、また当該課題の抱える問題に対し妥当性を失わないように、プロジェクト実施の全段階においてプロジェクトを改良してゆくための手段として効果的に利用されることが目的である。そこで、以下のモニタリング活動がプロジェクトのデザインの一部として統合されることを提案する。

- i) モニタリングに必要なデータ収集及びデータ管理に関わる活動
- ii) データ管理を可能にするための組織的な措置
- iii) モニタリング・評価活動で得られた結果を利用したプロジェクトデザイン・内容の微調整・改善

7.2. JICA のプロジェクト形式技術協力に関する決まりに従って、本プロジェクト下では、中間期評価及び終了時評価の2回にわたり評価を実施する。評価では、出来る限り客観的かつ体系的に、プロジェクトのデザイン及び実施状況を DAC の評価5項目 (relevance; effectiveness; efficiency; impact; and sustainability) に沿って計ることとする。評価の結果、引出された提言及び教訓は、プロジェクト基本計画の改訂に反映されることとし、なおかつ趣旨を同じくする他のプロジェクトの改良・見直しにも使用されることが期待される。

7.2 モニタリング活動

7.2.1 プロジェクト進捗状況のモニタリング (Progress Monitoring)

7.3. プロジェクト進捗状況のモニタリングでは、プロジェクトの管理者が事業実施計画 (PO) での工程に沿って活動が実施されているかを確認する。PO は、プロジェクトの進捗を確認するツールとして使われる。PO に記載してある活動の実施責任を負う部署 (Implementers) が、管理責任者 (Person in Charge) に行う報告をもとに、進捗に問題またはその可能性がある場合、と管理責任者の判断でプロジェクト運営委員会もしくは LDHMT の定例会議の場に発議し、早期に対応策を練るなどの行動が必要になる。

7.2.2 プロジェクト成果の達成状況のモニタリング (Performance Monitoring)

7.4. 上記のモニタリング活動が継続性を持つものであるのに対し、プロジェクト成果の達成状況のモニタリングは、4 半期毎もしくは1 年毎など実施時期を予め決めて実施される。達成状況を計る際には、PDM に示された目標指標 (OVI: Objectively Verifiable Indicators) を利用する。そのため、OVI のプロジェクト実施前の数値を確認するという

準備作業が重要となり、特別のベースライン調査または2次資料によって収集・記録されることが必要である。

7.5. プロジェクトの進捗状況、及び成果の達成状況に関する情報は、より広範な関連諸機関と共有することを意識的に実施し、積極的にフィードバックを受けることが望ましい。

7.3 評価活動

7.6. プロジェクトの実施される5年間に、中間期評価を実施する。中間期評価は、成果及びプロジェクト目標レベルの OVI を基準に実施し、その結果はプロジェクトの戦略・方向性・サイト・扱う課題の内容などの見直し・改訂の協議の基礎情報として扱う。中間期評価の内容は、広く関連諸機関と共有する場を設け、必要であれば技術的・政策的な協議も実施する。

7.7. プロジェクト終了時には、PCM 評価手法を基本とした終了時評価を実施する³⁷。基本的に内部評価の実施が義務付けられているが、必要であれば、プロジェクト下で採った戦略・アプローチその他教訓を引出すことを意図した外部評価の実施も検討する。終了時評価の内容も関連諸機関に広く回覧し、フィードバックを受けることによって、本プロジェクトの経験が、多面的に検証され、他プロジェクトに有用な教訓を引出せることも視野に入れる。

³⁷ PCM 手法の詳細については、FASID による出版物を参照されたい。

8. 付属資料

8.1 PDM

別添参照。

8.2 実施計画

別添参照。

8.3 日本人長期専門家 職務事項

8.3.1 チーフ・アドバイザー

連絡窓口：市保健局長

職務：

- (1) 中央保健総局、保健省、セクターワイドアプローチ関連グループ作成の文書を検討し、中央政府・地方レベルの関連会議に出席することによって、現行の保健セクター改革下のより広範な政策体系に関する情報を収集、整理する
- (2) プロジェクトが保健分野により広範に貢献できる最善の手段を検討する
- (3) プロジェクトが、他の関係者(例 政府、非政府、国際機関)と情報を共有し、協力・協調関係を築く手段を検討する
- (4) 上記業務に基づき、プロジェクトの方向性について助言する
- (5) プロジェクトの各活動が最大限の相乗効果を生み出すように、プロジェクト・スタッフ(日本人・ザンビア人)を指揮・監督する
- (6) プロジェクトの活動計画と年次報告書を作成するように、プロジェクト・スタッフ(日本人・ザンビア人)を指揮・監督する

求められる資格・技能・適正：ザンビアの文化社会的環境への適応能力

8.3.2 プロジェクト調整員

連絡窓口：総務マネージャー

職務：

- (1) 財務、経理、人事(ザンビア人職員)、JICA 本部・ザンビア事務所との連絡、調達・契約などの業務事項を管理する
- (2) 広報活動を管理、促進する
- (3) チーフ・アドバイザーの(2)と(3)の職務を支援する

(4) 実施計画に明記されている実施スケジュールの進捗を監理する

求められる資格・技能・適正：ザンビアの文化社会的環境への適応能力

8.3.3 地域保健専門家

連絡窓口：LDHMT プロジェクト・リエゾン職員、専門職員

職務：

- (1) 中央保健総局、保健省、地方行政居住省、セクターワイドアプローチ関連グループ作成の文書を検討し、中央政府・地方レベルの専門会合に出席することによって、関連分野の政策体系に関する情報を収集、整理する
- (2) 住民組織が保健関連活動を開始、実施、維持できるようになる手段を検討し、LDHMT に助言する
- (3) IMCI (保健サービス提供者の疾病管理、コミュニティでの症状特定・リファレル)、GMP+、PHAST 手法における様々な研修・訓練活動へ技術的な助言・支援をする
- (4) 子供の健康、栄養、水・衛生、住民参加などの関連専門分野で、プロジェクトがより広範に貢献できる最善の手段を検討する
- (5) プロジェクトが、他の関係者(例 政府、非政府、国際機関)と情報を共有し、協力・協調関係を築くことを促進する

求められる資格・技能・適正：公衆衛生の知識、ザンビアの文化社会的環境への適応能力

8.3.4 保健計画・管理専門家

連絡窓口：計画開発部長

職務：

- (1) チーフ・アドバイザーの(1)の職務を支援する
- (2) プロジェクトが保健セクター改革、市レベルの保健行政において、より広範に貢献できる最善の手段について、LDHMT に専門的助言を提供する
- (3) コミュニティベースの保健活動を支援する LDHMT の管理システム強化の検討、計画、実施に対して技術的助言・支援を提供する
- (4) LDHMT に対して、リファレル拠点としてのコミュニティ施設の導入過程に関する技術的助言・支援を提供する
- (5) LDHMT 職員のマネジメント研修に助言を与え、促進する

求められる資格・技能・適正：保健経済に関する知識 (があれば望ましい)、ザンビアの文化社会的環境への適応能力

8.4 日本人短期専門家 職務事項

8.4.1 モニタリング・評価専門家

職務：

- (1) データ収集・モニタリング手法に関して、LDHMT 職員を訓練し、助言を与える
- (2) 中央保健総局モニタリング・評価局が出版、更新する「*Health Management Information System: Indicators*」を参照して、ヘルスセンターが保健情報を簡単に記録、分析するためのツールをデザインする
- (3) 上記ツールの適用について、ヘルスセンター中堅職員を訓練する
- (4) プロジェクトのモニタリング・評価のため、指標データが定期的に収集、集計されるように技術的助言・支援を提供する

8.4.2 参加型手法専門家

職務：

- (1) フェーズIでPHAST教官養成訓練に参加した職員に、適切なフォローアップとして、技術的助言、支援を提供する
- (2) もし必要とされた場合は、他の中堅職員に PHAST のような参加型手法に関する教官養成訓練を実施する
- (3) 住民参加プロセス、制度構築、住民参加に関する他の関連事項に関する LDHMT とヘルスセンター職員の業務に対して、技術的助言・支援を提供する

8.4.3 IEC 専門家

職務：

- (1) 子供の健康、衛生教育、コミュニティでの症状特定における行動変容のための IEC デザインに関して、IEC 担当職員に技術的な助言・支援をする
- (2) 学校における保健・衛生実践の行動変容のための IEC デザインに関して、IEC 担当職員に技術的な助言・支援をする

8.4.4 機材保守専門家

職務：

- (1) 費用対効果の高い維持管理計画のデザインに関して、LDHMT・ヘルスセンター担当職員に対し、技術的な助言・支援をする
- (2) 維持管理につき、ヘルスセンターの担当職員を訓練する

8.4.5 他分野の専門家

必要がある場合は、他分野の短期専門家も検討される。

8.5 カウンターパート職員 職務事項

8.5.1 地域保健（リエゾン職員）

LDHMT は、プロジェクトの連絡担当職員として1人任命し、日本人専門家とともに、プロジェクトの進捗を監督する責を担うことが提案される。職員は、マネジメント能力と地域保健に関する経歴を持っていることが望ましい。

8.5.2 ザンビア人プロジェクト雇用職員

プロジェクト調整員・アシスタント2人がプロジェクトで雇用され、日々の管理・プログラム業務を支援する。

8.6 ローカルコンサルタント

プロジェクトは、ローカルコンサルタント雇用を促進し、日本人専門家の技術支援を手助けさせる。ローカルコンサルタントの支援分野として、以下のものが含まれる。なお、必要な技術レベルを持ったコンサルタントが現地にて調達困難な場合は、短期専門家の派遣を検討することも可能である。

8.6.1 基礎調査

プロジェクトデザインマトリックスで同意された指標に基づき、プロジェクトは基礎情報を集め、モニタリング・評価に利用することが求められている。

8.6.2 コミュニティベース保健施設の実証調査

コミュニティベース保健施設の計画の実行可能性、範囲、内容を決定するために、調査を実施する必要がある。調査結果は、この課題に関する決定の基礎とするために、中央保健総局と保健省に提示される。

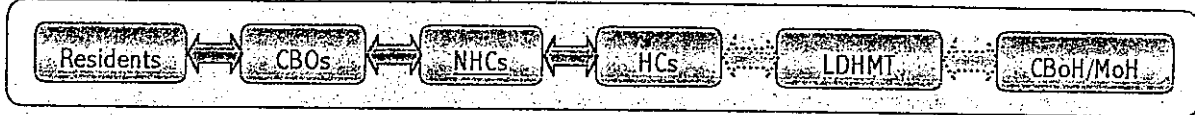
8.6.3 保健情報管理システムの能力構築

保健プロジェクトの方向性を決めるためには、信頼できる情報の重要性を強調しすぎるということはない。この点に関して、プロジェクトはヘルスセンター、さらには LDHMT における能力構築の効果的なモデルを必要としている。そのため、ローカルコンサルタントは、中央保健総局モニタリング・評価局が出版、更新する「*Health Management Information System: Indicators*」に沿って、能力構築のモデルをデザインする。

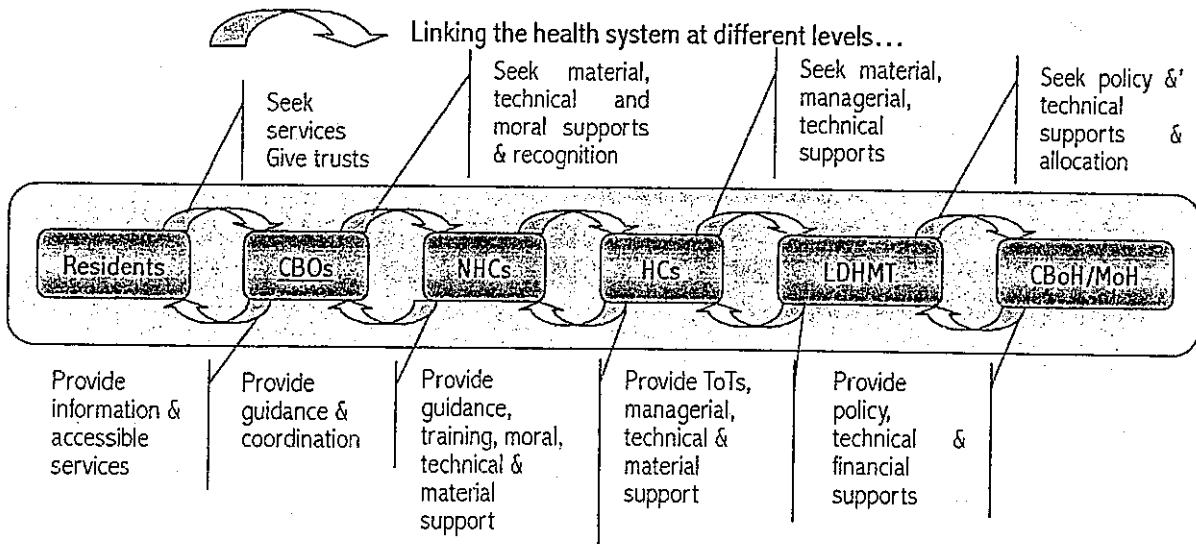
8.7 ジョージ・コンパウンドのコミュニティ能力構築から得られた教訓

ここでは、概して戦略的示唆を持つ教訓がまとめられている。より具体的な教訓は、フェーズ II プロジェクトで考慮されるべき点とともに、次々ページに添付されている図を参照されたい。

フェーズ I プロジェクトの活動を通じて、住民組織(特に CHW)がコミュニティの GMP+ を効果的に実施する能力を身に付けた。これは、実践的な要素を含む包括的研修モジュールと定期的な再教育・技能向上コースによるところが大きい。



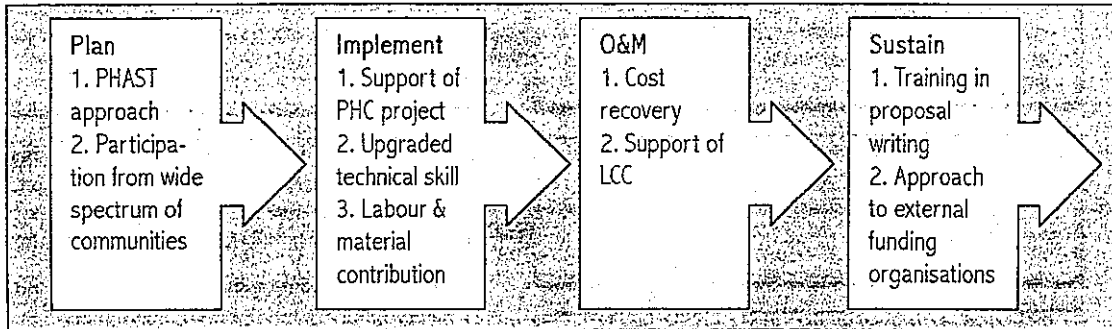
住民は、コミュニティ保健に関するリソースとして、CHW を信任、信頼するようになったと思われる。この結果、CHW のサービスに対する期待、需要を高めることとなった。改善の余地はあるものの、ヘルスセンター職員・住民組織間の意思疎通経路は良く機能している。コミュニティベースの GMP+ が維持できたのは、彼らの特別な献身・コミットメントとコミュニティベースのサービスに対する需要の増加に負うところが大きい。しかしながら、CHW と取り組む現在の状況下では、そのようなモチベーションは、もろく繊細なもので、維持するのが難しく、彼らが住民の期待に応えられるよう活動を継続してゆくためには、より体系的な支援を強化する必要がある。それにもかかわらず、中央保健総局/保健省、LDHMT、ヘルスセンターの間の支援体制は弱く、自立発展性確保へのリスク要因となりうる。



保健システム側が CHW の活動に対して評価・理解を示すこと、協力的な姿勢(精神的なサポート)を保つことは、CHW のモチベーションを維持するために重要な役割を果たす。彼等の活動に対する評価・理解が金銭・物質的なインセンティブで具現化されるべきであるという認識は、CHW の間で認められているが、これは、多分フェーズ I プロジェクトで導入されたポイント・インセンティブ制から派生したものと考えられる。保健管理チームが自立的かつ効果的なインセンティブ(金銭、現物もしくは目に見えないもの)創出方法を考え、支援する必要がある。

環境衛生の分野では、フェーズ I プロジェクトは大きな成果を達成し、この過程はフェーズ II の類似活動でも利用できるであろう。

計画段階で、住民参加による環境衛生問題の特定、解決のための活動の計画、オプションの選択、モニタリング・評価を促進するために、PHAST手法が使われた。同手法の活用で、ジョージ環境保健委員会（GEHC）の設立へとつながり、優先課題を特定、行動を開始することとなった。



フェーズIプロジェクトは、コミュニティの様々な住民が委員会メンバーとして参加したことで成功した。公衆有料トイレ委員会は、トイレが設置されたリランダ市場、協会、学校、民間セクター、ルサカ市役所、地域保健委員会からメンバーが集まっている。GEHCのメンバーは、CHW、教会、ジョージ給水委員会、地域保健委員会、NPなどである。

フェーズIプロジェクトは、PHAST手法を促進しただけでなく、財務、技術的支援により、コミュニティ主導の実施を援助しつづけた。財務的支援は、排水路、VIPトイレや他のインフラ建設に供与された。住民は、レンガ積みのような技術訓練に参加した。このような支援の組み合わせはうまく機能した。例えば、レンガ積みの訓練を受けた住民は、自分の技能に自信を得て、他の類似プロジェクトでも働きたいという意欲を持っている。さらに、住民は施設建設に労働と現物出資という形で貢献した。

維持管理については、フェーズIで実施されたスキームは費用回収のコンポーネントを含めており、当初から施設運営維持が意図されていた。公衆トイレ、シャワーの利用者料金は、それぞれ300クワチャ、700クワチャと決められている。排水路、ごみ回収、VIPトイレのスキームも同様に料金が回収されている。これらのスキームがルサカ市役所と良好なパートナーシップを維持していることは記しておくべきであろう。公衆トイレ委員会の場合、上下水道費用の30%割引が認められている。

フェーズIでは、コミュニティの環境衛生活動を維持、拡大する努力がなされた。プロジェクトプロポーザル作成のワークショップが開かれ、プロジェクト終了後も委員会メンバーが外部資金提供機関にアプローチできるようになった。実際、GEHCはCAREから排水路建設資金を得ることができた。さらに、先に述べたように、環境衛生活動は通常料金回収メカニズムを組み込んでおり、適切に管理されれば、事業の自立が可能となりうる。公衆トイレ委員会は、すでに財務的な自立を果たしており、プロジェクトからの補助金がなくなった後も、職員の給与全額を回収されて料金から支払っている。

Lessons Learnt from George

Consideration for Phase II

1	A comprehensive module with practical components combined with periodic refresher/skill up courses greatly contributed to build capacity (confidence, skills, sense of responsibility) and maintain motivation among CHWs. This could not be done without Project funding.	Comprehensive module with practical components for the CHWs to be used for training activities. Refresher course can be budgeted by the Project at initial stage, but to gradually shifted its source to locally available budget, while diminishing frequency.
2	In some zones, adequate community-based GMP spots are not secured, sometimes due to the lack of understanding by land owners in GMP activities. Counsellor's support was difficult to obtain on this issue.	LDHMT and the HC can facilitate identification and adequate involvement of community-level stakeholders, both health and non-health related, in order to nurture and maximise understanding in and support to community-based health activities by those stakeholders.
3	CHWs identify themselves as part of the health system, or possessing such desire to be a part. In this regard, moral support and recognition from HC staff played a major role as their incentives, which are further enhanced by provision with material inputs such as uniforms and IDs. The lack of it could be a hindering force to sustained actions.	LDHMT to secure adequate level of staffing at HC level who support community-based activities conducted by CBOs. HC staff in charge of CBOs requires good democratic leadership skills and adequate attitudes towards CBOs. Adequate support by LDHMT to the HC staff in order to foster such skills and attitudes should also be supported.
4	Monetary and in-kind incentives did play major role for the CHWs to work harder and longer hours. However, discontinuation of incentives had substantial effects on CHWs, i.e. de-motivating their active participation, accumulation of frustration, etc.	Sustainability of incentives needs to be sought from the planning stage. As an integration of incentives into recurrent budget of LDHMT may not be realistic at this stage, incentives need to be generated at the community level. Initial support from the Project to manageable and profit-making activities may be advisable.
5	Provision of vaccination services at community-based GMP points and health talk in various topics is seen as very much on demand and quite essential for successful community-based GMP programme. Readily provision of under 5 cards, needles and shrynges from the HC would facilitate higher immunisation and GM.	LDHMT and the HC to plan and budget ways to better support community-based immunisation activities, e.g. securing adequate level of midwives at the HC, improvement on logistics management of Under 5 cards, needles and shrynges, timely disbursement of allowances for the staff, etc.
6	CHWs do continue volunteering for GMP+ activities after the point-incentive system is withdrawn. Pressure from members of the community plays a large role for this continuation, which seems to cause mixed feelings among the CHWs. Whilst the CHWs feel that they are now identified and relied upon by community members as "caretakers of the community," that responsibility can be felt as a fetter or a burden on them, especially without proper recognition by the health system.	As far as the willingness of CHWs exists to assist the community in health matters, the LDHMT and the HC are advised to provide adequate means for CHWs to live up to the expectation of community members. If the system encourages the CHWs to generate resources, capacity and willingness of the CHWs, as well as commitment from the HC/NHC need to be carefully assessed by the LDHMT. Planning of such activities is advised to take participatory approach.

Sources: The above information is a result from and analysis of key informant interviews from staffs of George Health Centre (GHC) as well as Group Interviews with three groups of CHWs who work in the GHC catchment area.

8.8 検討事項：コミュニティ保健施設の提案

フェーズ II では、コミュニティのリファレル拠点として機能する「ヘルスポスト」の都市型バージョンもしくは「保健施設」を設立するパイロットプロジェクトを実施する予定である。この施設の日常管理は、CHW や他のコミュニティワーカーによってなされると想定されている。

このアイデアは2つの目的にかなっている。1つは、インセンティブの問題に対処しており、もう1つは、コミュニティの需要拡大に効果的に応えるという目的である。

しかしながら、4.3.2 で指摘されているように、インセンティブの新たな提供には、慎重な検討と計画が必要である。そのため、この問題に関する決定を下すのに必要な議論のポイントをいくつか以下に上げる。

リーダーシップ... 関係者が新しいイニシアティブを実施するために必要な協力の役割と条件が明確にされ、実現可能性が確認される必要がある。関係者全てがリーダーシップを発揮できるように、保健サービス提供者の能力構築は、様々なレベルをカバーするべきである。

説明責任... 新たに採られる手段は当然保健システムのサービス提供の質と平等の改善につながる必要がある。

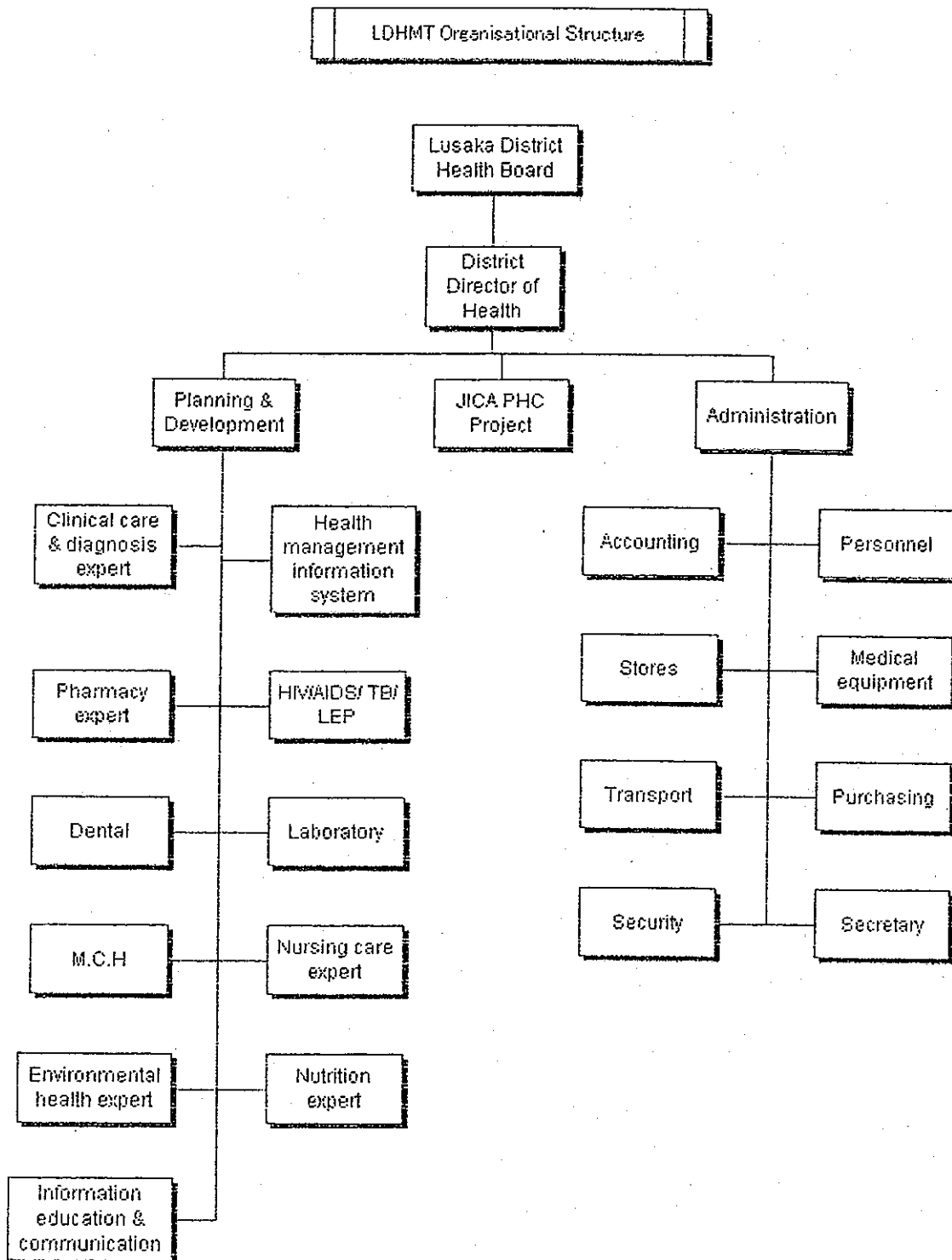
支払可能性... 新たな提供を継続させるためには、短期・長期の費用見積と保健管理チームの支払い可能性に基づいて決定がなされるべきである。

パートナーシップ... 真空状態で活動が存在するわけではない。様々なアクターとのパートナーシップが、異なるコミュニティで見られるが、新しい活動を計画するときはこの点が考慮されるべきである。

議論のポイント～鍵となる課題...

- サービスパッケージの定義～どのようなサービスがコミュニティ保健施設で最も適切か？CHW は、農村部のように初歩的な治療サービスを扱うべきか？できるのか？基本医薬品キットは、CHW に配られるべきか？配ることができるか？国家ガイドラインは、都市部における医薬品キットの配布を認めるか？
- 物理的・物質的基準の決定～保健施設はどのようなものであるべきか？CHW の家屋の延長であるべきか？サブクリニックのようなものであるべきか？
- サイト決定の基準決定～施設は何人程度受け入れるべきか？施設はヘルスセンターからどの程度の距離に設置されるべきか？施設は区ごとに設置されるべきか？ヘルスセンターへの道路が通行不能となる地域の場合どうすべきか？パッケージサービスへの需要は誰、どの地域が強いのか？
- 保健施設の土地・財産の所有権～土地・財産は住民組織、ルサカ市役所、郡保健管理理事会いずれによって所有されるべきか？
- ソシアルマーケティング活動の決定～医薬品を売るべきか？売るとしたらどの医薬品か？医薬品回転資金は実行可能か？回転資金事業に対して、誰が資金、技術支援を供与すべきか？医薬品販売にライセンスを得るべきか？蚊帳、経口補水塩、クロリン、その他の非医薬品のみを売るべきか？小売業としての事業免許が必要とされるべきか？
- 施設を運営する住民メンバーの選択～どの住民が施設を運営できるようになるのか？CHW、NP、TBA、CHP、その他いずれか？
- 施設の位置付け～保健施設は、公共保健サービス機構の正式な一翼を担うのか？もしくは、単なる住民組織のボランティア事業で、物質・技術的支援を公共システムから得ているのか？

8.9 LDHMT 組織図



8.10 ルサカ市ヘルスセンター一覽

Zone	Health Centre	Catchment area population	Type	Doctor	Number of staff			Outpatient	Inpatient	Dental clinic	Laboratory	MCH	Delivery	Youth health	X-ray
					C.O.	RN	ZEM								
1	Chelstone	67,183	1st Referral	2	4	12	43	x	x	x	x	x	x		
	Chainda	30,538	Small HC	0	3	3	13	x							
	International Airport	3,500	Small HC	1	0	2	9	x							
	Kaunda Square	29,434	Small HC	0	2	3	17	x							
2	Ngo'mbe	14,975	Small HC	0	2	4	12	x							
	Chipata	84,438	Large HC	2	4	12	40	x	x	x	x	x	x		
	Mandevu	78,459	Small HC	0	2	4	12	x							
	George	99,248	Medium HC	1	7	3	28	x	x	x	x	x	x		
3	Matero Reference	61,076	1st Referral	2	8	9	48	x	x	x	x	x	x	x	
	Matero Main	67,183	Small HC	0	2	1	12	x							
	Makeni	21,413	Small HC	0	2	1	7	x							
	Kanyama	114,398	1st Referral	2	8	9	48	x	x	x	x	x	x		
5	Chawama	68,515	Large HC	2	9	7	3	x	x	x	x	x	x		
	Liyayi	17,827	Small HC	0	1	3	12	x							
	Kamwala	54,968	Large HC	3	9	3	25	x	x	x	x	x	x		
	Railway	45,162	Small HC	0	3	5	12	x							
6	Civic centre	22,987	Small HC	0	2	2	12	x							
	Chilenje	79,650	1st Referral	2	9	18	43	x	x	x	x	x	x		
	Kabwata	62,549	Small HC	2	7	5	14	x							
	Bauleni	52,356	Small HC	0	4	3	11	x							
7	Slate Lodge	3,584	Small HC	0	2	2	5	x							
	Prisons	3,078	Small HC	0	1	1	7	x							
	Kalingalinga	46,570	Large HC	1	7	6	26	x	x	x	x	x	x		
	Mtendere	58,022	Medium HC	0	4	8	23	x							
8	Command Post		Small HC	0	0	0	16								
	LDHMT														
Total		1,187,113		20	102	126	498	24	18	8	11	23	19	22	

Note: C.O.: Clinical Officer, RN: Registered Nurse, RW: Registered Midwife, ZEN: Zambia Enrolled Nurse, ZEM: Zambia Enrolled Midwife

ルサカ市プライマリヘルスケア・フェーズ2
プロジェクト活動計画案

ルサカ市 PHC フェーズ2プロジェクト

佐々木 諭

五十嵐 久美子

はじめに

平成14年6月24日より29日までの6日間にわたり、梅内拓生教授を団長とするルサカ市 PHC フェーズ2プロジェクト実施協議調査団がルサカに滞在し、関係諸機関との協議を経て、28日にザンビア政府との間で協議議事録の署名を行った。これをもって、正式に7月15日からフェーズ2プロジェクトの5年間の技術協力が開始される運びとなった。

調査団は、カウンターパートであるルサカ市保健管理局 (LDHMT) のスタッフとプロジェクトの活動について詳細に協議すると共に、保健省をはじめとする関連機関とも意見を交換し、ザンビアにおける国家政策の中でのフェーズ2プロジェクトの明確な位置付け、プロジェクト目標達成の為にザンビア側のコミットメントの確認を行った。

今回の実施協議調査団の成果をもとに、フェーズ2の活動計画案を以下の項目に沿ってまとめてみたい。

1. フェーズ1の成果
 - 1.1 GMP+の効果的な実施
 - 1.2 参加型環境衛生活動の導入
 - 1.3 包括的なコミュニティエンパワーメント
2. フェーズ2の活動概要
 - 2.1 プロジェクト目的分析とカウンターパートとの役割分担
 - 2.2 ザンビア国家政策の中での位置付け
3. フェーズ2の戦略
 - 3.1 効果的なコミュニティ活動の開発
 - 3.2 District レベルでのガイドラインの構築
 - 3.3 住民組織の能力強化と District/HC のコミュニティ支援強化
 - 3.4 プロジェクトサイトの優先順位付け
 - 3.5 サステナビリティパッケージの構築
 - 3.6 AMDA ザンビアとの効果的な連携
 - 3.7 都市型 PHC モデルの確立
 - 3.8 プロジェクトマネジメントの強化
4. 活動計画

1. フェーズ1の成果

ルサカ市 PHC フェーズ2プロジェクトは、フェーズ1において主要活動の一つであったコミュニティ活動の促進による保健衛生状況の改善を中心コンポーネントとして絞り込み、これまでジョージコンパウンドにおいて達成された成果をもとに、ルサカ市内の他地区へと発展的に拡大するとともに、コミュニティ活動のガイドライン化と行政支援の制度化を目的としている。フェーズ2において効果的にコミュニティ活動を拡大していく為には、フェーズ1の成果とそれを引き出した要因を明確にする必要があるであろう。LDHMTのダイレクターである Dr.Sinkala は、フェーズ1の成果を以下のように表現している。

"Although it is too early to evaluate the impact of this project, there are signs that the incidence of malaria, malnutrition and ARI, the main killers of children under 5 have dramatically reduced in the last five years". 彼の言葉を裏付ける具体的な指標として、彼自ら右表 1.1 に示したジョージコンパウンドにおける乳幼児の健康改善に関する指数を引用している。

表1.1 ジョージコンパウンドにおける指標の改善

- > Reduction in underweight children from 25% in 1998 to 15% by end of 2001
- > Increase in full immunization coverage from 15% (1994) to 65% by end of 2001
- > Reduction in cases of measles from 8.5/1,000 (1998) to 1.5 (2001)

Data source: LDHMT

ジョージコンパウンドにおけるこれら指標の改善が、直接的または間接的にフェーズ1の活動によって導き出されたものであると想定するならば、フェーズ1の成功要因を抽出し、それをフェーズ2の活動のエッセンスとして引継ぎ発展させることが、フェーズ2の効果的発展にとって重要であると思われる。プロジェクトとしては、コミュニティ活動の成功要因を以下の3点にまとめてみたい。

1.1 GMP+の効果的な実施

昨年10月にまとめられたフェーズ1最終評価レポートにおいて、コミュニティレベルで実施されている乳幼児体重測定活動(Growth Monitoring)が乳幼児の健康改善に果たす効果の大きさが指摘され、それら包括的な活動を GMP+(Growth Monitoring Program Plus)と名づけられた。GMP+は、乳幼児体重測定活動をエントリーポイントとし、そこに参加する母子に保健教育を始め、予防接種、ビタミンA投与、栄養カウンセリングなどのサービスを幅

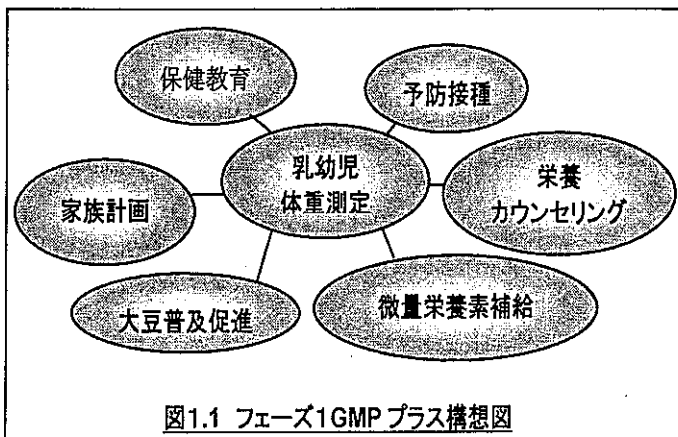


図1.1 フェーズ1GMPプラス構想図

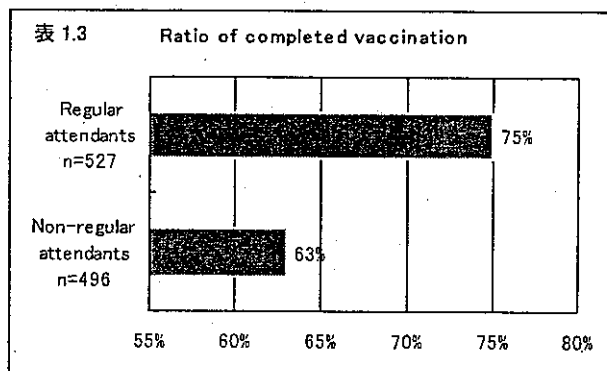
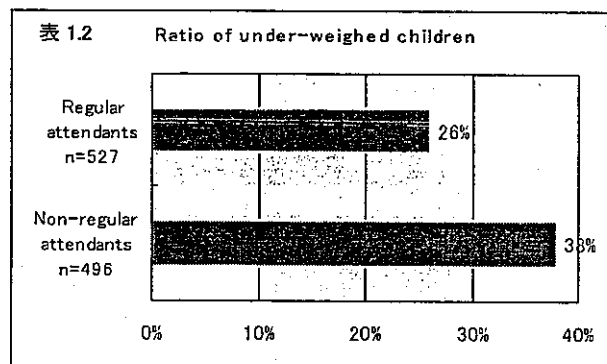
広く提供するものである(図 1.1 参照)。GMP+の利点は、毎月 1 回参加することで、基本的に必要な乳幼児のケアサービスをコミュニティレベルで享受することができ、コミュニティにヘルスサービスのアクセスを近づけたことであろう。

現在、ジョージコンパウンド内では、毎月 16 回 GMP+が定期的に各サイトで実施されており、各サイトでは 100 名から 150 名の乳幼児がサービスを受けている。月間平均にすると毎月 1,829 名が GMP+の恩恵を受け、この数字は、毎月ヘルスセンターで体重測定を受ける乳幼児数よりも多くなる。また、対象区域内の 5 歳未満児 7,000 人の 26%がコミュニティによる GMP+によってケアされていることになる。

フェーズ 1 では、ジョージコンパウンドでの GMP+の効果を実証する為、GMP+に定期的に参加している乳幼児と不定期に参加している乳幼児あわせて 1,023 名を対象とした比較調査を 2001 年に実施した。調査は、それぞれのグループの低体重児の割合を計るとともに、母親の GMP、下痢、母乳についての知識、予防接種の接種数についても調査した。

2 つのグループにおける低体重児の割合は明らかな差が生じており、定期的に GMP+に参加している乳幼児の低体重児の割合が 26%であるの対し、不定期に参加して乳幼児では、38%が低体重児であった(表 1.2 参照)。低体重児は、乳幼児の出産体重、家庭の経済状況、母親の教育レベルなどの要因も考えられるが、一方、定期的に GMP+に参加することにより、乳幼児の成長問題を早期に発見し、栄養改善のための栄養指導を通じて、成長ラインから下に外れることを防ぐことができる。

また、調査対象の乳幼児の完全予防接種率は、定期的に参加している乳幼児の 75%が必要とされている予防接種をすべて受けているのに対し、不定期に参加している乳幼児の完全予防接種率は 63%であった(表 1.3 参照)。特に麻疹に関しては、2 歳未満時では、定期的に参加している乳幼児の 93%が麻疹の予防接種を受けているが、一方、不定期の乳幼児は 66%であった。これらのことより、GMP+のコミュニティでの活動が、体重測定の定期的な励行により低体重児の割合を減少させることにあわせ、EPI の促進にも効果があることが示された。今後は、GMP+の参加する乳幼児を増加させることと、いかにデフォルターをフォローアップしていくかが課題となってくる。



1.2 参加型環境衛生活動の導入

ジョージコンパウンドにおけるコレラを含む下痢症疾患数の低下は、フェーズ1において中心的に取り組む課題として挙げられていた。これは、ジョージコンパウンドに日本政府による一般無償援助によって給水システムが供与されており、プライマリヘルスケア活動を上水道の整備と組み合わせることによる相乗効果を目指したものと見える。

プロジェクトでは、住民参加を有効的に活用し、コミュニティレベルでの環境衛生改善を図る為、参加型手法にもとづいたアプローチ(PHAST: Participatory Hygiene and Sanitation Transformation)を積極的に取り入れた。PHASTは、参加型ワークショップ通し、環境衛生にかかわる問題を住民自らが分析し、問題解決を考え、計画実施する能力を培うことを目的としている。ジョージコンパウンドでのPHASTワークショップ後に、住民のイニシアティブによって環境衛生委員会が結成された。ジョージ環境衛生委員会は、ごみ収集活動、排水溝整備、VIPトイレ建設など、コミュニティレベルで一番身近な環境衛生問題に取り組むと共に、ジョージコンパウンド内の8,000世帯を家庭訪問し、飲料水殺菌塩素、石鹼の利用促進などの啓蒙活動を実施した。カウンターパートは、これらPHASTアプローチの効果を高く評価し、PHASTをルサカ市の環境衛生改善の公認活動として年間計画に載せている。

参加型環境衛生活動がもたらす住民の意識行動変容を調査する為、2000年と2001年にプロジェクトサイトの総世帯の6分の1にあたる約1050世帯にサーベイを実施した。その結果、調査の比較期間がわずか1年という短い期間ではあったが、いくつかの住民の意識行動指標に改善が見られた。

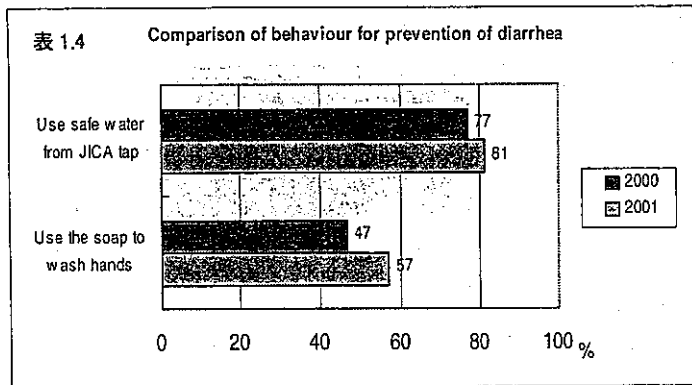


表 1.4 は、JICA の給水を使用料を支払って利用している比率と手洗いに石鹼を利用する世帯の割合の比較調査結果を示している。JICA の給水利用者は、調査対象世帯の77%から81%に上昇しており、全世帯数に換算すると1年間であらたに約250

世帯が JICA の給水を利用し始めたことになる。また一方、石鹼利用に関しては、2000年の調査時には、石鹼利用世帯数が47%であったのに対し、2001年には57%に上昇している。2000年の調査によって、石鹼を定期的に利用している世帯と下痢症疾患の予防との間において有効な相関関係が見出されたことにより、環境衛生委員会では、廃油を用いて石鹼を作り、安価な値段での石鹼の販売と石鹼の利用促進活動を実施してきた。これらの活動が石鹼利用世帯数の上昇に少なからず貢献していたものと推測され、参加型環境衛生活動がもたらす住民の意識行動変容への効果の大きさを推し量ることができる。

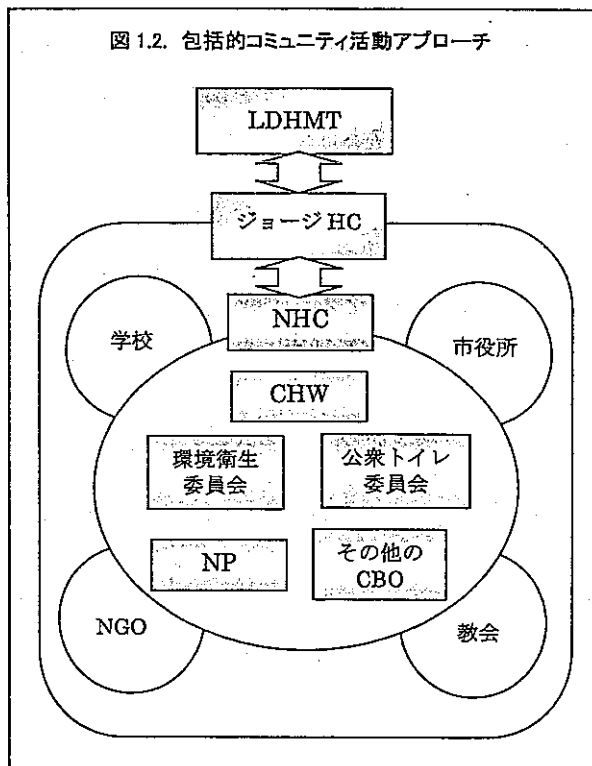
1.3 包括的なコミュニティ・エンパワーメント

前述の GMP+、環境衛生活動が効果的に実施された背景には、ヘルスセンターとコミュニティ組織、コミュニティボランティアが協力し合い、コンパウンドの抱える保健衛生問題に取り組んでいくという有機的な結びつきが育っていたことが指摘される。住民組織を養成し強化すると共に、それを指導するヘルスセンタースタッフ、そしてコミュニティ活動を支援する学校や市役所などの幅広いコミュニティエンパワーメントが伴うことにより、コミュニティ活動を相乗的に促進していくことができる。

ジョージコンパウンドにおいては、ジョージヘルスセンターが、コミュニティ活動の拠点としての機能を効果的に果たし、ヘルスセンターをベースとする助産婦、栄養士、環境衛生技師が、コミュニティ組織が行う活動に適切な指導を与え、モニタリングを行っている。一方、コミュニティ組織側は、自分達の活動をヘルスセンタースタッフがスーパーバイズすることにより、彼らの活動に行政側からのオーソリティーが保障され、彼らの専門性も深めることができる。

さらには、ザンビア政府のヘルスリフォームに沿って、1996年に行政主導のもと設立された NHC (Neighborhood Health Committee)は、保健関連の住民組織の調整とヘルスセンターと住民組織をつなぐ役割を果たしてきている。また、学校、市役所や教会、NGO 等への窓口としても機能しており、ジョージコンパウンドでは、NHC のイニシアティブのもとそれらステークホルダーや住民組織らが集まり、PHC ミーティングを隔週で開催している。

コミュニティにおいて継続的に活動を続けていくためには、コミュニティ組織のみならず、それを技術的に支援していくヘルスセンターと、コミュニティ内での調整役を担う組織が重要や役割を果たしていると言える。ヘルスセンター、NHC、住民組織が、それぞれの役割を十分に理解し、保健環境衛生の改善のために協力ならびに連携していくことは、コミュニティ活動のスムーズな促進と効果的な発展に欠くことができない。



2. フェーズ2の活動概要

前述のフェーズ1のエッセンスを引き継ぎつつ、フェーズ2では、コミュニティ活動をより効果的かつ持続的な活動モデルへと発展させる一方、行政によるコミュニティ活動のガイドライン作成ならびにコミュニティ活動支援の制度化を含む組織強化を実施する予定である。

今回の実施協議調査により、プロジェクト目標は、プロジェクトサイトにおける5歳未満児の健康状況改善と正式に定まり、目標達成に向けて、1) コミュニティベースの乳幼児の成長促進活動の強化、2) コミュニティベースの環境衛生改善活動の促進、3) 診断能力とコミュニティリファレルの強化、4) LDHMTのヘルスセンターならびにコミュニティ活動支援の強化の4項目がアウトプットとして認められ、それに即するそれぞれの活動が承認された。

このたびの調査団の協議の中で特に特筆すべきものは、カウンターパートならびにザンビア側政府との協議の中で合意されたプロジェクト目標達成の為にザンビア側からのコミットメントであろう。以下、カウンターパートとの役割分担ならびに国家政策の位置付けの2点に則して述べてみたい。

2.1 プロジェクト目的分析とカウンターパートとの役割分担

LDHMTダイレクターであるDr.Sinkalaは、フェーズ2プロジェクトが5歳未満児の健康改善をプロジェクト目標と定めたことを、以下の3点から評価している。第1には、プロジェクトが実施する5歳未満児の健康改善活動は、LDHMTにとって引き続き容易に応用し拡大していくことができる。第2には、5歳未満児をターゲットとして健康改善を行う時、それは広くコミュニティ全体の健康改善をもたらすことができる。そして第3には、5歳未満児は、疾患に対して最も弱者(vulnerable)であることを挙げている。

LDHMTの年間実行計画に記載されている優先活動項目によると、小児保健は第3位に挙げられている(表2.1参照)。また、プロジェクトは、5歳未満児の健康改善を、環境衛生、母親の健康の視点からも取り組む予定であり、さらには、小児死亡率の第1位がマラリアであることを考慮すると、5歳未満児をプロジェクトターゲットに絞ることは、直接そして間接的にルサカ市の優先活動項目の1位から3位そして5位を含んでおり、カウンターパートの優先順位からみても、限りなく意味は深いと思われる。

上記のように5歳未満児の健康改善には、様々な要因が絡んでおり、健康改善に向けた取り組みの全体観を把握する為、プロジェクトは、

表 2.1 ルサカ市優先活動項目

1	Malaria
2	Reproductive Health and Safe Motherhood
3	Child Health
4	Tuberculosis/Leprosy
5	STI and HIV/AIDS
6	Water and Sanitation
7	Mental Health

Source: Lusaka District Action Plan

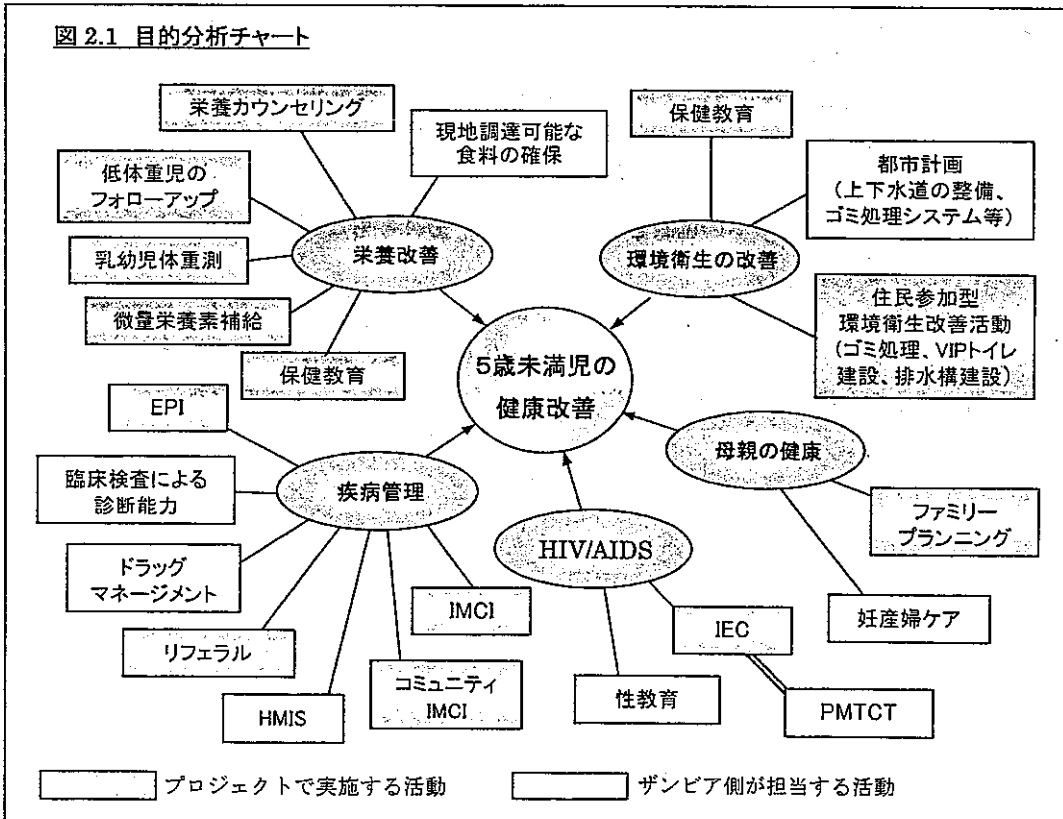
フェーズ2短期調査において実施されたPCMワークショップの目的分析を概略化させ、目的分析チャートを作成した(図2.1参照)。目的分析チャートによると、5歳未満児の健康改善を達成する為には、栄養改善、疾病管理、母親の健康、HIV/AIDS、環境衛生改善の5つのアプローチから取り組んでいくが有効であることになる。今回のカウンターパートと調査団の協議では、総合的に5歳未満児の健康改善に取り組んでいくという視点から、上記のアプローチにもとづくそれぞれの活動をプロジェクトの活動とザンビア側が担当する部分との明確な役割分担を行い、ザンビア側からのコミットメントを確認した。活動分野によっては、LDHMT 単独では担いきれないものあることから、ルサカ市役所、NGO なども連携を強化しつつ取り組んでいくこともあわせて強調された。

表 2.2 ルサカ市における小児保健活動目標

- To increase the coverage for fully immunized children 0-11 months from 48% to 65 %
- To improve the management of child hood illnesses by increasing the number of clinicians trained in IMCI from 118 to 163
- To reduce prevalence of under 5 children below the lower line from 12% to 9%

Source: Lusaka District Action Plan

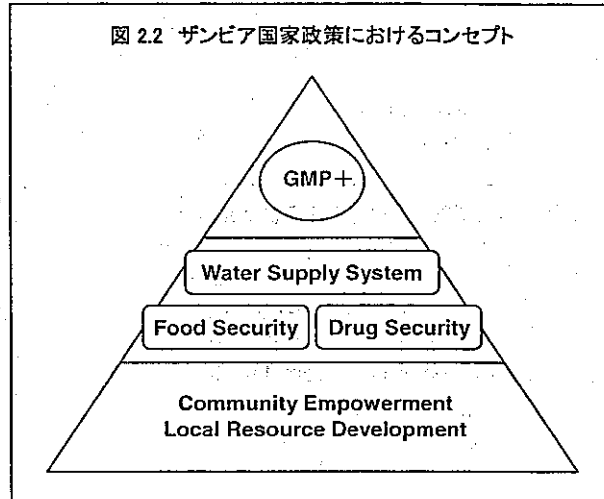
LDHMT 年間計画には、小児保健の活動目標が3項目にわたり記載されている(表2.2参照)。いずれの活動目標もプロジェクトの活動と密接に関連しており、プロジェクトの実施を通して LDHMT の活動目標達成に大きく貢献することができるであろう。



2.2 ザンビア国家政策の中での位置付け

プロジェクト開始に先立つ合同調整委員会準備会議では、調査団よりフェーズ2プロジェクトのザンビアの国家政策における位置付けの必要性が指摘された。調査団から提示されたコンセプトは、大局的なプロジェクトの位置付けを3層に分けて構造的に説明している(図3.2参照)。

最上層には技術的な活動が位置し、プロジェクトではGMP+または環境衛生活動がこれにあたる。その下には、政策レベルの活動が置かれ、ルサカ市ひいてはザンビア全土を対象としたFood Security、Drug Securityまたは給水整備などが挙げられる。上位に位置する技術的な活動は、下層に位置する政策面での支援、コミットメントがあることにより効果的な活動が保証されるものである。



フェーズ2プロジェクトに当てはめるならば、ルサカ市未計画居住区環境改善開発調査によって実施ならびに計画されている給水整備案件がこれに当たるであろう。最下層には、コミュニティに潜在するリソースをいかに有効に引き出し効果的に集約することにより、上位に位置する政策面、技術面を根底から支える活動、つまりコミュニティエンパワーメントである。プロジェクトにおいても、コミュニティ活動に持続性を持たせる為、コミュニティ・バスケットファンドの創設を検討しており、それらもこのコミュニティエンパワーメントにあたるであろう。

5年後のプロジェクト終了時には、プロジェクトの成果も含め、上記の三層構造の視点に基づき、ザンビア側のインプット、プロジェクトの成果、連携パートナーの貢献度などを明確にすることにより、包括的にプロジェクトを評価することも可能であろう。

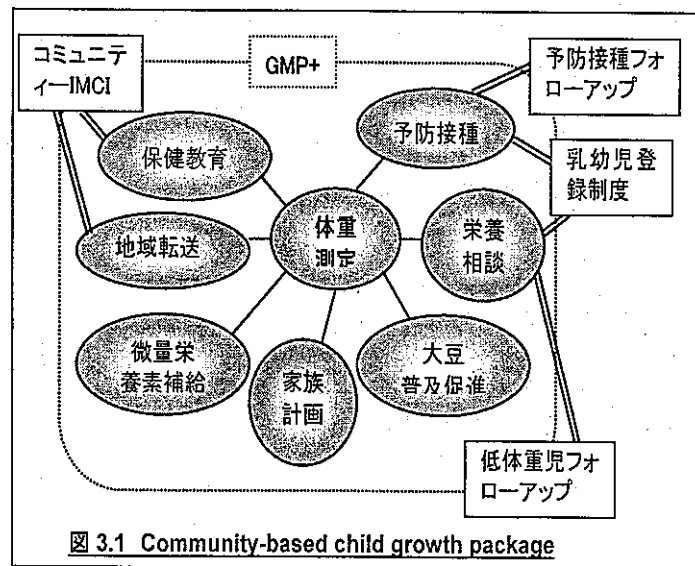
3. フェーズ2の戦略

フェーズ2のプロジェクト目標を達成させる為のプロジェクト総体のアプローチとして、プロジェクトは「住民参加に基づく持続性のある都市型 PHC モデルのシステム化」を基本コンセプトとして定めた。フェーズ1の成果であるコミュニティ活動の活性化を最大限引き継ぎながらも、サステナビリティの確保を必須コンポーネントとして盛り込み、都市型貧困地域の典型的な問題を抱えるルサカ市の健康改善を図る為の PHC モデルを組み立て、保健行政政策の一部として取り入れていくことを目指す。PDM に記載されている活動は、上記のアプローチに基づき、5歳未満児の健康改善の為の活動を系統的に配列するよう試みている。ここでは、プロジェクトの全体観に立脚してフェーズ2の戦略を述べてみたい。

3.1 効果的なコミュニティ活動の開発

フェーズ2において、コミュニティ活動の活動分野を 1)Community-based Child Growth Package の構築、2) 参加型環境衛生活動の定着、3) コミュニティリフレラルの機能強化の3分野に定め、それぞれにおいて効果的なコミュニティ活動を築き上げることを課題とする。

乳幼児の成長分野に関するならば、実績のある GMP+を活動の中心に置き、コミュニティの要素を十分に活かしながら乳幼児の健康状況を着実に改善する為、あらたに乳幼児の登録制の導入、低体重児のフォローアップの徹底、栄養改善カウンセリングの機能強化を実施していく。また、11ヶ月未満児の予防接種フォローアップの定期的実施やコミュニティ IMCI の促進な



ども効果的に組み込まれ、乳幼児の健康な成長を促進する総合的なアプローチを築き上げることが肝要となるであろう (図 4.1 参照)。今後、活動の詳細については国内委員の先生方からアドバイスを頂きながら、カウンターパートとともに検討する予定である。

一方、環境衛生活動は、PHAST にもとづいた参加型手法により、住民が自ら環境衛生の問題分析や計画の立案、実施をすることになるが、フェーズ2においては、乳幼児の下痢症疾患予防をターゲットとして絞り込み、その視点に沿ってコミュニティによる活動の計画と実施を支援していくことが望まれる。具体的には、飲料水殺菌塩素の利用の推進、ご

み収集活動、石鹸による手洗いの励行などが考えられる。

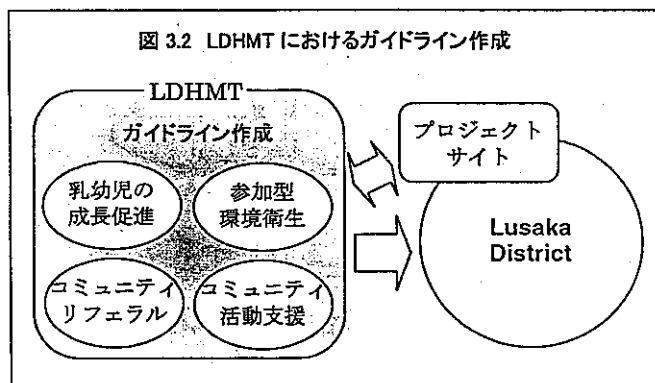
また、コミュニティリフェラルについては、コミュニティからヘルスセンターへのリファレルそしてヘルスセンターからコミュニティへのフィードバックが確実に行われるようにする為、リファレルフォームの見直しも含めシステムの構築を図ると共に、コミュニティリファレルポイントとして機能するヘルスポストの建設などにも取り組んでいく。

上記の3分野がそれぞれ効果的に補完しあい、5歳未満児の健康改善活動を包括的に含むコミュニティ活動をモデルとして発展させていく予定である。

3.2 Districtレベルのガイドラインの構築

前項に記したコミュニティ活動をモデル化して行政に組み込む方途として、プロジェクトでは、カウンターパートを主体にガイドラインならびにマニュアルの製作を計画している。カウンターパートをはじめとして保健省、関係ドナー、関連NGO等により、ガイドライン作成の為のタスクフォースを組織し、それぞれの活動に関してLDHMTのスタンダードとなる活動方針、活動内容、モニタリング、評価の基準を制定する。その際にはプロジェクトサイトでの経験、エッセンスを十分に反映させながら、効果的なコミュニティ活動の実施へ導く指針となるよう関係諸機関の意見も充分取り組んでいく予定である。

ガイドライン作成はプロジェクト開始後から1年半以内に、Community-based Child Growth Promotion、環境衛生活動、コミュニティリフェラル、コミュニティ活動支援のそ



れぞれの分野において完成させる予定である。ガイドラインが作成された後は、プロジェクトはプロジェクトサイトでガイドラインに沿って活動を実施すると共に、それ以外の地区へはLDHMT主体でコミュニティ活動を拡大していくことが期待される。

3.3 住民組織の能力強化とDistrict / HCのコミュニティ支援強化

フェーズ1の成果に関して1.3において前述したように、コミュニティ活動の円滑な継続には、コミュニティ活動に関する組織の包括的なコミュニティエンパワーメントが求められる。フェーズ2においては、1) CHW、NPのキャパシティ強化、2) NHCの組織強化、3) LDHMT/HCのコミュニティ支援強化の視点からそれぞれに求められる活動を実施する。

1) CHW、NPのキャパシティ強化

CHW、NPのキャパシティ強化の主要課題となるものは、CHW、NPの補充養成とそれ

ぞれの専門性の強化があげられる。

フェーズ1では、それぞれのヘルスセンターにおいて25名のCHW、NPを養成してきた。しかしながら、ヘルスセンターごとに管轄地区の大きさならびに対象人口も大きく異なる為、CHWならびにNPの活動の負担もヘルスセンターごとに差が生じている。保健省のガイドラインによれば、ボランティアワーカーの理想的な対人口比は、500人の住民に対して1人となっている。このガイドラインに従った場合、カニャマヘルスセンターでは、人口115,000人に対して230人のボランティアが必要となり、現実的に維持可能な数値とは思われない。

一方、フェーズ1において養成したCHW、NPの定着率は、これまでの調査によると65.5%となっており、約35%が何らかの理由でコミュニティ活動を中断してしまう。活動を停止しているメンバーの主な理由は、小規模ビジネスを始たり、就職や進学によりボランティア活動に時間を割くことが出来なくなったことや他のコンパウンドへの移転などが挙げられている。

フェーズ2においては、前述の通りコミュニティ活動のガイドラインを作成する予定であるが、ガイドラインにはコミュニティボランティアの対人口また対エリアでの理想的なコミュニティボランティアの人数も定めることになる。また、CHWとNPの定着率を高める意味からも、ガイドラインに選考基準を明確にしていく予定である。今後プロジェクトは、LDHMTのガイドラインに沿って、プロジェクトサイトの他組織と連携しながらCHWならびにNPの養成研修を実施し、適切な人数を補充する予定である。

CHW、NPの養成と共に、プロジェクトにおけるCHW、NPの役割分担のより明確化を行い、それぞれのグループが、担当する活動をより専門性を持って実施していけるよう取り組んでいく予定である。前述のように、GMP+の活動もより効果的に発展させる一方、コミュニティリファレル、2歳未満児の登録、低体重児フォローアップ、栄養カウンセリング徹底など、より緻密なコミュニティ活動が求められる。その為にもコミュニティボランティア一人一人の専門性を高めていくことが、一層重要となってくるであろう。

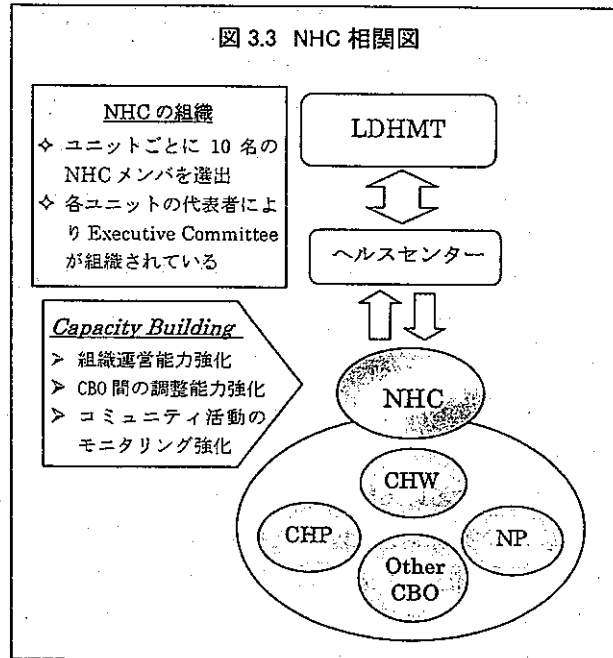
2) NHCの組織強化

NHCは、1996年に保健省がすすめているヘルスリフォームの視点から行政主体で組織されたコミュニティ組織であり、保険衛生改善のコミュニティ活動の促進を活動目標としている。ヘルスセンターの管轄地区を10分割したユニットから、それぞれ10名のNHCが選ばれ、ヘルスセンターごとに100名のNHCメンバーがいることになっている。NHCは、コミュニティ組織間の調整、ヘルスセンターとコミュニティとの橋渡し、コミュニティ内での、コミュニティ活動の運営などの役割が求められ、NHCもつリーダーシップや調整能力如何でコミュニティ組織やその活動が大きく左右される。

NHCには、各地区やCBOのニーズを取りまとめ、ヘルスセンターに活動計画を提出し予算を確保する役割も求められる。各ヘルスセンターは毎年末に、翌年のAction Planを提出LDHMTしており、それに沿って活動予算が分配される。Action Planには、コミュニ

ティ活動用の予算も含まれており、保健省では、ヘルスセンターからの収益の10%はコミュニティ活動用に割くよう指示している。それ故、コミュニティのニーズがヘルスセンターの予算作成時に的確に反映されているかどうかによって、コミュニティ活動の進展が大きく左右されるといえる。

NHCが組織された1996年当時と比べると、CBOの数や活動範囲も多岐にわたるようになり、NHCの組織がそれに追いついていない現状があり、その為にCHWやNPの活動が制約されてしまう懸念が生じている。プロジェクトとしても、コミュニティ活動を構造的な視点からアプローチを行い、NHCの調整能力の強化、組織運営強化などを積極的に取り組んでいく予定である



3) LDHMT/HCのコミュニティ支援強化

LDHMTならびにヘルスセンターのコミュニティ活動への支援強化は、フィールドレベルで築き上げられたコミュニティ活動を行政サイドから側面支援し発展させていくことを目的としている。プロジェクトとしては、特に、1)コミュニティ活動支援予算の執行、2)モニタリング機能の強化、3)ドナー間の調整能力の改善、4)ヘルスセンタースタッフ(保健婦、栄養士、環境衛生技師)のキャパシティビルディングを重点的に取り組む必要がある。

コミュニティ活動の予算支援について、まず第1に、CBOメンバーへのインセンティブが挙げられる。行政サイドからコミュニティ活動にサステナビリティを確保していけるよう制度上のシステムとして築くことが求められる。すでにLDHMTは、LDHMT予算から、GMP活動に対して定額の日当をCBOメンバーに払うよう取り決めを行っている。また、NHC、CHW、NPのメンバーならびに家族が医療費を免除されるようルサカ市内で制度化する為の申請書を保健省へ提出している。しかしながら、ヘルスセンター予算の一定額がコミュニティ活動に使用できるよう予算措置が取られているにもかかわらず、現時点では、そのような予算が十分に執行されているとは言いがたい。今後は、それらコミュニティへの恩恵が制度的に機能していくようフォローアップならびに改善をしていくことが必要であろう。

コミュニティ活動のモニタリングやドナー間の調整は、ルサカ市全域のコミュニティ活動の活発化を目指す際には欠かすことができない。現在のLDHMTの機構上、モニタリン

グやドナー間の調整を担当するスタッフのポストがない為、暫定的にプロジェクト内に LDHMT スタッフを Liaison Officer として配置し、モニタリングや定期的なドナーミーティングなどを中心に担当し、徐々に LDHMT に機能を移管していく方法が望ましいと思われる。

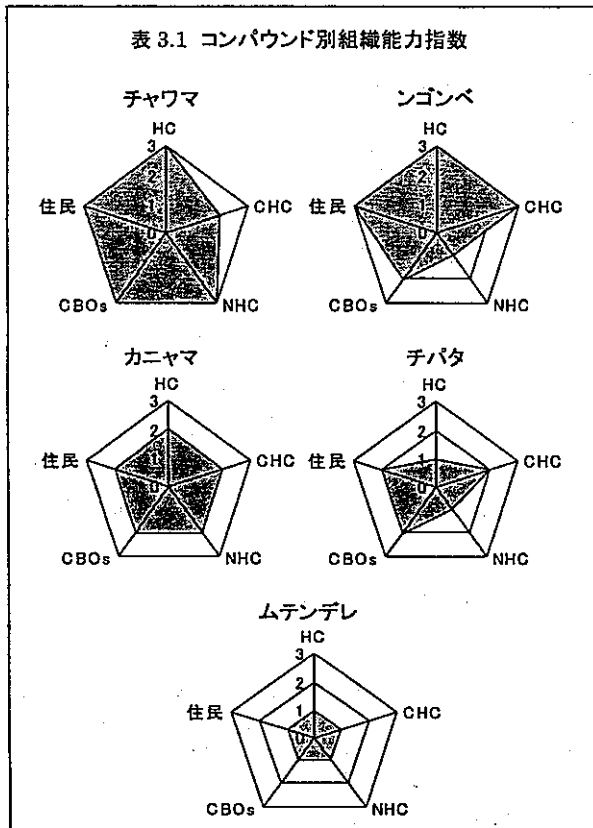
CHW の養成に先立って、これまでヘルスセンタースタッフをトレーナーとして養成し、トレーニングの計画、運営を担当し、CHW 研修後は、引き続きコーディネーターとしてコミュニティ活動の指導管理、ヘルスセンターと CBO 間の調整を行っている。コミュニティ活動の成否にあたって、コーディネーターの果たす役割は非常に大きく、コーディネーターが積極的にコミュニティ活動を支援する地区は、ヘルスセンターと CBO 間の関係も良く、活動もスムーズに運営されている。しかしながら、トレーナーとして養成されたヘルスセンタースタッフが他のヘルスセンターへ移動や、長期休暇で不在となる場合などは、ヘルスセンターのコミュニティ活動支援が滞り、影響を及ぼすことも見受けられた。その為、フェーズ 2 では、ヘルスセンターのコーディネーターも含め、コミュニティ活動により密接に関わる保健婦、栄養士、環境衛生技師の能力強化を通し、ヘルスセンターのコミュニティ活動支援体制の充実を図ることが望まれる。前述のヘルスセンターのアクションプラン作成の際も、ヘルスセンター側からもコミュニティにアプローチを行い、コミュニティのニーズがヘルスセンターの予算に反映されるよう努めることが求められる。

3.4 プロジェクトサイトの優先順位付け

フェーズ 2 のプロジェクトサイトは、ジョージコンパウンド以外では、チャワマ、ンゴンベ、チパタ、カニヤマ、ムテンデレの 5 地区に決められた。プロジェクトサイト選定に際する基準項目の中でもっとも重要視された点は、フェーズ 1 においてすでに CHW、NP を養成した地区ということであった。フェーズ 2 では、CHW、NP を地区のニーズに応じて追加養成し、GMP+ の活動を強化すると共に、あらたに環境衛生改善活動を導入する。

プロジェクトの投入ならびにキャパシティを考慮すると、5ヶ所のコンパウンドに同時に活動を拡大するよりは、コンパウンドの優先順位を決め段階的に活動を拡大するほうがより効率的でありかつ効果的であると思われる。コンパウンド毎において、コミュニティ活動の活発度、ヘルスセンターのキャパシティ、コミュニティ組織の能力等は非常に隔たりがあり、プロジェクトとしては、コミュニティ活動に対する成熟度が高いコンパウンドから優先的に活動を拡大し、成熟度の低いコンパウンドは、活動を導入するまでの間に、活動を拡大する為の基礎環境を整えることから着手する

プロジェクトでは、コンパウンドの優先順位付けの評価基準とする為の組織能力指数を導きだし、それに依りて順位付けを行った。指数の対象としたものは、ヘルスセンター、住民、コミュニティ組織、NHC そしてヘルスセンターのコミュニティヘルスコーディネーターである。評価基準は、ヘルスセンターに関しては、アウトリーチ活動としてのコミュニティにおける予防接種活動の定期的な実施、住民に対しては、住民を巻き込んだ健康に関する定期的な活動の有無、コミュニティ組織については、養成したコミュニティボラン



ティア (CHW、NP) の活動家の割合、NHCは、NHC主催のCBO合同会議を定期的な実施、そしてコミュニティヘルスコーディネーターの評価指標は、コーディネーター養成後に継続して住民組織の地域保健活動を支援しているコーディネーターの割り合いとなっている。

表 3.1に、コンパウンド別の組織能力一覧が示されているが、評価基準に沿って優先順位付けを行うと、チャワマ、ゴンベ、カニヤマ、チバタ、ムテンデレの順となる。プロジェクトでは、この結果に沿って各コンパウンドでの活動の開始計画を作成した。また、この表よりコンパウンドごとに重点的に強を行う必要のある対象が明確となり、あわせて、コミュニティ活動拡大のための基礎環境整備のための重要な指標となる。

3.5 サステナビリティ・パッケージの構築

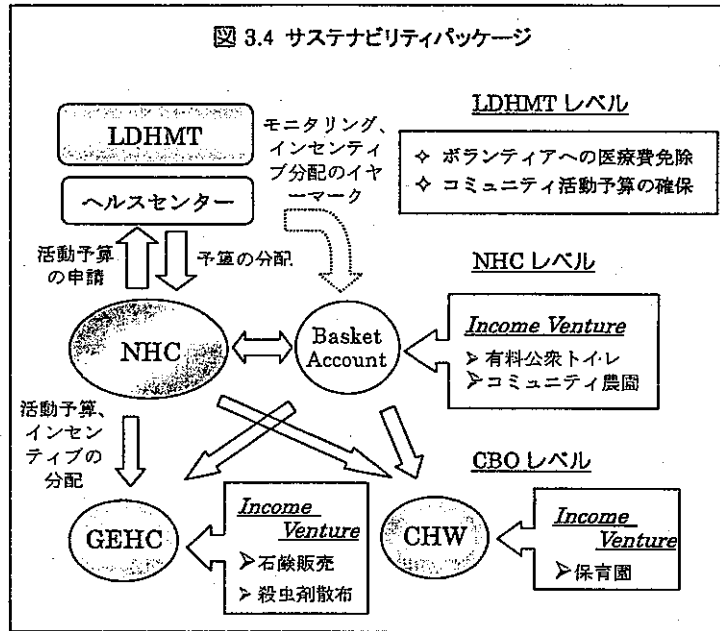
フェーズ 2 が促進するコミュニティ活動において大きな特徴となるものが、サステナビリティの確保をコミュニティ活動にパッケージとして組み入れシステム化を図ることである。5年後のプロジェクト終了時を見据えながら、プロジェクトが終了する際には、プロジェクトサイトにおけるすべてのコミュニティ活動が、サステナビリティを持ち活動を継続していけることを目標として取り組んでいく。

サステナビリティについての主要なテーマは、コミュニティ活動への物質的なインセンティブの贈与をどのように保障するかである。フェーズ 2 においては、CHW ならびに NP のメンバーを管轄地区の規模ならびに人口数に応じて養成補充していく定であり、そしてそれら養成された CHW、NP の継続的活動 (ドロップアウト率の低下) が求められる。さらには、乳幼児の成長促進活動として乳幼児の登録制の開始、適切なカウンセリングの励行、低体重児のフォローアップの徹底などより専門的な緻密な活動が必要となってくる。上記の活動を十分に支障なく遂行していくには、インセンティブを適切に用いていくことが有効となってくるであろう。

その為には、プロジェクトは、コミュニティ活動のインセンティブを LDHMT レベル、

NHC レベル、CBO レベルの 3 段階に分けて確保し、コミュニティ活動の維持ならびに技術の高度化を図る予定である。LDHMT レベルでは、行政の制度の上から CBO 活動のインセンティブを保障していくよう取り組んでいく。一方、NHC レベル、CBO レベルでは自らインセンティブを捻出し、活動資金ならびに日当としてプールしていくようなシステムを創出していく必要がある。

ジョージコンパウンドの例で見ると、保健関係の CBO を取りまとめる役割を担っている NHC が、公衆有料トイレや LDHMT から委託された AMDA 農園などの収益金の一部をバスケット基金として管理し、GMP や保健教育など、LDHMT やヘルスセンターがイヤーマークした活動に対して基金の中からインセンティブを支払うようなシステム作りが



可能であろう。その際、公衆トイレ、農園も含めそれ以外の収益活動を Income Venture として独立させ、CBO の活動資金を創出することに特化して運営していくことが検討される。

また、CBO レベルにおいて、ジョージコンパウンドで活動する CHW、環境衛生委員会は、それぞれの専門分野を生かし、CHW はすでに保育園の運営を開始し、環境衛生委員会は、石炭販売、殺虫剤散布を収益活動として導入する予定である。そのような活動は、通常のボランティア活動とは区別され、収益事業として運営されるのが望ましいと考えられる。今後は、それら収益活動をより効率的な収益性のあるものへと発展させ、メンバーのインセンティブ、活動資金を確保できるよう図っていきたい。

以上、LDHMT、NHC、CBO それぞれのレベルにおいて、独自にインセンティブの確保を図り、サステナビリティをパッケージにした自立採算性のあるコミュニティ組織の構築を目標としていく。

3.6 AMDA ザンビアとの効果的な連携

プロジェクト現場レベルでの AMDA との連携協力は、当プロジェクトの特徴の一つと言える。AMDA ザンビアとは、ジョージコンパウンドにおいて、それぞれの役割分担を明確にしなが、コミュニティ活動の促進さらにはコミュニティの発展に向けて協力してきた。

当プロジェクトが、保健環境衛生の改善をコミュニティ活動の促進をとおして目指してきたのに対し、AMDA ザンビアは、社会開発の視点から草の根レベルのコミュニティ活動を実施しており、それぞれが補完的な役割を果たしながら、ジョージコンパウンドの発展に重要な役割を果たしてきている。去る 4 月には、外務省草の根無償支援により、ジョージコンパウンドの AMDA コミュニティ農園に併設して、職業訓練センターが開所され、AMDA ザンビアの更なる活躍が期待できる。

また、当プロジェクトに対しても、養成された CHW を優先的に識字教育や洋裁教室の研修に参加させたり、AMDA コミュニティ農園で収穫された大豆をヘルスセンターの栄養改善活動に用いたりするなど、プロジェクトの側面支援の効果は多きい。

今後フェーズ 2 での AMDA ザンビアとの協力は、これまでのジョージコンパウンドでの協調を引き継ぎつつ、コミュニティ活動の自立性ならびに持続性により焦点をあて、一層の協力を進めていきたい。具体的には、サステナビリティ・パッケージにおける CBO レベル、NHC レベルでのコミュニティ活動の持続性確保の支援が中心となると思われる。その際には、コミュニティヘルスポストを有効に活用した CHW、NP の活動支援なども連携活動のひとつとして検討される。また、現在 AMDA ザンビアに JOCV の村落開発隊員が派遣されており、コミュニティ農園の運営を携わっている。今後も引き続き隊員が派遣される場合には、マーケティングやアカウンティングなどの CBO の小規模ビジネス支援も視野に入れて派遣要請を行うのも一案であろう。

今後、AMDA ザンビアの関係者とも協議を重ねながら、お互いのデマケーションを明確にしつつ、5 年後のコミュニティ活動の自立化を目指して協調していきたい。

3.7 都市型 PHC モデルの確立

ザンビアでは、USAID がファンドして組織された ZIHP (Zambia Integrated Health Program) が中心となり、農村地域において PHC 活動が実施されている。また UNICEF も CHW を養成するなど PHC を促進しているが、すべて農村地域がプロジェクトサイトとなっている。この為、ZIHP や UNICEF が主体となっている PHC 活動や、それに使用されているマニュアルは農村の状況を反映しているものであり、都市型 PHC には必ずしもすべてが適応するとは言いがたい。ルサカ市を拠点とする当プロジェクトは、他のドナーとの連携協力は尊重しつつ、独自の都市型 PHC モデルを構築し、JICA/PHC のアイデンティティを明確にする必要がある。

都市と農村を比較した場合における顕著な違いは、農村の生活は、定着型社会であり、コミュニティの結束も強く、酋長や村長を頂点とした土着型ヒエラルキーならびにリーダーシップが存在する。伝統的な相互扶助社会がいまだに根付いている為、ボランティア活動に伴うインセンティブの問題は都市ほど深刻ではない。一方ルサカ市のコンパウンドは、農村からの移住して来た人々によって発生した社会であり、コミュニティの結束は農村に比べ薄く、土着型リーダーシップは存在しない。収入が不安定なコンパウンドでは、ボランティア活動にはインセンティブの問題が必ず付随しており、何らかのインセンティブを

与えることは必須であろう。また、都市においては、トイレ、ごみなど環境衛生の問題が農村に比べ深刻であり、環境衛生が疾患にもたらす影響は大きい。

このような都市型の状況を考慮し、フェーズ2では、効果的な都市型 PHC モデルの発展に取り組んでいく。その際、ルサカ市では国際 NGO である CARE も PHC 活動を実施しているが、プロジェクトは、CARE との協調、役割分担を図りつつ、カウンターパートが行政機関である利点を有効に活用し、都市型モデルの構築、さらにはそのモデルを行政システムへ組み込んでいくことが肝要と思われる。現時点においては、1) 栄養改善と環境衛生改善の包括的アプローチ、2) サステナビリティを組み込んだ自立採算のコミュニティ活動、3) NHC のリーダーシップによる都市型ヘルスケアソサエティの構築が都市型 PHC の主要コンポーネントとして考えられるが、今後更なる分析が必要である。

3.8 プロジェクトマネジメントの強化

これまでに、プロジェクトの活動内容に沿ってプロジェクトの戦略を述べてきたが、フェーズ2では、上記にあわせプロジェクトマネジメントの強化も、プロジェクトの成否の重要な鍵を握るプロジェクト戦略として捉えている。マネジメントの視点からプロジェクトのスムーズな運営と効果的な実施を目的とし、PDM のプロジェクト活動には記載されないプロジェクトに必須の活動を“Output 0”として定義し、6項目にわたる活動を定めた(表 3.2 参照)。

主要な活動は、モニタリングと評価の定期的実施、ベーシック・インフォメーションの整備、広報活動の強化、リージョナル/インターナショナル会議の開催があげられる。モニタリングと評価については、プロジェクト期間中における3回にわたるベースラインサーベイ、中間サーベイ、最終評価サーベイの実施とそれに基づくプロジェクトの進捗ならびに活動計画の変更が活動内容となっている。また、定期的なモニタリング活動として、PDM の活動のさらに詳細な月割り工程表

表 3.2 アウトプット0

Output 0
Project management and implementation is upgraded
0.1 Office facility is adequately rearranged
0.1.a Repair office facility and rearrange location of furniture and equipment
0.1.b Purchase required office equipment
0.2 Basic information on catchments sites is collected and utilised for project implementation
0.2.a Develop and effectively utilize site maps of catchments
0.2.b Conduct household survey in project sites to develop demographic data report
0.2.c Develop HMIS for under 5 at HC
0.3 Project Monitoring and evaluation is carried out
0.3.a Baseline survey is conducted
0.3.b Monitoring on progress of the project is carried out
0.3.c Project final evaluation is conducted
0.4 Revise Project Implementation Plan (Plan of Operation and Action Plan)
0.4.a Revise Action Plan in accordance with achievements
0.4.b Hold Joint Coordinating Committee
0.4.c Develop annual plan based on revised action plan
0.5 Publicity on Project Activity is enhanced
0.5.a Newsletter is effectively published
0.5.b Develop web site of PHC project
0.5.c Project Calendar is published
0.6 Regional/International Conference on Primary Health

にもとづき、四半期ごとの活動の進捗状況の確認と活動計画の見直しを実施する。工程表は、アウトプット0からアウトプット4までのそれぞれの活動をさらにブレイクダウンし、それに応じた投入が把握できるように作成してある。

プロジェクト戦略の強化支援として、ベーシック・インフォメーションの整備によるリサーチ機能の充実を実施する予定である。これは、プロジェクト戦略の強化を目的とし、GISによるマッピング、人口調査、HMISの整備を計画している。

4. 活動計画

プロジェクト活動計画は、Plan of Operation またはプロジェクト作成した工程表に実施過程が詳細に記述されているが、5年間プロジェクトを概観的にとらえると、大きく4期に分けることができる。第1期はプロジェクト開始後1年から1年半までの期間であり、LDHMTにおけるコミュニティ活動のガイドライン作成が主要課題となる。ガイドライン作成と並行して、ジョージコンパウンドでのコミュニティ活動の強化ならびに持続性の確保も活動内容となっており、コミュニティ活動のモデル化を行うと共にその成果を効果的にガイドラインに反映させることを目的としている。

続く第2期は、プロジェクト開始後の2年半から3年までの期間となっており、第1期において作成されたLDHMTのガイドラインをもとに、コミュニティ活動を拡大、強化する活動が主となる。3.4で前述の通り、プロジェクトサイトへの本格的な活動の拡大は、優先順位に沿って実施され、現時点の計画では、チャワマ、ンゴンベ、カニヤマ、チパタ、ムテンデレの順で行われる。またこの期間には、中間評価用のサーベイも実施される予定となっており、中間評価にともなうPDM、POの修正も想定される。

プロジェクト開始後3年から4年の期間が第3期にあたり、プロジェクトサイト全域に拡大したコミュニティ活動が定着し持続性をもって活動を継続できるようにモニタリングと評価をそれぞれの活動で定期的実施する。プロジェクトの活動はモニタリングと評価によって示された各コンパウンドの進捗に応じて柔軟に対応し、プロジェクト最終年度に向けて、コミュニティ活動の完成を目指す。

プロジェクト終了までの第4期は、最終年度としてプロジェクトの締めくくりの時期であり、プロジェクトのそれまでの成果を都市型PHCモデルとしてまとめると共に、国際/地域会議などを有効に利用しつつ、プロジェクト成果を発信する。また、最終評価用のサーベイを実施し、5年間の成果を足集報告書にまとめあげる。

以下、図4ではプロジェクトの5年間の活動計画を概略的にフローチャートとしてまとめてみた。

図5. プロジェクト活動計画フローチャート

