

**ザンビア共和国  
ルサカ市プライマリーヘルスケア  
プロジェクト（フェーズ2）  
終了時評価調査報告書**

平成 20 年 5 月  
(2008 年)

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部



# 目 次

序 文  
地 図  
写 真  
略語一覧

終了時評価調査結果要約表

第1章 終了時評価調査の概要	1
1-1 調査団派遣の背景と目的	1
1-2 調査団の構成と調査日程	2
1-3 プロジェクトの概要	3
第2章 終了時評価の方法	4
2-1 ログフレーム（PDM）による評価手法	4
2-2 主な調査項目とデータ収集方法	5
第3章 プロジェクトの実績	9
3-1 投入実績	9
3-2 活動実績	12
第4章 アウトプットの達成状況	13
4-1 アウトプット1の達成状況	13
4-2 アウトプット2の達成状況	17
4-3 アウトプット3の達成状況	20
4-4 アウトプット4の達成状況	21
4-5 アウトプット5の達成状況	23
第5章 プロジェクトの実施プロセス・実施体制における特記事項	27
5-1 「人間の安全保障」に根ざしたアプローチ	27
5-2 「実証的」かつ「段階的」なアプローチ	29
5-3 「参加型」のアプローチ	29
第6章 評価結果	31
6-1 妥当性	31
6-2 有効性	33
6-3 効率性	36
6-4 インパクト	39
6-5 自立発展性	42

6-6	結 論	44
第7章	ジェンダー分析	46
7-1	背 景	46
7-2	目 的	46
7-3	調査方法	46
7-4	ジェンダー・オブザベーションの結果	47
7-5	今後のジェンダー評価への教訓	49
第8章	提言と教訓	50
8-1	提 言	50
8-2	教 訓	50
付属資料		
1.	合同評価レポート（英文）	55
2.	評価指標一覧	115
3.	活動実績表	123
4.	成果品リスト	127
5.	評価PDM（和文）	131
6.	標本世帯調査質問票	139
7.	評価グリッドおよび質問票（LDHMT、ヘルスセンター職員、日本人専門家対象）	155
8.	Guidelines for Integrated Community-based Child Health Package	187
9.	プロジェクト・ストーリー	267

## 序 文

ザンビア共和国（以下、「ザンビア」と記す）は、南部アフリカ地域に位置し、約75万km<sup>2</sup>の国土に、1000万人を超える人々が住んでいます。周辺国と比して人口の都市化が進んでおり、都市人口比率は緩やかな減少傾向にあるものの、2005年で35%に達しています。特に、首都ルサカ市および周辺地域における人口集中は著しく、全人口の1～2割が同地域に居住しているといわれています。その結果、都市貧困層が集まる未計画居住区（コンパウンド）を中心に、環境衛生の悪化が深刻化しています。高い人口密度、劣悪な環境衛生、健康リスクの高い行動様式、不安定かつ弱い地域社会の結びつき、貨幣経済への高い依存等に特徴づけられる都市貧困層の健康は、経済の停滞、HIV/AIDSの流行、その他感染症の突発的流行等の外的な変化に対して、きわめて脆弱です。

日本国政府は、ザンビア政府からの要請に基づき、ルサカ市に居住する貧困層、中でも特に脆弱な5歳未満の子どもたちの持続的な健康改善を、住民参加型の保健活動の強化を通じて達成することを目的に、「ルサカ市プライマリーヘルスケアプロジェクト」の実施を決定し、独立行政法人国際協力機構（当時は国際協力事業団）が、第1フェーズとして1997年3月17日から2002年3月16日まで技術協力を行いました。同プロジェクトの成果を、ルサカ市内のより多くの子どもたちに普及することを目的として、2002年7月15日には新たに「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2」が、2007年7月14日までの5年間の技術協力案件として開始され、同じく当機構がその実施の任にあたりました。

本プロジェクトは、コミュニティとしての結びつきが弱い都市貧困層居住地区において、ボランティアが中心となるコミュニティ活動を定着させ、地域行政の能力を強化して、下痢症の減少や栄養不良児の減少を実現した「人間の安全保障」の代表的な実践事例の一つです。

当機構は、プロジェクトの終了を前に、これまでの実績（投入・活動実績、成果・目標達成度等）を確認するとともに、評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性）の観点から分析を行い、提言・教訓を取りまとめ、残された協力期間中のプロジェクト運営の更なる改善を図るとともに、今後実施される類似の案件に資する教訓・提言を導き出すことを目的として、2007年1月14日から2月1日まで、当機構人間開発部第三グループ長の石井羊次郎を団長とする終了時評価調査団をザンビアに派遣しました。

この報告書は、同調査団による調査結果およびザンビア側プロジェクト関係者との協議結果を取りまとめたものであり、今後の技術協力事業を効果的かつ効率的に実施していくための参考として活用されることを願うものです。

終りに、この調査にご協力とご支援をいただいた関係各位に対し、心より感謝申し上げます。

平成20年5月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 西脇 英隆



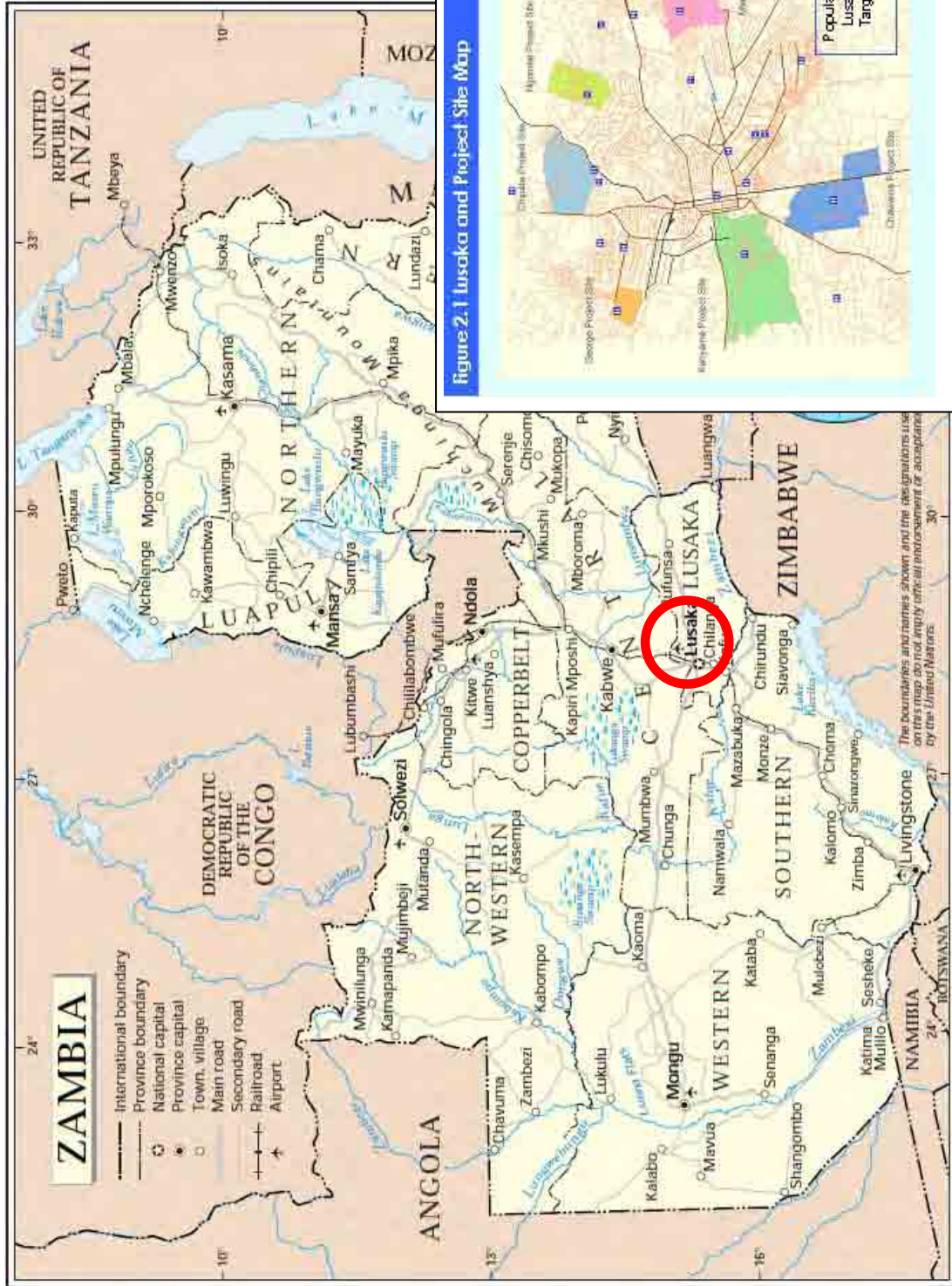








写真 1

コミュニティベースの包括的な子どもの成長促進活動（GMP+）。プロジェクトが養成した住民ボランティアである、コミュニティ・ヘルス・ワーカー（CHW）、栄養普及員（NP）を中心に実施される。



写真 2

栄養不良児に対する栄養カウンセリング。GMP+による定期検診と検診後のフォローアップは、低体重児を含む栄養不良児の削減につながっている。



写真 3

参加型環境衛生改善活動（PHAST）による排水溝の整備。住民組織の発案に基づき計画され、労働もコミュニティが負担。プロジェクトは、導入時のトレーニングと資材の提供・活動全体のモニタリングを通じて支援。



写真 4

PHAST によるごみ収集。ごみ収集に関しては、自治体（ルサカ市役所）との協力も図られている。





写真5

戸別訪問による健康・衛生教育。ヘルスセンター利用者やGMP+参加者等を対象とした教育に加え、ボランティアが個々の家庭を訪問してきめ細かく行った啓発活動が、住民の行動変容を後押しした。



写真6

職場環境を持続的に改善することを目的として導入された5Sを実践し、わかりやすく整理されたヘルスセンターのカルテ。目に見える変化の実感が、参加したスタッフのモチベーションへとつながっている。



写真7

ボランティアの活動支援にあてる基金をつくるための収入創出活動。写真は、日本の公衆トイレにならって“KOSHU”と名づけられた有料公衆トイレ。トイレ利用のデモンストレーション効果も狙っている。



写真8

ボランティアの活動支援にあてる基金をつくるための収入創出活動。写真は、主食のメイズをひくための製粉機。微量栄養素欠乏対策に資するため、ビタミンAの添加も行われている。



## 略 語 一 覧

略 語	英 文	和 文
CHC	Community Health Coordinators	コミュニティ保健調整員
CHW	Community Health Workers	コミュニティ・ヘルス・ワーカー
EHC	Environmental Health Committee	環境衛生委員会
FAMS	Financial and Administrative Management System	財務管理システム
FGD	Focus Group Discussion	フォーカスグループディスカッション
GIS	Geographic Information System	地理情報システム
GMP+	Growth Monitoring Programme Plus	コミュニティベースの包括的子どもの成長促進活動
GPS	Global Positioning System	全地球測位システム
HMIS	Health Management Information System	保健管理情報システム
HSSP	Health Service Support Project	(米国国債開発庁による) 保健サービスプログラム
IMCI	Integrated Management of Child hood Illness	小児疾患の統合的管理
JCC	Joint Coordination Committee	合同調整委員会
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人 国際協力機構
K	Zambian Kwacha	クワチャ (100K=約2.76円)
(L)DHMT	(Lusaka) District Health Management Team	(ルサカ) 市保健局
NHC	Neighborhood Health Committee	住民保健委員会
NP	Nutrition Promoters	栄養普及員
ORS	Oral Rehydration Salt	経口補水塩
PAI	Performance Assessment for Improvement	改善のためのパフォーマンス・アセスメント
PAP	Prioritized Action Plan	重点活動計画
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PHAST	Participatory Hygiene and Sanitation Transformation	参加型環境衛生改善活動
PHC	Primary Health Care	プライマリーヘルスケア
PO	Plan of Operation	活動計画表
SWAp	Sector Wide Approach	セクター・ワイド・アプローチ
UNAIDS	The United Nations Joint Programme on HIV/AIDS	国連合同エイズ計画

UNDP	The United Nations Development Programme	国連開発計画
UNICEF	The United Nations Children's Fund	国連児童基金（ユニセフ）
UTH	University Teaching Hospital	ザンビア大学附属教育病院
WHO	World Health Organization	世界保健機関
5 S	Sort, Set, Shine, Standardize and Sustain	整理、整頓、清潔、清掃、躰

## 終了時評価調査結果要約表

1. 案件の概要	
国名：ザンビア共和国	案件名：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2）
分野：保健医療	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：人間開発部	協力金額（実績）：761百万円 （長期調査、事前評価に係る経費を含む。2001～07年度の合計。終了時評価経費は含まない。）
協力期間	（R/D）：2002年7月15日～2007年7月14日
	先方関係機関： 保健省、ルサカ市保健局（LDHMT） 日本側協力機関：特別非営利活動法人AMDA、国際医療福祉大学、新潟大学
他の関連協力：無償資金協力「ルサカ市周辺地区給水計画」 開発調査「ルサカ市未計画居住区住環境改善計画調査」	
<p>1-1 協力の背景と概要</p> <p>ザンビアは南部アフリカに位置し、752.6千km<sup>2</sup>の国土に約1150万人（2004年：世銀）の人口を擁する。都市人口比率は34.8%（2000年：国連人口局）とアフリカ諸国の中では最も都市化が進んだ国の一つである。首都であるルサカ市（人口約170万人）においては、地方からの人口流入が著しく、総人口の約15%が居住している。同市周辺部に拡がり貧困層が集中する未計画居住区（コンパウンド）においては、給水・衛生設備等の社会インフラ整備の遅れによる環境衛生の悪化、それらを背景とする感染症の流行、不安定かつ脆弱な地域社会の結びつき等、都市固有の問題に直面しており、そこで生活する子どもたちの健康改善が喫緊な課題となっていた。</p> <p>当案件は、前身の「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1）において確立したモデルを引き継ぎ、定期的体重測定に基盤をおく包括的な子どもの健康増進活動（GMP+）と、参加型環境衛生改善活動（PHAST）を活動の二本柱とし、それらをコミュニティにおいて住民ボランティアを主体に展開することにより、5歳未満児の健康改善を実現することを目的として開始された。対象地区は、フェーズ1の1地区から6地区へと拡大され、より汎用性の高いモデルの構築と実践を試みた。さらに、ルサカ市保健局（LDHMT）および各地区のヘルスセンターの行政能力強化と、コミュニティ内における組織力強化を並行して支援することにより、コミュニティをベースとした活動の自立発展性の向上が図られた。</p>	
1-2 協力内容（本評価調査で採用した評価用PDMによる）	
（1）上位目標	
効果的かつ持続的なコミュニティをベースとする保健活動の拡大により、ルサカ市の5歳未満児の健康状態が改善される。	
（2）プロジェクト目標	
効果的かつ持続的なコミュニティをベースとする保健活動の拡大により、選ばれ	

たヘルスセンター管轄地域の5歳未満児の健康状態が改善される。

(3) アウトプット

- 1) コミュニティをベースとした子どもの成長促進活動が強化される。
- 2) コミュニティをベースとした環境衛生活動が改善される。
- 3) 5歳未満児向けのコミュニティ・リファーマル・サービスが強化される。
- 4) コミュニティをベースとした保健活動を支援するために、LDHMTとヘルスセンターの計画・財務能力が強化される。
- 5) コミュニティをベースとした保健活動の持続性を確保するために、住民組織の管理能力が強化される。

(4) 投入（実績）

- 1) 日本国側
 

長期専門家派遣：延べ9名、計244.7人月		機材供与	26,710千円
短期専門家派遣：延べ21名、計55.4人月		現地業務費	155,947千円
研修員受入れ：延べ25名			
- 2) 相手国側
 

カウンターパート配置：延べ80名		機材購入	N/A
土地・施設提供：N/A		ローカルコスト負担	N/A

2. 評価調査団の概要

調査者	（担当分野：氏名 職位）		
	総括：	石井 羊次郎	JICA人間開発部第三グループ長
	プライマリーヘルスケア：	梅内 拓生	国際医療福祉大学大学院教授
	NGO連携：	菅波 茂	特別非営利活動法人AMDA理事長
	評価計画：	瀧澤 郁雄	JICA人間開発部保健行政チーム 主査
	ジェンダー分析：	駒橋 梨絵	JICA企画・調整部ジェンダー平等 推進チーム職員
	評価分析：	中谷 美南子	グローバルリンクマネージメント (株) 研究員

調査期間	2007年1月14日～2月1日	評価種類：終了時評価
------	-----------------	------------

3. 評価結果の概要

3-1 実績の確認

<プロジェクト目標>

プロジェクト目標の達成見込みは高い。5歳未満児の健康指標のうち、血性下痢症<sup>1</sup>罹患率および栄養不良率の低下において目標値を達成し、非血性下痢症罹患率および麻疹罹患率についても着実な低下を実現した。

<sup>1</sup> 便中に血液が混じる下痢症（赤痢等）。



プロジェクト目標の指標	2002	2004	2006	02-06 変化率	目標値
① 5歳未満児の下痢症罹患率（非血性）が682.2から218.2になる（対1,000人）	682.2	349.9	267.6	▼61%	218.2
② 5歳未満児の下痢症罹患率（血性）が25.9から9.5になる（対1,000人）	25.9	14.1	5.8	▼78%	9.5
③ 5歳未満児の麻疹罹患率が18.2から0.6になる（対1,000人）	18.2	1.2 <sup>2</sup>	1.3	▼93%	0.6
④ 5歳未満児の栄養不良児比率が72.4から24.0になる（対1,000人）	72.4	32.9 <sup>3</sup>	21.6	▼70%	24.0

\*各ヘルスセンターからの報告データ（Health Management Information System : HMIS）をもとに作成。

### <プロジェクト成果>

(1) アウトプット1：コミュニティをベースとした子どもの成長促進活動が強化される。

プロジェクト対象のヘルスセンター管轄地区（6地区）すべてにおいて、GMP+<sup>4</sup>の導入を通じて、コミュニティをベースとした子どもの成長促進活動が強化された。アウトプット1のすべての指標に関して、2002年のベースライン調査より改善が見られた。また、そのうち12～23ヶ月児の予防接種の完全実施率（指標②a）と下痢症予防の適切な知識を持つ養育者の割合（指標⑥）においては終了時目標値を達成した。

アウトプット1の指標	2002	2004	2006	目標値
① 標準成長範囲の下方ラインを下回る5歳未満児の割合が15%から9.3%に改善する。	14.8%	12.5% <sup>5</sup>	10.0%	9.3%
② 完全予防接種率の改善	71.2%	63.8%	74.0% <sup>6</sup>	79.0%
a) 12～23ヶ月児の（標準）予防接種の完全実施率の割合が71%から79%になる				
b) 1歳前に（標準）予防接種を完全に終える乳幼児の割合が59%から79%になる	58.9%	56.0%	65.3%	79.2%
③ 0～24ヶ月の乳幼児の体重測定頻度が14.6回から19.2回になる	14.6回	15.6回	15.9回	19.2回
④ 6ヶ月目以降、母乳以外の食物を導入する母親の割合が50%から67%になる	49.9% <sup>7</sup>	56.6%	55.9%	67.4%
⑤ 栄養不良予防の適切な知識を持つ養育者の割合が32%から54%になる	32.4%	42.1%	44.0%	53.6%
⑥ 下痢症予防の適切な知識を持つ養育者の割合が46%から52%になる	46.2%	34.8%	61.1%	51.6%

<sup>2</sup> 中間評価時の集計方法に整合性が欠けていたため、今回改めた（本文「6-2-1」参照）。

<sup>3</sup> 中間評価時の集計方法に整合性が欠けていたため、今回改めた（本文「6-2-1」参照）。

<sup>4</sup> Growth Monitoring Programme Plus。コミュニティにおいて、健康ボランティアが中心となり、乳幼児の定期的な体重測定（GMP）をエントリーポイントとして、その他の保健サービス（健康教育、栄養カウンセリング、大豆等栄養食普及、保健施設へのリファール、予防接種、家族計画、微量栄養素補給、駆虫等）を追加的・統合的に提供する仕組み。なお、一般にはGrowth Monitoring and Promotion（GMP）が用いられるが、当プロジェクト関係者はGrowth Monitoring Programme、Growth Monitoring Programme Plusを用いている。

<sup>5</sup> 中間評価調査時の集計方法に整合性が欠けていたため、今回改めた（本文「4-1」参照）。

<sup>6</sup> 英文合同評価報告書の記載に誤りがあったため、和文では改めた（本文「4-1」参照）。

<sup>7</sup> 英文合同評価報告書の記載に誤りがあったため、和文では改めた（本文「4-1」参照）。

\*2002年のベースライン、2004年の中間実績値、2006年の終了時実績値すべては各ヘルスセンター管轄地区において5歳未満児を有する世帯（各地区500世帯を無作為抽出）を対象にプロジェクトが実施したサンプル調査による。ただし、標準成長曲線加減を下回る5歳未満児のみ、各ヘルスセンターからの報告データ（HMIS）による。

(2) アウトプット2：コミュニティをベースとした環境衛生活動が改善される。

プロジェクト対象のヘルスセンター管轄地区（6地区）すべてにおいて、参加型環境衛生改善活動（PHAST）<sup>8</sup>やその他衛生教育活動を通じて、コミュニティをベースとした環境衛生活動が改善された。アウトプット2のすべての指標に関して2002年のベースライン調査より改善が見られた。また、安全な水へのアクセス（指標①a）、ごみ処理（指標②）、手洗い（指標③）、トイレの使用（指標④）それぞれの指標においては、終了時目標値を達成した。

アウトプット2の指標	2002	2004	2006	目標値
①安全な水の利用：	85.7%	86.2%	94.4%	90.9%
a) 安全な水へのアクセスを持つ世帯の割合が86%から91%になる				
b) 飲料水を煮沸、塩素消毒により安全にする世帯の割合が72%から84%になる	72.3%	83.8%	89.2%	84.0%
c) 汚染を防ぐために水を適切に保存する世帯の割合が47%から65%になる	47.3%	53.8%	49.2%	64.8%
②ごみ箱、ごみ収集箱を使ってごみを適切に処理する世帯の割合が63%から73%になる	63.1%	64.3%	73.5%	72.8%
③推奨されている手洗い方法（石鹸、流水使用）で手を洗う世帯の割合が14%から41%に増加する	13.6%	28.7%	46.0%	40.8%
④トイレを使う世帯の割合が87%から92%になる	86.7%	88.2%	91.7%	91.6%

\*2002年のベースライン、2004年の中間実績値、2006年の終了時実績値すべては各ヘルスセンター管轄地区において5歳未満児を有する世帯（各地区500世帯を無作為抽出）を対象にプロジェクトが実施したサンプル調査による。

(3) アウトプット3：5歳未満児向けのコミュニティ・リファーマル・サービスが強化される。

プロジェクト対象のヘルスセンター管轄地区（6地区）すべてにおいて、各ヘルスセンターとコミュニティ・ボランティアの連携強化とともに、健康教育の徹底を通じて、コミュニティ・リファーマル・サービス<sup>9</sup>は強化された。危険な兆候を認識したあと、子どもを保健医療施設へ連れて行く養育者の割合が2002年と比べて増加しているのみならず、養育者が子どもを連れて行くタイミングも以前と比較して早くなったとの報告があった。

アウトプット3の指標	2002	2004	2006	目標値
危険な兆候を認識した後、直ちに保健医療施設へ子どもを連れて行く養育者の割合が35%から64%になる	35.3%	44.4%	47.0%	64.0%

\*2002年のベースライン、2004年の中間実績値、2006年の終了時実績値すべては各ヘルスセンター管轄地域において5歳未満児を有する世帯（各地区500世帯を無作為抽出）を対象にプロジェクトが実施したサンプル調査による。

<sup>8</sup> Participatory Hygiene and Sanitation Transformation。視覚ツールや参加型手法を活用し、住民自身が居住するコミュニティの環境衛生の問題を認識・把握することを通じて、持続的な衛生行動の促進や、環境衛生の改善につながる施策の検討・実施等に結び付けていくための手法。

<sup>9</sup> 保健施設での専門職によるケアを必要とする患者（特に子ども）を、適切かつ迅速に保健施設に紹介する仕組み。コミュニティで活動するボランティアによる場合と、養育者自身による場合とがある。

(4) アウトプット4：コミュニティをベースとした保健活動を支援するために、LDHMTとヘルスセンターの計画・財務能力が強化される。

コミュニティをベースとした保健活動を支援するためのLDHMTとヘルスセンターの計画策定能力は強化された。重点活動計画（PAP）の策定もプロジェクト対象地域のヘルスセンターでは2005年度から続けて3年間、プロジェクト対象地域外のヘルスセンターでも2006年度より2年間継続されており、GMP+やPHAST関連の活動が計画の中に含まれている。他方、財務能力に関しては、現地通貨の高騰によるドル建て援助資金（バスケットファンド）の減少等の外的な要因も影響し、中央政府からの予算配分に計画との乖離が大きく、強化されたとは結論づけがたい（指標② a,b）。

アウトプット4の指標	2002	2004	2006	目標値
①2005年以降、GMP+とPHASTの予算を含む重点活動計画が、LDHMTによって毎年作成される	N/A	N/A	1	-
②LDHMT予算によるヘルスセンターのGMP+とPHASTに関わる活動：	N/A	31.0%	16.7%	38.8%
a) ヘルスセンターが計画したGMP+およびPHASTに関連する総活動数に対して、予算年度末までにLDHMTの予算が支出された活動の数の割合が31.0%から38.8%まで増加する				
b) ヘルスセンターが計画したGMP+およびPHASTに関連する活動予算額に対して、予算年度末までにLDHMTの予算が支出された活動の額の割合が27.1%から32.5%まで増加する	N/A	27.1%	3.0%	32.5%
③ヘルスセンターによって計画されたGMP+およびPHASTに関連する活動のうち、予算年度末までに実施された活動の割合が74.1%から80.8%まで増加する	N/A	74.1%	60.0%	80.8%

\* LDHMT および各ヘルスセンターの年間計画、重点活動計画、財務報告等各種資料から作成。数値の詳細は、付属資料2参照。

(5) アウトプット5：コミュニティをベースとした保健活動の持続性を確保するために、住民組織の管理能力が強化される。

アウトプット5の達成度は限定的であり、その効果が十分に発現するまでにはもう少し時間が必要である。アウトプット5の主活動であるコミュニティ・ボランティアを支える収入創出活動を継続するための、住民組織の管理能力はある程度強化された。しかし、評価時点においてボランティアに報酬として還元できているのは2地区のみであった<sup>10</sup>。ボランティアの脱落率についても、評価指標から改善傾向は確認されなかったが、データの制約（脱落率の算出方法）や脱落（死亡、転居等不可抗力によるもの）の理由についても考慮する必要がある。

アウトプット5の指標	2002	2004	2006	Target
①CHWとNPの脱落の割合が37.7%（フェーズ1）から19.2%に減少する	37.5% <sup>11</sup>	24.0%	42.3% <sup>12</sup>	19.2%
②コミュニティ・バスケットファンド委員会に監督され、利益を生み出している収入創出活動が0から12に増加する	0	N/A	6	12

\* LDHMT、各ヘルスセンターおよびコミュニティ・バスケットファンド委員会により作成された関連資料に基づいて作成。数値の詳細は、付属資料2参照。

<sup>10</sup> プロジェクト終了時点においてはカニヤマ、チパタを除く4地区でボランティアへの還元が行われるようになった。

<sup>11</sup> 英文合同評価報告書の記載に誤りがあったため、和文では改めた（本文「4-5」参照）。

<sup>12</sup> 英文合同評価報告書の記載に誤りがあったため、和文では改めた（本文「4-5」参照）。

### 3-2 評価結果の要約

#### (1) 妥当性

以下の観点から、妥当性はきわめて高い。

- ・対象地域における受益者ニーズとの整合性（密集した住環境や悪化する環境衛生が下痢症等の感染症や低栄養を引き起こし、子どもの命を奪っているため、健康増進と環境衛生改善を並行して実施することが効果的）。
- ・ザンビア政府保健政策との整合性（国家保健戦略計画上の優先課題と合致。特に、子どもの健康と栄養、感染症の突発的流行への対処、環境衛生）。
- ・日本政府援助政策との整合性（国別援助計画上の優先課題との合致。特に、費用対効果の高い保健サービス）
- ・課題に対するアプローチの適切性（健康増進活動であるGMP+と環境衛生改善活動であるPHASTを組み合わせることで実施したこと、コミュニティと地方・中央保健行政機関双方に働きかけ住民参加と自立発展性確保の双方に留意したこと、よりニーズの大きい地区をパイロットとして選定し効果を実証したこと）。

#### (2) 有効性

以下の観点から、有効性は高い。

- ・プロジェクト目標をほぼ達成（小児の血性下痢罹患率および栄養不良率の低下において目標値に達し、非血性下痢罹患率および麻疹罹患率も着実に低下）した。GMP+と栄養不良児等の保健施設へのリファール、PHASTの普及・定着が目標達成に貢献した。
- ・ただし、麻疹の全国一斉予防接種キャンペーン（2003年）や、他の機関（Care International、Valid International、AMDA Zambia、CIRDZ等）による類似支援プログラムの存在も、外部要因として肯定的に作用した。なお、ルサカで類似活動を展開する機関とは、十分な調整が図られた。

プロジェクト目標の指標	2002	2004	2006	02-06 変化率	目標値
① 5歳未満児の下痢症罹患率（非血性）が682.2から218.2になる（対1,000人）	682.2	349.9	267.6	▼61%	218.2
② 5歳未満児の下痢症罹患率（血性）が25.9から9.5になる（対1,000人）	25.9	14.1	5.8	▼78%	9.5
③ 5歳未満児の麻疹罹患率が18.2から0.6になる（対1,000人）	18.2	1.2 <sup>13</sup>	1.3	▼93%	0.6
④ 5歳未満児の栄養不良児比率が72.4から24.0になる（対1,000人）	72.4	32.9 <sup>14</sup>	21.6	▼70%	24.0

\*各ヘルスセンターからの報告データ（HMIS）をもとに作成。

#### (3) 効率性

以下の観点から、効率性は概ね高い。

- ・投入規模および投入時期は、計画に基づき適切に投入された（専門家派遣、研修員受入れ、機材供与、現地活動費）。
- ・5つの成果のうち、3つ（成果1、2、3）は達成されたが、成果4については

<sup>13</sup> 中間評価時の集計方法に整合性が欠けていたため、今回改めた（本文「6-2-1」参照）。

<sup>14</sup> 中間評価時の集計方法に整合性が欠けていたため、今回改めた（本文「6-2-1」参照）。

外部要因（現地通貨の高騰による外貨建て援助資金の目減り、それらに起因する中央政府からの不十分・不安定な予算配分等）の影響もあり、計画能力向上に比して財務能力向上の達成度はやや低く、成果5についてはある程度の水準にあるが達成のためにはさらにザンビア側の努力を要する。

#### （４）インパクト

以下の観点から、インパクト（上位目標の達成見込み等）は概ね高い。

- ・他地域への展開を容易にするマニュアル、ガイドライン類が整備されている。
- ・活動の一部（PHASTトレーナー養成、PAP作成、NHC強化等）として、ルサカ地区内他地域に対する支援も実施している。
- ・成果の一部（栄養普及員養成、PHASTワークショップ開催、家庭訪問によるコレラ予防）については、LDHMTおよびルサカ市役所の自助努力により、ルサカ地区内他地域に展開されている。
- ・成果の一部（GMP+およびPHAST）の拡大展開については、LDHMTの次期行動計画（Action Plan of 2007-2009）に明記されている。
- ・PHASTについては、国家保健戦略計画（National Health Strategic Plan）2006-2011（ドラフト）にも取り入れられ、UNICEFの支援により5県18地区を対象とした研修が、プロジェクト作成の教材を用いて実施されている。
- ・プロジェクトが導入したコミュニティにおけるボランティア活動資金創出活動については、国家エイズ対策計画（National Plan for HIV/AIDS and Anti-retroviral Therapy Services）2006-2008に取り入れられている。
- ・対象コミュニティにおいては、健康ボランティアに対する住民の信頼度が高まり、健康改善・環境衛生改善のために住民同士が協力しあう土壌（「健康につながる共同体としての価値観＝community value for health」）が形成されつつある。

#### （５）自立発展性

以下の観点から、自立発展性については見通しが不明瞭な部分が残されている。

- ・政策面の自立発展性の見込みは高い（マニュアル・ガイドライン類の整備、国家政策および地区保健戦略へのプロジェクト成果の反映）。
- ・LDHMTにおける人的・財務的自立発展性については課題が残されている（看護・助産人材の不足によるコミュニティ活動への関与不足、コミュニティ活動を統括する役職の不在、中央政府からの不十分・不安定な予算配分と高い人件費負担）。
- ・コミュニティにおける自立発展性確保のためには、LDHMTからの適切な支援の継続が必要（所得創出事業の強化、ボランティアに対する継続的な再教育機会・技術支援の提供）。

#### （６）ジェンダー分析

試行的に実施したジェンダー分析の結果は、以下のとおり。

- ・養育者の健康・受診行動に、子どもの性差による差異はなく、健康水準についても生物学的差異以上の性差による差異はなかったものと思われる。
- ・コミュニティ・ボランティアの人選においてはジェンダーバランスがある程度考慮され、ボランティアの養成研修にはジェンダーに関連する単元が含まれている。

- ・GMP+セッションの現場では、少数派である男性養育者に対する配慮がなされ、戸別訪問についてはなるべく週末に実施し、日ごろGMP+に参加しない父親も含めて健康教育を行う等の工夫が見られた。
- ・男性養育者の参加促進・行動変容については、プロジェクトの設計段階から明示的に意識することで、一層効果的な取り組みもできた可能性がある。

### 3-3 効果発現に貢献した要因

#### (1) 計画内容に関すること

以下のとおり、「人間の安全保障」に根ざしたアプローチを採用したことが、効果を高めた。

- ・環境衛生の悪化やHIVの流行等、外的な変化に対して脆弱な都市貧困層を受益者としたことが、社会的に弱い立場にあり、生命や生活・人間としての尊厳が危機にさらされている人々に役立つ援助につながった。
- ・コミュニティにおける保健活動（GMP+）およびPHASTを、地域住民から選出されたコミュニティ・ボランティアを中心に実施できる体制づくりを支援したことが、人々を援助の対象としてだけでなく開発の担い手にとらえ、人々の「エンパワメント（能力開発）」を重視した取り組みとなった。
- ・ボランティア主体のコミュニティ活動を支える、保健行政（LDHMTおよび保健省関連部局）とコミュニティ（住民組織等）双方の能力強化を支援したことが、地域社会の持続的発展に寄与した。
- ・環境衛生（過密な住環境、不適切なごみ・排泄物の処理、汚染された飲料水源の利用等）の問題が健康に与える影響が大きい都市貧困層のニーズに的確に対応するため、GMP+とPHASTを組み合わせることで推進した。一部対象地区（ジョージ、ンゴンベ）については、無償資金協力による給水施設整備との組み合わせにより、より高い効果を得た。それにより、人々の抱える問題を中心に据え、問題の構造を分析したうえで、その問題の解決のために、様々な専門的知見を組み合わせることで総合的に取り組むマルチセクター・アプローチを実践した。

#### (2) 実施プロセスに関すること

以下のとおり、「実証的かつ段階的」アプローチ、「参加型」アプローチが効果を高めた。

- ・フェーズ1の経験から効果が立証されたGMP+およびPHASTを、コミュニティ活動の両輪とした。
- ・協力成果および効果の科学的な検証に力を入れた。厳密なモニタリング指標を設定し、プロジェクト開始時、中間評価時、終了時評価時の3回にわたって、先方政府が有する保健管理情報システム（HMIS）とプロジェクトが実施した標本世帯調査を組み合わせることでデータを収集し、それらの推移を測定した。
- ・5年間のプロジェクト期間を、「基礎整備期（ガイドライン・マニュアル等の『モノ』づくり）」「活動拡充期（専門職・ボランティア等の『ヒト』づくり）」「活動定着期（実践を通じた『モノ』『ヒト』の強化）」「活動仕上期（自立発展性確保のための『カネ』づくり）」の4期に分け、戦略的マネジメントを行った。
- ・中央保健省、地方保健行政、保健施設、コミュニティのすべてのレベルにおい

て、多様なステークホルダーを巻き込んだ参加型を徹底した。また、日本人専門家がコミュニティの人々と同じ目線で活動したことが、地域住民との信頼関係を構築した。

### 3-4 問題点および問題を惹起した要因

#### (1) 計画内容に関すること

- ・プロジェクト目標の達成および上位目標の達成見通しに鑑みて妥当な計画であったが、プロジェクト成果の体系化にあたって教育機関（ザンビア大学、チャイナマ・カレッジ等）を巻き込む計画としていけば、持続的な人材育成体制を確保できることから、協力終了後、ザンビア政府の主導による協力成果の国内他地域への普及が一層容易にできた可能性がある。今後類似案件においては、より長期的視点に立って、既存の人材育成システムとの協働を計画段階から組み込むことも検討されるべきである。

#### (2) 実施プロセスに関すること

- ・いくつかの外部要因（看護職等保健人材の不足、現地通貨の高騰による外貨建て援助資金の目減り等を背景とする不十分・不安定な中央政府からの予算配分、高い人口増加率と環境衛生の更なる悪化）が、協力効果の発現に負の影響を与えた可能性がある。人員配置、援助資金（特に、財政支援型資金）等については、政策環境によって左右され、現場への影響が大きいと、特定地域や課題を限定して支援するプロジェクトにおいても、常に情報収集・分析に心がける必要がある。
- ・所得創出活動の立ち上げに関しては、各地区のコミュニティ・バスケットファンド委員会が主体となって取り組んだが、土地所有権の取得、配電・給水の確保等にかかる事務手続きおよび各種折衝に時間を要し、事業の遅れにつながった。協力成果の自立発展性を左右する住民組織の能力強化のためには必要なプロセスであり、十分な準備時間の確保に留意する必要がある。

### 3-5 結論

- ・本プロジェクトは、最貧国の一つであるザンビアの中でも特に条件の厳しい都市部貧困層を対象とし、住民参加によるプライマリーヘルスケア（PHC）の実践モデルを構築し、下痢症罹患率の低下や栄養不良児比率の低下という具体的な健康改善効果を実証した、きわめて注目すべき成功事例である。「人間の安全保障に根ざしたアプローチ」「実証的かつ段階的アプローチ」「参加型アプローチ」が効果を高めた。
- ・本プロジェクトの経験は、ザンビア政府が国家保健戦略計画（National Health Strategic Plan 2006-2011）の中で掲げる優先課題について、地域住民の最大限の参加を促すことによって、保健行政の限られた人員と予算制約の中でも効果をあげることができることを例証したものであり、ルサカ市と類似の条件を有するザンビア（および周辺国）の他の都市部にも応用されるべきものである。
- ・本プロジェクトを通じて、コミュニティ活動に積極的に参加した人々の間には、当事者意識（オーナーシップ）と自信が形成され、以前には見られなかった協働・協力関係も醸成された。この変化は、「健康につながる共同体としての価値観（community value for health）」に基づく「相互扶助（ニャンザ語で

“chigwilizano”）」の精神の萌芽として捉えることができる。

- ・活動の基礎となったGMP/IMCI<sup>15</sup>やPHASTは、いずれも新しい手法ではないが、本プロジェクトは、対象とするコミュニティの実状に合わせ、体重測定セッションを中核として他の保健サービスも統合することでコミュニティレベルの包括的な子どもの健康増進活動として再構築したGMP+と、独自に開発した教材を用いたPHASTを並行して実施することにより、理念にとどまりがちなPHCの実践モデルとなる新たなアプローチを生み出すことに成功した。
- ・同アプローチは、大きな健康改善効果に加え、共同体意識の希薄な都市部貧困層において「共同体としての価値観」を醸成する効果も期待されることから、保健分野の課題にとどまらず、人間の安全保障や、人口増加と環境問題等、多くの開発課題に対するコミュニティレベルでの具体的な改善方策を提供し得る可能性を有している。
- ・しかしながら、コミュニティ活動が円滑に推進されるためには、地域行政機関からの技術的・財政的支援が不可欠である。本プロジェクトの場合も、LDHMTおよびヘルスセンターによる指導的役割が重要であったが、LDHMTにおけるコミュニティ活動の全体調整を担当する職員の不在、およびザンビア保健セクター全体の問題である専門職の圧倒的な不足が、コミュニティ活動の制約要因として顕在化してきている点が懸念される。

### 3-6 提言（当該プロジェクトに関する具体的な措置、提案、助言）

#### （1）対日本政府

- 1）プロジェクト成果のザンビア国内での普及・展開を図るザンビア政府の取り組みに対しては、何らかの対策を検討すべきである。

#### （2）対ザンビア政府

- 1）LDHMTにはGMP+の全体的調整を担当する職員が配置されておらず、責任体制があいまいであるため、担当職員を任命すべきである。
- 2）保健省は、（プロジェクト成果を精査し、必要最低限の投入および活動を「必須パッケージ」として絞りこんだうえで）GMP+に対して、十分な予算配分を行う努力を継続すべきである。
- 3）ザンビア政府は、子どもの健康改善につながるコミュニティにおける実践モデルである本プロジェクトの成果を、ルサカ市内および他の主要都市部の貧困層を対象として普及すべきである。さらに、共通のニーズを抱える周辺国に対し、保健省から情報発信していくことも望ましい。

<sup>15</sup> Integrated Management of Childhood Illness。小児に見られる一般的かつ最も重要な疾患（栄養不良、下痢による脱水症状、急性呼吸器感染症、マラリア等の発熱性疾患等）について、臨床訓練が必ずしも十分ではない医療職（準医師、看護・準看護師等）であっても、チャートを用いることによつて的確な診断・治療を可能とする取り組み。



(3) 対プロジェクト

- 1) 活動内容を吟味し、LDHMTの人的・財務的・組織的能力により合わせた「必須パッケージ化」の作業を継続すべきである<sup>16</sup>。
- 2) 保健省との協働により、プロジェクト成果の対外発信を積極的に支援すべきである<sup>17</sup>。

3-7 教訓（当該プロジェクトから導き出された他の類似プロジェクトの発掘・形成、実施、運営管理に参考となる事柄）

- (1) GMP+とPHASTを統合したアプローチは、都市貧困層が暮らす人口稠密な未計画居住地区において5歳未満児の健康を改善する（下痢症の減少、低栄養児の減少）ための有効な手段であることが改めて確認された。また、無償資金協力による給水インフラの整備と、技術協力による健康・衛生教育を組み合わせたプログラムの支援の有効性も示された。
- (2) 地域住民は健康増進活動を自ら担う潜在能力を持ち備えているが、住民のみの活動には限界があり、技術的指導やその他支援を提供できる医療従事者の役割が重要である。したがって、ザンビアをはじめ保健人材不足が深刻化している各国では、医療従事者の育成・流出防止にかかる施策も必要である。
- (3) プロジェクトは活動を実施・モニタリングするうえで、タスクフォースやワーキンググループ、委員会等を設置し、保健行政機関をコミュニティ活動に巻き込むための工夫を行った。このようなメカニズムの構築は、国家および地方保健政策にコミュニティレベルの保健活動の成果を反映させるうえで重要な役割を果たした。
- (4) GMP+を実施する際、住民と医療従事者間の信頼関係を構築することは必要不可欠である。
- (5) 5年間で4期に分け、定量的かつ信頼度の高い指標を用いて戦略的なマネジメントを行ったことが、プロジェクトの目標達成度をアウトカムレベルにおいてモニタリングすることを可能にし、ひいてはプロジェクト目標達成に貢献した。また、事前に協力終了を見据えた出口戦略を準備したことは、自立発展性の確保に貢献した。
- (6) 日本人専門家がコミュニティレベルにおいても自ら活動し住民と協力関係を築いたことが、当プロジェクトのコミュニティ・ボランティアから高い評価を得た。コミュニティでのプロジェクトのインパクトを確保するには、このようなアプローチの技術支援が有効である。

<sup>16</sup> この提言については、2007年6月に、Guidelines for Integrated Community-based Child Health Packageとして完成をみた。

<sup>17</sup> この提言については、2007年5月に、Sub-regional Conference on Community-based Child Health Interventionsの開催をもって実現をみた。

(7) 「人間の安全保障に根ざしたアプローチ」「実証的かつ段階的アプローチ」「参加型アプローチ」は、住民を主体とする保健システム構築を支援する方策として有効である。政策枠組みの変化にかかる情報収集・分析は、外部要因の変化に適切に対応するために重要である。

(8) パイロット型（効果実証型）のプロジェクト成果を体系化する際、現地の教育研究機関（大学・専門学校等）を巻き込むことで、持続的な人材育成体制を確保し、先方政府の自助努力による協力成果の普及を促進できる可能性がある。

(9) コミュニティ主体の事業については、様々な手続き（土地使用权の取得、配電・給水の確保等）に時間を要することから、住民組織の能力強化にかかる時間も見込み、十分な準備時間の確保に留意する必要がある。

# 第1章 終了時評価調査の概要

## 1-1 調査団派遣の背景と目的

ザンビア共和国（以下、「ザンビア」と記す）は、南部アフリカに位置し、752.6千km<sup>2</sup>の国土に約1150万人（2004年：世銀）の人口を擁する。都市人口比率は34.8%（2000年：国連人口局）とアフリカ諸国の中では最も都市化が進んだ国の一つである。首都であるルサカ市（人口約170万人）においては、地方からの人口流入が著しく、総人口の約15%が居住している。しかし、このように人口が急増しているにもかかわらず、都市部での上下水道や保健施設等社会インフラの整備が進んでおらず、特に未計画居住区（コンパウンド）の非衛生的環境の中で生活している子どもの健康状況の改善が喫緊な課題となっていた。

このような状況下実施された「ルサカ市プライマリーヘルスケアプロジェクト（協力期間：1997年3月17日～2002年3月16日）」では、ルサカ市の未計画居住区の一つであるジョージ地区において、コミュニティ・ヘルス・ワーカー（Community Health Worker：CHW）、栄養普及員（Nutrition Promoter：NP）等の住民ボランティアを主体とする包括的な子どもの成長促進活動（Growth Monitoring and Promotion Plus：GMP+）と、参加型環境衛生改善活動（Participatory Hygiene and Sanitation Transformation：PHAST）を組み合わせ、都市貧困層を対象とするコミュニティ主体のプライマリーヘルスケア（Primary Health Care：PHC）・モデルを確立し、その結果、ヘルスセンターの混雑緩和、予防接種率の向上、低体重児比率の減少、コレラによる死亡数の減少等、多くの成果が得られた。

ザンビア政府は、この成果を受け、活動を他地区にも拡大する新規プロジェクトの実施を日本政府に要請し、調査の結果、国際協力機構（JICA）はザンビア保健省およびルサカ市保健局（Lusaka District Health Management Team：LDHMT）との協力により、ジョージ地区に加え、チャワマ、チパタ、カニヤマ、ムテンデレ、ンゴンベの各未計画居住区を対象とし、同様のアプローチによって5歳未満児の健康改善を目指す5年間のプロジェクト「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2）」を、2002年7月15日に開始した。第2フェーズでは、第1フェーズで確立したGMP+およびPHASTの普及・定着に加え、それを支える行政能力の強化や、住民組織の強化にも焦点を当てた協力を行った。

「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2）」の終了を2007年7月に控え、同プロジェクトの終了時評価を実施するために、2007年1月14日から2月1日まで調査団が派遣された。本件評価調査は、プロジェクトの協力のもとにザンビア側と日本側の合同評価形式で行われた。

評価の目的は以下のとおりである。

- (1) プロジェクト開始時からの実績（投入・活動実績、成果・目標達成度等）を確認し、評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性）の観点から分析を行う
- (2) ザンビア側および日本側双方に対する提言・教訓を取りまとめるとともに、先方関係者との協議を通じて、予定協力期間終了後の本件の扱いについて検討を加え、調査団提言として取りまとめる。

なお、今回の終了時評価においては、ジェンダーの観点からの観察を行い、今後の簡易ジェンダー評価手法の参考情報とすることを目的として、ジェンダー分析も併せ実施した。

## 1-2 調査団の構成と調査日程

調査団員の構成およびそれぞれの団員の派遣期間は、以下のとおりである。なお、ザンビア側の評価者は保健省本省から2名推薦された。

### (1) 調査団の構成

#### 1) 日本側

氏名	担当分野	職位	派遣期間
石井 羊次郎	総括	JICA人間開発部 第三グループ長	2007. 1. 22-2. 1
梅内 拓生	プライマリーヘルスケア	国際医療福祉大学国際部長・大学院教授	2007. 1. 22-2. 1
菅波 茂	NGO連携	特定非営利活動法人AMDA 理事長	2007. 1. 22-2. 1
瀧澤 郁雄	評価計画	JICA人間開発部 第三グループ 保健行政チーム 主査	2007. 1. 22-2. 1
駒橋 梨絵	ジェンダー分析	JICA企画・調整部 ジェンダー・環境社会配慮審査グループ ジェンダー平等推進チーム 職員	2007. 1. 22-2. 1
中谷 美南子	評価分析	グローバルリンクマネジメント（株）	2007. 1. 14-2. 1

#### 2) ザンビア側

氏名	職位
Mr. D. M. Chimfwembe	保健省本省計画開発局 局長
Mr. Nicolus Chikwenya	保健省本省 ドナー調整官

### (2) 調査の日程

調査団は2007年1月14日から2月1日まで派遣された。調査の日程は以下のとおりである。

日程	調査活動
1月14日（日）	中谷団員現地到着
1月15日（月） ～22日（月）	情報収集活動 ・ JICAザンビア事務所訪問 ・ プロジェクト専門家およびカウンターパートよりブリーフィング ・ 各種文献のレビュー ・ 質問票の回収（LDHMT、ヘルスセンター職員、専門家より）、集計、分析 ・ 主要関係者へのインタビュー（LDHMT、保健省本省担当者、ヘルスセンター職員、コミュニティ・ボランティア、その他関係機関） ・ プロジェクト活動の視察 ・ 評価報告書案の作成
1月23日（火）	石井団長、梅内団員、菅波団員、瀧澤団員、駒橋団員 現地到着
1月24日（水） ～26日（金）	・ JICAザンビア事務所協議・在ザンビア日本大使館表敬 ・ LDHMT及び保健省本省との協議

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コミュニティ・ボランティアおよび受益者とのフォーカスグループディスカッション（ンゴンベ・ジョージ）</li> <li>・評価ワークショップ開催</li> </ul>
1月27日（土） ～28日（日）	評価報告書案の最終化
1月29日（月）	プロジェクト活動の視察、保健省との協議
1月30日（火）	<午前> 第6回合同調整委員会 <午後> 在ザンビア日本大使館・JICAザンビア事務所報告
1月31日（水）	ミニッツの署名、全団員現地発

### 1-3 プロジェクトの概要

プロジェクトは、カウンターパート機関であるルサカ市保健局が所管している25のヘルスセンター管轄地域のうち、6つの地区（ジョージ、ンゴンベ、チパタ、チャワマ、ムテンデレ、カニヤマ）を対象地域として活動を展開した。このうちジョージ地区は前フェーズより活動を継続している。これら6つの対象地域は、ルサカ市の中でも最も貧困層が多くかつ人口増加率が高い未計画居住区とされている。なお、プロジェクトのターゲットグループ（最終受益者）はプロジェクト対象地域の5歳未満児である。

最新のPDM（バージョン4）に基づく、本プロジェクトの概要は以下のとおりである。アウトプットから上位目標まで、コミュニティが主体であることが貫かれており、行政機能の強化については、コミュニティ主体の活動を支えるもの〔アウトプット4〕として位置づけられている。

#### （1）上位目標

効果的かつ持続的なコミュニティをベースとする保健活動の拡大により、ルサカ市の5歳未満児の健康状態が改善される。

#### （2）プロジェクト目標

効果的かつ持続的なコミュニティをベースとする保健活動の拡大により、選ばれたヘルスセンター管轄地域の5歳未満児の健康状態が改善される。

#### （3）アウトプット

- 1) コミュニティをベースとした子どもの成長促進活動が強化される。
- 2) コミュニティをベースとした環境衛生活動が改善される。
- 3) 5歳未満児向けのコミュニティ・リファーマル・サービスが強化される。
- 4) コミュニティをベースとした保健活動を支援するために、LDHMTとヘルスセンターの計画・財務能力が強化される。
- 5) コミュニティをベースとした保健活動の持続性を確保するために、住民組織の管理能力が強化される。

## 第2章 終了時評価の方法

### 2-1 ログフレーム（PDM）による評価手法

本件評価調査は、『JICA事業評価ガイドライン（2004年1月：改訂版）』に基づき、ログフレームを用いた評価手法に則って実施した。『JICA事業評価ガイドライン』による評価は、以下のとおり、4つの手順で構成されている。

- (1) プロジェクトの計画を論理的に配置したログフレームあるいはプロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix：PDM）を事業計画として捉え、評価デザインを確定する。
- (2) 複数のデータ収集方法を通じ入手した情報をもとに、プロジェクトの現状を実績・実施プロセス・因果関係の観点から把握・検証する。
- (3) 「妥当性」「有効性」「効率性」「インパクト」「自立発展性」の5つの観点（評価5項目）から、プロジェクトの成果（アウトカム）を評価する。
- (4) 上記（1）から（3）を通じ、プロジェクトの成否に影響を及ぼした様々な要因の特定を試み、プロジェクトの残りの実施期間の活動に対しての提言と、ザンビア側及び日本側双方のその他案件に対する教訓を抽出する。

なお、当該評価手法において活用されるPDMの構成要素の内容は以下のとおりである。

上位目標	プロジェクトを実施することによって期待される長期的な効果。プロジェクト終了後3～5年程度で対象社会において発現する効果
プロジェクト目標	プロジェクト実施によって達成が期待される、ターゲットグループや対象社会に対する直接的な効果
アウトプット	プロジェクト目標達成のためにプロジェクトが生み出す財やサービス
活動	アウトプットを産出するために、投入を用いて行う一連の具体的な行為
指標	プロジェクトのアウトプット、目標および上位目標の達成度を測るもので、客観的に検証できる基準
指標データ入手手段	指標を入手するための情報源
外部条件	プロジェクトでコントロールできないが、プロジェクトの成否に影響を与える外部要因
前提条件	プロジェクトが実施される前にクリアしておかなければならない条件
投入	プロジェクトのアウトプットを産出するために必要な資源（人員・資機材・運営経費・施設など）

出所：プロジェクト評価の手引き（JICA事業評価ガイドライン）、2004年2月。

本件評価対象プロジェクトは、その開始時以降PDMの変更を3回行った。特に、2005年の中間評価においては、アウトプットを4つから5つに増やすなど、大幅な変更があった。本件評価ではプロジェクトの最新のPDM（バージョン4）に基づいて評価デザインを確定し、調査を実施した。

さらに、本プロジェクトの評価に適用される評価5項目の各項目の定義は以下のとおりである。

評価5項目	JICA事業評価ガイドラインによる定義
妥当性	プロジェクトの目指している効果（プロジェクト目標や上位目標）が受益者のニーズに合致しているか、問題や課題の解決策として適切か、相手国と日本側の政策との整合性はあるか、プロジェクトの戦略・アプローチは妥当か、公的資金であるODAで実施する必要があるかなどといった「援助プロジェクトの正当性・必要性」を問う視点
有効性	プロジェクトの実施により、本当に受益者もしくは社会への便益がもたらされているのか（あるいはもたらされるのか）を問う視点
効率性	主にプロジェクトのコストおよび効果の関係に着目し、資源が有効に活用されているか（あるいは活用されるか）を問う視点
インパクト	プロジェクトの実施によりもたらされる、より長期的、間接的効果や波及効果を見る視点。この際、予期しなかった正・負の効果・影響も含む
自立発展性	援助が終了しても、プロジェクトで発現した効果が持続しているか（あるいは持続の見込みはあるか）を問う視点

出所：プロジェクト評価の手引き（JICA事業評価ガイドライン）、2004年2月。

## 2-2 主な調査項目とデータ収集方法

### 2-2-1 主な調査項目

評価調査においては、その評価の有用性をより高めるために、明確な調査項目を評価設問という形で設定することが必要となる。本件評価調査においては、以下の評価設問を中心に調査を実施した。

#### (1) プロジェクトの実績

- ・投入、活動、アウトプット、プロジェクト目標、上位目標はそれぞれ計画どおり達成されたか、あるいは達成される見込みはあるか。

#### (2) プロジェクトの実施プロセス

- ・プロジェクトの活動の進捗はどうか。活動の進捗に影響を及ぼしている外部条件やその他条件はあるか。
- ・プロジェクトのモニタリングや軌道修正は適切に行われているか。特にプロジェクト実施上の課題や意思決定はどのように行われているか。
- ・カウンターパートのオーナーシップは醸成されているか。意思決定プロセスや参加の度合に変化はあるか。
- ・カウンターパートと専門家とのコミュニケーションはとれているか。
- ・他のドナー機関や国内関連機関とはどのような関係が構築されているか。

(3) 妥当性

- ・プロジェクトで選択された上位目標、プロジェクトの目標は現時点でのザンビアの保健政策、また我が国の援助方針等に合致しているか、合致していないとしたらその原因は何か。
- ・計画内容は、現時点において、ルサカ市の選ばれたヘルスセンター管轄地域の5歳未満児の健康状態が改善される支援として適切であるといえるか。
- ・また、プロジェクト対象地域のターゲットグループ（5歳未満児）およびその養育者のニーズにプロジェクト目標、上位目標は評価時においても合致しているか。

(4) 有効性

- ・プロジェクト目標の達成は現時点において、どの程度達成されているか。また、その成否の阻害・促進要因は何か。
- ・各アウトプットはどの程度プロジェクト目標達成に貢献しているか。
- ・プロジェクト対象地域内に5歳未満児の健康改善を目的としている政府および他ドナーの活動はあるか。

(5) 効率性

- ・各アウトプットの産出度合いは現時点でどうか。
- ・アウトプットの産出に貢献しなかった投入はなかったか。
- ・アウトプットの産出を阻害した理由は何か。
- ・プロジェクトの生産性、費用対効果を向上させた、または低下させた要因は何であったか。

(6) インパクト

- ・上位目標の達成見込みはあるか。
- ・プロジェクトの介入による予期しなかった正・負の影響はあるか。またそれをもたらした要因は何か。

(7) 自立発展性

- ・プロジェクト終了後もコミュニティをベースとした保健活動への政策的支援は継続される見込みはあるか。
- ・プロジェクト実施期間中に築かれたコミュニティをベースとした保健活動が継続していく組織的および財政的見通しはあるか。
- ・プロジェクトを通じて得られた効果が引き続き発現していくために必要な要因は何か。あるいはその発現を阻害する要因は何か。

なお、より詳細な評価設問は、必要なデータ、収集方法、情報源とともに付属資料7の評価グリッドに示した。



## 2-2-2 情報・データ収集方法

本件評価調査では、評価分析のために定量的・定性的データを以下の方法で収集した。

- ・既存資料レビュー（プロジェクトが実施した各調査結果やザンビア政府・他ドナーによる報告書・資料等）
- ・アンケート調査（LDHMT、ヘルスセンター職員、日本人専門家）
- ・キーインフォーマント・インタビュー（LDHMT、ヘルスセンター職員、保健省本省職員、ドナー機関、コミュニティ・ボランティア、養育者）
- ・評価ワークショップ（LDHMT、ヘルスセンター職員）
- ・直接観察

インタビューやワークショップにて情報提供を得た主要面談者の詳細情報は、付属資料1の合同評価報告書（Joint Evaluation Report）Annex 2のとおりである。

なお、本プロジェクトではモニタリング・評価指標がPDMにおいて明確かつ詳細に定義・設定されており、その収集・分析も2002年のベースライン調査以降、中間評価時、終了時評価時と一貫して実施されてきている。これら指標のためのデータ収集・分析は、本件評価調査とは別に、プロジェクト活動の一環として行われているが、PDMの各目標の達成度合いを評価するうえで重要な判断材料となるために、以下そのデータ収集・分析手法についても言及する。

### （1）プロジェクト目標の達成度指標（全4指標）

プロジェクト開始時（2002年）、中間評価時（2004年）、終了時評価時（2006年）の、保健省の保健管理情報システム（Health Management Information System : HMIS）によるプロジェクト対象地域の6つのヘルスセンターからの報告値を用い、その平均値をプロジェクト目標の達成度指標とした。また目標値は、プロジェクトが各ヘルスセンター地区で開催したワークショップにて、参加者（ヘルスセンター職員、住民ボランティア代表等）自身により制定された値の単純平均である。客観的な分析から導き出されたものではないが、現場のザンビア側関係者の主体性を尊重し、目標値として採用している。

### （2）アウトプット1、2、3の達成度指標

プロジェクト開始時（2002年、ベースライン調査）、中間評価時（2004年）、終了時評価時（2006年）の合計3回、プロジェクト対象地域の6つのヘルスセンター管轄地域から、5歳未満児を有する世帯を各地区500世帯ずつ（全3,000世帯）無作為抽出して実施した標本世帯調査を通じて収集した<sup>1</sup>。目標値については、プロジェクト目標と同様に、プロジェクトが各ヘルスセンター地区で開催したワークショップにて、参加者（ヘルスセンター職員、住民ボランティア代表等）自身により制定された値の単純平均である。客観的な分析から導き出されたものではないが、現場のザンビア側関係者の主体性を尊重し、目標値として採用している。

<sup>1</sup> ただし、標準成長曲線を下回る5歳未満児の割合（アウトプット1）については、プロジェクト目標指標と同様、保健省のHMISからの報告データによる。

(3) アウトプット4の達成度指標

各ヘルスセンターの年間アクションプランおよびLDHMTおよび各ヘルスセンターの財務報告書を主たる情報源とした。

(4) アウトプット5の達成度指標

各ヘルスセンターのボランティア登録情報およびコミュニティ・バスケットファンド委員会により作成された関連資料を主たる情報源として求めた。

特筆すべきは、様々な手段を通じて集められた指標が、ザンビア側プロジェクト関係者（特に6ヶ所のヘルスセンター職員および各地区の住民ボランティア代表者）によって共有され、参加型で目標設定に活かされており、目標値そのものにもザンビア側の強いオーナーシップ（当事者意識、主体性）が感じられることである。

## 第3章 プロジェクトの実績

### 3-1 投入実績

#### 3-1-1 日本側投入

##### (1) 専門家派遣

本件プロジェクトで終了時評価時までには派遣された長期専門家は5分野において合計9名であり、244.7人月の投入であった。それぞれの指導分野、氏名、派遣期間は以下のとおりである。

##### <長期専門家>

指導分野	氏名	派遣期間
チーフアドバイザー	長倉 孝	2002年7月24日 ～ 2004年7月23日
同上	八林 明生	2004年8月13日 ～ 2006年8月12日
業務調整	佐々木 諭	2002年7月15日 ～ 2005年4月1日
同上	藤野 康之	2005年2月26日 ～ 2007年7月15日
地域保健	五十嵐 久美子	2002年7月15日 ～ 2005年6月30日
同上	金 容林	2005年6月12日 ～ 2007年7月14日
保健計画マネジメント	圓山 誓信	2003年5月1日 ～ 2005年7月31日
同上	山元 香代子	2005年7月15日 ～ 2007年7月14日
環境衛生	佐々木 諭	2005年7月15日 ～ 2007年7月14日

出所：プロジェクト事務所、2007年1月

短期専門家は、終了時評価時までには延べ18名が派遣され、50.8人月の投入であった。短期専門家の人数と派遣分野は以下のとおりである。

##### <短期専門家>

年度	人数	指導分野（氏名）
2002	3	小児保健（鈴木宏）、モニタリング・評価（鈴木修一）、参加型手法（藤野康之）
2003	5	GIS操作指導（杉田明弘）、保健衛生事情調査（稲岡恵美）、環境衛生（大野伸子）、小児保健（中野博之）、視聴覚教材（前川朝康）
2004	4	組織マネジメント（半田祐二郎）、地域保健教材作成（徳村朝昭）小児保健（鈴木宏）、環境衛生（木下真絹子）
2005	3	住民組織マネジメント（大野伸子）、栄養推進（五十嵐久美子）、地域保健IEC教材製作（知念潤）
2006	3	住民組織能力開発（大野伸子）、統計的評価分析（竹直樹）、小児保健（鈴木宏）

出所：プロジェクト事務所、2007年1月

< 終了時評価調査後の専門家派遣実績 >

終了時評価実施後、プロジェクト終了までに派遣された短期専門家は、延べ3名、4.6人月の投入であった。同期間の短期専門家の派遣人数と派遣分野は以下のとおりである。

年度	人数	指導分野（氏名）
2006年度	1	地域保健行政（相賀裕嗣 3/4～4/2）
2007年度	2	小児保健（鈴木宏 5/1～5/8）、住民組織能力開発（大野伸子 4/17～7/14）

(2) 研修員受入れ実績

終了時評価時まで、合計21名のカウンターパートが本邦研修に参加した。研修コース名と派遣されたカウンターパートの人数は以下のとおりである。研修員受入れ実績に関する詳細は付属資料1の合同評価レポートAnnex 5を参照。

研修コース名	派遣された人数
地域保健	9
地域保健のための行政政策	3
女性のための食物栄養改善 II	2
マルチメディア教材作成	2
母子保健指標改善対策 II	1
保健衛生政策向上セミナー	1
地域保健指導者	1
保健行政	1
地域保健行政	1

出所：プロジェクト事務所、2007年1月

< 終了時評価調査後の研修員受入れ実績 >

終了時評価実施後、プロジェクト終了までに実施した本邦カウンターパート研修の実績は、下表のとおりである。

研修コース名	参加者（所属先）	期間
地域保健サービス （ディストリクト）	Ms. IMASIKU Monde Christine (Zonal Public Health Nurse, LDHMT)	2007/2/12-2/27
地域保健サービス （ヘルスセンター）	Ms. SHIMANGWALA Chola Chileshe (Environmental Health Technologist, N’Gombe HC)	2007/2/12-2/27
地域保健サービス （ディストリクト）	Mr. ZULU Reuben Lazarus (Environmental Health Technologist, Chipata HC)	2007/6/7-6/20
子どもの死亡削減と 国際協力セミナー	Dr. CHAPULA Bushimbwa Tambatamba (District Director of Health, LDHMT)	2007/5/17-6/24

### (3) 機材供与

終了時評価時まで（2002～2005年度）の日本側の機材供与の実績は、合計26,709,522円相当<sup>2</sup>（K1,016,541,700）である。主な供与機材は車両（2台）、製粉機（12台）、体重測定に用いられる乳幼児用および成人用の体重計（30台）、コンピューターおよびソフト等オフィス機材、注射器および注射針、経口補水塩（Oral Rehydration Salt : ORS）等が挙げられる。2006年度以降、機材供与はなされていない。

詳細供与機材リストは、付属資料1の合同評価レポートAnnex 6を参照。

### (4) 在外事業強化費（現地活動費）

プロジェクト開始時点から本件調査実施時までの期間中に日本側が支出した在外事業強化費（現地活動費）は、合計K4,943,196,082（137,080,238円相当）である。各年の業務費の概要は以下のとおりである。現地業務費は主にGMP+・PHAST推進活動、コレラ予防活動、コミュニティ・バスケット・ファンド委員会の活動、各種技術研修、IEC教材作成、ベースライン・中間時・終了時における世帯調査等に活用された。

年度	ザンビアクワチャ（K）	日本円
2002	386,263,906.99	10,670,273.67
2003	954,981,504.56	23,072,759.23
2004	1,271,038,179.00	29,300,096.33
2005	1,335,657,648.23	36,593,360.23

在外事業強化費（現地活動費）に関する詳細は、付属資料1の合同評価レポートAnnex 7を参照。

#### < 終了時評価調査後の在外事業強化費（現地活動費）実績 >

終了時評価実施後、プロジェクト終了までの在外事業強化費（現地活動費）支出実績は、以下のとおりである。

年度	日本円（千円）
2006	42,910
2007	13,401

### 3-1-2 ザンビア側の投入

#### (1) カウンターパートの配置

プロジェクト開始時から2007年1月時点まで、延べ80名のカウンターパートがLDHMTおよびプロジェクト対象地域の6つのヘルスセンターから配置された。そのうち本件調査時にて、プロジェクト活動に参画しているカウンターパートは合計52名である。なお、

<sup>2</sup> 日本円換算は以下の為替レートで行われた。2002年度：USD 1 = 120円 = K4,600、2003年度：USD 1 = 107円 = K4,700、2004年度：USD 1 = 103円 = K4,800、2005年度：USD 1 = 106円 = K4,630。

LDHMTから配置された8名のカウンターパートのうち2名は専任としてプロジェクト事務所に勤務しており、1名は環境衛生活動、もう1名は住民組織強化活動を担当している。カウンターパート配置リストは、合同評価レポートAnnex 8を参照。

## (2) ローカルコストの負担

プロジェクト開始時からザンビア側もプロジェクト運用費用を負担するよう専門家が働きかけてきたが、ザンビア側の予算的制約のためあまり計画どおりに進まなかった経緯がある。その中でザンビア側が明示的に負担したものは、①2002年7月から11月まで専門家の執務スペースと②プロジェクトの車両用のドライバー（2004年～2005年に間に1人、2006年4月から12月まで3人）である。なお、執務スペースに関してはより広い空間が必要となったため、本プロジェクトが費用を負担して別の事務所に移転した。

## 3-2 活動実績

プロジェクトの活動は、概ねPDM及び活動計画表（Plan of Operation : PO）に沿った形で実施された。PDMバージョン4に基づく各活動の実績は付属資料3に取りまとめた。

## 第4章 アウトプットの達成状況

### 4-1 アウトプット1の達成状況<sup>3</sup>

<アウトプット1>

コミュニティをベースとした子どもの成長促進活動が強化される。

プロジェクトの中核的活動の一つである「コミュニティベースの包括的子どもの成長促進活動（GMP+）」は、子どもの疾病予防と成長促進の両側面を包括するプログラムであり、WHOやUNICEFが推奨するコミュニティベースの小児疾患の統合管理（Community-based Integrated Management of Childhood Illness：C-IMCI）の、都市貧困層を対象とする実践モデルを提供するものでもある。具体的には、コミュニティでの乳幼児の定期的な体重測定<sup>4</sup>をエントリーポイントとして、健康教育、栄養カウンセリング、栄養食（大豆）プロモーション<sup>5</sup>、コミュニティ・リファール<sup>6</sup>、予防接種、家族計画、ビタミンA等微量栄養素の投与、駆虫等、小児保健（およびプロダクティブヘルスや感染症対策の一部）にかかる基礎的なサービスを、より地域住民に近いところで、効果的かつ効率的に提供することを目的としている。

本件評価調査を通じて、プロジェクト対象地域内のヘルスセンター管轄地域（全6ヶ所）では、GMP+の導入がコミュニティをベースとした子どもの成長促進活動を強化したことが確認された。アウトプット1の指標のうちすべての指標に関して、2002年のベースライン調査より改善が見られた。また、そのうち12～23ヶ月時の予防接種の完全実施率（指標②a）と下痢症予防の適切な知識を持つ養育者の割合（指標⑥）については終了時目標値を達成した。アウトプット1は概ね達成されたといえる。

---

<sup>3</sup> 本件評価調査においては、各アウトプットの達成状況は必ずしも設定されていた目標値の達成のみではなく、指標の経時の変化および指標に表れないプロジェクトの実績等から、総合的に評価することとした。目標値自体が、ザンビア側関係者が参加型で主体的に設定したもの（地区ごとに参加型で設定された値の単純平均値）であり、客観的に妥当性を判断するのが難しいためである。

<sup>4</sup> 従来、小児の定期的な体重測定はヘルスセンターの中で専門職により実施されており、ヘルスセンターの混雑の一因となっていたが、現在はコミュニティ内（学校、集会所等を利用）で健康ボランティア主体により実施されている。ヘルスセンターの専門職は、予防接種や避妊具の配布等、専門職でなければならないサービスを提供し、ボランティアを支援するために活動に参加している。

<sup>5</sup> 本プロジェクトは5歳未満児の栄養失調を軽減するために、住民が簡単に入手でき、調理もしやすく、また経済的にもあまり負担がない食品として大豆を食生活に取り入れるための啓蒙活動を進めた。

<sup>6</sup> 健康教育等を通じて、養育者における子どもの危険な兆候（danger signs）に対する認知を高め、適切かつ適時の受診行動を促す取り組みや、ヘルスセンター（栄養クリニック等）での、治療が必要な子どもへの対処の改善等を含む。

#### 4-1 アウトプット1の指標

アウトプット1の指標	2002	2004	2006	目標値
①低体重の5歳未満児の割合が15%から9.3%に改善する。 (定義: 体重が標準成長曲線の下限以下として当該1年間に報告された5歳未満児数/当該保健所管轄地区において同年に体重測定に参加した5歳未満児推定総数: 6地区の単純平均値)	14.8%	12.5% <sup>7</sup>	10.0%	9.3%
②完全予防接種率の改善 a) 12~23ヶ月児の予防接種完了率の割合が71%から79%になる。 (定義: 12~23ヶ月児のうち、調査時点までにすべての予防接種<BCG、三種混合3回、ポリオ3回、麻疹>が完了している児童数/調査対象世帯に居住するすべての12~23ヶ月児数: 6地区の単純平均値) b) 1歳前に予防接種を完了した子どもの割合が59%から79%になる。 (定義: 5歳未満児のうち、満1歳までにすべての予防接種<BCG、三種混合3回、ポリオ3回、麻疹>が完了している児童数/調査対象世帯に居住するすべての5歳未満児数: 6地区の単純平均値) <sup>9</sup>	71.2%  58.9%	63.8%  56.0%	74.0% <sup>8</sup>	79.0%  79.2%
③0~24ヶ月の子どもの体重測定の頻度が14.6回から19.2回になる。 (定義: 調査対象世帯に居住するすべての5歳未満児について、満2歳までに体重測定に参加した回数の平均値: 6地区の単純平均値) <sup>10</sup>	14.6回	15.6回	15.9回	19.2回
④6ヶ月目以降、母乳以外の食物を導入する母親の割合が50%から67%になる。 (定義: 6ヶ月以上5歳未満児のうち、最も若い児童に対して、6ヶ月以降に母乳以外の離乳食を与えた養育者数/6ヶ月以上5歳未満児を有する調査対象養育者の総数: 6地区の単純平均値: 6地区の単純平均値)	49.9% <sup>11</sup>	56.6%	55.9%	67.4%
⑤栄養不良予防の適切な知識を持つ養育者の割合が32%から54%になる。 (定義: 3つの栄養不良予防方法<バランスの取れた食べ物、定期的な食事、毎月の成長確認>のうち、2つ以上回答した養育者数/調査対象養育者の総数: 6地区の単純平均値)	32.4%	42.1%	44.0%	53.6%
⑥下痢症予防の適切な知識を持つ養育者の割合が46%から52%になる。 (定義: 4つの下痢症予防方法<安全な水の飲用、適切な方法での手洗い、トイレでの排泄物の適切な処理、食物の適切な調理・保存>のうち2つ以上回答した養育者数/調査対象養育者の数: 6地区の単純平均値)	46.2%	34.8%	61.1%	51.6%

\*2002年のベースライン、2004年の中間実績値、2006年の終了時実績値すべては各ヘルスセンター管轄地域において5歳未満児を有する世帯(各地区500世帯を無作為抽出)を対象にプロジェクトが実施したサンプル世帯調査による。ただし、標準成長曲線加減を下回る5歳未満児のみ、各ヘルスセンターからの報告データ(HMIS)による。数値の詳細は、付属資料2参照。

<sup>7</sup> 中間評価調査時の集計方法に整合性が欠けていた(各地区値の小数点以下を四捨五入したうえで、6地区平均を算出)ため、和文報告書作成にあたり改めた(英文合同評価報告書では、中間評価調査時の値12.3%を用いている)。

<sup>8</sup> 英文合同評価報告書では74.4%としているが、転記ミスのため、和文報告書作成にあたり修正した。

<sup>9</sup> 当指標のモニタリング・評価指標としての問題点については、中間評価調査報告書を参照のこと。ただし、経時的な比較を可能とするために、同定義による指標を用いた。

<sup>10</sup> 脚注10に同じ。

<sup>11</sup> 英文合同評価報告書では、過去に実施された評価報告書等に記載されていた値を引用して49.5%としたが、遡ってデータを確認したところ、転記ミスのため、和文報告書作成にあたり修正した。



5歳未満児<sup>12</sup>の基礎保健サービスへのアクセスを改善するためのメカニズムとして、GMP+は同地域内にて十分に確立されている。GMP+を展開するためにプロジェクトはコミュニティ・ヘルス・ワーカー（Community Health Workers：CHW）と栄養普及員（Nutrition Promoter：NP）を合わせ、492人のボランティアを養成した<sup>13</sup>。現在これらCHWとNPがGMP+セッションの中心的役割を担っており、コミュニティ保健調整員<sup>14</sup>（Community Health Coordinators：CHC）の指導のもとに、予防接種および避妊具の配布以外のほとんどのサービスを提供している。その結果、GMP+のセッションがより多くの地域において実施可能になった。2006年現在、ルサカ市内の78ヶ所において毎月GMP+セッションが開催され、多くの養育者が子どもを連れて参加している。アウトプット1の達成状況を調べた調査でも、プロジェクト対象地域においては、0～24ヶ月の乳幼児の体重測定の高頻度がプロジェクト開始当時（2002年）の平均14.6回から、終了時（2006年）の平均15.9回まで増加したことが示されている（指標③）。

GMP+に参加する養育者は、GMP+セッションを通じて、子どもたちの疾病を予防する方法や成長を観察し促す方法についての情報を取得することが容易になった。また、GMP+に参加した乳幼児が病気あるいは栄養失調等の原因で医療施設に転送される必要があった場合、早期に発見し円滑にヘルスセンターにリファーすることが可能になった。このように、乳幼児の栄養状態をコミュニティ・レベルできめ細かくモニタリングし、必要な場合には専門職（ヘルスセンターの栄養士等）による治療サービスを的確に提供することが、低体重児比率の低下に貢献したと考えられる。プロジェクト対象地域における5歳未満児の低体重児比率は、2002年の15%から2006年の10%まで下がっている（指標①）。この傾向はチパタ地区以外のすべてのプロジェクト対象地区において共通していた。チパタ地区においては、2002年から2006年にかけて低体重児比率が10%から16.3%まで上昇したが、これはヘルスセンター職員の人事異動により栄養士のポストの欠員が長く、栄養指導活動が弱かったなどの要因<sup>15</sup>があげられる。

GMP+ではヘルスセンター職員のアウトリーチによって予防接種も提供されるため、養育者にとって参加する一つのインセンティブとなっている。12～23ヶ月児の完全予防接種率は2002年の71.2%から2006年には74.0%まで改善している（指標②a）。さらに、より多くの子どもが必要な予防接種を受けるようになっただけでなく、接種の時期もより適切になってきていることが、標本世帯調査から得られたデータを詳細に分析した結果明らかとなっている。プロジェクトの分析によると、2000年に生まれた子どものコホート（ベースライン調査より）と2004年に生まれた子どものコホート（2006年の調査より）の予防接種率を比較すると、図4-1に示されるとおり、

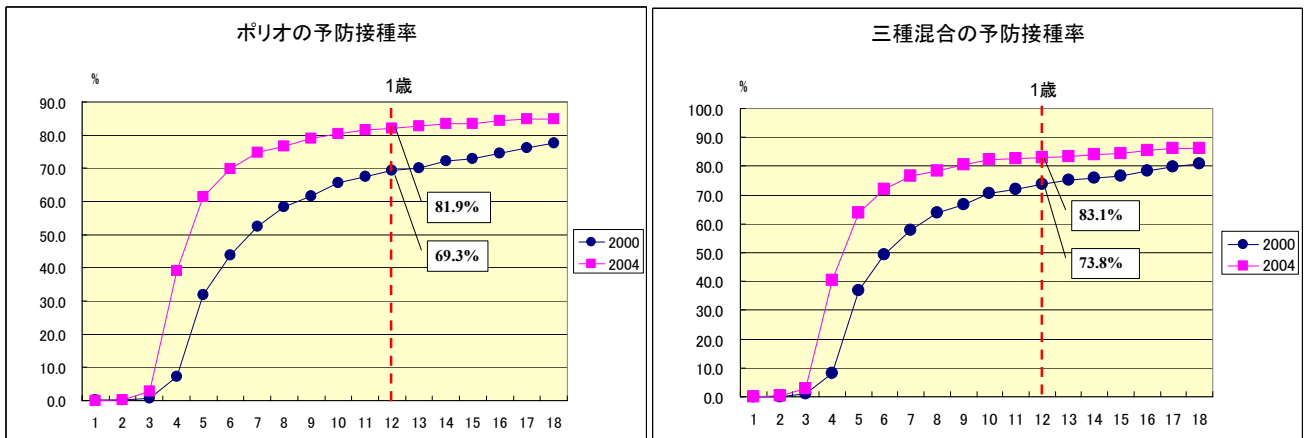
<sup>12</sup> より実質的な対象は、2歳未満児である。栄養不良の問題が顕在化するのは多くの場合2歳までであることがその理由であるが、2歳以降になると体重測定への継続的参加が顕著に低下するためでもある。

<sup>13</sup> 英文合同評価報告書のAnnex 9では、日本人専門家の記録に基づき、フェーズ1および2のボランティア養成数をそれぞれ276人および492人としている。他方、本調査に際して、ボランティアの脱退率を算出するために、各ヘルスセンターが管理するボランティアリストを参照したところ、フェーズ1および2を通して登録されたボランティア数は764人であった。ボランティア数については、同リストが最も正確であると考えられるが、同リストにおいては、それぞれのボランティアが養成された年について、正確な記録がない。したがって、和文報告書においては、764人をフェーズ1および2を通してのボランティア養成数とし、ベースライン指標とされたフェーズ1における養成数272人との差を、フェーズ2における養成数とした。

<sup>14</sup> コミュニティ保健調整員は各ヘルスセンターから、特にコミュニティ保健活動にかかわりをもつ職員を数名選定し、プロジェクトが研修を通じて能力強化を実施し、プロジェクト活動にカウンターパートとしてかかわっている職員のことをさす。

<sup>15</sup> 2007年1月23日に開催された評価ワークショップでの、チパタ地区のヘルスセンター職員による分析結果より。

より多くの子どもが推奨期間内<sup>16</sup>のより早い時期に接種を受けている（曲線が全体的に左に移行している）。



出所：プロジェクトによる世帯調査の分析結果、2007年1月

図4-1 ポリオと三種混合の月齢別予防接種率  
(2000年生まれと2004年生まれの比較)

完全予防接種率に関して、ベースライン調査時よりも低下した唯一の地区がカニャマ地区（73.7%→55.3%）であった。同地区はプロジェクト対象地域内で最も面積が大きい地区であるとともに、最も人口増加率が高い地区といわれている。特に、その中の第9区は流動的な移民人口の割合が大きく、予防接種等の保健医療サービスを定期的・継続的に提供することが難しいことから、完全予防接種率の低下につながったと、関係者は分析している<sup>17</sup>。

GMP+のセッションは、養育者に対して、母乳育児や適切な離乳食について、および下痢等の疾病や栄養失調を予防する方法についての情報を発信する場として最適であった。GMP+セッションで行われた各種保健教育やカウンセリングの結果、プロジェクト対象地域の6つのヘルスセンター管轄地区間において多少のばらつきがあったものの、5歳未満児の養育者の子どもの健康に関する知識および行動様式に関しては、概ね改善された（指標④⑤⑥）。

GMP+のセッションの質的要素をモニタリングするため、プロジェクトは「改善のためのパフォーマンス・アセスメント（Performance Assessment for Improvement : PAI）」を導入した。PAIは四半期ごとにLDHMTとヘルスセンター職員がチームを構成し、実施中のGMP+セッションを巡回しながら各活動の質を評価するように図られており、その結果も数値化されている。過去4年間のPAIの平均値を表4-2にヘルスセンターごとに取りまとめた。アウトプット2の指標よりPAIが導入された2003年度と2006年度の平均値を比較した場合、全ヘルスセンターの数値が向上しており、各ヘルスセンター管轄地域でのコミュニティ保健調整員<sup>18</sup>や住民ボランティア

<sup>16</sup> ポリオと三種混合の接種推奨期間は生後14週間以内である。麻疹は生後9ヶ月であるため、2000年と2004年生まれの子どもの1歳の段階で比較した場合、あまり差が見られない。

<sup>17</sup> 2007年1月23日に開催された評価ワークショップでの、カニャマ地区のヘルスセンター職員による分析結果より。

<sup>18</sup> 管轄地域内におけるコミュニティ保健活動（主にGMP+）の統括・調整を行う、ヘルスセンター職員。母子保健担当看護師がその任にあたるケースが多い。

によるGMP+の運営実施能力が大幅に改善されたことが示唆されている<sup>19</sup>。

表4-2 GMP+パフォーマンス・アセスメントの年間平均結果（2003～2006年度）

ヘルスセンター	2003	2004	2005	2006
チャワマ	24.0	56.8	79.4	83.3
チパタ	38.0	57.5	88.8	76.3
ジョージ	70.0	84.3	85.5	91.3
カニヤマ	38.5	67.7	83.8	59.0
ムテンデレ	41.0	42.5	56.7	72.0
ンゴンベ	31.5	58.3	76.6	68.7

出所：プロジェクト資料、2007年1月

#### 4-2 アウトプット2の達成状況

<アウトプット2>

コミュニティをベースとした環境衛生活動が改善される。

アウトプット2の達成のために、プロジェクトがその活動の中心に据えたアプローチが「参加型環境衛生改善活動（Participatory Hygiene and Sanitation Transformation：PHAST）」である。PHASTは、視覚ツールや参加型手法を活用し、住民自身が居住するコミュニティの環境衛生の問題を認識・把握することを通じて、持続的な衛生的行動様式の促進や、環境衛生の改善につながる施策の検討・実施等に結び付けていくことを目指して開発されたアプローチである<sup>20</sup>。プロジェクトはPHASTの実践およびその他の住民啓蒙活動を通じ、住民の環境衛生に関する認識や行動様式に変化をもたらし、また自らコレラ等下痢症を予防するための知識と手段を修得する機会を提供した。その結果、プロジェクト対象地域全ヘルスセンター管轄地域において、コミュニティをベースとした環境衛生活動は大幅に改善されたといえる。

以下、アウトプット2の指標のとおり、指標のうちすべての指標に関して、2002年のベースライン調査より改善が見られた。また、アウトプット2の6つの指標のうち5つにおいては（安全な水へのアクセスー指標①a、飲料水の適切な処置ー指標①b、ごみ処理ー指標②、手洗いー指標③、トイレの使用ー指標④）、ザンビア側関係者が自ら設定した終了時目標値を達成した。特に、飲料水の適切な処置（指標①b）と手洗いの励行（指標③）に関しては、世帯調査の結果に限らず、本件評価調査で行った関係者へのインタビューでもよく指摘された点であり、プロジェ

<sup>19</sup> 2005年と2006年を比較すると、チパタ、カニヤマ、ンゴンベにおいては、得点が減少している。特に、カニヤマにおける低下は大きい。この点について日本人専門家は、断定はできないものの、次のように分析している。①カニヤマ地区は、対象地域が広く人口増加が激しいため、ヘルスセンターを訪れる患者が多い。これに、深刻なスタッフ不足およびマネジメントの脆弱さが相まって、2006年はアウトリーチ活動がほぼ不可能な状況となり、それがボランティアの士気・パフォーマンスにまで影響した可能性がある。②チパタ地区は、GMP+で重要な役割を担う栄養士が不在となった（産休・異動）こと、またその後他地区のようにチーム内でのローテーション等の対応が十分になされなかったことが影響した可能性がある。③ンゴンベ地区は、比較的チームワークが良く、他地区よりも低下の割合は小さいが、母子保健担当看護師が不在となり（進学）、GMP+サイトにおいて予防接種が提供できなくなったことが点数を下げた可能性がある。

<sup>20</sup> もともと、PHASTは世銀とWHOによって開発・普及されたものであるが、本プロジェクトではもともとのコンセプトを活かしつつ、ルサカ市の状況に合わせて参加型ワークショップツールや視聴覚教材等の新たな開発を支援した。

クトの活動が住民レベルでの行動変容につながったことがうかがえる。

一方、アウトプット2の中で、中間評価時（2004年）と比較して悪化した唯一の指標が水の適切な保存（指標①c）に係るものである。同指標は6地区平均として2004年の53.8%から2006年の49.2%まで低下し、地区別ではジョージ、カニヤマ、ムテンデレ、チパタ地区において低下した。その要因としては、①住民ボランティアによる啓蒙活動の中で、水の適切な保存に関するメッセージが、手洗いや飲料水の適切な処置に比べて優先順位が低かったこと、②水の適切な保存のためにプロジェクトが推奨していた20リットルのフタ付の容器が、特に子どものいる家庭において当初期待したほどには普及せず<sup>21</sup>、その結果バケツを継続して利用するケースが依然として多かったなどがあげられる。

アウトプット2の指標	2002	2004	2006	目標値
①安全な水の利用：				
a) 安全な水へのアクセスを持つ世帯の割合が86%から91%になる。 (定義：安全な水へのアクセスを有すると回答した世帯数/調査対象世帯の総数；6地区の単純平均値)	85.7%	86.2%	94.4%	90.9%
b) 飲料水を煮沸、塩素消毒により安全にする世帯の割合が72%から84%になる。 (定義：飲料水を煮沸、塩素消毒をすると回答した世帯数/調査対象世帯の総数；6地区の単純平均値)	72.3%	83.8%	89.2%	84.0%
c) 汚染を防ぐために水を適切に保存する世帯の割合が47%から65%になる。 (定義：飲料水を適切に保存すると回答した世帯数/調査対象世帯 総数；6地区の単純平均値)	47.3%	53.8%	49.2%	64.8%
②ごみ箱、ごみ収集箱を使ってごみを適切に処理する世帯の割合が63%から73%になる。 (定義：ごみ箱、ごみ収集箱を使って、ごみを適切に処理すると回答した世帯数/調査対象世帯の総数；6地区の単純平均値)	63.1%	64.3%	73.5%	72.8%
③推奨されている手洗い方法（石鹸、流水使用）で手を洗う世帯の割合が14%から41%に増加する。 (定義：奨励されている手洗い方法<石鹸及び流水使用>で手を洗うと回答し、かつ石鹸の保有が確認できた世帯数/調査対象世帯の総数；6地区の単純平均値)	13.6%	28.7%	46.0%	40.8%
④トイレを使う世帯の割合が87%から92%になる。 (定義：トイレを使うと回答した世帯数/調査対象世帯の総数；6地区の単純平均値)	86.7%	88.2%	91.7%	91.6%

\*2002年のベースライン、2004年の中間実績値、2006年の終了時実績値すべては各ヘルスセンター管轄地域において5歳未満児を有する世帯（各地区500世帯を無作為抽出）を対象にプロジェクトが実施したサンプル世帯調査による。数値の詳細は、付属資料2参照。

プロジェクトの環境衛生活動の中核となっているのが各地区に設置された環境衛生委員会（Environmental Health Committee：EHC）であり、同委員会はPHASTワークショップに参加した住民ボランティアによって構成されている。PHASTワークショップはプロジェクトによって養成されたPHASTファシリテーター（主に各ヘルスセンターの環境衛生技師）によって運営され、住民ボランティアが環境衛生にかかわる問題を自ら分析し、問題解決を考え、その解決策を実現

<sup>21</sup> この容器は水を出すのに持ち上げる必要があるため、子どもが使えづかったことから、従来のバケツに水を保管している家庭が多いことが報告された。

するための能力を培うことを目的としている。本件評価調査時までには全6地区合計で316名のボランティアがPHASTワークショップに参加した。

また、PHASTワークショップでは、各地区の環境衛生活動の優先順位づけがされ、その結果を踏まえて環境衛生委員会の活動計画が策定される。今まで各地区で優先度の高い活動として計画・実施されたものは概ね以下の項目にまとめられる。①換気改良型竪穴式（Ventilated Improved Pit：VIP）トイレや排水溝等、環境衛生施設の建設、②ごみの収集やベクター・コントロール等環境衛生改善サービスの提供、③個別世帯啓蒙活動（community sensitization）、④視察や環境衛生教育。これら計画に基づき、環境衛生委員会がヘルスセンターの環境衛生技師の指導のもとに様々な活動を展開しており、自ら計画立案した活動に対し、住民ボランティアが高いオーナーシップと責任感をもって取り組んでいることが明らかになった。

また、プロジェクトの環境衛生活動は、コレラの感染予防においても成果をあげている。ルサカ市では近年コレラが繰り返し流行しており、深刻な社会問題となっている。過去5年間のコレラの発生数と致死率は表4-3のとおり。

プロジェクトでは、コレラの予防対策としても様々な活動を取り上げた。特に、コレラのアウトブレイクのリスクが高まる雨季には、住民ボランティアによる個別世帯啓蒙活動やコレラコンタクトトレーシングチームによる調査・消毒活動が、感染の拡大を防ぐ手段として活用された。また、プロジェクトはルサカ市のコレラサーベイランスセンターの設立を支援し、GIS（Global Positioning System：地理情報システム）を活用した疫学分析を行うためのシステムを開発した。同システムを活用した分析により、排水溝や衛生施設が整備されていない地域においてコレラの発生が高いことが判明し、プロジェクトが採用した環境衛生改善活動を健康教育と並行して推進するアプローチが、コレラの予防、コントロールにも有効であることが改めて示唆された<sup>22</sup>。

表4-3 ルサカ市全体のコレラの発生数と致死率（2002～2006）

年度	発生数	死亡数	致死率（%）
2002	0	0	—
2003	484	11	2.2
2004	6,058	176	2.9
2005	1,225	8	0.7
2006	4,828	140	2.9

出所：プロジェクト資料、2006

本件評価調査時にコミュニティ保健調整員や環境衛生委員会を対象に行ったフォーカスグループディスカッションでは、住民ボランティアによる戸別訪問形式による啓蒙活動が、コレラ対策に関するメッセージを伝えるために最も有効な手法であるとの意見が多かった。その理由としては、①コミュニティ内の顔見知りの人間からコレラに関する情報を得ると、住民がより容易に受け入れやすいことと、②個々の世帯を対象に啓蒙活動を行うことによってプライバシーが守られ、住民が気軽に質問したりアドバイスを乞うこともできる等があげられた。2006年度は戸別啓

<sup>22</sup> しかし、プロジェクト対象地域においてもコレラの流行は継続している。住民参加による活動を通じてある程度のコントロールは可能であるが、流行を完全に制圧するためには、より広範囲かつ長期的視野に立った適切な都市計画とインフラ整備が必要であると考えられる。

豪活動を開始してから3年目にあたる。過去2年の間に、プロジェクト対象地域内では延べ50,000世帯以上がボランティアによる家庭訪問を受け、コレラに関する適切な情報を受け取っている。

#### 4-3 アウトプット3の達成状況

<アウトプット3>

5歳未満児向けのコミュニティ・リファーマル・サービスが強化される。

本件評価時において、アウトプット3も成果を挙げていることが確認された。プロジェクトが対象とするヘルスセンター管轄地域（全6ヶ所）では、5歳未満児の危険な兆候を認識し、医療施設への転送を促す住民ボランティアの能力が高められた。5歳未満児向けのコミュニティ・リファーマル・サービスも地区間で差が多少あるものの全地区において機能している。また世帯調査からも、当該アウトプットの指標である危険な兆候を認識したあと直ちに保健医療施設へ子どもを連れて行く養育者の割合が、35.3%（2002年）から47.0%（2006年）まで増加したことが確認できた（アウトプット3の指標を参照）。ザンビア側関係者が自ら参加型で設定した目標値の64%には達しなかったものの、すべての地区において改善が見られた。

表4-5 アウトプット3の指標

アウトプット3の指標	2002	2004	2006	目標値
危険な兆候を認識した後、直ちに保健医療施設へ子どもを連れて行く養育者の割合が35%から64%になる。 （定義：危険な症状を認識した場合、直ちに保健医療施設へ子どもを連れて行くと回答した養育者数／調査対象養育者の総数；6地区の単純平均値）	35.3%	44.4%	47.0%	64.0%

\*2002年のベースライン、2004年の中間実績値、2006年の終了時実績値すべては各ヘルスセンター管轄地域において5歳未満児を有する世帯（各地区500世帯）を対象にプロジェクトが実施したサンプル世帯調査による。数値の詳細は、付属資料2参照。

各ヘルスセンターで行ったフォーカスグループディスカッションでも共通して、子どもの危険な兆候を住民ボランティアが認識する能力が著しく向上し、ヘルスセンター職員および養育者からの信頼も厚いことが確認された。また、養育者の間では①子どもの危険な兆候を認識した際、住民ボランティアを通じて、より早期に子どもをヘルスセンターに連れて行くケースや、②養育者自身が危険な兆候を察知し、子どもを自らヘルスセンターに連れて行くケースが増えていると報告されている。GMP+のセッションでの健康教育やIECツールが功を奏し、養育者の行動変容につながったとの見解も、全6地区のディスカッション参加者の回答に共通していた。

実務面から見た場合、コミュニティ・リファーマルが有効に機能するには、ヘルスセンター職員同士の連携及びヘルスセンター職員と住民ボランティアとの連携が必要不可欠である。特に、後者に関しては、各ヘルスセンターにおいて毎月開催される連携調整会議が、ヘルスセンター職員とボランティア間で情報交換・情報共有を促進させる重要な場となっている。この会議ではヘルスセンター職員が住民ボランティアにヘルスセンターでの診療後、コミュニティにおいて継続して看視されるべき患者の情報を渡し、ボランティア側は住民側のニーズやヘルスセンターでの診療を必要としている具体的症例について報告している。

栄養クリニックは各ヘルスセンターにおいて定期的開催され、合併症のない軽度から重度の栄養不良の乳幼児が、住民ボランティアから、あるいはヘルスセンターの他の部門から転送されてくる。また、ザンビア大学付属教育病院（University Teaching Hospital : UTH）から退院した栄養不良の乳幼児のモニタリングも行っている。栄養クリニックに関して本件プロジェクトは、他の支援機関（Valid International, Child Advocacy International）とLDHMT、ヘルスセンター間の調整役となり、運営の標準化および各規定の明文化に貢献した。

最後に、プロジェクトの支援を得たカニヤマ地区のヘルスポスト<sup>23</sup>は、2005年7月に開設された。GMP+、外来、栄養クリニック等のサービスを、カニヤマヘルスセンターにアクセスが難しい遠隔地域に住んでいる住民に提供しており、住民による活用頻度も上昇している。当初他の地区でも設置する計画があったが、設置費用のみならず、人員配置にかかる経常経費の工面も必要となることから、プロジェクト期間中に設置されるのは、他に比してヘルスセンターの管轄地域が広大かつ人口流入が激しい、カニヤマ地区のみとなる見通しである。

#### 4-4 アウトプット4の達成状況

<アウトプット4>

コミュニティをベースとした保健活動を支援するために、LDHMTとヘルスセンターの計画・財務能力が強化される。

アウトプット4の達成状況は外部要因の影響もあり、他のアウトプットと比べるとやや低いと考えられた。一方で、コミュニティをベースとした保健活動を支援するためのLDHMTと各ヘルスセンターの計画策定能力は強化されたが、他方では中央政府の予算配分が不十分・不安定であるために策定した計画が実行できない状況が観察され、LDHMTおよび各ヘルスセンターの財務能力については強化されたとは結論づけがたい。

アウトプット4の指標からは、ヘルスセンターが計画したコミュニティ保健活動のうちLDHMTの予算措置があった活動数、および計画したコミュニティ保健活動予算に対してLDHMTの予算措置がなされた割合（指標②a, b）は、いずれも2004年と比較して<sup>24</sup>大幅に低下したことが明らかである。またヘルスセンターの計画実施能力に関しては（指標③、LDHMT予算だけではなく、プロジェクトの現地活動費で支援された活動も含む）、2004年と比較して計画された活動数は143から210まで、また実施に移された活動数は106から126まで増加したものの、実施率では74%から60%へと減少している<sup>25</sup>。

<sup>23</sup> ヘルスポストとは、ザンビアの保健医療施設で最も小さい単位のものであり、ヘルスセンターの出張所である。

<sup>24</sup> アウトプット4と5は、もともと1つのアウトプットであったところ、中間評価時に2つに分けられ指標もその際再設定されたものであるため、2004年度がベースラインとなる。

<sup>25</sup> アウトプット4の指標については、各ヘルスセンターが作成した計画書類や会計書類等、入手できる限りの資料を参照して算出したが、計画と実績の対比は困難を極め、必ずしも全体像を把握しきれていない可能性が高い。また、各ヘルスセンターが作成した当初計画には含まれていないコミュニティ活動に対してLDHMTから予算配分がなされた事例もあることが確認されており（本プロジェクト評価指標には反映されていない）、指標から判断される以上にLDHMTはコミュニティ活動を積極的に支援していたことがうかがえる。したがって、本指標の捉え方には注意が必要である。計画活動数が2004年の143件から2006年の210件へと約1.5倍、計画予算額は同期間にK444百万からK1,024百万へと約2.3倍に増加しており、やや過大な計画策定が指標上の達成率を下げる原因となったことが考えられるため、「重点活動計画（後述）」策定活動の一層の定着が必要であると思われるものの、JICAを含めた外部ドナー資金も活用し、実施された活動数が106件から126件へと2割増の増加を示している点は評価される。また2006年については、現地通貨の高騰によるドル建て援助資金（バスケットファンド）の目減りも、予算計画に支障をきたした看過できない外的要因であった。

アウトプット4の指標	2002	2004	2006	目標値
①2005年以降、GMP+とPHASTの予算を含む重点活動計画が、LDHMTによって毎年作成される。	N/A	-	1 <sup>26</sup>	-
②LDHMT予算によるヘルスセンターのGMP+とPHASTに関わる活動： a) ヘルスセンターが計画したGMP+およびPHASTに関連する総活動数に対して、予算年度末までにLDHMTの予算が支出された活動の数の割合が31.0%から38.8%まで増加する。 b) ヘルスセンターが計画したGMP+およびPHASTに関連する活動予算額に対して、予算「年度末までにLDHMTの予算が支出された活動の額の割合が27.1%から32.5%まで増加する。	N/A	31.0%	16.7%	38.8%
③ヘルスセンターによって計画されたGMP+およびPHASTに関連する活動のうち、予算年度末までに実施された活動の割合が74.1%から80.8%まで増加する。	N/A	74.1%	60.0%	80.8%

\*LDHMT及び各ヘルスセンターの年間計画、重点活動計画、財務報告等各種資料から作成。

プロジェクトはLDHMTと各ヘルスセンターの計画策定能力強化のために、様々な計画立案プロセスを提案した。まず、2004年はLDHMTによる中期戦略計画としてのルサカ市保健戦略計画（2004-2006）策定を支援した。当該計画はLDHMTの中期的ビジョンや目標、また目標達成の戦略等を明記している。このようなDHMTレベルでの中期計画の策定は、ザンビアでは初めての試みであり、DHMT及び各ヘルスセンターに作成が義務づけられている年間活動計画（アクションプラン）の有効性を高めるとともに、各ヘルスセンターにより作成される重点活動計画（後述）の枠組みとなった。現在、LDHMTは中期保健戦略計画（2007-2011）を作成中であり、近々LDHMTで承認される予定である<sup>27</sup>。

また、毎年作成する年間活動計画と政府からの予算配分にギャップがあり、計画が実施に移されないことが少なくない現実を踏まえ、プロジェクトでは年間活動計画の中で特に優先する活動を選別し、重点活動計画（Prioritized Action Plan : PAP）としてまとめる支援も行った。この活動は、ヘルスセンターレベルでは普及・定着が見られ、プロジェクト対象地域のヘルスセンター（6ヶ所）では2005年度から連続して3年間、またプロジェクト対象地域外（19ヶ所）のヘルスセンターでも2006年度より2年間継続して策定されている<sup>28</sup>。各ヘルスセンターが策定した重点活動計画の中には、GMP+やPHAST関連の活動が含まれていることも多く見受けられた。

本件評価時に実施した質問票およびインタビュー調査では大多数のLDHMTのスタッフやヘルスセンター職員は、これら重点活動計画の策定プロセスはとても有用であると回答した。しかし、実際には策定した重点活動計画に対しても十分な予算措置が行われなかったことが多かったため、当該計画の策定業務を通常業務の一環というよりも計画策定能力強化のための機会と捉えている傾向が強かった。

活動計画と実績の差を埋めるために、プロジェクトは2005年に財務管理委員会の設立を支援

<sup>26</sup> LDHMTは、各ヘルスセンターが重点活動計画を策定する際の枠組みとなるルサカ市保健戦略計画（2004-2006）を策定し、終了時評価調査時点において次期計画（2007-2011）を策定中であった（本文参照）。

<sup>27</sup> その後協力期間終了までには、ワークショップ等を通じてほぼ関係者の合意が得られたドラフトが作成された。

<sup>28</sup> 2007年1月20日付で2007年度の重点保健計画の提出が確認されたヘルスセンターは、プロジェクト対象地域よりムテンデレとジョージ（2ヶ所中6ヶ所）、プロジェクト対象地域外のヘルスセンターでマテロ・メイン、エアポート、マケニ、パウレニ、レールウェイ、カプワタ、とマンデヴ（7ヶ所中19ヶ所）。



し、LDHMTの財務分析を行い、年間財務報告書として取りまとめた。当該委員会での協議を通じて特に財務分野において更なる能力開発が必要とされている課題（財務管理とレポーティング分野）が明確にされたため、プロジェクトの支援のもとにLDHMTとヘルスセンター職員を対象に財務管理システム（Financial and Administrative Management System : FAMS）や保健管理情報システム（HMIS）、会計処理の研修が実施された。

プロジェクトは、LDHMTとヘルスセンター間の情報共有および的確な情報に基づく計画策定・モニタリング評価を効果的に促進するため、ルサカ市ヘルスデータブック（1998-2004）やルサカ市保健データブレティン2005、月例保健情報ブレティン等の発行を支援した。それにより、ある程度の状況改善が見られたことが報告されている。

最後に、プロジェクトでは、対象ヘルスセンターにおける5S（整理・整頓・清掃・清潔・躰）運動導入を支援し、それぞれに5S委員会が設立された。6つのヘルスセンター間では多少の差が見られるものの、これら委員会が各ヘルスセンターでの5S活動の中心となり、職場環境の改善に大いに貢献している。中にはンゴンベの5S委員会のように、ヘルスセンターの予算不足で入手できなくなった清掃用品を、収入向上活動を通じて利益をあげ購入しているところも見受けられた。

#### 4-5 アウトプット5の達成状況

##### <アウトプット5>

コミュニティをベースとした保健活動の持続性を確保するために、住民組織の管理能力が強化される。

評価調査時点におけるアウトプット5の達成度は限定的であり、その効果が十分に発現するまでにはザンビア側の更なる努力が必要である。

アウトプット5の主活動である、住民ボランティアを支える収入創出活動を継続するための住民組織の管理能力は、ある程度強化されたと判断される。各地区では、収入創出活動の管理及び運営責任を担うコミュニティ・バスケットファンド委員会が形成された。当該委員会はヘルスセンター、CHW、NP、環境衛生委員会及び住民保健委員会<sup>29</sup>（Neighborhood Health Committee : NHC）の代表者によって構成されている。委員会のメンバーは、マーケティング、コスト計算、会計、在庫管理等を含む包括的なビジネススキル・トレーニングを受けたものの、収入創出活動の経験がない者が多く、実際にはコミュニティ保健調整員やプロジェクトの専門家の指導のもとで事業の運営管理を経験しながら、知見や技術を身につけている状況である<sup>30</sup>。本件評価時においてコミュニティ・バスケットファンド委員会の監督下の収入創出活動が7件存在し、そのうち利益を生み出している事業は6件まで増えている（指標②）。唯一利益を生み出していない事業は、2007年1月に事業を開始したばかりのチパタ地区での製粉事業（Hammer mill Operations）である。

<sup>29</sup> NHCは保健行政機関のうち最も末端でコミュニティレベルに組織された住民ボランティア機関である。1986年に保健省によりルサカ市のみならず、全国に設置された。NHCは各ヘルスセンター地区で活動するすべての保健関連の住民組織を統括する存在として位置づけられており、住民組織間の調整、ヘルスセンターと地域住民の橋渡し、地域保健活動の実施を行うことが期待されている（大野伸子専門家、業務完了報告書、2006年より）。

<sup>30</sup> 地区によっては、ビジネス経験を有する委員が参加しているケースも見られる。

アウトプット5の指標	2002	2004	2006	目標値
①CHWとNPの脱落の割合が37.7%（フェーズ1）から19.2%に減少する。	37.5% <sup>31</sup>	24.0%	42.3% <sup>32</sup>	19.2%
②コミュニティ・バスケットファンド委員会に監督され、利益を生み出している収入創出活動が0から12に増加する。	0	N/A	6	12

\*LDHMT、各ヘルスセンターおよびコミュニティ・バスケットファンド委員会により作成された関連資料に基づいて作成。

現在利益を生み出している6事業のうちでも、実際にコミュニティ・ボランティアに金銭的インセンティブを供与できるまで実績を上げている事業は、ジョージ地区の有料公衆トイレとンゴンベ地区の製粉事業に限られている。他の事業のうち特にチパタ地区の有料公衆トイレ事業とムテンデレ地区の製粉事業はまだ脆弱な状態であり、事業の運用費用（水道代、電気代、従業員の手当）をプロジェクト予算から補填されている。プロジェクトとしては、2007年5月までにはすべての事業が安定した収益を上げ、ボランティアに金銭的インセンティブを配布できるようになるとの見通しを堅持している<sup>33</sup>。

CHWとNPを合わせた脱退者の割合は、2002年の38%から2006年の42.7%まで、増加したように見えるが（指標①）、以下の3点の可能性について留意が必要である。

#### （1）データの制約

ボランティアの脱退率は養成後の経過期間が長いほど高くなるため、その変化を経時的に観察するためには養成後の観察期間を揃えて比較する必要がある。しかしながら、本指標の根拠となった各ヘルスセンターが管理するボランティアリストには、養成された時期およびボランティア活動をやめた時期についての正確な記載がないことから、そのような比較はできなかった。アウトプット5の指標において、2002年のボランティアの脱退率はフェーズ1を通じた養成者数に対する脱退者数の割合（6地区の単純平均）として、また2006年のそれはフェーズ1及びフェーズ2を通じた養成者数に対する脱退者数の割合として算出している。2006年の脱退者の中には、フェーズ1で養成されたボランティアも含まれており、脱退率を高めた可能性がある。

#### （2）目標設定の問題

本プロジェクトの目標値（目標指標・成果指標）については、ザンビア側カウンターパートの主体性を尊重し、いずれも各地区の代表者が、ベースラインの値に基づき設定し、それらの単純平均をプロジェクト目標として採用している。本指標については、ザンビア側関係者のボランティアへの期待が高く、目標設定が過大であった可能性がある。

<sup>31</sup> 英文合同評価報告書では、過去に実施された評価報告書等に記載されていた値を引用して37.7%としたが、集計方法に整合性が欠けていた（各地区値の小数点以下を四捨五入したうえで、6地区平均を算出）ため、和文報告書作成にあたり改めた。

<sup>32</sup> 英文合同評価報告書では、6地区の総養成人数に対する総脱退人数の比率として42.7%としたが、集計方法に整合性が欠けていた（本来は、6地区それぞれの比率の単純平均）ため、和文報告書作成にあたり改めた。

<sup>33</sup> 設備・機材の修繕等、突発的な支出に備えるため、プロジェクトでは1事業当たりK600万の積み立てができた後、ボランティアへの還元を開始することを推奨している。

### (3) 脱退理由

ボランティアが活動をやめた理由については、すべてのケースについて把握されているわけではないが、フェーズ1および2を通じて脱退したボランティア326人のうち、少なくとも86人(26%)は、死亡、転出、体調の変化(病気、妊娠・出産等)によるものであることが判明している。したがって、必ずしも自己都合によるものばかりではなく、不可抗力によるものも相当数含まれている可能性がある。

なお、ボランティアを主体とする活動については、脱退者を減らすことを目標とするよりも、上述したとおり、死亡や転出等の不可抗力によるものも含め、ある程度の脱退者が出ることをあらかじめ想定し、継続的に人員補充ができる体制を構築することがより重要である。本プロジェクトについては、継続的なボランティアの補充(選抜、養成研修、技術指導等)ができるよう、行政側(LDHMT)の能力強化に取り組んだ点が評価される。さらに、既に金銭的インセンティブを配布しはじめたジョージ地区とンゴンベ地区においては、コミュニティ・ボランティアのGMP+の出席が急増していることから、今後収入創出活動が軌道に乗ることによって、ボランティアの脱落者の割合がさらに低下することが期待されている。

アウトプット5の活動の中には、収入創出事業関連活動以外に、前述のNHCの組織管理能力を強化するための活動も含まれていた。NHCは1995年の保健行政改革により住民とヘルスセンターをつなぐ機関として設置された経緯がある。コミュニティとヘルスセンターの間の連携役として住民のニーズを汲み上げフィードバックしたり、コミュニティレベルの年間アクションプランを策定したり、特に最近では急増しているドナー機関によるコミュニティレベルでの保健活動を調整することが期待されていたが、プロジェクトの介入前は活動が停滞していたところが少なくなかった。プロジェクトは、対象地域である6つの地区において、NHC委員の選出過程を支援し、選出された委員に対して研修機会を提供した。また2006年には全ルサカ市のNHCの全体会議を開催する等、NHCの能力強化を図った。これらの支援を通じ、現在NHC委員はコミュニティ・ボランティアとともにGMP+やPHASTあるいは収入創出活動にも参加するようになった。また、ジョージ、チパタ、チャワマ、カニヤマ地区においては、地区レベルでの住民組織間の調整会議がNHCのリーダーシップのもとで開催されつつある。

< 終了時評価調査後の収入創出事業の展開 >

ボランティアの活動を支えるためのコミュニティにおける収入創出事業の確立については、全体的に遅れ気味であり、地区による格差も大きかったため、プロジェクト終了間際まで専門家を通じた技術支援を行った。プロジェクト終了時点における収入創出事業の概況は、以下のとおり。

地区	所得創出事業（収入規模）	ボランティアへの支給額	特記事項等
George	公衆トイレ（約K400万／月） 製粉（2007年1月以降休止中）	CHW/NP：K5,000／人／日 （2005年7月に支給開始） EHC：K5,000／人／日 （2006年8月に支給開始） ※支給額は当初からほぼ一定。	製粉事業は、2007年1月に新事業地へと移動したが、電気引込み工事の遅れ（電力供給会社の対応の遅れ）により、活動休止中。ジョージ地区基金管理委員会が自ら電力供給会社と折衝しており、年内再開の見通し高い。
Kanyama	製粉（約K50万／月） ピーナツバター製造（2007年7月以降開始予定） メイズ粉販売（2007年12月頃販売予定）	未実施	製粉事業は、近隣に同業他社が参入した影響大きく、収入低下傾向。ワーカーを2名から1名に削減し、支出を抑制するとともに、他の2事業を開始予定。
N'gombe	製粉（約K200万-300万／月）	CHW/NP：K5,000／人／日 EHC：K5,000／人／日 （共に2006年8月に支給開始） ※支給額は当初からほぼ一定。	ンゴンベ地区基金管理委員会の能力は高く、経営も安定。
Chipata	公衆トイレ（約K150万-200万／月） 製粉（約K100万／月）	未実施 （数ヶ月内に開始見込み）	安定した収入をあげているが、十分な貯蓄が積みあがっていないため、ボランティアへの支給は開始されていない。数ヶ月先には支給開始できる見込み。
Chawama	公衆トイレ（約K200万／月）	CHW/NP：K5,000／人／日 （2007年6月に支給開始） EHC：未実施	EHCボランティアへの支給は、休職中の環境衛生技師（ヘルスセンター職員）の復職を待って8月以降に開始予定。
Mtendere	製粉（約K100万／月） ピーナツバター製造（2007年7月以降開始予定） メイズ粉販売（2007年12月頃販売予定）	CHW/NP：K2,500／人／日 EHC：K2,000／人／日 （2007年6月に支給開始）	ボランティアへの支給については、収入が安定するまで、毎月ではなく、四半期に1回とすることを検討中。

## 第5章 プロジェクトの実施プロセス・実施体制における特記事項

本プロジェクトの実施プロセス・実施体制に関係し、特にプロジェクトの実績に影響を及ぼした事項を以下記載する。

### 5-1 「人間の安全保障」に根ざしたアプローチ

本プロジェクトは、以下の観点から「人間の安全保障」の理念を具現化し、「人々を中心に据え、人々に確実に届く援助」を実現したプロジェクトとして捉えられる<sup>34</sup>。後述するように、本プロジェクトは高いインパクト（対象地域における5歳未満児の健康改善）をあげており、人間の安全保障に基づくアプローチの有効性を立証したプロジェクトでもある。

第一に、本プロジェクトは、環境衛生の悪化やHIVの流行等、外的な変化に対して脆弱な都市貧困層を受益者とした（社会的に弱い立場にあり、生命や生活・人間としての尊厳が危機にさらされている人々に役に立つ援助）。相互扶助的な社会関係によるセーフティネットが機能しにくく、貨幣経済への依存が大きい都市貧困層は、社会的に最も脆弱なグループの一つである。一般に、都市部よりも農村部のほうが死亡率が高い傾向にあることは知られているが、スラム等の厳しい環境に暮らす都市貧困層の子どもについては、農村部の子どもたちよりも高い死亡率を示す事例がケニア等で報告されている。子どもの健康対策の中で見落とされがちな、都市周辺部の未計画居住区に暮らす子どもに焦点を当てたことは、人間の安全保障の観点にかなっている。

第二に、GMP+およびPHASTを、地域住民から選出された健康ボランティアを中心に実施できる体制づくりを支援した（人々を、援助の対象としてだけでなく開発の担い手にとらえ、人々の「エンパワーメント（能力強化）」を重視）。ルサカ市においては、死亡・休職・転職等による保健人材（専門職）の不足が顕在化しており、ヘルスセンターは常時患者で溢れかえっている。専門職の拡充が短期的には期待できないなかで、地域住民の力を最大限に引き出す仕組みを対象コミュニティにおいて構築しただけでなく、それによって健康改善を実現できることを定量的にも立証したことが、本プロジェクトの特筆すべき成果である。

第三に、健康ボランティアを中心とするコミュニティ活動を支える、保健行政（LDHMTおよび部分的に保健省）とコミュニティ（住民組織等）双方の能力強化を支援した（政府レベルと、地域社会・人々レベルの双方にアプローチし、その国や地域社会の持続的発展に寄与）。本プロジェクトの主たるターゲットは、PDMからも明らかかなように<sup>35</sup>、一貫してコミュニティであった。しかしながら、日本人専門家が直接行うのではなく、カウンターパートである地方保健行政（LDHMT）を通じてコミュニティに働きかけ、LDHMTが主体的に運営管理できるシステムとして構築することで、行政の能力向上を実現し、成果の自立発展性も高めた。

なお、コミュニティ活動支援にかかる専門家については、フェーズ1からの国内協力機関であるNGOのAMDAを通じて人選し、脆弱な立場にある人々を対象とした支援に経験を有する人材を配置した。また、行政能力強化支援に係る専門家については、本邦保健所での勤務経験や国

<sup>34</sup> 本プロジェクトは、案件形成時に「人間の安全保障」を明示的に意識してデザインされたものではない。本プロジェクトが目指していたものは、ルサカ市の未計画居住地区における「都市型プライマリーヘルスケア（PHC）モデル」の確立であった。しかしながら、「アルマアタ宣言（1978年）」で提唱されたPHCが人間の安全保障に通じる理念を多く包含していたことから、図らずも人間の安全保障の具現化につながったとも考えられる。

<sup>35</sup> 上位目標から成果の一つ一つに至るまで、一貫して「community」「community-based」の言葉が用いられている。

際機関での勤務経験を有する人材を配置した。また、同じくフェーズ1からの国内協力機関である本邦大学（国際医療福祉大学、新潟大学等）からは、地域住民主導で進められるコミュニティ活動や、マルチセクター・アプローチに対する理論的サポート（PHCの観点）や、成果・効果の科学的検証にかかる技術的協力を得た。このような戦略的な専門家の人選・配置とそれを可能にした専門性を異にする国内協力機関の存在が、「人間の安全保障」に根ざした事業展開を支えたものと考えられる。



図5-1 ルサカ市コレラ患者分布図

第四に、環境衛生の問題が健康に与える影響が大きい都市貧困層のニーズに的確に対応するため、保健活動と環境衛生改善活動を組み合わせて推進した。さらに、一部の対象地区においては、無償資金協力による給水施設整備との組み合わせにより、一層の効果をえた（人々の抱える問題を中心に据え、問題の構造を分析したうえで、その問題の解決のために、様々な専門的知見を組み合わせる総合的に取り組むマルチセクター・アプローチ）。社会インフラの整備の遅れ、およびそれらに起因する環境衛生の悪化と健康の密接な関係は、コレラの流行パターンにも如実に表れている。図5-1は、プロジェクト活動の一環として、コレラ患者が発生した際に、GPSを用いて患者の居住地の地理情報を記録し、GISソフトウェアを用いてルサカ市の地図上に投影したものである。分析の結果、コレラ患者の約8割が、ルサカ市を南北に走る鉄道の西側に集中しており、コレラ流行の極端な地域的偏在が明らかとなった<sup>36</sup>。植民地時代に計画的に整備された鉄道以東と異なり、鉄道以西には衛生状況の悪いコンパウンドが集まっていることから、積年の社会インフラ整備の偏在が、特定地域におけるコレラの流行要因となっていることがうかがえる。都市貧困層の健康は、環境衛生の状況に大きく影響されるため、健康・栄養改善アプローチと環境衛生改善アプローチを並行して展開したことが、本プロジェクトの有効性を高めたと考えられる<sup>37</sup>。

<sup>36</sup> なお、2005年から2006年のコレラ流行シーズンには、ルサカ市全体で6,045名の患者が報告されたが、最も多く患者が発生したのは、プロジェクト対象地区の一つであるカニヤマ地区であり、全体の27%にあたる1,630名の患者が報告された。

<sup>37</sup> なお、環境衛生の改善については、地域住民主体、地方保健行政官主体の活動のみでは限界があり、より持続的な効果を得るためには、適切な都市計画に基づく社会インフラの整備が必要であると考えられる。ンゴンベ地区およびムテンデレ地区の一部を対象とした無償資金協力による給水施設の整備は、その意味でもモデル性が高いと考えられる。

## 5-2 「実証的」かつ「段階的」なアプローチ

本プロジェクトは、フェーズ1の経験から効果が立証された2つの取り組み（GMP+およびPHAST）を、コミュニティ活動の両輪とした。効果が立証され、カウンターパートも経験を有し、かつ現場での進め方についてもある程度確立した取り組みを活動の骨格に据えたことで、対象地域が拡大しても早期に具体的な活動計画を立案し、効率的に活動を開始・展開することができた。フェーズ1を経験した専門家がプロジェクトのデザインに参画し、案件形成後も継続して専門家として参加したこと、フェーズ1と同じ国内協力機関から継続して支援を得たことが、これを促進した。

また、フェーズ2においても、引き続き協力成果および効果の科学的な検証に力を入れた。具体的には、プロジェクト目標および成果ごとに厳密なモニタリング指標を設定し、プロジェクト開始時（2002年）、中間評価時（2004年）、終了時評価時（2006年）の3回にわたってその推移を測定した。プロジェクト目標の指標は健康水準にかかわる指標（下痢症罹患率、麻疹罹患率、栄養不良率）とし、既存のHMISから収集した。行動変容（飲料水の適切な保管・消毒、手洗いの励行、危険な兆候を示す小児の迅速な受診等）にかかわる指標が中心となる成果指標については、HMISから入手することができないため、無作為に抽出された3,000世帯を対象とする標本世帯調査を活動の一環として実施し、情報収集・解析を行った。プロジェクトによる投入および活動が、着実な成果に結びついていることや、地区ごとの達成状況に格差があることを、客観的なデータとして示し共有することが、カウンターパートにとっても良いモチベーションとなった。さらに、開始時および中間評価時に明らかとなった各指標をもとに、目標値についても対象地区ごとに参加型で設定することで、プロジェクトに対するカウンターパートの当事者意識を高めた。

一方、本プロジェクトでは、5年間の協力期間を4つに区分し、戦略的なマネジメントを行った。具体的には、①基礎整備期：ガイドライン・マニュアル等の「もの」づくりを中核とした活動展開<sup>38</sup>、②活動拡充期：活動に従事する専門職や健康ボランティア等の「ひと」づくりを中核とした活動展開、③活動定着期：実践を通じた「もの」「ひと」の継続的改善・強化を中核とした活動展開、④活動仕上期：活動の自立発展性を確保するための「かね」づくり（国家政策への反映等）を中核とした活動展開と区分し、進捗を管理した。このように段階を追って活動を展開していくマネジメント手法は、着実に成果をあげるうえで効果的であったと考えられる。

## 5-3 「参加型」のアプローチ

本プロジェクトは、対象コミュニティにおける住民参加による都市型PHCモデルの確立を目指して協力を行ったが、プロジェクトの実施体制についても多様なステークホルダーを巻き込んだ参加型を徹底した。政策レベルにおいては、毎年小児保健と環境衛生の分野それぞれにおいてステークホルダー会議を開催し、パートナー機関との情報共有に努めた。ステークホルダー会議等を通じて、積極的な情報発信・情報共有を行ったことが、プロジェクトのインパクト、特に政策レベルのインパクトを強めたと考えられる。

実務レベルでは、主要な活動テーマごとに委員会、ワーキンググループ、タスクフォース等の仕組みを設置し、常にザンビア側主導かつ参加型の意思決定に努めた。通常業務に加えて多岐にわたる委員会等の活動に参加することが、一部のLDHMTやヘルスセンター職員にとって負担

<sup>38</sup> 本プロジェクトが、ガイドライン・マニュアル類の作成から着手できたのは、中心に据えた活動（GMP+およびPHAST）の効果が、フェーズ1で既に立証されていたことが背景としてある。

になったとの報告もあったものの、全体的には、関係者間の共通認識形成を促進し、実施プロセスに対するザンビア側参加者のオーナーシップを高める効果があったものと考えられる。

多くのステークホルダーが参加するワーキンググループ<sup>39</sup>を編成し、主要な意思決定については参加型で行い、決定された活動についてはカウンターパート主導で展開するプロジェクト運営は、多くのJICAによる技術協力に共通している。日本人専門家の大きな役割の一つは、ステークホルダーが定期的集まる場の設営を支援することである。また、そのような場を通じて決定された活動に関し、カウンターパートが主体的に遂行できる能力を身につけるため、実践を通じた学びの機会を提供し、そのプロセスを支えることである。そのための調整コストは小さくない<sup>40</sup>が、自立的な能力強化を実現するためには有効なアプローチであると考えられる。さらに、本プロジェクトは特にコミュニティに焦点を当てていたが、日本人専門家がコミュニティの人々と同じ目線で活動したことが、地域住民との信頼関係構築に貢献した。

---

<sup>39</sup> プロジェクトの意思決定機構となる合同調整委員会（Joint Coordination Committee : JCC）も、ステークホルダーの参加を重視した機構である。なお、セクター・ワイド・アプローチ（Sector Wide Approach : SWAp）の理念が浸透し、調和化の動きが進展している国においては、プロジェクトの運営管理に特化したJCCを設置するのではなく、SWApの枠組みで常設的に設置されている技術委員会（Technical Working Group等）に統合するようなアプローチも考慮するべきである。

<sup>40</sup> 特に、参加型の意思決定機構の運営管理（関係者との連絡調整等）については、実態として日本人専門家が支えていることが少なくない。成果主義（アウトカム・インパクト重視）に基づくプロジェクト管理では着目されることが少ないこうした部分の自立発展性にもより目を向ける必要があり、そのためにも前述したように先方政府の常設的な機構との統合・調和を図ることが有効であると考えられる。



## 第6章 評価結果

### 6-1 妥当性

本プロジェクトのプロジェクト目標および上位目標は、ターゲットグループであるルサカ市の未計画居住地区に暮らす貧困層の5歳未満児のニーズにも合致している。また、プロジェクトのデザインは、彼らの健康を改善するためのアプローチとして適切である。また全体として、ザンビアの保健政策および日本の開発援助政策のいずれとも整合性を保っている。以上から、本プロジェクトの妥当性は、終了時評価時において非常に高いといえる。以下に具体的な説明を述べる。

#### 6-1-1 ターゲットグループであるプロジェクト対象地域の5歳未満児のニーズとの合致

ザンビアの5歳未満児死亡率は、出生1,000当たり168人ときわめて高い<sup>41</sup>。2006年のUNDPの人間開発報告書によると、同指標において、ザンビアは177ヶ国中165位に位置づけられている。一般には、都市部よりも農村部のほうが死亡率は高い傾向にあるが、スラム等の厳しい環境に暮らす都市貧困層の子どもについては農村部よりも高い死亡率を示す事例がケニア等で報告されている。子どもの健康対策の中で見落とされがちな、都市周辺部の未計画居住区に暮らす子どもに焦点を当てたことは、人間の安全保障の観点にもかない、妥当である。

保健省の疾病統計等（表6-1）によると、ルサカ市の5歳未満児は、マラリア、肺炎でない呼吸器感染症の罹患率については全国平均を下回っているものの、非血性の下痢症および肺炎については、全国平均を上回っている。ルサカ市における子どもの主要な健康問題は、下痢症や肺炎であり、下痢症の予防や、下痢症および肺炎の重症化を防ぐ栄養改善に特に焦点を当てて、5歳未満児の健康改善を目標とした本プロジェクトは、ターゲットグループのニーズに合致している。

表6-1 ザンビアで死亡原因となる4大疾病の罹患率（人口千人対）

疾病	ザンビア		ルサカ州		ルサカ市
	5歳未満	5歳以上	5歳未満	5歳以上	5歳未満
マラリア	1108	197	806	190	544.7
呼吸器感染症（非肺炎）	469	87	440	87	330.1
下痢症（非血性）	258	31	335	59	281.6
呼吸器感染症（肺炎）	132	21	185	32	166.9

出所：2005年保健省年間保健プレティン、LDHMT2007～2009年アクションプラン

#### 6-1-2 ルサカ市で小児保健を改善するための手段としての適切性

ルサカ市における下痢症や肺炎の罹患率の高さ（表6-1）は、都市に特有の密集した住環境や環境衛生の悪化が、ルサカ市の子どもたちの健康にネガティブな影響を与えているこ

<sup>41</sup> Central Statistics Office et al. (2003) “Zambia Demographic and Health Survey 2001-2002”

とを示唆している。ルサカ市における厳しい環境衛生の状況については、他の指標からも垣間見ることができる。2005年のデータによると、ルサカ市の全世帯の65%が水道水にアクセスがあるが、35%は未だ汚染の危険性が高い浅井戸や表流水を使用している。また下水施設に関しては、ルサカ市の全世帯の60%が水洗トイレを使用しているが、残りの世帯は落とし込みトイレ（pit latrine）やその他方法をとっている。特に、低所得層が集中しているコンパウンド内では、隣接する浅井戸および落とし込みトイレを複数の家庭で共用しているケースが多く、感染症等が拡大しやすい状況である。さらにルサカ市行政局は、市内で発生したゴミの総量の10%程度しか収集できていないと推定しており、未収集のごみが放置され生活環境を悪化させている点も懸念されている。

コンパウンド内の環境衛生問題をさらに深刻化しているのが、高い人口増加率である。ザンビア全国平均年間人口増加率が1.6%（2005年世界銀行）であるのと比べると、プロジェクト調査より判明したジョージコンパウンド内の平均年間人口増加率は5.5%（2002～2006年）と非常に高く、人口圧力が保健医療を含めた社会インフラの整備の遅れや環境衛生の悪化を引き起こしている様子がうかがえる。なお、対象として選定された6つのヘルスセンター管轄地区は、LDHMT傘下の全25のヘルスセンター管轄地区の中で特に貧困世帯が多く、保健サービスや環境衛生等の改善ニーズが高い地区であった。

本プロジェクトは複層的なアプローチを導入し、包括的に開発課題に取り組んだが、上述のように環境衛生の影響が大きいルサカ市内の子どもの健康状態を改善するために、そのアプローチは妥当であった。まず、小児保健と環境衛生活動の両分野に活動を展開し、保健サービスの向上のみならず、環境衛生・衛生行動（手洗いの励行等）の改善を通じて、小児疾病の減少に貢献した。また、本プロジェクトはコミュニティレベルでのボランティアによる活動の中核として進められてきたが、特に第2フェーズからは、LDHMTやヘルスセンターの能力開発にも重点を置いた。このことによって、コミュニティレベルの保健活動が地域保健システムの一部として組み込まれ、継続されていくための制度構築を行った。GMP+やPHAST等のコミュニティ活動は、LDHMTを通じてプロジェクト対象地域外へも普及されつつあり、更には保健省を通じてルサカ市以外へ普及する可能性も担保された。

### 6-1-3 ザンビア政府の保健政策との整合性

ザンビア政府は、2007年1月に第5次国家開発計画（National Development Plan 2006-2011）を承認した。保健に関する章の中では、ザンビアの主要疾病のほとんどはコミュニティ、ヘルスセンターレベルによって十分予防あるいは対処できるものであり、治療費用の負担を軽減させるためにもPHCの充実が国家の最重要課題であると謳っている。また、本プロジェクトは地域住民から始まり、様々な関係者との協力関係を構築していることから、1992年の保健政策戦略の「パートナーシップ」の原則との整合性も確認できた。

国家保健戦略計画（2006-2011）の最新の草案においては、以下7つの分野を国家の公衆衛生上の優先課題としている。①統合的な子どもの健康と栄養、②統合的リプロダクティブヘルス、③HIVエイズ、性感染症と輸血血液の安全性、④結核、⑤マラリア、⑥突発的な疾病流行の防止と疾病発生動向調査（サーベイランス）、⑦環境衛生と食の安全。本プロジェクト目標は①の子どもの保健と栄養の分野と合致しており、⑥突発的な疾病流行の防止と疾病発生動向調査（サーベイランス）、⑦環境衛生と食の安全にも貢献するものである。よって本

プロジェクトはザンビアの保健戦略・政策上の優先課題との整合性の観点から、妥当性が高いといえる。

さらに保健省は、2005年に国家コミュニティ小児保健戦略計画を策定し、乳児や子どもの死亡率を削減するため家庭で実践すべき16の基本的取り組み（コミュニティIMCI）を、「成長と発達」「疾病の予防」「日常の健康管理」「適切な受診」に分類して定めた。これら基本的取り組みのほとんどは、既にプロジェクトが推進している活動と一致しており、本プロジェクトはザンビアの小児保健計画およびその優先課題との整合性の観点からも、妥当性が高いといえる。

#### 6-1-4 日本の開発援助政策との整合性

日本政府は対ザンビア援助の重点分野として、①農村開発を中心とする貧困削減への支援、②費用対効果の高い保健サービスの充実、③均衡のとれた経済構造形成の努力に対する支援、④自立発展に向けた人材育成・制度構築、⑤域内相互協力の促進を掲げている。コミュニティをベースとする保健サービスを強化することによって、保健システムの財政的負担を軽減するとともに、住民の保健サービスへのアクセスを改善することが期待される。したがって、本プロジェクトは②の費用対効果の高い保健サービスの充実に貢献するものである。さらに、現在作成途中であるJICAの対ザンビア国別事業実施計画の草案の中には、母子保健分野が保健セクターにおける優先プログラムの一つとして取り上げられている。以上から、本プロジェクトは日本政府およびJICAの対ザンビア支援方針との整合性の観点から、妥当性が高いといえる。

## 6-2 有効性

### 6-2-1 プロジェクト目標の達成度合

<プロジェクト目標>

効果的かつ持続的なコミュニティをベースとする保健活動の拡大により、選ばれたヘルスセンター管轄地域の5歳未満児の健康状態が改善される。

本プロジェクトの有効性は高い。本評価調査時において、プロジェクト目標はほぼ達成されている。以下のとおり、プロジェクト目標の達成度指標として4つの指標が設定されているが、指標②の小児の血性下痢罹患率および指標④の栄養不良率の低下については、いずれも7割以上の削減を実現し、参加型で定められた終了時目標値も達成した。また、指標①非血性下痢罹患率および指標③の麻疹罹患率については、目標値には届かなかったものの、それぞれ6割および9割の削減を実現したことが確認できた。

プロジェクト目標の指標	2002	2004	2006	02-06 変化率	目標値
① 5歳未満児の下痢症罹患率（非血性）が682.2から218.2になる（対1,000人）	682.2	349.9	267.6	▼61%	218.2
② 5歳未満児の下痢症罹患率（血性）が25.9から9.5になる（対1,000人）	25.9	14.1	5.8	▼78%	9.5

③ 5歳未満児の麻疹罹患率が18.2から0.6になる (対1,000人)	18.2	1.2 <sup>42</sup>	1.3	▼93%	0.6
④ 5歳未満児の栄養不良率が72.4から24.0になる (対1,000人)	72.4	32.9 <sup>43</sup>	21.6	▼70%	24.0

\*各ヘルスセンターからの報告データ（HMIS）をもとに作成。

上記4つの指標をそれぞれのヘルスセンター別にみると、カニヤマ地区以外のヘルスセンターでは、概ね全指標に関してベースライン時よりも改善がみられたものの、カニヤマ地区では、指標②の血性下痢症罹患率および指標④の栄養不良率においてベースライン時より悪化した。この理由としては、カニヤマのヘルスセンターはカニヤマ地区以外に在住の住民がアクセスすることが多く、プロジェクトの裨益を受けなかった患者のデータもHMISの中に含まれていることが影響したのではないかとの報告があった<sup>44</sup>。

プロジェクトの主な関係者間でも、プロジェクト目標の達成度合いに関して、同様の認識が共有されていた。本件評価調査時に実施した質問票調査では、34名の回答者（LDHMT職員8名、ヘルスセンター職員23名、日本人専門家5名）のうち31%がプロジェクト目標は「非常によく達成されている」、53%が「達成されている」と回答した。なお、17%が「おおよそ、達成された」と回答したが、これら回答者はプロジェクト目標の達成度合を高めるためには、プロジェクトの成果を継続させるための予算および人材の確保やHIVエイズなど他の疾病に対しても対応できるような活動の立ち上げ等が必要であるとしている<sup>45</sup>。

プロジェクトでは、短期専門家を派遣して、モニタリング評価のために実施した世帯調査結果の統計解析を行った。プロジェクト目標の指標を従属変数、アウトプット指標を説明変数として重回帰分析を行ったところ<sup>46</sup>、①適切な手洗いを実行している世帯数の増加および②安全な水へアクセスできる世帯数の増加が、下痢症（非血性および血性）罹患率の減少および栄養不良児率の現状と有意な相関関係にあった。分析に用いた説明変数が限定されており、従属変数についても厳密な調査等から算出されたものではないため、同分析結果については断定的なものではないが、下痢症予防や栄養改善における環境衛生・衛生行動改善アプローチの重要性を示唆している。

なお、プロジェクト対象地域内において、適切な手洗いを実行している世帯数の増加は、GMP+やPHASTを通じて実施している保健教育によるところが大きい。本件評価調査団が行ったヘルスセンター職員対象のフォーカスグループディスカッションの結果、ほぼすべてのヘルスセンターにおいてGMP+開催の際にボランティアが行う「ヘルストーク」や環境衛生委員会がそれぞれの地区で展開した個別世帯啓蒙活動が、安全な水や衛生に関する情報を住民に伝達するのに有効であったとの回答があった。

他方、安全な飲料水にアクセスできる世帯数の増加については、プロジェクトの枠を超え、

<sup>42</sup> 中間評価調査時の集計方法が適切でなかった（件数ゼロの地区を除外して全地区平均を算出）ため、和文報告書作成にあたり改めた（中間評価調査報告書では、値1.4/1,000としている）。

<sup>43</sup> 中間評価調査時の集計方法に整合性が欠けていた（各地区の値の小数点第2位以下を四捨五入せずに全地区平均を算出）ため、和文報告書作成にあたり改めた（中間評価調査報告書では、値32.8/1,000としている）。

<sup>44</sup> 2007年1月23日に開催された評価ワークショップでの、カニヤマ地区ヘルスセンター職員による分析結果より。

<sup>45</sup> GMP+の実施サイトでは、エイズに関する啓蒙活動を担当するピア・エデュケーターによる歌や演劇を通じた啓蒙活動が実施されており、地域住民に対する総合的な健康教育の場として既に広く活用されている。

<sup>46</sup> 統計分析の詳細については、統計的分析分野短期専門家の業務完了報告書を参照。

プログラムとしての支援が効果をあげた。プロジェクト対象地域の中で最も安全な水へのアクセスできる世帯数が少なかったンゴンベ地区では、2005年に日本政府による無償資金協力を通じて上水施設が整備された。フェーズ1のジョージ地区における教訓を活かし、プロジェクトはンゴンベ地区においても無償資金協力事業と連携して、安全な水の適切な使用を促進するための啓蒙活動を実施した。無償資金協力による基幹インフラの整備と、技術協力プロジェクトによる住民啓蒙活動との相乗効果により、ンゴンベ地区において安全な水源（無償資金協力により整備された共同水栓または戸別水栓）を飲料水源とする世帯の割合は、プロジェクト協力期間中に44%（2002年）から84%（2006年）へとほぼ倍増した<sup>47</sup>。

その他当該プロジェクト目標の達成に貢献した要因としては本報告書の第5章にも記述したとおり、「人間の安全保障」に根ざしたアプローチ、「実証的」かつ「段階的」なアプローチ、「参加型」のアプローチが有効に機能した点があげられる。また、プロジェクト目標の達成に影響を与えたプロジェクト以外の要因（外部条件）として重要なものは、①2003年のザンビア政府による麻疹の全国一斉予防接種キャンペーン実施とそれによる全国的な麻疹の罹患率低下、②対象地域を同じくする複数の機関（Care International、Valid International等）による子どもの栄養・健康改善に向けた取り組み、の2点があげられる。

#### 6-2-2 PDM上のプロジェクト目標達成にかかる外部条件の変化 <外部条件その1>

世帯の購買力が著しく悪化しない（経済状況があまり変わらない）。

ルサカ市内の未計画居住地の経済状況を表すデータが入手困難なため、居住世帯の購買力を定量的に検証するのは難しい状況だが、緩やかな下降傾向にあると推測される。ザンビアのインフレ年率はプロジェクト開始時（2002年6月）の23.6%から2006年11月の8.1%まで下がり（中央統計局、2006年）、本件評価時の主食のミーリー（white breakfast、25kg）の価格は2004年に比べてやや上昇しただけでとどまっている。もう一方で、ザンビアの失業率および不完全雇用率は依然として高い。中央統計局のデータによると<sup>48</sup>労働人口の13.3%が失業しており、正規雇用は14.7%のみである。また政府はつい最近になってガソリンの値上げを発表しており<sup>49</sup>、インフレにつながるのではないかとの懸念もある。コンパウンド内での水の価格も近年値上がりした。2002年にはK3,500/月だった水使用料が、近年K5,300/月に値上がりし、さらに最近K6,600/月まで値上がりしたと報告されている。水使用料の値上がりは各世帯の家計に直接的な影響を及ぼすだけではなく、健康状態にも影響をおよぼす可能性があるため、

<sup>47</sup> ンゴンベ地区の無償資金協力については、ソフトコンポーネントを通じて、①住民組織の確立・能力強化、②給水運営維持管理、③コミュニティセンター運営維持管理、④保健衛生教育の4分野の事業を実施した。うち、①から③については、無償ソフトコンポーネントが中心となりPHCプロジェクトが協力するが、④についてはPHCプロジェクトが中心となり無償ソフトコンポーネントが協力するがたちで行われた。ンゴンベ地区において、安全な飲料水源を実際に利用している世帯割合が44%から84%へと倍増したのは、無償資金協力によるインフラ整備の効果が大きい。しかし、浅井戸が簡単に利用でき、無料で生活用水を得ていた貧困世帯の多くが、料金を支払って共同水栓等を利用するようになったのは、無償資金協力のソフトコンポーネントに加え、PHCプロジェクトを通じて継続的に住民への啓蒙活動を行った効果も小さくないと考えられる。

<sup>48</sup> 中央統計局、2002/2003 Living Conditions Monitoring Survey（CSO-LCMS III2003）より。

<sup>49</sup> 2007年1月16日付の発表だとガソリンが1リットルK5,397からK6,095まで値上げした。また、ディーゼルは1リットルK4,965からK5,377まで上昇した。Times of Zambia、2007年1月16日付。

引き続き注視していく必要がある。

#### <外部条件その2>

HIV感染率（有病率）がこれ以上悪化しない。

2006年の国連合同エイズ計画（UNAIDS）のレポートに紹介されたザンビア保健省のデータによると、ザンビア都市部の15歳から39歳の妊婦のHIV感染率は、1994年の28%から2004年には25%へと変化している<sup>50</sup>。ルサカ市については、本プロジェクトが開始した2002年以降、5歳未満児および一般人口の死亡原因の上位に常にHIVエイズがあげられてきた。また、2005年にはルサカ市全人口の死亡原因の第一位となり、入院患者の致死率は24%となった。LDHMTは2003年から継続して妊婦のHIV感染率をモニターしているが、2005年までは約23%で変化していない。他方、父親の感染率は2003年の35%から2005年の39%へと上昇しているが、検査を受けた人数が極めて少ないことから、傾向については断定できない。現時点で入手できた情報からは、ルサカ市におけるHIV感染率は、プロジェクト期間をとおして大きく変化しなかったものと考えられる。

### 6-3 効率性

#### 6-3-1 投入実績とアウトプットの達成度合い

プロジェクトの効率性は、概ね高かったといえる。

すべての日本側の投入（専門家、本邦研修、機材、現地活動費）は、量・質・タイミングともに適切であったと同時に、すべてアウトプットの産出に貢献していることが本評価調査において確認された。もう一方で、ザンビア側の費用負担は予算的・人的制約のため、計画していた程進まなかった。

プロジェクトに派遣された日本人専門家については、ザンビア側カウンターパートが高く評価していることが本件評価調査を通じて再確認された。長期専門家については、フェーズ1の経験者をフェーズ2でも登用し、フェーズ1での経験や教訓を活かして活動を計画・実施したこと、短期専門家については、可能な限り同一専門家を繰り返して派遣し、積み重ねによる活動の継続性に留意したことが、プロジェクト全体の一貫性や統一性を強め、効率性を高める要因となった<sup>51</sup>。

第4章に詳述したとおり、PDM上の5つの成果のうち、3つ（成果1、2、3）は達成されたが、成果4については達成度がやや低く、成果5についてはある程度の水準にあるが達成のためにはさらに時間を要すると判断された。

各アウトプットの目標達成を部分的に阻害した要因を、以下記載する。

#### （1）全アウトプット

プロジェクト対象地域内で活動を行っている他の援助機関が、健康ボランティアに金

<sup>50</sup> 20～24歳の妊婦については30%から24%へ、15～19歳の妊婦については20%から14%へと、若年層ほど有病率（prevalence）の低下幅が大きいことから、都市部においては罹患率（incidence）が低下傾向にある可能性を示唆している。ただし、都市によってばらつきは大きく、農村部においては同様の傾向が見られないことから、国全体としてはHIV罹患率が低下傾向にあるとはいえない。UNAIDS (2006) 2006 AIDS Epidemic Update

<sup>51</sup> コミュニティ活動を主として担当する専門家については、国内協力機関であるAMDAから推薦を得たが、AMDAでの事業経験を踏まえた質の高い人材を投入が必要とされる時期に確実に確保できたことが、JICAとしては効率的であった。

銭的報酬を支払っているケースがあり、無報酬の活動に参加する意欲が損なわれている事例が見られた<sup>52</sup>。コミュニティ・ボランティアに関しては、①金銭的インセンティブがない、②十分な研修機会がない、③自分たちの仕事が周囲に認知されていない／感謝されていないなどの事由が、活動意欲を低下させる要因としてあげられている。本件プロジェクトにおける健康ボランティアの役割はきわめて重要であり、彼らのインセンティブおよびモチベーションの変化は、全体の効率性にも影響を与えたものと考えられる<sup>53</sup>。

## (2) アウトプット1

各ヘルスセンターで深刻化している人員不足により、看護師がヘルスセンターを離れてGMP+セッションに参加し、予防接種を提供することが難しい状況が見られる。また移動手段の確保や日当（交通費、お昼代等）の支払いがなされないことが、看護師の不参加につながっている事例もある。予防接種の提供は、養育者が子どもを定期的にGMP+へ参加させるモチベーションの一つとなっているため、看護師の不参加が続いた場合、GMP+への住民の参加率低下につながる懸念がある。

## (3) アウトプット2

ルサカ市の人口増加率、特にプロジェクト対象地域であるコンパウンドにおける人口増加率が高い。人口の増加とともにPHASTの活動の中でも特に戸別世帯訪問やその他草の根レベルで行う衛生教育活動のインパクトが薄れてしまう懸念がある。また、継続的な人口増加により、環境衛生がさらに悪化する可能性が残る<sup>54</sup>。

## (4) アウトプット3

地域転送システムは概ね順調に機能しているものの、一部ヘルスセンター職員の当該システムへの理解が不十分であったため、転送された患者が優先的に診断を受けられないなどの問題も報告されている<sup>55</sup>。

## (5) アウトプット4

各ヘルスセンターが作成する重点活動計画と予算措置のリンクがまだまだ弱く、保健行

<sup>52</sup> 公共性の高いボランティアの処遇については、LDHMT等地方行政やNHC等地域住民組織が窓口となって調整されることが望ましい。ただし、プロジェクトで養成したボランティアの中には、報酬の得られる職種（エイズ対策のピア・エデュケーター等）を兼任し、その報酬をインセンティブとして、GMP+等無報酬の活動に尽力しているものもあり、報酬を得る機会がボランティアにとっての選択肢を広げている側面もある。

<sup>53</sup> これらに対処するため、プロジェクトでは①行政に依存せずにボランティアへの報酬支払いを可能とする所得創出事業の導入、②LDHMTによるボランティア養成研修・再研修の制度化（教材類の作成、教師人材の育成、活動の予算化支援）および巡回指導の制度化（PAI）、③コミュニティイベント（赤ちゃんコンテスト、離乳食コンテスト等）等を通じた啓発活動等を実施した。特に、①の所得創出事業の導入については、金銭的報酬の支払いの有無を含めて多様なボランティアが活動する対象地域の実情を踏まえたものである。本件においては妥当なデザインと考えられるが、ボランティアへの金銭報酬が限定されている他の地域においては異なる対応が可能かもしれない。

<sup>54</sup> プロジェクトでは住民参加型の環境衛生改善活動を支援した。地域住民の意識が変わり、環境衛生の改善に自ら取り組むことで人口増加の環境衛生に対するインパクトをある程度軽減することは可能である。しかしながら、住民主導で実現できることには限界もあり、都市計画、行政サービスの改善等、保健分野を超えた地方行政による取り組みが必要と考えられる。

<sup>55</sup> この背景にも、ヘルスセンターにおける深刻な人員不足が影響しているものと考えられる。

政の中で十分に制度化されていない。ヘルスセンター職員の一部は、予算化の可能性が不透明な計画策定にやる気をもって取り組むのは難しいと発言している。また、計画と予算措置のリンクが十分に強化されていないために、重点活動計画の執行状況を把握する目的で作られたモニタリング制度についても、十分活用されていない面が見られる<sup>56</sup>。

#### (6) アウトプット5

収入創出活動を各地区において設置する際、必要だった土地利用権の取得や配電・給水の手配等の事務手続きが煩雑であったとともに時間を要し、事業全体の遅延につながった。さらに、収入創出活動のいくつかの経営状況は終了時評価調査時点ではやや脆弱で、外部条件の影響（競合者の有無、原材料であるメイズの価格変化等）によって収益が左右される状況である。

#### 6-3-2 PDM上のアウトプット産出にかかる外部条件の変化

##### <外部条件①>

必須医薬品供給貯蔵倉庫（EDMSS）が必須医薬品、機材、消耗品、ワクチン、微量栄養素を安定して供給する。

LDHMTの最新の年間アクションプラン（2007-2009）によると、2005年度には必須医薬品供給貯蔵倉庫より計画していた1,590に対して1,442の必須医薬品キットが供給された。不足分は、上限とされている全予算の4%の範囲内で、LDHMTが自己予算で購入している。なお、2006年度に関してのデータは入手できなかったが、各ヘルスセンターで行ったインタビューによると、2006年10月以降定期的な補給は停止され、ヘルスセンターからの申請に基づく供給へと変更されている。なお、ワクチンについては例外で、定期的に補給され、すべてのヘルスセンターにおいて十分な在庫が確保されているとのことであった。

##### <外部条件②>

中央政府から予算が適時に支出される。

2006年度は保健省および地方保健局にとって財政的には危機的な年であった。中央政府から配賦される保健予算のうち、人件費を除く経常経費については、ザンビア全体で8割強、ルサカ市では約9割を、ドナー資金（セクター・バスケットファンド）に依存しているが、2006年には現地通貨（クワチャ）の高騰により、クワチャ換算の歳入が大幅に減少した。加えて中央政府からの予算配賦の遅れもあり、LDHMTからヘルスセンターへの予算配分にも負の影響を与えた。なお、保健省は2007年度からは財源の60%以上をLDHMTレベルに配分すると宣言している。また、ザンビア政府から各市への予算配分についても、2006年の総額K188億

<sup>56</sup> もともと、プロジェクトが重点活動計画の導入を支援したのは、乖離が大きかった計画策定と予算措置のリンクを強めるためであった。重点活動計画の導入によって、従来よりは乖離を縮めることができたものと考えられるが、一層の努力が必要である。ただし、LDHMTの人件費を除く経常予算については、約9割をドナー（セクター・バスケットファンド）資金が占めており（2006年実績）、計画と予算の乖離はある程度やむを得ない側面がある。特に、2006年度については現地通貨の高騰により、ドナー資金の目減りが大きかった（後述）。その一方で、コミュニティ活動についてはJICAを含めたドナー資金も活用して積極的に推進されており、活動数は2004年の106件から2006年の126件と2割弱増加している。また、当初計画には入っていないコミュニティ活動の中にもLDHMTから活動予算が配分された事例もあり、終了時評価指標で捉えられた以上にLDHMTはコミュニティ活動を支援していたことが確認された。



からK608億まで増加させることがコミットされていることから、地方の予算状況については多少改善されることが期待されている。

<外部条件③>

他のプロジェクトとの調整がされる。

他の援助機関の活動との調整については、継続的に行われている。特に、Care InternationalやValid Internationalに対しては、プロジェクトとして積極的に活動地域の分割や役割分担の明確化を図ったことによって、活動の重複や混乱を避けることに成功した。なお、プロジェクトの支援により設置された小児保健タスクフォースでも定期的に各機関間の調整に関する協議が行われている。

## 6-4 インパクト

### 6-4-1 上位目標の達成見込み

本件評価時において、上位目標の指標がPDM上設定されておらず、上位目標の達成見込みを予測できない状況であった。そのため関係者と協議し、新たに指標を設定した。上位目標と新しい指標を以下記載する。

上位目標	指標
効果的かつ持続的なコミュニティをベースとする保健活動の拡大によりルサカ市の5歳未満児の健康状態が改善される。	①効果的かつ持続的なコミュニティをベースとする保健活動*をプロジェクト対象地域外にある都市部の未計画居住地3ヶ所に拡大し、それら地域での5歳未満児の健康状態が改善される。 ②コミュニティをベースとする保健活動の実施により、プロジェクト対象地域の5歳未満児の健康状態が維持される。

\*「コミュニティをベースとする保健活動」とは本プロジェクトによって推進されたGMP+やPHASTなどの活動を含む。

以下の観点から、外部条件さえ満たされれば、上位目標の達成見込みは概ね高いと予想する。

第一に、本プロジェクトでは、活動の標準化と普及のためのマニュアルやガイドライン類を整備してきている。これらのマニュアルやガイドラインは、フェーズ2でも十分フィールドでその有用性が検証されており、改訂も重ねられている。他地区への展開に際しては、これらツールを活用することができるため、技術的には難しくないと考えられる。

第二に、本プロジェクトの活動の一部、特にアウトプット2（PHASTファシリテーター研修等）、アウトプット4（重点活動計画策定、5S活動、財務管理システム／保健管理情報システム研修、会計処理の研修等）、アウトプット5（NHCのガイドライン策定、2006年度NHC全体会議等）は、既にルサカ市の他地区にも対象を広げて実施しており、それら地区のヘルスセンターおよびコミュニティの能力強化に貢献している。加えて、本プロジェクトの成功を受け、プロジェクト対象地区外のヘルスセンターによるコミュニティレベルの保健活動に対してのニーズは高まっている。本件評価時において、プロジェクト対象地区外で2007年度の重点活動計画をLDHMTに提出済みのヘルスセンターは7ヶ所あったが、そのうち5ヶ

所のヘルスセンター<sup>57</sup>が、当該計画の中にGMP+またはPHASTを含めていたことがLDHMTにより確認された。

第三に本プロジェクトの成果の一部については、LDHMTおよびルサカ市役所によっても、ルサカ市内他地区に展開されている。例えば栄養普及員（Nutrition Promoters：NP）の養成は2003年にマケニ、マテロ、チャインダ地区でLDHMTによって実施された。2005年にはカムワラ地区においてPHASTワークショップが開催された。2007年1月にはルサカ市役所が、プロジェクト対象地域外の13のコンパウンド<sup>58</sup>においてコレラ予防のための個別世帯啓蒙活動を行うためのプロポーザルを承認した。この活動はプロジェクトが開発した各種視覚教材を活用して実施される予定である。

最後に、LDHMTの最新の年間アクションプラン（2007-2009）から、プロジェクトが推進している各活動をLDHMTが自らの小児保健や環境衛生の主流戦略として取り入れていることが明確である。GMP+やコミュニティ・ボランティアのリフレッシャー研修、小児保健タスクフォースの開催等活動すべてが、「5歳未満児の予防接種率と栄養失調率を改善する」ための中心的活動として列挙されている。さらに、環境衛生の分野に関しては、「2009年までにPHASTを実施しているヘルスセンターを現在の10ヶ所から23ヶ所まで拡大する」との数値目標を具体的に設定している。

#### 6-4-2 PDM上のプロジェクト目標から上位目標達成までの外部条件の変化

上位目標達成のために重要である外部条件の現況を以下記述する。

##### <外部条件①>

ルサカ市の未計画居住区の環境衛生・居住環境が悪化しない。

評価調査時点でのルサカ市のコンパウンドにおける人口増加率や社会インフラの整備状況を勘案すると、今後これらの地区において環境衛生・居住環境が悪化する可能性は比較的高いと予想される。例えば、人口増加が最も激しいとされているカニヤマ地区では、十分な衛生施設の整備がなされないまま次々と未計画の建物が建設されており、環境衛生活動が全く追いついていないことをヘルスセンター職員が懸念している。人口稠密な都市部における公衆衛生上の課題を持続的に解決するには、適切な都市計画とインフラ整備が必要不可欠である。

##### <外部条件②>

ドナー資金が、許容できるレベルで維持される。

DHMTに配賦される予算のうち、人件費を除く経常経費については、ザンビア全体で8割強、ルサカ市では約9割を、ドナー資金（セクター・バスケットファンド）に依存しており、援助資金への依存度はきわめて高い。2006年には現地通貨（クワチャ）の高騰により、クワチャ換算の歳入が大幅に減少する事態となった。また、2006年に、いくつかのドナー機関がセク

<sup>57</sup> 5ヶ所のヘルスセンターと、それぞれの重点計画に含まれた活動は、マテロ・メイン（PHAST）、マケニ（PHAST）、パウレニ（PHASTとGMP+）、レールウェイ（GMP+）、カプワタ（PHAST）である。

<sup>58</sup> LDHMTのMs. Mavis Kalumba（教育担当官）へのインタビューより。このプログラムは以下13の地区を対象とする：ジャック、フランク、ジョンハワード、ジョンライング、チボリヤ、ジンガルメ、ジョージソウエット、リランダ、チュンガ、マズヨバ、マンデヴ、マラボディ、カリキリキ。

ター・バスケットファンドに対する支援から一般財政支援に移行し<sup>59</sup>、保健省全体の予算繰りにも影響を与えた。エイズ・結核・マラリア対策世界基金（GFATM）や、世界ワクチン・予防接種同盟（GAVI同盟）からの資金流入も加味すると、ザンビアの保健セクターに流入するドナー資金は全体として増加していると考えられるが、ドナー資金への依存は歳入の予測可能性を低め、不安定さも生んでいると考えられる。

#### 6-4-3 本プロジェクトの政策レベルでのインパクト

本プロジェクトの実施の結果確認された政策レベルでの正のインパクトを以下記述する。

- ・ PHASTが、国家保健戦略計画（National Health Strategic Plan）2006-2011（ドラフト）の中で、コミュニティレベルで環境衛生活動を推進する際実践されるべきアプローチとして提案されている。また当該計画では、PHASTを全国のすべての郡／市において展開することが保健省の目標として明記されている。既に、UNICEFの支援により5県18市を対象としたPHASTの研修が、プロジェクト作成の各種教材を用いて実施されている。
- ・ 保健セクターに限らず、住民に直接インパクトを与えることを目標としているプロジェクトがザンビアでも増えているなか、コミュニティ・ボランティアの養成・活用に取り組んでいる関係機関は少なくない。また、コミュニティ・ボランティアの意欲を継続させ、事業の持続性を確保するための金銭的インセンティブの必要性についても、様々な議論がなされている。その中で、本プロジェクトが導入したボランティアのための収入創出活動が、ボランティアを主体とするコミュニティ活動の自立発展性を高めるモデルとして注目を浴びており、国家エイズ対策計画（National Plan for HIV/AIDS and Anti-retroviral Therapy Services）2006-2008等他の政策ペーパーにも具体例として取り入れられている。
- ・ 2005年に保健省がUSAIDの保健サービスプログラム（HSSP）と共同で国家コミュニティ小児保健戦略計画（コミュニティ・ベースの統合的小児疾患ケア：C-IMCI）を策定する際、本プロジェクトの専門家からフィールドレベルで得た経験や教訓等の有用な情報を入手し、計画に取り入れたとの報告があった<sup>60</sup>。特に16の基本的取り組み（Key Family Practices）のそれぞれ具体的な介入戦略を制定するうえで、本プロジェクトの各種活動が参考にされた。

#### 6-4-4 本プロジェクトのヘルスセンターおよびコミュニティレベルでのインパクト

本件評価調査のインタビュー等を通じて確認された、本プロジェクトのヘルスセンターおよびコミュニティレベルでの正のインパクトは以下のとおりである。

- ・ コミュニティ・ボランティアに対する高いエンパワーメント効果が確認された。本プロジェクトの活動を通じてボランティアに対する住民の信頼度が高まった結果、CHWやNPの多くはGMP+に限らず、近所の住民から健康の相談を受けたり緊急処置を求められたりしていると報告した。またGMP+セッション以外でも、地域転送（コミュニティ・リファール）用のフォームを記入し、ヘルスセンターと連携することも多い。結果としてボランティアは、住民に最も近い制度的な保健サービスの入り口（エントリー・ポイント）として認識されつつある。（ムテンデレ・チパタ地区）

<sup>59</sup> 保健省計画開発局局長のMr. D.M. Chimfwembeへのインタビュー（2007年1月17日）より。

<sup>60</sup> USAIDの保健制度サービスプログラム（HSSP）Dr. Lastone Chitembo, Performance Management Advisorとのインタビュー（2007年1月19日）より。

- ・コミュニティ・ボランティアに限らず、一般の住民に対するエンパワーメント効果も確認された。例えば、GMP+のセッションに頻繁に参加している養育者が、参加していない養育者に参加を促すようになった。また養育者の中には、自分の子ども以外にも、近所の「危険な兆候」を示す子どもや栄養状態が良くない子どもについて、CHWやNPあるいはヘルスセンター職員に報告するようになったものもいる。（カニャマ・チパタ地区）
- ・環境衛生に関しては、一般住民の間にも環境衛生上「適切な行動」と「不適切な行動」（例：ごみ処理の方法や、トイレ等衛生施設の管理）に対する認識が形成されつつあり、近隣でコミュニティの環境衛生を脅かすような行動をとっている住民を発見すると、地区の環境衛生委員会に視察・指導を依頼するようになった。（ムテンデレ・チパタ地区）
- ・対象コミュニティの住民は、住民同士の協力関係なしでは、コミュニティの環境衛生の問題（例：コレラの感染の拡大）を解決できないことに気づき始めている。コミュニティ全体の健康状態の改善を目標とした住民間で協力し合う土壌（「健康につながる共同体としての価値観 = community value for health」<sup>61</sup>）が形成されつつある。（ジョージ地区）

#### 6-4-5 プロジェクトの負のインパクト

本評価調査時において、本プロジェクトによる重大な負のインパクトは確認できなかった。しかしカウンターパートの一部からは、プロジェクトの多岐にわたる活動の実施・管理の責任を負ったり、各種ミーティングに出席することが、人材不足が深刻化しているヘルスセンターの職員にとって負担になっているとの意見があった。

### 6-5 自立発展性

本プロジェクトは、その効果の自立発展性を高めるための様々な取り組みをプロジェクト開始当初から進めている。しかし、自立発展性の見通しについては、現段階では不明瞭な部分が残されている。

#### 6-5-1 政策及び制度的な自立発展性

コミュニティをベースとした保健活動の、政策および制度面の自立発展性の見込みは高い。本報告書「6-4-3」で記述したとおり、これら活動を継続するうえで必要な政策的枠組みや支援体制は整備されつつある。特に、PHASTに関しては国家保健戦略計画（National Health Strategic Plan）2006-2011（ドラフト）の中で全国的に展開すべき有効なアプローチとして明記されている。他方でGMP+も国家コミュニティ小児保健戦略計画（コミュニティベースの統合的小児疾患ケア：C-IMCI）の中に取り込まれており、当該計画の実施戦略の一つとして十分認知されている<sup>62</sup>。

またルサカ市レベルでも、本報告書「6-4-1」に記述したとおり、LDHMTはGMP+およびPHASTを中心とするプロジェクト関連活動を、自らの予算で継続することを年間アクションプラン2007-2009の中に含めているため、予算措置さえなされれば、プロジェクト対象地

<sup>61</sup> 本件評価調査にも団員として参加いただいた、国内委員長の梅内教授によるコンセプト。プロジェクト活動を通じたコミュニティの本質的な変化・変革を表現している。

<sup>62</sup> プロジェクトでは、終了時評価実施後、ザンビア保健省およびLDHMTとの共同作業により10年間の協力成果を整理・体系化し、一つの冊子（Guidelines for Integrated Community-based Child Health Package）として完成させた。あわせて、インターアクティブなCD-ROMを作成し、プロジェクトの支援により作成されたガイドライン・マニュアル類および研修・啓蒙教育用視聴覚教材等が、電子データとして容易に参照できるよう整理した。協力成果をこのようなかたちで整理したことは、制度的な自立発展性をさらに高めたと考えられる。

域外も含めて実施される可能性が高い。

最後に、ヘルスセンターレベルでは、プロジェクト対象及び対象外いずれのヘルスセンターにおいても、2007年度の重点活動計画（LDHMTに既に提出済み分）の中で、GMP+やPHASTをコミュニティ対象の重点活動とし立案しているところが大多数を占めており、同じく予算措置さえなされれば、プロジェクト対象外のヘルスセンターも含め、実施に移される可能性が高い。

#### 6-5-2 LDHMTおよびヘルスセンターレベルでのプロジェクト効果の自立発展性

LDHMTおよびヘルスセンターでの技術的自立発展性の見込みは高いが、組織的自立発展性および財務的自立発展性の見込みは高いとはいえない。

本プロジェクトを通じて、コミュニティレベルの保健活動および環境衛生改善活動を運営・管理するための、LDHMTおよびヘルスセンター職員の能力は大幅に向上したと考えられる。また、ガイドラインやマニュアル類、必要な教材類も整備されており、機会さえ与えられれば、今後LDHMTおよびヘルスセンターが、コミュニティ・ボランティアの養成や、ボランティアを中核とするコミュニティ活動を継続していく技術的な制約は小さい。現実には、本プロジェクトの初期段階からかかわってきたカウンターパートの中には、リーダーシップを発揮して、自ら得た知見や技術を積極的に同僚やコミュニティメンバーに普及している姿も確認できた。

しかし、近年ヘルスセンターでは看護師や助産師の人材不足が深刻化しており、プロジェクトもその影響を受けている。現在、ルサカ市の全ヘルスセンターは、定員の約85%（639名／定員744名）の看護師と定員の約77%（415名／定員565名）の助産師で運営されている。特に、人口増加率の高いコンパウンドを管轄しているヘルスセンターでは、外来患者の対応だけでも人手が足りない状況であり、コミュニティに出向いてGMP+等の活動に参加することが難しくなっている面も見られる。ここ1年の間、看護師や助産師が参加しないGMP+が増えてきているとの報告もあった。特筆すべきは、ヘルスセンターの専門職の中でも、コミュニティ活動において最も重要な役割を果たすべき看護師の離職率が最も高い<sup>63</sup>点である。

ルサカ市内では、コミュニティを対象にした保健事業が多数実施されているにもかかわらず、LDHMTにはコミュニティレベルの活動を調整・推進する担当職員が配置されていない。プロジェクトの支援により2006年に開催されたNHCの全体会議では、調整不足によるコミュニティ活動の重複や、それによるボランティアへの影響が問題視されるとともに、LDHMTによる調整の必要性が認識された。同会議での提言を受け、2007年2月にはステークホルダー会議を開催し、対策を講じる予定である。

GMP+・PHASTを継続するうえでの、財務的自立発展性は不透明である。危機的な財政状況に陥った2006年度と比較すれば、2007年度は改善される条件が揃っている。まず、2006年度に高騰したクワチャも平年程度まで下がってきており、他方で保健省は郡／市レベルへ重点的に予算配分をすると公約している（「6-4-2」を参照）。さらに、毎年LDHMT予算を圧迫している人件費が、2006年には全支出の40%を占める程度まで増加したが、2008年以

<sup>63</sup> LDHMTの年間アクションプラン2007-2009によると、2006年度に離職したヘルスセンター職員のうち64%（32名／50名）が看護職だった。多くは、国外での職を求め退職している。

降からLDHMTの負担が低減することが見込まれている<sup>64</sup>。しかし、本件評価調査団が実施したインタビュー・質問票調査の回答からは、2007年度以降の予算繰りに関して懐疑的に見ている関係者が大多数を占めており、見通しがたてられない状況が続く。

### 6-5-3 コミュニティレベルでのプロジェクト効果の自立発展性

コミュニティをベースとした保健活動のコミュニティレベルでの自立発展性を確保するには、ボランティアを支える収入創出活動の成功や、LDHMTおよびヘルスセンター職員によるボランティアに対する適切な指導・支援の継続等の条件が必要である。

プロジェクトでは、コミュニティ・ボランティアへの金銭的インセンティブの継続的な支給を可能とするため、すべての対象地区において収入創出活動の導入を支援した。しかしながら、終了時評価調査時点において、ボランティアへの金銭的インセンティブ支給を開始できたのは、ジョージとンゴンベ地区に限られている<sup>65</sup>。両地区においてボランティアに配分された金額はまだ少ないが、大多数のボランティアはこのようなインセンティブがあることが活動を継続する意欲を高めたと証言している。また、金銭的インセンティブの支給を開始したころから、ジョージとンゴンベ地区における活動に参加するボランティア数が増加していることも確認された。したがって、これら収入創出活動を強化することが、コミュニティレベルの活動全体の自立発展性を確保するうえで大変重要であると考えられる。

その一方で、プロジェクトがボランティアを対象に実施した調査によると<sup>66</sup>、ボランティアが活動をやめる理由としては、以下があげられた（括弧内は回答者が全回答者の中に示す割合）。①再教育の機会がない（53.9%）、②LDHMTから配賦される保健活動予算が十分ではない（49.1%）、③金銭的インセンティブがない（42.5%）。ここからは、金銭的インセンティブはボランティアの意欲を高めるのに有効であるが、LDHMTやヘルスセンターによる継続的な再教育機会の提供や活動資金の提供も、同等かそれ以上に重要であることが判明した。

## 6-6 結 論

本プロジェクトは、最貧国の一つであるザンビアの中でも、特に条件の厳しい都市部貧困層を対象とし、住民参加によるPHCの実践モデルを構築し、下痢症罹患率の低下や栄養不良児比率の低下という具体的な健康改善効果を実証した、きわめて注目すべき成功事例である。「人間の安全保障に根ざしたアプローチ」「実証的かつ段階的アプローチ」「参加型アプローチ」が効果を高めた。

本プロジェクトの経験は、ザンビア政府が国家保健戦略計画（National Health Strategic Plan 2006-2011）の中で掲げる優先課題について、地域住民の最大限の参加を促すことによって、保健行政の限られた人員と予算制約の中でも効果をあげることができることを例証したものであり、ルサカ市と類似の条件を有するザンビア（および周辺国）の他の都市部にも応用されるべきもの

<sup>64</sup> これら人件費は中央保健省による正規採用の手続きを待っている職員の給与であり、LDHMTが事業費を転用して負担しているものである。現在そのような立場の職員が約400名程度いるが、2007年度には採用手続きが進み、中央政府による給与支給の対象となることが見込まれている。2007年度のLDHMTの予算案では268名分の人件費が計上されているが、採用手続きが進まない場合はそれ以上の人数の人件費負担の可能性も残っており、LDHMTの財政を圧迫する危険はある。

<sup>65</sup> 終了時評価調査後、協力期間終了までには、カニャマ地区およびチパタ地区を除く対象地区でボランティアへの支給が開始された。詳細については、「4-5」の「終了時評価調査後の収入創出事業の展開」を参照。

<sup>66</sup> 「保健ボランティアの活動活性化・非活性化要因」大野伸子専門家・佐々木論専門家、2007年1月。

である。

本プロジェクトを通じて、コミュニティ活動に積極的に参加した人々の間には、当事者意識（オーナーシップ）と確信が形成され、以前には見られなかった協働・協力関係も醸成された。これは、「健康につながる共同体としての価値観（community value for health）」に基づく「相互扶助（ニャンザ語で“chigwilizano”）」の精神の萌芽として捉えることができるものである。

活動の基礎となったGMP/IMCI<sup>67</sup>やPHASTは、いずれも新しい手法ではないが、本プロジェクトは、対象とするコミュニティの実状に合わせ、体重測定セッションを中核として他の保健サービスも統合することでコミュニティレベルの包括的な子どもの健康増進活動として再構築したGMP+と、独自に開発した教材を用いて現地に適応させたPHASTを並行して実施することにより、理念にとどまりがちなPHCの実践モデルとなる新たなアプローチを生み出すことに成功した。

同アプローチは、大きな健康改善効果に加え、共同体意識の希薄な都市部貧困層において「共同体としての価値観」を醸成する効果も期待されることから、保健分野の課題にとどまらず、人間の安全保障や、人口増加と環境問題等、多くの開発課題に対するコミュニティレベルでの具体的な改善方策を提供し得る可能性を有しており、国際社会に対しても発信していただく価値があるものである。

しかしながら、コミュニティ活動が円滑に推進されるためには、地域行政機関からの技術的・財政的支援が不可欠である。本プロジェクトの場合も、LDHMTおよびヘルスセンターによる指導的役割が重要であったが、LDHMTにおけるコミュニティ活動の全体調整を担当する職員の不在、およびザンビア保健セクター全体の問題である専門職の圧倒的な不足が、コミュニティ活動の制約要因として顕在化してきている点が懸念される。

---

<sup>67</sup> Integrated Management of Childhood Illness。小児の代表的疾患の統合的ケア。

## 第7章 ジェンダー分析

### 7-1 背景

ODA大綱や2005年に策定された「ジェンダーと開発イニシアティブ」に基づき、JICAは開発援助の実施機関として、事業におけるジェンダー主流化を進めている。ジェンダー主流化を進めるうえでは、ジェンダーの視点をすべての開発政策・施策・事業の企画・立案段階から組み込むことが重要である。しかしながら、開発事業の実施において具体的なジェンダー配慮が効果的に実施されるようになるためには、「仕組み」としてジェンダーの視点がPCMサイクルの中に組み込まれることが必須である。

現行のJICA事業評価ガイドラインにおいては、ジェンダーに関する間接的な効果、波及効果、長期的な効果を含めたインパクトを包括的かつ多角的に評価すべきことが記載されている。しかしながら、実際のところ、必ずしもジェンダーにかかる評価が行われているとはいえないのが現状である。その理由としては、ジェンダーに関する影響（インパクト）は長期的に発現するものでありプロジェクト期間中には測定できないと認識されていること、ジェンダーに特化した評価項目がないこと、そもそもの評価調査期間が限られていることなどがこれまでの調査研究において指摘されている。

そこで、JICAでは、より実践的にジェンダーの視点が開発事業のサイクルに組み込まれるために、より担当者や評価調査者が取り入れやすい簡易なジェンダー評価の手法の開発に取りかかることとした。

19年度新規案件より、事前評価調査において「簡易ジェンダー評価<sup>68</sup>」を導入すべく進めているが、その「簡易ジェンダー評価」のための参考情報（視点の整理等）を収集すべく、まず、本案件を含めいくつかの案件の評価調査においてジェンダーの観点からの観察（Observation）を行うこととした。

### 7-2 目的

終了時評価調査においてジェンダーの観点からの観察（Observation）を行い、今後の簡易ジェンダー評価の手法の参考情報とすることを目的とする。

### 7-3 調査方法

本案件では、実施中にジェンダーに特化した調査は実施されてはならず、当初からジェンダーの視点が明記されているわけではない。また、PDM指標に関してこれまで男女別に集計されてきたわけではない。しかしながら、プロジェクトが対象とする子どもの健康改善における母親や養育者の役割の重要性については専門家報告書等でも触れられており、ジェンダー視点を取り入れた活動がなされ、結果的に良い成果がうまれていることも考えられた。したがって、ジェンダーの視点からの観察作業としては、主に専門家、カウンターパート等に対するインタビューを通じて、定性的にプロジェクト活動におけるジェンダー視点の有効性やジェンダーについてポジティブ／ネガティブインパクトの有無を確認することとした。調査方法の詳細は以下のとおりである。

<sup>68</sup> ジェンダー評価では、評価5項目について横断的にジェンダーの視点から評価を行うことを意図しているが、評価結果については5項目評価結果に加えて「ジェンダー評価」を評価結果として別途記載することを想定している。



- (1) 専門家報告書レビュー
- (2) 日本人専門家質問表およびインタビュー
- (3) ボランティアフォーカスグループディスカッション
- (4) 女性養育者対象フォーカスグループディスカッション

## 7-4 ジェンダー・オブザベーションの結果

### 7-4-1 ターゲットグループに関するジェンダーの視点

本プロジェクトは、対象6地区の5歳未満児の健康改善を目標としている。したがって、プロジェクト目標の達成度について、ジェンダーの視点から観察する場合には、まず、プロジェクトのターゲットグループである5歳未満の男児／女児の健康状況に差異が見られたか、また子どもの健康状況に密接に関係する養育者の行動に関して、子どもの性による差異が見られたかを確認する必要がある。2006年にプロジェクトが実施した世帯調査結果の統計分析<sup>69</sup>によると、適切な離乳食の導入、養育者の低体重／下痢症予防の知識、危険な兆候を示す小児の保健施設へのリファール、完全予防接種率、体重測定の高頻度に関して、女児／男児の違いによる有意差はみられなかった。また、ンゴンベ地区女性養育者を対象としたフォーカスグループディスカッション（Focus Group Discussion : FGD）においても、養育者が女児／男児の養育に関してどちらかを優先するというようなことはないとの回答であった。したがって、ターゲットグループである対象6地区においては、子どもの性差による養育者の知識・行動に差異は見られず、5歳未満児の健康に関しても、通常の生物学的差異<sup>70</sup>以上の、性差による差異はなかったものと推測される。

### 7-4-2 プロジェクト目標の達成（5歳未満児の健康改善）を図るためのジェンダー視点

次に、養育者の行動変容を促すために本プロジェクトが採用したアプローチおよびプロジェクト活動が、ジェンダーの視点から適切であったかという観点から観察を行った。

#### (1) コミュニティ・ボランティアへの男女双方の参加

プロジェクトでは、CHW、NP、EHCなどのボランティアを養成し、彼らを通じてコミュニティにおける小児保健と環境衛生活動の活性化を図った。そこでまず、養育者に直接接する機会が多いボランティアへのアプローチについて、ジェンダーの視点から確認した。

プロジェクトのカウンターパートであるLDHMTやヘルスセンターの職員の大半は女性<sup>71</sup>であり、プロジェクトで養成したボランティアに関しても、志願者は圧倒的に女性が多い。また、インタビューや観察から、カウンターパートやボランティアの女性たちは生き生きとしており、ワークショップ等においても男女同席の場合に女性が萎縮するという様子はいくつか見えない。

そうした状況のもと、プロジェクトでは、コミュニティの男女双方からの参加を重視し、男性の志願者についてはボランティアとしての基準を満たせば積極的に採用するなど工夫を行っている（CHW、NP、EHC全体の約3分の1が男性）。男女双方からの参加

<sup>69</sup> 竹直樹専門家（統計的評価分析）「分析結果報告書要約（現地業務完了報告書）」、2006年12月。

<sup>70</sup> 一般に、男児の死亡率は女児の死亡率を上回る。また、肺炎や下痢症等の感染症の罹患率についても、男児のほうが高い。

<sup>71</sup> DHMT局長は女性。

の重要性に関しては、CHWハンドブック<sup>72</sup>、ルサカ郡NHC憲章および同ガイドライン等においても言及されている。また、FGDの結果から、「養育者は同性のボランティアに対してよりオープンである」との回答が多く聞かれ、男性のボランティアの存在は男性養育者への知識普及や行動変容において重要な要素であったと思われる。

なお、男性のボランティアに対するFGDや日本人専門家に対するインタビューを通じて、ボランティア希望者の多くが女性である理由としては、「男性は仕事があり、ボランティアに参加する時間がない」との回答が多く聞かれた。しかし、FGDでは、仕事がない場合であっても、「世間的なプレッシャーにより男性は稼ぎ手として期待されているためボランティア（無償）で働くことができないと認識しているものもいる」との回答もあった。

## （2）ボランティアのジェンダーセンシティブティの向上

CHWハンドブックやPHASTワークショップのツールの中には、「Gender and Health」、「Gender Analysis (Task Target Analysis)」がそれぞれ含まれており、ボランティアが小児保健や環境衛生活動とジェンダーの関係を理解する教材が準備されている。特に、PHASTワークショップにおいて、ジェンダー分析の結果として、男女の家庭内の仕事分担の確認をする過程で女性の仕事が広範囲に及んでいることについて参加者の気づきの機会になったという報告もある。なお、ワークショップは視覚教材を用いた参加型で行われるため、字が読めない女性でも積極的に参加できる<sup>73</sup>。

## （3）ボランティアから養育者へのアプローチ

兄姉が2割程度含まれるという情報もあったが、GMP+に子どもを連れてくる養育者の大半が母親である。父親が連れてくるケースは、非常に稀であり、母親が働いている場合や病気の場合に限り連れてくることが多い<sup>74</sup>。したがって、GMP+活動の場においては、母親が主なターゲットとなる。一方、FGDにおいて、男性CHWからは「父親に対しては母親と子どもをGMP+へ行かせるようにと説得している」、女性養育者からは「夫からGMP+へ必ず子どもを連れて行くようにとされている」との回答も聞かれ、家庭内において父親の意見が母親の行動に少なからずとも影響していると思われる。また、母親養育者のFGDでは、父親の子どもの健康への関心は一樣に高い様子であったが、対象となった母親がみな若く、子どもの数も少なかったため、断定はできない。

調査期間中に世帯内のジェンダー関係については十分な観察ができなかったが、世帯内の稼ぎ手は男性である場合が多く、インタビューやFGDの結果から、収入の活用についての権限も男性が有している場合が多いと推測される。また、男性は得た収入を酒代に費やすという話も聞かれたため、子どもや家族の健康（特に栄養改善）のためには男性の理解が重要である。

プロジェクトでは、住民が多く家にいる時間帯を意識し、特に土日に戸別訪問を行い、GMP+に来る母親だけではなく、父親を含め養育者すべてが保健衛生にかかわる知識を

<sup>72</sup> Key Family Practice: Ensure that men actively take part in providing childcare and are involved in reproductive health.

<sup>73</sup> なお、UNDP2006人間開発報告書によると、ザンビアの成人識字率は、男性76.3%、女性59.8%である。

<sup>74</sup> 父親は母親に交じりGMP+の列に並ぶのが恥ずかしく、人目を気にして2回目以降は来なくなることがあるという話も聞かれた。対策として、一部の地区では、男性の養育者が並ばずに済むように先に対応するようにしている。

得て行動変容するように工夫している。また、プロジェクトで実施した赤ちゃんコンテストにおいて、父親が連れてきた赤ちゃんがコンテストで入賞した際には父親の養育についてのメッセージ性が高いとして積極的に宣伝している。

以上のとおり、プロジェクトでは男性の参画の重要性を認識し、いくつかの工夫が試みられてはいるが、プロジェクトの設計の段階で世帯やコミュニティのジェンダー関係やプロジェクトへの男性の参画による効果を調査していれば、より効果的に男性の参画や男性の行動変容を意識したアプローチを活動に含めることもできたのではないかと思われた。

#### 7-4-3 プロジェクト目標の達成（5歳未満児の健康改善）を図るためのジェンダー視点

プロジェクトへの参加を通じて生じた、ボランティアや養育者の世帯レベルにおけるジェンダー関連インパクトについては十分な観察ができなかったが、ネガティブなインパクトについては確認されなかった。インタビューや観察、専門家による調査結果から、ボランティアになったことにより、男女を問わず、知識や自信を得て、コミュニティから尊敬されるようになり、個人がエンパワーメントされたことは明らかである。また、インタビューでは、保健衛生の知識を得ることで、家族が健康になり、それによって家族関係が良くなったという回答もあった。特に、主たる養育者である女性が知識を得ることで家族全体の健康に貢献でき、そのことで夫をはじめとする他の家族構成員から認められるという、世帯レベルでの効果が現れているものと思われる。

#### 7-5 今後のジェンダー評価への教訓

今回、終了時評価において初めてジェンダー視点からの観察を行ったが、今後、他の案件でジェンダー評価を実施する際に考慮すべきと思われる点を以下に示す。

- (1) 簡易ジェンダー評価の対象案件については、ジェンダー課題が大きい国・地域、 이슈ーといった観点から、ある程度絞りこみが必要。
- (2) 事前評価調査等の案件形成段階で（簡易な）ジェンダー調査を実施し、プロジェクトとジェンダーとの重要な接点（ジェンダー課題の抽出）を早いうちに明らかにすることが重要。
- (3) 事前評価調査結果に基づいて、PDMの指標の中で重要な部分については男女別のデータがとられるよう設定することが、後々のモニタリング、評価の際に重要。
- (4) エンパワーメント効果については、現在社会開発部で調査研究が行われている「エンパワーメント指標」などをうまく活用し、ベースラインと結果とが比較できるような手法を用いることが有用。

## 第8章 提言と教訓

### 8-1 提言

#### 8-1-1 対日本国政府

- (1) プロジェクト成果のザンビア国内での普及・展開を図るザンビア政府の取り組みに対して、何らかの支援を検討すべきである。

#### 8-1-2 対ザンビア政府

- (1) LDHMTは、GMP+の全体的調整を専門的に担う職員を任命すべきである。
- (2) 保健省は、「必須パッケージ」として絞り込まれた）GMP+に対して、引き続き十分な予算配分を行うべきである。
- (3) ザンビア政府は、子どもの健康改善につながるコミュニティにおける実践モデルである本プロジェクトの成果を、ルサカ市内および他の主要都市部の貧困層を対象として普及すべきである。また、共通のニーズを抱える周辺国に対し、保健省から情報発信していくことも望ましい。

#### 8-1-3 対プロジェクト（協力期間終了まで）

- (1) 活動内容を吟味し、LDHMTの人的・財務的・組織的能力により合わせた「必須パッケージ化」の作業を継続すべきである<sup>75</sup>。
- (2) 保健省との協働により、プロジェクト成果の対外発信を積極的に支援すべきである<sup>76</sup>。

### 8-2 教訓

- (1) GMP+（定期的な体重測定と組み合わせた、健康・栄養教育および予防接種・家族計画等の効果の高い保健サービスのアウトリーチによる提供と、重症小児の適切なリファerral）と、PHAST（地域住民による環境衛生課題分析とそれに基づく参加型での環境衛生改善事業の実施）を、コミュニティレベルで統合したアプローチは、都市貧困層が暮らす人口稠密な未計画居住地区において5歳未満児の健康を改善する（下痢症の減少、低栄養児の減少）ための有効な手段であることが改めて確認された。また、無償資金協力による給水インフラの整備と、技術協力による健康・衛生教育を組み合わせたプログラムの支援の有効性<sup>77</sup>も示された。

<sup>75</sup> この提言については、終了時評価調査後2007年6月に、Guidelines for Integrated Community-based Child Health Packageとして完成を見た。同ガイドラインについては、関連するマニュアル類や視聴覚教材もすべて含んだCD-ROMとして作成・配布されている。

<sup>76</sup> この提言については、終了時評価調査後2007年5月に、Sub-regional Conference on Community-based Child Health Interventionsの開催をもって実現を見た。

<sup>77</sup> 技術協力が成果の一つに掲げた安全な飲料水源の利用を促進するためには、インフラ整備によって安全な飲料水源への物理的なアクセスを改善することが不可欠の外部要因であった。その一方で、浅井戸が容易に利用できる環境下で、無償資金協力によって整備された共同水栓からの有償の水へと転換を進めるためには、継続的な健康・衛生教育が不可欠であった。

- (2) 一般に、人口の流動性が高く、コミュニティとしての結びつきが弱いと考えられている都市部貧困層居住地区においても、住民（および住民から選ばれたコミュニティ・ボランティア）はコミュニティをベースとする健康増進活動（GMP+、PHAST）を自ら推進する潜在能力を備えていることが確認された。しかしながら、住民による活動には限界もあり、技術指導やその他の支援（アウトリーチによる予防接種、活動経費の負担等）を提供できる専門職（地方保健行政官、保健医療サービス提供者）および行政機関（市保健局、市役所等）の役割が重要であることも確認された。すなわち、エンパワーメント（ボトムアップ）と保護（トップダウン）の双方向の支援を基本とする「人間の安全保障」に基づくアプローチが必要である。したがって、ザンビアをはじめ保健分野専門職の不足が深刻化している国においては、医療従事者の育成・流出防止に資する施策<sup>78</sup>も必要である。
- (3) 多くのステークホルダー（中央政府、住民組織、他ドナー等）の参加を得たタスクフォースやワーキンググループ、委員会等を設置し、参加型かつ透明性の高い意思決定を徹底したことは、コミュニティでの活動を通じて得た知見を、国家及び地方保健政策に反映させる上で効果的であった。日本人専門家の大きな役割の一つは、国内ステークホルダーを結び付ける触媒となることであった。他方、それら活動が人員不足に直面する一部のヘルスセンター職員やLDHMT職員にとって負担となった側面もある。したがって、協力期間終了後は先方実施機関が主体となって調整・開催していく必要があることにも配慮し、全体の委員会の数やそれぞれの活動頻度を必要最小限とする配慮も不可欠である。
- (4) コミュニティをベースとする活動の推進に際しては、住民間および住民と医療従事者間の信頼関係を構築することが必要不可欠である。コミュニティ・ボランティアについては、人選の時点からコミュニティを巻き込み、標準化されたモジュールを用いてトレーニングすることで質を担保すること、また活動を開始してからも専門職による技術指導・支援や、再訓練を提供し、質の維持・向上を図ることが、住民からの信頼を得るためには必要である。また、定期的開催されるGMP+のように、活動をルーチン化することは、住民からの信頼獲得のみならず、ボランティアのスキルの維持・向上やモチベーションの維持・向上にも有効である。
- (5) 協力期間中の目標達成を念頭におき、段階的かつ戦略的に活動を展開することが、成果管理のうえで有効である。本プロジェクトでは協力期間を、①ガイドライン・マニュアル等の「もの」づくりを中核とした基盤整備期、②活動に従事する専門職や健康ボランティア等の「ひと」づくりを中核とした活動拡充期、③実践を通じた「もの」「ひと」の継続的改善・強化を中核とした活動定着期、④活動の自立発展性を確保するための「かね」づくり（国家政策への反映等）を中核とした活動仕上期の4つに区分してマネジメントを行った。また、明確に定義された定量的指標を活用し、参加型で目標設定およびモニタリングを行ったこと

<sup>78</sup> ザンビア政府は、保健分野政府職員の増加を進めており、ザンビア全体での定員は26,523人（2005年）から30,883人（2008年）に、4,360人増加している。ただし、保健省からの情報によると、同期間中に実際に追加採用された人員は1,300人とどまっている。LDHMTについては、職種によるばらつきが大きく、かつLDHMTが必要と考える人員数には全体として達していないものの、2005年から2008年にかけて、専門職の実員は微増している。

は、評価の客観性を高めたのみならず、先方関係者の当事者意識（オーナーシップ）を高める効果があった。協力成果等の科学的分析に関しては、国内協力機関の一つである大学（新潟大学）の役割が大きかった。

- (6) コミュニティ・ボランティアからは、日本人専門家がコミュニティレベルで共に活動し、地域住民と協力関係を築いたことに高い評価を得た。現場で問題を共有し、一緒に活動することを通してカウンターパートの課題対応能力の向上を支えるJICAの技術協力の特徴であり、有効なアプローチである。その意味で、NGO（AMDA）を協力機関の一つとし、NGOの事業を通じてコミュニティでの活動経験豊富な人材を専門家として登用した効果は大きかった。
- (7) 「人間の安全保障に根ざしたアプローチ」「実証的かつ段階的アプローチ」「参加型アプローチ」は、住民を主体とする保健システム構築を支援する方策として有効である。政策枠組みの変化に係る情報収集・分析は、外部要因の変化に適切に対応するために重要である。
- (8) パイロット型（効果実証型）のプロジェクトの成果を体系化し、確立されたモデルの普及・拡大を図る場合には、保健省や地方保健局等の実務機関に加えて、現地の教育研究機関（大学・専門学校等）をパートナーとすることで、持続的な人材育成体制を確保し、先方政府の自助努力による協力成果の普及を促進できる可能性がある。
- (9) コミュニティ主体の事業（特に、工事や施設建設を伴う事業）については、様々な手続き（土地所有権の取得、配電・給水の確保等）に時間を要する。他方で、住民組織の能力強化を図るためには彼らが主体となって問題解決にあたる必要があることから、そのようなプロセスにかかる時間も見込み、十分な準備時間の確保に留意する必要がある。