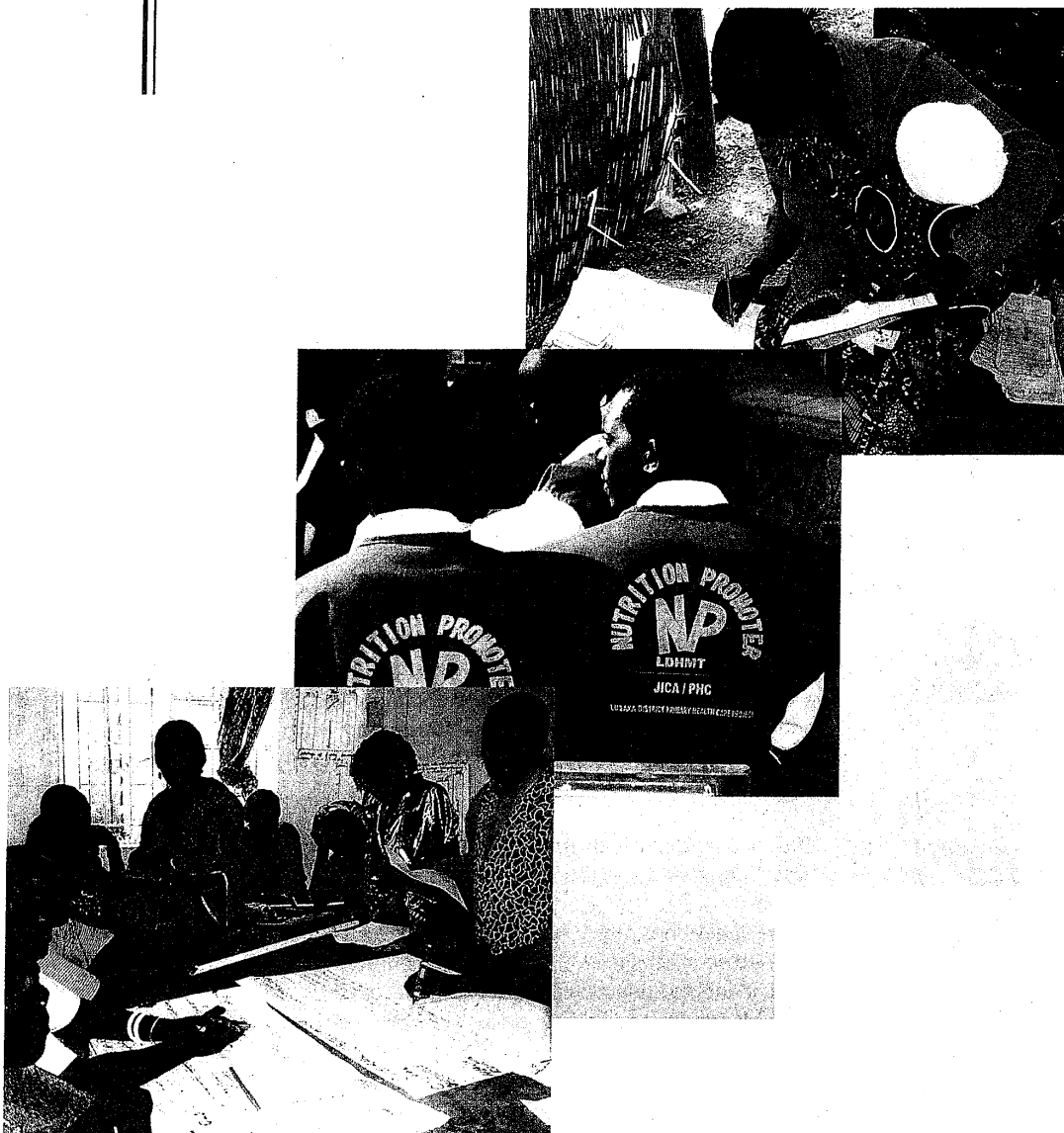

PART 2

COLLECTION OF GUIDELINES, MANUALS AND FIELD TOOL KITS



I. GUIDELINES AND MANUALS

1. Community-based Child Health

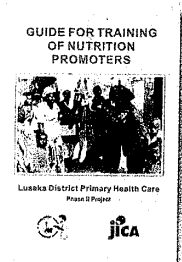


The Operational Guidelines for TOT in Community Health

Description: A4 23 pages, edited in 2006

These guidelines are for LDHMT officers to plan, implement and evaluate Training of Trainers in Community Health.

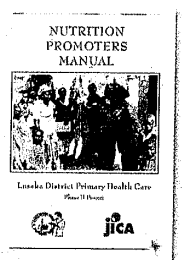
The Annex includes Pre/Post-test forms, performance check sheets for both participants and facilitators and a course evaluation sheet.



Guide for Training of Nutrition Promoters

Description: A4 83 pages, 1st edition in 2003 and 2nd edition in 2006

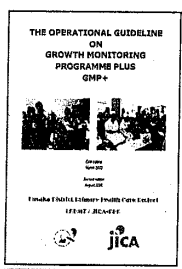
This guide was made by the Nutrition Promoters Manuals Development Working Group under the Child Health Task Force for the LDHMT. The guide is used by CHCs to facilitate NP training. The content is linked to the Nutrition Promoters Manuals and outlines what should be explained, asked, emphasised and summarised to the participants.



Nutrition Promoters Manual

Description: A4 82 pages, 1st edition in 2003 and 2nd edition in 2006

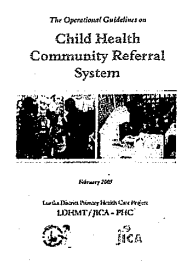
This manual was made by the Nutrition Promoters Manuals Development Working Group under the Child Health Task Force for the LDHMT. The manual is a guide to the promotion of community-based health and nutrition programmes in Lusaka urban communities and, with condensed contents, is most useful for NPs to understand the elements of nutrition. It is used for NP training.



The Operational Guidelines on Growth Monitoring Programme Plus

Description: A4 39 pages, 1st edition in 2003 and 2nd edition in 2006.

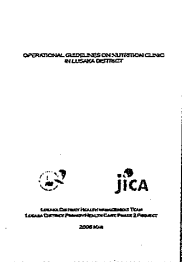
These guidelines have been developed by the Child Health Task Force Committee in the LDHMT. They are used during TOT, CHW, and NP training for participants to understand the components of GMP+ and how to implement it. They also mention the key players of GMP+ and monitoring and evaluation systems. The Annex includes all the forms and checksheets used during GMP+ session and for evaluations.



The Operational Guidelines on Child Health Community Referral in Lusaka District

Description: A4 22 pages, edited in 2005

These guidelines are mainly for CHWs, whose role includes early detection of major childhood illness in the community referral system. However, it is also used for the orientation of HC staff who receive the referred cases and give feedback. It also includes information on how to utilise First Aid Kits and all the forms in the referral system.

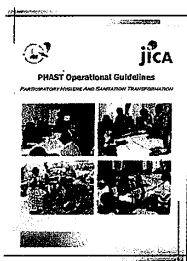


Operational Guidelines on Nutrition Clinic in Lusaka District

Description: A4 18 pages, edited in 2006

These guidelines were developed to coordinate the Nutrition Clinic activities. They clearly describe the key roles of implementers of the Nutrition Clinics and their activities. They also include admission and discharge criteria, and a flow chart of the procedures in managing malnourished children in the Nutrition Clinics.

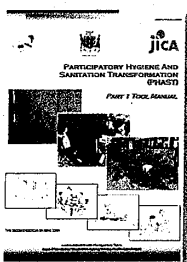
2. Community-based Environmental Health



PHAST Operational Guidelines

Description: A4 34 pages, edited in 2007.

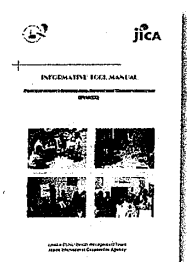
These guidelines were developed for EHO/EHTs as well as Health Centre staff who support community-based environmental health activities. The guidelines explain how to implement the activities, including PHAST workshops and other essential environmental health activities. They also cover important points to be considered for smooth implementation and effective outcomes.



PHAST Tool Manual

Description: A4 130 pages, 1st edition in 2003 and revised in 2005.

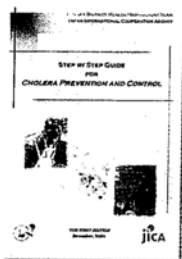
This manual was designed to guide facilitators to plan and conduct PHAST workshops. The manual contains 45 tools with a complete set of visual tools as well as a description of objectives, targets and methods. The tools are categorised into five groups in accordance with each objective. The categorisation also indicates steps that workshops should follow, and that allow smooth and effective planning of the workshops.



Informative Tool Manual PHAST

Description: A4 35 pages, 1st edition in 2006.

This manual was edited for EHO/EHTs to train health volunteers for health education. 12 tools were selected from PHAST tools that are specifically suitable for the public, as well as small group health education as informative tools. The use of each of the tools for health education is explained, including points of consideration in delivering health messages. The manual is also used as reference material for health volunteers.

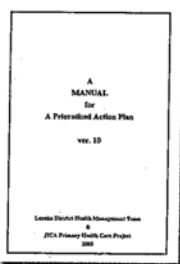


Step by Step Guide for Cholera Prevention and Control

Description: A4 14 pages, 1st edition in 2004.

This guide was developed by the Cholera Contact Tracing Working Group under the Cholera Task Force for the LDHMT. The guide is designed to help contact tracing volunteers to understand how to operate the contact tracing activities, including epidemiological information on cholera, interviewing patients and their families, and disinfection. This guide is used for training workshops for cholera contact tracing.

3. Health Planning

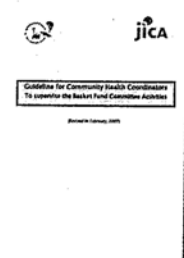


A Manual for A Prioritised Action Plan

Description: A4 29 pages, 1st edition in 2005 and revised in 2006.

This manual is designed to introduce the concept of Prioritised Action Planning and uses six steps to describe prioritised action. After 2 years of experience in using six formats, the steps were reduced from six to five by using simplified five formats in order to make the procedures more user friendly. In addition, it was changed from 3-year planning to 1-year planning due to the current unstable funding situation.

4. Community Basket Fund

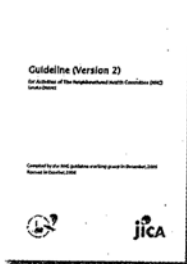


Guidelines for Community Health Coordinators to Supervise the Community Basket Fund Committee Activities

Description: A4 17 pages, finalised in 2007.

Through discussions in several CHC meetings from six Health Centre catchment areas, consensus was made on how to supervise the Community Basket Fund activities and how to distribute monetary incentives to each volunteer generated from IGVs. These guidelines describe the consensus and understandings regarding the Community Basket Fund activities.

5. NHC and CBOs Network



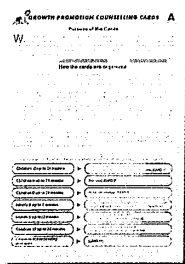
Guidelines for Activities of the Neighbourhood Health Committee (NHC) in Lusaka District

Description: A4 36 pages, 1st edition in 2005 and 2nd edition in 2006.

These guidelines were developed by the NHC Guideline Working Group which consists of 5 LDHMT officers, 7 HC staff and 5 NHC chairpersons from different HCs and a JICA expert. These guidelines are for HC staff, NHC members and other health related stakeholders and clearly explain how to institutionalise an NHC and revitalise their activities in Lusaka District.

II. FIELD TOOL KITS

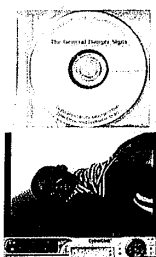
1. Community-based Child Health Pack



Nutrition Counselling Cards

Description: A4 11 double-sided and laminated cards

These cards were published by the NFNC with support from some stakeholders. They are mostly used for NPs conducting nutrition counselling sessions at GMP+ sites or elsewhere in Project activities, and their use is included in the NP training. On one side of each card, there is guidance for the users including questions to ask the caretakers about the health and feeding of the child. On the other side of the card, there are drawings that show recommended practices for caretakers.



The General Danger Signs

Description: DVD/VHS versions. 47 mins 05 secs

This visual aid was produced to promote recognition of general danger signs of under-5 children and care seeking in communities. Part 1 targets caretakers and CBOs to understand general danger signs and other important symptoms. Part 2 targets CBOs, enabling them to describe general danger signs and other important symptoms by using Q&A exercises. Part 3 focuses on caretakers, using drama to help them to understand what to do in response to the danger signs.

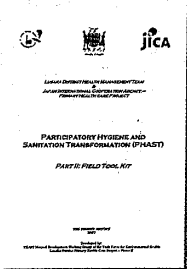


Child Health Key Family Practices

Description: A3 size and A4 size flipchart, 11 practices by guidance and photos

This visual aid is used to promote 9 key family practices in communities prioritised in Lusaka District. In the Project, CHWs and NPs use this flipchart at health education sessions at GMP+ sites and Hcs.

2. Community-based Environmental Health



PHAST Field Tool Kit

Description: A4 289 pages

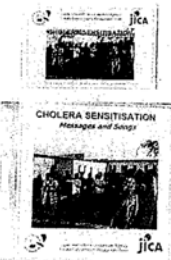
This kit contains 21 PHAST tools (among 45) that require visual aids for PHAST workshops. Visual aids were illustrated giving consideration to the social and cultural context of urban as well as rural settings. Each of the tools is explained with a set of visual aids. Facilitators for the workshops are advised to select tools and visual aids in accordance with the purpose and target participants, and to make copies of sets of tools for group works.



Informative Tool Kit PHAST

Description: A4 79 pages

This kit was developed for the purpose of health education for hygiene and sanitation. The kit includes description and points of emphasis for health education for each of the tools, and visual aids that were selected from PHAST visual aids giving consideration to the purpose and target group of health education. It is advised that the description and visual aids be copied and laminated for field practices considering convenience and durability.



Cholera Sensitisation Messages and Songs

Description: CD Rom/Tape 19 minutes

These messages and songs were made by EHC members for sensitising communities to improve behaviour towards hygiene and sanitation for preventing cholera outbreaks. These messages include preventative methods such as safe water and a proper method of hand washing as well as treatment of cholera patients. These messages were recorded in English and two local languages, Nyanja and Bemba. Three songs are inserted before and after the messages.



A CHW using a flip chart in a health education session at a GMP+ site



Caretakers and children watching the General Danger Signs video at a GMP+ site

REFERENCES

CSO, 2003, Zambia 2000 Census of Population and Housing

CSO, 2004a, Living Conditions Monitoring Survey Report

CSO/CBoH/Macro, 2003, Zambia Demographic and Health Survey (ZDHS):
2001-2002

MoH, Annual Health Statistical Bulletin, HMIS

CSO/MoH/Macro, 1997, Zambia Demographic and Health Survey (ZDHS):
1996

CSO, 2004b, Epidemiological Projections

CSO, 1997, Living Conditions Monitoring Survey 1996

ANNEX 1

Project Design Matrix

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions		
Super Goal:					
Health Status improvement of under 5 children in Lusaka District is sustained through development of urban health and community value					
Overall Goal:					
Health status of under 5 children is improved through expansion of effective and sustainable community-based health activities in Lusaka District			Political and social stability should be maintained		
Project Purpose:					
Health status of under 5 children is improved through establishment of effective and sustainable community-based health activities in selected Health Centre catchments	(1)	Incident rate of diarrhoea (non-bloody) of under 5 children becomes 682.2 to 218.2 (cases/1,000 pop)	Data from LDHMT, HMIS	Environmental health/housing conditions in the compounds in Lusaka District are not worsened	
	(2)	Incident rate of diarrhoea (bloody) of under 5 children becomes 25.9 to 9.5 (cases/1,000 pop)			
	(3)	Incident rate of measles of under 5 children is decreased from 18.2 to 0.6 (cases/1,000 pop)			
	(4)	Prevalence of malnutrition of under 5 children becomes 72.4 to 24.0 (cases/1,000 pop)			Donors funding should be maintained at an acceptable level
Outputs:					
1. Community-based child growth promotion (CBCGP) is enhanced	(1)	Percentage of under 5 children who are below the lower growth line improve from 15% to 9.3%	(1) Data from Health Cent	Purchasing power of household income does not decrease significantly. (Economic status is not changed so much)	
	(2)	Improvement of the coverage of full immunisation (A) Coverage of fully immunised 12-23month children becomes 71.2% to 79%. (B) Percent of children who complete full vaccination before 1 year old increases from 59 % to 79%.	(2) Survey report		
	(3)	Frequency of weighing children aged between 0-24 months increases from 14.6 times to 19.2 times.	(3) Survey report		Prevalence of HIV/AIDS is not worsened so much.
	(4)	Percentage of mothers who introduced other food except breastfeeding after 6 months becomes 50% to 67%.	(4) Survey report		
	(5)	Percentage of caretakers who have adequate knowledge on prevention of malnutrition increases from 32% to 54%	(5) Survey report		
	(6)	Percentage of caretakers who have adequate knowledge on prevention of diarrhoea increases from 46% to 52%	(6) Survey report		

ANNEX 2

Project Indicator

Indicators	Project Areas	Baseline	Terminal
	All Project areas	682.2	267.6
	George	444.2	65.4
	Kanyama	581.3	468.7
1. Incidence rate of diarrhoea (non-bloody) of under 5 children (cases/1,000 pop)	Ng'ombe	1,473.3	436.4
	Chipata	327.5	267.0
	Chawama	1,000.2	295.4
	Mtendere	266.9	72.6
	All Project areas	25.9	5.8
	George	9.8	1.3
	Kanyama	8.5	11.7
2. Incidence rate of diarrhoea (bloody) of under 5 children (cases/1,000 pop)	Ng'ombe	50.7	10.8
	Chipata	17.5	3.4
	Chawama	62.9	1.1
	Mtendere	6.2	6.2
	All Project areas	18.2	1.3
	George	31.3	0.3
	Kanyama	8.2	5.2
3. Incidence rate of measles of under 5 children (cases/1,000 pop)	Ng'ombe	6.3	0.0
	Chipata	10.4	0.0
	Chawama	48.7	2.2
	Mtendere	4.1	0.0
	All Project areas	72.4	21.6
	George	39.5	3.7
	Kanyama	52.1	57.4
4. Prevalence of malnutrition of under 5 children (cases/1,000 pop)	Ng'ombe	199.9	25.2
	Chipata	32.9	25.0
	Chawama	97.3	12.8
	Mtendere	12.7	5.3
	All Project areas	14.8%	10.0%
	George	22.4%	14.8%
	Kanyama	14.7%	10.5%
5. Percentage of under 5 children who are below the lower growth line	Ng'ombe	12.8%	5.3%
	Chipata	10.0%	16.3%
	Chawama	10.8%	7.1%
	Mtendere	18.2%	5.8%
	All Project areas	58.9%	65.3%
	George	62.0%	69.7%
	Kanyama	53.0%	50.8%
6. Percentage of children who complete full vaccination before 1 year old	Ng'ombe	68.4%	68.6%
	Chipata	54.2%	64.8%
	Chawama	54.2%	56.5%
	Mtendere	61.7%	81.6%

Source for 1-5: LDHMT HMIS 2002 and 2006

Source for 6: Project Surveys in 2003 and 2006

Indicators	Project Areas	Baseline	Terminal
	All Project areas	14.6 times	15.9 times
7. Times of weighing growth of children for the period from 0 to 24 months	George	13.7 times	15.4 times
	Kanyama	14.2 times	14.0 times
	Ng'ombe	14.2 times	15.9 times
	Chipata	13.9 times	16.2 times
	Chawama	15.3 times	15.2 times
	Mtendere	16.1 times	18.4 times
	All Project areas	49.9%	55.9%
8. Percentage of mothers who practiced exclusively breastfeeding up to 6 months of age and introduced other food after 6 months	George	67.2%	75.4%
	Kanyama	37.3%	51.9%
	Ng'ombe	42.9%	43.8%
	Chipata	54.6%	51.1%
	Chawama	51.4%	55.2%
	Mtendere	46.0%	58.1%
	All Project areas	32.4%	44.0%
9. Percentage of caretakers who have adequate knowledge on prevention from malnutrition (<i>Caretakers those who reply two responses among three important items; 1. Balance food, 2. Regular feeding, and 3. Monthly growth monitoring</i>)	George	47.6%	68.5%
	Kanyama	19.0%	56.9%
	Ng'ombe	52.8%	27.1%
	Chipata	15.4%	41.5%
	Chawama	33.2%	29.5%
	Mtendere	26.2%	40.5%
	All Project areas	46.2%	61.1%
10. Percentage of caretakers who have adequate knowledge on prevention from diarrhoea (<i>Caretakers those who reply two responses among four important items; 1. Drinking safe water, 2. Washing hands in a proper way, 3. Proper disposal of stools in a latrine and 4. Preparing food properly</i>)	George	46.8%	74.2%
	Kanyama	58.4%	70.3%
	Ng'ombe	65.0%	74.0%
	Chipata	28.2%	54.1%
	Chawama	46.0%	40.2%
	Mtendere	32.0%	54.0%
	All Project areas	35.3%	47.0%
11. Percentage of caretakers who take children health facilities immediately after detecting their danger signs	George	55.5%	60.3%
	Kanyama	28.2%	44.0%
	Ng'ombe	27.0%	38.6%
	Chipata	25.4%	44.5%
	Chawama	27.1%	34.0%
	Mtendere	48.5%	60.4%
	All Project areas	85.7%	94.4%
12. Percentage of households that access to safe water	George	95.2%	95.2%
	Kanyama	98.0%	95.6%
	Ng'ombe	44.0%	84.2%
	Chipata	81.2%	93.8%
	Chawama	97.8%	100.0%
	Mtendere	98.0%	97.8%

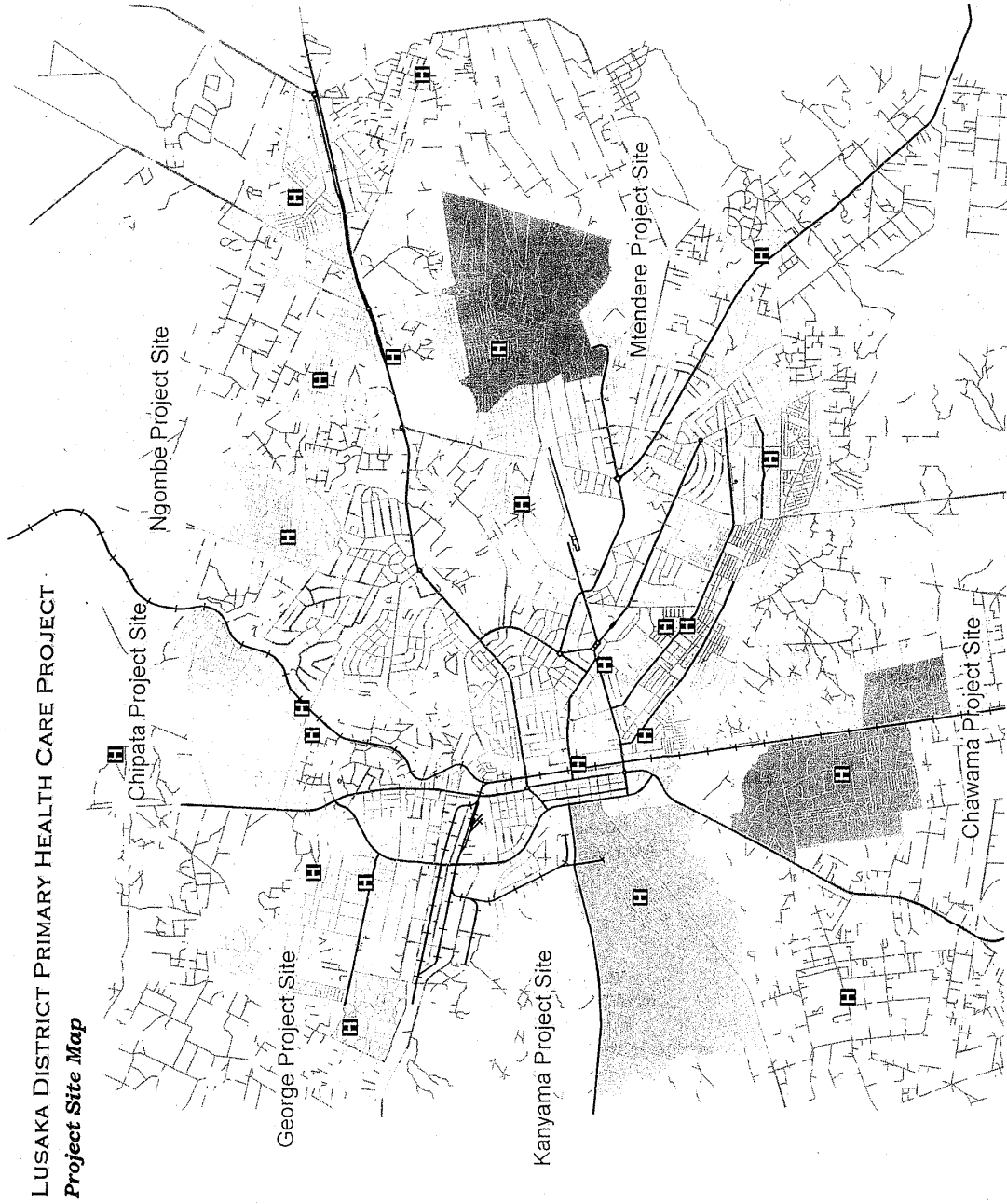
Source for 7-12: Project Surveys in 2003 and 2006

Indicators	Project Areas	Baseline	Terminal
	All Project areas	72.2%	89.2%
	George	77.4%	89.8%
13. Percentage of households that make drinking water safe through boiling or chlorination	Kanyama	83.3%	91.4%
	Ng'ombe	76.0%	82.6%
	Chipata	41.2%	91.6%
	Chawama	73.6%	88.2%
	Mtendere	81.6%	91.8%
	All Project areas	47.3%	49.2%
	George	60.6%	54.4%
14. Percentage of households that keep water in a proper way for avoiding contamination	Kanyama	48.8%	46.9%
	Ng'ombe	59.6%	85.4%
	Chipata	53.2%	42.9%
	Chawama	25.2%	35.2%
	Mtendere	36.4%	30.3%
	All Project areas	13.6%	46.0%
	George	23.2%	50.4%
15. Percentage of caretakers washing hands in a recommended hand-washing method (with flowing water and soap)	Kanyama	16.8%	37.5%
	Ng'ombe	2.6%	43.0%
	Chipata	21.8%	53.9%
	Chawama	3.6%	46.6%
	Mtendere	13.8%	44.7%
	All Project areas	86.7%	91.7%
	George	87.2%	88.4%
16. Percentage of households that use latrines	Kanyama	85.4%	85.6%
	Ng'ombe	87.4%	96.8%
	Chipata	85.0%	92.2%
	Chawama	82.6%	91.6%
	Mtendere	92.4%	95.4%

Source for 13-16: Project Surveys in 2003 and 2006

ANNEX 3

Lusaka and Project Site Map





For further information please contact:

Lusaka District Health Management Team, Ministry of Health

Plot No. 5231, Makishi Road
P.O. Box 50827 Lusaka Zambia
Tel: 260-1-235554, Fax: 260-1-236429

or

JICA Zambia

P.O. Box 30027, Lusaka 10101
Tel: 260-1-254501, Fax: 260-1-254935
e-mail: zb_oso_rep@jica.go.jp
website: <http://www.jica.go.jp/english/index.html>

Designed by:

Lusaka District Primary Health Care Project II

Published by:

impreSSions ARTS - Tel: +260-1-228112, Cell: (+26) 095 5 750489 / 096 6 750489



GUIDELINES for Integrated Community-based Child Health Package



Ministry of Health

JUNE, 2007

MINISTRY OF HEALTH, ZAMBIA
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY



Printed by PRINTECH LTD., Lusaka.

9. プロジェクト・ストーリー

～プロジェクト・ストーリー～

ザンビア国ルサカ市プライマリ・ヘルスケアプロジェクト（フェーズ1 & 2）の経験

【安全な水の確保】

ザンビア国の首都であるルサカ市（人口140万人）では、人口流入に社会サービスの供給が追いつかず、貧困と環境衛生の悪化や、それによる感染症の流行が、人々の健康を脅かしていた。特に、農村からの移住者が集まって自然発生的に形成された、都市周辺部の「コンパウンド（未計画居住区）」において、問題は深刻であった。

日本政府は、そのようなコンパウンドの一つ「ジョージ地区（人口約4万人）」を対象に、無償資金協力で給水施設を整備し、地域住民の厚生水準の向上を目指した。コンパウンドでは、バンダリズムと称される公共施設の破壊行為等もあり、単に設備を供与しただけでは適切な運営管理がなされない恐れがあった。また、人口移動が激しく、住民組織が脆弱な中で、維持管理に必要な水道料金の徴収にも困難が予想された。そこで JICA は、いわゆる“ソフトコンポーネント”を効果的に活用し、住民による維持管理組織の設置を支援した。具体的には、アフリカでの給水事業経験豊富なコンサルタントにより、共同水栓の近くに住む「タップ・リーダー」と呼ばれる住民代表が、水栓の鍵を管理すると共に、水道使用料金の徴収を行う（徴収した金額の一部はタップ・リーダーの収入となる）仕組み作りを支援した。タップ・リーダー制によって、共同水栓は比較的良好に管理され、損益分岐を概ね上回る料金徴収が確保された。



無償資金協力により整備された共同水栓から水を汲む住民たち

【技術協力の開始】

他方、JICA はザンビア国保健省より、ルサカ市を対象としてプライマリ・ヘルスケア（後述）の強化を目的とする技術協力プロジェクトの要請を受けていた。要請された活動の一つに、パイロット地区を選定してのコミュニティレベルでのモデル構築が掲げられていた。JICA は、対象とする地区を選定するため、プロジェクトの開始段階で複数のコンパウンドを対象とする社会調査

を実施し、比較検討を行った。調査の結果、ジョージ地区は他のコンパウンドと比較しても、犯罪が多く、住民活動があまり活発でないなど、問題が大きいことが明らかとなった。しかしながら、健康改善の基本となる安全な水供給が確保された利点を活かし、無償資金協力と技術協力の相互補完効果（シナジー効果）を引き出すため、ジョージ地区をパイロットとして選定することが決定された。こうして開始されたのが、「ルサカ市プライマリ・ヘルスケア・プロジェクト（1997年～2002年）」である。

【プライマリ・ヘルスケアとは】

プライマリ・ヘルスケア（Primary Health Care: PHC）とは、1978年のアルマアタ宣言（国際プライマリ・ヘルスケア会議）で提唱された概念であり、医療サービスのみ依存することなく、住民が主体となって自らの健康を守ることができる社会作りを目指すものである。提唱された当時は、それまでの疾病対策中心（天然痘撲滅計画、マラリア撲滅計画等）、医療専門家中心の国際保健活動に代わる、新たなパラダイムとして世界に受け止められた PHC であったが、その後「選択的 PHC（費用対効果の高い医療サービスの普及に資源を集中投入するとの考え方）」が主流となる中で、本来 PHC が有していた包括性（水・衛生等を含むマルチセクターの取り組み）や政治性（住民参加、内発的発展）は薄れつつあった。また、PHC の担い手として全世界で大量に養成されたコミュニティ・ヘルスワーカー（健康ボランティア）についても、継続的なスキルアップが十分になされない中で、その役割に対する評価は低下していた。本プロジェクトの活動は、PHC を再評価し、健康ボランティアによる活動を再活性化すると共に、環境衛生の改善と住民参加による健康促進活動を組み合わせたマルチセクターの取り組みを推進することによって、都市貧困層を対象に、理念にとどまらない PHC の実践モデルを構築する作業であった。

【国内支援体制の確保】

プロジェクトの実施に当たって、JICA は日本を代表する NGO（AMDA）を国内パートナーとして選定した。本プロジェクトは、JICA にとって本格的な NGO 連携のさきがけとなる案件でもあった。また、国際保健医療の専門性が高い大学（東京大学国際保健計画学教室、新潟大学公衆衛生学教室）を国内支援機関に加えることで、科学的・実証的なアプローチを目指した。これら国内協力機関の支援も得て、JICA はコミュニティを巻き込んだマルチセクターな取組みが必要とされる PHC を実践するのに必要な多様な専門性を持った専門家チームを編成した。AMDA からは、緊急援助活動等で現場経験の豊富な医療職（医師・看護師）や、業務調整専門家、住民組織強化の専門家等を派遣いただいた。その他にも、

日本の保健所や国際機関等で地域保健行政の経験を有する医療専門職や、社会調査・統計調査にかかる専門家、開発プロジェクトのマネジメント経験豊富な専門家等を派遣した。このように、性格の異なる国内支援機関の協力と、現場のニーズに応じた多様な専門家の派遣が、プロジェクト成果につながった。

【都市型 PHC 実践モデルの確立】

人口移動が激しく、地域における人的結びつきが弱い都市貧困層を対象に、住民参加や協働を基本とする PHC を実践することは、容易ではなかった。社会調査からも明らかになったように、対象としたジョージ地区は治安状況も悪く、コミュニティに入って活動を行うには警備員を備上しなければならないほどであった。プロジェクトに関わった専門家は、当時のジョージ地区を「荒んだコミュニティ」と評している。しかしながら、専門家チームは、常に住民の目線に立った活動を続け、コミュニティとの関係を築いていった。JICA の技術協力の特徴の一つである現場主義を、徹底して実践した事例と言える。国際協力の専門家には、それぞれの分野における技術的専門性も求められるが、それ以上に、相手との信頼関係をいち早く築くコミュニケーション・スキルが必要とされる。

プロジェクトでは当初、学校保健活動や、栄養改善を狙ったコミュニティ農園・学校菜園、コミュニティ薬局等、地域におけるさまざまな活動を検討・試行した。JICA による技術協力の特徴の一つが、この現場における試行錯誤の期間にある。JICA の実施する技術協力は、あらかじめ定められた方法論を外国人が持ち込むのではなく、むしろ現場の問題認識に基づいて、何が必要かを先方実施機関の担当者と共に考え、それに合わせて利用可能なツールを、現場のニーズにより適用するように加工（或いは新規に開発）し、実践を通じてその有効性を確認していくプロセスに特徴がある。本件の場合、そのプロセスを経て、ジョージ地区において特に有効性が立証されたのが、小児の定期的体重測定を中心とする「包括的健康増進活動（GMP Plus）」と、「参加型環境衛生改善活動（PHAST）」の二つであった。

GMP（Growth Monitoring and Promotion）は、元々1980年代を通じ UNICEF によって子供の健康改善のために費用対効果の高い活動（GOBI-FFF）の一つとして推奨され、世界的に展開されたプログラムである。プロジェクト開始当初、小児の体重測定はヘルスセンターで実施され、ただでさえ患者の多いヘルスセンターの混雑の原因となっていた。プロジェクトでは地域に存在していた健康ボランティアに再訓練を実施すると共に必要数に足りない部分は新たに養成し、彼らが中心となってコミュニティの中で体重測定を実施する体制構築を支援した。



コミュニティ内（屋外）で小児の体重測定を実施する健康ボランティアたち

また、単に体重を測定するだけではなく、栄養不良児の養育者に対しては栄養カウンセリングを提供すると共に、ヘルスセンターに開設した栄養クリニックへリファーする体制を整えた。さらに、待ち時間を利用した健康教育や、ヘルスセンターからの出張サービスによる予防接種や家族計画の提供も加えた。やがて、エイズ対策のために他の団体によって育成されたピア・エデュケーター達が健康ボランティアと協力して演劇等を通じた予防啓発活動を行うなど、GMP Plus はコミュニティにおける包括的な予防サービス提供の場であるのみならず、健康改善を目的とするコミュニティの社会的動員（ソーシャル・ムーブライゼーション）の場となった。

一方、PHAST（Participatory Hygiene and Sanitation Transformation）は、住民参加型の環境衛生改善を実現する手法として、世銀、UNDP、WHO により開発され、アフリカを中心として広く推奨されている手法であった。プロジェクトでは、対象地域の実情により合わせたワークショップ教材（視聴覚教材）等を作成してボランティア等の人材育成を支援すると共に、ヘルスセンターの環境衛生技師や、既存の住民組織を中核とする環境衛生委員会の組成を支援した。また、訓練を受けたボランティアによるコミュニティの問題分析に留まらず、トイレ建設・排水施設整備・ごみ処理活動等の、具体的かつ目に見える環境衛生改善活動の実践を支援し、地域住民の一層のやる気を引き出した。

GMP Plus を通じた栄養・健康改善活動のみではなく、環境衛生改善活動を並行して実施したことは、人口稠密な都市貧困層を対象とする PHC の実践モデルとしての本件の有効性を高めた。また、さまざまな共同作業の実践を通じて、従来連帯意識が弱かったコンパウンドに居住する都市貧困層において、相互の信頼関係や共通の目的意識（ソーシャル・キャピタル）の形成にも貢献したものと考えられる。地域保健の専門家は、当初他と比べても治安等の面で条件が悪かったジョージ地区の住民が、コミュニティの変化を目の当

たりにし、他地区の住民や保健大臣等からもその成果を讃えられることで、地域への誇りを感じるようになったと報告している。国内支援委員は、このような地域住民の変遷課程を、「地域社会を大切にする価値観の創造（Community Value Creation）」と呼んだ。

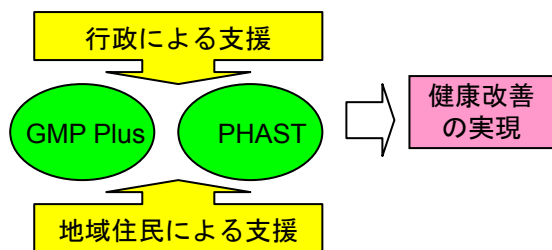


排水溝整備に参加する住民ボランティア

【モデルの展開】

ジョージ地区での成功を踏まえ、その経験をルサカ市内の 5 地区に展開するルサカ市保健局の活動を支援することを目的として、JICA は「フェーズ2プロジェクト（2002 年～2007 年）」を実施した。同プロジェクトでは、GMP Plus と PHAST を 2 本柱とするコミュニティ活動を展開すると共に、それらを支援する行政能力の強化や地域住民組織の強化、ボランティア活動費創出のための地域における収入創出活動の導入を支援した。

ザンビア PHC のモデル



新たに展開した 5 地区においても、コミュニティ活動は着実に根付き、ボランティアの育成を自立的に行うための人材や、活動のモニタリング・評価を継続的に行う仕組みも、ルサカ市保健局において整えられた。地域における収入創出活動の一つとして導入された有料公衆トイレは、KOSHU（公衆）の名で住民に受け入れられ、利用されており、経常経費を除いた収益の健康ボランティアへの還元が既に開始されている。

フェーズ2の終了時評価においては、これらの成果が着実に住民の健康改善につながっていることが明らかにされた。例えば、標準成長曲線の下方ラインを下回る 5 歳未満児（低栄養児）の割合は、ジョージ地区を含む 6 つの対象地域にお

いて、2002年の 15%から 2006 年の 10%へと低下した。また、血液が混じる小児下痢については、同じ期間中に、1,000 人当り 25.9 件から 5.8 件へと大幅に低下した。その他にも、プロジェクトが実施した、無作為に抽出による合計 3,000 世帯を対象とする調査の結果から、養育者における下痢症の予防知識や家庭における手洗いの励行など、健康知識、行動様式のいずれにも改善効果が認められた。

【人間の安全保障の実践】

本プロジェクトは、JICAが掲げる「人間の安全保障」の実践事例でもある。

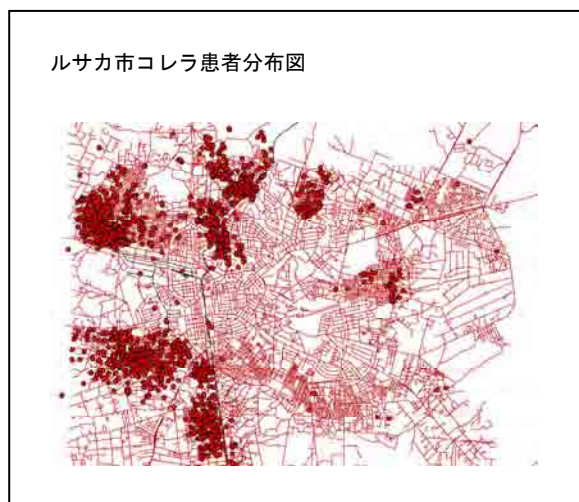
第1に、本件は、環境衛生の悪化やHIVの流行等、外的な変化に対して脆弱な都市貧困層を受益者とした（社会的に弱い立場にあり、生命や生活・人間としての尊厳が危機にさらされている人々に役に立つ援助）。相互扶助的な社会関係によるセーフティネットが機能しにくく、貨幣経済への依存が大きい都市貧困層は、社会的に最も脆弱なグループの一つである。一般に、都市部よりも農村部のほうが死亡率が高い傾向にあることは知られているが、スラム等の厳しい環境に暮らす都市貧困層の子どもについては、農村部の子どもたちよりも高い死亡率を示す事例がケニア等で報告されている。子どもの健康対策の中で見落とされがちな、都市周辺部の未計画居住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2に、コミュニティにおける保健活動（GMP Plus）および環境衛生改善活動（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ととらえ、人々の「エンパワメント（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中で、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3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及び部分的に保健省）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、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。

第 4 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、一層の効果を得た（人々の抱える問題を中心にすえ、問題の構造を分析した上で、その問題の解決のために、さまざま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）。社会インフラの整備の遅れ、及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。



上図は、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、全地球測位システム（GPS）を用いて患者の居住地の地理情報を記録し、地理情報システム（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。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。

【今後の展開】

JICA は現在、ルサカ市における成功経験の、ザンビア国内主要都市への展開を支援すべく、保健省と共に新たなプロジェクトの形成を進めている。

