

ザンビア共和国
都市コミュニティ小児保健システム
強化プロジェクト
事前評価調査報告書

平成 21 年 10 月
(2009 年)

独立行政法人国際協力機構
ザンビア事務所

ザン事
JR
09-02

ザンビア共和国
都市コミュニティ小児保健システム
強化プロジェクト
事前評価調査報告書

平成 21 年 10 月
(2009 年)

独立行政法人国際協力機構
ザンビア事務所

序 文

ザンビア共和国の5歳未満死亡率は1,000出生対119、乳児死亡率及び新生児死亡率は、それぞれ1,000出生対70及び34と依然として深刻な状況にあり（Zambia Demographic and Health Survey, 2007）。保健医療施設では機材及び人材の不足が著しく、子どもへの基礎的な保健医療サービスの質が低下しています。

このような状況のもと、1998年にザンビア共和国政府は、保健改革の重点概念のひとつである住民参加及び住民組織能力強化に基づき、家庭やコミュニティでの子どもの健康改善を目的にコミュニティ-統合的小児疾患管理（Community-Integrated Management of Childhood Illness：C-IMCI）を開始しました。

JICAは1997年3月から2007年7月まで「ルサカ市プライマリー・ヘルスケア・プロジェクト」を実施し、ルサカ郡の6つのコンパウンド地区において、子どもの成長モニタリング活動、住民参加型環境衛生改善活動（PHAST）及びコミュニティ能力強化活動を通じて、都市型貧困層向けの子どもの健康改善モデルを体系化し、ルサカ市におけるC-IMCI拡大に貢献してきました。

本プロジェクトでは、上記プライマリー・ヘルスケア・プロジェクトにて構築されたモデルを国家的な保健政策に反映することで、全国の都市地域における小児の健康状態の改善に貢献することを目的とするものであり、2007年10月に事前評価調査を実施しました。本報告書は同調査の結果を取りまとめたものです。

ここに、これまで本案件の開始に向けご協力を賜りました関係各位に対しまして、深甚なる謝意を表しますとともに、今後のプロジェクトの実施に向けて、一層のご協力をお願い申し上げます。

平成21年10月

独立行政法人国際協力機構

ザンビア事務所長 **鍋屋 史朗**

目 次

序 文
目 次
地 図
写 真
略語表
事業事前評価表

第 1 章 調査の概要	1
1 - 1 調査団派遣の経緯と目的	1
1 - 2 調査団員の構成	1
1 - 3 調査日程	2
1 - 4 主要面談者	3
1 - 5 調査方法	5
第 2 章 調査結果	7
2 - 1 団長総括	7
2 - 2 重点活動対象郡の選定	7
2 - 3 プロジェクト活動の実施形態	8
2 - 4 本プロジェクトのザンビア側予算措置	9
2 - 5 実践ツール・パッケージの標準化	10
2 - 6 ザンビア政府関係機関との連携、調整	11
2 - 7 プログラム・アプローチを通じたプロジェクト運営	11
2 - 8 プログラムを横断した形での連携	12
第 3 章 要請の背景	15
3 - 1 コミュニティ・レベルにおける統合的小児保健活動の必要性	15
3 - 2 小児保健及び環境衛生分野における国際機関、他ドナーの活動	18
3 - 3 ザンビアのプロジェクト実施体制	20
第 4 章 ルサカ市プライマリー・ヘルスケア・プロジェクトの本プロジェクトへの適用	25
4 - 1 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）の技術的 優位性	25
4 - 2 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）の途上国 における小児保健及び環境衛生分野へのインパクト	27
4 - 3 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）の教訓及 び経験の本プロジェクトへの活用	28

第5章 技術協力プロジェクトの基本計画	30
5 - 1 上位目標	30
5 - 2 プロジェクト目標	30
5 - 3 プロジェクト成果及び活動	30
5 - 4 投入	31
5 - 5 外部条件とリスク	32

付属資料

1 . 討議議事録 (Record of Discussions) (2009年4月7日)	37
2 . 協議覚書付属ミニッツ (Minutes of Meeting) (2009年4月7日)	50
3 . 事前評価調査団署名ミニッツ (2007年10月26日)	55





所得創出活動（IGA）のため、水、衛生及び保健教育実施体（WASHE）が設立した有料公衆トイレ（ンドラ郡）



所得創出活動（IGA）のため、住民組織委員会が設立した理髪店（ルサカ市）



ヘルスセンターで診察待ちの患者（ンドラ郡）



下水管が壊れ、汚水が流れている（ンドラ郡）

略 語 表

CARE	The Cooperative for Assistance and Relief Everywhere	非政府組織（NGO）の名称
CCF	Christians Children's Fund	非政府組織（NGO）の名称
CHC	Community Health Coordinator	コミュニティ保健調整官
CIDA	Canadian International Development Cooperation Agency	カナダ国際開発協力庁
CU	Commercial Utility	営利公共サービス提供体
DHMT	District Health Management Team	郡保健管理チーム（郡保健管理局）
GMP+	Growth Monitoring Programme Plus	拡大子どもの成長促進活動
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit	ドイツ技術協力公社
HCP	Health Communication Partnership	米国系プログラムの名称
HSSP	Health Services and Systems Programme	米国系プログラムの名称
IGA	Income Generation Activity	所得創出活動
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness	統合的小児疾患管理
MDG	Millennium Development Goal	ミレニアム開発目標
M/M	Minutes of Meeting	協議覚書
NFNC	National Food and Nutrition Commission	国家食糧栄養評議会
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
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	住民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
PHO	Provincial Health Office	州保健局
PO	Plan of Operations	活動計画
R/D	Record of Discussion	討議議事録
SIDA	Swedish International Development Cooperation Agency	スウェーデン国際開発協力庁
TOT	Training of Trainers	指導者研修
WASHE	Water and Sanitation, Health Education	水、衛生及び保健教育実施体
WB	World Bank	世界銀行
WHO	World Health Organization	世界保健機構
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
USAID	United States Agency for International Development	米国国際援助庁

事業事前評価表

<p>1. 案件名 (仮称)都市コミュニティ小児保健システム強化プロジェクト</p>
<p>2. 協力概要</p> <p>(1) 協力内容</p> <p>地域社会(コミュニティ)における健康増進活動ガイドラインの標準化(注1)、各行政レベルにおける人材育成を通じ、ザンビア共和国(以下、「ザンビア」と記す)政府がめざす、自立発展的な健康増進を可能とする包括的な都市コミュニティ小児保健システムの強化を目的とした支援を行う。なお、本協力はルサカ市プライマリー・ヘルスケア(Primary Health Care: PHC)プロジェクト(1997~2007年)での成果及び経験ならびに、他の開発ドナーの支援による成果・経験等をふまえて行う。</p> <p>(2) 協力期間: 2010年1月~2012年12月(3年間)</p> <p>(3) 協力総額(日本側): 約3億9,000万円(予定)</p> <p>(4) 協力相手先機関: ザンビア保健省</p> <p>(5) 国内協力機関: なし</p> <p>(6) 裨益対象者及び規模: 保健省本省を軸に全国9州72郡に展開する。ただし、郡レベルの活動については、以下のとおり重点活動対象郡とその他の郡(以下、「非重点活動対象郡」)に分けて活動を行う。</p> <p>重点活動対象郡: 裨益人口規模及び先行プロジェクトの成果の応用可能性に鑑み、都市人口を多く有する4郡を重点活動対象郡として選定する¹[討議議事録(Record of Discussion: R/D)締結時にザンビア政府との協議により決定する]。重点活動対象郡においては、「4. 協力の枠組み」に掲げるすべての活動を行う。</p> <p>非重点活動対象郡: 重点活動対象郡以外のすべての郡(68郡)については、直接の投入を行わず、「4. 協力の枠組み」の活動のうち、保健省本省及び州保健局(Provincial Health Office: PHO)を対象とする活動(成果1及び成果3にかかる活動すべて、及び活動2-1、4-1、5-1、5-3)によって、州保健局の自助努力により管轄する郡保健管理局に活動効果が伝播されることを支援する。</p> <ul style="list-style-type: none">・ 直接裨益者: 保健省本省(公衆衛生調査局小児保健ユニット6名及び環境衛生ユニット3名)、全国9州保健局の担当官27名、重点活動対象郡4郡の保健管理局の担当官12名(各3名/郡)、重点活動対象郡の保健センター(72カ所。平均18カ所/郡)の担当職員約140名*・ 間接裨益者: 非重点活動対象郡68郡保健管理局の担当官204名(各3名/郡)、非重点活動対象郡の保健センター(約1,220カ所。平均18カ所/郡)の担当職員約2,440名*、全国72郡の都市地域に在住する5歳未満児(約140万人; 2000年人口センサス) <p>* 重点活動対象郡の選定結果によって対象となる保健センター数は変動することから、裨益者数は増減する。</p> <p>(注1) 標準化とは、現在、複数存在するガイドライン類を整理・統合し、政府公認のガイドラインとすることを意味する。</p>

¹ 事前評価表の確定後の協議によりルサカ、カプウェ、キトウェ、ソルウェジに決定

3. 協力の必要性・位置づけ

(1) 現状及び問題点

ザンビアの5歳未満児死亡率は、1,000出生対168、乳児死亡率及び新生児死亡率は、それぞれ1,000出生対95及び37と依然として高い状況にある(ZDHS2002: Zambia Demographic and Health Survey 2002)。ザンビア政府は1991年の保健改革以降、郡保健管理局を中心とした保健サービス提供システムの構築を進めてきたが、基礎的保健医療サービス提供の中核となる保健センターでは機材及び人材の不足が著しく、サービスの質を維持、改善しつつ、アクセスも拡大していくことはきわめて困難な状況にある。従って、一方では保健サービス提供システムの強化に取り組みつつも、コミュニティにおける予防活動の活性化により、地域住民自らが健康を生み出すことを可能とする取り組み及びそのための体制づくりを進めることが急務である。

ザンビア政府は小児保健の分野において、世界保健機構(World Health Organization: WHO) 等が世界的に推奨する統合的小児疾患管理(Integrated Management of Childhood Illness: IMCI)(注2)を1995年に導入しているが、1998年にはコミュニティに焦点を当て、住民参加及び住民組織能力強化の手法を活用したC(Community)-IMCI(注3)を開始した。しかし、いまだC-IMCIは政策及び戦略の提示にとどまっており、コミュニティへの浸透は十分とはいえないことから、より実践的な技術指導の必要性が高い。

(注2) IMCIとは、小児にみ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。

(注3) 従来のIMCIが保健施設を訪れた小児に対して的確な診断・治療を行うことに焦点を当てていたのに対し、そもそも保健施設を訪れない小児(その養育者)にいかに関与させ、受診を促すかに焦点を当てた取り組み。保健施設での治療を必要とする危険な兆候(danger signs)に対する養育者の認識を高め、家庭レベルで適切な対応を促すことに力点を置いている。

(2) 相手国政府国家政策上の位置づけ

第5次国家開発計画(2006-2010)においては、小児保健及び環境衛生を含む保健医療分野が重点分野として位置づけられている。同計画の戦略文書である国家保健開発計画(2006-2010)においても、乳幼児死亡の削減への対応及び衛生活動の促進・衛生設備へのアクセスの強化が重点分野として掲げられている。

上記の上位計画に対応する形で策定された国家小児保健政策では、マラリア、呼吸器感染症、麻疹及び下痢症が乳幼児の主な死因であることから、子どもの成長促進活動及び環境衛生改善活動が重点課題とされている。同様に、国家環境衛生政策においても、コミュニティにおける住民参加の重要性が提起されている。さらに下位の実施計画として、住民参加を通じた衛生改善を含む、コミュニティにおける横断的アプローチとしてC-IMCI国家戦略計画が策定された。

一方、国際的なコミットメントである国連ミレニアム開発目標のザンビア2007年進捗報告書案においても、ザンビアでの5歳未満児の死亡率削減のターゲット達成には、コミュニティを活用したプライマリー・ヘルスケアアプローチ強化の重要性が提言されている。

(3) わが国援助政策との関連、JICA国別事業実施計画上の位置づけ(プログラムにおける位置づけ)

2002年に策定された「対ザンビア国別援助計画」においては、保健医療分野の充実が開発上の主要課題のひとつに挙げられており、同計画に基づき策定されたJICA国別事業実施計画では、感染症対策、プライマリー・ヘルスケア強化などに重点を置いた「費用対効果の高い保健医療サービスの拡充」を援助重点分野に設定している。

上記の政策のもと、JICAは低い母子保健指標の改善に貢献することを目的とした「母と子どものための健康対策支援プログラム」を開始しており、本案件は同プログラムの中心的な案件と位置づけられる。

(4) JICAによるこれまでの取り組み

JICAは、1997年から2002年に、ルサカ市の貧困層が集まる未計画居住地区(コンパウンド)のひとつであるジョージ地区を対象として「ルサカ市プライマリー・ヘルスケア・プロジェクト」を実施した。同プロジェクトでは、住民ボランティア主体による「拡大子どもの成長促進活動(Growth Monitoring Programme Plus : GMP+)」(注4)と、「住民参加型環境衛生改善活動(Participatory Hygiene and Sanitation Transformation : PHAST)」(注5)をコミュニティ・レベルでの健康増進活動の柱とし、それを行政と地域社会の双方が支える、都市型プライマリー・ヘルスケアの実践モデルを確立した。さらに、2002年から2007年まで実施した「ルサカ市プライマリー・ヘルスケア(フェーズ2)プロジェクト」においては、対象をルサカ市内の6つのコンパウンドに拡大し、GMP+とPHASTを柱とするコミュニティ活動の普及及び定着ならびに、それを支える郡保健管理局及び住民組織の一層の能力強化を支援した。

同プロジェクトでは、本邦非政府組織(Non-Governmental Organization : NGO)との連携により、住民参加型保健活動、住民参加型環境衛生活動、地域保健行政、住民組織強化等の多様な専門家を組み合わせて派遣し、カウンターパートである郡保健管理局、郡保健管理局が管轄する保健センター、保健センターが管轄するコミュニティの各レベルで人材育成を行った。また、育成された人材が十分に能力を発揮できるためのしくみづくり(行政とコミュニティの協力体制の構築、モニタリング・評価の強化、インセンティブの創出等)を行った。それにより、保健行政官、保健サービス提供者、地域社会代表を結びつけ、その主体的な取り組みを引き出したことが、保健センターの混雑緩和、予防接種率の向上、小児下痢症の減少、低体重児比率の減少、コレラによる死亡率の減少、手洗い励行の改善など、多くの成果につながった。

このように、プロジェクトで体系化された、都市貧困層を対象としたPHCモデルは、ルサカ市内6地区において定着し、特にPHASTについては国家の環境衛生戦略として承認されるに至った。

(注4) GMP+とは、ボランティアが主体となってコミュニティ内で定期的に行われる子どもの体重測定を用いて、栄養指導や、健康・衛生教育、予防接種、微量栄養素補給、家族計画等の包括的保健サービスのコミュニティ・レベルでの提供を可能とするしくみ。

(注5) PHASTとは、ボランティアが主体となって自らのコミュニティ内の環境衛生(飲み水、排水、トイレ、ごみ等)の状況・課題を分析し、改善策を立案・実行していくしくみ。

4. 協力の枠組み

〔主な項目〕

(1) 協力の目標（アウトカム）

1) 協力終了時の達成目標（プロジェクト目標）と指標・目標値

コミュニティ小児保健国家指針*及びコミュニティ環境衛生国家指針*を活用した、効果的かつ持続的な予防保健サービスを提供するためのシステムが強化される。

* 成果1及び成果3の活動を通じ標準化される。

< 指標 >

・ 重点活動対象郡における指標

国家指針（コミュニティ小児保健及びコミュニティ環境衛生）に沿った形で、小児保健、環境衛生、コミュニティ活動にかかる計画が立てられ、その計画が予算化される

モニタリング報告書が郡保健管理局からPHO、PHOから保健省本省へ毎月提出される（モニタリングツールは活動1-1、3-1、5-2で開発される）

・ 非重点活動対象郡における指標

本プロジェクトで指導者研修（Training of Trainers：TOT）を受けたPHOから研修を受けた郡の割合（プロジェクト開始後に、目標値を別途参加型で設定する）

2) 協力終了後に達成が期待される目標（上位目標）と指標・目標値

コミュニティ小児保健国家指針及びコミュニティ環境衛生国家指針を活用し、効果的かつ持続的な予防保健サービスが全国の都市地域において提供される。

< 指標 >

指標及び目標値は、成果1及び成果3で達成される、コミュニティ小児保健及び環境衛生国家指針の策定の際に設定される予定の指標、目標値を採用することとする。ただし、プロジェクト開始後1年以内に指標及び目標値が設定されなかった場合は、指標は以下のものとし、目標値をザンビア保健省と速やかに合意することとする。

予防接種率

ビタミンA補給率

駆虫剤普及率

養成されたボランティアの活動継続率

(2) 成果（アウトプット）と活動

[成果1] 標準化されたコミュニティ小児保健国家指針が共有される。

< 指標 >

保健大臣又は保健次官の承認の署名がされた公文書

標準化された国家指針が配布されたPHO、郡保健管理局、保健センターの数

標準化された国家指針が配布された部数

活動：

1-1 各関係機関との間で、コミュニティ小児保健に関する既存の指針、手引き、ツール（マニュアル、視聴覚教材等）を標準化するための、国家レベルでの諮問会議を開催する。

1-2 各関係機関との間で、標準化されたコミュニティ小児保健国家指針（案）に対する合意を形成する。

1-3 保健大臣/次官に対し、標準化されたコミュニティ小児保健国家指針(案)の承認を提言する。

1-4 承認されたコミュニティ小児保健国家指針を出版、通知する。

[成果2] コミュニティ小児保健活動にかかる保健省本省、PHO、郡保健管理局、保健センター職員の能力が向上する。

<指標>

研修時の事前・事後テストのスコア

コミュニティ小児保健国家指針のモニタリング、指導、評価ツールに基づき策定される業務評価スコア(重点活動対象郡のみ)

* 上記指標は活動1-1を通じ開発される。目標値は事前テストの結果に基づき設定することとする。

活動:

2-1 コミュニティ小児保健国家指針を活用して、州保健局職員へ(郡保健管理局に対する)指導者研修(TOT)を行う。

2-2 コミュニティ小児保健国家指針を活用して、郡保健管理局職員へ(保健センターに対する)TOTを行う。

2-3 郡保健管理局が行う、保健センター職員向けコミュニティ小児保健研修、及びボランティア養成研修への予算配分を支援する。

2-4 郡保健管理局に対し、コミュニティ小児保健国家指針に関する保健センターへの指導、モニタリング、業績評価の手法にかかる研修を実施する。

2-5 コミュニティ小児保健国家指針を活用して、各レベルにおける指導や助言を行う(保健省本省 PHO、PHO 郡保健管理局、郡保健管理局 保健センター)。

[成果3] 標準化されたコミュニティ環境衛生国家指針*が共有される。

*すでに住民参加型環境衛生改善活動(PHAST)は国家戦略として承認されているが、その実施手順、モニタリング/評価については、標準化の際に指針に追加する必要がある。

<指標>

保健大臣または保健次官の承認の署名がされた公式文書

標準化された国家指針が配布されたPHO、郡保健管理局、保健センターの数

標準化された国家指針が配布された部数

活動:

3-1 各関係機関との間で、コミュニティ環境衛生に関する既存の指針、手引き、ツール(マニュアル、視聴覚教材等)を標準化するための、国家レベルでの諮問会議を開催する。

3-2 各関係機関との間で、標準化されたコミュニティ環境衛生国家指針(案)に対する合意を形成する。

3-3 保健大臣/次官に対し、標準化されたコミュニティ環境衛生国家指針(案)の承認を提言する。

3-4 承認されたコミュニティ環境衛生国家指針を出版、通知する。

[成果4] コミュニティ環境衛生活動にかかる保健省本省、PHO、郡保健管理局、保健センター職員の能力が向上する。

< 指標 >

研修時の事前・事後テストのスコア

コミュニティ環境衛生国家指針のモニタリング、指導、評価ツールに基づき策定される業務評価スコア（重点活動対象郡のみ）

* 上記指標は活動3-1を通じ開発される。目標値は事前テストの結果に基づき設定することとする。

活動：

- 4-1 コミュニティ環境衛生国家指針を活用して、州保健局職員へ（郡保健管理局に対する）TOTを行う。
- 4-2 コミュニティ環境衛生国家指針を活用して、郡保健管理局職員へ（保健センターに対する）TOTを行う。
- 4-3 郡保健管理局が行う、保健センター職員向けコミュニティ環境衛生研修、及びボランティア養成研修への予算配分を支援する。
- 4-4 郡保健管理局に対し、コミュニティ環境衛生国家指針に関する保健センターへの指導、モニタリング、業績評価の手法にかかる研修を実施する。
- 4-5 コミュニティ環境衛生国家指針を活用して、各レベルにおける指導や助言を行う（保健省本省 PHO、PHO 郡保健管理局、郡保健管理局 保健センター）。

[成果5] コミュニティを基盤とした小児保健及び環境衛生活動が継続的に実施されるための、保健省本省、PHO、郡保健管理局、保健センター職員の能力が向上する。

< 指標 >

モニタリング、指導、評価のツールに基づき策定される業績評価スコア（活動5-2を通じ策定される）

活動：

- 5-1 保健省本省、PHO、郡保健管理局の各レベルにおいて、住民保健委員会と住民組織間の調整及び住民組織による所得創出活動（Income Generation Activity：IGA）の指導を総括する職員を任命する。
- 5-2 住民保健委員会と住民組織間の調整及び住民組織によるIGAの指導に関する指針を策定する。
- 5-3 住民保健委員会と住民組織間の調整及び住民組織によるIGAの指導を総括する職員に対する研修を実施する。
- 5-4 保健センター職員に対し、住民組織によるIGAにかかる研修を実施する。
- 5-5 郡保健管理局の行う、住民組織によるIGAの実施促進及び予算配分を支援する。

（ 3 ） 投入（インプット）

1）日本側（総額3億9,000万円）

専門家派遣：小児保健（チーフアドバイザー）、環境衛生、コミュニティ活動、モニタリング・指導・評価、人材開発・研修など

供与機材：車両、事務機器・事務用品（パソコン、コピー機、ファックス、家具など）、所得創出活動にかかる必要な機材など

研修員受入：コミュニティ保健サービス

在外事業強化費

2) ザンビア側

保健省カウンターパートの配置 [公衆衛生調査局長、計画開発局長、小児保健専門官、環境衛生専門官、コミュニティ活動専門官 (配置予定) 事務担当]

機材：事務スペース、必要な事務機器・事務用品

プロジェクト活動費

(4) 外部要因 (満たされるべき外部条件)

1) 成果達成のための外部条件

関係機関が指針、手引き、ツールを標準化する意向を保持する。

活動費 (研修、モニタリング等) に充当可能な州・郡への予算配分が適時になされる。

2) プロジェクト目標のための外部条件

ザンビア政府が国家保健開発計画を変更しない。

育成された人材が組織に定着する。

活動費 (研修、モニタリング等) に充当可能な州・郡への予算配分が適時になされる。

3) 上位目標達成のための外部条件

消耗品 (ワクチン、ビタミンAカプセル、駆虫剤等) が必要なタイミングに調達、配布される。

保健医療サービス提供者が大幅に減少しない。

保健医療サービス提供に必要な資金が必要なタイミングに配賦される。

(5) 前提条件

関係機関が、指針、手引き、ツールの標準化に反対しない。

5. 評価5項目による評価結果

(1) 妥当性

本案件は以下の理由から妥当性が高いと判断できる。

< 政策的整合性 >

- ・ 小児保健及び環境衛生は国家開発計画及び国家保健開発計画において、その重要性が指摘され、C-IMCI実施のための予算も毎年確保されている。従って、本案件に対する政府の財政的コミットメントも2008年以降引き続き確保されると考えられる。

< 相手国ニーズへの対応 >

- ・ ザンビアでは、国土のわずか7%のルサカ州及びコッパーベルト州が人口の約35%を有する (2000年人口センサス) など、都市地域への人口集中が進んでおり、貧困層の住民の多くが集まる未計画居住地区では特に環境衛生の悪化が目立ち、呼吸器感染症、下痢症などといった予防可能な感染症による乳幼児の死亡率が高くなっている。かかる状況において、ザンビア保健省も、C-IMCIの実践を通じ子どもの成長促進、疾病予防、家庭及びコミュニティでの小児ケアなどを進める一方で、安全な水の供給、廃棄物処理システムの導入などによる衛生状況の改善を計画している。従って、人口密度の高い都市地域に住む貧困層の小児の健康改善のためのシステム強化を目的とする本案件は、相手国のニーズに合致しているといえる。

< 援助協調による相乗効果 >

- ・ 本案件は、世界保健機構（WHO）、国連児童基金（United Nations Children's Fund：UNICEF）、カナダ、米国といった各ドナーとの政策レベルにおける協調を通じ、国家指針の標準化をめざしている。このため、他ドナーも同指針に準じることとなり、高い相乗効果を見込むことができる。

（２）有効性

本案件は以下の理由から有効性が見込める。

< 明確なプロジェクト目標 >

- ・ 本案件は、ルサカ市プライマリー・ヘルスケア・プロジェクトで確立されたモデル [3 . (4) 参照] を応用し、全国の都市コミュニティにおける包括的な小児保健システムの強化をめざす。保健省本省、PHO、郡保健管理局及び郡内保健センターにて小児保健及び環境衛生を担当する職員に研修を実施し、保健行政の人材能力を向上させ、システム全体の強化を図る。また、コミュニティ組織の強化やIGAにかかる体制強化といった側面から、小児保健及び環境衛生活動の持続性強化も成果に組み込まれており、各成果を通じたプロジェクト目標の設定は明確である。

< プロジェクト目標の指標的的確性 >

- ・ プロジェクト目標の指標は、作成された計画に予算措置がなされること、各レベルの保健行政機関へのモニタリング報告書の提出率という、システム強化を測る代表的なものを設定することで、プロジェクト目標の内容を的確に捉えている。指標入手手段もプロジェクト実施のモニタリングの過程で入手できるものである。また、本案件では投入を限定する非重点活動対象郡を設定することから、非重点活動対象郡における指標を別途設定している。非重点活動対象郡への投入は州レベルまでを対象としているため、本プロジェクトで実施するTOTを受けた州レベルの人材が、適切に研修を行った郡の割合を指標とした。非重点活動対象郡においては、郡レベルの人材が研修を受けることで、人材能力向上を図り、プロジェクト目標であるシステム強化に貢献することが期待される。

< 成果とプロジェクト目標の有効な関係性 >

- ・ 適切かつ持続的なサービス提供を行うためには、中央レベルからコミュニティをつなぐシステム強化が重要となる。本案件では、小児保健及び環境衛生の国家指針制定の支援を通じ全国共通のツール（マニュアル、視聴覚教材等）でシステムを強化、そしてサービス提供（上位目標）をめざしていることから、指針の標準化及び保健行政人材の能力向上といった成果は、プロジェクト目標達成に十分貢献するものである。

（３）効率性

本案件は以下のとおり、成果を達成するための過不足ない活動及び投入が計画されており、効率的な実施が見込める。

- ・ ルサカ市プライマリー・ヘルスケア・プロジェクトで培われた保健人材の研修講師としての活用、ルサカ市のコミュニティ活動視察を研修の一部とするなど、コミュニティ小児保健及び環境保健国家指針の標準化に際しモデルとなるルサカ市を効率的に活用することが期待できる。
- ・ 本案件は、ルサカ市プライマリー・ヘルスケア・プロジェクトで確立されたモデル

を国家保健行政レベルにおいて応用し、包括的な小児保健システムの強化を図るものであるが、プロジェクトでの投入が限定されることから、重点活動対象郡と非重点活動対象郡を設定している。重点活動対象郡については保健省本省から保健センターまでをカバーする一方で、非重点活動対象郡については州保健局までをカバーすることとなり、そこから郡レベルへの協力は州の自発的な活動が期待される。これによって、直接的・間接的に全国72郡をカバーすることが可能となり、保健省本省をカウンターパートとして実施するプロジェクトの効率性を実現することができる。

- ・ 本案件は、既存の国家小児保健、環境衛生プログラムを強化するものであり、他ドナーからのバスケットファンドへの拠出を含む保健省予算の計上も確実に期待できることから、費用分担の面での効率性は高い。

(4) インパクト

以下のとおり、本案件のインパクトは以下のように予測できる。

- ・ 上位目標に関しては、保健省本省から保健センターに至る各レベルの人材がコミュニティにおける小児保健及び環境衛生活動を指導したり、そのモニタリングを行うための研修が適切に行われることによって、プロジェクト終了後3～5年以内には実現できることが見込まれる。リスクとしては、本案件が保健センターレベルまでへの投入を通じた都市コミュニティにおける包括的小児保健システムの構築であることから、研修を受けた人材が実際にコミュニティでの小児保健及び環境衛生活動を促進するかどうかが挙げられる。特に小児保健及びIGAについては、他ドナーがすでに支援しているコミュニティがいくつか確認されていることから、関連する他ドナーの案件との連携強化を通じ上位目標を達成するしくみづくりが重要となる。
- ・ 国家指針の標準化を通じ、他ドナーが同様のアプローチ、モニタリング手法を用いることによって、国家レベルにおける当該分野の援助協調が強化され、小児保健及び環境衛生にかかる国家目標が達成されることが期待できる。

<波及効果>

- ・ 本案件は、小児保健分野だけでなく、環境衛生及びコミュニティ組織強化を含めた包括的な小児保健システム強化である。本案件の実施を通じ、他の社会サービス(水供給、廃棄物処理、住民組織支援等)を提供する行政能力の向上が期待できる。

(5) 自立発展性

以下のとおり、本案件による効果はザンビア政府によりプロジェクト終了後も継続されるものと見込まれる。

<政策及び財政面>

- ・ 本案件は、すでに存在している国家レベルの小児保健及び環境衛生指針などを標準化し、統一した指針の下で都市地域における包括的なコミュニティ小児保健システムを強化するものであり、C-IMCI戦略計画の延長線上に立つものである。そのためザンビア政府の本案件に対する政治的、財政的コミットメントは高い。

<組織及び技術面>

- ・ 過去10年にわたり、「ルサカ市プライマリー・ヘルスケア・プロジェクト」に対する、ルサカ郡保健管理局の高いオーナーシップが確認されている。また、それに対する理解が保健省側からも伺われたことから、本案件についてもカウンターパートとな

る保健省本省の監督の下、重点活動対象郡の郡保健管理局、及び管轄するPHOのオーナーシップが見込まれる。

6. 貧困・ジェンダー・環境等への配慮

1日1ドル以下で生活する絶対的貧困層が国民の53%（2004年国民生活情報調査）を占めるザンビアにおいて、貧困層の多く住む都市コミュニティでの小児保健、環境衛生を含む、効果的かつ持続的な予防保健サービス活動の確立と定着をめざす本案件は、貧困、環境に配慮した案件といえる。

また、間接的裨益者である小児の健康改善に大きな影響をもち、予防保健サービスの実施によって行動変容を促される養育者の大半は母親であることから、本案件はジェンダー視点を有するといえる。

<人間の安全保障>

本案件は、保健行政によるコミュニティ組織の能力強化を通じ貧困層にアプローチするとともに、コミュニティの人々を保護すべき政府の行政能力の強化を支援するものであり、「人間の安全保障」の概念に直結すると思われる。「人間の安全保障」に基づく援助推進のための7つの視点のすべてに関連しているが、そのうち特に以下の3点を満たしている。

- ・ 人々を中心に据え、人々に確実に届く援助
- ・ 社会的に弱い立場にある人々、生命、生活及び尊厳が危機にされている人々、あるいはその可能性の高い人々への裨益を重視する援助
- ・ 「政府」（中央政府及び地方政府）と「地域社会・人々」の双方にアプローチし、当該国・地域社会の持続的発展に資する援助

7. 過去の類似案件からの教訓の活用

ルサカ市PHCプロジェクトで体系化した、都市貧困層を対象としたPHCモデルづくり〔3.（4）参照〕を通じ得られた経験、技術及び教訓が活用される。特に、先行プロジェクトでは給水施設整備との連携を通じてより高い効果をあげており、可能な限りザンビア政府に対し給水施設整備の並行的展開を働きかける。

8. 今後の評価計画

- ・ 中間評価 2010年12月頃
- ・ 終了時評価 2012年7月頃
- ・ 事後評価 協力終了3年後をめどに実施予定

第1章 調査の概要

1-1 調査団派遣の経緯と目的

ザンビアにおいて、JICAは1997年3月から2007年7月まで「ルサカ市プライマリー・ヘルスケア・プロジェクト」(PHCプロジェクト)を実施し、ルサカ郡の6つのコンパウンドにおいて、拡大子どもの成長促進活動(Growth Monitoring Programme Plus: GMP+)²、住民参加型環境衛生改善活動(Participatory Hygiene and Sanitation Transformation: PHAST)³及びコミュニティ能力強化活動を通じて、都市型貧困層向けの子どもの健康改善モデルを体系化し、ルサカ市におけるC-統合的小児疾患管理(Integrated Management of Childhood Illness: IMCI)拡大に貢献してきた。

PHCプロジェクトで体系化されたモデルは、プロジェクト実施中からザンビア政府より高い評価を受けており、ザンビア政府はそのモデルを国家レベルの保健政策に反映し、同様の課題に直面する他の都市地域に応用することを意図して、2006年にわが国に本プロジェクトを要請した。

上記要請に対し、2007年4月わが国政府は正式に承認、採択し、今般下記の内容を実施するため、2007年10月JICAは本件事前評価調査団を派遣した。

- (1) 本件プロジェクトと国家政策(小児保健、環境衛生等)との関連(妥当性)の確認
- (2) PHCプロジェクトを通じ、保健省本省及びルサカ市郡保健管理チーム(District Health Management Team: DHMT)と策定した「統合的コミュニティ小児保健パッケージ」の、関係ドナーへの説明及び理解促進
- (3) プロジェクト基本計画案[プロジェクト・デザイン・マトリックス(Project Design Matrix: PDM)及び活動計画(Plan of Operations: PO)のVer.0]の策定及び合意
- (4) 合意内容の整理、及び関連情報の分析

1-2 調査団員の構成

担当	氏名	所属・役職
総括・団長	相賀 裕嗣	JICA人間開発部 課題アドバイザー
公衆衛生・疫学	佐々木 諭	新潟大学大学院医歯学総合研究科 国際感染医学講座公衆衛生分野 助教授
評価計画	阿部 久美子	JICA企画・調整部 事業評価グループ ジュニア専門員
協力計画1	菊地 太郎	JICAザンビア事務所 所員
協力計画2	春原 拓海	JICAザンビア事務所付 職員

(所属・役職は2007年10月当時)

² ボランティアが主体となってコミュニティ内で定期的に行われる子どもの体重測定の間を以て、栄養指導や、健康・衛生教育、予防接種、微量栄養素補給、家族計画などの包括的保健サービスをコミュニティ・レベルで提供することを可能とするしくみ。

³ ボランティアが主体となって自らのコミュニティ内の環境衛生(飲み水、排水、トイレ、ごみ等)の状況・課題を分析し、改善策を立案・実行していくしくみ。

1 - 3 調査日程

月日	曜日	時間	用件		
10月14日	日	12:50	ルサカ着（相賀団長）		
10月15日	月	12:50	ルサカ着（佐々木団員、阿部団員）		
		15:00	JICA事務所表敬、打合せ		
10月16日	火	08:30	保健省子どもの健康ユニット訪問、打合せ		
		09:30	JICA事務所と打合せ		
		11:00	保健省計画開発局、公衆衛生調査局表敬		
		14:15	保健省子どもの健康ユニットと打合せ		
10月17日	水	08:30	ルサカ市DHMT訪問、打合せ		
		10:00	在ザンビア日本国大使館表敬		
		11:00	CCF訪問、打合せ		
		14:00	HSSP訪問、打合せ		
		15:30	HCP訪問、打合せ		
10月18日	木	08:30	国連児童基金（UNICEF）訪問、打合せ		
		10:00	カナダ高等弁務官事務所及びCAREと打合せ		
		11:30	JICA事務所と打合せ		
10月19日	金	09:00	ルサカ市役所訪問、打合せ		
		14:00	ルサカ市Bauleni地区視察		
10月20日	土	終日	調査団打合せ		
10月21日	日		相賀団長	佐々木団員	阿部団員
			リビングストーン郡視察	カブウェ郡視察	ンドラ郡視察
10月22日	月		郡役所訪問	郡役所訪問	郡役所訪問
			南部州保健局（PHO）訪問	中央州PHO訪問	コッパーベルト州PHO訪問
			郡保健管理チーム（DHMT）訪問	DHMT訪問	DHMT訪問
10月23日	火		Maramba地区視察	Makululu地区視察	Chipulkusu地区視察
10月24日	水		ルサカ帰着、調査団打合せ		
10月25日	木	09:30	保健省とPDM（案）、PO（案）及びM/M（案）作成		
		14:00	調査団打合せ		
10月26日	金	09:00	JICA事務所と打合せ		
		13:00	保健省次官とM/M（PDM、PO含む）署名		
		15:00	在ザンビア日本国大使館報告		
10月27日	土	07:20	ルサカ発（佐々木団員、阿部団員）		
		13:50	ルサカ発（相賀団長）		

1 - 4 主要面談者

【保健省本省】

次官

計画開発局長

公衆衛生調査局長

小児保健専門官

環境衛生専門官

(所属・役職は2007年10月当時)

Dr. Simon K.Miti

Mr. Davis M. Chimfwembe

Dr. Victor Mukonka

Dr. Penelope Kalesha

Dr. Fordson Nyirenda

【ルサカ市DHMT】

局長

計画開発課長

環境衛生担当官

主任看護官

健康教育/栄養担当官

Dr. B. Tambatamba-Chapula

Dr. Clara Mbwili-Muleya

Mr. Meetwel Cheelo

Ms. Monde M.C. Imasiku

Ms. Mavis E.M. Kalumba

【ルサカ市役所】

書記官

公衆衛生・公共サービス副部長

Mr. Hakuyu Timonthy

Mr. Amos Musonda

【南部州PHO】

局長

臨床ケア専門官

Dr. Lutangu Alisheke

Dr. Caroline Phiri Chibawe

【リビングストーン郡DHMT】

局長

看護担当官(母子保健担当)

管理課長

保健情報担当官

Dr. Jelita Chinyonga

Ms. Rosey Akufuna Mwausa

Mr. Green Gibusenya

Mr. Clarence L. Musumo

【リビングストーン郡役所】

公衆衛生・公共サービス部長

書記官

廃棄物処理課長

計画担当官

Mr. George Kumoyo

Mr. George Kalenga

Mr. Paul Mukuku

Ms. Josephine Chinbwali

【ンドラ郡DHMT】

局長

計画開発課長

コミュニティ連携調整官

環境衛生担当官(Nkwazi保健センター)

Dr. Chandwa Ngambi

Dr. Lilia S. Myemdwa

Ms. Lynette Maambo

Mr. Albert Mweemba

環境衛生担当官（Chipulukusu保健センター） Ms. Rosemary Bwembya

【ンドラ郡役所】

土木サービス部長	Mr. Gilbert Sendana
書記官	Ms. Charity Nanda Mpande
公衆衛生・公共サービス部長代行	Mr. Silumesi Siyanga
財務部長代行	Mr. Mason Moonga
計画開発部長代行	Ms. J.C. Sinkala
住宅・社会サービス副部長	Mr. Davis Bwalya

【中央州PHO】

臨床ケア担当官	Dr. Victoria D. Musonda
データ管理担当官	Ms. Gloria Silondwa
環境衛生専門官	Mr. Teddy Wakunuma

【カブウェ郡DHMT】

計画開発課長	Mr. Mellarn S. Yuyi
看護担当官（母子保健）	Mr. Mildred Mwangala
管理課長	Mr. Victor Musonda
臨床ケア担当官	Mr. Patrik Mwenya

【カブウェ郡役所】

土木サービス部長	Mr. Cosmas Mpundu
書記官	Ms. Vivian Chiwila Chikogi
コミュニティサービス主任	Mr. Joseph Musole Kayombo

【UNICEFザンビア】

代表	Ms. Lotta R. Sylwander
保健・栄養・HIV/エイズ部長	Dr. Tesfaye Shiferaw
子どもの健康専門官	Mr. Mwale Rodgers

【カナダ】

高等弁務官代行	Mr. Pierre-Paul Perron
---------	------------------------

【CARE（NGO）ザンビア】

代表代行	Ms. Kathleen O'Brien
保健・HIV/エイズ事業部長	Ms. Mary Simasiku
保健・HIV/エイズ事業担当	Ms. Veronica L. Muntanga
カズングラ支部	Ms. Ulembe Chinyemba
カズングラ支部	Ms. Brenda Kambaula

カズングラ支部	Mr. Phillip Cheeba
ンドラ支部	Ms. Helen
ンドラ支部	Ms. Monica Myila

【CCF】

HIV/エイズ調整官	Ms. Pushpam Chakupurakal
業務調整官	Mr. Godfrey Mwelwa

【HSSP】

施設IMCI調整官	Dr. Nanthalile Mugala
-----------	-----------------------

【HCP】

代表	Ms. Lynn Lederer
プログラム担当	Mr. Steve Sichone

【在ザンビア日本国大使館】

特命全権大使	三田村 秀人
二等書記官	片山 銘人

【JICAザンビア事務所】

所長	鍋屋 史朗
ボランティア調整員	彦根 克己
ボランティア調整員	星 誠
母子保健プログラム担当現地職員	Mr. Festus Lubinga

1 - 5 調査方法

今回の事前評価調査においては、以下の調査手法を取り入れた。

(1) 文献調査

本プロジェクトは、プライマリー・ヘルスケア（Primary Health Care：PHC）プロジェクトで蓄積した経験、技術の国家レベルへの応用を意図して要請されたことから、事前にPHCプロジェクトの各種調査報告書、プロジェクト専門家の業務完了報告書、JICAザンビア事務所の保存するザンビア保健省発行の各種報告書から情報収集を行った。

(2) 現地での関係者訪問、インタビュー

保健省本省関係部局、ルサカ市DHMTに対しては、本プロジェクト要請の背景及び国家政策（小児保健、環境衛生等）との関連を再確認した。

また、国連児童基金（United Nations Children's Fund：UNICEF）、CARE（The Cooperative for Assistance and Relief Everywhere）ほか、NGOプログラムに対しては、個別訪問を通じて、プロジェクト実施の背景及びPHCプロジェクトで策定した「統合的コミュニティ小児保健パッケ

ージ」を説明し、プロジェクトの実施についての理解を得た。

さらに、プロジェクトの重点活動対象郡の候補と考えていた、南部州リビングストン郡、中央州カブウェ郡及びコッパーベルト州ンドラ郡では州保健局(Provincial Health Office:PHO)、郡議会及びDHMTを訪問し、重点活動対象郡となった場合の対応について協議した。

上記の訪問及びインタビューについては、ルサカ市DHMTの元PHCプロジェクト関係者(PHCプロジェクトのコミュニティ保健調整官としての研修を受講している)が同行し、訪問先との議論を支援した。

主任看護官(住民組織リエゾンオフィサー)	Ms.Monde M.C. Imasiku (10/16-10/25)
健康教育/栄養担当官	Ms.Mavis E.M. Kalumba (10/21-10/24)
環境衛生担当官	Mr.Meetwel Cheelo (10/21-10/24)

(3) プロジェクト基本計画案(PDM及びPOのVer.0)の策定及び合意

各重点活動対象候補郡の訪問後、保健省公衆衛生調査局長、小児保健専門官及び環境衛生専門官と調査団、JICA事務所との間で、案件基本計画案(PDM及びPOのVer.0)を作成し、協議に参加しなかった計画開発局の承認を得た後に、調査団長と保健省次官との間で、協議覚書(M/M)の付属文書として合意した。

第2章 調査結果

2 - 1 団長総括

調査団滞在中に、プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）及び活動計画（PO）のVer.0に基づくプロジェクト基本計画案について保健省と合意できたものの、主たる投入を行う重点活動対象郡の選定について最終的な合意にまで至らなかったことは、今後の事前評価調査表の完成を含む事前評価プロセス、及びその後続く保健省との討議議事録（Record of Discussion：R/D）締結を含む実施協議プロセスの進捗に影響を及ぼすことになった⁴。もし、対処方針会議をふまえ、調査団が派遣される前に重点活動対象郡の選定基準について保健省から何らかの要望を受けていたら、訪問する都市も含め調査団滞在中に重点活動対象郡の選定ができていただろうと思われただけに、重点活動対象郡の選定について合意できなかったことは、案件開始前の準備を促進する観点では残念な結果に終わったと言わざるを得ない。

また、本プロジェクトの活動の多くを占める小児保健及び環境衛生、ならびにコミュニティ支援に関する研修の構成が3段階〔2種類の指導者研修（Training of Trainers：TOT）と1種類の一般研修〕となったことは、3年間という限られたプロジェクト期間内でコミュニティ内における自主的な予防保健サービス提供活動を実現させる点では、決して理想的な形態とはいえない。しかし、ザンビアの地方分権化の流れを考慮すると、やむを得ない措置ではないかと考えられる。

全体的には、上述の重点活動対象郡の選定及びTOTの進め方を除けば、おおむね対処方針どおりの結果となったといえよう。以下、これらの2点を含め、協議覚書（Minutes of Meeting：M/M）に取りまとめた重要事項について「2 - 2」から「2 - 8」に記す。

2 - 2 重点活動対象郡の選定

そもそも、本プロジェクトは、プライマリー・ヘルス・ケア（PHC）プロジェクトで体系化されたモデルを国家レベルの保健政策に反映し、同様の課題に直面する他の都市地域に应用することを意図して要請されたものである。プロジェクトの活動範囲については、対処方針会議ではコミュニティ小児保健及び環境衛生に関する国家指針の策定（国家レベルの活動）だけでなく、ザンビア内のすべての10都市郡（Urban district）⁵、そのうちルサカ、ンドラ、カブウェ、リビングストンの4郡を重点活動対象候補郡に設定した⁶。そして、PHCプロジェクトがその体系化したモデルに基づいてルサカ市6地区で実施したように、4郡及びそれが管轄する州においては保健行政組織を核に、住民組織ボランティアを活用した子どもの健康改善、環境衛生及び住民組織能力強化に関する活動（フィールドレベルの活動）まで含めて小児の健康改善を支援する体制を強化する方針をあわせて採用することにした。

しかし、保健省は、国家レベルの活動はもちろん、フィールドレベルの活動を全9州72郡の都市地域で実施するよう要請してきたため、調査団はプロジェクト実施予算を含む計画の実現妥当性の面からも保健省の要請は受入れ困難とし、重点活動対象郡以外の郡は投入を限定する非重点活動対象郡として別に設定することで合意した。しかし、どの郡を重点活動対象郡とするかについ

⁴ 重点活動対象郡を含む実施協議の結果については、2-2 参照。

⁵ ザンビア政府による都市郡（Urban district）の定義が存在しなかった。よって、調査団は、当初、都市人口が60%を超える郡を都市郡（Urban district）と定義した。

⁶ PHC プロジェクト短期専門家「地域保健政策」報告書（2007年3月）

ては、上述のとおり最終的な合意に至らず、合意しているルサカ郡以外の重点活動対象郡については、各郡の主要疾病指標のレビュー、各郡の都市人口規模のレビュー、保健省内部や他の開発援助機関との調整等により保健省側で再考、提案したいとの強い要望を受けた。調査団は、疾病指標・都市人口規模の統計データや他の開発援助機関との調整結果を明示する、日本側の意向も考慮した上でJICAザンビア事務所と保健省間でR/D協議時に合意する、の2点を条件に、調査団はこれを受け入れることとした。

調査団派遣後の2008年5月、保健省は北部州カサマ及びブルアプラ州マンサを新たに対象地域とするようJICAに提案してきた。しかし、その直後に保健省小児保健ユニットより修正提案がなされた。その内容は、カサマはCAREが類似プロジェクトを実施済、マンサはCARE及びPlan Internationalが類似プロジェクトを実施中とのことから、当該2都市に替えて北西部州ソルウェジ及びコッパーベルト州キトウェにするというものであった。

その提案を受けて2008年6月、JICAザンビア事務所は現地職員による現地調査を実施した。現地調査により、新たに提案されたキトウェ及びソルウェジに関して確認された妥当性の概要は以下のとおり。

(1) キトウェ

キトウェは人口(約37万6,000人)のうち、95%以上が都市に居住しており、下水設備にアクセスできているのは53%、同じく上水道設備へのアクセスは75%にとどまっている。公衆衛生環境の不備やその意識の低さに起因してマラリアや下痢等が死亡原因の多くを占めており、コミュニティレベルにおける公衆衛生環境の向上や母子保健対策が急務である。

(2) ソルウェジ

人口増加が著しい北西部州の州都で、増加人口を収容する住居の供給が追いつかず、ルサカ同様に低所得者層のコンパウンド地区が発生する兆候がみられる。

市内には下水処理施設がなく汚水の処理がほとんどされていない。また適切な廃棄物収集も市内の5%でしか実施されておらず、公衆衛生環境の向上が急務である。

現地調査について引き続きJICA及び保健省にて検討した結果、ルサカ、カブウェ、キトウェ、ソルウェジの4都市を対象地域とすることについて合意し、2009年4月に締結したM/Mにおいて正式に合意した(付属資料2参照)。

2 - 3 プロジェクト活動の実施形態

本プロジェクトでは、州保健局(Pho)へのTOTをはじめ、保健行政における上位レベルから段階的に研修を実施していくデザインとなっている。そして、最終的には郡保健管理チーム(DHMT)から研修を受けた保健センター担当者が、コミュニティに出向いて、住民保健委員会と住民組織間の調整及び所得創出活動(Income Generation Activity: IGA)を指導することになる。

当初、このような案件デザインについては、TOT及び一般研修の効果が末端組織まで確実に伝達されるまでに多くの段階を経ることから、保健センター担当者が研修機会を得るまでに時間を要する、研修のいずれかの段階で研修内容が解釈される、誤って伝達される、等の危惧が挙げられていた。

そこで、予防保健サービスの提供に関する研修については、DHMTへのTOT、DHMTから保健センターへの一般研修、の2段階とし、サービス提供のモニタリング及び指導に関する研修については別途、PHOを対象に実施することが調査団により提言された。

それに対し、保健省はすべての研修においてPHOに中核的役割を担わせる必要があると主張し、協議の結果、PHOへのTOT、PHOからDHMTへのTOT、DHMTから保健センターへの一般研修、という3段階のプロセスを階層的に実施することとなった。

この背景には、国家地方分権化政策（National Decentralization Policy；2004年施行）に基づき、これまで保健省が直轄していたDHMTの機能のうち、基礎的保健医療サービスの提供に関連する機能が地方自治住宅省の管轄する市、郡役所に権限委譲される⁷という政府の方針が挙げられる。権限委譲は2009年現在も実現していないが、もし将来的になされればDHMTの人材と予算が郡（市）役所に移行されることになる。したがって保健省としても、PHOの権限を維持、拡大する必要があることが考えられる。

2 - 4 本プロジェクトのザンビア側予算措置

ザンビア保健省の予算（1月から12月まで）は、前年9～10月頃に各DHMTから予算編成作業を開始し、PHO、本省の審査を経て、財務省及び内閣が最終的に承認する当年3月に年次行動計画（Action Plan）のなかで各局のプログラムごとに計上される⁸。

本プロジェクト実施に関する予算措置はコミュニティ-統合的小児疾患管理（C-IMCI）、拡大子どもの成長促進活動（GMP+）及び住民参加型環境衛生改善活動（PHAST）に関連するプログラムに計上される予定であり、2006年及び2008年の同プログラムの予算計画は表1のとおりであった。

表1 各プログラムの予算

年度	プログラム	予算
2006年	IMCI拡充プログラム （C-IMCIの割合は不明）	1,319,052,000ZMK （約35,984,000円）
	PHAST拡充プログラム	742,525,000ZMK （約20,338,000円）
2007年	C-IMCI拡大（60郡）プログラム	1,908,352,000ZMK （52,060,000円）
	GMP+促進戦略強化プログラム	91,966,000ZMK （約2,509,000円）
2008年	C-IMCI浸透プログラム（72郡）	1,468,405,000ZMK （40,058,000円）
	PHAST/WASHE 5州 ⁹ 改善プログラム	383,360,922ZMK （10,458,000円）

⁷ 地方分権化政策に先行して実施された1992年の保健改革では、DHMTは市、郡役所とは独立して設置され、基礎的保健サービスの提供に関する権限委譲が進んでいた。

⁸ この予算編成スケジュールでは毎年1～3月が予算空白時期となるため、2009年度よりスケジュールが見直され、8月から予算編成作業に着手し、前年12月中に次年度の年次行動計画の完成をめざすようになった。

⁹ ルアブラ州、北部州、南部州、中央州及びコッパーベルト州

2008年は5,000万円程度の予算措置が期待できると思われるが、そのうち本プロジェクトの経費として割り当てられる金額についてはプロジェクト開始後に保健省と確認する必要がある。

そして、2007年にPHASTに関する予算が計上されなかったように、ザンビアでは支援ドナーの戦略都合等により、プログラムごと及び予算年度ごとの予算措置の差が大きく、かつ計画額と実際の支出額には乖離が生じることも多い。従ってプロジェクト開始後もプロジェクト経費の負担について保健省と常に確認をとる必要がある。

また、今次調査が実施された2007年10月中旬から下旬は、各DHMTが作成した予算原案がPHOを経て本省の審査段階に付されている時期であったため、調査団は保健省に対してプロジェクト実施のためのザンビア側負担経費の計上についての協議を実施することが可能となり、かつM/Mにもその旨記載することができた。もし調査団の協議が11月以降になっていれば、ザンビア側の2008年予算策定プロセスとの関係でザンビア側プロジェクト経費の計上は非常に困難になっていたものと思われる。

2 - 5 実践ツール・パッケージの標準化

本プロジェクトでは、都市地域において自主的な予防保健サービスが提供可能となるような小児保健システムの強化をめざしており、その国家的な実践ツールとしてコミュニティ小児保健及び環境衛生に関する国家指針の策定をめざしている。そのうち、小児保健については、政策レベルの文書として“National Child Health Policy (国家小児保健政策)”が、コミュニティ小児保健に関する戦略レベルの文書として“Child Health in the Community National(Community IMCI)Strategic Plan 2006-2009”がおのおのすでに国家レベルで採択されており、コミュニティ環境衛生についても政策レベルの文書である“National Environmental Health Policy (国家環境保健政策)”(ドラフト)において、コミュニティにおける住民参加の重要性が提起されている。

しかし、これらの政策、戦略文書は大まかな方向性を示すものの、具体的に『何を』、『どのように』、『どんなタイミングで』実践するのか、すなわち“How to”を示していない。よって、これらの政策、戦略文書に沿った、実践ツール・パッケージ(Practical Tool Package)が必要となる。PHCプロジェクトは、その実践ツールを“Guidelines for Integrated Community-based Child Health Package”として取りまとめたが、特に小児保健については、保健省には国連児童基金(UNICEF)、CARE、HSSP(Health Services and Systems Programme)、HCP(Health Communication Partnership)など他の開発援助機関が策定を支援した同様な実践ツール・パッケージが複数存在しており、さらにそれらのパッケージの内容はおおむね重複している¹⁰。そして、保健省本省だけでなく、PHO、DHMT、保健センターでも、それら小児保健実践ツール・パッケージのうちどれを実践に活用すべきか、という点で多少なりとも当惑、混乱しているのが現状である。

従って、本プロジェクトでは、プロジェクト開始後の半年から1年の間にかけて、コミュニティ小児保健及び環境衛生について国家レベルで指針として標準化された実践ツール・パッケージを策定することが求められており、特に小児保健については、他の実践ツール・パッケージとの統合作業が必要である¹¹。PHCプロジェクトの“Guidelines for Integrated Community-based Child Health

¹⁰ PHCプロジェクトの実践ツール・パッケージは、環境衛生、住民組織強化を含めた都市型貧困層に対するプライマリー・ヘルスケアに焦点をあてた、という意味では他の小児保健パッケージとは異なっており、独自性を有している。

¹¹ 環境衛生については、現在支援する開発援助機関が少なく、PHCプロジェクト以外に実践ツール・パッケージを策定した事例は報告されていないことから、他のパッケージとの統合作業はないものと考えられる。

Package”のうち、コミュニティ小児保健について比較優位性のある部分を国家標準に取り入れるよう働きかけることが求められる。

これら実践ツール・パッケージの標準化作業には細心の注意を払う¹²べきである。開発援助機関はおのこの独自の関心、方針及び戦略をもっているだけに、本プロジェクトでは、粘り強い交渉力、調整力、指導力等をもった専門家が配置されることが必要不可欠となるであろう。また、標準化のプロセスは保健省の公式な場であり、JICAはあくまでも一開発援助機関として振る舞うにとどまり、保健省の黒子に徹する必要がある。さもなければ、他開発援助機関から、「なぜ、JICAが国家標準パッケージを取りまとめるのか」という反発を買うことになりかねない。

2 - 6 ザンビア政府関係機関との連携、調整

本プロジェクトでは、開発援助機関との調整のみならず、保健省をはじめ国内の関係機関と連携、調整も重要となる。

本プロジェクトにおける保健省本省の担当局は、後段「3 - 2」で説明するとおり、公衆衛生調査局になるが、保健省以外の国内関係機関との連携では、小児保健に関しては小児栄養失調の観点で国家食糧栄養評議会（National Food and Nutrition Commission：NFNC）環境衛生及び住民組織強化に関しては住民参加型の給水事業、ごみ収集などの観点で地方自治住宅省や市、郡役所との調整が今後重要となると考えられる。例えば、環境衛生の実践ツールであるPHASTは安全な水へのアクセスが一定レベルに維持されている状況には効果的であるが、それが満たされていない場合には効果は期待できない。換言すれば、保健省以外の国内関係機関と協調した活動がプロジェクト効果を確保し、さらに相乗効果を生むであろう。従って、実践ツール・パッケージの国家レベルの標準化作業には、これらの国内関係機関を当初から巻き込んで進めることが望ましい。

上記の公共サービスは各市、郡役所の公衆衛生・公共サービス部が提供し、住民参加型の事業実施体制及び運営・維持管理体制は同じく各市役所の住宅・社会サービス部が所掌している。ルサカ郡を例にとると、ルサカ郡保健管理局とルサカ市役所公衆衛生・公共サービス部は職員の兼務などを通じて緊密に連携している¹³。

「2 - 3」で説明したとおり、今後DHMTの基礎的保健サービス提供機能が市、郡役所に統合される政策的な潮流のなかでは、環境衛生及び住民組織強化については、事業開始当初より市、郡役所と連携、調整することが必要となるものと思われる。

2 - 7 プログラム・アプローチを通じたプロジェクト運営

JICAのザンビア保健医療セクターは3つのプログラム（HIV/エイズ及び結核対策支援プログラム、母と子どものための健康対策支援プログラム、保健行政能力向上プログラム）で構成されており、本プロジェクトは、そのうち、低い母子保健指標の改善を目的とした「母と子どものための健康対策支援プログラム」の協力として位置づけられる。

同プログラムでは、小児の健康改善のほか、マラリア、リプロダクティブ・ヘルスといった課題を中心に形成されている。プログラム目標と具体的な実施案件等は表2のとおり。

¹² 参画する開発援助機関が多い小児保健に関しては、特に細心の注意を払うべきである。

¹³ 「ルサカ市未計画居住区住環境改善計画」基本設計調査報告書

表2 プログラム目標と実施条件

プログラム目標	サブプログラム（課題）	実施中、実施予定の案件
小児及び女性への基礎的な保健医療サービスの改善を通じ、ミレニアム開発目標(MDG)にある乳幼児死亡率及び妊産婦死亡率削減へ貢献する	小児の健康改善（予防接種体制の強化、小児保健システム強化等）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 技プロ「都市コミュニティ小児保健システム強化プロジェクト」 ・ 技協個別案件「感染症対策医療特別機材」 ・ 技協個別案件「コールドチェーン維持管理及びワクチン管理能力向上研修」 ・ 無償「第二次予防接種体制整備計画」 ・ 草の根技協「チボンボ郡農村地域プライマリー・ヘルスケア・プロジェクト」
	妊産婦の健康改善、リプロダクティブ・ヘルス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域別研修「リプロダクティブ・ヘルス行動変容戦略セミナー」
	マラリア対策	<ul style="list-style-type: none"> ・ 無償「マラリア総合対策計画」

本案件は、予防接種、栄養改善、環境衛生を含む包括的な小児保健システムを強化するプロジェクトであることに加え、事業規模（約3億9,000万円予定）もザンビア保健医療セクターの協力としては最大であることから、同プログラムにおける中核的案件と位置づけられる。

同じく、小児の健康改善サブプログラムにはワクチンの供与及び管理体制強化、コールドチェーン機材の供与及び維持管理能力の強化に関する協力を実施しており、これらの案件との相乗効果が得られるようプロジェクトを運営していくことが望まれる。

さらに、下記「2 - 8」のとおり、他プログラムの事業、あるいはボランティア事業との連携はプロジェクト活動を補完する効果が見込まれることから、積極的に検討することが望まれる。

2 - 8 プログラムを横断した形での連携

「母と子どものための健康対策支援プログラム」以外でも、下記の事業との連携はプロジェクト活動を補完する効果が見込まれることから、積極的に検討することが望まれる。連携イメージ図を図1に示す。

(1) 都市給水・衛生改善支援

「安全な水供給プログラム」の協力として、JICAは2000年度から2002年度にかけて「住民参加型給水計画」（開発福祉支援事業）をCAREへの委託を通じて実施した。この事業は、1994年の国家水利政策(National Water Policy)、1997年の水供給・衛生法令(Water Supply and Sanitation Act)に基づき、無償資金協力「ルサカ市都市給水計画」で整備した市内給水施設における住民参加型による維持管理手法の定着を目的としたものである。

続いて2002年度から2004年度には同事業で培われたノウハウを基に、ルサカ市上下水道公

社を実施機関としてルサカ州（チョングウェ郡、カフエ郡）、東部州（チパタ郡）、中央州（カブエ郡）、ルアプラ州（マンサ郡）等の州都を含む比較的都市化された郡の役所及び上下水道公社から合計90名（30名/年×3回）に対する現地国内研修「住民参加型給水事業」を実施した。

さらに、2007年度からは地方自治住宅省インフラ支援サービス局と協力して、全国をカバーする10カ所のCU（Commercial Utility=営利公共サービス提供者；上下水道公社から改編された公共事業サービス公社）及び地方自治体（市、郡役所）の職員に対し、都市給水事業に関する衛生改善研修を実施している。

衛生環境の改善を通じた安全な水へのアクセシビリティ向上は、コレラ、下痢症疾患など小児の死亡原因の上位を占める疾病の罹患率減少に大きく貢献することから、「2 - 6」で説明したとおり、郡レベルではDHMTと市、郡役所間の調整が必要となると同時に、JICA事業間においても連携を強化することが求められる。

（2）青年海外協力隊派遣

本プロジェクトでは、最終的にはコミュニティ・レベルにおいて住民保健委員会、住民組織による自主的な予防保健サービスが導入され、定着しなければならないが、日本人専門家をはじめ、プロジェクトの投入は保健省本省をベースとして重点活動対象郡における保健センターまでにとどまることになる。従って、コミュニティ・レベルでの予防保健サービスの持続性を確保するためには、住民組織によるIGAのモニタリング等でボランティア事業と連携することが望ましい。具体的には重点活動対象郡の市、郡役所（住宅・社会サービス部）、あるいはDHMTに村落開発普及員が派遣され、住民組織ボランティアの活動、住民組織の設立するIGAバスケットファンド運営委員会の活動モニタリングを支援することが想定される。

連携する時期としては、本プロジェクトにおける住民組織へのIGAに関する介入はプロジェクト開始後約半年以降に予定されていることから、その時期に経験のある短期の青年海外協力隊員を重点活動対象郡に派遣し、プロジェクトへの支援活動が軌道に乗った後に長期の隊員を派遣し、住民活動のモニタリング活動が継続されるような連携を提案したい。

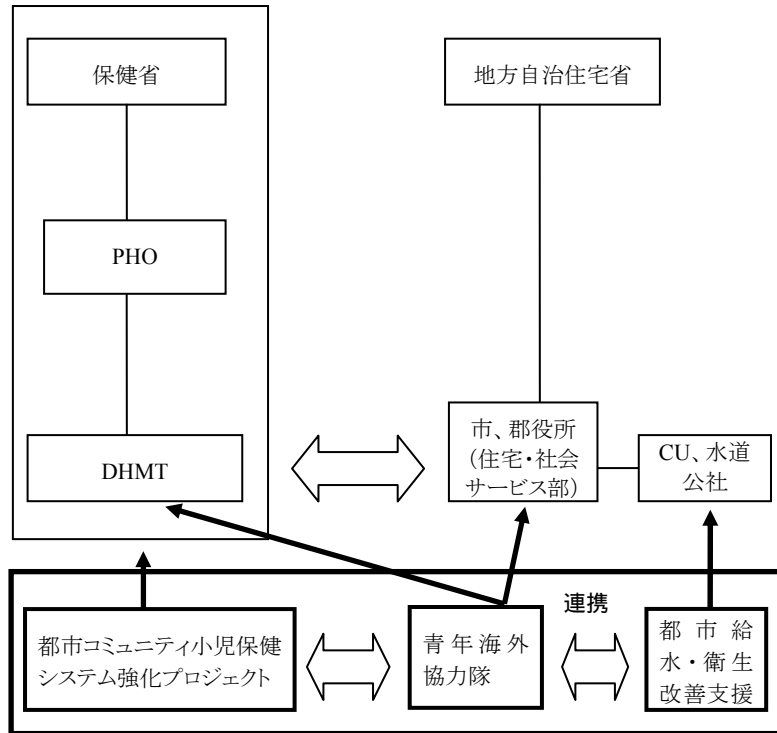


図1 プログラムを横断した形での連携イメージ

第3章 要請の背景

3 - 1 コミュニティ・レベルにおける統合的小児保健活動の必要性

ザンビアにおける乳幼児死亡の原因となる疾病の7割は、下痢症、肺炎、マラリア、麻疹、栄養失調などの予防可能な疾病である。それらの疾病による死亡の大半は家庭内で発生しており、養育者が疾病の知識をもち、重症化する前に医療施設へ連れて行くなど適切に対処していたならば防ぐことが可能であるとされている。一方、医療現場においても状況は深刻である。危機的な人材不足により、大半の医療施設は、医療従事者の適正配置人数を下回り、十分なヘルスサービスを提供できない問題を抱えている。

2000年に設定されたミレニアム開発目標（Millennium Development Goal：MDG）では、2015年までに乳幼児死亡率を1990年の水準の3分の1（1,000出生対63）に削減することをめざしているが、2002年におけるザンビアの5歳未満児死亡率は、1,000出生対168と依然として高く、現在の状況が続けば2015年のMDGの達成が困難となる可能性があるとして指摘されている。

このような状況で、乳幼児の死亡率減少も含め小児の健康改善に向けて求められるのは、コミュニティ内の基礎的保健サービスへのアクセシビリティを高めることであり、同時に予防可能な疾病を未然に防ぐための適切な知識を養育者にもたせ行動変容を促したり、重症化以前に適切な医療処置を施すことである。

プライマリー・ヘルスケア（PHC）プロジェクトが過去10年にわたり実施してきた、コミュニティ・レベルにおける統合的小児保健活動は、拡大子どもの成長促進活動（GMP+）、住民参加型環境衛生改善活動（PHAST）に代表される環境衛生活動を組み合わせることで栄養失調、下痢症、麻疹などの疾病予防を包括的に取り組んだだけでなく、郡保健管理チーム（DHMT）に代表される地域の保健行政機関と連携しながら、住民組織ボランティアの育成から所得創出活動（IGA）の実施を含む住民組織の強化を通じたボランティア活動の持続性の確保まで含めることで、コミュニティにおける基礎的保健サービスの自立発展的な提供体制の構築をめざしたものである。

それらはすべて、第5次国家開発計画、国家保健開発計画をはじめ、ザンビアの国家的な開発計画、課題別の政策及び具体的な戦略文書に合致していることは、表3に示すとおりである。

表3 コミュニティ・レベルにおける統合的小児保健活動とザンビア政策との関連

	第5次国家開発計画 (2006-2010)	国家保健開発計画 (2006-2010)	国家小児保健政策 (2005年)	国家環境衛生政策 (2001年ドラフト)	国家コミュニティ 小児保健戦略計画 (2006-2009)
GMP+	<ul style="list-style-type: none"> ・乳児死亡率(出生1,000対95)及び5歳未満児死亡率(1,000対168)を減少 ・PHCアプローチにより下痢、栄養失調など子どもの健康問題が取り上げられた。 ・子どもへの食料配布を通じた成長モニタリング 	<ul style="list-style-type: none"> ・高い乳児死亡率(出生1,000対95)及び5歳未満児死亡率(1,000対168) ・コミュニティ-統合的小児疾患管理(C-IMCI)及び施設IMCIの拡大 ・適切な飲食物の供給及び授乳 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康教育の促進 ・下痢症と栄養失調の脅威 ・包括的な子どもの疾病管理活動の実施 ・5歳未満児の栄養改善と成長促進モニタリングの強化 ・子どもの疾患減少のための行動変容の促進 	(記載なし)	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもの健康及び栄養改善に必須である家族習慣(Key Family Practices)の包括的な促進 ・コミュニティにおける子どもの成長促進モニタリングの確立 ・コミュニティにおけるマラリア対策、予防接種拡大、子どもの健康週間及び水、衛生及び保健教育実施体(WASHE)の実施
PHAST	<ul style="list-style-type: none"> ・さらに多くの都市及び都市周辺地域で持続的な水供給及び衛生環境を受けられるようにする。 ・脆弱な衛生環境に関する認識を広く国民に知らせ、改善に参加するよう促す。 	<ul style="list-style-type: none"> ・報告される症例の80%以上が下痢症など衛生環境に起因する。 ・22郡がPHASTを導入し、72郡への拡大をめざす。 	<ul style="list-style-type: none"> ・下痢症で死亡する88%の子どもが予防可能 ・コミュニティでの水供給、衛生などの質及び住環境の日常モニタリングの確保 	・PHASTの導入検討	<ul style="list-style-type: none"> ・手洗いの励行で下痢症の発症を35%前後削減可能 ・常時、住環境を清潔に保つことで疾病予防が可能 ・安全な飲料水の確保及び貯蔵 ・排便のためのトイレの使用促進

コミュニティ 転送サービス	・貧困層にとって保健医療サービスは敷居が高い。	・すべての国民が平等に保健医療サービスを受けられるようにする。	・共通する子どもの疾患の特定のためのコミュニティの一層の参加。	(記載なし)	・保健施設とコミュニティの連携促進 ・保健施設及びサービスの利用度向上 ・治療後におけるコミュニティへの結果フィードバック
DHMTの能力 強化	・保健改革を通じて、予防保健サービスに関する計画及び実施権限を委譲する。	・全郡のDHMTに資金運用管理システム(FAMS)を導入。	(記載なし)	・質の高い環境衛生技師、担当官の確保 ・環境保健に関する研修実施 ・郡WASHEとの連携	(記載なし)
自立発展のためのコミュニティ強化	・都市の低所得者層の58%が貧困層に分類される。	・貧困層の保健医療サービス、水供給及び衛生環境を手に入れることが困難。	(記載なし)	・コミュニティ強化は二 ーズ中心型の環境保健活動を自立発展させるためにきわめて重要。 ・コミュニティ保健改革資金の導入	・コミュニティに近いところで実施する行政サービス計画にコミュニティの声を活用する。 ・コミュニティの住民が資金を獲得する手段を確保する。

3 - 2 小児保健及び環境衛生分野における国際機関、他ドナーの活動

JICAは、「第2章2 - 7」の各案件を通じ、これまで小児保健における主要ドナーとしてのプレゼンスを確保してきたことから、本プロジェクトの実施により引き続き小児の健康改善に貢献することが期待されている。

ザンビアの保健セクターでは主要課題を16のサブ・セクターとして分割しており、小児保健サブ・セクターでは、JICA以外に国連児童基金（UNICEF）、カナダ国際開発協力庁（Canadian International Development Cooperation Agency：CIDA）、HSSPが政策レベルにおける主要ドナーとされているので、各ドナーの活動について以下に記す。

（1）UNICEF

ザンビアへの支援プログラムは、保健/栄養、基礎教育、子どもの保護（孤児支援）、水供給/衛生に分けられており、2007年の通常拠出の計画額は約1,550万ドルであった。そのうち小児保健は保健/栄養プログラムに該当し、2007年は約600万ドルの支援を計画。内容は、IMCI（C-IMCI及び施設IMCI）拡大、予防接種拡大、マラリア対策、栄養改善等の政策、戦略及びガイドラインの策定に関する技術支援といった従来からの協力に加え、2007年に表明した“Global Partnership for Maternal, Newborn and Child Health”¹⁴の促進活動に力を入れている。また、ザンビアでは2007年に母子感染による子どものHIV陽性者が1万人を超えたことから、母子感染予防の予算額を増加している。

本プロジェクトに関していえば、コミュニティ小児保健及び環境衛生国家指針の標準化作業について連携可能と思われる。

（2）CIDA

基本的にセクター財政支援（バスケットファンド）の協力形態をとっており、2007年の拠出計画は1,268万カナダドル（約1,235万米ドル）であった。

保健セクターにおける現在唯一のプロジェクト支援が、2008年にCARE Internationalに委託して開始する「C-IMCI能力強化プロジェクト」であり、これはルサカ州（ルサカ市）、コッパーベルト州（ンドラ郡）及び北部州（カサマ郡）で実施したC-IMCIの先行事業を基に、ルサカ州、中央州及びビルアブラ州の8郡に展開するとともに、保健省と経験を共有し、能力強化を図ることで、拡大するC-IMCIの質的改善をはかる事業である。概要は以下のとおり。

中央、州レベル

- ・ C-IMCI国家戦略計画の実施方針の策定
- ・ C-IMCI国家戦略計画を実施するためのガイドライン、マニュアル等の策定
- ・ 州保健局（PHO）に対する、DHMTを監督、指導するための技術支援

郡、コミュニティ・レベル

- ・ C-IMCI実施のための研修
- ・ コミュニティへの監督、管理研修
- ・ 上記に必要な機材供与、資金協力

このように、CIDAの活動は本プロジェクトと小児保健及び住民組織強化の分野で重複して

¹⁴ 世界保健機構(WHO)の“ The partnership for Safe Motherhood Initiative ”、Save the Children USA の“ The Healthy Newborn Partnership ”及び UNICEF の“ The Child Survival Partnership ”を統合したもの

いる内容が多い[3年間で総額684万カナダドル(約666万米ドル)]

PHCプロジェクトでは、CAREはルサカ市の他地区でプロジェクトを実施していたので、活動が重複することはなかったが、彼らもC-IMCIの拡大及び質的改善のためには保健省小児保健ユニットの能力強化が不可欠と考えており、今回同じタイミングでほぼ同じ内容の案件形成を検討していることが判明した。調査団滞在時には保健省はまだCAREの事業提案に合意していなかったが、早晩合意することは確実であることから、本プロジェクトが開始された後は、先行するであろうCARE案件と調整、協力しながら、コミュニティ小児保健国家指針の標準化作業を実施しなければならない。

(3) HSSP

HSSPは米国国際援助庁(United States Agency for International Development: USAID)の資金協力を得て、基礎的保健医療サービスの提供体制を改善するために保健省に技術支援を実施するプログラムであり、その協力内容は、小児保健/栄養、マラリア対策、リプロダクティブ・ヘルス、及び保健システム強化である。

小児保健では、国家予防接種体制強化計画レビュー等の策定に関する技術支援のほか、独自のIMCIガイドラインを作成したが、コミュニティにおける住民参加活動までカバーしていないことから、本プロジェクトにおいてコミュニティ小児保健国家指針の標準化作業に協力する意向を示している。

このほか、コミュニティ小児保健活動を支援するドナー(NGO、プログラム)としては、CCF(Christians Children's Fund)及びUSAID系のHCPが存在する。それらの活動地域及び内容は表4のとおり。

表4 CCF、HCPの活動地域と活動内容

	活動地域	活動内容
CCF	ルサカ州(チョングウェ郡、ルアングア郡、カフエ郡)、中央州(ムンブワ郡、チボンボ郡)、コッパーベルト州(マサイティ郡)、東部州(ニンバ郡)	HIV/エイズ対策 小児保健 予防接種及び栄養改善 所得創出活動
HCP	ルサカ州(チョングウェ郡、ルアングア郡)、中央州(ムクシ郡、セレンジェ郡)、コッパーベルト州(ルアンシャ郡、ムポングウェ郡)、北部州(ムピカ郡、ムプルング郡)、ルアブラ州(チエンゲ郡、カワンブア郡)、東部州(ペタウケ郡、チャジザ郡)、南部州(チョマ郡、シアボンガ郡)、西部州(カラボ郡)、北西部州(ムフンブウェ郡、カセンパ郡)	HIV/エイズ対策 小児保健 予防接種及び栄養改善 マラリア対策 リプロダクティブ・ヘルス

CCF、HCPとも州都のない郡で活動しており、その意味では都市地域よりも農村地域のコミュニティ活動を重視していると考えられることから、本プロジェクトの重点活動対象郡と重複する可能性は少ないものと思われる。また、両機関ともC-IMCI国家戦略計画の存在は把握しているものの、計画に基づく実際の活動指針は存在していないので、彼ら独自の方法でコミュニティ小児保健活動を実施している。本プロジェクトで国家指針が標準化されれば、統

一した方法で活動が実施されることが期待される。

一方、環境衛生に関する他ドナーの支援状況は年次行動計画で把握することができる。表5のとおり、2006年度は世界銀行（World Bank：WB）及び世界保健機構（World Health Organization：WHO）が中心的な支援ドナーであったが、2007年度は環境衛生プログラムにまったく予算が計上されておらず、ドナーが単独で実施している環境衛生プロジェクトを除けば、ザンビアでの環境衛生改善は停滞していたと考えられる。

2008年度に再び予算が計上されているものの、予算が安定的に計上されている小児保健に比較して、ドナーの環境衛生活動への支援に対する関心が低下している現状が憂慮されている。

表5 環境衛生に関する支援状況

予算年度	保健省の環境衛生プログラム	資金拠出機関
2006年	PHAST拡充プログラム	WB
	ザンビア大学環境保健カリキュラム策定プログラム	WB、WHO
	国家環境保健政策完成プログラム	WHO
	郡WASHE支援プログラム（地方自治住宅省と協力）	WB、WHO、スウェーデン国際開発協力庁（SIDA）
	保健施設における医療廃棄物管理支援（ザンビア環境協会と協力）	WB
2008年	PHAST/WASHE 5州改善プログラム	ザンビア保健省（バスケットファンド）
	国家環境保健政策完成プログラム	

さらに、水供給セクターのリードドナーであるドイツ技術協力公社（Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit：GTZ）も、水キオスクを拠点に水供給及び衛生改善サービスを提供することで、保健センターのもつ基礎的な予防、診断及び治療サービスと連携し、統合的に都市貧困層の基礎的保健医療の改善をめざすプログラムの実現可能性調査を開始している。このように、コミュニティに近づく協力を実施するほど、保健医療サービスだけでなく、給水を含む他の公共サービスとの関係を把握しておく必要がある。

3 - 3 ザンビアのプロジェクト実施体制

保健省は2007年に組織体制を変更し、現在管理2局（計画開発局及び人材開発管理局）並びに技術3局（公衆衛生調査局、臨床ケア診断サービス局及び技術支援サービス局）の計5局体制である。各州の州保健局（PHO）はDHMTを指導、監督する保健省本省の出先機関と位置づけられている一方、住民への保健医療サービスの提供はDHMTが担うことになっている。

本プロジェクトにおいて、コミュニティ小児保健及び環境衛生国家指針の策定といった国家レベルの介入は、本省公衆衛生調査局（小児保健ユニット及び環境衛生ユニット）に対し実施するが、同時に全国9州のPHOに対しては両国家指針及び住民参加に関するDHMT（72郡）への指導者研修（TOT）を、そして重点活動対象郡4郡のDHMTに対しては効果的かつ持続的な予防保健サー

ビスをコミュニティに提供するためのシステムづくりとして保健センター職員にまで一般研修を実施することとしている。

これによって、重点活動対象郡4郡は直接的に、残り68郡はPHOを通じて間接的に、あわせて全国72郡をカバーすることとなる。

図2に保健省における本プロジェクトの協力範囲を示す。網かけの部分が、プロジェクトが関与する部署（職位）である。

また、調査団は重点活動対象郡の候補として南部州リビングストン郡、コッパーベルト州、ンドラ郡及び中央州カブウェ郡を訪問し、PHO、DHMT、並びに郡内保健センター及びコンパウンドの関係者に対し、各州及び郡内都市地域における住民組織活動をベースとした小児保健及び環境衛生に関する聞き取り調査を行ったので、結果を表5に記す。

郡役所と同様に、本プロジェクトへの期待はおしなべて高く、プロジェクトのコンセプトはPHO - DHMT - 住民保健委員会 - 住民組織といった地方の保健行政ラインにおいても基本的に受け入れられるものと考えられる。

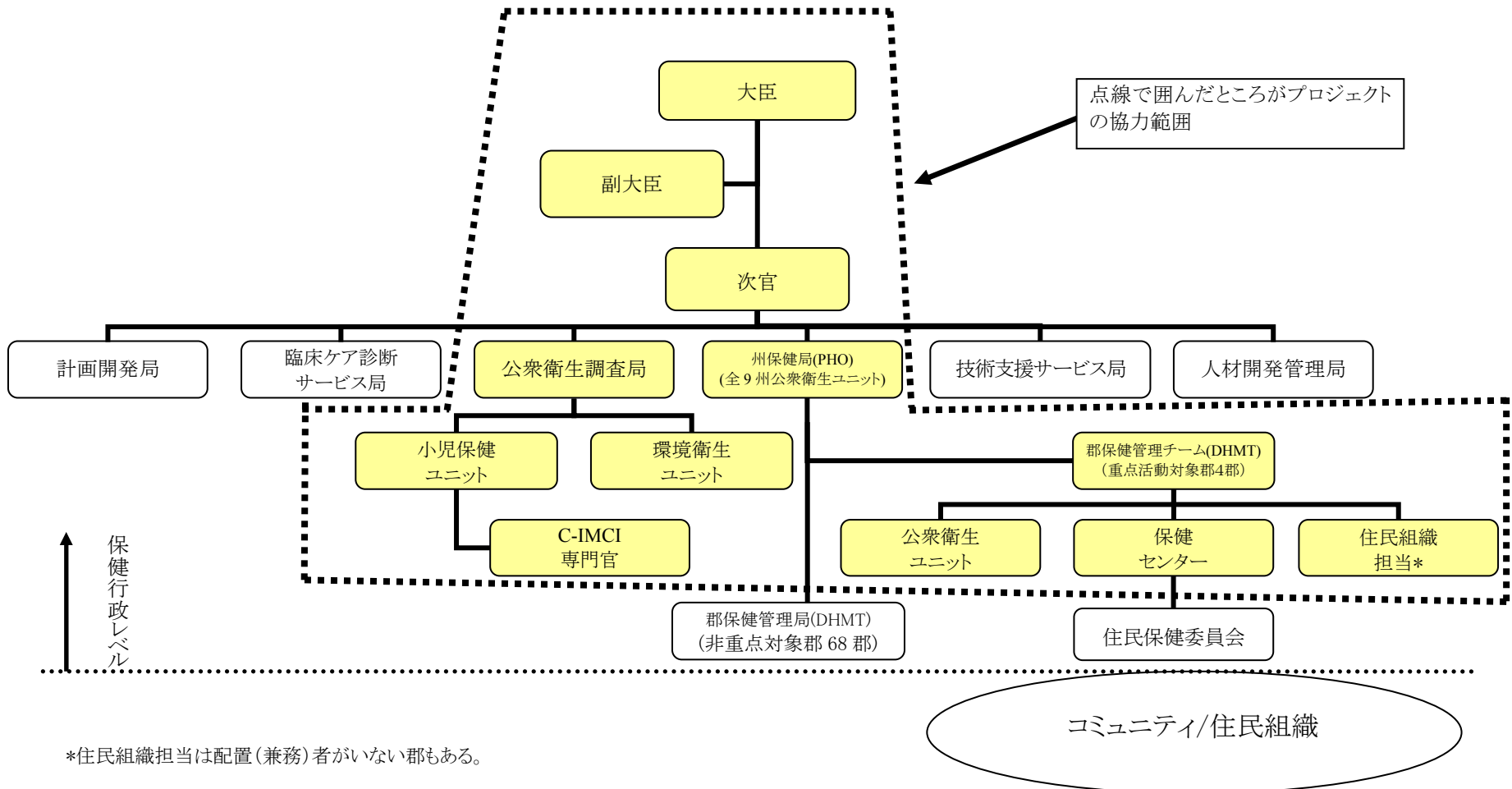


図2 保健省組織図と本プロジェクトの協力範囲

表6 聞き取り調査結果

	リビングストン郡（南部州）	ンドラ郡（コッパーベルト州）	カブウェ郡（中央州）
PHO	<ul style="list-style-type: none"> ・プロジェクト実施に高い意欲 ・協力隊をDHMTに派遣してほしい。 ・以前はコミュニティ活動の調整官が、家族計画や環境衛生の活動を行っていたが、現在はコミュニティ活動に特化した職位はない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・非計画居住地区の環境衛生状況が劣悪なので、改善する必要がある。 ・GMP自体はすでに実施されているので、本プロジェクトでGMP+を実施するのは容易である。 ・PHOの役割はDHMTに対する指導・モニタリングであるので、本プロジェクトでは積極的に実施したい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・プロジェクト実施に対する意欲は高い。PHOにおけるコミュニティ活動のフォーカルパーソンは環境衛生担当がよい。 ・DHMTの予算の10%はコミュニティ活動に配分している。 ・地方分権化により予算のチャンネルがどのようになるか未定である。地方分権化に関する情報はあまりもっていない。
DHMT	<ul style="list-style-type: none"> ・小児保健と環境保健の優先度が一番高い。 ・プロジェクト実施に高い意欲を示すが、コミュニティ・レベルに介入するプロジェクトを期待している。 ・リビングストンは古い都市なので、水供給等の社会インフラの改善が必要。 ・郡内では特に、Libuyu、Maramba、Ngwenyaの水供給、衛生環境が悪い。 ・住民ボランティアはインセンティブがないため、活動意欲が低下し、ドロップアウト率が高い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・Community Partnership Coordinatorという職位があり、全セクターのコミュニティ活動の監督を担うが、基本的に保健、環境衛生分野が中心。 ・GMPや、PHASTの一部（コレラ予防など）がすでに実施されていることから、これらの予算は負担できる。他の活動についても行動計画に記載していればローカルコストの負担は可能。 ・非計画居住地区の衛生状態をぜひ改善したい。特にChipulukusu、Nkwazi、Bunga、Makenzi。 ・コミュニティ・レベルの活動をサポートする協力隊員の派遣は歓迎。Community Partnership Coordinatorとぜひ一緒に活動してほしい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・小児保健の優先度は高い。 ・多くの非政府組織（NGO）及びプログラム（ZPCT、SFH、CARE、ZCCM、Catholic Church ZAMBART、DAPP）が活動しており、関係者間の四半期会議を開催している。 ・コミュニティ活動のフォーカルパーソンはManager Planning and Development（MPD）である。 ・住民保健委員会と住民組織間の関係が良好でないため、改善の必要あり。 ・MakululuとKatondo地区の衛生状態が悪く、NGOもいないので、プロジェクトの活動対象にしてほしい。 ・協力隊員をDHMTに派遣してほしい。

<p>コミュニティ</p>	<p>Maramba保健センター</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ZAMBARTが結核検査室を支援している ・ コミュニティ活動のフォーカルパーソンはいないが、小児保健と環境保健の担当者がコミュニティでのモニタリングを行っている。 <p>Ngwenyaコンパウンド</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ボランティアは家庭訪問も行う。何人かは、保健センターで保健教育やエイズ患者のカウンセリング、結核対策プログラムの仕事をしている。 ・ ボランティアの報酬は基本的にないが、自転車やTシャツをもらった人もいる。病気の際は診察が無料になる。 ・ ボランティアの大半は無職で、平均1日4～6時間働く。2万クワチャ程の報酬が必要と考えている。なかにはフルタイムでボランティア活動をしている人もいる。 ・ CIDRZとCAREがボランティアに研修を行ったり、CAREは蚊帳を供与している。 	<p>Kwazi保健センター及びコンパウンド地区</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 廃棄物を管理するシステム、ゴミが山となっている。以前はCAREがゴミ収集トラックの40回分のチケットをくれたが、なくなってからは購入していない。 ・ CAREが建設した有料トイレは、ゴミ収集トラックが水道管を壊してしまってから、機能していない。 ・ 1ヵ月ほど前にCAREにより水のフィルター器具が20世帯に売られた。セットのしかたをトレーニングされ、活用して飲料水にしている。 ・ 野菜栽培のIGAを実施している。エイズ患者もメンバーにいる。現在養鶏のIGAを計画中。 <p>Chipulukusu保健センターとコンパウンド</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保健センターでは、毎日4、5人の患者を郡病院にリファーしているが、搬送手段に困っている。患者数に対して、保健センターの規模が小さすぎる。 ・ 浅井戸が数世帯に1つずつあるが水は汚染されている。 ・ CAREが建設した有料トイレは、水供給がある時は機能しているが断水が多い。 ・ 計画居住地区には飲料水を販売するキオスクが多いが未計画地区には少ない。 	<p>MAKULULU保健センター及びコンパウンド地区</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ZCCMは環境衛生、他のNGOやプログラムは主にHIV/エイズや結核対策プログラムを実施。 ・ NGO等は保健センタースタッフに報酬を与え、ボランティアにもインセンティブを与えている。 ・ 予防接種率はとても低い。小児の体重測定するGMP+の場所が設置されていない。 ・ 住民保健委員会は150名のメンバーがおり、15名のexecutive committee membersがいる。 ・ ボランティアは2つ以上の住民組織に所属できる。
---------------	---	---	--

第4章 ルサカ市プライマリー・ヘルスケア・プロジェクト の本プロジェクトへの適用

4-1 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）の技術的優位性

ルサカ市プライマリー・ヘルスケア（PHC）プロジェクト（フェーズ2）は、2002年7月から2007年7月までの5年間にわたり、住民参加の原則に基づき、ルサカ市の6つのコンパウンド地区内の人的リソースを活用したコミュニティ保健活動を実施し、小児健康指標の改善に顕著な効果を示した。プロジェクト活動が小児の健康改善に寄与した主な要因としては、（1）効果的なコミュニティ保健活動ツールの導入、（2）保健行政のコミュニティ保健活動に対する指導、モニタリング能力の強化、（3）ボランティアへの継続的な研修による知識、技術力の向上、が挙げられる。

（1）効果的なコミュニティ保健活動ツールの導入

PHCプロジェクト（フェーズ2）では、効果的なコミュニティ保健活動ツールとして、小児の成長・健康促進を目的とした拡大子どもの成長促進活動（GMP+）と環境衛生改善をめざした住民参加型環境衛生改善活動（PHAST）を導入した。GMP+は、小児に必要とされる基礎保健サービスを、できる限り住民の家々の近くで提供することを目的とし、その運営はプロジェクトが養成した住民組織ボランティアにより行われた。提供されるサービスは、体重測定、保健教育、栄養カウンセリング、微量栄養素補給、駆虫剤投与、家族計画、予防接種などであり、家族計画と予防接種は医療従事者によって行われた。

GMP+の利点は、第1に養育者の基礎的保健サービスへのアクセシビリティを高めたことにある。GMP+は小児の基礎的保健サービスをパッケージとして毎月定期的に提供するため、養育者は月に1回GMP+に参加するだけでサービスを受けることができた。第2に、受益者の視点に立ったサービスの提供が可能となったことである。GMP+において提供される保健教育や栄養カウンセリングは、養育者に必要な保健情報をいかに容易に伝え、養育者の行動改善を促すかを重要視しており、わかりやすい視覚教材を用いるとともに、ボランティアがその地域の現状に則した保健教育やカウンセリングを提供した。第3に医療従事者によるサービスの提供及び技術指導が行われたことである。医療従事者による家族計画や予防接種のサービスの提供は、GMP+の保健医療サービスの幅を広げたとともに、GMP+活動への技術指導は、ボランティアによる活動の質を高めることに寄与した。

PHASTは下痢症疾患の予防を目的とした住民参加による環境衛生改善活動であり、参加型ワークショップを通じて住民の抱える問題とニーズを的確に反映した活動を地域住民と共に実施することをめざしている。参加型ワークショップでは、視覚教材と参加型手法を効果的に用い、問題認識から問題解決のための計画作成までを参加者自らが行った。同時に、その過程は活動に対する参加者のコミットメントとオーナーシップを高めることも目的としており、ワークショップ後に参加者は、ボランティアとして主体的、積極的に活動に取り組むようになり、PHASTによって地域の人的リソースを効果的に活用した形で環境衛生改善が行われるようになった。

（2）保健行政のコミュニティ保健活動に対する指導、モニタリング能力の強化

保健行政とコミュニティの関係は、図2のとおり保健省本省から州保健局（PHO）、郡保健

管理チーム（DHMT）、保健センター、住民保健委員会、そして住民組織に至る構造となっている。このうち、PHCプロジェクト（フェーズ2）はルサカ市の一部のコンパウンド地区を対象地域としていたので、ルサカ市DHMTをカウンターパート機関とし、地区を管轄する保健センターに対しても積極的な投入を行った。DHMTがルサカ市におけるコミュニティ保健活動の戦略策定と計画作成、予算執行ならびに保健センタースタッフの指導、監督の役割を担い、一方、保健センターは、コミュニティ保健活動の拠点として、そのスタッフは、ボランティアの養成、活動に関する技術指導及びモニタリング・評価を担当した。

PHCプロジェクト（フェーズ2）では、DHMTと保健センターの権限と役割を考慮に入れ、DHMTスタッフに対しては、活動計画の作成、予算の適切かつ確実な執行及びそのモニタリング能力の強化を、保健センタースタッフに対しては、ボランティアの育成及び指導能力の強化を重点に置いた技術指導を行った。

そして、DHMTの合意のもと、保健センターの准医師、看護師（母子保健担当）、栄養士、環境衛生技師を、コミュニティ保健調整官（Community Health Coordinator：CHC）として養成し、CHCがそれぞれの専門性を生かし、ボランティアの養成及び活動指導を行った。また、CHCがコミュニティ保健活動のモニタリング・評価を行うことにより、GMP+や環境衛生活動の質が向上し、安定したサービスを提供することが可能となった。また、ボランティア活動が医療従事者の技術指導のもとに行われていることは、受益者の安心感を高め、積極的にサービスを受給しようとの意識を生じさせることに貢献した。

（3）ボランティアへの継続的な研修による知識、技術力の向上

一般的に活動に従事する住民組織ボランティアは研修を受けるが、通常は開始当初に実施される研修1回のみであり、それ以降新たな知識を習得する、あるいは技術力を高める研修はほとんど実施されることはない。しかしながら、PHCプロジェクト（フェーズ2）では、ボランティア養成研修後も定期的にはリフレッシャー研修や必要に応じフォローアップ研修を実施してきた。リフレッシャー研修は四半期ごとに開催され、おのこの住民組織の活動に関連するトピックをテーマに、知識と技術の向上を図った。フォローアップ研修はボランティア養成研修の限られた日程では十分指導できないテーマや、新たに導入した活動などに関し、必要に応じて開催された。

リフレッシャー研修やフォローアップ研修などによる継続的な研修は、ボランティアの知識や技術を高め、GMP+や環境衛生活動において提供されるサービスの質を保証し、より効果的なコミュニティ保健活動の実施を可能とした。加えて、知識や技術の習得はボランティアのモチベーションを高める効果があることが確認されており、継続的な研修の実施は、ボランティアの能力向上に限らず、ドロップアウトの抑制にも効果があった。

以上の点より、PHCプロジェクト（フェーズ2）の技術的優位性を要約するならば、GMP+とPHASTといった効果的なコミュニティ保健活動ツールの導入をはじめ、それらのツールを十分に活用できるボランティアを育成し、実施に際しては医療従事者による適切な技術指導とモニタリングを行ったことにより、小児の健康改善をもたらす手法を確立することができたこと、といえる。

4 - 2 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）の途上国における小児保健及び環境衛生分野へのインパクト

PHCプロジェクト（フェーズ2）の成果として評価される実績は、小児疾病の罹患率を減少させたことである。フェーズ2開始時の2002年と2006年のプロジェクト対象地域の下痢症、麻疹、栄養失調の罹患率は、DHMTによると、下痢症罹患率は682.2から218.2（対人口1,000人）、麻疹は18.2から0.6（対人口1,000人）、栄養失調は72.4から24.0（対人口1,000人）へと減少している。

上記の小児健康指標の改善を裏づける資料として、養育者の小児の健康に関する知識の向上と行動様式の改善を示した数値がある。PHCプロジェクト（フェーズ2）がプロジェクト実施期間中に行ったサンプル調査の結果、表6のとおり養育者の下痢症予防に関する知識が向上し、飲料水を殺菌消毒する世帯や石けんを用い適切な手洗いを励行する世帯の割合が増加したことが示されている¹⁵。

表6 養育者の小児の健康に関する知識と行動様式

	2002年	2006年
養育者の下痢症予防に関する知識	46.2%	61.1%
飲料水を殺菌消毒する世帯の割合	72.3%	89.2%
石けんを用い適切な手洗いを励行する世帯の割合	13.6%	46.0%

また、同様に栄養失調の予防に関する知識とそれに伴う行動の改善も明らかとなった。予防接種は、1歳児の完全予防接種（BCG、ポリオ、3種混合、麻疹）の接種率が59%から79%に大幅に改善しただけではなく、予防接種の推奨時期（3種混合3回目は生後3ヵ月から4ヵ月、麻疹は生後9ヵ月に接種）の接種割合が、71.2%（2002年）から74.4%（2006年）に向上しており、養育者のより適切な予防接種の希求行動が示された。

PHCプロジェクト（フェーズ2）の実績により、養育者がボランティアによるコミュニティ保健活動を通じ、小児の健康に関する適切な知識を習得し、それが養育者の疾病予防として相応しい行動変容を促し、その改善された行動が習慣化されることにより、下痢症などの罹患率の減少がもたらされたと推論される。その際に留意する点としては、養育者の行動改善がもたらされた時に、予防接種などの基礎的保健サービスや安全な水などへのアクセシビリティが確保されていたことである。養育者の行動が改善されたとしても、必要なサービスが提供されない場合は、養育者の意欲を削ぎ、小児の健康に対して懐疑的もしくは無関心へと陥る恐れがある。その意味においても、PHCプロジェクト（フェーズ2）が、GMP+や環境衛生活動（PHAST、世帯への飲料水塩素の促進販売等）を通じて養育者のサービスへのアクセスを可能な限り確保するよう努めたことは、養育者の行動変容が小児の健康改善につながった要因として考慮すべき点である。

¹⁵ 「ルサカ市プライマリー・ヘルスケア（フェーズ2）終了時評価調査報告書」（ドラフト）

4 - 3 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）の教訓及び経験の本プロジェクトへの活用

PHCプロジェクトフェーズ2は、プロジェクト終了に際し、プロジェクトの手法と成果及び教訓を体系的に整理した“Guidelines for Integrated Community-based Child Health Package”を取りまとめた。そこには、小児保健活動、環境衛生活動、保健行政マネジメント、コミュニティ活動の持続性強化、そして住民組織の制度化の5分野について、おのおのの活動手順、内容及び活動から導き出された教訓などが記されている。ガイドラインはプロジェクトの経験を一般化することを目的に作成されたことから、ルサカ市、郡内における活動の拡大は当然のこと、ルサカ以外の都市地域での導入に際しても十分活用できる情報が含まれている。

そのプロジェクトの経験と教訓に基づき、本プロジェクトにおいて活用可能なものとして、以下の点が挙げられる。

（1）住民組織の活動を調整するフォーカルパーソンの設置

DHMTや保健センターによる住民組織の管轄は、通常それぞれの組織の中心活動（母子保健、栄養促進、環境衛生等）に応じて分類されているため、DHMTや保健センターのコミュニケーション不足により、時として住民組織の活動に関する情報や課題の共有が行われず、住民組織の活動に支障を招くことがあった。

また、住民組織に対するインセンティブの提供に関しても、インセンティブの配布が特定の組織に偏ったり、あるいは過剰なインセンティブが提供されるような場合は、組織やボランティア間の不公平感が高まり、混乱や停滞を招く恐れがある。

そのため、組織間の活動の調整やインセンティブの配布に関し、開発援助機関やNGOを含む支援団体との合意形成に責任を担うフォーカルパーソンの役割が重要となる。PHCプロジェクト（フェーズ2）では、DHMTとの協議を通じ職員（看護官）に、住民組織に対するリエゾンオフィサーとして組織の能力強化と組織間の調整を担当してもらい、住民組織支援のためのステークホルダー会議の開催などの実績を残した。

現在、保健省、PHO、DHMTにおいて、ルサカ市DHMTのようにコミュニティ組織間の調整をはかる役職は公式には設置されていないが、フォーカルパーソンが担うべき職務を明確にし、既存の役職と兼務することは可能であると推察されることから、本プロジェクトでは、住民保健委員会と住民組織間の調整及び所得創出活動（IGA）の指導を総括する職員を任命する（活動5-1）こととしている。

（2）ボランティアによるコミュニティ保健活動の持続性強化の取り組み

コミュニティ活動全般にあてはまることであるが、技術協力が終了した後の活動が継続するか否かは重要な課題である。PHCプロジェクト（フェーズ2）では、プロジェクト終了後の自立発展性を確保することを目的として、保健行政による支援強化とコミュニティ組織自体による自助努力の醸成に取り組んできた。

保健行政においては、コミュニティ保健活動に対する財政的支援を強化することを目的として、DHMTの活動計画の作成・予算執行能力を向上し、コミュニティ保健活動が年間活動計画に記載され、予算執行が計画どおりに実施されるような技術指導を実施した。一方、住民組織においては、有料公衆トイレや製粉事業などのIGAを導入し、事業からの収益がボランテ

ィアのインセンティブや活動資金として活用されるシステムの構築を試行した。事業の運営から収益金の配分に至るまで、ボランティア組織の代表によるコミュニティ・バスケットファンド委員会が担当し、DHMT及び保健センターの職員が技術指導、モニタリングを行っている。コミュニティ・バスケットファンドの設立と活動の導入は、ステークホルダーへのインパクトも大きく、ザンビア政府による世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバル・ファンド）に対する資金申請プロポーザルにも取り入れられ、同基金からの資金によりIGA用の資機材が購入された地域もあるとのことである。

第5章 技術協力プロジェクトの基本計画

報告書冒頭にある「事業事前評価表4．協力の枠組み」を補足する形で、以下に説明する。

5 - 1 上位目標

上位目標は、プロジェクト目標を達成した結果、3～5年後に発現が期待される効果であり、本プロジェクトでは以下のように設定した。

コミュニティ小児保健国家指針及びコミュニティ環境衛生国家指針を活用し、効果的かつ持続的な予防保健サービスが全国の都市地域において提供される。

本プロジェクトは、プライマリー・ヘルスケア（PHC）プロジェクトで確立されたモデルを国家レベルの保健政策に反映し、包括的な都市コミュニティ小児保健システムの強化を通じた、自立発展的な予防保健サービスの確立と定着を目的としている。そのため、全国の都市地域で包括的なコミュニティ小児保健システムが強化されれば、保健医療サービスを受ける人口が増え、国全体の5歳未満児の死亡率及び疾病罹患率の減少につながることを期待される。

5 - 2 プロジェクト目標

本プロジェクトが協力終了時に達成すべき目標を以下のように設定した。

コミュニティ小児保健国家指針及びコミュニティ環境衛生国家指針を活用した、効果的かつ持続的な予防保健サービスを提供するためのシステムが強化される。

PHCプロジェクトでは、ルサカ市郡保健管理チーム（DHMT）をカウンターパート機関とし、コミュニティ・レベルに介入したのに対し、本プロジェクトでは小児保健、環境衛生に関する指針の国家レベルでの標準化作業、指針を実行する各レベルの人材育成を行うため、保健省本省をカウンターパート機関とし、保健省本省、全国9州の州保健局（PHO）、そして重点活動対象郡（4郡）DHMT及び同郡内の保健センターレベルまでが協力範囲に含まれる。そのため、直接受益者は、中央及び州レベルの小児保健、環境衛生担当はもとより、重点活動対象郡のDHMT及び保健センターにおいては、小児保健、環境衛生担当だけでなく、住民組織強化の担当まで含まれることになる。

一方、非重点活動対象郡へはPHOまでの介入となり、そこから郡レベルへの協力は州の自発的な活動が期待されることから、非重点活動対象郡（68郡）DHMT及び同郡内の保健センター職員は間接裨益者となる。また、重点、非重点活動郡にかかわらず、全国レベルでは保健センターレベルで研修を受けた人材による効果がコミュニティ・レベルにまで波及し、そこで自立発展的に予防保健サービスが提供されることから、間接受益者は全国都市地域に在住する5歳未満児といえる。

5 - 3 プロジェクト成果及び活動

成果は、プロジェクトが目標を達成するための戦略であり、本プロジェクトでは5つの成果を設定した。

- 成果1 標準化されたコミュニティ小児保健国家指針が共有される。
- 成果2 コミュニティ小児保健活動にかかる保健省本省、州保健局（PHO）、郡保健管理局チーム（DHMT）、保健センター職員の能力が向上する。
- 成果3 標準化されたコミュニティ環境衛生国家指針が共有される。
- 成果4 コミュニティ環境衛生活動にかかる保健省本省、PHO、DHMT、保健センター職員の能力が向上する。
- 成果5 コミュニティを基盤とした小児保健及び環境衛生活動が継続的に実施されるための、保健省本省、PHO、DHMT、保健センター職員の能力が向上する。

成果1と成果2は小児保健、成果3と成果4は環境衛生、成果5が住民組織強化に関するものであり、大きく分けて上記の3つのコンポーネントでプロジェクトは構成されている。

成果2と成果4は、それぞれ成果1と成果3で作成される国家指針を活用して実施されるため、成果2と成果4は、それぞれ成果1と成果3が達成されてから開始されることとなる。

ただし、1年経過しても成果1及び成果3が達成されない場合に限り、既存のガイドラインを使用して成果2と成果4を開始することとする。

成果を実現するための具体的行為である活動は、冒頭の事業事前評価表のとおりである。

5 - 4 投入

プロジェクトに必要な人材・資機材・施設は日本側・ザンビア側双方が投入する。

<日本側>

専門家派遣：小児保健（チーフアドバイザー）、環境衛生、コミュニティ活動、モニタリング・指導・評価、人材開発・研修など

供与機材：車両、事務機器・事務用品（パソコン、コピー機、ファックス、家具など）、所得創出活動（IGA）にかかる必要な機材

研修員受入：コミュニティ保健サービス

在外事業強化費

専門家は3 - 3の図2のとおり、保健省公衆衛生調査局（小児保健ユニット及び環境衛生ユニット）が配属先になる。長期専門家2名程度と短期専門家（毎年3名程度、3ヵ月程度）を組み合わせで派遣することが想定されている。機材については、保健省内に設置予定のプロジェクトオフィスに必要な機材のほか、研修、所得創出活動等に必要となる機材、移動手段としての車両の供与が考えられる。また、小児保健、公衆衛生を中心としたわが国の地域保健システムを学ぶことによりプロジェクト効果の発現を促進するためにも保健省及び重点活動対象郡の郡保健管理局及び管轄する州保健局関係者、年間3名程度に対して本邦研修を計画している。

<ザンビア側>

カウンターパートの配置

機材：プロジェクト事務所、必要な事務機器・事務用品

プロジェクト活動経費

主なカウンターパートは保健省公衆衛生調査局長、保健省計画開発局長、小児保健専門官、環境衛生専門官など本省関係者のほか、重点活動対象郡を所管するPHOの関係者も含めることとする。

また、コミュニティにおける保健活動を所管する職位は現在保健省本省の正式官職として承認されていないことから、本プロジェクトの活動を通じ担当者を任命(兼務)することとしている。

本プロジェクトに関連する予算は、世界銀行(WB)、世界保健機構(WHO)、国連児童基金(UNICEF)、カナダ国際開発協力庁(CIDA)等の支援も含め保健省の2008年度予算計画に計上されているが、本プロジェクトへの割当額及び経費の内訳については、プロジェクト開始後に保健省と確認する必要がある。

5 - 5 外部条件とリスク

外部条件は、プロジェクトではコントロールできないが、プロジェクトの成功に重要な条件であり、本プロジェクトでは次のように特定している。

レベル	外部条件
上位目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 基本的な医療資機材(ワクチン、ビタミンAカプセル、駆虫剤等)が必要なタイミングに調達、配布される。 2. 保健医療サービス提供者が大幅に減少しない。 3. 保健省本省からの資金が必要なタイミングに配賦される。
プロジェクト目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. ザンビア政府が国家保健開発計画を変更しない。 2. 育成された人材が組織に定着する。 3. 活動費(研修、モニタリング等)に充当可能な州・郡への予算配分が適時になされる。
成果	<ol style="list-style-type: none"> 1. 関係機関が、指針、手引き、ツールを標準化する意向を保持する。 2. 活動費(研修、モニタリング等)に充当可能な州・郡への予算配分が適時になされる。

(1) 上位目標達成のための外部条件

上位目標にある、効果的かつ持続的な予防保健サービスが全国の都市地域のコミュニティで提供されるためには、保健センターレベルにおいてワクチンやビタミンAなどの基本的な医療資機材が適切に供給される必要がある。これらの資機材は国家予防接種プログラムなどで常時必要に応じて供給されている。

また、コミュニティ-統合的小児疾患管理(C-IMCI)は国家レベルの戦略に合致し2007年に全72郡への展開が終了、今後はサービスの質的向上が課題になること、そしてサービスの提供に必要な活動費も保健省の2008年度予算計画に引き続き計上されていることから、サービスの提供者数は大幅に変動することはなく、かつ保健省からの予算も計画どおりに拠出されるものと思われる。

(2) プロジェクト目標達成のための外部条件

プロジェクト目標は、コミュニティで効果的かつ持続的な予防保健サービスを提供するためのシステム強化であるが、国家保健開発計画ではコミュニティ活動の促進が記載されてい

ることから、その重要性に対する保健省の認識は維持されるものと思われる。また、PHCプロジェクトが過去10年にわたり実施してきた、コミュニティ・レベルにおける統合的小児保健活動への国家レベルの保健政策の反映及び応用が、本プロジェクトの要請の背景であることから、コミュニティ活動に対する保健省の意識は高いと考えられる。従って、外部条件が満たされる可能性は高い。

一方、ザンビアは都市部と地方部の保健人材の配置格差が著しく、ルサカ州、コッパーベルト州及び南部州に約60%の人材が集中している。保健省は格差是正のため拡大ザンビア保健人材流出防止計画(2007年)を通じ、地方部の保健センター及びDHMT勤務者を中心に物質的及び金銭的インセンティブを与えている(全PHO勤務者及びルサカ、ソドラ、カブウェ、リビングストンなど都市部のDHMT勤務者は対象外。ただし、都市部の保健センター勤務者は対象)。本プロジェクトは、PHO、DHMT及び保健センターの各レベルの担当官に対する指導者研修(TOT)及び一般研修の実施に基づく人材育成を基盤とするが、ザンビア政府の上記の取り組みにより、重点活動対象郡及び非重点活動対象郡の選定にかかわらず、全土で保健人材の定着が進めば地方部の都市地域においても一定の質のサービス提供が維持されるものと思われる。

また、活動費については、上述(1)のとおり政策面での重要性に基づき、2009年以降も予算計上される可能性が高いことから、PHO及びDHMTへの予算配分が適切に行われるものと思われる。

(3) 成果達成のための外部条件

国家指針の標準化作業に関して、小児保健については保健省と開発援助機関で構成される技術作業部会を活用する予定である。今回の事前評価調査では、小児保健について保健省及び他の開発援助機関も今後ガイドライン等の標準化について検討する意向を示していることが確認されたことから、この外部条件が満たされる可能性は高い。環境衛生の技術作業部会は存在していないが、保健省環境衛生専門官が国家指針の標準化作業を支援していることから、同様に外部条件が満たされる可能性は高い。

活動費については、上述(1)のとおり政策面での重要性に基づき、2009年以降も予算計上される可能性が高いことから、PHO及びDHMTへの予算配分が適切に行われるものと思われる。

付 属 資 料

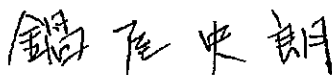
- 1 . 討議議事録 (Record of Discussions) (2009年4月7日)
- 2 . 協議覚書付属ミニッツ (Minutes of Meeting) (2009年4月7日)
- 3 . 事前評価調査団署名ミニッツ (2007年10月26日)

RECORD OF DISCUSSIONS
BETWEEN
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY AND AUTHORITIES
CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF ZAMBIA
ON JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR
THE PROJECT FOR STRENGTHENING COMMUNITY-BASED CHILD HEALTH
PROMOTION SYSTEM IN URBAN AREAS

Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") exchanged views and had a series of discussions with Zambian authorities concerned with respect to desirable measures to be taken by JICA and Zambian Government for the successful implementation of the Project for Strengthening Community-based Child Health Promotion System in Urban Areas.

As a result of the discussions, and in accordance with the provisions of the Agreement on Technical Cooperation between the Government of Japan and the Government of Zambia, signed in Lusaka on 27th June 2006 (hereinafter referred to as "the Agreement"), the Team and Zambian authorities concerned agreed on the matters referred to in the document attached hereto.

Lusaka, 7th April, 2009



Mr. Shiro Nabeya
Resident Representative,
Japan International Cooperation Agency
Zambia Office



Dr. Velepi Mtonga
Permanent Secretary,
Ministry of Health
Republic of Zambia

18

8

THE ATTACHED DOCUMENT

I. COOPERATION BETWEEN JICA AND ZAMBIAN GOVERNMENT

1. The Government of Zambia will implement the Project for Strengthening Community-based Child Health Promotion System in Urban Areas (hereinafter referred to as "the Project") in cooperation with JICA.
2. The Project will be implemented in accordance with the Master Plan which is given in Annex I.

II. MEASURES TO BE TAKEN BY JICA

In accordance with the laws and regulations in force in Japan and the provisions of Article of the Agreement, JICA, as the executing agency for technical cooperation by the Government of Japan, will take, at its own expense, the following measures according to the normal procedures of its technical cooperation scheme.

1. DISPATCH OF JAPANESE EXPERTS

JICA will provide the services of the Japanese experts as listed in Annex II. The provision of Article III-(B) of the Agreement will be applied to the above-mentioned experts.

2. PROVISION OF MACHINERY AND EQUIPMENT

JICA will provide such machinery, equipment and other materials (hereinafter referred to as "the Equipment") necessary for the implementation of the Project as listed in Annex III. The provision of Article III-(e) of the Agreement will be applied to the Equipment.

3. TRAINING OF ZAMBIAN PERSONNEL IN JAPAN

JICA will receive the Zambian personnel connected with the Project for technical training in Japan.

III. MEASURES TO BE TAKEN BY THE GOVERNMENT OF ZAMBIA

1. The Government of Zambia will take necessary measures to ensure that the self-reliant operation of the Project will be sustained during and after the period of Japanese technical cooperation, through full and active involvement in the Project by all related authorities, beneficiary groups and institutions.

2. The Government of Zambia will ensure that the technologies and knowledge acquired by the Zambian nationals as a result of the Japanese technical cooperation will contribute to the economic and social development of Zambia .
3. In accordance with the provisions of Article V of the Agreement, the Government of Zambia will grant in Zambia privileges, exemptions and benefits to the Japanese experts referred to in II-1 above and their families.
4. In accordance with the provisions of Article VII of the Agreement, the Government of Zambia will take the measures necessary to receive and use the Equipment provided by JICA under II-2 above and equipment, machinery and materials carried in by the Japanese experts referred to in II-1 above.
5. The Government Zambia will take necessary measures to ensure that the knowledge and experience acquired by the Zambian personnel from technical training in country, Japan, or third country, will be utilized effectively in the implementation of the Project.
6. In accordance with the provision of Article V-1(2)-(b) of the Agreement, the Government of Zambia will provide the services of Zambian counterpart personnel and administrative personnel as listed in Annex IV.
7. In accordance with the provision of Article V-1(2)-(a) of the Agreement, the Government of Zambia will provide the buildings and facilities as listed in Annex V.
8. In accordance with the laws and regulations in force in Zambia , the Government of Zambia will take necessary measures to supply or replace at its own expense machinery, equipment, instruments, vehicles, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the Equipment provided by JICA under II-2 above.
9. In accordance with the laws and regulations in force in Zambia , the Government of Zambia will take necessary measures to meet the running expenses necessary for the implementation of the Project.

IV. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

1. The Permanent Secretary for the Ministry of Health, as the Project Director, will bear overall responsibility for the administration and implementation of the Project.
2. The Director of Public Health and Research, as the Project Manager, will be

responsible for the managerial and technical matters of the Project.

3. The Japanese Team Leader will provide necessary recommendations and advice to the Project Director and the Project Manager on any matters pertaining to the implementation of the Project.
4. The Japanese experts will give necessary technical guidance and advice to Zambian counterpart personnel on technical matters pertaining to the implementation of the Project.
5. For the effective and successful implementation of technical cooperation for the Project, a Joint Coordinating Committee, whose functions and composition are described in Annex VI will be established.

V. JOINT EVALUATION

Evaluation of the Project will be conducted jointly by JICA and the Zambian authorities concerned, during the last six months of the cooperation term in order to examine the level of achievement.

VI. CLAIMS AGAINST JAPANESE EXPERTS

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

VII. MUTUAL CONSULTATION

There will be mutual consultation between JICA and Zambian Government on any major issues arising from, or in connection with this Attached Document.

VIII. MEASURES TO PROMOTE UNDERSTANDING OF AND SUPPORT FOR THE PROJECT

For the purpose of promoting support for the Project among the people of Zambia, the Government of Zambia will take appropriate measures to make the Project widely known to

the people of Zambia.

IX. TERM OF COOPERATION

The duration of the Project under this Attached Document will be three (3) years from the first dispatch of the Experts.

ANNEX I	MASTER PLAN
ANNEX II	LIST OF JAPANESE EXPERTS
ANNEX III	LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT
ANNEX IV	LIST OF ZAMBIAN COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL
ANNEX V	LIST OF OFFICE SPACE AND FACILITIES
ANNEX VI	JOINT COORDINATING COMMITTEE

ANNEX I

MASTER PLAN

OVERALL GOAL

Preventive health services are delivered on an effective and sustainable basis by using Community-Integrated Management of Childhood Illness (C-IMCI) and Community-based Environmental Health National Guidelines (CEHNG) in urban areas of Zambia

PROJECT PURPOSE

The health promotion system for preventive health services is strengthened on an effective and sustainable basis by using Community-Integrated Management of Childhood Illness (C-IMCI) and Community-based Environmental Health National Guidelines (CEHNG).

OUTPUTS

- 1: Updated Community-Integrated Management of Childhood Illness (C-IMCI) Guidelines are shared and disseminated.
- 2: Operational capacity of MoH/PHOs/DHMTs/HCs on community-based child health is strengthened.
- 3: Standardized Community-based Environmental Health National Guidelines* (CEHNG) are shared and disseminated.
- 4: Operational capacity of MoH/PHOs/DHMTs/HCs of community-based environmental health is strengthened.
- 5: Managerial capacity of MoH/PHOs/DHMTs/HCs for sustainability of community-based child health and environmental health activities is strengthened.

ACTIVITIES

- 1-1 To hold regular national meetings for updating of existing guidelines, manuals, tools and IEC Materials for community-based child health interventions among stakeholders
- 1-2 To build consensus among stakeholders on C-IMCI
- 1-3 To make recommendations to Minister or Permanent Secretary of MoH for approval of updated C-IMCI Guidelines
- 1-4 To publish the notice and approve C-IMCI Guidelines

- 2-1 To conduct trainings of trainers for PHO staff by using C-IMCI Guidelines
- 2-2 To conduct trainings of trainers for DHMT staff by using C-IMCI Guidelines
- 2-3 To assist DHMTs in conducting trainings for HC staff by using C-IMCI and in financing for community volunteer trainings
- 2-4 To conduct trainings for DHMTs on supervision, monitoring and evaluation of performance of HCs on C-IMCI implementation
- 2-5 To conduct supervisory and advisory activities by using C-IMCI Guidelines
- 3-1 To hold regular national meetings for standardization of existing guidelines, manuals, tools and IEC Materials for community-based environmental health among stakeholders
- 3-2 To build consensus among stakeholders on CEHNG
- 3-3 To make recommendations to Minister or Permanent Secretary of MoH for approval of CEHNG
- 3-4 To publish and notice the approved CEHNG
- 4-1 To conduct trainings of trainers for PHO staff by using CEHNG
- 4.2 To conduct trainings of trainers for DHMT staff by using CEHNG
- 4-3 To assist DHMTs in conducting trainings for HC staff by using CEHNG and in financing community volunteer trainings
- 4-4 To conduct trainings for DHMTs on supervision, monitoring and evaluation of performance of HCs on CEHNG
- 4-5 To conduct supervisory and advisory activities by using CEHNG
- 5-1 To identify focal persons responsible for coordination of Neighborhood Health Committees (NHCs) and health related Community-Based Organizations (CBOs) and supervising of Income Generation Activities (IGAs) by CBOs at MoH/PHO/DHMT levels
- 5-2 To develop guidelines for coordination of NHCs and health related CBOs and supervising of IGAs by CBOs
- 5-3 To conduct trainings for the focal persons on coordination of NHCs and health related CBOs and supervising of IGAs by CBOs
- 5-4 To conduct trainings for HC staff on implementation of IGAs by CBOs
- 5-5 To assist DHMT to facilitate IGAs by CBOs and their financing

18

J

ANNEX II

LIST OF JAPANESE EXPERTS

1. Child Health
2. Environmental Health
3. Community Activity
4. Monitoring, Supervision and Evaluation
5. Human Resource Development and Training
6. Other experts from Japan and third countries

18

2

ANNEX III

LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT

1. Necessary equipments for the transfer of technology/skills to the Zambian personnel connected with the Project
2. Other equipment and materials mutually agreed upon as necessary for the implementation of the Project will be provided.
3. The Government of Zambia will bear the cost of maintenance and operation for the equipment and facilities.

Note:

1. The above-mentioned equipment is limited to equipment necessary for the transfer of technology by the Japanese experts.
2. The contents, specifications and quantity of the above-mentioned equipment to be provided each year will be discussed in principle every year between the Japanese experts and Zambian counterpart personnel based upon the annual plan of the Project, within the allocated budget of the Japanese fiscal year.

18

20

ANNEX IV

LIST OF ZAMBIAN COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL

1. Project Director:
Permanent Secretary for the Ministry of Health

2. Deputy Project Director:
The Director of the Directorate of Planning and Development, the Ministry of Health

3. Project Manager:
The Director of Public Health and Research, the Ministry of Health

4. Counterpart personnel:
 - 1) Child Health Specialist, the Ministry of Health
 - 2) Environmental Health Specialist, the Ministry of Health
 - 3) Community Activity Specialist (to be appointed), the Ministry of Health
 - 4) C-IMCI National Coordinator, the Ministry of Health
 - 5) Provincial Health Directors, Provincial Health Offices
 - 6) District Directors of Health, District Health Offices of "Focusing Districts"
 - 7) National IMCI Focal Person

5. Administrative Personnel
 - (1) Secretary
 - (1) Driver
 - (1) Office Assistant (orderly)

18

2

ANNEX V

LIST OF OFFICE SPACE AND FACILITIES

- (1) Sufficient office space for the implementation of the Project
- (2) Other necessary facilities for the Japanese Experts
- (3) Utilities and services, such as the supply of electricity, gas and water, sewerage system, telephones and furniture necessary for the implementation of the Project.
- (4) Other facilities mutually agreed upon as necessary for the implementation of the Project.

18

2

ANNEX VI

JOINT COORDINATING COMMITTEE

1. Functions

The Joint Coordinating Committee shall meet at least once a year and whenever the necessity arises, in order to fulfill the following functions:

- (1) To approve the annual plan of operation for the Project under the framework of the Record of Discussions
- (2) To review the overall progress of the Project as well as the achievements of the above-mentioned annual plan of operation.
- (3) To review and exchange views on major issues arising from or in connection with the Project.

2. Composition

(1) Chairperson:

Permanent Secretary, MOH (Project Director)

(2) Co-chairperson:

Resident Representative of JICA Zambia Office

(3) Members

a) Zambian Counterparts

- The Director of the Directorate of Planning and Development
- The Director of Public Health and Research
- Child Health Specialist
- Environmental Health Specialist
- Community Activity Specialist (to be appointed)
- C-IMCI National Coordinator
- Provincial Health Directors, Provincial Health Offices
- District Directors of Health, District Health Offices of "Focusing Districts"
- National IMCI Focal Person

b) Japanese side

- Japanese Experts of the Project
- Other personnel to be dispatched by JICA
- JICA Zambia Office Staff

18

J

c) Observers

- Representative(s) of the Embassy of Japan in Zambia
- Representative(s) of Ministry of Local Government and Housing
- Representative(s) of City/District Councils of "Focusing Districts"
- Representatives(s) of National Food and Nutrition Commission

d) Other members mutually agreed by both sides

18

27

**MINUTES OF MEETING
BETWEEN
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY
AND
AUTHORITIES CONCERNED OF
THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF ZAMBIA
UPON JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR
THE PROJECT FOR STRENGTHENING COMMUNITY-BASED CHILD HEALTH
PROMOTION SYSTEM IN URBAN AREAS**

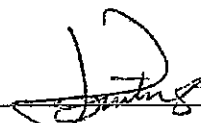
Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") exchanged views and had a series of discussions with the authorities concerned of the Republic of Zambia with respect to desirable measures to be taken by JICA and the Government of the Republic of Zambia for successful implementation of the above-mentioned Project (hereinafter referred to as "the Project").

As a result of the discussions, both sides agreed upon the matters in the document attached hereto. This Document is related to the Record of Discussions on the Project, signed on the same date.

Lusaka, 7th April, 2009

鍋屋史朗

Mr. Shiro Nabeya
Resident Representative,
Japan International Cooperation Agency,
Zambia Office



Dr. Velepi Mtonga
Permanent Secretary,
Ministry of Health
Republic of Zambia

THE ATTACHED DOCUMENT

I. PROJECT DESIGN MATRIX

The Project Design Matrix (hereinafter referred to as "PDM") was elaborated through discussions by JICA and the Zambian authorities concerned. Both sides agreed to recognize PDM as an implementation tool for project management, and the basis for monitoring and evaluation of the Project. The PDM will be utilized by both sides throughout the implementation of the Project. The PDM (Version 1) is shown in Annex 1.

The PDM will be subject to change within the framework of the Record of Discussions when necessity arises in the course of implementation of the Project by mutual consent.

II. Project Sites

Based on the following, the both sides agreed to set the Project Sites as Lusaka, Kabwe, Solwezi and Kitwe.

March and October, 2007

JICA dispatched two Missions to conduct a detailed analysis and evaluation of the proposed project in 2007. The Missions conducted a site surveys. These two Missions recommended the following as focusing districts Lusaka, Kabwe, Livingstone and Ndola

March, 2008

The Ministry of Health agreed on Lusaka and Kabwe. However, the Ministry proposed to replace Livingstone and Ndola with Kasama and Mansa.

April, 2008

It was later realized that CARE International and Plan International have been doing similar activities in Kasama and Mansa. Therefore, the Ministry proposed to amend their request to Kitwe and Solwezi.

June, 2008

JICA held technical discussions with the Ministry of Health through the Child Health Unit. Kitwe and Solwezi are suitable for the following reasons.

- (1) Out of the 72 districts in Zambia, Kitwe District has the second highest population followed by Ndola and Chipata. Solwezi is number 5. Kasama and Mansa are smaller.
- (2) Solwezi had a measles break out

- (3) Coverage rates for vaccinations are low
- (4) Diarrhea is high and underweight is high
- (5) Solid waste management is poor [Garbage disposal is bad]
- (6) Sanitation is poor
- (7) They both have high urbanization rates.
- (8) Slowezi has become the fastest growing urban area in Zambia. There is currently a shortage of housing units with peri-urban areas growing to accommodate the influx of emigrants. The district has no function sewerage system. Pit latrines are the most popular method of faecal disposal
- (9) 97% of the population in Kitwe lives in urban areas. However access to sanitation is at 53% and water is 75%. Only 8% of the population has access to appropriate solid waste collection.

End

ANNEX 1 PDM(Version 1.)

LF

J

Draft Project Design Matrix (PDM) : The Project for Strengthening Community-based Child Health Promotion System in Urban Areas

Project Design Matrix: Tentatively, October 2008 ~ September 2011 (3 years)

Direct Beneficiaries: Staff of Health Centers (HCs) and District Health Management Teams (DHMTs), Provincial Health Offices (PHOs) in the target areas, and MoH

Target district: All 72 districts with urban populations in Zambia

Focusing district:

* Focusing districts with more inputs/interventions from the Project

Beneficiary of Groups : All 72 districts with urban populations in 9 Provinces in Zambia

Date:(day), (month) 2008
PDM Version 2

OVERALL GOAL	NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATIONS	IMPORTANT ASSUMPTIONS
<p>The preventive health services are delivered on an effective and sustainable basis by using Community-Integrated Management of Childhood Illnesses (C-IMCI) and Community-based Environmental Health National Guidelines (CEHNG) in urban areas of Zambia</p>	<p>The health promotion system for preventive health services is strengthened on an effective and sustainable basis by using Community-Integrated Management of Childhood Illnesses (C-IMCI) and Community-based Environmental Health National Guidelines (CEHNG).</p>	<p>Indicators and targets will be adopted from the indicators and targets set at the time of the formulation and/or updating of national guidelines for community child health and environmental health accomplished in Output 1 and Output 3. Nevertheless, if indicators and targets are not established within one year after the launch of the project, the following indicators will be used, while targets will be established promptly in agreement with the MoH.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Immunization coverage b) Vitamin A supplementation coverage c) De-worming coverage d) Continuation rate of trained community volunteers 	<p>To be decided</p>	
<p>PROJECT PURPOSE The health promotion system for preventive health services is strengthened on an effective and sustainable basis by using Community-Integrated Management of Childhood Illnesses (C-IMCI) and Community-based Environmental Health National Guidelines (CEHNG).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indicators in focus districts: a) Plans for child health, environmental health and community activities are formulated and budgeted in conformity with national guidelines (community child health and community environmental health). b) Monitoring reports are submitted from DHOs to PHOs, and from PHOs to the MoH (monitoring tools are developed under activities 1-1, 3-1, and 5-2). • Indicators in non-focus districts c) The percentage of DHOs having received trainings from PHOs where TOTs have been conducted (targets will be set separately in a participatory manner after the commencement of the project) 	<ul style="list-style-type: none"> a) Plans for child health, environmental health and community activities b) Monitoring tools developed c) Project document 	<p>Consumables (e.g., vaccines, vitamin A capsules de-worming tablets) are procured and delivered in a timely manner.</p> <p>The number of healthcare service providers does not decrease significantly.</p> <p>Funds necessary for the provision of healthcare services are allocated at the right time.</p>	
<p>OUTPUTS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Updated Community-Integrated Management of Childhood Illnesses (C-IMCI) are shared and disseminated. 2 Operational capacity of MoH/PHOs/DHMTs/HCs on community-based child health is strengthened. 3 Standardized Community-based Environmental Health National Guidelines* (CEHNG) are shared and disseminated. 4 Operational capacity of MoH/PHOs/DHMTs/HCs of community-based environmental health is strengthened. 5 Managerial capacity of MoH/PHOs/DHMTs/HCs for sustainability of community-based child health and environmental health activities is strengthened. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Official document of approval signed by Minister/PS b) Number of PHOs/DHMTs/HCs provided with the C-IMCI c) Number of copies of C-IMCI distributed a) Scores of training pretests and posttests b) Performance score based on the monitoring, supervision and evaluation tools of C-IMCI (only in focus districts) The above indicators are to be developed in Activity 1-1. Target are to be set based on pretest results. a) Official document of approval signed by Minister/PS b) Number of PHOs/DHMTs/HCs provided with the CEHNG c) Number of copies of CEHNG distributed a) Scores training pretests and posttests b) Performance score based on the monitoring, supervision and evaluation tools of CEHNG (only in focus districts) The above indicators are to be developed in Activity 3-1. Target values will be set based on pretest results. a) Performance score based on the monitoring, supervision and evaluation tools (to be developed in activity 5-2) 	<ul style="list-style-type: none"> a) Office of Minister/PS b) MoH document on distribution system c) MoH document on distribution system (to be developed in activity 1-1) a) Office of Minister/PS b) MoH document on distribution system c) MoH document on distribution system Monitoring, supervision and evaluation system (to be developed in activity 3-1) Monitoring, supervision and evaluation system (to be developed in activity 5-2) 	<p>The Zambian government does not change its National Health Strategic Plan.</p> <p>Developed human resources do not drain away from organizations.</p> <p>Allocated MoH funds for training and monitoring are disbursed to PHOs/DHMTs in a timely manner.</p>	

ACTIVITIES	INPUTS	Zambian Side	Stakeholders maintain their willingness to standardize the guidelines/manuals/tools.
1-1. To hold regular national meetings for standardization of existing guidelines, manuals, tools and IEC Materials for community-based child health among stakeholders	Japanese Side Experts -Child Health -Environmental Health -Community Activity -Monitoring, Supervision and Evaluation -Human Resource Development and Training -Other personnel mutually agreed upon as necessary	Project Manager (The Director of Public Health and Research) -Child Health Specialist -Environmental Health Specialist -Community Activity Specialist (to be appointed) -C-IMCI National Coordinator -Provincial Health Directors, Provincial Health Offices -Directors of District Health, District Health Offices in Focusing Districts* -Other personnel mutually agreed upon as necessary	Allocated MoH funds for training and monitoring are disbursed to PHOs/DHMTs in a timely manner.
1-2. To build consensus among stakeholders on C-IMCI			
1-3. To make recommendations to the Minister or Permanent Secretary of MoH for approval of C-IMCI			
1-4. To publish the notice and approve C-IMCI			
2-1. To conduct trainings of trainers for PHO staff by using C-IMCI	Equipment -Vehicles -Office supply (Computers, Copy/FAX machine Office furniture) -Facilities/Equipments for IGAs	Equipment -Office space -Other necessary facilities and supplies	
2-2. To conduct trainings of trainers for DHMT staff by using C-IMCI			
2-3. To assist DHMTs in conducting trainings for HC staff by using C-IMCI and in financing for community volunteer trainings		Operational Cost	
2-4. To conduct trainings for DHMTs on supervision, monitoring and evaluation of performance of HCs on C-IMCI			
2-5. To conduct supervisory and advisory activities by using C-IMCI			
3-1. To hold regular national meetings for standardization of existing guidelines, manuals, tools and IEC Materials for community-based environmental health among stakeholders	Training in Japan -Community Health Services Local Activity Expense		
3-2. To build consensus among stakeholders on CEHNG			
3-3. To make recommendations to Minister or Permanent Secretary of MoH for approval of CEHNG			
3-4. To publish and notice the approved CEHNG			
4-1. To conduct trainings of trainers for PHO staff by using CEHNG			
4-2. To conduct trainings of trainers for DHMT staff by using CEHNG			
4-3. To assist DHMTs in conducting trainings for HC staff by using CEHNG and in financing community volunteer trainings			
4-4. To conduct trainings for DHMTs on supervision, monitoring and evaluation of performance of HCs on CEHNG			
4-5. To conduct supervisory and advisory activities by using CEHNG			
5-1. To identify focal persons responsible for coordination of Neighborhood Health Committees (NHCs) and health related Community-Based Organizations (CBOs) and supervising of Income Generation Activities (IGAs) by CBOs at MoHIP/DHMT levels			
5-2. To develop guidelines for coordination of NHCs and health related CBOs and supervising of IGAs by CBOs			
5-3. To conduct trainings for the focal persons on coordination of NHCs and health related CBOs and supervising of IGAs by CBOs			
5-4. To conduct trainings for HC staff on implementation of IGAs by CBOs			
5-5. To assist DHMT to facilitate IGAs by CBOs and their financing			PRE-CONDITION Related institutions have no objection against guidelines, manuals and tools.

* A part of the National Guidelines has been already approved as national strategy. However, operational guidance and monitoring and evaluation components need to be incorporated into the National Guidelines.

3. 事前評価調査団署名ミニッツ (2007年10月26日)

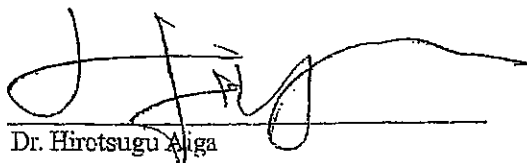
Minutes of Meeting
between
The Japanese Preliminary Study Team
and
The Government of the Republic of Zambia
on
The Project for Strengthening Community-based Child Health Promotion System
in Urban Areas

The Preliminary Study Team (hereinafter referred to as "the Team") of Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") visited the Republic of Zambia (hereinafter referred to as "Zambia") from 15 to 26 October, 2007 for the purpose of discussing the framework of the requested technical cooperation project entitled "The Project for Strengthening Community-based Child Health Promotion System in Urban Areas" (hereinafter referred to as "the Project").

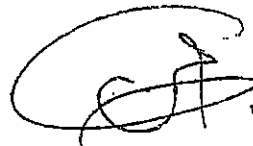
During its stay in Zambia, the Team conducted field visits and had a series of discussions on the issues related to the Project with the authorities and parties concerned.

As a result of the discussions, both sides reached common understandings concerning the matters referred to in the document attached hereto.

Lusaka, Zambia
26 October 2007



Dr. Hirotsugu Aiga
Leader
Preliminary Study Team
Japan International Cooperation Agency
Japan



Dr. Simon K. Miti
Permanent Secretary
Ministry of Health
The Republic of Zambia

The Attached Document

1 PURPOSE OF THE STUDY

The study was conducted with a view to achieve the following purposes;

- (1) To assess feasibility of the scaling-up of the Integrated Community-based Child Health Package developed through the JICA Lusaka District Primary Health Care Project Phase 1 and Phase 2 to other urban districts with development of institutional capacity (planning, implementation, monitoring, and evaluation) of the concerned units/offices.
- (2) To design the Project through a series of in-depth discussions with the Government of Zambia and other stakeholders.
- (3) To agree on the design of the Project including project purpose, implementation arrangement and necessary measures between the Team and Ministry of Health (MoH).
- (4) To estimate the expected achievements of the Project.

2 TENTATIVE FRAMEWORK OF THE PROJECT

Based on the discussions, the tentative framework of the Project is prepared as follows. The tentative Project Design Matrix (PDM) is attached in Annex 1.

It is subject to revision through further discussions prior to the commencement of the Project.

(1) Title of the Project

The Project for Strengthening Community-based Child Health Promotion System in Urban Areas.

(2) Target District

All 72 districts with urban populations through 9 Provincial Health Offices in Zambia
Focusing district*: Lusaka and 4 other districts with urban populations
(to be determined by reviewing disease indicators and urban population size of each district and consultation with relevant MoH departments and other stakeholders)

* Focusing districts with more inputs/interventions from the Project

(3) Beneficiaries

- a. Direct Beneficiaries : Staff of Health Centers (HCs) and District Health Management Teams (DHMTs), Provincial Health Offices (PHOs) in the target areas, and MoH.
- b. Indirect Beneficiaries : Children under five years of age in urban districts of Zambia.

(4) Duration of the Project

Three years (Tentatively, from June 2008 to May 2011)

(5) Master Plan of the Project

1) Overall Goal

Health status of children under five years of age in urban districts of Zambia improves.

2) Project Purpose

Preventive services by using Community-based Child Health National Guidelines in line with the National Strategic Plan 2006-2009 of Child Health in the Community and Community-based Environmental Health National Guidelines are effectively delivered on a sustainable basis in urban districts of Zambia

3) Outputs

1. Standardized Community-based Child Health National Guidelines (CCHNG) are approved and disseminated.
2. Operational capacity of MoH/PHOs/DHMTs/HCs on community-based child health is strengthened.
3. Standardized Community-based Environmental Health National Guidelines* (CEHNG) are approved and disseminated.
4. Operational capacity of MoH/PHOs/DHMTs/HCs on community-based environment health is strengthened.
5. Managerial capacity of MoH/PHOs/DHMTs/HCs for sustainability of community-based child health and environmental health activities.

*A part of the CEHNG has been already approved as the national guidelines. However, operational guidance and monitoring and evaluation tools need to be incorporated into the current CEHNG.

4) Activities

- 1-1. To hold regular national meetings for standardization of existing guidelines, manuals, and tools for community-based child health among stakeholders
- 1-2. To build consensus among stakeholders on CCHNG.
- 1-3. To make recommendations to the Minister or Permanent Secretary of MoH for approval of CCHNG
- 1-4. To publish and distribute the approved CCHNG
- 2-1. To conduct trainings of trainers for PHO staff by using CCHNG
- 2-2. To conduct trainings of trainers for DHMT staff by using CCHNG
- 2-3. To assist DHMTs in conducting trainings for HC staff by using CCHNG and in financing for community volunteer trainings
- 2-4. To conduct trainings, for DHMTs, on monitoring, supervision, and evaluation of performance of HCs on CCHNG
- 2-5. To conduct supervisory and advisory activities by using CCHNG
- 3-1. To hold regular national meetings to design and develop guidelines for monitoring and evaluation to be incorporated into the existing community-based environmental health among stakeholders
- 3-2. To build consensus among stakeholders on monitoring and evaluation components of CEHNG
- 3-3. To make recommendations to the Minister or Permanent Secretary of MoH for approval of CEHNG

- 3-4. To publish and distribute the approved CEHNG
- 4-1. To conduct trainings of trainers for PHO staff by using CEHNG
- 4-2. To conduct trainings of trainers for DHMT staff by using CEHNG
- 4-3. To assist DHMT in conducting trainings for HC staff by using CEHNG and in financing community volunteer trainings
- 4-4. To conduct trainings for DHMT staff on monitoring, supervision, and evaluation of performance of HCs on CEHNG
- 4-5. To conduct supervisory and advisory activities by using CEHNG
- 5-1. To identify focal persons responsible for coordination of Neighborhood Health Committees (NHCs) and health related Community-Based Organizations (CBOs) and supervising of Income Generation Activities (IGAs) at MoH/PHO/DHMT levels
- 5-2. To develop guidelines for coordination of NHCs and health related CBOs and supervising of IGAs
- 5-3. To conduct trainings for the focal persons on coordination of NHCs and health related CBOs and supervising of IGAs
- 5-4. To conduct trainings for HC staff on implementation of Income Generation Activities (IGAs)
- 5-5. To assist DHMTs to facilitate IGAs and their financing.

5) Inputs

<Inputs by Japan>

- Long-term Expert
 - Child Health (Chief Advisor)
 - Environmental Health
 - Community Activity
- Short-term Expert
 - Monitoring, Supervision and Evaluation
 - Human Resource Development and Training
 - Other personnel mutually agreed upon as necessary
- Equipment
 - Vehicles
 - Office Supply (e.g. Computers, Copy/FAX machine, Office furniture)
 - Facilities/Equipment for IGAs
 - Other operational expenses necessary for the Project
- Training in Japan
- Local activity expense

<Inputs by Zambia>

- Counterparts
 - Co-Project Managers (Director of Public Health and Research, Director of Planning and Development,)

- Child Health Specialist
- Environmental Health Specialist
- Community Activity Specialist (to be appointed)
- Administrative personnel
- Other personnel mutually agreed upon as necessary
- Equipment
 - Office space
 - Other necessary facilities
- Operational Cost
 - Expenses for utilities
 - Other operational expenses necessary for the Project

3 JOINT COORDINATION COMMITTEE OF THE PROJECT

A Joint Coordination Committee (JCC) will be called once a year and whenever necessity arises, in order to:

- 1) authorize the annual work plan of the Project;
- 2) review the progress of the annual work plan;
- 3) exchange views on major issues that arise during the implementation of the Project;
and
- 4) discuss any other issues for smoother implementation of the Project.

The Committee will be composed of the following members:

- 1) Chairperson: Project Director
- 2) Co-Chairperson: Resident Representative of JICA Zambia Office
- 3) Zambian Member:
 - Co-Project Managers
 - Representative(s) of MoH
 - Representative(s) of PHOs
 - Representative(s) of DHMTs
 - Other personnel nominated, if necessary
- 3) Japanese Member
 - Japanese Expert(s) of the Project
 - Representative(s) of JICA Zambia Office
 - Other personnel to be dispatched by JICA
- 4) Observer
 - Representative(s) of the Embassy of Japan
 - Representative(s) of City/District Council
 - Representative(s) of Ministry of Local Government and Housing
 - Representative(s) of Ministry of Finance and National Planning
 - Representative(s) of National Food and Nutrition Commission

Other personnel invited by the Chairperson

4 MEASURES TO BE TAKEN BY BOTH SIDES

(1) Measures to be taken by JICA

In accordance with the laws and regulations in force in Japan, JICA will take, at its own expense, the following measures according to the normal procedures under the Technical Cooperation Scheme of Japan.

1) Dispatch of Japanese Expert(s)

JICA will provide the services of the Japanese expert(s).

2) Provision of Machinery and Equipment

JICA will provide such machinery, equipment and other materials necessary for the implementation of the Project. The equipment will become the property of the Government of Zambia upon being delivered to Zambian authorities concerned at the ports and/or airports of disembarkation.

(2) Measures to be taken by the Government of Zambia

- 1) The Government of Zambia will take necessary measures to ensure that the self-reliant operation of the Project will be sustained during and after the period of Japanese technical cooperation, through full and active involvement in the Project by all related authorities, beneficiary groups and institutions.
- 2) The Government of Zambia will ensure that the technologies and knowledge acquired by the nationals of Zambia as a result of the Japanese technical cooperation will contribute to the economic and social development of Zambia.
- 3) The Government of Zambia will grant in Zambia privileges, exemptions and benefits to the Japanese expert(s) referred to in 4-(1)-1) above and their families.
- 4) The Government of Zambia will take necessary measures to receive and use the Equipment provided by JICA under 4-(1)-2) above and equipment, machinery and materials carried in by the Japanese expert(s) referred to in 4-(1)-1) above.
- 5) In accordance with the laws and regulations in force in Zambia, the Government of Zambia will take necessary measures to supply or replace at its own expense machinery, equipment, instruments, vehicles, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the Equipment provided by JICA under 4-(1)-2) above.
- 6) In accordance with the laws and regulations in force in Zambia, the Government of Zambia will take necessary measures to meet the running expenses necessary for the implementation of the Project.

5 OTHER RELEVANT ISSUES

- (1) Four focusing districts of the Project other than Lusaka will be selected at a later stage, by reviewing disease indicators and urban population size of each district and consultations with relevant MoH departments and other stakeholders.
- (2) In order to ensure smooth implementation of the Project, it is essential to ensure that community-IMCI at provincial and district levels are adequately budgeted in MoH

Action of Plan 2008.

- (3) When an incumbent responsible for community activity is not assigned at each level of MoH, PHO, and DHMT, it is recommended a suitable staff be assigned to the position prior to the commencement of the Project.
- (4) The contents of training programs will cover community-based child health and environmental health for both urban and rural populations.
- (5) It is recommended the costs for the community-based activities (e.g. community volunteer trainings, monitoring, supervision, and support for the volunteers) be adequately covered by Zambian side.
- (6) In order to ensure that the community-based activities are efficiently introduced and sustained, it is recommended that the Project be implemented in collaboration with Japan Overseas Cooperation Volunteer(s) (JOCVs) to be assigned to the focusing districts.
- (7) In order to enhance effectiveness of the environmental health activities at a community level, it is recommended that basic public services (e.g. safe water supply, sanitation facilities, waste management) be sufficiently delivered to underprivileged populations in the target districts.
- (8) When the function of DHMT is incorporated into City/Municipal Council in the process of decentralization and devolution, the City/Municipal Council will be responsible for the Project at district level.

6 STEPS FORWARD

- (1) The results of the preliminary study of the Project by five criteria, (i.e. relevance, effectiveness, efficiency, impact and sustainability) are to be approved by JICA.
- (2) Further discussions for the implementation will be held between JICA and MoH at a later stage, to confirm measures to be taken by both sides, and the contents of PDM.
- (3) Record of Discussions (R/D) will be prepared and signed by the both sides prior to the commencement of the Project. (Tentatively, in February 2008)

Annex 1 Tentative Project Design Matrix

Annex 2 Tentative Plan of Operation

Annex 3 Project Implementation Arrangement (diagram)

Draft Project Design Matrix (PDM) : the Project for Strengthening Community-based Child Health Promotion System in Urban Areas

ANNEX A

Project Design Matrix: Tentatively, June 2008 ~ May 2011 (3 years)
 Direct Beneficiaries: Staff of Health Centers (HCs) and District Health Management Team (DHMTs), Provincial Health Offices (PHOs) in the target areas, and MoH
 Target district: All 72 districts with urban populations through 9 Provincial Health Offices in Zambia
 Focusing districts: Lusaka and 4 other districts with urban populations (to be determined by reviewing disease indicators and urban population size of each district and consultations with relevant MoH departments and other stakeholders)
 * Focusing districts with more inputs/interventions from the Project
 Indirect Beneficiaries: Children of underfive years of age in urban districts of Zambia

OVERALL GOAL	NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATIONS	IMPORTANT ASSUMPTIONS
<p>Health status of children under five years of age in urban districts of Zambia improves.</p>	<p>Preventive services by using Community-based Child Health National Guidelines in line with the National Strategic Plan 2008-2009 of Child Health in the Community and Community-based Environmental Health National Guidelines are effectively delivered on a sustainable basis in urban districts of Zambia</p>	<p>Underweight prevalence reduced by X % Incidence of measles reduced by X % (to be determined) Diarrhea incidence reduced by X %</p>	<p>HMIS HMIS HMIS</p>	<p>City/Municipal councils ensure that basic services (e.g. water, sanitation and waste management) are delivered. Food security is improved, ensured and sustained at a household level.</p>
<p>PROJECT PURPOSE Preventive services by using Community-based Child Health National Guidelines in line with the National Strategic Plan 2008-2009 of Child Health in the Community and Community-based Environmental Health National Guidelines are effectively delivered on a sustainable basis in urban districts of Zambia</p>	<p>Operational capacity of MoHPHOs/DHMTs/HCs on community-based child health is strengthened.</p>	<p>EPI coverage increased by X % Vitamin A supplementation coverage increased by X % De-worming coverage increased by X % Proportion of households practicing appropriate hand washing methods increased by X % Drop-out rate of community volunteers remains below 30%</p>	<p>HMIS HMIS HMIS Project documents Project documents</p>	<p>Consumables (e.g., vaccines, vitamin A capsules de-worming tablets) are procured and delivered in a timely manner. Allocated MoH funds are disbursed to DF in a timely manner.</p>
<p>OUTPUTS 1 Standardized Community-based Child Health National Guidelines (CCHNG) are approved and disseminated. 2 Operational capacity of MoHPHOs/DHMTs/HCs on community-based child health is strengthened. 3 Standardized Community-based Environmental Health National Guidelines* (CEHNG) are approved and disseminated. 4 Operational capacity of MoHPHOs/DHMTs/HCs of community-based Environmental health is strengthened. 5 Managerial capacity of MoHPHOs/DHMTs/HCs for sustainability of community-based child health and environmental health activities is strengthened. A part of the National Guidelines have been already approved as national strategy. However, operational guidance and monitoring and evaluation components need to be incorporated into the National Guidelines.</p>	<p>Official document of approval signed by Minister/PS Number of PHOs/DHMTs/HCs provided with the CCHNG Number of copies of CCHNG distributed Performance score based on the monitoring, supervision and evaluation tools of CCHNG (to be developed in activity 1-1) Official document of approval signed by Minister/PS Number of PHOs/DHMTs/HCs provided with the CEHNG Number of copies of CEHNG distributed Performance score based on the monitoring, supervision and evaluation tools of CEHNG (to be developed in activity 3-1) Performance score based on the monitoring, supervision and evaluation tools (to be developed in activity 5-2)</p>	<p>Office of Minister/PS MoH document distribution system MoH document distribution system Monitoring, supervision and evaluation system (to be developed in activity 1-1) Office of Minister/PS MoH document distribution system MoH document distribution system Monitoring, supervision and evaluation system (to be developed in activity 3-1) Monitoring, supervision and evaluation system (to be developed in activity 5-2)</p>	<p>Office of Minister/PS MoH document distribution system MoH document distribution system Monitoring, supervision and evaluation system (to be developed in activity 1-1) Office of Minister/PS MoH document distribution system MoH document distribution system Monitoring, supervision and evaluation system (to be developed in activity 3-1) Monitoring, supervision and evaluation system (to be developed in activity 5-2)</p>	<p>Stakeholders maintain their willingness to standardize the guidelines/manuals/tool</p>
<p>ACTIVITIES 1-1. To hold regular national meetings for standardization of existing guidelines, manuals, tools for community-based child health among stakeholders 1-2. To build consensus among stakeholders on CCHNG 1-3. To make recommendations to Minister or Permanent Secretary of MoH for approval of CCHNG 1-4. To publish and distribute the approved CCHNG 2-1. To conduct trainings of trainers for PHO staff by using CCHNG 2-2. To conduct trainings of trainers for DHMT staff by using CCHNG 2-3. To assist DHMTs in conducting trainings for HC staff by using CCHNG and in financing for community volunteer trainings 2-4. To conduct trainings for DHMTs on supervision, monitoring and evaluation of performance of HCs on CCHNG 2-5. To conduct supervisory and advisory activities by using CCHNG</p>	<p>Japanese Side Long-term Expert •Child Health (Chief Advisor) •Environmental Health •Community Activity •Other personnel mutually agreed upon as necessary Short-term Expert •Monitoring, Supervision and Evaluation •Human Resource Development and Training Equipment •Vehicles •Office supply (Computers, Copy/FAX machine, Office furniture) •Facilities/Equipments for IGAs</p>	<p>Zambian Side Counterparts •Co-Project Managers (Director of Public Health and Research, Director of Planning and Development) •Child Health Specialist •Environmental Health Specialist •Community Activity Specialist (to be appointed) •Administrative personnel •Other personnel mutually agreed upon as necessary Equipment •Office space •Other necessary facilities</p>	<p>Zambian Side Counterparts •Co-Project Managers (Director of Public Health and Research, Director of Planning and Development) •Child Health Specialist •Environmental Health Specialist •Community Activity Specialist (to be appointed) •Administrative personnel •Other personnel mutually agreed upon as necessary Equipment •Office space •Other necessary facilities</p>	<p>Stakeholders maintain their willingness to standardize the guidelines/manuals/tool The guidelines are approved by Minister MoHPHOs/DHMTs recognize the importance of community activities (CCH, CEH, ISA)</p>

<p>3-1. To hold regular national meetings for standardization of existing guidelines, manuals, tools for community-based environmental health among stakeholders</p> <p>3-2. To build consensus among stakeholders on CEHNG</p> <p>3-3. To make recommendations to Minister or Permanent Secretary of MoH for approval of CEHNG</p> <p>3-4. To publish and distribute the approved CEHNG</p> <p>4-1. To conduct trainings of trainers for PHO staff by using CEHNG</p> <p>4-2. To conduct trainings of trainers for DHMT staff by using CEHNG</p> <p>4-3. To assist DHMTs in conducting trainings for HC staff by using CEHNG and in financing community volunteer trainings</p> <p>4-4. To conduct trainings for DHMTs on supervision, monitoring and evaluation of performance of HCs on CEHNG</p> <p>4-5. To conduct supervisory and advisory activities by using CEHNG</p> <p>5-1. To identify focal persons responsible for coordination of Neighborhood Health Committees (NHCs) and health related Community-Based Organizations (CBOs) and supervising of Income Generation Activities (IGAs) at MoH/PHO/DHMT levels</p> <p>5-2. To develop guidelines for coordination of NHCs and health related CBOs and supervising of IGAs</p> <p>5-3. To conduct trainings for the focal persons on coordination of NHCs and health related CBOs and supervising of IGAs</p> <p>5-4. To conduct trainings for HC staff on implementation of IGAs</p> <p>5-5. To assist DHMT to facilitate IGAs and their financing</p>	<p>Training for Japan -Community Health Services Local Activity Expense</p>	<p>PRE-CONDITION The Government of Zambia maintains its National Health Strategic Plan 2006-2011</p>
--	---	--

**Project for Integrated Community Child Health Promotion
Plan of Operations**

Activities	2008												2009												2010												2011												Remarks
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5													
OUTPUT 1. Standardized Community-based Child Health National Guidelines (CCHNG) are approved and disseminated.																																																	
1-1 Hold regular national meetings with stakeholders	██████████												██████████												██████████												██████████												The guidelines are to be revised.
1-2 Build consensus among stakeholders on CCHNG	██████████												██████████												██████████												██████████												
1-3 Make recommendations to Minister/PS of MoH for approval of CCHNG	██████████												◆ approval																																				
1-4 Publish and distribute the approved CCHNG													██████████																								██████████												
OUTPUT 2. Operational capacity of MoH/PHOs/DHMTs/HCs of community-based activities is strengthened.																																																	
2-1 TOT for PHO staff by using CCHNG													██████████																								██████████												
2-2 TOT for DHMT staff by using CCHNG													██████████												██████████												██████████												
2-3 Assist DHMT to conduct training for HC																									██████████												██████████												
2-4 Trainings for DHMT staff on supervision, monitoring and evaluation of HCs																									██████████												██████████												
2-5 Supervisory/advisory activities by using CCHNG																									██████████												██████████												

Activities	2010																								2011					Remarks							
	2008					2009					2010					2011																					
YEAR	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5													
OUTPUT 3. Standardized Community-based Environmental Health National Guidelines (CEHNG) are approved and disseminated.																																					
3-1. Hbid regular national meetings with stakeholders																																					
3-2. Build consensus among stakeholders on CEHNG																																					
3-3. Make recommendations to Minister/PS of MoH for approval of CEHNG																																					
3-4. Publish and distribute the approved CEHNG																																					
OUTPUT 4. Operational capacity of MoH/PHOs/DHMTs/HCs of community-based environmental activities is strengthened.																																					
4-1. TOT for PHO staff by using CEHNG																																					
4-2. TOT for DHMT staff by using CEHNG																																					
4-3. Assist DHMT to conduct training for HC																																					
4-4. Trainings for DHMT staff on supervision, monitoring and evaluation of HCs																																					
4-5. Supervisory/advisory activities by using CEHNG																																					
OUTPUT 5. Managerial capacity of MoH/PHOs/DHMTs/HCs for sustainability of community-based child health and environmental health activities.																																					
5-1. Identify focal persons responsible for community coordination at MoH/PHO/DHMT																																					

Activities	YEAR																														Remarks						
	2008						2009						2010						2011																		
	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2		3	4	5			
Develop guidelines for community coordination and supervising IGAs																																					
Trainings for the focal persons on community coordination and supervising IGAs																																					
Trainings for HC staff on IGAs																																					
Assist DHMT to facilitate IGAs																																					



Implementation arrangement

