

ガーナ共和国
アッパーウエスト州地域保健強化プロジェクト
プロジェクト事業完了報告書

平成 22 年 2 月
(2010 年)

独立行政法人
国際協力機構 (JICA)

アイ・シー・ネット株式会社

ガナ事

JR

10-001

ガーナ国アッパーウエスト州地域保健強化プロジェクト
プロジェクト事業完了報告書

目 次

1	プロジェクトの概要	1
1.1	プロジェクトの背景.....	1
1.2	プロジェクトの目標.....	1
1.3	プロジェクト対象地域.....	2
1.4	プロジェクト実施体制.....	3
1.5	プロジェクト期間の活動概要.....	4
2	プロジェクトの成果	10
2.1	RHMT・DHMT・SDHTのCHPS運営管理についての知識・技能の向上.....	10
2.2	CHOのCHPS実施についての知識・技能の向上.....	22
2.3	支援型スーパービジョンのシステム開発と実施.....	28
2.4	病院、保健センターとCHOのリファラル業務の強化.....	35
2.5	CHPS実施における住民参加促進業務の向上.....	40
2.6	ベストプラクティスやイノベーションのモデルの普及.....	43
3	提言	61
3.1	RHMT・DHMT・SDHTのCHPS運営管理についての知識・技能の向上.....	61
3.2	CHOのCHPS実施についての知識・技能の向上.....	62
3.3	支援型スーパービジョンシステムの開発と実施.....	63
3.4	病院、保健センターとCHOのリファラル業務の強化.....	65
3.5	CHPS実施における住民参加促進業務の向上.....	68
3.6	グッドプラクティス、イノベーションモデルの普及.....	70
3.7	プログラムの取り組み.....	71
3.8	プロジェクト・プログラムHP.....	72
3.9	供与機材.....	72
4	プロジェクトの総括	73

図表目次

図 1 : プロジェクトの対象地域図.....	2
図 2 : プロジェクトの実施体制図.....	3
図 3 : RHMT のパフォーマンス (RHMT 自己モニタリングの結果)	13
図 4 : DHMT から SDHT への FSV 実施率の推移	16
図 5 : DHMT のカテゴリー別のパフォーマンス	17
図 6 : 郡病院の手順に従ったリファラル実施状況.....	18
図 7 : SDHT による CHO への FSV の実施率の推移 (2008 年～2009 年)	19
図 8 : FSV の結果からみた CHO のパフォーマンス	23
図 9 : CHO の郡別パフォーマンス率	23
図 10 : スーパービジョンの流れ.....	31
表 1 : プロジェクトの能力強化に対する取り組み.....	10
表 2 : RHMT 研修一覧.....	11
表 3 : DHMT 研修一覧.....	15
表 4 : 実施された SDHT 研修	20
表 5 : CHO 新人研修の実績と結果	25
表 6 : CHO 現職研修の実績と結果	27
表 7 : 開発された FSV ガイドライン、マニュアルとツール.....	29
表 8 : 2008 年度のリファラルワークショップ参加者.....	38
表 9 : リファラル業務の 2007 年から 2008 年への変化.....	38
表 10 : 住民参加促進活動にかかわる NGO への再委託業務	40
表 11 : スタディツアー.....	47
表 12 : 実施された普及ワークショップ一覧.....	51
表 13 : JCC 会議の要約	53
表 14 : CHPS に供給された供与機材.....	58
表 15 : リファラルシステム・業務の指標モニタリング	66

添付資料

1. 活動実施スケジュール実績（投入実績 1）
2. 専門家派遣実績（投入実績 2）
3. 研修員受け入れ実績（投入実績 3）
4. 供与機材実績（投入実績 4）
5. 現地業務費実績（投入実績 5）
6. PDM の遍歴の説明
7. JCC 開催記録
8. プロジェクトに対するガーナ保健サービス局総裁のコメント
9. 資機材の譲渡品目リスト
10. 収集資料一覧表
11. NGO 報告書

資料（成果品）

- (1) スーパービジョンガイドライン&マニュアル
- (2) リファラル業務ガイドライン
- (3) CHPS 文書管理ガイドライン
- (4) 住民参加促進マニュアル
- (5) 地域ボランティア活動実施体制ガイドライン
- (6) グッドプラクティス集

CD 提出資料

1. RHMT・DHMT 研修モジュール
2. SDHT 研修モジュール
3. CHO・CHN 研修モジュール
4. リファラル研修モジュール
5. パフォーマンススタンダード
6. モニタリングツール

略 語 表

ANC	妊産婦検診 (Antenatal Care)
CBA	地域担当エージェント (Community Based Agent)
CETS	地域緊急搬送システム (Community Emergency Transport System)
CHAP	地域保健行動計画 (Community Health Action Plan)
CHC	地域保健委員会 (Community Health Committee)
CHN	地域保健看護師 (Community Health Nurse)
CHO	駐在地域保健師 (Community Health Officer)
CHPS	駐在地域保健師による基本的保健医療サービス (Community-based Health Planning and Services)
CHPS-TA	CHPS 技術支援 (CHPS Technical Assistance、USAID のプロジェクト)
CHV	地域保健ボランティア (Community Health Volunteer)
C/P	カウンターパート (Counterpart)
DA	郡議会 (District Assembly)
DANIDA	デンマーク国際開発庁
DHA	郡保健局 (District Health Administration)
DHMT	郡保健管理チーム (District Health Management Team)
FSV	支援型スーパービジョン (Facilitative Supervision)
GHS	ガーナ保健サービス (Ghana Health Service)
HLM	保健教材センター (Health Learning Material Centre)
HRDD	人材開発局 (Human Resource Development Department)
IMCI	小児疾患統合的管理 (Integrated Management of Child Illness)
JCC	合同調整委員会 (Joint Coordinating Committee)
JICA	国際協力機構 (Japan International Cooperation Agency)
JOCV	青年海外協力隊 (Japan Overseas Cooperation Volunteers)
MOH	保健省 (Ministry of Health)
NGO	非政府組織 (Non Government Organization)
NSD	Network for Sustainable Development (NGO の名称)
OJT	現場研修 (On-the-Job Training)
PDM	プロジェクト・デザイン・マトリクス (Project Design Matrix)
PLA	主体的参加による学習と行動 (Participatory Learning and Action)
PPME	政策・計画・モニタリング・評価局 (Policy Planning Monitoring and Evaluation Department)
PS	業務基準 (Performance Standard)
RCC	州調整審議会 (Regional Coordinating Council)
R/D	討議議事録 (Record of Discussion)
RDHS	州保健局長 (Regional Director of Health Service)

RHA	州保健局 (Regional Health Administration)
RHMT	州保健管理チーム (Regional Health Management Team)
SDHT	亜郡保健チーム (Sub District Health Team)
SNV	オランダ開発組織 (Netherland Development Organization)
TBA	伝統的助産師 (Traditional Birth Attendant)
UNFPA	国連人口基金 (United Nations Population Fund)
UNICEF	国連児童基金 (United Nations Children's Fund)
USAID	米国国際開発庁 (U.S Agency for International Development)
UW	アッパーウエスト州 (UW Region)

プロジェクトの活動風景



RHMT によるシサライースト郡
DHMT への FSV



RHMT によるローラ郡 DHMT への FSV



CHPS レビュー会議 (ローラ郡 DHMT)



ワウエスト郡 DHMT による SDHT への
FSV (ウイチャウヘルスセンター)



SDHT による CHO への FSV
(タビエシ CHPS)



SDHT による CHO への FSV
(ダヒレ CHPS)



蘇生法に関する講師研修



CHO 新人研修の緊急出産に関する講義



CHO 新人研修の地域マップ作成実習



CHO 新人研修の保健教育実習



CHO 新人研修の家庭訪問実習



CHO 現職研修の応急法に関する講義



リファラルワークショップの講師研修



地域住民による CETS の集金活動



NGO による住民参加に関する
ワークショップ



CHO と地域住民による CHAP 更新会議

1 プロジェクトの概要

1.1 プロジェクトの背景

ガーナ共和国の「駐在地域保健師による基本的保健医療サービス」(Community-based Health Planning and Services、CHPS)は、保健省が保健医療サービスへのアクセス格差を是正するために1999年に掲げた戦略である。しかしCHPS施設の建設の遅れ、郡保健局(District Health Administration、DHA)の行政能力の弱さ、CHPSに常駐する地域保健師(Community Health Officer、CHO)の能力や要員の不足、地域住民の参加の低調さなどの理由から、CHPSの拡大は停滞していた。こうした状況を背景に、乳幼児死亡率などの保健指標が他地域よりも悪く、基礎的保健サービスへのアクセスが限られたアッパーウエスト(UW)州を対象とした4年間の技術協力プロジェクトが2006年3月から開始された。

当初のプロジェクト目標は「CHPSが機能しているゾーンが拡大することにより、対象地域住民が良質な基礎的保健サービスを受けることができるようになる」というものだったが、2008年7月の中間評価後の合同調整委員会(Joint Coordinating Committee、JCC)において、プロジェクト・デザイン・マトリクス(Project Design Matrix、PDM)の全体的な見直しが行われた結果、CHPS実施に関するUW州GHSの組織能力の強化を目指すという明確なビジョンのもと、プロジェクトを遂行するに至った。

1.2 プロジェクトの目標

プロジェクトでは中間評価後のJCCで、上位目標の確認とプロジェクト目標・成果・活動の整理を行い、それに従って指標も具体化した。本プロジェクトの上位目標・プロジェクト目標・成果を以下に示す。

【上位目標】

機能しているCHPS¹範囲が拡大する。

【プロジェクト目標】

CHPS実施に関するUW州ガーナ保健サービス(GHS)の組織能力が強化される。

¹ 機能しているCHPSの定義はPDMで次の5項目にした。①住民啓発活動の実施が済んでいる、②住民の合意がある、③CHOが任命されている、④CHOに基本的資機材が貸与されている、⑤地域保健ボランティア(CHV)が任命されている。CHOの基本的資機材とは、a. 大人用体重計、b. 幼児用体重計、c. 巻尺、d. 血圧計、e. 聴診器、f. 胎児用聴診器、g. 体温計、h. はさみ、i. 家庭訪問用バッグ、j. 器具用トレイ、k. 鉗子一式、l. 蘇生吸引具、m. 貯水バケツ、n. 機材棚、の14点である。

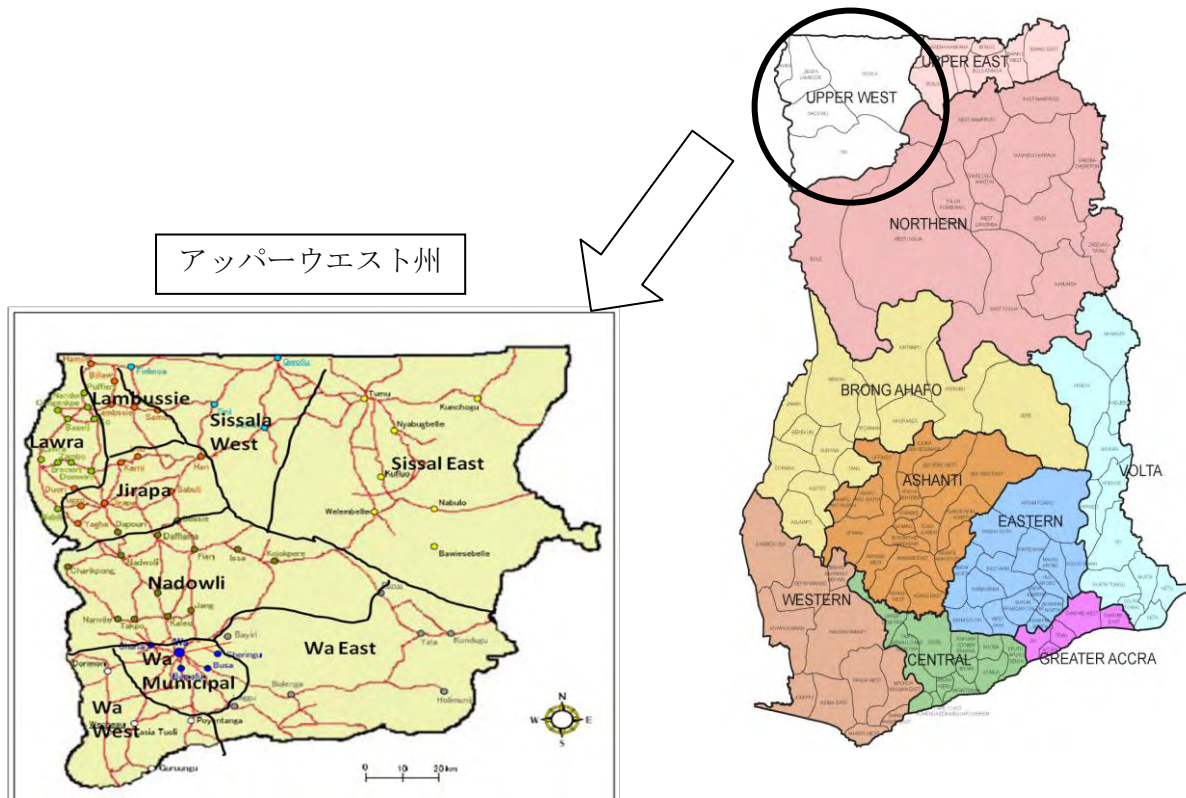
【成果】

1. UW州の州保健管理チーム（RHMT）と郡保健管理チーム（DHMT）、亜郡保健チーム（SDHT）のCHPS管理に関する知識と技能が向上する。
2. UW州のCHOのCHPS実施に関する知識と技能が向上する。
3. UW州で支援型スーパービジョン（FSV）システムが開発・実施される。
4. UW州の州・郡病院、保健センター、CHOによるリファラル実務が強化される。
5. UW州でCHPS実施における住民参加促進実務が改善する。
6. ベストプラクティスモデルや革新的なモデルが普及に向けて紹介される。

1.3 プロジェクト対象地域

本プロジェクトは、UW州全体を業務対象地域とした。UW州の全9郡（人口約65万人）のうち、ワウエスト郡（約9万人）とジラパ・ランブシエ郡（約11万人）を「ステージ1」郡として、プロジェクトのパイロット郡としての活動を行い、3年次から「ステージ1」郡の活動成果をUW州の他の郡に展開した。

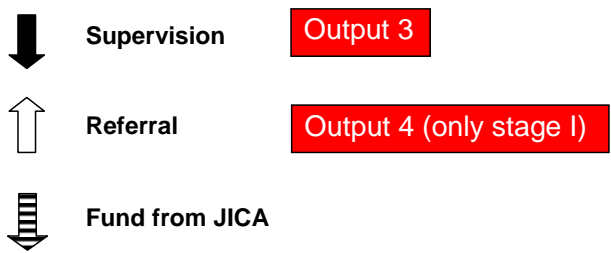
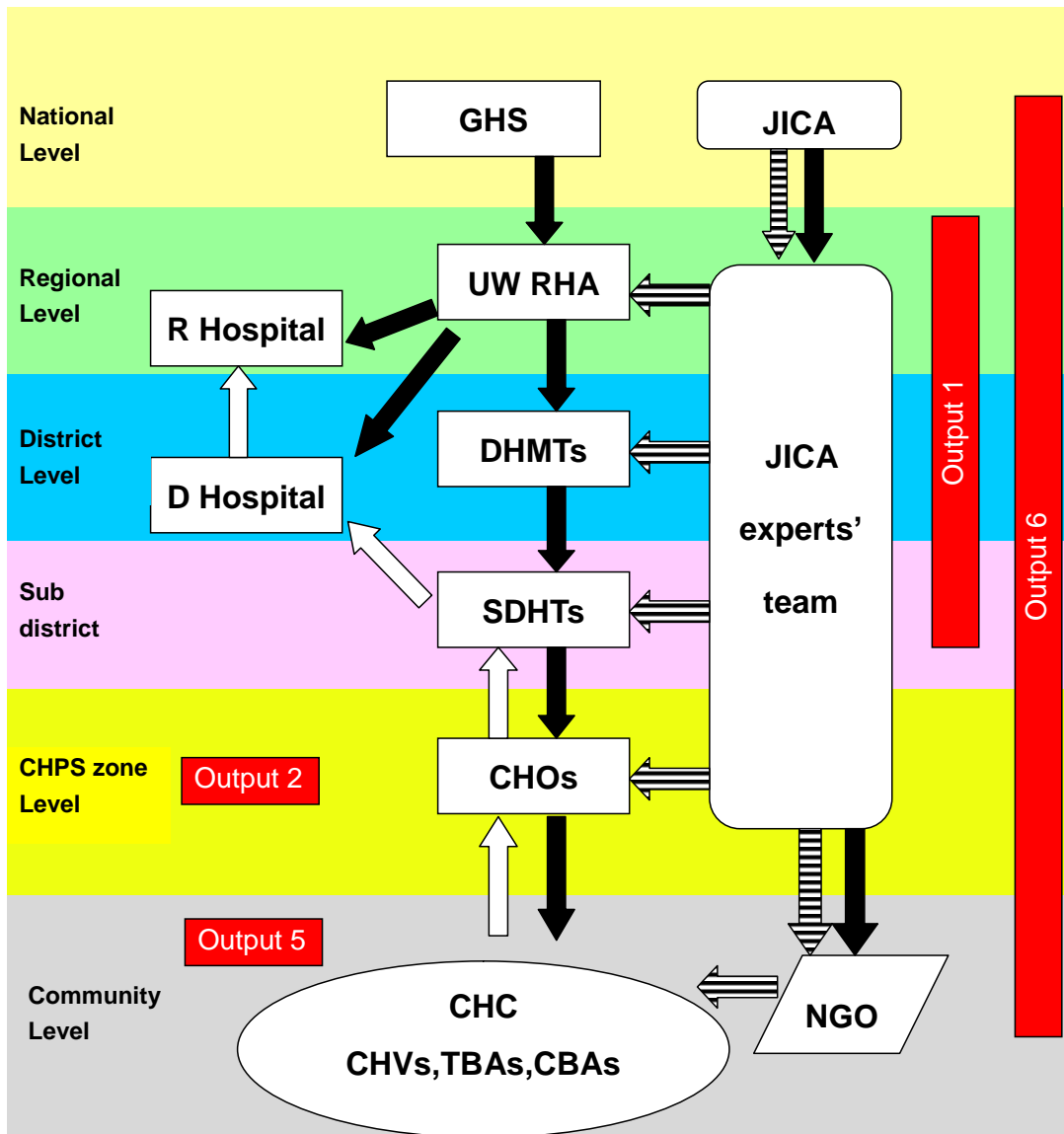
図 1 プロジェクトの対象地域図



UW州の保健行政は、保健局長を長とする州保健局（Regional Health Administration、RHA）と、その下にある各郡の保健局（District Health Administration、DHA）が所管している。2007年までは、ワムニシパル、ワウエスト、ワイースト、ジラパ・ランブシエ、ローラ、ナドリ、シサライースト、シサラウエストの8郡だったが、ジラパ・ランブシエ郡からランブシエ郡が独立して、2008年から9郡になった。

1.4 プロジェクト実施体制

図 2：プロジェクトの実施体制図



プロジェクトの実施体制を図2に示した。プロジェクトの全期間を通じて各活動はすべて、ガーナ保健サービス（Ghana Health Service、GHS）側スタッフとJICA 専門家の協力により行われた。プロジェクトダイレクターを含む GHS 中央は JCC や現地視察を通じてプロジェクトの進捗をモニターし、JICA ガーナ事務所は JICA 専門家チームを監督した。

- 成果1に関して、RHMT・DHMT・SDHT への運営管理の強化に向けた技術協力を実施した。
- 成果2に関して、CHO の CHPS 実施能力の強化に向けた技術協力を実施した。
- 成果3に関して、州から郡、郡から亜郡、亜郡から CHO、CHO から地域保健委員会（Community Health Committee、CHC）や地域保健ボランティア（Community Health Volunteer、CHV）という一連の指導監督の流れと、その結果のフィードバック²の強化に向けた技術協力を実施した。
- 成果4に関して、コミュニティから亜郡、亜郡から郡または州病院というリファラルの流れと、その後のカウンターリファラル³の強化に向けた技術協力を実施した。
- 成果5に関して、再委託した NGO とともに住民参加の促進活動を実施した。
- 成果6に関して、全レベルを通じたプロジェクト実施経験に基づく教訓をプロジェクトでまとめ、州内外に紹介した。

1.5 プロジェクト期間の活動概要

プロジェクトは2006年3月から2010年2月の4年間で実施された。

1.5.1 1年次（2006年3月）

1年次はプロジェクトの目的・全体計画を紹介するため、事業開始報告書（インセプションレポート）の作成・発表を関係者に対して行った。

1.5.2 2年次（2006年4月—2007年3月）

1年次は1カ月しかなかったために、2年次に実質的なプロジェクトの立ち上げを行った。全体的な活動準備の1つとして、CHPS 事業そのものへの理解を深めるために、先行他州へのスタディツアーを2006年10月に行い、CHPS 実施にかかわる問題やグッドプラクティスをカウンターパートと共有

² スーパービジョンの結果を、それを受けた本人に、業務の質向上に資するために伝えることをフィードバックと呼んでいる。現場でスーパービジョンをした直後に行う口頭によるもの、結果の分析レポートによるもの、結果共有会議によるもの—の3形態を本プロジェクトで推進した。

³ 重篤患者を下位の施設から病院など高位の施設に紹介することをリファラルと呼び、その患者の治療が終わった後、高位の施設から紹介元の施設に、その患者への予後の注意事項や手当の方法を伝えることをカウンターリファラルと呼ぶ。

した。2006年9月から12月にはNGOに再委託して、ステージ1郡の保健状況やニーズを分析するため、住民とCHOを対象にベースライン調査とKAP調査⁴を行った。ベースライン調査ではCHPS状況と保健指標に関する調査を行った。KAP調査では住民の保健知識や行動について調査した。

2年次のCHPS実施でUW州が抱えている最も大きな問題は、CHOの養成だった。予算不足のためCHO新人研修実施が滞っていると同時に、研修期間も長く実用的な研修教材がないため、講師陣へ過重な負担がかかっていた。そのため、プロジェクトでは実用的な研修教材の開発と研修の質の改善、訓練された講師の増員が必須と考え、CHOの養成とともに研修自体の改善を行った。

CHPS拡大のために、CHOの養成に続く問題はCHPS施設の建設の遅れであった。そのため、プロジェクトでは州保健管理チーム（Regional Health Management Team、RHMT）と郡保健管理チーム（District Health Management Team、DHMT）を対象に、外部にCHPS建設費用を要請するための「プロポーザル作成」研修を、外部講師を招聘して行った。また、CHPSの運営管理を強化するのに必要なスーパービジョン制度についてRHMTやDHMTで認識されていなかったため、業務基準⁵（Performance Standard、PS）と支援型スーパービジョン（Facilitative Supervision、FSV）の研修と協議を行い、認識を高めるようにした。

住民参加の促進に関しては、CHPS設立に必要な住民啓発活動の手法が明確でなかったために、2006年12月から2007年2月まで、ステージ1郡においてNGOに再委託し、実践を通して住民啓発活動の手法を確立するようにした。同時にNGOは、CHPSと地域をつなぐ要であるCHVに対し、CHPS実施におけるCHVの役割や仕事に関する研修を行い、CHVのCHPS支援能力の強化を図った。

普及活動に関しては、第1回CHPSフォーラムを開催した。プロジェクトの経験や蓄積はまだなかったため、郡議会、郡保健局、他の開発パートナーや地域の首長に対してプロジェクトを紹介した。

2年次には、こうした活動をまとめ業務進捗報告書第2号、第3号を作成した。

1.5.3 3年次（2007年4月—2008年3月）

3年次は2年次より始めた活動をさらに発展させ、活動の継続性や自立性を強化した。CHPSの運営管理を強化するために、スーパービジョンの導入準備をRHMTやDHMTなどCHPS実施の上部機関で始めた。

将来的にCHO養成を継続して行うためには、ガーナ側カウンターパート（C/P）によるCHO新人研修実施の自立発展性を強化する必要がある。そのため、講師の能力強化と増員を目的として講師研修を集中的に行った。質の高い研修の再現性を保証するために、研修教材の質を高め研修の手順の標準

⁴ KAPは知識（knowledge）、態度（attitude）、行動（practice）の略語。保健などの行動改善を計画する時に、知識・態度・行動のうち何が不足なのかを把握するための調査をKAP調査と呼ぶ。

⁵ パフォーマンススタンダードは通常、達成のための過程がどうであったかを問わない達成基準の総称を意味する。ガーナでは、職務において達成されるべき基準という意味で頻繁に使用されるので、本報告書では業務基準と呼ぶ。

化を行った。CHO 新人研修の 6 カ月後からは、CHO 現職研修を開始して、CHO の能力強化を行うと同時に、新人研修後の支援と指導を行った。

あわせて、CHPS の相互訪問を行うスタディツアーを 3 年次から開始した。スタディツアーでは、CHO 研修では時間的制約のため実施できないグッドプラクティスの共有と普及を目的とした。3 年次はステージ 1 郡内でのツアーに限定とし、試行錯誤しながらも効果的なスタディツアーの手順が確立された。

3 年次より亜郡保健チーム（Sub District Health Team、SDHT）に対して、CHO を直接支援し指導する監督者としての意識と自覚を高めると同時に、FSV の概念と重要性を認識させるために、各 SDHT の代表者への研修を実施した。これは 4 年次より導入を計画していた FSV の準備活動の一つである。

DHMT には FSV 導入の基礎固めとして、DHMT と RHMT の CHPS 関係者を対象に、FSV の概念や手法について研修を実施した。

リファラルについては、ベースラインとなるデータが存在せず、状況がわからなかったため、2007 年 8 月にプロジェクトで調査を行った。その結果をもとに、州・郡病院スタッフ、SDHT、CHO を対象にして、リファラル率、リファラルにかかわる問題を分析し、ニーズを検討した。これをもとに、リファラル手順やカウンターリファラル率を改善するため、病院スタッフ、DHMTs、SDHTs への講師研修を 12 月から 2008 年 2 月にかけて実施した。この研修に先立ち、リファラル実務ガイドラインを作って、特に各レベルにおけるリファラルの手順が明確になるように指導を行った。

住民参加の促進活動は、再委託した NGO が 2 年次に確立した手法を用いて、ステージ 1 郡の 12CHPS ゾーンを対象に住民啓発活動を行った。住民啓発活動の手法は実践を通して改善されていった。CHV 研修は 3 年次も対象コミュニティを変えて継続され、研修用の教材が開発された。

3 年次には、普及活動として第 2 回の CHPS フォーラムを開催し、郡議会、郡保健局、他の開発パートナーに各郡のグッドプラクティスを発表した。その内容は主に CHPS 施設に関する工夫や住民啓発活動の試みだった。地域緊急搬送システム（Community Emergency Transportation System、CETS）⁶の紹介を行った。この年には機材供与が本格化したため、機材調達業務が業務量の多くを占め、活動の障害になることがあった。

プロジェクトは開始当時より、プログラムの一部として位置づけられていたが、実際に無償資金協力が始まり、初めてのプログラム隊員が赴任したのは 2007 年になってからだった。その後、プログラム隊員が 5 人に増え、プログラムにおけるプロジェクトの役割や、無償資金協力、青年海外協力隊（JOCV）との連携について具体的な検討が必要になった。そのため、初めて JICA と JOCV、プロ

⁶ 地域緊急搬送システム（Community Emergency Transportation System）は、プロジェクトの再委託した NGO とワウエスト郡の保健局長が開発したシステムで、会員から会費を集めて貯金しておき、本人と家族の緊急輸送が必要となった時、車両の燃料費をその貯金から借り出すことができるシステム。

プロジェクトでの会議がもたれ情報交換が行われた。

当時プロジェクト事務所が GHS 敷地内から離れたところにあつたため、情報共有が不十分だった。その中で、2007 年 12 月に実施した主要 C/P3 人の本邦研修を通して、協力関係は大きく改善した。

3 年次には、こうした活動をまとめ、業務進捗報告書第 4 号、第 5 号を作成した。

1.5.4 4 年次 (2008 年 4 月—2009 年 3 月)

4 年次の 2008 年 6 月には州局長の交代があり、7 月の中間評価の結果を受けて PDM が大幅に改訂された。この改訂により、CHPS の拡大が上位目標として設定され、プロジェクト目標は CHPS の拡大と質の改善に必要な GHS の能力強化になった。活動においてはスーパービジョンの導入が本格的に始まった。

CHO 新人研修はすでに C/P が技術的に自立して実施できるレベルに達しており、CHO の養成も PDM の目標数に達した。そのため、CHO 現職研修に重点を移し、CHO の能力強化を行った。特にこれまで NGO によって行われていた地域保健活動計画 (Community Health Action Plan、CHAP) の活動を CHO へ移し、それにより地域保健活動を拡大することや、救急法など緊急時に必要な基礎的技術の習得を目標とした。

FSV に関しては、モニタリングツール⁷やマニュアルの開発が最も早かったことから、2008 年 5 月に SDHT に対してツールの使用や手順に関する研修が実施され、6 月からスーパービジョンが始まった。しかし、上部機関からのフィードバックや支援がなかったこともあり、なかなか FSV の実施率は上がらなかった。2009 年 1 月にはツールやマニュアルをより使いやすいものに改訂して、実施率の改善を図った。

2008 年 6 月には DHMT に対する FSV 研修が実施され、7 月より FSV が始まった。しかしなかなか実施率が上がらず、データ分析やフィードバックもほとんどできていなかったため、2008 年 12 月から 2009 年 3 月に州内全 9 郡を巡回して現場研修 (On-the-Job Training、OJT) を行って改善を図った。RHMT に関しては、FSV 訓練が RHMT 内の CHPS 関係者のみにとどまり、RHMT 全体での実施に対する合意形成が遅れた。さらにツールやマニュアルの開発の遅れ、州局長の交代などによるトップの巻き込みの遅れから、4 年次に FSV を導入することはできなかった。

リファラルについては、2008 年 2 月までに実施された研修の事後支援活動として、各郡の病院、準郡のスタッフを対象に 2008 年 8 月にワークショップを実施した。その結果、リファラルのカスケー

⁷ 職務別達成度の業務基準 (PS) を具体化し、スーパービジョンの際のチェックリストとしてまとめたものをモニタリングシートと呼ぶことにした。モニタリングシートの記入ガイド、集計ソフトなどを総称してモニタリングツールと呼んでいる。

ド方式⁸の研修はほとんど行われていなかったこと、手順を踏んだりファラル率は改善していること、病院のカウンターリファラル率が非常に悪いことが判明した。11月にはローカルコンサルタントを使い、標準的な手順とクライテリアに基づいたリファラルが実施されているかを調査した。その結果に基づき、CHO用、SDHT用、病院用のモニタリングシートのリファラル部分の点検項目を改訂した。

住民参加の促進活動については、4年次最も注力したのは地域保健活動計画(CHAP)の導入である。コミュニティの保健改善を目指すCHAPは、住民による住民のための活動計画であり、活動の中にはCHPS支援活動も含まれている。NGOは20のCHPSゾーンでCHAP導入活動を展開した。4年次にはNGO活動の経験をもとに、住民参加促進用のガイドラインやマニュアルを開発した。住民参加促進をさらに活発にするため、NGOによってジラバ、ランブシエ、ワウエスト、ワムニシパル郡のCHO、DHMT職員、郡議会を対象に「主体的参加による学習と行動」(Participatory Learning and Action、PLA)研修を実施した。合わせて、2009年1月のCHO現職研修ではより総合的なCHAP研修を、現職CHOの半数に対して実施した。

4年次のスタディツアーは、CHOだけでなくCHVも含めステージ2郡からの参加者を対象に実施した。普及ワークショップは3回開催され、プロジェクトの開発した研修教材やマニュアルを中央レベルで紹介した。

4年次にはこうした活動をまとめ、事業進捗報告書第6号と第7号を作成した。

1.5.5 5年次(2009年4月—2010年2月)

5年次はプロジェクト最終年であり、終了時評価に向けた指標のデータ入手とデータの取りまとめを行った。順調に進んでいない活動の実施を促進し、順調な活動はプロジェクト終了後も、スムーズにC/Pが継続できるような体制の整備を支援した。

CHO新人研修に関しては、ほぼガーナ側C/Pのみで新人研修を2009年8月に実施した。これにより目標数の140を上回る160の新人が養成され、C/Pだけで研修を実施することが検証できた。CHO現職研修では、CHAPと救急法について、4年次の研修に参加できなかった現職CHO全員に研修を行った。これで、CHAP活動を全郡に拡大する基礎ができた。SDHTに関しては、今までの実施内容をSDHTにフィードバックして、FSVの実施率や内容の改善を図るための研修を行った。SDHTで定期的にFSVを実施するには、訓練されたSDHT数が不足していることがわかったため、5月の研修では、各SDHTから代表者のみでなく2人ずつのスタッフを参加させてFSVを実施できる人員を増やすようにした。また、SDHTに対してモニタリングツールとファイルの補充を行った。上部機関からのFSVや結果のフィードバックによってSDHTのFSVの実施率が上がることは検証されてお

⁸ カスケード方式とは滝のように下へ流れていく仕組みを指し、指導を受けた人がその下の人たちをさらに指導して技術や知識が広がっていく仕組みのこと。

り、今後の継続性を保証するためには RHMT と DHMT の FSV が確実に実施される必要があることが再度認識された。

DHMT については、5 年次に、DHMT の最も重要な役割であるデータ分析とフィードバックの機能を強化するための研修を行った。DHMT の FSV 実施率は上がっているものの、郡によってデータ分析や下部機関へのフィードバックの能力に差がある。情報オフィサーの能力が不足している郡は、州の情報オフィサーに個人指導を受けるなど、プロジェクト終了後のデータ分析やフィードバックが滞らないよう調整した。また、FSV の実施からフィードバックまでの過程を整理し、会議や現場指導を通して郡関係者の認識を深めた。

RHMT に関しては、郡以下で実施されている FSV の説明と RHMT レベルの役割について州保健局長を含む RHMT 主要関係者と協議を行った。その後、これまで CHPS 活動に直接関与していなかった関係者を含む全ての RHMT 職員に対し、FSV の意義や具体的な運営過程について会議を通じて説明した。州保健局長の強い指導力のもと、RHMT レベルの FSV は CHPS 関係者以外の RHMT 職員を巻き込んだ形で 2009 年 9 月に初めて実施された。回数はまだ少ないが RHMT 内での FSV 実施に伴う調整は順調に進み、FSV の利用価値も徐々に認識され、継続性はかなり担保されてきている。FSV の開始が遅れたことから、FSV 実施を RHMT で定着させるためには、さらに実践を重ねる必要があった。そのため、RHMT 職員に対する FSV 実施の現場指導はプロジェクト終了時ぎりぎりまで行った。

リファラルに関しては、手順の適切性を点検するためのデータをとるために、モニタリングシートの項目として入れ込み、今後のモニタリングが効果的にできるようにした。8 月にはワークショップを開催し、正しいリファラルが促進されるように、リファラル判断基準（Referral Criteria）を実用的にまとめて、マニュアルの中に入れ込んだ。リファラル判断基準を透明な保護シートに入れ、すべての CHPS に配布した。

住民参加の促進活動としては、NGO を介して CHAP の作られたすべてのステージ 1 郡 CHPS ゾーンのモニタリングや CHAP の更新支援を行った。ステージ 2 郡の 6 郡で、各郡 1CHPS ゾーンずつ見本となる CHAP の策定支援を行った。NGO の介入なしで、研修を受けた CHO が独自に CHAP 策定を指導した CHPS ゾーンもすでに出てきている。今後の CHAP や住民保健活動の継続性は CHO の能力によるところが大きく、CHO への継続的な訓練が必要になる。

普及活動に関しては、9 つの州から均等に参加者を募りスタディツアーを実施した。これによって全郡間でのグッドプラクティスの共有が進んだ。スタディツアーのツールを改訂し、グッドプラクティスと教訓が明確になるようにした。最終年度の活動としてはグッドプラクティスの収集を行い、グッドプラクティス集として全レベルに配布した。最終の普及ワークショップでは、グッドプラクティス集を GHS、保健省、他州、ドナーに配布し、プロジェクトの経験を広めた。

2 プロジェクトの成果

2.1 RHMT・DHMT・SDHTのCHPS運営管理についての知識・技能の向上

プロジェクト目標がCHPS実施の支援であるので、RHMT、DHMT、SDHTレベルの能力強化は、CHPSの運営管理向上につながるように行った。各レベルにおける主な取り組みを以下の表に示した。

表1：プロジェクトの能力強化に対する取り組み

レベル	プロジェクトの能力強化に対する取り組み
RHMT	<ul style="list-style-type: none">● CHPS 施設建設に関するプロポーザル作成支援● FSV 実施体制確立とツール開発支援● FSV 実施支援● コーチングの技法
DHMT	<ul style="list-style-type: none">● CHPS 施設建設に関するプロポーザル作成支援● FSV 実施体制確立とツール開発支援● FSV 実施支援● コーチングの技法
SDHT	<ul style="list-style-type: none">● CHPS 実施への理解度改善への支援● コーチングの技法● リファラル能力強化支援（リファラル研修とは別に行ったもの）● FSV 実施体制確立とツール開発支援● FSV 実施支援

2.1.1 RHMTのCHPS運営管理についての知識・技能の向上

(1) RHMTへの能力強化の方法

CHPSの拡大において、RHMTは関係機関との調整、郡以下のスタッフへの全体的な指導監督、州内の情報管理、必要資源の配分、リファラルなどの責任を持つほか、CHO新人研修など州レベルでの研修を行う責務がある。プロジェクトでは、CHPSに関する州内スタッフへの指導監督方法や必要資源を確保するためのRHMTのプロポーザル作成について能力強化が必要と考え、まずこの強化を図った。その後、RHMTのDHMTに対する監督と指導の能力を強化するために、2007年から2009年にかけてFSVに関する研修を行った。研修はすべてDHMTと合同だったが、その理由はRHMT職員がDHMTを監督指導するためには、彼らの活動をより理解する必要があると考えたためである。しかし、その他の能力強化については、RHMT独自の研修が実施されなかったこと、RHMTの全職員を対象にしていなかったことから十分には実施できなかった。DHMTの関係機関との調整、資源配分、情報管理についてRHMTの指導能力は、これらの項目をモニタリングシートに含めることで、

FSV の実施を通じて強化するようにした。郡以下のスタッフへの監督と指導を強化するために、FSV 研修を 2007 年から 2009 年にかけて、以下の表のように DHMT との合同で研修を行った。詳細は DHMT の能力強化を参照されたい。

表 2 : RHMT 研修一覧

年度	内容	実施日	期間	人数	満足度	前後のテスト
2	プロポーザル作成・PS 講義	2007/2/26	3	8		
3	組織分析と既存のスーパービジョンの課題の抽出	2007/7/4	3	18	88%	69%-90%
4	モニタリングシートを使った FSV	2008/7/2	3	20	84%	69%-90%
5	FSV 実施後の結果の集計・分析・フィードバック	2009/6/3	3	5	100%	実施せず

(2) RHMT への能力強化の成果

1) RHMT の FSV 実施能力

RHMT が行うべき FSV は、①DHMT への FSV 実施能力、②RHMT 自己モニタリング—の 2 つがある。その 2 つの FSV の実施能力強化について以下に述べる。

① DHMT への FSV の実施能力

RHMT から DHMT への FSV は四半期に一度実施される。当初 2008 年から実施されることを計画していたが、2009 年 9 月に第 1 回の FSV が始まったことから、2009 年 12 月までの実施数は 2 回である。DHMT への FSV 実施が遅れた要因は、a) 日本側プロジェクトチームが DHMT の職務分掌を十分把握できずモニタリングツールの開発が遅れたこと、b) DHMT への FSV 実施指導を優先したため、RHMT のモニタリングツールの開発が後回しになったこと、c) RHMT 内では活動が州 CHPS コーディネーターだけに係わるものと認識され、RHMT 関係者が DHMT へ FSV を実施するための合意形成が遅れたこと—がある。5 年次になり、州保健局長を中心に FSV の意義が共有され、FSV 実施にかかる合意が得られ、FSV 実施を担当するスーパーバイザーが州保健局長により正式に定められた。スーパーバイザーは 3 つのチームに分かれ、担当 3 郡に対して四半期ごとに FSV を実施することが決められた。これにより、2009 年 9 月から定期的に全郡の FSV が開始された。FSV 実施前には、チーム内でモニタリング実施方法の確認、ロジを含むスケジュールや業務分担の調整、対象郡に係わる情報共有が実施され、FSV の結果は RHMT ミーティングの場でチーム毎の発表を通して RHMT 関係者と共有され、FSV を通じて得られた懸案事項に対しては、州レベルの対策が検討および計画された。実施回数は少ないものの、これらの活動を通して RHMT の DHMT への FSV 実施能力は運営管理体制と技術面において大きな向上がみられた。しかし、RHMT レベルで FSV 実施を継続的に担保し、実施能

力を高めていくためには、州保健局長が引き続き強いコミットメントを持ち、RHMT 職員を指導監督していく必要がある。また、技術面においてもスーパーバイザー間の能力や専門性のばらつきから各郡における指導内容や FSV 結果のとりまとめの部分で課題が残る。これらの部分においては、現場指導を通しての強化が引き続き必要である。

② RHMT の自己モニタリング

RHMT の自己モニタリングは、2009 年 10 月から 12 月までに 2 回実施された。RHMT の自己モニタリング実施が遅れたのは、前項の RHMT から DHMT への FSV 実施と同様にツールの開発が遅れたことが大きい。その他に、対象を CHPS に絞るのか一般マネジメントに広げるのか、RHMT の誰が FSV を行うのか—という合意形成に時間がかかったことがあげられる。2009 年 8 月の RHMT 会議により、現在の FSV を将来他のプログラムのスーパービジョンにおいても同様の方法で実施するための準備期間と位置づけ、上記の誰を対象にするのか、という問題については一般マネジメントも試行的に含めることで合意が形成された。これにより、州保健局長を含めた幹部職員が RHMT 自己モニタリングの実施を約束した。DHMT への FSV と同様に、RHMT の自己モニタリングを行うチームが編成され、各チームが実施と結果のとりまとめ、フィードバックに責任を持つことが決められた。また、結果の分析を独自にできない FSV チームに対しては、州保健局情報ユニットがそれを支援すること、RHMT の定例会議で FSV 結果の共有と活用を促進することが決められた。今後 RHMT 自己モニタリングが定着するには、結果の共有とそれによって特定された課題への対策が適切に実施され、FSV の有用性が RHMT 内で認識される必要がある。それまでは、幹部職員の強いコミットメントによる継続が必要になる。

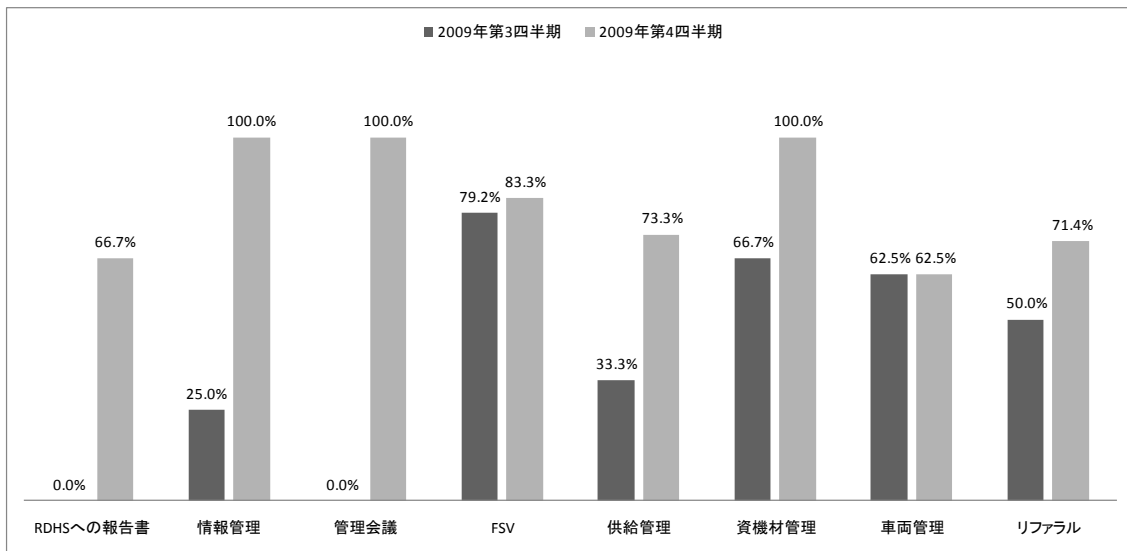
2) RHMT 自己モニタリングからみた RHMT のパフォーマンス

RHMT は、州内の情報管理、他機関との調整、DHMT 以下への技術支援、資源の供給、機材・車両の維持管理、州病院のリファララーを適切に行う責務があり、RHMT 自己モニタリングでもそれらの項目をみている。

CHPS に関係の深い項目は、報告書の作成、CHPS 関係の情報管理、関係者との管理会議、DHMT への FSV、リファラルであり、その他の一般的な情報管理、資機材・消耗品供給管理、機材維持管理、車両維持管理は、一般マネジメントの意味合いが強いものとなっている。2 回だけの自己モニタリングを基にしたデータであるため、必ずしも信頼できるとは言えないが、第 3 四半期では、CHPS 関連の能力では州保健局長（Regional Director of Health Service、RDHS）への報告書作成、情報管理、関係者との管理会議開催能力が、非常に弱く、一般能力では資機材・消耗品の供給管理が弱かった。第 4 四半期ではこれらの項目を含めて全体的に大きな改善が見られた。これは今まで、体系的な自己モニタリングがなかったため不適切なまま放置されていた職務について、職務の適正な理解が浸透し、

それを実践する動きが始まったことが主要な理由と考えられる。このことから、自己モニタリングの意義と活動継続の必要性が示唆される。今後は報告書の作成・提出や情報管理を CHPS コーディネーターだけでなくチームで行うようにすること、RHMT 内と DHMT への会議によるフィードバックを定期的実施すること、供給管理担当者への研修を行って能力強化を図る必要があることがわかった。

図 3：RHMT のパフォーマンス（RHMT 自己モニタリングの結果）



(3) 教訓

- RHMT への FSV について、CHPS あるいは CHPS コーディネーターだけに限定して行うのか、あるいは一般マネジメントの項目も含めた構成とするのか、合意形成に時間がかかり、モニタリングツールの作成が遅れた。これは日本側専門家が RHMT の一般マネジメントの職務分掌を十分に把握していなかったためである。早い時期から職務分掌を把握し、FSV と RHMT の通常業務をいかに統合させるかを、関係者と十分に議論する必要がある。
- 一般マネジメントの項目を業務基準 (PS) やモニタリングツールに含めたほうが、RHMT 自己モニタリングを行うメリットは大きく、FSV の有効性と効率性を高められる。現在はモニタリングシートに部分的に一般マネジメントを入れているが、今後他の一般マネジメントの項目を含めることについて検討し、それに応じてモニタリングシートを改訂する必要がある。
- CHPS 関係者だけを研修の対象としていたため、RHMT 全体の能力強化につながらなかった。これは FSV への職員の巻き込みの遅れの原因でもある。そのため、FSV 実施を誰が担当して行うのかに関して合意形成に時間がかかった上、FSV が限られた職員だけで実施されることになり、なかなか進まなかった。FSV は州 CHPS コーディネーターだけでなく、RHMT 職員への訓練を通して、連携体制を整える必要がある。

- RHMT の FSV 実施が遅れたため、上からの指導がないことのデメリット、例えば DHMT や SDHT の FSV 実施率の低さやパフォーマンス改善がなされないことなどが見られた。FSV はトップダウンのシステムでもあり、早い時期に上部機関を訓練し FSV を実施する必要があった。

2.1.2 DHMT の CHPS 運営管理についての知識・技能の向上

(1) DHMT への能力強化の方法

DHMT は、CHPS 実施の実務レベルでの最上部機関であり、現場の CHPS 実施の監督管理における責任と影響力は極めて大きい。プロジェクトでは円滑な CHPS 実施には、DHMT の管理能力、監督指導能力の強化が最も優先されるべきだと考えた。2007 年 6 月に行われた RHMT と DHMT によるワークショップにおける DHMT のニーズ調査でも、この点については RHMT と DHMT の両者から同意を得た。それを受けて、プロジェクトでは FSV を導入し、DHMT の SDHT への FSV 実施を通して、DHMT の CHPS 支援管理能力を強化した。特に SDHT が CHO に実施した FSV のデータの分析に関しては、コンピューターを持っていて情報オフィサーのいる DHMT でないと分析が行えないことから、データ管理や情報分析能力を強化した。その他に DHMT には、プロポーザル作成、リファラル、住民参加促進、報告書作成一の能力強化を行った。プロポーザル作成に関しては、CHPS 拡大戦略の大きな阻害要因が CHPS 施設建設の遅れであり、資金源となるドナーへのプロポーザル作成が急がれていたため、2007 年 2 月にプロポーザル作成の研修を実施した（RHMT との合同研修）。

リファラルに関しては、ワークショップでの問題の把握、実務ガイドラインの編集、各郡でリファラル講師となるスタッフへの講師研修を実施した（詳細は 2.4 を参照）。住民参加促進では、再委託したローカル NGO とともに、DHMT スタッフへの PLA の OJT を行った（詳細は 2.5 を参照）。保健情報システムの報告書作成に関しては、国の標準様式と整合し、かつ郡ごとの特別プログラムの報告書を含めた報告書リストを各郡で作成するよう指導した。その他にも DHMT の役割として重要なものには、医薬品、資機材の供給管理がある。特に資機材の配布計画の策定能力が十分でなく、CHPS でバランスの悪い配布状況も見られたため、RHMT が DHMT に対して実施する FSV モニタリングシートにこの項目をチェックするようにし、RHMT の指導監督のもとに DHMT の能力強化を行うようにした。

表 3 : DHMT 研修一覧

年度	研修内容	実施日	期間 (日)	人数	満足度	前後の テスト	備考
2	プロポーザル作成・PS 講義	2007/2/26	3	16	実施せ ず	実施せず	RHMT との合同 研修。
3	組織分析と既存のスー パービジョンの課題の 確認	2007/7/4	3	24	88%	69%~90%	合同研修のため RHMT 研修の結果 と同じ。
	PS を使ったスーパー ビジョンの現場訓練 (全 8 郡を訪問して実施)	2007/10/25 ~11/22	各 2	計 84	77%~ 100%	前後の差 最小 9%、 最大 61%	
4	モニタリングシートを 使った FSV の講義・実 習	2008/7/2	3	26	84%	69%~90%	合同研修のため RHMT 研修の結果 と同じ。
	モニタリングシートを 使った FSV の OJT・コ ーチング (全 9 郡を訪問 して実施)	2008/12/18 ~ 2009/3/10	各 2	計 72	84%~ 100%	前後の差 最小 9%、 最大 27%	
5	FSV 実施後の結果の集 計・分析・フィードバッ ク	2009/6/3	3	31	95%	実施せず	合同研修のため RHMT 研修の結果 と同じ。実技訓 練が中心のため 理解度テストは 実施せず。

第 1 回 DHMT 研修では、CHPS 拡大の最も大きな障壁の 1 つだった CHPS 施設の建設に対処する手段として、その資金源獲得につなげるためのプロポーザル作成を、RHMT との合同研修として外部講師を招いて行った。この研修により少なくとも各郡保健局長と DHMT の参加者は、プロポーザル作成の基礎知識を得た。FSV を導入するにあたっては、プロジェクトの早い段階で PS や FSV の概念を理解する必要があり、FSV の理論の講義と PS についての協議も行った。

第 2 回以降の DHMT 研修は、FSV に関する能力強化が中心となる (詳細は 2.3 を参照)。

第 2 回は 3 年次の 2007 年 7 月に既存のスーパービジョンの課題と今後の方針を策定するためのワークショップを実施した。その後 2007 年 10 月から 12 月に、PS を用いた FSV の OJT を行った。しかし、この時用いた PS は、職務分掌の項目をリスト化しただけであり、業務の達成基準がなくチェック項目が細分化されていないために、評価がうまくできなかった。そのため、各業務の達成基準を含め PS の項目を細分化した FSV のためのモニタリングシートを開発し、2008 年 7 月にこれを用いて FSV 研修を実施した。しかし、1 回きりの研修だけでは、一部の郡を除いてモニタリングシートを使った FSV の導入はうまくいかず、FSV の定期的な実施率は上がらなかった。そのため、プロジェクトでは 2008 年 12 月から 2009 年 3 月にかけて、各郡を巡回してモニタリングシートを使った FSV の OJT を行った。

5 年次になり、各郡の FSV 実施率は少しずつ向上したが、結果の集計・分析・フィードバックがで

きていなかったため、2009年6月にこの研修をRHMTと合同で実施した。また、現場指導を通じて認識した曖昧なFSV実施手順を整理し、2009年9月に実施したCHPSコーディネーター会議では各郡の保健局長、CHPSコーディネーター、情報オフィサーを対象に詳細なFSV実施手順（特にフィードバック手順）を説明し、関係者の理解を深めた。

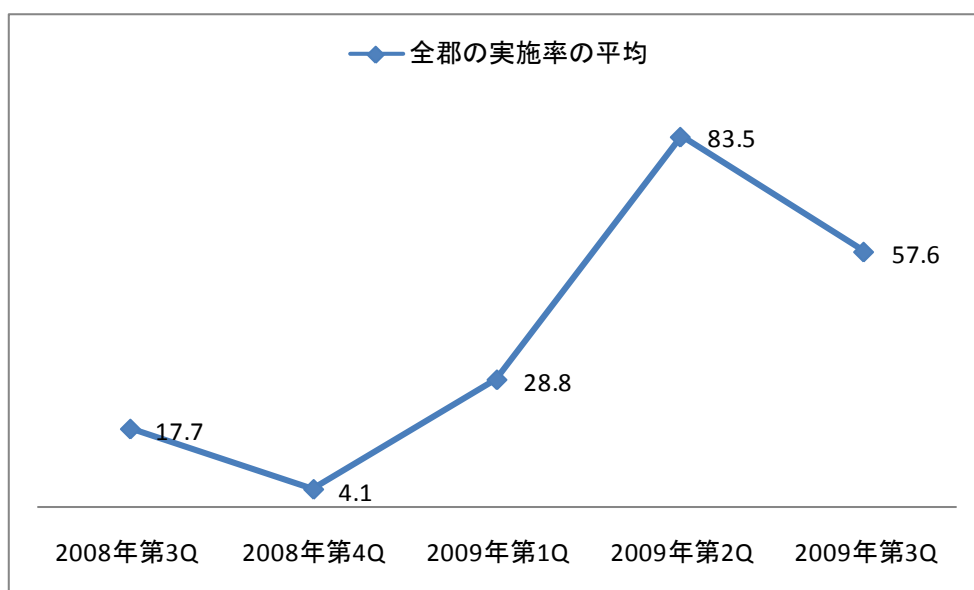
(2) DHMT への能力強化の成果

DHMTのCHPS実施における運営管理能力に関して、下部組織であるSDHTへのFSV実施の能力強化とRHMTからのFSV結果によるDHMTのパフォーマンスの2つの側面から判断した。

1) DHMT から SDHT への FSV 実施能力

以下のグラフは、2008年7月から2009年9月までの15カ月間について、DHMTからSDHTへの全郡のFSV実施状況（126データ）をまとめた結果である。

図 4 : DHMT から SDHT への FSV 実施率の推移



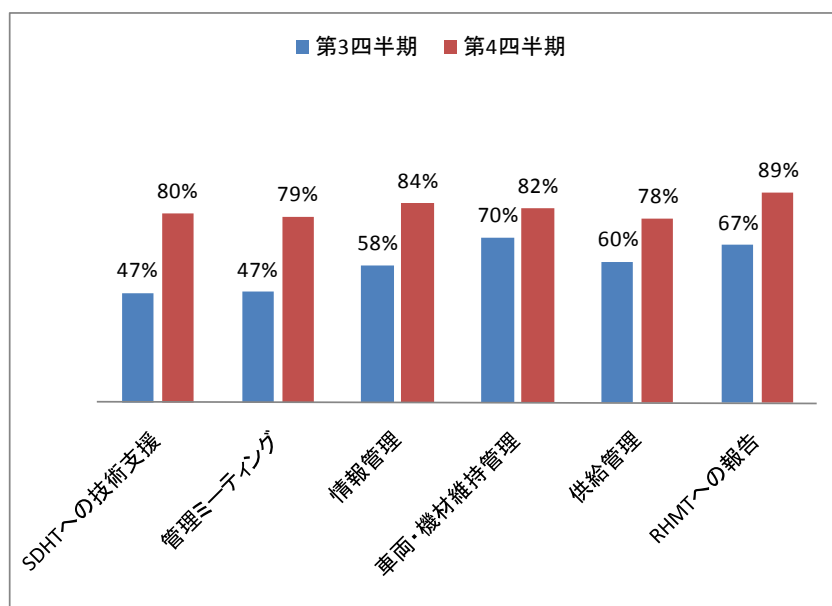
DHMTからSDHTへのFSV実施は、2008年6月のFSV研修実施後から開始された。当初は9郡のうち5郡で実施されたが、2008年第4四半期には実施率が下がった。これはRHMTからのFSV実施を徹底するような指導がなかったことが主な要因である。ワクチンキャンペーンなどの突発的な他業務が多くあったこともあり、どの郡も押し並べて実施率が悪かった。2009年1月以降、各郡へのOJTを行い、2009年3月には3枚つづりに印刷された使いやすいモニタリングシートを各郡に配布したことで、2009年第2四半期以降の実施率は向上した。第3四半期は、他のプログラムの実施に時間を取られるなどの要因で、実施率は若干低下した。平均しての実施率は2008年で10.9%、2009年で

56.7%であり、まだ定期的な実施率とはいえない。郡によっても実施率には差がみられる。実施率が上がらなかった理由としては、RHMTからの指導監督の不足もあるが、データの分析や結果の共有・フィードバックの研修がまだ足りず、関係者の実施手順に関する理解が不足していたこと、そして結果の共有やフィードバックによるメリットが認識されていなかったことも要因として考えられる。

2) RHMTのFSV結果からみたDHMTのパフォーマンス

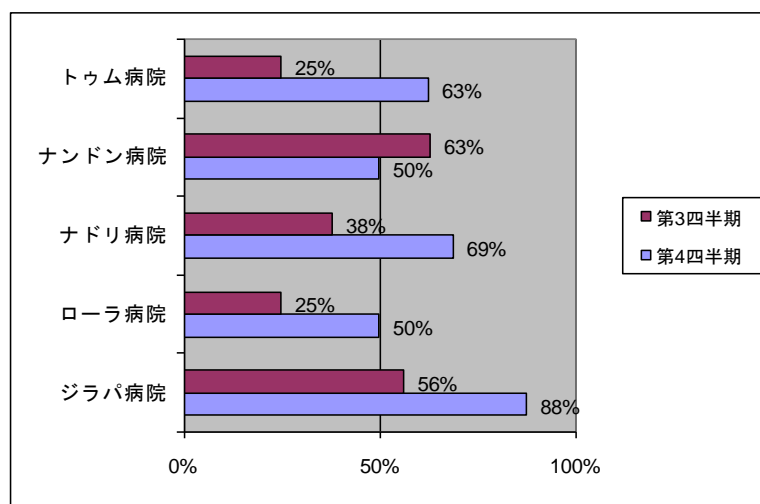
2009年9月から12月にかけて2回実施されたRHMTからDHMTへのFSV結果に基づき、DHMTのパフォーマンスを判断した。2回のFSV結果にのみ基づいているため、信頼性には問題があるが、次のような傾向があった。2009年第3四半期のパフォーマンスの平均は58%だったが、2009年の第4四半期には82%に改善した。これは、1回目では低かったRHMTへの報告・供給管理・情報管理・管理ミーティング・SDHTへの技術支援能力に、改善が見られたことが主な理由である。特にCHPSレビュー会議やSDHTへの技術支援ができていなかったことが、2009年第2四半期まで、SDHT以下のFSV実施が伸びなかった主要因と思われる。その後、CHPSレビュー会議やSDHTへのFSVを毎月行うように指導を受けたことで、結果は改善した。

図5：DHMTのカテゴリー別のパフォーマンス



また、DHMTの責務には、郡病院の管理も含まれるので、DHMT向けのFSVでは5つの郡病院（シサラ・イースト郡、ナドリ郡、ローラ郡（ナンドン1、ローラ1）、ジラパ郡）におけるリファラル・カウンターリファラル状況も調べている。ナンドン病院を除いた全ての郡病院においてパフォーマンスの向上が見られるが、全体的にはまだ郡病院のリファラル状況は改善の余地が大きい。

図 6：郡病院の手順に従ったリファラル実施状況



*2009年 第3四・第4四半期に実施された DHMT への FSV の結果をまとめたものである。

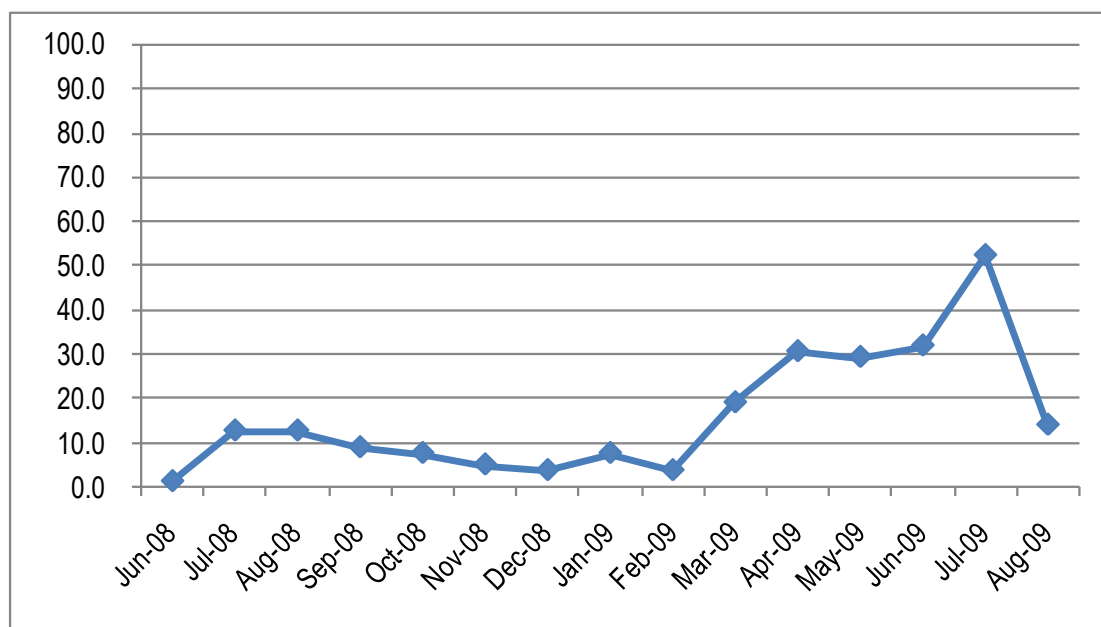
(3) 教訓

- DHMT レベルではモニタリングツールの開発が遅れたため、本来それを用いて訓練すべき研修に間に合わず、必ずしも効率的に DHMT 研修ができなかった。DHMT レベルは指導監督能力の弱い SDHT を支援するレベルでもあり、SDHT の支援、FSV のデータ分析からフィードバックのすべてにおいて高いパフォーマンスが要求される。FSV の導入にあたっては、それらの全項目に対して理論・実習・OJT を含めた研修が必要になる。綿密な研修計画策定と教材準備が必要だったが、十分に準備ができたとは言えない。
- プロジェクトは、DHMT の FSV チーム編成を各郡の主体性に任せた形をとったため、郡によってはチーム編成が看護師など保健技術者中心になったり、逆に会計など事務職員中心になったりするなどまちまちだった。FSV チームは事務職、専門職の両者を入れた適切な組み合わせにした方が有効である。
- 郡保健局長の指導力、情報オフィサーや CHPS コーディネーターの能力で FSV 実施率、下部へのフィードバック率に差が出る。優秀な郡の職員ができていない郡の職員を指導するようなシステムを作れば、自立発展性や継続性をもっと持たせることができた。
- データ分析とフィードバックは FSV の要であるにもかかわらず、実施の方に多くの労力を費やし十分に訓練ができなかった。データ分析やフィードバックの訓練には十分な時間をかけるように研修計画を策定する必要があった。

2.1.3 SDHT の CHPS 運営管理についての知識・技能の向上

CHO 養成によって人材が確保された後の課題は、いかに CHPS を持続的に機能させ、標準化されたサービスを住民に提供できるかである。そのためには SDHT が CHO へのスーパービジョンを通して、CHPS 活動のモニタリングと後方支援を行う必要がある。プロジェクトでは CHO の直接の上部機関である SDHT の CHO に対する監督指導の能力強化を CHO 養成に続く重点課題として、早い時期から実施した。その結果、CHO の監督指導者としての意識が形成され、FSV も全レベルで最も早い 2008 年 6 月から実施された。しかし、上部からの支援や結果のフィードバックが少なかったために、2009 年 3 月まで実施率は低迷した。その後 DHMT が SDHT へのスーパービジョンを始めたのをきっかけに支援が進み、より改良したモニタリングツールが配布された結果、2009 年 7 月には実施率が 52.6% まで上がった。2008 年の平均実施率は 7.5% だったのが、2009 年の平均実施率 23.7% となり、実施率は改善されつつある。上部機関が四半期ごとのスーパービジョンを実施しているのに対し、SDHT の CHO へのスーパービジョンは毎月であり、実質では RHMT や DHMT レベルより高い実施率になっている。今後も上部からのスーパービジョンが継続して実施されるようになれば、SDHT の実施率も連動して上がることが予想される。一方スーパービジョンの質はまだ一定せず、今後も SDHT の指導者としての能力強化が必要である。今後 DHMT からのスーパービジョンで確認される SDHT のパフォーマンスの弱点も、合せて強化する必要がある。

図 7：SDHT による CHO への FSV の実施率の推移 (2008 年～2009 年)



*2009 年 8 月の結果が落ち込んでいるのは、結果をまとめた時点でまだ 8 月のデータがすべては集まっていなかったためである。

(1) SDHT のニーズ把握

SDHT 関連の活動は 2 年次の研修ニーズ調査から始まった。RHMT や DHMT との会議、SDHT スタッフへのインタビュー、SDHT 施設の訪問や SDHT 関連教材の検討を通して、CHPS 実施を強化するための CHO の直接の監督指導者（スーパーバイザー）という視点で、SDHT の研修ニーズを調査した。その結果、SDHT の監督指導者としての経験と技能の不足、住民参加の保健活動についての知識不足、そして CHPS 実施や CHO 活動についての理解不足が判明した。この結果をもとに、2 年次からの SDHT 研修は、これらの点について能力強化を行う必要があることを C/P と確認した。

(2) SDHT 研修の実施

SDHT の能力強化は、CHO の能力強化と同様に CHPS 機能を強化するための鍵になっているにもかかわらず、SDHT を対象にした国の標準研修科目も規定されておらず、研修教材が不足していた。そのため、研修ごとの科目や教材を、プロジェクトで独自に開発した。プロジェクトが開発した研修教材は、研修科目、講師用ガイド、参加者用ガイド、パワーポイントを用いたプレゼンテーション、作業手順書、研修前後の理解度テストである。研修にはできるだけ CHPS におけるフィールド研修も入れるようにした。研修の実績と結果は以下の表のとおりである。

表 4：実施された SDHT 研修

年度	実施日	期間	人数	満足度	前後のテスト	備考
3	2007/5/17	2	4			講師研修。
	2007/5/21	3	31	100%	56.0-73.0	CHPS 活動における SDHT の役割、リファラル書類整理、FSV 概論の研修。
	2007/9/20	3	28	93%	81.3-91.5	FSV を中心に第 1 回の研修内容をさらに具体的に深めた研修。
4	2007/6/4	2	11			講師研修。
	2008/6/16	4	34	94%	実施せず	FSV に関する書類記入や手順などの実技訓練中心。
	2008/6/23	4	32	94%	実施せず	FSV に関する書類記入や手順などの実技訓練中心。
5	2009/6/15	3	10			講師研修。
	2009/6/22	2	44	97.6%	実施せず	FSV に関する書類記入や手順などの実技訓練中心。
	2009/6/25	2	40	97.6%	実施せず	FSV に関する書類記入や手順などの実技訓練中心。
	2009/6/29	2	42	97.6%	実施せず	FSV に関する書類記入や手順などの実技訓練中心。

(3) SDHT 研修の流れ

1) 第1回 SDHT 研修

SDHT への第1回目の研修として、全郡の各 SDHT スタッフ1人を対象に、3日間の研修を2007年5月と9月に実施した。CHO に対する SDHT の役割と責任を明確にし、支援に重点をおいた CHO への監督指導の方法を紹介し、SDHT の CHO 活動に対する理解を深めることが、研修の目的だった。フィールドワークでは実際に CHPS を訪問して業務基準 (PS) を使った FSV を初めて実践した。この SDHT 研修を通して、SDHT スタッフ間の能力差や CHO の監督指導者としての意識の低さが、改めて浮き彫りになるとともに、SDHT を対象に CHO の指導者としての研修が今まで実施されていないことも判明した。研修は SDHT の CHPS 活動における役割を SDHT に認識させ、CHO 活動に対する理解を深める機会になった。PS はツールとして使いにくいところがあり、さらに実用的なスーパービジョンのツールを開発する必要性が確認された。

2) 第2回 SDHT 研修

2008年6月の第2回の研修では、PS を SDHT のスーパービジョンにあわせて実用的な形に改良したモニタリングツールの概念や使い方を指導した。合わせて、データのファイル方法や CHO へのフィードバックの方法、報告書の書き方を指導した。まだ CHPS ゾーンを持ってない SDHT もあり、経験や能力による理解度の差がみられた。この時点で、まだ上部機関でスーパービジョンは始まっておらず、システムは体系化されていなかったが、CHPS 活動のモニタリングは早急に始める必要があったため、研修後すぐに SDHT から CHO へのスーパービジョンが開始された。

3) 第3回 SDHT 研修

2回目の研修以降、CHO へのスーパービジョンは約1年続けられた。しかし、DHMT からのフィードバックの欠如、そしてスーパービジョンを実施できる SDHT の人材不足の問題から実施率は下がっていた。状況を改善するために CHO へのスーパービジョンができる SDHT スタッフを2倍に増やすべく、2009年6月の研修では、全郡の SDHT より2人ずつのスタッフ、計130人を訓練した。研修では改訂されたモニタリングツールの説明と記入訓練を行うとともに、1年間のスーパービジョンで見られた記入上の間違いや手順で不明確な点を明らかにした。研修ではノンカーボン紙3枚つづりで製本した、より使いやすいモニタリングツールを SDHT に配布した。研修後のスーパービジョン実施率は7月に最高52.6%まで上がった。

(4) 教訓

- SDHT 研修の対象者は個々の能力差が大きく理解度にも差があったため、テストで個々の理解度を把握して十分にフォローする必要がある。フォローアップ方法は、現実的な方法を郡レベルで状況に応じて検討する必要がある。
- スーパービジョン研修に現場訓練（OJT）は必須である。理論研修の後は必ず、1 カ月程度の巡回期間を取って OJT を行った。その方が研修をより効果的にすることができた。
- SDHT 研修はスーパービジョン研修のみに限定せず、SDHT の活動全般を改善するための包括的な能力強化研修が必要である。特に実践に重点を置いた研修が必要である。

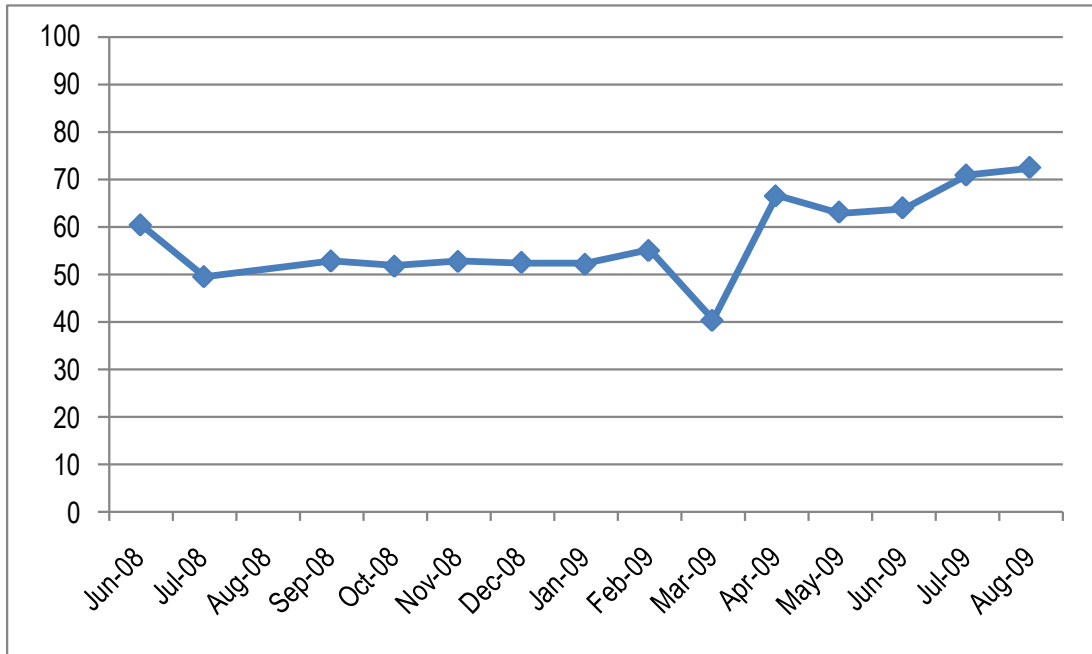
2.2 CHO の CHPS 実施についての知識・技能の向上

UW 州の CHPS ゾーン建設は 2002 年から始まった。2015 年までに 197 の CHPS ゾーン設立を目標としているが、プロジェクトを開始した 2006 年の年間レポートでは、活動可能な CHPS ゾーン数は 24 しかなかった。これは、CHO 養成が進んでいなかったためである。CHPS の運営管理の主役である CHO の養成と能力強化は、CHPS 設立と CHPS 活動を実施する上での必須条件であり、プロジェクトが最も重点を置いた活動の 1 つである。CHO 新人研修はプロジェクト期間で計 8 回実施され、160 人の地域保健看護師（Community Health Nurse、CHN）が CHO の養成訓練を受けた。これは目標である CHPS 数の約 2 倍である 140 人を上回る 114% の達成率である。ステージを分けずに全郡を対象に研修を行ったため、CHO のレベルに郡での差異はみられず、CHO 不足が CHPS ゾーン設立の阻害要因になっている郡はない。研修で使われた教材一式は、国の既存のモジュールを踏まえた上で、良質の研修が誰にでも実施できるように開発され、使用者が使いやすく実用的なものである。開発や改訂の過程で国の保健教材センター（Health Learning Material Centre、HLM Centre）を巻き込んだこともあり、完成度が高い教材として中央レベルからも評価されている。研修ごとの講師研修の実施により、講師数は 6 人から 13 人に増え講義の質も改善した。このように CHO 新人研修は標準化され講師人材も確保できており、CHO1 人あたり約 400GHC の予算さえ確保できれば、C/P のみで継続的に良質の研修を実施できるレベルに達している。2009 年には、研修にかかる費用を試算してガーナ保健サービス（GHS）総裁に提出し、2010 年度から新人研修用予算を確保する確約をとり、研修の持続性を担保している。

現職 CHO の FSV でのパフォーマンス率は、2008 年に 56.1% だったものが 2009 年には 62.6% に改善した。下部機関に対するスーパービジョン率は、CHV に対しては 52.5%、伝統的助産師（Traditional Birth Attendant、TBA）に対しては 85.2% と全レベルで最も高かった。郡ごとのパフォーマンスの差異もあまりなく、全体的に安定したレベルを保っている。活動の始まった 2 年次から 5 年次までの活動

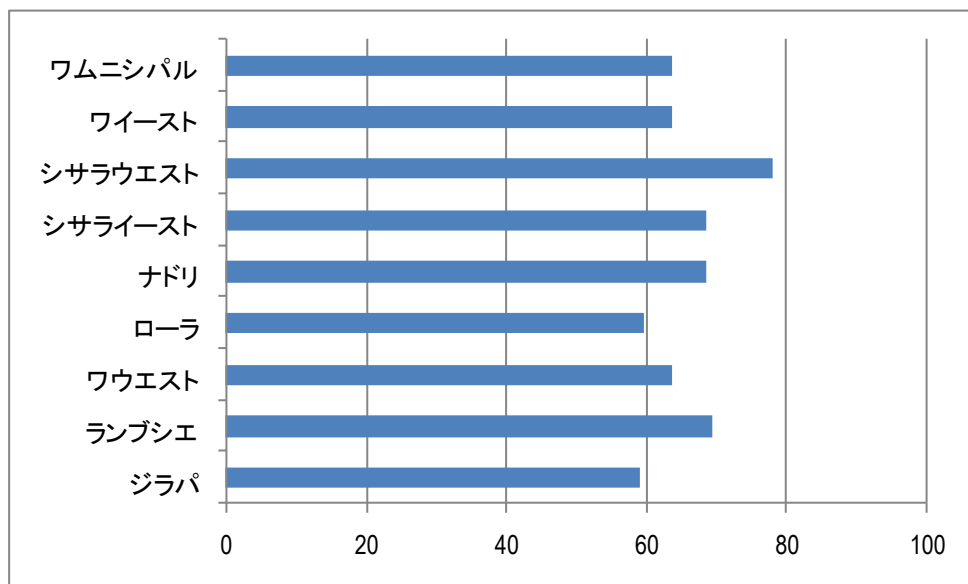
の詳細を以下の表に示す。

図 8 : FSV の結果からみた CHO のパフォーマンス
(2008 年～2009 年)



(100%を満点としたパフォーマンス率の経時的変化)

図 9 : CHO の郡別パフォーマンス率



2.2.1 CHN と CHO への能力強化の成果

(1) CHN と CHO のニーズの把握

CHO 関連の研修は CHO 養成のための CHO 新人研修と、すでに CHPS ゾーンで活動中の CHO のための現職研修の 2 つである。いずれの研修も実施回数を増やすとともに、研修の質を改善する必要がある。現状を把握するためのニーズ調査を 2006 年に実施した。調査では CHN、CHO に業務内容、経験、研修への希望について聞き取り調査、CHPS ゾーンでの現場調査、上部機関の SDHT、DHMT、RHMT への聞き取り調査を実施し、既存の国の CHO 新人研修科目や教材を検討した。日本人専門家は第 1 回の CHO 新人研修では介入せず、オブザーバーとして研修の内容や講師の能力について分析した。この結果、CHO 新人研修に関しては、ステージ 1 郡だけでなく全郡参加での研修を C/P は希望していること、既存の国の CHO マニュアルを基にした実用的な教材開発が必須であること、国のモジュールには含まれていない記録、感染予防、救急、CHPS ゾーンでのフィールドワークを研修に入れる必要があることが分かった。CHO 現職研修については、CHO 同士の情報交換の機会を必要としていること、SDHT や DHMT のより頻繁な現場訪問や指導を望んでいること、地域との連携に関する訓練を希望していることが判明した。講師数が少ないため各人に大きな負担がかかっており、研修回数を増やすためには十分な数の講師の養成が必要であることも分かった。

(2) CHO 新人研修の実施

CHO の継続的な養成は、CHPS 数を増やすための必須条件である。新人研修が今まで継続的に行われなかったのは予算の問題もあるが、研修の運営管理作業が整理されていなかったこと、実用的な研修教材がないために講師に大きな負担がかかっていることが要因だった。プロジェクトではこの問題を解決するために、実用的な研修教材と体系的な研修プログラムを開発し、講師の研修面とロジ面での能力強化を行った。講師は RHMT と DHMT から参加した CHPS コーディネーターや郡局長だったため、実質的には DHMT と RHMT の能力強化ともいえる。CHO の目標養成数は、将来の CHPS 数増加や交代要員を考慮し、CHPS ゾーン数の倍の 140 人とした。研修教材については研修ごとに見直し、必要に応じて改訂した。研修の前には必ず講師研修を行って新講師を養成するとともに、既存の講師陣の能力の強化を図った。プロジェクトが開発した研修教材は、研修科目、講師用ガイド、参加者用ガイド、14 科目のパワーポイントを用いたプレゼンテーション、作業手順書、研修前後の理解度テスト、毎日のテスト、フィールド研修用教材、特別講義用教材である。各研修の実績と結果は以下の表のとおりである。

表 5 : CHO 新人研修の実績と結果

年度	実施日	期間	人数	満足度	前後のテスト	備考
2	2006/11/26	1	6			講師研修。
	2006/11/27	12	19	78%	実施せず	C/P 主導の研修、プロジェクトはオブザーバーとして研修のニーズ分析実施。
	2007/1/9	3	9			講師研修。
	2007/1/22	12	20	95%	69.0-81.0	プロジェクト専門家が開発した教材を使った第1回の研修。
3	2007/6/7	2	4			講師研修。
	2007/6/11	12	20	100%	56.0-73.0	研修を通じた講師の能力強化。
	2007/8/20	5	6			講師研修。
	2007/8/27	12	20	95%	69.7-84.5	研修教材センターを招へいし、国のモジュールとの整合性の確認、改訂。教材用の絵を作成。
	2008/1/10	3	9			講師研修。
	2008/1/14	12	20	100%	76.5-84.5	同上。
4	2008/9/9	2	8			講師研修。
	2008/9/15	12	20	100%	70.0-83.5	C/P のみで質の高い研修を再現。
	2008/11/16	1	7			講師研修。
	2008/11/17	12	20	100%	77.3-89.0	C/P のみで質の高い研修を再現。
5	2006/11/27	1	13			講師研修。
	2009/8/10	12	21	100%	75.3-85.2	C/P のみで質の高い研修を再現。

(3) CHO 新人研修の変遷

1) 第1回 CHO 新人研修

第1回の CHO 新人研修は C/P が中心となって実施し、日本人専門家はオブザーバーとして出席して彼らが行っている研修の弱点や問題について分析を行った。その結果、以下のような弱点が判明した。フィールドワークの目的が明確でなく、内容や手順が整理されていないこと、研修の評価ができていないこと、発表内容を大判の紙に手書きするなど講師の準備にかかる労力が多大なこと一である。分析結果は講師陣と共有し、次回の研修までに実用的な研修ツールと体系的なプログラムを開発して、研修を改善する合意を得た。

2) 第2回 CHO 新人研修

第2回のCHO新人研修は専門家とC/Pで、既存のマニュアルをもとに実用的な教材やツールを開発し、講師研修で指導技術の向上を図るとともに、研修運営面の改善を重点的に行った。この研修を通し、フィールドワークを含む2週間にわたるCHO新人研修の完全なプログラムを作り上げた。コアとなる研修教材、評価ツールもすべて開発され、研修の標準化に向かって必要な基盤を作ることができた。

3) 第3回から第5回CHO新人研修

2007年から2008年にかけて実施された第3回から第5回までの研修では、以下の活動を行い研修の質のさらなる改善を図った。第1に講師数を増やすために、DHMTやRHMTから講師研修への参加を募った。例えば、特別研修の講義にはRHMTや外部から講師を招いて研修への参加を促し、新人研修についての周知をできるだけ高めるようにした。2008年1月には10人程度の講師数を確保できるようになった。第2にフィールドワークの質を上げるために、目的を明確にし現場での実技内容を標準化した。フィールドワークには家庭訪問用機材、学校検診用機材が必要であるため、4セットの機材を研修用に購入した。その結果、フィールドワークの内容が統一され、中身も充実したものになった。第3に研修教材の完成度を高めるため、国の保健教材センター(HLM)の職員と共同で教材用の絵を作成し、国の教材との整合性を彼らと確認した。この一連の共同作業は、研修教材の完成度を高めるだけでなく、ガーナ側C/Pのやる気を刺激し、プロジェクト活動をGHSに周知する上で大きく役立った。

4) 第6回から第8回CHO新人研修

2008年9月からは研修の運営管理能力を強化した。日本人専門家の研修コーディネーターが、州CHPSコーディネーターの運営管理能力を強化するために、準備作業を通して研修ごとに訓練を実施した。2008年から2009年にかけては、なるべく全部をガーナ側C/Pだけで行うように調整し、研修の自立発展性を高めるようにした。加えて、今までの経験をもとに研修にかかる費用を算出し、ガーナ側に研修費用を負担してもらうように申し入れ、研修にさらなる自立性を持たせるようにした。

(4) CHO 現職研修の実施

遠隔地に1人で勤務するCHOの労働・生活環境は厳しいものがある。CHOが質の良いCHPS活動を持続的に行うためには、定期的な能力強化だけでなく継続的に彼らを激励し、精神的にもフォローする必要がある。CHO現職研修は能力強化とともに、他のCHOとの交流を深め、郡局長やCHPSコーディネーター(講師陣の多く)と語りあえる機会として設計した。現職研修はCHO新人研修の補完研修として、新人研修の科目には含まれないが、現場で技能が必要とされている救急法と地域保健活動、そしてCHVやTBAへのスーパービジョンを加えた。救急法は特に実技に関してJOCV隊員からの協力を受け、プロジェクトとJOCVとの連携で行われた。CHO現職研修の回数は少なかったが、新人研修のフォローアップとして非常に重要な研修である。各回の研修の内容について以下に述べる。

(5) CHO 現職研修の変遷

1) 第1回 CHO 現職研修

CHO 現職研修は CHO 新人研修から半年後の 2007 年 7 月から実施された。第 1 回の研修は CHO 新人研修の復習と、CHO の発表と情報交換中心に行い、技術能力強化よりもむしろ、CHO 同士の交流を深める研修とした。研修の中では、1 人体制による活動の問題や、地域との連携の難しさが浮き彫りになった。それらの問題をどのように解決するかに関して、CHO がグッドプラクティスの例を発表したり、郡局長や CHPS コーディネーターから問題に対するコメントが返されたりした。

2) 第2回 CHO 現職研修

CHO の数が増えたため 2009 年は技術能力強化中心の研修を 2 回実施した。ガーナ側 C/P と日本人専門家で CHO 新人研修には含まれていないが、CHO に必要だと思われる科目を検討した。その結果、緊急時に必須の救急法、地域との連携を行う上で欠かせない地域保健活動計画 (CHAP) を科目に入れることにした。全レベルで進行中の支援型スーパービジョン (FSV) に CHO レベルを合わせるため、地域保健ボランティア (CHV) や伝統的助産師 (TBA) への FSV も加えるようにした。救急法では JOCV 隊員も実技訓練に講師として参加し、プロジェクトとプログラムの良い連携協力例になった。ガーナ側 C/P から配布を希望されていた蘇生用呼吸バッグ (Ambu bag) を CHO が使用できるように、救急法の中で実技訓練を行った。CHAP では、ステージ 1 郡ですでに多くの CHAP 活動を行った NGO が講師として参加し、CHO と講師を指導した。FSV では概念やシステムの説明や、モニタリングツールの配布を行い、FSV が CHO のレベルまで実施されるようにした。

表 6 : CHO 現職研修の実績と結果

年度	実施日	期間	人数	満足度	前後のテスト	備考
3	2007/9/17	3	33	97%	実施せず	新人研修の内容を要約した復習的な研修だったため、テストは実施せず。
4	2009/1/12	2				講師研修。
	2009/1/20	3	46	90%	38.0-76.0	救急法、地域保健活動計画、FSV、第 1 グループでの研修。
5	2009/7/16	4	46	93%	39.0-69.0	上記と同じ内容で第 2 グループへの研修。

2.2.2 教訓

- 研修は講師に多くの負荷がかかる活動である。質の高い研修を継続的に行うためには、いかにその負荷を軽減し、講師の動機づけを高めるかが大きな要因となる。負荷を軽減するためには、実

用的で現地の事情にあった研修教材の開発、講師の予定を考慮した研修プログラムの作成、講師数を増やすための講師の養成が必須である。研修の質と再現性を高めるため、新人研修前に講師研修を行い、研修内容の理解度を高めること、講師の能力にあわせた役割の分担を行うことが大切である。CHO 新人研修は他の研修に比べて期間も長く、講師陣に大きな負荷がかかるため、特にこれらの点を考慮しなくてはならなかった。

- 日本人専門家がいない期間に研修を実施するため、短期間に SDHT 研修、CHO 現職研修、CHO 新人研修といくつかの研修を続けて行わざるをえない場合もあり、講師への負担が大きくなり、日本側チームとガーナ側の信頼関係にも影響した。研修を教材作成から行う場合には準備に最低 2 週間、レポート作成や教材の最終版完成に最低 1 週間、さらに研修期間を加えた日本人専門家の活動期間をとらないと、ガーナ側 C/P に大きな負荷をかけることになってしまう。
- 今後の CHO 現職研修では、CHO への FSV で判明した弱さに対処する研修や、特定の疾病や問題をターゲットにした研修を行う必要がある。
- CHO 候補である CHN の数の確保が不足している州があり、今後の CHO 養成の阻害要因となりうる。これは郡議会 (District Assembly, DA) が十分に CHN 養成のための奨学金を出していないためであり、今後は郡議会に対して CHPS 施設の建設だけでなく、CHN の奨学金についてもあわせて GHS から要請していく必要がある。

2.3 支援型スーパービジョンのシステム開発と実施

2.3.1 支援型スーパービジョンのシステム開発

CHPS 実施は国家の戦略であり、各州はそれを受けて事業実施を進めている。プロジェクトも当初は、CHPS 設立のため施設の建設促進と CHO の新人養成研修に重点を置いて活動を行っていた。しかし CHPS の設立が進むにつれ、CHPS 実施の継続性とその活動の質を担保するには、運営管理面での戦略が必要であることが分かった。2005 年には、本プロジェクトの事前ワークショップが行われ、アッパーウエスト州の CHPS 事業では、支援型スーパービジョン⁹ (FSV) を取り入れることが決まっていた。これは上部機関から下部への支援型の指導方法を強調したものである。プロジェクトではこの支援的態度を基礎にしながらも、さらにそれを一歩進めた体系的なスーパービジョンシステムの導入が、効率的な CHPS 管理を可能にすると考えた。そのためプロジェクトでは、体系的、標準的なス

⁹ 支援型スーパービジョン (Facilitative Supervision) は、部下の問題解決能力の向上を目的として、上司と部下の双方向型のコミュニケーションによる現地指導を行う。業務のモニタリング、問題の特定、問題の解決に向けた計画・実施という一連の過程を、上司と部下が共同して実施することを繰り返す方法をとる。従来型の欠点探し型の現地指導よりも、保健医療サービスの質の向上に有効とされている。

ーバージョンを行うためのツールやマニュアルづくりを3年次から始め、4年次からは下部機関より徐々にFSVを導入した。

(1) マニュアルとツールの開発

プロジェクトでは次頁の表にあげるマニュアル類とモニタリングシートを開発した。モニタリングシートはFSVを行う際のチェックリストでもあり、誰が行っても見落としのない標準化されたFSVを行うのに必須のツールである。マニュアルは準備や実施、モニタリングシートの記入方法そして下部へのフィードバックと結果の利用まで、FSVの一連の工程とやり方をまとめたものである。FSVはこれらのマニュアルやモニタリングシートの研修で紹介され、現場での実践、再訓練と順序を踏んで導入された。上部機関であるRHMTのマニュアルやモニタリングシートの開発が遅れたが、これはRHMTの職務についての把握、RHMT職員の巻き込みが遅れたことが主な理由である。

表 7：開発されたFSVガイドライン、マニュアルとツール

使用対象者	名称	開発時期	第1回改定
RHMT、DHMT、SDHT、CHO	FSV 一般ガイドライン	2009年6月	2009年11月
RHMT	RHMT用DHMTへのFSVマニュアル	2009年11月	
	モニタリングツール	2009年9月	
DHMT	DHMT用SDHTへのFSVマニュアル	2009年7月	
	モニタリングツール	2008年7月	2009年9月
SDHT	SDHT用CHOへのFSVマニュアル	2008年8月	2009年6月
	モニタリングツール	2008年6月	2009年6月
CHO	CHO用CHC/CHV/TBAへのFSVマニュアル	2008年12月	2009年5月
	モニタリングツール	2008年12月	

(2) FSVシステムの開発と整備

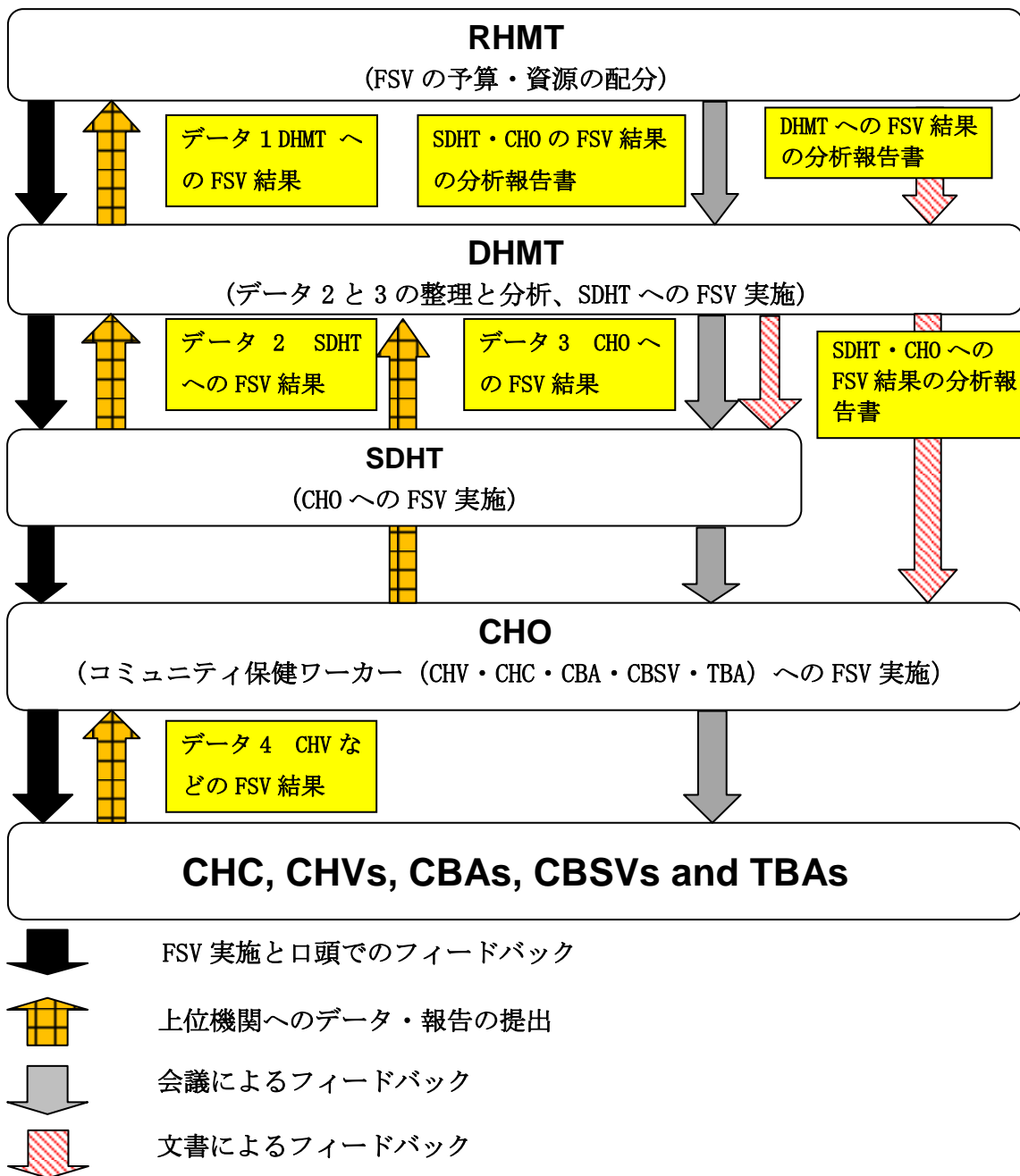
CHPSの運営管理改善のため、プロジェクトで開発されたFSVシステムの特徴は以下のとおりである。

- RHMTからCHOまですべてのレベルを包括することにより、上部機関を巻き込んだCHPS運営管理が可能になる。CHOは定期的に上部機関からの支援を受けることができるようになる。
- 全レベルでFSVの方法・手順をツールやマニュアルにより標準化する。これにより、誰もが同じ手順で同じ道具（ツール）を使ってFSVを行うことで、FSVの質と結果が安定する。
- モニタリングツール（モニタリングシートとマニュアル類）を使うことにより、同じ判断基準で施設ごとの比較や時系列的な比較が可能となる。

- FSV を受けた側へのフィードバックや FSV の結果の活用が体系化され、計画→実施→評価→改善までのサイクルが強化される。
- 指導監督を支援型の技法で行うことにより、それぞれのスタッフが自己の問題解決能力を改善できる。

FSV の全システムを次頁の図に示す。黒い下向きの矢印は上部機関による下部機関への FSV の実施中に行われた口頭での指導や、実施直後の簡単な書面によるフィードバックを示す。上向きの格子矢印は、FSV の結果データが実施した上部機関に戻ることを示している。ただし、SDHT が CHO へ行ったデータに関しては、SDHT レベルにはパソコンがなく分析能力も十分でないため、DHMT が分析を行う。そのため、データは SDHT と DHMT の両方で共有されることになっている。データと合わせて、結果を簡単にまとめた分析報告書や緊急に対応が必要な事項をまとめた「スーパーバイザリ一報告書」も上位機関に提出することになっている。グレーの下向きの矢印は、FSV を行った上部機関が下部機関へ結果のフィードバックを行うことを示している。RHMT から DHMT へのフィードバックは、半年ごとの州内レビュー会議で行われ、同時に分析レポートも配布される。SDHT や CHO へのフィードバックは、各 DHMT が主催する月例の CHPS レビュー会議で行われ、同時に分析レポートが配布される。下向きの斜線縞の矢印は、この文書によるフィードバックを示している。このレポートは、複数の施設間の比較や時系列での比較を入れて、分析を加えたものである。

図 10：スーパービジョンの流れ



2.3.2 支援型スーパービジョンの実施

(1) RHMT による FSV

RHMT は市内の CHPS 設立計画を策定し進捗を把握する最終的な責務がある。市内での CHPS 設立状況を把握し予算策定や機材供給計画に反映させるとともに、CHPS の運営状況を把握し、標準化された質の良いサービスが提供されているかを確認する立場にある。CHPS 関連の最終的な情報管理も

RHMT の責務である。FSV 開始当時は CHO の直接のスーパーバイザーである SDHT と現場の直接の責任者である DHMT のみにスーパービジョンが必要だと考えられたため、SDHT から CHO と DHMT から SDHT でのスーパービジョンが先に始まった。しかし、州内の予算や機材供給に最終的に責任があり、CHPS 実施の責任者である RHMT 抜きでは解決できない問題が多くあること、また DHMT から SDHT への FSV 実施率の低さは RHMT から DHMT へのスーパービジョンのないことが原因となっていることなどから、州全体の各レベルで首尾一貫した包括的なスーパービジョンを行う必要あることが判明した。しかし、スーパービジョンは CHPS 関係者だけという認識が抜けず、なかなか RHMT 全体をスーパービジョンに巻き込むことはできなかった。

プロジェクトの最終年次にあたる 2009 年 8 月に、州保健局長や RHMT の核となるメンバーがようやく会議を持ち、RHMT の FSV における役割と活動について検討し、RHMT の主要な役割として、① DHMT 以下のレベルへの FSV 実施の動機付け、②各郡の結果を州や担当する RHMT の部署につなげることを合意した。さらに CHPS という最末端の公的保健医療サービスを提供する拠点の運営強化は、将来的に他のすべてのプログラムのサービス提供の改善につながるという便益が、RHMT 内スタッフで確認された。

この合意を受けて 2009 年 9 月に、初めて RHMT による DHMT への FSV と RHMT 内での自己モニタリングが実施された。また、RHMT によるスーパービジョンについては、同月に行われた CHPS コーディネーター会議で各郡にも紹介、説明され、郡の動機づけにも繋がった。9 月以降は州保健局長が強い指導力を持って活動を推し進め、11 月には第 2 回目となる RHMT による FSV が実施された。これらの結果は、RHMT と各郡保健局長を対象に、12 月の RHMT 会議で共有され結果の分析報告書が関係者と各郡に配布された。これにより、RHMT 内での CHPS 活動に関する役割分担が明確になった。

スーパービジョンは CHPS に焦点を当てていることから、これまで他のプログラムに従事する RHMT 職員の関心は低かったが、今後は各プログラムの担当者がスーパービジョンに参加し、情報共有を進めることになった。これにより、各レベルの活動を効果的に進めるために、スーパービジョンを基礎とした RHMT 活動の改善が進み始めた。さらに、DHMT では RHMT とのフィードバック会議を通して、DHMT 内のお互いの業務の状況を把握することもできるようになった。

今後は、継続性を維持するための CHPS 関連ではない部署で働く RHMT 職員の FSV への巻き込みと、FSV の結果利用、特に下部機関へのフィードバックが大きな課題である。

(2) DHMT による FSV

DHMT は CHPS 実施の現場における直接的な監督者であり、郡内の CHPS 実施状況を定期的にモニタリングし、CHPS 事業の進捗を把握する責務がある。能力に差のある SDHT の指導監督を行い、CHO への指導や支援が効果的になされるようにする義務がある。さらに DHMT の最も大切な役割は、

SDHT が行ったスーパービジョンの結果を取りまとめて分析し、SDHT と CHO にフィードバックを行うこと、そして RHMT に情報を送ることであり、CHO に対するスーパービジョンを有効なものにする重要な役割を担っている。

DHMT に対して 2008 年 6 月に、標準モニタリングシートを使用したスーパービジョン研修を実施した。その結果、DHMT から SDHT へのスーパービジョンは 2008 年 7 月よりいくつかの郡で始まったが、3 カ月ごとの実施であることや他の活動が多いことからなかなか実施率が上がらなかった。そのため、プロジェクトは各 DHMT に対し再び 2008 年 12 月から 2009 年 3 月まで、各郡を巡回しての現場訓練を実施した。2009 年からは、標準型モニタリングシートの使用法、集計・分析法、分析報告書の作成法、月例 CHPS 会議での結果共有の方法—などを研修と OJT により普及させた。プロジェクト側も各郡の月例 CHPS 会議に参加し、スーパービジョンやフィードバックの重要性について説明してきた。

2009 年の DHMT から SDHT への FSV 実施率は 56.7%で、多くの郡でまだ改善の必要が大きい。また郡により結果の分析能力・フィードバック率に差があり、さらなる DHMT の FSV 能力強化が現状の課題になっている。また、DHMT に期待されるフィードバック方法の 1 つである月例 CHPS 会議の開催についても、開催にかかる資金面での問題から、定期的な実施が停滞している郡がある。しかし、RHMT が DHMT のスーパービジョンを始めたこともあり、今後は上部機関からの指導によるスーパービジョンの実施と分析やフィードバック状況の改善が期待される。

(3) SDHT による FSV

2015 年までに 197 まで増える予定の CHPS の監督指導を、郡が直接行うことは物理的に不可能である。そのため SDHT が将来的には CHO の監督指導を行わなければならない。しかし、以前は国の保健行政の末端だった SDHT に、監督指導者としての訓練は行われておらず自覚も薄かった。そのため、2007 年 5 月から SDHT 研修を行って、CHO の監督指導者としての自覚を促し、FSV を実施する基礎づくりを始めた。

2008 年 5 月までにモニタリングツールやマニュアルを開発し、6 月には研修を行ってツールの使用法や FSV の具体的な手順について訓練した。7 月には全レベルで初めての FSV が SDHT から CHO に対して実施された。しかし、上部機関である DHMT や RHMT の FSV 実施体制が当時はまだ整っておらず、SDHT への支援やフィードバックがなかったことから、なかなか FSV の実施率は上がらなかった。2009 年に入り DHMT から SDHT への FSV 実施率が上がるとともに、CHO への FSV の実施率も改善に向かった。2009 年 6 月に、モニタリングツールをさらに実用的なものに改訂し、手順の再確認や記入の改善を訓練した。7 月には実施率は 52.6%まで挙げた。今後 SDHT から CHO への FSV 実施率を上げるためには、DHMT が SDHT への定期的な FSV 支援や継続的なフィードバックを行わなければならない。FSV の質は多くの実践やさらなる能力強化を通して改善されなくてはなら

ない。

(4) CHO による FSV

TBA や CHV との連携協力が、CHPS 活動を行う CHO にとっては不可欠である。CHO レベルのスーパービジョンはこの連携協力を進めるためのものである。そのため、他のレベルと異なり、TBA や CHV との会議や個人レベルのコミュニケーションを通じた大きな範囲での監督指導活動を CHO レベルの FSV と呼んでいる。

2008 年 12 月にこの活動が記録できるように、モニタリングツールを開発した。2009 年 1 月の研修でツールを配布し、FSV の記録が始まった。現在の実施率は対 CHV が 52.5%、対 TBA が 85.2%であり、非公式で記録されないコミュニケーションもあると考えられるため、実施率はよいといえる。活動自体は以前から実施されてきたものなので、ツールの導入にあたっての混乱はなかったが、記録ミスや記録がないケースもあるため、SDHT による定期的なチェックが必要となっている。

2.3.3 FSV に関する教訓

- 特に州保健局 (RHA)、郡保健局 (DHA) の CHPS 関連以外の業務や職員の役割を把握するのに時間がかかったため、モニタリングツールやマニュアルの作成が遅れた。FSV を特別な活動ではなく、業務を改善するための基盤となる活動であることを理解してもらうのに時間がかかった。早くから上部機関の強い決心と指導がなければスーパービジョンは持続しない。
- スーパービジョンは本来トップダウンのシステムであるため、RHMT や DHMT から FSV を開始するか、全レベルで同時に FSV を始めた方が効果的だった。
- スーパービジョンシステムの頂点で指揮を取るべき RHMT の巻き込みが遅れたため、下部での実施率が順調に伸びなかった。RHMT での FSV の実践もプロジェクト実施期間内に 2 回しかできなかった。FSV は実践を通さないと実施が定着せず質も改善しない。早期に始めて FSV の全サイクルを最低 4 回は実施する必要があった。
- RHMT の FSV が実施されたことで、全レベルでの FSV の実施システムはようやく構築された。しかし、実施後の活動、特に上部機関から下部機関に対するフィードバックが行われていない。フィードバックの訓練や手順の曖昧さ、そしてフィードバックの場である CHPS レビュー会議の予算の確保が十分でなかったため、フィードバック率が停滞した。
- DHMT は郡内の SDHT や CHO に対して行われた FSV データを分析する役割を持っているが、現状では FSV データ分析は十分に行われておらず、担当の情報オフィサーや CHPS コーディネーターの能力に左右されるところが大きい。FSV を通して RHMT によるフォローと指導が必要である。

- SDHT の監督指導者としての能力には大きな個人差がある。SDHT に対する研修は本プロジェクトで実施された現行の 2 倍くらい回数と期間が必要だった。

2.4 病院、保健センターと CHO のリファラル業務の強化

リファラル業務の強化に関する 5 年次までの活動実績（ガイドラインやリファラル基準整備、ワークショップ開催など）を PDM のアウトプットに沿ってまとめた。

2.4.1 リファラル業務強化の活動概要

(1) 現在のリファラル業務の見直し

2007 年度、リファラル・タスクフォース・チームを結成し、リファラルシステムの現状、課題を把握し、改善につなげるため、3 郡（ジラパ、ワウエスト、ナドリ）の 13 カ所の医療施設と 7 つのコミュニティでリファラルの現状を調査した。2008 年度、前年度と同じ 3 郡の 15 カ所の医療施設でリファラルの現状、リファラルに利用される無線や救急車の状態をフォローアップ調査した。8 月のワークショップでもリファラル業務の再検討を行った。

(2) ガイドラインと必要な様式の開発

2007 年度、ガーナ保健サービス（GHS）の中央機関が作成したリファラル指針をもとに、現場で活用できる実務的な内容のリファラル実務ガイドライン、リファラル様式フォーム、カウンターリファラル様式、リファラルケース登録台帳を試作した。研修後、リファラル実務ガイドラインを 2008 年 2 月に完成させた。

GHS が 2008 年に標準リファラル様式を改訂したのに対応するため、2009 年度、リファラル実務ガイドラインを改訂した。

(3) GHS 職員を対象とした講師研修と CHO への研修

2007 年度、開発したリファラル実務ガイドライン素案とカウンターリファラル様式、リファラルケース登録台帳を使って、2007 年 11 月に講師研修（Training of Trainer、TOT）を実施した。その後、12 月から 2008 年 2 月までに TOT 参加者が講師となり、各郡で同様の研修を展開した。

2008 年度には、各郡の保健局、CHPS 施設、保健センターの代表と、病院長を含む郡・州病院のスタッフを対象に、州保健局、州病院医師が講師となって、リファラル検討ワークショップを開催した。2009 年度、GHS 標準リファラル様式の採用、カウンターリファラル手続の改訂に合わせ、リファラル再研修ワークショップを実施した。

(4) リファラル状況のモニター

2008年度、フォローアップ調査において、2007年度後期に導入したリファラル実務ガイドラインに基づいて標準リファラル業務が実施されているかをモニターした。CHPS 施設等のリファラー側施設では、標準リファラル様式やリファラルケース登録台帳の使用、リファラル患者のアドバイス受容の確認、ケースの定期的な集計などを、リファラルケース受入先の病院では、リファラルケース登録台帳の使用やカウンターリファラルを調べた。2009年度に、リファラル業務モニタリングを支援型スーパービジョン（FSV）に組み込んだ。

(5) GHSによるリファラルケース検討の定期会議の促進

CHPS 施設でのリファラルケースの集計は、小児疾患統合的管理（Integrated Management of Child Illness、IMCI）に関連する小児例では毎月、それ以外のケースは半年ごとの郡保健レビュー会議（District Health Half-Year Review）で実施されていた。病院では妊産婦死亡レビュー会議（Maternal Death Review）のなかでリファラルケース検討が実施されていたが、それ以上の検討はなかった。2008年度、リファラルケースの協議、検討を含んだリファラルワークショップを実施した。

CHO がリファラルの必要性を判断する際に参照するマニュアルとして、標準診療ガイドライン（Ghana Standard Treatment Guideline）や IMCI チャートがあるが、前者はリファラルが必要とされる状態の記述が CHO にとって複雑か十分でない疾患が多く、一方、後者は小児の主要な症状に限定されている。このため、一次ケアレベルで実用的なリファラル基準（referral criteria）の必要性が認識された。これを受けて、2009年度、タスクフォースチーム、病院関係者がリファラル基準の作成に向けて協議し開発した。

2.4.2 リファラル業務強化の成果

リファラル業務の強化に関する成果（標準リファラル様式・台帳の使用率、リファラル実施率、カウンターリファラル率など）を以下にまとめた。

(1) 現行のリファラル業務の見直し

2007年度のリファラル調査によると、CHPS からのリファラル率は平均 1.1%、リファラル受容率は 82%であり、交通費や受診料などの経済的理由、収穫期前や雨期、健康保険の未加入、山間僻地によって、リファラル受容率は低下することが明らかになった。カウンターリファラル率が 17%と低いこと、リファラル様式やリファラルケース登録、カウンターリファラル方法が標準化されていないことが判明した。リファラル業務の改善、標準化のためのガイドラインやフォーマットの開発、フィードバック向上が課題になった。

その後、2008年度のフォローアップ調査によって、リファラル側の業務は改善しているが、カウンターリファラルが不十分であることが判明し、8月のワークショップにおいて、病院からのカウンタ

ーリファラル経路の再検討、新規導入予定の標準リファラル様式に関する協議を行った。リファラル元施設と受け入れ先施設のスタッフが共同でリファラルの現状を検討し、業務面での問題点を共有できるよい機会となり、CHPS 施設等のスタッフは病院の忙しさを認識した一方、病院スタッフは CHPS 施設等がリファラルケースのカウンターリファラルを望んでいることを再認識した。これらの活動により、リファラル・情報システム現状調査報告書（2007 年）を作成した。

(2) ガイドラインと必要な様式の開発

2007 年度、州全体の TOT や郡レベル研修後、標準のリファラル様式、カウンターリファラル様式とリファラルケース登録台帳を完成させ、その後、2008 年 2 月にリファラル実務ガイドラインを完成させ、関連施設に配布した。

2009 年度、GHS の改訂標準様式を使用し、カウンターリファラル経路を公式ルートにするようにリファラル実務ガイドラインを改訂し、州病院の各病棟、各郡病院の外来・産科・小児科病棟、各 DHA にワークショップ参加者を通して配布した。このガイドラインの利用のモニタリングを FSV に組み込んだ。これらの活動により、リファラル実務ガイドライン（改訂版）を作成した。

(3) GHS 職員対象の TOT 研修の実施

2007 年度、TOT 研修には DHMT や州・郡病院の職員 29 人が参加した。標準リファラル様式、登録台帳、フィードバック方法を、議論を通して改訂し、ガイドライン試案にまとめた。その後、TOT 研修参加者が講師となり、全 8 郡で郡レベルの研修を実施し、合計 233 人が参加した。事例を通してリファラル業務ガイドライン案、様式、登録台帳について検討し、リファラル業務が標準化され、現場で利用していくことになった。リファラル様式のコピー、保管、配布は、郡保健局（DHA）が責任を持って各施設に配布した。登録台帳の見本は様式とあわせて配布し、その後は各施設で作成している。

2008 年度のリファラル検討ワークショップには、次頁の表に示すように DHA、CHPS 施設等の代表と病院長を含む郡・州病院スタッフ 49 人が参加し、州保健局（RHA）、州病院医師の 5 人がファシリテーターとなった。

表 8：2008 年度のリファラルワークショップ参加者

郡・病院名	DHMT	CHO	SDHT	病院
ナドリ郡	1	1	1	3
ワウエスト郡	1	1	1	
ジラパ・ランブシエ郡	1	1	1	3
ローラ郡	1	1	1	4
ナンドン病院 (ローラ郡)				4
ワイースト郡	1	1	1	
シララウエスト郡	1	1	1	
シサライースト郡	1	1	1	3
ワムニシパル郡	1	1	1	
州病院				8
計	8	8	8	25

2009 年度の州レベルの研修では、郡病院長や救急サービス (National Ambulance Service) スタッフを含め 58 人が参加し、その参加者が講師として郡内の CHO への研修、指導監督を行うことになり、研修実施計画は郡レベルで策定されることになった。これらの活動により、リファラル業務研修教材が作成された。

(4) ステージ 1 郡と 2 郡におけるリファラル状況のモニター

2008 年度のリファラルフォローアップ調査によると、以下の表に示すようにリファラルアドバイス率は 2007 年に比べて上昇し、受容率も上がっていた。リファラル理由としてはマラリア、貧血、けいれんが上位を占めた。リファラル側施設の 87% が標準様式、登録台帳を使用しており、昨年それぞれの使用率 38%、54% より向上していた。標準様式が在庫切れの施設もあり、郡保健局からの継続的な配布を徹底する必要があった。リファラル様式の保管が記録報告ファイリングシステムに組み込まれている施設もあった。多くの施設でリファラル受容のフォローアップが実施され、それが記録されていた。一方、病院側のリファラル業務の改善は遅れ、一部はまだ通常の病棟入院台帳にリファラルケースと記録しており、リファラル元へのフィードバックは前年よりも向上してはいるが、まだ 30% にとどまり不十分だった。

表 9：リファラル業務の 2007 年から 2008 年への変化

リファラル業務関連指標	2007	2008
リファラル (アドバイス) 率	1.0%	2.0%
リファラル受容率	71%	89%
標準リファラル様式利用 CHPS 施設の割合	38%	67%
標準リファラル登録台帳利用 CHPS 施設の割合	54%	67%

無償資金協力で 31 台、本技術協力プロジェクトで 18 台、合わせて 45 台のモトローラ無線が供与され、27 の保健センター、4 台の救急車、17 の CHPS 施設、1 病院に配置され、リファラルケースの病

院への事前通知や救急車要請として機能している。救急車4台が無償で新規に供与され、うち2台は、ワウエストとワイースト郡の垂郡保健センターに供与された。いくつかの CHPS ゾーンでは、地域緊急搬送システム (CETS) が設立されていた。2009 年度、FSV へのリファラル業務モニタリングの組み込みにより、モニタリングの定期性が確保され、さらにリファラル様式の適切性のチェックも可能になった。

(5) リファラルケース検討の定期会議の促進

2008 年度のリファラル検討ワークショップにおいて、州病院の外来婦長からの受け入れリファラルケースの集計報告、州病院医師によるリファラルケースの臨床的適切性の報告をもとにリファラルケースを検討し、診療ガイドラインや小児疾患統合的管理 (IMCI) の基準に沿ったリファラル判断、リファラル前取るべき処置やリファラル理由の明確な記述について、実例をもとに協議した。

リファラルの適切性を向上させるため、2009 年度、CHO 用のリファラル基準を州・郡保健局、州病院スタッフとともに開発した。FSV の中にリファラル業務モニタリングと共にリファラルケース検討も組み込み、リファラルケース登録台帳と保管されているリファラル様式、CHO への質問を通して、実践的にリファラルの適切性を評価することが協議された。

2.4.3 教訓

- 現状の適切な把握

CHPS が住民に適切なケアを提供するためには、住民の受診行動やリファラル受容の現状を的確に定期的に把握することが重要である。

- フィードバックの向上の遅延

病院スタッフの巻き込みが当初は十分でなく、フィードバックの経路も患者自身による持ち帰りか保健局を通じた経路かが明確でなかったため、フィードバックの向上が進まなかった。

- 標準リファラル様式の変更

当初は GHS からの様式に加え複数の様式があり、独自の標準様式に統一したが、その後、GHS の新規様式が策定され、独自の様式を取り止めることになった。

- モニタリングの弱さ

リファラルケース・業務のモニタリングが通常の記録・報告システムでは不十分であり、プロジェクト開始当初はリファラル状況のモニタリングを含んだ FSV もなかったため、特別なリファラル調査が、年 1 回必要であった。

- リファラルケース検討の不十分さ

リファラルケースの検討会は年 2 回の郡レベルの全体レビューや病院での妊産婦死亡レビュー以外にワークショップで実施する程度で、より定期的な検討は FSV に組み込むまで不十分だった。リファラル基準についてもその策定が遅延した。

● 健康保険や他のシステムのリファラルシステムへの影響

リファラルの根本的な改善には、地理的、経済的なアクセスの確保が不可欠であり、国民健康保険への加入促進や交通・通信システムの整備が必要となることが再認識された。

2.5 CHPS 実施における住民参加促進業務の向上

2.5.1 住民参加促進活動の概要

プロジェクトが実施した住民参加の促進活動は主に以下の 5 つにまとめられる。このうち 4 つは再委託した NGO を通じて行った活動である。NGO による活動はコミュニティに向いての現地活動がほとんどである。NGO への具体的な委託業務内容と対象地域は以下の表のとおりである。

- 1) CHC、CHV への研修
- 2) GHS スタッフの訓練
- 3) 地域保健行動計画 (CHAP) の策定支援
- 4) スタディツアーの実施
- 5) 住民参加促進マニュアルと地域ボランティア活動実施体制ガイドラインの作成

表 10: 住民参加促進活動にかかわる NGO への再委託業務

年次	NGO 名称	業務内容	対象地域
2	1. Cooperative League of the USA (CLUSA), ¹⁰ 2. PRONET North 3. Planned Parenthood Association of Ghana	<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニティレベルの保健衛生に関するニーズ調査の実施 ・CHV 研修用モジュールの作成 ・CHV 研修の実施 ・コミュニティレベルでの保健啓発活動の実施 ・KAP 調査 	ステージ 1 郡 (ジラパ・ランブシェ郡、ワウエスト郡)
3	1. Northern Network of CIVIC League (NONETCU) 2. PRONET North	<ul style="list-style-type: none"> ・CHV 研修の実施 ・GHS 職員への職場内訓練 (フィールドでの実施研修を含む) ・CHV 研修用モジュール・教材の作成と改訂 	ステージ 1 郡
4	Network for Sustainable	<ul style="list-style-type: none"> ・CHV 研修の実施 ・ワムニシパル郡 (ステージ 2 郡) での GHS 職員への職場内 	ステージ 1 郡とステージ 2I 郡

¹⁰ 3 年次に委託した NONETCU は 2 年次に委託した CLUSA の下部組織であり、実際には 2 年次に CLUSA で中心的に活動したスタッフが 3 年次も NONETCU 活動を行った。4 年次以降はその NGO の中心人物が独立して NSD を設立し、業務を受託したため、約 4 年間本プロジェクトの住民参加支援活動を継続して担当したスタッフが存在する。そのため、CHPS の住民参加の促進を熟知したスタッフが活動を行えたことで普及された情報の質や技術的な支援のレベルは安定していた。

	Development (NSD)	訓練 (PLA 研修) <ul style="list-style-type: none"> ・スタディツアーの実施 ・住民参加促進にかかわるマニュアルとガイドライン案の作成 	の一部 (ワムニシパル郡、ナドリ郡)
5	Network for Sustainable Development (NSD)	<ul style="list-style-type: none"> ・ステージ 1 郡の CHPS における CHAP 作りまたはそのアップデートの直接的支援 ・ステージ 2 郡の各郡での参加型手法と CHAP 作りに関するワークショップの実施 ・各郡に 1 つ以上の CHAP を策定 ・全 CHPS における供与機材や CHAP 等に関する状況把握調査の実施 ・ステージ 2 郡の CHO や CHV、CHC を対象にしたスタディツアーの実施 	アッパーウエスト州全域

(1) CHC・CHV への研修

CHPS で働く駐在保健看護師 (CHC) は 1-2 人しか配置されておらず、彼らが行う活動内容には物理的に限界がある。各 CHPS の居住人口¹¹を考慮すると地域保健ボランティア (CHV)、地域保健委員会 (CHC)、伝統的助産師 (TBA) など地域のボランティアの協力なしに効果的かつ広範囲に保健医療状況を改善することは困難である。GHS は CHPS オペレーショナルポリシーの中で、CHPS 設立の段階の中に住民参加啓発活動¹²を掲げており、CHPS 設立とともに必ず CHV や CHC の選定を行っているが、CHV や CHC の役割が不明確だったり、その多くがコミュニティの有力者だけによる CHV や CHC のメンバー選定だったりしたため、形骸化した名誉職となり活動がほとんど行われず、CHPS の活動に広がりやがでず、地域住民の保健衛生に関する知識や意識に改善が見られないなどの問題が生じていた。これは、地域住民が CHPS は住民との協力のもと共同で運営してゆくべきものである、という根本的な概念を把握していなかったことが大きな原因である。

それらの問題を改善するため、本プロジェクトでは CHV や CHC の訓練が早急の課題であると考え、2 年次から NGO に住民参加促進業務を再委託して、ステージ 1 郡において CHV や CHC 等を対象に研修を実施した。研修内容は、CHPS 概念の理解、CHC・CHV の役割の明確化、住民参加啓発活動の実施方法、基礎的な保健衛生知識、ファシリテーション技術¹³の習得である。2 年次は 2 つの CHPS ゾーンでそれぞれ 5 日間の研修を行った。CHV や CHC を対象にした研修は、4 年次まで 5 日間程度で継続された。CHV・CHC 研修では 680 人のボランティアが参加し、住民参加の重要性や CHPS に関する理解を深め、ボランティアとしての実践的な技術を身に付けた。これらの CHV や CHC を対象とした研修の科目や教材はカウンターパートと共同で開発した (添付資料 11 を参照)。

CHV が積極的に CHPS 活動に参加するためには、周りの住民による協力が不可欠である。そのため、

¹¹ NGO に委託した調査結果では、CHO が赴任している 59 カ所の CHPS ゾーン中わずか 3 カ所だけが人口 1000 人以下であり、34 カ所では 2000 人以上の住民が居住している。

¹² CHPS 設立のために 15 の手順が定義されており、その中のいくつかの手順を指す。具体的にはコミュニティリーダーとの対話、住民会議の開催、CHC・CHV の選定、ボランティアへのオリエンテーション、CHPS 施設の開所式などが挙げられる。

¹³ 本報告書では、会議進行を支援する技術を総称して、ファシリテーション技術と呼ぶ。

住民の CHPS への理解と関心の向上を目的に、コミュニティレベルの保健衛生教育などの啓発活動を行ったり、コミュニティ全体での合同定例会議を開いたりして、住民やコミュニティのリーダーらに対して CHO、CHV、CHC の役割についての説明を行った。これらの活動の結果として CHV や CHC、住民の CHPS 活動に関する意識が改善し、CHO への協力と連携が行われるようになった。

(2) GHS スタッフの訓練

ボランティアの意識改善と並行して、ボランティアを監督する立場にある GHS 職員の住民参加に関する理解や知識は低く、彼らの能力強化も並行して行う必要があった。そのため、2 年次から 5 年次まで、GHS 職員に対する研修を実施した。研修の目的は GHS 職員に対して住民参加や具体的な実践方法に関する理解を深め、ファシリテーション能力を向上させることである。研修の内容は「主体的参加による学習と行動」(Participatory Learning and Action、PLA)に関する概念や具体的な使用方法をワークショップ形式で学び、その後コミュニティでの実地訓練を通じて、参加型手法の実践での使い方を学ぶ形式で実施された。これらの研修で 243 人の GHS 職員が訓練され、住民参加に関する具体的な知識と実践的な技術を向上させた。

(3) CHAP の促進

こうした活動とは別に、地域保健行動計画 (CHAP) と呼ばれるコミュニティレベルの保健活動計画を 4 年次から実践する CHPS がいくつか現れ、住民参加促進に有効であることが本プロジェクトの中間評価で認識された。そのため本プロジェクトで CHAP を推進する方針が決まり、5 年次からステージ 1 郡において CHAP の作成支援を行った。ステージ 1 郡においては各 CHPS のコミュニティのボランティア等に集ってもらい、NGO スタッフが CHO に技術支援する形で CHAP の策定とアップデート作業の支援を行った。一方ステージ 2 郡では参加型手法の概念に関する知識の向上や実践での活用方法の習得を、CHAP を実際に策定するプロセスを通して習得する形式で研修が行われた。GHS 職員のみでなく郡議会 (DA) 職員も対象に、郡単位で 1 回ずつ研修は実施され、3 日間の研修の最終日に各郡で 1 カ所選択された CHPS ゾーンで CHAP の策定を実践した。合計で 91 人の GHS 職員と、8 人の郡議会職員がこの研修に参加し、特に CHO にとってそれぞれの CHPS で CHAP を作るきっかけになった。研修の結果としてステージ 2 郡では、各郡で 1 つ合計 6 つの CHAP が新たに策定された。

(4) スタディツアーの実施

4 年次からはボランティアの動機づけと住民参加の促進を図ることを目的とした住民間の相互視察 (スタディツアー) を実施した。これは主に CHV や CHC レベルでの交流促進と動機づけを目的としたものである。研修ではステージ 2 郡から CHO、CHV、CHC を招き、ステージ 1 郡の中で住民参加が活発に行われている 3 つの CHPS を選定し、参加者を 3 つのグループに分け、選定した CHPS を視察した。参加者はステージ 2 郡である 6 つの郡から各郡 2 つずつ CHPS ゾーンを選び、各郡から

10人ずつ計60人だった。参加者は現地視察を行ったあと、各グループでグッドプラクティスを共有し、今後の自らの行動計画を策定した。この研修を通して、アッパーウエスト州内でのCHV、CHC、CHO間での意見交換が進んだ。参加したCHPSの改善点が明確になり、CHVやCHCの今後の活動に対する動機づけを強めるよい機会になった。

(5) マニュアルやガイドラインの開発

住民参加に関する4年次までの活動の経験とその成果をもとに、住民参加促進マニュアルと地域ボランティア活動実施体制ガイドラインを作成した（別冊成果品6と7を参照）。前者は住民参加の概念やその必要性、住民参加促進において取るべき手順を整理し、CHPSにおける代表的なPLAツールの活用方法などを中心に構成されている。後者ではCHAPについての説明に加え、CHAP策定にあたっての手順と各手順における留意点やCHAPの参考例が紹介されている。本マニュアルは2008年2月に完成し、2009年8月にプロジェクト関係者に配布された。5年次にはこのマニュアルやガイドラインの内容に基づき、住民参加促進やCHAP作りのための研修をステージ2郡のすべての郡にて実施した。研修にはCHOを中心としたGHS職員に加え、郡議会スタッフも参加し、CHPSに関連する多くの関係者が住民参加促進に関する概念や具体的な手法についての理解を深めた。同じ期間にステージ1郡では、NGOの支援を受けながらこのマニュアルやガイドラインに書かれてある内容を実践するため、19のCHPSゾーンにおいてCHOがコミュニティのCHAP策定またはその更新作業を行った。

2.5.2 教訓

住民参加促進と有効なCHPS運営の手段の1つとして、CHAPの有効性がプロジェクト関係者の中で理解されるようになっていったが、CHAP作りに関するGHS職員の理解や実践経験は全般的に不足していた。そのため本プロジェクトでは4年次以降NGOに業務を委託し、コミュニティによるCHAP作成の支援を行った。その結果5年次の10月時点で全体の約50%である40のCHPSゾーンにおいて、CHAPが実施されていることが判明した。特にステージ1郡では約85%（2009年10月時点）のCHPSゾーンでCHAPが始まっており、地域住民はCHAP活動の一環として様々な形でCHPSの支援を行うようになった。CHAPのみで住民参加が円滑に行われるようになるとは言えないが、CHAPを通して住民参加は確実に促進される。住民参加はCHPSを運営するうえで根本的かつ必須の要素であり、CHAPが実施されているCHPSゾーンの増加は、CHPS運営能力の向上に大きく寄与している。

3.6 ベストプラクティスやイノベーションのモデルの普及

2.6.1 グッドプラクティス集の編集

住民参加、リファラル、FSV、グッドプラクティスの普及の分野で、7つのグッドプラクティス事例

を取りあげグッドプラクティス集としてまとめた。グッドプラクティス集の内容はアッパーウエスト州 GHS 内のすべての CHPS 関係者（CHO、SDHT、DHMT、RHMT）と他州 GHS・本部の CHPS 関係者を対象読者と想定して作成した。7つの事例の内容を以下に記載した。グッドプラクティス集 1)、4)、5)、6) の 4つの事例を使って、ビデオドキュメンタリーを同時に制作し、わかりやすくまた普及しやすくするための工夫をした。

(1) グッドプラクティス集の概要

1) 地域保健行動計画（CHAP）を通しての住民参加促進活動（地域住民、CHC、CHV、CHO による住民参加のグッドプラクティス）

CHO が CHAP の概念・概要を住民に紹介し、CHO のファシリテーションのもと、住民自らがコミュニティ特有の保健課題や CHPS 運営上の課題を話し合い、その解決策、活動内容や責任者を参加型で決めて、具体的なアクションを起こしている 3つの CHAP 事例を紹介した。

① ナドリ郡サンピナ CHPS ゾーンにおける緊急出産や妊産婦検診（ANC）部屋の建設

手狭な CHPS コンパウンドでは、プライバシーを侵害することなく、緊急出産や家族計画に必要なカウンセリングや妊産婦検診（Antenatal Care、ANC）を行うことができなかった。そのため、ある住民の提案で CHPS コンパウンドに付随する部屋を 2部屋建設することを決め、CHAP を通して計画が練られた。その計画をもとに、3カ月後には、2つの部屋が建設された。現在 CHAP を通して建設された部屋は、特に緊急出産や ANC などに利用されている。CHO は CHAP に関する訓練は受けていなかったが、たまたま訪問した同僚の CHO の CHAP セッションに居合わせ、CHAP を学び、自らのコミュニティで実践していった。

② ランプシエ郡ダヒレ CHPS ゾーンの ANC 登録者数の増加促進活動

ダヒレの CHO は 2009 年 2 月から CHAP の作成・更新を続けており、CHAP の最初の課題として住民が選んだのは、ANC 登録者数の増加だった。課題解決のための活動として、① 地域担当エージェント（Community Based Agent、CBA）や伝統的助産師（TBA）によるコミュニティのすべての妊婦の登録、② CBA や TBA による ANC を継続していない妊婦の CHO への報告、③ 妊産婦への ANC の重要性の教育—が決められた。これらの活動は担当者によって実施され、翌月の ANC 登録者数は増加したが、その月以降の登録は伸び悩んだ。CHO は CHAP 更新セッションの際、ANC 登録者数の伸び悩みや病院・診療所での出産件数の低さを取りあげ、住民もこの問題を優先課題として選択し、具体的な活動を実施している。

③ ワウエスト郡のドーニャ CHPS ゾーンにおける果樹の植え付け

幼児の栄養失調が最初の CHAP セッションの際に優先課題と位置づけられた。その問題を是正する

ために、CHPS コンパウンドの周囲に果樹を植え、幼児の栄養改善に役立てることが決められた。CHAP による具体的な活動計画に沿って、現在も住民が果樹を順調に育てている。

2) CHPS 開始式典を通しての住民参加促進 (DHMT による住民参加のグッドプラクティス)

CHPS 開始式典を通しての住民参加促進活動を紹介した。具体的な事例として紹介したのは、ワウエスト郡のピシエ CHPS ゾーンの式典である。CHPS 開始式典が CHPS オペレーションの開始を祝うためだけのものではなく、CHPS は地域住民のオーナーシップのもとに運営されるサービスで、CHO、CHV、CHC やその他の住民が果たさなければならない役割を認識してもらう重要な機会として活用されていることを紹介した。式典には、関係者を招待して CHPS 支援に向けてのコミットメントを取り付けている。SDHT や CHO だけでこういった式典を準備・運営するのは難しく、DHMT を軸に準備・運営されることの重要性を紹介している。式典は参加型の保健啓発活動を行う大切な機会になっていることも紹介した。

3) リファラル受容率向上とカウンターリファラル入手のための効果的なコミュニケーション (CHO によるリファラルのグッドプラクティス)

CHO の仕事は予防や第 1 次医療に重点が置かれているため、リファラルは CHO にとって重要な活動の 1 つである。しかし、カウンターリファラルが病院からなされるケースは少ない。そのような状況でジラパ郡のピン CHPS ゾーンの CHO が、効果的なコミュニケーションを通して、リファラル受容率の向上やカウンターリファラルの入手を成功させていることをグッドプラクティスの事例として紹介している。具体的には、患者とその家族に対して行うリファラルに関する事前カウンセリング、家庭訪問などを通じた CHO 自身によるリファラルの確認、上位医療施設からのカウンターリファラルの持ち帰りの重要性についての患者教育、上位医療施設のヘルスワーカーとの頻繁なコミュニケーションを紹介している。

4) 地域緊急搬送システム (地域住民、CHV、CHC、CHO によるリファラルのグッドプラクティス)

アッパーウエスト州の多くのコミュニティは僻地にあり、車の借り上げや救急車の手配、経費の捻出が困難である。そのような状況のなかで、地域住民が車の持ち主や救急車を持つ診療所・病院と緊急搬送サービスの金額をあらかじめ交渉し、住民が小額の積立を行って緊急輸送時に備えるための基金を作り、緊急搬送にかかる費用を一定期間貸し出すシステムを地域緊急搬送システム (CETS) と呼び、アッパーウエスト州で普及していて、現在 31 の CHPS ゾーンで CETS が設立されている。ここでは、ワウエスト郡のダボ CHPS ゾーンとランブシエ郡のセントゥ CHPS ゾーンの事例を取り上げ、月々の積立金額や CETS が住民によってどのように運営されているか、受益者の声などを紹介している。

5) CHO に対する準郡監督者の FSV (SDHT による FSV のグッドプラクティス)

アッパーウエスト州の準郡監督者は管轄下にある CHPS ゾーンの CHO に対して、毎月支援型スーパービジョン (FSV) を実施している。FSV のグッドプラクティス事例として、ナドリ郡イサ SDHT 監督者が、タビアシ CHPS ゾーンの CHO に対して行った FSV を具体的に紹介している。準郡監督者による月々の FSV は CHO の知識やモチベーションの向上につながっており、CHO 自身も FSV の重要性を実感していることを紹介している。

6) 郡 CHPS レビュー会議 (DHMT による FSV のグッドプラクティス)

FSV 結果のフィードバックの方法として、アッパーウエスト州では、DHMT が管轄下の SDHT と CHO を CHPS レビュー会議に毎月招集し、DHMT が SDHT に対して行った FSV の結果や、SDHT が CHO に対して行った FSV の結果を紹介し、問題点や解決策をチーム全体で話し合う機会を設けることが推奨されている。具体的な郡 CHPS レビュー会議のグッドプラクティス事例として、ワムニシパル郡で 8 月に行われた CHPS レビュー会議を紹介した。FSV の実施率のレベル別比較や、SDHT 間、CHPS ゾーン間でのパフォーマンス比較をし、パフォーマンスが低い施設に問題解決策を提示し、今後のパフォーマンスの向上を促している様子を紹介した。

7) CHO、CHV、CHC のためのスタディツアー (RHMT によるグッドプラクティス普及のグッドプラクティス)

CHO、CHV、CHC のパフォーマンスがよい CHPS ゾーンを選んで、CHO、CHV、CHC を対象としたスタディツアーを行っている。参加者がインタビューガイドをもとに訪問先の CHO、CHC、CHV にインタビューを行い、自らの CHPS ゾーンで応用できるグッドプラクティスや教訓を学ぶ様子や、スタディツアーを通してグッドプラクティスの共有が行われていることを紹介している。

(2) 教訓

- グッドプラクティス集の作成に関して、担当するカウンターパートがいなかったため、州保健局長や州 CHPS コーディネーター、州ヘルス・プロモーション・オフィサーやステージ 1 郡の郡保健局長の協力のもと、日本人専門家が中心となって文書とビデオの制作を進めた。しかし、自立発展性を考慮すると、GHS カウンターパートが中心となってグッドプラクティス集の作成が進められるべきである。やる気のあるカウンターパートがいても通常業務やプロジェクト業務との兼ね合いで、共同作業は非常に困難であった。
- グッドプラクティス集の内容や事例を決める際、こうした理由により個人レベルの相談で事例が決められ、作業が進められた。しかしながら、公平性を保ち効果的なコンセンサスを形成するには、チームでの共同作業が望ましかった。
- 監督者が常日頃から情報収集し、その情報を共有する場を設けて、グッドプラクティスを見つけしていくことが大切である

2.6.2 スタディツアー実施

(1) スタディツアーの方法

CHPS の運営にかかわる SDHT と CHO には、他の郡や CHPS ゾーンの同僚と交流して経験や意見を交換する機会がほとんどなく、貴重な経験や情報共有ができていなかった。プロジェクトでは、CHPS 実施を改善するうえでも、CHO の動機づけを高めるためにも、現場レベルでのグッドプラクティスの普及や情報交換が効果的な戦略であると考えた。現場レベルでの交流を促進するために、CHO、CHV、SDHT を対象に小規模なグループ同士の相互視察（スタディツアー）を実施し、密度の高い情報交換の場を設けた。

表 11：スタディツアー

名前	期間	人数	講師
第 1 回スタディツアー	2007 年 9 月（1 泊 2 日）	ステージ 1 郡の SDHT と CHO 21 人	両郡の郡保健局長、CHPS コーディネーター、州 CHPS コーディネーター、保健促進オフィサー
第 2 回スタディツアー	2008 年 7 月（1 泊 2 日）	ステージ 2 郡の CHO と CHV・CHC 22 人	両郡の CHPS コーディネーター、州 CHPS コーディネーター
第 3 回スタディツアー	2008 年 8 月（1 泊 2 日）	ステージ 2 郡の CHO と CHV・CHC 22 人	両郡の CHPS コーディネーター、州 CHPS コーディネーター
第 4 回スタディツアー	2008 年 10 月（2 泊 3 日）	ステージ 2 郡の CHO と CHV・CHC 22 人	両郡の CHPS コーディネーター、州 CHPS コーディネーター
第 5 回スタディツアー	2009 年 7 月（2 泊 3 日）	州内 3 郡の CHO と CHV・CHC 33 人	3 郡の CHPS コーディネーター、州 CHPS コーディネーター
第 6 回スタディツアー	2009 年 9 月（2 泊 3 日）	州内 3 郡の CHO と CHV・CHC 33 人	3 郡の CHPS コーディネーター、州 CHPS コーディネーター
第 7 回スタディツアー	2009 年 10 月（2 泊 3 日）	州内 3 郡の CHO と CHV・CHC 33 人	3 郡の CHPS コーディネーター、州 CHPS コーディネーター

2007 年 9 月に第 1 回スタディツアーを、初めての試みとしてワウエスト郡とジラパ郡の SDHT と CHO の計 21 人を対象に実施した。参加者は所属する 2 郡の優良な CHPS を各 1 カ所訪問して、CHO、CHV やコミュニティへのインタビューを行った。その後、討論やグループワークにより、見聞した結果をレポートにまとめた。プロジェクトでスタディツアーのプログラムとインタビューガイドを開発した。スタディツアーは研修後のフォローアップ活動の一環として研修効果を高める効果があるだけでなく、CHO と SDHT 間の良好な関係を育てるためにも有効で、少数グループが短期間で実施できることから、研修よりも講師陣への負担が少ないうえ CHO や SDHT の動機づけに役立つことが確認され、次年度以降も継続して実施することになった。

第 2 回から第 4 回のスタディツアーは、3 年次の 2008 年 7 月、8 月、11 月に実施した。3 年次に実施したスタディツアーは、CHPS 内での活動改善のためにステージ 1 郡の CHO と SDHT のみを対象にしたものだった。しかし、CHPS 活動を支える住民活動に重要な役割を果たす CHC・CHV 同士でのベストプラクティスの共有も行う必要があると考えられたため、4 年次のスタディツアーでは CHC・

CHV も含めた。4 年次の 3 回のスタディツアーはステージ 1 郡のみでなくステージ 2 郡も対象として実施した。プログラムは第 1 回のスタディツアーとほぼ同じだが、議論とレポート作成の時間が短かったという反省から、第 4 回からは 2 泊 3 日で行った。これにより事前に打ち合わせの会議を開いて、訪問予定の CHPS の紹介が事前にできるようになったうえ、比較的遠方の CHPS ゾーンにまで見学対象を拡大できるようになった。結果の共有や議論の時間を増やすことができ参加者の理解が深まった。訪問した CHPS ゾーンのベストプラクティスとしては、地域保健行動計画（CHAP）の実施、住民参加促進方法、地域緊急搬送システム（CETS）、文書管理とファイリング、報告書作成、戸別訪問方法—があった。

第 5 回から第 7 回のスタディツアーは、2009 年 7 月、9 月、10 月に実施した。全郡に平等にスタディツアーの機会を与えるべきという意見があったため、5 年次からは州内すべての郡が参加者を出せるようにした。5 年次はさらに、インタビューガイドとチェックリスト項目を見直し、教訓が明確になるようにした。参加者からのアンケートでは、ベストプラクティスにあたる有意義な経験として、CHO・CHV・CHC のコミットメントの高さやそれらを支える CHAP 作成・更新の会議を重ねることのメリットを挙げる意見が多かった。

(2) 教訓

- スタディツアーは、CHO・CHV・CHC にとって他の CHPS ゾーンの実験を学ぶよい機会となり、参加者が CHPS 事業に前向きに取り組むよい動機づけの機会となりうる。
- 集合研修よりも講師にとっての負担が少なく、かかる費用も比較的少ないことから、対象を絞って密度を濃くフォローする場合など、頻繁かつ効果的に実施できる活動である。
- 短時間での視察であるため、あらかじめインタビューガイドを開発し、要点を要領よく質問できるようにするなどの準備が必要である。一方、インタビューガイドに記載されていることしか実施されないといった懸念もある。
- スタディツアーの目的に応じた、インタビューガイドを用意することが重要である。
- スタディツアーでは事前に打ち合わせの会議を開き、訪問 CHPS の紹介をしておくことで、スタディツアーがより効果的になった。スタディツアーを効果的なものにするためには、視察後のグループワークに十分な時間が必要なため、最低 2 泊 3 日の日程を確保する必要があった。

2.6.3 州 CHPS フォーラム開催

(1) 州 CHPS フォーラムの開催方法

CHPS 拡大には、郡議会（DA）や他の開発パートナーなどとの協力が重要であり、それらの関係者

が一堂に会し、CHPS の意義や各機関の役割を確認する機会として、2006 年から 2009 年の間、毎年州 CHPS フォーラムを開催した。

1) 州 CHPS フォーラムの変遷

第 1 回州 CHPS フォーラムは 2006 年 11 月に開催された。参加者は RHMT、DHMT、SDHT、CHO に加えて郡議会と NGO などの他の開発パートナー、それに州調整審議会 (Regional Coordinating Counsel, RCC) の副知事が参加した。この時期はまだ発表すべき成果はなく、州内における CHPS の進捗、プロジェクトの説明、ベースライン調査の結果、他州へのスタディツアーの結果が発表された。各郡の CHPS 進捗報告が行われ、今後の CHPS 拡大に向けての各関係機関の協力の重要性の確認にとどまった。

2007 年 10 月に、第 2 回州 CHPS フォーラムが開催された。目的は第 1 回と同じく CHPS 事業に関する認識を州内の主要な関係者に広めることだった。第 1 回州 CHPS フォーラムでは、ステージ 1 郡以外の郡議会への連絡が徹底されず、住民側の意見をまとめるうえで重要な伝統的地域チーフも含まれていなかった。第 2 回ではこれを教訓として、州内全郡の郡議会と伝統的地域チーフを招待した。前回は各郡 DHMT からの発表が弱かったため、各郡が自ら選んだベストプラクティスを発表する機会を持った。参加者は、RHMT、DHMT、SDHT、CHO、州内の郡知事と郡議会役員、伝統的地域チーフ、ドナーなどで、総人数は約 120 人だった。州保健局長からまず州の CHPS 事業概要が紹介され、次いで郡知事、州調整審議会から州知事代理のスピーチがあった。GHS スタッフは、プロジェクトが支援したグッドプラクティスの例として、PS を用いた FSV・住民参加促進活動・スタディツアーを紹介した。フォーラムの間に、JOCV の支援によりアッパーウエスト州で撮影された CHPS 活動紹介のビデオが上映された。

第 3 回の州 CHPS フォーラムでは、プロジェクト開始後のステージ 1 郡でのグッドプラクティスの発表を中心に行った。2008 年にはガーナ側・日本側のプロジェクトメンバーが、主にステージ 1 郡の CHPS、SDHT、DHMT を巡回し、グッドプラクティスとなりうる経験の情報を集めた。集めた情報の中から発表すべきものを選択し、必要に応じ現場訪問によりインタビューと写真や動画撮影を行い、プレゼンテーション資料を作成した。2008 年 12 月に州 CHPS フォーラムを開催し、RHMT、全郡の DHMT、SDHT、CHO、郡議会スタッフ、伝統的地域チーフ、ドナーなど計 83 人が参加した。プロジェクトが選んだベストプラクティスの例として発表したのは、FSV の結果を活用した郡 CHPS レビュー会議、地域保健行動計画 (CHAP) の実施例、CHO による標準治療ガイドに則ったリファラル台帳記入だった。これにより、郡 CHPS レビュー会議を定期的に行うこと、CHAP を進めること、規定のリファラル手順を徹底することを参加者に知らしめた。これに加えて、各郡が選定した CHPS に関するベストプラクティスの発表を行った。さらに JOCV 隊員が選定したグッドプラクティスの紹介として、CHO の日常の活動の中で可能な業務改善に関する発表を行った。

5年次の2009年12月に、州調整審議会（RCC）・郡議会・伝統的地域チーフ・開発パートナー・GHS・報道機関が参加して、第4回州CHPSフォーラムを開催した。州保健局長から州内のCHPS概況とプロジェクト成果の概要が発表された後、プロジェクトが作成したグッドプラクティス紹介ビデオを上映した。住民参加促進、コミュニティリファラル、FSVのそれぞれの例として、CHAP、CETS、FSVの実際と郡CHPSレビューによる結果の共有が視聴覚教材を用いてわかりやすく紹介された。次いで州CHPSコーディネーターが、各ドナーや郡議会がどのようにCHPS事業展開に関係しているかを発表した。その後でそれぞれの参加者が、プロジェクトの成果やグッドプラクティスを発展させるために、何ができるか何をすべきかを協議した。

(2) 教訓

- 一連の州CHPSフォーラムを通じて、州CHPSフォーラムは、州内の郡のCHPSの現状を関係者と共有できるよい機会であるが、一方で、当日まで参加者が特定できないため、当日の日当・宿泊・交通費の準備などの作業が多く煩雑になり、プロジェクトへ大きな負担になった。各DHMTを通じて、事前に郡ごとの参加者を確認するなどの作業を行っておけば、負担を減らせた。参加者数も多いので、もっと事前準備を周到に行う必要があった。
- CHPS建設やCHN養成に大きくかかわる郡議会からの参加者が少ない回もあった。それは各DHMTからの事前の説明の不足や、直前になって連絡をしたことが理由だった。フォーラムを実りの多い効果的なものにするためには、重要な参加者へもっと事前に連絡をしておく必要があった。

2.6.4 普及ワークショップ

(1) 普及ワークショップの実施

プロジェクトの活動・成果とその意義をGHS中央の保健関係者に認識してもらうことは、プロジェクト活動への様々な支援やプロジェクト終了後の自立発展性を担保するのに重要である。そのためにプロジェクトの成果を紹介することを目的に、プロジェクト主催の普及ワークショップを3年次に1回、JICAガーナ事務所主催の普及ワークショップを4年次と5年次にそれぞれ3回ずつ開催した。

ガーナ側プロジェクトメンバーを中心に以下の日程・内容で発表し、それぞれ質疑応答を行った。日本側のプロジェクトメンバーは各回の発表準備を支援した。普及ワークショップの主な参加者は、保健省（MOH）とGHS中央の関係者、国際機関から世界保健機関（WHO）、国連児童基金（UNICEF）、国連人口基金（UNFPA）、二国間援助機関とその実施機関である米国国際開発庁（USAID）、デンマーク国際開発庁（DANIDA）、CHPS技術支援（CHPS-TA）プロジェクトメンバー、NGOのプラン・ガーナなどであった。

表 12：実施された普及ワークショップ一覧

名前	年月	場所	発表内容	主な参加者
第 1 回普及ワークショップ	2007年7月	アクラ、GHS 本部会議場	<ul style="list-style-type: none"> ● プロジェクトの紹介 ● パフォーマンスタウンダートの紹介 	GHS 総裁、PPME、保健教材センター、CHPS-TA、JICA ガーナ事務所、プロジェクトメンバー
第 2 回普及ワークショップ	2008年9月	JICA ガーナ事務所会議室	<ul style="list-style-type: none"> ● プロジェクト紹介 	GHS 本部 PPME、WHO、UNICEF、UNFPA、USAID、DANIDA、CHPS-TA、JICA ガーナ事務所、プロジェクトメンバー
第 3 回普及ワークショップ	2008年 10月	JICA ガーナ事務所会議室	<ul style="list-style-type: none"> ● CHO 新人研修教材 ● CHPS - TA の活動紹介 	GHS 本部 PPME、CHPS-TA、WHO、CHPS-TA、ガーナ事務所、プロジェクトメンバー
第 4 回普及ワークショップ (JCC と同日開催)	2009年1月	MOH 会議室	<ul style="list-style-type: none"> ● プロジェクト進捗状況 ● ベストプラクティス 	GHS 本部 PPME、WHO、UNICEF、UNFPA、USAID、DANIDA、ガーナ事務所、プロジェクトメンバー
第 5 回普及ワークショップ (JCC と同日開催)	2009年7月	MOH 会議室	<ul style="list-style-type: none"> ● プロジェクト進捗状況 ● FSV ガイドライン・マニュアル ● 郡の CHPS レビュー会議 	GHS 本部 PPME、WHO、UNICEF、UNFPA、USAID、DANIDA、ガーナ事務所、プロジェクトメンバー
第 6 回普及ワークショップ&アッパーウエスト視察	2009年9月	アッパーウエスト州プロジェクトサイト、州保健局会議室	<ul style="list-style-type: none"> ● プロジェクト進捗状況 	GHS 総裁、GHS 本部 PPME、HRDD、MOH 次官、MOH 本部 PPME、UNICEF、助産師協会、ガーナ事務所、プロジェクトメンバー
第 7 回普及ワークショップ (終了時ワークショップ)	2010年1月	ノボテルホテル会議室	<ul style="list-style-type: none"> ● 成果・課題の共有 ● グッドプラクティスの共有 	GHS 総裁、GHS 本部 PPME、HRDD、MOH 次官、他州の州保健局長と州 CHPS コーディネーター、WHO、UNICEF、UNFPA、USAID、DANIDA、助産師協会、ガーナ事務所、プロジェクトメンバー

プロジェクト終了後に成果の継続支援を中央から得るには、中央の関係者にプロジェクトの成果が認識されている必要がある。中央でプロジェクトの認知が低かったことから、2007年7月に第1回普及ワークショップをアクラの GHS 会議室で行った。当時着任したばかりの現 GHS 総裁もこのワークショップに参加した他、クマシの保健教材センター (HLM) のスタッフも参加した。プロジェクトで開発した業務基準 (PS) や CHO 新人研修教材の紹介を州 CHPS コーディネーターが行った。この発表により現 GHS 総裁などの主要メンバーに、プロジェクトの今までの具体的な活動と成果品を紹介することができた。

2008年の中間評価後、JICA ガーナ事務所によるドナー間調整が進むとともに、GHS 中央とドナーのメンバーにプロジェクトを詳細に紹介することが必要になった。それを受けて9月から2009年1月までに3回プロジェクトの紹介、CHO 新人研修教材、ベストプラクティスの紹介をアクラで行った。

参加者は GHS 中央に加えて WHO、UNICEF、UNFPA などの国連機関、USAID、DANIDA などのドナー、NGO のプラン・ガーナなどだった。2009 年 1 月の普及ワークショップからはなるべく合同調整委員会 (JCC) と同時開催として、JCC メンバーが参加しやすいように工夫した。

2009 年 9 月には、GHS 中央や MOH、他ドナーに実際に現場を見せる方が効果的だと考え、本プロジェクトだけではなく JICA の展開するプログラムも含めた視察ツアーを普及ワークショップのプログラムに入れた。中央からは GHS の総裁、政策・計画・モニタリング・評価局 (Policy Planning Monitoring and Evaluation Department, PPME) 局長、人材開発局 (Human Resource Development Department, HRDD) 局長、MOH 次官、MOH の PPME、助産師協会、UNICEF に加え、アッパーウエスト州で活動している NGO であるプラン・ガーナや SNV が参加した。参加者は FSV の実際や CHPS で CHAP を更新している現場を視察し、JOCV や CHO とのインタビューを行い、その後で州保健局長がプロジェクト概要を発表した。GHS や MOH の主要ダイレクターに、プロジェクトの成果を実際に視察してもらったことは、アッパーウエスト州の GHS スタッフへの大きな動機づけとなったうえ、将来的に他州に本プロジェクトの活動を普及させていくための、中央での基礎づくりになった。

2010 年 1 月の終了時ワークショップは、①プロジェクトの成果・課題を中央政府やドナー、他州の関係者と共有する、②アッパーウエスト州の成果は他州のモデルになることを他州の関係者に示しプロジェクトのプレゼンスを高める、③アッパーウエスト州のガーナ側 C/P の終了後の成果継続に向けたコミットメントを強める—ことを目的に開催された。このワークショップには MOH 次官代理、在ガーナ日本大使などが参加したほか、GHS 中央、MOH、主要ドナー、JICA ガーナ事務所、全国 9 州から州保健局長と州 CHPS コーディネーターが参加した。成果達成に向けたプロジェクトの活動実績とプロジェクトの活動内容と目標達成状況を、ガーナ側 C/P が発表し、グッドプラクティスを紹介するビデオを上映した。その後プロジェクトに関する質疑応答を行った。GHS 総裁からは、プロジェクトは CHPS 実施における良いモデルを提供したといった意見が述べられ、2010 年 4 月に予定されている CHPS 運営ポリシーの改定版では、アッパーウエスト州の経験が取り入れられることが約束された。

(2) 教訓

- 2007 年の普及ワークショップの実施は 1 回だけだったため、関係者の関心を引くことはできなかった。GHS 中央がプロジェクト活動への関心を示し始めたのは、2008 年になって JICA ガーナ事務所が他ドナーとの調整やコミュニケーションを活発に行うと同時に、開催回数を 3 回に増やしてからだった。普及ワークショップを効果的に行うためには、参加者、特に中央の GHS や MOH との関係を構築しておくこと、開催回数を増やすことが重要である。
- ワークショップで短時間にプロジェクトの紹介をするには、グッドプラクティスを冊子とビデオで、視聴覚的にわかりやすく紹介することが有効である。ガーナ側 C/P が自分の言葉で発表する

ようにしたことも、現場の声が直接伝わるとともに、C/P のオーナーシップを高めるのに有効である。

- 中央の関係者にプロジェクトの実態を理解してもらうには、プロジェクトの現地視察を行うことが効果的だった。現場を訪問できるような機会を、JCC などの重要な活動と合わせて作る戦略は有効である。

2.6.5 合同調整委員会

(1) 合同調整委員会の開催

プロジェクト開始以来、8回の JCC 会議が6か月ごとに開催された。ほとんどが首都アクラでの開催だが、プロジェクトサイトのワでも2回開催し、JCC メンバーがプロジェクト現場を訪問できるように工夫した。JCC 会議ではプロジェクトの進捗報告、PDM の改訂、評価に基づいたその後の活動の検討を主に行った。以下の表に各回の JCC で討議された主な議題を示した。

表 13 : JCC 会議の要約

名前・開催日・場所	主な議題と結果
第1回 JCC 会議 -2006年6月12日、アクラ	<ul style="list-style-type: none"> ● CHPS がガーナの保健戦略の最優先戦略であることを皆が確認した。 ● ガーナ保健サービス PPMD ダイレクターであるニョナトー氏がプロジェクトの目的や概要について説明した。 ● JICA がアッパーウエスト州の JICA プログラムについて紹介した。JICA は無償資金協力として、基本的な医療器具を CHPS や看護学校に供与することを説明した。 ● 住民啓発を再委託した NGO によって行う計画であることを説明した。
第2回 JCC 会議 -2007年2月22日、アクラ	<ul style="list-style-type: none"> ● 前回の JCC 会議の議事録を確認した。 ● 2006年9月から2007年2月までの、プロジェクトの活動と進捗報告を行った。 ● ガーナ側メンバーの役割と JICA 側メンバーの役割を明確化し整理した。 ● ガーナ側と日本側間で情報共有の重要性を確認した。 ● PDM を改訂しプロジェクト目標指標と成果指標が明確になった（バージョン2）。
第3回 JCC 会議 -2007年10月16日、アクラ	<ul style="list-style-type: none"> ● 前回の JCC 会議の議事録を確認した。 ● 2007年3月から2007年10月までの、プロジェクトの活動と進捗報告を行った。 ● ガーナ保健サービス総裁が、プロジェクトで開発されたパフォーマンススタンダードを承認した。 ● PDM のマイナーな改訂を行い（バージョン3）、成果指標の入手手段を明確にし、投入について追加した。
第4回 JCC 会議 -2008年1月17日、アクラ	<ul style="list-style-type: none"> ● 前回の JCC 会議の議事録を確認した。 ● 2007年11月から2008年1月までの、プロジェクトの活動と進捗報告を行った。 ● 無線の登録についての討議を行った。 ● PDM を改訂し、プロジェクト目標指標と成果指標を明確にした（バージョン4）。 ● 中間評価時期を検討した。
第5回 JCC 会議 -2008年7月22日、ワ	<ul style="list-style-type: none"> ● 前回の JCC 会議の議事録を確認した。 ● 2008年1月から2008年7月までの、プロジェクトの活動と進捗報告を行っ

	<p>た。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 中間評価成績をもとにした今後の活動を検討した。 ● プロジェクト目標の変更、プロジェクト目標指標の具体化、上位目標の追加、成果指標を具体的にするため、PDM の大幅な改訂を行った（バージョン5）。 ● JICA 現地プロジェクト事務所が GHS 敷地内に移転した旨、報告した。
第6回 JCC会議 -2009年1月16日、アクラ	<ul style="list-style-type: none"> ● 前回の JCC 会議の議事録を確認した。 ● 2008年7月から2009年1月までの、プロジェクトの活動と進捗報告を行った。 ● CHO の仕事について、CHO による出産介助の是非などを討議した。
第7回 JCC会議 -2009年7月22日、アクラ	<ul style="list-style-type: none"> ● 前回の JCC 会議の議事録を確認した。 ● 2009年1月から2009年7月までの、プロジェクトの活動と進捗報告を行った。 ● 支援型スーパービジョンの実施状況を報告した。 ● プロジェクト終了後の出口戦略や対策について議論した。
第8回 JCC会議 -2009年11月30日	<ul style="list-style-type: none"> ● 前回の JCC 会議の議事録を確認した。 ● プロジェクト開始から2009年9月末までの、包括的なプロジェクトの活動と進捗報告を行った。 ● 終了時評価の提言について協議した。プロジェクトの終了時までの活動と出口戦略を検討した。 ● 第2フェーズに関する各種懸案事項を議論した。

(2) 教訓

- 本プロジェクトは地方が活動現場であるため、JCC は中央の関係者にプロジェクトの実情を理解させ、懸案事項について直接提案するための貴重な場だった。例えば 2009 年 7 月の JCC では、プロジェクト終了後の活動継続に必要な CHO 新人研修開催費や FSV ツール印刷費などの予算の確保に関して、プロジェクト側から提議した結果それらの予算確保のコミットメントを得られた。プロジェクト側で事前に十分準備し、具体的な提案を行うことで JCC を問題解決のための有効な場として活用できる。
- JCC はガーナ側と JICA のプロジェクト管理会議であるため、参加者はガーナ側と日本側関係者に限られていた。そのため、ドナーなど他の関係者とのプロジェクトの成果共有を行うためには、別に普及ワークショップを行う必要があった。プロジェクトではこの2つを1対として、前半は参加者を JCC として開催し、その後でドナーなどを入れて普及ワークショップを行うようにした。目的の違う2つの会議を1日で開催することで、両方の会議に参加するガーナ側や JICA 側からの参加者の負担の軽減をすることができたほか、会議開催のためのロジステックの負荷を減らすことができた。

2.7.2 プログラム関係者連絡調整

(1) 活動の概要

「ガーナ・アッパーウェスト州住民の健康改善プログラム」の各関係者、特にプロジェクトと JOCV 隊員（特にプログラム隊員）の間の情報共有を促進し、相互の連携活動を促すために、2008 年 11 月より各隊員とプロジェクト調整団員との意見交換の場を 20 回ほどつくり、プロジェクト側と JOCV 隊員間の情報の共有を促進した。

プロジェクトの活動への JOCV 隊員の参加に関しては、隊員からの希望があれば必要な調整を行った。原則的にあくまでも隊員の自主性を尊重するように配慮した。

(2) 活動の成果

プロジェクトとプログラム隊員との間で情報共有が進んだ結果、いくつかの連携活動が行われた。プログラム隊員とそのカウンターパートが中心になって行い、プロジェクトが支援する形式をとったものは以下の活動である。

- ローラ郡で 2009 年 3 月に隊員が実施した TBA 研修における研修計画や研修内容に対するプロジェクトからの助言と機材・車両の便宜供与。
- ジラパ郡で 2009 年に行われた栄養指導のための各種イベントへの車両の便宜供与。
- JICA ガーナ事務所から JOCV への支援に際しての調整。
- ナドリ郡で 2009 年 4 月に行われた保健啓発イベントなどに対する機材、車両などの便宜供与。
- ナドリ郡での CETS 普及に必要な情報の提供。
- 2009 年 12 月にプログラム会議を実施。参加者は新しく赴任してきたプログラム隊員 2 人と GHS 州 CHPS コーディネーター、州看護サービス副局長、プロジェクト総括、プロジェクト調整団員で、まず CHPS コーディネーターや副局長、プロジェクト調整団員が、プログラムの説明と技術協力プロジェクトのグッドプラクティスに関する説明を行った。その後隊員による現場レベルの気づき等の情報共有を行った。参加者全員で、今後実現可能なプログラム活動について意見交換し、隊員による CHPS 啓発活動の継続の可能性、CHAP を通しての保健啓発活動、CETS の普及、無償供与機材の利用促進、スタディツアーや研修の支援、妊産婦検診の改善一などが議題にあがった。隊員は今後隊員活動の計画を策定していくためによい情報が得られ、議題にのぼったプログラム活動には前向きに取り組みたいという意向を示していることから、今後隊員によるプログラム活動が期待される。

- プログラム隊員の希望により、ジラパ郡のコミュニティ看護師養成学校、ジラパ郡病院とアップーウエスト州病院の訪問を調整した。看護学校ではカリキュラムや授業・演習の様子を見学すると同時に無償機材として供与された教材を確認した。ジラパ郡病院や UW 州病院では無償機材の利用状況の確認と助産師の保育器などを使用するための知識レベルを確認した。

プロジェクトが主として行った活動をプログラム隊員が支援した例は次のとおりである。

- CHO 新人研修への隊員の参加（延べ6人）。
- CHO 現職研修への隊員の参加（4人）。
- スタディツアーへの隊員の参加（2人）。
- 州 CHPS フォーラムへの参加（4人）、CHO のグッドプラクティスのプレゼンテーション支援（2人）。
- 現職 CHO 研修への隊員の講師研修支援、講師補助として2回の参加。
- CHO 活動紹介ビデオの制作

(3) 教訓

- プログラム調整は、プログラムの2つのコンポーネントとプロジェクトの調整のために後付けされたポジションである。そのため、TOR が不明確、かつガーナ側の C/P も不在だったため、活動の方向性を探るのに時間がかかった。
- JOCV の赴任の当初、彼らとプログラム関係者間での情報共有があまり順調に行われていなかったため、「プログラム隊員としての意識」や「連携の意味」について、関係者全体として共通認識ができていなかった。
- プロジェクトからプログラム隊員への情報提供は行われていたが、隊員からの情報を得るにはプロジェクトからの働きかけが必要だった。コミュニケーションがやや一方的になっており、情報の共有というところまではなかなか行かなかった。しかし、一度情報の共有が進み、プログラムとしての一体感が醸成されれば連携活動は自然発生的に生まれ、順調に進むことが確かめられた。
- 隊員はワから離れた場所で活動しているため、プロジェクト団員とは物理的な距離があった。プロジェクト団員は交代で派遣されていたために、全員でそろうことがなく、プロジェクト側の全団員と隊員で直接意見交換をする機会をなかなか作れなかった。
- 活動地域の基本的制限などが連携の際の問題になることがあった。例えば、無償援助によ

って供与された機材が任地以外の郡にある場合や、プロジェクトの活動地域と同一ではないことで連携しにくくなった面があった。

- 隊員の自主性の尊重に関しては、どこまでプロジェクト側の希望を隊員に伝えてよいのか常に手探りの状態であり、やや一方的な連携になった感がある。
- 隊員は常に現場レベルで活動しているので、GHS の C/P やプロジェクト団員が気付いていない問題点を認識している場合が多い。隊員の情報をプロジェクト活動に活用するため、また効果的なプログラム活動を考案するためにも、C/P を交えた定期的な情報交換会は必要である。
- 隊員は個々人で 2 年間の活動計画をたて、それにそって活動するので、プログラム活動を考案する際には、任地派遣後の早い段階で、隊員、C/P やプロジェクト団員の間でプログラム活動に関する意見交換会やプロジェクト活動の情報提供を行うのが理想である。

2.7.3 プロジェクト・プログラム HP

(1) 活動の概要

ガーナ中央政府、GHS 中央本部、ドナーなどの関係機関だけでなく、一般に向けてプログラム活動に関する情報をタイムリーに発信し、活動成果の普及をサポートする広報活動の一環として、プロジェクト独自のホームページを制作した。内容はプログラム目標の紹介やプログラムの各コンポーネントの活動とその成果や成果物の公開、自然発生的な連携活動の成果などである。日本語版では対象地域（ガーナ・アッパーウエスト州）の様子を知ってもらうために、「日記」的な体裁を取った一般向け情報も含まれている。このためのデータ収集を 2008 年 11 月より開始した。

ホームページは外部の民間サーバを利用することとし、4 年次終了（2009 年 3 月）の段階で、日本語版、英語版のデータが完成し、最終的な公開の許可を JICA 本部に申請した。その後、サーバの準備が完了した 2009 年 5 月には完成したデータをサーバにアップロードし、パスワードによる認証が必要な状態にして試験的な公開を行った。

(2) 活動の成果

プログラム独自のホームページ公開の許可申請は、提出時が JICA 全体としてのホームページの情報公開ポリシーが変更される時期にあたり、そのポリシーが確定するまで一般公開を待つことになった。これはホームページデータを JICA のサイト内ではなく、プロジェクト側で用意した外部サーバを使い、公開する予定にしていたため、新たに策定されつつあるポリシーに違反する可能性が高かったためである。

JICA 内部での検討が終了し、新しいポリシーが決定されたのは結局 2009 年 10 月になってからであり、その内容も外部サーバを利用したプログラム独自のサイトの公開を認めないというものであった。このため、実質的に今回用意したホームページをそのまま公開することはできなくなった。そこで日本語サイトは JICA サイト内に用意されるセクションにそのフォーマットを合わせて公開、英語版に関してはホームページによる公開をあきらめ、内容を小冊子等の紙媒体にして、各種ワークショップやミーティングなどで配布し、プログラム成果を広報する際のツールにした。

これとは別に JICA のサイト内にあるプロジェクト情報のセクションには、2008 年 2 月にプロジェクトのホームページを開設した。

(3) 教訓

JICA 全体の情報公開ポリシーの変更時期にあたり、変更されたポリシーではそのままのかたちで公開が不可能になった。

2.7.4 機材調達・供与

プロジェクトでは CHPS 設立とサービスの質の改善に寄与すると判断した 4 つの機材を供与した。ただし、無線については無償資金協力による供与となっている。

表 14：CHPS に供給された供与機材

供与機材	年度	数量
医療器材 (38 品目)	2 年次	12 セット
	3 年次	8 セット
	4 年次	20 セット
	5 年次	11 セット
無線(バッテリー付き)	3 年次	6 セット
	4 年次	12 セット
モーターバイク (ヘルメットと鍵付き)	2 年次	12 セット
	3 年次	16 セット
	4 年次	14 セット
	5 年次	9 セット
自転車(インフレーター付き)	2 年次	120 セット
	4 年次	140 セット

(1) 医療器材

CHPS の備品については国の「CHPS オペレーショナルポリシー」では基本的な 6 品目程度の医療器

材しか指定されておらず、実際のサービスの質を保証するには十分ではない。そのため、C/Pと相談して38品目の医療器材をリストアップし、CHPSゾーンに配布した。当初はステージ1郡のみの配布の予定だったが、PDMの変更に基づいてステージ2郡へも配布した。配布された38品目のうち21品目が配布を受けた50%以上のCHPSゾーンで頻繁に使われるなど活用状況はよい。しかし、一方で他のドナーやGHSの機材と重複して予備が多すぎるCHPSゾーンもみられた。産科用の器材にはCHOは助産師としての訓練を受けていないため、使っていない器材もあった。

(2) 無線機

CHPSにソーラー電源による無線機を設置することで、CHOと上位機関や病院とのコミュニケーションを容易にし、適切な指示や有効な支援を与えることができる。アッパーウエスト州では、プロジェクトが始まるまで無線機を設置したCHPS施設はなく、プロジェクトによる無線機の設定は新しい取り組みであった。設置にあたっては、2007年に日本の無償資金協力でいくつかの保健センターと病院に無線機が供与されていたため、それらの機械との互換性があるように配慮した。2007年から2008年に計18台の無線機をCHPSゾーンに設置した。この間、無償供与の無線機と通信ができないなどの問題¹⁴も若干あったが、5年次に行ったアンケート調査によると、現在約90%の無線機が稼働している。使用頻度に関しても、半数以上のCHOが少なくとも毎週送信や受信を行っている。通信内容の複数回答の結果は、受信では大半が会議の連絡などの業務連絡である。送信でも業務連絡が最も多く次いでリファラルの連絡だった。

(3) モーターバイク

家庭訪問活動を基本とするCHOが、CHPS活動を円滑に行うためにモーターバイクは欠かせない機材の1つである。そのため、2年次から5年次の4年間に51台を本プロジェクトから供与した。アッパーウエスト州の劣悪な道路状況を考え、比較的耐用年数の長いメーカーのモーターバイクを供与してきた。5年次にアンケート調査を実施した結果、供与したすべてのモーターバイクはCHOやSDHTによって有効に活用されていることが分かった。維持管理についてもCHOは定期的に郡のモーターバイク・メンテナンス・サービスを利用しているが、部品のストックや潤滑油がないことから修理ができていない状況もある。その原因として、アッパーウエスト州ではメーカーが製造したスペア部品を入手することが難しく、モーターバイクの維持管理が困難であることも教訓として挙げられる。

(4) 教訓

- 前項の表で示してあるとおり、本プロジェクトでは種類・数とも多くの機材を供与してきた。それらはすべて首都アクラでないと調達不可能な機材ばかりである。業者によってはワからの大量の注文に慣れておらず何度もやり取りをしなければならなかったことがあった。また機材調達業務に

¹⁴ 通信ができない理由は、①電波の中継機器（リピーター）まで電波が届かない、②保健センターの側の無線機が故障一などの原因があった。①については、無線機を設置した業者に依頼し、州内を6つの地区に分け、地区内では相互に通信可能とすることで対処した。それでも②の問題は、現在も一部の地域で懸案となっている。

は書類確認作業や検品作業、GHS 倉庫への移動、引き渡しの準備などがあり、プロジェクト活動の大きな負担になった。

- 医療器材については、郡が CHPS の備品状況を正確に把握しておらず、重複した器材が、予備として使われずに保管されているケースがあった。使い方の訓練を受けていないため、使えていないケースがあり、品目によっては数が多すぎるためか、長い間スペアとして保存されているものもあった。
- モーターバイクについては、GHS 側が必要な部品や潤滑油をそろえるだけの予算を確保し郡に供給するようにしないので、いくら CHO が努力してもメンテナンスが適切に行われなかった。
- CHPS への無線機の設置については、目的が必ずしも明確でなかった。当初はリファラルに関する連絡や急患への措置に指導を仰ぐようなことが想定されていたが、実際に設置された CHPS では、それよりも日常の業務連絡に多く使用されていた。無線によって、SDHT や DHMT とのコミュニケーションにメリットがあることは確認された。しかし、現在 UW 州の CHPS ゾーンでも携帯電話が使えるところが多くなってきており、新たな無線機の設置には、費用対効果の側面を十分に検討することが必要である。

3 提言

3.1 RHMT・DHMT・SDHTのCHPS運営管理についての知識・技能の向上

CHPS 設立後の活動のモニタリングについて、GHS 側で具体的な戦略を示す必要がある。プロジェクトの行ったスーパービジョンは1つの方法ではあるがまだまだ試験的な段階である。CHPS の運営管理をモニタリングしていく具体的な方法が示されないと、持続的、効果的な CHPS 活動は期待できない。どのようにモニタリングをするかを決定してから、その方法を実施するためにどのような能力強化が必要かを考慮して、研修や訓練が計画されなければならない。

3.1.1 RHMT

RHMT が行うべき CHPS 運営管理には、外部との調整、情報管理、供給管理、資機材維持管理などの一般マネジメントを含めた能力が必要であり、これらを含めた総合的な能力強化計画を作ることが望ましい。能力強化が必要な項目は、RHMT への自己モニタリングの結果から把握することが可能となる。RHMT への自己モニタリングの結果に基づいた研修計画を作る必要がある。RHMT の自己モニタリングで見えるべき項目の見直しを行い、新たに加える項目があれば、それに関して業務基準 (PS) の設定とその具体化したものをモニタリングシートに追加することが必要になる。そうして改定された新しいモニタリングシートを用いて RHMT 自己モニタリング実施の研修を行うことも必要である。DHMT への FSV や RHMT 自己モニタリングを定期的実施するために、研修の対象者を RHMT のすべての技術職員とし、RHMT の誰もが FSV を実施できるように訓練されなければならない。新たに異動してきて FSV 研修を受けていない RHMT スタッフに、年1回程度研修を実施することが必要である。既に研修を受けたスタッフにも年2回程度の継続的な訓練を行って、FSV の質を向上させる必要がある。特に結果の分析・共有・フィードバックはまだ非常に弱いので、RHMT 中の FSV チームが講師になって OJT を行って業務改善する必要がある。

3.1.2 DHMT

DHMT は、SDHT への FSV 実施、データ分析、フィードバックを高い水準で実施できることが要求され、それぞれの項目の講義・実習・OJT の研修が必要となる。特に、結果の分析とフィードバックは、新しいコンピューターソフトや様式が導入されたため、多くの DHMT スタッフにとっては新しいものであり、技能の習得に時間がかかることを想定して、講義・実習・OJT を組み合わせた研修が必要である。UW 州では、DHMT の SDHT に対する FSV の実施率が郡によって大きなばらつきがある。この対策として、RHMT から DHMT への FSV 実施が強化され、実施状況の悪い DHMT において、FSV 実施の支障になっている問題の特定と対策が強化されることが必要である。FSV 実施後の

データ分析能力も現状では郡によって差があり、RHMT からの指導強化と、分析を担当する各 DHMT の情報オフィサーへの研修が必要である。優秀な DHMT スタッフが他の職員と経験を共有する、あるいは指導するような機会を持つことも欠かせない。現在使っている SDHT 用や CHO 用のモニタリングシートは、将来改定が必要となることが想定される。その時には、新しい集計ソフトウェアの研修が、各 DHMT スタッフに必要となる。SDHT や CHO への FSV 結果のフィードバックの重要な機会として月例 CHPS レビュー会議があるが、これも各郡によって実施状況に差がある。CHPS レビュー会議開催の支障となっている課題の特定と対策実施の能力強化が必要となる。その際、他郡での経験を共有することは有効であろう。例えば、CHPS レビュー会議開催の資金捻出方法などは、一つの郡の経験を他郡で応用するといったことが検討されるのが望ましい。そのために RHMT は、定期的に DHMT 間が経験を共有できる場を確保することが必要である。例えば、州内の年次レビューや半期レビューなどがその機会となりえる。

3.1.3 SDHT

SDHT は CHO の直接の監督指導者（スーパーバイザー）としての能力が要求される地位である。CHO の活動を十分に理解して技術指導を行い、かつ CHPS の運営管理をモニタリングする能力を強化するには、定期的な上部機関からの SDHT に対するスーパービジョンとフィードバックが必須である。SDHT スタッフは個々の経験や技能に差があるので、DHMT は個々の能力をきちんと評価し、監督指導能力のあるスタッフを CHO のスーパーバイザーに置き、能力の低いスタッフと高いスタッフを組み合わせるなど適正な調整を行わないと、SDHT 間でパフォーマンスに大きなギャップのできる可能性がある。UW 州では CHPS 開設の目標数は 2015 年までに 197 カ所あるため、SDHT は平均して約 3CHPS ゾーンを受け持つことになり、各 SDHT に最低 2 人の訓練を受けたスーパーバイザーを置く必要がある。SDHT スタッフのスーパービジョンの質はまだ一定ではないので、定期的な研修によって能力強化を行う必要があり、回数的には年 2 回の研修が望ましい。バイク使用の問題は CHO へのスーパービジョン実施の阻害要因の 1 つであり、運転講習やバイク管理講習を研修に組み込む必要がある。

3.2 CHO の CHPS 実施についての知識・技能の向上

3.2.1 CHO 新人研修

CHO 新人研修計画は、CHPS 設立計画をもとに策定されなければならないので、CHPS 設立計画を毎年更新して研修計画を策定する必要がある。プロジェクトの経験からは、開設した CHPS 数の 2 倍の CHO を常時確保できれば、CHO の病欠、産休、休暇、異動の事態に対応することができる。1 回の研修人数に関しては、理論研修の参加者は現在の 20 人から倍の 40 人程度まで増やすことは可能だが、フィールドワークは機材の準備やフィールドへの移動を考えると、1 回 20 人が限度となる。2015 年

までに 197 の CHPS 設立を目標とすると、2010 年より年間 21 カ所の CHPS ゾーンを設立することになるので、年間 42 人の CHO 養成が必要となる。従って、21 人ずつ年 2 回の CHO 研修を行うか、理論研修をまとめて 42 人に年 1 回行い、フィールドワークを 2 回に分けて行う必要がある。養成された CHO が時間をおかずに CHPS ゾーンで活動できるよう、GHS は CHPS 設立状況を研修前にきちんと調べて参加者数を調整しなければならない。講師数は年 2 回の研修であれば現在の 13 人で十分だが、20 人程度まで増員しておくことと人事異動にも対応でき、講師の負担も軽減する。既にプロジェクトで開発した教材は国と共有しているので、GHS は持っているすべての教材を検討し、現在の国の CHO 新人研修教材を改訂して全国に配布する必要がある。

3.2.2 CHO 現職研修

CHO 現職研修について GHS で定められた研修プログラムやマニュアルは GHS がない。GHS は CHO 現職研修を新人研修のフォローアップ研修として体系的にまとめ、研修プログラムやマニュアルを開発していく必要がある。研修は最低年 1 回、できれば年 2 回実施したい。CHO 養成が進むにつれ、CHO 現職研修の対象者も増えるため、すでに養成された CHO 数と CHO の配置状況を正確に把握して、研修計画を策定する必要がある。

現在ほとんどの CHO は 1 人で活動しており、現場で頼る人間がいない。CHO の地位もいわゆるキャリアパスとして保証されていない。このような理由から CHO に対しては強い動機付けと支援を継続的に行う必要がある。CHPS を CHO の 2 人体制にするのが最も望ましい。そのためには、今後建設される CHPS の建物は 2 人用の住居を備えたものにしていかねばならない。緊急時の出産に対応するための実技を研修の中で指導するには限界がある。CHO 新人研修の一環、または CHO 現職研修の一環として、SDHT や病院で 1 カ月程度の勤務を義務付け、出産介助の実技を学ぶ機会を設ける必要がある。

3.3 支援型スーパービジョンシステムの開発と実施

CHPS 戦略に対する国への提言は以下のとおりである。

- CHPS をどのように保健プログラム戦略の中で生かしていくのか、保健戦略と CHPS 戦略の統合について検討が必要である。
- CHPS 設立後の運営管理について、中央 GHS 側で国としての具体的な戦略を示す必要がある。プロジェクトの行ったスーパービジョンは 1 つの方法ではあるがまだまだ試験的な段階である。CHPS の運営管理について具体的な方法が示されないと、効果的で持続的な CHPS 活動は期待できない。CHPS 実施にあたって、各レベルの役割が明確に CHPS ポリシーの中で示されなければならない。たとえば、CHO の業務は明記してあるが、その上部機関のモニタリング活動や支援

活動については大まかな記載にとどまっており、具体的に明記する必要がある

- それに基づき各レベルでどのような訓練が必要かを検討して、国レベルで研修や訓練が計画されなければならない。

プロジェクトがスーパービジョンによって得た経験を通しての具体的な提言は、以下のとおりである。

- FSV のモニタリングツールを改訂する必要がある。これは特に RHMT、DHMT、SDHT において、CHPS 関連業務のみを見ていくのか、または一般業務のチェックをどこまで FSV に入れていくのかということにも関係する。モニタリングツールのもとである PS の見直しも必要である。RHMT への FSV について、特に CHPS に関連の大きい一般マネジメント項目、すなわち情報管理、備品・消耗品供給、機材管理、輸送管理などの項目も含めた構成にすることが重要である。その際、PS の作成はより困難になるが、長い目で見れば効率性を高められる。
- RHMT の FSV チームの再編成が必要である。それは、1 人の CHPS コーディネーターが四半期ごとに 9 郡すべてを FSV するのは事実上無理だからだ。CHPS 事業は、GHS の他の多くのプログラムにも関係するため、複数のプログラム関係のスーパービジョンも含めた包括的なスーパービジョンとして FSV を改善していく必要がある。そのためには RHMT の技術職員全員を対象に訓練を行わなければならない。1 つの郡を継続してモニタリングする郡担当者を作れば、継続的で効果的なモニタリングが期待できる。

DHMT 技術職員全員への FSV 研修が必要であり、1 つの SDHT を継続してモニタリングする担当者を作れば、効果的で継続的なモニタリングや指導が期待できる。

- FSV はトップダウンのシステムであるため、州レベルの政策決定者の理解と強力な指導力が必要である。FSV は全レベルで同時に実施されることが重要であり、ツールやマニュアルも同時期に配布されることが望ましい。RHMT から DHMT への定期的な FSV により、DHMT 以下のレベルで実施率や実施の質が格段に改善する。RHMT から DHMT への FSV は特に徹底する必要がある。
- FSV 結果をレベル内で共有したり、下部機関までフィードバックしたりして初めて FSV の効果やメリットが理解されるようになるが、そこまで行くにはまず FSV の定期的な実施が必要となる。最低 6 カ月（四半期に 1 回程度の実施であれば 1 年）は強力な指導力で FSV を継続して実施するようにしないと効果は出ない。
- SDHT や CHO が毎月 FSV を実施しているのに、RHMT や DHMT は四半期に 1 回の実施であるため、フィードバックや対応に時間差が出るなどの問題がある。RHMT、DHMT の FSV 実施頻度は再度検討する必要がある。

- RHMT、DHMT の FSV のチーム編成にあたっては、供給オフィサーなど事務分野とリプロダクティブヘルス担当オフィサーなど保健分野のスタッフとの混成チームが望ましい。また、これらのオフィサーが、FSV にかかる業務が彼らの通常職務範囲の一つであると認識する必要がある。SDHT スタッフの監督指導能力は個人差があるため、DHMT できちんと SDHT スタッフの能力を把握し、最低 1 人は指導能力のある人材が各 SDHT に配置されるように調整する必要がある。
- 現状の FSV は、個人のパフォーマンスを見るよりも、上位レベルからの支援状況も含めて、プログラムが円滑に動いているかを見るシステムとなっている。従って、現状のシステムの改定が前提となるが、将来的には、FSV を通して得られる RHMT、DHMT をはじめとする各レベルのパフォーマンス評価は、何らかの形で組織の評価制度の中に組み込まれることが、職員の動機付けの点からも望ましい。そのような可能性について、既存の制度を把握した上で十分に検討する必要がある。
- SDHT の監督指導者は CHO 業務を熟知する必要がある。いわゆる CHO 経験者が最低 1 人 SDHT スタッフとして勤務し、FSV に加わるのが理想的である。または、SDHT スタッフを CHO 新人研修に参加させることも 1 つの手段である。
- CHO の FSV 形態は他のレベルと異なっているため、CHC、CHV、TBA とのインフォーマルな連絡も含め実態を把握できるような、モニタリングツールに改善していく必要がある。

3.4 病院、保健センターと CHO のリファラル業務の強化

3.4.1 基本方針

CHPS サービス向上のためにリファラルシステムを強化するには、以下の項目が基本方針として重要である。

- 1) モニタリング、スーパービジョンの強化
- 2) リファラル業務標準化の維持
- 3) 適切なリファラルケース判定の向上
- 4) CHPS、SDHT、郡・州病院の関係の強化
- 5) コミュニティ、住民の参加
- 6) 搬送（交通）、通信システムの強化

州保健局（RHA）は、リファラルの現状と課題に対応した基本方針を策定し、郡保健局（DHA）、

SDHT、CHPS、州・郡病院がその方針を適切に履行するよう、ガイドラインや研修を通して、支援することが重要となる。さらに、モニタリング・評価を総括し、基本方針を改定していくことも必要である。DHA は、基本方針に沿って、リファラルシステムの運営管理を、CHPS や SDHT への FSV やケース検討会を通じて実施する。

リファラルケース受け入れ先の州・郡病院は、基本方針やガイドラインに沿ったリファラル業務の標準化、フィードバックの強化を通して、CHPS や保健センターとの関係強化により積極的に取り組む必要がある。CHPS や SDHT はリファラルシステムの一次拠点として、標準様式、登録台帳、ケース基準の活用を通じた業務の標準化と質の向上に努めるとともに、コミュニティ基金など、リファラルシステムへのコミュニティ参加を促進、支援することが求められる。これらリファラルシステムにかかわる活動、業務、支援を円滑に行うためには、スーパービジョン、モニタリングの強化、それに基づいた継続的な改善が特に重要である。

基本方針の項目ごとに具体的な実施項目について、以下に提言を記す。

3.4.2 提言

- スーパービジョン、モニタリングの強化

基本方針の項目の履行を徹底するためには、スーパービジョン、モニタリングシステムを整備、強化し、その結果に応じて、継続的な改善を維持することが最も重要である。具体的には、以下の表に示すような適切な指標を用いて、スーパービジョン、モニタリングを行い、指標の改善をモニターして行く。住民の受診行動やリファラル受容の現状を的確に定期的に把握するため、施設レベルだけでなくコミュニティレベルの調査も組み込んで、州全体の包括的なリファラル現状調査を2、3年に1回実施することが望まれる。

表 15：リファラルシステム・業務の指標モニタリング

リファラルシステム・業務関連指標	2007	2008	2009	2010	2011
リファラル（アドバイス）率	1.0%	2.0%			
リファラル受容率	71%	89%			
標準リファラルフォーム利用 CHPS 施設の割合	38%	67%			
標準リファラル登録台帳利用 CHPS 施設の割合	54%	67%			
リファラルフィードバック率	17%	30%			

- リファラル業務標準化の維持

リファラル業務ガイドラインに沿って、リファラル業務の標準化が継続的に実施されているかを、FSV を通じて、または、リファラル・タスクフォース・チームや各病院のリファラル業務コーディネ

ネーターによってモニタリングしていく必要がある。通常の記録・報告システムは、リファラル関連のモニタリングとしては不十分であるため、モニタリングは FSV に組み込む必要がある。現在使用しているリファラルレター、登録台帳の標準様式やガイドラインを、必要に応じて改訂していくことも必要である。

リファラル業務のなかでは、フィードバックの強化がとくに重要である。リファラル患者を受け付けた病院の外来、入院スタッフによるフィードバックレターの記述を徹底し、フィードバック経路を明確にすることで、その向上を進める必要がある。

リファラル業務の強化のためには、今後も GHS 職員を対象にしたリファラル研修ワークショップを継続していくことが求められる。

リファラルワークショップは、リファラル業務の研修だけでなく、リファラルケースの検討、CHPS や SDHT と病院との意見交換の場としても有用である。

- 適切なリファラルケース判定の向上

リファラルケースの適切さを向上させるためには、現在は州の半期レビュー会議 (Half-year Review) 内だけにとどまっているリファラルケース検討会議をより明確にし、定期化することが必要である。2009 年度に作成、配布した CHO 用リファラルケース基準を CHO が積極的に活用し、リファラルケース判定の適切性を向上させることが重要であり、そのモニタリング、スーパービジョンが SDHT や郡に求められる。

- CHPS、SD、郡・州病院の関係の強化

リファラルシステムを円滑に機能させるためには CHPS、SDHT、病院の関係強化が重要である。このような病診連携を進めるために、CHPS、SDHT、病院スタッフが一堂に会するワークショップを定期的実施し、双方の現状や意見をシェアする必要がある。この病診連携の強化には、リファラーを行った下部機関への病院からのフィードバックの向上が欠かせない。

- コミュニティ、住民の参加

住民の受診行動やリファラル受容度は CHPS レベルからのリファラルシステムに影響を与えるため、コミュニティや住民の参加が必要である。リファラル受容度を高めるためには、リファラル後の入院費用を軽減できる国民健康保険への加入、患者搬送の費用を捻出する地域緊急搬送システム (CETS) のようなコミュニティ基金の設立が重要である。それを促進、支援することも、CHO や CHV のタスクとなる。

- 搬送（交通）、通信システムの強化

リファラルシステムの抜本的な改善には、地理的、経済的なアクセスの確保が不可欠であり、交通・通信システムの整備を進める必要がある。無線や救急車のさらなる活用を進めるため、例えば、無線や救急車の利用に関して、州レベルで基本方針を策定し、具体的な利用方法に関するガイドラインを郡レベルで作成し、実施、モニターすることが求められる。

3.5 CHPS 実施における住民参加促進業務の向上

- 本プロジェクトを通じて、一般的に住民参加は促進され地域保健行動計画（CHAP）などのツールを活用した効果的な住民参加活動はアッパーウエスト州全体でも広がりつつある。しかし、CHO、CHV、CHC の個々の能力や知識に差があり、住民参加が活発に行われていない CHPS も多くある。そのため、住民参加に関する CHO、CHV、CHC に対する能力強化を引き続き行う必要がある。
- ステージ 1 郡で住民参加が成功した理由の 1 つは NGO による技術支援である。NGO が直接的にコミュニティに出向いて CHAP 作りを支援した CHPS ゾーンではすべて CHAP が実施されており、自分たちで CHAP を更新できるようになった CHPS もいくつか生まれている。これら NGO による直接的支援は、住民参加を効率的、持続的に促進するアプローチである。
- 一方で、NGO の介入なしに CHAP を作り、住民参加が活発に行われている CHPS も存在する。これは CHO が CHO 現職研修で学んだことをもとに自分なりに実践し成功させた例であり、数は限定されていても CHO の能力強化でこのようなケースが増えてゆくことが期待される。CHO 現職研修だけでなく、CHO 新人研修や SDHT 研修のモジュールにも住民参加についての要素を入れ、量、質ともに能力強化を図ることが必要である。
- スタディツアーについては、その効果はまだ正確に確認できていないが、CHO、CHV、CHC らに他の CHPS の成功例をみせ、彼らを刺激して積極性を導き出す効果的なアプローチだった。スタディツアーは CHC や CHV が参加し、他の CHPS の実践例から学ぶことのできる数少ない機会であり、今後もこのような機会を設けていく必要がある。
- プロジェクトの本フェーズで作成、配布された住民参加促進マニュアルとコミュニティボランティア活動実施体制ガイドラインが配布されたのは 5 年次になってからであり、その効果はまだ確認できないが、今後はそれらのマニュアルやガイドラインの活用状況を把握し、より有効な活用方法を指導する必要がある。マニュアルに新しい成功事例を加えたり、より具体的な情報を追加したりするなどして、改訂していく必要がある。

- CHPS 開設に先立って住民参加の啓発活動を効果的に行うためには、住民が CHPS に関心を示したときに集中して行うなどタイミングを考える必要がある。そのためには GHS が住民参加活動への知識と実践的な技術を持って、啓発活動を推し進める必要がある。
- 住民参加の啓発活動は住民に CHPS 運営に関する理解を深めてもらい、参加を促す最初の重要なプロセスである。今後も多くの CHPS 施設が建設される予定があるため、住民参加の啓発活動をより効果的に行う必要性が出てくる。そこで DHMT の能力を強化し、啓発活動の実施体制を強化する必要がある。そのために NGO を活用して DHMT の能力強化を図りながら、啓発活動を実施することは効果的なアプローチである。
- CHO の上部機関である RHMT、DHMT、SDHT がコミュニティレベルの集会や会議・催しなどに適時参加することで、ボランティアや住民の CHPS 活動に関する意識が高まり、動機付けにもなる。従って、それらの GHS 職員がコミュニティレベルの集会により積極的に参加することが望ましい。
- SDHT と CHO が協力して CHV や CHC に対し、保健衛生や予防医学、家族計画等に関する基本的な保健知識の習得と住民参加促進に関する技能習得を目的とした研修を行う必要がある。CHV や CHC の能力強化が図られることで地域の保健衛生状態の改善につながり、CHPS の運営能力も改善されるだろう。SDHT 職員や CHO が保健衛生等を担当し、住民参加を NGO に業務委託し、CHV や CHC に対する研修を実施することを提言する。
- CHO には住民参加に関する概念や手法、具体的なアプローチの仕方などについてさらに能力強化が必要である。CHO 新人研修や CHO 現職研修を通じて、量・質ともに強化を図ることが求められる。
- CHPS システムの一番末端である CHC や CHV の動機づけにつながるような場を設ける必要がある。すでに住民参加が活発に行われている CHPS の CHC、CHV、CHO からは、貢献度の高い CHV の功績を認めるような機会を作って欲しいという要望も出ており、今後はそのような機会を作ることで貢献度の高い CHV のやる気を維持していくことができると思われる。
- CHAP については特にステージ 2 郡において、その概念やその必要性・効果・具体的な作成手順などが GHS 職員の間で十分に理解されていない可能性があり、ステージ 1 郡と比較すると CHAP の実施率は大きく下がる（2009 年 10 月の時点で約 28%）。そのため、今後はステージ 2 郡での CHO、CHV、CHC に対する支援や CHAP の普及と強化が望まれる。
- すでに CHAP が実施されているステージ 1 郡においては、その質を改善していく必要がある。現存の CHAP の活動内容は CHPS 施設への水の補給や CHO の生活支援に集中してしまうケースが多い。CHO とコミュニティの人間関係が構築された段階で、活動を CHAP の本来の目的であ

る地域の保健衛生状態の改善につながるように指導していく必要がある。今後は CHO に対して、この方向転換を指導していく必要がある。

- 伝統的地域チーフや地域のオピニオンリーダーなどが、CHPS 活動に非協力的な例が散見されるため、コミュニティの有力者を対象にしたスタディツアーを実施することを提言する。コミュニティの意思決定者を本プロジェクトの活動に巻き込むことで、伝統的地域チーフ自ら積極的に CHPS 運営に加わり、コミュニティをまとめているケースも多く、スタディツアーを通してコミュニティリーダーの意識を改善することは、住民参加促進を強力に推し進める上で非常に効果的な手段となる。
- 現在地域緊急搬送システム (CETS) というコミュニティレベルの救急患者の搬送システム¹⁵を持っている CHPS ゾーンは CHPS 全体の約 41% である。既存の病院の救急搬送システムに限界がある点を考慮すると、今後は各コミュニティで CETS をさらに普及していく必要がある。CETS の構築には住民間での資金提供や運営規則等に関する合意が必要であることから、CHPS における住民参加を今後もより一層促進してことが CETS を増やす重要な要素となる。
- CHO 同士の情報交換やグッドプラクティスの共有によって、CHO による住民参加促進が可能である。近くの CHPS の CHO を新しく赴任した CHO の相談相手になるように調整したり、郡や地域レベルでの CHO の組織化を州全体で進めることができれば、CHO 間での情報交換が進み、住民参加も含めた活動の質やサービスの質の向上が期待できる。

3.6 グッドプラクティス、イノベーションモデルの普及

グッドプラクティスやイノベーションモデルを定着させ普及させるために、以下の基本方針を提案する。

- グッドプラクティス、イノベーションモデルの普及は、州 CHPS コーディネーター1人でできる作業ではないので、CHPS ユニットまたはグッドプラクティス普及チームを設立し、業務担当者を選出・任命する。業務担当者・チームの具体的な任務は以下のとおりである。
 - ① パフォーマンスのよい CHPS ゾーンを把握し、スタディツアーを継続する。
 - ② 年に一度の割合でチームによるグッドプラクティスの選定やグッドプラクティス集の作成・更新・配布を行う。
 - ③ 州 CHPS フォーラムを継続し、各郡間のグッドプラクティスに関する情報共有の促進を試み

¹⁵ 地域で利用できる車両を活用して緊急時に大きな病院へ患者を搬送するためのシステムを指す。コミュニティごとにルールを決め、運営されている。

る。

- ④ 他州へのグッドプラクティスの普及を考慮して、他州からのスタディツアーの受け入れ態勢を整える。具体的には、スタディツアー先の決定や教材・資料の準備、宿泊先の決定、必要な経費の算出・捻出を行う必要がある。
- CHPS 監督者が常日頃からグッドプラクティスに関する情報収集を心がけ、上記以外にもその情報を共有する場を設ける。各レベルの役割は以下のとおり。
 - ① RHMT の CHPS 監督者は、各郡で行われている CHPS レビュー会議などへの参加や DHMT や郡病院への FSV を通して、州内の CHO、SDHT や DHMT のグッドプラクティスやイノベーションモデルの情報収集を心がけ、こうしたフォーラムやスタディツアー、グッドプラクティス文書にその情報を反映させる。
 - ② DHMT は定期的な FSV の実施や、CHPS レビュー会議を通して、郡内のグッドプラクティス情報の入手に努める。その内容は、被監督者である SDHT や CHO や監督者の RHMT と共有し、グッドプラクティスの普及や定着を促す。CHPS フォーラム等で知り得た他地域のグッドプラクティス情報も、被監督者と共有しその普及を促す。
 - ③ SDHT は定期的な FSV の実施を通して、被監督者の CHO のグッドプラクティスの発掘に努める。
 - ④ CHO は CHPS レビュー会議などで入手した他の地域のグッドプラクティスに関する情報を CHV や CHC と共有し、彼らとともにグッドプラクティスの実施・定着を目指す。

3.7 プログラムの取り組み

- 現地で活動するための便宜上、プログラム調整をプロジェクトの活動の一部として組み込む。プログラム調整の具体的な活動を明確にし、ガーナ側の C/P を決める必要がある。
- 青年海外協力隊員に関しては、派遣前研修時や現地事務所でプログラム関係者としての意識づけがなされてもよい。現地に隊員が入った時点で、プログラムやプロジェクトの紹介をプロジェクトが実施するようにすれば、情報共有にもなり、隊員とプロジェクトの関係を構築しやすい。
- 団員の派遣計画などをみながら、年間の会議計画をあらかじめ策定しておき、プロジェクト側と隊員間の情報共有の機会を増やす。隊員がプログラム関連の会議に参加する場合、宿泊費や交通費に関して JICA 側に申請できることを、隊員に周知する。
- 隊員の活動範囲の制限に関しては、プログラム隊員ということでの活動範囲の拡大を配属先へ申

し入れて、あらかじめ許可を得るなどの柔軟な対応が望ましい。

- プロジェクト団員が全くいない時期にプログラム隊員がイベントを行うような場合は、JICA ガーナ事務所から人を派遣して車両などの便宜もはかることができるような柔軟な対応や支援があれば、プロジェクト団員がいないことでプログラム隊員の活動に支障が出ることはない。

3.8 プロジェクト・プログラム HP

新たな JICA のポリシーでは、インターネットを利用したプログラム・プロジェクト独自の情報公開は、インフラまで含めて C/P が 100% 自立的に行うことが必要になった。しかし現状では中央政府など、かなり力がある組織だけしか、このような自立的な情報発信には対応できないのが実情である。今回のように地方から中央への情報発信を考える場合などは、活動のオーナーシップの面などから地方組織レベルでの情報発信が適当だと考えるが、プロジェクトあるいはプログラムからの援助がなければ、彼らがすべてを自立的に行うことはインフラ、予算、人材の状況などから不可能な場合がほとんどである。JICA の新たな情報公開ポリシーではこのような場合が考慮されているとは思えず、せっかくの成果を広めるための有効な手段を失っている。このような状況をみると、今後は情報公開ポリシーの一部変更を考える必要があるのではないか。

3.9 供与機材

- 配布する医療器材の 38 品目と数量を C/P と再検討し、使われていないもの、スペアとして保管される数が多いものを減らすか、より優先度が高いものに置き換える必要がある。保健センターとのバランスを考慮しないと、CHPS が保健センターより器材を持っているという矛盾した状況となる。SDHT の状況を考えてバランスのとれた機材供与計画を策定する必要がある。
- CHO が使用方法について訓練を受けた機材を供与するか、または訓練を行った上で配布する必要がある。
- 郡に対しては CHPS の備品状況を正確に把握し、配布機材について管理方法を改善するための訓練が必要である。無線機は CHO と上部機関・病院とのコミュニケーション増加にある程度有効であることが実証された。ただし既存のシステムとの互換性を確実に行うこと、ソーラーやバッテリーなどの維持管理費用を担保することが重要であり、それらのコスト負担を担保してからの設置が必要である。
- モーターバイクについては、GHS 側が必要な部品や潤滑油をそろえるだけの予算を確保し郡に供給する必要がある。

4 プロジェクトの総括

プロジェクトの終了を前に、何点かプロジェクトで定めた基本方針について振り返りたい。

プロジェクトが終了した時に、ガーナ側 C/P がプロジェクトの成果の継続を望み、活動が彼ら自身によって続けられることは、プロジェクトの期間を通して日本側専門家が常に念頭に置いていたことである。プロジェクトの活動は全て CHPS 実施の改善を目的としたものであり、国の最優先の保健戦略である CHPS 政策に沿ったもので、GHS の通常業務として行われるべきものである。当初はコミュニケーション不足もあり、プロジェクト活動が特別な活動を導入するのではないことを理解してもらうのに時間はかかったが、最終的にはプロジェクトの活動は自分たちの業務の一部であり、自分たちが活動を継続するのは当たり前という決意が聞かれたことはプロジェクトの最も大きな成果と言える。そこにたどり着くまでには、ガーナ側 C/P が日常の業務に忙殺されている状況では、活動を行いたくても十分な時間を取ることがなかなかできず、あせる日本側専門家と歩調が合わないこともあった。それでも、両者が忍耐力をもって議論を重ね、予定を調整して共に活動を進めたことが、成功の鍵であったといえる。

モニタリングの強化もプロジェクトの基本方針の一つであった。しかし、ガーナ側 C/P のモニタリング能力は、まだ独力で十分に事業モニタリングができるまでには至らなかったため、中間評価と終了時評価の前には、説明責任を果たすためのデータ収集作業を、ローカル NGO への再委託により実施せざるを得なかった。今後、技術協力が継続されるのであれば、プロジェクト管理面の強化、特にモニタリング可能な指標の設定やモニタリングデータの収集・分析、結果の活用などの面はガーナ側 C/P のさらなる能力強化が必要な分野である。

GHS の関係機関との調整・啓発能力の強化ももう一つの基本方針であった。CHPS 設立には GHS と郡議会や伝統的地域リーダーとの協調が必須である。CHPS 実施について関係者の理解を深め、協調していくことが以前にも増して重要な課題となっている。プロジェクトでは CHPS フォーラムや開発パートナー連携会議などで郡議会を初めとする関係者の巻き込みをはかったが、活動の普及にとどまっており、関係者が協調した活動が行われるところまで行っているとはいえない。今後も引き続き、各郡での CHPS レビュー会議や州の CHPS フォーラムなどを通じ、関係者間の調整、特に郡議会や地域の巻き込みを図る必要がある。

同様のことが、地域住民への調整・啓発活動にも言える。プロジェクトでは地域啓発活動を行うための PLA 手法の研修など GHS 側の能力強化に主眼がおかれたが、地域住民に対しては、その結果何ができるのかを具体的に示さないと、コミットメントはなかなか得られない。幸いなことに、いくつかの CHPS ゾーンでモデルとなるグッド・プラクティスが実施されており、それを視覚教材や相互視察などを用いてわかりやすい形で地域に紹介できた。グッド・プラクティスができあがった過程には、CHO の地道な地域啓発活動があり、プロジェクトが現場重視の姿勢で CHO の活動を支援した結果の一つと考えている。

日本側の活動に関しては、プロジェクト・サイトが首都から離れた僻地であることから、ロジステック業務に多大な時間を取られた。また作成すべき教材も多かったため、広範に点在する CHPS の現場訪問に時間を十分にかけることができなかつたことが悔やまれる。

最後に、プロジェクト期間を通して、ガーナ側 C/P や GHS スタッフと日本側専門家、JICA ガーナ事務所のスタッフは、時に衝突しながらも、お互いを尊重しつつ地域保健の改善という共通の目的に向けて真摯に活動を進められたことに言及したい。またこのプロジェクトは、ガーナ保健省、GHS の総裁や PPME 局長、ガーナ大学、在ガーナ日本大使館、様々なドナー、JICA 本部人間開発部や地域部、JICA アフリカ地域事務所、沖縄名桜大学など、ガーナ側・日本側の多くのサポーターから、実際のプロジェクトの現場を見た上での適切な助言と支援を得る幸運に恵まれた。これら関係機関の方々に深く感謝の意を表したい。