

ガーナ国

ガーナ保健サービス局

ガーナ国
北部3州における
ライフコースアプローチに基づく
地域保健医療サービス強化プロジェクト

事業完了報告書

2023年10月

独立行政法人
国際協力機構 (JICA)

アイ・シー・ネット株式会社

人間

JR

23-036

ガーナ国

ガーナ保健サービス局

ガーナ国
北部 3 州における
ライフコースアプローチに基づく
地域保健医療サービス強化プロジェクト

事業完了報告書

2023 年 10 月

独立行政法人
国際協力機構 (JICA)

アイ・シー・ネット株式会社

略語表

略語	正式名	日本語
ALMA	African Leaders Malaria Alliance	アフリカン・リーダーズ・マラリア・アライアンス
BMI	Body Mass Index	ボディ・マス・インデックス
CETS	Community Emergency Transport System	コミュニティ緊急搬送システム
CHAP	Community Health Action Plan	地域保健活動計画
CHMC	Community Health Management Committee	地域保健管理委員会
CHN	Community Health Nurse	地域看護師
CHO	Community Health Officer	駐在地域保健師
CHPS	Community-Based Health Planning and Services	駐在地域保健師による基本的保健医療計画・サービス
CHPS-DB	CHPS Database	CHPS データベース
CHV	Community Health Volunteer	地域保健ボランティア
COVID-19	Coronavirus Disease 2019	新型コロナウイルス感染症
CP	Counterparts	カウンターパート
DAC	Development Assistance Committee	開発援助委員会
DACF	District Assembly Common Fund	郡議会共同基金
DHMT	District Health Management Team	郡保健マネジメントチーム
DHIMS 2	District Health Information Management System 2	郡保健情報管理システム2
DHQPR	District Health Quarterly Performance Review	郡保健四半期パフォーマンス・レビュー
DPCU	District Planning Coordination unit	郡計画調整ユニット
FHD	Family Health Division	家族保健局
FSV	Facilitative Supervision	支援型スーパービジョン
GHS	Ghana Health Service	ガーナ保健サービス局
GHS HQ	Ghana Health Service Headquarter	GHS 本部
HFFG	Hope for Future Generations	ホープ・フォー・フューチャー・ジェネレーションズ
HIAP	Health Integrated Annual Action Plan	保健統合年次活動計画
HIO	Health Information Officer	保健情報オフィサー
HNQIS	Health Network Quality Information System	保健ネットワーク質情報システム
HSS-TWG	Health System Strengthening-Technical Working Group	保健システム強化技術作業委員会
ICD	Institutional Care Division	臨床ケア局
IEC	Information Education and Communication	情報・教育・コミュニケーション
ISS	Integrated Supportive Supervision	包括型サポーターティブ・スーパービジョン

JCC	Joint Coordination Committee	合同調整委員会
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
KOICA	Korea International Cooperation Agency	韓国国際協力団
LCA	Life-course Approach	ライフコースアプローチ
MDGs	Millenium Development Goals	ミレニアム開発目標
MTC	Midwifery Training College	助産師養成学校
MOH	Ministry of Health	保健省
N 州	Northern Region	ノーザン州
NA	Not applicable, not available	該当なし、設定なし
NAC	Nurse Assistant Clinical	准看護師養成学校
N&MC	Nursing and Midwifery Council of Ghana	ガーナ看護師・助産師協会
NAP	Nurse Assistant Preventive	地域看護師養成学校
NE 州	North East Region	ノース・イースト州
NHIS	National Health Insurance Scheme	国民健康保険制度
NOPs	Networks of Practice	ネットワーク・オブ・プラクティス
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリクス
PHC	Primary Health Care	プライマリ・ヘルス・ケア
PPMED	Policy Planning, Monitoring & Evaluation Division	政策・計画・モニタリング・評価局
RCC	Regional Coordinating Council	州調整協議会
R/D	Record of Discussion	討議議事録
RHMT	Regional Health Management Team	州保健局マネジメントチーム
RPCU	Regional planning coordination unit	州計画調整ユニット
S 州	Savannah Region	サバナ州
SBCC	Social Behavior Change Communication	社会・行動変容コミュニケーション
SDHT	Sub-District Health Team	亜郡保健チーム
SS	Supportive Supervision	サポータティブ・スーパービジョン
TRC	Technical Review Committee	技術検討委員会
TWG	Technical Working Group	技術作業委員会
UE 州	Upper East Region	アッパーイースト州
UW 州	Upper West Region	アッパーウエスト州
UHC	Universal Health Coverage	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ
UNDP	United Nations Development Programme	国際連合開発計画
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
WHO	World Health Organization	世界保健機関

目次

略語表	i
表・図・BOX 目次	iv
添付資料一覧	vi
第1章 プロジェクトの概要	1
1.1 プロジェクトの背景	1
1.2 プロジェクトの目的	3
1.3 プロジェクトの構成	4
1.4 プロジェクトの対象地域と特徴	5
1.5 プロジェクト実施機関・カウンターパート	6
1.6 プロジェクトの関係機関	7
1.7 プロジェクト期間	10
1.8 投入実績	10
1.9 ガーナで展開している他の JICA プロジェクトや開発パートナーとの連携	12
第2章 活動内容	13
2.1 成果0に関する活動	13
2.2 成果1に関する活動	18
2.3 成果2に関する活動	35
2.4 成果3に関する活動	42
2.5 成果4に関する活動	45
第3章 プロジェクト目標と各成果の達成度	52
3.1 プロジェクト目標の達成状況	52
3.2 成果0に関する指標の達成状況	57
3.3 成果1に関する指標の達成状況	58
3.4 成果2に関する指標の達成状況	63
3.5 成果3に関する指標の達成状況	66
3.6 成果4に関する指標の達成状況	69
3.7 カウンターパートによるプロジェクト活動の評価	72
第4章 プロジェクト実施運営上の課題・工夫・教訓	76
4.1 プロジェクトの実施体制に関する課題・工夫・教訓	76
4.2 プロジェクトの運営体制等に関する課題と工夫	78
第5章 上位目標の達成に向けての提言	81
5.1 上位目標の達成見込み	81
5.2 上位目標の達成に向けての提言	82
第6章 プロジェクトの総括	86
6.1 プロジェクトの背景	86
6.2 プロジェクト開始時にみられた課題	86
6.3 プロジェクトの実施を通じた課題解決と改善の状況	87
6.4 課題達成の促進要因と残された課題	88
6.5 上位目標の達成見込みと達成のための提言	89
6.6 結語	90
添付資料	91

表・図・BOX 目次

表目次

表 1-1 : プロジェクトの概要	4
表 1-2 : プロジェクト対象州の概要	6
表 1-3 : 実施機関・CP	6
表 1-4 : CP と関係機関の概要.....	8
表 1-5 : 対象 5 州で利用可能な医療施設	9
表 1-6 : 投入実績（日本側）	10
表 1-7 : 投入実績（ガーナ側）	11
表 2-1 : 成果 0 の活動と本報告書で記載する項目	13
表 2-2 : GHS 本部による合同モニタリングの要約一覧.....	14
表 2-3 : 開催した JCC の概要.....	14
表 2-4 : 州調整会議の要約一覧	15
表 2-5 : 州マネジメント会議の開催状況	16
表 2-6 : プロジェクトの広報計画と実施内容	17
表 2-7 : 本邦研修の参加者リスト	18
表 2-8 : 成果 1 の活動と本報告書で記載する項目	19
表 2-9 : CHPS-DB のカテゴリーと項目	19
表 2-10 : CHPS-DB システムの開発と導入にかかるプロジェクトの関与.....	20
表 2-11 : CHO 養成に関する本プロジェクトの活動	22
表 2-12 : リファラル活動に関するプロジェクトの関与.....	27
表 2-13 : サポートィブ・スーパービジョン導入に関するプロジェクトの関与.....	30
表 2-14 : DHQPR 会議導入に関するプロジェクトの関与実績	35
表 2-15 : CHMC と CHV の役割.....	35
表 2-16 : 成果 2 の活動と本報告書で記載する項目	36
表 2-17 : CHMC/CHV 研修教材・モジュール	38
表 2-18 : 制作した LCA 啓発用動画のタイトルと内容	39
表 2-19 : 選定された非金銭的インセンティブ活動.....	41
表 2-20 : 成果 3 の活動と本報告書で記載する項目	42
表 2-21 : 成果 4 の活動と本報告書で記載する項目	45
表 2-22 : LCA 研修モジュール.....	47
表 2-23 : LCA 一日間研修のプログラム.....	49
表 2-24 : UW での経験を踏まえた課題・学び	49
表 3-1 : 機能する CHPS へのアクセスのある住民の割合と目標値の達成度	53
表 3-2 : 保健スタッフが配置された CHPS へのアクセスのある住民の割合と目標値の達成度	53
表 3-3 : LCA 関連サービスを提供するための LCA 研修を受けたスタッフ数と目標値の達成度	54

表 3-4 : 過去 1 年間に、CHPS ゾーン内にある全ての学校で最低年 1 回健診を行った CHPS ゾーンの数と目標値の達成度	55
表 3-5 : 過去 1 年間に、CHPS ゾーン内にある全てのコミュニティで最低年 1 回健診を行った CHPS ゾーンの数と目標値の達成状況.....	55
表 3-6 : 過去 1 年間に LCA レジスターに健診とフォローアップの結果を適切に記録した CHO の 数と目標値の達成度	55
表 3-7 : LCA 研修教材に関する達成度.....	55
表 3-8 : CHO 養成研修/プレ・サービス研修の受益者数と目標値の達成度	58
表 3-9 : 郡 CHO オリエンテーション実施状況と目標値達成度	59
表 3-10 : リファラル・システム強化に関する目標値の達成度.....	60
表 3-11 : 対象郡のモニタリング・システム強化に関する目標値の達成度.....	60
表 3-12 : CHPS データベースが普及された州の数と目標値の達成度.....	61
表 3-13 : コミュニティ活動を活発に実施している CHMC の数と目標値の達成度	64
表 3-14 : CHAP が四半期ごとに更新されている CHPS ゾーン割合と目標値の達成度.....	64
表 3-15 : LCA 活動について CHAP を四半期ごとに更新している CHPS ゾーンの数と目標値の 達成度	65
表 3-16 : HIAP を策定して費用を見積もった郡の数と目標値の達成度.....	67
表 3-17 : HIAP の実施を四半期ごとにモニタリングする郡の数と目標値の達成度.....	67
表 3-18 : HIAP の実施活動の数と目標値の達成度	68
表 3-19 : 妊娠初期に産前健診を受けた妊婦の数と目標値の達成度.....	70
表 3-20 : 少なくとも 4 回の産前健診を受けた妊婦の数と目標値の達成度.....	70
表 3-21 : 熟練医療従事者の介助による分娩で出産した妊婦の数と目標値の達成度.....	70
表 3-22 : 産後 48 時間以内に保健従事者による産後健診を受診した妊婦の数と目標値の達成度	71
表 4-1 : 成果ごとの主な課題と工夫・教訓	76
表 4-2 : ロジスティックス業務に関する課題・工夫・対応.....	78
表 4-3 : 安全管理業務に関する課題と工夫・対応.....	80
表 5-1 : 機能する CHPS にカバーされた住民の数と 2026 年の目標値	81

図目次

図 1-1 : ガーナの行政地図	6
図 1-2 : プロジェクトの CP の機能レベルと意思決定機関.....	7
図 1-3 : プロジェクト成果と関係機関の関係	8
図 2-1 : 郡 CHO オリエンテーションを通じた CHO 養成アプローチ	25
図 2-2 : プロジェクトで推進してきた 4 つの主要コンポーネント.....	27
図 2-3 : CHAP アセスメント・ツール.....	37
図 2-4 : LCA が焦点を当てるべき対象と活動.....	46

図 2-5 : LCA の郡 CHO オリエンテーションとプレ・サービス研修教材への統合.....	48
図 3-1 : 北部 5 州の CHPS へのアクセスがある住民の割合.....	54

Box 目次

Box 1-1 : CHPS 政策に関する基礎情報.....	1
Box 2-1 : ネットワーク・オブ・プラクティス (NOPs) とは.....	33

添付資料一覧

添付資料 1-1	プロジェクトデザインマトリックス (PDM) 第 0 版
添付資料 1-2	PDM 第 1 版
添付資料 1-3	PDM 第 2 版
添付資料 1-4	PDM 第 3 版
添付資料 1-5	PDM の変遷経緯
添付資料 2	業務フローチャート
添付資料 3	詳細活動計画 (Work Breakdown Structure : WBS 等の活用)
添付資料 4	専門家派遣実績 (要員計画)
添付資料 5	研修員受入実績
添付資料 6	現地研修・ワークショップ等活動実績
添付資料 7	供与機材・携行機材実績
添付資料 8	JCC 議事録 (第 1 回～第 9 回)
添付資料 9	北部 5 州の CHPS データ比較 (2017 年、2019 年、2023 年)
添付資料 10	ガーナ 15 州の CHPS データ比較 (2022 年)
添付資料 11	郡 CHO オリエンテーション実施実績
添付資料 12	JICA リファラル活動・成果のまとめ
添付資料 13	グッドプラクティス集

別添資料	モニタリングシート第 11 版 (Project Monitoring Sheet (Version 11)) (2023 年 7 月 31 日に提出済、JICA 人間開発部保健第一グループ保健第二チーム提出データにのみ添付)
------	---

*技術協力成果品の一つであるベースライン調査報告書については、2018 年 8 月部分払い成果品の添付資料として 2018 年 8 月 31 日に、エンドライン調査報告書については、2023 年 5 月 1 日に提出済。

第1章 プロジェクトの概要

1.1 プロジェクトの背景

1.1.1 ガーナの保健政策

ガーナ共和国（以下、ガーナ）政府は、国家中期開発政策（National Medium Term Development Policy Framework: NMTDPF、2014–2017年）で示した七つの優先課題の一つとして、人間開発・生産性、そして雇用達成のための保健セクターを位置づけている。それを受け、保健セクター中期開発計画（Health Sector Medium Term Development Plan: HSMTDP、2014–2017年）において、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage: UHC）の達成を目標に、保健医療サービスへの地理的アクセス問題の是正、持続的な保健財政、保健システムのマネジメント強化、非感染性疾患の対策強化等六つの戦略を定めた。この下でプライマリ・ヘルス・ケア（Primary Health Care: PHC）を基本とした地域保健サービスを推進していくこととした。戦略の中には「駐在地域保健師による基本的保健医療計画・サービス（Community-based Health Planning and Services: CHPS）」政策が含まれている。

CHPS 政策は、PHC への住民参加とオーナーシップを高め、地域保健医療サービスを推進する国家政策として 1999 年に採用された。2016 年には新しい CHPS 政策が発表され、CHPS 実施ガイドラインが示された。現在、新 CHPS 政策に基づき研修やリファラル、支援型スーパービジョン（Facilitative Supervision: FSV）に関する国レベルでの標準化、質の向上といった一連の活動が取り込まれている。

Box 1-1 : CHPS 政策に関する基礎情報¹

1. CHPS の定義

「CHPS は、地域に根ざした必要不可欠な保健サービスを提供するための国家戦略であり、地域とともに計画を立て、サービスを提供する。その主な対象は、恵まれない亜郡のコミュニティであり、保健サービスをコミュニティに届けることを目指している。」

2. CHPS ゾーンの定義

CHPS ゾーンとは、人口 5000 人以下、または世帯数 750 までを限度に亜郡の下で区分けされたゾーン。選挙区と一致するのが望ましいとされる。そのうち、機能する CHPS ゾーンとは、下記の条件を満たした CHPS ゾーンである。

3. 機能する CHPS ゾーンの条件²

- (1) 地域看護師（Community Health Nurse: CHN）資格を持ち、駐在地域保健師（Community Health Officer: CHO）養成研修を受講した CHO が配置されている。
- (2) 施設で保健・医療サービスが提供されている。（月次報告書が提出されている）

¹ 『国家 CHPS 政策 2016 年 3 月（National Community-health Planning and Services (CHPS) Policy March 2016)』版と『CHPS 国家実施ガイドライン 2016 年 9 月（CHPS National Implementation Guidelines September 2016)』版を基にしている。

² 『CHPS 国家実施ガイドライン 2016 年 9 月』に記載の CHPS 実施のための 15 のステップをもとに、ガーナ保健サービス局（GHS）本部の政策・計画・モニタリング・評価局が決定した条件。

- (3) 活発に活動する地域保健管理委員会 (Community Health Management Committee: CHMC³) と地域保健ボランティア (Community Health Volunteer: CHV⁴) がいる。
(4) 最低限の基礎医療機材が揃っている。

4. CHPS が提供するサービス

CHPS ゾーンでは基本的なサービスをコミュニティに提供する必要がある。そのサービスは「CHPS の基礎的なサービス・パッケージ (CHPS basic package of services)」として「CHPS 国家実施ガイドライン 2016 年 9 月」に記載されている。⁵ サービス提供者は CHO、CHV、CHMC である。

CHO、CHV、CHMC が提供するサービス

1. CHO によるサービス			
1.1	コミュニティ連携とアウトリーチ・サービス	A3.	他の臨床サービス
1	健康の促進と健康教育	16	感染防止
2	疾病サーベイランス	17	感染症 (HIV、マラリア、結核)
3	家庭訪問	18	非感染症 (高血圧、糖尿病)
4	学校保健	19	顧みられない熱帯病
5	アウトリーチ活動	20	思春期保健
6	地域保健ボランティアの管理	21	精神保健
7	地域保健管理委員会との活動	22	マイナーな疾病
1.2	基礎的臨床サービス	23	応急処置と家庭内での緊急事態
A1.	乳幼児保健	24	高齢者ケア
8	予防接種	1.3	リソース管理
9	母乳栄養(BF)、成長モニタリングと栄養	25	計画策定
10	新生児・乳幼児の包括的疾患管理	26	ロジステック管理
A2.	リプロダクティブヘルス	27	会計管理
11	家族計画	28	国家健康保険機関
12	HIV/AIDS と性感染症	29	データ収集、報告、分析と活用
13	産前健診		
14	安全な緊急出産と新生児蘇生法		
15	産後ケアと必須新生児ケア		
2. CHV によるサービス		3. CHMC によるサービス	
30	疾病予防と環境衛生	35	行政、メンバーシップ、活動
31	訪問看護	36	CHV s の選択と管理
32	マイナーな病気の家庭での管理	37	CHO 支援 (安全対策を含む)
33	コミュニティによるアウトリーチ	38	機材やコンパウンドの維持管理
		39	リソース集めと管理

1.1.2 ガーナの保健セクターにおける課題

ガーナ政府は、これまで保健セクターにおいて母子保健、感染症対策を重視してきた。一定の成果を上げてはきたものの、ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals: MDGs)⁶ は達成されなかった。一方、低所得国となったガーナでは、社会経済状況の変化に伴い人々の生活が変容し疾

³ 活発に活動する CHMC の定義：過去 3 か月内に少なくとも一回の CHMC 会議を開催した CHMC。

⁴ 活発に活動する CHV の定義：毎月 CHO に活動を報告している CHV。

⁵ CHPS 政策や CHPS 国家実施ガイドラインでは、「CHPS の基礎的なサービス・パッケージ」を示す用語として、「ミニマム・パッケージ」、「ベーシック・パッケージ」、「サービス・パッケージ」が混在している。本プロジェクトの PDM 上でも「CHPS のサービスパッケージ (ミニマム)」と「ミニマム・サービス・パッケージ」といった形で用語が混在している。プロジェクト関係者間では、「ミニマム・パッケージ」と呼ばれることが多いことから、本報告書では PDM の文言を使用するとき以外は、基本的に「ミニマム・パッケージ」を使用することとする。

⁶ 2015 年までに世界が取り組むべき課題として国連が定めた MDGs は、八つの目標を掲げた。そのうち保健に関して、①乳幼児死亡率の削減、②妊産婦の健康の改善、③HIV/エイズ、マラリアその他の疾病の蔓延(まん)延防止の 3 目標が含まれていた。

病構造の変化も生じている。従来からの課題であるコレラ等の感染症の脅威が依然として存在する一方で、非感染性疾患も新たな課題となりつつある。更に、国家予算不足により保健医療従事者の十分な人員配置がなされていない状態であり、保健医療サービスについては地域格差が大きく、特に開発の恩恵が十分に届いていない北部では、保健医療従事者の配置や保健医療サービスへの地理的アクセスの改善が急務であった。

このような社会の変化や地域の格差に対応すべく、非感染性疾患や高齢化といった新たな課題の解決に向けて、母子保健や感染症対策のような対象層や時期が限られた保健医療サービスから、あらゆる年齢層、あらゆる人生の段階の健康課題に対応していくライフコースアプローチ（Life-course Approach: LCA）⁷へと保健医療サービスの領域を広げることが必要となってきた。本アプローチにより疾病予防や健康増進を図ることは、家計支出や政府の医療費支出の抑制にもつながるという保健関係者や住民の意識向上も重要である。また、同国は地方分権化に歩を進めており、コミュニティや地元政府の関与をより深めて強靱(じん)な保健医療サービスへと変革していくことが肝要である。

1.1.3 CHPS 政策と保健課題にかかる技術協力プロジェクトの要請

独立行政法人国際協力機構（Japan International Cooperation Agency: JICA）はガーナ政府の要請に基づき、2006年以降、北部のアップパーウエスト州（Upper West Region: UW 州）において、二つの技術協力プロジェクト、つまり①「アップパーウエスト州地域保健強化プロジェクト」⁸（2006年～2011年）、②「アップパーウエスト州地域保健機能を活用した妊産婦・新生児保健サービス改善プロジェクト」⁹（2011年～2016年）を実施した。①では、CHPS 実施を促進するために CHO らへの研修、リファラル、FSV を整備・強化し、住民参加を進めるなど CHPS 実施の仕組みを構築した。②では、強化された①の仕組みを活用して母子保健サービスを強化した。CHPS 施設の建設や医療器材、バイクも供与した。

これらの経緯を踏まえ、UHC のさらなる促進を目指し、ガーナ政府は 2016 年に我が国に対し技術協力プロジェクト「北部3州におけるライフコースアプローチに基づく地域保健医療サービス強化プロジェクト」の実施を要請した。なお対象の3州はその後5州に再編された。

1.2 プロジェクトの目的

本プロジェクトは、CHPS の計画・実施能力、コミュニティ活動、ガバナンスの強化などにより、LCA を取り入れた地域保健医療サービスの強化を図り、CHPS を通じた PHC のアクセスと利用が改善されることを目的とした。

UW 州では特に、LCA に基づくサービスを CHPS レベルに導入し、PHC における課題に対処するモデルを提示することを目指した。アップパーイースト州（Upper East Region: UE 州）、ノーザン州（Northern Region: N 州）、ノース・イースト州（North East Region: NE 州）、そしてサバナ州（Savannah Region: S 州）では、UW 州での 10 年の活動の経験や成果を活用しながら、効果的なシス

⁷ 個人及び地域の健康状態を人生の流れの中で捉え、生涯を通じた様々なリスク要因に影響を受けることを念頭に、あらゆる年齢層及び人生のあらゆる段階を重要とし、健康増進や予防保健を通して人々の健康に投資していく考え方（出典: Glossary of Life-course Terms (WHO, 2015), A life Course Approach to Health (WHO, 2012) 等)

⁸ Project for Scaling up of CHPS Implementation in the Upper West Region

⁹ Project for Improvement of Maternal and Neonatal Health Services Utilising CHPS System in the Upper West Region

テム普及やCHPS実施強化を通して政策目標の実現を目指した。またプロジェクト全体として費用対効果の高い方法を探り、どこでも、どんな疾病パターンにも対応できる強靱な保健システムの構築を目指した。

1.3 プロジェクトの構成

プロジェクト・デザイン・マトリクス (Project Design Matrix: PDM) 上のプロジェクトの構成は下記表 1-1 のとおりである。(参照：添付資料 1：PDM 改訂第 3 版)

表 1-1：プロジェクトの概要

上位目標
CHPS を通した PHC のアクセスと利用が改善されることにより、UHC の達成に貢献する。
プロジェクト目標
ライフコースアプローチに基づく地域保健サービスが強化される。
期待される成果
成果 0：プロジェクトが適切に（定期的に）モニタリング・評価され、好事例や教訓が同国の保健政策実施機関である、ガーナ保健サービス局本部や他州と共有される。
成果 1：健康教育・住民参加促進・リファラルなどの PHC サービスを地域住民に提供する地域保健師および亜郡・郡・州の保健医療チームの国家基準に基づいた CHPS の計画および実施の能力が強化される。
成果 2：CHPS のコミュニティ活動が強化される。
成果 3：地方政府および関係者による CHPS のガバナンスが強化される。
成果 4：ライフコースアプローチが CHPS のサービス・パッケージ（ミニマム）の中で取り込まれるようになる。

1.3.1 プロジェクトの上位目標とプロジェクト目標

プロジェクトの上位目標は、CHPS を通した PHC のアクセスと利用が改善されることにより、UHC の達成に貢献することである。そのために、プロジェクトでは、LCA に基づく地域保健サービスが強化されることを目標とした。

1.3.2 プロジェクトの成果

プロジェクト目標の達成のために、四つの成果が設定された。

成果 1 では、北部 5 州での「機能する CHPS の地理的拡大と実施の強化」を行った。先行技術協力プロジェクトの成果である CHPS データベース (CHPS-DB)、CHO 養成、リファラル、そしてスーパービジョンの仕組みやアプローチを UW 州から北部 4 州に導入拡大しながら、CHPS に関連したシステムや活動の国家標準化を推進した。

成果 2 は、「コミュニティの機能強化」である。LCA をはじめとするコミュニティの保健活動をより活発化させるため、コミュニティ活動の中核である CHMC や CHV の能力強化を図った。コミュニティの機能強化は、CHPS の取り組みにおいて重要視されつつも、課題があるとされており、その機能強化のためのシステムを構築した。本成果の直接の介入対象地域は、UW 州であった。UE 州や N 州、NE 州や S 州に対しては、CHO 養成研修や郡 CHO オリエンテーションなど、CHO の能力強化を通じた間接的な介入を行った。

成果 3 は、「行政機能の強化」である。具体的には、CHPS 支援や保健関連活動支援のため郡議会

の機能強化と、州・郡議会と保健セクターの連携を強化した。プロジェクトは、州・郡議会が CHPS のサービスを技術面・資金面、そして人材面でも支援することを促進した。特に支援を持続可能なものにするための仕組みの構築を進めた。成果1と同様に、これまでの技術協力プロジェクトの成果を北部5州に拡大した。

成果4は、「ガーナにおける新しい LCA の試行」であり、疾病予防や健康的な生活を促進するために、全年齢層をカバーした LCA¹⁰を CHPS に導入し、そのサービスを強化することである。既に CHPS 活動やコミュニティの活動の素地がある UW 州で、中央政府とも協議しつつ新しい研修のモジュールをパイロット開発し、日本の技術や経験等を活用しながら、今後のガーナ国の地域保健医療サービスの改善を目指した。成果2と同様に、UW 州を直接介入対象とし、UE 州や N 州、NE 州や S 州に対しては間接的な介入を行った。

さらに、成果0として、全体の意思決定、ガーナ保健サービス局（GHS）本部によるモニタリング、進捗状況管理等のプロジェクト・マネジメント、そして学びや好事例の共有を行った。

1.3.3 PDM 改訂の経緯

プロジェクト期間を通して3回の PDM 改訂が行われた。改訂の主な理由は、州や郡の再編成によるプロジェクト対象地域の名前や数に変更があったこと、国が導入した新しい政策・プログラムや新型コロナウイルス感染症や安全対策上の理由から活動内容の再考が必要になったこと、また開始当初に設定することができなかった指標（例えば LCA 関連の指標）を最終化することなどであった。PDM の最終版は、2021年7月の合同調整委員会（Joint Coordination Committee: JCC）および同年12月に討議議事録（Record of Discussion: R/D）の変更を経て承認された改訂第3版である。

1.4 プロジェクトの対象地域と特徴

プロジェクトの対象地域は、ガーナ北部の5州である。人口は計500万人以上、面積はガーナの約40%にあたる広大な地域を占めている。ガーナ全体の行政図とプロジェクト対象州の位置を図1-1に示す。

¹⁰ ガーナにおける CHPS レベルの LCA は、プロジェクト期間中に定義された。この定義は、第2章活動内容、成果4に関する活動において記述されている。



出典：2021年版ガーナ国勢調査報告書3A巻、州・郡の人口

図1-1：ガーナの行政地図

プロジェクト開始当初は、UW州、UE州、N州の3州が対象であった。2018年12月にガーナ政府が州を再編成し、N州がN州、NE州、S州の3州に分割されたことから、プロジェクト対象州が5州となった¹¹。この州再編によって新しくできたNE州、S州を対象にした活動は2019年前半から開始した。また州再編と併せて郡の分割もあり、UE州と旧N州の郡数がそれぞれ13郡から15郡、26郡から29郡となった。対象地域の面積、人口、郡数を表1-2に示す。

表1-2：プロジェクト対象州の概要

州名	アッパー・ウエスト州	アッパー・イースト州	ノーザン州	ノース・イースト州	サバナ州
面積	18,476 km ²	8,842 km ²	25,449 km ²	9,072 km ²	35,862 km ²
人口	920,430	1,328,551	2,359,468	672,784	762,939
郡数	11郡	15郡	16郡	6郡	7郡

出典：DHIMS 2、2022年

1.5 プロジェクト実施機関・カウンターパート

プロジェクトの実施機関・カウンターパート（Counterparts: CP）は、下記表1-3のとおりである。

表1-3：実施機関・CP

<ul style="list-style-type: none"> ・ 関係省庁：保健省(Ministry of Health: MOH) ・ 実施機関：GHS ・ プロジェクト・ダイレクター：GHS 総裁 (Director General) ・ プロジェクト・マネージャー：GHS 北部5州の州保健局長 (Regional Director) ・ プロジェクト・コーディネーター：GHS 本部 政策計画・モニタリング・評価局長 (Director, Policy Planning and Monitoring Evaluation Division: PPMED)

¹¹ JICA とコンサルタント会社との業務委託契約上の制約により、プロジェクト名の変更は行わないこととした。

- ・ GHS 本部では 家族保健局 (Family Health Division: FHD)、公衆衛生局 (Public Health Division: PHD)、臨床ケア局 (Institutional Care Division: ICD)、財務局 (Finance Division)、人材局 (Human Resource Division)、研究開発局 (Research and Development Division) も関わる。

図 1-2 で示すとおり、GHS には、国レベル、州レベル、郡レベルの三つの行政レベルと、亜郡と CHPS を入れた五つの機能レベルがある。

国レベルでは、保健プログラムの実施、人材の管理、CHPS レベルまで配置された保健医療専門家の報酬の管理等を担当しており、州レベルでは、郡に対する調整、支援、監督を行う。郡では、郡レベルを頂点に、亜郡レベル、CHPS ゾーンと、3 層の階層構造で実務レベルでの保健サービスが提供されている。郡保健局は、郡の保健戦略や意思決定、管轄下の亜郡や CHPS 施設の管理と運営、郡議会との調整を担っている。

本プロジェクトの実施にあたっては、GHS 本部と北部 5 州を対象としたいくつかのレベルでの意思決定会議を開き、組織の下から上までの合意形成を行った。最上位の意思決定会議である JCC に加え、州レベルでの会議を行い、CP と情報を共有した。州マネジメント会議は各州での活動について、州調整会議は 5 州間の戦略策定やリソース配分について調整した。

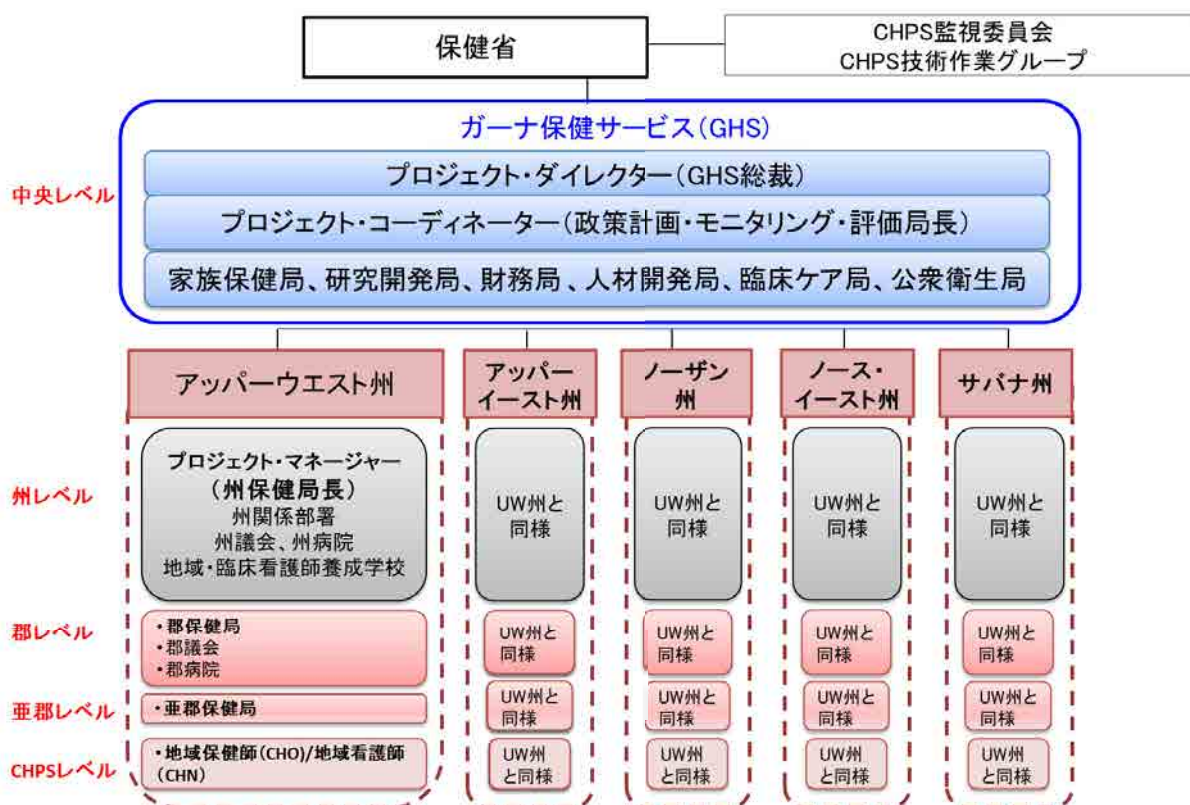


図 1-2 : プロジェクトの CP の機能レベルと意思決定機関

1.6 プロジェクトの関係機関

前述の CP に加え、郡議会や地域看護師養成学校 (Nurse Assistant Preventive: NAP)、准看護師養成学校 (Nurse Assistant Clinical: NAC) の教員らが、ガーナ側の重要な関係者となる (図 1-2)。養成学校は、本プロジェクトでは CHPS に配置される人材の養成学校を対象としている。

プロジェクト活動の対象は、主に州・郡・亜郡保健局、CHPS そして CHPS の受益者であるコミュニティであった。

CP と関係機関の概要とプロジェクト成果の関係を次の図 1-3 と表 1-4 に示す。

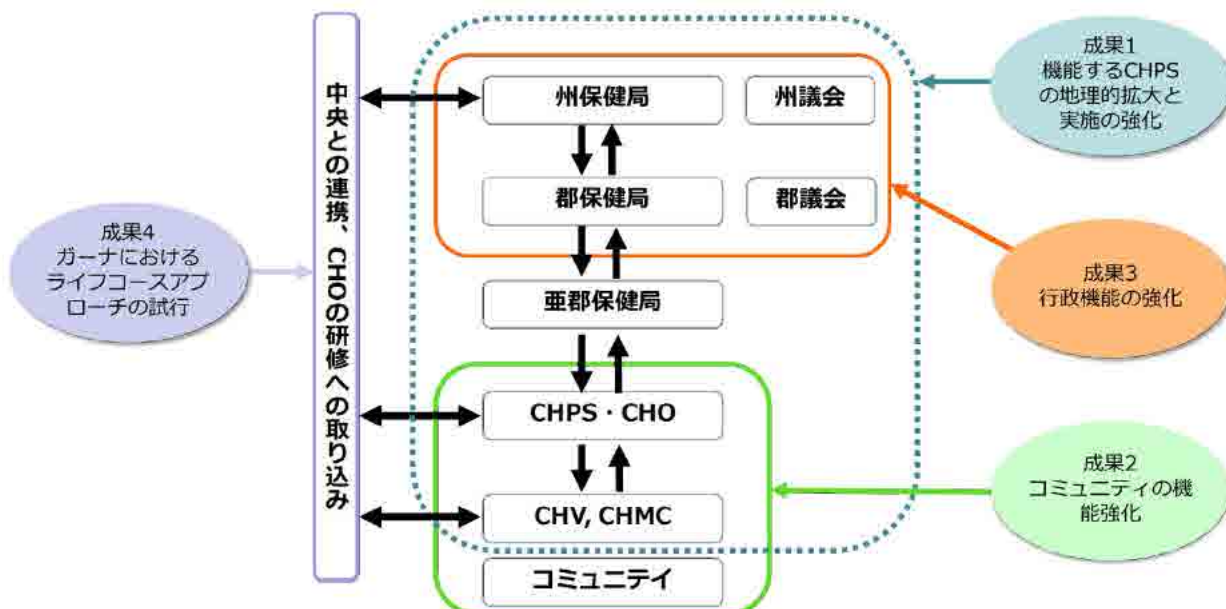


図 1-3 : プロジェクト成果と関係機関の関係

表 1-4 : CP と関係機関の概要

関係機関・者	概要
州保健局マネジメントチーム (Regional Health Management Team: RHMT)	州の保健に関する事項の最高意思決定機関であり、郡保健マネジメントチーム (District Health Management Team: DHMT)、州病院、郡病院を監督している。プロジェクトの主要なカウンターパートである。
郡保健局マネジメントチーム (DHMT)	郡の保健管理の実務レベルを統括している。亜郡保健チーム (Sub-District Health Team: SDHT) の監督、CHO 人材の研修や配置を監督している ¹² 。
亜郡保健局チーム (SDHT)	SDHT は CHO を監督し、郡レベルとの連絡役を務める。各郡は、その規模に応じて四つ以上の亜郡に区分けされている。臨床機能としてヘルス・センターを併設して、分娩を中心としたサービスを行っている。
駐在地域保健師 (CHO)	CHPS の訓練を受けた保健従事者で、CHPS ゾーンに配置され、基本的な PHC を提供するために、コミュニティと協働して活動を行う。
地域保健ボランティア (CHV)	コミュニティに正式に選ばれ、無償で CHO の活動を支援するボランティアである。CHMC が監督し、CHO が CHV の技術的な指導を行う。
地域保健管理委員会 (CHMC)	地域のコミュニティによる保健活動の計画・実施を主導するコミュニティの住民による委員会である。CHV を管理監督する役割も担っている。
コミュニティ	CHPS ゾーン内には通常 1 から 10 のコミュニティが存在する。コミュニティには部族長 (チーフ) が存在し、集会 (ダーバー) などを通して、物事を取り決めていく。

¹²CHPS 実施政策 (GHS, 2005) による。

関係機関・者	概要
郡議会 (District Assembly)	郡行政を担当している。郡議会は郡予算の決定権を持つ。保健セクターの要請に応じて活動支援も行う。また、CHPS のインフラを構築し、CHPS に必要な設備を提供する責任を負っている。
州調整協議会 (Regional Coordination Council: RCC)	州行政を担当しており、郡議会の監督も行っている。RCC は州の行政および予算に関する意思決定を行う。
養成学校	プロジェクトに関連する養成学校には、三つのタイプがある。地域看護師養成学校 (NAP) は主に CHPS に配置される人材を養成し、准看護師養成学校 (NAC) は病院やヘルス・センターの臨床人材の養成、助産師養成学校 (Midwifery Training College: MTC) は、助産師を養成する学校で、キャリアアップのため CHN や CHO が助産師養成学校に行くケースもある。

対象5州で利用可能な医療施設を表1-5に示した。第3次医療施設¹³のN州タマレ教育病院や、第2次医療施設¹⁴であるUW州、UE州、N州の州病院を除く残りの施設は第1次医療施設¹⁵である。このように北部5州では第2次医療施設以上の病院数は非常に限られているため、第1次医療施設が予防から治療まで大きな役割を担っている。従ってCHPSをはじめとする第1次医療施設の質の担保と、第2・3次医療施設へのリファラル・システムの整備が非常に重要となる。なお、ガーナにおけるリファラルの流れは、CHPS→保健センター→郡・州病院→教育病院となっている。CHPS施設で対応しきれない患者は、まず管轄区の保健センターに紹介される。保健センターで更に検査や治療が必要となった患者は、その上の保健施設へ紹介・搬送される。これにより、上位保健施設である特に病院への患者の集中及び混雑によるサービスの質の低下を防ぎ、患者の重症度に見合った施設で患者が必要なサービスを適切に受けることが可能となる。つまり、ガーナでは保健センターが医療施設の門番としての役割を果たしているともいえる。限られた医療資源を効率的かつ有効に活用する上でも、保健施設間の連携を通じた保健リファラル・システム整備と強化が重要となっている。

表1-5：対象5州で利用可能な医療施設

州	医療施設合 計	州・郡・ 私立病院	ポリクリニ ック	ヘルス・セ ンター	クリニック	マタニテ ィ・ホーム	CHPSゾー ン
UW州	419	10	5	77	16	5	306
UE州	376	13	0	70	38	3	252
N州	356	36	2	63	24	7	216
NE州	102	5	0	21	5	0	71
S州	159	8	4	26	7	3	111

情報源：エンドライン調査報告書 (p.7)

¹³ 第3次医療施設は州を超えた地域の基幹病院で、包括的なケアが可能な、入院施設や教育的機能を持つ保健医療施設である。

¹⁴ 第2次医療レベルは州レベルの施設で1.2百万程度の人口をカバーし、郡病院ではできない専門的サービスを提供できる保健医療施設である。

¹⁵ 第1次医療レベルはコミュニティ、CHPS、亜郡、郡レベルでのPHCサービスを提供する保健医療施設である。

1.7 プロジェクト期間

当初実施計画時には、2017年5月から2022年5月のプロジェクト期間を想定していたものの、契約時点では、2017年7月から2022年7月の5年間をプロジェクト期間として契約を2期に分けて（2017年7月～2019年7月、2019年11月～2022年7月）計画していた。しかし、新型コロナウイルス感染症拡大に伴う活動の遅れから、プロジェクトはR/Dを修正し、2023年7月まで1年間延長された。

- ・ 第1期：2017年7月から2019年7月まで
- ・ 第2期：2019年11月から2023年7月まで

1.8 投入実績

1.8.1 日本側投入実績

日本側投入実績は表 1-6 のとおり。プロジェクト実施費用を併せて整理した。なお、専門家派遣実績は添付資料4、供与機材実績は添付資料7を参照されたい。

表 1-6：投入実績（日本側）

投入内容	実績
日本人専門家	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 第1期には10ポストに計13名の専門家が派遣された（計60.67人月、うち国内業務3.65人月） <ul style="list-style-type: none"> - 総括/地域保健 - 副総括/保健システム強化 - 保健システム強化 - ヘルスプロモーション - 情報・教育・コミュニケーション - 栄養 - 公共財政管理1/保健財政 - 業務調整1/研修マネジメント1/非感染症 - 業務調整2 - 研修マネジメント2/公共財政管理2 ➢ 第2期には9ポストに計12名の専門家が派遣された（計89.93人月、うち国内業務50.14人月） <ul style="list-style-type: none"> - 総括/地域保健1/栄養2 - 保健システム強化 - ヘルスプロモーション - 情報・教育・コミュニケーション - 栄養 - 公共財政管理/保健財政 - 業務調整1/研修マネジメント1/非感染症/栄養1 - 業務調整2/研修マネジメント2 - 地域保健2
本邦研修	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 第1期は2018年5月に本邦研修を実施し、保健省から1名、GHS本部から2名、州保健局から2名、郡保健局から1名の、計6名が招へいされた。 ➢ 第2期は2019年11月に本邦研修を実施し、GHS本部から3名、州保健局から3名の、計6名が招へいされた。
供与機材	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 第1期にプロジェクトからCPに供与された主な機材は、金庫、デスクトップ

投入内容	実績
	<p>パソコン、ノートパソコン、コピー機の部品、プリンター、プロジェクター、エアコンなど、3州での事務所設立のためのプロジェクト事務所備品である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 第1期供与機材費：21,188千円 ➤ 第2期にプロジェクトからCPに、金庫、デスクトップコンピューター、ノートパソコン、コピー機、プリンター、プロジェクター、UPS、新型コロナウイルス感染症対策に係る医療資機材等を供与した。 ➤ 第2期供与機材費：129,082千円
在外事業強化費	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 第1期プロジェクト在外事業強化費：163,871千円 ➤ 第2期プロジェクト在外事業強化費：355,177千円（2023年9月末時点の見込み額）
日本側総投入額	➤ 1,209,707千円（2023年9月末時点の見込み額）

なお、先述の1.7のプロジェクト期間で述べた、新型コロナウイルス感染症拡大に伴う延長については、ガーナ政府による外国人の入国制限により、2020年4月から2021年5月まで渡航を中断せざるを得なかった。その期間、日本人専門家は国内から遠隔で現地のプロジェクトスタッフを通じて活動の管理や活動の準備を行った。この間の人月に関しては、現地業務から流用し国内業務分として充てた。この流用分に加え、成果1では当初のスコープにはなかった活動の全国普及をGHSからの要請に応じて行ったことや、成果4では新たに新型コロナウイルス感染症に関するモジュールの作成や現職の地域保健師向けの研修後モニタリングなどを行ったことにより、合計14.6人月が追加された。

現地活動費用に関しては、延長期間分の事務所維持費、新型コロナウイルス感染症予防に関わる消耗品や機材の購入費が追加となった。また、プロジェクト対象の北部地域の治安悪化に伴い、安全対策の面から同地域への渡航制限が出されたことにより、会議や研修会場を変更する必要が生じた。そのための追加費用や活動の全国普及に関わる費用など、一般業務費が58,894千円の増額となった。

1.8.2 ガーナ側投入実績

ガーナ側投入実績は、表1-7のとおり。

表1-7：投入実績（ガーナ側）

投入内容	実績
カウンターパート	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 中央レベル：GHS <ul style="list-style-type: none"> - プロジェクト・ディレクター：GHS 総裁 - プロジェクト・コーディネーター：政策計画・モニタリング・評価局長 - 家族保健局、研究開発局、人材開発局、臨床ケア局、公衆衛生局職員 ➤ 州レベル：北部5州保健局のマネジメントチーム（RHMT） <ul style="list-style-type: none"> - プロジェクト・マネージャー：各州保健局長 - その他州関係部署 ➤ 郡レベル：郡保健局マネジメントチーム（DMHT）
オフィススペース	➤ UW州、N州、UE州内に事務所執務スペースを提供。書類整理用棚、事務所の水道光熱費負担。
ローカルコスト	➤ プロジェクト実施予算の一部

1.9 ガーナで展開している他の JICA プロジェクトや開発パートナーとの連携

本プロジェクトと同時期にガーナで展開されていた保健分野の JICA プロジェクトとの連携状況は次のとおりである。

「母子手帳を通じた母子継続ケア改善プロジェクト」（2018年4月～2022年1月）とは、同プロジェクトのスコープ外であった CHPS レベルの CHO の母子手帳に関する能力強化を、本プロジェクトが実施した CHO/SDHT 現職研修のプログラムに組み込むことで活動支援を行った。「Ensure Mothers and Babies' Regular Access to Care (EMBRACE) 実施研究」（2012年6月～2016年3月）については、直接の連携はなかったが、同研究での知見は、上記母子手帳プロジェクトでの母子手帳の開発や研修に組み込まれている。

N州で実施された「ノーザン州医療体制改善計画準備調査」（2019年3月～2020年2月）は、CHPS からのリファラルを受ける上部医療機関の機材整備などを目的としており、本プロジェクトのCHPS からのリファラルの強化が期待されたが、活動実施の遅れにより期待した連携はなかった。「5S-KAIZEN-TQMに焦点を当てた母子保健医療サービスの質の改善プロジェクト」（2022年5月～2027年5月）とは、N州の保健医療施設やリファラル活動に関連した情報共有を通じて、同プロジェクトの母子保健に係る質改善やリファラル能力強化のための活動を支援した。

他の開発パートナーの連携としては、米国国際開発庁（United States Agency for International Development: USAID）が GHS と共同して開発した臨床を中心とした保健医療施設のモニタリングツールを、地域保健が主である CHPS レベル向けに適したツールに改善し、USAID と国のモニタリングツールに組み込み、そのデジタル化にも協力した。また、本プロジェクトが作成した CHMC と CHV を対象とした研修の教材が同庁の CHMC 支援プログラムの研修教材として採用され、活用されている。国際連合開発計画（United Nations Development Programme: UNDP）と韓国国際協力団（Korea International Cooperation Agency: KOICA）に対しては、プロジェクト対象地域の CHPS のデータを提供した。また、UNDP にも CHMC と CHV 研修用の教材を提供している。UNDP 側は、本教材を印刷、活用し、その一部は本プロジェクトにも供与された。

第2章 活動内容

2.1 成果0に関する活動

成果0は、ベースライン調査やエンドライン調査およびプロジェクト・マネジメントやモニタリング評価に関する活動から構成される。

本成果においては、プロジェクトの最高意思決定会議である合同調整委員会（JCC）のほか、5州レベルを対象にした州調整会議、各州での実務レベルの調整を目的にした州マネジメント会議を定期的実施してきた。これらの会議では、好事例・教訓の共有に加え、指標にはないがガーナ保健サービス局（GHS）との関係を強化し、州や郡レベルとの合意形成の下に活動を進めた。加えて、郡レベルでプロジェクト理解を深めるため、郡保健局長を対象とした郡保健マネジメントチーム（DHMT）会議も必要に応じて開催した。

本報告書では、表2-1の左側に示すプロジェクト・デザイン・マトリクス（PDM）上の活動を右のアプローチごとに整理して記載する。

表2-1：成果0の活動と本報告書で記載する項目

【成果0】プロジェクトが適切に（定期的）にモニタリング・評価され、好事例や教訓が同国の保健政策実施機関である、ガーナ保健サービス局本部や他州と共有される。	
PDM上の活動	本報告書での活動項目
0-1. ベースライン調査を実施する。	(1) ベースライン調査とエンドライン調査の実施（活動0-1, 0-5）
0-2. 定期的にプロジェクトの進歩をモニターし、CHPS実施における効果をレビューする。	(2) モニタリング視察訪問の実施（活動0-2, 0-3, 0-4）
0-3. 対象州との技術交流のためのGHS本部による視察訪問を実施する。	(3) スタディツアーの実施（活動0-3）
0-4. 必要に応じて保健省とGHS本部と共にプロジェクト方針・戦略の修正点を報告する。	(4) プロジェクト運営マネジメントに関連した会議の開催（活動0-4）
0-5. エンドライン調査を実施する。	(5) 活動普及に関連した活動の実施（活動0-6）
0-6. 保健省/GHS本部がレビューした評価レポートをまとめ、全国に普及する。	(6) 本邦研修の実施（PDM上にはなし）

2.1.1 ベースライン・エンドライン調査の実施

ベースライン調査は、PDMの指標にしたがって、再編前の北部3州で実施した。第1期の終了時までの調査結果は、2018年6月に開催されたJCCで関係者と共有した。その後、ベースライン調査報告書は、2018年8月にGHSと独立行政法人国際協力機構（JICA）に提出した。同報告書については、部分払い成果品の添付資料として2018年8月31日にJICAに提出済みである。

エンドライン調査は、プロジェクトの介入によるPDM指標の達成度、達成に影響する要素や介入の適性や効果を確認するため、再編後の北部5州で実施した。PDM指標以外にも、調査では成果の発現に寄与した他の定性的・定量的な要因も確認し、成果で達成が危ぶまれる指標については、対応策と課題を示した。調査の結果は2023年2月14日、15日に開催されたエンドラインレビューミーティングで関係者と共有し、エンドライン調査報告書は、2023年5月にGHSとJICAに提出した。

2.1.2 モニタリング視察訪問の実施

プロジェクトには、活動のモニタリングの一環として、GHS本部によるモニタリングとJCCメン

バーによるスタディツアーという二つのモニタリング機会があった。GHS 本部からの訪問は、コミュニティや駐在地域保健師（CHO）による基本的保健医療計画・サービス（CHPS）スタッフなどのモチベーションを上げる原動力となったほか、プロジェクト活動がどのようなコミュニティ活動や医療保健施設のサービスの改善につながっているかを伝える機会となった。以下、表 2-2 でこれまでの GHS 本部によるモニタリングの概要を示す。

表 2-2：GHS 本部による合同モニタリングの要約一覧

回	対象者	時期	参加機関・局
第 1 回	GHS 本部と州関係者	2019 年 4 月	GHS 本部、政策・計画・モニタリング・評価局、家族保健局、医療施設ケア課、公衆衛生部（計 10 名）
第 2 回	GHS 本部	2020 年 8 月	同上（計 8 名）
第 3 回	GHS 本部	2021 年 10 月	同上（計 10 名）

2.1.3 スタディツアーの実施

スタディツアーは、JCC の参加者を中心に、その開催州で、コミュニティや CHPS などプロジェクト活動に関係する現場を 1 日から 2 日かけ視察するプログラムである。他州の活動の学びの機会であると同時に、現場のヘルスワーカーのモチベーションを上げる訪問にもなった。第 2 回、第 5 回、第 7 回の JCC 開催時は、会合に合わせて開催地の州でスタディツアーを実施してきた。

なお、各州でのスタディツアーに関しては、新型コロナウイルス感染拡大とプロジェクト対象地域の治安悪化の影響から、当初の計画より少ない回数の実施となった。新型コロナ感染が収束した第 8 回 JCC 以降、スタディツアーの再開を試みたが、同時期に全国普及会議をはじめとする活動が重なったことから、参加者のスケジュール調整に一定の困難を伴い、実施がかなわなかった。このため、第 8 回以降のスタディツアーは実施を断念する結果となった。

2.1.4 プロジェクト運営マネジメントに関連した会議の開催

(1) 合同調整委員会（JCC）の開催

プロジェクトは、6 年間のプロジェクト期間において、計 9 回 JCC を開催した。上述の通り、第 2 回、5 回、7 回 JCC は、スタディツアーを合わせて実施し、各活動における技術交流を促進した。全 9 回の JCC を通じてプロジェクトは、活動計画の承認や進捗状況の共有、PDM 改定時の承認、課題についての協議を行ってきた。最後の開催となる第 9 回 JCC では、PDM の指標の達成度と今後の持続可能な計画についての発表・議論がされたが、スケジュールの関係上、GHS 総裁と GHS 本部政策計画・モニタリング・評価局（PPMED）局長は、全国普及会議及び第 9 回 JCC に出席できず、代理として GHS 本部の家族保健局長が出席した。このフォローアップとして、GHS 総裁と PPMED 局長に対し、後日（2023 年 6 月 19 日）プロジェクト成果の最終報告会を行った。本報告会には、対象 5 州のうち 3 州の局長も参加し、アッパーウエスト州（UW 州）局長と同州ナドリ・カレオ郡局長によってプロジェクト成果が報告された。表 2-3 に、これまでに行った JCC の概要をまとめる。第 1 回から 7 回の JCC の議事録は、これまでの業務進捗報告書に添付した。第 8 回と第 9 回の JCC の詳細は、添付資料 8：JCC 議事録を参照されたい。

表 2-3：開催した JCC の概要

回	日程	場所	参加者数	内容
第 1 回	2017 年 11 月 28	アクラ	計 42 人	・プロジェクトの概要、戦略の紹介 ・プロジェクトロゴの承認

回	日程	場所	参加者数	内容
	日			<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト・ワークプランの承認 PDM 初版から PDM 改訂第 1 版への変更の承認 課題についての協議
第 2 回	2018 年 6 月 28 日	UW 州	計 65 人	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト進捗状況の発表と承認 ベースライン調査結果の共有 本邦研修の知見の発表 UW 州スタディツアーの知見の発表 サポーター・スーパービジョン (SS) やコミュニティ・スコアカードなど課題の協議 第 1 期の残りの活動計画の確認
第 3 回	2018 年 11 月 29 日	ノーザン州 (N 州)	計 82 人	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト進捗状況の発表と承認 本邦研修参加者の活動状況の発表 N 州スタディツアーの知見の発表 課題についての協議 第 1 期の残りの活動計画の確認
第 4 回	2019 年 5 月 10 日	アッパーイースト (UE 州)	計 75 人	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト進捗状況の発表と承認 GHS モニタリングの知見の共有 UE 州スタディツアーの知見の発表 課題についての協議 第 2 期の活動計画の承認 PDM 改訂第 2 版の承認
第 5 回	2020 年 1 月 23 日	UW 州	計 96 人	<ul style="list-style-type: none"> 第 2 期活動計画の承認 UW 州スタディツアーの知見の発表 CHPS 実施状況の共有 第 2 回本邦研修の知見の発表 課題についての協議
第 6 回	2021 年 7 月 9 日	アクラ	計 58 人	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト延長と活動計画の承認 PDM 改訂第 3 版の承認 CHPS 実施状況の発表 プロジェクト進捗状況の発表 課題についての協議
第 7 回	2022 年 1 月 26 日	クマシ	計 58 人	<ul style="list-style-type: none"> CHPS 実施状況の発表 プロジェクト進捗状況の発表 PDM 達成度についての報告 課題についての協議
第 8 回	2023 年 2 月 16 日	クマシ	計 58 人	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト進捗状況の発表 5 州 PDM 達成に向けた戦略についての発表 包括型サポーター・スーパービジョン (Integrated Supportive Supervision: ISS) によるネットワーク・オブ・プラクティス (NOPs) への貢献: ナドリ・カリオ郡の事例発表 課題についての協議
第 9 回	2023 年 6 月 14 日	アクラ	計 91 人	<ul style="list-style-type: none"> PDM 指標の達成状況と持続可能な計画の発表 課題についての協議

(2) 州調整会議の開催

5 州の州調整会議は、プロジェクトがカバーする 5 州としての戦略の合意や、州間での調整を目的に実施してきた。表 2-4 は、これまでの州調整会議の要約である。

表 2-4 : 州調整会議の要約一覧

回	対象	時期	内容
第 1 回	3 州	2018 年 6 月 26 日	<ul style="list-style-type: none"> CHPS データに基づく駐在地域保健師 (CHO) 養成研修や他の研修に関するリソースの協議 進捗状況についての報告と活動計画の共有 ベースライン調査結果の共有 本邦研修の知見の発表

回	対象	時期	内容
第2回	3州	2018年11月27日	<ul style="list-style-type: none"> ・新局長へのプロジェクト紹介 ・CHPS 実施状況の共有 ・進捗状況についての報告と活動計画の共有 ・ベースライン調査結果の共有 ・本邦研修の知見の発表
第3回	3州	2019年5月8日	<ul style="list-style-type: none"> ・CHPS 実施の課題の共有 ・第2期のワークプランの共有 ・改訂 PDM の共有 ・第1期と第2期プロジェクトの空白期間の事務所のマネジメントと活動
第4回	5州	2020年1月21日	<ul style="list-style-type: none"> ・新メンバー（NE州とS州）の紹介と州保健局の設立状況の共有 ・第2期の各州の活動計画の承認 ・CHPS 実施状況の共有 ・JCC プレゼンテーション内容の確認 ・PDM 第3版の変更事項と指標目標値の説明
第5回	5州	2021年7月8日	<ul style="list-style-type: none"> ・新局長の紹介 ・プロジェクト延長と改定された活動計画の承認 ・CHPS 実施状況の共有 ・JCC プレゼンテーション内容の確認 ・PDM 第3版の変更事項と指標目標値の確認
第6回	5州	2022年1月25日	<ul style="list-style-type: none"> ・CHPS 実施状況の発表 ・プロジェクト進捗状況の発表 ・PDM 達成度についての報告 ・課題についての協議
第7回	5州	2022年2月15日	<ul style="list-style-type: none"> ・CHPS 実施状況の発表 ・プロジェクト進捗状況の発表 ・PDM 達成度についての報告 ・課題についての協議

(3) 州マネジメント会議の開催

州のマネジメント会議では、各州の CHPS 実施状況と必要な戦略を協議し、州が活動を継続するための戦略を確認、プロジェクトと州との調整事項を協議した。表 2-5 にこれまでに開催した州マネジメント会議を示した。

表 2-5：州マネジメント会議の開催状況

対象州	時期	回数
N 州	2017年7月31日、2018年3月20日、2018年11月22日、2019年2月28日、2019年5月20日	5回
N 州, NE 州, S 州 合同	2020年3月3日、2020年9月29日、2021年2月9日、2021年5月11日、2022年9月22日	5回
UE 州	2017年8月1日・2日、2018年3月22日、2018年12月3日、2019年2月18日、2020年2月3日、2020年9月30日、2021年2月18日、2021年5月25日	8回
UW 州	2018年5月24日、2018年11月19日、2019年2月5日、2019年2月28日、2019年5月14日、2020年1月28日、2020年10月6日、2021年3月11日、2022年10月7日	9回

(4) DHMT 会議の開催

プロジェクトは対象 5 州において、郡レベルでのプロジェクト活動への理解を深め合意を形成するため、必要に応じて DHMT 会議を開催した。この会議には、CHPS 実施の要となる郡局長を中心とし、郡保健師、保健情報オフィサー（Health Information Office: HIO）、CHPS コーディネーターが参加した。なお、CHPS コーディネーターは、GHS 総裁、州保健局長または郡保健局長によって委任され、その役割は国、各州、郡における CHPS 実施の調整、支援、監督、報告等である。

2.1.5 活動普及に関連した活動の実施

(1) 普及会議の開催

第2期の終了時に、北部5州対象普及会議と全国普及会議を開催した。北部5州対象普及会議は、2023年5月31日にタマレで開いた。エンドライン調査結果を発表し、メディア関係者も含めて97人が出席した。全国普及会議は、同年6月14日にアクラにて開催した。介入成果やインパクトを中心に発表が行われ、全国16州の州・郡保健局職員や開発パートナー、JICA関係者など含め総勢132名が参加した。

(2) 広報活動

本プロジェクトは、GHS本部や開発パートナーに対するプロジェクト活動のアピール、州の結束強化や住民レベルへの活動普及のために広報活動に力を注いだ。広報計画と実施内容は表2-6のとおりである。

表2-6：プロジェクトの広報計画と実施内容

活動内容	活動時期	活動概要
プロジェクトポスターの作成	2022年4月 2023年2月 2023年6月	ライフコースアプローチ（LCA）や健康啓発のイラスト付きポスターを作成し、5州の関係者に配布した。 第8回JCC及び全国普及会議の際には、成果ごとの達成状況に焦点を当てたポスターを作成し、参加者及びメディア関係者に宣伝した。
カレンダーの作成 (年1回)	2021年1月 2022年1月 2023年1月	毎年カレンダーを作成し、カウンターパート（CP）と開発パートナーに配布してプロジェクトの宣伝を行った。
ニュースレターの作成 (年2回)	2020年10月 2021年5月 2022年1月 2023年2月	プロジェクトの最新の成果別活動のハイライトや予定を記事として作成し、CPと開発パートナーに配布した。
フェイスブック・サイト	2022年3月 2022年9月 2023年6月	2022年3月に英語版を作成し、2022年9月と2023年6月に情報更新した。
成果物資料の展示	2023年5月 2023年6月	北部5州及び全国普及会議の際、成果品を一式展示し、北部5州に加え、アクラ及びその他の州からの参加者にプロジェクト成果をPRした。

(3) グッドプラクティス集の作成

プロジェクト終了時にグッドプラクティス集を作成した。グッドプラクティスとして郡CHOオリエンテーション、リファラル、LCA、CHPSデータベース（CHPS-DB）の4事例を取り上げた。本グッドプラクティス集は印刷・製本され、計250部をGHS本部や対象5州の他、全国の州にも配布した。

2.1.6 本邦研修の実施（PDM上にはなし）

本邦研修を2018年5月と2019年11月に各一回、計2回実施し、プロジェクトの主要CP計12人が参加した。参加者の所属先と役職を表2-7で示す。本邦研修では、ガーナにおけるLCA活動の実施・普及に向けた保健従事者の実施能力を強化することによって、CHPSサービスにLCAに関わるサービスを組み込むための政策立案や保健システム強化のための基盤作りを目的とした。このため、ガーナの地域医療と類似点が多く、日本におけるLCA活動の先進地域である長野県佐久市と佐久穂町を視察訪問した。2018年の研修では、ガーナにおけるLCAの全国展開を見据え、都市部のLCA活動について学ぶため東京都大田区も視察訪問した。

本邦研修後は、そのフォローアップのため、研修参加者を対象とした会議を JCC に合わせて行っていたが、第5回 JCC 以降は、JCC の規模縮小もありフォローアップ会議の開催はかなわなかった。研修に参加した CP は、LCA 研修教材の作成や研修実施、各種会議参加を通じてプロジェクトに協力してくれた。

表 2-7：本邦研修の参加者リスト

	氏名	本邦研修時（2018年/2019年）		現在（2023年）	
		所属先	役職	所属先	役職
第1回目（2018年5月）					
1	グラディス・ブリュ	GHS 本部	家族保健局、安全な母性コーディネーター	GHS 本部	家族保健局、安全な母性コーディネーター
2	ウインフレッド・コムラ・オフォス	GHS UE 州保健局	州保健局長	GHS イースタン州保健局	州保健局長
3	バルナバス・クワメ・イエボー	保健省	国家 CHPS コーディネーター	保健省	CHPS コーディネーター
4	ジョン・ウエツ・アベンイエリ	GHS N 州保健局	公衆衛生部門副局長	退職	
5	マティアス・ポグヴィ・テンガン	GHS UW 州郡保健局	郡保健局長代理	GHS アッパーウエスト州	シサラ・ウエスト郡局長
6	エスター・アデュ	GHS 本部	健康増進局、シニアオフィサー	GHS 本部	家族保健局、安全な母性コーディネーター
第2回目（2019年11月）					
7	カワベナ・ボアテング・ボアキエ	GHS 本部	臨床ケア部臨床情報課、主任	GHS アハフォ州保健局	州保健局長
8	フェリシア・ババナオ	GHS 本部	PPMED 局、CHPS コーディネーター	オペレーションズ スマイル (NGO)	プログラムマネージャー
9	エレノア・セイ	GHS 本部	ヘルスプロモーション課、局長代理	退職	
10	ジョン・エレザ	GHS N 州保健局	州保健局長	退職	
11	オセイ・クフォー・アフレ	GHS UW 州保健局	州保健局長	GHS オティ州保健局	州保健局長
12	ジョセファット・ニュザグル	GHS UE 州保健局	公衆衛生課、州保健局副局長	GHS UE 州保健局	州保健局副局長

2.2 成果1に関する活動

成果1については、主に CHPS 実施の拡大と強化に関する介入を行った。本成果は、機能する CHPS の拡大とサービス機能の強化に大きく関わる。そのため、成果1の指標目標はプロジェクト目標の1、そして2-1と2-2と同じ内容のものになっている。

本成果の具体的な活動は、(1) CHPS-DB の導入と運用強化、(2) CHO の養成システムの確立、(3) リファラル・システムの強化、(4) サポートティブ・スーパービジョンの強化、(5) 郡レベルの四半期会議の導入を通じたモニタリング・システムの強化一である。これらのうち、(1)についてはガーナ全州を対象に、(2)と(5)についてはプロジェクト対象5州、(3)と(4)はN州、UE州、UW州のパイロット郡を対象とした。本報告書では、表2-8左側に示すPDM上の活動をアプローチごとに整理して記載する。なお、表2-8中のPDM上の活動1-9については成果0のスタディツアーの中で実施している。

表 2-8 : 成果 1 の活動と本報告書で記載する項目

【成果 1】健康教育・住民参加促進・リファラルなどの PHC サービスを州住民に提供する州保健師 および亜郡・郡・州の保健医療チームの国家基準に基づいた CHPS の計画および実施の力が強化される。	
PDM 上の活動	本報告書で記述する項目
1-1. CHPS 実施の進捗度を測るために CHPS データベースを構築する。	(1) CHPS データベース・システムの開発と導入 (活動 1-1, 1-2, 1-4, 1-5, 1-6, 1-7, 1-9, 1-10) (2) CHO 養成システムの確立 (活動 1-4, 1-5, 1-6, 1-7, 1-9, 1-10) (3) リファラル・システムの強化 (活動 1-3, 1-4, 1-5, 1-6, 1-7, 1-9, 1-10) (4) サポート型・スーパービジョンの導入 (活動 1-3, 1-4, 1-5, 1-6, 1-7, 1-8, 1-9, 1-10) (5) 郡保健四半期パフォーマンス・レビュー (District Health Quarterly Performance Review: DHQPR) 会議の導入 (活動 1-6, 1-7)
1-2. 現在の CHPS 実施の進捗度を測定する。	
1-3. CHOs、亜郡保健チーム (SDHT)、郡保健マネジメントチーム (DHMT) を対象としたリファラルとスーパービジョンの研修を計画する。	
1-4. (必要に応じ) 既存の研修教材を修正する。	
1-5. 研修トレーナーを任命・訓練する。	
1-6. 研修を実施する。	
1-7. 研修のフォローアップを実施する。	
1-8. 標準化されたスーパービジョンを定期的に支援する。	
1-9. 対象州・郡間で、相互訪問等学び合いの機会を計画・実施する(例: グッドプラクティスのビデオ制作等)。	
1-10. 国家標準化に向けて研修教材を標準化する。	

2.2.1 CHPS データベース・システムの開発と導入

CHPS-DB は、先行プロジェクトで UW 州に導入した CHPS 実施状況を管理・モニターするためのシステムである。各郡の CHPS コーディネーターと保健情報オフィサーが各 CHPS から情報を集め、州レベルで情報を統合する。この情報には①CHPS 実施戦略の策定に必要な情報、②資源分配に必要な情報、③郡保健情報管理システム 2 (DHIMS 2) の CHPS に関わるデータが含まれ、四半期ごとに更新する。郡・州が本システムとツールを使い、人材養成と配置、機材分配、CHPS の設置状況を整理・分析することで適切な実施戦略を検討できる。また DHIMS 2 の CHPS データの精度を高めることができる。表 2-9 に CHPS-DB のカテゴリと項目をまとめた。

表 2-9 : CHPS-DB のカテゴリと項目

カテゴリ	項目	カテゴリ	項目
一般	区分けされた CHPS ゾーン数と人口	施設及び機材	施設の状態
	亜郡保健局マネジメントチーム		建設スポンサータイプ
	選挙区		宿泊設備の有無
	CHPS 数と人口		機材の有無
スタッフ	CHO 数		予防接種用冷蔵庫の有無
	地域看護師 (CHN) 数		公用バイクの有無
	看護師数		電気の有無
	助産師数		水の有無
	その他スタッフ数		トイレ設備の有無
コミュニティ	地域保健活動計画 (Community Health Action Plan: CHAP) の実施状況		
	活発な地域保健管理委員会 (CHMC) 数	サービス提供	サービス提供状況
	活発な地域保健ボランティア (CHV) 数	その他	備考

本プロジェクトでは開始当初に CHPS 政策を評価するためのスコアカード案の作成が想定されていたが、既に UW 州で導入され、有効性が実証されていた CHPS-DB を代替ツールとして提案し、プロジェクト対象州への導入と、さらに同ツールが CHPS の地理的拡大と実施強化のために継続的に活用されるための仕組み作りを行った。本活動は、2019 年 5 月に JCC で承認された PDM 改訂で新規に追加された活動である。表 2-10 にプロジェクトが実施してきた活動を時系列にまとめた。

表 2-10 : CHPS-DB システムの開発と導入にかかるプロジェクトの関与

年月	活動	備考
2017 年 7 月～2018 年 2 月	CHPS データベース (CHPS-DB) 導入会議 (第 1 回、第 2 回)	N 州及び UE 州
2018 年 3 月	・ UW 州第 1 回 CHPS-DB 会議 ・ N 州・UE 州における CHPS-DB 開発と州・郡の CHPS 関係者の能力強化研修	
2018 年 7 月	N 州・UE 州での CHPS-DB 会議 (第 3 回) と州・郡の CHPS 関係者の能力強化研修 四半期ごとのデータ収集の開始	
2019 年 2 月	CHPS-DB 改訂会議	
2020 年 2 月	NE 州・S 州への CHPS-DB 導入会議及び州 CHPS 関係者の能力強化	
2021 年 7 月	CHPS-DB マニュアルの開発	
2021 年 9 月	イースタン州 CHPS-DB オリエンテーション	
2021 年 11 月	CHPS-DB 全国普及会議	10 州対象
2022 年 1 月	プロジェクト対象 5 州合同フィードバック会議	
2022 年 2 月～8 月	CHPS-DB オリエンテーション (9 州) CHPS フィードバック会議 (8 州) 8 州合同 CHPS-DB フィードバック会議	
2023 年 3 月	州 CHPS-DB オリエンテーション (アシャンティ州) CHPS-DB フィードバック会議 (セントラル州)	
2023 年 6 月	CHPS-DB フィードバック会議 (アシャンティ州) 全州合同 CHPS-DB フィードバック会議	

(1) CHPS データベースの開発と導入

CHPS-DB は各郡の CHPS に関連する情報を整理して蓄積したものである。CHPS-DB を使い、郡レベルのデータを州レベル、そして国レベルで集計・統合することができるため、郡から国までの各レベルで CHPS の実施状況をモニタリングすることが可能となる。また、各郡は CHPS-DB から国の保健情報管理ツールである DHIMS 2 に必要なデータを拾うことができるため、CHPS-DB は DHIMS 2 の精度を上げる補完的な役割を持つ。CHPS-DB は先行プロジェクトで UW 州に導入されており、本プロジェクトでは他のプロジェクト対象州への導入を行った。

導入のステップとしては、まず州と郡の CHPS コーディネーター、保健情報オフィサーを対象にオリエンテーションを行い、初期データを収集した。次に、収集したデータを基にプロジェクトが最初のデータベースを作り、その内容をフィードバック会議で関係者と確認し、州の CHPS-DB を完成させた。これを四半期ごとにデータ更新し、その結果を基に CHPS 運営状況を確認し必要な対策を検討した。プロジェクトはこれらのステップを踏んで、CHPS-DB を他のプロジェクト対象州 (N 州、UE 州、NE 州、S 州)、そして全国の州へ普及展開した。なお、全国への導入過程では、2019 年 2 月に GHS 本部関係者を交えて CHPS-DB を改定した。CHPS 政策により即した DB にすることが目的で、CHPS 実施ガイドラインの定義を満たした CHO の人員配置や機能する CHPS の計算式を調整し、CHPS サービスの質を評価するため CHPS 施設の水や電気、機材状況に関するデータ項目を追加した。また、同年 7 月には、普及・訓練に活用する CHPS-DB の研修マニュアルを開発した。

(2) CHPS データベースの活用と CP の能力強化

プロジェクトは、CP が CHPS-DB を効果的に活用できるよう、継続的に能力強化を図ってきた。プロジェクト対象 5 州において、導入当初は CHPS-DB 会議を四半期ごと、または半期ごとに開催し、提出されたデータの整合性を確認し結果を基に州・郡の CHPS 実施状況や課題分析を CP とともに行ってきた。また、分析結果を各州のマネジメント会議、州調整会議、JCC 会議において共有し、それらを基に州・郡レベルの CHPS 実施戦略を協議してきた。その結果、CP が CHPS 運営状況と課題を自分たちで正確に把握できるようになり、各州は CHPS 細分化や CHO 養成を含む人材配置などを、各郡は具体的な数値目標を持った活動計画作成をできるレベルにまで成長した。また、CHPS-DB の活用で北部 5 州の CHPS 施設の機材不足が明確になり、JICA から追加支援を受けることもできた。こうした活動の積み重ねにより、プロジェクト目標の指標である「機能する CHPS への住民アクセス」は大きく改善した。また、これらのプロセスを通じて対象 5 州の CHPS ユニットの能力が強化され、2020 年からは CP が自身で必要性を判断して CHPS-DB 会議を開催するようになった。

(3) CHPS データベースの普及

2021 年、イースタン州（E 州）から始まった CHPS-DB の全国展開を進め、2023 年 7 月のプロジェクト活動終了までに全ての州で CHPS-DB を導入することができた。同年 6 月末には、プロジェクトの最後の支援として全州を対象にした合同 CHPS-DB フィードバック会議を開催した。会議では各州から提出された CHPS-DB のデータを基にした国の CHPS 実施状況の共有、CHPS-DB 運営上の課題点や継続性について関係者と協議した。

全国展開に際しては、北部 5 州が担当の州を支援するピア・サポートの仕組みを採用し、日本人専門家やプロジェクトは後方支援に徹した。このやり方が功を奏し、対象 5 州は指導者的な役割を担うことで CHPS-DB へのオーナーシップが更に高まり、州間では協力支援体制が効果的に構築された。これにより、プロジェクト終了後も他州が能力強化と CHPS-DB 運用を継続する基盤ができたと考える。

全国普及を可能にした要因は、プロジェクトが開始当初から GHS 総裁や GHS 本部の PPMED 局長を活動に巻き込んできたことにある。彼らが CHPS-DB の有効性を認め、各州に導入を直接要請したことで、迅速な普及ができた。また、対象 5 州以外で最初に導入した E 州が独自に費用を捻出して研修を実施した例が、他州の参考になった。実際、プロジェクトが他州での CHPS-DB 導入の際に負担したコストは、プロジェクト対象 5 州から講師として派遣した CP の交通費程度であった。

(4) 今後の課題と展望

CHPS-DB の導入により、CP が CHPS 運営の状況を正確に把握し、戦略を持って活動に取り組むことが可能になった。これは次項で述べる CHO 養成に対する CP の意欲向上にも効果的に作用している。一方、今後の CHPS-DB の運用においてはいくつかの課題もある。例えば、各郡や州の定期的なデータ更新や、そのデータの質は、担当者の能力やコミットメントに大きく左右されている点である。さらに、DHIMS 2 へのデータ入力に CHPS-DB の結果が活用されないため、両者の整合性が取れないケースもある。HIO や CHPS コーディネーターに対する継続的な能力強化が重要である。また、大都市でのニーズに適応した都市型 CHPS（Urban CHPS zone）は、CHPS コンパウンドやバイクがなかったり、コミュニティ自体のつながりが希薄で、地域保健管理委員会（CHMC）や活発な地域保健ボランティア（CHV）が揃っていなかったりする所も多い。そのため、GHS 本部でも機能する

CHPS の条件に関しては、都市型 CHPS に、異なる定義を適用すべきか検討している。今後 GHS が対応すべき事項であることを JCC の場で確認した。定義が決まれば、CHPS-DB のツールの一部を修正する必要がある。CHPS-DB の活用方法やその有益性について、州の CP の理解をより深め、定期的なデータ更新に対する意欲を高めていく必要もある。そのためには、GHS 本部やピア・サポーターである北部5州の支援により、各州がデータを用いて具体的な戦略を策定し、その実行が CHPS 運営の改善につながったという好事例を増やしていくことが重要である。これらを通して国内の CHPS 実施は確実に拡大強化されていくものとする。これら一つ一つの課題については、プロジェクト終了時の JCC 及びその後に実施した5州の州保健局長を含む主要 CP とのフィードバック会議の場で認識を共有した。5州の CP からは、データの改善については州内でのデータレビューを定期的に行うこと、また GHS 本部へのフォローアップ（都市型 CHPS の定義など）を行うなど対応策が提示されている。

2.2.2 CHO 養成研修システムの改善

CHO の CHPS 施設への配置は、国が定めた「機能する CHPS」の条件の一つである。そのため、CHPS 政策を進めるためには CHO の養成が不可欠であり、CHO の数は CHPS 実施状況を評価するための重要な指標の一つである。プロジェクトは、前項の CHPS-DB によって必要とされる CHO 数を正確に把握することから始まり、戦略的な CHO 養成研修計画の策定と効率的で質の高い研修実施、そして継続的な CHO 養成システムの構築を支援してきた。CHO 養成に関するプロジェクトのこれまでの活動を表 2-11 にまとめた。

プロジェクトが実施した CHO 養成に関する主な活動は、1) CHO 研修の実施、2) プレ・サービス研修の導入、3) 郡 CHO オリエンテーションの導入、である。CHO 研修は、UW 州で確立した研修の経験やノウハウを他 4 州に広めることが目的で、残り二つに関しては、CHO 養成のための継続的なシステム構築が目的である。それぞれの活動が有機的に結びつくことで CHO 養成研修システムの改善につながる。

表 2-11： CHO 養成に関する本プロジェクトの活動

年月	活動	備考
2017年11月	養成学校研修導入/郡 CHO オリエンテーション戦略会議	UW 州郡保健局長、地域看護師養成学校、准看護師養成学校
2018年7月	3州 CHO 養成研修戦略会議	
2018年7月末～8月	1. CHO 養成研修(UW 州) 2. CHO 養成研修 (N 州)	1. N 州、UE 州の講師養成研修を兼ねる 2. UW 州、NAP 講師参加
2018年10月	CHO 養成研修(N 州)	UE 州、UW 州の講師参加
2018年12月～ 2019年1月	1. 郡 CHO オリエンテーション会議 (UW 州) 2. ジラパ郡地域看護師養成学校 (NAP)への訪問学習 (理論・フィールド研修)	1. UW 州のみ 2. N 州、UE 州の地域看護師養成学校の講師参加
2019年2月	1. CHO 養成研修 (UE 州) 2. パイロット郡 CHO オリエンテーション準備会議 (UW 州)	1. N 州、UW 州、NAP/NAC/MTC 講師参加
2019年3月～4月	1. パイロット郡 CHO オリエンテーション 2. 3州合同フィードバック会議	1. UW 州ワ郡、ジラパ郡 2. N 州、UW 州、UE 州
2019年5月	郡 CHO オリエンテーション・フィードバック会議	UW 州全郡
2019年11月～12月	UW 州 CHO 養成研修	

年月	活動	備考
2020年1月	ガーナ看護師・助産師協会 (N&MC) プレ・サービスカリキュラム・レビュー会議	
2020年2月～3月	CHO養成研修 (UE州) 郡 CHO オリエンテーション説明会議 (UE州、N州/NE州/S州)	
2020年8月～9月	3州合同 CHO養成研修	N州/NE州/S州
2021年5月～6月	N州、NE州、S州、UW州 CHO養成研修	N州、UW州は郡 CHO オリエンテーションとの組み合わせ実施
2021年12月	N&MC 看護養成学校改訂カリキュラムの発表	
2022年5月	プレ・サービス研修オリエンテーション	北部5州の全看護師、准看護師、助産師養成学校講師対象
2022年9月	プレ・サービス研修・全国オリエンテーション	オンライン開催/MOHと共同
2023年4月	合同郡 CHOオリエンテーション・フィードバック会議	GHS本部、プロジェクト5州、E州、BE州、GA州
2023年5月	郡 CHOオリエンテーション・フィールドガイド最終化及び配布	

(1) CHO 養成研修の実施

CHO養成研修は、質の高いCHPSサービスを提供するための重要な研修である。研修対象となるのは、地域看護師 (CHN) と准看護師、助産師である。参加者は2週間の研修で地域保健サービスの基礎を理論 (1週間) と現場実習 (1週間) を通して学ぶ。先行プロジェクトにより、UW州では既に本研修を実施するための効果的な運営体制が確立されていたことから、本プロジェクトはUW州のノウハウや技術を他州に普及する形で活動を進めた。国がCHO養成研修教材を改定した影響で、プロジェクト支援による国のCHO養成研修¹⁶の実施はプロジェクト開始から約1年後となる2018年7月から始まった。

プロジェクトは、「継続的なCHO養成システム構築のための基盤づくり」という明確な戦略の下に研修を実施してきた。例えば、各州での養成数及び研修対象者の決定は、CHPS-DBのデータを活用している。更に、次のステップとなる郡CHOオリエンテーションやプレ・サービス研修の導入を視野に入れ、これらの要となる郡保健局長や養成学校教員の能力強化を行った。またCHPSに対して定期的にスーパービジョンを行う亜郡保健チーム (SDHT) 職員を研修講師やオブザーバーの形で巻き込んできた。州で実施するCHO養成研修に他州の講師が参加したり、あるいは州合同での研修を開催したりと、研修実施方法の標準化と州を越えた講師間の関係づくりにも努めた。こうした活動の結果、当初の予定を超えた人数の研修講師とCHOを養成することができた。また、活動を通して各州のCHPSコーディネーターや郡保健局長の理解を深めることもできた。

(2) プレ・サービス研修

プレ・サービス研修は、CHO研修で取り扱う内容を看護師・助産師養成学校¹⁷での授業に組み込むことを意味する。前出のCHO養成研修では、参加者一人当たり約5,000～7,000セディ (約60,000～90,000円) という多大な研修コストが掛かることから、州や郡が独自に研修を実施することが難しい現状があった。そのため、養成学校の教育課程にCHO研修内容を組み込み、将来CHOとして配属される看護師が現場に必要な知識を事前に備えることができる仕組みを検討した。これは、先行プロジェクトが継続性を担保するための出口戦略として、2015年からUW州の養成学校に試行的に

¹⁶ 研修教材改訂後に導入された国のCHO研修は、「調和されたCHO研修 (Harmonized CHO Trainig)」と呼ばれる。

¹⁷ 養成学校とは地域看護師養成学校、准看護師養成学校、助産師養成学校のことである。

導入した方法でもある。本プロジェクトでは、UW州の養成学校の現状を確認の上、同アプローチを他州、更には全国に導入するための活動を実施してきた。

プロジェクトは、養成学校教員のCHO養成研修への参加、N州とUE州の養成学校教員によるUW州ジラパ郡地域看護師養成学校への視察訪問を通し、学校関係者にCHO養成研修の内容を理解してもらい、学校のカリキュラムへの組み込み方法について北部5州の関係者と検討を進めた。UW州の養成学校の現場視察と関係者との協議の結果、生徒を1か月間CHPS施設に住み込ませて行う現行のフィールド実習は予算的な制約から運営が難しいという点を確認した。そのため、本プロジェクトは、まず養成研修の理論部分を学校カリキュラムに組み込み、実習部分については後述する郡CHOオリエンテーションの中で実施する方向性を考えた。また2020年2月には、成果4で実施したLCAのCHO/SDHT現職研修の教材内容を5州の学校関係者とレビューした。これは、現行の教育モジュールに含まれていないLCA関連の内容を訓練に組み込むことを目的としており、その結果LCAサービスに関する教育についても継続性が担保できる形をつくることができた。

2019年は国の看護師等養成カリキュラムの改訂時期であったことから、内容改訂を管轄するガーナ看護師・助産師協会(Nursing and Midwifery Council of Ghana: N&MC)を中心に、中央で戦略会議やカリキュラム検討会を開催していた。プロジェクトもそうした会議に毎回参加し、CHO養成研修のプレ・サービスへの組み込みや具体的な内容をその必要性とともに提案し、協議してきた。その努力により、N&MCからは新カリキュラムへの追加が正式に承認された。新型コロナウイルス感染症の蔓延の影響により、国の改訂カリキュラムが発表されたのは、予定より約2年遅い2021年12月であった。プロジェクトはこの正式な発表を受け、新たに追加されたCHPSやLCA関連項目の補助教材の作成と5州の養成学校講師へのオリエンテーションを実施した。また、各州のパイロット校での研修を支援した。更に、保健省(MOH)の保健訓練機関を支援する形で、全国の養成学校教師に対するオンラインでのオリエンテーションも実施した。これによりCHO養成研修内容のプレ・サービスへの組み込みを全国レベルで達成することができた。

(3) 郡CHOオリエンテーション

プレ・サービス研修の活動と同時並行で進めてきたのが郡CHOオリエンテーションである。これまでの「調和されたCHO研修」は、州レベルで計画され、各郡合同でCHOの養成を行っていた。一方、郡CHOオリエンテーションは、各郡が主導して実施する郡レベルでのCHO養成研修である。このオリエンテーションは、理論部分のプレ・サービスへの組み込みの段階で課題とされていた実習部分をカバーするものである。同時に国の「調和されたCHO研修」で特にコストが掛かる部分を削減するための代替手段として考案され、その後のパイロット活動を経て対象5州に導入したものである。

本オリエンテーションは座学による研修を最低限に絞り、現場での実践に重きを置いた研修内容になっている。受講者のCHNは、郡で2~3日の座学研修を受けた後、CHPS施設で4~6週間程度の実習を行う。現場で指導監督するのは、実習先に配属されているCHOが中心で、それを管轄区のSDHTやDHMTが定期的にモニタリングする仕組みである。短期集中型の実習とは異なり、受講者はより緩やかな環境でじっくりと実践経験を積むことが利点となっている。各CHPSでの現場実習の内容を標準化して質を確保するため、プロジェクトは「フィールド実習ガイド」を開発し、対象地域に導入した。図2-1は、郡CHOオリエンテーションの仕組みを示したものである。

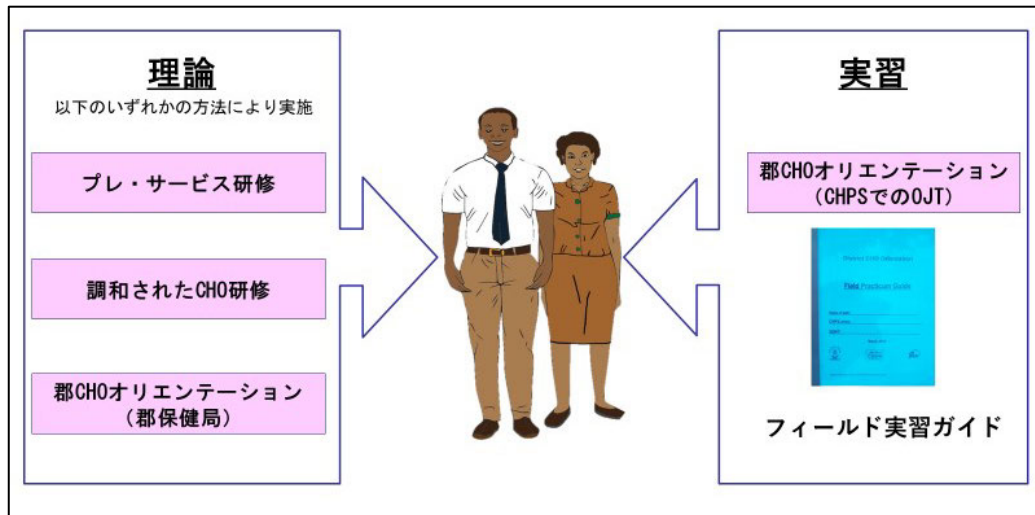


図 2-1 : 郡 CHO オリエンテーションを通じた CHO 養成アプローチ

プロジェクトは、2019年3月にUW州ワ郡とジラパ郡で最初にパイロット活動を行い、2020年8月からは残りの対象4州に本アプローチを導入した。また、N州とUW州では、2021年のCHO養成研修で国の「調和されたCHO研修」と「郡CHOオリエンテーション」の組み合わせによるCHO養成を行った。プロジェクト終了までに、プロジェクト対象55郡の全郡で少なくとも1回の郡CHOオリエンテーションが実施され、本アプローチによるCHO養成者数は計1,136人に到達した。

本アプローチの成功要因には、DHMTの明らかな負担軽減がある。従来のような大掛かりな研修準備は必要なく、また研修実施コストは食費や交通費として、一人当たり300セディ程度（約4,000円）という、従来の20分の1程度まで削減できる。運営主体はDHMTであるため、郡が自分たちの必要性に応じてCHO養成計画を立て、研修を実施することができる。このようなメリットから他州の関心も高く、実際にE州やボノ・イースト州は同アプローチを州内に導入している。その際、プロジェクトは必要な技術支援を行った。2023年6月に実施した全国普及会議では、パネルディスカッションの方式で郡CHOオリエンテーションを中央及び他州関係者に紹介し、参加者から高い評価と関心を得た。また、GHS本部からは、郡CHOオリエンテーションをCHO養成の代替手段として実施することについても了承を得た。

(4) 今後の課題と展望

開始当初からのプロジェクトの戦略的な取り組みにより、CHO養成を継続的に実施するための仕組み作りと全国レベルでの普及を実現することができた。CHPS拡大に必要なCHO人材の不足とCHO養成にかかる予算不足という、GHSの抱える二つの難題に適切に対応したアプローチが関係者に広く受け入れられたと言える。また、現場の教育機関から中央保健省やN&MCまで、さまざまな関係者を活動に巻き込み、効果的に協議してきたことも本活動の成果に大きく貢献したと考えられる。

その一方、CHO養成においては課題も残る。直近の課題としては、本活動で導入したプレ・サービスの教育課程を修了した看護学生が卒業するまでの過渡期における対応がある。養成学校の履修課程の都合上、学生は2~3年間の在学期間を通してCHPSに関連した教科を学んでいく。そのため、プレ・サービスによる理論習得を前提とした郡CHOオリエンテーションが実際に機能するまでには数年を要する。また、対象5州以外の養成学校へのフォローアップも必要である。これらの養成学校

は、現状ではオンラインによるオリエンテーションを受けたのみである。そのため、各学校が新カリキュラムをどのように実践しているか、MOH や GHS によるフォローアップは重要と考える。郡 CHO オリエンテーションについては、実習先となる CHPS 施設の整備状況に課題を持つ郡がある。実習に必要な資機材や経験のある CHO が CHPS 施設に配置されていなければ、実習生が質の高い実習を行うことはできない。加えて、一部の郡からは実習生の宿泊施設の確保が課題だという声もある。郡保健局はこれらの環境整備について引き続き検討し、対応方法を検討していく必要がある。プロジェクトは、各郡に研修用のモデル CHPS を設置することを推奨している。その選定条件としては、郡保健局に比較的近いこと、経験のある CHO がいて基礎機材がそろっていることである。郡にはモデル CHPS への優先的な機材配置や CHO の配置を指導している。これにより、質の高い現場研修が可能となる。また、現在進行中の国のプログラム「ネットワーク・オブ・プラクティス (Networks of Practice: NOPs)」(後述の2.2.4 の Box 2-1 参照)は、主に臨床施設、特にヘルス・センターの強化を目指しており、そのリソースを活用してセンターが管理する下部組織としての CHPS も併せて強化するような工夫もできる。

その他、中長期的な課題としては、GHS による人材雇用に関連した問題がある。養成学校の卒業生と MOH が採用する職員数には大きな隔たりがあるのが実態であり、プレ・サービス研修により CHPS 理論を学んだ卒業生が正式に GHS に採用されるまでに長い空白期間が生じる例もある。そのような場合、採用後の職員の再教育は不可欠となる。同時に、養成学校の卒業生の増加が CHO 数、つまり機能する CHPS ゾーン増加に必ずしも直結しないという現状にも留意が必要である。これは、各郡に養成対象となる地域看護師(CHN)が不足しているという根本的な要因に関係しているためである。プロジェクトが導入した継続的な CHO 養成システムを運用しつつ、GHS 本部が CHPS-DB を基に必要な人材数を把握し、こうした課題に着実に取り組んでいくことが必要不可欠である。

これらの短期・中長期的な課題についても、普及会議や JCC、JCC 後の主要 CP とのフィードバック会議の場を通して関係者と共有し議論している。GHS 本部からは、プレ・サービスの定着や人材雇用に関する課題は他部局へのフォローを含め、今後の対応事項として留意するというコメントを得ている。

2.2.3 リファラル・システムの強化

リファラル・システムは、住民レベルに位置する CHPS 施設とヘルス・センター、病院間における患者の継続ケアを担保する仕組みであり、CHPS サービスの質と住民からの信頼向上において極めて重要である。リファラルの改善には搬送のための交通手段や人員体制、必要なリファラルを適切なタイミングで行うための保健医療従事者のスキルや検査対応の有無、受け入れ施設のキャパシティの問題など、さまざまな要素が複雑に関係している。プロジェクトは、その中でも記録や国家ガイドラインに基づいた手続きの標準化に焦点を置いたリファラル・サービスの運営管理改善によるシステム強化を行ってきた。2021年からは後述する理由により3州より各1郡ずつ、合計3郡をパイロットの対象地域とした。

プロジェクトが実施した主要な活動を時系列に整理した。また、図 2-2 は、本活動が推進した主要な四つのコンポーネントを示す。本活動は、当初分割前の N 州 3 郡、UW 州、UE 州を対象に活動を実施していたが、2021年からは後述する理由により3州より各1郡ずつ、合計3郡をパイロットの対象地域とした。

表 2-12：リファラル活動に関するプロジェクトの関与

年月	活動	備考
2018年1月～6月	・リファラル戦略会議及び研修教材見直し会議（計2回） ・オリエンテーション会議（N州、UE州）	
2018年7月	リファラルTOT研修（郡レベル講師養成）	N州及びUE州
2018年9月	・リファラル研修 ・リファラル記録用紙・レジスター配布とリボルビングファンドシステム導入	N州及びUE州
2019年1月～4月	リファラル研修(病院職員向け)	N州、UE州、UW州
2020年8月	標準リファラル・電話台帳の開発	
2020年11月	月例リファラル・モニタリング報告書の開発	
2021年1月	月例リファラル・モニタリング報告書導入オリエンテーション	3州パイロット3郡（N州、UW州、UE州）
2021年6月	新UW州病院向けリファラル研修	
2021年12月	3州合同「リファラル・レビュー会議」	GHS本部参加者含む
2022年1月	「月例リファラル・モニタリング報告書DHIMS2統合テクニカルワークショップ」開始	
2022年11月	リファラル・アセスメントの実施	エンドライン調査の一環で実施
2023年4月	新リファラル政策・テクニカルガイドラインレビュー会議	MOH主催
2023年5月	新リファラル政策・テクニカルガイドラインレビュー会議（第2回）	プロジェクト支援による

リファラル運営サービス強化



図 2-2：プロジェクトで推進してきた4つの主要コンポーネント

プロジェクトは第1期の終わりから、リファラルやサポーター・スーパービジョン、郡四半期レビュー会議を含む保健システム強化の戦略と活動を協議する体制として、各州に保健システム強化技術作業委員会（Health System Strengthening Technical Working Group: HSS-TWG）を設置した。リファラル研修の実施やモニタリング活動についても、州別・合同でのHSS-TWG会議でCPと協議してきた。

(1) 標準リファラル様式・台帳の導入とリボルビング・システムの確立

プロジェクト開始直後の現場視察では、対象3州のうち特に旧N州とUE州の保健施設では、リファラル記録用紙や台帳が標準化されておらず、またこれらのリソースが往々にして不足している状

況があった。そのため、プロジェクトは、先行プロジェクトで UW 州に導入したリファラル記録用紙を標準様式として対象地域の医療施設に配布した。同時に、保健施設が継続的にこれらツールを確保できる仕組みとして、UW 州で運用されているリボルビング・システム（回転式システム）を両州に導入した。これは州内の医薬品と消耗品の調達販売を取り扱う州医薬品倉庫がリファラル記録用紙や台帳を州内の保健医療施設に販売し、その売り上げを活用して継続的に記録用紙を印刷販売する仕組みである。購入者である保健医療施設はクライアントへの医療サービス提供で得た内部資金を使用してツールを購入する。システム導入からプロジェクトが終了する現在に至るまで、本システムは安定して機能していることを確認している。

(2) 業務標準化とその維持

これらと併せてプロジェクトはリファラル研修を実施した。国のリファラルガイドラインに従って改訂した研修教材を使い、対象地域に存在する計 549 の保健施設の医療従事者を対象とした。549 施設には CHPS、SDHT のほか、病院、民間保健医療施設も含まれる。UW 州では、先行プロジェクトで CHPS や SDHT の職員の多くが既に研修を受講していたことから、病院の職員を中心に研修を実施した。2019 年 4 月までに予定していた全ての研修は完了したが、UW 州に関しては、2020 年 6 月に追加のリファラル研修を行った。背景には、2020 年 1 月に州病院が新築移転した際に多くの職員が新規採用されたこと、さらに同時期に国内で新型コロナウイルス感染症が拡大し、患者リファラルに関する職員の知識向上が強く求められていたことがある。受講者は病院職員 150 人だった。

研修で得た知識の定着を目的に、プロジェクトは対象保健施設への研修後アセスメントや現場モニタリングを実施した。また、CP が継続的にモニタリングを実施できるよう、プロジェクトが支援する定期スーパービジョンや郡四半期会議の中にもリファラルに関する項目を含めた。モニタリングでは、保健施設の多くでリファラル・フィードバックが実施されていないことが明らかになった。リファラル・フィードバックは、紹介・搬送した患者の容体や治療内容、更に治療後の患者に必要なフォローアップ事項について、受け入れ側が紹介元である保健施設に提供する情報のことである。これらの情報が適切に共有されることで、例えば紹介元である CHPS は、自身の診断や治療の適切性を理解でき、また退院後の患者に必要なフォローアップ（薬の服用や定期健診など）、患者の既往症や既往歴の記録（カルテの保管や母子健康手帳への記録など）が可能となる。そのため、リファラル・フィードバックは職員の知識の蓄積、患者の継続的なケアの実践において非常に重要である。これが実施されない理由はさまざまあるが、職員の理解や意識不足が大きな要因である。また、紹介した保健施設に患者が行かなかつたり、紹介先の施設は患者にリファラル・フィードバックを預けたのに結果として紹介元の施設に届かなかつたり一などのこともフィードバック率を下げていることが分かった。施設や郡・州レベルの職員でこうした実態を正確に把握する者も存在していなかった。そのため、CP と協議の上、プロジェクトは事態の改善に向けた活動を優先的に進めていくことで合意した。

本活動における大きな成果としては、リファラルの現状を定期的に確認するための「月例リファラル報告書」の開発がある。本報告書は施設ごと、施設レベルごとのリファラルとリファラル・フィードバックの状況を定期的に確認できるツールで、プロジェクトは成果指標の達成状況を確認するための情報源として使用している。また、本報告書のデータから、CHPS で対応できない患者がどのレベルの保健施設へ紹介・搬送されているかの傾向を分析できる。例えば、N 州や UE 州では、亜郡保健センターがリファラル・システムの門番としてほぼ機能しておらず、8~9 割の患者が保健セン

ターを乗り越して病院に直接搬送されている実態が明白になった。これは、保健センターがリファラル・システムの門番として全く機能していないことを意味し、この現状は現場関係者に大きな衝撃を与えた。このリファラル報告書は UE 州で発案され、2020 年 11 月の合同 HSS-TWG 会議でのレビューとパイロット郡での 1 年間の試行運用を経て最終化した。また、GHS 本部に報告書の有効性が認められ、月例リファラル報告書として GHS の保健情報システムである DHIMS 2 の中にも組み込まれた。なお、報告書のパイロット導入にあたり、各州 1 郡を対象に集中的にリファラルに関する各種活動を実施していくことが決まった。これは、対象地域を絞って改善手法を詳細に検証する必要があると判断したためであり、N 州はサベルグ郡、UW 州はナドリ・カリオ郡、UE 州はタレンシ郡を選定した。

(3) 郡内リファラルネットワークの確立及びリファラル連携の強化

月例リファラル報告書の導入により、CHPS 施設でのリファラル・フィードバックの課題が明確になった。各州の HSS-TWG を中心にフォローアップ活動を検討し、事態改善のため州・郡の保健医療施設間のリファラルネットワークの確立と連携強化を進めた。具体的には、各州・郡でリファラル関係者を集めたステークホルダー会議を開き、リファラルに特化した標準電話台帳を開発し、パイロット郡に導入した。UW 州ナドリ・カリオ郡では、病院、郡、保健センター、CHPS など各レベルのコアとなる保健医療関係者を集めた独自の「ファミリー・クリニカル会議」を四半期ごとに開き、リファラル改善のための課題や対策を徹底的に議論し、取り組んだ。また、UE 州ではタレンシ郡を中心に職員やコミュニティでのリファラルフローを徹底するための情報・教育・コミュニケーション (Information Education and Communication: IEC) 教材の開発を進めた。郡病院では月例報告書とは別に、リファラル・フィードバックの発出状況が随時分かるよう「リファラル・トラッカー」と呼ばれる記録台帳を独自開発するなど、工夫を凝らした。こうした各州の試みや経験は、合同 HSS-TWG 会議やレビュー会議の場で州や中央関係者と共有した。

(4) 今後の課題と展望

上記の活動を通して、対象 3 州のパイロット郡のリファラルは改善傾向にあると言える。エンドライン調査の一環で実施したリファラル・アセスメントでは、UW 州ナドリ・カリオ郡の CHPS におけるリファラルの実施状況は 100%であった。また、UE 州のタレンシ郡は PDM の指標であるリファラル・フィードバック率 60%を達成した。プロジェクト終了前の現場視察では、郡病院と郡保健局の良好な連携協力体制も確認されており、これらは好事例として普及会議で他州や中央関係者に紹介した。

更に、PDM の成果指標には含まれないが、プロジェクトが推進したリファラル様式 (リファラル・フォーム、リファラル台帳) は、MOH を中心に進められている国の新リファラル政策・テクニカルガイドラインのレビュー会議の場で中央関係者に紹介した。プロジェクトが対象地域で広めた記録用紙や台帳は、リファラル強化活動の際のデータに基づく重要ツールとして中央関係者から高い評価を受けた。そして、若干の改訂はあるものの、2023 年 8 月末ごろに公布されるリファラル政策文書の中に反映される予定である。また、こうした国の政策的な後押しもあり、プロジェクト対象州や郡のコミットメントは高く、リファラルツールやグッドプラクティスの州内での普及・共有も進んでいる。CHPS-DB と同じく、月例報告書の定期的な提出やデータの正確性など改善すべき課題はあるものの、州・郡がプロジェクト終了後も現行のリファラル活動を継続的に実施していくこ

とにより着実に改善されていくものと考えている。

リファラルの課題については GHS 本部及び 5 州の CP と共有している。CP からは、国の新ガイドライン導入やネットワーク・オブ・プラクティス (NOPs、後述の 2.2.4 の Box 2-1 参照) 実施に合わせた会議や研修の機会を使ってリファラルツールの活用やフィードバックの強化を進めたいとの意向が表明されている。

2.2.4 サポートティブ・スーパービジョン (Supportive Supervision: SS)

プロジェクトは、CHPS 施設での保健サービスの質のモニタリングを目的に、SDHT による CHPS への四半期ごとのスーパービジョンの実施を支援してきた。定期的なスーパービジョンによって、CHO による適切な母子保健と LCA サービス、リファラル、住民参加活動が強化されることが期待される。本活動は当初、先行プロジェクトが UW 州に導入した支援型スーパービジョン (FSV) の他州への導入を予定していたが、プロジェクト開始後に全国レベルでの導入が決まった国の「サポートティブ・スーパービジョン (SS)」戦略との関係で、内容を変更する必要が生じた。プロジェクト第 2 期に入り、GHS 本部や JICA を含む関係者と協議を重ね、第 5 回 JCC (2020 年) において、SDHT から CHPS 向けのスーパービジョン強化に特化した活動を N 州 (サベルグ郡、ナントン郡)、UE 州 (タレンシ郡)、UW 州 (ナドリ・カリオ郡) の 4 郡でパイロット事業として実施することが決まった。表 2-13 は、本活動にかかるプロジェクトによる関与を時系列でまとめたものである。なお、対象 3 州にそれぞれ HSS-TWG を設置し、この委員会を中心に研修内容やチェックリストの見直し、パイロット郡への研修実施とモニタリングを行った。

表 2-13 : サポートティブ・スーパービジョン導入に関するプロジェクトの関与

年月	活動	備考
2018 年 1 月	FSV 戦略会議 (UW 州) : 国の新しい SS プログラム導入計画についての共有と移行期の対応についての検討	GHS 本部 ICD、UW 州関係者
2019 年 4 月	GHS 本部 SS プログラムオフィサー、USAID 関係者との協議	
2019 年 5 月～10 月	<ul style="list-style-type: none"> ・全国 SS プログラム講師研修 (アクラ) ・GHS 本部/USAID による州・郡対象 SS 研修 (全国版) の実施 ・全国版 SS 実施開始 	N 州は 6 月、UE 州 9 月、UW 州 10 月に研修実施
2019 年 12 月～2020 年 1 月	CHPS 向け SS : マテリアルレビュー会議 (UW 州及びアクラ)	
2020 年 1 月	プロジェクトの SS 活動対象に関する合意 (CHPS 対象) とパイロット郡の決定	第 5 回 JCC により活動スコープ決定
2020 年 2 月	3 州合同 SS マテリアルレビュー会議	CHPS 向け SS 研修教材とチェックリスト最終化
2020 年 3 月	UW 州 SS 研修準備会議及び SS 研修実施	UW 州ナドリ郡の SDHT 職員対象
2020 年 4 月	UW 州ナドリ郡での CHPS 向けスーパービジョン開始	
2020 年 5 月～6 月	<ul style="list-style-type: none"> ・ナドリ郡 SS 研修フィードバック会議 ・SS 「モニタリングツール」と「結果集計用データベース」開発 ・対象郡へのチェックリスト配布 	
2020 年 7 月～8 月	<ul style="list-style-type: none"> ・N 州、UE 州での SS 研修準備会議及び研修実施 ・パイロット郡での SS 開始 (N 州、UE 州) ・UW 州ナドリ郡 SS レビュー会議 	

年月	活動	備考
2020年11月～12月	・全国版SS振り返り会議 ・UE州及びUE州のパイロット郡SSレビュー会議	GHS本部主催
2021年11月	GHS本部/IMによる全国版SSデジタルチェックリスト (HNQIS)講師研修開始 ・SSに関連したPDM指標の変更	・プロジェクトスタッフはオブザーバー参加 ・PDM ver. 3
2021年12月	プロジェクト主催SS振り返り会議実施	
2022年8月	CHPS向けSSチェックリスト・デジタル化のレビュー会議	アクラ、PPMED、DDG
2022年8月～9月	デモ版デジタル・チェックリストの試験導入 (UWR, UER, NR)	
2023年1月	CHPS向けデジタル・チェックリスト最終化会議	中央関係者、3州HSS-TWG合同
2023年4月	デジタル・チェックリストのオリエンテーション	UW州、UE州、N州のSDHT職員
2023年6月	ナドリ郡SSフィードバック会議	

(1) 研修マテリアルとツールの開発

研修内容と研修ツールの開発では、1) SS実施体制と頻度、2) 研修講義内容、3) チェックリストの三つの変更を行った。1)に関して、国のSSプログラムでは州・郡のメンバーで構成するSSチームがデータを基に監督が必要と判断される保健医療施設を四半期ごとに訪問する仕組みであったが、先行プロジェクトの経験を踏まえ、SDHTのチームが管轄CHPS施設に対し四半期ごとに実施する方法に変更した。2)は、CHPS政策や概要に関する講義を加え、講義内容もCHPSレベルに合わせた言い回しに変更した。3)は、既存のリストが全保健医療レベル共通となっていたものを、CHPSに該当しない項目（例：病院の臨床サービスや運営体制に関わるもの）を削除し、必要な項目（例：住民参加活動、リファラルやLCAサービス等）を追加するなど、CHPS施設の現状に合わせた内容に修正した。なお、その後の振り返り会議や国のSSと統合するためのデジタル化作業の過程で、数回のチェックリストの見直しを行っている。

(2) サポートタイプ・スーパービジョンの運営実施支援

研修は2020年3月のUW州ナドリ・カレオ郡に始まり、同年8月までにパイロット3郡全て終了し各サイトでSS活動を始めた。プロジェクトは各施設のSS実施状況をモニタリングするためのツールとして「SSデータの集計表」と「SSトラッカー」を開発・共有の上、モニタリングを行った。HSS-TWGと共に現場での技術指導も併せて実施した。定期HSS-TWG会議では、保健システムに関する他の活動状況や各州の運営状況・課題、フォローアップ事項についても協議した。

SSに関しては、SDHTがCHPSに移動するための燃料費の問題やスタッフの不在（休職や退職、他のGHSプログラムへの従事等が理由）が課題だった。これまでJICAや韓国国際協力団（Korea International Cooperation Agency: KOICA）の支援で定期的なSSを実施してきた経験があるUW州やUE州は、他の保健プログラムや保健センターの内部資金を運用する形で経費を捻出し、プロジェクト全期間を通してほぼ安定した実施率を保った。UW州のパイロット実施での留意事項としては、ガーナキリスト教保健協会（Christian Health Association of Ghana: CHAG）が運営する保健センター下にあるCHPS施設へのスーパービジョンがある。郡保健局は同保健センターの人事や資金に関する決定権を持たず、プロジェクト期間中に職員が突然総入れ替えになるなどSS実施に課題が生じた期間があった。このような状況から、プロジェクトはCHAG施設との連携強化の必要性について、CPに対して提案を行ってきた。しかし、CPからは州・郡レベルのGHSとCHAG間には組織・政治的な複雑かつ繊細な要因が多くあるという意見があり、プロジェクトはGHSとCHAG間の協議や調整には

深く入り込まず、CP に対応を一任してきた。その結果、CHAG 管轄区の CHPS 施設に対しては、近隣の GHS 下の SDHT が SS を実施するという代替手段が取られた。UW 州の GHS と CHAG の連携には課題が残る状況が示唆される。一方、GHS の進める NOPs では CHAG 管轄保健センターが保健ネットワークの中心として選ばれている例もあることから、今後 CHAG 施設と GHS 管轄下の保健施設との連携方法が整理され、良い形で強化されることが期待される。N 州のパイロット 2 郡（サベルグ郡、ナントン郡）では SS 実施状況が芳しくなく、特にナントンでは改善が必要とされる状況が 2021 年末まで続いた。N 州の個別事情として、郡保健局長のリーダーシップや活動への関心の低さ、州保健局の郡への監督支援体制の弱さから改善が難しい状態にあった。そこでプロジェクトは、州との個別協議だけでなく、他州との合同 HSS-TWG 会議を開いて UE 州や UW 州の経験やグッドプラクティスを N 州関係者と共有するなど運営の改善に努めた。その効果もあり、N 州パイロット 2 郡のプロジェクト後半における SS 実施状況は大きく改善したと言える。

(3) SS 活動の持続と普及にかかる取り組み

プロジェクトの SS 活動はパイロット事業として 4 郡でのみ実施された。GHS 本部の SS プログラムの担当官には、プロジェクトは活動期間を通してその進捗や成果をにきめ細かに共有してきた。GHS 本部は燃料費を始めとする資金的な懸念から、SDHT による CHPS 施設に対する四半期ごとの SS に対しては、当初懐疑的な見解を示していた。しかし、こうした情報共有により GHS 本部に有効性と実現性を理解してもらうことができ、その結果 CHPS 向けの SS チェックリストを国の SS プログラムへ統合することが実現した。中央プログラムとの統合では、まず CHPS 向けのチェックリストのデジタル化作業を行った。2021 年 8 月に最初にデジタル化を目的としたチェックリストのレビューを行い、その後のパイロット運用を経て、2023 年 1 月に最終化している。プロジェクト終了時までには、パイロット郡では最終化されたデジタル・チェックリストの運用方法に関するオリエンテーションを行った。また、このツールは、中央 SS プログラムのプラットフォームに追加され、同プログラムの DB にデータが蓄積されるようになった。全国の州がチェックリストへアクセスし、同じツールを使用することが可能となっている。

(4) 今後の課題と展望

プロジェクトの一連の活動を通して、各州における CHPS への定期的な SS は定着しつつある。プロジェクトは、国のプログラムとの整合性からチェックリストを大きく改訂することはできなかった。しかし、活動を通して、例えば現在含まれている LCA やリファラルに関連した項目の見直しと追加など、より質の高い保健サービスのための改定が必要であると感じている。また、現在 4 郡だけで実施されている SS を 5 州の他郡にも展開し、CHPS への監督の主流化を図り、本活動の持続可能性をより高めることが今後必要な対応と考える。

一方で、こうした課題に対する現場の見通しは明るいと言える。SS は CHPS で提供されるサービスの現状や課題を明確にし、スーパーバイザーと CHPS スタッフが共に問題解決に向けた活動計画を立てる。プロジェクトのエンドライン調査では、この一連の SS 実施過程が CHPS で働く CHO の能力強化とサービスの向上に役立ったという結果が報告されている。また、CHPS の人材不足の要因の一つに CHO の離職率の問題があるが、SS は CHO のモチベーションの維持に大きく貢献していることも同調査で明確になった。これは、現場 CP の SS 実施によるメリットが十分にあることを意味する。同時に、政策面での先行きも良いといえる。例えば、GHS 本部の SS プログラム担当官によると、国

のSSプログラムは米国国際開発庁（United States Agency for International Development: USAID）の支援により今後も継続する予定であり、GHS本部とUSAIDはCHPS向けのSSを実施していく意向がある。また、現在政府はユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）達成に向けた新しい戦略としてNOPsプログラムを進めている。同プログラムはSDHTの機能強化による保健システムの改善に主眼を置いており、そうした機能強化には当然SDHTによるCHPSの監督能力も含まれる。そのため、CHPS向けのSSは同プログラムの方向性と一致しており、今後も重要な活動として取り組まれることが期待できる。GHSには、本プロジェクトの経験や教訓を活かし、より効果的かつ質の高いSSプログラムを展開していくことを期待している。

Box 2-1： ネットワーク・オブ・プラクティス（NOPs）とは

2022年6月に世界銀行が承認したガーナ政府支援プログラムの一つである「プライマリ・ヘルス・ケア（PHC）投資プログラム」（1億5,000万ドル）に関連した、政府のUHC達成に向けた戦略である。ガーナ政府は過去20年間にわたり郡病院への投資とCHPS運営支援によるPHC強化を行ってきた。一方で、支援によって郡病院とCHPSの間に位置する亜郡保健センターが孤立し、PHCの重要なリファラル・リンク及び1次施設と2次施設間の門番としての機能低下、更に保健サービスの提供能力の低下を引き起こした。このような認識から、GHSは、亜郡保健センターをモデル・ヘルス・センターにアップグレードし、これを中核としたプライマリ・ケア・プロバイダー・ネットワークをつくり、組織的なPHCサービスを提供する「ネットワーク・オブ・プラクティス戦略」を全国的に進めている。本戦略は、ネットワークの中核である亜郡保健センターの能力とリーダーシップの強化、そして下部組織のCHPSに重点を置いている。同時に、郡保健マネジメントチームと郡病院を、技術的な問題やリファラル・システムにおける重要な支援機関として位置付けている。GHS本部では現在パイロット実施を基にした国の運営ガイドラインの整備を進めている。

2.2.5 郡保健四半期パフォーマンス・レビュー会議（DHQPR会議）の導入

本活動は、プロジェクト対象5州の全55郡を対象に実施した活動である。四半期ごとに開催する郡レビュー会議は先行プロジェクトと同じく、SS結果の共有を目的に導入することが当初検討されていた。しかし、前項で述べた通り、全州を対象にする予定であったSS活動がパイロット郡で限定的に実施することになったため、本会議の在り方も再検討する必要が生じた。5州合同でのHSS-TWG会議で検討した結果、郡四半期レビュー会議は、単にSSの結果を共有するのではなく、制度として存在するが実態として上手く機能していないGHSの四半期レビュー会議として位置づけることになった。プロジェクトはその運営実施強化に関して支援することで合意された。また、会議目的を明確にするため、会議の名称を「郡レビュー会議」から「郡保健四半期パフォーマンス・レビュー（DHQPR）会議」に変更した。

(1) DHQPR会議の目的と内容

DHQPR会議は、郡の保健医療事業に関係する病院、保健施設や郡の関係部局が定期的集まり、保健サービスの現状と課題、対策について共に協議することが目的である。これは、顔の見える関係づくりを通じた郡内保健関係者間の連携強化の仕組みともいえる。プロジェクトは、本会議における主要関係機関（DHMT、SDHT、CHPS、病院、郡議会）の役割を明確にし、それぞれがポイントを絞った効果的な情報共有をするためのリファレンスガイドと各機関の発表及び郡の活動計画策定用のテンプレートを開発した。なお、発表用テンプレートにはCHPS実施、SSやリファラル、住

民参加や保健統合年次活動計画（Health Integrated Annual Action Plan: HIAP）などのプロジェクト成果に関する指標を含めており、プロジェクトが推進する活動のモニタリングの場としても機能するよう配慮した。

プレテストとその後の見直し協議を経て最終化したこれらのツールを用いて、2021年5月から8月にかけて、対象5州の全郡の関係者（359人）へのオリエンテーションを実施した。その後、プロジェクトは各郡に対してDHQPR会議の開催支援を1度行った。州レベルのHSS-TWGメンバーとプロジェクトスタッフは技術支援とアセスメントを目的にこれらの会議に参加している。また、その後もプロジェクトはKobo Collect¹⁸という無料のアプリケーションによる州レベルのモニタリングツールを開発し、DHQPR会議の実施状況を継続的にモニタリングしてきた。

エンドライン調査では DHQPR 会議への CP の満足度が非常に高いとの結果が報告されている。また、本活動は妥当性や政策との整合性の点でも高い評価を得ており、これは郡レベルの四半期会議が GHS の制度の一つとして既に定着していたことが関係していると考えられる。CP からは、DHQPR 会議が特に CHPS や SDHT 職員の学びの場となり、また郡議会を始めとする関係者間の協力強化につながったという意見が多く寄せられた。N 州サベルグ郡では DHQPR 会議に同郡で活動する NGO をステークホルダーとして招待したところ、参加をきっかけに同 NGO が CHPS 建設を支援した事例があり、本好事例は普及会議の場でも関係者に紹介した。

(2) 今後の課題と展望

CP から高い満足を得た DHQPR 会議であるが、実施や運営面での課題もある。活動実施においては特に NE 州や S 州に課題があり、両州はプロジェクト目標を達成することができなかった。CP からは実施における課題として、会議開催にかかる予算（交通費や参加者の軽食代）や開催場所の確保、他プログラムとの日程調整等の問題が挙げられている。また運営面では、参加者、特に郡や病院との事前調整不足や当日のタイムマネジメントの悪さなどが、会議の質や一部の参加者の満足度の低さに関係していることが分かっている。これらは全州に共通した課題である。一方、DHQPR の実施状況は州間でばらつきがある。例えば、NE 州と S 州の約半分の郡では先に述べた通り目標値である「最低年 2 回」を達成できなかったが、UE 州は治安の問題がある 1 郡を除く全ての郡で開催目標が達成されていた。この背景には、UE 州や UW 州では、会議実施に向けた積極的なフォローアップや郡保健局長の意識の高さが関係していると考えられる。また、回数を重ねるごとに参加者の理解とスキルは改善するが、実施回数が少ない郡や DHMT の担当職員が異動・退職した郡などは、会議の質がなかなか改善されない状況にある。こうした事情が NE 州や S 州で会議の実施数が少ない背景だと考えられる。プロジェクトは、5 州合同の HSS-TWG 会議や JCC 会議を通して DHQPR 会議の成果や課題を共有し、活動の改善や継続性に向けて協議してきた。その結果、全州の保健局長からは活動実施のための強いコミットメントが表明されている。プロジェクト終了後の活動継続には、州レベルのフォローアップと州・郡の継続したコミットメントが鍵となる。なお、本会議に関連した活動の実績は表 2-14 にまとめた。

¹⁸ Kobo Collect は国際協力や人道支援の分野でフィールド・データ収集のために使われている無料のアプリケーションツールである。ウェブ上で作成した情報収集フォームをタブレットやスマートフォンなどのモバイル端末にダウンロードし、そこから情報を入力する。そのデータがアップロードされると、ウェブ上の管理画面で結果を確認できる。データの簡単な集計と分析も自動で行われる。プロジェクトはこの機能を使って各郡の DHQPR 会議のモニタリングツールを開発した。

表 2-14 : DHQPR 会議導入に関するプロジェクトの関与実績

年月	活動	備考
2021年2月	3州合同 HSS-TWGによる郡四半期レビュー会議にかかる検討会議 (第1回)	3州 HSS-TWG メンバー
2021年3月	3州合同 HSS-TWGによる郡四半期レビュー会議にかかる検討会議 (第2回) :リファレンスガイド開発	
2021年4月～5月	・リファレンスガイド・パイロットテスト (N州/UE州/UW州) ・3州合同 HSS-TWGによる郡四半期レビュー会議についての検討会議 (第3回) :「DHQPRリファレンスガイド」最終版完成	
2021年5月末～8月	DHQPR 会議に関するオリエンテーション実施 (5州)	計 359人
2022年4月～5月	第2四半期 DHQPR 会議の開催支援 (5州)	

2.3 成果 2 に関する活動

成果 2 の主な活動は、CHMC と CHV の能力強化である。CHPS 政策において、CHV が CHO の活動を支援すること、また CHMC は CHV の活動を監督する点が明示されており、「機能する CHPS」の 4 条件の一つとして「活発に活動する CHMC と CHV がいる」が掲げられている。また『CHPS 国家実施ガイドライン 2016 年 9 月』版においても CHMC や CHV が果たすべき役割が明示されている。

(下表 2-15 参照)

表 2-15 : CHMC と CHV の役割

CHMC	CHV
<ul style="list-style-type: none"> 行政・メンバーシップ、活動 (会議の開催、啓発活動の支援、問題の解決) CHV の選定と管理 CHO 支援 (安全対策を含む) CHPS 施設や機材の維持管理 リソース集めと管理 	<ul style="list-style-type: none"> 疾病予防と環境衛生 訪問看護 軽症疾患の家庭でのケア コミュニティによるアウトリーチ

出典：『CHPS 国家実施ガイドライン 2016 年 9 月』

この成果は、プロジェクト目標の指標の一つである「機能する CHPS へのアクセスのある住民が増加する」の達成と、コミュニティでの LCA 活動の活発化を通じて指標 3-1 の「LCA 関連のサービスを行う機能する CHPS の割合」の達成に間接的に関わっている。

このように CHMC や CHV は CHPS の実施において重要な役割を担っているものの、活動はあくまでもボランティアベースであり、個々人の意志や意欲、関心にかかっている。そのため、CHMC や CHV への動機づけや環境づくり、能力強化が課題となっていた。この課題解決のため、本プロジェクトは、CHMC と CHV が主体となり、CHO のファシリテーションの下、地域の保健課題を議論、分析し、活動を計画、実施、モニタリング、評価し、さらにそのサイクルを継続させていくためのツールや研修教材、啓発教材を開発した。またその普及・定着のために、開発過程で GHS 本部を巻き込みながら国家標準化を目指した。さらに、CHMC メンバーや CHV の動機付けのために、非金銭的インセンティブを試行導入した。本報告書では、PDM 上の活動を、下表 2-16 の右の活動項目に整理して記述する。

なお、本成果の直接の介入対象地域は UW 州である。ほかの 4 州に対しては、CHO 養成研修や郡 CHO オリエンテーションなど、CHO の能力強化を通じて間接的に介入した。

表 2-16：成果 2 の活動と本報告書で記載する項目

【成果 2】 CHPS のコミュニティ活動が強化される	
PDM 上の活動	本報告書で記載する項目
2-1. 標準化した コミュニティ・レベルのデータ・キャプチャー・ツールを開発する。 2-2. コミュニティによる地域保健活動の進捗度を評価し、採点する。 2-3. CHO によるアウトリーチ活動と家庭訪問を計画・実施する。 2-4. SDHT、DHMT、郡議会の支援を受け、コミュニティ・エンゲージメントの活動を計画・実施する。 2-5. CHMC/CHV 対象の研修教材を修正・作成する。 2-6. CHMC/CHV を対象に研修を実施する。 2-7. コミュニティが地域保健活動を実施する。 (例：地域緊急搬送システムによるリファラル改善等) 2-8. CHO/CHV、コミュニティに対する持続的、非金銭的なインセンティブの方法を構築する。 2-9. 対象州・郡間で、相互訪問等学び合いの機会を計画・実施する。 2-10. 研修教材を国家標準化に向けてレビュー/標準化/作成する。	(1) コミュニティによる地域保健活動の進捗度測定ツールの開発と導入 (活動 2-1, 2-2, 2-5, 2-6, 2-7, 2-10) (2) CHMC/CHV 研修の教材開発と導入 (活動 2-2, 2-4, 2-5, 2-6, 2-7, 2-10) (3) 非金銭的インセンティブ方法の構築 (活動 2-4, 2-8, 2-10)

2.3.1 コミュニティによる地域保健活動の進捗度測定ツールの開発と実施

(I) CHAP アセスメント・ツールの開発

コミュニティによる保健活動を計画・実施するツールとして、地域保健活動計画 (CHAP) が導入されている。UW 州でもすでに多くの CHPS ゾーンで活用されている。しかし、既存の CHAP フォーマットは指標を設定する形式にはなっておらず、コミュニティ住民は、自身の活動の進捗度や達成度を測ったり、その達成をメンバー間で共有することで成功体験としたり、反省点を抽出したりすることができなかった。また、従来の CHAP は、CHO の生活環境の整備や CHPS 施設の維持に関する活動が中心となっており、コミュニティ緊急搬送システムの導入は見られたものの、地域保健活動の割合は少なかった。

この状況を踏まえ、コミュニティによる地域保健活動の進捗度を測るためのツールとして既存の CHAP フォーマットを改訂し、指標や現在値、目標値を記入する欄を加え、コミュニティ自身が進捗度を測ることができるようにした。

このフォーマット改訂のため、第 1 期に UW 州の州保健局チームやヘルスプロモーション・オフィサー、郡保健局長らからなるテクニカルワーキンググループを形成し、進捗度や達成度を測るための項目や方法を議論した。この議論を基に、改訂版 CHAP フォーマットとそれを使って達成度をスコア化する CHAP アセスメント・シートを開発した (図 2-3)。

CHPS zone	Quarter		Year					
Challenge/ Problem	What we want to achieve	Current Status	Status we want	Activity	Timeframe	Person in charge	Resource	
1								
2								
3								
4								

CHPS zone	Quarter	Year	Assessment date		
What we planned to achieve	Status we wanted to achieve	Status we achieved	Scoring criteria	Score	Further activities needed
1			Fully achieved Half of target achieved No achievement		
2			Fully achieved Half of target achieved No achievement		
3			Fully achieved Half of target achieved No achievement		
4			Fully achieved Half of target achieved No achievement		
Average:					

改訂版 CHAP フォーマット

CHAP アセスメント・シート

図 2-3 : CHAP アセスメント・ツール

(2) CHAP アセスメント・ツール導入のための研修の実施

CHAP アセスメント・ツールの導入のために、CHMC/CHV 研修と研修教材に本ツールの活用方法を組み込んだ(2.3.2 で詳述)。また、CHO に対しても、CHO/SDHT 現職研修や CHMC/CHV 研修講師研修、および成果 1 で述べた郡 CHO オリエンテーションにその活用方法を組み込んだ。

(3) 国家標準化に向けた GHS 本部へのツールの紹介

本ツールの活用を標準化し普及するには「CHPS 国家実施ガイドライン」に組み込むことが必須となる。それを目指し、第 1 期から GHS 本部の PPMED 政策副局長に本ツールを説明した。第 1 期の終了時点で、同局長が交代したため再度説明が必要となり遅れが生じたものの、プロジェクト終了時点ではプロジェクト対象 5 州での導入が合意された。この 5 州で引き続き実証導入を行い、効果が確認された後で国家標準化への手続きを進めることとなる。

(4) CHPS ゾーンでのツールの活用

エンドライン調査によると UW 州ではインタビューをした CHO のうち 85.5%が本アセスメント・ツールを「活用している」と回答した。また、UE 州、NE 州、S 州においても郡 CHO オリエンテーションを通じて導入され、2023 年 4 月時点では UE 州で 200、NE 州で 21、S 州で 57 の CHPS ゾーンで導入されている。N 州も今後導入予定である。

(5) 開発パートナーによる改訂版 CHAP フォーマットの活用

USAID の社会行動変容促進 (Accelerating Social and Behavior Change: ASBC) プロジェクトが実施している「健康とウェルビーイングのためのコミュニティ参加」(Community Engagement for Health and Wellbeing : CE4HW) プログラムが、CHMC を対象とした CHAP の研修を行っている。同プログラムは本プロジェクトが開発した改訂版 CHAP フォーマットを採用し、同プログラムの研修フィールド・ガイドに掲載した。CE4HW プログラムはプロジェクト対象 5 州のうち UW 州 (5 郡)、UE 州 (4 郡)、N 州 (6 郡)、NE 州 (2 郡) の計 4 州 17 郡の全 CHPS ゾーンを対象としている。これにより 4 州では部分的とはいえ今後も本フォーマット普及が図られることになった。

(6) 今後の課題と展望

本アセスメント・ツールはプロジェクト対象 5 州で導入されているものの『国家 CHPS 実施ガイドライン』による規定フォーマットとなっていないため、本ツールを組み入れた教材や研修を実施し

たCHPSゾーンでの導入に留まっており、統一化されていない。GHS本部のPPMEDが、本フォーマットを同ガイドラインに組み込むことが今後の課題となる。そのためには、プロジェクト対象5州において実証を行い、その効果を示すことが必要である。プロジェクト終了時には、5州の州保健局長から、すべてのCHPSゾーンで同じCHAPフォーマットを使うことが望ましく、本改訂版CHAPフォーマットの標準化が必須であることをGHS総裁に提言する旨の意思表示があった。PPMEDが5州の州保健局をフォローし、総裁へ提言できるようにすることも今後の課題である。

2.3.2 CHMC/CHV研修の教材開発と導入

(1) 研修教材の開発と作成

CHMCとCHVの研修を目的とした教材を作成した。CHPS実施における彼女/彼らの役割への理解を促し、CHAPを通じてLCAなどの地域保健活動を実施するための能力強化を目的とした。CHMCやCHVをはじめとするコミュニティ住民の理解を進め主体性を持ってもらうため、できるだけ文字を使わずイラストを多用したフリップチャート教材とした。さらに説明を最低限に抑えメンバー間の議論を促すための質問を多用した。

この研修教材の作成のために、第1期にUW州保健局職員や郡保健局長をメンバーとする住民参加タスクフォースチームを形成し、成果4の活動で形成された非感染性疾患タスクフォースチームと連携しながらLCAのコンセプトをベースとした研修プログラムやモジュールの内容を検討した。モジュール1はCHMCやCHVの役割とCHAPの作成、モジュール2はLCAのコンセプトとコミュニティによる活動を例示したものとした。研修教材のタイトルは、「ライフコースアプローチを用いたコミュニティにおける健康的なライフスタイルの促進」(Promoting Healthy Lifestyles in Communities Using the Life-course Approach)とした。教材とモジュール内容を下記の表2-17で示す。

表 2-17 : CHMC/CHV 研修教材・モジュール

タイトル：ライフコースアプローチを用いたコミュニティにおける健康的なライフスタイルの促進			
モジュール1：コミュニティとCHAP		モジュール2：ライフコースアプローチから健康へ	
1	CHPSを理解する	1	ライフコースアプローチを理解する
2	CHMCによるCHPSのマネジメント活動	2	生後1000日までの介入の重要性
3	CHMCによるCHO支援	3	妊産婦と子供の健康を守る
4	CHVによる疾病予防活動の支援	4	妊産婦と子供の健康を守るためのコミュニティ活動
5	CHVによるCHOの家庭訪問の支援	5	思春期の若者の健康を守る
6	CHAPとCHAPサイクル	6	思春期の若者の健康を守るためのコミュニティ活動
7	CHAPのアセスメントとアップデート	7	良い栄養状態を確保する
 <p>研修教材表紙</p>		8	良い栄養状態を確保するためのコミュニティ活動
		9	衛生状態を保つ
		10	衛生状態を保つためのコミュニティ活動
		11	定期健診
		12	定期健診を促進するためのコミュニティ活動
		13	喫煙・アルコール摂取を控えることと運動
		14	喫煙・アルコール摂取を控えることと運動のためのコミュニティ活動

本教材の作成においては、GHSの社会・行動変容コミュニケーション技術検討委員会 (Social Behavior Change Communication: SBCC TRC) が内容を検討した。同委員会の会議は2020年2月から

3回開催され、本教材は2020年12月に正式に承認された。

(2) CHMC/CHV 研修のための CHO 講師研修の実施

CHOが自身の管轄するCHPSのCHMC/CHV研修の講師となって研修を実施するための講師研修を行った。この講師研修は現職のCHOやSDHTを対象とし、LCA研修として実施したCHO/SDHT現職研修（本章「2-5 成果4に関する活動」で詳述）に付随して実施した。本現職研修ではUW州全11郡の計192人のCHOを講師として養成できたが、さらに多くのCHOを対象に講師研修を行えるよう、講師研修プログラムを作った。この1回目の講師研修は、州保健局が中心となり、計41人のCHOが受講した。その後、2回目の講師研修は郡レベルで行う形とし、DHMTが主体となり2022年2月～3月（1郡のみ6月）に全11郡で実施され、計341人のCHOが受講した。これによって、UW州内のCHPSに配置されたすべてのCHOに対する講師研修ができたことになる。この講師研修は、成果1で述べた郡CHOオリエンテーションに組み込まれ、新規のCHOに対して座学とともに、CHPSにおけるフィールド演習で現役のCHOの支援の下CHMC/CHV研修を実演することになった。

(3) CHMC/CHV 研修の実施

講師養成後、1回目のCHMC/CHV研修は、プロジェクトと州保健局の支援により、2021年7月から11月までに33CHPSゾーンで実施された。2回目以降の研修は、プロジェクトの経済的支援なしで郡保健局が主導して行うこととし、四半期に一度のCHMC会議などの場を活用して実施した。前述の第2回CHO対象講師研修を受講したCHOによってCHMC/CHV研修が広まり、2022年3月から10月末までの間に222のCHPSゾーンで実施された。なお本研修は今後も郡主導により、各CHPSやCHMC、CHVの必要に応じてCHMC会議などを活用した形で継続するとともに、後述の開発パートナーが実施するCHMC研修に内包されることによって継続性が確保されている。

(4) LCA 啓発用動画の制作

コミュニティ住民に対しLCAの概念を伝え、活動への参加を促すための動画を制作した。動画は、五つのトピックを扱った啓発用動画（各1分から2分未満）とガーナ版ラジオ体操ビデオとした。制作した動画は表2-18のとおりである。

表 2-18：制作したLCA 啓発用動画のタイトルと内容

	タイトル	コンセプト・内容
1	乳幼児のケア	授乳、離乳食、定期健診
2	学童	手洗い、口腔(こうくう)衛生
3	青年期	安全なセックス
4	壮年期と老年期	早期予防
5	男性の巻き込み	妊娠中の女性に対するパートナー男性の巻き込み
6	ガーナ版ラジオ体操	家族で健康増進のための体操をする

啓発動画は、UW州のコミュニティ住民の協力を得て撮影された。ガーナ版ラジオ体操のビデオは、UW州の体育教師が監修し、ガーナの人々が応用しやすい動きにアレンジした。これらの動画の制作にあたり、コンセプトから内容までSBCC-TRC会議で議論され、啓発動画は2020年2月に正式に承認され、ガーナ版ラジオ体操は、2021年9月に正式に承認された。なお、当初テレビ放映する予定であったが、予算の関係で難しくなったことから、プロジェクトのフェイスブックページで2022年4月に公開し、ダウンロード可能にして活用を促す一方、USBでCHPSゾーンに配布した。啓発動画

は、UW州の主要3言語であるワレ語、ダガレ語、シサラ語で新たに録音されてオーディオ版が制作された。3種のオーディオ版は、ラジオで放送された。

(5) 開発パートナーとの研修教材の共有

プロジェクトで作成した CHMC/CHV 研修教材は、国際連合開発計画（United Nations Development Programme :UNDP）や USAID など開発パートナーの CHMC 研修用に採用され、活用されている。

UNDP が 2022 年 3 月にグレーターアクラ州で実施した研修には、UW 州のヘルスプロモーション・オフィサーとプロジェクトの現地スタッフが講師として参加し、CHO や SDHT 職員に対して、本プロジェクトが開発した CHMC/CHV 研修プログラムと研修教材の活用方法についてオリエンテーションを行った。USAID の Quality Services for Health (Q4H) プロジェクトでは、本プロジェクトの CHMC/CHV 教材を正式な教材として活用した研修が全国 7 州を対象に 2022 年 11 月から実施されている。GHS 本部の PPMED がアフリカン・リーダーズ・マラリア・アライアンス（African Leaders Malaria Alliance: ALMA）やホープ・フォー・フューチャー・ジェネレーションズ（Hope for Future Generations: HFFG）といった他の開発パートナーとともに実施している「Community Scorecard French 5% Initiative Grant」のプログラムでも、CHMC を対象とした研修に本プロジェクトの CHMC/CHV 研修教材が使われることになった。

(6) 今後の課題と展望

CHMC/CHV 研修の拡大時期は 2022 年 8 月と、プロジェクト終了が見えてきた時期となり、今後も郡保健局主導で本研修が実施されることが望まれる。そのためには郡 CHO オリエンテーションを通じて引き続き CHO を講師として養成していくことや、開発パートナーが実施するプログラムを活用して CHMC 研修をするための調整が必要となる。また州レベルでも、対象郡や対象 CHPS に偏りが生じないように調整していく必要がある。

なお、CHMC や CHAP に関する活動や研修については、GHS 本部のヘルスプロモーション局と州・郡保健局のヘルスプロモーションユニットのラインと、GHS 本部の PPMED から州・郡 CHPS ユニットのラインとの二つに分かれている。プロジェクトにおいても、研修教材や啓発動画の作成は、ヘルスプロモーション局のラインで、CHAP アセスメント・ツールや CHMC 研修については PPMED のラインでそれぞれ行ってきた。プロジェクトとしてこの管轄ラインをしっかりと把握し、より連携しながら活動すべきであったというのが反省点である。

啓発動画については、ビデオを再生するモニターや PC などの機材が行き渡っていない、ネットワークが不安定なため SNS での活用が難しいなどの課題があるが、啓発動画のローカル言語オーディオ版制作は、日本人専門家の介入なしでできたため、今後他州での展開についても検討の余地がある。さらに、CHMC メンバーや CHV が学校や郡議会といった他の関係機関とも連携し、より活発に活動できるよう郡・亜郡保健局、CHO が支援していく必要がある。

2.3.3 非金銭的インセンティブ方法の構築

これまで述べてきたとおり、CHPS の重要アクターである住民のかかわり方はボランティアであり、活動を維持するための動機づけが課題となっている。これまでも郡保健局によっては独自の活動をしてきたが、それは郡保健局長の関心や予算の有無にも左右される属人的なものであり、実施されたりされなかったりという状態であった。コスト面も含めてより効果的で効率的な非インセン

ティブ活動を抽出し、この導入を体系化し、制度化することによって実施を確実なものとすることを目指した。

(1) インセンティブ活動の試行

州・郡保健局や CHO から関係者から、これまでのインセンティブ活動や今後導入してみたい活動を聞き取りした。それを取りまとめ、2020年8月に州・郡保健局や郡議会を集めた会議で八つのパイロット活動候補を選定し、2020年9月から2021年8月にかけて UW 州の全 11 郡で実施した。関係機関である郡議会や国民健康保険制度（National Health Insurance Scheme: NHIS）、社会福祉事務所（Department of Social Welfare: DSW）を巻き込み、経験交換会を開催して予算の確保や予算をかけずにできる方法などを話し合った。そこで挙げたものの一つが、CHV や CHMC などコミュニティボランティアの NHIS 登録費用免除であった。通常この登録には 27～30 セディ（18～69 歳の場合）の登録料・更新料がかかるが、ボランティアはその費用を負担なしに登録できるというインセンティブである。この費用を当初は郡保健局や郡議会が肩代わりすることが検討されたが、DSW と連携することで費用そのものが免除された実例報告がある郡からあり、それが他の郡に採用されたケースがあった。これらの試行結果を基に、インセンティブごとの妥当性、効率性、効果、インパクト、持続性の 5 段階で評価した。最終的に 2023 年 4 月に下記表 2-19 の 6 活動を選定し、UW 州で制度化することが同州保健局から提案された。六つのうちの 2 活動については、UW 州保健局が原則全郡に導入を求め、四つは、各郡の状況に応じて導入するというものだった。

表 2-19：選定された非金銭的インセンティブ活動

	インセンティブ活動	導入対象郡
1	国民健康保険制度への登録支援	UW 州全 11 郡が導入することとする
2	看護師養成学校入学のための推薦状の発行	
3	身分証の発行とそれによる保健施設での優先受付	各郡が状況に合わせて選択し導入する
4	優秀 CHMC を対象とした表彰式	
5	優秀 CHV を対象とした表彰式	
6	社会イベント（ボランティアの家族の結婚式、命名式、葬式など）の際の支援	

(2) リファレンスマテリアルの作成

この非金銭的インセンティブ活動の制度化にあたり、試行結果を基に、州・郡保健局や郡議会、NHIS など各機関の役割や機能、各活動の手順をまとめたリファレンスマテリアルが州・郡保健局の CHPS ユニットや州保健局長、CHPS コーディネーターらによって作成された。

(3) UW 州における非金銭的インセンティブ活動の制度化

2023 年 4 月に、UW 州保健局長名で本活動の制度化を伝える正式な通達レターが同州の各郡保健局や郡議会、NHIS、社会福祉事務所など関係機関に発出された。

(4) 今後の課題と展望

非金銭的インセンティブの実施にあたっては、その活動経費の確保も重要となる。本活動の試行において、できるだけ予算をかけずに実施できる方策を探った。たとえば、CHV らの NHIS 登録費用免除については、手続きの際に郡保健局職員などが NHIS のオフィスに同行する必要があるため、そのための交通費が必要となることが分かった。この経費を補うためには、郡保健局が郡議会を積極的に巻き込み、次項で述べる HIAP に本非金銭的インセンティブの活動のための予算を組むよう、働きか

けをより強める必要がある。

2.4 成果3に関する活動

成果3は、CHPS ガバナンスの向上を通じて、CHPS のサービス提供能力を高めることを目的とする。CHPS のガバナンスとは、CHPS 実施を支援するための 郡議会、郡保健局や他のステークホルダーによる参加型の計画策定やモニタリングなどを指す。この面でのプロジェクトの介入は、①参加型計画策定とモニタリングのためのツール開発、②計画策定とモニタリングに関する参考文書（ハンドブック）の作成、③CHPS 実施や保健の課題に対応した HIAP の策定支援、④対象郡・州間の学び合いを促すこと一である。

本報告書では、以下の形でPDM上の活動を整理した。

表 2-20：成果3の活動と本報告書で記載する項目

【成果3】 地方政府および関係者による CHPS のガバナンスが強化される。	
PDM 上の活動	本報告書での活動項目
3.1. 郡議会 や関係者による CHPS ガバナンスの進捗度を評価し、採点する。	(1) HIAP 参考文書の作成（活動 3-1, 3-2, 3-3, 3-4）
3.2. 州調整協議会、州保健局マネジメントチーム（RHMT）、郡議会、DHMT、関係者が州合同調整協議会（PDM 上は、州合同調整委員会）を開催し、CHPS の計画（保健人材、資機材、ロジスティックス等）、予算措置、進捗管理等について協議する。	(2) HIAP の策定（活動 3-3）
3.3. DHMT と郡議会が合同で、CHPS 実施や保健活動を統合した年次計画を策定する。	(3) HIAP 実施のモニタリング（活動 3-4）合同調整協議会（州調整協議会/郡議会会: RCC/郡議会会議）（活動 3-1, 3-2, 3-5）
3.4. DHMT と郡議会が合同で、3-3で策定した保健統合年次計画をモニタリングする。	
3.5. 対象州・郡間で、相互訪問等学び合いの機会を計画・実施する。	

2.4.1 HIAP 参考文書の作成

保健統合年次活動計画（HIAP）は、2011年9月から2016年9月に実施された JICA 技術協力「ガーナ国アッパーウエスト州地域保健機能を活用した妊産婦・新生児保健サービス改善プロジェクト」において導入された。郡議会と DHMT が、CHPS 実施を含む保健活動への予算配分を確保し、郡議会と DHMT 共同で計画を策定するためのツールとしてフォーマットが作成され、本プロジェクトでも継続して HIAP を使用することとした。また、本プロジェクトは HIAP を郡議会 と DHMT の保健財政・公共財政管理能力強化を図るための計画・予算管理ツールと位置付け、費用を見積もった計画とすることにした。そのため、フォーマットに予算項目を追加し改訂版を作成し、併せて HIAP の策定・モニタリングに関する手続き、関係者の責任一を明記した参考文書（ハンドブック）を作成した。HIAP の改定フォーマットと参考文書の内容を検討するために、5州の州調整協議会、RHMT、郡議会、DHMT をメンバーとする技術作業委員会（Technical Working Group : TWG）を 2018 年 4 月に設置した。合同調整協議会（RCC/郡議会会議）や HIAP の計画策定、実施、モニタリングを通じて得られた知見に基づき、UW州と協議し、2022 年 4 月第 4 回 TWG において最終化した。最終合意された参考文書は、5州の州大臣によって承認、署名され、GHS 本部 PPMED とも共有した。こ

の参考文書は、実態に即しており、HIAP 導入のための研修が実施できない場合でも、手順通りに行うことで、HIAP の策定、モニタリングが実施できる内容となっている。GHS 本部は国内全州への展開に意欲的だったが、導入のための合意形成や、参考文書の印刷、必要に応じた研修の実施などの予算確保が難しく、全国展開は GHS 本部における今後の課題である。

2.4.2 HIAP の策定

N 州再編の影響で 2019 年から 2020 年にかけて、先行した UW 州を除く対象 4 州で順次 HIAP 策定が開始された。4 州における策定開始にあたり、HIAP 用フォーマットや参考文書を共有したり、UW 州の経験を共有して理解を深め、策定の促進を図った。これら HIAP 策定開始の支援は RCC/郡議会会議において実施し、その後は毎年 RCC/郡議会会議の場で、州調整協議会、RHMT、郡議会、DHMT が HIAP 案を策定した。また、会議の後はプロジェクトが州計画調整ユニット（Regional Planning Coordinating Unit : RPCU）と郡計画調整ユニット（District Planning Coordinating Unit: DPCU）とともに HIAP 策定最終化と進捗管理を支援した。策定された HIAP の活動は主に六つのグループ、つまり i)インフラ、ii)全国的なキャンペーンの支援、iii)保健資機材の調達、iv)保健関連会議支援、v)保健従事者への財政支援・動機付け、vi)住民参加活動支援—に分類された。HIAP 活動全体の中で、CHPS 施設の建設、病棟の建設、CHPS 施設への電気・水道の接続といったインフラ関連の活動が最も大きな割合を占めた。その理由は、インフラへのコミュニティのニーズが高いからであった。また、インフラ整備は政治家にとってコミュニティに対して成果を示しやすい分野で、選挙に有利になることも理由の一つであった。次に活動量が多かった分野は、保健資機材の調達や、予防接種などの全国的なキャンペーンの支援であった。こうしたサービスが拡大する分野や国の優先度が高い活動を郡議会が支援した。

プロジェクトは HIAP の策定において、内容を郡議会の中期計画から抽出すること、最終化は郡議会と DHMT の協働を経ることとした。その過程では、既存の計画との一貫性を確保するとともに、HIAP 策定のために多くの時間を割かないよう、また複数のフォーマットを使用したり何度も協議を重ねたりなど複雑なプロセスを含めないよう工夫をした。HIAP 導入により郡議会と DHMT のコミュニケーションが円滑になり、両者の協働により保健セクターにおける課題の抽出や優先度決めが容易になった。これは、州レベルにも同じことが言える。

5 州は、今後も HIAP を継続することで合意している。HIAP は郡議会の中期計画に基づくものであり、郡議会と DHMT の良好な関係とコミュニケーションが既に確立されていることから、支障なく継続される見込みである。

2.4.3 HIAP 実施のモニタリング

策定した HIAP 実施を、DHMT や RHMT の支援を得て DPCU や RPCU がモニタリングした。このモニタリングは、フォーマットを使用して活動の進捗状況と財務的な視点からの執行状況を確認する。プロジェクトは、TWG によるフォーマットや参考文書の作成と改訂を支援し、四半期モニタリングの実施状況を確認した。HIAP モニタリングを困難にしている要因は、主に DPCU や RPCU の責任者のコミットメントや関心の欠如である。燃料代などリソースの不足も定期的なモニタリングを困難にしていた。RCC/郡議会会議ではモニタリングは行ったが、紙ベースのモニタリング・レポートをタイムリーに提出できなかったという報告があり、RCC/郡議会会議において対処を協議した。

ハードコピーの提出が基本であるが、事前にソフトコピーを送付することも可とした。

5州の各郡はDHQPR会議などで四半期モニタリングを行っている。HIAPはこのような既存の四半期モニタリングの一部として組み込まれ、実施されることとなった。

2.4.4 合同調整協議会（RCC/郡議会会議）

CHPS や他の保健活動に関する財政や公共財政管理能力の強化を図るため、プロジェクトは州調整協議会、RHMT、郡議会、DHMT などの関係者を集めた州合同調整協議会を原則年 1 回開催し、CHPS 計画、予算措置や進捗管理についての経験や課題の共有を支援した。会議は原則年 1 回の開催のところ、実際には 2 回実施することが多かった。年初の会議では前年の HIAP 実施レビューを主目的として、各郡が前年 HIAP の実施結果と最終化された当年 HIAP を発表した。年の途中で実施した会議では、各郡が HIAP 実施の進捗状況を報告し、HIAP 実施を通じた知見や教訓、翌年の HIAP 案を他の郡と共有した。プロジェクトは、本協議会で郡議会が発表する標準テンプレートを作成し、郡議会間の進捗や課題の共有と理解の促進を図った。

エンドライン調査で RCC/郡議会会議の意義を問うと「保健問題の理解と優先度付けに役立つ」、「HIAP への予算配分が増える」、「関係者のコミットメントを高める」、「相互学習、情報交換、そして健全な競争の場となっている」という回答を得た。また、どのように現実的な計画を策定するか、信頼できる予算をベースにどのように実施率を増加させるか、を学ぶ連携会議として機能しているという回答もあった。関係者間のコミュニケーションを円滑にし、HIAP を促進する機会となっていたと言える。

プロジェクト期間中、RCC/郡議会会議の開催費用はプロジェクトが支援していた。プロジェクト終了前には 5 州合同の RCC/郡議会会議を実施し、HIAP 継続について意見交換を行った。各州は、プロジェクト終了後、それぞれの州で実施する年間および四半期レビュー会議などの機会を活用し、HIAP の作成、進捗確認、また HIAP に関連する協議を行うことを、各州の州大臣と州保健局長間で合意している。

今後の課題と展望

5 州の対象郡と NE 州の全郡で HIAP が策定・運用されており、州調整協議会、郡議会、州保健局、郡保健局などの関係者には、相互の円滑なコミュニケーションと、保健セクターにおける課題の抽出や優先度の高い課題への取り組みができるなどの利点が認識されている。また、各州の上位責任者は、HIAP の継続に関して州調整協議会など関係協議体の役割や実施項目を記載したコミットメント合意書に署名している。更に、5 州の州大臣が HIAP 参考文書に署名をしており、責任者や担当者が変わってもこの参考文書に従って HIAP を策定運用していくことが可能となっている。これらのことから、5 州での HIAP の継続が見込まれていると言える。

プロジェクト対象州外の国内全州への展開については、HIAP 参考文書の最終化の際に GHS 本部と協議したところ、GHS 本部は意欲的だった。しかし、導入のための合意形成や、HIAP 参考文書の印刷、必要に応じた研修の実施などの予算確保が難しく、全国展開は GHS 本部における今後の課題である。

2.5 成果4に関する活動

成果4は、LCAをCHPSのミニマム・パッケージの中で取り組むことを目的とした。プロジェクト目標の指標3の「LCA活動を行っているCHPSの割合がUW州で増加する」の達成に関連している。具体的な活動としては、LCAコンセプトの定義づけ、CHOを対象とした研修教材の開発と研修の実施、開発したLCA研修教材のCHPS実施研修への組み込み、LCA活動のアクションプランの策定、モニタリング活動一などである。これらの活動を主にUW州を対象に実施し、さらにその他の対象4州に対してはLCAに関連するミニマム・パッケージを紹介し、LCA研修教材を共有した。本報告書では、以下の形でPDM上の活動をアプローチごとに整理して記述する。

表 2-21：成果4の活動と本報告書で記載する項目

【成果4】ライフコースアプローチがCHPSのサービス・パッケージ（ミニマム）の中で取り組まれるようになる。	
PDM上の活動	本報告書での活動項目
4-1. ガーナのCHPS実施におけるLCAのコンセプトを定義する。	(1) ガーナにおけるCHPSレベルのLCAの定義づけ（活動4-1）
4-2. GHS本部と北部州による現行のCHPSによる保健サービスをLCAの観点からレビューする。	(2) LCA研修教材の開発とCHO/SDHTの能力強化（活動4-2、4-3、4-4）
4-3. レビュー結果を基に、UW州において、CHO/SDHT現職研修とCHV/CHMC研修教材を開発する。	(3) LCA研修教材のCHPSに関わる研修への組み込みと展開（活動4-5、4-8）
4-4. UW州において、CHO、SDHT、CHV、そしてCHMCのLCAに関わる能力を強化する。	(4) モニタリング活動とLCAのアクションプラン策定（活動4-6、4-7）
4-5. UW州が、CHPS実施に関わる研修、並びに研修教材にLCAを統合する。	
4-6. UW州で、LCAチームが「ミニマム・パッケージ」の活動計画を策定する。	
4-7. UW州で、LCAチームが「ミニマム・パッケージ」の郡活動計画を実施・モニターする。	
4-8. GHS本部と北部州が、活動計画の結果を共有する。	

2.5.1 ガーナにおけるCHPSレベルのLCAの定義づけ

第1期の2017年10月から2019年2月にかけて、GHS本部の家族保健局（FHD）局長やPPMED政策局長、対象州の保健局長やCHPSコーディネーターからなるLCA-TWG会議を計6回開催し、ガーナにおけるCHPSレベルのLCAコンセプトの議論を行った。最終合意された定義は、「アクセス可能な資源（人的、物的、財政的）に支えられた質の高いPHCサービスの促進とコミュニティの参加を通して、あらゆる年齢層の人々が健康的な生活を確保し幸福を促進する」¹⁹ことである。

ガーナのCHPSレベルにおけるLCAのコンセプトには、各年齢層のニーズに合ったサービス提供

¹⁹ 定義全文は次のとおり。「健康的な生活を確保し、あらゆる年齢層の人々の幸福を促進する。これは、アクセス可能な資源（人的、物的、財政的）に支えられた質の高いPHCサービスの促進とコミュニティの参加によって行われる。多くの研究が、人生最初の1000日（受胎から2歳まで）の早期介入は、乳幼児期の健全な成長と発達を促し、人生の各段階において健康のリスクを下げ、高い平均寿命を維持し、ひいては経済的利益にもつながることを示している。したがって、人生最初の1000日に特に焦点を当てる」。

と、人生最初の 1000 日に力点を置くことで成人後の健康維持につながるという二つの側面を持たせた。さらに、CHPS レベルにおいて LCA が焦点を当てるべき対象と活動は、図 2-4 のように図式化され、ガーナにおける健康的な生活様式とは、「水・衛生、安全な環境、食品衛生、健康的な食事習慣、運動習慣、適切な飲酒習慣、禁煙」であるという合意を得た。

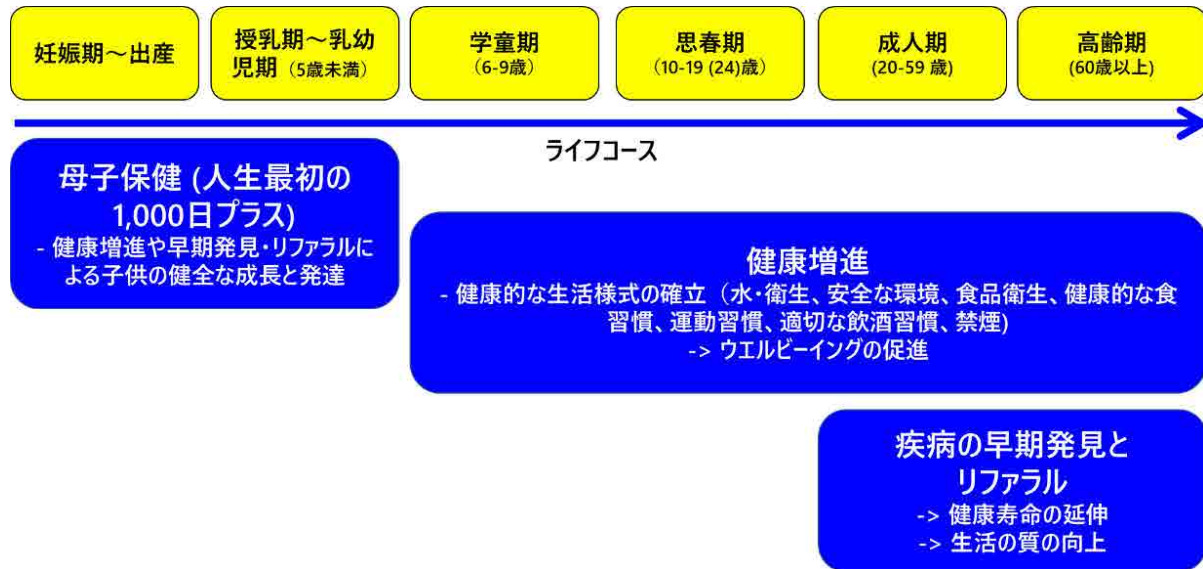


図 2-4 : LCA が焦点を当てるべき対象と活動

本定義を基に、LCA 研修プログラムと教材の開発や CHO、SDHT への能力強化が行われ、成果 2 で述べたコミュニティにおける地域保健活動の強化が行われた。

2.5.2 CHO を対象とした LCA 研修教材の開発と能力強化

(1) LCA 研修プログラムと教材の開発

LCA 研修プログラムと教材の開発にあたり、ミニマム・パッケージの LCA に該当する項目を抽出し、それを基に次の点に留意してプログラムと教材を開発した。

- 各年齢層のニーズに合ったサービス提供と、人生最初の 1000 日に力点を置くことで成人後の健康維持につながるという二つの点を明確にすること
- 健康的な生活様式の確立 (Healthy Lifestyle) の構成要素は、水・衛生、安全な環境、食品衛生、健康的な食事習慣、運動習慣、適切な飲酒習慣、禁煙であることを再確認し、各モジュールの教材作成過程 (下記の質問票を含む) のあらゆるところで、これらの構成要素を入れ込むこと
- 健康的な生活様式の確立のための質問票 (Healthy Lifestyle Questionnaire) では、学童・思春期・成人についての質問項目もポジティブな内容になるように作成し、質問自体がヘルスプロモーションにつながるようにすること
- 世界保健機関 (World Health Organization: WHO) や国連児童基金 (United Nations Children's Fund: UNICEF) が推奨する、「乳幼児の年齢に応じた食感・歯ごたえ」や「成人の果物・野菜摂取量 400 g/日」は、字や絵で見ただけでは分かりにくいいため、現地の野菜を含んだ食材や量の写真を撮影してモジュールに掲載すること

研修モジュールは基本的にライフステージごとに構成し、各年齢層に特化した健康課題を組み込んだ。母子保健のモジュールには、母子手帳が含まれるため、JICA「母子手帳を通じた母子継続ケア改善プロジェクト」と連携し、同プロジェクトのプログラムや教材を組み込むことで、両プロジェクトの相乗効果を生み出した。また、2019年以降は、新型コロナウイルス感染症の拡大を受け、同感染症対策のモジュールを加えた。研修モジュールの構成は、表2-22のとおり。

表2-22：LCA研修モジュール

	モジュールタイトル	モジュール内容
1	ライフコースアプローチの紹介と健康的な生活	1: ガーナにおける保健の動向と新たな現実 2: CHPSレベルでのライフコースアプローチの理解 3: ライフコースアプローチで強調される主要なコンポーネント
2	母子保健（母子手帳の重要ポイント）	1: 母子手帳の紹介 2: 母子手帳の使い方：妊娠中のケアと出産 3: 母子手帳の使い方：出産後のケア（6週間） 4: 母子手帳の使い方：小児期（1-60か月）
3	学童期の子供のケア	1: 学校保健の重要性 2: 学童の一般的特徴 3: 学校生活における健康的な生活スタイルの確立 4: 身体検査とフォローアップ
4	思春期保健と成長	1: 思春期保健のライフコースアプローチにおける重要性 2: 思春期における質の良いケア 3: 思春期の青年に優しいケア
5	成人・高齢者保健	1: 成人・高齢者保健の重要性 2: 成人と高齢者の一般的特徴 3: スクリーニングによる非感染症の早期発見 4: 健康促進と非感染症予防
6	ライフコースアプローチのツール	1: 包括的な家庭訪問とそのツール 2: ヘルススクリーニング・レジスター
7	CHPS レベルでの新型コロナウイルス感染症への対処	1: 新型コロナウイルス感染症の概要 2: GHSの各レベルにおける役割と責任 3: 予防 4: ケースの発見とマネジメント 5: 年齢層や状況に応じた特別な注意

この研修教材の開発は、GHS本部のFHD局長と方向性を擦り合わせた内容を基に、UW州のLCA-TWGメンバーと議論し、その後再度GHS本部レベルとの協議とインプットを受けてUW州のLCA-TWGメンバーと再協議し最終化するという方法を取った。これによりGHS本部とUW州双方のLCAについての共通理解を得た研修教材となった。また、本教材に対する国の承認に向けて研修実施マニュアルも作成した。

(2) CHO/SDHT 現職研修の実施

開発したLCA研修教材を基に、CHPSでサービスを提供する現職のCHOとCHOを監督指導するSDHTスタッフを対象としたCHO/SDHT現職研修を行った。研修期間は4日間とした。2019年4月から2021年11月にかけて、計4回の研修を実施し、計192人のCHOと39人のSDHTスタッフの能力強化が行われた。また、本研修には、GHS本部から国家CHPSコーディネーターやPPMED、FHDの職員、UW州以外の北部4州の保健局関係者が参加し、中央レベルや他州の現場の視点も取り入れながら教材やプログラムの見直しを行う場とした。これによって、研修内容と教材の中身はより

現場での業務に即したものになり、GHS 本部の関連部署を巻き込み、国の教材としての標準化に向けた基盤を整えることができた。

また、この研修実施の過程で、基本的な健康チェックあるいはスクリーニングが定着していない状況を受け、LCA 活動を記録する様式として、成人を対象としたスクリーニング結果を記録する LCA レジスター（後に「ヘルススクリーニング・レジスター」の正式呼称で合意）を開発した。第2回の現職研修以降、レジスターを配布し、研修時にはレジスターを用いて測定結果やアセスメント結果を記録する実習を設け、現場でそのまま実践できるように指導した。研修教材同様に改訂した上で最終化した。

2.5.3 LCA 研修教材の CHPS に関わる研修への組み込みと展開

(1) LCA 研修教材の国の承認の取り付け

プロジェクト目標3-2の指標で示すように、LCAに焦点を当てたミニマム・パッケージの教材とするには国の承認を得る必要があった。このため、CHO/SDHT現職研修でのフィードバックを通じて最終化したLCA研修教材を基に、2022年8月にGHS本部と協議した。その結果、教材の内容やコンセプトは国のUHC政策や非感染症対策に合致しており、普及に問題はないとの結論に達し、本教材を他の北部州をはじめとする全国に普及する承認を得た。

この承認を受け、LCAのコンセプトやLCAに使われるツールの紹介、栄養等のカリキュラムといった理論部分を成果1で述べたプレ・サービス研修教材に組み込み、乳児の計測や成長曲線の記録や分析、学校での保健サービス、成人スクリーニングの実施等、実習部分を郡CHOオリエンテーションのフィールド実習ガイドに組み込んだ（図2-5）。

この組み込みによって、既存の研修でLCAに関する研修ができるようになり、またCHOの養成過程でLCAの能力強化が可能になった。さらに、CHO/SDHT 現職研修の実施には、4日間の日数と費用がかかっていたことを踏まえると、研修の継続性を担保する戦略としても、既存の研修に統合というアプローチは大きな意義を持っていた。

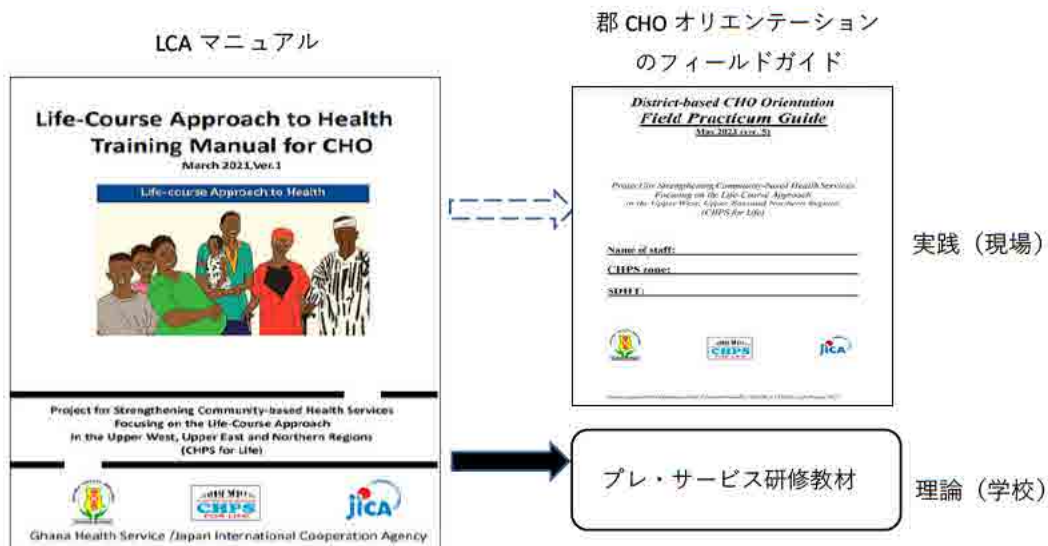


図 2-5 : LCA の郡 CHO オリエンテーションとプレ・サービス研修教材への統合

一方、元々PDM 指標入手のために導入したヘルススクリーニング・レジスターについては、研修教材と併せて標準化を目指したが、GHS 本部が管轄するレジスター類の改定や再編を考えている過

程にあり議論が熟していないことから、国の標準レジスターとして定めることに関しては見送りとなった。そのため、当面はUW州及び一部の北部州に限定したウェルネス・クリニック²⁰での記録用紙としての使用を進めることになった。とりわけUW州は、レジスターから得られたスクリーニングデータの重要性を認識しており、データの収集・編集、分析を続け州のレビュー会議時に結果を共有する意向である。それにより、さらに州内のプログラムとの連結を検討する考えである。実際、UW州内で実施された2023年の半期のパフォーマンス・レビュー会合時に、非感染性疾患の負荷軽減という題目の中でこれらのデータは活用されている。

(2) CHOを対象とした郡レベルのLCA一日間研修の実施

これまでに述べた研修に加え、CHO/SDHT 現職研修を未受講だったCHOを対象としたLCA研修を2022年9月～10月にかけて実施した。本研修は、UW州保健局からの要請を受けて行われたもので、郡保健局のLCA研修実施のための能力強化も兼ね、郡レベルで行われた。これまでの研修や現場での観察を通じて、さらに能力強化や改善が必要とされたLCAサービスに焦点を当て、1日間の研修プログラムとした(表2-23)。UW州全11郡で実施され、計482人のCHOが受講した。

表 2-23 : LCA 一日間研修のプログラム

項目	内容
母子保健	<ul style="list-style-type: none"> ・ ボディ・マス・インデックス (Body Mass Index: BMI) 、 出産予定日の母子手帳への記入 ・ 発達指標に基づく異常のチェック ・ 栄養カウンセリングの実施と記録
学校保健	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定期的な学校訪問の実施率 ・ 健康教育の内容の記録 ・ 学校の不衛生な環境
思春期保健	<ul style="list-style-type: none"> ・ 学校の思春期保健コーナーの設置 ・ 学校教師への健診結果の十分なフィードバック ・ カウンセリングの適切な技術
成人保健	<ul style="list-style-type: none"> ・ 血糖検査機器 (グルコメーター、ストラップ) ・ 血糖検査の手技

この研修を通して、UW州の郡レベルでのLCAサービス強化が約束され、今後郡CHOオリエンテーションに組み込まれた研修で、一層の能力強化を図っていくことが期待される。

(3) 北部4州へのLCAサービスの展開

UW州でのLCA研修やサービス提供の経験を共有し、LCAに関連するサービスの強化を目的とした北部4州対象の会議を行った。同会議には、州・郡保健局長とCHPSコーディネーターや栄養オフィサーなど、LCAサービスの実施に関わるスタッフが参加した。2022年11月にN州、NE州、S州、2023年3月にUE州で開催した。

LCA関連サービスを強化する必要性や背景の説明、UW州で実施したLCAサービス、UW州で開発したツールの紹介、課題や学びが共有された。課題・学びについては下表2-24のとおり。

表 2-24 : UWでの経験を踏まえた課題・学び

項目	課題
CHOの技術・意識	LCA 関連サービスについての意識の低さ、人体測定指標の計測や計算能力の不足

²⁰ 国が主導する成人を対象とした、主に病院やヘルス・センターで実施する検診サービス。

項目	課題
機材・ロジスティクス	機材の不足（血糖測定機器や腹囲測定テープ）、母子手帳の在庫不足、血糖値テストに掛かる費用
記録	書類の作成や記録類の不備
モニタリング	巫郡や郡の CHPS に対するモニタリング不足、研修後のフォローアップ実施の遅れによる CHO によるサービスの質の低下
役割・報告	LCA 関連活動を統括するスタッフの不在による、データ収集・分析・報告等の欠如（全てのレベル）

LCA 関連のサービス活動を継続的に進めるには、州や郡の年間活動計画に LCA サービスに関するアクションプランを組み込むことが鍵となることから、本会議には意思決定者だけではなく、実務レベルのスタッフも参加する形にした。また同時に、UW 州を含む北部 5 州の連携も考慮した。UW 州以外の北部 4 州には、プロジェクトから LCA 研修の教材もデータで提供したため、今後各州の主導により、郡 CHO オリエンテーションなどの機会を通じて、研修やツールの活用が進むことが期待される。一例として、S 州ではヘルススクリーニング・レジスターをウェルネス・クリニックの記録用紙として使用することが承認された。S 州では、国際 NGO である PATH のプログラム支援によりウェルネス・クリニックが実践される中、本プロジェクトが作成したレジスターを継続的な標準仕様として活用する意向である。S 州の事例のように、他ドナーのプログラムとの連携もプロジェクト後の発展につながる。

(4) 今後の課題と展望

LCA 教材・ツールの標準化と他州への横展開については、今後の検討事項となる。前者は、主にヘルススクリーニング・レジスターに関し、GHS 本部、とりわけ公衆衛生局（PHD）が健診データに基づく予防政策などを進めるために境界例のデータを集めるのか、または現在収集している非感染性疾患の患者数のみを重視するかは、国の方向性次第である。プロジェクトは、レジスターを紹介し CHO/SDHT 現職研修へ招待するなど PHD 担当者の巻き込みを図ったものの、ツールが有効であることを示すエビデンスの不足や先方の日程調整ができなかったため、国の標準化に向けた十分な議論には至らなかった。今後、標準化に向けた協議を加速させるためには、JICA 技術協力アドバイザーによるフォローアップとして、GHS 本部の PPMED と PHD との粘り強い交渉、さらに UW 州や S 州の現場で使用するレジスターのデータを収集・分析し有効性を示す必要がある。そのためには、記録を継続的に蓄積し、エビデンスとして GHS 本部に示すとともに、州保健局による働きかけも有効である。UW 州では、LCA サービスの継続的な実施とサービスの改善を優先することで合意しており、年間活動計画にも含まれている。UW 州以外の北部 4 州においても LCA アプローチやツールの有効性が支持されているものの、研修実施のための資金が不足している。今後は、郡 CHO オリエンテーションなど既存の研修時に LCA に関する知識やサービスについて紹介することで各州の合意を得ている。また GHS 本部に関しては、プロジェクトが開発したツールなどの規模拡大について、FHD 局長が GHS 局長や他部局と協力する旨約束している。

2.5.4 モニタリング活動と LCA のアクションプラン策定

(1) CHO/SDHT 現職研修後のモニタリング活動とアクションプラン策定

CHO/SDHT 現職研修のフォローアップ活動として、受講した CHO を対象に州と郡保健局のスタッフによるモニタリングを実施した。主な目的は、CHO のスキルやサービス提供状況、LCA サービス

に必要な機材の有無、学校保健記録の確認である。プロジェクトが作成したモニタリングツールを元に、記録類のチェック、血糖値検査等の手技の観察、CHO 本人と地域の学校教師へのインタビュー、機材の在庫チェックが行われた。このモニタリング活動を通じて、BMI 測定の不正確さやヘルススクリーニングを実施した患者へのフォローアップ不足など、CHO の弱点や共通する課題が明確になった。プロジェクトは、CHO の能力強化を含む LCA サービスの改善を州・郡が主体となって実施するために、アクションプラン策定と実施を州・郡の保健局に働きかけ、2022 年末までのアクションプランが策定された。

これら郡保健局が作成した LCA に関連するアクションプランの実施状況のフォローと、1 回目のモニタリング結果からの改善状況を確認するために、同じ CHPS ゾーンを対象に 2 回目のモニタリングを 2023 年 4 月下旬に実施した。また、それに合わせて、州・郡レベルから CHO に対する OJT を兼ねた指導・助言を行った。結果として、前回と共通の課題とともに、上層機関への報告や郡レベルの監督の不十分さなど、新たな課題も浮かんできた。今後、亜郡や郡によるサポーター・スーパービジョンを通して、継続的な CHO の能力向上のために現場指導する仕組みづくりが求められる。

2 回目のモニタリング結果は、フィードバック会議を設け、UW 州の 885 人の保健スタッフ（CHO、亜郡、郡）に共有した。現場で確認された CHO のスキル等、共通する弱点克服を促すとともに、LCA サービスの継続的な改善に向けたアクションプランを亜郡と郡の両レベルで作成した。亜郡レベルでは、CHPS ゾーンでの個々の LCA サービスを質的・量的に向上させる取り組み、郡レベルでは、例えば BMI 測定等の共通する課題を抽出した上で、スキル・サービスを向上するための郡挙げての取り組みに焦点を当てている。作成されたアクションプランを逐次モニタリングし持続させることが肝要である。そのためには、州と郡の年間の全体活動計画に入れ込むことで、プロジェクト終了後も活動の継続性を担保できる。

州・郡・亜郡で作成された LCA に関するアクションプランは、プロジェクト終了後も州や郡の担当者が中心となって継続的にモニターされる予定である。

(2) 今後の課題と展望

CHO/SDHT 現職研修後の 2 回にわたるモニタリングを通じて、BMI の計算間違いやリスク患者のフォローアップ不足など、CHO のスキル不足が浮き彫りとなった。今後の継続的な能力強化や改善を推進するために、州・郡・亜郡レベルで各々策定したアクションプランを基に活動を進めていく必要がある。GHS のシステム上、上位機関が下位機関（州保健局であれば郡保健局）に対し監督する責任を有しているため、サポーター・スーパービジョンの機会を使って LCA サービスに関する継続的な指導・モニタリングをすること、また大きな会議の場で進捗を確認することが期待される。実際、UW 州では LCA サービスを強化することが合意されており、策定されたアクションプランを州や郡の年間活動計画に組み込むこと、また半期と年次のレビュー会議を通じてアクションプランの実施状況を確認することとしている。各レベルの関係者を巻き込むことで、CHO に共通する課題への対策や持続性のある能力強化に寄与できる。

第3章 プロジェクト目標と各成果の達成度

3.1 プロジェクト目標の達成状況

6年間にわたる活動の結果、プロジェクトはプロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）で設定されたプロジェクト目標、成果1から4までの指標を概ね達成することができた。達成度の定義は次のとおり。

達成：目標値到達
ほぼ達成：目標値との差が20ポイント未満
未達成：目標値との差が20ポイント以上。

以下では、それぞれの達成状況について述べる。

3.1.1 プロジェクト目標の概要と達成状況

本プロジェクトのプロジェクト目標とその指標は以下のとおりである。各指標は若干の課題があるものの概ね達成できている。各指標の達成状況の詳細は表に続いて述べる。

【プロジェクト目標】 ライフコースアプローチ（LCA）に基づく地域保健サービスが強化される。
【指標1】 機能する駐在地域保健師による基本的保健医療計画・サービス（CHPS）へのアクセスのある住民の割合（が増加する）。
【指標2】 CHPS 実施率が増加する。
【指標3】 LCA 活動を行っている CHPS の割合がアッパーウエスト州（UW 州）で増加する。

3.1.2 プロジェクト目標の各指標の達成状況

(1) 指標1の達成状況

指標1は機能するCHPSゾーンへのアクセスの改善を目的としており、本指標は上位目標と指標2のサブ指標（2-2）と同じものである。「機能するCHPSゾーン」の定義は、本報告書第1章の「ボックス1-1 CHPS 政策に関する基礎情報」（p. 1）を参照されたい。

州別の達成状況を表3-1にまとめた。UW州、アッパーイースト州（UE州）ともに目標値の100%にほぼ到達している。残りの3州は目標値達成には至らなかったものの、ノーザン州（N州）、サバナ州（S州）は目標値との差が15ポイント以内にあること、またこれら3州の開始時のベースライン値が10%以下と著しく低かった状況を踏まえると、3州のCHPSへの住民アクセスは大きく改善したと言える。本プロジェクトを通じて機能するCHPSへアクセスできる住民の数は、2023年第1四半期でUW州929,474人、UE州1,353,396人、N州1,076,452人、ノース・イースト州（NE州）319,425人、S州443,424人で、計4,122,171人（約412万人）となった。2017年では計1,105,968人（約111万人）であり、4倍近くに増えた。

表 3-1：機能する CHPS へのアクセスのある住民の割合と目標値の達成度²¹

州	目標値	2017年	2023年	達成度
UW州	100%	55.2%	98.9%	ほぼ達成
UE州	100%	31.1%	100%	達成
N州	60%	9.6%	45.6%	未達成
NE州	75%	9.3%***	47.5%	未達成
S州	80%	8%***	66.5%	ほぼ達成

情報源：CHPS データベース（CHPS-DB）を基にした、*2017年第4四半期、**2023年第1四半期、***2019年第4四半期のデータをそれぞれ使用。

(2) 指標 2 の達成状況

指標 2 は CHPS 実施率の増加が目的であり、本指標の達成度を「2-1. 保健スタッフの配置された CHPS へのアクセスのある住民の割合」と「2-2. 機能する CHPS へのアクセスのある住民の割合」の二つの視点から測った。2-1 と 2-2 の違いは、CHPS に配置される保健人材のタイプの違いであり、2-1 は保健スタッフ（CHO である必要はない）によるサービス提供を開始した CHPS がカバーしている人口を意味する。2-2 は前述の指標 1 と同じ内容であることから、本項では 2-1 の達成状況を述べる。

表 3-2：保健スタッフが配置された CHPS へのアクセスのある住民の割合と目標値の達成度²²

州	目標値	2017年	2023年	達成度
UW州	100%	60.8%	100%	達成
UE州	100%	61.9%	100%	達成
N州	100%	75.7%	85.7%	ほぼ達成
NE州	100%	63.3%***	100%	達成
S州	100%	63.3%***	83.3%	ほぼ達成

情報源：CHPS-DB を基にした、*2017年第4四半期、**2023年第1四半期、***2019年第4四半期のデータをそれぞれ使用。

表 3-2 で示すとおり、全ての州で住民のアクセス割合が増加しており、UW 州、UE 州、NE 州が目標の 100% に達した。N 州と S 州も目標値達成には至らなかったが、目標値との差は 15 ポイント前後まで到達している。保健スタッフが配置された CHPS へのアクセスのある住民の数は、2023 年第 1 四半期で UW 州 939,760 人、UE 州 1,353,396 人、N 州 2,022,749 人、NE 州 784,314 人、S 州 555,903 人で、計 5,656,121 人（約 566 万人）となった。2017 年では計 3,462,244 人（約 346 万人）であり、1.6 倍に増えた。

北部 5 州全人口に占める細分化された CHPS ゾーンの割合、保健スタッフによるサービスが提供されている CHPS へのアクセスのある住民の割合、そして機能する CHPS ゾーンへのアクセスのある住民の割合について、2017 年と 2023 年の状況を比較したのが次の図 3-1 である。

²¹ 機能する CHPS がカバーする住民数 / 州人口 x100 で算出。

²² 保健スタッフによるサービス提供を開始した CHPS がカバーする住民数 / 州人口 x100 で算出。

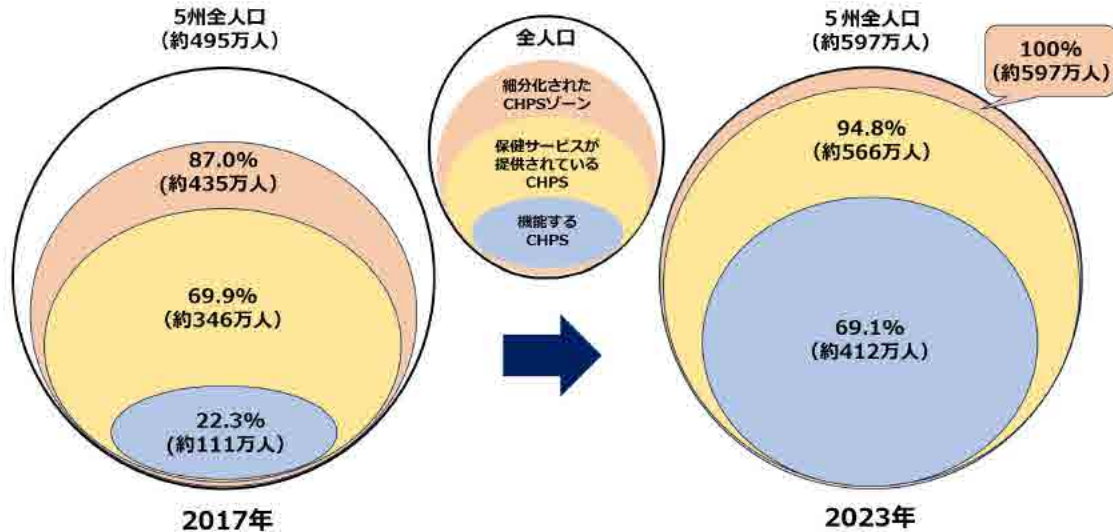


図 3-1：北部5州のCHPSへのアクセスがある住民の割合

(3) 指標3の達成状況

指標3はUW州でLCA活動を実施するCHPSの割合増が目的である。その達成度を「3-1.LCA関連のサービスを行う機能するCHPSの割合」と「3-2.LCAにフォーカスしたミニマム・パッケージが開発され、国の標準として提案される」の二つの視点から測っている。さらに、3-1には四つのサブ指標、つまり(1)LCA関連サービスを提供するためのLCA研修を受けたCHO/亜郡保健チーム(SDHT)スタッフ数、(2)年1回以上全ての学校で健診を行ったCHPSゾーンの率、(3)年1回以上全てのコミュニティで健診を行ったCHPSゾーンの率、(4)LCAレジスター(ヘルススクリーニングレジスター)に健診やフォローアップの結果を適切に記録したCHOの率一が設けられている。一方3-2は、a.LCAの研修教材が開発されガーナ保健サービス局(GHS)に提出されること、b.プレ・サービス研修に組み込まれること、c.郡CHOオリエンテーションのフィールド実習ガイドに組み込まれること一がサブ指標となっている。

なお、指標3はUW州のみが対象であり、成果4の指標4-2及び4-3と同じである。

指標3-1は、LCA関連のサービスを行う機能するCHPSの割合であり、保健サービスの担い手であるCHOの能力強化を推進する指標である。

下表3-3～3-6で示したとおり、(1)の現職研修を受けたCHOの数は指標を大きく上回った。一方、SDHTスタッフ数は目標値には満たなかったものの、ほぼ達成となった。(2)と(3)はいずれも90%を超え指標を達成した。(4)はヘルススクリーニング・レジスターの記録を基にしており、CHOによるLCAサービス提供のパフォーマンスを示している。CHO/SDHT現職研修後の事前・事後テストの結果ではレベルの向上が確認できたにもかかわらず、ボディ・マス・インデックス(BMI)の正確な計算やカウンセリング、リファラルを要する患者のフォローアップについては十分目標値を達成できなかった。

表 3-3：LCA関連サービスを提供するためのLCA研修を受けたスタッフ数と目標値の達成度

対象スタッフ	目標値	2019年	2023年	達成度
CHO	192人	0人	650人	達成
SDHT	48人	0人	39人	ほぼ達成

情報源：CHO/SDHT現職研修実施録、郡対象CHOオリエンテーション実施録

表 3-4：過去1年間に、CHPS ゾーン内にある全ての学校で最低年1回健診を行った
CHPS ゾーンの率と目標値の達成度

対象	目標値	2019年	2023年	達成度
CHPS ゾーン数	40%	NA	94.7%	達成

情報源：エンドライン調査報告書

表 3-5：過去1年間に、CHPS ゾーン内にある全てのコミュニティで最低年1回健診を行った
CHPS ゾーンの率と目標値の達成状況

対象	目標値	2019年	2023年	達成度
CHPS ゾーン数	40%	NA	94.0%	達成

情報源：エンドライン調査報告書

表 3-6：過去1年間に LCA レジスターに健診とフォローアップの結果を適切に記録した CHO の率と
目標値の達成度

記録内容	目標値	2019年	2023年	達成度
BMI 計算	100%	NA	65.9%	未達成
BMI 分類	100%	NA	90.9%	ほぼ達成
血糖値	100%	NA	80.5%	ほぼ達成
血圧	100%	NA	94.4%	ほぼ達成
腹囲	100%	NA	93.8%	ほぼ達成
教育・カウンセリングフォロー	100%	NA	49.8%	未達成
リファラルのフォロー	100%	NA	57.6%	未達成

情報源：エンドライン調査報告書

指標 3-2 は、「LCA にフォーカスしたミニマム・パッケージが開発され、国の標準として提案される」である。プロジェクトはLCAに特化したマニュアルなどのツールを作成した。GHS 本部の家族保健局（FHD）とも議論を重ね、2022年8月に全国普及用の資料として承認されたことにより指標を達成した。また、GHS 本部による教材の承認後、LCA 研修教材の理論パートがプレ・サービス研修教材に組み込まれたこと、実習パートが郡 CHO オリエンテーションのフィールド実習ガイドに組み込まれたことにより指標を達成した。

表 3-7：LCA 研修教材に関する達成度

指標の詳細	達成状況	達成度
LCA 研修パッケージが開発され、GHS に提出される。	2022年8月に会議で承認。	達成
LCA 研修教材がプレ・サービス研修に統合される。	プレ・サービス研修教材に統合され、保健省（MOH）にて全国普及中。	達成
LCA 研修教材が、郡 CHO オリエンテーションのフィールド実習ガイドに統合される。	郡 CHO オリエンテーションのフィールド実習ガイドに統合され、5州で使用。	達成

情報源：研修教材、GHS 本部及び保健省との協議議事録

3.1.3 プロジェクト目標達成に関する分析と考察

プロジェクト目標では三つの指標が設定されている。指標 1 と 2 は対象 5 州における住民の CHPS サービスへのアクセス拡大を、指標 3 は UW 州の CHPS 施設を対象にライフコースアプローチに関するサービス導入を、それぞれ目指している。前者のアクセス拡大については、プロジェクトが開発した CHPS-DB によって各州保健局が CHPS 実施率を定期的に把握することが可能となり、CHPS

施設の細分化と新規配置、さらに CHO 養成と CHPS 施設への配置が戦略的に進められるようになった。指標 1、2 は一番の課題であるスタッフの配置に重きを置いているが、成果 1 を中心としたプロジェクト活動、特に CHPS-DB の開発と継続的な CHO 養成システムの導入の結果、目標をほぼ達成することができた。一方、指標 1 と指標 2-2 が N 州、NE 州、S 州の 3 州で達成できなかったのは、新州創設の影響が大きかった。分割された新しい行政体制の構築に時間を要し、さらに、新体制への移行に伴い、州の運営管理が不安定だったため、プロジェクトの介入も UE 州や UW 州より 2 年遅れての開始となった。

指標 2-1 で N 州や S 州が達成できなかった要因は、2 州が CHPS の細分化を優先事項として取り組んできたことが考えられる。細分化が進むことで CHPS ゾーン数が増加する一方、サービスを開始するための GHS による人材雇用と配置が追い付かないという現状があった。また、S 州では、人材不足のほかに特定の施設にスタッフの配置が偏在しているなどの問題も確認された。プロジェクトは、これら 3 州に対して州 CHPS ユニットや担当者に配置を急ぐよう働きかけ、関係者へのオリエンテーションや CHPS データの整備を支援してきた。これにより、各州ではデータに基づいた CHPS 実施戦略、特に CHO 養成計画の策定を開始することが可能となったものの、プロジェクト終了時までに目標値を達成できなかった指標もある。

未達成となった要因として、①保健省による CHN の雇用が適切に行われていないこと、②持続性優先して郡の自主性を尊重し、CHO の養成・配置までプロジェクトによる支援を最低限に抑えたため活動に遅れが生じたこと一という点が考えられる。しかし、これら 3 州は CHPS 実施計画を策定し直し、現在も実施を着実に進めていることから、本目標値が達成されるのも時間の問題であると考ええる。

指標 3 は、CHPS レベルでの LCA サービスの強化を目指しており、成果 4 とともに大きく関わっている。LCA のコンセプトがガーナで取り入れられてから日が浅い中、プロジェクトは UW 州を対象として、1) LCA 関連サービスの取り組みが強化されること、2) LCA のコンポーネントを含む CHPS レベルの保健サービスとしてミニマム・パッケージが開発され国家承認が得られること、の二つのサブ指標を掲げてきた。1) に関しては、LCA 研修用の教材を作成後、パイロットとして現職の CHO 及び SDHT スタッフ向けに理論と実習を含む研修を計 4 回にわたり実施した。1 回目と 2 回目の現職研修は、教材作成のパイロットとして当初計画より小規模で実施し、3 回目と 4 回目の研修は、カウンターパート (CP) の要望を受け、SDHT よりも現場で活動する CHO の能力強化を優先した。その結果、SDHT スタッフの数は目標値に満たなかったものの達成には近づけた。その他、設定指標とは別に、UW 州保健局からの要請を受け、研修を受けていない残りの CHO を対象に各郡で 1 日間の研修実施を支援した。これにより、目標値よりも多くの CHO を対象に LCA 研修を通じた能力強化ができた。なお、研修ごとに教材やモジュールの構成の見直しを行う中で、研修の質を上げることに重点を置き、講師となる各ファシリテーターの能力強化も図った。研修後の LCA サービスの実践に関しては、過去 1 年以内で対象地域の全学校及びコミュニティで健診を実施した CHPS ゾーンの割合は指標を達成した。研修を受けた CHO が自らの役割を認識するとともに、研修によって知識・スキルが上がったことが実践につながったと考えられる。他方、CHO の能力を測ることと、患者への健診とフォローアップの結果の適切な記録については、一部指標が未達となった。BMI の測定、患者へのカウンセリングやリファラル後のフォローアップが十分でない状況がヘルススクリーニング・レジスターの記録結果からうかがえた。これは、CHO の能力不足と業

務負荷、現場のリソース・標準文書・LCA データの適切使用に関する知識・意識の不足などが影響したと思われる。詳細は成果 4 で示す。もう一つのサブ指標として設定されているミニマム・パッケージ関連指標については、2022年にGHS本部から普及に向けた承認を受け、その後LCA研修教材の理論パートと実習パートがプレ・サービス研修教材や郡 CHO オリエンテーションのフィールド実習ガイドにそれぞれ統合された（成果 1 参照）。早い時期から、州レベルに加え GHS 本部を巻き込みニーズを引き出したことが寄与したと考えられる。

3.2 成果 0 に関する指標の達成状況

3.2.1 成果 0 の概要と達成状況

本プロジェクトの成果 0 とその指標は以下のとおりである。指標 0-2 が一部未達成であるが、合同調整委員会（JCC）や報告書関連については達成した。

【成果 0】 プロジェクトが定期的にモニタリング・評価され、好事例や学びが普及のために他州や GHS 本部と共有される。	
【指標 0-1】 JCC が少なくとも年 1 回開催される。	達成
【指標 0-2】 プロジェクト期間中に実施された技術交流活動の数。	ほぼ達成
【指標 0-3】 GHS 本部はモニタリングシート（年 2 回）と進捗報告書（討議議事録（R/D）に規定）を受け取る。	達成

3.2.2 成果 0 の各指標の達成状況

成果 0 は、プロジェクトの管理・モニタリング活動に関するものである。プロジェクトは、最高意思決定会議である JCC のほか、5 州レベルの州調整会議や各州での実務レベルの調整を目的にした州マネジメント会議を定期的実施してきた。さらに、郡レベルでプロジェクトへの理解を深めるため、郡保健局長を対象とした郡保健マネジメントチーム会議も必要に応じて開催した。【指標 0-1】に関しては、6年間のプロジェクト期間中、計 9 回の JCC を開催した。【指標 0-2】の技術交流は、GHS 中央によるモニタリング・ツアーを 2 回、また JCC に合わせて開催地の州でスタディツアーを計 4 回、その他各成果活動での州・郡内外での合同会議や視察交流を実施してきた。なお、各州でのスタディツアーに関しては、当初 2 回目以降の JCC と同時に行うことになっていたが、新型コロナウイルス感染拡大とプロジェクト対象地域の治安悪化の影響から、実施を控えることとなり、当初の計画より少ない回数の実施となった。【指標 0-3】に関しては、半年ごとのモニタリングシートと進捗報告書（各年）を CP と共に作成し、関係者へ配布した。

3.2.3 成果 0 の指標達成に関する分析と考察

成果 0 では、指標にある JCC の実施や好事例・教訓の共有に加え、指標にはないが GHS との関係強化し、州や郡レベルと合意形成しつつ活動を進めた。これらがいくつかの活動を短期間で全国普及まで進めることができた理由である

3.3 成果1に関する指標の達成状況

3.3.1 成果1の概要と達成状況

成果1は、主に CHPS 実施の拡大と強化に関する介入である。成果1とその指標は以下のとおりである。指標1-3と1-4の目標値が一部達成できていないが、それ以外は全て目標値に到達した。また、成果1に関する活動の多くが保健省（MOH）及びGHS本部の合意の下、国の既存のシステムやプログラム、政策に取り入れられている。そのため、成果1は当初の期待以上の成果を達成することができたといえる。

【成果1】 健康教育・住民参加促進・リファラルなどのPHCサービスを州住民に提供する州保健師および亜郡・郡・州の保健医療チームの国家基準に基づいたCHPSの計画および実施の力が強化される。	
【指標1-1】研修を受けた受益者の数が増える。	達成
【指標1-2】郡CHOオリエンテーションの受益者。	達成
【指標1-3】パイロット郡におけるリファラル・システムが強化される。	下記 詳細参照
【指標1-4】対象郡のモニタリング・システムが強化される。	ほぼ達成
【指標1-5】CHPSデータベース・システムが少なくとも対象5州で構築され、全国に普及される。	達成

以下に、指標ごとの詳細を述べる。

3.3.2 成果1の各指標の達成状況

(1) 指標1-1の達成状況

指標1-1は、プロジェクト目標の達成に深く関係するCHO養成の活動である。本指標は、「国のCHO養成研修教材（調和されたCHO研修）に基づいて養成されたCHOの人数」とCHO養成研修の継続性を担保するための戦略として導入した、「看護師養成学校で行われるプレ・サービス研修の受講者数」の増加が達成目標となっている。なお後者は、調和されたCHO研修の理論部分を学ぶものである。本指標では目標値が設定されていないが、次表3-8に示すとおり多くの地域看護師（CHN）と看護学生がCHO養成研修を受講しており、指標は十分に達成されたと言える。プレ・サービス研修に関しては、プロジェクトで提案・開発したCHPS運営に関連した講義内容が国の看護師等養成カリキュラムに組み込まれた。その結果、プロジェクトは対象州にとどまらず全国の養成学校の講師に対してオリエンテーションを実施することができた。

表3-8：CHO養成研修/プレ・サービス研修の受益者数と目標値の達成度

州/対象	目標値	2017年	2023年	達成度
サブ指標(1) CHO養成研修の受益者（地域看護師数）				達成
UW州	NA	NA	166	達成
UE州	NA	NA	90	達成
N州/NE州/S州	NA	NA	246	達成
合計			502	
サブ指標(2) プレ・サービス研修の受益者				達成
准看護師学校学生	NA	NA	1,573	達成
地域看護師学校学生	NA	NA	803	達成
助産師学校学生	NA	NA	1,010	達成
合計			3,386	

学校教員（対象5州）	NA	NA	113	達成
学校教員（対象5州以外）	NA	NA	125	達成

情報源：プロジェクト資料及びプレ・サービス研修記録、報告書。

(2) 指標 1-2 の達成状況

郡 CHO オリエンテーションは、前項と同じく CHO 養成を目的とした活動である。本活動は、プレ・サービス研修と同様に CHO 研修の継続性を担保するための手段として、プロジェクトが導入した活動である。プロジェクト第1期の2018年11月ごろに本アプローチの検討が始められ、2020年1月のJCCでPDM指標として追加された。本指標達成状況は、「少なくとも1回、郡CHOオリエンテーションを実施した郡の数」と「郡CHOオリエンテーションで訓練されたCHOの数」で測る。下表3-9に示すように、オリエンテーションを実施した郡の数は対象5州全てで指標を達成することができた。訓練されたCHOの数については、NE州で「ほぼ達成」となった以外は全て達成された。

表 3-9：郡 CHO オリエンテーション実施状況と目標値達成度

州	目標値	2017年	2023年*	達成度
サブ指標 (1) 少なくとも1回、郡CHOオリエンテーションを実施した郡の数				達成
UW州	11	0	11	達成
UE州	15	0	15	達成
N州	16	0	16	達成
NE州	6	0	6	達成
S州	7	0	7	達成
サブ指標 (2) 郡CHOオリエンテーションで訓練されたCHOの数				ほぼ達成
UW州	102	0	437	達成
UE州	186	0	398	達成
N州	112	0	136	達成
NE州	60	0	50	ほぼ達成
S州	70	0	115	達成

情報源：各州保健局からの報告 *2023年第2四半期

(3) 指標 1-3 の達成状況

指標 1-3 はリファラル・システムの強化を目的とした活動である。プロジェクトは対象3州のリファラル・サービスの運営改善を通じたシステム強化を行っており、本指標 1-3 には(1)「リファラル手続きに関する研修を受講した保健医療施設数」、(2)「リファラル手順及びガイドラインに沿って実施されたCHPSからのリファラル件数」、(3)「CHPS施設が受け取るリファラル・フィードバック件数の増加」の三つのサブ指標・目標が設定されている。(1)は分割前のN州の3郡とUW州とUE州の全郡を対象にしており、(2)と(3)はN州、UW州、UE州のパイロット郡（各州1郡）が対象となっている。

下表3-10が示すように、UW州、UE州は全ての指標をほぼ達成しているが、N州については(3)の指標を達成することができなかった。その要因については、3.3.3の指標達成に関する分析・考察の項で述べる。

表 3-10：リファラル・システム強化に関する目標値の達成度

州 (郡)	目標値	2017年	2023年	達成度
サブ指標 (1) リファラル手続きに関する研修を受講した保健医療施設の数*				達成
UW 州	129	0	129	達成
UE 州	355	0	355	達成
N 州	65	0	65	達成
サブ指標 (2) リファラル手順及びガイドラインに沿って実施された CHPS からのリファラル件数**				ほぼ達成
UW 州 (ナドリ・カリオ郡)	75%	NA	100%	達成
UE 州 (タレンシ郡)	75%	NA	73.3%	ほぼ達成
N 州 (サベルグ郡)	75%	NA	63.6%	ほぼ達成
サブ指標 (3) CHPS 施設が受け取るリファラル・フィードバック件数の増加***				ほぼ達成
UW 州 (ナドリ・カリオ郡)	60%	NA	56.3%	ほぼ達成
UE 州 (タレンシ郡)	60%	NA	60.8%	達成
N 州 (サベルグ郡)	60%	NA	32.3%	未達成

情報源：*プロジェクト・リファラル研修記録、**プロジェクト・エンドライン調査データ、***月例リファラル報告書 (DHIMS 2)

(4) 指標 1-4 の達成状況

指標 1-4 はモニタリング・システムの強化を目的とした活動である。これは、プロジェクトが進めてきた各成果の活動を CP が継続的にモニタリングしていくための大切なシステムの構築ともいえる。本指標には二つの活動が含まれる。一つは国が進めるサポーター・スーパービジョン (SS) に関連した活動であり、もう一つは郡レベルで実施する郡保健四半期パフォーマンス・レビュー (DHQPR) 会議に関連した活動である。前者は UW 州、UE 州、N 州のパイロット郡の CHPS を対象に、後者はプロジェクト対象 5 州の全 55 郡を対象にしている。DHQPR 会議は、スーパービジョン活動の変更に合わせて新たに PDM に追加された活動であり、本会議は SS の実施状況を含めた CHPS 活動全体のモニタリングを目的にしている。

表 3-11：対象郡のモニタリング・システム強化に関する目標値の達成度

サブ指標 (1) CHPS のスーパービジョン向けの SS 研修教材とツールが開発され、国の SS プログラムに紹介、統合される。				
達成 全国版 SS プログラムと統合された CHPS 向けスーパービジョン研修教材が開発されている。CHPS 用のスーパービジョン・チェックリストがデジタル化され、国の SS プログラムのプラットフォームに追加された。				
サブ指標 (2) SDHT から CHPS への SS 平均実施率				ほぼ達成
州 (郡)	目標値	2017年	2023年	達成度
UW 州 (ナドリ・カリオ郡)	80%	NA	93.1%	達成
UE 州 (タレンシ郡)	80%	NA	95.3%	達成
N 州 (サベルグ郡)	75%	NA	73.0%	ほぼ達成
N 州 (ナントン郡)	75%	NA	62.5%	ほぼ達成
サブ指標 (3) 郡四半期保健パフォーマンス・レビュー会議に関する標準リファレンスガイドが開発され、プロジェクト対象州の全ての郡に紹介される。				
達成 5 州の全ての郡で DHQPR 会議にあわせたオリエンテーションが実施され、リファレンスガイドが紹介・配布された。				
サブ指標 (4) 全ての郡が標準ガイドに基づいた四半期パフォーマンス・レビュー会議をプロジェクト期間中に少なくとも年 2 回開催する。 未達成				
州 (郡)	目標値	2017年	2023年*	達成度

UW州 (11郡)	100%	NA	100% (11/11郡)	達成
UE州 (15郡)	100%	NA	93.3% (14/15郡)	ほぼ達成
N州 (16郡)	100%	NA	93.8% (15/16郡)	ほぼ達成
NE州 (6郡)	100%	NA	50.0% (3/6郡)	未達成
S州 (7郡)	100%	NA	42.9% (3/7郡)	未達成

*2022年第2四半期から2023年第1四半期間でDHQPR会議を2回以上開催した郡の割合。

情報源: プロジェクト資料及びモニタリングデータ

表 3-11 に成果 1-4 の指標達成状況を示した。SS に関しては、N 州ナントン郡の SS 実施率に若干の課題が残るものの、指標をほぼ達成したといえる。全国版 SS プログラムと協調して開発した CHPS 監督用の SS チェックリストは、無事に中央 SS プログラムの承認を受け、デジタル化したツールが中央 SS プラットフォームに追加されている。そのため、プロジェクト終了時点では、全州の保健施設が本ツールにアクセスし、活用することが可能な状態になっている。DHQPR 会議に関しては、2021 年 5 月に会議実施要項となるリファレンスガイドが最終化され、北部 5 州全 55 郡に対してオリエンテーションが実施された。その後、各郡が本会議を導入し、UE 州ではほぼ全ての郡が毎四半期、UW 州の全郡が年 3 回の DHQPR 会議を実施している。一方、NE 州と S 州は、全体の半分の郡が期待された年 2 回の頻度での会議を開けなかったため、本指標を達成することができなかった。

(5) 指標 1-5 の達成状況

本指標は CHPS-DB の構築と全国への普及を目的とした活動である。本指標は 2019 年 5 月に行われた 2 回目の PDM 改訂会議で新たに追加された指標である。CHPS-DB は CHPS 運営実施状況、例えば機材や人材配置、CHPS の細分化情報などを四半期ごとに整理・蓄積するツールで、これらの情報を分析することで各州・郡が適切な CHPS 実施戦略を検討することが可能になる。本プロジェクトの目標や成果達成度を測るための情報源として活用している。

表 3-12 : CHPS データベースが普及された州の数と目標値の達成度

指標	目標値	2017年	2023年	達成度
CHPS データベース・システムが少なくともプロジェクト対象州 5 州で構築され、全国に普及される。	16 州	1 州	16 州	達成

表 3-12 に示すとおり、プロジェクト対象 5 州での CHPS-DB の普及を完了し、指標を達成することができた。UW 州以外の州では、初期情報の収集とデータ格納作業から開始し、その後は各州・郡関係者へのオリエンテーションやデータレビューとフィードバックを通じた分析方法に関する能力強化を行っている。また、CHPS-DB の全国普及は 2021 年 9 月から開始し、2023 年 6 月までに全ての活動を終えている。

3.3.3 成果 1 の指標達成に関する分析・考察

先に述べた通り、成果 1 の指標はリファラル及びモニタリング強化に関する幾つかの指標を除いては概ね達成できたと考える。同時に、本成果で取り組んだ活動と開発ツールの多くが国のプログラムや政策に組み込まれ、全国レベルでの普及につながっている。プレ・サービス研修の国家カリキュラム統合、国の SS プログラムへの CHPS 向け SS チェックリスト導入、郡保健情報管理システム 2 (DHIMS 2) へのリファラル月例報告書の組み込み、さらに国家リファラル政策・ガイドラインへのリファラル様式の追加がその例である。これらは、プロジェクト終了後の活動の継続性が担保される結果となっている。

このような期待以上の指標達成に至った促進要因として二つのことが考えられる。一つは、プロジェクトによる関係者の適切な巻き込みだった。プロジェクトの活動は中央省庁のある首都アクラから地理的に離れた北部での活動ではあったが、活動開始当初から GHS 本部の関係部署や MOH、ガーナ看護師・助産師協会（N&MC）との連携や活動への巻き込みを意識的に進めてきた。CHO 養成研修では、郡保健局長を研修講師に据え、SDHT 職員や看護師養成学校の講師をオブザーバーとして参加させることで CHPS サービスの理解促進を図った。GHS・MOH 関係者との SS やリファラルに関する会議では、プロジェクト対象の州・郡、SDHT 職員の参加を促し、現場の声を直接届けることで、プロジェクト活動に対する中央関係者の理解をより深めることができた。

二つ目の促進要因としては、本成果活動が現場の戦略とニーズに合致していたことが挙げられる。プロジェクトが実施したエンドライン調査の結果でも、成果 1 の活動は国の政策と合わせた妥当性、活動の効果、効率性、インパクトの面で CP から特に高い評価を得ている。CHPS-DB は CHPS 戦略を進める GHS にとって CHPS 施設の人材・施設・機材やサービス状況を可視化して分析できるツールとして必要不可欠であった。また、プレ・サービスや郡 CHO オリエンテーションは郡の CHO 不足と CHO 養成に掛かる研修コストの問題という難題に対する解決策を提供した。SS やリファラルに関しても、政府の UHC 達成に向けた新しいロードマップであるネットワーク・オブ・プラクティス（NOPs）プログラムの方向性と一致しており、プロジェクトが進めてきた CHPS を中心とした SDHT や病院間の連携強化の仕組みが GHS 本部を含む CP に高く評価されたと言える。これらは対象州の CP が活動を積極的に進めていく上での動機付けにもつながった。

その一方、本成果の指標達成を難しくした要因もある。指標の達成に至らなかった SS、リファラル、DHQPR は全て N 州、NE 州、S 州に偏っているが、これは前項「3.2.3 プロジェクト目標達成にかかる分析・考察」でも記載した新州創設に関する影響もあると考える。新体制構築にあたり、N 州を中心とした CP 側の組織体制が安定しておらず、UW 州や UE 州のような州 CHPS ユニットを中心とした郡へのモニタリング・支援体制が期待したレベルまで構築できなかった。リファラルに関しては、特にフィードバックの改善に苦戦した。現場で活動を進める中で、CHPS 施設のリファラルの多くが病院に向けられているという、当初の想定と大きく異なる現状があったことが要因にある。病院職員に対する研修やフォローアップが必要な状況だったが、当プロジェクトのスコープはあくまでも CHPS 施設にあり、プロジェクトの限られた活動期間やリソースを踏まえると病院への介入は限定的にならざるを得なかった。N 州では、タマレ教育病院を始め、第 2 次レベルの病院が複数集中している状況があり、リファラル・フィードバックに関する活動をさらに難しくさせた。このような状況下、プロジェクトは病院への個別訪問やオリエンテーション、州や郡での定期会議への巻き込みなど、出来る限りの対応を行った。その他、指標は達成したものの、(2)のリファラル手順及びガイドラインに基づいたリファラルの実施についても課題が残る。現場 CHPS 施設における不適切な書類管理や発注申請の不備によるリファラル様式などのリソース不足が、特に N 州で確認されている。これらは職員の意識や理解不足が要因として考えられており、CP からは州や郡リファラルコーディネーターによる定期的なモニタリングや SS を通した指導監督の強化が対応策として述べられている。また、リファラルに関しては新規・現職員への定期的かつ継続的なオリエンテーションの重要性も共有された。現在国は新リファラル政策・ガイドラインの整備を進めており、公布においては全州で職員へのオリエンテーションが実施される可能性があるという。また、NOPs プ

プログラムに関連した活動や研修も今後実施されていくことが想定される。CPs とはこうした今後の機会を有効に活用し、リファラル強化に継続して取り組んでいく方向性を確認している。

また、SS に関しては先行の JICA プロジェクトや韓国国際協力団 (KOICA) によるスーパービジョン、郡四半期会議を経験してきた UW 州と UE 州と違い、N 州を含む 3 州が SS のコンセプトやアプローチ、重要性を理解するのに時間を要した。3 州への対策として、プロジェクトは州・郡レベルの関係者の活動理解を促進することを目的に「郡保健マネジメントチーム会議」を開催したが、その効果は十分ではなかったと言える。その他、新型コロナウイルス感染症の拡大や治安上の理由による日本人専門家の渡航制限も少なからず影響している。なお、これらの要因への具体的な対応や工夫、提言については次章以降で述べたい。

3.4 成果 2 に関する指標の達成状況

3.4.1 成果 2 の概要と達成状況

成果 2 は、CHPS のコミュニティ活動の強化に関連している。本成果の指標は、プロジェクト目標の指標 1 と指標 2-2 の「機能している CHPS ゾーンの割合の増加」の達成に深く関わっており、また、プロジェクト指標 3-1 の「LCA 関連のサービスを行う機能する CHPS の割合」の達成にも関連している。成果 2 とその指標は下記のとおりである。

【成果 2】 CHPS のコミュニティ活動が強化される。	
【指標 2-1】 コミュニティ活動を活発に実施している CHMC の数が増加する。	ほぼ達成
【指標 2-2】 地域保健活動計画 (CHAP) を四半期ごとにアップデートしている CHPS ゾーンの割合が増加する。	未達成
【指標 2-3】 ライフコースアプローチ活動を含んだ CHAP を四半期ごとにアップデートしている CHPS ゾーンの割合が UW 州で増加する。	達成

指標 2-1 は、プロジェクト対象北部 5 州を対象としており、そのうち 4 州で目標を達成した。指標 2-2 も北部 5 州が対象だが、全 5 州において達成できなかった。UW 州のみを対象とした指標 2-3 は目標値を大きく超えて達成した。以下指標ごとの詳細を述べる。

3.4.2 成果 2 の各指標の達成状況

(1) 指標 2-1 の達成状況

本指標は、コミュニティ活動を活発に実施している CHMC の数である。この「活動を活発に実施している CHMC」の存在は、機能する CHPS の条件の一つであり。DHIMS 2 と CHPS-DB ではこの定義を「過去 3 か月内に最低一回 CHMC 会議を開催している」としている。指標の目標値は、細分化された CHPS 数をベースとしており、UW 州と UE 州については、細分化された CHPS すべて (100%) において、CHMC が活発に活動していることを目標とした。他の 3 州については、細分化された CHPS の 60%~75% を目標値とした。

本指標については、表 3-13 で示すとおり、NE 州以外の 4 州で達成された。UW 州と UE 州については、州内の細分化された CHPS ゾーンすべてにおいて四半期に一度 CHMC 会議が開催されたこととなる。これによって、プロジェクト目標の指標である機能している CHPS ゾーンの増加に貢献した。

表 3-13：コミュニティ活動を活発に実施している CHMC の数と目標値の達成度

州	目標値	2017年*	2023年**	達成度
UW州	496	183	496	達成
UE州	523	147	525	達成
N州	322	127	349	達成
NE州	116	NA	79	未達成
S州	140	NA	152	達成

情報源：DHIMS 2/ CHPS-DB、*2017年第4四半期、**2023年第1四半期

(2) 指標 2-2 の達成状況

本指標は、地域保健活動計画（CHAP）が四半期ごとに更新されている CHPS ゾーンの割合である。『CHPS 国家実施ガイドライン 2016年9月』では、コミュニティの地域保健活動は CHAP をベースに進めることとなっており、この CHAP の実施を継続していくことが重要であることから、定期的にアップデートしていることに重点を置いた指標となっている。前述の指標 2-1 に関する CHMC 会議は、コミュニティや CHMC の活動計画を議論する場であり、本指標は、その会議で議論された活動計画が CHAP フォーマットに書き込まれているか、またそれが定期的にアップデートされているか、との視点からコミュニティの活動レベルを測るものである。本指標の達成度を次の表 3-14 で示す。

表 3-14：CHAP が四半期ごとに更新されている CHPS ゾーン割合と目標値の達成度

州	目標値	2017年*	2023年**	達成度
UW州	100%	56.7%	78.4%	未達成
UE州	100%	36.2%	86.5%	ほぼ達成
N州	65%	19.8%	51.3%	未達成
NE州	75%	NA	29.0%	未達成
S州	80%	NA	48.5%	未達成

情報源：DHIMS 2/ CHPS-DB、*2017年第4四半期、**2023年第1四半期

CHAP が更新された CHPS ゾーンの割合は、ベースライン調査時から増加したものの、5州すべてにおいて目標値に到達しなかった。NE 州においては、目標値との差が 46 ポイントと大幅な差が出ている。

UW 州 CHPS コーディネーターによると、指標 2-1 で示すとおり CHMC 会議は開催されており、そこでコミュニティの活動が話し合われたものの、すべてを CHAP フォーマットに落とし込まなかったケースが多く、それが目標未達の要因なのではないかとしている。CHMC の議論内容は多くの場合 CHO がフォーマットに書き込むが、今後はきちんと記入するよう CHO の意識を高めるとともに、CHMC 自身の主体的な活動管理能力を強化する必要がある。

(3) 指標 2-3 の達成状況

本指標は、LCA 活動について CHAP を四半期ごとに更新している CHPS ゾーンの割合である。指標 2-2 では CHAP のアップデート割合を見たが、ここではさらに、その CHAP に LCA 活動が含まれているかを測るものである。従来、CHAP の多くは CHO の生活基盤の支援や CHPS 施設・環境の整備が中心となっており、地域保健活動にはあまり焦点が当てられていなかった。本指標は、コミュニティが主体となって地域保健活動を実施する能力の度合いを測るものとして意義がある。本指標の達成度を次の表 3-15 で示す。

表 3-15 : LCA 活動について CHAP を四半期ごとに更新している CHPS ゾーンの割合と目標値の達成度

州	目標値	2017年	2023年	達成度
UW州	40%	0%	76.1%	達成

情報源：DHIMS 2/ CHPS-DB、*2017年第4四半期、**2023年第1四半期

目標値 40%に対して、プロジェクト終了時の割合が 76.1%と目標値を大きく超えて達成した。

3.4.3 成果 2 の指標達成状況に関する分析と考察

プロジェクトで実施したエンドライン調査では、CHO が配置された CHPS では CHMC の活動が活発化することが分かった。住民参加促進の方法やその重要性について理解を深めた CHO によって、コミュニティの巻き込みが図られ、それによって CHMC の活動が活発になっている。本プロジェクトで実施した CHMC/CHV 研修においても、その講師は CHO であり、研修が実施されるか否かは CHO の関心や能力によるところが大きかった。つまり、成果 2 の目標値の達成に関する促進・阻害要因はともに CHO の配置状況や配置された CHO の関心や能力にあると言える。

成果 2-1 の「活発に活動する CHMC の増加」達成の要因は、CHO 養成研修や郡 CHO オリエンテーション、プレ・サービス研修などを通じて、住民参加促進の方法や重要性について理解を深めた CHO が増え、その CHO がコミュニティを巻き込んだことが挙げられる。また、活発に活動する CHMC の存在は、機能する CHPS の必須条件であり、州・郡保健局の評価にもつながってさらに活動が促進されるという好循環が生まれた。未達成の NE 州については、サービスを提供していない細分化された CHPS ゾーンがいくつかあり、そのため CHMC の設置数も少ないこと、また同州がカバーする地域が分割前の N 州の中でも最も遠隔地域であり、他の 4 州に比べて CHPS ゾーンやコミュニティが非常に不便な場所に存在するため、アクセスの問題で CHMC への介入が困難であったことが阻害要因として挙げられる。

指標 2-3 の CHAP への LCA 活動の組み込みについては、プロジェクト前半から CHO/SDHT 現職研修などを通じて CHO の LCA 分野の能力強化を図ったこと、また現職研修のほか郡 CHO オリエンテーションや養成研修などにも LCA が取り入れられたことが大きい。これらの研修で、CHAP が CHMC やコミュニティ主体の保健活動を行うためのものでもあるとの理解が深まった点は重要である。現場において、これまでに見られなかった高齢者ケアや健康診断促進などの活動が CHAP で実施されていることを確認した。UW 州以外の 4 州においても CHO 養成研修などを通じて LCA の重要性が伝えられ、受講した CHO によってコミュニティ活動が促進されている。なお、UW 州のコミュニティにおける LCA に関する認知度は、エンドライン調査結果によると、ベースライン調査時の 5%から 90%にまで上昇したことが示されており、住民の認知度改善が LCA を含んだ CHAP の策定につながっている。つまり、サービス提供側の能力強化と、受益者へのアプローチ（CHMC/CHV 研修、住民向けに開発したフリップチャートや IEC 教材の活用）との相乗効果により、指標を達成できたと言える。

一方、指標 2-2 の CHAP の更新の割合が目標値に達しなかった要因の一つとして、CHO や CHMC の CHAP についての認識、理解不足が挙げられる。前述のように、CHMC 会議の議論が、必ずしも CHO によって CHAP フォーマットに記入されず、そのためアップデートの数値に表れない事情もある。今後は CHO 主導から CHMC が主体となって活動管理を行うよう、更なる能力強化が必要となる。

これに関連するもう一つの阻害要因として、CHMC/CHV 研修の開始時期の遅れが挙げられる。CHMC/CHV 研修教材が GHS の社会・行動変容コミュニケーション技術検討委員会 (SBCC TRC) によって承認されたのが 2020 年 12 月であり、本教材を活用した第 1 回の研修は 2021 年 8 月であった。その後新型コロナウイルス感染症拡大中はコミュニティでの活動は難しく、研修対象の CHPS が拡大されたのは 2022 年 8 月以降となった。エンドライン調査の実施が同年 10～11 月だったことから、CHMC/CHV 研修の成果は、エンドライン調査時や 2023 年第 1 四半期にはまだ見えなかった。

成果 2 の直接介入の対象であった UW 州と他 4 州の目標達成度に違いがあまり見られない点については、既に述べたように、CHMC の活動の活発化や CHAP のアップデートは CHO の配置状況や関心、能力によるところが大きく、本成果の介入よりも全 5 州を対象とした CHO 研修の成果が反映されたからだとと言える。

また、指標 2-1 と 2-2 とともに比較的達成度が低かった NE 州、S 州については、成果 1 で示した通り、CHO の配置の遅れとともに、能力強化された CHO の不足が影響した。

以上の点を踏まえて、プロジェクト活動の達成レベル、課題と今後の展望をまとめると、本成果では CHMC/CHV に対する能力強化のための研修プログラムや教材の開発と作成、そしてその研修講師としての CHO の能力強化ができた。一方、CHMC や CHV に対する研修の開始が遅れ、CHMC や CHV の能力強化はプロジェクト期間中にはすべてはできず今後の課題として残された。しかし、プロジェクトが開発した研修プログラムや教材を GHS の政策計画・モニタリング・評価局 (PPMED) 局長や他の開発パートナーが活用し、能力強化された CHO を通じて CHMC 研修を継続することが確定している。さらに、非金銭的インセンティブ活動が制度化され、CHMC や CHV の動機が維持できると考える。このアプローチを通じて今後指標 2-1, 2-2, 2-3 に関する成果が発現することが期待され、上位目標の指標である「機能する CHPS の増加」に貢献できると考える。

3.5 成果 3 に関する指標の達成状況

3.5.1 成果 3 の概要と達成状況

成果 3 は、地方行政が GHS の支援に基づき保健統合年次活動計画 (HIAP) の策定から実施を促進することを狙ったものである。5 州で実施されているが、N 州、S 州、NE 州での実施はパイロット郡のみの実施である。成果 3 とその指標は以下のとおりである。

【成果 3】 地方政府および関係者による CHPS のガバナンスが強化される。	
【指標 3-1】 HIAP を策定して費用を見積もった郡の割合が増加する。	ほぼ達成
【指標 3-2】 指標 3-1 における HIAP の実施を州計画調整ユニット (RPCU) と郡計画調整ユニット (DPCU) が四半期ごとにモニタリングする郡の割合が増加する。	下記 詳細参照
【指標 3-3】 HIAP に即して実施される活動の割合が増加する。	未達成

成果 3 では、プロジェクトが HIAP 策定やモニタリングの様式、参考資料を開発したことにより、各郡で予算を含めた HIAP の策定がなされるようになり、モニタリングが促進された。これらはプロジェクト介入による効果と言える。一方で、実施面では郡議会が資金の滞りなど課題を抱えており、プロジェクトの介入が難しい部分でもあることから目標値には達していない。以下指標ごとの詳細を述べる。

3.5.2 成果3の各指標の達成状況

(1) 指標 3-1 の達成状況

本指標は、各州の対象郡のうち、HIAPを策定した郡の割合を示している。HIAPは、郡議会が郡保健マネジメントチーム（DHMT）と連携し、保健サイドのニーズを反映し、必要な費用を見積もって策定される。その後、州レベルにある州調整協議会（RCC）と州保健局（Regional Health Administration: RHA）が承認の署名をし、確定する。

本指標の達成度を次の表3-16で示す。対象5州で目標をほぼ達成しており、各郡で費用を見積もったHIAPが策定されていると言える。S州以外の4州では2019年から、S州では2020年から毎年100%を達成していたが、2023年に最終確認したところ、UE州の1郡について策定はされたものの州レベルでの承認署名に至っていなかった。

表 3-16 : HIAP を策定して費用を見積もった郡の割合と目標値の達成度

州 (対象郡数)	目標値	2017年	2023年*	達成状況
UW州 (11)	100%	0%	100%	達成
UE州 (15)	100%	0%	93.0%	ほぼ達成
N州 (3)	100%	0%	100%	達成
NE州 (1)	100%	NA	100%	達成
S州 (1)	100%	NA	100%	達成

*2023年に確認した2022年データ
情報源：プロジェクト収集情報

(2) 指標 3-2 の達成状況

本指標は、各州の対象郡のうち、四半期ごとにHIAP実施のモニタリングを実施した郡の割合を示している。モニタリングは、DPCUやRPCUが州保健局マネジメントチーム（RHMT）の支援を得て実施する。このモニタリングでは、フォーマットを使用して活動の進捗状況と財務的な視点からの執行状況を確認する。

本指標の達成状況を次の表3-17で示す。対象5州のうち、UW州とNE州の2州で目標を達成した。モニタリングは各郡で実施されているが、本指標では全ての四半期でモニタリングが実施されないとカウントされないため、未達成の郡が散見されることとなった。また、NE州とS州は対象郡が1郡のみのため、0%か100%のどちらかしかなく、対照的な結果となった。

表 3-17 : HIAP の実施を四半期ごとにモニタリングする郡の割合と目標値の達成度

州 (対象郡数)	目標値	2017年	2022年*	達成状況
UW州 (11)	70%	45%	91.0%	達成
UE州 (15)	80%	NA	67.0%	ほぼ達成
N州 (3)	85%	NA	66.0%	未達成
NE州 (1)	100%	NA	100%	達成
S州 (1)	100%	NA	0%	未達成

*2023年に確認した2022年データ
情報源：プロジェクト収集情報

(3) 指標 3-3 の達成状況

本指標は、各州の対象郡がHIAPで計画した活動のうち、完了した活動の割合を示している。HIAPの活動は、短期的なキャンペーンから複数年を要する施設の建設など様々であるが、この指標

では活動規模にかかわらず完了した活動の数を計測している。そのため、施設建設などは進捗にかかわらず完了する年まで本指標にカウントされない。

本指標の達成状況を次の表 3-18 で示す。対象 5 州のうち、4 州が未達成であった。策定された HIAP の活動において、CHPS 施設の建設、病棟の建設、CHPS 施設への電気・水道の接続といったインフラ関連の活動の割合が高かったことが、この結果につながったと考えられる。

表 3-18 : HIAP の実施活動の割合と目標値の達成度

州 (対象郡数)	目標値	2017 年	2022 年*	達成度
UW 州 (11)	50%	0%	38.0%	未達成
UE 州 (15)	50%	NA	18.6%	未達成
N 州 (3)	65%	NA	37.5%	未達成
NE 州 (1)	60%	NA	50.0%	ほぼ達成
S 州 (1)	60%	NA	0%	未達成

*2023 年に確認した 2022 年データ

情報源 : プロジェクト収集情報

3.5.3 成果 3 の指標達成状況に関する分析と考察

HIAP は、全 5 州の対象郡で定期的に予算計画を含んだものが策定された。しかし、UE 州では 15 郡のうち 1 郡の計画が州レベルで未承認であったことから未達成となった。未承認であった理由は、計画自体に問題があったわけではなく、手続きが内部の事情で進まなかったためである。全体として、HIAP 参考文書での定義の明確化や様式の開発、そして RCC/郡議会会議の開催が保健ニーズの優先度付けを進め、郡レベルで保健関係者と非保健関係者との協力の機会となって HIAP の策定を促進させた。プロジェクトによる RCC/郡議会会議の開催は、HIAP コンセプトや仕組み、会議関係者の役割を継続的に確認する見地から、HIAP 策定率に大いに貢献した。

HIAP 実施のモニタリングは、UW 州と NE 州で四半期ごとに行われた。UW 州はプロジェクト開始当初から HIAP が導入され、上位の責任者の理解が進みコミットメントが得られる環境だったことからモニタリングが進んだ。また NE 州は、2018 年 12 月に新設された州であるが、実務者レベルの関心が高く、上位の責任者への働きかけもあり、州のイニシアティブの下 2021 年にはプロジェクト介入 1 郡以外の 5 郡でも HIAP が導入された。指標の達成も、実務者レベルの関心の高さと上位の責任者のコミットメントによるものと考えられる。S 州も 2019 年 2 月に新設され 2020 年から HIAP を導入した新しい州である。モニタリングは実施のための交通費などリソース確保やリーダーのコミットメントにも左右される。S 州においてはこれらが阻害要因となったと考えられる。一方、N 州の郡議会などからは、モニタリング報告書のハードコピーを提出する機会が適時に確保できないとの意見が聞かれた。そのため、現地でもよく使用されている携帯電話のメッセージアプリ WhatsApp などソフトコピーを事前送付しておくことも可能とした。これにより報告書提出の有無の確認ではなく、実施の確認が可能になり、モニタリング実施率の改善にも貢献することとなった。また、RCC/郡議会会議の開催は、州内の郡が各々の進捗を共有するため健全な競争意識が芽生えてモニタリングの促進、改善につながった。なお、S 州については、プロジェクトからも継続的に支援のためのコミュニケーションを図り、州設立からから 3 年経ったプロジェクト終了前の 2023 年 5 月末には、RCC と RHMT の協働と、リーダーのコミットメントが確認でき、状況の改善が見込まれている。

HIAP 実施率に関しては 5 州全てで未達成であった。HIAP 実施は、地域のニーズとは異なる活動を地元の政治家が優先させるなどの要因が絡むこともあり、必ずしも計画通りに進まないこともあ

る。計画段階において、現実的で実施可能な計画、特に調達しやすい資金に基づく実施計画を策定することが重要である。また、リーダーの理解が実施に影響するため、上位の責任者の理解やコミットメントも促進要因となる。先に述べた通り NE 州では実務者の HIAP への関心が高く、上位の責任者のコミットメントにより、目標近いレベルまで達した例もある。主要な阻害要因となったのは資金調達であった。中央政府から郡議会に流れている郡議会共同基金（District Assembly Common Fund: DACF）は支給に遅れが出るが多いため、郡議会でもより確実に資金確保が可能なレスポンス・ファクター・グラント（RFG）、または郡会開発基金（DDF）を資金源とした HIAP 計画の方が実施を担保できる。なお、HIAP の活動の中には、CHPS 施設の建設や改修なども含まれており、完了までには複数年を要する。CP の方針で、建設や改修は進捗率の計測が複雑になるため完了まで実施済み活動に含めないこととなった。そのため、建設が継続されている経過年においては、実施を 0（ゼロ）とカウントする。このことが、当初の想定よりも低い実施率に留まった理由の一つと考えられる。

3.6 成果 4 に関する指標の達成状況

3.6.1 成果 4 の概要と達成状況

成果 4 は、ガーナ初となるライフコースアプローチ（LCA）活動の本格導入を目指した介入である。成果 4 の内容と各指標は以下のとおり。

【成果 4】 ライフコースアプローチが CHPS のミニマム・サービス・パッケージの中で取り込まれるようになる。	
【指標 4-1】 LCA に焦点を当てたミニマム・サービス・パッケージが開発される。	達成
【指標 4-2】 LCA が CHPS でのサービスに係る研修に統合される。	達成
【指標 4-3】 CHPS レベルでの LCA に焦点を当てた保健サービスの提供が強化される。	ほぼ達成
【指標 4-4】 最初の 3 か月での産前健診、熟練者による出産、産後 48 時間以内の産後健診を受ける妊産婦の割合が全ての州で XX% に増加する。	下記 詳細参照

指標 4-1 と 4-2 は達成したが、指標 4-3 の目標値が一部達成できなかった。指標 4-3 に関しては、CHO のスキルによるところが大きく、土台となる経験値を積み上げて能力を強化し意識を向上させるにはさらに時間を要する。また、指標 4-4 は母子保健にかかる指標であり、より多くの要素と絡んでいる。こうした中プロジェクトは、LCA を中心とした活動によって改善を促進してきた。

概して、プロジェクトで可能な活動は全て実施し、LCA 活動の導入・普及という観点では十分成果を達成したと言える。以下指標ごとの詳細を述べる。

3.6.2 成果 4 の各指標の達成状況

(1) 指標 4-1 の達成状況

指標 4-1 は、プロジェクト目標 3-2 にあるとおり、ガーナにおける LCA に焦点を当てたミニマム・パッケージ開発として、ツールを含む教材やマニュアルを作成することである。活動スケジュールに従い LCA に関する教材資料及びツールを作成し、全国普及用の資料として承認され指標を達成した。詳細は、プロジェクト目標の「指標 3 の達成状況」（指標 3-2）のとおり。

(2) 指標 4-2 の達成状況

指標 4-2 は、プロジェクトが開発した LCA 研修教材の CHPS サービス研修への統合である。理論パートは学校で行うプレ・サービス研修教材に、また実習パートは郡 CHO オリエンテーションのフィールド実習ガイドに組み込まれ指標を達成した。詳細は、プロジェクト目標の「指標 3 の達成状況」（指標 3-2）のとおり。

(3) 指標 4-3 の達成状況

指標 4-3 は、保健サービスの担い手である CHO の能力強化を推進する活動である。現職研修については、SDHT スタッフの数が目標未達となったが、CHO の数は大幅に目標値を上回り指標を達成した。過去 1 年間に学校やコミュニティで健診を行った CHPS ゾーン率は、いずれも 90%を超えており指標を達成した。一方、LCA のヘルスクリーニング・レジスターの記録・フォローアップにおいて、BMI の正確な計算と健診後のフォローアップ率が目標値に届かず、指標は達成できなかった。詳細は、プロジェクト目標の「指標 3 の達成状況」（指標 3-1）のとおり。

(4) 指標 4-4 の達成状況

指標 4-4 は、女性の妊娠後の行動、つまり母子保健に関する数値を示している。介入対象である UW 州以外の北部 4 州も指標の対象に含まれている。本指標には (1) 「妊娠初期に産前健診を受けた妊婦の割合」、(2) 「少なくとも 4 回の産前健診を受けた妊婦の割合」、(3) 「熟練医療従事者の介助による分娩で出産した妊婦の割合」、(4) 「産後 48 時間以内に保健従事者による産後健診を受診した妊婦」の四つのサブ指標が設定されている。

下表 3-19～3-22 のとおり、州によって指標の達成度にはばらつきがあった。

表 3-19：妊娠初期に産前健診を受けた妊婦の割合と目標値の達成度

州	目標値	2017 年	2023 年	達成度
UW 州	85.0%	62.3%	72.4%	ほぼ達成
UE 州	75.0%	51.1%	57.2%	未達成
N 州	85.0%	38.9%	49.0%	未達成
NE 州	50.0%	NA	43.2%	ほぼ達成
S 州	85.0%	NA	50.3%	未達成

情報源：郡保健情報システム 2 (DHIMS 2)

表 3-20：少なくとも 4 回の産前健診を受けた妊婦の割合と目標値の達成度

州	目標値	2017 年	2023 年	達成度
UW 州	90.0%	85.6%	83.2%	ほぼ達成
UE 州	85.0%	82.3%	78.4%	ほぼ達成
N 州	80.0%	68.5%	87.4%	達成
NE 州	80.0%	NA	59.5%	未達成
S 州	85.0%	NA	65.6%	未達成

情報源：郡保健情報システム 2 (DHIMS 2)

表 3-21：熟練医療従事者の介助による分娩で出産した妊婦の割合と目標値の達成度

州	目標値	2017 年	2023 年	達成度
UW 州	80.0%	68.7%	68.1%	ほぼ達成
UE 州	60.0%	69.8%	70.4%	達成
N 州	90.0%	64.5%	72.4%	ほぼ達成
NE 州	85.0%	NA	71.9%	ほぼ達成

州	目標値	2017年	2023年	達成度
S州	75.0%	NA	60.8%	ほぼ達成

情報源：郡保健情報システム2 (DHIMS 2)

表 3-22：産後 48 時間以内に保健従事者による産後健診を受診した妊婦の割合と目標値の達成度

州	目標値	2017年	2023年	達成度
UW州	100%	93.9%	97.0%	ほぼ達成
UE州	100%	97.0%	70.4%	未達成
N州	95.0%	57.9%	88.9%	ほぼ達成
NE州	80.0%	NA	85.7%	達成
S州	85.0%	NA	87.8%	達成

情報源：郡保健情報システム2 (DHIMS 2)

3.6.3 成果4の指標達成に関する分析と考察

ガーナにおいて初めてとなる LCA のコンセプトが定義づけられ、それを基にプロジェクトは、CHPS ゾーンに適切な LCA のミニマム・パッケージを特定して LCA 研修教材を作成し、CHO/SDHT 向けの現職研修とその後のモニタリングを実施し、国の承認を取り付けて CHPS サービス研修への統合を実現してきた。

第1期に LCA コンセプトに関し、UW州と GHS 本部を中心とする関係者と繰り返し協議したことが、その後の研修教材づくりや現職研修のプロセスをスムーズに進めた。プロジェクトサイトが北部州に位置することもあり、UW州と GHS 本部での議論を交互に行うなど、想定よりも多くの時間を要したが、CP の意見やニーズを丁寧に拾い上げたことが CP のオーナーシップの醸成につながり、引いては持続性の観点からも重要なアプローチとなった。

研修教材の開発も同様に、技術作業委員会 (TWG) を通じて議論を重ね、一度作成した後もパイロット研修後にモジュールの内容や構成を見直し、研修にかかるコスト面への配慮や現場の実態に即した形の内容にブラッシュアップしてきた。特に、第3回と第4回の CHO/SDHT 現職研修には、GHS 本部 (PPMED、FHD) の担当者を招待したため、国の標準化に向けた必要な要素や重要ポイントを取り込むことができた。さらに他の北部州にも参加を呼び掛けたことで、多面的なフィードバックが得られた。これらの研修は、その後の教材・ツールの改善につながり、また UW 州以外への普及に向けたモチベーション醸成の場にもなった。他州への展開についての議論は、責任者である FHD 局長に事前相談の上、了解を取り付けていた。これも国の標準化に向けた促進要因として有利に働いたと考える。プレ・サービス研修と郡 CHO オリエンテーションへの LCA 教材の統合が完了したことにより継続性が担保され、今後の LCA のさらなる普及が期待できる。

他方、研修後の CHO によるパフォーマンスには課題が残る。第3回と第4回の CHO/SDHT 現職研修への参加者を対象にしたモニタリングの際、現場での LCA サービス実施が十分でない状況が散見され、結果、指標 4-3 の中で未達成の項目が残った。これにはいくつかの阻害要因が考えられる。第一に、CHO のサービス提供能力は1回の研修だけでは十分に身に付かないであろう。実際、CHO の業務量が多いことと相まって十分な記録や患者フォローに結び付いていなかった。第二は、血糖値検査用キットや LCA サービスの記録用フォーマットの不足といったロジスティクスに起因する。第三は、LCA 関連データの使用あるいは重要性に関する CHO の認識・知識不足がデータの質に影響を与えたと考えられる。最後に、SDHT による LCA のスーパービジョンが不十分であったことが挙げられる。こうした課題に対応するため、プロジェクトはパフォーマンスが不足する項目を中心

に、CHO や上層機関の SDHT・DHMT と課題を共有し、コミットメントを表明してもらうためのフィードバック会議を実施した。この会合を通じて、参加者は CHO のスキル強化や環境改善のための保健行動計画を作成した。全体で課題を共有し解決策を模索したことは、今後の状況改善に向けた動きにつながると考える。また、上層機関からのスーパービジョンが不十分である点については、成果1の今後の課題と展望でも取り上げたとおり、CHPS を対象としたサポーターティブ・スーパービジョン時に、LCA サービスのパフォーマンスの確認項目を設け中身を充実させることや、訪問時の OJT を実施することにより、CHO の継続的な能力強化に寄与できると考える。資材の不足に関しては、主に血糖値検査用キットを郡や SDHT レベルで十分に確保する必要がある。検査費用が住民にとって高額で、支払いの壁になっている状況を打開するには、糖尿病等、非感染性疾患のリスクを訴え、国の健康保険サービスでカバーされるように推進する必要もある。こうした問題意識は、すでに GHS 本部と共有済みである。

指標 4-4 の母子保健関連については、州の年間レビュー会議で改善状況の確認を続ける必要がある。妊婦や親族の保健サービス受診に対する意識の欠如や助産師の不足、そして思春期におけるケアの不足が阻害要因の一つと考えられる。これを改善するためには、産前・産後検診における母親や取り巻く家族への教育、学校での思春期保健教育の強化、CHPS への助産師の配置を増やすことが推奨される。ただし、特に妊産婦・乳幼児死亡率については、CHPS へのアクセスや CHPS サービスの質が改善したとしても、CHPS から母子のリファラル先となるヘルス・センターや病院など、臨床施設の質の問題に寄与するところが大きく、顕著な改善には至っていないのが実情である。

最後に、プロジェクトが開発したヘルススクリーニング・レジスターに関する課題を取り上げる。レジスター活用の推進は、住民の定期的な健康管理を促進し、リスクへの対処や疾患の早期発見を可能にする。他方、国が推進するウェルネス・クリニックとの連携は限定的である。既述のとおり、これまでプロジェクトは、PDM 指標データの収集のために開発したレジスターについては、GHS 本部の担当部局である PHD とレジスターを共有し、ウェルネス・クリニックの標準フォームとして使用検討できるか提案してきたが議論が十分にできていない。今後、患者を対象とした非感染性疾患データ以外に、リスク人口、つまり境界例に関するデータを取得する必要性を含め、国としての議論が進む見込みである。その際本レジスターの効果・有用性が関係者に共有され、ウェルネス・クリニックへの統合と合わせて、国の承認に結び付けることが期待される。そのためにも、UW 州や S 州で継続的に実施する LCA サービスを通じて収集されるスクリーニングデータをまとめて GHS 本部に示すことは、今後の国のアクションを促す意味でも有用である。CHPS レベルでのヘルススクリーニングの導入・実施は、政策策定にも有効なエビデンスを提供できる。州及び郡レベルからは、治療だけではなく予防のために保健医療施設を利用しようというコミュニティ住民の意識と行動の変化が報告され、CHO によるスクリーニング検査能力と患者サービスの質が向上し、上層機関への定期報告も促進されるなど、ポジティブな声が届いている。

3.7 カウンターパートによるプロジェクト活動の評価

3.7.1 プロジェクト活動の評価の概要

2022年に実施したエンドライン調査の一部として、プロジェクト活動の評価をCPに要請した。経済協力開発機構（Organization for Economic Co-operation and Development: OECD）/ 開発援助委員会

(Development Assistance Committee: DAC) が設定した DAC 評価 6 基準²³に基づき、実務者レベルであるの北部 5 州の州保健局と郡保健局の計 28 人の CP が、14 のプロジェクトの主要な活動を評価した。表 3-23 で示した各基準に関する質問につき、1 (最低) から 5 (最高) の 5 段階での評価とした。表 3-24 でプロジェクト活動の評価スコアを示す。

表 3-23 : 評価基準と質問

評価基準	質問
妥当性	次の活動はどの程度あなたのニーズに合っていたか?
一貫性・整合性	これらの活動はどの程度、国のスタンダードに合致していたか?
有効性	これらの活動はどの程度、プロジェクト目標の達成に寄与したか?
効率性	これらの活動はどの程度、計画に沿って実施されたか?
インパクト	これらの活動はどの程度、CHPS 実施に寄与したか?
持続性	これらの活動はどの程度、制度化されたか?

表 3-24 : プロジェクト活動の評価スコア

	成果	プロジェクト活動	妥当性	一貫性・整合性	有効性	効率性	インパクト	持続性
1	成果 1	調和された CHO 研修	3.79*	3.57*	3.75*	3.21	3.29	3.25
2	成果 1	CHPS データベースと普及	3.64	3.18	3.71*	3.46*	3.46*	3.54*
3	成果 1	郡 CHO オリエンテーション	3.79*	3.43	3.68	3.43*	3.39*	3.43*
4	成果 1	プレ・サービス研修	3.32	3.21	3.54	3.43*	3.32*	3.32*
5	成果 1	リフェラル関連介入 (研修、様式の開発など)	3.61	3.50	3.43	3.14	2.93	3.25
6	成果 1	支援型スーパービジョン関連活動 (研修、モニタリングなど)	3.82*	3.64*	3.75*	3.25	3.29	3.29
7	成果 1	郡保健四半期パフォーマンス・レビュー会議 (DHQPR)	3.68	3.71*	3.50	2.96	3.14	3.04
8	成果 2	住民参加促進についての CHO/SDHT 現職研修	3.58	3.25	3.50	3.17	3.08	3.17
9	成果 2	CHAP と LCA についての CHMC/CHV 研修	3.50	3.00	3.42	3.00	3.08	3.17
10	成果 2	ビデオを通じた LCA 啓発活動	3.50	3.00	3.42	3.00	3.08	3.17
11	成果 2	非金銭的インセンティブ介入	3.75	3.00	3.42	2.92	2.92	3.00
12	成果 3	RCC に対する HIAP 介入 (RCC 会議)	3.36	3.14	2.86	2.82	2.64	2.86
13	成果 3	郡議会に対する HIAP 介入	2.86	3.14	2.93	2.79	2.50	2.89
14	成果 4	CHPS サービス・パッケージへの LCA サービスの入れ込み	3.42	3.67*	3.50	3.25	3.00	3.25

* トップ 3 の点数

3.7.2 評価結果のまとめ

(I) 成果 1 の活動の評価

²³ 「DAC 評価 6 基準」: ①妥当性 (relevance)、②一貫性・整合性 (coherence)、③有効性 (effectiveness)、④インパクト (Impact)、⑤効率性 (efficiency)、⑥持続性 (sustainability)

CHPS データベースとその普及に関するスコアは、全てのクライテリアで高かった。カウンターパートから、CHPS 実施において、CHPS-DB が、意思決定、サービスのギャップの改善、実施の標準化に寄与したとのコメントがあった。

CHO 養成に関係する活動については、調和された CHO 養成研修と郡 CHO オリエンテーションは、両方とも妥当性が高く、郡 CHO オリエンテーションは持続性、インパクト、効率性でも高いスコアを上げた。郡 CHO オリエンテーションは、調和された CHO 養成研修と比べ低コストで、運営準備の手間が軽減されることが評価された。プレ・サービス研修は他の2研修に比べて妥当性、一貫性・整合性、有効性がやや低い。これは、卒業から配属までの時間差があり、再研修が必要であるためである。

リファラル介入では妥当性、一貫性・整合性、有効性が高く、インパクトと効率性は低かった。リファラル機能の改善には、救急搬送システムの改善や、患者をリファーする費用に対するの検討が必要とのコメントがあった。

サポータティブ・スーパービジョン (SS) の介入に関しては、妥当性と有効性が高く、持続性とインパクトは比較的低いスコアであった。GHS 本部は、保健施設の臨床サービスを強化するために SS を国の政策として推進しているが、SS モニタリングを持続的に行うための資金の確保は課題である。

郡保健四半期パフォーマンス・レビュー会議 (DHQPR) は、一貫性・整合性、妥当性、有効性が比較的高く、インパクトや持続性、効率性は低い。DHQPR は GHS の郡の全レベルと関係者間での情報共有と問題解決の機会として、モニタリング訪問のバックアップ・システムとなりうるが、実施費用の問題を多くの回答者が指摘している。

(2) 成果2の活動の評価

住民参加促進に関する CHO/SDHT 現職研修、CHAP と LCA に関する CHMC/CHV 研修、LCA の啓発活動は、妥当性と有効性において比較的高いスコアとなり、それに比較すると一貫性・整合性、インパクト、持続性の評価は低かった。コミュニティ自身による保健状況の改善を促すことは、CHPS 実施の要となる戦略であるが、持続性を担保し多数のコミュニティをカバーできる能力強化の方法はまだ確立されていない。

非金銭的インセンティブ活動に関しては、妥当性、有効性は高スコアであるが、他の4項目のスコアは低い。CHPS 実施支援のための CHV のモチベーションを上げるため、プロジェクトでは非金銭的インセンティブの抽出を行ったが、持続性を担保したシステムはまだ開発されていない。

(3) 成果3の活動の評価

RCC や郡議会に対する HIAP 介入に関する妥当性は高く、郡議会や RCC が質の良いサービスのために CHPS にリソースを供給することが期待されている。一方で、RCC や郡議会 のコミットメントや、RCC による HIAP のフォローの欠如、郡議会と郡保健局の協力の欠如が指摘されており、HIAP 活動に対する低い評価につながっている。

(4) 成果4の活動の評価

CHPSの基本サービスへのLCAの組み込みに関しては、全般的に高いスコアである。GHS本部は大きな疾病構造変化に 대응するためLCA関連のサービス強化や保健スタッフの研修教材を必要としており、プロジェクトはそのニーズにタイムリーに対応している。CHOのLCAに関する知識は、CHO/SDHT現職研修で改善したが、研修後のモニタリングでは、スキルの不足や不適切な実践が見られた。LCAがCHO養成の教材に組み込まれたことで持続性は担保されている。

3.7.3 CPから提示された学びと提案

- CHPSデータベースについて：新たにCHPSのフォーカル・パーソンになるスタッフへのオリエンテーションはデータの正確性を担保するために州保健局が責任をもって実施するべきである。また、効果的なCHPSデータの活用を進めるために、郡議会や開発パートナーにデータを共有するべきである。
- CHO養成システムについて：CHO養成の方法はリソースや状況に応じて柔軟に選択されるべきである。方法としては、「調和されたCHO養成研修のみ」、「郡CHOオリエンテーションのみ」、「調和されたCHO養成研修と郡CHOオリエンテーションの組み合わせ」、「プレ・サービス研修と郡CHOオリエンテーションの組み合わせ」が考えられる。また、CHN不足の解決策として、准看護師や助産師を訓練して、CHOのサービスが提供できるように訓練することも検討する必要がある。
- リファラルについて：リファラル・フィードバック率の低さは多くの国で共通の課題であり、フィードバック率の可視化は状況の改善に役立つ。CHPSがケースのフォローアップ施設として、重要な役割を果たすために、CHOはフィードバックを受け取った後のフォローについても訓練されるべきである。
- コミュニティの能力強化について：コミュニティの能力強化のためには、直接の介入ではなく、CHOの能力強化を通じた間接的な介入がより持続的なものとなる。そのためには、持続性のある質の良いCHOの養成研修を行うことが一つの解決策となる。また、GHS本部はいくつかの非金銭的インセンティブ活動の導入を義務化すべきである。
- HIAPについて：GHS本部はHIAPの実施状況を年次レビュー会議の議題に入れ込むなどにより、HIAP実施を義務化すべきである。また、郡保健局と郡議会の良好なコミュニケーションと情報共有は、HIAPに適切な保健計画を入れ込むためには不可欠である。DHMTはDAをレビュー会議に招待して、保健情報の共有を促進すべきである。
- LCA活動について：非感染性疾患を予防し、CHOのスキルを改善する場として、ウェルネス・クリニックの質の改善と促進が望まれる。また、質を伴った健診記録を残すことは来るべき疾病構造の変化を知るためにも必要である。その記録は郡や州レベルで収集し、予防戦略を立てるのに活用する必要がある。さらに、CHOのスキルのモニタリングは質の良いLCAサービスを行うのに必須である。郡はどのようにモニタリングを継続するのか検討する必要がある。

第4章 プロジェクト実施運営上の課題・工夫・教訓

プロジェクト期間全体の課題とその克服のための工夫について述べる。プロジェクトは、実施と運営の過程で直面した課題を解決するために様々な工夫と対応を講じてきた。また、こうした経験からガーナ保健サービス局（GHS）及び独立行政法人国際協力機構（JICA）にとって有益と思える多くの教訓を得た。本章では、これらの課題や工夫・対応、そして今後の事業実施に参考となる教訓について、実施面と運営面のそれぞれの観点から述べる。

4.1 プロジェクトの実施体制に関する課題・工夫・教訓

プロジェクトの実施体制全体に関わる教訓は、経験のある現地スタッフを活用することであった。プロジェクトは、効果的な業務実施のため、JICA プロジェクトや GHS のシステムについて知識と経験を持つ現地人材を活用した。そのため、プロジェクト活動が首都アクラから遠く離れた北部で実施されていたにも関わらず、中央関係者と効果的にコミュニケーションを取り、活動に巻き込んでいくことができた。また、GHS のプロトコルに沿った手続きや既存のシステムに合った活動提案を行うことができた。また、プロジェクトはスタッフの能力強化の重要性にも配慮し、定期的な面談を通して彼らの希望するスキルを伸ばすための支援も行ってきた。スタッフの能力向上により、新型コロナウイルス感染症や治安の関係で日本人専門家が遠隔からしか業務支援ができない時期も、スタッフは日本人専門家に代わってカウンターパート（CP）と精力的に活動を進めたことから、現地活動を順調に進めることができた。また、プロジェクトで雇用したスタッフが他の JICA プロジェクトのスタッフとして雇用されるなど、JICA 事業全体へも貢献していると言えよう。現地スタッフの活用は、彼らの能力強化と合わせて、プロジェクトを成功させるための重要な要素であったと考える。各成果に関しては、既に第2章で課題と工夫を踏まえて活動を記載したため、ここでは概要を取りまとめた。

表 4-1：成果ごとの主な課題と工夫・教訓

課題	工夫・教訓
成果 0：マネジメント関連	
ノーザン州（N州）が3州に分割されたことにより、継続したデータが取れなくなった。また、新たに設立された州の運営管理体制の確立までに時間を要し、プロジェクト活動に遅れが生じた。当該3州の指標の未達成については、上記遅れが原因であった。	分割後のN州、ノース・イースト州（NE州）、サバナ州（S州）の関係者全員を集めて合同会議を実施することで、運営管理体制の整備の遅れをカバーした。また新3州の連携強化と情報共有を図ることで、3州同時に活動を進められるよう配慮した。 新たに州ができた時には人材雇用を含めた体制整備に時間がかかるため、それを見越した活動の戦略が必要となる。
成果 1：駐在地域保健師による基本的保健医療計画・サービス（CHPS）の機能強化	
CHPS データベース（CHPS-DB）への入力ミスが多く、質や信頼性が不十分であった。	収集したデータの活用法やデータの質の重要性への認識を高めた。また入力ミスなどの例を共有して同様の誤りを防止するとともに、ミス防止のための確認を促した。
GHS 本部に対して他開発パートナーによるスーパービジョンへの支援と、プロジェクトが行う同内容の活動の調整が必要であった。	他開発パートナーと連携する GHS 本部及び中央のサポート・スーパービジョン（SS）に関して、技術委員会メンバーと、プロジェクト CP が意見交換するなど直接現場の声を届ける機会を複数回設けた。
リファラル活動推進には、CP のみでなく、リファラル先となる病院関係者の巻き込み	リファラルに関連する委員会や会議に病院関係者を加えることで、現場におけるリファラルの状況を共有して

課題	工夫・教訓
が必要であった。	活動推進を図った。また、病院が CHPS など下部保健施設へのリファラル・フィードバックの改善に取り組む機会とした。
GHS がすべての区分けされた CHPS に、適切な保健従事者を採用・配置することができていなかった。	CHPS-DB により、CHPS ゾーンへの人員配置の状況を明確化し、郡への人員確保と適切な人員配置を州に対して求める際の説明材料とした。
成果2：コミュニティの機能強化	
地域保健管理委員会（CHMC）や地域保健ボランティア（CHV）の能力強化を継続する仕組みづくりが必要であった。	CHMCやCHVの能力強化を継続する仕組みとして、駐在地域保健師（CHO）を対象とした CHMC/CHV 研修の講師研修を郡保健局主導で行う形とした。また、CHMC 研修を実施する開発パートナーと連携し、プロジェクトで開発した研修教材の活用を促進した。開発パートナーとは、それぞれのプログラムの目的や方向性を共有し合いながら、実施の過程で成果品の共有を行うことが有用である。
テレビ放送によるプロモーションやフリップチャートなどの印刷教材は費用が高く、プロジェクト予算での実施には限界があり、CPによる継続も難しいと考えられた。	北部州ではラジオ放送を聞く住民が多く、既に作成されたビデオを活用したラジオ放送を行った。また、教材をハードコピーでなくソフトデータで関係者と SNS などを通じて共有することで各自が内容確認できるようにし、予算の確保ができた際には印刷できる状態とした。
成果3：行政の機能強化	
保健統合年次活動計画（HIAP）策定・モニタリング用のフォーマットの記載に関して、関係者相互の理解に相違が出る傾向がうかがえた。	HIAPの策定・モニタリング用フォーマットや使用手順、関連する手続き、関係者の責任を明記した参考文書（ハンドブック）を作成し、認識の共有を図った。また、対象全5州で正式かつ継続的に使用されるために、5州の州大臣から承認の署名を取り付けた。
各郡が発表予定のHIAP案を州合同調整協議会に持ち寄って、議会に諮る前に相互に意見を交わした。その場の議論を深めるために何らかの共通の土台が必要となった	郡議会で発表する標準テンプレートを作成し州合同調整協議会で示した。また、テンプレートの中に好事例や教訓も含めることで、自己分析の強化を図るとともに相互学習を促し、各郡でそれらの好事例や教訓が活用できるようにした。
成果4：ライフコースアプローチの導入	
病気や異常の早期発見のためのヘルスクリーニング・レジスターを開発したが、2回目以降の検診情報を把握する内容になっていなかった。	2回目以降の診察時に過去の結果を簡単に検索して比較できる記録カードを作成し、CPとの協議を継続した。今後、現場の保健サービスに合わせた形で、特定のリスク患者を適切に追跡できるような体制を整備することが望ましい。可能であれば、国が整備する郡保健情報管理システム2（DHIMS 2）などのデータサーバーと連結し、デジタルベースでアクセスできることが好ましい。
血糖値検査サービスは、有料であるため、その費用負担は住民にとって重荷だった。この費用は、血糖値検査の際の消耗品の調達に充当される。多くのコミュニティ住民はこのサービスを利用できず、結果として記録結果は十分得られなかった。なお、ボディ・マス・インデックス（BMI）や腹囲測定など、他のヘルスクリーニング・サービスは無料で提供されている。	プロジェクトは、研修後に血糖値検査を含むライフコースアプローチ（LCA）サービスの CHPS レベルでの実施を推進してきた。BMI や腹囲測定に比べ、血糖値データが大幅に少ない状況を踏まえ、GHS 本部に対し、血糖値検査費用が国民健康保険制度（NHIS）の給付パッケージに含まれるよう提起した。コミュニティ・レベルで血糖値検査が実施できるようになれば、糖尿病等リスク患者の早期発見につながり、上部機関へのリファラル対応が促進されるなど、非感染性疾患リスクを低減することにもつながる。
プロジェクト介入前には、健診用の決まった様式はなく適切なスクリーニングあるいはデータ管理がなされていなかった。ま	プロジェクトは、州・郡レベルの CP のニーズ・意見を反映させたヘルスクリーニング・レジスターを作成した。必要項目として血圧、BMI、腹囲、血糖値、健康ラ

課題	工夫・教訓
た、リスク患者の適切なリファーマ及びフォローアップが十分にできていなかった。	イフスタイル評価の項目を盛り込むための議論を複数回行い、レジスターを最終化した。対象州のアップーウエスト州（UW 州）では、レジスターを使ってコミュニティ住民のスクリーニングデータを収集し、エビデンスとしてリスク患者人口が特定されている。また、その有効性には他の北部 4 州も強い関心を示した。プラスの効果として、州・郡保健局の担当者によると、コミュニティ住民の間には保健医療施設を治療のためだけでなく病気のリスク予防のために利用する、という認識が生まれ始めている。ヘルスワーカー側では、BMI 測定などの非感染性疾患対策への基本的な理解が向上するなど CHPS 機能の直接的な強化にもつながっている。
2022 年 1 月まで実施された JICA 「母子手帳を通じた母子継続ケア改善プロジェクト」では、亜郡保健チーム（SDHT）と CHPS レベルでの研修が視野に入っていなかった。本プロジェクトの CHO/SDHT 現職研修に組み込む意義は大きかったが、CHO/SDHT 現職研修はライフステージごとに構成されている点など、組み込み方には慎重を要した。	母子手帳プロジェクトのトレーニング・パッケージをそのまま組み込むのではなく、本プロジェクトが作成した研修モジュールに、ライフステージ（妊娠期、授乳期、乳幼児期）ごとに組み込んだ。また、議論の過程に母子手帳プロジェクトの総括を巻き込み、母子保健モジュールの内容を見直した。これにより、JICA の二つの技術協力プロジェクト間の協力連携が生まれ、相乗効果の発現につながった。
プロジェクト期間において、LCA 研修パッケージ作成後は、UW 州のみで研修を行い、研修効果を測ることになっていたが、UW 州以外の北部 4 州も LCA サービスへの関心が高く研修要望が挙がったことから、その実施を検討することが必要となった。	プロジェクトの限られた時間と予算では、北部 4 州への研修実施は現実的ではなかった。そのため、北部 4 州向けには、LCA サービスの展開を意図した関係者間の協議の場を持ち、LCA 研修の特に重要なポイントを抜粋した説明の他、北部 5 州間で情報共有と連携を図り、UW 州から他の 4 州へ研修支援ができる機会を提供した。

4.2 プロジェクトの運営体制等に関する課題と工夫

4.2.1 ロジスティクス業務

プロジェクトのロジスティクス面の特徴として、以下三つが挙げられる。

- ① 活動の対象地域が北部 5 州と首都であるため、活動拠点となる事務所が 3 か所に点在する。そのため、地理的な条件から、州間や首都への移動に時間がかかった。
- ② GHS 本部にはプロジェクト事務所がなく、CP が北部 5 州の離れた場所にいるため、会議をはじめとする GHS 本部との調整に時間を要した。
- ③ 北部の安全状況の悪化や新型コロナウイルス感染症の影響により、プロジェクトの現場訪問に行動制限がある中で活動していた。

この状況の下、事務所や現地スタッフの業務管理やスケジュール管理といった人事管理面、支払いや物品調達といった調達面に加えて、カウンターパートとの会議開催における課題があり、それに対して業務を円滑に行うため都度工夫し対応した。これらの課題と工夫・対応を下表 4-2 にまとめた。

表 4-2：ロジスティクス業務に関する課題・工夫・対応

課題	工夫・対応
(1) 事務所・現地スタッフの業務管理	

課題	工夫・対応
<p>プロジェクトの第1期前半に、UW州、N州およびアップパーイースト州（UE州）の3州でプロジェクト事務所を開設した。特にN州とUE州では、開設に伴うスペースの確保や配置するスタッフへのロジスティクス業務の教育・訓練に時間を要した。加えて、プロジェクトの事務所が3か所に点在するため、精算・証票管理においては、3事務所の取りまとめに時間を要するなど一定の困難が伴った。</p>	<p>N州・UE州の現地スタッフへの教育・訓練について、日本人専門家が不在の際、比較的業務に慣れているUW州のスタッフが指導するなどの工夫をし、プロジェクトを円滑に運営できるように努めた。会計管理の課題に対しては、月ごとに前もって各事務所とスケジュールを共有し、必要に応じて会議を実施したり、リマインドを通じてスケジュール管理を徹底したりすることで、円滑な精算処理を行えるよう促進した。</p>
(2) スケジュール管理	
<p>プロジェクト第1期では、CPは多くの業務を抱えており、イベントの日程が確定できず、直前にスケジュールが変更となる等、日程調整に一定の困難が伴った。特に首都での会議は、遠方からの参加になるため直前のスケジュール変更はプロジェクトに大きな負荷を与えた。</p> <p>第2期では、新型コロナウイルス感染症の影響による活動や移動の制限があり、活動全体のスケジュールが1年ほど遅れた。2021年6月からガーナへの渡航が可能になったが、北部州は治安情勢の悪化懸念から渡航制限が設けられた。</p>	<p>第1期の課題については、CPとのスケジュール表の共有や、州ごとにCHPSユニットとの定期的な会議の開催を通してスケジュール調整を行うことで対応した。</p> <p>第2期では、渡航に制限がある期間は、遠隔でも的確な指示が出せるよう、毎週のプロジェクト会議や、現地スタッフの週報によって現地活動の現状・課題を把握することを徹底した。北部5州への渡航については、JICA本部による事前の了承が必要なため、直前での予定変更が生じないように、現地スタッフに個々の活動の調整を指示することで、スムーズなプロジェクト運営を継続した。</p>
(3) 支払い管理	
<p>プロジェクトは、JICAガーナ事務所の取り決めによる経費基準（コストノーム）を元に交通費および日当・宿泊費を定め運用した。第1期では、研修実施時までに、コストノームが最終化されなかったことから、研修の支払いが後払いとなったことがあった。支払いにおいては、規模の大きな研修時に発生する講師とオブザーバーへの多額の日当・宿泊および交通費の支払い方法について、長時間多額の現金を所有するリスクがあった。</p>	<p>交通費に関して新区間が発生する場合は、現地のスタッフに早めに交通経路を提示してもらうことで、研修実施前までに承認手続きを完了させ、支払いに遅延が発生しないようマネジメントを徹底した。</p> <p>多額の現金を所有することに対するリスク対応としては、支払い日当日に引き出す、または前日に引き出してプロジェクト事務所の金庫で管理するなどして、リスク低減に努めた。日本人専門家の不在期間は、現地スタッフに個々の支出見込み額を提示させ、必要な資金額を業務調整団員が確認後、メイン口座からサブ口座に移す方法で支払い管理を行った。</p>
(4) 物品調達	
<p>第1期と第2期を通して、事務所設立のために必要なエアコンや金庫等を調達した。また、JICAガーナ事務所から供与された機材であるプリンターとコピー機の交換用トナーが、UW州、UE州、N州の3州では購入できず、日本人専門家の渡航に合わせてアクラで購入していた。</p> <p>両期共通の課題としては、いくつかのプリンターやコピー機の部品が、現地の市場では出回っていないものや、アクラから取り寄せざるを得ないものがあつた。コピー機やプリンターを修理に出している間は、事務所でプリントアウトすることは不可能なので外部委託で対応したが、積み重なったプリント代はプロジェクトの資金管理に影響を及ぼした。</p>	<p>供与されたプリンターとコピー機のトナーの仕入れについて、UW州のコンピューター店と話し合い、UW州でトナーが入手可能になり、アクラでトナーを調達していたスタッフの負担が軽減した。部品の調達については、複数のエンジニアから修理に掛かる費用の見積りを提示してもらうことで、最も経済的なオプションを採用するよう心掛けた。</p>

課題	工夫・対応
(5) 会議の開催場所の選定	
GHS 本部の巻き込みが必要となる際、首都アクラで実施すると、中央の参加者が途中で呼び出しを受ける、あるいは別業務の対応を行うといった状況が生まれて中断あるいは途中退出することがしばしばだった。	アクラから離れた場所で実施することで、実質的に缶詰め状態で会議や研修への集中的な参加を促進することをオプションとして考えた。日当や交通費が発生するため、全体のバランスや対象者の巻き込みの重要度を考慮しながら首都以外で開催することは対策の一つとして有効である。

4.2.2 安全管理業務

安全管理については、新型コロナウイルス感染症と、治安悪化に関わる件で課題があった。これらの課題と工夫・対応を下記表 4-3 で示す。

表 4-3 : 安全管理業務に関する課題と工夫・対応

課題	工夫・対応
(1) 新型コロナウイルス感染症対策	
新型コロナウイルスの影響下で会議・研修を実施するにあたり、参加者の安全を確保するため、感染防止のための計画整備が求められた。	感染対策チェックリストとして、「プロジェクト活動における新型コロナウイルス感染症感染予防ガイド」を作成した。会議や研修の参加者は、会場到着時に検温し、発熱者や体調不良者の入室を控えてもらうようにした。 2022年3月下旬以降、ガーナではマスク着用義務が撤廃されたが、JICA ガーナ事務所の方針に従い、会議など集合型の活動を中心に、これまで通り検温と健康チェックをプロジェクト終了時まで励行した。また、現地スタッフ向けに新型コロナウイルス感染症に関する職場でのルールや手続きを作成し、現地スタッフの感染予防や感染後対策の徹底、体調管理や体調不良時の対応についても共有した。
(2) 治安悪化に関わる対策	
2019年12月 JICA 通達のとおり、ブルキナファソの治安悪化に伴い国境10km圏内への日本人専門家と現地スタッフの立ち入りが禁止されたことに加え、2021年6月に北部5州へのテロ攻撃の可能性がガーナ政府筋より示唆されたことから、北部州への日本人専門家の渡航が禁止された。これに伴い、合同調整委員会(JCC)やLCA研修などの重要な活動を北部州ではなく、首都のアクラや別の地方都市で開催するなど柔軟に対応してきた。 その後、渡航禁止は解除されたが、治安情勢やJICA ガーナ事務所の安全対策措置はさらに厳しくなり、日本人専門家による渡航が必然である根拠を明示の上、JICA 本部安全管理部の承認が必要であった。プロジェクト活動終盤には、北部州の中でも、UE州は立ち入り禁止、UW州は立ち入りの回数制限が設けられ、N州、NE州、S州への立ち入りについても、条件を満たした場合のみ可能という制限があった。	プロジェクトサイトへの制限がかかる中、日本人専門家は遠隔で現地スタッフに指示を出して活動を進めた。日程・場所の代替計画を念頭に置き活動計画を立てるとともに、北部州に滞在する期間を活用して優先すべき特定の問題を把握し、状況に対応できる体制を整えた。プロジェクトサイト滞在中は、現地プロジェクト事務所の機材管理状況や資金チェックをはじめ、現場でのみ可能な活動に焦点を当てて業務を行った。プロジェクト事務所の閉鎖に当たっては、書類の整理や銀行関連の手続きを含む一連の作業が円滑に実施できるよう、遠隔で可能な業務と現場でしかできない業務の分類、また現地スタッフとの事前の調整を通じて、短い滞在中の業務が円滑にできるように工夫した。

第5章 上位目標の達成に向けての提言

5.1 上位目標の達成見込み

本プロジェクトの上位目標とその指標は以下のとおりである。プロジェクト期間の完了から3年後の2026年までの達成を見込んでいる。

<p>【上位目標】 駐在地域保健師による基本的保健医療計画・サービス（CHPS）を通じたプライマリ・ヘルス・ケア（PHC）のアクセスと利用が改善されることにより、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の達成に貢献する。</p> <p>【指標】 2026年までに北部5州においてより多くの住民が基準を満たしたCHPS（機能するCHPS）にカバーされる。</p>

表 5-1：機能する CHPS にカバーされた住民の割合と 2026 年の目標値

州	2017年	2023年	2026年（目標値）
アッパーウエスト州（UW州）	55.2%	98.9%	100%
アッパーイースト州（UE州）	31.1%	100%	100%
ノーザン州（N州）	9.6%	45.6%	75%
ノース・イースト州（NE州）	NA	47.5%	100%
サバナ州（S州）	NA	66.5%	100%

算出方法：機能する CHPS ゾーンでカバーされている住民数/州人口×100

上位目標は、2026年までに達成できる見込みである。

表 5-1 で示すとおり、2023 年第 1 四半期の時点で、UW 州と UE 州は目標値である 100%をほぼ達成している。残りの N 州、NE 州、S 州は 45～66%の達成状況であるが、駐在地域保健師による基本的保健医療計画・サービス（CHPS）ゾーンの細分化は5州とも既にほぼ100%に到達していることから、残る課題は細分化された CHPS で駐在地域保健師（CHO）によるサービスの提供が開始されることである。これについては、各州が 2026 年までの CHO 養成計画を策定しており、目標値を達成できる見込みは十分にあると考える。

カウンターパート（CP）の評価（第3章 3.7 参照）によると、CHPS 実施の改善において CHPS データベース（CHPS-DB）システムの構築と、プロジェクトで新たに開発した CHO の養成研修システム（郡 CHO オリエンテーションとプレ・サービス研修）の導入と実施がプロジェクトの成果の発現に特に大きなインパクトを与えたとしている。CHPS-DB は、各 CHPS の状況の可視化をもたらし、人的、物的、経済的リソースの適正な配分・配置を可能にするとともに、より現実に沿った戦略と計画の策定を可能なものとした。また、あらたな CHO 養成のための研修システムは、従来の養成研修と比べてより低コストかつ簡易な運営、管理で行えることから、インパクトに加え、より持続性があり有効な活動であったとされた。

これらの活動の継続に加え、郡保健四半期パフォーマンス・レビュー（DHQPR）会議や保健統合年次活動計画（HIAP）の実施を通して、ガーナ保健サービス局（GHS）が今後引き続き郡議会や開発パートナーと連携して CHO 養成研修や地域保健ボランティア（CHV）/地域保健管理委員会（CHMC）研修の支援、医療施設や機材整備、交通手段に関する支援を得ることが期待される。また、CHPS 実施の強化とともに、ガーナ政府が取り組みを強化している亜郡保健システムの強化により、CHPS への支援体制も強化されれば、目標値の達成はより現実的になると考える。

5.2 上位目標の達成に向けての提言

上位目標の達成には、CHPS サービスへのアクセスの改善と、住民による CHPS サービスの利用促進の二つの側面からのアプローチが求められる。この二つの側面について、継続性の担保と活動から得た課題や解決策を基に、以下提言したい。

5.2.1 CHPS サービスへのアクセスの改善

CHPS サービスへのアクセスの改善のためには、プロジェクトが導入した CHPS-DB の適切な運用が基盤となる。CHPS のデータが適切に収集、管理され、そのデータを GHS が適切に活用し、計画的に人材養成や人材配置、CHPS 施設の建設と機材、交通手段の提供、住民参加促進を図ることが求められる。施設建設と機材配置、交通手段の提供については、州・郡議会との連携も重要な鍵となる。この改善に向け、各関係者がとるべき措置を以下に示す。

(1) CHPS データベースの継続的な運用と管理体制の強化（GHS 本部政策計画・モニタリング・評価局（PPMED）局長）

本データベースが継続して全国で運用、活用されるためには、GHS の担当者が各州での CHPS-DB を更新し、かつ郡保健情報管理システム 2（DHIMS 2）のデータ入力に活用することと、GHS 本部によるモニタリングが必要である。また、本データベースの活用において他の開発パートナーとの協調も重要であり、パートナー機関に本システムの意義や重要性を理解してもらい働きかけが重要となる。全国における CHPS-DB の運用・活用については PPMED も合意し積極的に協力している。

また、CHPS における適切な人材、施設、機材配置のためには、データが適切に収集、管理されていることが前提であり、データ管理職員の能力強化とともに交代時の引き継ぎを適切に行う必要がある。プロジェクト期間中に全国 16 州で CHPS-DB の能力強化研修が行われ、プロジェクト終了時には、PPMED の主導による 16 州を対象としたフィードバック会議も開催された。このような研修や会議を定期的に開催し、職員の質を維持する必要がある。またそのためには、PPMED が主導し、他の開発パートナーとも協力しながら本データベースおよびその研修が適切に運営される体制を整える必要がある。また、本データベースの分析結果を州・郡保健局や人材局、看護師養成学校、州・郡議会といった関係機関に適切に共有する仕組みを強化することが必要である。

(2) CHPS データベースを活用した人材養成の計画と研修実施の強化（州・郡保健局長）

州保健局は、データの分析結果を基に、各郡に配置が必要な CHO 数を導き出し、各郡保健局に対して、CHO 養成のための研修計画を策定するよう求める必要がある。また郡保健局は、この計画を基に、州保健局からの支援も得ながら、郡 CHO オリエンテーション等の研修を実施する。現状では、郡のリソース（人材、郡 CHO オリエンテーションが実施可能な CHPS 数など）にばらつきがあるため、この事情も考慮しながら、州保健局主導で実施状況をモニタリングする必要がある。同様に、区分されたもののサービス提供が開始されていない CHPS を抽出し、その原因と解決策を特定し対応を図る必要がある。GHS、保健省（MOH）ともに人材不足については認識しているが、国家予算不足により適時に人材配置されない状況がある。そのため、ネットワーク・オブ・プラクティス（NOPs）の予算を CHPS 強化に向けて活用するなどの方向で調整する必要がある。

(3) CHOのキャリアパスの検討（州・郡保健局長）

CHOの不足には、人材雇用と人材養成の不足とともに、CHOの離職も関係している。CHOとしてCHPSで業務を行っていくなかで、次のキャリアアップのために助産師学校などで学ぶために離職するCHOも多い。これについては、CHOは2、3年で退職するものとして、それを見越したCHOを養成するなど、州の戦略が重要となる。またCHOを一定期間経験すれば、将来の管理職候補である、助産師や正看護師（Registered nurse）になるための学校に有利な条件で入れるなどのキャリアパスをGHSが作れば、CHOの早期退職が減ると考えられ、国の戦略として検討することが重要である。

(4) 州・郡議会との連携の強化（GHS本部PPMED局長、州・郡保健局長）

CHPS政策では、CHPSゾーンの設定とCHPS施設の位置は、郡保健局および郡議会によって決定される。GHS本部や州・郡保健局は、郡議会とCHPS-DBの情報を共有し、この細分化を支援する必要がある。また、国のCHPS実施ガイドラインは、州・郡議会がCHPS実施において担うべき役割、CHPS施設の建設や機材、交通手段の提供、保健人材の育成についても明記している。州・郡保健局は、議会との関係を強化し、HIAPやCHPS-DB情報も活用しながら州・郡議会がこれらの役割を適切に行うよう連携していく必要がある。

(5) ネットワーク・オブ・プラクティス（NOPs）を活用した亜郡保健システムの強化（GHS本部PPMED局長、州・郡保健局長）

政府のUHC達成に向けた新しいロードマップであるNOPsプログラムは、質の高い保健医療へのアクセスと、コミュニティベースのサービスを向上させる革新的なアプローチを特定することを目的に、ヘルス・センターやCHPSを含む亜郡保健局システムの能力開発に重点を置いている。米国国際開発庁（USAID）もこのNOPsイニシアティブの方向性に沿って、ヘルス・センターやCHPSを含む亜郡保健局システムの能力開発に重点を置いている。亜郡保健局システムへの支援の一環として、本プロジェクトが開発したサポーターティブ・スーパービジョン（SS）のチェックリストを用いCHPSのための活動を拡大する計画であり、同機関との連携も有効である。また、グローバルファンドを活用し、亜郡保健局の保健システム強化活動を進めることも有効である。

5.2.2 CHPSサービスの利用促進

上位目標達成のためのもう一つの柱は、ミニマム・パッケージが整備されたCHPSをコミュニティが適切に利用できるようにすることである。このミニマム・パッケージには、予防接種、疾病サーベイランス、栄養指導、妊産婦保健サービスなどが含まれている。地域住民の利用を促進するためには、CHOや医療サービス提供者が質の高いサービスを提供すると同時に、住民の健康への関心が高まるような啓発活動を行うことが不可欠である。

(1) 母子保健の指標が改善されなかった要因の検証と解決策の抽出（GHS本部FDH局長、州保健局長）

プロジェクトは、ミニマム・パッケージ利用の達成状況を測る指標として、妊産婦の保健指標を用いた（成果指標4-4）。その結果、前述の機能するCHPSへのアクセスに関する指標の大部分が改善されたにもかかわらず、これらの母子保健関連の指標や産前ケア・施設分娩・産後ケアの指標は、プロジェクトの介入後あまり改善が見られなかった。プロジェクトとしてこの要因を検証することができず課題として残った。サービス利用の促進には、まずこの要因を探り、その検証結果を基に、

解決策を抽出することが重要となる。なお、プロジェクトはライフコースアプローチ（LCA）サービスに関する研修、その後の現場での実践を通じて、母子保健や思春期保健の強化を図ってきたため、今後も研修と現場でのサービス実践を通じて母子保健指標が改善されることを期待する。この改善に向けては、州保健局と思春期保健を通じた妊娠や出産に関する早期教育の強化について協議を行ってきた。例えば、産前健診・産後健診を通じた母親への教育に関する CHO の指導能力強化の改善などが挙げられる。中央レベルでは、GHS 本部の家族保健局（FHD）も LCA 関連サービスを通じた母子保健指標の改善について主体的に指導し訴えることが求められる。

(2) リファラル・システムの更なる強化：リファラル様式の活用とリファラル・フィードバック（GHS 本部臨床ケア局長、州・郡保健局長／病院長）

リファラル・システムの強化は、患者の継続ケアの確保とクライアントからの保健サービスへの信頼を得る上で必要不可欠である。プロジェクトが対象州及びパイロット郡に導入したリファラル及びリファラル・フィードバック様式やリファラル台帳、更に月例モニタリング報告書は質の高いリファラル・サービスの運営を行う上で重要なツールである。国の新しいリファラル政策と技術ガイドラインの公布と合わせて、これらツールの他地域への導入を進めていくべきである。また、非感染性疾患の増加に伴い、下部・上位保健施設の双方向で患者の継続ケアとモニタリングを実践する必要性がより高まることが想定される。上位保健施設からのリファラル・フィードバックは下部保健施設が適切に患者をフォローアップするための重要な情報であり、各レベルの保健施設、州・郡保健局の職員のそうした意識を強化させ、施設間の連携を進めていく必要がある。また、GHS 本部、州・郡保健局はリファラルの実施状況を定期的に確認するためのツールとして月例モニタリング報告書の正式な導入と運用強化を進めるべきだと考える。

(3) サポートィブ・スーパービジョンの更なる強化（GHS 本部臨床ケア局長、州・郡・亜郡保健局長）

CHO や保健サービス提供者の質の確保と維持には、彼らの能力を継続的に強化する仕組みが必要である。プロジェクトは、その最初の仕組みとして CHPS を対象とした四半期ごとのサポートィブ・スーパービジョン（SS）を提案し、パイロット活動を通してその効果と実現性の高さを示した。プロジェクトが開発したチェックリストは、既に国のプログラムに導入され、デジタル版のチェックリストは全州でアクセスできる。そのため、対象 5 州は州内の普及を、GHS 本部は他州での導入と定着を進め、CHPS と保健センターの機能強化を図っていくことが期待される。また、チェックリストの内容を定期的に見直す体制を作り、SS が国の政策と現場のニーズに合った活動になるよう配慮することも重要である。その他、SS の結果を郡や州の年次パフォーマンス評価項目に加えるなど、各郡が定期的かつ継続的に SS を実施するための現場レベルの動機作りも活動の強化に資すると考える。

(4) CHAP やコミュニティ・スコアカードの取り組みでの連携・実施体制の強化（GHS 本部ヘルスプロモーション局長、州保健局長）

住民の CHPS 利用を促進し、プライマリ・ヘルス・ケア（PHC）や住民の疾病予防を促進するためには、「地域住民の健康は自分たちで守る」という意識を住民が持ち、地域の健康促進のための活動を行うことが重要なステップとなる。

GHS 本部の PPMED の主導によって導入を進めているコミュニティ・スコアカードは、CHMC を中心とした住民が、CHO や亜郡・郡保健局のサービスの質をモニタリングし、その結果を地域保健

活動計画（CHAP）に反映させるものである。これによってコミュニティによる CHPS 運営を進め、住民の主体性を育成している。ヘルスプロモーション局の主導によって進められている USAID の「健康とウェルビーイングのためのコミュニティ参加（CE4HW）」プログラムでは、CHAP を通じた保健指標の改善や CHAP のモニタリングの強化を行っている。これらのプログラムをそれぞれ管轄する PPMED とヘルスプロモーション局、州 CHPS ユニットと州ヘルスプロモーションユニットが互いに連携し合うことによって、相乗効果を出すことができる。

(5) 助産師と分娩施設・機材の CHPS ゾーンへの配置の促進（GHS 本部 FHD 局長、州・郡保健局長）

先述のとおり、母子保健の指標が改善されなかった要因の検証と解決策の抽出は今後の課題であるが、その要因の一つと考えられるのが、CHPS における産前ケア・施設分娩・産後ケアサービスの提供が適切にできていないことである。元々 CHPS は緊急出産に限ってサービスを提供しており、問題のない出産を扱えるようになったのは最近である。そのため、本サービスを専門的に提供する助産師の CHPS への配置はまだ十分ではなく、分娩サービスを提供する施設・機材が不足していることが一因ではないかと考えられる。CHPS-DB によると、北部5州の CHPS ゾーンの約半数には助産師が配置されているが、そこでも分娩サービスのためのスペースと設備が不足している。産前ケアと施設分娩のサービス提供の指標を早期に改善するためには、CHPS ゾーンへの助産師の配置が重要な鍵を握っている。そのためには、CHPS ゾーンにおける助産師の数に関するより正確なデータ収集が重要となる。

(6) ヘルススクリーニング・レジスターの標準化（GHS 本部 PHD 局長）

プロジェクトは、元々 PDM 指標のデータを取得するためにレジスターを開発した。LCA に関する CHO/亜郡保健チーム（SDHT）現職研修の中で CHO はヘルススクリーニング結果を、レジスターに記録するように指導を受け、その時に配布されたレジスターを活用している。プロジェクトがデータをまとめた結果、非感染性疾患の境界例の割合や、フォローアップやリファラルの不十分さなど、非感染性疾患対策に必要な情報が取得できた。GHS 本部ではすでに DHIMS 2 を通じて非感染性疾患の「患者数」は把握しているものの、境界例に関するデータは集めていない。プロジェクトは、成人の健康診断であるウェルネス・クリニックにレジスターを使用することで、境界例に関するデータを取得し、非感染性疾患予防戦略を立てることが重要であることを GHS 本部に訴えている。GHS 本部が同レジスターを国の標準化されたツールとしてウェルネス・クリニックで活用し、データを統合するようなシステムを検討することが非感染性疾患の予防や戦略策定に重要である。

第6章 プロジェクトの総括

6.1 プロジェクトの背景

本プロジェクトは、ガーナ政府が1999年から進めている駐在地域保健師（CHO）による基本的保健医療計画・サービス（CHPS）政策を後押しし、プライマリ・ヘルス・ケア（PHC）のアクセスと利用改善によりユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の達成に貢献することを目的として、2017年7月から2023年7月までの6年間にわたり実施された。

アッパーウエスト州（UW州）を対象に2006年から2011年、そして2011年から2016年にかけて、CHPS実施や母子保健対策の強化を目的として行われたJICAプロジェクトの継続プロジェクトとして、CHPS実施の更なる強化と拡大を背骨に、CHPSにおけるライフコースアプローチ（LCA）サービスの強化を目的に、UW州を含む北部5州を対象として実施されたものである。

6.2 プロジェクト開始時にみられた課題

ガーナのCHPS実施における重要な鍵の一つは、機能するCHPSにアクセス可能な住民を増やすことである。そのためにはCHPSゾーンの細分化を促進し、すべての住民がアクセスできるようにするとともに、CHPSに必要な人員や施設、資機材を適切に配置することが求められている。

しかし、プロジェクト開始時、機能するCHPSにアクセスできる住民の割合は、先行プロジェクトの対象地域であったUW州で約5割、今回新たに対象となったアッパーイースト州（UE州）は約3割であり、ノーザン州（N州）、ノース・イースト州（NE州）、サバナ州（S州）の3州に至っては1割にも満たなかった。

人員や施設などCHPS実施のリソースがエビデンスに基づいて確保されていないことや管理体制が不十分であることが、その要因であると考えられた。つまり、各CHPSの実施状況を把握するためのデータベースが未整備であり、現状が正確に把握されておらず、データの分析結果に基づいた細分化やリソースの配置が適切に行われていなかった。また、州や郡保健局職員のデータを管理・運営する能力も不足していた。さらに、CHPSへの人員配置以前にCHOの人材が不足していた。雇用のための国の予算不足も影響していたが、同時にCHOの養成が計画どおりに進まなかったという要因もあった。CHO養成のための研修プログラムは存在していたものの、その研修には多大な費用がかかっていたことで、ガーナ保健サービス局（GHS）がJICAをはじめとする開発パートナーの支援なしに研修を行うことは難しい状況であった。さらに、CHOの離職率も高く、人材不足に拍車をかけていた。

CHPS実施におけるもう一つの課題は、非感染性疾患の増加に対応するサービスが十分提供されていなかったことだった。ガーナでは社会経済状況の変化に伴い、非感染性疾患や高齢化が新たな課題となりつつあり、『CHPS国家実施ガイドライン2016年9月』においてもCHPSが提供するべきサービスとして、非感染性疾患や高齢化対策が挙げられていた。しかし、この分野のCHOの能力強化のための研修プログラムや教材が整っていなかったため、CHOはこれらの新たな課題、疾病に対応する十分な能力を備えておらず、現場ではボディ・マス・インデックス（BMI）を正確に計算できなかつたり、住民の健康指標を測るヘルススクリーニングの記録を取っていなかつたり、といった問題が散見されていた。また、こうしたCHOの状況や活動をモニタリングするシステムも十分には確立されておらず、CHOをスーパーバイズする役割を担う亜郡保健局の能力不足も見られた。

さらに、CHO を支援する地域保健ボランティア（CHV）や地域保健管理委員会（CHMC）が、自身の役割や CHPS で提供するべきサービスを十分理解しておらず、主体となって進めるべき地域保健活動計画（CHAP）に基づいたコミュニティでの啓発などもなかなか進んでいなかった。

6.3 プロジェクトの実施を通じた課題解決と改善の状況

これらの課題の解決を目指し、プロジェクトは、①エビデンスに基づく CHPS 実施のリソース確保と管理の強化（UW 州での更なる強化と北部4州への拡大）、②CHPS におけるライフコースアプローチ（LCA）サービスの提供と活用の強化—の二つを主な柱として活動を進めた。

①では、先行プロジェクト時から UW 州で導入が進められていた CHPS データベース(CHPS-DB)の活用を北部4州に拡大した。州や郡保健局の職員のデータ分析、運営、管理のための能力強化を行うと同時にデータを収集し、データベースを作るための支援を行った。そのデータを随時分析しながら、対象州の CHPS ゾーンの適正な細分化を進めた。その結果、プロジェクト終了時には北部5州の細分化率はほぼ 100%にまで到達した。また、CHPS の人材や機材の配置状況が把握できるようになり、現状に基づいたより均等な配置が可能になった。また、州保健局は、各 CHPS の四半期ごとの実施状況を管理・モニタリングし、戦略を策定するためにデータベースを活用している。さらに、このデータ分析の結果は、必要な機材や予算を郡議会や開発パートナーに要請する際のエビデンスとしても活用されている。

このデータベースによって、CHO の配置状況も明確になり、必要な CHO の数も把握できるようになった。それによって、各州保健局が CHO 養成のための研修計画を立てられるようになり、プロジェクト終了時には、北部5州において 2026 年までの CHO 養成研修計画が策定された。

また、プロジェクトが導入したプレ・サービス研修や郡保健局の主導で実施する郡 CHO オリエンテーションといった低コストで実施できる研修システムにより、より多くの CHO の養成が可能となった。その結果、本プロジェクト中に、プレ・サービス研修を受講した養成学校の学生は、約 3,300 人にまで達した。郡 CHO オリエンテーションで訓練された CHO の人数は約 1,100 人となり、対象5州のうち4州において、当初の目標値の 1.2 倍から 3 倍の人数となった。特に郡 CHO オリエンテーションについては、低コストに加え、現場で長期間にわたり 1 対 1 での指導が行えることから、CHO の質の確保という点からもガーナ側のニーズに沿っており、対象全州で継続されている。

これらの取り組みの結果、機能する CHPS へのアクセスのある住民の数は、北部5州合計で、プロジェクト開始時の約 110 万人（2017 年）から、約 412 万人（2023 年）と約 4 倍近くに増加した。これは北部5州全人口の約 7 割となり、2017 年の約 2 割から飛躍的に増えた。また保健スタッフによるサービスが行われている CHPS にアクセスできる住民は、約 346 万人（2017 年）から 566 万人（2023 年）に増加し、人口の 94.8%をカバーしている。特に、UE 州と UW 州ではほぼ 100%となった。

さらに、CHPS-DB は、プロジェクト対象5州にとどまらず、GHS 本部政策・計画・モニタリング・評価局（PPMED）の後押しの下、全国 16 州に導入された。このデータベースの活用により国全体の CHPS 実施の改善が期待される。また、CHO の養成についても、郡 CHO オリエンテーションが北部5州以外の州にも紹介され、研修教材が配布されている。ボノ・イースト州とイースタン

州ではこの教材を活用した研修が始まっている。また、UW州への研修見学ツアーも実施され、本活動のさらなる強化のための州間の協力も行われている。

もう一つの柱である②では、ガーナのCHPSレベルでのLCAを定義するとともに、CHPSが提供するミニマム・パッケージにある非感染性疾患や高齢者への対応といったLCA関連サービスを提供するための研修プログラムや教材を開発した。この研修プログラムは、UW州のCHOや亜郡保健局職員を対象にした研修を通じて形成、改良された。これは、プレ・サービス研修や郡CHOオリエンテーションにも組み込まれ、プロジェクト終了後も継続してCHOのLCAの能力が強化される体制が整った。プロジェクトは、さらにヘルススクリーニング・レジスターを開発してスクリーニングの結果を北部5州やGHS本部と共有した。

コミュニティ・レベルにおいても、前述の研修を受講したCHOや、CHMC・CHVを対象とした研修を通じて住民のLCAに対する認識が広まった。それによって、衛生啓発や栄養教室、ヘルススクリーニング、高齢者ケアといった、本プロジェクト開始前には見られなかった活動がCHAPに含まれるようになった。「LCAについて知っている」という住民の割合は、ベースライン調査時の5%からエンドライン調査時は90%にまで増加した。さらに、LCAやCHAPに関する能力強化のためにプロジェクトが開発したCHMC/CHV研修教材は、GHSのみならず米州国際開発庁(USAID)や国際連合開発計画(UNDP)といった開発パートナーのCHMC研修プログラムにも活用されており、今後もCHMCやCHVを対象としたLCAに関連する研修が継続されることとなった。

6.4 課題達成の促進要因と残された課題

以上述べてきた課題、特に機能するCHPSへのアクセスのある住民を増やすという課題達成の促進要因として、主に次の二点を挙げるができる。

一つ目は、CHPS-DBの構築が、各CHPSの現状を可視化し、人的、物的、経済的リソースの適正な配分・配置につながる現実を提示できたことである。CHPS実施強化の介入のためには、基礎データが欠かせず、それを収集するシステム構築から始めた。CHPS-DBを構築した結果、州や郡保健局が各CHPSの詳細なデータを入手できるようになり、それを基に、より包括的な戦略を策定できるようになった。さらにその戦略の実施にあたってはCHPSごとのデータが手元にあることによって、人的・物的、経済的リソースの適正な配分・配置や、特に問題のあるCHPSを特定し、そこに焦点を当てたアプローチをとることができるようになり、それがCHPS実施の改善、強化につながった。また、データやデータベース構築の重要性がカウンターパート(CP)にも認識されるようになった。

二つ目の促進要因は、CHPS-DBをはじめプロジェクトが構築したシステムが、ガーナの広範な地域における実践・実証を通じ、エビデンスを示しながら導入されていったことである。CHPS-DBは、先行の二つのJICAプロジェクトで約10年をかけUW州で構築、導入され、CHPS実施の改善に貢献した。この実践を通じて有効性を実証し、ガーナ側の認識を深め、その上で、本プロジェクトにおいて他の北部4州への導入拡大を図った。この拡大により達成されたCHPS実施の改善状況をさらに示すことができたことで、その有効性に対するGHS本部や他州の認識がなお深まり、全国レベルでの普及が実現した。CHO養成のための郡CHOオリエンテーションも、北部5州で養成された

CHOの数の増加という証拠を示せたことで、プロジェクト対象州以外の州の関心を高め、導入が進んでいる。

残る課題としては、GHSと保健省によるCHPSの人材雇用に関連したものがある。その一つは、プロジェクトによってCHOを養成するための制度が整えられたものの、国の予算不足から、そもそも養成研修の対象となる地域看護師(CHN)が各州に適正に配置されていないという根本的な問題である。また、CHPS-DBのデータが国の郡保健情報管理システム2(DHIMS 2)に活用されておらず、DHIMS 2データの質の改善が滞っているという問題がある。プロジェクトは、この対応策として各月の半ばまでにCHPS-DBのデータを集め、月末にはDHIMS 2に入力することでDHIMS 2の精度を上げ、CHPS-DBとの整合性の改善を図ったが、今後も引き続き改善を要する課題となっている。

CHPS-DBの全国普及に関しては、本プロジェクト期間中に全国16州に普及されたものの、データの継続的な更新のためには各州保健局長やCHPSコーディネーター、保健情報オフィサーのリーダーシップとさらなるコミットメントが重要となる。またGHS本部のPPMEDによるCHPS-DB活用に関するモニタリングの継続や、対象5州とその他の州の連携、協力体制の構築が重要となる。また、都市型CHPSについては、農村型CHPSとは条件や状況が異なることから、その条件に基づいたCHPS機能の定義を行い、CHPS国家実施ガイドラインで示した上でその実施を強化していく必要がある。

6.5 上位目標の達成見込みと達成のための提言

プロジェクトの上位目標は、「CHPSを通じたPHCのアクセスと利用が改善されることにより、UHCの達成に貢献する」であり、CHPS政策と大きく関わっている。この達成度を測る指標は、「2026年までに北部5州においてより多くの住民が基準を満たしたCHPS(機能するCHPS)にカバーされる」であり、目標値を、UW州、UE州、NE州、S州の4州では100%、N州で75%としている。2023年第1四半期の時点で、UW州とUE州は98~100%となり、目標値にほぼ達した。他の3州は、45%~66%であるが、CHPSゾーンの細分化がほぼ100%まで進んでいること、CHPS実施率を基に2026年までのCHOの養成研修計画が策定されていることから、目標値を達成できる見込みは十分にあると考える。

この上位目標達成のために必要なアプローチは大きく分けて二つある。

一つは、CHO人材の配置を通して機能するCHPS数を増加させることであり、そのためには、CHOとなる人材を継続的に養成することである。前述のとおり、CHNが各州に適正配分されていないという課題が残っているが、州・郡保健局がCHPS-DBを通して人材状況を把握し、その結果をもとに将来必要となる人員を見越した計画づくりを行い、CHOを継続的に養成していくことが重要となる。そのためには郡CHOオリエンテーションの活用が有効となる。またCHPS-DBシステムの運用と管理をさらに強化し、その実践や活用結果を通して、州・郡関係者のCHPS実施状況への理解を深めることが重要である。また、州・郡議会や関係省庁と他の開発パートナーとの連携・協調も強化し、データを活用しながらCHPS施設や機材、交通手段の入手や配置を進めることが重要となる。

もう一つは、住民によるCHPSサービス利用の促進である。こちらは特にサポーター・スーパービジョン(SS)の更なる強化が有効なアプローチとなる。SSによってCHOに必要な知識やスキ

ルを特定し、それに対して郡・亜郡保健局が適切に支援できる体制をより一層整える必要がある。また、CHO や CHMC メンバー、CHV といった保健サービスに関与する当事者が、住民一人ひとりのライフコース、そしてコミュニティの将来展望という長期的な視点から健康増進の重要性を認識し、CHAP を活用しながらコミュニティによるコミュニティのための保健活動が実践できるよう、支援する CHO の能力強化を図っていくことが重要となる。

6.6 結語

プロジェクトの実施によって、CHPS へのアクセスのある住民の割合は増加し、CHPS 実施率は改善した。プロジェクトが CHPS 実施のために構築したシステムの一部は全国に普及され、ガーナ国全体の CHPS 実施の改善に大きく貢献した。LCA に関しては、ガーナの CHPS における LCA 定義という基礎から始め、それに基づく教材の開発や CHO 養成のための研修教材への組み込みによって、CHO の LCA に関する継続的な能力強化が確保された。CHO のスキルに関する指標について未達成のものがあつたが、この改善には経験値も必要であるため、今後郡保健局によるモニタリングを通して、継続的に改善を図る計画となっている。指標未達成のプロジェクト目標に関しては、策定された計画を実施するガーナ側の継続的な努力が重要となる。

最後に、プロジェクトが実施に際して留意した点について述べたい。最も重視したのは持続性の担保であり、そして CP のニーズに合った活動である。持続性の担保は主に国のシステムに活動成果を統合することで実現を目指した。首都の GHS 本部を最初から戦略的に巻き込み、密な連絡によってメリットを理解してもらい、GHS 本部が統合に参画したのが成功の鍵であつた。また CP 自身が主体となる活動を行うために、州保健局だけでなく郡保健局長、関係機関の CP への説明や合意形成に十分な時間を取り、CP のニーズを理解し取り入れて信頼関係を培った。プロジェクトが内容を作成しても、発表や研修は CP が担当することでオーナーシップを高め、最終的に「CP による CP の活動」となつたことが活動の持続性を担保した。

また、先行プロジェクトの対象は UW 州一州であつたが、今回 5 州を対象にした大規模なプロジェクトであつたため、プロジェクトはそのメリットを最大限に引き出すように努めた。例えば、5 州間のネットワークの強化、協力や連携、そして健全な競争による指標の改善を促した。また CHPS-DB の普及では北部 5 州間と他 11 州との相互支援システムを構築し、CP 間での協力による活動の継続性確保を図った。GHS 本部に対しても、多くの州での実践を踏まえた説得力のある提言を行えたと考えている。

添付資料

添付資料 1-1	プロジェクトデザインマトリックス（PDM）第0版
添付資料 1-2	PDM 第1版
添付資料 1-3	PDM 第2版
添付資料 1-4	PDM 第3版
添付資料 1-5	PDM の変遷経緯
添付資料 2	業務フローチャート
添付資料 3	詳細活動計画（Work Breakdown Structure：WBS 等の活用）
添付資料 4	専門家派遣実績（要員計画）
添付資料 5	研修員受入実績
添付資料 6	現地研修・ワークショップ等活動実績
添付資料 7	供与機材・携行機材実績
添付資料 8	JCC 議事録（第1回～第9回）
添付資料 9	北部5州の CHPS データ比較（2017年、2019年、2023年）
添付資料 10	ガーナ15州の CHPS データ比較（2022年）
添付資料 11	郡 CHO オリエンテーション実施実績
添付資料 12	JICA リファラル活動・成果のまとめ
添付資料 13	グッドプラクティス集

