

終了時評価調査結果要約表

1. 案件の概要	
国名：ザンビア共和国	案件名：ルサカ市プライマリーヘルスケアプロジェクト（フェーズ2）
分野：保健医療	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：人間開発部	協力金額（実績）：761百万円 （長期調査、事前評価に係る経費を含む。2001～07年度の合計。終了時評価経費は含まない。）
協力期間	（R/D）：2002年7月15日～2007年7月14日
	先方関係機関： 保健省、ルサカ市保健局（LDHMT） 日本側協力機関：特別非営利活動法人AMDA、国際医療福祉大学、新潟大学
他の関連協力：無償資金協力「ルサカ市周辺地区給水計画」 開発調査「ルサカ市未計画居住区住環境改善計画調査」	
<p>1-1 協力の背景と概要</p> <p>ザンビアは南部アフリカに位置し、752.6千km²の国土に約1150万人（2004年：世銀）の人口を擁する。都市人口比率は34.8%（2000年：国連人口局）とアフリカ諸国の中では最も都市化が進んだ国の一つである。首都であるルサカ市（人口約170万人）においては、地方からの人口流入が著しく、総人口の約15%が居住している。同市周辺部に拡がり貧困層が集中する未計画居住区（コンパウンド）においては、給水・衛生設備等の社会インフラ整備の遅れによる環境衛生の悪化、それらを背景とする感染症の流行、不安定かつ脆弱な地域社会の結びつき等、都市固有の問題に直面しており、そこで生活する子どもたちの健康改善が喫緊な課題となっていた。</p> <p>当案件は、前身の「ルサカ市プライマリーヘルスケアプロジェクト」（フェーズ1）において確立したモデルを引き継ぎ、定期的体重測定に基盤をおく包括的な子どもの健康増進活動（GMP+）と、参加型環境衛生改善活動（PHAST）を活動の二本柱とし、それらをコミュニティにおいて住民ボランティアを主体に展開することにより、5歳未満児の健康改善を実現することを目的として開始された。対象地区は、フェーズ1の1地区から6地区へと拡大され、より汎用性の高いモデルの構築と実践を試みた。さらに、ルサカ市保健局（LDHMT）および各地区のヘルスセンターの行政能力強化と、コミュニティ内における組織力強化を並行して支援することにより、コミュニティをベースとした活動の自立発展性の向上が図られた。</p> <p>1-2 協力内容（本評価調査で採用した評価用PDMによる）</p> <p>（1）上位目標</p> <p>効果的かつ持続的なコミュニティをベースとする保健活動の拡大により、ルサカ市の5歳未満児の健康状態が改善される。</p> <p>（2）プロジェクト目標</p> <p>効果的かつ持続的なコミュニティをベースとする保健活動の拡大により、選ばれ</p>	

たヘルスセンター管轄地域の5歳未満児の健康状態が改善される。

(3) アウトプット

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

(4) 投入（実績）

- 1) 日本国側

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

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

2. 評価調査団の概要

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

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

3. 評価結果の概要

3-1 実績の確認

<プロジェクト目標>

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

¹ 便中に血液が混じる下痢症（赤痢等）。

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

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

<プロジェクト成果>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性

以下の観点から、妥当性はきわめて高い。

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

(2) 有効性

以下の観点から、有効性は高い。

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

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

*各ヘルスセンターからの報告データ（HMIS）をもとに作成。

(3) 効率性

以下の観点から、効率性は概ね高い。

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

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

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

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

（４）インパクト

以下の観点から、インパクト（上位目標の達成見込み等）は概ね高い。

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

（５）自立発展性

以下の観点から、自立発展性については見通しが不明瞭な部分が残されている。

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

（６）ジェンダー分析

試行的に実施したジェンダー分析の結果は、以下のとおり。

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

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

3-3 効果発現に貢献した要因

(1) 計画内容に関すること

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

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

(2) 実施プロセスに関すること

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

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

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

3-4 問題点および問題を惹起した要因

(1) 計画内容に関すること

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

(2) 実施プロセスに関すること

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

3-5 結論

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

“chigwilizano”）」の精神の萌芽として捉えることができる。

- ・活動の基礎となったGMP/IMCI¹⁵やPHASTは、いずれも新しい手法ではないが、本プロジェクトは、対象とするコミュニティの実状に合わせ、体重測定セッションを中核として他の保健サービスも統合することでコミュニティレベルの包括的な子どもの健康増進活動として再構築したGMP+と、独自に開発した教材を用いたPHASTを並行して実施することにより、理念にとどまりがちなPHCの実践モデルとなる新たなアプローチを生み出すことに成功した。
- ・同アプローチは、大きな健康改善効果に加え、共同体意識の希薄な都市部貧困層において「共同体としての価値観」を醸成する効果も期待されることから、保健分野の課題にとどまらず、人間の安全保障や、人口増加と環境問題等、多くの開発課題に対するコミュニティレベルでの具体的な改善方策を提供し得る可能性を有している。
- ・しかしながら、コミュニティ活動が円滑に推進されるためには、地域行政機関からの技術的・財政的支援が不可欠である。本プロジェクトの場合も、LDHMTおよびヘルスセンターによる指導的役割が重要であったが、LDHMTにおけるコミュニティ活動の全体調整を担当する職員の不在、およびザンビア保健セクター全体の問題である専門職の圧倒的な不足が、コミュニティ活動の制約要因として顕在化してきている点が懸念される。

3-6 提言（当該プロジェクトに関する具体的な措置、提案、助言）

（1）対日本政府

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

（2）対ザンビア政府

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

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

(3) 対プロジェクト

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

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

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

¹⁶ この提言については、2007年6月に、Guidelines for Integrated Community-based Child Health Packageとして完成を見た。

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

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

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

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