

アフリカ東部に位置するケニアは、保健分野において、多くの開発パートナーの協力を得ながら様々な努力を行って、健康指標の着実な向上が見られていました。しかし、1990年代半ば以降、HIV/エイズの蔓延^{まんえん}や経済格差の拡大等により、ケニアでは乳児死亡率(1歳未満)、5歳未満児死亡率および妊産婦死亡率などの健康指標が悪化していきました。その原因としては、地域住民が保健医療サービスを受けにくい状況が考えられます。事態を重く見たケニア政府は保健行政の地方分権化を促進して、保健医療サービスの「質」と「量」の向上を図ることを決定しました。そして、各地域の保健行政官のマネージメント能力を中心とする組織強化が課題の一つとなりました。

このような状況を受けて、日本は、2005年から2008年にケニアに対する技術協力「西部地域保健医療サービス向上プロジェクト」を実施しました。その実績と経験を踏まえ、2009年から2013年には、保健分野の重要指標が西部地域の中でも、特に劣悪な数値を示していたニャンザ州において、技術協力「ニャンザ州保健マネージメント強化プロジェクト」を実施しました。

このプロジェクトでは、ニャンザ州の保健行政官の能力強化のため、長期専門家を5名、短期専門家を1名派遣しました。そして、現地の大学や研修機関とコンソーシアム(共同事業体)を構築し、保健システムマネージメント研修の開発・実施として、マネージメント研修方法の開発、教材開発、ハンドブックなどのマネージメント用ツールの作成などを行いました。また、保健推進ハンドブックの作成、パイロット県(研修を試験的に実施した県)の保健推進活動への支援、コミュニティ保健人材への研修なども実施し、保健サービスの向上に努めました。たとえば、足の裏に寄生する砂ノミ防止のために子どもが靴を履くように住民啓発活動を行いました。こうして保健サービスを提供する側と受ける側の双方の支援を行った結果、基礎保健サービス提供率^{※1}はニャンザ州全体で平均28%増加するなど(ニャンザ州のモデル県であるシヤヤ県とキスム・ウェスト県ではそれぞれ51%、58%の増加)、大幅に改善しました。

※1 地域住民に直接基礎的な保健医療サービスを提供できる割合(産前検診、施設分娩、麻疹予防接種、家族計画利用率等のサービス利用率)。



住民を対象としたコミュニティ保健集会の様子
(写真：JICAプロジェクトチーム)