

ソロモン諸島
マラリア対策システム強化プロジェクトフェーズ2
詳細計画策定調査報告書

平成22年11月
(2010年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

人間
JR
10-089

ソロモン諸島
マラリア対策システム強化プロジェクトフェーズ2
詳細計画策定調査報告書

平成22年11月
(2010年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

序 文

ソロモン諸島では、1998年後半に勃発した民族紛争によりマラリア対策の中断を余儀なくされたため、紛争の現場となったガダルカナル州及びマライタ州においては、2004年以降に全国のマラリア罹患件数が再び減少し始めた後も、高いマラリア罹患率のままとなっています。同国は保健医療政策の中でもマラリア対策を最重要課題として取り上げ、マラリア罹患率及び死亡率の減少を目標に掲げています。

このためソロモン諸島政府は、適切なマラリアの疾病管理体制構築に係る支援をわが国に対して要請し、独立行政法人 国際協力機構は、2007年1月から2010年1月までの3カ年の協力として、マラリア対策強化プロジェクトを実施してきました。ソロモン諸島政府がマラリア症例の減少を目標とし、2008年から2014年までの国家マラリア行動計画を策定したのと同時に、プロジェクトはこの国家計画に沿った活動を行い、特にコミュニティベースのマラリア対策に対して高い評価を得ました。

現在、上記の国家計画の活動の進捗状況は芳しくなく、国家計画の実施にかかる行政能力の向上が求められています。また、コミュニティ開発に関する活動が計画に盛り込まれているものの、具体的な活動実施計画については未定となっており、マラリア対策強化プロジェクトに引き続き、コミュニティ開発分野での技術支援を通じた JICA の貢献が期待されています。これらの背景により同国保健医療サービス省より協力継続の要請がなされ、これを受け JICA は、2010年4月11日から5月1日の期間で、国際協力機構 人間開発部 技術審議役 牛尾光宏を団長として詳細計画策定調査団を派遣しました。

本報告書は同調査団が実施した調査及び協議結果を取りまとめたものです。ここに、本調査にあたりご協力を賜りました関係各位に深甚なる謝意を表しますとともに、今後とも本件技術協力のため、引き続きご指導、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

平成 22 年 11 月

独立行政法人国際協力機構
人間開発部長 萱島 信子

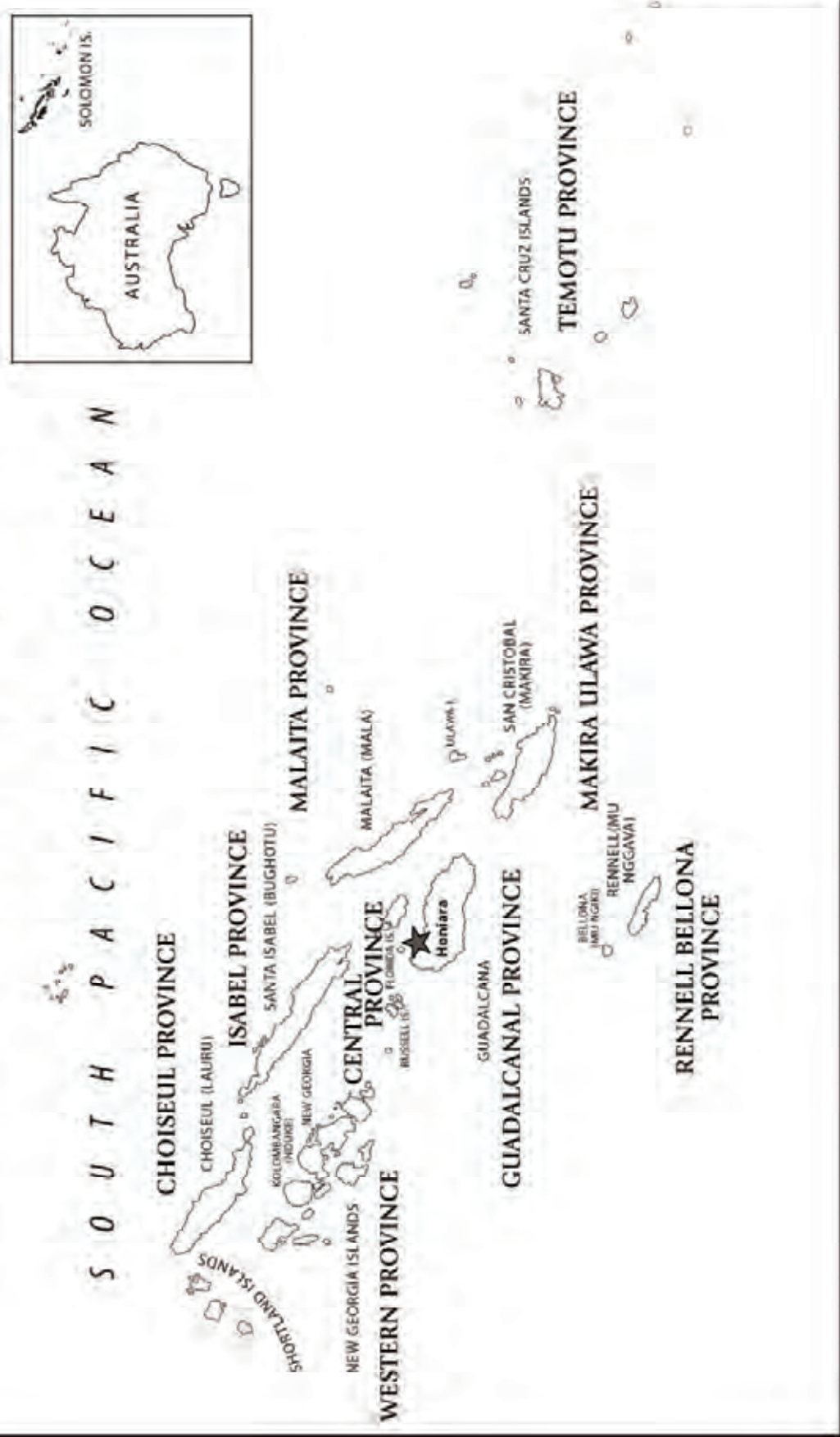
目 次

序 文
地 図
写 真
略語表
事業事前評価表

第1章 調査概要	1
1-1 要請背景	1
1-2 調査の目的	1
1-3 調査団の構成	2
1-4 調査日程	2
1-5 主要面談者	3
第2章 ソロモン諸島のマラリア対策の概要	5
2-1 保健分野における課題	5
2-2 マラリア対策における課題	5
2-3 マラリア対策関連保健医療政策	6
2-4 本プロジェクトの国家開発戦略上の位置付け	8
2-5 保健行政	9
2-6 ソロモン諸島における医療サービス提供体制	10
2-7 日本の支援実績	13
第3章 プロジェクト対象地域の概況	14
3-1 対象地域の概要	14
3-2 対象地域におけるマラリア対策の実施体制と課題	15
3-3 コミュニティにおけるマラリア対策の現状と課題	17
第4章 プロジェクトの枠組み	19
4-1 マラリア対策の現状・課題とプロジェクトの基本方針に関する協議結果概要	19
4-2 PDM案	23
4-3 投入計画	27
第5章 5項目評価結果	28
5-1 妥当性	28
5-2 有効性	30
5-3 効率性	32
5-4 インパクト	33
5-5 自立発展性	35

5-6 結論	36
第6章 調査総括	38
6-1 団長総括	38
6-2 マラリア対策総括	38
付属資料	
1. 協議議事録 (M/M)	43
2. 討議議事録 (R/D)	57
3. PDM ₀ 案	99
4. PO ₀ 案	103

Solomon Islands



写真



マラボボコミュニティにおけるマラリア啓発の看板



マラボボコミュニティでの聞き取り



グッドサマリタン病院で、子どもへのマラリア治療薬を処方しているところ



グッドサマリタン病院での聞き取り



PCM ワークショップの様子



PCM ワークショップでのグループワークの様子



マラリア運営委員会会議



保健セクター会議にて、新規プロジェクトの概要説明を行っている牛尾団長



ミニッツ署名（牛尾団長と保健省次官）

略 語 表

略語	英文	和文
AHC	Area Health Centre	エリア・ヘルスセンター
AusAID	Australian Agency for International Development	オーストラリア国際開発庁
BCC	Behavior Change Communication	行動変容を目的としたコミュニケーション
CBM	Community Based Microscopist	コミュニティ顕微鏡検査技師
CBMP	Community Based Malaria Prevention	コミュニティを中心としたマラリア予防
DDT	Dichloro-Diphenyl-Trichloroethane	ジクロロ・ジフェニル・トリクロロエタン
EPI	Expanded Programme on Immunization	拡大予防接種計画
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria	世界エイズ・結核・マラリア対策基金
GPHO	Guadalcanal Province Health Office	ガダルカナル州保健局
HCC	Honiara City Council	ホニアラ市役所
HIS	Health Information System	保健情報システム
HPD	Health Promotion Department	ヘルスプロモーション部
HSS	Health System Strengthening	保健システム強化
IRS	Indoor Residual Spraying	殺虫剤屋内残留散布
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊
KAP	Knowledge-Attitude-Practice	知識-態度-行動
LLIN	Long-Lasting Insecticide-Treated Nets	長期残留型殺虫剤含有蚊帳
MAP	Malaria Action Plan	マラリア行動計画
MDGs	Millennium Development Goals	国連開発ミレニアム目標
MHMS	Ministry of Health and Medical Services	保健医療サービス省
M/M	Minutes of Meetings	協議議事録
MPHO	Malaita Province Health Office	マライタ州保健局
MSC	Malaria Steering Committee	マラリア運営委員会
NA	Nurse Aid	ナースエイド
NAP	Nurse Aid Post	ナースエイド・ポスト
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NHSP	National Health Strategic Plan	国家保健戦略計画
NMS	National Medical Store	国立医薬品倉庫
NRH	National Referral Hospital	国家レファラル病院
NVBDCP	National Vector Borne Disease Control Program	昆虫媒介感染症対策部
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
PacMISC	Pacific Malaria Initiative Support Centre	太平洋マラリアイニシアティブ支援センター

PALM	Pacific Islands Leaders Meeting	太平洋・島サミット
PS	Permanent Secretary	事務次官
R/D	Record of Discussions	討議議事録
RDT	Rapid Diagnostic Test	マラリア迅速診断
RHC	Rural Health Centre	ルーラル・ヘルスセンター
RN	Registered Nurse	登録看護師
SDA	Service Delivery Area	サービス提供分野
SIBC	Solomon Islands Broadcasting Company	ソロモン諸島放送局
SIDT	Solomon Islands Development Trust	ソロモン諸島開発信託
SIMIS	Solomon Islands Malaria Information System	ソロモン諸島マラリア情報システム
SIMTRI	Solomon Islands Medical and Research Institute	ソロモン諸島医学研修研究所
SPC	Secretariat of the Pacific Community	太平洋共同体
SWAPs	Sector Wide Approaches	セクターワイド・アプローチ
TOT	Training of Trainers	トレーナー研修
TWG	Technical Working Group	技術作業部会
WHO	World Health Organization	世界保健機関
WPRO	Western Pacific Regional Office	西太平洋事務局

事業事前評価表（技術協力プロジェクト）

作成日：平成 22 年 6 月 4 日

担当部・課：人間開発部保健第三課

1. 案件名

(和) ソロモン諸島 マラリア対策活動推進プロジェクト

(英) Malaria Action Plan Implementation Support Project

2. 協力概要

(1) プロジェクト目標とアウトプットを中心とした概要の記述

本プロジェクトは、2007 年 1 月から 3 年間実施された「マラリア対策強化プロジェクト」の後継案件として、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria : GFATM）、オーストラリア国際開発庁（Australian Agency for International Development : AusAID）等他のドナー機関と連携して、ガダルカナル州、ホニアラ市及びマライタ州¹において、①中央レベルでのマネジメント能力の強化を通じたマラリア行動計画実施の促進、②中央レベルからコミュニティ間の機関の連携強化、③コミュニティが主体的に実施するマラリア予防啓発活動の拡大、④二次医療施設の機能強化を通じたコミュニティへの医療サービス提供体制の強化を通じて、コミュニティを中心としたマラリア対策が円滑に機能するシステムが保健医療サービス省、ホニアラ市を含むガダルカナル州、マライタ州で強化されることを目的とする。

(2) 協力期間

2010 年 10 月から 2013 年 9 月（3 年間）（予定）

(3) 協力総額（日本側）

約 2.8 億円

(4) 協力相手先機関

保健省 昆虫媒介感染症対策部 (National Vector Borne Disease Control Program : NVBDCP)

保健省 ヘルスプロモーション部 (Health Promotion Department : HPD)

ガダルカナル州保健局 (Guadalcanal Provincial Health Office : GPHO)

ホニアラ市役所 (Honiara City Council : HCC)

マライタ州保健局 (Malaita Province Health Office : MPH0)

(5) 国内協力機関

なし

(6) 裨益対象者及び規模、等

マラリア対策に従事する保健人材（約 30 人）及びプロジェクト対象地域の住民（約

¹ マライタ州での活動に際しては、病院での既存の活動や JICA の他のプロジェクトとの連携の可能性を考慮しつつ、他のドナー支援状況等をベースライン調査で確認し、調査結果を基に実現可能性を評価したうえで、実施方法、開始時期、対象サイトの選定などを検討することで双方合意している。

140,000 人)

3. 協力の必要性・位置付け

(1) 現状及び問題点

ソロモン諸島におけるマラリア対策は 1999 年から 2003 年にかけてガダルカナル州を中心に起きた民族紛争により大きく衰退し、顕著なマラリア罹患率の上昇を招来している。2004 年以降にドナー機関の活動が本格的に再開された後はマラリア罹患率に大きな低下が認められた（ガダルカナル州では、2004 年人口 406/1,000→2008 年 156/1,000）ものの、2010 年の目標値である感染率人口 1,000 対 80 未満の達成は困難な状況である。

ソロモン諸島保健医療サービス省は 2008 年に「マラリア行動計画 (Malaria Action Plan : MAP)」を発表し、ドナー機関を含む各関係機関がより協調し、包括的なマラリア対策を実践するための 6 年計画を策定した。2010 年 2 月には、より一層のドナー協調を進め、MAP を効果的・効率的に実施するためのマラリア運営委員会 (Malaria Steering Committee : MSC) が発足し、国際協力機構 (Japan International Cooperation Agency : JICA) もメンバー組織の一員としてカウンターパート機関、他ドナー機関と協力しながらソロモン諸島のマラリア対策に貢献していくことが期待されている。

これまでの「マラリア対策強化プロジェクト」では、重症マラリア患者の適切な管理に主軸をおき、一次医療施設のマラリア診療サービスの質の強化をめざした活動を実施し、一次医療施設従事者のスキル・知識の向上などの成果が観察された。他方、プロジェクト期間の後半では、ガダルカナル州の 4 つのコミュニティを選定してコミュニティを中心としたマラリア予防 (Community Based Malaria Prevention : CBMP) 啓発活動を実施し、CBMP モデルを開発し、効果的なマラリア予防啓発活動が展開された。MAP の中でソロモン諸島の住民に対する予防啓発活動は学校保健教育を中心としたアプローチが採られているが、人材や予算の不足により実際の活動はほとんどなされていない。これから MAP の活動が本格化していく中で、JICA が経験やノウハウを蓄積してきたコミュニティへの直接の技術的介入は他には実施できる機関がなく、カウンターパート機関や他ドナー機関共に、JICA の本プロジェクトの実施によるコミュニティを中心としたマラリア対策システムの強化に大きな期待を寄せている。

(2) 相手国政府国家政策上の位置付け

ソロモン諸島政府は国家保健戦略計画 (National Health Strategic Plan : NHSP 2006-2010) において、州とコミュニティレベルの医療サービスの強化と参加型開発の強化を重要な保健戦略として位置付けている。特にマラリア対策については強力なコミットメントを示しており、「国家マラリア対策プログラム (National Malaria Programme)」のもと、具体的な活動指針として MAP) を 2008 年 5 月に発表した。

本プロジェクトで実施予定の活動は、MAP の効果的な実施のための調整機関と位置付けられる MSC において、カウンターパート機関や他のドナー機関と協調しながら実施されるものであり、ソロモン諸島マラリア対策の具体的活動を規定する MAP の推進に直接的に貢献するものである。

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

マラリア対策については、国連開発ミレニアム目標（Millennium Development Goals : MDGs）に「2015 年までにマラリアの発生を阻止し、その後発生率を減少させる」ことが掲げられている。わが国はこの国連開発ミレニアム目標の達成に貢献することを表明している。また、ソロモン諸島に対するわが国の政府開発援助（Official Development Assistance : ODA）基本方針として、2009 年 5 月の第 5 回太平洋・島サミット（Pacific Islands Leaders Meeting : PALM）の首脳宣言で掲げられたイニシアティブの一つである「脆弱性の克服と人間の安全保障の推進」への支援の中で、保健分野の人材育成が掲げられており、さらにその具体的な「行動計画」の中では、「持続可能な開発」として保健システム強化のための人材育成や感染症対策の強化が謳われている。また、2009 年 6 月に実施した両国政府間の経済協力政策協議を踏まえ、「経済開発を通じた格差是正」、「社会サービスの向上」、「環境保全と自然災害への対策強化」の 3 つの重点分野に基づく支援を行うこととしており、社会サービスの一つである保健分野においては、マラリア等感染症対策に対する能力向上を支援することが謳われている。

また、JICA 国別事業実施計画において本プロジェクトは援助重点分野「社会サービスの強化」の中の「地方保健医療改善」プログラムに位置づけられる。同プログラムは、保健サービスを十分に受けられない国民が多く（人間開発指数：135 位）、その結果、マラリアの罹患率が依然として高く、それが主な原因となって乳幼児死亡率及び妊産婦死亡率が高い同国の医療サービスを量的・質的に向上させると共に、地域住民と基礎的医療サービスを提供する医療従事者が一体となった住民参加型感染症（マラリア）対策の能力向上を通じて感染症対策の仕組みを強化することを目標としている。本プロジェクトは、この援助実施方針に沿ったものである。

4. 協力の枠組み

(1) 協力の目標（アウトカム）

① 協力終了時の達成目標（プロジェクト目標）と指標・目標値

<プロジェクト目標>

コミュニティを中心としたマラリア対策システムが、保健医療サービス省、ガダルカナル州、ホニアラ市、マライタ州で強化される。

<指標>

1. プロジェクト対象地で MAP 年間活動計画の 70%以上が、毎年予定どおり実施される。
2. プロジェクト対象地域における 80%以上の医療施設でソロモン諸島マラリア情報システム（Solomon Islands Malaria Information System : SIMIS）及びフィードバック体制が機能している。
3. プロジェクト対象地域における 90%以上のコミュニティで CBMP モデルに基づいたマラリア対策活動が実践されている。
4. プロジェクト対象地域におけるマラリア罹患率及び死亡率が 2013 年の政府目標値以下となる。

② 協力終了後に達成が期待される目標（上位目標）と指標・目標値

<上位目標>

コミュニティを中心としたマラリア対策システム戦略がソロモン諸島のより広い地域に移転される。

<指標>

1. ソロモン諸島の70%以上の地域でCBMPモデルに基づいたマラリア対策活動が実践されている。
2. ソロモン諸島でSIMIS及びCBMPが機能している地域のマラリア罹患率及び死亡率が政府目標値以下となる。

(2) 成果（アウトプット）と活動

<成果1>

NVBDCP等²の「マラリア行動計画（MAP）2008-2014」の実施能力が向上する。

<成果1に対する指標>

1. 中央レベルのカウンターパートの75%以上が、2011年中期までにマネジメント研修を受講する。
2. MAP年間計画の進捗管理、評価分析を毎年年度末までに、独自に実施できている。
3. マラリア運営委員会定例会議が四半期毎に開催される。

<活動1>

- 1-1. NVBDCP、HPD等に対して、PDCAサイクル等の運営管理マネジメント研修を実施し、MAP運営管理能力を強化する。
- 1-2. NVBDCP、HPD等によるMAP年間活動計画の策定を支援する。
- 1-3. NVBDCP、HPD等によるMAP関連活動の実施（マラリア対策関連ガイドライン等の教育訓練、教材・フォーマット類の導入など）を支援する。
- 1-4. NVBDCP、HPD等によるMAP年間活動計画の進捗管理と評価分析の実施を支援する。
- 1-5. マラリア運営委員会を通じて、支援組織間の分野横断的援助協調を支援する。

<成果2>

保健医療サービス省・州/市保健局・医療施設・コミュニティ間のマラリア対策実施体制が整備される。

<成果2に対する指標>

1. 下位組織に対する運営管理及びSIMISに関するモニタリング・監督指導システムが2011年までに強化されている。
2. 2011年までにフィードバック報告書が毎月作成されている。
3. 2011年までに、外部制度管理における報告データの誤差率が5%以下となる。

<活動2>

- 2-1. NVBDCP主導のもと、州/市保健局、エリア・ヘルスセンター（Area Health Centre :

² HPDも含む。

AHC) スーパーバイザー、AHC に対し、研修管理（実施、体系的評価など）、組織運営管理等に関するマネジメント能力を強化する。

- 2-1-1. 州/市保健局、AHC スーパーバイザー、AHC に対して組織運営、研修管理、下位組織に対する監督指導等に関するベースライン調査を実施し、マネジメント能力評価を行う。
 - 2-1-2. ベースライン調査結果をもとに、州/市保健局、AHC スーパーバイザー、AHC に対して PDCA サイクル等のマネジメント研修を実施し、MAP 関連活動の実施能力を強化する。
 - 2-1-3. ベースライン調査結果をもとに、下位組織に対するモニタリング・監督指導システムを整備する。
- 2-2. NVBDCP 主導のもと、州/市保健局、AHC スーパーバイザー、AHC 及び一次医療施設に対し、SIMIS データ管理とフィードバック体制を強化する。
- 2-2-1. 州/市保健局、AHC 及び一次医療施設に対して SIMIS データ管理とフィードバック実施状況に関するベースライン調査を実施し、SIMIS 運用状況及びデータの質、フィードバック実施状況を検証する。
 - 2-2-2. ベースライン調査結果をもとに、SIMIS 研修内容、カリキュラム、教材等を改訂/開発する。
 - 2-2-3. ベースライン調査結果をもとに、SIMIS 運用、データ管理、フィードバックに関するフォローアップ（または導入）研修を実施する。
 - 2-2-4. SIMIS 運用、データの質及びフィードバック体制を向上するために、下位組織に対する定期的な SIMIS モニタリング・監督指導を実施する。

<成果 3>

コミュニティにおけるマラリア予防を中心としたヘルスプロモーション活動実施体制が強化される。

<成果 3 に対する指標>

1. 2013 年までに、選定地域において 90%以上のマラリア予防ボランティア（Malaria Prevention Volunteers : MPVs）が養成される。
2. 2013 年までに、90%以上の選定地域で CBMP モデルが導入されている。
3. 住民のマラリア対策に関する知識-態度-行動（Knowledge-Attitude-Practice : KAP）調査において、50%以上の調査項目で統計学的有意差を示す改善が認められる。

<活動 3>

- 3-1. NVBDCP を講師として、HPD に対して CBMP モデルに関するトレーナー研修（Training of Trainers : TOT）研修及び運営管理研修を実施する。
- 3-2. GPHO、HCC に対して CBMP フォローアップ研修、MPHO に対して CBMP 導入研修を、NVBDCP の協力のもと HPD を中心として実施する。
- 3-3. HPD が中心となり、CBMP モデル導入計画（モニタリング・評価を含む）を策定する。
- 3-4. コミュニティを中心としたマラリア予防モデルを導入する優先地域を選定する。
 - 3-4-1. マラリア対策実施状況、マラリア罹患率、コミュニティ環境、ニーズ、KAP 等

に関するベースライン調査を実施する。

- 3-4-2. ベースライン調査分析結果に基づき、各コミュニティに対する CBMP モデル導入の実現可能性を評価する。
- 3-5. 「CBMP ガイドライン」に則り、優先地域に CBMP モデルを導入する。
 - 3-5-1. 各地域で MPVs を育成する。
 - 3-5-2. MPVs 及び管轄する医療施設が中心となり、マラリア予防啓発を中心としたヘルスプロモーション、公衆衛生向上のための住民組織化を実施する。
 - 3-5-3. MPVs 及び管轄する医療施設が中心となり、コミュニティ活動計画策定、CBMP メディア見直し・開発を実施する。
 - 3-5-4. 州/市保健局等の監督指導のもと、計画に基づいてコミュニティ活動を実施する。
 - 3-5-5. HPVs 及び管轄する医療施設が中心となり、自己評価に基づいた活動の見直しを実施する。
- 3-6. 定期的に優先サイトでの実績を評価・分析し、CBMP 導入計画、ガイドライン、マニュアル、啓発用ツールを改訂する。
- 3-7. ベースライン調査と同じ条件でエンドライン調査を実施し、非対象地域との比較分析により CBMP モデル導入効果を検証する。

<成果 4>

エリア・ヘルスセンター（Area Health Center：AHC）を中心としたマラリア診療サービスが機能している。

<成果 4 に対する指標>

1. 2013 年までに 90%以上の AHC 医療スタッフがフォローアップ研修を受講する。
2. 2013 年までに、AHC 機能強化計画で予定されたマラリア対策/診療に必要なとされた医療機材の 90%以上が設置されている。
3. 2013 年までに、80%以上で施設内及び施設間在庫管理システムが機能している。

<活動 4>

- 4-1. 州/市保健局主導のもと、AHC に対して診療体制、医療スタッフの力量、資機材の整備状況、在庫管理、運営管理等に関するベースライン調査を実施し、AHC 機能評価を行う。
- 4-2. NVBDCP の協力のもと、州/市保健局主導で機能評価結果に基づいた AHC 機能強化計画を策定する。
- 4-3. NVBDCP の協力のもと、州/市保健局主導で、AHC 機能強化計画に基づいた AHC 医療スタッフに対してマラリア予防/診療を中心とした医療技術に関するフォローアップ研修を実施する。
- 4-4. NVBDCP の協力のもと、州/市保健局主導で、AHC 機能強化計画に基づいたマラリア予防/診療に必要な医療機材の整備を実施する。
- 4-5. NVBDCP の協力のもと、州/市保健局主導で、AHC 機能強化計画に基づいた試薬、医薬品、消耗品等の施設内及び施設間（地域内）在庫管理システムを整備する。
- 4-6. NVBDCP の協力のもと、州/市保健局主導で、AHC 機能強化計画に基づいた施設内及び施設間（地域内）診療サービス提供体制（医療スタッフの勤務体制、他施設への

支援体制など)を整備する。

(3) 投入 (インプット)

① 日本側 (総額約 2.8 億円)

< 専門家派遣 >

- 1) チーフアドバイザー兼マラリア対策専門家 (長期専門家)
- 2) 業務調整兼コミュニティ開発専門家 (長期専門家)
- 3) その他の必要な専門家 (短期専門家)

< 機材供与 >

- 1) プロジェクト活動に必要な資機材等
- 2) その他双方が必要と認めた資機材

< ローカルコスト >

② ソロモン諸島側

< カウンターパート >

- 1) プロジェクト・ディレクター
- 2) プロジェクト・マネージャー
- 3) 副プロジェクト・マネージャー
- 4) NVBDCP 及び HPD
- 5) マラリア対策担当官 (GPMP、HCC、MPHO)
- 6) その他双方が必要と認めた者

< 施設及び資機材 >

- 1) プロジェクト事務スペース
- 2) プロジェクト活動の実施に必要な資機材

< ローカルコスト >

- 1) プロジェクト活動に必要な経常経費 ほか

(4) 外部要因 (満たされるべき外部条件)

< 成果達成までの外部条件 >

1. 指導を受けたカウンターパートがプロジェクト成果達成に影響を及ぼすほど離職しない。

< プロジェクト目標達成までの外部条件 >

1. ソロモン諸島におけるマラリア対策のための他の支援機関等からの援助が、著しく低下しない。

< 上位目標達成までの外部条件 >

1. ソロモン諸島側が、プロジェクトで得られた便益を維持・発展するための予算措置・人員配置を行う。
2. ソロモン諸島のマラリア対策関連する政策が著しく変更されない。
3. ソロモン諸島側が、マラリア感染治療向上に対する取り組みが維持する。

5. 評価5項目による評価結果

以下の視点から評価した結果、本プロジェクトによるソロモン諸島マラリア対策への協力の実施は適切であると判断される。

(1) 妥当性

以下に示す理由により、本プロジェクトの妥当性は高いと判断される。

- ・ ソロモン諸島におけるマラリアの発生状況は他の周辺国に比較しても高く、ソロモン諸島における医療政策上、最も重要な疾患のひとつに挙げられる。同国政府は、マラリア対策関連政策については、国家マラリア対策プログラムのもと具体的な活動指針であるMAPを発表し、さらにNVBDPが中心となり AusAID や GFATM などのドナー機関と協力して包括的な対策に乗り出している。本プロジェクトでは他のドナー支援が少ないコミュニティに焦点をあてながらも、MAPの実施支援というソロモン諸島のマラリア対策に包括的な支援も含んでおり、ソロモン諸島の保健政策との整合性の取れた妥当性の高い内容となっている。
- ・ ソロモン諸島のマラリア対策に貢献することが期待される本プロジェクトの実施は、第5回 PALM や両国間の経済協力政策協議において示された、ソロモン諸島に対するわが国の ODA 基本方針や JICA の援助実施方針と合致している。
- ・ 世界的なマラリア対策の潮流として、従来の垂直型のマラリア対策（蚊帳や治療薬の大規模な投入）に加え、水平型（コミュニティや学校などを中心とした予防啓発活動の推進）の重要性が高まっている。水平型マラリア対策に取り組む本プロジェクトは、世界的潮流に合致している。
- ・ ソロモン諸島の住民の約85%は地方部に在住し、一部の地域を除いては適切なマラリア診療サービスを受けることのできる医療施設へのアクセスは悪い。このような医療環境のもとでは、感染予防にも優先的なニーズが生じてくるが、JICA 以外にコミュニティに対する介入を主な活動内容としているドナー機関はなく、関連する人材育成を実施する本プロジェクトは、ターゲットグループとしてのカウンターパート機関からのニーズとも一致している。他方、前プロジェクトによって CBMP モデルが4つのコミュニティで導入されているが、他の地域の住民からの CBMP モデル導入活動への期待も多く寄せられており、地域の住民のニーズに合致したものである。

(2) 有効性

以下に示す理由により、本プロジェクトの有効性は高いと推察される。

- ・ 本プロジェクトの目標として、コミュニティを中心としたマラリア対策システムの強化をめざす。プロジェクト成果の設定はコミュニティを中心に据えながらも単なる住民活動の強化にとどまらず、中央レベルの政策実施能力強化、コミュニティを取り巻く環境（医療施設、情報など）の改善が盛り込まれており、いずれも成果-プロジェクト目標の因果関係が強い設定となっており、プロジェクト目標達成のために必要な成果は内容的に過不足なく網羅されている。
- ・ 本プロジェクトのそれぞれの成果に付随する活動には十分なベースライン調査の機会を設けており、その後の活動が根拠に基づいた内容となるようにデザインされている。特

にコミュニティ活動に関しては KAP 調査を実施するよう計画されており、住民の知識、態度、行動に与えるインパクトを客観的に評価する内容が盛り込まれている。

- KAP 調査の実施は、対象地域拡大によって磨かれた CBMP モデルの有効性を測定するだけでなく、ソロモン諸島の他の州や、延いてはマラリア負荷の高い他の国々へ応用の可能性評価にも効果的に利用できる可能性がある。
- MAP の効果的・効率的な実施を実現するために MSC が 2010 年 2 月に発足し、MAP 関連活動について関連機関によって協議される。JICA も MSC の Observing Member として参加しており、本プロジェクトの活動実施や成果は適宜、関連機関と共有されることとなる。また、MAP の中で、GFATM が蚊帳や医療機材を、AusAID がマラリア治療薬を供与することになっているため、それらの投入と本プロジェクトの投入を組み合わせることによって、協調性並びに相乗効果の高い支援が行われることとなる。
- 成果達成に対する外部条件として、「指導を受けたカウンターパートがプロジェクト成果達成に影響を及ぼすほど離職しない。」ことが設定されている。前プロジェクトでは医療従事者に対するトレーニングを広範囲に実施していたが、医療従事者の異動・離職が比較的多いことが指摘されている。本プロジェクトでも医療従事者に対するフォローアップ研修を実施する計画がなされているため、研修の実施に際しては、研修が継続的に実施されるような仕組みの構築・強化に留意されたい。

(3) 効率性

以下に示すとおり、本プロジェクトでは効率性の高い活動が計画されている。

- 前プロジェクトでは CBMP モデルの定義やその導入ガイドライン、モジュール類の作成を行っており、より広い地域に拡大するための基礎は確立されている。本プロジェクトではこれらの基礎資料を用いながら、地方部での導入を通じて完成度の高いモデルの構築を行いながら、ホニアラ市などの都市環境を対象としたモデルの修正なども実施する。
- CBMP モデル導入においても、NVBDCP や GPHO は一定の経験を積んでおり、既に導入のノウハウには十分の理解があると考えられる。また、本プロジェクトで実施するコミュニティ活動は、本来、健康問題の予防啓発活動を担当する HPD を中心的な責任機関に据え、経験のある NVBDCP や GHPO の支援を受けながらコミュニティ活動を管理していくことが計画されている。このことは、MAP 全体を取りまとめる NVBDCP の過度な負担を軽減し、かつ HPD の本来業務を強化することが期待され、効率的なプロジェクト活動が実施されるような実施体制が構築されている。
- コミュニティ活動以外の活動においても、医療従事者に対するフォローアップ研修、SIMIS 及び監督指導実施などに使用するフォーム類並びにマニュアル類は、可能な限り前プロジェクトで開発・改訂した既存資料を利用するものとしており、効率性の高い活動の実施が期待できる。
- MAP の中で、GFATM が蚊帳や医療機材を、AusAID がマラリア治療薬を供与することになっており、本プロジェクトではハード面での投入が少なく、ソフト面での投入が多いが、全ての投入を組み合わせることによって、効率的な支援が行われることとなる。
- プロジェクトの具体的な活動は、MSC においてカウンターパート機関、他の支援機関と

進捗の確認、成果の共有を行いながら実施するため、他の支援機関との活動の重複、その他の対立は必然的に回避される実施体制となっている。

- ・ **MSC** を通じて他の組織の活動と協調の取れた活動の実施が可能となる反面、実際の活動開始前には活動内容、時期、期間、予算などを同委員会で協議し、合意形成する必要がある。計画から実行への自由度に制限がかかる場合がある。本プロジェクトではこれらの過程に要する期間を考慮し、適切な実施計画案を策定し、また、専門家派遣の方法についても、同委員会への参加を考慮した派遣計画が事前に検討されることが望ましいと考えられる。

(4) インパクト

プロジェクトの実施に伴い、以下のようなインパクトが期待される。

- ・ マラリア罹患率及び死亡率の低下へのインパクトは、本プロジェクトで期待される便益（コミュニティ活動の展開、情報システムの向上など）のみでは、それらに対する直接的なインパクトを得ることは困難であり、長期残留型殺虫剤含有蚊帳（**Long-Lasting Insecticide-Treated Nets : LLIN**）や殺虫剤屋内残留散布（**Indoor Residual Spraying : IRS**）の推進、治療薬の安定供給、診断・治療技術の向上などその他の複合的な要因に大きく影響されるが、**MAP** においてそれらの投入が計画されており、マラリア罹患率及び死亡率の低下へのインパクトも期待できる。
- ・ 本プロジェクトで推進する **CBMP** モデルはマラリア対策をエントリーポイントとしているが、前プロジェクトで **CBMP** モデルが導入されているコミュニティでは周辺環境の清掃活動の実施など、既に一般的な公衆衛生や環境に対する正のインパクトが確認されており、これらのことが対象地域全体で発現することが大きく期待される。さらに、本プロジェクトでは **AHC** の機能強化（人材育成、インフラ改善、医療サービス提供体制の改善等）を成果の一部としているが、**AHC** の機能強化が進めば、マラリアだけでなく、近年非感染性疾患の拡大が問題視されているソロモン諸島の保健医療全体に対する貢献も期待できる。
- ・ **CBMP** モデルの展開については地理的・資金的に効率性に配慮した実施が想定されており、外部条件が満たされれば、本プロジェクトで得られる便益の自助努力による発展が期待できる。

(5) 自立発展性

ソロモン諸島側の財政・人材措置が維持されれば、一定レベルの自立発展性が期待できる。

- ・ 現在、ソロモン諸島の具体的なマラリア対策の活動指針として実施されている **MAP** では、有効なマラリア対策の全国的な展開と、足がかりとしてのテモツ州でのマラリア制圧を 2014 年までの目標を定めている。2014 年までの **MAP** の目標を達成したとしても、罹患率の高いガダルカナル州やホニアラ市、マライタ州でのマラリア制圧に向けた活動が 2014 年以降も政策的に維持・発展される可能性は高い。
- ・ 財政的にはこれまで述べて来たとおり、ソロモン諸島側の予算は規模が小さく、独自予算のみでの活動はかなり限定的であると言わざるを得ない。本プロジェクトで得られる便益の持続・発展のみならず、ソロモン諸島のマラリア対策自体の維持・強化のために

<p>は、現在実施されているドナー組織からの財政的支援が著しく減少しないことが不可欠であるものと推察される。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 本プロジェクトは、マネジメント能力強化をめざしており、同能力強化は本プロジェクトの便益を持続するだけにとどまらず、一般的な保健活動の管理、実施に応用が可能であり、技術的側面からの自立発展性を担保するメカニズムがプロジェクトの計画に含まれている。 ・ CBMP モデルについては既に各種広報活動を通じて住民の多くや他の支援機関に認知されており、コミュニティ間の交流が促進されれば技術的にも面的な広がりが期待できる。
<p>6. 貧困・ジェンダー・環境等への配慮</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 本プロジェクトでの優先的な活動となるコミュニティへの介入であるが、コミュニティには夫々いくつかの住民グループが存在していることが多く、活動の実施にあたっては事前に各サイトの状況を慎重に調査しておく必要がある。ソロモン諸島のコミュニティにおけるリーダー（村長や女性会、母親会、青年会など）や教会の求心力は比較的高く、彼らの自主性を尊重した活動に留意する必要がある。 ・ ガダルカナル州とマライタ州は民族紛争で争った歴史的背景があり、現在は表面的な対立は発現していないものの感情的な問題が残存している可能性も否定できず、マライタ州での活動が開始された以降のプロジェクト内での調整に不測の問題が発現する可能性にも一定の留意が必要である。
<p>7. 過去の類似案件からの教訓の活用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 前プロジェクトで得られた教訓として、「プロジェクト活動において研修活動が含まれる場合には、運営管理に関する技術移転を心がける必要がある。研修運営サイクル（計画・実施・評価・フィードバック）に則った実施ができるよう、計画にそれらを明記し、プロジェクト関係者が共有できるようにすることが必要である。」と示されている。本プロジェクトではこの教訓を踏まえ、各活動に共通する内容として、MAP 実施者のマネジメント能力強化を活動に含めている。また、プロジェクトの活動、成果、評価は MSC を通じて適宜、カウンターパートを含めた関係機関に共有されるようデザインされている。
<p>8. 今後の評価計画</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 終了時評価：プロジェクト終了の半年前（2013年4月頃）に実施予定 (2) 事後評価：プロジェクト終了3年後（2016年）をめどに実施予定 <p>（注）必要に応じて運営指導調査団を派遣する。</p>

第1章 調査概要

1-1 要請背景

ソロモン諸島では1998年後半に勃発した民族紛争を機に、マラリア対策の中断を余儀なくされ、紛争の現場となったガダルカナル州及びマライタ州におけるマラリア罹患率（人口千対）は、1999年の149から2001年には同169と再び上昇の傾向にあった（WHO World Malaria Report 2005）。その後、ソロモン諸島全土でのマラリア罹患率は2004年以降に低下へと転じており、2009年には74.8を記録している（WHO Country Profile 2010）が、ソロモン諸島内の地域差は大きく、特にガダルカナル州での2008年の罹患率は156と依然高い。

このような情勢の中でソロモン諸島保健医療サービス省は「国家保健計画（2004-2005）」においてもマラリア対策を8つの優先領域の1つとして位置づけている。ソロモン諸島のマラリア対策においては、マラリアによる死亡を削減する手段として重症マラリアの治療よりも重症化予防に優先的なニーズがあったが、効果的なマラリア重症化予防の体制が確立されていなかった。そこで、ソロモン諸島は2004年にわが国に対して、マラリアのサーベイランス体制の構築、適切なマラリアの疾病管理などに関する協力を要請し、「マラリア対策強化プロジェクト」が2007年1月から2010年1月の3年間実施された。

同プロジェクト実施中、ソロモン諸島保健医療サービス省は、国家マラリア行動計画（Malaria Action Plan : MAP、2008年～2014年）を策定し、年間のマラリア症例の減少を含めた5目標を定め、政府、開発パートナーによる一貫したマラリア対策が進み始めた。同プロジェクトは、MAPと整合性のある活動を行い、特にコミュニティベースのマラリア対策に対して、高い評価を得た。

一方でMAP自体の活動の進捗状況は芳しくなく、MAPの実施にかかる行政能力の向上が求められている。また、コミュニティ開発に関する活動がMAPに盛り込まれたものの、具体的な活動実施計画については未定となっており、引き続き、コミュニティ開発分野での技術支援を通じたJICAの貢献が期待されている。これらの背景により、協力継続の要請がソロモン諸島保健医療サービス省より上げられ、これを受けて、JICAは2010年4月に詳細計画策定調査団を派遣した。

1-2 調査の目的

本詳細計画策定調査は、上記背景を踏まえ、以下を目的として実施する。

- ① ソロモン諸島のマラリア対策に係る問題点及び実施体制の確認・分析
- ② ソロモン諸島保健省、州・市保健局、医療施設その他関係機関との協議に基づく協力内容・スケジュール・プロジェクト実施体制に係る詳細検討等
- ③ 他開発パートナー、JICA他事業・動向にかかる情報収集及び連携の可能性の検証
- ④ PDM・PO（案）等の作成及び協力内容に係る関係者間の合意形成
- ⑤ 評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性）の観点によるプロジェクト概要の検証
- ⑥ 協議議事録（Minutes of Meetings : M/M）について、ソロモン諸島保健省と協議のうえ、署名交換

1-3 調査団の構成

担 当	氏 名	所 属
団長	牛尾 光宏	JICA 人間開発部 技術審議役
マラリア対策	狩野 繁之	国立国際医療研究センター研究所 熱帯医学・マラリア研究部 部長
協力企画	齊藤 佳央里	JICA 人間開発部 保健第一課 ジュニア専門員
評価分析	井上 洋一	株式会社 日本開発サービス 主任研究員

1-4 調査日程

	日時		行 程	
1	4月11日	日	【評価分析】成田 21:10 発	
2	4月12日	月	【評価分析】ブリズベン経由ホニアラ 13:30 着、JICA ソロモン諸島事務所打合せ	
3	4月13日	火	WHO、保健省聞き取り (NBVDCP)	
4	4月14日	水	ガダルカナル州保健局、ホニアラ市保健局、PacMISC、GFATM (SPC)	
5	4月15日	木	保健省 (ヘルスプロモーション局)、SIDT、赤十字、ホニアラ→アウキ移動	
6	4月16日	金	マライタ州保健局聞き取り、Kilu'ufi 病院、APSD 事業サイト視察、JOCV 聞き取り	
7	4月17日	土	アウキ→ホニアラ移動	
8	4月18日	日	PCM ワークショップ準備	【団長・協力企画】成田 21:10 発
9	4月19日	月	AM 資料整理、報告準備	【団長・協力企画】ブリズベン泊
10	4月20日	火	AM 保健省表敬	【団長・協力企画】ホニアラ 13:30 着
			PM AusAID 聞き取り、JICA ソロモン事務所打合せ	【マラリア対策】成田 21:10 発
11	4月21日	水	コミュニティ、二次医療施設視察	【マラリア対策】ブリズベン経由ホニアラ 13:30 着
12	4月22日	木	PCM ワークショップ 1 日目	
13	4月23日	金	AM Malaria Steering Committee 出席	
			PM PCM ワークショップ 2 日目	
14	4月24日	土	団内打合せ、PDM (案) 準備、M/M 準備	
15	4月25日	日	団内打合せ、PDM (案) 準備、M/M 準備	
16	4月26日	月	AM 団内打合せ	
			PM 上位目標に関する保健省との協議	
17	4月27日	火	AM 団内打合せ	
			PM 保健セクター会議出席	
18	4月28日	水	PDM 案、M/M に関する保健省との協議	
19	4月29日	木	PM ミニッツ署名	

20	4月30日	金	AM	大使館報告、JICA ソロモン諸島事務所報告
			PM	ホニアラ 14 : 45 発、ブリズベン 17 : 15 着、ブリズベン泊
21	5月1日	土		ブリズベン 8 : 45 発、成田 17 : 05 着

1-5 主要面談者

(1) ソロモン諸島側

1) 保健医療サービス省 (Ministry of Health and Medical Services : MHMS)

Dr. Lester Ross Permanent Secretary
Mr. Albino Bobogare Director, National Vector Borne Disease Control Program
(NVBDCP)
Mr. Luke Honiora Program Manager, Monitoring and Evaluation Unit, NVBDCP
Mr. Chorrliie Chambu Nursing Officer, NVBDCP
Mr. Alby Lovi Director, Health Promotion Department (HPD)
Mr. Makiva Tuni Deputy Director, HPD

2) ホニアラ市役所 (HCC)

Dr. Henry Kako Municipal Health Director, Health Division

3) ガダルカナル州保健局 (GPHO)

Dr. Michael Vavala Health Director
Mr. Francis Otto Senior Anti Malaria Officer (NVBDCP)

4) マライタ州保健局 (MPHO)

Dr. Rajiv Gupta Director, Provincial Health Services (Kilu'ufi Hospital 院長を兼務)
Mr. Ben Kaefia Principal Anti Malaria Officer, Malaria Division

5) マライタ州キルフィ病院

Dr. Rajiv Gupta Director, Provincial Health Services
Mr. Kemuel Irofunu Staff, Health Promotion Division
Mr. Mahlon Kai Staff, Health Promotion Division
Ms. Mester Rara Staff, Health Promotion Division

6) エーピーエスディ (APSD)

Mer. Ruben Tori Moli Director, APSD-Solomon

7) ソロモン諸島開発信託 (Solomon Islands Development Trust : SIDT)

Ms. Jennifer Wate Executive Coordinator
Ms. Katherine Sanga Staff

(2) 日本側

1) 在ソロモン諸島日本大使館

岩撫 明 臨時代理大使
市岡 晃 専門調査員
直井 義人 外部委託職員 草の根無償資金協力担当

2) JICA ソロモン諸島支所

渡辺 督郎 所長

- | | | |
|----|-------------------|---------------------------------------|
| | 浅野 洋子 | 企画調査員 |
| | 中原 二郎 | 企画調査員（ボランティア調整） |
| 3) | JICA パプアニューギニア事務所 | |
| | 根崎 俊 | 所員 |
| | 横田 隆浩 | 所員 |
| 4) | 長期専門家 | |
| | 波方 望 | 個別専門家（援助調整） |
| 5) | 青年海外協力隊 | |
| | 鳥山 裕桂子 | Non-Communicable Disease, MHMS（ホニアラ市） |
| | 今野 沙豊美 | APSD-Solomon（マライタ州） |

(3) 国際関係機関

- 1) 世界保健機関（World Health Organization : WHO）

Dr. Walter Kazadi Mulombo	Medical Officer, Malaria, Vector Borne and Other Parasitic Diseases, Solomon Islands
Mr. Kwabena Larbi	Malaria Scientist, Solomon Islands
Dr. Yoshihiro Takashima	Medical Epidemiologist, Expanded Programme on Immunization, Western Pacific Regional Office（WPRO）
- 2) オーストラリア国際開発庁（AusAID）

Ms. Angella Kingmele	Senior Program Officer
----------------------	------------------------
- 3) 太平洋マalariaイニシアティブ支援センター（Pacific Malaria Initiative Support Centre : PacMISC）

Mr. Luke Marston	NVBDCP-Program Management Support Officer
------------------	---
- 4) 太平洋共同体/世界エイズ・結核・マalaria対策基金（Secretariat of the Pacific Community : SPC/GFATM）

Ms. Lilian Sanui	SPC Malaria Coordinator
------------------	-------------------------

第2章 ソロモン諸島のマラリア対策の概要

2-1 保健分野における課題

ソロモン諸島における疾病構造は先進国側へ疾病転換が起こりつつあり、感染症による死亡と非感染性疾患による死亡が同程度（それぞれ 44%、49%）³である。非感染性疾患のうち、悪性新生物、糖尿病、高血圧症、肺疾患、精神疾患は年々増加して来ており、特に心臓血管疾患、悪性新生物、呼吸器疾患はソロモン諸島の保健医療分野で死亡原因の観点から大きな問題として認識されている。そうした状況の下、限定された保健医療資源で感染症疾患と共に非感染性疾患への取り組みを行うことはソロモン諸島において大きな負担となっているが、感染性疾患、特にマラリアに関しては、罹患率、感染率が世界的に見ても依然として高く、より一層の取り組みが求められている。

2-2 マラリア対策における課題

ソロモン諸島におけるマラリア対策は 1999 年から 2003 年にガダルカナル州、マライタ州で起きた民族紛争により大きく消耗し、著明なマラリア罹患率の上昇を招来している。図-1 に近年のガダルカナル州、ホニアラ市及びマライタ州におけるマラリア罹患率の推移を示す。図-1 に示すとおり、2004 年以降に GFATM、AusAID、世界銀行、国際ロータリークラブ等の活動が本格的に再開された後のマラリア罹患率は大きな低下が認められるものの、2010 年までの目標値である感染率人口 1,000 対 80 未満の達成は困難な状況である。

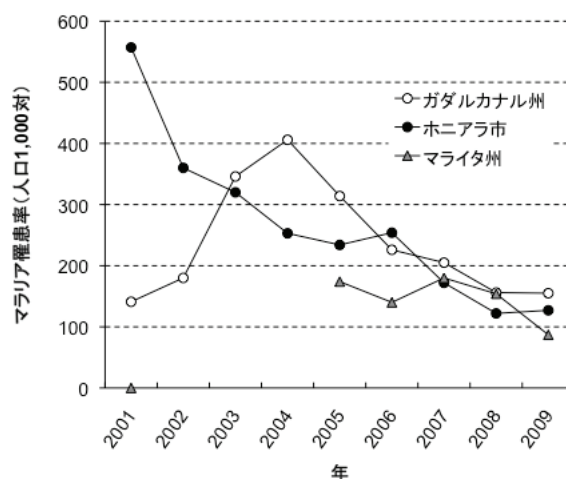


図-1 マラリア罹患率の推移

かかる状況の下、JICA はマラリア疾病管理体制の向上を目標として、技術協力プロジェクト「マラリア対策強化プロジェクト」（2007 年 1 月-2010 年 1 月）を実施し、医療従事者の教育訓練やコミュニティを中心としたマラリア予防（CBMP）活動の土台づくりを通じて、ソロモン諸島のマラリア対策に一定の成果を残している。しかしながら、標記プロジェクト終了時にも、プロジェクトの内外で多くの問題の残存が指摘されている。詳細は次項以降に概説する。

³ Mortality and burden of disease estimates for WHO Member States in 2002. World Health Organization, December 2004.

2-3 マラリア対策関連保健医療政策

(1) 戦略、計画等

ソロモン諸島政府は、国家保健戦略計画 (NHSP 2006-2010) において、州と村レベルの医療サービスの強化と参加型開発の強化を重要な保健戦略として位置付けている。特にマラリア対策については、「国家マラリア対策プログラム (National Malaria Programme)」のもと、具体的な活動指針として「マラリア行動計画 (MAP)」(表-1) を 2008 年 5 月に発表した。対象期間は、2008 年から 2014 年までであり、表-2 に示す主なサービス提供分野 (Service Delivery Area : SDA) に沿って、MHMS の昆虫媒介感染症対策部 (NVBDCP) を中心に実施されている。SDA の内容は、大きくマラリア予防と治療、環境整備、システム強化に分類されるが、現時点での主な取り組みは、顕微鏡検査技師に対する実地訓練と認証制度導入によるマラリア診断技術の向上、全州を対象とした長期残留型殺虫剤含有蚊帳⁴及びマラリア迅速診断 (Rapid Diagnostic Test : RDT) キットの配布、殺虫剤屋内残留散布 (Indoor Residual Spraying : IRS) の実施などである。また、コミュニティにおけるヘルスプロモーション活動は MHMS のヘルスプロモーション部 (HPD) が担当し、GFATM の指針に則って学校教育への介入 (Health Promoting School) を押し進めようと試みているが、人材的にも資金的にも十分でなく、これまで十分な活動ができていなかった。また、ヘルスプロモーションの国家戦略においては、健康を左右する社会的、経済的、環境的要因への取り組みを行うために、保健セクター以外の組織とも積極的に連携していくことが謳われている。具体的な協力先として、栄養学や食料安全保障、犯罪司法セクター、海難及び交通事故予防などが挙げられる。

表-1 National Malaria Action Plan (MAP):2008-2014

Goals:	Spreading effective measures to fight malaria nationwide and eliminating malaria in Temotu Province.
Target 1:	Reducing annual malaria incidence as identified through microscope testing.
Target 2:	In provinces with high malaria incidence rates, reducing annual malaria incidence to 100 or less per thousand population by 2014.
Target 3:	Reducing the number of deaths from malaria.
Target 4:	Improving government administrative abilities with regard to malaria, to promote countermeasures against malaria effectively.
Target 5:	Eliminating falciparum malaria and tertian malaria from Solomon Islands province of Temotu by 2013/2014.

表-2 Service Delivery Area (SDA) of Malaria Action Plan

SDA 1	Prevention: Insecticide-treated nets
SDA 2	Prevention: Vector control (other than ITNs) - Indoor residual spraying
SDA 3 & 9	Prevention: BCC ¹ - Community outreach
SDA 4	Prevention: BCC - Mass media
SDA 6	Treatment: Diagnosis (Case detection)
SDA 7	Treatment: Prompt effective anti-malarial treatment
SDA 8	Prevention: Malaria prevention during pregnancy
SDA 10	Supportive environment: Monitoring drug resistance
SDA 11	Supportive environment: Drug QA ² , pharmacovigilance and legislation and enforcement
SDA 12	HSS ³ : Human resource capacity building
SDA 13	HSS: Monitoring and evaluation
SDA 14-	HSS: Infrastructure
SDA 15	HSS: Information system and operational research
SDA 16	HSS: Service delivery (technical management)

¹BCC: Behaviour Change Communication
²QA: Quality Assurance
³HSS: Health System Strengthening

⁴ GFATM 資金により調達された。ソロモン諸島側の記録等の問題により執行が停止されていたが、2010 年 3 月より優先ビレッジより 361,000 帳の配布が全国的に開始されている。

(2) ドナー機関等によるマラリア行動計画（MAP）実施支援

ソロモン諸島においては、援助の効率的・効果的な実施をめざし、ドナー機関間での情報共有及び意見交換等が積極的に行われている。保健分野においては AusAID と世界銀行が中心となりセクターワイド・アプローチ（Sector Wide Approaches：SWAPs）が導入され、わが国も枠組み文書に署名し積極的に関与している。他方、他の分野でも援助協調が進む一方で、ドナー主導の援助協調となる傾向が強く、ソロモン諸島政府側のオーナーシップを醸成する仕組みにはなっていないのが現状である。わが国は、援助会合に積極的に関与し、援助の効率的・効果的な実施に努めるとともに、ソロモン諸島政府側の自助努力を促している。

ソロモン諸島におけるマラリア対策は AusAID、WHO、GFATM を中心として NVBDCP に対し資金的・技術的な支援を行っている。特に資金面では、ドナー機関が MAP 実施を大きく支えており（図-2）、AusAID（予算全体の約 27%：約 1,500 万 USD 負担の予定）及び SPC/GFATM（予算全体の約 46%：約 2,500 万 USD 負担の予定）の 2 機関で全体予算の約 8 割を負担している。また、より技術的な支援を行うのが AusAID と契約関係にある PacMISC である。この他、WHO（主に技術分野）や国際ロータリークラブ（主に資金並びに物資援助）などが関係している。

ソロモン諸島のマラリア対策には図-2 に示す主要ドナーだけでなく、二国間ドナーとしての JICA をはじめとして国際赤十字、非政府組織（Non-Governmental Organization：NGO）など多くの機関が直接的・間接的に関係しており、資金的・技術的にも支援体制が複雑化している。このような状況を是正し、MHMS、支援機関が共同して合理的かつ効率的な取り組みを実施できるよう、マラリア運営委員会（MSC）が 2010 年 2 月に発足した。

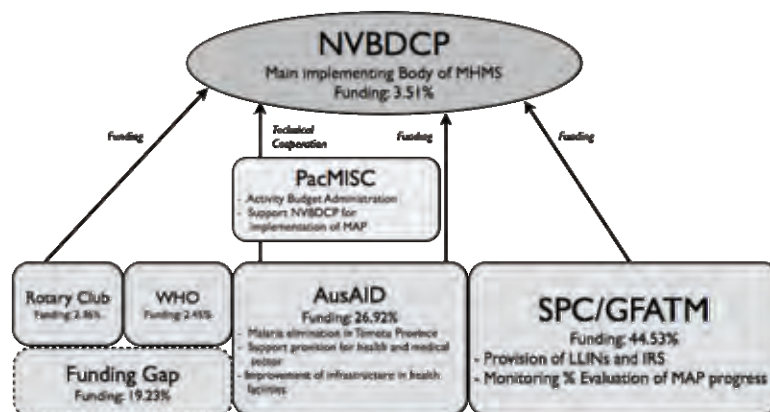


図-2 マラリア行動計画（MAP）実施に対する支援状況

神戸大学／アイ・シー・ネット株式会社：
ソロモン諸島マラリア対策強化プロジェクト第 4 年次業務完了報告書より引用
（一部変更）

1) Malaria Steering Committee（MSC）

MSC は MHMS の下に設置され、NVBDCP の MAP 進捗及び実績の共有、活動実施における問題、課題が協議される。議場に上る実績や運用上の問題は、3 つの“Key Documents”（MAP、“Consolidated Work Plan”⁵、“Performance Framework”⁶）に示される目的、活動、目標を参照して判断される。MSC の活動が定着するまでは原則として月 1 回開催され、その後は四半期ごとの開催となる。また、特別な問題が生じた際には、必要に応じて MSC により技術作業部会（Technical Working Group：TWG）が招集され、技術的進捗状況の審議、プログラムや

⁵ GFATM 助成申請過程に使用される詳細なスプレッドシートで、活動及びその定義、活動単位と活動単価が詳細に示されている。

⁶ GFATM-RCC 助成申請過程に作成される文書で、NVBDCP により設定された目標や指標に照らし合わせて介入の実績やインパクトを測定するものである。

作業計画に関する技術的問題の同定、研究プロポーザルに対する技術審査（MSCによる認証あるいは審議のため）等を実施する。

MSCのメンバー構成（表-3）は、審議過程で意思決定権を有する“Core Members”と、参加権は有するが意思決定権の無い“Observing Members”の2つに分かれる。“Core Members”はMHMS、NVBDCPのソロモン諸島側主要メンバー、WHO、SPC/GFATM、AusAID、PacMISCなどの主要ドナー機関によって構成される。JICAは“Observing Members”にリストされている。したがって、JICAの具体的なプロジェクト活動も、MSCによる審議過程を経て承認を受けることになる。

（委員会事務局はPacMISC/NVBDCP (Secretariat) が担当している。）

表-3 Malaria Steering Committee (MSC)のメンバー構成

CORE MEMBERS	
Director NVBDCP (chair)	
Under Secretary, Health Improvement – MHMS (or alternatively the Permanent Secretary, or other MHMS Executive appointed)	
Deputy Director NVBDCP	
Malaria Specialist – WHO	
Malaria Program Coordinator – SPC/GFATM	
Development Program Specialist – AusAID	
Director – PacMISC	
Program Management Support Officer – PacMISC/NVBDCP (Secretariat)	
OBSERVING MEMBERS	
Programme Managers – NVBDCP	
Other MHMS Divisional heads: Health Promotion, National Pharmacy Services Division	
Other bilateral donor partners such as JICA	
Rotarians Against Malaria (RAM)	
Non-Government Organisation representatives	
Private Sector Stakeholders	
Faith Based Organisation representatives including church groups	
Community Based Organisations including Council of Women, Mothers Union, Solomon Islands Development Trust (SIDI)	

2-4 本プロジェクトの国家開発戦略上の位置付け

ソロモン諸島 MHMS は、上述の民族紛争によってマラリア対策実施体制が消耗し、マラリア罹患率、死亡率が大きく悪化したことに対し、紛争終結後はこれらの回復、より一層マラリア対策を強化すべく、ドナー機関の支援を得ながら MAP を策定し、包括的なマラリア対策に取り組んでいる。

ソロモン諸島政府は、紛争終結後の 2004 年にわが国に対しても、サーベイランスシステムの構築、適切な疾病管理などに対する技術協力を要請し、「マラリア対策強化プロジェクト」（2007 年 1 月-2010 年 1 月）が実施された。ソロモン諸島のマラリア対策においては、マラリアによる死亡を削減する手段としてマラリア重症化に優先的ニーズがあったが、同プロジェクトでは重症マラリア患者の適切な管理に主軸を置き、一次医療施設のマラリア診療サービスの質の強化をめざした活動が開始された。他方、プロジェクト期間の後半では、コミュニティを中心としたマラリア予防啓発活動を実施し、CBMP モデルを開発し、4 つのコミュニティにおいて効果的なマラリア予防啓発活動が展開されている。特にマラリア予防啓発の推進は MAP の SDA3 及び SDA9 に “Prevention: Behavior Change Communication (BCC) – Community Outreach” として明記されているものの、十分な活動が実施されていない状況であったため、JICA によるコミュニティ活動は関係者より高い評価を受けた。また、MAP は同プロジェクト実施期間中に策定されたが、活動は NVBDCP を主要なカウンターパートとして実施され、適宜、他のドナー機関とも情報共有しながら MAP と整合性の高い活動が実施されている。

上述のとおり、ソロモン諸島のマラリア対策には感染予防に優先的ニーズがあり、現在は LLIN の配布と IRS を強力に押し進めているものの、コミュニティを中心としたマラリア予防啓発活動の実施は JICA 以外に技術支援できる機関は無い。保健関連の予防啓発活動は MHMS の HPD が

担当するが、技術的にも資金的にも脆弱であり、ヘルスプロモーションの中心的な活動となる学校教育への介入についても、これまで十分な活動が実施できていなかった。現在は、他部門が州病院等でのトレーニングを開催する際に帯同し、スポット的な教育活動を行っている。また、HPDメディア部門ではラジオ放送を通じた健康教育やポスター、ビデオ制作なども行っている。

本プロジェクトでは、前プロジェクトで確立したCBMPモデルの展開を通じたマラリア予防啓発活動の活性化を中心的な活動に据え、他にも中央レベルのMAP実施におけるマネジメント能力強化、中央レベルからコミュニティまでの縦の関係強化（マラリア情報システム（Solomon Islands Malaria Information System : SIMIS）、下位レベル組織への監督指導など）、二次病院機能強化を行うものである。また、それらの活動は、MAPの効果的な実施のための調整機関と位置付けられるMSCにおいて、カウンターパート機関や他のドナー機関と協調しながら実施されるものであり、ソロモン諸島マラリア対策の具体的活動を規定するMAPの推進に直接的に貢献するものである。

2-5 保健行政

(1) 中央レベル

ソロモン諸島の保健医療行政組織体制を図-3に示す。事務次官（Permanent Secretary : PS）をMHMS内の最高責任者として、ヘルスケア部門、健康向上部門に分かれる。本プロジェクトの直接的なカウンターパートは健康向上部門の所属するNVBDCP及びHPD（図-3の網掛け部分）となる。各部は各々の国家戦略等にかかわる運営、監督業務を担う。

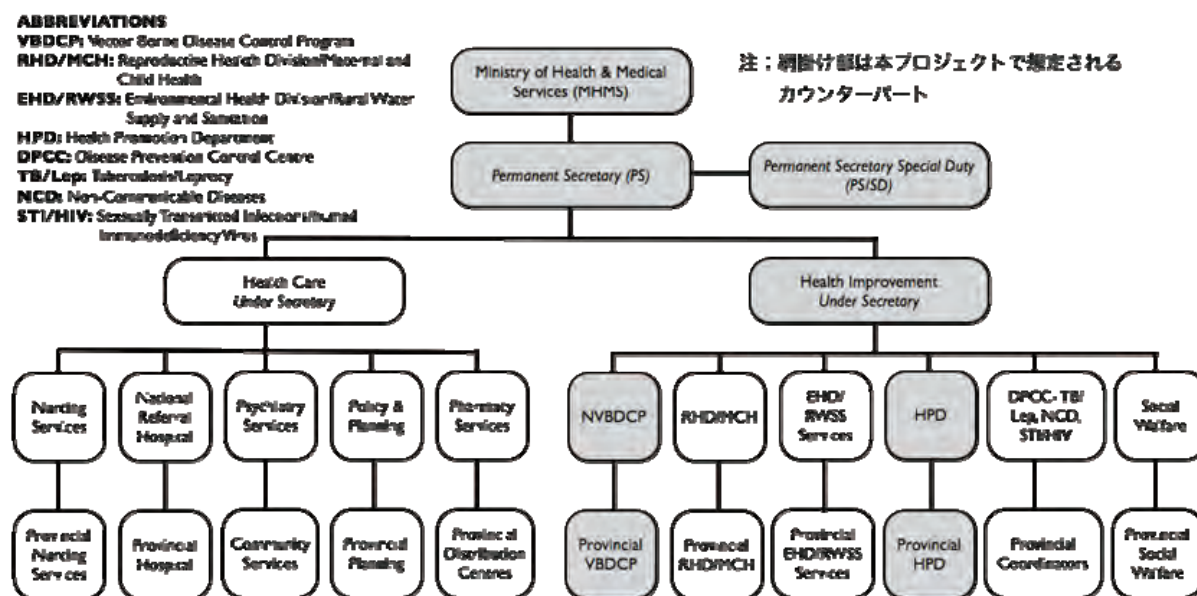


図-3 ソロモン諸島における保健行政組織

(2) 州レベル

中央レベルの各部は州保健局に担当課を有し、各担当課は各州での業務を統括する。ソロモン諸島の地方行政区画は首都地域（Capital Territory、ホニアラ市）及び9つの州で構成されており、首都地域を除き各州は複数の島から構成されている。ホニアラ市はガダルカナル島に位

置するが、行政区画としてはガダルカナル州から独立している。保健行政に関しても、州における保健行政は州保健局が担当するが、ホニアラ市は HCC が担当している。州レベルの保健局の機能としては、医療施設の監督指導 (Supervision)、Vector Control Activity としての蚊帳の配布及び IRS、コミュニティでのヘルスプロモーション (Community Mobilization, Healthy Village 等)、マラリアをはじめとする疾病サーベイランスなどである。また、各州の保健局や支所にはフィールド・ワーカーが雇用されており、蚊帳の配布や IRS、サーベイランスのデータ収集などを行っている。

2-6 ソロモン諸島における医療サービス提供体制

(1) 医療施設

ソロモン諸島には合計 295 の医療施設があり (表-4)、ホニアラ市の国家レファラル病院 (National Referral Hospital : NRH) を中心とした病院施設が、三次医療施設として各州に設置されている。病院組織の下にエリア・ヘルスセンター (AHC) が置かれ、二次医療施設としての役割を果たすことが期待されている。ルーラル・ヘルスセンター (Rural health Centre : RHC) 及びナースエイド・ポスト (Nurse Aid Post : NAP) が一次医療施設として、コミュニティにおける診療・予防教育を含む地域医療を実質的に担っている。

表-4 ソロモン諸島における各州の医療機関の内訳

Province	Hospital	AHC	RHC	NAP	Total
Malaita	2	4	16	15	55
Western	2	4	19	8	61
Guadaleana	1	5	9	7	38
Isabel	1	4	6	3	33
Central	1	1	5	9	24
Makira/Ubawa	1	4	12	5	38
Honiara City	1	1	8	NA	9
Choiseul	2	1	8	3	21
Temotu	1	1	2	2	16
Total	12	25	85	52	295

NA: Not Applicable

(2) 保健医療人材

病院レベルには、医師をはじめ登録看護師 (Registered Nurse : RN、修学年数 3 年)、薬剤師、放射線技師、臨床検査技師などの専門職が在職し診療サービスを提供しているが、AHC 及び RHC での診療サービスは RN が中心的役割を果たし、医師や薬剤師などの専門職は配置されていない。NAP での診療サービスを提供しているのは、修学年数 2 年のナースエイド (Nurse Aid : NA) となる。また、マラリア診療に関しては、顕微鏡検査を専門とする顕微鏡検査技師 (Microscopist) が配置されているが、ソロモン諸島全体のカバー率は 2009 年時点で 59% である。RHC でのカバー率は 82% であるが、NAP では 34% と低い。しかしながら、州により雇用されている顕微鏡検査技師 199 名に加え、88 名の顕微鏡検査技師がコミュニティの資金により雇用されるコミュニティ顕微鏡検査技師 (Community Based Microscopist : CBM) として活動している。

保健人材不足は、ソロモン諸島の診療サービス提供体制上、最も重要な問題のひとつに挙げられる。単位人口あたりの保健医療人材の人数に関しても、安定的な医療サービスを提供するのに十分な数からは依然として遠い。図-4⁷に、人口 1 万人あたりの医師及び看護職員 (看護師及び助産師) 数の近隣諸国との比較を示した。医師に至っては近隣諸国の平均を大きく下回っ

⁷ Mid 2009 Progress Report (1 January to 30 June 2009) Volume 4, Ministry of Health and Medical Services, and Health Sector Support Program のデータを調査団が図に加工。

ており、フィリピンの7分の1、フィジーの約3分の1である。看護職員数に関しては、図-4に示した隣国と比較すれば大洋州諸島国の中では第3位ではあるものの、看護職員は地域の一次医療を実質的に担っており、満足のできる診療サービスを提供するにはほど遠い。実際にNAPではNA1人の診療体制であることも多く、休暇等で不在となれば管轄地域の医療サービスはストップする。また、MHMSは、今後10年の看護職員の人材ギャップ(退職者と看護学校からの人材供給のバランス)は毎年30-40名の欠員となるものと試算しており、今後、人材不足がさらに加速することが危惧される。

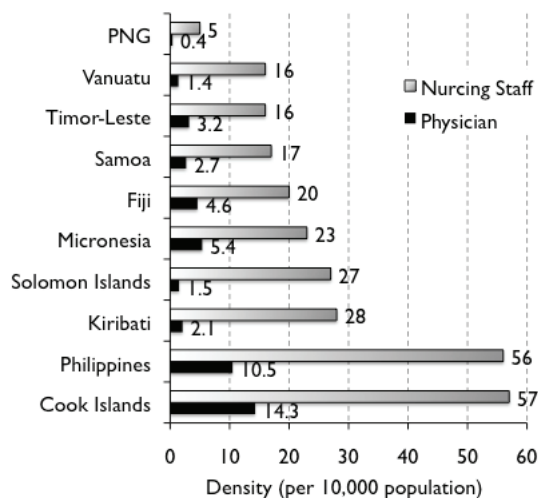


図-4 人口1万人あたりの医師及び看護職員数の近隣諸国との比較

医療従事者の質については、「マラリア対策強化プロジェクト」において一次医療施設の医療従事者を対象とした研修が多数実施され、一定の成果を残している。一例を挙げると、治療ガイドライン研修時に実施した基本的マラリア治療に関するプリテストで平均正答率が14%であったのに対し、研修後のポストテストでは84%に改善している。単純比較はできないものの、その後のフォローアップ研修でも比較的良好な結果が得られ、研修の成果が伺われた。しかしながら、対象地域でも全ての医療従事者を網羅した訳ではなく、また、離職・移動などに伴った人材の入れ替えが進めば、研修効果は希釈される。ガダルカナル州、ホニアラ市以外のプロジェクトの裨益の無い地域では、依然として医療従事者の質の問題が残存している。他にも、RNとNAでは診断能力にも大きな差があり、また、都市部に比べて地方部の看護職員の能力にも開きがあることが、質に関する問題のひとつとして指摘されている。

(3) レファラルシステム

ガダルカナル州のレファラルシステムは、重症マラリア患者がクリニックに来院した際には保健局の医師にコンサルテーションを依頼し、上位機関にリファーするか否かを判断する基本方針があるが、このシステムが十分に機能しないこともある。これに対し、「マラリア対策強化プロジェクト」ではマラリア患者の適切なレファラルシステム運用のため、現場レベルで簡易に使用できる「レファラルシステムチャート」を作成している。同チャートでは、重症度によりひとつでもあてはまれば医師にコンサルテーションを依頼する症状と、2つ以上あてはまれば医師にコンサルテーションを依頼する症状とに分かれている。また、医師との連絡がつかなかった場合には、直接RNまたはNAの判断でAHCまたはNRHなどの上位組織に搬送することが記載されている。ソロモン諸島ではこのようなレファラル体制が敷かれているが、実際の患者のリファーにあたってはAHCの機能、アクセス、交通手段、看護師の能力など多くの要因が治療成績に影響している。

AHCは二次医療施設として、本来RHCあるいはNAPから患者のリファーを受けるが、医療機材、人材ともに備えられているべき二次医療施設機能には遠くおよばないのが現状で、ソロモン諸島のレファラルシステムの最大の弱点のひとつであることが前プロジェクトで指摘さ

れ、本調査でも追認されている。ソロモン諸島はガダルカナル州であっても交通網の整備が未熟で、車両によるアクセスが島の北面のみである。マライタ州についても車両でアクセスできる地域は限定的である。したがって、それ以外の地域の移動は原則的にボートまたは徒歩になり、地方部で重症患者が発生しても病院施設のある地域まで搬送することは時間的・資金的にも大きな困難が伴う場合も多い。

(4) マラリア情報システムとフィードバック報告

ソロモン諸島におけるマラリア・サーベイランスは、WHOにより導入されたSIMISが運用されている。各地の一次医療施設で診断されたマラリア診断情報はHealth Radioと呼ばれる無線機（または紙ベース）でAHCを経由してNVBDCPに伝達される。各地から送られる診断情報は集計・分析されて各種の指標になる。しかしながら、一次医療施設では顕微鏡検査による確定診断ができない施設も多く、看護職員が臨床症状のみから診断した徴候的マラリア（Symptomatic Malaria）は、一般的な保健情報を取り扱う保健情報システム（Health Information System : HIS）にマラリア症例として報告される。確定診断できる場合には、マラリア確定診断例か否かをSIMISデータとして顕微鏡検査技師（看護職員の場合もあり）が報告している。このように、すべての施設で確定診断が行われていないソロモン諸島の現状からはHISとSIMISが併用される状況はやむを得ず、報告されたデータの解釈にはデータソースに留意する必要性が指摘されている。

また、ソロモン諸島では通信インフラが脆弱であり、上述のとおりマラリア情報は無線機による口頭での伝達、または報告用の帳票により伝達される。したがって、口述の際の記録ミス、報告帳票搬送時の紛失・損失、帳票記入時の転記ミスなどの理由により欠損値とゼロ報告の区別がつきにくく、データそのものの信頼性も十分ではない。また、車両でのアクセスの悪い地域からの報告用帳票は運搬に時間がかかるため、分析結果のフィードバックに適時性が十分でない場合も多い。しかしながら前プロジェクトでは、SIMISデータの整備、マラリアの簡易的なエピデミック警戒システム（レンジグラフ⁸によるサーベイランスデータのフィードバック）を試行しており、今後臨床現場でこれらの情報が利用され、マラリア疫学現況に呼応した迅速な対策を取るための基盤が整備されつつある。他方、サーベイランスには報告完全性、特異性、報告感度、適時性などのパフォーマンスを測る指標⁹を設定しモニタリングすることが国際標準となっているが、ソロモン諸島では同指標を設定し、モニタリングするような水準には到達していない。

(5) 医薬品の流通

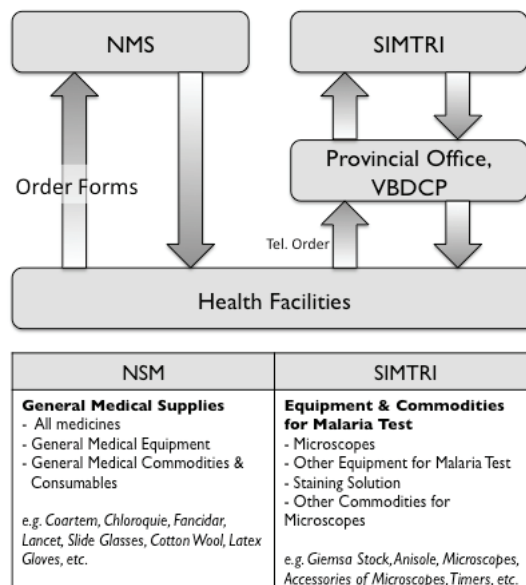
ソロモン諸島の医療資機材（医薬品、医療機器及び消耗品類）は国外からの輸入になる。ソロモン諸島の医療資機材購入管理、流通経路を図-5に示した。

⁸ 直近3年間の月毎のマラリア検査総数とマラリア陽性総数それぞれの最大値最小値を各ゾーンのレンジグラフとして表し、最大値と最小値に挟まれた通常レンジを当該月のデータが2カ月連続して越えればエピデミックとするマラリア流行の早期検出システム。SIMTRIのテキストを元にプロジェクトによってシステム化された。フィードバックの頻度は四半期毎である。

⁹ 報告感度：発生した症例のうち、報告された症例の割合。特異性：報告された疑い症例のうち、実際にその疾病であったものの割合。報告完全性：例えば、全報告点のうち定期的に報告している報告点の割合、あるいは報告が定められている内容のうち、実際に報告された内容の割合。適時性：検知、報告、対応などの迅速さ。

医薬品を含む一般医療資機材の物流は国立医薬品倉庫（National Medical Store : NMS）によって管理され、全国の医療施設は所定の発注票を用いて定期発注し、NMS から全国に分配される。在庫不足などによる緊急発注は電話または無線機で行う。近年、NMS に“mSupply”という請求・購入管理のためのソフトウェアが導入され、NMS での購入管理システムは徐々に改善しつつあったが、2007 年/2008 年分請求分が外部要因¹⁰により国外に留め置かれ、2009 年 4 月時点での NMS における欠品率は 23.5%と危機的な状況となった。その後問題は解決され、現在の在庫量は比較的安定している。

マラリアの診断のための資機材はソロモン諸島医学研修研究所（Solomon Islands Medical Training and Research Institute : SIMTRI）によって流通管理される。発注は原則的に電話または無線機で行われ、緊急発注も同様である。SIMTRI から納入された資機材は、各医療施設で在庫管理票を用いて適切に管理されることになっている。



図ー5 ソロモン諸島における医療資機材の流通

2-7 日本の支援実績

(1) ソロモン諸島医学研修研究所（SIMTRI）

1988年に日本の無償資金協力より建設され、研修コース（検査診断及び公衆衛生）開催、調査研究、各種会議、ワークショップ開催などに活用されていた。

(2) プライマリー・ヘルス・ケア推進プロジェクト

1991年から5年間実施された技術協力プロジェクトであり、活動の1つとしてマラリア対策を含んでいた。主に、マラリアの疫学的評価手法、顕微鏡診断などの技術移転が行われた。

(3) マラリア対策強化プロジェクト

マラリア疾病管理体制の向上を目標として、2007年から3年間実施された。医療従事者の教育訓練やCBMPモデルの開発などを通じて、ソロモン諸島のマラリア対策に一定の成果を残した。

¹⁰ 医薬品の輸入運搬を委託していた会社が管財人管理下に置かれ医薬品がオーストラリア国オークランドに留め置かれた。

第3章 プロジェクト対象地域の概況

3-1 対象地域の概要

(1) ソロモン諸島

地理的には、ソロモン諸島は南太平洋のメラネシアにある島嶼群であり、オーストラリアの北東、パプアニューギニアの東に位置する。北にはナウル、東にはツバル、南東にはフィジー、南にはバヌアツがある。国土面積は各島の合計で 28,900km¹¹である。首都はガダルカナル島にあるホニアラ（Honiara）。人口は 2008 年で 506,967 人と推計されている。民族はメラネシア系が大多数を占め（約 94%）、その他少数のポリネシア系、ミクロネシア系、ヨーロッパ系、中国系が存在する。言語は公用語として英語、共通語はピジン語である。しかしながら、地方部には多数の民族集団が存在し、固有の言語を有している。

ソロモン諸島は 1978 年に英国から独立した、エリザベス II 世女王を元首とする立憲君主国家であり、ソロモン諸島人総督が英国女王の代理を務めている。内政として重要な歴史として 1998 年末からの民族紛争が挙げられる。首都ホニアラがあるガダルカナル島において先住民ガダルカナル人と移民マライタ人との間で部族対立が激しくなり、保健システムを含む社会インフラは著しく消耗した。経済情勢も民族紛争によって大幅な財政赤字となっていたが、治安の安定に伴い 2003 年以降は 5%を超える経済成長率を示すなど回復の兆しを見せている。

ソロモン諸島保健分野における状況は、前章を参照のこと。

(2) ガダルカナル州

ソロモン諸島中部の州であり、ガダルカナル島を中心としている。行政府所在地は首都でもあるガダルカナル島のホニアラ市であるが、ホニアラ市自身は首都地域としてガダルカナル州からは分離されている。面積はソロモン諸島行政区域で第 2 位（5,336km²）である。人口は 2009 年保健省資料によれば 79,555 人と推計されており、ソロモン諸島で第 2 位である。

(3) ホニアラ市

ソロモン諸島の首都であり、ガダルカナル島の北海岸に位置する。分割統治されているが、ガダルカナル州の州都でもある。面積は 22km²で、人口は 2009 年 MHMS 資料によれば 63,055 人と推計されている。人口密度はソロモン諸島行政区域で顕著に高く、2,866 人/km²（ソロモン諸島全体の人口密度は 17.5 人/km²）である。

(4) マライタ州

ソロモン諸島中部の州であり、ガダルカナル州の北東に位置する。マライタ島を中心にマラマシケ島（南マライタ島）やシカイアナ島によって構成され、面積はソロモン諸島行政区域で第 3 位（4,225km²）である。行政府所在地はマライタ島西岸にあるアウキ（Auki）。人口は 2009 年 MHMS 資料によれば 157,447 人と推計されており、ソロモン諸島で第 1 位である。人口密度もホニアラ市に次いで第 2 位である。

¹¹ 出典 世界銀行

3-2 対象地域におけるマラリア対策の実施体制と課題

本項では、プロジェクト対象地域におけるマラリア対策実施体制を概説する。

(1) ガダルカナル州保健局 (GHPO)

GHPO には約 25 名の職員が在籍し、うちマラリア対策部門は 4 名である。5 の Region に地域事務所が合計 7 ヶ所あり、多くのフィールド職員が現場レベルの活動を実施している。マラリア対策にかかわる地域区分として、ホニアラ市を含むガダルカナル島を 18 の “Zone” に分けて管理している。前プロジェクトでは、ガダルカナル州のうち 4 つのコミュニティに対する CBMP モデルの導入を GHPO が中心となって実施しており、コミュニティを中心としたマラリア予防活動に係る知識、経験は一定レベルに達している。前プロジェクトで導入された CBMP モデルは、程度の差はありながらも現在も機能しており、ソロモン諸島放送局 (Solomon Islands Broadcasting Company : SIBC) や広報誌などのメディアを通じた広報活動により多くの住民の反響を呼んでいる。現在も GHPO や SIDT に対する問い合わせも多く寄せられている。

また、前プロジェクトで実施された看護職員研修などにも看護部門等、複数の部門が関係しており、組織としての一定の経験は有している。しかしながら、CBMP モデルの導入は車両によるアクセスが可能な地域で実施され、遠隔地での導入や、より対象を拡大するためのマネジメント能力は十分とは言えず、技術的にも資金的にも独自にコミュニティ活動を推進するには困難な状況である。活動予算については、GFATM の支援により学校保健教育を通じたマラリア予防活動に対して一定の活動予算が割りあてられているが、コミュニティ活動に特化した予算措置は十分でなく、前プロジェクト以降は CBMP モデル展開にかかわる活動は実施できていない。

GHPO としてのマラリア対策にかかわる主な活動内容は MAP に沿ったものであり、現在の活動の中心は以下のとおりである。

- ・ 監督指導 (Supervision) : Provincial Mini Hospital (1 ヶ所)、AHC (6 ヶ所) のを管轄 (NRH への監督指導は行っていない)。RHC (10 ヶ所)、NAP (21 ヶ所) の監督指導は AHC が担当する。
- ・ Mass Blood Sampling
- ・ Vector Control Activity (蚊帳の配布、家屋の殺虫剤噴霧など)
- ・ マラリア予防啓発活動
- ・ マラリア発生などの定期報告 ほか

(2) ホニアラ市役所 (HCC)

ホニアラ市はガダルカナル州にあるが、行政区画として独立している。同様に、保健サービス提供の管轄もガダルカナル州から独立しており、HCC が担当しているが、ガダルカナル島のマラリア対策にかかわる 18 の地域区分では、“Zone 2” に割りあてられている。HCC のマラリア対策の実施体制として、HCC のシニアレベル職員約 30 名のうち 7-8 名でマラリア対策を担当している。フィールド職員を含めれば HCC 全体では 100 名程度の職員が在籍している。HCC としてのマラリア対策にかかわる主な活動内容も GHPO と同様、MAP に沿って実施されるものとされ、現在の活動の中心も GHPO と同様である。市内 2 ヶ所 AHC、6 ヶ所 RHC を管轄している。市内に NAP は無い。

前プロジェクトの際にはホニアラ市の医療従事者に対しても多くの研修活動が実施されたが、CBMPモデル導入に関しては、対象地域となっていなかった。独自のコミュニティ活動は実施しているが活発には実施されておらず、協力の必要性は高い。ただし、ソロモン諸島第1の都市であるホニアラ市には他民族の住人が約1万2千世帯存在していると推計されており、また、地方部からの出稼ぎ労働者を中心とした流動人口も多く、住民に対する効果的な啓蒙活動の実施を困難にしている。一般的には、マラリア罹患率は公衆衛生環境の良好な都市部に少なく、地方部に多い傾向を示すが、ホニアラ市のマラリア罹患率は高く、ガダルカナル州とほぼ同等である。他方、ホニアラ市住民は病院を含む医療機関へのアクセスが比較的良いこともあり、罹患率は高いものの、地方部に比較して重症例や死亡率は低い傾向にある。

このような複雑な都市環境であってもマラリア予防啓発活動のニーズは高く、地域特性に則したマラリア予防啓発活動の優先性は他の地域同様に高い。本プロジェクトではコミュニティを中心としたマラリア対策システムの強化をプロジェクト目標に据えている（次章を参照）が、ホニアラ市での実施にあたっては、上述のような都市型環境を踏まえた活動の実施、また必要性に応じたCBMPモデルの修正が求められる。

(3) マライタ州

マライタ州のマラリア対策は、マライタ州保健局マラリア課（NVBDCP所属）が担当している。昨年までは同部門付きのフィールド職員2名が在職していたが本年退職し、部門長、検査担当者、モニタリング評価担当者の3名体制である。マライタ州全体としてはフィールド職員15名、顕微鏡検査技師10名、モニタリング評価担当者2名、ドライバー2名である。マラリア対策にかかわる活動はMAPに沿って実施されるものとされているが、人材不足により十分な活動が実施できていない。しかしながら、蚊帳の配布については6つのZoneのうち5つで開始されている（実施していないZoneはMothers' Unionが担当）。マライタ州の行政区域はNorthern、Central、Eastern、Southern Regionの4つだが、マラリア対策にかかわる地域区分はCentral Regionの北部をWestern、Southern Regionの西部海岸Hau Hui地区周辺をArakaとして、6つのZoneに分けて管理している。マライタ州内の医療施設は病院が2施設、AHCが4施設、RHCが26施設、NAPが47施設の合計79施設である。

マライタ州におけるマラリア罹患率は、ガダルカナル州、ホニアラ市以外の州と同様、依然として高いものの、近年は低下傾向にある。蚊帳の配布が進んだことやIRSも大きく貢献しているものと考えられるが、Auki市にあるKilu'ufi病院¹²の取り組みも一定の成果を上げているものと推察される。同院では2008年末より、“Integrated Primary Healthcare Turing Program”として、医師、歯科医師、看護職員（リプロダクティブヘルス、眼科コーディネーター、EPI、精神科看護、感染症対策、マラリア対策）、ヘルスプロモーション、環境衛生、メンテナンス職員からなる約25名のチームを組織し、約月1回の頻度で州全域の地域に出張医療サービスを実施している。活動対象地域は州全体であり、車両によりアクセスの悪い地域にはボートを使用して定期巡回を行っている。同院のベッド稼働率（Bed Occupancy Rate）は、2008年が70-80%であったが、2009年は48.3%[43.7%（12月）-53%（3月）]に低下している。今年度も低レベルを維持しており、同プログラムが地域の一次医療に一定の改善をもたらしたことが一因として

¹² 入院ベッド数147。1日外来患者数は約100名（季節により変動）。2010年4月時点で医師3名、歯科医師1名が在籍しており、院長は州の保健局長を兼務している。

推察される。同プログラム実施にあたり、設立、実施に対し、他のドナー組織などからの技術的、資金的支援は受けておらず、政府からの予算内で実施しているとのことである。

(4) その他の問題

ソロモン諸島共通の問題として財政問題が挙げられる。民族紛争終結後の2003年以降は安定的な経済成長が観察されていたが、世界的な経済状況に混乱が生じた2009年度は、保健サービス関連予算が前年比で33%の縮減となっている。上述のとおり、ソロモン諸島のマラリア対策に係る予算の多くはドナー機関による資金援助により大きく支えられているが、各種研修活動や住民啓発活動に割りあてられる予算額は、施設設備投資、LLIN や IRS 購入などの割当てに比較して小さい。マラリア予防啓発活動には学校保健教育に対しては比較的予算が割りあてられているが、コミュニティに特化した予防啓発活動に対する予算は少額であり、コミュニティ活動の実施には資金的制約が大きく影響している。

3-3 コミュニティにおけるマラリア対策の現状と課題

コミュニティにおけるマラリア対策で最も重要なものは、感染予防である。前述のとおり、特に遠隔地では、病院施設あるいは AHC へのアクセスが比較的良い地域に比較して重症化に陥りやすく、診療機能の向上に優先して予防教育のニーズが高い。その要因として、まず住居の構造が挙げられる。熱帯雨林気候のソロモン諸島では通年、湿度・気温ともに高く、コミュニティでは木造、茅葺きが多く、開放性の高い住居構造が多く見かけられ、蚊の住居内侵入は比較的容易であることが推察される。また、着衣に関しても、おおむね通年薄着で過ごし、乳幼児であれば全裸であることも多い。さらに、地方部での水はけは一般的に悪く、短い降雨でも水たまりができることが多い。州保健局は排水溝の設置を進めているものの、特に地方部での状況に改善は見られていない。以上のことから、蚊の発生源も多く、曝露機会も都市住宅環境に比較すればはるかに高い。

熱帯熱マラリアを媒介するハマダラ蚊は日暮れの頃から吸血活動を活発化するが、日中は日陰を好むため葉陰や住居の陰などに潜んでいる。したがって、強力な殺虫剤を使用する IRS は短期的にマラリアの伝播を抑制するには非常に有効な手段と考えられているが、使用する殺虫剤の成分によって3-6ヵ月毎の定期的な噴霧が必要である (DDT¹³であれば9-12ヵ月)。また、IRS による効果を十分に発揮させるには、対象地域の80%以上の家屋の IRS が必要とされている。就寝中は LLIN を適切に使用できれば蚊の曝露機会を減らすことができ、2010年3月より GFATM 支援のもと LLIN 無償配布が始まっているが、上記のとおり、ハマダラ蚊の吸血活動が活発化するのは日暮れから数時間であり、手足の出ている衣服で屋外に出れば、蚊の吸血を受けるリスクは高くなる。

以上のことから、現在、活動を活発に行っている LLIN 配布や IRS は大きな有効性が期待できるが、更なるマラリア感染率の低下をめざすには、蚊帳の適切な使用法、メンテナンス、蚊の発生を防ぐ公衆衛生活動など、教育的要素を含んだ多方面からの住民活動の強化が伴われる必要がある。

マラリア感染以外のコミュニティにおける最も重要な健康関連問題として、安全な水の確保を

¹³ DDT : Dichloro-Diphenyl-Trichloroethane, ジクロロ・ジフェニル・トリクロロエタン 有機塩素系殺虫剤・農薬。現在は日本をはじめとする先進諸国での使用は禁止されている地域が多く、主に開発途上国でのマラリア対策に使用されている。

含む公衆衛生の改善が挙げられる。コミュニティにおける公衆衛生改善は間接的にもマラリア対策に貢献すると考えられ、マラリア対策を中心に据えながらも健康問題に関連する包括的な取り組みが行われることが望ましい。

また、ソロモン諸島の住民の地方部人口は大きく、多くの住民が医療施設へのアクセスの問題に直面している。上述のとおりソロモン諸島の交通インフラは非常に脆弱で、車両によるアクセスができない地域の住民も多い。その際の交通手段は徒歩やボートに限定され、マラリアにかかわらず初期治療の遅れが生じる場合も少なくない。また、近隣の RHC、NAP の医療施設としての機能も十分でない場合も多く、マラリアの確定診断は全ての施設で実施できる訳ではない。コミュニティにより雇用されている CBM が配置されている地域もあるが、検査技術の質に問題がある場合も少なくない。同時に、脆弱な交通インフラはサーベイランスにおける情報伝達に対しても大きく影響を及ぼしており、コミュニティレベルの医療機関に対する適時的な情報フィードバックも十分でない場合もある。

第4章 プロジェクトの枠組み

4-1 マラリア対策の現状・課題とプロジェクトの基本方針に関する協議結果概要

(1) マラリア対策の現状・課題

ソロモン諸島におけるマラリア対策は1999年から2003年にガダルカナル州、マライタ州で起きた民族紛争により大きく消耗し、著明なマラリア罹患率の上昇を招来している(図-6)。2004年以降にドナー機関の活動が本格的に再開された後はマラリア感染率に大きな低下が認められたものの、2010年の目標値である感染率人口1,000対80未満の達成は困難な状況である。

ソロモン諸島のマラリア対策については、ドナー機関による財政的・技術的な支援によって大きく支えられている。これまでのJICAのプロジェクトもカウンターパート機関、他ド

ナー機関との協調に配慮した活動を継続してきたが、ソロモン諸島MHMSは2008年にMAPを発表し、各関係機関がより協調し、包括的なマラリア対策を実践するための6年計画を策定した。2010年2月には、より一層のドナー協調を進め、MAPを効果的・効率的に実施するためのMSCが発足し、JICAもメンバー組織の一員としてカウンターパート機関、他ドナー機関と協力しながらソロモン諸島のマラリア対策に貢献していくものである。

これまでのJICAの支援として特記すべきは、フェーズ1のプロジェクトとして位置付けられる「マラリア対策強化プロジェクト」である。ソロモン諸島のマラリア対策においては、マラリアによる死亡を削減する手段としてマラリア重症化に優先的ニーズがあり、同プロジェクトでは、重症マラリア患者の適切な管理に主軸をおき、一次医療施設のマラリア診療サービスの質の強化をめざした活動が実施され、一定の成果が観察されている。他方、プロジェクト期間の後半では、コミュニティを中心としたマラリア予防啓発活動を実施し、CBMPモデルを開発し、4つのコミュニティにおいて効果的なマラリア予防啓発活動が展開された。このことは、他ドナー機関だけではなく住民からも大きな反響を呼んでいる。現在ソロモン諸島の住民に対する予防啓発活動は学校保健教育を中心としたアプローチが実施されているが、人材的・財政的を理由として、活動はそれほど活発には実施されていなかった。また、コミュニティへの直接的な技術的介入はJICA以外には実施できる機関がなく、カウンターパート機関、他ドナー機関共に、JICAのコミュニティ活動に大きな期待を寄せている。

上述のとおり、前プロジェクトではソロモン諸島のマラリア対策に対して一定の貢献が確認されたが、プロジェクト活動の内外でいくつかの問題が残されており、ソロモン諸島政府より継続支援の要請が挙げられた。それを受けて、フェーズ2の活動として協力すべき内容についてNVBDPを中心とするソロモン諸島関係機関、他ドナー機関と協議し、次項に示すフェーズ2プロジェクトの基本方針について合意した。

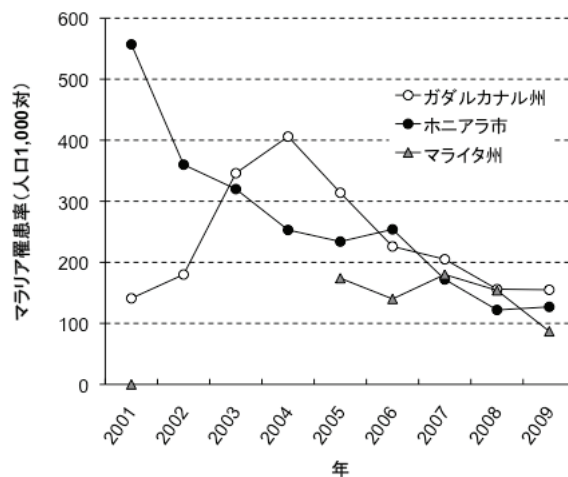


図-6 マラリア罹患率の推移

(2) プロジェクトの基本方針に関する協議結果概要

既存資料のレビュー、カウンターパート機関、他ドナー機関に対するインタビュー、フィールド調査によって得られた情報に基づき、PDM 案及び PO 案について 2 日間のワークショップで協議した。以下にカウンターパート機関と合意したフェーズ 2 プロジェクトの基本方針について概説する。なお、ワークショップにはカウンターパート機関より NVBDCP、HPD、GPHO、HCC、ドナー機関より WHO、PacMISC、SPC/GFATM の代表者が出席している。

1) プロジェクト目標

「コミュニティを中心としたマラリア対策システムが、保健医療サービス省、ガダルカナル州、ホニアラ市、マライタ州で強化される。」

ソロモン諸島のマラリア対策は MAP に沿って実行されるものであり、各ドナー組織の支援を受けながら包括的な取り組みを行う。対策のアプローチとして死亡率の低下をめざした人材育成の重要性は揺るぎないものではあるが、ソロモン諸島のコミュニティでは予防活動に関する優先性が高い。JICA によるフェーズ 1 プロジェクトでは重症化予防のための人材育成を実施したが、プロジェクトの後半では CBMP モデルの開発を行い、4 つのコミュニティで実施し、大きな効果・反響を得ている。したがって、フェーズ 2 ではコミュニティでの予防啓発活動の拡大を活動の中心と据えながらも、コミュニティを取り巻く環境の改善として、AHC 機能強化（フォローアップ研修含む）を通じたレファラルシステムの強化、中央レベルからコミュニティまでの連携強化、さらに、適切な MAP の実践のために、他のドナー機関と協調して中央レベル、州/市レベルのマネジメント能力強化を支援することとする。

2) 上位目標

「コミュニティを中心としたマラリア対策システム戦略がソロモン諸島のより広い地域に移転される。」

上位目標ではプロジェクト終了後、3-5 年後に自助努力によって到達する目標として定め、プロジェクトで得られた便益（より強化されたマラリア対策システム）の拡大をめざすものである。自然に考えれば他州への拡大が上位目標として考えられるが、本プロジェクトの対象地域であるガダルカナル州、ホニアラ市、マライタ州（マライタ州での活動実施については後述）はソロモン諸島のマラリア罹患率の約 8 割を占め、コミュニティの数も同地域内には非常に多く存在しており、同地域での活動をさらに強化・展開することがより効果的である。しかしながら、上位目標として、他州への展開も可能性として否定するものではないため、地域を特定しない目標設定とした。フェーズ 1、フェーズ 2 で強化された組織、人材を利用して活動を拡大していく方針が望ましい。

3) 成果

	成果	協議結果
1	「NVBDCP 等の「マラリア行動計画 (MAP) 2008-2014」の実施能力が向上する。」	NVBDCP は MAP 実施機関であるが、効果的な実施には人材、経験、資金的に十分でなく、特にコミュニティ活動に関しての実施運営管理に支援が必要であり、当初はフェーズ 2 プロジェクトの中継案件としてヘルスプロモーションの専門家を要請している。今般、中継案件を経ず、3 年間のフェーズ 2 実施にあたり、コミュニティ活動強化を念頭に置きつつ、全般的な中央レベルの MAP 運営実施能力 (マネジメント能力) 強化をめざした支援を行う。
2	「保健医療サービス省・州/市保健局・医療施設・コミュニティ間のマラリア対策実施体制が整備される。」	ガダルカナル州保健局は CBMP モデルの実質的な実施者として経験を積んでいるが、対象とするコミュニティの拡大及び管轄する医療機関の機能を維持・強化するに際し、より一層のマネジメント能力強化が求められる。ホニアラ市も同様、管轄する医療機関のモニタリング・監督指導の強化が求められ、CBMP モデル導入に関しても支援が必要である。他方、フェーズ 1 で実施した SIMIS に関する支援でフィードバックシステムは一定の向上が見られているが、疾病サーベイランスを実施するうえで一層の SIMIS データの質の向上が求められている。 したがって、成果 2 でモニタリング・監督指導の強化を進め、医療機関の機能強化・SIMIS データの質の向上をめざした「縦の連携」強化を実施する。
3	「コミュニティにおけるマラリア予防を中心としたヘルスプロモーション活動実施体制が強化される。」	フェーズ 1 プロジェクトで開発した CBMP モデルの拡大をめざし、本プロジェクトの最優先の活動と位置付ける。CBMP モデル自体や、使用するモジュール等も適宜導入の結果を分析しながら、より精度の高いモデル、モジュールへとブラッシュアップする。ホニアラ市については都市条件下での実施に適したモデルの修正等を検討する。マライタ州については遠隔地であり、病院での既存の活動や JICA の他のプロジェクトとの連携の可能性を考慮し、他のドナー支援状況等をベースライン調査で確認する。調査結果を基に、実現可能性を評価したうえで、実施方法、開始時期、対象サイトの選定などを行う。 なお、本成果に関してはベースライン調査、エンドライン調査で住民に対する KAP (知識-態度-行動) 調査を実施し、プロジェクト介入の効果を客観的に評価する。KAP 調査の実施には、事前に有識者による調査内容、実施方法等のレビューを受けることが望ましい。

4	「エリア・ヘルスセンター（AHC）を中心としたマラリア診療サービスが機能している。」	<p>フェーズ1のプロジェクトでは多くの一次・二次レベル医療機関のスタッフに研修活動を行ったが、離職率の高いソロモン諸島においては、研修効果の維持の為にフォローアップ研修の実施の必要性が高い。特に AHC については一次医療機関からのリファー先としての機能が求められるが、人材、設備、組織運営能力が脆弱で、二次医療施設としての役割を果たしていない。</p> <p>したがって、成果4ではベースライン調査の結果、必要であればフォローアップ研修を通じて一層の医療スタッフの能力強化を行うとともに、資機材の整備、AHCを中心とした地域の診療サービス（医療資機材管理、夜間休日診療等を含む）の向上をめざす。</p> <p>なお、機材供与についてはできるだけ他ドナー支援を活用するものとし、設備強化に関する技術協力を中心に支援するものとする。</p>
---	--	--

活動実施に共通する事項として、以下の2点について合意した。

- ・ 具体的な活動は実施に先立って MSC で内容、期間、費用などを協議し、MAP の効果的な実施に努める。
- ・ ベースライン調査は各活動別々に実施するのではなく、ひとつの合同調査の形式にて実施する。調査項目については事前にプロジェクト内、カウンターパートと十分に協議し、必要に応じて有識者等に助言を依頼する。調査期間についても、プロジェクト開始後3ヵ月までを目安として実施する。

4) プロジェクト協力期間

本要請は、2007年1月～2010年1月まで実施された「マラリア対策強化プロジェクト」（フェーズ1）とフェーズ2の中継案件として上げられ、今年度にフェーズ2の要請を上げることが想定されていた。しかしながら、フェーズを積み上げる協力は現実的でなく、ソロモン諸島におけるマラリア対策に歩調を合わせるために、早期に実施する必要がある。

したがって本要請をフェーズ2として対応するものとし、協力期間を1年から3年に延長することをソロモン諸島関係者と協議した結果、左記の協力期間でフェーズ2としてプロジェクトを実施することで双方合意した。

5) プロジェクト名称

本要請の英文名称は、“Malaria Action Plan Implementation Support Project”であるが、フェーズ2としての活動を盛り込むには、上記名称は不適切と考えられた。フェーズ1の英語名称は“Project for Strengthening of Malaria Control”であり、PSMCとして広く認識されている。

本件につきソロモン諸島関係者と協議した結果、本プロジェクトの名称を“Project for Strengthening of Malaria Control System Phase II”（和文名称「マラリア対策システム強化プロジェクト フェーズ2」）に変更することで合意した。また、プロジェクト名称の変更は、討

議事録（Record of Discussions : R/D）締結までに必要な外交手続きを進めることを確認し、その旨 M/M に記載した。

6) 対象地域

マライタ州については遠隔地であり、2つの島を対象にするのはプロジェクトの実施体制上困難が予想される。したがってマライタ州での活動に際しては、病院での既存の活動や JICA の他のプロジェクトとの連携の可能性を考慮しつつ、他のドナー支援状況等をベースライン調査で確認し、調査結果を基に実現可能性を評価したうえで、実施方法、開始時期、対象サイトの選定などを行うことで双方合意した。

4-2 PDM 案

上述の協議を通じて PDM Version 0 を作成し、内容について合意した。以下に PDM の「プロジェクトの要約」及び「指標」を示す。

<p>上位目標</p>	<p><u>上位目標</u> コミュニティを中心としたマラリア対策システム戦略がソロモン諸島のより広い地域に移転される。</p> <p><u>上位目標に対する指標</u> 1. ソロモン諸島の 70%以上の地域で CBMP モデルに基づいたマラリア対策活動が実践されている。 2. ソロモン諸島で SIMIS 及び CBMP が機能している地域のマラリア罹患率及び死亡率が政府目標値以下となる。</p>
<p>プロジェクト目標</p>	<p><u>プロジェクト目標</u> コミュニティを中心としたマラリア対策システムが、保健医療サービス省、ガダルカナル州、ホニアラ市、マライタ州で強化される。</p> <p><u>プロジェクト目標に対する指標</u> 1. プロジェクト対象地で MAP 年間活動計画の 70%以上が、毎年予定どおり実施される。 2. プロジェクト対象地域における 80%以上の医療施設で SIMIS 及びフィードバック体制が機能している。 3. プロジェクト対象地域における 90%以上のコミュニティで CBMP モデルに基づいたマラリア対策活動が実践されている。 4. プロジェクト対象地域におけるマラリア罹患率及び死亡率が 2013 年の政府目標値以下となる。</p>
<p>成果</p>	<p><u>成果 1</u> NVBDPCP 等の「マラリア行動計画（MAP）2008-2014」の実施能力が向上する。</p>

成果 1 に対する指標

1. 中央レベルのカウンターパートの 75%以上が、2011 年第中期までにマネジ
メント研修を受講する。
2. MAP 年間計画の進捗管理、評価分析を毎年年度末までに、独自に実施でき
ている。
3. マラリア運営委員会定例会議が四半期毎に開催される。

成果 2

保健医療サービス省・州/市保健局・医療施設・コミュニティ間のマラリア対策
実施体制が整備される。

成果 2 に対する指標

1. 下位組織に対する運営管理及び SIMIS に関するモニタリング・監督指導シス
テムが 2011 年までに強化されている。
2. 2011 年までにフィードバック報告書が毎月作成されている。
3. 2011 年までに、外部制度管理における報告データの誤差率が 5%以下となる。

成果 3

コミュニティにおけるマラリア予防を中心としたヘルスプロモーション活動実
施体制が強化される。

成果 3 に対する指標

1. 2013 年までに、選定地域において 90%以上の MPVs が養成される。
2. 2013 年までに、90%以上の選定地域で CBMP モデルが導入されている。
3. 住民のマラリア対策に関する KAP 調査において、50%以上の調査項目で統
計学的有意差を示す改善が認められる。

成果 4

エリア・ヘルスセンター（AHC）を中心としたマラリア診療サービスが機能し
ている。

成果 4 に対する指標

1. 2013 年までに 90%以上の AHC 医療スタッフがフォローアップ研修を受講す
る。
2. 2013 年までに、AHC 機能強化計画で予定されたマラリア対策/診療に必要と
された医療機材の 90%以上が設置されている。
3. 2013 年までに、80%以上で施設内及び施設間在庫管理システムが機能してい
る。

活動	<p><u>活動1</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. NVBDCP、HPD 等に対して、PDCA サイクル等の運営管理マネジメント研修を実施し、MAP 運営管理能力を強化する。 2. NVBDCP、HPD 等による MAP 年間活動計画の策定を支援する。 3. NVBDCP、HPD 等による MAP 関連活動の実施（マラリア対策関連ガイドライン等の教育訓練、教材・フォーマット類の導入など）を支援する。 4. NVBDCP、HPD 等による MAP 年間活動計画の進捗管理と評価分析の実施を支援する。 5. マラリア運営委員会を通じて、支援組織間の分野横断的援助協調を支援する。 <p><u>活動2</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 NVBDCP 主導のもと、州/市保健局、AHC スーパーバイザー、AHC に対し、研修管理（実施、体系的評価など）、組織運営管理等に関するマネジメント能力を強化する。 <ol style="list-style-type: none"> 1.1 州/市保健局、AHC スーパーバイザー、AHC に対して組織運営、研修管理、下位組織に対する監督指導等に関するベースライン調査を実施し、マネジメント能力評価を行う。 1.2 ベースライン調査結果をもとに、州/市保健局、AHC スーパーバイザー、AHC に対して PDCA サイクル等のマネジメント研修を実施し、MAP 関連活動の実施能力を強化する。 1.3 ベースライン調査結果をもとに、下位組織に対するモニタリング・監督指導システムを整備する。 2 NVBDCP 主導のもと、州/市保健局、AHC スーパーバイザー、AHC 及び一次医療施設に対し、SIMIS データ管理とフィードバック体制を強化する。 <ol style="list-style-type: none"> 2.1 州/市保健局、AHC 及び一次医療施設に対して SIMIS データ管理とフィードバック実施状況に関するベースライン調査を実施し、SIMIS 運用状況及びデータの質、フィードバック実施状況を検証する。 2.2 ベースライン調査結果をもとに、SIMIS 研修内容、カリキュラム、教材等を改訂/開発する。 2.3 ベースライン調査結果をもとに、SIMIS 運用、データ管理、フィードバックに関するフォローアップ（または導入）研修を実施する。 2.4 SIMIS 運用、データの質及びフィードバック体制を向上するために、下位組織に対する定期的な SIMIS モニタリング・監督指導を実施する。 <p><u>活動3</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. NVBDCP を講師として、HPD に対して CBMP モデルに関する TOT 研修及び運営管理研修を実施する。 2. GPHO、HCC に対して CBMP フォローアップ研修、MPHO に対して CBMP 導入研修を、NVBDCP の協力のもと HPD を中心として実施する。
----	--

3. HPD が中心となり、CBMP モデル導入計画（モニタリング・評価を含む）を策定する。
4. コミュニティを中心としたマラリア予防モデルを導入する優先地域を選定する。
 - 4.1 マラリア対策実施状況、マラリア罹患率、コミュニティ環境、ニーズ、KAP（知識-態度-行動）等に関するベースライン調査を実施する。
 - 4.2 ベースライン調査分析結果に基づき、各コミュニティに対する CBMP モデル導入の実現可能性を評価する。
5. 「CBMP ガイドライン」に則り、優先地域に CBMP モデルを導入する。
 - 5.1 各地域で MPVs を育成する。
 - 5.2 MPVs 及び管轄する医療施設が中心となり、マラリア予防啓発を中心としたヘルスプロモーション、公衆衛生向上のための住民組織化を実施する。
 - 5.3 MPVs 及び管轄する医療施設が中心となり、コミュニティ活動計画策定、CBMP メディア見直し・開発を実施する。
 - 5.4 州/市保健局等の監督指導のもと、計画に基づいてコミュニティ活動を実施する。
 - 5.5 MPVs 及び管轄する医療施設が中心となり、自己評価に基づいた活動の見直しを実施する。
6. 定期的に優先サイトでの実績を評価・分析し、CBMP 導入計画、ガイドライン、マニュアル、啓発用ツールを改訂する。
7. ベースライン調査と同じ条件でエンドライン調査を実施し、非対象地域との比較分析により CBMP モデル導入効果を検証する。

活動 4

1. 州/市保健局主導のもと、AHC に対して診療体制、医療スタッフの力量、資機材の整備状況、在庫管理、運営管理等に関するベースライン調査を実施し、AHC 機能評価を行う。
2. NVBDCP の協力のもと、州/市保健局主導で機能評価結果に基づいた AHC 機能強化計画を策定する。
3. NVBDCP の協力のもと、州/市保健局主導で、AHC 機能強化計画に基づいた AHC 医療スタッフに対してマラリア予防/診療を中心とした医療技術に関するフォローアップ研修を実施する。
4. NVBDCP の協力のもと、州/市保健局主導で、AHC 機能強化計画に基づいたマラリア予防/診療に必要な医療機材の整備を実施する。
5. NVBDCP の協力のもと、州/市保健局主導で、AHC 機能強化計画に基づいた試薬、医薬品、消耗品等の施設内及び施設間（地域内）在庫管理システムを整備する。
6. NVBDCP の協力のもと、州/市保健局主導で、AHC 機能強化計画に基づいた施設内及び施設間（地域内）診療サービス提供体制（医療スタッフの勤務体制、他施設への支援体制など）を整備する。

4-3 投入計画

(1) 日本側の投入

1) 専門家派遣

- ・ チーフアドバイザー兼マラリア対策（長期専門家）
- ・ 業務調整兼コミュニティ開発（長期専門家）
- ・ その他必要な専門家（短期専門家）

2) 機材供与

- ・ プロジェクト活動に必要な資機材等
- ・ その他双方が必要と認めた資機材

3) ローカルコスト

- ・ 研修に係る費用
- ・ ベースライン・エンドライン調査に係る費用
- ・ CBMP 導入に係る費用 ほか

(2) ソロモン諸島側の投入

1) カウンターパート

- ・ プロジェクト・ディレクター
- ・ プロジェクト・マネージャー
- ・ 副プロジェクト・マネージャー
- ・ NVBDCP 及び HPD
- ・ マラリア対策担当官（GPHO、HCC、MPHO）
- ・ その他双方が必要と認めた者

2) 施設及び資機材

- ・ プロジェクト事務スペース
- ・ プロジェクト活動の実施に必要な資機材

3) ローカルコスト

- ・ プロジェクト活動に必要な経常経費 ほか

第5章 5項目評価結果

本評価は「JICA 事業評価ガイドライン」に沿って実施し、プロジェクト開始以前に計画内容を評価5項目で評価したものである。詳細計画策定調査では妥当性を中心に評価し、現時点で得られる情報より、必要、優先度、手段としてのプロジェクトの適切性の視点に立って計画内容を検証する。その他の項目（有効性、効率性、インパクト、自立発展性）は実績に基づく検証ではなく、予測・見込みに基づいて検証する。

プロジェクト開始後の留意点や、開始後のプロセスの中で適宜見直す必要があると判断された事項は以下の評価欄の該当箇所にそれぞれ記載している。これらの留意点はプロジェクト開始後のモニタリングの対象としても重要であり、プロジェクト目標や成果達成度の確認と併せて、モニタリング対象項目として位置付けていく必要がある。

以下に、評価結果を記す。

5-1 妥当性

以下に示す理由により、本プロジェクトの妥当性は高いと判断される。

(1) プロジェクトがめざす効果とソロモン諸島の保健政策の整合性

ソロモン諸島におけるマラリアの発生状況は他の周辺国に比較しても高く、ソロモン諸島に置く医療政策上、最も重要な疾患のひとつに挙げられる。ソロモン諸島政府は、国家保健戦略計画（NHSP 2006-2010）において、州と村レベルの医療サービスの強化と参加型開発の強化を重要な戦略として位置付け、特にマラリア対策については国家マラリア対策プログラムのもと、具体的な活動指針としてマラリア行動計画（MAP）」を公表し、NVBDCP が中心となり AusAID や GFATM などのドナー機関と協力して包括的な対策に乗り出している。

本プロジェクトでは MAP の実施支援を活動の原則とし、その中でも他の支援の少ないコミュニティ活動を中心としたマラリア予防活動の展開をめざしている。前プロジェクトではマラリアによる死亡を削減する手段として重症マラリア患者の適切な管理に主軸を置き、一次医療施設のマラリア診療サービスの質の強化をめざした活動が実施されたが、第2フェーズとなる本プロジェクトでは、より優先的ニーズの高いコミュニティを中心としたマラリア対策システムの強化をプロジェクト目標として実施する。コミュニティに焦点をあてながらも、ソロモン諸島のマラリア対策に包括的な支援を実施する本プロジェクトのめざす効果は、ソロモン諸島の保健政策との整合性の取れた妥当性の高い内容となっている。

(2) 日本の援助政策、JICA 国別援助実施方針との整合性

マラリア対策については、MDG に「2015年までにマラリアの発生を阻止し、その後発生率を減少させる」ことが掲げられている。わが国はこの MDG の達成に貢献することを表明している。また、ソロモン諸島に対するわが国の ODA 基本方針として、2009年5月の第5回太平洋・島サミット（PALM）において、「北海道アイランダーズ宣言」を公表し、ソロモン諸島を含む大洋州諸国のパシフィック・プランに沿った自助努力を引き続き支援するため、第5回 PALM のテーマである「環境・気候変動」、「人間の安全保障の視点を踏まえた脆弱性の克服」及び「人的交流の強化」の3つの柱を中心に支援を実施することを表明した。PALM の中で示された重点課題（経済成長、持続可能な開発、良い統治、安全保障、人と人との交流）のなか

で保健分野は「持続可能な開発」に位置付けられ、保健システム強化のための人材育成や感染症対策の強化が謳われている。また、2009年6月に実施した経済協力政策協議を踏まえ、「経済開発を通じた格差是正」、「社会サービスの向上」、「環境保全と自然災害への対策強化」の3つの重点分野に基づく支援を行うこととしており、保健分野においては、マラリア等感染症対策に対する能力向上支援及び医療施設・機材の整備を支援することが謳われている。以上のことより、ソロモン諸島のマラリア対策に貢献することが期待される本プロジェクトの実施は、わが国のODA政策との整合性は高い。

また、JICA 国別援助実施計画において、保健分野は重点分野に掲げられており、本プロジェクトは、援助重点分野「社会サービスの強化」の中の「地方保健医療改善」プログラムに位置づけられる。同プログラムは、保健サービスを十分に受けられない国民が多く（人間開発指数：135位）、その結果、マラリアの罹患率が依然として高く、それが主な原因となって乳幼児死亡率及び妊産婦死亡率が高い同国の医療サービスを量的・質的に向上させると共に、地域住民と基礎的医療サービスを提供する医療従事者が一体となった住民参加型感染症（マラリア）対策の能力向上を通じて、感染症対策の仕組みを強化することを目標としている。本プロジェクトは、この援助実施方針に沿ったものである。

(3) ターゲットグループのニーズとの一致性

ソロモン諸島の住民の約85%は地方部に在住し、一部の地域を除いては適切なマラリア診療サービスを受けることのできる医療施設へのアクセスは悪い。特に重症化した場合は、長距離を徒歩やボートでの移動を余儀なくされる場合もあり、時には致命的になる。重症化予防に対しては近年、有効性が高く比較的副作用の少ない薬剤（Coartem®）が導入され、また、前プロジェクトでは重症化予防に焦点をあてた活動（マラリア治療ガイドラインに基づいた研修活動の実施など）が精力的に実施された結果、一定の効果が認められている。しかしながら、このような医療環境のもとでは、ソロモン諸島におけるマラリア対策のアプローチとして重症化予防（診療技術の向上）以上に感染予防に優先的なニーズが生じている。

2010年に入りソロモン諸島が推進するマラリア感染予防活動の一環としてGFATMに支援を受けたLLINの無償配布が全国を対象に大規模に実施されており、また、IRSも進んでいる。特にLLINに関しては一定の有効性が期待されるものの、適切な使用がなされなければ、その効果は十分に発揮されない。したがって蚊帳の配布には住民の教育が伴われることが理想的であり、NVBDCPをはじめとする政府関連機関やドナー機関、その他関係機関からのJICAによる予防啓発活動の実施、連携に大きな期待が寄せられている。また、MAP実施に際してJICA以外にコミュニティに対する介入を主な活動内容としているドナー機関は少なく、かつ住民に対する健康向上のための活動を担当するHPDは組織的・資金的にも十分なマラリア感染予防活動を実施できていない状態にある。したがって、関連する人材育成を通じた、コミュニティを中心としたマラリア対策システムの強化を謳う本プロジェクトは、ターゲットグループとしてのカウンターパート機関からのニーズとも一致している。

他方、住民からの直接的なCBMPモデル導入活動への期待も多く寄せられている。前プロジェクトでは、プロジェクト機関の後半にパイロット的にCBMPモデルの開発・導入をガダルカナル州の4つのコミュニティで実施しており、現在もGPHOや実際の住民活動（Community Mobilization）を担当したSIDTによる側面支援のもと住民活動は効果的に継続されている。ま

た、ラジオ放送等の広報活動によりその活動は他の住民の知るところとなり、また、対象となった近隣のコミュニティからも導入支援の依頼や問い合わせが多く寄せられている。CBMPモデルは、コミュニティの住民の自主性を重んじたマラリア感染予防を核とした **Community Mobilization** とは言え、現在はマラリア対策に貢献する活動だけではなく、コミュニティ周辺の清掃活動の実施など、広く公衆衛生に対する活動へと発展し、CBMPを通じた正のインパクトが確認されている。したがって、本プロジェクトでめざすコミュニティを中心としたマラリア対策活動の強化・拡大は地域の住民のニーズに合致したものである。

(4) 援助実施方法の適切性

MAPの効果的・効率的な実施を実現するためにMSCが2010年2月に発足し、MAP関連活動の進捗及び実績の共有、活動上の問題や課題等がMHMS関連機関、ドナー機関、他の支援組織(NGOなど)によって協議される。JICAもMSCの**Observing Member**として参加しており、本プロジェクトの活動実施や成果は適宜、関連機関と共有されることとなり、協調性の高い支援が行われることとなる。

(5) 対象地域選定の適切性

ソロモン諸島におけるマラリア対策上、重要な地域としてガダルカナル州、マライタ州の2州が挙げられる。この2州にソロモン諸島のマラリア感染が集中しており、マラリア感染の約8割が同州で報告されている。ホニアラ市も都市環境でありながらも感染率はガダルカナル州とほぼ同等で、しかも地方部と異なる環境に則した形での支援が求められている。ガダルカナル州及びホニアラ市はフェーズ1のプロジェクトでの対象地域でもあり、本プロジェクト内で優先性の高い活動と位置付けられるCBMPモデルを拡大するに最も適切な地域と考えられる。また、マライタ州での活動の実施に関しては遠隔地であり、2つの島を対象にするのはプロジェクトの実施体制上困難が予想される。したがってマライタ州での活動に際しては、病院での既存の活動やJICAの他のプロジェクトとの連携の可能性を考慮しつつ、他のドナー支援状況等をベースライン調査で確認し、調査結果を基に実現可能性を評価したうえで、実施方法、開始時期、対象サイトの選定などを実施することで双方合意している。以上のことにより、本プロジェクトが選定した対象地域は妥当性が高く、導入の方法についても適切であると考えられる。

5-2 有効性

以下に示す理由により、本プロジェクトの有効性は高いと推察される。

(1) 適切な成果の設定によるプロジェクト目標の達成見込み

本プロジェクトの目標として、コミュニティを中心としたマラリア対策システムの強化をめざす。具体的な活動目的(成果: **Output**)としては、①中央レベルでのマネジメント能力の強化を通じたMAP実施の促進、②中央レベル-州/市保健局-一次・二次医療施設-コミュニティの縦の連携強化、③コミュニティが主体的に実施するマラリア予防啓発活動の拡大、④コミュニティへの医療サービス提供体制の強化(AHCを核とした一次・二次医療施設の機能強化)が設定されており、ソロモン諸島のマラリア対策の推進に肌理の細かい支援が緻密に計画されている。このように、プロジェクト成果の設定はコミュニティを中心に据えながらも単なる住民活

動の強化にとどまらず、中央レベルの政策実施能力強化、コミュニティを取り巻く環境（医療施設、情報など）の改善が盛り込まれており、いずれも成果-プロジェクト目標の因果関係が強い設定となっている。

また、本プロジェクトのそれぞれの成果に付随する活動には十分なベースライン調査の機会を設けており、その後の活動が根拠に基づいた内容となるようにデザインされている。特に本プロジェクトの核となる活動であるコミュニティ活動に関しては KAP 調査（ベースライン調査、エンドライン調査で実施）を実施するよう計画されており、住民の知識、態度、行動に与えるインパクトを客観的に評価する内容が盛り込まれている。このことは、対象地域拡大によって磨かれた CBMP モデルの有効性を測定するだけではなく、ソロモン諸島の他の州や、延いてはマラリア負荷の高い他の国々へ応用の可能性評価にも効果的に利用できる可能性がある。

以上のとおり、プロジェクト目標達成のために必要な成果は内容的に過不足無く網羅されており、理論的な破綻も無く、目標達成への成果としてのロジックは成立している。また、介入の有効性を担保する活動も適切に計画されていることから、本プロジェクトの有効性は高いと推察される。

(2) 成果達成に対する外部条件

成果達成に対する外部条件として、「指導を受けたカウンターパートがプロジェクト成果達成に影響を及ぼすほど離職しない。」ことが設定されている。前プロジェクトでは医療従事者に対するトレーニングを広範囲に実施していたが、医療従事者の異動・離職が比較的多いことが指摘されている。

本プロジェクトでも成果 4 の中で医療従事者に対するフォローアップ研修を実施する計画がなされているが、異動・離職率が高い条件下では時間の経過とともに研修効果は希釈される危険性がある。したがって、研修の実施に際しては、研修が継続的に実施されるような仕組みの構築・強化に留意されたい。

(3) プロジェクト目標達成に対する外部条件

プロジェクト目標に対する外部条件として、「ソロモン諸島におけるマラリア対策のための他の支援機関等からの援助が、著しく低下しない。」が設定されている。これは、本プロジェクトが MSC 等を通じた連携の可能性を想定していることから、プロジェクト目標達成のために必要な外部条件であるとされている。また、ソロモン諸島のマラリア対策は他のドナー組織からの財政支援などにより大きく支えられていることから、MAP の実施には不可欠な要因であるため、他ドナー機関の支援動向なども注視していく必要がある。

(4) 有効性に対する促進要因

MAP の効果的・効率的な実施を実現するために MSC が 2010 年 2 月に発足し、MAP 関連活動について関連機関によって協議される。JICA も MSC の Observing Member として参加しており、本プロジェクトの活動実施や成果は適宜、関連機関と共有されることとなる。また、MAP の中で、GFATM が蚊帳や医療機材を、AusAID がマラリア治療薬を供与することになっているため、それらの投入と本プロジェクトの投入を組み合わせることによって、協調性並びに相乗効果の高い支援が行われることとなり、より有効性の高いプロジェクト活動の実施が期待でき

る。

(5) 有効性に対する阻害要因

詳細計画策定調査時点で、有効性に対しての阻害要因は推測されない。

5-3 効率性

以下に示すとおり、本プロジェクトでは効率性の高い活動が計画されている。

「マラリア対策強化プロジェクト(2007年-2010年)」の後継案件として実施される本プロジェクトは、前プロジェクト期間の後半で実施されたコミュニティ活動を拡大するとともに、CBMPモデルのブラッシュアップを行うことが優先的な活動となる。前プロジェクトではCBMPモデルの定義やその導入ガイドライン、モジュール類の作成を行っており、より広い地域に拡大するための基礎は確立されている。本プロジェクトではこれらの基礎資料を用いながら、地方部での導入を通じて完成度の高いモデルの構築を行いながら、ホニアラ市などの都市環境を対象としたモデルの修正なども実施する。

CBMPモデル導入活動の実施においても、NVBDCPやGPHOは一定の経験を積んでおり、既に導入のノウハウには十分な理解があると考えられる。また、本プロジェクトで実施するコミュニティ活動は、本来、健康問題の予防啓発活動を担当するHPDを中心的な責任機関に据え、前プロジェクトで経験のあるNVBDCPやGHPOの支援を受けながらコミュニティ活動を管理していくことが計画されている。このことは、MAP全体を取りまとめるNVBDCPの過度な負担を軽減し、かつHPDの本来業務を強化することが期待され、効率的なプロジェクト活動が実施されるような実施体制が構築されている。

なお、コミュニティ活動以外の活動においても、医療従事者に対するフォローアップ研修、SIMIS及び監督指導実施などに使用するマテリアル、フォーム類並びにマニュアル類は、可能な限り前プロジェクトで開発・改訂した既存資料を利用するものとしており、効率性の高い活動の実施が期待できる。また、各成果に付随する活動には各々ベースライン調査の実施が予定されているが、各ベースライン調査を別々に実施するのではなく、1度の調査で各調査に必要な内容を網羅できるよう、PO(Plan of Operation)で実施時期を合わせており、効率性に配慮した実施計画となっている。

また、MAPの中で、GFATMが蚊帳や医療機材を、AusAIDがマラリア治療薬を提供することになっており、本プロジェクトはハード面での投入が少なく、ソフト面での投入が多いが、すべての投入を組み合わせることによって、効率的な支援が行われることとなる。

(1) 効率性に対する促進要因

プロジェクトの具体的な活動は、MSCにおいてカウンターパート機関、他の支援機関と進捗の確認、成果の共有を行いながら実施するため、他の支援機関との活動の重複、その他のコンフリクトは必然的に回避される実施体制となっている。また、同委員会を通じて、他の支援機関による資機材の投入なども効果的に連携することが期待できる。特にコミュニティ活動に関してはGFATMによる学校保健教育を核としたヘルスプロモーション活動には一定の予算措置がされており、SPC/GFATM担当者との将来的な連携の可能性について確認している。AHC機能強化における医療機器等の投入に関しても、顕微鏡等の投入はGFATMによって計画されて

おり、本プロジェクトでは適切な導入計画策定や医療機関の機能評価など、技術的な支援が期待されている。

(2) 効率性に対する阻害要因

上述のとおり、MSC を通じて他の組織の活動と協調の取れた活動の実施が可能となる。その反面、実際の活動開始前には活動内容、時期、期間、予算などを同委員会で協議し、合意形成する必要があり、計画→実行の自由度に制限がかかる場合がある。技術的な内容に関しても同委員会によって招集される TWG で協議される場合があり、これらの調整に一定期間を要する場合がある。同委員会は、現在は月 1 回の頻度で開催されているが、将来的には四半期の開催となり、また、TWG は同委員会開催の 1 カ月前に作業を行うことと規定されており、本プロジェクトではこれらの過程に要する期間を考慮し、適切な実施計画案を策定することが望ましい。また、専門家派遣の方法についても、同委員会への参加を考慮した派遣計画が事前に検討されることが望ましいと考えられる。

5-4 インパクト

プロジェクトの実施に伴い、以下のようなインパクトが期待される。

(1) 上位目標の達成見込み

上位目標には、「コミュニティを中心としたマラリア対策システム戦略がソロモン諸島のより広い地域に移転される。」ことが設定されている。本プロジェクトの対象地域はホニアラ市を含むガダルカナル州、マライタ州のみであり、上位目標として地域的な広がりを期待する場合は他州への展開が自然である。しかしながら、上述のとおり、ソロモン諸島のマラリア感染の多く（約 8 割）はこの 2 州で発生することから、全州への単純な地理的広がりを上位目標として設定することが、必ずしも適切とは言えない。しかしながら、上位目標として、他州への展開も可能性として否定するものではないため、地域を特定しない目標設定とされている。

上位目標の指標は、①「ソロモン諸島の 70%以上の地域で CBMP モデルに基づいたマラリア対策活動が実践されている。」及び②「ソロモン諸島で SIMIS 及び CBMP が機能している地域のマラリア罹患率及び死亡率が政府目標値以下となる。」とされている。

①については、MSC で検討される優先地域で展開されることが期待される。本プロジェクトではガダルカナル州の 5 つの地区 (Region) におよそ 15 のコミュニティでの導入を検討しているが、現在も既に CBMP モデルが導入されているコミュニティの近隣から GPHO に対して導入の希望が寄せられており、本プロジェクト、前プロジェクトで導入した地域を核とした面的な広がりが期待される。②で設定されているマラリア罹患率及び死亡率の低下については、本プロジェクトで期待される便益（コミュニティ活動の展開、情報システムの向上など）のみでは、それらに対する直接的なインパクトを得ることは困難であり、LLIN や IRS の推進、治療薬の安定供給、診断・治療技術の向上などその他の複合的な要因に大きく影響される。診断・治療技術の向上については、本プロジェクトでも医療従事者のフォローアップ研修を計画しているが、医療技術者の質の問題はソロモン諸島の保健医療政策上、最も大きな課題のひとつであり、各関係機関協力のもと、包括的な取り組みが実施される必要がある。

以上のとおり、CBMP モデルの展開については地理的・資金的に効率性に配慮した実施が想

定されており、以下に示す外部条件が満たされれば、本プロジェクトで得られる便益の自助努力による発展が期待され、上位目標が達成される見込みがある。

(2) 上位目標達成に対する外部条件

本プロジェクトの活動はソロモン諸島側カウンターパートの自立発展性に配慮したデザインとなっているが、現状での MHMS 全体の予算は減少傾向であり、自立的に CBMP モデルをはじめとする本プロジェクトによる便益の維持・展開には継続的な予算措置、人員措置が必要である。したがって、上位目標達成への外部条件として①「ソロモン諸島側が、プロジェクトで得られた便益を維持・発展するための予算措置・人員配置を行う。」を設定している。また、本プロジェクトはソロモン諸島のマラリア対策の具体的な活動指針となる MAP を直接的・間接的に支援するものであることから、MAP の更なる推進のためには②「ソロモン諸島のマラリア対策関連する政策が著しく変更されない。」及び③「ソロモン諸島側が、マラリア感染治療向上に対する取り組みが維持・強化する。」が外部条件として満たされる必要がある。②について、本プロジェクト終了後に現 MAP（2014 年まで）も終了を迎えるが、次期政策において改訂時の状況を踏まえた政策変更は必要であるものの、ソロモン諸島におけるマラリア対策の優先性が著しく低下しないことに注視していく必要があると考えられる。

(3) 上位目標達成への促進要因・阻害要因

他方、現在 MAP 推進のための予算は AusAID や GFATM などによる外部支援により大きく支えられている。したがって、プロジェクト活動の継続・発展のための予算措置、LLIN 配布や IRS 実施継続には、プロジェクト目標への外部条件として設定されている「ソロモン諸島におけるマラリア対策のための他の支援機関等からの援助が、著しく低下しない。」ことも、プロジェクト終了時のソロモン諸島側の予算・人員の状況によっては重要な外部条件となる可能性は否定できない。したがって、プロジェクト期間終了以降のソロモン諸島のマラリア感染の状況、現 MAP の達成状況にもよるが、上述の外部支援は促進要因とも阻害要因ともなり得るため、プロジェクト終了以降も注視していく必要性があると考えられる。

(4) ジェンダー、民族、社会的階層への配慮

本プロジェクトでの優先的な活動となるコミュニティへの介入であるが、コミュニティには夫々いくつかの住民グループが存在していることが多く、活動の実施にあたっては事前に各サイトの状況を慎重に調査しておく必要がある。ソロモン諸島のコミュニティにおけるリーダー（村長や女性会、母親会、青年会など）や教会の求心力は比較的高く、彼らの自主性を尊重した活動に留意する必要がある。また、コミュニティ活動の推進には、家庭環境（育児、炊事、洗濯等）に大きな役割を果たしている女性（女性会、母親会など）に対するアプローチの重要性が詳細計画策定調査時にいくつかの機関より指摘されている。

本プロジェクトではガダルカナル州、ホニアラ市の活動を推進しながら、プロジェクト開始後にマライタ州での活動開始に向けたベースライン調査を実施し、実現可能性を含めた検討を行うこととしている。ガダルカナル州とマライタ州は民族紛争で争った歴史的背景があり、現在は表面的な対立は発現していないものの感情的な問題が残存している可能性も否定できず、マライタ州での活動が開始された以降のプロジェクト内での調整に不測の問題が発現する可能

性にも一定の留意が必要である。

(5) その他の予想されるインパクト

本プロジェクトでは **MSC** において、適宜、情報共有や連携の可能性について協議することとされている。したがって、同委員会を通じて **MAP** 関連活動全体が効果的に実施されれば、ソロモン諸島のマラリア対策に大きな正のインパクトが発現することが期待される。また、本プロジェクトで推進する **CBMP** モデルはマラリア対策をエントリーポイントとしているが、前プロジェクトで **CBMP** モデルが導入されているコミュニティでは周辺環境の清掃活動の実施など、既に一般的な公衆衛生や環境に対する正のインパクトが確認されており、これらのことが対象地域全体で発現することが大きく期待される。さらに、本プロジェクトではマラリア対策に関連した活動の一環として **AHC** の機能強化（人材育成、インフラ改善、医療サービス提供体制の改善等）を成果の一部としているが、**AHC** の機能強化が進めば、マラリアだけでなく、近年非感染性疾患の拡大が問題視されているソロモン諸島の保健医療全体に対する貢献も期待できる。

現時点で、その他、予想される負のインパクトは確認されない。

5-5 自立発展性

ソロモン諸島側の財政・人材措置が維持されれば、一定レベルの自立発展性が期待できる。

(1) 制度・政策的側面

ソロモン諸島のマラリア対策は 1998 年末より勃発した民族紛争で大きく消耗し、紛争沈静化以降はドナー組織による支援再開などもあり、持続的な改善傾向が観察されているものの、未だ近隣諸国はもとより、世界的に見てもマラリア罹患率は依然高い状態にある。ソロモン諸島の疾病構造的には感染症由来と非感染性由来の死亡がほぼ同等であり、先進国型の疾病構造への移行期と考えられるが、ソロモン諸島保健医療政策上、マラリア対策は現在も最も重要な問題のひとつとして位置付けられている。現在、ソロモン諸島の具体的なマラリア対策の活動指針として **MAP** が策定され、ソロモン諸島側関連機関、国際ドナー機関を含む支援機関が **MAP** を中心として一丸となって対策を強化している。現在の **MAP** では、有効なマラリア対策の全国的な展開と、足がかりとしてのテモツ州でのマラリア制圧を 2014 年までの目標を定めている。したがって、2014 年までの **MAP** の目標を達成したとしても、罹患率の高いガダルカナル州やホニアラ市、マライタ州でのマラリア制圧に向けた活動が政策的に維持・発展される可能性は高い。コミュニティに対するマラリア予防活動についても、世界的なマラリア対策の潮流として、従来の垂直型のマラリア対策（蚊帳や治療薬の大規模な投入）に加え、水平型（コミュニティや学校などを中心とした予防啓発活動の推進）の重要性が高まっており、ソロモン諸島のマラリア対策におけるコミュニティへの介入は、プロジェクト終了後も政策的重要性が維持・発展されることが見込まれる。

(2) 組織・財政的側面

本プロジェクトではマネジメント能力強化を各成果に共通して実施することが計画されており、中央レベルでの **MAP** 実施能力の向上や縦の連携の強化を成果の一部とし、組織的な自立発展性の向上に配慮したプロジェクトの枠組みが計画されている。また、**HPD** をコミュニティ

活動の監督責任機関として据え、効率的な活動の実施に配慮したプロジェクトの実施体制を構築している。さらに、本プロジェクトの活動は MSC におけるカウンターパート機関、他の支援機関との協調のもと実施されるように計画されている。しかしながら、中央レベル、州/市レベルの MAP 運営管理者だけでなく、ソロモン諸島の医療従事者（医師、看護師や他のコ・メディカルスタッフ）の人員体制は脆弱であり、現状でのソロモン諸島側の許容できる容量に配慮した支援が必要となる。

財政的にはこれまで述べてきたとおり、ソロモン諸島側の予算は規模が小さく、独自予算のみでの活動はかなり限定的であると言わざるを得ない。プロジェクト期間あるいは現行 MAP 終了時のソロモン諸島のマラリア流行の状況によっても、その後必要になる予算規模は必然的に変動するものであるが、本プロジェクトで得られる便益の持続・発展のみならず、ソロモン諸島のマラリア対策自体の維持・強化のためには、現在実施されているドナー組織からの財政的支援が著しく減少しないことが不可欠であるものと推察される。

(3) 技術的側面

本プロジェクトは、MAP 実施者としての NVBDCP や州/市保健局など前プロジェクトで強化された人材の更なるマネジメント能力強化をめざし、医療従事者についてもフォローアップ研修などを通じて更なる医療サービス提供能力の向上を図るものである。特にマネジメント能力の強化は本プロジェクトの便益を持続するだけにとどまらず、一般的な保健活動の管理、実施に応用が可能であり、技術的側面からの自立発展性を担保するメカニズムがプロジェクトの計画に含まれている。CBMP モデルや関連するモジュール類についてもプロジェクトの中で種々の状況に対応できるような改訂・開発を実施することが予定されており、コミュニティを中心とするマラリア対策システムの普及に貢献するメカニズムがプロジェクトに取り込まれていると言える。CBMP モデルについては既に各種広報活動を通じて住民の多くや他の支援機関に認知されており、コミュニティ間の交流が促進されれば技術的にも面的な広がり期待できる。

(4) 社会・文化・環境的側面

「インパクト」の項でも述べているが、コミュニティ活動の自立発展性を担保するためには、既存のコミュニティ内グループを核として、住民の主体性を重視した介入を実施する必要がある。

また、コミュニティ活動の展開だけでなく、一般的な保健医療サービスの提供にはソロモン諸島の交通事情が大きく影響する。首都ホニアラ市を要するガダルカナル島であっても車両でのアクセスが困難な地域が多い。本プロジェクトでは、CBMP モデルを導入したコミュニティを核とした面的な広がり得られることを想定しているが、アクセスの問題だけでなく、横断的視点を持ってソロモン諸島側が自助努力でプロジェクトの便益を拡大するための問題や対策をプロジェクト期間中に整理・分析しておくことが望ましい。

5-6 結論

上述のとおり、本プロジェクトの目標とする「コミュニティを中心としたマラリア対策システムが、MHMS、ガダルカナル州、ホニアラ市、マライタ州で強化される。」は、ソロモン諸島側の政策やわが国の政策との整合性が高く、ソロモン諸島のマラリア対策実施者や住民からの支援

ニーズも高いことから、本プロジェクトの妥当性は高い。また、有効性、効率性を担保する活動がプロジェクトの枠組みの中で検討されており、上位目標達成見込みとしてのインパクトや自立発展性についても、プロジェクトの枠組みの中で配慮がされている。

以上の視点から評価した結果、本プロジェクトによるソロモン諸島マラリア対策への協力の実施は適切であると判断される。

第6章 調査総括

6-1 団長総括

ほとんど全ての公衆衛生的介入に関して対象となる裨益者の理解と協力が不可欠であることは論を待たないが、特にマラリア対策においては他の感染症対策よりもそれが重要な意味を有すると言っても過言ではない。例えば、蚊に刺されないためには蚊帳が有効であるものの、ただ配布されただけでは不十分で、蚊帳を使用することの意味と必要性を住民が理解し、更にはそれが毎日適正に使用されなければ目的は達し得ない。すなわち、蚊帳というハードとその使用に係る理解と実践のための教育というソフトが同時に必要になる。

2007年の1月から2010年の1月までの3年間のプロジェクトで取り組もうとしたのは、そのソフト面を強化しようとする試みと要約できる。その背景には、GFATMやAusAID等によるハード面を中心とする協力が期待できることであった。しかし、同プロジェクトが重点的に取り組んだコミュニティでの対策強化、住民参加の活動は、その地域も限定的であり、また端緒についたばかりであることから、フェーズ2ではそれらの活動を継続しつつ徐々に対象地区を拡大していくことが肝要であると思われる。

今回の調査で判明したことは、終了時調査時からまだ半年も経過していないこともあり、その報告書の評価総括に記された事項とほとんど変わることはなくそのまま活かされるべきものと考えられる。特にそこにも記載があるように、事業の継続性の観点からできるだけ早期に次期事業を開始することが望まれる。

フェーズ2の一課題であるマライタ州における活動であるが、対処方針会議においては、マライタ州において活動している草の根事業（マライタ州における小規模農家を対象とした営農支援事業）や技プロ（島嶼国型水資源管理計画策定プロジェクト）との連携を通じて活動を実施していくとしていたところであるが、必ずしも容易ではないことが判明した。マライタ州におけるマラリア対策の必要性・重要性並びにフェーズ2の発展性を考慮するとマライタ州での活動には異論はないものの、その手法や場所に関してはフェーズ2開始時に十分調査をしたうえで実施することが妥当であろうと思われる。

また、マラリア対策のみではなく、ソロモン諸島の保健政策全般に関して各種のドナーが近年急速にその歩を早めつつあり、保健セクター会議やマラリア対策会議が定期的で開催されている。そのような現状を見るに、政府やドナーの動向に関する情報を入手し、必要ならば協調しつつ、同時にプロジェクトの運営を管理するソロモン諸島に常駐する者の必要性は大きいものと思われる。

6-2 マラリア対策総括

(1) 現地調査について

今回の小職の参団期間は、2010年4月20日～5月1日（ソロモン諸島現地：4月21日～4月29日）で、参団目的は、同行した評価分析担当の井上洋一博士（株式会社日本開発サービス主任研究員）の事前聞き取り調査報告のマラリア学的なレビューを行い、ソロモン諸島側カウンターパート関係各位とのPCMワークショップにおけるPDM作成、MHMS事務次官（Permanent Secretary）と調査団長（牛尾審議役）とで交わす協議実施議事録（Minutes of Meetings：M/M）の作成に、専門的な立場から助言を行うことであった。

(2) プロジェクト名の変更に関して

本プロジェクト名称は「Malaria Action Plan Implementation Support Project (マラリア対策活動推進プロジェクト)」という提案名称であったが、ソロモン諸島側 MHMS 及び関係専門家と調査団との綿密な協議のうえ、同プロジェクトの名称を「Project for Strengthening of Malaria Control System Phase II (マラリア対策システム強化プロジェクト フェーズ2)」と変更することを確認して M/M 上で明記できたことは、大きな成果であったと考えられる。

上記タイトル変更の必要性に関しては、マラリア学的に大きく2つの理由が認められる。

1) MAP は、その目標値としてマラリア流行度を把握する指標 (Malariometric index) をいくつか採用しているが、スライドの検査数 (顕微鏡検査)、陽性率、患者発生数、罹患率 (対人口 1,000 人)、死亡者数、死亡率などの数値に、臨床的に診断されたマラリア患者数や、迅速診断法 (RDT) によって陽性と診断された数が含まれるかどうか不明であり、また、SIMIS にどれだけ信頼できる数値として集約されていくか、また長期にわたるデータ管理に保証がおけるか、という点が問題であることが、昨年度のフェーズ1の終了時評価で報告されている。すなわち、MAP 自体の目的や手法に沿いながらフェーズ2プロジェクトを推進するのは当然のことであり、それを今回も双方で確認しているが、プロジェクト対象地域における MAP の実施を支援するとなると、その成果が堅い数字や指標で評価されない可能性が高い。またさらに、成果の波及効果をそれらの指標の改善で表すことも、困難であることが想像され、PDM で検証すべき支援が理論的に作成できないと考えられる。

2) MAP の中心的な戦略は、マラリアの予防と治療であり、それらの具体的な戦術は蚊帳の配布と抗マラリア薬による治療である。この実施を支援するプロジェクトとタイトルで書いてしまうと、具体的に蚊帳や薬剤の供与を補充するようなプロジェクトに誤解される可能性がある。しかしながら、プロジェクトの目標は、フェーズ1からの連続性に基盤をおいた地域住民の積極的な参加によるマラリア対策 (CBMP) がより効果的・効率的、そしてより広い地域に拡散していくことを図るものであり、そのためには CBMP システムを強化し、GFATM を中心として供与された蚊帳や、オーストラリア政府が保健セクター支援プログラム (Health Sector Support Program) を通して政府に供与する薬剤などが、本当にそれを必要とする周辺の僻地住民の届くようにマスタープランを描くことが肝要である。

(3) 主な活動とアウトプット

4つのアウトプットを想定して、それらを達成するための具体的な活動が詳細に検討された。それぞれのアウトプットの関係のデザインが、国際保健医療学的にも高く評価できる。すなわち、アウトプット1では、中央組織や支援組織のキャパシティ・ビルディングや連携の強化 (分野横断的な援助強調の促進を含む) を図り、アウトプット3では、コミュニティにおけるマラリア対策システム強化が図られる。そして1と3をつなぐ垂直型の連携の強化 (トレーニングやデータマネージメントを含む) をアウトプット2で図る。そして最後には、アウトプット4で、AHC を機能強化して実際の患者への医療の提供を図る。縦横無尽な縦糸と横糸の強化で、地域のマラリア対策に成果が上がることを期待される。

保健システム強化 (Health System Strengthening : HSS) は、国際保健医療のなかで近年特に注目を浴びている重要課題であり、マラリア対策の HSS にかかる当該プロジェクトは、その成

果が国際機関や学際領域から大きく注目されることになろう。本プロジェクトの成功は、他の疾病の対策や、総合的な健康の向上に寄与するエントリー・ポイントになりうる可能性もある。

(4) その他

- 1) 今後プロジェクトを推進するのに最も重要なことは、さまざまなドナーとの連携を上手に図りながら計画を進めることであると認識する。ドナー・コーディネーション会議や、MSCが立ち上がっているため、これらの中において積極的な役割を果たしていかなければならないであろう。
- 2) 当該プロジェクトは、既存のMAPや様々なドナーの個別のマラリア対策を相乗的に効果あるものとして、ソロモン諸島の同対策の詰めを図るための極めて重要なプロジェクトであると認識する。その推進を着実に図るためには、マラリア学や熱帯医学、国際保健医療学における相当な学識と経験を有する長期専門家やチーフアドバイザーが必要となろう。
- 3) 一方で、本プロジェクトの成果を正確に学術的に評価するための客観的な研究も、プロジェクトの進行と平行して行われる必要がある。MAPの遂行過程においては、オーストラリアの大学や研究所、さらには英国 London Schoolなどが連携してモニタリングや評価に意欲を示しているが、わが国のプロジェクトの成果を評価できる学際的な裏付けを、日本寄生虫学会、日本熱帯医学会、日本国際保健医療学会を中心とする大学人や研究者に求めることも可能であると考えられる。

付 属 資 料

1. 協議議事録 (M/M)
2. 討議議事録 (R/D)
3. PDM₀案
4. PO₀案

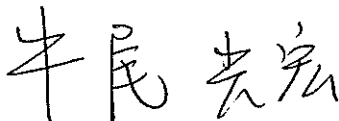
MINUTES OF MEETINGS
BETWEEN
THE JAPANESE PREPARATORY SURVEY TEAM
AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT
OF THE SOLOMON ISLANDS
FOR
THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR
MALARIA ACTION PLAN IMPLEMENTATION SUPPORT PROJECT

The Japanese Preparatory Survey Team (hereinafter referred to as “the Team”), organized by Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”) and headed by Dr. Mitsuhiro Ushio, visited the Solomon Islands (hereinafter referred to as “Solomon”) from April 12, 2010 until April 30, 2010. The purposes of the visit were clarifying the background, concept, and scope of the project proposal made by the Government of Solomon Islands and studying the feasibility of the Japanese Technical Cooperation entitled “Malaria Action Plan Implementation Support Project” (hereinafter referred to as “the Project”).

During its stay in Solomon, the Team exchanged views and had a series of discussions with Ministry of Health and Medical Services (hereinafter referred to as “MHMS”) and the authorities concerned of the Project. Both sides agreed that it is appropriate to modify the original project title indicated above to “Project for Strengthening of Malaria Control System Phase II”.

As a result of the discussions, both parties have agreed to record the matters in the documents attached hereto. Both parties will convey the contents of the Minutes of Meetings to their respective Governments.

Honiara, April 29, 2010



Dr. Mitsuhiro Ushio
Leader
Japanese Preparatory Survey Team
Japan International Cooperation Agency



Dr. Lester Ross
Permanent Secretary
Ministry of Health and Medical Services
The Government of Solomon Islands

ATTACHED DOCUMENT

The Team and the Solomon side agreed on the following terms of the Minutes of Meetings. The Project shall be started by both sides signing the Record of Discussions (hereinafter referred to as "R/D") shown in Annex IV.

I. SCOPE OF TECHNICAL COOPERATION

1. Project Title

Both sides agreed that it is appropriate to modify project title from the one indicated in the application entitled "Malaria Action Plan Implementation Support Project" to "Project for Strengthening of Malaria Control System Phase II", so that the agreed contents of the Project are accurately reflected.

Both sides will propose the title modification to the authorities of each government and, if approved, the title will be changed through diplomatic procedure.

2. Implementing Organization

- (1) National Vector Borne Disease Control Program (hereinafter referred to as "NVBDCP"), MHMS
- (2) Health Promotion Department (hereinafter referred to as "HPD"), MHMS
- (3) Guadalcanal Provincial Health Office (hereinafter referred to as "GPHO")
- (4) Honiara City Council (hereinafter referred to as "HCC")
- (5) Malaita Provincial Health Office (hereinafter referred to as "MPHO")

Note : The activities in Malaita Province (hereinafter referred to as "MP") will be decided based on the result of the baseline survey conducted during the first year of the Project period.

3. Duration of the Project

Both sides agreed that it is appropriate to modify duration of the Project from *one (1)* year to *three (3)* years from the date agreed by both sides in R/D to be concluded between JICA and MHMS, so that the agreed contents of the Project are accurately reflected.

Both sides will propose the modification of the duration of the Project to the authorities of each government and, if approved, the duration of the Project will be changed through diplomatic procedure.

4. Project Sites

- (1) Guadalcanal Province (hereinafter referred to as "GP")
- (2) Honiara City (hereinafter referred to as "HC")
- (3) MP

5. Target Group and Beneficiaries of the Project

Target Group of the Project is divided into two types of beneficiaries as follows:

(1) Direct Beneficiaries

Health officers engaged in malaria control in NVBDCP, HPD, GPHO, HCC, MPH0; and

(2) Indirect Beneficiaries

Inhabitants in the target area, that is, GP, HC and MP.

6. Provisional Master Plan of the Project

(1) Overall Goal

Strategy of strengthening community-based malaria control system is transferred to wider areas in Solomon Islands.

(2) Project Purpose

Community-based malaria control system is strengthened in MHMS, GP including HC and MP.

(3) Outputs:

- a) Capacities of NVBDCP and other related bodies are enhanced for implementation of "National Malaria Action Plan (MAP) 2008-2014".
- b) Vertical relationships between MHMS, GPHO, HCC, health facilities and local communities are strengthened for streamlined malaria control.
- c) Malaria prevention-oriented health promotion system is strengthened in communities.
- d) Area Health Centers (AHC)-centered medical service provision for malaria patients is functioning.

7. Inputs to the Project by the Japanese Side

(1) Dispatch of Experts

JICA will dispatch experts according to the necessity for the implementation of the Project.

Tentative fields of experts are as follows:

- *Chief Advisor;*
- *Project Coordinator; and*
- *Short-term Experts on the several fields needed to implement the Project.*

(2) Provision of machinery and equipment

JICA will provide machinery and equipment according to the necessity for the implementation of the Project. Tentative kinds of machinery and equipment are as follows:

- *Office equipment (PC, printer, projector);*
- *Other necessary machinery and equipment.*

(3) Local expenses for the project activities



8. Inputs to the Project by the Solomon Side

- (1) Assignment of Counterpart Personnel as shown in Annex 1
- (2) Building and facilities including project office for the Project
- (3) Necessary equipment and materials for the Project activities
- (4) Allocation of budget (basic expenditures including salary, electricity, water and etc)

II. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

MHMS is the responsible organization of the Project with the following officials in charge.

- (1) Project Director
Under Secretary, MHMS
- (2) Deputy Project Director
Director, NVBDCP
- (3) Co-Project Managers
Director, GPHO
Deputy Director, NVBDCP
Director, HPD
- (4) Joint Coordinating Committee
Both sides agreed to hold the Joint Coordinating Committee (hereinafter referred to as “JCC”) at least once a year in order to discuss the overall management and coordination of the Project.

III. PROJECT DESIGN MATRIX

The draft version of Project Design Matrix (hereinafter referred to as “PDM”) was elaborated through discussion by the Team and the Solomon authorities concerned as shown in Annex II which will be finalized at the time of signing R/D.

Both sides agreed to recognize the PDM as the important tool for project management, and the basis for monitoring and evaluation of the Project. The PDM will be utilized by both sides throughout the implementation of the Project.

The contents of the PDM will be subjected to be changed within the framework of the Project by mutual consent. Modification of the PDM shall be authorized by the JCC.

IV. PLAN OF OPERATION

The draft version of Plan of Operation (“hereinafter referred to as “PO”) was elaborated through discussion by the Team and the Solomon authorities concerned as shown in Annex III which will be finalized at the time of signing R/D.

The schedule will be subjected to be changed within the framework of the Project when necessity arises in the course of implementation of the Project by mutual consent. Modification of



the PO shall be authorized by the JCC.

V. OTHER IMPORTANT ISSUES


1. Both sides agreed that two vehicles purchased by the precedent Project and handed over to MHMS and GPHO should be utilized by the Japanese experts for the duration of the new Project. The Project will cover the necessary expenses for fuel, insurance, maintenance and driver of the two vehicles when they will be exclusively used by the Project for the activities of the Project. Taking in account from the strong request from the Solomon side, to purchase a new vehicle for the work of the Project, the Team understand its necessity and bring back this issue for consideration.
2. Terms of Reference of Japanese experts as well as Solomon counterparts will be prepared and shared.
3. The Project monthly meeting will be held with Malaria Steering Committee.

VI. WAY FORWARD

1. Based on this Minutes of Meetings and the draft R/D as shown in Annex IV, both sides will prepare the final version of the R/D.
2. Before starting the Project, both sides should take necessary procedure and actions including changing the Project title and duration of the Project, allocating the budget and so on.
3. Based on the mutual agreement reached, the R/D will be signed by both sides around June to July 2010. The schedule is subjected to be changed in accordance with approval process of the Project.

LIST OF ANNEXES

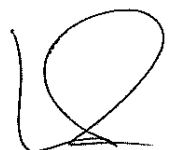
ANNEX I	Tentative List of Counterpart and Administrative Personnel
ANNEX II	Project Design Matrix (Draft, version 0)
ANNEX III	Plan of Operation (Draft, version 0)
ANNEX IV	Record of Discussion (Draft)



ANNEX I

TENTATIVE LIST OF COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL

1. Project Director
Under Secretary, MHMS
2. Deputy Project Director
Director, NVBDCP
3. Co- Project Manager(s)
Director, GPHO
Deputy Director, NVBDCP
Director, HPD
4. Project Team Members (Counterparts)
Principal Field Officer, Malaria Division, GPHO
Provincial Director of Nursing, Nursing Division, GPHO
Principal Monitoring Officer, NVBDCP
Director, National Health Training and Research
Director, HCC
Deputy Director, HPD
Director, MPHO
5. Other personnel mutually agreed upon as needed



Project Title: Project for Strengthening of Malaria Control System Phase II (Suggested project title by JICA)

Target Area: Guadalcanal Province (GP) and Honiara City (HC), Malaita Province (MP)*, The Solomon Islands

* : MP will be involved in activities only for Output 3, and feasibility will be investigated during the initial phase of the Project period.

Target Group

Direct Beneficiaries: Approximately 30 of Health officers engaged in malaria control

[Ministry of Health and Medical Services (MHMS)] 4 in National Vector Borne Disease Control Program (NVBDPCP as a principal counterpart organization), 12 in Health Promotion Department

[Guadalcanal Province Health Office (GPHO)] 4 of Health officers engaged in malaria control

[Honiara City Council (HCC)] 7 of Health officers engaged in malaria control

[Malaita Province Health Office (MPHO)] 3 of Health officers engaged in malaria control

Indirect Beneficiaries: Approximately 140,000 of Inhabitants in the Target Area

[Guadalcanal Province including Honiara City] Approximately 80,000

[Malaita province] Approximately 60,000

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p>Overall Goal</p> <p>Strategy of strengthening community-based malaria control system is transferred to wider areas in Solomon Island.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. CBMP model-based malaria control activities are practiced in more than 70 % of areas in Solomon Islands. 2. Malaria morbidity and mortality fall below the governmental goal in areas where SIMIS and CBMP are functioning. 	<ol style="list-style-type: none"> (1) MAP reports (2) MHMS records (3) Health statistics reports 	
<p>Project Purpose</p> <p>Community-based malaria control system is strengthened in MHMS, GP including HC and MP.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. More than 70% of annual MAP related activities are accomplished on annual basis. 2. SIMIS and the feedback system are well functioning in more than 80% of health facilities in the project areas. 3. CBMP model-based malaria control activities are practiced in more than 90% of target communities in the project areas. 4. Malaria morbidity and mortality fall below the provincial and municipal goals on 2013. 	<ol style="list-style-type: none"> (1) MAP reports (2) MHMS records (3) Health statistics reports (4) Project reports 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solomonic side properly allocates necessary budget and distribute personnel for the maintenance of the benefits derived from the Project. 2. Malaria control related policies don't be altered. 3. Solomonic side maintain and/or reinforce their efforts to improve malaria treatment.
<p>Outputs</p> <p>1 Capacities of NVBDPCP and other related bodies are enhanced for implementation of "National Malaria Action Plan (MAP) 2008-2014".</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. More than 75% of counterparts at central level receive training in M/AP operational management by the middle of 2011. 2. Counterparts organize MAP progress management and evaluation/analysis independently by the end of each year. 3. Regular coordinating conferences of Malaria Steering Committee are held quarterly 	<ol style="list-style-type: none"> (1) MAP reports (2) MHMS records (3) Conference minutes of Malaria Steering Committee (4) Project reports 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solomonic side properly allocates necessary budget and distribute personnel for the project activities. 2. Assistances from other aid arms for malaria control aren't reduced significantly.

<p>2 Vertical relationships between MHMS, GPHO, HCC, health facilities and local communities are strengthened for streamlined malaria control.</p> <p>3 Malaria prevention-oriented health promotion system is strengthened in communities.</p> <p>4 Area Health Centers (AHC)-centered medical service provision for malaria patients is functioning.</p>	<p>1. The administrative and SIMIS monitoring and supervisory system for subordinating organizations is strengthened by the end of 2011.</p> <p>2. Feedback reports are distributed monthly from the year of 2011.</p> <p>3. Data in SIMIS is reported with an uncertainty of 5 % at a external quality assurance survey by the year of 2013.</p> <p>1. More than 90% of HPVs in selected sites are natured by the year of 2013.</p> <p>2. CBMP model is installed to more than 90% of selected sites by the year of 2013.</p> <p>3. More than 50% of survey subjects showed significant improvement in KAP surveys for malaria control.</p> <p>1. More than 90% of medical staffs in AHCs received the follow-up training for malaria control by the year of 2013.</p> <p>2. More than 90% of medical equipment listed in AHC strengthening plan is installed by the year of 2013.</p> <p>3. Intra- and inter institutional stock control system is functioning in 80% of AHCs by the year of 2013.</p>	<p>(1) MHMS records (2) Feedback reports (3) Project reports (4) External quality assurance records for SIMIS</p> <p>(1) MHMS records (2) Project reports (3) KAP reports</p> <p>(1) MHMS records (2) AHC Strengthening Plan reports (3) Project reports</p>	
<p>Inputs</p>			
<p>1 Capacities of NVBDCP and other related bodies are enhanced for implementation of "National Malaria Action Plan (MAP) 2008-2014".</p> <p>1-1. To strengthen MAP administrative capacity of NVBDCP, HPD and related bodies at central level by conducting trainings for operational management (e.g. PDCA cycle).</p> <p>1-2. To assist NVBDCP, HPD and related bodies at central level to develop a MAP implementation annual activity plan.</p> <p>1-3. To assist NVBDCP, HPD and related bodies at central level to conduct MAP-related activities such as provision of education and training for various guidelines and materials.</p> <p>1-4. To assist NVBDCP, HPD and related bodies at central level to conduct progress monitoring and evaluation/analysis of MAP annual activities.</p> <p>1-5. To assist aid coordination among MHMS and cross-cutting aid organizations through the Malaria Steering Committee.</p> <p>2 Vertical relationships between MHMS, GPHO, HCC, health facilities and local communities are strengthened for streamlined malaria control.</p> <p>2-1. To strengthen management capacity of provincial and municipal health offices, AHC supervisors and AHCs in terms of health personnel trainings (implementation of trainings and systematic evaluation/analysis), organizational administration at the initiative of NVBDCP.</p>	<p>Japan</p> <p>Dispatch of Experts (1) Chief Advisor doubled as an expert for Malaria Control (Long-term Expert) (2) Project Coordinator doubled as an expert for Community Development (Long-term Experts) (3) Other necessary Experts (Short-term Experts)</p> <p>Training in Japan and/or third countries (1) Necessary training for Malaria Control</p> <p>Equipment and Materials (1) Necessary equipment and materials for the project activities (2) Other equipment and materials mutually agreed upon as necessary.</p> <p>Local Costs</p>	<p>Solomon Islands</p> <p>Counterparts (1) Project Director (2) Project Manager (3) Co-Project Managers (4) NVBDCP and HPD, MHMS (5) Health officers engaged in malaria control in HCC, GPHO (and MPHOC) (6) Other personnel mutually agreed upon as needed.</p> <p>Facilities, equipment and materials (1) Office space for the Project (2) Necessary equipment and materials for the project activities.</p> <p>Local Costs (1) Operational costs for research activities, etc.</p>	<p>1. Trained counterparts do not leave their position so as to affect the outputs of the Project.</p>

2-1-1.	To conduct baseline survey against provincial and municipal health offices, AHC supervisors and AHCs for their organizational operation.
2-1-2.	To strengthen MAP administrative capacity of provincial and municipal health offices, AHC supervisors and AHCs by conducting trainings for operational management (e.g. PDCA cycle) on the basis of baseline analysis.
2-1-3.	To streamline a monitoring and supervisory system for subordinating organizations on the basis of baseline analysis.
2-2.	To strengthen SIMS and feedback system among provincial and municipal health offices, AHC supervisors, AHC and primary health facilities at the initiative of NVBDCP.
2-2-1.	To conduct baseline survey against provincial and municipal health offices, AHCs and primary health facilities to verify SIMS operation, data quality and feedback system.
2-2-2.	To revise and/or develop contents, curriculum, teaching materials, etc. for SIMS trainings on the basis of the baseline analysis.
2-2-3.	To conduct follow-up (and/or introduction) trainings regarding SIMS operation, data management and outcome feedback.
2-2-4.	To conduct regular monitoring and supervision for subordinating organization to enhance SIMS operation, data quality and feedback system.
3	Malaria prevention-oriented health promotion system is strengthened in communities.
3-1.	To conduct training of trainers (TOT) and operational management of Community-based Malaria Prevention (CBMP) model for HPD by NVBDCP as an instructor.
3-2.	To conduct follow-up training of CBMP model for GPHO and HCC, and introduction training for MPH0 at the initiative of HPD with the support of NVBDCP.
3-3.	To develop a CBMP model introduction plan including monitoring and evaluation at the initiative of HPD.
3-4.	To select priority sites* for introduction of CBMP model.
3-4-1.	To conduct a baseline survey for circumstances of communities, malaria control, malaria morbidity, needs, KAP (Knowledge-Attitude-Practice) and so on in the Target Areas of the Project.
3-4-2.	To implement feasibility evaluation of introduction of CBMP model for each communities on the basis of the baseline analysis results.
3-5.	To introduce CBMP model to the priority sites in accordance with "CBMP Model: Guideline for Implementation".
3-5-1.	To nature Malaria Prevention Volunteers (MPVs) in each sites.

ff



3-5-2. To promote community organization for malaria prevention-oriented health promotion as well as improvement of public health at the initiative of MPVs and jurisdictional health facility.
3-5-3. To develop action plans and implement revision/development of CBMP media at the initiative of MPVs and jurisdictional health facility as a planning process.
3-5-4. To conduct community activities in accordance with the plans under the supervisory authorities such as provincial and municipal health offices.
3-5-5. To revise the action plans on the basis of self-assessment of the activities at the initiative of MPVs and jurisdictional health facility.
3-6. To revise the introduction plan, the Guideline, Manuals and Tools of CBMP model on the basis of regular evaluation/analysis of CBMP performances at the priority sites.
3-7. To conduct an endline survey under the same condition of the baseline survey, and verify the introduction effect of CBMP model for malaria control by comparative analysis with other communities.
4 Area Health Centers (AHC)-centered medical service provision for malaria patients is functioning.
4-1. To conduct functional assessment of AHC by baseline survey for circumstances of medical service provision, performance of medical staff, equipment and materials, stock control, administrative management, etc. at the initiative of provincial and municipal health offices.
4-2. To develop an AHC strengthening plan on the basis of the functional assessment at the initiative of provincial and municipal health offices with the support of NVBDCP.
4-3. To conduct follow-up trainings for AHC medical staff to improve medical skills regarding malaria control/treatment in accordance with the AHC strengthening plan at the initiative of provincial and municipal health offices with the support of NVBDCP.
4-4. To improve medical infrastructure necessary for malaria prevention/treatment in accordance with the AHC strengthening plan at the initiative of provincial and municipal health offices with the support of NVBDCP.
4-5. To streamline intra- and inter-institutional (regional) stock control system for reagents, medicines, medical disposables, etc. in accordance with the AHC strengthening plan at the initiative of provincial and municipal health offices with the support of NVBDCP.
4-6. To streamline intra- and inter-institutional (regional) medical service provision system (e.g. attendance management, support personnel, etc.) in accordance with the AHC strengthening plan at the initiative of provincial and municipal health offices with the support of NVBDCP.

*: Number of priority sites (communities) will be determined in accordance with the baseline survey and its feasibility evaluation.

	Pre-Conditions Counterpart organizations don't stand opposed to the implementation of the Project aiming to community-based malaria control.
--	---

Annex III Plan of Operation (PO) (Draft, Version 0)

Date: April 29, 2010

Project Title: Project for Strengthening of Malaria Control System Phase II

Output 1:

Capacities of NVBDCP and other related bodies are enhanced for implementation of "National Malaria Action Plan (MAP) 2008-2014".

Activities	Plan of Operation												Person in Charge		Remarks	
	2010			2011			2012			2013			Japan	Solomon Islands		
	Oct - Dec	Jan - Mar	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar	Apr - Jun	Jul - Sep				
	2010 (J.F.Y.)			2011 (J.F.Y.)			2012 (J.F.Y.)			2013 (J.F.Y.)						
I-1. To strengthen MAP administrative capacity of NVBDCP, HPD and related bodies at central level by conducting trainings for operational management (e.g. PDCA cycle).	Plan															
	Actual		↑													
I-2. To assist NVBDCP, HPD and related bodies at central level to develop a MAP implementation annual activity plan.	Plan															
	Actual															
I-3. To assist NVBDCP, HPD and related bodies at central level to conduct MAP-related activities such as provision of education and training for various guidelines and materials.	Plan															
	Actual															
I-4. To assist NVBDCP, HPD and related bodies at central level to conduct progress monitoring and evaluation/analysis of MAP annual activities.	Plan															
	Actual															
I-5. To assist aid coordination among MHMS and cross-cutting aid organizations through the Malaria Steering Committee.	Plan															
	Actual															

Abbreviations:

J.F.Y.: Japanese Fiscal Year (starting from April 1 to March 31.); MAP: Malaria Action Plan, NVBDCP: National Vector Borne Disease Control Program, HPD: Health Promotion Department, PDCA: Plan-Do-Check-Act, MHMS: Ministry of Health and Medical CA: Chief Advisor, PC: Project Coordinator, *: Leader.

Annex III Plan of Operation (PO) (Draft, Version 0)
 Project Title: Project for Strengthening of Malaria Control System Phase II

Output 2:

Vertical relationships between MHMS, GPHO, HCC, health facilities and local communities are strengthened for streamlined malaria control.

Activities	Plan of Operation												Person in Charge		Remarks		
	2010			2011			2012			2013			Japan	Solomon Islands			
	Oct - Dec 2010 (J.F.Y.)	Jan - Mar 2011 (J.F.Y.)	Apr - Jun 2011 (J.F.Y.)	Jul - Sep 2011 (J.F.Y.)	Oct - Dec 2011 (J.F.Y.)	Jan - Mar 2012 (J.F.Y.)	Apr - Jun 2012 (J.F.Y.)	Jul - Sep 2012 (J.F.Y.)	Oct - Dec 2012 (J.F.Y.)	Jan - Mar 2013 (J.F.Y.)	Apr - Jun 2013 (J.F.Y.)	Jul - Sep 2013 (J.F.Y.)					
2-1. To strengthen management capacity of provincial and municipal health offices, AHC supervisors and AHCs in terms of health personnel trainings (implementation of trainings and systematic evaluation/analysis), organizational administration at the initiative																	
2-1-1. To conduct baseline survey against provincial and municipal health offices, AHC supervisors and AHCs for their organizational operation.	↑																
2-1-2. To strengthen MAP administrative capacity of provincial and municipal health offices, AHC supervisors and AHCs by conducting trainings for operational management (e.g. PDCA cycle) on the basis of baseline analysis.		↑															
2-1-3. To streamline a monitoring and supervisory system for subordinating organizations on the basis of baseline analysis.																	
2-2. To strengthen SIMIS and feedback system among provincial and municipal health offices, AHC supervisors, AHC and primary health facilities at the initiative of NVBDCP.																	
2-2-1. To conduct baseline survey against provincial and municipal health offices, AHCs and primary health facilities to verify SIMIS operation, data quality and feedback system.	↑																
2-2-2. To revise and/or develop contents, curriculum, teaching materials, etc. for SIMIS trainings on the basis of the baseline analysis.																	
2-2-3. To conduct follow-up (and/or introduction) trainings regarding SIMIS operation, data management and outcome feedback.																	
2-2-4. To conduct regular monitoring and supervision for subordinating organization to enhance SIMIS operation, data quality and feedback system.																	

Abbreviations:
 J.F.Y.: Japanese Fiscal Year (starting from April 1 to March 31), Malaria Action Plan, NVBDCP: National Vector Borne Disease Control Program, MHMS: Ministry of Health and Medical Services, GPHO: Guadalcanal Health Office, HCC: Honiara City Council, AHC: Area Health Center, SIMIS: Solomon Islands Malaria Information System.
 CA: Chief Advisor, PC: Project Coordinator, SE: Short-time Expert, *: Leader.

Annex III Plan of Operation (PO) (Draft, Version 0)
Project Title: Project for Strengthening of Malaria Control System Phase II

Output 3:

Malaria prevention-oriented health promotion system is strengthened in communities.

Activities	Plan of Operation												Person in Charge		Remarks	
	2010			2011			2012			2013			Japan	Solomon Islands		
	Oct - Dec	Jan - Mar	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar	Apr - Jun	Jul - Sep				
	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q				
3-1. To conduct training of trainers (TOT) and operational management of Community-based Malaria Prevention (CBMP) model for HPD by NVBDCP as a instructor.	Plan	Actual	↑											CA PC (SE)	NVBDCP* HPD	
3-2. To conduct follow-up training of CBMP model for GPHO and HCC, and introduction training for MPH/O at the initiative of HPD with the support of NVBDCP.	Plan	Actual	↑											CA PC (SE)	NVBDCP HPD* GPHO HCC	
3-3. To develop a CBMP model introduction plan including monitoring and evaluation at the initiative of HPD.	Plan	Actual	↑											CA PC (SE)	NVBDCP HPD* GPHO HCC	
3-4. To select priority sites for introduction of CBMP model.	Plan	Actual	↑											CA PC (SE)	NVBDCP HPD* GPHO HCC	(MPHO)
3-4-1. To conduct a baseline survey for circumstances of communities, malaria control, malaria morbidity, needs, KAP (Knowledge-Attitude-Practice) and so on in the Target Areas of the Project.	Plan	Actual	↑											CA PC (SE)	NVBDCP HPD* GPHO HCC	(MPHO)
3-4-2. To implement feasibility evaluation of introduction of CBMP model for each communities on the basis of the baseline analysis results.	Plan	Actual	↑											CA PC (SE)	NVBDCP HPD* GPHO HCC	(MPHO)
3-5. To introduce CBMP model to the priority sites* in accordance with "CBMP Model: Guideline for Implementation".	* Number of priority sites (communities) will be determined in accordance with the baseline survey and its feasibility evaluation.															
3-5-1. To initiate Malaria Prevention Volunteers (MPVs) in each sites.	Plan	Actual	↑											CA PC (SE)	NVBDCP HPD* GPHO HCC	(MPHO)
3-5-2. To promote community organization for malaria prevention-oriented health promotion as well as improvement of public health at the initiative of MPVs and jurisdictional health facility.	Plan	Actual	↑											CA PC (SE)	NVBDCP HPD* GPHO HCC	(MPHO)
3-5-3. To develop action plans and implement revision/development of CBMP media at the initiative of MPVs and jurisdictional health facility as a planning process.	Plan	Actual	↑											CA PC (SE)	NVBDCP HPD* GPHO HCC	(MPHO)
3-5-4. To conduct community activities in accordance with the plans under the supervisory authorities such as provincial and municipal health offices.	Plan	Actual	↑											CA PC (SE)	NVBDCP HPD* GPHO HCC	(MPHO)
3-5-5. To revise the action plans on the basis of self-assessment of the activities at the initiative of MPVs and jurisdictional health facility.	Plan	Actual	↑											CA PC (SE)	NVBDCP HPD* GPHO HCC	(MPHO)
3-6. To revise the introduction plan, the Guideline, Manuals and Tools of CBMP model on the basis of regular evaluation/analysis of CBMP performances at the priority sites.	Plan	Actual	↑											CA PC (SE)	NVBDCP HPD* GPHO HCC	(MPHO)
3-7. To conduct an endline survey under the same condition of baseline survey, and verify the introduction effect of CBMP model for malaria control by comparative analysis with other communities.	Plan	Actual	↑											CA PC (SE)	NVBDCP HPD* GPHO HCC	(MPHO)

Abbreviations:
 HPD: Health Promotion Department; GPHO: Guadalcanal Province Health Office; HCC: Health Promotion Department; MPH/O: Malaita Province Health Office; MPA: Malaita Provincial Administration; NVBDCP: National Vector Borne Disease Control Program; HPD: Health Promotion Department; GPHO: Guadalcanal Province Health Office; HCC: Health Promotion Department; MPH/O: Malaita Province Health Office; MPA: Malaita Provincial Administration.

Annex III Plan of Operation (PO) (Draft, Version 0)

Date: April 29, 2010

Project Title: Project for Strengthening of Malaria Control System Phase II

Output 4:
Area Health Centers (AHC)-centered medical service provision for malaria patients is functioning.

Activities	Plan of Operation												Person in Charge		Remarks				
	2010				2011				2012				2013				Japan	Solomon Islands	
	Oct - Dec	Jan - Mar	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar		Apr - Jun			Jul - Sep
	2010 (J.F.Y.)				2011 (J.F.Y.)				2012 (J.F.Y.)				2013 (J.F.Y.)						
3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q				
4-1. To conduct functional assessment of AHC by baseline survey for circumstances of medical service provision, performance of medical staff, equipment and materials, stock control, administrative management, etc. at the initiative of provincial and	Plan	↑															CA PC (SE)	NVBDCP* GPHO HCC	
	Actual																		
4-2. To develop an AHC strengthening plan on the basis of the functional assessment at the initiative of provincial and municipal health offices with the support of NVBDCP.	Plan	↑			↑												CA PC (SE)	NVBDCP* GPHO HCC	
	Actual																		
4-3. To conduct follow-up trainings for AHC medical staff to improve medical skills regarding malaria control/treatment in accordance with the AHC strengthening plan at the initiative of provincial and municipal health offices with the support of NVBDCP.	Plan		↑							↑							CA PC (SE)	NVBDCP* GPHO HCC	
	Actual																		
4-4. To improve medical infrastructure necessary for malaria prevention/treatment in accordance with the AHC strengthening plan at the initiative of provincial and municipal health offices with the support of	Plan																CA PC (SE)	NVBDCP* GPHO HCC	
	Actual																		
4-5. To streamline intra- and inter-institutional (regional) stock control system for reagents, medicines, medical disposables, etc. in accordance with the AHC strengthening plan at the initiative of provincial and municipal health offices with the support of	Plan																CA PC (SE)	NVBDCP* GPHO HCC	
	Actual																		
4-6. To streamline intra- and inter-institutional (regional) medical service provision system (e.g. attendance management, support personnel, etc.) in accordance with the AHC strengthening plan at the initiative of provincial and municipal health offices with the support of NVBDCP.	Plan																CA PC (SE)	NVBDCP* GPHO HCC	
	Actual																		

Abbreviations:
J.F.Y.: Japanese Fiscal Year (starting from April 1 to March 31); NVBDCP: National Vector Borne Disease Control Program.
CA: Chief Advisor, PC: Project Coordinator, SE: Short-time Expert, *: Leader.