

エチオピア国  
アムハラ州感染症対策強化プロジェクト  
中間レビュー調査報告書

平成 23 年 6 月  
(2011 年)

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部

人間

JR

11-058

**エチオピア国**  
**アムハラ州感染症対策強化プロジェクト**  
**中間レビュー調査報告書**

平成 23 年 6 月  
(2011 年)

**独立行政法人国際協力機構**  
**人間開発部**

## 序 文

エチオピア連邦民主共和国のアムハラ州感染症対策強化プロジェクトは、アムハラ州の対象地域において、効果的な施設及びコミュニティを基点としたサーベイランス・システムが機能するようになることを目的に、2008年1月から5年間の協力期間として開始されました。エチオピア政府は、感染症のサーベイランス及び予防・治療能力の強化を目的とした「包括的感染症サーベイランスと対応」(Integrated Disease Surveillance and Response : IDSR) という戦略を導入しましたが、郡レベルを中心とした取り組みが進んでいないことがこの背景にありました。プロジェクト実施中に、IDSRは「公衆衛生緊急マネジメント」(Public Health Emergency Management : PHEM) に変更され、プロジェクトの活動もPHEMに沿ったものに変更されました。

今般、本プロジェクトの実施機関の中間地点を迎えるにあたり、エチオピア側と合同でこれまでの活動・成果の達成度を確認し、プロジェクト後半の方向性及び活動計画を検討・確認するために、2010年11月1日から11月19日まで、中間レビュー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の内容と結果を取りまとめたものです。

ここに、本調査にご協力を賜りました関係者の皆さまに深甚なる謝意を表しますとともに、今後のプロジェクトの実施・運営に際し、一層のご指導、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

平成23年6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  
略語一覧

評価調査結果要約表

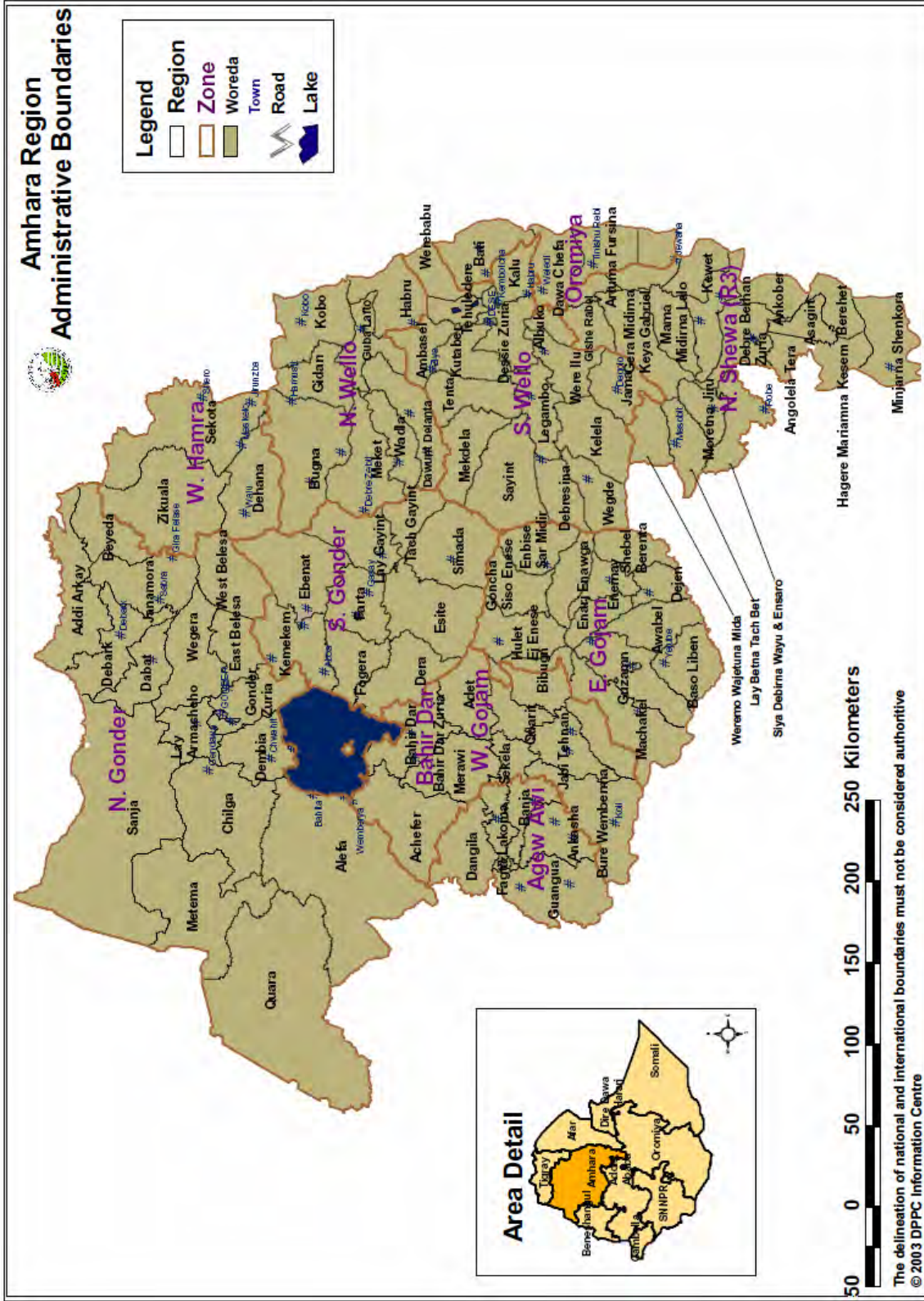
第 1 章 中間レビュー調査の概要 .....	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的 .....	1
1-2 調査団の構成と調査日程 .....	2
1-3 主要面談者 .....	3
1-4 プロジェクトの概要 .....	4
第 2 章 評価の方法 .....	5
2-1 中間レビューの手順 .....	5
2-2 中間レビューのデザイン .....	5
2-3 主な調査項目 .....	5
2-4 データ収集方法 .....	7
第 3 章 プロジェクトの実績と実施プロセス .....	8
3-1 投入実績 .....	8
3-2 活動実績 .....	8
3-3 成果の達成度 .....	13
3-4 プロジェクト目標の達成度 .....	16
3-5 上位目標の達成見込み .....	17
3-6 実施プロセス .....	17
第 4 章 評価結果 .....	18
4-1 妥当性 .....	18
4-2 有効性 .....	18
4-3 効率性 .....	19
4-4 インパクト .....	20
4-5 自立発展性 .....	20
4-6 結 論 .....	20
第 5 章 PDMの変更 .....	22
第 6 章 団長総括 .....	24

第7章 提言と教訓	25
7-1 提言	25
7-2 教訓	27

付属資料

1. ミニッツ・合同評価報告書	31
2. PDM5.0	79
3. PO (PDM5.0用)	83
4. PDM4.5	84
5. 評価グリッド	87
6. 質問票	93

地



写



エビナット郡のヘルスセンター

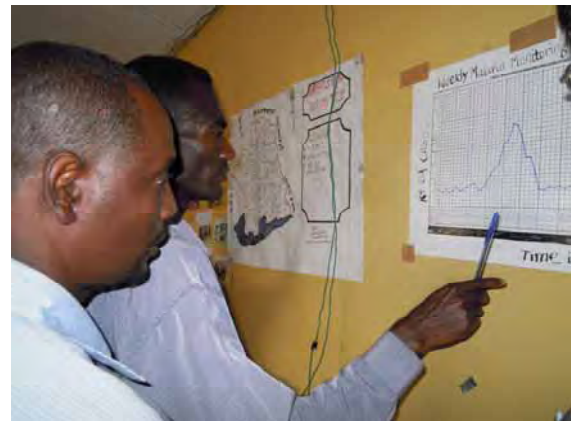
真



メチャ郡のケベレでの月例会



北ゴンダール県のケベレの月例会



デンビア郡保健事務所



合同調整委員会におけるプレゼン



ミニッツ署名

## 略 語 一 覧

略語	正式名称	和文
AFP	Acute Flaccid Paralysis	急性弛緩性麻痺
AmRids (Project)	Strengthening Infectious Disease Prevention, Control and Response in Amhara National Regional State	アムハラ州感染症対策プロジェ クト
ARHB	Amhara National Regional Health Bureau	アムハラ州保健局
AWD	Acute Watery Diarrhea	急性下痢症
BPR	Business Process Reengineering	業務プロセス再構築
C/P	Counterpart	カウンターパート
HC	Health Center	ヘルスセンター
HEP	Health Extension Programme	保健サービス普及プログラム
HES	Health Extension Worker Supervisor	保健普及員スーパーバイザー
HEW	Health Extension Worker	保健普及員
HMIS	Health Management Information System	保健情報管理システム
HP	Health Post	ヘルスポスト
IDSR	Integrated Disease Surveillance and Response	包括的感染症サーベイランスと 対応
JCC	Joint Coordination Committee	合同調整委員会
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
KSO	Kebele Surveillance Officer	ケベレ感染症監視員
M/M	Minutes of Meeting	協議議事録（ミニッツ）
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NNT	Neonatal Tetanus	新生児破傷風
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリッ クス
PHEM	Public Health Emergency Management	公衆衛生緊急マネジメント
PO	Plan of Operation	活動計画
R/D	Record of Discussions	討議議事録
TOT	Training of Trainers	指導者育成研修
WHO	World Health Organization	世界保健機関
WorHO	Woreda Health Office	郡保健事務所
ZHD	Zonal Health Department	県保健局



## 評価調査結果要約表

1. 案件の概要		
国名：エチオピア連邦民主共和国	案件名：アムハラ州感染症対策強化プロジェクト	
分野：保健・医療	援助形態：技術協力プロジェクト	
所轄部署：人間開発部保健第一課	協力金額（評価時点）：約 2.0 億円	
協力期間	(R/D)：2007 年 8 月 14 日 2008 年 1 月～2013 年 1 月	先方関係機関：アムハラ州保健局、アムハラ州県保健局、アムハラ州郡保健事務所
<p>1-1 協力の背景と概要</p> <p>エチオピア連邦民主共和国（以下、「エ」国と記す）政府は、1999 年より感染症サーベイランス及び予防・治療能力の強化を目的とした「包括的感染症サーベイランスと対応」（Integrated Disease Surveillance and Response : IDSR）という戦略を導入し、研修マニュアル、技術ガイドラインの作成や流行性感染症対応委員会を発足させるなど、活発な活動を行ってきた。その一方で、郡レベルの取り組み、及びコミュニティを巻き込んだサーベイランスの実施は進んでいないといわれていた。</p> <p>アムハラ州は、マラリア、流行性マラリア、髄膜炎の発症地域として知られており、年間 1 万 4,000 人が感染症により死亡していた。特にマラリアは、住民の 80%がマラリア浸淫地帯に居住し、年間約 40 万人がマラリアに罹っていた（全国第 2 位、全国の 25%）。アムハラ州でも積極的に IDSR に取り組んでいたが、郡レベルを中心とした取り組みは進んでなかったため、2007 年 8 月にアムハラ州保健局（Amhara National Regional Health Bureau : ARHB）と討議議事録（R/D）が締結され、「アムハラ州感染症対策強化プロジェクト」が 2008 年 1 月から 2013 年 1 月の予定で開始された。</p> <p>本プロジェクトは、現在までに、9 名の日本人専門家を派遣し、郡（ワレダ）からコミュニティレベルのキャパシティ・デベロップメントに焦点を当て、施設ベースのサーベイランスとコミュニティベースのサーベイランスの構築を図っている。また、アムハラ州の 11 県のうち 3 県を対象としてモデルを確立し、将来的に州全体への拡大をめざしている。</p> <p>なお、2009 年 9 月にサーベイランスについての国の政策が IDSR から「公衆衛生緊急マネジメント」（Public Health Emergency Management : PHEM）に変更され、より現実を反映した対象疾病とコミュニティの現状を取り入れる調査手法になったため、本プロジェクトも PHEM に沿うかたちで活動を展開してきている。</p> <p>1-2 協力内容</p> <p>(1) 上位目標</p> <p style="padding-left: 20px;">アムハラ州内で効果的な施設及びコミュニティを基点としたサーベイランスが機能している。</p> <p>(2) プロジェクト目標</p> <p style="padding-left: 20px;">対象地域で効果的な施設及びコミュニティを基点としたサーベイランスが機能している。</p> <p>(3) 成果</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1：パイロット地域において、効果的な施設を基点としたサーベイランス・システムが確立され、有効性が認められる。</li> <li>2：確立された施設を基点としたサーベイランス・システムが、対象地域に展開される。</li> <li>3：パイロット地域において、効果的なコミュニティを基点としたサーベイランス・システム</li> </ol>		

が確立され、有効性が認められる。

4：確立されたコミュニティを基点としたサーベイランス・システムが、対象地域に展開される。

#### (4) 投入（評価時点）

##### 1) 日本側

長期専門家派遣	6名
短期専門家	3名
研究員受入れ	7名
機材供与	約0.1億円
ローカルコスト負担	約0.4億円

##### 2) 相手側

カウンターパート（C/P）配置	6名
施設等提供	事務所、必要物品の調達等

## 2. 評価調査団の概要

調査者	総括	牛尾 光宏	JICA 人間開発部 技術審議役
	評価計画	高橋 園子	JICA 人間開発部保健第一課 主任調査役
	評価分析	諏訪 裕美	一般財団法人国際開発センター 研究員

調査期間：2010年11月1日～11月19日

評価種類：中間レビュー

## 3. 評価結果の概要

### 3-1 実績の確認

#### (1) 活動

プロジェクトの活動は、計画より遅れることはあったものの、おおむね中間レビュー実施時点で適用されていたPDM4.5に沿った形で実施された。施設のサーベイランス機能強化のために、対象地域への機材供与とともに、①基本マニュアルの配布、②初期の段階では対象全ヘルスセンター（Health Center：HC）への集団研修と、パイロット郡における郡保健事務所とHCへ個別研修の実施、③パイロット郡保健事務所とHCへの個別訪問指導（問題のある施設とアクセスの悪い施設）、④保健事務所によるサーベイランス事業評価のためのチェックリスト作成を行った。しかし、2009年9月に国家感染症サーベイランス・スキームがIDSRからPHEMに変更になったことに付随し、2010年2月から6パイロット郡、県、州のオフィサーにデータ分析、マネジメントの研修が実施された。同時にPHEMオフィサーが使用するマニュアル、新フォームを供給した。

コミュニティ・サーベイランスに関しては、ヘルスシステムの末端施設であるヘルスポスト（Health Post：HP）に常駐する保健普及員（Health Extension Worker：HEW）が中心となり、住民に対する感染症知識及び報告の重要性について啓発し、感染症早期発見・迅速な報告の実現を目的としたサーベイランス・システムの構築のための活動を行った。また、各ケベレ（村）でケベレ感染症監視員（Kebele Surveillance Officer：KSO）を選出し、KSOからHEWへの報告方法として、カードを利用し、HEWからHCへはリファラルペーパーによって報告するシステムを導入した。同時に疾病やサーベイランスに関する知識の向上のためのマニュアル・教材を作成した。この疾病の講義とコミュニティ・サーベイランス・システムの講義を1日間の研修内容に再編し、HEWやKSO、関係者に実施した。

PDM4.5では、成果1はパイロット地域での施設サーベイランス・システムの構築、成果3はパイロット地域でのコミュニティ・サーベイランスの構築で、成果2と成果4は対象地域

への拡大である。中間レビュー時点では、成果 2 にかかる活動として、ファックス機、コピー機、コンピューター、コンピューター操作テキストブックの機材供与を実施し、またコンピューター操作の基礎研修を実施した。成果 4 にかかる活動は、パイロット郡内のメチャ郡において 12 村に拡大した。またコミュニティ・サーベイランス対象疾病に狂犬病と炭疽病を加え、教材の修正を行った。

## (2) 成果

IDSR から PHEM の変更に伴って、一時的に指標は落ち込んだが、(1) 活動に記述したプロジェクトの継続的な介入によって、施設サーベイランス及びコミュニティ・サーベイランスの基礎は出来上がってきている。今後は PDM4.5 の見直しに伴って追加された、感染症サーベイランス・システムのレスポンスに関する事項、施設サーベイランスと施設サーベイランスをつないだシステムづくりに関する事項の活動の実施によって持続性のあるシステムづくりをすることを確認した。同時に、パイロット地域以外の対象地域へ、施設サーベイランスに関しては指導者育成研修 (Training of Trainers : TOT)、コミュニティ・サーベイランスにはクラスター方式の介入方法を用いて拡大していく。

## (3) プロジェクト目標

IDSR のもとでは、施設サーベイランスは一時プロジェクト目標の指標がほぼ達成されるまでになったが、サーベイランス・スキームが PHEM に変更されたことで、報告が月報から週報となり、また HC だけでなく HP からの報告も施設ベースのサーベイランスに組み込まれるということになった。この変更により、報告率は大きく減少しサーベイランス体制の再構築が必要とされるようになった。このような経過で PHEM 研修が必要となり、パイロットの 6 郡が終了したところが中間レビュー時点である。指標は、IDSR でのサーベイランス・スキームを念頭に設定されており、PHEM では期待されるレベルまで到達するのに時間がかかっているが、徐々に向上すると推測できる。

ただ、PDM4.5 ではプロジェクト目標の達成を「プロジェクト・サーベイランス指標」で計ることとしている。「プロジェクト・サーベイランス指標」は、サーベイランス・レポート (疾病報告) のタイムリネスとコンプライアンスで設定されており、この指標ではレポートの提出状況しか計れず不十分である。すなわち感染症疑いのケースやその分析、各疾病への対応 (レスポンス)、アウトブレイクに対する予知的処置等を強化する活動がほとんどなく、またコミュニティ・サーベイランスで収集したデータを集計し、施設サーベイランスとつなぐ活動が設定されていない。

今般、中間レビュー時点で PDM 改訂を行ったが、改訂にあたってはレスポンスに関する活動と施設ベースのサーベイランスとコミュニティベースのサーベイランスをつなぐ活動を追加し、プロジェクト目標、指標と活動の見直しを行った。これらは PHEM の概念に沿ったものであり、レスポンスに関する活動はサーベイランス・システム構築に不可欠と考えられるもので、PDM の全体的なロジックに大きな変更はない。

## 3-2 評価結果の要約

### (1) 妥当性

本プロジェクトは、以下の理由から妥当性は高いと判断される。

- 1) 「エ」国の保健セクター開発計画第 4 フェーズの中で、感染症対策は優先事項の一つに位置づけられており、国家感染症サーベイランス・スキームである PHEM を取り入れて取り組んでいる。また、郡レベルに焦点を当てた地域保健強化プログラムなども継続されており、本プロジェクトのコミュニティを含めたサーベイランス・システムの構築は、「エ」

国政府の保健政策と合致している。

- 2) 対「エ」国事業展開計画で、保健分野は重要セクターの一つであり、コミュニティ資源を活用した感染症対策を支援するとある。本プロジェクトの感染症サーベイランス・システム強化を通じた支援はその方向性において趣旨と一致している。
- 3) アムハラ州は人口約 1,900 万人で、「エ」国全人口の 25%にあたり、外来患者数の 45%が感染症罹患患者である。52%の成人死亡要因と 73%の 5 歳以下の死亡要因が感染症による。本プロジェクトが感染症の罹患率が高いアルハラ州で、感染症サーベイランス体制強化を実施することはニーズと合致している。また、サーベイランス体制を強化することは、流行性感染症拡大を最小限に抑えるためには必須であり、妥当性がある。
- 4) ただし、地理的条件、携帯電話、道路などインフラ整備の遅れを考慮すると、対象地域への拡大には規模が大きすぎると言わざるを得ず、拡大手法の工夫が必要である。

## (2) 有効性

本プロジェクトの有効性はある程度確保されているが、目的を達成するには後半に向けて改善が求められる。

- 1) 2009 年 3 月の運営指導調査時点で、「アムハラ州のプロジェクトの対象地域におけるサーベイランスシステムの基礎がかたまりつつある段階」であったが、2009 年 9 月、基幹となるサーベイランス・スキームが IDSR から PHEM に変更されたために、2010 年 4 月の時点には、パイロット 6 郡の指標もゼロまで低下した。現在 PHEM の研修を実施して、指標も回復しつつあるが、プロジェクトの進捗に影響を与えていることは事実である。
- 2) PDM バージョン 4.5 のデザインに関して、プロジェクト目標の達成度を計る指標が、「プロジェクト・サーベイランス指標 (タイムリネスとコンプライアンス)」だけであり、この指標ではサーベイランス・レポート (疾病報告) の提出状況は計ることができるが、感染症疑いのケースや疾病対応 (レスポンス) の有無など、他の成果は計れない。
- 3) 活動に関しては、施設サーベイランスとコミュニティ・サーベイランスは、それぞれに成果の発現はみられるものの、双方をつなぐ活動が設定されていない。しかし、PHEM では HP からの情報も施設ベースのサーベイランスに含まれることとなり、プロジェクトの活動方向と合致することになる。目標を達成するため、コミュニティと施設を連携する活動をより明確にしやすいになった。
- 4) 阻害要因として、構築されたサーベイランス・システムが持続性のあるものになるために必要となる、サーベイランスによって得られた疾病情報を住民に有益に対応 (レスポンス) する仕組みが明確につくられていない。
- 5) パイロットモデルの拡大には、プロジェクトの期間と投入を考慮すると、対象地域の規模の設定が大きくプロジェクト目標の達成が難しい。

## (3) 効率性

効率性を向上させた要因、阻害した要因がいくつか指摘できるが、総合的な判断は難しい。ただし、不必要な項目は確認できなかった。

- 1) IDSR から PHEM の移行に伴い、対象疾患、レポート頻度、レポート内容が変更になったと同時に、郡、県、州各レベルの大幅な人事異動があった。マニュアルや教材を修正するとともに、新たに PHEM の研修をすべての地域で行う必要があり、この点では結果的に投入に対する成果は非効率的であった。
- 2) 日本人専門家は、長期専門家の不在期間や前任との引き継ぎが不十分であったことが要因で、成果の達成に影響が生じた。
- 3) 県保健局と郡保健事務所にコンピューターとファックス、コピー機を供与した。しかし、

ファックスに関してはほとんどのところで故障しており、結局データの報告は電話を使うことが多い。また、コンピューターについては先方のニーズにそって業務改善につながっているところもあるが、使いこなしていないところが多い。

- 4) **KSO** の活動は開始当時より無報酬を貫いている。日本人専門家やローカルスタッフが、定例モニタリングで村に赴く燃料費を除き、導入時の教育マテリアルであるマニュアルやフリップチャートとラミネートカード、ポロシャツ以外の投入は発生しておらず、非常に効率的であるといえる。

#### (4) インパクト

中間レビュー時点では、インパクトの発現をみることは時期尚早である。しかし、プロジェクトの介入によって、パイロット地域の施設サーベイランスにおける報告状況は明らかに改善されてきている。また、コミュニティ・サーベイランスで、**KSO** が月例会の場で定期的に情報伝達に使用するリファラルカードを提出するという仕組みが出来上がってきた。

- 1) **KSO** が使用するリファラルカードが、**WHO** 支援のもとで **ARHB** が実施予定のコミュニティ・サーベイランスで採用される見込みとなっている。
- 2) コミュニティ・サーベイランスの非パイロット郡保健事務所（エビナット郡）は、プロジェクトが実施しているコミュニティ・サーベイランスを独自で拡大できる方法に工夫して導入しつつある。
- 3) 上位目標の達成を阻害する要因として、保健行政組織（州、県、郡）は概して人材流出、人事異動が激しいことが挙げられる。
- 4) 中間レビュー時点において、本プロジェクトによる負の波及効果は確認されていない。

#### (5) 自立発展性

本プロジェクトの便益を持続するための仕組みはまだ整備途上であり、プロジェクト終了に向けて更なる働きかけが必要である。

- 1) 政策・制度の面では、**PHEM** による感染症サーベイランスは連邦保健省、州保健局など、国家レベルで取り組みが行われており、プロジェクト終了後も連邦保健省主導によるサーベイランスを中心とした感染症対策が行われていくと予測される。
- 2) 組織の面では、「エ」国側のサーベイランス方法は改革途中で数年ごとに変更があるため、変更に対応し、本プロジェクトの便益を維持できる州、県、郡の行政の能力強化が必要である。また、構築されたサーベイランス・システムが活用され、また他地域に普及されるような取り組みについてはエビナット郡など一部の郡でコミュニティ・サーベイランスについての部分的な適用拡大が試み始められたところである。
- 3) 予算面では、アムハラ州は郡に予算の決定の権限の多くを譲渡しているが、郡役所から郡保健事務所への適切な予算の確保・配分や適切な人材配置などの組織能力が弱く、予算についてのプロジェクトからの働きかけは非常に難しい。
- 4) 技術的な面では、パイロット郡でのコミュニティのサーベイランス・システムが構築されつつあり、**KSO** を使った情報収集はプロジェクト独自のものである。コミュニティ・サーベイランスを無報酬で **KSO** に定着・普及させる活動が既に始まっているが、今後の活動に期待する。

### 3-3 効果発現に貢献する要因

#### (1) 計画内容に関すること

- 1) **PHEM** への変更は、プロジェクトの有効性や効率性の達成に一時的に阻害となっているが、**PHEM** の内容は感染症疾病状況の把握とそれらに対する対応を重視するなど、サーベイランスの実態により則しており、同時にコミュニティを含めたシステムの概念という点

でも本プロジェクトに合致している。本プロジェクトの活動が明確に設定されることになり、プロジェクトの効率性、有効性に効果がある。

- 2) 実施プロセスに関すること  
特になし。

### 3-4 問題点及び問題を惹起した要因

#### (1) 計画内容に関すること

計画内容にかかる問題点は以下のとおりであり、中間レビュー時に検討され、PDM5.0 への改訂の際に反映された。

- 1) プロジェクト目標の指標の設定については、サーベイランス・レポート（疾病報告）の提出状況は計ることができるが、感染症疑いのケースや疾病対応（レスポンス）の有無といった他の成果が計れないなど十分ではなかった。
- 2) 活動に、施設サーベイランスとコミュニティ・サーベイランスの双方をつなぐ活動項目が設定されていなかった。
- 3) 感染症サーベイランスにおいて、収集した情報を解析したあとのレポンスに関する「解析結果のフィードバックと適切な対処案の計画実施」の部分が設定されていなかった。
- 4) 日本人専門家の投入のタイミングが適正に行われなかった。
- 5) 後半の時期及び専門家の投入から考慮しても、計画の拡大方法では対象地域の規模が適正でない。

#### (2) 実施プロセスに関すること

- 1) 国家感染症サーベイランス・スキームが IDSR から PHEM に変更されたことによって、PHEM の研修、マニュアルの修正などの必要があった。
- 2) 保健行政組織の人材の流出、人事異動が多い。

### 3-5 結論

#### (1) プロジェクト目標の達成状況

プロジェクト終了時点でプロジェクト目標が達成されるかどうかについては、PDM4.5 から 5.0 の変更に伴いプロジェクト目標も改訂されているため判断は難しい。PDM4.5 に基づくと、パイロット 6 郡ではかなり前向きな結果が出ているが、残りの 16 郡での活動はこれから始める段階にある。プロジェクトの阻害要因を考慮すると、これまでの達成状況はポジティブである。PDM5.0 で成果 5 と 6 に関する活動としてレスポンスに関する活動、及び施設ベースとコミュニティベースのサーベイランス活動の連携が追加されたが、妥当である。プロジェクト専門家及び ARHB の新たな活動へのコミットメントの高さと協力体制を考えると、終了時点でポジティブな結果が出ることは期待される。

#### (2) 5 項目評価

5 項目評価では妥当性は高く、一定レベルの有効性と効率性は認められる。インパクトについては上位目標の達成は自立発展性に依存しており、上位目標も PDM5.0 への変更で改訂されているため、判断するのは時期尚早である。自立発展性については技術面では比較的高いが、組織面では十分ではなく、全体としての自立発展性は現時点ではまだ確保されていない。

### 3-6 提言（当該プロジェクトに関する具体的な措置、提案、助言）

#### （1）プロジェクト

- 1) 施設ベースのサーベイランスについては、パイロット 6 郡から他の 16 郡に拡大するが、その拡大においては、PHEM の TOT の活用など効果的な方法を追求する。
- 2) 対象 22 郡において報告、データ管理、分析、フィードバックの研修を保健事務所で行っているが、定期的なモニタリングが必要である。そのため可能であれば「エ」国 C/P からの人材確保、あるいはローカルスタッフの追加雇用により疾病情報をモニターし、スーパーバイズすることで、研修で学んだ知識の円滑かつ効果的な定着を図る。
- 3) コミュニティベースのサーベイランスの拡大においては、モデルクラスターをいくつか選び、そこでの活動をショーケースとして他のクラスターに広げることで効率化を図る。
- 4) プロジェクトで導入した KSO をプロジェクト終了後も継続し、また対象地域以外でも広げるために、KSO の高いモチベーション確保を考える必要があり、現在試験導入している衛生用品のリボルビングファンド活動の活用などを進める。
- 5) 供与機材の郡及び県における使用状況を確認し、活用が十分でない場合は対応策を検討する。
- 6) プロジェクトは PHEM のもとでのサーベイランス/レスポンスシステム確立の良いモデルとなり得るため、プロジェクトの進捗と成果を連邦レベル及び他ドナーへ広報する。広報の中央からの発信に関して、本プロジェクトは地方での活動であるために JICA エチオピア事務所の助力が期待される。

#### （2）ARHB

- 1) PHEM 研修にファシリテーターとして関与し、研修システムについてはリフレッシュャー研修を含めて検討するとともに、研修の準備（予算確保やトレーナー確保を含む）を行う。
- 2) レスポンス活動の効果的な強化のため、保健施設の整備/改修を行い、医療機材/物品の供与、保健施設の人材確保を行う。
- 3) ケベレ（村）レベルの活動を把握することが望ましい。
- 4) 県（ゾーン）レベルの活動を定期的にモニターし奨励する。
- 5) 対象県だけでなく対象県以外の県についても疾病情報を提供する。

#### （3）県保健局

- 1) コミュニティベースのサーベイランスの効率的な拡大とレスポンス活動の効果的な実施のため、各郡からの集めた生データを活用して比較及び分析を行う。プロジェクトは各県と定期的な会合をもち、県からのデータを入手し分析に役立てる。
- 2) 郡（ワレダ）レベルの活動を定期的にモニターし奨励する。

#### （4）郡保健事務所

- 1) タイムリーに県へのデータ提出（電子データまたは手書き）を進める。
- 2) HEW が KSO から提出されたデータを集計し活用するとともに、郡保健事務所が HEW からのデータを有効に活用しフィードバックを行う。
- 3) HC はコミュニティと施設の仲介者の役割を果たすため、HC との連携を強化し、コミュニティからの情報を得るとともにフィードバックを行う。
- 4) 村（ケベレ）レベルの KSO 活動を定期的にモニターし奨励する。

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

- (1) JICA 国事務所や保健省の政策レベルとの連携により、国の保健政策へのフォローアップを十分に行い、プロジェクトからの提言を広報などを通じて活かしていける体制を構築できることが望ましい。
- (2) さまざまな保健政策やプログラム間の連携を行い、例えば各プログラムがコミュニティベースで雇用しているボランティアについても連携して活用することが重要である。
- (3) 「エ」国では政治的動向や国策変更などの影響を最小限にするための方策として、①サーベイランスプロジェクト自身を中央の連邦保健省内のプロジェクトとする、②連邦保健省に政策アドバイザーを置き、地方現場の活動と連携させるなどを考慮する。
- (4) 政治的動向や国策変更などの影響を最小限にするための他の方策として、そのような影響を比較的受けにくい、的を絞った活動分野のプロジェクトの形成を考慮する。
- (5) 頻繁な人事異動に対しては前提条件として開始当初から諸対策を講じておくことが望ましい。



# 第1章 中間レビュー調査の概要

## 1-1 調査団派遣の経緯と目的

エチオピア連邦民主共和国（以下、「エ」国と記す）では、年間約300万人が感染症に罹患しており、これは全罹患者数の45%を占めている。また、成人死亡の約52%、5歳未満児の死亡の73%が感染症に起因する。死亡原因となる感染症の大部分は、早期発見と適切な治療により治癒するものであるが、医療サービスカバー率及び医療サービス利用率の低さと、医療サービスの質の低さから死亡に至っている。また「エ」国は、数々の流行性感染症が頻発する地域でもある。「エ」国は、アフリカ大陸北部を東西に覆っている髄膜炎ベルトの一部に位置し、髄膜炎のアウトブレイクが頻発している。また、標高差の激しい地形と気候変動により、流行性マラリアが発症する数少ない国の一つである。

このような状況のなか、いつ、どこで、どのような感染症が発生しているのかを予知し、早期発見・対応するシステムの強化が求められている。「エ」国政府は、1999年より感染症のサーベイランス及び予防・治療能力の強化を目的とした「包括的感染症サーベイランスと対応」(Integrated Disease Surveillance and Response : IDSR) という戦略を導入している。国家レベルでは、研修マニュアル、技術ガイドラインの作成や流行性感染症対応委員会を発足させるなど活発な活動が行われており、IDSR実施は比較的進んでいる国であるといわれている。その一方で、郡レベルの取り組み、及びコミュニティを巻き込んだサーベイランスの実施は進んでいない。

アムハラ州は、オロミア州、南部諸民族州とともにマラリア、流行性マラリア、髄膜炎の発症地域として知られており、年間1万4,000人が感染症により死亡している。特にマラリアは、住民の80%がマラリア浸淫地帯に居住し、年間約40万人がマラリアに罹っている（全国第2位、全国の25%）。

「エ」国がIDSRを導入して以降、アムハラ州でも積極的にIDSRに取り組んでいるが、他州と同様、郡レベルを中心とした取り組みは進んでいない。また、住民の半数以上が10km以内に医療施設がない状況下、コミュニティから感染症発生の情報を得ることが非常に重要となるが、コミュニティレベルでのサーベイランスはいまだ実施されていない。医療従事者のサーベイランスに対する認識改善、保健行政機関と医療施設との連携強化、医療施設を利用していない住民へのアプローチ、州・県・郡を結ぶ情報連絡網の整備など、課題が多く残されている。

かかる状況下において、アムハラ州保健局 (Amhara National Regional Health Bureau : ARHB) は、2005年4月、技術協力の要請を日本政府に対して行った。これを受けて、「アムハラ州感染症対策強化プロジェクト」が、2008年1月から2013年1月までの5年間のプロジェクトとして形成された。本プロジェクトは、郡 (woreda : ワレダ) からコミュニティレベルのキャパシティ・デベロップメントに焦点を当て、施設ベースのサーベイランスとコミュニティベースのサーベイランスの構築を図るもので、アムハラ州の11県のうち、3県 (北ゴンダール、南ゴンダール、西ゴッジャム) を対象としてモデルを確立し、将来的に州全体への拡大をめざしている。

なお、2009年9月にサーベイランスについての国の政策がIDSRから「公衆衛生緊急マネジメント」(Public Health Emergency Management : PHEM) に変更され、より現実を反映した対象疾病と、コミュニティの現状を取り入れる調査手法になったため、本プロジェクトもPHEMに沿う形で活動を展開してきている。

今般、2008年1月のプロジェクト開始から3年近くが経過したため、残り期間のプロジェクトの

方向性を協議するため、中間レビュー調査団を2010年11月1日から19日まで派遣した。中間レビューの目的は下記のとおり。

- (1) プロジェクトの進捗を確認し、5項目評価（妥当性、効率性、有効性、インパクト、自立発展性）に沿って入手可能な指標、データ、レポート、ARHBの関係者との協議により達成状況を評価する。
- (2) プロジェクト目標の達成に関する促進要因と阻害要因を明らかにする。
- (3) 上記の結果に基づいてプロジェクトの今後の計画をARHBと協議し、プロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix：PDM）を改訂する。
- (4) 中間レビューの結果を共同中間レビュー報告書にまとめる。

## 1-2 調査団の構成と調査日程

(1) 調査団の構成は下記のとおりである。

担 当	氏 名	所 属
総括	牛尾 光宏	JICA人間開発部 技術審議役
評価計画	高橋 園子	JICA人間開発部保健第一課 主任調査役
評価分析	諏訪 裕美	一般財団法人国際開発センター 研究員

(2) 調査日程は、現地期間が2010年11月1日から19日であり、詳細は下記のとおりである。

月 日	活 動		
	牛尾団長	高橋団員	諏訪団員
10月31日 日			成田発
11月1日 月			アジスアベバ着、JICAエチオピア事務所
11月2日 火			バハルダールへ移動、プロジェクトオフィス、ARHB、西ゴッジヤム県保健局
11月3日 水			メチャ郡保健事務所
11月4日 木			南ゴンダールへ移動、エビナット郡保健事務所
11月5日 金			南ゴンダール県保健局、バハルダールへ移動
11月6日 土			メチャ郡ケベレ訪問
11月7日 日	成田発		レポート作成、北ゴンダールへ移動
11月8日 月	アジスアベバ着、JICAエチオピア事務所		デンビア郡ケベレ訪問、北ゴンダール県保健局、デンビア郡保健事務所
11月9日 火		バハルダールへ移動	
		プロジェクトオフィス、ARHB	
11月10日 水		プロジェクトオフィス	
11月11日 木		エビナット郡保健事務所、HCA、南ゴンダール県保健局	レポート作成
11月12日 金		メチャ郡ケベレ訪問、メチャ郡保健事務所、HC B、西ゴッジャン県保健局	レポート作成

月日	活動	
11月13日 土	団内協議	
	北ゴンドールへ移動	レポート作成
11月14日 日	ケベレ訪問、デンビア郡保健事務所、HC	レポート作成
11月15日 月	ARHBとの協議（PDM、PO）	
11月16日 火	ARHBとの協議（評価報告書、M/M）	
11月17日 水	団内協議	
11月18日 木	JCC、M/M署名 アジスアベバに移動	
11月19日 金	在エチオピア日本大使館、JICAエチオピア事務所 アジスアベバ発	
11月20日 土	成田着	

### 1-3 主要面談者

<「エ」国側>

(1) アムハラ州保健局 (Amhara National Regional Health Bureau : ARHB)

Dr. Asrat Genet                      Head of ARHB

Mr. Alemayehu Mesfin              PHEM Core Process Owner, ARHB

(2) 西ゴッジャム県保健局 (West Gojjam Zonal Health Department)

Mr. Getnet Fentie                    Head of West Gojjam Zonal Health Department

(3) メチャ郡保健事務所 (Mecha Woreda Health Office)

Mr. Yirdaw Guday                    Vice Head of Mecha Woreda Health Office

Mr. Mulugeta Alemayehu            PHEM Officer of Mecha Woreda Health Office

(4) 南ゴンドール県保健局 (South Gondar Zonal Health Department)

Mr. Yohannes                         Head of South Gondar Zonal Health Department

Mr. Tesfaye Hagos                    PHEM Officer of South Gondar Zonal Health Department

(5) エビナット郡保健事務所 (Ebinat Woreda Health Office)

Mr. Wassie Destaw                    Head of Ebinat Woreda Health Office

Mr. Balew Ameshe                    PHEM Officer of Ebinat Woreda Health Office

(6) 北ゴンドール県保健局 (North Gondar Zonal Health Department)

Mr. Temro                                Vice Head of North Gondar Zonal Health Department

Mr. Gashaw Tesfahun                PHEM Officer of North Gondar Zonal Health Department



## 第2章 評価の方法

### 2-1 中間レビューの手順

本レビュー調査は、「新JICA事業評価ガイドライン2010年6月」に従い、以下のステップを経て行われた。

#### (1) 評価設問の設定

評価設問は、主に評価5項目（「2-3 主な調査項目」を参照）をもとにして検討された評価のために必要な確認事項であり、本中間レビューにおける設問詳細は評価グリッドに示す。

（付属資料5）

#### (2) 必要な情報/データ入手手段の検討と収集

検討された各情報の入手手段及び情報源については評価グリッドに示されたとおりであるが、データ収集方法は「2-4 データ収集方法」に記す。

#### (3) 入手した情報/データをもとに、プロジェクトの現状と計画を照らし、実績・実施プロセス・因果関係の観点から検証

#### (4) 評価5項目の各視点に基づく成果（アウトカム）を評価

#### (5) プロジェクトの成否に影響を及ぼした要因の特定を試み、プロジェクトの残りの実施期間の活動に対する「エ」国側及び日本側への提言の取りまとめ

### 2-2 中間レビューのデザイン

JICAの技術協力プロジェクトにおいて、PDMはプロジェクト概要と事業計画を示すツールとして用いられている。プロジェクト開始時に策定されたPDMは、必要に応じて実施期間中に日本側と相手国側の同意のもとで改訂されるが、プロジェクトの評価は基本的に最新のPDMに基づいて実施される。本プロジェクトでは2009年9月に改訂されたPDM4.5が最新のPDMとなり、本中間レビュー調査もこれに基づいて評価デザインを策定した。

本中間レビューに先立ち、プロジェクトからはPDM4.5の改訂の必要性が指摘された。本中間レビュー調査の結果を踏まえて、その必要性が関係者間で確認され、調査期間中にプロジェクト専門家と調査団で調査結果を反映させた改訂案（PDM5.0）を作成した。「エ」国側評価者との協議を経て合同調整委員会（Joint Coordination Committee：JCC）に提出された。JCCにおいて、PDM5.0は合同評価レポートとともに正式に承認を受けた。PDM4.5は付属資料4、PDM5.0は付属資料2に添付する。

### 2-3 主な調査項目

本プロジェクトの評価に適用される評価5項目の各項目の定義と代表的な評価設問は、以下のとおりである。

#### (1) 妥当性

妥当性とは、評価時点においてプロジェクトの目標と上位目標が示すプロジェクトの方向性が、「エ」国の当該分野の開発政策及び日本との援助政策との整合性があるか、日本が支援を実施する優位性及び意義があるか、ターゲットグループや関係者のニーズと合致しているかを確認する視点である。

(妥当性の代表的な評価設問)

- ・プロジェクトは、「エ」国の感染症対策のニーズと整合性があるか？
- ・プロジェクトはアムハラ州の保健医療施設とコミュニティのニーズと合致しているか？
- ・プロジェクトの方向性はJICAの国別事業実施計画と合致しているか？
- ・当該分野に対する支援の日本による優位性は高いか？

#### (2) 有効性

有効性とは、プロジェクト目標の達成可能性及びプロジェクト目標がプロジェクトの活動によって達成されたか(他の要因によって達成されていないか)を確認する視点である。また、プロジェクトの成果(アウトプット)がプロジェクト目標の達成に貢献したかも(外部条件の状況を含め)確認する。

(有効性の代表的な評価設問)

- ・プロジェクト目標の中間的な目標値(milestones)は達成されているか？
- ・プロジェクト目標を達成するための外部条件(プロジェクトの外側のリスク)は満たされているか？

#### (3) 効率性

効率性とは、プロジェクトの投入がどの程度、成果(アウトプット)の達成に貢献したかを確認する視点であり、プロジェクトの生産性を問う視点である。量のみならず、質やタイミングの観点からも確認する。

(効率性の代表的な評価設問)

- ・中間評価時、各成果の指標は(どの程度)達成されているか？
- ・各活動はアウトプットの達成に十分か？
- ・投入はアウトプット達成に十分か？(機材、本邦研修、専門家(長期・短期)、現地経費、「エ」国側負担など)

#### (4) インパクト

インパクトとは、プロジェクトの直接的・間接的及び正負の波及効果である。上位目標は意図された直接的な正のインパクトであるから、その達成可能性も確認する。(インパクトの評価設問)

- ・上位目標は達成される見込みか？
- ・上位目標を達成するための外部条件(プロジェクトの外部のリスク)は満たされているか？
- ・正負のインパクト(社会、文化、環境、技術などの視点で)が発生したか？

#### (5) 自立発展性

自立発展性とは、プロジェクトでもたらされた便益が、その終了後も継続するかを確認する視点である（プロジェクトの継続性を確認する視点ではない）。将来を予測する視点であるから、組織や財政、人材及び政策的なバックアップなどをもとに、継続するための要素が十分かを検討する。

（自立発展性の評価設問）

- ・構築された感染症サーベイランス・システムはプロジェクト終了後も活用されるか？
- ・構築されたサーベイランスシステムは、プロジェクト成果を他地域へ普及させる視点に立った取り組みが担保されているか？
- ・感染症サーベイランスを継続していけるか？（財政、政策、人的資源、技術などの支援から）
- ・連邦保健省/ARHBは引き続き感染症サーベイランス強化を促進していくか？

### 2-4 データ収集方法

本中間レビューでは評価分析のために必要な情報/データを以下の方法で収集した。

#### (1) 既存資料の参照

- ・プロジェクトの計画・実施にかかる資料
- ・「エ」国及び日本による報告書及び資料

#### (2) 質問票調査

- ・ARHB、県保健局、郡保健事務所

#### (3) インタビュー

- ・日本人専門家（4人）、プロジェクトローカルスタッフ（1名）、アムハラ州保健局長とPHEMオフィサー、県保健局長とPHEMオフィサー、郡保健事務所長とPHEMオフィサー

## 第3章 プロジェクトの実績と実施プロセス

### 3-1 投入実績

#### 3-1-1 「エ」国側投入

##### (1) カウンターパート (Counterpart : C/P)

ARHBの6名がC/Pである。リストは付属資料1の英文合同評価報告書のAnnex VIを参照のこと。

##### (2) プロジェクト事務所等、施設。

##### (3) プロジェクト事務所の水道代、光熱費。

##### (4) 討議議事録 (Record of Discussions: R/D) に記載されたJICAが提供する物品以外に、プロジェクトに必要な消耗品、物品。

#### 3-1-2 日本側投入

##### (1) 専門家

現在までに、長期専門家6人、短期専門家3人が派遣されている。リストは付属資料1の英文合同評価報告書のAnnex IIIを参照のこと。

##### (2) C/P研修

現在まで、7名のC/Pが日本でのC/P研修に参加した。リストは付属資料1の英文合同評価報告書のAnnex Vを参照のこと。

##### (3) 機材供与

プロジェクトの一環として供与された機材は、2010年3月まで総額1,138万円 (US\$140.185相当。US\$1 = JPY81.23、2010年11月のレート) となる。詳細は付属資料1の英文合同評価報告書のAnnex IVを参照のこと。

##### (4) 在外業務強化費

在外業務強化費はプロジェクト開始から2009年までの実績及び2010年の予定で約3,841万円が投入された。

### 3-2 活動実績

プロジェクトの活動は計画より遅れることはあるものの、おおむねPDMに沿った形で実施された。PDM4.5の成果指標に照らした活動の実績の概要は以下のとおりである。

#### (1) 成果1 : 「パイロット地域において、効果的な施設を基点としたサーベイランス・システムが確立され、有効性が認められる」に対応する活動の進捗状況

施設のサーベイランス機能強化のために、対象地域への機材供与とともに、①基本マニユア



ルの配布、②初期の段階では対象全ヘルスセンター（Health Center：HC）への集団研修と、パイロット郡における郡保健事務所とHCへ個別研修の実施、③パイロット郡保健事務所とHCへの個別訪問指導（問題のある施設とアクセスの悪い施設）、④保健事務所によるサーベイランス事業評価のためのチェックリスト作成を行った。2009年9月に国家感染症サーベイランス・スキームがIDSRからPHEMに変更になったことに付随し、2010年2月から6パイロット郡、県、州のオフィサーにデータ分析、マネージメントの研修が実施された。同時にPHEMオフィサーが使用するマニュアル、新フォームを供給した。

	活動	実績
1.1	サーベイランス・システムの現状調査を実施する。	・ ベースライン調査を実施した。 (2008年4～6月)
1.2	パイロット郡を選定する。	・ パイロット6郡が選定された。 (2008年1～2月)
1.3	保健事務所における報告とデータ処理・分析・フィードバック方法に関してより良い方法を見つけ出し、研修を実施する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ パイロット6郡、県、州のIDSRオフィサー（当時）対象にデータ分析、マネージメント研修が行われた。（2008年12月～2009年3月、IDSR研修6回実施、計120名）</li> <li>・ ファックスとコンピューターを供与した対象22郡向けにPC研修が行われた。（2009年10月、PC研修2回実施、計35名）</li> <li>・ IDSRからPHEM（2009年6月公示、9月施行）に変更されたことを受けて、パイロット6郡、県、州のオフィサーにデータ分析、マネージメントの研修が実施された。（2010年2月～6月、PHEM研修6回実施、計127名）</li> </ul>
1.4	保健事務所対象における感染症流行時の対応と準備に関してより良い方法を見つけ出し、研修を実施する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 対象22郡のIDSRオフィサー、HCスタッフを対象に急性下痢症（Acute Watery Diarrhea：AWD）の対応と準備に関する研修を州保健局と協同で開催した。（2008年6月、AWD研修1回実施、39名）</li> <li>・ パイロット6郡に対しIDSRの疾病管理の研修を開催した。（2008年12月～2009年3月、IDSR研修6回実施、計120名）</li> </ul>
1.5	保健事務所においてデータ分析に基づく年間計画のモデルを作成する。	・ 保健事務所が年間計画を作成するまでには至っていないが、Woreda Evidence Based Planningの枠組みの中で年間計画の作成に協力している。
1.6	医療従事者に対してサーベイランスに係る研修を実施する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 8郡（パイロット6郡＋ブレ市、アレファ郡）のヘルスワーカーと郡IDSRオフィサーに対してIDSR対象疾患に関する研修が実施された。（2008年12月～2009年3月、IDSR研修6回実施、計120名）</li> <li>・ 対象医療施設において、施設ベースの疾病情報ファイリング、レポートの定期的モニタリング・監督が行われている。（2008年～現在）</li> </ul>

	活動	実績
1.7	臨床検査技師に対して、サーベイランスに関連した研修を実施する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象22郡で検査能力や機器の現状アセスメントが実施された。(2008年12月)</li> <li>短期専門家がHCスタッフに対し検査技術の統一化と向上のためにトレーニングを行った。(2008年12月、ラボラトリー研修1回実施、25名)</li> </ul>
1.8	保健事務所及び医療施設において、施設ベースのサーベイランスのモニタリング・監督をする。	<ul style="list-style-type: none"> <li>パイロット6郡の保健事務所及び医療施設においてアウトブレイクの可能性の高いAWD、髄膜炎、麻疹の定期的サーベイランスモニタリング・監督が実施されている。(2008年～現在)</li> <li>パイロット6郡の保健事務所及び医療施設において、施設ベースの疾病情報管理、ファイリング、レポートの定期的モニタリング・監督が行われている。(2008年～現在)</li> </ul>
1.9	保健事務所及び医療施設のスタッフを対象とした副教材を作成する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>パイロット6郡の保健事務所及び医療施設に対して、IDSRからPHEMへの移行で対象疾患が変更されたため、追加された疾患のTemporary manualを配布した。(2010年2月～6月)</li> <li>パイロット6郡に、ヘルスワーカーとPHEMオフィサーが使用するマニュアル、新フォームを供給した。(2010年2月～6月)</li> </ul>
1.10	必要機材を供与する。(保健事務所へのコンピューター、HCへの補完的な臨床検査機材など)	<ul style="list-style-type: none"> <li>3郡(タクサ、シマダ、ブレ)に対し棚、6郡に対しコピー機、コンピューター、プリンター、無停電電源装置(UPS)、ファックス機が供与された。</li> <li>検査機器については現在ニーズアセスメントを執行中</li> </ul>
1.11	パイロット活動の評価を実施する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>パイロット6郡について評価が行われた。IDSRからPHEMへの変更に伴いレポート率は大幅に下落したため、ヘルスワーカーや保健所員に向けてPHEMの新オリエンテーションを6郡にて開催した。(2010年2月～6月、PHEM研修6回実施、計537名)</li> </ul>

(2) 成果2:「確立された施設を基点としたサーベイランス・システムが、対象地域に展開される」に対応する活動の進捗状況

パイロット6郡で確立された施設を基点としたサーベイランス・システムを22郡に展開する活動実施のための準備が行われている。

	活動	実績
2.1	対象郡を選定する。	・対象22郡が選定された。(2008年1月)
2.2	活動展開の方策(研修、教材、フォローアップ計画)を立てる。	・IDSRからPHEMへの変更に伴い、必要な研修やフォローアップ法を実施中。パイロット6郡については終了した。
2.3	保健事務所及び医療施設に対して研修を実施する。	・対象22郡の保健事務所員に対しデータ入力、集計、分析の研修が実施された。(2009年10月、PC研修2回実施、計35名) ・IDSRからPHEMへの変更に伴い必要な研修やフォローアップ法を実施中。パイロット6郡については終了した。
2.4	問題のある郡に対して必要なフィードバック及び指導を行う。	・実施予定
2.5	必要機材を供与する。	・対象22郡に対しコンピューター、UPS、プリンター、ファックス機が供与された。
2.6	作成した副教材、研修用教材の見直し・修正をする。	・現在実施中

(3) 成果3:「パイロット地域において、効果的なコミュニティを基点としたサーベイランス・システムが確立され、有効性が認められる」に対応する活動の進捗状況

ヘルスシステムの末端施設であるヘルスポスト(Health Post: HP)に常駐する保健普及員(Health Extension Worker: HEW)が中心となり、住民に対する感染症知識及び報告の重要性について啓発することによって、感染症早期発見・迅速な報告の実現を目的としたサーベイランス・システムの構築のための活動を行った。パイロットとして2郡、各4村(kebele: ケベレ)を選定し、各村でケベレ感染症監視員(Kebele Surveillance Officer: KSO)を選出した。KSOからHEWへの報告方法として、リファラルカードとリファラルペーパーによって報告するシステムを導入した。同時に疾病やサーベイランスに関する知識の向上のためのマニュアル・教材を作成し、HEWやKSO、関係者に研修を実施した。月例会に参加し、コミュニティ・サーベイランスのモニタリング・監督を行った。

	活動	実績
3.1	コミュニティにおけるサーベイランス活動と保健関連システムの現状調査を実施する。	・ベースライン調査を実施した。(2008年7月、9月、10月) ・受療行動調査を実施した。(2008年9月)
3.2	パイロット郡及びケベレを選定する。	・関係者(州保健局、県保健局、郡保健事務所)のコンセンサスを得て、2郡、8村がパイロット地域として選定された。
3.3	サーベイランス活動に係る方策をコミュニティと共に立てる。	・KSO選定、KSOの知識レベル(ベースライン)調査が行われた。(2008年8月) ・コミュニティ・サーベイランスの対象疾患を関係者との協議のうえ決定した。(2008年8月) ・カードシステム(メチャ郡)、リファラルペーパー(デンビア郡)によるコミュニティ・サーベイランス・システムを導入した。

	活動	実績
3.4	マニュアル・教材を作成する。	・レポートカード、マニュアル、小冊子（英、アムハラ語）、フリップチャートを作成した。（2008年10年）
3.5	HEW及び保健ボランティアに対する研修を実施する。	・2郡8村のHEW及び他の関係者（郡保健事務所員、村リーダー、マネジャー）を対象に研修が実施された。（2009年1月～2010年3月、コミュニティ・サーベイランス研修2回実施、計40名） ・選定されたボランティアに対して、HEWと関係者がプロジェクトオフィサーと共同で、月例会においてコミュニティ・サーベイランスの方法を指導した。
3.6	コミュニティにおけるサーベイランス活動及び感染症への対応にかかるモニタリング・監督をする。	・KSOの感染症の知識レベル、月例会参加率を含むアセスメントを実施した。（2009年6月） ・月例会での定例モニタリングを実施した。（継続中）
3.7	パイロット活動の評価を実施する。	・パイロット活動の評価を実施した。（2009年11月、12月）

（4）成果4：「確立されたコミュニティを基点としたサーベイランス・システムが、対象地域に展開される」に対応する活動の進捗状況

パイロット地域で確立されたコミュニティ・サーベイランス・システムを拡大する地域として12村が選定され、郡保健事務所員、保健普及員スーパーバイザー（Health Extension Worker Supervisor：HES）、HEWに対する研修を行った。ただ、PHEMへの変更によるマニュアル・教材の見直し・修正を実施しており、本格的に拡大する活動には至っていない。

	活動	実績
4.1	対象郡及びケベレを選定する。	・拡大展開地としてパイロット郡（メチャ郡）内の12村が選定された。 ・新たに1郡2村で、郡主導でコミュニティ・サーベイランスを導入した。
4.2	郡保健事務所に対する研修を実施する。	・拡大展開地の郡保健事務所員、HESに対し研修を開催した。（2010年4月、コミュニティ・サーベイランス研修1回実施、64名）
4.3	HEW及び保健ボランティアに対する研修を実施する。	・拡大展開地のHEWに対し研修を開催した。（2010年4月、コミュニティ・サーベイランス研修1回実施、64名）
4.4	マニュアル・教材の見直し・修正をする。	・現在実施中
4.5	コミュニティにおけるサーベイランス活動及び感染症対応にかかるモニタリング・監督をする。	・パイロット郡にて随時実施する。

### 3-3 成果の達成度

(1) 成果1：「パイロット地域において、効果的な施設を基点としたサーベイランス・システムが確立され、有効性が認められる」の達成状況

IDSRのもとでは、パイロット6郡は機材供与、研修等の活動を通して、ファシリティ・サーベイランス・システムが向上し、タイムリネス（報告が期限内になされたかを計る指標）とコンプライトネス（報告が行われたかを計る指標）ともに目標をほぼ達成していた。特に、6郡中タクサ郡、デンビア郡、メチャ郡の3郡が90%からそれ以上の月間報告を行い、タクサ郡が95%からそれ以上のコンプライトネス、デンビア郡、メチャ郡の2郡が90%からそれ以上のタイムリネスに到達するまでに至った。また、同時に各郡保健事務所は、収集データを分析して、感染症発生状況の経過、現状などを分析し、グラフや表に表すようになった。

しかし、2009年9月に基幹となるサーベイランス・スキームがIDSRからPHEMに変更され、疾病報告義務が月報から週報になるとともに対象疾患も変更され、報告義務のある対象施設がHC以上であったのが、HP以上に拡大した。しかしながら、新制度の知識の不徹底、人員の移動、新しいレポート様式用の紙の不足などから、サーベイランスの報告実績は極端に落ち込み、2010年4月にはパイロット6郡の指標もゼロまで低下した。プロジェクトは、まず新しいレポートの徹底、用紙の供給とともに、PHEM方式の研修をパイロット6郡に実施した。IDSRからPHEMの変更は、プロジェクトにとって一時的に大きな負担であったが、指標は徐々に回復してきているため、モニタリング・監督の継続が必要である。

PDM4.5では、成果を図る指標として1-1から1-7までが設定されている。第5章で詳細は説明するが、中間レビューの機会に行われた今回のPDMの見直しにあたって、1-4、1-5、1-6、1-7の指標に関しては、プロジェクト介入の成果を計る適切な指標に当てはまらず削除されることとなった。他方、追加して新しい指標を設定したが、プロジェクト終了時までには、今後の活動を通してその達成が見込める。

指標	達成状況
1-1. (報告) 90%のタイムリネスと95%コンプライトネスで、医療施設がサーベイランス月例報告を郡保健事務所へ提出する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>すべての対象郡保健事務所における、全HCからの月例報告は、タイムリネスとコンプライトネスともに向上した。(6郡中3郡が90%以上の月例報告、6郡中1郡が95%以上のコンプライトネス、2郡が90%以上のタイムリネス)</li> <li>PHEM導入により、報告体制が月報から週報に変わり、これら指標は大きく低下した。</li> </ul>
1-2. (報告) 90%の医療施設が感染症の疑いを48時間以内に郡保健事務所へ報告する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象郡において、医療施設が感染症流行の疑いを郡保健事務所へ報告する件数は増えた。(48時間以内かどうかは検証されていない)</li> </ul>
1-3. (分析) 90%の郡保健事務所が、重点サーベイランス対象疾患（例えば、マラリア、コレラ、髄膜炎、急性弛緩性麻痺、麻疹、新生児破傷風）に関して、集計表・グラフ・地図（適切なものいずれか）を保持している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>パイロット6郡保健事務所が、対象疾患に関する集計表（電子データ）を保持していた。現在州保健局・県保健局において、重要対象疾患のデータの再整理・集計・分析をはじめたところである。</li> </ul>

指標	達成状況
1-4. (準備) 85%の郡保健事務所がデータ分析に基づき、感染症対策にかかる年間計画を作成する。	・マラリア、コレラや麻疹の流行に関する調査は散発的に実施され、データ収集、分析はされているが、これらをもとにすべての郡保健事務所が年間計画を作成するまでには至っていない。
1-5. (準備) 85%の県保健局及び郡保健事務所が、感染症流行時に必要な薬品・備品を計算できる (例えば、マラリア、AWD)。	・計算能力は測定されていない。
1-6. (調査) 90%の感染症流行の疑いに対して、調査が実施される。	・対象郡において、感染症流行の疑いに対し郡保健事務所が調査する頻度は増えた。(2009年度のマラリア罹患者の増加に伴い、プロジェクトは調査に同行し、データ収集・分析に関して協力を行った。また、乳幼児破傷風の疑いケースの調査に協力を行った)
1-7. (対応) 80%の感染症流行に関して、評価報告書がある。	・実施されていない。

(2) 成果2 : 「確立された施設を基点としたサーベイランス・システムが、対象地域に展開される」の達成状況

IDSRによるサーベイランス・システムの展開では、対象22郡(うち6郡は上記パイロット郡)の保健事務所にコンピューター、プリンター、ファックスを整備するとともにコンピューター基礎演習・情報処理及び分析に関する研修を実施し、疾病報告を電子データで作成することが可能になった。しかし、サーベイランス・システムの変更に伴い、PHEMの研修が必要となり、パイロット郡が優先されたために、中間レビューの時点でその他地域への拡大は開始されていない。今般のPDMの見直しに伴って、プロジェクトの後半では対象郡に関して指導者育成研修(Training of Trainers : TOT)で展開し、さらに新しい指標と活動を追加することで、一定の達成が見込まれる。

指標	達成状況
成果1と同様。地域は対象22郡	<ul style="list-style-type: none"> <li>・IDSRのもとで、コンピューターとプリンターを、対象郡に整備するとともに、コンピューター基礎演習・情報処理及び分析に関するトレーニングを開催した。</li> <li>・上記トレーニング及び現場での自己学習を促進するために、マニュアル(英・アムハラ語)を作成した。</li> <li>・これにより、22郡保健事務所の疾病報告について電子データで作成が可能になった。</li> <li>・報告書のコンプライートネスとタイムリネスの達成状況は現段階では確認できない。</li> </ul>

(3) 成果3：「パイロット地域において、効果的なコミュニティを基点としたサーベイランス・システムが確立され、有効性が認められる」の達成状況

すべてのパイロット郡のKSOがサーベイランスカードを月例会開催時に提出しており、指標は達成されている。また、月例会でKSOが疾病に関する知識を得た結果、知識度テストでは80%以上を獲得するまでに至っている。しかし、HPのHEWが、KSOから提出されたカードを集計し、郡保健事務所に報告するという段階はまだできていないため、これからの活動に求められる。

成果を図る指標として3-1、3-2が設定されている。今回のPDMの見直しにあたって、3-1の指標に関しては、プロジェクト介入の成果を計る、より適切な指標に変更された。また、新しい指標と活動を追加し、それによって成果の達成が見込まれる。

指標	達成状況
3-1. 90%のパイロット村がサーベイランス月例報告を常時かつ期限内に提出する。	・100%のパイロット郡がサーベイランス月例報告を常時かつ期限内に提出した。
3-2. 80%の保健ボランティア及び他コミュニティ関係者が対象疾患の簡易症状を知っている。	・メチャ郡において、KSOの対象疾患に関する症状に関する知識度テストで80%以上をマークした。

(4) 成果4：「確立されたコミュニティを基点としたサーベイランス・システムが、対象地域に展開される」の達成状況

メチャ郡において、対象郡を4村から16村に拡大したことに伴い研修を実施した。しかし、達成状況の調査は行われていない。今後の16村の拡大地域に関しては、各村への直接介入ではなく、プロジェクトによる介入単位をクラスター（1クラスターは4～5村）にし、活動の主導は各郡の保健事務所が行い、プロジェクトは保健事務所を支援するという方法を導入する予定である。

PHEMの開始により報告の義務をもつ対象施設にHPが含まれたこと、上記のように拡大手法を変えたことを踏まえ、今般のPDMの見直しで指標を検討し、4-1、4-2の指標を、より適切なものに変更した。また、新しい指標と活動も追加し、それによって成果の達成が見込まれる。

指標	達成状況
成果3同様。地域は対象6郡	・メチャ郡において、対象郡を4村から16村に拡大したことに伴い研修を実施したが、達成状況はまだ調査していない。

### 3-4 プロジェクト目標の達成度

「対象地域で効果的な施設及びコミュニティを基点としたサーベイランスが機能している」

「3-3 成果の達成度」で記述したが、IDSRのもとでは、施設サーベイランスは一時、プロジェクト目標の指標がほぼ達成されるまでになったが、サーベイランス・スキームの変更により振り出しに戻った。PHEM研修が必要となり、パイロットの6郡が終了したところが中間レビュー時点である。したがって、指標の達成度は限定的で、プロジェクトによると現状はおしなべて50%以下である。ただし、指標はIDSRでのサーベイランス・スキームを念頭に設定されており、PHEMでは期待されるレベルまで到達するのに時間がかかっているが、徐々に向上すると推測できる。

ただ、PDM4.5では、プロジェクト目標の達成を「プロジェクト・サーベイランス指標」で計ることとしている。「プロジェクト・サーベイランス指標」は、サーベイランスレポート（疾病報告）のタイムリネスとコンプライアンスで設定されており、この指標ではレポートの提出状況しか計れず不十分である。

また、「感染症サーベイランス」とは、①疾病報告と情報収集、②入手した情報の解析、③解析結果のフィードバックと適切な対処案の計画実施の3大要素から成り立っており、そのことはPHEMの概念にも沿っている。しかし、PDM4.5はこのうち①と②に焦点が当てられたものであり、プロジェクト目標の効率的サーベイランス・システムという点では、③にあたる感染症疑いのケースや疾病対応（レスポンス）、アウトブレイクに対する予知的処置等を強化する活動がほとんどない。また、コミュニティ・サーベイランスで、収集したデータを集計し施設サーベイランスとつなぐ活動が設定されていない。

したがって、今般のPDM改訂にあたっては、レスポンスに関する活動と施設ベースのサーベイランスとコミュニティベースのサーベイランスをつなぐ活動を追加し、プロジェクト目標、指標と活動の見直しを行った。これらはPHEMの概念に沿ったものであり、レスポンスに関する活動はサーベイランス・システム構築に不可欠と考えられるもので、PDMの全体的なロジックに大きな変更はない。

指標	達成状況
22対象郡中20郡以上がプロジェクトサーベイランス指標の80%を満たしている。	・ PHEM方式のもと、パイロットの6郡に関しては限定的に達成している。残り16郡に関しては、これから活動が開始される。



### 3-5 上位目標の達成見込み

「アムハラ州内で効果的な施設及びコミュニティを基点としたサーベイランスが機能している」

上位目標の達成状況は調査を行っていないが、適切な指標が設定されていないため、プロジェクト終了後、アムハラ州全域にプロジェクトが構築したシステムが拡大し、機能する見込みは難しいと思われる。

今般のPDM5.0への改訂に伴って、上位目標の見直しも行われた。プロジェクト目標との関係、プロジェクト目標から上位目標に至る外部条件も含めて検討し、上位目標と指標の見直しを行った。特に、プロジェクト終了後、プロジェクト外の地域への拡大は、行政のコミットメントが必須となる。プロジェクトの後半では、行政能力の強化やオーナーシップの育成を通じて、他地域へ拡大を支援できる能力を育成するとともに、連邦保健省や他ドナーへの広報などの活動が必要である。また、上位目標の達成状況を計る指標として、より適切な指標を設定した。PDM5.0への変更によって、プロジェクト終了時点での上位目標の達成が期待される。

指標	達成状況
アムハラ州内で70%以上の郡がプロジェクト・サーベイランス指標の80%を満たしている。	達成状態はまだ調査していない。

### 3-6 実施プロセス

プロジェクトの活動の進捗状況をPDM 4.5と照らし合わせると、活動はほぼ計画どおり実施されているものの、時期的には種々の要因のため計画より遅れている。

日本側の事情として、長期専門家の交代があったが、不在期間や引き継ぎの問題で業務活動の低下があった。

「エ」国側の事情として、プロジェクト開始当初のサーベイランス・スキームであるIDSRがPHEMに移行し、人員配置換え（6パイロット郡中PHEMオフィサー5人が交代）、報告システムや情報入力システムの変更があり、新担当者の能力構築のやり直しなど活動遂行や成果の継続の妨げとなった。

アムハラ州は地理的に厳しい地域が多く、地理的に困難な対象地域への介入は少なくなり、成果の達成度も低くなりがちである。また、地域のインフラの整備状況によって、サーベイランス指標の達成度は影響を受けている。

プロジェクト前半の活動が対象郡保健事務所の直接介入に特化して実施されていたため、州保健局のプロジェクトに対するオーナーシップが低い。プロジェクトの自立発展性の視点からも、行政人材の能力強化、オーナーシップの育成が必要である。特に、州保健局のPHEMのオフィサー2名が本邦研修に参加しており、帰国後、この2名と協調したプロジェクトの実施が期待される。

他ドナーやNGOによる縦割りプログラムキャンペーンの実施は、保健事務所、医療施設が総動員となり、しばしば活動ができない状況になる。

## 第4章 評価結果

### 4-1 妥当性

「エ」国の保健行政政策及びJICAの事業実施計画と照らし、本プロジェクトの妥当性は高いといえる。

「エ」保健セクター開発計画第4フェーズ（Health Sector Development Plan : HSDP IV）（2010/11～20014/15、2010年5月ドラフト）の中では、小児保健、妊産婦保健、感染症対策は、継続して優先課題として位置づけられている。感染症対策は、連邦保健省感染症対策部にPHEM課を設け、国家感染症サーベイランス・スキームであるPHEMを取り入れて取り組んでいる。また、地域保健強化プログラムである保健サービス普及プログラム（Health Extension Programme : HEP）も継続して実施されており、郡レベルに焦点を当てた保健教育など予防にかかる活動を行っている。本プロジェクトのコミュニティを含めたサーベイランス・システムの構築という概念は、コミュニティのHPからの情報を含めたPHEMのサーベイランス・システムに沿ったもので、「エ」国の保健行政政策に合致しているといえる。

2009年の対「エ」国事業展開計画の中で、保健分野は重要セクターの一つであり、コミュニティの資源を活用した感染症対策を支援するとある。「エ」国における寿命、健康ロスの大きな病気・障害が感染症である。予防や早期治療は、疾病負担を軽減させるためには必須のアプローチであり、本プロジェクトの感染症サーベイランス・システム強化を通じた感染症対策は、その方向性において趣旨と一致している。

アムハラ州は人口1,900万人で、「エ」国全人口の25%にあたり、外来患者数の45%が感染症罹患患者である。52%の成人死亡要因と73%の5歳以下の死亡要因が感染症による。本プロジェクトが感染症の罹患率が高いアルハラ州で、感染症サーベイランス体制強化を実施することは、ニーズと合致している。また、サーベイランス体制を強化することは、流行性感染症拡大を最小限に抑えるためには必須であり、妥当性がある。

ただし、アムハラ州の地理的条件（広大な土地、険しい山岳）、携帯電話などのインフラの普及の遅れなどの環境のもとで、対象地域とプロジェクトの実施期間を考慮すると、規模が大きすぎると言わざるを得ず、拡大手法の工夫が必要である。

### 4-2 有効性

プロジェクトの「成果」が「プロジェクト目標」の達成に向けて貢献している点からは、本プロジェクトの有効性はある程度確保されているが、目標を達成するには後半に向けて改善が求められる。

2009年3月の運営指導調査時点では、「アムハラ州のプロジェクトの対象地域におけるサーベイランスシステムの基礎がかたまりつつある段階」であったが、2009年9月、基幹となるサーベイランス・スキームがIDSRからPHEMに変更されたために、2010年4月の時点にはパイロット6郡の指標もゼロまで低下した。現在、PHEMの研修を行っており、指標の達成度は回復しつつあるが、プロジェクトの進捗に影響を与えていることは事実である。

PDM4.5のデザインに関して、プロジェクト目標の達成度を計る指標が、「プロジェクト・サーベイランス指標（タイムリネスとコンプライアンス）」だけであり、この指標ではサーベイランス・レポート（疾病報告）の提出状況は計ることができるが、本来のサーベイランスの目的である、

感染症疑いのケースや疾病対応（レスポンス）の有無、アウトブレイクに対する予知的処理が行われたかなど、他の成果を計ることができない。

活動に関しては、施設サーベイランスとコミュニティ・サーベイランスは、それぞれに成果の発現はみられるものの、双方をつなぐ活動が設定されていない。しかし、促進要因として、「エ」国の感染症サーベイランス・スキームがPHEMに変更されたことで、施設ベースとコミュニティ・ベースの活動をつなぎ、HPからの情報を含むシステムが導入された。それによってプロジェクトの概念と合致することになり、目標を達成するためのこの部分の活動がより明確にやすくなった。

阻害要因として、構築されたサーベイランス・システムが持続性のあるものになるために必要となる、サーベイランスによって得られた疾病情報を住民に有益に対応（レスポンス）させる仕組みが明確につくられていないことが挙げられる。また、パイロット・モデルの拡大には、プロジェクトの期間と投入を考慮すると、対象地域の規模の設定が大きく、プロジェクト目標の達成が難しい。したがって、施設サーベイランス及びコミュニティ・サーベイランス、それぞれについて拡大する方法を工夫する必要がある。

中間レビュー段階において、プロジェクト目標の達成の見込みが限定的と判断されるため、後半のプロジェクト実施と終了時のビジョンを明確にするために、プロジェクト目標と指標の見直し、それに伴う各成果の整理が必要と確認され、PDMの改訂をすることで「エ」国側、調査団双方が合意した。

#### 4-3 効率性

「投入」が「成果」の達成にどれだけ貢献しているかの観点から効率性をみると、効率性を向上させた要因、阻害した要因がいくつか指摘でき、総合的な判断は難しい。ただし、不必要な項目は確認できなかった。

「有効性」の項目で述べたとおり、IDSRからPHEMの移行に伴い、今後のプロジェクト実施に関して促進要因の面があるものの、対象疾患、レポート頻度、レポート内容が変更になったと同時に、郡、県、州各レベルの大幅な人事異動があった。したがって、マニュアルや教材を修正するとともに、新たにPHEMの研修をすべての地域で行う必要があり、この点では結果的に投入に対する成果は非効率的であった。

日本人専門家は本邦人材の確保が難しいこともあり、必ずしも適切なタイミングで投入がなされていない。長期専門家の不在期間や前任との引き継ぎが不十分であったことが要因で、成果の達成に影響が生じた。

情報入力・処理システムの導入に伴って、県保健局と郡保健事務所にコンピューターとファックスを供与したが、ファックスに関してはほとんどのところで故障している。しかし、「エ」国で修理、メンテナンスが難しく、結局データの報告は電話を使うことが多い。また、コンピューターについては先方のニーズに沿って業務改善につながっているところもあるが、使いこなしていないところが多く、これらは後半に向けて検討が必要である。

コミュニティ・サーベイランス活動の中心であるKSOの活動は、開始当時より無報酬を貫いている。日本人専門家やローカルスタッフが定例モニタリングで村に赴く燃料費を除き、導入時の教育マテリアルであるマニュアルやフリップ・チャート、ポロシャツ以外の投入は発生しておらず、非常に効率的であるといえる。

#### 4-4 インパクト

中間レビュー時点では、インパクトの発現をみることは、時期尚早である。しかし、プロジェクトの介入によって、パイロット地域の施設サーベイランスにおける報告状況は明らかに改善されてきている。また、コミュニティ・サーベイランスで、KSOが月例会の場で定期的に情報伝達に使用するリファラルカードを提出するという仕組みが出来上がってきた。

正のインパクトとして、プロジェクトで組織されKSOが使用するリファラルカードが、世界保健機関（World Health Organization : WHO）の支援のもとでARHBが実施予定としている広大な地域を対象としたコミュニティ・サーベイランスで採用されることが決定した。

コミュニティ・サーベイランスの非パイロット郡保健事務所（エビナット郡）が、プロジェクトが実施しているコミュニティ・サーベイランスを独自で拡大できる方法に工夫して、導入しつつある（これはクラスター方式で、逆にプロジェクトが今後16対象郡にパイロット・モデルを拡大するにあたり、この方法を採用する予定である）

上位目標の達成を阻害する要因として、保健行政組織（州、県、郡）は概して人材流出、人事異動が激しいことが挙げられる。人事異動の影響が小さくて済むような、行政能力強化を伴ったシステムの構築が期待される。

中間レビュー時点において、本プロジェクトによる負の波及効果は確認されていない。

#### 4-5 自立発展性

本プロジェクトの便益を持続するための仕組みはまだ整備途上であり、プロジェクト終了に向けて更なる働きかけが必要である。

政策・制度の面では、PHEMによる感染症サーベイランスは連邦保健省、州保健局など、国家レベルで取り組みが行われており、プロジェクト終了後も連邦保健省主導によるサーベイランスを中心とした感染症対策が行われていくと予測される。

組織の面では、「エ」国側のサーベイランス方法は改革途中で、IDSRからPHEMに移行があったように数年ごとに変更があるため、変更に対応し、本プロジェクトの便益を維持できる州、県、郡の行政の能力強化が必要である。また、構築されたサーベイランス・システムが活用され、他地域に普及されるような取り組みはまだ行われていない。今後、施設とコミュニティをつないだ効果的なサーベイランス・システムであることを、連邦政府や他ドナーに説明し働きかけていくことが重要である（他地域への展開は連邦政府のコミットメントが必須である）。

予算面では、アムハラ州は郡に予算の決定の権限を譲渡しているが、適切な予算の確保・配分や適切な人材配置などの組織能力が弱く、プロジェクトからの働きかけは非常に難しい。

技術的な面では、パイロット郡でのコミュニティのサーベイランス・システムが構築されつつあり、KSOを使った情報収集はプロジェクト独自のものである。コミュニティ・サーベイランスを無報酬でKSOに定着・普及させるには時間と工夫（プロジェクトで衛生用品のリボルディングファンドが試験導入されている）が必要で、プロジェクトの今後の活動に期待される。

#### 4-6 結論

中間レビュー調査団は、現地調査、プロジェクト関係者、ARHB及びその他の関係者との協議を受けて、次のような結論を出すに至った。

## (1) プロジェクト目標の達成状況

プロジェクト終了時点である2013年1月において、PDM5.0のプロジェクト目標が達成されるかどうかについては、PDM4.5から5.0の変更に伴いプロジェクト目標や指標が改訂されているため、判断は難しい。PDM4.5に基づく、プロジェクト目標に関する指標はパイロット6郡ではかなり前向きな結果が出ているが、残りの16郡での活動はこれから始める段階にある。プロジェクト目標達成にかかる阻害要因、例えば頻繁なスタッフ交代、「エ」国側スタッフの能力不足、現在の日本人長期専門家が前任から引き継いだ際に生じた混乱などを考慮すると、これまでのプロジェクト目標の達成状況はポジティブである。PDM5.0で成果5と6に関する活動が追加されたが、PHEMの概念に照らすとレスポンスに関する活動を含めることは必要であるため、妥当である。プロジェクト専門家は従来からの活動と同様に新たな活動について高いコミットメントを示しており、ARHBもPDM5.0における新たな活動、変更された活動を実施していくことに賛同している。それらを考えると、2013年1月のプロジェクト終了時点で、プロジェクト目標の達成についてポジティブな結果が出ることが期待される。

## (2) 5項目評価

5項目評価では、妥当性は高く、一定レベルの有効性と効率性は認められる。インパクトについては、中間レビュー調査時点で判断するのは時期尚早である。上位目標もPDM5.0で変更されているが、上位目標がプロジェクト終了の数年後に達成されるかどうかについては、自立発展性に依存しているため、現時点では不透明である。自立発展性については、技術面では比較的高いが、組織面では十分ではなく、全体としての自立発展性は現時点ではまだ確保されていない。

## 第5章 PDMの変更

今般の中間レビューにおいて、PDMが4.5（2009年9月25日制定）から5.0に改訂された。PDM4.5は付属資料4、PDM5.0は付属資料2を参照されたい。主な変更点は、サーベイランス・システムの持続性確保のために、レスポンス活動を追加したこと（成果5）、施設ベースのサーベイランス（成果1と2に関連）とコミュニティベースのサーベイランス（成果3と4に関連）をつなぐための連携活動、すなわちHPからHCへのリファー強化とHCでのクラスターミーティング強化活動を追加したこと（成果6）である。サーベイランスについての国の政策は、2009年9月にIDSRからPHEMに変更され、PHEMは施設ベースのサーベイランスとコミュニティベースのサーベイランスをつなぎ、コミュニティレベル（HPレベル）からの報告を求めるものになった。また、レスポンス活動（感染症発生の情報を受けて行うアクションとして、薬やワクチンやメディカルサプライの提供などを含むもの）とサーベイランス情報のフィードバックを含むものとなった。今回のPDM4.5から5.0の改訂は、PHEMの概念に沿ったものである。また、レスポンス活動は持続可能なサーベイランス・システム構築に不可欠と考えられるものであることから、PDMの全体的なロジックに大きな変更はないといえる。PDM4.5とPDM5.0の比較表を以下に示す。PDM5.0において、上位目標とプロジェクト目標は、成果5と6の追加に伴い微修正しており、具体的にはサーベイランスシステムという表記をサーベイランス/レスポンスシステムに修正したが、先に述べたように持続可能なサーベイランス・システム構築にはレスポンス活動が必要であることを考えると、より明確な表現に改めたものとみることができる。また、今回の中間レビューを受けて、PDM5.0では指標やデータの入手手段についてもより適切なものに修正した。さらに、成果5と6を追加したことにより、ターゲットグループとして医療サービス提供者を追加するとともに、投入についても長期専門家を3名体制から4名体制に変更した。今般のPDM改訂に伴い、活動計画（Plan of Operation : PO）も改訂した。PDM5.0に沿ったPOは付属資料3を参照されたい。

項目	PDM 4.5		PDM 5.0		説明	関連する変更
上位目標	アムハラ州内で効果的な施設及びコミュニティを基点としたサーベイランスが機能している。		アムハラ州内で効果的な施設及びコミュニティを基点としたサーベイランス/レスポンスシステムが機能している。		<u>修正</u> -新しい成果5・6に合わせレスポンスシステムへの言及を追加	指標をより適切なものへ変更
プロジェクト目標	対象地域で効果的な施設及びコミュニティを基点としたサーベイランスが機能している。		対象地域で効果的な施設及びコミュニティを基点としたサーベイランス/レスポンスシステムが機能している。		<u>修正</u> -新しい成果5・6に合わせレスポンスシステムへの言及を追加	指標をより適切なものへ変更
成果	1	パイロット地域において、効果的な施設を基点としたサーベイランス・システムが確立され、有効性が認められる。	1	パイロット地域において、効果的な施設を基点としたサーベイランス・システムが確立され、有効性が認められる。	<u>変更なし</u>	指標をより適切なものへ変更 活動を必要性に応じ若干修正
	2	確立された施設を基点としたサーベイランス・システムが、対象地域に展開される。	2	確立された施設を基点としたサーベイランス・システムが、対象地域に展開される。	<u>変更なし</u>	指標をより適切なものへ変更 活動を必要性に応じ若干修正
	3	パイロット地域において、効果的なコミュニティを基点としたサーベイランス・システムが確立され、有効性が認められる。	3	パイロット地域において、効果的なコミュニティを基点としたサーベイランス・システムが確立され、有効性が認められる。	<u>変更なし</u>	指標とデータの入手手段をより適切なものに変更
	4	確立されたコミュニティを基点としたサーベイランス・システムが、対象地域に展開される。	4	確立されたコミュニティを基点としたサーベイランス・システムが、対象地域に展開される。	<u>変更なし</u>	指標とデータの入手手段をより適切なものに変更
			5	パイロット地域におけるサーベイランスデータに基づいた保健・医療の対応能力が強化される。	<u>追加</u> -より持続可能なサーベイランスシステムとするためレスポンスに関する成果を追加	新しい成果5の活動と指標を追加 成果5に合わせターゲットグループに医療サービス提供者を追加 長期専門家を3名から4名に増加
			6	ファシリティー基点とコミュニティを連動させたモデルを構築する。	<u>追加</u> -成果1・2と成果3・4をより効果的につなぐために、施設とコミュニティの連動モデル構築に関する成果を追加	新しい成果6の活動と指標を追加 成果6に合わせターゲットグループに医療サービス提供者を追加 長期専門家を3名から4名に増加

## 第6章 団長総括

何らかの保健政策を実行する前にその対象の実態を正確に把握することが大切であるが、感染症の場合には同時に情報の収集・還元の迅速性も重要である。

当プロジェクトの施設ベースのサーベイランス体制はコミュニティベースのそれと比較すると、診断の正確性、上位機関への情報の迅速な提供が可能、さらにその場において治療を提供できる点において優れたものであるが、情報の入手が受身的であることに加え、当該地域住民の同施設への受療依存度によっては把握対象が一部に限定されている危険性がある。すなわち、サーベイランス体制の一環となっていない民間医療機関や伝統医療、薬局・薬店で購入した医薬品による自己治療の占める割合が高いと当該地域の一部の患者しか受療せず、同施設がカバーすべき地域の実態を反映しないことになる。したがって、将来的には民間医療機関の受療動向についても把握する体制を組み込んでいくべきであろう。また、対象疾患となっている20疾患に対して将来的には段階的に病原体診断を実施できる体制を構築していく必要がある。特に2012年に試行される改正国際保健規則（**International Health Regulations : IHR**）に基づき直ちに通報すべき疾患とされている4疾患（天然痘、野生株由来のポリオ、**SARS**、新型インフルエンザ）に関しては州レベルでは困難としても国レベルでの対応を今から検討しておくべきであろう。

一方、コミュニティベースのサーベイランスは、診断の正確性は捨象し、地域内での積極的な把握と上位機関への報告を優先したもので、「エ」国とりわけアムハラ州のように経済的地理的文化的に医療機関へのアクセスが悪い地域においては有効な手法と思われる。しかも、その担当者が地域に根ざした**KSO**であることから、簡単な知識の普及や生活習慣や環境の改善といった感染症予防の地域での担い手となることも期待できる。また、今後も彼らの意欲をいかに持続させていくかが極めて重要である。

プロジェクトの開始後に日本人専門家の交代や国の政策が**IDSR**から**PHEM**へと変更があったものの、一部の限定した地域とはいえ、地域から施設まで一体とした感染症発生情報の入手体制が構築されつつあることは高く評価したい。そして、今次改訂した**PDM5.0**では、これまでの活動にレスポンス（対応）を強化することと、対象地域を拡大するという野心的なものとなっているが、それらすべてを当プロジェクトのみで完結できるものではなく、従来以上に他の支援組織との協力や調整並びに州政府の自助努力が求められるところである。



## 第7章 提言と教訓

### 7-1 提言

プロジェクトの残りの期間でプロジェクト目標の達成を確保し、プロジェクト終了後も効果的な施設ベース及びコミュニティベースのサーベイランス/レスポンスシステムが対象地域で機能していくことを確保するために下記の提言を行う。

#### (1) プロジェクトに対する提言

- 1) PDM5.0の活動に書かれているように、施設ベースのサーベイランスについてはパイロット6郡から他の16郡に拡大するが、その拡大においてはPHEMオフィサーに対するPHEMのTOTの活用など、効率的な方法を追求する。
- 2) 対象22郡においてプロジェクトは報告、データ管理、分析、フィードバックの研修を保健事務所でやっているが、データ入力が各対象郡で実施されているかどうか、特にパイロット6郡以外の16郡において、定期的なモニタリングが必要である。この目的のためプロジェクトは可能であれば「エ」国C/Pからの人材確保、あるいはローカルスタッフの追加雇用により、データ入力をモニターしスーパーバイズするために各対象郡を訪問するスタッフを見つけることとし、それにより郡保健事務所の職員が研修で学んだ知識を円滑かつ効果的に定着できるようにする。
- 3) コミュニティベースのサーベイランス活動においては、モデルクラスターをいくつか選び、サーベイランス・レスポンスの連携モデルをつくって、そこでの活動をショーケースとして他のクラスターに広げることで効率的な拡大を行う。
- 4) プロジェクトで導入したKSOのシステムは非常にユニークであり、プロジェクト終了後も継続させ、対象地域以外の地域にも広げていくべきであるため、活動継続の方法を検討する必要がある。時間のかかるプロセスではあるが、KSOの高いモチベーションを確保する方法を考える必要があり、PDM5.0のもとで試験導入している衛生用品のリボルビングファンド活動（ソーシャル・マーケティング）の活用などを進める。
- 5) 供与機材（コンピューター、プリンター、ファックスなど）の対象郡及び県における状態と活用状況を確認し、活用が十分でない場合は対応策を検討する。
- 6) 本プロジェクトはPHEMのもとでのサーベイランス/レスポンスシステム確立の良いモデルとなり得るため、プロジェクトの進捗と成果を連邦レベル及び他ドナーへ広報する。PHEMは施設ベースとコミュニティベースのサーベイランスの連携を促進しており、レスポンス活動やサーベイランス結果のフィードバックを含むものである。実際にPHEMの概念に沿ってPDM4.5から5.0への改訂を行っており、プロジェクトにとってPHEMは促進要因と捉えられる。

#### (2) ARHBに対する提言

- 1) 現在、PHEM研修はプロジェクトにより実施されているが、プロジェクト終了後はARHBが持続的な方法で新たに雇用したスタッフ向けにPHEM研修を行う必要がある、施設ベース及びコミュニティベースのサーベイランス・システムの持続可能性を確保するためには、ARHBはPHEM研修にファシリテーターとして関与し、リフレッシュ研修を含む研修シス

テムについて検討するとともに、研修の準備（予算確保やトレーナー確保を含む）を行う必要がある。

- 2) レスポンス活動は、PDM5.0でプロジェクトの活動に追加されたが、カバーできる範囲は限られている。レスポンス活動の効果的な強化のため、ARHBは保健施設の整備・改修を行い、医療機材・物品の供与、保健施設の医療人材やその他の人材の確保を行う必要がある。
- 3) プロジェクトのプロジェクト目標達成のための阻害要因として、頻繁なスタッフ交替、保健施設へアクセスが地理的に難しいこと、ARHBが地方部の実態を把握することが困難であることなどが挙げられる。ARHBは、対象地域の村レベルの最前線の活動を月例会に参加するなどして把握することが望ましい。
- 4) 県（ゾーン）レベルの活動を定期的にモニターし奨励する。
- 5) ARHBは、サーベイランス情報の提供やキャパシティ・ビルディングの実施を対象県だけでなく他の県にも提供すべきである。それにより対象県と非対象県の比較を行い、さらに効果的かつ効果的な介入を検討することが可能になる。

### （3）県保健局への提言

- 1) 対象3県の県保健局には管轄郡からさまざまな生データが提出されているが、そのデータを県保健局は十分に活用していない。集計されたデータを各県保健局からARHBに送る際、電子メールで送るにはデータは大きすぎるのでファックスや電話で提出されている。コミュニティベースのサーベイランスの効率的な拡大とレスポンス活動の効果的な実施のためには、管轄郡からの集めた生データは貴重な情報源であり、活用して3県の比較及び分析を行うことが望ましい。この目的のため、プロジェクトは各県保健局に必要な技術支援を行い、各県と定期的な会合（月例会議など）をもち、県からのデータをCD-ROMなどで入手しさらなる分析に役立てる必要がある。
- 2) 郡（ワレダ）レベルの活動を定期的にモニターし奨励する。

### （4）郡保健事務所への提言

- 1) 今後のデータ分析のためには、データ入力にはコンピューターを使って行うことが望ましい。しかしタイムリーで正確な報告が必須であることから、対象22郡の郡保健事務所は電子データまたは手書きで県保健局へのデータ提出を行う必要がある。
- 2) KSOがリファラルカードを使って提出したデータをHEWが集計し、郡保健事務所に提出する活動が最近始まったところである。このデータはコミュニティレベルの感染症情報として非常に重要なものであるため、郡保健事務所はHEWがデータを提出するよう助言し、郡保健事務所はHEWから提出されたデータを活用してフィードバックする必要がある。
- 3) HCはコミュニティと施設の仲介者の役割を果たすため、郡保健事務所はHCとの連携を強化し、コミュニティからの情報を郡に提供するとともにフィードバックを行う必要がある。
- 4) 村（ケベレ）レベルの活動を定期的にモニターし奨励する。

## 7-2 教訓

本プロジェクトの経験から他のプロジェクトへの教訓として以下の点を挙げる。

- (1) 本プロジェクトでは、IDSRからPHEMへの国のサーベイランス報告システムの変更により、研修を再実施しなければならなくなるなど効率性に負の影響を与えたが、このことはJICA国事務所を通じた国の保健政策への十分なフォローアップや保健省の政策レベルとの連携強化が重要であることを示している。
- (2) 本プロジェクトは、さまざまな保健政策やプログラム間の連携を図ることが重要であることを示している。本プロジェクトでは、PHEMと保健情報管理システム（Health Management Information System : HMIS）が縦割りに実施されているにもかかわらず、HMISで整備されHPに置かれるファミリー・フォルダーはKSOの持っている担当世帯の記録に統合することも可能であり、それによりプロジェクトの効率的な実施も可能になる。また、本プロジェクトがKSOを導入しているのと同じように、複数の保健プログラムがコミュニティレベルで別々のボランティアを雇用しているが、もしも、本プロジェクトと他の保健プログラムが同じボランティアを活用すれば、こうしたプログラムやプロジェクトにとって効率的な実施が可能となる。
- (3) 「エ」国では政治的動向や国策変更などがかなり頻繁にあり、そのことが地方でのプロジェクトの方向性や進捗に多大な影響を与えることがままある。そのような影響を最小限にするための方策として、①今後は、サーベイランスプロジェクト自身を州レベルのプロジェクトではなく、中央の連邦保健省内のプロジェクトとする、②連邦保健省に政策アドバイザーを置き、地方現場の活動と連携させるなどを考慮する。特に②については、連邦制とはいうものの州の保健政策決定能力に限界があることが判明してきた。すなわち州保健局では人員配置の質・量及び州自身への予算措置のいずれも極めて不十分である。そのために連邦保健省の指示待ちというような状態が多く場面で見られる。
- (4) 政治的動向や国策変更などの影響を最小限にするための他の方策として、そのような影響を比較的受けにくい、的を絞った活動分野（個々人に必須の需要のある対象：必須医薬品、予防接種プログラム、安全な水の確保、改良種子の開発など）があり得ると考えられ、それらを対象としたプロジェクトの形成を考慮する。
- (5) 「エ」国では頻繁な人事異動がプロジェクト活動に大きな負の影響を与えてきた。したがって、「エ」国ではこれを前提条件として開始当初から諸対策を講じておくことが望ましい。すなわち、①POや成果においては、担当者が変更になっても対応できるように細かく項目を記載しておく、②類似職種の人員（マラリアオフィサーなど）に共通の技能を研修してもらい、バックアップとする、③研修内容の中に引き継ぎの手法や実践（引き継ぎのロールプレイ）を組み込むなど影響を受けにくい体制の構築を工夫することが望ましい。

## 付 属 資 料

1. ミニッツ・合同評価報告書
2. PDM 5.0
3. PO (PDM 5.0用)
4. PDM 4.5
5. 評価グリッド
6. 質問票

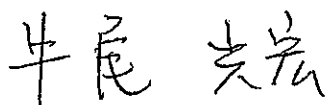
MINUTES OF MEETINGS  
BETWEEN  
THE JAPANESE MID-TERM REVIEW TEAM  
AND  
THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF  
THE FEDERAL DEMOCRATIC REPUBLIC ETHIOPIA  
ON  
JAPANESE TECHNICAL COOPERATION  
FOR  
STRENGTHENING INFECTIOUS DISEASE PREVENTION, CONTROL AND  
RESPONSE IN AMHARA NATIONAL REGIONAL STATE  
OF THE FEDERAL DEMOCRATIC REPUBLIC OF ETHIOPIA

The Japanese Mid-Term Review Team (hereinafter referred to as "the Team") organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Dr. Mitsuhiro Ushio, visited the Federal Democratic Republic of Ethiopia (hereinafter referred to as "Ethiopia") from 1st November, 2010 to 19th November, 2010. The purposes of the visit were to monitor the activities and review the achievements made so far in Strengthening Infectious Disease Prevention, Control and Response in Amhara National Regional State (hereinafter referred to as "AmRids Project").

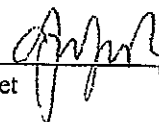
During its stay, the Team had a series of discussions with Amhara National Regional Health Bureau (hereinafter referred to as "ARHB") of the Government of Ethiopia and exchange views on AmRids Project. Both sides jointly monitored the activities and reviewed the achievement based on the Project Design Matrix (hereinafter referred to as "PDM") version 4.5.

As a result of the discussions, both sides agreed upon the matters referred to in the Joint Mid-Term Review Report of AmRids Project attached hereto and revision of the PDM from version 4.5 to version 5.0 as endorsed by Joint Coordination Committee (JCC) on 18th November, 2010.

Bahir Dar, 18th November, 2010



Dr. Mitsuhiro Ushio  
Leader  
The Mid-term Review Team  
Japan International Cooperation Agency  
Japan



Dr. Asrat Genet  
Bureau Head  
Health Bureau  
Amhara National Regional State  
Federal Democratic Republic of Ethiopia

## ATTACHED DOCUMENT

The Team conducted Mid-Term Review from 1st November, 2010 to 19th November, 2010 in order to review the achievements of AmRids Project in terms of relevance, effectiveness, efficiency, impact and sustainability. Through discussion, interviews, questionnaire survey and field survey, the Team concluded the results on the Joint Review Report, as shown in Appendix 1 attached hereto.

### 1. Conclusion of the Mid-Term Review

The Team came to the following conclusion through the field survey of AmRids Project, discussion among the members of the Team and exchange views and opinions with ARHB and concerned parties.

#### 1-1. Achievement of the Project

It is difficult to prospect whether the Project Purpose in PDM 5.0 will be achieved at the completion of AmRids Project in January 2013, since the Project Purpose and indicators has been just modified under PDM 5.0. Under PDM 4.5, indicators for Project Purpose show the positive results for pilot 6 woredas, while activities for rest 16 woredas will start shortly. Considering the several hindering factors to achieve the Project Purpose such as frequent staff turnover, inadequate capacity of staff on the Ethiopian side, and difficulties of succession from precedents to current long-term Japanese experts, AmRids Project has shown positive achievement towards its Project Purpose. Activities for Output 5 and 6 are added under PDM 5.0, which are relevant considering the necessity of including response activities and the concept of PHEM. Japanese experts showed high commitment for newly added as well as continued activities, and communications between Japanese experts and ARHB are very appropriate, and ARHB also agreed to conduct new and modified activities under PDM 5.0. Therefore, positive results for achievement of Project Purpose would be expected at the time of completion of the AmRids Project in January 2013.

#### 1-2. Evaluation by Five Criteria

From the viewpoint of five evaluation criteria, AmRids Project has had high "relevance" and moderate "effectiveness" and "efficiency."

As for "impact", it is too early to evaluate at the time of mid-term review. Although the Overall Goal has been modified under PDM 5.0, it is not clear that Overall Goal would be achieved after a few years of the termination of AmRids Project, because it would be dependent on sustainability.

It is observed that whereas technical sustainability is relatively high, institutional sustainability is not assured. In total, the "sustainability" of AmRids Project would not be secured enough yet.

## 2. Revision of PDM

Through the process of Mid-Term Review, PDM has been revised from PDM 4.5 dated September 25, 2009 (Annex I of Appendix 1) to PDM 5.0 (Annex II of Appendix 1). The main points of the revision are addition of response activities (output 5) in order to secure sustainability of surveillance system and establishment of model of surveillance and response (output 6) in order to combine facility-based surveillance (output 1 and 2) and community-based surveillance (output 3 and 4). National strategy for surveillance was revised from IDSR to PHEM in September 2009, and PHEM promotes the linkage between facility-based and community-based surveillance with requiring reporting from community level (i.e. health post), and it includes response activities (i.e. actions follows the warning of epidemic, which covers mobilization of drugs, vaccines, medical supplies, among others) and feedback of surveillance results. The revision of PDM from 4.5 to 5.0 complies with the concept of PHEM. The comparison of PDM 4.5 and PDM 5.0 are shown as below table. However, the overall logic of PDM has not been significantly changed since response activities have been recognized as indispensable in order to sustainably develop surveillance system.

The Plan of Operation (hereinafter referred to as "PO") is revised accordingly based on the changes from PDM 4.5 to PDM 5.0, as revised PO is attached hereto as Appendix 2.

## 3. Recommendations and Lessons Learned

### 3-1. Recommendations

In order to achieve the project purpose in the remaining period of AmRids Project and to continue to function effective facility-based and community-based surveillance/response system in target area after the completion of AmRids Project, the followings are recommended:

#### To AmRids Project

- (1) While it is already prescribed as activities under PDM 5.0, AmRid Project should consider efficient way to expand coverage for other 16 target woredas besides 6 pilot woredas for facility-based surveillance, including fully utilization of PHEM TOT training for PHEM officers.
- (2) While training on reporting, data management, analysis and feedback mechanism for health offices has been conducted for 22 target woredas by AmRids Project, it is necessary to regularly monitor whether data input using computer are fully utilized at each target woreda, especially for other 16 woredas besides 6 pilot woredas. For this purpose, AmRids Project should explore the way to find a staff to visit each target woreda to monitor and supervise data input using computer, preferably from the Ethiopian counterpart, and/or from hiring additional local staff, maybe as a monthly contract including transportation cost; so that woreda health officers could smoothly and effectively utilize the knowledge they learned through training.

- (3) AmRids Project should first select a sample model clusters to develop a model of surveillance and response as show case for conducting community-based surveillance activities and expand further using show case clusters in order to expand activities more efficiently.
- (4) AmRids Project should consider the way to continue Kebele Surveillance Officer (KSO) system introduced by AmRids Project, since it is very unique system and should be expanded to other areas besides target area and should be maintained after the termination of AmRids Project. Although it takes time, AmRids Project should explore the way to keep high motivation of KSOs, with utilizing revolving fund of hygiene-related projects (social marketing), for example, which has been introduced as trials under PDM 5.0.
- (5) AmRids Project should review conditions and utilizations of provided equipment (e.g. computer, printer, facsimile machine) at each woreda and zone. In case that some equipment is not fully utilized, AmRids Project should consider the way to solve such problems.
- (6) AmRids Project should demonstrate the progress and achievement of AmRids Project to federal level as well as other development partners, since AmRids Project could be good model case of development of surveillance system under PHEM. PHEM is considered as a promoting factor for AmRids Project, since PHEM promotes linkage between facility-based and community-based surveillance, and it includes response activities and feedback of surveillance results, and AmRids Project has revised PDM from 4.5 to 5.0, which complies with the concept of PHEM.

To ARHB

- (1) Although PHEM training is currently conducted by AmRids Project, ARHB should conduct such training for newly employed staff in a self-reliant manner after the termination of AmRids Project. In order to secure sustainability of facility-based and community-based surveillance system, ARHB should participate in PHEM training as a facilitator, and consider training system including refresher training as well as preparation for training activities including managing budget and finding trainers.
- (2) Although response activities are added as project activities under PDM 5.0, the coverage of such activities is limited. In order to effectively improve response activities, ARHB should take actions including necessary development and/or rehabilitation of health facilities, providing necessary medical equipment/supplies, and hiring necessary health staff and other staff at health facilities.
- (3) There are several hindering factors to achieve Project Purpose of AmRids Projects, such as frequent turnover of staffs, geographical difficulty for community to access health facilities, and difficulty for ARHB to check the real situation in remote area. ARHB should; therefore, periodically monitor the first-line activities in kebeles of target area for example through attending monthly meetings, and encourage such activities.
- (4) ARHB should offer surveillance information and capacity building not only for target zones but also for other zones, so that comparison between target zones and other zones could be made, which will contribute to further efficient and effective interventions.

\$

*ah*



#### To Zonal Health Department

- (1) While various raw data are submitted to Zonal Health Department (ZHD) of target 3 zones from woredas under its jurisdiction, such data are not fully utilized at ZHD level and aggregated data are sent to ARHB from each ZHD through facsimile or telephone since electric data is too huge to send through e-mail. In order to expand community-based surveillance more efficiently and conduct response activities more effectively, collected raw data from respective woredas are precious information sources and should be utilized and analyzed including comparing data among 3 target zones. For this purpose, ZHD should be supported by AmRids Project with necessary technical support, and AmRids Project should hold regularly meeting (e.g. monthly) with each ZHD and receive data from each ZHD maybe by CD-ROM for further analysis.

#### To Woreda Health Office

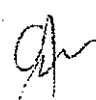
- (1) While it is encouraged to use computer for data input for further data analysis purpose, Woreda Health Offices (WorHOs) of target 22 woredas should submit data to respective ZHD either through electric data or manually, since timely and accurate reporting is essential.
- (2) While the activities of Health Extension Workers (HEWs) to count the data collected by KSOs through cards and submit such data to respective WorHO has been just started, WorHOs should advise HEWs to submit such data, and WorHOs should utilize submitted data and give feedback, since it is very important information sources about infectious diseases at community level.
- (3) WorHOs should strengthen the linkage with health centers, in order to bring information from community level to woredas and give feedback, since health centers would be functioned as a mediator between community and facility level.

#### **3-2. Lessons Learned**

- (1) AmRids Project indicates that careful follow-up for governmental health policy through JICA country office and strong coordination with planning section of the Ministry of Health is essential, since in case of AmRids Project, it should conduct training again with the governmental surveillance reporting system change from IDSR to PHEM, which affected efficiency of AmRids Project.
- (2) AmRids Project indicates that better coordination among various health policies and health programs is essential. In case of AmRids Project, PHEM and Health Management Information System (HMIS) are conducted vertically; however, family folder to be prepared under HMIS at health post level could be integrated with the recording of KSO for each household in charge, so that it would contribute efficient implementation of the AmRids Project. Similarly several health programs introduced different type of volunteer workers in community level, while AmRids Project introduced KSOs. If AmRids Project and other programs utilize same volunteer workers, it would contribute efficient implementation of these programs/projects.

Appendix 1: Joint Mid-Term Review Report

Appendix 2: PO for PDM 5.0



**JOINT MID-TERM REVIEW REPORT  
ON  
THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION  
FOR  
STRENGTHENING INFECTIOUS DISEASE PREVENTION, CONTROL  
AND RESPONSE IN AMHARA NATIONAL REGIONAL STATE  
OF  
THE FEDERAL DEMOCRATIC REPUBLIC OF ETHIOPIA**

**AMHARA NATIONAL REGIONAL HEALTH BUREAU**

**AND**

**JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY**

**NOVEMBER 2010**



## Contents

Abbreviations .....	1
1. Introduction .....	2
1-1 Background of the Project .....	2
1-2 Objectives of the Mid-Term Review .....	3
1-3 Mid-Term Review Team .....	3
1-4 Summary of the Project .....	4
2. Methodology of Evaluation .....	5
2-1 Method of Evaluation .....	5
2-2 Five Criteria of Evaluation .....	5
3. Project Performance and Implementation Process .....	7
3-1 Inputs .....	7
3-2 Progress of Activities .....	8
3-3 Achievement of Outputs .....	13
3-4 Achievement of Project Purpose .....	16
3-5 Prospective on Achievement of Overall Goal .....	17
3-6 Implementation Process .....	17
4. Results of Evaluation .....	18
4-1 Relevance .....	18
4-2 Effectiveness .....	18
4-3 Efficiency .....	19
4-4 Impact .....	20
4-5 Sustainability .....	21
4-6 Conclusion .....	21
5. Revision of PDM .....	23
6. Recommendations and Lessons Learned .....	26
6-1 Recommendations .....	26
6-2 Lessons Learned .....	28
Annex I Project Design Matrix 4.5 .....	29
Annex II Project Design Matrix 5.0 .....	31
Annex III List of Japanese Experts .....	35
Annex IV List of Equipments .....	36
Annex V List of Training Activities .....	38
Annex VI List of Counterparts .....	39

### Abbreviations

ABBREVIATIONS	DESCRIPTION
AFP	Acute Flaccid Paralysis
AmRids Project	Strengthening Infectious Disease Prevention, Control and Response in Amhara National Regional State
ARHB	Amhara National Regional Health Bureau
AWD	Acute Watery Diarrhea
BPR	Business Process Reengineering
HC	Health Center
HEP	Health Extension Programme
HES	Health Extension Supervisor
HEW	Health Extension Worker
HMIS	Health Management Information System
HP	Health Post
IDSR	Integrated Disease Surveillance and Response
JICA	Japan International Cooperation Agency
KSO	Kebele Surveillance Officer
NGO	Non-Governmental Organization
NNT	Neonatal Tetanus
PDM	Project Design Matrix
PHEM	Public Health Emergency Management
TOT	Training of Trainers
WHO	World Health Organization
WorHO	Woreda Health Office
ZHD	Zonal Health Department

## 1. Introduction

### 1-1 Background of the Project

In the Federal Democratic Republic of Ethiopia (hereinafter referred to as "Ethiopia"), approximately 3 million people are suffered from infectious diseases annually, which accounts for 45% of all diseases. Also, about 52% of adult mortality and 73% of under-five mortality are attributed for infectious diseases. Most of such infections disease can be cured with early identification and appropriate treatment; however, it has caused death because of low coverage and utilization of medical services, and low quality of medical services. Ethiopia has also experienced outbreak of various epidemic infectious diseases. Ethiopia is located in part of meningitis belt which covers African continent from east to west, and outbreak of meningitis is often observed. Also, Ethiopia is one of a few countries having epidemic malaria since its altitude ranges from a low of 500 m to high of 4,620 m above sea-level with significant climate change.

In order to timely respond the outbreaks of epidemic infectious diseases, it is necessary to develop the system for having proper information; "when", "where", "what is happened" for infectious diseases. In 1999, the government of Ethiopia introduced the strategy of Integrated Disease Surveillance and Response (IDSR), which aims at controlling infectious diseases through strengthening the disease surveillance system and analyzing the data to identify the causes. According to the evaluation survey report conducted by WHO in 2005, while the IDSR implementation has well-done at national and regional level so far, activities at woreda (district) and community level is not satisfactory implemented yet.

Amhara national regional state, together with Oromia region and Southern Nations, Nationalities and Peoples region, is known as the area for malaria, epidemic malaria and meningitis, and 14,000 people died annually due to infectious diseases. Especially, the burden of malaria in Amhara region is very serious, and more than 80% of the total population live in the area with the risk of malaria, and actually 400,000 people are infected with malaria annually which is 2nd biggest number in the country with 25% of total Ethiopian malaria patients.

Since Ethiopia introduced IDSR, Amhara region has also actively engaged in IDSR; however, woreda level activities have not progressed well as shown in other regions. Since more than half population live in the area where no health facility is located within 10 km, receiving information about infectious diseases from community is very crucial; however, community-based surveillance has not been started yet. Also, there are a lot of issues to be addressed such as improvement of knowledge of health officers for surveillance, strengthening of coordination between health administrative office and health facilities, approaches to community which do not use health facilities, and development of information network among region, zone and woreda.



Under such circumstances, the Amhara National Regional Health Bureau (hereinafter referred to as "ARHB") requested for the technical cooperation to Japanese government in April, 2005. With response to such request, the Technical Cooperation for "Strengthening Infectious Disease Prevention, Control and Response in Amhara National Regional State (hereinafter referred to as "AmRids Project")" was formulated as a five years project from January 2008 to January 2013. AmRids Project focuses on strengthening the capacity development of woreda and community level, which consists of 2 major components; 1) establishment of effective facility-based surveillance system, and 2) establishment of community-based surveillance system improving the capacity of response for infectious diseases. AmRids Project covers 3 zones (North Gondar, South Gondar, and West Gojam) among 11 zones in the region to develop an efficient model for controlling infectious diseases and to disseminate a good practice to entire region.

### 1-2 Objectives of the Mid-Term Review

As nearly 3 years passed since AmRids Project was launched in January 2008, Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") send a mid-term review team from November 1, 2010 to November 19, 2010, for the purpose of deciding on the course of the Project for the remaining period. The objectives of the mid-term review of AmRids Project are:

- (1) to review the progress of AmRids Project and evaluate the achievement in accordance with the five evaluation criteria (relevance, effectiveness, efficiency, impact and sustainability) by making use of available indicators, data, and reports, and through consultation with relevant officials in ARHB;
- (2) to identify the promoting factors and impeding factors of achievements of AmRids Project;
- (3) to discuss the future plan for AmRids Project together with ARHB based on the review and analysis result above and to revise Project Design Matrix (PDM); and
- (4) to summarize the result of the review in a Joint Mid-Term Review Report.

### 1-3 Mid-Term Review Team

The members of mid-term review team (hereinafter referred to as "the Team") are as follows:

Name	Responsibility	Affiliation
Dr. Mitsuhiro USHIO	Leader	Executive Technical Advisor to the Director General, Human Development Department, JICA
Ms. Sonoko TAKAHASHI	Evaluation Plan	Deputy Director, Health Division 1, Health Group 1, Human Development Department, JICA
Ms. Hiromi SUWA	Evaluation Analysis	Researcher, International Development Center of Japan

7

*[Handwritten signature]*

#### 1-4 Summary of the Project

AmRids Project has been conducted since January 2008 for the period of 5 years. The expected Overall Goal, Project Purpose and Outputs written in PDM 4.5 dated September 2009 (Annex 1) are as follows:

Overall Goal (a purpose which will be attained after the completion of the Project):

Effective facility-based and community-based surveillance is functioning in Amhara region.

Project Purpose:

Effective facility-based and community-based surveillance is functioning in target area.

Outputs:

- (1) Effective system of facility-based surveillance is established and verified in pilot area
- (2) Operational capacity of the verified system of facility-based surveillance is developed in all target area.
- (3) System of community-based surveillance is established and verified in pilot area.
- (4) Operational capacity of the verified system of community-based surveillance is developed in all target area.

ቆ

ቆ



## 2. Methodology of Evaluation

### 2-1 Method of Evaluation

The Mid-term review was conducted in accordance with the JICA Guidelines for Project Evaluations (2010), following these steps:

- 1) Achievements of the Project were assessed based on the current Project Design Matrix (PDM) version 4.5, adopted on September 2009 (Annex1). The PDM was modified three times by the time of mid-term review. The results of the Outputs and the Project Purpose were analysed vis-à-vis the Verifiable Indicators. The Inputs and Activities were evaluated in comparison with the plan and the achievement of the Outputs.
- 2) Contributing and impeding factors to the achievement of the Project were analyzed by reviewing the project design implementation process.
- 3) The design, implementation process, and outcomes of the Project were analyzed from the viewpoints of the five evaluation criteria: relevance, effectiveness, efficiency, impact and sustainability.

### 2-2 Five Criteria of Evaluation

#### 1) Relevance

Relevance refers to the validity of the Project purpose and Overall Goal in connection with the development policy of Ethiopia in the target sector and assistance policy of Japan as well as the needs of target groups and stakeholders at the time of the Evaluation.

#### 2) Effectiveness

Effectiveness refers to the extent to which the Project purpose will be achieved as planned through the activities in the Project (not by external factors) , and examines the attainment of the Project purpose, relationship between the Project purpose and Outputs, and influence of external factors (including Important Assumptions).

#### 3) Efficiency

Efficiency refers to the productivity of the implementation process the examines to what extent the Inputs had been converted into the Outputs, and whether timing of the input as well as output is appropriate in light of the Project progress/ planning/ implementation/ expected timeframe.

4) Impact

Impact refers to direct, indirect positive and negative influences caused by implementation of the Project, including the extent to which the overall goal will be attained.

5) Sustainability

Sustainability refers to the extent to which the benefits generated by the Project will be able to be sustained after the termination of the Project, and examines fundamental elements to sustain the benefits (ex. Organization, Finance, Human resources).

### 3. Project Performance and Implementation Process

#### 3-1 Inputs

##### 3-1-1 Inputs from the Ethiopian Side

###### 1) Counterparts

Counterpart personnel assigned to the Project

Staff members of the Regional Health Bureau (RHB) were assigned to the Project as the counterparts personnel. The list is shown in Annex VI.

###### 2) Provision of the project office

The Project is provided a land, a project office, a meeting room and necessary facilities for Japanese experts.

###### 3) Operational expenses

The Ethiopia side provides direct and indirect operational expenses as follows.

- Service of the Ethiopian counterpart technical personnel and administrative personnel.
- Supply or replacement of fuel, machinery, equipment, instruments, vehicles, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the project other than the equipment provided by JICA.

##### 3-2-1 Inputs from the Japanese Side

###### 1) Experts

Nine Japanese experts were assigned to the Project. The list of the experts is shown in Annex III.

###### 2) Counterpart training

To date seven counterparts participated in training courses in Japan. The details are described in Annex V.

###### 3) Provision of equipment

The equipment provided to the Project amounted to approximately JPY11,387,238(=US\$ 140,185 US\$1=JPY81.23) as of November 2010. The details of the equipment are described in Annex IV.

###### 4) Local budget

The local budget of the Japanese side amounted to JPY (=US\$ 144,734) since the beginning of the Project up to 2010. The details of the operation expenses are shown as below.

	JFY2008	JFY2009	JFY2010 (Estimated)	JFY2011 (Estimated)	JFY2012 (Estimated)	Total
EHB	1,436,747	1,140,544	1,838,150	-	-	-
Japanese Yen	14,281,265	11,337,415	12,800,000	-	-	-

### 3-2 Progress of Activities

The team reviewed the progress of the Activities vis-a vis the PDM version 4.5, and confirmed a steady progress, although the some activities were behind the plan. The achievements of activities are as follows.

#### **Achievement of Activities under the Output 1 : Effective system of facility-based surveillance is established and verified in pilot area.**

Activities were implemented in order to strengthen the facility-based surveillance with a) distribution of basic manual, b) training to all health centers, individual follow up training to WorHOs/ health centers in pilot woredas at the beginning, c) individual follow up training to health centers with problems including poor access, d) making evaluation checklist for WorHOs.

	Activities	Achievement
1.1	Conduct situation analysis on surveillance system.	• Baseline survey was conducted (Apr-June 2008)
1.2	Select pilot woredas.	• Pilot 6 woredas were selected (Jan-Feb 2008)
1.3	Find out better methods and train on reporting, data management, analysis and feedback mechanism for health offices.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trainings on data management and analysis were conducted for IDSR officers at woreda and zonal level. (Dec, 2008 – March, 2009 IDSR training 6 times, Total 120 persons)</li> <li>• trainings are provided regularly on data management and analysis at woreda and zonal level. (Nov. 2009 PC training 2 times, total 35 persons)</li> <li>• PHEM training, to 6 pilot woreda, zone, regional officer, data analysis management training (Feb-Jun, 2010, PHEM training 6 times, Total 127 persons)</li> </ul>
1.4	Find out better methods and train on epidemic response and preparedness for health offices.	• A training on AWD management and to enhance epidemic response activities was conducted for IDSR officers and HC staff in 22 woredas with

		<p>collaboration of the ARHB. (June 2008, AWD training 1 time, 39 persons)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Case identification training of IDSR target diseases in 6 woredas were provided. (Dec. 2008 – March 2010, IDSR training 6 times, Total 120 persons)</li> </ul>
1.5	Develop annual planning model based on analysed data at health offices.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AmRids supports Woreda Evidence Based Planning has not started.</li> </ul>
1.6	Train on surveillance to workers at health facilities.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trainings on IDSR focal diseases for health workers and WorHO officers were provided in 8 woredas (6 pilot+Burie city &amp; Alefa woreda) (Feb-Apr 2009) (Dec. 2008 – March 2009, IDSR Training 6 times, total 120 persons)</li> <li>• Trainings are provided regularly on case identification and data filing at a HC level.</li> </ul>
1.7	Train on surveillance-related activity to laboratory workers at health facilities.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assessment of laboratory services, equipment at target HCs were conducted in 22 woredas to identify problems.</li> <li>• Trainings were provided by short-term expert on standardization and identification of laboratory examinations at HC level. (December 2008, lab training 1 time, 25 persons)</li> <li>• Provision of lab equipment is currently under planning.</li> </ul>
1.8	Monitor and supervise facility-based surveillance activities at health offices and health facilities.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regular supervisions are provided at health centers to strengthen the capacity of health workers and woreda officer on surveillance activities on target diseases especially epidemic prone diseases like AWD, Meningitis and Measles etc.</li> <li>• Supervision is provided on how to fill and file reporting forms and to enhance ways of communication between WorHO and HCs. To observe how surveilactivity actually done the HC level. how they record and report.</li> </ul>

1.9	Produce supplemental materials for workers at health offices and health facilities.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribution of IDSR,AWD and new PHEM guidelines and new PHEM case definition to update the health workers and health officers.</li> <li>• New PHEM reporting format was supplied to reduce shortage of reporting forms to HCs and HPs in 6 woredas.</li> </ul>
1.10	Provide necessary equipment (e.g. computer to health offices, complementary laboratory equipment for health centres).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distributed following: 3 Woredas- shelves (Shimada, Takusa, Burie) 6 Woredas- provision of photo copy machine to 6 WorHOs to improve feedback system btween HC and WorHOs.</li> </ul>
1.11	Evaluate pilot activities.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation of 6 pilot woredas was done which shows 80% before PHEM implementation of reporting submission.</li> <li>• The report submission declined after PHEM implemented, To improve this, orientation to health workers and newly included HEWs, HESs and Woreda officers was provided in 6 woredas Feb-Jun 2010,PHEM training 6 times Total 537 persons)</li> </ul>

**Achievement of Activities under the Output 2 : .Operational capacity of the verified system of facility-based surveillance is developed in all target area. (22 target woredas a/t previous leader)**

The Project is under preparation for expansion of surveillance system that was established in pilot woredas to 22 target woredas.

	Activities	Achievement
2.1	Select target woredas.	• 22 target woredas were initially selected.
2.2	Develop a scaling-up strategy (training, manuals, follow-up plan).	• Implemented as IDSR has been changed to PHEM, necessary trainings and supervising methods are under planning. Done for 6 pilot woredas.
2.3	Conduct training to health offices and health facilities.	• Tranings for data collection and analysis were given in 22 woredas. (Oct. 2009, PCtraining

		2times, Total 35 persons) <ul style="list-style-type: none"> <li>• PHEM training and monitoring 6 pilots woredas were done.</li> </ul>
2.4	Provide necessary feedback and supervision to problematic WorHOs.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implemented in 6 woredas as IDSR has been changed to PHEM, necessary feedback and supervision were given.</li> </ul>
2.5	Provide necessary equipment.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 22 woredas- facsimiles and computers,</li> <li>• 22 woredas-necessary need assessment is under implementation for the plan to purchase the necessary lab equipment</li> </ul>
2.6	Revise produced materials as training and supplemental materials	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Under implementation.</li> </ul>

**Achievement of Activities under the Output 3 : System of community-based surveillance is established and verified in pilot area.**

The activities for community-based surveillance establishment for early finding infectious diseases and reporting, which HEWs in health posts educate its importance to local residents. 8 kebeles in 2 woredas were selected as a pilot and their KSOs were selected as well. Reporting system with cards (Mecha Woreda) and referral system with referral paper (Dembia Woreda) were established and introduced in the pilot area. As the same time, trainings were provided by using cards, flip charts, manual, leaflets in both English and Amharic. The Project conducted regular monitoring and supervising at monthly meetings.

	Activities	Achievement
3.1	Conduct situation analysis on community-based surveillance and health system in community.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baseline survey was conducted (Jul, Sep, Oct 2008)</li> <li>• Survey on health seeking behavior was conducted (Sep 2008)</li> </ul>
3.2	Select pilot woreda and kebeles.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 kebeles in 2 woredas were selected as a pilot.</li> </ul>
3.3	Develop strategy with community on surveillance.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Knowledge level of KSO as a baseline data was assessed.</li> <li>• Target diseases for community surveillance were selected with consensus of all stakeholders.</li> <li>• Reporting system with cards (Mecha Woreda) and referral system with referral paper (Dembia</li> </ul>

		Woreda) were established and introduced in the pilot area.
3.4	Develop manuals and educational tools.	• Cards, flip charts, manual, leaflets in both English and Amharic were developed and utilized.
3.5	Conduct training for Health Extension Workers (HEWs) and health volunteers.	• Trainings for HEWs, Kebele leader, Kebele manager, and Health extension supervisors, and woreda officers of 8 kebeles in 2 woredas were provided (January,2009—March ,2010, community surveillance 2times, Total 40 persons)
3.6	Monitor and supervise community surveillance and response.	• Regular monitoring at monthly meetings are conducted • Assessment including level of knowledge of volunteers (KSOs) was conducted.
3.7	Evaluate pilot activities.	• Currently under implementation

**Achievement of Activities under the Output 4 : Operational capacity of the verified system of community-based surveillance is developed in all target area.**

Twelve (12) kebeles in Mecha woreda were selected as a part of expansion plan and a training was done for WorHOs, health extension supervisors, HEWs. However, the manuals, teaching materials are under modifying due to introduction of PHEM so that an actual expansion activity has not started yet.

	Activities	Achievement
4.1	Select target woredas and kebeles.	• 12 kebeles in Mecha woreda were selected as a part of expansion plan. • Woreda-led community surveillance was introduced in 2 kebeles in Ebinat woreda.
4.2	Conduct training for Woreda Health Offices (WorHOs).	• A training for health extension supervisors and WorHOs in the expanded 12 kebeles was provided. (April, 2010, Community surveillance training, 1time, 64 persons)
4.3	Conduct training for HEWs and health volunteers.	• A training for HEWs and kebele leaders, managers of the expanded 12 kebeles was provided. (April, 2010, Community surveillance

4

afm



		training, 1time, 64 persons)
4.4	Revise and disseminate manuals and education tools.	• Currently under implementation.
4.5	Monitor and supervise community surveillance and response.	• Supervision and monitoring are provided regularly.

### 3-3 Achievement of Outputs

#### Achievement of Output 1: Effective system of facility-based surveillance is established and verified in pilot area.

All 6 WorHOs had summary tables of target diseases in an electronic form. Between January and September 2009, 1 out of 6 woredas had completeness  $\geq 95\%$ ; 2 did timeliness  $\geq 90\%$ . The frequency of reporting was increased. However, reporting time to WorHO after the time of suspected outbreaks of epidemics is not measured. Currently, data sorting, collection, analysis on target diseases are implemented at regional and zonal health offices.

The surveillance scheme, however, was changed from IDSR to PHEM at September, 2009. Although completeness and timeliness improved a lot in short period, these indicators dropped (April 2010) after introduction of weekly reporting system of PHEM in the country.

Project provided PHEM training with provision of new format paper to 6 pilot woredas. Since data completeness and report timeliness are getting to recover the further support and monitoring will be required to the Project.

Verifiable Indicators to measure achievement output set from 1-1 to 1-7. However, 1-4, 1-5, 1-6, and 1-7 were deleted as inappropriate indicators. The team prospects the Project will achieve new indicators revised by the end of the Project.

Verifiable Indicators	Achievement
1-1. (reporting) 90% of health facilities submit surveillance monthly report to Woreda Health Office (WorHO) with timeliness, and 95% with completeness.	• Between Jan-Sep 2009, 1 out of 6 woredas had completeness $\geq 95\%$ ; 2 did timeliness $\geq 90\%$ . Although completeness and timeliness improved a lot these indicators dropped after introduction of weekly reporting system of PHEM in the country.
1-2. (reporting) 90% of health facilities report suspected outbreaks of epidemics to WorHO	• The frequency of reporting had increased. However, reporting time to WorHO after the time of suspected

within 48 hours.	outbreaks of epidemics is not measured.
1-3. (analysis) 90% of WorHOs have summary table, graph and/or map of selected surveillance diseases (e.g. malaria, acute watery diarrhoea (AWD), meningitis, acute flaccid paralysis (AFP), measles, neonatal tetanus).	• Although graph or maps are not completed, all 6 WorHOs had summary tables of target diseases in an electronic form. Currently, data sorting, collection, analysis on target diseases are implemented at regional and zonal health offices
1-4. (preparedness) 85% of WorHOs develop annual plan for infectious disease control based on analyzed data.	• Investigation has not been made by WorHOs.
1-5. (preparedness) 85% of Zonal Health Departments (ZHD) and WorHOs can calculate necessary stock for epidemic-prone diseases (e.g. malaria, AWD)	• Calculation ability of WorHO officers is not measured.
1-6. (investigation) 90% of suspected epidemics were investigated.	• Frequency of investigation on suspected epidemics were significantly increased. (e.g. Malaria outbreak investigation following 2009 increased incidence, or NNT suspected case investigation were supported to conduct)
1-7. (response) Evaluation reports are available for 80% of epidemics.	• Not implemented yet.

**Achievement of Output 2: Operational capacity of the verified system of facility-based surveillance is developed in all target area. (22 target woredas a/t previous leader)**

Under IDSR, roll-out to 16 woreda was partially started in capacity development of data management and analysis with provision of computers and printers. It made possible for 22 WorHOs to prepare electric data on disease reports of IDSR. After the PHEM was introduced in September 2009, the Project has completed the PHEM training for 6 target woredas but has not started for 16 woredas at the time of the mid-term review. Following upon the modification of PDM, the achievement will be prospected in a certain degree if the Project will roll out the surveillance model to 16 woredas with the cascade way in the latter of the Project.

Verifiable Indicators	Achievement
(same as output 1, but in all 22 target woredas)	• Roll-out to 16 woreda was partially started in capacity development of data management and analysis with

	provision of computers and facsimiles. • IT manuals (English/Amharic) were developed and distributed accordingly. It made it possible for 22 WorHOs to prepare electric data on disease report under IDSR. • Timeliness and completeness on the reporting has not confirmed yet at the time of the mid-term review.
--	---

**Achievement of Output 3 : System of community-based surveillance is established and verified in pilot area.**

Verifiable Indicator of 3-1 was achieved. All pilot kebeles submitted surveillance reports correctly filled on time. And according to the survey, more than 80% of KSOs have knowledge of 7 targets diseases in one of pilot kebeles, Mecha woreda. Following upon modification of the PDM, indicator of 3-1 was changed more appropriate indicator in order to measure outputs of project intervention. And the new indicator and activities are also added as well so that the achievement outputs can be prospected.

Verifiable Indicators	Achievement
3-1. 90% of pilot kebeles monthly submit surveillance report with timeliness and completeness.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Submission rate of monthly report from HEWs was 100% in the target kebeles.</li> <li>• Number of referral, content, report is now under collection.</li> </ul>
3-2. 80% of health volunteers and other target players in community know simple case definition of the target diseases.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• More than 80% of KSOs knew simple case definitions of 7 target diseases in target kebeles of Mecha woreda.</li> </ul>

**Achievement of Output 4 : Operational capacity of the verified system of community-based surveillance is developed in all target area.**

Number of target kebeles was increased from 4 to 16 in Mecha woreda and the training has already done. The Project will intervene not directly to target woreda but to the cluster health center which supervise 4 or 5 kebeles. The WorHOs will take an initiative to supervise them as a trial.

Following upon the modified the PDM with indicators, the team took careful consideration to the points that the health posts have a duty to report infectious diseases to WorHOs or HCs under the current PHEM and the Project applied more practical way to roll out activities described above. Then indicators of 4-1 and 4-2 were replaced by more appropriate indicators and the new indicators with activities were added as well. The achievement of the outputs will be prospected.

Verifiable Indicators	Achievement
(same as output 3, but in all 6 target woredas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Number of target kebeles was increased from 4 to 16. Training was done for them. The monitoring for achievement has not done yet,</li> <li>• Community surveillance "package" was introduced by an initiative of WorHO as a trial.</li> </ul>

### 3-4 Achievement of Project Purpose

[Effective facility-based and community-based surveillance is functioning in target area]

Indicators for Project Purpose show the positive results for pilot 6 woredas, while activities for rest 16 woredas will start shortly.

The surveillance system was changed from IDSR to PHEM at September, 2009. Although achievement showed high at one time under IDSR, it dropped to zero under PHEM in pilot woredas (at April, 2010). PHEM changes report frequency from monthly to weekly, target diseases, and objective facilities newly including health posts in the community. These changes are currently burden on them to meet the requirement of timeliness and completeness.

On the other hand, PHEM promote linkage between facility-based and community-based surveillance, and it includes responses activities and feedback of surveillance. From technical point of view, the concept of surveillance system of the Project is defined I. diseases reporting and data collection II. data analysis, III. feedback of the result of data analysis and appropriate response, which is mostly the same as the concept PHEM.

The current PDM version 4.5 focuses on I. and II. The Project Purpose was modified in PDM version 5 and included response activities. The surveillance system composed of I., II. and III. will function in terms of sustainability as well.

Verifiable Indicators	Achievement
More than 20 out of 22 target woredas achieve 80% of the surveillance index.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Under PHEM 6 pilot woredas have achieved in some degree. The reminding target areas have not trained them/</li> </ul>

4

4

### 3-5 Prospective on Achievement of Overall Goal

「Effective facility-based and community-based surveillance of functioning in Amhara region.

The monitoring to measure the achievement of the Overall Goal under PDM version 4.5 has not done yet. But the Overall Goal has been modified in PDM version 5 in accordance with the project design components. It is difficult to prospect that Overall Goal would be achieved after a few years of the termination of the Project, because it would be dependent on many crucial factors described in 4-5. Sustainability.

Verifiable Indicators	Achievement
More than 70% of woredas in Amhara region achieve 80% of the surveillance index.	The achievement has not been monitored.

### 3-6 Implementation Process

The achievement of project activities are evaluated in comparison with the PDM version 4.5 and confirmed that it was to be behind the plan due to some factors as follows.

In Japanese side, Japanese experts were not always located with appropriate timing. The absent period of experts and insufficient handing over ex-experts' duties had an influence on the achievement of outputs.

Ethiopian side; PHEM was introduced under the Business Process Reengineering (BPR) at September 2009, As a result, timeliness and completeness reached almost 100% under IDSR but dropped to zero under PHEM in pilot woredas (at April, 2010). PHEM trainings are currently implemented and the surveillance system change was hindering factor to achieve the Project Purpose.

Some staff was often engaged with the mass campaign programs by other donors and NGOs, which drop in efficiency of activities. And frequent staff turnover in health facilities

The intervention to ARHB was weak in comparison with to WorHOs and consequently staff on ARHB ownership was limited. The project is expected to make close communication with staff of ARHB including two persons currently under training in Japan.

#### **4. Results of Evaluation**

##### **4-1 Relevance**

The relevance of the Project remains high in terms of the national policies of the Ethiopia and JICA's Assistance Plan.

The Child Health, Maternal Health and Infectious Control are still remains important issues in the Health Sector Development Plan IV (HSDPIV (2010/11~2014/15) draft May 2010). There is the section of PHEM in the Federal Ministry of Health. Twenty diseases have selected for surveillance and detection and a new forecasting, early warning, response and recovery system have been designed under the PHEM. And the Health Extension Programme (HEP) also remains and implements activities such as health education focusing on the woreda level. The strategy of the Project approaching from the community level is in accordance with the PHEM method which requires reports from the health posts located in communities.

The health sector is one of important sectors in the JICA's Rolling Plan for Ethiopia, focuses on the health service improvement in the community health. The poor health status in Ethiopia is caused by the infectious diseases. The prevention and early treatment is crucial approach to reduce diseases burden. The project direction is consistent with JICA's Rolling Plan for Ethiopia.

Amhara Region has 19 million peoples that account for 25% of the national population. Approximately 45% of outpatients (about 3 million) suffer from infectious diseases. Fifty two percent of adult deaths and 73% of under 5 child death are caused by infectious diseases. The Project is strengthening the infectious surveillance system in the high incidence area, Amhara Region, and is in correspondence with the need.

But the scale of the targets area is considered too big to achieve the Project Purpose in the remaining project period due to the geographical condition (the huge land and sharp mountainous areas) and the infrastructure condition such as lack of adequate communication access.

##### **4-2 Effectiveness**

The review team confirmed the effectiveness of the Project to some degree as its Outputs have contributed to the progress that the Project is making towards the achievement of the Project Purpose. But the Project would be required the further improvement in the remaining project period.

According to JICA project consultation at March in 2009, "the community surveillance at pilot woredas was almost founded". The surveillance system was changed from IDSR to PHEM at September,



2009. As a result, timeliness and completeness reached almost 100% under IDSR but dropped to zero under PHEM in pilot woredas (at April, 2010). PHEM trainings currently are implemented and the surveillance system change consequently was hindering factor to achieve the Project Purpose in terms of the effectiveness.

In the PDM version 4.5, the Project Purpose and its indicators do not make it clear the connection with facility-based surveillance and community-based surveillance. And the indicator to measure the achievement of the Project Purpose sets the project surveillance indicators composed of timeliness and completeness, which are measurement of the surveillance report. These indicators are not appropriate to measure suspect cases and if there are diseases responses or not, and the early warning against outbreaks, which are the original objectives of the surveillance.

In PDM version 4.5, both of the facility-based surveillance and the community-based surveillance showed the improvements in the output level, but they individually implemented activities without setting any relation. However, by the introduction of PHEM method to the national infectious disease surveillance system, the community-based surveillance and the facility-based surveillance with inclusion of health posts in the surveillance system were connected. PHEM could make outputs appropriately contribute the Project Purpose.

There are two hindering factors to achieve the Project Purpose. At first, the system is not clear to respond to local residents who report infectious diseases information. At the second, the scale of the target areas is too big for the surveillance model to be rolled out. The Project is expected to figure out a good way to effectively roll out the pilot model on both the facility-based and the community based surveillances.

At the mid-term review stage, the prospect of the achievement of the Project Purpose is evaluated as limitative. And the mid-term review team confirmed the Project Purpose and its indicators were reworked and the following outputs were adjusted in order to make it clear the vision of the latter half of the project implementation and the end of the Project. Therefore the PDM was modified.

#### 4-3 Efficiency

There are mixed observation on the efficiency of the Project in terms of the quality and quantity of the resources that has contributed to the achievement of the Outputs. The following are some points to be highlighted.

With the change from IDSR and PHEM mentioned in "Effectiveness", a personnel shuffling was drastically implemented in regional, zonal, and woreda levels as well as changing target diseases,

frequency of reporting, and its formats. Accordingly, the project activities were modified, which made consequently the inputs inefficient.

Japanese experts were not always located with appropriate timing. The absent period of experts and insufficient taking over ex-experts' duties had an influence on the achievement of outputs.

Following upon introduction of the system inputting and analyzing data, the Project provided computers, printers and fax machines to Zonal and WorHOs. Yet the data is reported by using telephone in many WorHOs which cannot utilize the equipment properly due to poor technical operation and mechanical troubles. Since the computer let them easily analyze the data and know the situation of infectious diseases, the Project is requested some solutions for them such as traveling support by a local technician.

The project activities are efficient for the community-based surveillance. KSOs (Kebel Surveillance Officers) who are main actors of the community surveillance are not paid for their activities from the beginning. The Project paid only for the cost for manual and flip charts as educational materials and polo shirts besides fuel expense for supervisors of the Project to monitor the meeting regularly.

#### 4-4 Impact

As the time of mid-term review, it is too early to see some impacts. However, the Project has already contributed to improvement of reporting status on the facility-surveillance in the pilot woredas. And the system that KSOs regularly submit cards used for information delivery to the monthly meeting is getting to be done on the community surveillance.

As for the positive impact, ARHB will apply the referral cards used by KSOs of the Project for its mass campaign of community surveillance supported by WHO.

Ebinate woreda, which was not a pilot woreda on the community-surveillance, has introduced the Project's community surveillance system by itself after putting on their modification in order to match the local condition.

The frequent staff turnover in the health administrative organizations in Regional, Zonal, Woreda levels and health facilities is the hindering factor to achieve the Overall Goal.

There is no negative impact caused by implementation of the Project at the time of the mid-term review.



#### 4-5 Sustainability

It seems that the effective mechanism to sustain the Project outcomes has not been established. The Project would be requested the further improvement in the remaining project period.

The infectious surveillance under the PHEM is a national strategy tackling for disease burden. As the surveillance method in Ethiopia has reformed from IDSR to PHEM, the surveillance system itself is prospected to sustain. In this sense, Project will be expected to strengthen the capacity building of health officers in Regional and Zonal level so that they can adapt such situation and sustain the project.

The Project was not ready to present the progress of the facility and community surveillance to the federal level. The Project is expected to have communication with the Federal Ministry of Health and other partners.

Although budget allocation is decentralized, the administration capacity for appropriate resource distribution needs to improve. The prospect of financial sustainability is fully considered. But the surveillance system to be established does not heavily depend on the budget.

From the technical point of view, the community surveillance system is almost established at the first step. The firmly establishment of the system is crucial in the next step but it is time consuming and needs constant commitment by all stakeholders. As mentioned above, KSOs provide services freely to have respect by the community. KSOs contributing health related revolving fund activities like social marketing in their village by selling hygiene-related products is one of activities for the sustainability of the Project. The further activities are expected to the Project in order to sustain the system.

#### 4-6 Conclusion

The Team came to the following conclusion through the field survey of AmRids Project, discussion among the members of the Team and exchange views and opinions with ARHB and concerned parties.

#### Achievement of the Project

It is difficult to prospect whether the Project Purpose in PDM 5.0 will be achieved at the completion of AmRids Project in January 2013, since the Project Purpose and indicators has been just modified under PDM 5.0. Under PDM 4.5, indicators for Project Purpose show the positive results for pilot 6 woredas, while activities for rest 16 woredas will start shortly. Considering the several hindering

4



factors to achieve the Project Purpose such as frequent staff turnover, inadequate capacity of staff on the Ethiopian side, and difficulties of succession from precedents to current long-term Japanese experts, AmRids Project has shown positive achievement towards its Project Purpose. Activities for Output 5 and 6 are added under PDM 5.0, which are relevant considering the necessity of including response activities and the concept of PHEM. Japanese experts showed high commitment for newly added as well as continued activities, and communications between Japanese experts and ARHB are very appropriate, and ARHB also agreed to conduct new and modified activities under PDM 5.0. Therefore, positive results for achievement of Project Purpose would be expected at the time of completion of the AmRids Project in January 2013.

Evaluation by Five Criteria

From the viewpoint of five evaluation criteria, AmRids Project has had high "relevance" and moderate "effectiveness" and "efficiency."

As for "impact", it is too early to evaluate at the time of mid-term review. Although the Overall Goal has been modified under PDM 5.0, it is not clear that Overall Goal would be achieved after a few years of the termination of AmRids Project, because it would be dependent on sustainability.

It is observed that whereas technical sustainability is relatively high, institutional sustainability is not assured. In total, the "sustainability" of AmRids Project would not be secured enough yet.



## 5. Revision of PDM

Through the process of Mid-Term Review, PDM has been revised from PDM 4.5 dated September 25, 2009 (Annex I) to PDM 5.0 (Annex II). The main points of the revision are addition of response activities (output 5) in order to secure sustainability of surveillance system and establishment of model of surveillance and response (output 6) in order to combine facility-based surveillance (output 1 and 2) and community-based surveillance (output 3 and 4). National strategy for surveillance was revised from IDSR to PHEM in September 2009, and PHEM promotes the linkage between facility-based and community-based surveillance with requiring reporting from community level (i.e. health post), and it includes response activities (i.e. actions follows the warning of epidemic, which covers mobilization of drugs, vaccines, medical supplies, among others) and feedback of surveillance results. The revision of PDM from 4.5 to 5.0 complies with the concept of PHEM. The comparison of PDM 4.5 and PDM 5.0 are shown as below table. However, the overall logic of PDM has not been significantly changed since response activities have been recognized as indispensable in order to sustainably develop surveillance system.

4

9

Comparison of PDM 4.5 and PDM 5.0

PDM 4.5		PDM 5.0		Explanation	Related Changes
Effective facility-based and community-based surveillance is functioning in Amhara region.	Effective facility-based and community-based surveillance/response system is functioning in Amhara region.	<u>Modified</u> -Reference for response system is added to comply with new outputs 5 and 6.	Indicator is modified to be more appropriate one.		
Effective facility-based and community-based surveillance is functioning in target area.	Effective facility-based and community-based surveillance/response is functioning in target area.	<u>Modified</u> -Reference for response system is added to comply with new outputs 5 and 6.	Indicator is modified to be more appropriate one.		
1 Effective system of facility-based surveillance is established and verified in pilot area	1 Effective system of facility-based surveillance is established and verified in pilot area	<u>Same</u>	Indicators are modified to be more appropriate one. Activities are slightly modified based on the needs.		
2 Operational capacity of the verified system of facility-based surveillance is developed in all target area.	2 Operational capacity of the verified system of facility-based surveillance is developed in all target area.	<u>Same</u>	Indicators are modified to be more appropriate one. Activities are slightly modified based on the needs.		
3 System of community-based surveillance is established and verified in pilot area.	3 System of community-based surveillance is established and verified in pilot area.	<u>Same</u>	Indicators and means of verification are modified to be more appropriate one.		
4 Operational capacity of the verified system of community-based surveillance is developed in all target area.	4 Operational capacity of the verified system of community-based surveillance is developed in all target area.	<u>Same</u>	Indicators and means of verification are modified to be more appropriate one.		

PDM 4.5	PDM 5.0	Explanation	Related Changes
5	Public health and medical responding capacity of infectious diseases based on surveillance data is strengthened in pilot area.	<u>Added</u> -Outputs for response are added to have more sustainable surveillance system.	Activities and Indicators for new output 5 are added. Medical service providers are added as target group to comply with new output 5. Number of long-term experts is increased from 3 to 4.
6	A model of surveillance and response is established which connects facility-based and community-based surveillance.	<u>Added</u> -Outputs for developing coordinating model between facilities and communities is added to combine outputs 1/2 and 3/4 more effectively.	Activities and Indicators for new output 6 are added. Medical service providers are added as target group to comply with new output 6. Number of long-term experts is increased from 3 to 4.

af

2/27

## 6. Recommendations and Lessons Learned

### 6-1 Recommendations

In order to achieve the project purpose in the remaining period of AmRids Project and to continue to function effective facility-based and community-based surveillance/response system in target area after the completion of AmRids Project, the followings are recommended:

#### To AmRids Project

1. While it is already prescribed as activities under PDM 5.0, AmRid Project should consider efficient way to expand coverage for other 16 target woredas besides 6 pilot woredas for facility-based surveillance, including fully utilization of PHEM TOT training for PHEM officers.
2. While training on reporting, data management, analysis and feedback mechanism for health offices has been conducted for 22 target woredas by AmRids Project, it is necessary to regularly monitor whether data input using computer are fully utilized at each target woreda, especially for other 16 woredas besides 6 pilot woredas. For this purpose, AmRids Project should explore the way to find a staff to visit each target woreda to monitor and supervise data input using computer, preferably from the Ethiopian counterpart, and/or from hiring additional local staff, maybe as a monthly contract including transportation cost; so that woreda health officers could smoothly and effectively utilize the knowledge they learned through training.
3. AmRids Project should first select a sample model clusters to develop a model of surveillance and response as show case for conducting community-based surveillance activities and expand further using show case clusters in order to expand activities more efficiently.
4. AmRids Project should consider the way to continue Kebele Surveillance Officer (KSO) system introduced by AmRids Project, since it is very unique system and should be expanded to other areas besides target area and should be maintained after the termination of AmRids Project. Although it takes time, AmRids Project should explore the way to keep high motivation of KSOs, with utilizing revolving fund of hygiene-related projects (social marketing), for example, which has been introduced as trials under PDM 5.0.
5. AmRids Project should review conditions and utilizations of provided equipment (e.g. computer, printer, facsimile machine) at each woreda and zone. In case that some equipment is not fully utilized, AmRids Project should consider the way to solve such problems.
6. AmRids Project should demonstrate the progress and achievement of AmRids Project to federal level as well as other development partners, since AmRids Project could be good model case of development of surveillance/response system under PHEM. PHEM is considered as a promoting factor for AmRids Project, since PHEM promotes linkage between facility-based and community-based surveillance, and it includes response activities and feedback of surveillance results, and AmRids Project has revised PDM from 4.5 to 5.0, which complies with the concept of PHEM.

4.

#### To ARHB

1. Although PHEM training is currently conducted by AmRids Project, ARHB should conduct such training for newly employed staff in a self-reliant manner after the termination of AmRids Project. In order to secure sustainability of facility-based and community-based surveillance system, ARHB should participate in PHEM training as a facilitator, and consider training system including refresher training as well as preparation for training activities including managing budget and finding trainers.
2. Although response activities are added as project activities under PDM 5.0, the coverage of such activities is limited. In order to effectively improve response activities, ARHB should take actions including necessary development and/or rehabilitation of health facilities, providing necessary medical equipment/supplies, and hiring necessary health staff and other staff at health facilities.
3. There are several hindering factors to achieve Project Purpose of AmRids Projects, such as frequent turnover of staffs, geographical difficulty for community to access health facilities, and difficulty for ARHB to check the real situation in remote area. ARHB should; therefore, periodically monitor the first-line activities in kebeles of target area for example through attending monthly meetings, and encourage such activities.
4. ARHB should offer surveillance information and capacity building not only for target zones but also for other zones, so that comparison between target zones and other zones could be made, which will contribute to further efficient and effective interventions.

#### To Zonal Health Department

1. While various raw data are submitted to Zonal Health Department (ZHD) of target 3 zones from woredas under its jurisdiction, such data are not fully utilized at ZHD level and aggregated data are sent to ARHB from each ZHD through facsimile or telephone since electric data is too huge to send through e-mail. In order to expand community-based surveillance more efficiently and conduct response activities more effectively, collected raw data from respective woredas are precious information sources and should be utilized and analyzed including comparing data among 3 target zones. For this purpose, ZHD should be supported by AmRids Project with necessary technical support, and AmRids Project should hold regularly meeting (e.g. monthly) with each ZHD and receive data from each ZHD maybe by CD-ROM for further analysis.

#### To Woreda Health Office

1. While it is encouraged to use computer for data input for further data analysis purpose, Woreda Health Offices (WorHOs) of target 22 woredas should submit data to respective ZHD either through electric data or manually, since timely and accurate reporting is essential.



2. While the activities of Health Extension Workers (HEWs) to count the data collected by KSOs through cards and submit such data to respective WorHO has been just started, WorHOs should advise HEWs to submit such data, and WorHOs should utilize submitted data and give feedback, since it is very important information sources about infectious diseases at community level.
3. WorHOs should strengthen the linkage with health centers, in order to bring information from community level to woredas and give feedback, since health centers would be functioned as a mediator between community and facility level.

#### 6-2 Lessons Learned

1. AmRids Project indicates that careful follow-up for governmental health policy through JICA country office and strong coordination with planning section of the Ministry of Health is essential, since in case of AmRids Project, it should conduct training again with the governmental surveillance reporting system change from IDSR to PHEM, which affected efficiency of AmRids Project.
2. AmRids Project indicates that better coordination among various health policies and health programs is essential. In case of AmRids Project, PHEM and Health Management Information System (HMIS) are conducted vertically; however, family folder to be prepared under HMIS at health post level could be integrated with the recording of KSO for each household in charge, so that it would contribute efficient implementation of the AmRids Project. Similarly several health programs introduced different type of volunteer workers in community level, while AmRids Project introduced KSOs. If AmRids Project and other programs utilize same volunteer workers, it would contribute efficient implementation of these programs/projects.





Project Design Matrix (PDM)

Project Name: Strengthening Infectious Disease Prevention, Control and Response in Amhara National Regional State / Amhara Regional Infectious Disease Surveillance (AmRIDS)  
 Counter Part: Amhara Regional Health Bureau  
 Target area: 22 woredas for facility-based surveillance (2 woredas as pilot) and 6 woredas for community-based surveillance (2 woredas as pilot) in 3 zones in Amhara Regional State  
 Target group: health service providers in target areas; indirect beneficiary: people living in target areas; ultimate beneficiary: health provider and people living in Amhara region  
 Duration: January 2008 - January 2013 (5 years)

Version 4.5  
 Date: September 2009

Overall Goal	Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Assumptions
Project Purpose	Effective facility-based and community-based surveillance is functioning in Amhara region.	More than 70% of woredas in Amhara region achieve 80% of the surveillance index*.		
Output 1	Effective facility-based and community-based surveillance is functioning in target area.	More than 20 out of 22 target woredas achieve 80% of the surveillance index*.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Budget is secured.</li> <li>The current health policy and priority remains unchanged.</li> <li>(no assumption)</li> </ul>
Output 2	Operational capacity of the verified system of facility-based surveillance is developed in all target area.	1-1 (reporting) 90% of health facilities submit surveillance monthly report to Woreda Health Office (WorHO) with timeliness, and 95% with completeness. 1-2 (reporting) 90% of health facilities report suspected outbreaks of epidemics to WorHO within 48 hours. 1-3 (analysis) 90% of WorHOs have summary table, graph and/or map of selected surveillance diseases (e.g. malaria, acute watery diarrhoea (AWD), meningitis, acute flaccid paralysis (AFP), measles, neonatal tetanus). 1-4 (preparedness) 85% of WorHOs develop annual plan for infectious disease control based on analyzed data. 1-5 (preparedness) 85% of Zonal Health Departments (ZHD) and WorHOs can calculate necessary stock for epidemic-prone diseases (e.g. malaria, AWD) 1-6 (investigation) 90% of suspected epidemics were investigated. 1-7 (response) Evaluation reports are available for 80% of epidemics. (same as output 1, but in all 22 target woredas)	1-1 WorHO archive for surveillance 1-2 WorHO archive for surveillance 1-3 Observation at WorHO 1-4 Observation at WorHO 1-5 Observation at ZHD and WorHO 1-6 WorHO archive for surveillance 1-7 WorHO archive for surveillance (same as output 1)	
Output 3	System of community-based surveillance is established and verified in pilot area.	3-1 90% of pilot kebeles monthly submit surveillance report with timeliness and completeness. 3-2 80% of health volunteers and other target players in community know simple case definition of the target diseases (same as output 3, but in all 6 target woredas)	3-1 Surveillance report at WorHO 3-2 Interview (same as output 3)	
Output 4	Operational capacity of the verified system of community-based surveillance is developed in all target area. (see the next page)	Input Japanese side <ul style="list-style-type: none"> <li>Long-term experts (3)</li> <li>Short-term experts (2-5)</li> <li>Provision of necessary equipment</li> <li>Training (in-country / Japan / third country)</li> </ul> Ethiopian side <ul style="list-style-type: none"> <li>Counterparts allocation</li> <li>Project office (at ARHB)</li> <li>Training facility</li> <li>Custom clearance and legal administration for equipment supply</li> <li>Logistic arrangement</li> </ul>		
Activities				Attrition rate of trained health workers will not increase. Pre-condition There will be no severe economic disruption.

\* The project will develop the index which is the combination of core surveillance indicators

## Activities

### Output 1

**Effective system of facility-based surveillance is established and verified in pilot area.**

- 1.1 Conduct situation analysis on surveillance system.
- 1.2 Select pilot woredas.
- 1.3 Find out better methods and train on reporting, data management, analysis and feedback mechanism for health offices.
- 1.4 Find out better methods and train on epidemic response and preparedness for health offices.
- 1.5 Develop annual planning model based on analysed data at health offices.
- 1.6 Train on surveillance to workers at health facilities.
- 1.7 Train on surveillance-related activity to laboratory workers at health facilities\*.
- 1.8 Monitor and supervise facility-based surveillance activities at health offices and health facilities.
- 1.9 Produce supplemental materials for workers at health offices and health facilities.
- 1.10 Provide necessary equipment (e.g. computer to health offices, complementary laboratory equipment for health centres).
- 1.11 Evaluate pilot activities.

### Output 2

**Operational capacity of the verified system of facility-based surveillance is developed in all target area.**

- 2.1 Select target woredas.
- 2.2 Develop a scaling-up strategy (training, manuals, follow-up plan).
- 2.3 Conduct training to health offices and health facilities.
- 2.4 Provide necessary feedback and supervision to problematic WorHOs.
- 2.5 Provide necessary equipment.
- 2.6 Revise produced materials as training and supplemental materials

### Output 3

**System of community-based surveillance is established and verified in pilot area.**

- 3.1 Conduct situation analysis on community-based surveillance and health system in community.
- 3.2 Select pilot woreda and kebeles.
- 3.3 Develop strategy with community on surveillance.
- 3.4 Develop manuals and educational tools.
- 3.5 Conduct training for Health Extension Workers (HEWs) and health volunteers.
- 3.6 Monitor and supervise community surveillance and response.
- 3.7 Evaluate pilot activities.

### Output 4

**Operational capacity of the verified system of community-based surveillance is developed in all target area.**

- 4.1 Select target woredas and kebeles.
- 4.2 Conduct training for Woreda Health Offices (WorHOs).
- 4.3 Conduct training for HEWs and health volunteers.
- 4.4 Revise and disseminate manuals and education tools.
- 4.5 Monitor and supervise community surveillance and response.

\* This activity does not follow stepwise approach as seen for other activities in the outputs. The project will work with all target woredas from the beginning.

# Annex II

## Project Design Matrix (PDM)

Project Name: Strengthening Infectious Disease Prevention, Control and Response in Amhara National Regional State / Amhara Regional Infectious Disease Surveillance (AmRids) Version 5.0  
 Counter Part: Amhara National Regional Health Bureau (ARHB) Date: November 18, 2010  
 Target area: 22 woredas for facility-based surveillance (2 woredas as pilot) and 6 woredas for community-based surveillance (2 woredas as pilot) in 3 zones in Amhara Regional State  
 Target group: Health and medical service providers and health administrative officers in target areas; Indirect beneficiary: people living in target areas; Ultimate beneficiary: health and medical service provider and people living in Amhara region  
 Duration: January 17<sup>th</sup> 2008 - January 16<sup>th</sup> 2013 (5 years)

Narrative Summary		Objectively Verifiable Indicators		Means of Verification	Assumptions
<b>Overall Goal</b>	Effective facility-based and community-based surveillance/ response system is functioning in Amhara region.	Number of woredas applied project's pilot model.			
<b>Project Purpose</b>	Effective facility-based and community-based surveillance/ response system is functioning in target area.	- Disease data collection system from woreda to the region is functioning in more than 80% of target 3 Zonal Health Departments (ZHDs) and 22 woreda Health Offices (WorHOs). - Disease data collection system from health posts (community) to the region and infectious disease control mechanism <sup>1</sup> is functioning in more than 70% of model cluster health centers' and model health posts			<ul style="list-style-type: none"> <li>Budget is secured.</li> <li>The current health policy and priority remains unchanged.</li> </ul> (no assumption)
<b>Output 1</b>	Effective system of facility-based surveillance is established and verified in pilot area <sup>3</sup>	1-1 Timeliness, and completeness <sup>4</sup> of surveillance report from ZHDs and WorHOs of pilot area improves compared to non-intervened area.		WorHO/ ZHD archive for surveillance	
<b>Output 2</b>	Operational capacity of the verified system of facility-based surveillance is developed in all target areas <sup>5</sup>	1-2 Data collection and analysis of selected surveillance diseases (malaria, acute watery diarrhoea (AWD), meningitis, acute flaccid paralysis (AFP), measles, neonatal tetanus) improves in ZHDs and WorHOs of pilot area compared to non-intervened area. 2-1 Timeliness, and completeness of surveillance report from ZHDs and WorHOs of target area improves compared to non-intervened area. 2-2 Data collection and analysis of selected surveillance diseases (malaria, AWD, men ngitis, AFP, measles, neonatal tetanus) improve in ZHDs and WorHOs of pilot area. 2-3 More than 80% of target 22 WorHOs maintains disease data collection system.		WorHO/ ZHD archive for surveillance	

<sup>1</sup> Described in Output 5

<sup>2</sup> Cluster health center located in the model cluster (type B cluster health center is located in each cluster)

<sup>3</sup> Pilot area of output 1 (facility)=6 pilot woredas (district) of 22 target area

<sup>4</sup> Timeliness=indicator to measure surveillance report on time, Completeness=indicator to measure completeness of surveillance report

<sup>5</sup> Target area of output 2 (facility)=target 22 woredas

3	System of community-based surveillance is established and verified in pilot area <sup>6</sup> .	<p>3-1 75% participation rate of Kebele Surveillance Officers (KSOs) is maintained for monthly meetings in kebeles (community) of pilot area.</p> <p>3-2 Number of cards submitted to health extension workers (HEWs) (suspected case reporting) in kebeles of pilot area.</p> <p>3-3 80% of KSOs in community know simple case definition of the community target diseases</p> <p>3-4 Number of monthly meetings conducted</p> <p>3-5 HEWs in pilot area register patient records<sup>7</sup>.</p> <p>3-6 90% of pilot model health posts improve their working conditions based on the "health post 5S checklist".</p>	<p>WorHO archive for surveillance, HEW's patient registration record at health post, referral papers, report of monthly meetings, HC patient registration record, health post 5S check list</p>
4	Operational capacity of the verified system of community-based surveillance is developed in all target area <sup>8</sup> .	<p>4-1 65% of participation rate of KSO is maintained for monthly meetings in target area.</p> <p>4-2 Number of cards submitted to HEWs (suspected case reporting) in target area</p> <p>4-3 Number of monthly meetings conducted</p> <p>4-4 HEWs under the model clusters<sup>9</sup> in target area register patient records.</p> <p>4-5 Participation rate of HEWs for cluster meetings<sup>11</sup> in target area.</p>	<p>WorHO archive for surveillance, HEW's patient registration record at health post, referral papers, report of monthly meetings, HC patient registration record.</p>
5	Public health and medical responding capacity of infectious diseases based on surveillance data is strengthened in pilot area	<p>5-1 ARHB, ZHO, WorHO will provide feedback to each jurisdiction monthly</p> <p>5-2 Number of response protocol of each PHEM target disease developed/ revised at ARHB</p> <p>5-3 Microscopic malaria laboratory examination is performed for 95% of suspected malaria cases at model cluster health centers.</p>	<p>Feedback report at regional health bureau, ZHD, WorHO, Documents at ARHB, registration book at health centers</p>
6	A model of surveillance and response is established which connects facility-based and community-based surveillance.	<p>6-1 Number of referral papers issued by HEWs</p> <p>6-2 Number of patients referred by HEWs actually going to model health centers.</p> <p>6-3 Number of referred suspected malaria patients received proper diagnosis and treatment at model cluster health centers.</p> <p>6-4 Number of cluster meetings conducted at model health centers.</p> <p>6-5 At least one HEW from each kebele participates in 80% of cluster meetings in target area.</p> <p>6-6 Number of woreda health officers participate in cluster meetings.</p>	<p>Number of card submitted to HEWs, HEW records, monthly meeting report, Referral paper, Record at health centers</p>
Activities	(see the next page)	<p>Input</p> <p>Japanese side</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Long-term experts (4)</li> <li>• Short-term experts (2-5)</li> <li>• Provision of necessary equipment</li> <li>• Training (in-country / Japan / Third country)</li> </ul> <p>Ethiopian side</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Counterparts allocation</li> <li>• Project office (at ARHB)</li> <li>• Training facility</li> <li>• Custom clearance and legal administration for equipment supply</li> <li>• Logistic arrangement</li> </ul>	<p>Attrition rate of trained health workers will not increase.</p> <p>Pre-condition</p> <p>There will be no severe economic disruption.</p>

<sup>6</sup> Pilot area of Output 3 (community)=Selected kebeles of pilot woredas in pilot 2 woredas

<sup>7</sup> Provided for each HP and HEW's will register both referred and treated patients.

<sup>8</sup> Work Environment Improvement by 5S principle developed by Japanese industrial sector. 5S=Sort, Set, Shine, Standardize, Sustain

<sup>9</sup> Target area of Output 4 (community)=Selected kebeles/ clusters in target 6 woredas

<sup>10</sup> Model clusters=selected from each target woreda as a model (cluster= administrative unit consist of 4-5 kebeles)

<sup>11</sup> Monthly meeting conducted at cluster health center: HES from WorHO, HC staff, and HEWs.

Activities

Output 1

Effective system of facility-based surveillance is established and verified in pilot area.

- 1.1 Conduct situation analysis on surveillance system.
- 1.2 Select pilot woredas.
- 1.3 Find out better methods and train on reporting, data management, analysis and feedback mechanism for health offices.
- 1.4 Find out better methods and train on epidemic response and preparedness for health offices.
- 1.5 Assist to develop annual PHEM(Public Health Emergency and Management) planning model based on analyzed data at health offices in pilot woredas.
- 1.6 Train on surveillance to workers at health facilities.
- 1.7 Monitor and supervise facility-based surveillance activities at health offices and health facilities.
- 1.8 Produce supplemental materials for workers at health offices and health facilities.
- 1.9 Provide necessary equipment (e.g. computer to health offices).
- 1.10 Conduct problem assessment and provide PHEM trainings for PHEM officers in pilot HCs, WorHOs and ZHDs.

Output 2

Operational capacity of the verified system of facility-based surveillance is developed in all target area.

- 2.1 Select target woredas.
- 2.2 Develop a scaling-up strategy (training, manuals, follow-up plan).
- 2.3 Conduct training to health offices and health facilities.
- 2.4 Provide necessary feedback and supervision to target WorHOs.
- 2.5 Provide necessary equipment.
- 2.6 Revise produced materials as training and supplemental materials
- 2.7 Provide PHEM TOT trainings for PHEM officers in target HCs, WorHOs and ZHDs.

Output 3

System of community-based surveillance is established and verified in pilot area.

- 3.1 Conduct situation analysis on community-based surveillance and health system in community.
- 3.2 Select pilot woreda and kebeles.
- 3.3 Develop strategy with community on surveillance.
- 3.4 Develop manuals and educational tools.
- 3.5 Conduct training for Health Extension Workers (HEWs) and KSOs.
- 3.6 KSOs engage in surveillance activities and refer suspected patients to HEWs.
- 3.7 HEWs register all patient records which include referral patients by KSOs
- 3.8 Conduct KSO's knowledge assessment test on community target diseases.
- 3.9 Develop health post 5S checklists.
- 3.10 Post health post 5S checklist on the wall of pilot health posts.
- 3.11 Monitor and supervise community surveillance and response.
- 3.12 Devise and conduct trials of revolving fund activities of hygiene-related products (social marketing).
- 3.13 Evaluate pilot activities.

Output 4

Operational capacity of the verified system of community-based surveillance is developed in all target area.

- 4.1 Select target woredas and kebeles.
- 4.2 Conduct training for Woreda Health Offices (WorHOs).
- 4.3 Conduct training for HEWs and KSOs.
- 4.4 Revise and disseminate manuals and education tools.
- 4.5 KSOs engage in surveillance activities and refer suspected patients to HEWs.

4

9

4.6 HEWs keep patient registration records

4.7 Monitor and supervise community surveillance and response.

Output 5

Public health and medical responding capacity of infectious diseases based on surveillance data is strengthened in pilot area.

5.1 ARHB provides feedback of surveillance results to pilot 3 ZHDs monthly.

5.2 ZHDs provide feedback of surveillance results to pilot 6 woredas monthly.

5.3 6 woredas provide feedback of surveillance results to pilot model cluster health centers monthly.

5.4 Conduct situational analysis of the response protocol of each PHEM target disease at the PHEM department of the regional health bureau.

5.5 Revise/develop response protocol of each PHEM target disease at the PHEM department of the regional health bureau.

5.6 Zonal health officers develop and enforce protocol for distribution of anti-malarial drugs according to malaria epidemic/nonepidemic area at kebele level.

5.7 Conduct situational analysis of laboratory capacity of health centers at target area.

5.8 Select model cluster health centers.

5.9 Identify feasible and sustainable laboratory examination items at model cluster health centers.

5.10 Provide laboratory equipments that are sustainable and effective for model cluster health centers.

5.11 Provide training on maintenance of laboratory equipment and consumption and supply system of reagents/chemicals on the sustainable and effective laboratory examinations selected in 5.9.

5.12 Promote microscopic malaria laboratory examination of suspected malaria cases at model cluster health centers.

5.13 Promote malarial examination with RDT at model health posts.

5.14 Examine drug consumption and supply system at cluster health centers and health posts in target area.

Output 6

A model of surveillance and response is established which connects facility-based and community-based surveillance.

6.1 Develop and introduce referral system with referral paper to model cluster health centers.

6.2 Promote to conduct regular cluster meetings at model cluster health centers.

6.3 Promote participation by HEWs and woreda officers for cluster meetings

6.4 Health center staff keep referral papers sent by HEWs and take brief note on the referral paper regarding management of referred patients. (individual feedback)

6.5 HC staff provides feedback to HEWs at cluster health centers monthly. (institutional feedback)

4

34

ep

**Annex III List of Japanese Experts**

**[Long-term experts]**

Name	Position in the Project	Period of Assignment
Goro Yamada	Chief Advisor/ Infectious disease control	18 Jan.2008~17 Jan.2010
Kumiko Abe	Community Surveillance	18 Jan.2008~17 Jan.2010
Shuji Noda	Project Coordinator	11 May.2008~10 May.2010
Kumiko Nakano	Community Surveillance	14 Feb.2010~13 Feb.2011
Nobuyuki Matsubayashi	Chief Advisor/ Infectious disease control	6 April.2010~13 Jan.2013
Maiko Hashimoto	Project Coordinator	26 Aug.2010~25 Aug.2012

**[Short-term experts]**

Takuya Adachi	Laboratory Technologist	9 Dec.2008~6 Jan.2009
Kazuaki Sumita	IEC	11 Jan.2009~10 Mar.2009
Momoko Yoshitake	Human Resource development/ training	17 Oct.2010~16 Dec.2010

47

91

Annex IV List of Equipments

Date of Resist.	Category	Item	Specification • Standard	Qty	U/Price (ETH)	ETH	US\$	Japanese Yen	User
25/3/2008	Provision of equipment	Vehicle	TOYOTA Land Cruiser	1	49995US\$	816,918.30	49,995.00	4,061,093	AmRids office
31/3/2008	Provision of equipment	Vehicle	TOYOTA Hi-Lux Double cab 4x4	1	25300US\$	413,402.00	25,300.00	2,055,119	AmRids office
5/8/2008	Provision of equipment	FAX with stabilizer	CANON L-100	20	4,920.00	98,400.00	6,022.03	489,170	19 Warada & 1 Zone office
3/10/2008	Provision of equipment	Vehicle	TOYOTA Landcruiser	1		57,720.00	3,451.08	280,331	AmRids office
11/9/2008	Provision of equipment	Computer (desk top)	Dell/ Optiplex 745 Pentium D Desk Top	7	10,059.00	70,413.00	4,309.24	350,040	6warada & 1zone office
11/09/2008	Provision of equipment	Printer	HP 4050 Digital scanner	7	3,299.00	23,093.00	1,413.28	114,801	6warada & 1zone office
11/09/2008	Provision of equipment	UPS	APC 750VA	7	2,599.00	18,193.00	1,113.40	90,442	6warada & 1zone office
27/2/2009	Provision of equipment	Computer (desk top)	Dell/ Optiplex 745 Pentium D Desk Top	18	10,670.00	192,060.00	11,753.98	954,776	16warada & 2zone



Date of Resist.	Category	Item	Specification - Standard	Qty	U/Price (ETH)	ETH	US\$	Japanese Yen	User
27/2/2009	Provision of equipment	Printer	HP 4050 Digital scanner	18	4,690.00	84,420.00	5,166.46	419,672	16woreda & 3zone
27/2/2009	Provision of equipment	UPS	APC 750VA	18	1,590.00	28,620.00	1,751.53	142,277	16woreda & 4zone
30/1/2010	Provision of equipment	Copy machine	CANON 2016	6	22,400.00	134,400.00	8,225.21	668,134	6warada
8/3/2010	Provision of equipment	desk	120x90cm Wooden	79	1,100.00	86,900.00	5,318.24	432,000	79kebele in Mecha/Dambia
2/2/2010	Provision of equipment	Bench	150x40cm Wooden	79	750.00	59,250.00	3,626.07	294,546	79kebele in Mecha/Dambia
28/1/2010	Provision of equipment	Prastic Chair	Plastic	395	190.00	75,050.00	4,593.02	373,091	79kebele in Mecha/Dambia
8/3/2010	Provision of equipment	File cabinet	Wooden	79	1,685.00	133,115.00	8,146.57	661,746	79kebele in Mecha/Dambia
Total						2,291,954	140,185	11,387,238	

AF

22

Annex V List of Training Activities

Name	Job title	Name of the training course	Duration of the course
Mr. Alemayehu Mesfin	Department Head, Malaria and Other Infectious Disease Prevention	Enhancement of Community Health System for Infection Control	13 Jan.-7 Mar.2009
Mr. Mulat Alemu	Health Monitoring and Evaluation Expert, Health Management Information System	Enhancement of Community Health System for Infection Control	13Jan.-31Jan.2009
Dr. Asrat Genet	Head, Regional Health Burear(RHB)	Counterpart Training for Amhara Regional Infectious Disease Surveillance Project	22 Aug.-4Sep.2009
Ms. Mulatu Ambanesh	Department Head, Planning, Monitoring and Evaluation	Community Health Administration for Improvement of Regional Disparity for Anglophone Africa	19 Aug.-Oct.2009
Mr. Tesfa Derese	Officer, Planning, Monitoring and Evaluation	Evidence Based Public Health and their Application to the Health Policies	2 Feb.-23 Feb.2010
Mr. Basaznew Alemu	Team head, Early Warning Case Team and Preparedness Case Team	Enhancement of Community Health Systems for Infection Control	19Oct.-11Dec.2010
Mr. Meseret Walle	Team head, Response & Rehabilitation Case Team	Evidence-based Public Health: Concepts, Approaches and Tools for Health Policy and Planning	9Nov.-17Dec. 2010

Annex VI List of Counterparts

Name	Job title
Dr. Asrat Genet	Head of Regional Health Bureau(RHB), AmRids Project Director
Mr. Ali Gebeyehu	Deputy Head of RHB, Process Owner of Health Promotion & Disease Prevention Core Process
Mr. Mulusew Lijalem	Deputy Head of RHB, Process Owner of Health Promotion & Disease Prevention Core Process
Mr. Alemayehu Mesfin	Process Owner of PHEM, AmRids Project Manager
Mr. Basazine Alemu	Team head of Early Warning Case Team and Preparedness Case Team
Mr. Meseret Walle	Team head of Response & Rehabilitation Case Team

4

01  
A-

5-year Plan of Operation: Amhara Regional Infectious Disease Surveillance (AmRids) Project

PDM 5.0 November 18th, 2010

	2008				2009				2010				2011				2012				2013
	1.	4.	7.	10.	1.	4.	7.	10.	1.	4.	7.	10.	1.	4.	7.	10.	1.	4.	7.	10.	
<b>Output 1: Effective model of facility-based surveillance is established and verified in pilot area</b>																					
1-1 Conduct situation analysis on surveillance system																					
1-2 Select pilot woredas																					
1-3 Find out better methods and train on reporting, data management, analysis and feedback mechanism for health offices																					
1-4 Find out better methods and train on epidemic response and preparedness for health offices																					
1-5 Assesst to develop annual PHEM (Public Health Emergency and Management) planning model based on analysed data at health offices in pilot woredas.																					
1-6 Train on surveillance to workers at health facilities																					
1-7 Monitor and supervise facility-based surveillance activities at health offices and health facilities																					
1-8 Produce supplemental materials for health offices and health facilities																					
1-9 Provide necessary equipment (e.g. fax, computer to health offices)																					
1-10 Conduct problems assessment and provide PHEM trainings for PHEM officers in pilot HCs, WorHOs and ZHDs.																					
<b>Output 2: Operational capacity of the verified model of facility-based surveillance is developed in all target area</b>																					
2-1 Select target woredas																					
2-2 Develop a scaling-up strategy (e.g. training, manuals, follow-up plan)																					
2-3 Conduct training to health offices and health facilities																					
2-4 Provide necessary feedback and supervision to target woreda health offices																					
2-5 Provide necessary equipments																					
2-6 Revise produced materials for training and as supplemental materials																					
2-7 Provide PHEM TOT trainings for PHEM officers in target HCs, WorHOs and ZHDs.																					
<b>Output 3: Model of community-based surveillance in pilot area is established and verified</b>																					
3-1 Conduct situation analysis on community-based surveillance and health system in community																					
3-2 Select pilot woreda and kebeles																					
3-3 Develop strategy with community on surveillance																					
3-4 Develop manuals and educational tools																					
3-5 Conduct training for Health Extension Workers (HEWs) and health volunteers																					
3-6 KSOs engage in surveillance activities and refer suspected patients to HEWs.																					
3-7 HEWs register all patient records which include referral patients by KSOs.																					
3-8 Conduct KSO's knowledge assessment test on community target diseases.																					
3-9 Develop health post SS checklists.																					
3-10 Post health post SS checklist on the wall of pilot health posts.																					
3-11 Monitor and supervise community surveillance and response																					
3-12 Devise and conduct trials of revolving fund activities of hygiene-related products (social marketing).																					
3-13 Evaluate pilot activities																					
<b>Output 4: Operational capacity of the verified model of community-based surveillance is developed in all target area</b>																					
4-1 Select target woredas and kebeles																					
4-2 Conduct training for Woreda Health Offices (WorHOs)																					
4-3 Conduct training for HEWs and KSOs																					
4-4 Revise and disseminate manuals and education tools																					
4-5 KSOs engage in surveillance activities and refer suspected patients to HEWs.																					
4-6 HEWs keep patient registration records																					
4-7 Monitor and supervise community surveillance and response.																					
<b>Output 5: Public health and medical responding capacity of infectious diseases based on surveillance data is strengthened in pilot area</b>																					
5-1 ARHB provides feedback of surveillance results to pilot 3 ZHDs monthly																					
5-2 ZHDs provide feedback of surveillance results to pilot 6 woredas monthly																					
5-3 6 woredas provide feedback of surveillance results to pilot model cluster health centers monthly																					
5-4 Conduct situational analysis of the response protocol of each PHEM target disease at the PHEM department of the regional health bureau.																					
5-5 Revise/develop response protocol of each PHEM target disease at the PHEM department of the regional health bureau.																					
5-6 Zonal health officers develop and enforce protocol for distribution of anti-malarial drugs according to malaria epidemic/nonepidemic area at kebele level.																					
5-7 Conduct situational analysis of laboratory capacity of health centers at target area																					
5-8 Select model cluster health centers																					
5-9 Identify feasible and sustainable laboratory examination items at model cluster health centers.																					
5-10 Provide laboratory equipments that are sustainable and effective for model cluster health centers.																					
5-11 Provide training on maintenance of laboratory equipments and consumption and supply system of reagents/chemicals on the sustainable and effective laboratory examinations selected in 5.9																					
5-12 Promote microscopic malaria laboratory examination of suspected malaria cases at model cluster health centers																					
5-13 Promote malarial examination with RDT at model health posts.																					
5-14 Examine drug consumption and supply system at cluster health centers and health posts in target area.																					
<b>Output 6: A model of surveillance and response is established which connects facility-based and community-based surveillance.</b>																					
6-1 Develop and introduce referral system with referral paper to model cluster health centers.																					
6-2 Promote to conduct regular cluster meetings at model cluster health centers.																					
6-3 Promote participation by HEWs and woreda officers for cluster meetings																					
6-4 Health center staff keep referral papers sent by HEWs and take brief note on the referral paper regarding management of referred patients. (individual)																					
6-5 HC staff provides feedback to HEWs at cluster health centers monthly. (institutional feedback)																					

Handwritten initials or marks at the bottom of the page.

## 2 . PDM 5.0

### アムハラ州感染症対策強化プロジェクト PDM version 5.0

作成日 2010年11月18日

実施機関：エチオピア国アムハラ州保健局

対象地域：アムハラ州3県のうち、施設ベースのサーベイランスでは22郡（うちパイロット6郡）、コミュニティベースのサーベイランスでは6郡（うちパイロットは2郡）

ターゲットグループ：対象地域内の保健行政官及び保健・医療サービス提供者、間接裨益者：対象地域内の住民、最終裨益者：アムハラ州内の保健・医療サービス提供者及び住民

協力期間：2008年1月17日～2013年1月16日（5年間）

プロジェクト要約		指標	指標データの入手手段	外部条件	
上位目標	アムハラ州内で効果的な施設及びコミュニティを基点としたサーベイランス/レスポンスシステムが機能している。	パイロットモデルを適用した郡の数			
プロジェクト目標	対象地域で効果的な施設及びコミュニティを基点としたサーベイランス/レスポンスシステムが機能している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象ワラダ22郡のうち、80%以上の県・郡保健事務所で、郡から州保健局に至る疾病データ収集システムが機能している。</li> <li>対象ワラダ内の、パイロットワラダ(郡)のクラスターモデルヘルスセンター<sup>1</sup>の70%の管内においてコミュニティから州保健局に至る疾病データ収集システムが機能し、かつ感染症対策<sup>2</sup>が機能している。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>予算が確保される</li> <li>現在の保健政策・重点課題が変更しない</li> </ul>	
成果	1	パイロット地域 <sup>3</sup> において、効果的な施設を基点としたサーベイランス・システムが確立され、有効性が認められる。	1-1 パイロット地域の郡及び県保健事務所でサーベイランスのタイムリネスとコンプライアンス <sup>4</sup> が非介入地域より高い。 1-2 パイロット地域の郡及び保健事務所において、重点サーベイランス対象疾患（マラリア、コレラ、髄膜炎、急性弛緩性麻痺、麻疹、新生児破傷風）の集計・分析ができている割合が非介入地域に比べて高い。	郡/県保健事務所のサーベイランス・レポート	(なし)
	2	確立された施設を基点としたサーベイランス・システムが、対象地域 <sup>5</sup> に展開される。	2-1 対象地域の郡及び県保健事務所でサーベイランスのタイムリネスとコンプライアンスが非介入地域より高い。 2-2 対象地域の郡及び保健事務所において、重点サーベイランス対象疾患（マラリア、コレラ、髄膜炎、急性弛緩性麻痺、麻疹、新生児破傷風）の集計・分析ができている割合が非介入地域に比べて高い。 2-3 対象ワラダ22郡のうち、80%以上の郡保健事務所で、疾病データ収集システムが維持される。	郡/県保健事務所のサーベイランス・レポート	

<sup>1</sup> モデルクラスター内のクラスターヘルスセンターのこと。（1クラスターに、1クラスターヘルスセンター（タイプB）が設置されている）

<sup>2</sup> 成果5に述べる。

<sup>3</sup> 成果1（施設基点）に述べるパイロット地域＝対象地域内のパイロット6ワラダ（郡）

<sup>4</sup> タイムリネス：報告が期限内にされたかを計る指標。コンプライアンス：報告が行われたかを計る指標

<sup>5</sup> 成果2（施設基点）に述べる対象地域＝対象22ワラダ（郡）

3	パイロット地域 <sup>6</sup> において、効果的なコミュニティを基点としたサーベイランス・システムが確立され、有効性が認められる。	3-1 パイロット地域のケベレ（村）でKSOの月例会参加率が平均75%以上である 3-2 パイロット地域のケベレの疾病報告カード報告数。 3-3 80%の保健ボランティア（KSO）が対象疾患の簡易症状を知っている。 3-4 月例会実施数 3-5 パイロット地域内のHEWによる患者記録簿 <sup>7</sup> が記入される。 3-6 9割のパイロットモデルヘルスポストが、ヘルスポスト5S <sup>8</sup> チェックリストに基づいて職場環境改善を実行する。	郡保健事務所のサーベイランス・レポート、HEWの患者記録簿、月例会報告、リファラールペーパー、ヘルスセンターの記録、ヘルスポスト改善チェックリスト	
4	確立されたコミュニティを基点としたサーベイランス・システムが、対象地域 <sup>9</sup> に展開される。	4-1 対象地域でKSOの月例会参加率が平均65%以上である。 4-2 対象地域のKSO疾病報告カード報告数 4-3 月例会実施数 4-4 モデルクラスター <sup>10</sup> 管内のHEWの患者記録簿が記入される。 4-5 HEWのクラスターミーティング <sup>11</sup> 参加率	郡保健事務所のサーベイランス・レポート、月例会報告、リファラールペーパー、HEWの患者記録簿、ヘルスセンターの記録、ヘルスポスト改善チェックリスト	
5	パイロット地域におけるサーベイランスデータに基づいた保健・医療の対応能力が強化される。	5-1 州保健局、対象県、パイロット郡でサーベイランス結果を対象地域の下部組織へフィードバックを毎月行う。 5-2 州保健局でのPHEMレスポンス部門にてPHEM対象疾患のレスポンスプロトコール改訂・作成数 5-3 モデルクラスターヘルスセンターでマラリア疑い患者の95%以上に顕微鏡検査が行われる。	州保健局、県保健事務所、郡保健事務所のフィードバック記録、州保健局PHEM部の関連書類、モデルクラスターヘルスセンターの診療記録簿	
6	ファシリティー基点とコミュニティーを連動させたモデルを構築する。	6-1 HEW（ヘルスエクステンションワーカー）によるリファラールペーパーの発行数 6-2 リファラールされた患者が実際にモデルヘルスセンターに行く数 6-3 リファラールされたマラリア疑い患者がモデルヘルスセンターで、適切な診断・治療を受けた数 6-4 モデルヘルスセンターにおけるクラスターミーティングの開催数 6-5 1村につき少なくとも一人のHEWがクラスターミーティングへ参加する率が80%を維持する。 6-6 郡オフィサーのクラスターミーティング参加数	疾病報告書、月例会報告、リファラールペーパーヘルスセンターの記録、トレーニング報告書、クラスターミーティングの議事録	
活動	(次ページ参照)	投入 日本側 ・長期専門家（4名） ・短期専門家（2-5名） ・機材供与 ・研修（国内、本邦、第3国） エチオピア側 ・カウンターパートの配置 ・プロジェクト事務所の設置（州保健局内） ・機材の免税措置、通関手続き ・必要物品の調達	エチオピア側 ・カウンターパートの配置 ・プロジェクト事務所の設置（州保健局内） ・機材の免税措置、通関手続き ・必要物品の調達	保健人材の離職率が増加しない。 前提条件 深刻な経済破綻が起こらない

<sup>6</sup> 成果3（コミュニティー基点）に述べるパイロット地域＝パイロット2ワラダ（郡）

<sup>7</sup> HPに1冊配布し、HEWが治療した患者とリファラールした患者を記述する。

<sup>8</sup> 日本の産業界から始まった業務改善のためのマネジメントツール。5S：整理・整頓・清潔・清掃・しつけ

<sup>9</sup> 成果4（コミュニティー基点）に述べる対象地域＝対象6郡内の選択されたクラスター及びケベレ（村）

<sup>10</sup> 各対象郡におき、1クラスター（行政単位：4～5村が1クラスターを構成する）をモデルとして選択する。

<sup>11</sup> クラスターヘルスセンターで開催される月例会議で、郡保健所員、HEW、ヘルスセンタースタッフが参加する。

<p><b>成果1</b> パイロット地域において、効果的な施設を基点としたサーベイランス・システムが確立され、有効性が認められる。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 サーベイランス・システムの現状調査を実施する。</li> <li>1.2 パイロット郡を選定する。</li> <li>1.3 保健事務所における報告とデータ処理・分析・フィードバック方法に関してより良い方法を見つけ出し、研修を実施する。</li> <li>1.4 保健事務所対象における感染症流行時の対応と準備に関してより良い方法を見つけ出し、研修を実施する。</li> <li>1.5 パイロット郡において、年間PHEM計画モデルの策定をサポートする。</li> <li>1.6 医療従事者に対してサーベイランスに係る研修を実施する。</li> <li>1.7 保健事務所及び医療施設において、施設ベースのサーベイランスのモニタリング・監督をする。</li> <li>1.8 保健事務所及び医療施設のスタッフを対象とした副教材を作成する。</li> <li>1.9 必要機材を供与する。（保健事務所へのコンピューター、など）</li> <li>1.10 パイロット郡で、PHEMへの変更に伴う問題をアセスメントし、研修を実施する。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3.10 ヘルスポスト5Sチェックリストの使用法をHEWに指導し、パイロットヘルスポストに貼り付ける。</li> <li>3.11 コミュニティにおけるサーベイランス活動及び感染症への対応に係るモニタリング・監督をする。</li> <li>3.12 コミュニティーモービライゼーションの活動(衛生に関する製品のリボルビングファンドシステム等)を考察・試行する。</li> <li>3.13 パイロット活動の評価を実施する。</li> </ol>
<p><b>成果2</b> 確立された施設を基点としたサーベイランス・システムが、対象地域に展開される。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 対象郡を選定する。</li> <li>2.2 活動展開の方策（研修、教材、フォローアップ計画）を立てる。</li> <li>2.3 保健事務所及び医療施設に対して研修を実施する。</li> <li>2.4 対象郡に対して必要なフィードバック及び指導を行う。</li> <li>2.5 必要機材を供与する。</li> <li>2.6 作成した副教材、研修用教材の見直し・修正をする。</li> <li>2.7 対象県・郡PHEMオフィサーに、PHEM TOTトレーニングを実施する。</li> </ol>	<p><b>成果4</b> 確立されたコミュニティを基点としたサーベイランス・システムが、対象地域に展開される。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4-1 対象郡及びケベレを選定する。</li> <li>4.2 郡保健事務所に対する研修を実施する。</li> <li>4.3 ヘルス・エクステンション・ワーカー及びKSOsに対する研修を実施する。</li> <li>4.4 マニュアル・教材の見直し・修正をする。</li> <li>4.5 KSOがサーベイランス活動を行い、HEWに疑い患者をリファーする。</li> <li>4.6 HEWが患者記録簿を記録する。</li> <li>4.7 コミュニティにおけるサーベイランス活動及び感染症対応に係るモニタリング・監督をする。</li> </ol>
<p><b>成果3</b> パイロット地域において、効果的なコミュニティを基点としたサーベイランス・システムが確立され、有効性が認められる。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 コミュニティにおけるサーベイランス活動と保健関連システムの現状調査を実施する。</li> <li>3.2 パイロット郡及びケベレを選定する。</li> <li>3.3 サーベイランス活動に係る方策をコミュニティと共に立てる。</li> <li>3.4 マニュアル・教材を作成する。</li> <li>3.5 ヘルス・エクステンション・ワーカー及び保健ボランティアに対する研修を実施する。</li> <li>3.6 KSOがサーベイランス活動を行い、HEWに疑い患者をリファーする。</li> <li>3.7 HEWがリファラル患者を含んだ患者記録簿を記録する。</li> <li>3.8 KSOの対象疾患の簡易症状の知識度テストを実施する。</li> <li>3.9 ヘルスポスト5Sチェックリストを作成する。</li> </ol>	<p><b>成果5</b> パイロット地域におけるサーベイランスデータに基づいた保健・医療の対応能力が強化される。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 州保健局はサーベイランス結果・集計を月報として3パイロット県にフィードバックする。</li> <li>5.2 3パイロット県の県保健部は自県のサーベイランス結果・集計を月報として6パイロット郡にフィードバックする。</li> <li>5.3 6パイロット郡は自郡のサーベイランス結果・集計を月報としてモデルクラスターヘルスセンターへフィードバックする。</li> <li>5.4 州保健局PHEM部でPHEM対象疾患の現行レスポンスプロトコルを調査する。</li> <li>5.5 州保健局PHEM部でPHEM対象疾患の現行レスポンスプロトコルを改訂もしくは作成する。</li> <li>5.6 県保健部マラリアオフィサーが、郡保健事務所のマラリア薬を郡内のマラリア流行地域・非流行地域にわけて配分するプロトコルを作成・指導する。</li> <li>5.7 対象地域のヘルスセンターの検査室機能現状調査を行う。</li> <li>5.8 モデルクラスターヘルスセンターを選択する。</li> <li>5.9 モデルクラスターヘルスセンターにて、維持可能で有効な検査項目を調査する。</li> <li>5.10 クラスターヘルスセンターにて維持可能で有効な検査に必要な検査機器を整備する。</li> <li>5.11 モデルクラスターヘルスセンターにて維持可能で有効な検査に必要な試薬管理と検査技術、検査機器維持について研修を行う。</li> <li>5.12 モデルクラスターヘルスセンターの、顕微鏡によるマラリア検査を励行する。</li> <li>5.13 モデルヘルスポストで、RDTによるマラリア検査を励行する。</li> <li>5.14 対象郡におけるモデルクラスターヘルスセンターとその管内のヘルスポストの治療薬の出納管理体制を調査する。</li> </ol>

成果6 ファシリティー基点とコミュニティーを連動させたモデルを構築する。

- 6.1 モデルクラスターヘルスセンター管下にリファラルペーパーを用いたリファラルシステムを作成・導入する。
- 6.2 モデルクラスターにおいて、クラスターミーティングの定期的開催を促進する。
- 6.3 クラスターミーティングにて、HEWと郡保健事務所員の参加を促進する。
- 6.4 モデルクラスターヘルスセンターに届いたリファラルペーパーに、リファーされた患者への対処をメモし、ヘルスセンタースタッフが保存する。(個人的フィードバック)
- 6.5 クラスターミーティングにて、リファーされた患者の報告をHCスタッフがHEWにフィードバックする。(組織的フィードバック)



### 3 . PO ( PDM 5.0用 )

## 5-year Plan of Operation: Amhara Regional Infectious Disease Surveillance (AmRids) Project

PDM 5.0 November 18th, 2010

	2008				2009				2010				2011				2012				2013
	1.	4.	7.	10.	1.	4.	7.	10.	1.	4.	7.	10.	1.	4.	7.	10.	1.	4.	7.	10.	1.
<b>成果1パイロット地域において、効果的な施設を基盤としたサーベイランス・システムが確立され、有効性が認められる。</b>																					
1.1 サーベイランス・システムの現状調査を実施する。																					
1.2 パイロット郡を選定する。																					
1.3 保健事務所における報告とデータ処理・分析・フィードバック方法に関してより良い方法を見つけ出し、研修を実施する。																					
1.4 保健事務所対象における感染症流行時の対応と準備に関してより良い方法を見つけ出し、研修を実施する。																					
1.5 パイロット郡において、年間PHEM計画モデルの策定をサポートする。																					
1.6 医療従事者に対してサーベイランスに係る研修を実施する。																					
1.7 保健事務所および医療施設において、施設ベースのサーベイランスのモニタリング・監督をする。																					
1.8 保健事務所および医療施設のスタッフを対象とした副教材を作成する。																					
1.9 必要機材を供与する（保健事務所へのコンピューター、など）。																					
1.10 パイロット郡で、PHEMへの要請に伴う問題をアセスメントし、研修を実施する。																					
<b>成果2 確立された施設を基盤としたサーベイランス・システムが、対象地域に展開される。</b>																					
2.1 対象郡を選定する。																					
2.2 活動展開の方策（研修、教材、フォローアップ計画）を立てる。																					
2.3 保健事務所および医療施設に対して研修を実施する。																					
2.4 対象郡に対して必要なフィードバックおよび指導を行う。																					
2.5 必要機材を供与する。																					
2.6 作成した副教材、研修用教材の見直し・修正をする。																					
2.7 対象郡・郡PHEMオフィサーに、PHEM TOTトレーニングを実施する。																					
<b>成果3パイロット地域において、効果的なコミュニティを基盤としたサーベイランス・システムが確立され、有効性が認められる。</b>																					
3.1 コミュニティにおけるサーベイランス活動と保健関連システムの現状調査を実施する。																					
3.2 パイロット郡およびケベレを選定する。																					
3.3 サーベイランス活動に係る方策をコミュニティと共に立てる。																					
3.4 マニュアル・教材を作成する。																					
3.5 ヘルス・エクステンション・ワーカーおよび保健ボランティアに対する研修を実施する。																					
3.6 KSOがサーベイランス活動を行い、HEWに疑い患者をリファーする。																					
3.7 HEWがリファラル患者を言込んだ患者記録簿を記録する。																					
3.8 KSOの対象疾患の簡易症状の知覚度テストを実施する。																					
3.9 ヘルスポストSSSチェックリストを作成する。																					
3.10 ヘルスポストSSSチェックリストの使用法をHEWに指導し、パイロットヘルスポストに貼り付ける。																					
3.11 コミュニティにおけるサーベイランス活動および感染症への対応に係るモニタリング・監督をする。																					
3.12 コミュニティモーターバイゼーションの活動(衛生に関する製品のリボルビングファンドシステム等)を考案・試行する。																					
3.13 パイロット活動の評価を実施する。																					
<b>成果4 確立されたコミュニティを基盤としたサーベイランス・システムが、対象地域に展開される。</b>																					
4.1 対象郡およびケベレを選定する。																					
4.2 郡保健事務所に対する研修を実施する。																					
4.3 ヘルス・エクステンション・ワーカーおよびKSOsに対する研修を実施する。																					
4.4 マニュアル・教材の見直し・修正をする。																					
4.5 KSOがサーベイランス活動を行い、HEWに疑い患者をリファーする。																					
4.6 HEWが患者記録簿を記録する。																					
4.7 コミュニティにおけるサーベイランス活動および感染症対応に係るモニタリング・監督をする。																					
<b>成果5パイロット地域におけるサーベイランスデータに基づいた保健・医療の対応能力が強化される。</b>																					
5.1 州保健局はサーベイランス結果・集計を月報としてパイロット郡にフィードバックする。																					
5.2 パイロット郡の県保健局は自県のサーベイランス結果・集計を月報としてパイロット郡にフィードバックする。																					
5.3 パイロット郡は自郡のサーベイランス結果・集計を月報としてモデルクワスターヘルスセンターへフィードバックする。																					
5.4 州保健局PHEM部でPHEM対象疾患の現行レスポンスプロトコルを調査する。																					
5.5 州保健局PHEM部でPHEM対象疾患の現行レスポンスプロトコルを改訂し(は)作成する。																					
5.6 県保健局マリアオフィサーが、郡保健事務所のマリア薬を郡内のマリア流行地域・非流行地域にわたって配分するプロトコルを作成・指導する。																					
5.7 対象地域のヘルスセンターの検査室機能現状調査を行う。																					
5.8 モデルクワスターヘルスセンターを選択する。																					
5.9 モデルクワスターヘルスセンターにて、維持可能で有効な検査項目を調査する。																					
5.10 クワスターヘルスセンターにて維持可能で有効な検査に必要な検査機器を整備する。																					
5.11 モデルクワスターヘルスセンターにて維持可能で有効な検査に必要な試薬管理と検査技術、検査機器維持について研修を行う。																					
5.12 モデルクワスターヘルスセンターの、顕微鏡によるマリア検査を助行する。																					
5.13 モデルヘルスポストで、RDTによるマリア検査を助行する。																					
5.14 対象郡におけるモデルクワスターヘルスセンターとその管内のヘルスポストの治療薬の出納管理体制を調査する。																					
<b>成果6 ファシリティー基盤とコミュニティを連動させたモデルを構築する。</b>																					
6.1 モデルクワスターヘルスセンター管下でリファラルペーパーを用いたリファラルシステムを作成・導入する。																					
6.2 モデルクワスターにおいて、クワスターミーティングの定期的開催を促進する。																					
6.3 クワスターミーティングにて、HEWと郡保健事務所員の参加を促進する。																					
6.4 モデルクワスターヘルスセンターに届いたリファラルペーパーに、リファーされた患者への対応をメモし、ヘルスセンタースタッフが保存する。(個人的フィードバック)																					
6.5 クワスターミーティングにて、リファーされた患者の報告をHCスタッフはHEWにフィードバックする。(組織的フィードバック)																					

4 . PDM 4.5

アムハラ州感染症対策強化プロジェクト PDM version 4.5

作成日 2009年9月

実施機関：エチオピア国アムハラ州保健局

対象地域：アムハラ州3県のうち、施設ベースのサーベイランスでは22郡（うちパイロット6郡）、コミュニティベースのサーベイランスでは6郡（うちパイロットは2郡）

ターゲットグループ：対象地域内の保健サービス提供者、間接裨益者：対象地域の住民、最終裨益者：アムハラ州内の保健サービス提供者及び住民

協力期間：2008年1月～2013年1月（5年間）

プロジェクト要約		指標	指標データの入手手段	外部条件
上位目標	アムハラ州内で効果的な施設及びコミュニティを基点としたサーベイランスが機能している。	アムハラ州内で70%以上の郡がプロジェクトサーベイランス指数*の80%を満たしている。		
プロジェクト目標	対象地域で効果的な施設及びコミュニティを基点としたサーベイランスが機能している。	22対象郡中20郡以上がプロジェクトサーベイランス指数*の80%を満たしている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 予算が確保される</li> <li>• 現在の保健政策・重点課題が変更しない</li> </ul>
成果	1	1-1（報告）90%のタイムリネスと95%コンプライアンス <sup>1</sup> で、医療施設がサーベイランス月例報告を郡保健事務所へ提出する。 1-2（報告）90%の医療施設が感染症流行の疑いを48時間以内に郡保健事務所へ報告する。 1-3（分析）90%の郡保健事務所が、重点サーベイランス対象疾患（例えば、マラリア、コレラ、髄膜炎、急性弛緩性麻痺、麻疹、新生児破傷風）に関して、集計表・グラフ・地図（適切なものいずれか）を保持している。 1-4（準備）85%の郡保健事務所がデータ分析に基づき、感染症対策に係る年間計画を作成する。 1-5（準備）85%の県保健事務所及び郡保健事務所が、感染症流行時に必要な薬品・備品を計算できる（例えば、マラリア、急性下痢症）。 1-6（調査）90%の感染症流行の疑いに対して、調査が実施される。 1-7（対応）80%の感染症流行に関して、評価報告書がある。	郡保健事務所のサーベイランス・レポート 郡保健事務所のサーベイランス・レポート 郡保健事務所での確認 郡保健事務所での確認 県及び郡保健事務所での確認 郡保健事務所のサーベイランス・レポート 郡保健事務所のサーベイランス・レポート	(なし)
	2	確立された施設を基点としたサーベイランス・システムが、対象地域に展開される。 （成果1と同様。地域は対象22郡）	（成果1と同様）	

<sup>1</sup> Timeliness：報告が期限内にされたかを計る指標。Completeness：報告が行われたかを計る指標

3	パイロット地域において、効果的なコミュニティを基点としたサーベイランス・システムが確立され、有効性が認められる。	3-1 90%のパイロット・ケベレがサーベイランス月例報告を常時かつ期限内に提出する。 3-2 80%の保健ボランティア及び他コミュニティ関係者が対象疾患の簡易症状を知っている。		郡保健事務所のサーベイランス・レポート 聞き取り調査		
	4	確立されたコミュニティを基点としたサーベイランス・システムが、対象地域に展開される。	(成果3同様。地域は対象6郡)			(成果3と同様)
活動	(次ページ参照)	<b>投入</b>			保健人材の離職率が増加しない。	
		<b>日本側</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 長期専門家 (3名)</li> <li>• 短期専門家 (2-5名)</li> <li>• 機材供与</li> <li>• 研修 (国内、本邦、第3国)</li> </ul>	<b>エチオピア側</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• カウンターパートの配置</li> <li>• プロジェクト事務所の設置 (州保健局内)</li> <li>• 機材の免税措置、通関手続き</li> <li>• 必要物品の調達</li> </ul>			<b>前提条件</b>
						深刻な経済破綻が起こらない。

\*サーベイランスの主要な指標を組み合わせた指数をプロジェクトで開発する。

## 活動

### 成果1

パイロット地域において、効果的な施設を基点としたサーベイランス・システムが確立され、有効性が認められる。

- 1.1 サーベイランス・システムの現状調査を実施する。
- 1.2 パイロット郡を選定する。
- 1.3 保健事務所における報告とデータ処理・分析・フィードバック方法に関してより良い方法を見つけ出し、研修を実施する。
- 1.4 保健事務所対象における感染症流行時の対応と準備に関してより良い方法を見つけ出し、研修を実施する。
- 1.5 保健事務所においてデータ分析に基づく年間計画のモデルを作成する。
- 1.6 医療従事者に対してサーベイランスに係る研修を実施する。
- 1.7 臨床検査技師に対して、サーベイランスに関連した研修を実施する\*。
- 1.8 保健事務所及び医療施設において、施設ベースのサーベイランスのモニタリング・監督をする。
- 1.9 保健事務所及び医療施設のスタッフを対象とした副教材を作成する。
- 1.10 必要機材を供与する（保健事務所へのコンピューター、ヘルスセンターへの補完的な臨床検査機材など）。
- 1.11 パイロット活動の評価を実施する。

### 成果2

確立された施設を基点としたサーベイランス・システムが、対象地域に展開される。

- 2.1 対象郡を選定する。
- 2.2 活動展開の方策（研修、教材、フォローアップ計画）を立てる。
- 2.3 保健事務所及び医療施設に対して研修を実施する。
- 2.4 問題のある郡に対して必要なフィードバック及び指導を行う。
- 2.5 必要機材を供与する。
- 2.6 作成した副教材、研修用教材の見直し・修正をする。

### 成果3

パイロット地域において、効果的なコミュニティを基点としたサーベイランス・システムが確立され、有効性が認められる。

- 3.1 コミュニティにおけるサーベイランス活動と保健関連システムの現状調査を実施する。
- 3.2 パイロット郡及びケベレを選定する。
- 3.3 サーベイランス活動に係る方策をコミュニティと共に立てる。
- 3.4 マニュアル・教材を作成する。
- 3.5 ヘルス・エクステンション・ワーカー及び保健ボランティアに対する研修を実施する。
- 3.6 コミュニティにおけるサーベイランス活動及び感染症への対応に係るモニタリング・監督をする。
- 3.7 パイロット活動の評価を実施する。

### 成果4

確立されたコミュニティを基点としたサーベイランス・システムが、対象地域に展開される。

- 4-1 対象郡及びケベレを選定する。
- 4.2 郡保健事務所に対する研修を実施する。
- 4.3 ヘルス・エクステンション・ワーカー及び保健ボランティアに対する研修を実施する。
- 4.4 マニュアル・教材の見直し・修正をする。
- 4.5 コミュニティにおけるサーベイランス活動及び感染症対応に係るモニタリング・監督をする。

\* この活動に関しては、他活動のように、段階を経た展開を行わない。初めから、全対象郡を対象とする。

## 5 . 評価グリッド

評価項目	評価設問		判断基準	必要なデータ	データ収集方法		
	主設問	副設問			資料レビュー	質問票・インタビュー/カウンターパート等	プロジェクト
妥当性	プロジェクトはエ国の感染症対策政策のニーズと整合性があるか？	感染症対策の必要性を記載した政策文書はあるか？	保健省政策との整合性	感染症対策政策	○		
		保健省は、本プロジェクト以外にも「感染症対策の強化」を促進しているか？	エ国の自助努力の度合	保健省の施策	○	○州MOH	
	プロジェクトはアムハラ州のニーズと合致しているか？	アムハラ州における感染症対策体制の需要は高いか？	需要の度合	州保健局等の意見		○州MOH	○
		施設とコミュニティは、感染症対策体制を強化したいと考えているか？	体制強化への要望	州保健局等の意見		○州、県MOH/サービス提供者	
	プロジェクトは保健サービス提供者のニーズと合致しているか？	保健サービス提供者は、感染症サーベイを必要と考えているか？	保健サービス提供者の感染症対策体制への希望	保健サービス提供者の意見		○州、県MOH/サービス提供者	
	プロジェクトの方向性はJICAの国別事業実施計画と合致しているか？		援助政策との整合性	JICAの国別事業実施計画	○		
	選定されたアムハラ州は、エ国の感染症対策強化の適切なターゲットか？	アムハラ州はエ国の感染症対策において適切な役割を担っているか？	実施地域選定の適切性	感染症対策における対象地域の役割		○州MOH	○
	選択された対象地域はアムハラ州の感染症対策の強化に適切なサイトか？	対象地域は、感染症対策において適切な役割を担っているか？	対象地域選定の適切性	感染症対策における対象地域の役割、規模、男女比		○州MOH	○
	開発課題に対する効果を上げる戦略として適切か？	プロジェクトは、感染症対策において他の援助機関との援助協調があるか？	他案件との相乗効果	他援助機関の動向		○州、県MOH、WHO、UNICEF等	○
	事前評価以降、プロジェクトを取り巻く環境は変化したか？		プロジェクト環境の整合	プロジェクト関係者の意見		○州、県MOH/サービス提供者	○
当該分野に対する支援の日本による優位性は高いか？	感染症対策の強化において日本のプレゼンスは高いか？	日本の影響力	利害関係者の意見	○	○州、県MOH、WHO、UNICEF等		
	日本はエ国の感染症対策を支援するに十分な経験と技量を持ち合わせているか？	経験と技量		○	○州、県MOH、WHO、UNICEF等		
有効性	プロジェクト目標の中間的な目標値 (milestones) は達成されているか？	22対象郡中20郡以上がプロジェクトサーベイランス指標の80%を満たしている。	計画と実績の比較	計画と実績	○	○州・県MOH	○
	プロジェクト目標は達成される見込みはあるか？	プロジェクトの達成を阻害する要因はあるか？	計画と実績の比較	計画と実績の比較	○	○州・県MOH	○

評価項目	評価設問		判断基準	必要なデータ	データ収集方法		
	主設問	副設問			資料レビュー	質問票・インタビュー/カウンターパート等	プロジェクト
有効性	プロジェクト目標の指標は、プロジェクト目標の達成を端的に示しているか？	「22対象郡中20郡以上がプロジェクトサーベイランス指標の80%を満たしている。」で、プロジェクト目標の達成を計ることができるか？ サーベイランスが機能していることをどのように確認するのか？	プロセスの説明	プロジェクト関係者の解釈	○	○州・県MOH	○
	プロジェクト目標を達成するための外部条件（プロジェクトの外側のリスク）は満たされているか？	保健人材の離職率が増加しない。	論理の確認	リスク/外部条件	○	○州・県MOH	○
効率性	中間評価時、各成果の指標は（どの程度）達成されているか？	成果1： 1-1（報告）90%のタイムリネスと95%コンプライトネスで、医療施設がサーベイランス月例報告を郡保健事務所へ提出する。	計画と実績の比較	PDMとアウトプットの実績	○	○州・県MOH	○
		1-2（報告）90%の医療施設が感染症の疑いを48時間以内に郡保健事務所へ報告する。			○	○州・県MOH	○
		1-3（分析）90%の郡保健事務所が、重点サーベイランス対象疾患（例えば、マラリア、コレラ、髄膜炎、急性弛緩性麻痺、麻疹、新生児破傷風）に関して、集計表・グラフ・地図（適切なものいずれか）を保持している。			○	○州・県MOH	○
		1-4（準備）85%の郡保健事務所がデータ分析に基づき、感染症対策に係る年間計画を作成する。			○	○州・県MOH	○
		1-5（準備）85%の県保健事務所及び郡保健事務所が、感染症流行時に必要な薬品・備品を計算できる（例えば、マラリア、急性下痢症）。			○	○州・県MOH	○
		1-6（調査）90%の感染症流行の疑いに対して、調査が実施される。			○	○州・県MOH	○
		1-7（対応）80%の感染症流行に関して、評価報告書がある。			○	○州・県MOH	○
		成果2： 2-1（報告）90%のタイムリネスと95%コンプライトネスで、医療施設がサーベイランス月例報告を郡保健事務所へ提出する。			○	○州・県MOH	○

評価項目	評価設問		判断基準	必要なデータ	データ収集方法		
	主設問	副設問			資料レビュー	質問票・インタビュー/カウンターパート等	プロジェクト
効率性	中間評価時、各成果の指標は（どの程度）達成されているか？	2-2（報告）90%の医療施設が感染症の疑いを48時間以内に郡保健事務所へ報告する。	計画と実績の比較	PDMとアウトプットの実績	<input type="radio"/>	○州・県MOH	<input type="radio"/>
		2-3（分析）90%の郡保健事務所が、重点サーベイランス対象疾患（例えば、マラリア、コレラ、髄膜炎、急性弛緩性麻痺、麻疹、新生児破傷風）に関して、集計表・グラフ・地図（適切なものいづれか）を保持している。			<input type="radio"/>	○州・県MOH	<input type="radio"/>
		2-4（準備）85%の郡保健事務所がデータ分析に基づき、感染症対策に係る年間計画を作成する。			<input type="radio"/>	○州・県MOH	<input type="radio"/>
		2-5（準備）85%の県保健事務所及び郡保健事務所が、感染症流行時に必要な薬品・備品を計算できる（例えば、マラリア、急性下痢症）。			<input type="radio"/>	○州・県MOH	<input type="radio"/>
		2-6（調査）90%の感染症流行の疑いに対して、調査が実施される。			<input type="radio"/>	○州・県MOH	<input type="radio"/>
		2-7（対応）80%の感染症流行に関して、評価報告書がある。			<input type="radio"/>	○州・県MOH	<input type="radio"/>
		成果3: 3-1 90%のパイロット・ケベレがサーベイランス月例報告を常時かつ期限内に提出する。			<input type="radio"/>	○州・県MOH	<input type="radio"/>
		3-2 80%の保健ボランティア及び他コミュニティ関係者が対象疾患の簡易症状を知っている。			<input type="radio"/>	○州・県MOH	<input type="radio"/>
		成果4: 4-1 90%のパイロット・ケベレがサーベイランス月例報告を常時かつ期限内に提出する。			<input type="radio"/>	○州・県MOH	<input type="radio"/>
		4-2 80%の保健ボランティア及び他コミュニティ関係者が対象疾患の簡易症状を知っている。			<input type="radio"/>	○州・県MOH	<input type="radio"/>
	アウトプットの達成への促進・阻害要因はあったか？	計画と実績の比較	PDMとアウトプットの実績、外部条件	<input type="radio"/>	○州・県MOH	<input type="radio"/>	
	活動からアウトプットに至るまでの外部条件は、現時点においても正しいか？ 外部条件による影響はないか？	保健事務所の大きな人事異動がない。 計画と実績の比較	PDMとアウトプットの実績、外部条件	<input type="radio"/>	○州・県MOH	<input type="radio"/>	

評価項目	評価設問		判断基準	必要なデータ	データ収集方法		
	主設問	副設問			資料レビュー	質問票・インタビュー/カウンターパート等	プロジェクト
効率性	各アウトプットの指標はアウトプットの達成（状況）を端的に示しているか？	成果1の指標（7項目）は、「パイロット地域において、効率的な施設を基点としたサーベイランスシステムが確立され、有効性」を示しているか？	プロセスの説明	プロジェクト関係者の解釈	<input type="radio"/>	〇州・県MOH	<input type="radio"/>
		成果2の指標（7項目）は「確立された施設基点としたサーベイランスシステムが、対象地域に展開された」を示しているか？			<input type="radio"/>	〇州・県MOH	<input type="radio"/>
		成果3（2項目）の指標は、「効果的なコミュニティを基盤としたサーベイランスシステムが確立され、有効性」を示しているか？			<input type="radio"/>	〇州・県MOH	<input type="radio"/>
		成果4（2項目）の指標は「コミュニティを基点としたサーベイランスシステムが、対象地域に展開された」を示しているか？			<input type="radio"/>	〇州・県MOH	<input type="radio"/>
	各活動はアウトプットの達成に十分か？	活動1.1～1.11は成果1のアウトプット達成に十分か？	目標達成度合い	計画と活動実績	<input type="radio"/>	〇州・県MOH	<input type="radio"/>
		活動2.1～2.6は成果2のアウトプット達成に十分か？	目標達成度合い	計画と活動実績	<input type="radio"/>	〇州・県MOH	<input type="radio"/>
		活動3.1～3.7は成果3のアウトプット達成に十分か？	目標達成度合い	計画と活動実績	<input type="radio"/>	〇州・県MOH	<input type="radio"/>
		活動4.1～4.5は成果4のアウトプット達成に十分か？	目標達成度合い	計画と活動実績	<input type="radio"/>	〇州・県MOH	<input type="radio"/>
		投入はアウトプット達成に十分か？	投入に対する達成度合い	計画と投入実績	<input type="radio"/>	〇州・県MOH	<input type="radio"/>
		無駄な投入・コストはないか？	無駄なコストの有無	計画と投入の実績	<input type="radio"/>	〇州・県MOH	<input type="radio"/>
	投入はアウトプット達成に十分か？ （機材、本邦研修、専門家（長期・短期）、現地経費、エ国側負担など）	投入の時期は適切か？	活動への影響の有無	計画と投入実績	<input type="radio"/>	〇州、県MOH/サービス提供者	<input type="radio"/>
		投入はプロジェクト目標の達成に直接的に貢献するか？	不必要な投入の有無	計画と投入実績	<input type="radio"/>	〇州、県MOH/サービス提供者	<input type="radio"/>
		投入の質は適切か？	不適正な質の投入の有無	計画と投入実績	<input type="radio"/>	〇州、県MOH/サービス提供者	<input type="radio"/>



評価項目	評価設問		判断基準	必要なデータ	データ収集方法		
	主設問	副設問			資料レビュー	質問票・インタビュー/カウンターパート等	プロジェクト
効率性	プロジェクトは効率的な運営のための努力をはらっているか？		プロジェクトの努力の有無	プロジェクトの活動	○	○州、県MOH/サービス提供者	○
	他の援助機関との協力による成果があるか？		協力の効率性	PDMとアウトプットの実績	○	○州・県MOH	○
インパクト	アムハラ州での感染症サーベイランスに効果はあったか（あるか）		各郡のプロジェクトサーベイランス指標を比較	プロジェクトサーベイランス指標（タイムリネス、コンプライアンス）	○	○州・県MOH	○
	上位目標は達成される見込みか？	構築された感染症サーベイランスシステムは他の県でも従うか？	プロセスの説明	プロジェクト関係者の解釈	○	○州・県MOH	○
		上位目標とプロジェクト目標は乖離していないか？	プロセスの説明	プロジェクト関係者の解釈	○	○州・県MOH	○
		上位目標を達成を阻害する要因はあるか？	プロセスの説明	プロジェクト関係者の解釈	○	○州・県MOH	○
	上位目標を達成するための外部条件（プロジェクトの外側のリスク）は満たされているか？	予算が確保される。	論理の確認	リスク/外部条件	○	○州・県MOH	○
		現在の保健政策・重点課題が変更しない。			○	○州・県MOH	○
	正負のインパクト（社会、文化、環境、技術的などの視点で）が発生したか？				○	○州・県MOH	○
自立発展性	構築されたサーベイランスシステムは、プロジェクト終了後も活用されるか？		体制の実効性	見込み	○	○州、県MOH/サービス提供者	○

評価項目	評価設問		判断基準	必要なデータ	データ収集方法		
	主設問	副設問			資料レビュー	質問票・インタビュー/カウンターパート等	プロジェクト
自立発展性	構築されたサーベイランスシステムは、プロジェクト成果を他地域へ普及を支援する取組が担保されているか？		実施プロセスの技術移転の有無	見込み	○	○州、県MOH	○
	組織は感染症サーベイランスを継続していけるか（財政、政策、人的資源、技術などの支援の視点から）？		組織の存続可能性	見込み	○	○州、県MOH/サービスピリ提供者	○
	実施機関のプロジェクトに対するオーナーシップは、確保されているか？		実施機関オーナーシップの有無	見込み	○	○州、県MOH	○
	保健省は引き続き、感染症サーベイランス強化を促進していくか？		政策の持続性	見込み	○	○州MOH	

6. 質問票

Questionnaire for the Amhara Regional Health Bureau

Mid-term review

Project for the Strengthening Infectious Disease Prevention, Control and Response

in Amhara National Regional State

October 2010

Please fill in the blank

Name
Title/Function:
Contact number/ Email address:

I. Please answer the questions related with the relevance of the project mentioned above.

1	Does MOH promote strengthening of the Infectious diseases surveillance except the project?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no If yes, what does MOH?
2	Is the demand of strengthening of the Infectious diseases surveillance system high in Amhara ?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
3	Do the health facilities want to strengthen the infectious diseases surveillance?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
4	Do the communities want to strengthen the infectious diseases surveillance?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?

5	Do health workers think the infectious diseases surveillance need/essential for the infectious diseases control?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
6	Is Amhara Region the proper actor to improve infectious diseases surveillance in Ethiopia? What is the role of Amhara region on the infectious diseases surveillance in Ethiopia?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
7	Is there any cooperation with projects of other donors regarding the infectious disease surveillance?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no If yes, what is it?
8	Is there any change of situation or condition around the project after the Project Preparation Study implemented?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
9	Is Japanese presence high in the field of infectious diseases surveillance?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
10	Does Japan have enough skill and experience to support the infectious disease surveillance?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?

II. Please answer the question related with the Impact of the project mentioned above.

11	Has the budget been secure to achieve the overall goal?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
12	Does the current health policy and priority remain unchanged to achieve the overall goal?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no If no, why do you think so?

III. Please answer the questions related with the sustainability of the project mentioned above.

13	Is the developed infectious diseases surveillance system going to be utilized after the completion of the project?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
14	Does the project include some ways to roll out the developed infectious diseases surveillance system to other areas out of the target?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
15	Does the ownership of the ARHB secure?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?

16	Will MOH continue to promote improvement of the infectious diseases surveillance?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
----	---	--

Thank you for your cooperation.

Questionnaire for the Project Counterparts

Mid-term review

Project for the Strengthening Infectious Disease Prevention, Control and Response

in Amhara National Regional State

October 2010

Please fill in the blank

Name
Title/Function:
Organization:
Contact number/ Email address:
Please state your roles and responsibilities in this Project:

1. Relevance:

1	Do the health facilities want to strengthen the infectious diseases surveillance?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
2	Do the communities want to strengthen the infectious diseases surveillance?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
3	Do health workers think the infectious diseases surveillance need/essential for the infectious diseases control?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?

4	Is Japanese presence high in the field of infectious diseases surveillance?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
5	Does Japan have enough skill and experience to support the infectious disease surveillance?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?

2. Effectiveness:

6	To what extent the project purpose has been achieved (and is expected to be achieved)? Indicator: More than 20 out of 22 targets were achieved 80% of the surveillance index.	<input type="checkbox"/> Already <input type="checkbox"/> Going as planned <input type="checkbox"/> Behind schedule <input type="checkbox"/> Others Please indicate if there are any factors that impede the achievement of indicator.
7	Is there any factor which might obstruct achievement of the Project Purpose?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no What is it? Why do you think so?
8	Is there any factor which might promote achievement of the Project?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no What is it? Why do you think so?



9	Are the indicators appropriate enough to measure the achievement of the Project Purpose?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
---	--	--

3. Efficiency:

	To what extent the Outputs (as stated in the PDM version4.5) have been achieved as far compared to the plan?	
10	Output1: Effective system of facility-based surveillance is established and verified in pilot area. 1-1 (reporting) 90% of health facilities submit surveillance monthly report to Woreda Health Office (WorHO)with timeliness and 95% with completeness.	<input type="checkbox"/> Already <input type="checkbox"/> Going as planned <input type="checkbox"/> Behind schedule <input type="checkbox"/> Others Please indicate if there are any factors that impede the achievement of indicator.
11	1-2 (reporting) 90% of health facilities report suspected outbreaks of epidemics of WorHO within 48 hours.	<input type="checkbox"/> Already <input type="checkbox"/> Going as planned <input type="checkbox"/> Behind schedule <input type="checkbox"/> Others Please indicate if there are any factors that impede the achievement of indicator.
12	1-3 (analysis) 90% of WorHOs have summary table, graph and/or selected surveillance diseases (e.g. malaria, acute watery diarrhea (AWD), meningitis, acute flaccid paralysis (AFP), measles, neonatal tetanus).	<input type="checkbox"/> Already <input type="checkbox"/> Going as planned <input type="checkbox"/> Behind schedule <input type="checkbox"/> Others Please indicate if there are any factors that impede the achievement of indicator.

13	1-4 (preparedness) 85% of WorHOs develop annual plan for infectious disease control based on analyzed data.	<input type="checkbox"/> Already <input type="checkbox"/> Going as planned <input type="checkbox"/> Behind schedule <input type="checkbox"/> Others Please indicate if there are any factors that impede the achievement of indicator.
14	1-5 (preparedness) 85% of Zonal Health Department (ZHD) and WorHOs can calculate necessary stock for epidemic prone diseases (e.g. malaria, AWD)	<input type="checkbox"/> Already <input type="checkbox"/> Going as planned <input type="checkbox"/> Behind schedule <input type="checkbox"/> Others Please indicate if there are any factors that impede the achievement of indicator.
15	1-6 (investigation) 90% of suspected epidemics were investigated.	<input type="checkbox"/> Already <input type="checkbox"/> Going as planned <input type="checkbox"/> Behind schedule <input type="checkbox"/> Others Please indicate if there are any factors that impede the achievement of indicator.
16	1-7 (response) Evaluation reports are available for 80% of epidemics.	<input type="checkbox"/> Already <input type="checkbox"/> Going as planned <input type="checkbox"/> Behind schedule <input type="checkbox"/> Others Please indicate if there are any factors that impede the achievement of indicator.

17	<p>Output2: Operational capacity of the verified system of facility-based surveillance is developed in all target area.</p> <p>2-1 (reporting) 90% of health facilities submit surveillance monthly report to Woreda Health Office (WorHO)with timeliness and 95% with completeness in all 22 target woredas.</p>	<input type="checkbox"/> Already <input type="checkbox"/> Going as planned <input type="checkbox"/> Behind schedule <input type="checkbox"/> Others Please indicate if there are any factors that impede the achievement of indicator.
18	<p>2-2 (reporting) 90% of health facilities report suspected outbreaks of epidemics of WorHO within 48 hours in all 22 target woredas.</p>	<input type="checkbox"/> Already <input type="checkbox"/> Going as planned <input type="checkbox"/> Behind schedule <input type="checkbox"/> Others Please indicate if there are any factors that impede the achievement of indicator.
19	<p>2-3 (analysis) 90% of WorHOs have summary table, graph and/or selected surveillance diseases (e.g. malaria, acute watery diarrhea (AWD), meningitis, acute flaccid paralysis (AFP), measles, neonatal tetanus) in all 22 target woredas.</p>	<input type="checkbox"/> Already <input type="checkbox"/> Going as planned <input type="checkbox"/> Behind schedule <input type="checkbox"/> Others Please indicate if there are any factors that impede the achievement of indicator.
20	<p>2-4 (preparedness) 85% of WorHOs develop annual plan for infectious disease control based on analyzed data in all 22 target woredas.</p>	<input type="checkbox"/> Already <input type="checkbox"/> Going as planned <input type="checkbox"/> Behind schedule <input type="checkbox"/> Others Please indicate if there are any factors that impede the achievement of indicator.

21	2-5 (preparedness) 85% of Zonal Health Department (ZHD) and WorHOs can calculate necessary stock for epidemic prone diseases (e.g. malaria, AWD) in all 22 target woredas.	<input type="checkbox"/> Already <input type="checkbox"/> Going as planned <input type="checkbox"/> Behind schedule <input type="checkbox"/> Others Please indicate if there are any factors that impede the achievement of indicator.
22	2-6 (investigation) 90% of suspected epidemics were investigated in all 22 target woredas in all 22 target woredas.	<input type="checkbox"/> Already <input type="checkbox"/> Going as planned <input type="checkbox"/> Behind schedule <input type="checkbox"/> Others Please indicate if there are any factors that impede the achievement of indicator.
23	2-7 (response) Evaluation reports are available for 80% of epidemics in all 22 target woredas.	<input type="checkbox"/> Already <input type="checkbox"/> Going as planned <input type="checkbox"/> Behind schedule <input type="checkbox"/> Others Please indicate if there are any factors that impede the achievement of indicator.
24	Output3: System of community-based surveillance is established and verified in pilot area. 3-1 90% of pilot kebeds monthly submit surveillance report with timeliness and completeness.	<input type="checkbox"/> Already <input type="checkbox"/> Going as planned <input type="checkbox"/> Behind schedule <input type="checkbox"/> Others Please indicate if there are any factors that impede the achievement of indicator.

25	3-2 80% of health volunteers and other target players in community know simple case definition of the target diseases.	<input type="checkbox"/> Already <input type="checkbox"/> Going as planned <input type="checkbox"/> Behind schedule <input type="checkbox"/> Others Please indicate if there are any factors that impede the achievement of indicator.
26	Output 4: Operational capacity of the verified system of community-based surveillance is developed in all target area. 4-1 90% of pilot kebedas monthly submit surveillance report with timeliness and completeness in all 6 target woredas.	<input type="checkbox"/> Already <input type="checkbox"/> Going as planned <input type="checkbox"/> Behind schedule <input type="checkbox"/> Others Please indicate if there are any factors that impede the achievement of indicator.
27	4-2 80% of health volunteers and other target players in community know simple case definition of the target diseases in all 6 target woredas.	<input type="checkbox"/> Already <input type="checkbox"/> Going as planned <input type="checkbox"/> Behind schedule <input type="checkbox"/> Others Please indicate if there are any factors that impede the achievement of indicator.
28	Is there any factor which might obstruct achievement of the Project Purpose?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Why do you think so?
29	Is there any factor which might promote achievement of the Project Purpose?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Why do you think so?

Are the activities sufficient to produce each Output?		
30	<p>Output1: Effective system of facility-based surveillance is established and verified in pilot area.</p> <p>Activities of Output1: 1.1~1.11</p> <p>1.1 Conduct situation analysis on surveillance system.</p> <p>1.2 Select pilot woredas.</p> <p>1.3 Find out better methods and train on reporting, data management, analysis and feedback mechanism for health offices.</p> <p>1.4 Find out better methods and train on epidemic response and preparedness for health offices.</p> <p>1.5 Develop annual planning model based on analyzed data at health offices.</p> <p>1.6 Train on surveillance to workers health facilities</p> <p>1.7 Train on surveillance-related activity to laboratory workers at health facilities.</p> <p>1.8 Monitor and supervise facility-based surveillance at health offices and health facilities.</p> <p>1.9 Produce supplemental malarias for workers at health offices and health facilities.</p> <p>1.10 Provide necessary equipment (e.g. computer to health offices, complementary laboratory equipment for health centers)</p> <p>1.11 Evaluate pilot activities.</p>	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
31	<p>Output 2: Operational capacity of the verified system of facility-based surveillance is developed in all target area.</p> <p>Activities of Output2 :2.1~2.6</p> <p>2.1 Select target woredas.</p> <p>2.2 Develop a scaling-up strategy (training, manuals, follow-up plan).</p> <p>2.3 Conduct training to health offices and health facilities.</p> <p>2.4 Provide necessary feedback and supervision to problematic WorHOs.</p> <p>2.5 Provide necessary equipment.</p> <p>2.6 Revise produced materials at training and supplemental materials.</p>	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?

32	<p>Output3: System of community-based surveillance is established and verified in pilot area.</p> <p>3-1 90% of pilot kebelas monthly submit surveillance report with timeliness and completeness.</p> <p>Activities of Output3: 3.1~3.7</p> <p>3.1 Conduct situatiion analysis on community-based surveillance and health system in community.</p> <p>3.2 Select pilot woreda and kebales.</p> <p>3.3 Develop strategy with community surveillance.</p> <p>3.4 Develop manuals and educational tools.</p> <p>3.5 Conduct training for Health Extension Workers (HEWs) and health volunteers.</p> <p>3.6 Monitor and supervise community surveillance and response.</p> <p>3.7 Evaluate pilot activities.</p>	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
33	<p>Output4: Operational capacity of the verified system of community-based surveillance is developed in all target area.</p> <p>Activities of Output4 :4.1~4.5</p> <p>4.1 Select target woredas and kebeles.</p> <p>4.2 Conduct training for Woredas Health Offices (WorHOs)</p> <p>4.3 Conduct training for HEWs and health volunteers.</p> <p>4.4 Review and disseminate manuals and education tools.</p> <p>4.5 Monitor and supervise community surveillance and response.</p>	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
34	<p>Are Inputs sufficient to produce Outputs?</p>	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?

35	Is timing of Input appropriate?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
36	Is input sufficient to produce Outputs?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
37	Is there no waste cost?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
38	Do Inputs contribute to attain the project purpose directly?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
39	Is quality of Input appropriately?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?



40	Is there any output done by project cooperation with other donors?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
----	--	--

4. Impact:

41	Are other Woredas going to follow the infectious diseases surveillance system developed by the project?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
42	Are the Overall goal and the Project goal appropriate in the logical way?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
43	Is there any factor which might obstruct achievement of the Overall goal?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no If yes, what is it?
44	Has the budget been secure to achieve the overall goal?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?

45	Does the current health policy and priority remain unchanged to achieve the overall goal?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no If no, why do you think so?
----	---	--

5. Sustainability:

46	Is the developed infectious diseases surveillance system going to be utilized after the completion of the project?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
47	Does the project include some ways to roll out the developed infectious diseases surveillance system to other areas out of the target?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?
48	Will MOH continue to promote improvement of the infectious diseases surveillance?	<input type="checkbox"/> very much <input type="checkbox"/> sufficiently <input type="checkbox"/> only to some extent <input type="checkbox"/> not at all Why do you think so?

If you have any comments, please feel free to write.

Thank you for your cooperation.

