

中間評価調査結果要約表

1. 案件の概要		
国名：ザンビア共和国		案件名：ルサカ市プライマリーヘルスケアプロジェクト（フェーズ2）
分野：保健医療		援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：人間開発部保健行政チーム		協力金額（評価時点）：364 百万円（2002-04 年度）
協力期間	(R/D)：2002 年 7 月 15 日 ～2007 年 7 月 14 日	先方関係機関：ルサカ地区保健管理チーム（Lusaka District Health Management Team：LDHMT）
	(延長)：該当せず	日本側協力機関：国際医療福祉大学、特定非営利活動法人アムダ、新潟大学
	(F/U)：該当せず	他の関連協力： (無償資金協力) ・都市給水計画 ・ルサカ市未計画居住区住環境改善計画 (技術協力プロジェクト) ・エイズ及び結核対策プロジェクト (青年海外協力隊) ・村落開発普及員等
1-1 協力の背景と概要		
<p>(1) ザンビアは南部アフリカ地域に位置し、753 千平方キロの国土に、9.9 百万人（2000 年）の人口を擁する。周辺国と比して人口の都市化が進んでおり、都市人口比率は遞減傾向にあるものの、2000 年で 36% の高水準である。特に、首都ルサカ市及び周辺地域における人口集中は著しく、総人口の 1～2 割が同地域に居住している。その結果、都市貧困層が集まる未計画居住区（コンパウンド）を中心に、環境衛生の悪化が深刻化している。高い人口密度、劣悪な環境衛生、健康リスクの高い行動様式、不安定かつ弱い地域社会の結びつき、貨幣経済への高い依存等に特徴付けられる都市貧困層の健康は、経済の停滞、HIV/AIDS の流行、その他感染症の突発的流行等の外的な変化に対して、農村部貧困層以上に脆弱である。実際、1980 年代から 1990 年代にかけて子供の死亡率の上昇を経験した際、絶対水準では農村部が一貫して都市部を上回っていたものの、都市部における上昇率は農村部のそれを上回っていた。</p> <p>(2) このような状況下実施された「ルサカ市プライマリーヘルスケアプロジェクト（協力期間：1997. 3. 17-2002. 3. 16）」では、ルサカ市の未計画居住区の一つであるジョージ地区において、健康ボランティアを主体とする子供の成長促進活動と、住民参加型環境衛生改善活動を組み合わせ、都市貧困層を対象とするコミュニティ主体のプライマリーヘルスケア・モデルを確立し、その結果、ヘルスセンターの混雑緩和、予防接種率の向上、低体重児比率の減少、コレラによる死亡数の減少等、多くの成果が得られた。ザンビア政府は、この成果を受け、活動を他地区にも拡大する新規プロジェクトの実施を日本政府に要請し、調査の結果、日本政府は、ジョージ地区に加え、カニヤマ、ムテンデレ、チパタ、チャワマ、ンゴンベの各未計画居住区を対象とし、同様のアプローチによって 5 歳未満児の健康改善を目指す 5 年間のプロジェクト「ルサカ市プライマリーヘルスケアプロジェクト（フェーズ 2）」を、2002 年 7 月 15 日に開始した。</p>		

1-2 協力内容

(1) 上位目標

効果的かつ持続的なコミュニティをベースとする保健活動の拡大により、ルサカ市の5歳未満児の健康状態が改善される

(2) プロジェクト目標

効果的かつ持続的なコミュニティをベースとする保健活動の確立により、選ばれたヘルスセンター管轄地域の5歳未満児の健康状態が改善される

(3) 成果

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

(4) 投入（プロジェクト開始時から評価時点まで）

1) 日本側：

長期専門家派遣	6名	機材供与	24.5百万円
短期専門家派遣	12名	ローカルコスト負担	56.8百万円
研修員受入れ	16名		

2) 相手国側：

カウンターパート配置	50名	機材購入	有り（金額不明）
土地・施設提供	施設建設時の土地提供	ローカルコスト負担	有り（金額不明）

2. 評価調査団の概要

調査者	(担当分野：氏名 職位)	
	梅内 拓生 総括	国際医療福祉大学国際部長／大学院教授（2005. 3. 12-21）
	鈴木 宏 公衆衛生	新潟大学大学院教授医歯学総合研究科国際感染医学講座公衆衛生学分野（2005. 3. 12-21）
	瀧澤 郁雄 評価計画	JICA 人間開発部保健行政チーム職員（2005. 3. 6-21）
	畔上 尚也 評価分析	アイ・シー・ネット（株）（2005. 2. 26-3. 21）
調査期間	2005年2月26日～2005年3月21日	評価種類：中間評価

3. 評価結果の概要

3-1 実績の確認

効果（目標達成度）指標	ベースライン（2002）	中間実績（2004）	終了時目標（2006） （改定前の目標値）
5歳未満児における下痢症（非血性）罹患率（対千）	682.2	349.9	218.2 (189.4)
5歳未満児における下痢症（血性）罹患率（対千）	25.9	14.1	9.5 (N/A)
5歳未満児における麻疹罹患率（対千）	18.2	1.4	0.6 (7.1)
5歳未満の栄養不良児比率（対千）	72.4	32.8	24.0 (40.8)

※ベースライン値及び中間実績値は、各保健所からの報告（HMIS：Health Management Information System）データによる。終了時目標値は、ワークショップを通じて地区ごとに制定された値の平均値。

成果指標（成果1）	ベースライン（2002）	中間実績（2004）	終了時目標（2006） （改定前の目標値）
標準成長曲線下限を下回る（低体重）5歳未満児の比率（%）	14.8	12.3	9.3 (11.1)
12～23か月児における調査時点までの予防接種完了率（%）	71.2	63.8▲	79.0 (86.5)
5歳未満児における満1歳までの予防接種完了率（%）	58.9	56.0▲	79.2 (78.8)
5歳未満児における満24か月までの体重測定参加平均回数	14.6	15.6	19.2 (20.0)
満6か月以降に母乳以外の離乳食を与えた5歳未満児養育者比率（%）	49.9	56.6	67.4 (63.6)
栄養不良予防の適切な知識を持つ5歳未満児養育者の割合（%）	32.4	42.1	53.6 (53.2)
下痢症予防の適切な知識を持つ5歳未満児養育者の割合（%）	46.2	34.8▲	51.6 (63.2)

※ベースライン値及び中間実績値は、5歳未満児を有する家庭（各地区500世帯）を対象にプロジェクトが実施したサンプル調査（2002年2～3月及び2004年10月）による。ただし、標準成長曲線下限を下回る5歳未満児の比率のみ、各保健所からの報告（HMIS）データによる。

※終了時目標値は、ワークショップを通じて地区ごとに制定された値の平均値。

※▲は、改善が見られなかった（悪化した）指標を示す。

成果指標 (成果 2)	ベースライン (2002)	中間実績 (2004)	終了時目標 (2006) (改定前の目標値)
安全な水へのアクセスを持つ世帯の割合 (%)	85.7	86.2	90.9 (90.0)
飲料水を、煮沸・塩素消毒により安全にする世帯の割合 (%)	72.3	86.2	84.0 (84.0)
汚染を防ぐため飲料水を適切に保管する世帯の割合 (%)	47.3	53.8	64.8 (64.8)
ごみを適切に廃棄する(ごみ収集箱等) 世帯の割合 (%)	63.1	64.3	72.8 (72.8)
適切な手洗い(石鹸・流水の使用)を励行する世帯の割合 (%)	13.6	28.7	40.8 (28.1)
トイレを使う世帯の割合 (%)	86.7	88.2	91.6 (90.8)

※ベースライン値及び中間実績値は、5歳未満児を有する家庭(各地区 500 世帯)を対象にプロジェクトが実施したサンプル調査(2002年2～3月及び2004年10月)による。

※終了時目標値は、ワークショップを通じて地区ごとに制定された値の平均値。

成果指標 (成果 3)	ベースライン (2002)	中間実績 (2004)	終了時目標 (2006) (改定前の目標値)
危険な症状を認識した際、直ちに保健医療施設へ子供を連れて行く 5歳未満児養育者の割合 (%)	35.3	44.4	64.0 (49.9)

※ベースライン値及び中間実績値は、5歳未満児を有する家庭(各地区 500 世帯)を対象にプロジェクトが実施したサンプル調査(2002年2～3月及び2004年10月)による。

※終了時目標値は、ワークショップを通じて地区ごとに制定された値の平均値。

成果指標 (成果4)	ベースライン (2002)	中間実績 (2004)	終了時目標 (2006) (改定前の目標値)
LDHMT が作成する年間優先活動計画における GMP+ と PHAST への予算配分の有無	N/A	2005 年の優先活動計画では予算配分有り。	2005 年以降、毎年 の優先活動計画において 予算配分がなされる。
対象ヘルスセンターが計画した GMP+及び PHAST に関連する年間総活動予算額のうち LDHMT により配分された予算額の割合 (%)	N/A	確認中	今後制定
対象ヘルスセンターが計画した GMP+及び PHAST に関連する年間総活動数のうち LDHMT により配分された活動数の割合 (%)	N/A	確認中	今後制定
対象ヘルスセンターが計画した GMP+及び PHAST に関連する年間総活動数のうち実施された活動数の割合 (%)	N/A	確認中	今後制定

※今回の PDM 改訂に併せて新たに制定。

※LDHMT 及び各ヘルスセンターにより作成される関連資料により確認する。

成果指標 (成果5)	ベースライン (2002)	中間実績 (2004)	終了時目標 (2006) (改定前の目標値)
健康ボランティア (コミュニティヘルスワーカー、栄養普及員) の中途脱退率 (%)	37.7	24.0	18.0 (19.2)
コミュニティ・バスケットファンド委員会に監督され、利益を生み出している収入創出活動の総数	0	0▲	12

※LDHMT、各ヘルスセンター及び各コミュニティ・バスケットファンド委員会により作成される関連資料により確認する。

※▲は、改善が見られなかった指標を示す。ジョージ地区の有料公衆トイレ及び製粉機は、既に収益を上げているが、そのコミュニティ・バスケットファンド委員会への移管はこれからである。

コンパウンド	新たに養成された CHW 数		
	2003 年	2004 年	合計
チャワマ	24	23	47
チパタ	-	25	25
ジョージ	23	-	23
カニヤマ	23	-	23
ムテンデレ	-	23	23
ンゴンベ	24	-	24
合計	94	71	165

コンパウンド	新たに養成された NP 数		
	2003 年	2004 年	合計
チャワマ	-	23	23
チパタ	-	24	24
ジョージ	27	-	27
カニヤマ	27	-	27
ムテンデレ	-	27	27
ンゴンベ	25	-	25
合計	79	74	153

コンパウンド	PHAST ワークショップ実施状況	
	参加者数	実施年月
チャワマ	30	2004/11
チパタ	30	2005/1
ジョージ	-	-
カニヤマ	30	2004/2
ムテンデレ	30	2004/12
ンゴンベ	34	2003/12
合計	154	-

コンパウンド	PHAST 手法により特定された優先活動
チャワマ	VIP トイレ(10)、排水溝(400m)、固形廃棄物処理、水供給
チパタ	VIP トイレ(10)、固形廃棄物処理、排水溝(500m)、防虫・駆虫
ジョージ	VIP トイレ(30)、防虫・駆虫、有料公衆トイレ、固形廃棄物処理
カニヤマ	VIP トイレ(19)、防虫・駆虫、固形廃棄物処理
ムテンデレ	VIP トイレ(10)、排水溝、固形廃棄物処理
ンゴンベ	VIP トイレ(10)、排水溝(400m)、固形廃棄物処理、防虫・駆虫

※ジョージ地区の 30 のトイレ及び有料公衆トイレは、フェーズ 1 期間中に設置されたもの。同地区では、日本大使館草の根無償資金で、さらに 50 基の VIP トイレがフェーズ 2 期間中に建設されている。チャワマ地区、チパタ地区でも有料公衆トイレが建設されている、または建設予定であるが、優先環境衛生活動としてよりもむしろ所得創出活動の一環と位置づけられている。

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性

- 1) 対象人口（都市貧困層の5歳未満児）の健康ニーズとの合致、ザンビア政府及びルサカ地区保健管理チーム（LDHMT）の政策的優先課題との合致、プロジェクト・デザインの的確性、日本政府の対ザンビア援助政策との合致のいずれの観点からも、概ね妥当であると判断される。
- 2) 「住民ボランティアを主体とするコミュニティベースの包括的子供の成長促進活動（GMP+）」と、「住民参加型環境衛生改善活動（PHAST）」を組み合わせたアプローチは、都市貧困層を対象とするプライマリーヘルスケアの実践例として、モデル性は高い。

(2) 有効性

- 1) プロジェクト目標である5歳未満児の健康改善に関して、大きな前進が確認された。プロジェクト対象地域における5歳未満児の下痢症（血性・非血性）罹患率、栄養不良児の比率に関しては、2002年から2004年にかけて約50%の低下が見られ、麻疹の罹患率については90%以上の低下が見られた。
- 2) 下痢症罹患率及び低体重児比率の低下については、飲料水の煮沸・塩素消毒の普及・手洗いの励行等、プロジェクト活動を通じた家庭レベルでの行動変容が下痢症罹患率の低下に貢献し、下痢症罹患率の低下が低体重児比率の低下につながったものと判断される。
- 3) 麻疹の劇的な低下については、2003年7月に政府が実施した全国予防接種キャンペーンによる予防接種率の一時的な上昇が直接的な要因であると見られるが、ルサカ地区においては、GMP+により確立されたコミュニティレベルの組織体制が、同キャンペーンのより効果的な実施を可能にし、間接的に貢献したと判断される。
- 4) コミュニティレベルの活動（GMP+、PHASTを通じた行動変容）のパフォーマンスが向上するにつれ、行政側の問題（予防接種率の低下等）が却って際立つ傾向が見られる。

(3) 効率性

- 1) プロジェクトによる投入及び活動は、概ね効率的にプロジェクト成果の実現及びプロジェクト目標の達成に貢献しているものと判断される。
 - ・カウンターパート機関であるLDHMT及びヘルスセンター職員の能力向上により、彼等主体による活動運営（ボランティア養成研修の企画・実施等）が可能になってきている。
 - ・ルサカ地区では、多くのドナーによる支援が行われているが、それらとの協調・役割分担も図られている。具体例では、ルサカ地区の未計画居住区を対象に本プロジェクトと類似の活動を展開するNGO（CARE）とは、プロジェクトが設立を支援した「子供の健康タスクフォース」等の場を通じて効率的な役割分担がなされた。
 - ・ボランティア（Community Health Worker：CHW及びNutrition Promoter：NP）に関しては、選定条件を明確にしたことが、脱退率の低下（コミュニティ活動の定着）に一部貢献していると思われる。
 - ・コミュニティ活動を支援するためのLDHMT及びヘルスセンターの能力向上の一環として実施された各種保健情報の整備や、戦略計画の策定、職場改善運動（5S）の導入は、LDHMT及びヘルスセンターの全体的なマネジメントの効率性改善に貢献していると思われる。
- 2) 他方、LDHMT及びヘルスセンターにおける人材不足及び活動予算の不足は、コミュニティにおける活動の効率的実施の妨げとなっている。

- ・コミュニティでの GMP+開催時にはヘルスセンター職員が参加し、巡回指導を行うとともに予防接種を提供することとされているが、ヘルスセンターにおける人員不足から参加の遅れや欠席につながり、GMP+への参加者の増加が、予防接種率の改善に結びついていない。また、ワクチンの損失を防ぐため、10人以上の子供が揃わないとバイアルを開けてはならない（特に、比較的高価な DTP-Hib）とする政府のガイドラインが、接種率の低下につながっているとの指摘もあった。
- ・ボランティア養成研修費用の不足や、GMP+巡回指導費用（ヘルスセンター職員への日当）の不足が、GMP+の開催場所増加の制約要因となっており、参加者が増加するにつれ1箇所当たりの開催時間が長時間化し、それがボランティアからの不満（金銭的インセンティブの要求）の大きな原因の一つとなっている。

(4) インパクト

- 1) プロジェクトにより開始された活動は、LDHMT の独自予算等によりプロジェクト対象地域以外にも拡大されており、プロジェクト上位目標の達成につながっていくことが期待される。
 - ・栄養普及員（NP）の養成に関してはプロジェクト対象外の5地区で、環境衛生技師（EHT）を対象とする PHAST 研修については LDHMT が管轄するすべてのヘルスセンターに対して、それぞれ実施されており、GMP+についてはプロジェクト対象外の3地区で導入されている。
 - ・PHAST については、中央保健総局（CBoH）により国家政策に取り込まれ、プロジェクトで整備したマニュアルを用いた指導員研修が、UNICEF の支援により他の州でも実施されている。
 - ・2003年12月から2004年2月にかけてのコレラ流行時にプロジェクトが支援した疫学調査及び対策活動の経験を基に、コレラ予防・対策委員会が設置され、包括的コレラ予防・対策ガイドラインのドラフトが作成されている。

(5) 自立発展性

- 1) プロジェクト活動の主な部分がボランティアにより支えられているため、自立発展性の確保については、プロジェクトにおいても特に注意が払われてきた部分であり、コミュニティレベル（所得創出活動を通じて得た収入によるコミュニティ・バスケットファンドの創出）と行政レベル（LDHMT 活動計画の中での明確な優先付け、計画に基づく予算措置）双方での仕組みづくりに取り組んでいるが、具体的成果の発現はこれからである。
- 2) コミュニティレベルにおける活動の定着度は高く、GMP+への参加者や、PHAST に基づく環境衛生改善活動は、対象地域において着実に拡大しつつある。LDHMT 及びヘルスセンター職員の能力向上も顕著であり、ボランティア養成研修等、彼等が主体となって実施できるまでになっており、技術的な自立発展性は既にある程度確保されているものと判断される。また、PHAST については、CBoH 主導により既に他州へも展開されつつある。
- 3) 他方、LDHMT 及びヘルスセンターにおける人材不足及び活動予算の不足は、対象地域内における自立発展性に対する最大のリスクとなっている。
 - ・LDHMT では必要とされる専門職定員 1,484 名中、1,198 名が充足されているに過ぎない。特に、医師、準医師、看護師、助産師等、地域保健の中核となる職種において実員と定員の乖離は大きく、昨年一年間では、平均して月 6 名の看護師が退職している。その最大の原因は、海外への人材流出である。コミュニティレベルの活動が継続し、子供の健康改善にまで結びつくためには、LDHMT 及びヘルスセンターによる技術指導・支援が不可欠であり、それを担う人材の不足は深刻な課題であるが、短期的には改善の見通しはない。

・LDHMT の歳入規模は、中央政府から配布される人件費及び基礎的医薬品にかかる経費を除くと、年間 114.7 億クワチャ（2002 年。約 2.6 億円）であり、うち 84%をドナーから提供されるディストリクト・バスケット・ファンドからの資金に依存している。プロジェクト活動の自立発展性確保のためには、コミュニティレベルで活動を支えるボランティアへの金銭的なインセンティブの付与（その妥当性については、継続検討要）、脱退者を補充するための定期的ボランティア養成研修の開催、GMP+に対する活動支援・モニタリングのためのヘルスセンター職員への日当支給、GMP+に必要となる消耗品類及び機材類の補充、PHAST ワークショップの開催、PHAST に基づく環境衛生改善活動展開のための資材補助等に必要経費を、LDHMT が自らの予算制約の中から確保していく必要がある。必要経費は決して過大なものではないが、その実現可能性については不安が残る。

3-3 効果発現に貢献した要因

(1) 計画内容に関すること

- 1) フェーズ 1 の結果を踏まえ、受益者（都市貧困層）のニーズを的確に捉えた明確な戦略（GMP+と PHAST の組み合わせ）をプロジェクトの中心に置いたこと。
- 2) 住民ボランティア、住民組織等、コミュニティの活力を引き出すアプローチを採用し、かつ行政によるサポートを得ることで自立発展性の確保にも配慮したこと。

(2) 実施プロセスに関すること

- 1) 現地の事情に詳しく、コミュニティレベルでの活動経験豊富な専門家を投入したこと。加えて、フェーズ 1 からの協力により、C/P 側の能力向上が見られ、活動の一部については C/P 主体によるオペレーションが可能となったこと。
- 2) 合同調整委員会の他に、ステアリング委員会、ステークホルダー会議、タスクフォース会議等、中央政府を含む広範な関係者がプロジェクト運営に関わるメカニズムを構築し、有効活用したこと。
- 3) プロジェクト目標及び成果ごとに具体的かつ収集可能なモニタリング指標を設定し、データ収集のためのサンプル調査をプロジェクト活動に組み込み、達成度や問題点の客観的な把握を可能としたこと。

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

他ドナーの支援により養成されたものと合わせ、同一コミュニティの中に、役割や待遇の異なる様々な住民ボランティアが混在し、ボランティア側の不満の原因になるとともに、それぞれの住民組織間の調整が複雑になってきていること。

(2) 実施プロセスに関すること

LDHMT の予算及び人員の不足から、コミュニティ活動に対する行政側からの支援が必ずしも十分になされていないこと。

3-5 結論

プロジェクトは概ね順調に実施され、一部については期待以上の成果をあげている。特に大きな成果をあげているのは、住民ボランティアを主体とするコミュニティレベルでの活動（GMP+及び PHAST を通じた行動変容）である。他方、コミュニティレベルの活動で成果があがるにつれ、行政側の問題（予防接種率の低下等）が却って際立つ傾向が見られる。プロジェクト成果の自立発展性確保のためには、行政側の一層の強化（計画立案、予算措置、人材確保等）が求められるとともに、コミュニティにおける更なる創意工夫（GMP+の効率化、コミュニティファンドの創設等）が必要である。

3-6 提言（当該プロジェクトに関する具体的な措置、提案、助言）

(1) 主としてザンビア側に対する提言は以下のとおり。

- 1) LDHMT 及びヘルスセンターにおける必要人員の確保にかかる取り組みの強化
- 2) ボランティアに対するインセンティブ付与にかかる取り組みの強化
- 3) GMP+開催・運営の効率性改善にかかる取り組みの強化
- 4) コミュニティ活動（GMP+及び PHAST）継続のための資金協力確保にかかる取り組みの開始
- 5) 環境衛生改善活動（ごみ処理）にかかるルサカ市役所との調整

(2) 主として JICA 側に対する提言は以下のとおり。

- ・コミュニティ活動の持続性確保を支援するための投入（収入創出活動支援、環境衛生活動支援の各専門家の投入）

なお、ザンビア側からは、特に必要人員の確保（人件費及び人材養成費の工面）について、政府としても最大限の努力をしているが、政府の努力だけでは改善が困難であるところ、他ドナーが既に開始しているように、JICA 及び日本政府からも何らかの支援が得られないか、引き続き対話を続けたいとのコメントがあった。

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) 住民ボランティアを主体とするコミュニティ・ベースの活動と、それら活動への行政による支援を組み合わせたアプローチは、特に行政側の人的資源、その他資源に制約が大きい状況下において、有効性が高い。一般的にコミュニティ意識・社会的ネットワークが希薄な、都市貧困層においても、コミュニティ・ベースの活動を普及・定着させていくことは、十分可能である。

(2) 外部資源への依存度が極めて高い状況下においては、プロジェクト成果の持続性確保のため、バスケットファンド等、他ドナー資源の積極的活用も念頭に置く必要がある。

(3) 都市貧困層における「地域社会としての価値観創生（community value development）」を軸とする開発のあり方は、他分野にも応用可能である。

3-8 フォローアップ状況

該当せず。