

シエラレオネ共和国
サポーティブスーパービジョンシステム
強化プロジェクト
終了時評価調査報告書

2019年3月

独立行政法人
国際協力機構（JICA）
人間開発部

人 間
J R
19-061

シエラレオネ共和国
サポーティブスーパービジョンシステム
強化プロジェクト
終了時評価調査報告書

2019年3月

独立行政法人
国際協力機構（JICA）
人間開発部

目 次

地図

略語表

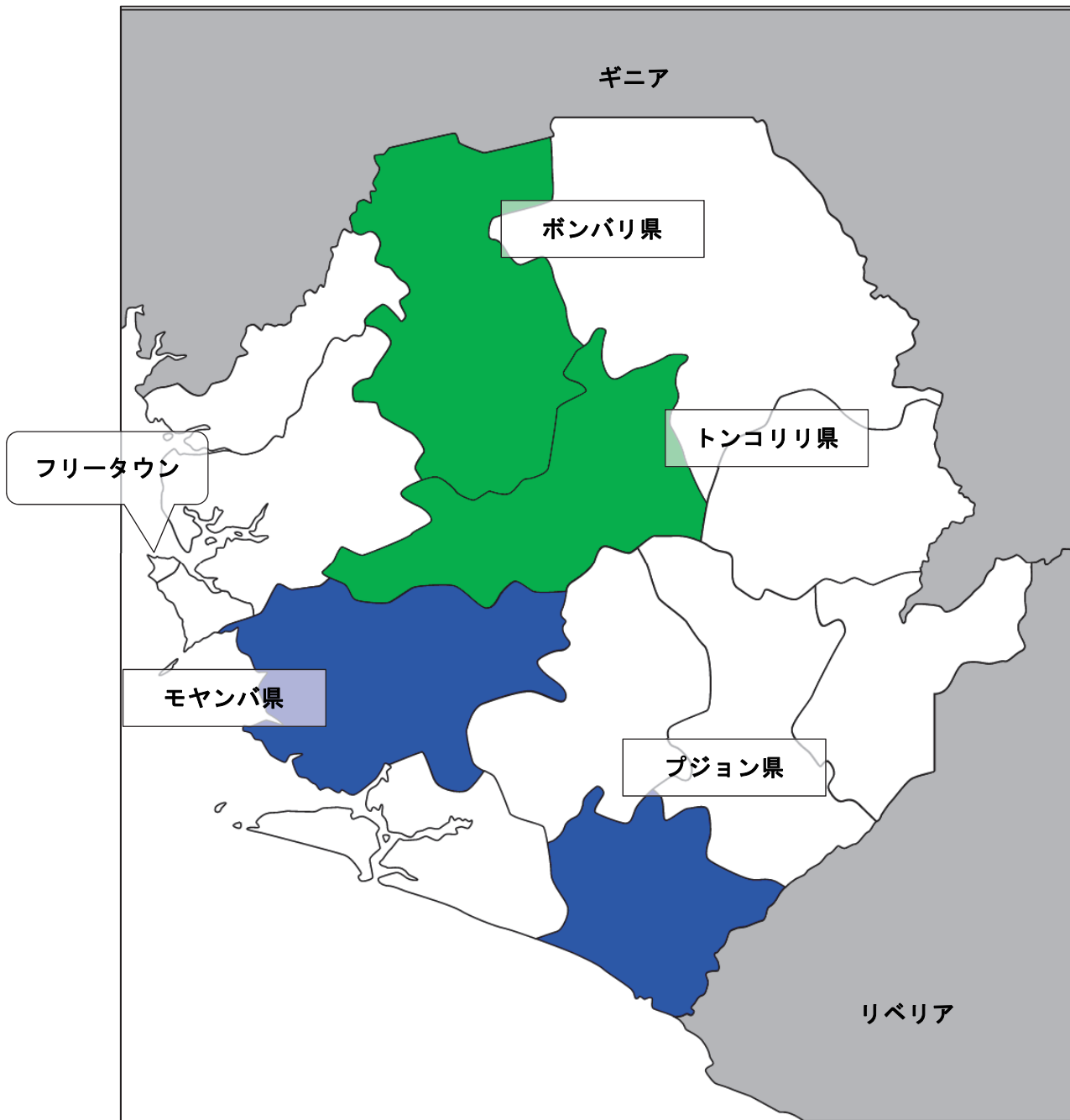
評価調査結果要約表（和文）

評価調査結果要約表（英文）

第1章 終了時評価調査の概要.....	1
1-1 調査団派遣の経緯.....	1
1-2 プロジェクトの概要.....	1
1-3 調査団の構成.....	2
1-4 調査日程.....	3
第2章 評価方法.....	5
2-1 PDMの変更.....	5
2-2 終了時評価調査のプロセス.....	5
2-3 評価5項目.....	5
2-4 データ収集手法.....	6
第3章 プロジェクトの実績・実施プロセス.....	7
3-1 投入実績.....	7
3-1-1 日本側の主な投入.....	7
3-1-2 シエラレオネ側の主な投入.....	8
3-2 活動進捗状況.....	9
3-3 各成果の達成状況.....	9
3-4 プロジェクト目標の達成状況.....	15
3-5 上位目標の達成見込み.....	19
3-6 実施プロセス.....	21
3-6-1 エボラウイルス病の流行がプロジェクト実施に与えた影響.....	21
3-6-2 阻害要因及び貢献要因.....	22
3-6-2-1 阻害要因.....	22
3-6-2-2 貢献要因.....	23
第4章 評価結果.....	24
4-1 妥当性.....	24
4-2 有効性.....	24
4-3 効率性.....	26
4-4 インパクト.....	28
4-5 持続性.....	29
4-6 結論.....	31

第5章 提言と教訓	32
5-1 提言	32
5-2 教訓	33
附属資料	
1. ミニッツ・合同評価報告書（英文）	39
2. 評価グリッド	101

地 図



シエラレオネ共和国

出所：下記HPの地図より作成

<http://www.freemap.jp/listAllItems.html>

略 語 表

略語	英文	和文
APMM	Action Plan Monitoring Matrix	アクションプラン・モニタリングマトリックス
AWP	(DC's) Annual Work Plan	(保健セクターを含む県議会) 年間計画
BPEHS	Basic Package of Essential Health Services	必須保健サービスの基礎的パッケージ
C/P	Counterpart	カウンターパート
CHC	Community Health Center	コミュニティ保健センター
CHP	Community Health Post	コミュニティ保健ポスト
CMO	Chief Medical Officer	首席医務官
CNMO	Chief Nursing and Midwifery Officer	看護助産師局主席
DC	District Council	県議会
DCMO	Deputy Chief Medical Officer	副主席医務官
DDMS	Directorate of Drugs and Medical Supplies	医薬医療用品局
DDPC	Directorate of Disease Prevention and Control	疾病予防対策局
DFID	Department for International Development	英国国際開発省
DHIS	District Health Information System	県保健情報システム
DHMT	District Health Management Team	県保健管理局
DHS	District Health Sister	県看護師長
DMO	District Medical Officer	県保健局長
DOO	District Operation Officer (DHMT)	県運営官
DP	Development Partner	開発パートナー
DPHC	Directorate of Primary Health Care	プライマリーヘルスケア局
DPPI	Directorate of Policy, Planning and Information	政策計画情報局
DRCH	Directorate of Reproductive and Child Health	リプロ・小児保健局
EHS	Environmental Health Superintendent	環境衛生監督官
EVD	Ebola Virus Disease	エボラウイルス病
FO	Finance Officer	財務官
GAVI	Gavi, the Vaccine Alliance	GAVIアライアンス (旧称: GAVI、ワクチンと予防接種のための世界同盟)
GFATM	Global Fund to Fight AIDs, Tuberculosis and Malaria	世界エイズ・結核・マラリア対策基金 (グローバルファンド)
GFF	Global Financing Facility in support of Every Woman Every Child	「女性、子供及び青少年の健康のための世界戦略 (Every Woman Every Child)」を支援する「グローバル・ファイナンス・ファシリティ (GFF)」
GGHSP	Grant Assistance for Grass-Roots Human Security Projects	草の根・人間の安全保障無償資金協力
GoSL	Government of Sierra Leone	シエラレオネ政府
HRO	Human Resource Officer	人事官

IDSR	Integrated Disease Surveillance and Response	包括的疾患サーベイランスと対応
IHPAU	Integrated Health Project Administration Unit	(保健衛生省の) 世銀、GFATM、GAVI 等のファンド管理部門
ISSV	Integrated Supportive Supervision	統合的サポータティブスーパービジョン
JCC	Joint Coordination Committee	合同調整委員会
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
JPWF	Joint Programme of Work and Funding 2012-2014	合同事業予算計画
LMIS	Logistic Management Information System	ロジスティック管理情報システム
M&E	Monitoring and Evaluation	モニタリング・評価
MNCH	Maternal and Child Health	母子保健
MCHP	Maternal and Child Health Post	母子保健ポスト
MoHS	Ministry of Health and Sanitation	保健衛生省
M/M	Minutes of Meetings	協議議事録
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NHSSP	National Health Sector Strategic Plan	国家保健セクター戦略計画
NIFs	National ISSV Facilitators	保健衛生省ISSVファシリテーター
NISs	National ISSV Supervisors	ナショナルISSVスーパーバイザー
PBF	Performance-Based Financing	成果連動型交付金
PCM	Project Cycle Management	プロジェクト・サイクル・マネジメント
PDCA	Plan-Do-Check-Act (cycle)	PDCA (サイクル)
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PHU	Peripheral Health Unit	一次医療施設 (総称)
PO	Plan of Operations	活動計画表
R/D	Record of Discussions	討議議事録
RCH	Reproductive and Child Health	リプロダクティブ・小児保健
SARA	Service Availability and Readiness Assessment	サービス提供体制・状況調査
SC	Steering Committee	運営委員会
SLL	Sierra Leonean Leone	シエラレオネ・レオン (通貨単位)
TICAD	Tokyo International Conference on African Development	アフリカ開発会議
TMT	Top Management Team	保健衛生省幹部チーム
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
USD	US dollar	米ドル
WB	World Bank	世界銀行
WHO	World Health Organization	世界保健機関

評価調査結果要約表（和文）

1. 案件の概要	
国名：シエラレオネ共和国	案件名：サポータティブスーパービジョン・システム強化プロジェクト
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グループ	協力金額（評価時点）：約6.3億円 ¹
協力期間	2013年6月1日～2019年5月31日
	(R/D締結日：2012年10月12日)
	先方関係機関：保健衛生省、対象4県保健管理局（ボンバリ県、トンコリリ県、モヤンバ県、プジョン県） 日本側協力機関：なし 他の関連協力：なし
1-1 協力の背景と概要	
<p>シエラレオネ共和国（以下、「シエラレオネ」と記す）では、1991年から続いた内戦が2002年に終結したものの、国家の経済、社会、保健システムは大きな影響を受けた。同国の5歳未満児死亡率156（出生1,000対）²及び妊産婦死亡率1,165（出生10万対）²は、サブサハラ・アフリカ諸国の平均と比較しても突出して高い[なお、事前評価時はそれぞれ185と860（2008年）]。2010年、大統領の強いリーダーシップにより、妊娠中、授乳中の母親及び5歳未満児への保健医療サービスを無料提供する「フリーヘルスケア・イニシアティブ」が導入され、加えて多くの援助機関が母子保健分野への支援を行っていることから、母子保健を含む一次保健医療サービスへのアクセス状況は大きく改善された。しかしながら、急速な利用者数の伸びに保健医療機関が対応しきれず、提供する母子保健サービスの質には課題が多い。適切なサービスを提供するためには、中央（保健衛生省）から県保健管理局及び県保健管理局から各保健医療機関に対する、サポータティブスーパービジョン（支援的監督指導）が行われ、そこで明らかになった課題を解決していくことが必要であると広く認識されるようになった。また近年、シエラレオネ政府及び関連ドナー間で、スーパービジョンを母子保健やマラリアなど縦割りプログラムごとに行うのではなく、横断的に実施し、末端保健医療機関の負担を減らすため、「統合的サポータティブスーパービジョン（Integrated Supportive Supervision：ISSV）」システムの確立と定着の重要性が提唱されている。</p> <p>JICAはカンビア県における技術協力プロジェクト及び個別専門家の派遣を通じ、ISSV実施に必要なツールの試行的な開発を支援してきた経緯があることから、2012年、ISSVを通じて全国の劣悪な母子保健指標を改善することを目的としたプロジェクト実施の要請がシエラレオネ政府よりわが国にあった。これを受け、2013年6月から2017年5月までの4年間の計画で「サポータティブスーパービジョン・システム強化プロジェクト」を開始した。</p> <p>しかしながら、2014年5月にシエラレオネ国内において最初に感染が確認されたエボラウイルス病（Ebola Virus Disease：EVD）の急激な感染拡大により、同年7月31日に大統領が非常事態を宣言したため、当初8月に予定していた本プロジェクトの2年次の活動開始は延期となった。</p> <p>その後は、EVDの終息へ向けた流れに合わせ、国際協力機構（Japan International Cooperation</p>	

¹ EVD流行時及びポスト・エボラ復興期に、EVD対応を目的とする機材がプロジェクトを通じて供与されたが、評価対象とせず、事業費合計から除くものとする。

² Statistics Sierra Leone and ICF International (2014) Sierra Leone Demographic and Health Survey 2013: Key Findings

Agency : JICA) は段階的にプロジェクト活動を再開してきた。2015年6月から10月にかけては、保健衛生省の協力の下、日本人専門家は遠隔にてISSVを支援することとし、日本から保健衛生省幹部とコミュニケーションを取り、課題の確認と解決の方法を探るプロセスを通じて、保健衛生省スタッフの能力強化を図った。

その後、2015年11月7日のエボラ終息宣言を受けて日本人専門家の現地入りが可能となり、同年12月より現地での活動を再開し、現在も包括的保健システムの復興・強化をめざし、ISSVサイクルの実施・質の向上に向けた活動を行っている。

1-2 協力内容

本事業は、①シエラレオネ全14県の県保健管理局に対する保健衛生省の支援能力の強化、②一次医療施設 に対する対象4県の県保健管理局の統合的サポートスーパービジョン (ISSV) サイクル 実施能力の強化、③対象4県の県保健管理局が選定した一次医療施設における母子保健サービスの改善 により、保健衛生省及び13県保健管理局によるISSVサイクルの強化を図り、もって全一次医療施設にて提供される母子保健サービスの改善に寄与するものである。

(1) 上位目標

一次医療施設 (Peripheral Health Unit : PHU) で提供される保健サービスが改善される。

(2) プロジェクト目標

PHUで提供される保健サービス改善のために、保健衛生省及び14県保健管理局による統合的サポートスーパービジョン (ISSV) サイクル*が強化される。

*ISSVサイクル=事前会議、スーパービジョン訪問、事後会議、アクションプランの策定と実施、次回スーパービジョン時におけるフィードバック、必要に応じて次年度の年間計画に課題を反映する一連のサイクル。

(3) 成果

成果1 : 保健衛生省の14県保健管理局を支援する能力が強化される。

成果2 : 対象4県の保健管理局において、PHUを対象とする統合的サポートスーパービジョン (ISSV) サイクルが強化される。

成果3 : PHUへのミニプロジェクト実施を通して、対象4県保健管理局の事業実施管理能力が強化される。

(4) 投入 (評価時点)

日本側 : 総投入額6.3億円

長期専門家 : 1名 (保健衛生省アドバイザー) 、12人/月

短期専門家 : 9名、延べ151.86人/月 (JICA : 107.13人/月、自社負担 : 44.73人/月)

機材供与 : 約2,781万円 研修員受入 : 19名

ローカルコスト負担 : 約6,654万円

相手国側： C/P配置：保健衛生省9名、保健衛生省スーパーバイザー延べ370名 県保健管理局4名、県保健管理局スーパーバイザー延べ380名 土地・施設提供：プロジェクト執務室（保健衛生省） ローカルコスト負担：約2,506万円

2. 評価調査団の概要

調査者	団長/総括	山形律子	JICA人間開発部保健第一グループ保健第二チーム 課長
	協力企画	栢谷真貴	JICA人間開発部保健第一グループ保健第二チーム ジュニア専門員
	評価分析	須田ミチル	株式会社タック・インターナショナル
	調査協力	Elizabeth Tejan	保健衛生省政策計画情報局シニア公衆衛生看護師
調査期間	2018年11月23日～2018年12月7日		評価種類：終了時評価

3. 評価結果の概要

3-1 実績の確認

(1) 投入・活動実績

2014年7月、EVD流行により、続く活動開始が延期された。2015年6月から10月の期間に遠隔支援を行い、2016年1月から現地活動が本格的に再開された。成果1は2013年から実施され、成果2、3は2016年に開始された。

2016年以降、シエラレオネ側現地業務費にあたる資金配賦の遅延、保健セクターにおける多くのプログラム活動に起因するカウンターパート（Counterpart：C/P）の多忙、及び2018年3月の総選挙結果を受けた保健衛生省C/Pの交代がプロジェクト活動の進捗に影響を与えている。これら外部要因の影響があり、一部遅れがみられるものの、総合的には活動はおおむね実施されている。

(2) 成果の達成状況

成果1：保健衛生省の14県保健管理局を支援する能力が強化される。〈おおむね達成〉
 指標1「保健衛生省のコア・スーパーバイザー42名のうち8割（=33名）が、プロジェクト実施の能力強化研修に60%以上参加する。」については目標値の7割（28名）を達成している。指標2「保健衛生省のコア・スーパーバイザー42名のうち2/3（=28名）が、ポストエボラ期のプロジェクト期間のISSVサイクルに75%以上参加する。」については目標値の6割（17名）を達成しており、引き続き全面的な達成に向けて活動を進行中である。指標3「各回のISSVで策定されるアクションプランの優先課題（ISSV訪問で特定され、アクションプラン・モニタリングマトリックス（Action Plan Monitoring Matrix：APMM）、ISSVの記録やアクションプラン実施状況に関する情報管理ツール）で緊急性及び重要度が高いとされた課題のうち80%が着手される。」は達成されている。業務多忙により保健衛生省レベルC/Pによるプロジェクト活動への参加がときに不十分・困難であることが指標の達成に影響を与えているが、プロジェクトは具体的な対応策に取り組んでおり、改善が見込める。

成果2：対象4県の保健管理局において、PHUを対象とする統合的サポータティブスーパービジョン（ISSV）サイクルが強化される。〈おおむね達成〉

対象4県の県保健管理局職員はISSVのPDCAサイクル〔Plan-Do-Check-Act (cycle) : PDCA〕（事前会議、PHU訪問指導、事後会議、アクションプランの作成と実施、PHUへのフィードバック、必要に応じて次年度の年間計画に課題を反映）に関する研修を受講し、全プロセスを実施してきた。指標1「対象4県における全PHUが毎年2回、県ISSVスーパーバイザーの訪問指導を受ける。」は2018年度の予算配賦の遅延などによりISSVの実施が遅れていたが、スーパーバイザーの訪問指導は実施中のため引き続き進行中（調査時はボンバリ県16.4%、モヤンバ県32.0%、プジョン県14.3%、トンコリリ県40.4%）である。指標2「県レベルのアクションプラン優先課題の75%が実施される。」は4県中3県で達成、指標3「特定された課題のうち、未解決課題が次年度の県年間計画に反映される。」は4県中4県で5から7の未解決課題が県年間計画に反映され達成されている。指標1の達成には、活動資金配賦遅延の課題に加え、予算額、ロジスティックス、人員面においても年2回全PHUを訪問するには不十分であり（対象4県のPHU平均数は98PHU/県）、季節性（場所により、雨期の移動は困難）も影響を与えている。上記の制約に対し、県保健管理局はISSV訪問指導を行う施設を戦略的に決定し、課題のみられるPHUに対し、より多くの訪問指導を行っている。対象4県の県保健管理局によるISSV実施能力は、ISSVサイクルを継続的に実施し、制度としての定着を図る中で強化されると考えられることから、全PHUが年2回県ISSVスーパーバイザーの訪問指導を受けることよりも県保健管理局がISSVをサイクルとして年2回実施することが重要であると考えられる。このため進行中の指標1は未達成となる可能性が高いものの、全体としてPHUを対象とするISSVサイクルの強化はおおむね達成されることが考えられる。

成果3：PHUへのミニプロジェクト実施をとおして、対象4県保健管理局の事業実施管理能力が強化される。〈おおむね達成〉

プロポーザル・ライティング、資源動員、ミニプロジェクトのモニタリング・評価（Monitoring and Evaluation : M&E）に関する能力強化が行われ、ミニプロジェクトの実施を通じた、対象4県保健管理局の事業実施管理能力の強化が行われている。指標1「ISSVで特定された課題のうち、各県で年間10PHUからの優先課題がミニプロジェクトのプロポーザルとして準備される。」は2017年3県で達成、2018年10月時点、2県で達成した。この指標値は、ミニプロジェクト内容の単価額に強く影響される（例：バイクの供与と比較し、PHUの建設・改修は高額となり、ミニプロジェクトでカバーされるPHU数は少なくなる）。指標2「ミニプロジェクトの80%がパートナーにより支援される。」は達成されている。指標3「支援されたミニプロジェクトの80%が、プロポーザルで提案した指標の改善を達成する。」は4県中1県で達成されている。ミニプロジェクトで提案された指標のなかには、「ソーラーライトの供与による、夜間の出産数の増加」といったPHUスタッフのコントロール外の要素が含まれ、物品の供与やスタッフの努力のみによる改善が困難な指標もあり、そうした場合にはより適切な指標設定ができるようプロポーザル作成能力強化を継続して行う必要がある。ミニプロジェクトの指標の達成度をそのままプロジェクト成果の達成度として評価することは困難であるものの、ミニプロジェクトの実施を通じ、対象4県保健管理局の事業実施管理能力の強化が継続して行われていることを考慮すると、成果3はおおむね

達成されていると判断される。

(3) プロジェクト目標の達成状況

プロジェクト目標は主要関係者の継続的なコミットメントが必要であるが、以下の理由から指標1については達成が見込め、指標2については達成されていないもののISSVの定着が見込めるため予算配賦により達成される可能性がある。また指標3についてもプロジェクト終了までに達成される見込みであり、指標4についてはプロジェクト終了時までに達成されるとは考えにくいものの総合的にはプロジェクト終了時までにおおむね達成される見込みが高い。

指標1：保健衛生省が ISSVサイクルの全活動を年に2回実施する。

<進行中（2016年、2017年は達成）>

保健衛生省ISSVサイクルは2016年及び2017年は年2回、2018年は1回（10月時点）実施された。現時点での制約や課題として、ISSV訪問指導の活動予算である開発パートナー資金の配賦遅延や、保健衛生省の各局・各プログラムの活動、首都以外で開催される研修・ワークショップ・会議、全国母子健康週間や全国一斉ポリオ・ワクチン投与キャンペーンのような全国キャンペーンと数多くの活動があり、スケジュール調整が容易でない点などが挙げられるが、保健衛生省は年2回確実にISSVサイクルを実施するため2019年よりISSV週間³として実施する予定であり、これらの課題の一部が解消され指標が達成されると考えられる。

指標2：対象4県の保健管理局がISSVサイクルの全活動を全PHUに対し、年に2回実施する。

<進行中>

2017年、対象4県の保健管理局はISSVサイクルの全活動を2回実施した。ただし、予算・ロジスティックス・人員不足、雨期に伴う移動困難からISSV訪問指導が年1回となったPHUがある。上記の制約に対し、県保健管理局はISSV訪問指導を行う施設を戦略的に決定し、課題のみられるPHUに対し、より多くの訪問指導を行っている。その結果、課題をより抱えるPHUは他と比較し、より多くの訪問指導を受けている。本プロジェクトではシエラレオネにおけるISSVの制度化を支援しており、制度としての定着を図るためにはISSVの一連の活動がサイクルとして実施され、それが積み重なることが重要と考えられる。そのため評価団は全PHUを年2回訪問すること以上に、年2回ISSVサイクルを実施することがより重要であると考えられる。さらに、県保健管理局の訪問対象PHUの戦略的選択は、PHUでの保健サービス提供の改善をめざすうえでより効果的な方法とも考えられる。これらのことから、意図されていた目標は2017年は達成されたと考えられる。2018年は、10月時点で年2回のISSVサイクル実施は1県で達成された。他3県で1回の実施となっている主な理由は活動資金配賦の遅延である。

指標3：他の10県のうち、6県でISSVサイクルが確立される。

³ ISSV週間として保健衛生省ISSV訪問指導を本期間中に集中して実施することにより、保健衛生省内の部局や開発パートナーへ他の活動を同時期に行わないよう要請が可能となり、保健衛生省及び県レベルの関係者はISSV業務に専念できるようになる利点がある。

<進行中>

県保健管理局は本プロジェクトによる体系的なISSVサイクルが導入される以前から、PHUに対するISSV訪問指導を行ってきた経験がある。対象県外の10県では、県レベルISSVサイクル確立に向け、2018年2月から活動が始められ、オリエンテーション、研修、パイロット県の県ISSV（事前会合、フィールド訪問）への参加等の活動が実施され、ISSVサイクル実施に対し関心の高い県がみられている。開発パートナー資金配賦の遅延により、ISSVサイクル実施が遅れているが、2018年11月資金配賦が確認され、保健衛生省ISSVファシリテーターとプロジェクトの技術支援により、プロジェクト終了までに6県以上の県保健管理局によるISSVサイクル実施が期待されている。

指標4：プロジェクト期間中、ISSVサイクル最後の3回において、14県中10県がISSVチェックリスト（県保健管理局対象）のスコアを80%以上獲得する。

<進行中>

第6回から第8回の保健衛生省ISSVにおいて、5県が継続して80%以上のスコアを獲得した。

指標値は、2018年6月モニタリング時の9県（第5回から第7回ISSVスコア、出所：2018年6月プロジェクトモニタリングシート）から5県（第6回から第8回ISSVスコア）と値が悪化している。指標値の変動は、県保健管理局への政府年間予算配賦の遅延が大きな影響を与えている。シエラレオネの会計年度は1月から12月であるが、2018年度は、9月によりやく初回の予算配賦がされ、また年間予算25%の配賦であった。また、2018年5月、総選挙が実施され、政権交代により県レベルでのリーダーを含めた人事異動が行われた。このことも2018年7月の第8回ISSVスコア悪化の原因と考えられ、一時的な悪化とも考えられる。本スコアは各県の県保健管理局全般のマネジメントやプログラムを評価するものでありISSVサイクルの強化の度合いを直接評価するものではないものの、プロジェクトの対象4県ではISSVスコアが80%以上となることが多く、プロジェクトにより対象県保健管理局（District Health Management Team：DHMT）の管理能力が強化されていることを示している可能性がある。

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性

プロジェクトの妥当性は高い。

本プロジェクトの上位目標及びプロジェクト目標の内容は、相手国と日本側の政策と整合性があり、受益者のニーズと合致しており、終了時評価時点においても妥当性が高い。

「国家保健セクター戦略計画（National Health Sector Strategic Plan：NHSSP）2010-2015」では、質が高く効率的で公正な保健サービス提供を行うため、統合的なサポーターシップスーパービジョンが重要とされ、「国家保健セクター戦略計画2017-2021」においては、統合的なサポーターシップスーパービジョン訪問指導がM&Eの一部と位置づけられている。

日本の「対シエラレオネ共和国 国別援助方針」（2012年）、「対シエラレオネ共和国事業展開計画」（2017年）では、保健行政能力の向上や制度強化が明記されている。JICA保健医療ポジションペーパー「JICAの保健分野の協力ー現在と未来ー」（2013年）でも保健システム強化が重視されている。プロジェクトはPDCAサイクルを包含するISSV実施を通し、

保健システム管理能力を強化するものであり、これらの日本政府やJICAの方針と合致している。

シエラレオネでは、県保健管理局はこれまでISSV訪問指導を実施してきた経験があるが、訪問後、保健サービス改善のため、特定された課題解決に向けた十分な対策を県保健管理局が組織的に取るには至っていなかった。したがって、課題を解決し、PHUで提供される保健サービスを改善する有効なツールとして、ISSVサイクルを確立する必要性がみられ、ニーズと合致している。

(2) 有効性

プロジェクトの有効性は、高いと期待される。

以下のことから、総合的に考えると、プロジェクト終了時、プロジェクト目標「PHUで提供される保健サービス改善のために、保健衛生省及び14県保健管理局による統合的サポートスーパービジョン（ISSV）サイクルが強化される。」の達成が期待され、プロジェクトの有効性は高いと予測される。

プロジェクト目標の達成度は、前述（「3-1 実績の確認（3）プロジェクト目標の達成状況」参照）のように、プロジェクト終了時にはおおむね達成される見込みが高いと期待される。また、各成果の達成はプロジェクト目標の達成に貢献しており、成果とプロジェクト目標のロジックの整合性は高いと考えられる。

成果1では保健衛生省ISSVファシリテーターやスーパーバイザーが養成され、ISSV事務局が発足し、保健衛生省ISSVサイクル実施が行われている。活動資金配賦の遅延、県アドバイザー制度の活性化や対象県外の県でのISSV確立支援の活動進捗にやや遅れがみられるものの、保健衛生省は2019年から年2回ISSVサイクルを確実に行うため、「ISSV週間」の導入を予定しており、対象県外の県のISSVサイクルに関しては、2018年11月に活動資金配賦が可能となり、ISSVサイクル実施準備を始めている。

成果2に関し、対象4県の県レベルISSVサイクル実施は、戦略的に訪問先PHUを選択し、ISSVサイクルの全活動を実施してきており、ISSVサイクル活動を通して、課題解決や未解決課題の次年度県年間計画への反映が行われている。

成果3では、対象4県で、成果2の活動と連動してミニプロジェクトを実施し、県保健管理局の事業実施管理能力を強化している。

(3) 効率性

プロジェクトの効率性は中程度である。

日本側の投入、シエラレオネ側の投入の一定程度までは計画どおりかつ適時に投入が行われた。シエラレオネ側の現地業務費は、開発パートナー資金の複雑な手続き等により、配賦遅延がみられ、活動の進捗に影響を与えた。日本側の投入のうち業務実施契約による専門家派遣は、シエラレオネ側の投入の進捗を受けて調整する必要があったため自社負担分として増加し、自社負担分は全体の27%となった。

EVD流行やその他の要因（例：保健衛生省スタッフの過大な業務量や人員不足に起因す

るC/Pへの技術移転の不十分さ)の影響により、プロジェクト期間は4年間から4年8カ月(EVD流行時の現地活動中断期間、2014年8月から2015年11月を除く)へ延長され、事業費は計画時より増額された。中間レビューでの調査結果及び提言に基づいてプロジェクト・デザイン・マトリックス(Project Design Matrix : PDM)の変更、活動の追加や期間の延長がされ、適切に変更が行われた。

(4) インパクト

プロジェクトのインパクトは中程度と予測される。

スーパービジョンによって課題が特定され、それに対して何らかの方策が取られるという一連のISSVサイクルが強化されることにより、保健サービスの改善を直接・間接にサポートすることとなり、プロジェクト目標を達成することで上位目標達成へ一定程度寄与すると考えられる。県レベルISSVサイクル実施からPHUで特定された課題には、非政府組織(Non-Governmental Organization : NGO)や保健衛生省の支援によって既に解決された課題もあり、正のインパクトの発現が確認されている。現時点では、上位目標の指標1「SARA指標の一般サービス提供体制の指標値」(2011年、2012年、2017年)は、全体的に〔General Service Readiness (mean score)〕は改善傾向がみられるものの、課題解決には必要となる資金も大きく影響すると考えられ、保健衛生省及び県レベルのC/Pによると、課題によっては解決が大変困難であるとのことであった。指標2「PHUを対象としたISSVチェックリストのスコア」は、これまでに県レベルISSVサイクルの全活動は対象4県でのみ実施されてきたため、対象4県のスコアのみが入手可能である。PHUを対象としたISSVチェックリストのスコアは変動しており、明確な改善や改悪傾向はみられない。

プロジェクト実施の結果、次の正のインパクトも確認されている。

プロジェクトからの働きかけの成果により、保健衛生省及び県レベルISSVサイクル訪問指導にかかる活動資金は世界銀行から支援が得られ、保健衛生省に関しては2021年まで資金が確保されている。

ISSVチェックリスト(県保健管理局対象)スコア・データの県保健情報システム(District Health Information System 2 : DHIS2)への統合が政策計画情報局と協議され、2018年データエントリー・フォーマットが作成された。現在、データベースへのスコア反映に向け協議が続けられている。

本プロジェクトではPHUや県保健管理局を対象としたISSVの実施を支援しているが、保健衛生省ISSVでは本プロジェクトを基に二次医療施設である病院でのISSVも実施しており、病院用ISSVチェックリストが開発され、使用されている。

(5) 持続性

持続性は政策面では高く、ISSVの実施を担う組織面では保健衛生省では中程度、対象4県の保健管理局では高い。財政面では、ISSV活動に対し2021年までは世界銀行の支援があることなどから高く、技術面も高いと見込まれる。

1) 政策面

ISSV活動は保健衛生省の政策文書「国家保健セクター戦略計画2017—2021」等に明記されており、シエラレオネの保健政策と合致している。

2) 組織面

保健衛生省では中程度、対象4県の保健管理局では高い。

総選挙後に保健衛生省内で協議が行われ、改めてプライマリーヘルスケア局がISSV活動を担当することとなった。ISSV事務局が発足し、5名の事務局メンバー（プライマリーヘルスケア局から2名、政策計画情報局から2名、副主席医務官オフィスから1名）が任命され、うち1名はISSV活動の専任スタッフである。ISSV事務局の効果的、かつ自立的な業務実施を促進するため、保健衛生省内でのISSV事務局の位置づけの明確化が望まれる。保健衛生省では能力強化された保健衛生省ISSVファシリテーター16名、同スーパーバイザー43名がおり、保健衛生省ISSVサイクルを実施するために十分な人材がいる。保健衛生省が行うこととなっている、保健衛生省及び県レベルでのアクション・プランのフォローアップ活動は各県の県保健管理局に対し助言する立場として保健省の幹部の中から任命される県アドバイザーによりさらに強化される必要がある。保健衛生省ISSVは分野横断的で複数の部局が関係してくることから、保健省技術部門の責任者である首席医務官による強いリーダーシップが重要である。

対象4県においては、組織面における持続性は、県保健管理局は県保健局長をリーダーとしたチームとして業務していることから、ISSV実施においてもこうした組織的な業務体制が維持される可能性が高いと見込まれる。対象4県の県保健管理局では5名から8名のISSVコア・メンバーがISSV実施の中心を担っている。スーパーバイザー（各県18名から30名）はプロジェクト・サイクル・マネジメント（Project Cycle Management : PCM）研修を受講しており、これまでISSV実施に従事してきたことから、十分な能力や経験があり、またISSVサイクル実施に必要な人数が確保されている。一方、対象県外の10県では3名の県保健管理局メンバーがISSV入門研修を受講、各県で県保健管理局メンバー約15名、県議会メンバー2名がPCM研修を受講している。前述（「3-1 実績の確認（3）プロジェクト目標の達成状況」参照）のようにPHUに対するISSV訪問指導は実施してきたことからスーパーバイザーの人数は確保されていると考えられるが、体系的なISSVサイクルの実施はこれからとなるため、スーパーバイザーのISSVサイクルにおける理解度や技術力は第1回ISSVサイクル実施後に確認する必要がある。なお、ISSVコア・メンバーであるM&Eオフィサーは業務多忙なことが多く、また現時点で政府給与体系への登録作業中で政府から給与が支払われておらず、彼らの業務に対するコミットメントの保持に少々懸念が残る。

3) 財政面

政府予算への組み込みと外部資金活用可能性から、おおむね高いと判断される。

対象4県に関し、定期的なISSV活動の実施は2019年の県年間計画に明記されている。また、県保健管理局によると、特定された課題で未解決の課題への対応は2019年度の県年間計画に反映されている。2018年度は大統領選挙の影響により予算配賦が遅延し県ISSV

の実施に影響したものの、例年1程度の予算配賦が見込め本年間計画の実現可能性は高いと考えられる。

ISSV訪問指導実施は世界銀行プロジェクトにより支援されており、またその支援は2021年まで継続される予定である。特定した課題に対するアクション・プランの実施に必要な資金調達は大きな課題であるが、現時点では、世界銀行「西アフリカ地域、疾病サーベイランスシステム強化プロジェクト」による「県チャレンジ資金」、地域の関係者（県議会やNGO）、保健衛生省からの支援の活用が考えられる。

4) 技術面

活動に関連する人材の育成とツールを含めた制度構築により、高いと判断される。

保健衛生省ISSVファシリテーター16名が養成され、コミュニケーションにかかる能力や分析能力を十分に獲得しており、県保健管理局や保健衛生省ISSVスーパーバイザーに今後も継続して技術移転を行うことが期待できる。

ISSVツールは保健衛生省で承認され、保健衛生省及び県保健管理局で活用されている。ほとんどのツールの開発と改訂はプロジェクト専門家とC/Pが共同で行ってきたため、プロジェクト終了後、ニーズや状況の変化に応じ、C/P自らISSVチェックリスト等のツール改訂ができると考えられる。

ISSV情報管理ツール（APMMや県レベルISSVサイクルのスコア分析シート）の開発は日本人専門家が行ってきたため、プロジェクト終了までにC/Pへの技術移転が望まれる。

対象4県においては、十分に能力強化が行われ、県保健管理局はチームとしてISSVサイクルを実施している。

3-3 効果発現に貢献した要因

(1) 計画内容に関すること

- ・ 特になし

(2) 実施プロセスに関すること

1) EVD流行やポスト・エボラ復興計画に関連する貢献要因

- ・ ISSVが大統領ポスト・エボラ復興計画の一部と位置づけられ、ISSV及びその有効性が保健セクター内で広く認識された。このことが、開発パートナーによる、ISSV活動への資金支援をさらに促進したと考えられる。
- ・ プロジェクトによる首席医務官への継続的な働きかけによりISSV活動に対する首席医務官のリーダーシップとコミットメントが増加し、プロジェクト活動が促進されている。
- ・ 2016年6月、JICAにより保健衛生省アドバイザー（長期専門家）が追加派遣され、大統領ポスト・エボラ復興計画保健セクター実施チーム（Presidential Delivery Team : PDT）の一員として、復興計画とISSVとの連携強化、県アドバイザー委員会の強化等の業務にも携わった。このことも、ISSV訪問指導を、EVD対応活動のモニタリングツールとして促進するために効果的に働いた。

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

特になし

(2) 実施プロセスに関すること

1) EVD流行やポスト・エボラ復興期と関連する阻害要因

- ・ EVD流行及びポスト・エボラ復興関連により、保健衛生省、県レベルともに、C/Pの業務が増加し、以前にも増して多忙となり、プロジェクト活動への参加度合いが限定的となった。
- ・ EVD流行により、以前にも増して人事異動が行われ、C/Pのほぼ半数が代わった。EVD流行までに研修を受講したC/Pの異動は、プロジェクト活動の進捗に影響を及ぼしている。
- ・ 国家非常事態宣言の下、入国不可というJICA方針により、日本人専門家は1年以上現地を離れることとなった。このことは、EVD流行までに築かれたC/Pや開発パートナーとの協力関係にネガティブな影響を与えた。
- ・ 開発パートナーの援助方針に変更があり、予定されていた活動連携が中止となった。

2) 他の阻害要因

保健衛生省における分野横断的な活動実施における労力

- ・ 保健衛生省ISSVは、様々な部局やプログラムの人材によって実施される分野横断的な活動である。一方、保健衛生省は各々の業務を担う垂直プログラムを中心とした部局での活動がより一般的である。各部局の理解・協力・参加を得てISSVを実施するため、国レベルでの活動調整には、保健衛生省幹部マネジャーの強力なリーダーシップやコミットメントとともに、かなりの時間と労力を費やす必要がある。

C/Pのプロジェクト活動への参加度合い

- ・ プロジェクト・マネジメント面では、保健省の各部局の責任者からなり、保健省としてのISSVの運営方針を決定する運営委員会メンバーが多忙を極め、プロジェクト運営委員会の開催が難しく、プロジェクトの円滑な実施に影響を与えている。会場開催が困難な場合、運営委員会の各メンバーと個別連絡が取られてきた。運営委員会メンバーのみでなく、保健衛生省ISSVファシリテーターやスーパーバイザーも各々の業務で多忙である。

シエラレオネ側現地業務費の手続きに要する時間の長さ及び配賦の遅延

- ・ 資金手続きにおける遅延がしばしば起こった。例えば、対象県外の10県のISSV訪問指導実施にかかる活動経費の要請は2018年2月に行われたが、手続きに時間を要し、11月中旬にようやく配賦された。
- ・ シエラレオネ側負担分のISSV活動経費は、外部条件に記載があるように、主に開発パートナー支援によるものである。プロジェクトはその資金申請や適時に資金配賦がされるように、C/Pに相当なサポートを行う必要があった。

保健衛生省幹部チーム（Top Management Team：TMT）会合の中止

- ・ もともとISSV訪問指導の結果は保健衛生省幹部チームに報告し、TMTがアクションプランを議論、承認する旨、計画されていたが、EVD対策期間中にTMT会合は開かれなくなった。そのためISSVによって見いだされた課題に対する保健省の対応及びフィードバックについて、異なるアプローチを検討する必要性が生じた。

保健衛生省、県レベルでのマネジャーの長期に及んだ人事異動、及び人事異動による影響

- ・ 2018年3月の総選挙後、局長やマネジャーのいくつかのポストはしばらく空席が続き、ISSV事務局のマネジメントや県アドバイザーの任命に影響を与えた。現在の県アドバイザーリストは2018年11月に正式に承認された。
- ・ 対象4県の県保健局長は総選挙後、みな異動した。ISSVサイクル実施において県保健局長のリーダーシップは重要であり、県保健局長の空席期間にはISSVサイクル活動がやや不活発となった。

特定された重要課題における、保健衛生省管轄外の課題

- ・ ISSVで特定された重要課題のなかには、（開発パートナー資金の）資金管理、人事管理、ロジスティクス管理に関する課題など、外部機関管理下で保健衛生省管轄外の事項があり、課題解決は容易ではない。すなわち、重要課題の一部は外部機関の影響下で解決に時間を要する可能性が高く、上位目標の達成を阻害する可能性がある。

3-5 結論

評価5項目に関し、妥当性は相手国と日本側の政策との整合性、受益者のニーズと合致しており、高い。有効性は、プロジェクト終了時には高いと期待される。効率性は中程度である。プロジェクトのインパクトは、プロジェクト目標を達成することで上位目標達成へ一定程度寄与すると考えられるが、シエラレオネの状況においてISSVで特定された課題の解決に必要な資金調達の影響も受けることから、中程度と予測される。持続性に関しては以下のとおりである。政策面では高く、組織面では保健衛生省では中程度、対象4県の保健管理局では高い。財政面では、政府制度への組み込みやISSV活動に対し2021年までは世界銀行の支援があることなどからおおむね高く、技術面も高いと見込まれる。総合的には、プロジェクト目標はプロジェクト終了までに達成されると期待される。したがって事業延長の必要はないものと考えられる。

3-6 提言

プロジェクト終了までの活動に対する提言

- (1) シエラレオネの保健衛生省はおのこの分野業務を担う垂直プログラムを中心とした部局が一般的であるため、分野横断的な活動であるISSVの調整・実施には多くの時間と労力が費された。こうした状況において、異なる部署メンバーから構成されるISSV事務局が設立されたことは保健衛生省ISSVサイクル実施においてめざましい進展の1つである。ISSV事務局の効果的、かつ自立的な業務実施を促進するため、保健衛生省がISSV事務局の位置

づけの明確化（例：保健衛生省組織図における位置づけ）や、ISSV事務局メンバーの役割分担の確認（例：活動全体におけるスケジュール管理、準備や周知にかかる活動等）を行うことが望まれる。また、専任スタッフの増員検討が望まれる。

- (2) 保健衛生省ISSV訪問指導をISSV週間として実施することにより、個々の部局や開発パートナーによる他の活動との調整が容易となり関係者がISSV業務に専念できるようになる。ISSV週間は保健衛生省ISSVにおける効果的かつ効率的なISSVサイクル実施につながるものであり、またナショナルISSVスーパーバイザー（National ISSV Supervisors : NISs）を通じ対象県外の県のISSVサイクル確立を支援するうえでも重要であり、最初のISSV週間について準備を入念に行う（例えば、スケジュール管理や準備工程の役割分担、関係部署への事前の周知など）必要がある。保健衛生省は公式に保健衛生省ISSVスーパーバイザーへISSV活動への参加要請を行い、準備活動を支援することが望まれる。
- (3) ISSV情報管理ツールはISSVで見いだされた課題を分析し、改善に向けた計画を管理するツールであり、県レベルでその有用性が認められている。プロジェクトはISSV情報管理ツールの活用にかかる技術移転を行ってはいるが、状況の変化に応じ同ツールを改訂する技術（例えば、APMMのフォームの改訂、ISSVスコア分析シート内の計算式の修正など）は強化する必要があり、プロジェクト終了までに技術移転を行うことが望まれる。

プロジェクト終了後の活動に対する提言

- (1) ISSVサイクルの全活動を継続的に実施していくよう、最初のISSV週間実施後もISSV週間を全国キャンペーン週間として定例化することが望まれる。保健衛生省はISSV週間実施の度、その教訓を活用してISSV事務局の機能を高め、ISSV週間を継続的に推進していくことが望まれる。
- (2) 県アドバイザー制度が再開され、保健衛生省ISSVにおける役割が明示されたが、まだ、その活動が最大限に活用されるまでには至っていない。最近の大臣の言及から局長は県を訪問し、技術的な支援を行うこととされていることも踏まえ、県アドバイザー制度については保健省がISSVの枠組みを超え、保健セクター全般のM&Eメカニズムとして位置づけた再活性化を検討することが望まれる。
- (3) 本プロジェクトでは対象県外の県におけるISSVサイクルが保健衛生省ISSVファシリテーター及びスーパーバイザーによる保健衛生省ISSVを通じ確立されることを想定している。プロジェクトと保健衛生省は対象県外の県での県レベルISSVサイクル確立の重要性をより強く意識し、保健衛生省ISSVファシリテーター及びスーパーバイザーがより意識的に県レベルISSVサイクルにかかる支援を行うよう促すことが必要である。対象県でのISSVサイクル確立の経験を踏まえ、特に県議会と県保健管理局の連携強化を推進することが望まれる。
- (4) ISSV情報管理ツールの1つであるAPMMは、エビデンスに基づいた課題分析、計画立案に役立つツールであると広く認識されている。そのため、開発パートナー等に対しエビデ

ンスを示しながら優先課題に対する活動に支援を依頼する際に有効であり、保健衛生省はその活用を今後も推進していくことが望まれる（例：同ツールを活用した開発パートナーと県保健管理局の調整会議の開催など）。

- (5) ISSV活動は保健衛生省の他の活動と同様に開発パートナーの支援により実施されている。ISSVサイクル全活動が継続的に実施されるためには、こうした開発パートナー資金がタイムリーに配賦されることが重要である。プロジェクトでは継続的に資金の配賦状況をフォローアップしているが、保健衛生省内での資金手続きの複雑さに起因する資金配賦の遅延が確認されている。保健衛生省が省内での資金手続き方法を簡素化することが推奨される。
- (6) 本プロジェクト期間中に、分野横断的なISSVと分野ごとの垂直プログラムスーパービジョンでの連携の好事例（例：モヤンバ県では水と衛生分野を支援するNGOが、APMMから支援分野における課題を把握のうえ、スーパービジョンを実施した）がみられた。これらのスーパービジョンは補完的な位置づけであることを改めて強調し、保健衛生省として連携の推進を継続していくことが望まれる。事例にあるように、ISSVサイクルから得られた情報を、垂直プログラムでも活用することで、より効果的、効率的な支援が可能である。
- (7) 対象県では県ISSVの結果に基づきミニプロジェクトを実施することで県保健管理局のプロジェクト管理能力の強化を図っている。ミニプロジェクトの指標の達成度は必ずしもプロジェクトの達成度と考えることはできないが、ミニプロジェクトの指標が達成されない場合は、プロジェクトによるプロポーザル作成における指標の検討・設定手法についてのさらなる能力強化が期待される。

3-7 教訓

- (1) シェラレオネ側負担の県レベルISSV実施にかかる活動費は、PDMの外部条件となっており、プロジェクト開始当初、開発パートナー資金による支援が取り付けられていた。EVD流行の影響により、開発パートナーの方針が変更となり、彼らの予定されていた支援は中止せざるをえない状況となった。プロジェクトは相当の労力を費やして他の資金源を獲得したが、資金手続きや配賦条件が異なることもあり、このことがプロジェクト活動の進捗に大きく影響し、活動が遅延した。このことから、外部条件はプロジェクト計画策定時に慎重に検討される必要がある。例えば、外部条件が満たされないことにより起こり得る影響やリスクをC/P及びJICA双方で確認する必要がある。こうしたリスク評価を事前に十分行うことで、必要な対応についてもより適時に検討可能となると考えられる。
- (2) プロジェクトは2014年に起きたEVD流行により多大な影響を受けた。保健システムが深刻な影響を受けたことから、現地活動中断期間以上にプロジェクト期間が延長された（中断期間16カ月間に対し、8カ月間が追加されプロジェクト終了時期は24カ月後となった）。JICAとプロジェクトはこのような状況に対し、様々な可能性や効果的な代替案を模索し、専門家の渡航が制限されたため隣国でワークショップを開催する、長期専門家を派遣し復

興計画とプロジェクトの調和を図るなど臨機応変に状況に対応した。これらの臨機応変な対応はC/Pとの信頼関係の構築に寄与し、また復興計画の中でISSVの位置づけを確かにするものであり、想定外の状況における好事例であると考えられる。

- (3) 対象県におけるプロジェクト雇用のプロジェクト・オフィサーによるC/Pの能力強化はプロジェクト活動を推進した貢献要因の1つである。一方、保健衛生省、県保健管理局ともにISSVサイクル活動に関する持続性については、懸念が残る点もみられる。C/Pの能力強化を最大化するうえでは、早い時期から出口戦略を検討し、技術移転の度合い等を確認するとともに、プロジェクト終了後の絵姿を具体化しC/Pによるイニシアティブの発揮を促すことが重要となる。
- (4) 資金手続きに時間を要しているなどの困難はあるものの、ISSVサイクル活動は一定程度、確立されている。C/Pとプロジェクト専門家間の効果的なコミュニケーションと良好な関係性構築から、C/Pの活動に対するオーナーシップを高めたことに起因すると考えられる。既存のシステムを活用したプロジェクトのアプローチもC/Pの活動に対するオーナーシップに繋がりプロジェクトの有効性を高めるうえで貢献している。
- (5) プロジェクトはミニプロジェクト実施を含め、ISSVの活動資金調達に関し、開発パートナーに対し相当の働きかけを行い、資金調達をなし得ている。このプロセスもC/Pにとり、資金調達方法の学びと経験につながっていると考えられる。
- (6) シエラレオネは世界最貧国の1つで紛争終結後、社会基盤が十分に整備されておらず、質の確保された教育へのアクセスが不十分な状況である。かかる国において、標準的なアプローチやデザイン等（例：カスケード式デザイン、投入の量とタイミング、プロジェクト期間）を適用することが必ずしも適切ではないことが確認された。例えば、シエラレオネにおいては政府の活動のほとんどが開発パートナーの支援により実施されており、本プロジェクトにおいてもC/Pによる自立的な事業管理が困難であったため、本プロジェクトはPDMの活動として示されない様々なフォローアップに多くの時間と労力を割いている。こうしたフォローアップも含め、プロジェクト活動が円滑に進むよう、日本人専門家の現地派遣は事前評価時の計画を大きく超える結果となっている。また、本プロジェクトにおいては対象県（直接介入）と対象県外の県（カスケード式の間接介入）におけるISSVサイクルの確立を並列させるデザインが採用されていたが、保健衛生省ISSVスーパーバイザーを通じた県ISSVサイクルの確立が困難であったため、直接介入を行った対象県でプロジェクトの関与が大きくなる一方で、間接介入による対象県外の県のISSVサイクルの確立においてもプロジェクトの関与が必要となった。

評価調査結果要約表（英文）

I. Outline of the Project	
Country : The Republic of Sierra Leone	Project title : Project for Strengthening Supportive Supervision System
Issue/Sector: Health	Cooperation scheme : Technical Cooperation
Division in charge: JICA Human Development Department Health Group 1	Total Estimated cost : 630 million Yen
Period of Cooperation 1 June, 2013 – 31 May, 2019 (R/D signed on 12 Oct. 2012)	Partner Country's Implementing Organization : Ministry of Health and Sanitation (MoHS) and four target District Health Management Teams (DHMTs) (Bombali, Tonkolili, Moyamba, Pujehun)
	Supporting Organization in Japan : -
1. Background of the Project	
<p>Due to the prolonged conflicts that had lasted from 1991 to 2002, the Republic of Sierra Leone (hereinafter referred to as “Sierra Leone”) extensively suffered and the government structure and public services were also devastated in many areas, including the health sector.</p> <p>Sierra Leone’s current health situation is not favourable: its under-five mortality rate (156 per 1,000 live births) and maternal mortality rate (1,165 per 100,000 live births) are one of the highest in the sub-Saharan Africa [they were 185 and 860 (2008) respectively at the time of the Project planning]. In this situation, the Free Health Care Initiative for pregnant women, lactating women and under-five children was introduced in 2010. Since then, the access to the mother and child health service has been tremendously improved. For example, the number of children who use the health facilities increased by 2.5 times. Now, the quality of the service needs to be improved. In order to provide quality health care services to meet the increased demands at health facilities, regular supportive supervisions to the facilities and an effective system to conduct such supportive supervisions are necessary.</p> <p>The Ministry of Health and Sanitation (MoHS) aims to improve the quality of health service, using the supportive supervision. The importance of strengthening the supportive supervision, by the District Health Management Teams (DHMTs) to health facilities, and by the Ministry to the DHMTs, is also broadly recognized. Recently, among the Government of Sierra Leone (GoSL) and development partners (DPs), the importance of establishing and strengthening “an Integrated Supportive Supervision (ISSV)” system has been advocated, in order to supervise the health facilities in integrated manner and to reduce their burden, rather than conducting vertical program supervisions.</p> <p>Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”) has supported health systems strengthening under the “Project for Strengthening District Health Management” in Kambia District from 2008 to 2011, followed by the “Technical Support for Strengthening Supportive Supervision System” at the MoHS. Upon the request by the GoSL, the Record of Discussion (R/D) was signed by the ministries concerned including MoHS and by JICA, and the “Project for Strengthening Supportive Supervision” (hereinafter</p>	

referred to as “Project”) has started in June 2013 for four years.

The first Ebola Virus Disease (EVD) case was identified in May 2014 in Sierra Leone and the Government declared state of emergency in July 2014. Due to this outbreak, JICA suspended the Project activities in August 2014. Observing the declining trend of the EVD cases in 2015, the four-month project activities were implemented from June 2015. The MoHS members implemented the Integrated Supportive Supervision (ISSV), and the support was provided remotely through the e-mail and phone communications by a Japanese expert.

The end of EVD outbreak was declared in Sierra Leone in November 2015. The Project has resumed from January 2016. The Project activities which aim to strengthen the implementation and quality of ISSV cycle have been conducted, aligned with the Post-Ebola Recovery Plan which aims to recover and strengthen the holistic health system.

2. Project Overview

The Project aims to strengthen ISSV cycles by both of MOHS and 14 DHMTs through: 1) strengthening the capacity of MOHS to provide support to 14 DHMTs; 2) Strengthening ISSV cycle by four target DHMTs to PHUs; and 3) improving MCH services provided by selected PHUs in four target districts. Ultimately, the Project is expected to contribute to improvement of MCH services in all PHUs.

(1) Overall Goal

Health services at the Peripheral Health Units (PHUs) are improved.

(2) Project Purpose

The integrated supportive supervision (ISSV) cycle* by the MoHS and the 14 DHMTs is strengthened in order to improve health services at the PHUs.

*The ISSV cycle is an iterative circle-wise management consists of pre-visit meeting; supervisory visit; post-visit meeting; establishing and implementing action plan; giving feedback on the follow-up actions during next round of supervision; and reflecting relevant issues identified in the following year's annual plan.

(3) Outputs

Output 1: The capacity of MoHS to provide support to the 14 DHMTs is strengthened.

Output 2: The ISSV cycle by 4 target DHMTs to the PHUs is strengthened.

Output 3: Project management capacity of 4 target DHMTs is strengthened through mini-project implementation for the PHUs.

(4) Inputs (at the time of evaluation)

Japanese side: Total Estimated cost 6.3million USD

Japanese Experts:

1 Long-term Expert (Health Planning Advisor), 12 M/M

9 Short-term Experts (Chief Advisor, MCH, M&E, Health System Strengthening, Health Information Analysis, Training Management, and Project Coordinator), 151.86 M/M

Equipment:	247,873 USD Training in Japan: 19 participants	
Local cost:	599,734 USD	
Sierra Leone side		
Counterparts:	MoHS: 9 persons, MoHS supervisor 370 persons (accumulated) DHMT: 4 persons, DHMT supervisor 380 persons (accumulated)	
Facilities:	Project office in the Youyi Building (Government compound) in Freetown	
Local cost (DSA, accommodation for ISSV, etc.):	223,412 USD	
II. Evaluation Team		
Members of Evaluation Team	Ritsuko Yamagata	Team Leader (Director, Health Team 2, Health Group 1, Human Development Department, JICA)
	Maki Masutani	Cooperation Planning (Associate Expert, Health Team 2, Health Group 1, Human Development Department, JICA)
	Michiru Suda	Evaluation Analysis (TAC International Inc.)
	Elizabeth Tejan	Cooperation (Senior Public Health Sister, Directorate of Policy, Planning and Information (DPPI), MoHS)
Period of Evaluation	23 November, 2018— 7 December, 2018	Type of Evaluation: Terminal Evaluation
III. Results of Evaluation		
1. Project Performance		
1-1. Input and Activities		
<p>In July, 2014, due to the EVD outbreak and the declaration of state emergency, JICA suspended the Project activities in August 2014. The four-month project activities were implemented from June, 2015. The activities under Output 1 started in 2013, while the activities under Output 2 and 3 started in 2016.</p> <p>Since 2016, the Project activities have been conducted mostly, although the progress of some activities has been delayed affected by external factors such as late disbursement of the operational costs by the Sierra Leone side, obstructed participation of National C/Ps to the project activities due to the competing activities, and appointments of new counterparts after the general election in March 2018.</p>		
1-2. Outputs		
<p>Output 1: The capacity of MoHS to provide support to the 14 DHMTs is strengthened. <almost archived></p> <p>It is in progress that the achievement of indicator 1 “80% of 42 core supervisors (= 33) attend at least 60% of capacity building training programs organized by the Project” (achieved 85% over the target value), and indicator 2 “2/3 of 42 core supervisors (= 28) participate in 75% of the ISSV cycles throughout the post-Ebola project period” (achieved 60% over the target value). Indicator 3 “80% of the follow-up action plans to solve priority issues (= issues identified through ISSV and prioritized in Action Plans Management Matrix (APMM) as urgent and important issues) are initiated” has been achieved. Although the progress is affected by obstructed participation of national C/Ps to the Project activities due to the competing activities, the Project is working on countermeasures.</p>		

Output 2: The ISSV cycle by 4 target DHMTs to the PHUs is strengthened. <almost archived>

The DHMT members of the four target (pilot) districts received the training on PDCA cycle of ISSV (pre-meeting, supervisory visit, post-meeting, establishing and implementing action plan, giving feedback on the follow-up actions during next round of supervision, reflecting relevant issues identified in the following year's annual plan), and conducted all the process. It is in progress (16.4% in Bombali District, 32.0% in Moyamba District, 14.3% in Pujehun, 40.0% in Tonkolili, at the time of evaluation) that the achievement of indicator 1 "All the PHUs in the 4 target districts receive supervisory visits twice a year". For indicator 2 "75% of the prioritized action plans at the district level are implemented", it has been achieved in three districts among the four. Indicator 3 "Unsolved issues identified are reflected in the annual plan if the required resources are not available at the district level" has been achieved as of November 2018.

For indicator 1, besides the delayed disbursement of the budget for implementing the activities, the amount of funding, logistics and human resources are not sufficient to implement the ISSV physical visits to all PHUs twice a year (average number of PHUs in the four pilot districts: 98 PHUs), and the seasonality matters (e.g. travelling is rather problematic during rainy season). In response to a number of constraints mentioned above, the DHMT applies strategic selection to target facilities for physical visits and as a result some of the weak PHUs are receiving more visits than others. The capacity of DHMTs to implement ISSV cycle can be improved as they conduct ISSV cycle continuously and establish them as an institution. Thus, conducting ISSV as a cycle twice a year is more important than All the PHUs receive supervisory visits twice a year. For this reason we regraded that the output 2 will be almost archived even though the Indicator 1 is hard to be archived.

Output 3: Project management capacity of 4 target DHMTs is strengthened through mini-project implementation for the PHUs. <almost archived>

The capacity development has been done on proposal writing, resource mobilization, and monitoring & evaluation of mini-projects and it has been continued through the implementation of the mini-projects. For indicator 1 "Prioritized issues identified through the ISSV from at least ten PHUs are reflected in the mini-project proposals per year per district", it was achieved in three districts for 2017, and was achieved in two districts for 2018 as of October 2018. This indicator is substantially influenced by the unit cost of the mini-project (e.g. construction or rehabilitation of PHU building requires considerable amount of budget compared with procuring motorbikes, and number of PHUs covered would be smaller in number). Indicator 2 "80% of the mini-projects are funded from partners" has been achieved. For indicator 3 "80% of the funded mini-projects achieve selected success indicators in the proposals", it has been achieved in one district. "Increase of number of deliveries during night" is one of the selected success indicators in the proposals. Such indicator is not always achievable, because some factors are beyond control of the PHU staff's effort. Therefore achievement of these indicators does not necessarily indicate the achievement of the Project's output. As the four target DHMTs have been capacitated through the mini-project implementation for the PHUs, it is considered that the output 3 has been nearly achieved.

1-3. Project Purpose

The project purpose is likely to be achieved by the end of the Project for the following reasons. Indicator 1 is expected to be archived and indicator 2 can be archived by enough budget allocation. Indicator 3 is also expected to be archived by the end of The project. Overall, the project purpose is expected to be archived while indicator 4 is hard to be archived and continuous commitments of key stakeholders are necessary.

Indicator 1: The MoHS implements the ISSV cycle completely two times a year.

< In progress → Achieved for 2016 and 2017 >

Two National-level ISSV cycles have been conducted in 2016 and 2017, and once in 2018. There are limitations include: delayed disbursement of DPs fund for implementation of ISSV physical visits; challenges on scheduling due to competing priority activities by directorates and programs, frequent training programs, workshops, meetings outside Freetown, national campaigns such as Maternal and Child Health (MCH) and National Immunization Days (NID) weeks. However, The MoHS is going to introduce the ISSV week⁴ to ensure implementation of the ISSV cycles twice a year which would decrease the above limitations partly.

Indicator 2: Four target DHMTs implement the ISSV cycle completely to all the PHUs at least twice a year.

< In progress >

All 4 DHMTs almost conducted complete ISSV cycle activities twice a year in 2017, though some PHUs were missed for the second supervisory visits due to limited resources on finance, logistics and human resources, and the seasonality matters. In response to a number of constrains mentioned above, the DHMT applies strategic selection to target facilities for physical visits and as a result some of the weak PHUs are receiving more visits than others. Since the Project supports capacity building of DHMTs to implement ISSV cycle, conducting ISSV as a cycle and its continuation is important. Thus, the evaluation team recognizes that completion of the two ISSV cycles should be more important than covering all PHUs. Furthermore, DHMT's strategic selection of target PHUs for the visits can be said effective, in order to improve health services at the PHUs. Therefore it can be considered that the intended target is met in 2017. For 2018, two ISSV cycles have been implemented in one district, while the rest conducted one ISSV cycle, due to the delayed disbursement of the budget to implement activities.

Indicator 3: Six out of the other ten DHMTs have established the ISSV cycle.

<In progress >

DHMTs have been conducting the ISSV physical visits before introducing the systematic ISSV cycle. Then, the non-pilot ten DHMTs started establishing the ISSV cycle from February 2018. They received ISSV orientation and trainings, and joined the district ISSV activities by the target DHMTs for experience sharing. After receiving these trainings, some non-pilot DHMTs have shown interests to implement the ISSV cycle. Implementation of the first systematic ISSV cycles in the ten DHMTs was delayed due to the late

⁴ Conducting the national ISSV physical visits intensively as a ISSV week, the MoHS would be able to request the relevant directorates and DPs not to organize their special activities concurrently and it would enable the MoHS and the district level related personnels to devote themselves to the ISSV activities.

disbursement of DP funding. As the fund have been made available in November 2018, with the technical support of national ISSV facilitators and the Project, it can be anticipated that six or more DHMTs complete the ISSV cycle once by the end of the Project.

Indicator 4: Ten out of 14 DHMTs score 80% in the ISSV checklist for the last three ISSV cycle.

< In progress >

From the 6th to 8th National ISSV, five districts achieved over 80% score successively.

The indicator's value decreased from nine districts (5th to 7th National ISSV, source: Project monitoring sheet, June 2018) to five districts (the 6th to 8th National ISSV). The fluctuation is due mainly to the delayed access to annual budget: the first annual budget was disbursed only in September 2018 and for only 25% of the total budget. The general election in May 2018 led the change of leaders and personnel in the districts and this might have caused the decrease of the score of 8th National ISSV in July 2018.

2. Summary of Evaluation Results

2-1. Relevance: High

Relevance is high in terms of necessity and policies of Sierra Leone and Japan.

“Integrated supportive supervision” is an essential aspect of health system, to ensure efficient and equitable delivery of health services with quality of care, as stated in the “National Health Sector Strategic Plan (NHSSP) 2010-2015”. “Integrated supportive supervision visits” is also mentioned as a part of monitoring and evaluation in the “NHSSP 2017-2021”.

The Project is also coherent with “Country Assistance Policy for Republic of Sierra Leone” (2012) and Japan’s ODA strategy to the Sierra Leone (2017). Health systems strengthening is reiterated in “JICA's Operation in Health Sector –Present and Future” (2013).

In Sierra Leone, most DHMTs have been conducting Integrated Supportive Supervision physical visits, but after the supervision physical visits, identified issues and challenges were left without taking any necessary actions to improve the health services by the DHMTs. Therefore the need was observed to establish the ISSV cycle as effective tools for solving the issues and to improve the health services at the PHU levels.

2-2. Effectiveness: Possibly high

It is expected that effectiveness of the Project will be high at the end of the Project. Continuous commitments of key stakeholders are necessary.

The achievement of the project purpose is expected to be high by the end of the Project as described in “1-3. Project Purpose”.

The achievement of Output 1, 2, and 3 have contributed to achieve the project purpose.

Under output 1, national ISSV facilitators and supervisors have been trained; ISSV secretariat has been appointed, and the MoHS has been implementing the complete ISSV cycles. Some issues are observed such

as delayed disbursement of fund for implementing ISSV activities, weak District Advisors (DAs) activities, and delayed implementation of the district-level ISSV cycles in non-pilot districts. However, the MoHS is going to introduce the “ISSV WEEK” to ensure implementation of the ISSV cycles twice a year from 2019. The fund has been disbursed to implement district-level ISSV cycle in non-pilot district in November 2018, and they have started conducting the systematic ISSV cycle.

For output 2, the four pilot DHMTs have been completing the ISSV cycles by applying strategic selection to target facilities for physical visits. Through implementing the ISSV cycles, some identified issues have been solved and the unsolved issues have been reflected in the annual plan at the district level.

For output 3, the capacity development has been done on proposal writing, resource mobilization, and monitoring & evaluation of mini-projects and it has been continued through the implementation of the mini-projects.

2-3. Efficiency: Moderate

Most inputs from Japan side and some inputs from the GoSL side have been provided as planned and in a timely manner. For operational cost from GoSL side, some funding were delayed due to the complex procedure of the DPs fund and affected the timing of activities.

Affected by the EVD outbreak and other factors (e.g. limited technical transfer to the C/Ps in some area, as a result of overloaded work of C/Ps general work and insufficient personnel in the MoHS), the Project duration is extended from four years to four years and eight months excluding suspended period during the EVD outbreak (from August 2014 to November 2015) and the total project cost has increased compared to the original plan. These changes were made appropriately based on the findings and recommendations from the mid-term review.

2-4. Impact: Moderate

The Project would contribute to achieve the overall goal to some extent, while the influence of fund availability is significant. Through the implementation of the ISSV cycle in the districts, some of the issues identified in the PHUs were solved with the support of NGOs or of the MoHS, which have contributed to produce positive impacts. For indicator 1 of the overall goal, general service readiness index in SARA indicators shows the increasing trends. On the other hand, according to the C/Ps both at the national and district levels, solving the issues identified has been the major challenge, due to the unavailability of support or fund. For indicator 2 “Scores of the ISSV checklist (for the PHUs) is increased”, the scores are only available for the four pilot districts, as district-level ISSV cycles have been conducted in the four districts. The trends were analyzed for these districts due to the data availability. The scores for PHUs have been fluctuating and particular trends were not observed

The following impacts have been observed as a consequence of the Project implementation.

Operational costs for ISSV cycle implementation both at national and district levels have been funded and secured for four years by the World Bank (WB) as a result of the Project’s efforts.

Integration of ISSV scores into District Health Information System 2 (DHIS-2) has been discussed with

Directorate of Policy, Planning and Information (DPPI) and a data entry format has been developed in 2018. Currently, data is not reflected into the database and the discussion is continued.

National ISSV system has been incorporated into the hospital. The ISSV checklist for the secondary hospital was developed based on the Project and has been utilized.

2-5. Sustainability:

Political sustainability is high. Organizational capacity at the national level is moderate and that at the district level is high. Financial sustainability is high. The budget for ISSV activities is secured at least up to 2021 by the WB fund. Technical sustainability is high.

Policy aspects: High

ISSV activities are stated in the MoHS official documents such as the “NHSSP 2017-2021”, and they are in line with the Sierra Leone’s health policy.

Organizational aspects: Moderate for national level, and high for district level

After the general election, there have been discussions about which office to take responsibility over the ISSV activities, and it was decided the Directorate of Primary Health Care (DPHC).

For ISSV secretariat, five ISSV secretariat members [two persons from DPHC, two persons from DPPI and one person from the office of Deputy Chief Medical Officer (DCMO)] are appointed and one staff is exclusively working for the ISSV. In order for the ISSV secretariat to function effectively and autonomously, the MoHS may clarify the secretariat’s organizational position.

At the national level, a sufficient numbers of trained National ISSV Facilitators (NIFs) (16) and National ISSV Supervisors (NISs) (43) are pooled and they can organize 14 National ISSV teams to cover 14 districts. Follow-up of action plans both at national and district levels by the MoHS needs to be further strengthened by District Advisers those who are appointed from managing staff of MoHS to give advisories for DHMTs. As the national ISSV involves the cross cutting and concerned directorates, the strong leadership of the Chief Medical Officer (CMO), the responsible person for whole technical aspect of MoHS is critical.

In the four pilot districts, organizational aspect is observed to be high, as they work as a team led by District Medical Officer (DMO) and this organizational work system may work well for ISSV implementation. In the DHMTs, there are five to eight ISSV core members and 18 to 30 supervisors per district have received the Project Cycle Management (PCM) training and have been involved implementing the ISSV cycles. Therefore number of skilled and experienced supervisors is sufficient. For the non-pilot DHMTs, three DHMTs members have received the introductory ISSV training, approximately 15 DHMT members and two DC members have received the PCM trainings. As mentioned before (see “1-3. Project Purpose”), DHMTs have been conducting the ISSV physical visits, numbers of supervisors are considered to be sufficient, although the implementation of the systematic ISSV cycle would be their first experience and their understanding and skill on the ISSV cycle implementation needs to be confirmed after the first ISSV cycle. In addition, M&E officers, one of the ISSV core members, tend to be quite busy and they have not been

on the government payroll, which create a concern to keep their commitment.

Financial aspects: Considered to be high from the incorporation into the government budget and the availability of external funds.

For the four target districts, the regular ISSV activities are incorporated in the District Annual Working Plan for FY 2019. Also unsolved issues identified through the ISSV are reflected in the Annual Working Plan for FY2019, according to the DHMTs. Although delay of budget allocation due to general election affected to implementation of ISSVs in district, certain budget can be expected in usual.

district ISSV and

Funding for ISSV implementation has been supported and will be supported by the WB up to 2021.

Obtaining budget for implementing action plans poses the biggest barriers. At the moment, the WB's "District Challenge Fund" of Regional Disease Surveillance Systems Enhancement Project, support by local partners or by the MoHS may be utilized.

Technical aspects: Considered to be high by the system construction including tools and the training of human resources.

16 NIFs have obtained their communication and analytical skills sufficiently and will be able to continue transferring the skills to DHMTs and colleagues in the MoHS.

Tools are well institutionalized and utilized at all levels as most of the tools have been jointly developed and revised by both Japanese experts and Sierra Leonean C/Ps. The C/Ps are likely to update the tools after the Project to meet the changing needs and situations. The C/Ps are involved in these processes and have obtained the capacity to revise some tools such as ISSV checklists.

Technical transfer on ISSV information management tool needs to be done before the completion of the Project as the Japanese expert developed these tools.

In the four target districts, DHMTs are capacitated well to conduct the ISSV cycle as a team.

3. Factors that Promoted Realization of Effects

(1) Concerning the project design

None in particular.

(2) Concerning the implementation process of the Project

1) Factors associated with the post-Ebola recovery plan

- ISSV constitutes a part of the presidential post-Ebola recovery plan, and the effectiveness of ISSV has been broadly recognized among some stakeholders in the health sector. It may broaden the acceptance by DPs funds for MoHS and DHMT to apply for the implementation of ISSV activities.

2) Other factors

- Due to continuous encouragement by the Project, Leadership and commitment for the ISSV activities by the CMO has greatly increased.
- JICA assigned the Health Planning Advisor to the MoHS in June 2016, who worked closely with the District Advisors Committee and as part of the President Delivery Team (PDT). This fact influenced positively to

promote ISSV physical visit as a monitoring tool for EVD response activities.

4. Factors that Impeded Realization of Effects

(1) Concerning the project design

None in particular.

(2) Concerning the implementation process of the Project

1) Factors associated with the EVD outbreak and post-Ebola recovery

- The EVD outbreak and the post-Ebola recovery activities have increased the workload of C/Ps both at national and district levels. The engagements have decreased.
- The outbreak accelerated reallocation of human resources. Nearly a half of the Project C/Ps have changed. The achievement of the Project reduced due to the transfer of trained C/Ps in the first year.
- According to the JICA regulation under the state of emergency in Sierra Leone, the Project experts had to stay out of Sierra Leone for more than a year. This fact influenced negatively the cooperative relationship with C/Ps and DPs
- There was the change of priorities of the DPs. The expected collaboration was cancelled.

2) Other factors

Difficulties due to organizational structure in the MoHS for the cross cutting activities

- National ISSV is cross cutting activities that involve personnel from various key directorates and programs. Activities of the vertical programs which have their own mandate are more common in the MoHS. Therefore coordination at the national level for implementing the ISSV cycles with their understanding, cooperation, and involvement requires considerable time and efforts, together with strong leadership and commitment from the top management in the MoHS.

Obstructed participation of the C/Ps

- Competing priorities affected the smooth implementation of the Project due to, the unavailability of Steering Committee (SC, the committee which consists of the head of each department of the MoHS and decides the operation policy of ISSV as the Ministry.) members in terms of project management. When it is difficult to hold a meeting with all SC members together, communication with each personnel has been done individually. Not only SC members, but also NIFs and NISs are occupied with competing programs.

Time-consuming and delayed financial transaction for the operational costs by the Sierra Leone side

- Delays in financial transactions have been observed frequently. For example, initial fund request was done in February 2018 for the ten non-pilot districts, but the procedure was delayed and it was disbursed only in mid-November.
- Since the Sierra Leone side's operational cost for ISSV activities is mainly provided by DPs as is mentioned in the important assumption, the Project needed to support C/Ps for the fund application and follow up for the timely disbursement considerably.

Pose of the MoHS Top Management Team meetings

- It was originally planned that the results of ISSV were reported to MoHS Top Management Team (TMT).

The MoHS TMT meetings had been stopped. Therefore, it was necessary to consider another approach regarding to activities in MoS for results of ISSV.

Reallocation and appointment of new managers both national and district level

- After the general election in March 2018, the vacant period of the directors and managers occurred. That affected the effective management of the ISSV secretariat and assignment of DAs. The current list of DAs was approved officially in late November, 2018.
- All DMOs in the pilot four districts have been changed after the general election. DMOs leadership is critical and the absent of DMO made the ISSV cycle less active.

Key issues outside the MoHS's control

- Some key issues related to financial management, human resources management, and logistics management are dependent on other organizations' control.

5. Conclusion

Relevance is high in terms of necessity and policies of Sierra Leone and Japan. The effectiveness of the Project is possibly high. Efficiency is observed to be moderate. Impact is moderate, as the Project would contribute to achieve the overall goal, while the influence of fund availability is significant to improve the health services at PHU level in the context of Sierra Leone. Political sustainability is high. Organizational capacity at the national level is moderate and that at the district level is high. Financial sustainability is generally high. The budget for ISSV activities is secured at least up to 2021 by the WB fund. Technical sustainability is high. Overall, the project purpose is expected to be achieved by the end of the Project and the current project period is considered appropriate.

6. Recommendations

Within the Project period

- (1) Establishment of ISSV secretariat which consists of the members from different directorates is one of the remarkable progresses for national roll out of the complete ISSV cycle. In order for the ISSV secretariat to function effectively and autonomously, the MoHS is recommended to clarify the secretariat's organizational position (e.g. to place it in the ministry's organogram) and to define the responsibilities of the members of the secretariat (e.g. timeline management, preparative activities, dissemination, etc.). It is also recommended to consider assignment of dedicated staff.
- (2) ISSV WEEK should be well prepared (e.g. to clarify timeline and roles of members for preparatory activities, disseminate in advance, etc.) as it will orient the effective and efficient ways of ISSV cycle especially in non-pilot districts. MoHS can support this preparation with an official letter, requesting National ISSV Supervisors (NISs) to avail themselves for ISSV field visit.
- (3) Usefulness of ISSV information management tools is recognized among DHMTs. Although the Project has transferred technical knowledge to utilize them, the knowledge to improve them to meet the changing needs still remains to be strengthened. The Project is recommended to consider capacity building.

After the completion of the Project period

- (1) ISSV WEEK should be regularized as a national campaign week in order for the complete ISSV cycles to

be implemented continuously. The MoHS is recommended to summarize experiences from past ISSV WEEKs, reflect it into the functions of ISSV secretariat, and advocate ISSV WEEK continuously.

- (2) DA system has resumed. However, challenges still remain to make the best of their activities. Following the recent minister's remark stating that directors should visit districts and give technical advises, activities of DA should be reconsidered beyond ISSV by the MoHS so that DA system can be reactivated within the whole national M&E mechanism as well as with ISSV systems.
- (3) The Project and the MoHS should emphasize the importance of establishment of ISSV cycle in the non-pilot districts so that the NIFs and NISs can support it more consciously. Based on the experiences in establishing ISSV cycle in the pilot districts, it is recommended that the MoHS encourages to strengthen the cooperation between District Council and DHMT in establishment of ISSV cycle in the non-pilot districts.
- (4) APMM is now well recognized as a useful tool to analyze issues and to plan activities in an evidence-based manner. It can be a good tool to mobilize resources from DPs for the prioritized issues. The MoHS is recommended to promote it (e.g. to hold coordination meeting between DPs and DHMTs by using their APMM, etc.)
- (5) The timely disbursements of the funds from DPs are indispensable for continuous implementation of the complete ISSV cycle. Although the Project continuously follows the disbursement status of the funds, delays of disbursements due to organizational complexities are observed. MoHS is recommended to streamline fund disbursement process.
- (6) Some cases of effective collaboration between ISSV and vertical supervisions have been observed. Complementarities of these supervisions should be emphasized and the MoHS should promote such effective collaborations continuously. For example, snapshot from ISSV can help focused identification of issues in vertical programs.

7. Lessons learnt

- (1) The operational cost for implementing ISSV cycle in districts was originally planned to be provided by a DP. Due to the influence of EVD outbreak, however, the partner had to cancel the planned fund. Although the Project attained alternative resources with considerable efforts, the difference in disbursement modalities and conditions affected and delayed the implementation significantly. From this experience, external conditions should be examined more carefully in a project formulation phase. For example, the potential influences and risks caused by unmet external condition should be recognized by both counterparts and JICA.
- (2) The Project was affected heavily by the EVD outbreak which occurred in 2014. Because the health systems were seriously damaged by the outbreak, the Project duration was extended longer than its suspension (i.e. 24 months extension vs. 16 months suspension). JICA and the Project sought for possible solutions and effective alternatives flexibly. These flexible countermeasures can be a good practice in case of unexpected circumstance.
- (3) Capacity building of the Project's national staff in pilot districts is one of the contributing factors of the Project. On the other hand, a concern still remains about sustainability of implementation of ISSV both at district and national levels. In order to maximize the capacity building of C/Ps, it is necessary to consider an exit strategy from early stage of technical transfer.
- (4) Despite a number of difficulties such as timely financial transaction, ISSV cycle has been established to a certain extent. It can be attributed to the remarkable ownership of counterparts, which is enhanced through the effective communication and good relationship among counterparts and the Project experts. The approach of the Project to use the existing systems also contributed to raise the Project's effectiveness.
- (5) The Project has made dedicated efforts and successfully mobilized DPs fund for ISSV implementation including implementation of mini-projects. This process might have shown effective ways of fund acquisition to counterparts.

第1章 終了時評価調査の概要

1-1 調査団派遣の経緯

シエラレオネ政府は保健医療サービスへのアクセス状況を改善すべく、多大な努力を行っている。一方で、増加する利用者に対し、提供するサービスの質には課題が多い。適切なサービスを提供するため、保健医療機関の課題を確認して解決し、その保健サービスの質を向上させることを目的としたサポータティブスーパービジョン（支援的監督指導）の重要性が強調されてきた。

かかる状況において、シエラレオネ政府はJICAの支援の下、サポータティブスーパービジョン・システム強化プロジェクト（以下、「プロジェクト」と記す。）を2013年6月から2019年5月までの予定で実施してきた。

プロジェクト終了を6カ月後にひかえ、プロジェクトの実績の確認、目標の達成状況を確認し、プロジェクト終了時まで及び終了後への提言を行い、他案件への教訓を導き出すことを目的に、終了時評価調査を行うため、2018年11月23日から12月7日までJICAから調査団が現地へ派遣され、シエラレオネ側と合同で評価調査が実施された。

1-2 プロジェクトの概要

プロジェクトは当初、2013年6月から4年間の実施が予定されていたが、後にEVD流行の影響による現地活動中断期間（2014年8月から2015年11月）を除く2013年6月から2019年5月までの4年8カ月に変更された。表1-1に現在のPDM、version 2、〔「終了時評価調査報告書英語版Annex 12」参照〕に基づくプロジェクトの概要を示す。プロジェクト実施体制は図1-1のとおりである。

表1-1 プロジェクト概要

実施機関 ：保健衛生省、対象4県保健管理局（ボンバリ県、トンコリリ県、モヤンバ県、ブジョン県）
裨益者 ：保健衛生省スーパーバイザー、全国14県の保健管理局職員、全国14県の一次医療施設（PHU）職員、シエラレオネ全住民
上位目標 一次医療施設（PHU）で提供される保健サービスが改善される。
プロジェクト目標 PHUで提供される保健サービス改善のために、保健衛生省及び14県保健管理局による統合的サポータティブスーパービジョン（ISSV）サイクル*が強化される。
成果 成果1 ：保健衛生省の14県保健管理局を支援する能力が強化される。 成果2 ：対象4県の保健管理局において、PHUを対象とする統合的サポータティブスーパービジョン（ISSV）サイクルが強化される。 成果3 ：PHUへのミニプロジェクト実施を通して、対象4県保健管理局の事業実施管理能力が強化される。

*ISSVサイクル = 事前会議、スーパービジョン訪問、事後会議、アクションプランの策定と実施、次回スーパービジョン時におけるフィードバック、必要に応じて次年度の年間計画に課題を反映

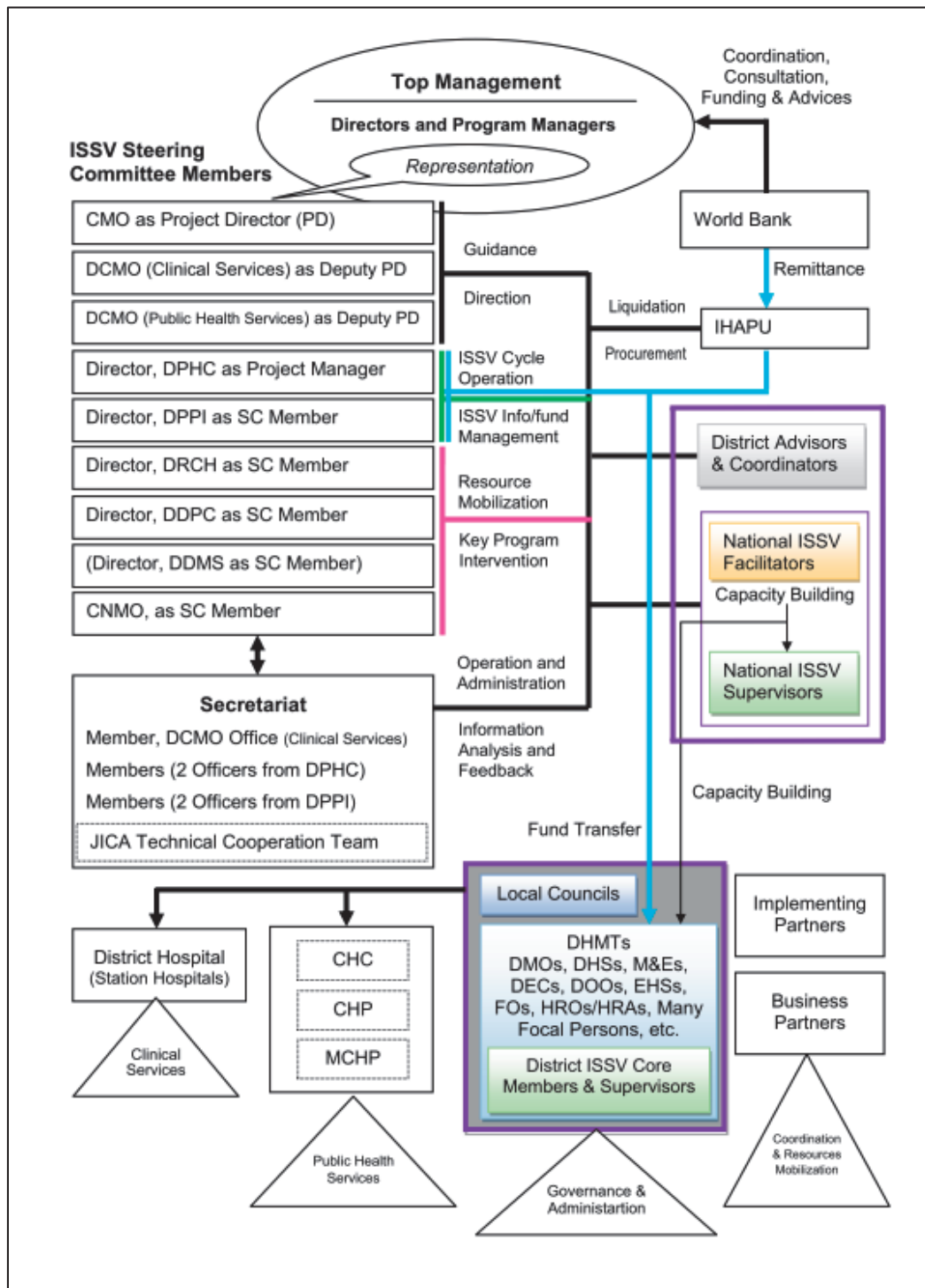


図 1-1 プロジェクト実施体制

1-3 調査団の構成

シエラレオネと日本側が合同で調査は実施され、終了時評価調査のメンバーは表 1-2 のとおりである。

表 1-2 調査団メンバー

氏名	担当	所属
日本側		
山形 律子	団長/総括	JICA人間開発部 保健第一グループ 保健第二チーム 課長
栢谷 真貴	協力企画	JICA人間開発部 保健第一グループ 保健第二チーム ジュニア専門員
須田 ミチル	評価分析	株式会社タック・インターナショナル
シエラレオネ側		
Elizabeth Tejan	調査協力	保健衛生省政策計画情報局 シニア公衆衛生看護師

1-4 調査日程

現地調査は11月23日から12月7日まで実施された。詳細な調査日程を表1-3に示す。

表 1-3 調査日程

月日、曜日	活動
11月23日 金	団員到着（評価分析）
11月24日 土	移動（フリータウン→モヤンバ） 午前：モヤンバ県保健管理局を視察、 インタビュー（県看護師長、M&Eオフィサー、副M&Eオフィサー） 午後：ミニプロジェクト・サイト（バイク供与）視察、インタビュー （Magbenka PHU施設長） インタビュー（モヤンバ県担当プロジェクト・オフィサー）
11月25日 日	草の根・人間の安全保障無償資金協力案件サイト（PHUスタッフ宿舎の建設）視察、インタビュー（Taninahun Kapuima PHUスタッフ） インタビュー（フィールド訪問へ同行したNIF/ISSV事務局メンバー） 移動（モヤンバ→ボ）
11月26日 月	ボ県保健管理局を視察、インタビュー（県保健局長、県看護師長、サーベイランス・オフィサー、M&Eオフィサー、データクラーク） 移動（ボ→マケニ）
11月27日 火	移動（マケニ→トンコリリ） トンコリリ県保健管理局を視察、インタビュー（県保健局長、M&Eオフィサー、M&Eアシスタント、県看護師長） インタビュー（トンコリリ県担当プロジェクト・オフィサー） 県議会を視察、インタビュー（県会議長、主席行政官、開発計画官） 移動（トンコリリ→マケニ）
11月28日 水	移動（マケニ→トンコリリ） ミニプロジェクト・サイト（ソーラーライト供与）視察、インタビュー （New Ferengbeya PHUスタッフ） 移動（トンコリリ→フリータウン）
11月29日 木	ウエスタン・アーバン県保健管理局を視察、インタビュー（県看護師長、M&Eオフィサー/人事オフィサー） インタビュー（プロジェクト専門家3名）
11月30日 金	インタビュー（NIF 2名、NIF/ISSV事務局メンバー1名、プロジェクト専門家1名）
12月1日 土	報告書案作成
12月2日 日	報告書案作成 団員到着（団長、協力企画）
12月3日 月	JICAシエラレオネフィールドオフィスとの協議 プロジェクト事務所視察

		インタビュー（保健衛生省看護助産師局主席） 保健衛生省CMO表敬・終了時評価概要説明
12月4日	火	専門家・JICAシエラレオネフィールドオフィス・調査団協議 世界銀行と協議
12月5日	水	運営委員会
12月6日	木	JCC
12月7日	金	M/M署名・交換 全団員出発

第2章 評価方法

2-1 PDMの変更

本プロジェクトでは、2018年11月までの間、PDM version 0（2012年10月）から見直しが2回行われ、改訂された。終了時評価時、PDM version 2（「終了時評価調査報告書英語版Annex 12」参照）に基づき、プロジェクトが実施されている。

表2-1 PDM変遷の概要

<p>PDM version 1 (2017年3月)</p> <p>(「終了時評価報告書英語版Annex 11」参照)</p>	<p>中間レビュー調査(2016年12月)の協議及び提言に基づき、PDMが改訂され、R/D変更のための協議議事録(M/M)が2017年3月に結ばれた。EVD流行の影響や、プロジェクト活動進捗におけるその他の要因が考慮された。主な変更点は以下のとおり。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ プロジェクト期間の延長 ・ 上位目標の明確化：プロジェクトは保健サービス全般をカバーする統合的サポーターズスーパービジョン (ISSV) の強化をめざしていることから、「母子保健サービス」から「一般サービス」へと変更 ・ 状況に即した、より現実的で適切な指標の設定 ・ 状況に即した、活動の調整 (例：県アドバイザー制度) ・ 成果3の明確化：改訂により、成果3の目的は県保健管理局の事業実施管理能力の強化であることが明確化された。 ・ 「対象県外の10県における県レベルISSVサイクルが保健衛生省の支援により確立される」が、外部条件から成果1の活動へ含められ、活動に内在化された。
<p>PDM version 2 (2018年11月)</p>	<p>JCC (2018年9月)での協議に基づき、PDMが改訂され、R/D変更のためのM/Mが11月に結ばれた。変更点は主に保健衛生省の現状を反映させる内容であった。変更点は以下のとおり。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 成果1、活動5 (県アドバイザーによる訪問頻度等の変更) ・ 成果1、指標2の変更 (保健衛生省のコア・スーパーバイザーのISSVサイクル参加の目標値及び指標確認期間の変更) ・ プロジェクト目標、指標1の変更 (保健衛生省によるISSVサイクル実施の目標値を年3回から2回へ変更。ISSVサイクルを実施するには、全部局及びプログラムの責任者のスケジュール調整、書簡の準備、チーム形成、移動手段の準備の他、10万USドルの予算調達が必要となる。こうした要因を考慮し、年2回のISSV実施が妥当と考えられるため。)

2-2 終了時評価調査のプロセス

本終了時評価調査は「新JICA事業評価ガイドライン」を指針とし、PDM version 2 (2018年11月)に基づき、2018年10月末時点の情報を基に、以下のプロセスで実施した。

- (1) PDMに基づき、プロジェクトの実績 (投入、活動、アウトプット、プロジェクト目標達成度、上位目標の達成見込み等)を確認する
- (2) プロジェクトの計画内容及び実施プロセスを含め、プロジェクト実績に影響を与えた貢献、阻害要因を抽出する
- (3) 評価5項目の観点からプロジェクトのレビューを行う
- (4) これらの調査結果に基づき、プロジェクト関係者へ提言を行い、教訓を抽出する

2-3 評価5項目

終了時評価調査は、以下の5項目評価に基づいてレビューが行われた。5項目評価の定義は表2-2のとおりである。

表 2-2 評価5項目の視点

妥当性	開発インターベンションの目標が、受益者の要望、対象国のニーズ、地球規模の優先課題及びパートナーやドナーの政策と合致している程度。
有効性	開発インターベンションの目標が実際に達成された、あるいはこれから達成されると見込まれる度合いのことであり、目標の相対的な重要度も勘案しながら判断する。
効率性	資源及び（又は）インプット（投入）〔資金、専門技術（知識）、時間など〕がいかにかに経済的に結果を生み出したかを示す尺度。
インパクト	開発インターベンションによる貢献が期待されている、より高次の目標。
持続性	開発インターベンションの終了時における、開発インターベンションによる便益の持続性。 長期的便益が継続する見込み。時間の経過に伴う純益の流出というリスクに対する回復力。

出所： JICA（2016）「JICA 事業評価ハンドブック（Ver.1.1）」

2-4 データ収集手法

データは文書・報告書等のレビュー（プロジェクト関連文書、保健政策関連文書、その他の関連文書）、プロジェクト関係者への聞き取りや質問紙調査、プロジェクト対象地及びプロジェクト活動の視察により収集を行った。

第3章 プロジェクトの実績・実施プロセス

3-1 投入実績

3-1-1 日本側の主な投入

(1) 専門家派遣

終了時評価調査時点までに合計10名の日本人専門家が派遣された。派遣された専門家は表3-1のとおりであり、JICA負担及び業務実施契約の社による裁量による負担（自社負担分）を合わせた専門家派遣は合計163.86人/月である。事前評価時の計画は合計80人/月（総括/モニタリング・評価8人/月、保健システム強化24人/月、保健人材開発/教材開発/母子保健24人/月、業務調整24人/月）であった。計画に対し、業務実施契約による専門家派遣では134%（107.13人/月、JICA負担のみ）及び190%（151.86人/月、JICA及び自社負担）となる。また直営で派遣された長期専門家分を含めると、149%（119.13人/月、JICA負担のみ）、205%（163.86人/月、JICA及び自社負担）となる。

シエラレオネでは日本人専門家が不在の間は関連業務が停滞する傾向が強く、「専門家はカウンターパートのオーナーシップを高める努力を継続的に行っていく必要があるが、同時にプロジェクトの遅延を防ぐためにも可能な限り日本人専門家の空白期間をなくすことが望まれる」旨詳細計画策定調査結果（JICA、2013年）に報告されている。本事項は業務実施契約締結時に留意事項として確認され、実施者の裁量による自社負担または自己都合として専門家派遣を増加することで対応されていた。

表3-1 専門家派遣、実績

氏名	担当業務	人/月									
		1年次		2年次		3年次		4年次		合計	
		JICA	自社	JICA	自社	JICA	自社	JICA	自社	JICA	自社
業務実施											
鈴木俊介	総括/母子保健1/M&E 1	5.50	1.50	0.33	0.03	7.10	3.77	7.83	1.40	20.76	6.70
吉見千恵	副総括/HSS 1/M&E 2	2.43	0.67			4.40	0.70	5.83	0.63	12.66	2.00
井関ふみこ	HSS 2	4.07	0.00							4.07	0.00
小平雄一	母子保健2	0.67	0.13							0.67	0.13
大谷 聡	HSS 2/母子保健2	1.50	0.97			7.10	3.60	9.17	2.43	17.77	7.00
西野義崇	保健情報分析 1/HSS 3	5.33	4.27			8.10	6.10	10.70	3.27	24.13	13.64
木下 智	研修計画管理/PC	7.00	4.53							7.00	4.53
松本千穂	研修計画管理 / PC 1					8.10	4.50	9.77	4.13	17.87	8.63
須山真紀	保健情報分析2/ PC 2					0.00	1.30	2.20	0.80	2.20	2.10
	小計	26.5	12.07	0.33	0.03	34.80	19.97	45.50	12.67	107.13	44.73
	JICAと自社負担分の割合	69%	31%	92%	8%	64%	36%	78%	22%	71%	29%
長期専門家（直営）											
角井信弘	保健衛生省アドバイザー					12.00		0.00		12.00	0.00
	合計	26.50	12.07	0.33	0.03	46.80	19.97	45.50	12.67	119.13	44.73
	JICAと自社負担分の割合	69%	31%	92%	8%	70%	30%	78%	22%	73%	27%

M&E：モニタリング・評価、HSS：保健システム強化、PC：業務調整

(2) 本邦研修

終了時評価調査時点までに本邦研修に参加したカウンターパート（C/P）は19名である。参加者のリストは、ミニッツ添付の「終了時評価調査報告書英語版Annex 2」を参照のこと。

(3) 供与機材

終了時評価調査時点までにプロジェクト関連で車両、バイク、プロジェクト事務所用機材などの機材が約247,873米ドル分（約2,781万円）が供与された。詳細は「終了時評価調査報告書英語版Annex 3」を参照のこと。

(4) 現地業務費

終了時評価調査時点までに約599,734米ドル（約6,654万円）が研修実施等に対する現地業務費として、日本側から投入された。詳細は「終了時評価調査報告書英語版Annex 4」を参照のこと。

3-1-2 シェラレオネ側の主な投入

(1) カウンターパート配置

R/Dでは首席医務官がプロジェクト・ディレクター、副主席医務官を兼任していたプライマリーヘルスケア局の局長がプロジェクト・マネジャーとされていた。後に保健衛生省の組織改変によりプライマリーヘルスケア局局長と副主席医務官の兼任が解消され、首席医務官がプロジェクト・ディレクター、副主席医務官が副プロジェクト・ディレクターとされた。詳細は「終了時評価調査報告書英語版Annex 5」を参照のこと。

終了時評価調査時点までにプロジェクトの活動に保健衛生省から累計370名、県保健管理局から380名が参加している。（表3-2）

表3-2 スーパーバイザーの累積人数及びISSV実施回数（2018年10月）

	1年次	2年次	3年次	4年次	累計
保健衛生省スーパーバイザー	95 人	52 人	135 人	88 人	370人
ISSV、実施回数	2 回	1 回	3 回	2 回	
県保健管理局スーパーバイザー	—	—	146 人	234 人	380人
ISSV、実施回数	—	—	2 回	3-4 回*	

*トンコリリ県ではISSVサイクルが4回、その他の対象3県では3回実施された。

(2) 現地業務費

終了時評価調査時点までに約223,412米ドル（約2,506万円）がプロジェクト活動に関する交通費や宿泊費などの現地業務費として、シェラレオネ側から投入された。詳細は「終了時評価調査報告書英語版Annex 6」を参照のこと。

(3) プロジェクト事務所用スペース

保健衛生省がある政府合同庁舎1階にプロジェクト事務所用執務室が提供され、広さは

約20㎡（3.5m×5.7m）である。

3-2 活動進捗状況

2014年7月、シエラレオネでのEVD流行により、続く活動開始が延期された。JICAによる決定により、日本人専門家は2014年8月から2015年11月まで現地への入国が認められなかったため、2015年6月から10月の期間は日本人専門家により電子メールや電話を介し遠隔で活動支援が行われた。JICAシエラレオネフィールドオフィスの支援の下、保健衛生省スーパーバイザーがISSV訪問指導を実施できるよう、ISSV事前会議の一環として、ガーナで4日間のワークショップが開かれた。2016年1月から活動が本格的に再開され、成果2及び成果3の活動が開始された。

2016年以降、シエラレオネ側現地業務費にあたる資金の配賦の遅延及び保健セクターにおける多くのプログラム活動がプロジェクト活動の進捗に多大な影響を与えており、シエラレオネ関係者の活動参加における調整にかなりの時間と労力を費やしている。2018年3月の総選挙結果を受けた、C/Pの交代もプロジェクト活動の進捗に影響を与えている。

プロジェクト活動進捗の詳細は「終了時評価調査報告書英語版Annex 7」を参照のこと。活動計画表（Plan of Operations : PO）と実績の比較を、「終了時評価調査報告書英語版Annex 8」に示す。プロジェクト活動で実施されたワークショップや会議の一覧を「終了時評価調査報告書英語版Annex 9」に示す。

3-3 各成果の達成状況

表3-3に成果の達成度合いを示す。

成果1の活動はおおむね達成されている。活動は2013年から実施され、2018年10月時点で保健衛生省ISSVサイクルは8回実施されている。指標1「保健衛生省のコア・スーパーバイザー42名のうち8割（=33名）が、プロジェクト実施の能力強化研修に60%以上参加する。」は目標値（33名）の7割が達成され、指標2「保健衛生省のコア・スーパーバイザー42名のうち2/3（=28名）が、ポストエボラ期のプロジェクト期間のISSVサイクルに75%以上参加する。」は目標値（28名）の6割が達成されており、引き続き全面的な達成に向けて活動を進行中である。指標3「各回のISSVで策定されるアクションプランの優先課題（ISSV訪問で特定され、APMMで緊急性及び重要度が高いとされた課題）のうち80%が着手される。」は達成されている。業務多忙により保健衛生省レベルC/Pによるプロジェクト活動への参加がときに不十分・困難であることが指標の達成に影響を与えているが、プロジェクトは具体的な対応策に取り組んでおり、改善が見込める。

成果2はおおむね達成されている。活動は2016年6月から本格的に開始され、対象4県の県保健管理局職員はISSVのPDCAサイクル（事前会議、PHU訪問指導、事後会議、アクションプランの作成と実施、PHUへのフィードバック、必要に応じて次年度の年間計画に課題を反映）に関する研修を受講し、全プロセスを実施してきた。指標1「対象4県における全PHUが毎年2回、県ISSVスーパーバイザーの訪問指導を受ける。」は2018年度の予算配賦の遅延などによりISSVの実施が遅れていたがスーパーバイザーの訪問指導が進展しているため引き続き進行中（調査時はボンバリ県16.4%、モヤンバ県32.0%、プジョン県14.3%、トンコリリ県40.4%）である。指標2「県レベルのアクションプラン優先課題の75%が実施される。」は4県中3県で達成、指標3「特定された課題のうち、未解決課題が次年度の県年間計画に反映される。」は4県中4県で5から7の未解決課題が県年間計画に反映され達成されている。指標1の達成には、活動資金配賦遅延の課題に加え、予算額、

ロジスティクス、人員面においても年2回全PHUを訪問するには不十分であり（対象4県のPHU平均数は98PHU/県）、季節性（場所により、雨期の移動は困難）も影響を与えている。上記の制約に対し、県保健管理局はISSV訪問指導を行う施設を戦略的に決定し、課題のみられるPHUに対し、より多くの訪問指導を行っている。対象4県の県保健管理局による県ISSV実施能力は、ISSVサイクルを継続的に実施し、制度として定着を図る中で強化されると考えられることから、全PHUが年2回県ISSVスーパーバイザーの訪問指導を受けることよりも県保健管理局がISSVをサイクルとして年2回実施することが重要であると考えられる。このため進行中の指標1は未達成となる可能性が高いものの、全体として成果2はおおむね達成されると考えられる。

成果3の活動は成果2と連携して実施されており、おおむね達成されている。プロポーザル・ライティング、資源動員、ミニプロジェクトのM&Eに関する能力強化が行われ、ミニプロジェクトの実施を通じた、対象4県保健管理局の事業実施管理能力の強化が継続して行われている。また、ミニプロジェクトの終了後、POの支援のもと3バッチ分のミニプロジェクトについて供与機材や施設の適正使用や成果指標を確認する合同モニタリング活動が行われており、ミニプロジェクトのサイト訪問により見いだされた課題について対策が協議されている。指標1「ISSVで特定された課題のうち、各県で年間10PHUからの優先課題がミニプロジェクトのプロポーザルとして準備される。」は2017年に3県で達成、2018年10月時点で2県で達成した。この指標値は、ミニプロジェクト内容の単価額に強く影響される（例：バイクの供与と比較し、PHUの建設・改修は高額となり、ミニプロジェクトでカバーされるPHU数は少なくなる）。指標2「ミニプロジェクトの80%がパートナーにより支援される。」は2018年10月時点でミニプロジェクトの96%がパートナーにより支援されており達成されている。指標3「支援されたミニプロジェクトの80%が、プロポーザルで提案した指標の改善を達成する。」は4県中1県（プジョン県）で達成されている。ミニプロジェクトで提案された指標のなかには、「ソーラーライトの供与による、夜間の出産数の増加」といったPHUスタッフのコントロール外の要素が含まれ、物品の供与やスタッフの努力のみによる改善が困難な指標もあり、そうした場合にはより適切な指標設定ができるようプロポーザル作成能力強化を継続して行う必要がある。一方でミニプロジェクトは事業実施監理を実践的に習得する機会であることを考慮すると、ミニプロジェクトの指標の達成度をそのままプロジェクト成果の達成度として評価することは適切でないと考えられる。ミニプロジェクトの実施を通じ、対象4県保健管理局の事業実施管理能力の強化が継続して行われていることを考慮すると、成果3はおおむね達成されていると判断される。

最新のPOとプロジェクトの進捗を比較すると、シエラレオネ側負担の現地業務費配賦の遅延、業務多忙により保健衛生省レベルC/Pによるプロジェクト活動への参加がときに不十分・困難であること、C/Pの交代による影響を受け、一部の進捗が遅れている。

表 3 - 3 成果の達成度

指標	達成度
成果1：保健衛生省の14県保健管理局を支援する能力が強化される。	
1) 保健衛生省のコア・スーパーバイザー**42名のうち8割	<進行中> 42名のコア・スーパーバイザーのうち、66.7%（28名）が、2016年から2018年10月までにプロジェクト実施の能力強化研修に60%以上参加した。（目標値：80%）

<p>(=33名)が、プロジェクト実施の能力強化研修に60%以上参加する。</p> <p>** コア・スーパーバイザー：保健衛生省スーパーバイザーから運営委員会により選定/承認され、ISSVサイクル実施に継続的に参加するスーパーバイザー</p>	<p>2016年以降、プロジェクト実施の能力強化研修に60%以上参加したコア・スーパーバイザーの割合（目標値：80%）</p> <table border="1" data-bbox="528 259 1302 539"> <tr> <td>2016年11月 (ベースライン)</td> <td>41.9% (18/ 43コア・スーパーバイザー) (2014年、合計2研修)</td> </tr> <tr> <td>2018年6月</td> <td>68.3% (28/ 41 コア・スーパーバイザー) (2016年以降、合計6研修)</td> </tr> <tr> <td>2018年10月</td> <td>66.7% (28/ 42 コア・スーパーバイザー*) (2016年以降、合計6研修)</td> </tr> </table> <p>*スーパーバイザー数人の辞任により、コア・スーパーバイザーのメンバーが見直された。</p>	2016年11月 (ベースライン)	41.9% (18/ 43コア・スーパーバイザー) (2014年、合計2研修)	2018年6月	68.3% (28/ 41 コア・スーパーバイザー) (2016年以降、合計6研修)	2018年10月	66.7% (28/ 42 コア・スーパーバイザー*) (2016年以降、合計6研修)
2016年11月 (ベースライン)	41.9% (18/ 43コア・スーパーバイザー) (2014年、合計2研修)						
2018年6月	68.3% (28/ 41 コア・スーパーバイザー) (2016年以降、合計6研修)						
2018年10月	66.7% (28/ 42 コア・スーパーバイザー*) (2016年以降、合計6研修)						
<p>2) 保健衛生省のコア・スーパーバイザー42名のうち2/3 (=28名)が、ポストエボラ期のプロジェクト期間のISSVサイクルに75%以上参加する。</p>	<p><進行中></p> <p>42名のコア・スーパーバイザーのうち、17名が、2016年から2018年10月までにISSVサイクルに75%以上参加した。（目標値：28名）</p> <p>なお、2018年の参加度低下の主な理由は、第8回ISSVサイクルの事前・事後会合の参加率が低かったためである。</p> <p style="text-align: center;">2016年以降、ISSVサイクルに75%以上参加した コア・スーパーバイザーの割合</p> <table border="1" data-bbox="453 949 1378 1229"> <tr> <td>2016年11月 (ベースライン)</td> <td>41.9% (18/ 43コア・スーパーバイザー) (ISSV合計2サイクル、2013年及び2014年)</td> </tr> <tr> <td>2018年6月</td> <td>51.2% (21/ 41コア・スーパーバイザー) (ISSV合計4サイクル、2016年以降、第4回—第7回)</td> </tr> <tr> <td>2018年10月</td> <td>40.5% (17/ 42コア・スーパーバイザー*) (ISSV合計5サイクル、2016年以降、第4回—第8回)</td> </tr> </table> <p>*スーパーバイザー数人の辞任により、コア・スーパーバイザーのメンバーが見直された。</p>	2016年11月 (ベースライン)	41.9% (18/ 43コア・スーパーバイザー) (ISSV合計2サイクル、2013年及び2014年)	2018年6月	51.2% (21/ 41コア・スーパーバイザー) (ISSV合計4サイクル、2016年以降、第4回—第7回)	2018年10月	40.5% (17/ 42コア・スーパーバイザー*) (ISSV合計5サイクル、2016年以降、第4回—第8回)
2016年11月 (ベースライン)	41.9% (18/ 43コア・スーパーバイザー) (ISSV合計2サイクル、2013年及び2014年)						
2018年6月	51.2% (21/ 41コア・スーパーバイザー) (ISSV合計4サイクル、2016年以降、第4回—第7回)						
2018年10月	40.5% (17/ 42コア・スーパーバイザー*) (ISSV合計5サイクル、2016年以降、第4回—第8回)						
<p>3) 各回のISSVで策定されるアクションプランの優先課題（ISSV訪問で特定され、APMMで緊急性及び重要度が高いとされた課題）のうち80%が着手される。</p>	<p><現時点では達成されている></p> <p>国レベルで解決が必要な15の優先課題がAPMMから特定された。2018年10月時点で、そのうち、12の課題は問題解決に向け、着手された。開発パートナー資金の資金管理、人事管理、ロジスティクス管理に関する課題など、外部機関管理下で保健衛生省管轄外の事項があり容易に解決できる課題ではないため、着手されているものの解決に時間を要する可能性が高く、保健衛生省は引き続き解決に向け、アクションを取っている。</p> <p style="text-align: center;">アクションプラン優先課題の着手率（保健衛生省）</p> <table border="1" data-bbox="568 1637 1262 1805"> <tr> <td>2016年11月 (ベースライン)</td> <td>100% (第4回ISSV、アクションプラン)</td> </tr> <tr> <td>2018年6月</td> <td>85.7% (12 /14優先課題) (第7回ISSV、アクションプラン)</td> </tr> <tr> <td>2018年10月</td> <td>80.0% (12 /15優先課題) (第8回ISSV、アクションプラン)</td> </tr> </table>	2016年11月 (ベースライン)	100% (第4回ISSV、アクションプラン)	2018年6月	85.7% (12 /14優先課題) (第7回ISSV、アクションプラン)	2018年10月	80.0% (12 /15優先課題) (第8回ISSV、アクションプラン)
2016年11月 (ベースライン)	100% (第4回ISSV、アクションプラン)						
2018年6月	85.7% (12 /14優先課題) (第7回ISSV、アクションプラン)						
2018年10月	80.0% (12 /15優先課題) (第8回ISSV、アクションプラン)						

成果2：対象4県の保健管理局において、PHUを対象とする統合的サポートスーパービジョン（ISSV）サイクルが強化される。

1) 対象4県における全PHUが毎年2回、県ISSVスーパーバイザーの訪問指導を受ける。

<進行中>

年間2回、県ISSVスーパーバイザーの訪問指導を受けたPHUの割合はボンバリ県16.4%、モヤンバ県32.0%、プジョン県14.3%、トンコリリ県40.4%である。

対象4県みな、サーベイやアセスメントでなく支援として、年2回の全PHU訪問指導の重要性を理解しているが、ISSV訪問に必要な財源、人員、交通手段が不足しており、また雨期の物理的アクセス困難が課題となっている。そのような状況下、県保健管理局は訪問指導を行う施設を戦略的に選定している。2017年までISSVサイクルが年2回実施されていたが、2018年はトンコリリ県を除き、年2回の実施が困難となった。これは県ISSVサイクル実施の予算となっていた、世界銀行「エボラ緊急対応プロジェクト」資金や政府予算の配賦遅延により、活動実施が遅れたためである。なお、トンコリリ県は政府予算を活用し2018年の第1四半期にISSVサイクルを実施した。

年2回以上ISSVスーパービジョン訪問を受けたPHUの割合*

県	2016年9月—2017年8月	2017年9月—2018年8月
ボンバリ	75.5% (83/110 PHUs) 第1回ISSV、2016年9月 第2回ISSV、2017年2月 第3回ISSV、2017年3月	16.4% (18/110 PHUs) 第4回ISSV、2017年11月 第5回ISSV、2018年8月
モヤンバ	84.0% (84/101PHUs) 第1回ISSV、2016年9月 第2回ISSV、2016年12月 第3回ISSV、2017年5月	32.0% (32/101PHUs) 第4回ISSV、2017年10月 第5回ISSV、2018年6月-7月
プジョン	45.5% (35/77PHUs) 第1回ISSV、2016年9月 第2回ISSV、2016年12月-2017年1月 第3回ISSV、2017年5月	14.3% (11/77PHUs) 第4回ISSV、2017年10月 第5回ISSV、2018年6月-8月
トンコリリ	81.7% (85/104PHUs) 第1回ISSV、2016年9月 第2回ISSV、2016年12月 第3回ISSV、2017年4月	40.4% (42/104 PHUs) 第4回ISSV、2017年10月 第5回ISSV、2018年3月 第6回ISSV、2018年6月

*ISSV実施予算の配賦遅延等の外部要因があることから、数値をより公正に確認するため、表記載の期間を1年として計算した。

各ISSVサイクルで訪問されたPHU数

県	県内の全PHU数 (2018)	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回
ボンバリ	110	61	102	32	44	65	-
モヤンバ	101	68	100	57	47	70	-
プジョン	77	42	36	36	35	41	-
トンコリリ	104	98	73	47	44	53	48

2) 県レベルのアクションプラン優先課題の75%が実施される。

<3県で達成>

第3回から第5回のISSVサイクル（トンコリリ県は第6回を含む）における、アクションプラン優先課題の実施割合はボンバリ県60.0%、モヤンバ県90.7%、プジョン県88.6%、トンコリリ県75.3%である。ボンバリ県は課題特異的な個別のプログラムが多く実施されているため限られた資源をISSVの結果によるアクションプランの実施に配賦するまでに至らなかったと考えられる。

アクションプラン優先課題の実施割合

県	第3回、第4回ISSV (2018年6月PJモニタリング時)	第3回-第5回ISSV (2018年10月)
ボンバリ	68% (47 / 69 課題)	60.0% (60 / 100課題)
モヤンバ	75% (83 / 111課題)	90.7% (165 / 182課題)
プジョン	89% (101 / 114課題)	88.6% (101 / 114課題)
トンコリリ	82% (114 / 143課題) *	75.3% (122 / 162課題) **

*第3回—第5回ISSV

**第3回—第6回ISSV

3) 特定された課題のうち、未解決課題が次年度の県年間計画に反映される。

<2018年度、2019年度は達成>

対象4県保健管理局では、ISSV実施から特定された未解決課題を2019年度県年間計画へ含める議論が2018年9月から開始された。(11月に計画に反映された旨、確認された。)

次年度の県年間計画に含まれた未解決課題の数

県	2017年 (2018年度年間計画)	2018年 (2019年度年間計画)
ボンバリ	4	6
モヤンバ	2	5
プジョン	5	5
トンコリリ	3	7

2018年度年間計画で反映された課題

県	反映された課題
ボンバリ	データ管理ツールの印刷、データ管理に関するアウトリーチ活動、「包括的疾患サーベイランスと対応」に関するPHUスタッフへの研修、メディカル・サプライ (4課題)
モヤンバ	医薬品、PHUの維持管理 (2課題)
プジョン	医薬品、(ワクチン) コールド・チェーン維持管理、廃棄物管理に関するPHUスタッフへの研修、感染管理、衛生 (5課題)
トンコリリ	医薬品、PHUの維持管理、統合的保健活動に関するPHUスタッフへの研修 (3課題)

成果3：PHUへのミニプロジェクト実施をとおして、対象4県保健管理局の事業実施管理能力が強化される。

1) ISSVで特定された課題のうち、各県で年間10PHUからの優先課題がミニプロジェクトのプロポーザルとして準備される。

<2017年：3県で達成>

ボンバリ県9、モヤンバ県24、プジョン県46、トンコリリ県37

<2018年10月時点：2県で達成>

ボンバリ県10、モヤンバ県31、プジョン県3、トンコリリ県1

優先課題がミニプロジェクトのプロポーザルとして準備されたPHU数、及びプロポーザル提出先

県	2017年		2018年 (10月時点)	
	本プロジェクト	他パートナー	本プロジェクト	他パートナー
ボンバリ	9	-	9	1*1
モヤンバ	21	3	2	29*2
プジョン	6	40	-	3*3
トンコリリ	37	-	1	-
合計	73	43	12	33

1：UNICEF、2：保健衛生省、3：在ガーナ日本国大使館「草の根・人間の安全保障無償資金協力」及びNGOs

プジョン県とトンコリリ県は1件あたりの予算規模が大きいミニプロジェクト (PHUの改修など) を申請したため2018年のプロポーザル提出件数が小さくなっている。

上記に加え、県保健管理局はAPMMを活用し、パートナーに口頭で支援を依頼することもあり、それらを含めると支援依頼の提案数は大幅に増加する。

2) ミニプロジェクトの80%がパートナーにより支援される。

<現時点では達成されている>
2018年10月時、96% (50/52ミニプロジェクト) のミニプロジェクトが支援されている。

提案されたミニプロジェクトのうち、支援されたミニプロジェクトの数

県	第1回—第3回ISSV (2018年6月)		第4回ISSV (2018年10月)	
	本プロジェクト	他パートナー	本プロジェクト	他パートナー
ボンバリ	10/10	-	9/9	0/1
モヤンバ	21/21	3/3	2/2	36/36
プジョン	7/7	40/40 (WHO)	-	2/3
トンコリリ	48/48	-	1/1	-
合計	86/86	43/43	12/12	38/40

3) 支援されたミニプロジェクトの80%が、プロポーザルで提案した指標の改善を達成する。

<現時点、1県で達成>
第1回から第3回ISSV実施後、プロジェクトで支援されたミニプロジェクトで、プロポーザルで提案した指標の改善を達成した割合は以下のとおり。
ボンバリ県33%、モヤンバ県29%、プジョン県100%、トンコリリ県38%

ボンバリ県

ミニプロジェクト バッチNo.	ミニプロジェクト の内容	対象PHU数	指標の目標値を 達成したPHU数	目標達成度 の割合
1	ソーラーシステム	2	1*	14%
2	ソーラーシステム	2		
3	ソーラーシステム	3		
2	バイク	2	2**	100%

*指標：夜間の出産数
**指標：毎月のアウトリーチ活動実施の平均数

モヤンバ県

ミニプロジェクト バッチNo.	ミニプロジェクト の内容	対象PHU数	指標の目標値を 達成したPHU数	目標達成度 の割合
1	バイク	9	0*	0%
2	バイク	4		
2	薬品棚	4	3**	75%
3	ソーラーライト	4	3***	75%

*指標：毎月のアウトリーチ活動実施の平均数
**指標：医薬品の適切な管理 (品目と有効期限による薬品の整理、薬品名と製造年月日のラベリング)
***指標：夜間の出産数

プジョン県

ミニプロジェクト バッチNo.	ミニプロジェクト の内容	対象PHU 数	指標の目標値を 達成したPHU数	目標達成度 の割合
1	廃棄物管理システム	3	3*	100%
2	薬品棚	2	2**	100%
3	PHUスタッフ宿舎	1	N/A***	N/A

*指標：胎盤の適切な処理
**指標：医薬品の適切な管理 (品目と有効期限による薬品の整理、薬品名と製造年月日のラベリング)
***完成したスタッフ宿舎は10月末に正式に移譲され、指標の確認はまだされていない。

トンコリリ県				
ミニプロジェクト バッチNo.	ミニプロジェクト の内容	対象PHU数	指標の目標値を 達成したPHU数	目標達成度 の割合
1	ソーラーシステム	2	1*	25%
2	ソーラーシステム	2		
2	バイク	2	3**	23%
3	バイク	11		
2	薬品棚	2	8***	100%
3	薬品棚	6		
3	感染予防管理用具	22	6****	27%

*指標：夜間の出産数
**指標：毎月のアウトリーチ活動実施の平均数
***指標：医薬品の適切な管理（品目と有効期限による薬品の整理、薬品名と製造年月日のラベリング）
****廃棄物分離及び手指衛生遵守の割合

3-4 プロジェクト目標の達成状況

プロジェクト目標：PHUで提供される保健サービス改善のために、保健衛生省及び14県保健管理局による統合的サポートイニシアチブ（ISSV）サイクルが強化される。

プロジェクト目標は主要関係者の継続的なコミットメントが必要であるが、以下の理由から指標1については達成が見込め、指標2については達成されていないもののISSVの定着が見込めるため予算配賦により達成される可能性がある。また指標3についてもプロジェクト終了までに達成される見込みであり、指標4についてはプロジェクト終了時までに達成されるとは考えにくいものの総合的にはプロジェクト終了時までにおおむね達成される見込みが高い。

プロジェクト目標の指標

<p>指標1：保健衛生省が ISSVサイクルの全活動を年に2回実施する。</p> <p>指標2：対象4県の保健管理局が ISSVサイクルの全活動を全PHUに対し、年に2回実施する。</p> <p>指標3：他の10県のうち、6県でISSVサイクルが確立される。</p> <p>指標4：プロジェクト期間中、ISSVサイクル最後の3回において、14県中10県がISSVチェックリスト（県保健管理局対象）のスコアを80%以上獲得する。</p>

指標1

保健衛生省ISSVサイクルは2016年及び2017年は年2回、2018年は1回（10月時点）実施された。現時点での制約や課題として、ISSV訪問指導の活動予算である開発パートナー資金の配賦遅延や、保健衛生省の各局・各プログラムの活動、首都以外で開催される研修・ワークショップ・会議、全国母子健康週間や全国一斉ポリオ・ワクチン投与キャンペーンのような全国キャンペーンと数多くの活動があり、スケジュール調整が容易でない点などが挙げられるが、保健衛生省は年2回確実にISSVサイクルを実施するため、2019年よりISSV週間⁵として実施する予定であり、タイミングを定め周知を図ることでスケジュール調整が比較的容易となり上記の課題の一部が解消されることが見込まれる。2019年のISSV週間は1月及び7月に予定されている。

⁵ ISSV週間として保健衛生省ISSV訪問指導を本期間中に集中して実施することにより、保健衛生省内の部局や開発パートナーへ他の活動を同時期に行わないよう要請が可能となり、保健衛生省及び県レベルの関係者はISSV業務に専念できるようになる利点がある。

指標2

2017年、対象4県の県保健管理局は県ISSVサイクルの全活動を2回実施した。ただし、開発パートナー資金や県議会経由政府予算の配賦遅延の課題に加え、予算額、ロジスティックス、人員面においても年2回全PHUを訪問するには不十分であり（対象4県のPHU平均数は98PHU/県）、季節性（場所により、雨期の移動は困難）も影響を与えている。上記の制約に対し、県保健管理局はISSV訪問指導を行う施設を戦略的に決定し、その結果、より課題のみられるPHUに対し、より多くの訪問指導を行っている。プロジェクト目標であるISSVサイクルの強化のためには、ISSVの一連の活動がサイクルとして実施され、それが積み重なり制度として定着することが重要と考えられる。そのため評価団は全PHUを年2回訪問すること以上に、年2回ISSVサイクルを実施することが本質的に重要であると考えられる。さらに、県保健管理局の訪問対象PHUの戦略的選択は、PHUでの保健サービス提供の改善をめざすうえでより効果的な方法とも考えられる。これらのことから、意図されていた目標は2017年は達成されたと考えられる。2018年は、10月時点で年2回のISSVサイクル実施は1県で達成された。他3県で1回の実施となっている主な理由は活動資金配布配賦の遅延である。

指標3

県保健管理局はプロジェクト活動による体系的なISSVサイクルが導入される以前から、ISSV訪問指導を行っていた。しかしながら、保健医療施設のサービス向上をめざすうえで、訪問指導で特定された課題に対し、課題解決に向けた県保健管理局による対応が効果的に行われていない状況が指摘されていた。対象県外の県であるボ県では、県保健局長は、以前赴任していた対象県で県レベルISSVサイクルの利点を実感しており、PHU保健サービス改善のためにボ県へのISSVサイクル導入に意欲的である。そのため、県保健管理局メンバーのISSVツールに対する理解を深めるため、保健衛生省に支援を求めている。指標3に関し、対象県外の10県での第1回ISSVサイクル実施は開発パートナー資金配賦の遅延により、サイクル実施が遅れている。しかしながら、2018年11月、資金配賦が確認され、保健衛生省ISSVファシリテーターとプロジェクトの技術支援により、プロジェクト終了までに6県以上の県保健管理局によるISSVサイクル実施が期待される。

指標4

指標4に関し、指標値は、2018年6月モニタリング時の9県（第5回から第7回ISSVスコア、出所：「2018年6月プロジェクトモニタリングシート」）から5県（第6回から第8回ISSVスコア）と値が悪化している。指標値の変動は、県保健管理局への政府年間予算配賦の遅延が大きな影響を与えている。2018年5月に実施された総選挙の影響により、2018年度の予算配賦が大きく遅れ、シエラレオネの会計年度は1月から12月であるが、9月ようやく初回の予算配賦がされ、また年間予算25%の配賦であった。また、政権交代により県レベルでのリーダーや人事異動が行われた。このことも2018年7月の第8回ISSVスコア悪化の原因と考えられ、一時的な悪化とも考えられる。本スコアは各県のDHMT全般のマネジメントやプログラムを評価するものでありISSVサイクルの強化の度合いを直接評価するものではないものの、プロジェクトの対象4県ではISSVスコアが80%以上となることが多く、プロジェクトにより対象県DHMTの管理能力が強化されていることを示している可能性がある。

表3-4 プロジェクト目標の達成度

指標	達成度																				
<p>1) 保健衛生省が ISSVサイクルの全活動を年に2回実施する。</p>	<p><進行中 (2016年、2017年は達成) > ISSVサイクルの全活動が2016年、2017年は年2回実施された。 APMMが作成され、更新されている。会議議事録に代わり、パワーポイント・プレゼンテーションやスーパーバイザーの報告書から保健衛生省での事前・事後会議の実施が確認されている。</p> <p style="text-align: center;">ISSVサイクル実施の達成度</p> <table border="1" data-bbox="703 658 1278 857"> <thead> <tr> <th>年</th> <th>達成度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2013</td> <td>50% (6月から12月までの期間で1回)</td> </tr> <tr> <td>2014</td> <td>50% (1月から7月までの期間で1回)</td> </tr> <tr> <td>2015</td> <td>50% (6月から11月までの期間で1回)</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>100% (2回)</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>100% (2回)</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>50% (第8回ISSV、8月実施)</td> </tr> </tbody> </table>	年	達成度	2013	50% (6月から12月までの期間で1回)	2014	50% (1月から7月までの期間で1回)	2015	50% (6月から11月までの期間で1回)	2016	100% (2回)	2017	100% (2回)	2018	50% (第8回ISSV、8月実施)						
年	達成度																				
2013	50% (6月から12月までの期間で1回)																				
2014	50% (1月から7月までの期間で1回)																				
2015	50% (6月から11月までの期間で1回)																				
2016	100% (2回)																				
2017	100% (2回)																				
2018	50% (第8回ISSV、8月実施)																				
<p>2) 対象4県の保健管理局が ISSVサイクルの全活動を全 PHUに対し、年に2回実施する。</p>	<p><進行中> 2017年、対象4県の保健管理局はISSVサイクルの全活動を2回実施した。ただし、予算・人員不足、雨期に伴う移動困難からISSV訪問指導が年1回となったPHUがある。前節「3-3 各成果の達成状況」成果2指標1で言及したように、世界銀行「エボラ緊急対応プロジェクト」の資金や政府予算の配賦遅延がISSV実施に多大な影響を与えている。プロジェクトはISSV事務局とともに、世界銀行プロジェクトの資金管理を行っている Integrated Health Project Administration Unit (IHPAU)、保健衛生省における世界銀行、GFATM、GAVIの資金管理部門) にタイムリーに資金配賦が行われるよう、働きかけ続けている。</p> <p style="text-align: center;">ISSVサイクルの実施回数 (2018年10月時点)</p> <table border="1" data-bbox="780 1491 1201 1632"> <thead> <tr> <th>県</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ボンバリ</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>モヤンバ</td> <td>2*</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ブジョン</td> <td>2*</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>トンコリリ</td> <td>2*</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>*第2回ISSVサイクルは2016年12月から2017年3月にかけて実施された。</p>	県	2016	2017	2018	ボンバリ	1	3	1	モヤンバ	2*	2	1	ブジョン	2*	2	1	トンコリリ	2*	2	2
県	2016	2017	2018																		
ボンバリ	1	3	1																		
モヤンバ	2*	2	1																		
ブジョン	2*	2	1																		
トンコリリ	2*	2	2																		
<p>3) 他の10県のうち、6県で ISSVサイクルが確立*される。</p> <p>*プロジェクトでは「ISSVサイクルの全活動を1回実施すること」と定義している。</p>	<p><進行中> 対象県外の10県では、県レベルISSVサイクル確立に向け、2018年2月から活動が始められ、以下の活動が実施された。</p> <p>ISSVオリエンテーション (2月、10月)、ISSV入門研修 (4月)、対象県の県ISSV (事前会合、フィールド訪問) への参加 (6月)、PCM研修 (講師養成研修、カス</p>																				

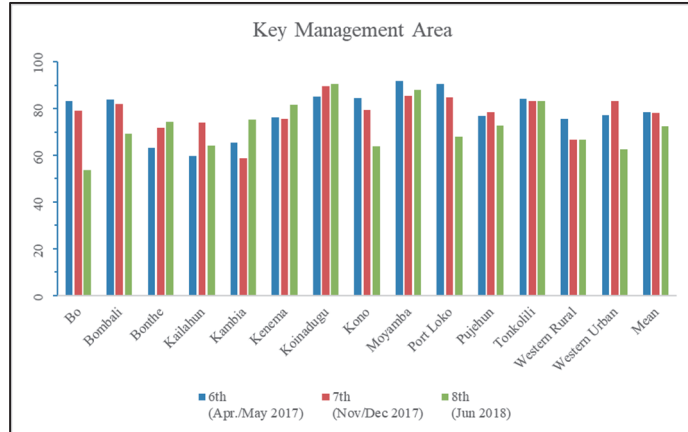
ケード研修、8月から11月)
ISSVサイクルの実施が12月から予定されている。

4) プロジェクト期間中、ISSVサイクル最後の3回において、14県中10県がISSVチェックリスト（県保健管理局対象）のスコアを80%以上獲得する。

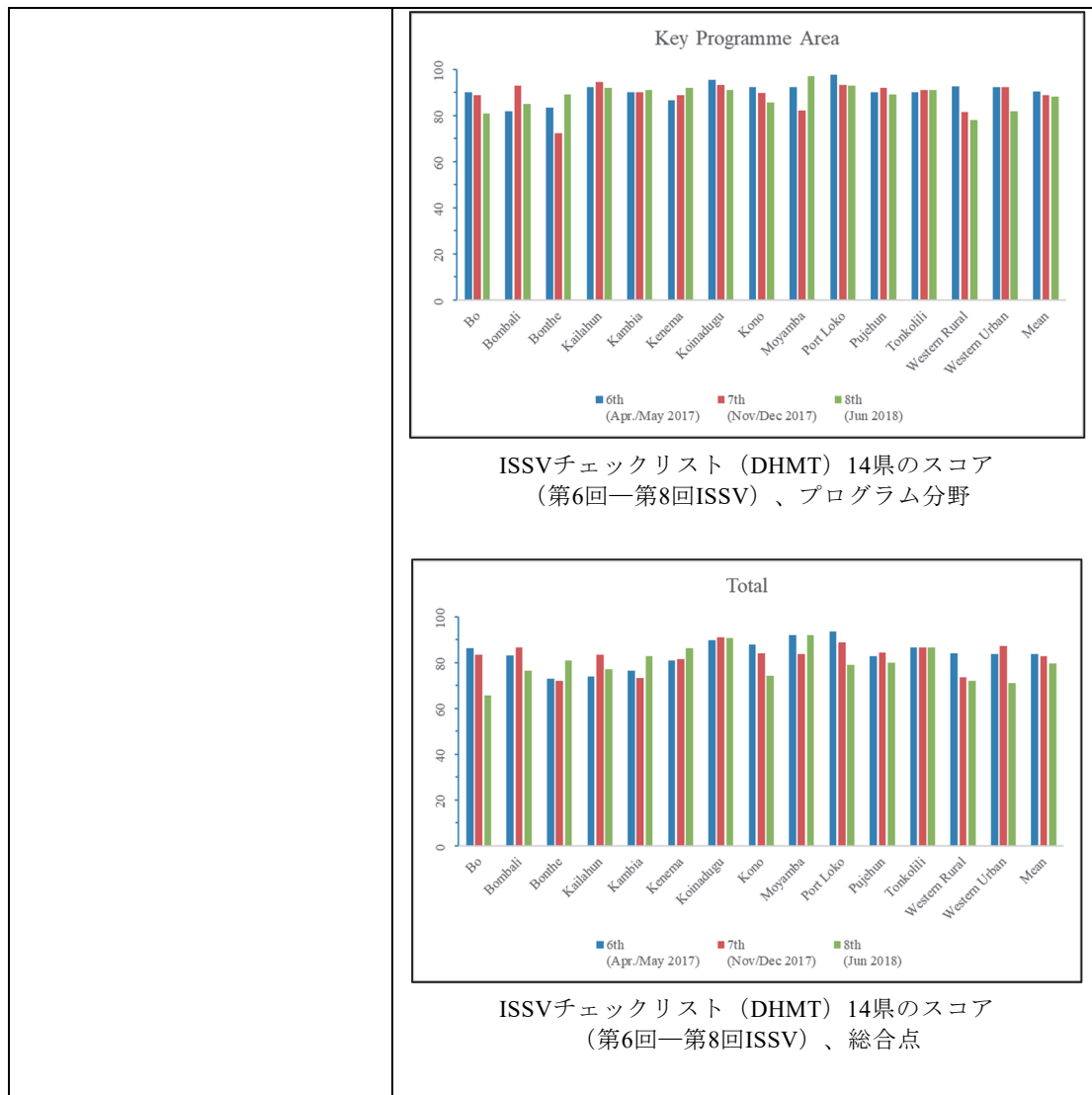
<進行中>

第6回から第8回の保健衛生省ISSVにおいて、5県が継続して80%以上のスコアを獲得した。

District	Scoring of the past three ISSVs (%)			Recorded 80% or higher over 3 successive cycles
	6th (Apr./May 2017)	7th (Nov/Dec 2017)	8th (July 2018)	
Bo	86.1	83.3	65.8	
Bombali	83.0	86.7	76.5	
Bonthe	72.9	72.0	80.9	
Kailahun	74.0	83.3	77.0	
Kambia	76.5	71.0	82.9	
Kenema	80.9	81.4	86.2	✓
Koinadugu	89.7	91.2	90.7	✓
Kono	88.0	84.0	74.2	
Moyamba	92.0	83.9	92.0	✓
Port Loko	93.6	88.8	79.1	
Pujehun	82.8	84.5	80.0	✓
Tonkolili	86.8	86.8	86.8	✓
Western Rural	84.2	73.6	71.9	
Western Urban	83.8	87.1	71.1	
Mean	83.88	82.69	79.64	< 5 Districts >



ISSVチェックリスト（DHMT）14県のスコア（第6回—第8回ISSV）、マネジメント分野



3-5 上位目標の達成見込み

JICAの評価ガイドラインによれば、上位目標とは、PDM記載の外部条件が満たされた場合、プロジェクト効果の発現として、プロジェクト終了後3～5年以内に達成される目標と定義されている。現時点では、指標1のサービス提供体制・状況調査(Service Availability and Readiness Assessment: SARA) 指標⁶の一般サービス提供体制の指標値(2011年、2012年、2017年)は、全体的には改善傾向がみられる〔General Service Readiness (mean score)〕。終了時評価調査時点での上位目標の指標値は表3-5のとおりである。

上位目標：一次医療施設(PHU)で提供される保健サービスが改善される。

⁶ シェラレオネは開発パートナーの技術・財政支援を受け、SARAを継続して実施している。ただし、資金の影響による調査実施の遅延、調査結果の非公表などの事態が起こる可能性はある。

表 3-5 上位目標の達成度

指標	達成度/状況																																			
<p>1) 保健サービスの現状分析調査 (SARA) における、一般サービス提供体制の指標が向上する。</p>	<p><達成度は事後評価時に評価される></p> <p>2011年、2012年、2017年のSARAにおける、一般サービス提供体制の指標値は、一部、基本機材分野等において一時悪化があるものの、全体的には改善傾向がみられる（「終了時評価調査報告書英語版Annex 10」参照）。</p> <p>なお、SARA指標の改善度合いには他開発パートナーによる支援など外部要因が与える影響が大きいこと、また過去3回のSARA調査において指標に軽微な変更がある点に留意が必要である。</p> <p>プロジェクト実施によるインパクトとして、ISSVサイクルを通して課題解決を行った結果、保健医療施設の保健サービス提供状況が改善し、SARA指標改善に一定程度、貢献する見込みがあると考えられる。特にプロジェクトでは対象4県において母子保健 (Maternal and Child Health : MNCH) にかかるミニプロジェクト実施を支援していることからMNCHにかかる指標において貢献する可能性がある。</p>																																			
<p>2) PHUを対象としたISSVチェックリストのスコアが向上する。</p>	<p><達成度は事後評価時に評価される></p> <p>現時点では、対象4県のスコアのみが入手可能である。これまでに県レベルISSVサイクルの全活動は対象4県でのみ実施されてきたため、4県での経年変化を確認した。</p> <p>PHUを対象としたISSVチェックリストのスコアの経年変化は変動しており、明確な改善や改悪傾向はみられない。</p> <p>この指標の課題として、県保健管理局メンバー (スーパーバイザー) のスコアリング方法を強化する必要があり、プロジェクト期間内に実施される必要がある。また、スコアの確認項目には、(ワクチン) 冷蔵庫や医薬品の不足など、保健衛生省レベルでの改善が必要な課題も含まれている。</p> <p style="text-align: center;">PHUを対象としたISSVチェックリストのスコア 経年変化 (県レベルISSV)</p> <table border="1" data-bbox="608 1563 1342 1809"> <thead> <tr> <th>県</th> <th>第1回 ISSV</th> <th>第2回 ISSV</th> <th>第3回 ISSV</th> <th>第4回 ISSV</th> <th>第5回 ISSV</th> <th>第6回 ISSV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ボンバリ</td> <td>68.9</td> <td>65.5</td> <td>45.4</td> <td>62.0</td> <td>60.2</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>モヤンバ</td> <td>66.4</td> <td>74.6</td> <td>69.6</td> <td>62.8</td> <td>64.4</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ブジョン</td> <td>71.0</td> <td>75.7</td> <td>71.7</td> <td>68.2</td> <td>72.8</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>トンコリリ</td> <td>62.9</td> <td>59.6</td> <td>51.6</td> <td>53.7</td> <td>64.2</td> <td>61.9</td> </tr> </tbody> </table>	県	第1回 ISSV	第2回 ISSV	第3回 ISSV	第4回 ISSV	第5回 ISSV	第6回 ISSV	ボンバリ	68.9	65.5	45.4	62.0	60.2	-	モヤンバ	66.4	74.6	69.6	62.8	64.4	-	ブジョン	71.0	75.7	71.7	68.2	72.8	-	トンコリリ	62.9	59.6	51.6	53.7	64.2	61.9
県	第1回 ISSV	第2回 ISSV	第3回 ISSV	第4回 ISSV	第5回 ISSV	第6回 ISSV																														
ボンバリ	68.9	65.5	45.4	62.0	60.2	-																														
モヤンバ	66.4	74.6	69.6	62.8	64.4	-																														
ブジョン	71.0	75.7	71.7	68.2	72.8	-																														
トンコリリ	62.9	59.6	51.6	53.7	64.2	61.9																														

3-6 実施プロセス

3-6-1 エボラウイルス病の流行がプロジェクト実施に与えた影響

2014年から2016年までEVDが流行し、2015年11月にシエラレオネでEVD流行終息が宣言された。この流行のため、JICAは2014年8月にプロジェクト活動の延期を決定した。2015年6月から、遠隔支援により4か月間のプロジェクト活動が行われ、電子メールや電話で保健衛生省C/Pへ支援が行われた。下記に示す阻害要因はプロジェクト活動の進捗に影響を与えている。

EVD流行とその対応期における影響を緩和するため、2016年12月に行われた中間レビューの提言に基づいてPDMは改訂され、プロジェクト期間が4年間から4年8か月へ延長され、追加の投入が行われた。

EVDによる追加的な投入（業務実施契約への影響）としては、具体的には以下の内容があった。

- ・ 現地での活動中断期間約16か月（2014年8月から2016年12月、うち2015年6月から10月は日本からの遠隔支援を実施）をうけ、当初計画より現地活動期間が約1年増加。この間、C/Pらとガーナのアクラでの会合を実施。
- ・ EVD流行後、第3年次契約を結び16か月ぶりに専門家チームが現地活動を再開したが、C/Pの配置換えやエボラ復興計画の中での活動となり、第1年次契約を踏襲する活動を実施しなければならない状況であった。
- ・ 2015年-2016年に派遣した長期直営専門家の活動に関連して、県アドバイザー制度ができ、DAの旅費等の支援を始めたことから、第4年次でも引き続き支援することになったこと。

EVD流行及びポスト・エボラ復興計画と関連して、以下の阻害要因と貢献要因がみられた。

EVD流行やポスト・エボラ復興期と関連する阻害要因

- ・ EVD流行及びポスト・エボラ復興関連により、保健衛生省、県レベルともに、C/Pの業務が増加し、以前にも増して多忙となり、プロジェクト活動への参加度合いが限定的となった。
- ・ EVD流行により、以前にも増して頻繁に人事異動が行われ、C/Pのほぼ半数が代わった。2014年6月からのEVD流行までに研修を受講したC/Pの異動は、プロジェクト活動の進捗に影響を及ぼしている。
- ・ 国家非常事態宣言の下、入国不可というJICA方針により、日本人専門家は1年以上現地を離れることとなった。このことは、EVD流行までに築かれたC/Pや開発パートナーとの協力関係にネガティブな影響を与えた。
- ・ 2014年7月時点では国連児童基金（United Nations Children's Fund）UNICEFが2014年8月から県レベルのISSVへ資金を拠出することが同意されていたが、エボラ後の復興計画の中でUNICEFが保健情報システムに支援を集中することになったため他の資金を活用するため改めてC/Pとの協議や働きかけ、調整等が必要となった。

EVD流行やポスト・エボラ復興計画と関連する貢献要因

- ・ ISSVが大統領ポスト・エボラ復興計画の一部と位置づけられ、ISSV及びその有効性が保健セクター内で広く認識された。このことが、開発パートナーによる、ISSV活動への資

金支援をさらに促進したと考えられる。

3-6-2 阻害要因及び貢献要因

終了時評価時、次のような阻害・貢献要因がプロジェクト実施プロセスにおいて観察された。

3-6-2-1 阻害要因

保健衛生省における分野横断的な活動実施における労力

保健衛生省ISSVは、様々な部局やプログラムの人材によって実施される分野横断的な活動である。一方、保健衛生省は各々の業務を担う垂直プログラムを中心とした部局での活動がより一般的である。各部局の理解・協力・参加を得てISSVを実施するため、国レベルでの活動調整には、保健衛生省幹部マネジャーの強力なリーダーシップやコミットメントとともに、かなりの時間と労力を費やす必要があった。

C/Pのプロジェクト活動への参加度合い

プロジェクト・マネジメント面では、運営委員会メンバーが多忙を極め、プロジェクト運営委員会の開催が難しく、プロジェクトの円滑な実施に影響を与えている。会合開催が困難な場合、運営委員会の各メンバーと個別連絡が取られてきた。

シエラレオネ側現地業務費の手続きに要する時間の長さ及び配賦の遅延

資金手続きにおける遅延がしばしば起こった。例えば、対象県外の10県のISSV訪問指導実施にかかる活動経費の申請は2018年2月に行われたが、手続きに時間を要し、11月中旬ようやく配賦された。

シエラレオネ側負担分のISSV活動経費は、外部条件に記載があるように、主に開発パートナー支援によるものである。プロジェクトは保健省のパートナー資金管理部門に対する資金申請や適時に資金配賦がされるように、C/Pに相当なサポートを行う必要があった。

保健衛生省幹部チーム（TMT）会合の中止

もともとISSV訪問指導の結果は保健衛生省幹部チームに報告し、TMTがアクションプランを議論、承認する旨、計画されていたが、EVD対策期間中にTMT会合は開かれなくなった。

保健衛生省、県レベルでのマネジャーの長期に及んだ人事異動及び人事異動による影響

2018年3月の総選挙後、局長やマネジャーのいくつかのポストはしばらく空席が続き、ISSV事務局のマネジメントや県アドバイザーの任命に影響を与えた。現在の県アドバイザーリストは2018年11月に正式に承認された。

対象4県の県保健局長は総選挙後、みな異動した。ISSVサイクル実施において県保健局長のリーダーシップは重要であり、県保健局長の空席期間にはISSVサイクル活動がやや不活発となった。

特定された重要課題における、保健衛生省管轄外の課題

ISSVで特定された重要課題のなかには、（開発パートナー資金の）資金管理、人事管理、

ロジスティクス管理に関する課題など、外部機関管理下で保健衛生省管轄外の事項があり、課題解決は容易ではない。すなわち、重要課題の一部は外部機関の影響下で解決に時間を要する可能性が高く、上位目標の達成を阻害する可能性がある。

3-6-2-2 貢献要因

- ・ プロジェクトによる継続的な働きかけによりISSV活動に対する首席医務官のリーダーシップとコミットメントが増加し、プロジェクト活動が促進されている。
- ・ 2016年6月、JICAにより保健衛生省アドバイザー（長期専門家）が追加派遣され、PDTの一員として、復興計画とISSVとの連携強化、県アドバイザー委員会の強化等の業務にも携わった。このことも、ISSV訪問指導を、EVD対応活動のモニタリングツールとして促進するために効果的に働いた。

第4章 評価結果

4-1 妥当性

プロジェクトの妥当性は高い。

本プロジェクトの上位目標及びプロジェクト目標の内容を、相手国と日本側の政策との整合性、受益者のニーズとの合致につき検討した結果、終了時評価調査時点においても妥当性が高いといえる。

- ・ 「必須保健サービスの基礎的パッケージ（Basic Package of Essential Health Services : BPEHS）2015-2020」にて、保健衛生省は、分野横断的・包括的な保健プログラムの形成及び保健サービスの効率性と効果の向上を目的として、統合的かつ包括的なアプローチを採用している。また、「国家保健セクター戦略計画（NHSSP）2010-2015」では、質が高く効率的で公正な保健サービス提供を行うため、統合的なサポーターティブスーパービジョンが重要とされている。「国家保健セクター戦略計画2017-2021」においては、統合的サポーターティブスーパービジョン訪問指導がM&Eの一部とされ、「保健セクター復興計画2015-2020」にも「サポーターティブスーパービジョン」が言及されている。
- ・ 日本政府、開発協力大綱の保健分野課題別政策である「平和と健康のための基本方針」（2015年）では、アフリカ地域の重点方針としてリーダーシップとガバナンスを含む、強靱な保健システムの構築支援を挙げている。「国際的に脅威となる感染症対策の強化に関する基本計画」（2016年）や「アフリカ開発会議（Tokyo International Conference on African Development : TICAD）VIナイロビ実施計画」（2016年）においても保健システム強化の重要性は強調されている。また、「対シエラレオネ共和国 国別援助方針」（2012年）、「対シエラレオネ共和国事業展開計画」（2017年）では、保健行政能力の向上や制度強化が明記されている。プロジェクトはPDCAサイクルを包含するISSV実施を通し、保健システム管理能力を強化するものであり、これらの日本政府方針と合致している。
- ・ JICA SDGs ポジション・ペーパー（2016年）では、SDGsゴール3（健康）を開発の基礎と捉え、JICAが中心的な役割を果たしていくと明記しており、保健医療ポジションペーパー「JICAの保健分野の協力ー現在と未来ー」（2013年）でも保健システム強化が重視されている。
- ・ シエラレオネでは、県保健管理局はこれまでISSV訪問指導を実施してきた経験があるが、訪問後、保健サービス改善のため、特定された課題解決に向けた十分な対策を県保健管理局が組織的に取るには至っていなかった。したがって、課題を解決し、PHUで提供される保健サービスを改善する有効なツールとして、ISSVサイクルを確立する必要性がみられた。

4-2 有効性

プロジェクトの有効性は、高いと期待される。

主要関係者の継続的なコミットメントが必要であるが、以下のことから、プロジェクト終了時、プロジェクトの有効性は高いと予測される。

各成果の達成はプロジェクト目標の達成に貢献しており、成果とプロジェクト目標のロジックの整合性は高いと考えられる。プロジェクト目標達成における指標の達成度は以下のとおりであ

る。

指標1「保健衛生省がISSVサイクルの全活動を年に2回実施する」は2016年、2017年は達成された。2018年（10月時点）は達成されていないが、これはISSV活動資金の配賦遅延のためである。2018年度の政府予算配賦は同年5月に実施された大統領選挙の影響を大きく受け例年以上に遅延し、例年通りの配賦であれば年2回の実施は達成されると考えられる。また保健衛生省は2019年から年2回ISSVサイクルを確実にを行うため「ISSV週間」の導入を予定しており、多忙な関係者がISSV業務に専念できる環境を整えるとともにISSV実施に向けた予算配賦等の準備作業についても計画的に実施されると考えられる。

指標2「対象4県の保健管理局がISSVサイクルの全活動を全PHUに対し、年に2回実施する」は、対象4県で年2回、ISSVサイクル全活動の実施は、2017年達成された。ただし、前述（「3-4 プロジェクト目標の達成状況」参照）した制約から、県保健管理局は訪問指導を行うPHUを戦略的に選択して、ISSVサイクルを実施している。その結果、課題をより抱えるPHUは他と比較し、より多くの訪問指導を受けている。PHUを対象とするISSVサイクルの強化という観点から、全PHUを年2回訪問すること以上に、年2回ISSVサイクルを実施することがISSVサイクルの実施が制度として定着・強化されるために重要であると評価される。さらに、県保健管理局の訪問対象PHUの戦略的選択は、PHUでの保健サービス提供の改善をめざすうえでより効果的な方法とも考えられる。これらのことから、意図されていた目標は2017年は達成されたと考えられる。2018年は、10月時点で年2回のISSVサイクル実施は1県で達成された。他3県で1回の実施となっている主な理由は活動資金配賦の遅延であり、前述のとおり2018年4月の大統領選挙の影響が大きいと考えられることから、例年どおりの配賦であれば達成された可能性が高いと考えられる。

指標3「他の10県のうち、6県でISSVサイクルが確立される」は、プロジェクト終了までに達成される見込みがある。県保健管理局は本プロジェクトによる体系的なISSVサイクルが導入される以前から、PHUに対するISSV訪問指導を行ってきた経験がある。ISSVサイクルに関するオリエンテーションや研修を受け、対象県外の10県の県保健管理局にはISSVサイクル実施に関心が高い県があり、2018年11月にISSV訪問指導の活動資金が配賦可能となっていることから、プロジェクト期間終了までに10県中6県でISSVサイクルが確立する見込みは高いと考えられる。

指標4「プロジェクト期間中、ISSVサイクル最後の3回において、14県中10県がISSVチェックリスト（県保健管理局対象）のスコアを80%以上獲得する」については、2018年10月時点では目標値は達成されていない。県保健管理局ではマネジメント強化の過程にある。また、2018年7月実施の保健衛生省ISSVサイクル時のスコアが悪化しているが、この理由として、県保健管理局への政府年間予算配賦の遅延及び政権交代後、県でのリーダーや人事異動による影響が考えられる。

以上のことから指標1から3については達成の見込みが高いまたはおおむね達成されていると考えられ、指標4については指標1から3以上に政府予算の配賦遅延の影響が大きく達成が難しいものの、プロジェクト目標であるISSVサイクルの強化という観点においては総合的に考えると、プロジェクト終了時には達成が期待される。

4-3 効率性

プロジェクトの効率性は中程度である。

プロジェクトの投入は「表4-1 プロジェクトの投入」のとおりである。日本側の投入、シエラレオネ側の投入の一定程度までは計画どおり、かつ適時に投入が行われた。シエラレオネ側の現地業務費は、開発パートナー資金の複雑な手続き等により、配賦遅延がみられ、活動の進捗に影響を与えた。日本側の投入のうち業務実施契約による専門家派遣は、シエラレオネ側の投入の進捗を受けて調整する必要があったため自社負担分として増加し、自社負担分が全体の27%となっている。

EVD流行やその他の要因（例：保健衛生省の絶対的人員不足に起因するC/Pへの技術移転不足）の影響により、プロジェクト期間は4年間から4年8カ月（EVD流行時の現地活動中断期間、2014年8月から2015年11月を除く）へ延長され、事業費は計画時より増額された。中間レビューでの調査結果及び提言に基づいてPDMの変更、活動の追加や期間の延長がされ、適切に変更が行われた。

表4-1 プロジェクトの投入

投入要素	計画 (PDM version 0)	実績 (2018年10月)
日本側		
1. 専門家派遣	合計80人/月 -総括 -調整員 -保健行政 -サポーター/スーパービジョン -データマネジメント -母子保健	合計163.86人/月 内訳：JICA負担分 119.13人/月 自社負担分 44.73人/月 業務実施、専門家9名 -総括/母子保健1/M&E 1 -副総括/HSS 1/M&E 2 -HSS 2 -母子保健2 -HSS 2/母子保健2 -保健情報分析 1/HSS 3 -研修計画管理/PC -研修計画管理/PC 1 -保健情報分析2/PC 2 長期専門家1名 -保健衛生省アドバイザー 詳細は「表3-1 専門家派遣、実績」を参照のこと。
2. 機材供与	-車両 -バイク -事務所用機材/家具	約2,781万円 車両、コピー機、スタビライザー、ポンプ、エアコン（ミニプロジェクト） バイク、ソーラーライト・システム 廃棄物管理ゾーン、PHUスタッフ宿舍 詳細は「終了時評価調査報告書英語版 Annex 3」を参照のこと。
3. 現地業務費	約7,700万円 -保健衛生省によるISSVの交通費（車両レンタル代、燃料代） -ワークショップ/会議費用	約6,654万円 交通費（車両レンタル代、燃料代）、ワークショップ/会議費用など。詳細は「終了時評価調査報告書英語版 Annex 4」を参照

	-ISSVツールの開発・印刷費用 -日本人専門家用の運転手とアシスタント -日本人専門家用車両の維持管理費用及び燃料代 -対象4県においてそれぞれのJPWFを補完するミニプロジェクトの実施費用	のこと。
4. 事業費合計	約4.1億円	約6.3億円*（終了時評価時点で想定される、プロジェクト終了時までの総事業費。） *EVD流行時及びポスト・エボラ復興期に、EVD対応のみを目的とする機材がプロジェクトを通じて供与されたが、評価対象とせず、事業費合計から除くものとする。
シエラレオネ側		
1. カウンターパート配置	-保健衛生省（プライマリーヘルス局長、政策計画局長、リプロ・小児保健局長等） -関連職員（政策計画局及びプライマリーヘルス局） -保健衛生省スーパーバイザー -対象4県の保健管理局长 -必要に応じてその他の職員	マネジメント・レベル -保健衛生省9名 -対象4県の保健管理局长4名 詳細は「3-1-2 シエラレオネ側の主な投入（1）カウンターパート配置」及び「終了時評価調査報告書英語版Annex 5」を参照のこと。
2. 保健衛生省内プロジェクト執務室	保健衛生省内におけるプロジェクト事務所用スペース（執務室）	政府合同庁舎1階 プロジェクト事務所用執務室
3. 現地業務費	-保健衛生省及び県保健管理局職員の諸手当（ISSV実施の際の日当・宿泊費を含む） -プロジェクト事務所の電気・水・電話等の諸経費 -机、イス、棚等の事務所用家具 -対象4県保健管理局に供与する車両とバイクの利用にかかる費用（登録料、保険料、維持管理費、運転手代、燃料費）	約2,506万円 詳細は「終了時評価調査報告書英語版Annex 6」を参照のこと。
4. 現地業務費、プロジェクト対象外の9県保健管理局に対するISSV能力強化に関する費用	プロジェクト対象外の9県保健管理局に対するISSV能力強化に関する費用	\$0 詳細は「終了時評価調査報告書英語版Annex 6」を参照のこと。

HSS：保健システム強化 PC：業務調整

2018年3月の総選挙後、C/Pの交代があり、公式な任命の遅れによりマネジャーポストのいくつかは半年間の空席期間があり、プロジェクト活動の進捗に影響を与えた。また総選挙後に見直しされた県アドバイザーリストは2018年11月後半に正式に承認された。

シエラレオネ側の現地業務費は主に世界銀行や英国国際開発省（Department for International Development：DFID）/世界保健機関（World Health Organization：WHO）といった開発パートナー資金により支援されてきた。複雑な資金手続きと資金管理の弱さから、予算配賦の遅延がしばしば起こり、プロジェクト活動の進捗に影響を与えている。例えば、県レベルISSVサイクルと保健衛生省ISSVサイクル実施予算の申請が2018年2月初旬に行われたが、配賦までに4カ月以上の時間を要した。

これらの制約がある中、プロジェクトは成果を産出してきた。保健衛生省ISSVファシリテーターは中間レビュー時の7名から16名に増加した。2018年6月ISSV事務局が発足し、ISSVサイクルに関するアドミ業務、報告書やAPMMといったISSVツールに関し、これまでプロジェクトとともに業務をしてきた人材が正式にISSV事務局メンバーとして承認された。ISSVサイクル活動はプロジェクト・マネジャーであるプライマリーヘルスケア局長の下での実施となり、ISSV事務局メンバーはプライマリーヘルスケア局、政策計画情報局、副主席医務官オフィスの人員から構成されている。

プロジェクトチームは日々変化する状況に合わせ柔軟に対応して、連携や調整を行っており、日本人専門家の投入は十分にされている。

なお、保健セクターにおける県議会経由で県保健管理局へ配賦される政府予算は、2018年9月に予算配賦があった。約1年ぶりの予算配賦であり、年間予算の約25%が配賦された。県によっては県議会が地方税から歳入を得て、予算配賦を行おうと努力している県もあるが、政府予算の配賦が定期的でなく、かつ必ずしも全額が配賦されるわけではないことから、開発パートナーやNGOからの支援が、今後も県保健管理局の活動の重要な資源であると考えられる。

4-4 インパクト

プロジェクトのインパクトは中程度と予測される。

スーパービジョンによって課題が特定され、それに対して何らかの方策が取られるという一連のISSVサイクルが強化されることにより、保健サービスの改善を直接・間接にサポートすることとなり、プロジェクト目標を達成することで上位目標達成へ一定程度寄与すると考えられる。県レベルISSVサイクル実施からPHUで特定された課題には、NGOや保健衛生省の支援によって既に解決された課題もあり、正のインパクトの発現が確認されている。例えば、モヤンバ県保健管理局と県議会は在ガーナ日本国大使館から草の根・人間の安全保障無償資金協力による支援を受け、PHUスタッフ宿舎を建設中であり、PHU保健スタッフの離職減少に貢献することが期待されている。上位目標の指標1 SARAの一般サービス提供体制の指標は、現時点で全体的に改善傾向がみられるものの、課題解決には必要となる資金も大きく影響すると考えられ、保健衛生省及び県レベルのC/Pによると、課題によっては解決が大変困難であるとのことであった。

プロジェクト実施の結果、次の正のインパクトも確認されている。

プロジェクトからの働きかけの成果により、保健衛生省及び県レベルISSVサイクル訪問指導にかかる活動資金は世界銀行から支援が得られ、保健衛生省に関しては2021年まで資金が確保されている。

ISSVチェックリスト（県保健管理局対象）スコア・データのDHIS 2への統合が政策計画情報局と協議され、2018年データエントリー・フォーマットが作成された。現在、データベースへのスコア反映に向け協議が続けられている。

本プロジェクトではPHUや県保健管理局を対象としたISSVの実施を支援しているが、保健衛生省ISSVでは本プロジェクトを基に二次医療施設である病院でのISSVも実施しており、病院用ISSVチェックリストが開発され、使用されている。

4-5 持続性

(1) 政策面

高いと考えられる。

ISSV活動は「国家保健セクター戦略計画2017—2021」等の保健衛生省の政策文書に明記されている。前述（「4-1 妥当性」参照）したように、プロジェクト活動はシエラレオネの保健政策と合致している。

(2) 組織面

保健衛生省では中程度、対象4県の保健管理局では高い。⁷

2018年3月の総選挙後に保健衛生省内で協議が行われ、改めてプライマリーヘルスケア局がISSV活動を担当することとなった。

ISSV事務局に関しては、5名の事務局メンバーが任命され、うち1人はISSV活動の専任スタッフである。C/Pやプロジェクト専門家によると、年2回の保健衛生省ISSVサイクル実施にかかる業務量を考慮すると、専任スタッフがもう1人必要である。ISSV事務局はプライマリーヘルスケア局から2名、政策計画情報局から2名、副主席医務官オフィスから1名のメンバーで構成され、各役割を担う能力が強化されている。ISSV事務局の効果的、かつ自立的な業務実施を促進するため、保健衛生省内でのISSV事務局の位置づけの明確化が望まれる。

保健衛生省では能力強化された保健衛生省ISSVファシリテーター16名、同スーパーバイザー43名がおり、保健衛生省ISSVサイクルを実施するうえで、14県をカバーするISSVチーム（チーム・リーダー、2—3名のチームメンバー）を構成するために十分な人数がいる。保健衛生省ISSVファシリテーターは保健衛生省ISSVスーパーバイザーや県保健管理局メンバーに対する能力強化を行う十分な能力を持ち、保健衛生省ISSVサイクル実施において各ISSVチームのリーダーの役割も果たしている。

保健衛生省が行うこととなっている保健衛生省及び県レベルでのアクション・プランのフォローアップ活動は、各県の県保健管理局に助言する立場として保健省の幹部の中から任命される県アドバイザーによりさらに強化される必要がある。保健衛生省ISSVは分野横断的で複数の部局が関係してくることから、保健省技術部門の責任者である首席医務官による強いリーダーシップが重要である。

対象4県においては、組織面における持続性は、県保健管理局は県保健局長をリーダーとしたチームとして業務していることから、ISSVの実施においてもこうした組織的な業務体制が維持される可能性が高いと見込まれる。また、C/P及びプロジェクト専門家によると、県保健局長のリーダーシップが非常に重要である。特にISSVサイクル後半、APMMに挙げられた、特定された課題に対する、県保健管理局各プログラム担当によるフォローアップに対し、リーダーシップの発揮が求められる。対象4県の県保健管理局では5名から8名のISSVコア・メンバーがISSV実施の中心を担っている。対象4県DHMTのスーパーバイザー（1県あたり18名から30名）はPCM研修を受講しており、ISSVサイクル実施に必要な人数が確保されている。またこれまで5回以上のISSVサイクル実施に従事してきたことから、十分な能力や経験があり、一部は対象県外の10県に対する研修の講師も務めている。DHMTではコア・

⁷ 個人レベルでは、保健衛生省、県レベルともに、給与額が低い・支払われていないことなどから、全般的に日当等の個人的利益が得られる活動を優先する傾向がみられ、活動実施に対するコミットメントが弱い者もいる。

スーパーバイザー、M&E ユニット、プログラムヘッドらはチームとして機能しており、また県議会の巻きこみも進んでいるため対象4県の体制は維持されていくものと考えられる。一方、対象県外の10県では3名の県保健管理局メンバーがISSV入門研修を受講、各県で県保健管理局メンバーが15名前後、県議会メンバー2名がPCM研修を受講している。前述（「4-2 有効性」参照）のようにPHUに対するISSV訪問指導は実施してきたことからスーパーバイザーの人数は確保されていると考えられるが、体系的なISSVサイクルの実施はこれからとなる。なお、ISSVコア・メンバーである県看護師長やM&Eオフィサーといった中堅レベルマネージャーと彼らのリーダーシップもまた重要である。プロジェクト専門家とプロジェクト雇用のプロジェクト・オフィサーによると、M&Eオフィサーは業務多忙なことが多く、また現時点で政府給与体系への登録作業中で政府から給与が支払われておらず、彼らの業務に対するコミットメントの保持に少々懸念が残る。

(3) 財政面

政府予算への組み込みと外部資金活用可能性から、おおむね高いと判断される。

対象4県に関し、定期的なISSV活動の実施は2019年の県年間計画に明記されている。また、県保健管理局によると、特定された課題で未解決の課題への対応は2019年度の県年間計画に反映されている。2018年度は大統領選挙の影響により予算配賦が遅延し県ISSVの実施に影響したものの、例年一程度の予算配賦が見込め本年間計画の実現可能性は高いと考えられる。

ISSV訪問指導実施は世界銀行により支援されており、またその支援は2021年まで継続される予定である。保健衛生省ISSV訪問指導は「エボラ緊急対応プロジェクト」（2014年—2021年、3カ国に対する贈与1.05億ドル⁸）の支援、県レベルISSV訪問指導実施は「保健サービス提供及び保健システム支援プロジェクト」（2016年—2019年、融資1,000万ドル及び贈与550万ドル⁹）の支援を受けている。「保健サービス提供及び保健システム支援プロジェクト」終了後にはISSV活動が世界銀行の次期プログラムコンポーネントの一部として含まれるならば、「女性、子ども及び青少年の健康のための世界戦略（Every Woman Every Child）」を支援する「グローバル・ファイナンス・ファシリティ（Global Financing Facility in support of Every Woman Every Child : GFF）」資金により、支援を受ける可能性がある。

特定した課題に対するアクション・プランの実施に必要な予算獲得は大きな課題である。プロジェクト専門家によると、現時点では、「西アフリカ地域、疾病サーベイランス・システム強化プロジェクト」〔2016年—2023年、合計1.14億ドル（含むシエラレオネ）¹⁰による「県チャレンジ資金」、地域の関係者（県議会やNGO）、保健衛生省からの支援の活用が考えられる。

(4) 技術面

活動に関連する人材の育成とツールを含めた制度構築により、高いと判断される。

⁸ World Bank web site, “Ebola Emergency Response Project”

<http://projects.worldbank.org/P152359?lang=en>（アクセス日：2018年11月9日）

⁹ World Bank web site, “Health Service Delivery & System Support Project”

<http://projects.worldbank.org/P153064/?lang=en&tab=overview>（アクセス日：2018年11月9日）

¹⁰ World Bank web site, “Regional Disease Surveillance Systems Enhancement (REDISSE)”

<http://projects.worldbank.org/P154807?lang=en>（アクセス日：2018年11月15日）

保健衛生省ISSVファシリテーター16名が養成され、コミュニケーションにかかる能力や分析能力を十分に獲得しており、県保健管理局や保健衛生省ISSVスーパーバイザーに今後とも継続して技術移転を行うことが期待できる。県保健管理局からの聞き取りによると、対象4県でPCM研修の講師を担えるメンバーが各県に3名から7名おり、県保健管理局内での技術移転も期待される。

ISSVツールは保健衛生省で承認され、保健衛生省及び県保健管理局で活用されている。ほとんどのツールの開発と改訂はプロジェクト専門家とC/Pが共同で行ってきたため、プロジェクト終了後、ニーズや状況の変化に応じ、C/P自らISSVチェックリスト等のツール改訂ができると考えられる。なお、プロジェクト専門家によると、対象県外の10県での県レベルISSVサイクル開始に伴い、県保健管理局でのISSVサイクル実施の度合いを確認するため、ISSVチェックリスト（県保健管理局対象）は改訂される予定である。

ISSV情報管理ツール（APMMや県レベルISSVサイクルのスコア分析シート）の開発は日本人専門家が行ってきたため、プロジェクト終了までにC/Pへの技術移転が望まれる。

対象4県においては、十分に能力強化が行われ、県保健管理局はチームとしてISSVサイクルを実施している。

4-6 結論

評価5項目に関し、妥当性は相手国と日本側の政策との整合性、受益者のニーズと合致しており、高い。有効性は、プロジェクト終了時には高いと期待される。効率性は中程度である。プロジェクトのインパクトは、プロジェクト目標を達成することで上位目標達成へ一定程度寄与すると考えられるが、シエラレオネの状況において、ISSVで特定された課題の解決に必要な資金調達の影響も受けることから、中程度と予測される。持続性に関しては以下のとおりである。政策面では高く、組織面では保健衛生省では中程度、対象4県の保健管理局では高い。財政面では、政府制度への組み込みやISSV活動に対し2021年までは世界銀行の支援があることなどからおおむね高く、技術面も高いと見込まれる。総合的には、プロジェクト目標は達成見込みであり、プロジェクト期間をもって終了が妥当と判断される。この評価結果に基づき、第5章に提言と教訓を示す。

第5章 提言と教訓

5-1 提言

プロジェクト終了までの活動に対する提言

- (1) シエラレオネの保健衛生省は各々の分野業務を担う垂直プログラムを中心とした部局が一般的であるため、分野横断的な活動であるISSVの調整・実施には多くの時間と労力が費やされた。こうした状況において、異なる部署メンバーから構成されるISSV事務局が設立されたことは保健衛生省ISSVサイクル実施においてめざましい進展の1つである。ISSV事務局の効果的かつ自立的な業務実施を促進するため、保健衛生省内でのISSV事務局の位置づけの明確化（例：保健衛生省組織図における位置づけ）や、ISSV事務局メンバーの役割分担の確認（例：活動全体におけるスケジュール管理、準備や周知にかかる活動等）が望まれる。また、専任スタッフの増員検討が望まれる。
- (2) 保健衛生省ISSV訪問指導をISSV週間として実施することにより、個々の部局や開発パートナーによる他の活動との調整が容易となり関係者がISSV業務に専念できるようになる。ISSV週間は保健衛生省ISSVにおける効果的かつ効率的なISSVサイクル実施につながるものであり、またNISsを通じ対象県外の県のISSVサイクル確立を支援するうえでも重要であり、最初のISSV週間について準備を入念に行う（例えば、スケジュール管理や準備工程の役割分担、関係部署への事前の周知など）必要がある。保健衛生省は公式に保健衛生省ISSVスーパーバイザーへISSV活動への参加要請を行い、準備活動を支援することが望まれる。
- (3) ISSV情報管理ツールはISSVで見いだされた課題を分析し、改善に向けた計画を管理するツールであり、県レベルでその有用性が認められている。プロジェクトはISSV情報管理ツールの活用にかかる技術移転を行ってはいるが、状況の変化に応じ同ツールを改訂する技術（例えば、APMMのフォームの改訂、ISSVスコア分析シート内の計算式の修正など）は強化する必要がある、プロジェクト終了までに技術移転を行うことが望まれる。

プロジェクト終了後の活動に対する提言

- (1) ISSVサイクルの全活動を継続的に実施していくよう、最初のISSV週間実施後もISSV週間を全国キャンペーン週間として定例化することが望まれる。保健衛生省はISSV週間実施の度、その教訓を活用してISSV事務局の機能を高め、ISSV週間を継続的に推進していくことが望まれる。
- (2) 県アドバイザー制度が再開され、保健衛生省ISSVにおける役割が明示されたが、まだ、その活動が最大限に活用されるまでには至っていない。最近の大臣の言及から局長は県を訪問し、技術的な支援を行うこととされていることも踏まえ、県アドバイザー制度についてはISSVの枠組みを超え、保健セクター全般のM&Eメカニズムとして位置づけた再活性化の検討が望まれる。

- (3) 本プロジェクトでは対象県外の県におけるISSVサイクルが保健衛生省ISSVファシリテーター及びスーパーバイザーによる保健衛生省ISSVを通じ確立されることを想定している。プロジェクトと保健衛生省は対象県外の県での県レベルISSVサイクル確立の重要性をより強く意識し、保健衛生省ISSVファシリテーター及びスーパーバイザーがより意識的に県レベルISSVサイクルにかかる支援を行うよう促すことが必要である。対象県でのISSVサイクル確立の経験を踏まえ、特に県議会と県保健管理局の連携強化を推進することが望まれる。
- (4) ISSV情報管理ツールの1つであるAPMMは、エビデンスに基づいた課題分析、計画立案に役立つツールであると広く認識されている。そのため、開発パートナー等に対しエビデンスを示しながら優先課題に対する活動に支援を依頼する際に有効であり、保健衛生省はその活用を今後も推進していくことが望まれる（例：同ツールを活用した開発パートナーと県保健管理局の調整会議の開催など）。
- (5) ISSV活動は保健衛生省の他の活動と同様に開発パートナーの支援により実施されている。ISSVサイクル全活動が継続的に実施されるためには、こうした開発パートナー資金がタイムリーに配賦されることが重要である。プロジェクトでは継続的に資金の配賦状況をフォローアップしているが、保健衛生省内での資金手続きの複雑さに起因する資金配賦の遅延が確認されている。保健衛生省内での資金手続き方法の簡素化が推奨される。
- (6) 本プロジェクト期間中に、分野横断的なISSVと分野ごとの垂直プログラムスーパービジョンでの連携の好事例（例：モヤンバ県では水と衛生分野を支援するNGOが、APMMから支援分野における課題を把握のうえ、スーパービジョンを実施した）がみられた。これらのスーパービジョンは補完的な位置づけであることを改めて強調し、保健衛生省として連携の推進を継続していくことが望まれる。事例にあるように、ISSVサイクルから得られた情報を、垂直プログラムでも活用することで、より効果的、効率的な支援が可能である。
- (7) 対象県では県ISSVの結果に基づきミニプロジェクトを実施することでDHMTのプロジェクト管理能力の強化を図っている。ミニプロジェクトの指標の達成度は必ずしもプロジェクトの達成度と考えることはできないが、ミニプロジェクトの指標が達成されない場合は、プロポーザル作成における指標の検討・設定手法についてさらなる能力強化が期待される。

5-2 教訓

- (1) シエラレオネ側負担の県レベルISSV実施にかかる活動費は、PDMの外部条件となっており、プロジェクト開始当初、開発パートナー資金による支援が取り付けられていた。EVD流行の影響により、開発パートナーの方針が変更となり、予定されていた支援は中止せざるをえない状況となった。プロジェクトは相当の労力を費やして他の資金源を獲得したが、資金手続きや配賦条件が異なることもあり、このことがプロジェクト活動の進捗に大きく影響

し、活動が遅延した。このことから、外部条件はプロジェクト計画策定時に慎重に検討される必要がある。例えば、外部条件が満たされないことによって起こり得る影響やリスクをC/P及びJICA双方で確認する必要がある。

- (2) プロジェクトは2014年に起きたEVD流行により多大な影響を受けた。保健システムが深刻な影響を受けたことから、現地活動中断期間以上にプロジェクト期間が延長された（中断期間16カ月間に対し、8カ月間が追加されプロジェクト終了時期は24カ月後となった）。JICAとプロジェクトはこのような状況に対し、様々な可能性や効果的な代替案を模索し、臨機応変に状況に対応した。これらの臨機応変な対応は想定外の状況における好事例であると考えられる。
- (3) 対象県におけるプロジェクト雇用のプロジェクト・オフィサーによる能力強化はプロジェクト活動を推進した貢献要因の1つである。一方、保健衛生省におけるISSV事務局の位置づけの明確化や体制強化、県保健管理局において政府給与体系外にあるISSV実施関係者のコミットメントの保持など、ISSVサイクル活動に関する持続性については懸念が残る点もみられる。C/Pの能力強化を最大化するうえでは、早い時期から出口戦略を検討し、技術移転の度合い等を確認することが重要となる。
- (4) 資金手続きに時間を要しているなどの困難はあるものの、ISSVサイクル活動は一定程度、確立されている。C/Pとプロジェクト専門家間の効果的なコミュニケーションと良好な関係性構築から、C/Pの活動に対するオーナーシップを高めたことに起因すると考えられる。既存のシステムを活用したプロジェクトのアプローチもプロジェクトの有効性を高めるうえで貢献している。
- (5) プロジェクトはミニプロジェクト実施を含め、ISSVの活動資金調達に関し、開発パートナーに対し相当の働きかけを行い、資金調達をなし得ている。このプロセスもC/Pにとり、資金調達方法の学びと経験につながっていると考えられる。
- (6) シエラレオネは世界最貧国の1つで紛争終結後、社会基盤が十分に整備されておらず、質の確保された教育へのアクセスが不十分な状況である。かかる国において、標準的なアプローチやデザイン等（例：カスケード式デザイン、投入の量とタイミング、プロジェクト期間など）を適用することが必ずしも適切ではないことが確認された。例えば、シエラレオネにおいては政府の活動のほとんどが開発パートナーの支援により実施されており、本プロジェクトにおいてもC/Pによる自立的な事業管理が困難であったため、本プロジェクトはPDMの活動として示されない様々なフォローアップに多くの時間と労力を割いている。こうしたフォローアップも含め、プロジェクト活動が円滑に進むよう、日本人専門家の現地派遣は事前評価時の計画を大きく超える結果となっている。また、本プロジェクトにおいては対象県（直接介入）と対象県外の県（カスケード式の間接介入）におけるISSVサイクルの確立を並列させるデザインが採用されていたが、保健衛生省ISSVスーパーバイザーを通じた県ISSVサイクルの確立が困難であったため、直接介入を行った対象県でプロジェクトの関与

が大きくなる一方で、間接介入による対象県外の県のISSVサイクルの確立においてもプロジェクトの関与が必要となった。カスケード式の介入による対象県外の県のISSVサイクルの確立が困難であった要因として、予算の配賦が遅れたことに加え、保健省全体としての管理・調整にかかる課題などが影響していると考えられるが、こうした状況下においては理解促進をはかる活動をより明示的に実施することも検討する必要がある。

付 属 資 料

1. ミニッツ・合同評価報告書（英文）
2. 評価グリッド

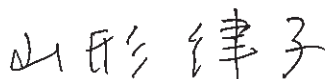
MINUTES OF MEETING
ON
THE TERMINAL EVALUATION
OF THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR
THE PROJECT FOR STRENGTHENING SUPPORTIVE SUPERVISION SYSTEM

The Terminal Evaluation Mission (hereinafter referred to as the “Mission”) organised by Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”) visited the Republic of Sierra Leone (hereinafter referred to as “Sierra Leone”) from 23th November to 7th December 2018 to conduct the Terminal Evaluation for the Project for Strengthening Supportive Supervision System (hereafter referred to as “the Project”).

The Mission had a series of meetings and interviews with relevant stakeholders in order to examine the achievement level of the outputs and purposes of the Project. The Mission also discussed with the Sierra Leonean side concerning the strategies to complete the remaining period of the Project.

As a result of the discussions, both the Mission and Sierra Leonean sides reached the mutual understanding and agreed upon the matters referred to in the documents attached hereto.

Freetown, 7th December 2018.



Ms. Ritsuko Yamagata
Team Leader of Terminal Evaluation
Mission
Japan International Cooperation Agency
Japan



Dr. Rev. Thomas Takpau Samba
Deputy Chief Medical Officer
(Public Health Services)
Ministry of Health and Sanitation
Republic of Sierra Leone

ATTACHED DOCUMENT

Conclusion

Relevance is high in terms of necessity and policies of Sierra Leone and Japan. The effectiveness of the Project is possibly high. Efficiency is observed to be moderate. Impact is moderate, as the Project would contribute to achieve the overall goal, while the influence of fund availability is significant to improve the health services at PHU level in the context of Sierra Leone. Political sustainability is high. Organizational capacity at the national level is moderate and that at the district level is high. Financial sustainability is high. The budget for ISSV activities is secured at least up to 2022 by the World Bank fund. Technical sustainability is high. Overall, the project purpose is expected to be achieved by the end of the Project. Based on the results of the evaluation, the recommendations are shown in the followings chapter to ensure the sustainability of the ISSV cycles.

Recommendation

Within the Project period

- 1) ISSV WEEK should be well prepared (e.g. to clarify timeline and roles of members for preparatory activities, disseminate in advance, etc.) as it will orient the effective and efficient ways of ISSV cycle especially in non-pilot districts. Ministry of Health and Sanitation (hereinafter referred to as “MoHS”) can support this preparation with an official letter, requesting NISs to avail themselves for ISSV filed visit.
- 2) Usefulness of ISSV tools such as APMM and score analysis sheet is recognized among DHMTs. Although the Project has transferred technical knowledge to utilize them, the knowledge to improve the ISSV information tool to meet the changing needs still remains to be strengthened. The Project is recommended to consider capacity building.

After the completion of the Project period

- 1) ISSV WEEK should be regularized as a national campaign week in order for the complete ISSV cycles to be implemented continuously. The MoHS is recommended to summarize experiences from past ISSV WEEKs, reflect it into the functions of ISSV secretariat, and advocate ISSV WEEK continuously.
- 2) DA system has resumed. However, challenges still remain to make the best of their activities. Following the recent minister’s remark stating that directors should visit districts and give technical advises, activities of DA should be reconsidered beyond ISSV so that DA system can be reactivated within the whole national M&E mechanism as well as with ISSV systems.

3) The Project and the MoHS should emphasize the importance of establishment of ISSV cycle in the non-pilot districts so that the NIFs and NISs can support it more consciously. Based on the experiences in establishing ISSV cycle in the pilot districts, it is recommended that the MoHS encourages to strengthen the cooperation between DC and DHMT in establishment of ISSV cycle in the non-pilot districts.

4) APMM is now well recognized as a useful tool to analyse issues and to plan activities in an evidence-based manner. It can be a good tool to mobilize resources from DPs for the prioritized issues. The MoHS is recommended to promote it (e.g. to hold coordination meeting between DPs and DHMTs by using their APMM, etc.)

5) The timely disbursements of the funds from DPs are indispensable for continuous implementation of the complete ISSV cycle. Although the Project continuously follows the disbursement status of the funds, delays of disbursements due to organizational complexities are observed. MoHS is recommended to streamline fund disbursement process.

6) Some cases of effective collaboration between ISSV and vertical supervisions have been observed. Complementarities of these supervisions should be emphasized and the MoHS should promote such effective collaborations continuously. For example, snapshot from ISSV can help focused identification of issues in vertical programs.

Lessons Learnt

1) The operational cost for implementing ISSV cycle in districts was originally planned to be provided by a development partner. Due to the influence of EVD outbreak, however, the partner had to cancel the planned fund. Although the Project attained alternative resources with considerable efforts, the difference in disbursement modalities and conditions affected and delayed the implementation significantly. From this experience, external conditions should be examined more carefully in a project formulation phase. For example, the potential influences and risks caused by unmet external condition should be recognized by both counterparts and JICA.

2) The Project was affected heavily by the EVD outbreak which occurred in 2014. Because the health systems were seriously damaged by the outbreak, the Project duration was extended longer than its suspension (i.e. 24 months extension vs. 16 months suspension). JICA and the Project sought for possible solutions and effective alternatives flexibly. These flexible countermeasures can be a good practice in case of unexpected circumstance.

3) Capacity building of the Project's national staff in pilot districts is one of the contributing factors of the Project. On the other hand, a concern still remains about sustainability of implementation of ISSV both at district and national levels. In order to maximize the capacity building of C/Ps, it is necessary to consider an exit strategy from early stage of technical transfer.

4) Despite a number of difficulties such as timely financial transaction, ISSV cycle has been established to a certain extent. It can be attributed to the remarkable ownership of counterparts, which is enhanced through the effective communication and good relationship among counterparts and the Project experts. The approach of the Project to use the existing systems also contributed to raise the Project's effectiveness.

5) The Project has made dedicated efforts and successfully mobilized DPs fund for ISSV implementation including implementation of mini projects. This process might have shown effective ways of fund acquisition to counterparts.

Appendix: The Terminal Evaluation Report

Annex-1

**JOINT TERMINAL EVALUATION REPORT
ON JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR
THE PROJECT FOR STRENGTHENING SUPPORTIVE
SUPERVISION SYSTEM**

**Japan International Cooperation Agency
and
Ministry of Health and Sanitation
The Republic of Sierra Leone**

December 2018

Table of Contents

Abbreviations	iii
1. Introduction	1
1.1. Preface	1
1.2. Summary of the Project	1
1.3. Members of the Terminal Evaluation Team	3
1.4. Schedule of the Evaluation	3
2. Methodology of Review	4
2.1. Modification of the PDM	4
2.2. Process of the Terminal Evaluation	4
2.3. Criteria of Evaluation	5
2.4. Data Collection Method	5
3. Project Performance and Implementation Process	5
3.1. Inputs	5
3.1.1. Inputs from Japan	5
3.1.2. Inputs from Sierra Leone	6
3.2. Progress of Activities	7
3.3. Achievement of Outputs	7
3.4. Achievement of Project Purpose	12
3.5. Prospect of Achievement of the Overall Goal	15
3.6. Implementation Process	16
3.6.1. Influence of the EVD outbreak to project implementation	16
3.6.2. Inhibiting and contributing factors	17
3.6.2.1. Inhibiting factors	17
3.6.2.2. Contributing factors	18
4. Review Results by Five Criteria	19
4.1 Relevance	19
4.2 Effectiveness	19
4.3 Efficiency	20
4.4 Impact	22
4.5 Sustainability	23
4.6 Conclusion	25
5. Recommendations and Lessons Learnt	25
5.1 Recommendations	25
5.2 Lessons Learnt	26

6. Annex	28
Annex 1: List of Experts	28
Annex 2: Records on JICA Training in Japan Related to ISSV Project	28
Annex 3: Equipment.....	29
Annex 4: Contribution of the Project by JICA	30
Annex 5: Counterpart personnel.....	30
Annex 6: Contribution of the Project by Sierra Leonean side.....	30
Annex 7: Progress of Activities.....	31
Annex 8: Plan of Operation (plan and achievement)	35
Annex 9: List of workshops and meetings	37
Annex 10: Indicators for the Overall Goal	39
Annex 11: PDM version 1	45
Annex 12: PDM version 2.....	49

Ry

T.T.S.

Abbreviations

APMM	Action Plans Management Matrix
AWP	(DC's) Annual Work Plan
BPEHS	Basic Package of Essential Health Services
C/P	Counterpart
CMO	Chief Medical Officer
CNMO	Chief Nursing and Midwifery Officer
DA	District Advisor
DAC	District Advisors Committee
DC	District Council
DCMO	Deputy Chief Medical Officer
DFID	Department for International Development
DHIS	District Health Information System
DHMT	District Health Management Team
DHS	District Health Sister
DMO	District Medical Officer
DPHC	Directorate of Primary Health Care
DP	Development Partner
DPPI	Directorate of Policy, Planning and Information
DRCH	Directorate of Reproductive and Child Health
EERP	Ebola Emergency Response Project
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
GFF	Global Financing Facility in support of Every Woman Every Child
GGHSP	Grant Assistance for Grass-Roots Human Security Projects
GoSL	Government of Sierra Leone
HSDSSP	Health Service Delivery and System Support Project
IDSR	Integrated Disease Surveillance and Response
IHPAU	Integrated Health Project Administration Unit
ISSV	Integrated Supportive Supervision
JCC	Joint Coordination Committee
JICA	Japan International Cooperation Agency
JPWF	Joint Programme of Work and Funding 2012-2014

LMIS	Logistic Management Information System
M&E	Monitoring and Evaluation
MCH	Maternal and Child Health
MCHP	Maternal and Child Health Post
MoHS	Ministry of Health and Sanitation
NGO	Non-Governmental Organization
NHSSP	National Health Sector Strategic Plan
NIFs	National ISSV Facilitators
NISs	National ISSV Supervisors
PBF	Performance-Based Financing
PDM	Project Design Matrix
PHU	Peripheral Health Unit
PO	Plan of Operation
R/D	Record of Discussion
RCH	Reproductive and Child Health
REDISSE	Regional Disease Surveillance Systems Enhancement Project
SARA	Service Availability and Readiness Assessment
SC	Steering Committee
SLL	Sierra Leonean Leone
TICAD	Tokyo International Conference on African Development
TMT	Top Management Team
UNICEF	United Nations Children's Fund
USD	US dollar
WB	World Bank
WHO	World Health Organization

1. Introduction

1.1. Preface

The Government of Republic of Sierra Leone (hereinafter referred to as “GoSL”) has made significant effort in order to improve the access to health facilities. On the other hand, challenges to deliver appropriate services for increasing users have been observed. Hence the importance of supportive supervision which aims to improve quality of health services in the facilities were emphasized.

In such a context, GoSL and the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”) have jointly implemented “the Project for Strengthening Supportive Supervision System (ISSV)” (hereinafter referred to as “the Project”). While the Project period was originally determined for four years from 2013 to 2017, it later changed to four years and eight months from June 2013 to May 2019, excluding the suspended period during the Ebola Virus Disease outbreak from August 2014 to November 2015.

To carry out the terminal evaluation of the Project, the Mission Team was dispatched by JICA from the 23rd November to the 7th December, 2018 to Sierra Leone. The Mission Team carried out the terminal evaluation jointly with the Sierra Leonean side.

1.2. Summary of the Project

The Project started in June 2013 for four years, later changed to four years and eight months excluding the suspended period during Ebola Virus Disease outbreak from August 2014 to November 2015. The framework of the Project shown in Table 1 is based on the Project Design Matrix (PDM) version 2.

Table 1 Project Framework

Implementing Agencies Ministry of Health and Sanitation (MoHS) and four target District Health Management Teams (DHMTs) (Bombali, Tonkolili, Moyamba, Pujehun)
Beneficiaries MoHS supervisors, 14 DHMTs, peripheral health units (PHUs) staff, and people in Sierra Leone
Overall Goal Health services at the PHUs are improved.
Project Purpose The integrated supportive supervision (ISSV) cycle* by the MoHS and the 14 DHMTs is strengthened in order to improve health services at the PHUs.
Outputs Output 1: The capacity of MoHS to provide support to the 14 DHMTs is strengthened. Output 2: The ISSV cycle by 4 target DHMTs to the PHUs is strengthened. Output 3: Project management capacity of 4 target DHMTs is strengthened through mini-project implementation for the PHUs.

*ISSV cycle = pre-visit meeting, supervisory visit, post-visit meeting, establishing and implementing action plan, monitoring and giving feedback on the implementation status of action points during next round of supervision, reflecting relevant issues identified in the following year's annual plan

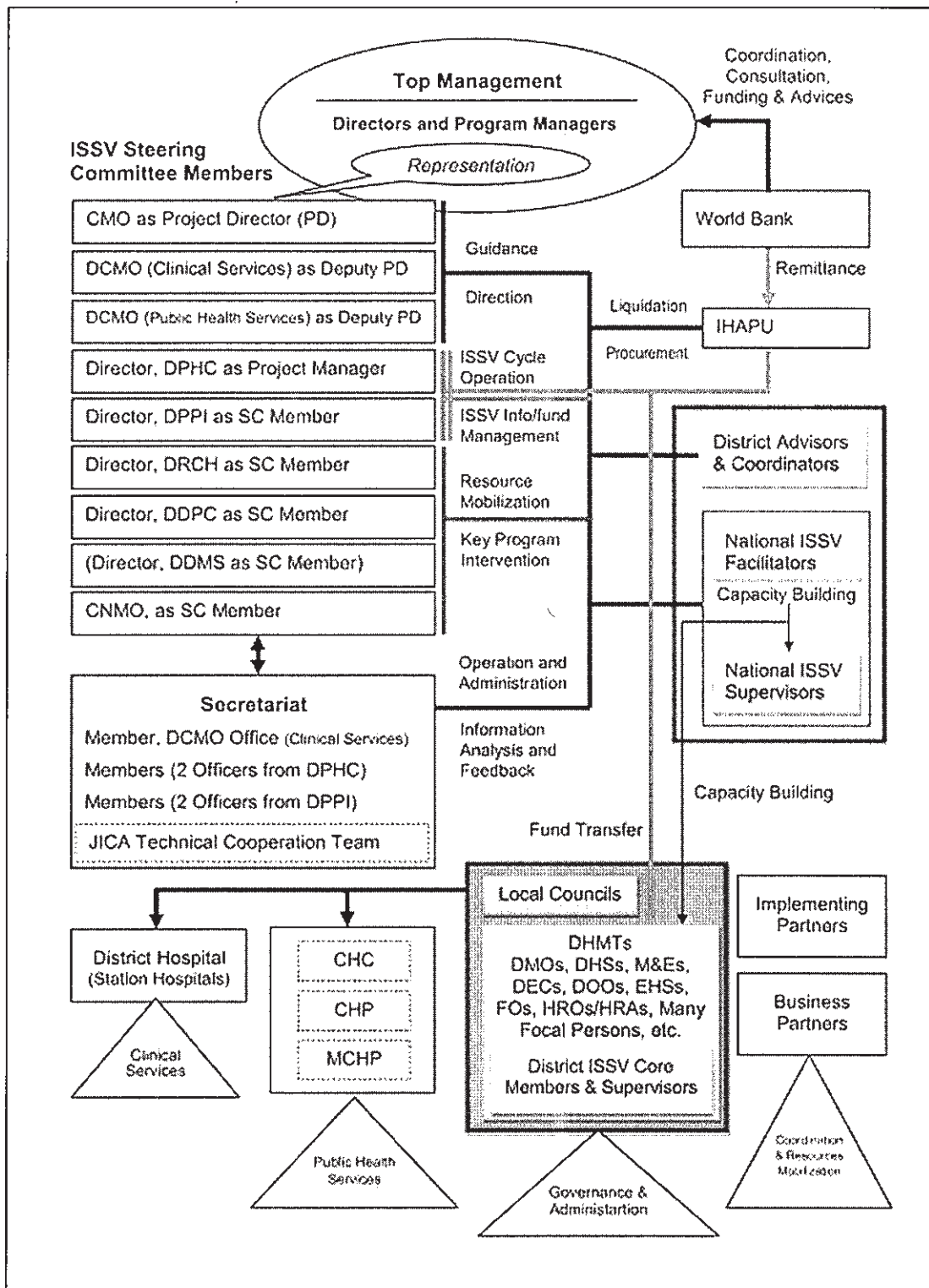


Figure 1 Implementation Structure of Integrated Supportive Supervision (ISSV)

Ry

T.T.S.

1.3. Members of the Terminal Evaluation Team

Both sides agreed to conduct a joint terminal evaluation. The joint terminal evaluation members are shown below.

Table 2 Members of the Terminal Evaluation team

Designation	Name	Organization
Japan side		
Team Leader	Ritsuko Yamagata	Director, Health Team 2, Health Group 1, Human Development Department, JICA
Cooperation Planning	Maki Masutani	Associate Expert, Health Team 2, Health Group 1, Human Development Department, JICA
Evaluation Analysis	Michiru Suda	Consultant, TAC International Inc.
Sierra Leone side		
Cooperation	Sr. Elizabeth Tejan	Directorate of Policy, Planning and Information (DPPI), MoHS

1.4. Schedule of the Evaluation

The terminal evaluation was conducted from the 23rd November to the 7th December 2018. The detailed schedule is shown below.

Table 3 Schedule of the terminal evaluation

Date		Activities
23-Nov	Fri	Arrival of Mission Team member (Evaluation Analysis)
24-Nov	Sat	Move to district(Moyamba) Meeting with Moyamba DHMT Visit mini-project site
25-Nov	Sun	Visit Grant Assistance for Grass-Roots Human Security Projects (GGHSP) site Move to Bo
26-Nov	Mon	Interview Bo DHMT Move to Makeni
27-Nov	Tue	Move to Tonkolili and Interview Tonkolili DHMT Interview Tobkolili DC Move to Makeni
28-Nov	Wed	Move to mini project site in Tonkolili Move to Freetown
29-Nov	Thu	Move to Western Urban and Interview Western Urban DHMT Meeting with project expert team
30-Nov	Fri	Interview ISSV Secretariat and NIFs
1-Dec	Sat	documentation
2-Dec	Sun	documentation Arrival Mission Team Member (Team Leader)
3-Dec	Mon	Meeting with SLFO Meeting with Project Experts Courtesy call to MoHS
4-Dec	Tue	Meeting with SLFO, Project Experts, DPs
5-Dec	Wed	Meeting with SC members
6-Dec	Thu	Joint Coordination Committee Meeting
7-Dec	Fri	Signing on M/M

Ry

T.P.S.

2. Methodology of Review

2.1. Modification of the PDM

The Project reviewed and revised the Project Design Matrix (PDM) twice between December 2016 and November 2018 from the PDM version 0 (October, 2012). The PDM version 2 (Annex 12: PDM version 2) is effective at the time of the terminal evaluation.

Table 4 Summary of the modification of the PDM

PDM version 1 (March, 2017) (Annex 11: PDM version 1)	<p>Based on the discussion and recommendation from the mid-term review (Dec. 2016), the PDM was revised and R/D was signed in March 2017.</p> <p>The influences of the EVD outbreak and other factors on the progress of the activities were considered. The major changes were:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extension of the project duration • Refinement of narrative summary for the overall goal: “RCH services” was changed to “Health services” as the project aims to strengthen the Integrated Supportive Supervision which cover all health services area. • Setting realistic and appropriate indicators based on the situation • Adjusting activities based on the situation (e.g. DA system) • Refinement of narrative summary for the output 3: The revision made clear that the output aims to strengthen the DHMT’s project management capacity. • Project activities to support the MoHS to establish the District-level ISSV the non-pilot 10 DHMTs was internalized from the external factors.
PDM version 2 (November, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Based on the discussion in the JCC meeting (Sep. 2018), the PDM was revised and R/D was signed in November 2017. The changes were mainly due to reflect the current situation of the MoHS. • The changes were: • Output 1-5 (Activities in the DA system) • Indicator for Output 1-2 • Indicator for Project Purpose

2.2. Process of the Terminal Evaluation

The terminal evaluation of the Project was conducted according to the JICA Project Evaluation Guidelines in order to secure objective and fair review with the Sierra Leone member. PDM version 2 (November, 2018) was adopted as its framework, inputs and achievement were reviewed up to October, 2018. The evaluation was conducted in the following manner.

- (1) To review the Project performance with focus on (i) the results of inputs and outputs implemented and (ii) the degree of achievement of outputs, project purpose and overall goal based on the indicators set in the PDM;
- (2) To analyze factors that promoted and/or inhibited the project performance including matters related to both the project design and project implementation process;
- (3) To review the Project based on the five evaluation criteria: “Relevance”, “Effectiveness”,

“Efficiency”, “Impact”, and “Sustainability”; and

(4) To make recommendations to the Project stakeholders for sustaining the Project results after the Project termination, and to draw lessons learnt for future similar project.

2.3. Criteria of Evaluation

The five evaluation criteria were applied in the evaluation for the terminal evaluation. Definition of the five evaluation criteria is shown in Table 5.

Table 5 Definition of Five Evaluation Criteria

	Definitions
Relevance	Degree of compatibility between the development assistance and priority of policy of the target group, the recipient, and the donor.
Effectiveness	A measure of the extent to which an aid activity attains its objectives.
Efficiency	Efficiency measures the outputs -- qualitative and quantitative -- in relation to the inputs. It is an economic term which is used to assess the extent to which aid uses the least costly resources possible in order to achieve the desired results. This generally requires comparing alternative approaches to achieving the same outputs, to see whether the most efficient process has been adopted.
Impact	Impact measure effects of the project with an eye on the longer term effects including direct or indirect, positive or negative, intended or unintended.
Sustainability	Sustainability is concerned with measuring whether the benefits of an activity are likely to continue after donor funding has been withdrawn.

Sources: JICA Guideline for Project Evaluation 2004, and New JICA Guidelines for Project Evaluation First Edition, June 2010.

2.4. Data Collection Method

Data were collected through documentation review (project documents, policy documents, other related documents), interviews / questionnaires to stakeholders and direct observations at Project implementation sites.

3. Project Performance and Implementation Process

3.1 Inputs

3.1.1. Inputs from Japan

(1) Dispatch of Japanese Experts for technical cooperation

The ten Japanese experts are assigned to the Project for 163.86 man / months (from May 2013 to October 2018). The details are shown in Annex 1: List of Experts.

(2) Training of Counterpart Personnel in Japan

Nineteen counterparts (C/Ps) participated in the training programs in Japan, at the time of the terminal evaluation. (Annex 2: Records on JICA Training in Japan Related to ISSV Project)

(3) Provision of Equipment

The equipment was provided as listed in Annex 3: Equipment. The amount is approximately USD 247,873 under the Project.

(4) Local Operation Expenses

The amount of local expenditure spent by the Japanese side is USD 599,734 as of October 2018. The details are shown in Annex 4: Contribution of the Project by JICA.

3.1.2. Inputs from Sierra Leone

(1) Assignment of Counterpart personnel

The list of Sierra Leonean counterpart personnel is provided in Annex 5: Counterpart personnel.

According to the R/D document of October, 2012, Chief Medical Officer (CMO) was assigned as a Project Director, while Deputy Chief Medical Officer (DCMO) / Director of Primary Health Care (DPHC) (concurrent) was assigned as a Project Manager. After the organizational restructuring of the MoHS, Director of PHC has been assigned to the Project manager, while CMO as Project Director, and Deputy CMO as Deputy Project Director. At the time of the terminal evaluation, most of the counterparts at the management level have been changed after the general election in March, 2018.

370 persons from the MoHS and 380 persons from the pilot DHMTs were involved in the activities as project management and supportive supervision (accumulation, Table 6).

Table 6 Accumulated number of supervisors involved, from the Sierra Leonean side

	Year 1	Year 2	Year 3	Year 4	Average Number per cycle per organization
ISSV Supervisor, MoHS	95 persons	52 persons	135 persons	88 persons	47 persons
Number of ISSV cycle, MoHS	2 times	1 time	3 times	2 times	
ISSV Supervisor, DHMT	-	-	146 persons	234 persons	18 persons
Number of ISSV cycle, DHMT	-	-	2 times	3-4 times	

*The ISSV cycles were conducted four times in Tonkolili district, while the other three districts conducted 3 times.

(2) Local Operation Expenses

The amount of local expenditure spent by the Sierra Leonean side is USD 223,412 as of October 2018. The details are shown in Annex 6: Contribution of the Project by Sierra Leonean side.

(3) Office space

Office space was provided on the ground floor, Youyi Building, Brookfields, Freetown (Government compound). The area is approximately 20 m² (3.5m × 5.7m) .

RY

T.T.S.

3.2. Progress of Activities

The recommendations from the mid-term review have been mostly followed and implemented through the project activities; while the funding remains the challenge to solve the issues identified which require considerable funding or some of the issues are beyond control of the MoHS.

The progress of the project activities is shown in Annex 7: Progress of Activities. After the completion of Year 1 in July 2014, the Project was suspended during the EVD outbreak. Since JICA decided to suspend the activities, and the Japanese experts were not permitted to come back to Sierra Leone from August 2014 to November, 2015, the second-year Project (from June to October 2015) activities were implemented remotely through e-mail and phone communications. In order to facilitate implementation of the ISSV cycle, a four-day workshop was held in Ghana prior to the field visit with the full support from the JICA Sierra Leone Field Office (FO). The Project resumed in full scale in January 2016. Most of the activities under Output 2 and 3 started from Year 3.

Since 2016, late disbursement of the operational costs by the Sierra Leone side, and many competing program activities in the health sector affected the progress of the activities greatly, as the Project needed to spend considerable time and make efforts for coordination to have C/Ps participation. Appointments of new managers after the general election in March 2018 also affected the progress of activities.

Comparison of the plan of operation and achievements is shown in the Annex 8: Plan of Operation (plan and achievement). Workshops and meetings conducted under the Project are shown in the Annex 9: List of workshops and meetings.

3.3. Achievement of Outputs

Table 7 shows the achievement of outputs.

The activities planned under Output 1 have been implemented from Year 1. National-level ISSV cycles have been held eight times as of October, 2018.

Implementation of activities under Output 2 started in June, 2016, in full scale. The DHMT members of the four target districts received the training on PDCA cycle of ISSV (pre-meeting, supervisory visit, post-meeting, establishing and implementing action plan, giving feedback on the follow-up actions during next round of supervision, reflecting relevant issues identified in the following year's annual plan), and conducted all the process.

Activities of the Output 3 have been conducted in the way which interlinks with Output 2. The capacity development has been done on proposal writing, resource mobilization, and monitoring & evaluation of mini-projects and it has been continued through the implementation of the mini-projects. Three batches have been monitored after the completion of the mini-projects.

In comparison with the current Plan of Operation, the overall progress is delayed due to delayed

Ry

T.T.S.

disbursement of the operational costs by the Sierra Leone side, obstructed participation of National C/Ps to the project activities due to the competing activities, and reallocation of the managers.

Table 7 Achievement of Outputs

Indicators	Achievement						
Output 1: The capacity of MoHS to provide support to the 14 DHMTs is strengthened.							
<p>1) 80% of 42 core supervisors* (= 33) attend at least 60% of capacity building training programs organized by the Project.</p> <p>*core supervisors: supervisors who are selected / approved by the steering committee and constantly take part in the ISSV cycle</p>	<p>< In progress ></p> <p>66.7% of 42 core supervisors (=28) participated in 60% or more of capacity building training programs since 2016 as of October 2018, while the target is 80%.</p> <p>Percentage of core supervisors who participated in 60% or more of the capacity building training programs since 2016 (target: 80%)</p> <table border="1" data-bbox="587 808 1209 1066"> <tr> <td data-bbox="587 808 751 891">Nov. 2016 (Baseline)</td> <td data-bbox="751 808 1209 891">41.9% (18 out of 43 core supervisors) (total of 2 trainings in 2014)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="587 891 751 974">Jun. 2018</td> <td data-bbox="751 891 1209 974">68.3% (28 out of 41 core supervisors) (total of 6 trainings since 2016)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="587 974 751 1066">Oct. 2018</td> <td data-bbox="751 974 1209 1066">66.7% (28 out of 42 core supervisors*) (total of 6 trainings since 2016)</td> </tr> </table> <p>*There was a revision of the core supervisors list, due to some supervisors' resignation.</p>	Nov. 2016 (Baseline)	41.9% (18 out of 43 core supervisors) (total of 2 trainings in 2014)	Jun. 2018	68.3% (28 out of 41 core supervisors) (total of 6 trainings since 2016)	Oct. 2018	66.7% (28 out of 42 core supervisors*) (total of 6 trainings since 2016)
Nov. 2016 (Baseline)	41.9% (18 out of 43 core supervisors) (total of 2 trainings in 2014)						
Jun. 2018	68.3% (28 out of 41 core supervisors) (total of 6 trainings since 2016)						
Oct. 2018	66.7% (28 out of 42 core supervisors*) (total of 6 trainings since 2016)						
<p>2) 2/3 of 42 core supervisors (= 28) participate in 75% of the ISSV cycles throughout the post-Ebola project period.</p>	<p>< In progress ></p> <p>17 out of 42 core supervisors participated in 75% or more of the ISSV cycles since 2016 as of October 2018, while the target is 28 core supervisors.</p> <p>Percentage of core supervisors who participated in 75% or more of the ISSV cycles</p> <table border="1" data-bbox="507 1447 1289 1697"> <tr> <td data-bbox="507 1447 671 1529">Nov. 2016 (Baseline)</td> <td data-bbox="671 1447 1289 1529">41.9% (18 out of 43 core supervisors) (2 ISSV cycles in 2013 and 2014)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="507 1529 671 1612">Jun. 2018</td> <td data-bbox="671 1529 1289 1612">51.2% (21 out of 41 core supervisors) (4 ISSV cycles since 2016, 4th to 7th ISSV)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="507 1612 671 1697">Oct. 2018</td> <td data-bbox="671 1612 1289 1697">40.5% (17 out of 42 core supervisors*) (5 ISSV cycles since 2016, 4th to 8th ISSV)</td> </tr> </table> <p>*There was a revision of the core supervisors list, due to some supervisors' resignation.</p>	Nov. 2016 (Baseline)	41.9% (18 out of 43 core supervisors) (2 ISSV cycles in 2013 and 2014)	Jun. 2018	51.2% (21 out of 41 core supervisors) (4 ISSV cycles since 2016, 4 th to 7 th ISSV)	Oct. 2018	40.5% (17 out of 42 core supervisors*) (5 ISSV cycles since 2016, 4 th to 8 th ISSV)
Nov. 2016 (Baseline)	41.9% (18 out of 43 core supervisors) (2 ISSV cycles in 2013 and 2014)						
Jun. 2018	51.2% (21 out of 41 core supervisors) (4 ISSV cycles since 2016, 4 th to 7 th ISSV)						
Oct. 2018	40.5% (17 out of 42 core supervisors*) (5 ISSV cycles since 2016, 4 th to 8 th ISSV)						
<p>3) 80% of the follow-up action plans to solve priority issues (= issues</p>	<p>< Achieved so far ></p> <p>15 national level issues which could not be handled by district level were extracted from the APMM of all of the districts. For 12 issues out of the 15, (80.0%) actions have been initiated in order to solve the problems as of October 2018. As these issues are very challenging, MoHS has been taking action to resolve them until now.</p>						

Ry

T.T.S.

identified through ISSV and prioritized in APMM as urgent and important issues) are initiated.	Percentage of the follow-up action plans, initiated (National level)	
	Nov. 2016 (Baseline)	100% (Action plans for 4 th ISSV)
	Jun. 2018	85.7% (12 out of 14 issues) (Action plans for 7 th ISSV)
	Oct. 2018	80.0% (12 out of 15 issues) (Action plans for 8 th ISSV)

Output 2: The ISSV cycle by 4 target DHMTs to the PHUs is strengthened.

1) All the PHUs in the 4 target districts receive supervisory visits twice a year.	<p>< In progress ></p> <p>Within "one year" period, the rate of PHU which receive visits at least twice are; <Bombali> 16.4%, <Moyamba> 32.0%, <Pujehun> 14.3%, <Tonkolili> 40.4%.</p> <p>All four target (pilot) districts are aware of the importance of frequent visits for ISSV, ideally twice a year as it is thought as support not a survey or assessment. But the challenge is a limited access to financial, human, and transportation resources required for ISSV visits and possibly poor accessibility during the rainy season. The DHMTs apply strategic selection to target facilities for physical visits.</p> <p>ISSV cycle at least twice a year was initially maintained. However, in the past year from the latest ISSV in June 2018, it has become difficult to carry out the cycle twice a year except for the Tonkolili DHMT, has advanced even to utilize the remaining GoSL fund to carry out one more cycle during the first quarter of 2018. This is because of delayed disbursement of the World Bank (WB)'s Ebola Emergency Response Project (EERP) fund and GoSL fund to conduct the ISSV.</p>																																													
	<p>Percentage of PHUs received supervisory visits twice or more a year*</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>District</th> <th>Sep. 2016- Aug. 2017</th> <th>Sep. 2017 – Aug. 2018</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bombali</td> <td>75.5% (83/110 PHUs) 1st ISSV in Sep. 2016 2nd ISSV in Feb. 2017 3rd ISSV in Mar. 2017</td> <td>16.4% (18/110 PHUs) 4th ISSV in Nov. 2017 5th ISSV in Aug. 2018</td> </tr> <tr> <td>Moyamba</td> <td>84.0% (84/101PHUs) 1st ISSV in Sep. 2016 2nd ISSV in Dec. 2016 3rd ISSV in May 2017</td> <td>32.0% (32/101PHUs) 4th ISSV in Oct. 2017 5th ISSV in Jun.-Jul. 2018</td> </tr> <tr> <td>Pujehun</td> <td>45.5% (35/77PHUs) 1st ISSV in Sep. 2016 2nd ISSV in Dec. 2016- Jan. 2017 3rd ISSV in May 2017</td> <td>14.3% (11/77PHUs) 4th ISSV in Oct. 2017 5th ISSV in Jun.-Aug. 2018</td> </tr> <tr> <td>Tonkolili</td> <td>81.7%(85/104PHUs) 1st ISSV in Sep. 2016 2nd ISSV in Dec. 2016 3rd ISSV in Apr. 2017</td> <td>40.4% (42/104 PHUs) 4th ISSV in Oct. 2017 5th ISSV in Mar. 2018 6th ISSV in Jun. 2018</td> </tr> </tbody> </table>		District	Sep. 2016- Aug. 2017	Sep. 2017 – Aug. 2018	Bombali	75.5% (83/110 PHUs) 1st ISSV in Sep. 2016 2nd ISSV in Feb. 2017 3rd ISSV in Mar. 2017	16.4% (18/110 PHUs) 4th ISSV in Nov. 2017 5th ISSV in Aug. 2018	Moyamba	84.0% (84/101PHUs) 1st ISSV in Sep. 2016 2nd ISSV in Dec. 2016 3rd ISSV in May 2017	32.0% (32/101PHUs) 4th ISSV in Oct. 2017 5th ISSV in Jun.-Jul. 2018	Pujehun	45.5% (35/77PHUs) 1st ISSV in Sep. 2016 2nd ISSV in Dec. 2016- Jan. 2017 3rd ISSV in May 2017	14.3% (11/77PHUs) 4th ISSV in Oct. 2017 5th ISSV in Jun.-Aug. 2018	Tonkolili	81.7%(85/104PHUs) 1st ISSV in Sep. 2016 2nd ISSV in Dec. 2016 3rd ISSV in Apr. 2017	40.4% (42/104 PHUs) 4th ISSV in Oct. 2017 5th ISSV in Mar. 2018 6th ISSV in Jun. 2018																													
	District	Sep. 2016- Aug. 2017	Sep. 2017 – Aug. 2018																																											
	Bombali	75.5% (83/110 PHUs) 1st ISSV in Sep. 2016 2nd ISSV in Feb. 2017 3rd ISSV in Mar. 2017	16.4% (18/110 PHUs) 4th ISSV in Nov. 2017 5th ISSV in Aug. 2018																																											
Moyamba	84.0% (84/101PHUs) 1st ISSV in Sep. 2016 2nd ISSV in Dec. 2016 3rd ISSV in May 2017	32.0% (32/101PHUs) 4th ISSV in Oct. 2017 5th ISSV in Jun.-Jul. 2018																																												
Pujehun	45.5% (35/77PHUs) 1st ISSV in Sep. 2016 2nd ISSV in Dec. 2016- Jan. 2017 3rd ISSV in May 2017	14.3% (11/77PHUs) 4th ISSV in Oct. 2017 5th ISSV in Jun.-Aug. 2018																																												
Tonkolili	81.7%(85/104PHUs) 1st ISSV in Sep. 2016 2nd ISSV in Dec. 2016 3rd ISSV in Apr. 2017	40.4% (42/104 PHUs) 4th ISSV in Oct. 2017 5th ISSV in Mar. 2018 6th ISSV in Jun. 2018																																												
<p>*Due to the external factors such as delayed disbursement of funding for ISSV implementation, percentage was calculated per year as below, in order to understand the figure fairly.</p>																																														
<p>Number of PHUs visited for each ISSV round</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>No. of PHUs (2018)</th> <th>1st</th> <th>2nd</th> <th>3rd</th> <th>4th</th> <th>5th</th> <th>6th</th> <th>7th</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bombali</td> <td>110</td> <td>61</td> <td>102</td> <td>32</td> <td>44</td> <td>65</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Moyamba</td> <td>101</td> <td>68</td> <td>100</td> <td>57</td> <td>47</td> <td>70</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Pujehun</td> <td>77</td> <td>42</td> <td>36</td> <td>36</td> <td>35</td> <td>41</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Tonkolili</td> <td>104</td> <td>98</td> <td>73</td> <td>47</td> <td>44</td> <td>53</td> <td>48</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>			No. of PHUs (2018)	1 st	2 nd	3 rd	4 th	5 th	6 th	7 th	Bombali	110	61	102	32	44	65	-	-	Moyamba	101	68	100	57	47	70	-	-	Pujehun	77	42	36	36	35	41	-	-	Tonkolili	104	98	73	47	44	53	48	-
	No. of PHUs (2018)	1 st	2 nd	3 rd	4 th	5 th	6 th	7 th																																						
Bombali	110	61	102	32	44	65	-	-																																						
Moyamba	101	68	100	57	47	70	-	-																																						
Pujehun	77	42	36	36	35	41	-	-																																						
Tonkolili	104	98	73	47	44	53	48	-																																						

Ry

T.T.S.

<p>2) 75% of the prioritized action plans at the district level are implemented</p>	<p>< Achieved in 3 districts > The rate of the prioritized action plans implemented for the 3rd to 5th (and 6th with Tonkolili) are <Bombali> 60.0% <Moyamba> 90.7% <Pujehun> 88.6% <Tonkolili> 75.3%</p> <p style="text-align: center;">Percentage of the prioritized action plans implemented</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>District</th> <th>ISSV Round 3 & 4 (project monitoring as of Jun. 2018)</th> <th>ISSV Round 3 – 5 (As of Oct. 2018)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bombali</td> <td>68% (47 / 69 issues)</td> <td>60.0% (60 / 100 issues)</td> </tr> <tr> <td>Moyamba</td> <td>75% (83 / 111 issues)</td> <td>90.7% (165 / 182 issues)</td> </tr> <tr> <td>Pujehun</td> <td>89% (101 / 114 issues)</td> <td>88.6% (101 / 114 issues)</td> </tr> <tr> <td>Tonkolili</td> <td>82% (114 / 143 issues)*</td> <td>75.3% (122 / 162 issues) **</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">*ISSV Round 3 to 5 ** ISSV Round 3 to 6</p>	District	ISSV Round 3 & 4 (project monitoring as of Jun. 2018)	ISSV Round 3 – 5 (As of Oct. 2018)	Bombali	68% (47 / 69 issues)	60.0% (60 / 100 issues)	Moyamba	75% (83 / 111 issues)	90.7% (165 / 182 issues)	Pujehun	89% (101 / 114 issues)	88.6% (101 / 114 issues)	Tonkolili	82% (114 / 143 issues)*	75.3% (122 / 162 issues) **																			
District	ISSV Round 3 & 4 (project monitoring as of Jun. 2018)	ISSV Round 3 – 5 (As of Oct. 2018)																																	
Bombali	68% (47 / 69 issues)	60.0% (60 / 100 issues)																																	
Moyamba	75% (83 / 111 issues)	90.7% (165 / 182 issues)																																	
Pujehun	89% (101 / 114 issues)	88.6% (101 / 114 issues)																																	
Tonkolili	82% (114 / 143 issues)*	75.3% (122 / 162 issues) **																																	
<p>3) Unsolved issues identified are reflected in the annual plan if the required resources are not available at the district level.</p>	<p><Achieved in Plan for 2018> <In progress in Plan for 2019> The 4 target DHMTs have started integrating unsolved prioritized issues identified during the past ISSV into the annual work plan for 2019 from the middle of September 2018.</p> <p style="text-align: center;">Number of unsolved issues reflected in the annual plan of the following year</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>District</th> <th>2017 (plan for FY2018)</th> <th>2018 (plan for FY2019)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bombali</td> <td>4</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Moyamba</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pujehun</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Tonkolili</td> <td>3</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">Issued reflected in the annual work plan for 2018</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>District</th> <th>Issues reflected</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bombali</td> <td>Printing of data management tool, Outreach activities for data management, training of PHU staff on IDSR, and medical supplies (4 unsolved issues)</td> </tr> <tr> <td>Moyamba</td> <td>Drugs, and maintenance costs for PHUs (2 unsolved issues)</td> </tr> <tr> <td>Pujehun</td> <td>Drugs, cold chain maintenance, training opportunities of PHU staff on waste management, infection control, and hygiene (5 unsolved issues)</td> </tr> <tr> <td>Tonkolili</td> <td>Drugs, maintenance of PHUs, and training of PHU staff on integrated health activities (3 unsolved issues)</td> </tr> </tbody> </table>	District	2017 (plan for FY2018)	2018 (plan for FY2019)	Bombali	4	6	Moyamba	2	5	Pujehun	5	5	Tonkolili	3	7	District	Issues reflected	Bombali	Printing of data management tool, Outreach activities for data management, training of PHU staff on IDSR, and medical supplies (4 unsolved issues)	Moyamba	Drugs, and maintenance costs for PHUs (2 unsolved issues)	Pujehun	Drugs, cold chain maintenance, training opportunities of PHU staff on waste management, infection control, and hygiene (5 unsolved issues)	Tonkolili	Drugs, maintenance of PHUs, and training of PHU staff on integrated health activities (3 unsolved issues)									
District	2017 (plan for FY2018)	2018 (plan for FY2019)																																	
Bombali	4	6																																	
Moyamba	2	5																																	
Pujehun	5	5																																	
Tonkolili	3	7																																	
District	Issues reflected																																		
Bombali	Printing of data management tool, Outreach activities for data management, training of PHU staff on IDSR, and medical supplies (4 unsolved issues)																																		
Moyamba	Drugs, and maintenance costs for PHUs (2 unsolved issues)																																		
Pujehun	Drugs, cold chain maintenance, training opportunities of PHU staff on waste management, infection control, and hygiene (5 unsolved issues)																																		
Tonkolili	Drugs, maintenance of PHUs, and training of PHU staff on integrated health activities (3 unsolved issues)																																		
<p>Output 3: Project management capacity of 4 target DHMTs is strengthened through mini-project implementation for the PHUs.</p>																																			
<p>1) Prioritized issues identified through the ISSV from at least 10 PHUs are reflected in the mini-project proposals per year per district.</p>	<p><Achieved in 3 districts in 2017> <Bombali>9, <Moyamba> 24, <Pujehun>46, <Tonkolili>37 <Achieved in 2 districts in 2018> <Bombali>10, <Moyamba> 31, <Pujehun>3, <Tonkolili>1</p> <p style="text-align: center;">Number of PHU whose priority issue is reflected in mini-project proposal</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">District</th> <th colspan="2">2017</th> <th colspan="2">Oct. 2018</th> </tr> <tr> <th>To Project</th> <th>To other partners</th> <th>To Project</th> <th>To other partners</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bombali</td> <td>9</td> <td>-</td> <td>9</td> <td>1*¹</td> </tr> <tr> <td>Moyamba</td> <td>21</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>29*²</td> </tr> <tr> <td>Pujehun</td> <td>6</td> <td>40</td> <td>-</td> <td>3*³</td> </tr> <tr> <td>Tonkolili</td> <td>37</td> <td>-</td> <td>1</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>73</td> <td>43</td> <td>12</td> <td>33</td> </tr> </tbody> </table> <p>1: UNICEF, 2: GoSL fund, 3: GGHSP by Embassy of Japan Ghana, and Implementing Partners</p>	District	2017		Oct. 2018		To Project	To other partners	To Project	To other partners	Bombali	9	-	9	1* ¹	Moyamba	21	3	2	29* ²	Pujehun	6	40	-	3* ³	Tonkolili	37	-	1	-	Total	73	43	12	33
District	2017		Oct. 2018																																
	To Project	To other partners	To Project	To other partners																															
Bombali	9	-	9	1* ¹																															
Moyamba	21	3	2	29* ²																															
Pujehun	6	40	-	3* ³																															
Tonkolili	37	-	1	-																															
Total	73	43	12	33																															

Ry

T.S.

	Apart from the above mentioned, DHMT utilize APMM to solicit support from partners in a verbal manner, if those cases are also included, the figure would be improved significantly.																																																												
2) 80% of the mini-projects are funded from partners.	<p><Achieved as of October 2018> 96% have been funded as of October 2018.</p> <p>Number of mini-projects funded by partners among proposed mini-projects</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">District</th> <th colspan="2">June 2018 (from 1st to 3rd ISSV Round)</th> <th colspan="2">Oct. 2018 (4th ISSV Round)</th> </tr> <tr> <th>By Project</th> <th>By other partners</th> <th>By Project</th> <th>By other partners</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bombali</td> <td>10/10</td> <td>-</td> <td>9/9</td> <td>0/1</td> </tr> <tr> <td>Moyamba</td> <td>21/21</td> <td>3/3</td> <td>2/2</td> <td>36/36</td> </tr> <tr> <td>Pujehun</td> <td>7/7</td> <td>40/40 (WHO)</td> <td>-</td> <td>2/3</td> </tr> <tr> <td>Tonkolili</td> <td>48/48</td> <td>-</td> <td>1/1</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>86/86</td> <td>43/43</td> <td>12/12</td> <td>38/40</td> </tr> </tbody> </table>	District	June 2018 (from 1st to 3rd ISSV Round)		Oct. 2018 (4th ISSV Round)		By Project	By other partners	By Project	By other partners	Bombali	10/10	-	9/9	0/1	Moyamba	21/21	3/3	2/2	36/36	Pujehun	7/7	40/40 (WHO)	-	2/3	Tonkolili	48/48	-	1/1	-	Total	86/86	43/43	12/12	38/40																										
District	June 2018 (from 1st to 3rd ISSV Round)		Oct. 2018 (4th ISSV Round)																																																										
	By Project	By other partners	By Project	By other partners																																																									
Bombali	10/10	-	9/9	0/1																																																									
Moyamba	21/21	3/3	2/2	36/36																																																									
Pujehun	7/7	40/40 (WHO)	-	2/3																																																									
Tonkolili	48/48	-	1/1	-																																																									
Total	86/86	43/43	12/12	38/40																																																									
3) 80% of the funded mini-projects achieve selected success indicators in the proposals.	<p>< Achieved in Pujehun Only as of October 2018> The percentage of the Project-funded mini-projects achieving selected success indicators (1st - 3rd ISSV) is as follows. <Bombali> 33%, <Moyamba> 29%, <Pujehun> 100%, <Tonkolili> 38%.</p> <p>Bombali</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mini-project batch No.</th> <th>Type of mini-project</th> <th>No. of PHU target</th> <th>No. of PHU achieved indicator</th> <th>Achievement rate</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Solar system</td> <td>2</td> <td rowspan="3">1*</td> <td rowspan="3">14%</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Solar system</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Solar system</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Motorbike</td> <td>2</td> <td>2**</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>*indicator: number of deliveries during night ** average number of outreach activities per month</p> <p>Moyamba</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mini-project batch No.</th> <th>Type of mini-project</th> <th>No. of PHU target</th> <th>No. of PHU achieved indicator</th> <th>Achievement rate</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Motorbike</td> <td>9</td> <td rowspan="4">0*</td> <td rowspan="4">0%</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Motorbike</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Drug shelf</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Solar light</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>*indicator: average number of outreach activities per month ** proper management of drugs (drugs sorted out according to item & exp. date, name & exp. date of drugs labeled) *** number of deliveries during night</p> <p>Pujehun</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mini-project batch No.</th> <th>Type of mini-project</th> <th>No. of PHU target</th> <th>No. of PHU achieved indicator</th> <th>Achievement rate</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Waste management system</td> <td>3</td> <td>3*</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Drug shelf</td> <td>2</td> <td>2**</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Staff quarter</td> <td>1</td> <td>N/A***</td> <td>N/A</td> </tr> </tbody> </table> <p>*indicator: proper disposal of placenta ** proper management of drugs (drugs sorted out according to item & exp. date, name & exp. date of drugs labeled) *** Construction of staff quarter was officially handed over at the end of October.</p>	Mini-project batch No.	Type of mini-project	No. of PHU target	No. of PHU achieved indicator	Achievement rate	1	Solar system	2	1*	14%	2	Solar system	2	3	Solar system	3	2	Motorbike	2	2**	100%	Mini-project batch No.	Type of mini-project	No. of PHU target	No. of PHU achieved indicator	Achievement rate	1	Motorbike	9	0*	0%	2	Motorbike	4	2	Drug shelf	4	3	Solar light	4	Mini-project batch No.	Type of mini-project	No. of PHU target	No. of PHU achieved indicator	Achievement rate	1	Waste management system	3	3*	100%	2	Drug shelf	2	2**	100%	3	Staff quarter	1	N/A***	N/A
Mini-project batch No.	Type of mini-project	No. of PHU target	No. of PHU achieved indicator	Achievement rate																																																									
1	Solar system	2	1*	14%																																																									
2	Solar system	2																																																											
3	Solar system	3																																																											
2	Motorbike	2	2**	100%																																																									
Mini-project batch No.	Type of mini-project	No. of PHU target	No. of PHU achieved indicator	Achievement rate																																																									
1	Motorbike	9	0*	0%																																																									
2	Motorbike	4																																																											
2	Drug shelf	4																																																											
3	Solar light	4																																																											
Mini-project batch No.	Type of mini-project	No. of PHU target	No. of PHU achieved indicator	Achievement rate																																																									
1	Waste management system	3	3*	100%																																																									
2	Drug shelf	2	2**	100%																																																									
3	Staff quarter	1	N/A***	N/A																																																									

Tonkolili				
Mini-project batch No.	Type of mini-project	No. of PHU target	No. of PHU achieved indicator	Achievement rate
1	Solar system	2	1*	25%
2	Solar system	2		
2	Motorbike	2	3**	23%
3	Motorbike	11		
2	Drug shelf	2	8***	100%
3	Drug shelf	6		
3	IPC material	22		
*indicator: number of deliveries during night				
** average number of outreach activities per month				
*** proper management of drugs (drugs sorted out according to item & exp. date, name & exp. date of drugs labeled)				
**** The rate of waste segregation and hand hygiene compliance				

3.4. Achievement of Project Purpose

The Project Purpose: The integrated supportive supervision (ISSV) cycle by the MoHS and the 14 DHMTs is strengthened in order to improve health services at the PHUs.

The project purpose is likely to be achieved by the end of the Project for the following reasons. Continuous commitments of key stakeholders are necessary.

Indicator 1: The MoHS implements the ISSV cycle completely two times a year.

Indicator 2: Four target DHMTs implement the ISSV cycle completely to all the PHUs at least twice a year.

Indicator 3: Six out of the other ten DHMTs have established the ISSV cycle.

Indicator 4: Ten out of 14 DHMTs score 80% in the ISSV checklist for the last three ISSV cycle.

Two National-level ISSV cycles have been conducted in 2016 and 2017, and once in 2018. The MoHS is going to introduce the ISSV week to ensure implementation of the ISSV cycles twice a year. According to the Project's experts, the current limitations include: delayed disbursement of Development Partners (DPs) fund for implementation of ISSV physical visits; challenges on scheduling due to competing priority activities by directorates and programs, frequent training programs, workshops, meetings outside Freetown, national campaigns such as Maternal and Child Health (MCH) and National Immunization Days (NID) weeks. For the district-level ISSV cycles, besides the delayed disbursement of DPs fund and/or District Council fund, the amount of funding, logistics and human resources are not sufficient to implement the ISSV physical visit to all PHUs twice a year (average number of PHUs in the four pilot districts: 98 PHUs), and the seasonality matters (e.g. travelling is rather problematic during rainy season).

In response to a number of constrains mentioned above, the DHMT applies strategic selection to

target facilities for physical visits and as a result some of the weak PHUs are receiving more visits than others.

Most DHMTs have been conducting Integrated Supportive Supervision physical visit before introducing the systematic ISSV cycle, but after the supervision physical visit, identified issues and challenges remain without taking any necessary action to improve the health services by the DHMTs. In Bo district, District Medical Officer (DMO) intends to implement the ISSV cycle to improve the facility services in the Bo district, while he benefitted from the ISSV cycle from the previous duty station. Therefor he seeks for a national support to instruct the DHMT members to deepen their understanding of the ISSV tools. For indicator 3, implementation of the first systematic ISSV cycles in the ten DHMTs was delayed due to the late disbursement of DP funding. As the fund has been disbursed in November 2018, with the technical support of NIFs and the Project, it can be anticipated that six or more DHMTs complete the ISSV cycle once. For indicator 4, the scores decreased from nine districts (5th to 7th National ISSV) to five districts (the 6th to 8th National ISSV). The fluctuation is due mainly to the delayed access to annual budget: the first annual budget was disbursed only in September 2018 and for only 25% of the total budget. The general election in May 2018 led the change of leaders and personnel in the districts and this might have caused the decrease of the score in July 2018.

Table 8 Achievement of the Project Purpose

Indicators	Achievement																
Project Purpose: The integrated supportive supervision (ISSV) cycle by the MoHS and the 14 DHMTs is strengthened in order to improve health services at the PHUs.																	
1) The MoHS implements the ISSV cycle completely twice a year.	<p data-bbox="635 1308 1166 1339">< In progress → Achieved for 2016 and 2017 ></p> <p data-bbox="635 1350 1334 1413">ISSV cycles have been conducted twice a year for 2016 and 2017.</p> <p data-bbox="635 1424 1334 1552">APMMs have been created and updated. In place of meeting minutes, power point presentation slides and supervisors' narrative report proved that MoHS held the pre-/post-visit meetings.</p> <table border="1" data-bbox="735 1570 1233 1809"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="743 1576 1225 1608">Achievement rate of ISSV cycles conducted</th> </tr> <tr> <th data-bbox="743 1615 831 1641">Year</th> <th data-bbox="831 1615 1225 1641">Achievement rate</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="743 1641 831 1668">2013</td> <td data-bbox="831 1641 1225 1668">50% (Once between Jun. to Dec.)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="743 1668 831 1695">2014</td> <td data-bbox="831 1668 1225 1695">50% (Once between Jan. to July)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="743 1695 831 1722">2015</td> <td data-bbox="831 1695 1225 1722">50% (Once between Jun. to Nov.)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="743 1722 831 1749">2016</td> <td data-bbox="831 1722 1225 1749">100% (twice)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="743 1749 831 1776">2017</td> <td data-bbox="831 1749 1225 1776">100% (twice)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="743 1776 831 1803">2018</td> <td data-bbox="831 1776 1225 1803">50% (8th ISSV in Aug)</td> </tr> </tbody> </table>	Achievement rate of ISSV cycles conducted		Year	Achievement rate	2013	50% (Once between Jun. to Dec.)	2014	50% (Once between Jan. to July)	2015	50% (Once between Jun. to Nov.)	2016	100% (twice)	2017	100% (twice)	2018	50% (8 th ISSV in Aug)
Achievement rate of ISSV cycles conducted																	
Year	Achievement rate																
2013	50% (Once between Jun. to Dec.)																
2014	50% (Once between Jan. to July)																
2015	50% (Once between Jun. to Nov.)																
2016	100% (twice)																
2017	100% (twice)																
2018	50% (8 th ISSV in Aug)																
2) 4 target DHMTs implement the ISSV cycle completely to all the PHUs at least twice a year.	<p data-bbox="635 1823 810 1854">< In progress ></p> <p data-bbox="635 1865 1334 2022">All 4 DHMTs almost conducted a complete ISSV twice a year in 2017, though some PHUs were missed for the second supervisory visits due to limited resources and seasonality. As mentioned in the 2-1 indicator for Output 2, delayed disbursement of WB's EERP fund and GoSL fund has been a</p>																

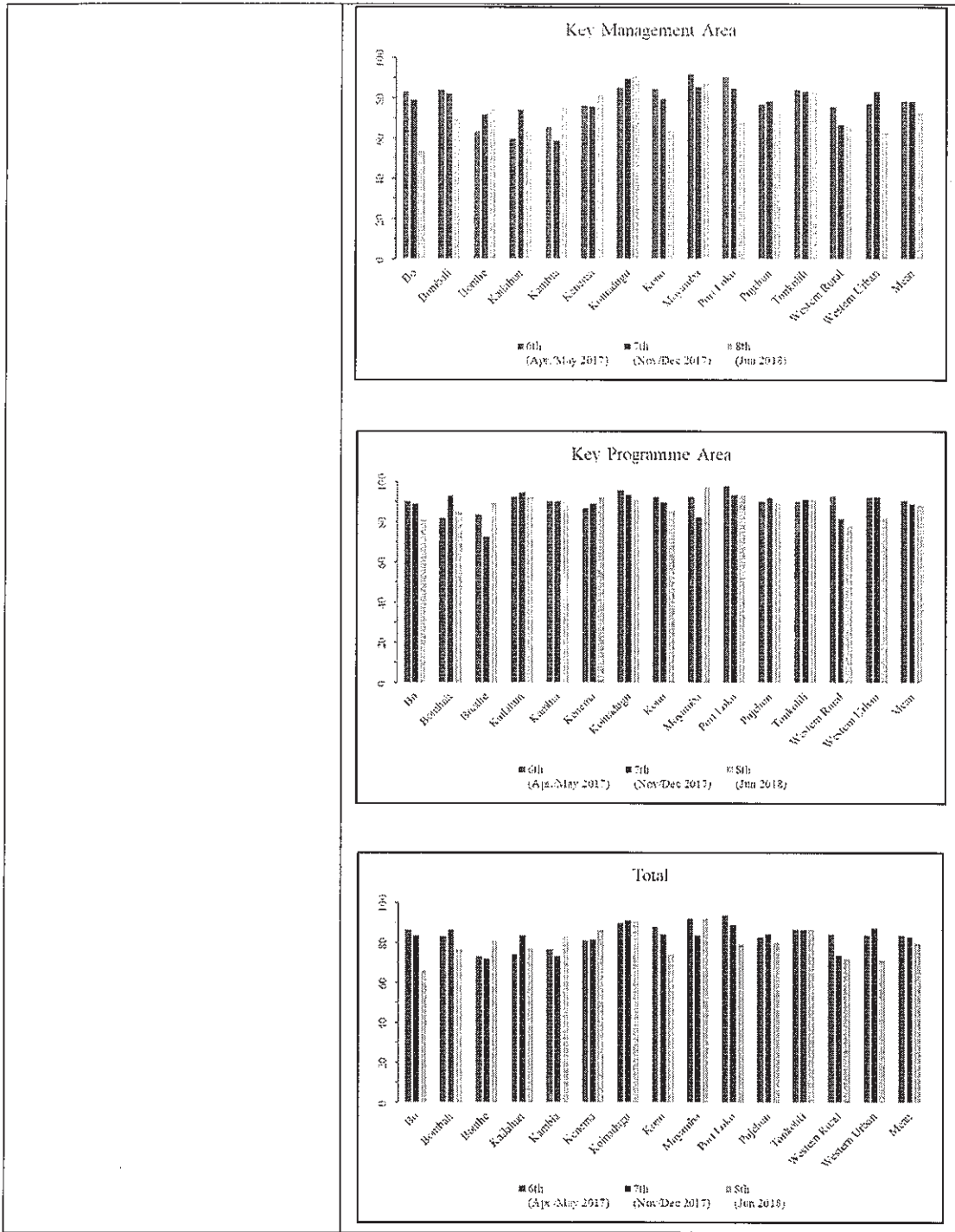
By

T.T.S.

	<p>critical issue to conduct the ISSV, even though the Project together with the ISSV secretariat have been communicating with the IHPAU which is a responsible unit for the management of the WB fund, for the timely disbursement.</p> <p>Number of ISSV cycles completed as of Oct. 2018</p> <table border="1" data-bbox="794 456 1166 600"> <thead> <tr> <th></th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bombali</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Moyamba</td> <td>2*</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Pujehun</td> <td>2*</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Tonkolili</td> <td>2*</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>*The second ISSV round started from Dec. 2016 and completed in Mar. 2017.</p>		2016	2017	2018	Bombali	1	3	1	Moyamba	2*	2	1	Pujehun	2*	2	1	Tonkolili	2*	2	2																																																															
	2016	2017	2018																																																																																	
Bombali	1	3	1																																																																																	
Moyamba	2*	2	1																																																																																	
Pujehun	2*	2	1																																																																																	
Tonkolili	2*	2	2																																																																																	
<p>3) 6 out of the other 10 DHMTs establish* the ISSV cycle.</p> <p>*It is defined to “implement one ISSV cycle” in the project.</p>	<p><In progress ></p> <p>The other 10 DHMTs started establishing the ISSV cycle from February 2018. They received ISSV orientation in February and October, received introductory ISSV training in April, and joined the district ISSV by the target DHMTs for experience sharing in June, and received PCM TOT & cascade training from August to November. They will start their ISSV from December.</p>																																																																																			
<p>4) 10 out of 14 DHMTs score 80% in the ISSV checklist for the last 3 ISSV cycle.</p>	<p>< In progress ></p> <p>From the 6th to 8th National ISSV, 5 districts achieved over 80% score successively.</p> <table border="1" data-bbox="651 1066 1310 1641"> <thead> <tr> <th rowspan="2">District</th> <th colspan="3">Scoring of the past three ISSVs (%)</th> <th rowspan="2">Recorded 80% or higher over 3 successive cycles</th> </tr> <tr> <th>6th (Apr./May 2017)</th> <th>7th (Nov/Dec 2017)</th> <th>8th (July 2018)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bo</td> <td>86.1</td> <td>83.3</td> <td>85.8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bombali</td> <td>83.0</td> <td>86.7</td> <td>76.5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bonthe</td> <td>72.9</td> <td>72.0</td> <td>80.9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kailahun</td> <td>74.0</td> <td>83.3</td> <td>77.0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kambia</td> <td>76.5</td> <td>71.0</td> <td>82.9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kenema</td> <td>80.9</td> <td>81.4</td> <td>86.2</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Koinadugu</td> <td>89.7</td> <td>91.2</td> <td>90.7</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Kono</td> <td>88.0</td> <td>84.0</td> <td>74.2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Moyamba</td> <td>92.0</td> <td>83.9</td> <td>92.0</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Port Loko</td> <td>93.6</td> <td>88.8</td> <td>79.1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pujehun</td> <td>82.8</td> <td>84.5</td> <td>80.0</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Tonkolili</td> <td>86.8</td> <td>86.8</td> <td>86.8</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Western Rural</td> <td>84.2</td> <td>73.6</td> <td>71.9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Western Urban</td> <td>83.8</td> <td>87.1</td> <td>71.1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mean</td> <td>83.88</td> <td>82.69</td> <td>79.64</td> <td>< 5 Districts ></td> </tr> </tbody> </table>	District	Scoring of the past three ISSVs (%)			Recorded 80% or higher over 3 successive cycles	6th (Apr./May 2017)	7th (Nov/Dec 2017)	8th (July 2018)	Bo	86.1	83.3	85.8		Bombali	83.0	86.7	76.5		Bonthe	72.9	72.0	80.9		Kailahun	74.0	83.3	77.0		Kambia	76.5	71.0	82.9		Kenema	80.9	81.4	86.2	✓	Koinadugu	89.7	91.2	90.7	✓	Kono	88.0	84.0	74.2		Moyamba	92.0	83.9	92.0	✓	Port Loko	93.6	88.8	79.1		Pujehun	82.8	84.5	80.0	✓	Tonkolili	86.8	86.8	86.8	✓	Western Rural	84.2	73.6	71.9		Western Urban	83.8	87.1	71.1		Mean	83.88	82.69	79.64	< 5 Districts >
District	Scoring of the past three ISSVs (%)			Recorded 80% or higher over 3 successive cycles																																																																																
	6th (Apr./May 2017)	7th (Nov/Dec 2017)	8th (July 2018)																																																																																	
Bo	86.1	83.3	85.8																																																																																	
Bombali	83.0	86.7	76.5																																																																																	
Bonthe	72.9	72.0	80.9																																																																																	
Kailahun	74.0	83.3	77.0																																																																																	
Kambia	76.5	71.0	82.9																																																																																	
Kenema	80.9	81.4	86.2	✓																																																																																
Koinadugu	89.7	91.2	90.7	✓																																																																																
Kono	88.0	84.0	74.2																																																																																	
Moyamba	92.0	83.9	92.0	✓																																																																																
Port Loko	93.6	88.8	79.1																																																																																	
Pujehun	82.8	84.5	80.0	✓																																																																																
Tonkolili	86.8	86.8	86.8	✓																																																																																
Western Rural	84.2	73.6	71.9																																																																																	
Western Urban	83.8	87.1	71.1																																																																																	
Mean	83.88	82.69	79.64	< 5 Districts >																																																																																

Ry

T.T.S.



3.5. Prospect of Achievement of the Overall Goal

According to the JICA evaluation guideline, the overall goal is defined as a goal to be achieved within three to five years after the project completion, as an impact of the project, while important assumption mentioned in the PDM is fulfilled.

General service readiness index of 2011, 2012 and 2017 shows the increasing trends.

Overall Goal: Health services at the PHUs are improved.

Ry

T.T.S.

Table 9 Achievement of the Overall Goal

Indicators	Achievement																																			
Overall Goal: Health services at the PHUs are improved.																																				
1) SARA tracer items for general service readiness is improved.	<p>< To be evaluated at the time of ex-post evaluation ></p> <p>General service readiness index of 2011, 2012 and 2017 shows the increasing trends, even though some domains such as basic equipment score have decreased to some point.</p> <p>(Annex 10: Indicators for the Overall Goal)</p> <p>The level of achievement in SARA indicators is considerably affected by external factors such as intervention by other DPs. Furthermore, it needs to be noted that there have been slight changes in the SARA indicators over the three surveys conducted.</p> <p>As an impact of the project, it is anticipated to contribute to improve the SARA indicators in some parts through the actions taken through the ISSV cycle.</p>																																			
2) Scores of the ISSV checklist (for the PHUs) is increased.	<p>< To be evaluated at the time of ex-post evaluation ></p> <p>The scores are only available for the 4 pilot districts. As district-level ISSV cycles have been conducted in the four districts, the trends were observed for these districts.</p> <p>The scores for PHUs have been fluctuating.</p> <p>The challenges on this indicator are; the capacities of DHMT members (supervisors) of proper scoring needs to be further strengthened. In addition, national level improvement is critical for some issues such as deficit of refrigerators, and drug distribution.</p> <p>Scores of the ISSV checklist for PHUs for each ISSV round (District-level ISSV)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1st</th> <th>2nd</th> <th>3rd</th> <th>4th</th> <th>5th</th> <th>6th</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bombali</td> <td>68.9</td> <td>65.5</td> <td>45.4</td> <td>62.0</td> <td>60.2</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Moyamba</td> <td>66.4</td> <td>74.6</td> <td>69.6</td> <td>62.8</td> <td>64.4</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Pujehun</td> <td>71.0</td> <td>75.7</td> <td>71.7</td> <td>68.2</td> <td>72.8</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Tonkolili</td> <td>62.9</td> <td>59.6</td> <td>51.6</td> <td>53.7</td> <td>64.2</td> <td>61.9</td> </tr> </tbody> </table>		1 st	2 nd	3 rd	4 th	5 th	6 th	Bombali	68.9	65.5	45.4	62.0	60.2	-	Moyamba	66.4	74.6	69.6	62.8	64.4	-	Pujehun	71.0	75.7	71.7	68.2	72.8	-	Tonkolili	62.9	59.6	51.6	53.7	64.2	61.9
	1 st	2 nd	3 rd	4 th	5 th	6 th																														
Bombali	68.9	65.5	45.4	62.0	60.2	-																														
Moyamba	66.4	74.6	69.6	62.8	64.4	-																														
Pujehun	71.0	75.7	71.7	68.2	72.8	-																														
Tonkolili	62.9	59.6	51.6	53.7	64.2	61.9																														

3.6. Implementation Process

3.6.1. Influence of the EVD outbreak to project implementation

Ebola virus disease epidemic took place from 2014 to 2016. The end of EVD outbreak was declared in Sierra Leone in November 2015. Due to this outbreak, JICA suspended the Project activities in August 2014. The four-month project activities were implemented remotely from June 2015. The

Ry

T.S.S.

MoHS members were supported by e-mails and phone communications with Japanese experts. The inhibiting factors below have influenced progress of the Project activities.

To mitigate the influence of EVD outbreak and the response period, the PDM was revised to version 1 following the recommendations from the mid-term review. The project duration was extended from four years to four years and eight months excluding suspended period during the EVD outbreak from August 2014 to November 2015. Additional inputs were made as well.

The following inhibiting and contributing factors were observed with the EVD outbreak and the post-Ebola recovery plan.

Inhibiting factors associated with the EVD outbreak and post-Ebola recovery

- The EVD outbreak and the post-Ebola recovery activities have increased the workload of C/Ps both at national and district levels. The engagements have decreased.
- The outbreak accelerated reallocation of human resources. Nearly a half of the Project C/Ps have changed. The achievement of the Project reduced due to the transfer of trained C/Ps in the first year.
- According to the JICA regulation under the state of emergency in Sierra Leone, the Project experts had to stay out of Sierra Leone for more than a year. This fact influenced negatively the cooperative relationship with C/Ps and DPs
- There was the change of priorities of the DPs. The expected collaboration was cancelled.

Contributing factors associated with the post-Ebola recovery plan

- ISSV constitutes a part of the presidential post-Ebola recovery plan, and the effectiveness of ISSV has been broadly recognized among some stakeholders in the health sector. It may broaden the acceptance by DPs funds for MoHS and DHMT to apply for the implementation of ISSV-activities.

3.6.2. Inhibiting and contributing factors

At the time of the terminal evaluation, the following contributing and inhibiting factors are observed in the Project implementation process.

3.6.2.1. Inhibiting factors

Difficulties due to organizational structure in the MoHS for the cross cutting activities

- National ISSV is cross cutting activities that involve personnel from various key directorates and programs. The vertical programs which have their own mandate is more common in the MoHS. Therefore coordination at the national level requires considerable time and efforts,

together with strong leadership and commitment from the top management in the MoHS.

Obstructed participation of the C/Ps

Competing priorities affected the smooth implementation of the Project due to, the unavailability of SC members in terms of project management. When it is difficult to hold a meeting with all SC members together, communication with each personnel has been done individually. Not only SC members, but also NIFs and NISs are occupied with competing programs. Increase of participation for pre- and post-visit meetings for national ISSV is a challenge as observed in the Output indicator 1-2.

Time-consuming and delayed financial transaction for the operational costs by the Sierra Leone side

- Delays in financial transactions have been observed frequently. For example, initial fund request was done in February 2018 for the ten non-pilot districts, but the procedure was delayed and it was disbursed only in mid-November.
- Since the Sierra Leone side's operational cost for ISSV activities is mainly provided by partners as is mentioned in the important assumption, the project needed to support C/Ps for the fund application and follow up for the timely disbursement considerably.

Pose of the MoHS Top Management Team meetings

- It was originally planned that the results of ISSV were reported to MoHS Top Management Team (TMT). The MoHS TMT meetings had been stopped.

Reallocation and appointment of new managers both national and district level

- After the general election in March 2018, the vacant period of the directors and managers occurred. That affected the effective management of the ISSV secretariat and assignment of DAs. The current list of DAs was approved officially in late November, 2018.
- All DMOs in the pilot four districts have been changed after the general election. DMOs leadership is critical and the absent of DMO made the ISSV cycle less active.

Key issues outside the MoHS's control

- Some key issues related to financial management, human resources management, and logistics management are dependent on other organizations' control.

3.6.2.2. Contributing factors

- Leadership and commitment for the ISSV activities by the CMO has greatly increased.
- JICA assigned the Health Planning Advisor to the MoHS in June 2016, who worked closely with the DAC and as part of the President Delivery Team (PDT). This fact influenced positively to promote ISSV physical visit as a monitoring tool for EVD response activities.

Ry

T.T.S.

4. Review Results by Five Criteria

4.1 Relevance

Relevance is high in terms of necessity and policies of Sierra Leone and Japan.

The MoHS adopted the integrated and holistic approach aiming at bringing all the health programs together, and improving efficiency and effectiveness of health service delivery stipulated in the Basic Package of Essential Health Services 2015-2020. “Integrated supportive supervision” is an essential aspect of health system, to ensure efficient and equitable delivery of health services with quality of care, as stated in the National Health Sector Strategic Plan (NHSSP) 2010-2015. “Integrated supportive supervision visits” is mentioned as a part of monitoring and evaluation in the NHSSP 2017-2021. The “Supportive supervision” is also stated in the Health Sector Recovery Plan 2015-2020.

This Project strengthens the health system management capacity through ISSV. Reinforcing the health systems such as leadership and governance is stated in the Basic Design for Peace and Health (Global Health Cooperation) (a guideline for Global Health policy under the Development Cooperation Charter of the Government of Japan). Furthermore, “Basic Plan on Strengthening Counter-measures for Infectious Diseases that Pose a Threat to Global Society” (Prime Minister of Japan and His Cabinet, 2016) and “TICAD VI Nairobi Implementation Plan” (2016) emphasize the importance to strengthen the health systems. The Project is also coherent with “Country Assistance Policy for Republic of Sierra Leone” (2012) and Japan’s ODA strategy to the Sierra Leone (2017).

In JICA’s SDGs Position Paper, JICA states to play the pivotal role to achieve the Goal 3. In addition, health systems strengthening is reiterated in “JICA’s Operation in Health Sector –Present and Future –“. Investment in Africa’s health systems is considered as a key to inclusive and sustainable growth in “UHC in Africa, A Framework for Action”. (WB, JICA, GFATM, WHO, 2016)

In Sierra Leone, most DHMTs have been conducting Integrated Supportive Supervision physical visits, but after the supervision physical visits, identified issues and challenges were left without taking any necessary actions to improve the health services by the DHMTs. Therefore the need was observed to establish the ISSV cycle as effective tools for solving the issues and to improve the health services at the PHU levels.

4.2 Effectiveness

Possibly high

It is expected that effectiveness of the Project will be high at the end of the Project for the following reasons. Continuous commitments of key stakeholders are necessary.

The achievement of Output 1, 2, and 3 have contributed to achieve the Project Purpose.

Ry

T.T.S.

The degree of achievement of the project purpose by indicators is;

For indicator 1; it was achieved for 2016 and 2017, but not in 2018, due to the late disbursement of the fund. The MoHS is going to introduce the "ISSV WEEK" to ensure implementation of the ISSV cycles twice a year from 2019.

For indicator 2; it was achieved in 2017 in terms of implementing the ISSV cycle twice a year in the four target DHMTs. In response to a number of constraints as described in "3.4 Achievement of Project Purpose", the DHMT completed the ISSV cycles by applying strategic selection to target facilities for physical visits. As a result some of the weak PHUs are receiving more visits than others. The evaluation team recognizes that completion of the two ISSV cycles should be substantially more important than covering all PHUs. Furthermore, DHMT's strategic selection of target PHUs for the visits can be said effective, in order to improve health services at the PHUs. Therefore it can be considered that the intended target is met in 2017.

For indicator 3; it is likely to be achieved by the end of the Project. DHMTs have been conducting the ISSV physical visits before introducing the systematic ISSV cycle. After receiving the orientation and trainings on the ISSV cycle, DHMTs in the ten non-pilot districts have shown interests to implement the ISSV cycle and funding have been made available in November 2018.

For indicator 4; the target was not met for indicator 4. It is still under the process to strengthen the DHMT's capacities to improve their overall management.

Therefore it can be concluded that the Project purpose is likely to be achieved

4.3 Efficiency

Moderate

Inputs of the Project are shown in the Table below. Most inputs from Japan side and some inputs from the GoSL side have been provided as planned and in a timely manner. For operational cost from GoSL side, some funding were delayed due to the complex procedure of the DPs fund and affected the timing of activities.

The Project duration is extended from four years to four years and eight months excluding suspended period during the EVD outbreak (from August 2014 to November 2015) and the total project cost has increased compared to the original plan. These changes were made appropriately based on the findings and recommendations from the mid-term review.

Table 10 Inputs of the Project

Inputs	Plan (PDM version 0)	Actual as of Oct. 2018
Japan side		
1. Experts	<ul style="list-style-type: none"> -Chief Advisor -Coordinator -Health Administration -Supportive Supervision -Data Management -Reproductive and Child Health 	Chief Advisor/ MCH 1 / M&E 1 Senior Consultant / HSS 1 / M&E 2 Health System Strengthening 2 MCH 2 HSS 2 / MCH 2 Health Information Analyst 1 / HSS 3 Training Management / PC Training Management / PC 1 Health Information Analyst 2 / PC 2 Health Planning Advisor (Annex 1: List of Experts)
2. Equipment	<ul style="list-style-type: none"> -Vehicles -Motorbikes -Office equipment/furniture 	Vehicle, Photocopy Machine Stabilizer, Pump Air conditioner, Photocopy Machine (Under mini-projects) Motorbike, Solar Lighting System Waste management zone Motorbike, Solar Lighting System Staff Quarter for PHU (Annex 3: Equipment)
3. Operational cost	total 77 million yen (approximately 686,268 USD) <ul style="list-style-type: none"> -Transport cost of ISSV by MoHS (vehicles and fuel) -Workshop/meeting cost -Development and printing cost of ISSV tools -Drivers and assistants for Japanese experts -Maintenance and fuel for vehicles to be used by Japanese experts -Implementation cost of "mini-project" that complement Joint Programme of Work and Funding 2012-2014 (JPWF) of the 4 target districts 	Approximately 66 million yen (approximately 599,734 USD) (Annex 4: Contribution of the Project by JICA)
GoSL side		
1. Counterpart personnel	<ul style="list-style-type: none"> -Directors of DPHC, DPP, DRCH, etc. -Staff of DPHC, DPP -MoHS supervisors -DMOs of the 4 target districts -Other personnel as necessary 	(Annex 5: Counterpart personnel)
2. Space for the Project office at MoHS	2.Space for the Project office at MoHS	Office space was provided on the ground floor, Youyi Building, Brookfields, Freetown (Government compound)
3. Operational cost	<ul style="list-style-type: none"> -Salaries and other allowances, including DSA for ISSV, for MoHS and DHMTs -Utility cost for the Project office such as electricity, water supply and communication -Office furniture such as desks, chairs and bookshelves -Necessary cost (registration fees, insurance premium, maintenance, drivers and fuel) for vehicles and motorbikes provided to 4 target DHMTs 	\$223,412 (Annex 6: Contribution of the Project by Sierra Leonean side)

Ry

T.T.S.

4. Capacity development cost for remaining 9 DHMTs to carry out ISSV effectively.	Capacity development cost for remaining 9 DHMTs to carry out ISSV effectively.	\$0 (Annex 6: Contribution of the Project by Sierra Leonean side)
---	--	--

HSS: Health System Strengthening;

PC: Project Coordinator

After the general election in March 2018, the change of the C/Ps and delay of official appointment caused half a year vacancy of some managerial posts which affected the Project activities. The revised list of DAs was approved late November 2018. Schedule of the activities has been greatly affected by the time consuming financial transaction of DP funds.

Despite these challenges, the Project has been conducting activities fairly to produce the outputs. The number of NIFs has increased from seven to 16. Those who have been closely working with the Project for administration, reporting and ISSV tools such as Action Plans Management Matrix (APMM: data management system for the ISSV record and implementation of action plans) are officially appointed as the ISSV secretariats in June 2018. It is under the DPHC while the secretariat is composed of members from the offices of DPHC, DCMO, and DPPI.

The major parts of operational cost by the Sierra Leonean side are supported by the DPs, such as the WB, and DFID / WHO. Due to complex financial procedure and weak financial management, the delays of financial transactions have been often observed which affected the project implementation schedule. For example, the funding requests for the district-level ISSV and the 8th national-level ISSV weremade early February 2018, and the process for disbursement took more than four months. The Project team is responding to the continuously changing situation flexibly, and the Japanese experts have been assigned sufficiently.

The GoSL budget in health sector through DC to DHMT was disbursed in September 2018. It has been nearly one year from the last disbursement and the received amount was around 25 percent of the budgeted amount. Considering the irregular and limited disbursement of GoSL budget, support by DPs and implementing partners would remain as important resource to conduct activities at the district level, while some DC offices generate revenue through local tax.

4.4 Impact

Moderate

The Project would contribute to achieve the overall goal to some extent, while the influence of fund availability is significant. According to the C/Ps both at the national and district levels, solving the issues identified has been the major challenge. Through the implementation of the PDCA cycle in the districts, some of the issues identified in the PHUs were solved with the support of NGOs or of the MoHS, which have contributed to produce positive impacts. Moyamba DHMT and DC obtained the support by the Grant Assistance for Grassroots and Human Security Projects under the Embassy

Ry

T.T.S.

of Japan in Ghana. They have been constructing the PHU staff quarters which would contribute to the health staff retention in the PHUs.

The following impacts have been observed as a consequence of project implementation.

Operational costs for ISSV cycle implementation both at national and district levels have been funded and secured for four years by the WB as a result of, the Project's efforts.

Integration of ISSV scores into DHIS-2 has been discussed with DPPI and a data entry format has been developed in 2018. Currently, data is not reflected into the database and the discussion is continued to correct the error.

National ISSV system has been incorporated into the hospital. The ISSV checklist for the secondary hospital was developed and has been utilized.

4.5 Sustainability

Political aspects

High

ISSV activities are stated in the MoHS official documents such as NHSSP 2017-2021. As described in "4.1 Relevance", it is in line with the Sierra Leone's health policy.

Organizational aspects

Moderate for national level, and high for district level

After the general election, there have been discussions about which office to take responsibility over the ISSV activities, and it was decided the Directorate of PHC.

For ISSV secretariat, five ISSV secretariat members are appointed and one staff is exclusively working for the ISSV. However, considering the workload to conduct the national ISSV twice per year, another full-time member is necessary, according to the C/P and the Project experts. All members of the ISSV secretariat (two persons from DPHC, two persons from DPPL and one person from DCMO) have been capacitated to take their responsibilities. In order for the ISSV secretariat to function effectively and autonomously, the MoHS may clarify the secretariat's organizational position.

At the national level, a sufficient number of trained NIFs (16) and NISs (43) are pooled and they can organize 14 National ISSV teams to cover 14 districts, with a team leader and 2-3 members. NIFs are capacitated to facilitate trainings to NISs and DHMT members, and to serve as team leaders for implementing National ISSV cycles.

Follow-up of action plans both at national and district levels by the MoHS needs to be further strengthened by DAs. As the national ISSV involves the cross cutting and concerned directorates, the strong leadership of the CMO is critical.

In the four pilot districts, organizational aspect is observed to be high, as they work as a team led by DMO. Importance of DMO's leadership is mentioned by C/Ps and Project experts, particularly in the follow-ups of the issues indicated in the APMM by the DHMT program focal. In the DHMTs, there are five ISSV core members, while three DHMTs members are trained in the non-pilot DHMTs. They also play a key role to conduct the ISSV cycle. District Health Sisters and M&Es are mid-level managers and their leadership is also important. According to the expert and the Project Officer, M&Es tends to be quite busy and they have not been on the government payroll, which create a concern to keep their commitment.

Financial aspects

High

For the four target districts, the regular ISSV activities are incorporated in the District AWP for FY 2019. Also unsolved issues identified through the ISSV are reflected in the AWP for FY2019, according to the DHMTs. Funding for ISSV implementation has been supported and will be supported by the WB up to 2022. The National ISSV is supported under EERP (2014-2021, US\$ 105 million grant for three countries), and district-level ISSV is supported under Health Service Delivery and System Support Project (HSDSSP, 2016-2019, US\$ 10 million and US\$ 5.5 million grant). After the completion of HSDSSP, Global Financing Facility in support of Every Woman Every Child (GFF) is likely to be mobilized if ISSV is included in one of the components of the WB's next program.

Obtaining budget for implementing action plans poses the biggest barriers. At the moment, "District Challenge Fund" of Regional Disease Surveillance Systems Enhancement Project (REDISSE, 2016-2023, total US\$114.06 million including Sierra Leone), support by local partners or by the MoHS may be utilized, according to the Project experts.

Technical aspects

High

16 National Facilitators have obtained their communication and analytical skills sufficiently and will be able to continue transferring the skills to DHMTs and colleagues in the MoHS.

Tools are well institutionalized and utilized at all levels as most of the tools have been jointly developed and revised by both Japanese experts and Sierra Leonean C/Ps. The C/Ps are likely to update the tools after the Project to meet the changing needs and situations. The C/Ps are involved in these processes and have obtained the capacity to revise some tools such as ISSV checklists. Upon the implementation of district level ISSV cycles the National ISSV checklist for DHMTs is planned to be revised to capture the implementation status of ISSV cycles in the district.

Technical transfer on ISSV information management tool needs to be done before the completion of

the Project as the Japanese expert developed these tools.

In the four target districts, DHMTs are capacitated well to conduct the ISSV cycle as a team.

4.6 Conclusion

Relevance is high in terms of necessity and policies of Sierra Leone and Japan. The effectiveness of the Project is possibly high. Efficiency is observed to be moderate. Impact is moderate, as the Project would contribute to achieve the overall goal, while the influence of fund availability is significant to improve the health services at PHU level in the context of Sierra Leone. Political sustainability is high. Organizational capacity at the national level is moderate and that at the district level is high. Financial sustainability is high. The budget for ISSV activities is secured at least up to 2022 by the WB fund. Technical sustainability is high. Overall, the project purpose is expected to be achieved by the end of the Project. Based on the results of the evaluation, the recommendations are shown in the followings chapter to ensure the sustainability of the ISSV cycles.

5. Recommendations and Lessons Learnt

5.1 Recommendations

Within the Project period

- (1) Establishment of ISSV secretariat which consists of the members from different directorates is one of the remarkable progresses for national roll out of the complete ISSV cycle. In order for the ISSV secretariat to function effectively and autonomously, the MoHS is recommended to clarify the secretariat's organizational position (e.g. to place it in the ministry's organogram) and to define the responsibilities of the members of the secretariat (e.g. timeline management, preparative activities, dissemination, etc.). It is also recommended to consider assignment of dedicated staff.
- (2) ISSV WEEK should be well prepared (e.g. to clarify timeline and roles of members for preparatory activities, disseminate in advance, etc.) as it will orient the effective and efficient ways of ISSV cycle especially in non-pilot districts. MoHS can support this preparation with an official letter, requesting NISs to avail themselves for ISSV filed visit.
- (3) Usefulness of ISSV information management tools is recognized among DHMTs. Although the Project has transferred technical knowledge to utilize them, the knowledge to improve them to meet the changing needs still remains to be strengthened. The Project is recommended to consider capacity building .

Ry

T.T.S.

After the completion of the Project period

(1) ISSV WEEK should be regularized as a national campaign week in order for the complete ISSV cycles to be implemented continuously. The MoHS is recommended to summarize experiences from past ISSV WEEKs, reflect it into the functions of ISSV secretariat, and advocate ISSV WEEK continuously.

(2) DA system has resumed. However, challenges still remain to make the best of their activities. Following the recent minister's remark stating that directors should visit districts and give technical advises, activities of DA should be reconsidered beyond ISSV so that DA system can be reactivated within the whole national M&E mechanism as well as with ISSV systems.

(3) The Project and the MoHS should emphasize the importance of establishment of ISSV cycle in the non-pilot districts so that the NIFs and NISs can support it more consciously. Based on the experiences in establishing ISSV cycle in the pilot districts, it is recommended that the MoHS encourages to strengthen the cooperation between DC and DHMT in establishment of ISSV cycle in the non-pilot districts.

(4) APMM is now well recognized as a useful tool to analyze issues and to plan activities in an evidence-based manner. It can be a good tool to mobilize resources from DPs for the prioritized issues. The MoHS is recommended to promote it (e.g. to hold coordination meeting between DPs and DHMTs by using their APMM, etc.)

(5) The timely disbursements of the funds from DPs are indispensable for continuous implementation of the complete ISSV cycle. Although the Project continuously follows the disbursement status of the funds, delays of disbursements due to organizational complexities are observed. MoHS is recommended to streamline fund disbursement process.

(6) Some cases of effective collaboration between ISSV and vertical supervisions have been observed. Complementarities of these supervisions should be emphasized and the MoHS should promote such effective collaborations continuously. For example, snapshot from ISSV can help focused identification of issues in vertical programs.

5.2 Lessons Learnt

(1) The operational cost for implementing ISSV cycle in districts was originally planned to be

provided by a development partner. Due to the influence of EVD outbreak, however, the partner had to cancel the planned fund. Although the Project attained alternative resources with considerable efforts, the difference in disbursement modalities and conditions affected and delayed the implementation significantly. From this experience, external conditions should be examined more carefully in a project formulation phase. For example, the potential influences and risks caused by unmet external condition should be recognized by both counterparts and JICA.

(2) The Project was affected heavily by the EVD outbreak which occurred in 2014. Because the health systems were seriously damaged by the outbreak, the Project duration was extended longer than its suspension (i.e. 24 months extension vs. 16 months suspension). JICA and the Project sought for possible solutions and effective alternatives flexibly. These flexible countermeasures can be a good practice in case of unexpected circumstance.

(3) Capacity building of the Project's national staff in pilot districts is one of the contributing factors of the Project. On the other hand, a concern still remains about sustainability of implementation of ISSV both at district and national levels. In order to maximize the capacity building of C/Ps, it is necessary to consider an exit strategy from early stage of technical transfer.

(4) Despite a number of difficulties such as timely financial transaction, ISSV cycle has been established to a certain extent. It can be attributed to the remarkable ownership of counterparts, which is enhanced through the effective communication and good relationship among counterparts and the Project experts. The approach of the Project to use the existing systems also contributed to raise the Project's effectiveness.

(5) The Project has made dedicated efforts and successfully mobilized DPs fund for ISSV implementation including implementation of mini projects. This process might have shown effective ways of fund acquisition to counterparts.

Ry

T.T.S.

6. Annex

Annex 1: List of Experts

Name	Title/Dutie(s)	MM				
		Year 1	Year 2	Year 3	Year 4	Total
Shunsuke SUZUKI	Chief Advisor/ MCH 1 / M&E 1	7.00	0.36*	10.87	9.23	27.46
Chie YOSHIMI	Senior Consultant / HSS 1 / M&E 2	3.10		5.10	6.47	14.67
Fumiko ISEKI	Health System Strengthening 2	4.07				4.07
Yuichi KODAIRA	MCH 2	0.80				0.80
Satoshi OTANI	HSS 2 / MCH 2	2.47		10.70	11.60	24.77
Yoshitaka NISHINO	Health Information Analyst 1 / HSS 3	9.60		14.20	13.97	37.77
Satoru KINOSHITA	Training Management / PC	11.53				11.53
Chiho MATSUMOTO	Training Management / PC 1			12.60	13.90	26.50
Maki SUYAMA	Health Information Analyst 2 / PC 2			1.30	3.00	4.30
Nobuhiro KADOI	Health Planning Advisor			12.00	0.00	12.00
	Total	38.57	0.36	66.77	58.17	163.86

HSS: Health System Strengthening; PC: Project Coordinator

*The activities were implemented distantly through e-mail and phone communications, and a four-day workshop was held in Ghana.

Annex 2: Records on JICA Training in Japan Related to ISSV Project

No.	Name of Training participants	Period	Duration	Areas of Training	Post at the time of Training
(FY 2013)					
1	Sr. Beatrice Yatta Tommy	30 Sep. 2013 ~ 26 Oct. 2013	0.9 Month(s)	Perinatal, Neonatal Health Care for African Countries	DHS, Bombali District
2	Mr. Abou Bakarr Kamara	19 Jan. 2014 ~ 1 Feb. 2014	0.4 Month(s)	Health Development Policy	Director of DPPI (to 2014)
(FY 2014)					
3	Dr. Brima Osaio Kamara	24 Jun. 2014 ~ 9 Aug. 2014	1.5 Month(s)	Health System Management for Regional and District Health Management Officers	DMO, Bombali District
(FY 2016)					
4	Sr. Mary Fullah	13 May 2016 ~ 25 Jun. 2016	1.4 Month(s)	Strengthening Maternal and Child Health through public health activities	Public Sister, Health RH/FP program
5	Dr. Augustine Jimissa	27 Jul. 2016 ~ 17 Sep. 2016	1.7 Month(s)	Infectious Diseases Control Through Strengthening of Community Health System	DMO, Tonkolili District
6	Sr. Christiana A. Conteh	27 Jul. 2016 ~ 17 Sep. 2016	1.7 Month(s)	- do -	IPC Unit
7	Dr. Ronald R. Carshon-Marsh	28 Aug. 2016 ~ 24 Sep. 2016	0.9 Month(s)	Capacity Development on Health Systems Planning	DMO, Moyamba District
8	Dr. Foday M. Dafaé	31 Aug. 2016 ~ 22 Sep. 2016	0.7 Month(s)	Countermeasure for Communicable Diseases	Director, DDPC
9	Dr. Sarian Kamara	14 Sep. 2016 ~ 1 Oct. 2016	0.6 Month(s)	Evidence-Based Public Health Planning	DCMO I
10	Sr. Mary A.M.Fullah	30 Oct. 2016 ~ 8 Nov. 2016	0.3 Month(s)	5S-Continuous Quality Improvement-Total Quality Management in	DCNO I

				Sri Lanka	
11	Dr. Sulaiman Conteh	17 Nov. 2016-4 Dec. 2016	0.6 Month(s)	Maternal and Child Health Management Course	Program Manager, RH/FP
12	Dr. SAS Kargbo	15 Jan. 2017 ~27 Jan. 2017	0.4 Month(s)	Health Policy Development	Director of DPPI (from 2014)
13	Mr. Abu Conteh	7 Feb. 2017 ~11 Mar. 2017	1.1 Month(s)	Human Resource Development for the Rural Community-Health	CHO Office
(FY 2017)					
14	Sr. Elizabeth R. Tejan	18 Feb. 2018 ~17 Mar. 2018	1.0 Month(s)	Capacity Development on Health Systems Planning	DPPI
(FY 2018)					
15	Mr. Edward K. McEWEN	27 Jun. 2018 -19 Jul.2018	0.7 Month(s)	Evidence-Based Public Health Planning	DPPI
16	Sr. Isatu Bosco Kamara	29 Aug. 2018 - 6 Oct 2018	1.2 Month(s)	Public Health Activities for Strengthening Maternal and Child Health	DHS, Tonkolili District
17	Sr. Juliana A.M. Musa-Mbayilla	29 Aug. 2018 - 6 Oct 2018	1.2 Month(s)	Public Health Activities for Strengthening Maternal and Child Health	DHS, Moyamba District
18	Sr. Amba R. Coker	12 Sep.2018 -1 Sep 2018	-0.4 Month(s)	Quality Improvement of Health Services through KAIZEN	DCNMO I
19	Dr. Alie Wurie	20 Jan. 2019 - 2 Feb. 2019	0.4 Month(s)	Health Policy Development	Director PHC

Annex 3: Equipment

Year	Name of the equipment	Qty.	Amount (USD)*	Management	Mini Project
Under the Project					
Year 1	Vehicle	2	72,590	DCMO office , DPHC office of MoHS	
Year 1	Photocopy Machine	1	3,330	DPPI, MoHS	
Year 1	Stabilizer	1	125	DPPI, MoHS	
Year 3	Pump	1	476	Bombali DHMT	
Year 3	Air conditioner	4	2,358	DHMT of Bombali, Moyamba, Pujehun	
Year 3	Motorbike	17	23,174	DHMT of Moyamba, Bombali and Tonkolili	x
Year 3	Solar Lighting System	8	49,532	DHMT of Bombali and Tonkolili	x
Year 3	Waste management zone	3	17,678	Pujehun DHMT	x
Year 4	Motorbike	11	13,749	Tonkolili DHMT	x
Year 4	Solar Lighting System	8	40,531	DHMT of Bombali and Moyamba	x
Year 4	Photocopy Machine	1	1,747	Tonkolili DHMT	
Year 4	Staff Quarter for PHU **	1	22,583	Pujehun DHMT	x
Total			247,873		

* For conversion of foreign currency, the rate as of November, 2018 was used. (112.201JPY=1 USD)

** Tentative amount. Remaining balance (5%) will be paid after the defect liability period.

Annex 4: Contribution of the Project by JICA

As of October, 2018

(USD)

	Year 1	Year 2	Year 3	Year 4	Total
Operation cost	88,755	36	289,139	221,803	599,734

Annex 5: Counterpart personnel

Position/Title	First Year (June 2013)	Nov. 2016	Current (October 2017)
CMO	Vacant --> Dr. Brima Kargbo (Aug)	Dr. Brima Kargbo	Dr. Amara Jambai
Acting CMO	(Dr. Amara Jambai)		No Post
DCMO1	Dr. Sarian Kamara	Dr. Sarian Kamara	Dr. Donald Bash-Faqui
DCMO2	No Post	Dr. Amara Jambai	Dr. Thomas T. Samba
Director, PHC	Dr. Momodu Sesay	Dr. Joseph N. Kandeh	Dr. Alie H. Wurie
Director, PPI	Mr. Abu Bakkar Kamara	Dr. SAS Kargbo	Dr. Francis Smart
Director, RCH	Dr. SAS Kargbo	Dr. Santigie Sessay	Dr. Sartie Kenneh
Director, DPC	Dr. Amara Jambai	Dr. Foday Dafaie	Dr. Samuel Smith
Chief Nursing and Midwife Officer*, NMS	-	-	Sr. Mary M. Fullah
Director**, DMS	-	-	Mr. Michael Jack Lansana
DMO, Pujehun	Dr. Mohamed Vandy	Dr. David Bome	Dr. Amara S. Ngegbai
DMO, Moyamba	Dr. Jibao D. Sandy	Dr. Alfredo Moosa	Dr. James Jongo Pie
DMO, Bombali	Dr. Yakuba Bah	Dr. Ibrahim Osaio-Kamara	Dr. Foday Sesay
DMO, Tonkolili	Dr. Ibrahim Osaio-Kamara	Dr. Augustine S. Jimissa	Dr. Mac Abdul Falama

* Newly joined as a SC member from 2017, as per the consent of other SC members

** Newly joined as a SC member from Nov, 2018, as per the consent of other SC members

Annex 6: Contribution of the Project by Sierra Leonean side

as of October, 2018

Central level ISSV	Year 1	Year 2	Year 3	Year 4	Total
Number of ISSV cycle, MoHS	2 times	1 time	3 times	2 times	
DSA, Accommodation (National Supervisor and driver)	\$36,724	-	\$56,630	\$28,560	\$121,914
Vehicle rental & Fuel (Rent-a-car & Official vehicle) for National ISSV	-	-	-	\$14,000	\$14,000
DSA, Accommodation (District Advisor, NIF and driver)	-	-	-	\$9,600	\$9,600
Vehicle rental & Fuel (Rent-a-car & Official vehicle) for DAs' follow up visit	-	-	-	\$10,400	\$10,400
Pre-/Post-visit meeting cost (Hall rent, food&drink, Transp, Printing, Stationery)	-	-	-	\$4,314	\$4,314
Facilitation / Administrative Fees	-	-	\$810	\$400	\$1,210
Subtotal	\$36,724	\$0	\$57,440	\$67,274	\$161,438
District level ISSV	Year 1	Year 2	Year 3	Year 4	Total
Number of ISSV cycle, DHMT	-	-	2 times	3-4 times*	
DSA, Accommodation and Fuel (District Supervisor)	-	-	\$30,291	\$27,149	\$57,440
Pre-/Post-visit meeting cost (Hall rent, food&drink, Transp, Printing, Stationery)	-	-	-	\$4,534	\$4,534

Capacity development cost for 10 other DHMTs	-	-	-	\$0	\$0
Subtotal	\$0	\$0	\$30,291	\$31,683	\$61,974
Total	\$36,724	\$0	\$87,731	\$98,957	\$223,412

*The ISSV cycles were conducted 4 times in Tonkolili district, while the other 3 districts conducted 3 times.

Annex 7: Progress of Activities

(comparison with the Plan as per PDM ver2.)

Output 1	Progress
1-1 MoHS finalizes the ISSV tools, checklists (for DHMTs and PHUs) and guidelines (to include the ISSV cycle at the DHMTs), and periodically revises/updates them.	<p>(1) The first ISSV checklists for DHMTs and PHUs, and the guidelines for the national ISSV had been developed by the MoHS with the JICA's technical assistance in 2012. A major change was made in 2013. With inputs from various directorates, the guidelines and the checklists including the one for the secondary hospital to operationalize the national ISSV were produced in 2013, in the 1st project year.</p> <p>(2) The guidelines for the district ISSV had been developed in 2016.</p> <p>(3) Since then, the national and district ISSV tools including checklists have been periodically revised and/or updated, at the various occasions such as meetings and workshops.</p>
1-2 MoHS conducts various training programs to build the capacity of MoHS supervisors.	<p>(1) Various technical trainings (Logistics Management Information System, Nutrition, Adolescent Health/ Teenage Pregnancy, Partograph, etc.) were provided to supervisors during the 1st, 3rd and 4th year periods.</p> <p>(2) The trainings related to ISSV (Project Cycle Management (PCM) <three times>, Communication skills <twice>, and Basic computer skills) were provided to supervisors during the 1st, 3rd and 4th year periods.</p> <p>(3) Supervisors were periodically trained during the pre- and post-visit meetings, and technical advices were provided through the entire project course.</p> <p>(4) Seven supervisors had been first selected to act as national facilitators through the training of trainers in June 2016. Currently, 16 national facilitators are playing a key role to facilitate training / meeting sessions both at the national and district-levels including 10 other districts.</p>
1-3 MoHS carries out regular ISSVs according to the guidelines (including pre-meeting, visits to districts, post-meeting, drafting action plan and giving feedbacks to DHMT during the next round of supervision).	<p>ISSV cycle, which includes pre-visit meeting, field visit to DHMTs, government hospital(s) and two PHUs, drafting of reports, post-visit meeting and feedback of the ISSV results to DHMTs, is coordinated. It has been almost completed eight times by October 2018 (Follow-up of the 8th cycle is ongoing).</p> <p>In 2018, the ISSV cycle, financed by the WB's HSDSSP, has started with some obstacles in financial transaction.</p>
1-4 MoHS revitalizes the District Advisors (DAs) system to give advices to DHMTs and/or to trace actions taken against issues identified during the ISSV field visit.	<p>(1) The DA system was officially revitalized as an entity to strengthen ties between the central ministry and the DHMTs in Sep. 2017 with the official CMO letter and the list of DAs. The list was revised upon death of the director of DDPC and retirement of the director of DPHC. Following the new change of MOHS personnel after the general elections (March, 2018), the list will be soon revised again.</p> <p>(2) Restructuring of the MOHS took some time till September 2018 and the list of DAs have been revised in October through the Steering Committee, waiting for the CMO's final approval and the official letter for announcement. (Approved in November 2018)</p> <p>(3) The budget for the next DA visit has been processed within the MOHS financial system, waiting for the transaction.</p>

<p>1-5 MoHS utilizes the DA system to periodically meet and discuss to solve the issues in their respective districts through quarterly visit and monthly follow-up contacts.</p>	<p>DA's visit to assigned district was initially planned for Jan.-Feb. 2018 but rescheduled in late April and May due to delay in funding. 11 DAs physically visited the districts with NIFs to follow up on the issues described in APMMs and reports. 2 DAs made contacts with DMOs and DHMT staff via phone. DA for Bonthe has his plan to visit in June 2018. No further progress due to restructuring of the MOHS</p>
<p>1-6 During MoHS' annual planning exercise, Directorate of Policy Planning and Information (DPPI) ensures that issues identified by the ISSV are appropriately reflected in the following year's annual plan.</p>	<p>The DPPI in collaboration with various directorates and programs has reflected key issues identified through ISSV field visits on the annual planning that took place from August to December 2017. Due to financial difficulty and absence of the director, the DPPI could not organize the planning exercise in 2018.</p>
<p>1-7 MoHS establishes an information management tool for the ISSV records and implementation of action plans for both DHMTs and MoHS.</p>	<p>The APMM and report format in Excel and narrative report format in Word were developed as holistic information management tools for ISSV cycle. A prototype of these report formats developed at the occasion of the 2nd National ISSV in 2014 and the first version of the current format was developed at the occasion of the 4th National ISSV in 2016. Integration of ISSV scores into DHIS-2 has been discussed with DPPI and a data entry format has been developed in 2018. Currently, data is not reflected into the database and the discussion is continued to correct the error.</p>
<p>1-8 MoHS organizes periodic meetings related to the management of the Project (monthly steering committee meetings, annual Joint Coordination Committee meetings) to effectively manage the Project.</p>	<p>(1) SC Meeting has been held monthly or bi monthly from the inception of the Project to mainly discuss and approve the plans for events, project process, and the results of those activities. The recent SC meetings were held twice in July and once in October 2018. (2) DAC Meetings have been held six times since June 2016 till the end of 2017. The basic concept, TOR and membership were discussed and finalized in the first two meetings. At the 3rd and 4th meetings, issues raised from the 4th and 5th ISSV and District Advisors' monitoring visits were discussed. Since the beginning of 2018, the meeting has not been held as mentioned above. (3) JCC was held as follows; once during the 1st year (August 2013) twice for the 3rd year (April and December 2016) Twice for the 4th year (August 2017 and September 2018) (Five times as of October, 2018)</p>
<p>1-9 MoHS supervisors provide orientation of the ISSV tools and technical supports on problem analysis and communication, etc. to the 14 DHMTs.</p>	<p>2 representative each from the 4 target DHMTs along with 3 representative each from the 10 other DHMT got familiarized with the ISSV tools such as checklist (for PHUs), Feedback Form, APMM, and guideline during the introductory ISSV training facilitated by 4 NIFs in April 2018. 6 NIFs facilitated the Project Cycle Management (PCM) Training of Trainers for 3 representatives each from the 4 target districts in September 2017 and the other 10 DHMTs in August 2018. 6 NIFs facilitated the PCM cascade trainings for 20 DHMT & DC staff each from the 4 target DHMTs in September & October 2017. 20 NIFs and District Core Members facilitated the PCM cascade training for 15 DHMT & DC staff each from the other 10 DHMTs from August to November 2018.</p>
<p>1-10 MoHS organizes appropriate occasions for the experience sharing (workshop, joint site visit, and peer review, etc.) for 14 DHMTs.</p>	<p>(1) DMOs and core members from 4 target DHMTs shared their experience with those from other 10 DHMTs at the workshop in May 2017. (2) 12 DMOs and 2 other DHMT alternative members attended the ISSV Orientation Meeting on February 9, 2018. (3) The Introductory ISSV Training was held for 3 representatives (3 focal persons) from the other 10 DHMTs on 10th-11th and 17th-18th April 2018. (as mentioned for 1-9) (4) 3 representatives each from the other 9 DHMTs, except for Bo, joined the district ISSV by the target DHMTs for experience sharing in</p>

RM

T.T.S.

	<p>June 2018.</p> <p>(5) All DMOs and DHS1 from 14 DHMTs attended the DMO meeting, which included the session on ISSV orientation for other 10 DHMTs, on October 10, 2018.</p>
--	--

Output 2	Progress
2-1 Target DHMTs modify the ISSV checklist (for PHUs), developed and provided by MoHS, as necessary.	<p>The comments from the 4 target and other DHMTs have been utilized to modify the checklist (for PHUs) at the National level in 2017 and 2018.</p> <p>In addition, some questions related to "Service Delivery Indicator Survey" conducted by the WG, were also incorporated in the checklist for PHUs to harmonize the contents in 2018. The WG is developing service quality indicators questionnaire for re-introduction of the Performance-Based Financing (PBF) based on the ISSV checklist for PHUs (C-1), expecting to contribute to sustainability of cross-cutting supervision activities.</p>
2-2 Target DHMTs familiarize (and train if necessary) appropriate staff with the new ISSV tools (developed by the activities 1-1 and 2-1).	<p>The 4 target DHMT staff started getting familiarized themselves with the ISSV checklist (for PHUs) at the workshop in August 2016 and 2017. 2 representatives each from the target DHMTs facilitated the introductory ISSV training in April 2018 as a trainer.</p> <p>The 4 target DHMT supervisors (about 20 in each district), especially ISSV core members, M&E unit, and Program focal heads, deepened their understanding on ISSV tools such as checklist (for PHUs), Feedback Form, APMM through the implementation of ISSV PDCA cycle since then.</p>
2-3 Target DHMTs implement the ISSV cycle according to the adopted ISSV tools (including pre-visit meeting, physical visits to the PHUs, post-visit meeting, establishing/implementation of action plan and giving feedbacks to PHUs during the next round of supervision) (Action plan = assign responsible persons and timeline to each issue identified to be carried out timely)	<p>ISSV cycle has been implemented 5 times by the target DHMTs, except for Tonkolili which conducted 6 times, by October 2018.</p> <p>Implementation of the ISSV cycle has shown remarkable improvement in all 4 target DHMTs especially on the first part of the ISSV cycle (pre-visit meeting, physical visits to PHUs, and compilation of APMM) despite a limited financial and human resources and competing priorities. Institutionalization of the later part of the cycle (implementing, updating and giving feedbacks on APMM) has been supported by project officers in 4 target districts.</p> <p>ISSV cycle at least twice a year was initially maintained. However, in the past year from the latest ISSV in June 2018, it has become difficult to carry out the cycle twice a year except for the Tonkolili DHMT, has advanced even to utilize the remaining GOSL fund to carry out one more cycle during the first quarter of 2018. This is because of delayed disbursement of WB's EERP fund.</p>
2-4 Target DHMTs integrate relevant gaps and issues identified through the ISSV into the following year's annual plan.	<p>It was done in 2017 for FY 2018.</p> <p>The formulation of annual plan 2019 started from the middle of September 2018. All target DHMTs integrated the cost of ISSV and unsolved prioritized issues identified during the ISSV such as rehabilitation of staff quarters/PHUs into the annual work plan of 2019.</p>

Output 3	Progress
3-1 Target DHMTs coordinate capacity-building of the staff members in proposal writing, resource mobilization, and monitoring & evaluation of mini-projects as a means to solve RMNCH issues/gaps.	<p>(1) The capacity of the target DHMTs in proposal writing was strengthened through the proposal writing training, process of mini-projects' proposal writing & revision based on the comments by Steering Committee and ISSV secretariat from 2016. Technical support to 4 target DHMTs was provided by the ISSV secretariat and day-to-day OJT by the project officers from 2016.</p> <p>(2) PCM TOT & its refresher trainings were held for core members from the 4 target DHMTs in September 2017 and 2018. In each target district, PCM cascade & its refresher trainings to district supervisors were held in 2017 and 2018, and day-to-day OJT by the project officers was conducted in all the target districts to strengthen the skills on problem & objective analysis and prioritization which help them</p>

	<p>utilize APMM properly. They took possible actions, approached partners & national level to solicit for support, and succeeded in achieving the purposes.</p> <p>As a part of capacity building, all target DHMTs conducted the joint monitoring visits with technical supports by the project officers 3 times (July-August 2017, May 2018, and October 2018) on the outcomes and proper use of equipment/facility provided through mini-projects for the 1st, 2nd, & 3rd ISSV.</p>
<p>3-2 Target DHMTs implement mini-projects that address RMNCH issues/gaps and closely monitor outcomes.</p>	<p>(1) The mini-projects as an outcome of the 1st ISSV were implemented. <Bombali> 2 solar light systems; <Tonkolili> 2 solar light systems; <Moyamba> 9 motor bikes; <Pujehun> 3 waste management zone.</p> <p>(2) The mini-projects as an outcome of the 2nd ISSV were implemented. <Bombali> 2 solar light systems & 2 motor bikes; <Tonkolili> 2 solar light systems & 2 motor bikes & 2 shelves; <Moyamba> 4 motor bikes & 4 shelves; <Pujehun> 3 shelves & 1 waste management zone.</p> <p>(3) The mini-projects as an outcome of the 3rd ISSV were implemented. <Bombali> 4 solar light systems; <Moyamba> 4 solar light systems; <Pujehun> 1 staff quarter attached to PHU; <Tonkolili> 11 motorbikes, 23 IPC commodities, 6 drug shelves.</p> <p>(4) The mini-projects as an outcome of the 4th ISSV were proposed by the target DHMTs except for Pujehun, approved by the Steering Committee after a series of revision, and started being implemented. <Bombali> 9 motor bikes; <Moyamba> 2 staff quarter rehabilitation attached to PHU; <Tonkolili> 1 PHU construction.</p> <p>Based on the results of monitoring stated in the above 3-1, countermeasures to correct identified issues were discussed with the target DHMTs.</p>

Ry

T.T.S.

Annex 9: List of workshops and meetings

	Workshop Title	Period	Participants
Central	PCM Training	Feb. 4, 28, 2014	39
	LMIS Training	Mar. 24-28, 2014	35
	Communication Skills Training	May 8, 2014	25
	Nutrition Training	Jun. 24, 2014	28
	Pre-visit Meeting for the 1st ISSV	Nov. 11-12, 2013	34
	Post-visit Meeting for the 1st ISSV	Jan. 22-23, 2014	27
	Pre-visit Meeting for the 2nd ISSV	May 6-8, 2014	46
	Post-visit Meeting for the 2nd ISSV	Jun. 17-19, 2014	24
	Workshop in Ghana for the 3rd ISSV	Jul. 16-17, 2015	16
	Pre-visit Meeting for the 3rd ISSV	Jul. 22-23, 2015	48
	Post-visit Meeting for the 3rd ISSV	Nov. 12-13, 2015	Day1-27 Day2- 22
	Basic Computer Skills Training (1st session)	Feb. 25-26, 2016	20
	Basic Computer Skills Training (2nd session)	Mar. 30-31, 2016	7
	PCM Training	Apr. 6-7, 2016	12
	Communication Skills & Adolescent Health Training	May 4, 2016	35
	Pre-visit Meeting for the 4th ISSV	May 19-20, 2016	21
	Post-visit Meeting for the 4th ISSV	Jun. 16-17, 2016	Day1-19 Day2-14
	PCM Training for National Facilitators	Jun. 8-10, 2016	7
	Refresher training of Trainers, Problem Analysis/Action Planning	Jul. 7, 2016	6
	Orientation for National Facilitators	Aug. 19, Sep. 2, 2016	Day1-3 Day2-4
	Orientation for the 5th ISSV	29 Sep., Oct. 6, 2016	Day1-18 Day2-16
	Pre-visit Meeting for the 5th ISSV	Oct. 11, 25, 2016	Day1-32 Day2-9
	Joint Orientation with PDT for the 6th ISSV	Dec. 12, 2016	49
	Post-visit Meeting for the 5th ISSV	Dec. 20, 2016, Apr. 6, 2017	Day1-21 Day2-14
	Pre-visit Meeting for the 6th ISSV	Apr. 13/18, 2017	Day1-7 Day2- 32
	Post-visit Meeting for the 6th ISSV	May. 16, 2017	20
	Strategic Coordination Meeting for National Facilitators	May. 10, 2017	13
	PCM ToT Training for NIFs	Aug 16-18, 2017	7
	PCM ToT Training for NISSs (Group 1)	Aug 22-24, 2017	9
	PCM ToT Training for NISSs (Group 2)	Aug 29-31, 2017	22
	Technical Training on LMIS, Partograph & Nutrition (Group1)	Sep. 28, 2017	10
	Technical Training on LMIS, Partograph & Nutrition (Group2)	Oct. 5, 2017	16
	7th ISSV Pre-Visit Meeting (Group1)	Oct. 10, 2017	20
	7th ISSV Pre-Visit Meeting (Group2)	Oct. 17, 2017	21
	7th ISSV Post-Visit Meeting (1st Round)	Dec. 2, 2017	23
	7th ISSV Post-Visit Meeting (2nd Round)	Dec. 11, 2017	7
	Capacity Development Workshop for NISSs (1st Group)	Feb. 22-23, 2018	Day1-12 Day2- 4
	Capacity Development Workshop for NISSs (2nd Group)	Mar. 1-2, 2018	Day1-19 Day2- 20
	8th ISSV Pre-Visit Meeting	May. 17, 2018	35
	8th ISSV Post-Visit Meeting (1st Round)	Aug. 23, 2018	19

	8th ISSV Post-Visit Meeting (2nd Round)	Sep. 13, 2018	9
District	District-level ISSV Orientation	Jun. 28-29, 2016	147
	Workshop on Problem Analysis / Action Planning	Jul. 11-14, 2016	96
	Workshop on Checklist Review, ISSV Approach and Communication	Aug. 23/24/30/31, 2016	95
	District-level ISSV Pre-visit Meeting	Sep. 7/13/14, 2016	93
	Workshop on Problem & Data Analysis and Proposal Writing	Sep. 20/21/22/28, 2016	38
	District-level ISSV Post-visit Meeting	Oct. 7 and Nov. 5/10/11, 2016	173
	Pre-visit Meeting for 2nd district-level ISSV (Except for Pujehun)	Dec 9/12, 2016, Feb 13,2017	63
	Post-visit Meeting for 2nd district-level ISSV	Mar 15-17, 2017	88
	Pre-visit Meeting for 3rd district-level ISSV	Apr 24, May 8/10/12, 2017	102
	Post-visit Meeting for 3rd district-level ISSV in Moyamba	May. 25, 2017	16
	Post-visit Meeting for 3rd district-level ISSV in Tonkolili	Jul. 10, 2017	22
	Post-visit Meeting for 3rd district-level ISSV in Pujehun	Jul. 17, 2017	24
	Post-visit Meeting for 3rd district-level ISSV in Bombali	Jul. 28, 2017	34
	APMM & Proposal Writing Training for Core Members	Aug 3/4, 2017	Day1-13 Day2-12
	Technical Training in Moyamba	Aug. 28, 2017	27
	Technical Training in Pujehun	Aug. 30, 2017	31
	PCM Training on ISSV for Core Members in Bo	Sep 5-7, 2017	16
	Technical Training in Bombali	Sep. 7, 2017	31
	PCM Training on ISSV for Core Members in Port Loko	Sep. 12-14, 2017	14
	PCM Cascade Training on ISSV in Tonkolili	Sep. 19-21, 2017	25
	PCM Cascade Training on ISSV in Moyamba	Sep. 26-28, 2017	30
	Technical Training & Pre-visit Meeting for 4th district-level ISSV in Tonkolili	Sep. 27, 2017	20
	PCM Cascade Training on ISSV in Pujehun	Sep. 28-30, 2017	21
	Pre-visit Meeting for 4th district-level ISSV in Pujehun	Oct. 2, 2017	20
	PCM Cascade Training on ISSV in Bombali	Oct. 3-5, 2017	27
	Pre-visit Meeting for 4th district-level ISSV in Moyamba	Oct. 4, 2017	20
	Post-visit Meeting for 4th district-level ISSV in Pujehun	Nov. 6, 2017	21
	Pre-visit Meeting for 4th district-level ISSV in Bombali	Nov. 13, 2017	24
	Post-visit Meeting for 4th district-level ISSV in Tonkolili	Dec. 4, 2017	22
	Post-visit Meeting for 4th district-level ISSV in Moyamba	Dec. 13, 2017	24
	Post-visit Meeting for 4th district-level ISSV in Bombali	Dec. 19, 2017	20
	ISSV Orientation Meeting for 14 DMOs	Feb. 9, 2018	19
	Pre-visit Meeting for 5th district-level ISSV in Tonkolili	Feb. 26, 2018	22
	Introductory ISSV Training for 10 other Districts (Group 1)	Apr. 10-11, 2018	26
	Introductory ISSV Training for 10 other Districts (Group 2)	Apr. 17-18, 2018	25
	Post-visit Meeting for 5th district-level ISSV in Tonkolili	Jun. 6, 2018	15
	Pre-visit Meeting for 6th district-level ISSV in Tonkolili	Jun. 11, 2018	24
	Pre-visit Meeting for 5th district-level ISSV in Bombali	Jun. 12-13, 2018	25
	Pre-visit Meeting for 5th district-level ISSV in Pujehun	Jun. 19-20, 2018	49
	Pre-visit Meeting for 5th district-level ISSV in Moyamba	Jun. 25-26, 2018	38
	Review Meeting for 5th district-level ISSV in Moyamba	Jul. 12, 2018	22
	PCM Training in Moyamba	Jul. 26-27, 2018	Day1-20 Day2-20
PCM ToT Training in Bo for 4 of 10 other Districts	Aug. 1-3, 2018	Day1-8 Day2-14 Day3-10	
Post-visit Meeting for 5th district-level ISSV in Moyamba	Aug. 14, 2018	26	
Review Meeting for 6th district-level ISSV in Tonkolili	Aug. 17, 2018	23	
PCM ToT Training in Makeni for 6 of 10 other Districts	Aug. 27-29, 2018	Day1-17 Dya2-18 Day3-18	
PCM Cascade Training in Kenema	Aug. 27-29, 2018	Day1-15 Day2-15	

			Day3-13
	PCM Cascade Training in WA Urban	Sep. 17-19, 2018	Day1-20 Day2-22 Day3-16
	PCM Cascade Training in Kailahun	Sep. 18-20, 2018	Day1-19 Day2-22 Day3-18
	PCM Cascade Training in Koinadugu	Sep. 20-22, 2018	Day1-26 Day2-23 Day3-21
	PCM Cascade Training in Bo	Sep. 24-26, 2018	Day1-19 Day2-17 Day3-17
	PCM Cascade Training in WA Rural	Sep. 25-27, 2018	Day1-28 Day2-24 Day3-20
	Post-visit Meeting for 5th district-level ISSV in Bombali	Sep. 28, 2018	36
	Post-visit Meeting for 5th district-level ISSV in Pujehun	Oct. 2, 2018	25
	PCM Cascade Training in Port Loko	Oct 2-4, 2018	Day1-25 Day2-26 Day3-26
	PCM Training in Pujehun	Oct 9-11, 2018	Day1-25 Day2-25 Day3-25
	PCM Cascade Training in Kambia	Oct 10-12, 2018	Day1-23 Day2-21 Day3-22
	PCM Cascade Training in Kono	Oct 17-19, 2018	Day1-24 Day2-23 Day3-24
	PCM Training in Bombali	Oct 17-19, 2018	Day1-25 Day2-25 Day3-25

Annex 10: Indicators for the Overall Goal

Overall Goal SARA Indicators 2017 (General Service)				
Indicator	2011	2012	2017	Mean
General Service Readiness (mean score)	48	50	55	51.0
Basic Amenities (mean score)	63	59	56	59.3
Sanitation facilities	78	94	82	84.7
Emergency transport	83	87	89	86.3
Consultation room	93	83	69	81.7
Improved water source	62	79	56	65.7
Communication equipment	61	50	69	60.0
Power source	18	15	23	18.7
Computer with internet	7	5	3	5.0
Facilities with all items	3	1	2	2.0
Basic Equipment (mean score)	75	81	76	77.3
Thermometer	93	96	85	91.3
Stethoscope	88	86	90	88.0
Adult scale	77	85	60	74.0
BP apparatus	76	79	79	78.0
Child/infant scale	83	77	81	80.3
Light source	66	65	57	62.7
Facilities with all items	39	35	24	32.7
Standard Precautions (mean score)	60	59	81	66.7

Disposable or auto disable syringes	98	100	98	98.7
Appropriate storage of sharps waste	96	98	97	97.0
Latex gloves	89	94	96	93.0
Safe final disposal of sharps	91	87	59	79.0
Safe final disposal of infectious waste	84	86	71	80.3
Disinfectant	64	76	90	76.7
Soap and water OR alcohol based hand rub	72	75	84	77.0
Guidelines for standard precautions	38	62	82	60.7
Appropriate storage of infectious waste	56	37	58	50.3
Gowns	31	21		26.0
Medical masks	11	15		13.0
Sterilisation equipment	14	11		12.5
Eye protection	8	10		9.0
Facilities with all items	1	1	25	9.0
Diagnostic Capacity (mean score)	11	22	32	21.7
Malaria test	38	94	95	75.7
HIV test	22	49	60	43.7
Urine test for pregnancy	24	34	45	34.3
Urine dipstick-protein	16	24	22	20.7
Urine dipstick-glucose	15	19	18	17.3
TB microscopy	6	10	38	18.0
General microscopy	5	9		7.0
Blood glucose	7	7	6	6.7
Haemoglobin	7	6	5	6.0
Syphilis rapid test	4	5	6	5.0
DBS collection	1	2	3	2.0
ALT and creatinine	1	1		1.0
Facilities all tests	0	0	3	1.0
Essential Medicines (mean score)	35	28		31.5
Co-trimoxazole	85	73	70	76.0
Amoxicillin	55	53	70	59.3
Ciprofloxacin	38	32	30	33.3
Ceftriaxone injection	13	8	29	16.7
Paracetamol	61	72	84	72.3
Diclofenac	44	21		32.5
Diazepam	69	36	3	36.0
Salbutamol	48	38	4	30.0
Atenolol	32	20	4	18.7
Amitriptyline	12	5	1	6.0
Omeprazole	12	9	37	19.3
Captopril	12	12		12.0
Glibenclamide	8	4	3	5.0
Simvastatin	5	5	2	4.0
Facilities with all medicines	0	1		0.5
National priority medicines (mean score)	73	71		72.0
Amoxicillin suspension	77	91	70	79.3
ORS	90	90	81	87.0
Co-trimoxazole tablet	73	75		74.0
Co-trimoxazole suspension	85	73		79.0
Paracetamol syrup	61	72	66	66.3
ACT	81	68	89	79.3
Amoxicilline tablet	55	53	61	56.3
Paracetamol tablet	61	44		52.5
All items	26	17		21.5

Overall Goal SARA Indicators 2017 (Facilities providing Service)				
Availability and Readiness in MNCH (Percentage of facilities providing services)	2011	2012	2017	Mean
Basic obstetric care				
Offers Delivery Services	91	91	94	92.0
Neonatal resuscitation	85	87	88	86.7
Parenteral administration of antibiotics	77	87	91	85.0
Parenteral administration of oxytocic drugs	75	84	91	83.3
Manual removal of placenta	74	83	72	76.3
Parenteral administration of anti-convulsants	74	82	88	81.3
Manual removal of retained products	74	58	71	67.7
Assisted vaginal delivery	52	46	35	44.3
Basic emergency obstetric care (7 interventions)	28	27		27.5
Mean calculated by Excel	70.00	71.67		71.6
Antenatal care services				
Antenatal Care	93	95	95	94.3
Monitoring for hypertensive disorder of pregnancy	87	94	94	91.7
IPT	93	92	90	91.7
Tetanus Toxoid Vaccination	92	91	92	91.7
Iron Supplementation	93	91	92	92.0
Folic Acid supplementation	86	81	90	85.7
Mean calculated by Excel	90.67	90.67	92.17	91.2
Family planning services				
Offers family planning services	89	96	94	93.0
At least 2 modern methods of FP	88	94		91.0
Male condoms	86	92	90	89.3
Combined oral contraceptives	84	86	81	83.7
Combined injectable contraceptives	76	75	60	70.3
Female condoms	35	68	64	55.7
Progestin-only contraceptives	52	61	83	65.3
Progestin-only injectable contraceptives	29	35	42	35.3
IUCD	5	15	17	12.3
Implant	7	12	53	24.0
Emergency contraceptive pills	12	11	74	32.3
Male sterilization	N.A.	4	1	2.5
Female sterilization	N.A.	4	2	3.0
Cycle beads for standard days method	6	2	12	6.7
Mean calculated by Excel	47.42	46.79	51.77	47.5
Key child curative and preventive care and growth monitoring services				
Offers preventive and curative care for U5s	96	97	96	96.3
ORS and zinc supplementation to children with diarrhoea	93	97	92	94.0
Child growth monitoring	90	94	94	92.7
Iron supplementation	92	91	93	92.0
Diagnose/treat malnutrition	81	86	86	84.3
Vitamin A supplementation	91	82	94	89.0
Mean calculated by Excel	90.50	91.17	92.50	91.4
Child immunization services				
Offers child immunization services	92	92	93	92.3
Routine polio immunization	92	92		92.0
Routine measles immunization	92	91		91.5
Routine BCG immunization	92	92		92.0
Routine DPT-Hib+HepB immunization	92	91		91.5
Mean calculated by Excel	92.00	91.60		91.9
PMTCT services				
Offers services for PMTCT	37	57	60	51.3
HIV counselling & testing to HIV+ pregnant women	33	56	59	49.3

Family planning counselling to HIV+ women	32	47	56	45.0
Nutritional counselling for HIV+ women & their infants	27	41	53	40.3
HIV counselling & testing to infants born to HIV+ pregnant women	25	39	52	38.7
Infant & young child feeding counselling	26	36	51	37.7
ARV prophylaxis to HIV+ women	27	30	46	34.3
ARV prophylaxis to newborns born to HIV+ pregnant women	25	28	43	32.0
Mean calculated by Excel	29.00	41.75	52.50	41.1

Overall Goal SARA Indicators 2017 (MNCH tracer items)				
Availability and Readiness in MNCH (Percentage of facilities that have tracer items)	2011	2012	2017	Mean
Basic obstetric care (mean score)	56	65		60.5
Guidelines for IMPAC (essential childbirth care)	47	60	61	56.0
Trained staff IMPAC (essential childbirth care)	61	59	85	68.3
Gloves	89	96	99	94.7
Emergency transport	86	91	89	88.7
Delivery pack		90	85	87.5
Partograph	71	89	91	83.7
Suction apparatus	59	88	80	75.7
Delivery bed	58	69	72	66.3
Neonatal bag and mask	50	61	53	54.7
Examination light	66	59	55	60.0
Manual vacuum extractor	10	11	14	11.7
Vacuum aspirator / D & C kit	6	4	9	6.3
Magnesium sulphate	84	81	90	85.0
Antibiotic eye ointment	28	76	40	48.0
Injectable antibiotic	79	73	41	64.3
Skin disinfectant	79	66	92	79.0
Diazepam	84	56	3	47.7
Injectable uterotonic	76	53	87	72.0
Intravenous solution	31	53	87	57.0
All items	0	2		1.0
Antenatal care services (mean score)	62	60	66	62.7
Trained staff	93	73	87	84.3
Guidelines	55	70	62	62.3
BP apparatus	75	79	80	78.0
Urine dipstick protein	9	24	22	18.3
Haemoglobin test	5	5	4	4.7
Iron tablets	90	84	89	87.7
Folic acid tablets	72	78	88	79.3
Tetanus toxoid vaccine	76	67	82	75.0
All items	1	0	1	0.7
Family planning services (mean score)	77	75		76.0
Trained staff	80	62	80	74.0
Guidelines	45	56	53	51.3
BP apparatus	75	78	80	77.7
Condoms	93	89	95	92.3
Injectables	75	83	77	78.3
Combined contraceptive pills	85	83	74	80.7
All items	22	26		24.0
Child curative and preventive care services (mean score)	64	73	74	70.3
Staff trained growth monitoring		77	86	81.5
Guidelines for IMCI	67	74	82	74.3
Staff trained in IMCI	71	65	88	74.7
Guidelines for growth monitoring		64	68	66.0
Thermometer	94	97	87	92.7
Stethoscope	89	87	92	89.3

Child scale	85	78	55	72.7
Growth chart	69	64	83	72.0
Malaria test (*)	39	96	97	77.3
Test parasite in stool	5	8	5	6.0
Haemoglobin	6	5	4	5.0
Amoxicillin syrup/suspension	77	92	72	80.3
Me-/Albendazole cap/tab	89	92	88	89.7
ORS packet	90	91	83	88.0
Zinc tablets	37	83	89	69.7
Co-trimoxazole syrup/suspension	86	74	80	80.0
Paracetamol syrup/suspension	60	72	67	66.3
Vitamin A capsules	78	70	87	78.3
All items	0	0	1	0.3
Child immunization services (mean score)	82	80		81.0
Trained staff	97	88	98	94.3
Guidelines	76	85	76	79.0
Single use syringes	97	99	95	97.0
Sharps container	98	96	100	98.0
Cold box with ice packs	77	86	96	86.3
Refrigerator	62	67	64	64.3
DPT-Hib+HepB vaccine	81	70	69	73.3
Measles vaccine	80	69	67	72.0
Polio vaccine	79	69	68	72.0
BCG vaccine	78	87	65	76.7
All items	36	43		39.5
PMTCT services (mean score)	51	49		50.0
Trained staff PMTCT	85	88	86	86.3
Trained staff IYCF	79	72	77	76.0
Guidelines PMTCT	69	74	53	65.3
Guidelines IYCF	48	44	62	51.3
Private consultation room	81	86	75	80.7
HIV test adults	81	85	95	87.0
DBS	1	4	3	2.7
Zidovudine syrup	26	16	10	17.3
Nevirapine syrup	24	14	25	21.0
Maternal ARV prophylaxis		14	45	29.5
All items	1	1		1.0

(*) Availability of malaria RDTs underestimated in 2011.

SARA General Services Readiness Tracer Indicators	2011	2012	Mean
	(N=207)	(N=106)	(Baseline)
Basic Amenities (mean score)	63	59	61
Sanitation facilities	78	94	86
Emergency transport	83	87	85
Consultation room	93	83	88
Improved water source	62	79	71
Communication equipment	61	50	56
Power source	18	15	17
Basic Equipment (mean score)	75	81	78
Thermometer	93	96	95
Stethoscope	88	86	87
Adult scale	77	85	81
BP apparatus	76	79	78
Child/infant scale	83	77	80
Light source	66	65	66
Standard Precautions (mean score)	60	59	60
Disposable or auto disable syringes	98	100	99

Appropriate storage of sharps waste	96	98	97
Latex gloves	89	94	92
Safe final disposal of sharps	91	87	89
Safe final disposal of infectious waste	84	86	85
Disinfectant	64	76	70
Soap and water OR alcohol based hand rub	72	75	74
Guidelines for standard precautions	38	62	50
Appropriate storage of infectious waste	56	37	47
Gowns	31	21	26
Medical masks	11	15	13
Sterilization equipment	14	11	13
Eye protection	8	10	9
Diagnostic Capacity (mean score)	11	22	17
Malaria test	38	94	66
HIV test	22	49	36
Urine test for pregnancy	24	34	29
Urine dipstick-protein	16	24	20
Urine dipstick-glucose	15	19	17
Essential Medicines (mean score)	35		
ACT	81	68	75
Amoxicillin	55	53	54
Amoxicillin suspension	77	91	84
Ciprofloxacin	38	32	35
Co-trimoxazole suspension	85	73	79
Co-trimoxazole tablet	73	75	74
Diazepam	69	36	53
ORS	90	90	90
Paracetamol	61	72	67
Paracetamol syrup	61	72	67
Paracetamol tablet	61	44	53

Ry

T.S.S.

Annex 11: PDM version 1

Project Design Matrix (PDM): The Project for Strengthening Supportive Supervision System

Project Duration: from June 2013 to May 2019 (excluding EVD suspended period from Aug. 2014-Nov. 2015)

Implementing Agencies: Ministry of Health and Sanitation (MoHS) and 4 target District Health Management Teams (DHMTs) (Bombali, Tonkolili, Moyamba, Pujehun)

Beneficiaries: MoHS supervisors, 14 DHMTs, peripheral health units (PHUs) staff, and people in Sierra Leone

PDM ver. 1

Narrative		Indicators	Means of Verification	Assumption
Overall Goal	Health services at the PHUs are improved.	1) SARA tracer items for general service readiness is improved. 2) Scores of the ISSV checklist (for the PHUs) is increased.	Service Availability and Readiness Assessment (SARA) ISSV checklist of PHUs	
Project Purpose	The integrated supportive supervision (ISSV) cycle* by the MoHS and the 14 DHMTs is strengthened in order to improve health services at the PHUs.	1) The MoHS implements the ISSV cycle completely three times a year. 2) 4 target DHMTs implement the ISSV cycle completely to all the PHUs at least twice a year. 3) 6 out of the other 10 DHMTs establish the ISSV cycle. 4) 10 out of 14 DHMTs score 80% in the ISSV checklist for the last 3 ISSV cycle.	Action Plan Monitoring Matrix (APMM). ISSV Pre-/Post-visit meeting minutes APMM, ISSV Pre-/Post-visit meeting minutes APMM, Annual Operational Plan, Local Council Health Plan (LCHP) ISSV Checklist of DHMT	Resources are provided by partners continuously.
Output	1 The capacity of MoHS to provide support to the 14 DHMTs is strengthened.	1) 80% of 42 core supervisors** (= 33) attend at least 60% of capacity building training programs organized by the Project.	Training attendance list	Resources are provided by partners for ISSV activities and mini-projects

Ry

L.T.S.

			<p>2) 80% of 42 core supervisors (= 33) participate in 75% of the ISSV cycles throughout the project period.</p> <p>3) 80% of the follow-up action plans to solve priority issues (= issues identified through ISSV and prioritized in APMM as urgent and important issues) are initiated.</p> <p>1) All the PHUs in the 4 target districts receive supervisory visits twice a year.</p> <p>2) 75% of the prioritized action plans at the district level are implemented.</p> <p>3) Unsolved issues identified are reflected in the annual plan if the required resources are not available at the district level.</p> <p>1) Prioritized issues identified through the ISSV from at least 10 PHUs are reflected in the mini-project proposals per year per district.</p> <p>2) 80% of the mini-projects are funded from partners.</p> <p>3) 80% of the funded mini-projects achieve selected success indicators in the proposals.</p>	<p>Supervisor List, attendance of pre-/post-visit meeting, ISSV reports and APMM</p> <p>APMM</p> <p>ISSV checklist for PHUs by DHMT</p> <p>Action Plan Monitoring Matrix (APMM)</p> <p>Annual Operational Plan/LCHP</p> <p>Mini-project proposals</p> <p>Mini-project report</p> <p>DHIS2, ISSV checklist for PHUs by DHMT</p>	continuously.
Output	2	The ISSV cycle by 4 target DHMTs to the PHUs is strengthened.			
Output	3	Project management capacity of 4 target DHMTs is strengthened through mini-project implementation for the PHUs.			

*ISSV cycle = pre-meeting, supervisory visit, post-meeting, establishing and implementing action plan, giving feedback on the follow-up actions during next round of supervision, reflecting relevant issues identified in the following year's annual plan
 **Core supervisors = supervisors who are selected / approved by the steering committee and constantly take part in the ISSV cycle

Activities		Inputs
Activity	1-1	Japan: MoHS finalizes the ISSV tools, checklists (for DHMTs and PHUs) and guidelines (to include the ISSV cycle at the DHMTs), and GOSL:

Ry

T.T.S.

Ry

Activity	1-2	periodically revises/updates them. MoHS conducts various training programs to build the capacity of MoHS supervisors.	1. Experts 1.1. Chief Advisor/ Health Services Quality Improvement 1.2. Deputy Chief Advisor/ Health System (National ISSV) 1.3. Health System (District ISSV)/ Public Health 1.4. Health Information Analysis 1.5. Coordinator/Training management 1.6. Reproductive and Child Health	1. Counterpart personnel 1.1. CMO, DCMOI&2 1.2. Directors of DPHC, DPPI, DRCH, etc. 1.3. MoHS supervisors 1.4. DMOs and supervisors of DHMTs 1.5. Other personnel as required
Activity	1-3	MoHS carries out regular ISSVs according to the guidelines (including pre-meeting, visits to districts, post-meeting, drafting action plan and giving feedbacks to DHMT during the next round of supervision).		
Activity	1-4	MoHS revitalizes the District Advisors (DAs) system to give advices to DHMTs and/or to trace actions taken against issues identified during the ISSV field visit.		
Activity	1-5	MoHS utilizes the DA system to periodically meet and discuss to solve the issues in their respective districts through monthly follow-up visits.		
Activity	1-6	During MoHS' annual planning exercise, Directorate of Policy Planning and Information (DPPI) ensures that issues identified by the ISSV are appropriately reflected in the following year's annual plan.	2. Equipment 2.1. Vehicles 2.2. Motorbikes 2.3. Office equipment/furniture	
Activity	1-7	MoHS establishes an information management tool for the ISSV records and implementation of action plans for both DHMTs and MoHS.	3. Operational cost 3.1. Transport cost of ISSV by MoHS (vehicles and fuel) 3.2. Workshop/meeting/monitoring related cost 3.3. Development and printing cost of ISSV tools 3.4. Drivers and assistants for Japanese experts 3.5. Maintenance and fuel for vehicles to be used by Japanese experts 3.6. Implementation cost of "mini-project" of the 4 target districts	2. Space for the Project office at MoHS
Activity	1-8	MoHS organizes periodic meetings related to the management of the Project (monthly steering committee meetings, annual Joint Coordination Committee meetings) to effectively manage the Project.		3. Operational cost 3.1. Salaries and other allowances, including DSA for ISSV, for MoHS and DHMTs
Activity	1-9	MoHS supervisors provide orientation of the ISSV tools and technical supports on problem analysis and communication, etc. to the 14 DHMTs.		3.2. Utility cost for the Project office such as electricity, water supply and communication
Activity	1-10	MoHS organizes appropriate occasions for the experience sharing (workshop, joint site visit, and peer review, etc.) for 14 DHMTs.		3.3. Office furniture such as desks, chairs and bookshelves 3.4. Necessary cost (registration fees,
Activity	2-1	Target DHMTs modify the ISSV checklist (for PHUs), developed and provided by MoHS, as necessary.	4. Training	
Activity	2-2	Target DHMTs familiarize (and train if necessary) appropriate staff with the new ISSV tools (developed by the activities 1-1 and 2-1).		

T.T.S.

Activity	2-3	Target DHMTs implement the ISSV cycle according to the adopted ISSV tools (including pre-visit meeting, physical visits to the PHUs, post-visit meeting, establishing/implementation of action plan and giving feedbacks to PHUs during the next round of supervision) (Action plan = assign responsible persons and timeline to each issue identified to be carried out timely)		insurance premium, maintenance, drivers and fuel) for vehicles and motorbikes provided to MoHS and 4 target DHMTs	Pre-Conditions
Activity	2-4	Target DHMTs integrate relevant gaps and issues identified through the ISSV into the following year's annual plan.		4. Capacity development cost for the other 10 DHMTs to carry out ISSV effectively.	Political stability and security are maintained.
Activity	3-1	Target DHMTs coordinate capacity-building of the staff members in proposal writing, resource mobilization, and monitoring & evaluation of mini-projects as a means to solve RMNCH issues/gaps.			Recurrence of outbreak of EVD or other serious communicable diseases are contained
Activity	3-2	Target DHMTs implement mini-projects that address RMNCH issues/gaps and closely monitor outcomes.			ISSV will remain in the NHSSP 2017-2022.

Ry

T.T.S.

Annex 12: PDM version 2

Project Design Matrix (PDM): The Project for Strengthening Supportive Supervision System

Project Duration: from June 2013 to May 2019 (excluding EVD suspended period from Aug. 2014-Nov. 2015)

Implementing Agencies: Ministry of Health and Sanitation (MoHS) and 4 target District Health Management Teams (DHMTs) (Bombali, Tonkolili, Moyamba, Pujehun)

Beneficiaries: MoHS supervisors, 14 DHMTs, peripheral health units (PHUs) staff, and people in Sierra Leone

Annex-2: PDM ver.2
2018.10.30

Narrative		Indicators	Means of Verification	Assumption
Overall Goal	Health services at the PHUs are improved.	<ul style="list-style-type: none"> 1) SARA tracer items for general service readiness is improved. 2) Scores of the ISSV checklist (for the PHUs) is increased. 	<ul style="list-style-type: none"> Service Availability and Readiness Assessment (SARA) ISSV checklist of PHUs 	
Project Purpose	The integrated supportive supervision (ISSV) cycle* by the MoHS and the 14 DHMTs is strengthened in order to improve health services at the PHUs.	<ul style="list-style-type: none"> 1) The MoHS implements the ISSV cycle completely twice a year. 2) 4 target DHMTs implement the ISSV cycle completely to all the PHUs at least twice a year. 3) 6 out of the other 10 DHMTs establish the ISSV cycle. 4) 10 out of 14 DHMTs score 80% in the ISSV checklist for the last 3 ISSV cycle. 	<ul style="list-style-type: none"> Action Plan Monitoring Matrix (APMM), ISSV Pre-/Post-visit meeting minutes APMM, ISSV Pre-/Post-visit meeting minutes APMM, Annual Operational Plan, Local Council Health Plan (LCHP) ISSV Checklist of DHMT 	Resources are provided by partners continuously.
Output 1	The capacity of MoHS to provide support to the 14 DHMTs is strengthened.	<ul style="list-style-type: none"> 1) 80% of 42 core supervisors** (= 33) attend at least 60% of capacity building training programs organized by the Project. 2) 2/3 of 42 core supervisors (= 28) participate in 75% of the ISSV cycles throughout the post-ebola project period 3) 80% of the follow-up action plans to solve priority issues (= issues identified through ISSV and prioritized in APMM as urgent and important issues) are initiated. 	<ul style="list-style-type: none"> Training attendance list Supervisor List, attendance of pre-/post-visit meeting, ISSV reports and APMM APMM 	Resources are provided by partners for ISSV activities and mini-projects continuously.
Output 2	The ISSV cycle by 4 target DHMTs to the PHUs is strengthened.	<ul style="list-style-type: none"> 1) All the PHUs in the 4 target districts receive supervisory visits twice a year. 2) 75% of the prioritized action plans at the district level are implemented. 	<ul style="list-style-type: none"> ISSV checklist for PHUs by DHMT Action Plan Monitoring Matrix (APMM) 	

Ry

T.T.S.

Ry

		3) Unsolved issues identified are reflected in the annual plan if the required resources are not available at the district level.	Annual Operational Plan/ LCHP
Output	3	Project management capacity of 4 target DHMTs is strengthened through mini-project implementation for the PHUs. 1) Prioritized issues identified through the ISSV from at least 10 PHUs are reflected in the mini-project proposals per year per district. 2) 80% of the mini-projects are funded from partners. 3) 80% of the funded mini-projects achieve selected success indicators in the proposals.	Mini-project proposals Mini-project report DHIS2, ISSV checklist for PHUs by DHMT

*ISSV cycle = pre-meeting, supervisory visit, post-meeting, establishing and implementing action plan, giving feedback on the follow-up actions during next round of supervision, reflecting relevant issues identified in the following year's annual plan

**Core supervisors = supervisors who are selected / approved by the steering committee and constantly take part in the ISSV cycle

Activities		Inputs	GOSL:
Activity	1-1	MoHS finalizes the ISSV tools, checklists (for DHMTs and PHUs) and guidelines (to include the ISSV cycle at the DHMTs), and periodically revises/updates them.	1. Counterpart personnel 1.1. CMO, DCMOI&2 1.2. Directors of DPHC, DPPI, DRCH, etc. 1.3. MoHS supervisors 1.4. DMOs and supervisors of DHMTs 1.5. Other personnel as required
Activity	1-2	MoHS conducts various training programs to build the capacity of MoHS supervisors.	2. Space for the Project office at MoHS 3. Operational cost 3.1. Salaries and other allowances, including DSA for ISSV, for MoHS and DHMTs
Activity	1-3	MoHS carries out regular ISSVs according to the guidelines (including pre-meeting, visits to districts, post-meeting, drafting action plan and giving feedbacks to DHMT during the next round of supervision).	
Activity	1-4	MoHS revitalizes the District Advisors (DAs) system to give advices to DHMTs and/or to trace actions taken against issues identified during the ISSV field visit.	
Activity	1-5	MoHS utilizes the DA system to periodically meet and discuss to solve the issues in their respective districts through quarterly visit and monthly follow-up contacts.	

T.T.S.

Ry

Activity	1-6	During MoHS' annual planning exercise, Directorate of Policy Planning and Information (DPPi) ensures that issues identified by the ISSV are appropriately reflected in the following year's annual plan.	and fuel) 3.2. Workshop/meeting/monitoring related cost 3.3. Development and printing cost of ISSV tools 3.4. Drivers and assistants for Japanese experts 3.5. Maintenance and fuel for vehicles to be used by Japanese experts 3.6. Implementation cost of "mini-project" of the 4 target districts 4. Training	3.2. Utility cost for the Project office such as electricity, water supply and communication 3.3. Office furniture such as desks, chairs and bookshelves 3.4. Necessary cost (registration fees, insurance premium, maintenance, drivers and fuel) for vehicles and motorbikes provided to MoHS and 4 target DHMTs 4. Capacity development cost for the other 10 DHMTs to carry out ISSV effectively.	
Activity	1-7	MoHS establishes an information management tool for the ISSV records and implementation of action plans for both DHMTs and MoHS.			
Activity	1-8	MoHS organizes periodic meetings related to the management of the Project (monthly steering committee meetings, annual Joint Coordination Committee meetings) to effectively manage the Project.			
Activity	1-9	MoHS supervisors provide orientation of the ISSV tools and technical supports on problem analysis and communication, etc. to the 14 DHMTs.			
Activity	1-10	MoHS organizes appropriate occasions for the experience sharing (workshop, joint site visit, and peer review, etc.) for 14 DHMTs.			
Activity	2-1	Target DHMTs modify the ISSV checklist (for PHUs), developed and provided by MoHS, as necessary.			
Activity	2-2	Target DHMTs familiarize (and train if necessary) appropriate staff with the new ISSV tools (developed by the activities 1-1 and 2-1).			
Activity	2-3	Target DHMTs implement the ISSV cycle according to the adopted ISSV tools (including pre-visit meeting, physical visits to the PHUs, post-visit meeting, establishing/implementation of action plan and giving feedbacks to PHUs during the next round of supervision) (Action plan = assign responsible persons and timeline to each issue identified to be carried out timely)			
Activity	2-4	Target DHMTs integrate relevant gaps and issues identified through the ISSV into the following year's annual plan.			
					Pre-Conditions
					Political stability and security are maintained.

T.T.S.

Ry

Activity	3-1	Target DHMTs coordinate capacity-building of the staff members in proposal writing, resource mobilization, and monitoring & evaluation of mini-projects as a means to solve RMNCH issues/gaps.		Recurrence of outbreak of EVD or other serious communicable diseases are contained
Activity	3-2	Target DHMTs implement mini-projects that address RMNCH issues/gaps and closely monitor outcomes.		ISSV will remain in the NHSSP 2017-2022.

T.F.S.

ly

T.T.S.

2. 評価グリッド

評価項目	評価設問		判断基準・方法	必要な情報・データ(指標)	情報源	データ収集方法
	大項目	小項目				
実績の検証	上位目標達成の見込み	プロジェクト終了後3～5年後に、ISSVサイクルを強化することによって、PHUの保健サービスが改善されているか？	指標値の変化	1) SARA指標 * 過不足のない、適切な指標が設定されているか * プロジェクトの貢献度が説明できるか(因果関係) 2) PHUを対象としたISSVチェックリストのスコア * 代替指標の候補	SARA PHUを対象としたISSVチェックリスト	資料レビュー
		PHUで提供される保健サービス改善のために、保健衛生省(MoHS)及び14県保健管理局による統合的サポートイニシアチブが強化されているか？		1) 保健衛生省のISSVサイクル実施数(事前会議、スーパージョイント、事後会議、アクションプランの策定と実施、次回スーパージョイントにおけるフィードバック、必要に応じて次年度の年間計画に課題を反映) 2) 対象4県の保健管理局のISSVサイクル実施数(全活動) 3) 他の10県の保健管理局のISSVサイクル実施数(全活動) 4) 県保健管理局を対象としたISSVチェックリストのスコア	プロジェクト報告書[アクションプラン・モニタリングマトリックス(APMM)、事前・事後会議の議事録] APMM、事前・事後会議の議事録 APMM、年間計画、県保健計画 県保健管理局を対象としたISSVチェックリスト	同上 同上 同上 同上
		成果1: 保健衛生省の14県保健管理局を支援する能力が強化されているか？	達成度の確認(目標値との比較)	1) 保健衛生省コア・スーパージョイントの研修出席率 2) 保健衛生省コア・スーパージョイントのISSVサイクル参加率 3) アクションプラン優先課題の着手率	研修出席簿 会議の出席簿、スーパージョイント報告書、APMM APMM	同上
		アウトプットの達成状況	成果2: 対象4県の保健管理局において、PHUを対象とする統合的サポートイニシアチブが強化されているか？ 成果3: PHUへのミニプロジェクト実施を通して、対象4県保健管理局の事業実施管理能力が強化されているか？	1) スーパージョイントの実施・カバー率 2) 県レベルのアクションプラン優先課題の実施率 3) 未解決課題が次年度の県年間計画への反映されたか否か 1) 準備されたミニプロジェクト・プロポーザルの数(カバーされたPHU数) 2) 支援されたミニプロジェクトの割合 3) ミニプロジェクト・プロポーザルで提案された指標の改善度	PHUを対象としたISSVチェックリスト APMM 年間計画、県保健計画 ミニプロジェクトのプロポーザル ミニプロジェクト実施報告書 DHIS2 PHUを対象としたISSVチェックリスト	同上
	日本側の投入実績	JICA専門家の投入は適切であったか？(質・量)	実績の確認	専門家の投入計画・実績、自社負担の割合 専門家の専門分野とそのニーズ 技術移転の手法	事業進捗報告書 投入計画・実績資料 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査
		C/Pの本邦研修は適切であったか？	実績の確認	C/Pの研修実績(研修内容、期間、人数) (必要に応じ)日常業務への便益、課題	同上	資料レビュー 聞き取り調査
		供与機材の投入は適切であったか？(質・量)	実績の確認	日本側からの資機材投入計画・実績(ミニプロジェクト供与分は明示) 供与資機材の納入タイミングの適切性	同上	資料レビュー 聞き取り調査
		プロジェクト運営に必要な経費は適切に送金されたか？	実績の確認	日本側提供のプロジェクト経費および送金計画・実績 送金のタイミングの適切性	事業進捗報告書 投入計画・実績資料	資料レビュー
		C/Pの配置は適切であったか？	実績の確認	C/P配置状況 担当業務の進捗状況 任命のタイミングの適切性 C/Pに求められる活動と配置がマッチしているか	事業進捗報告書 投入計画・実績資料 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査
		提供されたプロジェクト事務所は適切であったか？ 提供された資機材は適切であったか？	実績の確認	プロジェクト事務所の情報(プロジェクト運営上の利便・不便性) シエラレオネ側からの資機材投入計画・実績 シエラレオネ側提供のプロジェクト経費	事業進捗報告書 投入計画・実績資料 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P 関係者	資料レビュー 聞き取り調査
プロジェクト運営に必要な経費は適切に送金されたか？	実績の確認	送金計画・実績、送金タイミングの適切性 (保健衛生省から、中央・県レベルへの送金)	事業進捗報告書 投入計画・実績資料 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査		

評価項目	評価設問		判断基準・方法	必要な情報・データ(指標)	情報源	データ収集方法
	大項目	小項目				
実施プロセスの検証	中間レビュー提言への対応状況			対SL、JICA:1)プロジェクト期間の延長、2)PDM改訂 対SL:1)CMOオフィスのコミットメント強化、2)DPへの積極的な資金協力要請、3)MoHSレベルでの十分人数のスーパバイザー確保・養成、4)ツールの改善・簡素化等を通してISSVサイクルの効率化、5)MoHSでのISSVサイクルの強化と確立、6)県レベルでのISSVサイクルの強化と確率(DA制度、視察訪問等)、7)PDMの活用・タイムリーな改訂、8)県レベル好事例の相互学習	事業進捗報告書、PO、その他活動の進捗管理資料	資料レビュー
				対JICA(本部):コミュニケーション改善を通し、PJのニーズに適切に対応	専門家、保健衛生省	聞き取り調査
	活動実施状況	活動は計画通りに実施されたか? 活動に影響した貢献要因は? 活動に影響した阻害要因は? それら影響要因への対策は?	計画と実績の比較	計画された活動の進捗状況 進捗に影響を与えた問題 進捗を促進した要因 進捗を阻害した要因、それに対する対応 情報交換・コミュニケーションの方法、頻度 定期的に関催されている会議 C/Pとの関係改善のためにとられた対策 意思決定方法(必要な関係者が含まれているか、適切なタイミングで行われているか)、指示系統 モニタリングの方法・頻度、モニタリング結果の共有状況 JICA本部・在外事務所とのコミュニケーションの方法・頻度 保健衛生省、対象県保健衛生局とのコミュニケーション状況 PDM変遷の状況および活用状況	事業進捗報告書、PO、その他活動の進捗管理資料 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P 事業進捗報告書、定例会議議事録 保健衛生省、県保健管理局C/P 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P 事業進捗報告書、定例会議議事録、PDM 事業進捗報告書、定例会議議事録 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査
	技術移転の方法	専門家とC/Pとの関係性、技術移転の手法に問題はなにか?			事業進捗報告書、定例会議議事録 保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査
	プロジェクトのマネージメント体制	マネージメント体制は機能しているか? モニタリング、コミュニケーション、共同作業等が適切に行われたか?			専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P 保健衛生省、県保健管理局C/P	聞き取り調査
	実施機関やC/Pのオーナーシップ	シエラレオネ政府やプロジェクト実施関係者のオーナーシップはどうか? 配置された専門家は適切な人材か、十分に活動に従事しているか?	実施機関、C/Pの認識	シエラレオネ側プロジェクト関係者の参加度、オーナーシップ強化のためにとられた対策	事業進捗報告書、定例会議議事録 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査
	人材の配置	配置されたC/Pは適切な人材か、十分に活動に従事しているか?		専門家の専門性の適切性 活動への参加方法・頻度 専門家間での役割分担 C/P人材の職制(専門性、所属等)の適切性(外部人材の人数、TOR等) 活動への参加方法・頻度 C/P間での役割分担	専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P 保健衛生省、県保健管理局C/P	聞き取り調査
	ターゲットグループや関係組織のプロジェクトへの参加度・認識	ターゲットグループや関係組織のプロジェクトへの参加度は? ターゲットグループや関係組織のプロジェクトに対する認識は高いか?	ターゲットグループの認識	C/P、保健衛生省アシリテーター、同スーパバイザーの活動参加状況(参加方法、頻度、実績) C/P、保健衛生省アシリテーター、同スーパバイザーの活動に対する認識	事業進捗報告書 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査 聞き取り調査
	その他プロジェクトの実施過程で生じている問題はありますか?	現時点までに生じた課題があるか、またその対応状況は? その他に効果発現に影響を与えた要因は何か?		社会経済状況による影響の有無 実施体制変更の有無 PDMの活動実施状況 課題への対応状況 今後の見直し	事業進捗報告書 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P 保健衛生省、県保健管理局C/P 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査 聞き取り調査

評価項目	評価設問		判断基準・方法	必要な情報・データ(指標)		情報源	データ収集方法
	大項目	小項目					
評価5項目	必要性	シエラレオネの社会のニーズに合致していたか？	国家開発政策・関連政策での位置づけ、優先度	国家開発政策における医療サービスの位置づけ シエラレオネでの医療従事者の質の改善に対するニーズ、課題、問題点の現状	シエラレオネ政府開発計画	資料レビュー(専門家、C/Pからの聞き取り調査)	
		ターゲットグループのニーズに合致していたか？	ターゲットグループのニーズ、認識	ターゲットグループのニーズ、認識	政府等関連文書 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査、質問票	
妥当性	優先度	プロジェクトとシエラレオネ政府政策との整合性は？		政策におけるスーパーバイジング活動の位置づけ	PRSPIII(2013-2018) ポスト・エボラ復興計画 2015-2017 国家保健セクター戦略計画 2010- 必須保健サービスの基礎的パッケージ [Health Sector Recovery Plan (HSRP) 2015-2020] NHSSP 2017-2021	資料レビュー(専門家、C/Pからの聞き取り調査)	
		プロジェクトと日本の援助政策・JICA国別事業実施計画との整合性は？		「平和と健康のための基本方針」(2015) 「国際的に脅威となる感染症対策の強化に関する基本計画」(2016年) 「TICAD VI ナイロビ実施計画」(2016年) [UHC東京宣言](2017年) 「対シエラレオネ共和国 国別援助方針」(2012) 「対シエラレオネ共和国 事業展開計画」(2017) JICA SDGs ポジションペーパー(2016年) 保健医療ポジションペーパー「JICAの保健分野の協力ー現在と未来ー」(JICA国別事業実施計画)	外務省 (首相官邸)	資料レビュー	
有効性	妥当性	プロジェクトは被援助国の対象分野・セクターの開発課題に対する効果をあげる戦略として適切だったか？(プロジェクトのブローチ、対象地域は適切な選択だったか、他ドナーとの援助協調において、どのような相乗効果があったか)		プロジェクトの内容、デザイン 計画変更の有無、変更があった場合の適切性 活動の展開状況、関係者の参加状況 アブローチの適切性 他のドナーとの援助協調における相乗効果	JICA	資料レビュー	
		ターゲット・グループの選定は適正だったか？(対象、規模)		保健衛生省C/P、スーパーバイザー対象者、及び規模(人数)の適切性 県保健管理局C/P対象者、及び規模(人数)の適切性 対象4県、及び規模(人数)の適切性 非対象4県への活動の位置づけ→成果1 事業開始以降に発現したターゲットグループ以外への影響の有無	専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P 他ドナー(WHO) 他ドナー(WB)(要web確認)	聞き取り調査 資料レビュー 資料レビュー(専門家、ドナーからの聞き取り調査)	
有効性	プロジェクトを取り巻く環境の変化(政策、経済、社会)	プロジェクト目標は達成されるか？(実質的検証結果)		政策の変更 社会・経済状況の変化(総選挙と政権交代の影響) 実施機関の組織編成の有無(総選挙と政権交代の影響) プロジェクトの位置づけの変化 他ドナーによる類似案件の有無	専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P 関係書類 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	聞き取り調査 資料レビュー 聞き取り調査	
		プロジェクト目標達成の貢献要因は？		実績の検証、関係者の意見	関係者、他ドナー 事業計画、事業進捗報告書 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査	
有効性	プロジェクト目標の達成	プロジェクト目標達成の阻害要因は？		実績の検証、関係者の意見	保健衛生省、県保健管理局C/P 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	聞き取り調査 資料レビュー	
		阻害要因への対応は？		実績の検証、関係者の意見	専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	聞き取り調査	
有効性	アウトプットとプロジェクト目標の因果関係	アウトプットは、プロジェクト目標を達成するために十分であったか？		実績の検証、関係者の意見	専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査	
		アウトプットからプロジェクト目標に至るまでの外部条件は、現時点においても正しいか？ 外部条件の影響はあったか？		「ISSV、及びミニプロジェクト実施のために、開発パートナーによってリソース(予算/資機材/人材等)が継続的に提供される。」 新たな外部条件の有無	専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	聞き取り調査	

評価項目	評価設問		判断基準・方法	必要な情報・データ(指標)	情報源	データ収集方法
	大項目	小項目				
効率性	アウトプットの産出	アウトプットの達成度は適切か？(実績の検証結果)		実績の検証、関係者の意見 *「持続性」欄の記載を参照	事業進捗報告書 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査
		アウトプットの効率的な達成を促進・阻害した要因はあるか？阻害要因への対応策は？		実績の検証、関係者の意見 * SL(制)活動資金の選定、業務過多で多忙、DPPIの外部人材によるコミットメントの難しさ * CPの交代？	事業進捗報告書 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査
	アウトプットと活動の因果関係	アウトプットを産出するために十分な活動であったか？		実績の検証、関係者の意見 実施プロセスの分析 * 長期専門家の活動実績も含める (なし)	事業進捗報告書 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査
		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？		新たな外部条件の有無 投入実績、実施プロセス分析、投入のタイミングによる活動への影響	事業進捗報告書 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査
	投入のタイミング、質・量	日本側から過不足ない量・質の投入(専門家、資機材、資金、本邦研修等)がタイミンングよく効果的に行われているか？		実績の検証、関係者の意見 投入実績、実施プロセス分析、投入のタイミングによる活動への影響 * 資金、C/Pの活動参加度？	事業進捗報告書 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査
		シエラレオネ側から過不足ない量・質の投入(C/P、資機材、資金等)がタイミンングよく効果的に行われているか？		実績の検証、関係者の意見 * 資金配布の遅延	事業進捗報告書 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査
	実施プロセスにおける進捗管理	活動はタイミンング良く実施されたか？		実績の検証、関係者の意見 * 資金配布の遅延	事業進捗報告書 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査
		活動実施の遅れ等に対する対応は適切であったか？		実績の検証、関係者の意見 * 現地人材の活用 * 他事業との連携・活用	事業進捗報告書 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査
	コスト	アウトプットは投入コストに見合ったものか？(より低いコストで達成する代替手段はなかったか？)		実績の検証、関係者の意見	事業進捗報告書 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査
		プロジェクト目標の達成度は投入コストに見合ったものであるか？		実績の検証、関係者の意見	事業進捗報告書 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査
上位目標達成の見込み	プロジェクト終了後3～5年後に、シエラレオネの一次医療施設(PHU)で提供される保健医療サービスの改善が見込まれるか？(事後の評価において効果の検証が出来るか？)		実績の検証、関係者の意見	事業進捗報告書 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査	
	上位目標達成を阻害する要因は？		実績の検証、関係者の意見	事業進捗報告書 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査	
インパクト(予測)	上位目標とプロジェクト目標との因果関係	上位目標とプロジェクト目標は乖離していないか？		実績の検証、関係者の意見	事業進捗報告書 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査
		プロジェクト目標から上位目標に至るまでの外部条件は、現時点においても正しいか。外部条件が満たされる可能性は高いか。		「開発パートナーによってリソース(予算/資機材/人材等)が継続的に提供される。」 新たな外部条件の有無 政策の策定・法律・制度・基準等の整備への影響 ジェンダー、人権、貧富などの社会・文化的側面への影響 環境保護への影響 社会、プロジェクト関係者、受益者への経済的影響 技術面での変革	事業進捗報告書 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査
波及効果	上位目標以外の正負のインパクトは生じたか？	上位目標以外の正負のインパクトは生じたか？		関係者の意見	事業進捗報告書 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	聞き取り調査
		負のインパクトに向けて対策は？		関係者の意見	事業進捗報告書 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	聞き取り調査

評価項目	評価設問		判断基準・方法	必要な情報・データ(指標)	情報源	データ収集方法
	大項目	小項目				
政策・制度面	プロジェクト終了後のシエラレオネ政府、保健衛生省による事業継続の可能性は？	シエラレオネ政府、保健衛生省による計画の有無	シエラレオネ政府、保健省の政策、事業計画策定状況 *「保健セクター年間事業計画」等	関連資料(妥当性のSL政府資料等) 専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー 聞き取り調査	
	県保健管理局レベルでの持続性を支える取組は？(対象県)	県レベルでの取組の有無	県でのISSVサイクル実施の位置づけ、アクションプラン実施予算の確保 *「県年間計画」等 *DOCとDHMTの関係性 関連規制、法制度整備の予定、計画状況	専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P 関連資料(妥当性のSL政府資料等) 専門家、保健衛生省、(県保健管理局C/P)	資料レビュー 聞き取り調査	
組織・財政面	関連法制度は整備されているか？		組織体制(人員配置(人教、所屬、契約形態)、意思決定プロセス *保健省ISSVサイクルの実施や結果の活用度(ISSV事務局) *DA制度による県のISSVサイクル強化の度合い 保健衛生省としてのDA制度の活用方針を確認 *県におけるISSVサイクル実施体制 *今後のISSV関連研修の実施、DHMT マネジメント能力強化研修(WHO)との連携	WHO	聞き取り調査	
	プロジェクト終了後も効果をおげているか？(人材配置、意思決定プロセス等)	保健衛生省担当部署(DPHC、DPP)、県保健管理局の運営能力	実施方針・実施計画	専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	資料レビュー	
技術面	実施機関のプロジェクトに対するオーナーシップは十分に確保されているか？	保健衛生省担当部署(DPHC、DPP)、県保健管理局の運営能力	予算策定状況(中央・県レベル) *中央:ISSVサイクル年2回4年間分(2018-2021)はWB、HSDSSP PJで資金確保済み。(出所:1807モニタリングシート) *県レベル: 技術レベル・社会的・慣習的要因など問題、技術の活用状況 *ISSV事務局: 予算獲得・フォロー、会計報告能力 レポート作成・分析能力(APMMからの共通課題の抽出、Comprehensive Report, Summary Report, Summary Presentation) *National ISSV Facilitators (NIFs) National ISSV Supervisorsや県レベルのコア・スーパーバイザーの養成能力 *National ISSV Supervisors (NISs) ISSVに対応した統合的な分野の知識・スキル、コミュニケーション・スキル、問題分析・アクションプラン作成能力、レポート作成能力(含むAPMM)	専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	聞き取り調査 質問票調査	
	プロジェクトで用いられる技術移転の手法は受容されつつあるか？(技術レベル・社会的・慣習的要因など)		技術普及の体制が構築されているか 技術の維持・アップデートの仕組みが確立されているか *実務担当者の異動後も、業務を継続できるか？(組織内での技術共有) *PJ終了後を見据えた、準対象10県でのISSV強化の計画・予定(含む財源) *PJ終了後、必要に応じ、自分たちでツールを改定できるか。担当部署は中央レベルのツール(Guideline for Nat'l ISSV, チェックリスト、レポート・フォーマット(ワード、Excel(APMM))) 県レベルのツール(Checklist User Manual, Guidelines for District-level ISSV, Reporting template, APMM, Score Summary Sheet)	専門家、保健衛生省	聞き取り調査	

評価項目	評価設問		判断基準・方法	必要な情報・データ(指標)	情報源	データ収集方法
	大項目	小項目				
社会・文化・環境面	社会・文化・環境面	女性、貧困層、社会的弱者、環境への配慮不足により、持続的効果を妨げる可能性はないか？		社会的弱者への配慮や環境への影響	専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	聞き取り調査
		持続性に関し、その他の貢献・阻害要因はあるか？		持続的効果発現への貢献・阻害要因 * 新PBFスキーム: DPPF Health Financing Unitが担当。Kono, Koinaduguでパイロット開始予定。PBFチェックリスト開発時、ISSV checklist for PHUが活用され、PJと連携している。	専門家、保健衛生省、県保健管理局C/P	聞き取り調査

