

ケニア共和国
ケニア西部地域保健医療サービス向上
プロジェクト
事前評価調査報告書

平成17年4月
(2005年)

独立行政法人 国際協力機構
人間開発部

人間
JR
05-89

ケニア共和国
ケニア西部地域保健医療サービス向上
プロジェクト
事前評価調査報告書

平成17年4月
(2005年)

独立行政法人 国際協力機構
人間開発部

序 文

ケニア共和国西部では、マラリアや HIV/AIDS 等の感染症が多く、保健医療施設の老朽化やサービスの質等の問題から、住民に十分な保健医療サービスが提供されていない状況にあります。

これらの問題を踏まえ、ケニア西部地域 5 県（ニャンザ州のニャミラ県、キシイ県、グチャ県、リフトバレー州のケリチョー県及びボメット県）において、1997～1998 年に開発調査「ケニア国地域保健医療システム強化計画」が実施され、対象地域の保健行政強化計画を策定しました。また、2000～2001 年には無償資金協力事業「西部地域保健センター整備計画」により、西部地域 5 県の 16 保健センターの改修・整備を実施しています。

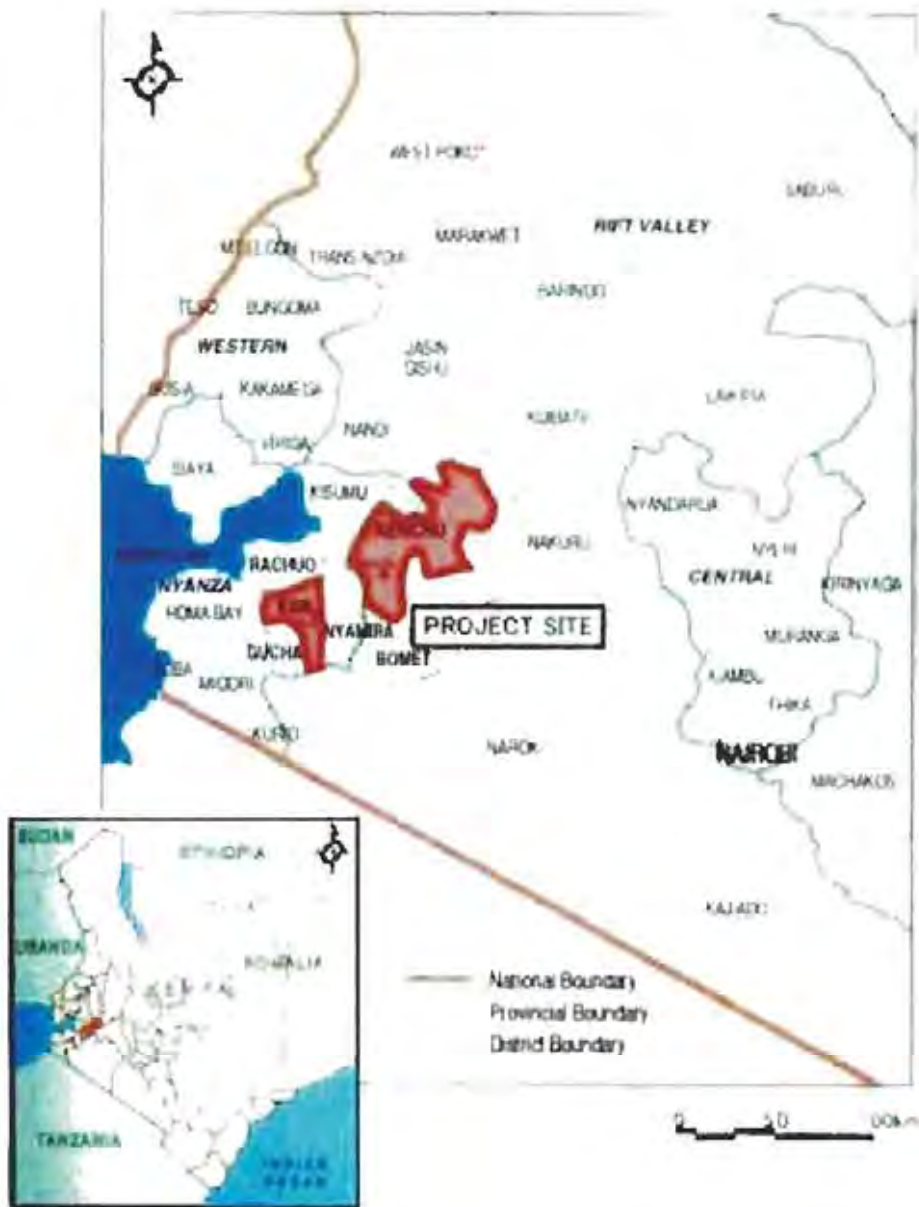
今般、本地域においてケニア政府から日本政府に対し、これまで協力を行ってきた地域における保健センターのサービス向上及び住民の健康改善を目的とした協力の実施が要請されました。独立行政法人国際協力機構（JICA）ではこれを受け、提案型技術協力（PROTECO）要請対応タイプによる支援を実施することとし、公示の結果、特定非営利活動法人 HANDS のプロポーザルを採用しました。2004 年 7 月及び 11 月に事前評価調査団を派遣し、2005 年 3 月 25 日に「ケニア西部地域保健医療サービス向上プロジェクトが正式に開始されました。

ここに、本調査にあたりご協力を賜りました特定非営利活動法人 HANDS をはじめ、関係各位に対しまして、深甚なる謝意を表すとともに、今後のプロジェクトの円滑な実施にあたり関係各位の更なるご協力をお願いする次第です。

平成 17 年 4 月

独立行政法人国際協力機構
人間開発部部長 末森 満

プロジェクトサイト地図





PCM ワークショップの様相 ケリチョー県にて



第1回事前評価調査ミニッツ署名 保健省にて



無償資金協力により改修された保健センター（キプケリオン）



診察を待つ母子 イバチヨ保健センターにて

略 語 表

略 語	英 語	和名・和訳
ANC	Antenatal Care	出産前健診
BTC	Belgian Technical Cooperation	ベルギー技術協力庁
CDF	Community Development Fund	コミュニティ開発基金
CIDA	Canadian International Development Agency	カナダ国際開発庁
C/P	Counterpart	カウンターパート
DANIDA	Danish International Development Agency	デンマーク国際開発庁
DfID	Department for International Development	国際開発省（イギリス）
DHMT	District Health Management Team	県保健管理チーム
DMO	District Medical Office	県保健局
DMOH	District Medical Officer of Health	県保健局長
DMS	Director of Medical Service	局長（保健省）
DRF	Drug Revolving Fund	医薬品回転資金
EC	European Commission	欧州委員会
E/N	Exchange of Notes	交換公文
FCI	Family Care International	ファミリー・ケア・インターナショナル
GOK	Government of Kenya	ケニア政府
HANDS	Health and Development Service	特定非営利活動法人HANDS（ハンズ）
HC(s)	Health Centre(s)	ヘルスセンター
HIS	Health Information System	保健情報システム
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊
KEPI	Kenya Expanded Program of Immunization	ケニア予防接種拡大計画
KEMSA	Kenya Medical Supply Agency	ケニア医薬品供給機関
KMTC	Kenya Medical Training College	ケニア医療技術訓練学校
M/M	Minutes of Meeting	ミニッツ／会議議事録
MOH	Ministry of Health	保健省
MSH	Management Sciences for Health	マネージメント・サイエンス・フォー・ヘルス
NHIF	National Health Insurance Fund	国家健康保険基金
NHSSP	The National Health Sector Strategic Plan	国家保健医療政策
PCM	Project Cycle Management	プロジェクト・サイクル・マネジメント
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリクス
PMO	Provincial Medical Office	州保健局
PO	Plan of Operations	プラン・オブ・オペレーション
PROTECO	Proposal-type Technical Cooperation	提案型技術協力

PS	Permament Secretary	事務次官
R/D	Record of Discussion	討議議事録
Sida	Swedish International Development Agency	スウェーデン国際開発協力庁
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統助産師
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口活動基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
USAID	United States Agency for International	米国国際開発庁
WB	World Bank	世界銀行
WHO	World Health Organization	世界保健機関

目 次

プロジェクトサイト位置図

写 真

略語表

第1章 第1回事前評価調査の概要	1
1-1 事前評価調査団派遣の経緯	1
1-2 調査方針	2
1-3 事前評価調査団派遣の目的	2
1-4 調査団員	3
1-5 調査項目	3
1-6 調査日程	4
1-7 主要面談者	6
1-8 調査及び協議結果（要約）	8
1-8-1 プロジェクトの前提条件に関する情報	8
1-8-2 調査団からの提案	9
1-8-3 プロジェクトの基本枠組み	9
1-8-4 今後の検討事項等	9
第2章 第2回事前評価調査の概要	10
2-1 事前評価調査団派遣の経緯	10
2-2 調査方針	10
2-3 事前評価調査団派遣の目的	10
2-4 調査団員	11
2-5 調査項目	11
2-6 調査日程	12
2-7 主要面談者	13
2-8 調査結果概要	15
2-9 ミニッツ概要	16
2-10 調査団所感及び今後の留意事項	19
2-11 今後の進め方について	21
付属資料	
1. 第1回事前評価調査 ミニッツ	27
2. 第1回事前評価調査 施設調査結果表	41
3. 第1回事前評価調査 調査及び協議の詳細結果	51
4. 第2回事前評価調査 ミニッツ	69
5. 第2回事前評価調査 追加調査結果報告書	89
6. 討議議事録	107

7. 事業事前評価表	121
8. プロジェクト・ドキュメント	131

第1章 第1回事前評価調査の概要

1-1 事前評価調査団派遣の経緯

ケニア共和国（以下、「ケニア」と記す）西部地域（ニャンザ州及びリフトバレー州の一部）は、全国平均に比べ所得が少ないほか、マラリアや HIV 等の感染症が多く、保健医療施設は老朽化しているなどの問題を抱えている。本技術協力プロジェクトは、1997年から1998年に実施された開発調査「ケニア国地域保健医療システム強化計画」、及び無償資金協力によるニャンザ州、リフトバレー州の5県におけるヘルスセンター（Health Centre:HC）改修・増築を継承し、これら改善されたヘルスセンターの運営強化のための支援を主眼とする技術協力として要請された。

1997年から1998年に実施された開発調査「ケニア国西部地域保健医療システム強化計画」では、西部地域にある5県、ニャンザ州のキシイ県、ニヤミラ県、グチャ県、リフトバレー州のケリチョー県とボメット県を対象として実施され、その結果、以下5つの具体的なプログラム・パッケージが提案された。

- (1) 優先重要疾患対策プログラム
- (2) 県病院リハビリテーションプログラム
- (3) 地域保健システムの向上プログラム
- (4) コミュニティレベルの健康促進・疾病予防プログラム
- (5) 県保健医療サービススタッフ再教育プログラム

この開発調査の提案を受け、「地域保健システムの向上プログラム」に含まれる「中核保健センター施設の改善計画」に対応するため、無償資金協力「西部地域保健センター整備計画」プロジェクトが2000年から2002年にかけて実施され、同5県の16か所のヘルスセンターを対象として施設改修（主に、母子保健棟の増築）及び医療器材の調達が行われた。（E/N 金額 7.9 億円）

表 1-1 無償資金援助によって改修されたヘルスセンター

州	県	ヘルスセンター
リフトバレー	ケリチョー	フォートテナン
		キプケリオン
		ソシオット
	ボメット	カプコロス
		ウンダナイ
		シゴール
ニャンザ	ニヤミラ	エケレンヨ
		ケロカ
		マンガ
	キシイ	ケウンブ
		マラニ
		マシンバ
	グチャ	ケニヤンヤ
		ウンドウル
		ニヤマチェ
		オゲンボ

(The Study on Strengthening the District Health System in the Western Part of Kenya, 1998)

現在ケニア政府は、国家保健医療政策（The National Health Sector Strategic Plan:NHSSP）1999～2004に基づき、第一次保健医療施設から第二次、第三次保健医療施設へのリファラル・システムの構築、医療費のコスト・シェアリング改善及び適切な医薬品・機材の使用も含むマネジメント機能向上を課題としており、同地域での保健医療サービス向上に係る助言・指導を受けることの必要性が高まっていることから、我が国に対する技術協力の要請があった。

同要請を受け、国際協力機構（JICA）は同分野に係る経験やノウハウは民間団体にも存在することから、本案件を提案型技術協力（Proposal-type Technical Cooperation:PROTECO）として公示、受託団体選定を行った。この結果、特定非営利活動法人 HANDS（Health and Development Service）が受託予定団体として選定され、JICA と同法人による事前評価調査を実施することとなった。

1-2 調査方針

本件の実施予定団体として選定された HANDS とともに、先方要請に基づき、プロジェクト実施の必要性・妥当性を評価し、また案件の目標、活動地域・内容についてプロジェクト関係者及びケニア政府関係機関協議のうえ、基本方針について合意を得ることを目的とする。

1-3 事前評価調査団派遣の目的

- (1) ケニア側関係者とプロジェクトの基本計画について協議を行い、要請時と現在で地域保健医療サービスに関連する政策に変更がないか、及び実施上起こりうる問題がないか確認する。
- (2) 要請されている地域が2州5県と比較的広いため、関係者へのインタビュー、フィールド視察等を通じて対象地域の絞込み・プロジェクト着手地域の優先順位づけを行う。
- (3) プロジェクト対象地域関係者と Project Cycle Management（PCM）ワークショップを行い、その結果を踏まえ Project Design Matrix（PDM）（案）の修正を行い、関係者の合意を得る。
- (4) 他ドナー・NGO 等による活動内容を再確認し、本プロジェクトの実施内容と重複がないか確認する。また、プロジェクト基本概要について意見交換を行うとともに、当該分野の最新情報を収集する。
- (5) プロジェクト実施に向けて、日本・ケニア双方で必要な作業を確認し、一連の協議で合意した内容をミニッツ（Minutes of Meeting:M/M）にまとめる。

1-4 調査団員

北林 春美	総括 (団長)	独立行政法人国際協力機構 人間開発部 第三グループ グループ長	2004 年 8.1-8.14
神谷 保彦	保健行政	特定非営利活動法人 HANDS テクニカル・アドバイザー	8.1-8.31
児玉 光也	地域保健	特定非営利活動法人 HANDS プログラム・オフィサー	8.1-8.31
和田 知代	評価分析	特定非営利活動法人 HANDS プログラム・ディレクター	8.1-8.14
小澤 真紀	協力計画	独立行政法人国際協力機構 人間開発部 第三グループ保健行政チーム 職員	8.1-8.14

1-5 調査項目

項目	調査手順・対処方針
現地調査	
(1) 先方政府への基礎的事項の確認及び関連情報の収集	<p>-保健省 (Ministry of Health:MOH) 関係者へのインタビューにより、以下を確認する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本プロジェクトの位置づけ・実施に必要な手続きを確認する。 ・国家保健医療政策 (The National Health Sector Strategic Plan: NHSSP) の最新の取り組み・現状を確認する。 ・国家健康保険基金 (National Health Insurance Fund:NHIF)、ケニア医薬品供給機関(Kenya Medical Supply Agency:KEMSA)の活動状況及び方針について ・2004 年 7 月 1 日にケニア保健大臣が診療の無料化につき発言しているが、現状・今後の見通しについて確認する。 ・中央・州・県各レベルでの意思決定システム及びプロジェクトにおける基本的な実施体制について確認する。 ・対象となる保健センターのコスト・シェアリングの現状、医薬品の管理の現状を確認し、主な事業内容を確認する。 ・保健センター・県病院間のリファラル・システムの現状について確認する。
(2) 他ドナー及び関連機関からの情報収集	<p>-WHO、USAID、ベルギー等他ドナーと協議し、本プロジェクトの実施内容と重複がないか確認する。また、プロジェクト基本概要について意見交換を行うとともに、当該分野の最新情報を収集する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ベルギーがニャミラ県で実施している医薬品回転資金 (Drug Revolving Fund:DRF) プロジェクトにつき、事業概要・結果等について確認する。 ・保健医療分野の政策に関し、各ドナーがどのように評価しているかにつき聴取する。
(3) プロジェクト実施サイトの決定	<p>-保健省との協議を通して、プロジェクトの展開方法について先方の意向の有無を確認する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象地域とされている 2 州 5 県 16 ヘルスセンターにつき、①まず 1 州を選びプロジェクトを開始するのか、② 2 州から各 1 県を選び開始するのか、③ 2 州同時にプロジェクトを開始するのか、各々の可能性及びケニア側の要望を調査する。 <p>-当サイトでの他のドナーの動向及びサイト選定に関する他のドナーの考えを調査・確認する (上記 (2))。</p>

(4) プロジェクト概要の策定	<p>-2004 年度開始予定のリプロダクティブ・ヘルスプロジェクト、青年海外協力隊（Japan Overseas Cooperation Volunteers:JOCV）の活動内容・地域を確認し、プロジェクトの内容につき、双方どの程度調整が可能か検討する。</p> <p>-収集した最新情報に基づき、関係者との協議及び PCM ワークショップを通して、プロジェクトの目標・成果及び活動計画の基本概要を定める。</p>
(5) 実施機関・体制の確認	<p>-実施体制について保健省及び州保健局（Provincial Medical Office:PMO）・県保健局（District Medical Office:DMO）と協議する。</p> <p>・保健省・州・県それぞれに関し、担当部局及び担当者を確認する。</p> <p>・中央における「プロジェクト合同委員会」の構成・役割について検討・協議する。</p> <p>本協力におけるケニア側の投入（人材、機材、予算）を確認する。</p>
(6) 先方関係機関との合意形成	<p>-プロジェクトの基本概要（目標・成果・主要な活動）について、先方関係機関と協議し、合意形成を図る。</p> <p>・中心となる対象サイトを決定し、プロジェクト着手地域の優先順位について先方と確認する。</p> <p>-保健省、関連機関に対し、調査結果とプロジェクト基本概要について報告する。</p> <p>-今後プロジェクト開始までに双方で必要な準備作業を確認する。</p>
(7) その他	<p>-プロジェクト事務所の設置場所を検討し、環境・安全管理面・通信状況等を確認する。</p> <p>-現地ローカルコンサルタントについての情報を入手する。</p>
(8) ケニア側とのミニッツ交換	<p>-最終的に双方で合意した事項をミニッツに取りまとめ、署名交換を行う。</p>

1-6 調査日程

	月日	曜日	北林団長	小澤	和田	神谷	児玉	宿泊	
1	8月1日	日	移動（JL401 成田→ロンドン、KQ101 ロンドン→）						機中泊
2	8月2日	月	<p>移動（→ナイロビ）</p> <p>10:00 JICAケニア事務所訪問、荒堀・川村専門家との協議（リプロダクティブ・ヘルスプロジェクト）</p> <p>14:30 保健省表敬訪問</p> <p>17:00 在ケニア国日本大使館表敬</p>						ナイロビ
3	8月3日	火	<p>9:00 NHIFとの協議</p> <p>11:00 JICAケニア事務所、荒堀・川村専門家との協議</p> <p>14:30 KEMSAとの協議</p> <p>17:00 JICAケニア事務所との打合せ</p>						ナイロビ
4	8月4日	水	<p>移動（S9701 ナイロビ→キスム）</p> <p>9:30 ニヤンザ州保険局との協議</p> <p>移動（キスム→キシイ）</p> <p>14:30 キシイ県病院との協議及び視察</p> <p>15:30 キシイ県病院長・DHMTとの協議</p>						キシイ
5	8月5日	木	<p>9:10 マラニ保健センター視察及び協議</p> <p>11:30 タラチャディスペンサリー視察</p> <p>12:30 ケロカ保健センター視察及び協議</p>						ケリチャー
6	8月6日	金	<p>移動（ケリチャー→ナクル）</p> <p>9:10 リフトバレー州保健局との協議</p> <p>11:30 リフトバレー州立総合病院視察</p> <p>12:30 JOCVエイズ隊員との情報交換</p> <p>移動（ナクル→ナイロビ）</p>						ケリチャー

7	8月7日	土	資料整理、報告書作成、PCM準備	ケリチョー	
8	8月8日	日	資料整理、報告書作成、PCM準備	ケリチョー	
9	8月9日	月	PCMワークショップ	ケリチョー	
10	8月10日	火		ケリチョー	
11	8月11日	水	ミニッツ作成 9:20 WHOとの協議 10:30 Mbagathi DHP視察 14:30 DANIDAとの協議	ナイロビ	
12	8月12日	木	AM ミニッツ作成 13:00 USAIDとの協議 16:00 JICAケニア事務所、荒堀・川村専門家との打合せ 9:00 CIDAとの協議 13:00 USAIDとの協議 17:00 John Snow Inc. との協議	ナイロビ	
13	8月13日	金	9:30 保健省とのミニッツ協議 13:00 ミニッツ締結 14:30 在ケニア国日本大使館報告 (含荒堀・川村専門家への報告) 移動 (EK724 EK724 ナイロビ→) 9:30 保健省とのミニッツ協議 13:00 ミニッツ締結 14:30 在ケニア国日本大使館報告 (含荒堀・川村専門家への報告) 16:30 MSHとの協議	機中泊 ナイロビ	
14	8月14日	土	移動 (→ドバイ JL5090ドバイ→関西 JL1316 関西→羽田)	資料整理、報告書作成 ナイロビ	
15	8月15日	日	移動 (→ドバイ JL5090ドバイ→関西 JL1316 関西→羽田)	資料整理、報告書作成 ナイロビ	
16	8月16日	月		ETC、MEDSとの協議 移動 (ナイロビ→キスム)	キスム
17	8月17日	火		移動 (キスム→ニヤミラ) BTCとの協議及びプロジェクト視察	キシイ
18	8月18日	水		現地調査 (キシイ県)	キシイ
19	8月19日	木		現地調査 (キシイ県)	キシイ
20	8月20日	金		ニャンザ州PMOとの協議、移動 (キシイ→ケリチョー)	ケリチョー
21	8月21日	土		現地調査 (ケリチョー県)	ケリチョー
22	8月22日	日		資料整理、報告書作成	ケリチョー
23	8月23日	月		現地調査 (ケリチョー県)	ケリチョー
24	8月24日	火		現地調査 (ケリチョー県)	ケリチョー
25	8月25日	水		リフトバレー州 PMOとの協議、現地調査 (ナクル)、移動 (ナクル→ナイロビ)	ナイロビ
26	8月26日	木		移動 (ナイロビ→モンバサ) 現地調査 (モンバサ)	モンバサ
27	8月27日	金		現地調査 (コースト州モンバサ)、SIDA・WB視察、移動 (コースト州→ナイロビ)	ナイロビ
28	8月28日	土		資料整理、報告書作成	ナイロビ
29	8月29日	日			ナイロビ
30	8月30日	月		保健省との最終協議、JICAケニア事務所報告、移動 (ナイロビ→ドバイ)	ドバイ
31	8月31日	火		移動 (ドバイ→成田)	

1-7 主要面談者

<ケニア側>

(1) 保健省 (MOH)

Mr. Patrick Khaeml

事務次官

Dr. James Nyikal

メディカル・サービス局長

Dr. Ambrose O. Misore

プライマリー・ヘルス・ケア局長

(2) ケニア医薬品供給公社 (KEMSA)

Dr. Charles Kiplagat Kandie

チーフ・エグゼクティブ

Dr. Mtana Lewa

デピュティ・ディレクター

(3) ニャンザ州

Dr. James O. Gesami

州保健局長

1) キシイ県

キシイ県病院

Dr. Raymondo O. Oigara

病院長

(4) リフトバレー州

Dr. Amira

州保健局長

1) ケリチョー県

ケリチョー県病院

Dr. Betty Langat

病院長

県保健委員会 (DHMT)

Dr. Kemboi

県保健局長

(5) コースト州

Dr. Anderson Kahindi

州保健局長

Dr. Alberto Gallacchi

保健分野アドバイザー

Julius O. Mugwang'a

会計

1) キリフィ県病院

Dr. Masaulo P.M.

県保健局長

(6) Kenya Medical Research Institute (KEMRI)

Dr. Norbert M. Peshu

コースト州センター・ディレクター

<国際機関・他ドナー>

(1) ベルギー技術協力庁 (BTC)

Dr. George Otieno

ニヤミラ県回転医薬品プロジェクトマネージャー

(2) デンマーク国際開発庁 (DANIDA)

Anders Ornemark

(3) 欧州委員会 (EC)

Anna-Carin Kandimaa

保健分野担当

(4) スウェーデン国際開発協力庁 (Sida)

Par Vikstrom

保健分野担当

(5) 世界保健機関 (WHO)

Dr. Joyce K. Onsongo

疾病コントロールオフィサー

<コンサルタント会社>

(1) Crown Agens Kenya Limited

Mr. Booker O Odenyo

カントリー・マネージャー

Mr. Robert Nyamweya

調達マネージャー

(2) ETC Crystal

Dr. Abebe Alebachew Asfaw

ヘルス・エコノミスト

Dr. Jarl Chabot

ヘルス・プランナー

Mr. Andrew Akeye

ファイナンス・アドミニストレーション

(3) John Snow Inc. (JSI)

Steve Kinzet

カントリー・ディレクター

<NGO>

(1) Can Do

永岡 宏昌

代表理事

(2) Sustainable Healthcare Foundation (SHEF)

Mrs. Liza Kimbo

ビジネス・デベロップメント・ディレクター

(3) Mission for Essential Drugs & Supplies (MEDS)

Mrs. Ruth Njoroge

カスタマー・サービス・マネージャー

(4) Management Sciences for Health (MSH)

Dr. Michael Thuo

リージョナル・テクニカル・アドバイザー

<市場調査>

(1) TOYOTA East Africa Ltd.

中島 佳織

セールス・コーディネーター

(2) ヤマハ

Andrew Migwi

ロジスティックス・オフィサー

<日本側>

(1) 在ケニア国日本大使館

増山 寿政

二等書記官

(2) JICA ケニア事務所

仁田 知樹

次 長

中川 亨之

保健分野担当事務所員

江原 由樹

保健分野担当事務所員

竹中 伸一

企画調査員

Dr. Willie Nyambati

保健分野担当

栗栖 昌紀

総務担当

(3) JICA 個別専門家

荒堀 憲二

専門家・地域保健

川村 正子

専門家・技術協力開発計画

(4) 青年海外協力隊 (JOCV)

田村 武雄

HIV/AIDS 分野

杉山 栄美子

HIV/AIDS 分野

鈴木 浩二

IT 分野

1-8 調査及び協議結果 (要約)

1-8-1 プロジェクトの前提条件に関する情報

(1) 保健センターの無料化

2004年7月1日より保健センターの無料化が開始され、本プロジェクトの重要な前提条件であるコスト・シェアリングは行われなくなった。代替財源として、国民皆保険制度の導入が検討されているが、開始の目途はついていない。

(2) 医薬品の供給方法

公的保健医療施設に対する医薬品の供給・配布は KEMSA がその責を負っており、「プッシュ・システム」方式によるパッケージ化されたキットの配布が行われている。この方式下では保健医療施設 (Health Facilities) が個々にキットの内容物や量を指定することができない。

(3) プロジェクト対象地域

8月2日の保健省での協議において、保健省側から当初要請されていた無償資金協力により改修された16の保健センターではなく、ニャンザ州のキシイ県とリフトバレー州のケリチョー県の2県にプロジェクト対象地域を絞ってほしい旨発言があった。

(4) 他プロジェクトとの関連

上記(3)で提案された2県では、リプロダクティブ・ヘルスプロジェクトが既に要請されている。また、無償資金協力によるキシイ県病院、ケリチョー県病院の改修が要請される見込みである。

1-8-2 調査団からの提案

(1) 保健センターの Financial Management について

保健センターのマネージメント能力向上に関し、保健センター運営のための資金源の確保なしにはコミュニティに対する十分なサービスの提供や資金的な自立発展性が望めない。また、プロジェクト側でリカレント・コストを負担することは不可能である。調査団はケニア政府に対し、保健センターがコミュニティの需要にあったサービスを提供するために、保健センターもしくはコミュニティにおいて何らかの自己資金の調達を認めるよう提案する。

(2) リプロダクティブ・ヘルスプロジェクトとの統合について

妥当性・効率性・自立発展性を考慮し、同地域で要請されているリプロダクティブ・ヘルスプロジェクトと本プロジェクトを、1つの包括的なプロジェクト、すなわち母性保健・マネージメント能力向上に焦点を当てた保健サービスシステム強化プロジェクトとして実施することを提案する。理由は以下の2点。

- 1) 対象となる州・県において、母性保健サービスとマネージメント能力向上に関する責任を負う担当部署、担当者、保健センターは共通である点。
- 2) 保健センターと県病院間のリファラル・システム改善、施設・機材のメンテナンス能力向上保健情報システムの強化などの共通の課題が存在し、各々の個々に活動を行うよりも効率性、効果が期待できる点。

1-8-3 プロジェクトの基本枠組み

(1) プロジェクト目標

キシイ県とケリチョー県の保健センターにおいて、保健医療サービス (health care service) の質が向上される。

(2) 達成すべき成果

- 1) 保健センターにおける母性ケアサービスが改善される。
- 2) 保健センターにおけるマネージメント能力が改善される。

1-8-4 今後の検討事項等

対象県及び対象施設において保健医療施設の財政面、医薬品管理の現状を確認するためのデータ収集の必要がある。

第2章 第2回事前評価調査の概要

2-1 事前評価調査団派遣の経緯

「ケニア西部地域保健医療サービス向上プロジェクト」は、1997年から1998年に実施された開発調査「ケニア国地域保健医療システム強化計画」及び無償資金協力によるニャンザ州、リフトバレー州の5県におけるヘルスセンター改修・増築を継承し、これら改修されたヘルスセンターの運営強化のための支援を主眼とする技術協力として要請された。プロジェクトの主たる達成課題としては、ケニア政府が1990年代初頭に導入した保健施設における利用者負担制度である「コスト・シェアリング」システムの運営強化を通じたヘルスセンターにおける運営費の創出と、その適正な管理と共同購入制度設立等による医薬品の調達、ひいてはヘルスセンターにおける利用者の増加が想定されていた。

しかし、2004年7月1日から保健大臣の指示によりケニア政府がヘルスセンター及びディスペンサリー等一次保健医療施設におけるコスト・シェアリングの廃止を決定・実行したため、プロジェクト実施の前提としていた「施設レベルでの運営・維持管理費の創出」が現段階ではほぼ不可能となっていることが確認された。

一方、妊産婦死亡率の悪化に伴い、保健省から我が国政府に対しては同じ対象県であるニャンザ州キシイ県、リフトバレー州ケリチョー県において「セーフ・マザーフード（安全な妊娠・出産）プロジェクト」が要請されている。

8月に実施された「ケニア西部地域保健医療サービス向上プロジェクト」事前評価調査において、上記2件のプロジェクトについては、①対象となる州・県において、母性保健サービスとマネジメント能力向上に関する責任を負う担当部署、担当者、ヘルスセンターは共通であること、②ヘルスセンターと県病院間のリファラル・システム改善、施設・機材のメンテナンス能力向上、保健情報システムの強化などの共通の課題が存在し、個々に活動を行うよりも効率性、効果が期待できることから1つの包括的なプロジェクト、すなわち母性保健・マネジメント能力向上に焦点を当てた保健サービスシステム強化プロジェクトとして実施することで合意した。

2-2 調査方針

(1) 本プロジェクトは、HANDS との PROTECO 案件であるため、事前評価調査を含めた一連のプロジェクト立ち上げ準備作業は、HANDS との協力のもとに行う。ただし、プロジェクトの計画にあたっては「セーフ・マザーフードプロジェクト」立ち上げのため活動中の専門家と十分に協議を行う。

(2) PCM ワークショップについては、第1回事前評価調査団で実施済みであることから実施しない。

2-3 事前評価調査団派遣の目的

(1) 日本側で作成した PDM 案をもとに、統合したプロジェクトについて、プロジェクトの成果、活動につきケニア側関係者と合意する。

(2) 合意されたプロジェクト内容を、妥当性・有効性・効率性・インパクト・自立発展性の5項

目により評価し、結果を事前評価表に取りまとめる。

(3) プロジェクト・ドキュメント作成に必要な情報を収集し、ドラフトを作成する。

(4) PDM 案、プロジェクト・ドキュメント目次などを M/M で署名交換し、プロジェクト開始に向けた作業スケジュールをケニア側と確認する。

2-4 調査団員

米山 芳春	総括 (団長)	独立行政法人国際協力機構 人間開発部 第四グループ母子保健チーム チーム長	2004 年 11. 14-11. 27
神谷 保彦	保健行政	特定非営利活動法人 HANDS テクニカル・アドバイザー	11. 14-12. 12
児玉 光也	地域保健	特定非営利活動法人 HANDS プログラム・オフィサー	11. 14-11. 28
小澤 真紀	協力計画	独立行政法人国際協力機構 人間開発部 第三グループ保健行政チーム 職員	11. 14-11. 28

2-5 調査項目

項目	調査手順・対処方針
現地調査	
(1) 先方政府への基礎的事項の確認及び関連情報の収集	-保健省関係者へのインタビューにより、以下を確認する。 ・本プロジェクトの位置づけ・実施に必要な手続きを確認する。 ・新国家保健医療政策 (2005-2010) の重要課題について確認し、本プロジェクトとの整合性を確認する。 ・医薬品の供給方法、コスト・シェアリングの現状につき、2004 年 8 月以降変更がないか確認する。
(2) 他ドナー及び関連機関からの情報収集	-UNICEF、UNFPA 等とプロジェクト基本概要について意見交換を行うとともに、当該分野の最新情報を収集する。 -業務委託を想定しているコンサルタント、NPO を中心に実際の活動につき協議を行い、委託部分の概要につき合意を得る。
(3) プロジェクト概要の策定	-「セーフ・マザーフードプロジェクト」立ち上げのため活動中の個別専門家とプロジェクト内容につき協議を行い、プロジェクトの成果・活動につき助言を得る。 -プロジェクト関係者で合意した PDM 案をもとに保健省、関係機関にプロジェクト概要を説明し、合意を得る。 -プロジェクト・ドキュメント作成に必要な情報を収集する。
(4) 実施機関・体制の確認	-実施体制について保健省及び県保健局と協議する。 ・保健省・県それぞれに関し、担当部局及び担当者を確認・決定する。 ・中央における「プロジェクト合同委員会」の構成・役割について検討・協議する。 本協力におけるケニア側の投入 (人材、機材、予算) を確認する。
(7) その他	-プロジェクト事務所の設置場所を検討し、環境・安全管理面・通信状況等を確認する。 -現地ローカルコンサルタントについての情報を入手する。

(8) ケニア側とのミニッツ交換	-最終的に双方で合意した事項及びPDM案、プロジェクト・ドキュメント目次等をミニッツに取りまとめ、署名交換を行う。
------------------	---

2-6 調査日程

	月日	曜日	米山	小澤	児玉	神谷	宿泊
1	11月14日	日	移動 (JL411 成田→)				機中泊
2	11月15日	月	移動 (→アムステルダム KLM3431 アムステルダム→ナイロビ) 9:00 保健省表敬・協議 (DMS、リプロダクティブ・ヘルス課) 14:30 JICAケニア事務所訪問、荒堀・川村専門家との打合せ				ナイロビ
3	11月16日	火	9:00 在ケニア国日本大使館表敬 17:00 JICAケニア事務所表敬				ナイロビ
4	11月17日	水	9:30 保健省リプロリプロダクティブ・ヘルス課との協議 午後 PDM案修正移				ナイロビ
5	11月18日	木	10:00 FCIとの協議				ナイロビ
			特別機材調査団へ参加	14:00 Population Councilとの協議			
6	11月19日	金	特別機材調査団へ参加	9:00 SIDAとの協議 10:30 DFIDとの協議 11:45 EU Delegationとの協議			ナイロビ
			12:15 保健省 (リプロダクティブ・ヘルス課) との協議 午後 荒堀・川村専門家との打合せ				
7	11月20日	土	団内打合せ、資料整理				ナイロビ
8	11月21日	日	移動 (ナイロビ→キシイ)				キシイ
9	11月22日	月	9:30 キイシ県DHMTとの協議及び県病院視察 13:00 イバチョ保健センター視察・協議、Health Center Committeesと意見交換 移動 (キシイ→ケリチャー)				ケリチャー
10	11月23日	火	9:00 ケリチャー県DHMTとの協議及び県病院視察 12:00 キプケリオン保健センター視察・協議、Health Center Committeesとの意見交換 移動 (ケリチャー→ナイロビ)				ナイロビ
11	11月24日	水	JICAケニア事務所との協議及びミニッツ案作成				ナイロビ
12	11月25日	木	10:30 保健省とのミニッツ協議 (PM) ミニッツ修正				ナイロビ
13	11月26日	金	ミニッツ署名交換 在ケニア国日本大使館及びJICAケニア事務所報告				ナイロビ
			資料整理	移動 (ナイロビ→)		資料整理	
14	11月27日	土	移動 (ナイロビ→)	移動 (ロンドン→)		継続調査 ~12月12日	
			別調査団へ				
15	11月28日	日	移動 (→東京)		資料整理		

2-7 主要面談者

<ケニア側>

(1) 保健省 (MOH)

Mr. Patrick Khaeml	事務次官
Dr. James Nyikal	メディカル・サービス局長
Dr. Ambrose O. Misore	プライマリー・ヘルス・ケア局長
Dr. Kibal	リプロダクティブ・ヘルス課長
Dr. Gakuru	Health Sector Reform
Dr. Godia	Program Director, Division of Reproductive Health

(2) キシイ県

Dr. Abunga	県保健局長
Dr. Mogo	Medical Superintendent

(3) 県保健委員会 (DHMT)

Mr. Francis Makau	District Public Health Officer
Mr. Samuel Ongwae	District Medical Laboratory Technologist
Ms. Mary Mosoti	District Recording officer
Ms. Christine Momanyi	District Public Health Nurse
Mr. James Amenia	District Health Administrative Officer
Mr. William Motuko	District Administrative Officer
Mr. Daniel Moenga	District AIDS/STI Coordinator
Mr. Zakayo Momanyi	District Nursing Officer
Ms. Joyce Atinda	District Nursing Officer

(4) ケリチョー県

Dr. Kemboi	県保健局長
------------	-------

(5) ケリチョー県病院

Dr. Betty Langat	病院長
------------------	-----

(6) 県保健委員会 (DHMT)

Mr. Laban. K. Torotich	District Public Health Nurse
Mr. D. K. Koech	District Public Health Officer
Mr. Evans M. Mwangangi	District Pharmacist
Mr. S. K. Kiptoo	District Communicative Officer
Mr. P. J. Mutwoa	District Disease Surveillance Coordinator
Mr. Amos R. Kemei	District Health Educational Officer
Mr. Julius Ringera	District Health Administrative Officer
Mr. J. M. Macharia	District Health Administrative Officer

Mr. Meshack Moreka
Mr. Alexander K. Tebei

District Nursing Officer in charge
District Medical Laboratory Technologist

<NGO 等>

(1) Family Care International (FCI)

Ms. Annie Thairu
Ms. Mariah Mosomi

International Coordinator
Skilled Care Initiative Project Coordinator

(2) Population Council

Mr. Wilson Liambila
Mr. Nzoya Munguti

Program Officer
Health Economist

<国際機関・他ドナー>

(1) 欧州委員会 (EC)

Anna-Carin Kandimaa

保健分野担当

(2) スウェーデン国際開発協力庁 (Sida)

Par Vikstrom

保健分野担当

(3) 国際開発省 (DfID)

Ms. Maria McDonald

(4) 国連児童基金 (UNICEF)

Dr. Grace Miheso
Dr. Kennedy Ongwae

Project Officer, Malaria
Project Officer, Safe Motherhood

<日本側>

(1) 在ケニア国日本大使館

湯沢 将憲

二等書記官

(2) JICA ケニア事務所

狩野 良昭
稲村 次郎
江原 由樹
Dr. Willie Nyambati

所長
次長
保健分野担当事務所員
保健分野担当

(3) JICA 個別専門家

荒堀 憲二
川村 正子

専門家・地域保健
専門家・技術協力開発計画

2-8 調査結果概要

本調査団は、前記日程のとおり調査を実施し、「ケニア西部地域保健医療サービス向上プロジェクト」の PDM 案、Plan of Operations (PO) 案をケニア側と協議のうえ作成するとともに、プロジェクトの実施管理体制を含めプロジェクトの基本的事項についてケニア側と協議を行い、合意結果を M/M に取りまとめた（付属資料4 参照）。調査結果の概要は次のとおりである。

(1) プロジェクトの統合について

本調査において第一に実施すべき点は、2004年8月に「ケニア西部地域保健医療サービス向上プロジェクト（仮称）」第1回事前評価調査団より提案した2つのプロジェクトの統合について、ケニア側関係者の確認、了解を取り付けることであった。2003年度に要請された「ケニア西部地域保健医療サービス向上プロジェクト」及び「セーフ・マザーフードプロジェクト」については、各々案件形成を進めるにつれて対象地域や対象保健施設等が重なることが判明、その結果と2004年8月の上記調査団訪問時に、両プロジェクトの統合を提案していた。

本件については、「セーフ・マザーフードプロジェクト」の担当課である健康予防増進局リプロダクティブ・ヘルス課が全く了知していなかったため、まず同課長の理解を求めるとし、最終的には同課長を含め保健省関係者ほぼ全員の了解を得ることができた。また、本統合の整理の仕方としては、「セーフ・マザーフードプロジェクト」が「ケニア西部地域保健医療サービス向上プロジェクト」に取り込まれる形態とし、その旨 M/M にて確認した。

なお、当初2件のプロジェクトについては、両者ともケニア政府へ正式採択通報が既に実施済みであるが、上記整理のもと「セーフ・マザーフードプロジェクト」については単独案件としては実施されないこととなるため、本件についてはケニア政府への再通報が必要と考えられる。本件通報については、在外公館及び外務本省に手続きの実施をお願いすることとしたい。

(2) プロジェクトの枠組み・活動内容について

プロジェクトの基本的枠組みについては、8月の上記調査団訪問時にプロジェクト対象地域の関係者により PCM ワークショップを行い、セーフ・マザーフードとマネージメント強化の各々のコンポーネントごとに PDM 案を作成している。今回の調査団においては、日本側にて8月のワークショップの結果をもとに2つのコンポーネントを統合した PDM 案を準備し、その案を提示のうえケニア側関係者との協議を行った。セーフ・マザーフードの研修でカバーする内容や、対象とする保健施設のレベル・数、介入のアプローチなどについて議論を行い、最終的には M/M 記載のとおり合意に至った。協議概要は、「2-9 ミニッツ概要」の(5)調査により確認された事項参照。

PDM、PO それぞれのドラフトについても、M/M 添付のとおり合意に至った。ただし、PDM、PO とともに、今後の継続調査によりさらに修正を行うとともに、指標等に関しては引き続き詳細を固めていくことが必要である。

(3) プロジェクト実施管理体制

プロジェクトの担当部局として健康予防増進局が実施機関となること、保健省事務次官 (Permanent Secretary:PS) を議長とするプロジェクト合同委員会、健康予防増進局長を議長とするテクニカル・コミッティ、県保健局長 (Director of Medical Service:DMS) を議長とする県プロ

プロジェクト調整委員会の3つの委員会を設置することなどについて確認した。なお、実際の事務手続きや保健省内の調整等については、セーフ・マザーフードプロジェクト準備の窓口となっていた健康予防増進局リプロダクティブ・ヘルズ課が担当する見込みである（M/M では、先方の要望により健康予防増進局として記載）。

また、保健省及び各県でのコーディネーターやプロジェクトの各活動におけるカウンターパート（C/P）については、討議議事録（Record of Discussion:R/D）署名までにケニア側で確定させることについても確認を行った。

2-9 ミニッツ概要

(1) プロジェクトの基本枠組み（案）

1) プロジェクト名

Improvement of Health Service with a focus on Safe Motherhood in Kisii and Kericho Districts（日本語名は帰国後確定する）

2) ターゲット地域

ニャンザ州キシイ県及びリフトバレー州ケリチョー県

3) ターゲットグループ

ニャンザ州キシイ県及びリフトバレー州ケリチョー県の県保健管理チームとリプロダクティブ・ヘルズサービスプロバイダー、ヘルズセンター管理スタッフ及びコミュニティ

4) 実施機関

a) 保健省健康予防増進局（Department of Preventive and Promotive Health Service, Ministry of Health）

b) ニャンザ州キシイ県及びリフトバレー州ケリチョー県の県保健管理チーム（District Health Management Teams in Kisii and Kericho Districts）

5) 裨益対象者

ニャンザ州キシイ県及びリフトバレー州ケリチョー県の住民。特に、リプロダクティブエイジの女性

6) 協力期間

2005～2008年までの3年間

7) 8月に実施したPCMワークショップの結果に基づき、双方でPDM、POのドラフトを作成した。PDMの概要は次のとおり。

a) 上位目標

プロジェクト対象地域において、住民、特に妊産婦の健康が改善される。

<指標>

- ・プロジェクト地域の妊産婦死亡率が低下する。
- ・病院及びヘルズセンター（HC）における妊産婦致命率が低下する。
- ・健康指標（乳幼児死亡率やマラリア致命率など）が改善する。

b) プロジェクト目標

プロジェクト対象地域のHCおよびコミュニティにおいて妊産婦ケアが改善される。

<指標>

- ・熟練助産率（Skilled birth attendance）の上昇

- ・ HC での分娩数／率の上昇
- ・ HC での妊産婦健診率の上昇
- ・ HC の住民利用率（満足度）の上昇

c) 成果（アウトプット）

① 妊産婦ケアサービスが改善される。

・ 成果 1

HC レベルで妊産婦ケア技術が向上する。

・ 成果 2

コミュニティレベルで妊産婦ケアの適切な対応が行われる。

② HC において診療（特に妊産婦ケア）を支援する運営管理機能が強化される。

・ 成果 3

リファラルシステム（コミュニティ、HC、県病院間）が整備され、機能する。

・ 成果 4

HC において保健医療情報システム（HIS）が整備され、診療、運営管理の向上のために有効に利用される。

・ 成果 5

HC での医薬品類管理能力が向上する。

・ 成果 6

DHMT（県保健局）の計画・管理能力が向上し、HC への支援・監督能力機能が強化される。

(2) プロジェクトの運営体制

1) プロジェクト・ディレクター：DMS

2) プロジェクト・マネージャー：健康予防増進局長（Head, Department of Preventive and Promotive Health Services）

3) 副プロジェクト・マネージャー：リプロダクティブ・ヘルス課長

4) 健康予防増進局が中央レベルでの事務手続き・調整窓口となる。

5) 県保健局長（DMO）・県保健管理チーム（DHMT）が日本人専門家の日常の活動における C/P となる。

6) プロジェクトの円滑な実施・運営管理のため 3 種類の委員会を設立する。

a) プロジェクト合同委員会

包括的プロジェクト計画の検討及び進捗状況の報告を行うため、PS を議長とし、年 4 回程度開催する。

b) テクニカル・コミッティー

中央保健省においてプロジェクト計画・実施にかかる技術的内容の協議、機材供与に関する検討を行うため、健康予防増進局長を議長として開催する。

c) 県プロジェクト調整委員会

県（プロジェクト対象地域）レベルにおいて、プロジェクトの実際の活動につき協議を行うため、県保健局長を議長として毎月開催する。

(3) 調査により確認された事項

- 1) 2004年8月の第1回事前評価調査団において、セーフ・マザーフードプロジェクトとマネージメント能力向上に焦点を当てた保健サービスシステム向上プロジェクトの統合について協議が行われたが、今回の協議において、「ケニア西部地域保健医療サービス向上プロジェクト」に「セーフ・マザーフードプロジェクト」の活動内容を取り込み、「Project for Improvement of Health Service with a focus on Safe Motherhood in Kisii and Kericho Districts (日本語名は帰国後確定)」として実施することで合意した。
- 2) 本プロジェクトの実施はHANDSに委託される予定である。
- 3) 本プロジェクトはヘルスセンター及びコミュニティレベルを対象に行う。県病院はリファラル機能強化の活動に関しては協力の対象となるが、協力対象の中心ではない。また、県病院に関しては、別途改修に係る無償資金協力が要請されており、現在採択の是非に関して日本政府により検討中である。
- 4) 本プロジェクトはヘルスセンターレベルのマネージメント能力・システム強化を通して妊産婦ケアサービスを向上させることにより、保健サービス全体の改善を図ることを目的とする。
- 5) 妊産婦ケアサービスの活動は、基礎的なものに限定して実施する。具体的には妊産婦健診、基礎・緊急産科ケア、中絶ケアを中心とする。家族計画、HIVの母子感染予防については、本プロジェクトでは焦点を当てず他ドナーと協調を図っていくこととする。
- 6) マネージメント能力強化の活動は、リファラル強化、保健情報システム、医薬品管理と県保健管理チーム(DHMT)のモニタリング能力向上を中心とする。
- 7) コミュニティレベルの活動はパイロット・コミュニティを選定し活動を行い、徐々にスケールアップを図る。その他の活動はすべてのヘルスセンターを対象とする。

(4) 今後の予定

- 1) 上記合意内容を踏まえ、2005年1月中旬までに日本側がプロジェクト・ドキュメント(案)を作成し、1月下旬までにケニア側がコメントを提出する。
- 2) 双方によりプロジェクト・ドキュメントの内容を確認したあと、2月初旬までにPSとJICAケニア事務所長の間でR/Dの署名交換を行う。

(5) 今後の検討事項等

- 1) 保健省と合意した選定基準のもと、県保健管理チーム(District Health Management Team:DHMT)と協議のうえ、パイロット・コミュニティを選定する必要がある。
- 2) プロジェクトの活動に対する指標については、2005年の県保健年間計画及び専門家によるベースライン調査に基づき決定する必要がある。
- 3) 中央レベルでは健康予防促進局が担当となりプロジェクト・オフィスを、県レベルではプロジェクト・オフィス、秘書、ドライバー等をプロジェクト開始までに準備する。
- 4) 中央レベル・県レベルでそれぞれ窓口となる担当者を決定する。
- 5) プロジェクトのそれぞれの活動に関し、県保健管理チーム内のC/PをR/D署名交換時までに決定する。
- 6) プロジェクトで使用する車の燃料、機材のメンテナンス等の維持費はケニア側が負担する。

2-10 調査団所感及び今後の留意事項

(1) プロジェクトの統合について

本プロジェクトは、今までの案件形成の経緯もあり、妊産婦ケア（セーフ・マザーフード）とヘルスセンターのマネジメント能力の向上という2つのコンポーネントを含むプロジェクトとなった。縦断的アプローチと横断的アプローチを組み合わせ、両者を1案件として統合させて実施することは、「妊産婦を中心とした住民の健康状態の改善」（上位目標）という課題の解決に向けて、非常に効果的、効率的なアプローチであると考えられる。

1) 妊産婦の健康改善（妊産婦死亡数の低減）を図るためには、熟練助産師による介助率を増やすことが国際的にも合意を得られたアプローチであり、ヘルスセンターの看護師・助産師等の研修とコミュニティの啓発の双方から妊産婦ケアを向上させる本プロジェクトのアプローチ（成果1&2）は、有効性が高いものといえる。しかし、真に妊産婦ケアの改善を進めるためには、助産師等の研修やコミュニティの啓発のみでは実は不十分な場合が多く、妊産婦を適切な保健医療施設にタイムリーに搬送するリファラルの整備や、ヘルスセンターにおいて妊産婦の情報や必須医薬品等が適切に管理されていることが、併せて必要と考えられる。妊産婦ケアの向上、妊産婦の健康改善という課題解決のために、リファラルや保健情報システム、薬品管理等の改善を同時に進めることが効果発現を高めることは、他のJICAプロジェクト（ベトナムやホンジュラスでのリプロダクティブ・ヘルスプロジェクト等）の教訓からも導き出されている。したがって、妊産婦の健康改善、妊産婦の死亡数（率）低減のために、ヘルスセンターのマネジメント能力強化を併せて実施することは、適切なアプローチと考えられる。

2) 一方、ヘルスセンターのマネジメントの改善により、対象地域の保健医療サービス全体の向上を図り、住民の健康状態の改善を図るアプローチにおいても、妊産婦ケアを通して（またはエントリーポイントとして）マネジメントの改善を図っていく戦略は、適切と考えられる。その根拠としては、リファラル体制の整備や保健情報システムの改善などにおいては、漠然とした作業として改善を試みるよりも、具体的なサービスの改善を目標とし改善を図るほうが、担当者のモチベーション向上にもつながり、より改善が進む可能性がある点があげられる。妊産婦ケアは、リファラル整備、情報管理システム、医薬品管理、いずれとも関連性が高く、各々のマネジメント能力向上を実現するための適切なエントリーポイントであるといえる。

ただし、妊産婦ケアに集中するあまり、他の保健医療サービスに関するマネジメントが疎かにされることは避ける必要があり、あくまでもマネジメント改善のためのエントリーポイントとしての視点で取り組むことが重要である。

なお、マネジメント改善にかかわる4つの活動・成果と、プロジェクト目標「妊産婦ケアの改善」の関係については、プロジェクト・ドキュメントにおいて個々に詳細な解説を行う予定である。

(2) プロジェクト実施上の留意点（戦略面）

本プロジェクトを効果的・効率的・持続的に実施していくために、留意すべき点は次のとおり。

1) 他ドナーの経験の共有、既存リソースの活用

ケニアにおいては、他ドナー等において様々なプロジェクトが行われており、様々なモデル（プラクティス）や、研修教材・マニュアル等が存在している。本プロジェクトの活動内容についても、多くの経験事例や教材があるため、まずはそれらを収集・分析したうえで、適宜活用し効率的な活動を行うことが適当である。また、ケニア国内に研修講師や経験豊かな現地 NGO 等も豊富に存在しているので、日本のリソース（日本人専門家・本邦研修）の活用は必要最小限とし現地リソースを積極的に活用することにより、効率性及び費用対効果を高め、持続発展性を促すことが望ましい。

2) 国家政策及び県の保健計画との整合性

各活動は、原則的に、ケニア保健省の政策や対象県の計画と調和する形で計画・実施を行うことが望ましい。妊産婦ケアにおいては、保健省は、妊産婦ケアにおいて伝統的産婆（Traditional Birth Attendant: TBA）から熟練助産師による出産介助へ移行させる方針であるので、その方針に沿う本プロジェクトのアプローチは妥当であるといえる。熟練助産率や妊産婦健診数などの指標についても、保健省及び県の計画を踏まえ調和する形で設定することが望ましい。ヘルスセンターの資機材調達設置基準や保健情報システムのフォーマットなどについても、それぞれ保健省が定めたものがあるので、それに従うことが適切である。

3) 他ドナーとの連携

本プロジェクトでは、リプロダクティブ・ヘルスのうち妊産婦ケアに焦点を当てて実施するため、家族計画や HIV 母子感染予防など関連分野については他ドナーと十分に協調を図ることが望ましい。データの共有や、研修等の共同実施などを進め、C/P や受益者にバラバラにアプローチすることがないよう留意が必要である。また、ニャンザ州及びリフトバレー州において 2005 年度から開始予定の JOCV 事業（モバイルシネマを用いた HIV/AIDS 予防啓発プログラム）とも、コミュニティでの啓発・健康学習活動等において連携することが望ましい。

4) 持続性の確保

2004 年 7 月にヘルスセンターの大きな収入源であったコスト・シェアリングが事実上廃止となったことから、本プロジェクトの活動・成果の財政面での持続性が懸念事項となっている。当面、代替財源の見通しもないため、ヘルスセンターへの介入においては、財政的持続性の確保に十分留意することが必要である。資機材の供与や施設改修に関しては、維持管理が極めて容易な資機材に限定することが望ましい。DMO や県病院の財源も十分ではないため、車両（救急車）の供与においては、相手側において燃料の確保や維持管理が継続的に可能かどうか、十分に見極めることが必要である。その他、医薬品管理においては、先方より医薬品供与の要望もあったが（他ドナーでは一部直接供与を実施しているところもあり）、プロジェクト終了後の持続性を考えると、既存のシステムを尊重し、保管管理や処方適正化などマネージメントの改善により医薬品の安定供給を目指すアプローチが望ましいと考える。

5) 指標について

上位目標、プロジェクト目標、成果の各指標については、これから詳細な数値化を図る必要がある。まずは、対象県の保健計画が近日中に入手できるので、プロジェクト目標の指標（プロセス指標）等についてはそれと整合性を採るよう設定することが重要である。医薬品管理等の成果指標については、指標設定のために更なる調査が必要であるので、長期専門家の現地業務費等で現地コンサルタントを活用してベースライン調査を行うことが望ましい。

一方、上位目標の指標「妊産婦死亡数（率）」に関しては、現在県単位のデータがないのが現状である。農村部での妊産婦死亡は統計に現れないため正確なベースラインデータを取るとは不可能に近いが、一方、妊産婦死亡数（率）はプロジェクトのアウトカムを図るうえで最も根幹となる指標である。出生・死亡とその原因に関する登録の整備や妊産婦死亡レビューがプロジェクト活動に含まれていることから、それらの活動により実態を十分把握した段階で、プロジェクト開始半年程度を目処にベースライン調査を行い、推定値を算出することが望まれる。今まで実施したリプロダクティブ・ヘルス分野の協力では、妊産婦死亡数（率）低減を上位目標としているにもかかわらず十分数値が取れていないケースが多いのが現状であるが、本プロジェクトでは、たとえ推定値であっても、妊産婦死亡数（率）を測定し具体的なインパクト指標を掲げていくことを提案したい。

6) 県病院への介入について

本プロジェクトでは、コミュニティで数多く発生していると想定される妊産婦死亡を低減するために、ヘルスセンターとコミュニティを主な介入先としており、本アプローチは前述したとおり妥当な選択といえる。一方、長期専門家の報告や現地コンサルタントの調査結果では、県病院においても、不十分な設備・機材などのために妊産婦死亡が発生していることも事実である。対象地域の妊産婦死亡低減をトータルで進めより高いレベルの成果達成を図るためには、ヘルスセンターやコミュニティへの介入と併せて県病院の施設改修が行われることが望まれる。その観点より、現在、日本政府で検討中の県病院改修の無償資金協力が採択されることを期待としたい。

7) ケニア医療技術訓練学校（Kenya Medical Training College:KMTTC）への協力について

「セーフ・マザーフードプロジェクト」においては、当初 KMTTC がプロジェクト要請機関のひとつであったが、プロジェクトの統合などを経た結果、最終的に KMTTC はプロジェクト実施機関から完全に外れることになった。研修リソースとしては今後も活用することとなるが、KMTTC を実施機関とした具体的な協力はなくなることとなる。KMTTC は、長年の JICA の C/P でもあったことから、今後もリソースとして積極的に活用するとともに、KMTTC に対する今後の協力をどうするか、この時点で整理をし直すことが必要であろう。現地長期専門家の意見なども取り入れながら、JICA ケニア事務所と人間開発部により、同機関に対する協力の方向性を検討することが望まれる。

2-11 今後の進め方について

(1) 追加調査について

神谷団員による追加調査により、次の点について明確にする予定である。

- 1) コミュニティ活動（成果2）のパイロット地域について、JICA ケニア事務所、保健省と選定基準を合意したうえで、県関係者と候補地域を選定する。
- 2) 保健省及び各県のコーディネーターと、各活動についての C/P を選定する。また、各活動の活動計画について、県保健局長（District Medical Officer of Health:DMOH）及び C/P と協議を行い、適宜修正を行う。
- 3) プロジェクト目標、成果の指標について、県の保健計画（2004年12月第1週にドラフトができる予定）を確認のうえ、数値を決定する。また、医薬品管理及びコミュニティ活動（成果2 & 成果5）にかかわる指標選定を目的としたベースライン調査を実施すべく、調査 TOR 案

を策定する。

- 4) その他、プロジェクト計画策定に必要となる現地機関への委託や現地傭人雇用に係る経費等について、詳細に調査を実施する。

(2) プロジェクト実施までのプロセス及び留意事項について

- 1) 本調査結果を受けて、「セーフ・マザーフードプロジェクト」を「西部地域保健医療サービス向上プロジェクト」に統合する件について、日本政府よりケニア政府に追加通報を実施してもらうよう、外務省、在外公館へ依頼する。可能であれば、2005年1月までに通報手続きが実施されることが望ましい。
- 2) 事業事前評価表について、2004年12月末までに JICA 内でオーソライズする。
- 3) 2005年1月半ばまでに日本側にてプロジェクト・ドキュメント案を作成、ケニア側に送付し、1月末までにコメントをもらう。
- 4) プロジェクト・ドキュメントの内容を双方で確認後、2月初旬に保健省事務次官と JICA ケニア事務所長の間で R/D 署名交換を行う。
- 5) 3～5月までの間に HANDS との契約交渉を済ませプロジェクトを開始する。

<留意事項>

- 1) R/D 署名交換後、国際約束の締結について、包括的国際約束にて対応するのか、個別国際約束 (A1 フォーム等) により対応するのか、プロジェクトの開始時期、包括国際約束締結の見通しを踏まえ、決定する必要がある。個別に国際約束締結を行う場合は、R/D 署名交換後、早急に A1 フォームの取り付けを開始する必要がある。
- 2) 本プロジェクトは、R/D 署名交換後、ケニア事務所主管案件となることとなっている。事務所が主管となる場合も、初年度の案件実施準備 (契約交渉含む) については、本部 (人間開発部) による一定の協力が必要と考えられる。初めての事務所主管 PROTECO 案件となることから、実質的なプロジェクトの開始 (契約の締結) までは、テレビ会議等により情報交換を密にしながらか進めていくことが望ましい。

(3) プロジェクト開始までの準備について

プロジェクト開始までの準備としては、まず医薬品管理及びコミュニティ活動等の成果指標詳細策定のために、追加調査が必要である。現地長期専門家の協力を得て、ローカルコンサルタント等を活用した追加ベースライン調査を実施することが望ましい。また、プロジェクト計画策定においては、現地専門家による知見が重要であるところ、赴任中の2名の長期専門家に引き続き、現状の調査とそれを踏まえたプロジェクト計画策定へのアドバイスをお願いしたい。

また、プロジェクト実施のための相手側による運営経費やプロジェクト・オフィス等の確保についても、先方政府への働きかけを続けることが望まれ、その点についても現地事務所によるフォローをお願いしたい。

なお、今回 M/M を署名する際に、P/S 及び DMS より、研修と機材、マネジメント関連活動について投入予算の割合を明確にすること、プロジェクト合同委員会に KEMSA の代表を委員に入れること、の2点につき要望が出された。前者については、プロジェクト・ドキュメントにて可能な範囲で記載することとし、後者については R/D 署名交換までに委員に加える方向で検討

する旨回答したところ、本件についても併せてフォローが必要である。

付 属 資 料

1. 第1回事前評価調査 ミニッツ
2. 第1回事前評価調査 施設調査結果表
3. 第1回事前評価調査 調査及び協議の詳細結果
4. 第2回事前評価調査 ミニッツ
5. 第2回事前評価調査 追加調査結果報告書
6. 討議議事録
7. 事業事前評価表
8. プロジェクト・ドキュメント

**MINUTES OF MEETING
BETWEEN THE PREPARATORY STUDY TEAM
AND AUTHORITIES OF REPUBLIC OF KENYA
FOR THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
ON PROJECT FOR
IMPROVEMENT OF MEDICAL SERVICE IN WESTERN PART OF KENYA**

Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") dispatched the Preparatory Study Team (hereinafter referred to as "the Team"), headed by Ms. Harumi KITABAYASHI, to Kenya from August 2 to 13, 2004 for the purpose of discussing the framework of the requested project entitled "Project for Improvement of Medical Service in Western Part of Kenya" (hereinafter referred to as "the Project").

During its stay in Kenya, the Team carried out field surveys and had a series of discussions on the Project with the authorities and stakeholders of Kenya.

As a result, the Team and the Kenyan authorities concerned agreed to report to their respective governments the matters referred to in the document attached hereto.

Nairobi, August 13, 2004

北 杯 春 美

Ms. Harumi KITABAYASHI
Leader
Preparatory Study Team
Japan International Cooperation Agency
(JICA), JAPAN



Dr. Patrick S. KHAEMBA
Permanent Secretary
Ministry of Health
REPUBLIC OF KENYA

Countersigned by



Mr. Joseph K. KINYUA
Permanent Secretary
Ministry of Finance
REPUBLIC OF KENYA

Abbreviations

DHMB	District Health Management Board
DHMT	District Health Management Team
GOJ	Government of Japan
GOK	Government of Kenya
HANDS	Health and Development Service
HC	Health Center
HCMT	Health Center Management Team
JICA	Japan International Cooperation Agency
KEMSA	Kenya Medical Supply Agency
MOH	Ministry of Health
NHSSP	National Health Sector Strategic Plan
NHIF	National Social Health Insurance Fund
PCM	Project Cycle Management
PDM	Project Design Matrix
PHMT	Provincial Health Management Team

JK

JKK

1

THE ATTACHED DOCUMENT

1. Background

The Government endorsed The National Health Sector Strategic Plan (NHSSP) from 1999 to 2004 and placed the importance on strengthening referral system, and management function including cost sharing for the medical expenses, appropriate use of medicine and equipment.

Despite of this effort, the Western Part of Kenya in particular the health conditions are generally lower than other regions. This can be attributed to low social investments. Malaria and HIV/AIDS are ranked as most serious disease in the area.

In this region, the health facilities and district hospitals were old and their medical services were short of requirements. In 1999, Japanese Government through JICA conducted the development study and made a master plan for strengthening the district health system in the western part of Kenya, which identified priority projects. In that plan, the team recommended that the Western Part of Kenya should be the priority area for the health investment and the referral system in particular must be upgraded. Following the proposals and recommendations made in the above study, the Government of Kenya requested Grant aid for rehabilitation of health facilities in the targeted area for the Japanese Government. With the rehabilitation of the 16 health centers completed in 2003, the Government of Kenya requested the Japanese Government technical cooperation project to support these 16 rehabilitated health centers in order to improve the health condition of the Western Part of Kenya.

The Japanese Government decided to respond to the request, and JICA, as the implementing agency of Japanese technical cooperation, has dispatched the preparatory study team to assess the proposal, and to work out a tentative framework of the project.

2. Objective of the Study

- (1) To assess the relevance and feasibility of the Project in terms of effectiveness, efficiency, expected impact, and sustainability.
- (2) To collect data and information on the situations of health system and services in the possible model districts.
- (3) To obtain detailed information regarding institutional and financial preparation for the project by the implementing organizations.
- (4) To discuss the provisional design of the Project through a PCM workshop by the stakeholders.
- (5) To identify and evaluate the potential risk factors.

3. Information obtained by the Team regarding the preconditions for the Project Design

- (1) As of July 1, 2004, the GOK has harmonized user fee policy at the Health Centers and facilities below, which has reduced revenue collection at these facilities. This policy direction was an important implication to the proposed Project which was supposed to contribute to increase in the rate of cost sharing at Health Centers. Alternative resource allocation to the Health Centers is planned by the Government, such as reimbursement from the National Social Health Insurance Fund (NHIF), which is not yet in place at the moment.
- (2) The pharmaceutical supply to the government health facilities is at present the responsibility of the Kenya Medical Supply Agency (KEMSA), a para-statal organization responsible for procurement and distribution of drugs and supplies to government health facilities. A "push" system of supply is adopted; pre-packed kits of drugs were distributed to health facilities, that does not allow health facilities to make individual decisions on the contents and quantity of drug supplies.
- (3) At the meeting with the senior officials of the Ministry of Health on August 2, 2004, it was suggested that the Project should focus on strengthening health service system in two districts, namely Kisii District in Nyanza Province and Kericho District in Rift Valley Province, instead of focusing on 16 Health Centers in 5 districts, which were upgraded with the Grant Aid of the Government of Japan.
- (4) Related to the above suggestions, the Ministry of Health informed the Team that two other projects are being requested or to be requested to Japanese Government, namely Technical Cooperation Project for The Reproductive Health (Safe Motherhood) in Kisii and Kericho Districts and Grant Aid Project for Renovation of Kisii District Hospital and Kericho District Hospital.

4. Workshop on Project Cycle Management (PCM)

Workshop was held on August 9 and 10, 2004 at Tea Hotel in Kericho, in which 28 persons of both sides, Japanese and Kenyan, concerned with health service delivery both in the respect of management and maternal health care participated. (Refer to ANNEX1: Participants of PCM Workshop)

Following an explanation of PCM method of participatory planning, the participants of the workshop were divided into two groups and proceeded with stakeholder analysis and formulation of objective trees, and draft PDMs (Project Design Matrix) were drawn up which laid out the tentative framework of the Project with respect to outputs, activities, and important assumptions. (Refer to ANNEX2: draft PDMs made in the

Workshop)

Although the above mentioned draft PDMs present the conceptual framework of the Project, there was not enough time for validation of logical relationship between activities, outputs and assumptions, prioritization of different approaches and activities, or quantification of activities and required resources based on actual data. Therefore, further modification is required.

5. Proposals by the Team

Strengthening of managerial capacity at the Health Centers will not lead to their financial sustainability or sustained provision of adequate services to the community if the facilities are not provided with resources to cover operational expenses such as casual workers, utilities, maintenance and drugs and supplies. JICA is not in a position to provide the recurrent expenditures of health facilities. The Team urged the GOK to approve of some kind of fund raising at community or Health Center without direct payment by the patients, so that they could improve their services and meet the demand for care by the community.

In consideration of the relevance, effectiveness, efficiency and sustainability of the project, the Team proposed that the two technical cooperation projects (safe motherhood and managerial capability building) currently under consideration by two governments should be integrated as one comprehensive technical cooperation project which aims at strengthening of health service system in two districts with emphasis on safe motherhood and managerial capability development at Health Centers.

The reason for this proposal is:

- 1) The same authorities, officials and health facilities concerned in the target provinces and districts bear responsibilities for improving maternal health services and managerial capabilities.
- 2) Common issues such as functional referral system between the Health Centers and District Hospitals, capacity building for maintenance of infrastructures and equipment, and strengthened health information system were identified as essential components of the both projects. It is more reasonable that the activities are to be planned, implemented and monitored as integrated system rather than separate and fragmented actions, from the viewpoint of efficiency and magnitude of expected impact on the overall goal of the projects.



Jren 4

6. Tentative Framework of the Project

Based on the result of the workshop a tentative framework of the project is worked out as follows. It is subject to further deliberation and evaluation by concerned authorities. Modifications may be made through further discussions and negotiations before it is finalized.

(1) Title of the Project

Improvement of Safe motherhood Services and Management in the Kisii and Kericho Districts (tentative)

(2) Target Area

Kisii District in Nyanza Province and Kericho District in Rift Valley Provinces

(3) Target group

Population (with special attention to women at reproductive age) in the Kisii District, Nyanza Province and Kericho District, Rift Valley Province

(4) Beneficiaries

Members of DHMTs, DHMBs, HCMT, Health Center Committees, technical staff of Health Centers, and Community Health Workers in Kisii and Kericho Districts.

(5) Duration of the Project

Three (3) years (2005-2008)

(6) Master Plan of the Project

1) Overall goal

Utilization of health care services is increased at the Health Centers in Kisii and Kericho Districts.

2) Project Purpose

Quality of health care services are improved at the Health Centers in Kisii and Kericho Districts

3) Outputs

- Maternal care services at the Health Centers are improved.
- Managerial capabilities of Health Centers are improved.

4) Major Activities

- Referral system development between community/Health Centers/District Hospitals

18

JKK 5

AK

- Health information management system
- Human resources management
- Human resources development/training
- Social mobilization
- Supervision, monitoring and evaluation
- Improvement and maintenance of infrastructure, facilities, and basic equipment
- Drug management at Health Centers
- Financial management at Health Centers

5) Major Inputs from Kenyan Government

Assignment and salaries of officials at different levels

Provision of Project Offices with utilities

Allocation of budget for operation and maintenance of facilities and equipment, as well as operation cost of activities such as supervision.

6) Major Inputs from JICA

Assignment of Japanese experts (long-term and short-term) in relevant fields

Provision of Equipment necessary for implementation of the project

Financial support for certain portion of training cost in the country

7. Roles and responsibilities of Implementing Organizations

(1) Ministry of Health (MOH)

Permanent Secretary of the Ministry of Health bears overall responsibilities for the Project at the national level. The Director of Medical Services as Project Director will be responsible for technical and managerial matters of the Project.

(2) Provincial Medical Office

Provincial Medical Officers in Nyanza and Rift Valley bear responsibility for coordination and supervision of activities in the respective provinces. The relevant members of the Provincial Health Management Team (PHMT) in the two provinces will provide technical and managerial support and supervision to the District Health Management Team (DHMT) of Kisii and Kericho.

(3) District Medical Office

District Medical Officers of Health (DMOH) in Kisii and Kericho, as heads of District Health Management Teams (DHMT) will act as Project Managers in respective districts, being responsible for day to day planning, implementation, monitoring and

JKK 6

JK

evaluation of activities.

8. Issues to be clarified further

- (1) Data should be collected to determine the baseline situation of health facilities regarding their financial conditions. Likewise, the analysis of the situation in drug control is to be done in the target districts and facilities.

9. Steps Forward

- (1) The approval of the basic framework of the Project should be confirmed as soon as possible at both governments including integrating Safe Motherhood and Managerial Capability in one comprehensive Project.
- (2) In view of this integration, both sides need to consider the structure and focal point of the Project, overall Project Design Matrix (PDM), and the name of the Project by the time next study team visits Kenya.
- (3) The above approval being confirmed, the second preparatory study team organized by JICA will visit Kenya for the purpose of formulating the final PDM and plan of operations (PO) of the Project, including objectively verifiable indicators to measure the achievements of the Project purpose, output, and overall goal, together with confirmation of baseline situations.
- (4) At the same time, the Project Document will be drafted which serves as the basic reference document to be shared by both parties regarding background, justification, the basic framework, plan of operation, administrative arrangements and plan of monitoring and evaluation.
- (5) After the Proposed Design of the Project described in the Project Document above, is approved by the Government of Kenya and JICA, The Master Plan of the Project and the measures to be taken by both sides will be finalized in the Record of Discussions to be signed by the relevant official(s) of the Government of Kenya and the resident representative of JICA in Kenya.

JK

JICA 7

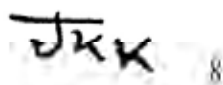
10. Provisions under the Technical Cooperation Agreement between GOK and GOJ

Under the agreement on technical cooperation between the Government of Japan and the Government of Kenya, signed on April 29, 2004, it is agreed upon that the Kenyan Government shall

- 1) exempt the JICA experts from taxes including income taxes and fiscal charges
- 2) exempt the JICA experts and their families from custom duties in respect of the importation of personal effects and one motor vehicle per family
- 3) provide at its own expense suitable office and other facilities including telephone and facsimile services
- 4) provide at its own expense the local staff as well as Kenyan counterparts to the experts
- 5) provide the convenience for acquisition of appropriate housing accommodation for the experts
- 6) provide the convenience for receiving medical care and facilities for the experts
- 7) accord the experts such privileges, exemptions and benefits as are no less favorable than those accorded to experts of any third country or of any international organization
- 8) bear claims, if any arises, against the experts resulting from, occurring in the course of, or otherwise connected with the performance of their duties, except when the two Governments agree that such claims arise from gross negligence or willful misconduct on the part of the experts.

LIST OF ANNEXES

- | | |
|--------|------------------------------|
| ANNEX1 | Participants of PCM Workshop |
| ANNEX2 | PDMs made in the Workshop |



Annex I Participants of FCM Workshop

<Nyanza Province>

1. Dr. J. O. Gesami PMO, Nyanza Province
2. Mrs. Norah Bett Senior Nursing Officer, Nurse Administrator, Nyanza Provincial Office

<Kisii District>

3. Dr. E.S. Abunga DMOH, Kisii District
4. Mr. James Ameyia Health Administrative officer, Kisii District
5. Ms. Christine Momanyi District Public Health Nurse, Kisii District
6. Mrs. Moraa Monayo Nursing Officer, Kisii District
7. Dr. Angwenyi M Pharmacist, Kisii District
8. Dr. Silas Oyango Obstetrics / Gynecology Specialist, Kisii District Hospital
9. Ms. Everlyne Metobwa Clinical Officer in charge, Marani Health Centre

<Rift Valley Province>

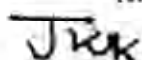
10. Mr. Joshua Plekwa Provincial Pharmaceutical Technologist, Rift Valley

<Kericho District>

11. Dr. Kemboi C. K DMOH, Kericho District
12. Mr. Mwangangi Pharmacist in charge, Kericho District
13. Ms. Bill Wesley Reproductive Health officer in charge, Kericho District
14. Mrs. Ngetich. E Acting District Public Health Nurse, Kericho District
15. Dr. Betty Langat Medical Superintendent, Kericho District Hospital
16. Mr. J. Macharia Health Administrative Officer, Kericho District Hospital
17. Mr. D. Wandera Clinical Officer in charge, Sociot Health Centre
18. Dr. R. Wakesa Medical Doctor in charge, Londiani Sub-District Hospital
19. Ms. Rosemary M. Otokoma Reproductive Health Staff, Londiani Sub District Hospital

<JICA>

20. Ms. Harumi Kitabayashi Team Leader, Preparatory Study Team
21. Dr. Yasuhiko Kamiya Member of the Preparatory Study Team
22. Ms. Tomoyo Wada Facilitator of the FCM workshop, Preparatory Study Team



0



- | | |
|---------------------------|--|
| 23. Mr. Mitsuya Kodama | Member of the Preparatory Study Team |
| 24. Ms. Maki Ozawa | Member of the Preparatory Study Team |
| 25. Dr. Kenji Arahori | JICA Expert (Community Health) |
| 26. Ms. Masako Kawamura | JICA Expert (Planning for Technical Cooperation) |
| 27. Mr. Takayuki Nakagawa | Assistant Resident Representative, JICA Kenya Office |
| 28. Dr. Willie Nyanbati | Senior Programme Officer (Health), JICA Kenya Office |



JICA¹⁰

Narrative Summary

Important Assumptions

<p>[Super Goal] Mothers' health condition is improved. People's health condition is improved.</p> <p>[Overall Goal] Health centers' medical services are upgraded. Utilization of Health Centers is increased.</p> <p>[Project Purpose] Health centers' maternal health services are improved.</p> <p>[Objectives] 1. Technical and moral ability of staff is improved. 2. Social mobilization is improved. 3. Referral system is improved. 4. Maternity medical supplies & equipment are improved. 5. Administration in health centers is improved. 6. Health Information Management System is improved. 7. Supervision, monitoring and evaluation are improved.</p>	<p>1-1. JICA/MOH train health personnel on safe motherhood (List of necessary equipment, use of vacuum extraction, Family Planning methods, PAC, infection prevention, Prevention of Mother to Child Transmission (PMCT), safe judgment on obstetric emergencies, early diagnosis of problems, knowledge on VVA)</p> <p>1-2. Donor / MOH train staff on maternal/infant care.</p> <p>2-1. Health Center Director (HCD) mobilize the community to use the health center.</p> <p>2-2. Health centers should conduct health education in the community.</p> <p>2-3. Health centers should employ health workers in social mobilization if the community.</p> <p>2-4. MOH initiates and strengthens youth friendly clinics (YFC)</p> <p>3-1. MOH train staff and TBAs on early diagnosis and referral.</p> <p>3-2. MOH / Donor provide funds for training staff.</p> <p>3-3. Health Center Director (HCD) mobilize the community to visit health for emergency AC.</p> <p>3-4. Donor (JICA) provides radio call / drivers.</p> <p>3-5. JICA provides vehicle (motorcycle) for referral.</p> <p>4-1. The health centers sensitize the community to identify a vehicle for emergency. GCR/MOH equip health centers (List of necessary facility & equipment: ambulance, first aid kit, delivery cot, delivery seats, trolley for medicines and instruments, resuscitation drug, resuscitation equipment, examination couch, suture, antiseptic solution, O₂ concentrator, O₂ tank, vacuum extractor, contraceptive, BP machine, Family Planning Instruments, IUD sets)</p> <p>4-2. Health centers ensure prompt repairs of facility and equipment.</p> <p>4-3. Donor / MOH improve the health centers through operation.</p> <p>4-4. MOH provide drugs & supplies.</p> <p>5-1. Health Center Management Team (HCMT) improve on patient / client flow.</p> <p>5-2. District Health Management Team (DHMT) train the health centers on managerial skills.</p> <p>5-3. The MOH conducts seminars to improve the motivation of staff.</p> <p>5-4. The MOH maintains staff discipline.</p> <p>5-5. The health centers work better of communication for motivating staff.</p> <p>5-6. Staff keeps the facility clean and comfortable.</p> <p>6-1. MOH/GCR motivates staff on center to start working.</p> <p>6-2. MOH/GCR provides data analysis forms.</p> <p>6-3. Donor provides computer to health centers for data collection and processing.</p> <p>7-1. DHMT conducts supervisory supervision.</p> <p>7-2. MOH / Donor provide laptops for supervision.</p> <p>7-3. MOH provides means of transportation for supervision / vehicle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Most mothers would agree to use health centers. • Policy on safe motherhood is not changed. • MOH continues registration, monitoring & evaluation of the all activities. • MOH is able to sustain the services. • Community is in a position to sustain the services. <p>• Donor/MOH provide funds for capacity building.</p> <p>• MOH will provide funds for mobilization.</p> <p>• MOH will always supply enough drugs.</p> <p>• Clean water is available at health centers.</p> <p>• MOH/Donor will provide equipment to the health facilities.</p> <p>• MOH / Donor equip and maintain health facility and equipment.</p> <p>• Source of power is made available at health center.</p> <p>• HCMT have the capacity to maintain discipline.</p>
<p>Prerequisites</p> <ul style="list-style-type: none"> • The community is willing to support safe motherhood activities. • Local politicians are willing to support the project. • Funds is provided for Project if any. 		

Narrative summary		Important Assumptions
<p>[Silver Goal] People's health condition is improved</p> <p>[Overall Goal] Health centers' medical services are upgraded Utilization of Health Centers is increased</p> <p>[Project Purpose] Health centers' main operating capability is improved. Health Center Management Team is trained on maintenance, operation and financial management and its leadership is enhanced. Provincial Health Management Team, District Health Management Team, Health Center Management Team, and Health Center Committee is trained on management skills.</p>		<p>GOV/UCU employs more skilled health workers</p> <p>Favorable political environment exists</p> <p>KEBSA has been restructured to improve its efficiency.</p>
<p>[Outputs]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Drug management is improved at Health Centers 2 Financial Management of Health Centers is strengthened. 3 Referral system between community / Health Centers (HC) / District Hospital (DH) is developed 4 Health Information Management System is improved (Data on drug, finance, statistics, morbidity) 5 Human Resources Management and Deployment are strengthened. 6 Infrastructure of Health Centers is improved. <p>[Activities]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1-1 District Health Management Team (DHMT) train health centers staff on drug and commodity management. 1-2 Government of Kenya (GOK) and DHMT provide health centers with drug stock monitoring tools such as bin cards and computers. 1-3 GOK and donor provide transport for drug supply of health centers. 1-4 GOK and donor provide proper storage facilities to health centers. 2-1 DHMT visits Health Center Management Team (HCMT) and Health Center Committees (HCC) on basic management on finance. 2-2 GOK provide partnership and working tools. 2-3 DHMT conduct regular audits of health center finances. 2-4 DHMT deploy revenue clerks at health centers. 2-5 DHMT and HCC sensitize the community on the importance of the health facility. 3-1 GOK / DHMT / Donor provide mobile phone for health centers. 3-2 GOK and donor provide national system between health centers. 3-3 GOK and donor provide embedded to health centers. 3-4 DHMT and donor provide continuous education for up-grading clinical skill of health centers' staff. 4-1 DHMT conduct training on data collection, record and report for health center staff. 4-2 DHMT conduct regular supervision of health centers. 4-3 GOK and donor provide stationary for health information management. 5-1 GOK, DHMT, Provincial Health Management Team (PHMT) deploy skilled human resource. 5-2 DHMT and project give incentives to food and farming officer / staff. 5-3 GOK and community define the roles of all health center staff. 6-1 GOK and UCU provide basic equipment. 6-2 DHMT and UCU provide basic training on maintenance of equipments and buildings. 6-3 GOK community, and donor provide housing for Health center staff. 6-4 DHMT and donor ensure proper waste management. 		<p>Relationship between the donor country and the recipient country should be cordial.</p> <p>There is adequate demand for health services by the community</p> <p>There is adequately sensible and sustainability</p> <p>Drugs are delivered constantly by KEBSA.</p> <p>Physio-chemical staff is deployed at health centers. (2)</p> <p>HCMT takes to the local community.</p> <p>A fund from LATIF for the maintenance of health centers is provided</p> <p>Physical infrastructure (road network) to the health center is improved.</p> <p>Local authorities support the improvement of roads.</p> <p>Local authority provides funds for maintenance of mobile phones. (7)</p> <p>MHT/GOK reviews and implements better pay packages to the staff to improve staff morale.</p> <p>Staff deployment to health centers is standardized.</p>
Preconditions		<p>Funds is provided by GOK and donor (KEBSA)</p>

Health Facility Survey in Preparatory Study on Project for Improvement of Medical Service in Western Part of Kenya Aug. 2004 1

Demographic and Access

Name	Interviewee(s)	Title	Division	Location	Population	Access			Transportation fee with return to DH	
						Walking		Matatu Fee with return (Ksh.)		
						%	average (min.)			longest (min.)
Kericho										
Londiani SDH		CO IC	Londiani+Kipkelion	8 Locations	70,000	80		20	60-80	300
Sociot HC	David Wandera Onadi	RCO	4(Bergut, Ainamoi,	19	40,000	85	45	90	40	50
Kipkelion HC	Angelina Omayo	ECHN	Kipkelion	5	73,000	70-80	120	180	20-30	150
Fort Teman HC	Mathew Kietera	CO IC	Chilchia	Fort Tenam	9,000	100	30	150	0	
Chepkemel HC	Sarar C. Barth	KEN/M	Sigowet	4, sub7	14,671	90	45	180	10	Sigowet 40, Kericho 200
Sigowet Nyayo HC	Joyce C. Too	ECHN		3(Keplelartet,	21,270	90	60	180	10	100
Kabianga HC	John Misik	CO IC	Belgut	2 (Kabianga, Mobego)	15,000	80	30	90	20	140-160
Ainamoi HC	Judeth Achda	NO IC	Ainamoi	7	81,326	100				
Kipsitet Disp.	Andrew Kemei	NO IC	Soin	2 (inc. Soin I)	8,000	100	30	120	0	140-200
Kisii										
Marani HC(RHDC)	Everlyne Metobwa	COIC	Marani	6 Locations	97,000	80	20	90	20	120
Keumbu SDH	Jason Oniwancha	COIC	Keumbu		114,012	70-80			20-30	50
Masimba SDH	George A. Onserio	PHO	Masaba	4	59,499	90	60	90	10	100
Ibeno HC	Newton Okuku	NO IC	Keumbu	2 Location	60,000	90	30	60	10	100
Ibacho HC	Julius Mogense	ECHN	1	4	60,000	90	60	120	10	100
Kiogoro HC	Ms. Ruth Masese	CO IC	Kiogoro	3 incl. Kiogoro L.	35,718	80	20	60	20	60
Riana HC	Mr. Joseph Omboto	CO IC	Suneka	1 Location=Riana		90	30	90	10	80 from Homabay
Riotachi HC	Richard Ondieki	CO IC	Suneka	Bomorenda	19,000	100	30	90	0	
Iranda Dispensary	D. Nyachoke	ECHN	Mosocho	Nyakoe+2 more	30,000	100	20	60	0	

SDH: Sub-District Hospital

HC:Health Center

RHDC:Rural Health Development Center

RCO: Registered Clinical Officer
COIC : Clinical Officer in chargeECHN: Enrolled Community Health Nurse
NOIC : Nursing Officer in chargePHO: Public Health Officer
KEN/M:Kenya Enrolled Nurse/Midwife

Health Facility Survey in Preparatory Study on Project for Improvement of Medical Service in Western Part of Kenya Aug. 2004

Name	MID	MOH Staff																		
		Training	CO	Training	RNs	Training	ENs	Training	PHO	Training	PHT	Training	Revenue clerk	Training	Lab.Tec.	Training	Phar-macist	Train-ing	Others	
Kericho																				
Londiani SDH	1	Epidemiology	5	VCT etc.	11	TB, PMCTC etc.	22		1	10		1(+2 admini staff)		3		1				
Sociot HC	0		1	1-2/yr.(Drug mgt, HIV/AIDS)	0		4	2/year(EPI, HIV/AIDS, CDD)	1	1		1		1		0			4(Dispensing drug, cleaner)	
Kipkelion HC	0		1		0		3	HIV/AIDS, PMTCT, EPI	1	2		1		1		0			2(Nutrition)	
Fort Teman HC	0		1		0		2		1	3		1		1		0				
Chepkemel HC	0		0		0		3		0	1		0		1		0			1(Cleaner)	
Sigowet Nyayo HC	0		0		1	EPI	6		2	4		1		0		0			3(Record staff)	
Kabianga HC	0		1	Recently no	0		2	TB	0	1		1		1		0			0	
Ainamoi HC	0		0*		3		4		1	3		1		1		0				
Kipsitet Disp.	0		0		1	EPI	1	TB	0	1		0(1 CW)		0(1 till June)		0			1 Cleaner	
Kisii																				
Marani HC(RHDC)	0		1	VCT	1	EPI	6	no	1	1		2		2		0			4	
Keumbu SDH	0		2		2		12		1	3		1		1		0				
Masimba SDH	0		1		2	1/year (VCT)	4	1/year(EPI)	1	4		1		1		0			4(supportive staff)	
Ibena HC	0		0		1	Yes	6	No	0	1		1		1		0				
Ibacho HC	0		0		0		3		1	1		1		1		0			0	
Kiogoro HC	0		1	VCT/PMTCT	0		5	EPI	1	1		0(1)		1		0				
Riana HC	0		1		1		4		0	1		1		1 on leave		0			0	
Riotachi HC	0		1		0		2		0	0		1		0		0			1 Cleaner	
Iranda Dispensary	0		0		0		3		0	1		0		0		0			4 Cleaners	

*1: Recently assigned but on leave.

MD: Medical Doctor CO: Clinical Officer RN: Registered Nurse EN: Enrolled Nurse PHO: Public Health Officer PHT: Public Health Technologist
 Lab. Tec.: Laboratory Technologist/ Technician PMTCT: Prevention of Mother-to-Child Transmission CDD: Control of diarrheal disease

Health Facility Survey in Preparatory Study on Project for Improvement of Medical Service in Western Part of Kenya Aug. 2004 3

Health Facility Committee										HC Committee					
Name	Casual workers					Wage (Ksh./month)	Watchman	Wage (Ksh./month)	Others	Wage	No of members	Main members	Freq of Meeting	Last meeting	Topics discussed
	Cleaner	Wage (Ksh./month)	Wage (Ksh./month)	Wage (Ksh./month)	Wage (Ksh./month)										
Kericho															
Londiani SDH	2	3,200	2	3,200	1	Ground-man	3,200			9	Rep. of Church, Businessman, Councillor, etc..	Quarterly	Aug		
Sociot HC	3	80/day	2	80/day						12	Water Reed project member, Business man, Farmer, locally elected	2/month	6 Jul.	Free medical services, Community pharmacy	
Kiptelion HC	1	2,000	2	2,000						9	Business man, Farmer, Locally elected	Monthly-Quarterly	July	Facility, Finance	
Fort Teman HC	1	60/day	1	60/day						9	Locally elected	Monthly	July	Free treatment affecting income, C.W.	
Chepkemel HC	1	2,000	1	2,000						N.I.					
Sigowet Nyayo HC	1	1,500	1	1,500						12	Retired teacher, Farmer, locally	Quarterly	July	Financial issues	
Kabianga HC	1	60/day	1	60/day						9	Retired Chief+Locally elected	2/month	early Aug	Facility Development, Income matters	
Ainamoi HC	2	2,000	1	1,500	1	Ground-man	1,500			14	Locally elected	Quarterly	May	Stability of CO, staff house,	
Kipsitet Disp.	0		1	1,000		Clerk(Ns.)	2,500			13	Locally elected	Monthly	15 Aug.	Income reduction, Difficulty of retaining Lab. Tec.	
Kisii															
Marani HC(RHDC)	2	1,000	2	1,000	1	Ground-man	1,000			9	Locally elected(1 by sub-location)	Monthly for	July	Income reduction, Difficulty of retaining C.W.	
Keumbu SDH	12									12	Area Councillor, Chief etc.	Quarterly		Expenditure, Future development	
Masimba SDH	3	2,500								10	Retired teacher, locally elected	Monthly	9 Aug.	Electricity problem, Fee of transportation	
Ibeno HC	2	1,600								N.I.					
Ibacho HC	1	1,000	1	1,000						10	Farmer, locally elected	Quarterly	April	Reduction of casual workers, Maintenance of infrastructure	
Kiogoro HC	2	1,500	2	1,000		Clerk	1,500			12	Locally elected	Quarterly	Aug	Free treatment affecting income, C.W.	
Riana HC	1	1,200	2	1,200						9	Locally elected(1 by sub-location)	Quarterly	May		
Riotachi HC	0		1	1,400						9	Local Chief	Quarterly	May	Expenditure of revenue	
Iranda Dispensary	0		1	1,000						10	Locally elected	Quarterly	July	Revenue Reduction, Drug shortage, staffing	

Health Facility Survey in Preparatory Study on Project for Improvement of Medical Service in Western Part of Kenya Aug. 2004

Care Services

	Outpatients(case)						Inpatients(cases)												
	Latest No. of Pt.		July		June		May		Last July		No. Beds		Latest adm						
	Per Day	<5 y.o.	Per month	<5 y.o.	Change from July	Per month	<5 y.o.	Per month	<5 y.o.	Per month	<5 y.o.	Total	Female	Male	Ped	Mater-nity	Total	Specify	
Kericho																			
Londiani SDH	40-45	25-30	900	N.A.v.	↓ -27.2	1237	277	759	N.A.v.	705		52					30-40		
Sociot HC	8-10		322 (without MCH)	N.A.v.	↓ -41.5	500-600 (without MCH)	N.A.v.	N.A.v.		N.A.v.		20				6	30 in July	14 beds are not started	
Kipkelion HC	20-50	20-25	900	N.A.v.	↑ 50	600	N.A.v.	N.A.v.		N.A.v.		6				6	5-6	Maternity	
Fort Teman HC			388	N.A.v.	↓ -22.1	498	N.A.v.	N.A.v.		N.A.v.		18	6	6		6	15/m		
Chepkemel HC	10-50	50%	620 (without MCH)	N.A.v.	↓ -15.4	733 (without MCH)	N.A.v.	N.A.v.		N.A.v.									
Sigowet Nyayo HC	20-25	15-20	1,071	362	1.42	1,056	200	N.A.v.		N.A.v.		20	8	8		4			
Kabianga HC	50-60	N.A.v.	1013	N.A.v.	↑ 75.6	577	N.A.v.	986	N.A.v.	N.A.v.		0							
Ainamoi HC	20-50	15	1658	715	↑ 64.5	1008	289	N.A.v.		N.A.v.		0							
Kipsitet Disp.	40-50	20-25	888	440	↓ -35.3	1373	N.A.v.	N.A.v.		N.A.v.		0							
Kisii																			
Marani HC(RHDC)	50	N.A.v.	884	N.A.v.	↑ 30.0	680	N.A.v.	N.A.v.		N.A.v.		14					10Pt/day		
Keumbu SDH			N.A.	Decreased						N.A.v.		24					20pt/day		
Masimba SDH	30-50	15-30	1,068	560	↓ -6.6	1,143	495	N.A.v.		N.A.v.		12	6	6			always full		
Ibena HC	30	N.A.v.	924	382	↑ 75.3	527	N.A.v.	N.A.v.		N.A.v.		11	8	3			10 /w	Malaria, Up after July	
Ibacho HC	30	10-20	1,160	401	↓ -8.6	1,269	519	N.A.v.		N.A.v.		8				8	7/month, no referral	10/month, 2 Referrals before Jul.	
Kiogoro HC	50	10	1,173	408	↑ 50.2	781	226	728	177	788	222	6					0		
Riana HC	40	20	1,005	512	↑ 15.0	874	N.A.v.	511	N.A.v.	N.A.v.		12	3	3	5	1	5/day, 77/m.	46 Adults, 31 Children	
Riotachi HC	30	20	570	290	↑ 18.8	480	250	N.A.v.		N.A.v.		5					0		only 24 hr.
Iranda Dispensary	20	9	1055		↑ 21.1	871	N.A.v.	789	N.A.v.	N.A.v.		0							

N.A.v.: Not available

Drug and commodity Management

	Freq. of supply		Last supply	Other take-up for supplementation	Means of transport	Stock-out							
	Monthly/Quarterly					Items	Duration	Items	Duration	Items	Duration		
Kericho													
Londiani SDH	Quarterly(once this year)		June	sometimes	PMO depot vehicle from Nakuru	Amoxicillin	2 m. after supply	Ampicillin	2 m. after supply				
Sociot HC	Quarterly			Supplimentary	Self(50sh)	Sutures&Dressings	long standing	Quinine	<1month after supply				<1month after supply
Kipkelion HC	Quarterly		5-Aug	Supplimentary	Self(150sh)	Quinine inj	2 months	PC, Amoxyl Cap		Hydro-cortison			
Fort Teman HC	Monthly(recently)				Self by public means								
Chepkemel HC	Distributed 2/year			Go to DH monthly, but not getting	Self(2ways: more than 300sh)	Dressing kit	sometimes	Anti-malaria Inj	Quinine	needle, syringe			
Sigowet Nyayo HC	monthly			often go, but sometimes nothing	Self(2way more than 250sh)	Quinine inj	sometimes	Cristapen		Procaine PC			needle, syringe
Kabianga HC	Quarterly			sometimes on Tue.		Antimalaria	Finish by 3 w	Antibiotics sy.	Finish by 3 w				
Ainamoi HC	Monthly(recently)		June		Self	Antimalaria	1w	Antipyretics	2-3w	AMPC			1w
Kipsitet Disp.	Monthly(recently)		end July	Not frequent	Self	Paracetamol	sometimes	Quinine Inj					
Kisii													
Marani HC(RHDC)	Quarterly to Monthly		July	sometimes on Wed.	Self	Antibiotics		Quinine		Paracetamol			
Keumbu SDH	Quarterly(from Kisumu)					Antibiotics							
Masimba SDH	Monthly, sometimes 1/2 months				own car	Quinine inj		Crystapen					
Ibeno HC	Monthly		July	sometimes on Wed.	Self by public means	Quinine inj	2 w after supply	Paracetamol		GM			
Ibacho HC	Quarterly			Monthly go to DH	Self	Quinine inj	often	S/P		Doxycyclin			
Kiogoro HC	Monthly		June	sometimes on Wed.	Self	Antibiotics	2 w.	Antimalaria	2 w.				
Riana HC	Quarterly to Monthly		June	sometimes on Wed.	Self	AMPC	2 w after supply	Quinine	3 w after supply				
Riotachi HC	Monthly		June	sometimes on Wed.	Fuel for Vehcle from	Quinine	1-2 months						
Iranda Dispensary	Quarterly		June	Once a month	By Taxi(400 Ksh.)	Quinine	2months	Paracetamol	2months	AMPC			1 month

AMPC: Amoxicillin

ABPC: Ampicillin

PC: Penicillin

Drug and commodity Management

	Recording status				Comment	Case with self-purchasing			Rational Use	
	Dispensing	Bincard	Monthly Balance			No.(/day or month)	what case	What drugs	Antibiotic	Anti-malaria
Kericho										
Londiani SDH	Yes	Yes	Yes	Good	50%	Severe infections	Antibiotics inj.	Good	Good	
Sociot HC	Yes	Yes	no	very poorly maintained/managed				Under	Under	
Kipkelion HC	Yes	Yes	Yes							
Fort Teman HC										
Chepkemel HC	Yes	Yes	Yes	Fair		Malaria	Quinine	proper, but not		
Sigowet Nyayo HC	Yes	Yes	Yes	Fair	3-5pt/day	Malaria	Quinine	Under	Over	
Kabianga HC	Yes	Yes	Yes	Fair	Most of cases	Malaria	Infection	Good	Good	
Ainamoi HC	Yes	Yes	Yes	Fair	80%					
Kipsitet Disp.	Yes	Yes	Yes	Fair	4-5 pt./day	Malaria	Quinine	Under	Over	
Kisii										
Marani HC(RHDC)	Yes	Yes	Yes	fair	40%	Malaria	Deep Injury	Good	Good	
Keumbu SDH	Yes	Yes	Yes							
Masimba SDH	Yes	Yes	Yes	fair				Over	Over	
Ibeno HC	Yes	Yes	Yes							
Ibacho HC	Yes	Yes	Yes	Fair		Malaria	Quinine			
Kiogoro HC	Yes	Yes	Yes		5-10 Pt. /day	Severe infections	Antibiotics inj.	Good	Good	
Riana HC	Yes	Yes	Yes	Fair	3-4 Pt. /day	Pedatric Infection	AMPC	Over	Good	
Riotachi HC	Yes	Yes	Yes	Not so good	5-10 Pt. /day	Deep Injury	Malaria	Quinine	Good	
Iranda Dispensary	Yes	Yes	Yes	Not so good	12-15 Pt. /day	Malaria	Infection	Quinine	Under	

AMPC: Amoxicillin

ABPC: Ampicillin

Health Facility Survey in Preparatory Study on Project for Improvement of Medical Service in Western Part of Kenya Aug. 2004

7

Financial management

	Current Registration Fee			Previous Cost-sharing by June			Waivered patients /day or month	Exempted patients /day or month	Previous Community development fund /pt. Monthly revenue in June	75% Cost-sharing+DF	July Income compared to June
	Day (latest or average)	Revenue in July	Registration Fee in what use?	Day	Month	Before					
Kericho											
Londiani SDH	N.A.			3,000-5,000	130,000-140,000		<1%	as ruled	No		
Sociot HC	300	8,890	5,112ksh for Lab.kit, C.W., Matatu for DH	600-800	13,610	15,000	0-1pt/month	as ruled	20 & Drug no	10207.5	87%
Kipkelion HC	20-100	2,000	Cons, C.W.		18,000		20% of pt.	as ruled		13500	15%
Fort Teman HC		6,000	C.W, Cons		11,000		Few		7,500	15750	38%
Chepkemel HC		6,515	C.W, Gas for MCH	50% of 733pt.	25,000		5pt/day	as ruled	20	18750	35%
Sigowet Nyayo HC	60-100	4,660	Cons, C.W.	500	14,900	8,920(May), 36,640(July, 03)	30pt/month, but no record	as ruled	20	11175	42%
Kabianga HC		6,000	C.W, Cons	700-1200	18,000	18,000-30,000	10-20%		20	25500	24%
Ainamoi HC	400	15,000			20,000	7,000-20,000	20%	40%	20	35000	43%
Kipsitit Disp.	200-300	8,180	C.W, Cons	N.A.			Nil	as ruled	20	40000	20%
Kisii											
Marani		16,000	C.W, Cons, fuel	N.A.	25,000	N.A.	20-30/m	as ruled	20	30950	52%
Keumbu SDH		20,000	pt food, fuel, C.W, Cons	Yes-n.s.	10,000-20,000		2-3pt/week			4700*	
Masimba SDH			pt food, fuel, C.W, Cons	Yes-n.s.	25,000		8pt/month in June	as ruled			
Ibena HC	200	5,080		500	3,600		3-4 /day	as ruled	10 Ksh.	7700	66%
Ibacho HC	100-200	4,000	fuel, C.W, facility maintenance	200-300	10,600ksh(May, 6,400ksh(Apr)		1pt/day	yes as rule, prisoner			
Kiogoro HC	200-300	8,890	Stationery, Fuel, C.W.	700-800	23,000	22,600	2-4 pt/day	as ruled		10,300	32%
Riana HC	300	7,560	C.W, Painting, fuel		5,500	5,550	5 /month	as ruled	10 Ksh.	10125	75%
Riotachi HC	200-300	5,000	C.W, Cons, fuel	Yes-Steroid	3,400	2,500-4,000	?	as ruled		8550	58%
Iranda Dispensary	100-200	3,500		N.A.					20	10,000	35%

C.W.: Casual worker's allowance

*: Lab, drug are charged

Cons.:Consumables

40%

44%

Referral

	No. /day or month	What Case	to Where	Means of Transport
Kericho				
Londiani SDH	Receiving from HC & Disp and Referral to DH or PGH		Kericho DH or Nakuru PGH	
Sociot HC	5-10/month	Surgical, Maternity, Severe Malaria	Kericho DH	Self(50sh)
Kipkelion HC	5-10/month	Severe malaria, Maternity, Specific case(TB, HIV,	Kericho DH	Self(150sh)
Fort Teman HC	10 /month	Malaria, Anemia, Maternal complication	Kericho DH	Self(150sh by matatu, 2,000 by Taxi)
Chepkemel HC	16/month	Severe malaria, pneumonia, maternity	Kericho DH	self(100sh)
Sigowet Nyayo HC	1-2/day	Maternity, Severe malaria	Kericho DH	self(100sh)
Kabianga HC	10 /month	Maternity, Severe infections	Kericho DH	Self
Ainamoi HC	increased		Kericho DH	Self
Kipsitet Disp.	2-3/day	Lab. Severe malaria	Kericho DH	Self
Kisii				
Marani HC(RHDC)	3 /day	Maternity, severe infections	Kisii DH	Self
Keumbu SDH	25/month	Delivery	Kisii DH	Pick-up car, Self
Masimba SDH	5/month	Surgical cases, TB	Kisii DH	Self
Ibeno HC	2-3/month	Maternity, Coma	Kisii DH	Self
Ibacho HC	1-3/month	Severe malaria	Kisii DH	self
Kiogoro HC	14/month	Severe malaria, ENT	Kisii DH	
Riana HC	9/month	Maternity 5, childhood dis 1, Others 3	Kisii DH	Self
Riotachi HC	3/month	Malaria in Preg, BT for anemia, Severe wound	Kisii DH	Self(50 Ksh. By bicycle+ 400Ksh. By car)
Iranda Dispensary	6-13/month	Malaria. Lab. Etc.	Kisii DH	Self

N.Ap.: Not applicable

Information system by services

	Workload		Morbidity (OPD)		Morbidity (IPD)		KEPI		FP		TB		Finance		Others		Feedback		
	in use?	Frequency	in use?	Frequency	in use?	Frequency	in use?	Frequency	in use?	Frequency	in use?	Frequency	in use?	Frequency	in use?	Frequency	in use?	Frequency	
Kericho																			
Londiani SDH	Yes	Monthly	Yes	Monthly	Yes	Monthly	Yes	Monthly	Yes	Monthly	Yes	Quarterly	Yes	Monthly					
Sociot HC	yes	monthly	yes	monthly	yes	monthly	yes	monthly	yes	monthly	yes	monthly	yes	monthly	malaria	monthly	None		
Kipkelion HC	yes	Monthly	yes	Monthly	N.A.		yes	monthly	yes	monthly	yes	monthly	yes	monthly	malaria	monthly	yes		
Fort Teman HC	yes	monthly	yes	monthly	Yes	Monthly	Yes	Monthly	Yes	Monthly	Yes	Quarterly	Yes	monthly			No		
Chepkemel HC	yes	monthly	yes	monthly	N.A.		yes	monthly	yes	monthly	yes	monthly	yes	monthly			yes, quarterly		
Sigowet Nyayo HC	yes	monthly	yes	monthly	N.A.		yes	monthly	yes	monthly	yes	monthly	yes	monthly	malaria	monthly	No		
Kabianga HC	Yes	Monthly	Yes	Monthly	N.Ap.		Yes	Monthly	Yes	Monthly	N.Ap.		Yes	Monthly			No except error		
Ainamoi HC	Yes	Monthly	Yes	Monthly	N.Ap.		Yes	Monthly	Yes	Monthly	N.Ap.		Yes	Monthly			No except error		
Kipsitet Disp.	Yes	Monthly	Yes	Monthly	N.Ap.		Yes	Monthly	Yes	Monthly	N.Ap.		Yes	Monthly			No except error		
Kisii																			
Marani HC (RHDC)	Yes	Monthly	Yes	Monthly	Yes	Monthly	Yes	Monthly	Yes	Monthly	Yes	Quarterly	Yes	Monthly			No except error		
Keumbu SDH	yes	monthly	Yes	monthly	Yes	Monthly	Yes	monthly	Yes	Quarterly	yes	Quarterly	yes	monthly	Procure		No except error		
Masimba SDH	Yes	monthly	Yes	monthly	Yes	Monthly	Yes	monthly	Yes	Quarterly	Yes	monthly	Yes	monthly			no		
Ibena HC	Yes	Monthly	Yes	Monthly	Yes	Monthly	Yes	Monthly	Yes		Yes	Monthly	Yes	Monthly			No except error		
Ibacho HC	Yes	monthly	yes	monthly	N.A.		yes	monthly	yes	Quarterly	yes	monthly	yes	monthly	Labo				
Kiogoro HC	Yes	Monthly	Yes	Monthly	Yes	Monthly	Yes	Monthly	Yes	Monthly	N.Ap.		Yes	Monthly			No except error		
Riana HC	Yes	Monthly	Yes	Monthly	Yes	Monthly	Yes	Monthly	Yes	Monthly	Yes	Quarterly	Yes	Monthly			No except error		
Riotachi HC	Yes	Monthly	Yes	Monthly	N.Ap.		Yes	Monthly	Yes	Monthly	Yes	Quarterly	Yes	Monthly			No except error		
Iranda Dispensary	Yes	Monthly	Yes	Monthly	N.Ap.		Yes	Monthly	Yes	Monthly	N.A.		Yes	Monthly			No except error		

N.Ap.: Not applicable

Infrastructure & Equipment

	water(tank)		Microscope		Refrigerator		Sterilizer		Electricity		Others	
	Current condition	Maintenance	Current condition	Maintenance	Current condition	Maintenance	Current condition	Maintenance	Current condition	Maintenance	Current condition	Maintenance
Kericho												
Londiani SDH												
Sociot HC	depend on rain	X	good	good	good	good			good			
Kipkelion HC	only matanity	X	good	good	good	good			good			
Fort Teman HC	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Generator			
Chepkemel HC	need fuel	X	good	good	good	good			not avail			
Sigowet Nyayo HC	1 old, 1 broken	X			good	good			good			
Kabianga HC	Good	Good	Good by Community	Good	Good	Good	Good	Good	Solar		Autoclave not working	
Ainamoi HC	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Not		Good	Good		
Kipsitet Disp.	Good	Good	not in use	Good	Good	Good	not avail		not avail			
Kisii												
Marani HC(RHDC)	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good		
Keumbu SDH					good				good			
Masimba SDH	depend on rain	X	good		good	good			problem			
Ibena HC	not exist		Good	Good			Not		not exist			
Ibacho HC	broken	X	good		bad				not avail		Beds broken	Calorymetre broken
Kiogoro HC	Good	Good	Good	Good	Good	Good						
Riana HC	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Not		not exist			
Riotachi HC	not exist		not exist		Good		not exist		not exist			
Iranda Dispensary	not exist		not exist		Good		not exist		not exist			

第1回事前評価調査及び協議の詳細結果

1. 現状

(1) 疾病構造

対象地域の疾病構造は、季節変動はあるものの罹患率・死亡率においてマラリアが最も多く、次いで呼吸器感染症、貧血、下痢症、栄養失調が上位を占める。さらに、HIV/AIDSの増加とそれに伴う結核が増加している。また高血圧、糖尿病などの慢性疾患も顕在化してきている。ちなみに、ケニア全国レベルの健康状況や疫学情報については、昨年実施され、最近公表された、Demographic Health Survey が参考になる。

表 1-1 キシイ、ケリチョー県における死亡原因(%)

キシイ県(1996.11~1997.10)				ケリチョー県(1997.2~1997.8)			
全人口		5歳未満児		全人口		5歳未満児	
1. マラリア	33.2%	1. マラリア	59.9%	1. マラリア	30.5%	1. マラリア	29.1%
2. 肺炎	10.9%	2. 肺炎	12.3%	2. 結核	7.6%	2. 肺炎	14.1%
3. 結核	10.6%	3. 貧血	5.4%	3. 事故	6.8%	3. 栄養不良	10.6%
4. 事故	7.1%	4. 麻疹	3.7%	4. 肺炎	6.2%	4. 貧血	6.8%
5. 心臓病	6.0%	5. 栄養不良	3.5%	5. 貧血	6.0%	5. 早産	5.4%

The Study on Strengthening the District Health System in the Western Part of Kenya, 1998)

■ マラリア

最大の問題であるマラリアは、対象地域の大半が 1,000m~1,800m の高原・山岳地域であることから「ハイランド・マラリア」を含むのが特徴であり、流行に著しい季節変動（雨季の始まりである 4 月から増加し始め、6 月、7 月が最も多い）や年次変化がある。マラリア蔓延地域と比較すると、小児だけでなく、成人も免疫が弱く重症化しやすい傾向にあり、慢性的な栄養障害、妊娠への影響、貧血との合併症も重症度を強めている。1990 年代後半のキシイ県病院におけるマラリア患者の致命率は 8%であったが、ここ 3 年は 3~4%と低下傾向にあり、住民の免疫獲得やマラリア対策強化による成果がみられる。近年のマラリア患者報告数の変動は少ないが、入院患者数は増加傾向にある。その理由として、マラリアの重篤化よりも、保健センターや保健ポストの検査・治療サービスのレベルが低く、患者は好んで県病院やミッション系・NGO 系の病院を選択する傾向にあることが挙げられる。マラリアの検査、治療とも無料だが、キニンの過剰投与が目立っている。最近、マラリアに対する投薬治療に関する政府方針として、耐性が増加した S/P（ファンシダール）に換えて Artemether に Lumedantrine を加えた、Artemether Combination Therapy (ACT) を第一投薬とする方針が出されたが、これらは高価であるため、公的機関にはほとんど供給されていない。

■ HIV/AIDS

センティネル・サーベイを行った Kenya Demographic Health Survey 2003 によると、15 歳から 49 歳の HIV 感染率は、リフトバレー州が 5.2%と全国平均の 6.7%よりも低いものの、ニャンザ州においては 14.0%と国内で最も高い数値を示す。キシイ地区は、キスム地

区に比べるとやや低い。HIV/AIDS の自発的カウンセリングと検査 (Voluntary Counseling and Testing: VCT) と抗レトロウィルス薬 (ARV) による包括的治療の開始が予定されている。

■ 子供の健康

リフトバレー州では、乳幼児死亡、5歳未満児死亡ともに全国平均より低い、ニャンザ州においては全国平均を大きく上回っている。対象地域において子供の健康に重大な影響を与えると思われる疾病は、マラリアに次ぎ、肺炎、呼吸器感染症、下痢症、麻疹、栄養障害が挙げられる。特に、呼吸器感染症は外来患者の20～30%を占め、死亡原因でもマラリアに次いで2位である。また栄養障害は感染症疾患と共に、子どもへの影響が大きい。子供の健康が脅威に曝される主な要因は、低体重や貧血、子供を世話する人々の病気に対する知識や認識不足、保健医療サービスの機能不全などである。

■ リプロダクティブヘルス

対象地域における妊産婦死亡率は出生10万件に対して300～500と報告されている。死亡の主な原因とされる出産時の大量出血は、伝統的産婆 (TBA) や地方保健医療施設従事者が早期に危険な兆候や症状を発見するための訓練を受けておらず、緊急時の適切な医療機関への搬送もできない状況にあることが原因であると言われている。なお約50%の出産が自宅で行われている。

(2) 保健医療サービスの現状

プロジェクト対象地域であるリフトバレー州、ニャンザ州は300以上の保健医療施設が存在している (表 1-2)。そのうちの公立保健医療施設は州病院を頂点として県病院、ヘルスセンター、ディスペンサリーの順にリファラル体制が構築されている。

表 1-2 保健医療施設数(保健省、NGO 含む)(1993 年)

保健医療施設		ケリチヨ	ボメット	キシイ	ニャミラ	グチャ	計
病院	公立	3	1	1	1	0	6
	NGO	1	2	2	0	1	6
	私立	5	2	0	0	0	7
	その他	1	0	3	4	2	10
	計	10	5	6	5	3	29
ヘルスセンター	公立	9	7	7	9	7	39
	NGO	2	1	1	7	4	15
	私立	0	0	1	0	1	2
	その他	7	0	0	9	0	16
	計	18	8	9	25	12	72
ディスペンサリー	公立	49	37	19	15	13	133
	NGO	5	3	5	7	4	24
	私立	42	0	5	6	2	55
	その他	2	0	0	12	0	14
	計	98	40	29	40	19	226

(The Study on Strengthening the District Health System in the Western Part of Kenya, 1998)

しかし、公的保健システムの現状は対象地域住民のニーズに十分対応できているとは言えず、本来、地域の一次医療施設であるヘルスセンターで対応すべき患者が、県病院などの二次医療施設を直接受診し、県病院の混雑を引き起こしている。県病院、ミッション系病院、私立病院などと比較して、多くのヘルスセンターで提供される診療サービスの質の低いこと、十分な医薬品がないことが、十分に利用されていない主な理由である。

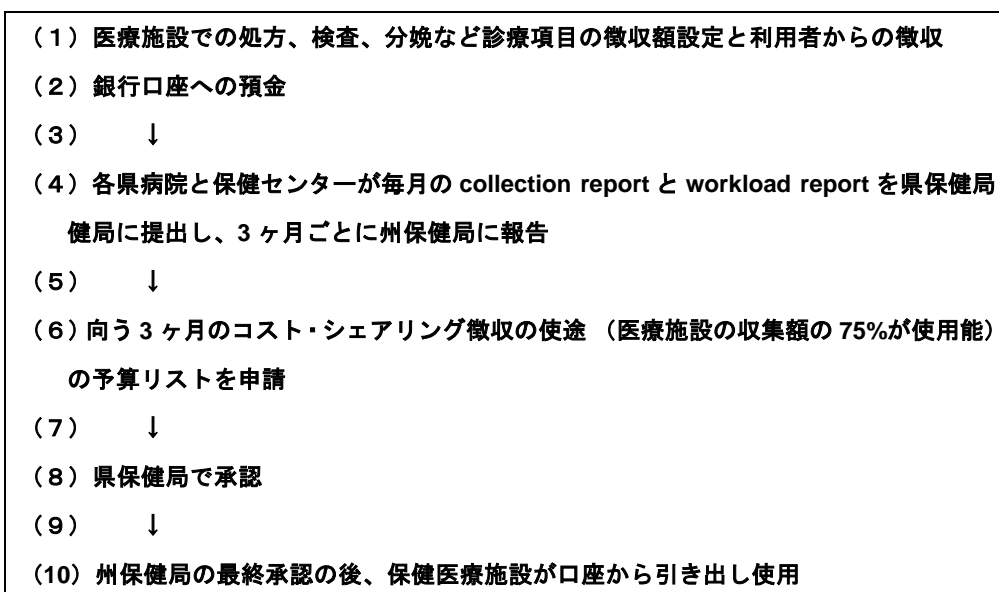
■ 国家医薬品供給システム

公的医療サービスにおける必須医薬品供給は、中央政府が医薬品を一括購入し、医薬品キット供給システムの運営を担当する保健省管轄公社の KEMSA (Kenya Medical Supply Agency) を経て、病院、県病院、保健センター、保健ポストの各レベル用「キット」に分別梱包した物を州及び県の保健省事務所を通じて末端の医療施設まで搬送する、いわゆる「キット・プッシュ (押しつけ型)・システム (push system)」が基本である。一方、民間やミッション系・NGO 系医療施設は MEDS (Medicine for Essential Drug Supply) のような独自の調達経路を持ち、「注文型システム (pull system)」をとっている。そのほか、家族計画や結核対策などのパーティカル (縦割り)・プログラムは、特定のドナー機関からの援助に依存して医薬品を確保することが半ば無秩序に拡大し、複数の供給ラインが共存する非常に複雑なシステムとなっている。

■ コストシェアリング・システム

政府保健予算のみでは保健サービスの提供が困難であることから、1989 年から一時中断があったものの、公的保健医療機関の利用者からユーザーフィーを取る、コスト・シェアリング政策が採用され、その仕組みは、以下のような流れで実施されていた (図 1-1)。

図 1-1 コストシェアリング・システムの流れ



コスト・シェアリングは、コンピューターによるキャッシュ・レジスターを導入した県病院では徴収率が増加し、95%以上が徴収されていた。対象地域では、キシイ県病院がすでに導入しており、導入以前の月当たり徴収額 100 万 Ksh が 200 万 Ksh へと倍増した。しかし、手続きに時間がかかり、コスト・シェアリングの歳入が迅速に戻ってこない、保健医療サービス提供に対する料金徴収漏れよりも、支払い免除システム (Waiver system) が機能していないため、本来支払いが免除されるべき貧困層が受診しない、または受診しても料金を徴収されてしまう (現在料金負担免除対象層は 1~5%に過ぎない) という問題があった。また、2003 年からは 5 歳未満児および妊婦に対してマラリア診断がなされ、検査と診察料が無料化されており、そのため保健センターレベルでは受診する全患者のうちマラリア患者の割合が半分から 3/4 を占め、コスト・シェアリングの徴収が激減していた。

このような問題から、多くのヘルスセンターでは独自に、ヘルスセンターコミッティの許可を得て、Community Development Fund (CDF) を患者当たり 10-20Ksh.を患者登録カード配布などの形で徴収していた。会計項目的にはコスト・シェアリングに入らず、コスト・シェアリング歳入に比べて額は少ないが、各保健センターですぐに使える利点があった。

各ヘルスセンターのコスト・シェアリング徴収額は、2004 年 4-6 月では、27,000-80,000Ksh.で、その半分から 3/4 が casual worker (施設清掃担当者等) の雇用に、残りが検査試薬の購入、県の医薬品倉庫への医薬品収集のためのトランスポート代、施設のメンテナンスなどに使われていた。KEMSA からの供給で不足する医薬品の調達にコスト・シェアリングを使っているのは、一部のヘルスセンターであり (県、施設によって、コスト・シェアリング徴収から支出している所もある)、主に、CDF からの資金で賄われ、ヘルスセンター内の community pharmacy (元の提唱名 Bamako Initiative というタームを使用している場合もある) に近かった。

医療費免除 (Exemption) として、マラリア、5 才未満、結核患者などは無料であり、また、福祉控除 (Waiver) として、貧困層は、原則としてガイドラインに則り、医療費免除されていた (実際は、施設責任者である Clinical Officer in charge の判断、また、全額免除ではなく、一部免除のケースも多かった)。ディスペンサリーには、以前からコスト・シェアリングはなく、CDF のみで、薬剤処方などは原則として無料であった。

■ コスト・シェアリングの縮小

2004 年 7 月から、ヘルスセンターおよびディスペンサリーでは、Registration Fee (それぞれ、患者あたり 20Ksh.と 10Ksh.、5 歳未満の小児は無料) のみの均一料金の徴収となり、従来のコスト・シェアリング徴収、さらに CDF の徴収は廃止された。一方、県病院 (District Hospital; DH)、県副病院 (Sub-District Hospital; SDH) では、コスト・シェアリングは維持された (表 1-3)。

表 1-3 施設によるコスト・シェアリングの変化

	2004年6月末まで	⇒	7月以降
District & Sub-District Hospital	コスト・シェアリング	⇒	コスト・シェアリング継続
ヘルスセンター	コスト・シェアリング Community development fund	⇒	Registration Fee 20 Ksh.
ディスペンサリー	Community development fund	⇒	Registration Fee 10 Ksh.

■ 対象地域における医療施設調査に基づいた現状

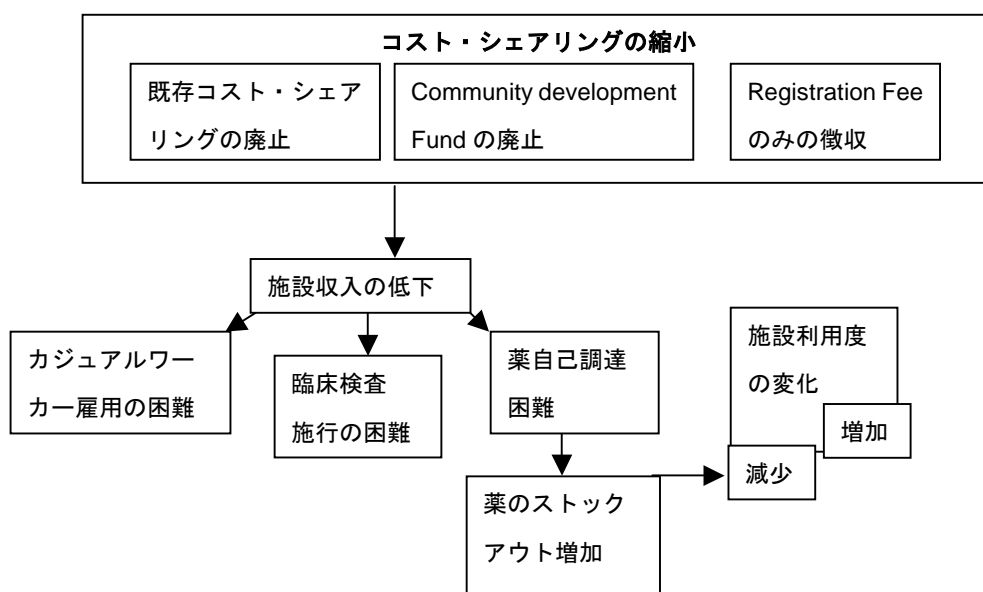
8月後半に、ケリチョー、キシイ県で実施した、ヘルスセンターの調査（7月からのコスト・シェアリング縮小の影響調査を含む）、および、保健省、KEMSA などの関係機関、SIDA などの他ドナーによる同様のプロジェクトチームへのインタビューや視察に基づいて、最近の現状について述べる。ただ、今回の調査は短期間で、ヘルスセンターのスタッフの聞き取りが主な方法であり、徴収額以外に客観的データを十分に収集できなかったこと、住民に対する調査(Health care seeking behavior やヘルスセンターに対する perceived quality)が不十分であったことから、サービス提供側に偏ったバイアスを払拭できなかった。

ケリチョー県においては、7つのヘルスセンター、1つの Sub-District Hospital(SDH), 1つのディスペンサリーを調査し、キシイ県では、6つのヘルスセンター、2つの SDH、1つのディスペンサリーを調査した。その詳細なまとめは、「添付資料 2 施設調査結果表」に示した。

■ コスト・シェアリングの縮小による影響

コスト・シェアリングの縮小による保健サービスへの影響を図 1-2 に示した。

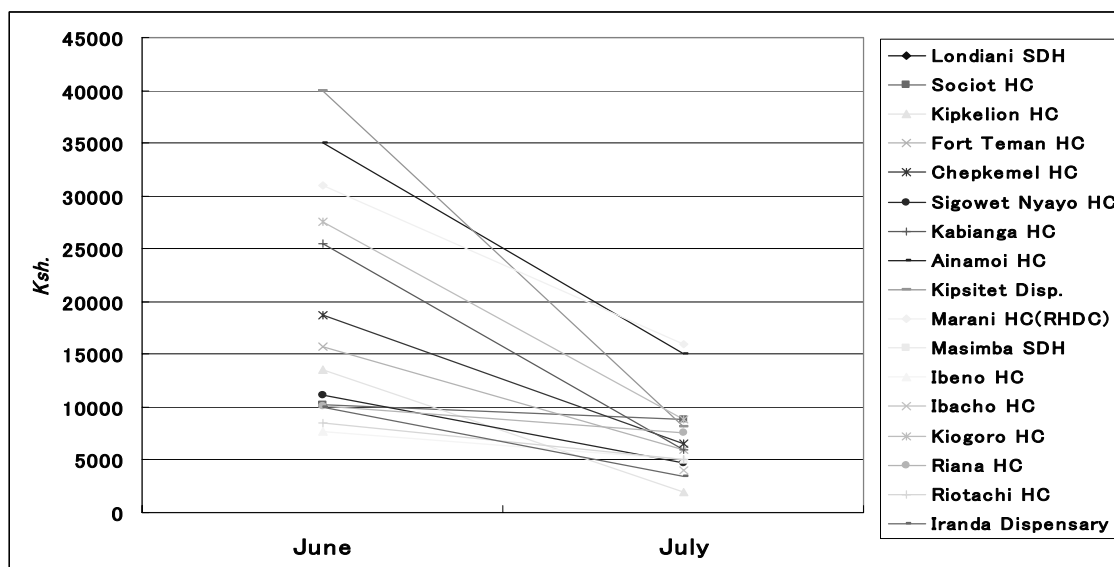
図 1-2 コスト・シェアリング縮小の影響



施設の収入の減少

図 1-3 で示すように、全てのヘルスセンターで徴収による収入低下がみられ（関連資料 5 表ページ 7 も参照）、7月の収入額は、中央値で6月の40%まで減少した。患者数の増減と収入減少率の関連は明らかでなかった。

図 1-3 コスト・シェアリング縮小前後の収入額の変化



医薬品の状況—薬のストックアウトの増加

以前から、ヘルスセンターにおいては、医薬品の不足が続いており、抗生剤（特に Amoxycillin など）の在庫切れ、輸送用車両不足、医薬品配布と在庫管理能力の不備が見られていた。一方、県病院レベルでは、キシイ県では薬剤供給は比較的十分であった一方、ケリチョー県病院における不足傾向があった。

今回のコスト・シェアリング縮小（および community development fund 徴収の廃止）で最も影響が大きいのは、ヘルスセンターにおける医薬品の補充購入、自己調達が困難になった点であり、KEMSA による供給で不足する医薬品のストックアウトがさらに深刻になった。とくに、抗生剤（とくに、小児用シロップや注射薬）、抗マラリア剤などの不足が顕著であり、キット供給後、これらの薬は2週から1ヶ月で使い果しているところが多かった。ただ、医薬品不足は、以前から見られていた過剰処方にも起因している。さらに、医薬品配送の不備を補うため、県ストアへ赴く交通費を捻出することが困難になり、供給不足に拍車をかける可能性もある。

このような医薬品供給状況の悪化のため、患者の民間薬局での自己購入が増加し（全員が処方通りの十分な薬を購入できているか不明、諦めている場合もありうる）、負担増になっていると推定される。

現在、KEMSA からのヘルスセンターキットの供給は、DANIDA からの資金投入で、配給頻度が増えて、やや改善され、ヘルスセンターで不足している医薬品が県ストアに在庫があり、そこへ適宜、取りに行き、補充される場合には、ストックアウトは軽減されてい

る。さらに、保健省の計画では、DANIDA の資金によって、現在のキット内容を改善し、Revised Kit として、頻用される医薬品の量を増加させる一方（たとえば、アモキシリンを 4,000 から 36,000 に増加）、利用度が低い医薬品の量を減少させる予定で（10 月に供給開始と推測される）、これによって、医薬品の availability が改善される見込みは多少ある。

カジュアルワーカー（施設清掃担当者等）雇用の困難

MOH スタッフ以外で、コミュニティ（ファンド）によって雇用しているカジュアルワーカーの確保が困難になりつつなる。とくに患者数が多く、スタッフ不足の施設ではこのような補助要員の不足は深刻である。カジュアルワーカーに任せる必要なワークロードの評定が必要である。対策として、カジュアルワーカーのパートタイム化、週 2,3 回のみ来ているワーカーへの月給払いを日給にするなどが検討されている。ただ、カジュアルワーカー自身の失業、収入低下の問題がある（彼らはナースなどと違い、患者からの informal payment を貰うことはまれである）。

臨床検査施行の困難

臨床検査の試薬、消耗品類の購入はコスト・シェアリング徴収に頼っていたため、臨床検査の実施が困難になっている（現在、試薬の在庫が残存していても、見合わせている施設もある）。

その他

ヘルスセンターでの患者からの徴収が、実際に Registration Fee 徴収のみで終わっているか、非公式な支払い(under-the-table payment)を要求されていないかのチェックが必要である。長期的に、ヘルススタッフのモラルの維持に影響が出ないかの検討も必要である。

DHMT 側もスーパーバイズを強化して、コスト・シェアリング廃止による収入の影響を最小限に抑えようと努力している。また、過去のコスト・シェアリングの意義、その効果（とくにサービス向上に寄与していたか）に対する再検討も本来なら必要である。

ディスペンサリー

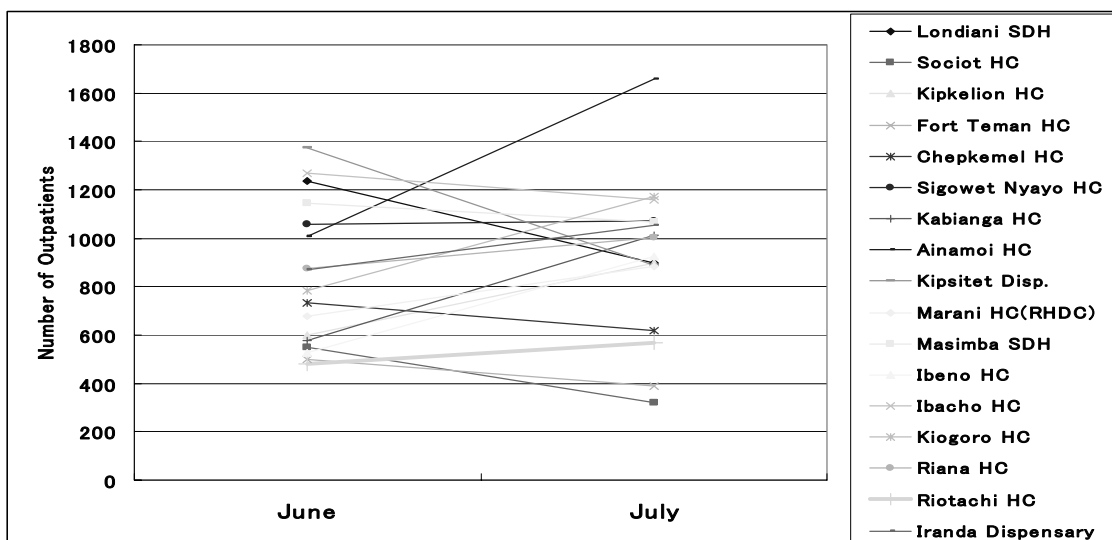
ディスペンサリーは、もともとコスト・シェアリングはなく、患者一人当たり 20Ksh. 前後を徴収する CDF が収入源であり、月間 5,000-10,000Ksh. 前後の収入があった。7 月から、CDF 徴収が禁止され、Registration Fee 10Ksh. のみの徴収となり、収入減になっている。

利用者（患者数）の変化

7 月以降のヘルスセンターにおける患者数（主に外来患者）の変化は各センターによって、減少、増加、不変と異なり、一定の傾向は見出せなかった（添付資料 2.表 4、および次ページ図 1-4 参照）。貧困層の割合など、患者階層の調査を実施していないため結論付けられないが、貧困層の多い地域で、かつ医薬品供給が安定しているヘルスセンターでは、患者数が増加した一方、医薬品が不足しているヘルスセンターでは減少傾向にあると思われた。

利用増加が、コスト・シェアリングを払えず、公的施設でさえ受診不可能だった貧困層が受診するようになったためか、民間クリニック等を受診していた住民が軽症疾患で薬を得るために受診しているのか、また、患者へのインパクトとして、薬の自費購入が増加したか、その結果、経済的困難が増大したか、購入不可能により治療不可能になったか、に関する調査が必要である。

図 1-4 コスト・シェアリング縮小前後の外来患者数の変化



コスト・シェアリングの縮小とその影響は、ヘルスセンターコミッティの現在の主要な議題になっている（添付資料 2.表 3 参照）。今まで、コスト・シェアリング、コミュニティファンドの使途や徴収計画を通じてヘルスセンターに関与してきたこのコミッティの役割の変化について、フォローしていく必要がある。

■ その他の一般的なマネジメント状況（表 1-4 参照）

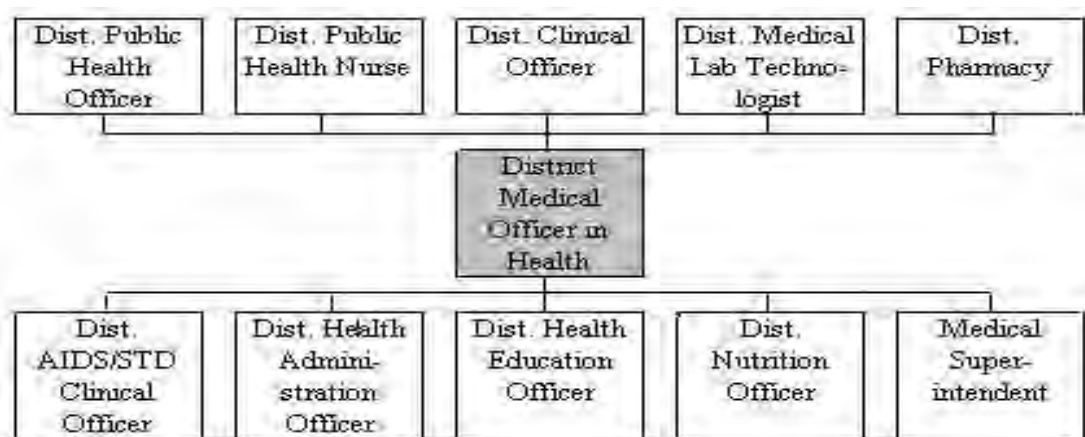
ヘルスセンターのマネジメントの一般的な現状、問題点、課題の基本的な点は、コスト・シェアリングの有無に関わらず（1998 年の開発調査による指摘からも）、大きくは変わっていない。

表 1-4 ヘルスセンター等における一般的なマネジメント状況

分野	所見
保健情報システム(HIS)	記録、報告の義務履行。しかし精度管理は不十分。煩雑性高い。フィードバック、モニタリング、評価、計画への利用はほとんどみられなかった。
リファラルシステム	県病院へリファラル=受診者の 1-10%。重症マラリア、産科合併症、重症感染症、重度外傷、X 線検査。患者自身によるトランスポート調達が必要で大きな負担。公共機関 100Ksh 前後、タクシーチャーターで 2000Ksh。
スタッフ配置、人材	対象地域の保健医療従事者は約 5,000 人(公的医療施設 53%、民間医療施設 30%、NGO 系医療施設 18%)であり、職種は 56%が病院の入院病棟要員、44%は病院、ヘルスセンター、ディスペンサリーの外来病棟要員と公衆衛生要員である。特に規模の小さい保健医療施設では人材不足が顕著であり、ヘルスセンターの責任者となるべき準医師 Clinical Officer が未配置、頻繁の不在がみられた。
研修	臨床スタッフへの疾患別、対策(Vertical program)別の単発的研修がメイン。マネジメント、基本スキルに関するトレーニング機会の不足包括的、体系的な研修プログラムが欠如していた。

インフラ、機材	給水設備の未整備、維持管理の不備がみられる。施設の老朽化がある一方、建物のサイズ、部屋数が多いものの、患者数、スタッフ不足により、全てを利用していない施設もあった。機材では、冷蔵庫や顕微鏡は比較的設置、機能しているが、滅菌器、検査機器が不足傾向であった。
ヘルスセンター コミッティ	各コミュニティからの選出がメイン。9-13人で構成。3ヶ月(時に1ヶ月)に1回会合。CDF 用途、施設修繕、スタッフ雇用が以前の議題。現在は、コスト・シェアリング、CDF 廃止の影響、その対応策であった。
県保健管理理事会 District Health Management Board(DHMB)	ビジネス関係、教会代表、民間医療機関関係者、行政機関高官などで構成。県保健局(DHMT)とともに、県の保健政策を決定する任に当たっている。3ヶ月に1回のミーティング。しかし、実情は各委員会、理事会の機能と責任が明確されていない。
県保健局マネジメントチーム (District Health Management Team: DHMT)	DMOH, DPHO, Nursing Officerなどで構成されるDHMTの権限は、地方分権化の流れにより、コスト・シェアリング(利用者負担金)の利用計画など、方針の決定権や管理方法に対して拡大しているが、十分でない。月1回の会議を行い、各保健センターへのスーパービジョンは月1回実施することになっているが、輸送の問題や効果的スーパーバイズ(モニタリング、評価)スキル不足、記録点検のみで終わることが多い。

図 1-5 DHMT (県保健局マネジメントチーム) 組織図



■ コミュニティ (住民) からの意見聴取

今回の調査では、スタッフへのインタビューが主であり、住民からの意見聴取はあまりできなかったが、限られた住民の意見聴取から、スタッフインタビューとは異なる意見が出た。ヘルスセンターのスタッフの態度 (とくに貧困層に対する neglect) が問題視された他、薬のなさもヘルスセンターをバイパスする要因であるとの指摘もあった。医療費無料化は歓迎され、薬の在庫がある時 (供給された直後) に受診すると答えた人もいたが、7月からのコスト・シェアリング縮小を知らない人もいた。

■ 対象地域における他ドナーの取り組み

①ベルギー技術協力機関 (Belgium Technical Cooperation)

ニャミラ県で、2001年から薬品回転資金 (Drug Revolving Fund) プロジェクトを実施していた。県病院と全保健センターがこのDRFによって必要な分の医薬品供給を受けており、この供給は通常の中央機関である KEMSA からではなく、英国の援助協力調達機関である

Crown Agency が調達業務請負を行っている。この DRF 導入以来、医薬品の在庫切れは経験していなかった。現在、援助はフェーズアウトし、独立の方向に進んでいる。

②Water Reed 陸軍医学センター、CDC（米国疾病管理センター）

ケリチョー県において HIV/AIDS の疫学調査、ワクチン研究を行っている。

③Merlin（英国 NGO）

キシイ、ニャミラ、グチャ県で、マラリア対策、HIV・エイズ対策の活動を行っている。

④World Vision（米国 NGO）

Merlin 同様に、キシイ県、ニャミラ県、グチャ県におけるマラリア対策を実施している。

■ 他ドナーによる地域保健サービスマネジメント強化プロジェクト

DANIDA、SIDA、世界銀行が、現在の National Health Sector Strategic Plan(NHSSP、2005 年から新規の NHSSP になる)の中で強調されている地方分権化、District レベル全体でのマネジメント強化（District Health Plan 作成と実行支援、DHMT 機能強化、HIS の強化、標準化）を主目標に、MDG 達成や SWAP への移行を念頭に置いた支援をしている。サービスディリバリーポイントとしてのヘルスセンター重視ではない。EU も同様のプロジェクトの開始、準備段階である。全体的に、彼らの方向は、カバーする District を拡大傾向、かつ、アプローチやツールなどのシェア、標準化、最終的には統合へ向かっている。

MOH HQ でのカウンターパート

同じような District Health Management 強化のプロジェクトがいくつかあるが、ドナーによって、MOH HQ のカウンターパートが異なっている。

SIDA : Health Sector Reform Secretariat(HSRS)

DANIDA : Planning Department

EU : Department of Standards and Regulatory Services

医薬品供給調達支援

SIDA、DANIDA とともに、資金援助による医薬品調達を、MEDS などを通して行なっている。

コーディネーション

District レベルの保健マネジメント支援に関して、地方分権化政策との整合性に加えて、ドナー（Development partners）側のコーディネーションがより必要であり、地域保健、District レベルの保健マネジメントを支援するドナーが方針を一致させ、かつ、保健省のオーナーシップ、責任を高める方向に向かう必要がある。HIS の標準化がコーディネーション強化の足がかりになりうる。月 1 回実施しているドナーコーディネーションミーティングへの参加が求められる。

2. 課題

■ 全般的課題

ケニア政府の現行の国家5ヵ年政策戦略 **Economic Recovery Strategy for Wealth and Employment Creation 2003-2007 GOK** のなかで、保健セクターのもっとも大きな課題として、住民の医療ケアへの経済的な面での受診容易性 **Affordability** が挙げられていた。貧困層の40%（都会貧困層の39.5%と地方貧困層の43.8%）が、医療費を賄えないために医療ケアを受けていないと報告され（一方、医療施設への距離的なアクセスの問題で医療ケアを受けていないのはわずか2.5%）、受診容易性 **Affordability** がとくに貧困層の健康改善に重要であるとされ、そのための戦略として、カバー率が低い現行の健康保険制度 **National Hospital Insurance Fund(NHIF)** から最終的には国民皆保険を目指す **National Social Health Insurance Fund(NSHIF)** への移行、貧困、脆弱層への社会保障、医療施設のリハビリテーション、医薬品供給システムの改善、**KEMSA** の改革が挙げられていた。

■ ケニアの保健政策の中での包括的、長期的な援助戦略

コスト・シェアリング縮小、健康保険制度改革、**KEMSA** 民営化などの改革が計画され、援助側も地方分権化政策に合わせ、地域保健強化プログラムを拡大させている現況に対応し、セクターワイドアプローチや財政支援も視野に入れた、ケニア国全体の保健医療に対する援助戦略を明確した上で、今回のような、地域レベルのプロジェクトを策定する必要がある。

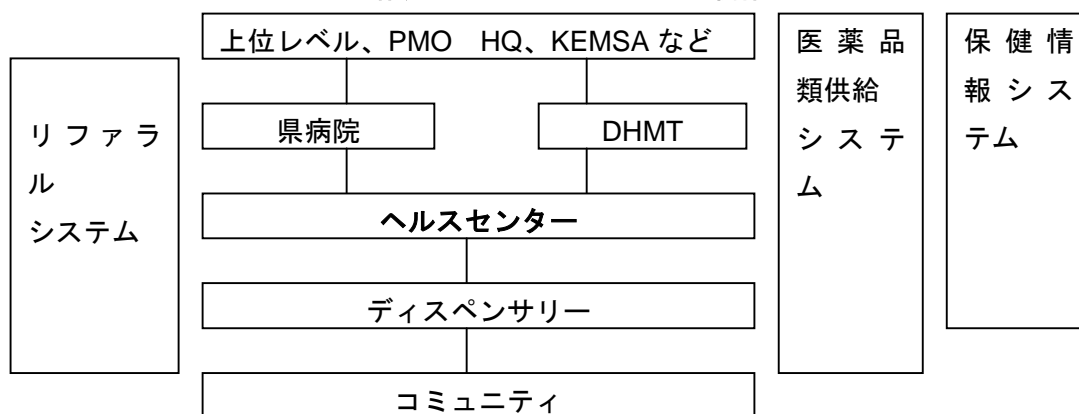
■ 変動する状況の中でのプロジェクト計画

短期的にも、7月以降のヘルスセンターにおけるファイナンス状況や医薬品供給、ストックアウトに関する十分なデータ（開始後3ヶ月が必要）、政府保健省の改善策（**KEMSA** 供給医薬品 **Revised kit** 開始）などの効果を見極めることなしに、プロジェクト計画策定は容易ではない。制度や状況の変化は今後もあり予測不能という前提に立ち、同時に、状況変動に関わらないマネジメントの基本的な部分の強化の重要性を勘案して、プロジェクト計画策定を行なう。

■ システム一縦断的アプローチ（図2-1参照）

医薬品管理やリファラルなどのシステムマネジメントが必要な分野において、ヘルスセンターレベルの支援のみでは、強化支援のインパクトは限定的である。住民、コミュニティーディスペンサリー/ヘルスセンター—県病院,DHMT—PMO—中央（MOH,KEMSA）という縦のライン、システムの中で、**bottom-up** と **top-down** 両方からのシステムアプローチが必要である。ただ、一方で、他の県で実施している **SIDA** や **DANIDA** による **District Health Management** 全体の強化(**District Health Planning** や **Package** の確立)までを支援範囲を拡張するか、もしくは、ヘルスセンターというサービスディリバリーポイントを重視するか、の比較検討も必要である。

図 2-1 保健システムとマネジメントの関係



■ ヘルスセンターレベルの包括的、横断的（マネジメント・臨床）運営強化

ヘルスセンターでは、限られた人員で様々なケアやマネジメントを行なっているため、このレベルを強化の最優先にする場合でも、医薬品管理など特定の分野のみでなく、ケアを含む、あらゆるマネジメント分野、ヘルスセンター全体のルーティンワーク見直しと運営強化が不可欠である。そして、患者へのケアサービスという具体的かつ実践的な活動に基づいたマネジメント強化を実施しないと、スタッフの learning process が欠如し、持続発展性は乏しいと思われる。

表 2-1 サービス向上に繋がるマネジメント強化のための分野とレベル

- ヘルスセンターというレベルで横断的支援するか、医薬品などに特化して縦断的に支援するか？ -

	医薬品	リファラルシステム	保健情報システム	ファイナンス	メインテナンス	人材養成	ケアサービス	SMI
HQ(KEMSA など)								
県病院								
<u>ヘルスセンター</u>								
ディスペンサリー								
コミュニティ								

■ プライオリティ設定、段階的アプローチ

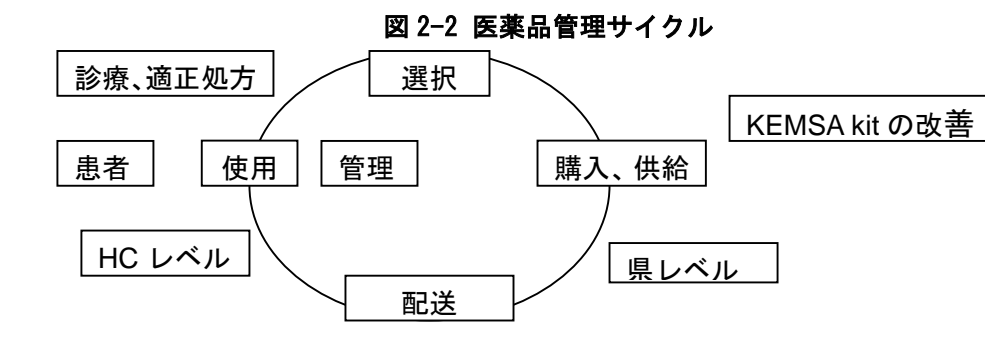
上記のように、システムの、横断的なアプローチが本来必要であるが、全てをカバーすることは、投入面や相手方の吸収能力の面から困難である。プライオリティ設定、段階的なアプローチが实际的である。マネジメント向上に関し、優先順位の高い分野について、その達成成果や活動の概略について述べる。

① 医薬品管理

ヘルスセンターでの自己調達が中止となり、KEMSA からの Revised Kit に依存し、かつ、

District 内での新たな自己調達を計画しない場合には、ヘルスセンターレベルでは、医薬品管理—記録/管理強化を通じた医薬品類の内容や量の継続的な適正化、および、適正処方（処方適応および処方量の適正化）が必要となる。

システム面では、医薬品配送システムの効率化が重要であり、ヘルスセンターの現場レベルでの管理から県全体の医薬品供給管理システム作りへ繋げていく必要がある（図 2-2）。



医薬品調達システムの改善オプション

現在、計画されている Revised Kit による供給の改善による医薬品ストックアウトの解消の度合いを見極める必要があるが、同時に、医薬品供給安定に対する、次のような他のオプションを検討しておく。

- ・ Community Pharmacy—コミュニティレベルでの Revolving Drug Fund (RDF)
- ・ District-wide RDF（ニヤミラ県の BTC 支援によるプログラムを参考に）
- ・ ドナーとしての District レベルの調達資金支援（1 県、2000 万円/年の資金投入必要）。それぞれ、資金投入規模、効率性、運営キャパシティ、コミュニティのイニシアティブ、持続性、Exit strategy、政治的な関与など、計画や実施体制を慎重に検討する必要がある。

② リファラルシステム

リファラルガイドラインの作成、徹底などソフト面の強化と、無線システムの設置、活用、維持管理、救急車（県病院に配置）活用、維持管理というハード面の強化が必要であり、さらに、コミュニティの関与も必要である。産科ケアにフォーカスをあて、合併症を持つ妊産婦を適切なタイミングで包括的産科ケアが可能な施設（県病院）へ移送させるリファラルシステムを構築するため、Safe Motherhood プロジェクト側の方針、計画を優先し、共同で検討する。

③ 保健情報システム（HIS）

記録の過剰、煩雑性の削減とともに、ヘルスセンターレベルで記録利用（サービスやマネジメント向上計画、モニタリング評価）と結び付ける。他 District との、全国レベルでの保健情報システムの統一化、データ標準化のため、ドナープロジェクトとの間でのコーディネートが必要である。データベースマネジメントなど、情報処理技術支援も必要

である。とくに、Safe Motherhood Initiative や医薬品類供給管理（処方）に関連する情報（指標）の HIS 構築、強化に重点を置く。

④ 強化アプローチ

ヘルスセンターのマネジメント強化に不可欠な DHMT の能力強化に関しタスクフォース型で DHMT が全体で、包括的なスーパーバイズの中で関与していくか、もしくは、対象分野を担当する DHMT のメンバー（たとえば、医薬品管理では District Pharmacist）が主に個別対応で実施していくかの検討が必要である。また、どの分野でも活動の主眼となる研修方法については、巡回指導-on-the-job training 方法とワークショップ型研修を順序よく効率よく組み合わせることが必要である。

⑤ 他ドナーの地域保健サービスマネジメント強化、医薬品管理プロジェクトとの連携

現在、実施中の他ドナーによる District Health Management project、医薬品類供給システム向上プロジェクトにおけるアセスメントやシステム作り、モニタリングに関するノウハウや経験を学び、開発されたツールやマニュアル、台帳を積極的に活用して、アプローチや管理手法の標準化、統一化を図る。サイト見学や技術交流、コンサルタントとの共有も行なう。具体的には、SIDA による HIS 標準化、DANIDA によるリファラルシステム、John Snow/DELIVER の医薬品管理の成果、アプローチを参考にする（表 2-2）。

表 2-2 他プロジェクトとの連携

医薬品管理	JSI/DELIVER (USAID)	世銀 DARE Project のガリッサ県など	レジスター、処方台帳*の整備 LMIS**の構築
保健情報システム	SIDA	全国7県(ケリチョー北、ナンディ県など)	HIS 標準化 DHMT の機能強化
リファラル	DANIDA	コースト州 6 県	キリフィ県のリファラルシステム

*: Dispensers book, Dispensing-to-user book, **LMIS: Logistic Management Information System

⑥ 住民、コミュニティの関わり、参加

ヘルスセンターの保健サービス強化には、コミュニティファンドの廃止に関わらず、コミュニティの関与、住民参加が重要である。健康問題、保健医療サービスの問題に関するコミュニティの perceived needs、プライオリティ、コミュニティの役割を明確にし、以下の点を検討する。

- ・ 保健活動、計画へのコミュニティの多様なステークホルダーの参加
- ・ コミュニティ参加による医薬品供給管理
- ・ コミュニティと適切なリソース、リソースパーソンとの橋渡し
- ・ 住民へのヘルスプロモーションー母親への group learning など
- ・ コミュニティの開発、経済向上に寄与する形でのコミュニティの巻き込み。

■ 考慮すべき外部要因、制約要因

政治、経済状況

政治的には、他のアフリカ諸国と比べ安定しているが、2002年の新大統領就任以降の期待感は薄れつつあり、政党間、地域レベルでは民族間対立の可能性が全く無いわけではない。経済面では、莫大な対外債務を抱えており、また、石油価格の高騰、旱魃による農作物減反などによるインフレーションが懸念されている。経済状況の悪化は、プロジェクト実施の予算面で変更を余儀なくし、保健スタッフの動機付け、医薬品の供給、コスト・シェアリングによる施設の改善など、サービス提供にも影響が出ることが考えられる。また、貧困の増大は、住民の受診行動の変化、保健医療へのアクセスに対する妨げとなり、プロジェクトへの影響も深刻である。さらに、政治や経済状況の悪化は、強盗、カージャックなど治安面にも悪影響を及ぼす。

保健省の方針、政策、施策（5ヵ年保健戦略計画）

保健省が1999年から現在までの政策として採用していた「5ヵ年保健戦略計画」は、2005年から新規となる。グローバル・ファンド（The Global Fund to fight HIV/AIDS, TB and Malaria）基金より5,200万米ドルの支援確約を得ており、内訳ではHIV/AIDSに対して3,700万米ドル、結核に500万米ドル、マラリアには1,000万米ドルを配分する計画が決定されているが、それを勘案して、現在作成中であり、10月頃に公表されると予想される。2004年7月から施行されたコスト・シェアリング縮小に続いて、新規「5ヵ年保健戦略計画」において、さらに大きな保健政策転換があれば、また、国民健康保険制度の改革があれば、本プロジェクトへの影響は大きく、プロジェクト方針の変更・調整を余儀なくされることは否めない。さらに、必須医薬品の薬剤調達、供給システムは、現在、KEMSAが主にとり扱っているが、その体制やメカニズムに変更が加えられる可能性も否定できない。

州・県保健局の方針、施策実施、キャパシティ

地方分権化に基づき、保健衛生活動の計画、立案、管理、指導監督は中央省庁から州及び県へと移行されており、各県は年間の保健医療計画がすでに設定しているが、しかし、ベースとなる国家保健医療政策フレームワークが十分に反映されておらず、新しい計画への取り込み、整合性が図られる必要がある。また、水供給と衛生、地方医療施設の維持管理プログラムとの計画的な整合性に配慮が必要である。県内市（Division）レベルの「開発委員会」（Development Committee）は、行政区分上内務省管轄となるので縦割り行政の弊害が予想される。

カウンターパート、および研修の対象者となる県保健局担当職員（District Medical Officer など）は、2～3年ごとの人事異動が少なくなく、また育成した職員などが他のプロジェクトに雇用されてしまうと痛手を被ることになる。

3. PCM ワークショップ

プロジェクト目標を達成するために必要な活動を大枠で整理・分析することを主目的として、以下表 3-1 のとおりの PCM ワークショップを 1 日半にわたって行った。プロジェクト対象の 2 州（リフトバレー州、ニャンザ州）の関係者以外に、中央保健省からも関係者が参加予定であったが、都合により不参加となった。また今回の事前調査では、時間的制約とワークショップの主目的（プロジェクト目標を達成するために必要な活動を大枠で整理・分析する）により、通常の PCM ワークショップで実施される問題分析や、各活動の達成度を測定するための指標の検討などは行っていない。

表 3-1 PCM ワークショップの概要

<第 1 日目>

日時	2004 年 8 月 9 日(月)8:00~16:30
場所	リフトバレー州ケリチョー県 Tea Hotel 会議室
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ JICA による PCM 手法の基本的考え方を理解する。 ・ プロジェクトの重要な関者を分析する。 ・ プロジェクトを通じて達成したい目的を分析する。
参加者	<ul style="list-style-type: none"> ◆ リフトバレー州 <ul style="list-style-type: none"> ・ 州保健局(州保健局長) ・ ケリチョー県保健局(県保健局長、リプロダクティブヘルス担当官、薬剤担当官、財務担当官) ・ ケリチョー県病院(病院長、リプロダクティブヘルス担当スタッフ) ・ グスス県副病院(病院長、リプロダクティブヘルス担当スタッフ) ・ ソシオット保健センター(センター長、リプロダクティブヘルス担当スタッフ) ◆ ニャンザ州 <ul style="list-style-type: none"> ・ 州保健局(州保健局長) ・ キシイ県保健局(県保健局長、リプロダクティブヘルス担当官、薬剤担当官、財務担当官) ・ キシイ県病院(病院長、リプロダクティブヘルス担当スタッフ) ・ ロンディアニ副病院(病院長、リプロダクティブヘルス担当スタッフ) ・ マラニ保健センター(センター長、リプロダクティブヘルス担当スタッフ) ◆ JICA 事前調査団(5 名) ◆ JICA ケニア事務所(2 名)
主な作業内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ ステークホルダー分析を通じ、プロジェクトに関わる主要な個人・グループをリストアップし、その役割をカードに書き出し整理する。 ・ 目的分析を通じ、プロジェクト目的を達成するために必要な活動をリストアップする。

<第 2 日目>

日時	2004 年 8 月 10 日(火)8:30~13:00
場所	リフトバレー州ケリチョー県 ティー・ホテル 会議室
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ プロジェクト概念図(プロジェクト・デザイン・マトリックス)を作成する。
参加者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一日目に同じ
主な作業内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一日目にリストアップされた、プロジェクト目的を達成するために必要な活動及びその他必要な投入を整理する。またそれら活動を実施するための前提条件について分析する。

また本 PCM ワークショップでは、本プロジェクトに必要な活動を整理・分析すると同時に、本プロジェクトと同じ地域で同じ保健医療施設を対象として実施される予定の「JICA 安全な母性プロジェクト（仮称）」と、本プロジェクトとをひとつのプロジェクトとして合

体させることの可否も検証するために、ケニア側及び日本側の「安全な母性プロジェクト（仮称）」関係者にもワークショップ参加を要請した。そして、本プロジェクトの主目的である「保健センターのマネジメント能力強化」と、「保健センターの妊産婦ケアサービス強化」という二つの視点から議論を進めるにあたり、参加者を「マネジメント能力強化チーム」および「妊産婦ケアサービス強化チーム」の二つのグループに分けて、作業を行った。

この結果、二つのグループにより、プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）ドラフト版が作成された（添付資料1 ミニッツ参照）。これら PDM から明らかなどおり、本ワークショップの主目的である「プロジェクト目標を達成するために必要な活動を大枠で整理・分析する」は達成されたが、既述の制約により、本来あるべき形の PDM にはなっていないことを了承されたい。

ワークショップの結果、本プロジェクト目標「保健センターのマネジメント能力が強化される」を達成するために、以下が必要とされることが確認された。

- (1) 保健センターにおいて医薬品の管理状況が改善される。
- (2) 保健センターの財務能力が強化される。
- (3) コミュニティ、保健センター、県病院間のリファラル体制が改善される。
- (4) 保健情報システムが改善される。(医薬品、財政、サービス、及び地域の疾病に関する情報)。
- (5) 人材マネジメントと適切な人材配備が強化される。
- (6) 保健センターのインフラストラクチャーが改善される。

また、「安全な母性グループ」では、プロジェクト目標「保健センターの妊産婦ケアサービスが改善される」を達成するために、以下が必要とされることが確認された。

- (1) スタッフの技術的及びモラルが改善される。
- (2) コミュニティ参加（Social mobilization）が改善される。
- (3) リファラルシステムが強化される。
- (4) 保健医療施設における施設や機材が改善される。
- (5) 保健センターにおけるアドミニストレーション能力が強化される。
- (6) 保健情報システムが強化される。
- (7) スーパービジョン、モニタリング、及び評価体制が改善される。

上記から明らかなどおり、ワークショップを通じて本プロジェクト目標「保健センターのマネジメント能力が強化される」を達成するために必要な活動が大枠で整理・分析されたと同時に、同じ地域で同じ保健医療施設を対象に実施される「安全な母性プロジェクト（仮称）」の大枠の活動と、以下のような点について重なるため、二つのプロジェクトを一

つに合体させることが可能であることも明らかになった。

- ・ 保健センターのアドミニストレーションの改善
- ・ リファラル体制の改善
- ・ 保健情報システムの改善
- ・ 保健センターのインフラストラクチャーの改善

今後は、プロジェクトの計画詳細や二つのプロジェクトの合体についてより具体的化させるために、ケニア側関係者とさらなる議論・検討を行い、この PDM を本来あるべき PDM へと完成させていくことが必要とされる。