

キャパシティ・ディベロップメントに関する事例分析

タンザニア モロゴロ州保健行政強化プロジェクト



キャパシティ・ディベロップメントに関する事例分析
タンザニア国モロゴロ州保健行政強化プロジェクト

2008年2月
国際協力機構



2008年2月

独立行政法人 国際協力機構
国際協力総合研修所

総研

J R

07-15

キャパシティ・ディベロップメントに関する事例分析

タンザニア国
モロゴロ州保健行政強化プロジェクト

2008年2月

独立行政法人国際協力機構
国際協力総合研修所

本報告書の内容は、国際協力機構が設置した「CD事例研究：タンザニア国モロゴロ州保健行政強化プロジェクト」研究会の見解を取りまとめたもので、必ずしも国際協力機構の統一的な公式見解ではありません。

本報告書及び他の国際協力機構の調査研究報告書は、当機構ホームページにて公開しております。

URL: <http://www.jica.go.jp/>

なお、本報告書に記載されている内容は、国際協力機構の許可無く転載できません。

国際協力事業団は2003年10月から独立行政法人国際協力機構となりました。本報告書では2003年10月以前に発行されている報告書の発行元は国際協力事業団としています。

発行：独立行政法人国際協力機構 国際協力総合研修所 調査研究グループ
〒162-8433 東京都新宿区市谷本村町10-5
FAX：03-3269-2185
E-mail: iictas@jica.go.jp

序 文

キャパシティ・ディベロップメントの“キャパシティ”とは、もともとは能力を意味する言葉ですが、独立行政法人国際協力機構（Japan International Cooperation Agency: JICA）では“キャパシティ”を開発途上国の「目標を設定し達成していく力、自国の課題（開発課題）を発見し解決する力」、つまり「課題対処能力」と捉え、キャパシティ・ディベロップメント（Capacity Development: CD）を「途上国の課題対処能力が、個人、組織、社会などの複数のレベルの総体として向上していくプロセス」と考えています。

JICAは、CDの概念が自らの事業のあり方を見直すために有用であるとの認識のもと、CDの視点から過去の協力事例の分析を継続的に実施し、その分析から抽出した教訓・経験を体系化し蓄積していくことを重視しています。

JICAはこれまで開発途上国で数多くの保健医療分野の技術協力を展開してきました。近年はプライマリー・ヘルスケアや疾病別の協力だけではなく、途上国政府の保健行政システムそのものへの支援も増加しています。今回事例として取り上げた「タンザニア国モロゴロ州保健行政強化プロジェクト」は、同国における保健セクター改革および地方分権化改革を踏まえて、地方における保健サービス実施のための人的資源とマネジメント基盤を強化した案件です。相手国関係者のオーナーシップとリーダーシップを尊重し、多様なアクターとのネットワーク構築を触媒的に支援することで、CDインパクトを発現させたことが特徴となっています。また、持続的な財政基盤を検討する中で、セクター・バスケット・ファンドを活用するといったモダリティの相互補完効果も見られています。

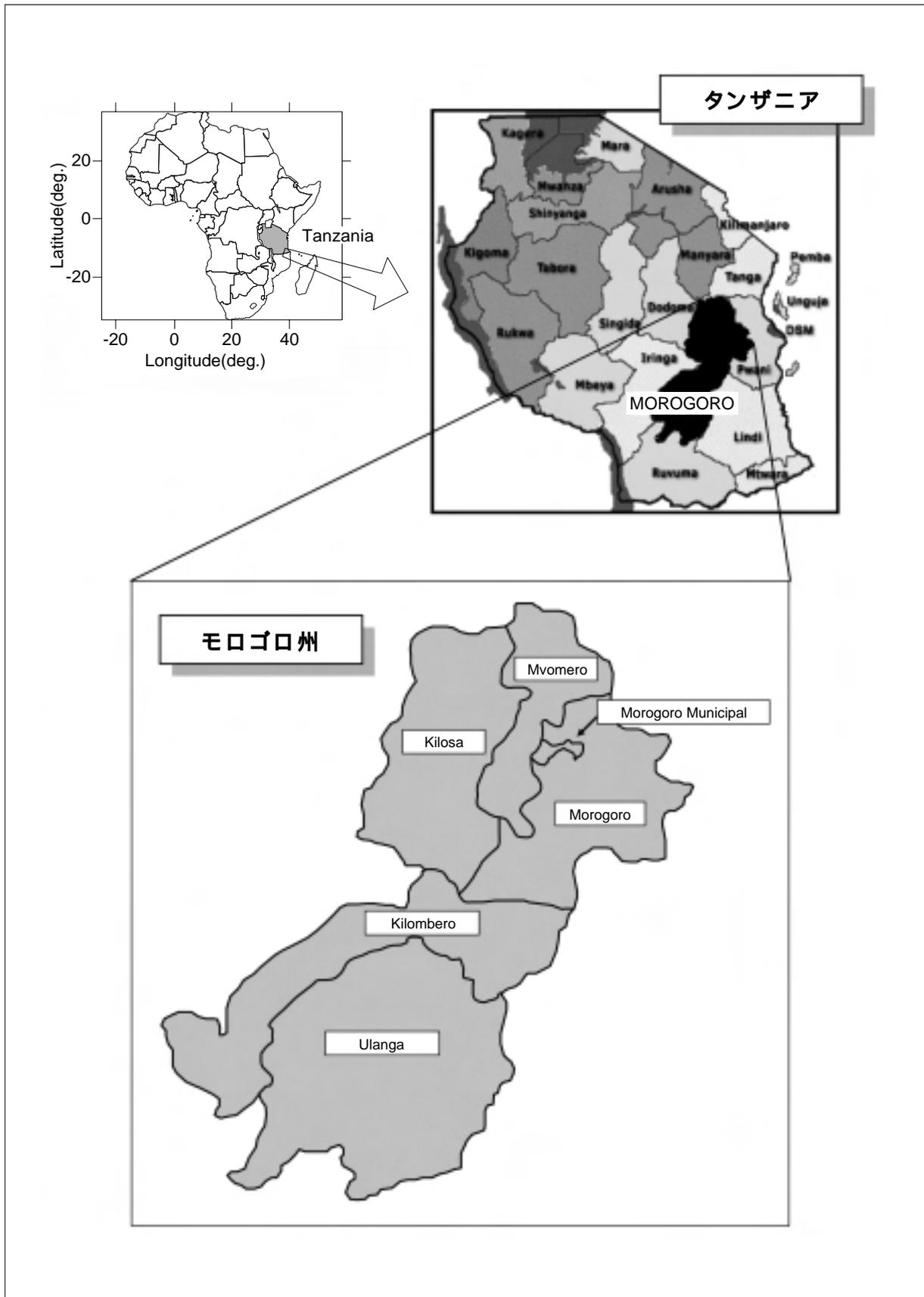
本調査研究では、こうした特徴をCD支援の観点から教訓と提言として取りまとめています。その内容は、保健セクターを含めたJICAの技術協力において、途上国の課題対処能力の向上を支援するための具体的方策を提示するものと考えています。併せて、セクターワイド・アプローチにより、関係ドナーが様々な協力モダリティをいかに協調させていくかを考える上でも、有用な示唆を提供するものとなっています。

このように、本調査研究で導き出された教訓と提言が、現場の実践と論議により、さらに深められることを心から願っております。

最後に、本調査の実施にあたり、インタビューなどご協力いただきましたプロジェクト関係者の皆様に、改めて厚くお礼申し上げます。

2007年12月
独立行政法人国際協力機構
国際協力総合研修所
所長 加藤 宏

調査位置図



目次

序文	
調査位置図	i
要約	vii
序章 CD事例研究の背景と目的	
1. 事例分析の背景と目的	xv
2. 事例分析の方法	xvi
3. 報告書の構成	xviii
第1章 タンザニアにおける社会政治環境～プロジェクトの背景として～	
1 - 1 社会経済状況	1
1 - 2 貧困削減戦略	1
1 - 3 セクターワイド・アプローチ (SWAp)	2
1 - 4 保健セクター改革 (HSR)	3
1 - 4 - 1 保健政策の変遷	3
1 - 4 - 2 保健セクター改革の3つの基盤	5
1 - 5 地方行政改革計画 (LGRP)	5
1 - 5 - 1 地方行政政策の変遷	5
1 - 5 - 2 地方行政改革 (LGRP) による保健サービスの地方分権化	7
第2章 本プロジェクトの進展と成果	
2 - 1 プロジェクト形成期：相手側の主体性に基づく案件形成 (1999年8月～2001年3月)	10
2 - 1 - 1 タンザニア側主体の案件形成	10
2 - 1 - 2 プロジェクト概要	11
2 - 2 プロジェクト前半期：試行錯誤を通じた信頼関係の構築 (2001年4月～2003年10月)	11
2 - 2 - 1 地方における縦と横のネットワークの基盤構築	12
2 - 2 - 2 CP主体のプロジェクト活動計画策定・修正	12
2 - 2 - 3 全員参加型研修の実施	13
2 - 3 プロジェクト転換期：中間評価による見直し (2003年10月～2004年3月)	13
2 - 3 - 1 中間評価	13
2 - 3 - 2 専門家の交代	14
2 - 3 - 3 中間評価と相手国関係者の意識変容	14
2 - 4 プロジェクト後半期：自立的な保健マネジメント体制の確立 (2004年4月～2006年3月)	15
2 - 4 - 1 州と県の協働体制の確立	15
2 - 4 - 2 財政面のオーナーシップ醸成	18
2 - 4 - 3 プロジェクト成果の発現	21

2 - 5	延長フェーズからプロジェクト終了まで (2006年4月～2007年3月).....	23
2 - 5 - 1	持続的運営のためのロジスティックス・調整能力の強化	23
2 - 5 - 2	MHP活動経験の体系化・教材ツールの開発	23
2 - 5 - 3	プロジェクト成果の発表・共有	23
2 - 5 - 4	他州保健セクターへのMHPの経験反映	24
2 - 5 - 5	他ドナー取り組みとの連携模索	25
第3章 CDの観点からの成果と課題		
3 - 1	キャパシティの発展過程とプロジェクトの成果	27
3 - 1 - 1	個人レベルでの成果	28
3 - 1 - 2	組織レベルでの成果	28
3 - 1 - 3	政策・制度・社会レベルでの成果	29
3 - 1 - 4	CDの観点からの課題	31
3 - 2	まとめ：MHPの特徴と教訓	32
3 - 2 - 1	キャパシティ・アセスメントによる支援のエントリーポイント	32
3 - 2 - 2	包括的観点からの持続可能な保健システム	33
3 - 2 - 3	オーナーシップ	34
3 - 2 - 4	他ドナーとの協調	39
3 - 2 - 5	成果の可視化	40
第4章 今後の技術協力に向けた教訓		
4 - 1	包括性の視点：自立発展的なシステム構築と包括的思考	41
4 - 1 - 1	3つの基盤別のキャパシティ・アセスメント	41
4 - 1 - 2	プロジェクトに関わる多様なアクターの把握・巻き込み	43
4 - 1 - 3	プログラム・アプローチによるCD支援	44
4 - 2	内発性の視点：途上国の主体性を重視した側面支援	44
4 - 2 - 1	相手側コミットメントの把握	44
4 - 2 - 2	ローカル・コスト・シェアリング	44
4 - 2 - 3	ローカルリソース活用	45
4 - 2 - 4	カタリスト的支援	45
4 - 2 - 5	主体的取り組みを位置づけるためのシステム化	45
4 - 2 - 6	目に見える成果	46
4 - 2 - 7	CD支援の期間	46
4 - 3	実施体制上の教訓	47
4 - 3 - 1	本部・在外援助機関・プロジェクトの連携、支援体制	47
4 - 3 - 2	プロジェクト効果の普及体制	47
添付資料1	現地調査日程	49
添付資料2	面談者リスト(国内).....	50
添付資料3	面談者リスト(タンザニア).....	51
添付資料4	質問項目	55
添付資料5	プロジェクト・デザイン・マトリックス(PDM)	58
略語一覧	63
参考文献	65

図表目次

図 1	持続可能な保健システム	ix
図 2	カタリスト的支援（5E）と1E（制度化）	x
図 3	MHPにおける自立発展可能な能力強化のプロセス	xi
図 4	タンザニア保健セクターにおける3つの基盤	xii
図 0 - 1	報告書の構成	xviii
図 1 - 1	援助強調の段階的实施	3
図 1 - 2	保健セクター改革（HSR）の3つの基盤	5
図 1 - 3	地方保健サービスにおける州の役割の変化（2001～2005年）	7
図 2 - 1	プロジェクト実施フロー	9
図 2 - 2	ヘキサゴン・スパイダー・ウェブ・ダイヤグラム（HSWD）	14
図 2 - 3	縦と横の連携	17
図 2 - 4	カウンターパート（CP）による費用負担額の増加	19
図 2 - 5	ワーキンググループの活動の相互効果	22
図 3 - 1	モロゴロ州乳幼児死亡率と5歳以下幼児死亡率	29
図 3 - 2	モロゴロ州妊婦死亡率	30
図 3 - 3	持続可能な保健システム	33
図 3 - 4	カタリスト的支援（5E）と1E（制度化）	35
図 3 - 5	キャパシティ・ディベロップメント・モデル	36
図 3 - 6	MHPにおける自立発展可能な能力強化のプロセス	38
図 3 - 7	JICA技術協力プロジェクトと一般財政支援との補完性	39
図 4 - 1	タンザニア保健セクターにおける3つの基盤	42
図 4 - 2	地方保健行政システムを踏まえた新しい援助アプローチ	43
表 0 - 1	本事例分析の視点と切り口	xvii
表 1 - 1	保健セクター改革と周辺政策	4
表 2 - 1	プロジェクト成果と7つのワーキング・グループ（WG）	15
表 2 - 2	カウンターパート（CP）による費用負担	18
表 3 - 1	キャパシティの捉え方とその発現	27
表 4 - 1	キャパシティ・アセスメントの視点（モデル）	42
Box 1 - 1	「予算がありません...」（前半）	8
Box 2 - 1	持続可能な研修参加のための工夫	20
Box 2 - 2	「予算がありません...」（後半）	26
Box 3 - 1	目的に応じた研修方法の使い分け	37

要 約

事例分析の背景と目的

キャパシティ・ディベロップメント（CD）は、1990年代以降、それまでの援助が途上国の自立発展的な開発と開発成果の達成に必ずしも結びついてこなかったとの反省に基づき、注目されるようになってきたものである。CDは、「途上国の課題対処能力（キャパシティ）が、個人、組織、社会などの複数のレベルの総体として向上していくプロセス」と定義される。

CDの概念は、2005年に採択された「援助効果向上のためのパリ宣言」において、その重要性が明記され、途上国の主体的な取り組みと援助機関の協調した支援の必要性が謳われている。こうした中、CDの概念をいかに現実の取り組みとして具体化していくかが、途上国・援助機関双方にとっての次の大きな課題となっている。

本研究は、JICA事業にCDの考え方を具体的に反映させていく上で参考とするための一連の事例研究の一つとして、「タンザニア国モロゴロ州保健行政強化プロジェクト（Morogoro Health Project: MHP）」（2001年4月～2007年3月）を対象に、途上国における基礎社会サービスの改善に欠かせない地方自治体のCD支援の経験について分析したものである。特に、タンザニア自身の取り組みや他ドナーの援助と協調し、セクター・バスケット・ファンドなどのほかの援助モダリティを戦略的に活用してCD支援が行われた結果、開発政策・戦略目標の達成に目に見える成果を挙げてきたMHPの事例は、国際的にもCDの具体的な事例として示唆するところが少なくないと考えられる。

本事例研究では、このような観点からMHPを取り上げ、その計画、実施・運営上の教訓を抽出するとともに、CDプロセスを可能にするための日本人専門家の役割について分析することを目的とする。

タンザニアにおける社会政治環境 ～プロジェクトの背景として～

タンザニアの開発援助において、保健セクター改革（Health Sector Reform: HSR）と地方行政改革計画（Local Government Reform Programme: LGRP）という2つの大きな改革が主体的に行われてきたことが重要である。

1994年保健福祉省（Ministry of Health and Social Welfare: MOHSW）は、保健サービスの地方自治体への権限委譲を目的としたHSRをほかのセクターに先駆けて開始した。保健セクターの地方分権化によって、より住民に近い地方自治体が迅速な保健サービスをコミュニティに提供することを目指した。また、1999年には地方保健自主財源としてセクターワイド・アプローチ（Sector-Wide Approach: SWAp）による保健セクター・バスケット・ファンド（Health Sector Basket Fund: HSBF）が検討・導入され、地方自治体が保健活動を主体的に計画、実施していくための財政的基盤が整備された。

2000年から実施されたLGRPにより、中央政府は政策を策定し、地方自治体が各種事業の計画・実施・モニタリングを含む行政サービスを提供することが明確にされてきた。保健セクターにおいても、地方における保健医療サービスは県が独自に行うことになり、MOHSWは政策策定および地方の技術的な監督・支援機能に変化してきている。

上記の2つの主要な改革を背景に、MOHSWは政策的・財政的基盤の整備にもかかわらず、地域住民の求める保健サービス提供になかなか結びつかなかったという事実を受け止め、州および県保健行政組織のマネジメント能力強化を推進することを優先する方針を打ち出し、モロゴロ州

における州 - 県連携のモデル構築が期待されたのである。

本プロジェクトの進展と成果

(1) プロジェクト形成期：相手側の主体性に基づく案件形成

このプロジェクト形成期では、MOHSW主席医務官（Chief Medical Officer: CMO）がHSRの指導者として強力なリーダーシップを発揮しており、当時のJICA長期専門家として赴任していたMOHSW政策アドバイザーとの間で案件形成にかかる情報共有が頻繁かつ継続的に行われていた。CMOはかつてDodoma州医務官（Regional Medical Officer: RMO）を務めた経歴もあり、州保健行政の抱える問題点の中でもマネジメント能力の欠如が保健サービスにもたらす影響を的確に認識していた。そのため、専門家要請にあたり、「保健サービスに手を貸すのではなく、どのようにしたら州や県が活動を継続していくことができるかを教えてほしい。『カタリスト』として活動してほしい」と言及し、プロジェクトに対して「タンザニア側の自立発展」を期待していた。

(2) プロジェクト前半期：試行錯誤を通じた信頼関係の構築

プロジェクト前半期の活動として、対象地域の医療施設の現状把握が行われ、各県巡回が頻繁に実施された。こうした各県訪問と無線機などの設置により、**県と県の横のネットワーク基盤**が構築されていった。また、州保健行政マネジメントチーム（Regional Health Management Team: RHMT）メンバーの同行により**州と県とのコミュニケーション**が、さらに無線機の導入により**県保健行政マネジメントチーム（Council Health Management Team: CHMT）と保健施設との間のコミュニケーション**も強化されていった。

MHPでは、プロジェクト開始直後から、カウンターパート（Counterpart: CP）とともに、活動内容の検討や指標の設定のための話し合いの機会が多数もたれた。**専門家がカタリストに徹して、CPとの協働意識を熟成させ、納得のいく活動計画を作ったことにより、多くの時間をコミットしたCPは、自ら目標設定し、活動に対するオーナーシップを確実に醸成してきた。**

(3) プロジェクト後半期：自立的な保健マネジメント体制の確立

プロジェクト開始から3年半経過した2004年10月より、それまでの「全活動を全CPが持ち回りで担当する形態」から、成果ごとに県横断で設定した「**ワーキンググループ（Working Group: WG）単位での活動**」を中心とする戦略にシフトすることになった。WG活動の開始によって、**県同士の横のネットワーク**はもちろん、RHMTメンバーもWGの構成メンバーであるため、**業務別の縦のライン**も発展する結果となった。また、モロゴロ州内外にある大学や研究機関などの潜在的な人材や組織などの「**ローカルリソースの活用と連携**」にも配慮してきた。

WG活動が軌道に乗り、目に見える成果としてほかの行政官や一般の人々にも認識されることにより、**県・州知事のコミットメントも増大し、プロジェクト活動にかかる各種費用も県保健予算によって拠出されることが検討されるようになった。**こうして**県保健予算計画にプロジェクト活動費を計上し、HSBFによる地方保健自主財源の中で予算執行される**ことが可能となった。

(4) 延長フェーズからプロジェクト終了まで

プロジェクト終了後のタンザニア側による自立発展的な活動運営体制を確保するため、自分たちだけでWGなどの**活動を継続していくためのロジスティックス・調整機能を強化した。**

プロジェクト活動をモロゴロ州に定着させ、他地域に普及発展していくためのモデル化、体系化（システム化）が関係者により検討された。また、活動の経験・成果・教訓を取りまとめた教材ツールの開発や刊行物の発行なども積極的に行われた。

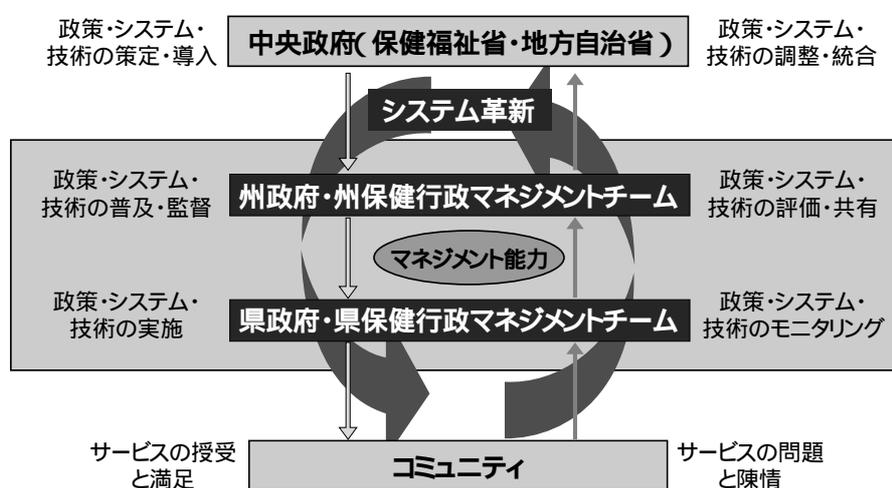
同時に、CP自らが体系化・教材化した活動経験を対外的に発表する機会や他州への適用可能性を検討する相互訪問プログラムを実施することによってCPの自信の育成と普及展開のための礎を作ってきた。

CDの観点からのMHPの特徴と教訓

(1) 包括的観点からの持続可能な保健システム

MHPにおける中央政府、州政府、県政府、コミュニティのそれぞれの関わり方を包括的に示した保健システムのイメージが図1である。

図1 持続可能な保健システム



出所：杉下（2006c）p.14

図1に見るように、ボトムアップのニーズ吸い上げと上からのサービス提供というシステムの両方がかみあって一連のシステムとして機能していくことが、地方保健行政サービスが適切に住民へ届けられるための発展を担保するために必要とされている。

そこでMHPでは、ボトムアップとトップダウンの中間に位置し、ボトルネックとなっている州と県をターゲットにして、組織強化を目指した保健行政マネジメント育成を行った。その結果、CHMTがコミュニティの保健ニーズを的確に把握し、地方保健計画予算書として策定することが可能となってきたのと同時に、そうした活動を上からの保健SWApに位置づけてセクター・バスケット・ファンドを獲得することによって、持続可能な保健システムを構築するに至ったのである。

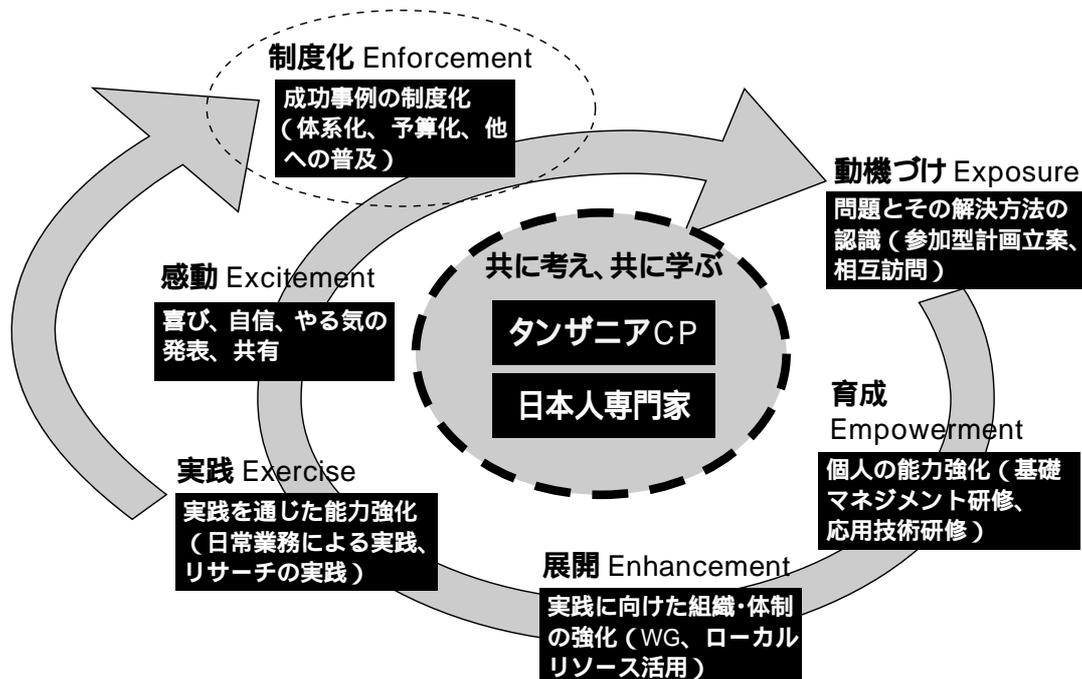
(2) オーナーシップ

MHPにおいて、タンザニア側のオーナーシップが醸成されたのは、大きく2つの要因が考えられる。一つは、タンザニア側主体のプロジェクト形成・計画と日本人専門家のカタリスト的支援という日本とタンザニア双方の**姿勢的要因**、もう一つは、州内の保健問題にRHMT/CHMTがチームとして取り組む体制を作り上げるまでのプロジェクトの活動構成とローカルリソースの活用という**戦略的要因**が考えられる。

姿勢的要因としてポイントとなっている「**カタリスト的支援**」は、RHMT/CHMTが中央政府の指示を待つのではなく、地方レベルで主体的、能動的に保健活動を実施できるように、**日本人専門家とCPが共に考え、共に学び合う姿勢**を重視する点が特徴である。こうしたカタリストとしての姿勢は、日本人専門家という外国人としての存在意義の説明にもなる。期間限定の「カタリスト」だからこそ、時には様々なステークホルダーの橋渡し役になり、時には違った視点からアイデアを提供することができる。双方が共に考え、学び合う本気の「つきあい」から、リーダーシップの能力を持ったCPが成長し、CHMTならびに保健課題別に編成されたWGにおけるチームワークが構築されるということが、カタリスト的支援の神髄であるといえる。

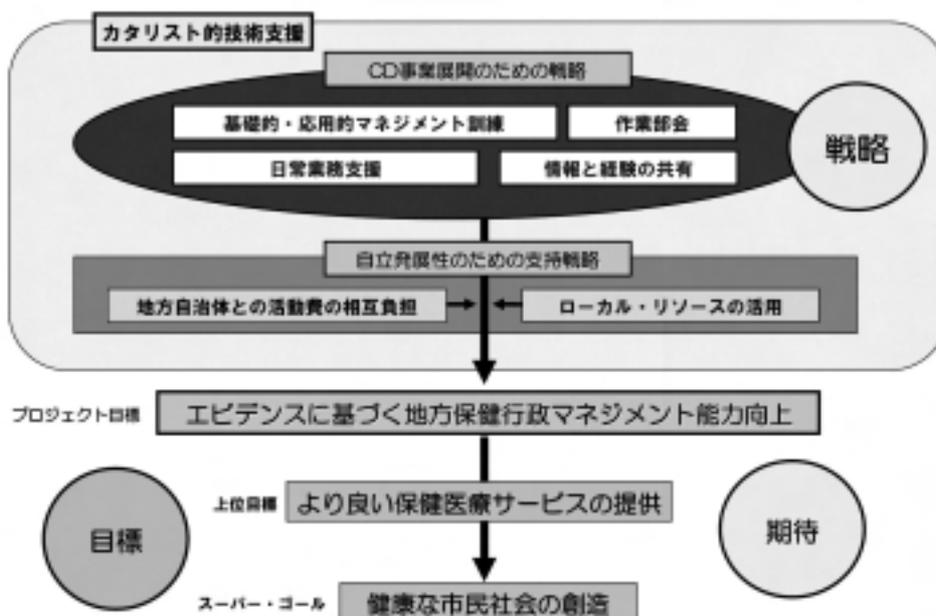
カタリスト的支援をより体系的に示したものが図2であり、5E (Exposure、Empowerment、Enhancement、Exercise、Excitement) によって表される。

図2 カタリスト的支援 (5E) と1E (制度化)



出所：MHP (2007) p.25より筆者作成。

図3 MHPにおける自立発展可能な能力強化のプロセス



出所：杉下専門家資料。

戦略的要因として、CDを実現させる活動構成、そしてそれら活動を持続的にさせるローカルのコストやリソースによる支持基盤を組み合わせ、自立発展的な地方保健サービスの向上のプロセスをまとめたものが図3である。

「WG単位」を基本に「マネジメント研修」が実施され、各メンバーが自ら獲得した能力を「日常業務」の中に反映させ、その成果を発表する機会を通じてすべてのステークホルダーと「情報共有」されることにより、組織能力の強化を促進してきた。

自立発展性のための支持戦略として、プロジェクトでは、県政府に対してプロジェクト活動費用の「コスト・シェアリング」を促進し、自主財源としてSWApの下に各県に配分されるHSBFを積極的に活用してきた。さらに、大学、研究機関、非政府組織（Non Governmental Organization: NGO）などの「ローカルリソース」と活動連携を促進してきた点は、経費的にも技術的にも持続可能性が高いと考えられる。ローカルリソースへのアクセスと同時に、CPがローカルリソースを活用するだけの能力を身につけることが重要である。

（3）成果の可視化

プロジェクト成果を包括的な形で位置づけ、関係者の理解と支援を得て制度化を図るには、できるだけ成果を可視化して内外に示すことが重要である。MHPでは、各保健行政マネジメントチームのマネジメント能力をヘキサゴン・スパイダー・ウェブ・ダイアグラム（能力強化自己分析表）（Hexagon-Spider-Web-Diagram: HSWD）を使い、6つの定量的な指標で分かりやすく視覚化した。

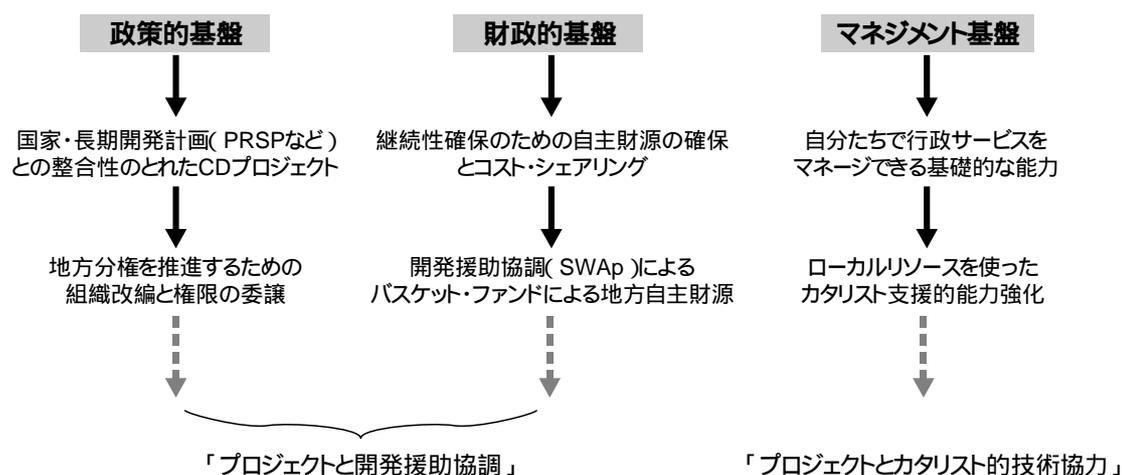
また、WGでの活動の成果を「出版物」など目に見える成果として制作し、CPがそれを内外に発表する場を意識的に創出したことは、「カタリストとしてCPの背中を押す」という内発性を促進するだけでなく、包括性の観点からも「幅広いアクターによる認知」が自立発展の重要な要素となっている。

今後の技術協力に向けた教訓

(1) 包括性の視点：自立発展的なシステム構築と包括的思考

自立発展的なシステム構築には政策面、財政面、マネジメント面の3つの柱が必要である。図4は、セクター改革を支える3つの基盤から、それぞれどういった方策が求められているかを示したものである。

図4 タンザニア保健セクターにおける3つの基盤



出所：杉下(2006a) p.117

図4から分かることとして、政策的基盤と財政的基盤の強化のためには、相手国政府の政策強化とそれを支える財政支援が求められ、必然的に政府とドナーおよびドナー間での協調が求められる。他方でマネジメント的基盤については、政策的・財政的基盤の上で、相手国の組織や個人が自立的に事業を実施していくための能力の強化が必要とされており、この部分にMHPのカタリスト的支援が貢献したといえる。

CD支援をしていく際には、**包括的視点を持って3つの基盤から現地のキャパシティを見極めた上で、開発ビジョンを検討していく必要がある**。その結果を受けてボトルネックを見極め、支援のエントリーポイントを的確に絞り込む。同時に直接の支援ターゲットだけでなく、当該取り組みに3つの基盤から関わっている**アクターを広く捉えて実施の段階でも巻き込んでおく**ことが不可欠である。

その際、プロジェクト単体では限界があるため、中央・地方、計画官庁・実施官庁といった相手国の複層的なレベルに対して、政策アドバイザーや開発調査など多様なスキームを投入することで、プロジェクト効果をさらに大きくすることが可能になるだろう。こういった観点から「JICAプログラム」を戦略的に形成していくことが求められる。

(2) 内発性の視点：途上国の主体性を重視した側面支援

相手国のCDを支援するためには、支援プロセスの中で相手側のオーナーシップをうまく醸成していくためのしかけを考えていく必要がある。プロジェクト形成段階から、相手側がプロジェクトに対して具体的にどこまでの政策的、財政的、人間的なコミットメントをするかを明確にすることが重要であり、それが十分引き出せないのであれば、その協力を中止するくらいの覚悟が必要である。

相手国とのコストシェアは、一朝一夕ではなく、プロジェクト形成・実施段階から中長期的な時間をかけて検討されるものである。その際、プロジェクトが相手国の政策的基盤の上に位置づけられたものであることはもちろんのこと、途上国側になけなしの財政的コストを負担させるのに足だけの活動意義とその成果をアピールすることも必要である。

(3) 主体的取り組みを位置づけるためのシステム化とCD支援期間

プロジェクトでの取り組みをJICAの協力後も相手国の主体的取り組みとして定着させていくためには、プロジェクト実施期間中から、その成果を政策的・制度的観点からシステム化し、自己組織強化のサイクルを生み出すことが必要である。

相手国のプログラム志向で考えると、ドナーも中長期的視点に立って支援を考えていくべきであろう。しかし、それがCD支援プロジェクトを長期間実施することとは必ずしも同じではない。CDが相手国の主体的な課題解決能力の向上を示すのであれば、ドナーによるCD支援はあくまで終わりのあることを前提に、いかに支援なしで相手国の主体的な取り組みに移行していくかを考えることが必要である。

(4) 実施体制上の教訓

CD支援の上で日本側の協力体制に求められるのは、まさに「カタリスト的支援」体制である。プロジェクトの現場の専門家としての姿勢はもちろんのこと、在外事務所およびJICA本部もこの姿勢を一貫して守ることが相手側のオーナーシップを醸成するために必要なことである。「成果主義」という視点に立つからこそ、短期的な視点でてこ入れを図るのではなく、こうした中・長期的な視点に立って柔軟にマネジメントを考えていく体制が必要なのである。

同時に、プロジェクト単体ではなく、在外事務所全体として、政策アドバイザーなどを通じて当該分野における相手国政府や他ドナーとの情報共有および援助協調を積極的に進めていく体制が必要である。

序章 CD事例研究の背景と目的

1. 事例分析の背景と目的

近年、援助効果や開発効果の向上に向けた国際的な取り組みの中で、キャパシティ・ディベロップメント（CD）が重要視されている。CDは、1990年代以降、それまでの援助が途上国の自立発展的な開発と開発成果の達成に必ずしも結びついてこなかったとの反省に基づき、注目されるようになってきたものである。CDは、「途上国の課題対処能力（キャパシティ）が、個人、組織、社会などの複数のレベルの総体として向上していくプロセス」と定義される。

「課題対処能力」とは、「目標を設定し、達成していく力」、「開発問題を同定し、解決していく力」であり、CDの第一の特徴は、途上国自身が主体となって自ら開発問題を解決していくこと、すなわち途上国のオーナーシップ/リーダーシップを重視する考え方にある。第二に、CDはキャパシティを「課題対処能力」とすることで、キャパシティが外から移転できるものではなく、途上国自身の内発的な努力によって継続的に伸ばしていくものであることを強調している。この背景には、従来の援助の多くが、途上国の既存のキャパシティを軽視し、先進国の技術、知識、システムを外から型どおりに移転しようとしてきたことに対する反省がある。CDでは、途上国の既存のキャパシティを活かしつつ、途上国の内発的な努力を「触媒」として後押しする援助が求められている。CDの考え方の第三の特徴は、キャパシティを多様な要素の集合体として認識するとともに、これらの各要素の相互作用を通じてダイナミックに変化するものとしてキャパシティを捉えていることにある。すなわち、個人や組織の能力向上にあわせ、個人や組織の能力発揮を可能とする環境としての政策・制度や社会システムの整備を含む取り組みが重視されている。

以上のようなCDの概念は、国連開発計画（United Nations Development Programme: UNDP）による一連の研究や経済協力開発機構開発援助委員会（Organization for Economic Cooperation and Development/Development Assistance Committee: OECD/DAC）などでの議論を通じて体系化されてきており、今や国際的に受け入れられている。そして、援助効果や開発効果向上に向けて、途上国・援助国の双方によりCDの重要性が認識されつつある。特に100を超える国によって2005年に採択された「援助効果向上のためのパリ宣言」では、開発目標の達成に不可欠としてCDの重要性が明記され、途上国の主体的な取り組みと同取り組みに対する援助機関の協調した支援の必要性が謳われている。こうした中、CDの概念をいかに現実の取り組みとして具体化していくかが、途上国・援助機関双方にとっての次の大きな課題となっている。

JICAは、CDに関する国際的な議論に積極的に参画するとともに、CDを技術協力の目的として、CD概念のJICA事業への反映に取り組んできた。その一環として、CDの概念とJICA事業との関係を『キャパシティ・ディベロップメント（CD） 途上国の主体性に基づく総合的課題対処能力の向上を目指して』（2006）に取りまとめるとともに、JICA事業にCDの考え方を具体的に反映させていく上で参考とするための一連の事例研究が行われている。本研究は、そのような事例研究の一つとして、タンザニア国モロゴロ州保健行政強化プロジェクト（MHP）（2001年4

月～2007年3月)を対象に、途上国における基礎社会サービスの改善に欠かせない地方自治体の行政CD支援の経験について分析したものである。

タンザニアでは、1990年代半ばより保健セクター改革(HSR)が国家政策として推進され、保健サービスの地方分権化が進展してきている。また財政面においてもセクターワイド・アプローチ(SWAp)による援助協調の導入によって、地方保健自主財源の確保を目的とした保健セクター・バスケット・ファンド(HSBF)が考案・実施され、HSRによる地方分権を可能とするための政策的基盤と財政的基盤が急速に整備されてきた。しかし一方で、地方自治体が中央から委譲された責任を遂行し、保健サービス活動を実施するための人的資源とマネジメント基盤が脆弱であることが分権化におけるボトルネックとなっていることが徐々に認識されてきた。MHPはモロゴロ州をモデルとして、保健サービス活動を実施する県政府および県政府への指導監督の役割を担う州政府を主たる対象に、コミュニティの保健医療ニーズに合った行政サービスの計画、実施、管理のための総合的なキャパシティの強化を目的に行われてきた。

地方自治体の総合的な行政CD支援はJICAにおいては経験の少ない領域であったため、試行錯誤であった。また、MHP開始時点では既述のようなCD概念はまだ国際的に確立されていなかったため、同概念を最初から意識して協力が行われたわけではない。しかし結果としてMHPは、

途上国のオーナーシップとリーダーシップの尊重、内発性の触媒的な支援、包括的なCDへの取り組み、さらに多様なアクターとのネットワーキングや協力を通じた持続的なシステムづくり、などの点で優れたCD取り組みとなっている。

特にタンザニアのセクター開発政策・戦略に基づき、タンザニア自身の取り組みや他ドナーの援助と協調する形で、セクター・バスケット・ファンドなどほかの援助モダリティとの相乗効果も戦略的に活用しつつCD支援が行われ、開発政策・戦略目標の達成に目に見える成果を挙げてきたMHPの事例は、CDに向けてアラインメント、援助協調、モダリティの相互補完などが国際的に重視される中、その具体的な事例として示唆するところも少なくないと考えられる。

本事例研究では、以上のような観点からMHPを取り上げ、その計画、実施・運営上の教訓を抽出し分析することを目的としている。また途上国の内発的な取り組みの支援という、CDプロセスを可能にするための日本人専門家の役割についても分析を加える。

2. 事例分析の方法

本事例分析報告書は、コンサルタントによる現地調査結果を参考にしながら、JICA国際協力総合研修所調査研究グループ、人間開発部第三グループ保健行政チーム、JICAタンザニア事務所、コンサルタントが共同で分析・執筆した。

本事例分析の実施に携わったメンバーは、次のとおりである。

<タスクフォースメンバー>

杉下 智彦	国際協力専門員	人間開発部課題アドバイザー
瀧澤 郁雄	人間開発部第三グループ保健行政チーム	主査
三輪 徳子	国際協力総合研修所調査研究グループ	調査役(事務局兼任)
木全 洋一郎	国際協力総合研修所調査研究グループ事業戦略チーム	職員 (事務局兼任)

<事務局>

武 徹	国際協力総合研修所調査研究グループ援助手法チーム	チーム長
伊藤 幸代	国際協力総合研修所調査研究グループ援助手法チーム	職員
	(2007年4月まで)	
鈴木 さつき	国際協力総合研修所調査研究グループ援助手法チーム	
	((財)日本国際協力センター研究員)(2007年3月まで)	
三木 里佳子	国際協力総合研修所調査研究グループ援助手法チーム	
	((財)日本国際協力センター研究員)(2007年3月から)	

<コンサルタント>

今井 梨紗子	国際航業株式会社
--------	----------

本事例分析の枠組みは、表0-1にあるとおり、「基本的な分析の視点」、「分析の切り口」から構成され、案件形成から実施、評価に至るまでのプロセスを時系列的にレビューし、教訓となる要因を抽出することから行った。

表0-1 本事例分析の視点と切り口

基本的な分析の視点	
二国間技術支援を、開発援助協調の枠組みの中でSWApと整合性を持ち、カウンターパート(CP)の主体性や自立発展性を尊重しながら、保健分野におけるCD事業としていかに調和させ、効率的・戦略的に実施し、成果を挙げたのか。	
分析の切り口	
1. プロジェクトデザイン	保健セクター改革を目的として、SWApに調和する形で、プロジェクトを位置づけ、形成したか。 地方分権化による中央-地方関係の変化の中で、プロジェクトにおけるタンザニア側のステークホルダーの責任・役割の調整をどのように図ったか。 プロジェクト実施段階において、相手国の政策環境の変化および地域の特性に対応させたプロジェクトデザインおよび実施体制をどのように構築したか。
2. 事業におけるCD(内発性・包括性)向上のプロセス	本プロジェクトにおいて、相手国関係者(中央・地方)の態度、オーナーシップはどのようなプロセスを経て醸成されたか。 カタリスト的支援として整理される本プロジェクトの実施プロセスは、CD(内発性)の観点から、どのように評価され、有効なアプローチとして共有される可能性があるか。 上記の変化を捉えるために、どのような工夫を行ったか(指標の設定など)。 日本側のプロジェクト活動の設計にはどのような工夫があったか。
3. システム化への挑戦(実績のレビュー、および今後の見直しを含む)	地方保健セクターにおけるCD事業を通じて、地方の中で持続的なサービス・デリバリーのためのビジネスモデルがどのように構築されていたか。 モロゴロの経験を他地域で適用することはどのようにしたら可能か。 モロゴロの経験をいかに中央でシステム化していくか。 本事例の成果をSWApや地方分権化政策に合わせてフィードバックし、どのように自立的持続的な体制を構築するか。 今後、本事例の取り組みをほかの開発パートナーへどのようにアピールし、どのようにほかの開発パートナーの取り組みと調和化していくことができるか。
4. プロジェクト活動全体における主要アクターの役割	プロジェクトのマネジメントにおいて、JICA主管部署、JICAタンザニア事務所、現地大使館、現地で活動するほかの保健専門家、国内支援委員会などどのように関わったか。CD事業の実施、モニタリング、評価などを行う上で工夫した点や課題はあるか。 効率的なCD事業の運営と継続性を確保する上で、ローカルリソースはどのように活用されたか。 タンザニア側のオーナーシップ醸成のために、プロジェクト初期から中間、終了時、延長フェーズの4段階での日本人専門家によるカタリスト的支援はどのように変遷していったのか。 タンザニア政府(地方自治政府など)とのコスト・シェアリングによる財政的な自立発展性を確保する上で、日本人専門家、JICAタンザニア事務所はどのような関わり方をしたか。 協力モダリティとしての技術協力のCD効果は何か。

出所:「タンザニア国モロゴロ州保健行政強化プロジェクトにおけるCD事例分析」公示書類

本調査においては、関連報告書、資料、出版物などの文献レビュー、ならびにタンザニア側、日本側双方の関係者とのインタビューなどによって情報が収集され、分析が行われた。現地調査日程（2007年2月3日～3月2日）については添付資料1を、インタビューリストについては添付資料2（国内）、添付資料3（現地調査）をそれぞれ参照のこと。

3. 報告書の構成

本報告書は、全4章で構成される。

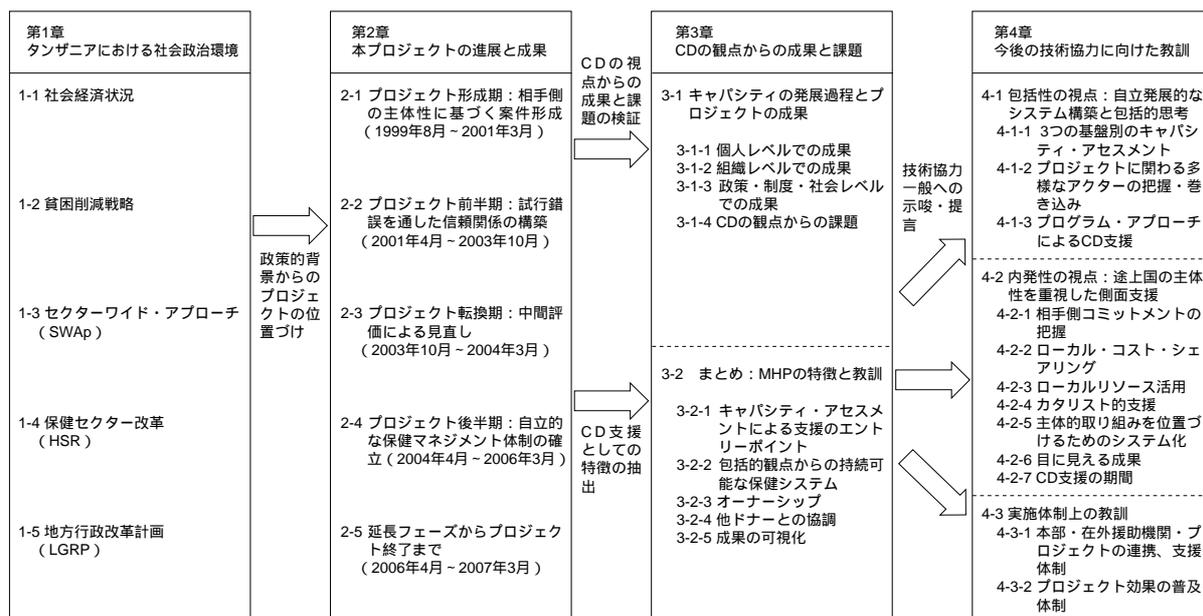
第1章では、本事例プロジェクトの形成の背景として、タンザニアのHSRや地方行政改革計画（LGRP）を概観し、地方保健サービス提供の仕組みがどのように変化し、タンザニア政府としてどのような対応が行われてきたのかを説明する。

第2章では、第1章で述べた政策的背景をもとに、プロジェクトがいかに要請され、形成され、実施されてきたのかのプロセスを追い、タンザニア側と日本人専門家との間でのどのような試行錯誤が行われてきたのかを明らかにする。

第3章では、第2章でたどった実施プロセスをCDの視点から捉え直し、個人、組織、制度・社会レベルにおける成果と課題、そして本事例プロジェクトの特徴や実践された工夫などを体系化する。

最後に第4章では、これらの実施プロセスにおける教訓をもとに、今後の技術協力実施・運営上の示唆・提言を「包括性」と「内発性」の観点からまとめる。

図0-1 報告書の構成



出所：筆者作成。

第1章 タンザニアにおける社会政治環境 ～プロジェクトの背景として～

本事例研究で取り上げるモロゴロ州保健行政強化プロジェクト（MHP）の概要の説明に入る前に、本章では、当該プロジェクトが要請、形成された時代背景として、タンザニアがどのような社会経済状況にあり、どのように保健セクター改革（HSR）、地方分権などの国家開発戦略が打ち出されてきたのかを概観する。

1 - 1 社会経済状況

1992年5月、タンザニアでは、革命党の一党支配から複数政党制へ移行し、1995年10月にはこの複数政党制下において、初めての大統領・国会議員選挙が実施された。タンザニアはアフリカ諸国の中でも政治的に最も安定している国といわれており、複数政党制導入後も、与党革命党の主導の下、政治・社会状況は安定的に推移してきた。2000年にはムパカ大統領が再選し、2005年にはキクウェテ前外務・国際協力大臣がそれぞれ革命党代表として新大統領に就任した。

外交的には、タンザニアは2001年よりケニア、ウガンダと東アフリカ共同体（East African Community: EAC）を構成し、地域協力の強化に努め、2005年1月からEAC関税同盟が発効した。また、南部アフリカ開発共同体（Southern African Development Community: SADC）において2003年8月から1年間議長国を務め、主要メンバーとして東部・南部アフリカのバランスとしての重要な役割を果たしてきている。また大湖地域全体の安定化のため、ブルンジ、コンゴ民主共和国における和平実現に向けての外交的リーダーシップを発揮している。

またタンザニア経済状況は1995年以降、後述するような開発戦略実施によって順調に成長し、2000年から2004年間の5年間の実質経済成長率は5.8%と高い水準を示している。この成長は主に金を中心とした鉱業開発によるところが大きく（同期間、同分野での年平均成長率は15.2%）、同国の労働人口の8割を占める農業部門の同期間の年平均成長率は4.8%にとどまっている。そのため、全人口の約8割、貧困層の約8～9割を占める農村部での安定的な発展が当面の課題であり、成長の恩恵を都市部だけに偏在させることなく、貧困削減が目に見える形で達成されていくことが重要である。

1 - 2 貧困削減戦略

1997年にタンザニア政府は国家開発戦略として「貧困撲滅戦略（National Poverty Eradication Strategy: NPES）」を策定し、1999年にはタンザニアにおける長期開発の方向を定めた「ビジョン2025」（生活の質の向上、グッドガバナンスと法の支配の確保、競争力のある経済）を発表した。これを基本方針として、2000年には他国に先駆けて「貧困削減戦略書（Poverty Reduction and Strategy Paper: PRSP）」を策定し、翌年の2001年には「貧困削減財政支援（Poverty Reduction Budget Support: PRBS）」を開始した¹。続けて、2002年には「タンザニア支援戦略（Tanzania

¹ わが国は債務救済無償資金よりPRBSに対し、2002年3月および2003年3月にそれぞれ5億円拠出している。2004年にはノン・プロジェクト無償の本体資金の投入が決定した。

Assistance Strategy: TAS)」を、2005年には第二次貧困削減戦略となる「成長と貧困削減のための国家戦略 (National Strategy for Growth and Reduction of Poverty: NSGRP、スワヒリ語で MKUKUTA²)」を策定した。政策的基盤の整備と並行し、国家開発計画であるPRSP/NSGRPを実施するために、公共支出レビュー (Public Expenditure Review) や中期支出枠組み (Mid-Term Expenditure Framework: MTEF) などの財政的基盤整備や法整備も相次いで行われた。

第一次PRSP (2000) においては保健医療・教育等優先セクターを特定した貧困層への直接的裨益を目指してきたが、2005年4月の第二次貧困削減戦略では貧困削減の方針を堅持したまま、「成長と所得貧困の削減」、「生活の質の改善と社会福祉」、「グッドガバナンスとアカウンタビリティ」の戦略に焦点を絞り、保健セクターは教育、水、環境とともに、社会福祉サービスクラスターに統合され、セクター横断的な活動と資金の連携を可能にするための政策的基盤の拡充が課題となっている。

1 - 3 セクターワイド・アプローチ (SWAp)

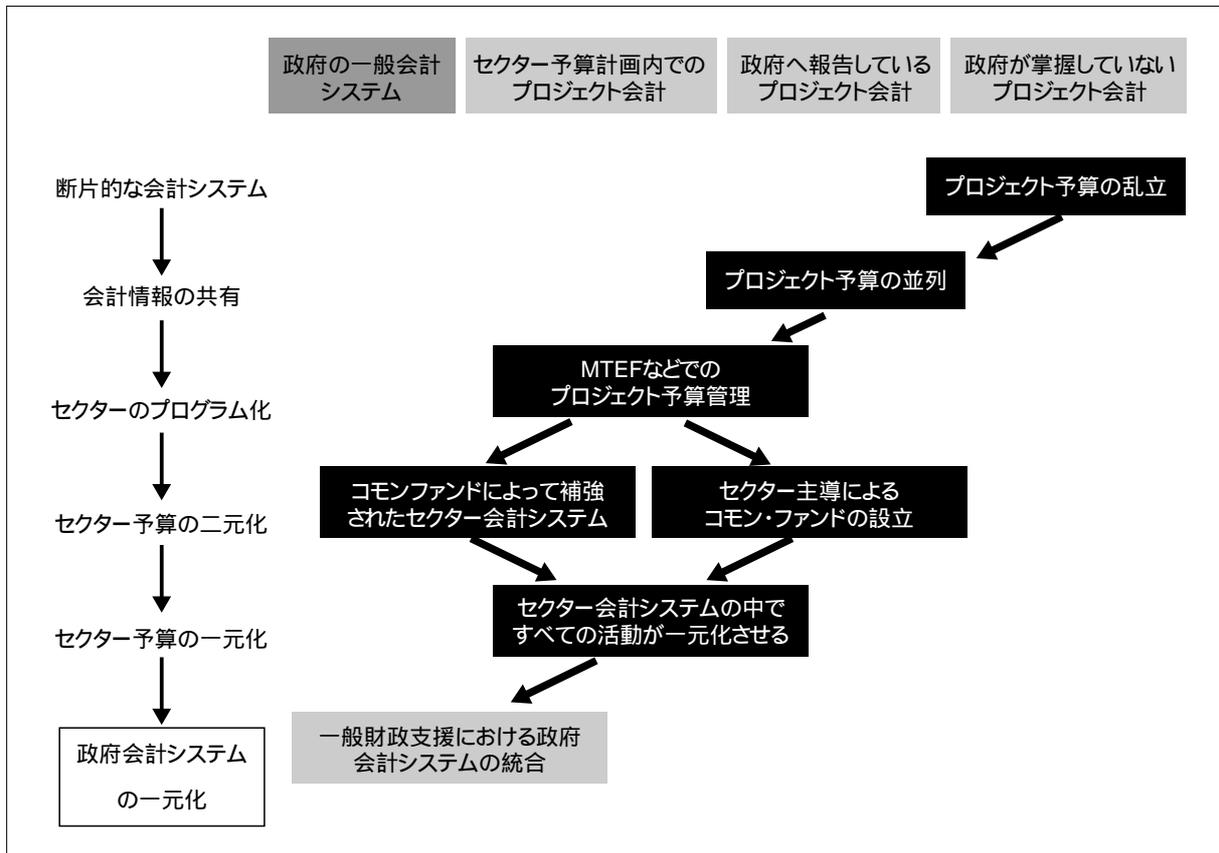
1995年ヘライナーの報告書において、個別プロジェクトの乱立が被援助国側にとって大きな負担となっていることが批判され、被援助国の政策に合致した形で援助が行われるべきであるとの指摘がなされた。特に、個別の援助機関によるプロジェクト実施の非効率性や、異なる援助様式への対応により被援助国中央政府職員が本来業務を遂行する機会を損なっていることなど、ドナー主導の開発援助が、被援助国のオーナーシップ醸成の障害となっていることが明確に指摘された。その結果、タンザニアの主体性を育成するための援助協調が検討され、1998年には、ほかのセクターに先駆けて保健SWApが導入された。その結果、1999年には、地方保健自主財源として保健セクター・バスケット・ファンド (HSBF) の運用が開始された。

図1-1は、プロジェクト会計と政府一般会計システムの中でどのような段階を経て援助協調が実施されてきたかを示している。SWApでは「被援助国のオーナーシップとサステナビリティを形成する」ことが重視されており、予算立案、執行、評価・モニタリングが被援助国の一元管理の下、行われることが目標とされている。杉下 (2006a) は、タンザニアでの保健SWApの導入の効果として、以下のような点を挙げている。

- ・ 国家の優先課題に沿った開発戦略を、政府と開発パートナーが一体となって実施できる基盤が整備された。
- ・ 国家目標達成のためのモニタリング・システムを共有することにより、戦略性が明確になった。
- ・ 地方における保健財源を安定的に確保することによって、長期的な展望に立った地域保健活動の、継続性と自立発展性の基盤となる。
- ・ 政府機能と地方自治体との連携強化によって、セクターを超えた総合的な地域開発を行うことができる。
- ・ 国家の一元的な財源管理によって、援助の効率性・透明性を向上し、リソースの有効活用が期待できる。
- ・ 地方主体の保健活動をプロモートすることによって、現場のインセンティブやモチベーションを高め、より活発な保健活動の実施が可能となる。

² MKUKUTAはMkakati wa Kukuza Uchumi na Kupunguza Umaskini Tanzaniaの略称。

図1-1 援助協調の段階的实施



出所：杉下（2006b）

1-4 保健セクター改革（HSR）

タンザニアの開発援助において、HSRと地方行政改革計画（LGRP）という2つの大きな改革が主体的に行われてきたことが重要である（LGRPについては1-5を参照）。本節では、保健政策の変遷とHSRの重要な基盤を説明する。

1-4-1 保健政策の変遷

1990年初頭のニュー・パブリック・マネジメントの潮流の中で、タンザニア政府は住民のニーズに responding していくために、中央省庁における構造改革を段階的に導入してきた。1994年、保健福祉省（MOHSW）は「保健セクター改革政策およびガイドライン（Health Sector Reform Policy and Guidelines）」を公表し、保健サービスの地方自治体への権限委譲を目的としたHSRをほかのセクターに先駆けて開始した（表1-1）。保健セクターの地方分権化によって、より住民に近い地方自治体が迅速な保健サービスをコミュニティに提供することを目指し、同ガイドラインでは以下のような課題が掲げられた。

保健サービスの提供において、住民を「顧客」とみなし、保健管理チームによる「顧客中心」のサービスへの視点の転換が必要である。

保健サービスの質を担保する計画策定・予算策定・報告プロセスが導入されなければならない。

県保健行政マネジメントチーム（CHMT）には、その都度のニーズに応じて、州保健行政マネジメントチーム（RHMT）による技術的・管理上の支援が必要不可欠である³。

意欲をもった人材が配置されるべきである。

適切かつよく管理された保健インフラが必要である。

十分な予算が確保されるべきである。

CHMTは住民や保健施設の医療従事者の参加を促し、またアカウンタビリティを果たさなければならない。

保健サービスの質を評価するツールや標準業務手順が導入されるべきである。

MOHSWは、HSRの推進のための主体的な財政的基盤の整備を行うために、各援助機関に対して会計報告のない援助国主導の保健プロジェクト予算管理を排し、保健政策に基づいたMTEFに沿った財政管理を求めた。その結果、1999年には地方保健自主財源としてSWApによるHSBFが検討・導入され、地方自治体が保健活動を主体的に計画、実施していくための財政的基盤が整備される結果となった。

表 1 - 1 保健セクター改革と周辺政策

年次	開発政策	保健政策
1991	Public Sector Reform Programs	
1993	Civil Service Reform	
1994		Health Sector Reform Policy and Guidelines
1995	Vision 2025	Health Sector Reform Proposal 1996-2000(SWApの導入を提言)
1997	National Poverty Eradication Strategy	Proposal for a Sector-wide Improvement Program(SIP)
1998		Agreement on Health SWAp
1999	Tanzania Assistance Strategy(draft)	Health Sector Strategic Plan 1999-2002
		Health Sector Basket Fund
		Introduction of Comprehensive Council Health Plan
2000	Poverty Reduction Strategy Paper(中期開発計画) (Millennium Development Goals)	National Package of Essential Health Interventions
		Community Health Fund
2001	Poverty Reduction Budget Support	Tanzania Commission for AIDS(TACAIDS)
	Public Expenditure Review ⁴ MTEF 2002-2004	
2002	Tanzania Assistance Strategy	National Health Policy(改訂版)
		National Health Insurance Fund(NHIF)
		Global Fund for AIDS, TB and Malaria(GFATM)
2003		Health Sector Strategic Plan II 2003-2008
2004	Poverty Reduction Strategy Paper II(中期開発計画)	Emergency Infrastructure Rehabilitation Program
	MTEF 2004-2007	
2005	National Strategy for Growth and Reduction of Poverty= MKUKUTA(2005 ~ 2010年)	TEHIP tools rollout(half of the districts)
	Joint Assistance Strategy(draft)	
2006	Joint Assistance Strategy	Guidelines for the Reform of Regional and District Hospitals

出所：Cowi et al. (2007) より作成。

³ CHMTおよびRHMTは、州および県の医務官、保健官のほか、州・県立病院のスタッフなどから構成されている。県では事実上自治体の保健課を指し、州ではMOHSWの出先機関として県を技術的にサポートする役割を担っている。

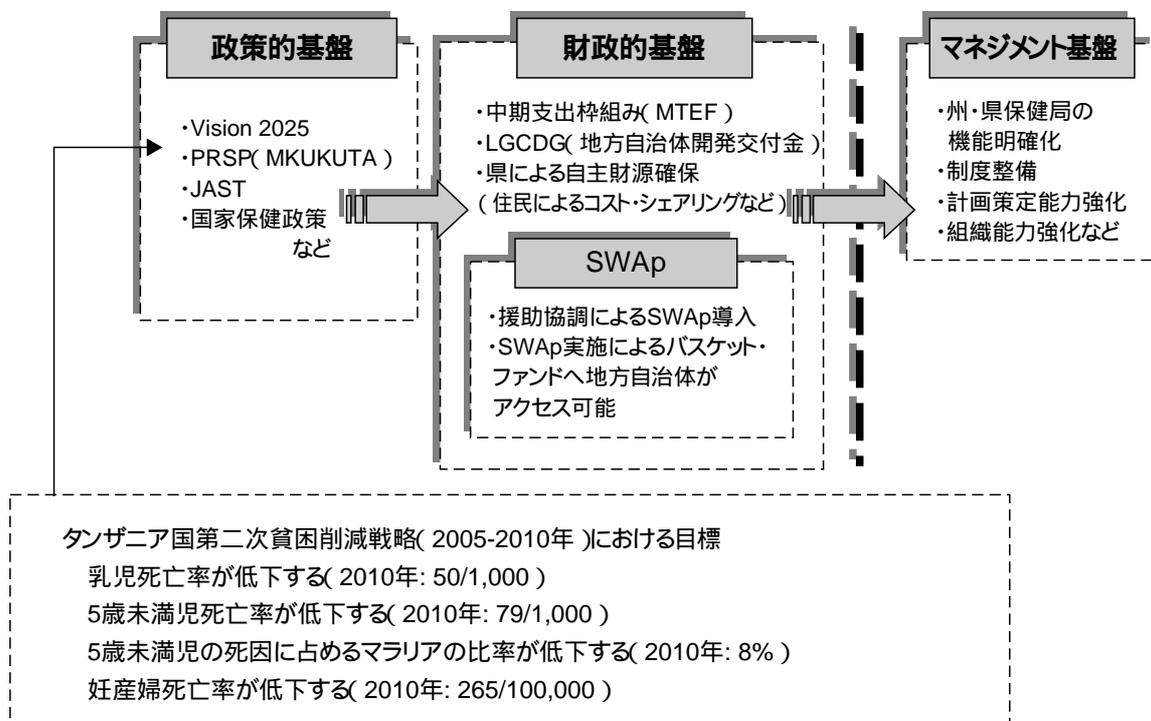
⁴ ドナー参加によるタンザニア政府の公共支出評価。

従来、保健サービスは主に政府によって供給されてきたが、保健システム改革の結果、民間部門、宗教組織、非政府組織が保健・医療サービスを提供するようになってきた。さらに、タンザニア政府は、保健診療の有料化によるコスト・シェアリング、コミュニティ保健基金、リボルビング・ドラッグ・ファンド、国民健康保険の段階的導入など、保健費の国民負担を増やすことにより保健財源強化を図っており、財政的な自立発展を目指している。

1 - 4 - 2 保健セクター改革 (HSR) の3つの基盤

このように、政策的基盤、財政的基盤が整備された結果、地方保健行政における課題対応力としての脆弱なキャパシティ、特に地方保健行政官のマネジメント能力の不足と州・県保健行政における組織能力の未熟さが浮き彫りになってきた(図1-2)。

図1-2 保健セクター改革 (HSR) の3つの基盤



出所：杉下(2006b)より作成。

1 - 5 地方行政改革計画 (LGRP)

1 - 5 - 1 地方行政政策の変遷

1972年、タンザニア政府はそれまで続いていた地方自治体を廃止した。それは有能な行政官の不足、予算の不正支出、中央政府によって整備された社会インフラの維持管理能力の欠如、行政官のマネジメント能力の欠如などが理由であった。その後、1972～1984年の間、中央集権制となったが、官僚主義的、非効率的、非能率的なシステムとなり、人々の生活水準は低下し、運営維持管理コストの高騰による社会経済サービスの悪化を招き、保健サービス受診者の減少による疾病率、罹患率の増加や、初等教育在籍者数の減少による識字率の低下が認められた。1984年、中央政府は、法改正を伴う地方自治体の再建に着手し、地方自治体による行政サービスが再開された。

しかしながら、1980年代から1990年代に実施された構造調整計画により公務員が大幅に削減されたために、人材不足に陥り、直ちに地方公共サービスの質を向上させることは不可能であった。

1998年、Policy Paper on Local Government Reformにより権限委譲による地方分権化（Decentralization by Devolution: D by D）が明確にされ、地方自治体への人事、財政などにかかる権限委譲、行政システムの再構築が目標として掲げられた（表1 - 1）。これを受けて、2000年にはLGRPが発令され、保健、教育、水、農業、道路セクターと並んで、地方行政における構造改革も貧困削減に向けた戦略の柱として示された。LGRPでは以下のような目標が示された。

- ・ 自立権限を有する地方自治体制度⁵
- ・ 資源（特に資金・人材）を有する地方自治体制度
- ・ 民主的に選出された指導者による地方自治
- ・ 開発計画・実施への住民参加を可能とする地方自治
- ・ 地域ニーズを反映した制度
- ・ 透明性・アカウンタビリティを確保した自立制度

また、地方への権限委譲に関して、各地方自治体に対し以下の事項が要求された⁶。

- ・ 公共サービスの質の向上に向けた包括的な戦略と目標設定
- ・ パフォーマンスを測る指標の設定
- ・ パフォーマンスの格差の原因の特定
- ・ 地域住民へのサービス裨益のための、戦略的な資源（資金、人材）の投入
- ・ 決定プロセスにおける民主主義の推進

上記事項の達成のための具体的な行動計画として、Midterm Plan and Budget 2005-2008（MTP05-08）において以下のような活動方針が示された。

- ・ 権限委譲による分権化のメインストリーミング（D by D）
- ・ 財政分権化（Fiscal Empowerment）
- ・ 自治体レベルでの人材育成（Human Resource Empowerment）
- ・ 法整備（Legal Framework）
- ・ 自治体の構造改革（Restructuring Local Government Authorities（LGAs））
- ・ ガバナンス（Governance）
- ・ 地方自治庁および州行政府の能力開発（PMO-RALG & RS Capacity Building）

上述の項目を踏まえた上で、各種公共サービスの提供は中央政府から地方自治体に委譲されてきた。省庁間の足並みの乱れもあり、法整備や人事権の委譲が円滑に進んでいない側面もあるが、国家開発計画（PRSP、TAS、MKUKUTAなど）と整合する形で、LGRPを推進するためのバスケット・ファンドなどの財政的基盤が地方自治省内部に設立されてきている。

⁵ タンザニアにおいては、州レベルには地方自治体はなく、中央政府の出先機関である州行政府が設置されている。

⁶ PMO-RALG（2004）p.5

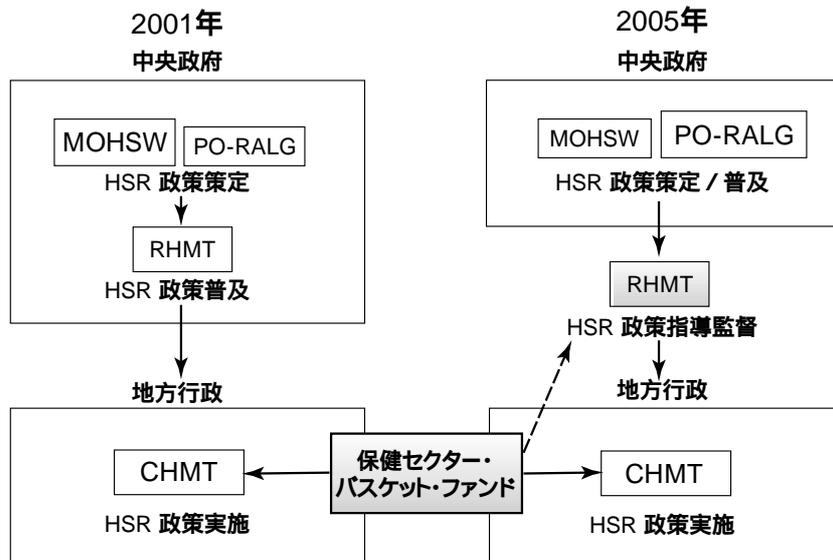
1-5-2 地方行政改革(LGRP)による保健サービスの地方分権化

2000年から実施されたLGRPにより、中央政府と地方自治体の役割が整理され、中央政府は政策策定を行い、各種事業の計画・実施・モニタリングを含む行政サービスの提供は地方自治体が担うことが明確にされてきた。保健セクターにおいても、保健医療サービスの実施主体が地方自治体に委譲され、人事の権限委譲によって、保健セクター人材はMOHSWから地方自治体へと異動となった。また、地方分権化に伴って中央省庁間の役割分担も変化し、地方自治体には地方財源管理とサービス提供が、MOHSWには技術支援と人材育成の機能強化が求められてきた。

図1-3は、地方分権化に伴ってその役割が変更となったアクターの関係図を2001年と2005年で比較したものである。地方分権化以前は、MOHSWが政策策定からサービス実施まで一貫して責任を持っており、CHMTはMOHSWの出先としてサービスを実施していた。地方分権化後は、MOHSWが政策を策定する点は変わらないが、地方におけるサービスは県が独自に行い、行政マネジメント全般の監督・指導責任は大統領府地方自治庁(PO-RALG、現在は首相府地方自治庁(Prime Minister's Office-Regional Administration and Local Government: PMO-RALG))が担うことになった。MOHSWは技術的な監督・支援機能に変化してきている。

HSBFの設立時には制度設計上、中央政府の一部であるRHMTへのHSBFからの予算配分は計画されていなかったが、次第に州政府の県政府に対する指導監督業務などの自主活動が求められてきたことを背景に、2005年にはRHMTへのHSBFの拠出が可能となってきた⁷。

図1-3 地方保健サービスにおける州の役割の変化(2001~2005年)



出所：杉下(2006b)

⁷ MHP実施中は、実際にはRHMTへ各県の巡回指導への費用は分配されていない。

このようにMHPはHSRの推進のために形成されたが、LGRPの進捗に伴って、州政府の役割が再考され、県の管理者から県の共同実施者へと変化してきたために、MHPの活動も中間評価以降、州の組織強化に関連するマネジメント強化のための活動が求められるようになった。

上記の2つの主要な改革を背景に、MOHSWは政策的・財政的基盤の整備にもかかわらず、なかなか地域住民の求める保健サービスの提供に結びつかなかったという事実を受け止め、州および県保健行政組織のマネジメント能力強化を推進することを優先的に実施する方針を打ち出し、JICAに対し、モロゴロ州における州 - 県連携のモデル構築を期待した。しかしプロジェクト期間では、州へ権限は委譲されたものの、県政府と比較して州政府への予算措置が円滑に行われなかったためにモデルの構築には時間がかかってしまった。

Box 1 - 1 「予算がありません...」(前半) ~あなたなら、どうする?~

ある日、「予算がないので、次回の作業部会には行きません。」というメッセージが私の携帯電話に入りました。私が担当していたモニタリング・評価 (Monitoring and Evaluation: M&E) ワーキング・グループ (WG) のメンバーからでした。

プロジェクトの最終年。プロジェクト終了後の自立発展性を考え、プロジェクト活動にかかる日当宿泊費 (Dairy Subsistence Allowance: DSA) の一部負担 (コスト・シェアリング) をプロジェクトは各県に要求していました。プロジェクトの最終成果品として M&E WGでは、District Health Management Handbookを編纂している最中であり、メンバー全員が執筆を分担していました。

各県からの代表者を集め2~3日の日程で実施されるWGは、多くても月1回のペース。そして、プロジェクトの終了時までには予定通りハンドブックを完成させるためには、あと数回しか集まる機会がありません。いずれの機会も貴重であり、成果品の完成のために執筆を担当しているメンバーの参加は必要不可欠の状況でした。

「成果品の完成を考えたら、プロジェクトが日当宿泊費を負担してもメンバー全員に参加してほしい。」これが、担当者である私の本音でした。一方で、「県やCHMTの中で費用負担に問題があったら、担当者である私に率直に相談してほしい。」これも私の本音であったことも事実です。

プロジェクトを運営していると、このような日当や宿泊費がらみの問題は日々起こります。そして、「マネジメント能力の向上」を目指しているCD事業においては、このような日常的に起こる小さな事件の積み重ねが、現場での生きた「教訓」集であると実感しています。

さて、あなたがこのような状況で専門家として判断を求められたら、どういう対応をしますか？

そして、CPIには、どのような対処方法を期待しますか？



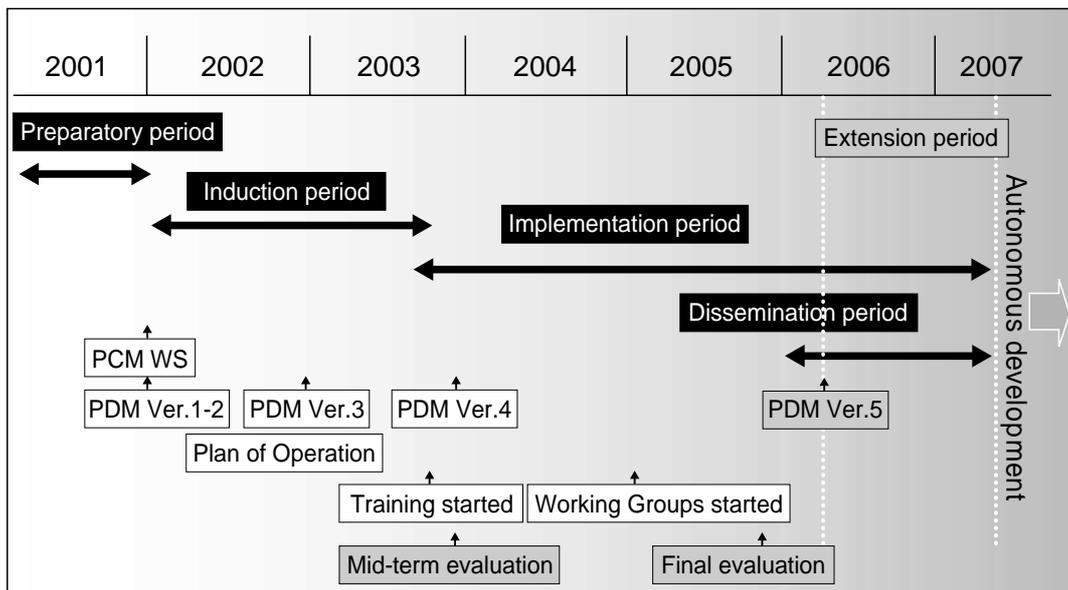
(文責：福土恵里香、元MHP専門家)

(Box 2 - 2(p.24)につづく)

第2章 本プロジェクトの進展と成果

モロゴロ州保健行政強化プロジェクト（MHP）における活動プロセスは、図2-1のように、いくつかの発展段階として認識することができる。

図2-1 プロジェクト実施フロー



出所：MHP（2006）

まずプロジェクト開始以前の2000年から2001年を「プロジェクト形成期」として取り上げ、前章で概観した政策的・財政的な背景の中でいかに本プロジェクトが形成されたかという視点で整理した。

次に、プロジェクト開始後の2001年4月～2003年10月を「プロジェクト前半期」としてまとめ、特に準備期間（Preparatory period）および導入期間（Induction period）について分析を行った。この前半期では、事務所立ち上げ、プロジェクト活動計画が作成され、プロジェクト管理ツールであるプロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix: PDM）のver. 1.0からver. 3.0までが試行錯誤の中で作成され、基礎マネジメント研修などの実質的なプロジェクト活動が開始された時期に相当する。

2003年10月には、プロジェクト中間評価調査が実施され、これ以降を「プロジェクト後半期」として分析を加えた。この中間評価調査は、プロジェクトにとって大きな変換点であった。つまり評価結果を受けて、プロジェクト専門家とカウンターパート（CP）が一丸となって活動内容を見直したり、日本人専門家体制を再構築したり、ワーキング・グループ（WG）の結成などに見られるような発展的展開のための活動が次々と打ち出されていくなど、プロジェクトの成果達成が鋭意検討され、戦略的な活動として実施され、プロジェクトを成功に導いた大きな意義があ

と思われる。

最後に、2006年4月から2007年3月までの1年間は「プロジェクト延長期」として、プロジェクトの成果と教訓をマネジメントモデルとしてタンザニア全土に普及展開するための体系化の期間である。そのための普及・展開に特化した様々な活動が計画され、地方自治体からの活動費の拠出も徐々に大きくなり、人的・資金的・運営的にもタンザニア側の主体性のもとに普及活動が実施された。

2007年3月31日、このような変遷を経てプロジェクトは終了したが、2007年4月現在、タンザニア政府からモロゴロ州での教訓を生かした技術協力プロジェクトとして「州保健行政キャパシティ強化」の全国展開（21州すべてを対象にする）の要請がJICAに提出されている。このような新規プロジェクトの要請に先駆けて、すでにタンザニア保健福祉省（MOHSW）と開発パートナーが一体となって「保健セクター・キャパシティ・ディベロップメント計画」を策定する活動を開始しており、これらプロジェクトの発展的展開は予想を超えた形での特筆すべきインパクトとなって発現してきている。

本章では、プロジェクト形成から延長フェーズの終了までを、上記のような時間的区分に従ってプロジェクト活動などを整理しながら、その時々によどのような試行錯誤のプロセスを経て相手国のCDが実現されてきたのかを明らかにする。

2 - 1 プロジェクト形成期：相手側の主体性に基づく案件形成 （1999年8月～2001年3月）

MHPIは、保健セクター改革（HSR）と地方行政改革計画（LGRP）という2つの改革の流れを踏まえて、タンザニア側の明確な問題意識とオーナーシップに基づく技術支援の要請として形成された。これは途上国の内発的な自助努力を支援するという日本の政府開発援助（Official Development Assistance: ODA）の基本精神でもあり、同時に、途上国の内発的な成長を支援するというCD事業の重要な出発点である。

2 - 1 - 1 タンザニア側主体の案件形成

PRSPを世界で3番目に策定したタンザニアでは、開発援助における援助協調が活発に議論され、1999年当時すでにHSRの方針が推進されており、各国ドナーはタンザニアが主導する枠組みの中で支援していくことが求められていた。

このプロジェクト形成期では、MOHSW主席医務官（CMO）がHSRの指導者として強力なリーダーシップを発揮しており、当時JICAの長期専門家として赴任していたMOHSW政策アドバイザーとの間で案件形成にかかる情報共有が頻繁かつ継続的に行われていた⁸。CMOはかつてDodoma州医務官（RMO）を務めた経歴もあったため、州保健行政の抱える問題点と、その中でもマネジメント能力の欠如が保健サービスにもたらす影響を的確に認識していた。これは、プロジェクト形成において非常に重要であった⁹。事実、CMOはプロジェクト形成段階から「日本の専門家が何かを持ち込んで彼らがいなくなったらそれで終わり、というプロジェクトだけはやめてほしい」と日本側に要望していた。専門家として赴任してきた日本人専門家に対しても、「保健サービスに手を貸すのではなく、どのようにしたら州や県が活動を継続していくことができる

⁸ 元MOHSW政策アドバイザー橋本専門家とのインタビューより。

⁹ 同上

かを教えてほしい。『カタリスト』として活動をしてほしい」と言及していたことから、CMOがプロジェクトに対して「タンザニア側の自立発展」を真に期待していたことが明確に分かる。

また、モロゴロ州RMOは、「教室型座学研修ではなく、日常的な実地訓練（On-the-Job Training: OJT）的な研修による州・県保健関係者の能力構築が目的とされるべきであり、プロジェクト初段階には、まず課題と問題点を把握するための現状分析が必要である」と述べている¹⁰。

JICA本部担当者は、事前調査の段階でのタンザニア側のプロジェクトに対する主体性の強さを実感したという。MOHSW側のイニシアティブでプロジェクト活動の内容検討が進められたことから、プロジェクトがHSRの実現に大きく貢献できるだろうと確信した、と案件形成当時を振り返っている。

2 - 1 - 2 プロジェクト概要

プロジェクトサイトについては、案件要望調査時にはいくつかの州（Tanga州、Pwani州、Lindi州、Mtwara州）が候補に挙がっていたが、結果的には関係者との協議の末、モデル形成という観点から、ダルエスサラームの西200kmに位置するモロゴロ州および州内の6県をモデル地区として選定した。

プロジェクトでは、州保健行政マネジメントチーム（RHMT）および県保健行政マネジメントチーム（CHMT）の運営管理能力が向上することを目標に、保健情報管理システムの向上、州および県保健行政の経験および情報の共有、州および県保健行政の計画・実施・モニタリング・評価能力の向上、の3点を成果として設定した（プロジェクト概要の詳細については、別添5 - 1のPDM ver. 4.0を参照）。

プロジェクト実施期間、実施母体、実施体制、プロジェクト形態は次に示すとおりである。

実施期間	2001年4月1日～2007年3月31日（6年間）
実施母体	タンザニアMOHSW、モロゴロ州政府、JICA
実施体制	<ul style="list-style-type: none"> ・長期日本人専門家5人（チーフアドバイザー、保健情報管理、保健行政管理、保健行政計画、業務調整員） ・CP 63人（モロゴロ州RHMTおよびモロゴロ州内6県CHMT：Morogoro Municipal、Morogoro、Mvomero、Kilombero、Kilosa、Ulanga） ・CPアドバイザー1人
プロジェクト形態	二国間プロジェクト方式技術協力

2 - 2 プロジェクト前半期：試行錯誤を通じた信頼関係の構築 （2001年4月～2003年10月）

プロジェクト前半期では、チーフアドバイザーや専門家の早期帰国などが重なり、チーフアドバイザー不在の期間が約10ヵ月間あった。この不在の期間は、2人の長期専門家と1人の短期専門家で活動を継続せざるを得なかった。

しかしこの期間には、地方の現状把握・分析によるCP間ネットワークの基盤の構築、CP主体のプロジェクト計画の見直し、全員参加型の研修実施という試行錯誤が行われた。そして、日本人チーフアドバイザー不在による双方の危機感によって、日本人専門家とタンザニアCPの団結

¹⁰ JICA医療協力部（2000）

力が高まり、タンザニア側のプロジェクト運営に対するコミットメントとオーナーシップ、そして双方の信頼関係が醸成されていった時期でもあった。

2 - 2 - 1 地方における縦と横のネットワークの基盤構築

プロジェクト前半期には、保健情報管理専門家の活動として、対象地域の医療施設の現状把握が行われ、各県巡回活動が頻繁に実施された。この活動では、各県の保健施設数、保健従事者数など、保健施設の基本データ収集が行われ、保健情報の収集にかかるコミュニケーション手段の改善のための保健施設への無線機の導入が検討された。

このように各県訪問と無線機などの設置により、県と県の横のネットワークの基盤が構築されていった。Ulanga県およびKilombero県は道路が未整備な地域が多く、交通のアクセスが困難であったため、保健情報の伝達も非常に遅かったが、地方巡回などの機会を通じて、隣り合った県同士の情報交換が可能となった。

また、RHMTメンバーの同行により州と県とのコミュニケーションも次第に強化され、無線機の導入によりさらにCHMTと保健施設との間のコミュニケーションも強化されていった。

そして、このような情報ネットワークの強化は、後に県保健行政組織間のネットワークの主体的な発展の基盤となっていった（「2 - 4 - 1（2）地方における横と縦の連携」参照）。



フォーカス・グループ・ディスカッション

2 - 2 - 2 CP主体のプロジェクト活動計画策定・修正

一般的に、プロジェクト活動の指標が確定していない場合や見直しが必要な場合は、なるべく早い段階でプロジェクト関係者で協議し、PDMの指標の設定や再設定を行うことが、プロジェクトの成果や活動を明確化するために非常に重要である。

本プロジェクトも例外ではなく、プロジェクト開始直後から、CPとともに、活動内容の検討や指標の設定のための話し合いの機会が多数回もたれた。ここではプロジェクト・マネジメント手法を適用して関係者を巻き込むことと、CPとの協働意識の熟成を経て、納得のいく活動計画を作っていくことに主眼が置かれていた。CPの主体性を重視し、専門家がカタリストに徹した

ことにより、PDM ver. 3が出来上がるまでに2年近くの年月を経たが、多くの時間をコミットしたCPは、目標設定を自らのものとし、活動に対するコミットメントとオーナーシップを確実に醸成してきた¹¹。

CPアドバイザー（元RMO）はプロジェクト活動計画・修正にかかる教訓を次のように述べている。「プロジェクト・マネジメント手法を教授できる長期専門家のプロジェクト初期での投入が必要である。1回のワークショップではプロジェクト・マネジメント手法を理解し、プロジェクトのログフレームを活用していくことが難しいので、プロジェクト開始当初は特にプロジェクト・マネジメント手法に精通したファシリテーターの力が必要であると考える。」

2 - 2 - 3 全員参加型研修の実施

プロジェクト開始当初における基礎研修の形態は、主に全員参加型であった。これは、チーム全員が最低限の基礎的マネジメントを理解し、共通した能力を獲得しておくことによって、チーム全体で課題を解決するためのチームワークを育成する、という大きな利点があった。

しかしながら、CPは通常業務として診察や看護など医療サービスに従事していたため、全員参加型の研修では保健医療サービス機能の停止が頻繁におこってしまうことが、CP側から懸念として示されるようになってきた。そのためプロジェクト後半では、「選抜研修」を主体とするWGという形で活動、発展していった（「2 - 4 - 1（1）ワーキング・グループ（WG）」参照）。

2 - 3 プロジェクト転換期：中間評価による見直し（2003年10月～2004年3月）

プロジェクトの折り返しとなる2003年10月には中間評価が実施された。この中間評価によって、それまでのプロジェクト活動の実績が評価されたとともに活動内容が見直された。日本人専門家の人員交代もあり、成果を得るための具体的な戦略が明確にされた。本報告書では、この時期を転換期とし、プロジェクト後半の発展の契機となった同期の特徴を以下に述べることにする。

2 - 3 - 1 中間評価

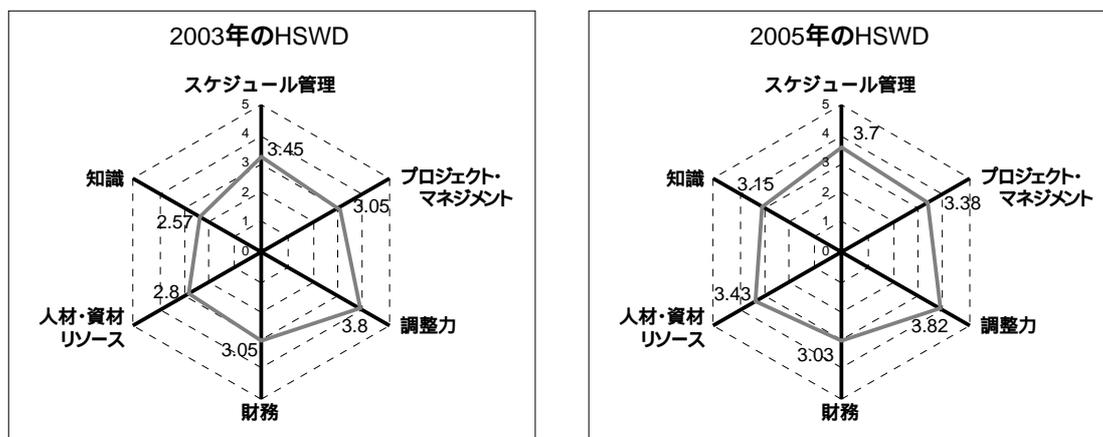
中間評価調査団派遣時には、PCM手法を用いた評価ワークショップが行われ、既存のPDM ver. 3からPDM ver. 4に修正された。また、第2回合同調整委員会（Joint Coordinating Committee: JCC）が開催され、調査団より、「プロジェクト活動の遅延は見られるが、今後の関係者の一層の連携をもって活動を進めていくことが望ましい」と報告された。

プロジェクト目標であるマネジメント能力向上を計測するためのツールに関してはプロジェクト開始当初から大きな議論があったが、PDM ver. 3からは、専門家とCPの間で考案されたヘキサゴン・スパイダー・ウェブ・ダイヤグラム（HSWD）が採用されていた。中間評価でもこのHSWDを用いて6つのマネジメント能力である、スケジュール管理、プロジェクト・マネジメント、調整力、財務、人材・資材リソース管理、知識などのキャパシティが明確になった。HSWDにおけるベンチマーク測定結果は図2 - 2のとおりである。

このHSWDの導入により、中間評価においてプロジェクト目標達成の見込みがより明確化された。また、CPのプロジェクト・マネジメント手法の理解度にはばらきがあったが、中間評価での協議によって、さらにプロジェクト・マネジメント手法とPDMの論理性の理解を深めること

¹¹ Kilombero CHMTインタビューより。

図2 - 2 ヘキサゴン・スパイダー・ウェブ・ダイヤグラム (HSWD)



出所：MHP (2006) p.18

ができたことは以後のプロジェクト運営上大変に有効であった。

2 - 3 - 2 専門家の交代

このようにプロジェクトが「信頼形成とマネジメント基盤構築」という時期を経て、中間評価ではプロジェクト終了に向けた成果の達成、特に目に見える成果の達成とモデルの構築への期待が高まってきた。これを受け、プロジェクトの実施体制についても詳細な検討が行われた。その結果、プロジェクトの役割の変化から、現行の日本人専門家5人中4人の専門家が交代し、「成果を生み出すための」新専門家チームとして再編成が行われた。特に、プロジェクト後半の専門家には、相手側と良い関係を保つだけの「付き合い」ととどまらず、時には本音で意見をぶつけ合う「突き合い」を通じて、相手の能力を引き出し、成果として目に見える形として提示することのできる専門性の高い人材を投入する必要があった。

専門家の交代による活動の停滞が懸念されたが、それまでの活動とCPとの試行錯誤のプロセスを把握している杉下専門家(保健行政計画担当)が現地に残留し、チーフアドバイザー帰国後、その任を引き継ぐことで関係者が合意した。前任者によって形成されていたCPとの信頼関係のおかげで、専門家がほぼ一新されたにもかかわらず、CPとの信頼関係やコミュニケーションに大きな問題は見受けられなかった。また、CPの積極的なコミットメントもあり、新専門家チームはプロジェクト活動に比較的スムーズに入ることができた¹²。

2 - 3 - 3 中間評価と相手国関係者の意識変容

この中間評価以降、日本人専門家チームの一新や、リソースセンター¹³建設などの諸問題に直面し、CPの積極性に変化が見られるようになってきた。

つまり、中間評価調査団というプロジェクトの折り返し地点で、活動の進展と成果を関係者全員で共有できたことは、活動を主体的に行ってきたCP自身が、活動成果のアカウンタビリティを示す機会でもあった。プロジェクトのPDMとは別に、RHMT、CHMTそれぞれのPDMが自主的に作成され、州・県のプロジェクト目標達成のための活動、投入、外部条件などのプロジェク

¹² 津田専門家、後藤専門家インタビューより。

¹³ 州内の保健情報を一括して集積し、RHMTや一般市民に広く提供する機能を持つセンター。そこでWG活動や研修も実施されている。

ト達成にかかる要素が再検討された。

プロジェクト活動に計画から参加し、プロジェクト運営責任者であるモロゴロ州行政長官 (Regional Administrative Secretary: RAS) の異動により、CPたちはプロジェクト内容を新しいRASにブリーフィングし、プロジェクトと州行政との新たな信頼関係構築に迫られていた。その中でCPたちは、自分たちで問題を解決できるようにならなければ、日本人専門家が帰国した後に何が残るのだろうか、と考えるようになってきた¹⁴。

諸事情により、州のリソースセンター建設中止となった後、Kilosa県は独自の財源により、リソースセンターをリノベーションし、再オープンさせた。問題に直面し解決する過程で学んだ教訓を他県のチームが事業に活かした事例であり、ローカルネットワークによって行政能力が担保されることも多く認められるようになってきた。

2 - 4 プロジェクト後半期：自立的な保健マネジメント体制の確立 (2004年4月～2006年3月)

プロジェクト後半期では、プロジェクト前半期での試行錯誤が実を結ぶ形で具体的なCD成果が出てきた。州と県の協働体制が確立したことで、自分たち自身で課題に対処できるオーナーシップが醸成されたこと、保健計画能力向上によりHSBFを活用してプロジェクトの活動費用をタンザニア側が予算化することが可能となったことにより、財政面でのオーナーシップの醸成も強化されていった。

2 - 4 - 1 州と県の協働体制の確立

(1) ワーキング・グループ (WG)

プロジェクト開始から3年半経過した2004年10月より、それまでの「全活動を全CPが持ち回りで担当する形態」から、成果目標を定めて活動を円滑、効率的に運営するために、成果ごとにWGを設定し、「WG単位での活動」を中心とするような戦略にシフトすることになった。

表2 - 1のとおり、プロジェクトの成果に合わせて7つのWGが結成された。各WGは7人で構成 (それぞれRHMTおよび6つのCHMTから1人を選出) され、CHMT内で協議し、推薦された者がWG担当者としてWG事業に県代表として参加することになった。

表2 - 1 プロジェクト成果と7つのワーキング・グループ (WG)

No.	成果	ワーキング・グループ (WG)
成果1	「保健情報システムの再構築」	・保健情報マネジメントシステム (HMIS) WG ・コミュニケーション (TWINS) WG ・インターネット・ホームページWG
成果2	「経験と情報の共有と集約」	・ニュースレターWG ・保健情報リソースセンターWG
成果3	「保健問題分析・計画・実施・M&E能力の強化」	・オペレーショナル・リサーチ (OPR) WG ・モニタリング・評価 (M&E) WG

またWGの結成に合わせて「選抜研修」を実施した。「選抜研修」の重要な目的は、単に医療施設・事務所の機能を止めないための配慮だけでなく、特定の課題について「選抜された参加者の

¹⁴ 杉下専門家インタビューより。



OPR ワーキング・グループ活動

技術と責任感を醸成する」ことであった。加えて、日当会議費などにかかる経費の削減などの効率的、効果的なメリットが多いとの判断が基本にあった。

各WGでは、研修を受けたり、成果品のためのワークショップでの作業だけではなく、メンバーに各自の職場において、OJTとして実際のWGの活動を「繰り返し」行い、必要に応じてWGごとに研修計画を立て、予算計画に組み込むことが求められていた¹⁵。

(2) 地方における横と縦の連携

プロジェクト後半では、以下のとおり、県と県の間横のつながり、州と県の間縦のつながりが強化された。

1) 横の連携

プロジェクト前半、日本人専門家による各県巡回によって各県の状況が共有されるようになった(2-2-1参照)。このローカルネットワークの基盤に加え、プロジェクト後半ではWG活動の開始によって、さらに県同士の横のネットワークが強化されてきた。例えば、Kilombero県CHMTメンバーの「MHPが実施される前は、他県の保健活動がどのように行われているかほとんど分からなかったが、WG活動によって毎月各県のCHMTメンバーと協働する機会があり、今では、他県の保健活動状況を把握することができる。また誰に聞けば、何が分かるという県内共通認識ができた」という発言からも、WGメンバー同士のコミュニケーションを通じた横の連携が強化されてきたことが分かる。また州県合同定例会議(年4回)の実施、県同士の相互訪問の実施などによっても、横の連携が重層的に強化されてきた。

2) 縦の連携

WG活動ではRHMTメンバーもWGの構成メンバーであるため、業務別の縦のラインがより自由な形で発展してくる結果となった。つまり共通の目標に向かって州と県が協働することによって、CHMTとRHMTのチーム同士のネットワークという縦の関係強化が、管理者-被管

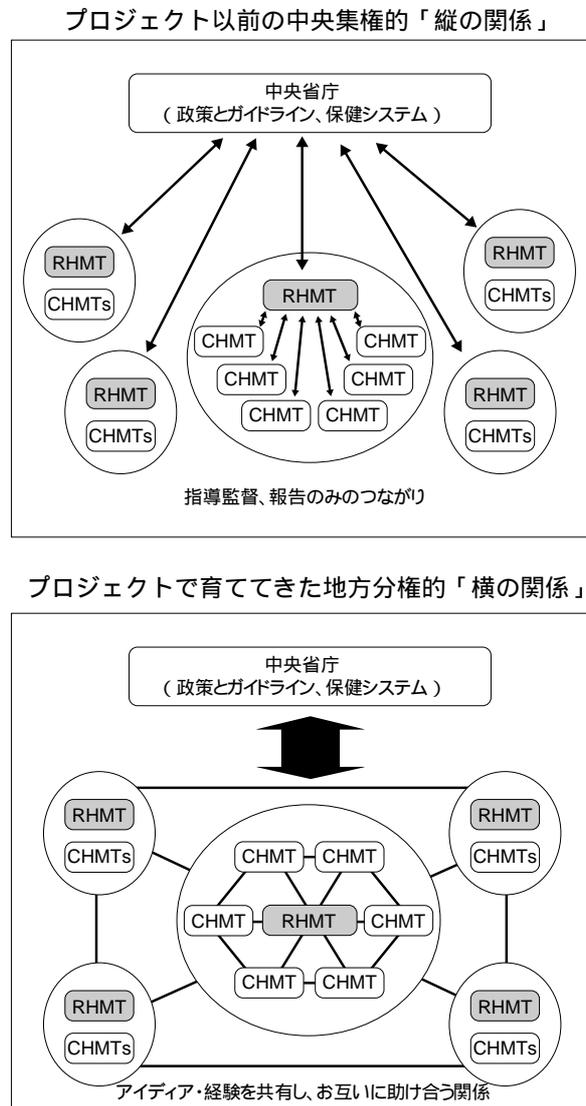
¹⁵ 杉下専門家とのインタビューより。

理者という関係を超えてより発展的に育っていく結果となった。

2007年3月アルーシャで行われた、タンザニア国立医学調査研究所主催の年次国際科学会議での基調演題において、MHPのCPアドバイザーにより、プロジェクトの最終成果・教訓が発表された。この会議で、元CMOは次のように述べている。

「従来の行政システムは、中央政府とその出先機関である州政府が県政府を指導監督するという縦割りで一方的なものであった。MHPは、モロゴロ州および県に対して集中的に保健行政のマネジメン機能の強化を行ってきた。州を中心として県政府が横並びでネットワークを構築するという新しい行政システムを導入したことにより、州・県の一体化したチームワークが強化された。最も素晴らしいことは、それにより、お互いが競争し、助け合い、切磋琢磨するような地域保健行政基盤が整備され、自主的、自立発展的な行政システムの向上につながってきたことである。これは、従来の中央集権のタンザニアにあって画期的な出来事であった。」

図2-3 縦と横のローカル・ネットワークの形成



縦と横の連携強化によるチームワークの醸成

出所：MHP（2007）

(3) ローカルリソースの活用と連携

プロジェクトでは、継続性の確保と主体的発展のために、特にモロゴロ州内外にある大学や研究機関などの潜在的な人材や組織などの「ローカルリソースの活用と連携」に後半期では特に配慮してきた。

これは、短期専門家を日本から現地に派遣して対応しようと検討していたJICAに対して、RMOから、現地でビジネス研修サービスを提供できる学術機関を利用することができるのではないかという提案があり、Mzumbe大学とプロジェクトが共同でテイラーメイド型ビジネス研修を行ったことに起因している。

プロジェクトでは特にWG活動を中心として、Muhimbili大学（ダルエスサラーム市）、Mzumbe大学（モロゴロ市、ビジネス・マネジメント研修）、UCLAS大学（ダルエスサラーム市、GIS研修）、国立医学研究所（National Institute for Medical Research: NIMR、ダルエスサラーム市）、イファカラ保健研究開発センター（Ifakara Health Research and Development Center: IHRDC、イファカラ市）などとの連携を構築し、プロジェクト終了後の技術発展を支える現地支援体制の構築と強化を行ってきた。

2 - 4 - 2 財政面のオーナーシップ醸成

相手側の主体性・自立発展性を促進させる際に、プロジェクト活動予算に対する財政的オーナーシップの確保が重要である。本プロジェクトではWGなどの活動予算をどのようにタンザニア側と分担し、その財源としてどのようにHSBFを活用してきたのかを分析する。

(1) 活動費用の予算化

プロジェクトで開始されたWG活動が軌道に乗り、目に見える成果としてほかの行政官や一般の人々にも認識されることにより、次第にこれらのプロジェクト活動が、本来のタンザニア地方自治体の保健活動として認知されるようになってきた。特にWG活動に対する県知事、州知事のコミットメントも増大し、プロジェクト活動にかかる各種費用（日当宿泊費（DSA）含む）や各県独自の保健活動（Kilombero県における保健施設従事者との第1回年次会合など）も県保健予算によって拠出されることが可能となってきた。

以下に示すとおり、WGが結成された2004年10月以降徐々にタンザニア側の負担額が増加していることが分かる（表2-2）。また図2-4では、プロジェクト最終年（延長フェーズ期間）では、タンザニアの費用負担額がプロジェクト実施1年目および2年目におけるJICA負担額を

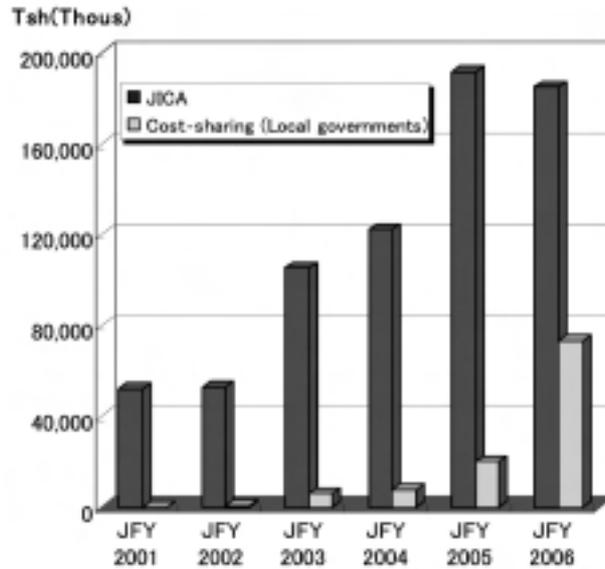
表2-2 カウンターパート（CP）による費用負担

	プロジェクト実施期間					延長フェーズ
	JFY 2001	JFY 2002	JFY 2003	JFY 2004	JFY 2005	JFY 2006
JICA	52,226,352	52,598,916	105,324,465	122,150,555	191,699,144	184,898,200
CP	0	790,610	5,860,550	7,857,550	20,000,000	73,292,160
予算合計（Tsh*）	52,226,352	53,389,526	111,185,015	130,008,105	211,699,144	258,190,360
CP費用負担率	0%	1%	5%	6%	9%	28%

*Tsh = Tanzanian Shillings

出所：MHP（2006）

図2 - 4 カウンターパート（CP）による費用負担額の増加



出所：MHP（2006）

超えていることが分かる¹⁶。

県保健行政レベルにおいては、WG活動に継続的に参加していくために、CHMTメンバーはまずWG活動の必要性を県医務官（District Medical Officer: DMO）に説明し、DMOは県行政長官（District Executive Director: DED）をはじめ、県内各セクターの長に説明し、承認を受けることによってその費用を捻出するという手順を踏む必要がある。プロジェクトではこのような財務管理や活動計画、プロポーザルの書き方などの研修とOJTを実施してきたことにより、比較的スムーズにこのような予算化が可能となってきた。特に主な財源をHSBFに求めなければならないなかで、優れた活動予算計画を書けないと認められないということより、活動参加へのモチベーションがマネジメント能力習得のモチベーションとなる良い波及サイクルが徐々に形成されていったことは、事業の継続性を担保する上で大変に重要であった。

このようにプロジェクト活動のコスト・シェアリングなどの折衝を通して、県総合保健予算計画書（Comprehensive Council Health Plan: CCHP）の立案、策定、実施、モニタリング・評価の一連のサイクルの演習が繰り返し行われた結果、各CHMTのCCHP策定能力および地方行政保健セクターにおける予算策定能力が確実に向上していった。

¹⁶ 支出開始が遅れたこともあり、実際の支出額は予算額を下回っていると思われる。

Box 2 - 1 持続可能な研修参加のための工夫

Daily Subsistence Allowance (DSA)¹⁷は日常宿泊費と訳される。業務に関連したセミナーやワークショップに参加することで、参加者はDSAを支給されることになる。タンザニアでは国家としてドナー (Development Partners) に対して、政府職員が研修などに参加する場合は、一定の基準を設けてDSAを払うように勧告しており、ドナー・グループでもその基準に対して審査が行われ、タンザニア政府とドナー間で合意されている。またドナーすべてに対して、この支払い基準額を遵守するように公式に通達している。しかしこの基準額は、タンザニア公務員の給与基準からすると相当な額に当たる。そのため、どのセクターにおいても、研修やセミナーのDSA目当ての参加者も存在し、DSAが研修やセミナーに出席することで得られる知識よりも優先される場合がある。研修やセミナー実施側となるドナーにとって、DSAと相手側オーナーシップとのジレンマは切実な問題である。一方、DSAの受給側にとっても、決して高くはない給与に臨時収入が入るかどうかは同じく切実な問題である。こういったDSAに関する駆け引きは、プロジェクト現場の関係者が相互の信頼関係形成において多かれ少なかれ苦労することである。

本プロジェクトにおいて日本人専門家は、マネジメント研修を含むすべての研修が基礎マネジメント能力向上に重要であるとCPに理解してもらうために、初めはDSAを重要なインセンティブとして用いた。しかし、DSAの魅力だけで研修参加者を継続的に研修に参加させるのには限界があるため、州・県予算を充てても参加するメリットを感じるような意識の変化を起こす研修内容を考えなければならなかった。しかしながら、プロジェクト活動の進捗、特にWG活動の進展に伴って、それまでDSAが活動参加のモチベーションの大きな要素であったのが、次第に活動そのものが自分の能力開発と自己発展 (楽しみ) であるというモチベーションに変化していくのが感じられるようになった。プロジェクト活動による成果がタンザニア地方自治体にとって重要なものであるという認識が地方行政官の中に芽生え始めたことにより、DSAや交通費に関しては、プロジェクト終了後の継続性を確保するためにも県保健予算計画書に計上されるようになった。このように、DSAの予算計上がタンザニア側の日常業務の一環としてテイクオフすることが可能となった。

ここでプロジェクト活動においてCP間の共通認識となっていたのは、「WGは、やり甲斐があり楽しい」ということである。各RHMT/CHMTメンバーは、WG活動によって自分たちのマネジメント能力が向上していくことを実感し、「働くことが楽しくなったこと」や「自信をもって業務を行うことができるようになったこと」で、周りのメンバーにも正の影響を与えるようになった。プロジェクト後半期では、県からの支払いが遅延した場合などでも自費で研修やWGに参加することが通例化してきており、DSAがもらえるから出席する研修や活動ではなくなったのである。プロジェクト後半になり、RHMT/CHMTの間で、ようやく自分たちの能力向上によって、「地域保健サービスの質の向上にも役立つことができる」と実感され、「No Commitments, Nothing Moves」のメッセージが定着したのである。

(2) 保健セクター・バスケット・ファンド (HSBF) の活用

前項で述べたとおり、WG活動を単なるプロジェクト活動ではなく、各県自身の活動として位置づけることで、独自に活動予算を捻出することを検討する要請がタンザニア側からあげられた。そして県保健予算計画にプロジェクト活動費を計上し、HSBFによる地方保健自主財源の中で予算執行されることが可能となった。日本はHSBFの拠出国ではないが、財政支援の枠組みであるHSBFをプロジェクト活動に最大限利用する、つまり、日本の技術協力プロジェクトがほかのドナーの財政的支援と相互補完の関係を構築することができることが実証された。

また財政支援の有効活用という観点からは、地方保健サービスの提供に必要な財政基盤は強化されたものの、適切な予算計画や計画実行能力が不足していたために、予算執行率が低く、財政支援の効果が十分に発揮されていなかったという背景がある。MHPはCHMTの計画・実施・モニタリング評価といった基礎能力の強化を図ることによって、県保健予算計画の質を向上し、財政支援と相互補完の関係を構築してきた。全体としてタンザニア保健セクターへの支援の効率性を高めたために、MHPという技術支援プロジェクトに対する厳しい批判はあまりなかったどこ

¹⁷ タンザニアでは、研修日が複数日あったとしても、研修初日にDSAを支払うことが慣習化している。MHPではDSA支給後、残りの研修を欠席したのものには、後日返金させるなどの措置をとっていた。

るか、2003年3月に行われたDAC評価ミッションにおいては、MHPのような支援形態こそが今後のプロジェクトのあり方を示している、とドナー社会から好意的に評価された。

2-4-3 プロジェクト成果の発現

WG活動は、それぞれのWGの活動成果が補完し合うことによって、プロジェクト活動の成果に結びついている。

(1) 成果1：保健情報システムの再構築

保健情報マネジメントシステム（Health Management Information System: HMIS）WGでは、巡回指導体制を強化することにより州・県レベルでの保健施設情報（規模、経営体制、医師数、病床数、地理的位置関係など）の収集を円滑化し、“Morogoro Health Abstract（モロゴロ保健年鑑）”の定期刊行などの目に見える成果として結実してきた。

コミュニケーションWGでは、無線相互ネットワークシステム（Two-Way Information Network System: TWINS）の制度設計を入念に行い、無線機器などを遠隔診療施設に設置することにより、県全体のコミュニケーションが確保され、保健情報収集、患者リフェラルシステム、そして健康教育活動などが行われてきた。特に雨季にはアクセス不可能となる保健施設からの保健データ収集やコレラなどの伝染病への注意勧告は無線によってタイムリーに行われ、その効果を発している¹⁸。



コンピューター・トレーニング

(2) 成果2：経験と情報の共有と集約

リソースセンターWGでは、これまで散逸していた保健情報や資料の体系的な管理・活用・統合のための様々な活動が行われてきた。プロジェクト後半では県政府の自助努力によりKilosa県およびモロゴロ市の2つの地方自治体で県保健情報リソースセンターが開設され、タンザニアにおける初めての試みとして大きな反響を呼んだ。また、ニュースレターWGによる定期的なニュースレターの発行によって、地方保健施設間の保健情報の共有に寄与し、遠隔地での健康教育活動に貢献してきた。

¹⁸ モロゴロ市CHMTインタビューより。

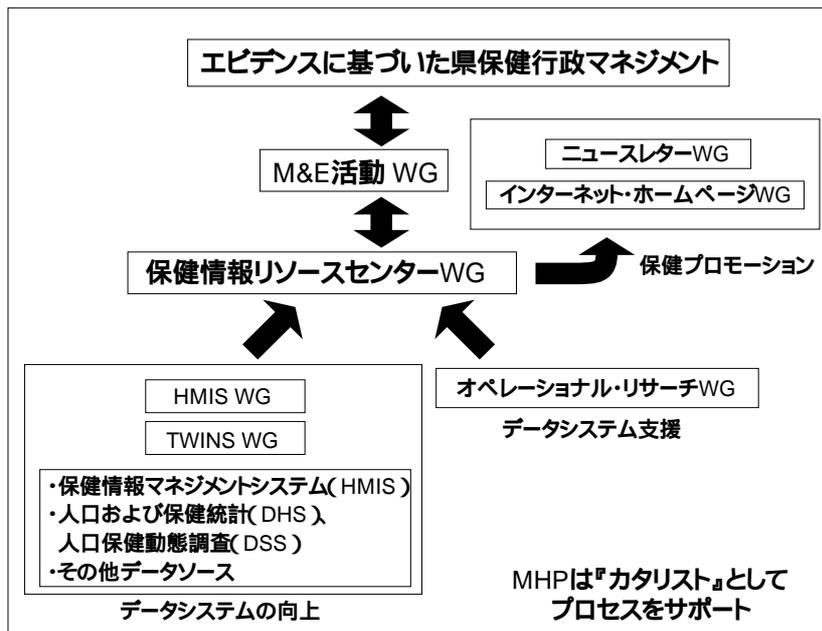
さらに半年に一度の州 - 県合同保健会議の開催や、州保健ステークホルダー会議の開催、県相互訪問などのインタラクティブな活動を通して、RHMTとCHMT同士のネットワークパイプが強化されたことにより情報経験の共有が進み、自信を深めたり前向きな競争意識が醸成されてきた。問題解決のための県同士の自発的な協働活動などが観察されるようになった（2 - 4 - 1（2）の1）横の連携、2）縦の連携を参照）。

（3）成果3：保健問題分析・計画・実施・M&E能力の強化

オペレーショナル・リサーチ（Operational Research: OPR）WGでは、保健問題をリサーチ能力によってエビデンスとして抽出し、地域保健計画に反映させることを目的として、CPである地方保健行政官自らが保健リサーチ活動を行うことが可能となった。特にこれらのリサーチ活動は州および県保健行政組織全体の活動として発展してきたことにより、RHMTやCHMTのチームワークの育成やすべての行政マネジメント能力の向上が認められた。さらにリサーチ結果や手法をMOHSWや他州の保健行政官と共有する目的で、“Operational Research Report”と“Operational Research Management Handbook”が刊行された。

M&E WGでは、メンバーがM&Eファシリテーター養成訓練やPCM研修などを通して、県の保健計画や活動モニタリングのファシリテーターとして育成されてきた。またCCHPへの技術支援を中心に行うことにより、保健計画と適切な予算管理が可能となってきた。また、これらの教訓を他の保健行政官とも共有し、保健計画策定などでリファレンスとして活用されることを目的として、“District Health Management Handbook”が刊行された。

図 2 - 5 ワーキング・グループの活動の相互効果



出所：MHP（2006）p. 34

2 - 5 延長フェーズからプロジェクト終了まで（2006年4月～2007年3月）

延長フェーズでは、モロゴロ州においてプロジェクト活動を持続的に定着させ、6年間で得られたプロジェクトの成果と教訓を周辺地域に普及拡大していくための積極的な取り組みがなされた。具体的には、持続的運営のためのロジスティックス・調整能力の強化、MHPの活動の体系化（システム化）・教材ツール開発、プロジェクト成果の発表・共有、MHP経験の他州への反映検討、他ドナーとの連携の模索が行われた。

2 - 5 - 1 持続的運営のためのロジスティックス・調整能力の強化

プロジェクト終了後のタンザニア側による自立発展的な活動運営体制の確保のため、自分たちだけでWGなどの活動を継続していくためのロジスティックス・調整機能の強化し、持続的に機材のメンテナンスをするための研修などを行ってきた。

具体的にはCP自身がWGの議長（Chairman）、調整役（Coordinator）、秘書（Secretary）などの役職を選出し、メンバー間の日程調整、公式レターの発出、予算管理など、これまでプロジェクトが行ってきた業務を“WG Coordinator Guide Package”として完全にタンザニア側に委譲することにより、WG活動の自主運営が可能となってきた。

機材メンテナンスについても、これまで機器の保守管理を他人任せにしてきたことを反省し、Mzumbe大学の協力を得て管理者研修を実施した。さらに、「メンテナンス・マニュアル」を作成し、供与機器だけでなく、すべての機器の保守管理を自分たちで実施するためのOJTを行ってきた。

2 - 5 - 2 MHP活動経験の体系化・教材ツールの開発

プロジェクト活動をモロゴロ州に定着させ、他地域に普及発展していくためのモデル化、体系化（システム化）が関係者により検討されてきた。

特に3 - 2で詳説するMHPの特徴である、日本人専門家のかかわりとしての「カタリスト的支援形態」が抽出され体系化されてきた。

また、活動の経験・成果・教訓を取りまとめた教材ツールの開発や刊行物の発行なども積極的に行われた。具体的には、MHP Summary Booklet、Operational Research Management Handbook、District Health Management Handbook、Morogoro Health Abstract、マルチメディア教材などがWGを中心に編纂され、目に見える成果として出版された。

例えばOPRハンドブックには、具体的にCPが実践してきた歩みとテンプレートとしてすぐに活用できるチェックリストやリソース機関の詳細表示などが記載され、非常に見やすくできている。同ハンドブック各章において、執筆担当者の名前が明記されており、他地域から質問があれば、執筆担当者に直接問い合わせることも可能になっている。

CPにとって、このような目に見える成果を残す経験を得たことは、達成感や自信といった金銭的に得られるもの以上の大きなモチベーションとなった。

2 - 5 - 3 プロジェクト成果の発表・共有

活動経験を体系化・教材化するのと同時に、CP自らが対外的に発表する機会を積極的に取り入れることによってCPの自信の育成と普及展開のための礎作りを行ってきた。具体的には、ステークホルダー会議やJCCなど、国内会議や国際会議の場に至るまで、なるべく多くのCPが発表

する機会を持つように支援してきた。

CPにとっても、これらの発表機会を通して他州の保健行政官、政府高官、大学研究機関の関係者などの目に留まり、人的ネットワークが広がる可能性があるという意味で有益である。その典型例として、プロジェクト終了直前の2007年3月にタンザニア保健医療国際会議において、プロジェクト成果が基調講演に選ばれ、前モロゴロ州保健行政長官によって世界中からの参加者の前で発表されたことが挙げられる。この発表の質疑応答の中で、プロジェクトの主導者的役割を果たしてきたCMOから、「タンザニアで最も成功した2つの保健プロジェクトの一つである」、というコメントをもらい、MHP関係者すべてが激励された気持ちになることができた。

対外的な発表は、CPにとっても、そのリーダーシップを対外的に発信できる絶好の機会である。CPたちは、上層部だけでなく、保健施設従事者（Front Line Health Workers: FLHW）にも成果を伝達する意義を感じ、保健診療施設へもプロジェクト成果を波及するような活動（ハンドブックの配布、リサーチ結果の普及セミナーの実施など）が行われた。特に調和を重んじるタンザニアにおいては、リーダーシップを他に認められることは、非常に意味のあることである。



プロジェクト成果の発表

2 - 5 - 4 他州保健セクターへのMHPの経験反映

プロジェクト延長フェーズでは、終了時評価を踏まえ、他州にMHPの成果や経験を反映するというビジョンが本格的に検討されるようになってきた。

その中で、上述のように体系化・教材化した活動経験を他州と共有し、どれだけ適用可能かを検討するための相互訪問プログラムを実施してきた。

RMO、DMO（6人）、CPアドバイザー、および日本人専門家4人（合計12人）で、Kagera州RHMTを訪問し、地方における保健行政マネジメントにおける縦と横の連携構築を目的として、意見交換が行われた。ビクトリア湖西岸に位置するKagera州は、1994年のHSRがタンザニアの中でもいち早く導入・実施された州である。また、Kagera州は、デンマーク国際開発庁（Danish International Development Assistance: DANIDA）支援によるTesting the Health Sector Reform（2004年終了）の経験を持ち、タンザニア国内で最もマネジメント能力が自立発展しているといわれている。

モロゴロ州RMO・DMOは、Kagera州RHMT全体としての能力の高さに刺激を受けるとともに、MHPでは「whatではなくhowを学んだ」ことを再認識した。またRMOは、自らプロジェクトを通じて達成した成果を繰り返しKagera州で発表するたびに自信を深め¹⁹、「Kagera州に行くまでは、モロゴロ州は何をとってもKagera州には及ばないだろうと思っていたが、実際に訪問してみると、自分たちがこれまで成し遂げてきたことに自信を持ち、モロゴロ州もKagera州に劣らないということが分かった」とプロジェクト成果の認識を深める結果となった。

また相互訪問プログラム以外でも、MHPのCPが他州に異動になることによるMHPの活動普及が期待される。延長フェーズ終了前に、CPであるモロゴロ県のDMOがMbeya州のRMOに就任したことから、Mbeya州でもWGなどの活動が始まることが予想される。さらに、同じくCPであったKilombero県の県計画担当官（District Planning Officer: DPO）が地方自治庁セクター調整局副ダイレクターに就任した。6年間にわたるMHPの経験を知る人物が中央政府にてさらに地方行政における人材強化に取り組むことが期待される。

2 - 5 - 5 他ドナー取り組みとの連携模索

モロゴロ県では、カナダの国際開発調査研究所（International Development Research Center: IDRC）支援による県保健行政能力強化プロジェクト（Tanzania Essential Health Interventions Project: TEHIP）が実施され、特にカスケード方式というリフェラルシステムが構築されていた。そのためモロゴロ県以外のCPIはMHP活動の一環としてモロゴロ県を訪問し、カスケード方式のノウハウを学び県保健活動予算計画の中で予算化し、保健施設従事者を対象にした研修を実施している。

また、Kilosa県では世銀支援によるコミュニティ保健ファンド（Community Health Fund: CHF）の普及が推進されていたことから、各CHMTがKilosa県CHMTを訪問し、Kilosa県のCHF活動とその活動開始手順を学んでいる。

このように、CPIはどこの国からの支援かということに縛られることなく、保健サービス・デリバリーについて、相互に学び合っている。こうしてCP自身が様々なドナーの取り組みをCCHPに新規の活動として取り込み、予算計上しているということは、CHMTの組織強化が図られていることを示している。

¹⁹ 杉下（2006c）p.9

(Box 1 - 1 (p.8) からのつづき)

Box 2 - 2 「予算がありません...」(後半) ~ 突き合いとは? ~



マネジメントに正解はありません。このケースも、この時はこう対処したという一例でしょう。しかし、過去の事例から教訓を学ぶ取組はととても重要なことです。

このケースで私が最も残念に感じたことは、CPからの連絡内容が、県からの費用分担の可否のみでWGへの出欠を即断していたことでした。「自分はなんのためにWGに参加し、それが、自分の所属する組織、社会、他州などへどのような影響を及ぼすのか？」を考え、担当者に窮状を訴えてでもWGに参加する意欲を示してほしかったのです。実際、「DSAはどうか県から工面したが、出発直前まで会議があり公共の交通機関だと間に合わないので、プロジェクトの車両に同乗させてほしい」と交渉してきたCPもいたのです。

最終的に、当CPの上司であるDMOと協議した結果、同県で突発した疾病対策、バスケット・ファンド執行の遅れなどの理由で、今回は、当CPのDSAを県として負担できないことが判明しました。プロジェクトとしても再検討した結果、成果品の進捗よりも、CPにマネジメント(上司や担当者への相談・交渉、予算執行手続き、主体性)の重要性を学んでもらうことを優先して、結果的には当該CPのDSAをプロジェクトから出すことをしませんでした。結局、彼は参加が予定されていたCP 7人中たった1人だけ参加する機会を逃しましたが、この教訓から学び、次のWGでは、無事に県予算からDSAを捻出し、参加することができました。

このケースだけではありませんが、県とのコスト・シェアリングをめぐる本音での話し合い(突き合い)を通じて、個人を超えた、組織、制度への道筋が見えてきたように思います。それは、プロジェクトが一方的に費用を負担していたら、決して見えてこない部分です。CPが所属する組織(CHMT)では、部下が上司に何でも相談できる素直なコミュニケーションが存在するか? 県保健予算の公平な分配がなされているか? バスケット・ファンドや国からの予算はスムーズに執行されているか? 県予算執行の最終決定権を持つDEDは保健活動・改革の推進に協力的か? 県の会計システムは迅速な予算執行手続きを促進しているか? そして、州(RHMT)は、州内各県の状況を把握し、県を支援して保健目標を達成していく能力を持ち合わせているか? などなど、目に見えない組織化、制度化のステップです。

コスト・シェアリングは、事業マネジメントの一つの例にすぎません。カタリストは、マネジメントが必要なあらゆる日常場面において、相手の本気を引き出し、それはすべて相手のため、組織のため、社会制度のため、国民の健康のためという思いを込めて、相手に投げ返す。プロジェクトが便利に利用されるだけでは、決してCP個人やCP組織の自立発展など望めないのかもしれませんが。プロジェクト終了時の成果の達成だけを期待するだけでなく、プロジェクト実施中に、いや、プロジェクト形成段階から、相手国と向き合い、本音で「突き合う」ことによって、相手国の真の自立を願う心と身体ができるのではないのでしょうか。

(文責：福土恵里香、元MHP専門家)

第3章 CDの観点からの成果と課題

本章では、キャパシティ・ディベロップメント（CD）の観点からプロジェクト活動によってどのようにモロゴロ州、県保健行政の課題対処能力が強化されたかを見ていく。3 - 1で個人レベル、組織レベル、政策・制度・社会レベルにおける成果をそれぞれ検証し、最後に全過程を通じたCDの課題について分析する。3 - 2では、モロゴロ州保健行政強化プロジェクト（MHP）実施アプローチについて、その特徴と教訓をまとめる。

3 - 1 キャパシティの発展過程とプロジェクトの成果

表3 - 1はキャパシティを捉える視点を個人、組織、制度・社会システムの3つに区分し、この3区分のキャパシティの姿、キャパシティの発現する道具や機会などを示している。

個人のキャパシティが強化されたときの指標となるのは知識、技能、意思・姿勢、健康、意識であり、キャパシティが強化される前と比して、これらがどのように変化したかでキャパシティの強化の度合いが理解される。次に、組織では、人的資産、物的資産、知的財産とこの3つの資産を活かす組織形態などから判断し、特定の目的を達成するために必要な意思決定プロセスやマネジメントシステム、組織文化や体制がどのように強化されたかでキャパシティの強化の度合いが理解される。制度・社会システムにおいては、個人や組織レベルの能力が発揮されるために必要な環境（enabling environment）、一組織を超えた政策や戦略策定・実施にかかる意思決定プロセス・システムやそれらの枠組みが具体的な制度や政策に影響を与えているかどうかでキャパシティの強化の度合いが理解される。

表3 - 1 キャパシティの捉え方とその発現

キャパシティをとらえる視点	キャパシティの内容	キャパシティの姿、あるいはキャパシティを発揮する・発現する道具、場、あるいは機会
個人 (individual)	自らの知識と技能を用いて、行動目標を設定して達成する意思と力	知識、技能、意思・姿勢、健康、意識
組織 (organization)	特定の目的を達成するために必要な、意思決定プロセスやマネジメントシステム、組織文化、体制	人的資産（組織を構成する個人の能力） 物的資産（施設、設備、機材、原材料）・資本 知的資産（組織戦略、経営・営業ノウハウ、マニュアル、統計情報、生産技術、調査研究報告、秘伝の技、家訓など） 資産（人的、知的、物的）を最適に活かす組織の形態、経営方法（フラットな組織、TQC（トータル・クオリティ・コントロール）、KM（ナレッジ・マネジメント）、人事制度など） リーダーシップ（組織の意思・姿勢）
制度・社会システム (institution, society)	個人や組織レベルの能力が発揮されるために必要な環境や条件、一組織を超えた政策や戦略策定・実施にかかる意思決定プロセスやシステム、遂行のための枠組み	社会を構成する個人や組織の能力 公式な制度（法律、政策、政令、条例、会員規約など） 非公式な制度（慣習、規範など） 社会関係資本（social capital）、社会インフラ

出所：JICA援助アプローチ・戦略タスクフォース（2004）p.10

3 - 1 - 1 個人レベルでの成果

まずは個人の能力向上のレベルにおけるプロジェクト成果について分析する。プロジェクト前半では、州保健行政マネジメントチーム（RHMT）/県保健行政マネジメントチーム（CHMT）の全員研修および選抜研修を通じて、マネジメントにおける基礎的なキャパシティが育成されてきた。また通常業務においてキャパシティの強化が繰り返し行われた²⁰ことによって、コンピューター操作技能、プレゼンテーション能力、調整能力（定期会合開催、保健施設従事者への情報伝達など）といった様々な個人スキルが習得、蓄積されていった（2 - 2 - 3 参照）。

プロジェクト後半から延長フェーズでは、WGによる成果生成の過程や、縦横の連携の強化による発表機会などの急激な増加によって、これまで培われてきた個人的キャパシティが、さらに組織的課題対応力として発展的に試され、獲得されていった。例えば、モロゴロ市CHMTメンバーは、「MHPを通して、保健活動 = 仕事が今はとても楽しくなった」と述べている。州行政長官（RAS）および州行政長官代理（Ag RAS）も、RHMT/CHMTメンバーの能力は確実に向上し、それが自信につながっていることが表情や態度の変化に表れてきたと述べている（2 - 5 - 3 参照）。

地方保健行政官が調査・計画・立案などの行政行為を自分たちの能力でできるようになり（個人のキャパシティの育成）、自らの能力に対する自信とモチベーションが育ち、個人レベルの行政能力をさらに大きく発揮するためのRHMT/CHMTの組織対応力の強化が行われ（組織キャパシティの強化）、協働と分担を目的とした積極的な県同士の横のネットワーク構築が始まり（システムのキャパシティの成長）、主体的・能動的な地方保健システムの基盤が形成されていったと考えられる。

このように従来、保健福祉省（MOHSW）など中央政府からの指示で行政行為を行ってきたトップダウン式マネジメント体制への批判的検証から、保健セクター改革（HSR）という政策的背景と援助協調によるバスケット・ファンドの導入という財政的背景を基盤にして、プロジェクトがタンザニアの地方保健行政に変化を起こすカタリストとしてCPに変化の契機とその能力的な手段を提供したことは、いわゆる開発援助がチェンジ・エージェントとして途上国の内発的成長を支援するというCDの役割を果たしたと考えられる。

3 - 1 - 2 組織レベルでの成果

（1）組織の能力向上の成果

モロゴロ州のRHMT/CHMTにおける組織強化は、個人的な基礎的マネジメント能力の習得を経て、その個人能力を集結したWGという集団活動の中で、組織力として蓄積されていった。無線機器を応用した情報伝達システム、保健年鑑の発行、ニュースレターの定期発行、リソースセンターの開設、オペレーショナル・リサーチの実施、各種マニュアルやハンドブックの作成など、個人の能力だけでは到達し得ない様々な成果を、個人能力を集結した組織力として次々と達成していった。

例えば、モロゴロ州保健年鑑（Morogoro Health Abstract 2005/06）の出版に関しては、2006年8月18日にMOHSWからMHPに寄せられたレターには、「モロゴロ州は保健年鑑を発行した国内初の州であり、この年鑑はMOHSWが期待したレベルに達した国内最初の保健年鑑である」と記されていた。

また国立医学研究所（NIMR）は、タンザニアで初めてとなる地方OPR調査報告書の業績をたたえ

²⁰ すべてのRHMT/CHMTインタビューより。

MHPの活動を評価するとともに、地方行政保健セクター全体の組織能力向上に寄与した結果であるとコメントしている²¹（2 - 4 - 3（1）～（3）参照）。

（2）州を支援したことの意味

元CMOは、「プロジェクトは、モロゴロ州における地方保健行政において、州と県が縦割り行政の殻を破って一つの「チーム」としてコミュニティの抱える保健問題を解決するための組織能力の強化に貢献した」ことを強調している。

RHMTは、中央政府（MOHSW）の一部として従来は州病院の運営・管理が主な業務であったが、1999年以降、県保健行政の現場指導やマネジメント支援としての機能が付加され、州内でも県ごとに異なる疾患の発生頻度や罹患率を概観して、県が適切な保健サービスを実施するための技術指導と行政モニタリングを行うことが本来業務となってきた。

MHPでは、RHMTとCHMTが一体となってWG活動を実践してきたことにより、州によるモニタリング能力および各県に対する指導やアドバイス能力の強化につながっている。同時に、州による各県の保健活動モニタリング・評価基準に関する情報がCHMTとも情報共有できるために、透明性の高いモニタリング・評価が可能となってきた（2 - 4 - 1（2）2）参照）。

（3）県同士の横の連携

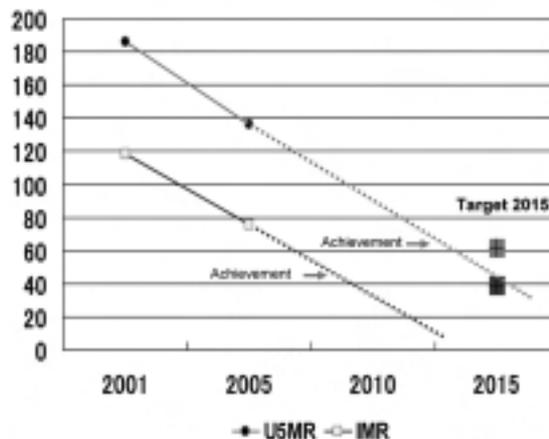
上述の縦の連携と同時に、各県の保健行政官が県の枠を超えて一つのWGとして活動したことにより、県行政官同士の横の連携関係が強まった点は特筆すべき成果である。この横のネットワークは、日常の情報交換、保健サービスに対する競争意識、そしてリフェラル体制の強化という意味で大きな財産となっている（2 - 4 - 1（2）1）参照）。

3 - 1 - 3 政策・制度・社会レベルでの成果

（1）ミレニアム開発目標への貢献

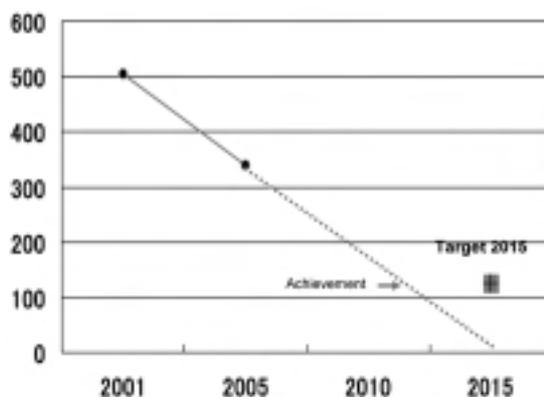
モロゴロ州では、ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals: MDGs）への貢献が目覚ましい。MDGsの第4の目標である新生児死亡率（Infant Mortality Rate: IMR）や5歳以下の乳児死亡率（U5MR）（“Reduce Child Mortality”）および同じく第5の目標である妊婦死亡率（Maternal

図3 - 1 モロゴロ州乳幼児死亡率と5歳以下幼児死亡率



²¹ 国立医学研究所（NIMR）（Dr. Kitua）とのインタビューより。

図 3 - 2 モロゴロ州妊婦死亡率



Mortality Rate: MMR) (“ Improve Maternal Health ”) について、図 3 - 1、図 3 - 2 で示されたとおり、2015年までに目標値を達成することが予想されている。この要因として様々な要素が関係していることは事実であるが、MHPの保健行政官の能力強化が末端の保健施設従事者のサービス提供能力向上に及ぶまでインパクトを与えたことが促進要因であったことが推測されている。

(2) 政策との整合性

2003年、2005年、および2006年の保健セクター評価調査報告において、「地方行政官の能力の脆弱性と強化の必要性」が強調されていることから分かるように、MHPの目指してきた地方保健行政マネジメント強化という目標はタンザニア保健セクター改革 (HSR) および地方行政改革計画 (LGRP) とも合致する政策的整合性の高いプロジェクトであったといえる。ほかの開発パートナーによる能力強化プロジェクトと比して、国家のリソースが集中したボトルネック解消のためのプロジェクトであったために、比較的短期間でプロジェクト目標を達成することに成功したと考えられる (2 - 4 - 3 (1) ~ (3) 参照)。

保健セクターにおける人材育成の観点から見ても、RHMT/CHMTの構成員に必要な能力とその育成方法を明らかにしたという点で、MHPはタンザニア政府が保健セクター従事者への継続的な育成計画を立案していくための一つの政策的提言をすることに成功したといえる。

(3) 保健SWApの活用

MHPでは、各県が保健活動を行うことにあたって、JICAプロジェクトの予算だけに頼るのではなく、保健セクター・バスケット・ファンド (HSBF) というタンザニア保健セクターのSWApメカニズムのなかで、自らの資金リソースに対し自らの予算計画を申請し、自らのモニタリング管理下でアカウントビリティをもって執行されたことは、事業の自立発展性という観点から特筆すべき成果である (2 - 4 - 2 参照)。

保健セクターのドナーグループ (Health Sector Development Partners Group: Health DPG) 議長は、今後モロゴロ州や他州においても同様に、地方自治体自らのアカウントビリティが確立している範囲では、さらにHSBFの追加増資も検討していく方向であるとの認識を示している²²。

つまり、MHPによる保健行政官の能力向上と保健SWApの発展が、シナジー効果を表していることが確認され、プロジェクトの成果がタンザニア保健セクターの制度規範として定着するた

²² Health DPGの前議長と現議長とのインタビューより。

めの重要なプロセスに寄与していると考えられた。

3 - 1 - 4 CDの観点からの課題

(1) 地方の総合計画との整合化

プロジェクトで設立されたWG活動は、プロジェクト終了後は本来業務としての保健活動として予算化され実施されていくことが重要である。

タンザニアでは、地方分権化(D by D)により、県レベルで包括的な開発計画を作成し、他セクターとの予算調整を行うことで、地域総合開発事業として発展させていくことが重要である。このとき他セクターとの調整役として中心的な役割を果たすのは州および県の計画担当官(RPO (Regional Planning Officer) /DPO)である。

MHPでは、この計画担当官をプロジェクト活動に巻き込み、県総合保健予算計画書(CCHP)という保健セクター総合予算計画を策定する能力を向上させてきた。また州や県の計画官だけでなく必要に応じて州知事や県知事、行政長官を巻き込み、地方におけるセクター間調整を図り、地方自治体において限られたリソースを適正分配するための包括的な行政能力の向上にも寄与してきたことは、大変に意義のあることだと思われた。

(2) 今後の地方保健行政サービスにかかる実施体制上の課題

今後MHPの成果と教訓をもとに、タンザニアの他地域へマネジメント能力強化を拡大していくためには、政策・制度・社会システムの変化に対応したさらに詳細な行政環境を再検討する必要がある。

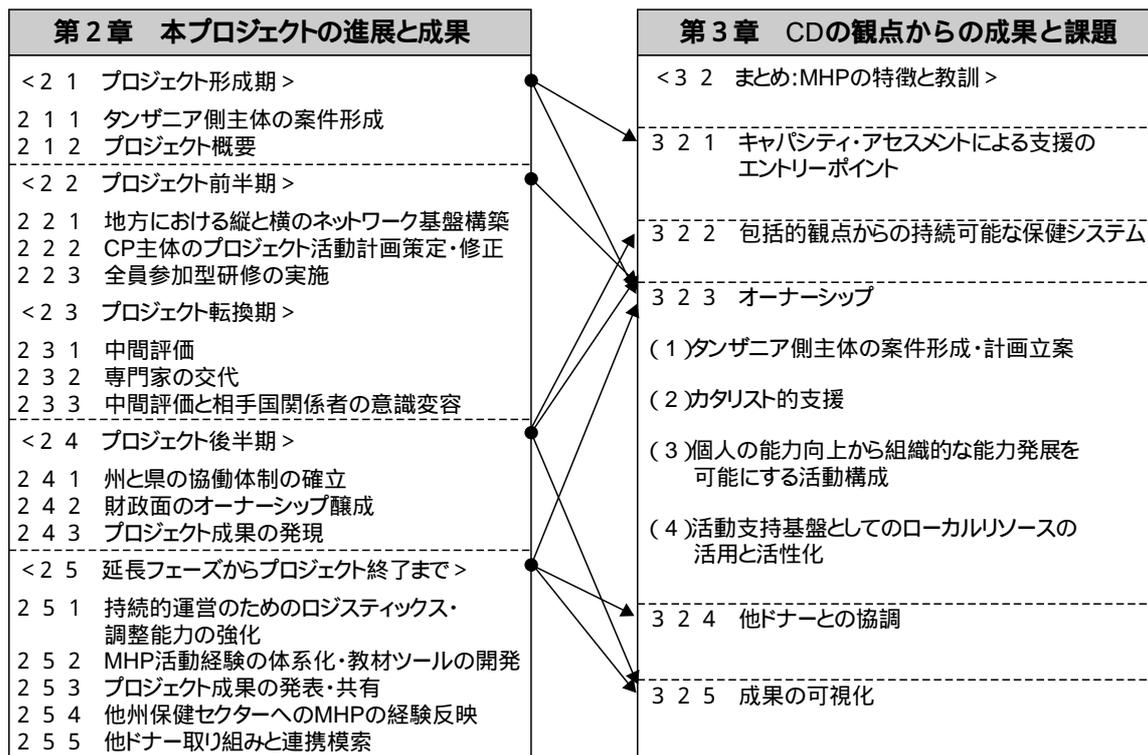
1 - 5 - 2で述べたとおり、地方分権化によって、地方の保健行政については、地方自治庁からの予算によって、CCHPに基づき保健活動を実施していかなばならない。HSBFもセクター資金ではあるが、地方自治省から県へ配分される仕組みである。このように、将来的には地方の保健行政サービスは、MOHSWは技術面における支援的役割を担い、地方自治体がサービス提供と行政マネジメントの主体となっていくことが予想される。

地方自治体の能力の向上については、MHPをはじめ、SWApなどといった多くの支援が行われてきたために急速な進展をみせている一方で、州保健行政のための制度整備やマネジメント能力の強化については、いまだ途上であり、地方分権化を推進する上でのボトルネックとなっている。

タンザニア政府は、MHPの経験と教訓を活かして、この保健システム発展のボトルネックとなっている州保健行政の機能強化を全国的に展開するための技術支援を、JICAに要請してきた。MOHSWとしては、中央政府から見た州政府の機能強化だけではなく、MHPで培ってきたような県から見て望ましい州保健行政のあり方とそのメカニズムの構築への期待が大きく、このような仕組みをタンザニア政府と開発パートナーが一体となって支援していくためのプロジェクト案件の形成が現在進行中である。

3 - 2 まとめ：MHPの特徴と教訓

第2章にてMHPの活動を時系列にたどったが、本節にて改めてその特徴と教訓をまとめたい。



3 - 2 - 1 キャパシティ・アセスメントによる支援のエントリーポイント【第1章、2 - 1】

MHPの取り組みがこれだけのインパクトをもたらしたのには、プロジェクト形成にあたり、第1章で述べてきたタンザニアにおける開発戦略、保健セクター改革（HSR）、そして地方分権化といった政策環境を把握して、その中から適切な協力のエントリーポイントを定めた点にある。

HSRおよび地方自治体への権限委譲（D by D）により、RHMT/CHMTは地方保健活動のさらなる充実が求められている。国際社会が目指すMDGsをはじめ、中央政府が策定したMKUKUTAや保健セクター戦略計画の目標達成に向けて、RHMT/CHMTの活動範囲がますます拡大している中で、実際に問題を抱えるコミュニティのニーズに応じたCCHPを策定・実施・モニタリング・評価していかねばならない。この両者のニーズの整合性を保つために、RHMT/CHMTは実際の保健問題を「エビデンス」として抽出し、問題解決の優先度を付けていくことが求められている。

MHPでは、こうした状況を鑑みて、ボトルネックとなっていた地方保健セクターのマネジメント能力を強化するために、州の技術支援機能を強化することを通じて、県の計画策定・サービス実施能力を向上させる点にエントリーポイントを見いだしている。その上で「エビデンスに基づく計画・実施」を徹底させたことが、地方分権化において信頼される地方保健行政のモデルとして発展させてきた。

またMHPのケースでは、要望調査前後に、MOHSWはもとより、ほかの開発パートナーとも選定エリアとプロジェクト内容に関する意見交換や議論が活発に粘り強く行われた²³。案件形成の段階で、

²³ 橋本元政策アドバイザーとのインタビューより。

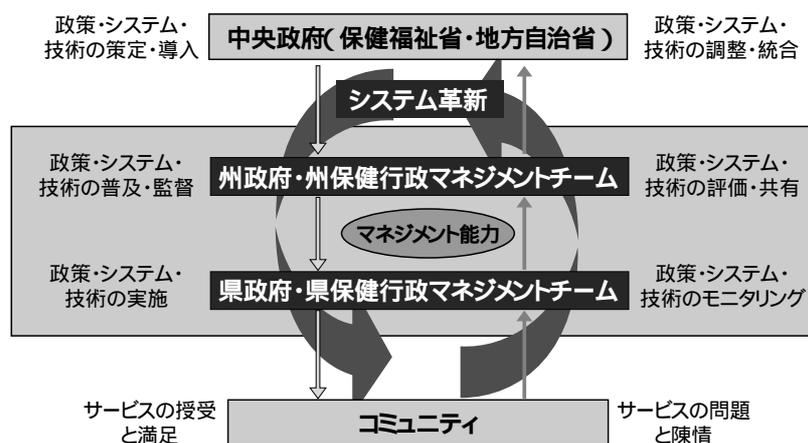
支援のエントリーポイントを決めるために関係者間の調整に相当注力されたことがうかがえる。

3 - 2 - 2 包括的観点からの持続可能な保健システム

【第1章、2 - 4 - 1 (2)、2 - 4 - 2、2 - 4 - 3、2 - 5】

上述のような状況分析のキャパシティ・アセスメントを踏まえて、MHPにおける中央政府、州政府、県政府、コミュニティのそれぞれの関わり方を包括的に示した保健システムのイメージが図3 - 3である。

図3 - 3 持続可能な保健システム



出所：杉下(2006c)

右の上昇している矢印は、コミュニティのニーズとそれをエビデンスとして認識したCHMTが、CCHPに活動を盛り込み、州、そして中央政府(保健福祉省と地方自治省)へと政策転換していくための材料が吸い上げられていく様子を示している。左の下降している矢印は、中央政府が策定した保健にかかる政策やガイドライン(ニーズに合致した政策立案が必要)が州政府へと下りていき、州政府が県政府の適切な政策解釈をすることを監督し、県政府がコミュニティへガイドラインに合わせた保健サービスを提供していくことを示している。

このボトムアップのニーズ吸い上げと上からのサービス提供というシステムの両輪がかみあってシステムとして機能していくことが、地方保健行政サービスが適切に住民へ届けられるための発展性を担保するために必要とされている。

そこでMHPでは、ボトムアップとトップダウンの中間に位置し、ボトルネックとなっている州と県をターゲットにして、組織強化を目指した保健行政マネジメント育成を行った。その結果、CHMTがコミュニティの保健ニーズを的確に把握し、地方保健計画予算書として策定することが可能となってきたのと同時に、そうした活動を上からの保健SWApに位置づけてセクター・バスケット・ファンドを獲得することによって、持続可能な保健システムを構築するに至ったのである。

MHPの取り組みは、こうした包括的な保健システムの中に位置づけることで、HSRへのアライメントを調整してきた。その結果が、2 - 5 - 5で述べたような国家保健セクターCD戦略書策定の動きとなってきている。

3 - 2 - 3 オーナーシップ

なぜタンザニア側のオーナーシップが醸成されていったのか。そこには、プロジェクトを形成・実施していく上での日本とタンザニア双方の**姿勢の要因**と「州内の保健問題にRHMT/CHMTがチームとして取り組む体制を作り上げる²⁴」までの**戦略的要因**が考えられる。具体的には、前者については、タンザニア側主体のプロジェクト形成・計画と日本人専門家のカタリスト的支援、後者については、プロジェクトの活動構成とローカルリソースの活用と活性化について述べてみたい。

(1) タンザニア側主体の案件形成・計画立案【2 - 1 - 1、2 - 2 - 2】

MHPの案件形成段階においては、CMOが中心となってJICAタンザニア事務所とともに地方保健行政のマネジメント基盤強化という明確な問題認識を捉えて、タンザニア側のオーナーシップを最大限に活かした形で案件が形成された。

また、MHPの前半において、参加型によるプロジェクト活動計画立案とその修正を試みたことによって、プロジェクトの目標をCP自身が理解し、自分たちのプロジェクトとして発展させてきたことが、プロジェクト後半の飛躍的な成果を生み出す原動力となってきたことは大変重要である。

(2) カタリスト的支援【第2章】

MHPでは、タンザニア側のオーナーシップを醸成させるための支援のあり方を「**カタリスト的支援**」としている。

MHP日本人専門家は、カタリスト的支援を実施する上で、次の点に配慮して活動を実施した。

- ・CPと共に考え、共に学ぶ姿勢を大切にすること
- ・CPの潜在能力を信じ、育てていくこと（例えば、リーダーシップ、チームワーク、コミュニケーション力などの基礎的マネジメント能力の育成）
- ・研修で学んだスキルを日常業務に反映させていく過程を連続的に支援すること

日本人専門家は、RHMT/CHMTが中央政府の指示を待つのではなく、地方レベルで主体的、能動的に保健活動を実施できるように、CPと共に考え、共に学び合う姿勢を重視してきた。杉下専門家は「カタリスト的支援をするには、現場を動かし、現場から考える力（現場力）が必要。それには、『知識や経験』のほかに、保健行政マネジメントという総合的な『技術力』や相手を動かすだけの『人間力』が必要」と述べている。また、福士専門家は「CPの成長の過程では乗り越えるべきもの多く、単なるきれいごとや表面的な対応では済まされない場面も数多くあり、『お付き合い』ではなく、本音で『突き合う』覚悟が必要」と語っている。

そうした双方が本気の「つきあい」から、リーダーシップの能力を持ったCPが成長し、CHMTならびに保健課題別に編成されたWGにおけるチームワークが構築されるということが、カタリスト的支援の真髄であると言える。

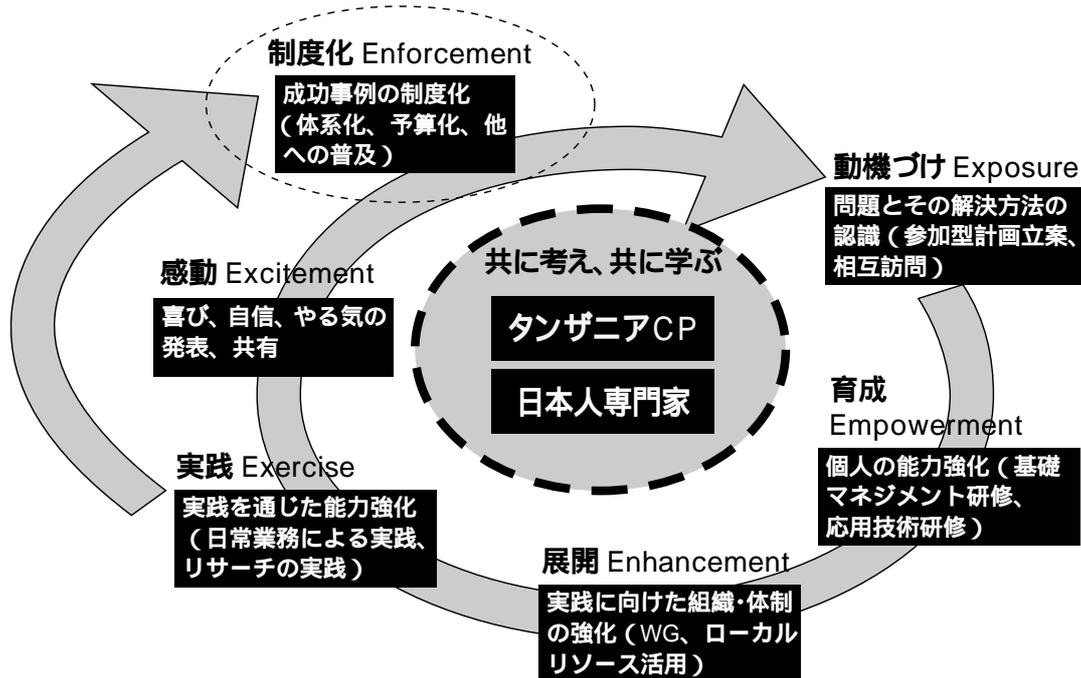
こうしたカタリストとしての姿勢は、日本人専門家という外国人としての存在意義の説明にもなる。タンザニア人にとって日本人専門家は、いつかなくなる異邦人である。だからこそ、期間限定の「カタリスト」として、時には様々なステークホルダーの橋渡し役になり、時には違った

²⁴ 元CMOインタビューより。

視点からアイデアを提供し、共に考え、学び合う「つきあい」を通して、タンザニア人自身によるタンザニアのための自立的な取り組みを支援するのである。

カタリスト的支援をより体系的に示したものが以下の図3-4のとおり、5E（Exposure、Empowerment、Enhancement、Exercise、Excitement）によって表される。

図3-4 カタリスト的支援（5E）と1E（制度化）



出所：MHP（2007）p.25より筆者作成。

最初のステップは、CPが主体的に問題を認識し、課題に挑戦するための「動機付け（Exposure）」である。試行錯誤ながらも参加型で計画立案したことはCPにとって自分たちが取り組んでいく活動に対するオーナーシップを醸成する動機付けになっている。

「育成（Empowerment）」段階では、基礎的マネジメント研修などの個人レベルの能力強化を図っていく。

個人の能力強化結果を実践に「展開（Enhancement）」する際には、WGを結成して、組織的対応とするための体制を確立することに留意している。またローカルリソースを活用することも持続的に活動を展開していくことにつながっている。

そうした体制下で「実践（Exercise）」していくことで、自己の組織の業務として認識するようになり、プロジェクト経費とは別に独自に予算を捻出する検討もなされるようになる。

そしてその実践から主体的に学びを得ることで、業務が改善し、目に見える成果も出るようになり「感動（Excitement）」が生まれる。そこからCPたちが自信をつけ、それを相互に共有していくことで、さらなる挑戦への動機付けが始まるという自己強化型のシステム・プロセスである。

以上が5Eであるが、MHPではこうした支援の成果を持続的なものにするために、さらに「制度化」“Enforcement”という新たなEを付加している。2-4-3（4）および2-5の延長フェーズでの取り組みのとおり、MHPの取り組みがモデルとして持続的かつほかにも普及されるようになるために、その経験を体系化し、政策・制度的な枠組みに発展させていくための変化

を起こしてきたのである。このようなCDの過程を経て、相手側の包括的なオーナーシップが醸成されていくのである。

5Eのプロセスも相手側のオーナーシップを尊重するがゆえに、時間もかかり、最初はなかなか目に見えにくい。しかし、そうしたCP自身による試行錯誤が自分自身で課題を解決していくための土台となって、CDが実現していくのである。

州保健官（Regional Nursing Officer: RNO）は、カタリスト的支援について次のように表現し、評価している。

「カタリスト的支援とは、前向きな変化をともに寄り添って支援していくこと。これは、日本人専門家のみならず、州が県に対して、県が保健施設に対して、カタリストでなければならない。その中で、私自身、州代表者として県を引き続き支援していきたいと思っている。」

モロゴロ市のCHMTスタッフはカタリスト的支援の効果を次のように評している。

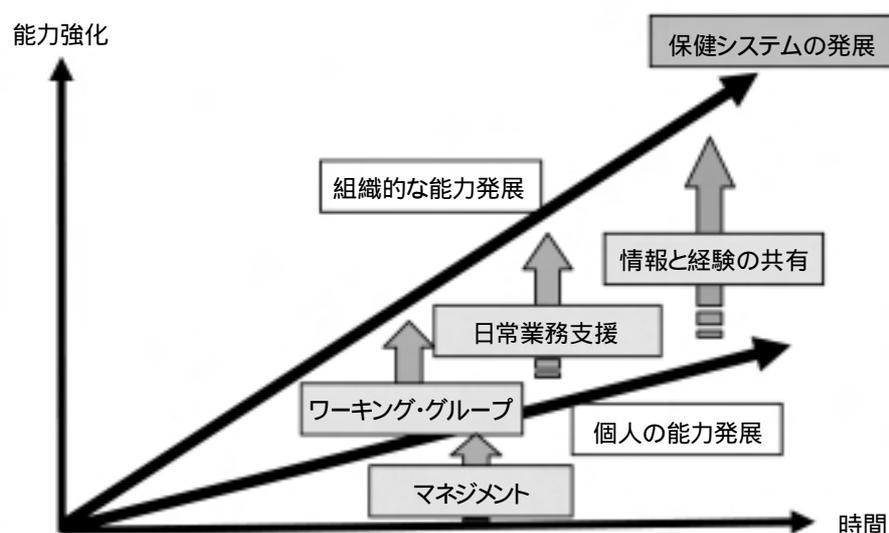
「化学反応が起こった後も本来のカタリストは変化しないが、私たちのプロジェクトでは日本人専門家という『カタリスト』自身も変化をしてきたことを知っている。タンザニアでの行政業務の手順やプロトコルの文化の違いなどを学び、お互いの役割分担を認識しつつ、綱引きをしながらお互いに刺激し合って成長し、協働し、信頼関係を築いてきた。」

（3）個人の能力向上から組織的な能力発展を可能にする活動の構成【2-4-1（1）2-2-3】

オーナーシップの醸成には、上記のような姿勢だけでなく、CPの具体的な行動変化にしていくための活動の戦略性も重要である。

図3-5は、個人の能力向上から組織的な能力発展につながるキャパシティ・ディベロップメント・モデルとして4つの活動の構成を図示したものである。基礎的応用的マネジメント研修、ワーキング・グループ（WG）、日常業務への応用実践、情報共有の機会提供の時系列的な発展が分かる。

図3-5 キャパシティ・ディベロップメント・モデル



出所：MHP（2006）

Box 3 - 1 目的に応じた研修方法の使い分け

MHPの「公式CP」は63人と、ほかのプロジェクトと比べても大人数である。全CP対象の研修をするには、時間（日程）も費用も多くかかる。「投資に値する効果が見込まれるか？」を常に考え、期間、参加者、内容を組み立てる必要がある。研修方法には、下表のような長所、短所を踏まえて、目的に応じて最適な方法を選択する必要がある。

MHPにおける全員研修と選抜研修の比較

	実際の研修例	長所	短所	配慮点
全員研修（同チームメンバー齊参加） （参加者27人 + 36人 = 計63人）	OPR基礎研修など	全メンバーの基礎力向上 チームごとの課題解決（グループワーク）可 チーム・ビルディング	事務局が手薄 研修コスト高い	1回の研修期間は5日以内 2回に分けて研修実施（3チーム + 4チーム）
全員研修（同チームメンバー五月雨参加） （合計63人）	PCスキルなど	全メンバーの基礎力向上 事務局は運営可	研修中、同チームメンバー間での議論はできない 研修コスト高い	個人の日程により、研修参加時期（2～3回中）を調整
選抜研修（14～20人程度）	OPR上級研修など	チームの責任者に高度な内容の研修 課題に対する参加者の責任感の醸成 予算・日程的に10日間の研修も可	対象者は一部の責任者に限られる	複数の講師と綿密な計画・連絡要 中間の週末の日常宿泊費要

出所：福士専門家作成（2007年6月）

まず、全員研修により「マネジメント能力向上」が図られた後、選抜された担当者による保健課題別の「WG」が結成されタスク解決を目的とした活動が開始される。WGに所属するメンバーに対しては「応用的マネジメント研修」が実施され、その後WGメンバーが自ら獲得した能力をチームに還元し、「日常業務」の中に反映させ、チーム全体の問題解決を行っていくことで、組織能力の強化を促進してきた。また、WGはそれ自体がチームとなって目に見える成果を達成することが求められ、その成果を発表する機会によって、すべてのステークホルダーが「情報共有」されるというメカニズムである。

基礎的マネジメントに関する全員研修は、個人の能力の発展に寄与している。それに対してWGの活動は、各グループのミッションに対して担当者の責任の所在を明確化することで、個人ばらばらの能力ではなく、組織の一員としてのオーナーシップが強まり、組織全体の能力向上に大きく寄与している。「応用マネジメント研修」は選抜されたメンバーに対して一人ひとりのミッションに応える形で実施される意味で、全員研修とは性格を異にするものである（Box 3 - 1 参照）。

マネジメント研修、WGで習得した能力を日常業務で実践したことで、その能力がRHMT/CHMTの中に定着し、組織対応力として発展してきた。さらに、これらの経験と教訓を他州や他組織との相互訪問、国際会議での発表、成果品の展示などによって、広くタンザニア国内外の関係者を勇気づける結果となって普及が行われていった。

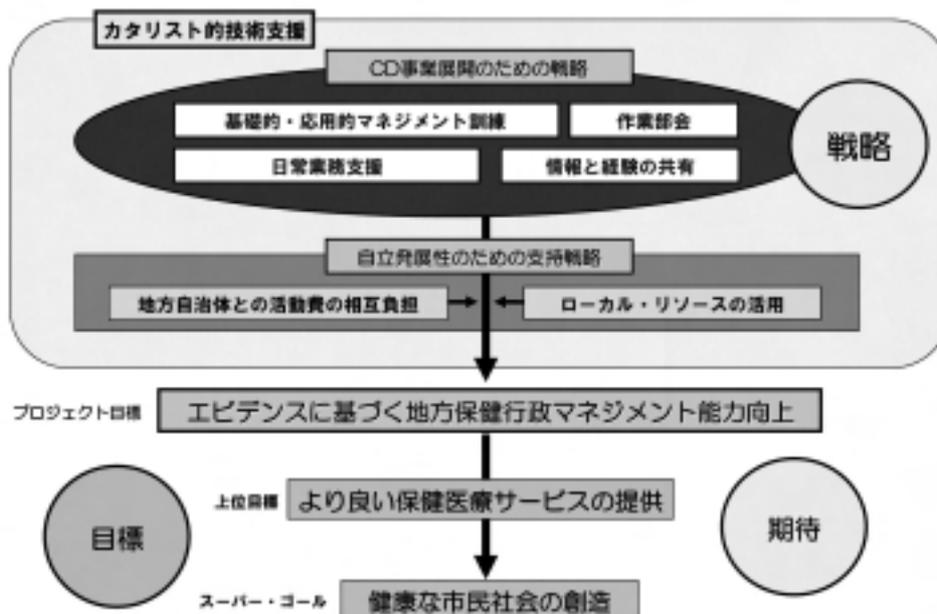
(4) 活動支持基盤としてのローカルリソースの活用と活性化【2-4-1(3)、2-4-2】

保健活動を自立的に計画・実践するためには、自主財源による財政的裏づけが重要である。2-4-2で述べたとおり、プロジェクトでは、終了後の活動の継続的展開を考慮し、県政府に対してプロジェクト活動費用のコスト・シェアリングを促進してきた。この県の自主財源として、SWApの下に各県に配分される保健バスケット・ファンドを積極的に活用してきた。この促進の背景として重要なことは、CP自身がWGなどの運営を通じて、プロジェクト活動に対する資金的なコミットメントを発展させてきたことが、自主的な財源の確保につながっているということである。

さらに、2-4-1(3)で述べたとおり、基礎的・応用的マネジメント研修を実施において、現地にて継続的な技術支援を可能にするために、大学、研究機関、NGOなどのローカルリソースと活動連携を促進してきた点は、経費的にも、技術的にも持続可能性が高いと考えられる。案件形成時、遅くとも活動開始直後、なるべく早い段階で、その地域に隣接する範囲内における技術的ローカルリソースを発掘していく作業は非常に重要である。今後タンザニア自身で地方保健行政マネジメント強化モデルを全国に普及展開していく際に、こうしたローカルリソースが個人・組織の能力強化のカタリストとなり得ると期待される。

ローカルリソースへのアクセスと同時に重要な点が、「CPがローカルリソースを活用するだけの能力を身につけていること」である。MHPにおける2回目のOPRマネジメントでは、モロゴロ市CHMTは、自分たちで大学講師を探し出し、必要箇所のコンサルティングだけを低価格で依頼した。「自分たちでできない仕事は、お金を払ってローカルコンサルタントに委託しなさい」という立場をとる財政支援型援助に対し、MHPが、「CPがローカルコンサルタントを活用して自分たちでマネージする能力を身につけること」(自立発展的成果主義)を目指し、それに成功したことは、「技術協力プロジェクト」という援助形態の存在意義、および、財政支援との補完の有効性を示したとも言えるのではないだろうか。

図3-6 MHPにおける自立発展可能な能力強化のプロセス



出所：杉下専門家資料。

以上、相手側のオーナーシップの醸成に寄与してきた要因として、カタリスト的支援をベースに、CDを実現させる活動構成、そしてそれら活動を持続的にさせるローカルのコストやリソースによる支持基盤を組み合わせ、自立発展的な地方保健サービスの向上のプロセスをまとめたものが図3-6である。

元モロゴロ州RASは、こうしたCDのプロセスについて次のように評している。

「CDは家作りのようなもの。家の土台を作っているときは、非常に時間もお金もかかり、お金を無駄遣いしたように感じるが、実は家が出来上がると、その土台は見えないけれども、家がしっかり建つためには非常に重要なものであることに気がつくのだ。」

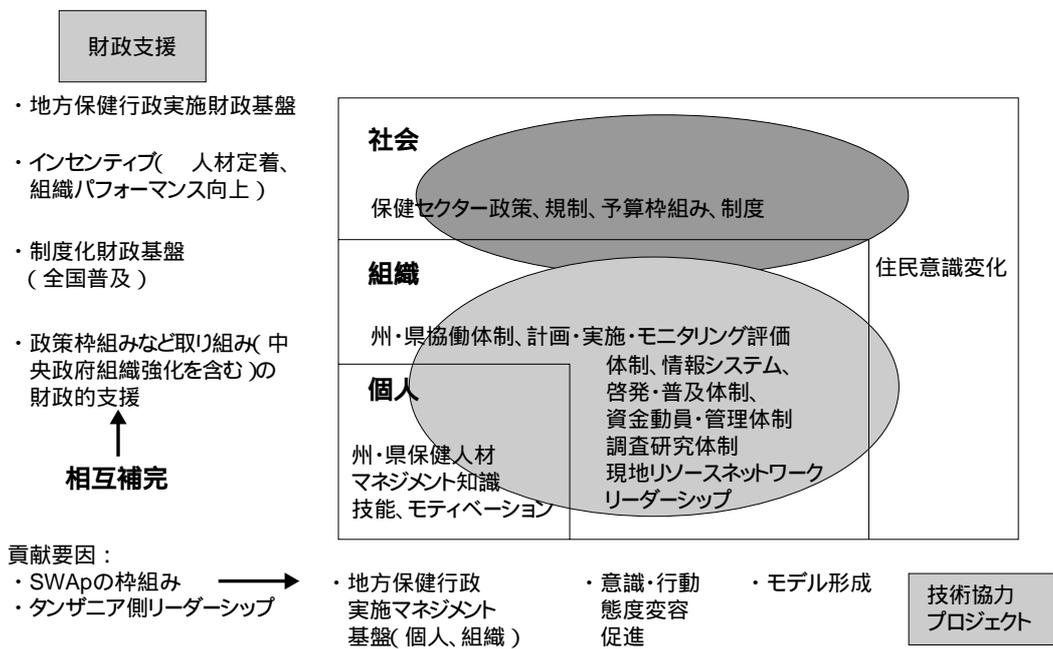
3-2-4 他ドナーとの協調【2-5-5】

MHPの取り組みを包括的な保健システムの中で位置づけることは前述のとおりであるが、JICA単独の支援だけでは包括的なCD支援を実施していくことはできないということはプロジェクト専門家のみならずタンザニア側でも認識されていた。そのため、援助協調が進展しているタンザニアでは、スタンド・アローン型プロジェクトアプローチから、プログラム・アプローチ(Programme Based Approach)に基づき財政支援型援助などほかの援助モダリティと補完し合いながらサポートする形のプロジェクト型支援へと要望の内容も変化してきている。

MHPの場合、HSRという政策的背景から技術協力の位置づけを図った点およびCPのオーナーシップに基づきWGの活動経費をHSBFから獲得してきた点において、タンザニア全体の保健セクタープログラムに調和する形で、ほかのモダリティとも相互補完して、開発効果を生み出した技術協力といえる。

図3-7は、タンザニアの保健行政CDにおいて、技術協力プロジェクトであるMHPと財政支援の補完性を示している。予算枠組みは財政支援によって基盤整備され、技術協力プロジェクトによって、地方保健行政マネジメント基盤が整備され、モデル形成されたことが示されている。

図3-7 JICA技術協力プロジェクトと一般財政支援との補完性



貢献要因：
 ・SWApの枠組み
 ・タンザニア側リーダーシップ

出所：三輪(2007)

3 - 2 - 5 成果の可視化【2 - 3 - 1、2 - 5 - 2、2 - 5 - 3】

(1) 成果を測る指標の決定

上述の特徴からも分かるとおり、プロジェクト成果を包括的な形で位置づけ、関係者の理解と支援を得て制度化を図るには、できるだけ成果を可視化して内外に示すことが重要である。

MHPでは、ヘキサゴン・スパイダー・ウェブ・ダイアグラム(HSWD)として各保健行政マネジメントチームのマネジメント能力を6つの指標(スケジュール管理、プロジェクト・マネジメント、調整力、財務、人材・資材リソース管理、知識)で自己診断を行った。これらは定性的で測りにくいと考えられてきたマネジメント能力の向上を、定量的な指標として分かりやすく視覚化したものである。

このHSWDは、「自分たちによる自分たちのための評価」である点が特徴である。カウンターパート(CP)自身が、プロジェクト関係者の中で協議を重ね、現状に即したモニタリング指標を設定したことは、オーナーシップを育てていくためにも大変重要であった。つまりモニタリングが単に指標の収集に終わらず、指標の増減を受けて、CPが緊急会議を開いて対策を練るなど、自発的な活動につながってきたのである。その意味において、指標設定の主体化はマネジメント発展において大変重要であった。

(2) 成果の発表の機会創出

MHPでは、ステークホルダー会議、ドナー会議、公衆衛生フォーラムや国際会議などの発表の場などを設定することによって、CPが成果を成し遂げた達成感を持ち、自らの能力に自信を持つことを積極的に演出してきた。こうした機会を意識的に創出することは、「カタリストとしてCPの背中を押す」という内発性を促進する効果があると思われ、包括性の観点からも「幅広いアクターによる認知」が自立発展の重要な要素であることが示された。

同時に、CP自身が発表する機会を持ったことにより、中央政府関係者・保健医療研究所・他ドナー担当者などとのローカルネットワーク構築と支援基盤の拡大につながってきた。多様なステークホルダーがCPの能力を認識するきっかけとなり、より包括的なコンテキストからプロジェクトの自立発展を支えるためのリソース確保が可能となってきた。

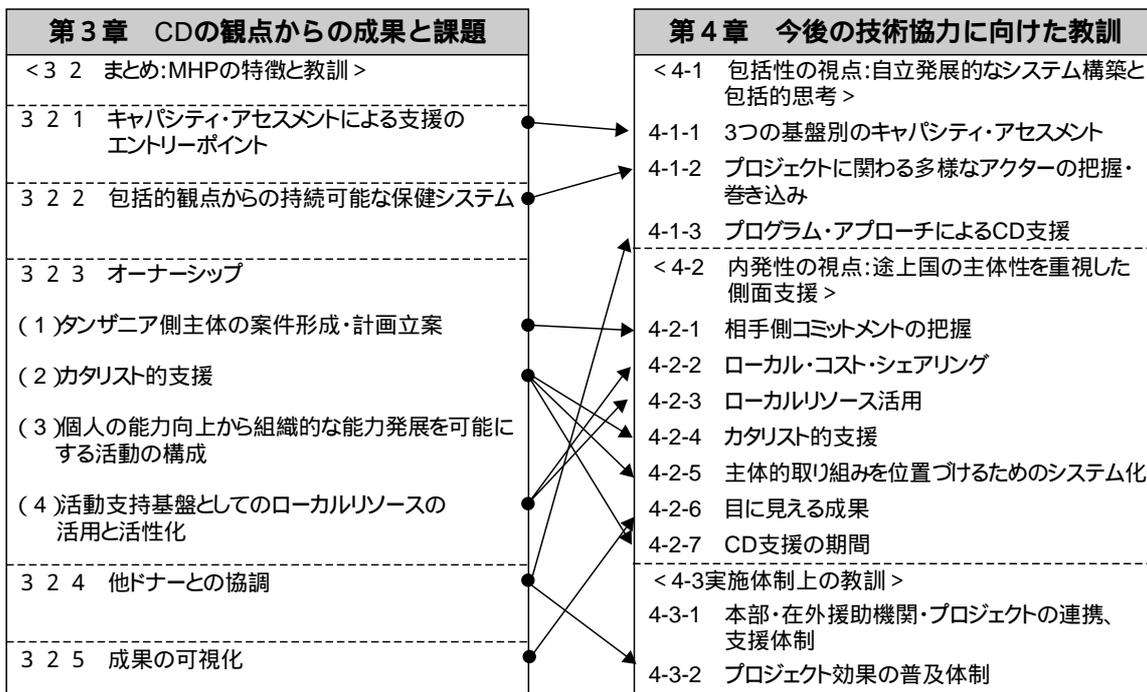
このように、内発性と包括性の双方の観点から、CPが活動の成果に対して他者から評価される機会を設けることを意識的に実施していくことがCD事業では重要であると考えられる。本邦からの運営指導調査団、評価調査団、大使館関係者や他プロジェクトからの訪問者によるモニタリング・評価、コメントなどを、活動の見直しの機会や活動の成果を発表する機会として積極的に日本人専門家からCPへ働きかけることも効果的であると思われた。

(3) 成果品の出版

MHPでは、WGでの活動による成果をなるべく「出版物」などをはじめとする目に見える成果として目標設定してきた。「出版物」には、CP自身の名前が著者として明記されるため、CPの努力の報酬としても有効なインセンティブになっていた。また、いつでも手にとって参照できる出版物は、彼らの自信を強化し、それらを用いて自らのチームに貢献できることは大きな喜びでもあった(モロゴロ市CHMTメンバー)。また、「出版物の制作」は、DEDなど、上層部の関係者に対しても説得力を持っており、CPがWG会合参加のための費用を要求しやすい(WGメンバー)など、プロジェクト活動に対する関係者の理解や協力を得るためにも目に見える具体的な成果物は自立発展性を育てる有効な手段であった。

第4章 今後の技術協力に向けた教訓

本章では、キャパシティ・ディベロップメント（CD）の観点から、包括性の視点、内発性の視点を押さえ、最後にほかのプロジェクトにおける実施体制上の教訓をMHPの教訓から一般化できるものを以下にまとめる。



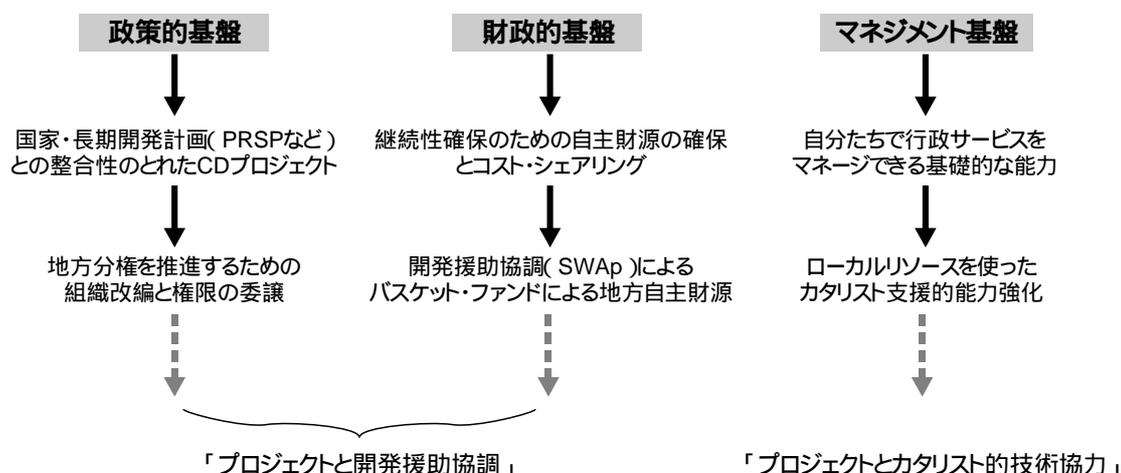
4 - 1 包括性の視点：自立発展的なシステム構築と包括的思考

あくまでJICAが実施する技術協力は、当該国の自立発展的なシステム構築が前提であるために、まずは保健システムの全体像を把握した上で、ボトルネックとなっている部分を支援することが、自立発展的なシステム基盤となる。そのために、政策背景を踏まえ、包括的なシステム思考を持ってほかの援助機関や関係機関と連携・協調を図りながらプロジェクト協力をしていく必要がある。

4 - 1 - 1 3つの基盤別のキャパシティ・アセスメント【3 - 2 - 1】

1 - 4 - 2の保健セクター改革（HSR）の3つの基盤で明らかになったとおり、自立発展的な開発には政策面、財政面、マネジメント面の3つの柱が必要である。ほかの開発パートナーが注力する分野、得意とする分野と日本の技術協力の経験分野とを補完し合い、当該国政府、開発パートナーが開発ビジョンを共有し、開発効果を高めていくことが求められている。

図4-1 タンザニア保健セクターにおける3つの基盤



出所：杉下（2006a）p.117

図4-1は、セクター改革を支える3つの基盤から、それぞれどういった方策が求められているかを示したものである。この図から分かることとして、政策的基盤と財政的基盤の強化のためには、相手国政府の政策強化とそれを支える財政支援が求められ、必然的に政府とドナーおよびドナー間での協調が求められる。他方でマネジメント的基盤については、政策的・財政的基盤の上で、相手国の組織や個人が自立的に事業を実施していくための能力の強化が必要とされており、この部分にMHPのカタリスト的支援が貢献したといえる。

CD支援をしていく際には、包括的視点を持って3つの基盤から現地のキャパシティを見極めた上で、開発ビジョンを検討していく必要がある。

要望調査時、案件形成時、事前調査などプロジェクトの枠組みが決定されるそれぞれの時期において、相手国政府、ほかのドナー、類似案件実施関係者などを巻き込み、対話しつつ、相手国のキャパシティ・アセスメントを慎重かつ確実に実施することが非常に重要である。

表4-1は、キャパシティ・アセスメントを実施する際に必要となる視点を整理するモデルである。本表は、ケニア中等理数科教育におけるCD事例分析でも提案されているが、本件においても、前項で示したセクター改革の3つの基盤が中央・地方の関係者にどの程度備わっているかというキャパシティ・アセスメントの視点を提供するものと考えられる。

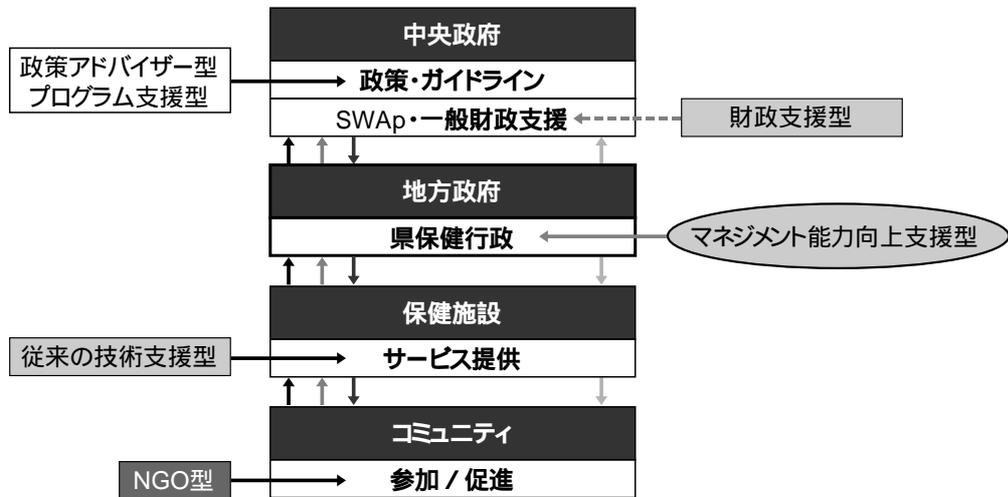
表4-1 キャパシティ・アセスメントの視点（モデル）

		政策的基盤	財政的基盤	人的資源 (マネジメント基盤)
中央政府	監督省庁			
	実施機関			
地方政府				
協力ターゲット				

出所：JICA国際協力総合研修所（2007）p.73

こうしたキャパシティ・アセスメントを踏まえると、図4-2のように、主に政策・制度を整備する中央政府には政策アドバイザーに財政支援というプログラム支援協力、地方における行政

図4-2 地方保健行政システムを踏まえた新しい援助アプローチ



出所：杉下専門員資料。

サービスを提供する地方行政にはMHPのような行政マネジメント能力向上支援といった機能・役割に合わせた新しい援助アプローチの形が考えられる。

4-1-2 プロジェクトに関わる多様なアクターの把握・巻き込み【3-2-2】

前項で、3つの基盤別に相手国の関係機関のキャパシティ・アセスメントをする必要性を述べたが、その結果を受けてボトルネックを見極め、支援のエントリーポイントを的確に絞り込む必要がある。同時に直接の支援ターゲットだけではなく、当該取り組みを3つの基盤から関わっているアクターを広く捉えて実施の段階でも巻き込んでおくことが、自立発展的なシステム構築のために不可欠である。

JICAの協力の場合、セクターのサービス・デリバリーの改善を支援するケースが多い。その場合、協力相手としてセクター官庁の実施部門やMHPのような地方行政、そして病院のような直接のサービス・デリバリー・ポイントが考えられる。第一義的には、こうした組織が自立的にサービス・デリバリーできるための技術的、マネジメント的能力の向上を支援するのがJICAのプロジェクトの特性が活かされると思われる。

しかしながら、支援対象であった組織がJICAの協力終了後も持続的にサービス・デリバリーをしていくためには、当該組織を支える政策的基盤および財政的基盤が必要とされる。ただ、こうした基盤を左右するのは、必ずしも直接の支援対象である組織であるとは限らない。むしろ、当該組織の計画部局であったり、中央省庁・監督省庁であったりする。大切なことは、JICAの協力は直接的にはマネジメント的基盤の強化であったとしても、当該分野の政策的基盤、財政的基盤に強く関わるアクターとプロジェクト形成、実施段階からプロジェクトの目標、課題、成果を共有し、そのアクターの観点からいかにその成果が位置づけられるかを考えていく仕組みをどうつくるかである。

JICAプロジェクト専門家の役割は、自らそうしたアクターに働きかけることも時には必要だろうが、むしろ直接の支援対象となっているCPと政策・財政に関係しているアクターが相互に理解するための橋渡しをすることである。

このように、3つの基盤において役割を担っているアクターを効果的に巻き込むことにより、

行政サービス能力強化（組織強化）とSWApにおける制度改善が車の両輪として促進され、中長期的にはCDとしての効果につながるのである。

4 - 1 - 3 プログラム・アプローチによるCD支援【3 - 2 - 4】

組織強化と制度改善との間で相乗効果を持たせるためには、JICAの協力だけでCD支援を考えるのではなく、相手国のプログラムに調和したアプローチ（Programme Based Approach）をもとに、JICAの協力案件を形成・実施していく必要がある。

具体的には、前項で示した3つの基盤別に相手国の関係機関（中央・地方）のキャパシティを把握して、どの基盤の強化にどういった協力を実施していくのかについて、相手国政府および他ドナーと広く調整・協調を図っていく必要がある。

JICAの技術協力の形成を検討する際には、特に相手国の政策的基盤からプロジェクトの妥当性を見だし、どういったマネジメント的基盤を強化するのかを明確にする必要がある。プロジェクト実施においては、プロジェクト終了後の持続可能性を鑑み、財政的基盤要因も併せて検討し、必要に応じてキーパーソンに働きかけることも求められる。そしてマネジメント的基盤強化の成果・教訓を積極的に発信することで、政策的基盤や財政的基盤の改善にもインパクトを与えることが有用である。その際、プロジェクト単体では限界があるため、中央・地方、計画官庁・実施官庁といった相手国の複層的なレベルに対して、政策アドバイザーや開発調査など多様なスキームを投入することで、プロジェクト効果をさらに大きくすることが可能になるだろう。こういった観点から「JICAプログラム」を戦略的に形成していくことが求められる。

4 - 2 内発性の視点：途上国の主体性を重視した側面支援

相手国のCDを支援するためには、支援プロセスの中で相手側のオーナーシップをうまく醸成していくためのしかけを考えていく必要がある。本節では、MHPでの教訓をもとに、しかけのプロセスの順を追って挙げてみたい。

4 - 2 - 1 相手側コミットメントの把握【3 - 2 - 3】

2 - 1 - 1および2 - 2 - 2で見たように、案件形成段階から、戦略的に案件形成に必要なネットワークを拡大して、あらゆる方面から情報を収集し、相手国への働きかけをすることが求められる。その上で、相手国の重要政策に調和する形でのプロジェクト形成をすることで、相手側国の政府CP自身の主体的な取り組みとしてプロジェクトに対するコミットメントを得ることが肝要である。

このように、プロジェクト形成段階から、相手側がプロジェクトに対して具体的にどこまでの政策的、財政的、人間的なコミットメントをするかを明確にすることが重要であり、それが十分引き出せないのであれば、その協力を中止するくらいの覚悟が必要である。そのためには、日本側も、相手側のコミットメントを踏まえて、どこまでを責任をもって実施できるのかというコミットメントを明確にする必要がある。その意味で、案件形成段階からも相手側と「突き合う」姿勢が重要である。

4 - 2 - 2 ローカル・コスト・シェアリング【3 - 2 - 3（4）】

ローカル・コスト・シェアリングは、相手国側の主体的な取り組みを担保する上で非常に重要

なものである。ただし、基本的に資金不足の途上国において財政的コストを負担することは容易なことではない。

だからこそ、コスト・シェアリングは一朝一夕ではなく、プロジェクト形成・実施段階から中・長期的な時間をかけて検討されるものである。その際、プロジェクトが相手国の政策的基盤の上に位置づいたものであることはもちろんのこと、途上国側になけなしの財政的コストを負担させるのに足るだけの活動意義とその成果をアピールすることも必要である。

コスト・シェアリングという負担を強いることには、現地で非常に大きな議論があるが、CPたち自身の意識の変化、そして目に見える実績の変化があって初めて、日本側も断固たる姿勢を貫けるのである。

4 - 2 - 3 ローカルリソース活用【3 - 2 - 3 (4)】

すべてのJICAプロジェクトにフルサポートできる専門家派遣が担保されるわけではないのが実情である。他方、JICAの協力にも終わりがあることから、中・長期的には相手国における限られたリソースの範囲内で、最善の成果があげられるような協力体制を構築しておく必要がある。

その意味で、大学やNGOといった技術的ローカルリソースを発掘し、積極的に活用することにより、日本から短期専門家を派遣することなく、継続性のある技術協力体制を構築していく可能性を模索することは大変重要である。

ローカルリソースは、日本人以上に現地の問題に精通しているという意味で、現地に適した技術・情報を提供することを可能にする。また大事なことは、日本の技術協力アプローチ（カタリスト的支援）のもとで、日本リソースによる技術と絡める形でローカルリソースを活用することにより、ローカルリソースそのものの成長を促進するという効果がある。これによって、日本が提供する技術がローカルリソースによって相対化し、現地コンテキストに合った最良の技術協力が可能になるだろう。

こうした形でローカルリソースを活用することによって、相手国側の持続的な取り組みの中にローカルリソースが位置づけられ、プロジェクト終了後も恒常的に能力強化が図られる仕組みになることも期待される。

4 - 2 - 4 カタリスト的支援【3 - 2 - 3 (2)】

3 - 2 - 3 (2) で見たように、プロジェクトは、直接サービスを代替するのではなく、自立的に地域ニーズに合ったサービスを継続的に実施するための主体的マネジメントを支援するものである。その意味で、プロジェクト専門家はカタリストとして、CPと共に考え、学ぶ姿勢を持って、CP自身が活動をしていくための動機づけや情報提供、ステークホルダーや外部リソースとのつなぎをしていくことにより、CPの潜在能力を引き出す役割を担っている。その過程において、相手側だけでなく、カタリストである日本側自身も変化し、成長していくことによって、双方のシナジー効果が発揮され、事業の発展が促進されると考えられる。

4 - 2 - 5 主体的取り組みを位置づけるためのシステム化【3 - 2 - 3 (2)】

プロジェクトでの取り組みをJICAの協力後も相手国の主体的取り組みとして定着させていくためには、プロジェクトの成果を政策的・制度的観点からシステム化し、自己組織強化のサイクルを生み出すことが必要である。

MHPの後半および延長フェーズで見られたようなプロジェクトの取り組みの体系化は、直接

の支援ターゲットとなっているCPの能力強化しか考えていない場合は軽視されがちである。しかし、あくまでプロジェクトの取り組みがパイロットであり、それをもとに相手国の主体的取り組みに変えて全国展開をしていくのであれば、政策的基盤、財政的基盤にもインパクトが与えられるよう、体系化という作業がプロジェクト実施期間中に必要となる。

つまりタンザニア人がタンザニアの仕組みをつくるためのまとめ作業を最後まで尊重し、その取り組みの姿勢を支援してきたのである。

4 - 2 - 6 目に見える成果【3 - 2 - 5】

4 - 1 - 2 で述べたとおり、相手国側の主体性を広い層で喚起していくためには、プロジェクトCPだけではなく、3つの基盤に関係した多様なアクターに働きかける必要がある。そのために、3 - 2 - 5 で述べたとおり、目に見える形でプロジェクトの成果を示す必要がある。

そのためには、MHPにおけるヘキサゴン・スパイダー・ウェブ・ダイアグラム（HSWD）のように定性的で目に見えにくいと考えられる成果を指標化する試みも注目値する。同時に、プロジェクトCPが多様なアクターと接点をもって自身の能力向上の成果や持続的取り組みのための課題をアピールする機会をもつことも有用である。

本プロジェクトでは、CPIによるWG作業の中でハンドブックや情報年鑑といった形で「目に見える成果品」として具現化した。また、効果的な伝達・普及およびCPの自信やモチベーション強化の手段として、成果品を出版することや、内外の機会を捉えて発表することも重要である。

4 - 2 - 7 CD支援の期間【3 - 2 - 3（2）】

途上国のCDは中長期的な取り組みが必要であるが、ドナーとしてはいつまで、どの程度CDを支援していけばよいのだろうか。

相手国のプログラム志向で考えると、ドナーも同様に中長期的視点に立って支援を考えていくべきであろう。しかし、それがCD支援プロジェクトを長期間実施することとは必ずしも同じではない。CDが相手国の主体的な課題解決能力の向上を示すのであれば、ドナーによるCD支援はあくまで終わりがあることを前提に、いかに支援なしで相手国の主体的な取り組みに移行していくかを考えることが必要である。

MHPの教訓から言えることは、CD支援案件においては、予算サイクルを考慮した案件形成、実施、モニタリング・評価が必要となるという点である。予算サイクルに合わせてPDCA（Plan-Do-Check-Action）サイクルを回すことを勘案すると、予算サイクルの1回目でCheckした結果の反省点を活かすためには、最低3回程度必要となる。そうすると、プロジェクトとしては3年から5年程度となるだろう²⁵。いたずらに長い支援や次の支援の可能性を匂わせるような行為は、いずれCP側に甘えと依存体質を生み、逆に取り返しのつかない負の遺産となってしまうことを念頭に置いておかなければならない。カタリスト支援は一度火がついたら不要のものである。大切なのは、協力期間に火が燃え続けるための能力と組織基盤、そして燃料を確保して、大きな風が吹かないように環境を整えることである。これが自立発展を目指したCDであり、自己組織強化のループを描く保健システム開発である。

²⁵ 元現地事務所担当（守屋職員）インタビューより。

4 - 3 実施体制上の教訓

4 - 3 - 1 本部・在外援助機関・プロジェクトの連携、支援体制

これまでも述べてきたが、CD支援の上で日本側の協力体制に求められるのは、まさに「カタリスト的支援」体制である。プロジェクトの現場の専門家としての姿勢はもちろんのこと、在外事務所およびJICA本部もこの姿勢を一貫して守ることが相手側のオーナーシップを醸成するために必要なことである。

そのためには、多少時間はかかるものの、相手側のペースに合わせて柔軟にプロジェクトデザインを見直していくことも求められる。3 - 2 - 3 (1) で述べたとおり、プロジェクトの前半期で時間がかかったとしても参加型計画立案をしてきたことが、CPたちのオーナーシップそして後半の成果の発現に結びついている。

「成果主義」という視点に立つからこそ、短期的な視点でこ入れを図るのではなく、こうした中・長期的な視点に立って柔軟にマネジメントを考えていく体制が必要なのである。

「カタリスト的支援体制」という、国際協力における日本側の理念を正しく伝えていくことは、「相手を理解する」とことと同時に、非常に重要なことである。この姿勢を貫き、中・長期的な視野に立って、いま、どのように行動すべきかは、相手国、および、開発パートナーなどと対峙し、本音で「突き合う」ことで、見えてくるものと思われる。

そのために、本部、現地事務所、大使館、JBIC、プロジェクト従事予定者など、プロジェクト形成・実施にかかる日本人関係者の良好な人間関係を形成し、情報の伝達経路や入手手段をあらかじめ関係者と共有しておく必要がある。新規案件開始の際には、類似案件にかかる情報収集のための時間を最低限確保したい。

4 - 3 - 2 プロジェクト効果の普及体制

援助協調の進むタンザニアでは、「開発パートナーグループ (DPG)」と呼ばれる他ドナーとのセクターごとの月例会議などが行われ、援助機関内での調整が行われている。特に在外事務所においては、CD支援をしていく際に、こうした場で他ドナーとの情報共有を積極的に進めていく必要がある。特に、プロジェクトの専門家だけではなく、関係省庁に政策アドバイザーを配置している国では、相手国の省庁内に席を置いているため、相手国政府関係者との情報共有がよりスムーズになり、他ドナーともより専門的な意見交換ができるという利点がある。こうした利点を活かして、プロジェクトレベルの成果だけでは果たしづらい政策・制度レベルを含めたCD効果を出すために、在外事務所が当該セクター全体を見渡して、プロジェクトと政策アドバイザーを橋渡ししていく体制が求められている。

添付資料1 現地調査日程

	月日	曜日	活 動	滞在地
1	2 / 3	土	東京発ドバイ着 (JL1317)	機中泊
2	2 / 4	日	ドバイ発ダルエスサラーム着 (EK725) 西職員と空港で打ち合わせ	DSM
3	2 / 5	月	インタビュー：牧野次長、老川所員 (JICA事務所) 横林書記官 (日本大使館)	DSM
4	2 / 6	火	インタビュー：地方自治庁 (Mr. Msingi, Director, Sector Coordination, Asst. Director Mrs. Kibatala) 杉本専門家 (地方自治改革アドバイザー) 石島専門家 (保健政策アドバイザー) Dr. N. Mbuya (コンサルタント、NETTS) 小幡所長 (JICA事務所)	DSM
5	2 / 7	水	インタビュー：Dr. Kitua (Director, NIMR) 西職員、甲賀職員 (JICA事務所)	DSM
6	2 / 8	木	移動 (ダルエスサラームからモロゴロへ) 表敬：RMO インタビュー：福土専門家、後藤専門家、津田専門家、RMO、Mvomero CHMT	Morogoro
7	2 / 9	金	インタビュー：Dr. Fupi (CP Advisor, Former RMO) 移動 (モロゴロ市からKilosa県へ) インタビュー：Kilosa CHMT (Ag. DMO、DNO) 保健施設視察	Kilosa
8	2 / 10	土	移動 (Kilosa県からKilombero県へ) インタビュー：Mr. Urassa (Coordinator, IHRDC)	Ifakara
9	2 / 11	日	移動 (Kilombero県からUlanga県へ)	Mahenge
10	2 / 12	月	インタビュー：Ulanga CHMT and Co-opted members 移動 (Ulanga県からKilombero県へ)	Ifakara
11	2 / 13	火	インタビュー：Kilombero DED, Kilombero DMO/CHMT 保健施設視察 移動 (Kilombero県からモロゴロ市へ)	Morogoro
12	2 / 14	水	移動 (モロゴロからアルーシャへ)	Arusha
13	2 / 15	木	インタビュー：Dr. Upunda (Executive Director of REACH-Policy Initiative, EAC, Former CMO) Mr. Lendita (Senior Lecturer, Centre for Educational Development in Health Arusha: CEDHA)	Arusha
14	2 / 16	金	移動 (アルーシャからタンガへ) 表敬およびインタビュー：Mr. Chikira (Tanga RAS, Former Morogoro RAS)	Tanga
15	2 / 17	土	インタビュー：RHS Tanga (GTZ-TGSPH) 移動 (タンガからモロゴロへ)	Morogoro
16	2 / 18	日	インタビュー：Mr. Kikula (Mzumbe University)	Morogoro
17	2 / 19	月	インタビュー：Municipal Director、Municipal Medical Officer of Health/CHMT、Morogoro Rural DED、DMO/CHMT 保健施設視察 MHPとのミーティング	Morogoro
18	2 / 20	火	JICA事務所にて現地調査中間報告 インタビュー：GTZ、World Bank	DSM
19	2 / 21	水	インタビュー：GTZ-TGPSH 移動 (ダルエスサラームからモロゴロへ)	Morogoro
20	2 / 22	木	Mvomero県保健施設視察	Morogoro
21	2 / 23	金	インタビュー：Municipal CHMTおよびRHMT	Morogoro
22	2 / 24	土	インタビュー結果分析	Morogoro
23	2 / 25	日	インタビュー結果分析	Morogoro
24	2 / 26	月	インタビュー結果分析	Morogoro
25	2 / 27	火	インタビュー結果分析	Morogoro
26	2 / 28	水	JCC (評価) 移動 (モロゴロからダルエスサラームへ)	DSM
27	3 / 1	木	JICA事務所帰国前報告 ダルエスサラーム発ドバイ着 (EK726)	機中泊
28	3 / 2	金	ドバイ発東京着 (JL1316)	

添付資料2 面談者リスト（国内）

1. JICA本部

上田 直子	人間開発部感染症対策チーム長 / 元医療協力部担当者
菊地 太郎	JICAザンビア事務所所員 / 元人間開発部担当者
瀧澤 郁雄	人間開発部保健行政チーム主査

2. 国内支援委員会

大久保 一郎	筑波大学大学院人間総合科学研究科 教授
中村 安秀	大阪大学医学部 教授

3. JICAタンザニア事務所

高田 浩幸	JICA筑波国際センター / 元タンザニア事務所担当
守屋 貴裕	JICA沖縄国際センター / 元タンザニア事務所担当
橋本 佳珠子	元保健福祉省政策アドバイザー（保健協力計画）

4. MHP日本人専門家

杉下 智彦	国際協力専門員（保健医療）人間開発部課題アドバイザー / 元チーフアドバイザー
鈴木 克也	元業務調整員

5. 厚生労働省

藤崎 清道	医薬食品局 食品安全部長 / 元JICA医療協力部部長
-------	-----------------------------

6. Morogoro Regional Administrative Secretariat（モロゴロ州行政局）

Mr. Godfrey Ngaleywa	Regional Administrative Secretary（RAS）
----------------------	--

添付資料3 面談者リスト (タンザニア)

1. East African Community (EAC)

Dr. G. L. Upunda Executive Director, REACH- Initiative/Former CMO, MOHSW

2. Ministry of Health and Social Welfare (MOHSW)

Ms. E. Mwakalukwa Assistant Director, Human Resource Planning Division

3. Prime Minister's Office- Regional Administration and Local Government

Mr. Richard Musingi Director, Sector Coordination Division

Ms. Miriam Kibatala Assistant Director, Sector Coordination Division/Former District Planning Officer (DPLO) Kilombero

4. Morogoro Health Project

Dr. Ferdinand Fupi Counterpart Advisor/Former RMO

5. Tanga Regional Administrative Secretariat

Mr. Paul Chikira RAS Tanga/Former Morogoro RAS

6. Morogoro Regional Administrative Secretariat

Mr. Grayson W. Kikwasha Assistant Administrative Secretary, Management Support Services

7. Morogoro Regional Health Management Team (RHMT)

Dr. M. Massi Regional Medical Officer/MHP Project Manager

Mr. John C.D. Mankambila Regional Health Secretary

Ms. Anna Gutapaka Regional Nursing Officer

Mr. Allen Malisa Regional Pharmacist

Ms. Margareth Wapalila Regional Reproductive and Child Health Coordinator

Mr. Jackson Minja Regional Cold Chain Officer

8. Morogoro Municipal Council Health Management Team (CHMT)

Dr. Godfrey J. B. Mtey Municipal Medical Officer

Mr. A. M. Mbelwa Municipal Health Secretary

Mr. W. N. P. Lema Municipal Health Officer

Ms. Mary C. Nzowa	Municipal Nursing Officer
Dr. Daphroso Nhang	Municipal Dental Officer
Ms. Martha Kikwale	Municipal Pharmacist
Mr. Bonaventusa	Moshi District AIDS Coordinator
Mr. Rogatus Mben	Municipal Clinical Officer

9. Morogoro District CHMT

Ms. Sarah P. Hussein	District Health Secretary
Dr. Ngalula W. A.	District Dental Officer
Ms. Zainabu Y. Mfaume	District Laboratory Technologist
Mr. Makame Ally	District Health Officer
Mr. Joseph Lifa	Clinical Officer

10. Mvomero District CHMT

Dr. N. P. Chiduo	District Medical Officer
Dr. Mben Omari	District Dental Officer
Mr. Jumanne Teggo	District Nursing Officer
Ms. Bahati Mgogo	District Laboratory Technologist
Ms. Agnes Mbio	District Mental Health Coordinator
Mr. Jairo E. Jayambo	Health Officer

11. Mvomero Health Facilities

Mr. Amos Migire	Clinical Officer- Mgeta Health Centre
Ms. Hajija Mbwambo	Clinical Officer- Mlali Dispensary

12. Kilosa District CHMT

Mr. J. Msigala	Ag. DMO
Mr. A. Mkunda	DNO

13. Kilombero District Council

Mrs. Rehema Madenge	District Executive Director
Mr. Samuwel W. Msomba	Clinical Officer- Msolwa B Dispensary
Mr. Wilson Gyunda	Clinical Officer- Kidatu Dispensary

14. Kilombero District CHMT

Mr. Godfrey Ndauka	Ag. DMO
Dr. George M. Kassige	District Onchocerciasis Coordinator
Ms. Ester Nhyagiri	District Nursing Officer (DNO)
Ms. Leah Mpombo	Ag. Mental Health Coordinator

Mr. Mbonja Kasembwa District Health Officer (DHO)
 Ms. Grace Lubomba District Reproductive and Child Health
 Mr. Niindaely Mallugu District Cold Chain Officer

15. Kilombero Health Facilities

Mr. Samuwel W. Msomba Clinical Officer- Msolwa B Dispensary
 Mr. Wilson Gyunda Clinical Officer- Kidatu Dispensary

16. Ulanga District CHMT and co-opted members

Dr. Rangi Ag. DMO
 Dr. Modestus Rupia Ag. District Dental Officer
 Mr. Thabiti Kibika District TB and Leprosy Coordinator (DTLC)
 Ms. Patricia Haule Nursing Officer in charge
 Ms. Phoibe Sumari District Laboratory Technologist
 Mr. Jonathan Chitalula District AIDS Coordinator
 Ms. Mary Mawala District Malaria Focal Person
 Mr. Alfred Kilimba Ag. District Onchocerciasis Coordinator
 Ms. Calmerina Kauredira Ag. District Reproductive and Child Health

17. Other Stakeholders

Dr. Andrew Kitua Director General, National Institute of Medical Research (NIMR)
 Mr. Jaraj Kikula Senior Lecturer, Business Manager Directorate of Strategic
 Business Development, Mzumbe University
 Mr. W. Lendita Senior Lecturer, Centre of Educational Development in Health,
 Arusha (CEDHA)
 Mr. H. Urassa Coordinator, Ifakara Health Research and Development Centre
 (IHRDC)
 Dr. Conrad Mbuya Consultant, National Expansion of TEHIP Tools and Strategies
 (Canadian International Development Agency: CIDA)
 Mr. Pascal Kanyinyi Tanga Regional Health Secretary (Tanga Tanzania German
 Programme to Support Health by GTZ)

18. **タンザニア事務所**

小幡 俊弘 所長
 牧野 耕司 次長
 西 直子 所員
 老川 武志 所員
 甲賀 大吾 所員
 石島 久裕 専門家 (保健福祉省政策アドバイザー)
 杉本 亜歴 専門家 (地方自治庁政策アドバイザー)

19. 日本大使館

横林 直樹 一等書記官 経済協力班

20. MHP日本人専門家

福土 恵理香 チーフアドバイザー / 保健行政計画
後藤 信行 保健情報管理
津田 真理 保健行政管理

21. Health Sector Donors

Ms. Julie McLaughlin Lead Health Specialist, World Bank, Co-Chairperson of Water Sector
Ms. Jacqueline Mahon Regional Health Advisor, Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC), Co-Chairperson of Water Sector
Dr. Bergis Schmidt-Ehry Program Coordinator (DSM), Tanzania German Programme to Support Health (GTZ)

添付資料4 質問項目

1. 日本側関係者インタビュー質問項目

共通質問項目：

- (1) MHPに関わった期間および担当した業務/活動は？
- (2) MHPを特徴付ける活動は何だったか？
- (3) MHPの日本人専門家とCPとのコミュニケーションはスムーズだったか？
- (4) MHPのプロジェクト全体（もしくは関わった期間）において、ほかのプロジェクトへの教訓は何だったか（弱点または改善点）？
- (5) 日本人専門家が帰国した後は、誰がカタリストとなると考えられるか？
- (6) 他州へのMHP類似CDモデルの拡大について、どのような展開が可能だと考えるか？

本部主管（当時担当含む）（菊地職員および中村国内支援委員のインタビュー未実施）

- 1) プロジェクト形成段階において、本部担当として、特に配慮した点は？
- 2) プロジェクト開始後の活動の進捗に関して特に配慮した点は？
- 3) プロジェクトに関わる活動において、JICA本部・国内支援委員会・現地事務所・プロジェクト事務所とのコミュニケーションはスムーズであったか？
- 4) プロジェクトの活動の成果をどのようにほかの部署と共有しているか？

JICAタンザニア事務所（当時担当含む）

- 1) プロジェクト形成段階において、現地事務所担当として、特に配慮した点は？
- 2) プロジェクト開始後の活動の進捗に関して特に配慮した点は？
- 3) プロジェクトに関わる活動において、JICA本部・国内支援委員会・現地事務所・プロジェクト事務所とのコミュニケーションはスムーズであったか？
- 4) 一般財政支援とセクター別バスケットファンドについて、ドナー協調ではどのような議論がされているのか？
- 5) 大使館との援助協調に関する協力体制はどんなものがあるか？（ODAタスクフォースなど）

MHP専門家（帰国専門家含む）

- 1) 専門家同士のコミュニケーションはスムーズであったか？
- 2) 前専門家との交代後、スムーズに活動に入れたか？
- 3) 専門家チームとして特に配慮している点は何か？
- 4) 専門家帰国後のMHPの活動の自立発展性は見込めるか？

在タンザニア日本大使館

- 1) JICA事務所と大使館とのコミュニケーションはどの程度頻繁に行われているか？
- 2) コミュニケーションが円滑である場合、その理由は？
- 3) 案件形成時の政策アドバイザーの役割についてほかのドナーはどう思っているのか？

2. タンザニア側関係者インタビュー質問項目

共通質問項目：

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">(1) MHPに関わった期間および担当した業務/活動は？(2) MHPを特徴付ける活動は何だったか？(3) MHPの日本人専門家とCPとのコミュニケーションはスムーズだったか？(4) MHPのプロジェクト全体（もしくは関わった期間）において、ほかのプロジェクトへの教訓は何だったか（弱点または改善点）？(5) RHMT/CHMTの能力は向上したといえるか（個人 組織）？(6) 日本人専門家が帰国した後は、誰がカタリストとなると考えられるか？(7) 他州へのMHP類似CDモデルの拡大について、どのような展開が可能だと考えるか？ |
|--|

保健福祉省 (MOHSW)

- 1) プロジェクトデザインにおける、保健福祉省のイニシアティブはあったのか？
- 2) MHPにおいてRHMTのCDを視野に入れた理由は？
- 3) 州から中央政府へのフィードバックが弱いように思うが、解決策はあるのだろうか？
- 4) NIMRと保健福祉省のZonal Training Centreについては、デマケはどのように考えているか？
- 5) 日本のプロジェクト技術支援をどのように考えているか？有効か？

首相府地方自治庁 (PMO-RALG)

- 1) セクター・バスケット・ファンドにおける利点・課題は何か？
- 2) 日本のプロジェクト技術支援は、MHPのようなパイロット的プロジェクトであれば受け入れられるものであるか？

州行政局 (RAS)

- 1) CPIによるオーナーシップは形成されたか？ されていればどのように形成されたか？
- 2) 州から中央政府へのフィードバックが弱いように思うが、解決策はあるのだろうか？
- 3) 専門家帰国後のMHPの活動の自立発展性は見込めるか？
- 4) RHMTの活動のための資金など、継続して確保することが見込めるか？
- 5) 日本のプロジェクト技術支援をどのように考えているか？ どんなところが良かった/改善されるべきと考えるか？

州保健行政マネジメントチーム (RHMT)

- 1) 専門家帰国後のMHPの活動の自立発展性は見込めるか？
- 2) 日本のプロジェクト技術支援をどのように考えているか？ どのところが良かった / 改善されるべきと考えるか？

県保健行政マネジメントチーム (CHMT)

- 1) 専門家帰国後のMHPの活動の自立発展性は見込めるか？
- 2) プロジェクト終了後も引き続き、保健行政活動との連携は可能か？
- 3) 日本のプロジェクト技術支援をどのように考えているか？ どのところが良かった / 改善されるべきと考えるか？

ローカルリソース機関 (IHRDC、Mzumbe大学、CEDHA)

- 1) 専門家帰国後のMHPの活動の自立発展性は見込めるか？
- 2) プロジェクト終了後も引き続き、保健行政活動との連携は可能か？

他ドナー (TGPSH by GTZ、National Expansion of TEHIP Tools and Strategies (NETTS) by CIDA、World Bank、DANIDA合同評価)

- 1) 日本のプロジェクト技術支援は、MHPのようなパイロット的プロジェクトであれば、受け入れられるものであるか？
- 2) 合同評価における、今後の保健セクターの動向とフェーズII (案) の整合性は？

添付資料5 プロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM)

1. PDM ver. 4.0

Project Name: The Project for Strengthening of District Health Services in Morogoro Region Target Group: RHMT/CHMTs of Morogoro Region
 Duration: April 1, 2001 - March 31, 2006 Ver.4.0
 Target Area: Morogoro Region Date: November 9, 2003

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
Overall Goal Quality of health services in Morogoro Region is improved.	Client's and community satisfaction of health services is improved.	Mini survey reports (Client exit interview/Community Dialogue) .	
Project Purpose Managerial capability of RHMT and CHMTs in Morogoro Region is improved under the consensus of Health Sector Reform (HSR) and Local Self Government Reform (LGR).	The average scores of Hexagon-Spider-Web-Diagram (HSWD) are improved for all RHMT and CHMTs from 2003 scores to 4.5 by the end of 2005.	Participatory qualitative assessment by joint internal and external comprehensive evaluation.	- All reforms (Health Sector Reform, Local Government Reform etc.) are implemented harmoniously. - Other components of Health Sector Reform are implemented accordingly.
Outputs: 1. HMIS (Health Management Information System) is improved. 2. Experience and Health Information among CHMTs, RHMT and other regions are adequately shared.	1-1 Rate of collecting, processing and utilizing quality HMIS data on time is increased by the end of 2005. 2-1 Rate of dissemination of health information and skills within RHMT/CHMTs and other regions is increased by the end of 2005.	District Processing File Official report Minutes of disseminated /shared activities Working schedule/working plan of resource centre Register book of information resource centres Annual CCHPs Progress report	- Condition of human resources at all levels does not worsen. - Co-ordination among vertical programs do not worsen.
3. Planning, implementation, monitoring and evaluation by CHMTs and RHMT are improved.	3-1 The number of improved evidence-based plans is increased by the end of 2005. 3-2 The implementation rate of the planned activities is improved by the end of 2005.		
Activities: 1-1 Equip with computer equipment 1-2 Train RHMT/CHMTs for computer skills. 1-3 Train RHMT/CHMTs for data collection, processing, storage and use. 1-4 Train RHMT/CHMTs for "on the job training skills of health workers" for data collection. 1-5 Establish mechanism for distribution/feedback system for HMIS data. 1-6 Structure communication network system. 1-7 Equip communication gears. 1-8 Link to other radios. 1-9 Train RHMT/CHMTs for communication skills.	Inputs: TANZANIA: Allocation of Tanzanian Counterparts Running expenses necessary for the implementation of the Project Provision of necessary facilities Other measures defined in R/D of March 2001	JAPAN: Dispatch of Long and Short term experts Acceptance of Tanzanian Trainees in Japan Provision of Machinery and Equipment Other measures defined in R/D of March 2001	- Other donors continue to support the health sector. - Appropriate HMIS tools are available. -Present Health Policy remains unchanged. -Other developing partners continue supporting RHMT/CHMTs -Trained RHMT/CHMTs continue to work - Political climate remains.

<p>2-1 Establish mechanism for information dissemination. 2-2 Train RHMT/CHMTs for information dissemination skills. 2-3 Publish news letter for health services. 2-4 Conduct exchange visits, study visits and workshops. 2-5 Conduct RHMT/CHMTs' regular joint meeting 2-6 Equip materials for information resource centre. 2-7 Train RHMT/CHMTs for management skills of information resource centre. 2-8 Promote utilization of information resource centre. 2-9 Establish mechanism for schedule management 2-10 Establish mechanism for take over the job. 2-11 Develop, rectify and share the work-plan for RHMT/CHMTs.</p> <hr/> <p>3-1 Training RHMT/CHMTs on planning, monitoring, and evaluation skills. 3-2 Train RHMT/CHMTs for operational research methodology. 3-3 Improve monitoring and evaluation tools for annual plan implementation. 3-4 RHMT/CHMTs develop jointly annual plan for monitoring and evaluation. 3-5 RHMT participate in CHMTs planning session regularly. 3-6 Conduct exit questionnaires to clients/patients.</p>			<hr/> <p>Preconditions: - Sufficient financial resources for monitoring visit are available (e.g. fuel). - RHMT and CHMTs can spend their time adequately for the implementation of the Project.</p>
--	--	--	---

Abbreviations:
CCHPs: Comprehensive Council Health Plans
CHMTs: Council Health Management Teams
HMIS: Health Management Information System
HSR: Health Sector Reform
LGR: Local Government Reform
RHMT: Regional Health Management Team

2. PDM ver. 5.0

Project Name: The Project for Strengthening of District Health Services in Morogoro Region

Target Group: Regional Health Management Team (RHMT), Council Health Management Team (CHMTs), Hospital Management Team (HMTs) and selected Workers (FLHWs) of Morogoro Region

Duration: April 1, 2006 - March 31, 2007
Target Area: Morogoro Region

Ver.5.0
Date: 17th March, 2006

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
Overall Goal Quality of health services in Morogoro region is improved.	Constructive opinions from the health facility users is increased for the improvement of quality health services during and after the Project execution.	RHMT Management Supervision Report	
Project Purpose Health management skills of the target groups are improved in a self-reliant and sustainable manner.	P-1 Average of total scores of Hexagon-Spider-Web-Diagram in Sep. 2005 (3.42) is improved to the average score of 4.00 in Feb. 2007. P-2 Average of total scores of ISSC is improved during the extension period.	HSWD Workshop Results ISSC Reports	(Central Government) - All reforms (Health Sector Reform, Local Government Reform etc.) are implemented timely and smoothly. - New government (elected in Dec. 2005) sustains the government policy along with the previous regime.
Outputs: 1. Health information systems with reporting and feedback are improved effectively and efficiently.	1-1 MHA is produced regularly and timely. (MHA 2005 is produced by June 2006 by using Year 2005 HMIS Data / ISSC Data. And MHA 2006 is produced by February 2007 by using Year 2006 HMIS Data / ISSC Data). 1-2 Rate of HF among all the HF, which utilize Morogoro Health Database Guidelines for the data management of MHA2006, is increased during the extension period. (The Guidelines include information gathering, analyzing and feedback in HMIS process.)	Morogoro Health Abstract (MHA) Questionnaire to Health Facilities (HFs)	(Central Government and other development partners) - Government guidance and commitment for project activities (HMIS, Operational Research etc.) remains as the same orientation. - Newly adopted health policy and guidelines do not interfere the MHP outputs. - Ministry of Health and Social Welfares monitors the Project progress. - Ministry of Health and Social Welfares is willing to take over the Project achievements. - Prime Minister's Office Regional Administration and Local Government monitors the Project progress. - Prime Minister's Office Regional Administration and Local Government is willing to take over the Project achievements.
2. Accessibility to health information is improved.	2-1 Monthly cumulative number of IRC users is increased during the extension period. 2-2 Number of submitted articles for Newsletters is increased from the first issue until the last issue of the extension period.	IRC visitor record Record of Editorial Board meetings	
3. Planning, monitoring and evaluation for evidence-based health management by CHMTs and RHMT are improved.	3-1 Number of direct interventions in CCHPs based on the OPR results is increased from the first to the second OPR execution. 3-2 Number of CHMTs, which utilize "M&E Handbook for District Health Management," is increased during the extension period.	CCHP 2005/2006, 2006/2007, 2007/2008 Questionnaire to CHMTs	- Health Sector Basket Fund run by development partners is effectively financed, budgeted and disbursed for the smooth execution of CCHPs.
4. Project achievements are consolidated and assimilated in RHMT/CHMTs and disseminated to various stakeholders and beneficiaries.	4-1 Number of visual outputs produced by the Project activities is increased since the project commencement in April 2001. 4-2 Number of occasions with stakeholders to disseminate the Project achievements and lessons learnt is increased during the extension period.	Visual outputs Records or memorandums of the meetings	
5. Project logistic and coordination management is developed in a self-reliant and sustainable manner.	Number of working groups among seven MHP working groups, which are able to conduct meetings in an autonomous manner, is increased during the extension period.	Record of logistic and coordination management checklist.	
Activities: 1-1 HMIS, TWINS and MHP Homepage Working Group (WG) members conduct WG meetings regularly and autonomously. 1-2 HMIS WG members develop database for Integrated Supportive Supervision Checklist (ISSC).	Inputs: TANZANIA: Allocation of Tanzanian Counterparts Running expenses necessary for the implementation	JAPAN: Dispatch of Long term experts	(Local Government) - District Councils uptake the Project outputs in their future budget plans.

<p>1-3 HMIS WG members revise the format of ISSC according to the development of database. 1-4 RHMT/CHMTs members produce "Morogoro Health Abstract (MHA)" annually supported by health mapping. 1-5 RHMT/CHMTs members provide feedback of customized MHA to Frontline Health Workers (FLHWs). 1-6 TWINS WG members conduct supervision for FLHWs to utilize communication gears on the purpose of regular HMIS reporting. 1-7 MHP Homepage WG members revise MHP Homepage regularly.</p>	<p>of the Project Cost-sharing with District Councils for the Project activities Provision of necessary facilities Other measures defined in R/D of March 2006</p>	<p>Acceptance of Tanzanian Trainees in Japan Running expenses necessary for the implementation of the Project activities Other measures defined in R/D of March 2006</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cost-sharing with District Councils for the Project activities is sufficiently executed. - District Councils ensure the smooth financing for the MHP activities. - Trained members of RHMT/CHMTs are willing to disseminate their lessons learnt to HMT, FLHWs and other stakeholders. - HMTs and FLHWs are ready to uptake the management trainings done by RHMT/CHMTs. - RMO/DMOs offices allocate enough time for MHP activities. - RMO/DMOs arrange human resources for the implementation of MHP activities by regarding not to disturb their CCHP activities. <p>(Central Government and other development partners)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Government guidance and commitment for project activities (HMIS, Operational Research etc.) remains as the same orientation. - Newly adopted health interventions do not interfere the MHP activities. - MOHSW and other implementation agencies do not disturb the MHP activities by the schedule overlap and confusion from their sudden notice and execution.
<p>2-1 Information Resource Center (IRC) Working Group (WG) members conduct WG meetings quarterly and autonomously. 2-2 RHMT/CHMTs secure the premises and solicit funds for IRC management. 2-3 RHMT/CHMTs manage IRC for provision of user services. 2-4 RHMT/CHMTs develop networks for health information resource mobilization. 2-5 Editorial Board (EB) members operate the autonomous EB funding system. 2-6 EB members produce Newsletters and other IEC materials.</p>			<p>Preconditions:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Government policy and guidelines remain as long as the same orientation. - Political environment for financial allocation of district health services including Health Sector Basket Fund remains in the same guidance. - Tanzania counterpart members remain as many as in numbers, which should not disturb the teamwork of RHMT/CHMTs. - Sufficient financial resources for monitoring visit are available (e.g. personnel, fuel). - RHMT and CHMTs manage to allocate personnel and tasks for the smooth implementation of the Project activities. - Economic and social stability continue during the Project period.
<p>3-1 Operational Research (OPR) and M&E Working Group (WG) members conduct WG meetings regularly and autonomously. 3-2 MHP conducts trainings for RHMT/CHMTs in planning, monitoring and evaluation skills. 3-3 RHMT/CHMTs conduct OPR on their priority health issues. 3-4 RHMT/CHMTs develop post-research action plans based on OPR results and integrate them into CCHP. 3-5 M&E WG members develop and compile M&E tools. 3-6 RHMT/CHMTs monitor and evaluate the activities and objectives in CCHP.</p>			
<p>4-1 RMO/DMOs coordinate all the Working Groups to produce optimal achievements by collaborative efforts. 4-2 RHMT/CHMTs produces "Annual Health Sector Work plan in Morogoro region." 4-3 RHMT/CHMTs conduct Joint RHMT/CHMTs Meeting biannually and Morogoro Health Stakeholder Conference annually. 4-4 RHMT conducts management supervision to CHMTs quarterly. 4-5 RMO/DMOs conduct project dissemination visits to other regions and districts. 4-6. RHMT/CHMTs members exhibit project achievements in various technical meetings and conferences. 4-7 RHMT/CHMTs disseminate project achievements and lessons by using IEC materials.</p>			
<p>5-1 RHMT/CHMTs strengthen project logistics and coordination handed over to RHMT/CHMTs by On-the-Job methods. 5-2 RHMT/CHMTs conduct Workshop for logistics and coordination. 5-3 RHMT/CHMTs compile logistics and coordination Manual. 5-4 RHMT/CHMTs ensure maintenance and repair of handed over equipments in their workplaces.</p>			

Abbreviations: CCHPs: Comprehensive Council Health Plans
 CHMTs: Council Health Management Teams
 DMO: District Medical Officer
 EB: Editorial Board
 FLHWs: Frontline Health Workers
 HMIS: Health Management Information System
 HMT: Hospital Management Team

IRC: Information Resource Center
 ISSC: Integrated Supportive Supervision Checklist
 MHA: Morogoro Health Abstract
 MHP: Morogoro Health Project
 MOHSW: Ministry of Health and Social Welfare
 OPR: Operational Research
 PMORALG: Prime Minister & Office Regional

Administration and Local Government
 R/D: Record of Discussions
 RHMT: Regional Health Management Team
 RMO: Regional Medical Officer
 WG: Working Group

略語一覧

略語	正式名称	日本語
CCHP	Comprehensive Council Health Plan	県総合保健予算計画書
CD	Capacity Development	キャパシティ・ディベロップメント
CHF	Community Health Fund	コミュニティ保健ファンド
CHMT	Council Health Management Team	県保健行政マネジメントチーム
CMO	Chief Medical Officer	保健福祉省主席医務官
CP	Counterpart	カウンターパート
DANIDA	Danish International Development Assistance	デンマーク国際開発庁
D by D	Decentralization by Devolution	権限委譲による地方分権化
DED	District Executive Director	県行政長官
DHO	District Health Officer	県保健官
DHS	District Health Secretary	県保健事務官
DMO	District Medical Officer	県医務官
DNO	District Nursing Officer	県看護官
DPG	Development Partner Group	開発パートナーグループ
DPO	District Planning Officer	県計画担当官
DSA	Daily Subsistence Allowance	日当宿泊費
EAC	East African Community	東アフリカ共同体
FY	Fiscal Year	会計年度
FLHW	Front Line Health Worker	保健施設従事者
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit	ドイツ技術協力公社
HMIS	Health Management Information System	保健情報マネジメントシステム
HSBF	Health Sector Basket Fund	保健セクター・バスケット・ファンド
HSR	Health Sector Reform	保健セクター改革
HSSP	Health Sector Strategic Plan	保健セクター戦略計画
HSWD	Hexagon-Spider-Web-Diagram	ヘキサゴン・スパイダー・ウェブ・ダイヤグラム： 能力強化自己分析表
IHRDC	Ifakara Health Research and Development Center	イファカラ保健研究開発センター
IMR	Infant Mortality Rate	新生児死亡率
IRC	Information Resource Center	情報センター
IDRC	International Development Research Centre	国際開発調査研究所、カナダ
JCC	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人 国際協力機構
LGA	Local Government Authority	地方自治体
LGRP	Local Government Reform Programme	地方行政改革計画
M & E	Monitoring and Evaluation	モニタリング・評価
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MHP	Morogoro Health Project	モロゴロ州保健行政強化プロジェクト
MKUKUTA	Mkakati wa Kukuza Uchumi na Kupunguza Umaskini Tanzania	成長と貧困削減のための国家戦略：NSGRPの スワヒリ語
MMR	Maternal Mortality Rate	妊婦死亡率
MOHSW	Ministry of Health and Social Welfare	保健福祉省
MTEF	Mid-Term Expenditure Framework	中期支出枠組み
NETTS	National Expansion of TEHIP Tools and Strategies	タンザニアTEHIP全国展開計画
NGO	Non Governmental Organization	非政府組織
NIMR	National Institute for Medical Research	国立医学研究所
NPES	National Poverty Eradication Strategy	タンザニア貧困撲滅戦略

略語	正式名称	日本語
NSGRP	National Strategy for Growth and Reduction of Poverty	成長と貧困削減のための国家戦略
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
OECD/DAC	Organization for Economic Cooperation and Development / Development Assistance Committee	経済開発協力機構 開発援助委員会
OJT	On-the-Job Training	実地訓練
OPR	Operational Research	オペレーショナル・リサーチ
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・マトリックス
PMO-RALG	Prime Minister's Office-Regional Administration and Local Government	首相府地方自治庁
PRBS	Poverty Reduction Budget Support	貧困削減財政支援
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper	貧困削減戦略書
RAS	Regional Administrative Secretariat/Secretary	州行政局 / 州行政長官
RHMT	Regional Health Management Team	州保健行政マネジメントチーム
RMO	Regional Medical Officer	州医務官
RNO	Regional Nursing Officer	州保健官
RPO	Regional Planning Officer	州計画担当官
SADC	Southern African Development Community	南部アフリカ開発共同体
SWAp	Sector-Wide Approach	セクターワイド・アプローチ
TAS	Tanzania Assistance Strategy	タンザニア支援戦略
TEHIP	Tanzania Essential Health Interventions Project	県保健行政能力強化プロジェクト：IDRC
TGPSH	Tanzania German Program to Support Health	タンザニア・ドイツ保健支援プログラム
Tsh	Tanzanian Shillings	タンザニア・シリング：現地通貨
TWINS	Two-Way Information Network System	無線相互ネットワークシステム
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発計画
WG	Working Group	ワーキング・グループ

参考文献

英語文献

- Cowi, Gross Gilroy Inc. and EPOS (2007) *Joint External Evaluation of the Health Sector in Tanzania, Draft Inception Report*, Unpublished.
- DEGE Consult et al. (2006) *Local Level Service Delivery, Decentralisation and Governance: A Comparative Study of Uganda, Kenya and Tanzania for JICA, Tanzania Case Report (DRAFT)*, Unpublished.
- East African Community (2006) *Regional East African Community Health-Policy Initiative: Prospectus*, EAC, Arusha.
- Hobbs, Graham (2001) *The Health Sector-wide Approach and Health Sector Basket Fund*, Economic and Social Research Foundation.
- Land, A. (2004) ‘Developing capacity for participatory development in the context of decentralisation: Takalar district, South Sulawesi province, Indonesia,’ Capacity Study Analysis, Discussion Paper No. 57B, European Centre for Development Policy and Management.
(<http://www.ecdpm.org/>)
- Mapunda, Von Maximillian (2003) “Experiences in resource allocation in Tanzania, focusing on Sector Wide Approach (SWAP) and Health Sector Basket Fund, Toward Partnership in Health,” *Bulletin von Medicus Mundi Schweiz* Nr. 91, Medicus Mundi Switzerland.
(http://www.medicusmundi.ch/mms/services/bulletin/bulletin200304/kap02/05_mapunda.html)
- Ministry of Health (2003) *Resources Allocation Formula for Health Basket Fund (October 2003)*, Health Sector Reform Secretariat, Ministry of Health.
- Ministry of Health and Social Welfare (2005) *Report of 6th Joint Annual Health Sector Review, 4th- 6th April*, Health Sector Reform Secretariat, DPP, Ministry of Health and Social Welfare.
(2006) *Report of 7th Joint Annual Health Sector Review, 27th- 29th April*, Health Sector Reform Secretariat, DPP, Ministry of Health and Social Welfare
(2007) ‘Mid Year Review for FY2006/07 & Estimates for FY2007/08’ Prepared by Department of Policy and Planning, Ministry of Health and Social Welfare for SWAp Meeting on 30th January 2007 (Presentation materials)
- Morgan, Peter and Baser, Heather (2007) “Building the capacity for managing public service reform: The Tanzania experience,” *Capacity Study Analysis*, Discussion Paper No. 570, European Centre for Development Policy and Management.
(<http://www.ecdpm.org/>)
- Morogoro Health Project (MHP) (2006) *Project Progress and Lessons Learned - Project Summary Booklet-April 2001- March 2007*, Morogoro Health Project.
(2007) *Final Summary Booklet April 2001 - march 2007*, Morogoro Health Project.
- Mtey, G. J. B. and Fukushi, Erika (2006) “Self-reliant Capacity Development for District Health Managers, Harmonization of TAs and SWAp, A Case of Morogoro Health Project, Tanzania” LenCD Forum, Nairobi, Kenya on 3rd October 2006 (Presentation materials), Morogoro Health Project.

Operational Research Working Group of Tanzania-Japan Morogoro Health Project (2007) *Operational Research Management Handbook*, JICA Tanzania Office.

Prime Minister's Office- Regional Administration and Local Government (PMO-RALG) (2004) *Restructuring Manual: A Strategic Approach to Reform by Local Authorities*, The Government of Tanzania.

(2006) *Guidelines for the Preparation of Local Government Authorities' Medium Term Plans and Budgets for 2006/07 to 2008/09*, The Government of Tanzania.

Savigny, Don de et al. (2003) *Fixing Health Systems*, IDRC in collaboration with the Ministry of Health, Tanzania, IDRC, Canada.

Schellenberg, Joanna A. et al. (2004) 'The effect of Integrated Management of Childhood Illness on observed quality of care of under-fives in rural Tanzania,' *Health Policy and Planning*, 19(1):1-10, Oxford University Press, London

(2004) "Effectiveness and cost of facility-based Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Tanzania," *The Lancet*, Vol. 364:1583-94, October 2004.

日本語文献

遠藤衛 (2004) 『「サブサハラ・アフリカにおける援助動向」に関する調査・研究』 在タンザニア日本国大使館専門調査員報告書

外務省経済協力局 (2006) 『タンザニア国別評価報告書』

北山由起子 (2004) 『専門家業務完了報告書 (平成14年4月9日～平成16年4月8日)』 国際協力機構医療協力部

国際開発センター (2003) 『特集：援助強調を超えて 我が国援助体制と人材に必要な構造改革の本質』 『IDCJ Forum』 第23号

国際協力事業団 (JICA) 医療協力部 (2000) 『タンザニア国モロゴロ州保健行政強化プロジェクト事前調査団報告書』

(2001) 『タンザニア国モロゴロ州保健行政強化プロジェクト実施協議調査団報告書及び短期調査団報告書』

(2002) 『タンザニア国モロゴロ州保健行政強化プロジェクト運営指導調査団報告書』 (2002年1月) 国際協力事業団

国際協力事業団 (JICA) 国際協力総合研修所 (2003) 『途上国における財政支援管理と援助 新たな援助の潮流と途上国の改革』

国際協力機構 (JICA) 医療協力部 (2004) 『タンザニア国モロゴロ州保健行政強化プロジェクト中間評価報告書』

国際協力機構 (JICA) 援助アプローチ・戦略タスクフォース (2004) 『キャパシティ・ディベロップメントハンドブック - JICA事業の有効性と持続性を高めるために - 』

国際協力機構 (JICA) 企画・調整部国際援助協調チーム (2005) 『「援助効果」ハンドブック (第1.2版) ~今、開発コミュニティでなにが議論されているのか~ (中級編)』

国際協力機構 (JICA) 企画・調整部事業評価グループ (2006) 『技術協力プロジェクト - アウトカム指標の考え方 - 評価実務ハンドブック』

- 国際協力機構（JICA）人間開発部（2005a）『タンザニア国モロゴロ州保健行政強化プロジェクト終了時評価調査報告書』
（2005b）『モロゴロ州保健行政強化プロジェクト終了時評価報告書（ドラフト）』
（2006）『ンゲレンゲレ及びムラリ郡におけるHIV/AIDS対策（開発パートナー事業）終了時評価調査報告書（ドラフト）』
- 国際協力機構（JICA）国際協力総合研修所（2004）『PRSPプロセス事例研究 - タンザニア・ガーナ・ベトナム・カンボジアの経験から - 』
（2006a）『キャパシティ・ディベロップメント（CD） 途上国の主体性に基づく総合的課題対処能力の向上を目指して 』
（2006b）『「財政支援と技術協力の整合性」にかかる基本情報整備調査』
（2007）『キャパシティ・ディベロップメントに関する事例分析：ケニア中等理数科教育強化計画プロジェクト』
- 杉下智彦（2004）『技術協力プロジェクト実施運営総括表（2004年1月～2004年3月）』国際協力機構人間開発部
（2006a）『「タンザニアにおける保健セクター援助協調の現状と課題」』『国際保健医療』2006年第21巻第2号
（2006b）『「タンザニアにおける保健セクター援助協調（開発パートナーシップ）の現状と課題」』発表資料（2006年9月）
（2006c）『モロゴロ州保健行政強化プロジェクト短期専門家報告書（平成18年10月18日～12月24日）』国際協力機構人間開発部
- 杉本亜歴（2005）『業務報告書第2号平成17年度上半期分（地方行政改革アドバイザー）』国際協力機構
（2006a）『業務報告書第3号平成17年度下半期分（地方行政改革アドバイザー）』国際協力機構
（2006b）『業務報告書第4号平成18年度上半期分（地方行政改革アドバイザー）』国際協力機構
- 津曲真樹（2004）『キャパシティ・アセスメント手法に関する文献レビュー報告書』国際協力機構・国際協力総合研修所調査研究グループ（未定稿）
- HANDS（2006）『SAMOKIKE PROJECTケニア西部保健医療サービス向上プロジェクト最終報告書（第三年次）』 Report No. HAND/VIII/2006
- 藤崎清道（2002）『わが国の保健医療技術協力の動向と課題 情報発信とより良い協力の実施を目指して 』『公衆衛生』第66巻第4号別冊pp. 243-247、医学書院
- 馬淵俊介・桑島京子（2004）『シンポジウム報告：途上国のキャパシティ・ディベロップメントと有効な援助 より創造的なパートナーシップを求めて 』『国際協力研究』Vol.20 No. 1（通巻39号）
- 三輪徳子（2007）『援助効果向上と援助モダリティの相互補完性について：アフリカ、アジア、中南米におけるJICA協力事例から』（財務省 第1回開発問題に関する研究会：2007年1月18日発表資料）