

タンザニア連合共和国
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

平成20年11月
(2008年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

目 次

序 文

プロジェクト対象地位置図

略語表

終了時評価調査結果要約表

第1章 終了時評価の概要	1
1-1 終了時評価調査団派遣の敬意と目的	1
1-2 調査団の構成	1
1-3 評価調査日程	2
1-4 主要面談者	2
1-5 評価項目・評価方法	3
1-6 プロジェクトの背景	4
1-7 プロジェクトの概要	5
第2章 プロジェクトの現状と実績	7
2-1 投入実績	7
2-2 活動実績	11
2-3 アウトプットの達成状況	17
2-4 プロジェクト目標の達成状況	21
第3章 プロジェクトの効果発現に貢献した要因	24
3-1 計画内容に関する事柄	24
3-2 実施プロセスに関する事柄	24
第4章 問題点および問題を惹起した要因	27
4-1 計画内容にかかわる事柄	27
4-2 実施プロセスにかかわる事柄	27
第5章 評価5項目による評価結果	29
5-1 妥当性	29
5-2 有効性	29
5-3 効率性	30
5-4 インパクト	30
5-5 自立発展性	31
5-6 結 論	32

第6章 提 言	33
第7章 教 訓	34
付属資料	
1. ミニッツ（合同評価レポートを含む）	39
2. プロジェクトの主な成果品一覧	99

序 文

タンザニア連合共和国（以下、「タンザニア国」と記す）は東部アフリカに位置し、94万5,000km²平方キロの国土に、3,950万人の人々が住んでいます。行政機構上は、21州／114県（ザンジバルを除く本土のみ）から構成されています。

タンザニア国政府は、国民のニーズに合った公共サービスを、効果的かつ効率的に提供することを目標として、1990年代より様々な行政改革を実施してきました。その結果、保健行政の地方分権化が進み、住民が最も身近に利用する基礎的な公的保健医療サービスの提供は、県保健管理局の監督下に置かれることとなりました。特に、1999年以降は、援助協調のもとに保健分野の経常経費を支援する基金（保健セクターバスケットファンド）が設立され、県への援助資金の流れが確保されるようになり、保健行政における県の自立性は、予算面からも強化されています。また、県の自立性が高まった結果、中央政府の出先機関として県保健局を監督・支援する立場にある州保健局にも、より積極的な役割が求められるようになりました。

しかしながら、権限の委譲に対応した県および州保健局の能力開発には遅れが見られていました。本件プロジェクトは、タンザニア国政府からの要請に基づき、首都ダルエスサラームの西方200kmに位置するモロゴロ州（1州6県）をパイロットとして、県および州保健局のマネジメント能力を向上させることを目的に、2001年4月から5年間の計画で開始されました。

本件プロジェクトでは、日本人専門家がカタリスト（触媒）となって、地方保健行政の能力開発（キャパシティディベロップメント：CD）に取り組みました。具体的には、州および県保健行政官を対象に、リーダーシップ、コミュニケーション等の基礎的なマネジメントスキルの研修を行った上で、保健情報管理、調査研究等の応用的な能力向上を支援しました。さらに、新たに身につけた知識・スキルの、実際の業務（計画立案業務・モニタリング評価業務等）への適用を促進し、組織・制度への定着を支援しました。活動に際しては地元の大学等を活用し、可能な限り外部のリソースに依存せずに、能力開発を継続していける仕組みづくりにも留意しました。これらの結果、モロゴロ州の保健行政マネジメント能力は大幅に改善し、本件プロジェクトはJICAの中でもCD案件の好事例として注目されるに至っています。

当機構は、プロジェクトの終了を前に、これまでの実績（投入・活動実績、成果・目標達成度等）を確認した上で、評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性）の観点から分析を行い、残された協力期間中のプロジェクト運営の更なる改善を図るとともに、今後、実施される類似の案件に資する教訓・提言を導き出すことを目的として、2005年10月1日から23日まで、国際協力機構人間開発部第三グループ長の北林春美を団長とする終了時評価調査団をタンザニア国に派遣しました。本件評価調査は、プロジェクトの協力のもとに、タンザニア国側と日本国側の合同評価形式で行われ、調査結果および調査団による提言を踏まえて、協力期間の1年間の延長が決定されました。

この報告書は、同調査団による調査結果およびタンザニア国側プロジェクト関係者との協議結果を取りまとめたものであり、今後の技術協力事業を効果的かつ効率的に実施していくための参考として、活用されることを願うものです。

終わりに、この調査にご協力とご支援をいただいた関係各位に対し、心より感謝申し上げます。

平成20年11月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 西脇 英隆

プロジェクト対象地位置図



略 語 表

略 語	英 語	日本語訳
CCHP	Comprehensive Council Health Plan	県総合保健計画
CHMT	Council Health Management Team	県保健局
CPs (C/Ps)	Counterparts	カウンターパート
DMO	District Medical Officer	県医務官
FLHW	Front Line Health Worker	フロントライン・ヘルスワーカー
FY	Fiscal Year	予算年度
GIS	Geographic Information System	地理情報システム
GoT	Government of the United Republic of Tanzania	タンザニア連合共和国政府
HMIS	Health Management Information System	保健管理情報システム
HSR	Health Sector Reform	保健セクター改革
HSPS	Health Sector Program Support	保健セクタープログラム支援
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・ダイアグラム
IHRDC	Ifakara Health Research and Development Center	イファカラ保健研究・開発センター
IRC	Information Resource Center	インフォメーション・リソース・センター
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
JPY	Japanese Yen	日本円
LGRP	Local Government Reform Programme	地方行政改革計画
MHP	Morogoro Health Project	モロゴロ保健行政強化プロジェクト
MOH	Ministry of Health	保健省
PDM	Project Desigh Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PORALG	President's Office Regional Administration and Local Government	大統領府地方行政庁
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper 1	貧困削減戦略 1
R/D	Reccord of Discussion	討議議事録
RHMT	Regional Health Management Team	州保健局
RMO	Regional Medical Officer	州医務官
SFDDH	St. Francis District Designated Hospital	聖フランシス県指定病院

SWAp	Sector Wide Approach	セクター・ワイド・アプローチ
TEHIP	Tanzania Essential Health Interventions Project	タンザニア必須保健介入プロジェクト
TSH	Tanzanian Shillings	タンザニア・シリング
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
WHO	World Health Organization	世界保健機構

終了時評価調査結果要約表

1. 案件の概要		
国名：タンザニア連合共和国	案件名：モロゴロ州保健行政強化プロジェクト	
分野：保健医療	援助形態：技術協力プロジェクト	
所轄部署：人間開発部第三グループ保健行政チーム	協力金額（実績）：7億456.9万円（当初計画期間） ※延長期間にかかる実績は9,875.5万円。	
協力期間	(R/D)：2001年4月1日 ～2006年3月31日	先方関係機関： モロゴロ州保健局 同州内各県保健局
	(延長)：2006年4月1日 ～2007年3月31日	日本側協力機関： 筑波大学、あいち小児保健医療総合センター、 大阪大学、金城学院大学、国立保健医療科学院、 明治学院大学
	(F/U)：	他の関連協力： (1) 母と子供のための健康対策特別機材（1999年度から2001年度まで。モロゴロ州ではキロサ県、キロンベロ県およびウランガ県に対し無線機器などを供与。UNICEFとのマルチ・バイ） (2) 開発パートナー事業（World Vision Japan「ンゲレンゲレ郡及びムラリ郡におけるHIV/AIDS対策事業」、2003年11月から2006年度まで）
1-1 協力の背景と概要		
<p>・タンザニア連合共和国（以下、「タ」国と記す）は、東部アフリカ地域に位置し、94万5,000km²の国土に、3,630万人（2002年）の人口を有する。本件プロジェクトが対象とするモロゴロ（Morogoro）州は、ダル・エス・サラーム市の西方に位置する内陸州であり、モロゴロ・ムニシパル（Morogoro Municipal）、キロンベロ（Kilombero）、キロサ（Kilosa）、モロゴロ（Morogoro）、ボメロ（Mvomero）、ウランガ（Ulanga）の6県により構成されている。2002年国勢調査によれば、州の人口は175.3万人であり、「タ」国総人口の4.8%を占めている。</p> <p>・「保健セクター改革（Health Sector Reform：HSR）」および「地方行政改革計画（Local Government Reform Programme：LGRP）」を並行して進める「タ」国においては、県への保健行政上の権限の委譲が進展しており、各県は、県保健局（Council Health Management Team：CHMT）を中心に、保健分野における計画策定や、サービス提供の実施管理を主体的に行うことが期待されている。また、県の上位機構である州においては、国の出先機関である州保健局（Regional Health Management Team：RHMT）を中心に、各県における保健分野の活動に対し、効果的な指導・支援を提供することが求められている。さらに、県および州レベルにおける保健分野の活動を円滑に推進するため、バスケットファンドを通じて外国ドナーの資金が、各県および州に流れる仕組みが形成されている。</p>		

- ・しかしながら、権限の委譲に対応すべき県および州レベルの能力開発には遅れが見られており、早急な強化が求められていた。本件プロジェクトは、それらを背景とする「タ」国政府からの要請に基づき、モロゴロ州RHMTおよび州内各CHMTのマネジメント能力の向上を目的として、2001年4月から5年間の計画で開始されたものである。

1-2 協力内容

(1) 上位目標

- ・モロゴロ州における保健医療サービスの質が向上する。

(2) プロジェクト目標

- ・HSRとLGRPに一致して、モロゴロ州RHMT（州保健局）、CHMTs（県保健局）の運営管理能力が向上する。

(3) 成果

- 1) 保健管理情報（保健医療データ）システムが向上する。
- 2) RHMT/CHMTs間および他州との保健サービスに関する経験および情報が適切に共有される。
- 3) RHMT/CHMTsによる計画・実施・モニタリング・評価が向上する。

(4) 投入（当初計画期間。延長期間中の投入については、本文参照）

1) 日本側

- ・長期専門家派遣 11名
- ・短期専門家派遣 延べ14名
- ・研修員受け入れ 21名（課題別研修参加者を含む）
- ・機材供与 約1,530万円（携行機材を除く）
- ・ローカルコスト負担 約5,920万円

2) 相手国側（当初計画期間）

- ・カウンターパート配置 63名
- ・土地・施設提供 なし
- ・機材購入 なし
- ・ローカルコスト負担 約170万円

2. 評価調査団の概要

調査者	氏名	担当分野	職位
	北林 春美	団 長	JICA人間開発部第三グループ長
	大久保 一郎	保健行政	筑波大学大学院人間総合科学研究科 ヒューマン・ケア科学専攻長保健医療政策学分野教授
	瀧澤 郁雄	評価計画	JICA人間開発部第三グループ保健行政チーム職員
	中谷 美南子	評価分析	グローバルリンクマネジメント株式会社
※タンザニア保健省より2名の評価者（Dr.Kalinga、Dr.Mutahyabarawa）が参加。			
調査期間：2005年10月1日～23日		評価種類：終了時評価	

3. 評価結果の概要

3-1 実績の確認 ※終了時評価時点まで。延長期間中の実績については本文参照。

3-1-1 プロジェクト目標

- ・PDMに定められた目標達成度指標（ヘキサゴン・スパイダー・ウェブ・ダイアグラムの平均スコア）によると、プロジェクト目標は達成されなかった。
- ・しかしながら、プロジェクトより参加型で提示された代替指標（県総合保健計画において計画された活動の実施率、県総合保健計画予算執行率）によれば、プロジェクト期間を通じたCHMTのマネジメント能力の改善がうかがわれた。

効果（目標達成度）指標：PDMに定められた指標

効果（目標達成度）指標	2003年3月 実績値	2005年9月 実績値	2005年末 目標値
ヘキサゴン・スパイダー・ウェブ・ダイアグラムの平均スコアが全てのRHMTおよびCHMTsについて2003年の水準より改善し、2005年末までに4.5以上となる。	3.12 (RHMTおよび全CHMTsによる自己評価の平均値)	3.42 (同左)	4.5以上 (同左)

※ヘキサゴン・スパイダー・ウェブ・ダイアグラムは、マネジメント・スキルの6領域（スケジュール管理、知識管理、人的資源・物的資源管理、財政管理、調整、プロジェクト管理）について、期待値に対する達成度を自己評価し、点数化するもの。

効果（目標達成度）代替指標：県総合保健計画（CCHP）において計画された活動の実施率

チーム	2001 (Jan-Dec)	2002 (Jan-Dec)	2003 (Jan-Dec)	2004 (Jan-Jun)	Jul 2004- Jun 2005
Municipal	75	75	82	85	90
Morogoro/Mvomero	N.A.	99.9	99.9	100	100
Kilosa	N.A.	64	79	82	83
Kilombero	N.A.	N.A.	95.6	93.6	96.2

効果（目標達成度）代替指標：県総合保健計画（CCHP）予算執行率

チーム	2001 (Jan-Dec)	2002 (Jan-Dec)	2003 (Jan-Dec)	2004 (Jan-Jun)	Jul 2004- Jun 2005
Municipal	75	75	82	85	90
Morogoro/Mvomero	N.A.	94	84.3	85	98
Kilosa	62.5	68	82	90	94
Kilombero	N.A.	N.A.	97	94	95.6

3-1-2 プロジェクト成果

(1) 成果1：保健管理情報システム（HMIS）が向上する。

- ・保健施設レベルからCHMTへのHMIS報告には改善傾向が認められた。また、保健情報の管理・活用面でも改善が認められた。

- ・しかしながら、CHMTからRHMTを経由した保健本省へのHMIS報告については、滞りが観察された。これは、2003年に新たな報告システムが導入され、いまだ過渡期にあることに起因している。
- ・本成果に係る具体的な成果品（マネジメント・ツール）としては、以下が挙げられる。
 - 保健施設巡回指導用包括的チェックリスト
 - 無線機器運用・維持管理マニュアル
- ・収集された保健情報のフィードバック・ツールとしてホームページも開設されたが、インターネットへのアクセスを持たないCHMT（6件中2県）もあり、現時点での活用は制限される。

成果指標（成果1）

指標	2001	2002	2003	2004	2005
期限どおりにCHMTsが受け取ったHMIS年次報告数	77/111	200/287	197/285	231/287	n.a.
期限どおりにCHMTsが受け取ったHMIS年次報告割合（%）	69	70	69	80	n.a.
HMISデータをデータベースに入力したCHMTs数	0	0	2	5	5
CCHPにおけるHMISデータを用いて更新された表数（全CHMTs平均）	15	17	17	18	21

（2）成果2：RHMT/CHMTs間および他州と、保健サービスに関する経験および情報が適切に共有される。

- ・経験共有を促進するため、ニュースレターの発行、インフォメーション・リソース・センター（IRC）開設、CHMTによる相互訪問、RHMT/CHMT合同会議の開催への支援を行った。
- ・ニュースレターについては全4号が刊行された。発行部数は第1号の1200部から第4号の2570部へと着実に増加し、600箇所を超える地域内の関連施設へと配布された。
- ・3回の相互訪問、年2回（目標）のRHMT/CHMT合同会議を実施した。
- ・本成果に係る具体的な成果品（マネジメント・ツール）としては、以下が挙げられる。
 - ニュースレターおよび同編集ガイドライン・マニュアル
 - 保健情報システム管理ガイドラインマニュアル
- ・インフォメーション・リソース・センター（IRC）はすべての県において設置されたが、評価調査時点においては、施設確保に成功した1県（キロサ県）を除き一時的な場所での開所に留まっている。

成果指標（成果2）

指標	2001	2002	2003	2004	2005
RHMTおよびCHMTsによるニュースレター発行経費のコストシェア（Tsh）	0	0	57,000	3,421,000	1,469,000
ニュースレター発行部数	0	0	2,681	2,500	2,570
ニュースレター配布施設数	0	0	662	640	n.a.
計画策定に結びついた相互訪問報告書数	0	0	0	0	7
インフォメーション・リソース・センターの利用者数	59	65	41	22	n.a.
議事録によって確認されたRHMT/CHMTs合同会議数	n.a.	n.a.	2	3	0
RHMT/CHMTs合同会議への参加者数	n.a.	n.a.	60	90	0

（3）成果3：RHMT/CHMTsによる計画・実施・モニタリング・評価が向上する。

- ・ 県総合保健計画（CCHP）の策定プロセスは、プロジェクト期間を通じてより参加型となった。
- ・ 県総合保健計画（CCHP）は、図表の活用等、より実証的情報を用いて作成されるようになった。しかし、中央保健省の基準に照らして一層の改善余地が認められた。
- ・ CHMTの行政官によるオペレーション・リサーチの導入は、保健情報の収集・分析に係る彼らのモチベーションや姿勢の向上に貢献した。
- ・ 本成果に係る具体的な成果品としては、オペレーション・リサーチ結果の報告書、完成した県総合保健計画（CCHP）があるが、評価調査時点ではマネジメント・ツールとしてまとめられているものはない。しかし、成果1で作成された保健施設巡回指導用包括的チェックリストは、保健施設に対するモニタリング評価のためのツールととらえられる。

成果指標（成果3）

指標	2001	2002	2003	2004	2005
CCHP作成・作成前会議に参加した外部関係者数（全CHMTs平均）	15	18	21	22	30
CCHPにおける図表（表、グラフ、地図等）利用数（全CHMTs平均）	18	26	23	27	34
CCHPにおける分析的統計表数（全CHMTs平均）	10	16	15	16	19
プロジェクト支援のオペレーション・リサーチ結果に基づきCCHPに反映された活動計画数（全CHMTs平均）	0	0	0	0	16

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性

- ・対象グループ（RHMTおよびCHMT職員）および最終受益者（モロゴロ州内の住民）のニーズとの合致、「タ」国政府の政策的優先事項との合致、JICAの国別事業実施計画との合致に照らして、妥当性は極めて高いと判断される。
- ・県レベルに基礎的社会サービス提供に係る大幅な権限委譲を行った「保健セクター改革（HSR）」および「地方行政改革計画（LGRP）」の政策的枠組みとの整合性は高く、成果の自立発展性を加味して行政能力の向上を、参加型で支援したアプローチも妥当であった。

(2) 有効性

- ・PDMに定められた指標を厳密に適用すると、目標達成はなされなかったが、一部をのぞきカウンターパートはマネジメント能力の向上を実感しており、計画・予算の執行率で見た行政マネジメント能力にも改善傾向が認められる。
- ・実証的データに基づく地方保健行政マネジメントを構成する、情報の収集・整理（主に成果1）、蓄積・共有（主に成果2）、分析・活用（主に成果3）の全側面で改善が認められた。ただし、組織としての能力強化については不透明な部分も残されている。

(3) 効率性

- ・プロジェクトの投入は、おおむね効率的にアウトプットに変換され、プロジェクト目標の達成に貢献しているものと判断される。
- ・プロジェクトは、国内の教育研究機関等のローカル・リソースを効果的に活用した。他方、専門家の不在期間、中核となるカウンターパートの異動、カウンターパートのオーナーシップを尊重した参加型・合意形成型アプローチは、短期的には効率性を下げた側面もある。

(4) インパクト

- ・調査時点でのインパクトは、限定的である。
- ・保健行政能力の向上が、保健サービスの質の向上を直接的に左右する保健サービス提供者の行動変化やサービス提供を支えるロジスティクスの変化に結びついているかどうかは、調査時点においては明示的に確認できない。プロジェクトによる負のインパクトは観察されない。

(5) 自立発展性

- ・政策的観点、組織的観点、財務的観点、技術的観点から判断し、プロジェクト実施による効果が継続する見通しは高い。
- ・地方分権が進む中で地方保健行政の重要性は引き続き高い。参加型の意思決定プロセスや縦（州と県）横（県同士）の協力関係は継続される見込みが高い。県については自主財源確保が進展している。現地リソースで対応できる内容を優先したことから、技術的

自立発展性の妨げも小さい。

3-3 結 論

- ・指標の上では期待どおりの数値は達成されなかったが、ほぼすべてのカウンターパートが自己の能力が改善されていると認識していた。特に、自ら地域内の保健情報を収集・分析し、これに基づいた対策を立案し予算化するとともに事業実施の結果をモニタリング・評価して次の行動に反映するというマネジメントサイクル（実証的データに基づく地方保健行政マネジメント/evidence-based district health management）の基本となる個々のスキルを州・県の中核となるメンバーが習得したことからプロジェクトの所期の目標がほぼ達成されたと判断される。
- ・ただし、検討課題も認められたため、①「タ」国側への一層の業務移管、②保健施設等下への普及のための指導者研修や指導監督の流れの創出、③他地域への普及を念頭に置いた発信のために、協力期間の1年間の延長を提言する。

3-4 提 言（当該プロジェクトに関する具体的な措置、提案、助言）

- ・ワーキンググループの参加者は、各所属チームに対しより体系的なフィードバックを行う必要がある。
- ・中央政府が定めるチェックリストを元に導入された「保健施設巡回指導用包括的チェックリスト」については、各県からのフィードバックに基づいた改訂が望ましい。
- ・モロゴロ州での経験から得られた教訓を踏まえ、成果をドキュメント化し、対外的に発信していくことが望ましい。
- ・RHMTの機能および人員構成について、地方自治省と保健省との間で早期に合意がなされることが望ましい。

3-5 教 訓（当該プロジェクトから導き出された他の類似プロジェクトの発掘・形成、実施、運営管理に参考となる事柄）

- ・先方政府の政策動向を的確にとらえ、その方向性に沿って案件をデザインすることが必要である。
- ・地方行政能力の向上を目的とする支援を行う場合、権限委譲された自治体とそれを監督・支援する立場にある中央政府の地方出先機関との双方を支援対象とし、それらが協力して地域の課題に取り組む体制づくりを促進することが有効である。
- ・先方の持続的な能力強化（キャパシティ・ディベロップメント）を実現するためには、日本人専門家は「カタリスト（触媒的存在）」に徹することが有効である。
- ・カウンターパートのマネジメント能力を着実に強化するためには、基礎マネジメント研修、応用マネジメント研修、業務を通じた実践という、段階的なトレーニングが有効である。
- ・協力成果の自立発展性を高めるためには、可能な限りローカルリソースを活用することが効果的かつ効率的である。
- ・多くの関係者が参画するプロジェクトにおいては、全員参加型のプロセスと、役割分担型

のプロセスを効果的に組み合わせて実施することが有効である。

3-8 フォローアップ状況

上記提言も踏まえて、プロジェクトデザインを見直し（先方への段階的なハンドオーバーと成果の对外発信を主な活動に付加）、1年間の協力期間延長を行った。さらに、モロゴロの経験も踏まえて、全国のRHMTの能力強化を支援するプロジェクト（州保健行政システム強化プロジェクト）へと発展的に展開している。

Summary

1. Outline of the Project		
Country: United Republic of Tanzania	Project title: The Project for Strengthening of District Health Services in Morogoro Region	
Issue/Sector: Healthcare and medical care	Cooperation scheme: Technical Assistance Project	
Division in charge: Health Administration Team, Group III, Human Development Department	Total cost (actual figure): 704,569,000 yen (for the originally scheduled period) * Actual figure for the extended period is 98,755,000 yen.	
Period of cooperation:	(R/D): April 1, 2001 – March 31, 2006	Partner country's implementing organization: Regional Health Management Team and Council Health Management Teams in Morogoro Region
	(Extended): April 1, 2006 – March 31, 2007	Supporting organizations in Japan: University of Tsukuba, Aichi Children's Health and Medical Center, Osaka University, Kinjo Gakuin University, National Institute of Public Health, Meiji Gakuin University
	(F/U):	Related Cooperation: (1) Special Provision of Equipment for Mother-Child Health (From 1999 to 2001. Equipment including radio-communication instruments was provided to Kilosa, Kilombero and Ulanga districts. A "Multi-bi" project with UNICEF.) (2) Partnership Program (World Vision Japan, "Project for HIV/AIDS Control Project in the Ngerengere Division and Mlali Division," from November 2003 to FY2006)
<p>1-1 Background of the Project</p> <p>- United Republic of Tanzania (hereinafter referred to as "Tanzania") is located in the Eastern part of Africa, with an area of 945,000 square km and a population of 36,300,000 (as of 2002). The Morogoro Region, which is the target of this Project, is a landlocked region located to the west of Dar es Salaam. It comprises six districts, namely, Morogoro Municipal, Kilombero, Kilosa, Morogoto, Mvomero and Ulanga. According to the national census in 2002, the population of the region is 1,753,000, representing 4.8% of the total population of Tanzania.</p> <p>- In Tanzania, where both the Health Sector Reform (HSR) and the Local Government Reform Programme (LGRP) are being carried out simultaneously, power and authority related to healthcare administration is being handed over to districts. Each district is expected to set plans in the field of healthcare and to implement and manage the provision of service in an independent and subjective manner. As for regions – a higher level administrative structure than districts – they are expected to</p>		

provide effective guidance and support to healthcare activities in each district, with the Regional Health Management Team (RHMT) serving the central role. Furthermore, in order to smoothly promote healthcare activities at the levels of district and region, a mechanism to stimulate the flow of funds from donors abroad into districts and regions through basket funds is being established.

- However, there is a delay in the capacity building process as a response to the transition of power at the levels of districts and regions, and a prompt reinforcement is necessary. Based on a request from the government of Tanzania, in the condition explained as above, this Project was started in April 2001 and scheduled to span five years. Its objective is to improve the managerial capacities of Regional Health Management Team (RHMT) and Council Health Management Teams (CHMTs) in Morogoro Region.

1-2 Project Overview

(1) Overall Goal

- Quality of health services in Morogoro Region is improved.

(2) Project Purpose

- Managerial capacity of RHMT and CHMTs in Morogoro Region is improved under the consensus of HSR and LGR agenda.

(3) Outputs

- 1) Health Management Information (data on healthcare and medical care) System is improved.
- 2) Experience and Health Information among RHMT, CHMTs and other regions are adequately shared.
- 3) Planning, implementation, monitoring and evaluation by RHMT and CHMTs are improved.

(4) Inputs (For the originally scheduled period. Please refer to the main text for input for the extended period.)

1) Japanese side:

Long-term experts: 11 people	Equipment: approx. 15,300,000 yen
Short-term experts: 14 people in total	(portable equipment excluded)
Trainees received: 21 people (including those who participated in training courses for different tasks)	Local cost: approx. 59,200,000 yen

2) Tanzanian side (for the originally scheduled period):

Counterparts: 63 people	Equipment: none
Land and facilities: none	Local cost: approx. 1,700,000 yen

2. Evaluation Team			
Members of evaluation team	Name	Area of responsibility	Position
	Harumi KITABAYASHI	Team leader	Director, Group III, Human Development Department, JICA
	Ichiro OKUBO	Healthcare administration	Graduate School of Comprehensive Human Science, University of Tsukuba Professor for Health Care Policy, specializing in Human Care Sciences
	Ikuo TAKIZAWA	Evaluation planning	Staff, Health Administration Team, Group III, Human Development Department, JICA
	Minako NAKATANI	Evaluation analysis	Global Link Management Inc.
	* Two evaluators (Dr. Kalinga, Dr. Mutahyabarawa) from the Ministry of Health of Tanzania also participated.		
Period of evaluation: October 1 – 23, 2005		Type of evaluation: Terminal evaluation	
3. Results of Evaluation			
<p>3-1 Confirmation of Performances</p> <p>* As of the terminal evaluation. Please refer to the main text for input for the performance during the extended period.</p> <p>3-1-1 Project Purpose</p> <ul style="list-style-type: none"> - According to the verifiable measures of achievement specified in the Project Design Matrix (PDM), which are the average scores of the Hexagon-Spider-Web-Diagram (HSWD), the Project Purpose was not achieved. - However, according to the alternative measures presented by the Project based on a participatory approach (implementation rate of activities set out in the Comprehensive Council Health Plan (CCHP) and the budget implementation rate of the CCHP), improvement in managerial capacity of CHMTs was observed throughout the Project period. 			

Measures to verify the effect (achievement level): Verifiable measures specified in the PDM

Measures to verify the effect (achievement level)	March 2003 Actual figure	September 2005 Actual figure	End of 2005 Target figure
The average scores of the HSWD are improved for all RHMT and CHMTs from 2003 scores to 4.5 by the end of 2005	3.12 (Average self evaluation by RHMT and all CHMTs)	3.42 (Same as left)	4.5 or more (Same as left)

* Hexagon-Spider-Web-Diagram is a self evaluation of achievement level to expected level in six regions of management skills (schedule management, knowledge management, human and material resources management, financial management, coordination management and project management) that is expressed in scores.

Alternative measures to verify the effect (achievement level):
implementation rate of activities planned in the CCHP

Team	2001 (Jan-Dec)	2002 (Jan-Dec)	2003 (Jan-Dec)	2004 (Jan-Jun)	Jul 2004- Jun 2005
Municipal	75	75	82	85	90
Morogoro/Mvomero	N.A.	99.9	99.9	100	100
Kilosa	N.A.	64	79	82	83
Kilombero	N.A.	N.A.	95.6	93.6	96.2

Alternative measures to verify the effect (achievement level):
Budget implementation rate of the CCHP

Team	2001 (Jan-Dec)	2002 (Jan-Dec)	2003 (Jan-Dec)	2004 (Jan-Jun)	Jul 2004- Jun 2005
Municipal	75	75	82	85	90
Morogoro/Mvomero	N.A.	94	84.3	85	98
Kilosa	62.5	68	82	90	94
Kilombero	N.A.	N.A.	97	94	95.6

3-1-2 Project Outputs

(1) Output 1: Health Management Information System (HMIS) is improved.

- The HMIS report to CHMTs confirmed improvements in at the level of healthcare facilities. Improvements were also identified in terms of the management/utilization of health information.
- However, there were some delays in getting the HMIS report from CHMTs to the Ministry of Health via RHMT. This was caused by the fact that it is still in a period of transition to a new reporting system introduced in 2003.
- Tangible results from this Output (management tools) include the following:
 - Integrated Supervision Checklist

- Radio-call operation and maintenance manual

Although a website was also set up as a tool to feed back health information, because some CHMTs (two out of six in total) cannot access the Internet, its use is still limited.

Verifiable measures (Output 1)

Verifiable measures	2001	2002	2003	2004	2005
Number of the HMIS annual reports received by CHMTs by due date	77/111	200/287	197/285	231/287	n.a.
Percentage of the HMIS annual reports received by CHMTs by due date	69	70	69	80	n.a.
Number of CHMTs that entered the HMIS data in the database	0	0	2	5	5
Number of tables in the CCHP updated with the HMIS data (average of all CHMTs)	15	17	17	18	21

(2) Output 2: Experience and Health Information among RHMT, CHMTs and other regions are adequately shared.

- In order to promote sharing, the Project implemented measures such as the issuance of newsletters, the establishment of the Information Resource Center (IRC), reciprocal visits between CHMTs and support for holding RHMT/CHMTs joint meetings.
- As for the newsletter, there were four issues in total. Its circulation increased steadily from 1,200 for the first issue to 2,570 for the fourth issue. They were distributed to more than 600 related facilities throughout the area.
- Reciprocal visits were carried out three times, and RHMT/CHMTs joint meetings were held twice a year (as targeted).
- Tangible results from this Output (management tools) include the following:
 - Newsletter and guideline manual (edited from the newsletter)
 - Guideline manual for health information system management
- IRCs were established in all districts. However, at the time of evaluation, they are still operating in temporary locations except for one district (Kilosa) which succeeded in obtaining a facility.

Verifiable measures (Output 2)

Verifiable measures	2001	2002	2003	2004	2005
Cost shared by RHMT and CHMTs (Tsh) to issue newsletters	0	0	57,000	3,421,000	1,469,000
Circulation of newsletter	0	0	2,681	2,500	2,570
Number of facilities to which the newsletters are distributed	0	0	662	640	n.a.
Number of reports on reciprocal visits that resulted in formulating a plan	0	0	0	0	7
Number of IRC users	59	65	41	22	n.a.
Number of RHMT/CHMTs joint meetings, confirmed through conference minutes	n.a.	n.a.	2	3	0
Number of participants in RHMT/CHMTs joint meetings	n.a.	n.a.	60	90	0

(3) Output 3: Planning, implementation, monitoring and evaluation by RHMT and CHMTs are improved.

- The process of formulating the CCHP became more participatory during the period of the Project.
- CCHP came to be created by using more evidence-based information such as charts. However, there was room for further improvement according to the standards of the Ministry of Health.
- The introduction of the system of operation research by administrative officers of CHMTs contributed to improving their motivation and attitude in collecting and analysing health information.
- Tangible results from this Output include the report of operation research results and the completed CCHP. However, there are no documents summarized in the form of a management tool at the time of the evaluation. However, the Comprehensive Checklist for Visited Instructions to Healthcare Facilities prepared in Output 1 can be recognized as a tool for monitoring evaluation of health facilities.

Verifiable measures (Output 3)

Verifiable measures	2001	2002	2003	2004	2005
Number of external parties participated in the CCHP preparation and pre-preparation meetings (average for all CHMTs)	15	18	21	22	30
Number of charts (tables, graphs, maps, etc.) used in the CCHP (average for all CHMTs)	18	26	23	27	34
Number of analytical statistical charts in the CCHP (average for all CHMTs)	10	16	15	16	19
Number of activity plans incorporated in the CCHP based on the results of operation research supported by the Project (average for all CHMTs)	0	0	0	0	16

3-2 Summary of Evaluation Results

(1) Relevance

- Considering the Project's consistency with the needs of the target group (staff members of RHMT and CHMTs) and the ultimate beneficiaries (residents of Morogoro Region), consistency with the priority of Tanzanian government policies, as well as consistency with JICA Country Program for Tanzania, it is judged that the relevance of the Project is very high.
- The Project is highly consistent with the political framework of the Health Sector Reform (HSR), and the Local Government Reform Programme (LGRP) that decided the significant handover of power and authority related to the provision of basic social services to districts, and the participatory approach to support the improvement of administrative capacity by also considering the sustainability of outputs was also appropriate.

(2) Effectiveness

- If the verifiable measures specified in the PDM are strictly applied, the objective is considered unachieved. However, with a few exceptions, counterparts are improving managerial capacity, and administrative managerial capacity is also showing signs of improvement in terms of planning and budget implementation rate.
- Improvements were found in all aspects that make up the local healthcare administration management based on evidence-based data, namely, the collection and sorting (mainly related to Output 1), the accumulation and sharing (mainly Output 2), and the analysis and utilization (mainly Output 3) of information. However, there are still some unclear areas remaining in terms of capacity building as an organization as a whole.

(3) Efficiency

- The Project inputs were generally efficiently converted into the outputs, and the inputs are judged

to be contributing to the achievement of the Project Purpose.

- The Project effectively used local resources such as educational institutions. On the other hand, factors such as an expert's absence for a certain period, replacement of the counterpart serving a central role, and the participatory/consensus-building type of approach respecting the ownership of the counterpart worked to diminish efficiency in the short term.

(4) Impact

- The impact of the Project as of the evaluation is still limited.
- It cannot be explicitly confirmed, as of the time of evaluation, whether the improvement in healthcare administration capacity is directly linked to changes in behaviour of healthcare service providers that directly determine the improvement of healthcare service quality, or with changes in logistics that support the rendering of service. No negative impacts of the Project were observed.

(5) Sustainability

- From the political, organizational, financial and technical perspectives, it is highly probable that the effects derived from the implementation of the Projects will continue.
- Importance of local healthcare administration remains high. It is highly probable that participatory decision-making processes and vertical (region-district) and horizontal (district-district) cooperative relationships will be continued. Districts are progressing with the securing of independent revenue sources. By prioritizing things that are affordable with local resources, restraints on technical sustainability are also limited.

3-3 Conclusion

- Although the expected figure could not be met according to the verifiable measures, almost all counterparts recognized that their capacities are improving. In particular, the members serving the central role in the region/district acquired individual skills that will form the basis for a management cycle to collect and analyze health information within the area and to plan countermeasures and prepare budgets based on such analyses, as well as to monitor and evaluate the results of programs and to reflect them in subsequent steps (evidence-based district health management); in this way, it is judged that the original purpose of the project was basically achieved.
- However, because there are also unresolved problems, it is recommended that the cooperation period be extended for one year in order to (i) further transfer services to the Tanzanian side, (ii) establish a pattern of instructors training and supervising to spread the effects to lower levels such as healthcare facilities, and (iii) transmit information to other identified target areas.

3-4 Recommendations

- It is necessary for those who participated in the working group to provide more systematic feedback

to the team they belong to.

- As for the “Comprehensive Checklist for Visited Instructions to Healthcare Facilities,” which was introduced based on the checklist established by the central government, it would be desirable for this to be revised based on feedback from each district.
- It would be desirable to consider what lessons have been learned from experiences in the Morogoro Region, to prepare documents from outputs, and to transmit them externally.
- It would be desirable for the President’s Office Regional Administration and Local Government and the Ministry of Health to reach an early consensus on the function and personnel composition of RHMT.

3-5 Lessons Learned

- It is necessary to accurately understand the policy trend of the government of the partner country and to design the project accordingly.
- In the case of cooperation aiming to improve local administration capacity, it is necessary to consider both the municipalities to which authority and power are transferred and the local branches of the central government that are supervising and supporting them as the target of cooperation, and to promote establishing a system in which they cooperate to address the problems of the region.
- In order to realize a sustainable capacity development in the partner country, the Japanese experts need to remain thoroughly committed to serving as catalysts.
- In order to steadily reinforce the managerial capacity of the counterpart, it is necessary to provide gradual training that covers basic management training, applicable management training as well as on-the-job training.
- To effectively and efficiently increase the sustainability of the outputs of the cooperation, it is necessary to utilize local resources as much as possible.
- To effectively implement a project wherein many parties are involved, it is desirable to combining a process wherein all parties participate with role-sharing.

3-8 Follow-up Situation

Considering the recommendations mentioned above, the project design was reviewed (so as to add factors such as gradual handover to the partner country and external transmission of outputs as major activities), and the cooperation period was extended for one year. In addition, based on the experiences in Morogoro, the project is now developing into a project to support the capacity building of RHMTs throughout the country (Technical Cooperation in Capacity Development for Regional Referral Health Management).

第1章 終了時評価の概要

1-1 終了時評価調査団派遣の経緯と目的

独立行政法人国際協力機構（JICA）は、タンザニア連合共和国（以下、「タ」国と記す）政府と協力し、モロゴロ州における、州および県保健局のマネジメント能力向上を目的として、モロゴロ州保健行政強化プロジェクト（以下、「プロジェクト」と記す）を実施してきた。2001年4月1日に5年間計画で開始されたプロジェクトは、2006年3月31日に終了予定であり、協力成果の総合的な評価を行うために、10月1日から23日まで終了時評価調査団が派遣された。同評価調査には、「タ」国政府の代表者も評価者として参加し、「タ」国側および日本側による合同評価形式で行われた。

具体的な評価の目的は以下のとおりである。

- (1) プロジェクト開始時からの実績（投入・活動実績、成果・目標達成度等）を確認し、評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性）の観点から分析を行う。
- (2) 「タ」国側および日本側双方に対する提言・教訓を取りまとめるとともに、先方関係者との協議を通じて、予定協力期間終了後の本件の扱いについて検討を加え、調査団提言として取りまとめる。

1-2 調査団の構成

(1) 日本側

氏名	担当分野	職位
北林 春美	団長	JICA人間開発部第三グループ長
大久保 一郎	保健行政	筑波大学大学院人間総合科学研究科 ヒューマン・ケア科学専攻長保健医療政策学分野教授
瀧澤 郁雄	評価計画	JICA人間開発部第三グループ保健行政チーム職員
中谷 美南子	評価分析	グローバルリンクマネジメント株式会社

(2) 「タ」国側

Name	Designation	Position, Organisation
Dr. Rafael KALINGA	Evaluator	Acting Director, Directorate of Preventive Services, Ministry of Health
Dr. Gozibert MUTAHYABARAWA	Evaluator	Training Officer, Directorate of Human Resource Development, Ministry of Health

1-3 評価調査日程

月日	曜日	午前	午後
2005. 10. 1	土		コンサルタント日本出発
10. 2	日	(空路)	コンサルタント ダルエスサラーム (DAR) 到着
10. 3	月	JICAタンザニア事務所、保健省	WHO訪問、保健省配属専門家との協議
10. 4	火	コンサルタント モロゴロへ移動	RMO表敬、専門家との協議
10. 5	水	プロジェクト内部評価ワークショップ	
10. 6	木	プロジェクト・ステークホルダー会議	
10. 7	金	Morogoro CHMT訪問	Mvomero CHMT訪問
10. 8	土	Municipal CHMT訪問	専門家との協議
10. 9	日	情報整理	ウランガへ移動
10. 10	月	Ulanga CHMT訪問	Ifakara Research Center訪問
10. 11	火	Kilombero CHMT訪問	キロサへ移動
10. 12	水	Kilosa CHMT訪問	ムズンベ大学訪問
10. 13	木	RHMT/RMO 訪問	コンサルタントDARへ
10. 14	金	コンサルタント情報収集	瀧澤団員 DAR到着、 JICAタンザニア事務所打合せ
10. 15	土	情報収集、資料整理、評価レポートドラフト作成	
10. 16	日	北林団長、大久保団員 DAR到着	
10. 17	月	在タンザニア日本大使館表敬、 JICAタンザニア事務所打合せ	モロゴロへ移動
10. 18	火	RAS/RMO表敬	JICA-カウンターパート会議 (於TANESCO)
10. 19	水	M/M・レポート作成	終了時評価ミッション最終会議 (於OASIS)
10. 20	木	M/M・レポート作成、 昼食会 (於OASIS)	M/M署名式 (於OASIS)、DARへ移動
10. 21	金	JICAタンザニア事務所、在タンザニア日本大使館、保健省 評価結果報告会	
10. 22	土	調査団 DAR出発	(空路)
10. 23	日	調査団 日本到着	

1-4 主要面談者

本調査での主要面談者は以下のとおりである。

(1) カウンターパート

1) モロゴロ州保健局 (Regional Health Management Team : RHMT)

2) モロゴロ州6県の県保健局 (Council Health Management Teams : CHMTs) : モロゴロ市 (Morogoro Municipal)、モロゴロ (Morogoro)、ボメロ¹ (Mvomero)、キロンベロ (Kilombero)、キロサ (Kilosa)、ウランガ (Ulanga) の各県

(2) プロジェクトの長期専門家

(3) 保健省職員

(4) 州政府職員

¹ ボメロ県は2003年にモロゴロ県からの独立・設置が決定された。実際には2004年6月に県知事が任命され、2005年1月から県医務官が着任して、やっと2005年になってから活動が始まったばかりで事務所もない状態である。そのため、現在でも県総合保健計画 (Comprehensive Council Health Plan : CCHP) はモロゴロ県 (旧モロゴロ州) と同時に行っており、実際はモロゴロ県との協力で保健活動をしている実態がある。プロジェクトとしても、大きな機材投入などは行ってきていないが、研修参加はモロゴロ県とは別枠にボメロ県として参加してもらっており、WGの責任者も別に選出している。

- (5) 県レベルの保健医療サービス提供者（各県2～3施設）
- (6) ドナー機関やその他プロジェクト関係機関

主要面談者の詳細情報は、付属資料1の英文合同評価報告書ANNEX1のとおりである。

1-5 評価項目・評価方法

本調査は、『JICA事業評価ガイドライン（2004年1月：改訂版）』に基づいた評価手法に沿って、以下のとおり実施した。

- (1) プロジェクトの計画を論理的に整理したプロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix：PDM）の最新版（バージョン4）を評価の枠組みとしてとらえ、そのPDMの指標に照らしてプロジェクトの実績を確認した。
- (2) プロジェクトの目標達成度合いに貢献した要因・障害した要因を、プロジェクトのデザインおよび実施プロセスの観点から分析した。
- (3) 「妥当性」「有効性」「効率性」「インパクト」「自立発展性」の5つの観点（評価5項目）から、プロジェクトを評価した。
- (4) プロジェクトの残り6カ月の活動および協力期間終了後の「タ」国側および日本側双方に対する提言と、教訓を抽出した。

評価5項目の各項目の定義は表1-1のとおりである。

表1-1-1 評価5項目の定義

評価5項目	JICA事業評価ガイドラインによる定義
1. 妥当性	プロジェクトのめざしている効果（プロジェクト目標や上位目標）が受益者のニーズに合致しているか、問題や課題の解決策として適切か、相手国と日本側の政策との整合性はあるか、プロジェクトの戦略・アプローチは妥当か、公的資金であるODAで実施する必要があるかなどといった「援助プロジェクトの正当性・必要性」を問う視点。
2. 有効性	プロジェクトの実施により、本当に受益者もしくは社会への便益がもたらされているのか（あるいは、もたらされるのか）を問う視点。
3. 効率性	主にプロジェクトのコストおよび効果の関係に着目し、資源が有効に活用されているか（あるいは、されるか）を問う視点。
4. インパクト	プロジェクトの実施によりもたらされる、より長期的・間接的効果や波及効果を見る視点。この際、予期しなかった正・負の効果・影響も含む。
5. 自立発展性	援助が終了しても、プロジェクトで発現した効果が持続しているか（あるいは、持続の見込みはあるか）を問う視点。

出所：プロジェクト評価の手引き（JICA事業評価ガイドライン）、2004年2月、p.41

本調査では、評価分析のために定性的・定量的データを以下の方法で収集した。

- ・既存資料レビュー（プロジェクト・関連機関による統計・報告資料等）

- ・アンケート調査（カウンターパート回答53名・長期専門家5名）
- ・キーインフォーマント・インタビュー（カウンターパート、長期専門家、プロジェクトのローカルスタッフ、県の医療従事者、関連ドナー機関、研究機関）
- ・評価ワークショップ（プロジェクト主催評価ワークショップ、関係者会議、調査団・カウンターパート会議等）
- ・直接観察

1-6 プロジェクトの背景

「タ」国は、東部アフリカ地域に位置し、ケニア、ウガンダ、ルワンダ、ブルンジ、コンゴ民主共和国、ザンビア、マラウイ、モザンビークの各国と国境を接している。94万5,000km²の国土に、3,950万人の人口を有する。行政機構上は、21の州（Region）および114の県（District/Wilaya）（ザンジバルを除く本土のみ）から構成され、さらに、その下部機構として、郡（Division/Tarafa）、区（Ward/Kafa）、村（Village/Kijiji）、村区（Kitongoji）／町区（Mtaa）が存在する。本件プロジェクトが対象とするモロゴロ（Morogoro）州は、首都ダル・エス・サラーム市の西方200kmに位置する内陸州であり、キロサ（Kilosa）、モロゴロ・ルーラル（Morogoro Rural）、キロンベロ（Kilombero）、ウランガ（Ulanga）、モロゴロ・ムニシパル（Morogoro Municipal）、ボメロ（Mvomero）の6県により構成されている。2002年国勢調査によれば、州の人口は175.3万人であり、「タ」国総人口の4.8%を占めている。

「タ」国政府は、より一層国民のニーズに合った公共サービスを、効果的かつ効率的に提供することを目標として、1990年代より様々な行政改革を実施してきている。保健セクターでは、保健セクター改革〔Health Sector Reform : HSR（1994年～）〕が推進され、並行する公務員制度改革（Civil Service Reform Program ; 1994年～）および地方行政改革計画〔(Local Government Reform Programme : LGRP（1999年～）〕とあいまって、サービス提供体制の分権化が進められた。その結果、現在、住民に最も近い基礎的な公的保健医療サービス（予防・治療双方を含む）の提供を担う保健所（Dispensary）、診療所（Health Centre）、県病院（District Hospital）は、県予算にて運営され、県保健局（Council Health Management Team : CHMT）の監督下に置かれている。さらに、1999年以降は、セクター・ワイド・アプローチ（Sector Wide Approach : SWAp）のもとに保健セクターバスケットファンド（Health Sector Basket Fund）が設立され、県レベルへのドナー資金の流れが確保されるようになり、保健行政における県の自立性は、予算面からも強化されている。

県の自立性が高まった結果、県を監督・支援する立場にある州の役割も見直しが迫られている。保健セクターにおいて、CHMTの活動を監督・支援する役割が期待されているのは、中央政府の出先機関である、州保健局（Regional Health Management Team : RHMT）である。HSRおよび保健セクターにおける分権化の初期において、RHMTの位置づけはあいまいであり、あまり注目されない存在であったが、近年ではRHMTにも積極的な役割が求められている。

しかしながら、権限の委譲に対応すべき県および州レベルの能力開発（人材の確保・育成、制度の整備等）には遅れが見られており、早急な強化が必要とされていた。本件プロジェクトは、それらを背景とする「タ」国政府からの要請に基づき、モロゴロ州RHMTおよび州内各CHMTのマネジメント能力の向上を目的として、2001年4月から5年間の計画で開始されたものである。

1-7 プロジェクトの概要

プロジェクトの概要を以下に示す（上位目標、目標、アウトプットについては、PDMバージョン4より）。

(1) 基本情報

項目	基本情報
国名	タンザニア連合共和国
案件名	モロゴロ州保健行政強化プロジェクト (The Project for Strengthening of District Health Services in Morogoro Region)
分野	保健医療
援助形態	技術協力プロジェクト
所轄部署	人間開発部第三グループ保健行政チーム
協力金額	7億456.9万円（1999～2005年度の実績。事前評価経費を含み、終了時評価経費は含まない） ²
協力期間	R/D：2001年4月1日～2006年3月31日 ³
先方関係機関	モロゴロ州保健局、モロゴロ州内各県保健局 (Regional Health Management Team, Council Health Management Teams)
日本側協力機関	筑波大学、あいち小児保健医療総合センター、大阪大学、金城学院大学、国立保健医療科学院、明治学院大学
他の関連協力	(1) 母と子供のための健康対策特別機材（1999年度から2001年度まで。モロゴロ州ではキロサ県、キロンベロ県およびウランガ県に対し無線機器などを供与。UNICEFとのマルチ・バイ） (2) 開発パートナー事業（World Vision Japan「ンゲレンゲレ郡及びムラリ郡におけるHIV/AIDS対策事業」、2003年11月から2006年度まで）

(2) 上位目標

Description	Verifiable measures	Means of verification	Important Assumptions
モロゴロ州における保健医療サービスの質が向上する。	保健施設利用者に対する満足度調査結果	満足度調査レポート	

² 本評価結果に基づき、協力期間の1年間の延長を行った。延長期間にかかる協力金額実績は、9,875.5万円であり、延長期間分を含む総協力金額実績は、8億332.4万円である。

³ 本評価結果に基づき、協力期間の1年間の延長を行った。延長後の協力期間は、2006年4月1日～2007年3月31日である。

(3) プロジェクト目標

Description	Verifiable measures	Means of verification	Important Assumptions
保健セクター改革（HSR）と地方行政改革に一致して、モロゴロ州保健局（RHMT）、県保健局（CHMTs）の運営管理能力が向上する。	ヘキサゴン・スパイダー・ウェブ・ダイアグラム（HSWD） ⁴ の平均スコアがすべてのRHMTおよびCHMTsについて2003年の水準より改善し、2005年末までに4.5以上となる。	内部評価による参加型定性的アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> すべての改革（HSR、地方行政改革等）が、調和のとれた形で実施されている。 HSRの他の分野が予定どおり実施される。

(4) アウトプット

Description	Verifiable measures	Means of verification	Important Assumptions
1) 保健管理情報システムが向上する。	2005年末までに、質の高い保健管理情報システムのデータが、遅滞なく収集・加工・活用される度合いが高まる。	県保健情報	<p><アウトプット・レベル></p> <ul style="list-style-type: none"> すべてのレベルにおいて人的資源状況が現状より悪化しない。 バーティカルプログラム間の連携が現状より悪化しない。
2) 州保健局・県保健局間および他州との保健サービスに関する経験および情報が適切に共有される。	2005年末までに、保健情報と技術の、RHMTとCHMTs内および他の地域への普及率が高まる。	<ul style="list-style-type: none"> 正式な報告書 普及・共有した活動に関する議事録 年間活動計画・情報リソース・センター 情報リソース・センターの登録台帳 	<p><活動レベル></p> <ul style="list-style-type: none"> 他のドナーが保健セクターを継続して支援する。 適切な保健管理情報システム用のツールが入手可能である。 現存の保健セクター政策に大きな変更がない。
3) 州保健局・県保健局による計画・実施・モニタリング・評価が向上する。	<ol style="list-style-type: none"> 2005年末までに、実証的データを利用した計画数が増加する。 2005年末までに、計画された活動の実施率が改善する。 	<ul style="list-style-type: none"> 県総合保健計画 進捗レポート 	<ul style="list-style-type: none"> すべてのレベルにおいて政治的コミットメントが得られる。 他の開発パートナーがRHMT/CHMTsへの支援を継続する。 訓練を受けたRHMT/CHMTs職員が勤務を継続する。 政治的状況が安定し続ける。

⁴ ヘキサゴン・スパイダー・ウェブ・ダイアグラム（Hexagon-Spider-Web-Diagram : HSWD）は、マネジメント・スキルの6領域（スケジュール管理、知識管理、人的資源・物的資源管理、財源管理、調整、プロジェクト管理）について、期待値に対する達成度を自己評価し、点数化するもの。

第2章 プロジェクト現状と実績

2-1 投入実績

2-1-1 日本側投入

(1) 専門家派遣

1) 長期専門家

プロジェクト実施期間中に11人の長期専門家が合計268.4人/月分の投入計画のもとに派遣されている（下表参照）。担当分野は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、業務調整員の5人体制である。

氏名	担当分野	派遣期間	日本での所属
佐藤 善子	チーフアドバイザー	平成13年4月1日～ 8月31日	(株)タック・インター ナショナル
山形 哲夫	保健行政管理	平成13年4月1日～ 9月24日	滋賀県健康福祉部医 務薬務課
田中 あゆ子	保健行政計画	平成13年4月1日～ 14年3月31日	(株)タック・インター ナショナル
	保健情報管理	平成14年4月1日～ 16年4月9日	
千歳 万里	業務調整	平成13年4月10日～ 16年4月9日	(株)タック・インター ナショナル
田口 明男	チーフアドバイザー	平成14年1月24日～ 16年3月9日	(株)タック・インター ナショナル
北山 由起子	保健行政管理	平成14年4月9日～ 16年4月8日	(有)ライフワーク国際 協力
杉下 智彦	保健行政計画	平成14年11月1日～ 16年3月11日	なし
	チーフアドバイザー	平成16年3月12日～ 18年3月31日（予定） ⁵	
後藤 信行	保健情報管理	平成16年3月15日～ 18年3月31日（予定） ⁶	(有)ライフワーク国際 協力
鈴木 克也	業務調整	平成16年3月15日～ 18年3月31日（予定） ⁷	(有)ライフワーク国際 協力
福士 恵理香	保健行政計画	平成16年3月22日～ 18年3月31日（予定） ⁸	(有)モエ・コンサルテ ィング
津田 真理	保健行政管理	平成16年5月23日～ 18年3月31日（予定） ⁹	JICA ジュニア専門 家

⁵ 協力期間延長に伴い、平成18年7月31日まで派遣期間を延長した。なお、その後は、短期派遣のチーフアドバイザーとして、平成18年10月18日～12月24日、平成19年2月16日～4月7日、派遣された。

⁶ 協力期間延長に伴い、平成19年3月14日まで派遣期間を延長した。

⁷ 協力期間延長に伴い、平成18年4月30日まで派遣期間を延長した。

⁸ 協力期間延長に伴い、平成19年3月31日まで派遣期間を延長した。

⁹ 協力期間延長に伴い、平成19年3月31日まで派遣期間を延長した。

2) 短期専門家

本調査時点で、短期専門家は13人、合計18.8月／人分が投入された（下表参照）。更にプロジェクト終了時までには、地理情報システム（Geographic Information System：GIS）の短期専門家が派遣される予定である¹⁰。短期専門家の主な担当分野は、保健行政、公衆衛生、住民参加、保健情報管理、無線通信、保健情報リソース・センター管理等であった。

氏名	担当分野	派遣期間	日本での所属
大久保 一郎	保健行政（保健セクターリフォーム）	平成13年7月9日～ 29日	筑波大学大学院人間総合科学研究科
中村 安秀	保健行政計画・モニタリング・評価	平成13年8月20日～ 28日	大阪大学大学院人間科学研究科
北山 由起子	公衆衛生	平成13年8月22日～ 14年2月21日	(有)ライフワーク国際協力
平山 恵	住民参加	平成13年11月1日～ 23日	明治学院大学国際学部
大久保 一郎	保健行政管理 （保健情報共有指導）	平成14年8月3日～ 17日	筑波大学大学院人間総合科学研究科
伊藤 希世	保健情報管理 （診療データ）	平成15年1月6日～ 4月7日	なし
兵井 伸行	保健情報管理 （システム）	平成15年2月15日～ 3月2日	国立保健医療科学院人材育成部
田邊 穰	保健行政計画 （保健計画策定）	平成15年3月15日～ 4月12日	金城学院大学生生活環境学部食環境栄養学科
小宮 正巳	無線通信	平成15年10月30日～ 12月26日	株式会社NTTドコモ
長嶋 正實	地方保健行政	平成17年1月23日～ 2月3日	あいち小児保健医療総合センター
植田 正紀	保健情報管理	平成17年1月31日～ 3月25日	植田技術士事務所
今井 梨紗子	情報センター管理	平成17年3月9日～ 25日	国際航業株式会社
小林 新平	保健情報管理（無線通信ネットワーク管理）	平成17年6月18日～ 7月26日	株式会社グローバル企画

¹⁰ 佐多信博専門家（地理保健情報システム管理、株式会社DMS）が、平成17年11月12日～12月25日、派遣された。延長期間中のチーフアドバイザーの短期派遣実績については、脚注5参照。

(2) 研修員受け入れ

プロジェクト期間中には合計21人のカウンターパートが研修（本邦・第三国）を受講した（下表参照）¹¹。調査時点では、2人を除くすべての研修員が「タ」国帰国後、各RHMT/CHMTにて中心的役割を担っている。研修員からは、本邦研修受講が、現場での仕事へのモチベーションを上げる契機になったとのコメントも挙げられた。現在、モロゴロ州にて保健行政に携わっていない研修員のうち1人はタンガ州に移動になった州行政長官と、ウランガ県の看護官で、後者は現在、休職して大学院に進学中であり、卒業後復職する予定である。

研修コース名	研修員氏名	研修受講時	評価調査時	研修派遣期間
『上級国家管理』 コース	Mr. Paul A. M. CHIKIRA	モロゴロ州 行政長官	タンガ州 行政長官	平成13年10月24日～ 12月11日
『地域母子保健』 コース	Ms. Anna N. GUTAPAKA	モロゴロ州看 護官	モロゴロ州看護 官	平成14年1月14日～ 2月25日
『地域母子保健』 コース	Mrs. Magreth L. WAPALILA	モロゴロ州母 子保健コーデ ィネーター	モロゴロ州母子 保健コーディネ ーター	平成14年1月14日～ 2月25日
『地域保健行政』 コース	Dr. Pascal J. MBENA	ウランガ県 医務官	モロゴロ市 CHMTメンバー	平成14年5月7日～ 7月14日
『地域保健行政』 コース	Mr. Nicholas J. MASAOE	モロゴロ州 保健官	モロゴロ州 保健官	平成14年7月7日～ 7月14日
『地域母子保健』 コース	Ms. Mary C. NZOWA	モロゴロ市 看護官	モロゴロ市 看護官	平成14年10月15日～ 11月27日
『地域母子保健』 コース	Ms. Grace K. LUBOMBA	キロンベロ県 母子保健コーデ ィネーター	キロンベロ県 母子保健コーデ ィネーター	平成14年10月15日～ 11月27日
『地域保健行政』 コース (南アフリカ共和 国国別特設研修 内)	Dr. Ferdinand Msofe FUPI	カウンターパ ート・アドバ イザー	カウンターパ ート・アドバイ ザー	平成14年10月22日～ 11月30日
『地域保健行政』 コース	Dr. Harun M. S. MACHIBYA	モロゴロ県 医務官	モロゴロ県 医務官	平成15年5月6日～ 7月13日
『地域保健行政』 コース	Dr. Godfrey J. B. MTEY	モロゴロ市 医務官	モロゴロ市 医務官	平成15年5月6日～ 7月13日
『地域母子保健』 コース	Ms. Maro C. BAYO	モロゴロ県 母子保健コーデ ィネーター	モロゴロ県 母子保健コーデ ィネーター	平成15年9月20日～ 11月12日

¹¹ 本表は、プロジェクト予算（国別研修）およびその他事業予算（課題別研修、第三国研修）による研修参加者を含む。なお、延長期間中には、以下6人のカウンターパートが研修に参加した（いずれも、その他事業予算）。Mr. William N.P Lema, MHO, CHMT Morogoro Municipal (Regional Training Program for Trainers of Rural Women, AICAD/Kenya, 06/09/04-06/09/29)、Ms. Nuru Armed, Nursing Officer, CHMT Morogoro Municipal (同左)、Dr. Nkya Marco Shiletiwa, Medical Officer in Charge, Morogoro Regional Hospital (病院経営・財務管理、2006/9/11-11/18)、Ms. Carl Lyimo, Regional Health Officer, RHMT Morogoro (地域母子保健、06/09/24-06/11/14)、Mr. Jackson Minja, Regional Cold Chain Coordinator, RHMT Morogoro (同左)、Mr. Godfrey S. Ngaley, Regional Administrative Secretary, Morogoro Regional Secretariat (地方行政、07/01/10-07/02/11)。

研修コース名	研修員氏名	研修受講時	評価調査時	研修派遣期間
『地域母子保健』 コース	Mr. Edwin P. BISAKALA	ウランガ県 看護官	ウランガ県 看護官 (休職中)	平成15年 9月20日～ 11月12日
『地域保健行政』 コース』 (南アフリカ共和 国国別特設研修 内)	Dr. Willbert J. CHUWA	キロサ県 歯科医務官	キロサ県 歯科医務官	平成15年10月28日～ 11月29日
『地域保健行政』 コース	Dr. M.M.Z. MASSI	モロゴロ州 医務官	モロゴロ州 医務官	平成16年 5月10日～ 7月 9日
『地域保健行政』 コース	Dr. W.P.G. MUNISI	キロンベロ県 医務官	キロンベロ県 医務官	平成16年 5月10日～ 7月 9日
『地域母子保健』 コース	Mr. Angelbert Fabian MUKUNDA	キロサ県 看護官	キロサ県 看護官	平成16年 9月26日～ 11月16日
『地域母子保健』 コース	Ms. Esther Hailary Ruanda NTANGIRI	キロンベロ県 看護官	キロンベロ県 看護官	平成16年 9月26日～ 11月16日
『病院経営・財務 管理コース』	Dr. Nicholas Philip CHIDUO	キロサ県 医務官	モロゴロ市 医務官	平成17年 1月10日～ 2月24日
『地域保健行政』 コース	Mr.J. C. D. Mankanbila	モロゴロ州 保健事務官	モロゴロ州 保健事務官	平成17年 5月 8日～ 7月 8日
『地域母子保健』 コース	Mr. Wilfred MATEE	モロゴロ県 看護官	モロゴロ県 看護官	平成17年 9月 4日～ 10月25日
『地域母子保健』 コース	Dr. Samuel LIKASI	ウランガ県 医務官	ウランガ県 医務官	平成17年 9月 4日～ 10月25日

本邦研修生に関する詳細は、付属資料1の合同評価レポートANNEX4を参照。

(3) 機材供与

2001年度から2004年度までのプロジェクトの機材供与の実績は37,827,000日本円相当である。うち、州・県保健局へ譲渡済み機材の総額は、129,797,009TSH (15,260,600円相当¹²)である。さらに2005年度分として9,358,200円相当分の機材を現在調達中である¹³。

機材供与に関する詳細は、付属資料1の合同評価レポートANNEX5を参照。

(4) 現地業務費

日本側現地業務費として合計523,999,435 TSH (59,221,704日本円相当)¹⁴が拠出された。現地業務費に関する詳細は、付属資料1の合同評価レポートANNEX6を参照。

¹² この額には、専門家の携行機材費(日本円で約1,040万円)は含まれていない。交換レートは2001年4月1日～2005年9月28日までの平均を利用(1Tsh=0.1176円)。

¹³ 延長期間中を含め、これ以降機材供与は行っていない。

¹⁴ 延長期間(2006年度)については、現地業務費として1,400.4万円を支出した。

2-1-2 「タ」国側

(1) カウンターパートの配置

本件プロジェクトでは、モロゴロ州のRHMTおよび6つのCHMTsより、63人のカウンターパートが配置された。2005年9月現在においては、人員異動などで空席もあるため、56人のカウンターパートがプロジェクトに協力している。

カウンターパート全員の情報は、付属資料1の合同評価レポートANNEX7を参照。

(2) ローカルコストの費用負担

「タ」国側によるローカルコストの部分負担は、プロジェクト開始当時から奨励されてきた。本件調査時の2005年9月現在までに「タ」国側は14,508,710TSH（1,706,224日本円相当¹⁵）をプロジェクト活動にかかる直接的予算として負担してきた（この合計金額には2005年度分は計上されていない）。2005年度には、各CHMTsが活動予算を各々の保健総合計画に盛り込んで予算申請を行うことが試行された。

全現地業務費中の「タ」国側の費用負担は、2002年の1.5%から2004年には6%まで増加した。これは、「タ」国側のオーナーシップが強化されていったことの現れでもある。例えばニュースレター刊行事業などは、活動のほとんどが「タ」国側に引き渡されており、ニュースレター編集委員会を中心に活動が進められているが、必要予算についても、2004年度分は、ほぼ州政府と県保健予算から捻出された。

「タ」国側の現地業務費の詳細は、付属資料1の合同評価レポートANNEX8を参照。

2-2 活動実績

PDM ₄ 上の活動	活動実績
アウトプット1：保健管理情報システムが向上する。	
1-1 コンピューター機器を整備する。	<ul style="list-style-type: none">・モロゴロ州行政局にコンピューター1台、レーザー・ジェットプリンター1台、およびコンピューターの付属品（ソフトウェア、無停電電源装置等）を供与した。・RHMTと各CHMTsにはコンピューター2～3台、プリンター2～3台、および付属品（無停電電源装置、USBメモリー、マルチメディア・プロジェクター、ポータブルスクリーン、デジタルカメラ等）各種を設置済みである¹⁶。・RHMT事務所内で、LANネットワークを、NGOのAXIOSとの協力により設置した。
1-2 RHMTおよびCHMTsに対してコンピューターの基礎技能に関する訓練を行う。	<ul style="list-style-type: none">・2002年3月には42人のカウンターパートを対象に、第一回コンピューター基礎技能研修実施。・2004年11月～12月には61人のカウンターパート対象にコンピューター基礎および中級研修（各4日間）をムズンベ大学で実施。・2005年5月には18人のカウンターパートを対象に、データベー

¹⁵ 交換レートは2001年4月1日～2005年9月28日までの平均を利用（1Tsh=0.1176円）。

¹⁶ さらに、データベースソフト、GISを供与した。

PDM ₄ 上の活動	活動実績
	<p>ス管理研修をムズンベ大学で実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 2005年 7月～8月には15人のカウンターパートを対象にUCLAS主催の地理情報システム（GIS）による保健情報地図（health mapping）について10日間の研修を実施。 ・ 2005年 7月、プロジェクトのホームページがインターネット・ホームページ・ワーキンググループにより開設された。
<p>1-3 RHMTおよびCHMTsに対して保健医療データ管理（収集、保管、処理、利用）に関する訓練を行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 視察・ワークショップを通じて、保健医療施設レベルでの保健管理情報システム（Health Management Information System：HMIS）収集・管理の状況分析を実施。その後、PCMによる問題分析とオリエンテーションが実施されデータ収集・管理改善のための活動が計画された。（2003年 2～3月） ・ 県レベルでの保健関連情報の管理を目的とするデータベース構築のため、入力フォーム（MS Excel）を基にした県保健情報ファイル（District Processing File）を開発し、RHMT/CHMTsに配布。しかし2004年には政府が独自のデータベースソフトウェア（マイクロソフトアクセスを基にしたMuthaバージョン2.1）を導入したので、特に政府主催の研修に参加できなかったRHMTとモロゴロ市中心に研修を実施した。 ・ 2004年12月HMISワーキンググループの月例ミーティングを開始した。 ・ 保健医療所レベルでの監督機能をサポートするために保健施設巡回指導用包括的チェックリストを開発した。 ・ 2005年 7月～8月RHMT/CHMTがこのチェックリストを基に初回データ収集を実施した。
<p>1-4 RHMTおよびCHMTsに対して保健医療従事者への職場内技能訓練（OJT）を行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2004年 2月HMISに関するOJT、特に、データ収集・管理の研修を保健医療施設にて実施（キロンベロ県、キロサ県）。 ・ 2005年度にデータベース用のサーバーを調達した後、技能訓練を拡充実施した。
<p>1-5 保健医療データのフィードバックシステムを構築する¹⁷。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2004年12月よりHMISワーキンググループ月例会議を開始。RHMT、6つのCHMTおよびセントフランシス病院から参加者が出席。 ・ 各地方で収集されたデータを保健情報地図（health mapping）という形で視覚化することによって、各保健施設への情報のフィードバック機能を容易にするため、CHMTおよびRHMTの責任者対象にGISを活用した保健地図についての研修を実施。
<p>1-6 州内の通信システムを構築する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ RHMT/CHMTs、長期・短期専門家により、無線通信システムの現状分析を実施。 ・ 通信システムの改訂版（双方向通信情報システム）がワークグループの参加者により考案、モロゴロ州で採用・導入された。

¹⁷ 延長期間中の2006年 7月には、保健分野に関連する主要な統計を体系的に取りまとめた、『モロゴロ州年次保健白書（Morogoro Health Abstract）2005/06年版』を、2007年 3月には同2006/07年版を刊行した。

PDM ₄ 上の活動	活動実績
1-7 通信機器を整備する。	<ul style="list-style-type: none"> ・無線機器13台（UNICEF/JICAの「母と子どものための健康対策特別機材供与」より提供¹⁸⁾）が以下の各所に設置される。州医務官と各県医務官事務所、キロンベロ県の保健医療施設6箇所、ウランガ県5箇所。無線機の設置後、地域住民対象にセンシタイゼーションプログラムを実施。その結果これら無線機器は、地域住民と保健医療施設のスタッフにより維持管理され、順調に機能している。 ・モロゴロ県、ボメロ県、キロンベロ県、ウランガ県にて既に無線機が設置されている地域対象に、地域住民へのセンシタイゼーションプログラムを実施した。 ・無線通信維持管理マニュアル、無線通信利用案内、ログブックのテンプレート、プラント記録が作成された。
1-8 他の通信機器と接続（リンク）する	<ul style="list-style-type: none"> ・無線通信システムの現状分析によると、現段階では無線通信経路が統一されておらず、共通システム確立に支障をきたしている。これに対処するよう種々の方策を検討した。
1-9 RHMTおよびCHMTsに対して通信技術の訓練を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・2005年7月～8月に2人の短期専門家がRHMT/CHMTsと共同で、無線通信システムについて、地域住民対象のセンシタイゼーションプログラムと職業訓練を実施した。 ・無線通信維持管理マニュアルが開発され、それをもとにカウンターパート対象の研修を実施した。
アウトプット2：RHMT/CHMTs間および他州と、保健サービスに関する経験および情報が適切に共有される。	
2-1 情報伝達メカニズムを確立する。	<ul style="list-style-type: none"> ・情報伝達メカニズムの確立はアウトプット2の他の活動を通して実施された。（ニュースレター、相互視察、RHMT/CHMTs内での合同会議、保健情報リソース・センター等）
2-2 RHMT/CHMTsに対し情報伝達技能の訓練を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・2003年2月、プロジェクト対象地域においての情報伝達（Information Dissemination）に関するセミナー実施。当セミナー開催中、ニュースレターの発行が提案された。 ・2005年9月、ニュースレター製作関係者対象に編集技能向上を目的とした3日間の研修をムズンベ大学で実施。
2-3 保健サービスに関するニュースレターを発行する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ニュースレター編集会議でニュースレターの発行と発行目的を以下のとおり確認。①保健問題に関して一般市民を啓発する。②保健サービス提供者間で、その分野の経験と技術を共有する。③保健サービス提供システムについて広く意見を求める。④保健関係のイベント情報案内を掲載する。 ・2005年9月まで、計7,770部のニュースレターが4回にわたり、

¹⁸⁾ 「母と子どものための健康対策特別機材供与」とは、UNICEFとの協力により、資機材の供与を通じて対象国の母子保健の改善をめざすスキームである。JICAは二国間協力として必要な医薬品、医療資機材等を原則として5カ年間継続的に供与し、UNICEFが被援助国政府に対して同品目の配布、管理等の体制整備、中期的な自立発展性を確保するための予算措置等に係る支援を行うことになっている。「タ」国に対しては、1999年度から2001年度の3カ年計画で、38台の無線機と11台の無線基地局機材を供与した。

PDM ₄ 上の活動	活動実績
	<p>スワヒリ語と英語で発刊された。その配布先は、モロゴロ州内の全保健医療施設、その他全国の州医務官、中央保健省、関連組織、ドナー機関等がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ニュースレター発刊の経費は漸次、地方政府の予算で賄われた。
<p>2-4 RHMT/CHMT間の相互視察・相互研修を実施する¹⁹。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・相互視察活動のガイドラインを改訂し、RHMT/CHMTs全オフィスに配布。 ・以下の相互視察が実施され成功を収めた。 <ol style="list-style-type: none"> 1) 県総合管理キャスケード制度についてウランガCHMTがモロゴロ/ボメロCHMTを視察。 2) 地域の保健医療基金（Community Health Fund）と経費分担に関してモロゴロ/ボメロCHMTがキロサ/キロンベロCHMTsを視察。 3) カスケードシステム研究のため、キロサCHMTがモロゴロ/ボメロCHMTを視察。
<p>2-5 RHMT/CHMTsの定例合同会議を開催する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・RHMT/CHMT合同会議は計5回開催された。（2003年2回、2004年3回。） ・2005年度に計画されているRHMT/CHMTs合同会議の経費は、2005/2006の各県総合保健計画（CCHPs）と予算に計上されている。
<p>2-6 情報リソース・センターの資材・機材を整備する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・2005年3月、「タ」国における保健施設の情報を収集し、“保健情報リソースディレクトリー”が作成され、関係者、関係機関に配布された。 ・保健情報リソース・センター用の機材は各種要求に応じて整備された。（複写機、紙を綴じる機械、多重メディア映写機、保健学習資材等）。 ・ウランガ県保健局（CHMT）はインフォメーション・リソース・センター（IRC）建設に係る草の根無償プロジェクト提案書を日本大使館に提出した。
<p>2-7 RHMT/CHMTsに対し、情報リソース・センターの運営管理技能に関する訓練を実施する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・保健情報リソース・センター管理についてのニーズアセスメントを各地方、各地域で実施（2005年5月）。プロジェクト（短期、長期専門家が従事）と保健教育センター（アルーシャCEDHA）が協力。 ・短期専門家がRHMT/CHMTがリソース・センター・マニュアルに関してワークショップ開催。職員の人選条件、場所の選定、書物の分類、情報リソースの活用等が話し合われた。 ・保健情報リソース・センター管理について11日間の視察研修を保健教育センター（アルーシャCEDHA）で実施。RHMT/CHMTから2人ずつ参加。ニーズアセスメントに基づいて作成された活動計画が見直された。新活動計画案がRHMT/CHMTsによって提案された。

¹⁹ 延長期間中の2006年12月には、RMOおよびDMOs等によるカゲラ州への視察を実施した。

PDM ₄ 上の活動	活動実績
2-8 情報リソース・センターの利用を促進する ²⁰ 。	<ul style="list-style-type: none"> 各県の情報リソース・センターの正式の開館を待って、この活動は開始の予定である。2006年3月までにキロサ県のみ、新リソース・センターを開くことが可能のようである。場所の確保が困難な他県については、仮のセンターで業務を行っている。
2-9 業務予定管理のメカニズムを確立する	<ul style="list-style-type: none"> 全CHMTsとRHMTに職員の業務予定管理用にホワイトボードが提供され、各メンバーの予定確認が容易となった。
2-10 業務引き継ぎのメカニズムを構築する。	<ul style="list-style-type: none"> RHMT・CHMTsとの協議の末、業務引き継ぎ作業は常時実施している活動であり、特別なメカニズムの構築が必要がないとの意見があったため、活動を中止した。
2-11 州内共通の年間保健事業予定表を開発、共有する。	<ul style="list-style-type: none"> この活動計画は州の総合保健計画（Mpango Kazi wa Mwaka Sekta Ya Afya Morogoro）にあたるものである。2003年度、2004年度（1～6月）を目標にこの計画は作成された。しかしながら、その後の相手側との議論の中で、これは各種活動を継続する中で優先順位は高くないとの結論に至り、中止した。
アウトプット3：RHMT/CHMTsによる計画・実施・モニタリング・評価が向上する。	
3-1 RHMT/CHMTsに対して計画・モニタリング・評価手法のトレーニングを行う。	<ul style="list-style-type: none"> 2005年4月、モニタリング評価ワーキンググループの活動が正式に開始。 2004年6月 全RHMT/CHMTs対象、4日間のモニタリング評価研修実施。 2005年6月 ワーキンググループのメンバーを対象とした3日間のモニタリング評価ファシリテーター研修を実施。
3-2 RHMT/CHMTsに対しオペレーショナル・リサーチ手法のトレーニングを行う ²¹ 。	<ul style="list-style-type: none"> ムズンベ大学で10日間の「戦略的マネジメントとオペレーション・リサーチ」をテーマにそれぞれ24人および45人のカウンターパートメンバーを対象とした研修を実施。監督技術、チームワーク、コミュニケーション能力、顧客中心のアプローチ、意思決定方法などを中心に研修。またオペレーション・リサーチの実地調査に関して基礎知識が紹介された。 第二回目の「戦略的マネジメントとオペレーション・リサーチ」の研修をムズンベ大学とイファカラ公衆衛生開発センター（IHRDC）の協力のもとに実施（2004年8月～9月）。45人のカウンターパートが（全C/P）対象。 2004年9月、オペレーション・リサーチ研修（5.5日）を実施。49人のカウンターパート対象。ムズンベ大学とIHRDCの協賛。 プロジェクトはオペレーション・リサーチの調査内容確定と調査実施を目的にRHMT/CHMTsにムズンベ大学、イファカラ保健調査センターを監督チームとして投入した。 2004年12月 RHMT/CHMTsのオペレーション・リサーチ担当関

²⁰ 他県に先駆けて開設されたキロサ県の情報リソース・センターは、延長期間中に、毎月安定して40～50人の利用者が訪れるようになった。さらに、モロゴロ市、モロゴロ県・ボメロ県（共通）、RHMTにおいて情報リソース・センターが開設された。

²¹ オペレーション・リサーチ（OPR）は、2004-05年度、2005-06年度の2ラウンド実施した。また、成果品として『OPRマネジメント・ハンドブック』を作成・刊行した。

PDM ₄ 上の活動	活動実績
	<p>係者対象、5日間のデータ分析研修実施。ムズンベ大学協賛。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・オペレーション・リサーチ初期報告作成につきRHMT/CHMTsを支援。2005年1月この分野の短期専門家を招いて“オペレーション・リサーチ初期報告ワークショップ”を開催。 ・全RHMT/CHMTsは各地方の保健管理についてのオペレーション・リサーチの報告書を完成。 ・2005年4月に14人のオペレーション・リサーチまたはモニタリング評価ワーキンググループメンバー対象に、10日間の上級オペレーション・リサーチ研修実施。ムズンベ大学協賛。
3-3 年間計画にあたってモニタリング評価のツールを改善する ²² 。	<ul style="list-style-type: none"> ・2005年3月 プロジェクト事務所にて2日間の“アクションプラン開発ワークショップ”を14のオペレーション・リサーチおよびモニタリング評価ワーキンググループ関係者対象にプロジェクトが主催。目的は各CCHPs内で調査結果を実働計画に容易に反映可能にするため。
3-4 RHMTおよびCHMTsが共同で年間計画のモニタリング評価を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・モニタリング評価ワーキンググループは年次定例の県総合保健計画（CCHPs）策定段階で、モニタリング評価活動を容易にするための各種指標を再検討した。
3-5 RHMTがCHMTsが年間計画セッションに参加する。	<ul style="list-style-type: none"> ・RHMTは各年、技術支援と監督のため、県でのCCHPの策定会議に参加（モロゴロ／ボメロ、モロゴロ市、キロサ、キロンベロ、ウランガ）した。2005年度の策定会議には専門家も参加。セッションではプロジェクトと県政府との協力を深めるための討議がなされた。モロゴロ地方のすべての県政府は、CHMTの将来までの安定した活動継続のためにプロジェクトの活動に十分な予算を用意することに同意した。
3-6 診療施設での出口質問表調査を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・2003年8月には地域の41箇所の医療保健施設において、患者の満足度を計る出口調査が実施された。（サンプル数は636人） ・回答者の93%が、保健医療機関（病院、保健所、医務室）の規模とは関係なく、良質な保健サービスに満足していることが判明。

2-3 アウトプットの達成状況

プロジェクトは終了時評価調査に先駆けて、2005年7月に参加型評価ワークショップを開催した。同ワークショップでは、既存のPDM上のアウトプット指標がプロジェクトの成果を測定し難いものであるとの共通認識のもとに、カウンターパートと専門家チーム間で、新たなアウトプット指標を評価に導入することが合意された。本評価調査では、このアウトプット指標の動向を中心にアウトプットの達成状況を確認する。

²² 成果品として『ディストリクト・ヘルス・マネジメント・ハンドブック』を作成・刊行した。

2-3-1 アウトプット1の達成状況

アウトプット1：保健管理情報システム（HMIS）が向上する。

表2-1 アウトプット1のための指標とデータの動向

指標	情報源	2001	2002	2003	2004	2005
期限どおりにCHMTsが受け取ったHMIS年次報告数（分母は保健施設数）	県保健情報データベース	77/111	200/287	197/285	231/287	n.a.
期限どおりにCHMTsが受け取ったHMIS年次報告割合（%）	県保健情報データベース	69	70	69	80	n.a.
HMISデータをデータベースに入力したCHMTs数	HMIS 担当者	0	0	2	5	5
CCHPにおけるHMISデータを用いて更新された表数（全CHMTs平均）	CCHP	15	17	17	18	21

注：n.a.はデータが入手できなかったことを表す。

出所：プロジェクト情報, 2005年7月。県ごとのデータは、付属資料1の合同評価レポートANNEX 10参照。

アウトプット1にある保健管理情報システム（HMIS）は、県によってその達成度合いにはばらつきがあるものの、全般的に改善傾向が認められた。保健施設で収集された情報が年次報告書として、期限どおりに県保健行政チームに提出された割合は、全保健施設数の69%（2001年）から80%（2004年）まで向上した。また保健情報の収集に限らず、データを国指定のデータベースのソフトウェアで管理している県も増え（2005年には6県中5県）、またHMISデータを県総合保健計画（CCHP）などにおいて十分に活用している傾向もみられた。

しかし、CHMTsはRHMT経由で中央保健省へとHMIS情報を提供することになっているものの、この制度は十分機能していないことが確認された。CHMTsからRHMTに報告を提出する手段と方法が、いまだシステムとして確定していないため、保健情報は県レベルで留まり、州レベル以上まで到達していない状況である。RHMTも、2004年前半までは巡回指導の際に各県で報告を収集できたが、それ以後、活動予算が大幅に削減されたため、十分な指導を行えない状況になっていることも、この部分でのHMIS改善の阻害要因となっている。

プロジェクトによる無線機を使った双方向情報ネットワーク（Two-way Information System）においては、RHMTの事務室から末端の保健施設までをつなげる情報通信と共有の基盤を構築したという点において非常に効果を上げており、県指定病院レベルのレファール数が増えた結果につながったとの報告もあった。

アウトプット1に係る具体的な成果品（マネジメント・ツール）としては以下が挙げられる²³。

- ・保健施設巡回指導用包括的チェックリスト
- ・無線機器運用・維持管理マニュアル

なお、収集された保健情報のフィードバック・ツールとしてプロジェクトのホームページ

²³ 延長期間終了までには、さらに『モロゴロ州年次保健白書（Morogoro Health Abstract）』2005/06年版および2006/07年版が刊行・配布された。

も開設されたが、インターネットへのアクセスを持たない県保健行政チーム（6 県中 2 県）もあり、現時点での活用は制限される。なお、保健施設を中心に基礎的保健情報を地図上に取りまとめる保健リソース地図については、GIS（地理情報システム）を活用して、プロジェクト終了時までには作成される予定である²⁴。

本評価調査において実施したアンケート調査によると、回答したカウンターパートのうち 87%が、アウトプット 1 の達成状況に関して、「おおよそ達成した」および「大変よく達成した」との見解を示した。

2-3-2 アウトプット 2 の達成状況

アウトプット 2：RHMT/CHMTs間および他州と、保健サービスに関する経験および情報が適切に共有される。

表 2-2 アウトプット 2 のための指標とデータの動向

指標	情報源	2001	2002	2003	2004	2005
RHMTおよびCHMTsによるニュースレター発行経費のコストシェア額 (Tsh)	ニュースレター編集委員会の会計書類	0	0	57,000	3,421,000	1,469,000
ニュースレター発行部数	ニュースレター編集委員会の会計書類	0	0	2,681	2,500	2,570
ニュースレター配布施設数	ニュースレター編集委員会の配布先リスト	0	0	662	640	n.a.
計画策定に結びついた相互訪問報告書数	相互訪問のレポート	0	0	0	0	7
保健情報リソース・センターの利用者数	センターの使用登録台帳	59	65	41	22	n.a.
議事録によって確認されたRHMT/CHMTs合同会議数	合同会議の議事録	n.a.	n.a.	2	3	0
RHMT/CHMTs合同会議への参加者数	合同会議の議事録	n.a.	n.a.	60	90	0

注：n.a.はデータが入手できなかったことを表す。

出所：プロジェクト情報, 2005年7月。県ごとのデータは、付属資料 1 の合同評価レポートANNEX 10参照。

プロジェクトはRHMTとCHMTs間およびその傘下にある保健施設、また他州の保健行政チームと、保健サービスの提供に関する経験および情報の共有を促進するために、ニュースレターの発行、保健情報リソース・センター開設、CHMTsによる相互訪問、RHMTとCHMTsの合同会議の開催への支援を行った。

本評価調査時点においてニュースレターは全 4 号が刊行された。発行部数は第 1 号の1,200部から第 4 号の2,570部へと着実に増加し、600箇所を超える州内と州外の関連施設²⁵へと配布

²⁴ 保健リソース地図は協力期間中に作成され、『モロゴロ州年次保健白書』等で活用されている。

²⁵ 主な配布先としては、モロゴロ州内では全保健施設、教育施設、プロジェクト関係機関が挙げられる。州外だと、その他の州医務官や、中央保健省、JICA現地事務所を経由して、他のドナー機関などにも配布されていることが判明した。

された²⁶。

県保健行政チーム同士の相互訪問は、3回にわたり実施された。その結果、県保健行政チーム同士の交流が深まったと同時に、県レベルでのベストプラクティスが他県での普及につながった。例えばウランガ県保健行政チームはモロゴロ／ボメロ県訪問後、県総合管理カスケード制度（District Integrated Management Cascade）²⁷を試験的に導入した。その他、RHMTとCHMTs間の合同会議は2003年より最低年2回ずつ開催されており、州レベルの重点課題について議論したり、各県の経験を共有したりする場となった。

アウトプット2に係る具体的な成果品（マネジメント・ツール）としては以下が挙げられる。

- ・ニュースレターおよび同編集ガイドライン・マニュアル
- ・保健情報リソース・センターおよび同運営ガイドライン・マニュアル

保健情報リソース・センターは、すべての県において設置されたが、施設確保に成功した1県（キロサ県）を除き、一時的な場所での開所に留まっていることから、現時点での活用は限定されている²⁸。

本評価調査において実施したアンケート調査によると、回答したカウンターパートのうち71%が、アウトプット2の達成状況に関して、「おおよそ達成した」および「大変よく達成した」との見解を示した。

2-3-3 アウトプット3の達成状況

アウトプット3：RHMT／CHMTsによる計画・実施・モニタリング・評価が向上する。

表2-3 アウトプット3のための指標とデータの動向

指標	情報源	2001	2002	2003	2004	2005
CCHP作成・作成前会議に参加した外部関係者数（全CHMTs平均）	CCHP、 CCHP作成会議議事録	15	18	21	22	30
CCHPにおける図表（表、グラフ、地図等）利用数（全CHMTs平均）	CCHP	18	26	23	27	34
CCHPにおける分析的統計表数（全CHMTs平均）	CCHP	10	16	15	16	19
プロジェクト支援のオペレーション・リサーチ結果に基づき、CCHPに提案された活動計画数（全CHMTs平均）	CCHP	0	0	0	0	16

出所：プロジェクト情報、2005年7月。県ごとのデータは、付属資料1の合同評価レポートANNEX 10参照。

²⁶ 2005年12月にはニュースレター第5号が刊行された。

²⁷ カスケード管理制度は、一県内での全保健施設を効率よく管理・監督するための制度形態の一つで、複数の保健施設をクラスター化し、それぞれ中核的保健施設（カスケードセンター）がクラスター内保健施設の管理・監督業務を行うことにより、CHMTの負担を軽減させるものである。カナダ政府の資金援助で実施されたプロジェクト（TEHIP）で、モロゴロ県を中心に導入され、現在においては保健省が全国的に推進している。

²⁸ 他県に先駆けて施設確保がなされたキロサ県のセンターについては、延長期間中も、毎月安定して40～50名の利用者が訪れた。さらに、モロゴロ市、モロゴロ県・ボメロ県（共通）、モロゴロ州（RHMT）によって、センターが開設された。

CCHPの策定プロセスは、プロジェクトを通じてより参加型となり、CCHP策定の機会にあわせて、保健行政およびサービス提供に関して、各県で少なくとも年に1回は地域住民の代表者を含め活発な議論を進められるような体制が構築されつつある。

また各県のCCHP自体も、各CHMTが自ら収集・管理したデータを分析し、その結果を図表等におとして計画の根拠を定量的に提示できるようになっており、計画策定における情報活用能力も向上した。しかし、中央保健省の基準に照らして、まだ一層の改善余地があることも認められた。例えば、中央保健省では、毎年全県のCCHPを、一定の基準に照らして定量的に審査しているが、その結果によると、モロゴロ州の各県が策定したCCHPは、2004年度から2005年度にかけて向上したとは明確にいえぬ²⁹。

県保健行政チームの行政官によるオペレーション・リサーチの導入は、保健情報の収集・分析に係るカウンターパートのモチベーションや姿勢の改善に多いに貢献した。また、インタビュー調査等を実施して、保健課題の原因をサービス提供の現場やコミュニティにおける人々の行動様式にまで掘り下げて分析し、その解決法を考えるサイクルを自ら実践する経験は、オペレーション・リサーチの手法の取得だけに留まらず、RHMT・CHMTsの全般的マネジメント能力の向上にも寄与したと考えられる。

本アウトプットに係る具体的な成果品としては、オペレーション・リサーチ結果の報告書、完成した県総合保健計画があるが、現時点では、汎用可能なマネジメント・ツールの形にはなっていない³⁰。しかし、アウトプット1で作成された保健施設巡回指導用包括的チェックリストは、保健施設に対するモニタリング評価のためのツールととらえられるため、その活用を通して、今後、アウトプット3の効果が更に高められることが期待される。

本評価調査において実施したアンケート調査によると、回答したカウンターパートのうち86%が、アウトプット3の達成状況に関して、「おおよそ達成した」および「大変よく達成した」との見解を示した。

²⁹ 特にウランガ県については、一定の基準を満たしていなかったため、CCHPの改訂・再提出を求められた。なお、ウランガ県についてはスパイダー・ウェブ・ダイアグラムを用いたマネジメント能力の改善度についての自己評価も、2003年度と2005年度の比較において低下しており（2-4参照）、客観的評価（CCHP審査結果）と主観的評価（スパイダーウェブ採点結果）の間に相関が認められたことが興味深い。マネジメント能力低下の原因としては人事異動の影響が指摘されているが、同じ原因がCCHPの質にも影響を与えたものと推察される。

³⁰ 延長期間中に、オペレーション・リサーチの計画・実施・フォローアップ方法をまとめた『オペレーション・リサーチ・マネジメント・ハンドブック』、CCHPの策定およびモニタリング評価プロセスの改善を目的とした『ディストリクト・ヘルス・マネジメント・ハンドブック』が刊行された。

2-4 プロジェクト目標の達成状況

プロジェクト目標：保健セクター改革と地方自治改革に一致して、モロゴロ州RHMT（州保健局）、CHMTs（県保健局）の運営管理能力が向上する。

指標：ヘキサゴン・スパイダー・ウェブ・ダイアグラム（HSWD）の平均スコアがすべてのRHMTおよびCHMTについて2003年の水準より改善し、2005年末までに4.5以上となる。

本案件では、運営管理（マネジメント）能力の変化を捉える評価指標として、カウンターパートの自己評価を基本とする「ヘキサゴン・スパイダー・ウェブ・ダイアグラム」を採用した³¹。2005年9月時点で実施した自己評価では、キロンベロ県、ウランガ県を除くCHMTsおよびRHMTで2003年の水準より改善が見られたものの、平均値は3.42に留まっており、厳密に指標に照らすと目標達成には至らなかった³²。

各チームのHSWDの測定結果は以下のとおりである。

表2-4 2003年HSWD測定結果

保健行政管理 チーム	スケジュール管理	知識管理	資源管理 (人的・物理的)	財政管理	連携	プロジェクト管理	各チーム の平均値
RHMT	2.6	2.0	2.9	2.5	4.1	1.9	2.67
モロゴロ市	3.6	2.6	2.6	3.1	4.0	3.4	3.22
モロゴロ県	3.9	2.4	3.4	2.8	4.2	3.2	3.32
キロサ県	3.4	2.6	2.3	2.7	3.4	3.1	2.92
キロンベロ県	3.6	2.9	3.0	3.8	3.7	3.9	3.48
ウランガ県	3.6	2.9	2.6	3.4	3.4	2.8	3.12
平均値	3.45	2.57	2.80	3.05	3.80	3.05	3.12

出所：HSWD最終報告書、2005年9月

この結果の理由としては、まずHSWDの測定範囲にある6つのマネジメント能力の分野において、2分野（人的・物的資源管理と財政管理）は直接プロジェクトの活動がなかった分野であったため、他の4分野での改善が現れたにもかかわらず総括的に能力開発のスコアが伸びなかったことが指摘できる。また、平均スコアが2003年水準より下がったキロンベロ県・ウランガ県CHMTにおいては、人事異動があり、新体制下では知識・経験がまだ十分に蓄積されていなかったことも理由として考えられる³³。

³¹ 脚注4参照。

³² HSWDに基づくプロジェクト目標指標については、プロジェクト関係者の合意により設定されたものであるため、特にカウンターパートのオーナーシップを尊重して、本評価においてもそのまま用いた。ただし、HSWDは、カウンターパートが自らの達成度を主観的に評価するものであるため、4.5という目標値や、3.42という平均値にはあまり意味がなく、むしろ、それぞれのチームが、以前と比して改善したと感じているかどうかの方が重要であるとの視点が、国内委員より指摘されている。

³³ 延長期間の終了間近、2007年2月に実施したHSWDによる自己採点結果では、総合平均が4.07まで向上した。

表 2 - 5 2005年HSWD測定結果

保健行政管理 チーム	スケジュー ール管理	知識管理	資源管理 (人的・ 物理的)	財政管理	連携	プロジェ クト管理	各チーム の平均値
RHMT	3.9	3.3	4.0	3.5	4.2	3.3	3.70
モロゴロ市	4.1	3.6	3.7	3.7	4.3	3.8	3.87
モロゴロ県	4.5	3.5	4.0	3.5	4.4	3.7	3.93
キロサ県	3.6	3.0	2.9	3.4	3.7	3.6	3.37
キロンベロ県	3.4	2.9	3.0	2.6	3.2	2.8	2.98
ウランガ県	2.7	2.6	3.0	1.5	3.1	3.1	2.67
平均値	3.70	3.15	3.43	3.03	3.82	3.38	3.42

出所：HSWD最終報告書、2005年9月

他方、HSWDはカウンターパートの自己評価に基づく指標であるため、プロジェクトではそれを補う客観性のある指標として、CCHPにおいて計画された活動の実施率、CCHPに基づく予算執行率の二つを、終了時評価に合わせて選定した。同指標によれば、プロジェクト期間を通じたCHMTのマネジメント能力には、改善の傾向が観察された。

表 2 - 6 プロジェクト目標代替指標：県総合保健計画（CCHP）
において計画された活動の実施率³⁴

Team	2001 (1月-12月)	2002 (1月-12月)	2003 (1月-12月)	2004 (1月-6月))	2004年7月- 2005年6月
モロゴロ市	75	75	82	85	90
モロゴロ／ボメロ	N.A.	99.9	99.9	100	100
キロサ	N.A.	64	79	82	83
キロンベロ	N.A.	N.A.	95.6	93.6	96.2

注1：ウランガ県のデータは分析中のため、当報告書作成時までに提出されなかった。

注2：N.A.はデータが入手不可能であったことを示す。

出所：モニタリング評価ワーキング・グループ（CCHPおよびCCHP四半期財務・テクニカルレポートをもとに）

表 2-7 プロジェクト目標代替指標：県総合保健計画（CCHP）の予算執行率³⁵

Team	2001 (1月-12月)	2002 (1月-12月)	2003 (1月-12月)	2004 (1月-6月))	2004年7月- 2005年6月
モロゴロ市	75	75	82	85	90
モロゴロ／ボメロ	N.A.	94	84.3	85	98
キロサ	62.5	68	82	90	94
キロンベロ	N.A.	N.A.	97	94	95.6

注1：ウランガ県のデータは分析中のため、当報告書作成時までに提出されなかった。

注2：N.A.はデータが入手不可能であったことを示す。

出所：モニタリング評価ワーキング・グループ（CCHP及びCCHP四半期財務・テクニカルレポートをもとに）

さらに、本評価調査において実施したアンケート調査によると、回答したカウンターパートのうち90%以上が、プロジェクトを通じてRHMTとCHMTs全般のマネジメント能力が向上したと答えた。また71%以上の回答者が、プロジェクト終了時である2006年3月までには、プロジェクト目標を達成することが可能だと回答した。

³⁴ [(計画された活動の中で実施された活動の数) / (計画されたすべての活動の数)] × 100。

³⁵ [(計画された予算の中で支出された予算の額) / (計画されたすべての予算の額)] × 100。

第3章 プロジェクトの効果発現に貢献した要因

3-1 計画内容に関する事柄

主な要因として、先方政府の政策動向を的確に捉え、その方向性に沿った案件デザインがなされたことが挙げられる。

「タ」国においては、1990年代に入り、保健分野では保健セクター改革（HSR）の推進およびセクター・ワイド・アプローチ（SWAp）の導入が進められ、公共政策分野では地方行政改革計画（LGRP）が進められていた。本件プロジェクトは、HSRおよびLGRPによって期待される役割が拡大する一方で、能力の不足が指摘されていた地方（州および県）保健行政局の能力強化に焦点を当てたことで、先方の政策環境における重要度が高まった。その背景として、案件の実施に先立ち、保健省に配属されていたアドバイザー専門家と、保健省首席医務官との間で、頻繁かつ継続的な情報共有・意見交換がなされていたことが大きい。また、技術協力プロジェクトでは、新たな活動を展開して成果を上げるほど、先方の人的・財務的負担が増大する側面もあるが、SWApの枠組みの下、保健セクターバスケットファンドの運用が1999年に開始され、特に、県レベルにおいては良い計画立案・実施に対して、資金的な裏付けがなされる状況が生まれていたことが大きかった³⁶。

第二に、地方保健行政能力の強化を行うに当たり、モロゴロという一つの州を対象として、中央政府の出先機関（州、RHMT）と地方自治体のセクター担当機関（県、CHMT）双方を対象にしたことが挙げられる。

「タ」国の保健セクターについては、県レベルの能力強化に関しては他ドナーによる支援や、保健セクターバスケットファンドの導入によりそれなりの進展が見られていたものの、県に対する支援・指導を行う立場の州についてはあまり取り組みがなされておらず、分権化されたシステム上のボトルネックとなりつつあった。州と県が協力して域内の保健行政の改善に取り組むモデルを志向することにより、国の側から見た分権化された保健行政の課題と、地方の側から見た同課題とを、相互にとらえながら案件を進めた点が、「タ」国政府側および関係他ドナーから評価される成果を上げる要因となったと考えられる。

3-2 実施プロセスに関する事柄

主な要因として、第一に、相手側のオーナーシップおよび能力強化を重視する「カタリスト（触媒的存在）」としての立場を日本人専門家が徹底したことが挙げられる。

日本人専門家がカタリストに徹することの重要性については、「タ」国側の責任者である保健省首席医務官からも、案件形成時より繰り返し表明されていた。プロジェクトでは、活動の計画・実施・モニタリング評価のすべての局面で、カウンターパートの主体的な参加を促し、彼らの声を反映して活動を進めてきた。また、日本人専門家が開発したマネジメント・ツール（マニュアル、ガイドライン等）を一方向的に与えるのではなく、担当業務の意味を考え、どのような改善が可能か、そのためには何が必要かを共に考えるところから支援を行った。

³⁶ 州（RHMT）については、プロジェクト終了時点では新たな財源確保には至っておらず、財務的には厳しい状況にある。ただし、本件協力を通じたモロゴロ州での成果等を踏まえ、従来、保健セクターバスケットファンド資金の配分対象となっていなかった州（RHMT）を、新たな受益者として加えようとの機運が生まれている。

計画策定能力の向上については、実際にCCHP（県総合保健計画）を策定する作業の実践を通して、様々なデータを効果的に活用する方法や、多様な関係者の声を計画に反映させるためのプロセスを支援した。さらに、プロジェクト成果の対外的な発表についても、各種会議・大会等の機会を活かし、カウンターパートが行うよう促した。このような支援のあり方は、目に見える成果を生むまでに時間を要するが、先方の持続的な能力開発のためには有効であったと考えられる。

第二に、地方保健行政官の個々人の能力強化を目的としたトレーニングについては、基礎マネジメント研修、応用マネジメント研修、業務を通じた実践という3段階に分けてトレーニングを行ったことが挙げられる。

地方保健行政官の多くは、保健医療分野の専門職であり、それぞれ高等教育を修了した比較的高いレベルの能力を持つと考えられるが、計算・作表能力や、書類作成能力、時間管理能力、コミュニケーション能力、コンピューター能力等の行政官として最低限必要とされるマネジメント能力において、必ずしも十分ではなかった。したがって、プロジェクトでは、保健行政に特化した応用マネジメント能力のトレーニングを行う前に、これら基礎マネジメント研修から着手した。また、研修で得た内容については、必ず日常業務に応用し実践することで、知識および技術の着実な定着を図った。保健医療の専門知識は有しているが、行政職としての知識・技術・経験に欠ける地方保健行政官を対象とするトレーニングのアプローチとして、このような段階を追ったトレーニングは効果的であったと考えられる。

第三に、上述した基礎マネジメント研修、応用マネジメント研修の実施や、先行事例の視察等、カウンターパートの能力向上につながる活動に関して、可能な限りローカルリソースを活用したことが挙げられる。

代表的な事例が、地方保健行政官を対象としたマネジメント研修における、ムズンベ大学の活用である。同大学は、モロゴロ州内に所在し、従来から保健分野を含む行政官を対象とした教育・研修プログラムを提供してきた実績を有していた。このように、現地で利用できる技術リソースを積極的に開拓し、カウンターパートとのネットワーク化を進めたことは、より現地の状況を反映したトレーニングの実施や教材等の開発に貢献したとともに、技術協力終了後の自立発展性を高める効果もあるものと期待される。

第四に、プロジェクト活動を実施する先方の体制に関し、プロジェクトの進展に応じて全員参加型からいくつかのワーキンググループを中心とする役割分担型へと展開したことが挙げられる。

プロジェクト前半においては、各保健行政チームメンバー全員を対象とし、多くの研修においてチームの全員参加を促した。この方法はチーム内の均等かつ公平な能力開発を進めることができるが、一方でスケジュール調整の難しさやRHMT・CHMTの通常業務に支障をきたす恐れから頻繁な計画ができず、活動の進捗を遅らせることになった。

そこで、プロジェクトは2004年7月から実施戦略を変更し、ワーキンググループ制度の導入を行った。ワーキンググループは、RHMT・各CHMTの中でタスクごとに代表者を選定し、グループを組織して事業を進めるプロジェクトの基本ユニットである。ワーキンググループ制度は、各組織の代表者にそれぞれの役割が明確に認識され、技術移転も集中して行えるメリットがある。

また、RHMTや他県の代表者間の交流が深まり、それぞれのチームでの成果を競う場ができたため、全体的なモチベーションの向上につながった。ワーキンググループを結成以降、プロジェクトの活動実施項目数および具体的成果の産出が飛躍的に伸び、プロジェクトの有効性・効率性を高める上で重要であった。

第4章 問題点および問題を惹起した要因

4-1 計画内容にかかわる事柄

第一に、上述した「タ」国における政策環境の中で、RHMTおよびCHMTの能力強化、特にマネジメント能力の向上が必要であることについては共通認識が形成されていたが、地方保健行政官に求められるマネジメント能力とは何か、それはどのようにしたら向上されるのかについて、必ずしも明確な方法論を持たない状況で、プロジェクトが開始されたことが挙げられる。

その結果、実施プロセス上の要因ともあいまって、最終形に近いプロジェクトのデザインがPDM第3版として整理されるまで、2年近くを要している。「タ」国側のオーナーシップを尊重し、日本人専門家はカタリストに徹するという基本理念に基づいたプロジェクトの運営手法は一方で評価されるものの、特に「キャパシティ・ディベロップメント」を主眼とするプロジェクトにあつて、カウンターパート自身（および専門家）による課題の「気づき」のプロセスにプロジェクト全体のどの程度の時間と投入（専門家等）を割くべきかは、一概にはいえないものの、検討を要する事項である。

第二に、本件は上述したとおりタンザニアの政策動向を十分に踏まえて形成されたものの、政策動向そのものが流動的であったために、具体的な活動の特定が遅れたことが挙げられる。

本件は、「タ」国において、保健セクター改革の推進やセクター・ワイド・アプローチの導入に関して、非常に活発な政策議論が行われた時期に形成された。そのため、カウンターパートとなるRHMTとCHMTの役割が明確になっておらず、特に、RHMTに期待される機能があいまいであり、保健セクターバスケットファンドからの資金もCHMTのみに配分されていたため、RHMTは十分な活動資金も有さない状況であった。プロジェクトがインパクトを上げるためには、先方の政策動向に合致したデザインとすることが必要であるが、政策動向が流動的な場合には、それがリスク要因ともなり得ることに留意する必要がある。

4-2 実施プロセスにかかわる事柄

実施プロセスにかかわる問題点としては、第一に、カウンターパートの人事異動および専門家の不在が挙げられる。

対象が行政官である以上、異動による人員交代は避けられない課題であり、プロジェクトではワーキンググループでの活動などを通じてRHMTとCHMTがお互いに支え合いながら地域の保健課題に取り組む体制構築を支援してきた。しかしながら、人事異動の影響が大きかったキロンベロ県、ウランガ県においては、プロジェクト目標の達成度が他に比して明らかに低いなど、問題を惹起する最大の要因となった。

また、日本人専門家については、プロジェクト開始6カ月の段階で、チーフアドバイザーと長期専門家1名の離任があり、次の専門家の派遣までの5カ月間、残り3名の専門家でプロジェクトを管理していかなければならなかった。専門家の不在が「タ」国側のオーナーシップを高めた側面もあるものの、プロジェクトの前半において、活動の実施方法やプロセスにおいて混乱が生じ、プロジェクト進捗の遅れの一因となった。

第二に、本件は地方保健行政官のマネジメント能力の向上・強化をめざしたものであり、成

果を体系化・可視化して発信することが困難であったことが挙げられる。

プロジェクトに実際に携わったカウンターパートの多くは、自己評価（ヘキサゴン・スパイダー・ウェブ・ダイアグラム）においてマネジメント能力が向上したと評価しているが、その成果を体系化・可視化し、保健省やモロゴロ州以外の州に発信していくことは、必ずしも十分にはなされなかった³⁷。カウンターパート自身の変化を感じていることは、極めて大きな成果であるといえるが、プロジェクト成果を直接的関係者の自己満足で終わらせないためには、評価手法についても工夫する必要がある。

³⁷ 協力延長期間においては、成果の体系化および発信に、特に焦点を当てて取り組んだ。

第5章 評価5項目による評価結果

5-1 妥当性

ターゲット・グループ（RHMTおよびCHMT職員）および最終受益者（モロゴロ州内の住民）のニーズとの合致、「タ」国政府の政策優先事項との合致、日本政府の政策との合致に照らして、妥当性は極めて高いと判断される。

県レベルに基礎的社会サービス提供に係る大幅な権限委譲を行った「保健セクター改革（HSR）」および「地方行政改革計画（LGRP）」、また「貧困削減戦略（Poverty Reduction Strategy Paper：PRSP）」の文脈の中で、州および県レベルでのマネジメント能力を向上させるツールや機会を提供した点において、ターゲット・グループであるRHMTおよびCHMT職員のニーズに合致した。その中でも実証的データに基づくマネジメント（計画策定・実施・モニタリング評価）の導入は、「保健セクター改革」の中でRHMT・CHMTにとって重要視されている能力であり、その開発に焦点を当てたプロジェクト・デザインは、特に妥当なものであった。

また、最終受益者のニーズに対応した質の高い保健サービスを提供するためには、ニーズを的確にとらえ、それに合わせた計画立案ができる保健行政³⁸の能力強化が不可欠である。短期的な効果を狙うためには、直接住民（コミュニティ）や保健サービス提供者（病院、ヘルスセンター等）に働きかけたほうが効率的である場合もあるが、持続的な効果を狙う観点からは、RHMT／CHMTの能力開発に焦点を当てたことは、妥当であったと考えられる。

政策的見地からも、当プロジェクトは政府が推進している「保健セクター改革（HSR）」および「地方行政改革（LGR）」の推進を、その現場である州・県レベルで支援している点において、妥当性が高い。特に「保健セクター改革（HSR）」の場合、2005年の保健セクターレビューにて、県レベルの人材育成が改革を実施する上での最重要課題であると発表されたことから、プロジェクトのアプローチの重要性が確認された³⁹。

プロジェクトが採用した参加型のアプローチは、RHMTおよびCHMTにおける情報共有や協力関係の構築の観点から妥当であった。また、プロジェクトの後半において、主たる活動ごとにワーキング・グループを設置したことはRHMTおよび各CHMTの主体的な参加を保障しつつ効率的に事業を進める上で妥当であった。

最後に、保健セクターへの支援はJICAの「タンザニア国別事業実施計画」での5つの重要課題の1つであり、日本の対タンザニア援助方針とも整合性が高い。

5-2 有効性

PDMに定められた指標を厳密に適用すると、終了時評価時点にてプロジェクト目標は達成されなかった⁴⁰。しかしながら、人事異動によって中核的人材が不在となった県を除き、カウンターパートはマネジメント能力の向上を実感している。また、計画の実行率、予算の執行率で見た行政マネジメント能力にも、全体的に改善傾向が認められる。

実証的成果に基づく地方保健行政マネジメント（Evidence-based District Health Management）

³⁸ WHOは保健システムを構成する6つの要素（ガバナンス／リーダーシップ、財源、人材、情報、技術、サービス）を定義しているが、中でもガバナンス／リーダーシップ（行政能力を含む）は、根幹をなすものである。

³⁹ より最近では、州（RHMT）が分権化された保健システムのボトルネックとして認識されるようになっている。

⁴⁰ 詳細は、「2-4 プロジェクト目標の達成状況」を参照のこと。

を構成する、保健情報の収集・整理（主に成果1に関連した活動）、保健情報の蓄積・共有（主に成果2に関連した活動）、保健情報の分析・活用（主に成果3に関連した活動）のいずれの側面でも、改善が認められた。しかしながら、これら成果はそれぞれのワーキンググループに属する個人の努力によるところが大きく、人事異動による影響を受けやすい。ワーキング・グループ活動経費の予算化等の面では、州および各県による組織的なコミットが見られる部分もあるが、それぞれの組織による継続的な取り組みとして定着するかどうかは、不透明な部分も残されている。

5-3 効率性

プロジェクトの投入は、おおむね効率的にアウトプットに変換され、プロジェクト目標の達成に貢献しているものと判断される。

プロジェクトは、地域内および「タ」国内の教育・研究機関（ムズンベ大学、イファカラ公衆衛生開発センター、ダルエスサラーム大学等）との連携を積極的に進めることで、現地で確保が可能な人材や組織を効率的に活用した。さらに、これらの機関が通常行っている研修プログラムを基に、RHMT・CHMTのニーズに合わせたカリキュラム改訂を行い研修プログラムを実施したことも、効率的な取り組みであった。

他方で、当プロジェクトにおいては、プロジェクトをまとめる専門家の不在期間、中核となるカウンターパートの異動が、活動の進捗に影響を及ぼし効率的実施の妨げとなった。またプロジェクトがその基本戦略においた参加型・合意形成型のアプローチ、カウンターパートの能力強化を優先したアプローチは、最終的にはプロジェクトの効果を高め、自立発展性も高めたと考えられるものの、プロジェクトの方向づけや活動に際しての様々な調整に時間を要しており、近視眼的な効率性の観点からは評価が分かれる。

5-4 インパクト

本調査時点でのインパクトは、いまだ限定的である。

プロジェクト実施による効果は、ニュースレターによる情報提供を除き、保健施設で働く現場の保健サービス提供者に直接的に影響を与えるまでには至っていない。プロジェクトによるRHMT・CHMTの能力開発の結果として上位目標である「モロゴロ州における保健医療サービスの質の向上」を達成するには、事業計画・予算配分の変化や巡回指導・管理監督業務の質的改善が、現場の保健サービス提供者の行動や、サービス提供を支える医薬品供給等のロジスティクスに影響を与え、サービスの内容の変化へと結びつく必要がある。サービスの質的变化をとらえることは難しいが、地方保健行政能力の強化がサービスの量的拡大につながっているかどうかは、保健管理情報システム等を通じて集められる基礎的保健サービスの普及率（予防接種率、専門職による立会い出産率等）をモニターすることで、データの質の問題はあるものの、ある程度、把握が可能である⁴¹。なお、プロジェクト実施によるネガティブなインパクトは現時調査では確認されていない。

⁴¹ その後、確認した保健管理情報システムのデータによると、モロゴロ州においては、子供の死亡率および妊産婦の死亡率のいずれもめざましい低下を実現しており、現在のトレンドが続けば2015年までのMDGs達成が可能である。データの質の問題があり、なおかつプロジェクトの協力成果がその変化にどの程度寄与しているかは不明であるが、モロゴロ州において大きな変化が生まれている可能性は高い。

5-5 自立発展性

政策的観点、組織的観点、財務的観点、技術的観点から判断し、プロジェクト実施による効果が継続する見通しは高い。

- (1) 政策的観点については、地方分権化が更に進む中、質の高いかつ公平な保健サービスの提供に関し一義的に責任を持つCHMTの重要性は引き続き高い。他方で、2003年の保健セクターレビューではじめてその重要性が唱えられたRHMTについては、いまだその位置づけや組織分掌があいまいな部分が残されているが、現在、進められている州政府機構の見直しの中でより明確になることが期待される⁴²。
- (2) 組織的観点については、プロジェクトによって導入された参加型意思決定プロセスや、縦（RHMTとCHMT）・横（CHMT間）の協力関係は、プロジェクト終了後も地域保健行政を支える仕組みとして継続される可能性が高い。なお、主要な業務別にワーキング・グループを形成し、責任体制を明確にして活動を進めるアプローチは、短期間で成果を挙げるために効率的であるが、RHMT及び各CHMTに組織としてその成果が十分に還元され、自立発展性が高まるよう、更なる配慮が求められる。
- (3) 財務的観点については、県レベルでは、今後プロジェクト活動を「タ」国側で継続する上での資金的基盤が整いつつあるといえる。CHMTに関しては、人事異動により中核的人材を欠くことになった県を除き、プロジェクトを通じて計画（CCHP）策定能力が強化されたこと、また、プロジェクト期間を通じてコストシェアリングを推進したことにより、県の自主財源（セクター・バスケット・ファンド）から活動費を確保できるようになった。具体的に、2001年には0%だったプロジェクト現地活動費に係る「タ」国側のコストシェアリング比率は、2005年度には9%まで高まった⁴³。他方で、終了時評価調査時点でRHMTの予算は州立病院の運営予算の一部から賄われており、その額は人件費を支払う分程度しかなく、デンマーク政府による保健セクタープログラム支援（HSPS）がここ数年RHMTの活動を支援してきているものの、財政的制約のため、各県の巡回指導にもいけない状況であったことから、不安が残された⁴⁴。
- (4) 技術的観点については、プロジェクトでは特別に高度な技術的解決手段の導入を避け、現地のリソース（現地の研究教育機関等も含む）で対応できることを優先してきたため、自立発展性の妨げは小さいと判断される。ただし、人事異動によりプロジェクト活動に影響が出た事例もあるため、組織としての知識・技術の共有を更に徹底することが重要である。

⁴² より最近では、RHMTの機能強化の必要性が政府および関係ドナーの共通認識となっており、保健セクターバスケットファンドの一部をRHMTに配分することも検討されている。

⁴³ 延長期間中の2006年度には28%に達した。

⁴⁴ その後、RHMTの財務状況についても、改善がなされる見込みが高まっている。脚注42参照。

5-6 結 論

本件プロジェクトは、保健行政の地方分権化政策を推進するための必須事項である地方保健行政官の能力向上を目的として2001年から開始された。行政官の管理運営能力の向上、地方に拠点を置く協力、地理的に広大な対象地域等、JICAとして前例の極めて少ない保健分野のプロジェクトであり、日本の経験や知見を生かし、かつタンザニア（ひいては、サブサハラアフリカ地域）の歴史や現状に即した協力の方法について、具体的な知見が十分に備わっていなかった点は否定できない。

このため、協力開始当初は先方カウンターパートとの意思疎通や事業実施体制の確立に苦慮したが、プロジェクト後半に至ってモロゴロ州および6県の保健当局と地方行政庁を巻き込んだ活動体制がととのい、州・県から横断的にメンバーが参集した7つのワーキング・グループが結成され、目に見える活動成果が生み出されてきている。

今回の評価では、これらのワーキンググループによる活動の成果を中心に「タ」国側カウンターパートが自ら設定した指標によってプロジェクトの達成度を確認することが中心となった。指標の上では期待どおりの数値は達成されなかったが、ほぼすべてのカウンターパートが自己の能力が改善されていると認識していた。特に、自ら地域内の保健情報を収集・分析し、これに基づいた対策を立案し予算化するとともに事業実施の結果をモニタリング・評価して次の行動に反映するというマネジメントサイクル（実証的データに基づく地方保健行政マネジメント／Evidence-based District Health Management）の基本となる個々のスキルを州・県の中核となるメンバーが習得したことからプロジェクトの所期の目標がほぼ達成されたと判断される。

ただし、以下の検討すべき課題が認められた。

- ・パソコン技術や評価手法等の個々のマネジメント・ツールを保健活動の改善に活用するためのデータ解釈や統合化（管理情報収集分析と保健施設指導の連携など）を強化する必要がある。
- ・ワーキンググループに参加したメンバーから各県の保健管理チームの他メンバーや保健施設職員へのノウハウの普及の道筋を意識して活動を進める必要がある。
- ・プロジェクトを支える運営管理（会議の招集や資料準備等のロジ業務）において日本人専門家の役割が大きい。今後はロジ面の調整を一層「タ」国側に移行して、専門家は技術的アドバイスに比重を移していく必要がある。

また、本件プロジェクトで効果を上げた能力強化の手法をタンザニアの他地域にも波及させることを念頭においてプロジェクト成果とそこに至る道筋を取りまとめて発表していくことが必要となる。

上記の評価結果を勘案し、①「タ」国側への一層の業務移管、②保健施設等下への普及のための指導者養成（TOT）や指導監督の流れの創出、③他地域への普及を念頭に置いた発信のために、プロジェクトを1年間程度、延長することを提言する。

第6章 提言

＜当該プロジェクトに関する具体的な措置、提案、助言＞⁴⁵

提言1：ワーキンググループの参加者は、各所属チームに対し、より体系的なフィードバックを行う必要がある。各チームは、同フィードバックに基づき、ワーキンググループの成果品（新たな知識、スキル、マネジメント・ツール等）を、各県における状況や資源制約も考慮しつつ、通常業務の中に取り込む必要がある。

提言2：中央政府が定めるチェックリストを元に導入された「保健施設巡回指導用包括的チェックリスト」については、現在各県からのフィードバックに基づく改訂がなされている。改訂に際しては、同リストが保健施設のパフォーマンス・モニタリングや標準化のためのツールとして確実に機能する一方で、情報収集や分析に係る作業量が最小限になるよう、デザインされることが望ましい⁴⁶。

提言3：モロゴロ州での経験から得られた教訓を踏まえ、成果を文書化し、対外的に発信していくことが望ましい。発信の対象としては、他州および県の保健行政チームや、中央・地方の政策決定者が想定される。教訓については、政策決定者に対するものと、保健行政従事者に対するもの、双方を含めることが望ましい。成果の発信については、2006年3月までに印刷物や会議を通じてなされるとともに、それ以降も関係者によって継続されることが望ましい⁴⁷。

提言4：プロジェクトの経験を通じて、県の保健施設を動かす上での州の役割の重要性が改めて認識された。中央政府および県の双方から、技術およびマネジメント双方の面で県を支える州の役割に期待する声が高まっている。しかしながら、州政府内における保健行政チームの人員構成については、いまだ明確になっておらず、その機能の妨げとなっている。この点については、地方自治省と保健省との間において早期に合意がなされることが望ましい⁴⁸。

⁴⁵ 終了時評価時点での提言である。

⁴⁶ ISSCを用いた巡回指導がなされた保健施設は、2005年度の98施設から2006年度には140施設に増加した。

⁴⁷ 延長期間中は、特に成果の発信に力を入れ、最終成果普及ワークショップ（2007年3月）、国立医学調査研究所年次総会での発表（2007年3月）等、「タ」国内での活動に加え、LenCDフォーラム（2006年10月、於ナイロビ）では国際的な発信も行った。また、JICAネット予算により、プロジェクトの活動および成果を体系化したマルチメディア教材を作成し、「タ」国内関係者に配布した。

⁴⁸ その後、RHMTの標準人員構成については政府で正式に決定され、保健セクターバスケットファンド資金のRHMTへの配分が検討されるなど、RHMTの強化に向けた具体的な取り組みが進められている。

第7章 教訓

＜当該プロジェクトから導きだされた他の類似プロジェクトの
発掘・形成、実施、運営管理に参考となる事柄＞

- 教訓1：先方政府の政策動向を的確にとらえ、その方向性に沿って案件をデザインすることが必要である。ただし、先方政府の政策動向が流動的である場合には、具体的なプロジェクト活動をデザインする上でのリスク要因ともなることに留意する必要がある。
- 教訓2：分権化（特に、自治体への権限委譲⁴⁹）が進む国において、地方（保健）行政能力の向上を目的とする支援を行う場合には、権限委譲された自治体（本件ではCHMT）とそれを監督・支援する立場にある中央政府の地方出先機関（本件ではRHMT）との双方を支援対象とし、それらが協力して地域の課題に取り組む体制づくりを促進することが有効である。ただし、中央政府の地方出先機関の役割・機能についてはあいまいなまま残されていることも多く、支援を通じて明確化していくことも必要である。
- 教訓3：先方の持続的な能力強化（キャパシティ・ディベロップメント）を実現するためには、日本人専門家は「カタリスト（触媒的存在）」に徹することが有効である。ただし、そのためには案件形成時より先方の強いオーナーシップが確認される必要がある。また、具体的な活動内容等、詳細デザインが確定するまでに時間を要するリスクについても認識される必要がある。
- 教訓4：カウンターパートのマネジメント能力を着実に強化するためには、基礎マネジメント研修、応用マネジメント研修、業務を通じた実践という、段階的なトレーニングが有効である。とかく、プロジェクトが取り組む課題やセクターに特化した応用マネジメント研修が急がれる傾向にあるが、特に対象が地方行政官の場合、基礎マネジメント能力（計算・作表能力、書類作成能力、時間管理能力、コミュニケーション能力、コンピューター能力等）の向上に一定期間を割く必要性が高い。
- 教訓5：協力成果の自立発展性を高めるためには、可能な限りローカルリソースを活用することが効果的かつ効率的である。プロジェクトの開始段階において、パートナーとして期待できるローカルリソースを調査し、活動に活かすことが必要である。
- 教訓6：多くの関係者が参画するプロジェクトにおいては、全員参加型のプロセスと、役割分担型のプロセスを効果的に組み合わせて実施することが有効である。本件の場合、協力の前半で全員参加型のプロセスを採用して関係者の協力関係を強化し、後半で役割分担型のプロセスを採用してワーキンググループごとの責任を明確にしたことが、特にプロ

⁴⁹ 分権化の形態としては、devolution（地方自治体への権限委譲）のほかに、deconcentration（中央省庁の出先機関への権限委譲）、delegation（第三者機関への権限委譲）がある。Privatization（民間への権限委譲）も、広い意味での分権化の一形態ととらえられる。

プロジェクト終盤での成果に結びついたと考えられるが、その効果的組み合わせについては案件によっても異なる可能性がある。

