

ケニア国
コミュニティヘルス戦略強化プロジェクト
詳細計画策定調査及び実施協議報告書

平成 23 年 3 月
(2011 年)

独立行政法人国際協力機構
ケニア事務所

ケニ事
J R
11-003

ケニア国
コミュニティヘルス戦略強化プロジェクト
詳細計画策定調査及び実施協議報告書

平成 23 年 3 月
(2011 年)

独立行政法人国際協力機構
ケニア事務所

序 文

ケニア共和国（以下、「ケ」国と記す）の妊産婦死亡率、5歳児未満死亡率及び乳児死亡率は、2000年のミレニアム開発目標（MDGs）設定後も大幅な改善はみられず、2015年の目標達成が危ぶまれている状況にあります。

「ケ」国政府は2006年にすべての国民に対しアクセス可能で平等かつ安価で質の高い保健サービスを提供するため、コミュニティヘルス戦略（Community Health Strategy：CHS）を策定し、コミュニティにおいて人々の能力を強化することにより個々の健康を住民自身の問題として捉え、解決のための自助努力を促進する取り組みを進めています。

このような状況のもと、「ケ」国政府はCHS強化を支援するための技術協力プロジェクトをわが国に要請しました。これを受けて、独立行政法人国際協力機構（JICA）は2010年6月から7月にかけて詳細計画策定調査団を派遣し、「ケ」国政府及び関係機関との間で協力計画策定のための協議を行い、その結果について2010年12月に先方と協議議事録（Record of Discussion：R/D）を締結しました。

本報告書は、同調査の結果を踏まえ、プロジェクトの要請背景、協力の実施方針等を取りまとめたものであり、今後のプロジェクト実施にあたり活用されることを願うものです。

終わりに、本調査の実施にあたりご協力をいただいた関係者の皆様に感謝申し上げるとともに、引き続き一層のご支援をお願いする次第です。

平成23年3月

独立行政法人国際協力機構

ケニア事務所長 加藤 正明

目 次

序 文

目 次

写 真

略語表

事業事前評価表

第1章 詳細計画策定調査の概要	1
1-1 調査団派遣の背景	1
1-2 調査団の構成	2
1-3 調査日程	2
1-4 評価調査に際しての基本方針	4
1-4-1 プロジェクト枠組み策定の基本方針	4
1-4-2 プロジェクト実施体制の方針	4
1-4-3 調査方法に関する留意点	5
1-4-4 M/M作成の留意点	5
1-4-5 プロジェクト期間の考察	5
1-5 主要面談者	6
第2章 コミュニティ保健戦略（CHS）	9
2-1 CHSの位置づけ	9
2-2 CHSの概略	10
2-3 CHSの現状（付属資料2参照）	12
2-3-1 CHSの進捗	12
2-3-2 CHS実施における課題	15
2-4 CHSの課題と実施促進のための対策（付属資料2参照）	17
2-4-1 技術作業部会（TWG）の設立	17
2-4-2 現行のCHSモデルの見直し	17
2-5 CHSに係る財政	18
2-5-1 MoPHSの予算	18
2-5-2 開発パートナーの予算	18
2-6 他開発パートナーの取り組み	19
2-6-1 「ケ」国政府と開発パートナーとの調整メカニズム	19
2-6-2 他開発パートナーの動向	21
第3章 調査結果	24
3-1 プロジェクト形成の経緯	24
3-1-1 プロジェクトの策定手順	24
3-1-2 最終版プロジェクト枠組み策定に至るまでの変遷	24

3-1-3	プロジェクト形成に際しての考察事項	26
3-2	プロジェクトの概要	27
3-3	プロジェクトの協力アプローチ	30
3-3-1	「実証に基づく」CHSのスケールアップ支援	30
3-3-2	中央政府の3機能に着眼したアウトプット設定	30
3-3-3	政策策定プロセスとオペレーションズ・リサーチをつなぐメカニズムの構築	30
3-3-4	自立発展性を確保する工夫	31
3-3-5	TWGの枠組みを活用した他開発パートナーとの協力促進	32
3-4	「ケ」国側のプロジェクト実施体制	33
3-4-1	実施主体	33
3-4-2	コミュニティヘルス課の構成	33
3-5	技術的観点からの留意点	34
3-5-1	CHS	34
3-5-2	保健システム	35
3-6	一般的留意事項	38
第4章	実施協議	40
4-1	実施協議の概要	40
4-2	詳細計画策定調査からの変更点	40
付属資料		
1.	2010年7月15日M/M（PDM Version 0を含む）	43
2.	CHS Situation and Challenge（英語版）より第2章2-3&2-4	49
3.	2010年12月9日R/D（M/M、PDM Version 1、POを含む）	57

写真



CHW 研修の様子（コースト州）



コミュニティヘルスの演習（家庭での手洗い設備設置）（コースト州）



CHS の監督指導にあたる PHMT との協議（ニャンザ州）



コミュニティに基づいた保健情報システムツールのひとつであるチョークボード



CHSに係る関係者会議（コースト州）



M/M 署名の様子（左：調査団長、右：MoPHS 事務次官）

略 語 表

略語	英語	和名・和訳
ACT	Artemisinin-based Combination Therapy	アルテミシニン併用療法（マラリア治療の一種）
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
AMREF	African Medical and Research Foundation	アフリカ医療研究財団
ANC	Antenatal Care	妊婦健診
AOP	Annual Operation Plan	年次活動予算計画
APHIA	AIDS, Population and Health Integrated Assistance	エイズ・人口・保健統合支援（USAID のプログラム名称）
ART	Antiretroviral Therapy	抗レトロウイルス療法
CBHIS	Community-based Health Information System	コミュニティを基盤とした保健情報システム
CBO	Community-based Organization	コミュニティ組織
CHC	Community Health Committee	コミュニティヘルス委員会
CHEW	Community Health Extension Worker	コミュニティヘルス普及指導員
CHS	Community Health Strategy	コミュニティヘルス戦略
CHW	Community Health Worker	コミュニティヘルスワーカー
C/P	Counterpart	カウンターパート
CU	Community Unit	コミュニティユニット
DANIDA	Danish International Development Agency	デンマーク国際開発庁
DFID	United Kingdom Department for International Development	英国国際開発庁
DHMT	District Health Management Team	県保健マネジメントチーム
DoPHS	Department of Primary Health Services	プライマリーヘルスサービス局（公衆衛生省の一部局）
DOTS	Directly Observed Treatment, Short-course	直接監視下短期化学療法（結核治療）
DPHK	Development Partners in Health, Kenya	ケニア保健セクター開発パートナー連合
DTP	Diphtheria, Pertussis, Tetanus	3種混合（予防接種）
ECHN	Enrolled Community Health Nurse	地域看護師
GAVI	The Global Alliance for Vaccines and Immunisation	ワクチンと予防接種のための世界同盟
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit	ドイツ技術協力公社

略語	英語	和名・和訳
HENNET	Health NGOs Network	保健セクターNGO ネットワーク
HFMC	Health Facility Management Committee	保健医療施設委員会
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HMIS	Health Management Information System	保健管理情報システム
HSCC	Health Sector Steering Committee	保健セクター運営委員会
HSSF	Health Sector Service Fund	保健セクターサービスファンド
ICC	Inter-agency Coordinating Committee	関係機関間調整委員会
IEC	Information, Education and Communication	情報・教育・コミュニケーション
JCC	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
JICC	Joint Inter-agency Coordinating Committee	共同関係機関間調整委員会
KDHS	Kenya Demographic Health Survey	ケニア人口動態保健調査
KEPH	Kenya Essential Package for Health	健康のための基本パッケージ
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau	ドイツ復興金融公庫
KHSWAp	Kenya Health Sector-Wide Approach	ケニア保健セクター・ワイド・アプローチ
KIDDP	Kenya-Italy Debt for Development Programme	イタリア政府支援機関
KRCS	Kenya Red Cross Society	ケニア赤十字社
Ksh	Kenya Shilling	ケニアシリング（現地通貨単位）
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
M&E	Monitoring and Evaluation	モニタリング・評価
M/M	Minutes of Meeting	ミニッツ（協議議事録）
MoPHS	Ministry of Public Health and Sanitation	ケニア国公衆衛生省
MSF	Médecins Sans Frontières	国境なき医師団
MTEF	Mid Term Expenditure Framework	中期支出枠組み
NGO	Non Governmental Organization	非政府組織
NHSSP	National Health Sector Strategic Plan of Kenya	ケニア国家保健セクター戦略計画
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
PHMT	Provincial Health Management Team	州保健マネジメントチーム
PHT	Public Health Technician	公衆衛生官
PO	Plan of Operation	活動計画表

略語	英語	和名・和訳
PSC	Project Steering Committee	プロジェクト運営委員会
R/D	Record of Discussions	討議議事録
TICAD	Tokyo International Conference on African Development	アフリカ開発会議
ToT	Training of Trainers	指導者研修
TWG	Technical Working Group	技術作業部会
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS	国連合同エイズ計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNHCR	The UN Refugee Agency	国連難民高等弁務官事務所
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
USAID	U.S. Agency for International Development	米国国際開発庁
WB	World Bank	世界銀行
WFP	World Food Programme	国連世界食糧計画
WHO	World Health Organization	世界保健機関

事業事前評価表（技術協力プロジェクト）

<p>1. 案件名</p> <p>国名：ケニア共和国</p> <p>案件名：ケニア国コミュニティヘルス戦略強化プロジェクト</p> <p>Project for Strengthening Community Health Strategy in Kenya</p>
<p>2. 協力概要</p> <p>(1) プロジェクト目標とアウトプットを中心とした概要の記述</p> <p>本プロジェクトは、ケニア国（以下「ケ」国）において、公衆衛生省の能力強化を通じ、同国が保健分野の優先課題として取り組むコミュニティヘルス戦略（Community Health Strategy：CHS）の普及を促進するための、実証に基づく政策サイクルを強化することを目的とする。</p> <p>具体的には、オペレーションズ・リサーチにより科学的根拠（エビデンス）に基づき、地域特性や年齢コホートに応じて適切な保健介入（家族計画、予防接種、栄養改善、結核/マラリア等の疾病対策、HIV/エイズ予防）を実施する有効な CHS モデルを開発し、その実証的な確認プロセスを通じて、公衆衛生省の持つ Leading 機能（政策・ガイドライン・ツールを策定する機能）、Checking 機能（政策に沿った実施状況をモニタリング・評価（M&E）する機能、及び政策の効果を確認する機能）並びに Supporting 機能（関係機関との調整及びアドボカシー機能）を強化するとともに、強化された機能が現場の CHS 実施にフィードバックされることを意図するものである。</p> <p>(2) 協力期間</p> <p>2011 年 1 月～ 2013 年 12 月（予定）（36 ヶ月）</p> <p>(3) 協力総額（日本側）</p> <p>約 3.6 億円</p> <p>(4) 協力相手先機関</p> <p>公衆衛生省プライマリーヘルスサービス局</p> <p>(5) 国内協力機関</p> <p>なし</p> <p>(6) 裨益対象者及び規模、等</p> <p>公衆衛生省プライマリーヘルスサービス局の職員約 30 名、及びオペレーションズ・¹リサーチ実施関係者（州、県の保健マネジメントチームの行政官、保健施設の保健医療従事者、コミュニティヘルスワーカー（Community Health Worker：CHW²）など）約 400 名</p>

¹ 様々なプログラムの実施に関わる問題の解明や効果の検証を科学的に行う手法。

² コミュニティが選んだ無給の保健ボランティア。啓蒙活動や予防中心の限定された保健サービス提供などを行う。

3. 協力の必要性・位置付け

(1) 現状及び問題点

ケニア政府は、2006年にコミュニティに焦点を当て、末端レベルにおける保健システムを強化するためにCHSを策定、実施ガイドラインを策定するなどの努力を続けている。しかしながら、人口5,000人を単位とするコミュニティユニット（CHWの選定・配置、コミュニティヘルス委員会³の組織化やコミュニティヘルス普及指導員（Community Health Extension Worker : CHEW）⁴の選定などが完了したと報告されている）の数は、事前評価調査の時点では目標値（2009年度）の約3割⁵にしか満たない。また、設立はされていても機能⁶していないことも少なくない。

CHSの普及を妨げる主な問題点としては、地域的多様性を考慮した実施モデルの欠如、関係者間の調整の欠如、中核人材であるCHW不足とその高い離職率、CHEWの施設レベルにおける従来の活動とコミュニティ対象の保健活動との調整及び行政のCHWに対するマネジメント能力の不足、CHWキット⁷の不足、モニタリング・評価フレームワークの欠如とモニタリング・ツールである保健情報システムの非活用、効果的なコミュニケーション戦略の欠如、コミュニティユニット設立にかかる予算不足等が挙げられる。

(2) 相手国政府国家政策上の位置付け

「ケ」国の長期国家開発計画「VISION 2030」では、保健セクターの目標を「公平かつ安価で出来る限り高い水準の保健サービスを国民に提供する」こととし、そのために保健システムの再構築を図ること、治療ではなく予防・健康促進を重要視することを掲げている。コミュニティにおける保健医療サービスの拡大は、「ケ」国の保健開発計画である公衆衛生省戦略計画（Ministry of Public Health and Sanitation Strategic Plan 2008-2012）及び第二次ケニア国家保健セクター戦略計画（The Second National Health Sector Strategic Plan of Kenya 2005-2010）においても最優先課題として明記されている。

上記計画の特徴は、保健サービスの提供レベルを6つのレベル⁸に分け、レベル1（コミュニティ）、レベル2（診療所）、レベル3（保健センター）を通じて提供される基本的保健サービスの拡充を重視している点である。中でも、健康改善にコミュニティの果たす役割の重要性を認識し、コミュニティの人々の能力強化を通じて、健康改善を自らの問題として捉え、その解決のための自助努力を促進するボトムアップ型開発を推進する点が特筆される。

CHSは、コミュニティに焦点を当てその開発を実現するための戦略であり、住民自身の

³ 地域の健康問題を改善するために設定される住民代表による組織。

⁴ CHWを監督指導・支援する看護師や公衆衛生師などの専門職で、管轄の保健施設で勤務。

⁵ ガイドラインでは、コミュニティヘルス戦略が必要である貧困層（全人口の52%）を対象として、4,204コミュニティユニットを設立することを目指していたが、実際に立ち上げられたとの報告が政府になされたコミュニティユニット数は、本調査時点で1,362ユニットである。

⁶ 機能しているコミュニティユニットとは、①住民5,000人をカバーしており、コミュニティユニットの名称を持つ、②50名のCHWが配置・トレーニングされて規定の活動を実施している、③1-2名のCHEWを選定、コミュニティヘルス戦略に関してのトレーニングを受けている、④CHCを構成、毎月の保健活動日を計画・実施している、ものを指す。

⁷ CHWが活動を行うために必要な基本的必須薬品、医療備品、保健教材のパッケージ。

⁸ ケニア国保健医療サービスの単位は、コミュニティ、診療所、保健センター、一次病院（県病院）、二次病院（州病院）、三次病院に分類され、順にレベル1から6と呼ばれている。

主体的な取組みを通じ住民と保健施設の結びつきを強化することによって、産前ケア、安全なお産、予防接種、感染症の予防とケア、安全な水、適切な栄養、適切な衛生設備などの促進を目指すものである。

(3) 我が国援助政策との関連、JICA 国別事業実施計画上の位置付け（プログラムにおける位置付け）

2010年9月に策定された我が国の国際保健政策（2011-2015）では、コミュニティと保健施設の連携を踏まえたシステム強化のアプローチとして科学的根拠（エビデンス）に基づいた保健政策の立案や実施を重視しており、本プロジェクトで実施する「実証に基づくCHS実施サイクルの強化」は右政策に沿ったものである。

また、本プロジェクトは、JICA「プライマリーヘルスサービス向上のための保健システム強化プログラム」⁹の主要プロジェクトとして実施される予定である。同プログラムは、中央政府、州・県における保健行政能力を強化するとともに、コミュニティの能力強化を通じ、プライマリーヘルスケアを提供できるシステムの強化や、同サービスの向上を目指すものである。

4. 協力の枠組み

〔主な項目〕

(1) 協力の目標（アウトカム）

①協力終了時の達成目標（プロジェクト目標）と指標・目標値

【プロジェクト目標】

公衆衛生省の能力強化を通じて、CHS実施のための実証に基づく政策サイクルが強化される。

【指標】

1. CHS実施の結果に基づいて修正あるいは更新された公文書数**
2. CHS実施の結果に基づいて修正あるいは更新された政策通達書数**

②協力終了後に達成が期待される目標（上位目標）と指標・目標値

【上位目標】

効果的なCHSの普及が促進される。*

【指標】

1. 機能しているコミュニティユニットの数が増加する。*
2. 年間あたりの新規コミュニティユニットの数が増加する。*

(2) 成果（アウトプット）と活動

①アウトプット、そのための活動、指標・目標値

1. CHS運営のための政策・ガイドライン・ツールが開発・改定される。

⁹ 同プログラムには、技術協力プロジェクト「ニャンザ州保健マネジメント強化プロジェクト」、「コミュニティヘルス戦略政策アドバイザー」などが含まれている。本プロジェクトは州、県レベルでの保健マネジメント強化において前者のプロジェクトと、政策面での強化において本プロジェクトの先行案件である後者のプロジェクトと、連携ならびに相乗効果が期待される。

【指標】

- 1-1 策定された CHS 運営のための政策・ガイドライン・ツール
- 1-2 改定された CHS 運営のための政策・ガイドライン・ツール
- 1-3 CHS 関係機関調整委員会¹⁰に提案された政策・ガイドライン・ツール

【活動】

- 1-1 ヘルスセクター・サービスファンド（Health Sector Support Fund : HSSF）¹¹からの資金を視野に入れ、CHW の活動評価指標を設定する。
- 1-2 CHW と CHEW の活動の現状を分析し、彼らの定着率を高めるための計画を作成する。
- 1-3 現行の CHW と CHEW 向けトレーニングパッケージを改定・更新する。
- 1-4 CHS の理解促進のためのコミュニケーション戦略を策定する。
- 1-5 CHS 運営のための政策・ガイドライン・ツールを改定する。

2. CHS モニタリング・評価（M&E）のための枠組み・ガイドライン・ツールが実施されるようになる。

【指標】

- 2-1 モデルサイトにおいて、CHS モニタリング・評価のための枠組み・ガイドライン・ツールが使用される。 **
- 2-2 モデルサイトにおいて、正確な数値記載がなされ、かつ期限内に提出される月間報告書等の報告書の割合が増加する。 **

【活動】

- 2-1 M&E の枠組み・ガイドライン・計画を策定する。
- 2-2 コミュニティによる保健管理情報システムにかかるツールをレビューする。
- 2-3 開発した M&E ガイドラインの予備テストを行い、ツールを改定する。
- 2-4 モデルサイトにおいて M&E ツールを印刷・配布する。
- 2-5 M&E 活動を通じて収集されたデータを分析する。
- 2-6 M&E 結果を CHS 実施に係る中央政府や地方政府、ステークホルダー関係者と共有する。

3. CHS のための政策・ガイドライン・ツールの有効性がオペレーションズ・リサーチを通じて検証され、政策を見直しする過程にフィードバックされようになる。

【指標】

- 3-1 有効な CHS モデルが開発される。 **
- 3-2 オペレーションズ・リサーチ結果に基づく政策提言の数。 **

¹⁰ 保健省関係部局や開発パートナーで構成され、コミュニティ保健戦略に関する行動計画マネジメント、各種作業部会及びタスクフォースの設立や調整を行う。

¹¹ HSSF は、中央政府が各診療所と保健センターに、活動評価（業績）に応じて、地方政府を通さずに予算を直接配分するもの。

¹² 実証・研究に基づいた政策策定を目指し、キスムにある大学と公衆衛生省が提起し、設置されたテクニカルアドバイザー委員会、定期的に会合が開かれており、学術研究機関の研究者、公衆衛生省高官、国連開発パートナー、NGO 代表者、JICA 専門家などがメンバーとなっている。

【活動】

- 3-1 コミュニティヘルスに関する体系的レビューを実施する。
 - 3-2 CHS テクニカルアドバイザー委員会¹²およびその他関係者と定期的に協議を行う。
 - 3-3 上記 3-1 と 3-2 を通じて研究プロトコルを考案し、モデルサイトを選定する。
 - 3-4 モデルサイトにおいて調査（ベースライン調査・エンドライン調査）を実施する。
 - 3-5 上記 3-3 で作成した研究プロトコルに沿って、モデルサイトにおけるコミュニティユニットの設立を支援する。
 - 3-6 研究に関するデータ及び文書を分析し、結果を発信する。
4. より良い CHS のための調整機能とアドボカシーが向上される。

【指標】

- 4-1 CHS の実施のための資金配分が増加する。*
- 4-2 CHS のための標準プロトコルを順守している開発パートナーの数*

【活動】

- 4-1 CHS 関係機関調整委員会が効果的な調整機能を発揮するため、その活動内容（Terms Of Reference）をニーズに合わせて見直し・変更する。
- 4-2 CHS 関係機関調整委員会の下に必要なに応じて随時設定される国家テクニカル作業部会を通じて、CHS 関連情報を発信する。
- 4-3 CHS レビューを現行の保健セクターパフォーマンスレビューに統合させる。
- 4-4 開発パートナーのための CHS 実施のためのプロトコルを作成する。
- 4-5 CHS に関するステークホルダー・フォーラムを州レベルで開催する。
- 4-6 CHS に関する経験の共有を目的として、国内において相互訪問や好事例国へのスタディ・ツアーを実施する。

注：* プロジェクト開始後速やかにベースライン値に基づき目標値を設定

** ベースライン値は調査時点ではゼロ

(3) 投入（インプット）

日本側

- ・ 専門家派遣：チーフアドバイザー、コミュニティヘルス、コミュニケーション&アドボカシー、オペレーションズ・リサーチ、モニタリング・評価、業務調整員
- ・ ローカルコスト：研修、フォーラム、ステークホルダーミーティング、オペレーションズ・リサーチ対象地での活動費
- ・ 機材供与：車両等
- ・ 本邦研修あるいは第三国研修費

「ケ」国側

- ・ カウンターパートの配置と人件費
- ・ プロジェクトオフィスの提供
- ・ プロジェクトオフィス（ナイロビ）とオペレーションズ・リサーチ対象地における

ユーティリティ（電気、水など）コスト

(4) 外部要因（満たされるべき外部条件）

[前提条件]

- ・特になし

[成果達成のための外部条件]

- ・モデルサイトの治安が、活動に悪影響を及ぼすほどに悪化しない。

[プロジェクト目標達成のための外部条件]

- ・CHS が保健セクターにおける優先事項であり続ける。
- ・開発パートナーが CHS を支持し続ける。

[上位目標達成のための外部条件]

- ・「ケ」国内の政局や経済状況が急激に悪化しない。
- ・CHS 実施のためのケニア政府による予算配分が維持・改善される。

5. 評価 5 項目による評価結果

(1) 妥当性

本プロジェクトの妥当性は、以下の観点から非常に高いと判断される。

- ・「ケ」国政策における妥当性：

「3. 協力の必要性・位置付け」の「(2) 相手国政府国家政策上の位置付け」で述べているとおり。また、本プロジェクトは、右 CHS 実施のスケールアップを支援するものであることから、「ケ」国保健政策との高い整合性が認められる。

- ・日本側政策における妥当性：

「3. 協力の必要性・位置付け」の「(3) 我が国援助政策との関連、JICA 国別事業実施計画上の位置付け」で述べているとおり。また、JICA ではオペレーションズ・リサーチの実施を通じてマネジメントを見直すメカニズムを事業の中に組み入れることとしている。本プロジェクトが、CHS 実施のための実証に基づく政策サイクルの強化をプロジェクト目標とし、プロジェクト目標を達成するための方法としてオペレーションズ・リサーチ手法を採用している点は、右方針に沿ったものである。

- ・「ケ」国のニーズに照らし合わせた妥当性：

現行の CHS 実施モデルが地域性を考慮していない単一モデル¹³であることは、CHS 戦略の実施・展開を遅らせている主な原因の一つと考えられている。これを受け、2010 年 7 月に国家テクニカル作業部会¹⁴が国内を人口密度によって 4 つのゾーンに分類し、ユニット毎につき配置する CHW 数と 1 人の CHW がカバーする人口に差を設けることとし、現在は無報酬である CHW の報奨策を提案し最高決定機関である保健セクター合同調整委員会（Joint Inter-agency Coordinating Committee）で承認された。しかし

¹³ 人口密度（都市部、農村部、遊牧民地域）に関わらず、1 コミュニティユニットにつき 2 人の CHEW、50 人の CHW を配置、1 人の CHW はコミュニティ人口 100 名をカバーする。

¹⁴ 現在、6 つのテクニカル作業部会が構成されており、今後本格的な活動が予定されているが、これらのうち、4 つの作業部会（Human Resource & Capacity, Motivation of CHWs, Advocacy and Communication Strategy, Linkage with Level 1-3 for Health Sector Service Fund）の活動内容は、本プロジェクトのアウトプット 1 に対応しており、1 つの作業部会（Motivation & Evaluation Framework and Data Collection）は、アウトプット 2 に対応している。

ながら、現行モデル同様、新たに提案されたモデルもその有効性が検証されていないことに加えて、モニタリング枠組みの整備、効果的・効率的な実施のための開発パートナー間の調整等、CHS を効果的にスケールアップするために中央政府として取り組むべき問題は残されている。本プロジェクトは、こうしたニーズに対応するものであると言える。

(2) 有効性

以下に示す理由により、本プロジェクトにおいて十分な有効性が見込まれる。

- ・本プロジェクトは、「ケ」国において CHS をより迅速にスケールアップするために、その実施を担当する公衆衛生省プライマリーヘルスサービス局の能力強化を通じて、実証に基づく CHS に関する政策サイクルを強化することを目指すものである。強化すべき公衆衛生省の能力を、Leading、Checking、Supporting という 3 つの機能の観点から包括的に各成果として設定していることから、成果達成からプロジェクト目標達成に至る論理的な道筋は適切であると判断される。
- ・プロジェクト目標達成のための外部条件のうち、公衆衛生省戦略計画と VISION2030 の中で、CHS が主要戦略の一つとして明確に位置付けられている。
- ・CHS については他開発パートナーの関心も高く、「ケ」国保健セクターの優先事項であれば開発パートナーからの支援を得られる可能性も高い。

(3) 効率性

以下に示す理由により、本プロジェクトにおける効率性は確保される見込みである。

- ・既存の CHS 関係機関調整委員会とその下に構成される国家テクニカル作業部会の枠組みを活用して、他開発パートナーとの協力を促進することが可能である。
- ・本プロジェクト開始前に保健省に派遣された個別専門家「コミュニティヘルス戦略アドバイザー」(2009 年～2011 年) の活動を通じて、既に基盤が確立されている状況にあることから、プロジェクト開始後は円滑な実施が見込まれる。
- ・また、タイタ県での CHS の実施を支援している個別専門家「タイタ県コミュニティヘルス強化」(2009 年～2011 年) や、州・県レベルでの保健行政能力強化を目的とした技プロ「ニャンザ州保健マネージメント強化」(2009 年～2013 年) で得られた経験や成果を本プロジェクト実施過程に活用が可能。
- ・成果を達成するための外部条件「モデルサイトの治安が活動に悪影響を及ぼすほどに悪化しない」については、治安の安定した地域を選定することを条件として合意していることから満たされる可能性が高い。
- ・モデルサイトの選定と選定基準および手順や方法については、プロジェクト開始後にケニア側・日本側の双方で研究プロトコルを作成する際に協議を経て決定する予定であり、効率性の観点から最終決定には慎重な検討を要する。

(4) インパクト

本プロジェクトの実施によるインパクトは、以下のように想定される。

- ・本プロジェクトは、実証に基づく CHS 実施のため政策・ガイドライン・ツール策定のサイクルを強化する（プロジェクト目標）ことによって、効果的な CHS の実施が加速される（上位目標）ことを想定している。CHS が「ケ」国政府の目標どおり拡大した場合の最終受益者は約 2 千万人と見込まれる。プロジェクト目標の達成から上位目標（インパクト）の達成に至るには、実証に基づいて策定された CHS モデルが普及される必要があるが、そのために必要な他開発パートナーからの支援や「ケ」政府からの予算獲得については、成果 4 で強化される調整及びアドボカシー機能を通じて確保される見込みであることからプロジェクト終了後、上位目標達成までの論理的道筋は適切であると判断される。
- ・上位目標達成のための外部条件である「ケ」国内の政局や経済状況が急速に変化しないこと、及び、CHS 実施のためのケニア政府による予算配分が維持・改善されること、については、2012 年に予定されている大統領選挙後の政局や政策の変化の可能性も含めてプロジェクト開始後に確認する必要がある。
- ・本評価調査時点で、負のインパクトは特に予見されない。

（5）自立発展性

本プロジェクトは、CHS を制度的に強化する取り組みを支援するものであることから、自立発展性の確保が見込まれる。プロジェクト終了時には、実証に基づく政策等が整備されているだけでなく、中央政府関係者がオペレーションズ・リサーチを通じて有効性のあるコミュニティヘルスに関する政策等を策定する過程を理解し、実証に基づく政策等策定の知識・技術を習得していること、そうした政策等の実施状況をモニタリング・評価するしくみができていること、等が期待される。

- ・**政策面**：CHS は、VISION 2030 において主要戦略の 1 つに位置付けられていることから、プロジェクト終了以降も国家政策における優先度は維持される可能性が高い。
- ・**組織・体制面**：CHS の実施機関である公衆衛生省プライマリーヘルスサービス局では、これまでにユニットが新たに設置され、副局長が就任した他、今後はスタッフ数もさらに増員される等、ケニア政府として強いコミットメントを示している。その上でプロジェクトの支援によって当該局の組織的機能（Leading, Checking, Supporting）および CHS にかかる調整機関である関係機関調整委員会の組織的機能が強化されており、高い自立発展性が見込まれる。
- ・**制度面**：「ケ」政府が 2010 年 7 月に導入した HSSF は、診療所・保健センター（レベル 2・3）に直接配分されるもので、コミュニティ（レベル 1）への予算の流れについては未だ確立していないが、プロジェクトではコミュニティユニットへの活動資金の流れを確立することを目指す。これによって、コミュニティユニットの運営費が確保され、CHW への報酬捻出が期待できる。CHW の処遇改善を制度的な側面から支援することで、自立発展性は高まる。
- ・**財政面**：2009 年度に初めて CHS 実施のための政府予算（900 万 Ksh）が計上され、2010 年度は増額の見込みである。また、Economic Stimulus Package のもとで、各コミュニティユニットの CHEW アシスタント（50 名の CHW の中から 5 名を選定）

に対して毎月の報酬を支払うことが決定しており、これらは「ケ」政府による CHS に対する財政的なコミットメントを示すものである。また、他開発パートナー（世銀、UNICEF、DANIDA 等）による資金援助は当面続く見込みである。プロジェクトの支援によって、有効な CHS モデルを開発、実証した上で、他開発パートナーの協力を得て右実施モデルを普及できる（特に新規コミュニティユニットの確立）こと、そして、CHW 等の定着に活用できる活動資金（HSSF 含む）の流れを確立すること自立発展性の確保は期待できる。

- ・**技術面**：プロジェクト目標である「実証に基づく政策サイクルを強化する」ためには、プロジェクトで設定した 4 つのすべての成果が対象とする能力が強化される必要がある。特に、オペレーションズ・リサーチについては、リサーチの実施そのものが目的ではなく、先方政府関係者がオペレーションズ・リサーチにかかる手順と方法を習得し、リサーチを通じて得た情報を解析し、分析結果を一般化して政策等として反映させるという一連のプロセスに必要な知識・技術を習得することに留意が必要である。公衆衛生省を活動の中心とし、「ケ」国内や必要であれば近隣諸国の研究者もメンバーとして参加するタスクチームを構成して先方の主導で実施し、日本側は調整を中心に行い、必要に応じてアドバイスを提供する等、実施体制に工夫をすることで技術的な自立発展性は 期待できる。

6. 貧困・ジェンダー・環境等への配慮

CHS は、コミュニティ、特にこれまで保健医療サービスへのアクセスが困難であった層が便益を得ることを可能にすることを目的としている。プロジェクトは、CHS 実施の拡大に寄与するものであることから、本プロジェクトの実施を通じて不利益を被る個人・グループは想定されない。プロジェクトでは、幾つかの特定の地域を選定するが、選定された地域はオペレーションズ・リサーチの対象であり、調査の結果はより効果的な CHS モデルの策定へと還元されることから、最終的には「ケ」国民が公正にプロジェクト活動による便益を受けることを目指している。

7. 過去の類似案件からの教訓の活用

本プロジェクト作成にあたっては、技プロ「エイズ対策強化プロジェクト」（2006 年～2009 年）において得られた教訓として、「プロジェクトが国家政策、ガイドライン策定やシステムづくりを支援することによって自立発展性が確保される」、「プロジェクトが国家レベルへの支援を中心としながらも、フィールドを対象にしたコンポーネントを含んでいる場合には、国家レベルの活動とフィールドレベルの活動とを繋げるメカニズムを確立することでプロジェクトの貢献度がより高まる」を考慮した。また、タンザニア国における技プロ「HIV 感染予防のための組織強化プロジェクト」を参考として、プログラムのスケールアップに際して中央政府機関に求められる機能に留意して強化すべき能力を各成果に整理した。

8. 今後の評価計画

終了時評価：2013 年 6 月

事後評価：2016 年

第1章 詳細計画策定調査の概要

1-1 調査団派遣の背景

ケニア共和国（以下、「ケ」国と記す）の妊産婦死亡率、5歳未満児死亡率及び乳児死亡率は、2000年のミレニアム開発目標（MDGs）設定後も大幅な改善はみられず、最新の調査でも妊産婦死亡率（488対10万出生）、5歳未満児死亡率（74対1,000出生）、乳児死亡率（52対1,000出生）と依然高く¹、2015年までに妊産婦死亡率を147、5歳未満児死亡率を33、乳児死亡率を25、に各々減少させるというMDGsの達成が危ぶまれている。

このような状況のもと、「ケ」国政府は2005年に第二次国家保健セクター戦略計画（NHSSP II 2005-2012）を発表、すべての「ケ」国国民に対しアクセス可能で平等かつ安価で質の高い保健サービスの提供をとおして、包括的に国民の健康改善を図ることを目標にしている。そのために保健サービスの提供されるレベルを、最も基礎的なサービスを提供するコミュニティ（レベル1）から最も高度な技術が必要とされる第三次（国家レベル）病院（レベル6）に至る6段階に分け、各レベルで提供されるべきサービスを規定している。

コミュニティ（レベル1）では人々の能力を強化することにより個々の健康を住民自身の問題として捉え、解決のための自助努力を促進するボトムアップの政策を重視するようになった。そのために2006年に打ち出されたものがコミュニティヘルス戦略（Community Health Strategy: CHS）である。

CHSでは、地方分権による効果的なコミュニティヘルスサービスの制度構築、コミュニティヘルスワーカー（Community Health Worker: CHW）、コミュニティヘルス普及指導員（Community Health Extension Worker: CHEW）を含めた保健人材の能力強化、予防接種、安全な産前産後ケア、栄養改善といった保健サービス利用に対する人々の行動変容、及びコミュニティと保健医療施設との連携強化をめざしている。

JICAは、ケニア保健セクターにおける「プライマリヘルスサービス向上のための保健システム強化プログラム」の中で、CHSの強化を優先課題のひとつとしており、本プログラムにおいて、CHSの効果的な実施をめざして国家レベルでの政策支援を行う「コミュニティ戦略政策アドバイザー」（個別専門家、2009～2010年）や、本戦略の一部としてCHSの県レベルでの実施を支援している「タイタ県コミュニティヘルス強化」（個別専門家、2009～2011年）を派遣している。また、関連案件として、地方分権化に向け、州、県レベルでの保健行政官及び組織マネジメント能力の強化をめざした「ニャンザ州保健マネジメント強化」（技術協力プロジェクト、2009～2013年）も本案件との連携強化を図っている。

しかしながら、CHSは今なお全国展開の途上であり、CHSを実施するためのコミュニティユニット（Community Unit: CU）の数は、2009年6月の時点では1,362ユニットと、設立目標値（4,204ユニット）の約3割程度である。しかも、設立されていても機能していないCUも少なくない。また、CHSを実施するための各種ガイドライン、M&E（Monitoring and Evaluation; モニタリング・評価）システム、コミュニティを基盤とした保健情報システム（Community-based Health Information System: CBHIS）といったツールにも改善すべき点は多く、公衆衛生省（Ministry of Public Health and Sanitation: MoPHS）による政策レベルでの対応が強く求められている。

¹ 出典：ケニア人口動態保健調査（Kenya Demographic Health Survey: KDHS）、2008/2009年

このような状況のもと、「ケ」国政府はコミュニティヘルスの強化に係る支援を得るべく、2009年度に「コミュニティヘルス戦略強化プロジェクト」を日本国政府に要請、2010年度案件として採択された。

この要請に基づき、本詳細計画策定調査では、先方実施機関である MoPHS との協議を通じて、協力ニーズや実施体制を確認するとともに、プロジェクトの基本計画となる PDM、PO 及び妥当性を中心とした評価5項目からの検討に基づく事業事前評価表を検討、「ケ」国側と合意の上、ミニッツ（M/M）の署名を行った（付属資料1）。

1-2 調査団の構成

担当分野	氏名	所属・役職*	現地調査期間
総括／保健行政	瀧澤 郁雄	JICA ケニア事務所 広域企画調査員	7月7日～ 7月16日
CHS	Elijah Kinyangi	JICA ケニア事務所 プログラム・オフィサー	6月28日～ 7月16日
CHS／協力企画	斎藤 佳央里	JICA 人間開発部保健 第一課 Jr 専門員	7月5日～ 7月16日
インパクト評価／援助 協調	神谷 祐介	JICA 人間開発部保健 第一課 専門嘱託	7月7日～ 7月16日
協力企画	中原 由美子	JICA ケニア事務所 企画調査員（保健）	6月28日～ 7月16日
評価分析	喜多 桂子	グローバルリンクマネージ メント株式会社 シニアコンサルタント	6月28日～ 7月16日

*所属及び役職は現地調査当時

1-3 調査日程

	活動内容
6月26日（土）	午後：コンサルタント団員 成田発
6月27日（日）	午後：コンサルタント団員 ナイロビ着
6月28日（月）	午前：JICA ケニア事務所所長表敬 午後：第1回団内会議
6月29日（火）	9：00：MoPHS 事務次官表敬 終日：MoPHS/DoPHS コミュニティヘルスサービス課との協議
6月30日（水）	9：00：日本人専門家（CHS 政策アドバイザー）へのインタビュー 10：30：第2回団内会議 午後：MoPHS/DoPHS コミュニティヘルスサービス課との協議
7月1日（木）	午前：ナイロビ州 P/DHMT との協議 午後：第3回団内会議

7月2日(金)	午前：UNICEF と協議 午後：資料整理
7月3日(土)	終日：資料整理
7月4日(日)	終日：資料整理
7月5日(月)	CHS/協力企画団員合流 午前：ニャンザ州キスムへ移動 ニャンザ州保健マネジメント強化プロジェクトとの協議 午後：ニャンザ州 PHMT とのフォーカス・グループ・ディスカッション
7月6日(火)	終日：PCM ワークショップ開催 夕方：ナイロビへ移動
7月7日(水)	団長・インパクト評価/援助協調団員合流 午前：北東州 P/DHMT との協議 午後：資料整理
7月8日(木)	午前：ミリアム・ウェレ博士と面談 午後：モンバサへ移動、日本人専門家（タイタ県コミュニティヘルス強化）へのインタビュー
7月9日(金)	終日：CHS に係るコースト州関係者会議参加、APHIA II 及び DANIDA と面談 夕方：ナイロビへ移動
7月10日(土)	午前：資料整理 午後：第4回団内会議
7月11日(日)	午前：資料整理 午後：第5回団内会議
7月12日(月)	終日：MoPHS/DoPHS コミュニティヘルスサービス課との協議
7月13日(火)	午前：PDM 案、M/M 案準備 午後：MoPHS/DoPHS コミュニティヘルスサービス課との協議（PDM 案、M/M 案）
7月14日(水)	終日：MoPHS/DoPHS コミュニティヘルスサービス課との協議（PDM 案、M/M 案）
7月15日(木)	午前：最終版 PDM、M/M 作成 午後：MoPHS 事務次官と M/M 署名、JICA ケニア事務所報告
7月16日(金)	午前：日本大使館表敬 午後：書類整理
7月17日(土)	午後：ナイロビ発
7月18日(日)	午後：成田着

1-4 評価調査に際しての基本方針

1-4-1 プロジェクト枠組み策定の基本方針

(1) プロジェクトの焦点

CHS は包括的なアプローチを要する分野であることから、本プロジェクトは中央政府のキャパシティ・ディベロップメントに主眼を置く。プロジェクト策定にあたっては、プロジェクト期間と予算を踏まえてスコープを設定する必要があることから、JICA のこれまでの経験や比較優位性等に照らし合わせて、プロジェクトによって最も貢献が期待できる支援分野（どこに支援の軸足を置くのか）を特定する。

(2) プロジェクト策定の視点

中央政府の使命・役割に留意し、強化すべき中央政府のキャパシティを明確にした上で、「中央政府のキャパシティ強化を通じた CHS の実施促進」という観点からプロジェクトを形成する。具体的には、①なぜコミュニティ戦略が十分に実施されていないのかという、CHS 実施に伴う問題点を明確にし、②かかる問題に対処するために MoPHS は何をすべきで、どのようなキャパシティの強化をプロジェクトとして支援すべきか、を枠組みに反映させる。

CHS は、他の開発パートナーとの調整が必要である点にかんがみ、関係機関間調整委員会（Inter-agency Coordinating Committee : ICC）の下に協力枠組みである技術作業部会（Technical Working Group : TWG）の活動を踏まえた協力内容とすることで、他開発パートナーとの協力による相乗効果の発現をめざす。

(3) プロジェクトにおけるサイトの設定

プロジェクトサイトを置くことは「ケ」国政府の要請である。したがって、①要請の意図（「なぜサイトを設定する必要があるのか」、「そうした目的を達成するためにサイトでどのような活動を想定しているのか」）を確認した上で、②プロジェクト目標はサイトを設定しなければ達成できないのかについて協議を通じて検証し、要請どおりサイトを設定する必要性が認められた場合には、③プロジェクトサイトを設定する目的及びサイトの役割について双方で合意を得るとともに M/M に明記する、そして、④いくつのサイトをどのような基準で設定するのかについて本調査中に双方で協議することとする。サイトの選定を含む具体的な活動内容の決定については、プロジェクト活動のひとつに含め、プロジェクト開始後に MoPHS との協議を経て確定することとする。

(4) プログラムの構成案件との連携

本案件は、現行の JICA 「プライマリーヘルスサービス向上のための保健システム強化プログラム」の主要案件となる予定であることから、調査にあたっては、現行プログラムの構成案件との効果的な連携の可能性を考慮する。

1-4-2 プロジェクト実施体制の方針

(1) MoPHS プライマリーヘルスサービス局（Department of Primary Health Services : DoPHS）を「ケ」国側実施機関とする。

- (2) プロジェクトにおけるサイトの位置づけや役割を明確にした上で、サイトにおける活動を十分にモニタリングし、その結果を本省での活動に活用できるような実施体制を整備することをめざす。
- (3) プロジェクトによる支援が中央政府のキャパシティ強化を通じたメカニズム構築という「プロセス」を重視していること、及び、主に既存の TWG の活動を通じて他開発パートナーとの協力を促進することにかんがみ、こうした支援を最も効果的・効率的にする実施体制を検討する。

1-4-3 調査方法に関する留意点

- (1) 「ケ」国政府のオーナーシップ及びイニシアティブを醸成するため、参加型 PCM ワークショップやグループワーク等を実施する。
- (2) PDM 作成プロセスにおいては、「ボトムアップ」アプローチを採用する。具体的には、州保健マネジメントチーム (Provincial Health Management Team : PHMT) 及び県保健マネジメントチーム (District Health Management Team : DHMT) を対象とした PCM ワークショップや協議、フォーラムへの参加を通じて現場のニーズを把握し、その結果を「ケ」国側にレビュー、協議を通じて最終版を策定する。

1-4-4 M/M 作成の留意点

- (1) 本案件がキャパシティ・ディベロップメントを主眼とした案件である点につき、「ケ」国側との協議で再確認するとともに、M/M に明記する。
- (2) プロジェクト実施上のカギとなる用語については、プロジェクト開始後に関係者間での認識の相違が生じることがないように、その定義を双方で合意した上で M/M に明記する。
- (3) 「ケ」国側の要請どおりプロジェクトサイトを設定する必要が認められた場合には、サイトを設定する目的とプロジェクトにおけるサイトの役割を M/M に明記する。

1-4-5 プロジェクト期間の考察

プロジェクト期間は最長 4 年とし、以下 2 つの観点から最終的にプロジェクト期間を決定する。

- (1) JICA の「プライマリーヘルスサービス向上のための保健システム強化プログラム」(2009～2012 年) が終了する時期と、評価調査のタイミングに配慮することで、本案件のプログラム目標達成への貢献度を高める。
- (2) NHSSP II の終了時期及び開発パートナーのプログラムサイクルに合わせることで、国家レベルの計画作成への貢献度を高める。

1-5 主要面談者

(1) 「ケ」国側

1) 公衆衛生省 (MoPHS)

Mr. Mark K. Bor	Permanent Secretary
Dr. S. K. Sharif	Director of Public Health and Sanitation

プライマリヘルスサービス局 (DoPHS)

Dr. J. O. Odondi	Head
Dr. O. A. Omar	Deputy Head

コミュニティヘルスサービス課 (Division of Community Health Services)

Dr. James Mwitari	Head
Ms. Caroline Sang	Public Health Officer
Ms. Charity Tauta	Nutrition Officer
Mr. Hillary Chebon	Program Officer
Ms. Irene Mutea	Program Officer
Ms. Jane Koech	Program Officer
Ms. Jane Oburu	Deputy Chief Nursing Officer
Mr. Mwanza Joachim	Senior Assistant Chief Nursing Officer
Ms. Ruth Ngechu	Program Officer
Ms. Ruth Mutua	Provincial Clinical Officer
Ms. Tabitha Mwangi	Assistant Chief Nursing Officer

2) 県・州の保健マネジメントチーム関係者

ナイロビ州保健マネジメントチーム (Nairobi PHMT)

Dr. Samuel Ochola	Provincial Director of Public Health & Sanitation, Nairobi
Mr. Samuel Njoroge	Provincial Public Health Officer
Mr. Immaculate A.	Provincial Nursing Officer
Ms. Caroline Mola	Nutritionist
Ms. Joyce Njoroge	Provincial Health Promotion Officer
Mr. Banda M.A.	Provincial Health Administrative Officer
Mr. Leah J. Rutto	Provincial Clinical Officer
Dr. Calvin Abuya	Deputy Provincial AIDS and STI Coordinator
Ms. Joyce Onyango	Deputy Health Records & Information Officer
Ms. Caroline Magiri	Senior Nursing Officer (Nairobi Health Management Board)
Dr. Juma Sindani	Assistant Medical Officer of Health (Nairobi City Council)
Mr. Jairus Musumba	Assistant Chief Public Health Officer (Nairobi City Council)
Dr. Joseph Maundu	District Director of Public Health & Sanitation (Kasarani)
Ms. Judy Macharia	District Community Strategy Coordinator (Langata)

ニャンザ州保健マネジメントチーム (Nyanza PHMT)

Dr. Kioko	Provincial Director of Public Health and Sanitation, Nyanza
Mr. Tom O. Andebe	Provincial Public Health Officer
Ms. Norah Bett	Provincial Reproductive Health Coordinator
Mr. Charles Ngwalla	Provincial Clinical Officer
Mr. Oscar Kambona	Provincial Nursing Officer
Ms. Monica Omondi	Provincial Health Administration Officer
Mr. J.W. Odera	Acting Provincial Public Health Nurse
Mr. Ibrahim Shiwalo	Provincial Community Health Strategy Coordinator
Mr. Mathews Odiango	Deputy Provincial Health Records & Information Officer
Dr. Charles Okal	Provincial AIDS & STI coordinator

ニャンザ州キスムウエスト県保健マネジメントチーム (Kisumu West DHMT)

Dr. Elizabeth Okoth	District Director of Public Health & Sanitation
Mr. Joan Chepkemboi	District Nursing Officer
Mr. George S. Odhiambo	District Health Record Information Officer
Mr. Nicholas Dule	District Clinical Officer
Mr. Erick O. Were	Public Health Officer

ニャンザ州ウゲニャ県保健マネジメントチーム (Ugenya DHMT)

Dr. Jacqueline Ng'eny	District Director of Public Health & Sanitation
Mr. Edward Ochieng	District Clinical Officer
Mr. Benta Rieko	District Public Health Nurse

ニャンザ州シアヤ県保健マネジメントチーム (Siaya DHMT)

Dr. Samuel Onditi	District Director of Public Health & Sanitation
Mr. Ali K. Asuman	District Clinical Officer
Ms. Millicent Okwach	District Public Health Nurse
Ms. Everlyne Achieng	District Health Promotion Officer
Ms. Janet Mule	District Public Health Officer

北東州保健マネジメントチーム (North Eastern PHMT)

Dr. Osman Warfa	Provincial Director of Public Health & Sanitation
Mr. Omal Mahat	Provincial Medical Laboratory Technologist

北東州ガリッサ県保健マネジメントチーム (Garissa DHMT)

Mr. Ahmed A. Arab	District Public Health Officer
-------------------	--------------------------------

北東州ワジラ県 (Wajir District)

Mr. Warren Kioko	Community Health Extension Worker/Nurse
------------------	---

3) 他開発パートナー

Prof. Miriam K. Were	Co-Founder of UZIMA Foundation, Laureate, Hideyo Noguchi Africa Prize by Japan
Dr. Kennedy Ongwae	Health Specialist, UNICEF Kenya Country Office
Mr. Paul Dieleman	Maternal & Neonatal Health Advisor, DFID Support to Essential Health Services (EHS) in Kenya Programme
Ms. Linda Tindi Misiko	Provincial Advisor HSPS II Coast DANIDA/NIRAS
Mr. Rhodah Njuguna	Programme Officer, DANIDA
Mr. Wacuka Ikua	Senior Operations Officer, World Bank
Mr. Ramana Gandham	Lead Health Specialist, World Bank
Mr. Peter Waithaka	Human Resource for Health Specialist, USAID
Mr. Maurice Maina	HIV Care & Support Specialist, USAID

(2) 日本側

在ケニア日本国大使館

横谷 薫 経済協力班専門調査員

JICA ケニア事務所

加藤 正明	所長
河澄 恭輔	次長
川村 康予	所員

JICA 専門家

木下 真絹子	個別専門家、コミュニティ戦略政策アドバイザー
千葉 暁子	個別専門家、タイタ県コミュニティヘルス強化
杉下 智彦	チーフアドバイザー、ニャンザ州保健マネジメント強化プロジェクト
村上 千恵	業務調整/IEC 教材開発、ニャンザ州保健マネジメント強化プロジェクト
戸田 幹洋	組織強化/研修マネジメント、ニャンザ州保健マネジメント強化プロジェクト

第2章 コミュニティ保健戦略（CHS）

2-1 CHS の位置づけ

「ケ」国では、長期国家開発計画である「Vision 2030（ビジョン2030）」のもと、1994年に国家の保健政策の指針として保健政策フレームワークが策定され、その効果的な実施のためにNHSSP I（1999～2004年）が打ち出された。NHSSP Iは2004年末に成果のレビューが行われたものの、乳幼児死亡率や5歳未満児死亡率などの保健指標や社会経済指標には改善がみられず、上位目標の達成が困難となる結果となった。

そのような状況を打破するために、2005年にNHSSP IIが新たに打ち出され、効果的な実施のための3つの革新的な戦略が提唱された（図2-1参照）。CHSはそのうちのひとつであり、レベル1での予防促進中心の保健サービスの強化は優先度の高い開発課題として明記されている。

これらの革新的な3つの戦略は、単独で遂行するのではなく“REVERSE THE TREND”のローガンのもと、悪化した指標の改善をめざして相互に関係している。

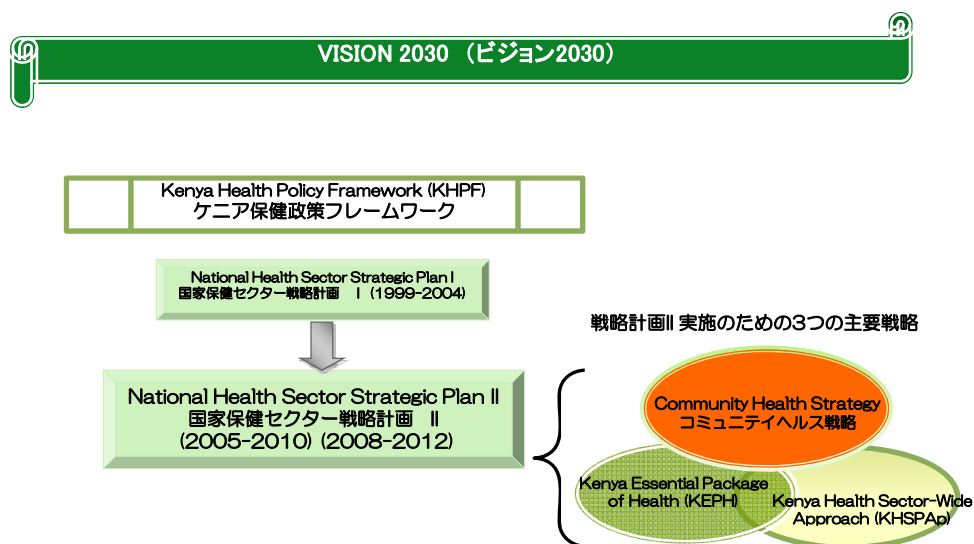
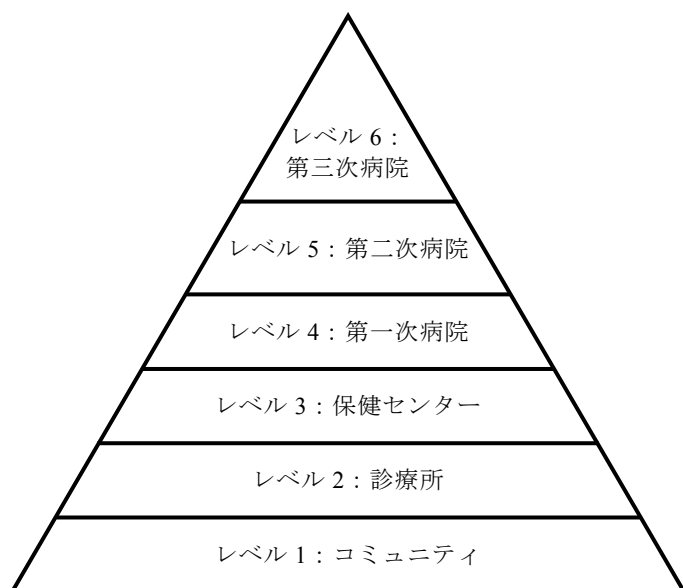


図2-1 「ケ」国政策におけるCHSの位置づけ



NHSSP II では、CHS と同じく主要なもうひとつの実施戦略として「健康のための基本パッケージ」（Kenya Essential Package for Health : KEPH）が導入されている。KEPH では左記のとおり、保健サービス提供のレベルを 6 つに分けており、コミュニティはレベル 1 である。CHS はレベル 1 において予防促進を中心に各年齢コホート²に合わせた保健サービス提供の強化及びその利用促進を提唱するものである。

さらに、ケニア保健医療分野では、政策提言、援助アプローチ、資金協力の手法面での調和化を実現するための

ケニア保健セクター・ワイド・アプローチ（Kenya Health Sector-Wide Approach : KHSWAp）も採用されており、JICA も加盟している。KHSWAp のもと、各レベルでパートナー合同の年間事業計画の策定やレビューが行われ、レベル 1 で作成された CHS に係る年間活動計画は、県や州レベルの計画に反映・統合されている。CHS のスケールアップ（全国展開）は、2010 年度の MoPHS の年次計画の中において、最優先事項として位置づけられており、今後 MoPHS 内部のみならず開発パートナーも CHS に連携する形で、基本的な保健サービスパッケージを提供していくことが期待されている。

2-2 CHS の概略

CHS は、住民自らが予防・健康増進を中心とする保健サービス充実のために、レベル 1 の保健システムの構築・強化、及び保健医療施設とコミュニティの連携メカニズムの構築、に重点を置いている。最低限の基本サービスパッケージは CHS のガイドラインの中に提示されているものの、CHS はあくまで保健システム強化が主であり、レベル 1 で「何のサービスを提供するのか」よりも、むしろ「誰がどのようにサービスを提供するのか」に焦点を置いている。つまり、図 2-2 のように、レベル 1 で育成された保健人材が配置され、ガバナンス組織が設立され、活動のためのキットが揃い、報告システムが導入されて初めて保健サービス提供が可能となる。

したがって、図 2-2 に示されているように、リプロダクティブヘルスや小児保健などの各プログラムはコミュニティでサービスを提供する際にレベル 1 の保健システムである CHS の枠組みを通して実施していくことになる。

² KEPH では、年齢層を以下のとおり 6 つにグループ化（コホート）することで、年齢層に合った保健サービスの提供をめざしている。コホート 1：妊産婦から新生児（生後 2 週間以内）、同 2：新生児（生後 2 週間）から幼児（5 歳）、同 3：小児（6～12 歳）、同 4：思春期・青年（13～24 歳）、同 5：成人（25～59 歳）、同 6：老・壮年（60 歳以上）

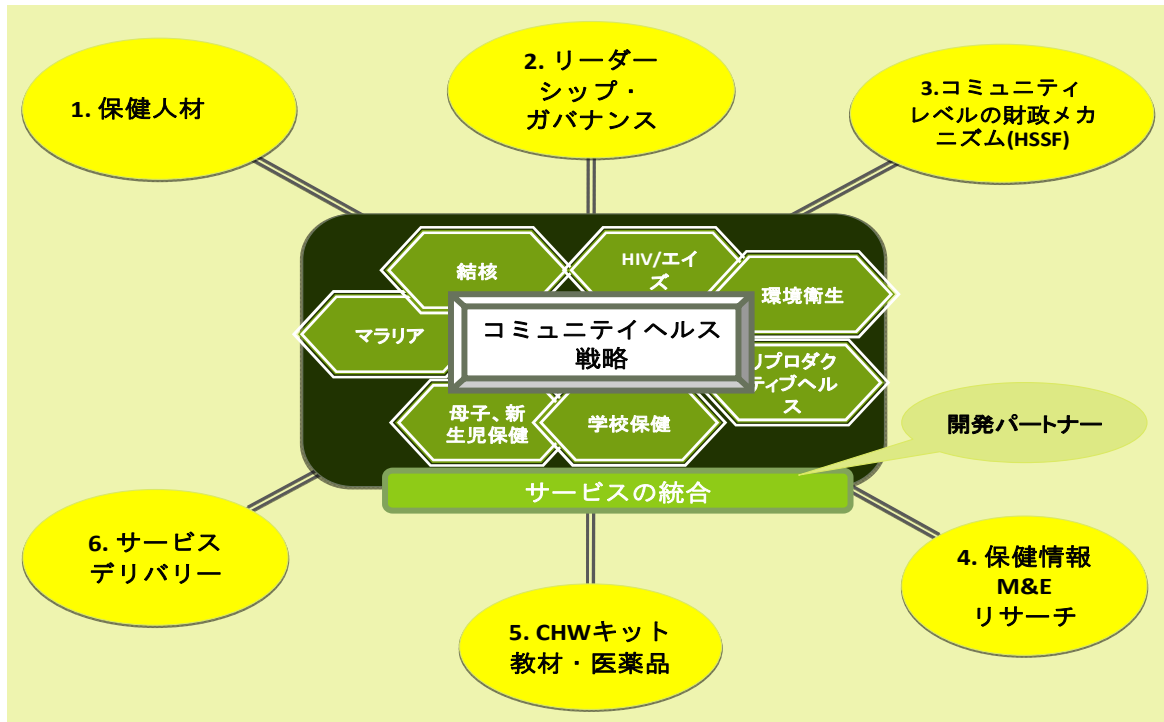


図 2-2 CHS の保健システム強化フレームワーク

また、CHW はコミュニティと保健医療施設のインターフェースの役割を担っており、双方の連携強化は非常に重要である。住民が、健康であることを自分たちの権利と考え、必要な時に質の高いサービスが保健施設で受けられるようにならなければならない。

つまり、コミュニティと保健医療施設の連携メカニズムの構築は、CHS を実践するための基本的要素である。

CHS の具体的なアプローチ及び特徴をまとめると以下のとおりとなる。

(1) レベル 1 の保健システム強化

コミュニティを正式に保健システムの中に組み込むことで、コミュニティ自身がレベル 1 として認識し、CHS を通して地方分権型の保健システムの強化をめざしている。

(2) 保健医療施設とコミュニティの連携メカニズムの構築

コミュニティの需要側と保健医療施設の供給側の双方が機能して初めて CHS 実施が可能となる。

(3) ライフサイクルに焦点

誕生から死までのライフサイクルという生涯過程に焦点を当て、KEPH に基づく 6 つの年齢コホートそれぞれのニーズに合わせた保健サービス活動をレベル 1 で提供する。

(4) コミュニティレベル連携強化

人口5,000人に1つを目安にCUを設定し、それぞれにコミュニティヘルス委員会(Community Health Committee : CHC)と呼ばれる末端レベルのガバナンス組織を設置する。各ユニットの中でCHCはCHWの活動を調整するだけでなく、住民との対話や住民会議などを通して保健に対する課題をコミュニティ全体で取り組むべき事項として住民の意識喚起を促す。

(5) CHS 実施マネジメント体制

MoPHSは、中央からコミュニティまでの各レベルにおいて、CHS実施のためのマネジメント体制を導入している。中央レベルでは、コミュニティヘルスサービス課がCHS実施の指揮を執りつつ、その調整メカニズムとしてMoPHS及び開発パートナーで構成するICCを設置している。ICCは、年次活動予算計画(Annual Operation Plan : AOP)の中のCHS部分の行動計画策定や作業部会の設立支援等を通じた課題対応や政策提言をめざしている。地方行政レベルでは、PHMT、DHMTではCHS担当官がCHSのM&Eに従事し、さらに保健センターや診療所にはCHEWが配置されCHCを通じてCHWの監督にあたっている。MoPHS雇用のCHEWはCHWに対し保健活動の技術的支援を行い、CHWは住民ボランティアとして各地域で日々家庭訪問や保健教育を行っている。

(6) コミュニティを基盤とした保健情報システム (CBHIS)

各家庭から収集される保健情報はCBHISとして整備され、CHCがCHWと共にコミュニティダイアログ(意見交換)や活動計画の策定を行うために活用されている。従来の保健医療施設で集める保健管理情報システム(Health Management Information System : HMIS)でなくCBHISを活用することで、今まで以上に包括的にコミュニティの全体像を把握し、コミュニティのニーズに沿った対策を打ち出すことが期待されている。

(7) 保健セクターサービスファンド (Health Sector Service Fund : HSSF)

HSSFは2010年7月から新たに導入されたCHS実施のための財政メカニズムである。MoPHSが、成果に応じて診療所と保健センターに予算を直接配分する仕組みとなっていることから、レベル2とレベル3の保健医療施設やコミュニティの保健活動を継続的に支えるメカニズムとして期待されている。

2-3 CHSの現状(付属資料2参照)

CHSを一言でいえば、コミュニティにおける保健活動に焦点を絞った、ライフサイクルの実施を通じて健康状態の改善を目的とする戦略である。

CHSは、CU内にある保健医療施設で勤務する2名のCHEWによってモニタリングされ、ここではボランティアである50名のCHWが、コミュニティの中から見いだされる健康問題の明確化や、コミュニティの人々の保健医療サービスへのアクセス強化に携わっている。

2-3-1 CHSの進捗

(1) 普及率

以下に、州におけるCHSの実施状況についてまとめる。

表 2 - 1 各州の CHS 実施状況（詳細計画調査時点）

	ナイロビ州	北東州	コースト州	ニャンザ州	全国
人口（2009年） 単位：百万人	3.1	2.3	3.3	5.4	38.6
家屋数	985,000	312,000	731,000	1,188,000	—
CHS 導入年	2009年4月	—	2007年7月	—	2006年6月
目標 CU 数	—	—	583	738	3,884
設立 CU 数	55	16	81	128	—
稼働 CU 数	25	—	—	89	—
研修を受けた関係者の人数	DHMT 9名 CHEW 12名 CHW 40名 CHC 1名	DHMT 34名 CHEW 27名 CHW 600名 CHC 108名	PHMT 6回 DHMT 65回	CHEW 425名 CHW 6,791名	—
CHS 導入時の政府からの投入	オートバイ 2台 自転車 6台	オートバイ 12台 自転車 36台	—	—	—
開発パートナー	KIDDP AMREF	DANIDA GAVI UNICEF APHIA II WHO UNHCR KRCS MSF ; GTZ	GAVI APHIA II KRCS ; WFP AMREF AGA KHAN World Vision	GAVI UNICEF EHS MILDMAY APHIA II	GAVI UNICEF WHO DANIDA JICA KIDDP HENNET GLUK

1) ナイロビ州

都市部の環境にあるナイロビ州は、9つの県から成っており、約60%の人がスラムに居住している。CHSは、2009年4月にコロゴチョ・スラムで開始され、調査時点では9県すべてのDHMTがよく機能している状態である。

2) 北東州

「ケ」国内でも一番貧しい州であり、貧困率は73.9%と高い。また、遊牧民が多いことから、保健医療サービスへのアクセスが低い。

3) コースト州

CHSは、2007年7月に開始されている。

4) ニャンザ州

ニャンザ州は、グレートレイク大学キスム校（Great Lakes University of Kisumu）によ

って CHS を最初に試行した州であり、先駆者としてモデルとなっている。現在まで 21 県において 128CU を設立（目標 CU 数の 18%）しているが、そのうち 16 県の計 39CU が、チョークボード（CBHIS 実践ツールのひとつ）や CHEW の不足、研修を受けた CHW の不在を理由に十分な活動を行っていない状態である。同州では CBHIS ツールはすべての県において配布されているが、いくつかの県において管理上の問題が浮上しており、また使いにくいとの批判も出されている。近々、CHS に係る全県の代表者を集めた四半期に一度の会議の開催が計画されている。また、CU 設立費用に係る数量化／見積もりも行われている。

（２）CHS 実施による業績と好事例

CHS の今後の方向性を検討する上で、また現在のガイドラインやツールの見直すために、全国レベルの CHS の評価が、2010 年 2 月から 4 月の 2 カ月で、7 州、21 県、3947 世帯を対象に行われた。結果は、CHS に肯定的であり、その効果を確認できただけでなく、今後の取り組みの中でより注視すべき分野なども明らかになった。

表 2-2 主なパフォーマンスの評価結果

パフォーマンス	対象地域	比較地域	有意差
Children aged<12 months fully immunized	84.2%	80.1%	あり
Children up to 6 months exclusively breastfeeding	27.1%	23.6%	なし
Children with diarrhea 2 weeks before evaluation	21.6%	42.2%	あり
Pregnant women attending at least 2 ANC visits	55.9%	44%	あり
Tetanus vaccination to women during pregnancy	94.5%	72.4%	あり
Attendance by skilled personnel during last delivery	53.7%	44.4%	あり
Knowledge of at least one family planning method	86.6%	84.2%	なし
Access to family planning services	87.2%	86.1%	なし
Utilization of family planning services	47.4%	47.2%	なし
Having at least one Insecticide Treated Net	71.3%	70.2%	なし
Households with a serviceable latrine	87.7%	84.4%	なし
Proper handling of children stools	78.6%	73.5%	なし
Water treatment	29.1%	23.4%	あり

1) ナイロビ州における成果

- ・保健医療施設への搬送の実施
- ・CHW の能力強化による、コミュニティにおける保健医療サービスの利用率の増加
- ・CHC と保健医療施設委員会（Health Facility Management Committee : HFMC）の設立による、保健医療サービスに係る調整能力の改善
- ・健康問題に関するコミュニティにおける意識の向上

- ・自らの健康に対する責任への意識の向上
 - ・保健医療施設とコミュニティ間の連携の強化
 - ・コミュニティによる、レベル1での保健医療サービスのための計画立案への参加
 - ・保健プロモーション活動における CHW の参加の増加
- 2) 北東州における成果
- ・コミュニティの能力強化による保健医療サービスの主体性の増加
 - ・保健医療施設における予防接種率の増加
 - ・保健医療施設での出産数の増加
 - ・コミュニティ間の積極的な健康希求行動の出現
 - ・トイレ普及率の増加
 - ・家の敷地内や市場内のごみ処理の著しい改善
 - ・コミュニティ自身の健康問題を明らかにし、解決するための誘因
- 3) コースト州における成果
- ・予防接種、結核、抗レトロウイルス療法（Antiretroviral Therapy : ART）のディフォルター（治療を途中でやめてしまう人）の追跡における CHW の参加
 - ・疾病サーベイランスと疾病の発生に係るコントロールにおける CHS の参加
 - ・自立発展性のための収入促進活動を開始する CHW による組織の設立
 - ・レベル2、3における予防活動への CHW の参加
 - ・コミュニティ自身の福祉向上のためのマイクロファイナンス活動の実施
- 4) ニャンザ州における成果
- ・MoPHS と医療サービス省の活動が主流プログラムで統合されつつあること
 - ・レベル1から5までの連携の強化
 - ・NHSSP II に沿ったガイドラインに従った CU の設立
 - ・自宅出産の代替選択肢として、コミュニティでの助産促進

2-3-2 CHS 実施における課題

CHS の全国展開に関しては、国の地理的多様性などさまざまな課題に直面している。中央レベルで直面している課題は、戦略実施のためのリーダーシップ、チェック機能、サポート機能の欠如に集約することができるが、州・県レベルが直面している課題は異なる。以下の課題は、本調査期間中、8州のうち、選出した4州の PHMT と DHMT との議論によって判明したものである。

(1) 中央レベル（MoPHS）の課題

1) 政策と計画

- ・CHS に係る国のパイロット地域がないことにより、現場からのエビデンス（科学的根拠）収集が十分になされておらず、国の多様性（地理的、人口的、社会的）に配慮した戦略ができていない。
- ・国として十分な戦略のマーケティング（コミュニケーション戦略）を行っていないため、一部の CHS 実施パートナーの認識が低く、政府の政策と協調していない

2) モニタリングと評価

- ・ CHS に係る国家 M&E 枠組みの不在
- ・ 現場におけるデータ収集ツール不在とその収集されたデータの文書化がなされていない
- ・ モニタリングが定期的に実施されていない
- ・ フィールドからタイムリーな報告がなされていない
- ・ モニタリングから収集されたデータが十分に活用されていない

3) 人材

- ・ CHEW の不足、高い離職率
- ・ CHEW が他業務と兼務している場合が多い
- ・ CHEW や CHW、CHC の研修カリキュラムが整備されていない
- ・ CHW の高い離職率
- ・ CHW キットの不在と、CHW への報酬がない

4) サポートイブスーパービジョン

- ・ サポートイブスーパービジョンを実施するために十分な交通手段がない
- ・ データと情報を管理するための施設と機材の不足
- ・ サポートイブスーパービジョン実施のための予算の不足
- ・ サポートイブスーパービジョン実施のためのツール（チェックリストなど）の不足

5) 協調と資源動員

- ・ CHS に係る開発パートナー間の協調のためのフォーラムの不足
- ・ CHS に係る開発パートナーが金額につき情報を開示していない
- ・ 中央政府から CHS 実施のための十分な予算が配分されていない
- ・ HSSF など、他の資金源との脆弱な連携
- ・ MoPHS の他プログラム、他局、他のセクター（農業、水、家畜など）とのつながりが弱い

(2) 州・県レベルにおける課題

- 1) CHS の実施のための資源が不十分であるため、実施が遅れる、もしくは実施できない
- 2) 実施機関とコミュニティ間の能力が不十分である
- 3) CHEW として訓練された保健人材は他業務と兼務である
- 4) 裨益コミュニティの間での連携が欠如し、関係が悪化する場合もある
- 5) CHS は農村地域を想定して策定され、1 つの CU で 5,000 人を対象とするモデルとなっているが、都市部では 1 つの CU が 10,000 人以上を対象としなければならない、都市部で実施するのが困難となっている
- 6) CHS の主なターゲットである貧困ライン以下の人口（全人口の 52%）中で、CHW におけるボランティア主義を受け入れてもらうのが困難である
- 7) 保健セクターの開発パートナーが従うべき CHW の指標ガイドラインが欠如している
- 8) 異なる実施パートナーによって行われているレベル 1 での介入期間が短い
- 9) 報告、記録保管、コミュニケーション、アドボカシーのためのツールや機材が不十分である

- 10) 劣悪な治安状況が阻害要因となる（特に都市部のスラム）
- 11) 関係者が独自の優先事項や関心設定があり、円滑な実施を妨げる場合がある

2-4 CHS の課題と実施促進のための対策（付属資料 2 参照）

2-4-1 技術作業部会（TWG）の設立

調査時点で 8 つの TWG が設置され、うち、2 つの TWG は既に作業を完了している（詳細は 2-6-2 参照）。一方、CBHIS のデータ収集ツールが開発され、5 つの州において普及、実施された。

データ収集ツールは、以下の 4 つから成っている。

- ① Household Register（CHW が半年に 1 回行う世帯登録）
- ② CHW service delivery log book（毎月提出）
- ③ CHEW summary sheet（毎月提出）
- ④ Chalk board

これらのツールは保健セクター運営委員会（Health Sector Steering Committee : HSCC）によって承認されており、2010 年 12 月にナイロビで MoPHS が主催した CHS 国際会議の場で全国的に導入されることが発表された。

2-4-2 現行の CHS モデルの見直し

2006 年 6 月に CHS は開始されたものの、地方の多様性がある中で単一のアプローチ（一律 1CHW/20 世帯/100 人の配置）であった。を現行モデルに採用したことが、その実施の拡大の妨げとなっていた。これを反省として CHS-ICC では地域の特性（地理的、人口的、社会的など）を考慮した見直しを行った。その中で、3 つのシナリオが試行され、望ましい結果が出るような費用対効果を考慮した分析がなされた。

その結果、国を人口密度ごとに 4 つにカテゴリー分けし、成果に基づいた報酬として CHW1 人につき 1,500Ksh（ケニアシリング；1Ksh≒1.2 円）を毎月支払うことに決定した。

TWG の分析に基づいて採択されたシナリオに基づく、人口密度ごとのカテゴリーと CHW の配置は以下のとおりである。

- ① 人口密度：54～4,576 人/km²
ナイロビ州、セントラル州、ニャンザ州、ウエスタン州
1 人の CHW が 500 人（100 世帯）を担当
- ② 人口密度：40～53 人/km²
リフトバレー州
1 人の CHW が 200 人（40 世帯）を担当
- ③ 人口密度：37～39 人/km²
コースト州、イースタン州
1 人の CHW が 100 人（20 世帯）を担当
- ④ 人口密度：11～36 人/km²
北東州

1人のCHWが50人（10世帯）を担当

2-5 CHSに係る財政

2-5-1 MoPHSの予算

(1) 2008年度予算（承認後）

CHSは2006年に打ち出されたものの、戦略実施に係る政府の予算は計上されず、2008年度にGAVI（The Global Alliance for Vaccines and Immunisation；ワクチンと予防接種のための世界同盟）が約3億Kshを拠出するまで厳しい状況であった。GAVIの資金は、主に53県においてCHEWの雇用、CHW研修、及びCUの立ち上げに係る活動費に充てられた。同年、財務省に拠出額を公式に発表した開発パートナーはほかにいなかった。

(2) 2009年度（承認後）

2009年度からは、GAVIの継続支援に加え、MoPHSもCHS実施のための予算として900万Kshを計上した。また、経済刺激（Economic Stimulus）パッケージ³の支援により、全国210地区でCHEWの雇用や移動手段となるオートバイ（CHEW用）や自転車（CHW用）などが購入された。

(3) 2010年度（概算）

2010年度のCHSに係る政府の予算として発表された額は約730万Kshと、前年度の額から減少している。しかし、MoPHS職員の内部情報によりMoPHS内で8,300万Kshの予算計上が計画されていたことが分かり、調査時に詳細が確認されている。同金額が確定すれば2010年度の政府予算は大幅に増加し、MoPHSによる更なる活動展開が期待される。

さらに、2010年度中に予定されている経済刺激パッケージでは、各210地区に公衆衛生官（Public Health Technician：PHT）5名及び地域看護師（Enrolled Community Health Nurse：ECHN）15名の雇用、自転車5台購入に加え、新たにCHW10名に対して月6,000Kshの報酬が支払われることになった。なお、2010年度もGAVIの支援が承認されているが、同年度が3年間支援の最後の年になる。

2-5-2 開発パートナーの予算

開発パートナーのCHSに係る活動の拠出については、2008年より拠出額が着実に増えている。財務省に拠出額を公式に発表した開発パートナーとして、イタリア政府支援機関（Kenya-Italy Debt for Development Programme：KIDDP）は2009年度及び2010年度ともに支援している。また、世界銀行（World Bank：WB）とデンマーク国際開発庁（Danish International Development Agency：DANIDA）は、主にHSSFを通じて間接的にCHSを支援することを発表しており、将来レベル1の活動を支える資金メカニズムを構築することが期待されている。DANIDAは2010年度6億Kshの拠出を予定している。また、WBは2009年度に8,000万Ksh、2010年度は1,500万Kshの拠出を財務省に発表しているが、WB内部文書によると今後3年間で計30億Kshの拠出を行う予定となっている。ちなみに、UNICEFは4.8億Kshを3年間で拠

³ 「ケ」国内におけるすべての選挙区（210）で実施されている各5つのプロジェクトから成る経済復興計画。

出し、HSSF 及び CHS の活動支援に充てることになっている。

表 2-3 CHS に係る MoPHS 及び開発パートナーの財政

会計年度	2008 年度 (承認後)	2009 年度 (承認後)	2010 年度 (概算)
MoPHS 及び開発パートナー 全体予算			
MoPHS		70.3 億 Ksh	95.4 億 Ksh
開発パートナー支援 (財務省への公式 発表分のみ)		80.5 億 Ksh	78.5 億 Ksh
CHS に係る MoPHS 及び開発パートナーの予算			
MoPHS 予算	なし 3.07 億 Ksh (GAVI)	900 万 Ksh 13 億 Ksh (経済刺激パ ッケージ) 3.6 億 Ksh (GAVI)	730 万 Ksh 12.8 億 Ksh (経済刺激 パッケージ) 2.9 億 Ksh (GAVI)
開発パートナー支 援予算 (財務省への 公式発表分のみ)	なし	7,000 万 Ksh (KIDDP) 8,000 万 Ksh (WB)	2,000 万 Ksh (KIDDP) 1,500 万 Ksh (WB) 6 億 Ksh ((DANIDA)
その他開発パート ナー支援予算 (非公 式発表)	66 万 Ksh (IntraHealth International)	1,470 万 Ksh (UNICEF)	APHIA+ (USAID) IntraHealth International 4.8 億 Ksh (UNICEF、 今後 3 年間) JICA

2-6 他開発パートナーの取り組み

2-6-1 「ケ」国政府と開発パートナーとの調整メカニズム

KHSWAp では、保健セクターにおける政策提言、援助アプローチ、資金協力の手法面での調和化を実現するためにケニア保健セクター開発パートナー連合 (Development Partners in Health, Kenya: DPHK) が組織されている。2010 年 7 月時点で DPHK には 15 の国・機関 (JICA、DANIDA、DFID、EU、WHO、GDC-GTZ/KfW、KIDDP、クリントン財団、UNAIDS、UNFPA、UNICEF、米国、フランス大使館、WB、WFP) がメンバーとして加盟している。

また、「ケ」国政府による保健セクター調整メカニズムとして、共同関係機関間調整委員会 (Joint Inter-agency Coordinating Committee : JICC)、保健セクター運営委員会 (HSSC)、関係機関間調整委員会 (ICC) 等が存在する (表 2-4)。

ICC については、技術的な作業部会として、結核、リプロダクティブヘルス、HIV など、分野別に多くの ICC が設置されており、そのひとつに CHS の ICC がある。詳細計画策定調査時点での CHS-ICC の議長国は UNICEF である。

表 2-4 「ケ」国政府による調整メカニズム概要

名称	機能	参加団体・メンバー
JICC	<ul style="list-style-type: none"> ・保健セクターの政策や戦略の承認 ・アドボガシーの実践 ・資源獲得 	<ul style="list-style-type: none"> ・ The Ministers in Health (Co-Chair) ・ The Permanent Secretaries in the Ministries in Health (Secretariat) ・ The Permanent Secretaries for Ministries affecting Health ・ Directors of Medical Services and Public Health and Sanitation ・ Heads of Missions of Development Partners that are party to the Code of Conduct ・ One representative of non-governmental implementing partners
HSSC	<ul style="list-style-type: none"> ・すべての投資計画のレビューと承認 ・AOP のレビューと承認 ・AOP における優先事項の実行に係る四半期進捗レビュー ・保健セクターにおける調和化とアラインメント ・パートナー調整機能の遵守に係るモニタリング ・パートナー間の不一致事項の解決 	<ul style="list-style-type: none"> ・ The Ministers in Health (Co-Chair) ・ Government of Kenya, represented by The Permanent Secretary of Medical Services, and Public Health and Sanitation (alternate chairs) ・ Directors in Medical Services, and Public Health and Sanitation (Directors of Medical Services, Public Health & Sanitation, and Administration) ・ Heads of Departments in the Ministries of Public Health & Sanitation, and Medical Services ・ Representative at the Director's level of the Ministries of Finance, Planning and Development, Education, Water and Irrigation, National Aids Control Council, Gender, Sports, Culture and Social Services and State for Youth Affairs ・ Development partners ・ Implementing partners
ICC	<ul style="list-style-type: none"> ・主要な行動計画のマネジメント支援 ・TWG やタスクフォースの設立支援 ・TWG やタスクフォースに係る業務の調整 	<ul style="list-style-type: none"> ・ Government of Kenya: represented by Head of Department responsible for area of the ICC Representative of HSCC steering committee secretariat; Heads of related divisions in the responsible department; Technical Advisors nominated by Government; Development partners, represented by; Partners supporting the areas of the ICC; Technical Advisors nominated by DP's ・ Implementing partners: represented by, Partners supporting the areas of the ICC; Technical Advisors nominated by IP's

CHS-ICC に付随して、8つの TWG がこれまでに設置されている。うち2つの TWG については既に活動が完了している（表2-5）。

表2-5 CHSに係る TWG

	TWG の名称	進捗
1	Development of CHS scenarios	作業完了のため、近日中に解散の予定
2	Development of CHW kit	作業完了のため、近日中に解散の予定
3	Human Resources and Capacity (Development of CHS Curriculums and Training Manuals)	参加メンバー決定済、ToR 及び活動計画策定済
4	Motivation of CHWs	参加メンバー決定済、ToR 及び活動計画策定済
5	Advocacy and Communication Strategy	参加メンバー決定済、ToR 及び活動計画策定済
6	M&E Framework and Data Collection Tools	参加メンバー決定済、ToR 及び活動計画策定済
7	Identification and Customizing of Key Health Messages	参加メンバー決定済、ToR 及び活動計画策定済
8	Linkage with Level 1-3 for HSSF	進捗なし

2-6-2 他開発パートナーの動向

CHS に対して直接的・間接的な支援を行っている代表的な他開発パートナーとして UNICEF、WB、DANIDA、USAID、GAVI の5つを選び、それらの動向について記述する。特に、①CHS に関する協力内容、②CHW に対する金銭的報酬の支払いや CHW の離任に対しての方針、③改訂版 CHS に対する見解、に着目する。なお、情報源は、各ドナーによる各種報告書、ウェブサイト、面会者（表2-6）からの聞き取り内容である。

表2-6 開発パートナーの面会者リスト

機関名	名前	Title/Position
UNICEF	Kennedy Ongowae	Officer in Charge, Health Section
WB	Wacuka Ikua	Senior Operations Officer
	Ramana NV Gandham	Lead Health Specialist
DANIDA	Rhodah Njuguna	Programme Officer
USAID	Peter Waithaka	Human Resource for Health Specialist
	Maurice Maina	HIV Care & Support Specialist

(1) UNICEF

CHS への直接的な支援は行っておらず、HSSF を通じて間接的な支援を実施している。今後は UNICEF 以外の開発パートナーも、HSSF を通じて CHS にかかわる協力を実施する方向性を志向している。表 2-7 に示すように、HSSF に対しては今後 4 億 8,000 万 Ksh (3 年間) の拠出を行う予定である (MoPHS からの情報)。コミュニティヘルスにかかわる活動については、UNICEF ケニアの 4 つのカントリープログラム (①Child Survival and Development、②Education and Young people、③Child Protection、④Policy, Planning, Advocacy and Communication) の中で実施している。CHW への金銭的報酬については、HSSF の資金を活用して行うことを積極的に主張している。CHW の離任については、自然の現象と考えており、特に介入予定はない。調査・研究事業に関しては、2010 年に CHS の効果に関して、CU の有無と各種保健指標とを比較分析した評価報告書 “Evaluation Report of the Community Health Strategy Implementation in Kenya” を作成 (Promotive Health Consultants への委託研究) している。

(2) WB

UNICEF と同様、CHS への直接的な支援は行っておらず、HSSF を通じて間接的な支援を実施している。HSSF に対しては今後 3,400 万 US ドル/年間の拠出を行う予定 (WB 内部文書による情報) である。HSSF については、HSSF からレベル 2、3 の保健施設へ流れる資金は、レベル 1 のコミュニティ活動と関連をもたせることが肝要であり、特に保健施設がコミュニティにおけるアウトリーチ機能をもつことが重要と主張している。CU のスケールアップに関しては、CU の効果やインパクトに係るエビデンスを得ることが重要と考えている。CU の M&E については、定期的な (月ごとが理想であるが、最低でも四半期ごとの) M&E が不可欠であると主張している。WB が、HSSF とリンクさせて「ケ」国全施設での普及を計画している Score Card についても、施設だけではなく、コミュニティレベルでの活動の評価項目を設けることを計画している。ただし、個別の評価項目については、各施設において柔軟性をもたせる予定とのことである。調査・研究事業に関しては、2009 年に CHS の実施状況に係る報告書 “Review of the Implementation of the Community Health Strategy in Kenya” を MoPHS と共同で作成 [ナイロビ大学コミュニティヘルス学部 (Department of Community Health, College of Health Sciences, University of Nairobi) への委託研究] した。

(3) DANIDA

CHS への直接的な支援は基本的に行っていないということであったが、コースト州など一部の州においては CU の立ち上げを支援している。また、HSSF を通じて間接的な支援を実施している。HSSF に対しては今後 1.8 億 Ksh (半年間) の拠出を行う予定 (DANIDA 面会者からの情報) である。HSSF に関して、2010 年 9 月頃に MoPHS に技術アドバイザーを派遣する予定とのことである。CHW への報酬を HSSF の資金を活用して行うという UNICEF が支持している案については、CHW の成果を測る明確な評価基準が「ケ」国政府によって設定されるのであれば支出してもよいという意向である。

(4) USAID

CHS への直接的な支援として、USAID ケニアの旗艦プログラムである APHIA II の契約相手である各州のパートナー団体を通じて、CU の立ち上げやその活動（CHW への報酬含む）を支援している。具体的な支援内容については、契約時のパートナー団体からの提案によるため、地域によって異なっている。2010 年に APHIAII が終了を迎えることから、2011 年 6 月より 5 年間の予定で APHIA+（プラス）の開始を計画中である（2010 年 7 月時点で選定手続きの段階）。同プログラムの内容に関して、APHIAII では保健サービス・提供に比重を置いていたが、APHIA+では保健システム強化により焦点を当てる予定である。また、APHIA+は Social Determinants of Health を新たな柱として採用するため、APHIA+の活動内容として、コミュニティベースの活動を多く取り入れると同時に、保健医療のみならず、教育、社会的保護といった要素も活動として盛り込む予定としている。CHS に係る新しい政策方針やガイドラインに関しては、調査時の MoPHS 案である州別の人口密度を唯一の基準とするのではなく、各コミュニティの多様性や地域的な疾病構造をも加味したアプローチを導入すべきと主張している。USAID は APHIAII 以外にも中央政策レベルにおいて CHS の有効性を検証するオペレーションズ・リサーチや ICC の強化についての支援を行う予定である。HSSF に対しては調査時資金供与しておらず、今後もその予定はない。HSSF に対する見解としては、コミュニティレベルでの活動促進に期待を抱く一方、立地や規模が大きく異なる保健施設に対して一律同額の資金を流す現行の方式は、公平性の面で問題があると考えている。ICC に関しては、これまで事務や連絡・調整作業が十分に機能していなかったため、より効果的に機能することを希望している。

表 2-7 HSSF への拠出額

機関名	額（期間）
UNICEF	4 億 8,000Ksh（3 年間）
WB	3,400 万 US ドル（年間）
DANIDA	1.8 億 Ksh（半年間）
USAID	なし

(5) GAVI

GAVI は独自に Health System Strengthening Grant として、「ケ」国政府に対して 4 年間で計 990 万 US ドルの支援を行っている（内訳としては、2007～2008 年：3,741,500 US ドル、2008～2009 年：2,964,000 US ドル、2009～2010 年：3,197,500 US ドル）。活動内容としては、CU の立ち上げ、予防接種、保健人材の雇用などである。GAVI による協力では、多くの CU において CHEW への給与支払いも行われている。

(6) その他

GTZ が HSSF への資金拠出に興味を示している。

第3章 調査結果

3-1 プロジェクト形成の経緯

3-1-1 プロジェクトの策定手順

- (1) 「ケ」国政府が要請書を提出（2009年8月）（→表3-1 A案）。なお、要請書は、2008年6月にキスムでのPCMワークショップ（問題分析・目的分析）を経て作成された。
- (2) MoPHSがJICAコミュニティ戦略政策アドバイザーの支援のもと、要請書に基づいて上記（1）の「協力枠組み（案）」を更新（→表3-1 B案）
- (3) 本調査開始直後に、「プロジェクト目標」及び「アウトプット」に関する協議を実施。双方でおおむね合意（→表3-1 C案）。
- (4) 上記（3）の枠組みを念頭に、以下のとおり PHMT・DHMT を対象として、CHS 実施に係る課題について情報を収集
 - ①ニャンザ州における PHMT・DHMT との参加型 PCM ワークショップにおいて問題分析と目的分析、及び州政府とのフォーカスグループディスカッションを実施
 - ②コースト州における Provincial Stakeholders Meeting for Community Health Strategy にオブザーバーとして参加
 - ③ナイロビ州の PHMT・DHMT と協議
 - ④北東州の DHMT と協議
- (5) 上記（4）の結果を MoPHS に報告した上で、グループワークにより各アウトプットにつき活動を設定。グループワークに先立ち、上記（3）でおおむね合意していた「プロジェクト目標」と「アウトプット」を双方で見直し。
- (6) 協議を通じてプロジェクトの枠組みを合意（「表3-3 プロジェクトの枠組み」参照）。

3-1-2 最終版プロジェクト枠組み策定に至るまでの変遷

表3-1に、「ケ」国政府による要請書（A案）から修正版2（C案）までのプロジェクト枠組みの変更の推移を、また表3-2に、C案から最終版に至る変更点とそのポイントをまとめた。

表 3-1 コミュニティ戦略強化プロジェクト (Project for Strengthening Community Health Strategy in Kenya) 枠組み形成の推移

	(A) 「ケ」国政府による要請書 (2009年7月29日)	(B) 修正版1 (2009年6月現地調査前)	(C) 修正版2 (2009年6月現地入り後の MoPHS との 第1回協議に基づく調査団ドラフト案)
上位目標	Strengthening system for primary health services at all levels in Kenya.	Systems for primary health services at all levels in Kenya are strengthened.	Systems for primary health services in Kenya are strengthened.
プロジェクト目標	To strengthen health systems to roll out the Community Strategy country-wide and improve policy and guideline through model implementation in selected districts	To strengthen national capacities for role out of the Community Health Strategy through health system approach.	Mechanism for roll out of Community Health Strategy is strengthened.
アップデート	Improved coordination, communication and advocacy on community strategy. Improved human resource development and management at levels 1-3. Strengthened community based M&E system and Operations Research. Strengthened linkages between community health services and health facility services (level 2 and 3). Strengthen linkages between community Strategy and other Community based interventions e.g. school Health, Community nutrition etc.	Improved coordination, communication and advocacy on community strategy. Improved human resource development and management at levels 1-3. Strengthened community-based M&E system and Operation Research. Strengthened linkages between community health services and health facility services (level 2 and 3). Strengthened linkages between community strategy and other community-based interventions e.g. school Health, Community nutrition etc.	Policies, guidelines and tools for CHS implementation are developed and revised. Human resource development for levels 1 is improved. Community-based M&E system is strengthened. Current CHS policy, guideline, tools is examined through model sites and fed back to the policy.

(A) → (B)

プロジェクト目標を (A) 「CHS の実施に係る中央政府レベルの政策・ガイドラインがプロジェクトモデルを通じて改善される」から (B) 「保健システムアプローチを通じて、CHS を展開するための中央政府の能力を強化する」と変更した。中央政府のキャパシティとしては、「政策・ガイドライン策定」、「モニタリング&評価」、「サポート・スーパービジョン」が想定されていた。これにより、プロジェクトの主眼を中央政府のキャパシティ・ディベロップメントに置くことがプロジェクト目標に明確に反映された。

(B) → (C)

(B) ではプロジェクト目標がアウトプットの言い替えになっていた (プロジェクト目標が意図する中央政府のキャパシティがアウトプットとして設定されていた) ことから、プロジェクト目標のレベルを上方修正した。更に (B) では、各アウトプットの下に、中央政府のキャパシティ強化のための活動とモデルサイトを対象とした両方の活動が混在していたため、モデルサイトを対象にしたアウトプットを独立して設定した上で、強化すべき中央政府のキャパシティに着目して3つのアウトプットを再整理した。これにより、プロジェクトで設定したサイト (アウトプット3) の役割、及びサイトと中央政府 (アウトプット1、2、4) を結ぶメカニズムが明確化され、プロジェクト目標へのシナリオが明確となった。

表 3-2 C案から最終版への変更点とそのポイント

修正案 2 からの変更点		変更ポイント
上位目標	Systems for primary health services in Kenya are strengthened. → Roll-out of effective Community Health Strategy (CHS) implementation is accelerated.	・プロジェクト終了後 3~5 年で達成されるべきレベルに下方修正
プロジェクト目標	Mechanism for roll out of Community Health Strategy is strengthened. → Evidence-based policy cycle for implementation of CHS is strengthened through national capacity development.	・プロジェクト目標でいうところの「メカニズム」が何を指しているのかを明確化 ・本件の主眼が中央政府のキャパシティ・ディベロップメントにあることを明記
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・ Output 1: Policies, guidelines and tools for CHS implementation are developed and revised. (変更なし) ・ Output 2: Framework/guidelines/tools for CHS Monitoring & Evaluation (M&E) are in place. ・ Output 3: Policies/guidelines/tools for CHS are tested through operations research and fed back for policy review ・ Output 4: Resources for better CHS are mobilized through improved coordination and advocacy 	・「ケ」国における保健行政の将来的な地方分権化の進展も想定した上でプロジェクトの直接的ターゲットグループである MoPHS に求められる機能に着眼し、Leading (アウトプット 1)、Checking (アウトプット 2 と 3)、 Supporting (アウトプット 4) に再整理

3-1-3 プロジェクト形成に際しての考察事項

(1) プログラムとの関係

1) プロジェクトの上位目標レベルプロジェクトの上位目標は、通常はプログラム目標に相当する。しかしながら、本プロジェクトの上位目標はこの限りではなく、プログラム目標よりも上位目標のレベルを低く設定している⁴。本プロジェクト開始の約 1 年後には現行プログラムが終了してしまうのがその理由である。なお、次期プログラムの期間を 2013~2018 年 (5 年間)、本プロジェクトの期間を 2011 年 1 月~2013 年 12 月と想定すると、本プロジェクトの上位目標=次期プログラム目標の関係が成り立つ。これは、上位目標はプロジェクト終了後 3~5 年で達成されるべき目標であるため、本プロジェクトの上位目標は 2018 年までに達成されるべき目標となるからである。

⁴ 「プライマリーヘルサーサービス向上のための保健システム強化プログラム」ではプログラム目標を「プライマリーヘルスサービシスに係る保健システムの中央政府からコミュニティに至るレベルにおける強化」としている。指標は、プログラム計画書には明記されておらず、不明。右プログラム目標を達成するために、4 つのプログラムの成果 (アウトプット) が設定されている: ①中央政府からコミュニティレベルのすべてのレベルにおける保健行政構造やマネジメントチームのプライマリーヘルスに係るマネジメント能力の強化、②すべてのレベルにおけるプライマリーヘルスに係る人材の技術的能力の強化、③プライマリーヘルスに係るアドボカシー、予防促進の強化、④プライマリーヘルスに係るインフラや機材の向上

2) 他スキームとの連携

当初、個別専門家「コミュニティ戦略政策アドバイザー」は本プロジェクトに移行する予定であり、個別専門家「タイタ県コミュニティヘルス強化」や青年海外協力隊とも現場での連携を行う予定であった。しかしながら、調査の結果、以下のとおりとする。

- ①政策アドバイザー派遣を通じて、本プロジェクト開始のためのプラットフォームが出来たことの意義は大きく、その成果は本プロジェクトに受け継がれることとする。
- ②タイタ県の個別専門家（2009～2011年）は、タイタ県公衆衛生局のマネジメント能力強化を通じてCHS実施を促進することを目的として活動している。本調査実施中には、州内におけるCHSの経験を共有し、今後のより効果的な戦略実施を検討することを目的として第1回州関係者会議が実施されている。このような経験は、本プロジェクト実施に反映される見込みである。
- ③協力隊との連携については、当該プロジェクトのアプローチや主眼にかんがみ、当面はプロジェクトの中での直接的な連携ではなく、プログラム内での緩やかな協力によって、プログラム目標への貢献をめざすのがより適切である。

(2) プロジェクト期間

プロジェクト期間については、当初の「ケ」国政府の要望は4年間であったが、主に以下の理由により3年とした。

- ①CHS分野は動きが速いため、動向をレビューし枠組みを変更するタイミングとして、4年よりは3年とすることが望ましい。
- ②「ケ」国の現行保健政策は2013年に終了する。これに準じ、国連機関のカントリープログラムも2013年に終了する。本プロジェクトの実施サイクルをこれらに揃えることによって、協力計画・実施の遂行が容易になり、また、他開発パートナーとの協力を通じた本プロジェクトの「ケ」国保健政策目標達成への貢献度が高まる。また、TICAD IVは2012年に終了・評価が行われる。これは、本プロジェクトが2011年1月に開始されたと想定した場合、おおよそ中間レビュー時に相当する。また、JICAプログラムの終了も2012年であることから、本プロジェクトの中間レビュー時に、プロジェクトの枠組みをTICAD Vの内容や次期JICAプログラムに照らし合わせて修正することが可能となる。

3-2 プロジェクトの概要

本プロジェクトは、「ケ」国においてCHSの効果的な実施をスケールアップする（上位目標）ために、MoPHS/DoPHSの能力強化（アウトプット）を通じて、CHS実施のための実証に基づく政策策定サイクルを強化する（プロジェクト目標）ことをめざす。

表 3-3 プロジェクトの枠組み⁵

上位目標	効果的なコミュニティヘルス戦略（CHS）の実施が加速する。
	指標 機能している CU の数が増加する。
プロジェクト目標	公衆衛生省の能力強化を通じて、CHS 実施のための実証に基づく政策策定サイクルが強化される。
	指標 1. CHS 実施の結果に基づいて修正あるいは更新された公文書数 2. CHS 実施の結果に基づいて修正あるいは更新された政策関連配布数 3. CHS 実施の結果に基づき政策として採用された新しいアプローチ数
アウトプット	アウトプット 1 CHS 実施（Operation）のための政策・ガイドライン・ツールが開発・改定される。
	指標 1-1 開発された CHS 実施のための政策・ガイドライン・ツールの数 1-2 改定された CHS 実施のための政策・ガイドライン・ツールの数 1-3 ICC に提出された政策変更に関する通知文書
	アウトプット 2 CHS モニタリング・評価のための枠組み・ガイドライン・ツールが実施される。
	指標 2-1（アウトプット 3 の対象である）プロジェクトによる介入サイトにおいて、CHS モニタリング・評価のための枠組み・ガイドライン・ツールが使用されている。 2-2（アウトプット 3 の対象である）プロジェクトによる介入サイトにおいて、期限内に提出された完成された報告書の割合が増加する。
	アウトプット 3 CHS のための政策・ガイドライン・ツールの有効性がオペレーションズ・リサーチを通じて検証され、政策見直しプロセスに反映される。
	指標 3-1 費用対効果の高い CHS モデルが開発される。 3-2 オペレーションズ・リサーチ結果に基づき変更された政策に関する通知文書の数
	アウトプット 4 コーディネーションとアドボカシーが向上されることによって、より良い CHS 実施に向けた人的・財政的リソースが動員される。
	指標 4-1 CHS のための資金配分が増加する。 4-2 CHS のための標準プロトコルを順守しているパートナー数

⁵ 調査終了時点のもの。最終的には事前評価表にて変更。

活動	<p>1-1 CHWs のパフォーマンス指標を開発し、レベル 1 におけるサービスを HSSF にリンクさせる。</p> <p>1-2 CHWs と CHEWs の現状を分析し、彼らの残留率を高めるための計画を作成する。</p> <p>1-3 現行の CHWs と CHEWs 向けトレーニングパッケージを改定・更新する。</p> <p>1-4 CHS に関するコミュニケーション戦略を開発する。</p> <p>1-5 プロジェクト実施の結果に基づいて CHS 実施のための政策・ガイドライン・ツールを改定する。</p> <p>2-1 M&E 枠組み・ガイドライン・計画を開発する。</p> <p>2-2 M&E を見直す。</p> <p>2-3 開発した M&E ガイドラインを試行し、ツールを改定する。</p> <p>2-4 プロジェクト介入地域において M&E ツールを印刷・配布する。</p> <p>2-5 M&E 活動を通じて収集されたデータを分析する。</p> <p>2-6 M&E 結果を関係者と共有する。</p> <p>3-1 コミュニティヘルスに関する体系的机上レビューを実施する。</p> <p>3-2 CHS Technical Advisory Committee 及びその他関係者と定期的に協議を行う。</p> <p>3-3 上記 3-1 と 3-2 を通じて研究プロトコルを作成し、プロジェクトの対象サイトを選定する。</p> <p>3-4 プロジェクト対象サイトにおいて調査（ベースライン調査・エンドライン調査）を実施する。</p> <p>3-5 上記 3-3 で作成した研究プロトコルに沿って、プロジェクト介入サイトにおいて CU を設立することを支援する。</p> <p>3-6 研究に関するデータ及び文書を分析し、結果を発信する。</p> <p>4-1 CHS ICC が効果的なコーディネーションを実施するために TOR を策定する。</p> <p>4-2 CHS ICC の下に結成されている TWG を通じて、CHS 関連情報を発信する。</p> <p>4-3 国家 CHS レビューを現行の保健セクターパフォーマンスレビューに統合させる。</p> <p>4-4 パートナーのための CHS 実施プロトコルを作成する。</p> <p>4-5 CHS に関する州ステークホルダー・フォーラムを開催する。</p> <p>4-6 CHS に関する経験の共有を目的として、国内において相互訪問やスタディ・ツアーを実施する。</p>
外部要因	
<p>【前提条件】 特になし</p> <p>【アウトプット達成のための外部条件】 プロジェクト対象地域の治安が、活動に悪影響を及ぼすほどに悪化しない。</p> <p>【プロジェクト目標達成のための外部条件】 CHS が保健セクターにおける優先事項であり続ける。 CHS にとって好ましいパートナー状況であり続ける。</p> <p>【上位目標達成のための外部条件】 ケニア国内の政局や経済状況が急激に悪化しない。 CHS 実施のためのケニア政府による予算配分が改善・維持される。</p>	

3-3 プロジェクトの協力アプローチ

3-3-1 「実証に基づく」CHSのスケールアップ支援

CHSは2006年6月に策定され、その後2007年3月にはガイドライン（Community Strategy Implementation Guidelines for Managers of the Kenya Essential Package for Health at the Community Level）が発行されている。CHSでは、人口5,000人につき1つのCUを立ち上げる、1CUにつき50名のCHWを配置すること、CHW1人で100人を担当すること、などが定められている。しかしながら、右モデルは、地域的な特性や人口密度の違いを考慮していない単一モデルであることから、その有効性については疑問視されている。2010年7月に発表された改定案では、「ケ」国内の8つの地域（北東州、イースタン州、コースト州、リフトバレー州、セントラル州、ニャンザ州、ウエスタン州及びナイロビ州）を人口密度に応じて4つのカテゴリーに分類しており、各カテゴリーで、1CUにつき配置するCHW数、1人のCHWが担当するコミュニティ人口に差を設けた。しかしながら、こうしたモデルの有効性ははまだ検証されていないことから、「ケ」国政府としては、各モデルの有効性を検証することで、実証に基づいてCHSと同戦略実施のためのガイドラインを改定するとともに、ツールを開発したい考えである。プロジェクト終了までには、実証に基づいてCHSの効果的なスケールアップに必要とされる「費用対効果の高いCHSモデル」を開発することをめざしている。なお、CHS分野への支援のうち、調査時点でガイドライン策定を支援している開発パートナーはいないことから、本プロジェクトによる支援の意義は大きい。

3-3-2 中央政府の3機能に着眼したアウトプット設定

本プロジェクトの直接的ターゲットグループはMoPHSであり、プロジェクトはMoPHSのキャパシティ強化を通じてCHSのスケールアップを支援することを主眼とするとの方針にのっとり、アウトプットは、「ケ」国における保健行政の将来的な地方分権化の進展も想定した上でMoPHSに求められる3つの機能（Leading、Checking、Supporting）に対応した内容になっている。具体的には、Leading機能としてアウトプット1（政策／ガイドライン／ツールの開発・改定）、Checking機能としてアウトプット2（モニタリング・評価枠組み／ガイドライン・ツールの実施）及びアウトプット3（開発した政策／ガイドライン／ツールの開発の有効性の検証）、Supporting機能としてアウトプット4（コーディネーションとアドボカシーによるリソースの動員）、と整理した。

3-3-3 政策策定プロセスとオペレーションズ・リサーチをつなぐメカニズムの構築

本プロジェクトでは、MoPHSの機能であるChecking機能にオペレーションズ・リサーチを含め、主要コンポーネントとして独立したアウトプット（アウトプット3）として設定したことが特徴である。これにより、プロジェクトにおけるアウトプットの位置づけ・役割が「開発された政策・ガイドライン・ツール（アウトプット1と2）の有効性を検証する」として明確化されただけでなく、プロジェクト内に政策策定プロセス（中央レベル）とオペレーションズ・リサーチ（コミュニティレベル）の活動をつなぐメカニズムが構築されることになる。アウトプットは、プロジェクトがめざす「実証に基づく」効果的なCHSのスケールアップのためには不可欠であり、本アウトプットが達成されれば、プロジェクト目標、ひいては上位目標達成への大きな貢献が見込まれる。

オペレーションズ・リサーチの対象（Selected Sites）としては、「ケ」国側は合計 12 サイトとしたい意向である。その内訳は、①人口密度によって分類される 4 つのカテゴリーから各 1 サイト（計 4 サイト）を「プロジェクトによる介入サイト」（Selected Intervention Sites）として選定、②各介入サイトのある地域において 2 つのコントロールサイトを選択〔i) 既存モデル（全国一律の規範）に基づいて CU が設置されているサイト、ii) CU が未設置のサイト〕、である。つまり、各々のカテゴリーの中に、①「プロジェクトによる介入サイト」、②既存モデルに基づいて CU が設置されているサイト、③CU が未設置のサイト、の合計 3 カ所のサイトが選定されるため、3×4 カ所（人口密度ごとのカテゴリー）の合計 12 カ所となる。本調査中にはサイトの選定基準についての協議を行い、サイトの選定に関しては、プロジェクト開始後に「ケ」国側・日本側の双方で研究プロトコルを作成する（活動 3-3）際に協議を経て決定することで合意した。

アウトプット 3 の活動の詳細は、詳細計画策定調査中には設定せず、研究プロトコル作成を通じて設定する予定である。研究プロトコル策定に際しては、アウトプット 2 で策定された M&E の枠組みに沿って収集された情報や、アウトプット 4 の下での各種フォーラムを通じて得られる情報や既存の調査研究結果を総合的・体系的にレビューした上で、効果的な CHS 実施に必要な要素を確定するが、そうした作業を通じて MoPHS の Checking 機能が強化されることが期待されている。よって、アウトプット 3 についても、他アウトプット同様に、MoPHS のキャパシティ強化に主眼を置いたものであり、オペレーションズ・リサーチのすべてのプロセスに省内の人材を巻き込み、プロジェクトにおける各活動については、省内フォーカルパーソンを中心として構成されるタスクチームが日本側の支援を得て実施することを基本とする。また、国内・域内の大学・研究機関の協力を得る可能性についても検討する。

3-3-4 自立発展性を確保する工夫

MoPHS の機能のうち、Supporting 機能を強化するためのアウトプット 4（コーディネーションとアドボカシーによるリソースの動員）は、プロジェクト期間中に「実証に基づく」効果的な CHS 実施モデルを開発する（アウトプット 1、2、3）ために必要なアウトプットであるだけでなく、有効性が実証された CHS モデルを「ケ」国内に普及させる（上位目標）プロセスにおいて重要な役割を果たすものである。

本アウトプットの下で設定されている活動は、MoPHS のコーディネーション能力強化に関するものとアドボカシー能力強化に関するものに大きく分けられるが、プロジェクトを通じて両能力が強化された結果、「ケ」国政府によって CHS のスケールアップに必要な人的・財政的リソースを動員することが可能になることから、プロジェクト終了後の自立発展性を確保するものとなっている。

MoPHS のコーディネーション能力を通じたリソースの動員に係る活動としては、国家レベル唯一のコーディネーション機関である ICC の機能を強化すること（活動 4-1）、国家 CHS レビューを現行の保健セクターパフォーマンスレビューに統合させること（活動 4-3）、パートナーのための CHS 実施プロトコルを作成すること（活動 4-4）、CHS に関する州ステークホルダー・フォーラムを開催すること（活動 4-5）、と設定されている。こうした活動をプロジェクトが支援することによって、CHS を担当する DoPHS コミュニティヘルスサービス課が単独ではなし得ない MoPHS 内部と開発パートナーの動員が可能になることの意義は大きい。

他方、アドボカシー強化を通じたリソースの動員に係る活動としては、ICC の下で主要開発パートナーによって構成されている各種 TWG に対してプロジェクト活動で得られた CHS 情報を発信すること（活動 4-2）と CHS に関する経験の共有を目的として、国内において相互訪問やスタディ・ツアーを実施すること（活動 4-6）が設定されている。前者については、アウトプット 3 において有効性が実証されたモデルを他開発パートナーに対してマーケティングし、他機関の財政支援によって CHS のスケールアップを図るという、出口戦略が反映されたものとなっている。

3-3-5 TWG の枠組みを活用した他開発パートナーとの協力促進

本プロジェクトでは、既存の援助枠組みである TWG の活動と歩調を合わせた支援を行う。調査時 6 つの TWG が構成されており、今後本格的な活動を行うタイミングにあること、TWG の大半は本プロジェクトで設定したアウトプットの活動と直接的な関係があることから、既存の枠組みを活用することで、効率的な各アウトプットの達成が見込まれる。

表 3-4 TWG と本プロジェクトとの関係

	TWG	直接的に関係のあるアウトプット（主活動）
1	Human Resources and Capacity (Development of Community Strategy Curriculums and Training Manuals)	アウトプット 1 (活動 1-3)
2	Motivation of Community Health Workers	アウトプット 1 (活動 1-2)
3	Advocacy and Communication Strategy	アウトプット 1 (活動 1-4)
4	Monitoring & Evaluation Framework and Data Collection Tools	アウトプット 2 (活動 2-1、2-2)
5	Identification and Customizing of Key Health Messages	-
6	Linkage with Level 1-3 for Health Sector Service Fund	アウトプット 1 (活動 1-1)

以上 5 つのアプローチをまとめた「プロジェクト概念図」を図 3-1 に示す。

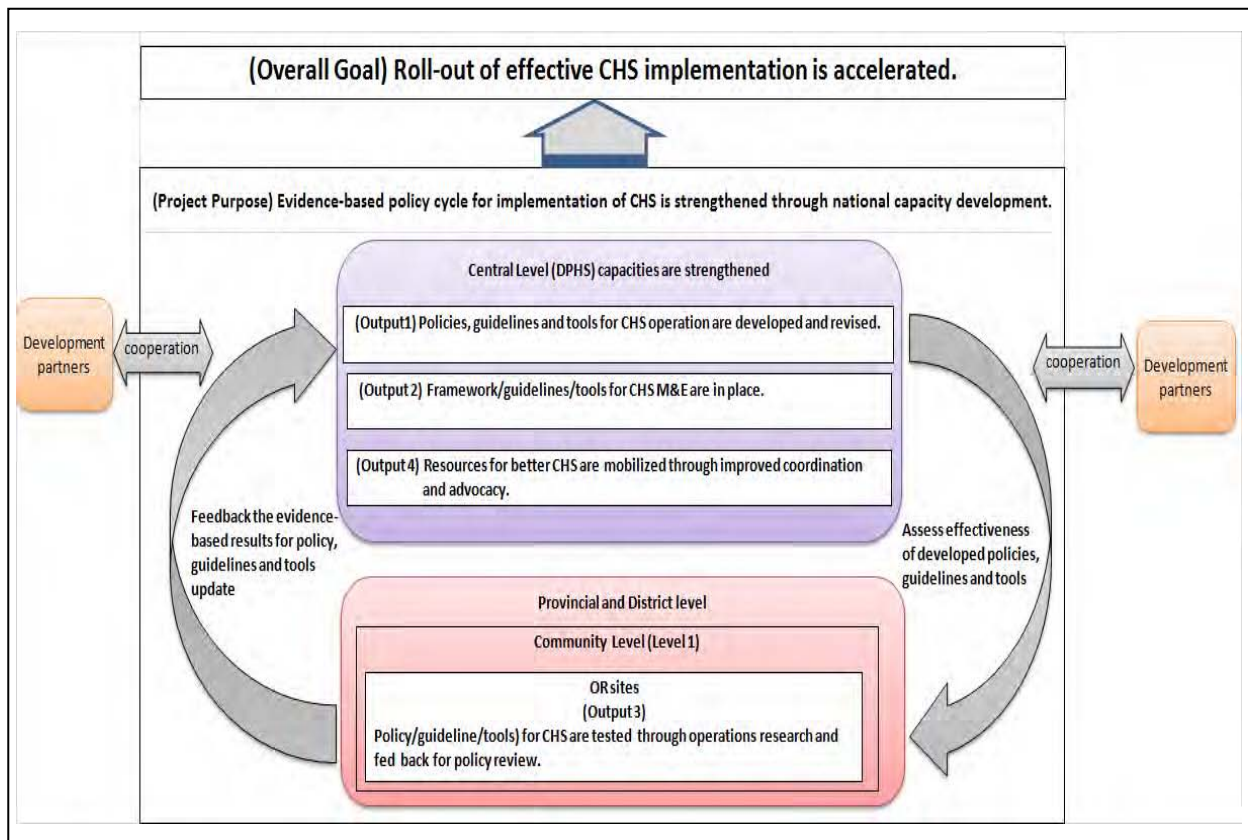


図 3 - 1 プロジェクト概念図

3-4 「ケ」国側のプロジェクト実施体制

3-4-1 実施主体

MoPHS/DoPHS を「ケ」国側実施機関とし、同局コミュニティヘルスサービス課及び対象州、県の PHMT・DHMT と共に実施する。また、プロジェクトは、次の役職のリーダーシップの下に実施される。

- (1) プロジェクトディレクター：プロジェクト管理と実施全体の責任を負う。

担当者：MoPHS 総局長

- (2) プロジェクト副ディレクター：プロジェクトディレクターの補佐として、プロジェクト管理と実施全体の責任を負う。

担当者：MoPHS/DoPHS 局長

- (3) プロジェクトマネジャー：プロジェクト運営と技術面での責任を負う。

担当者：MoPHS/DoPHS コミュニティヘルス課課長

また、技術面（コミュニティヘルス、コミュニケーション&アドボカシー、オペレーションズ・リサーチ、M&E など）に関しては、同課スタッフが支援する。

3-4-2 コミュニティヘルス課の構成

CHS の担当部署であるコミュニティヘルス課は 7 ユニット（Capacity Building、Advocacy、Community Health Management Information System、Emerging Issue、Community Health Nutrition、

Management of Minor Illness、Community Water and Sanitation) で構成されている。構成人員は調査時点で3名から11名(インターン1名含む)に増員され、CHS展開の優先順位の高さを示している。

3-5 技術的観点からの留意点

3-5-1 CHS

CHSはレベル1の活動の基本方針となるだけでなく、「ケ」国国家の開発政策においてもフラッグシップとして重要な位置にある。そのような国家戦略を全国で実施展開していくために、DoPHSはリーダーシップを発揮し、政策・制度の構築、モニタリング・評価の実施、安定した予算確保を推進していかなければならない。本プロジェクトがこのような国家政策に深くかかわっていくにあたり、政策・制度の構築には各関係者と連携し既存のシステムの活用・活性化に重点を置く必要がある。CHSに係る政策・制度の構築や実施のプロセスには、「ケ」国政府だけでなく多くの関係者が関与している。例えば、政策・制度(ガイドラインやツールも含む)の立案などの際に、MoPHSはICCを通じて開発パートナー、学術研究機関、保健セクターNGOネットワーク(Health NGOs Network: HENNET)などさまざまな関係者と連携・協力し、必要に応じてTWGを設けて課題対応に取り組んでいる。したがって、本プロジェクトは、その既存のシステムを最大限に活用するだけでなく、更に活性化していくことが期待されている。そしてその体制を主導できる人材・組織の能力を強化するためには、C/P個人及びDoPHSのキャパシティアセスメントは重要であり、常に現状を見極めながらC/Pのキャパシティ・ディベロップメントをめざしていかなければならない。C/P自らがCHSに係る課題を特定し、目標を設けて、それを達成していく課題対処能力が身につくようになる、というプロセス全体の視点で本プロジェクトを実施していくことが重要である。

次にCHSに係るコミュニケーション・アドボカシー戦略の必要性が挙げられる。CHSが打ち出されて3年以上経ったものの、本戦略の位置づけや内容に関して多くの関係者間で理解や共有が十分されているとはいえない。例えば、最終受益者である住民の一番近い保健医療施設は必ずしも診療所や保健センターというわけではなく、ナイロビなどの大都市に住む住民の場合は中央病院になることもある。その場合でも、CHWは住民と保健サービス提供者をつなぐ役割があるものの、医療サービス省管轄の病院関係者の多くはいまだCHSの概念について十分理解していないことから、リファラル(上位医療施設への紹介・患者転送システム)がうまく機能しない場合がみられる。また、MoPHS内の関係者、例えばマラリア対策やHIV/AIDSプログラムなど各プログラムでもCHSビジョンや本戦略からみた保健システム強化の概念などの共有は十分ではない。「ケ」国でこのような情報共有が不足しているボトルネックとして、関係者間の調整不足、情報共有/伝達・フィードバック体制が脆弱、各ターゲットのニーズやレベルに見合う情報が共有されていない、メディアの効果的な活用の不足、などがいわれている。このような状況に対応しながら、今後効果的なCHSの実施を行う上でも、CHSのコンセプトを中心に、各レベルの関係者に容易に分かるコミュニケーションの方策を検討していく必要がある。広範な関係者(間接・直接を含め)を対象にしたCHSの全国展開には、コミュニケーション戦略は更に重要となってくる。

3-5-2 保健システム

- (1) CHS では保健医療サービスの利用者である住民と、サービスの提供者である保健医療施設とをつなぐ機能の強化が求められている。CHS の中心となる CHW については、マラリア (ACT の処方) やエイズ対策 (家庭でのケア) など、一部サービスの提供者としての役割も期待されている。特に、保健医療施設への物理的なアクセスの制約が大きい地域では、関連法規など制度的制約の許容する範囲内で CHW のサービス提供者としての側面をより強調する必要があるとあり、全国一律の基準で縛るべきではないと考えられる。しかしながら、CHS の中心的な役割は、サービス提供を代替することよりも、住民と保健医療サービス提供者をつなぐことにある。保健医療サービス提供の観点からの留意事項は、この点にあるといえる。
- (2) 住民と保健医療施設をつなぐという観点からは、地域ごとに異なる施設での保健医療サービス提供能力及び保健医療サービスの利用状況を分析し、供給側の要因ではなく、主として需要側の要因によって利用が進んでいない保健医療サービス (例えば、出産・産後ケア、2 回目以降の予防接種、ART・DOTS による継続治療など)、普及が進んでいない健康増進行動 (例えば、適切な飲料水管理・手洗いなどの奨励、産後 6 カ月までの完全母乳保育、長期残効蚊帳の適切な使用など) を特定した上で、それらに集中して取り組みを行うことが効果的であると考えられる⁶。サービス提供の観点から、コミュニティ戦略が限られた投入によって、より高い効果を上げるためには、このようなコミュニティ診断とそれに基づく地域の状況に応じた戦略の柔軟な適用が必要であろう。
- (3) 保健ガバナンスの観点からの留意事項としては、既存の保健医療施設委員会 (dispensary committee、health center committee など)、一部の村落に存在する村落保健委員会 (village health committee)、コミュニティ開発委員会など他セクターにおけるコミュニティでのガバナンス機構と、CHS に従って新たに導入される CHC の関係・役割の整理の必要性が挙げられる。これらはいずれも参加型のガバナンスをコミュニティに近いレベルで推進するために制度化されているものである。しかしながら、これら委員会間の機能やメンバーシップには重複がみられ、すべての委員会が求められる機能を十分果たしているとはいえない現状である。ミリアム・ウエレ博士も指摘しているように、CHS の運用に際しては、地域ごとに異なるコミュニティのガバナンス機構の稼働状況を理解した上で、既存のガバナンス機構を最大限に活用する方策を考えるべきであり、CU ごとに CHC を設けるという規範についても柔軟な適用を認めるべきであろう。また、CHC を設ける場合にはその代表者が地域を管轄する保健医療施設の HFMC にも参加することを義務化するなどガバナンス機構の面からコミュニティと保健医療施設の結びつきを強化すべき、との WB のガバナンス専門官の意見も傾聴に値する。

⁶ その意味では、継続ケアに焦点を当てた指標 (例えば、DTP1 から DTP3 までのドロップアウト率、ART・DOTS の治療中断率、妊産婦健診と出産ケア受診率のギャップなど)、あるいは人々の行動変容に焦点を当てた指標 (完全母乳保育率、長期残効蚊帳使用率など) は、CHS のパフォーマンスを測定する指標としてより適していると考えられる。もちろん、これら指標は CHS 以外の要因にも左右されるため、その効果だけを純粹に切り分けることはできない。あくまでも、CHS のパフォーマンス指標として、他のパフォーマンス指標と比して相対的により適しているという意味にすぎない。

- (4) 保健財政の観点からの留意事項としては、CHS を持続的に拡大・運営していくための資金源の確保が挙げられる。この点については、CU を最初に立ち上げるための初期投資コストと、設立された CU を運営していくための経常コストに分けて考える必要がある。後者については、「ケ」国政府の 2010/2011 会計年度から導入が予定されている HSSF の資金活用が期待され、そのための制度づくりの後押しを本プロジェクトが支援する計画である。しかしながら、HSSF を通じた資金配分も、成果に応じ、診療所に対しては年間 10 万 Ksh、保健センターに対しては年間 45 万 Ksh を上限として予定されており、これら金額から、保健施設で働く関係者の追加的報酬、保健施設によって提供されるサービス改善のための投資に係る費用を捻出することを想定すると、レベル 1 に対する追加的報酬及びサービス改善のための投資に向けられる予算は決して大きくないことに留意した制度設計が必要である。CU 設立のための初期投資については、「ケ」国政府予算のみによる自立的な展開で急激な拡大を図ることは不可能であり、本プロジェクトが支援する根拠に基づく政策・ガイドラインの整備や保健システムの各レベルにおける調整機能の強化を通じて、他の開発パートナーを巻き込んでいくことが現実的には不可欠であろう。
- (5) 保健人材の観点からの留意事項としては、CHW の役割と処遇についての制度整理の必要性が挙げられる。上述したように、CHW の基本的な位置づけは、住民と保健医療サービス提供者をつなぐものであり、代替的医療サービス提供者ではない。「ケ」国は、周辺国に比して専門職の育成体制が整っており、専門職が多いことから、非専門職へのタスクシフティングに対しては保守的である。しかしながら、コースト州の一部地域ではマラリア対策プログラムによって CHW による ACT 処方に係る研究が実施されているなど、CHW の代替的サービス提供者としての役割・可能性に対する期待も存在する。また、従来ボランティアと位置づけてきた CHW の処遇についても、業務量の増大及び離職率の高さなどにかんがみ、政府として謝金を提供する方向で改変される見込みである。その一方で、CHW に対する経済的報酬については、その必要性は認めるものの、政府の予算によって対処されるべきではなく、コミュニティがそれぞれの事情に応じて解決すべき問題であるとの見解もある。これらの問題については、HSSF を財源とする成果に応じたレベル 1 への経常的予算の流れの確立を除いては、本プロジェクトの協力範囲とはしていない。しかしながら、マラリア対策、エイズ対策、結核対策、栄養対策、母子保健、非感染症対策などのプログラム関係者、看護師・助産師委員会など専門職の資格制度にかかわる関係者、公務員庁、財務省など公務員の定員・給与財源にかかわる関係者を巻き込んだ調整により、これらを制度として整理していくことは、CHS を制度的に強化する上で、「ケ」国政府として取り組むべき重要な課題であるといえよう。PHT が他の業務と兼任していることが多い CHEW の専門職としての位置づけ、また GAVI の Health System Strengthening 資金によって臨時採用した CHEW の正規雇用への移行も、「ケ」国政府として早期に立場を明確にすることが求められている。
- (6) 保健情報の観点からの留意事項としては、施設ベースの情報を中心とする既存の HMIS とのインターフェースについての整理が挙げられる。上述した CHW の基本的位置づけに

かんがみ、アウトリーチを含めたサービス提供に係る情報は従来どおり保健施設での HMIS で収集し、その他の健康増進的活動及び CHW によるサービス提供が認められた情報を CHW を通じて収集する、というのが基本的な整理である。しかしながら、恒常的に実施する情報収集・報告活動をボランティアである CHW に担わせることは、政府として適切ではない。現実には、報酬の支払いを含めた CHW の役割についての制度化の流れに合わせ、また地域における多様性も加味しながら、作業負荷をいたずらに増大させることのないよう必要最低限の情報収集にとどめる方向で整理していく必要があるだろう。また、情報収集だけでなく、コミュニティにおける情報の分析及び活用についても、どこまで CHW に期待するのか整理が必要である。現状では、CHW が集めた地域の疾病や保健医療サービス利用に係る情報等を、チョークボードと呼ばれる黒板に記入して掲示することが CHS における標準的活動のひとつとされているが、このような活動が真に情報分析・活用に結びついているか（例えば、特定の疾病発生状況の徴候に早期に気づきコミュニティとして適切な予防措置を取る、など）、コミュニティレベルにおける情報の分析・活用を中心となるべきは誰か（CHW か、CHC か、CHEW か、など）など、検討が必要な課題である。これらは、本プロジェクトが取り組む CHS に係る M&E 強化の一環として取り込まれることとなる。

- (7) 保健技術・医薬品等供給の観点からの留意事項としては、CHW キットの継続的な発注・供給に係る制度の整備が挙げられる。本領域についてはプロジェクトの協力範囲として明示的には含まれていないが、保健医療施設による定期的な基礎的医薬品の発注の中に、CHW キットに係る医薬品等も含める方向で整理されていくものと考えられる。CHW キットに含まれる医薬品類については、CHW の役割の制度化の流れに合わせ、地域の多様性も加味しながら随時見直しが必要であろう。また、最新の CHW キットリストについては、治療行為に係る医薬品類については詳細に規定されているものの、IEC（Information, Education and Commnication）教材については1項目として含まれているのみである。CHS 及び CHW の主たる機能は住民とサービス提供者を結ぶところにあるとの認識に立つならば、現在「ケ」国国内で使われているさまざまな IEC 教材や行動変容コミュニケーションの手法を収集・整理し、テーマに応じた効果的な教材・手法を紹介・提供していく活動も必要となる。本プロジェクトが支援するプログラム横断的な調整機能の強化を通じて、このような取り組みも可能となることに期待したい。

全体に共通するのは、国としての規範を整備し標準化を進めることは、開発パートナーなどを含めた資源動員等の観点から必要であるが、その運用・適用に関しては、地域ごとの多様性に配慮し、活動の取捨選択・優先順位づけなど、柔軟な対応を認めることの必要性・重要性である。根拠に基づく政策サイクルの強化とは、「あるべき論」に拘泥せず、常に現実を直視し、現場から学ぼうとする姿勢を確立することにほかならない。今回調査において、JICA の個別専門家の支援によりコースト州で開催された CHS に係る州ステークホルダー会議の様子を観察する機会があったが、CHS の「ケ」国側責任部局関係者らは現場から学ぶことの重要性を認識しているものとうかがわれた。プロジェクトの開始前に先方主要関係者がそのような基本認識を有していることは、本プロジェクトから想定される成果を判断する上で大きなプラスとなる。

本プロジェクトが、そのような中央政府関係者の「現場から学ぶ姿勢」を更に高めることができるよう、期待するものである。

3-6 一般的留意事項

本プロジェクトの構成上の特徴は、オペレーションズ・リサーチの要素がアウトプットのレベルで明確に位置づけられている点である。しかしながら、本プロジェクトは CHS の加速的普及・拡大に必要とされる、根拠に基づく政策サイクルを実践する MoPHS の能力強化をねらったものであり、リサーチを実施して結果を出すことを目的としたものではないことに留意する必要がある。オペレーションズ・リサーチの実施は目的を実現するためのあくまでも手段のひとつであり、本プロジェクトはリサーチのためのプロジェクトではない。

本プロジェクトは、根拠に基づく政策サイクルを実践するために必要とされる（さらにいえば、CHS の加速的普及・拡大のために必要とされる）MoPHS の能力を、Leading 機能（すべての関係者に進むべき進路を提示・指導する機能。主として、政策・ガイドライン立案等を指す）、Checking 機能（進むべき進路に沿って物事が動いているかを確認する機能。主として、M&E・調査研究等を指す）、Supporting 機能（進むべき進路に沿って物事が動くよう関係者を支援する機能。主として、関係者調整・資源動員等）の3つの機能に大別し、アウトプットとして対応させることで、それらを包括的に強化することをねらっている。

オペレーションズ・リサーチの実践は、これら3つの機能のうちの Checking 機能を強化するためのひとつの取り組みとの位置づけであり、専門家の配置やプロジェクトの進め方を検討するに際しては、3つの機能の包括的かつ確実な強化を図ることに留意が必要である。新しい試みとして、「ケ」国側及び日本側双方共にリサーチ部分に目が奪われがちであるが、調査デザインでコントロールできるリサーチよりも、むしろ外部関係者との調整業務が多く、計画的に活動を進めることが難しい他のプロジェクト活動のほうが時間及び労力を要する可能性があることに留意すべきであり、派遣される専門家の資質としても、コミュニティヘルス（すなわち、感染症対策、栄養対策、母子保健等の主要保健プログラム全般）に係る技術的知見に加えて、高いコミュニケーション能力、調整能力が求められる。

他方で、オペレーションズ・リサーチの実践が本プロジェクトにおいて重要な位置づけを占めることは間違いない。従来の JICA プロジェクトにはあまりみられない活動であり、その実施を支える体制についても留意する必要がある。派遣される専門家にリサーチデザイン及び実践に造詣の深い有識者等を加える、類似の活動に実績を有する「ケ」国側研究者の協力を得る、などの対応を考慮すべきであろう。また、少数の地域を対象とするオペレーションズ・リサーチの結果は、多様性に富む「ケ」国にとって限られた政策的含意しかもたらさない点にも留意する必要がある。特に、サービス（技術）の効果そのものではなく、サービスの提供・利用促進のための戦略や体制整備の効果に焦点を当てた研究の結果をもって、同一戦略の他の地域における有効性を語ることは簡単ではない。政策サイクルとして確立するためには、リサーチ等から得られた情報及びその分析結果を一般化するプロセスが不可欠であるが、慎重な対応が求められる。

CHS を、「ヘルス」に力点を置いて保健医療サービスの利用拡大や健康増進的な行動変容を進めるための戦略として捉えるか、「コミュニティ」に力点を置いて保健医療をエントリーとした

コミュニティ変革のための戦略として捉えるか、という点については、今後も関係者によって見解が分かれる点であろう。「ケ」国において長年コミュニティレベルでの活動に従事し、第1回野口英世記念アフリカ賞を受賞されたミリアム・ウエレ博士などは、インタビュー結果を踏まえるならば、後者の立場に立っている。しかしながら、どちらの立場で CHS を捉えるかによって CHW や CHC に期待する役割も変わってはくるものの、実際にコミュニティレベルで行わなければならないことについては共通する部分が多い。例えばウエレ博士が重要視するコミュニティ・プリパレーション、コミュニティ・エントリーのプロセスは、どちらの視点に立っても極めて重要なプロセスである。中央の MoPHS を実施機関とする本プロジェクトとしては、CHS のコミュニティ変革の戦略としての側面にも留意し、ウエレ博士らの影響力を効果的に取り込みつつも、ヘルスの戦略として着実に効果を上げることをめざして活動を進めることが現実的であると考えられる。結果として見えてきたコミュニティ変革のヒントについては、他の JICA 事業等においても大いに活用すべきであろう。

「ケ」国の憲法改正の動きに伴う、中央省庁再編の動きや、行政の地方分権化の動きには、引き続き注視が必要である。しかしながら、地方分権化が一層進んだ場合にも、中央省庁に期待される能力として、Leading 機能、Checking 機能、Supporting 機能が重要であることに変わりはなく、むしろ Implementation 機能が分離されることによってそれらの重要性が一層明確になるものと考えられる。また、分権化が進展すると中央政府と現場との接点が希薄になることから、今の段階から MoPHS がサイトを確保し、サイトと良好な関係を築いておくことは重要である。実際の移行過程では、さまざまな問題が生じ、本プロジェクトの実施に影響を与えるリスクは消しがたいものの、本プロジェクトは地方分権化の一層の進展という一歩先をも見据えたデザインとされていると考えられる。

第4章 実施協議

4-1 実施協議の概要

MoPHS 主催のコミュニティ保健国際会議の機を捉えて、2010年12月9日に加藤正明・JICA ケニア事務所長と Francis K.MUSYUMI・MoPHS 次官、さらに Witness として Joseph K.KINYUA 財務省次官の参加を得て、本プロジェクトの実施に必要な書類として、関係機関（JICA 及び MoPHS）間の権利及び義務関係を設定した討議議事録（R/D）及びプロジェクトの基本計画を確認するためのミニッツ（M/M）について協議し、最終的に合意を得たところ、両文書を署名、交換した（付属資料3として添付）。

これにより、本プロジェクトの実施が正式に関係機関間で合意されたことになった。

4-2 詳細計画策定調査からの変更点

R/D 及び M/M とも詳細計画策定調査のミニッツ（付属資料1）を基本的に踏襲した内容になっているが、実施協議のプロセスにおいて以下2点につき変更（追記）することで合意した。

（1）新憲法化におけるプロジェクト実施体制の変更への対応（R/D 本文IV7.）

本プロジェクトの円滑な実施のための進捗モニタリング、情報共有及び意見交換を行うために設置される合同調整委員会（Joint Coordinating Committee : JCC）及びプロジェクト調整委員会（Project Steering Committee : PSC）のメンバー構成 Composition は R/D の ANNEXVI（ROLES OF VARIOUS COMMITTEES）2.で規定されている。

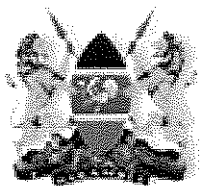
これに関し、「ケ」国側より詳細計画策定調査後の2010年8月に発布された「ケ」国新憲法により、プロジェクト期間中に同国保健医療行政体制に変更が生じることも想定されることから、新たな保健行政システムに応じてメンバー構成を見直すことが提案され、JICA 側も合意した。

（2）プロジェクト予算の開示（M/M 別紙3.）

本プロジェクトにおいても、通常の技術協力プロジェクトと同様に、JICA 及び MoPHS 双方に対し適切な予算措置を講じることを求めている。これに対し、MoPHS 側でも「ケ」国の予算計画サイクルに従って事前に予算を確保するための準備作業が必要なことから、MoPHS より JICA に対しプロジェクト期間中における JICA 側の予算計画額につき毎会計年度当初に開示する旨要請があり、JICA 側も合意した。

付 属 資 料

1. 2010年7月15日 M/M (PDM Version 0 を含む)
2. CHS Situation and Challenge (英語版) より第2章 2-3&2-4
3. 2010年12月9日 R/D (M/M、PDM Version 1、PO を含む)



Minutes of Meetings
between
The JICA Preparatory Survey Team
and
Ministry of Public Health and Sanitation
on
Japan's Technical Cooperation Project for
Strengthening Community Health Strategy in Kenya

The Preparatory Survey Team (hereinafter referred to as “the Team”) organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”) headed by Mr. Ikuo Takizawa, conducted the Preparatory Survey, between 28th June and 16th July 2010, for the purpose of consolidating the framework of the Project entitled “Strengthening Community Health Strategy in Kenya” (hereinafter referred to as “the Project”).

During the survey period, the Team exchanged views and had a series of discussions with relevant authorities of the Government of the Republic of Kenya.

Through these discussions, the Ministry of Public Health and Sanitation (hereinafter referred to as “MoPHS”) and JICA agreed to report to their respective Governments the matters contained in the document attached hereto.

July 15th, 2010
Nairobi, Kenya

Mr. Ikuo Takizawa
Team Leader,
Preparatory Survey Team,
Japan International Cooperation Agency,
JAPAN

Mr. Mark Bor, CBS
Permanent Secretary
Ministry of Public Health and Sanitation
Republic of Kenya

THE ATTACHED DOCUMENT

1. OBJECTIVE OF THE PREPARATORY SURVEY

- (1) To consolidate the design of the Project such as the title, Overall goal, Project Purpose, Outputs, Activities and implementation structure of the Project.
- (2) To assess relevance, effectiveness, efficiency, impact and sustainability of the Project.

2. TENTATIVE FRAMEWORK OF THE PROJECT

Based on the result of the discussions, and considering financial and technical feasibility, a tentative framework of the Project was agreed upon by the Kenyan and Japanese sides as follows. This framework may be modified through further discussions and will be finalized before the exchange of Record of Discussions (R/D).

(1) Project title

Project for Strengthening Community Health Strategy in Kenya

(2) Implementing Agency

Ministry of Public Health and Sanitation (MoPHS), The Republic of Kenya

(3) Direct Target group

Department of Primary Health Services, MoPHS

(4) Duration of the Project

Three years (Jan 2011- Dec 2013)

(5) Project Design Matrix (PDM) of the Project

Based on the result of the participatory Project Cycle Management Workshop and a series of discussions with Ministry staff members at the Headquarters and Provincial levels as well as other development partners, both sides formulated the tentative PDM (PDM₀) as shown in ANNEX 1.

The PDM₀ presents the narrative summary of the Project is as follows;

1) Overall goal

Roll-out of effective Community Health Strategy (CHS) implementation is accelerated.

2) Project Purpose

Evidence-based policy cycle for implementation of CHS is strengthened through national capacity development.

Notes: The Project aims at achieving the project purpose through strengthening of capacity, primarily at the national level. The capacity required at the national level

for the roll-out of CHS was broadly defined as the “leading”, “checking” and “supporting” functions. Four project outputs correspond to each of the three functions, with the checking function divided into M&E and operations research. It was agreed that the both parties would collaborate to ensure the process of capacity strengthening throughout the project implementation.

3) Outputs

Output 1: Policies/guidelines/tools for CHS operation are developed and revised.

Output 2: Framework/guidelines/tools for CHS Monitoring & Evaluation (M&E) are in place.

Output 3: Policies/guidelines/tools for CHS are tested through operations research and fed back for policy review.

Output 4: Resources for better CHS are mobilized through improved coordination and advocacy

3. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

(1) Implementing Agency of the Project

The Ministry of Public Health and Sanitation is responsible for implementation of the Project with the following officials in charge.

- 1) Project Director (who will bear overall responsibility of the administration and implementation of the Project): Director, Public Health and Sanitation, MoPHS
- 2) Deputy Project Director: Head, Department of Primary Health Services, MoPHS
- 3) Project Manager (who will be responsible for the managerial and technical matters of the Project): Head, Division of Community Health, MoPHS

The Experts assigned by JICA will provide necessary technical guidance and advice to the Kenyan counterparts (C/Ps) for the implementation of the Project.

4. MEASURES TO BE TAKEN FOR THE PROJECT IMPLEMENTATION

(1) Measures to be taken by the Kenyan side

Kenyan side will take, at its own expense, the following measures to ensure the smooth operation of the Project through involvement of all related authorities and stakeholders.

- 1) Assignment of C/Ps
- 2) Arrangement of the office space for the Project at the Ministry Headquarters with basic furniture and fittings.
- 3) Utility cost for the Project office and the Project sites.
- 4) Personnel cost of C/Ps.

(2) Measures to be taken by JICA



JICA will take, at its own expense, the following measures to support the leadership of the Kenyan side.

- 1) Assignment of Experts
- 2) Project operational cost to conduct training, stakeholders' forum and activities in the Project sites, etc.
- 3) Provision of necessary equipment for the Project operation.
- 4) Training (in Japan and/or in a Third country)

5. OTHER RELEVANT ISSUES

- (1) The Project was designed to incorporate operations research as one of the important project activities for the achievement of the project purpose. The operations research is expected to generate evidence for the effective roll-out of CHS, which will be fed back to CHS policy. It was proposed from the Kenyan side that at least one intervention site should be selected from each of the four geographic categories defined by the newly introduced CHS scenario according to the population density. It was also proposed that two (2) control sites, one without Community Unit (CU) and the other with CU based on the current CHS model, should be selected and matched to each intervention site. Such factors as geographical diversity, socio-cultural setting, accessibility, security, equity, health indicators, partner coordination and willingness of PHMT/DHMT/community to participate in the study need to be considered for the selection of those sites. Since the Project is a joint endeavor between the Kenyan and the Japanese sides, it was agreed that areas inaccessible for Japanese personnel according to the security advice from JICA shall not be selected. It is assumed that the support from the Project for the setting-up of CUs will be limited to the intervention sites. Nonetheless, it was confirmed that the number of selected sites may need to be adjusted depending on the resource availability, administrative feasibility and other reasons. It was therefore agreed that the sites will be jointly selected and agreed upon by both sides in the course of developing study protocol, based on the systematic desk review and consultation as provided in project activity 3-3 in the attached PDM₀, and the latest available information concerning factors mentioned above.
- (2) It was agreed that the draft Plan of Operation (PO) shall be developed by MoPHS based on the agreed PDM (PDM₀).
- (3) It was confirmed that even though all project activities are considered necessary in order to achieve the project purpose and outputs, intensity and scope of each project activity may be reviewed and adjusted based on the PO and cost information to be provided by the Kenyan side and the resource available for the Project.
- (4) Evaluation of the Project will be jointly conducted by both sides at the middle



and during the last six (6) months of the cooperation term of the Project in order to examine the degree of achievements.

6. WAY FORWARD

- (1) The results from the Preparatory Survey shall be shared with Japanese authorities concerned, and considered for approval by JICA Headquarters.
- (2) MOPHS will share the results of the survey with the relevant authorities of the Government of Kenya
- (3) Further discussions will be held between Kenyan and Japanese sides to finalize the framework of the Project.
- (4) Based on the mutual agreement reached, the R/D will be prepared and signed by both sides before the commencement of the Project.

Attachment;

1. PDM (PDM0)



Project Design Matrix (PDM) :

Title of the Project: Project for Strengthening Community Health Strategy in Kenya

Project Period : Jan. 2011 – Dec. 2013
 Direct Target Group : Department of Primary Health Services, Ministry of Public Health and Sanitation

OVERALL GOAL	NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATIONS	IMPORTANT ASSUMPTIONS
<p>Roll-out of effective Community Health Strategy (CHS) implementation is accelerated.</p>		<p>Number/level of functional Community Units(CUs) is increased.</p>		
<p>PROJECT PURPOSE Evidence-based policy cycle for implementation of CHS is strengthened through national capacity development.</p>	<p>No. of document revised and updated based on findings from CHS implementation. No. of policy circular issued based on findings from CHS implementation. No. of new approaches adopted as a policy based on findings from CHS</p>	<p>Revised CHS documents CHS policy circular CHS policy documents, policy circular, and minutes</p>	<p>Political/economic situation in Kenya does not deteriorate drastically. - Govt resource allocations to CHS implementation are improved and sustained.</p>	
<p>OUTPUTS</p>	<p>1. Policies/guidelines/tools for CHS operation are developed and revised. 2. Framework/guidelines/tools for CHS Monitoring & Evaluation (M&E) are in place. 3. Policies/guidelines/tools for CHS are tested through operations research and fed back for policy review. 4. Resources for better CHS are mobilized through improved coordination and advocacy.</p>	<p>1-1. No. of guidelines/tools developed. 1-2. No. of guidelines/tools revised. 1-3. No. of CHS policy change briefs submitted to ICC. 2-1. M&E framework/guidelines/tools are in use in the selected intervention sites. 2-2. Proportion of timely and complete reporting is increased in the selected intervention sites. 3-1. Cost-effective CHS models are developed. 3-2. No. of CHS policy change briefs prepared based on findings from operations research 4-1. Allocation of financial resource for CHS is increased. 4-2. No. of partners using standardized protocol for CHS.</p>	<p>1-1 New guidelines/tools 1-2 Revised guidelines/tools 1-3 CHS policy change briefs submitted to Inter-agency Coordinating Committee (ICC) 2-1 Health Management Information System (HMIS) reports, Project reports 2-2 HMIS reports 3-1 Project reports 3-2 CHS policy briefs 4-1 Printed estimates (= National budget reports) 4-2 Stakeholder Forum reports at different levels</p>	<p>CHS remains as a priority of health sector. Partners environment remains favorable to CHS.</p>
<p>ACTIVITIES</p>	<p>1-1 To develop Community Health Worker (CHW) performance indicators and link Level 1 Services with Health Sector Service Fund. 1-2 To analyze the situation of CHWs and Community Health Extension Workers (CHEWs) and develop their retention plan. 1-3 To revise and update the existing training package for CHWs and CHEWs. 1-4 To develop operational strategy on CHS 1-5 To revise policies/guidelines/tools for CHS operation based on findings from the project implementation. 2-1 To develop M&E framework/guideline/plan. 2-2 To review M&E tools. 2-3 To pre-test the developed M&E guideline and revised tools. 2-4 To print and disseminate M&E tools in the selected sites. 2-5 To analyze the data collected through M&E. 2-6 To share results from M&E with stakeholders. 3-1 To conduct systematic desk review of community health. 3-2 To hold regular consultative meetings with CHS Technical Advisory Committee and other 3-3 To develop study protocol and select sites based on the systematic desk review and consultation. 3-4 To conduct surveys (baseline and endline) at the selected sites. 3-5 To support establishment of CUs at the selected intervention sites as per the study protocol. 3-6 To analyze the data/document and disseminate the result. 4-1 To customize Terms of Reference for CHS Inter-agency Coordinating Committee (ICC) for effective 4-2 To develop national CHS review into the existing national CHS review process. 4-3 To integrate national CHS review into the existing national CHS review process. 4-4 To develop the protocol for CHS operation for partners. 4-5 To hold provincial stakeholders forums for CHS. 4-6 To conduct local exchange visits and study tours for experience sharing.</p>	<p>INPUTS</p> <p><u>Japanese Side</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Assignment of experts: Chief Advisor, Community Health, Communication & Advocacy, Operations Research, M&E, Project Coordinator Project operational cost Training, stakeholders forum, etc. Activities in the selected intervention sites Provision of necessary equipment for the Project operation Training (in Japan and/or in a third country) <p><u>Kenyan Side</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Assignment of counterparts (C/Fs) Arrangement of the office space for the Project Utility cost for the Project office and the Project sites Personnel cost of C/Fs 	<p>Security condition in the selected sites does not deteriorate to adversely affect activity implementation.</p>	<p>PRE-CONDITIONS</p>

• Targets for Objectively Verifiable Indicators will be set soon after the Project commencement.

2-3 Current Situation of CHS in Kenya

(2-3-1) Introduction

Implementing Community Health Strategy (hereinafter, CHS) as a flagship project under Kenya's Vision 2030, remains a top priority of the Ministry of Public Health and Sanitation (MOPHS), and its partners in Kenya's health sector. This is well articulated in the Ministry of Health Joint Programme of Work and Funding, 2006/07–2009/10, the NHSSP II – 2005–2010, MoPHS Strategic Plan for the period 2008-2010 and the sector plan for health in the Kenya Vision 2030. The Kenya Essential Package for Health (KEPH) introduced six life-cycle cohorts and six health service delivery levels. One of its key innovations is the recognition and introduction of level 1 service, which aimed at empowering Kenyan households and communities to take charge of improving their own health.

The CHS is a unique initiative of the Government of Kenya to improve people's health status through household and community focused high impact interventions led by community own resource persons defined as community health workers (hereinafter, CHWs) in Community Units (hereinafter, CUs) which consists of approximately 5,000 residents or 1,000 households and supervised by health professionals so called Community Health Extension Workers (herein after, CHEWs). The overall goal of the community strategy is to enhance community access to health care in order to improve productivity and thus reduce poverty, hunger, and child and maternal deaths, as well as improve education performance across all the stages of the life cycle.

Results from a recent nationwide evaluation of the CHS established that the services currently being offered at level 1 (community level) comprise mainly of: health education with effective communication aiming at behavior change, disease prevention, access to safe water and basic health care. The components of services under hygiene and sanitation are relatively more comprehensively covered as compared to the other components of community health services.

(2-3-2) Progress of CHS Implementation in Kenya

(1) Coverage

The community health strategy was initiated in June 2006, with implementation led by the Government, where to date the national coverage so far achieved stands at 7%. Non-governmental Organizations and community based organizations have also been implementing the strategy at grassroots levels to complement the Government's efforts in expanding coverage through the establishment of CUs aimed at empowering the communities to take charge of their own health. The progress of implementation however, differs across the different and diverse geographical regions of the country for various reasons. This write up focuses on the status of implementation of CHS in selected provinces in Kenya as at June 2010, and as a comparison with the overall national progress.

In Nairobi province which represents the urban settings, there are 9 districts (newly created) with approximately 60% of the population living in the slum areas (informal settlements). CHS implementation was launched in April 2009 at Korogocho slums. Training of CHS workforce has been implemented covering TOTs (mainly DHMT members), CHEWS, CHWs and Community Health Committee (CHC) members. The 9 districts all have functional District Health Management Teams (DHMTs) who lead and guide CHS implementation. A total of 55 CUs have been formed out of which 25 are functional and 30 are at different levels of being made operational. At the launch of the CHS, the province received two motor bikes, six bicycles and limited quantities of CHW referral forms. Various materials and equipment have since been procured through the support of other partners such as the Kenya/Italy Debt for Development Program (KIDDP) and AMREF to support implementation in selected districts.

The North Eastern Province represents the poorest province in Kenya with overall poverty at 73.9% (Economic survey 2007). Access to healthcare is low especially among the nomadic population. A total of 16 CUs have been established with 2 more planned for Garissa district. Training of 34 members of DHMTs as TOTs has been done and so has the training of CHEWS (27), CHWs (600) and CHC members (108). One motor bike and ten bicycles per CU have been provided for CHS implementation. The supply of harmonized and updated reporting tools is still required in the province.

In Coast province, the implementation of CHS started with AOP 3 in July 2007. Six (6) TOTs were conducted at the Provincial Health Management Team (PHMT) level and 65 at the DHMT levels. A total of 81 CUs have been established so far although the province requires 583 CUs to cover its estimated population of 3.5 million under the existing CHS model. There needs to be accelerated efforts in the roll out of CHS in coast province if the targets are to be met.

As regards Nyanza province, this has been touted as the forerunner with CHS in Kenya since the initial piloting of the strategy was done in the province by the Great Lakes University of Kisumu (GLUK). To-date, a total of 128 CUs (17% coverage) with 425 CHEWS and 6,791 CHWs (18% trained) have been established across the 21 districts in the province. Out of the 21 districts, 16 of these have a total of 39 CUs which are not active due to various reasons. These reasons include one or a combination of the following.

- (i) Lack of the chalkboard
- (ii) Inadequate numbers of CHEWs in post
- (iii) Absence of a trained community health committee (CHC)

The standard reporting tools for Community based Health Information System (CBHIS) have been distributed (in soft copies) to all districts. However, some districts have experienced difficulties in utilizing the tools due to minor administrative issues. These issues are being addressed to enable all the districts to start reporting on a regular basis.

Quarterly meetings with all district focal persons for CHS are planned for in the near future. The process for quantification /costing with regard to the cost of establishing a CU is underway. Opportunities are being explored with regard to holding semi - annual provincial stakeholders' forum (for resource mobilization, conflict resolution, addressing stakeholders concerns, harmonization of community health strategy implementation etc)

Joint supervision field visits need to be strengthened. (i.e. partners should accompany the provincial team during this support supervision visit). Advocacy for establishment of more CUs needs to be intensified as this will increase the percentage of coverage of house holds by CHWs within the districts.

(2) Achievements and Good Practices

From a national level perspective, the recent nationwide evaluation of CHS implementation in Kenya that analyzed health status in CHS intervention and comparison sites, reported achievements in child health indicators such vaccination against childhood diseases, breast feeding + complementary food among children < 6 months, occurrence of childhood illnesses in the last 14 days before the evaluation survey etc. There was also good progress indicated by the achievements with maternal health indicators such as antenatal clinic attendance, delivery by health professionals and delivery at health facilities etc. Interventions in disease prevention and control such as Malaria (indicated by households with at least 1 net; children under 5 years that sleep under a net), as well as environmental health & sanitation (indicated by latrine coverage; proper storage of drinking water; household level treatment of drinking water etc) showed remarkable progress.

In the regions, Nairobi province has recorded achievements in CHS exhibited by the following;

- ❖ Referrals are now being made to health facilities using the level one referral tools
- ❖ Increased utilization of health services in the community through strengthening of the capacity of CHWs
- ❖ Improvement of coordination of health services through the set up of CHCs and Health Facility Management Committees (HFMCs)
- ❖ Improved awareness among community members on health issues.
- ❖ Increasing levels of community owned responsibility for its own health.
- ❖ Improved linkages between the health facility and the communities they serve.
- ❖ Involvement of the communities in the planning for health services to be offered at level one.
- ❖ More participation of CHWs in health promotion activities.

Looking at North Eastern Province, the PHMT highlighted the following as being part of major achievements with CHS implementation in this sparsely populated and nomadic region;

- ❖ Ownership of health services by the community improving
- ❖ Increase in immunization uptake at link health facilities

- ❖ Increase in number of deliveries at link health facilities
- ❖ Positive health seeking behaviors emerging among the local communities
- ❖ Increase in latrine coverage
- ❖ Marked improvement in waste disposal within homesteads and market places.
- ❖ Communities being triggered to identify and solve their own health problems.

Down in Coast province, the following are the main areas in which CHS has been cited to offer good practices;

- ❖ CHWs participating in defaulter tracing particularly on immunization and TB/ART
- ❖ CHW involvement in disease surveillance and control of disease outbreaks
- ❖ Establishment of community organizations by CHWs to start up Income Generating Activities (IGAs) for livelihood improvement and to enhance sustainability
- ❖ CHWs taking part in preventive maintenance activities at levels II and III
- ❖ Some CUs forming credit and savings schemes for their own welfare enhancement

On the other hand, in Nyanza province the Essential Health Services programme implemented together with MoPHS has highlighted the following as being some of the good practices arising from CHS implementation.

- ❖ Integration of program activities into the mainstream of MOPHS and MOMS activities
- ❖ Strengthened linkage between level 1 to 5
- ❖ Establishment of CUs in accordance with the guidelines spelt out in the NHSSP II
- ❖ Promotion of community midwifery as an alternative option to home delivery
- ❖ Establishing functional verbal autopsy committees

(3) Challenges in CHS Implementation

While steady progress continues to be seen in CHS implementation, the national roll out continues to face various challenges that are generally characterized as similar across the country's geographic diversities. However, this write up summarizes the challenges faced by the national level (central level at MoPHS) in performing the leadership, checking and supporting functions for the strategy implementation. It also goes on to highlight some of the specific challenges faced by the sub – national levels (provinces and districts) in the implementation of the strategy. These have been derived from the series of discussions and presentations provided by the provincial and selected district teams during the pre-evaluation study mission by JICA and MoPHS.

The following are the major challenges highlighted as facing the national level implementation structure and mechanism;

Policy and Planning Aspects

- ❖ The diversity of the country (geographical and demographic characteristics) was not properly considered in the current CHS model. The current model assumes a uniform approach to implementation for the entire country. This anomaly is planned to be addressed through the recent

scenario development and the proposed policy changes to guide implementation

- ✧ There was limited piloting of the current CHS model (not much evidence collected from the field to inform policy development)
- ✧ Absence of a national Communication Strategy for CHS
- ✧ Some CHS Implementing Partners have their own priorities and interests that are not properly aligned with Government – led operation plans

Monitoring & Evaluation Aspects

- ✧ Absence of a national M&E framework for CHS
- ✧ Inadequate data collection tools and documentation
- ✧ Monitoring not conducted regularly as required
- ✧ Timely reporting and completeness of reports from the field not satisfactory
- ✧ There is limited utilization of data collected from monitoring for planning and decision making

Human Resources

- ✧ Staff shortages, high staff turnover
- ✧ Competing tasks for limited numbers of staff involved in CHS
- ✧ Lack of training curriculum for CHEWs and CHWs and other staff related to CHS implementation (at level 2 and 3)
- ✧ HR cadre for CHEW not properly considered (extension work still dependent on Enrolled Community Health Nurse and Public Health Technicians)
- ✧ CHWs – high turn over through drop out (low levels of retention of CHWs)
- ✧ Absence of CHW kits and lack of incentives/motivation packages

Supportive Supervision

- ✧ Lack of adequate and appropriate means of transport to carry out support supervision
- ✧ Limited facilities and equipment to appropriately manage data and information
- ✧ Inadequate operational budget for support supervision
- ✧ Inadequate tools to conduct supervision (e.g. checklists)

Coordination and Resource Mobilization

- ✧ Inadequate fora for coordination of CHS partners
- ✧ Insufficient disclosure of Partners resources for budgeting through MTEF (on and off budget)
- ✧ Inadequate budget allocation by Central Government (printed estimates)
- ✧ Weak linkage with other funding sources (HSSF, CDF, Economic Stimulus Package etc)
- ✧ Weak linkages with MoPHS programmes, departments and other sectors that impact on community health (Agriculture, Water, Livestock, Social Development etc)

At the sub-national levels (provinces and districts), the following are some of the major challenges and bottlenecks that were identified by the provincial and district health management teams, as slowing down implementation of the strategy;

- ✧ Inadequate resources for the roll out of the strategy making the implementation too slow
- ✧ Belief by implementing Partners that appropriate structures exist hence an attempt to deliver the KEPH packages before providing the essential CHS elements.
- ✧ Inadequate capacity among the implementers and the target communities
- ✧ Competing priorities for health officers trained as CHEWs
- ✧ Lack of cohesion among the beneficiary communities resulting into mistrust and shaky CHS governance structures (CHCs).
- ✧ The strategy was crafted with the rural set up in mind hence a big challenge to implement it in the urban set up e.g. 5,000 people per CU is almost unworkable in the urban setup where the figure is usually above 10,000 in a similar area of coverage.
- ✧ Difficulty in selling the idea of volunteerism among populations living below the poverty line and who are the main targets of the strategy.
- ✧ Lack of standard guidelines for CHWs to guide the partners in the health sector.
- ✧ The short nature of interventions at level one by the different implementing partners.
- ✧ Lack of/insufficient tools/equipment for reporting, record keeping, communication, advocacy etc.
- ✧ Insecurity in some areas is a threat (particularly in urban slums)
- ✧ Rigidity of Stakeholders with predetermined priorities and interests.

2-4 Measures to Mitigate CHS Challenges and Accelerate Implementation

(2-4-1) Establishment of National Technical Working Groups for the CHS ICC

Following the establishment of the Community Health Services ICC, there are eight (8) National Technical Working Groups that have been established to undertake work in the following key areas to support the implementation of CHS;

- ✧ Development and analysis of various scenarios for CHS implementation taking into account the diversities in the geographical settings and demography of various regions in the country
- ✧ Development of the Community Health Worker (CHW) Kit
- ✧ Human Resource and Capacity (development of curricula and training manuals for CHS)
- ✧ Motivation of CHWs (incentive package)
- ✧ Advocacy and Communication Strategy
- ✧ M&E framework and data collection tools
- ✧ Identification and customization of key health messages
- ✧ Linkage with level 1 – 3 for HSSF

The first two technical working groups on scenario development and CHWs kit have completed their assignments and would soon be dissolved. On the other hand, Community Health Information System (CHIS) data collection tools have been developed and dissemination conducted in five provinces. The data collection tools comprise of;

- ✧ Household Register
- ✧ CHW service delivery log book

- ✧ CHEW summary sheet
- ✧ Chalk board

The printing of samples of the tools has been done and mass production would be made once the tools have been approved by the HSCC. A national launch of the CBHIS tools is planned to coincide with the first CHS national convention scheduled for the later half of the year 2010.

(2-4-2) Review of the Current CHS Model

While the sector initiated the roll out of CHS in June 2006, it has been noted that implementation has been hampered by the fact that the current model assumes a uniform approach for the entire country, while in actual fact, there exist regional diversities. To address this anomaly, the CHS ICC has undertaken work to review the model with a view to accommodate unique characteristics (geographical, demography, social etc) of different regions in the country. Three scenarios have been examined and analyzed for their cost effectiveness in delivering the desired results.

Under the scenario development and review, the country is zoned according to population density (dense, medium and sparse) and provision is made for a monthly payment of KES 1,500.00 for the CHW as a performance based incentive. In scenario 1, a CHW in North Eastern Province is expected to cover a population of 50 people, 100 persons in Eastern and Coast provinces, 200 persons in Rift Valley and 1000 persons in Central, Nyanza, Western and Nairobi provinces. In scenario 2, the population covered by a CHW in Central, Nyanza, Western and Nairobi provinces is revised down to 500. Scenario 3 is the current model where each CHW is expected to cover 100 people within 20 households.

Based on the analysis made by the ICC technical working group, scenario 2 was selected as the most appropriate for implementing the CHS in the existing situation. However, the performance indicators upon which to base the monthly payment for the CHWs are yet to be worked out for each zone. The resource requirements by the scenario (CHW incentives, salary for CHEWS, CHW kits, CBHIS tools, monthly meetings, in-service training and travel costs for CHEWS) are based on 100% population coverage and 52% coverage of the population living below the poverty line.

(2-4-3) Policy Changes

There is evidence emerging indicating that two key bottlenecks have slowed the rate of implementation of CHS. These are the absence of the CHW kit and the lack of performance incentives for CHWs. In response to this unfolding situation, the CHS ICC proposed two major policy changes that were recently approved by the HSCC as follows;

- 1) Constituting at the health facility levels, the CHW kit as defined by the NTWG for logistical feasibility. The health facility will maintain custody of the CHW kit and replenish it with supplies from Kenya Medical Supplies Agency (KEMSA) stores and the vertical disease programmes as necessary.
- (2) Maintaining the current CHS model for a while, but revise it for the diversity as proposed in

scenario 2 including the payment of performance based incentives to CHWs.

(2-4-4) Improvement of Planning, Monitoring and Performance Review Processes

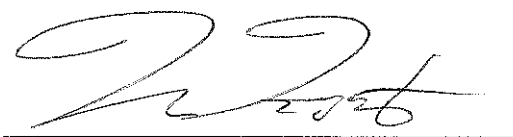
The Ministry of Public Health & Sanitation at the national level recently held several planning and review workshops with technical and financial support from JICA. A review meeting for departments, divisions and programmes in the ministry was held in December 2009. This was closely followed in February 2010 by the orientation training on CHS for new and various programme staff, as well as the review workshop for PHMTs. The AOP 6 development workshop was held in March 2010 as was the CHS partners' meeting for Coast province that was held in July 2010. It is expected that the outputs from these workshops and meetings will further strengthen the joint planning, M&E and performance review processes.

**RECORD OF DISCUSSIONS BETWEEN
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY AND
AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF
THE REPUBLIC OF KENYA ON THE
JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROJECT FOR
STRENGTHENING COMMUNITY HEALTH STRATEGY
IN KENYA**

With respect to the Japanese technical cooperation for the Project for Strengthening of Community Health Strategy in Kenya (hereinafter referred to as “the Project”), Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”), through the Chief Representative of JICA Kenya Office, held a series of discussions with the Kenyan authorities concerned.

As a result of the discussions, and in accordance with the provisions of the Agreement on the Technical Cooperation signed in Nairobi on 29th April, 2004 between the Government of Japan and the Government of the Republic of Kenya, (hereinafter referred to as “the Agreement”), both sides agreed on the matters referred to in the document attached hereto.

Nairobi, 9th December, 2010



Masaaki KATO
Chief Representative,
Kenya Office,
Japan International Cooperation Agency,
Japan

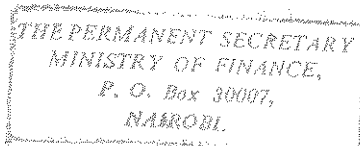


Francis K. MUSYIMI, CBS
Secretary Administration,
Ministry of Public Health and Sanitation,
The Republic of Kenya

Countersigned:



Joseph K. KINYUA, CBS
Permanent Secretary,
Office of the Deputy Prime Minister and Ministry of
Finance,
The Republic of Kenya



THE ATTACHED DOCUMENT

I. COOPERATION BETWEEN JICA AND THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF KENYA

1. The Government of the Republic of Kenya will implement the Project for Strengthening Community Health Strategy in Kenya (hereinafter referred to as “the Project”), in cooperation with JICA.
2. The Project will be implemented in accordance with the Master Plan, which is given in Annex I.

II. MEASURES TO BE TAKEN BY JICA

In accordance with the laws and regulations in force in Japan, and the provisions of Articles of the Agreement, JICA, as the executing agency for the technical cooperation by the Government of Japan, will take, at its own expense, the following measures according to the normal procedures of its technical cooperation scheme.

1. DISPATCH OF JAPANESE EXPERTS

JICA will provide the services of the Japanese experts as listed in Annex II. The provision of Article V, VI, and X of the Agreement will be applied to the Experts mentioned herein.

2. PROVISION OF MACHINERY AND EQUIPMENT

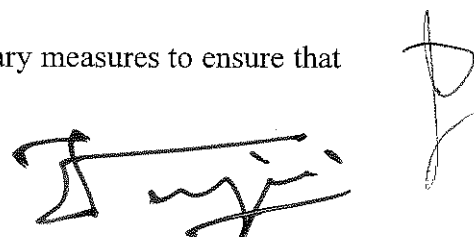
JICA will provide such machinery, equipment and other materials (hereinafter referred to as “the Equipment”) necessary for the implementation of the Project as listed in Annex III. The provision of Article VII of the Agreement will be applied to the Equipment.

3. TRAINING OF KENYAN PERSONNEL IN JAPAN

JICA will receive the Kenyan personnel connected with the Project for technical training in Japan and will make necessary arrangements.

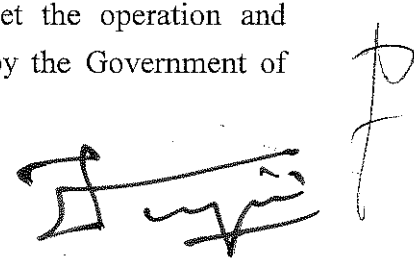
III. MEASURES TO BE TAKEN BY THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF KENYA

1. The Government of the Republic of Kenya will take necessary measures to ensure that

Handwritten signature and initials in black ink, located at the bottom right of the page.

the self-reliant operation of the Project will be sustained during and after the period of Japanese technical cooperation, through full and active involvement in the Project by all related authorities, beneficiary groups and institutions.

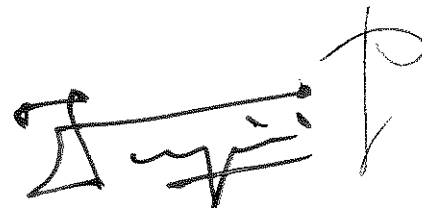
2. The Government of the Republic of Kenya will ensure that the technologies and knowledge acquired by the Kenyan nationals as a result of Japanese technical cooperation will contribute to the economic and social development of Kenya.
3. In accordance with the provision of Article V of the Agreement, the Government of the Republic of Kenya will grant, in the Republic of Kenya, privileges, exemptions and benefits to the Japanese experts referred to in II-1 above and their families.
4. In accordance with the provision of Article VII of the Agreement, the Government of the Republic of Kenya will take necessary measures to receive and use the Equipment provided by JICA under II-2 above and equipment, machinery and materials carried in by the Japanese experts referred to in II-1 above.
5. In accordance with the provision of Article V of the Agreement, the Government of the Republic of Kenya will provide the services of Kenyan counterpart personnel and administrative personnel as listed in ANNEX IV.
6. The Government of the Republic of Kenya will take necessary measures to ensure that the knowledge and experience acquired by the Kenyan personnel from technical training in Japan and in third countries will be utilised effectively in the implementation of the Project.
7. In accordance with the provision of Article V of the Agreement, the Government of the Republic of Kenya will provide the buildings and facilities as listed in ANNEX V.
8. In accordance with the laws and regulations in force in the Republic of Kenya, the Government of the Republic of Kenya will take necessary measures to supply or replace, at its own expense, machinery, equipment, instruments, vehicles, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the Equipment provided by JICA under II-2 above.
9. In accordance with the laws and regulations in force in the Republic of Kenya, the Government of Kenya will take necessary measures to meet the operation and maintenance costs for the facilities and equipment provided by the Government of

Handwritten signature and initials in black ink, located at the bottom right of the page. The signature appears to be 'JICA' followed by some illegible characters, and there are additional initials to the right.

Kenya, for the implementation of the Project.

IV. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

1. For the effective and successful implementation of technical cooperation for the Project, a Joint Coordination Committee (hereinafter referred to as "JCC") and a Project Steering Committee (hereinafter referred to as "PSC") shall be established, whose functions and composition are described in Annex VI.
2. The composition of the "JCC" and the "PSC" is based on the current organization structure of Ministry of Public Health and Sanitation (hereinafter referred to as "MoPHS"). It is however noted that the organization structure of MoPHS will change in line with the implementation of the new Constitution of the Republic of Kenya. Accordingly, this composition will be revised as necessary to conform to the new structure that will be established under the new Constitution.
3. The Director of Public Health and Sanitation (hereinafter referred to as "DoPHS"), MoPHS, as the Project Director, will bear overall responsibility for the technical aspects, administration and implementation of the Project.
4. The head of Department of Primary Health Services, MoPHS, as the Deputy Project Director, will be responsible for the overall technical aspects, administration and implementation of the Project, as well as other related assistance by JICA in the department.
5. The head of Division of Community Health Services, MoPHS, as the Project Manager, will be responsible for the routine managerial and technical matters, and efficient implementation of the Project, as per relevant work plans approved by the JCC.
6. The Japanese Chief Advisor dispatched by JICA will provide necessary recommendations and advice to the Project Director and the Project Manager on any matters pertaining to the implementation of the Project.
7. The Japanese experts dispatched by JICA will give necessary technical guidance and assistance to the Kenyan counterpart personnel on technical matters pertaining to the implementation of the Project.

A handwritten signature in black ink is located in the bottom right corner of the page. To the left of the signature is a rectangular stamp, which appears to be a red circular seal with some illegible text or a logo inside. The signature is written in a cursive style.

V. JOINT EVALUATION

Evaluation of the Project will be conducted jointly by JICA and the Kenyan authorities concerned, at the middle and during the last six (6) months of the cooperation term in order to examine the level of achievement.

VI. CLAIMS AGAINST JAPANESE EXPERTS

In accordance with the provision of Article VI of the Agreement, the Government of the Republic of Kenya undertakes to indemnify the Japanese experts who engage in the Project, against claims, if any arises, which result from, occur in the course of, or otherwise are connected with the discharge of their official functions in the Republic of Kenya except for those arising from the wilful misconduct or gross negligence of the Japanese experts.

VII. MUTUAL CONSULTATION

There will be mutual consultation between JICA and the Government of the Republic of Kenya on any major issues arising from, or in connection with this Attached Document.

VIII. MEASURES TO PROMOTE UNDERSTANDING OF AND SUPPORT FOR THE PROJECT

For the purpose of promoting support for the Project among the people of the Republic of Kenya, the Government of the Republic of Kenya will take appropriate measures to make the Project widely known to the people of the Republic of Kenya.

IX. TERM OF COOPERATION

The duration for the Project under this Attached Document will be three (3) years from the date of the first dispatch of Experts.



ANNEX I MASTER PLAN

1. Project Purpose

Evidence-based policy cycle for implementation of Community Health Strategy (CHS) is strengthened through national capacity development.

2. Outputs of the Project

1. Policies/guidelines/tools for CHS operation are developed and revised
2. Framework/guidelines/tools for CHS Monitoring & Evaluation (M&E) are in place.
3. Policies/guidelines/tools for CHS are tested through operations research and fed back for policy review.
4. Capacities for better coordination and advocacy in CHS are strengthened.


3. Activities of the Project

- 1.1. To develop Community Health Worker (CHW) performance indicators and link level 1 services with the Health Sector Services Fund (HSSF)
- 1.2. To analyze the situation of CHWs and Community Health Extension Workers (CHEWs) and develop their retention plan
- 1.3. To revise and update the existing training package for CHWs and CHEWs
- 1.4. To develop a communication strategy on CHS
- 1.5. To revise policies/guidelines/tools for CHS operation based on findings/tools for CHS operation based on findings from the Project implementation

- 2.1 To develop M&E framework/guideline/plan
- 2.2 To review M&E tools
- 2.3 To pre – test the developed M&E guideline and revised tools
- 2.4 To print and disseminate M&E tools in selected sites
- 2.5 To analyze the data collected through M&E
- 2.6 To share results from M&E with stakeholders



- 3.1 To conduct systematic desk review of Community Health
 - 3.2 To hold regular consultative meetings with CHS Technical Advisory Committee (TAC) and other stakeholders
 - 3.3 To develop study protocol and select sites based on the systematic desk review and consultation
 - 3.4 To conduct surveys (baseline and endline) at the selected sites
 - 3.5 To support the establishment of Community Units (CUs) at the selected intervention sites as per the study protocol
 - 3.6 To analyze the data, document and disseminate the results
-
- 4.1 To customize the Terms of Reference (TOR) for CHS Inter-agency Coordinating Committee (ICC) for effective coordination
 - 4.2 To generate the relevant information through the CHS ICC Technical Working Groups (TWGs)
 - 4.3 To integrate national CHS review into existing health sector performance review
 - 4.4 To develop the protocol for CHS operation for partners
 - 4.5 To hold provincial stakeholder forums for CHS
 - 4.6 To conduct local exchange visits and study tours for experience sharing

A handwritten signature or mark in black ink, located in the bottom right corner of the page. It consists of several stylized, overlapping lines and curves, resembling a signature or a set of initials.

ANNEX II LIST OF JAPANESE EXPERTS

1. Long-term Experts

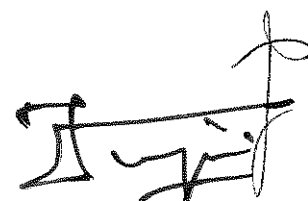
- (1) Chief Advisor / Community Health
- (2) Monitoring and Evaluation
- (3) Coordinator / Communication and Advocacy

2. Short-term Experts

Short-term experts will be dispatched on the following field;

- a. Operations Research
- b. Cost Analysis

Note: Dispatch of Experts will be considered for other fields as necessary.



ANNEX III LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT

Part of the equipment necessary for the effective implementation of the Project will be provided by JICA within the budget allocated for technical cooperation.

The main items of the equipment to be provided are as follows.

1. Essential materials for data management
2. Vehicles
3. Equipment for the common and general use required for the smooth implementation of the Project

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.

ANNEX IV LIST OF KENYAN COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL

1. Project Director: Director of Public Health and Sanitation, MoPHS
2. Deputy Project Director: Head of the Department of Primary Health Services, MoPHS
3. Project Manager: Head of the Division of Community Health Services, MoPHS
4. Staff of the Department of Primary Health Services at the Ministry headquarter, MoPHS
5. Members of Provincial Health Management Team (PHMT), MoPHS – responsible for the selected Sites
6. Members of District Health Management Teams (DHMTs), MoPHS, responsible for the selected sites
7. Administrative Staff of MoPHS at central level and in selected sites

Handwritten signature and initials in black ink, located at the bottom right of the page. The signature appears to be 'J. M. M.' and the initials are 'J.M.M.'.

ANNEX V LIST OF LAND, BUILDINGS AND FACILITIES

The following items will be provided for the Project at the central level of MoPHS and in the selected sites;

1. Land, buildings and facilities necessary for the implementation of the Project
2. Rooms and facilities necessary for the installation and storage of the equipment
3. Offices and necessary facilities for the Japanese experts and Kenyan personnel
4. Electricity, water supply and necessary telecommunication services

Handwritten signature and initials in black ink, located in the bottom right corner of the page.

ANNEX VI ROLES OF VARIOUS COMMITTEES

I. Joint Coordination Committee (JCC)

The Joint Coordinating Committee, which consists of representatives of both JICA and Kenyan sides, will be established for the smooth and effective implementation of the Project.

1. Functions of JCC

The JCC will meet at least once a year or whenever the necessity arises, in order to fulfil the following functions:

- (1) To formulate and approve the Annual Plan of Operation of the Project within the framework of the R/D
- (2) To review the results of the annual work plan and the overall progress of the Project and achievement of the technical cooperation
- (3) To exchange views and ideas on major issues that may arise during the implementation of the Project
- (4) To make decisions on major issues arising from or in connection with implementation of the Project

2. Composition

(1) Members

The committee will be composed of the chair and the members. The rules and guidelines for the business of the committee will be determined at the initial stage of the Project. The composition will be as follows;

a) The Kenyan side:

- (1) Permanent Secretary, MoPHS (Chair)
- (2) Senior Deputy Secretary, Development, MoPHS
- (3) Project Director, Director of Public Health and Sanitation, MoPHS
- (4) Deputy Project Director, Head of Department of Primary Health Services, MoPHS
- (5) Project Manager, Head of the Division of Community Health Services, MoPHS
- (6) Provincial Directors of Public Health and Sanitation – responsible for the selected sites
- (7) Relevant personnel accepted by Chairperson, as necessary



b) The JICA side:

- (1) Chief Representative, JICA Kenya Office
- (2) JICA Experts (i.e. Chief Advisor, Coordinator and other Experts)
- (3) Other member(s) accepted by Chairperson, as necessary

II. Project Steering Committee (PSC)

The Project Steering Committee will meet at least quarterly or whenever the necessity arises, in order to fulfil the following functions:

1. Functions of PSC

- (1) To make quarterly and monthly work plans so as to achieve the annual work plan
- (2) To monitor the progress of the Project activities
- (3) To take daily administrative responsibilities of the Project

2. Composition

(1) Members

The committee will be composed of the chair and the members. The composition will be as follows;

(a) The Kenyan Side:

- (1) Deputy Project Director, Head of the Department of Primary Health Services (Chair)
- (2) Project Manager, Head of the Division of Community Health Services (Alternate Chair)
- (3) Provincial Directors of Public Health and Sanitation – responsible for the selected sites
- (4) Selected members of PHMT – responsible for the selected sites
- (5) District Medical Officers for Health responsible for the selected sites
- (6) Other member(s) accepted by Chairperson, as necessary

(b) The JICA Side:

- (1) JICA long term Experts (i.e. Chief Advisor, Coordinator and other Experts)



(2) JICA short term Experts

(3) Other member(s) accepted by Chairperson, as necessary

Handwritten signature and stamp in Arabic script. The signature is written in a cursive style, and the stamp is a rectangular box containing Arabic text.

THE ATTACHED DOCUMENT

1. PROJECT DESIGN MATRIX

The Project Design Matrix (hereinafter referred to as “PDM”) was elaborated through discussions between JICA and the relevant authorities of the Government of Kenya. Both parties agreed to recognize the PDM as the implementation tool for Project management, and the basis for Monitoring and Evaluation of the Project. The PDM will be utilized by both sides throughout the implementation of the Project. The PDM is attached in Annex I.

The PDM may be subject to change by mutual consent within the framework of the Record of Discussions (R/D), when the necessity arises in the course of implementation of the Project.

2. PLAN OF OPERATION

The Plan of Operation (hereinafter referred to as “PO”) has been formulated according to the R/D and PDM, on condition that the necessary budget will be allocated for the implementation of the Project by both sides. The schedule may be subject to change within the scope of the R/D when necessity arises in the course of implementation of the Project. The PO is attached in Annex II.

3. BUDGET FOR THE PROJECT

The Kenyan side requested JICA to disclose the planned budget for the Project so as to enable preparation of the counterpart budget. JICA informed the Kenyan side that budget for Technical Cooperation Projects are approved by JICA on an annual basis and hence a multi year commitment cannot be disclosed. Both sides then agreed that JICA shall disclose the planned annual budget for the Project at the start of each Japanese fiscal year during the term of cooperation.

ANNEX I PDM

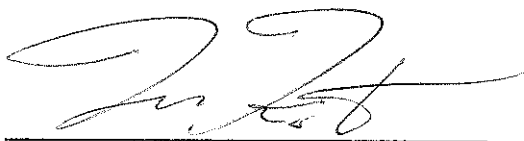
ANNEX II PO

**MINUTES OF MEETINGS
BETWEEN
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY
AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF
THE REPUBLIC OF KENYA
ON THE TECHNICAL COOPERATION PROJECT FOR
“STRENGTHENING COMMUNITY HEALTH STRATEGY
IN KENYA”**

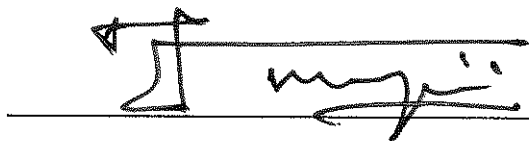
The Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”) ,through its Chief Representative of JICA Kenya Office, exchanged views and had a series of discussions with the Kenyan authorities concerned with respect to desirable measures to be taken by JICA and the Government of the Republic of Kenya for the successful implementation of the above-mentioned Project.

As a result of the discussions, the Chief Representative of JICA Kenya Office and the Kenyan authorities concerned agreed upon the matters described in the document attached hereto. This document is related to the Record of Discussions on the above-mentioned Project.

Nairobi, 9th December 2010




Masaaki KATO
Chief Representative,
Kenya Office,
Japan International Cooperation Agency,
Japan

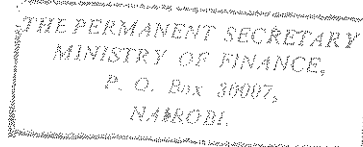


Francis K. MUSYIMI, CBS
Secretary Administration,
Ministry of Public Health and Sanitation,
The Republic of Kenya

Countersigned:



Joseph K. KINYUA, CBS
Permanent Secretary,
Office of the Deputy Prime Minister and Ministry
of Finance,
The Republic of Kenya



Project Design Matrix (PDM) : Version 1 (December 6, 2010)

Title of the Project: Project for Strengthening Community Health Strategy in Kenya

Direct Target Group : Department of Primary Health Services, Ministry of Public Health and Sanitation

Project Period: 3 years (2011 – 2014)

OVERALL GOAL	NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATIONS	IMPORTANT ASSUMPTIONS
<p>Roll-out of effective Community Health Strategy (CHS) implementation is accelerated.</p>	<p>Evidence-based policy cycle for implementation of CHS is strengthened through national capacity development.</p>	<p>Number/level of functional Community Units (CUs) is increased.</p>	<p>Revised CHS documents CHS policy circular CHS policy documents, policy circular, and minutes</p>	<p>Political/economic situation in Kenya does not deteriorate drastically. Govt resource allocations to CHS implementation are improved and sustained.</p>
<p>OUTPUTS</p>	<p>1. Policies/guidelines/tools for CHS operation are developed and revised. 2. Frameworks/guidelines/tools for CHS Monitoring & Evaluation (M&E) are in place. 3. Policies/guidelines/tools for CHS are tested through operations research and fed back for policy review. 4. Capacities for better coordination and advocacy in CHS are strengthened.</p>	<p>1-1 No. of guidelines/tools developed. 1-2 No. of guidelines/tools revised. 1-3 No. of CHS policy change briefs submitted to ICC. 2-1 M&E framework/guidelines/tools are in use in the selected intervention sites. 2-2 Proportion of timely and complete reporting is increased in the selected intervention sites. 3-1 Effective CHS models are developed. 3-2 No. of CHS policy change briefs prepared based on findings from operations research 4-1 Allocation of financial resources for CHS is increased. 4-2 No. of partners using standardized protocol for CHS.</p>	<p>1-1. New guidelines/tools 1-2. Revised guidelines/tools 1-3. CHS policy change briefs submitted to Inter-agency Coordinating Committee (ICC) 2-1. Health Management Information System (HMIS) reports, Project reports 2-2. HMIS reports 3-1. Project reports 3-2. CHS policy briefs 4-1. Printed estimates (in National Budget reports) 4-2. Stakeholder Forum reports at different levels</p>	<p>CHS remains as a priority of health sector. Partners environment remains favourable to CHS.</p>
<p>ACTIVITIES</p>	<p>1-1. To develop Community Health Worker (CHW) performance indicators and task Level I Services with Health Sector Stakeholders Fund. 1-2. To analyze the situation of CHWs and Community Health Extension Workers (CHEWs) and develop their retention plan. 1-3. To review and update the existing training package for CHWs and CHEWs. 1-4. To develop retention strategy on CHS 1-5. To revise policies/guidelines/tools for CHS operation based on findings from the project implementation. 2-1. To develop M&E framework/guideline/plan. 2-2. To review M&E tools. 2-3. To pre-test the developed M&E guideline and revised tools. 2-4. To pilot and disseminate M&E tools in the selected sites. 2-5. To analyze the data collected through M&E. 2-6. To share results from M&E with stakeholders. 3-1. To conduct systematic desk review of community health. 3-2. To hold regular consultative meetings with CHS Technical Advisory Committee and other stakeholders. 3-3. To hold regular consultative meetings with CHS Technical Advisory Committee and other stakeholders. 3-4. To conduct surveys (baseline and endline) at the systematic desk review and consultation. 3-5. To support establishment of CUs at the selected intervention sites as per the study protocol. 3-6. To analyze the data/development and disseminate the result. 4-1. To customize Terms of Reference for CHS Inter-agency Coordinating Committee (ICC) for effective coordination. 4-2. To generate the relevant information through the CHS ICC Technical Working Groups. 4-3. To integrate national CHS review into the existing sector performance review. 4-4. To develop the protocol for CHS operation for partners. 4-5. To hold periodic stakeholders forums for CHS. 4-6. To conduct local outreach visits and study tours for experience sharing.</p>	<p>INPUTS</p> <p>Japanese Side Assignment of experts: Chief Adviser, Community Health, Monitoring & Evaluation, Project Coordinator Communication & Advocacy/Operational Research, Cost Analysis Project operational cost Training, stakeholders forum, etc Activities in the selected intervention sites Provision of necessary equipment for the Project operation Training (in Japan and/or in a third country)</p>	<p>Kenyan Side Assignment of counterparts (C/Ps) Arrangement of the office space for the Project Utility cost for the Project office and the Project sites Personnel cost of C/Ps</p>	<p>Security condition in the selected sites does not deteriorate to adversely affect activity implementation.</p>
<p>TARGETS</p>	<p>Targets for Objectively Verifiable Indicators will be set soon after the Project commencement.</p>			<p>PRE-CONDITIONS N/A</p>

PLAN OF OPERATION

Year	1st year												2nd year												3rd year												Remarks
	1st year												2nd year												3rd year												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Month	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	
Day	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Activity	Plan of Operation (PO)																																				
Activity	1. Policies / guidelines / tools for CHS operation are developed and revised.																																				
Activity	1.1 To develop Community Health Worker (CHW) performance indicators and fill Level 1 Services with Health Sector Service Fund.																																				Finalization of the activities needs to be informed by work in the pilot sites
Activity	1.2 To analyze the situation of CHWs and Community Health Extension Workers (CHEWs) and develop their relation plan.																																				Finalization of the activities needs to be informed by work in the pilot sites
Activity	1.3 To revise and update the existing training package for CHWs and CHEWs.																																				Three months in the 1st year
Activity	1.4 To develop communication strategy on CHS																																				May require testing in the selected pilot before finalisation through stakeholder consultation.
Activity	1.5 To revise policies/procedures for CHS operation based on findings from the project implementation.																																				Revision of policies and tools based on piloting and wide consultation for consultations
Activity	2. Framework / guidelines/ tools for CHS Monitoring & Evaluation (M&E) are in place.																																				
Activity	2.1 To develop M&E framework/indicator plan.																																				Finalization of the activities needs to be informed by work in the pilot sites
Activity	2.2 To review M&E tools.																																				Tools to be reviewed further based on OR
Activity	2.3 To prevent the developed M&E guideline and revised tools.																																				Revised tools shall also be pre-tested for adoption in the pilot sites
Activity	2.4 To pilot and disseminate M&E tools in the selected sites.																																				Data collection and analysis is a pre-requisite for development on statistical tools and revised ones.
Activity	2.5 To analyze the data collected through M&E.																																				Schedule quarterly meetings
Activity	2.6 To share results from M&E with stakeholders.																																				
Activity	3. Policies / guidelines / tools for CHS are tested through operations research and fed back for policy.																																				
Activity	3.1 To conduct systematic desk review of community health.																																				Once every six months
Activity	3.2 To hold regular consultative meeting with CHS Technical Advisory Committee and other stakeholders.																																				
Activity	3.3 To develop study protocol and select sites based on the systematic desk review and consultation.																																				Endline survey to be undertaken just before the final joint evaluation of the Project
Activity	3.4 To conduct surveys (benefits and enablers) at the selected sites.																																				
Activity	3.5 To support establishment of CHS at the selected intervention sites as per the study protocol.																																				
Activity	3.6 To analyze the data/development and disseminate the result.																																				Data collection, analysis, dissemination to be consistent to go in tandem with the OR
Activity	4. Capacities for better coordination and advocacy in CHS are strengthened.																																				
Activity	4.1 To expedite Terms of Reference for CHS Inter-agency Coordinating Committee (ICC) for effective coordination.																																				WG is to continuously feed into the work of the ICC
Activity	4.2 To generate the relevant information through the CHS ICC Technical Working Group.																																				
Activity	4.3 To integrate national CHS review into the existing sector performance review.																																				
Activity	4.4 To develop the protocol for CHS operation for partners.																																				
Activity	4.5 To hold provincial stakeholders forum for CHS.																																				ICC Technical working group for resource check forum. Fielded in the team and partners to be involved
Activity	4.6 To conduct local exchange visits and study tours for experience sharing.																																				To be held once a year

