

**ケニア国  
ニャンザ州保健マネージメント強化  
プロジェクト  
中間レビュー調査報告書**

平成 23 年 7 月  
(2011 年)

独立行政法人国際協力機構  
ケニア事務所



## 序 文

ケニア国政府は保健の地方分権化促進のために、地方レベルでの保健行政官に対し、計画・実行・モニタリング・評価などの事業サイクルの管理や保健財源の確保と適正な執行などのマネジメント能力の強化に係る技術協力を日本政府に対し要請しました。

これを受け、独立行政法人国際協力機構（JICA）は「ニャンザ州保健マネジメント強化プロジェクト」を2009年7月1日から4カ年にわたって実施することとなりました。

協力開始2年目にあたり、本プロジェクトの進捗状況や現状を把握し、同国のプロジェクト関係者や派遣専門家に対し、必要な提言を行うとともに、必要に応じて活動計画を見直し、今後のプロジェクトの方向性を検討することを目的として、JICAはケニア側と合同で、2011年6月12日から6月25日にかけて中間レビューを行いました。

本報告書は同調査の結果を取りまとめたものであり、今後のプロジェクト展開に広く活用されることを期待します。

ここに、本調査にご協力いただいた両国関係者の皆様に深い謝意を表すとともに、プロジェクトの発展に向けて、引き続き一層のご支援をお願いする次第です。

平成23年7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  
地 図  
写 真  
略語表  
評価調査結果要約表

第1章 中間レビュー調査の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯	1
1-2 中間レビュー調査の目的	1
1-3 中間レビュー調査の方法	1
1-3-1 中間レビュー調査の手順	1
1-3-2 中間レビュー調査の評価項目	2
1-3-3 データ収集方法	2
1-4 中間レビュー調査用 PDM	2
1-5 中間レビュー調査の構成及び調査日程	3
第2章 プロジェクトの概要	5
2-1 プロジェクトの背景	5
2-2 プロジェクトの枠組み	5
2-3 プロジェクトの協力シナリオ	7
第3章 調査結果	10
3-1 投入実績	10
3-2 活動実績	11
3-3 アウトプットの実績	12
3-3-1 アウトプット1の達成度	12
3-3-2 アウトプット2の達成度	13
3-3-3 アウトプット3の達成度	15
3-3-4 アウトプット4の達成度	17
3-4 プロジェクト目標の達成度	18
3-5 プロジェクトの実施プロセス	21
3-5-1 プロジェクトの計画に関する事項	21
3-5-2 実施プロセスに関する事項	21
第4章 5項目評価結果	23
4-1 妥当性	23
4-2 有効性	25
4-3 効率性	26

4-4	インパクト	27
4-5	持続性	29
4-5-1	政策面・制度面での持続性	29
4-5-2	財政面での持続性	29
4-5-3	組織面・技術面での持続性	29
4-6	結 論	31
第5章	総括・提言	32
5-1	提 言	32
5-1-1	プロジェクト・デザインへの提言	32
5-1-2	プロジェクト実施に係る提言	32
5-2	団長所感	33
付属資料		
1.	PDM 0	37
2.	PDM 1	39
3.	活動実績表	41
4.	専門家派遣実績表	47
5.	機材供与実績表	48
6.	C/P リスト	52
7.	ローカルリソース&インスティテューションリスト	54
8.	本邦研修参加者リスト	56
9.	プロジェクト運営費	57
10.	参加型ワークショップの記録	58
11.	主要面談者リスト	65
12.	M/M (合同レビュー報告書含む)	67
13.	PDM 1 (和文)	118
14.	R/D 及び M/M (プロジェクト開始時)	120

# 地図

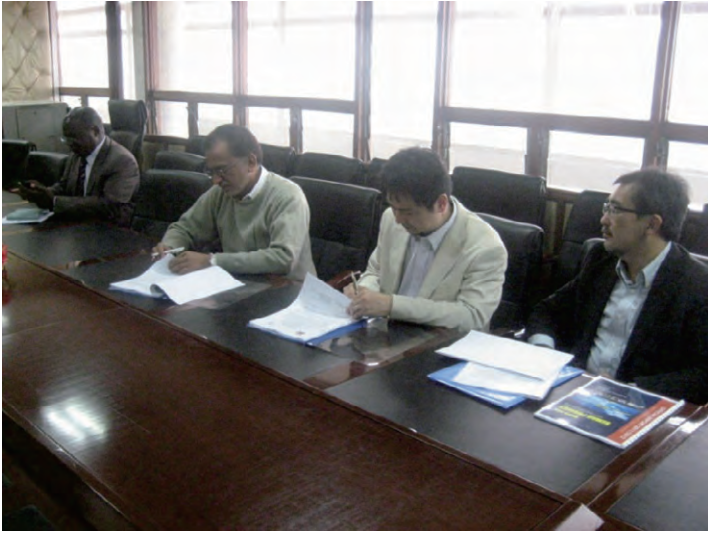


地図：○で囲んである箇所がプロジェクトサイト





# 写 真



2011年6月24日：公衆衛生省における  
ミニッツサイン（左より Dr. Odondi、Dr.  
Sharif、瀧澤団長、杉下チーフアドバイ  
ザー）



2011年6月21日：キスムにおけるプロ  
グラム会議



2011年6月22日：Dr. Kioko のオフィス  
にて



2011年6月20日：参加型ワークショップを通じたプロジェクトのレビュー1

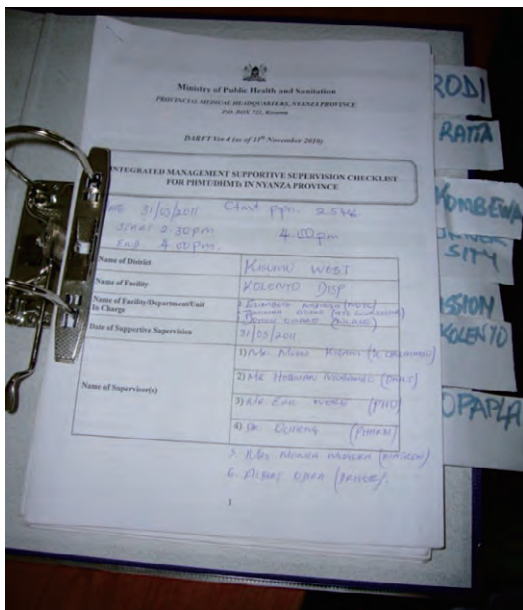


2011年6月20日：参加型ワークショップを通じたプロジェクトのレビュー2



KISUMU WEST District Office の入口に置かれたニュースレター（プロジェクト発行）。壁には、DHMTがプロジェクト活動を通じて設定したミッションとビジョンが張られている。





プロジェクトで開発したサポーターティブ・スーパービジョンチェックリストを活用したスーパービジョン結果のファイリング。



チーム内での情報共有促進を目的として設置された書棚。きちんと整理・保管されている。



施設による報告書の提出状況を壁に貼ることで視覚化。これにより、チーム内での情報共有が促進されるとともに、業務の円滑化が期待される。



## 略 語 表

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
ANC	Ante natal care	産前健診
AOP	Annual Operational Plan	年間活動予算計画
CDC	Center for Disease Control and Prevention	米国疾病予防対策センター
CHS	Community Health Strategy	コミュニティヘルス戦略
CoP	Community of Practices	-
DHMT	District Health Management Team	県保健マネジメントチーム
DMOH	District Medical Officer of Health	県保健局長
DoPHS	Department of Primary Health Services	(公衆衛生省) プライマリー・ヘルス・サービス局
DSS	Demographic Surveillance Survey	保健静態・動態調査システム
DTT	District Think Tank	-
GLUK	Great Lakes University of Kisumu	グレートレイク大学キスム校
GOK	Government of Kenya	ケニア政府
HF	Health Facility	保健施設
HIIs	High Impact Interventions	効果の証明された保健介入
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
HRH	Human Resources for Health	保健人材
HSS	Health Systems Strengthening	保健システム強化
IMSS	Integrated Management Supportive Supervision	統合的マネジメント・サポーターティブ・スーパービジョン
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
JFY	Japanese Fiscal Year	(日本) 予算年度
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
KDHS	Kenya Demographic Health Survey	ケニア人口動態保健調査
KEMRI	Kenya Medical Research Institute	ケニア中央医学研究所
KCA	Kenya College of Accountancy	-
KIA	Kenya Institute of Administration	-

KIM	Kenya Institute of Management	-
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
MoPHS	Ministry of Public Health and Sanitation	公衆衛生省
MSH	Management Sciences for Health	-
NHSSP	National Health Sector Strategic Plan	ケニア国家保健セクター戦略計画
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PDPHS	Provincial Director of Public Health & Sanitation	州公衆衛生局長
PHMT	Provincial Health Management Team	州保健マネージメントチーム
PO	Plan of Operation	活動計画
PSC	Project Steering Committee	プロジェクト運営委員会
R/D	Record of Discussions	協議議事録
TAG	Transformative Action Group	-
TICAD	Tokyo International Conference on African Development	アフリカ開発会議
TMWG	Training Management Working Group	研修マネージメント作業部会
TWG	Technical Working Group	技術作業部会
UCAN	Unity, Communication, Advocacy and Networking	-
UNICEF	United Nations Children Fund	国連児童基金
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
WG	Working Group	作業部会
WHO	World Health Organization	世界保健機構

## 評価調査結果要約表

1. 案件の概要	
国名：ケニア	案件名：ニャンザ州保健マネージメント強化プロジェクト
分野：保健医療システム	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：ケニア事務所	協力金額（評価時点）：3.7 億万円
協力期間	2009年7月～2013年6月（4年間）
	先方関係機関：公衆衛生省、ニャンザ州公衆衛生局、ニャンザ州内県公衆衛生局
	日本側協力機関：なし
他の関連協力；なし	
<p>1-1 協力の背景と概要</p> <p>ケニア国の保健行政は、2008年に保健省が公衆衛生省及び医療サービス省に二分化され、現在二省により執り行われている。また、地方行政の単位としては本省、州、県、コミュニティという単位で保健サービスが実施されている。なお、州および県では「州・県保健行政チーム」が保健行政マネージメント（保健計画、予算、実施、モニタリング・評価など）を統括している。</p> <p>ケニア国の保健医療セクターでは、開発パートナーなどの協力を得ながら、様々な努力が行われてきた。1963年の独立から1990年代前半までは保健指標の向上が見られたが、1990年代中盤以降はHIVエイズの蔓延、経済的格差の拡大などを理由に健康水準の後退が続き、2000年に入っても乳児死亡率や小児死亡率、妊産婦死亡率などは悪化した。しかし、2008/09に実施された保健調査で乳児死亡率や小児死亡率の改善が報告された。1990年代中盤以降に健康水準が後退してきた原因としては、HIV感染蔓延に加え、疾病の複雑化、医療サービスの多様化、それに伴う保健医療人材の量的・質的な不足、医療資源不足による保健医療サービス全般の量と質の低下が大きな要因である。その結果、受益者が保健サービスへの信用を喪失し、保健施設の利用率の低下を引き起こし、更に保健医療サービス提供者のモチベーション低下につながるという悪循環を起こした。</p> <p>これを受けて、ケニア政府は、国家保健セクター戦略計画Ⅱを策定し、保健の地方分権化を促進することを決定した。このため、地方レベルでの保健行政官たちは、計画、実行、モニタリングと評価などの事業サイクルの管理を行うことが求められるようになった。また、保健財源の確保と適正な執行を行い、保健情報システム、薬品・備品の調達システムも州及び県レベルで整備することとなり、県・施設レベルでの物品を含む財政管理能力を中心とするマネージメント能力の強化も緊急な課題となっている。</p> <p>これらの状況を踏まえ、ケニア政府からの要請に基づき、JICAはニャンザ州を対象とした技術協力プロジェクト「ニャンザ州保健マネージメント強化プロジェクト」を2009年7月から4年間の計画で実施している。本プロジェクトは、ニャンザ州及び県レベルの保健行政官個人及び州・県保健行政チームのマネージメント能力の強化を目指した事業である。</p>	

1-2 協力内容

(1) 上位目標

ニャンザ州におけるプライマリー・ヘルス・ケア・サービスの質が向上する。

(2) プロジェクト目標

ニャンザ州における州および県レベルの保健行政マネージメントチーム (PHMT、DHMT) のキャパシティが強化される。

(マネージメント・キャパシティとは、リーダーシップ&ガバナンス、チームマネージメント、計画および M&E、保健政策マネージメント、サポーターティブ・スーパービジョン/コーチング/メンタリング、保健情報マネージメント、リソースマネージメント、カスタマー・リレーション・マネージメント、の 8 つを指す。)

(3) アウトプット

1. 保健分野のリーダーシップおよびマネージメント研修がニャンザ州でモデル化され、普及・促進される。
2. 保健プロモーション活動がパイロット県においてモデル化され、保健システム強化において主流化される。
3. 県保健行政マネージメントチームから各保健施設、コミュニティに対するサポーターティブ・スーパービジョンおよび関連のマネージメント活動がパイロット県でモデル化され、普及・促進される。
4. プロジェクト介入によって証明されたエビデンスに基づく活動や教訓が、ニャンザ州内および他州に普及・促進され、国家保健政策やガイドライン、国際的ネットワークに波及される。

(4) 投入 (評価時点)

日本側：長期専門家派遣 4名 (チーフアドバイザー、業務調整/ I E C 教材、組織強化/ 研修マネージメント、保健行政マネージメント)

短期専門家派遣 1名 (保健情報システム)

本邦研修 9名

機材供与 車両、コンピューター、プリンター、コピー機等

ローカルコスト負担 約 41,590 千円

相手国側：カウンターパート 100名、 施設の提供

2. 調査団の概要

調査者 (日本側)	(担当分野：氏名 職位)	
	団長：瀧澤郁雄、JICA 人間開発部保健第 1 課 課長 保健マネージメント；Elijah Kinyangi, JICA ケニア事務所 プログラムオフィサー 協力企画 1；川村康予、JICA ケニア事務所 所員 協力企画 2；中原由美子、JICA ケニア事務所 企画調査員	
	評価・分析；喜多桂子、グローバルリンクマネージメント シニアコンサルタント	
調査期間	2011 年 6 月 13 日～6 月 25 日	評価種類：中間レビュー



### 3. 評価結果の概要

#### 3-1 実績の確認（アウトプットの達成度）

- (1) アウトプット 1：保健分野のリーダーシップおよびマネージメント研修がニャンザ州でモデル化され、普及・促進される。

これまでのプロジェクトによる支援の重点は、本アウトプットに置かれたことにより、中間レビュー時点において、本アウトプットの進捗状況は、4 つのアウトプットのうちで最も高い。アウトプット 1 が達成されたとみなされるためには、実施モデルが完成し、すべての対象チーム(州保健マネージメントチームおよび 30 県保健マネージメントチーム)が研修を受講している必要がある。現在、実施モデルの完成度は 70%程度、研修受講済みチームは全体の約 14%である。プロジェクト後半期の課題としては、研修プログラムの州内へのスケールアップである。

- (2) アウトプット 2：保健プロモーション活動がパイロット県においてモデル化され、保健システム強化において主流化される。

アウトプット 2 が達成されたとみなされるためには、ヘルスプロモーション実施モデルが完成されること、ヘルスプロモーション活動が予算化・実施されること、パイロット県における保健行政官のヘルスプロモーションのためのキャパシティに関する自己評価の指標がそれぞれ「良」レベルに達すること、が満たされている必要がある。現在のところ、実施モデルの完成度は 50%程度であり、モデル完成に向けて、今後特にパイロット県のヘルスプロモーション担当者に対する研修や、ヘルスプロモーションハンドブックの作成・配布への取り組みを加速させる必要がある。ヘルスプロモーション関連活動の AOP への予算化・実施化については、パイロット 3 県のうち、キスムウェストが比較的順調に進捗している一方で、他 2 県および PHMT には、更なる努力が望まれる。州およびパイロット県における保健行政官のヘルスプロモーションに関するキャパシティの自己評価は平均 3.5/5 となっている。

- (3) アウトプット 3：県保健行政マネージメントチームから各保健施設、コミュニティに対するサポーター・スーパービジョンおよび関連のマネージメント活動がパイロット県でモデル化され、普及・促進される。

本アウトプットは、PDM の改定（2011 年 3 月）時にアウトプットとして明文化され、本格的に取り組みが開始されたことから、他のアウトプットほどの進展はみられない。しかし、指標の進捗状況に照らし合わせての成果は発現されつつある。アウトプット 3 が達成されたと判断するためには、サポーター・スーパービジョンの実施モデルが開発され、かつ、パイロット県における 80%の医療施設で総合的マネージメント・サポーター・スーパービジョン（IMSS）が活用されている必要がある。実施モデルについては、5 つの基準のうちで着手されているのはチェックリストの開発（7 割程度完了）のみであり、よってモデルの完成度は 14%である。チェックリストは、パイロット県の 51.5%の医療施設で活用されている。

(4) アウトプット4：プロジェクト介入によって証明されたエビデンスに基づく活動や教訓が、ニャンザ州内および他州に普及・促進され、国家保健政策やガイドライン、国際的ネットワークに波及される。

指標に照らしあわせて、アウトプット4は順調に進捗している（表12参照）。2011年6月までに、69のセミナー/ワークショップ/コンファレンスにおいてプロジェクト活動が発表されている。また、プロジェクト関連の出版物は2009年度の5本から2010年には24本へと急増しており、2011年6月時点では総計33本に上る。

### 3-2 評価結果の要約

#### (1) 妥当性

中間レビュー調査時においても、本プロジェクトの妥当性は高い。本プロジェクトのプロジェクト目標及び上位目標は、すべてのケニア国民に公平で手頃な良質の保健サービスを提供することを謳ったVision 2030に合致、プロジェクト目標は、地方レベルでの保健行政官のリーダーシップとマネージメント能力の強化を課題としている国家保健セクター戦略II（2005-2010）と合致している。また、ケニア国、特に本プロジェクトの対象地域であるニャンザ州のMDGs保健関連指標（乳幼児死亡率と妊産婦死亡率）に照らし合わせて、本プロジェクトは当該国保健分野のニーズに応えるものである。さらに、

プロジェクトの目標である「地方保健行政官のマネージメント能力強化」は、「新国際保健政策」（外務省）の重点課題の1つであり、実証に基づく有効なモデルのスケールアップについても、支援アプローチとされていることから、プロジェクトの支援分野・アプローチともに、「新国際保健政策」との高い整合性が認められる。

#### (2) 有効性

プロジェクトは目標達成に向かって順調な進展を見せている。プロジェクト目標が達成されるためには、3つの実施モデル（①マネージメントトレーニングモデル、②ヘルスプロモーションモデル、③サポーター・スーパービジョンモデル）が開発されること（第1段階）、開発されたモデルの有効性が検証されること（第2段階）、有効なモデルがニャンザ州内・他州において普及されること（第3段階）といった3つの段階が終了する必要がある。現在、プロジェクトは第1段階の途中にある。今後プロジェクトの有効性を更に高めるためには、3つの課題が指摘できよう。第1は、ヘルスプロモーション実施モデル（アウトプット2）とサポーター・スーパービジョン実施モデル（アウトプット3）の開発を加速することである。第2は、「プロジェクト目標が達成されたと判断する基準」および第1段階における「3つの各実施モデルが開発されたと判断する基準」について、プロジェクト関係者間でコンセンサスを確立することである。第3は、実施モデルの有効性を図る客観的な指標を設定することである（現在「マネージメント能力」と「行動変容」の変化を図る指標は自己評価のみとされている）。

#### (3) 効率性

本プロジェクトの効率性は、概ね良かったといえる。日本側・ケニア側双方の投入は量・

質・タイミングともに、適切であると判断された上、ほとんどすべてがアウトプットの発現に結びついている。プロジェクト前半期における活動の焦点は、アウトプット1に置かれており、それ故にその達成度は他3つのアウトプットよりもかなり高い。成果の発現が比較的低いアウトプット（アウトプット2と3）は、本格的な取り組みを始めて間もないことから、今後はこれらのアウトプットに対して集中投入することが効率性の向上に繋がる。効率性を高めるためのその他の方策としては、研修パッケージの主流化（アウトプット1）やIEC資料の作成（アウトプット2）、コミュニティヘルス戦略に沿ったサポーターブスーパービジョン実施モデル開発（アウトプット3）のために、同様の支援を行っている他援助機関との調整・協働を促進すること、および、実施モデル普及プロセスにおいて、現在までにプロジェクトを通じて育成されたPHMTおよびパイロット地域のDHMTをリソースパーソンとして戦略的に活用する方策を検討することが望ましい。

#### （4）インパクト

上位目標（予期した正のインパクト）については、2011年3月にベースライン調査を実施し、3つの指標のうちの「保健施設利用者の満足度」と「保健行政官/保健従事者の職務満足度」についてベースライン値を設定した段階である（それぞれ3.35/4.00と3.16/4.00）。3つ目の指標であるHIIs指標の改善（はしかの予防接種率、医療従事者の立会による出産、4回の妊産婦検診受診率、家族計画率）等の進捗状況をみると、2009年度と2010年度について、パイロット県の平均、ニャンザ州ともに大幅な改善がみられる。これは、プロジェクト単独での成果ではないが、プロジェクトがニャンザ州を対象とした支援を行う開発パートナーの協働を推進した結果として特記に値する。

現時点で負のインパクトは報告されていない。

#### （5）持続性

政策的・制度的、財政的、組織的・技術的側面からそれぞれ検証した結果、本プロジェクト終了後もその効果が継続される可能性が確認できた。政策的・制度的持続性に関しては、特に「マネジメント研修パッケージ」の優位性は、公衆衛生省からも認識されつつあるところ、その有効性が実証されれば、公衆衛生省の主導で標準化される可能性が高い。組織面・技術面での持続性については、保健行政官のマインドと行動の変化は顕著であるが、現在のところ、マネジメント能力や行動面での変化は自己申告に基づくものであること、また、離職の問題が懸念されることにより、プロジェクトによる成果として個人レベル・組織レベルでどの程度定着しているのかについては、客観的な方法によってモニタリング・評価を行い、必要に応じて適切なフォローアップが必要であろう。また、プロジェクトでは、プロジェクト調整ワーキンググループとアウトプット毎にワーキンググループを設置し、ワーキンググループへの技術的支援は、開発パートナー（中央政府、援助機関、教育機関、民間セクター）で構成する研修機関ネットワークが実施するという実施体制をとっているが、プロジェクト後半期に予定されているスケールアップ段階は、これらの組織が主導することをプロジェクトが促進することで、組織力が強化されるだけでなく、プロジェクト終了後の組織の持続性が期待されるものである。財政面での持続性について

は、公衆衛生省は、プロジェクトの実施によって発現された成果を、プロジェクト終了後に独自に維持・発展させるための財源を確保する方法を検討する必要がある。財政面での持続性を高めるための貢献要因として、医療施設を対象とした各種資金（Health Sector Service Fund, Constituency Development Fund, Authority Transfer Fund）の試行が確認できた。

### 3-3 効果発現に貢献した要因

#### (1) 計画内容に関すること

プロジェクト調整ワーキンググループ とアウトプット毎のワーキンググループを設置し、開発パートナー（中央政府、援助機関、教育機関、民間セクター）で構成する研修機関ネットワークがワーキンググループへの技術的支援を行うという実施体制を通じて、協働作業が促進されただけでなく、プロジェクト終了後の持続性の基盤が整えられた。

#### (2) 実施プロセスに関すること

日本人専門家と現地採用スタッフが増員されたことより、アウトプット 3 が追加され、より包括的な保健行政システムの構築に向けた取り組みが可能となった。

### 3-4 問題点及び問題を惹起した要因

#### (1) 計画内容に関すること

PDM0 にベースライン値に基づく明確な目標値が設定されていなかったことで、プロジェクトの最終到達点に関して関係者間での共通認識が十分に確立されていなかった。

#### (2) 実施プロセスに関すること

上記問題が認識されていたにもかかわらず、ベースライン調査の実施および PDM の修正が中間レビュー調査 3 ヶ月前まで実施されなかった。これにより、プロジェクト実施プロセスにおいて、PDM が本来期待されるマネジメントツールとして十分な機能を果たしていなかった。

### 3-5 結論

プロジェクトは協力期間中の目標達成に向けて比較的順調に推移している。中間評価時点までの主な成果としては、国内外の教育研究機関や関係機関の技術リソースの協力を得た保健システムマネジメントにかかる行政官向けのコア研修モジュールの開発、それらを適用したパイロット県の保健行政官に対するマネジメント研修の実施（アウトプット 1）が挙げられる。受講者のニーズを丁寧に反映してテイラーメイドで作成された同研修モジュールについては、他の類似の研修と比してもより実践的であるとして参加者の評価は押しなべて高い。しかし、プロジェクト後半の州内他県への展開、さらには国家政策・計画への反映に向けては、いかに研修の質を維持しつつ時間短縮・コスト削減が図れるかが鍵となる。計画されているオペレーショナル・リサーチの結果に期待が大きい。また、ニュースレターを通じた情報発信や、地元の大学による国際学会の開催を支援する中でプロジェクト成果を発信するなど、協力成果の発信に向けた取り組みも積極的になされている（アウトプット 4）。公衆衛生省等政策決定者、他州の

PHMT・DHMT メンバー、関連する支援を行う他開発パートナーに焦点をあて、より効果的・効率的に発信を継続していくことが望まれる。

他方、パイロット県における保健プロモーション活動のモデル化（アウトプット2）、パイロット県におけるサポーター・スーパービジョン及び関連マネジメント活動のモデル化（アウトプット3）については、到達目標と活動の具体化を急ぐ必要がある。また、成果2及び3についてはケニア国内で既に様々な取組みがなされていることから、公衆衛生省内の関係者と情報共有・調整を図りながら取組みを進める必要がある。

### 3-6 提言（当該プロジェクトに関する具体的な措置、提案、助言）

#### （1）プロジェクトデザインへの提言

##### ①上位目標の指標について

通常、上位目標はプロジェクト終了後3-5年後に達成されるものであるが、2011年3月に実施されたベースライン調査結果によると、既に達成されつつある指標もあり、見直す必要がある。

②現行のプロジェクト目標の2指標とも自己評価によるものである。PHMTやDHMTのマネジメント能力の変化については現行の指標では図れないことから、指標の追加を検討した方が良い。

③アウトプット2及び3で確立されるモデルと関連する成果品については、関係者で共通認識を持った方が良い。また、確立されるモデルが明確になった場合には必要に応じ、各活動を見直しPDMに反映させる。

#### （2）プロジェクト実施に係る提言

①アウトプット1、2及び3で確立された各モデルの有効性は、関係者及び開発パートナーによってきちんと検証され、標準化される必要がある。また、成果品については公衆衛生省による認可を得て、普及をする必要がある。

②本プロジェクトではモデルの確立とエビデンスベースによる実証が中心となっており、残りのプロジェクト期間ではモデルおよび各種成果品の普及に焦点をあてることになる。そのためには公衆衛生省との関係を強化しつつプロジェクトを実施していく必要がある。

③MDGs 4（幼児死亡率の削減）及び5（妊産婦の健康状態の改善）の達成に貢献するために他パートナーとの協同を更に促進する必要がある。また、そのためには保健プロモーションとサポーター・スーパービジョンを強化する必要がある。

④R/Dに記載されているようにプロジェクトのモニタリングと調整を行うためにプロジェクトステアリングコミッティをキスムにて開催することとなっているが、今後は同会議を活性化する必要がある。

⑤戦略的にプロジェクトの成果を保健システム強化につなげていくためには、プロジェクト広報に力を入れる必要がある。具体的には、既存のICCにおいて、プロジェクトで得られた教訓や経験を積極的に発表し、共有していく。





## 第1章 中間レビュー調査の概要

### 1-1 調査団派遣の経緯

ケニア国内で最も健康指標の低い地域であるニャンザ州において、地域の保健ニーズに基づいたサービスの向上を目的として、地方分権化に向けた州・県レベルでの地方保健行政組織の機能強化を行う「ニャンザ州保健マネージメント強化プロジェクト」が2009年7月より4年間の協力期間で実施中である。

本調査団は、本件開始から約2年の時点で、これまでのプロジェクトの活動実績・実施プロセスを評価するとともに、プロジェクト後半の活動の方向性に関する提言や、類似プロジェクトへの教訓を抽出することを目的として派遣された。

### 1-2 中間レビュー調査の目的

中間レビューの目的のひとつは、調査結果に基づき、必要に応じて PDM (Project Design Matrix ; プロジェクト・デザイン・マトリックス) の修正を行うことである。しかし、現行 PDM (PDM 1) は中間レビュー実施の3カ月前(2011年3月)にプロジェクトチームによって修正、第2回 JCC において承認されていることを踏まえ、本調査では PDM 1 の基本的構成は変更しないこととした。本調査の主な焦点は以下に示すとおりである。

- (1) プロジェクト開始から現在までの1年8カ月間におけるプロジェクトの進捗状況(実績と実施プロセス)をレビューし、評価5項目に沿ってプロジェクトの成果を評価する。その際には、5項目すべてについてレビューするが、特に、妥当性、有効性、効率性に焦点を当てる。
- (2) レビュー結果に基づき、プロジェクトの残り期間を対象として提言を抽出する<sup>1</sup>。
- (3) プロジェクトが今後めざす方向に関して、プロジェクト関係者間で共通認識を確立する。特に、
  - 1) 各アウトプット及びプロジェクト目標について、プロジェクト期間における到達点はどこか(アウトプットとプロジェクト目標の記述内容と指標に留意し、プロジェクトでカバーする範囲を明確にする)
  - 2) 各アウトプットを達成するために必要な活動は何か(各アウトプットを効率的に達成するために適切な内容の活動を過不足なく設定する)

### 1-3 中間レビュー調査の方法

#### 1-3-1 中間レビュー調査の手順

本調査は、「新 JICA 事業評価ガイドライン(2010年6月:第1版)」に基づき、以下の手順で実施した。

- ①プロジェクトの計画を論理的に配置したログフレームあるいは PDM に基づき、プロジェクトの現状を実績・実施プロセス・因果関係の観点から把握・検証する(1-4参照)。
- ②「妥当性」「有効性」「効率性」「インパクト」「持続性」の5つの観点(評価5項目)から、プロジェクトの結果をレビューする。
- ③レビュー結果に基づき、プロジェクトの残りの実施期間の活動に対しての提言を抽出する。

<sup>1</sup> ケニア側調査団メンバーの提案により、教訓は終了時評価にて取りまとめることとなった。

### 1-3-2 中間レビュー調査の評価項目

本プロジェクトのレビューに適用する評価5項目の各項目の定義は表1-1のとおりである。

表1-1 評価5項目の定義

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

### 1-3-3 データ収集方法

本調査では、定性的・定量的データを以下の方法で収集した。

- ①既存資料レビュー
- ②キーインフォーマント・インタビュー(ケニア側 C/P、日本人専門家、プロジェクトのローカルスタッフ、州・県行政官、他援助機関スタッフ)(主要面談者リストについては、付属資料11参照)
- ③参加型ワークショップ(詳細については、付属資料10参照)
- ④パイロット県<sup>2</sup>における直接観察

### 1-4 中間レビュー調査用PDM

現行PDM(PDM1)は、2011年2月にプロジェクトチームによって修正作業が開始され、2011年3月に第2回JCCによって承認されている。修正の際の留意点としては、プロジェクトの成果を図れるように適切な指標を設定すること、オリジナルPDM(PDM0)には記述されていないが、実際には実施してきた活動をPDMに反映させること、ログフレームを再構成すること、であった。

合同調査団は、本調査前に修正されたPDM(PDM1)に基づいて中間レビュー調査を行うこととした。これは、プロジェクト開始から現在までに実際に実施された活動は、PDM0よりもPDM1により正確に反映されていると判断したためである(PDM0とPDM1については、付属資料1・2をそれぞれ参照)。

<sup>2</sup> プロジェクト開始当初のパイロットサイトはニャンザ州、シアヤ(Siaya)県、キスムウェスト(Kisumu West)県の3カ所であった。しかしプロジェクト期間中にシアヤ県がシアヤ県とウゲニャ(Ugenya)県に分割された。また、中間レビュー時にはシアヤ県がシアヤ、ウゲニャ、ゲム(Gem)の3県に再分割されることとが決定した。しかし中間レビュー時にはゲムの行政組織は整っていなかった。



## 1-5 中間レビュー調査団の構成及び調査日程

### (1) ケニア側構成

氏名	担当業務	組織・役職
Dr. John Odondi	団長	Head, Department of Primary Health Service, MoPHS
Mr. Ibrahim Maalim	評価・分析	Senior Deputy Secretary, MoPHS
Dr. Rael Mutai	評価・分析	Monitoring & Evaluation Coordinator, Department of Primary Health Service, MoPHS

### (2) 日本側構成

氏名	担当業務	組織・役職
瀧澤 郁雄	団長	JICA 人間開発部保健第1課 課長
Elijah Kinyangi	保健マネージメント	JICA ケニア事務所 プログラムオフィサー
川村 康予	協力企画 1	JICA ケニア事務所 所員
中原 由美子	協力企画 2	JICA ケニア事務所 企画調査員
喜多 桂子	評価・分析	グローバルリンクマネージメント シニアコンサルタント

### (3) 調査日程

日付	曜日	AM/PM	活動
6/14	火	09:00 11:00 PM	JICA 事務所打ち合わせ DoPHS (MoPHS) 協議 ニヤンザ州キスムへ移動
6/15	水	09:00	PDPHS 協議
		09:30	プロジェクト日本人専門家との協議
		PM	プロジェクト日本人専門家、プロジェクトスタッフ、PHMT へのインタビュー
6/16	木	11:00	ウゲニヤ DHMT との協議、インタビュー
		14:00	シアヤ DHMT との協議、インタビュー
6/17	金	09:00	GLUK インタビュー
		11:00	キスムウエスト DHMT との協議、インタビュー
		PM	プロジェクトメンバー及び PHMT との協議
6/18	土		日本人専門家へのインタビュー 合同レビューレポート作成
6/19	日		合同レビューレポート作成
6/20	月	08:30～	参加型ワークショップ(於;キスム)
		13:30	(瀧澤団長) DoPHS (MoPHS) との協議
		19:00	瀧澤団長他、キスムへ移動 調査団と日本人専門家との協議
6/21	火	08:30	JICA HSS プログラム会議
		15:00	中間レビュー調査団とプロジェクトメンバーとの協議
6/22	水	08:00	キスムウエスト県視察
		11:00	PHMT に合同レビュー結果報告
		14:00	関係者による合同レビューレポート内容確認

6/23	木	11:00	MoPHS と協議(合同レビューレポート説明)
		PM	合同レビューレポート作成
6/24	金	09:00	M/M 及び合同レビューレポート署名交換
		13:30	JICA 事務所報告

## 第2章 プロジェクトの概要

### 2-1 プロジェクトの背景

ケニアの保健行政は、2008年に保健省が公衆衛生省（Ministry of Public Health and Sanitation : MoPHS）及び医療サービス省に二分化され、現在2省により執り行われている。また、地方行政の単位としては本省、州、県、コミュニティという単位で保健サービスが実施されている。なお、州及び県では「州・県保健行政チーム」が保健行政マネジメント（保健計画、予算、実施、モニタリング・評価など）を統括している。

ケニアの保健医療セクターでは、開発パートナーなどの協力を得ながら、さまざまな努力が行われてきた。1963年の独立から1990年代前半までは保健指標の向上がみられたが、1990年代中盤以降はAIDSの蔓延、経済的格差の拡大などを理由に健康水準の後退が続き、2000年に入っても乳児死亡率や小児死亡率、妊産婦死亡率などは悪化した。しかし、2008/09に実施された保健調査で乳児死亡率や小児死亡率の改善が報告された。1990年代中盤以降に健康水準が後退してきた原因としては、HIV感染蔓延に加え、疾病の複雑化、医療サービスの多様化、それに伴う保健医療人材の量的・質的な不足、医療資源不足による保健医療サービス全般の量と質の低下が大きな要因である。その結果、受益者が保健サービスへの信用を喪失し、保健施設の利用率の低下を引き起こし、さらに保健医療サービス提供者のモチベーション低下につながるという悪循環を起こした。

これを受けて、ケニア国政府は、国家保健セクター戦略計画Ⅱ（NHSSP）を策定し、保健の地方分権化を促進することを決定した。このため、地方レベルでの保健行政官たちは、計画、実行、モニタリングと評価（M&E）などの事業サイクルの管理を行うことが求められるようになった。また、保健財源の確保と適正な執行能力、さらに、保健情報システム、薬品・備品の調達システムも州及び県レベルで整備することとなったため、県・施設レベルでの物品を含む財政管理能力を中心とするマネジメント能力の強化も緊急な課題となっている。

これらの状況を踏まえ、ケニア国政府からの要請に基づき、JICAはニャンザ州を対象とした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」を2009年7月から4年間の計画で実施している。本プロジェクトは、ニャンザ州及び県レベルの保健行政官個人及び州・県保健行政チームのマネジメント能力の強化をめざした事業である。

### 2-2 プロジェクトの枠組み

本プロジェクトの枠組みは以下のとおりである<sup>3</sup>。PDM1（和文）については、付属資料13を参照されたい。

#### （1）上位目標

ニャンザ州におけるプライマリー・ヘルス・ケア・サービスの質が向上する。

#### （2）プロジェクト目標

ニャンザ州における州及び県レベルの保健行政マネジメントチーム（PHMT、DHMT）の

<sup>3</sup> PDM1には記述されていないが、プロジェクトではスーパーゴール「ニャンザ州住民の健康状態が改善する（Health status of the people in Nyanza Province is improved）」を設定している。

キャパシティが強化される。

(マネージメント・キャパシティとは、リーダーシップ&ガバナンス、チームマネージメント、計画及びM&E、保健政策マネージメント、サポーター・スーパービジョン/コーチング/メンタリング、保健情報マネージメント、リソースマネージメント、カスタマー・リレーション・マネージメント、の8つを指す。)

### (3) アウトプットと活動

アウトプット 1：保健分野のリーダーシップ及びマネージメント研修がニャンザ州でモデル化され、普及・促進される。

- 1.1 保健マネージメント研修の実施のための研修機関ネットワーク (COPs) を構築する。
- 1.2 研修マネージメント作業部会 (TMWG) を PHMT、DHMT、COPs 日本人専門家で組織化する。
- 1.3 作業部会を定期的に開催して、研修ニーズの同定、研修計画、モジュール開発などを行う
- 1.4 主要マネージメント研修をパイロット県に実施しパッケージ化のためのモデル構築を行う。
- 1.5 ニャンザ州の全 DHMT を対象にした普及に向けて、パイロット研修の見直しを行い、パッケージ化する。
- 1.6 ニャンザ州の全 DHMT を対象に主要マネージメント研修を対照研究デザインに基づいて実施する。
- 1.7 パイロット県において、DHMT が保健施設及びコミュニティレベルを対象にしたマネージメント研修を実施するための支援を行う。
- 1.8 パイロット県において、年間活動予算計画 (AOP) 作成時にマネージメント研修の成果が応用されることを支援する。
- 1.9 保健リーダーシップ及びマネージメント研修をエビデンスに基づく活動として評価し、文書化する。

アウトプット 2：保健プロモーション活動がパイロット県においてモデル化され、保健システム強化において主流化される。

- 2.1 保健プロモーション作業部会 (UCAN WG) を組織化し、定期的活動を行う。
- 2.2 保健プロモーションにおけるニーズ評価を、PHMT, DHMT, 保健施設、コミュニティの各レベルで行う。
- 2.3 保健プロモーションにおけるキャパシティ・アセスメントをパイロット県に対して行う。
- 2.4 保健プロモーションに関するマネージメント研修及びワークショップを PHMT、DHMT を対象に行う。
- 2.5 DHMT が保健施設及びコミュニティレベルを対象にした保健プロモーション活動を行う支援をする。
- 2.6 DHMT が保健プロモーション活動を AOP へ予算化する過程を促進する。
- 2.7 スタディ訪問などを通して、グッド・プラクティスの共有や他県とのネットワークを

促進する。

- 2.8 DHMT がローカル・コンテキストに沿って IEC 教材を作成することを支援する。
- 2.9 保健プロモーション活動をエビデンスに基づく活動として評価し、文書化する。

アウトプット 3：県保健行政マネジメントチームから各保健施設、コミュニティに対するサポータティブ・スーパービジョン及び関連のマネジメント活動がパイロット県でモデル化され、普及・促進される。

- 3.1 県支援作業部会を設立し、県保健システム強化のためのキャパシティ育成を行う。
- 3.2 マネージメントの強化とサービスの標準化を目的としてスーパービジョン制度とチェックリストの見直しを行う。
- 3.3 統合的マネジメント・サポータティブ・スーパービジョン (IMSS) チェックリストの開発と現場トレーニング、フィードバックのメカニズムを構築する。
- 3.4 IMSS チェックリストを使ったサポータティブ・スーパービジョン、現場トレーニング、フィードバックの実施を行う。
- 3.5 DHMT がサポータティブ・スーパービジョン活動を AOP へ予算化する過程を促進する。
- 3.6 PHMT、DHMT における保健管理情報システム (HMIS)、コミュニティ保健戦略 (CHS) の促進を支援する。
- 3.7 PHMT、DHMT における AOP のプロジェクト・マネジメント管理を支援する。
- 3.8 PHMT、DHMT におけるステークホルダー会議、技術諮問会議などの開催を支援する。
- 3.9 サポータティブ・スーパービジョンや他のマネジメント活動をエビデンスに基づく活動として評価し、文書化する。

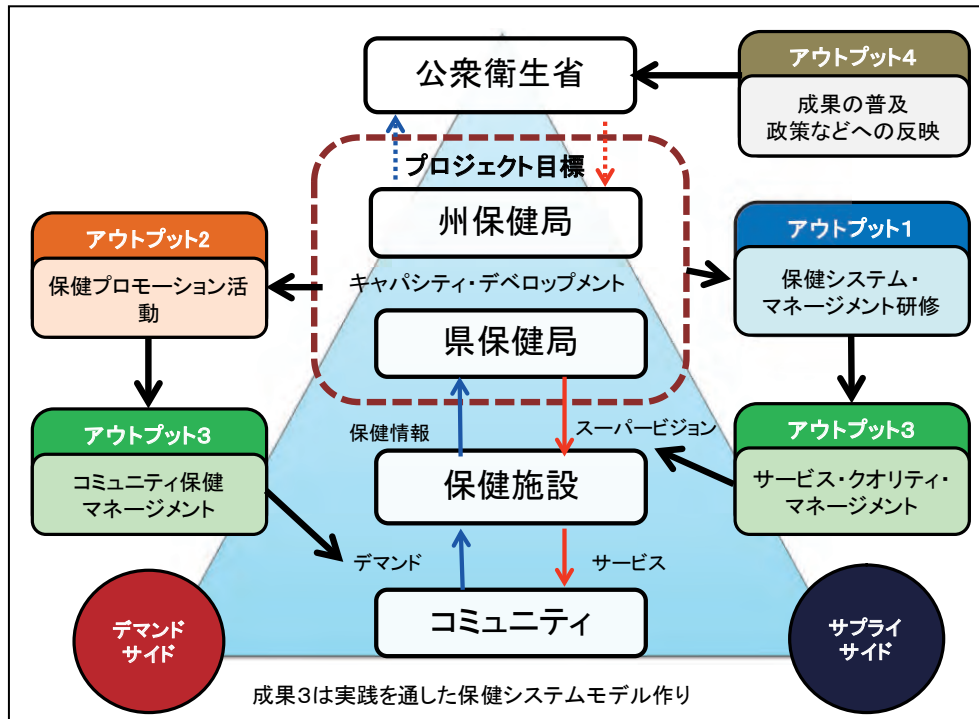
アウトプット 4：プロジェクト介入によって証明されたエビデンスに基づく活動や教訓が、ニャンザ州内及び他州に普及・促進され、国家保健政策やガイドライン、国際的ネットワークに波及される。

- 4.1 エビデンスに基づく活動として、プロジェクトの介入効果を判定するためのオペレーショナル・リサーチをデザインし実施する。
- 4.2 リサーチ結果や実施モデル、教訓などを文書化・出版して、広報活動を行う。
- 4.3 プロジェクト成果などの普及のため、学術誌への投稿、カンファレンス、関係者フォーラムなどの継続的メカニズムを構築する。
- 4.4 開発パートナー、学術機関、他の実施機関との組織的ネットワークを促進する。
- 4.5 情報や経験の共有のためのフォーラム開催やスタディ訪問を実施し、エビデンスに基づく活動を促進する。
- 4.6 DoPHS や他の部局の組織強化を支援する。
- 4.7 プロジェクトの成果に基づいて保健政策やガイドラインの見直しを支援する。
- 4.8 他の近隣諸国などとのネットワークを強化して、保健システム強化のための国際連携を促進する。

### 2-3 プロジェクトの協力シナリオ

本プロジェクトの協力シナリオを図 2-1 に示す。本図には、各アウトプットがプロジェクト

目標の達成にどのように貢献しているか示されている。



出典：プロジェクトチーム作成

図 2-1 本プロジェクトの協カシナリオ

アウトプット 1、2、3 では、保健マネージメントシステムを機能させるための実施モデルを開発し、開発したモデルの有効性を検証し、有効性が実証された実施モデルをニャンザ州内に普及するところまでをめざす。プロジェクトにおける各アウトプットの役割は以下のとおりである。

- (1) アウトプット 1では、保健システム・マネージメント研修を通じて、保健行政官と保健行政チームのマネージメント・キャパシティを強化する。対象とする領域は、①リーダーシップ・マネージメント・ガバナンス、②計画立案及びモニタリング・評価、③保健政策マネージメント、④サポーター・スーパービジョン、⑤リソース・マネージメント、⑥情報マネージメント、⑦チーム・マネージメント、⑧カスタマー・リレーションズ・マネージメント、である。当該研修は、知識・技術の習得だけでなく、「マインドセット」の変化までをめざしている点で独自のである。
- (2) アウトプット 2は、「適切な保健システムが構築され、そうしたシステムが利用されて（ダイヤモンド・クリエーション）こそ、保健指標の改善につながる」との観点から設定されたアウトプットである。そのため、保健行政官・保健行政チーム（サプライサイド）の「保健プロモーション活動」能力の強化に焦点が置かれる。
- (3) アウトプット 3は、パイロット県における保健行政官・保健行政チームのキャパシティ・デベロップメントを通じた実践的なシステム構築をめざす。保健行政官・保健行政チームの

キャパシティ強化を通じて保健サービス改善が行われる(アウトプット1の結果)とともに、保健プロモーション活動を反映したコミュニティヘルス・マネージメントが強化される(アウトプット2の結果)ことにより、保健医療サービスの利用が改善されるという考え方に基づく。サプライサイドの強化としては、県保健チームと保健施設とのインターフェースに注目し、サポーター・スーパービジョン、保健情報システムの強化、保健施設におけるKAIZEN 活動の導入(5S-CQI-TQM)、母子手帳の活用などを視野に入れている。他方、ダイヤモンドサイド強化のために、保健施設とコミュニティをつなぐコミュニティ・エクステンション・ワーカーのファシリテーションスキルやコーチングスキルの向上に焦点を置く。

- (4) アウトプット4の役割は、①アウトプット1、2、3のためのオペレーションズリサーチをデザインする、②有効性が実証された実施モデルをスケールアップする、③プロジェクトの効果を国家ガイドライン・戦略等にフィードバックする、④ニャンザ州のために、国際的なネットワークを開発・強化することである。プロジェクト目標及び上位目標がニャンザ州を対象としているのに対し、アウトプット4は、ニャンザ州のみならず、州外、ひいては国家レベルにまで、プロジェクトの効果が波及することを想定した内容となっており、その意味では、JICAプログラム「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」のプログラム目標「プライマリヘルスサービスに係る保健システムが中央政府からコミュニティまでのすべてのレベルにおいて強化する」の達成に直接的に貢献するアウトプットであるといえる。

## 第3章 調査結果

中間レビュー調査結果及び双方の合意事項は合同評価報告書に取りまとめ、M/M でケニア側と署名交換した（付属資料 12 参照）。合同評価報告書の概要は以下に記す。

### 3-1 投入実績

#### (1) 日本人専門家派遣実績

長期専門家 4 名（チーフアドバイザー、業務調整／IEC 教材、組織強化／研修マネジメント、保健行政マネジメント）及び短期専門家 1 名（保健情報システム）が派遣されている。詳細は付属資料 4 を参照。

#### (2) 機材供与実績

車両、コンピュータ、プリンター、コピー機等が供与されている。リストについては付属資料 5 参照。

#### (3) ケニア側の C/P

100 名の C/P がいる。リストは付属資料 6 参照。また、ローカルリソースのリストについては付属資料 7 参照。

#### (4) 本邦研修参加者

合計で 9 名が本邦研修を受講した。リストについては付属資料 8 参照。

#### (5) プロジェクト運営費

合計で 41,950 千円（レートについては、2011 年 7 月時点のものを使用）となっている。詳細は付属資料 9 参照。

#### (6) プロジェクトスタッフ

プロジェクトではプロジェクト運営費で中間レビュー時まで合計 7 人の以下のスタッフを雇用している。

No.	Name	Job Title	Period (from)	Period (to)
1	Edna Nyakoe	Project Assistant	2009/9/7	2011/12/6
2	Caleb Seda Obel	Project Chief Driver	2009/9/1	2011/11/30
3	George Obillo	Project Driver	2010/4/1	2012/3/31
4	Linet Achieng Nyapada Oyucho	Technical Advisor for Human Resource Development	2010/6/1	2012/5/31
5	Charles Oduor Ohiwa	Project Driver	2011/5/16	2011/9/30
6	Sachiyo Nagi (風幸世)	Field Capacity Development Advisor	2010/6/1	2011/3/31
7	Yoshito Kawakatsu (川勝義人)	Field Capacity Development Advisor	2011/4/11	2012/4/10



### 3-2 活動実績

中間レビュー調査に先立って修正されたプロジェクトの枠組みは、①イントロダクション段階、②パイロット段階、③スケールアップ段階、という3つの段階で構成されている(図3-1参照)。

本調査の対象となるのは、イントロダクション段階及びパイロット段階、である。この時期における活動の焦点は、アウトプット1での「コアマネジメント研修プログラム」に関連する活動である。これらの活動のほとんどは、ほぼ計画どおりに実施された。PDM1の下で新たに設定されたアウトプットとして、保健プロモーションに関連するアウトプット2とアウトプット3がある。アウトプット2については、PDM0には記述されていなかったものの、実際の活動として実施されていた。他方、アウトプット3の活動であるサポータティブ・スーパービジョンと関連した活動については、PDM修正時(PDM1)に、導入されたものであることから、中間レビュー調査時点ではようやく活動が開始された段階にある。

PDM1の特徴として、アウトプット1~3の活動に、PDM0では想定されていなかった、実証に基づく活動としてのオペレーションズリサーチが追加されたことである。

それらの活動は開始された段階にある。

プロジェクトでは、アウトプット1、2、3の下で開発をめざしている実施モデルについて、開発されたと判断される基準を設けているが、それらのほとんどは、活動としてPDM1に反映されている。

3つの各アウトプットでの成果品としては、保健システムマネジメント研修テキストブック、研修実施ガイド、参考資料集(以上、アウトプット1)、保健プロモーション活動ハンドブック(アウトプット2)、サポータティブ・スーパービジョン・ハンドブック、コミュニティ・ヘルスエクステンションワーカー・ファシリテーションハンドブック(アウトプット3)の6点が、プロジェクト終了1年目をめどに取りまとめられ、アウトプット4を通じてニャンザ州の内外に紹介される予定である。現在までのアウトプット4の活動としては、プロジェクト活動の経験を取りまとめてセミナー等で発表することが中心であり、ほとんどの活動が当初の計画どおりに実施されている。

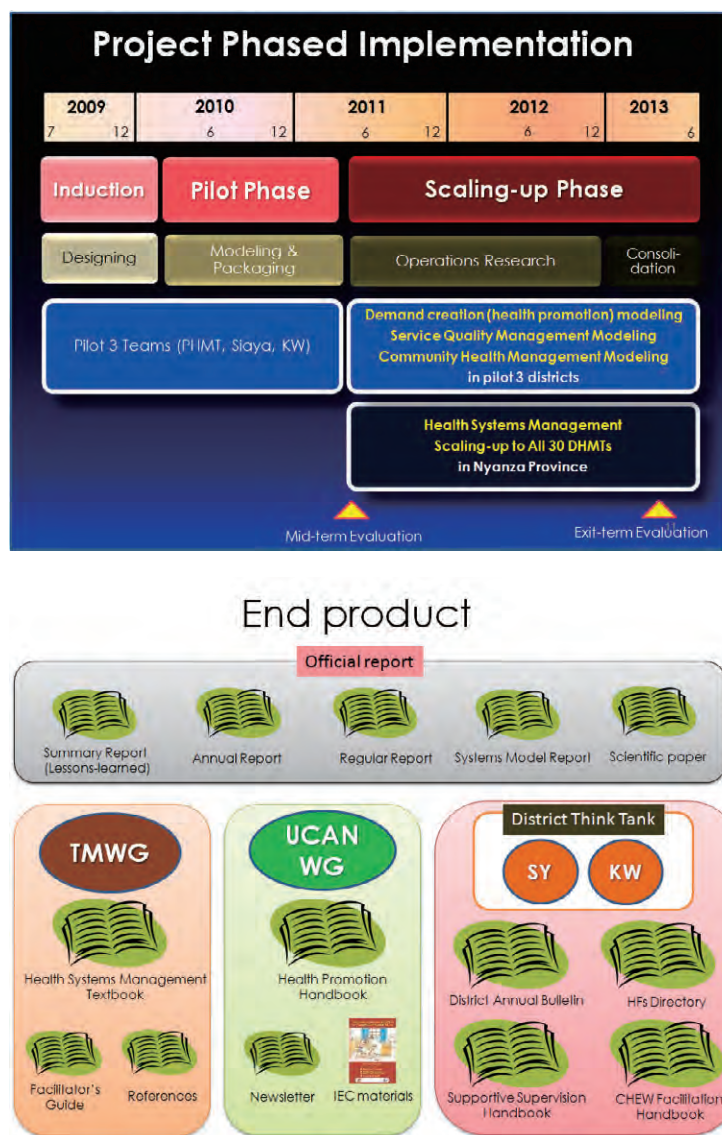


図3-1 プロジェクトにおける段階ごとの実施計画と最終成果品

各アウトプットの下で実施された活動の進捗状況については、付属資料3を参照されたい<sup>4</sup>。

### 3-3 アウトプットの実績

#### 3-3-1 アウトプット1の達成度

アウトプット1	指標
ニャンザ州における保健リーダーシップ・マネジメント研修がモデル化され促進される。	1. 保健戦略リーダーシップ及びマネジメント研修の実施モデルが、2011年6月までに確立される。 2. ニャンザ州内のPHMT、DHMTのすべて(100%)が、2013年6月までにモデル研修プログラムを受ける。

実施モデルが完成し、すべての対象チームが研修を受講した時点で、アウトプット1が達成されたとみなされる。中間レビュー調査時点において、実施モデルの完成度は73%<sup>5</sup>であり、研修対象となる保健マネジメントチームの12.9%(全体はPHMTと30DHMTの計31チーム)が研修を受講している(表3-1参照)。

表3-1 アウトプット指標の進捗状況

Objectively Verifiable Indicators and Targets	JFY2009				JFY2010				JFY2011
	Q1 (Apr-Jun)	Q2 (Jul-Sep)	Q3 (Oct-Dec)	Q4 (Jan-Mar)	Q1 (Apr-Jun)	Q2 (Jul-Sep)	Q3 (Oct-Dec)	Q4 (Jan-Mar)	Q1 (Apr-Jun)
1 A operational model of health strategic leadership and management training is established by June 2011 (Benchmark is zero in July 2009).	0.0%	0.0%	0.0%	15.7%	23.6%	39.3%	55.0%	62.5%	73.0%
2 Coverage of PHMT and DHMTs in Nyanza Province receiving the model training program is increased to 100% by June 2013 (Benchmark is zero in July 2009).	0.0%	0.0%	9.7%	9.7%	9.7%	12.9%	12.9%	12.9%	12.9%

指標1が達成された(実施モデルが完成した)と判断する基準は、5つである(表3-2参照)。5つの基準の進捗状況には差がみられる。PHMTとパイロット地域のDHMTへのコアトレーニング(基準1)が完全に終了している一方で、トレーニングプログラムの州内へのスケールアップ(基準5)は、今後着手される。

<sup>4</sup> 付属資料3の活動実績表はPDM1に基づいている。PDM0で設定されていた活動のほとんどは、PDM1に盛り込まれている。

<sup>5</sup> 5つの基準があり、これら5つの基準が完全に満たされた場合に、モデルの完成となる。全体における5つの基準の配分は、「PHMTとパイロットDHMTのためのコアマネジメントトレーニングプログラムが参加者の高い満足度をもって終了する(基準1)」が40%、残り3つの基準、「トレーニングプログラムをスケールアップするために、ファシリテーター用ガイド・トレーニングカリキュラムが作成される」(基準2)、「トレーニングプログラムをスケールアップするために、テキスト・パワーポイント等のトレーニング教材が作成される」(基準3)、「ニャンザ州の全県に対するスケールアップのために、研修実施メカニズムと実施プランが作成される」(基準4)、「ニャンザ州の全県に対するスケールアップのために、ファシリテーター用ガイドとその他のトレーニング教材に沿って、ファシリテーター用トレーニングが実施される」(基準5)の配分が各15%である。

表 3 - 2 研修実施モデル開発の進捗状況

		Achievement (%)									
		Q1 - 09	Q2 - 09	Q3 - 09	Q4 - 09	Q1 - 10	Q2 - 10	Q3 - 10	Q4 - 10	Q1 - 11	
Output 1 Model	1	Core Management Training Programme for PHMT and the pilot DHMTs in Nyanza Province is completed with outstanding satisfaction from the participants.	0.0%	0.0%	0.0%	28.6%	42.9%	71.4%	100.0%	100.0%	100.0%
	2	Facilitators' Guide/Training Curriculum is developed for scaling-up the Programme.	0.0%	0.0%	0.0%	14.3%	21.4%	35.7%	50.0%	50.0%	75.0%
	3	Training Materials including text book and presentation slides are developed for scaling-up the Programme.	0.0%	0.0%	0.0%	14.3%	21.4%	35.7%	50.0%	50.0%	55.0%
	4	Training Implementation Mechanism and Operational Plan is developed for scaling-up the Programme to cover all the DHMTs in Nyanza Province.	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	90.0%
	5	Training of Facilitators is conducted in line with the facilitators' guide and other training materials for scaling-up the Programme to cover all the DHMTs in Nyanza Province	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Total			0.0%	0.0%	0.0%	15.7%	23.6%	39.3%	55.0%	62.5%	73.0%

3 - 3 - 2 アウトプット 2 の達成度

アウトプット 2	指標
パイロット県における保健プロモーション活動がモデル化され、保健システム強化の中で主流化される。	<ol style="list-style-type: none"> <li>保健プロモーション活動の実施モデルが、2012年4月までに確立される。</li> <li>AOPに予算化された保健プロモーション活動が、2013年6月までにパイロット県で最低5活動以上に増加する。</li> <li>保健プロモーションにおけるパイロット県のキャパシティ・アセスメント結果の総合平均が、2013年6月までには5段階中4となる。</li> </ol>

アウトプット 2 が達成されるためには、保健プロモーション実施モデルが完成されること、保健プロモーション活動が予算化・実施されること、パイロット県における保健行政官の保健プロモーションのためのキャパシティに関する自己評価の指標がそれぞれ「良」レベルに達すること、のすべてが満たされなければならない。

指標 1 を達成させる（実施モデルの開発を完成させる）ためには、5つの基準が満たされる必要がある（表 3 - 3 参照）。中間レビュー調査時点での完成度は 47.1%<sup>6</sup>である。今後は、特にパイロット県の保健プロモーション担当者に対する研修（基準 2）や、保健プロモーションハンドブックの作成・配布（基準 3）への取り組みを加速させる必要がある。

指標 2（保健プロモーション関連活動の AOP への予算化・実施化）は、これまでの進捗状況からみて、プロジェクト後半期の最重要課題であるといえる（表 3 - 5 参照）。パイロット県の進捗状況には差がみられ、キスムウエスト県は比較的順調に進捗している。他方、PHMT 及

<sup>6</sup> 各 5 つの基準の完成度（表 3 - 4 参照）の詳細：基準 1（保健プロモーションワーキンググループによる月次会議の回数）は、3 回で 100%（2 回なので 66.6%）、基準 2（研修実施）は全 25 回で 100%（1 回なので 4%）、基準 3（保健プロモーションハンドブックの作成・配布）は未着手なので 0%、基準 4（現地のニーズに適した IEC 資料の作成）は全 40 本で 100%（26 本なので 65%）、基準 5（フォーラムの開催）は 1 回開催すれば 100%（1 回開催されているので 100%）

び他 2 県については、更なる努力が望まれる。

表 3-3 アウトプット 2 の指標の進捗状況

Objectively Verifiable Indicators and Targets		Q1-09	Q2-09	Q3-09	Q4-09	Q1-10	Q2-10	Q3-10	Q4-10	Q1-11
1	An operational model of health promotion activities is established by April 2012 (Benchmark is zero in July 2009).	0.0%	0.0%	6.7%	13.3%	30.0%	7.5%	21.6%	23.2%	47.1%
2	Execution rate of health promotion activities budgeted in AOP of the pilot districts is increased to at least 5 activities per district by June 2013 (Benchmark is zero in AOP4 and 5).	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	2.0	2.0	3.0
3	Grand average score of the capacity assessment on health promotion in the pilot districts is increased to 4.0 by June 2013 (Benchmark in March 2011).	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.5	3.5

表 3-4 保健プロモーション実施モデル開発の進捗状況

			Achievement (%)								
			Q1-09	Q2-09	Q3-09	Q4-10	Q1-10	Q2-10	Q3-10	Q4-11	Q1-11
Output 2 Model:	1	Health promotion working group is established and it conducts meetings monthly.	0.0%	0.0%	33.3%	66.7%	133.3%	33.3%	100.0%	100.0%	66.7%
	2	Basic health promotion training and applied health promotion trainings for health promotion officers and health promotion focal persons in pilot districts are conducted.	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.0%	4.0%	8.0%	16.0%	4.0%
	3	Health promotion handbook including policy documents are published. 25%: contents & authors decided, 50%: drafts completed, 75%: drafts revised, 100%: published.	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	4	IEC materials suitable for local contexts are developed.	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%	65.0%
	5	Provincial health promotion stakeholders forums are conducted quarterly.	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	Total			0.0%	0.0%	6.7%	13.3%	30.0%	7.5%	21.6%	23.2%

表 3-5 AOP 6 に予算化・実施された保健プロモーション関連活動

The details of health promotion activities executed which are budgeted in AOP6	Q1-09	Q2-09	Q3-09	Q4-09	Q1-10	Q2-10	Q3-10	Q4-10	Q1-11
Total	0	0	0	0	0	2	2	2	3
PHMT	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Siaya District including Ugenya District	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kisumu West District	0	0	0	0	0	2	2	2	3

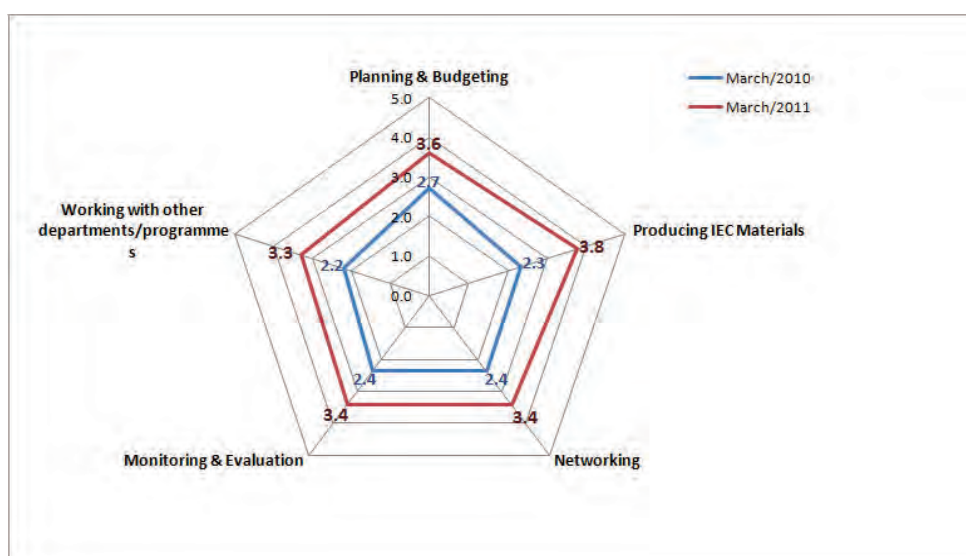
The details of health promotion activities budgeted in AOP6	Q1-09	Q2-09	Q3-09	Q4-09	Q1-10	Q2-10	Q3-10	Q4-10	Q1-11
Total	0	0	0	0	0	8	7	7	8
PHMT	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Siaya District including Ugenya District	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kisumu West District	0	0	0	0	0	8	7	7	8

指標 3 (州及びパイロット県における保健行政官の保健プロモーションに関するキャパシティ・アセスメント)<sup>7</sup>については、2011 年 2 月に実施した調査結果をベースライン値として設定

<sup>7</sup> 評価項目は以下のとおり。①計画 (予算計画含む) : Ability to outline health promotion activities (in baseline surveys, feasibility study etc), Ability to prioritize activities, Ability to budget for the different activities under Health promotion programmes, Ability to share plans & budget with other stakeholders & partners, Ability to implement & sustain Health promotion Activities ②IEC 資料の作成: Ability to identify & analyze health problems, Ability to develop creative briefs, Ability to develop various IEC materials, Ability to



している。平均スコアは 3.5/5 となっている。



	計画 (予算計画含む)	IEC 資料の作成	ネットワーキング	モニタリング・評価	他プログラム・部との共同作業
2010年3月	2.7	2.3	2.4	2.4	2.2
2011年3月	3.6	3.8	3.4	3.4	3.3

図 3-2 指標 3 (保健プロモーションに関するキャパシティ・アセスメント)

### 3-3-3 アウトプット 3 の達成度

アウトプット 3	指標
パイロット県における保健施設及び、コミュニティへのサポーター・スーパービジョン及び関連マネージメント活動がモデル化され、促進される。	1. サポーター・スーパービジョンの実施モデルが、2012年4月までに確立される。 2. 統合的マネージメント・サポーター・スーパービジョンを受けた保健施設の数、2013年6月までにパイロット県において80%以上となる。

本アウトプットは、PDM の改定 (2011 年 3 月) 時にアウトプットとして明文化され、本格的に取り組みが開始されたことから、他のアウトプットほどの進展はみられない。しかし、指標の進捗状況に照らし合わせての成果は発現されつつある。

アウトプット 3 が達成されたと判断するためには、サポーター・スーパービジョンの実施モデルが開発され、かつ、パイロット県における 80% の医療施設で IMSS が活用されている必要がある。

disseminate & distribute IEC materials, Ability to monitor utilization of IEC materials ③ネットワーキング: Ability to identify stakeholders in health promotion, Ability to align stakeholders to health promotion goals, Ability to communicate and share information on health promotion, Ability to initiate ways of sustaining health promotion networking groups ④モニタリング・評価: Ability to produce monitoring & evaluation tools, Ability to disseminate M&E tools for use, Ability to monitor health promotion activities including behaviour change, Ability to evaluate health promotion activities including behaviour change, Ability to write health promotion reports ⑤他プログラム・部との共同作業: Ability to coordinate Health promotion activities of departments, Ability to delegate health promotion issues to other departments/programmes, Ability to communicate health promotion activities with other departments/programmes, Ability to mobilize resources from other departments/programmes for health promotion activities, Ability to intergrate health promotion activities within other departments/program

指標 1 の達成度（実施モデルの開発状況）は、中間レビュー調査時点で 14%<sup>8</sup>である（表 3-7 参照）。モデル開発のための 5 つの基準のうち、チェックリストの開発については、ドラフトが 70%<sup>9</sup>完成しており、今後 C/P の合意を得ることになっている。最終版の作成にあたっては、MoPHS の協力を得て、国家レベルで活用することを視野に入れた標準化作業が行われる予定である。他の 4 つの基準については、これから本格的な取り組みを開始する段階にある。

指標 2（IMSS の活用状況）については、現在、ドラフト IMSS がパイロット県の 51.5%の医療施設で活用されている（表 3-8 参照）。

表 3-6 アウトプット 3 の指標の進捗状況

Objectively Verifiable Indicators and Targets	JFY2009				JFY2010				JFY2011
	Q1 (Apr-Jun)	Q2 (Jul-Sep)	Q3 (Oct-Dec)	Q4 (Jan-Mar)	Q1 (Apr-Jun)	Q2 (Jul-Sep)	Q3 (Oct-Dec)	Q4 (Jan-Mar)	Q1 (Apr-Jun)
1 An operational model of supportive supervision is established by April 2012 (Benchmark is zero in July 2009).		0.0%	0.0%	0.0%	2.0%	6.0%	10.0%	14.0%	14.0%
2 Number of health facilities in the pilot districts receiving Integrated Management Supportive Supervision (IMSS) is increased to 80% of facilities in every district by June 2013 (Benchmark is zero in July 2009).		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	51.5%

表 3-7 サポートティブ・スーパービジョン実施モデル開発の進捗状況

		Achievement (%)			
		Jun-09	Jun-10	Jun-11	
Output 3 Model	1	IMSS checklist is developed	0.0%	10.0%	70.0%
	2	SS mechanism (plan, prepare, do monitor, evaluate, feedback) is established	0.0%	0.0%	0.0%
	3	SS handbook is developed	0.0%	0.0%	0.0%
	4	IMSS checklist and Resolution matrix are well documented, analysed, stored and shared by DHMTs and stakeholders	0.0%	0.0%	0.0%
	5	The impact of the SS model is verified. (Health workers' satisfaction, Clients' satisfaction, Indicator of HIIs etc)	0.0%	0.0%	0.0%
		Total	0.0%	2.0%	14.0%

<sup>8</sup> 全 5 つの基準が完全に満たされた場合にモデルの完成となる。5 つの基準の配分は各 20%である。モデル完成の 5 つの基準のうち基準 1 のみ着手されており、その完成度が 70%であることから、モデルの完成度は 14%とみなされる。

<sup>9</sup> プロジェクト側の説明によれば、現行のスーパービジョン方法が見直されていれば 10%、既存のチェックリストが見直されていれば 10%、IMSS チェックリストのドラフトが完成してれば完成度は 50%となる。現在までに、ドラフト IMSS がパイロット県で既に使用されていることから、「IMSS チェックリストが完成する」の完成度は 70%となる。残された取り組みとして、ドラフト IMSS のフィールドテストと最終版の作成がある。

表 3-8 IMSS チェックリスト使用状況 (2011 年 5 月時点)

	Siaya	Ugenya	Gem	Kisumu West	Total
No. of IMSS Checklist kept	28	14	11	7	60
No. of HF received IMSS twice	9	0	0	0	9
Total No. of HF in district	32	24	21	22	99
% of HF received IMSS in district	59.38	58.33	52.38	31.82	51.52

3-3-4 アウトプット 4 の達成度

アウトプット 4	指標
プロジェクト実施による教訓や、エビデンスに基づく活動がニャンザ州全権で促進され、国家レベルでの政策・ガイドラインや国際的ネットワークが強化される。	<p>1. プロジェクト成果を共有するためのセミナー、ワークショップ、会議などの総数が、2013 年 6 月まで順調に増加する。</p> <p>2. プロジェクト成果を共有するための論文、報告書、出版物などの総数が、2013 年 6 月まで順調に増加する。</p>

指標に照らし合わせて、アウトプット 4 は順調に進捗している (表 3-9 参照)。2011 年 6 月までに、69 のセミナー/ワークショップ/コンファレンスにおいてプロジェクト活動が発表されている。また、プロジェクト関連の出版物は 2009 年度の 5 本から 2010 年には 24 本へと急増しており、2011 年 6 月時点では総計 33 本にのぼる。

表 3-9 アウトプット 4 の指標の進捗状況

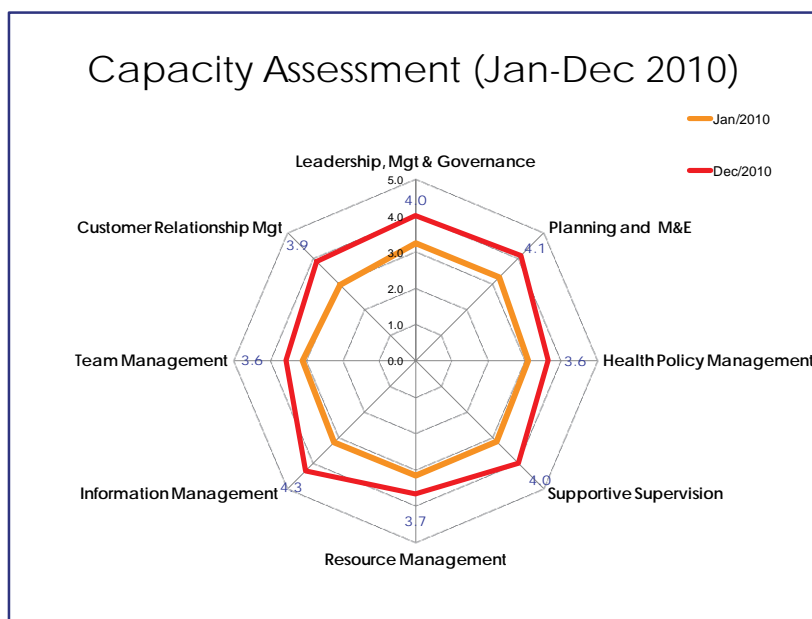
	JFY 2009				JFY 2010				JFY 2011
	Q1	Q2 (July-Sep)	Q3 (Oct-Dec)	Q4 (Jan-Mar)	Q1 (Apr-Jun)	Q2 (July-Sep)	Q3 (Oct-Dec)	Q4 (Jan-Mar)	Q1 (Apr-Jun)
1. Number of seminars, workshops and conferences shared project achievement is continuously increased until June 2013 (Benchmark is zero in July 2009).		3	4	6	9	12	13	14	8
2. No of scientific papers, documents and publications concerning to the project activities and achievements is continuously increased until June 2013 (Benchmark is zero in July 2009).		0	0	5	1	3	8	12	4

### 3-4 プロジェクト目標の達成度

プロジェクト目標	指標
ニャンザ州における州及び県レベルの保健行政マネージメントチーム (PHMT、DHMT) のキャパシティが強化される。	1. PHMT、DHMT のキャパシティ・アセスメントの総合平均値が、2013年6月までに5段階中4に向上する。 2. PHMT、DHMT の行動アセスメントの総合平均値が、2013年6月までに5段階中4に向上する。

プロジェクト目標の達成度を図る2つの指標のうち、マネージメント・キャパシティ・アセスメントに関する自己評価（指標1）は順調に進捗している。他方、行動変容に関する自己評価（指標2）については、ベースライン調査が2011年3月に実施されたばかりであることから、指標の変化をみるのは時期尚早である。

指標1（ニャンザ州とパイロット2県（シアヤ、キスムウェスト）の保健行政官のマネージメント能力に関する自己評価）は、ベースライン値（2010年1月）から1年間で121%の向上が記録されている（3チームの平均）。全3チームの平均をみると、8つの領域すべてにおいて、キャパシティの向上がみられる。他方、それぞれのチームについて8つの領域に関するキャパシティの変化をみると、特に、計画立案及びモニタリング・評価のキャパシティについて、PHMTとシアヤDHMTで伸び悩んでいることから、今後更なる支援が必要である。

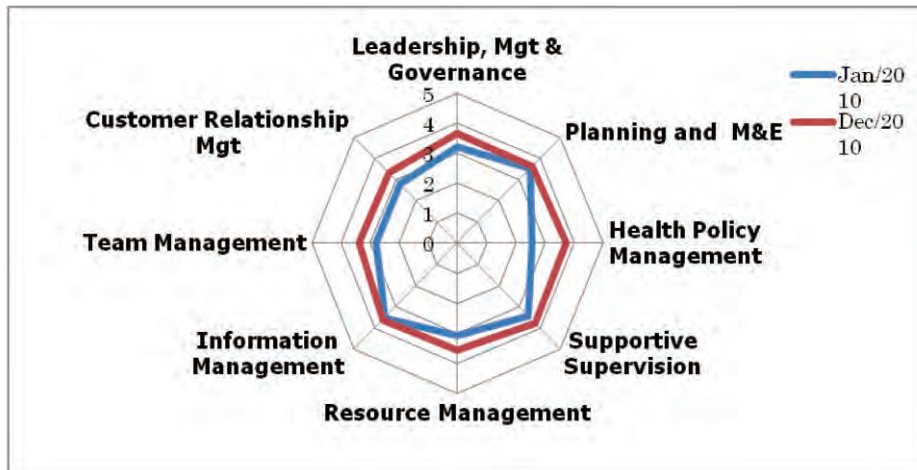


PHMT とパイロット 2 DHMT の平均

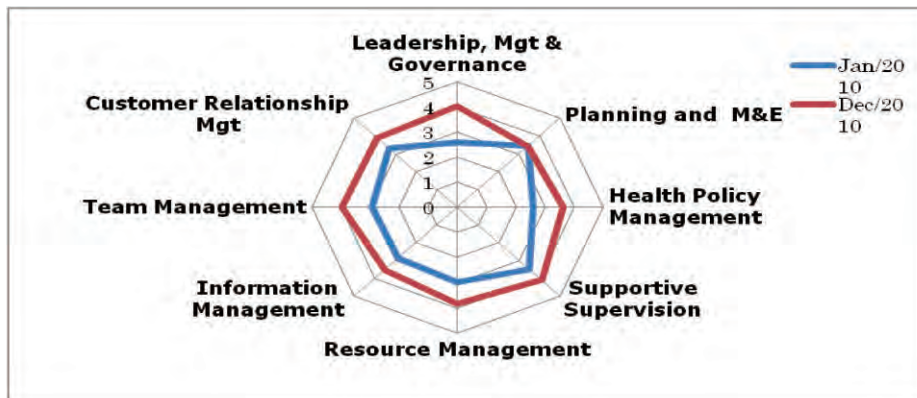
図 3-3 指標 1（マネージメントキャパシティ・アセスメント）の進捗状況（その 1）



Nyanza PHMT



Siaya DHMT



Kisumu West DHMT

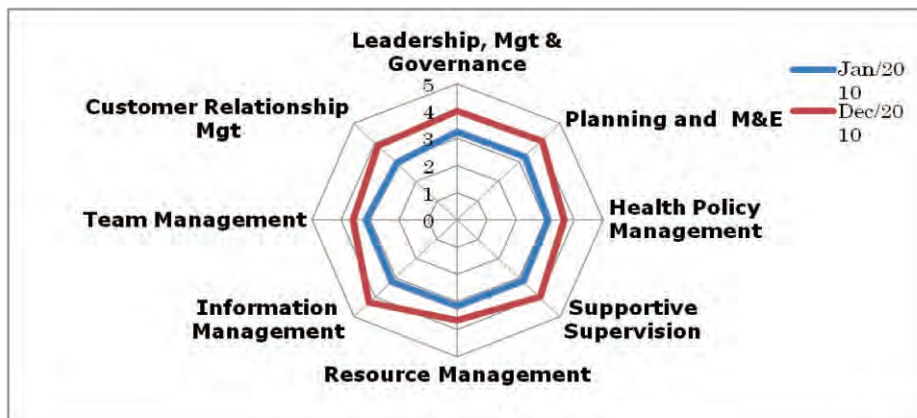


図3-3 指標1 (マネジメントキャパシティ・アセスメント) の進捗状況 (その2)

8つの領域のうち、「計画・立案&モニタリング・評価」と「情報マネージメント」は、ベースライン値が比較的高く、プロジェクトの支援による変化はあまりみられない。他方、保健政策マネージメントの伸びが顕著である。

「計画・立案&モニタリング・評価」のキャパシティは若干低下している。それ以外の7領域のキャパシティは向上している。特に「保健政策マネージメント」のキャパシティは大きく伸びている。

いずれの領域についても、キャパシティが向上している。8つの領域のうち、他領域と比較して「チームマネージメント」と「リソースマネージメント」に対するアセスメントが若干低い。

指標2は、保健マネージメントチームの業務スタイルに係るもの（行動様式とマインドセットアセスメント）である。ニャンザ州の全30県を対象としたベースライン調査は2011年3月に実施された。それによれば、リーダーシップ及びマネージメント行動アセスメントの結果<sup>10</sup>は、全県平均が3.89/5と、既に目標値4に接近している。多くのDHMTが効率的な行動（＝積極的で、業務結果(Task)と人(People)の両方に焦点を置いている）ことが自己評価結果に表れている（図3-4参照）。また、マインドセットに関するアセスメントの結果<sup>11</sup>は、最低の県では3.3/5、最高の県では4.7/5であった。

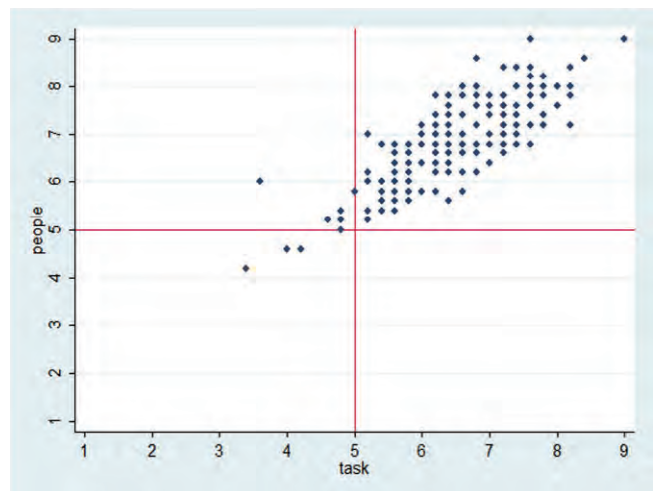


図3-4 リーダーシップ&マネージメント行動アセスメント

<sup>10</sup> 18項目につき、0 (poor/lacking)~5(excellent/reliable)で回答を得た。項目は、1) I encourage my team to participate when it comes decision making time and I try to implement their ideas and suggestions、2) Nothing is more important than accomplishing a goal or task、3) I closely monitor the schedule to ensure a task or project will be completed in time、4) I enjoy coaching people on new tasks and procedures、5) The more challenging a task is, the more I enjoy it、6) I encourage my employees to be creative about their job、7) When seeing a complex task through to completion, I ensure that every detail is accounted for、8) I find it easy to carry out several complicated tasks at the same time、9) I enjoy reading articles, books, and journals about training, leadership, and psychology; and then putting what I have read into action、10) When correcting mistakes, I do not worry about jeopardizing relationships、11) I manage my time very efficiently、12) I enjoy explaining the intricacies and details of a complex task or project to my employees、13) Breaking large projects into small manageable tasks is second nature to me、14) Nothing is more important than building a great team、15) I enjoy analyzing problems、16) I honour other people's boundaries、17) Counseling my employees to improve their performance or behavior is second nature to me、18) I enjoy reading articles, books, and trade journals about my profession; and then implementing the new procedures I have learned.

<sup>11</sup> 15項目につき、0 (poor/lacking)~5(excellent/reliable)で回答を得た。項目は、1) Desire to Succeed, Motivation、2) Commitment and Hard work Commitment and Hard work、3) Integrity and Wisdom、4) Responsibility and Taking Risk、5) Positive Believing、6) Persistence/Resilience、7) Not rigid to ideas、8) Passion、9) Ready to unlearn、10) Not biased、11) Strong understanding of the situation and issues、12) Confidence, belief in self/self efficacy, Pride in Performance、13) Focused、14) Creative/Innovative、15) Proactive about seeking best available evidence for decision making.

### 3-5 プロジェクトの実施プロセス

#### 3-5-1 プロジェクトの計画に関する事項

PDM0の指標には「何」を測るかは反映されているが、ベースライン値に基づく明確な目標値が設定されていなかった。ベースライン調査が実施されたのは、中間レビュー調査開始3カ月（2011年3月）のことである。PDMは、プロジェクトがめざす方向性に関して、すべての関係者間でコンセンサスを確立し、プロジェクト開始後は、指標に基づいてプロジェクトの進捗状況をモニタリングするとの機能をもつ。しかし、目標値が設定されていなかったことで、プロジェクトの運営ツールとしての機能が十分に果たされなかった可能性がある。

#### 3-5-2 実施プロセスに関する事項

中間レビューはPDM1に基づいて行ったが、特に大きな遅れもみられず、順調に進捗している。特に業務調整/IEC教材開発、短期専門家である保健情報システム、人材開発及びフィールド能力強化（2名ともナショナルスタッフ）が予定どおり投入されたことにより、予定どおり活動が実施されたといえる。また、プロジェクトスタッフ、PHMT及びDHMTのメンバーから成る3つのWG（調整、研修管理、UCAN）もプロジェクト活動の進捗に貢献した。

また、中間レビューの時点でアウトプット3ではDTT（District Think Tank）とTAG（Transformative Action Group）がシアヤ、ウゲニヤ、キスムウエストの各県で組織され、DTTはプロジェクトからの資金的な援助なしに活動し、他方でTAGはプロジェクトからの協力を得つつ2011年から活動することになっている。この2つの組織によって、アウトプット3の活動が更に加速していくことが期待される。

しかしながら、PDM0の段階でベースライン調査が実施されず、結局実施されたのが2011年3月となったことから、現行の指標等を関係者に説明し、共通の認識をもつ必要がある。

実施プロセスについての主な促進/阻害要因のアセスメント結果は以下のとおりである。

質問事項	アセスメント
2-1 活動は予定どおり実施されたか？	<p>ほぼすべての活動が計画どおりに実施された。しかしメディアトレーニングの活動は他の活動との投入のタイミング及び参加者の理解度の関係で若干遅れている。また、ベースライン調査の実施が 2011 年 3 月と遅れた。</p>
2-2 活動実施を促進した要因は何か？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・関係者間で活動計画を共有したこと。</li> <li>・パイロット県での活動について、追加的なタスクチームを設置したこと。</li> <li>・活動実施において、タイムマネジメントがしっかり行われたこと。</li> <li>・機材、教材、人材等必要な資源が計画どおり投入できたこと。</li> </ul>
2-3 活動実施を阻害した要因は何か？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・PHMT が本来業務があり、プロジェクト活動に専念できないこと。</li> <li>・ケニア国政府からの指示された業務(例; 栄養改善キャンペーン、国家予防接種デー、蚊帳配布キャンペーン等)とプロジェクト業務を同時進行しなければならないこと。</li> <li>・パイロット県での研修後のフォローアップとしての巡回指導が十分にできていないこと。</li> <li>・キスム外にいるリソースパーソンが、他業務との兼ね合いで、本プロジェクトが必要な時に活用ができないこと。</li> </ul>
2-4 プロジェクトの実施体制は適切であったか？もし適切であったとしたら、どの点が適切であったのか？	<p>プロジェクト実施体制は適切であったといえる。活動実施にあたっては十分に調整が行われ、意思決定のための議論、フィードバックの機会も十分に設けられていた。また、関係者間での定例会も設置されていた。しかしパイロット県の実施体制は十分でない面もあり、新たに設置された DTT や TAG はまだ周知されておらず、また、新たに追加されたことで、業務増加につながると考えている関係者もいる。</p>
2-5 プロジェクトの実施体制が適切でなかった場合、その理由は？ また適切にするためにはどうしたらよいのか？	<p>該当しない。</p>

## 第4章 5項目評価結果

### 4-1 妥当性

本プロジェクトのプロジェクト目標及び上位目標は、ケニア国の保健分野におけるニーズに合致し、当該セクターの開発課題との整合性も認められ、かつ、日本の開発援助政策にも沿っていることから、その妥当性は、中間レビュー調査時においても高い。以下に、具体的な説明を付記する。

#### (1) ケニア国保健政策・戦略との整合性

プロジェクトの上位目標「ニャンザ州におけるプライマリー・ヘルス・ケアサービスの質が向上する」は、すべてのケニア国民に公平で手頃な良質の保健サービスを提供することをうたった Vision 2030 に合致している。また、プロジェクト目標は、地方分権化の促進による自主財源の確保と県病院・ヘルスセンター・ディスペンサリーにおけるサービスデリバリーに関して地方レベルでの保健行政官のリーダーシップとマネジメント能力の強化を課題としている NHSSP II とも合致している。

NHSSP II では、「保健の格差を是正し、保健分野のアウトカム指標とインパクト指標の下降傾向を食い止める」ことを最終目的とし、6つの政策目標<sup>12</sup>を掲げているが、これらのうち、上位目標は、政策目標1「保健サービスへの公平なアクセスを増加する」及び政策目標2「保健サービスの質と対応を改善する」の達成に貢献するものである。また、本プロジェクトでは、他援助機関、教育機関、NGO 等で構成するワーキンググループによるプロジェクト実施を促進している点では、政策目標5「健康改善とサービス提供におけるパートナーシップを育成する」の達成にもつながるものである。

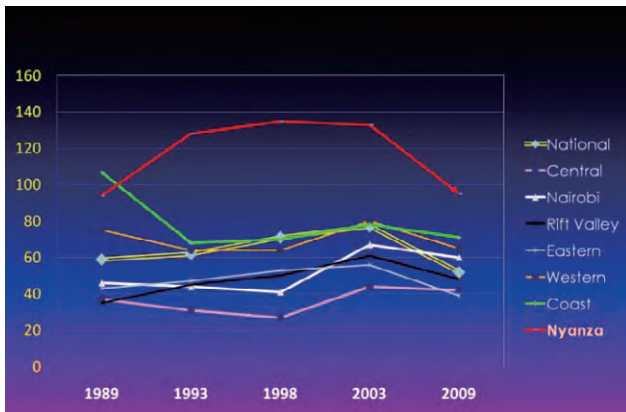
#### (2) ケニア国のニーズに照らし合わせての妥当性

MDGs 保健関連指標のうち、目標4「2015年までに5歳未満児死亡率を3分の2減少させる」と目標5「2015年までに妊産婦死亡率を4分の3減少させる」のケニアにおける達成状況は十分でなく、2015年に向けて更なる努力が期待されているところである。特に、5歳未満児死亡率は地域的な格差が大きく、現在の傾向が今後も続けば、指標の達成は不可能であろうとの見解が一般的である。また、妊産婦死亡率についていえば、ケニアにおいては約60%の出産が医療施設外で行われており、指標のひとつである「医療従事者の立ち合いによる出産」は40%にとどまっている。

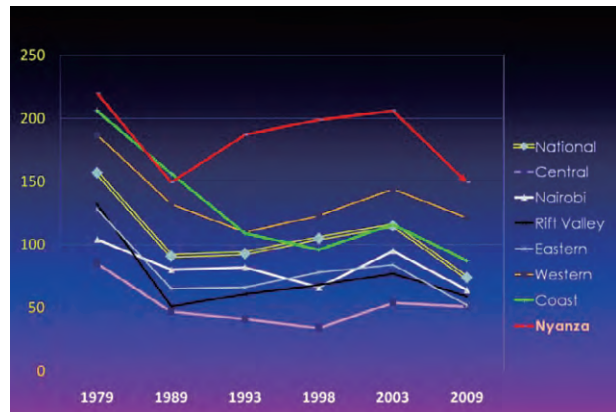
こうした状況に対応すべく、プロジェクトは、プライマリーヘルスケア・サービスの質を改善させる（上位目標）ために、州保健マネジメントチーム及び県保健マネジメントチームのキャパシティを強化させる（プロジェクト目標）ことに主眼を置いている。そして、そのための手段（アウトプット）として、3つの実施モデルの開発とそうしたモデルのニャンザ州（及び将来的には国家レベル）における普及をめざしている。こうしたアプローチは、現在のケニア国、特にプロジェクト対象地域であるニャンザ州の保健指標と照らし合わせて、高い妥当性が認められる。

<sup>12</sup> 6つの政策目標とは、①保健サービスへの公平なアクセスを増加する、②保健サービスの質と対応を改善する、③サービス提供の効率性と有効性を改善する、④保健省の制御能力を強化する、⑤健康改善とサービス提供におけるパートナーシップを育成する、⑥保健セクターの財政を改善する、である。





出典：ケニア人口動態保健調査（KDHS）



出典：同左

図 4-1 a 乳幼児死亡率（MDGs 4 指標）の推移 図 4-1 b 妊産婦死亡率（MDGs 5 指標）の推移

### （3）日本の ODA 政策に照らし合わせての妥当性

本プロジェクトの目標である「地方保健行政官のマネジメント能力強化」は、「新国際保健政策」（外務省）の重点課題のひとつであり、実証に基づく有効なモデルのスケールアップについても、支援アプローチとされていることから、プロジェクトの支援分野・アプローチともに、「新国際保健政策」との高い整合性が認められる。また、プロジェクトは、「2012 年までにアフリカにおいて 10 万人の保健従事者の研修」という TICAD IV の横浜行動計画に沿った日本国政府による公約に貢献するものである。

### （4）アプローチの妥当性

本プロジェクトは、保健システム強化をめざしたものである。しかし、類似プロジェクトに一般的にみられる「システムの機能的要素（6 つのブロック）を分析し、個々の要素を選択的に強化する」というアプローチは採用していない。本プロジェクトは、「保健システムは要素間の関係性で強化される」、というシステム思考の観点から捉え、システムを構築する各機能的要素の相互関係を構築し強化すべき「人」（＝保健行政官）と「組織」（保健行政マネジメントチーム）のキャパシティの強化を通じて、保健システムを強化することができるだけでなく、持続的な保健システムの構築が可能であることを実証しようとしている点において革新的である。上記「2-3 プロジェクトの協力シナリオ」で述べたとおり、ほとんどのアウトプットはプロジェクト目標達成のために適切に設定されているとよい。アウトプット 4 は、プロジェクト目標が対象とする地理的範囲を超えてはいるが、プロジェクトにおける位置づけ・役割は明確にされており、プロジェクト目標の達成に一定の貢献が見込まれるものである。



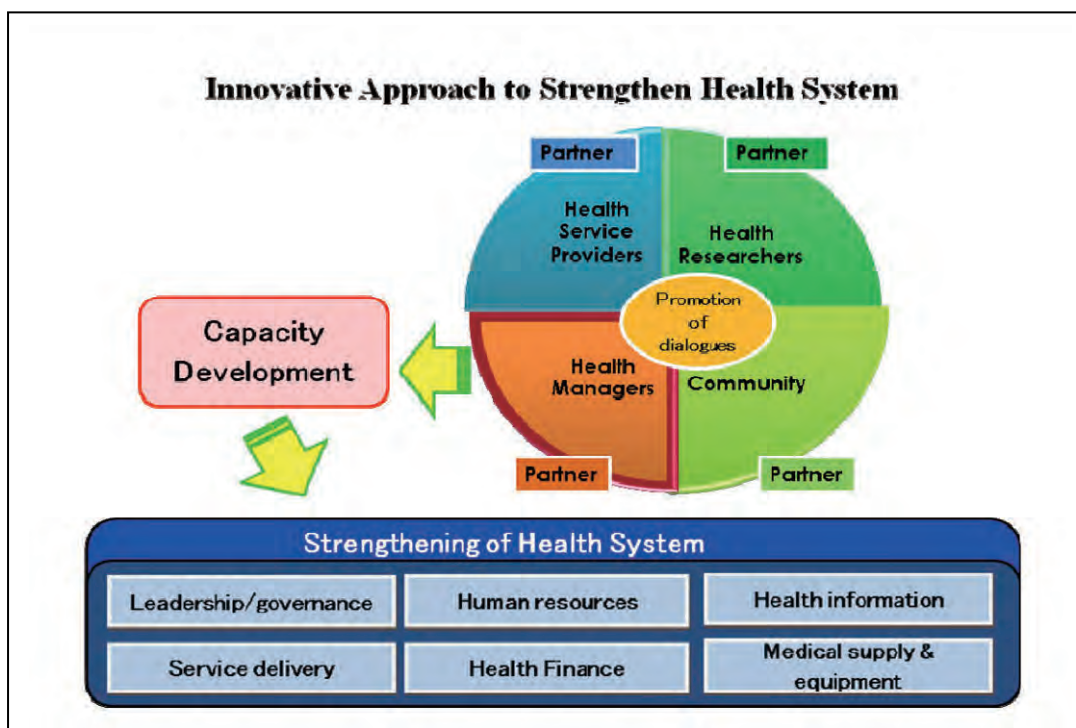


図 4-2 プロジェクトの戦略

#### 4-2 有効性

プロジェクト目標と各アウトプットの達成度を指標の推移に照らし合わせてみると、本プロジェクトは、2013年までのプロジェクト目標達成に向かって順調な進展をみせていると判断される。

本調査では、日本人専門家へのインタビューを通じて、「プロジェクト目標が達成された」と判断するには3つの段階が満たされる必要があることが確認された。第1段階は、3つの実施モデル（①マネージメントトレーニングモデル、②保健プロモーションモデル、③サポーター・スーパービジョンモデル）が開発されることで、これらはアウトプット1、2、3の指標として反映されている。第2段階として、開発されたモデルの有効性が検証されること、最終段階として、有効なモデルがニャンザ州内・他州において普及されること、である。プロジェクトでは、第2段階までをプロジェクト終了の1年前までに終え、最後の1年間は最終段階となる、実施モデルの普及をファシリテーションすることを想定している。中間レビュー調査時点で、プロジェクトは第1段階の途中にあるとみなされる。今後、以下に示す3つの課題に留意したプロジェクト運営を行うことで、有効性が高まることが期待できる。

第1の課題は、特にアウトプット2及び3に対する取り組みを加速させることである。現時点においてはプロジェクトで開発する3つの実施モデルの完成度に差がみられる。マネージメントトレーニング実施モデル（アウトプット1）の完成度は高く、他援助機関による同様の研修と比較しての当該研修の優位性については、MoPHSに認知されつつある。プロジェクト目標の達成度の鍵を握るのは、保健プロモーション実施モデル（アウトプット2）とサポーター・スーパービジョン実施モデル（アウトプット3）の開発にあるといえる。両アウトプットは、時間がかかっているものの確実に進捗していることから、プロジェクト期間中のモデルの完成は十分に期待できるであろう。

第2の課題は、上述の「プロジェクト目標が達成されたと判断する基準」及び第1段階における「3つの各実施モデルが開発されたと判断する基準<sup>13</sup>」について、プロジェクト関係者間でコンセンサスを確立することである。これらの基準に関しては、今後オリエンテーションを通じてC/Pと共有される予定である。プロジェクトのめざす方向性と最終到達点に関してコンセンサスが確立されることで、更なる有効性の向上が期待できるであろう。

第3の課題は、アウトプット1、2、3に共通の課題である。これは、本プロジェクトがめざしているのが、単に実施モデルを開発することではなく、開発したモデルを普及させることを前提とした「有効なモデルが開発されること」による。そのため、「何をもって実施モデルの有効性が実証されたとするのか」を再検討し、その基準を客観的な指標として設定する必要がある。現行の2つの指標は、キャパシティ強化と行動変容に関する自己アセスメントであり、それらは主観的である。客観的なデータに基づいて各実施モデルの有効性が実証されれば、第3段階である「ケニア側を主体としたモデルの普及」はほぼ約束されたといえてよい<sup>14</sup>。

#### 4-3 効率性

アウトプットの発現状況と投入実績に照らし合わせて、これまでのところ本プロジェクトはおおむね効率的に実施されているといえてよい。

プロジェクト開始から現在まで、活動の焦点は、マネージメント・リーダーシップ研修パッケージの開発（アウトプット1）に置かれており、そのために本アウトプットの達成度は他の3つのアウトプットよりもかなり高くなっている。他方、本調査中に実施された参加型ワークショップでは、今後、スケールアップ段階における2つの留意点が示唆された。ひとつは、研修実施モデルの有効性を検証する際に、適切な研修回数に関して熟考することである<sup>15</sup>。もうひとつは、高い離職率である。こうした課題に取り組むとともに、今後、研修パッケージを主流化するプロセスにおいて、同様の研修を実施している他援助機関との調整・協働を促進することができれば、効率性はより高くなるであろう。また、実施モデル普及プロセスにおいて、現在までにプロジェクトを通じて育成されたPHMT及びパイロット地域のDHMTをリソースパーソンとして戦略的に活用する方策を検討することも更なる効率性の向上につながる。

アウトプット2は、2011年5月に新たな実施体制（Unity, Communication, Advocacy Networking : UCAN）が構成され、UNICEFとの密接なパートナーシップを通じて、IEC資料の作成に取り組んでいる。こうしたアプローチにより、高い効率性が見込まれ、プロジェクト後半に向けて十分な成果の発現が期待される。

アウトプット3は、2011年4月に新たな専門家が派遣されたことを機に、本プロジェクトに盛り込まれたものであるから、成果の発現は限定的である。プロジェクト後半期には、本プロジェクトへの戦略的かつ集中的なリソースの配分が期待される。本アウトプットについても、アウトプット2同様に、他援助機関とのパートナーシップによって効率性の向上が見込まれる。具体的なパートナーとして、コミュニティヘルス戦略に沿った支援を実施しているUNICEF及びUSAID

<sup>13</sup> 各実施モデルが開発されたとする基準は、完成して間もないため、ワークショップの参加者には認識されていなかった。

<sup>14</sup> プロジェクトの「持続性」に関するMoPHSとのディスカッションの際に言及された。

<sup>15</sup> ワorkshopでは、当該研修の回数が多すぎて学んだことを実践する時間がない、との声が複数の参加者より聞かれた。プロジェクトでは、スケールアップに先立ち、2011年度はニャンザ州の全DHMTを、①コントロール群（非介入）、②包括的研修群、③集中型研修群の3群に分けて、研修効果の実証作業を行う予定である。包括的研修群には20日間パッケージ（4クラスター×5日間）、集中型研修群には、10日間パッケージ（2クラスター×5日間）を試行する。

が挙げられる。

これまでの主な投入については、C/P 側には量・質・タイミングともにおおむね適切であると受け止められていることが、参加型ワークショップ及び主要 C/P へのインタビュー結果、さらには現場視察を通じて確認された。供与機材はすべて活用されており、特に、州保健局・県保健局の職場環境の改善とチーム内のコミュニケーションの向上に大きく寄与している。本邦研修に関しては、新しい知識・技術とともに、保健システムを考える上での視点を学ぶ上での貴重な体験であったことが、C/P から報告された。日本人専門家の派遣とケニア側 C/P の配置については、量・タイミング・質ともにおおむね適切であったとの意見が多数を占めた。

#### 4-4 インパクト

上位目標	指標
ニャンザ州におけるプライマリー・ヘルス・ケア・サービスの質が向上する。	<ol style="list-style-type: none"> <li>保健施設利用者の満足度が、2015 年までに 90%に増加する。</li> <li>保健マネージャーや保健従事者の職務満足度が、2015 年までに 90%に増加する。</li> <li>優先的ハイ・インパクト・インターベンション(効果の証明された保健介入)のサービス提供が、2015 年までに必要とされる人の 80%以上に提供される<sup>16</sup>。</li> </ol>

2011 年 3 月にベースライン調査を実施したばかりであることから、指標 1・2 については、達成状況を現段階で分析することは時期尚早である<sup>17</sup>。

指標 1 (保健施設利用者の満足度) のベースライン値は 3.35/4.00、指標 2 (保健行政官/保健従事者の職務満足度) は、3.16/4.00 であった。職務の重要度と満足度は正の相関関係があることが明らかとなった (図 4-3 参照)。

他方、指標 3 の進捗状況を見ると、AOP4 (2009 年度) と AOP5 (2010 年度) について、HIIs 指標はパイロット県の平均 (図 4-4 参照) ・ニャンザ州 (図 4-5 参照) とともに大幅な改善がみられる。

HIIs 指標の改善は、ニャンザ州を対象とした支援を行う開発パートナーの協働の結果であるが、後述する実施体制 (図 4-6 参照) を通じて、AOP の共同作業等開発パートナーの調整を促進してきたことはプロジェクトによる貢献として特記に値する。

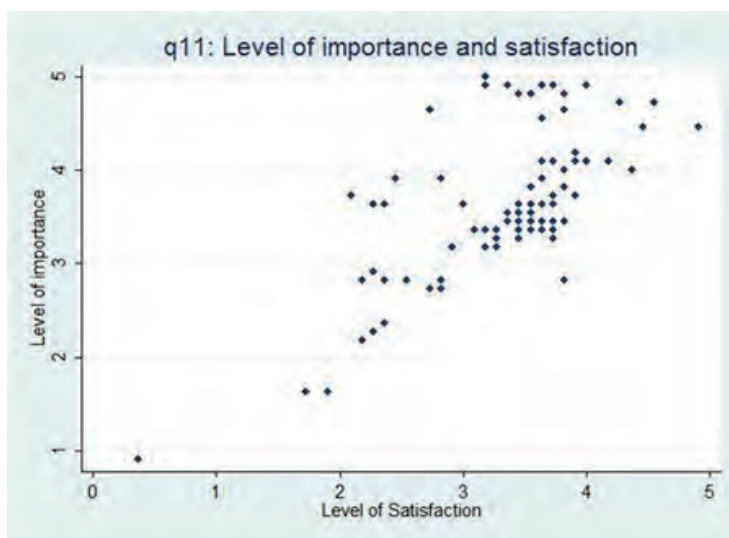


図 4-3 保健行政官／保健従事者の職務の重要度と満足度

<sup>16</sup> 本指標は、合同評価報告書ではプロジェクト目標のひとつとして記述されているが、正しくは、上位目標指標である。本和文報告書の記述をもって訂正する。

<sup>17</sup> 分析の基になるデータの精度が十分でないため、今後精査することが望ましい。

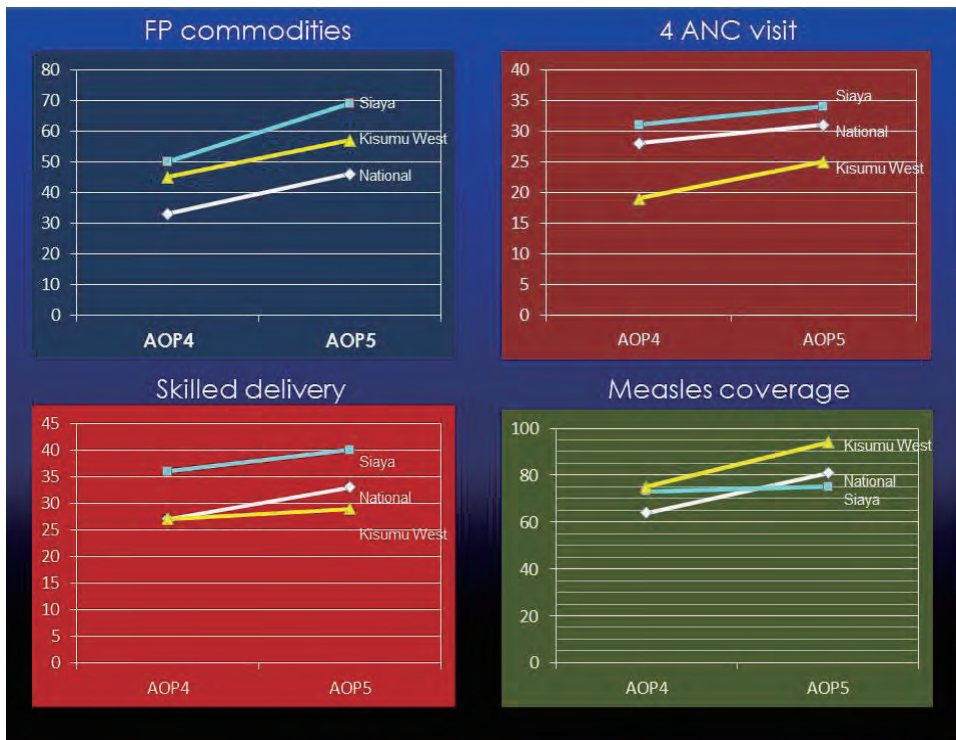


図 4 - 4 指標 3 の進捗状況（県平均）

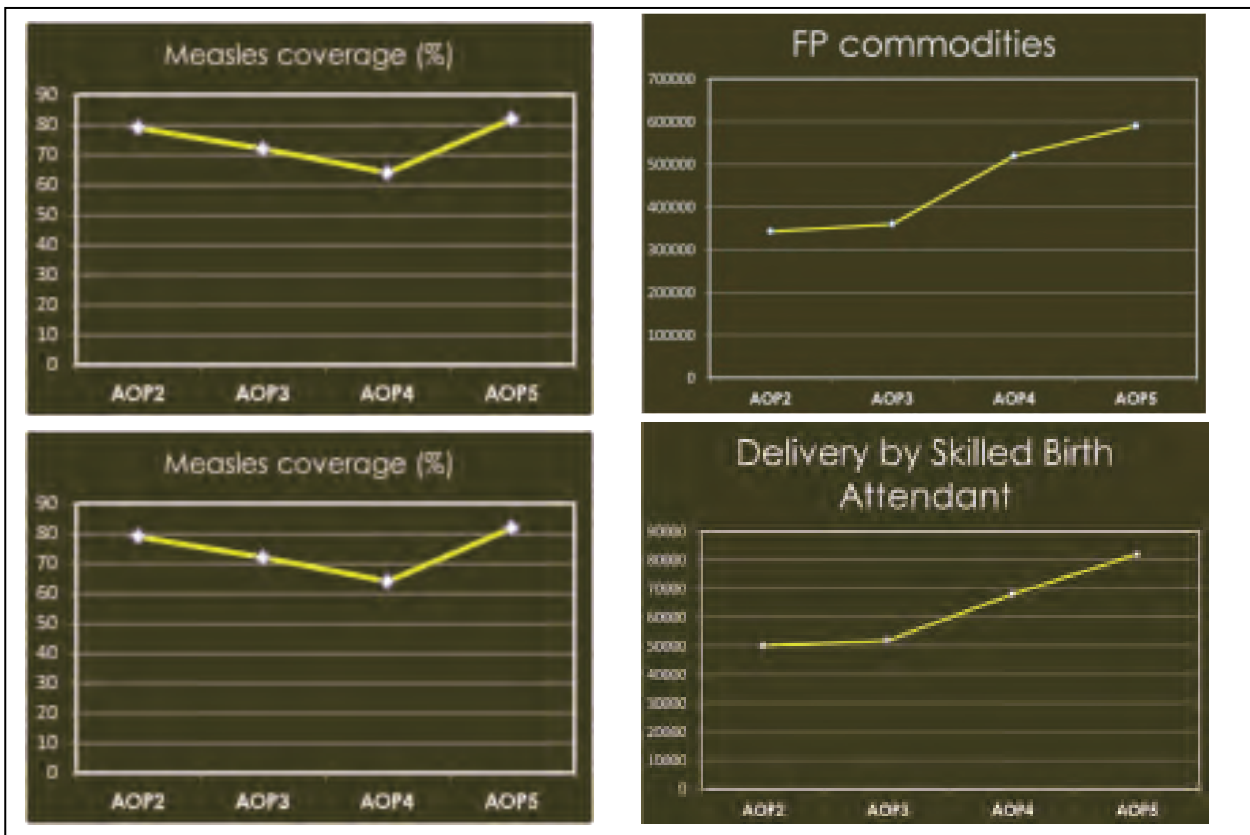


図 4 - 5 指標 3 の進捗状況（ニャンザ州）



## 4-5 持続性

### 4-5-1 政策面・制度面での持続性

公共部門における保健行政官のキャパシティ育成は、保健人材戦略プラン（**Human Resources for Health Strategic Plan**）で明記されていることから、ケニア国政府のコミットメントが確保されている。保健人材戦略プランは、保健人材の不足は、保健計画、サービスデリバリー、ひいては保健指標面での向上を阻むおそれがあることを明記した上で、政策目標のひとつに、保健人材のリーダーシップとマネージメント能力の強化を挙げている。

このため、WHO や USAID、MSH 等の主要機関が研修カリキュラムの開発・研修実施を支援している。しかし、現在実施されているトレーニングプログラムは、ナショナルレベルの保健行政官を対象としたものであること、また、カリキュラムに州・県のニーズが適切に反映されていないこと等の改善点があることは MoPHS に認識されている。そのため、州・県の保健行政官と保健行政チームを対象とした本プロジェクトによる「研修パッケージ」の優位性に特に注目しており、本プロジェクトで開発された研修プログラムを含む、現存するプログラム間を融合することで、国家標準プログラムを策定したい考えである。したがって、研修実施モデルの有効性がプロジェクトによって実証されれば（つまり、トレーニングが医療従事者立ち合いによる出産率、4回の妊産婦検診受診率、家族計画率等の HIIs 指標の改善につながる実証されれば）、本プロジェクトで開発されたトレーニング実施モデルの主流化は、DoPHS (MoPHS) プライマリーヘルス・サービス課の主導で進められる可能性が高い。

保健人材戦略プランに向けたケニア国政府の取り組みとして、政府職員を対象とした教育機関である KIA (Kenya Institute of Administration) では、マネージメント能力強化のための独自のカリキュラムが導入されている。KIA は、本プロジェクトの CoP の構成メンバーでもある。メンバーには、KIA のほか、KCA、KIM、GLUK、マセノ大学、ナイロビ大学など、ケニア国の主要高等教育機関の参加を得ているが、これにより、将来的にはこれらの機関のカリキュラムに本プロジェクトの経験が反映されることが期待される。

以上の理由により、政策面・制度面での持続性は高いと見込まれる。

### 4-5-2 財政面での持続性

MoPHS は、プロジェクトの実施によって発現された成果を、プロジェクト終了後に独自に維持・発展させるための財源を確保する方法を検討する必要がある。中間レビュー調査時点では、財政面での持続性を高めるための貢献要因として、医療施設を対象とした各種資金（**Health Sector Service Fund, Constituency Development Fund, Authority Transfer Fund**）の試行が確認できた。プロジェクトでは、これらの資金を有効に活用するために必要とされる医療施設の活動計画・実施面でのキャパシティを強化することも視野に入れており、これによって、プロジェクト終了後もアウトプット3の成果が維持・発展されることが期待される。

### 4-5-3 組織面・技術面での持続性

本プロジェクトは、保健行政官と保健行政チームのキャパシティ向上を通じて、保健システムを強化すること（上記4-1節の「(4) アプローチの妥当性」参照）に主眼を置いている。これまでのプロジェクト活動では、特に研修を通じて保健行政官と保健行政チームのリーダーシップ及びマネージメント能力の育成に重点が置かれていたこともあり、参加型ワークショップ

プ及びキーインフォーマットインタビューの結果には、研修対象である保健行政官のマインドと行動の変化は顕著である（付属資料 10 参照）。一般的には、行動変容のレベルにまで変化が達した場合には、持続性は高いと判断される。ただし、現在のところ、マネージメント能力や行動面での変化は自己申告に基づくものであること、また、離職の問題が懸念事項としてケニア側関係者より指摘されていることにより、プロジェクトによる成果として個人レベル・組織レベルでどの程度定着しているのかについては、客観的な方法によって M&E を行い、必要に応じて適切なフォローアップが必要であろう。

組織面での持続性を高めるための工夫は、本プロジェクトの実施体制上にみられる（図 4-6 参照）。実施体制の特徴としては主に 2 点確認された。ひとつは、Project Coordination Working Group とアウトプットごとにワーキンググループを設置していることである。具体的には Training Management Working Group（アウトプット 1）、Unity, Communication, Advocacy-Networking（UCAN）Working Group（アウトプット 2）、District Think Tank（アウトプット 3）が挙げられる。さらに、アウトプット 2 の下部組織として、Task Production Team（Print Media Development、Electronic Media & Website Development、Newsletter Editorial Board、Operations Research for Health Promotion）、アウトプット 3 の下部組織として、Transformative Action Group（Supportive Supervision、Health Management Information System、Community Health Strategy）が構成されている。こうしたワーキンググループへの技術的支援は、開発パートナー（中央政府、援助機関、教育機関、民間セクター）で構成する CoP が実施している。これがもうひとつの特徴である。プロジェクト後半期に予定されているスケールアップ段階は、これらの組織が主導することをプロジェクトが促進することで、組織力が強化されるだけでなく、プロジェクト終了後の組織の持続性が期待されるものである。

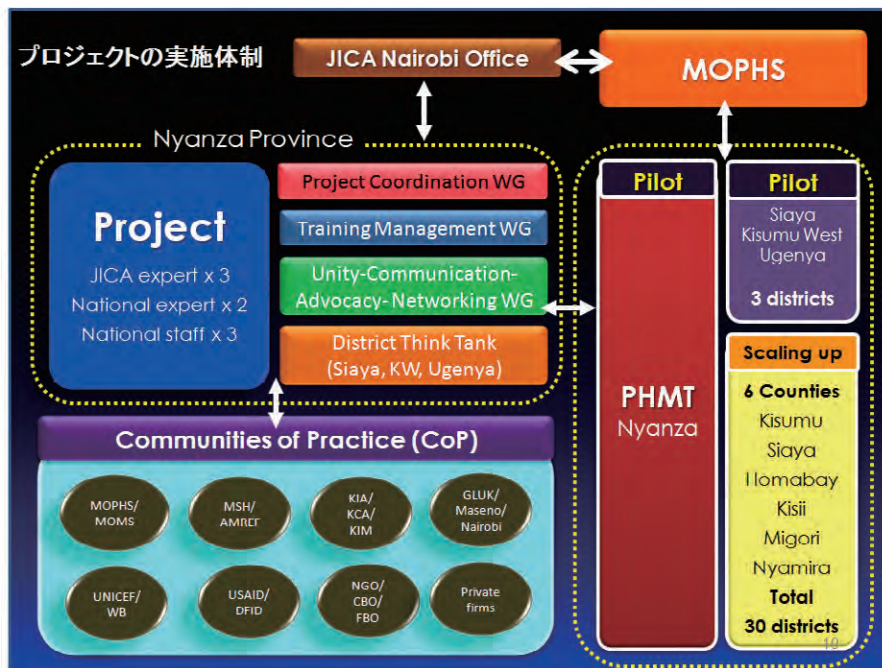


図 4-6 プロジェクトの実施体制



#### 4-6 結 論

プロジェクトは協力期間中の目標達成に向けて比較的順調に推移している。中間評価時点までの主な成果としては、国内外の教育研究機関や関係機関の技術リソースの協力を得た保健システムマネジメントに係る行政官向けのコア研修モジュールの開発、それらを適用したパイロット県の保健行政官に対するマネジメント研修の実施（アウトプット 1）が挙げられる。受講者のニーズを丁寧に反映してテイラーメイドで作成された同研修モジュールについては、他の類似の研修と比してもより実践的であるとして参加者の評価はおしなべて高い。しかし、プロジェクト後半の州内他県への展開、さらには国家政策・計画への反映に向けては、いかに研修の質を維持しつつ時間短縮・コスト削減が図れるかが鍵となる。計画されているオペレーショナル・リサーチの結果に期待が大きい。また、ニュースレターを通じた情報発信や、地元の大学による国際学会の開催を支援するなかでプロジェクト成果を発信するなど、協力成果の発信に向けた取り組みも積極的になされている（アウトプット 4）。MoPHS など政策決定者、他州の PHMT・DHMT メンバー、関連する支援を行う他開発パートナーに焦点を当て、より効果的・効率的に発信を継続していくことが望まれる。

他方、パイロット県における保健プロモーション活動のモデル化（アウトプット 2）、パイロット県におけるサポートティブ・スーパービジョン及び関連マネジメント活動のモデル化（アウトプット 3）については、到達目標と活動の具体化を急ぐ必要がある。MoPHS のシャリフ局長が指摘したように、これらについてはケニア国内で既にさまざまな取り組みがなされていることから、MoPHS 内の関係者と情報共有・調整を図りながら取り組みを進める必要がある。

## 第5章 総括・提言

### 5-1 提言

#### 5-1-1 プロジェクト・デザインへの提言

現行のPDMは2011年3月25日の合同調整委員会（Joint Coordinating Committee : JCC）で承認されたものであり、3カ月しか経過していない中間レビュー時点で改訂するのは適当ではないのに加え、改訂が必要な大きな事項もない。しかしながら、以下の点については、今後明確化する、もしくはプロジェクト関係者間で共通認識をもつ必要がある。

- (1) 通常、上位目標はプロジェクト終了後3~5年後に達成されるものであるが、2011年3月に実施されたベースライン調査結果によると、既に達成されつつある指標もあり、見直す必要がある。
- (2) 現行のプロジェクト目標の2指標とも自己評価によるものである。PHMTやDHMTのマネジメント能力の変化については現行の指標では図れないことから、指標の追加を検討した方がよい。
- (3) アウトプット2及び3で確立されるモデルと関連する成果品については、関係者で共通認識をもった方がよい。また、確立されるモデルが明確になった場合には必要に応じ、各活動を見直しPDMに反映させる。

#### 5-1-2 プロジェクト実施に係る提言

残りのプロジェクト期間において、効率性及び持続性をより確実なものとするために以下を提言する。なお、文末の括弧は提言の実施主体を示す。

- (1) アウトプット1、2及び3で確立された各モデルの有効性は、関係者及び開発パートナーによってきちんと検証され、標準化される必要がある。また、成果品についてはMoPHSによる認可を得て、普及をする必要がある（プロジェクト及びMoPHS）。
- (2) 本プロジェクトではモデルの確立とエビデンスベースによる実証が中心となっており、残りのプロジェクト期間ではモデル及び各種成果品の普及に焦点を当てることになる。そのためにはMoPHSとの関係を強化しつつプロジェクトを実施していく必要がある（プロジェクト及びMoPHS）。
- (3) (1)と関連することであるがMDGsの4（幼児死亡率の削減）及び5（妊産婦の健康状態の改善）の達成に貢献するために他パートナーとの協働を更に促進する必要がある。また、そのためには保健プロモーションとサポーター・スーパービジョンを強化する必要がある（プロジェクト及びMoPHS）。
- (4) R/D（付属資料14参照）に記載されているようにプロジェクトのモニタリングと調整を行うためにプロジェクト運営委員会（Project Steering Committee : PSC）をキスムにて開催することとなっているが、今後はPSCを活性化する必要がある（プロジェクト）。
- (5) 戦略的にプロジェクトの成果をHSSにつなげていくためには、プロジェクト広報に力を入れる必要がある。具体的には、既存の関係機関間調整委員会（Inter-agency Coordinating Committee : ICC）において、プロジェクトで得られた教訓や経験を積極的に発表し、共有していく（プロジェクト、JICA事務所及びMoPHS）。

## 5-2 団長所感

前章4-6節「結論」で述べたように、本プロジェクトは全体として、目標達成に向けて比較的順調に推移している。特に、保健システムマネジメントの研修モジュールについては、JICAがタンザニア国モロゴロ州への支援を皮切りに取り組んできた地方保健行政の能力強化に対する支援の、ひとつの集大成ともいえるものである。USAIDの資金を得たMSHなど、類似の支援を行う開発パートナーは増えているものの、可能な限り地域内の技術リソース（大学等）を活用し受講者のニーズを丁寧に反映させたカリキュラム策定手法や、そのようなプロセスを経て完成された研修モジュールは、ケニアのみならず、類似のニーズを抱える周辺諸国に対する支援においても有用なレファレンスとなることが期待される。その効果の検証についてはプロジェクトの中でオペレーショナル・リサーチを実施する計画となっているが、JICAとしても十分に吟味する必要があるだろう。

プロジェクト後半に向けて、成果の対外的な発信や、MoPHS及び関連開発パートナーとの調整が極めて重要となることが想定される。チーフアドバイザーをキスム・ベースからナイロビ・ベースに変更するとの構想は、妥当な方針であると思われる。その場合、各成果を担当する専門家が統率の取れたかたちでそれぞれに能力を最大限に発揮し、C/Pの信頼と期待に応えていくことが一層重要となるであろう。チーフアドバイザーがナイロビ・ベースとなった際、専門家チームとしてどのような指揮命令・報告体制を作り上げるかは、早急に検討されるべき課題である。

プロジェクトの円滑な運営及び期待されるプロジェクト成果の達成のためには、プロジェクトにかかわる関係者間のコミュニケーションが必須である。コミュニケーションに対する配慮のちょっとした不足が、長い時間をかけて築いてきた関係者間の信頼関係や協力・協働関係を損ねる危険性もある。後半に向けて、プロジェクト活動が更に活発化・多様化することから、プロジェクトの全体像（PDMの内容）やめざすべき方向性を関係者が共有し理解するためには、意識的なコミュニケーションの強化が不可欠である。この点に関しては、専門家チームのみならず、JICA事務所関係者にも、引き続きのご配慮をお願いしたい。

なお、MoPHSのシャリフ局長より、「パリ宣言の主旨に基づいた支援を行ってくれているのは、ケニアの保健分野においては日本とデンマークだけである」との謝意が表された。これまでのJICAの協力アプローチがケニア国政府によって高く評価されている証として特記したい。

