

シエラレオネ共和国  
地域保健改善プロジェクト  
終了時評価報告書

平成 23 年 2 月  
(2011年)

独立行政法人国際協力機構  
ガーナ事務所

ガーナ事
JR
11-002

**シエラレオネ共和国  
地域保健改善プロジェクト  
終了時評価報告書**

平成 23 年 2 月  
(2011年)

独立行政法人国際協力機構  
ガーナ事務所

## 序 文

シエラレオネ共和国（以下、「シエラレオネ」と記す）では、1991年からの政府・反政府軍間での継続的な戦闘後、2001年5月には停戦合意が成立し、2002年1月には大統領が内戦終結宣言をしました。現在、緊急復興から開発の段階にシフトしつつありますが、人間開発指数などをみても依然として生活の質は著しく低い状況にあります。

技術協力プロジェクト「地域保健改善プロジェクト」は、シエラレオネ政府の要請を受け、カンビア県DHMTをカウンターパート機関として、2008年5月から3年間にわたり実施され、カンビア県の保健セクターにおけるマネジメント能力強化に取り組んできました。

今般、同プロジェクトが2011年5月で終了するにあたり、先方政府と合同でプロジェクトの実績を確認し、計画に対する達成度を確認するとともに、評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、持続性）の観点から評価を行いました。

本報告書は上記終了時評価の内容を取りまとめたものです。ここに、本調査においてご協力をいただいた内外の関係者の方々に深い謝意を表するとともに、引き続き一層のご支援をお願いする次第です。

平成23年2月

独立行政法人国際協力機構

ガーナ事務所長 稲村 次郎

# 目 次

序 文

地 図

写 真

略語表

評価調査結果要約表（和文・英文）

第 1 章 終了時評価調査の概要	1
1-1 調査背景及び目的	1
1-2 調査内容	1
1-3 調査団構成	2
1-4 調査日程	2
第 2 章 終了時評価の方法	4
2-1 評価の手順	4
2-2 主な調査項目と情報・データ収集方法	5
2-3 評価の制約	5
第 3 章 プロジェクトの実績と実施プロセス	6
3-1 投入実績	6
3-1-1 日本側投入	6
3-1-2 シエラレオネ側投入	7
3-2 成果の達成状況	7
3-3 プロジェクト目標の達成状況	16
3-4 プロジェクトの実施プロセス	17
第 4 章 評価 5 項目の評価結果	19
4-1 妥当性	19
4-2 有効性	20
4-3 効率性	21
4-4 インパクト	21
4-5 持続性	22
4-6 結 論	23
第 5 章 提言と教訓	24
5-1 提 言	24
5-2 教 訓	24
5-3 団長所感	25

付属資料

1. 終了時評価ミニッツ（合同評価報告書） .....	29
2. PDM（version 2） .....	68
3. PDMの変遷図 .....	70
4. プロジェクトデザインの課題 .....	71





インタビュー調査（１）



インタビュー調査（２）



合同調整委員会



ミニッツ署名

## 略 語 表

略語	英語	日本語訳
CDHP	Comprehensive District Health Plan	包括的県保健計画
CHC	Community Health Centre	村落診療所の一形態
CHO	Community Health Officer	村落診療所所属のコミュニティヘルスオフィサー（医師の助手的レベル）
CHP	Community Health Post	村落診療所の一形態
C/P	Counterpart	カウンターパート
DC	District Council	県議会
DfID	Department for International Development	英国国際開発省
DHIS	District Health Information Software	県保健情報データベース・ソフト
DHMT	District Health Management Team	県保健管理局
DHS	District Health Sister	県看護師長
DMO	District Medical Officer	県医務官
DPI	Directorate of Planning and Information	保健衛生省の計画作成及び情報マネジメントにおける部署
FGD	Focus Group Discussion	フォーカス・グループ・ディスカッション
GoSL	Government of the Republic of Sierra Leone	シエラレオネ政府
HC	Health Committee	県、村落診療所単位で設置された保健委員会
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome	ヒト免疫不全ウイルス/後天性免疫不全症候群
HMIS	Health Management Information System	保健情報マネジメント・システム
HSSP	Health Sector Strategic Plan	保健セクター戦略計画
IEC	Information Education Communication	情報・教育・コミュニケーション教材
JCC	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
JPY	Japanese Yen	日本円
LCHP	Local Council Health Plan	県保健計画
LMIS	Logistics Management and Information System	ロジスティックスマネジメント及び情報システム
M&E	Monitoring and Evaluation	モニタリング・評価



MCH Aide	Maternal and Child Health Aide	村落診療所所属の看護師
MCHP	Maternal and Child Health Post	村落診療所の一形態
MIALGRD	Ministry of Internal Affairs, Local Government and Rural Affairs	内務地方自治地域開発省
MOFED	Ministry of Finance and Economic Development	財務経済開発省
MOHS	Ministry of Health and Sanitation	保健衛生省
MOHS-CMO	MOHS Chief Medical Officer	保健衛生省 医局長
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
PBF	Performance Based Financing	パフォーマンス・ベースド・ファイナンス
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PHC	Primary Health Care	プライマリーヘルスケア
PHU	Peripheral Health Unit	村落診療所
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper	貧困削減戦略ペーパー
RCH	Reproductive Child Health	リプロダクティブ・チャイルド・ヘルス
TOR	Terms of Reference	業務指示書
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
WATSAN	Water and Sanitation	水と衛生
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：シエラレオネ	案件名：地域保健改善プロジェクト
分野：保健（人間開発部）	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：ガーナ事務所	協力金額（評価時点）：2億4千万円
協力期間	2008年5月～2011年5月
	先方関係機関：カンビア県保健管理局、保健衛生省 日本側協力機関：
<p>1-1 協力の背景と概要</p> <p>シエラレオネ共和国（以下、「シエラレオネ」と記す）では、1991年からの政府・反政府軍間での継続的な戦闘後、2001年には停戦合意が成立し、2002年には大統領が内戦終結宣言を行った。現在、緊急復興から開発の段階にシフトしつつあるが、人間開発指数は158位/169カ国（2010年）と、改善傾向にあるものの依然として生活の質は著しく低い状況にある。</p> <p>特に保健分野は、2010年において平均寿命48.7歳、乳幼児死亡数123人/1,000人、安全な水へのアクセス率49%と劣悪な状況にある。その原因としては、脆弱な保健行政、保健サービスへのアクセスの悪さ、内戦による保健インフラ施設の破壊、医療従事者数・能力の不足、恒常的貧困に起因する慢性的な栄養失調、不衛生な水の利用等が考えられる。</p> <p>また、シエラレオネにおいては、2004年に地方分権化が打ち出され、村落診療所を通じた保健サービス提供のために、県保健管理局の役割及び責任が強化されている。</p> <p>以上のような背景の下、JICA協力の重点地域であった北部州カンビア県において、カンビア県保健管理局のマネジメント能力強化を目的とし、2008年5月から2011年5月までの3年間の予定で技術協力プロジェクト「地域保健改善プロジェクト」が実施された。本案件はシエラレオネに対する保健セクターの技術協力プロジェクトとしては第一号となる案件であり、シエラレオネ全体が紛争後の復興期から開発期へ移行するなか、カンビア県病院から「国境なき医師団」が撤退したタイミングで、同病院と隣接したカンビア県保健管理局及びシエラレオネ保健衛生省をカウンターパートとして開始された。なお、保健衛生省は国レベルの政策策定及び県保健管理局の監督を行っており、県保健管理局はカンビア県内の保健行政の実施及び保健サービスの監督を担っている。</p> <p>1-2 協力内容</p> <p>本プロジェクトは、カンビア県内の保健医療施設の監督や保健計画立案を担当する県保健管理局のマネジメント能力強化を目的として実施された。</p> <p>(1) 上位目標</p> <p style="padding-left: 20px;">カンビア県住民の保健状況が改善する。</p> <p>(2) プロジェクト目標</p> <p style="padding-left: 20px;">県保健管理局、村落診療所、県議会が、コミュニティの保健ニーズを汲み取り、サービスに反映させ、より高いマネジメント能力を備えることによって、質の高い、公平な保健サービスを提供する体制が強化される（より良い包括的県保健計画の策定能力強化）。</p>	

(3) 成果

- 1) 県保健管理局のマネジメント能力が向上する。
- 2) 県保健管理局及び村落診療所の執務環境が改善、維持される。
- 3) 包括的なサポート・スーパービジョンシステムが強化され、効果的に実施される。
- 4) 村落診療所から県保健管理局への報告業務管理が強化され、効果的に実施される。
- 5) 県保健計画策定システムが強化される。
- 6) 県保健管理局と、県議会、村落診療所、その他関係者との連携が強化される。

1-3 投入 (2011年1月現在) (総投入額: 2.4億円)

<日本側>

- ・長期専門家派遣 1名 (36MM)
- ・短期専門家派遣 延べ7名 (37.4MM)
- ・機材供与 10,622千円
- ・ローカルコスト負担 65,280千円)

<シエラレオネ側>

- ・カウンターパート 23名 (保健衛生省1名、県保健管理局22名)
- ・プロジェクトのスペース プロジェクト事務所、リソースセンター、研修場所等
- ・研修及びスタディーツアー時の車両提供

2. 評価調査団の概要

調査者	(担当分野、氏名、所属)		
	団長/総括	木藤 耕一	JICAガーナ事務所 次長
	評価企画1	加藤 恵	JICAガーナ事務所 所員 (保健班総括)
	評価企画2	コロマ 紀代美	JICAシエラレオネフィールドオフィス在外専門調整員 (保健・教育)
	地域保健	今仁 直美	グローバルリンクマネジメント (株) 研究員
評価分析	井関 ふみこ	グローバルリンクマネジメント (株) 研究員	
調査期間	2011年1月15日～2月9日	評価種類	終了時評価

3. 調査結果の概要

3-1 実績の確認

(1) 成果の達成状況

成果1: 県保健管理局のマネジメント能力が向上する。

指標: ①各研修の受講者数

②研修ごとの達成評価の結果

本成果は達成された。2名の経理職員を含む延べ74名が、コンピューター研修、チームワーク・リーダーシップ研修、県議会所定基準にそった経理研修等を受講した。県保健管理局におけるパソコン台数の増大にも伴い、日常業務におけるコンピューターの使用が増加している。同様に、経理関係の報告書の質が向上し、一部の県保健管理局職員は、通常業務においてリーダーシップ研修で習得した技術を活用していると報告している。

成果2：県保健管理局及び村落診療所の執務環境が改善、維持される。

指標：リソースセンターの利用者数

本成果は達成された。保健関連資料へのアクセス向上を目的としたリソースセンターの設立、県保健管理局内の一部改修、機材（発電機、オフィス用家具、バイク、村落診療所向けの基礎的医療機材、ソーラー冷蔵庫用スペアパーツ等）の供与が行われ、2010年12月時点で、1年9カ月間のリソースセンターの利用者数は500名に上った。

成果3：包括的なサポータティブ・スーパービジョンのシステムが強化され、効果的に実施される。

指標：県保健管理局会議に提出されたチェックリストの数

本成果は、一部達成されている。本プロジェクトでは、一人の監督官が担当する5～10棟の村落診療所においてプログラム横断的な指導・監督を定期的に行う「包括的なサポータティブ・スーパービジョン」という概念を基にしたシステムを構築し、適切なチェックリストなどのツールを開発することでそのシステムの強化を図った。現行のシステムにおいてはチェックリストはコーディネーターに提出し、県保健管理局モニタリング・評価部にて保管されることになったため、本成果は現状にあわせ、①開発されたツールの質・利便性と②包括的サポータティブ・スーパービジョンの実施状況について評価を行った。ツールは、概して利便性が高く、有用性についても高い評価を得ており、既に必要不可欠なツールとして使用されている。ただし、県保健管理局から村落診療所へのフィードバック体制が確立するまでにいたっていない影響で、いまだ活用されていないツールも見受けられた。また、包括的なサポータティブ・スーパービジョンのシステムは構築されつつあるが、予算不足、人手不足により予定通りの実施は困難であった。

成果4：村落診療所から県保健管理局への報告業務管理が強化され、効果的に実施される。

指標：最低限必要な情報を含んだ村落診療所からの報告書数

本成果は達成されている。村落診療所からの定期報告書の提出率は80～85%から98%に改善された。提出前に県保健管理局監督官が村落診療所の職員とともに報告書をレビューするスーパービジョンの強化（成果3）が、報告書の質と提出率の改善に貢献していると考えられる。また、村落診療所からの定期報告書フォーマットが保健衛生省によって改訂された際に、プロジェクトは村落診療所職員を対象に、報告書の記入方法の研修を複数回実施した。加えて、保健衛生省によるイニシアティブを補完する形で、2009年に保健情報データベースが導入された際にM&E部門担当官の研修、2010年に医薬品在庫管理ツールであるロジスティックスマネジメント情報システムが導入された際に、県保健管理局職員及び村落診療所職員に対して研修を実施している。

成果5：県保健計画策定システムが強化される。

指標：県保健計画策定に関与した関係者の人数

本成果は達成されている。保健衛生省の2008/2009年包括的県保健計画、2010年県保健計画策定ガイドラインにそって、日本人短期専門家が、計画策定のステップごとに、県保健管理局の選出メンバーを丁寧に指導したことにより、県保健計画策定のシステムは強化された。県保健計画の策定プロセスに関与した関係者が、2008年27名から2010年48名に増加しているように、幅広いステークホルダーの参画が実現していることがうかがわれる。県保健計画の各県の質を分析し、保健衛生省へのフィードバックなどを通じて、プロジェクトは中央レベルにおける県保健計画システムの強化にも貢献している。

成果6：県保健管理局と、県議会、村落診療所、その他関係者との連携が強化される。

指標：定期的に開催される会議の数

本成果は達成されている。連携強化のために、県保健管理局は県のステークホルダーと3種類の定期的会合を開催している。四半期ごとに開催する県保健管理局及び開発パートナーが参加するインターエージェンシー会議は、情報共有のプラットフォームであり、カンビア・ヘルスデー等の県内のイベントへ開発パートナーの参加・協力を促す機能も果たしていた。県保健計画策定（成果5）の参加型アプローチは、成果6にも貢献している。また、成果1の経理担当者研修を通して、県保健管理局で使用される経理費目を県議会と統一したことで両者の経理記録の照合が可能になり、連携強化にも顕著な成果を上げている。本成果の下で作成されたカンビア・ヘルス・ダイレクトリーは、カンビア県の保健概況、すべての村落診療所の現状や県内で活動するNGOのプロファイルが掲載されたもので、特に保健支援を計画する際に非常に有用であると評価されている。

## （2）プロジェクト目標の達成状況

プロジェクト目標：県保健管理局、村落診療所、県議会が、コミュニティの保健ニーズを汲み取り（サービスに反映させる）より高いマネジメント能力を備えることによって、質の高い、公平な保健サービスを提供する体制が強化される（より良い包括的県保健計画の策定能力強化）。

指標：県保健計画の質が向上する。

成果1～6で記述したように、プロジェクトは県保健管理局の全般的なマネジメント能力を強化しており、プロジェクト目標は達成されたと考えられる。指標である県保健計画は、プロジェクト期間中、より幅広いステークホルダーが策定に関与することとなった。また、カンビア県が作成した2011年の計画は最も質の高い県計画の一つであると保健衛生省から認識されている。ただし、県レベルの保健計画は、プロジェクト期間中に包括的保健計画（Comprehensive District Health Plan）から県保健計画（Local Council Health Plan）に変更され、フォーマットも変更されたため、厳密な質の比較は困難である。

## 3-2 評価結果の要約

### （1）妥当性

現行の政策やニーズと合致しており、本プロジェクトの妥当性は高い。また、技術移転の方法として、新イニシアティブが県レベルに導入される時期に、日本人短期専門家が県保健管理局職員に対して丁寧な指導を実施したことは、効果的であったと報告されている。国の保健システムが中央レベルでいまだ構築中のうえ、地方分権化があまり進んでいない段階で、県保健管理局を主なターゲットグループとして選択したことは適切ではなかったと考えられるものの、プロジェクトでは保健衛生省での合同調整委員会の実施、保健衛生省に対する専門家の活動報告など中央レベルの巻き込みにも努めた。なお、カンビア県保健管理局の実際の能力が把握されたうえで、プロジェクトのスコープに対する投入がより現実に即してデザインされていれば、妥当性はより高いものとなっていたと考えられる。

### （2）有効性

プロジェクトの活動によりプロジェクト目標が達成されており、有効性が認められる。保健施設の改修やコンピューター研修等カウンターパートが直面するニーズに対応した活動を含めたことは、能力強化という成果が見えにくいプロジェクトに対する県保健管理局の関心の向上にも有用であったと思慮される。

### (3) 効率性

本プロジェクトの効率性は限定的である。プロジェクト開始後、現状に合わせてプロジェクトの範囲が狭められかつ投入が追加されたため、その際に既に投入されかつ県保健管理局の通常業務に関連しているものの、本プロジェクト評価の対象外となった活動（コミュニティ啓発）がある。

### (4) インパクト

本プロジェクトの正のインパクトは、①県保健管理局のチームワークの向上、②改修された村落診療所におけるサービス提供の向上、③中央レベルにおける日本人専門家の貢献により、保健衛生省が人材の能力強化を重要視するようになったことが挙げられる。上位目標に関する正のインパクトは信頼性があり、かつ経時的に比較可能なデータが入手できなかったため、測ることは困難である。ただし、保健指標の改善に直接的なインパクトを及ぼすと推定される近年の母子保健サービスの無料化に伴い、本プロジェクトではサービスの利用増加に対応するための薬品、医療資機材管理システム及び報告書作成に関する研修を行っている。本研修の成果が継続し、県保健管理局及び村落診療所が増大するサービス利用に対応できた場合、正のインパクトが期待される。

### (5) 持続性

本プロジェクトの持続性は中程度である。県保健計画及びサポーターティブ・スーパービジョンは保健衛生省の戦略的優先事項と認識されており、政策面での持続性は比較的高い。一方、スーパービジョンのような通常業務のための予算も不足している県保健管理局の現状では、財政的持続性は懸念材料である。プロジェクト終了後の、保健衛生省や関連省庁による予算確保が望まれる。技術面での持続性は、個人レベルで蓄積された技術を県保健管理局内で普及させるような体制の確立にかかっている。本プロジェクトによって作成されたツールやマニュアルは、適切に維持されることで、技術的持続性に貢献すると判断される。県保健管理局のメンバーは、必要に応じてチェックリスト等の修正・改訂を実行することが可能なレベルにあると推定されるため、そのモチベーションの維持・向上が鍵となると思われる。

## 3-3 効果発現に貢献した要因

### (1) 計画内容に関すること

特になし

### (2) 実施プロセスに関すること

- ・プロジェクトチームとJICAシエラレオネフィールドオフィス間の緊密な連携があったこと。
- ・県保健管理局は、サポーターティブ・スーパービジョン、県保健計画、村落診療所からの定期報告書については、比較的高いオーナーシップを保持していること。
- ・状況に併せてPDMの改訂を行い、実現可能なプロジェクトの範囲としたこと。
- ・カウンターパートの関心を喚起するために、カウンターパートが直面するニーズに対応する活動を含めたこと。
- ・プロジェクト実施期間中に、県保健計画の策定や母子保健サービスの無料化のように中央レベルからの様々なイニシアティブが導入されたが、プロジェクトが国レベルの保健システムと重複した県レベルでの別システムを構築しないよう、これらのイニシアティブ

ブに柔軟に対応したこと。

### 3-4 問題点及び問題を引き起こした要因

#### (1) 計画内容に関すること

- ・シエラレオネにおける保健行政システム全般がまだ構築過程にあり、県レベルへの権限委譲の状況も未成熟な段階で、県レベルを主なカウンターパートとしたため、プロジェクトが中央からのイニシアティブにその都度対応する必要があったこと。
- ・他国の成功事例を適用する際に、カンビア県保健管理局の推定能力に基づいてプロジェクトが形成された結果、実施開始後に計画内容の調整が必要となったこと。また、プロジェクト形成時の県医務官が異動となったことも、プロジェクトの実施に影響を及ぼした。

#### (2) 実施プロセスに関すること

- ・プロジェクトマネージャー（県医務官）の頻繁な異動により、その都度新たにプロジェクトへの理解を得てもらう必要があったこと。
- ・県保健管理局が関係する研修やキャンペーンが中央レベルで頻繁に企画され、その多くの開催日通知が直前であったため、プロジェクト活動予定が左右されたこと。

### 3-5 結 論

本プロジェクトによって、県保健管理局が県保健計画策定、村落診療所の監督等の通常業務を遂行していくための一定の能力が強化されていることは確認された。評価5項目の観点からは、「妥当性」は高く、「有効性」も認められた。「効率性」は限定的であるものの、保健衛生省が人材の能力強化を重要視するなどの「インパクト」も確認されている。「持続性」については中程度であり、保健衛生省や関連省庁の予算確保や、プロジェクト後の県保健管理局の活動維持が重要である。

以上のように、本プロジェクトの目標は終了時までには達成される見込みであり、本プロジェクトは当初の計画通り2011年5月に終了する。

### 3-6 提 言

#### 【プロジェクト及び県保健管理局に対する提言】

- (1) 本プロジェクトの効果の継続的な発現のために、個人レベルで習得した技術の県保健管理局内での普遍化について、その仕組みを検討することが望ましい。

#### 【保健衛生省に対する提言】

- (1) 本プロジェクトの効果が継続されるように、保健衛生省が県保健管理局のパフォーマンスをモニターし、必要な技術的、財政的、精神的支援を行う体制を検討・確立することが望ましい。
- (2) 地方分権の下では、県保健管理局は県議会の一部局になる位置づけであるが、技術的機関（technical agency）としての役割が担保され、必要な予算が確保されるように、保健衛生省及び財務経済開発省から県保健管理局に支払われる保健予算のモニタリングを強化することが望ましい。保健衛生省は、県保健管理局への適時の支払が可能となるように、関連省庁と継続して交渉することが期待される。

### 3-7 教訓

- (1) 国の保健システムが確立していない段階では、直接県を対象とするのではなく、中央レベル（あるいは予算が許す場合は中央と県レベル双方）に支援を行うことがより効果的であると思慮される。
- (2) マネジメント能力強化プロジェクトはその効果が目に見えにくいため、カウンターパートの関心やオーナーシップを喚起することが難しい。具体的な効果の見えやすいコンポーネント（施設の改修等）を一部織り込むことも必要と考えられる。
- (3) 他国での成功事例を導入する場合は、その技術レベルの前提条件を精査し、対象国の現状で可能か照らし合わせることは、対象国のレベルに適したプロジェクトを形成するにあたって効果的である。そのためにも、キャパシティ・アセスメントの実施が望ましい。
- (4) 指標の設定にあたっては、データの入手可能性を確認すること。

### 3-8 フォローアップ状況

本プロジェクトはカンビア県における県保健計画策定能力強化の支援を行ったが、現在、保健衛生省内においても、各県保健管理局及び村落診療所のサービス提供状況を査定するためのサポーター・スーパービジョンの重要性の認識が高まっている。このような背景から、平成23年度実施案件として、国レベルでのサポーター・スーパービジョン強化を目的とした個別専門家の要請が挙げられている。



## Evaluation Summary

I. Outline of the Project		
Country: The Republic of Sierra Leone		Project title: The Project for Strengthening District Health Management in Kambia District
Issue/Sector: Health (human resource development)		Cooperation scheme: Technical Cooperation Project
Division in charge: JICA Ghana Office		Total cost (as of January, 2011): 240 million yen
Period of Cooperation	May 2008 - May 2011	Implementing Organisation: District Health Management Team of Kambia District; Ministry of Health and Sanitation
		Supporting Organisation in Japan:
<p>1. Background of the Project</p> <p>Transiting from the post conflict to development stages, the health sector of Sierra Leone continued to be characterised by its high mortality and morbidity, with poor access to clean water and medical care as two of the major underlining factors. Majority of the Development Partners (DPs) are making direct investment in service delivery, especially in reproductive and child health in order to achieve the MDGs' health related goals. Meanwhile the country initiated decentralisation of the government administration in 2004, with which the roles and responsibilities of the District Health Management Teams (DHMTs) in delivering health care through Peripheral Health Units (PHUs) significantly increased. In view of the needs to strengthen management capacities of DHMTs through human resource and system development, Ministry of Health and Sanitation (MOHS) requested JICA's support in implementing a three-year project called "The Project for Strengthening District Health Management in Kambia". Responding to the request, the project was started at DHMT which locates next to the district hospital, where Medecins Sans Frontieres has just pulled out as the country shift to development phase. It was the 1<sup>st</sup> technical cooperation in health sector for JICA.</p> <p>2. Project Overview</p> <p>The project aimed to strengthen the management capacities of the Kambia DHMT which supervises health facilities and establish annual district health plan in Kambia district.</p> <p>(1) Overall Goal</p> <p style="padding-left: 20px;">The health status of people in Kambia is improved.</p> <p>(2) Project Purpose</p> <p>Quality and equitable health service delivery is strengthened by the management capacities of DHMT, PHUs and District Council in Kambia District to better address health needs of the community (to strengthen the capacity of DHMT for establishing a good annual district health plan)</p> <p>(3) Outputs</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Management capacities of DHMT are developed.</li> <li>2) Office environment of DHMT and PHUs is improved and maintained.</li> <li>3) Comprehensive supportive supervision is strengthened and effectively operated.</li> </ol>		

- 4) PHU reporting system is strengthened and effectively operated.
- 5) System for Comprehensive District Health Planning is strengthened.
- 6) Coordination of DHMT with District Council, Pus and relevant stakeholders is strengthened.

(4) Inputs (as of January, 2011)

Japanese side:

Long-term Expert	1 person (36 M/M)
Short-term Experts	A total of 7 persons (37.4 M/M)
Provision of equipment:	Equivalent to JPY 10,622,312 (by the JICA standard exchange rate of February 2011)
Local Operational Expenses support:	Equivalent to JPY 65,280,160 (by the JICA standard exchange rate February 2011)

Sierra Leonean side:

Counterpart personnel:	23 persons (1 from MOHS, 22 from DHMT)
Provision of spaces (Project office, resource centre, training venue, etc.)	
Vehicles/transport for the training activities and study tour	

II. Evaluation Team

Members of Evaluation Team	Team leader	Koichi Kito	Senior representative, JICA Ghana Office	
	Cooperation Planning	Megumi Kato	Assistant Resident Representative, JICA Ghana Office	
	Cooperation Planning	Kiyomi Koroma	Overseas Survey Specialist, JICA Sierra Leone Field Office	
	Community Health	Naomi Imani	International Health Specialist, Global Link Management	
	Evaluation and Analysis	Fumiko Iseki	Researcher, Global Link Management	
Period of Evaluation	15 January – 9 February, 2011		Type of Evaluation	Terminal Evaluation

III. Results of Evaluation

1 Project Performance

(1) Outputs

Output 1: Management capacities of DHMT are developed.

Indicator 1-1: The number of people trained in each training

1-2: Results of achievement assessment in each training

(Additional indicator: application of skills acquired to their work)

The output 1 was achieved. The following achievements were made under this output: A total of 74 persons, including two finance officers, were trained under this project in computer skills, teamwork and leadership and accounting procedures and practices of the GoSL/Kambia District Council. As a result, the overall usage of computer in routine work has increased, thanks also to more computers now available at DHMT. Likewise, finance-related reports are reportedly of better quality now and leadership skills are being applied by some of the officers in their routine work.

Output 2: Office environment of DHMT and PHUs is improved and maintained.

Indicator 2-1: Number of users of Resource Centre

The output 2 was achieved through establishing a resource centre within DHMT as the central depot of health-related information materials, as well as through some minor renovations at DHMT, provision of a

generator, office furniture, some basic medical equipment, spare parts for dysfunctional solar-powered refrigerators and motorbikes for supervisors, and so forth. The resource centre clocked up 500 users by the end of December 2010.

Output 3: Comprehensive supportive supervision is strengthened and effectively operated.

Indicator 3-1: Number of checklists submitted to DHMT meeting

The output 3 has been partially achieved. The system has been strengthened by the Project through introducing the concept of “comprehensive supportive supervision” and developing tools for the supervision such as check lists. The check list in the current system is submitted to the coordinators, and is kept at the evaluation division of the DHMT. Considering the situation change, the information as follows was collected for the better analysis; (1) the quality and the convenience of the developed tools, and (2) the comprehensive supportive supervision. The tools are utilised as requisite implements due to high convenience and effectiveness. However, there are some tools that has not been utilised as the feedback system from DHMT to PHU has not been fully established. Moreover, the comprehensive supportive supervision has not been fully implemented as planned because of the lack of budgets and human resources.

Output 4: PHU reporting system is strengthened and effectively operated.

Indicator 4-1: The number of PHU reports qualified by minimum requirement

The output 4 was achieved. The achievement under this output is signified by the submission rate of the PHU reports, which has improved from 80-85% to 98%. It is primarily attributed to the strengthened supervision (output 3), in which supervisors go through the reports with the PHU staff correcting errors on the spot before they are submitted. The project organised training and orientation sessions on how to fill the reporting forms when they were modified by the MOHS several times during the project period. Other activities complementary to the MOHS’s initiatives include training of M&E staff in the District Health Information System (DHIS) and of DHMT members and PHU staff in Logistics Management Information System (LMIS) when they were introduced to the district by MOHS in 2009 and 2010 respectively.

Output 5: System for Comprehensive District Health Planning is strengthened.

Indicator 5-1: Total number of people involved in the process of CDHP

The output 5 was achieved. The planning system was strengthened by the selected DHMT members working closely with Japanese experts who coached them through every step of the planning in accordance with the guidelines provided by MOHS for Comprehensive District Health Plan (CDHP) in 2008 and 2009 and for Local Council Health Plan (LCHP) in 2010. It has become more participatory evident from the increase in the number of people who took part in the process from 27 in 2008 to 48 in 2010. The project also contributed in strengthening the planning system at the national level through an analysis of the qualities of LCHPs from different districts and giving feedback to MOHS.

Output 6: Coordination of DHMT with District Council, PHUs and relevant stakeholders is strengthened.

Indicator 6-1: Number of meetings regularly conducted

The output 6 was achieved. In order to strengthen its coordinating function, DHMT instituted three regular meetings with stakeholders in the district, including the quarterly Inter-Agency Meeting which serve as a platform for information sharing. Through this mechanism the stakeholders’ cooperation for Kambia Health Day was effectively solicited. The participatory approach for planning of the CDHP/LCHP (output 5) also contributed to the output 6. Similarly a significant progress was made through the training of finance officers, an activity under

the output 1, through which the accounting practices at DHMT were aligned more closely to those of the District Council (DC), increasing the compatibility of the financial records kept by the two. The Kambia Health Directory, a publication produced under this project, is widely recognised as a useful resource especially for those making health-related interventions.

(2) Project Purpose: Quality and equitable health service delivery is strengthened by the management capacity of DHMT, PHUs and District Council in Kambia District to better address health needs of the community (to strengthen the capacity of DHMT for establishing a good annual district health plan)”

Indicator: Quality of CDHP is improved

The project purpose was achieved. The project has managed to improve overall management capacity of DHMT to some extent, as already discussed under the outputs 1-6 above. CDHPs were drafted with various stakeholders during the project period. Also, the plan drafted by the Kambia district is recognised as one of the highest quality district plan by MOHS. However, the assigned indicator found invalid as the quality of CDHPs and LCHP are not comparable. This is due to the differences in methodologies and presentation formats employed by changing from CDHP to LCHP.

## 2. Summary of Evaluation Results

### (1) Relevance

The relevance of the project in terms of the prevailing policies and the needs is high. In terms of methodologies of technical transfer, having Japanese experts as dedicated coaches for DHMT members, especially when a new initiative was introduced to the district, was reportedly an effective way to build up the capacity. Selecting a DHMT as the main target may not have been appropriate when the country’s health system is being redesigned at the central level and when the decentralisation of the government system had not progressed much, but the project tried to involve the national level counterparts through organizing Joint Coordinating Committee together and reporting the progress periodically. The design of the project, including the scope and the size of inputs, could have been more relevant to the reality if the actual (as against the perceived) capacity of the Kambia DHMT had had been assessed and taken into consideration at the planning stage of the project.

### (2) Effectiveness

The effectiveness of the project can be recognised due to the achievement of the project purpose. The rehabilitation of the health facilities and the training of the ICT, including activities of accommodating needs of the counterparts, contributed to promote DHMT’s interest to the project containing the difficulties of the invisible output on capacity development.

### (3) Efficiency

The efficiency of the project does not appear to be high as of the terminal evaluation. During the project implementation, the scope of the project was more focused and the inputs were added to reflect the situation of the project. When the scope of the project was narrowed down, some activities already carried out, such as those related to community mobilisation, became out of focus of the project even though they are in fact still relevant to the DHMT’s mandate.

### (4) Impact

The positive impact of the project is visible in the following: (1) the reported improvement in DHMT in

working as a team, (2) improved service delivery at the PHUs rehabilitated under this project and (3) good recognition of JICA's cooperation within MOHS due to the assistance/contributions at the central level made by the Japanese experts. The impact of this project as per the overall goal could not be assessed due to the lack of applicable and credible set of data on the indicators. With the recent introduction of the Free Health Care Services, through which maternal and child health care is provided free of charge, the project has conducted the training such as medical commodity management and reporting to enable them to respond the increasing service demand. If they maintain their knowledge attained through the training and continue responding to the increasing utilization of the service, the positive impact is expected.

(5) Sustainability

The sustainability of the project is moderate. The policy environment is conducive to the sustainability, as such initiatives as LCHP and supportive supervision are reportedly priorities of MOHS. On the other hand, the financial sustainability is not promising, in view of the current situation at the district level where funds are often not available even for budgeted routine activities such as supervisory visits. This would undermine the sustainability of the effects of this project as well as the equipment provided, unless the current bottlenecks in fund disbursement are identified and addressed both at the district and central levels. Technical sustainability depends on the future efforts by DHMT in institutionalisation of the skills and knowledge acquired by the individual officers. The tools produced under the project contribute greatly to sustainability if they are kept properly allowing easy access by everyone. DHMT members now seem to have adequate technical capacity to update/revise them as and when necessary, if sufficiently motivated. MOHS's monitoring and providing technical and moral support to DHMT in this regard would be crucial.

3. Factors promoting better sustainability and impact

(1) Factors concerning to the Implementation Process

- DHMT recognises LCHP, supervision and PHU reporting as their major responsibilities and has good sense of ownership on these elements.
- Project design and scope was revised based on the current situation through the implementation process.
- To motivate the counterparts, the activities to meet their immediate needs are included.
- The project accommodated the changes caused by various initiative introduced at national level and tried not to established duplicated or parallel system.

4. Factors inhibiting better sustainability and impact

(1) Factors concerning to Project Design

As explained in (1) Relevance, DHMT was selected as the main target though the country's health system is being redesigned at the central level and the decentralisation of the government system had not progressed much. This made the project to respond to the frequent change caused by various initiatives. Also, the change of the main counterpart who played the key role of project formulation affected the project implementation.

(2) Factors concerning to the Implementation Process

The frequent change of DMOs seems to be inevitable in the current environment, which may threaten the sustainability unless the new DMOs are well-briefed and interested. The frequent campaign and training at national level and its' sudden notice affected the plan of the project activities.

## 5. Conclusion

The management capacity of the DHMT has been strengthened through the Project to some extent. In terms of the five evaluation criteria, the Relevance is high and the Effectiveness is also recognised. Though, the Efficiency is limited, the Impact is also seen such as the recognition of the importance of capacity development of the human resources. The Sustainability is moderate. It is important to ensure the budget of the MOHS and related ministry and to maintain the activities of the DHMT for improving the sustainability.

As a result of above findings, the project purpose can be achievable, and the project will terminate in May, 2011 as planned.

## 6. Recommendations

### To Project and DHMT

- The project is to discuss and implement ways to institutionalise the skills learnt by individual officers so that institutional capacities are established.

### To MOHS

- The MOHS is to monitor the performance of the DHMT and provide technical, material and moral support to the extent possible. Effective and practicable ways to do so must be devised.
- The MOHS, together with related parties, is to ensure the technical role of DHMT in the decentralised district administration is respected. The District Council and DHMT are to continue strengthening the financial monitoring system which is being developed, so that the information related to finance is effectively shared.

## 7. Lessons Learnt

- When a national system is not established, it may be more effective to target the central level (and districts if resources permit) rather than the district level alone.
- For capacity development projects, of which effects are often intangible and difficult to feel, it may be difficult to generate and sustain interest and ownership among the counterpart. In this sense, it may be effective, or even necessary to include activities that address their tangible needs.
- A joint capacity assessment involving counterparts may be not only useful for setting a baseline but also for establishing shared understandings on the real needs and strategies employed by the project. It is also expected to increase the level of ownership and motivation among the counterpart.
- When the indicators are set, the data availability should be confirmed.

## 8. Follow-up situation

The project has assisted to strengthen the capacity for establishing the district health plan. In current, the importance of the supportive supervision, which monitors the situation of service provision of DHMT and PHU, has been recognised by the MOHS. Based on this background, the Japanese expert to be dispatched in JFY 2011 is requested by the GoSL in order to strengthen the supportive supervision at the country level.

## 第1章 終了時評価調査の概要

### 1-1 調査背景及び目的

シエラレオネ共和国（以下、「シエラレオネ」と記す）では、1991年からの政府・反政府軍間での継続的な戦闘後、2001年5月には停戦合意が成立、2002年1月には大統領が内戦の終結宣言を行った。現在、緊急復興から開発の段階にシフトしつつあるが、人間開発指数は158位/169カ国（2010年）と、紛争終結後継続的改善傾向にあるものの依然として生活の質は著しく低い状況にある。

特に保健分野は、2010年において平均寿命48.7歳、乳幼児死亡数123人/1,000人、安全な水へのアクセス率49%と劣悪な状況にある。その原因としては、脆弱な保健行政、保健サービスへのアクセスの悪さ、内戦による保健インフラ施設破壊、医療従事者数・能力の不足、恒常的貧困に起因する慢性的な栄養失調、不衛生な水の利用等が考えられている。

対シエラレオネJICA協力の重点地域である北部州カンビア県には、医療サービスを提供する施設として県病院1カ所、プライマリー・ヘルスケアやコミュニティへの健康教育等を担当する村落診療所（Peripheral Health Unit：PHU）62カ所、県保健計画（Local Council Health Plan：LCHP）の立案実施管理、県内の保健医療施設の監督とモニタリング等を担当する県保健管理局（District Health Management Team：DHMT）、県保健管理局の監督や包括的県保健計画（Comprehensive District Health Plan：CDHP）の承認と評価、予算確保等を担当する県議会保健委員会がある。しかし、県保健管理局については、村落診療所やコミュニティからの保健情報収集、その情報を踏まえたニーズ分析、ニーズを反映した効果的かつ効率的県計画の策定と実施、村落診療所におけるサービスデリバリー状況モニタリングなど、県保健管理局に求められる活動が十分にできていない。また草の根レベルでは村落診療所とコミュニティ間、村落診療所と県保健管理局間の情報共有制度の不備、緊急移送システムの未整備、施設の著しい老朽化等、課題が山積している。

このような背景から、JICAは、カンビア県の保健セクターにおけるマネジメント能力強化を目的とし、カンビア県保健管理局をカウンターパート（Counterpart：C/P）機関として、2008年5月から2011年5月までの3年間の予定で技術協力プロジェクト「地域保健改善プロジェクト」を実施している。現在、長期専門家（地域保健衛生計画）及び短期専門家（業務調整）が派遣中であり、これまで業務調整、コミュニティ開発、保健行政マネジメント、地域保健行政官管理能力強化、保健計画策定の専門家が派遣されている。

今般、プロジェクトが2011年5月で終了するにあたり、先方政府と合同でプロジェクトの実績を確認し、計画に対する達成度を確認するとともに、評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、持続性）の観点から評価を行うべく、終了時評価調査を実施することとなった。本調査では評価結果に基づき、協力期間終了までの活動期間における提言を行うとともに、協力期間終了後取るべき対応策について協議した。また、合同評価報告書を作成し、合意文書（ミニッツ）を締結した。

### 1-2 調査内容

- （1）プロジェクト関係者への質問票・インタビュー等を通じて収集した情報に基づき、プロジェクト実績（投入、活動、成果、プロジェクト目標達成度等）、活動プロセス等に関する情報・データの収集・整理を行うとともに、プロジェクト実績の貢献・阻害要因を抽出した。

(2) 上記(1)の結果に基づき、プロジェクト目標が達成されたかどうかを評価5項目(妥当性、有効性、効率性、インパクト、持続性)の観点から評価した。

(3) 評価結果に基づき、協力期間終了までの活動期間における提言を行うとともに、協力期間終了後の取るべき対応策について協議した。

(4) 日本側、シエラレオネ側で合意した評価結果を合同評価報告書として取りまとめ、合意文書(ミニッツ)の署名交換を行った。

### 1-3 調査団構成

氏名	担当分野	所属先	派遣期間
木藤 耕一	総括/団長	JICAガーナ事務所 次長	1/29~2/6 ガーナからの参加
加藤 恵	評価企画(1)	ガーナ事務所 所員(保健班総括)	同上
コロマ 紀代美	評価企画(2)	シエラレオネフィールドオフィス 在外 専門調整員(保健・教育)	シエラレオネからの参加
井関 ふみこ	評価分析	グローバル・リンク・マネージメント(株)	1/15~2/9
今仁 直美	地域保健行政	グローバル・リンク・マネージメント(株)	1/15~2/9

### 1-4 調査日程

2011年1月15日~2月9日まで

		コンサルタント団員 (地域保健行政)	コンサルタント団員 (評価分析)	官団員(木藤・加藤・コロマ) *コロマ団員はシエラレオネ の全日程に同行
1月15日	土	日本発		
1月16日	日	フリータウン着		
1月17日	月	シエラレオネフィールドオフィスとの打ち合わせ 保健衛生省(MOHS)への評価調査概要説明		
1月18日	火	フリータウン→カンビア		
1月19日	水	カンビア関係者への調査手法の説明、現地調査準備、プロジェクト関係者との打ち合わせ		
1月20日	木	県保健管理局(DHMT)、村落診療所(PHU)へのインタビュー		
1月21日	金	PHU視察(コンタ村落診療所)		
1月22日	土	DHMT、プロジェクト専門家へのインタビュー		
1月23日	日	団内協議 *先方調査団員カンビア到着		
1月24日	月	DHMTへのインタビュー	DHMTへのインタビュー カンビア→フリータウン	
1月25日	火	DHMTへのインタビュー	MOHS Directorate of Planning and Information (DPI) へのインタビュー	



1月26日	水	DHMTへのインタビュー	保健省ドナーNGO連携官へのインタビュー	
1月27日	木	DHMTへのインタビュー カンビア→フリータウン	MOHS DPIへのインタビュー	
1月28日	金	報告書作成		
1月29日	土	報告書作成		
1月30日	日	報告書作成		アクラ→フリータウン
1月31日	月	団内協議 WHOへのインタビュー		
2月1日	火	団内協議		
2月2日	水	プロジェクト専門家との評価結果共有		保健省表敬
2月3日	木	団内協議		プロジェクト専門家及びC/PとのWay Forwardの確認
2月4日	金	ミニッツ署名、合同調整委員会の実施		
2月5日	土	報告書作成		
2月6日	日	フリータウン→アクラ		
2月7日	月	JICAガーナ事務所及び在ガーナ日本大使館報告 アクラ発→		
2月8日	火			
2月9日	水	日本着		

## 第2章 終了時評価の方法

### 2-1 評価の手順

本調査は、『新JICA事業評価ガイドライン（2010年6月：改訂版）』に基づいた評価手法に沿って、以下のとおり実施した。

- (1) プロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix：PDM）の最新版（バージョン2）を評価の枠組みとした。その際PDMの指標等が不十分と判断されたため、現地調査開始時に合同評価団及びプロジェクトチーム（日本人専門家及びC/P）と協議のうえ、成果については指標を追加し<sup>1</sup>、プロジェクト目標については、①県保健管理局のマネジメント能力向上度合いに焦点を当て評価する、②保健サービス提供の向上についてはインパクトとして考察することを決定した。
- (2) プロジェクトの目標達成度合いに貢献した要因・阻害した要因を、プロジェクトのデザイン及び実施プロセスの観点から分析した。プロジェクトに関連した介入が、現状に対応しているかという点についても考慮した。
- (3) 「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、プロジェクトを評価した。
- (4) プロジェクトの残り期間の活動に対しての提言と、シエラレオネ側及び日本側双方のその他案件に対する教訓を抽出した。

追加指標のリストは、付属資料1の合同評価報告書ANNEX 3を参照。

評価5項目の各項目の定義は表2-1のとおりである。

表 2-1 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
1. 妥当性	開発援助と、ターゲットグループ・相手国・ドナーの優先度ならびに政策・方針との整合性の度合い。
2. 有効性	開発援助の目標の達成度合いを測る尺度。
3. 効率性	インプットに対する成果（定性ならびに定量的）を計測する。 開発援助が期待される結果を達成するために最もコストのかからない資源を使っていることを示す経済用語。最も効率的なプロセスが採用されたかを確認するため、通常、他のアプローチとの比較を必要とする。

<sup>1</sup> 追加指標の多くは、定性的指標である。

4. インパクト	開発援助によって直接または間接的に、意図的または意図せずに生じる、正・負の変化。開発援助が、地域社会・経済・環境ならびにその他の開発の指標にもたらす主要な影響や効果を含む。
5. 持続性	ドナーによる支援が終了しても、開発援助による便益が継続するかを測る。開発援助は、環境面でも財政面でも持続可能でなければならない。

出所：新JICA事業評価ガイドライン、2010年6月、p.19

## 2-2 主な調査項目と情報・データ収集方法

本調査では、評価分析のために定性的・定量的データを以下の方法で収集した。

- ・既存資料レビュー（プロジェクト報告書・政策関連資料等）
- ・アンケート調査（回答数：C/P19名・コミュニティヘルスオフィサー7名・長期専門家1名・短期専門家3名）
- ・キーインフォーマント・インタビュー（C/P、長期専門家、短期専門家、県議会（District Council : DC）、村落診療所（Peripheral Health Unit : PHU）の医療従事者、保健衛生省、関連ドナー機関）
- ・フォーカスグループディスカッション（コミュニティ住民、保健委員会）
- ・直接観察

調査対象者の詳細は、合同評価報告書ANNEX 4を参照。

## 2-3 評価の制約

設定されていた指標は成果を客観的に評価するには不十分もしくは不適切であったため、2-1で述べたように、調査開始前に、追加する評価視点についてプロジェクト関係者間（JICA事務所、専門家、C/P）で合意した。また、各指標に対して目標値が設定されていなかったため、本終了時評価では各成果、プロジェクト目標、上位目標に対して達成度合いを客観的に測ることが不可能であった。各指標のベースラインが取られておらず、本プロジェクトの介入による効果を適切に評価することが困難であったが、主に質問票調査やインタビューによって、本プロジェクトによって引き起こされた変化を定性的に捉えることにした。

## 第3章 プロジェクトの実績と実施プロセス

### 3-1 投入実績

#### 3-1-1 日本側投入

##### (1) 専門家派遣

1名の長期専門家、及び延べ7名の短期専門家が、プロジェクト終了までに合計73.4月/人分の投入計画の下に派遣されている。長期専門家の専門分野は、地域保健衛生計画/業務調整であり、プロジェクト全般の進捗を管理している。短期専門家の専門分野は、保健行政、情報マネジメント、情報分析能力強化、スーパービジョン強化、保健計画策定、コミュニティ啓発、業務調整などである。

派遣された専門家の詳細は合同評価報告書ANNEX5を参照。

##### (2) 海外研修

###### 1) ガーナ・スタディー・ツアー

保健衛生省、県保健管理局、JICA専門家の合計13名が、JICAによる地域保健強化プロジェクトが実施されていたガーナのアップーウエスト州を約1週間訪問し、ガーナにおけるファシリテータータイプスーパービジョン（サポータータイプスーパービジョンと同様の業務監督手法）の状況及びプロジェクト終了後の持続性確保に関する知見を得た。

参加者の詳細は、合同評価報告書ANNEX6を参照。

###### 2) 日本におけるプロジェクトに関連した研修

本プロジェクトの投入ではないが、合計4名のC/Pが、下記の関連した研修に派遣された。

表3-1 本邦における関連研修

研修コース名	派遣者数	派遣期間	参加者名/タイトル
「アフリカ地域 地域保健担当官のための保健行政」	1	2008.7.1~2008.8.9	Dr. Kargbo Labour, 県医務官
「アフリカ新生児・小児保健医療」	3	2009.1.21~2009.2.7	Sr. Gladys Aye Sisay, 県看護師長 1 Sr. Hawa Kallon, 県看護師長 2 Sr. Frances Pearce, 県病院看護師長

##### (3) 機材供与

終了時評価時点において、県保健管理局に供与されたプロジェクトの機材供与の実績は、10,622,312円相当（約USD129,293<sup>2</sup>）である。主な内容は、パソコン、プリンター、バイク、ソーラー冷蔵庫のスペアパーツ等である。

詳細については合同評価報告書ANNEX7を参照。

##### (4) 現地業務費

プロジェクト終了までに、日本側現地業務費として合計65,280,160円相当（約USD794,578）

<sup>2</sup> 為替レートは、2011年2月のJICA統制レートUSD=JPN82.157を使用。

が支出見込みである。

現地業務費に関する詳細は、合同評価報告書ANNEX8を参照。

### 3-1-2 シェラレオネ側投入

#### (1) C/Pの配置

2011年1月現在において、保健衛生省の次官がプロジェクトダイレクター、カンビア県保健管理局の県医務官（District Medical Officer : DMO）がプロジェクトマネージャー、及び他の21名のカンビア県保健管理局のメンバーから構成される合計23名のC/Pが配置された。

カンビア県保健管理局C/Pの詳細については、合同評価報告書ANNEX9を参照。

#### (2) プロジェクトのスペース（プロジェクト事務所、リソースセンター、研修場所等）

#### (3) 研修及びスタディーツアー時の車両提供

### 3-2 成果の達成状況

#### (1) 成果1

「県保健管理局のマネジメント能力が強化される」

本プロジェクトにおいては数多くの研修が実施されているが、成果1の活動としては県保健管理局全職員を対象としたコンピューター研修及びチームワーク・リーダーシップ研修、また県保健管理局と県病院の経理担当を対象とした経理研修が行われた。指標の達成状況は表3-2のとおりである。

表3-2 成果1の指標の達成状況

研修		達成状況	
研修名	対象	指標1-1： 各研修の受講者数 (2011年1月28日現在)	指標1-2：各研修ごとの達成評価の結果
コンピューター研修（ワード、エクセル、パワーポイント、インターネット、メール）	県保健管理局職員、一部のコミュニティヘルスオフィサー、県議会保健委員会委員、県病院事務職員	49*	ワードを使用してレターや報告書などの文書を作成することが可能となった。エクセル、パワーポイント、インターネット、メールについても、個人差はあるが基本的な操作は学習された。
チームワーク・リーダーシップ研修	県保健管理局職員	23	研修は実施されたものの、研修前後を比較した達成度の評価は行われていない。
経理研修	県保健管理局及び県病院の経理担当官	2	財務管理にエクセルが導入された。また県議会所定の基準にそった簿記技術を学んだことにより、予算管理の基盤が強化された。

\*グループ研修（計8回）及び個人研修の延べ受講者数

達成度の評価が行われていない研修もあるため、本評価ではPDMの指標に加えて、研修で得られた知識・技術が県保健管理局の日常業務にどのように活かされているかを評価の視点として追加した。

コンピューター技術に関しては、個人差は大きいものの、県保健管理局全体として日常業務におけるコンピューターの使用が増加していることが確認された。ここ数年で県保健管理局内のパソコンの数が増大し、同時に保健衛生省やドナーから報告書類を電子データで提出することが期待されるようになってきているため、本研修は直近のニーズにタイムリーに対応したものとしてC/Pからも高い評価を受けている。

チームワーク・リーダーシップは研修効果の確認が困難な性質のものであるが、県保健管理局職員の中には村落保健所職員の指導やワークショップのファシリテーションの際に、リーダーとしての資質や役割を意識して行うようにしていると報告した者もあり、本研修は成果3（サポートィブ・スーパービジョン）の達成にも貢献していると考えられる。

経理研修の成果としては、県保健管理局の経理部門に関する限りでは、経理関係の報告書の質が向上したこと、書類が適切に保管されるようになり県保健計画（Local Council Health Plan: LCHP）2011策定の際に必要な経理情報が提出されたこと<sup>3</sup>などが報告されている。また、本研修時に県保健管理局で使用されていた経理費目を県議会のものとして統一したことで両者の経理記録の照合が可能になっている。これは本活動が県保健管理局と県議会間のコーディネーションの向上（成果6）にも貢献していることを示している。一方で、数日の経理研修で達成されたことは基礎的事項のごく一部でしかないため、更なる研修の必要性が本研修を担当した県議会の経理担当者より提言されている。

以上のことにより、課題は残るものの、成果1は達成されていると結論づけることができる。

## （2）成果2

「県保健管理局及び村落診療所の執務環境が改善・維持される」

指標の達成状況は表3-3に示すとおり。

表 3 - 3 成果2の指標の達成状況

指標	達成状況
2-1. リソースセンターの利用者数	延べ500人（2009年4月～2010年12月*） （内訳：県保健管理局職員130名、その他の政府関係者141名、非政府組織関係者171名、その他58名）

\*2008年6月～2009年3月の利用者記録なし。

上記指標のみでは成果の達成状況を判断するのが困難であるため、本調査では改修・設立された施設の概要とその維持状況を調査した（合同評価報告書ANNEX11参照）。以下にその主なものの考察を述べる。

### 1) リソースセンターの設立

リソースセンターは、保健関連資料へのアクセス向上を目的に、個人で保管されていた書類をまとめて保管・管理する場所としてプロジェクト開始直後に設立された。当初は県保健管理局内にコンピューターが少なかったため、報告書類の作成を補助するためにコ

<sup>3</sup> 包括的県保健計画（CDHP）2010作成の際には、経理情報が県保健管理局で保管されておらず、県議会の経理部より必要情報を入手した。

ンピューター端末が2台設置され、現在はサテライト経由でインターネットにも接続されている。同センターは、保健関連事業に携わる政府・非政府組織関係者に広く開放されているが、政府関連機関及びNGO等の利用者が増大傾向にあるのに対し、県保健管理局職員の利用は当初に比べると著しく減少していることが見て取れる(表3-4)。これは県保健管理局内にコンピューター端末が増加したことが背景にあると思われるが、県保健管理局内のメールを含むインターネット需要にかんがみると、利用者記録の記入が徹底されていない可能性も大きいと思われる。また最近の記録を見る限り、ほとんどの利用者はメール/インターネットの利用を目的として来所しており、現在のリソースセンターの需要が当初の目的とは異なってきていることが考察される。

現在同センターの管理は、JICAが雇用したプロジェクトスタッフによって行われている。2008年6月～2010年9月までの28カ月間の運営経費は人件費を除いてUSD35,882であり、その約66%にあたるUSD23,800がインターネット接続(プロジェクト事務所と共有)にかかわるものである<sup>4</sup>。

表3-4 リソースセンター利用者の推移

	合計	県保健管理局	その他の政府機関	NGO他
2009年4月	24	21	3	0
2009年5月	19	15	4	0
2009年6月	14	9	0	5
2009年7月	7	4	0	3
2009年8月	25	15	3	7
2009年9月	22	13	3	6
2009年10月	36	15	10	11
2009年11月	25	2	12	11
2009年12月	15	4	1	10
2010年1月	2	2	0	0
2010年2月	10	1	6	3
2010年3月	24	4	3	17
2010年4月	8	0	3	5
2010年5月	10	1	4	5
2010年6月	25	4	7	14
2010年7月	35	10	15	10
2010年8月	36	4	10	22
2010年9月	56	3	22	31
2010年10月	49	3	16	40
2010年11月	35	0	12	23
2010年12月	23	0	7	16
合計	500	130	141	229

<sup>4</sup> 終了時評価時点においては、毎月約USD850のサテライト式インターネット使用料を県保健管理局が負担することは困難であるため、プロジェクト終了後のインターネット設備の継続利用に関して、JICA、県保健管理局、保健衛生省間で協議中であった。

## 2) 村落診療所の改修

本プロジェクトにおいてはマンゲビサン、カマンベウ、コンタの3カ所において、地域住民の参画を得て村落診療所の改修を行っている。地域住民の貢献により、改修された診療所棟の清掃・管理のほか、隣接する職員住居棟の改善、井戸や塀など付随施設の設定が行われていることが確認された。

なお、3カ所のうちコンタ村落診療所の改修は、県病院の焼却炉の改修や基礎的医療機材の供与と並んで成果5（県保健計画策定システムの強化）に関連する活動として実施されており、若干異なった意義をもつものである。詳細は成果5を参照のこと。

## 3) 県保健管理局執務室の環境整備

成果4（村落診療所からの報告業務管理の強化・維持）に関与の大きいモニタリング・評価（M&E）部及び医薬品管理部の執務環境の整備を実施した。M&E部に関してはその執務室をより大きな部屋に移動し、村落診療所からの報告書やスーパービジョンの管理ツールであるチェックリスト（成果3に詳述）の適切な保管・管理に必要な本棚等を設置、さらにファイリングの指導を行った。また医薬品管理部に関しては、ロジスティックスマネジメント情報システム（Logistics Management Information System : LMIS<sup>5</sup>）の導入により在庫管理にコンピューターが使われるようになったのを機に、薬品倉庫内部を仕切りで区切り、机や棚などを設置して執務スペースとした。どちらも簡便な改修ではあるが、これによって業務効率が上がったことが担当者より報告されている。なお、プロジェクトは県保健管理局の要望に応じて、医薬品管理部と同様の「仕切りで区切られた執務スペース」を新設の管理栄養士の執務室として設置している。

## 4) その他

供与されたバイクや発電機の保管のためのガレージが県保健管理局の敷地内に設立されており、良好に維持されている。

以上の状況から、成果2は達成されていると判断することができる。なお、プロジェクト終了後のリソースセンターの維持に関しては、設立当初の目的と現在の需要及び維持管理費を十分考慮に入れてその管理体制を決定することが必要と思われる。

## (3) 成果3

「包括的なサポータティブ・スーパービジョンのシステムが強化され、効果的に実施される」  
県保健管理局の監督下にある村落診療所を指導することは、県保健管理局の重要な役割の一つである。プロジェクト開始以前はマラリア、HIV/AIDSといったいわゆる「縦割りプログラム」の担当官が個別に施設を訪問し、担当プログラムだけをチェック・指導するという形でスーパービジョンが行われており、担当者間の連携がなされていなかった。ツールとしては簡単なチェックリストが存在したが、その使用状況やフォローアップに関するモニタリングは行われていなかった。このような状況にかんがみ、本プロジェクトでは、一人の監督官が担当する5～10棟の村落診療所においてプログラム横断的な指導・監督を定期的に行う「包括的なサポータティブ・スーパービジョン」という概念を基にしたシステムを構築し、適切なチェックリストなどのツールを開発することでそのシステムの強化を図った。なお、本プロ

<sup>5</sup> コンピューター・ベースの医薬品在庫管理ツール。



プロジェクトの進捗が全体的に遅れた結果、本成果にかかわる活動が開始されたのはプロジェクト二年次の後半であった。

指標から見る本成果の達成状況は表3-5のとおりである。

表 3 - 5 成果3の指標の達成状況

指標	達成状況
3-1. 県保健管理局会議に提出されたチェックリストの数	チェックリストは、現行のシステムにおいては監督官のコーディネーターに提出されたあとM&E部門にて保管されることになっているため、県保健管理局会議に提出されることはない。

PDMに設定された上記の指標から本成果の達成度を測ることは不相当と判断されたため、本調査においては①開発されたツールの質・利便性と②包括的サポーター・スーパービジョンの実施状況を考察した。

1) ツール

下記の包括的スーパービジョンに関するツールが作成された。開発に際しては、日本人専門家がツールの原案を作成し、実際に使用しながらC/Pとともにより実用的なものに改良していくという手法が取られている。

- a) ガイドライン
- b) チェックリスト
- c) 村落診療所から提出される月例報告書のチェックポイント
- d) 発見された問題点などの概要を記録・報告するチーフダム<sup>6</sup>別サマリーシート
- e) 村落診療所別のサマリーシート
- f) 問題に対する県保健管理局の行動計画の様式

a) のガイドラインは包括的スーパービジョンの意義や手順などを文書化したものであり、システム化されたスーパービジョンの手引書として、県保健管理局のスーパーバイザーの間ではその有用性に関し高い評価を得ている。しかし終了時評価時において、県保健管理局はより効果的なスーパービジョンのシステムをいまだ模索中であり<sup>7</sup>、本文書が最終化されるにはいたっていない。

b) チェックリスト、c) 月例報告書のチェックポイントは、既に実際のスーパービジョンにおいて必要不可欠なツールとして使用されている。しかし、双方とも新しい方針が中央から導入されるたびに改訂を行っていく必要がある、終了時評価時点においても短期専門家の指導の基で改訂が行われていた。県保健管理局職員が今後単独でツールの改訂を行っていく技術的な能力は培われていると考えられる一方で、多忙な業務に流されることなく地道な改訂作業を継続していくためには、県保健管理局担当官の強固なコミットメントと内外からの継続的な支援が重要である。

<sup>6</sup> チーフダムは、シエラレオネ第三行政区分（県の下）に該当し、カンビア県は7チーフダムから構成されている。

<sup>7</sup> 2010年7月にはガーナのアッパーウエスト州へのスタディーツアーが実施され、その後同州の事例によったシステムが取り入れられることになったが、その後県医務官が替わったこともあり、終了時評価時点で再度サポーター・スーパービジョンシステムの見直しが行われていた。終了時評価時の監督・指導システムの概要は合同評価報告書ANNEX12を参照のこと。

d) チーフダム別サマリーシート、e) 村落診療所別のサマリーシート、f) 県保健管理局の行動計画の様式はどれもシンプルなフォーマットで使いやすいものと思われるが、いまだほとんど使用されていない。これは現段階において、情報共有やフィードバック体制が確立されていないことと関連していると思われる。

## 2) 包括的サポーター・スーパービジョンの実施状況

サポーター・スーパービジョンの実施に関しては、監督官となっている県保健管理局職員、コミュニティヘルスオフィサーともにその重要性は多分に認識している。非常に前向きではあるが、村落診療所訪問に必要なバイクの燃料が往々にして確保されないこと、キャンペーンや会議・ワークショップへの参加などその他の業務が多忙であることなどから、計画通りには実施されていないのが現状である。燃料に関しては2011年の県保健計画において十分な予算が確保されている旨報告されているが、これまでの例から見る限り計画通りに予算が執行される可能性は低く、本プロジェクトで築いてきたシステムの実施にあたっては、予算及び監督官の時間の確保が大きな課題となっている。

また、村落診療所を訪問した際に明らかになった問題点の共有及びフォローアップについては、県保健管理局内で協議が継続されているが、現時点においては明確なフィードバック体制が確立されるにいたっていない。これは村落診療所を定期訪問することを優先事項として、システム構築が進められてきたことに由来すると思われる。

以上の状況から、成果3についてはシステム化に関する一定の進捗は見られており、一部達成されていると判断できる。ただし、実行可能かつ有効なシステムの構築には十分に時間をかける必要があり、現段階では効果的な実施にまではいたっていない。

## (4) 成果4

「村落診療所から県保健管理局への報告システムが強化され、効果的に実施される」指標の達成状況は表3-6のとおり。

表 3 - 6 成果4の指標の達成状況

指標	達成状況
4-1. 最低限必要な情報*を含んだ村落診療所からの報告書数	2010年11月及び12月の記録では、県内に63ある地域保健施設のうち、61 (98%) が期限内に報告書を提出し受理されている**。

\* 「最低限必要な情報」について明確な定義づけはなされていないものの、保健衛生省が定める報告書を提出しているか、という観点から達成状況を確認した。なお、保健衛生省は「最低限の提出率」を80%に設定している。

\*\* 「受理」=DHISに入力された際に、データの整合性をチェックする機能によってリジェクトされないこと。

プロジェクト開始以前は、村落診療所職員が定期報告書を、毎月スーパービジョンのために訪れる県保健局の担当官に手渡す仕組みであった。しかし、成果3の項で述べたようにスーパービジョンが組織化されていなかったこともあり、毎月の提出率は80~85%で、約2割の村落診療所が報告書を提出していない状態であったことが報告されている<sup>8</sup>。現在はデータの整合性が確認される報告書の提出率が98%に上昇しており、状況が改善したことが示唆されて

<sup>8</sup> Nobuko Ohno "Completion Report 1 on the Assignments of the Short-Term Expert", 2010年6月

いる。プロジェクトで村落診療所の職員を対象に複数回実施した研修のほか、スーパービジョンを通して提出前に監督官が村落診療所の職員とともに報告書をレビューするシステムを実行していることが、報告書の質と提出率の改善に貢献していると考えられる。

上記指標に加え、本調査では「報告システムの強化」及び「効果的な実施」の評価のために、システム運用上強化された点を洗い出すとともに、収集された情報の管理・分析状況を考察した。

プロジェクトは当初、報告書の質を上げる試みとして15種類あった報告書類の統廃合を検討した。しかし、保健情報の収集は国レベルで統一された様式を使用する必要があり、既に保健衛生省がその簡素化に着手していたことから、国が県に導入するシステムやツールの定着に関して支援を行う方針に転換した。その一環として、2009年に保健情報データベースである県保健情報システム（District Health Information System：DHIS）がカンビア県に導入された際に、保健衛生省が県保健管理局職員に対して実施した研修を補完する形で、短期専門家がデータ入力・整理の追加研修を実施した。その結果、M&E部門担当官はDHISのデータ分析機能を使用して簡単な表やチャートを作成できるようになり、成果品は県の保健プロファイルとして2010年及び2011年の県保健計画に使用されている<sup>9</sup>。2010年に母子保健サービスの無料化（Free Health Care Service：FHCS）に伴って医薬品在庫管理のツールであるLMISが導入された際も、プロジェクトは県保健管理局職員の研修を支援したほか、村落保健所職員に対しても定期報告書の記入の仕方などに関して再度研修を実施し、一時的に下がった報告書の提出率及び質の回復を図っている<sup>10</sup>。

以上の状況から本成果は達成されていると判断することができる。

## （5）成果5

「包括的県保健計画策定のためのシステムが強化される」

包括的県保健計画はその名に示されるように、政府の事業だけでなく開発パートナー（ドナー/NGO等）の事業計画をも包括した県レベルの年次保健計画である。本イニシアティブは、2008年にプロジェクトが開始されたあとに打ち出されたため、プロジェクトは当初の計画を変更し<sup>11</sup>、保健衛生省が定める要綱にのっとってカンビア県保健管理局が同計画を策定する支援を行った<sup>12</sup>。

指標から見る本成果の達成状況は表3-7のとおり。

<sup>9</sup> DHISにはデータの入力・分析に関する様々な機能が備わっているが、これらを有効に活用するには、現在入力及びデータ整合性の確認作業に手一杯であるM&E部門の増強が必要と思われる。

<sup>10</sup> 詳細については、3-4「(3) 外部条件の変化とプロジェクトによる対応」を参照。

<sup>11</sup> プロジェクトは当初、コミュニティと保健行政のつながりを強化することで、県保健管理局が住民のニーズを反映した事業計画を立てられるようになることを想定していた。

<sup>12</sup> 運営指導調査時にPDMが改訂された際に、成果5の「県保健計画」が「包括的県保健計画」に名称が変更された。

表 3 - 7 成果5の指標の達成状況

指標	達成状況
5-1. 県保健計画策定に関与した関係者の人数	2008年 5団体より27名 <sup>13</sup> 2009年 10団体より35名 <sup>14</sup> 2010年 18団体より48名 <sup>15</sup>

指標からは、関係者の人数が増加しているとともに、県保健計画の策定に幅広いステークホルダーの参画が実現していることがうかがわれる。

一方で、本指標はシステム強化の達成度を図るには不十分であると判断されたため、終了時評価調査では、2010年の県保健計画作成のプロセスを2008年及び2009年と比較検証し、プロジェクトによって強化された点及びさらに改善が望まれる点の洗い出しを試みた。しかし、計画策定のプロセスは2010年に保健衛生省によって大きく変更されており<sup>16</sup>、以前のものと比較検討は不可能であった。そのため、本成果の達成度を判断する一助として、県保健管理局の計画策定能力強化に関するプロジェクトの貢献を考察・分析した。

県保健計画策定においては、二年次、三年次に日本人専門家が保健衛生省と緊密な連携を保ち、必要情報の収集、分析、優先課題の決定、予算配分、報告書執筆といった各段階において、コーチとして<sup>17</sup>県保健管理局職員の能力強化を図った<sup>18</sup>。今後、県保健管理局は計画策定プロセスに一貫して携わった県保健計画コーディネーターを中心として<sup>19</sup>、同様の年次保健計画の策定を図ることは可能であると思われる。さらに本プロジェクトの短期専門家は、プロセス上の改善点の指摘や各県の保健計画をレビューし、その分析結果を保健衛生省へフィードバックすることなどを通じて、県保健計画策定システムの向上に寄与している。また、包括的県保健計画（CDHP）2010の策定時には得られなかった経理関係の情報<sup>20</sup>が、県保健計画（LCHP）2011の策定では県保健管理局の経理部門より入手できたことは、成果1の活動として行われた経理研修の成果である。

また本プロジェクト下では、プロジェクトマネジメントにかかわる一連のプロセスを経験することで計画の重要性の認識を深めることを目的とし、CDHP2009で計画された活動の中から優先順位が高いと判断されたものに予算を付けて、県保健管理局内部でチームを組んで実施させている<sup>21</sup>。県保健管理局におけるプロジェクトマネジメント能力や計画策定の重要性に対する理解の深化は、現時点では明確な形では発現していないが、局内のチームワークの向上に貢献しているとの報告もある。以上のことから総合的に判断すると、プロジェクトの活動は県保健計画策定のためのシステム及び能力の強化に貢献しており、成果5は達成されてい

<sup>13</sup> JICA雇用のプロジェクト関係者を除く。

<sup>14</sup> 同上

<sup>15</sup> Shunsuke Suzuki “Consultant Report” 2011年1月

<sup>16</sup> 名称もComprehensive District Health Plan（CDHP）からLocal Council Health Plan（LCHP）に変更されている。

<sup>17</sup> 中央から県に派遣されるコーチ（ナショナルファシリテーター）が不足していたため、本プロジェクトの短期専門家がカンビア県のコーチ役を務めた。

<sup>18</sup> 業務の分担が行われていたため、県保健計画策定のすべての段階に一貫して携わった職員は1～2名である。

<sup>19</sup> 数年後に定年退職の予定であることから、移転された技術の県保健管理局内での普及を図ることが課題である。

<sup>20</sup> CDHP2010の策定では、県議会の経理部から財務関連の情報を得た。

<sup>21</sup> コンタ村落診療所の改修、県病院の焼却炉改修と医療廃棄物処理研修、村落診療所向けのソーラー冷蔵庫のスペアパーツ及び基礎的医療機器の購入と配布など。

るといえる。

(6) 成果6

「県保健管理局、県議会、村落診療所、その他関係者との連携が強化される」  
指標の達成状況は表3-8のとおりである。

表 3 - 8 成果6の指標の達成状況

指標	達成状況
6-1. 定期的に開催される会議の数	3 内訳は以下のとおり。 ・ インターエージェンシー会議（四半期に一度）：計6回 ・ ステークホルダー会議（年に一度） <sup>22</sup> ：計2回 ・ 地域保健施設長会議（四半期に一度）：計5回

上記指標のみで連携強化が達成できたかは判断できないが、インターエージェンシー会議<sup>23</sup>をプロジェクト期間中に復活させたことによって、県保健管理局とカンビア県で活動する開発パートナー（ドナー/NGO等）とのつながりができ、カンビア・ヘルスデーなどのイベントや県保健計画策定への開発パートナーの参加を促す一助になったことが確認されている。

プロジェクト期間中に実現した県保健管理局とステークホルダーの連携の例として以下の2点が挙げられる。

- ①カンビア・ヘルスデー：地域住民の保健に関する意識を高めることを目的に開催されたイベントである。準備段階で県保健管理局内にNGO連携委員会が設けられ、ステークホルダーを計画段階から巻き込んだイベントを実現させた。
- ②県保健計画の策定：会議・ワークショップなどを通じて他の援助機関やNGOとの情報の共有が促進され、結果として県内の保健関連事業の重複を計画段階で防ぐことに貢献している。また計画策定の過程において県議会と県保健管理局の経理記録が一致しないことが判明し、その後両者の経理費目の統一が行われている（成果1参照）。また双方の代表及び経理担当者間で定期的に収入と支出のレビューを行う仕組みができつつあるなど、透明性を確保する動きが出てきている。

また、本プロジェクトで県保健管理局がステークホルダーと連携を強化するためのツールとして「カンビア・ヘルス・ディレクトリー」が作成されている。本書にはカンビア県の保健概況のほか、すべて（現時点で63箇所）の村落診療所の現状<sup>24</sup>や県内で活動するNGOのプロファイルが掲載されており、保健衛生省や開発パートナーからも非常に有用な資料であると評価されている<sup>25</sup>。今後、県保健管理局職員自身が定期的なアップデートを行っていくことで、

<sup>22</sup> カンビア・ヘルスデーの準備会議

<sup>23</sup> 県保健管理局開催の会議であるものの、以前は県医務官の都合により開かれなかった。

<sup>24</sup> 場所、カンビアからの距離、カバーする人口、電話番号、責任者、提供されているサービスの種類、施設概況、擁する保健サービス提供者の職種と数など。

<sup>25</sup> 保健衛生省は同様のものを他県でも作成させて、同省のウェブサイトにて公開する構想を、第5回合同調整委員会で公表している。

ステークホルダーとのより一層の連携が強化されることが期待される。同様の目的で保健衛生省、県議会、村落診療所職員、県内の開発パートナーなどをターゲットとした「ニューズレター」も作成されているが、その連携強化における効果のモニタリングは行われていない<sup>26</sup>。

以上の観点から、プロジェクト開始当初の情報が不足しており明確な判断はできないものの、カンビア県における県保健管理局と関係機関の連携は強化されつつあり、本成果は達成されていると判断できる。

### 3-3 プロジェクト目標の達成状況

#### <プロジェクト目標>

県保健管理局、村落診療所、県議会が、コミュニティの保健ニーズを汲み取り、(サービスに反映させる) より高いマネジメント能力を備えることによって、質の高い、公平な保健サービスを提供する体制が強化される(より良い包括的県保健計画)<sup>27</sup>。

#### <指標>

県保健計画の質が向上する。

プロジェクト目標の中には①保健サービスの公平性と質の向上、②県保健管理局、村落診療所及び県議会のマネジメント能力の向上、③コミュニティのニーズを反映した優良な保健計画の策定など、本プロジェクトが達成をめざした事項が複数見て取れる。終了時評価調査では、関係者の間でプロジェクト目標の解釈が必ずしも共有されていなかったため、評価の対象とするのは共通認識であった「県保健管理局のマネジメント能力の向上」とし、その他の事項はインパクトとして扱うことが合意された。

指標から見るプロジェクト目標の達成状況は表3-9のとおりである。

表3-9 プロジェクト目標の指標の達成状況

指標	成果
県保健計画の質が向上する。	2011年に作成したカンビア県保健計画は関係者から評価を受けている。ただし、県保健計画は、策定方法やフォーマットが2010年より大幅に変更されており、LCHP2011をそれ以前のCDHPと比較することは困難である。

本指標の県保健計画は、策定方法等が2010年から2011年にかけて大幅に変更されており、県保健計画の内容を経年的に比較することは困難であるが、2011年のカンビア県保健計画は、指定された様式の使用状況及び情報量の多さから、保健衛生省を含めた関係者の間では最も質の高い県計画の一つであると認識されている。また、成果5で既述のように、より幅広いステークホルダーの意見を反映させた県計画となっている。ただし、本計画はプロジェクト専門家のきめ細かい支援により策定されたものであることには留意が必要である。

<sup>26</sup> 終了時評価時点では、第4号まで発行されていた。1回当たりの発行数は約2,000部で、約USD7,000~8,000の費用をプロジェクトが負担している。今後発行予定の第5号は、カラーではなく、白黒印刷で継続することが検討されている。

<sup>27</sup> 英文では“Quality and equitable health service delivery is strengthened by the management capacity of DHMT, PHUs and District Council in Kambia District to better address health needs of the community (Good CDHP)”

プロジェクト目標である「県保健管理局のマネジメント能力の向上」については、マネジメント能力という用語の定義及び「何をどこまで強化すべき」という明確な指標がないなかで、その達成度に関する客観的な評価は困難であるが、既述のとおりプロジェクトは県保健計画の策定能力強化に加え、日常業務における事務処理能力の強化や、スーパービジョンのためのシステムやツールの開発などにおいて成果を上げており、プロジェクトは県保健管理局の全般的なマネジメント能力を強化したと考えられる。

### 3-4 プロジェクトの実施プロセス

#### (1) 意思決定プロセス

本案件は、シエラレオネが紛争後の復興期から開発期へ移行するなかで開始されており、C/Pの人材及びキャパシティ不足や、C/Pを取りまとめるべき県医務官の度重なる異動<sup>28</sup>などにより、プロジェクトに対する理解を得、かつオーナーシップを醸成するためには労力を要した。また、合同調整委員会は、本終了時評価時に開催されたものも含め、計5回中央にて実施され、県レベルでのプロジェクト運営実施に関する諸事項を協議・決定するプロジェクト運営委員会の実施は1回となった。中央レベルでの委員会に県の主要関係者は出席しているものの、県レベルでの開催を行うことにより、C/Pのオーナーシップの醸成がさらに促進できた可能性がある<sup>29</sup>。

なお、本プロジェクトの特徴として、プロジェクトチームとJICAシエラレオネフィールドオフィス間の緊密な連携が挙げられる。長期専門家は1名であったが、シエラレオネフィールドオフィス職員が頻繁にプロジェクトサイトへ足を運び、プロジェクト運営に関する助言及びモニタリングを行った。

#### (2) PDMの変遷及びモニタリング

PDMについては、2008年5月プロジェクト開始時に、プロジェクト目標が変更され、プロジェクト目標、成果、活動のみが記載されたPDM1が第一回合同調整委員会で承認された。前提条件、外部条件、指標等は今後設定すべき課題として残され、2009年の運営指導調査の際にこれらが設定されたが、指標が不十分であるなどPDMとしては課題が残るものであった。同時に、残された期間にかんがみ、目標設定を選択と集中によって明確化するために、成果5にある「ボトムアップアプローチ」を削除するとともに<sup>30</sup>、「より良い包括的県保健計画」の文言をプロジェクト目標に追加することによって、プロジェクトのスコープが狭められた<sup>31</sup>。結果として、焦点が県保健計画の形成のための能力強化に絞られたPDM2が第三回合同調整委員会で承認された。PDMの変遷は、付属資料3を参照。

プロジェクトのモニタリングは、日本人専門家によって活動計画表に沿って行われたが<sup>32</sup>、PDMはモニタリングツールとして十分に活用されていなかった。PDMが不完全なままプロジ

<sup>28</sup> プロジェクト形成時から数えると、現在の県医務官は4人目である。

<sup>29</sup> 本来であれば、四半期ごとの開催が予定されていた。

<sup>30</sup> 当初は、コミュニティのニーズに基づいた保健サービスの提供をめざし、コミュニティを巻き込んだ保健計画策定のための活動（保健診療所保健委員会の強化）が着手されていた。

<sup>31</sup> さらに、PDM1の成果3が、新成果3と新成果4に分けられた。

<sup>32</sup> 活動計画表は、定期的に更新されていた。

エクトが実施に移されたため、モニタリングに使用することが困難であったこと（PDMの課題についての詳細は付属資料4を参照）も背景にあると考察される。

### （3）外部条件の変化とプロジェクトによる対応

プロジェクト活動の進捗に支障を来した第一の要因として、研修・会合・国家キャンペーンが中央レベル（保健衛生省やドナー）で調整されないまま、頻繁に企画されたことが挙げられる。多くの開催日の通知が直前であったため、プロジェクトは県保健管理局のスケジュールの変更に対応するため、できる限り柔軟に調整を行った。

第二の要因として、県保健管理局の予算不足がある。保健衛生省からは、十分な予算をスーパービジョンに割り当てていると報告されているが、県レベルではスーパービジョンに不可欠である燃料費などの不足が頻繁に起きており、通常業務に支障を来している<sup>33</sup>。

第三の要因として、C/Pの頻繁な異動である。県医務官が毎年変わり、プロジェクト活動に関連する事項に関し異なる見解・方針を打ち出すこともあり、その都度プロジェクトに対する理解の促進を図る必要があった。また各県医務官の見解や方針が一致されていなかったため、プロジェクトの方向性に影響を及ぼした。

一方で、プロジェクトは外部条件の変化に柔軟に対応し、国のイニシアティブに対する補完性を確保している。まず、プロジェクト開始の2008年に保健衛生省が包括的県保健計画の策定を開始<sup>34</sup>したため、プロジェクトは成果5において独自に県保健計画の策定を進める代わりにこのイニシアティブの実施を支援する方針に転換した。さらに、2009年に村落診療所からの定期報告書のフォーマットが改訂されたうえ、2010年には、以前のコンピューター・ベースの保健データシステム（収集・保管・分析）を改良したDHISが導入された。これらの動きはすべて成果4に関連するため、プロジェクトはその活動の一環として、県保健管理局や村落診療所の職員を対象に、こうした新ツールの導入に際しての研修を支援している。さらに、2010年4月には、母子保健サービスの無料化が開始され<sup>35</sup>、患者数が5～10倍に激増、村落診療所に供与される医薬品等の量も増加し、村落診療所の職員の負担が増大した。それに伴って月例報告書の質の低下も見られたため、プロジェクトは報告書の記載方法に関する追加研修を行うとともに、医薬品管理のために保健衛生省が導入したロジスティックスマネジメント及び情報システム（Logistics Management and Information System : LMIS）の研修も県保健局と村落診療所職員に対して実施した。

なお、プロジェクトの進捗を推進した要因としては、運営指導調査の提言に基づき、投入の追加が行われたことが挙げられる。

<sup>33</sup> そのほかに、村落診療所の報告書用紙不足の問題もある。保健衛生省は、十分な数の報告書を供与していると報告しているが、現場レベルでは不足しており、終了時評価時点で、フォーマットのコピーの依頼がプロジェクトに寄せられていた。

<sup>34</sup> 2010年より計画策定の方法が変更され、名称もLocal Council Health Plan（県保健計画）に変更されている。

<sup>35</sup> 5歳未満児、妊産婦に対する診療費用が無料となるサービス。



## 第4章 評価5項目の評価結果

### 4-1 妥当性

ターゲットグループ（県保健管理局）及び最終裨益者（カンビア県住民）のニーズ、シエラレオネ政府の政策優先事項、及び日本政府の支援政策面ではほぼ合致しており、妥当性は高い。ただし、ターゲットグループの選択、他国の成功事例適用時の技術レベルの把握により、妥当性をさらに高められた可能性がある。

#### (1) シエラレオネのニーズ及びシエラレオネ・日本国政府の政策

プロジェクトは、ターゲットグループのニーズとほぼ合致しているといえる。復興から開発の移行期下で、開発パートナーによる緊急援助としての物資・サービス供与の引き上げが続くなか、シエラレオネにおいて、県保健管理局が独自で保健運営を行っていくにはキャパシティが不足していたにもかかわらず、マネジメント能力強化支援は行われていなかった。現在においても、マネジメント能力強化を必要とする援助形態になっているが、中央から末端医療従事者にいたるまで脆弱な状況にある<sup>36</sup>。さらに、貧困削減戦略ペーパーII（Poverty Reduction Strategy Paper II : PRSP II）、国家保健セクター戦略計画（NHSSP 2010-2015<sup>37</sup>）、地方分権化を推進している県議会条例（2004）においてもシエラレオネ政府の政策優先事項と合致している。また、プロジェクトは、JICAの対シエラレオネ国事業展開計画の援助重点分野（地方農村開発及び平和の定着）の枠組みにおいても妥当なものである。

#### (2) 技術移転の方法

県保健計画をはじめ、中央レベルによる様々なイニシアティブが開始された際、県レベルで実施していく能力が不足していた。そのために県レベルに専門家をまとめた期間滞在させ、きめ細やかな指導を行うという技術移転の方法は妥当であったと思われる。例えば、県保健計画の作成過程にかかわった県保健管理局メンバーによると、マクロレベルの保健計画に精通したコーチによる丁寧な指導は、より良い県保健計画を作成するのに大変効果的であったと回答している。

#### (3) ターゲットグループ（県保健管理局）の選択

国家レベルの保健システムがこれから確立されようという時期に、地方分権化が進んでいるという前提で県を主なターゲットにしたことは、最適ではなかったと判断される。県レベルで国と整合性のない保健システムを構築してしまうことを避けるため、プロジェクトは国レベルで打ち出される様々なイニシアティブに合わせ、当初の計画や開発中のツールを修正する必要に迫られた。シエラレオネにおける最初の保健案件としては、国レベルの国家保健システムの動向把握に努め、その構築を支援するためにも、中央レベルに軸を置くほうがより効果的であったと考えられる。ただし、プロジェクトでは保健衛生省での合同調整委員会の実施、保健衛生省に対する専門家の活動報告など中央レベルの巻き込みにも努めた。

<sup>36</sup> シエラレオネにおける物資援助規模が最大であるグローバルファンドにおいても、シエラレオネの行政管理能力に大きな懸念を常に示しており、そのため2009年には同ファンドによる援助停止措置もなされたほどである。

<sup>37</sup> NHSSP内では、より良いサービス提供のために、県保健サービスマネジメントの強化が課題として取り上げられている。

#### (4) 他国の成功事例の適用

本プロジェクトは、アフリカ他国での県保健行政システム強化プロジェクトの成功例<sup>38</sup>を参考に形成された。しかし、本プロジェクトのC/Pであるカンビア県保健管理局の能力は想定よりも不足していたため、プロジェクト開始後、当初の計画よりもさらに基礎的なレベルの活動から始めることが不可欠となった。加えて、現地の劣悪な事業実施環境<sup>39</sup>も先行事例とは異なっていたことが推測される。

### 4-2 有効性

本プロジェクトの有効性は認められる。

#### (1) プロジェクト目標の達成度

3-3に既述のとおり、プロジェクトは県保健管理局の全般的なマネジメント能力を向上させたと考えられる。

#### (2) 成果のプロジェクト目標達成への貢献度

各成果のある一定の効果発現は確認された。ただし、ロジックとしては、成果1で強化されるべきマネジメント能力が明確に定義されていないため、他の成果及びプロジェクト目標（県保健計画を策定するマネジメント能力）との区別が困難である。

有効性の発現に影響を及ぼしたと思われる要因は下記のとおりである。

第一に、プロジェクト目標が明確でなかったことが挙げられる（詳細については「3-3 プロジェクト目標の達成度」を参照）。日本人専門家間でもプロジェクトがめざす焦点について一致した見解がなかったことは、プロジェクト目標に異なるレベルの要素が含まれているうえ、強化の対象となるマネジメント能力を特定しなかったことに起因すると考えられる。そのため、「広く浅く」活動を行うことになり、各成果の達成度が薄まる結果となった。なお、2009年の運営指導調査後、県保健計画策定のための能力強化に焦点が絞られ、成果4を確実にすることをも視野に入れた（県保健計画に必要なデータ収集のため）成果3（サポーター・スーパービジョン）、及び成果5（県保健策定システムの強化）が優先事項に設定された。

第二に、プロジェクトに対するC/Pのオーナーシップが脆弱であった点である。

第三に、シエラレオネ側の予算措置が十分でなかったことである。本プロジェクトは、シエラレオネ政府・カンビア県の保健関連活動を支援するようにデザインされているため、予算不足で通常業務が停滞する状況では、プロジェクトによって生み出された効果が活かされなくなってしまう。

一方で、成果5における活動で、C/Pの直面するニーズに目に見える形で対応したことは<sup>40</sup>、能力強化という成果が見えにくいプロジェクトに対する県保健管理局の関心の向上にも有用だったと思料される。

なお、本案件はカンビア県地域開発支援のために実施された案件の一つではあるが、本案

<sup>38</sup> タンザニア国モロゴロ州保健行政強化プロジェクト

<sup>39</sup> カンビアには電気が通っていないため、すべての電気は発電機に頼っており、故障も多い。機材修理は多くの場合、技術者を首都フリータウンから呼び寄せる必要がある。

<sup>40</sup> 脚注21参照。

件開始時に既に実施されていた「カンビア県農業強化支援プロジェクト（2006-2009）」等との具体的な相乗効果の発現は特に考慮されていない。

#### 4-3 効率性

本プロジェクトの効率性は限定的である。

プロジェクトの開始当初は長期専門家が一人しか配置されず、他方想定よりも厳しい活動状況であったため、プロジェクト実施環境<sup>41</sup>を整備することに多くの時間を取られた。2009年4月の運営指導調査を経て投入が追加されたものの、開始当初からより多くの投入がなされていれば、サポーターティブ・スーパービジョン等への着手をより早く開始できた可能性がある。

また、既述のように、プロジェクトの範囲が運営指導調査時に狭められた結果、コミュニティ啓発のように既に投入されていながら、プロジェクトの範囲から外れた活動がある。当初から実現可能なプロジェクトの範囲が設定されていれば、このような評価対象外となる活動への投入は避けられたであろう。

一方で、実施プロセスの外部条件の変化で触れたように、プロジェクト期間内に保健衛生省によって多くの新たなイニシアティブが導入され、当初プロジェクトでは予定していなかった研修等の支援を実現したことは、本プロジェクトの効率的な運営の結果と捉えることもできる。加えて、保健衛生省による強い依頼に応じて、2名の日本人短期専門家が、中央レベルで県保健計画策定を支援したことによって、プロジェクトはカンビア県外のより多くの人口に裨益をもたらしたと考えられる。

#### 4-4 インパクト

<上位目標>

カンビア県住民の保健状況が改善する

上位目標の指標<sup>42</sup>については、カンビア県のデータが入手不可能であり、経年変化を確認できなかった。ただし、保健指標の改善に直接的なインパクトを及ぼすと推定される2010年に導入された母子保健サービスの無料化に伴い、本プロジェクトではサービスの利用増加に対応するための薬品、医療資機材管理システム及び報告書作成に関する研修を行っている。本研修の成果が継続し、県保健管理局及び村落診療所が増大するサービス利用に対応できた場合、正のインパクトが期待される。

サービス提供向上面でのインパクトとしては、3棟の村落診療所の改修により、周辺のコミュニティがより良いヘルスケアサービスにアクセスできるようになったことが挙げられる<sup>43</sup>。故障中のワクチン保管用冷蔵庫を稼働させるために村落診療所にスペアパーツを供給したことも、サービス提供の向上に貢献していると推定される。

<sup>41</sup> 脚注21を参照。

<sup>42</sup> 乳幼児死亡率、5歳未満児死亡率、妊産婦死亡率

<sup>43</sup> マンゲビサンとカマンベウの村落診療所の改修は、共に2009年3月に終了した。マンゲビサン村落診療所の利用者数は、2008年の824から2009年の1,413に、カマンベウの利用者数は、2008年の857から2009年の2,217に増加している。一方、コンタの村落診療所については、改修が終了した2010年4月にフリーヘルスケアサービスが同時に開始されているため、改修のインパクトを測ることは難しい。

想定されていなかった正のインパクトとしては、一部の外部者によると、県保健管理局のチームワークが向上したとの報告もあった。本プロジェクト活動の一貫で、様々なグループワークの機会が提供されており、これがチームワークの向上に貢献したと考えられる。

他の想定されていなかった正のインパクトとしては、包括的県保健計画/県保健計画の作成時に保健衛生省と緊密な連携を保った結果、日本人短期専門家の貢献が中央レベルで高く評価されている。その過程で、以前は保健設備の改修や機材供与を重要視していた保健衛生省が、能力強化を重要視するようになったとの報告もある。

本プロジェクトによる負のインパクトは、本終了時評価時点では、特に報告あるいは観察されていない。

#### 4-5 持続性

政策面では比較的高いが、財政面での持続性はやや低く、技術面は中程度と判断される。

##### (1) 政策面

政策面での持続性は比較的高い。県保健計画及びサポーターティブ・スーパービジョンは保健衛生省の戦略的優先事項と認識されており、県レベルにおける関連した活動に対しては中央からの一定の支援が期待されている。

県保健計画の策定システムが構築されつつある現在、次のステップとして、県及び中央レベルでの県保健計画の実施モニタリング（財政面を含む）の強化が求められているが、これは現在設立が検討されているHealth Compact<sup>44</sup>でも国レベルでの保健計画の実施モニタリングが行われる予定である。加えて、2011年4月にパフォーマンス・ベースド・ファイナンスング（PBF）の導入が計画されており、保健衛生省の内部でも、各村落診療所のサービス提供状況を査定するためにサポーターティブ・スーパービジョンの重要性の認識が高まっている。こうした動きが本プロジェクトによって開始されたイニシアティブの展開を後押しするものと期待される<sup>45</sup>。

##### (2) 財政面

財政面の持続性は懸念材料となっている。特に、成果6の主な活動（例：ニューズレター、ヘルス・ダイレクター<sup>46</sup>、カンビア・ヘルスデー）は、プロジェクトが負担してきたコストを考慮すると現状のまま継続されるのはかなり難しく、より安価な実施方法をプロジェクト及びC/Pで検討中である。バイクやオフィス機材、発電機のメンテナンス費用等も同様に憂慮される。

県保健管理局が直面している最大の課題の一つが、資金不足である。この問題には①予算化されていないことによる絶対的な資金不足、②予算化されていても、資金が届かないとい

---

<sup>44</sup> Health Compactは、シエラレオネ政府の保健政策を支援するドナー連携の枠組みを記した合意文書である。なお、Health Compactへの日本政府の署名への参加は予定されていない。

<sup>45</sup> 当面は、世界銀行のReproductive and Child Health Project Phase IIの支援により、妊産婦及び5歳未満児向けの医療サービスの件数・質・記録状況に基づいて、村落診療所及びNGO運営クリニックにインセンティブが支払われるスキームである。今後、サポーターティブ・スーパービジョンの一貫として、このPBFシステムのモニタリング及びPBF報告書の確認が含まれる予定である。

<sup>46</sup> 脚注25を参照。

う2つの側面がある。前者は、県保健計画の確立によってある程度は解消されたといえるが、後者は中央からの支払いの遅延、あるいは支払われているはずにもかかわらず資金が県レベルに届いていないといった事態が多く報告されている。その結果、村落診療所のスーパービジョンや、機材修理を含む県保健管理局の通常業務の遂行に支障が出ているのは前述のとおりである。地方分権化の過程にあることから、各機関がおのこの責任を効果的に遂行できるように、関連する全機関の役割の明確化と、予算の流れを把握する財政的モニタリングの強化が望まれる。保健衛生省は、既にこの問題を認識しており、関連省庁との交渉を重ねていくと調査団は報告を受けている。

### (3) 技術面

技術的持続性は中程度と判断される。本プロジェクトを通して習得した技術や知識の多くは、県保健管理局の通常業務を遂行されるのに必要な基本的なものであり、個人差はあるもののC/Pの個人レベルでの技術の習得は確認されている。ただし、現時点で、県保健計画の策定や保健情報データの扱いなどの知識の習得は非常に少数の個人に限られており、今後個人の異動・定年等によって習得された技術・知識が失われないように組織化していく努力が不可欠である。保健衛生省は、県保健管理局による技術の組織化の側面についてモニターするとともに、支援が期待されている。

本プロジェクトによって作成されたツールやマニュアルは、適切に維持されることで、技術的持続性に貢献すると判断される。県保健管理局のスーパーバイザーは、必要に応じてチェックリスト等の修正・改訂を実行することが可能なレベルにあると推定されるため、そのモチベーションの維持・向上が鍵となると思われる。

## 4-6 結 論

評価5項目の観点からは、「妥当性」は高く、「有効性」も認められた。「効率性」は限定的であるものの、保健衛生省が人材の能力強化を重要視するなどの「インパクト」も確認されている。「持続性」については中程度であり、保健衛生省や関連省庁の予算確保や、プロジェクト後の県保健管理局の活動維持が重要である。

評価5項目及びプロジェクトの実施プロセスや達成状況の総合的な評価の結果、本プロジェクトによって、県保健管理局が通常業務を遂行していくための全般的なマネジメント能力が強化されていることは確認された。本プロジェクトの目標は終了時までには達成される見込みであり、本プロジェクトは当初の計画通り2011年5月に終了する。

なお、本プロジェクトで行われた能力強化は、あくまで基礎的なものである。地域保健情報の収集及び県保健計画等プランニングの一部を強化できたものの、県保健管理局がカンビア県民の健康を維持・促進するに必要なすべてを網羅したものではない。本プロジェクトの効果を維持するためにも、保健衛生省が県保健管理局のパフォーマンスをモニターし、必要な技術的、財政的、精神的支援を供与することが期待されている。

## 第5章 提言と教訓

### 5-1 提言

#### (1) プロジェクトと県保健管理局に対して

本プロジェクトの効果の継続的な発現のために、個人レベルで習得した技術の県保健管理局内での普遍化について、その仕組みを検討することが望ましい。

#### (2) 保健衛生省に対して

1) 本プロジェクトの効果が継続されるように、保健衛生省が県保健管理局のパフォーマンスをモニターし、必要な技術的、財政的、精神的支援を行う体制を検討・確立することが望ましい。換言すれば、保健衛生省から県保健管理局へのサポートイブ・スーパービジョンの強化が重要である。

2) グッド・プラクティス（成功事例）を抽出し、他県への普及を検討することが望ましい。

3) 地方分権の下では、県保健管理局は県議会の一部局になる位置づけだが、技術的機関（technical agency）としての役割が担保され、必要な予算が確保されるように、保健衛生省及び財務経済開発省から県保健管理局に支払われる保健予算のモニタリングを強化することが望ましい。保健衛生省は、県保健管理局への適時の支払いが可能となるように、関連省庁と継続して交渉することが期待される。

#### (3) 県議会と県保健管理局に対して

1) 県保健計画の効率的な実施及びモニタリングのために、構築されつつある予算関連の情報を共有するシステムを実施・強化することが望ましい。

### 5-2 教訓

(1) 国の保健システムが確立していない段階でマネジメント能力強化をめざす場合は、直接県を対象とするのではなく、中央レベル（あるいは予算が許す場合は中央と県レベル双方）に支援を行い、保健システムの構築及びその運用に貢献することがより効果的であると思慮される。

(2) マネジメント能力強化プロジェクトはその効果が目に見えにくいため、C/Pの関心を喚起することが難しい。具体的な効果の見えやすいコンポーネント（施設の改修等）を一部織り込むことも必要と考えられる。

以上に加え、合同評価報告書に記載していない点としては以下のとおり。

(3) 他国での成功例を導入する場合は、その技術レベルの前提条件を精査し、対象国の現状で可能か照らし合わせることは、対象国のレベルに適したプロジェクトを形成するにあたって効果的である。そのためにも、キャパシティ・アセスメントの実施が望ましい。

(4) C/Pとともにキャパシティ・アセスメントを実施することは、ベースラインを確保するだけでなく、現実に即したニーズ及びプロジェクトの方針を共有するうえでも有用である。これ

は、モチベーションとオーナーシップの向上にも有効であると思料される。

- (5) プロジェクトの有効性と効率性を確保するために、プロジェクトの範囲と目標値を、期間と投入規模に照らし合わせて設定することが重要である。
- (6) プロジェクト終了後の持続性確保の観点から、プロジェクトデザインの段階で出口戦略を明確にし、日本人専門家やプロジェクト予算への依存度を漸減させていくことを意識したプロジェクト運営を行うことが望ましい。
- (7) プロジェクトの適切な運営のために、以下のことを行うことが望ましい。
  - 1) プロジェクト開始直後に、C/Pを含む関係者がプロジェクト全体像（PDM）を十分に理解する場を設け、PDMのロジックの確認と、必要に応じて指標の見直しを行う。
  - 2) ベースラインの結果にあわせて、目標値の設定を行う。
  - 3) 指標のモニタリングをC/Pと共同で行う体制を確立する。
  - 4) 関係者間で一致した見解が保たれるように、定期的にPDMの再確認を行う。
- (8) 県レベルでプロジェクトに直接関与するステークホルダーが合議的に意思決定を行う場として、運営委員会の定期的な開催が重要である。これはオーナーシップの向上にも有効であると思われる。
- (9) 複数のプロジェクトを同じ地域で展開する場合は、可能な限り相乗効果の発現を考慮に入れてプロジェクトを設計することが推奨される。

### 5-3 団長所感

本案件はシエラレオネに対する保健セクターの技術協力プロジェクトとしては、第一号となる案件であった。以下、特記すべき事項を述べる。

- (1) 紛争後の復興期から開発期へ移行する段階での技術協力の実施について

本案件は、カンビア県地域開発支援の一環として、カンビア県病院から「国境なき医師団」が撤退したタイミングで、同病院と隣接した県保健管理局をC/Pとして開始された。緊急復興支援から開発の段階へと移行するなかで、C/Pのキャパシティ・ビルディングや、既存の行政システムをできる限り活かした持続性を見据えた支援を展開する必要があったが、C/P側の主体者意識がまだ追いつかず、日本人が実施する支援という認識であったり、技術支援よりも物的支援を期待する向きがあった。同様のこうした状況下で案件を実施するにあたっては、計画段階で時間をかけて双方の理解の齟齬がないよう協議を行うことはもちろんであるが、先方の意識が十分に発揚しない場合には、性急にプロジェクトを開始するのではなく、じっくり時間をかけて実施体制を整えながら進めることも肝要である。案件開始後も、案件の計画及び実施状況を共有し、先方の巻き込みを図っていくことが重要である。

また、同地域へは本案件開始以前に「カンビア県子供・青年支援調査（2005-2008）」「カンビア県農業強化支援プロジェクト（2006-2009）」「カンビア県給水体制整備プロジェクト

(2007-2009)」などの支援も実施されていたが、他の案件同様、本案件もカンビア県の電力、水、道路等の社会基盤の整備状況の低さに影響を受けている。活動環境が厳しい地域での案件形成時には、活動環境を十分に考慮に入れた人員配置及び活動を計画する必要がある。首都へのアクセスも、整備されていない道路で4時間強かかるという状況であり、その中で活動を行った専門家の努力には敬意を表したい。

さらに、紛争後の途上国では人材不足が顕著となる。数少ない優秀な人材も、異動、留学等で定着せず、本案件の主要なC/Pである県医務官もプロジェクト形成時から現在までに4名交代している。費用対効果を高めるためには、優秀な人材が比較的多いと思われる中央省庁等から支援を開始すること、もしくは当該国の一般的な人材でも理解ができ、習得ができるような簡易な技術の移転とすること、関係者の交代があっても継続性が担保されるよう、主要関係者へのブリーフィングをその都度実施するとともにプロジェクトの内容の可視化に努めることなどの検討が必要であろう。

## (2) 地方分権化の扱いについて

本プロジェクトは県保健管理局のマネジメント能力強化を目的とし、特に県レベルの保健計画策定能力の向上をめざした。これは、シエラレオネの地方分権化の流れに沿ったものであり、保健衛生省の方針にも沿っていたものの、県に対する権限委譲や、県における計画策定のあり方が定まっていなかったため、プロジェクトは保健衛生省の方針の変化に柔軟に対応していかざるを得なかった。地方分権化が導入されている国において協力を開始する際には、その成熟度まで確認をしたうえで、協力の対象、レベルを判断することが望ましい。

## (3) 後継案件に係る検討について

「4-5 持続性」で既述のとおり、県保健計画の策定システムが構築されつつある現在、次のステップとして、県及び中央レベルでの県保健計画の実施モニタリングの強化が求められている。また、2011年4月にPBFの導入が計画されており、保健衛生省の内部でも、各村落診療所のサービス提供状況を査定するためにサポーター・スーパービジョンの重要性の認識が高まっている。このような背景から、平成23年度実施案件として、国レベルでのサポーター・スーパービジョン強化を目的とした個別専門家の要請が挙げられているところ、本案件実施における教訓も踏まえ、今後の支援のあり方を検討する必要がある。



## 付 属 資 料

1. 終了時評価ミニッツ(合同評価報告書)
2. PDM (version 2)
3. PDMの変遷図
4. プロジェクトデザインの課題

**Minutes of Meetings**  
**between**  
**Sierra Leonean Authorities Concerned**  
**and**  
**The Terminal Evaluation Study Team**  
**on**  
**Japanese Technical Cooperation for**  
**The Project for Strengthening District Health Management**  
**in Kambia District**

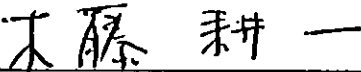
The Terminal Evaluation Study Team (hereinafter referred to as "the Team") organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Mr. Koichi KITO conducted the terminal evaluation of the technical cooperation project for Project for Strengthening District Health Management in Kambia District (hereinafter referred to as "the Project") between 16<sup>th</sup> January 2011 and 7<sup>th</sup> February 2011.

The Team together with counterparts from the Sierra Leonean authorities concerned jointly evaluated the implementation, performance and achievements of the Project.

During the evaluation period, the Team exchanged views and had a series of discussions with the Sierra Leonean authorities concerned with the Project.

As a result, both Japanese and Sierra Leonean sides agreed upon the issues referred to in the document attached hereto.

Freetown, February 4, 2011

  
\_\_\_\_\_

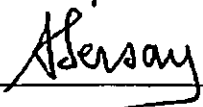
Mr. Koichi KITO

Leader,

Terminal Evaluation Team

Japan International Cooperation Agency

Japan

  
\_\_\_\_\_

Dr. Alhassan Lans SEISAY

Director Primary Health Care

Ministry of Health and Sanitation

The Government of Sierra Leone

The Republic of Sierra Leone

**JOINT TERMINAL EVALUATION REPORT  
ON JAPANESE TECHNICAL COOPERATION  
FOR  
THE PROJECT FOR STRENGTHENING DISTRICT HEALTH  
MANAGEMENT IN KAMBIA DISTRICT**

**Japan International Cooperation Agency  
And  
The Government of the Republic of Sierra Leone**

**4th February 2011**

*ks*

*[Handwritten signature]*

## TABLES OF CONTENTS

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
1.1 Background and Summary of the Project.....	1
1.2 Evaluation Study Team.....	1
1.2.1 Objective.....	1
1.2.2 Members of the Joint Evaluation Team.....	2
1.2.3 Schedule of the Evaluation Team.....	2
<b>2. METHODOLOGY OF EVALUATION</b> .....	<b>2</b>
2.1 Method of Evaluation.....	2
2.2 Data Collection Method.....	3
2.3 Fivo Criteria of Evaluation.....	3
2.4 Constraints of Evaluation.....	4
<b>3. PROJECT PERFORMANCES AND IMPLEMENTATION PROCESS</b> .....	<b>4</b>
3.1 Input.....	4
3.1.1 Japanese Side.....	4
3.1.2 Sierra Leonean Side.....	5
3.2 Output.....	6
3.3 Achiovement of the Project Purpose.....	11
3.4 Implomontation Process of the Project.....	12
<b>4. RESULTS OF EVALUATION</b> .....	<b>13</b>
4.1 Rolovanco.....	13
4.2 Effectivoness.....	14

let

AS.

4.3	Efficiency.....	14
4.4	Impact.....	15
4.5	Sustainability.....	15
4.5.1	Financial Sustainability.....	15
4.5.2	Technical aspects.....	15
4.5.3	Policy Environment.....	16
4.6	Conclusion.....	16
5.	RECOMMENDATIONS .....	17
5.1	Recommendations .....	17
5.2	Lessons Learnt.....	17

**LIST OF TABLES**

Table 2-1:	Definition of the Five Evaluation Criteria for the Terminal Evaluation
Table 3-1:	Relevant Training in Japan
Table 3-2:	Achievements of Output 1
Table 3-3:	Achievement under Output 2
Table 3-4:	Achievement under Output 3
Table 3-5:	Achievement under Output 4
Table 3-6:	Achievement under Output 5
Table 3-7:	Achievement under Output 6
Table 3-8:	Achievements of Project Purpose

ke

AS.

## LIST OF ANNEX

- ANNEX 1 Project Design Matrix (PDM2)
- ANNEX 2 Schedule of the evaluation team
- ANNEX 3 Additional indicators agreed for the Terminal Evaluation
- ANNEX 4 List of the stakeholders consulted by the Evaluation Mission
- ANNEX 5 List of Japanese experts dispatched
- ANNEX 6 List of participants in study tour in Ghana
- ANNEX 7 List of equipment provided by JICA
- ANNEX 8 Detail of operational expenses from the JICA Project Fund
- ANNEX 9 List of counterpart personnel at the time of Terminal Evaluation
- ANNEX 10 List of training activities
- ANNEX 11 List of facilities improved under the Project and their status as of Jan.2011
- ANNEX 12 Outline of the structure of supervision in Kambia DHMT as of Dec.2010
- ANNEX 13 List of meetings related to the health sector in which the Project participated as of Nov.2010

### ABBREVIATIONS

CDHP	Comprehensive District Health Plan	JPY	Japanese Yen
CHC	Community Health Centre	LCHP	Local Council Health Plan
CHO	Community Health Officer	LMIS	Logistics Management and Information System
CHP	Community Health Post	M&E	Monitoring and Evaluation
DC	District Council	MCH Aide	Maternal and Child Health Aide
DFID	Department for International Development	MCHP	Maternal and Child Health Post
DHIS	District Health Information Software	MOFED	Ministry of Finance and Economic Development
DHMT	District Health Management Team	MIALGRD	Ministry of Internal Affairs, Local Government and Rural Affairs
DHS	District Health Sister	MOHS	Ministry of Health and Sanitation
DMO	District Medical Officer	MOHS CMO	MOHS Chief Medical Officer
DPI	Directorate of Planning and Information	NGO	Non-Governmental Organization
FGD	Focus Group Discussion	PDM	Project Design Matrix
FHCS	Free Health Care Services	PHC	Primary Health Care
GoSL	Government of the Republic of Sierra Leone	PHU	Peripheral Health Unit
HIC	Health Committee	PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome	RCH	Reproductive Child Health
HIMIS	Health Management Information System	TOR	Terms of Reference
HSSP	Health Sector Strategic Plan	UNFPA	United Nations Population Fund
IEC	Information Education Communication	UNICEF	United Nations Children's Fund
JCC	Joint Coordinating Committee	WATSAN	Water and Sanitation
JICA	Japan International Cooperation Agency	WHO	World Health Organization

lets

AS.

## **1. INTRODUCTION**

### **1.1 Background and Summary of the Project**

Sierra Leone was suffering from terrible health status after massive civil war. The infant mortality rate and the Under 5 mortality rate were 165 and 283 / 1000 live births (2004) respectively, which were the highest in the world. In order to improve health profile of Sierra Leone, Ministry of Health and Sanitation (MOHS) was taking great initiative on reproductive, maternal and child health. In response to that majority of Development partners (DPs) were making direct investment on this area in order to achieve MDGs' health related goals. But the past conflict was depleted the health work force capacity, not only clinical aspect but also management aspect. Thus, during the discussion with MOHS and JICA we have conclude that necessary to increase efficiency and effectiveness in the execution of health service delivery in order to make best use of DPs' investment.

On the other hand, Sierra Leone was in transition of the decentralization after Local Council Act of 2004 was established where authorities and responsibilities for government service are being transferred from the central government to local government (District Council). MOHS had taken the lead in decentralization efforts, and therefore the roles and responsibilities of District Health Management Team (DHMT) are becoming increasingly important.

In this backdrop, Japan International Cooperation Agency (JICA) agreed with the Government of the Republic of Sierra Leone (GoSL) in implementing the Project for Strengthening District Health Management in Kambia District (hereinafter referred to as "the Project") with the aim to strengthen the quality and equitable health service by strengthen the management capacities of DHMT, Peripheral health Units (PHU), and District Council in Kambia district to address health needs of the community. The Project was initiated on 11th May 2008 and will be completed on May 10th, 2011.

Regarding the description of the Project, please refer to PDM Version 2 in ANNEX 1.

### **1.2 Evaluation Study Team**

#### **1.2.1 Objective**

JICA dispatched the Mission to Sierra Leone from 16<sup>th</sup> January to 7<sup>th</sup> February, 2011 to conduct a Terminal Evaluation on the Project, in view of its closure in May 2011. The evaluation was a joint undertaking by the Sierra Leonean and the Japanese Evaluation Team, with full cooperation from the Project Team.

The objective of this mission was:

- (1) to examine the "Relevance", "Effectiveness", "Efficiency", "Impact" and "Sustainability" of the Project,
- (2) to examine the achievement of the Project Purpose and of each Output,
- (3) to compile recommendations from the Project which would be useful for improving the Project for the remaining period and closing it smoothly, and
- (4) to recommend that lessons learned from the Project be used to formulate and guide implementation

lcb

AS.



of possible future Projects.

## 1.2.2 Members of the Joint Evaluation Team

### (1) The Sierra Leonean Side

	Name	Designation	Position, Organisation
1	Ms. E.M.Kama Kamara	Evaluator	MOHS DPI M & E Officer

### (2) The Japanese side

	Name	Designation	Position, Organisation
1	Mr. Koichi KITO	Leader of Mission	Senior Representative, JICA Ghana Office
2	Ms. Megumi KATO	Cooperation Planning	Assistant Resident Representative, JICA Ghana Office
3	Ms. Kiyomi KOROMA	Cooperation Planning	Overseas Survey Specialist, JICA Sierra Leone Field Office
4	Ms. Naomi IMANI	Community Health	International Health Specialist, Global Link Management
5	Ms. Fumiko ISEKI	Evaluation and Analysis	Researcher, Global Link Management

## 1.2.3 Schedule of the Evaluation Team

The evaluation period was from 16<sup>th</sup> January to 7<sup>th</sup> February 2011. Please refer to the attached ANNEX 2 for the schedule of the evaluation team.

## 2. Methodology of Evaluation

### 2.1 Method of Evaluation

In accordance with the New JICA Project Evaluation Guideline of June 2010, the Terminal Evaluation of the Project was conducted in the following process.

Step 1: The latest Project Design Matrix<sup>1</sup> (PDM) version 2 was adopted as the framework of the evaluation exercise. Additional indicators, many of which are qualitative, were agreed upon at the beginning of the field data collection exercise amongst the joint evaluation team and with the Project team, since the indicators set for Project purpose and outputs were found not sufficient. As for the Project purpose, it was agreed by the joint evaluation team as well as the Project team to mainly focus on assessing the extent of improvement in DHMT management capacity and to evaluate the improvement of service delivery as Impact. The Project achievements were assessed with the indicators, by taking account of other qualitative data.

---

<sup>1</sup> Within the previous JICA Evaluation Guideline of 2004, the term Logical Framework, or LogFrame has been introduced in place of Project Design Matrix (PDM). However since the Project continued referring to this tool as PDM throughout the Project Period, this Report will use the term PDM.

106

**Step 2:** Analysis was conducted on the underlying causes that promoted or inhibited the achievement levels including both the Project design and Project implementation processes. Attention was given to find out whether the Project-related interventions may be attributed to the current situation.

**Step 3:** An examination of the Project was conducted based on the five evaluation criteria: “relevance”, “effectiveness”, “efficiency”, “impact”, and, “sustainability”.

**Step 4:** Recommendations for the Project for the remaining three months were formulated, as well as lessons learned for future Projects to be implemented by both Sierra Leonean and Japanese Governments.

The list of additional indicators is shown in ANNEX 3.

## **2.2 Data Collection Method**

Both quantitative and qualitative data was gathered and utilized for analysis. Data collection methods used by the Team were as follows:

- Literature/Documentation Review;
- Questionnaires (Counterparts, Japanese Long-term and short-term Experts);
- Key Informant/Group Interviews (Counterparts, Japanese Long-term and Short-term Experts, District Council, District level health service providers, beneficiaries, relevant donor agencies);
- Direct Observation

Detailed list of the stakeholders consulted by the Evaluation Mission is included in ANNEX 4.

## **2.3 Five Criteria of Evaluation**

Definition of the five evaluation criteria that were used as viewpoints in analysis for the Terminal Evaluation is given in Table 2-1 below.

**Table 2-1 : Definition of the Five Evaluation Criteria for the Terminal Evaluation**

Five Evaluation Criteria	Definitions as per the JICA Evaluation Guideline
1. <b>Relevance</b>	The question whether the "Overall Goal" and "Project Purpose," as stipulated in the PDM, are still in line, at the time of the evaluation, with the needs of the target group, the policy directions of Sierra Leone, as well as the adequacy of selected solutions to the issues concerned, of the strategy that the Project has taken, and of the nature of the Project as an official development assistance.
2. <b>Effectiveness</b>	The question as to what extent the Project has benefited or would benefit the target group or a segment of the society. More specifically, the question as to clarify the causal relationship between the Project Purpose and Outputs.
3. <b>Efficiency</b>	The question on the relationship between the cost and the effects obtained by the Project, whether the Inputs has been effectively utilized. More specifically, the question on the adequacy in terms of its timing, quality and quantity, as well as the degree to which Inputs have been converted into intended Outputs.
4. <b>Impact</b>	The question on what changes, whether positive/negative or anticipated/unanticipated, have been produced as a result of the implementation of the Project.
5. <b>Sustainability</b>	The question on self-reliance of the Project in terms of organizational, financial and technical aspects: whether the benefits of the Project will continue after the discontinuation of external assistance.

**2.4 Constraints of Evaluation**

On the PDM the indicators were found to be insufficient/inappropriate to assess the corresponding outcomes objectively. As a target was not set for each of the indicators, the evaluation could not assess the extent of the achievements of each output, project purpose and overall goal. Furthermore, the baseline of each indicator had not been taken, thus the evaluation could not assess properly the effects created by this intervention.

**3. Project Performances and Implementation Process**

**3.1 Input**

**3.1.1 Japanese Side**

**(1) Experts Dispatched**

The Project has been implemented with one long-term expert and a total of seven short-term experts, totalling 73.4 MM during the project period. The long-term expert monitored the overall progress of the Project and her field was regional public health planning. The fields of the short term experts were as follows: health administration, information management, information analysis, supportive supervision, district health planning, community sensitization and project coordination. Detailed list of Japanese experts is shown in ANNEX 5.

KC

## (2) Overseas Training

### (a) Ghana Study Tour

A total of 13 members from MOHS, DHMT and JICA participated in the study tour to visit the Upper West Region in Ghana, where "the Project for the scaling up of Community-Based Health Planning and Services (CHPS) implementation" was previously implemented.

Detail list of participants is shown in ANNEX 6.

### (b) Relevant Training in Japan

A total of four counterparts participated in the following relevant trainings which were not funded by the Project.

Table 3-1: Relevant Training in Japan

Name of the Training Course	Number of CPs	Date	Name of Participants/Title
Health Administration for Regional Health Officer for Africa	1	2008.7.1~2008.8.9	Dr. Kargbo Labour, DMO
Training Program for Young Leaders in African Countries on Maternal and Child Health	3	2009.1.21~2009.2.7	Sr. Gladys Aye Sisay, DHS 1 Sr. Hawa Kallon, DHS 2 Sr. Frances Pearce, Matron

### (3) Equipment Provided

A variety of equipment was supplied to DHMT, such as Laptop PC, Printer, Motorbike, spare parts for Solar Fridge etc, worth JPN 10,622,312 (approximately USD 129,293<sup>2</sup>) in total at the time of the Terminal Evaluation. The detailed list of equipment is shown in ANNEX 7.

### (4) Operational Expenses Support

A total of JPY 65,136,160 (approximately USD 792,825) was disbursed as direct operational costs for Project activities at the time of the Terminal Evaluation from the Japanese side.

The detail of the Operational Expenses is shown in ANNEX 8.

## 3.1.2 Sierra Leonean Side

### a) Appointment of Counterpart Personnel

As of January 2011, total of 23 personnel was assigned as counterparts by the Sierra Leonean side: Director General of Medical Services in MOHS as a project director, District Medical Officer of Kambia DHMT as a project manager and the other 21 DHMT members.

The list of counterpart personnel at the time of terminal evaluation is shown in ANNEX 9.

<sup>2</sup> Calculated by USD = JPN 82.157 as of February 2011

lck

b) Provision of the space (Project office, resource centre, the space for training etc.)

c) Vehicles for transportation during the training and study tour

### 3.2 Output

Achievements of each Output are as follows

**Output 1: Management capacities of DHMT are developed.**

Under the category of "basic" management skills, the Project organised training on computer and teamwork and leadership for all the DHMT members. Training on accounting was also organised for the finance officers of DHMT and District Hospital as "applied management training". Table 3-2 shows the achievements as per the set indicators.

**Table 3-2: Achievements of Output 1 as per the indicators**

Training Organised		Achievements	
Training organised	Target trainees	Indicator 1-1: The number of people trained in each training (As of 28 Jan 2011)	Indicator 1-2: Results of achievement assessment in each training Additional indicator: application of skills acquired to their work
Computer skills (MS Word, Excel, Powerpoint, Internet, e-mail)	DHMT members, some CHOs, DC members, Hospital admin. staff	49*	The trainees learnt to use MS Word, Excel, Powerpoint, internet and e-mail. Majority can now handle word processing, but less feel comfortable with Excel, Powerpoint and internet. The extent of skills acquired and their application to their work vary depending on the individuals' base knowledge, nature of work and interest.
Teamwork and Leadership	DHMT members	23	No achievement assessment was conducted. All respondents of the questionnaire survey rated the training highly useful and have been reportedly applying the skills acquired in their work. Some are also sharing what s/he learnt with PHU staff, community members and students/trainees when s/he acts as a facilitator in the field or organised training.
Accounting	Finance officers of DHMT and District Hospital	2	The very basics of the accounting procedures are now adhered to, according to the trainer. DHMT Finance section is now able to produce reasonable financial statements with supporting documents and to keep records in a manner compatible with that of the District Council. Since Excel was introduced, there are reportedly less arithmetic errors in financial statements of DHMT. The planning exercise of LCHP 2011 was able to retrieve reasonable financial information, which was not the case previously. More training in use of Excel would increase the work efficiency. Weaknesses reportedly remain in the areas of principles and professionalism in accounting.

\*Total number of trainees involved in 8 organised sessions and one-on-one tutorials.

10/6

For the computer skills, the evaluation found an overall increase in usage of computer within DHMT, perhaps also attributed by the increased number of computer hardware made available by other programmes since the beginning of the Project. As most of reports for MOHS and donors are now expected to be created on computer, the training undertaken by this project was highly appreciated by most of the DHMT staff. The leadership and teamwork training was also received as useful and relevant amongst the trainees, most of who reportedly apply the skills in their daily work. For accounting, some vital progress was made including aligning the DHMT account codes to those of the District Council, which has made it easier to reconcile the accounts between the two entities. Introduction of proper filing practices and Excel (replacing the MSWord previously used) in the DHMT accounting have also been contributing to work efficiency. As only the basics have been accomplished in the training, the trainer recommended follow-up training which should include not only technical aspects (eg. use of Excel) but also some principles such as accountability and transparency. To date, the follow-up training has not been materialised.

Some of the training activities undertaken for other outputs are included in ANNEX 10. Beside them Japanese experts provided a lot of hands-on training in different fields such as data management and analysis and filing.

**Output 2: Office environment of DHMT and PHUs is improved and maintained.**

The Project addressed some of the deficiencies in the physical working environment of the DHMT and PHUs, not restricting themselves to the office facilities as indicated by the output statement. The table 3-3 shows the achievements of this output as per the set indicator.

**Table 3-3: Achievement under Output 2**

Indicator	Achievements
2-1. Number of users of Resource Centre	500 users for April 2009 – December 2010* (130 from DHMT, 141 from government agencies, 171 from CSOs, 58 from others)
* The user record between June 2008 and March 2009 not available.	

The Resource Centre was established soon after the Project started as a central depot of health-related information materials which were then scattered across DHMT kept by individual officers. The centre is open to personnel of government agencies including DHMT as well as CSOs of which work is related to health. The centre offers two computers with a satellite internet connection and a number of IEC materials. Between April 2009 and December 2010, the resource centre was utilised by a total of 500 persons, with the ratio of DHMT, other governmental agencies and CSO users being roughly 1:1.1:1.8. Overwhelming majority come to use internet. The utilisation by DHMT has seen a significant decline during the course of the Project, sometimes without a single user for an entire month in 2010, while users from governmental agencies and NGOs are on increase. This may be due to the increase in the number of computers in DHMT but given the popularity of internet among the DHMT staff, a lapse in user record keeping is also likely.

At the moment the resource centre is managed and maintained by JICA. The running cost of the Centre for 28 months (June 2008 – Sep 2010) totals at USD 35,882<sup>3</sup> including USD 23,800 for the

<sup>3</sup> Excluding personnel cost.

lek

internet connection which is currently shared by the Project office.

The facilities that were improved under this project are presented as ANNEX 11.

**Output 3: Comprehensive supportive supervision is strengthened and effectively operated.**

Prior to the introduction of the Project in 2008, DHMT was undertaking supervision of the PHUs without any fixed structure, with the focal points of the vertical programmes independently supervising on aspects that concern their own programmes. There may have been simple tools but neither their use nor follow-up actions were properly monitored. As a result supervision of PHUs was more ad hoc than a routine activity then.

The system has been strengthened by the Project by introducing the concept of “comprehensive supportive supervision” and supporting tools to help create and maintain the standard. The tools are currently continuously modified as (1) DHMT is still trying out different structures/systems of supervision and (2) aspects of new national initiatives such as Free Health Care Services need to be integrated. The system tested out in the district up to January 2011<sup>4</sup> is described in ANNEX 12.

The Japanese experts developed tools for supervision with inputs from the DHMT supervisors. They include (1) a checklist for supervision, (2) The Guidelines for Supervisory Activities, (3) a list of check points for reviewing the PHU reports, (4) summary sheet for monthly supervision, (5) Formats for PHU summary sheet and DHMT action plans. As mentioned above, they are yet to be finalised but the item (1) is already regularly used as THE tool for supervision and (2) and (3) are also utilised as useful references by the supervisors. Actions to be taken for identified issues are recorded only in minutes of the weekly DHMT meetings and at the PHU level in their visitors’ books. The latter did not appear to be very stringently followed, however.

So far DHMT has not been able to conduct the supervisory visits as frequently as planned. One PHU a member of the joint evaluation team visited had not received any supervisory visit for more than 6 months. With the frequent unavailability of fuel for transport as well as numerous campaigns and meetings/workshops supervisors are called in at the national level, DHMT is yet to find a practicable way of supervision. Weaknesses also remain in recording of the issues identified and provision of feedback to the PHUs when issues were not solved in the field. This may be a reflection of the general weakness in monitoring at DHMT.

Achievements as per the indicator are provided in the table 3-4 below.

**Table 3-4: Achievements under Output 3**

Indicator	Achievements
3-1. Number of checklists submitted to DHMT meeting	<p>No checklists are submitted to DHMT meetings under the current system. The used checklists are submitted to the supervisor coordinator for filing at M&amp;E section.</p> <p>Issues identified are reported verbally at the weekly DHMT meetings, where necessary actions are discussed. Monitoring of the follow-up actions is done as “matters arising from the previous meeting” in the following DHMT meetings as deemed necessary.</p>

<sup>4</sup> A new system was under discussion at the time of this evaluation exercise.

166

**Output 4: PHU reporting system is strengthened and effectively operated.**

Previously the PHU reports were to be collected by DHMT officers at the time of routine supervisory visits supposedly once in every month. Due to various constraints the supervisory visits were not organised as frequently as planned, hence the collection rate was said to be around 80-85%. The rate stands at 98% for November and December 2011, indicating an improvement in the PHU reporting. The monthly supervisory visit reinstated under this project, during which supervisors go through the reports with the PHU staff, is a factor that contributes to the improved quality and timeliness of the report submissions. Achievements against the set indicator are presented in the table 3-5.

**Table 3-5: Achievements under Output 4**

Indicator	Achievements
4-1. The number of PHU reports qualified by minimum requirement*	61 PHUs out of 63(98%) submitted reports of acceptable quality (not rejected by the DHIS) in November and December 2010. The submission/collection rate was reportedly 80-85% before the commencement of the Project <sup>5</sup> .
* "There was no shared understanding on the "minimum requirement". The evaluation used here the interpretation by M&E section of DHMT, which is the submission rate of 80%.	

The quality of the reports is reportedly deteriorated twice within the Project period: first when the new reporting formats were introduced at the beginning of 2009; and when the FHCS was introduced in April 2010. The Project organised training on the new PHU reporting formats in 2009 and a refresher training in 2010 for a total of 154 PHU staff.

All the data in the routine reports from the PHU are entered by the personnel of M&E section into the national database called District Health Information System (DHIS), introduced to Kambia in February 2009. The system has a quality control function that rejects data with any inconsistency. When data is rejected by the system, M&E staff notifies the supervisor or the in-charge of the PHU for clarification and further action.

An M&E staff was given hands-on training by a Japanese expert in generating reports from the data stored in the DHIS and now is able to do so with sufficient ease, evident from the information presented in the CDHP/LCHP and Kambia Health Directory. On the other hand, analysis of data is done only to a very limited extent at DHMT. As considerable efforts are currently geared toward data collection, data analysis is not receiving sufficient attention that it deserves. A Japanese expert in health information dispatched under this project oriented relevant staff members of DHMT in data analysis in early 2009. As a result some simple analysis was produced for the CDHP2010 and LCHP 2011.

**Output 5: System for Comprehensive District Health Planning is strengthened.**

The CDHP (now called LCHP) was introduced in 2008. As such, there was no system for comprehensive district health planning to be strengthened prior to this project. In developing the

<sup>5</sup> Completion Report 1 on the Assignments of the Short-Term Expert, June 2010 by N. Ohno

lcs



CDHP 2009, rather scanty guidance was received from the national facilitator assigned to Kambia and relatively short time was allowed for completing the planning exercise. As a result, the 2009 plan was practically drafted by a few DHMT members and Japanese experts, with little consultation with relevant stakeholders and partners in the district. In establishing 2010 CDHP and 2011 LCHP, as indicated in the Table 3-6, more organisations were involved in the process of the planning through meetings and consultations within and without DHMT, including District Council and NGOs.

**Table 3-6: Achievements under Output 5**

Indicator	Achievements
5-1. Total number of people involved in the process of CDHP	2008 27 from 5 organisations <sup>6</sup> 2009 35 from 10 organisations <sup>7</sup> 2010 48 from 18 organisations <sup>8</sup>

While the number of stakeholders as well as the DHMT staff who participated in the process has increased, the roles played by many of them were apparently limited to providing information on their own plans and resources. A few DHMT members actively participated in the analysis and organisation of the data obtained, coached by the Japanese experts. DHMT may be able to cope with future planning exercises so long as (1) they remain in the team and (2) the planning methodology employed in 2010 continue to be applied. In other words the institutional capacity of DHMT in comprehensive district health planning still needs to be strengthened, building upon the skills and knowledge gained by the individual officers.

Contributions of this project in CDHP/LCHP are notable. In Kambia, as already mentioned, Japanese experts coached the DHMT members step by step throughout the planning exercises. One of them at a regional workshop provided advice to other districts based on the experiences in Kambia. They also provided MOHS with feedbacks (i.e. difficulties encountered during the planning process at the district level) and suggestions for improvements and assisted them in compilation of national health plan and in analysis of the LCHPs from all the districts.

***Output 6: Coordination of DHMT with District Council, PIUs and relevant stakeholders is strengthened.***

The achievements under this output as per the set indicator are presented in the Table 3-7 below.

**Table 3-7: Achievements under Output 6**

Indicator	Achievements
Number of meetings regularly conducted	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inter-Agency Meeting (quarterly): x 6</li> <li>• Stakeholder meeting (annual)<sup>9</sup>: x 2</li> <li>• In-charges meeting (quarterly) x 5</li> </ul>

DHMT convened some other meetings such as launching of Free Health Care Services and Nutrition Coordination Committee as a part of their regular work. DHMT members and/or JICA project personnel also participated in 41 other meetings that concern the health sector organized by other agencies (ANNEX 13).

In order to promote cooperative working relationships, the Inter-Agency meeting, which is a coordinating forum called by DHMT for the stakeholders in the health sector, was revived under this

<sup>6</sup> Excluding JICA personnel

<sup>7</sup> ditto

<sup>8</sup> Consultant Report by Shunsuke Suzuki Jan 2011

<sup>9</sup> The Stakeholder meeting was organised specifically for the preparation of Kambia Health Day.

lck

project. A meeting was planned to be organised every quarter but it managed to meet only 6 times (as of Jan 2011) since the beginning of the Project. Re-establishing this working platform in the early stage of the Project was an effective strategy in soliciting participation and support of the stakeholders in organisation of Kambia Health Days.

The Project organised the 2nd Kambia Health Day in 2010 in synchronisation with the Maternal and Child Health campaign. In collaboration with development partners<sup>10</sup> the Project provided 1450 mosquito nets to the community.

Meetings for development of CDHP/LCHP also provided opportunities for DHMT and the partners to learn what others are doing and to seek opportunities for collaboration. They facilitated DHMT in ensuring activities undertaken by the stakeholders do not overlap in the plans.

Besides the unified district health plan, a tangible output of this project in terms of strengthening coordination between DHMT and the District Council was produced in the Finance Departments by aligning the account codes of DHMT to those of the DC, as mentioned under the Output I. There is some indications that involving administrative staff of the DC in some of the training organised under this project brought the two entities a little closer, though it may still be a long way from a full integration of DHMT into the structure of the DC.

The Kambia Health Directory and newsletters were produced under this output as tools for strengthening the DHMT's coordination role. The Directory, which is the district's health care profile providing information on every PHU per geographical location, is a significant resource material especially for those who are interested in carrying out health-related interventions in the district. The newsletter also informs those in the health sector of updates on DHMT and health issues in the district but their effect on improving coordination in the district, however, does not appear to be significant.

### 3.3 Achievement of the Project Purpose

*Project Purpose: Quality and equitable health service delivery is strengthened by the management capacities of DHMT, PHUs and District Council in Kambia District to better address health needs of the community (Good CDHP)*

*Indicator: Quality of CDHP is Improved.*

It is obvious that improvements in quality and equity of the services delivered by DHMT (including PHUs), which appears to be the purpose of this project, could not be assessed by the assigned indicator. The evaluation team discussed the matter with the Project management both of Japanese and Sierra Leonean sides at the beginning of the field data collection and concluded that the de facto project purpose had been capacity building of DHMT. Improved quality and equity in service delivery is in fact a logical consequence of the enhanced capacity, and as such should have been stated as the Overall Goal in the PDM.

---

<sup>10</sup> GFTAM, World Bank, Unicef, DIFD, Concern, etc.

**Table 3-8: Achievements of Project Purpose**

Indicator	Achievements
Quality of CDHP is improved	<p>The qualities of the CDHP 2009 and the LCHP 2011 are not comparable given (1) the different methodologies and presentation styles employed and (2) the plans do not reflect the true state of the capacity of DHMT in view of the intensive assistance provided by the Japanese experts throughout their development processes.</p> <p>While the improvement could not be established, it may be worth noting that the Kambia's LCHP 2011 is recognised by MOHS as one of the best in terms of use of the prescribed formats/templates and the quantity of information presented.</p>

The indicator assigned was found to be also inadequate to holistically assess the capacity building of DHMT. As observed in the previous section, however, the Project interventions addressed some of the gaps in the DHMT's capacity needed for disposing their responsibilities. Some of them were skills obtained and retained by individuals, such as computer, filing, good leadership, accounting practices and principles, etc. while others were systems to improve efficiency such as supportive supervision. Given the aforementioned technical assistance and coaching provided, it is reasonable to assume that skills and knowledge within DHMT have improved even though it is difficult to tell its extent due to the lack of baseline data.

### 3.4 Implementation Process of the Project

#### (1) Management

Due to the frequent national campaigns and workshops organized by MOHS and partners with very short notice, the planned activities often needed to be rescheduled. The Project made efforts to be flexible to adjust its schedule with the one of DHMT. Another factor which negatively affected on the progress of the Project was the annual change of DMOs<sup>11</sup> which was one of the important assumptions in the Project. Each DMO had his own view, and influenced on the direction of the Project.

The Project enjoyed apparent cordial relationships between DHMT and JICA project team. Implementation of most of the activities was done in a participatory a manner, but it was not always the case at the stage of planning. This might have influenced on the level of the ownership of the Project by DHMT.

Another factor which may have influenced the ownership was that Steering Committee did not function as an official decision making forum, which was organised only once.

The PDM was not fully utilised as a monitoring tool. Project monitoring was done mainly with reference to the PO, which was updated quarterly.

<sup>11</sup> By including the Project formulation period, DMO changed 3 times.

lcf

## (2) Changes in the surrounding environment of the health sector

MOHS started the formulation of CDHP in 2008 and changed the planning methodologies and the name to Local Council Health Plan (LCHP) in 2010, and the Output 5<sup>12</sup> of this project became complementary to the initiative. Furthermore, the revised format of PHU reports (2009) and the computerised system called District Health Information System (DHIS) (2010) were introduced to facilitate collection, storage and analysis of the health data. As these developments were related to Output 4, the Project supported training of DHMT and PHU staff in the newly introduced tools.

Free Health Care Service (FHCS) initiative was launched in April 2010, increasing the number of patients 5 to 10 folds, amount of medicines provided through PHUs and the workload of the PHU staff. The Project supported training of DHMT members and PHU staff in LMIS, a system introduced with the FHCS to manage medical supplies. The FHCS is expected to have significant impact on the health indicators, such as those employed by this project for the overall goal.

## 4. Results of Evaluation

### 4.1 Relevance

In terms of the needs and the policies of GoSL and GoJ, the relevance of the Project is high. However, in terms of the selection of the target group and the Project approach, the relevance of the Project is relatively low. Thus, the relevance of the overall Project is moderate.

#### (1) The needs and the policies of GoSL and GoJ

Project addresses the needs of the target group (DHMT), and is coherent with the policy priorities of GoSL as expressed in the Poverty Reduction Strategy Paper II, National Health Sector Strategic Plan (NHSSP 2010-2015<sup>13</sup>) as well as the Local Councils Act of 2004 which pushed forward the decentralisation process. The project is also relevant in view of the JICA's priority areas of development assistance for Sierra Leone, namely rural development and peace keeping.

#### (2) The selection of DHMT as a target group

Targeting only the district level, assuming that the decentralization was progressing, appeared not to be effective, since the national system is still being established at the central level. In order to avoid building a parallel system, the Project had to change the initial plans and modify the tools developed several times.

#### (3) The approach of the Project

This project was conceptualised after a similar JICA-supported projects in Africa that had been reportedly successful in strengthening the district health management systems. This Project was formulated based on the assumed capacities of the Kambia DHMT, which turned out to be much more basic than this project was designed to address.

---

<sup>12</sup> Output 5: System for Comprehensive District Health Planning is strengthened.

<sup>13</sup> In the NHSSP, the strengthening of District Health Services management was identified as one of the priority areas under the Service Delivery.

lefe

## 4.2 Effectiveness

Discussions with DHMT members who were closely involved in the process of the CDHP/LCHP development indicate that having a dedicated coach who is conversant with the macro-level health planning to guide them throughout the planning process was effective for producing a good plan. The quality of the next year's LCHP that will be produced without such intensive guidance will tell if such a methodology of technical transfer was also effective in establishing institutional capacity of DHMT. The cost-effectiveness of the methodology is discussed in the next section.

Effectiveness of the Project may have been compromised by the DHMT's weak ownership of the Project. Frequently reported were difficulties encountered by the Project management in soliciting participation/contributions from DHMT personnel, many of who were either too occupied with the DHMT's routine work or not interested/motivated enough to proactively implement the Project. This prompted the JICA experts, many of who had time-bound assignments, to plan and organise activities without DHMT's full participation, in order to complete the assignments within the given timeframe.

Another factor that affected the effectiveness of the Project was insufficient resources on the part of the GoSL. As the MOHS has reportedly allocated sufficient resources for supervision in its budget, there may be some bottlenecks between the resource allocation at the central level and the disbursement at the district level. As the Project was designed around the GoSL's systems to support their work, when the system does not function whatever the effect the Project produces loses its value.

## 4.3 Efficiency

The initial design of the Project included far too many factors, which turned out to be impossible to address with the resources available. Due to inappropriate projection of required resources, the Project did not operate as efficiently as envisaged during the first year. The scope of the Project was then narrowed down to a manageable size. Considering the inputs already made for those aspects which were eventually excluded, such as community mobilisation, this was a compromise in the resource efficiency.

The capacities that have been built by the Project, however, are contributing to DHMT's executing much wider scope of work than production of CDHP/LCHP. In addition, two of the Japanese experts were strongly requested to assist MOHS at the central level in the development of CDHP/LCHP during their assignments and that may potentially benefit greater population, including those in other districts.

Other factors that affected the efficient implementation of the planned activities include (1) frequent changes of the Project manager on the Sierra Leonean side (DMO), (2) frequent national campaigns, meetings and workshops organised at the central level to which DHMT members were drawn in sometimes with a very short notice, and (3) additional set of activities brought about by introduction of new initiatives such as FHCS, which were not initially in the scope of the Project.

lcl

#### 4.4 Impact

The impact of this project as per the overall goal could not be assessed at this stage due to the lack of credible/applicable set of data on IMR, USMR and MMR. Moreover, considering the scope of the Project, its impact measured by those health indicators at this stage is likely to be minimal, particularly in light of the FHCS, which has much more direct impact.

The rehabilitation of three PHUs undertaken by this project provided the communities with access to improved health care services, evident from their user statistics<sup>14</sup>.

Team spirit of Kambia DHMT has reportedly improved. Various opportunities to work in groups, which were brought about by this Project, are believed to have contributed to this positive change.

The Project also created some positive impact within MOHS. JICA experts worked directly with MOHS when formulating CDHP/LCHP and their contribution was much appreciated at central level. As a result, MOHS realized the importance of capacity development whereas previously their focus was more geared towards the rehabilitation of health care facilities including provision of equipment.

#### 4.5 Sustainability

##### 4.5.1 Financial Sustainability

In view of the current financial and organizational situations, it could be deduced that the potential of financial sustainability of the Project is relatively low. Due to the cost involved, some of the activities started by this project, such as publication of newsletter and the Kambia Health Directory<sup>15</sup> and Kambia Health Day are unlikely to be sustained as they are. Similar concerns apply to maintenance of equipment such as motorbikes, office equipment, a generator, etc.

One of the major issues faced by DHMT is the shortage of funds. The problem is in two folds: (1) the absolute shortage of funds (not budgeted) and (2) unavailability of funds even when budgeted. While the former has been addressed to some extent by establishing CDHP/LCHP, often reported was unavailability of budgeted funds at the district level due to delays in disbursement from the central level or even when the funds had reportedly been disbursed, inhibiting DHMT's routine activities including supervisory visits and maintenance of equipment. In view of the on-going decentralisation it is crucial for the GoSL to clarify the roles of all the agencies involved and strengthen the financial monitoring including the flow of funds so that each agency could dispose of its responsibilities effectively. MOHS recognises this issue, and would discuss it with relevant ministries, as the evaluation team was informed.

##### 4.5.2 Technical aspects

Technical sustainability is moderate. The skills and knowledge learnt through this project were all

---

<sup>14</sup> Both rehabilitation of PHUs in Mange Bissan and Kamagbewue were finished in March 2009. No. of users in Mange Bissan increased from 824 in 2008 to 1413 in 2009, and no. of users in Kamagbewue increased from 857 in 2008 to 2217 in 2009. As for the PHU in Kanta, the impact of rehabilitation cannot be assessed since FHCS was introduced immediately after the rehabilitation was over in April 2010.

<sup>15</sup> MOHS has expressed its intention to keep an electronic copy of the Kambia health Directory available on its website.

lck

basic and most of them are for executing the routine work of DHMT. On the other hand, gradual reduction of dependency on Japanese experts was not always underlined when technical transfer was concerned. At the moment some of the skills, such as development of LCHP and health information data handling, are with a limited number of individuals and as such conscious efforts must be made to institutionalise them so that they would not be lost with mobility of the individuals. MOHS is expected to monitor and support them in this regard.

The tools and manuals produced under this project contribute greatly to the technical sustainability, if they are kept properly allowing easy access by everyone. The team of supervisors at DHMT is deemed to be capable in modifying/updating the checklists as and when necessary if the current level of motivation is maintained.

#### 4.5.3 Policy Environment

Political sustainability is relatively high. CDHP/LCHP and supportive supervision are strategic priorities of MOHS, thus activities related to them in Kambia is expected to continue with reasonable technical and financial support from the central level. Now that LCHPs are established, renewed initiatives from the central level to strengthen monitoring of their implementations including the financial aspects, both at the district and central levels, are called for. In addition, with the planned introduction of the performance-based financing in April 2011, recognitions of the importance of supportive supervision are likely to increase, adding momentum to the initiative started in Kambia under this project.

#### 4.6 Conclusion

Capacity of the DHMT has been strengthened through the Project, though its extent is difficult to establish. The Project has produced some skilled individuals within DHMT, who would be instrumental in carrying out the DHMT's managerial routine such as data collection, supportive supervision and comprehensive district-level health planning. As much of the capacities built are at the personal level, DHMT must work toward institutionalisation of such skills and knowledge. Tangible outputs of this project are tools for supportive supervision, which have given a structure and standard to this routine activity. The DHMT is yet to establish an effective and practicable system of supervision within the resource constraints and in this regard, some measures must be taken both at the central and district level to ensure sufficient and timely disbursement of funds and allotment of time/human resources. PHU report submission has improved, even though the issues of data quality beyond consistency and data analysis are yet to be fully addressed. Collaboration among the government agencies and NGOs in Kambia has improved. The DC and DHMT need to work further for efficient and effective working modalities within the framework of the decentralisation.

The Project filled some of the gaps that exist at the district level for carrying out its duties of safeguarding the people's health. However, the capacities strengthened are not comprehensive and still rather fragile, MOHS is expected to monitor the performance of the DHMT and provide necessary technical, material and moral support so that the effects produced by this project are not lost.

## **5. Recommendations**

### **5.1 Recommendations**

#### **For the Project and DHMT**

- 1) DHMT needs to make efforts to institutionalize the skills which were acquired at the individual level. It is expected DHMT to formulate the mechanism how the initiatives started under the Project can be continued and improved independently. The Project is recommended to slowly take back from the full involvement of the activities and it would be better to provide support as a tutor basis for the next three months.
- 2) DHMT and the Project should make sure that DHMT members understand the importance of the maintenance, and DHMT should acquire the skills before handing over some equipment.

#### **For MOHS**

- (1) Monitor the performance of the DHMT and provide necessary technical, material and moral support so that the effects produced by this project are not lost. Mechanism to effectively monitor and provide support on DHMTs to be devised (→strengthen supportive supervision from MOHS to DHMTs)
- (2) Disseminate good practices of the Project to other districts.
- (3) Ensure the functions of DHMT as a technical agency to be respected by stakeholders in the framework of the decentralisation. Monitor the disbursement of allocated medical funds from MOHS and MOFED to DHMT to ensure DHMT is adequately resourced. MOHS is expected to continue discussing the issues with relevant ministries to clear the bottlenecks for timely disbursement.

#### **For DC**

- (1) Monitor and strengthen financial management ensuring adequate finance-related information sharing between DC and DHMT. It is important for DC and DHMT to know the disbursement rate of LCHP so that the significance of formulating LCHP is maintained.

### **5.2 Lessons Learnt**

- (1) During the transition period of decentralization, interventions may be more effective if started from the central level, or simultaneously with the district level, rather than solely targeting a district.
- (2) For managerial capacity development, of which effects are often intangible and difficult to feel, it is recommended that a project starts with training that addresses the counterparts' immediate needs to raise the level of motivation of and ownership by the counterparts.



106

ANNEX 1: Project Design Matrix (PDMZ)				Date: April 2009
Project Name: Project for Strengthening District Health Management in Kambla District Duration: 1 May 2008 - April 2011 Target area: Kambla District, Sierra Leone Target Group: Kambla District Health Management Team Participating agencies: Kambla District Council, Kambla PHUs, Communities in Kambla District, MOHS, MIALGRO, MOFED Beneficiary: People in the whole district of Kambla				
Item	Narrative Summary	Key Performance Indicators	Means of Verification	Important assumptions
Overall Goal	The health status of people in Kambla is improved	Infant, under 5 and maternal mortality rate	HMIS	
Project Purpose	Quality and equitable health service delivery is strengthened by the management capabilities of DHMT, PHUs and District Council in Kambla District to better address health needs of the community (GOOD CDHP)	Quality of CDHP is improved	Qualitative assessment by MOHS D.C. DHMT	Health budget in Kambla District is adequately allocated
Outputs	1. Management capabilities of DHMT are developed	1-1. Number of trained people at each training 1-2. The result of achievement assessment in each training	1. Training achievement assessment	1. National Health Policies maintained in lines with the project purpose 2. Decentralization is continuously promoted 3. Training Institution and tutors are available 4. Staff transfer is not so frequent 5. The role of Project's focal people is functional
	2. Office environment of DHMT and PHUs is improved and maintained	Number of user of Resource Centre	Resource center user record	
	3. Comprehensive supportive supervision is strengthened and effectively operated	Number of checklist submitted to DHMT meeting	Minute of DHMT meeting	
	4. PHU reporting system is strengthened and effectively operated	Number of PHU report qualified by minimum requirement	PHU Report	
	5. System for Comprehensive District Health Planning is strengthened	Total number of people involved in the process of CDHP	Completed CDHP	
	6. Coordination of DHMT with District Council, PHUs and relevant stakeholders is strengthened	Number of meeting regularly conducted	1. Each meeting minutes 2. Occasion report	

106

Activities	
1. Management capacities of DHMT are developed	
1.1. Conduct basic management trainings (leadership, teamwork, Computer, etc.)	
1.2. Conduct applied management trainings in specific managerial areas demanded by DHMT (managerial areas of M&L, finance, maintenance, data analysis, time keeping, logistic, etc.)	
1.3. Organize and conduct exchange study visits between DHMTs and between PHUs.	
2. Office environment of DHMT and PHUs is improved and established	
2.1. Set up basic office equipments in the DHMT office	
2.2. Strengthen a functional Health Information Resource Centre at DHMT office	
2.3. Encourage maximum rehabilitation of the DHMT office and of the damaged PHUs	
3. Comprehensive supportive supervision is strengthened and effectively operated	
3.1. Clarify and standardize the functions of PHUs and Health committees	
3.2. Clarify and standardize the mechanism of supportive supervision	
3.3. Share the result of supervision among DHMT	
3.4. Monitor and evaluate the operation of standardized supervision	
3.5. Feedback and respond to the demands of PHUs based on supervisory check-list (through regular supervisory and working meeting)	
4. PHU reporting system is strengthened and effectively operated	
4.1. Standardize the PHU report forms	
4.2. Improve quality of PHU reports	
4.3. Collect PHU reports timely by DHMT	
4.4. Improve data management of PHU reports	
5. System for Comprehensive District Health Planning is strengthened	
5.1. Conduct health planning meeting for DHMT	
5.2. Sensitize all stakeholders about significance of CDHP	
5.3. Complete CDHP based on PHU reports and other references with involvement of District Council	
5.4. Review CDHP and feedback to area planning	
6. Coordination of DHMT with District Council, PHUs and relevant establishments is strengthened	
6.1. Hold a regular "District Health Stakeholders Meeting (DC, DHMT, PHUs, NGOs, CBOs) quarterly	
6.2. Hold "Kumbhe Health Day" annually with some collaboration by DHMT, PHUs and stakeholders.	
6.3. Complete and distribute Kumbhe Health Directory and newsletter by each working group	
6.4. Enhance communication between District Council and DHMT	
6.5. Disseminate project lessons-learned regularly such as Model of Operational procedure of CDHP, Supportive supervision, and PHU reporting.	

**ANNEX 2: Schedule of the Evaluation Team**

Date		Japanese Consultant1	Japanese Consultant2	MOHS (Ms. E.M.Kamara)	JICA Official from Ghana
16-Jan	Sun	Arrive at Freetown			
17-Jan	Mon	Meeting with JICA SLFO			
		Meeting with MOHS (Mr. Tunis and Dr. Conteh)			
18-Jan	Tue	Move to Kambia district			
19-Jan	Wed	Meeting with Kambia DIIMT			
		Meeting with Project Experts and Staff Courtesy call to The Chairman Kambia District Council			
20-Jan	Thu	Interview with DHMT			
		Interview with PHU incharges			
21-Jan	Fri	Field Visit (Konta PHU)			
22-Jan	Sat	Interview with DIIMT			
		Interview with Project Experts			
23-Jan	Sun	Evaluation Team meeting		Move to Kambia	
24-Jan	Mon	Interview with DHMT	Interview with DHMT	Interview with DHMT	
		Move to Freetown			
25-Jan	Tue	Interview with DHMT	Interview with DPI, MOHS	Field Visit (Kamawbeu, Mange Bisan PHU)	
		Interview with DIIMT		Interview with DHMT	
26-Jan	Wed	Interview with DHMT		Interview with DHMT	
		Interview with Donor/NGO Liaison Officer, DPI, MOHS			
27-Jan	Thu	Meeting with DIIMT	Interview with DPI, MOHS	Meeting with DHMT	
		Move to Freetown		Move to Freetown	
28-Jan	Fri	Draft Report writing			
29-Jan	Sat	Draft Report writing			
30-Jan	Sun	Draft Report writing			Arrive at Freetown
31-Jan	Mon	Evaluation Team meeting			
		Interview with WHO			
1-Feb	Tue	Evaluation Team meeting			
2-Feb	Wed	Meeting with Project Experts			Courtesy call to MOHS
3-Feb	Thu	Evaluation Team meeting			Meeting with DMO of Kambia DIIMT
4-Feb	Fri	Signing of Minutes of the Meeting Conduct Joint Coordination Committee			
5-Feb	Sat				
6-Feb	Sun	Leave for Ghana			
7-Feb	Mon	Report to JICA Ghana Office and Embassy of Japan, Leave for Japan			Report to JICA Ghana Office and Embassy of Japan

kec



**ANNEX 4: List of Stakeholders Consulted by the Evaluation Mission**

**(1) The Japanese side**

**Long-term expert**

1	Ms. Chiemi Fujii	Regional Public Health Planning/Coordinator
---	------------------	---

**Short-term experts**

2	Ms. Kaina Honma	Project Coordinator
3.	Ms. Nobuko Ohno	Health Administration, Health Information, Information Management, Information Analysis
4.	Ms. Michiru Suda	Supportive Supervision

**(2) The Sierra Leonean side**

**<Ministry of Health and Sanitation>**

1	Dr. Edward Magbity	DPI Deputy Officer
2	Mr. Yayah A. Conteh	Principal Donor/NGO Liaison officer
3	Dr. Magnus Ken Gborie	DPI Director
4	Mr. Michael M. Amara	DIP Principal Health Economist

**<Kambia District Health Management Team>**

1	Dr. Osaio Kamara	District Medical Doctor
2	Mr. Abdul Deen	WATSAN Coordinator
3	Mr. Alsine Kamara	HIV/AIDS Counsellor/Supervisor Coordinator
4	Mr. Kalie Kamara	Logistics Officer/Storekeeper
5	Mr. Amara Brima	National Malaria Control Program Focal Person
6	Mr. Ismael Rogers	Neglected Tropical Diseases Focal Person
7	Ms. Beatrice Nabieu	Finance Officer
8	Mr. Hussin M. Kanu	Assistant M&E Officer/Social Mobilization Officer
9	Mr. Alieu B. Sheriff	Pharmacist Technician
10	Mr. I.A.T. Kamara	Public Relation Officer
11	Sister Hawa Kallon	DIIS II

**<Kambia District Council>**

1	Mr. S.S.A. Sankoh	Chairman
2	Mr. Mohamed Jalloh	Chairman of Health Committee
3	Mr. Patric Kamara	Finance Officer

**<Kambia District PIU Health Provider>**

1	Mr. Joseph Kalokoh	CHO Yeliboya CHC
2	Ms. Nancy R Kalokoh	MCH Aide Maselleh MCHP (former in-charge of Mange Bissan MCHP)
3	Ms. Kadiatu N. Konteh	MCH Aide Kaniya MCHP (former in charge of Kamangbewu MCHP)
4	Ms. Yealie M. Kamara	MCH Aide Kukuna CHC
5	Mr. Gbrill Thullah	Nursing Aid Konta CHP

lck

JP

6	Ms. Isatu Kargbo	MCH Aide Konta CHIP
7	Ms. Amanita Bangura	MCH Aide Shekaia MCHP
8	Ms. Nmah D. Bangura	MCH Aide Kanku Bramaia MCHP
9	Ms. Jeneba Kallon	MCH Aide Kamagbewu MCHP
10	Ms. Kadi Kamara	MCH Aide Mange Bissan MCHP

<Development Partners >

1	Dr. Teniin Gakuruh	WHO Health Systems Specialist
---	--------------------	-------------------------------

<Community>

- Konta

Mr. Alpha Sasni Kamara (Secretary of Health Committee), Ms. Mabinti Mansari, Ms. Mabinti Kamara, Ms. Uma Tsuru, Ms. Fatumata Sila, Ms. Fatumata Kamara, Ms. Mamasta S. Kamara, Ms. Tuturi Aisatu, Ms. Fakuwata Suma

- Shekaia

10 members of Health Committee

- Kamagbewu
- Mange Bissan

ANNEX 5: List of Japanese Experts dispatched

No	Title	Name of Expert	Dispatch Period	M/M
1	District Health and Sanitation Planning / Project Coordination	Chiemi FUJII	(1)2008.5.3 - 2011.5.3	36
2	Health Management Information system / Health Administration and Management / Capacity Building of Public Health Officers for Strengthening Supervision System / Health Management Information system	Nobuko OHNO	(1) 2008. 11.3 - 2009.3.19 (2) 2009.7.15 - 8.14, 9.12-12.14 (3) 2010.2.7 - 3.8 (4) 2010.5.23 - 7.2, 7.18 - 9.22, March - April (date not fixed yet)	(1) 4.5 (2) 4 (3) 1 (4) 4.5
3	Community Education	Atsuko TSURUTA	(1) 2009.3.28 - 4.26 (2) 2010.2.20 - 3.21	(1) 1 (2) 1
4	Project Administrator	Kaina HONMA	(1) 2009. 8.9 - 12.23, 2010.2.28 - 3.24 (2) 2010.6.12 - 8.14, 9.4 - 2011.5.1	(1) 5.4 (2) 10
5	Strengthening Supervision System	Michiru SUDA	(1) 2010.6.24-7.26 (2) 2011.1.9 -2.11	2
6	Formulation of District Health Plan	Shunsuke SUZUKI	(1) 2010.8.16-11.20 (2) 2011. April (date not fixed yet)	4

lele

**ANNEX 6: List of Participants in Study Tour in Ghana**

Date: 2010.7.18-23

Place: Accra/Wa, Ghana

**(1) The Japanese side**

Long-term expert

1	Ms. Chiemi Fujii	Regional Public Health Planning/Coordinator
---	------------------	---

Short-term experts

2	Ms. Nobuko Ohno	Health Administration, Health Information, Information Management, Information Analysis
3	Ms. Michiru Suda	Supportive Supervision

**(2) The Sierra Leonean side**

<Ministry of Health and Sanitation>

1	Dr. Alhassan Seisa	Primary Health Care Director
2	Mr. Yayah A. Conteh	Principal Donor/NGO Liaison officer

<Kambia District Health Management Team>

1	Dr. Francis Jayah	District Medical Doctor
2	Mr. Abdul Deen	WATSAN Coordinator
3	Mr. Aisine Kamara	HIV/AIDs Councillor/Supervisor Coordinator
4	Mr. Amara Brima	National Malaria Control Program Focal Person
5	Mr. Ismael Rogers	Neglected Tropical Diseases Focal Person
6	Mr. Hussin M. Kanu	Assistant M&E Officer/Social Mobilization Officer
7	Mr. Joseph Kalokoh	Yeliboya CHO
8	Mr. John Ngegba	Rokupr CHO

kb

**ANNEX 7: List of Equipment provided by JICA**

No	Date of Purchase	Item	Budget category	Handed over or not	Qty	Location	Using or not / Remarks
1	2008/1/24	Cannon Digital photocopier with Soter ADF	Equipment	x	1	Resource Centre	Using
2	2008/1/29	SIARP Air conditioner	Equipment	x	3	Project Office, Resource Centre	Using
3	2008/1/31	UPS	Equipment	x	1	Project Office	Using
4	2008/2/5	Satellite Internal System	Equipment	x	1	Kambia District Hospital	Using
5	2008/2/5	Wireless router	Equipment	x	1	Kambia District Hospital	Using
6	2008/2/5	700 VA UPS	Equipment	x	1	Kambia District Hospital	Using
7	2008/2/6	Folding Chair	Equipment	x	2 box	Project Office	Using
8	2008/2/6	Projector	Equipment	x	1	Project Office	Using
9	2008/2/6	Safety Box	Equipment	x	1	Project Office	Key was lost while transporting
10	2008/2/6	Office Chair	Equipment	x	4	Project Office	Using
11	2008/2/6	Shredder	Equipment	x	1	Project Office	Using
12	2008/2/6	Filing cabinet	Equipment	x	2	Project Office, Resource Centre	Using
13	2008/2/21	Cannon Automatic Document Feeder	Equipment	x	1	Project Office	Using
14	2008/2/26	Desktop PC	Equipment	x	1	Resource Centre	Out of order
15	2008/2/26	PC screen	Equipment	x	1	Resource Centre	Using
16	2008/2/26	Printer	Equipment	x	1	Resource Centre	Using
17	2008/2/27	Laptop PC	Equipment	x	4	Resource Centre, DMO, M&E office, WATSAN office,	Using
18	2008/2/27	Cannon photocopier	Equipment	x	1	Resource Centre	Using
19	2008/2/27	UPS 3000VA	Equipment	x	1	Resource Centre	Using
20	2008/2/27	Printer	Equipment	x	1	Project Office	Using
21	2008/2/27	External Hard Disc	Equipment	x	1	Project Office	Using

lel



22	2008/3/11	PDA	Equipment	x	18	Project Office	Not in use. Refer other document
23	2008/3/28	Office Fridge Tropical	Equipment	x	1	Project Office	Using
24	2008/3/29	Laptop PC	Equipment	x	1	Project Office	Using
25	2008/3/31	Motorbike	Equipment	x	6	Project Office	Using / Duty free
26	2008/5/28	D-link Wireless Access Point	Local Activity Cost	x	1	Project Office	Using
27	2008/11/17	Wireless PC card	Local Activity Cost	x	1	Project Office	Used in 2008&2009
28	2009/2/13	Motorbike	Local Activity Cost	x	1	Project Office	Using
29	2009/2/23	Desktop PC	Local Activity Cost	x	2	Kambia Project Office	Using
30	2009/8/28	Safety Box	Local Activity Cost	x	1	Kambia Project Office	Using
31	2009/9/11	Desktop PC	Local Activity Cost	x	2	Resource Centre	Using
32	2009/9/18	Office Chair	Local Activity Cost	x	1	Kambia Project Office	Using
33	2009/10/16	Digital Camera	Local Activity Cost	x	1	Kambia Project Office	Using
34	2009/11/6	Generator Battery	Local Activity Cost	x	1	Kambia Project Office	Using
35	2009/11/19	Hard Disk Drive	Local Activity Cost	x	1	Kambia Project Office (Share folder)	Using
36	2010/3/4	Vehicle	Local Activity Cost	x	1	Kambia Project Office	Using
37	2010/3/8	Motorbike	Local Activity Cost	o	10	Kukuna, Kamassassa, Barmoi Munu, Mafufunch, Konta, Mambolo, Rokupr, Mapotolon, DHMT(Oncho), DHMT(HIV)	Using / Duty free
38	2010/3/17	Laptop PC	Local Activity Cost	x	2	Kambia Project Office (Project officer, DMO)	Using

1/2

39	2010/3/17	Colour Printer	Local Activity Cost	×	1	Kambia Project Office	Using
40	2010/3/17	Scanner	Local Activity Cost	×	1	Kambia Project Office	Using
41	2010/3/17	UPS	Local Activity Cost	×	1	Kambia Project Office	Using
42	2010/3/18	Digital Camera	Local Activity Cost	×	1	Kambia Project Office	Using
43	2010/3/26	Basic Medical Equipment	Local Activity Cost	×		PHU	Using
44	2010/3/30	Spare parts for solar fridge	Local Activity Cost	×		Konta PHU	Using
45	2010/3/30	Spare parts for solar fridge	Local Activity Cost	×		PHU	Using
46	2010/3/31	Office Chair	Local Activity Cost	×	2	Kambia Project Office	Using
47	2010/3/31	Spare parts for solar fridge	Local Activity Cost	×		PHU	Using
48	2010/6/30	Solenoid switch	Local Activity Cost	×	1	Kambia Project Office (Generator)	Using
49	2010/12/2 2	Batteries	Local Activity Cost	×	4	Kambia Project Office	Using

**ANNEX 8: Detail of Operational Expenses from the JICA Project Fund**

ITEM/JFY	2007	2008	2009	2010	2011 (Estimation)
Local Activity Cost (Unit: Thousand Yen)	2,254	14,089	28,346	17,150	3,441
Equipment (Unit: Thousand Yen)	10,622	0	0	0	0

lets

**ANNEX 9: List of Counterpart Personnel at the time of the Terminal Evaluation**

No	Name	Designation	Remarks
1	Dr. Brima Osaio Kamara	District Medical Officer (DMO)	2010.08~
2	Dr. Chernor S. Jalloh	Medical Superintendent	2010.01.01~
3	Sister Gladys Yavana	District Health Sister I	To be transferred to Bo in Jan. 2011.
4	Sister Hawa Kallon	District Health Sister II/School Health Program Focal Person	2008.06.04 ~
5	Mr. A. B. Y. Bangura	District Health Superintendent	
6	Sister Frances Pearce	Matron	To be transferred to Kabala in Jan. 2011.
7	Sister Hawa Fofanah	Maternal Child Health Aid Training Coordinator	
8	Mr. Martin C. Massaquoi	District Operation Officer I (E.P.I)	
9	Mr. Alusine Sesay	Monitoring & Evaluation Officer	
10	Mr. Hassan M. Kanu	District Social Mobilization Officer/Assist. M&E Officer/Nutrition Focal Person	
11	Mr. Abdul T. Deen	Water and Sanitation Coordinator	
12	Mr. Kalie H. Kamara	District Storekeeper/Logistic Officer	
13	Mr. Alieu B. Sheriff	District Pharmacist Technician	
14	Ms. Beatrice Nabieu	District Finance Officer	To be transferred to Moyamba in Jan.2011.
15	Mr. Amara Brima	National Malaria Control Program Focal Person	
16	Mr. Alusine Kamara	District HIV/AIDS Counsellor	
17	Mr. Ishmail Rogers	Neglected Tropical Diseases Focal Person/Chairman PHUs Association	
18	Mr. I. A. T. Kamara	Public Relation Officer	
19	Mr. Anthony Sesay	Birth & Deaths Registrar/Hospital Administrator	
20	Mr. Sheku Samba	National Leprosy/TB Control Program Field Supervisor	2009.01.01 ~
21	Ms. Kadie Kande	Nutritionist	2010.04.02 ~
22	Mr. Edison Lahai	District Operation Officer 2	2010.07.~

ks

A NNEX 10: List of Training Activities

No	Name of the training	Period	duration (in # of days)	targets	# participants	Facilitators
Output1	1 First PC Training (Group 1)	June 2008	5	DHMT	5	Lecturer from Njala Univ.
	2 First PC Training (Group 2)	July 2008	5	DHMT	7	Lecturer from Njala Univ.
	3 First PC Training (Group 3)	August 2008	5	DHMT	5	Lecturer from Njala Univ.
	4 First PC Training (Group 4)	November 2008	5	DHMT	4	Lecturer from Njala Univ.
	5 Second PC Training (Group 1)	May 2009	5	DHMT	5	Lecturer from Njala Univ.
	6 Second PC Training (Group 2)	July 2009	5	DHMT	5	Lecturer from Njala Univ.
	7 Second PC Training (Group 3)	July 2009	5	DHMT	7	Lecturer from Njala Univ.
	8 Second PC Training (Group 4)	November 2009	5	DHMT	4	Lecturer from Njala Univ.
9	1 on 1 Follow-up Training on PC	October 2010 – on-going		DHMT	7 (As of 31.01.2011)	Project Secretary Project Coordinator
Output3/4	10 Training on Teamwork and Leadership	December 2008	3	DHMT	23	Lecturer from Njala Univ.
	11 Training on Accounting for Finance Officer	January 2010	1	Finance Officer	1	Finance Officer of DC Japanese Expert
	12 Follow-up Training on Accounting for Finance Officer	February 2010	3	Finance Officer	1	Finance Officer of DC Japanese Expert
	13 Training on HMIS	February 2009	2	PHU staff	16	Japanese Expert
Output5	14 Training on PHU Report (1)	December 2009	3	PHU staff	51	MOHS, DHMT, Japanese expert
	15 Training on PHU Report (2)	December 2009	3	PHU staff	48	MOHS, DHMT
	16 Refresher training of the PHU staff on PHU report	May 2010	3	PHU staff	55	MOHS, DHMT DHMT, Japanese Expert
	17 Training on Supervision and HMIS	September 2010	3	Supervisors and PHU staff	26	DHMT, Japanese experts (2)
	18 Training on Management and Health Planning	January 2009		DHMT	19	Japanese Expert
Output6	19 Workshop on Prioritising Activities of CDHP	July 2009	1	DHMT	25	Japanese Expert
	35 Strengthening linkage between Comm & PHU (1)	April 2009	1	DHMT	14	Japanese Expert
others	36 Strengthening linkage between Comm & PHU (2)	April 2009	1	DHMT	26	Japanese expert
	37 Training on Waste Management	March 2010	1	Hospital & PHC staff	24	MOHS, DHMT
	38 Training on Solar Fridge Maintenance	October 2010	1	PHU staff	29	DHMT, Solar Technician

ke

**ANNEX 11: List of Facilities Improved under the Project and their status as of Jan. 2011**

Facilities	Time completed	Current status
Resource Centre (established by the project)	Around June 2008	2 desktop computers with internet connection and shelves for written materials are provided by the project. The PC breaks down rather frequently. The average monthly running cost including repairs of PC is around USD 1,280.
Physical reorganisation of M&E section	2010	M&E section was moved to a bigger room where the project installed office furniture including shelves for files.
Generator storage at DHMT (built by the project)	2008	Built to house a generator loaned to DHMT. Stands in a good condition.
Motorbike storage at DHMT (built by the project)	2008	Built to house motorbikes given/loaned to DHMT. Stands in a good condition.
Office cubicle in the medical store at DHMT	2010	Set up in the Primary Health Care storage at DHMT as a working space for the Pharmacist. Office furniture provided by the project and stands in a good condition.
Office cubicle for Nutritionist in the main building of DHMT	2010	Set up in the hallway of the main building of DHMT as a working space for the Nutritionist (a new post).
Rehabilitation of incinerator for District Hospital*	2010	Appears to be in good condition but may not be producing enough heat as some of the items are not burnt to ashes, preventing items from falling through the grill into the pit.
Rehabilitation of Konta CHP*	2009	Stands in a good condition, with the community contributing to keeping it clean.
Rehabilitation of Mange Bissan MCHP	2008-2009 Handed over in Aug 2009	Stands in a good condition and well utilised. The community built the fences around the building and the water well and also help in keeping the facility clean. The building is found to be too small, not providing sufficient waiting and working spaces.
Rehabilitation of Kamagbewu MCHP	2008-2009 Handed over in Jun. 2009	Stands in a good condition and well utilised. The community contributed in maintenance, including building fences, repairing the water well and cleaning. The incinerator suffers from a broken lid (burnt). The solar-fridge is working but not the freezer.

\* Identified as priorities during the PCM exercise, for which the project availed some funds to put the theory into practice.

lck

## **ANNEX 12: Outline of the structure of supervision in Kambia DHMT as of Dec. 2010**

### **Supervisors:**

The district is divided into 11 zones, each of which contains 4 to 8 PHUs and supervised by its respective "Zonal Supervisor", who is either a CHO or a DHMT member. The Zonal Supervisors are to make a supervisory visit to the PHUs in his/her zone once a month.

A "DHMT Supervisor" is assigned to each of the seven chiefdoms to supervise the zonal supervisors. The DHMT supervisors are to visit all the PHUs in the assigned chiefdom once in three months accompanied by the zonal supervisors.

### **Tools:**

Supervisors are equipped with the comprehensive supportive supervision checklist and "The Guidelines for Supervision Activities" developed under this project. Lists of checkpoints for reviewing the PHU reports and LMIS have also been distributed to the supervisors. After the visits, the used checklists are kept in the M&E section through the supervision coordinator.

### **Reporting and follow-up:**

The checklists filled during the field supervision are to be submitted from a zonal supervisor to his/her DHMT supervisor. The DHMT supervisors are to make "chiefdom summaries" to be presented in the regular DHMT meetings to share the findings and discuss possible means for resolving problems with other DHMT members.

The currently practiced is, however, verbal reporting by DHMT supervisors at DHMT meetings without any written reports. The chiefdom summaries are produced but not regularly. The DHMT meetings discuss the matter and decide on the course of actions to be taken, which are recorded in the DHMT meeting minutes. The follow-up to the actions for the identified issues is done as "a matter arising from the previous meeting".

**ANNEX 13: List of Meetings related to the Health Sector in which the Project participated as of Nov.2010**

**(1) Meetings related to the health sector**

No.	Name of meetings	Date	Organizer	Participants
1	Social Protection Policy	2009.1.22	NaCSA	Team from F/T, JICA
2	Open Information Board	2009.5.25	Action Aid	Dist. Mngr., Action Aid, JICA,
3	Voice of Women Advocacy	2009.6.23	VWA Group	DC, DHMT,WFP,ABC,UNICEF
4	Commissioning of Structure	2009.8.7	NaCSA	Hon.I.Sorie,DC, PC,JICA,SLP
5	Symbolic Reparation Ceremony	2009.8.14	NaCSA	JICA, DC,PC
6	Advocacy and stakeholders	2009.9.22	SLUPP.	DC, ABC,Action Aid,PC,JICA
7	Workshop Restore Hope'	2009.10.17	Polio Group	NGOs, DHMT, JICA, DC, CSM,
8	Mat. & Mortality Campaign	2009.9.22	Amnesty Int.	DC,PC,CBOs,NGOs
9	State of Human Rights Report	2009.10.13	IIRCSL	DC, SLP,RSLF,ONS,CSM
10	Planning meeting/workshop	2009.10.5	FHADA	DC,DMO,PC,NGO Reps.
11	Dialogue Forum	2009.10.8	Action Aid	DC, PC,ONS,NGO Reps.,CSM
12	Convention on Rights of Children	2009.11.5	SDO,CAWec	DC,DMO,PC,NGO Reps.
13	Commissioning of Market	2009.11.17	KDC/NaCSA	NGOs, DHMT, JICA, DC, CSM,
14	Launching of war victims Trust Fund	2009.12.5	KDC	NGOs, DHMT, JICA, DC, CSM,
15	Blood Donor's award ceremony	2009.11.30	B. Donor's Club	DC, PC, JICA,SLTU, JICA, CSM
16	Commemoration of World AIDS' Day	2009.12.1	AIDS Committee	NGOs, DHMT, JICA, DC, CSM,
17	UDIIR Day celebration	2009.12.10	HR Committee	DC, PC, CSM, JICA
18	African Peer Review Mechanism	2009.12.14	CSM	DC, NGOs, DHMT, JICA
19	Early Warning and Preventive Action	2010.1.27	WANEP-SL	Dr. Hideaki Shinoda, PC, ONS,
20	Sexual Reproductive Health	2010.4.30	Marie Stopes	NGOs, DHMT, JICA, DC, CSM,
21	HIV/AIDS Sensitization	2010.5.23	CSE	NGOs, DHMT, JICA, DC, CSM,
22	Commissioning of CHP at Kania	2010.6.8	NaCSA	PC,DHMT,JICA, CSM
23	Dialogue meeting on M. Mortality	2010.6.18	WRAG	DC, NGOs, DHMT, JICA
24	Dialogue Forum & information Dev.	2010.10.2	CCSHRA-SL/FAO	FAO Rep.,DAO, DC,CSM,JICA
25	Health Committee meeting	2010.8.6	Kambia Appeal	DHMT, JICA, Hospital staff
26	Door to Door -FHC Service for U 5s	2010.8.13	ABC Development	DHMT, CARE, CSM, NGOs
27	Validation meeting of NA Secretariat	2010.8.22	KDC Hall	NAS, NGO,DHMT, DC
28	Marie Stopes - Family Planning	2010.8.24	Marie Stopes	NGOs, DHMT, JICA, DC, CSM,
29	SLRC Graduation ceremony	2010.9.18	SLRC Society	DC,DHMT,NGOs, CSM, PC
30	Family Planning for M.Mortality	2010.9.24	Marie Stopes	NGOs, DHMT, JICA, DC, CSM,
31	Planning for World AIDS Day	2010.9.28	NAS/DAC	DHMT, HIV IPs,JICA, SLP,RSLAF
32	HIV/AIDS Strategic planning meeting	2010.10.22	NAS/DAC	DHMT,Ips,JICA, NGOs, SLP,

108

**(2) Other regular meetings in which the Project participated**

<b>No.</b>	<b>Name of meetings</b>	<b>Date</b>	<b>Organizer</b>	<b>Particlpants</b>
1	Development Coordination Forum	2008.11.19	NaCSA Office	District Council
2	Development Coordination Forum	2010.2.22	KDC Hall	District Council
3	Development Coordination Forum	2010.3.31	KDC Hall	District Council
4	Development Coordination Forum	2010.4.28	KDC Hall	District Council
5	Development Coordination Forum	2010.4.29	KDC Hall	District Council
6	Development Coordination Forum	2010.6.1	KDC Hall	District Council
7	Development Coordination Forum	2010.7.29	KDC Hall	District Council
8	Development Coordination Forum	2010.10.28	KDC Hall	District Council
9	Development Coordination Forum	2010.11.18	KDC Hall	District Council

ke



2. PDM (version 2)

事業対象者: カンビア県保健局 (Kambia District Health Management Team)

主要関係者: カンビア県議会、カンビア県地域保健所、カンビア県内のコミュニティ、保健衛生省、内務省地方自治局 (MIALGRD)、財務開発省 (MOFED)

(最終) 受益者: カンビア県に居住する住民

項目	概要	指標	確認手段	外部要因
上位目標	カンビア県住民の保健状況が改善する	5歳以下乳幼児及び妊産婦死亡率	保健管理情報システム (HMIS)	
プロジェクト目標	<p>1. 県保健局、地域保健所、県議会が、コミュニティの保健ニーズを汲み取り(サービスに反映させる)より高い行政能力を備えることによって、質の高い、公平な保健サービスを提供する体制が強化されること(杉下氏による改定後)</p> <p>2. コミュニティのニーズに基づいた保健サービスを提供するためのカンビア県保健行政能力が強化される(初期PDM)</p>	県保健計画の内容が向上すること	保健衛生省、県議会、及び県保健局による質的評価	十分な保健予算がカンビア県に割り当てられること
成果	1. 県保健局の管理運営能力が向上する	1-1. 各研修の参加者数 1-2. 各研修の達成評価結果	達成評価書	<p>1. 国家保健政策とプロジェクト目標との整合性が維持される</p> <p>2. 地方分権が継続的に浸透する</p> <p>3. 研修機関と研修指導者が手配可能な状況にある</p> <p>4. 保健人材の移動が頻繁にない</p> <p>5. プロジェクトの主要窓口となる人の役割が機能する</p>
	2. 県保健局及び地域保健所の執務環境が改善、維持される	リソースセンターの利用者数	利用者記録	
	3. 包括的な支持的監督システムが強化され、効果的に実施される	県保健局に提出されたチェックリストの数	県保健局主催の会議(記録)	
	4. 地域保健所から県保健局への報告業務管理が強化され、効果的に実施される	最低限必要な情報を含んだ保健所からの報告書数	保健所からの報告書	
	5. 県保健計画策定システムが強化される	県保健計画策定に関与した関係者の人数	完成した保健計画	
	8. 県保健局と、県議会、地域保健所、その他関係者との連携が強化される	定期開催された会議の数	1. 各会議の議事録 2. 定期報告書	

Target Group: Kambia District Health Management Team

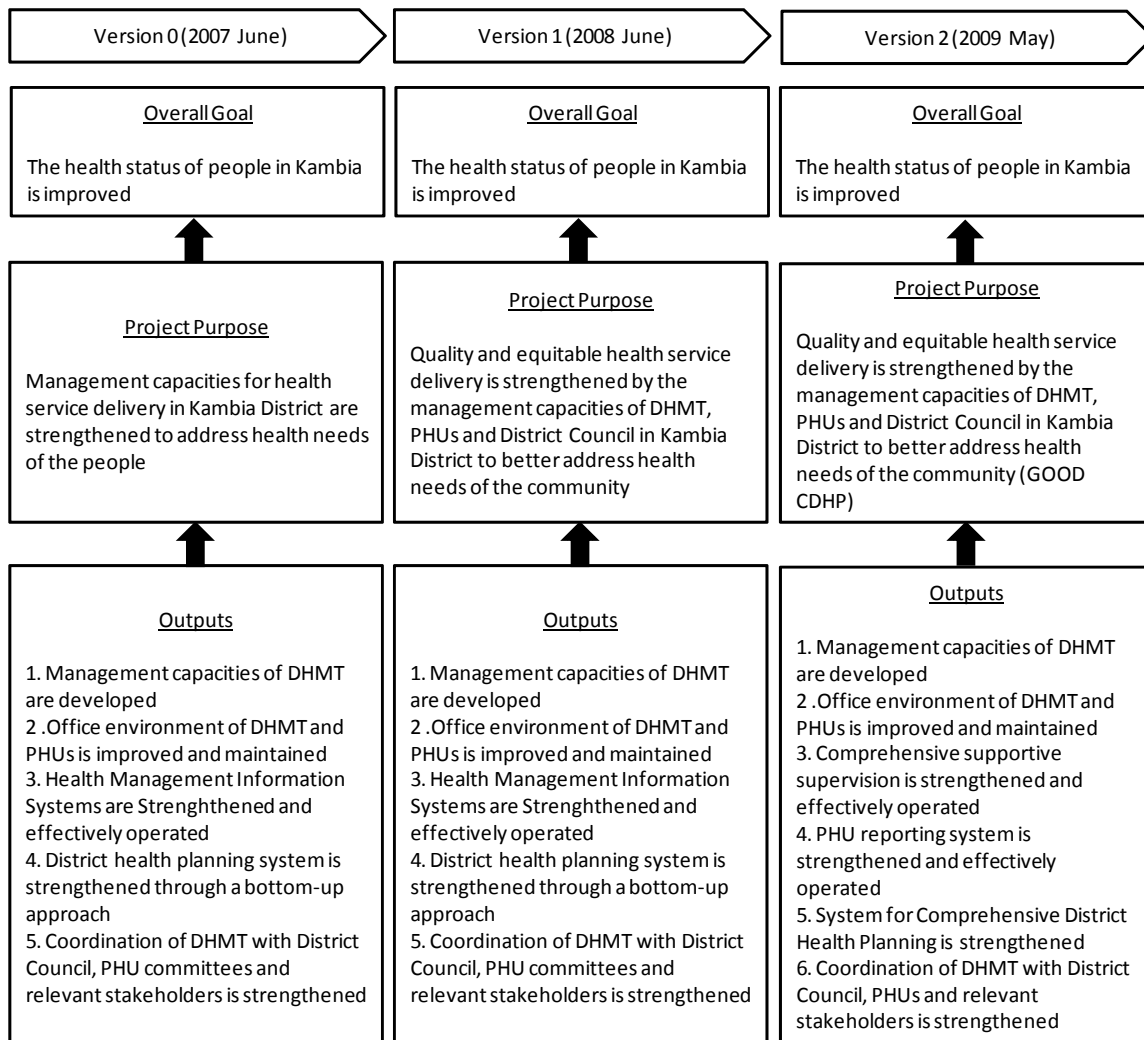
Participating agencies: Kambia District Council, Kambia PHUs, Communities in Kambia District, MOHS, MIALGRD, MOFED

Beneficiary: People in the whole district of Kambia

Item	Narrative Summary	Verifiable indicator	Means of verification	Important assumption
<b>Overall Goal</b>	<b>The health status of people in Kambia is improved</b>	Infant, under 5 and maternal mortality rate	HMIS	
<b>Project Purpose</b>	<b>Quality and equitable health service delivery is strengthened by the management capacities of DHMT, PHUs and District Council in Kambia District to better address health needs of the community (GOOD CDHP)</b>	Quality of CDHP is improved.	Qualitative assesment by MOHS D.C. DHMT	Health budget in Kambia District is adequately allocated
<b>Outputs</b>	<b>1. Management capacities of DHMT are developed</b>	1-1. Number of trained people at each training 1-2. The result of achievement assessment in each training	1. Training acheivement assessment	1. National Health Policies maintained in lines with the project purpose 2. Decentralization is continuaously promoted 3. Trainign Institution and tutors are available 4. Staff transfer is not so frequent 5. The role of Project's focal people is functioned
	<b>2. Office environment of DHMT and PHUs is improved and maintained</b>	Number of user of Resource Centre	Resource center user record	
	<b>3. Comprehensive supportive supervision is strengthened and effectively operated</b>	Number of checklist submitted to DHMT meeting	Minute of DHMT meeting	
	<b>4. PHU reporting system is strengthened and effectively operated</b>	Number of PHU report qualified by minimum requirement	PHU Report	
	<b>5. System for Comprehensive District Health Planning is strengthened</b>	Total number of people involved in the process of CDHP	Completed CDHP	
	<b>6. Coordination of DHMT with District Council, PHUs and relevant stakeholders is strengthened</b>	Number of meeling regularly conducted	1. Each meeting minutes 2. Occasion report	

### 3. PDM の変遷図

Version 0 から Version1 への変更の際、Activity の中の Referral に関する活動は削除された。



#### 4. プロジェクトデザインの課題

1	プロジェクトのスコープ	県保健局の能力とカンビア県の生活事情を考慮に入れると、予定された予算（プロジェクト期間及び当初予定された日本人専門家の投入）では達成できないようなプロジェクト内容であった。プロジェクトの焦点が絞られていなかったため、多方面に活動が広がり、各成果の達成レベルが低くなる結果となった。運営指導調査時に、県保健計画へのボトムアップアプローチが削除され、3年間で実現可能なサイズにプロジェクトスコープが狭められるとともに投入の追加が行われた。
2	プロジェクト目標におけるマネジメント能力の定義	強化するマネジメント能力の定義の特定化がされていなかった。運営指導調査時に、プロジェクト目標が狭められた結果、初めて「県保健計画を策定するのに必要なマネジメント能力」と特定された。
3	成果1におけるマネジメント能力の定義	成果1のマネジメント能力が明確に定義されていないため、他の成果及びプロジェクト目標（県保健計画を策定するマネジメント能力）との区別が困難である。
4	プロジェクト目標	PDM2で目指した県保健局のマネジメント能力は、県保健計画を形成することに焦点が絞られており、指標も「県保健計画の質が向上すること」と設定されたが、文言には以下のように様々なレベルの項目が含まれていたため、プロジェクトの目指すものが分かりにくく、日本人専門家の中でも異なる見解が見受けられた。 1) 一般的なマネジメント能力の強化 2) 県保健計画策定のための能力強化 3) (マネジメント能力が強化された結果としての) 保健サービス提供の強化 更に対象者も下記の通り複数含まれている 1) 県保健局 2) 村落診療所 3) 県議会
5	上位目標	プロジェクト目標内に見られる因果関係から、「保健サービス提供の向上」が本プロジェクトの上位目標として適当であったと思われる。本プロジェクトで設定された上位目標は、本来であればスーパーゴールレベルに該当する。
6	指標	指標が、必ずしも各成果及びプロジェクト目標に対応したものではなかった。例：成果2（執務環境の改善）の指標→リソースセンターの利用者数
7	目標値	目標値が設定されていなかったため、本プロジェクトの効果を客観的に測ることが出来なかった。
8	ベースライン	キャパシティアセスメントがプロジェクト開始前に実施されておらず、またベースライン調査も活動に含まれていなかったため、本プロジェクトの効果を客観的に測ることができなかった。ベースライン調査の過程でニーズを拾い上げ、必要となる研修がカウンターパートと共同で計画されていれば、オーナーシップの向上に貢献していたと推定される。
9	エグジット・ストラテジー（出口戦略）	終了時評価時に C/P とともに今後のエグジット・ストラテジー（出口戦略）について検討を行ったものの、プロジェクト実施中においても出口戦略の視点がより含まれていれば、持続性が高まったと思われる。

