

シエラレオネ共和国
サポーターティブスーパービジョンシステム
強化プロジェクト
詳細計画策定調査／実施協議調査
報告書

平成 24 年 12 月
(2012 年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

人間
J R
13-033

シエラレオネ共和国
サポーターティブスーパービジョンシステム
強化プロジェクト
詳細計画策定調査／実施協議調査
報告書

平成 24 年 12 月
(2012 年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

序 文

シエラレオネ共和国では、1991年から約10年間続いた内戦の影響により、経済、社会、保健システムが大きく疲弊しました。保健指標は周辺国と比べて低く、保健サービスへの住民のアクセスは政府の母子保健サービス無料化政策により近年改善されてきているものの、保健サービスの質は依然として問題となっています。

この状況を踏まえ、シエラレオネ共和国政府は、保健行政機関の監督指導及び医療施設による保健サービス改善のための技術協力プロジェクトをわが国に要請しました。

これを受けて独立行政法人国際協力機構（JICA）は、2012年6月に詳細計画策定調査団を派遣し、プロジェクトの要請背景などを調査するとともに、シエラレオネ共和国政府及び関係機関との間で協力計画について協議を行いました。

本報告書は、詳細計画策定調査団による調査結果及びその後の実施協議の結果を取りまとめたものです。

ここに、本調査を実施するにあたりご協力を賜りました関係各位に深く感謝申し上げます。

平成24年12月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 萱島 信子

目 次

序 文
目 次
地 図
写 真
略語表

事業事前評価表

第1章 詳細計画策定調査の概要	1
1-1 調査の背景	1
1-2 調査の目的	1
1-3 調査団員	2
1-4 調査日程	2
1-5 主要面談者	3
第2章 保健セクターの概要	5
2-1 母子保健の現状	5
2-1-1 子供の健康	6
2-1-2 リプロダクティブヘルス	7
2-2 保健政策	9
2-2-1 貧困削減戦略文書 II (PRSP-II)	9
2-2-2 国家保健セクター戦略計画 (NHSSP)	10
2-2-3 リプロ・新生児・小児保健 (RNCH) に係る政策・戦略	10
2-2-4 保健サービスの無料化	11
2-3 保健医療サービス提供の構造	11
2-3-1 保健衛生省 (MoHS)	12
2-3-2 県保健管理局 (DHMT)	12
2-3-3 サービス提供基準と課題	13
2-4 保健分野における主要開発パートナーの援助動向	14
2-4-1 主要開発パートナーの取り組み	15
2-4-2 援助協調の枠組み	19
第3章 プロジェクト基本計画	21
3-1 プロジェクト計画策定のプロセス	21
3-1-1 スーパービジョンに係るこれまでの取り組み	21
3-1-2 フィールド調査	22
3-1-3 対象県の選定	22
3-2 プロジェクト基本計画の内容	23

3-2-1	プロジェクトの概要	23
3-2-2	プロジェクトの枠組み	24
3-2-3	実施体制	30
3-3	プロジェクト実施上の留意事項	31
第4章	プロジェクトの事前評価	34
4-1	妥当性	34
4-2	有効性	34
4-3	効率性	35
4-4	インパクト	36
4-5	持続性	36
第5章	実施協議	38
付属資料		
1.	面談者リスト	41
2.	国家保健戦略（NHSSP 2010-2015）に指摘される保健システム上の課題	46
3.	保健衛生省組織図	48
4.	保健セクター援助協調の仕組み	49
5.	対象候補7県の実地調査結果概要	50
6.	プロジェクト現地予算概算	53
7.	詳細計画策定調査団 協議議事録（M/M）	54
8.	討議議事録（R/D）	61
9.	PDM（和文・英文）	72
10.	PO（和文・英文）	76

地 図



写真



井戸が壊れているため、雨水を利用
Bombali Masangbo CHC (一次医療施設)



乳幼児健診
Port Loko New Maforki CHP (一次医療施設)



改修中の県病院
Port Loko



ワクチン保存用ソーラー式冷蔵庫
Bo Gerihun CHC (一次医療施設)

		VACCINATION SCHEDULE 2012											
		MONTHS / DATES											
OUT REACH FIXED REACH	GERIHUN												
	KWELLU	4	1	7	4	2	6	4	1	5	3	7	
	TOBANSA	11	8	14	11	9	13	11	8	12	10	14	
	MATAMA	18	15	21	18	16	20	18	15	19	17	21	
		25	22	28	25	23	27	25	22	26	24		

予防接種のアウトリーチプログラム表
Bo Gerihun CHC (一次医療施設)



Pujehun Gbondapi PHU (一次医療施設)



産前健診 待合室
Moyamba Junction CHC (一次医療施設)



Moyamba Junction CHC (一次医療施設)



Moyamba 県保健管理局



保健大臣との署名文書交換

略 語 表

略語	英文	和文
AfDB	African Development Bank	アフリカ開発銀行
BADEA	Arab Bank for Economic Development in Africa	アフリカ経済開発アラブ銀行
BCC	Behavior Change Communication	行動変容コミュニケーション
BEmONC	Basic Emergency Obstetric and Newborn Care	基礎的緊急産科・新生児ケア
BPEHS	Basic Package of Essential Health Services	必須保健サービスの基礎的パッケージ
CEmONC	Comprehensive Emergency Obstetric and Newborn Care	包括的緊急産科・新生児ケア
CHA	Community Health Assistant	コミュニティヘルスアシスタント
CHC	Community Health Center	コミュニティヘルスセンター
CHP	Community Health Post	コミュニティヘルスポスト
CHW	Community Health Worker	コミュニティヘルスワーカー
CHO	Community Health Officer	コミュニティヘルスオフィサー
CMO	Chief Medical Officer	首席医務官
C/P	Counterpart	カウンターパート
DC	District Council	県政府
DFID	Department for International Development	英国国際開発省
DHIS	District Health Information System	県保健情報システム
DHMT	District Health Management Team(s)	県保健管理局
DHL	Directorate of Hospitals and Laboratories	病院・検査局
DHS	Demographic and Health Survey	人口保健調査
DHS	District Health Sister	県看護師長
DIC	Directorate of Information and Communication	情報伝達局
DMO	District Medical Officer	県保健管理局長
DN	Directorate of Nursing	看護局
DP	Development Partner(s)	開発パートナー
DPHC	Directorate of Primary Health Care	プライマリーヘルス局
DPP	Directorate of Policy and Planning	政策計画局
DPPI	Directorate of Policy, Planning and Information	政策計画情報局
DRCH	Directorate of Reproductive and Child Health	母子保健局
DSDP	Decentralized Service Delivery Project	サービス提供の地方分権化プロジェクト
EPI	Expanded Programme on Immunization	拡大予防接種プログラム

EU	European Union	欧州連合
FBO	Faith-Based Organization	信仰に基づく団体
FHCI	Free Health Care Initiative	フリーヘルスケア・イニシアティブ
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization	ワクチンと予防接種のための世界同盟
GFATM	Global Fund to Fight AIDs, Tuberculosis and Malaria	グローバルファンド
GNI	Gross National Income	国民総所得
GoSL	Government of Sierra Leone	シエラレオネ政府
HC	Health Compact	保健協定
HIMS	Hospital Information System	県病院における情報管理システム
HMIS	Health Management Information System	保健管理情報システム
IDW	Integrated Data Warehouse	中央における情報統合設備
IMNCI	Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness	新生児・小児疾患の統合的管理
ISSV	Integrated Supportive Supervision	統合的サポータティブスーパービジョン
ITN	Insecticide Treated Nets	殺虫剤処理済み蚊帳
IUD	Intrauterine Device	子宮内避妊器具
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
JPWF	Joint Programme of Work and Funding	合同事業予算計画
LMIS	Logistic Management Information System	ロジスティック管理情報システム
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
MCHP	Maternal and Child Health Post	母子保健ポスト
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
M&E	Monitoring and Evaluation	モニタリング・評価
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey	複数指標クラスター調査
M/M	Minutes of Meeting	ミニッツ（協議議事録）
MNCH	Maternal, Newborn and Child Health	周産期・新生児・小児保健
MoHS	Ministry of Health and Sanitation	保健衛生省
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NHSSP	National Health Sector Strategic Plan	国家保健セクター戦略計画
NPPU	National Pharmaceutical Procurement Unit	国立医薬品調達局
NTD	Neglected Tropical Diseases	顧みられない熱帯病
PBF	Performance-Based Financing	成果に比したインセンティブの支給
PCM	Project Cycle Management	プロジェクト・サイクル・マネジメント

PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PHU	Peripheral Health Unit	一次医療施設（総称）
PO	Plan of Operation	活動計画表
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper	貧困削減戦略文書
PS	Permanent Secretary	次官
RCH	Reproductive and Child Health	リプロダクティブ・小児保健
RCHP	Reproductive and Child Health Programme	リプロダクティブ・小児保健プログラム
RED	Reach Every District	「すべての地域に支援を」戦略
RNCH	Reproductive, Newborn and Child Health	リプロ・新生児・小児保健
SARA	Service Availability and Readiness Assessment	サービス提供体制・状況調査
SECHN	State Enrolled Community Health Nurse	コミュニティ保健師
SLDHS	Sierra Leone Demographic and Health Survey	シエラレオネ人口保健調査
SRN	State Registered Nurse	国家資格をもつ看護師
STI	Sexually Transmitted Infections	性感染症
TMT	Top Management Team	保健衛生省幹部チーム
TWG	Task Working Group	技術部会
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
WB	World Bank	世界銀行
WHO	World Health Organization	世界保健機関

事業事前評価表

1. 案件名

国名：シエラレオネ共和国

案件名：サポータティブスーパービジョンシステム強化プロジェクト

Project for Strengthening Supportive Supervision System

2. 事業の背景と必要性

(1) 当該国における保健セクターの現状と課題

シエラレオネ共和国（以下、「シ」国と記す）では、1991年から続いた内戦が2002年に終結したものの、長引く内戦により国家の経済、社会、保健システムは大きな影響を受けた。「シ」国の5歳未満児死亡率185（出生1000対）¹及び妊産婦死亡率860（出産10万対）²は、サブサハラ・アフリカ諸国の平均と比較しても高い³。2010年、大統領の強いリーダーシップにより、妊娠中、授乳中の母親、及び5歳未満児への保健医療サービスを無料提供する「フリーヘルスケア・イニシアティブ」が導入され、加えて、多くの援助機関が母子保健分野への支援を行っていることから、母子保健を含む一次保健医療サービスへのアクセス状況は大きく改善された。例えば、同イニシアティブ導入後、医療施設を利用する子供の数は2.5倍に増加している⁴。しかしながら、保健医療サービスの質についてはまだ十分ではないと考えられている。その理由としては、急速な患者数の伸びに保健医療サービス提供機関が対応しきれない状況があり、その背景には、保健行政及び保健医療サービス提供機関への監督指導が不十分であり、また監督指導の結果が課題の解決に効果的につなげていないことが指摘されている⁵。このため、単に欠点を指摘する監督指導ではなく、課題の解決につながる支援も含めたサポータティブスーパービジョン⁶体制強化の取り組みが必要とされている。

(2) 当該国における保健セクターの開発政策と本事業の位置づけ

「シ」国政府は、2009年に策定した国家保健戦略計画（2010～2015年）において、全国民に裨益する国家保健システム及び母子保健サービスの強化という構想の下、サポータティブスーパービジョンによる保健サービスの質改善を掲げている⁷。また、保健セクターにおける3年間の業務資金合同計画（Joint Programme of Work and Funding 2012-2014）においても、保

¹ World DataBank（Level & Trends in Child Mortality. Report 2011. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality）。2008年。

² World DataBank（UNICEF, State of the World's Children, Childinfo, and Demographic and Health Surveys by Macro International）。2008年、国家推計。

³ World DataBankにて調査可能なサブサハラ・アフリカ諸国の平均は、それぞれ111（2008年、47カ国）と528（2006～2010年、28カ国34データ）。

⁴ 「シ」国保健衛生省（2012年）“2010 Health Sector Performance Report”, p.9

⁵ 「シ」国保健衛生省からの要請書（2011年）。

⁶ 欠点を指摘する従来型の監督指導に対し、サポータティブスーパービジョンは、被監督者の動機が高まるように、被監督者が自分自身で課題を解決できるような環境を提供することをめざす。

⁷ 「シ」国保健衛生省（2009年）“National Health Sector Strategic Plan 2010-2015”。例えば19、39ページ。

健衛生省による県保健管理局の、そして県保健管理局による保健医療施設の監督指導強化を推進していくことが明記されている⁸。

(3) 保健セクターに対するわが国及び JICA の援助方針と実績

わが国の「対シエラレオネ国事業展開計画（2009年）」には、援助重点分野として「経済・社会基盤整備」が掲げられ、同重点分野に位置づけられる「基礎生活サービスの改善プログラム」は保健分野への支援を含んでいる。また、サポーターズスーパービジョンを含む保健システムの強化は、わが国の「国際保健政策 2011-2015」及び JICA の「保健分野の協力－現在と未来－（2010年）」記載の保健協力方針に合致している。

わが国及び JICA は、2008年から2011年まで「シ」国カンビア県において「地域保健改善プロジェクト（技術協力プロジェクト）」を実施し、県レベルにおけるサポーターズスーパービジョンのツールの作成支援などを行った。その後、個別専門家（保健分野の統合的スーパービジョン強化、2011～2012年）を派遣し、中央レベルにおけるツールの作成支援なども行った。

(4) 他の援助機関の対応

「シ」国の保健セクターでは、英国国際開発省、国連諸機関、世界銀行、アフリカ開発銀行、欧州連合などの主要援助機関が、国家保健戦略計画の実施を支援している。これらの協力においても、保健システム強化と母子保健の改善が重視されている。

3. 事業概要

(1) 事業目的（協力プログラムにおける位置づけを含む）

本事業は、①全13県の県保健管理局に対する保健衛生省の支援能力の強化、②一次医療施設⁹に対する対象4県の県保健管理局の統合的サポーターズスーパービジョン（ISSV）¹⁰ サイクル¹¹ 実施能力の強化、③対象4県の県保健管理局が選定した一次医療施設における母子保健サービスの改善¹²により、保健衛生省及び13県保健管理局によるISSVサイクルの強化を図り、もってすべての一次医療施設において提供される母子保健サービスの改善に寄与するものである。

(2) プロジェクトサイト／対象地域名

成果1（全13県の県保健管理局に対する保健衛生省の支援能力強化）に関連する活動の対象地域は全国。成果2及び3（対象4県の県保健管理局のISSVサイクル強化、及び同4

⁸ 「シ」国保健衛生省（2012年）“Joint Programme of Work and Funding（JPWF）2012-2014”。15、17ページ。

⁹ Peripheral Health Unit（PHU）

¹⁰ 統合的サポーターズスーパービジョン（Integrated Supportive Supervision：ISSV）とは、母子保健やマラリアなどの「縦割りプログラム」別に監督指導が実施される従来型のサポーターズスーパービジョンに対し、効率化を図るためにも右プログラムを横断的に統合したサポーターズスーパービジョンのこと。

¹¹ 本プロジェクトでは、ISSVサイクルを、「事前会議、スーパービジョンのための訪問（訪問指導）、事後会議、活動計画の策定と実施、次回のスーパービジョン時におけるフィードバック、次年度の年間計画への関連課題の反映」と定義している。

¹² 小規模プロジェクトにより実施される予定。

県保健管理局が選定した一次医療施設における母子保健サービス改善)に関連する活動の対象地域は、ボンバリ県、トンコリリ県、モヤンバ県、プジョン県の4県¹³。

(3) 本事業の受益者(ターゲットグループ)

保健衛生省内でスーパーバイザーとして選定される省員¹⁴(約39名)、全13県の県保健管理局の職員(約325名)、全13県の一次医療施設の職員(約3,030名)、全国の5歳未満児(約95万人)及び妊産婦・授乳婦(約23万人)。

(4) 事業スケジュール(協力期間)

2013年4月～2017年3月を予定(計48カ月)

(5) 総事業費(日本側)

約4.1億円

(6) 相手国側実施機関

保健衛生省(プライマリーヘルス局、政策計画局、母子保健局)及び対象4県(ボンバリ県、トンコリリ県、モヤンバ県、プジョン県)の県保健管理局

(7) 投入(インプット)

1) 日本側

① 専門家: 総括/モニタリング・評価 8 MM (Man Month; 人月)、保健システム強化 24 MM、保健人材開発/教材開発/母子保健 24 MM、業務調整 24 MM

② 資機材: 車両、バイク、オフィス用品など

③ 現地活動費: 約7,700万円

保健衛生省によるISSV実施に関する交通費(車両レンタル代、燃料代)、ワークショップ/会議費用、ISSVツールの開発・印刷費用、日本人専門家用の運転手とアシスタント、日本人専門家用車両の維持管理費用及び燃料代、対象4県における小規模プロジェクトの実施費用など

2) 「シ」国側

① カウンターパート(C/P)の人材配置

プロジェクト・ダイレクター: 保健衛生省首席医務官

プロジェクト・マネジャー: 保健衛生省プライマリーヘルス局長

C/P: 政策計画局長、母子保健局長、対象4県の県保健管理局長 約6名

② 保健衛生省内におけるプロジェクト事務所用スペース(執務室)

③ ローカルコスト: 保健衛生省及び県保健管理局職員の諸手当(ISSV実施の際の日当・宿泊費を含む)、プロジェクト事務所の電気・水・電話などの諸経費、机・イス・棚

¹³ 対象4県は、JICAの安全基準、他の援助機関の活動有無、過去のJICA事業の有無、県保健管理局の能力を基に、「シ」国側と協議のうえ選定した。

¹⁴ 現時点では、局長、看護師、モニタリング・評価担当官の3人×全13県で、約39名がスーパーバイザーとして選定されることを想定している。

などの事務用家具、対象4県の県保健管理局に供与する車両とバイクの利用にかかる費用（登録料、保険料、維持管理費、運転手代、燃料費等）、成果2及び3に関連する活動の対象外となる9県の県保健管理局に対するISSV能力強化に関する費用

(8) 環境社会配慮・貧困削減・社会開発

1) 環境に対する影響／用地取得・住民移転

①カテゴリ分類：C

②カテゴリ分類の根拠：環境への望ましくない影響はほとんどないと考えられる。

2) ジェンダー・平等推進／平和構築・貧困削減

悪影響はほとんどないと考えられる。

3) その他

特になし

(9) 関連する援助活動

1) わが国の援助活動

わが国及びJICAは、「地域保健改善プロジェクト（技術協力プロジェクト、2008～2011年）」及び「保健分野の統合的スーパービジョン強化（個別専門家、2011～2012年）」にて、中央及び県レベルにおけるサポータティブスーパービジョンのツールの作成を支援した。今後は、これらのツールの定着及びツールを利用しての保健サービスの質の向上が求められているところ、本案件の実施が期待されている。

2) 他ドナー等の援助活動

ワクチンと予防接種のための世界同盟（GAVI）及び欧州連合／国連児童基金（UNICEF）が保健システム強化の一環としてサポータティブスーパービジョンを支援する予定がある。これらの支援が成果2及び3に関連する活動の対象外となる9県への支援などにつながれば本事業との相乗効果が期待できる。一方、事業の重複は避けるように留意する。

4. 協力の枠組み

(1) 協力概要

1) 上位目標：全一次医療施設において提供される母子保健サービスが改善される。

指標：1. サービスの利用可能性・準備評価（SARA¹⁵）指標の向上（具体的には、訓練されたサービス従事者の配置状況、母子保健サービス提供のための施設・機材の整備状況、利用可能な検査や必須医薬品の数などの指標）。

2. 一次医療施設を対象としたISSVチェックリスト¹⁶の評点の向上（具体的には、サービス従事者の母子の健康に関する正しい知識、ワクチンや薬の保管状況、

¹⁵ WHOによる Service Availability and Readiness Assessment（SARA）。

¹⁶ 一次医療施設を対象としたISSVチェックリストは、マネジメント分野（職員の出席管理、財務・経理、ロジスティックス・在庫管理など）、プログラム分野〔予防接種、新生児・小児疾患の統合的管理（IMNCI）、栄養、安全な出産とリプロダクティブヘルス、サーベイランス、エイズ、マラリア、結核、顧みられない熱帯病（NTD）など〕、及び保健マネジメント情報システム分野（データの質と在庫管理データ）の3分野のチェック項目から構成されている。

家族計画や産後健診が正しく提供されているか、患者の情報が正しく記録されているかなどに関する評点)。

- 2) プロジェクト目標：一次医療施設において提供される母子保健サービス改善のために、保健衛生省及び全 13 県の県保健管理局による ISSV サイクルが強化される。

- 指標：1. 保健衛生省が ISSV サイクルの全活動を実施する。
2. 13 県のうち 10 県の県保健管理局が ISSV サイクルの全活動を実施する。
3. 県保健管理局を対象とした ISSV チェックリスト¹⁷の評点の向上[具体的には、最低限 (3 カ月分) のワクチン薬や医薬品を備えているか、妊産婦死亡の事例を調査しているか、前回のスーパービジョンの結果を一次医療施設にフィードバックしているかなどに関する評点]。

3) 成果及び活動

成果 1：保健衛生省による全 13 県の県保健管理局を支援する能力が強化される。

指標 1-1 保健衛生省のスーパーバイザーの 90%が十分な ISSV 能力を保有する。(「十分な ISSV 能力」についてはプロジェクト開始後に定義する。)

指標 1-2 保健衛生省によるスーパービジョンの実施・カバー率 (100%、つまり 13 県の県保健管理局が、毎年各 4 回、保健衛生省の ISSV スーパーバイザーから訪問指導を受ける)。

指標 1-3 各回の ISSV 後に策定される活動計画のうち 80%以上が着手される。

活動 1-1 保健衛生省が、県保健管理局と一次医療施設を対象とした ISSV ツール(チェックリスト及びガイドライン)を完成させる (ISSV サイクル上の活動を既存の県保健管理局のチェックリストに織り込む)。

活動 1-2 保健衛生省がツール (チェックリスト、ガイドライン)を印刷し、関係機関に配布する。

活動 1-3 保健衛生省が日本人専門家と共に、保健衛生省スーパーバイザーの能力を強化する。

活動 1-4 保健衛生省スーパーバイザーが 13 県の県保健管理局に対して新 ISSV ツール導入の指導をする。

活動 1-5 ガイドラインに従って、保健衛生省が関連部局の参加を得て定期的に 13 県の県保健管理局への ISSV を実施する [事前会議、訪問指導、事後会議、活動計画の作成と実施、その結果に関する県保健管理局へのフィードバック (次回スーパービジョン時)を含む]。

活動 1-6 毎回の ISSV 実施後、必要に応じて、保健衛生省幹部 (Top Management Team : TMT) が保健衛生省の活動計画を協議・承認し、その実施担当部署を任命する。

活動 1-7 保健衛生省年次計画立案時に、保健衛生省政策計画局が、ISSV によって明ら

¹⁷ 県保健管理局を対象とした ISSV チェックリストは、マネジメント分野 (人事、スーパービジョン、財務、保健管理情報システム、在庫管理、建設プロジェクトなど) 及びプログラム分野 (予防接種、周産期・リプロダクティブヘルスケア、栄養、伝染病、マラリアなど) の 2 分野のチェック項目から構成されている。

かになった課題を次年度年間計画に反映させる。

- 活動 1-8 保健衛生省が、県保健管理局に対する ISSV の記録や保健衛生省の活動計画実施状況に関する情報管理システムを構築する。
- 活動 1-9 保健衛生省が本プロジェクトの運営に関する定期的な会合を開催する（合同調整委員会、運営委員会）。
- 活動 1-10 保健衛生省と日本人専門家がプロジェクトの進捗を合同でモニターする（保健衛生省スーパーバイザーの能力評価、ISSV の結果や活動計画の実施状況のモニタリングを含む）。
- 活動 1-11 保健衛生省が 13 県の県保健管理局と経験共有の場を設ける（例：13 県を対象としたワークショップや相互訪問など）。

成果 2：対象 4 県の県保健管理局において一次医療施設を対象とする ISSV サイクルが強化される。

- 指標 2-1 対象 4 県の県保健管理局によるスーパービジョンの実施・カバー率（100%、つまり対象 4 県における一次医療施設が、毎年 2 回以上、県保健管理局から訪問指導を受ける。）
- 指標 2-2 本プロジェクト協力期間中における活動計画¹⁸の実施率の向上。
- 指標 2-3 発見された課題が次年度の県年間計画に反映される。

- 活動 2-1 対象県保健管理局が、保健衛生省策定の一次医療施設を対象とする ISSV チェックリストを必要に応じて改良する。
- 活動 2-2 対象県保健管理局が、新 ISSV ツール（成果 1 の活動 1-1 及び成果 2 の活動 2-1 参照）の使用方法について関連職員に徹底させる。
- 活動 2-3 対象県保健管理局が、一次医療施設を対象とした ISSV を新 ISSV ツールに基づいて実施する〔事前会議、訪問指導、事後会議、活動計画作成と実施、その結果に関する一次医療施設へのフィードバック（次回スーパービジョン時）を含む〕。
- 活動 2-4 対象県保健管理局が、ISSV によって明らかにされた課題を次年度の年次計画に反映する。
- 活動 2-5 上記の活動③の実施のために、保健衛生省スーパーバイザー及び日本人専門家が対象県保健管理局に対して〔プロジェクト・サイクル・マネジメント（PCM）研修などの〕技術的支援を行う。

成果 3：小規模プロジェクトを通して、対象 4 県の県保健管理局が選定した一次医療施設において提供される母子保健サービスが改善される。

- 指標 選定された一次医療施設において、小規模プロジェクトの内容と合致した母子保健関連指標が改善される（右指標はプロジェクト開始後に設定する。例えば、新生児・小児疾患の統合的管理（IMNCI）における第一選択薬の在庫切れ発生率、

¹⁸ スーパービジョンの結果を受けて今後の改善のために策定される計画。活動計画策定は ISSV サイクルの一部。

一次医療施設におけるワクチンの在庫状況、周産期ケアの利用の増加、サービス提供者の技術的能力に関連する指標など)。

活動 3-1 対象県保健管理局が、保健衛生省スーパーバイザー及び日本人専門家と協議のうえ、ISSVによって明らかになった母子保健に関する課題を解決するための小規模プロジェクトを設定する。

活動 3-2 日本人専門家の支援の下、対象県保健管理局が小規模プロジェクトを実施する。

活動 3-3 対象県保健管理局が、小規模プロジェクトの進捗とその効果をモニタリングする。

4) プロジェクト実施上の留意点

- ・保健衛生省と日本人専門家による共同モニタリング体制を構築し、プロジェクト開始後6カ月以内に、指標の選択、ベースライン値の確認及び目標値の設定を行う。
- ・サポータティブスーパービジョンの支援を計画する他の援助機関と連携し、活動の重複を避け、リソースの効率的な活用を図る。
- ・「シ」国の保健セクターには多くの援助予算が流入しているため、他の援助機関による支援を注視する。
- ・プロジェクト目標の達成には、成果2及び成果3の活動の対象外となる9県の県保健管理局の能力が、成果1を通じて強化されることが必要となる。したがって、同9県の状況を注視し、その状況に応じて、全県の県保健管理局間の競争・表彰制度や対象4県の経験の全県共有などを実施する。

(2) その他インパクト

特になし

5. 前提条件・外部条件 (リスク・コントロール)

(1) 事業実施のための前提

- ・政治的安定及び治安が保持される。
- ・ISSVの重要性に関する理解が保健衛生省内において維持される。

(2) 成果達成のための外部条件

- ・予定されている保健衛生省の改革が、プロジェクト実施に大きな影響を及ぼさない。

(3) プロジェクト目標達成のための外部条件

- ・保健衛生省及び他の援助機関による保健分野へのリソース(予算/資機材/人材等)が継続的に提供される。
- ・本プロジェクトの成果2及び3に関する活動の対象外となる9県におけるISSVサイクルが保健衛生省または他の援助機関の支援により強化される。

(4) 上位目標達成のための外部条件

- ・保健衛生省及び他の援助機関によるリソース（予算／資機材／人材 等）が継続的に提供される。

6. 評価結果

本事業は、「シ」国の開発政策、開発ニーズ、日本の援助政策と十分に合致しており、また計画の適切性が認められることから、実施の意義は高い。

7. 過去の類似案件の教訓と本事業への活用

「シ」国カンビア県を対象とした「地域保健改善プロジェクト（2008～2011年）」においては、プロジェクトが、効果が目に見えにくいマネジメント能力の強化のため、活動計画に対して小規模資金を投入し、C/Pのモチベーションを高めてオーナーシップを醸成した。本案件においても、ISSVサイクルの実現を確実にしてその成果を発現させるため、成果3に関連して同様の取り組み（小規模プロジェクト）を実施する。

8. 今後の評価計画

(1) 今後の評価に用いる主な指標

4. (1) のとおり。

(2) 今後の評価計画

事業開始6カ月以内	ベースライン調査
事業中間時点	中間レビュー
事業終了6カ月前	終了時評価
事業終了3年後	事後評価

第1章 詳細計画策定調査の概要

1-1 調査の背景

シエラレオネ共和国（以下、「シ」国と記す）は、1991年から続いた内戦が2002年に終結したものの、長引く内戦で国家の経済、社会、保健システムは大きな打撃を被った。保健分野においては、5歳未満児死亡率185/1,000（2008年）及び妊産婦死亡率860/100,000は他のアフリカ諸国と比較しても高く、母子保健が依然として重点課題である。2010年には、「シ」国大統領の強いリーダーシップの下、妊娠中、授乳中の母親、及び5歳未満児への医療を無料提供する「フリーヘルスケア」が導入され、「シ」国民の一次医療サービスに対するアクセス状況は大きく改善された。一方、そのサービスの質については、急速な患者数の伸びに医療実施体制が対応しきれていない状況である。

「シ」国政府は2009年に策定した国家保健戦略計画（2010～2015年）において、全国民に裨益する国家保健システム及び保健サービスの強化という構想の下、サポータティブスーパービジョンによる保健サービスの質の改善を掲げている。サポータティブスーパービジョン強化への取り組みは、行政及び医療サービス提供機関の監督能力の強化を通じて、医療機関のサービスの質の向上を図るとともに、他ドナー等による保健分野への投入の効率的活用を資するものである。

独立行政法人国際協力機構（JICA）は、2008年から2011年まで「シ」国カンビア県において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、包括的保健行政管理能力の強化に取り組んだ。その中のひとつのコンポーネントとして、サポータティブスーパービジョン強化を実施し、県レベルで行われるサポータティブスーパービジョンのツール（ガイドライン及びチェックリスト等）を作成した。また、2011年から2012年には、個別専門家（保健分野の統合的スーパービジョン強化）の派遣により、中央レベルにおけるサポータティブスーパービジョンの強化を目的としたツール（ガイドライン及びチェックリスト等）の作成及び実施体制整備がなされた。一方、これらツールが実際に機能して定着するためには、パイロット県における実施及び検証など、更なる取り組みが必要となる。

今般、これまで作成されたツールの活用などを通じて、中央レベルと県レベル、県レベルと一次医療レベルでの各階層におけるサポータティブスーパービジョンの強化を行い、また、これにより保健サービスの質を向上させるべく、「シ」国政府より技術協力プロジェクトの要請が挙げられた。

本調査は、「シ」国政府からの協力要請の背景、内容を把握し、先方政府関係機関〔主にカウンターパート（C/P）機関である保健衛生省（Ministry of Health and Sanitation : MoHS）〕との協議を経て、技術協力の協力計画を策定するとともに、当該プロジェクトの事前評価を行うために必要な情報を収集し、分析することを目的とする。

1-2 調査の目的

- (1) ①既存資料の整理と分析による基礎情報調査、②開発パートナーへの聞き取り、③ MoHS、ガーナ保健サービスへの聞き取り、④対象サイトの視察及び聞き取りなどを通して、プロジェクトの協力の枠組み（目標、対象範囲、成果、投入、指標等）について検討し、先方政府と協議を行う。

(2) 上記(1)の協議結果に従い、プロジェクト・デザイン・マトリックス(PDM)(案)、活動計画表(PO)(案)を作成し、実施体制を確認のうえ、双方の負担事項やプロジェクト実施上の留意事項、プロジェクト開始までに双方で必要な作業などについて協議を行う。

(3) 評価5項目に沿って、プロジェクト事前評価を行う。

(4) 協議結果を合意文書〔ミニッツ(M/M)〕にまとめ、先方政府と署名交換を行う。

1-3 調査団員

担当分野	氏名	所属	現地調査期間
団長／総括	小森 正勝	JICA 人間開発部 保健第一グループ 保健第二課長	6/16-6/30
協力企画	コロマ紀代美	JICA シェラレオネフィールドオフィス 在外専門調査員	6/11-6/26 (現地参团)
保健システム強化／母子保健	今仁 直美	株式会社グローバルリンクマネジメント	6/9-6/29
評価分析	井関 ふみこ	株式会社グローバルリンクマネジメント	6/9-6/29

1-4 調査日程

月日	曜日	日程
6/9	土	成田発(今仁、井関)
6/10	日	フリータウン着
6/11	月	AM: JICA シェラレオネフィールドオフィス(FO)訪問、MoHS 次官表敬 PM: MoHS 首席医務官、政策計画情報局長ほかと面談、英国国際開発省(DFID)訪問
6/12	火	AM: 世界保健機関(WHO)訪問 PM: 国連児童基金(UNICEF)訪問、MoHS 関係者面談
6/13	水	(今仁) Kambia 県にて保健管理局、病院、県政府及び一次医療施設訪問 (井関) Bo 県にて保健管理局、病院、県政府及び一次医療施設訪問
6/14	木	(今仁) Port Loko 県にて保健管理局、病院、県政府及び一次医療施設訪問 (井関) Pujehun 県にて保健管理局、病院、県政府及び一次医療施設訪問
6/15	金	(今仁) Tonkolili 県にて保健管理局、病院、県政府及び一次医療施設訪問 (井関) Moyamba 県にて保健管理局、病院、県政府及び一次医療施設訪問
6/16	土	成田発(小森)、資料整理(今仁、井関)
6/17	日	フリータウン着(小森)、資料整理(今仁、井関)
6/18	月	AM: JICA シェラレオネ FO 訪問 PM: PDM に関する団内会議

6/19	火	MoHS との会議
6/20	水	Bombali 県にて保健管理局、病院、県政府及び一次医療施設訪問（小森、今仁）、協議文書（M/M）案準備（井関）
6/21	水	M/M 案に関する MoHS との会議
6/22	金	AM：最終 M/M 案準備 PM：MoHS への最終 M/M 案の送付、MoHS からのコメント受領
6/23	土	最終 M/M 案、PDM 案、PO 案及び予算計画案の修正
6/24	日	報告書案及び評価シート案作成
6/25	月	AM：MoHS からの最終コメント受領 PM：M/M 案の最終化
6/26	火	AM：保健衛生大臣との M/M 署名、JICA シェラレオネ FO 報告 PM：ガーナ国アクラへ移動（小森）、報告書案作成（今仁、井関）
6/27	水	JICA ガーナ事務所報告（小森）、フリータウン発（今仁、井関）
6/28	木	アクラ発（小森）、パリ経由（今仁、井関）
6/29	金	アムステルダム経由（小森）、成田着（今仁、井関）
6/30	土	成田着（小森）

1-5 主要面談者

保健衛生省（MoHS）

Mr. Joseph Tekman Kanu	保健次官
Dr. K. S. Daoh	首席医務官
Dr. Ahassan Seisay	プライマリーヘルスケア局長・副首席医務官
Dr. Magnus Ken Gborie	政策計画情報局長
Dr. S.A.S. Karbo	母子保健局長

Kambia 県

Dr. Tom Sesay	保健管理局長
Mr. S. S. Sankoh	県知事

Port Loko 県

Mr. Sive Conteh	県保健管理局 モニタリング・評価担当官
Dr. Gerald M. Younge	県病院長
Mr. Alfred Samua	県政府首席事務官

Tonkolili 県

Ms. Biola J. Lansana	県保健管理局 看護師長
Dr. Chris Ayodele Pratt	県病院長
Ms. Rugiatsu Koroma	副知事

Bombali 県

Dr. Y. M. Bah

Mr. Moses Sesay

県保健管理局長

マケニ市長

Bo 県

Mr. Mohamed A Banga

Dr. Peter M. George

Mr. William Alpha

Mr. David B. Kallin

県保健管理局モニタリング・評価（M&E）担当官

県病院医師

ボー市 首席事務官

ボー県政府 財務担当官

Pujehun 県

Dr. Francis Jayah

Dr. Moses Keuriyo

Mr. David Fawundu

県保健管理局長

県病院長

副知事

Moyamba 県

Dr. Adilkali A. Kamara

Mr. Ishmael Momoh

県保健管理局長

副知事

開発パートナー

Dr. Tenjin Gakuruh

Ms. Uzo Gilpin

Mr. Gopal Sharma

WHO 保健システム specialist

DFID 保健アドバイザー

UNICEF 副代表

第2章 保健セクターの概要

「シ」国は総面積 71,740km² に約 589 万人（2010 年）の人口を擁し、その約 43%（2011 年）が 15 歳未満と若年層が占める割合が高い¹⁹。1991 年から 2002 年にかけての内戦により社会的、経済的な基盤が損なわれ、保健分野においても大きな打撃を被った。近年、政府及び開発パートナー（Development Partners : DP）による積極的な介入により状況は改善する傾向にあるものの、2011 年の人間開発指数においては 187 カ国中 180 位、保健指標においても 180 カ国中 180 位に位置づけられている²⁰。表 2-1 は主な社会保健指標を近隣諸国と比較したものである。

表 2-1 主な社会経済指標の比較

	シエラレオネ	リベリア	ガーナ	タンザニア	ザンビア	サブサハラ平均	
人口 2010 ^{*1} (万人)	587	400	2,440	4,484	1,293	-	
1 人当たり名目 GNI 2010 ^{*1} (USD)	340	200	1,250	540	1,070	1,185	
出生時平均余命 2010-2015 ^{*2}	男	48	56	64	58	49	54
	女	49	59	66	60	50	56
人口増加率 2010-15 ^{*2} (%)	2.1	2.6	2.3	3.1	3.0	2.4	
合計特殊出生率 ^{*2} 2010-2015 (人)	4.7	5.0	4.0	5.5	3.1	4.8	
近代的避妊実行率 ^{*2} 1992/2009 (%)	6	10	17	26	27	19	
産前検診受診率 (4 回以上) ^{*1}	56.1 (2008)	66 (2007)	78.2 (2008)	42.7 (2010)	60.3 (2007)	45.6 (2010)	
若年 (15-19 歳 1,000 人当たり) 出生率 1996/2008 ^{*2} (人)	143	177	70	139	151	122	
成人識字率 2009 ^{*1} (%)	40.9	59.1	66.6	72.9	80.9	62.3	
改善された衛生施設へのア クセス 2010 ^{*1} (%)	13.0	18.0	14.0	10.0	48.0	30.6	
改善された水源へのアクセ ス 2010 ^{*1} (%)	55.0	73.0	86.0	53.0	61.0	61.1	

出典：^{*1} World Bank “World DataBank” <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>

^{*2} UNFPA “State of the World Population 2011”

2-1 母子保健の現状

「シ」国政府（Government of Sierra Leone : GoSL）は 2010 年のミレニアム開発目標（MDGs）進捗報告書において、母子保健に関する目標 4 と 5 は「順調な進捗」を見せているとする一方で、2015 年の目標値の達成に関しては「対策が拡大・維持される必要がある」と判断している（表 2-2）²¹。

¹⁹ United Nations “World Statistics Pocketbook 2011”

²⁰ UNDP “International Human Development Indicators” <http://hdrstats.undp.org/en/indicators/default.html> (2012 年 7 月 2 日アクセス)

²¹ シエラレオネ政府（GoSL）“Millennium Development Goals Progress Report 2010”

表 2-2 ミレニアム開発目標 4 及び 5 の達成状況

目 標	指 標	2010 年	2015 年 目 標 値	サブサハラ平均 (2010 年)* ¹
目標 4 乳幼児死亡率 の削減	5 歳未満児死亡率 (出生 1,000 人当たり)	174	95	121
	乳児死亡率 (出生 1,000 人当たり)	114	79	76
	1 歳児はしかの予防接種率 (%)	82	100	75
目標 5 妊産婦の健康 改善	妊産婦死亡率 (出産 10 万件当たり)	890	450	500* ²
	専門技能者介助による出産率 (%)	42.4 (2008 年)	100	46

出典：UN (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>)

*¹ World Bank “World DataBank” <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>

*² “The Millennium Development Goals Report 2011”

2-1-1 子供の健康

(1) 乳幼児死亡

統計によって若干の差異があるが、国連機関は 2010 年における 5 歳未満児の死亡率を 174 (出生 1,000 人当たり) と見積もっており、これはサブサハラ 48 カ国中ソマリア、マリに次いで高い数値である²²。主な死因はマラリア、呼吸器疾患、下痢などである (表 2-3)。また 1 歳未満の乳児死亡率は 114 (同)、うち生後 4 週間以内の新生児死亡が約 40% を占めると見積もられている²³。新生児死亡の主要因は細菌感染、未熟児、呼吸器不全などであることから、妊娠前及び妊娠中の母親の栄養状態の改善を図るとともに産前産後の母性ケアを適切に行い、更に入念かつ適切な新生児ケアを徹底することで、末端の施設に保育器などの設備は望めなくとも、多くの命を救うことができると考えられている²⁴。

乳幼児の死亡は出産間隔とも密接に関係しており、直近の出産から 2 年以内に生まれた子供が 5 歳未満で死亡する確率は 4 年以上の間隔をもって生まれた子供に比べておよそ 3 倍の高さに上ることが報告されている²⁵。これは現在 11% (近代的避妊に限ると 6%) と低い避妊率を上げることによって、乳幼児死亡を大きく減らすことができる可能性を示している。

表 2-3 5 歳未満児の死因 (2010 年)

死 因	%
マラリア	23
肺炎	17
下痢	12
未熟児	10
出生時仮死	7
先天性異常	5
新生児敗血症	5
けが	3
HIV・AIDS	1
その他の疾病	16

出典：WHO 資料

²² <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>

²³ GoSL/MoHS “2010 Health Sector Performance Report”

²⁴ GoSL/MoHS “Reproductive, Neonatal and Child Health Strategy 2011-2015”

²⁵ シェラレオネ人口保健調査 (SLDHS 2008)

また、乳幼児死亡のうち57%が栄養状態の改善により防げるものと考えられている²⁶。表2-4からは乳幼児の栄養状態が改善傾向にあること、また母乳のみの保育の割合も顕著な増加をみせていることが見て取れる。

表2-4 子供の栄養失調

(単位：%)

指 標	2005 年	2010 年	サブサハラ平均 ^{*1}
5歳未満児における低体重の割合	28	22	20
5歳未満児における慢性栄養障害(stunting)の割合	47	44	39
5歳未満児における急性栄養障害(wasting)の割合	11	8	9
母乳のみで保育されている生後6カ月児の割合	8	32	33

出典：UNICEF MICS3、MICS4 Sierra Leone

^{*1} UNICEF Childinfo http://www.childinfo.org/breastfeeding_iycf.php (2012年7月5日アクセス)

(2) 予防接種

MDGsの指標(表2-2)からも読み取れるように、子供の予防接種率は比較的高い。2010年のはしかの予防注射は82%であり、サブサハラ地域の平均値75%を上回っている。また保健衛生省のデータ^{27,28}によると1歳未満の乳児のうち75%がBCG、ポリオ、ペンタ(ジフテリア、破傷風、百日咳、B型肝炎、ヒブの混合ワクチン)、はしか、黄熱病の基礎接種を完了している。今後集団免疫の目安とされる85%以上の接種率を達成するためには、①コールドチェーンを含むワクチン管理の強化、②より定期的なアウトリーチの実施、③複数回の接種が必要な予防接種に関する住民の啓発、及び④フォローアップの徹底、の必要が認識されている²⁹。保健衛生省は現在、一次レベルの医療施設(Peripheral Health Unit：PHU)が周辺コミュニティのニーズを認識しコミュニティごとの予防接種計画を立案・実行する、「すべての地域に支援を」戦略(Reach Every District：RED)のアプローチを取り入れて、この課題の解決を図っている。

2-1-2 リプロダクティブヘルス

(1) 妊産婦死亡

2010年の妊産婦死亡率は出産10万件当たり890と見積もられており、これは中央アフリカと同水準、サブサハラ地域においてはチャド(1100)、ソマリア(1000)に次ぐ高さである³⁰。妊産婦の院内死亡率に限るとその値は951まで上がり、緊急時の搬送の遅れと医療施設内で提供されるサービスの質の問題が示唆されている。院内死亡の主な死因としては子宮破裂(14%)、敗血症(9%)、妊娠高血圧症候群(7%)、貧血(7%)、産後の大量

²⁶ GoSL/MoHS “Reproductive, Neonatal and Child Health Strategy 2011-2015”

²⁷ GoSL/MoHS “2010 Health Sector Performance Report”

²⁸ UNICEFが2009～2011年に実施したMICS4(Multiple Indicators Cluster Survey 4)では導入されたばかりの県保健情報システム(District Health Information System：DHIS)をベースにした本統計より低い結果が出たため、MoHSのデータの正確性を再検証する必要があると認識されている。

²⁹ GoSL/MoHS “Reproductive, Newborn and Child Health Strategy 2011-2015”

³⁰ UN (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>)

出血（6%）などが報告されている³¹。

表 2 - 5 : MDGs 目標 5 に係る指標の達成状況

MDGs 指標	シエラレオネ		サブサハラ平均
	2005	2010	2010
若年出産（15～19歳の女性1,000人当たり）	144	120	108
専門技能者介助による出産率（%）	43	42	46
15～49歳の女性の避妊率（何らかの避妊法）（%）	5.3	8.2 (2008)	22
妊産婦死亡率（出産10万件当たり）	1000	890	500
産前健診受診率（1回以上）（%）	81	87	74
満たされていない避妊需要（%）	-	28	25

出典：World DataBank Millennium Development Indicators <http://databank.worldbank.org/>（2012年7月2日アクセス）

（2）周産期ケア

「シ」国の産前健診受診率や出産の際の専門技能者の介助率はサブサハラ平均と比して見劣りするものではない。にもかかわらず妊産婦死亡率が高いレベルにとどまっている背景には、若年出産、マラリア、貧血などの栄養障害のほか、サービス提供側の要因として十分な知識と技能をもった「専門技能者」の不足、不十分な内容の産前健診、異常分娩に対応する緊急産科ケアの未整備などがある。

PHU（Peripheral Health Unit）と呼ばれる政府系の一次医療施設において産科ケアを行う「専門技能者」のほとんどは「MCH（Maternal and Child Health）エイド」と呼ばれる医療補助員であるが、養成の資格条件が低く、また配属された後は現任研修の機会もほとんどないことから、国際基準に照らした技能レベルは低いことが指摘されている。また検査器材の不備を背景に、産前健診で必須とされる血圧測定（82%）、尿検査（56%）、血液検査（66%）の実施率は低く、3種類すべての検査を一度でも受けた者は産前健診を受診した妊産婦の50%にとどまっている³²ことから、妊娠中の危険兆候を把握しきれていない可能性が示唆される。

2010年の調査³³によると施設出産率は50%であったが、その後母子保健関連サービスの無料化（2-2-4参照）が導入されたことにより、産前健診の受診率と並んで特に二次以上の施設における分娩件数の増加が認められている³⁴。2011年に全国の210施設を対象に行われたサービス提供体制・状況調査（Service Availability and Readiness Assessment：SARA）³⁵によると、一次医療施設の91%、二次以上の医療施設（病院）の85%において通常分娩による出産が行われているが、基礎的緊急産科・新生児ケア（Basic Emergency Obstetric and Newborn Care：BEmONC）のすべてを実施できる一次医療施設は27%、病院

³¹ GoSL/MoHS “2010 Health Sector Performance Report”

³² UNICEF MICS 4

³³ UNICEF MICS 4

³⁴ GoSL/MoHS “2010 Health Sector Performance Report”

³⁵ GoSL/MoHS “Service Availability and Readiness Survey 2011”（調査対象には公立、私立、NGO系の施設が含まれている）

は 58%にとどまっている。また帝王切開は 79%の病院で行われているが、包括的緊急産科・新生児ケア（Comprehensive Emergency Obstetric and Newborn Care：CEmONC）の 9 要素³⁶すべてを提供できている病院は 45%、また帝王切開に対応し得る医師の常駐や血液型に適合した輸血の供給体制などを含めると、CEmONC センターとして機能する施設はゼロであった。緊急産科ケアの需要に対応するために、2010 年よりすべての県で最低 5 件の BEmONC センターの設立が、また県病院には CEmONC センターの設立が進められている。

（3）家族計画

家族計画の普及はリスクの高い若年妊娠を減らし出産間隔を拡大することで母子保健の向上に大きく貢献するが、2008 年の調査³⁷によると何らかの避妊を実行している 15～49 歳の女性は約 10.2%と、サブサハラ地域の平均 25%³⁸と比しても著しく低い。15～19 歳に限ると 8.4%であり、これは 15～19 歳の女性の約 3 人に 1 人が出産または妊娠を経験しているという調査結果と対をなすものである。高い若年出産率の背景には平均初婚年齢が 18 歳と低いこと、経済的な理由もあり結婚前の性交渉が珍しくないこと、避妊の知識が普及していないこと、などの要因があると考えられている。特に農村部において多くの子供が望まれる傾向があり、避妊需要自体が低いことも指摘されている。

表 2－6 出産と家族計画に関する統計の都市・農村部の比較（2008 年）

	合計特殊 出生率	理想の 子供の数	20 歳未満女性の 妊娠・出産経験率	何らかの 避妊実行率	避妊需要	避妊需要 充足率
都市部	3.8	4.2	22.6%	16.2%	28.6%	36.3%
農村部	5.8	5.4	43.8%	5.0%	27.2%	15.6%
全国	5.1	5.0	34.0%	10.2%	27.6%	22.9%

出典：Sierra Leone Demographic Health Survey 2008

2 種類以上の近代的避妊法を提供している保健医療施設は一次レベルでは 90%、二次以上では 49%となっている（2011 年）。ピルやコンドームは約 85%の施設で入手可能であるが、皮下埋込式や子宮内避妊器具（Intrauterine Device：IUD）を提供しているのは 5～7%のみである³⁹。避妊を実行できているのは、妊娠を望まない女性の 3 人に 1 人と見積もられている。

2－2 保健政策

2－2－1 貧困削減戦略文書 II（PRSP-II）

中期の国家開発政策である「PRSP-II “Agenda for Change” 2008-2012」には、MDGs の目標達

³⁶ 抗生剤の投与、子宮収縮剤の投与、子癇での抗けいれん剤の投与、新生児蘇生、鉗子・吸引分娩、胎盤の用手摘出、その他の子宮内遺残物の除去、帝王切開、輸血

³⁷ Sierra Leone Demographic and Health Survey 2008

³⁸ 国連人口基金（UNFPA）“State of the World Population 2011”（1990～2010 年の値）

³⁹ GoSL/MoHS “Service Availability and Readiness Survey 2011”

成に対するコミットメントが明示されている。保健医療は「持続的な人間開発計画」の一環として位置づけられており、重点項目としてリプロダクティブヘルスを含む包括的な母子保健サービスの提供、栄養改善、感染症及び非感染症対策、上下水道の整備と環境衛生に関する住民啓発、保健医療施設の拡充、保健人材の増加と人事管理、保健財政、保健情報システムの開発などが挙げられている。本調査時点において次期 PRSP の策定が進められているが、保健分野における基本方針や重点項目に大きな変化はないとみられている。

2-2-2 国家保健セクター戦略計画 (NHSSP)

「国家保健セクター戦略計画 (National Health Sector Strategic Plan : NHSSP) 2010-2015」は PRSP-II に沿って策定された「シ」国初の中期保健計画であり、政府のみならず保健分野の開発パートナーや非政府組織 (NGO) の活動の指針となることが意図されている。効果的で質の高い保健サービスを全国民に平等に提供すること、そのために機能的な保健システムを構築することがビジョンとして掲げられており、本文書の構成も保健システムの6つのブロック (ガバナンス、サービス提供、保健人材、保健財政、医薬品と医療技術、保健情報) に沿ったものとなっている⁴⁰。子供や女性、貧困層といった弱者に焦点を当て、費用対効果の高いアプローチとしてプライマリーヘルスケアを重視し、特に疾病予防及び一次医療の充実を「必須保健サービスの基礎的パッケージ (Basic Package of Essential Health Services : BPEHS)」の展開を通して図っていくことが明示されている。BPEHS は、現在の保健サービスがマラリア、結核、母子保健など多くのいわゆる「縦割りプログラム」によって管理されているのに対し、各レベルの保健医療施設⁴¹においては課題横断的・包括的なサービスの提供を図ることを目的としており、そのサービスの質の確保・向上に向けてプログラムの垣根を越えた合同サポーティブスーパービジョン (Joint supportive supervision) が有効な手段として推進される旨が記されている。

NHSSP に基づいた3年計画である2012-2014年の合同事業予算計画 (Joint Programme of Work and Funding : JPWF) では、開発パートナーとの緊密な連携や (特定の疾病対策ではない) 包括的なサービス提供、弱者への配慮などと並んでサービスの質の確保やエビデンスに基づいた計画策定に有用なものとして、モニタリングやスーパービジョンが重要視されている。リプロダクティブヘルス、栄養、拡大予防接種プログラム (Expanded Programme on Immunization : EPI)、HIV といった縦割りプログラムや、人材育成管理、年間計画のレビューなど、多くの分野で四半期ごとのモニタリングやサポーティブスーパービジョンが取り込まれている。モニタリングの時期や内容が重複する可能性も増大することから、ガバナンス分野ではモニタリング活動のコーディネーション、保健情報分野では統合的サポーティブスーパービジョン (Integrated Supportive Supervision : ISSV) の強化が計画されている。

2-2-3 リプロ・新生児・小児保健 (RNCH) に係る政策・戦略

2015年のMDGsの達成に向けて、予防可能な女性と子供の死亡を防ぐことに焦点を当てた「リプロ・新生児・小児保健 (Reproductive, Newborn and Child Health : RNCH) に係る政策 (RNCH

⁴⁰ 保健システムの各ブロックごとの課題については、付属資料5を参照のこと。

⁴¹ レベル別の施設とサービス内容に関しては2-3-3を参照のこと。

政策)」及び同分野の活動指針となる「RNCH 戦略 2011-2015」が 2011 年に策定されている。本戦略においては、①数多くの縦割りプログラムによりコミュニティレベルにおける活動やその効果が細分化されてしまっていること、②リソース不足のため県レベルのスーパービジョンや PHU からのアウトリーチが脆弱であること、③保健人材の不足、④施設や機材などのインフラ整備の必要性などが課題として認識されている。その対策として、コミュニティレベルにおける需要と供給の強化とそれに付随するシステムづくり（スーパービジョンを含む）を通して、弱者に配慮した RNCH サービスの提供と利用の促進を図ることがうたわれている。

2-2-4 保健サービスの無料化

保健サービス利用に際する経済的障害を軽減する戦略の一環として、2010 年 4 月からフリーヘルスケア・イニシアティブ（Free Health Care Initiative : FHCI）が展開されている。FHCI は 5 歳未満児と妊産婦及び授乳中の女性に対する BPEHS サービスを医薬品や検査を含めすべて無料で提供するもので、導入後に保健サービスの利用は約 60%増加している⁴²。こうした無料サービスは英国やアフリカ開発銀行、グローバルファンドなどの開発パートナーの支援により可能となっているが、持続性の観点からも将来的には保健財源の確保のために健康保険を導入していく方針が打ち出されている。

2-3 保健医療サービス提供の構造

2004 年に地方行政法（Local Government Act 2004）が施行され、以来、基礎的行政サービスの提供は県政府（District Council : DC）の機能となっている。保健分野においては、一次及び二次レベルの保健医療は県が管轄し、中央政府は三次医療と全国の政府系施設で使用される医薬品及び医療機器の一括調達などのほか、政策や戦略の策定や法的枠組みの整備、保健人材の育成、援助の調整などを担っている。

表 2-7 保健行政のデマケーション

中央政府（MoHS）	県政府（県保健管理局）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健政策・戦略の策定、優先事項の決定 ・ 国レベルの保健予算の確保と配分 ・ 法的枠組みや各種基準の整備、ガイドラインの策定 ・ 成果や計画策定のサイクルのモニタリング ・ 国内外のパートナーとのコーディネーション ・ 保健人材の養成（in-service training） ・ 県レベルの職員の能力強化支援 ・ 三次レベルのサービス提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県内の保健関連活動に関する計画策定と実施 ・ 二次レベルまでのサービス提供の管理・監督・支援 ・ 保健活動のモニタリングと評価（M&E） ・ ガイドラインに準拠した質の高いサービスの提供 ・ 県レベルの能力強化 ・ 県内のステークホルダー（開発パートナー、NGO など）とのコーディネーション

出典：GoSL/MoHS JPWF 2012-2014

⁴² GoSL/MoHS “2010 Health Sector Performance Report”

2-3-1 保健衛生省 (MoHS)

保健衛生省は官房部門と技術部門に分かれており、それぞれ次官 (Permanent Secretary : PS) と首席医務官 (Chief Medical Officer : CMO) によって統括されている。技術部門には政策計画情報局 (Directorate of Policy, Planning and Information : DPPI)、プライマリーヘルス局 (Directorate of Primary Health Care : DPHC)、母子保健局 (Directorate of Reproductive and Child Health : DRCH)、病院・検査局 (Directorate of Hospitals and Laboratories : DHL)、看護局 (Directorate of Nursing : DN) などが配置されており、CMO 不在の場合にはプライマリーヘルス局長が次席医務官としてその代理を務める習わしになっている。

付属資料3は現在入手可能な最新の組織図であるが、保健衛生省では構造改革が進行中であるため、調査時点における実際の組織構造とは若干の相違がみられる。また近日中に DPPI (同組織図には DPI と記載) が政策計画局 (Directorate of Policy and Planning : DPP) と情報伝達局 (Directorate of Information and Communication : DIC) に分割されることが今回の調査中に確認されている。

2-3-2 県保健管理局 (DHMT)

県レベルの保健行政機関は県保健管理局 (District Health Management Team : DHMT) と呼ばれ、15～25名の職員がコミュニティ、一次医療施設 (PHU)、及び二次医療施設 (県病院) を拠点とした保健サービスの提供を統括している。行政上 DHMT は県政府の一部であり、その活動に係る費用は原則として県の行政予算から捻出される⁴³。その一方で県保健管理局の主な職員はすべて MoHS の所属であり、局長や病院長、看護師長など医療資格者は全国規模の配置転換の対象となっており、数年で入れ替わるのが通例である。

表 2-8 県保健管理局の主な機能と職員構成

主な機能： <ul style="list-style-type: none">・保健サービスの提供管理 (計画策定とその実行・管理、予算管理)・PHU の設置と管理 (職員の配置と監督指導、必要な医薬品・医療機器の配布を含む)・特定疾病の監視と対応・感染力の強い疾病の発生報告及び予防対策・県内の保健状況の継続的把握・県レベルでのアドボカシーと資金調達
--

⁴³ 保健衛生省管轄の疾病別プログラム (マラリア、結核、RCH など) に係る活動費は、該当する国家プログラムの予算で賄われる。

職員（県によって若干の相違あり）：

District Medical Officer ; 県保健管理局长 (DMO)	District Operation Officer
Medical Superintendent ; 県病院長	District Social Mobilisation Officer
District Health Sister ; 県看護師長 (DHS)	Disease Surveillance Officer
Hospital Matron ; 県病院看護師長	District Nutritionist
Environmental Health Superintendent	Health Administrator / Hospital Secretary
Monitoring and Evaluation Officer	Finance Officer
Health Education Officer	Birth and Deaths Registrar
District Pharmacist / Pharmacy Technician	MCH Aides Training Coordinator
WATSAN Coordinator	EPI Coordinator
TB/Malaria Focal Point	A representative of Community Health Officers
HIV/AIDS Focal Point	

出典：GoSL/MoHS “National Operational Handbook for Primary Health Care” 2004.、DHMT より聞き取り

2-3-3 サービス提供基準と課題

2010年に策定された必須保険サービスの基礎的パッケージ（BPEHS）は、コミュニティレベルから二次医療までを5段階に分け、それぞれのレベルにおいて提供されるべきサービスの内容や配置される人材・器材等を細かく規定している。医師が配属されているのは二次以上の施設であり、3種類ある一次医療施設においては高卒後数年間の専門教育により育成されるコミュニティヘルスオフィサー（Community Health Officer：CHO）や看護・助産師、コミュニティ保健師（State Enrolled Community Health Nurse：SECHN）や中卒後の専門教育で現場に配属されるMCH エイドといった医療補助員が常駐し、基礎的なサービスの提供を行っている。MCH エイドは本来、助産師または看護師の監督下で医療行為を行うことになっているが、保健人材の絶対的な不足からMCH エイドのみが単独で配属されている末端施設も少なくない。

表2-9はBPEHSに規定されているサービス提供基準をまとめたものである。「シ」国は同基準に沿ったサービスの実現をNHSSPの中心に据えているが、現段階においては人材や技術の不足、電気・水道などの基礎的インフラ及び医療設備・器材の未整備などにより、大半の施設では基準どおりのサービスを提供するには至っていない。

表2-9 BPEHSに定めるサービス提供基準

レベル	サービス提供	人材
コミュニティ	対象人口：各コミュニティの住人 サービス：母子保健、栄養、生活習慣、環境衛生などに関する住民啓発・保健教育。 限定的な医薬品の配布による対処療法、PHUから行うアウトリーチ活動の補佐など。	コミュニティヘルスワーカー（CHW）

一次施設 (PHU)	母子保健 ポスト (MCHP)	対象人口：5km 圏内に居住する 500～5,000 人 サービス：上記に加え、産前産後健診、通常分娩、 予防接種、マラリアの初期治療など。	MCH エイド、コミュニ ティヘルスアシスタント (CHA)、用務員など計 6 名
	コミュニ ティヘル ス ポスト (CHP)	対象人口：8km 圏内に居住する 5,000～10,000 人 サービス：基本的に MCHP と同一であるが、肺炎や はしか、結核の治療などが加わる。	コミュニティ保健師 (SECHN)、助産師、CHA、 MCH エイド、医療統計補 佐など計 9 名
	コミュニ ティヘルス センター (CHC)	チーフダム ⁴⁴ の中心地にあり、入院設備有り。所 長である CHO は、チーフダム内の下部施設 (CHP、 MCHP) 及びコミュニティにおける保健活動の監督責 任をもつ。 対象人口：施設より半径 15km 圏内に居住する住民 1 ～3 万人 サービス：CHP と同等のものに加え、BEmONC、妊 娠高血圧症候群の初期治療、簡単な病理検査など。	コミュニティヘルスオ フィサー (CHO)、環境衛 生担当官、SECHN (助産 師、保健師)、CHA、MCH エイド、検査技師、薬剤 技師、医療統計補佐など 計 14 名
二次施設	県病院	医師・看護師が常駐し複数の診療課を持つレファラ ル病院であるとともに、地域住民に対する一次医療 も提供。病床 45 以上の入院施設があり、一次レベル の医療に加えて全身麻酔による手術や帝王切開を行 う。 対象人口：約 50 万人	医師 (内科、外科、小児 科、産科、麻酔科、歯 科)、看護師、助産師、X 線技師、検査技師、薬剤 師など

出典：GoSL/MoHS “Basic Package of Essential Health Services for Sierra Leone” March 2010 より作成

2-4 保健分野における主要開発パートナーの援助動向

「シ」国政府はアブジャ宣言で国家予算の 15%を保健セクターに割り当てることを表明しているが、2011 年の保健予算の割合は 8.2%にとどまっており、開発パートナー (DP) への依存率は高い。JPWF 2012-2014 の実施に必要なと見積もられている予算約 4 億 7,360 万米ドルのうち、政府がコミットしているのはその 16%足らずの 7,500 万米ドル (2,500 万米ドル×3 年間) である (表 2-10)。

表 2-10 JPWF 2012-2014 実施予算 (JPWF 策定時ブレッジ*)

(単位：百万米ドル)

	2012 年	2013 年	2014 年	合計
シエラレオネ政府 (GoSL)	25	25	25	75
英国 [国際開発省 (DFID)]	30	30	30	90
欧州連合 (EU)	10.4	10.4	10.4	31.2
世界保健機関 (WHO)	0.6	0.6	0.6	1.8
アフリカ開発銀行 (AfDB)	14	0	0	14
アフリカ経済開発アラブ銀行 (BADEA)	3.35	3.35	3.35	10.05
クウェート	4.8	4.8	4.8	14.4
世界銀行 (WB)	2.375	2.375	2.375	7.125

⁴⁴ チーフダムは、県の下に位置する第 3 行政区分に該当する。

グローバルファンド (GFATM)	9.3	12.3	13.8	35.4
ワクチンと予防接種のための世界同盟 (GAVI)	1.17	0	0	1.17
合計	100.995	88.825	90.325	280.145
必要総額	154.66	163.02	155.92	473.59
資金ギャップ	53.66	74.19	65.59	193.44
必要額に占める GoSL 資金の割合 (%)	16.2	15.3	16.0	15.8

* 一部の国連機関やアイルランド、米国は JPFW 策定時にコミットできる額が未定だったためプレッジせず、ここには掲載されていない。

出典：GoSL/MoHS JPFW 2012-2014 より作成

2-4-1 主要開発パートナーの取り組み

「シ」国保健セクターにおける主な開発パートナーは英国（国際開発省）、国連機関、世銀、アフリカ開発銀行、欧州連合、ワクチンと予防接種のための世界同盟（Global Alliance for Vaccines and Immunization：GAVI）、グローバルファンド（Global Fund to Fight AIDs, Tuberculosis and Malaria：GFATM）などである。これらの主要 DP の援助は、「シ」国の保健戦略計画の実施を支援するという立場から、NHSSP の重点課題となっている母子保健の改善と保健システムの強化に集中したものになっている。また同様の理由により、NGO 等に委託する一部を除き対象県・地域を定めたプロジェクト形式の支援は行っておらず、「シ」国の保健行政構造を通じて全国に展開する形式をとっている。

ほとんどの DP は、その支援の一環として計画立案、モニタリング、スーパービジョン、データ管理などのマネジメント強化の要素を取り入れているが、スーパービジョンまたは計画サイクルの強化に特化した支援をしている機関はない。しかし 2013 年初頭に開始が予定されている EU と GAVI のプロジェクトには、サポーティブスーパービジョンの実施に関する直接的な支援が盛り込まれている。

(1) 欧州連合 (EU)

MDGs 目標 4 及び 5 の達成に向けた支援“MDG Initiative in Sierra Leone – Bridging the Gaps to attain MDGs 4 & 5”が 2013 年から 36 カ月間、2,420 万ユーロの予算規模で実施予定である。これは現在実施中の世銀や英国国際開発省 (DFID) のプロジェクトが 2015 年を前に終了するために生じる資金的なギャップを補填するプロジェクトと位置づけられているもので、概要は表 2-11 のとおり⁴⁵。

⁴⁵ 調査時点では管理を委託される UNICEF が MoHS と共に詳細を策定中であり、詳細は未定。

表 2 - 11 EU プロジェクト

MDG Initiative in Sierra Leone - Bridging the Gaps to attain MDGs 4 & 5

コンポーネント	期間	予算 (万ユーロ)
FHCI の医薬品及び栄養補助食品の供給	2013-14	900
一次レベルにおける既存の保健人材の能力強化（臨床技術、在庫管理、会計管理、モニタリング及びスーパービジョン）	2013-2015	370
施設改修 ・ BEmONC/CEmONC の設立 ・ EPI の拡充のための太陽光コールドチェーン（新規調達、修理、メンテナンスの拡充） ・ 県レベルの「医療機器メンテナンス部局」の創設と医薬品倉庫の拡充		765
保健衛生省による DHMT の統合的サポートスーパービジョン（ISSV）の強化 ・ 四半期ごとの ISSV 実施に係る経費補助（他の DP との共同出資） ・ 中央及び県レベルにおける年次レビューに係る経費補助（同上） ・ “Facility Improvement Team and Mentoring of District”（世銀の RCHP-II のコンポーネント）によるサービスの質の向上		40
DHMT による ISSV の強化 ・ DHMT 要員の ISSV に関する研修 ・ 四半期ごとの ISSV 実施に係る経費補助（他の DP との共同出資）		90
・ 県レベルの保健計画策定支援		30
M&E（モニタリング・評価）強化 ・ DHMT と県病院へのコンピュータ供与 ・ 県レベルの定期的なデータ収集（DHIS）の支援 ・ MDG 4&5 に関するオペレーションリサーチ		90
コミュニケーション、評価、会計監査、予備費		135
合 計		2,420

出典：European Commission Action Fiche for Sierra Leone “MDG Initiative in Sierra Leone – Bridging the gaps to attain MDG 4 & 5”

(2) ワクチンと予防接種のための世界同盟（GAVI）

保健衛生省は、EPI の強化を主目的とする予算規模 540 万米ドルの事業の支援を GAVI に申請した。2012 年 10 月より 3 年間の期間で開始される予定であったが、同プロジェクトが条件付きの承認となったため、その開始時期は現時点では未確定である。事業の概要は以下のとおり。

表 2 - 12 GAVI プロジェクトの概要

<p>コールドチェーンを含む機材のメンテナンス強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 中央及び県にメンテナンス局を設置 ・ 要員 30 名の研修と配属 ・ 移手段の確保 (MoHS : 車両 1 台、バイク 2 台、DHMTs : バイク (テクニシャン 1 人につき 1 台)) ・ 機材インベントリーの作成

- ・ RED によるアウトリーチ強化
- ・ 全 PHU のキャッチメントエリアのコミュニティ調査
- ・ PHU 職員の RED 研修とアウトリーチ計画策定
- ・ ISSV（四半期ごと）関連のサポート
 - バイク：1 台× 170 チーフダム
 - 車両：2 台× 13 DHMT + 5 台 @ MoHS
 - 燃料：四半期ごとに各県 1,000 リットル、MoHS 5,000 リットル
 - 日当宿泊費：四半期ごとに各 DHMT 25 人 / 日、MoHS 75 人 / 日
 - 文具類

医薬品及びワクチンの供給管理の強化

- ・ 医薬品配布手段：車両 34 台 (2 台× 12 県 + 4 台× 1 県、トラック× 4 台、冷蔵車× 2 台)、ボート 3 隻
- ・ 太陽光発電コールドチェーン機材：240 台 + 1,300 コールドボックス
- ・ 4 州 (regional centres) の医薬品庫と中央のワクチン貯蔵施設の拡充

出典：GoSL's proposal for Health Systems Strengthening (HSS) Support by GAVI

(3) 国連諸機関

国連機関は「シエラレオネのための共同ビジョン 2009-2012」と呼ばれる共同支援計画書に基づいた援助を展開している。同文書は国連機関による PRSP-II の実施支援において指針となっているもので、農村地域の経済融合、青少年の社会的・経済的融合、保健サービスへの公平なアクセス、信頼のおける利用可能な公共サービスの 4 点が優先事項とされている。保健分野においては、プライマリーヘルスケアを重視し、MDGs に含まれている保健要素（特に母子保健に重点）を全国的に向上させるため、保健人材の育成をはじめとする保健システム（計画・予算策定や M&E を含むマネジメント、保健財源の確保、物資調達管理、保健情報）の強化を国連機関が共同で支援することがうたわれている。

UNICEF は前述の EU プロジェクトのほか、DFID や世銀などの資金により医薬品の調達管理〔調達・配布の実施、ロジスティック管理情報システム (Logistic Management Information System : LMIS) の構築、国立医薬品調達局 (National Pharmaceutical Procurement Unit : NPPU) の設立など〕、人材育成 (MCH エイドの能力強化、CHW のリクルートと研修)、緊急産科・新生児ケアの拠点となる施設 (BEmONC/ CEmONC センター) 設立などを行っている。UNFPA は避妊具の調達のほか UNICEF などと分担して BEmONC/ CEmONC センターの設立を、また WHO は保健管理情報システム (Health Management Information System : HMIS) の一部となる保健人材情報システムの構築やサービス提供体制の定期調査である SARA の実施を技術面で支援している。

なお、国連機関は 2012 年の 9 ~ 11 月に次期 5 年計画 (2013 ~ 2018 年) の計画策定を行う予定である。

(4) 世界銀行

「妊産婦 (妊娠～授乳期間) と乳幼児の保健医療サービス利用の増大」を目的として「RCH プログラム・フェーズ 2 (RCHP-II)」を 2010 年 10 月より 37 カ月、予算規模 2,000 万ドルで実施中である。RCHP-II の主要コンポーネントは以下のとおり。

表 2 - 13 世銀プロジェクト RCHP-II の概要

<p>成果に比したインセンティブの支給 (Performance-Based Financing : PBF)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 全国の PHU に対し、実際のサービス提供状況⁴⁶に応じてインセンティブを現金で支給。そのうち 60% は職員の収となり、40% は施設の整備に充てられる。 ・ 各 PHU の成果を確認するための四半期ごとのモニタリング
<p>県政府へのセクター財政支援⁴⁷</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県保健計画に計上してある予算の中から車両、医薬品 (含ワクチン)、医療器材等の調達のほか、施設改修⁴⁸、コミュニティヘルスワーカーの研修、モニタリングなどに活用される予算の補填⁴⁹。資金は保健衛生省を通さず、直接県政府に送られる。 ・ 医薬品の調達・配布は各県 DHMT のキャパシティが不足しているため UNICEF へ委託。UNICEF は調達・配布を実施しつつ、保健衛生省と DHMT の調達能力の強化を図っている。 ・ 県レベルにおける医療関連廃棄物のマネジメントの強化 (環境と保健分野のセクター横断的支援)
<p>保健情報</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県保健情報システム (DHIS) : RCH プログラム (フェーズ 1) で構築した DHIS の強化のため研修等の支援を継続。(中央レベルの HMIS 強化は主に DFID/WHO が支援)。データを扱う保健衛生省要員に対するサポーターズスーパービジョンの研修を包括。 ・ 中央における情報統合設備 (Integrated Data Warehouse : IDW) の構築 ・ 県病院における情報管理システム (Hospital Information System : HIMS) の構築
<p>医学教育の強化 (シエラレオネ大学、ジャラ大学)</p>
<p>調査 : DHS (2013 年)、SARA (2011 年)</p>

出典 : World Bank Reproductive and Child Health Project Phase 2 Project Information Document, Progress Reports 4 & 5

2004 年から地方分権化の支援を行っている世銀は、「サービス提供の地方分権化プロジェクト (Decentralized Service Delivery Project : DSDP)」を通じて地方行政の強化も支援しており、同プロジェクトからも RCHP-II とほぼ同額が保健セクターへの財政支援として県政府に支給されている (表 2 - 14 参照)。

表 2 - 14 世銀 RCHP-II と DSDP プロジェクトにおける県政府への財政支援額 (2011 年予算)
(単位 : 百万レオン)

RCHP-II	DSDP (保健)	DSDP (教育)	DSDP (水)	DSDP (廃棄物処理)
8,085	7,700	6,160	12,320	4,620

出典 : GoSL/Ministry of Finance and Economic Development "Local Councils Equitable Grants Distribution Formulae and Annual Allocations 2011" Feb. 2011

⁴⁶ 指標 : 施設分娩、産前検診、乳児 PENTA3 接種率、5 歳未満時受診、5 歳未満児の ITN 使用

⁴⁷ 年次計画の実施を支援するもので、各県の専用口座に直接振り込まれ、DSDP (世銀の地方政府支援プロジェクト) 及び GoSL の資金と共にプールされる。

⁴⁸ 2013 年 10 月までに 150 件の PHU が改修 (新築・機材のみの補強を含む) され、全国で 60 件の BEmOC センターが創出されることになっている。

⁴⁹ 行動変容コミュニケーション (Behavior Change Communication : BCC) 関連や機材のメンテナンス及びモニタリング関連のコストは県予算に十分に計上されていないことが報告されている。

(5) 英国 (DFID)

「シ」国にとって最大の支援国である英国は、現行のリプロダクティブヘルスと子供の健康の向上を目的とした支援プログラムを2016年まで継続することを表明している。英国は2010年に開始されたFHCIの主要支援者でもあるが⁵⁰、その支援規模は年々縮小するデザインとなっており、2013年6月で終了することになっている⁵¹。保健情報の分野では、現在並立している各種のデータ管理システム間における情報の共有と活用の促進を中央レベルで支援しているほか、新たに保健人材情報管理システムの構築もWHOを通じて行っている。またM&E機能強化の一環として、中央及び県レベルでM&E担当官の給与補填や四半期ごとに実施する緊急産科・新生児ケア施設のモニタリングを支援している。

(6) 米国 (USAID)

米国国際開発庁 (USAID) は2010年から、コミュニティレベルの介入によって食糧保障の強化と栄養状態の向上を図る「持続可能な栄養と農業振興プロジェクト (Sustainable Nutrition and Agriculture Promotion : SNAP) を5年間の予定で実施している。予算規模6,000万米ドルの同プロジェクトは、NGOのコンソーシアム⁵²によってTonkolili県、Bombali県、Kaliahun県、Koinadugu県の18地区(チーフダム)を対象に実施されており、特に乳幼児と母親の栄養の改善により母子保健の向上に寄与することが期待されている。栄養、新生児・小児疾患の統合的管理 (Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness : IMNCI)、難産時の対処法などの分野におけるCHWやPHU職員の能力強化、コミュニティの組織化、食糧・栄養補助剤の配布、また女性や若者の収入向上も目的とした食糧生産の促進などを行っている。米国はこのほかにも、顧みられない熱帯病 (Neglected Tropical Diseases : NTD) やHIV/AIDSに関連する支援も行っている。

2-4-2 援助協調の枠組み

「シ」国では2011年12月に保健協定 (Health Compact) が発効し、援助協調の枠組みも策定された。保健協定は、「シ」国政府のリーダーシップの下に共同で策定した保健セクター開発計画を、可能な限り「シ」国のシステムを活用しつつ、政府、保健分野の開発パートナー、NGOやFBO (Faith-Based Organization ; 信仰に基づく団体) が協働して実施するコミットメントを表現したものである。同協定には「シ」国政府のほか、国連機関や世銀、アフリカ開発銀行、EU、英国、アイルランド、NGO及びFBOの代表が署名している。日本は、署名こそしていないものの、可能な限り同協定の枠組みの中で支援を継続することを表明している。

援助協調の構造は付属資料4に図示したとおりであり、JICAは「保健情報・モニタリング・サポーターティブスーパービジョン」の技術部会 (TWG) のメンバーとなっている。各TWGは保健衛生省の関係部局職員が議長を務め、隔週で定例会を行うことになっている⁵³。また県レベルにおいても同様の援助協調の仕組みがつけられつつあり、県保健管理局のリーダーシップの

⁵⁰ 2010年においては医薬品の購入や保健人材の給与補填などの形でFHCI総経費の42%を負担している。

⁵¹ 保健人材の給与補填のみ、徐々に減額しつつも2015年まで継続される予定である。

⁵² ACDI/VOCA, International Medical Corps, Opportunities Industrialization Center International

⁵³ 実際の会議の頻度はTWGによって異なっており、保健情報・モニタリング・サポーターティブスーパービジョンTWGの会合は2カ月に1～2度の頻度で開催されている。

下でステークホルダー間のコーディネーションが進むことが期待されている。

第3章 プロジェクト基本計画

3-1 プロジェクト計画策定のプロセス

3-1-1 スーパービジョンに係るこれまでの取り組み

前述のとおり、国家保健セクター戦略計画（NHSSP）には、保健システムの強化を通じて包括的な保健サービス提供の改善を推進していく方針が明示されており、統合的サポータティブスーパービジョン（ISSV）のシステム構築及びその実施は保健システムのガバナンスの一環として推進されている。現行のサポータティブスーパービジョンは、地方分権の仕組みに沿って、①保健衛生省から県保健管理局、②県保健管理局から一次医療施設（PHU）の2つのレベルにおいて実施されている。

わが国は2008年から2011年まで「シ」国カンビア県において「地域保健改善プロジェクト」を実施し、そのコンポーネントのひとつとして上記②に該当する県レベルのISSV体制の強化に取り組んだ。このISSVシステムは、当時は疾病・課題別のいわゆる「縦割りプログラム」別にスーパービジョンが行われ県保健管理局内での情報やリソースの共有がなされていなかったことから、より効率的な指導・管理体制を構築するために導入された。同時にこのISSVは、プロジェクト・サイクル・マネジメント（PCM）の基本的要素としても位置づけられた。

2010年からNHSSPにおいてサポータティブスーパービジョンの徹底が戦略的に位置づけられたことを受け、先駆的なカンビア県の取り組みを基に保健衛生省がISSVを全国展開することを目的として、2012年3月までの8カ月間、個別専門家が保健衛生省に派遣された。その結果、上記①のツールとして県保健管理局を対象とした保健衛生省によるISSVのガイドラインとチェックリストが作成されている⁵⁴。チェックリストはマネジメントとプログラムの2つのセクションから構成されており、後者においてはリプロダクティブ・小児保健（Reproductive and Child Health：RCH）、EPIなど現在実施中のプログラムに沿った構成になっている。ツール策定のプロセスにおいてさまざまなチーム編成でISSVを実施⁵⁵した結果、現行ではスーパーバイザーチームは、テクニカル部門の各局長がトップとなり、そのほかにクリニカル面を指導する看護師、マネジメントやデータ面の指導を行うM&E担当官の計3名で構成されることが最適という結論に至っている。

一方で、現行のISSVは現場における監督指導を定期的に行うことに重点が置かれており、現場から得られた情報が課題の解決やエビデンスに基づいた計画策定に十分に活用されるには至っていないことが指摘されている⁵⁶。さらに、中央レベルだけでなく、県レベルにおけるISSV体制強化にも取り組む必要性が指摘されている。

⁵⁴ ガイドラインは保健衛生省が最終化することになっているが、調査時点においては進展はみられていない。

⁵⁵ 保健衛生省によるISSVは4回（2011年7月、10月、11月、及び2012年2月）実施された。

⁵⁶ 専門家業務完了報告書（2011年6月から2012年3月まで保健衛生省へ派遣された大野伸子執筆）

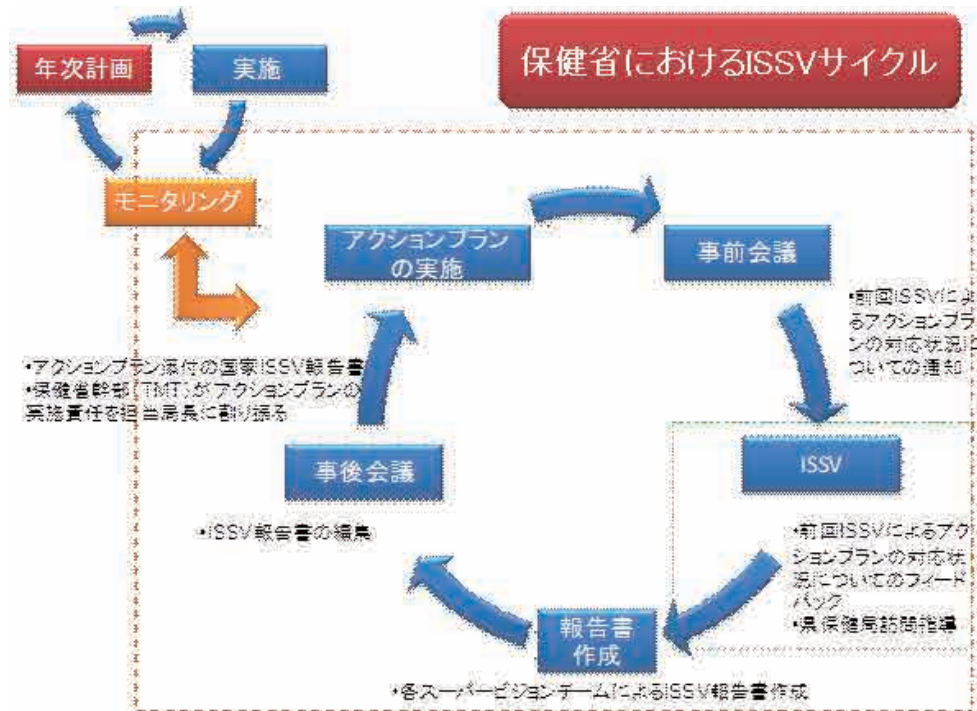


図 3-1 ISSV サイクル

3-1-2 フィールド調査

調査団は、全国 13 県のうち JICA 安全基準上プロジェクトの対象とするには難しい県、及び NGO が大規模な活動を展開している県を除いた 7 県（Kambia、Port Loko、Tonkolili、Bombali、Bo、Pujehun、Moyamba）を訪問し、県保健管理局、PHU、県病院、県／市政府を対象に、県レベルでの ISSV の実施状況に関する聞き取りを行った。

その結果、既にすべての県保健管理局が PHU を対象とした ISSV を実施しているが、発見された課題解決に向けた十分な対策を組織的に取るには至っていないことが共通の課題として確認された。さらに、①保健衛生省が以前に作成・配布した PHU 用チェックリストを使用して ISSV が実施されているが、最新版でない県や独自に項目を追加した県、② PBF（Performance-Based Financing：2-4-1 の世銀の項参照）のモニタリングと同時あるいは別に実施する県、③スーパーバイザーチームの構成などに関して、さまざまな形態があることが明らかになった。さらに、ISSV が目標とされる年 4 回実施されていない県や、ISSV 実施時に全 PHU が訪問されていない県があることも判明した。実施率やカバー率の低い原因として、ロジスティクス面（車両・維持管理費やガソリン・日当）の確保が困難であることが挙げられた。特に県政府を経由して支給される予算の遅延が ISSV 実施に支障を来していることが多くの県から報告された。各県における調査の結果概要は付属資料 5 を参照のこと。

3-1-3 対象県の選定

プロジェクトによる直接支援の対象には、地域的、更には県保健管理局の能力の面においてもバランスのとれた選定になるよう考慮し、Bombali、Tonkolili、Moyamba、Pujehun の 4 県が選ばれた。さらに、NGO による大規模な活動が展開されている県や既に JICA がプロジェクトを実施している県は活動の重複を避けるよう配慮されている。

表 3-1 対象県の選定基準

地域	県	JICA 安全基準	大規模プロジェクトを展開する NGO	既存の JICA プロジェクトの有無	県保健管理局の能力
北部	Bombali	○		△ ⁵⁷	高
	Kambia	○		有	中
	Kaoinadugu	×		△	中
	Port Loko	○		有	中
	Tonkolili	Makeni 宿泊		△	中
南部	Bo	○	MSF		高
	Bonthe	×			低
	Moyamba	Bo 宿泊			高
	Pujehun	Bo 宿泊			低
東部	Kailahun	×			低
	Kenema	○	IRC		高
	Kono	×			中
西部	Western	○	Concern	有	高

3-2 プロジェクト基本計画の内容

3-2-1 プロジェクトの概要

プロジェクトの概要は以下のとおりである。〔PDM（案）については付属資料 9 を、PO（案）については付属資料 10 を参照されたい。〕

プロジェクト名	サポーターズスーパービジョンシステム強化プロジェクト
プロジェクト期間	2013 年 4 月～2017 年 3 月（4 年間）
実施機関	保健衛生省〔プライマリーヘルス局（DPHC）、政策計画局（DPP） ⁵⁸ 、母子保健局（DRCH）〕、対象 4 県の県保健管理局
プロジェクト・ダイレクター	首席医務官（CMO）
プロジェクト・マネジャー	DPHC 局長（次席医務官を兼務）
プロジェクト対象地域	全国（Bombali 県、Tonkolili 県、Moyamba 県、Pujehun 県を重点地域とする）

⁵⁷ 現在実施中の「カンビア県地域能力開発向上プロジェクト」の対象は北部全県であるが、拠点は Kambia 県と Port Loko 県に設けられている。

⁵⁸ 調査時点の名称は「政策計画情報局（DPPI）」であるが、保健衛生省の構造改革によって「政策計画局（DPP）」となることがほぼ決まっている。

ターゲットグループ	直接裨益者	保健衛生省スーパーバイザー（39名程度）及び全国13県の県保健管理局職員（325名程度）
	間接裨益者	全国13県におけるPHU職員（3,030名程度）
	最終裨益者	全国の5歳未満児（95万人程度）及び妊産婦・授乳婦（23万人程度）

3-2-2 プロジェクトの枠組み

(1) プロジェクト目標と指標

<p><プロジェクト目標></p> <p>一次医療施設（PHU）において提供される母子保健サービス改善のために、保健衛生省及び13県の県保健管理局による統合的サポートスーパービジョン（ISSV）サイクルが強化される。</p>
<p><指標></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 保健衛生省がISSVサイクルの全活動を実施する。 2. 13県のうち10県の保健管理局がISSVサイクルの全活動を実施する。 3. 県保健管理局を対象としたISSVチェックリストの評点の向上⁵⁹

指標1：「ISSVサイクルの全活動」とは、「事前会議、現地訪問、事後会議、アクションプランの策定と実施、次回訪問時におけるフィードバック、必要に応じて次年度の年間計画に課題を反映する」と定義する（前掲の図3-1参照）。毎年4回ISSVが実施されると仮定するとISSVサイクルが毎年4回完結することが100%と考えられるが、プロジェクト開始後いつの時点までに完結をめざすかを含め、目標値が検討される必要がある。

指標2：プロジェクト終了時まで、約80%の県保健管理局がISSVサイクルの全活動を実施するようになることを目標値と設定している。プロジェクト終了時点で完結されていればよいのか、指標1と同様に毎年の完結度の改善をめざすべきか、ベースライン確認後、具体的な目標値が設定されることが望ましい。

指標3：データの入手可能性を考慮し、毎回ISSV実施時に確認されるチェックリストのスコアを指標として設定した。各県別の総合点及び各セクションのスコアについて、プロジェクト開始時にベースラインを確認し、目標値が設定される必要がある。

⁵⁹ 以下のように、①マネジメント、②プログラムの2部門から構成されている。

①管理局の活動、人事、スーパービジョン、財務、保健管理情報システム、ロジスティックス・在庫管理、建設プロジェクト
②予防接種、周産期・リプロダクティブヘルス、栄養、伝染病、マラリア、環境衛生及びコミュニティヘルス

(2) 上位目標

<上位目標> 全一次医療施設（PHU）において提供される母子保健サービスが改善される。
<指標> 1. サービスの利用可能性・準備評価（SARA ⁶⁰ 指標）指標の向上 2. PHU を対象とした ISSV チェックリストの評点の向上 ⁶¹

指標 1：本調査協議の際は「SARA 指標から選択する」ということで合意されているが、R/D 締結時は SARA 指標のひとつである「PHU における周産期・新生児・小児保健（Maternal, Newborn and Child Health：MNCH）サービスの提供体制の状況」で決定されることが推奨される。

指標 2：現状では、PHU を対象とした ISSV データは各県の県保健管理局が保持しているが、十分に整理されていない状況である。この指標の入手手段については、M&E の枠組みを定める際（活動 1-10）に検討する必要がある。同時に、各県別の総合点、及び各セクション別の目標値が設定されることが望ましい。

(3) 成果と活動

成果 1 は保健衛生省、成果 2 及び 3 は対象 4 県の県保健管理局に関するものである。

成果 1
保健衛生省による全 13 県の県保健管理局を支援する能力が強化される。
<指標> 1-1. 保健衛生省のスーパーバイザーの 90% が十分な ISSV 能力を保有する。 （「十分な ISSV 能力」についてはプロジェクト開始後に定義する。） 1-2. 保健衛生省によるスーパービジョンの実施・カバー率（100% = 13 の県保健管理局が毎年各 4 回、保健衛生省 ISSV スーパーバイザーより訪問指導を受ける。） 1-3. 各回の ISSV 後に策定される活動計画（アクションプラン）のうち 80% 以上が着手される。 [活動計画（アクションプラン）= 特定された各課題の解決に向けて、その責任者や実施期限を設定したもの。]
<活動> 1-1. 保健衛生省が、県保健管理局と PHU を対象とした ISSV ツール（チェックリスト及びガイドライン）を完成させる。（ISSV サイクル上の活動を既存の県保健管理局のチェックリストに織り込む。） 1-2. 保健衛生省がツール（チェックリスト、ガイドライン）を印刷し、関係機関に配布する。

⁶⁰ SARA（Service Availability and Readiness Assessment）；サービス提供体制・状況調査

⁶¹ ①マネジメント、②プログラム、③保健マネジメント情報システムの 3 部門から構成されている。

①職員の出席管理、財務・経理、ロジスティクス・在庫管理、施設状況及び清潔面

②予防接種、IMNCI、栄養、安全な出産とリプロダクティブヘルス、サーベイランス、エイズ、マラリア、結核、NTD、RED

③データの質と在庫管理データ

- 1-3. 保健衛生省が日本人専門家と共に、保健衛生省スーパーバイザーの能力を強化する。
- 1-4. 保健衛生省スーパーバイザーが 13 県の保健管理局に対して ISSV ツール（上記 1-1）導入の指導をする。
- 1-5. ガイドラインに従って、保健衛生省が関連部局の参加を得て定期的に 13 県の県保健管理局への ISSV を実施する〔事前会議、訪問指導、事後会議、保健衛生省の活動計画（アクションプラン）作成と実施、その結果に関する県保健管理局へのフィードバック（次回スーパービジョン時）を含む〕。
- 1-6. 毎回の ISSV 実施後、必要に応じて、保健衛生省幹部（Top Management Team : TMT）が保健衛生省の活動計画（アクションプラン）を協議・承認し、その実施担当部署を任命する。
- 1-7. 保健衛生省年次計画立案時に、保健衛生省政策局が、ISSV によって明らかになった課題を次年度の年間計画に反映させる。
- 1-8. 保健衛生省が、県保健管理局に対する ISSV の記録や保健衛生省の活動計画（アクションプラン）実施状況に関する情報管理システムを構築する。
- 1-9. 保健衛生省が本プロジェクトの運営に関する定期的な会合を開催する（合同調整委員会、運営委員会）。
- 1-10. 保健衛生省と日本人専門家がプロジェクトの進捗を合同でモニターする〔保健衛生省スーパーバイザーのキャパシティアセスメント、ISSV の結果や活動計画（アクションプラン）の実施状況のモニタリングを含む〕。
- 1-11. 保健衛生省が 13 県の県保健管理局と経験共有の場を設ける（例：13 県を対象としたワークショップや相互訪問など）。

成果 1 の指標に関して：

指標 1-1：スーパーバイザーの構成については、前述 3-1-1 項を参照。「十分な能力」の定義とそのアセスメントの仕方はプロジェクト開始後、保健衛生省と協議のうえ決定することが必要である。

指標 1-3：活動計画（アクションプラン）の 80%以上が「着手される」とは、対応策が完全に実施されるのではなく、解決に向けた何らかの動きが開始されることを意味する。これは、保健衛生省の場合、政策的な関与が必要になる課題も多く、その解決には時間を要することを考慮にいたったものである。

成果 1 の活動に関して：

活動 1-1：本プロジェクトがめざす「一連の ISSV サイクルの活動」が実施されたかを確認する項目を、現在使用されているチェックリストに織り込む必要がある。

活動 1-2：ツールは保健衛生省及び県保健管理局関係者に配布される必要がある。

活動 1-5：関連部局の参加とは、前述 3-1-1 項のとおり、スーパーバイザーチームが関連部局の局長、職員から構成されることを意味する。本プロジェクトの C/P となっていない部局も含まれる。

活動 1-8：県や PHU ごとの ISSV スコアや活動計画（アクションプラン）実施の進捗状況が確認できるようなシステムの構築を意図する。現在、戦略情報計画局（DPPI）で活用しているエクセルを使った簡易なものをベースとし、データの必要性や使い勝手を考慮

してデザインする。

活動 1-10：プロジェクト開始直後に、共同モニタリング体制及び計画を設定する。

活動 1-11：13 県の県保健管理局に対して表彰制度を導入するなど競争意識も活用し、保健衛生省によるプロジェクト対象外 9 県の県保健管理局の ISSV 強化を推進するメカニズムを織り込むことが推奨される。

成果 2
対象 4 県の県保健管理局において、一次医療施設を対象とする統合的サポートイブスーパービジョン (ISSV) サイクルが強化される。
<指標> 2-1. 対象 4 県の県保健管理局による スーパービジョンの実施・カバー率 (100% = 対象 4 県における PHU が毎年 2 回以上、県保健管理局から訪問指導を受ける。) 2-2. 本プロジェクト協力期間中における活動計画 (アクションプラン) の実施率の向上。 2-3. 発見された課題が次年度の県年間計画に反映される。
<活動> 2-1. 対象県保健管理局が、保健衛生省策定の PHU を対象とする ISSV チェックリストを必要に応じて改良する。 2-2. 対象県保健管理局が、新 ISSV ツール (成果 1 の活動 1-2 及び成果 2 の活動 2-1 参照) の使用法を関連職員の間徹底させる。 2-3. 対象県保健管理局が、PHU を対象とした ISSV を新 ISSV ツール (活動 2-1 の成果品) に基づいて実施する [事前会議、訪問指導、事後会議、県保健管理局による活動計画 (アクションプラン) 作成と実施、その結果に関する PHU へのフィードバック (次回スーパービジョン時) を含む]。 2-4. 対象県保健管理局が、ISSV によって明らかにされた課題を次年度の年次計画に反映する。 2-5. 活動 2-3 の実施のために、保健衛生省スーパーバイザー及び日本人専門家が対象県保健管理局に対して (PCM 研修などの) 技術的な支援を行う。

成果 2 の指標に関して：

指標 2-1：現行では年 4 回の ISSV が計画・推奨されているものの、指標 1-2 と異なり、この指標では県 ISSV の実施が年 2 回されれば 100% と設定している。これは、各県保健管理局が約 100 前後と多数の PHU を管轄しており、全 PHU に対して年 4 回 ISSV 訪問指導することは、移動距離や道路の状態を考えると現実的ではないためである。仮に全 100PHU が 3 回の ISSV 訪問を受けた場合は、 $(100 \times 3) / (100 \times 2) \times 100 = 150\%$ となる。

指標 2-2：英文では“implementation rate” となっており、指標 1-3 のように「着手」されればよいのか、結果が求められるのか、プロジェクト開始直後に M&E の枠組みを定める際 (活動 1-10) に明確にすることが望ましい。

成果3
小規模プロジェクトを通して、対象4県の県保健管理局が選定したPHUにおいて提供される母子保健サービスが改善される。
<p><指 標></p> <p>選定されたPHUにおいて、小規模プロジェクトの内容と合致した母子保健関連指標が改善される。</p> <p>例) 1. IMNCIにおける第一選択薬（ファーストライン）の在庫切れ発生率 2. PHUにおけるワクチンの在庫状況 3. 周産期ケアの利用の増加 4. サービス提供者の技術的能力に関連する指標</p>
<p><活 動></p> <p>3-1. 対象県保健管理局が、保健衛生省スーパーバイザー及び日本人専門家と協議のうえ、ISSVによって明らかになった母子保健に関する課題を解決するための小規模プロジェクトを設定する。</p> <p>3-2. 日本人専門家の支援の下、対象県保健管理局が小規模プロジェクトを実施する。</p> <p>3-3. 対象県保健管理局が、小規模プロジェクトの進捗とその効果をモニターする。</p>

成果3は個別のPHUにおける介入に限られるような文言となっているが、ISSVの結果として複数のPHUに裨益するような小規模プロジェクトが提案されることも考えられる。本アウトプットは、このプロジェクトにおいて母子保健改善に直接寄与する唯一のコンポーネントであることから、①小規模プロジェクトに選定された活動が県レベルの合同事業予算計画に関連づけられていることと、②他の開発パートナーやNGO、信仰に基づく団体との重複の回避と連携を考慮しつつ限られた期間で最大限のインパクトを引き出すことに留意して案件の選択がされること、が必要である。

(4) 投 入

日本側	「シ」国側
<p>1. 専門家</p> <ul style="list-style-type: none"> ・総括 ・調整員 ・保健行政 ・サポータティブスーパービジョン ・データマネジメント（活動1-8に関するもの） ・母子保健（看護師などクリニカルな技術の指導ができる資格をもつことが望ましい） 	<p>1. C/P</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健衛生省（プライマリーヘルス局長、政策計画局長、母子保健局長など） ・関連職員（政策計画局及びプライマリーヘルス局） ・保健衛生省スーパーバイザー ・対象4県の県保健管理局長 ・必要に応じてその他の職員 <p>2. 保健衛生省内におけるプロジェクト事務所用スペース（執務室）</p>

<p>2. 資機材</p> <ul style="list-style-type: none"> ・車両 ・バイク ・事務所用機材／家具 <p>3. ローカルコスト</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健衛生省による ISSV の交通費（車両レンタル代、燃料代） ・ワークショップ／会議費用 ・ISSV ツールの開発・印刷費用 ・日本人専門家用の運転手とアシスタント ・日本人専門家用車両の維持管理費用及び燃料代 ・対象 4 県においてそれぞれの合同事業予算計画を補完する小規模プロジェクトの実施費用 <p>4. 研修</p>	<p>3. ローカルコスト</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健衛生省及び県保健管理局職員の諸手当（ISSV 実施の際の日当・宿泊費を含む） ・プロジェクト事務所の電気・水・電話などの諸経費 ・机、イス、棚など務所用家具 ・対象 4 県の県保健管理局に供与する車両とバイクの利用に係る費用（登録料、保険料⁶²、維持管理費、運転手代、燃料費） <p>4. プロジェクト対象外 9 県の県保健管理局に対する ISSV 能力強化に関する費用</p>
---	--

(5) 外部要因

<前提条件>

- | |
|---|
| <p>1. 政治的安定及び治安が保持される。</p> <p>2. ISSV の重要性が保健衛生省内において維持される。</p> |
|---|

<外部条件>

アウトプット達成のための外部条件	予定されている保健衛生省の改革が、プロジェクト実施に影響を及ぼさない。
プロジェクト目標達成のための外部条件	<p>1. 保健衛生省及び開発パートナーによってリソース（予算／資機材／人材等）が継続的に提供される。</p> <p>2. 本プロジェクトの対象外となる 9 県における ISSV サイクルが保健衛生省の支援により強化される。</p>
上位目標達成のための外部条件	保健衛生省及び開発パートナーによってリソース（予算／資機材／人材等）が継続的に提供される。

詳細については、後述の「3-3 プロジェクト実施上の留意事項」、及び「第 4 章 プロジェクトの事前評価」を参照されたい。なお、「定期的に職員の異動が行われる」ことを念頭に本案件は形成されているため、「C/P の異動がない」という条件は特に外部条

⁶² 先方側の予算等の関係で費用の手当てができないことによりプロジェクトの進捗が遅れることを防ぐため、初年度分のみ日本側が負担することも要検討。

件には含めていない。

3-2-3 実施体制

プロジェクトの運営・実施体制は、図3-2及び図3-3のとおりである。保健衛生省のCMOをプロジェクト・ダイレクター、DPHC局長をプロジェクト・マネージャーとする。保健衛生省においては、DPHCが政策計画局、母子保健局、その他関連部局と調整しつつ、全国13県の県保健管理局⁶³を対象にしたISSV年4回実施し、その都度「サイクル」を完結させる。前述のとおり、現行のスーパーバイザーチームは、テクニカル部門の各局長及び課題プログラム長と、クリニカル面を指導する看護師、マネジメントやデータ面を指導するM&E担当官の3名で構成されているが、局長級の職員が年に4回、約1週間にわたってISSVに参加するのは現実的ではなく、スーパーバイザーチームの構成は変更となる可能性もある。日本人専門家は、中央レベルの中心となる3部門、並びにスーパーバイザーチームを支援する。

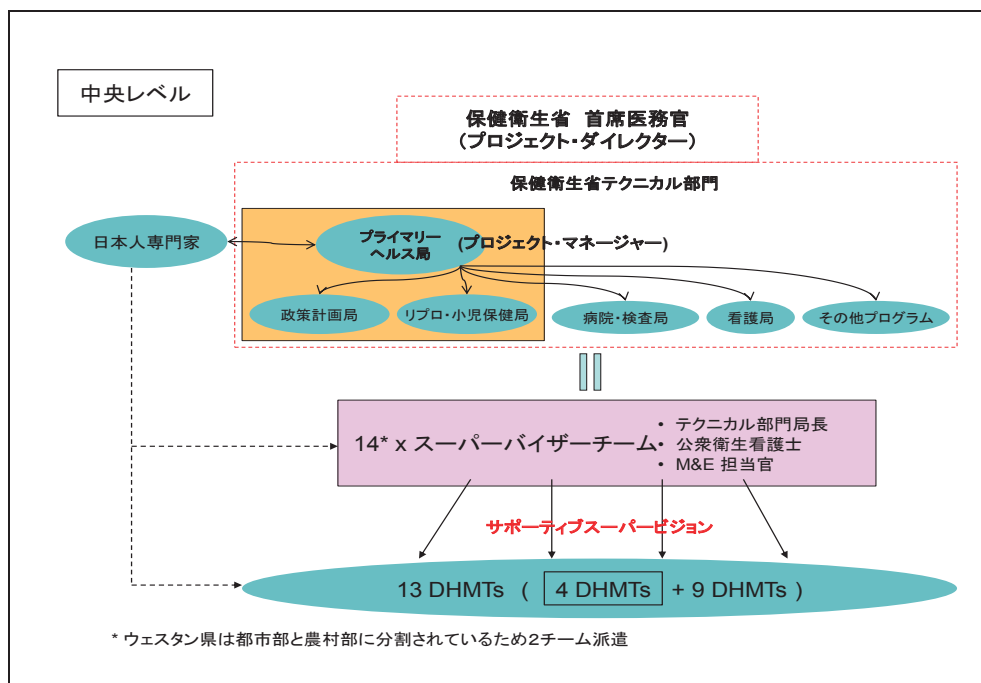


図3-2 保健衛生省による県保健管理局のスーパービジョン体制

保健衛生省は、これと並行して全国の県保健管理局によるPHUに対するISSV強化を推進しているが、本プロジェクトはそのうち4県の県保健管理局を直接支援する。その他の9県については、保健衛生省が通常の活動の一環として独自で強化する。

⁶³ Western 県は都市部と村落部に分かれているため、13 県に対し 14 のスーパービジョンチームが必要となる。

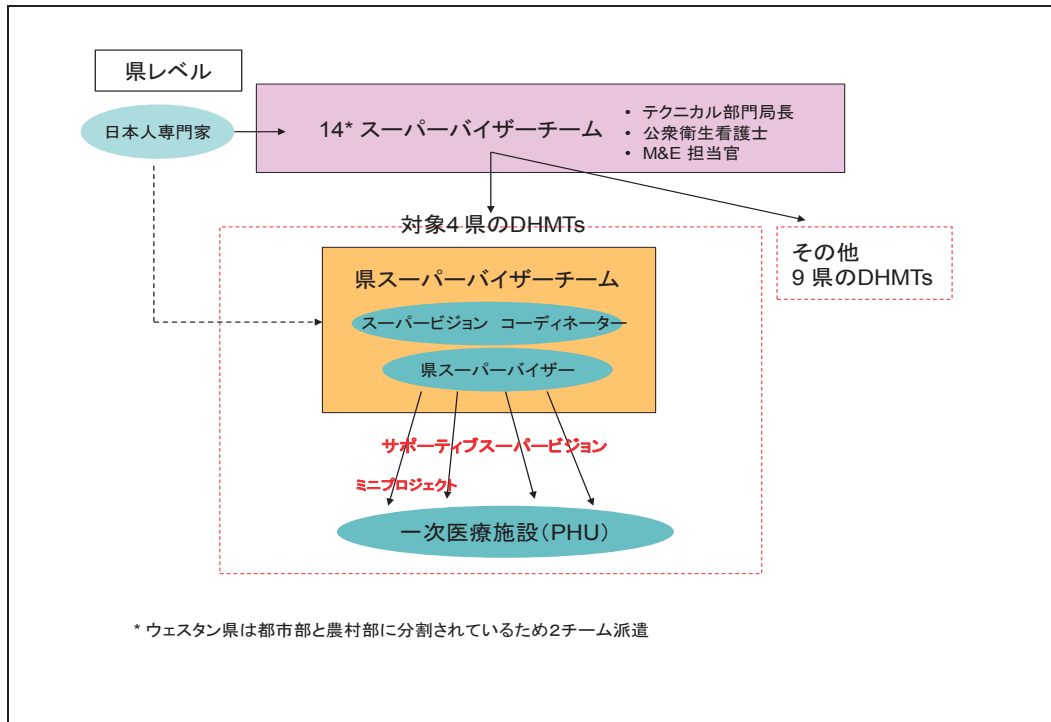


図 3-3 県保健管理局による PHU のスーパービジョン体制

3-3 プロジェクト実施上の留意事項

(1) 他の開発パートナーとの連携

2-4-1で概観したが、現在 JICA を含めて複数の開発パートナー（DP）がサポータースーパービジョンの支援を計画している。そのほかにもモニタリングのためのロジスティックス支援（車両、燃料費、日当・宿泊費など）や、本プロジェクトの成果3で取り上げられる可能性のある施設改修や保健人材の能力強化を織り込んでいるプロジェクトも多い。重複を避けリソースを効率的に活用するためにも、中央及び県レベルに既存の援助協調の枠組みを活用し、積極的にステークホルダーと緊密な連携を図っていくことが必要である⁶⁴。

(2) 上位目標の達成に関する他 DP の支援

本プロジェクトで目標とする ISSV サイクルの全国的な強化は、保健行政能力の強化と母子保健課題に対応する小規模プロジェクトを通じて上位目標である母子保健の向上に貢献するものである。しかし、医薬品や機材の継続的な供給、能力の高い保健従事者の増加、住民の意識や知識の向上、保健医療サービスへの地理的アクセスの改善などが同時に図られなければ、その指標上のインパクトは極めて限定的なものにとどまる可能性が大きい。現在、2015年に向けてフリーヘルスケア・イニシアティブ（FHCI⁶⁵）を含めた多くの直接的な支援が実施・計画されていることから、上位目標の達成は見込まれると判断される。しかし、

⁶⁴ 現在 EU プロジェクトの詳細を策定中の UNICEF は、支援の重複を避けるために本プロジェクトの対象となる4県においては支援内容を調整する意向である。

⁶⁵ 「シ」国は医療保険の導入によって保健財源の確保をめざす方針を明らかにしており、2013年に予定されている医療保険の試験的導入の結果次第では、プロジェクト期間中に FHCI の方向性が大きく変わる可能性もある。

2015年以降、本プロジェクトの後半になって開発パートナーの支援が鈍る可能性もあるところ、こうした外部要因の影響を最小限にとどめるためにも、主要 DP の動向を継続的にモニターし、可能な限りプロアクティブな対策を立てておくことが望まれる。

(3) 対象県における経済活動の変化動向

本プロジェクトで対象県として特定された4県のうち、北部州に位置する Tonkolili 県と Moyamba 県は、近年鉄鉱石採掘が開始され、それに伴う大手鉱山会社の参入によって流動人口の激増が観察されている。流動人口の増大は、性感染症の増大など保健状況の悪化を引き起こすことも多く、それに伴う保健指標の悪化や医療人材の不足が本プロジェクトの運営や指標にも影響する可能性があることから、プロジェクトはこうした外部要因をモニターしていくことも必要である。

(4) 本プロジェクト対象外9県の県保健管理局の能力強化

保健衛生省の方針が全国的に ISSV を強化することであり、本プロジェクトではそれを支援するものであるという位置づけから、プロジェクト目標は全国レベルに設定されている。プロジェクト目標の達成には、本プロジェクトで直接的な支援をしない9県の能力が保健衛生省または他 DP によって強化されることが不可欠であるため、9県の状況も継続的にモニターする仕組みを構築する必要がある。保健衛生省は ISSV を組織的に推進する政策的なコミットメントを表明しており、また DP もそれに対する支援を表明していることから9県への何らかの支援は行われると予想されるが、全県を対象とした県保健管理局間の競争や表彰制度、対象4県の経験共有の機会などをプロジェクトの活動として効果的に織り込み、9県の県保健管理局を間接的に支援していくことも重要である。

(5) スーパービジョンの統合

本プロジェクトは、保健衛生省及び県保健管理局でプログラムごとに並立しているモニタリングやスーパービジョンを、情報収集と活用の効率化のために合同で実施する「統合的サポート型スーパービジョン (ISSV)」を支援するものである。ISSV の実施に際し、各プログラムが独自に保有するモニタリングの枠組みが共通化することが理想であるが、ISSV が始動している現時点においてそれぞれのもつモニタリングやスーパービジョンの仕組みは大きく変更されていない。本プロジェクトの専門家は、ISSV の効率を最大限に引き出すためにも、異なるプログラム間で使用されている指標やモニタリングツール、収集したデータの共有を働きかけていくことが望ましい。

その一方で、多くの分野が統合されることで一度のスーパービジョンに費やされる時間が長くなり、PHU の本来業務である保健医療活動に支障を来すのではないかと、また分野によっては十分な専門知識をもたないスーパーバイザーに有効な指導ができるのかなど、ISSV の限界を指摘する声もある。これは今後スーパービジョンに関するアプローチが再検討される可能性を示唆するものとして、留意しておくべきと考えられる。

(6) 日本人専門家のアサイン

本案件で支援する ISSV は保健衛生省及び県保健管理局の通常業務ではあるが、「シ」国

では日本人専門家が不在の間は関連業務が停滞する傾向が強い。専門家は C/P のオーナーシップを高める努力を継続的に行っていく必要があるが、同時にプロジェクトの遅延を防ぐためにも、可能な限り日本人専門家不在の空白期間をなくすことが望まれる。

また以下の項目に関しては、今後プロジェクトが開始される前、または直後に、整理・合意されることが望ましい。

(7) 指標の確認と目標値の設定

調査時において適当と思われる指標が選定されているが、細目を特定すべきもの、また目標値が設定されていないものもある。例えば上位目標の指標 1 は、「SARA 指標より選定する」ということで合意されているが、その後調査団内部では「PHU のサービス提供体制の総合的スコア (General service readiness index)」が適当であろうという結論に達したものの保健衛生省と協議・合意するには至っていない。そのため、R/D 署名時あるいはプロジェクト開始後早急に、保健衛生省と共同モニタリング体制を構築し、現状を確認したうえで指標の細目及び目標値を設定する必要がある。

(8) 保健衛生省側の C/P

「シ」国のプロジェクトでは、C/P が不在または明確でないことから専門家が自ら業務を行わざるを得ない例が散見されるが、能力強化を主軸にした本プロジェクトにおいてはプロジェクト開始時から技術移転の対象を明確にしておくことが不可欠である。プロジェクト・ダイレクターとプロジェクト・マネジャーをそれぞれ CMO 及び DPHC 局長とすることは合意されているが、実際にプロジェクトが始まった後に日本人専門家の C/P が誰となるのかを保健衛生省側がプロジェクト開始前に明示することが望まれる。

第4章 プロジェクトの事前評価

4-1 妥当性

本プロジェクトは、以下の点から妥当性が認められる。

(1) 「シ」国保健戦略との整合性

「シ」国では依然として母子保健が最重点課題であり、本案件が上位目標として掲げる一次医療施設（PHU）における母子保健サービスの改善は、国家保健戦略計画（NHSSP 2010-2015）の目標と一致している。NHSSPには保健システムの強化を通じて保健医療状況の改善を推進していくことが明示されており、本案件がプロジェクト目標に掲げる統合的サポートイブスーパービジョン（ISSV）体制の強化は、①ガバナンス強化、及び②サービスの改善を推し進めるための方策として重視されている。更に、保健セクターの3年間の業務実施計画である合同事業予算計画（JPWF）2012-2014においても、保健衛生省による県保健管理局の、そして県保健管理局による保健医療施設の監督指導の強化を推進していくことが明記されており、本案件はそれを直接的に支援するものとして位置づけられる。

(2) わが国援助政策との整合性

わが国は「シ」国に対する援助において「平和の定着」を重視しており、保健を含む社会基盤の整備が重点分野として掲げられている。さらに、「サポートイブスーパービジョン」を含む保健システム強化は「国際保健政策」（外務省）の優先項目に掲げられており、わが国援助政策との整合性が認められる。

(3) ターゲットグループのニーズとの整合性

保健衛生省は既に13県の保健管理局を対象としたISSVを実施しているものの、課題解決には十分につながっていない現状があり、その強化が必要と認識されている。さらに、PHUにおける保健サービスの改善に直接的に関与する県保健管理局でも同様のISSV強化が求められている。本案件では成果1で保健衛生省の、成果2で県保健管理局の体制強化を掲げており、ターゲットグループのニーズと一致している。

(4) ターゲット地域選定の適切性

成果2及び3の対象となる4県の県保健管理局は、北部・南部から2県ずつ選定されるうえ、保健衛生省による県保健管理局の能力基準（1～3）の各段階から選ばれ、さらにJICAが既にプロジェクトを実施している県やNGOが大規模な活動を展開している県は除外されている。したがって、地域間並びに能力的にバランスが確保されており、活動の重複も配慮されているため、4対象県の選定は適切であると判断される。

4-2 有効性

以下の理由から有効性が見込まれる。

(1) 成果とプロジェクト目標のロジックの整合性

本案件は中央と県の2つのレベルを対象に、以下の3つの成果から構成されている。

- ①保健衛生省の県保健管理局に対する ISSV 能力強化
- ②対象4県の県保健管理局の PHU に対する ISSV 能力強化
- ③対象4県の県保健管理局が選定した PHU において母子保健サービスを改善するための小規模プロジェクトの実施。

小規模プロジェクトは、課題解決のための対策〔活動計画（アクションプラン）〕を実現することで、具体的に ISSV サイクルを完結させ、その成果を明示することによって、対象4県の県保健管理局のモチベーション及びオーナーシップの向上を図ることを目的として導入している。スーパービジョンが現場訪問をして情報収集することに目的が置かれている現状に対し、スーパービジョンの結果を課題解決や政策・予算に反映させ、一連の ISSV サイクルの活動を確実に実施するように支援することで、下に位置する組織を「サポート」する体制強化、つまりプロジェクト目標の達成が見込まれる。

(2) プロジェクト目標達成に対する外部条件

ISSV サイクル確立には、スーパービジョンによって特定された課題解決のために対策〔活動計画（アクションプラン）〕を打ち立て、その対策を実行するための予算が確保されることが重要になる。この予算がない場合には、対策を打ち立てる意義が損なわれるからである。現在「シ」国では2015年のMDGs達成に向けて母子保健分野を対象とした他開発パートナーによる支援が多く実施・予定されている（2-4参照）ため、この外部条件が確保される可能性は高いと判断されるが、プロジェクト後半、特に2015年以降はこの外部条件に変化がないかをモニターする必要がある。

また、本プロジェクトの県保健管理局に対する直接的支援は4県のみにとどまるため、プロジェクト目標の達成には残り9県において保健衛生省が独自で同様の支援を展開することが不可欠である。ISSV 自体は県保健管理局が通常業務の一環として行うものとして JPWF にも織り込まれているものではあるが、プロジェクトは保健衛生省の活動をモニターし、プロジェクト目標達成のために、必要に応じて働きかけることが重要である。

4-3 効率性

以下の理由から効率性が見込まれる。

(1) 他の開発パートナー（DP）との連携・相乗効果

ワクチンと予防接種のための世界同盟（GAVI）や EU/UNICEF が ISSV 強化を含む保健システムプロジェクトを実施する予定であり、適切なコーディネーションにより本プロジェクトの対象外9県の能力強化が期待できる。また本プロジェクトは、計画策定・実施能力を含む保健行政能力を強化することによって他の DP による保健プロジェクトの運営にも寄与することから、相乗効果が期待される。

(2) 過去の JICA の経験

2008 年から 2011 年にかけて JICA が Kambia 県において「地域保健改善プロジェクト」を実施した際に、県レベルのサポーター・スーパービジョンの強化に取り組んだ。その成果のひとつであるチェックリストは、その後保健衛生省に派遣された個別専門家によって本プロジェクトでも使われるツールに加工されている。既に保健衛生省と JICA 間で良好な関係が構築されていること、また既に ISSV のツールが JICA の支援によってほぼ完成していることから、効率性の高いプロジェクト運営が期待される。

(3) 投入と比較したプロジェクト目標のレベル設定

Kambia 県における地域保健改善プロジェクトは、他国における成功例を参考としたが、前提条件となる技術レベルの相違に十分な配慮がなされていなかったことがプロジェクト・デザイン上の教訓として残された。その経験からも、脆弱な「シ」国の行政能力を考慮して、本案件におけるプロジェクト目標は現実的なレベルに設定されていると判断される。

(4) 成果達成に対する外部条件

「予定されている保健衛生省の改革が、プロジェクト実施に影響を及ぼさない」ことが外部条件となる。保健衛生省では現在組織改変が進行中であることから、大きな改革が行われた場合にはプロジェクトの実施体制などに関し臨機応変に対応することが必要である。

4-4 インパクト

以下のようなインパクトが予測される。

(1) 上位目標達成の見込み

スーパービジョンによって課題が特定され、それに対して何らかの方策が取られる（政策・予算への反映を含む）という一連の ISSV サイクルが強化されることにより、現在進行中のすべての保健システム及び母子保健サービス強化を間接的にサポートすることになる。また、保健指標が劣悪である「シ」国に対しては、今後も DP による継続的な支援が期待できることから、プロジェクト終了後 3～5 年度には、「PHU において提供される母子保健サービスが改善される」ことが見込まれる。

(2) 上位目標に対する外部条件

「保健衛生省及び DP によってリソースが継続的に提供される」という外部条件が担保されない場合は、サポーター・スーパービジョンの効果がサービス改善に十分に結び付かない可能性も残る。2015 年までは母子保健分野を中心に EU や GAVI の資金により大規模なプロジェクトが継続実施されることが決定しているが、プロジェクト後半になってから DP の支援が停滞する可能性もあり、上位目標達成への影響をモニターする必要がある。

4-5 持続性

リソース（予算・資機材・人材等）が適切に確保されれば、一定レベルの持続性が期待される。

(1) 政策・制度的側面

サポータティブスーパービジョンが保健システム強化やサービスの質の向上に関して有効な手段であることは普遍的に認識されており、現行の NHSSP 終了後も引き続き重視されると予測される。一方で、さまざまな分野が盛り込まれた「統合的な」スーパービジョンには、課題別のものに比べると専門的な分野に対応できないなどの弊害も指摘されており、現在の ISSV を推進する方向が見直される可能性はある。しかし本プロジェクトで強化しようとしている Plan-Do-See のサイクルは事業管理の基礎でもあることから、スーパービジョンの形態に係る方針の転換によって本プロジェクトの効果が失われることはない。

(2) 技術的側面

本プロジェクトにおいては、日本人専門家は保健衛生省で同省職員の通常業務を支援するというアプローチであるため、プロジェクト終了までには保健衛生省の職員に技術移転がされていることが期待できる。ISSV ツールを県の実情に応じて改訂するという要素が盛り込まれており、将来的にツールの再改訂が必要となった際にも、その技術は中央及び県のレベルに蓄積されている見通しである。

(3) 財政的側面

ISSV の実施は、保健衛生省の業務計画に既に反映されている活動の一環であるため、その実施に関するリソースは通常予算から確保されると見込まれる。また、県保健管理局の能力が向上すれば、中央からの監督指導の必要回数が減り、その経費も将来的には軽減することが期待される。さらに、「シ」国の母子保健分野を対象とした国際的な支援は今後も一定のレベルで継続されると予測されるうえ、復興期の「シ」国においては鉱山を中心とした産業が拡大しつつあるため、税収の増大による国家予算の増大も期待できると想定される。

第5章 実施協議

2012年10月12日、詳細計画策定調査で署名を交わしたM/Mに基づき、プロジェクトの基本合意文書である討議議事録（R/D）に関する協議がJICA ガーナ事務所（JICA シエラレオネ支所を兼轄）と「シ」国保健衛生省、財務省との間でなされた。

主な協議・確認事項は以下のとおり。

- （1）詳細計画策定調査に参加していなかった保健省副大臣に対するプロジェクトの内容や過去の協力の経緯、個別専門家、PDMに関する説明
- （2）プロジェクトの開始時期
日本の専門家リクルートの都合上、2013年4月以降になる旨回答
- （3）プロジェクトの執務スペースについて
「シ」国側による確実な確保と、日本側による事務機器や家具の調達に関する確認
- （4）プロジェクトフォーカルパーソンについて
「シ」国側のフォーカルパーソン選定（時期・人数・人選）の確認

上記協議を経て、R/Dへの署名がなされ、その後、12月に「シ」国外務省による署名がなされた（付属資料8参照）。