

タンザニア連合共和国
州保健行政システム強化プロジェクト
終了時評価調査報告書

平成 22 年 10 月
(2010 年)

独立行政法人国際協力機構
タンザニア事務所

タン事
J R
12-003

タンザニア連合共和国
州保健行政システム強化プロジェクト
終了時評価調査報告書

平成 22 年 10 月
(2010 年)

独立行政法人国際協力機構
タンザニア事務所

序 文

独立行政法人国際協力機構は、タンザニア連合共和国（以下、「タンザニア」と記す）関係機関との討議議事録（R/D）等に基づき、「州保健行政システム強化プロジェクト」を2008年4月から3カ年の計画で実施しております。

今般、プロジェクトの協力期間終了を目前に控え、技術協力期間中の実績と実施プロセスを確認し、その情報に基づいて、評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト及び自立発展性）の観点から日本側・タンザニア側双方で総合的な評価を行うとともに、今後の協力の枠組みについても協議を行うことを目的として、2010年9月13日から同年10月9日まで、当機構客員専門員・石井羊次郎を団長とし、終了時評価調査を実施しました。

本調査団は、タンザニア側評価委員と合同評価チームを結成のうえ調査を実施し、その結果を合同評価レポートに取りまとめ、タンザニア側政府関係者とプロジェクトの今後の方向性について協議し、ミニッツ（M/M）として署名を取り交わしました。

本報告書は、同調査団による協議結果、評価結果を取りまとめたものであり、本プロジェクト並びに関連する国際協力の推進にあたり広く活用されることを願うものです。

おわりに、本調査にご協力とご支援を頂いた内外の関係各位に対し、心からの感謝の意を表します。

平成22年10月

独立行政法人国際協力機構
タンザニア事務所長 勝田 幸秀

目 次

序 文
目 次
地 図
略語表

終了時評価調査結果要約表（和文・英文）

第1章 評価調査の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査目的	1
1-3 調査日程	1
1-4 調査団員	2
1-5 プロジェクトの概要	2
第2章 評価の方法	4
2-1 評価の枠組み	4
2-2 評価のデザイン	4
2-3 データ収集・分析方法	6
第3章 評価結果	8
3-1 プロジェクトの実績	8
3-1-1 投入実績	8
3-1-2 活動実績	9
3-1-3 成果（アウトプット）の達成状況	10
3-1-4 プロジェクト目標と上位目標の達成見込み	17
3-1-5 実施プロセス	20
3-2 評価5項目による評価結果	21
3-2-1 妥当性	21
3-2-2 有効性	21
3-2-3 効率性	22
3-2-4 インパクト	22
3-2-5 自立発展性	22
3-3 結 論	23
第4章 提言・総括・教訓	25
4-1 提 言	25
4-2 総括と教訓	26

第5章 PDM の修正	29
-------------------	----

付属資料

1. 調査日程	33
2. M/M	34
3. 合同評価報告書（英文）	40
4. 全21州 Capacity Assessment、Task Assessment	87

地 图



略 語 表

CCHP	Comprehensive Council Health Plan	県総合保健計画
CHMT	Council Health Management Team	県保健局
CMO	Chief Medical Officer	首席医務官
CMSS	Central Management Supportive Supervision	中央から州への支援的巡回監督指導
C/P	Counterpart	カウンターパート
DED	District Executive Director	県行政長官
DP	Development Partner	開発パートナー（ドナー）
GOJ	Government of Japan	日本政府
GOT	Government of Tanzania	タンザニア政府
HMT	Hospital Management Team	病院管理チーム
HSRS	Health Sector Resource Secretariat	保健セクター資源事務局
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
LGAs	Local Government Authorities	地方自治体
M&E	Monitoring and Evaluation	モニタリング・評価
M/M	Minutes of Meeting	ミニッツ（協議議事録）
MOHSW	Ministry of Health and Social Welfare	保健福祉省
MTEF	Medium Term Expenditure Framework	中期支出枠組
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PEPFAR	President's Emergency Program for AIDS Relief	米国大統領エイズ救済緊急計画
PMO-RALG	Prime Minister's Office-Regional Administration and Local Government	首相府地方自治庁
PO	Plan of Operation	活動計画
R/D	Record of Discussions	討議議事録
RHMT	Regional Health Management Team	州保健局
RHSC	Regional Health Service Coordinator	州保健サービス調整官
RMO	Regional Medical Officer	州保健局長
RRHM	Regional Referral Health Management	州保健マネジメント
RS	Regional Secretariat	州行政長官
SDC	Swiss Development Cooperation	スイス開発公社

SWAp	Sector Wide Approach	セクター・ワイド・アプローチ
TC	Technical Cooperation	技術協力
UPS	Uninterruptible Power Supply	無停電電源装置

終了時評価調査結果要約表（和文）

1. 案件の概要	
国名：タンザニア連合共和国	案件名：州保健行政システム強化プロジェクト
分野：保健	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：タンザニア事務所	協力金額（評価時点）：3.5 億円
協力期間	(R/D)： 2008年4月～2011年3月
	先方関係機関：保健福祉省、首相府地方自治庁
	日本側協力機関：財団法人国際開発高等教育機構、モエ・コンサルティング株式会社
	他の関連協力：技術協力プロジェクト「タンザニア国モロゴロ州保健行政強化プロジェクト」
<p>1-1 協力の背景と概要</p> <p>タンザニア連合共和国（以下、「タンザニア」と記す）では、1994年から地方自治体主導型の保健行政への移行を中核とした「保健セクター改革」が実行されている。しかし、中央政府の出先機関として県に対する政策の周知・徹底や行政支援を担う州政府の機能強化が遅れており、州・県レベルで提供される保健サービスの質の担保及び標準化が困難になっている。このような状況の下、タンザニア政府からの要請を受けて、日本は2008年4月より3年間の予定で、質の高い保健サービスの提供実現のために州保健局の機能が強化されることを目的として「州保健行政システム強化プロジェクト」を実施している。</p> <p>1-2 協力内容</p> <p>タンザニア本土全州を対象に、質の高い保健サービスの提供を実現するために州保健局のマネジメント機能を強化する。</p> <p>(1) 上位目標</p> <p>持続可能な保健サービス提供のために州保健マネジメントが改善される。</p> <p>(2) プロジェクト目標</p> <p>質の高い州保健サービスの提供実現のために、州保健局の機能が強化される。</p> <p>(3) 成果</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 州保健局のマネジメント能力が強化される。 2. 州保健局から県保健局に対するサポーターシップ・スーパービジョン（支援的巡回監督指導）のメカニズムが統合・標準化され、機能する。 3. 中央から州保健局に対するサポーターシップ・スーパービジョン（CMSS）の仕組みが制度化される。 4. 州保健マネジメントの現場レベルの課題に対応するために、中央と州保健局間の調整・支援メカニズムが強化される。 	

(4) 投入 (評価時点)

<日本側>総投入額 3.5 億円

長期専門家派遣 3 名
短期専門家派遣 2 名
研修員受入 9 名
機材供与 4,815 千円
ローカルコスト負担 88,947 千円※

(※ 2010 年 10 月時点見込み)

合計 5 名の長期・短期専門家が派遣され (合計 70.33 人月)、供与機材として総額約 4,815 千円相当の車両・事務用機材などが供与された。

<タンザニア側>

保健福祉省 (以下、「保健省」と記す) におけるカウンターパート (C/P) 配置 常勤 3 名
その他保健省及び首相府地方自治庁 (以下、「地方自治庁」と記す) から 10 名程度が活動へ参加

プロジェクト事務所及び光熱費、車両、運転手

ローカルコスト負担 108,530,500 シリング (※ 10 月統制レート : Tsh 1=¥0.05658)

2. 評価調査団の概要

調査者	総括／保健システム	石井 羊次郎	独立行政法人国際協力機構 (JICA) 客員専門員
	保健行政	伊藤 友美	JICA 人間開発部 保健第一課 職員
	協力企画	西村 恵美子	JICA タンザニア事務所所員
	評価分析	平野 明子	グローバルリンクマネジメント株式会社
調査期間	2010 年 9 月 13 日～2010 年 10 月 9 日		評価種類 : 終了時評価

3. 評価結果の概要

3-1 実績の確認

3-1-1 成果達成の実績

(1) 成果 1

活動は計画どおりに行われ、指標は 2 つとも達成されたことから成果 1 は達成された。

2010 年 10 月時点で州保健局メンバーに対し全 4 回の研修が実施され [トピック : ①リーダーシップとマネジメント、②戦略的思考と計画づくり、③サポーター・スーパービジョンとコーチング、④政策周知 (開催順)]、研修終了後のトピックに関する受講者の知識習得レベルは比較的高い。6 州の州保健局に対するインタビューの結果によると、研修トピックはおおむね州保健局のニーズに即した内容であり、特に計画策定能力に係る研修が最も有益な学びであるとの意見が多数であった。またチームワークの向上にも効果が認められた。今後更に強化が必要な分野としては、財政・人材管理やデータ管理などが挙げられた。

(2) 成果 2

成果 2 はおおむね達成された。

州保健局から県保健局に対するサポーター・スーパービジョンの頻度は過去 2 年で増加しており、バスケットファンドによる活動費の増加及びプロジェクトによる知識・

能力向上が主な理由として挙げられた。一方、予算抛出の遅延、移動手手段の不足などにより、国家ガイドライン（最終ドラフト版）に沿った四半期ごとの実施がまだできていない州も多数存在する。プロジェクトでは主要な政策周知パッケージの作成・配布などが行われた。サポーターティブ・スーパービジョンの質に関しては、6つの県保健局とのインタビューによると、ここ数年で改善され、“友好的”になり、より計画的に実行されるようになった。特に県総合保健計画や実績報告書への策定支援が最も有効であると指摘している。一方、活動状況は州により多様であり、一定の質確保がプロジェクトの課題となっている。

(3) 成果3

成果3は部分的に達成され、達成に向けた活動が実施中である。

中央から州保健局へのサポーターティブ・スーパービジョン（CMSS）の実施に向け、CMSS マニュアル（ドラフト）が作成され、CMSS を実施するスーパーバイザーチームが主に保健省本省からの行政官で構成され、スーパーバイザーに対する必要な研修が行われた。2010年10月時点で5回実施されており（毎回8～13州を訪問）、全21州がカバーされた。2009年11月に保健省内で州保健サービス調整官（RHSC）が新たに任命され、CMSS を含めた州保健マネジメントに関する業務を担当している。6つの州保健局とのインタビューによると、CMSS は中央レベルからの最新情報の共有や改善すべき分野の指導がなされる非常に有効な機会であり、今後も定期的な実施が期待されている。一方、CMSS の制度化に向けて、仕組み・マニュアルが最終化・標準化されて、保健省に承認されることが重要である。

(4) 成果4

成果4はおおむね達成された。

州保健局の役割・機能は、プロジェクトの支援も得て保健省、州政府、県保健局などに対して、広く説明された。保健省、州保健局や県保健局とのインタビューによると、その役割・機能は関係者に比較的良好に理解されており、州保健局と州政府との協調関係も向上している。州同士の交流も増加している。セクター・ワイド・アプローチ（SWAp）の下で県・州保健サービス技術作業部会が設立され、プロジェクトの進捗を含む州保健マネジメントに関する協議や県と州保健サービスの調整が行われる場として機能している。

3-1-2 プロジェクト目標及び上位目標達成見込み

(1) プロジェクト目標

指標からは判断できないが、インタビューなどの結果からは州保健局の機能の向上がみられた。

プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）に設定された指標であるキャパシティ・アセスメント（CA）とタスク・アセスメント（TA）のスコア（数値）結果は、初期のスコアが高いため、ほとんどの州で全般的な向上を示していない。この観点からは数値上の目標は達成していない。CA と TA は能力開発のツールとしては有効であると州保健局から認識されていたが、点数付けが州保健局メンバーの主観に基づいており、より自分たちの役割や責任を認識するほどスコアを低く付ける傾向があること、また TA については評価時期によりスコアが大きく左右することから評価指標としては適切でな

いと評価調査団により判断された。目標である州保健局の機能強化に関しては、プロジェクトにより初めての戦略計画や年次計画の策定支援が実施され、特に年次計画書式や審査基準の作成により計画策定能力が向上したことが挙げられる。関係者とのインタビューによると、全般的に州保健局の活動・機能は改善していると報告されている。一方、州保健局をとりまく環境はここ数年の間に、政策文書の承認、州保健局コアメンバー（8名）ほぼ全員の配置、保健省内でのRHSCの任命、州保健局へのバスケットファンド拠出による予算増加など、大きく改善している。プロジェクトは、バスケットファンド拠出条件をクリアするため年次計画審査支援などを実施しており、環境改善にも貢献していることが認められた。

（2）上位目標

県保健局の機能に関しては、関係者とのインタビューによると、県総合保健計画（CCHP）の質に関し、目標・優先分野設定やデータ管理などの分野で向上していると報告された。実績報告書の質も改善し、さらに、州保健局の支援により県内の医療従事者が増加するなど保健サービス提供への具体的効果も確認された。州病院のマネジメントに関しても、州保健局が病院計画策定への支援を行うなどの取り組みが開始されていた。「グッドプラクティスとして紹介される州保健局が増加する」との指標が設定されていたが、終了時評価調査においてグッドプラクティスとは各州保健局が設定する目標であると定義された。各州保健局はそれぞれ目標を設定している。州保健マネジメントは改善されていることが確認された一方、CCHPの期限どおりの提出やアセスメントの質改善、データ・資源管理など、まだ対応すべき課題は多い。

3-2 評価結果の要約

（1）妥当性

プロジェクトの妥当性は高い。州保健局の能力強化を通じた州保健システム改善は第三次保健セクター戦略計画の優先課題のひとつであり、プロジェクトはタンザニアの国家政策に合致したものである。また、マネジメント能力改善を含めた保健システム強化は、日本の対タンザニア国別援助計画に設定されている重点課題のひとつであるとともに、第4回アフリカ開発会議及びG8北海道洞爺湖サミットで日本が表明した保健システム強化に向けたコミットメントに合致している。2001年から2005年まで実施したJICAの「タンザニア国モロゴロ州保健行政強化プロジェクト」の経験は地方保健行政能力強化を行ううえで日本の比較優位となっている。

（2）有効性

指標上プロジェクト目標は達成されていないが、州保健局の機能改善としては、計画策定能力強化が1つの成果として認められる。また、州保健局メンバーのモチベーションが向上し、チームワークが推進されていることが観察された。4つの成果の設定は州保健局の機能の向上に貢献しており、プロジェクト目標の達成に向けて適切であると認められた。

（3）効率性

プロジェクト実施プロセスは全般的に効率的であった。実施の過程で必要性が確認された活動を積極的に取り入れるなど現状に即した支援を柔軟に行い、また、各活動・成果間の相乗効果を向上することにより限られた投入で効率的な成果の発現を試みた。州保健局

の活動予算として、バスケットファンドを活用している点は、効果的な援助協調の形である。一方、PDMの指標のいくつかは客観性、適格性に欠け、明確な成果を表すための評価指標としては不適切であり、指標の見直しも含めて適時PDMの修正を行うべきであった。

(4) インパクト

プロジェクト終了3～5年後の上位目標の達成の見込みは比較的高いとみられるが、更なる努力が必要となる。中央及び州レベルでの州保健局の活動環境改善は、州保健マネジメントの改善に大きく貢献すると認められる。州保健局と州政府や地方自治体との協力関係も大きく改善していると報告されている。インタビューの結果では、いくつかの県では保健施設の医療従事者増加など具体的な保健サービス提供の状況が改善している例も確認された。しかし、州保健局の機能強化に関しては、まだ改善の余地が大きく、プロジェクトで開発したシステム・枠組みが標準化・制度化されることが更なる環境改善につながると期待される。

(5) 自立発展性

政策面では州保健局及び州保健マネジメント強化は現在の政策においても優先度が高いことが確認された。組織・財政面では、将来的には州保健局へは州政府の経常予算としての予算配分が望まれるが、州保健局へのバスケットファンド拠出は当面継続的に実施されることが見込まれるなど、全般的には州レベルでは自立発展性は比較的高い。一方、中央レベルでは、保健省がRHSCユニット強化を表明しているものの、スタッフの増員や必要な予算が配分される見通しは不透明であり、今後とも保健省への継続的な働きかけが重要である。技術面では、向上した州保健局の能力を維持するため継続的な支援が必要である。また、プロジェクトで開発した研修教材、CMSSマニュアルやその他のツールなどが最終化・制度化されることが重要である。このようにプロジェクト終了後の自立発展性を高める取り組みは進められている。その継続性を確保するためには保健省の更なるイニシアティブが必要となる。

3-3 効果発現に貢献した要因

(1) 計画内容に関すること

全州対象としたことで、州同士がお互いに学び合い、経験を共有する場が提供され、また自らのレベルや立ち位置がより明確になったことにより、より効果的な努力を促すことが可能になった。

(2) 実施プロセスに関すること

保健省におけるRHSCの任命と彼の強いコミットメントは大きな貢献要因となった。

3-4 問題点及び問題を惹起した要因

(1) 計画内容に関すること

全州対象であったが、広大な国土の影響もあり、一定の質を確保するために全州保健局に詳細なモニタリングや必要な支援を実施することが課題のひとつであった。

(2) 実施プロセスに関すること

州保健局メンバーの異動により、研修結果が組織の能力強化につながらないことがあつ

たが、研修教材の組織内の共有を促すことで問題を緩和した。また、州保健局へのバスケットファンドの支出遅延が活動実施に影響を与えた。

3-5 結論

調査結果として、明確な成果を表す適切な指標が不足していたが、調査団は関係者インタビューやデータ分析結果に基づき、本プロジェクトは州保健局マネジメント能力が強化され、機能強化につながったと評価した。よってプロジェクトは予定どおり 2011 年 3 月に終了する。プロジェクトが開発したシステムは、保健省が確固たるリーダーシップ及びイニシアティブを発揮することにより持続されていくと結論づけた。

3-6 提言

<プロジェクトのスコープ内にて実施すべき事項>

(1) 州保健サービスユニットの強化

州保健局に対して継続的な支援を行うため、保健省は保健セクター資源事務局下の州保健サービスユニットに十分な予算と人員を配置することが望ましい。

(2) 中央から州に対するサポーターティブ・スーパービジョン (CMSS) の保健省による承認

CMSS マニュアルについて、最終化され、保健省に承認されるべきである。また、2011 年 1-2 月に予定されている第 6 回目の CMSS について、タンザニア政府予算 (MTEF) にて計画されている活動の一部として実施されるべきである。

(3) 州保健局の年間計画書及び報告書様式の最終化

州保健局の 10 の機能に関連する活動の詳細について明確化したうえで州保健局の年間計画書と報告書様式の最終化を行い、それらに関する研修を行うべきである。

(4) 州保健局サポーターティブ・スーパービジョンのためのチェックリストと国家サポーターティブ・スーパービジョンガイドラインの整合化

2010 年 12 月に予定されている研修に向けて、プロジェクトは保健省の保健サービス監督ユニットと協働して、州保健局が用いるサポーターティブ・スーパービジョンのチェックリストが国家サポーターティブ・スーパービジョンガイドラインに沿ったものとなるよう調整するべきである。

<プロジェクトのスコープ外で実施すべき事項>

(5) 州保健サービスユニットの強化

州保健局の人材・財政管理、質の管理、データ管理などに関する更なる能力向上を含め継続的に州保健局に対する支援を行うために、州保健サービスユニットに予算と人員を配置し、機能を強化すべきである。

(6) 州保健局の年間計画書及び報告書ガイドラインの最終化

州保健局の年間計画書及び報告書の国家ガイドラインを開発・最終化するにあたり、保健省がリーダーシップを発揮して推進すべきである。

(7) 州保健サービスユニットと県保健サービスユニットの調整促進

保健省上層部（シニアマネジメント）は政策計画局を通じて州保健サービスユニットと県保健サービスユニットがよく調整されるようにする必要がある。

(8) 州保健局の活動環境改善

- ・保健省と地方自治庁は州保健局が必要な活動を実施できるように、中央から州行政府、州行政府から州保健局への資金の拠出が遅滞なくなされ、適切な移動手段が確保されるように、関係者に継続的に働きかける必要がある。
- ・州保健マネジメントに関する問題が効果的に議論・対処されるよう、保健省政策計画局と地方自治庁州行政府は省庁間の調整を強化するべきである。
- ・地方自治庁は保健省の支援を得つつ州保健局用の予算ラインを創出するべきである。
- ・保健省はゾーナル・リソースセンターを含むさまざまな機関からの人材の動員を含めて、CMSS の実施体制及び機能を強化する必要がある。

<日本政府に対する提言事項>

(9) 州保健システム強化分野に対する継続支援

本プロジェクトは質の高い州保健サービスを提供するためのマネジメント能力、巡回指導の仕組みなど基本的な枠組みをつくり上げた。本プロジェクトの成果に基づき、州内の保健サービス提供におけるインパクトをもたらすためには、州保健システム強化分野において、州保健局の実践能力を強化するための更なる支援が望まれる。

3-7 教訓

(1) 適切な事業成果の指標設定

本プロジェクトではプロジェクト目標である州保健局の能力向上を測定する指標をメンバーの意識調査を基にしたものに設定したところ、最新の調査では各自が自身の能力不足をより意識する回答が多く、期待したものと逆の結果となり、プロジェクト目標の達成を測るのに適切な指標とならなかった。能力向上の変化をみるには、より客観的な業務処理期間の変化や、主観的なものであっても以前の意識との比較を問うような設問を設定することが望ましい。今後同様の案件を実施する際には、あらかじめ客観的かつ的確な測定が可能な指標を設定し、かつプロジェクト早期に目標値を確定するべきである。

(2) タンザニアの保健重点政策との整合とタンザニア側プロジェクトダイレクターの的確なリーダーシップ

本事業は、第三次保健セクター戦略計画（HSSP III：2009-2015）に重点政策として明記された「州レベルの管理運営体制の強化を通して地方保健行政能力の向上を図る」ことを具体的に実現することを目的とした事業であり、政策実現にあたり保健省も次官、主席医務官ともに高い関心とリーダーシップを発揮している。プロジェクト実施のうえでこうした保健省幹部の強い認識とリーダーシップが強い推進力となった。

(3) 不可欠なドナー協調

タンザニアは保健 SWAp やグローバルファンドによる資金支援や米国 PEPFAR による保健事業支援など、多様な保健セクター援助が展開している。州レベルの保健行政強化はバスケットファンドからの資金支援も大きく、本プロジェクトの成否は他ドナーも、州保健

強化資金の提供の基本的環境として注目しているところである。そうした意味から JICA タンザニア事務所、プロジェクトチームによるドナー協議への参加、他援助事業との協調は極めて重要である。

(4) 「保健システム強化プログラム」としての成果

対タンザニア JICA 事業のなかでは、保健分野は重点分野としては位置づけられてはいない。しかしながら、事業資金規模は大きくはないものの、現在本プロジェクト以外にも保健省への保健人材分野の政策アドバイザーの派遣、エイズ対策プロジェクトといった、保健省中核とのかかわりが深くインパクトも大きい保健事業を展開している。保健システム強化、特に保健医療にかかわる技術者と行政官双方の人材強化に焦点を絞り、中央でのしっかりとした制度整備を行いつつ、末端の保健医療現場の向上にもつながるよう、個々の事業を有機的に結び付けて相乗効果を生むプログラムとしての取り組みを一層進めることが重要である。

(5) PDM の柔軟な見直しの必要性

今回の調査で、PDM の上位目標の記述に意味が不明瞭なところがあり、今後の評価・モニタリングのためにも明確なものにする必要があるとして、調査団が修正を提案し合同委員会で修正がなされた。プロジェクト当初の PDM は、限られた調査の中で確定するものなので、その後の事業の進捗や外部条件・環境の変化に合わせて柔軟に見直されるべきものである。PDM と現実に乖離が生じた場合は必要に応じ柔軟かつ早急に PDM の見直しを行い、修正を確定すべきである。

Summary of Terminal Evaluation

I. Outline of the Project		
Country: Tanzania		Project title: Capacity Development for Regional Referral Health Management
Issue/Sector: Health		Cooperation scheme: Technical Cooperation
Division in charge: JICA Tanzania Office		Total cost: 350 Million Japanese Yen
Period of Cooperation	(R/D): April 2008-March 2011 (Extension): n/a	Partner Country's Implementing Organization: Ministry of Health and Social Welfare (MOHSW) and Prime Minister's Office Regional Administration and Local Government (PMORALG)
		Supporting Organization in Japan: none
Related Cooperation: JICA Technical Cooperation "Strengthening of District Health Services in Morogoro Region, Tanzania" 2001-2007		
<p>1. Background of the Project</p> <p>Under decentralization policy and health sector reforms in Tanzania, the regional level is expected to play a key role to ensure that quality health services are given by the districts to the community. The competency of Regional Health Management Teams (RHMTs) to interpret policies and conduct supportive supervision towards councils and regional referral hospitals is very important.</p> <p>Based on the above background, the government of Tanzania requested the government of Japan through JICA for technical assistance to strengthen the capacity of RHMTs in order to provide quality regional referral health services, and JICA commenced the Technical Cooperation in "Capacity Development for Regional Referral Health Management" (hereafter referred to as "the TC") from March 2008 to March 2011.</p>		
<p>2. Project Overview</p> <p>(1) Overall Goal</p> <p>Regional Referral Health Management (RRHM) is improved to provide sustainable health services.</p> <p>(2) Project Purpose</p> <p>RHMTs are strengthened in order to provide quality regional referral health services.</p> <p>(3) Outputs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Management skills of RHMTs to respond to changing environment and new technologies are strengthened. 2. RHMT Supportive Supervision from RHMTs to Council Health Management Teams (CHMTs) are integrated and functionalized. 3. Central Supportive Supervision from the central to RHMTs is institutionalized in MOHSW & PMORALG. 4. A coordination mechanism in responding to local issues among central and regional levels is strengthened. 		

(4) Inputs

Japanese side:

Long-term Expert 3

Short-term Expert 2

Trainees received 9

Equipment Approximately 4,815,000 Japanese Yen

Local cost 88,947,000 Japanese Yen (as of October 2010)

Tanzanian Side:

Counterpart 13

Office space and utility expenses

Local Cost 108,530,500 Tanzanian Shillings

II. Evaluation Team

Members of Evaluation Team	Dr. Yojiro Ishii	Team Leader Senior	Health Advisor/JICA HQ
	Ms. Tomomi Ito	Health Administration	Human Development Department/JICA HQ
	Ms. Emiko Nishimura	Evaluation Coordination	Representative/JICA TZ
	Ms. Akiko Hirano	Evaluation Analysis	Evaluation Consultant
Period of Evaluation	14 September 2010~ 8 October 2010	Type of Evaluation: Terminal Evaluation	

III. Results of Evaluation

1. Summary of Evaluation Results

(1) Relevance

Strengthening the capacity of the RHMTs to improve regional health management system is one of the major priorities in the Health Sector Strategic Plan III (2009-2015) , thus the TC is relevant to the Tanzanian national policies. Health system strengthening including the management capacity improvement is one of the priority areas of the Japanese ODA policy as stipulated in the country assistance policy to Tanzania. It is also in line with Japan's commitment in health system strengthening which has been announced at the TICAD IV and G8 Hokkaido Toyako Summit. In terms of the comparative advantage of the Japan's assistance, the experience from the previous JICA technical cooperation in "Strengthening of District Health Services in Morogoro Region, Tanzania" is invaluable advantage for the capacity development of the health sector in the Tanzanian context.

(2) Effectiveness

The indicators set to measure the Project Purpose in the PDM did not meet the targets. However, in terms of the capacity of the RHMTs, the improvement of the planning skills of the strategic and annual plans could be seen as one of the evidences as a result of the TC support. Also it is observed that the motivation and commitment among the RHMTs members have been increased and they see themselves strengthened as a team. Four Outputs are regarded to be appropriate to achieve the Project Purpose.

(3) Efficiency

The efficiency of the implementation can be said high overall from the viewpoint of achievement

of outputs compared to the inputs. The TC takes flexible approach by incorporating unplanned activities based on the needs and demands arising in the course of implementation. The TC also tries to bring synergy between outputs and activities by making linkage to each other, which increased the outcome with the limited inputs. Utilization of Basket Funds for the RHMTs is an effective form of aid coordination. On the other hand, some of the pre-set indicators in the PDM were found to be inappropriate to verify the effect of the TC. It is expected to review and revise PDM on a timely manner to set the relevant project plan including appropriate indicators.

(4) Impact

Results at the point of the terminal evaluation indicated that the prospect of achieving the Overall Goal within 3-5 years is to some extent positive but require more efforts. Improvement of the enabling environment for the RHMTs at the central and regional level is instrumental in the promotion of the regional referral health management. The relationship and cooperation between RHMTs, Regional Secretariats (RSs) and Local Government Authorities (LGAs) are also reported to be much improved. According to the interview, the examples of improvement in the health service provisions in some councils such as increased human resources in the council health facilities by RHMT support are reported. However, there are still areas to be improved in the RHMT functions, and it is expected for the system developed by the TC to be standardized and institutionalized in order to further improve the enabling environment.

(5) Sustainability

The strengthening of the RHMTs and regional health management system is given high priority in the current health policy. In terms of organizational and financial aspect, while the establishment of the regular budget line from RS to RHMT in the system is expected, the prospect of the basket funds availability for RHMTs hereafter seems high. Thus, the sustainability at the regional level is relatively high. On the other hand, at the central level, while MOHSW is committed to strengthen Regional Health Service Coordinator (RHSC) unit, the prospect of the assignment of additional staff and obtaining adequate regular budget for RHSC unit to run the required activities is uncertain. In order to maintain the RHMT knowledge and skills obtained, the continuous support for RHMTs is necessary. Finalization and institutionalization of the training materials or Central Management Supportive Supervision (CMSS) procedure is essential to ensure the technical sustainability. The efforts to enhance the sustainability of the benefits of the Project after the TC completion have been observed at this point. In order to secure the overall sustainability, the organizational environment needs to be strengthened by the initiative of MOHSW.

2. Factors that promoted realization of effects

(1) Factors concerning to Planning

Covering all the regions by the TC is seen as one of the promoting factors, as working and sharing together with all the regions made the RHMTs understand their level and positioning with the views from outside and learn from each other.

(2) Factors concerning to the Implementation Process

One of the promoting factors is the appointment of the RHSC in MOHSW as an officer in charge of

regional health management and his strong commitment.

3. Factors that impeded realization of effects

(1) Factors concerning to Planning

Covering all the regions in the vast country like Tanzania poses the challenge as well as being a promoting factor, as it is difficult to provide all RHMTs with close monitoring and support to ensure the unified quality of their performance.

(2) Factors concerning to the Implementation Process

Turnover of the officials is one of the constraining factors. Late disbursement of the basket funds to the RHMTs, particularly from the RS to the RHMT in some regions, also affects the RHMTs activities.

4. Conclusion

The evaluation team confirmed that the TC is currently on the right way to accomplish the objective of strengthening the management capacity of the RHMTs although pre-set indicators did not show clear evidences. The evaluation team concluded that the systems developed by the TC to strengthen the management capacity of the RHMT for supporting the CHMTs can be sustainable as long as the MOHSW exerts the firm leadership and initiatives.

5. Recommendations

Within the scope of the TC

1. Strengthening of Regional Health Services Unit (RHSU)

- It is recommended to strengthen the RHSU of Health Sector Resource Secretariat, MOHSW with allocating enough budget and manpower for providing continuous support to RHMT.

2. Standardization of the CMSS

- It is recommended that the CMSS manual is finalized and ratified by MOHSW.
- The 6th CMSS should be conducted between January to February 2011 as a part of planned activities of the MTEF for RHMT.

3. Finalization of the templates of the RHMT Annual Planning and Reporting

- It is recommended to finalize the templates of the RHMT Annual Planning and Reporting with clarifications for detailed activities related to the ten functions of RHMTs and to conduct the related trainings as planned.

4. Alignment of RHMT SS Checklists with the National SS Guidelines

- It is recommended that TC collaborate with the Health Service Inspectorate Unit of MOHSW for aligning RHMTs SS checklists with the National SS Guidelines toward the forthcoming training in December 2010.

Beyond the scope of the TC

5. Strengthening of the Regional Health Services Unit (RHSU)

- It is recommended to strengthen the function of the RHSU with allocating enough budget and

manpower for providing continuous support to the RHMTs including capacity building on human/ financial resource management, quality assurance and data management.

6. Development of the National Guidelines on RHMT Annual Planning and Reporting

- MOHSW should take leadership to develop the National Guidelines for RHMT Annual Planning and Reporting.

7. Coordination between the RHSU and the District Health Services Unit (DHSU)

- MOHSW senior management should ensure that the RHSU and DHSU are well coordinated through DPP.

8. Improvement of the enabling environment for RHMTs

- MOHSW and PMORALG should make sure the adequate availability of transportation and timely disbursements of funds from Central to RS as well as RS to RHMTs for their necessary activities.
- Coordination should be strengthened between the Directorate of Policy and Planning of MOHSW and the Directorate of Regional Administration of PMORALG in order to effectively address the issues related with regional health management.
- It is recommended for PMORALG to create the budget lines for RHMTs with supports from MOHSW.
- MOHSW should ensure the functions of CMSS including mobilization of additional human resources from various institutions such as zonal resource centers.

Recommendations to the Government of Japan

9. Further support in the area of regional health system strengthening.

- The TC is establishing the basic framework for providing quality regional referral health services. Building on the achievement of the TC, further support is recommended to bring out the impact on health service delivery in the regions.

第1章 評価調査の概要

1-1 調査団派遣の経緯と目的

タンザニア連合共和国（以下、「タンザニア」と記す）では、地方分権化の方向性に沿って、1994年から地方自治体主導型の保健行政への移行を中核とした「保健セクター改革」が実行されている。しかし、中央政府の出先機関として地方自治体（県）に対する政策の周知・徹底及び行政支援を担う州政府の機能強化が遅れており、地方自治体レベルで提供される保健サービスの質の担保及び標準化が困難になっている。

中央政府の一部としての指導監督機関的な州の役割が強調される中で、独立行政法人国際協力機構（JICA）がモロゴロ州で行ってきた技術協力プロジェクト「モロゴロ州保健行政強化プロジェクト（2001年4月～2007年3月）（以下、「MHP」と記す）」で得られた知見を基に、タンザニア本土21州の州保健局（Regional Health Management Team：RHMT）に対する研修実施やガイドライン・ツールの開発・運用支援を通じて、州保健局のマネジメント能力を強化する支援に関してタンザニア政府より要請が上げられた。これを受けJICAは、2008年4月より3年間の予定で、質の高い保健サービスの提供実現のために州保健局の機能が強化されることを目的として「州保健行政システム強化プロジェクト」を実施している。

本プロジェクトは、中央レベルでの制度整備と州レベルでのマネジメント能力強化を通じて、タンザニアの持続可能な保健行政システムの構築を支援するものであり、4名のプロジェクト専門家（総括／モニタリング・評価（M&E）、副総括／保健システムマネジメント、保健人材開発、業務調整／研修運営計画）の下で技術支援が行われている。

2009年6月に実施された中間レビューではプロジェクト活動がおおむね順調に進捗していることが確認された。今次の終了時評価調査は、2011年3月のプロジェクト終了を控え、プロジェクト活動の実績、成果を評価、確認するとともに、今後のプロジェクト活動に対する提言及び今後の類似事業の実施にあたっての教訓を導くことを目的として2010年9月13日から同年10月9日まで行われ、同年10月8日、合同評価レポートを合同調整委員会（JCC）に提出し、ニヨニ保健福祉省（Ministry of Health and Social Welfare：MOHSW）次官と勝田JICAタンザニア事務所長との間でミニッツ（M/M）の署名交換が行われた。

1-2 調査目的

- ① プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）に基づき、これまでのプロジェクト活動の進捗状況及び実績を確認する。
- ② プロジェクトの活動及び成果について、評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性）の観点から評価を行う。
- ③ 上述評価結果を受け、今後に向けた提言・教訓を抽出する。

1-3 調査日程

2010年9月13日～10月9日（詳細な調査日程は付属資料1のとおり）

1-4 調査団員

(1) 日本側評価調査団員

No.	担当分野	氏名	所属／役職
1	総括／保健システム	石井 羊次郎	JICA 客員専門員
2	保健行政	伊藤 友美	JICA 人間開発部 保健第一課 職員
3	協力企画	西村 恵美子	JICA タンザニア事務所所員
4	評価分析	平野 明子	グローバルリンクマネジメント株式会社

(2) タンザニア側評価調査団員

No.	氏名	所属／役職
1	Dr. Gabriel Upunda	Consultant (former Chief Medical Officer)
2	Dr. Adeline Kimambo	Director, Christian Social Services Commission
3	Mr. Gerald Nzalarila	Department of Policy and Planning, MOHSW

1-5 プロジェクトの概要

詳細は、本報告書巻末の付属資料3「合同評価報告書（英文）」の Annex 1 を参照のこと。

協力期間	2008年4月～2011年3月	
対象地域	本土21州（本土は21州、132県）	
活動拠点	保健福祉省内（ダルエスサラーム市）	
目標設定と指標	上位目標 持続可能な保健サービス提供のために州保健マネジメント（Regional Referral Health Management : RRHM）が改善される。	1. グッドプラクティスとして紹介される州保健局の数が増える。 2. 県総合保健計画（Comprehensive Council Health Plan : CCHP）の質が向上する。
	プロジェクト目標 質の高い州保健サービスの提供実現のために、州保健局の機能が強化される。	1. 2008年から2011年の間で、州保健局のキャパシティ・アセスメント結果が向上する。 2. 2008年から2011年の間で、州保健局のタスク・アセスメント結果が向上する。
	成果（アウトプット） 1. 州保健局のマネジメント能力が強化される。（州保健局の環境変化や新技術への対応能力を強化する。） 2. 州保健局から県保健局に対するサポーターティブ・スーパービジョン（支援的巡回監督指導）のメカニズムが統合・標準化され、機能する。 3. 中央から州保健局に対するサポーターティブ・スーパービジョン（Central Management Supportive Supervision : CMSS）の仕組みが制度化される。 4. 州保健マネジメントの現場レベルの課題に対応するために、中央と州保健局間の調整・支援メカニズムが強化される。	

<p>相手国実施機関と主要カウンターパート (C/P)</p>	<p>実施機関：保健福祉省、首相府地方自治庁 (Prime Minister's Office - Regional Administration and Local Government : PMO-RALG)</p> <p>C/P：保健福祉省 首相府地方自治庁</p> <p>政策計画局 保健セクター改革事務局 (現保健セクター資源事務局) 人材開発局 継続教育課 首席医務官室 保健サービス監査室 州行政局 セクター調整局</p>
<p>受益者</p>	<p>直接受益者：本土全 21 州の州保健局職員 (約 200 人) 間接受益者：132 県 (2007 年 10 月時点) の保健局職員、 約 5,000 施設 (2007 年 10 月時点) の保健医療施設職員、 保健サービスを利用する全国民</p>

第2章 評価の方法

2-1 評価の枠組み

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

- ① プロジェクト計画を論理的に配置した PDM の最新版（PDM バージョン 4）¹ を評価の枠組みとして捉え、PDM の指標に照らしてプロジェクトの実績を確認した。
- ② プロジェクトの目標達成度合いに貢献した要因・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。
- ③ 「妥当性」「有効性」「効率性」「インパクト」「自立発展性」の5つの観点（評価5項目）から、プロジェクトを評価した。
- ④ プロジェクトの残り6カ月の活動に対しての提言と、その他の案件に対する教訓を抽出した。

評価にあたっては、日本側とタンザニア側の合同評価として、評価結果を合同評価報告書（付属資料3）に取りまとめ、合同調整委員会（JCC）で合同評価レポートを双方で検討し、合意した。

評価5項目の各項目の定義は以下の表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	JICA 事業評価ガイドラインによる定義
1. 妥当性	プロジェクトのめざしている効果（プロジェクト目標や上位目標）が受益者のニーズに合致しているか、相手国と日本側の政策との整合性はあるか、プロジェクトの戦略・アプローチは妥当かなど「援助プロジェクトの正当性・必要性」を検証する。
2. 有効性	プロジェクトの成果の達成度合いとそれがプロジェクト目標の達成にどの程度結び付いたかを検証する。
3. 効率性	各投入のタイミング、量、質の適切度を検討し、プロジェクトの投入から生み出される成果の程度を把握する。
4. インパクト	プロジェクトの実施によりもたらされる、より長期的、間接的効果や波及効果をみる視点。上位目標の達成度合いと、プロジェクトが実施されたことにより生じる直接・間接的な正負の影響を検証する。
5. 自立発展性	援助が終了しても、プロジェクトの成果が持続されるかどうか、自立発展に必要な要素を見極めつつ、プロジェクト終了時の見通しを検証する。

2-2 評価のデザイン

評価のデザインを策定するにあたり、事前評価調査・実施協議調査報告書（R/D 含む）、PDM、活動計画表（PO）、中間レビュー調査報告書、プロジェクト進捗報告書、その他のプロジェクト

¹ PDMは計画当時に策定されたが、その後2008年10月に修正され、2009年6月のJCCで承認されたものがPDMバージョン4である。

関連文書等に基づいて評価項目案を作成し、評価グリッドにまとめた。評価項目は、評価分析団員が、評価調査団との協議を経て確定したものである。主な評価項目は表2-2に示すとおりである。

表2-2 主な評価項目

5項目その他の基準	評価設問	
	大項目	小項目
実績の検証	上位目標の達成見込み	持続可能な保健サービス提供のために州保健マネジメントが改善される
	プロジェクト目標の達成見込み	質の高い州保健サービスの提供実現のために、州保健局の機能が強化される
	成果（アウトプット）は達成されているか	成果1. 州保健局のマネジメント能力が強化される。 成果2. 州保健局から県保健局に対するサポーターティブ・スーパービジョンのメカニズムが統合・標準化され機能する。 成果3. 中央から州保健局に対するサポーターティブ・スーパービジョンの仕組みが制度化される。 成果4. 州保健マネジメントの現場レベルの課題に対応するために、中央と州保健局間の調整・支援メカニズムが強化される。
	投入は予定どおり行われたか	日本側：専門家派遣、現地スタッフの雇用、資機材の供与、C/P研修（本邦）、現地業務費 タンザニア側：C/Pの配置、事務局執務室の提供、現地業務費
実施プロセスの検証	活動の進捗	活動は計画どおり行われたか
	プロジェクト管理体制	意思決定プロセスは適切に機能したか
	プロジェクトモニタリング体制	モニタリングの仕組みは適切か
	相手国実施機関のオーナーシップ	
適切なC/Pが選定され、プロジェクトに参加したか		

妥当性	計画の妥当性	プロジェクトはタンザニア側政策及びターゲットグループのニーズと整合しているか
		プロジェクトは日本の ODA 政策と整合しているか
		C/P の選定は適切か
	プロジェクトアプローチの妥当性	プロジェクトの計画はタンザニア政府及び関係者との合意の下、適切に行われたか
		プロジェクトの戦略やアプローチは適切か
有効性	プロジェクト目標の達成の見込み	プロジェクト目標の達成見込み及び貢献・阻害要因の有無
	各成果とプロジェクト目標の関連性	各成果はプロジェクト目標の達成に向けて適切か
		外部条件の変化により目標達成に影響があったか
効率性	投入の質、規模、時期の適切性	投入は成果達成に向けて適切か
	技術移転の適切性	技術移転の手法は適切か
インパクト	上位目標の達成見込み	上位目標の達成見込み及び貢献・阻害要因の有無
	正・負のインパクト	プロジェクト実施により予期しないインパクト（正・負）がもたらされたか
自立発展性	プロジェクトの成果はプロジェクト終了後も持続するか	政策的、組織的、財政的、技術的観点から自立発展性は見込めるか
	自立発展性に関する貢献・阻害要因	貢献要因及び阻害要因

2-3 データ収集・分析方法

本調査では、以下の方法により情報・データ収集及び評価を行った。

(1) 文献資料調査

現地調査実施前及び実施中に、既存の文献・報告書、プロジェクト作成資料などから情報収集を行った。

(2) インタビュー

6州(Mwanza、Shinyanga、Iringa、Coast、Dodoma及びMorogoro)を訪問し、6カ所の州保健局、4カ所の州病院(MwanzaとCoast以外)、6カ所の県保健局(各州1つ)を対象にインタビュー

を実施した。そのほか、保健福祉省（以下、「保健省」と記す）、首相府地方自治庁（以下、「地方自治庁」と記す）、開発パートナー（スイス）、プロジェクト専門家（日本人及びタンザニア人プログラム・オフィサー）にインタビューを実施した。

第3章 評価結果

3-1 プロジェクトの実績

3-1-1 投入実績（詳細は付属資料3「合同評価報告書」参照）

プロジェクトの投入は、PDM及びプロジェクト年次計画に基づいて計画どおりに行われた。

(1) 日本側投入

1) 専門家派遣

プロジェクトは、合計5名の日本人長期・短期専門家を、保健マネジメント・ガバナンス、保健人材開発、研修開発能力評価、モニタリング・評価（M&E）、業務調整などの科目で投入しており（合計70.33人月分：プロジェクト終了時までの計画含む）、ほぼ計画どおりの投入規模であった。

2) 現地スタッフの雇用

現地プログラム・オフィサー（1名）、秘書、ドライバーが雇用されている。

3) 本邦研修実績

合計9名（プロジェクトからの直接推薦者は3名）のカウンターパート（C/P）が2008年から2010年の間に、保健行政システム改善、保健衛生政策・管理、地域保健システム強化による感染症対策、保健医療分野におけるIEC（Information、Education、Communication）活動等の分野で本邦研修（課題別研修）を受講した。

4) 機材供与

プロジェクト事務所及びC/P事務所に、車両、パソコン、コピー機、プリンター、ファックス、無停電電源装置（UPS）などを供与した。

5) 現地業務費

日本側現地業務費として合計88,947,000円が拠出された（4年次分は計画）。（詳細は表3-1を参照。）

(2) タンザニア側投入

タンザニア側は、C/Pの配置、保健省内プロジェクト事務所、プロジェクト事務所光熱費、及び、プロジェクト車両で賄いきれない出張にかかる車両、運転手（燃料費、運転手の日当宿泊費はプロジェクトで負担。車両整備費は保健省負担。）を負担した。

1) C/Pの配置

本プロジェクトは、保健省の首席医務官（Chief Medical Officer：CMO）をプロジェクトディレクター、政策計画局長をプロジェクトマネージャーとして運営されている。2009年11月に新たなポストである州保健サービス調整官（Regional Health Service Coordinator：RHSC）が政策計画局保健セクター資源事務局の下に正式に任命され、州保健マネジメント（RRHM）に関する業務を担当している。本プロジェクトの実施においても中心的な役割を果たしている。地方自治庁においてもRHSCが選定されたが、正式な任命は未確認である。中央から州に対するサポーターシップ・スーパービジョン（CMSS）の実施に際し、保健省及び地方自治庁本省から、毎回約10名前後がCMSSスー

パーバイザーとして起用された。

2) 現地業務費

現地業務費の分担に関しては、3年次及び4年次の活動費合計 108,530,500 シリング(4年次は計画)を拠出している。(詳細は表3-1を参照。)

表3-1 日本側及びタンザニア側の現地業務費拠出額

	1年次 (2008年4～6月)	2年次 (2008年7月 ～2009年6月)	3年次 (2009年7月 ～2010年6月)	4年次 (2010年7月 ～2011年3月)
日本側投入 (円)	2,607,000	30,152,000	38,405,000	17,783,000 (予定額)
タンザニア側 投入 (シリング)	0	0	70,530,500 (予定額 250,000,000)	38,000,000 (予定額)

為替レート：1円=17.66シリング(2010年9月現在)

3-1-2 活動実績

活動はプロジェクト年次計画に従って実施され、定期的にモニタリングが行われた。

表3-2 主な活動内容

活動	概要
研修実施	ニーズアセスメントや既存の教材レビューに基づき、研修計画を作成した。教材開発及びトレーナー選定・養成を行い、2010年10月時点で4回の研修を実施した。2010年11～12月に第5回目の研修を実施する予定である。
政策周知パッケージ作成	主要な政策・ガイドラインのインベントリー及び周知用のツールを作成し、研修で配布・オリエンテーションを行った。
CMSS 実施	CMSS マニュアル作成及びCMSS スーパーバイザーへの研修・オリエンテーションを行い、2010年10月時点で全5回のCMSSを実施した。2011年初めに第6回目のCMSSを実施する予定である(毎回8～13州を訪問)。
戦略・年次計画策定支援	(もともとの計画にはなかったが、プロジェクト途中で追加した活動) 研修に加え、州保健局の戦略計画審査支援、及び年次計画書式(テンプレート)・審査基準の策定や計画の審査実施支援などを行った。
その他ワークショップ・会議開催等	M&E 会議、州保健システム強化会合、合同調整委員会(JCC)(計4回)、及び、県・州保健サービス技術作業部会(計7回)などを開催した。また、ニュースレターを年2回の頻度で発行している。

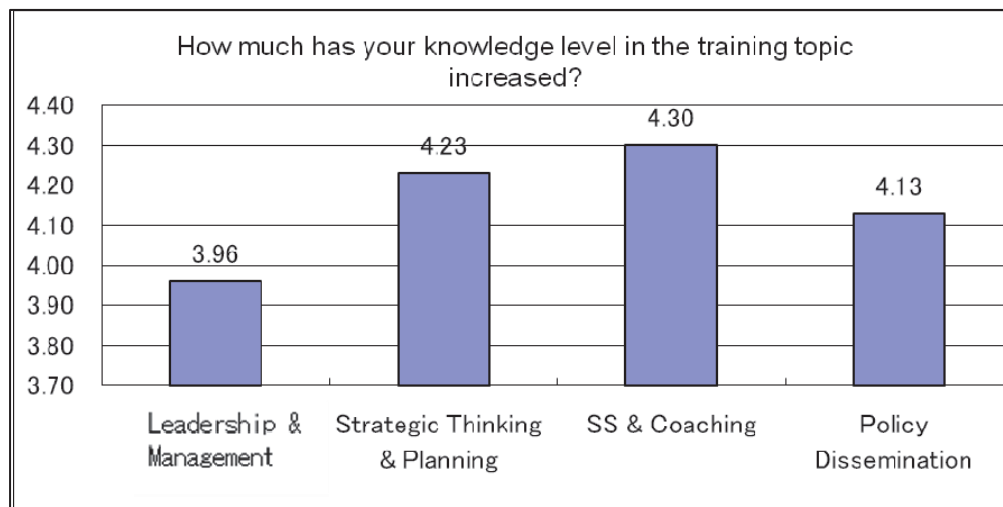
3-1-3 成果（アウトプット）の達成状況

成果の達成度について、PDM ver. 4 に明記された指標に基づいて確認した。また、指標として設定されていない内容についても、インタビューを通じて情報・データを収集し、達成度を確認した。

(1) 成果1：州保健局のマネジメント能力が強化される。(州保健局の環境変化や新技術への対応能力を強化する。)

成果1の達成状況は以下のとおりである。

指標	結果
1a. 研修トピックに対する受講者の知識レベルが向上する。	<ul style="list-style-type: none"> 研修トピックに関するニーズアセスメント及び既存の教材レビュー結果等に基づき、研修計画が策定された。2010年10月時点で、「リーダーシップとマネジメント」、「戦略的思考と計画づくり」、「サポータティブ・スーパービジョンとコーチング」、「政策周知ワークショップ」(全4回)に関する教材が開発され、研修が実施された。さらに、2010年11-12月には「年間計画書と報告書策定」に関する第5回研修が予定されている。 研修終了後、トピックに関する受講者の知識レベルがどの程度向上したかを調査(5段階の自己評価)したところ、いずれも平均“非常に良い”という結果であった(詳細は図3-1参照)。
1b. 研修を受講した州保健局メンバーの数が増加する。	<ul style="list-style-type: none"> ターゲットは未設定だが、すべてのトレーニングで計画していた州保健局メンバーの95%以上が研修を受講した(詳細は表3-1参照)。



出典：プロジェクト報告書

図3-1 研修トピックに関する受講者の知識レベル

表 3-3 州保健局メンバーの研修コース参加率

	Leadership & management	Strategic Thinking & Planning	SS & Coaching	Policy Dissemination
州保健局	96%	98%	95%	98%

出典：プロジェクト報告書

上述の研修に加えて、M&E 会議や州保健システム強化会合などが開催され、州保健局メンバーの研修後のフォローアップや保健省や地方自治庁などの関係者との州保健マネジメントに関する議論などを行っている。

6州の州保健局に対するインタビュー結果によると、研修トピックは彼らのニーズに沿ったものであり、業務を遂行するためのマネジメント能力を向上することに役立っている。特に戦略計画や年次計画に対する計画策定能力が最も有効な学びであるとの意見が多数であった。何名かの州保健局メンバーは、他のメンバーと同時に重要なマネジメント能力研修に参加したことで、チームとして活動する環境が醸成されたと報告している。一方で、研修期間が短すぎたとの声も聞かれた。また、今後更に強化が必要な分野としては、財政・人材管理やデータ管理などが挙げられた。

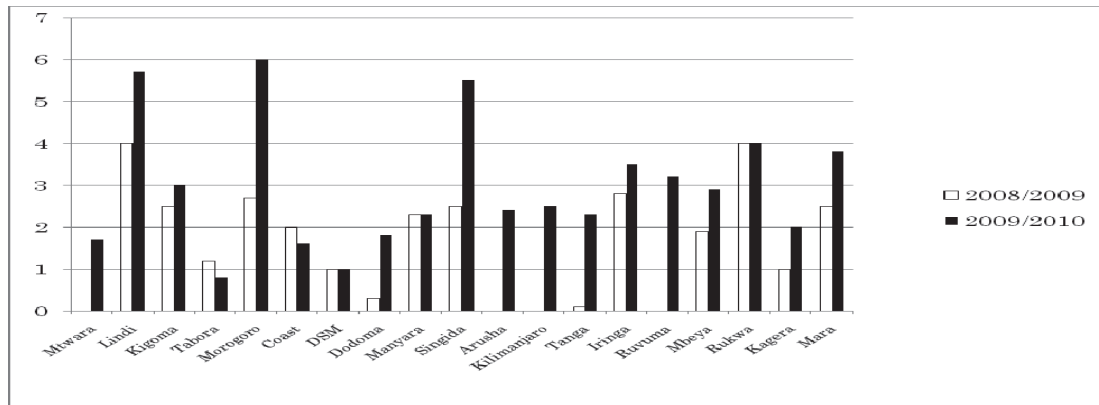
(2) 成果 2：州保健局から県保健局に対するサポータティブ・スーパービジョンのメカニズムが統合・標準化され、機能する。

成果 2 の達成状況は以下のとおりである。

指標	結果
2a. 県保健局がサポータティブ・スーパービジョンガイドラインに従って四半期ごとに監督指導される割合が増加する。	<ul style="list-style-type: none"> ・州保健局から県保健局（Council Health Management Team：CHMT）に対しサポータティブ・スーパービジョンが行われた数は過去 2 年間で増加している。 ・一方、四半期ごとにサポータティブ・スーパービジョンが行われていない州もまだ多数存在する（詳細は図 3-2 を参照）。
2b. 政策周知パッケージが作成され、配布される。	<ul style="list-style-type: none"> ・作成された政策周知パッケージとして、主要な政策・ガイドライン、周知するためのツール、及び政策インベントリーが作成され、その内容は研修時に州保健局メンバーに対し配布・オリエンテーションが行われている。 ・21 のうち 16 州保健局が少なくとも 1 つ以上の主要な政策・ガイドラインをワークショップなどを通じて県保健局に配布・説明を行っている。

2c. 政策周知ガイドラインが策定される。

・政策周知ガイドラインに関しては、中間レビュー時のタンザニア政府との協議の結果、策定しないこととなった。理由は包括的な政策周知ガイドラインの策定は本プロジェクトのスコップ内では実施が困難と判断されたためである。



出典：プロジェクト M&E 会議報告書

図 3 - 2 2008/09 年度・2009/10 年度の州保健局から県保健局に対して行われたサポーターティブ・スーパービジョンの年間頻度（県保健局ごとの平均値）

州保健局インタビューの結果によると、数年前までは活動費がなく、県に対するサポーターティブ・スーパービジョンが全く行えなかった州保健局がいくつか存在した。しかし、すべての州保健局は 2008/09 年度後半から保健バスケットファンドの拠出を受けており、そのおかげで現在はサポーターティブ・スーパービジョンの実施が可能になった、あるいはその頻度を増加することができるようになった。プロジェクトの実施した研修により修得した知識・スキルも頻度の増加には貢献している。一方、まだ多くの州保健局が「国家サポーターティブ・スーパービジョンガイドライン（ドラフトファイナル）」に指定されている四半期ごとの実施ができておらず、その理由として、予算拠出の遅延、移動手段の不足、その他のアドホックな業務との日程重複などが挙げられた。

サポーターティブ・スーパービジョンの質については、訪問した 6 県の保健局のすべてが、過去数年の間に、州保健局の支援やサポーターティブ・スーパービジョンの質は改善されたと報告している。サポーターティブ・スーパービジョンは“友好的 (friendly)” に実施されるようになったと表現された。また、年間スケジュールが策定され、事前に目的を設定し、独自のチェックリストを作成・活用するなど、より計画的に行われるようになった。多くの場合、サポーターティブ・スーパービジョンの結果は報告書と共に県保健局にフィードバックされる。フィードバック報告書は県保健局だけではなく、県行政長官 (District Executive Director : DED) に提出されるケースもある。県保健局が最も有効だと考えるのは、県総合保健計画 (CCHP) 及び実績報告書の策定支援である。一方、いくつかの州保健局は、サポーターティブ・スーパービジョンは実施されているが、統合されていないと報告しており、州保健局と県保健局（県保健局も県内の施設に対するサポーターティブ・スーパービジョ

ンを実施している)の活動スケジュールの調整や州保健局の準メンバー (co-opted) の参加推進などが提案されている。このように、6州でのインタビューでは州保健局の活動が改善されている状況をいくつか聞き取ることができたが、活動状況は州によってさまざまであると報告されている。タンザニアという広大な国土の影響もあり、全州の活動において一定の質を確保するための詳細なモニタリングや必要な支援を実施することがプロジェクトの課題となっている。

プロジェクトを通して州保健局に周知された主要な政策及びガイドラインは以下のとおり：「Functions of Regional Health Management System」、「National Health Policy of 2007」、「National Road Map Strategic Plan to Accelerate Reduction of Maternal, Newborn and Child Deaths in Tanzania 2008-2015」、「Human Resource for Health Strategic Plan 2008-2013」、「Health Sector Strategic Plan III (2009-2015)」、「National Primary Health Services Development Policy (known as MMAM)」及び「National Supportive Supervision Guidelines for Quality Health-care Services (最終ドラフト)」。

(3) 成果3：中央から州保健局に対するサポーター・スーパービジョンの仕組みが制度化される。

成果3の達成度は以下のとおりである。

指標	結果
3a. 中央から州保健局へのサポーター・スーパービジョン (CMSS) の標準化された仕組みが開発される。	<ul style="list-style-type: none"> ・ CMSS マニュアル (ドラフト) が策定され、これまで5回の CMSS で活用されている。マニュアルは各 CMSS 実施後のフィードバックに基づき修正されており、プロジェクト終了までに完成される予定である。 ・ CMSS を実施するスーパーバイザーチームが主に保健省本省の行政官により構成されている。スーパーバイザーとして選定された行政官は、常に CMSS に参加できるとは限らないため、実際には、各 CMSS の時期に合わせて参加可能なメンバーを選定するという形をとっている。 ・ CMSS スーパーバイザーはプロジェクトにより能力強化研修及び CMSS に関するオリエンテーションを受けている。
3b. 標準化された仕組み／ガイドラインにのっとり行われる州保健局への監督指導が増加する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2008/09年度には8州に対して二度、2009/10年度には残りの13州に対して二度、2010/11年度には8州に対して一度、CMSS が実施されている (2010年10月時点)。

<p>3c. 保健省及び地方自治庁において CMSS の担当官が選定され、機能する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・保健省において、州保健サービス調整官 (RHSC) が新たなポストとして 2009 年 11 月に正式に任命された。RHSC は州保健マネジメントにおける責任者として CMSS 及びその他関連業務を担っている。 ・地方自治庁においても RHSC が 2009 年 11 月に選定され、CMSS に一度参加している。しかし、正式な任命の有無は未確認である。
--	---

州保健局とのインタビューによると、すべての州保健局は CMSS を有益で貴重な機会と認識している。その理由としては、CMSS による、改善すべき活動・分野への指摘・指導や最新の政策・ガイドラインに関する情報提供の実施などが挙げられ、州保健局が常に変化する環境に効果的に対応するための重要なバックアップとなっている。訪問したすべての州保健局は、今後も年に一度か二度程度の継続的な CMSS の実施を希望している。これまでにゾーナル・リソースセンターや他州の州保健局のメンバーも CMSS にスーパーバイザーとして参加しているが、一部の州保健局メンバーからは、仮に保健省本省から頻繁に州を訪問することが困難な場合は、他の州保健局メンバーの訪問も外部からの視点を得るといった観点からは有効であるとの意見があった。

CMSS スーパーバイザーの能力に関しては、州保健局からのインタビューでは特に言及はなかったものの、数名の CMSS スーパーバイザーとのインタビューでは、その能力やレベルは統一的ではなく、標準レベルに達していないようなメンバーも見受けられたとの報告があった。

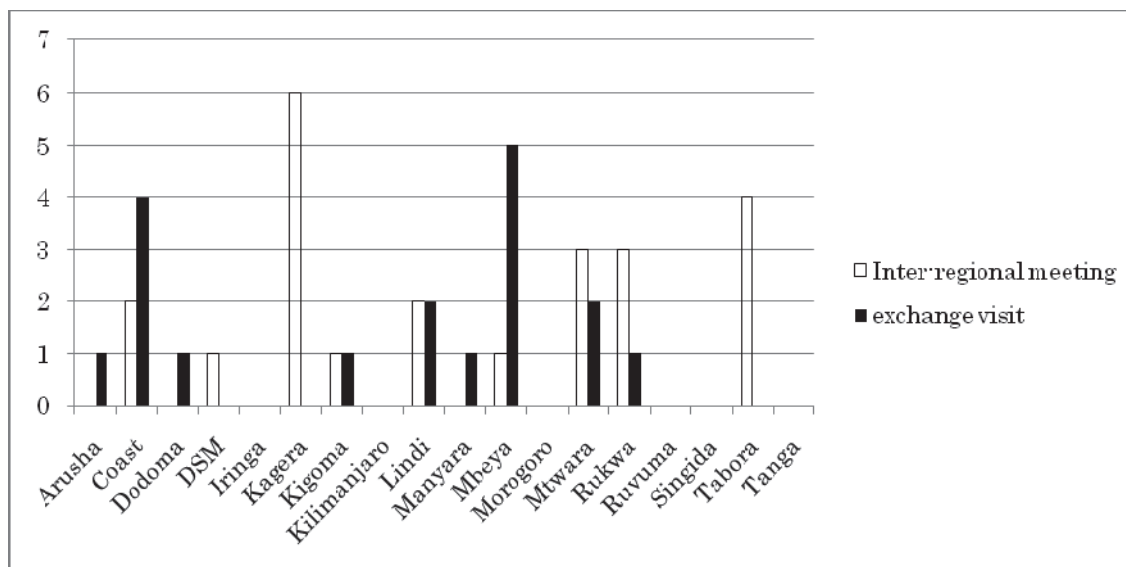
CMSS の仕組みに関しては、実施マニュアルやツールが作成され、その成果は認められているものの、保健省及び地方自治庁における制度化はまだ達成されておらず、そのためにはいくつかのステップが必要である。CMSS の仕組みが標準化され、マニュアルが最終化されて CMSS の手順として保健省に承認されることが重要である。

(4) 成果 4 : 州保健マネジメントの現場レベルの課題に対応するために、中央と州保健局間の調整・支援メカニズムが強化される。

成果 4 の達成度は以下のとおりである。

指標	結果
<p>4a. 州保健局の構成、規則及び機能が明確に定義され、州政府や関係省庁に理解される。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・州保健システム主要組織の機能と構成人員の職務を定義した文書「Functions of Regional Health Management System」が 2008 年 8 月に保健省及び地方自治庁により正式に承認された。上記文書はプロジェクトにより州保健局に加えて、州政府や県保健局などの関係組織に配布され、説明された。

	<ul style="list-style-type: none"> ・州保健局／県保健局や州病院へのインタビューによると、州保健局の役割と機能については州政府や県保健局では比較的よく理解されていたが、州病院マネジメントチームでは限定的であった。 ・保健省の政策計画局保健セクター資源事務局内では州保健局の機能に関して、明確に理解されているとみられる。また、保健省の他部署や開発パートナーの間では、州保健局に対する認知度や期待が高まっていると報告されている。
4b. 州保健局のゾーン内でのミーティングの機会が増加する。	<ul style="list-style-type: none"> ・他州とのミーティングや交流を行う州保健局の数は増加していると報告されているが、その頻度は州により異なる（詳細は図3-3参照）。
4c. SWAp 技術委員会の州保健マネジメントに関する分科委員会が必要に応じて開催される。	<ul style="list-style-type: none"> ・セクター・ワイド・アプローチ (SWAp) 技術委員会の州保健マネジメント分科委員会は 2008 年及び 2009 年に二度開催された。 ・その後、SWAp 技術委員会は再編成され、2010 年 2 月から「県・州保健サービス技術作業部会」の活動が開始した。この作業部会では、プロジェクトの進捗を含む州保健マネジメントに関する内容についても議論される。2010 年 9 月までで 7 回（おおむね毎月）開催されている。
4d. 州保健マネジメントニュースレターが年 2 回発行される。	<ul style="list-style-type: none"> ・2010 年 9 月の時点で、ニュースレターが 4 回とリーフレットが保健省、地方自治庁、州保健局、州病院、県保健局、開発パートナーなどに対して発行されている。ニュースレターは 2009 年 2 月から年に 2 回発行されている。



出典：プロジェクト M&E 会議報告書

図 3-3 州同士のミーティング・訪問の回数（2008年7月～2010年7月）

訪問した1つの州保健局では、州政府や県保健局における州保健局の認知度を向上させた要因は、本プロジェクトの「Functions of Regional Health Management System」の配布を含む活動による効果が大いとの認識であった。訪問したいくつかの県保健局では、州保健局は数年前までは無用なものという扱いであったが、今では州保健局の役割や機能は明確であり、彼らからの支援も増加している、との所感が聞かれた。一方で、県保健局のメンバーのなかには、州保健局に具体的にどのような支援を期待できるのかいまだ不明確と考えるものも存在した。

いくつかの州では、州政府と州保健局の連携が強化され、県保健局へのサポート・スーパービジョンを合同で実施している州も確認された。

「県・州保健サービス技術作業部会」は、中央レベルの保健省及び地方自治庁や開発パートナーが参加する会合であり、県及び州の保健サービスに関する有効な議論・調整の場であると認められた。

3-1-4 プロジェクト目標と上位目標の達成見込み

(1) プロジェクト目標：質の高い州保健サービスの提供実現のために、州保健局の機能が強化される。

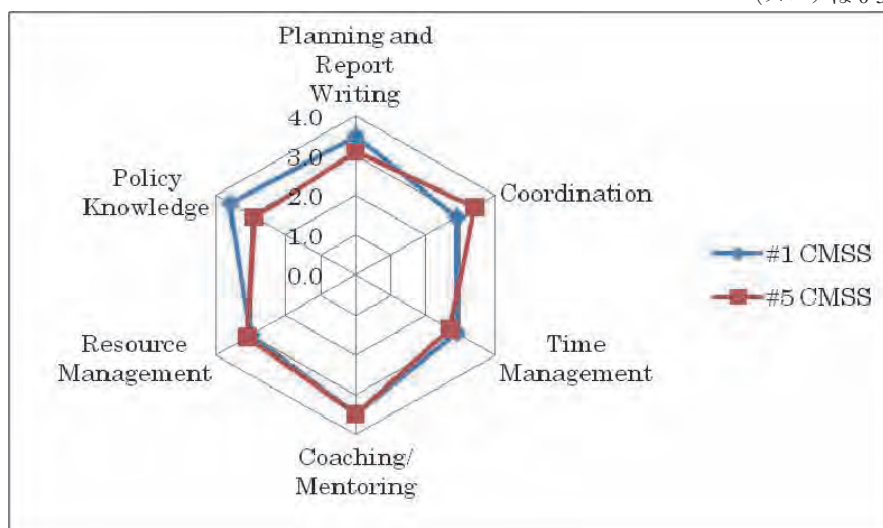
プロジェクト目標の達成度については以下のとおりである。

指標	結果
1. 2008年から2011年の間で、州保健局のキャパシティ・アセスメント ^{*1} 結果が向上する。	<ul style="list-style-type: none"> ・キャパシティ・アセスメント (CA) は、第1回 CMSS で全21州のベースラインが測定され、その後、第2回から第5回までの CMSS で実施され、結果が報告されている。 ・その結果は州によって異なる。数州では6つのキャパシティのほとんどのスコアが上昇しており、別の数州では6つのキャパシティのほとんどのスコアが減少している。しかし、多くの州はいくつかのキャパシティスコアが上昇し、そのほかは減少またはほとんど変化なしといった結果になっている (詳細は図3-4参照)。
2. 2008年から2011年の間で、州保健局のタスク・アセスメント ^{*2} 結果が向上する。	<ul style="list-style-type: none"> ・タスク・アセスメント (TA) は、第2回 CMSS から実施され、第2～5回までの結果が報告されている。その傾向は上述 CA のケースと同様で、多くの州では、いくつかのタスクのスコアが上昇、そのほかは減少あるいは変化なしという結果になっている (詳細は図3-5参照)。

注) ^{*1} 6つのキャパシティについて0-5でスコアリングする自己評価

^{*2} 10のタスクについて0-5でスコアリングする自己評価

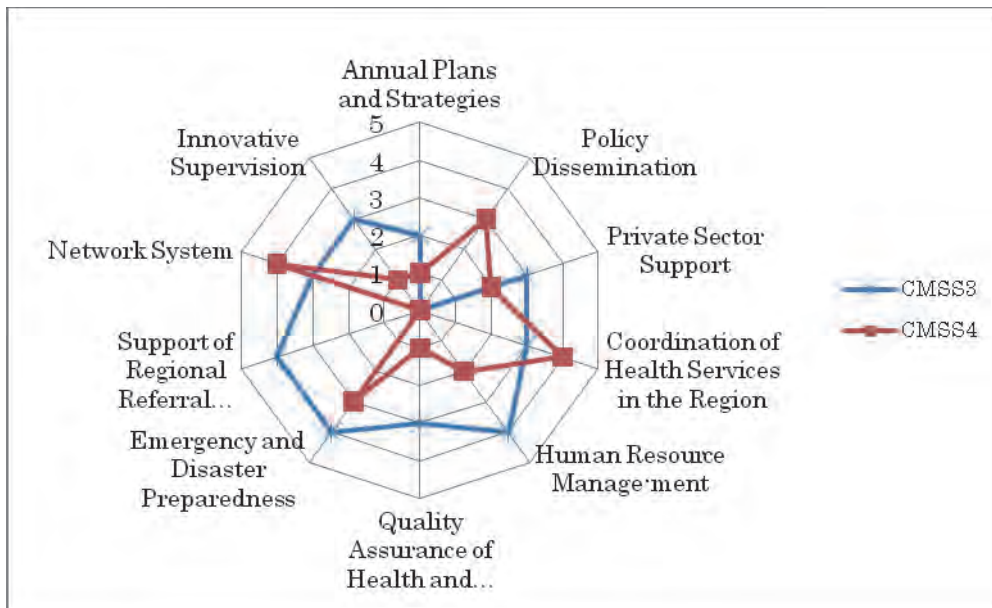
(スコアは0-5)



出典：CMSS 報告書

図3-4 CA結果の比較事例〔第1回CMSS時ベースラインと最新(第5回CMSS)の結果〕

(スコアは0-5)



出典：CMSS 報告書

図3-5 TA結果の比較事例〔最初（第3回CMSS）と最新（第4回CMSS）の結果〕

PDMに設定された指標に基づくと、ほとんどの州ではCAとTAの結果が全体的な向上を示しておらず、したがってプロジェクト目標は2010年10月の時点では達成していないことになる。しかし、本評価調査団はこれらの指標は能力開発における変化を客観的に評価できる適切な指標ではないと判断した。その理由として、CA結果は各メンバーが個別に州保健局チームのキャパシティをスコアリングしてその値を平均し、TA結果は各タスクにおける過去6～12カ月の実績について州保健局メンバー全員で協議し、CMSSスーパーバイザーから指導を受けながらスコアリングするものであるが、そのスコアリングがおおむね主観的であることが挙げられる。また、州保健局メンバーが、より自分たちの役割や責任を認識すればするほどスコアを低く付ける、という傾向が頻繁に観察された。さらに、TAに関していえば、計画に対する過去の実績を評価するものであり、その期間の優先事項（タスク）や評価の時期にスコアが大きく左右される傾向にある。したがって、スコアの上昇あるいは下降と能力の改善度に単純な相関はみられないと考えられる。

一方、州保健局へのインタビューによると、CAとTAは能力開発のための有効なツールであると認識されている。自分たちのキャパシティや活動実績を自ら見直し評価するプロセスは、外部への説明のためではなく、自らの変化・進展をレビューし気づきを得るものであり、非常に効果的で良い刺激を与えてくれるツールであるにとらえている。多くの州保健局メンバーは今後もこのツールを活用していく意欲を示している。県保健局へ紹介することを考えている州も確認された。

州保健局の機能に関しては、初めての戦略（5カ年）計画、及び2009/10年度から年次計画の策定を開始するなど、計画策定能力が向上したことが挙げられる。プロジェクトでは研修やCMSSを通じて州保健局の計画策定能力強化を行っており、特に2010/11年度からの年次計画書式（テンプレート）や評価基準の作成は、計画の質の向上に貢献している。保健省は特に年次計画策定に関する優先度・目標設定やチームワークの能力などが向

上したと評価している。また、保健省、州保健局及び県保健局へのインタビューによると、まだ改善の余地はあるものの、州保健局の全般的な活動・機能は改善していると報告している。

また、州保健局をとりまく環境がここ数年の間に大きく改善していることが確認された。州保健局の機能に関する政策文書が正式に承認され、ほとんどの州では2010年10月時点で、8名のコアメンバーが配置されている。州保健局の活動予算は、以前は活動費がほとんどなかった州も多くあったが、2年前から全州へのバスケットファンドの拠出により大きく改善された。中央レベルでは、保健省内に州保健マネジメントを主管する州保健サービス調整官が新たに任命された。県及び州の保健サービスに関する協調の場として、SWAp 技術委員会の「県・州保健サービス技術作業部会」が設置された。

これらの状況は、保健省及び地方自治庁の強いイニシアティブによって実現されたものであるが、その実現に向けてのプロジェクトの貢献も認められる。プロジェクトが支援を行っている州保健局の年次計画審査基準の作成及び審査の実施は、バスケットファンド拠出の条件（審査スコアが50%以上必要）ともなっている。JICA 専門家チームは、保健省に対し州保健サービス調整官（RHSC）の早期配置に向けて継続的な提言を行い、配置後はRHSCとして必要な能力の習得・強化に向けて貢献してきた。また、プロジェクトは「県・州保健サービス技術作業部会」の円滑な運営に対する支援を行っている。

(2) 上位目標：持続可能な保健サービス提供のために州保健マネジメント（Regional Referral Health Management）が改善される。

上位目標の達成状況は以下のとおりである。

指標	結果
1. グッドプラクティスとして紹介される州保健局の数が増える。	<ul style="list-style-type: none"> グッドプラクティスは各州保健局が自ら設定した目標（ゴール）として定義され、全州保健局はそれぞれ目標を設定している。 しかし、評価チームはこの指標は評価指標としてはあいまいであると判断した（詳細は第5章参照）。
2. 県総合保健計画（CCHP）の質が向上する。	<ul style="list-style-type: none"> CCHP のスコアの変遷は入手できなかったが、州保健局及び県保健局のインタビューによると、目標・優先分野設定やデータ管理などの分野においてCCHPの質がここ数年で向上していると評価していた。 一方、CCHP に関しては、期限どおりの提出、計画内容、財政管理やチーム活動の向上など、改善すべき点は多い。

プロジェクト終了から3～5年後の上位目標の達成見込みについては、比較的可能性は高いといえるが、更なる努力が必要となる。

持続可能な保健サービス提供という観点からは、州保健局の機能に関する政策的枠組み

の確立や人材・予算増加などの上述の環境改善が大きなプラスの要因であると考えられる。

県保健局の機能に関しては、終了時評価調査では客観的なデータをもって過去数年の変化を検証することはできなかったものの、訪問した州保健局及び県保健局のメンバーは一般的な県総合保健計画（CCHP）及び実績報告書の質は向上していると報告している。また、州保健局の支援が県内の保健サービス供給にも具体的な効果をもたらしているとの報告がいくつかの県で確認された。例えば、州保健局の助言により社会福祉活動を開始した事例や州保健局の支援により保健施設の医療従事者を増加させることができた事例などが挙げられた。

州病院のマネジメントに関しては、プロジェクトの直接的な支援の対象にはなっていないものの、インタビューによると、いくつかの州保健局は州病院マネジメントチームに対して、病院活動計画（戦略計画・年次計画）策定などへの支援を行っていることが確認された。また、州保健局から州病院へのサポーター・スーパービジョンの計画的実施の取り組みが始まっていた。一方、州保健局の機能についての認識はいまだ限定的であった。

以上のように、州保健マネジメントは改善されていることが確認されたものの、CCHPの期限どおりの提出、CCHP アセスメントの質、州内のデータ・資源管理、品質管理の向上などまだ対応すべき課題は多い。

3-1-5 実施プロセス

(1) 意思決定とモニタリングの枠組み

合同調整委員会（JCC）はこれまで4回実施されており、プロジェクトの進捗や活動の確認、計画の承認、評価結果の検討・合意のほか、実施に係る協議などを行っている。プロジェクト進捗のモニタリングは、2回のM&E会議、CMSS、県・州保健サービス技術作業部会などの機会やJICA 専門家と州保健サービス調整官との日常的コミュニケーションを通じて行われている。全般的には意思決定及びモニタリングは効果的に行われており、スムーズなプロジェクト活動の実施に貢献した。一方で、終了時評価チームはPDM ver. 4に設定されているいくつかの指標は、評価指標としては妥当ではないと判断した。実施を通じてより適切な指標の選定を検討するとともに、指標の見直しも含めて、必要に応じてPDMの見直し・修正が適時行われることが望ましい。

(2) 関係機関との調整・連携

保健省、地方自治庁やゾーナル・リソースセンターなどの異なる組織からのCMSSスーパーバイザーの採用や、研修計画・実施の際の教育機関活用などが効果的な成果発現や資源ネットワークの構築に貢献したとみられる。一方、地方自治庁に関しては、2009年11月に州保健サービス調整官が選定されたが、正式な任命は確認できず、プロジェクトへの参加もいくつかの会議への出席と1回のCMSS参加のみと、限定的であった。また、州保健マネジメントを強化するためには包括的なアプローチが求められるが、保健省内の異なる部署間の連携を推進するリーダーシップは不十分であったと報告されている。

3-2 評価5項目による評価結果

調査結果に基づき、プロジェクトの妥当性、有効性、効率性、インパクト及び自立発展性について評価した。

3-2-1 妥当性

(1) タンザニア及び日本政府の政策との整合性

プロジェクト目標及び上位目標は、現在のタンザニアの国家政策及び優先課題に合致している。州保健局の能力強化を通じた州保健システム改善は、第3次保健セクター戦略計画の優先課題のひとつでもある。特に、1990年代の半ばに保健セクター改革が開始された当初、主要な関心は実際に保健サービス提供を行う県保健局の強化に向けられ、州保健局は十分な能力もなく、その役割も不明確なまま取り残されていた。しかし、近年、タンザニア政府は州保健システムを改善するうえで州保健局の強化が必須であることを再認識し、本プロジェクトはその優先課題に対応するものである。

マネジメント能力改善を含めた保健システムを強化することは、日本の対タンザニア国別援助計画に設定されている重点課題のひとつであり、本プロジェクトは、タンザニアにおける保健分野の協力プログラム「保健システム強化プログラム」の実現に貢献するものである。また、日本は第4回アフリカ開発会議（TICAD IV）横浜行動計画及びG8北海道洞爺湖サミットにおいて、保健システムの強化に向けたコミットメントと協力を一層拡充することを表明しており、本プロジェクトはこれら日本の援助政策にも合致するものである。

(2) プロジェクトデザインの妥当性

プロジェクトは全州（全国）を対象としており、この点は保健省の意向とも合致する。州保健局のマネジメント能力の改善により、政策策定を行う中央省庁と実際に保健サービスを提供する県保健局との連携を強化するというアプローチは、タンザニア政府の戦略とも合致しており、適切である。日本の比較優位性に関しては、2001年から2005年まで実施したJICA技術協力プロジェクト「タンザニア国モロゴロ州保健行政強化プロジェクト」の経験が、タンザニア保健セクターの地方行政能力強化を行ううえで非常に有益であると認められる。

3-2-2 有効性

PDMの指標に基づくと、プロジェクト目標は達成できていないことになる。しかし、州保健局の機能に関しては、戦略計画や年次計画などの計画策定能力の向上がプロジェクトによる成果のひとつであると認められる。また、州保健局メンバーのコミットメントやモチベーションが向上していることや、チームとしての機能が強化されているとの自覚も観察できた。

4つの成果（アウトプット）の設定はプロジェクト目標の達成に向けて適切であると認められる。貢献要因としては、プロジェクトが全州を対象としたことが挙げられ、州同士がお互いに学び合い、経験を共有する場を提供し、また自分たちのレベルや立ち位置が明確になったことにより、より効果的に努力を促すことができたと報告されている。一方で、阻害要因としては、州保健局メンバーの異動が挙げられる。また、バスケットファンドの支出遅延、特にいく

つかの州では州政府から州保健局への予算支出の遅延が、計画的に活動を行ううえでマイナスの影響を与えている。

3-2-3 効率性

プロジェクト活動の実施プロセスは、全般的に効率的であると認められる。ただし、能力開発における長期的効率性を見極めるにはもう少し時間が必要だと判断される。

日本人専門家及び現地プログラム・オフィサーから構成されたプロジェクトチームは、適切な専門家を適時に投入したことにより、効率的に機能した。

プロジェクトは、もともと計画になかった活動（州保健局年次計画書式や審査基準作成など）も、実施の過程で必要性が確認された内容は積極的に取り入れ、より現状に即した支援を行ってきた。また、成果及び活動間の相乗効果を向上することにより限られた投入で効率的な成果の発現を試みた。具体的には、研修計画（成果1）は州保健局が行うサポーター・スーパービジョン（成果2）や中央からのサポーター・スーパービジョン（CMSS）（成果3）を実施する観点からトピックやアプローチが決定された。CMSSはモニタリングの機会として活用され、研修のフォローアップとして州保健局メンバーが学んだことを実践に生かしているかを確認し、必要に応じ継続支援・コーチングが行われた。M&E会議は、州保健局の活動状況やプロジェクト目標の達成状況の確認、及び他州とのネットワーキング強化や情報共有の場（成果4）として活用された。

州保健局の活動予算としてバスケットファンドを活用している点は、効果的な援助協調といえる。また、貢献要因として、保健省における州保健サービス調整官（RHSC）の任命と彼の強いコミットメントが挙げられる。

3-2-4 インパクト

終了時評価時点では、今後3年から5年間の上位目標の達成の見込みは比較的高いと認められるが、更なる努力が必要となる。

中央及び州レベルでの州保健局の活動環境改善は州保健マネジメントの改善に大きく貢献する。関係機関における州保健局の機能の認識や理解度の向上はプロジェクトによる成果のひとつである。州保健局と州政府や地方自治体との協力関係も大きく改善していると報告されている。インタビューの結果、いくつかの県では、社会福祉活動の開始や保健施設の医療従事者の増加など具体的な保健サービス提供の状況が改善されている例も確認された。

しかし、州保健局の機能強化に関しては、まだ改善の余地が大きい。プロジェクトで開発したシステム・枠組みが標準化され制度化されることで、更なる環境の改善が行われると期待される。

3-2-5 自立発展性

政策的観点、組織的観点、財務的観点、技術的観点において、プロジェクト終了後のプロジェクトの成果の継続性を高める取り組みは進められている。その継続性を確保するためには、特に、保健省の更なるイニシアティブによる組織的環境を強化することが必要になる。

(1) 政策面

州保健局及び州保健マネジメントを強化することは現在の政策においても高い優先度が確認されている。

(2) 組織・財政面

州レベルでは、州保健局の8名のコアメンバー及び何名かの準メンバーが活動に参加しており、州保健局と州政府との連携も強化されていると報告されている。2008/09年から拠出されているバスケットファンドは、当面、継続的に拠出されると見込まれている。一方、主な活動予算はバスケットファンドに頼っている状況であるが、本来であれば、州政府の経常予算として予算配分がなされることが望まれる。全般的には、州レベルでの組織面での自立発展性は比較的高いとみられる。

中央レベルに関しては、保健省が保健セクター資源事務局の下で州保健サービスユニットを強化することを表明しているが、現状では、RHSCが1名いるだけで、他の行政官やアシスタントもなく、必要な活動を行う十分な予算が配分される見通しも立っていない。

本評価調査において、州保健マネジメント強化にゾーナル・リソースセンターをより積極的に活用するというアイデアが何名かの関係者から提案された。彼らのリソースが効果的・効率的に活用できると確認された分野において今後活用されていくことが期待される。

(3) 技術面

州レベルでは、州保健局の技術的能力はプロジェクトにより向上した。2010年後半に予定されている年次計画策定の研修は更に能力強化に貢献するとみられる。ただし、技術的持続性を確保するために、州保健局に対する最新情報提供や追加研修などが継続的に実施されることが必要である。

中央レベルでは、今後、RHSCユニットが中心となって、必要な研修や最新情報の提供、CMSSの実施、年次計画や実績報告書の評価や見直しなどを行っていくことになるが、その技術的知見・能力は向上しているとみられる。プロジェクトで開発した研修教材、政策周知に関するツールやCMSSマニュアルの最終化及び制度化、更に州保健局年次計画ガイドラインの作成が持続性を確保するうえで極めて重要である。

CMSSスーパーバイザーに関しては、終了時評価チームがインタビューした数名は自らの能力におおむね自信があり、今後もスーパーバイザーを継続していく意思を示していた。しかし、スーパーバイザー全体の質の標準化が求められる。

3-3 結 論

本調査団は、関係者間において行われたインタビューや議論や収集・分析された報告書及びデータに基づき、本技術協力プロジェクトが、州保健局のマネジメント能力の強化を達成すべく適正な支援を行っているとして評価した。しかしながら、設定されていたいくつかの指標は明確な成果を表すのに不適切であると判断された。

協力の成果として、州保健局の計画策定能力の改善がみられた。特に年次計画の策定スキルの向上が顕著であった。プロジェクトが的確に計画し実施した研修によって、これらの州保健局の

能力強化が図られた。州保健局に対する研修では、マネジメント能力だけでなく、チームワークマインドや、友好的かつ協力的な態度の育成についても取り上げられた。今後、財務、人事、情報管理の分野における更なる研修の必要性が確認された。また、州保健局メンバー内に能力差が存在することから、マネジメント能力強化に係る研修の再実施も必要である。

州保健局のマネジメント能力改善及び知識の拡充に伴い、州保健局による県保健局に対してのサポーター・スーパービジョンがすべての州において徐々に浸透してきた。県保健局は近年の州保健局の好意的かつ積極的サポーター・スーパービジョンを高く評価し感謝している。州保健局によるサポーター・スーパービジョン、特に県総合保健計画と実績報告書の策定準備支援が県保健局に歓迎されている一方、州保健局の支援は質・量ともに更なる改善が必要である。

州保健局からの県保健局への質の高いサポーター・スーパービジョンが十分な回数実施されるためには、中央政府からの支援が必要不可欠である。政府は州保健局の常勤のコアメンバーをほぼすべての州において配属しており、州保健局への政府資金(ブロックグラント)及びバスケットファンドも、十分ではないが支出されている。保健省は州保健マネジメントの担当として州保健サービス調整官を正式に指名したが、この部署には更なるスタッフの配置が必要である。加えてこれら人員配置に関しては、保健省と地方自治庁間における中央政府レベルでの更なる調整及び連携、また州保健局の可動力を強化するための資金調達と交通手段の確保が必要である。

評価調査団は、本技術協力プロジェクトにおいて開発された県保健局を支援するための州保健局のマネジメント能力を強化するシステムは、保健省が確固たるリーダーシップ及びイニシアティブを発揮することにより持続されていくと結論づけた。

第4章 提言・総括・教訓

4-1 提言

調査団は以下のとおり3つのカテゴリーに分けて提言を導き出した。

<プロジェクトの範囲内にて実施すべき事項>

(1) 州保健サービスユニットの強化

州保健局に対して継続的な支援を行うため、保健省保健セクター資源事務局下の州保健サービスユニットに十分な予算と人員を配置することが望ましい。

(2) 中央から州に対するサポーターティブ・スーパービジョン（CMSS）の標準化

CMSS マニュアルについて、最終化され、保健省に承認されるべきである。また、2011年1-2月に予定されている第6回目のCMSSについて、タンザニア政府予算（MTEF）にて計画されている活動の一部として実施されるべきである。

(3) 州保健局の年間計画書及び報告書様式の最終化

州保健局の10の機能に関連する活動の詳細について明確化したうえで州保健局の年間計画書と報告書様式の最終化を行い、それらに関する研修を行うべきである。

(4) 州保健局サポーターティブ・スーパービジョンのためのチェックリストと国家サポーターティブ・スーパービジョンガイドラインの整合化

2010年12月に予定されている研修に向けて、プロジェクトは保健省の保健サービス監督ユニットと協働して、州保健局が用いるサポーターティブ・スーパービジョンのチェックリストが国家サポーターティブ・スーパービジョンガイドラインに沿ったものとなるよう調整するべきである。

<プロジェクトの範囲外で実施すべき事項>

(5) 州保健サービスユニットの強化

州保健局の人材・財政管理、質の管理、データ管理などに関する更なる能力向上を含め継続的に州保健局に対する支援を行うために、州保健サービスユニットに予算と人員を配置し、機能を強化すべきである。

(6) 州保健局の年間計画書及び報告書ガイドラインの最終化

州保健局の年間計画書及び報告書の国家ガイドラインを開発・最終化するにあたり、保健省がリーダーシップを発揮すべきである。

(7) 州保健サービスユニットと県保健サービスユニットの調整促進

保健省上層部（シニアマネジメント）は、政策計画局を通じて州保健サービスユニットと県保健サービスユニットがよく調整されるようにする必要がある。

(8) 州保健局の活動環境改善

- ・保健省と地方自治庁は州保健局が必要な活動を実施できるように、中央から州行政府、州行政府から州保健局への資金の拠出が遅滞なくなされ、適切な移動手段が確保されるようにする必要がある。
- ・州保健マネジメントに関する問題が効果的に議論・対処されるよう、保健省政策計画局と地方自治庁州行政府は省庁間の調整を強化するべきである。
- ・地方自治庁は保健省の支援を得つつ州保健局用の予算ラインを創出するべきである。
- ・保健省はゾーナル・リソースセンターを含むさまざまな機関からの人材の動員を含めて、CMSS の実施体制及び機能を強化する必要がある。

<日本政府に対する提言事項>

(9) 州保健システム強化分野に対する継続支援

本プロジェクトは質の高い州保健サービスを提供するための基本的な枠組みをつくり上げた。本プロジェクトの成果に基づき、州内の保健サービス提供におけるインパクトをもたらすためには、同分野の更なる支援が望まれる。

4-2 総括と教訓

今回の調査結果並びに関係者との協議を踏まえた調査総括と今後の事業展開上の参考となる教訓を、以下のとおり記載する。

(1) タンザニアの保健重点政策との整合とタンザニア側プロジェクトダイレクターの的確なリーダーシップ

本事業は、第三次保健セクター戦略計画（HSSP III：2009-2015）に重点政策として明記された「州レベルの管理運営体制の強化を通して地方保健行政能力の向上を図ること」を具体的に実現することを目的とした事業であり、政策実現にあたり保健省も次官・首席医務官ともに高い関心とリーダーシップを発揮しているアジェンダである。特にプロジェクトダイレクターの Dr. D. Mtasiwa 首席医務官は 1990 年代後半のダルエスサラーム市医務官時代から、各援助機関の支援がディストリクトレベルに集中する中で、県保健局を保健省の出先機関である州保健局が適切に管理・監督する体制づくりをめざした貴重な人材である。保健次官も同様の問題意識を共有しており、今回の合同評価調査の報告を兼ねた合同調整委員会（JCC）では当初予定の首席医務官を抑えて、自らが議長を行い、プロジェクト成果の詳細についてまで評価チームや実施部局関係者、専門家チームに確認を行うほど関心を示した。プロジェクトはこうした保健省幹部の強い認識とリーダーシップにより、C/P 関係者の主体性の比較的強い事業として展開した。タンザニア側は JICA の支援を高く評価するとともに、今回の調査で明確になった本省内の体制構築等の課題については早急に取り組むことを確約した。さらに、今回の事業成果を更に制度として定着させるための更なる支援を希望し、JCC 出席した勝田 JICA タンザニア事務所長に次フェーズへの支援を強く要請した。

(2) 前プロジェクトの知見を生かした効果的なスケールアップ事業

本プロジェクトは 2001 年から 6 年間にわたり実施した「タンザニア・モロゴロ州保健行

政強化プロジェクト」で実践された州保健局の監督能力強化を通じた県保健局の強化改善のアプローチをタンザニア全土に広めるといって極めてチャレンジングな試みであった。全国130を超える県保健局の機能強化を21の州保健局の支援監督体制の整備を通じて実践するには、中央での強力な政策的リーダーシップと事業管理の体制構築が不可欠である。今次プロジェクトは地方保健行政の強化をうたいつつ、中央でのフレームワークづくりに重点を置いた。今回の評価調査では、モロゴロ州プロジェクトで開発された現場（県保健局）のニーズに合わせた、州保健局が具有すべき支援的監督（supportive supervision）のノウハウや事業マネジメントの指導手法の研修をJICA 専門家チームの支援を得つつ、保健本省が実施していることを確認した。今後は、保健省内に州保健局と県保健局を一貫して管理する体制を整え、州保健局研修等の実際の強化事業を繰り返し実践させることにより、州保健局の支援監督による県保健局強化の定着を進めることが重要である。

（3）不可欠なドナー協調

タンザニアは保健セクター・ワイド・アプローチやグローバルファンドによる資金支援や米国 PEPFER による保健事業支援など多様な保健セクター援助が展開している。州レベルの保健行政強化はバスケットファンドからの資金支援も大きく、本プロジェクトの成否は他ドナーも、州保健強化資金の提供の基本的環境として注目しているところである。そうした意味から、JICA タンザニア事務所、プロジェクトチームによるドナー協議への参加、他援助事業との協調は極めて重要といえる。JICA タンザニア事務所も、保健事業を重点分野とはしていないものの、保健分野の専門性の高い所員を配置し、また専門家チームも積極的に他機関との情報交換を進めており、効果的なドナー協調を進めている。

（4）「保健システム強化プログラム」としての成果

対タンザニア JICA 事業の中では、保健分野は重点分野としては位置づけられてはいない。しかしながら、事業資金規模は大きくはないものの、現在本プロジェクト以外にも保健省への保健人材分野の政策アドバイザーの派遣、エイズ対策プロジェクトといった、保健省中枢とのかかわりが深くインパクトも大きい保健事業を展開している。保健システム強化、特に保健医療にかかわる技術者と行政官双方の人材強化に焦点を絞り、中央でのしっかりとした制度整備を行いつつ、末端の保健医療現場の向上にもつながるよう、個々の事業を有機的に結び付けて相乗効果を生むプログラムとしての取り組みを一層進めるべきである。

さらに、保健行政、事業マネジメントにかかわる人材の強化については、アフリカ保健人材プラットフォーム等のネットワークを介してアフリカ諸国での同様の取り組みの情報交換や連携がなされている。今次プロジェクトの成果もこうしたネットワークとのつながりをもつことにより一層の強化・改善を図ることが期待される。

（5）行政・マネジメント関連の事業成果の指標とエビデンス

今次プロジェクトのプロジェクト目標である州保健局の能力向上を測定する指標を、メンバーの意識調査を基にしたものに設定したところ、最新の調査では各自が自身の能力不足をより意識する回答が多く期待したものとは逆の結果となった。これはマネジメントの重要性を認識することにより、能力不足をより意識したことが反映しているものとも推量できる。

こうした能力向上の変化をみるには、より客観的な業務処理期間の変化や、主観的なものであっても以前の意識との比較を問うような設問を設定すべきある。今後も当該分野への支援が拡大することを考えれば、残りのプロジェクト期間内にも関係者でより客観的な指標を検討すべきであろう。また、こうした調査結果はスケールアップを図る際の重要な資料となるところ、プロジェクト本体事業の一部としてしっかりと活動計画に載せることが必要である。

(6) PDM の柔軟な見直しの必要性

今回の調査で、PDM の上位目標の記述に意味が不明瞭なところがあり、今後の M&E のためにも明確なものにする必要があるとして、調査団が修正を提案し JCC で修正がなされた。同様の議論は中間評価調査の際にもなされたが、十分な検討時間がとれず結論が出ないまま今回に至った。プロジェクト当初の PDM は、限られた調査の中で確定するものなので、その後の事業の進捗や外部条件・環境の変化に合わせて柔軟に見直されるべきものである。特に、一括業務実施契約を行うプロジェクトが増加している状況下では、業務内容を詳細に受託機関と協議しつつ、活動内容を契約していくため、PDM と現実の矛盾が生じた場合の対応が現場裁量の幅が大きい直営型プロジェクトと比べて難しいのが現状である。こうしたことを勘案すれば、PDM と現実の乖離が生じた場合は必要に応じ柔軟かつ早急に PDM の見直しを行い、修正を確定すべきである。

第5章 PDM の修正

本調査の評価結果に基づき、以下のとおり調査団より合同調整委員会（JCC）において PDM の修正を提案した。JCC での協議の結果、タンザニア側の合意も得られ、保健省次官と JICA タンザニア事務所長との間で協議議事録の署名交換を行った。

<修正内容>

上位目標の指標 1 「グッドプラクティスとして紹介される州保健局の数が増える」があいまいな表現であることから、グッドプラクティスの定義も含めて明確化した。

	PDM ver. 4（修正前）	PDM ver. 5（修正後）
上位目標の指標 1	グッドプラクティスとして紹介される州保健局の数が増える	各州保健局が設定した目標であるグッドプラクティスを達成する州保健局の数が増える

変更前の PDM ver. 4 は付属資料 3 「合同評価報告書（英文）」の Annex 1 を、変更後の PDM ver. 5 については付属資料 2 「M/M」の APPENDIX- II を参照のこと。

付 属 資 料

1. 調査日程
2. M/M
3. 合同評価報告書 (英文)
4. 全 21 州 Capacity Assessment、Task Assessment 結果

1. 調査日程

日程		行程
9/13	月	<平野団員日本発>
14	火	<平野団員タンザニア着> JICA タンザニア事務所打合せ
15	水	保健省表敬、保健省 CP、日本人専門家との打合せ
16	木	ムワンザ州へ移動 ムワンザ州保健局、ムワンザ市保健局インタビュー
17	金	シニャンガ州へ移動 シニャンガ州保健局、シニャンガ州病院、キシャプ県保健局インタビュー
18	土	ダルエスサラームへ移動
19	日	資料作成
20	月	イリング州へ移動
21	火	イリング州保健局、イリング州病院、ムフィンディ県保健局インタビュー
22	水	ダルエスサラームへ移動
23	木	コースト州保健局、ムクランガ県保健局インタビュー
24	金	CMSS スーパーバイザーインタビュー
25	土	資料作成
26	日	資料作成 <石井団長・伊藤団員タンザニア着>
27	月	JICA タンザニア事務所表敬 保健省主席医務官、計画政策局長、保健セクター資源事務局長表敬 保健省 CP、プロジェクト専門家打合せ 第一回合同評価委員会
28	火	地方自治庁州行政局長インタビュー ドドマ州へ移動
29	水	ドドマ州保健局、ドドマ州病院、バヒ県保健局インタビュー
30	木	モロゴロ州へ移動
10/1	金	モロゴロ州保健局、モロゴロ州病院、モロゴロ市保健局インタビュー ダルエスサラームへ移動
2	土	団内打合せ、資料作成
3	日	プロジェクト専門家打合せ
4	月	開発パートナーインタビュー 保健省次官表敬
5	火	第二回合同評価委員会
6	水	合同評価報告書およびミニッツ案保健省事前説明 団内打合せ
7	木	合同調整委員会準備
8	金	合同調整委員会（合同評価報告書説明、M/M 署名） <石井団長・平野団員タンザニア発>
9	土	<石井団長・平野団員日本着> <伊藤団員タンザニア発（スイスへ）>

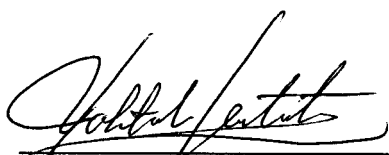
**MINUTES OF THE MEETING
ON
THE TERMINAL EVALUATION
OF
THE TECHNICAL COOPERATION IN CAPACITY DEVELOPMENT FOR
REGIONAL REFERRAL HEALTH MANAGEMENT**

The Joint Terminal Evaluation Team (hereinafter referred to as “the Team”), organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”), headed by Mr. Yojiro Ishii, and the Ministry of Health and Social Welfare (hereinafter referred to as “MOHSW”) conducted the terminal evaluation of the Technical Cooperation in Capacity Development for Regional Referral Health Management (hereinafter referred to as “the TC”) between 14th September to 7th October, 2010.

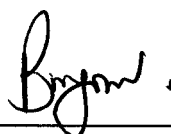
The Joint Team evaluated the progress and achievement of the TC, and compiled the result as Joint Terminal Evaluation Report (hereinafter referred to as “the Report”). The Report was presented in Joint Coordinating Committee (hereinafter referred to as “JCC”), held on 7th October, 2010.

As a result of discussions during the JCC, both Tanzanian and Japanese parties came to an agreement on the matters referred to in the document attached hereto.

Dar es Salaam, Tanzania
8th October, 2010



Mr. Yukihide Katsuta
Chief Representative
Japan International Cooperation Agency
Tanzania Office



Ms. Blandina J. S. Nyoni
Permanent Secretary
Ministry of Health and Social Welfare
The United Republic of Tanzania

THE ATTACHED DOCUMENT

1. Joint Terminal Evaluation Report

The Team presented the Report in the JCC and the concerned parties approved the contents of the report. The Report is in APPENDIX-I.

2. Amendment of the Project Design Matrix

The Team proposed the modification of the present Project Design Matrix (PDM) in one of the verifiable indicators of the overall goal in order to clarify the meaning for the sake of future monitoring. The draft amendment of PDM was presented by the Team, and the concerned parties participated in the JCC examined and agreed to amend it to the version attached as APPENDIX-II.

APPENDIX-I: Joint Terminal Evaluation Report

APPENDIX-II: PDM as of October 2010



APPENDIX-II

Project Design Matrix (Logical Framework) ver. 5 as of October 2010
Title: Technical Cooperation in Capacity Development for Regional Referral Health Management (TC-RRHM)

Target Area: Tanzania mainland **Target Groups:** Regional Health Management Teams (RHMTs) (21 regions/8 zones)
Implementing Organizations: Ministry of Health and Social Welfare, Prime Minister's Office-Regional Administration and Local Government
Period: From March 2008 to March 2011 (3 years)

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p>Overall Goal Regional Referral Health Management (RRHM) is improved to provide sustainable health services.¹</p>	<p>1. Number of RHMTs <u>that achieve the "good practice"² set by themselves is increased</u> 2. Quality of CCHP is improved.</p>	<p>1. Central Supportive Supervision reports 2. Analytical report of CCHP and Council reports</p>	
<p>Purpose Regional Health Management Teams (RHMTs) are strengthened in order to provide quality regional referral health services.</p>	<p>1. Capacity assessment results of RHMTs are improved between 2008-2011, to respond to demand of both the Central and Districts. 2. Task assessment results of RHMTs are improved between 2008-2011.</p>	<p>1. Central Supportive Supervision reports 2. Central Supportive Supervision reports</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regional Referral Hospital plans are compiled. • Regional Referral Hospital Boards are established.
<p>Outputs 1. Management skills of RHMTs to respond to changing environment and new technologies are strengthened.</p>	<p>1-1. Knowledge level of trainees on training topics is improved. 1-2. Number of RHMT members trained under the TC-RRHM is increased.</p>	<p>1-1. Course evaluation / Technical support visits 1-2. Course reports</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Critical changes will not take place, hindering planned budget allocation and disbursement. • Disbursed budget is fully used by RHMTs.

¹ "Sustainable health services" include integrated, promotive, preventive, curative and rehabilitative health services at all levels (national, regional and district levels), in line with collective actions by relevant stakeholders.

² "Good practice" is defined as individual goal set by each RHMT.



<p>2. RHMT Supportive Supervision from RHMTs to CHMTs are integrated and function.</p>	<p>2-1. Proportion of CHMTs supervised quarterly according to the Supportive Supervision Guideline is increased. 2-2 Policy dissemination package is prepared and distributed. 2-3. Policy dissemination guideline is developed.</p>	<p>2-1. RHMT Supportive Supervision reports / RHMT annual reports / Central Supportive Supervision reports 2-2. Advocacy section documents 2-3. Advocacy section documents</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Commitment and collaboration between MOHSW and PMORALG are maintained.
<p>3. Central Supportive Supervision from the central to RHMTs is institutionalized in MOHSW & PMORALG.</p>	<p>3-1. Standardized procedure for Central Supportive Supervision from the central to RHMTs is developed. 3-2. Proportion of RHMTs supervised according to the standardized procedure/guideline is increased. 3-3. Office in charge of Central Supportive Supervision is identified and functions in both MOHSW and PMORALG.</p>	<p>3-1. Central Supportive Supervision Guideline 3-2. Central Supportive Supervision reports / RHMT annual reports 3-3. Identified personnel with job description</p>	<ul style="list-style-type: none"> • All related departments of MOHSW and PMORALG maintain their commitments. • Training institutions function well.
<p>4. A coordination mechanism in responding to local issues among central and regional levels is strengthened.</p>	<p>4-1. RHMT composition, rules and functions are clearly defined and understood among Regional Secretariats and Ministries. 4-2. Opportunities of RHMT meetings at zonal level are increased. 4-3. RRHM Sub-Committee of the TC-SWAp is held when necessary. 4-4. RRHM Newsletter is published biannually.</p>	<p>4-1. Government documents / Central Supportive Supervision reports 4-2. Record of meetings 4-3. Minutes of the RRHM Sub-Committee meetings 4-4. RRHM Newsletters</p>	



Activities	Inputs from Japanese Side	Inputs from Tanzanian Side	
<p>1-1 Support the revision of roles and function of RHMTs 1-2 Review the existing training materials & training needs 1-3 Prepare the master plan for training with training modules 1-4 Recruit and train trainers 1-5 Conduct training 1-6 Conduct training follow-up 1-7 Revise training materials and develop guidelines 1-8 Mainstream the Project initiatives to regular activities</p> <p>2-1 Review the issues of dissemination 2-2 Refine dissemination mechanism of national policies and guidelines 2-3 Produce the guideline with materials for health policy dissemination 2-4 Improve RHMTs' supportive supervision system for CHMTs 2-5 Review the current system and issues on SS 2-6 Refine supportive supervision guidelines and tools for RHMTs to CHMT 2-7 Conduct orientation of the supportive supervision guidelines for RHMTs 2-8 Review application and effectiveness of SS by RHMTs to CHMTs 2-9 Disseminate the SS guidelines and tools based on the review results</p> <p>3-1 Review the current issues on SS, M&E and feedback (FB) mechanism from the central ministries to RHMTs 3-2 Develop proposal for improvement and operation of SS, M&E and FB by the central to RHMTs</p>	<p>1. Assignment of Expert Team -Chief Adviser -Health Management Specialist -Human Resource Development Specialist -Other short-term experts may be assigned provided the GOT and JICA agree</p> <p>2. Allocation of operational costs of the TC.</p> <p>3. Provision of machinery and equipment.</p>	<p>1. Tanzanian government officials involved in the TC. In particular, the HSRS members will be in charge of day-to-day operations of the activities of the TC together with JICA Expert Team.</p> <p>2. Working spaces and facilities for Japanese experts to deliver their duties in the MOHSW.</p> <p>3. Costs for implementing the activities of the TC.</p>	<p>• RHMTs are provided with the required resources (vehicles, fuel, perdiem, etc.) for conducting Supportive Supervision.</p>

<p>3-3 Conduct baseline survey on the health services management in the regions</p> <p>3-4 Design guidelines and tools for M&E by the central to RHMTs</p> <p>3-5 Implement M&E by the central to RHMTs</p> <p>3-6 Conduct implementation progress review of M&E by central to RHMTs</p> <p>3-7 Revise guidelines and tools and disseminate the final version</p> <p>4-1 Organize the RRHM Sub-Committee of TC-SWAP as a secretariat</p> <p>4-2 Review the current status of networking and information exchange among RHMTs and provide suggestions for the future systematization</p> <p>4-3 Support strengthening the collaboration between MOHSW and PMORALG</p> <p>4-4 Support organizing meetings to strengthen networking among RHMTs</p> <p>4-5 Participate in and support the Health Sector Review and SWAP Committee meetings</p> <p>4-6 Enhance team building and capacity development of the HSRS</p> <p>4-7 Support the formulation of action plan for the effective networking among regions</p> <p>4-8. Issue and publish RRHM Newsletter biannually.</p>		<p>Pre-condition</p> <ul style="list-style-type: none">• National Policy supports to strengthen Regional Health Management Team.• Budget allocation to RHMT is ensured.• Required number of qualified staff of RHMT staffs are stationed.³
--	--	--

³ While permanent staff is preferable, when an 'acting staff' is assigned, the RS is expected to assign fully qualified personnel.

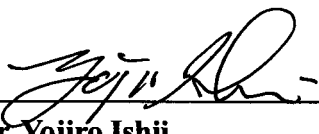
Joint Terminal Evaluation Report
For
Technical Cooperation in Capacity Development for
Regional Referral Health Management

Ministry of Health and Social Welfare,
The United Republic of Tanzania


And

Japan International Cooperation Agency (JICA)

October 2010



Mr. Yojiro Ishii
Leader
Japanese Terminal Evaluation Team



Dr. Gabriel Upunda
Leader
Tanzanian Terminal Evaluation Team

Joint Terminal Evaluation Report
For
Technical Cooperation in Capacity Development for
Regional Referral Health Management

Ministry of Health and Social Welfare,
The United Republic of Tanzania

And
Japan International Cooperation Agency (JICA)

October 2010

Table of Contents

ABBREVIATIONS.....	2
1. INTRODUCTION	3
1.1 BACKGROUND.....	3
1.2 PURPOSE OF THE TERMINAL EVALUATION	3
1.3 MEMBERS OF JOINT EVALUATION TEAM.....	3
1.4 EVALUATION SCHEDULE	4
2. OUTLINE OF THE TECHNICAL COOPERATION	6
2.1 BACKGROUND OF THE TECHNICAL COOPERATION	6
2.2 SUMMARY OF THE TECHNICAL COOPERATION	6
3. METHODOLOGY OF EVALUATION	7
4. ACHIEVEMENT AND IMPLEMENTATION PROCESS	8
4.1 INPUTS	8
4.2 ACTIVITIES IMPLEMENTED.....	8
4.3 ACHIEVEMENT OF THE OUTPUT.....	9
4.4 PROJECT PURPOSE AND OVERALL GOAL.....	14
4.5 IMPLEMENTATION PROCESS	17
5. EVALUATION BY FIVE CRITERIA	18
5.1 RELEVANCE.....	18
5.2 EFFECTIVENESS.....	19
5.3 EFFICIENCY.....	19
5.4 IMPACT	19
5.5 SUSTAINABILITY	20
6. CONCLUSION	21
7. RECOMMENDATIONS	22

Annexes

Annex 1. Project Design Matrix ver. 4

Annex 2. Plan of Operations

Annex 3. Summary of TC Inputs

Annex 4. TC Achievement

Annex 5. List of Interviewees

Annex 6. List of Good Practices

Abbreviations

CCHP	Comprehensive Council Health Plan
CHMT	Council Health Management Team
CMSS	Central Management Supportive Supervision
CMO	Chief Medical Officer
D&R TWG	District and Regional Health Services Working Group
DED	District Executive Director
DHS	Director of Hospital Services
DHSU	District Health Services Unit
DP	Development Partner
DPP	Director of Policy and Planning
HMIS	Health Management Information System
HMT	Hospital Management Team
HSRS	Health Sector Resource Secretariat
HSSP	Health Sector Strategic Plan
JCC	Joint Coordinating Committee
JICA	Japan International Cooperation Agency
LGA	Local Government Authorities
MTEF	Medium-term Expenditure Framework
MOHSW	Ministry of Health and Social Welfare
PDM	Project Design Matrix
PMORALG	Prime Minister's Office-Regional Administration and Local Government
RHMT	Regional Health Management Team
RHSC	Regional Health Services Coordinator
RHSU	Regional Health Services Unit
RMO	Regional Medical Officer
PO	Plan of Operations
RRHM	Regional Referral Health Management
RS	Regional Secretariat
SS	Supportive Supervision
TC	Technical Cooperation

1. Introduction

1.1 Background

Japanese government has been providing support to the government of Tanzania for the purpose of strengthening Regional Health Management Teams (hereinafter referred to as “RHMTs”) in order to provide quality regional referral health services under “the Technical Cooperation in Capacity Development for Regional Referral Health Management” (hereinafter referred to as “the TC”).

The TC started in March 2008 and expected to end in March 2011. Implementing partners of the TC are Ministry of Health and Social Welfare (MOHSW), Prime Minister’s Office, Regional Administration and Local Government (PMO-RALG) and Japan International Cooperation Agency (JICA). Based on the statement of the Record of the Discussions (R/D), the agreement document for the implementation of the TC, the Joint Terminal Evaluation Team was formulated to conduct the evaluation of the TC as the TC has come to the final stage of the cooperation term.

1.2 Purpose of the Terminal Evaluation

- (1) To examine the level of achievement of the TC by reviewing the inputs, outputs and implementation process in accordance with the Project Design Matrix.
- (2) To evaluate the TC using five criteria: relevance, effectiveness, efficiency, impact and sustainability.
- (3) To identify recommendations for the remaining cooperation period and afterwards.
- (4) To draw lessons which could be used to improve formulation and implementation of other TC and projects.

1.3 Members of Joint Evaluation Team

Evaluators from Japanese Side

Dr. Yojiro Ishii	Team Leader	Senior Health Advisor, JICA HQ
Ms. Tomomi Ito	Health Administration	Human Development Department, JICA HQ
Ms. Emiko Nishimura	Evaluation Coordination	Representative, JICA Tanzania Office
Ms. Akiko Hirano	Evaluation Analysis	Evaluation Consultant

Evaluators from Tanzanian Side

Dr. Gabriel Upunda	Consultant
Dr. Adeline Kimambo	Director, Christian Social Services Commission
Mr. Gerald Nzalarila	Department of Policy and Planning, MOHSW

1.4 Evaluation Schedule

Date		Activities
Sep 14	Tue	Meeting with JICA TZ office
15	Wed	10:00 CC to CMO, MOHSW Meeting with MOHSW officials and TC-RRHM experts
16	Thu	6:30 Depart DSM for Region1 (<i>Mwanza</i>) 9:20 Arrive Mwanza 11:00 Interview with RHMT Mwanza Interview with CHMT
17	Fri	8:00 Move to Region2 (<i>Shinyanga</i>) 10:00 Interview with RHMT Shinyanga Interview with HMT and CHMT
18	Sat	14:00 Depart Mwanza (<i>PW413</i>) 16:10 Arrive DSM
19	Sun	Report Writing
20	Mon	9:00 Travel to Region3 (<i>Iringa</i>) by road
21	Tue	9:00 Interview with RHMT-Iringa Interview with RH and CHMT
22	Wed	Travel back to DSM
23	Thu	8:00 Travel to Region 4 (<i>Coast</i>) by road 10:00 Interview with RHMT-Coast Interview with RH and CHMT
24	Fri	10:00-12:00 Interview with CMSS Supervisors PM Data analysis/report writing
25	Sat	Report Writing
26	Sun	Report Writing
27	Mon	8:30 CC to JICA Tanzania Office 10:00 CC to CMO, MOHSW 11:00 CC to DPP, MOHSW 12:00 CC to Head of HSRS 13:00 Meeting with Regional Health Services Coordinator, TC-RRHM experts 14:00 1 st Joint Evaluation Meeting (Venue: HSRS Conf. Room)
28	Tue	9:30 Interview with Director of Regional Administration, PMO-RALG Travel to Region5 (<i>Dodoma</i>)
29	Wed	9:00 Interview with RHMT Dodoma Interview with RH, CHMT
30	Thu	AM Travel to Region6 (<i>Morogoro</i>) Internal Meeting
Oct 1	Fri	9:00 Interview with CHMT Morogoro

		Interview with RH, RHMT 16:00 Travel back to DSM
2	Sat	Internal Meeting
3	Sun	Report Writing
4	Mon	10:30 -12:00 Group Interview with relevant DPs 14:00 CC to PS, MOHSW 15:30 Internal Meeting
5	Tue	8:30 2 nd Joint Evaluation Meeting (Venue: HSRS Conf. Room) (Finalization of draft evaluation report)
6	Wed	10:00 Submission of Evaluation Report and Draft M/M to CMO-MOHSW PM Preparation for JCC
7	Thu	9:00 Joint Coordinating Committee (Venue: HSRS Conf. Room) Signing of M/M
8	Fri	8:30 Report to JICA, 10:00 Report to EOJ

2. Outline of the Technical Cooperation

2.1 Background of the Technical Cooperation

Under decentralization policy and health sector reforms in Tanzania, the regional level is expected to play a key role to ensure that quality health services are given by the districts to the community. The competency of Regional Health Management Teams to interpret policies and conduct supportive supervision towards councils and regional referral hospitals is very important. The current Health Sector Strategic Plan (HSSPIII 2009-2015) also aims at the strengthening of support services at the regional level.

Based on the above background, the government of Tanzania requested the government of Japan through JICA for the technical assistance to strengthen the capacity of RHMTs in order to provide quality regional referral health services, and the original design of the TC was discussed and agreed in the Record of Discussions (R/D) by both governments in March 2008.

2.2 Summary of the TC

Purpose

Regional Health Management Teams (RHMTs) are strengthened in order to provide quality regional referral health services.

Expected Outputs

- (1) Management skills of RHMTs to respond to changing environment and new technologies are strengthened.
- (2) RHMT Supportive Supervision from RHMTs to CHMTs are integrated and function.
- (3) Central Supportive Supervision from the central to RHMTs is institutionalized in MOHSW & PMORALG
- (4) A coordination mechanism in responding to local issues among central and regional levels is strengthened.

Implementation Period of the TC

Three years from March 2008 to March 2011

Implementing Organizations of the TC

Ministry of Health and Social Welfare, Prime Minister's Office Regional Administration and Local Government

Target Area of the TC

Tanzania Mainland

Target Groups of the TC

Regional Health Management Teams (RHMTs) (21 Regions /8 Zones)

3. Methodology of Evaluation

In accordance with the JICA Project Evaluation Guidelines of January 2004, the Terminal Evaluation of the TC was conducted in the following process.

Step 1: The latest Project Design Matrix (PDM) was adopted as the framework of the evaluation exercise, and the Project achievements were assessed vis-à-vis the benchmarked levels of respective Objectively Verifiable Indicators.

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 6 months, were formulated, as well as lessons learned for future projects to be implemented by both Tanzanian and Japanese Governments.

Five evaluation criteria are summarized as follows:

Definition of the Five Criteria for the Evaluation

Five Evaluation Criteria	Definition of the five evaluation criteria in the JICA Evaluation Guidelines
1) Relevance	Relevance of the Project is reviewed by the validity of the Project Purpose and the Overall Goal in connection with the policies and needs of the partner country, as well as with the Japan’s assistance policy to the partner country.
2) Effectiveness	Effectiveness is assessed by examining the extent to which the Project has achieved its Project Purpose, and clarifying how the Outputs have contributed to the achievement of the Project Purpose.
3) Efficiency	Efficiency of the Project is analyzed by looking at how the Inputs and Activities have contributed to the production of the Outputs, analyzing the quality, quantity and timing.
4) Impact	Impact of the Project is reviewed by to what extent the Overall Goal is likely to be achieved, and assessed through analyzing intended or unintended, direct or indirect, positive or negative changes as a result of the Project.
5) Sustainability	Sustainability of the Project is assessed in terms of organizational, financial and technical aspects by examining to what extent the outcomes of the Project to be sustained after the Project is completed.

Data are collected by document review, questionnaire and interview with the stakeholders of MOHSW HQs, 6 RHMTs, 4 HMTs, 6 CHMTs, PMO-RALG, DPs and the TC project team. For the list of interviewees, please refer to Annex 5.

4. Achievement and Implementation Process

4.1 Inputs

The team confirmed that the TC has availed the following input along with the plan stated in the PDM and TC annual plans.

Inputs by the Japanese side

Total of 5 long-term/ short-term experts were dispatched with total of 70.33 M/M as planned. In addition to the Japanese experts, local staff, equipment and expenses for project activities have been provided. In terms of the Counterpart Training in Japan, a total of 9 counterparts participated in trainings in Japan from 2008 to 2010, in the area of health administration, health policy development, health system management, community health systems for infection control and IEC in health sector.

Please refer to Annex 3 for more details.

Inputs by the Tanzanian side

Counterpart personnel, office space and lighting and heating expenses, and allocation of the budget for the project activities have been provided.

The TC was headed by the Chief Medical Officer, Ministry of Health and Social Welfare (MOHSW) as a Project Director, and managed by the Director of Policy and Planning (DPP), MOHSW as a Project Manager. The Regional Health Services Coordinator was officially appointed in November 2009 in the Health Sector Resource Secretariat, DPP/MOHSW, who is in charge of Regional Health Management System and leading the activities of the TC. After the introduction of Central Management Supportive Supervision (CMSS), around 13-15 officials from the MOHSW and PMO RALG HQs are assigned as supervisors of CMSS.

Please refer to Annex 3 for more details.

Table 4-1 Operational Costs from Japanese and Tanzanian Side

	Year 1	Year 2	Year 3	Year 4
Japanese Inputs (Japanese Yen)	2,607,000	30,152,000	38,405,000	17,783,000 (planned)
Tanzanian Inputs (Tsh)	0	0	70,530,500 (250,000,000 planned)	38,000,000 (planned)

Exchange rate: 1 yen = 17.66 Tsh (as of Sep 2010)

(Source: TC progress reports)

4.2 Activities Implemented

The team confirmed that the TC has implemented the following activities as per the plan stipulated in the PDM and TC annual plans without notable delays or unprecedented difficulties, thus the TC would come up with most of its expected outputs by the end of the TC period, based on the following findings. Details are shown in Annex 2.

4.3 Achievement of the Output

The achievement of the output through the corresponding activities is measured by the indicators of revised PDM₄. The followings are the summaries of the results.

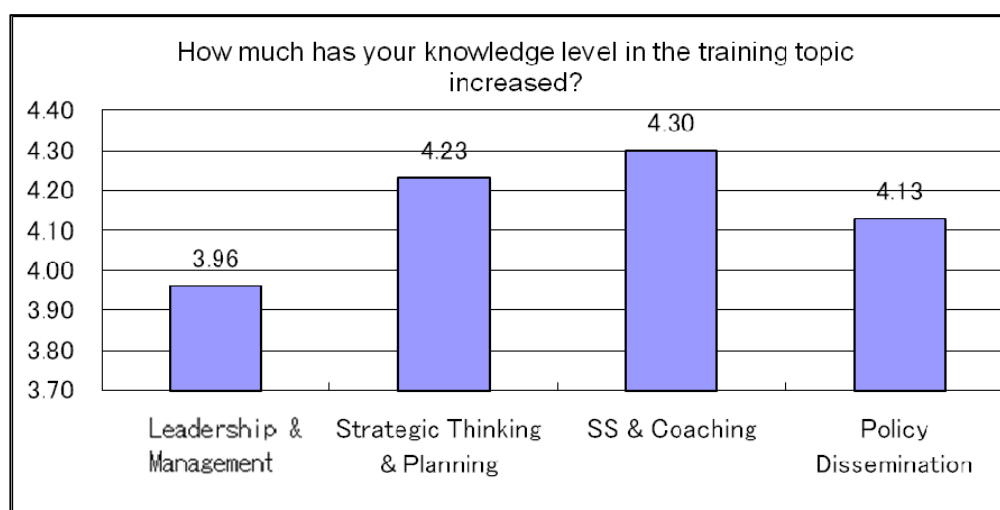
4.3.1 Output 1

“Management skills of RHMTs to respond to changing environment and new technologies are strengthened”

Verifiable Indicators	Achievement
1a. Knowledge level of trainees on training topics is improved	<ul style="list-style-type: none"> Based on the training needs assessment and review of the existing materials, the TC set the training courses. Training manuals/curricula were developed and training on “Leadership & Management”, “Strategic Thinking and Planning”, “Supportive Supervision and Coaching” and “Policy Dissemination” was conducted. There training on “Annual Planning“ is planned to be implemented in December 2010. Assessment on the knowledge level of trainees in each training course is shown below in Diagram 4-1. Average marks “Very Good” to “Excellent”.
1b. Number of RHMT members trained under the TC-RRHM is increased	<ul style="list-style-type: none"> There is no target set. Each training course trained more than 95% of RHMT members (see Table 4-2).

Diagram 4-1: Knowledge level of trainees on training topics

Score: 5:Excellent, 4:Very Good, 3:Good, 2:Fair, 1:Poor



(Source: TC reports)

Table 4-2 Attendant rate of RHMTs in the training courses

	Leadership & management	Strategic Thinking & Planning	SS & Coaching	Policy Dissemination
RHMTs	96%	98%	95%	98%

(Source: TC reports)

In addition to the training mentioned above, working sessions such as M&E working sessions and Regional Health System Strengthening Meetings were conducted to follow up the RHMTs performance after the training and also to discuss the issues on the regional health management system with MOHSW, PMO-RALG and RHMTs. See the annex 3 for the details.

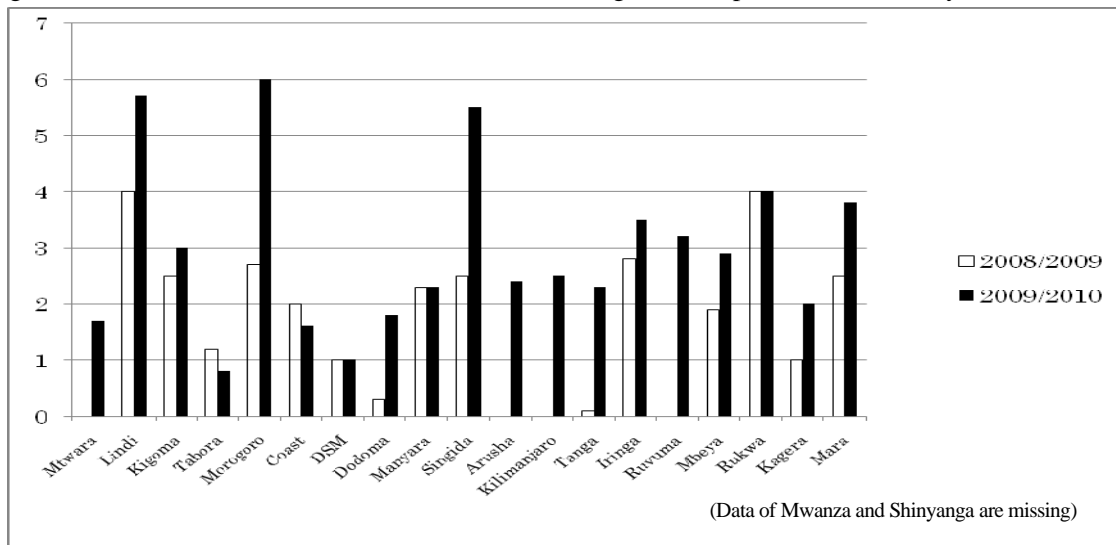
According to the interview with the RHMT in the six regions, the training topics are in line with their needs and useful to improve their management skills to conduct their functions. Planning skills for strategic and annual plans are frequently mentioned as the most useful learning. It was also stated by some of the RHMTs members that attending the training together with other members to learn key management issues strengthened their capacity to work as a team. There are a few opinions that the training duration was too short. The areas that they need to improve more are the financial and human resource management and data management.

4.3.2 Output 2

“RHMT Supportive Supervision from RHMTs to CHMTs are integrated and function”

Verifiable Indicators	Achievement
2a. Proportion of CHMTs supervised quarterly according to the Supportive Supervision Guidelines is increased	<ul style="list-style-type: none"> The number of supportive supervision (SS) conducted quarterly by RHMTs to CHMTs has been increased for the last two years. The detail number of SS is shown below in Diagram 4-2.
2b. Policy dissemination package is prepared and distributed	<ul style="list-style-type: none"> Package of materials which include major policies and guidelines and tools for RHMTs to conduct policy dissemination to CHMTs was distributed during the workshop. Policy inventory was also developed and included in the package. 16 out of 21 regions reported to have disseminated at least one of three major policies/guidelines to CHMTs.
2c. Policy dissemination guideline is developed	<ul style="list-style-type: none"> It was decided that the TC will not develop a comprehensive policy dissemination guideline during the discussion at the Mid-term Review of the TC as its development would not be feasible within the scope of the TC.

Diagram 4-2 Number of SS from RHMTs to CHMTs (average number per CHMT) annually



(Source: TC M&E workshop report)

According to the interview with six RHMTs, there were RHMTs which could not conduct the SS at all to CHMTs as there were no funds for their activities some years ago. RHMTs started to receive funds from Basket Funds from 2008/2009, which make them possible to conduct or increase the number of the SS. However, still many RHMTs cannot do it quarterly as stipulated in the final draft of National Supportive Supervision Guideline, due to the late disbursement of funds, lack of transport or concurrence of other duties.

In terms of the quality of the SS, all the visited CHMTs mentioned that the support of RHMTs has been increased and the way the SS is conducted has been improved, which is now expressed “friendly”, over the last few years. It is now conducted in more organized manner. In most of the cases, the feedback of the SS is provided to the CHMTs with the feedback report. The feedback report is also submitted to the District Executive Director in some councils. The support which CHMTs values the most is the support for the preparation of CCHP and performance reports. On the other hand, some of RHMTs reported that the SS is conducted but not integrated yet. Harmonization of schedule of RHMTs and CHMTs and full involvement of all co-opted members are recommended to improve the situation. While some improvement in the RHMT performance is found by the evaluation team as above, it is reported to vary among the regions. It is observed that it is a challenge for the TC team to provide the RHMTs with the close monitoring and support to ensure the unified quality of their performance.

Policies and guidelines which were disseminated to the RHMTs through the TC activities are “National Health Policy of 2007”, “National Road Map Strategic Plan to Accelerate Reduction of Maternal, Newborn and Child Deaths in Tanzania 2008-2015”, “Human Resource for Health Strategic Plan 2008-2013”, “Health Sector Strategic Plan III (2009-2015)”, and “National Primary Health Services Development Policy (known as MMAM)”.

4.3.3 Output 3

“Central Supportive Supervision from the central to RHMTs is institutionalized in MOHSW and PMORALG”

Verifiable Indicators	Achievement
3a. Standardized procedure for Central Supportive Supervision from the central to RHMTs is developed	<ul style="list-style-type: none"> • CMSS manual has been developed. The manual is being revised based on the feedback of each CMSS and will be finalized before the end of the TC period. • CMSS supervisor team has been formed with a number of officials from MOHSW HQs. As these officials may not be available all the time of CMSS, the team has a pool of supervisors and selects the conductors each time based on their availability. • CMSS supervisors received the training for capacity development and the orientation on CMSS.
3b. Proportion of RHMTs supervised according to the standardized procedure/guideline is increased	<ul style="list-style-type: none"> • In FY 2008/2009, 2 times of CMSS were conducted for 8 regions and in FY 2009/2010, 2 times for the rest of 13 regions. In FY 2010/11, CMSS was conducted for 8 regions as of September 2010.
3c. Office in charge of Central Supportive Supervision is identified and functions in both MOHSW and PMORALG	<ul style="list-style-type: none"> • A post of Regional Health Services Coordinator (RHSC) in MOHSW has been newly created and one official has been appointed in Nov. 2009. RHSC is in charge of the regional health management and has been leading the process of CMSS as well as other activities of the regional health management. • One official from PMORALG has been nominated as a RHSC in Nov. 2009 and participated in one of CMSS as a supervisor.

According to the interview with six RHMTs, CMSS is received as the useful and precious opportunity, by all the RHMTs interviewed, as it indicates the areas and gaps which the RHMTs need to improve and provides up-to-date policy and guidelines from the central to the RHMTs to cope with the changing environment. All the RHMTs interviewed requested to continue CMSS once or twice in a year. Some of the officials from the zonal resource centres and members of RHMTs have also participated in CMSS as supervisors. There were opinions that even the SS by the member of other RHMTs would be useful to get the views from the outside, if supervisors from the HQs would be difficult to make visits frequently.

In terms of the skills of the supervisors, while the interview with RHMTs did not point out problems in their skills, supervisors themselves found that their skills and capacity are not consistent among all and some are not up to the standard.

While the procedure of CMSS is developed with the preparation of manual/tools and it is found to be effective, there are some steps to be taken in order to make it institutionalized in MOHSW and PMORALG. It is

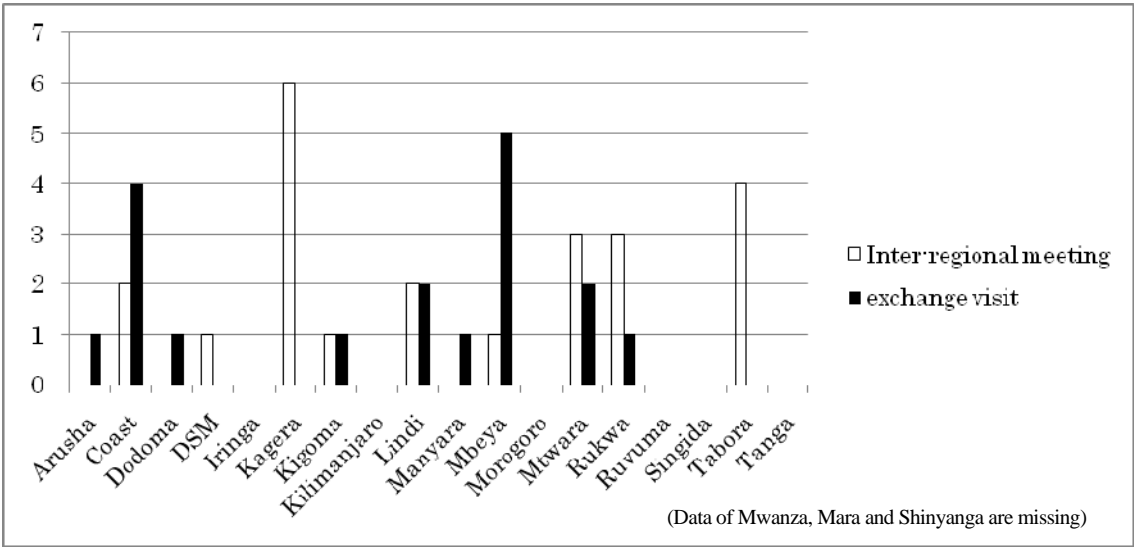
expected that the CMSS procedure is standardized and the manual is finalized and approved by the MOHSW as a set of national supportive supervision procedure to the RHMTs.

4.3.4 Output 4

“A coordination mechanism in responding to local issues among central and regional levels is strengthened”

Verifiable Indicators	Achievement
4a. RHMT composition, rules and functions are clearly defined and understood among Regional Secretariats and Ministries	<ul style="list-style-type: none"> • “Functions of Regional Health Management System“, officially ratified by MOHSW and PMO RALG in August 2008 which stipulates the functions of RHMTs, has been distributed and explained to the concerned parties including the Regional Secretariats (RSs) and CHMTs as well as RHMTs. • According to the interviews with the visited RHMTs, HMTs and CHMTs, it is found that the roles and functions of RHMT are understood fairly well with the RSs and CHMTs, while HMTs seem to be less aware of them. • It is observed that officials in the HSRS/DPP, MOHSW have clear recognition and understanding of the RHMT functions. The recognition and expectation toward RHMTs is reported to be increased among other departments in the MOHSW as well as DPs.
4b. Opportunities of RHMT meetings at zonal level are increased	<ul style="list-style-type: none"> • Number of RHMTs having inter regional meeting or exchange visit is reported to be increased however varies among the regions (see the Diagram 4-3).
4c. RRHM Sub-Committee of the TC-SWAp is held when necessary	<ul style="list-style-type: none"> • RRHM Sub Committee meeting was held twice in 2008 and 2009. • TC-SWAP has been reformed and “District and Regional Health Services Technical Working Group (D&R TWG)” has been established under TC-SWAP in Feb. 2010, in which the issues of regional health management including the progress of TC are discussed and monitored. D&R TWG has been held seven times, basically monthly, as of September 2010.
4d. RRHM Newsletter is published biannually	<ul style="list-style-type: none"> • Four newsletters and one leaflet have been published as of Sep. 2010. Newsletter has been biannually produced since Feb. 2009.

Diagram 4-3 Number of inter-regional meeting and exchange visit within the zone from July 2008 to June 2010



(Source: TC M&E workshop report)

D&R TWG is found to be the effective coordination mechanism at the central level among the district and regional health services in MOHSW and PMO RALG.

The interview with one of the visited RHMTs showed that the TC could be one of the main contributors to make RHMTs, RSs and CHMTs understand the roles and functions of RHMTs clearly by distributing the document ‘‘Functions of Regional Health Management System‘‘. Some of CHMTs mentioned that RHMTs were redundant a few years back, but now they know the RHMTs’ roles and functions and receive increased support. At the same time, it seemed that some are still not sure about what kind of concrete support they can expect from the RHMTs.

Some RHMTs mentioned that the cooperation between the RHMTs and RSs has been increased over the years and they conduct SS to the CHMTs together.

4.4 Project Purpose and Overall Goal

4.4.1 Achievement of Project Purpose

‘‘Regional Health Management Teams (RHMTs) are strengthened in order to provide quality regional referral health services’’

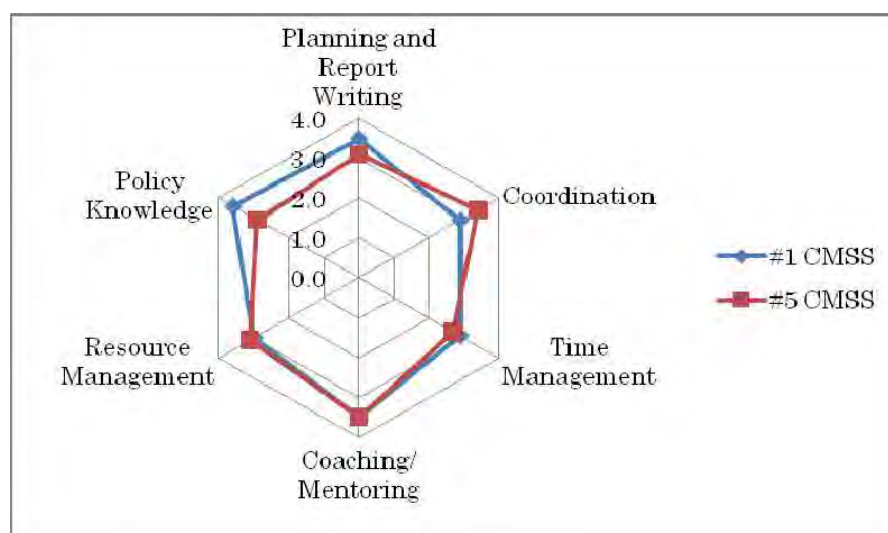
Verifiable Indicators	Achievement
1. Capacity assessment results of RHMTs are improved between 2008-2011, to respond to demand of both the Central and Districts	<ul style="list-style-type: none"> Capacity assessment (CA) results were collected from 21 RHMTs with baseline at CMSS#1 and at the occasion of the rest of CMSS#2-#5. The results are mixed among the regions. There are a few RHMTs in which the score of all 6 capacities are improved, and also some with most scores decreased. However, the majority of the RHMTs showed the mixture of the results with

	the score of some capacities improved while the others decreased or not much change. Please see the example in Diagram 4-4.
2. Task assessment results of RHMTs are improved between 2008-2011	<ul style="list-style-type: none"> Task Assessment (TA) results were collected from 21 RHMTs at the occasion of CMSS #2 - #5. The majority of the RHMTs showed the mixture of the results as shown in Diagram 4-5.

According to the results against two indicators set in the PDM, the results of CA and TA do not show the overall improvement in most of the regions, thus the Project Purpose has not yet been met as of October 2010. However, the evaluation team found that these indicators do not seem to be appropriate to objectively measure the changes in the capacity development. The scoring of CA is done individually which is subjective. The scoring of TA is done jointly in the RHMT members and CMSS supervisions. It is occasionally observed that the more they get conscious of their roles and responsibility as they are trained, the more they tend to score low. Moreover the TA is to review the achievement of the last 6-12 months against the plan, therefore the score is influenced by the priority among 10 tasks set in the certain period as well as the timing of the assessment.

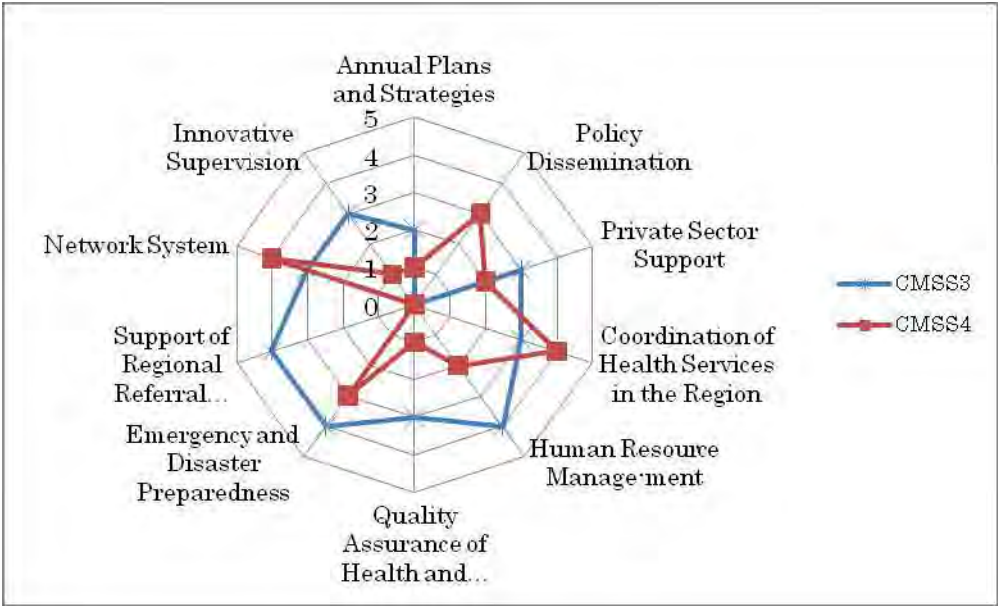
The evaluation team found, at the same time, that the tools of CA and TA are seen very useful by the RHMTs for their capacity development. The process of reviewing and assessing their capacity or activities by themselves is reported to be effective and inspiring exercise. Many of the RHMTs showed the willingness to continue utilizing the tools by themselves. Some suggested promoting them to the CHMTs.

Diagram 4-4 One example of the comparison of CA scores between the baseline (CMSS#1) and the latest results (Score: 0-5)



(Source: CMSS reports)

Diagram 4-5 One example of the comparison of TA scores between the first and the latest results (score: 0-5)



(Source: CMSS reports)

As for the capacity of the RHMTs, it is observed by the MOHSW that the planning skills of the RHMTs particularly for annual plans have been improved in the areas of priority/objectives setting, team working etc. The TC has been supporting to improve the planning skills of the RHMTs through the training and CMSS. The provision of the tools such as annual plan template and assessment criteria for 2010/11 by the TC is significant contributing to the quality improvement. While there are still areas to be improved, RHMTs, CHMTs as well as the central ministry acknowledged the overall quality of the RHMTs performance has been improving.

In terms of the enabling environment for the RHMTs, there have been distinctive improvements for the last a few years. The policy framework for the RHMT functions has been officially ratified and most of the RHMT eight core members have been posted as of October 2010. The financial resources for the RHMTs activities have been increased significantly by the provision of Basket Funds from two years ago, when many RHMTs had almost no funds for their activities prior to that. At the central level, there is now the dedicated official in charge of strengthening the regional health management system in MOHSW. The coordination mechanism on the district and regional health services has been established by the creation of TWG under TC-SWAP.

While many of the abovementioned factors were actually executed with the strong leadership of the Chief Medical Officer, MOHSW, the evaluation team found that the TC has made substantial contributions to its realization. The TC has developed the assessment criteria and conduct assessment of the annual plan which is required as a condition for the Basket Funds release. JICA Experts of the TC have made constant suggestions to the MOHSW to appoint the Regional Health Services Coordinator (RHSC) soonest. Upon the appointment, the JICA Experts have contributed to equipping the RHSC with necessary skills and capacity. The TC provides necessary support for the smooth organization of D&R TWG.

4.4.2 Achievement of Overall Goal

“Regional Referral Health Management (RRHM) is improved to provide sustainable health services”

Verifiable Indicators	Achievement
1. Number of RHMTs that can be introduced as a good practice is increased	<ul style="list-style-type: none">• The “good practice” is defined as individual goal set by each RHMT and each RHMT has set their goals. However, the evaluation team found that this verifiable indicator is ambiguous.
2. Quality of CCHP is improved	<ul style="list-style-type: none">• The trend of the CCHP score is not available. According to the interview with six RHMTs and CHMTs, they see the improvement of the quality over the years particularly in the areas of objective/priority setting, data management, etc.• There is still necessity to improve in such areas as the timely submission of the CCHP, planning and financial management among CHMTs members as a team.

The prospect of achieving the Overall Goal in 3-5 years from the TC completion can be seen as positive.

As for the CHMTs performance, although the evaluation team could not verify the changes of CHMTs performance over the years with the quantitative data, the visited CHMTs and RHMTs reported that the overall quality of CCHP and performance reports has been improving and the RHMTs support is contributing to enhancing some of the health service provisions in the council such as incorporation of social welfare activities or increased human resources in the health facilities.

In terms of the regional hospital management, while the TC does not provide direct support in this regard, the evaluation team found that some of RHMTs have supported the preparation of the hospital plans and started to organise the supportive supervision. However, the recognition on the RHMT functions by the HMTs seems to be still limited.

At the same time, while some improvement is observed in the regional health management, there are still some challenges remained such as the timely submission of CCHP and performance reports, CCHP assessment, data and resource management, quality assurance and so on.

4.5 Implementation Process

4.5.1 Decision making and monitoring mechanism

The Joint Coordinating Committee (JCC) has so far been held three times to review the progress of the TC activities, to confirm the plans for the upcoming period and to discuss other issues related to the implementation.

The monitoring of the TC implementation and progress is being done at the different occasions, such as M&E workshops organized twice with the RHMTs, CMSS, D&R TWG, and daily close communication with the RHSC and JICA Experts. At the same time, some of the indicators pre-set in the PDM are found to be inappropriate. PDM could have been reviewed and revised in the course of implementation. Overall, the mechanism for the decision making and monitoring seems to have been effective and contributed to the smooth implementation of the TC.

4.5.2 Coordination among relevant partners

The involvement of the officers from different departments of MOHSW, PMO-RALG and zonal resource centres for CMSS supervisors and the utilization of academic institutions for the training is reported to contribute to the effective outputs and the creation of resource network. However, while the officer in charge for the RHMTs from PMO-RALG was nominated in November 2009, the involvement of PMO-RALG has been limited to the participation in some of the meetings and one CMSS. The leadership to make synergetic collaboration with other directorates than HSRS in MOHSW is found to be insufficient to enhance holistic approach to strengthen the regional health management.

5. Evaluation by Five Criteria

Through the evaluation study, the team jointly assessed the project's relevance, effectiveness, efficiency, impact and sustainability.

5.1 Relevance

5.1.1 Relevance to the policy of Tanzanian and Japanese Governments

The Project Purpose and Overall Goal remain relevant to the national policies and priorities in Tanzania. Strengthening the capacity of the RHMTs to improve regional health management system is one of the major priorities in the National Health Policy and Health Sector Strategic Plan III (2009-2015). Particularly, after the Health Sector Reform started in mid 90's, the major efforts were directed to strengthen the CHMTs and the RHMTs were left behind with little recognition of their roles and inadequate capacity. However, the government reconfirmed that the RHMTs are instrumental to strengthen the regional health services system. Therefore the TC very much addresses the priority of Tanzania.

Health system strengthening including the management capacity improvement is one of the priority areas of the Japanese ODA policy as stipulated in the country assistance policy to Tanzania. The TC is assumed to contribute to the cooperation program on the "Health System Development Program", thus the TC is considered to be consistent with the Japanese aid policies.

5.1.2 Relevance of the project design

The national coverage of the TC scope is in line with the needs of MOHSW. The approach is to develop the management capacity of the RHMTs to improve the linkage between the central ministry who is a policy maker and the CHMTs who are health service providers, which is found to be the appropriate in line with the Tanzanian

strategy. In terms of the comparative advantage of the Japan's assistance, the experience from the previous JICA technical cooperation in "Strengthening of District Health Services in Morogoro Region, Tanzania" is invaluable advantage for the capacity development of the health sector in the Tanzanian context.

5.2 Effectiveness

The indicators set to measure the Project Purpose in the PDM did not meet the targets. However, in terms of the capacity of the RHMTs, the improvement of the planning skills of the strategic and annual plans could be seen as one of the evidences as a result of the TC support. Also it is observed that the motivation and commitment among the RHMTs members have been increased and they see themselves strengthened as a team.

Four Outputs are regarded to be appropriate to achieve the Project Purpose. Covering all the regions by the TC is seen as one of the promoting factors, as working and sharing together with all the regions made the RHMTs understand their level and positioning with the views from outside and learn from each other. Turnover of the officials is one of the constraining factors. Late disbursement of the basket funds to the RHMTs, particularly from the RS to the RHMT in some regions, also affects the RHMTs activities.

5.3 Efficiency

The efficiency of the implementation can be said high overall from the viewpoint of achievement of outputs compared to the inputs. However, it may need more time to assess the long-term efficiency in terms of the capacity development.

The TC team with Japanese experts and local consultant work effectively with appropriate expertises and timing of the assignment.

The TC tries to bring synergy between outputs and activities by making linkage each other, which increased the outcome with the limited inputs. The topics and ideas on effective trainings have been determined by the needs in the viewpoint of the regional SS (output 2) and CMSS (output 3). CMSS is used as an occasion to monitor and follow up to ensure that the RHMTs utilize their learning from the training in their work, and the TC experts provide coaching to the RHMTs according to their level. M&E workshops were held to review the RHMTs performance, the progress of the Project Purpose, and networking and sharing with other regions.

Utilization of the Basket Funds for the RHMTs is an effective form of aid coordination. One of the promoting factors is the appointment of the RHSC as an officer in charge of regional health management and his strong commitment.

5.4 Impact

Results at the point of the terminal evaluation indicated that the prospect of achieving the Overall Goal within 3-5 years is to some extent positive but require more efforts.

Improvement of the enabling environment for the RHMTs at the central and regional level is instrumental in the

promotion of the regional referral health management. Increased recognition and understanding on the functions of RHMTs among concerned parties is one of the worth-noticing impacts of the TC. The relationship and cooperation between RHMTs, RSs and LGAs are also reported to be much improved. The evaluation mission found the examples of improvement in the health service provisions in some councils, such as incorporation of social welfare activities or increased human resources in the health facilities.

It also is important to take note that the RHMTs themselves are now well motivated to perform their duty with the increased skills and resources and the sense of responsibility by the support of the TC.

At the same time, there are still areas to be improvement in the RHMTs capacity.

The challenge is now how to standardize and institutionalize the systems developed through the TC to further reinforce the environment.

5.5 Sustainability

In view of the current policies, organisation, financial and technical aspects, the efforts to enhance the sustainability of the benefits of the Project after the TC completion have been observed at this point. In order to secure the overall sustainability, the organisational environment needs to be strengthened by the initiative of MOHSW.

Policy environment

The strengthening of the RHMTs and regional health management system is given high priority in the current health policy.

Organizational and financial aspect

At the regional level, now most of the positions of RHMT core members are filled and co-opted members are involved in the RHMT activities. The cooperation between RHMTs and other RS officials are reported to be strengthened. The budgets for supportive supervision and other activities are provided to the RHMTs through the basket funds since 2008/09 and the prospect of the availability of the basket funds hereafter is also high. However, it may need to strive to establish the regular budget line from RSs for the RHMTs in the system. Overall, the organizational stability at the regional level is seen to be relatively high.

At the central level, while MOHSW is committed to strengthen Regional Health Services Unit under HSRS. So far, there is only one coordinator and no other officials or assistants, and the prospect of obtaining adequate regular budget to run the required activities is uncertain.

The larger involvement of zonal resource centres in strengthening regional health management is proposed at the different levels. Their expertise can be more utilized where it is proven to be effective and efficient.

Technical aspect

At the regional level, the capacity of the RHMTs is reported to have been improved by the support of the TC to perform their duty. The training on the annual planning later this year will further contribute to their capacity

development. In order to ensure the technical stability, the regular update and refresher training is expected to be provided continuously.

At the central level, the technical capacity of the RHSC unit to continue to provide necessary training/update to the RHMTs as well as other concerned parties, organize CMSS, conduct assessment and review of RHMTs annual plans and performance reports seems building up. Finalization and institutionalization of the training materials, policy dissemination tools and CMSS manual and tools, and the development of the RHMT annual plan guideline are essential to ensure the sustainability.

In terms of CMSS supervisors, some of the supervisors whom the evaluation team interviewed are committed and more or less confident on their skills, and willing to continue as supervisors. However, the quality of the supervisors may need to be standardized.

6. Conclusion

Based on the interviews and discussions with concerned groups of people and the analysis of the reports and data collected the evaluation team confirmed that the TC is currently on the right way to accomplish the objective of strengthening the management capacity of the RHMTs although the pre-set indicators did not show clear evidences.

Improvement is seen in the planning skills of the RHMTs particularly for annual plans making. The capacity building of the RHMT in those skills was effectively made by the well planned trainings organised by the TC team. The trainings for the RHMT members developed not only the management skills but also the team work mind and the friendly and supportive attitudes of the members. Further needs for the trainings in the areas such as financial, human resource, and data management are identified. Repetition of the management skill trainings are also needed as there are still differences of skill levels among the RHMT members.

Along with the improvement of the management capacity and knowledge of the RHMT, the RHMT Supportive Supervision to CHMTs is gradually prevailing all the regions. CHMTs are highly appreciating the well cared positive attitude supervision by the RHMTs in recent years. While the RHMT SS is welcomed by the CHMTs especially on the preparation of CCHP and the performance reports, the quality and quantity improvement of the RHMTs became a critical challenge.

To enable the RHMTs to provide adequate and high quality supportive supervision to the CHMTs, the support from the central government is essential. The government assigned full-time core members of the RHMTs of almost all the regions, and the block and the basket funds are provided to the RHMTs though they are not sufficient. MOHSW appointed a Regional Health Services Coordinator in charge of regional health management, which requires further replenishment by the additional staff members. In addition to those arrangements, further efforts at the central level such as the more collaboration and exchange of information between MOHSW and PMORALG, increase of fund and transportation means are required to improve the mobility of the RHMTs.

The evaluation team concluded that the systems developed by the TC to strengthen the management capacity of the RHMT for supporting the CHMTs can be sustainable as long as the MOHSW exerts the firm leadership and initiatives.

7. Recommendations

Within the scope of the TC

1. Strengthening of Regional Health Services Unit (RHSU)
 - It is recommended to strengthen the RHSU of HSRS, MOHSW with allocating enough budget and manpower for providing continuous support to RHMT.
2. Standardization of the CMSS
 - It is recommended that the CMSS manual should be finalized and ratified by MOHSW.
 - The 6th CMSS should be conducted between January to February 2011 as a part of planned activities of the MTEF for RHMT.
3. Finalization of the templates of the RHMT Annual Planning and Reporting
 - It is recommended to finalize the templates of the RHMT Annual Planning and Reporting with clarifications for detailed activities related to the ten functions of RHMTs and to conduct the related trainings as planned.
4. Alignment of RHMT SS Checklists with the National SS Guidelines
 - It is recommended that TC should collaborate with the Health Service Inspectorate Unit of MOHSW for aligning RHMTs SS checklists with the National SS Guidelines toward the forthcoming training in December 2010.

Beyond the scope of the TC

5. Strengthening of the Regional Health Services Unit (RHSU)
 - It is recommended to strengthen the function of the RHSU with allocating enough budget and manpower for providing continuous support to the RHMTs including capacity building on human/financial resource management, quality assurance and data management.
6. Development of the National Guidelines on RHMT Annual Planning and Reporting
 - MOHSW should take leadership to develop the National Guidelines for RHMT Annual Planning and Reporting.
7. Coordination between the RHSU and the District Health Services Unit (DHSU)
 - MOHSW senior management should ensure that the RHSU and DHSU are well coordinated through DPP.

8. Improvement of the enabling environment for RHMTs

- MOHSW and PMORALG should make sure the adequate availability of transportation and timely disbursements of funds from Central to RS as well as RS to RHMTs for their necessary activities.
- Coordination should be strengthened between the Directorate of Policy and Planning of MOHSW and the Directorate of Regional Administration of PMORALG in order to effectively address the issues related with regional health management.
- It is recommended for PMORALG to create the budget lines for RHMTs with supports from MOHSW.
- MOHSW should ensure the functions of CMSS including mobilization of additional human resources from various institutions such as zonal resource centers.

Recommendations to the Government of Japan

9. Further support in the area of regional health system strengthening.

- The TC is establishing the basic framework for providing quality regional referral health services. Building on the achievement of the TC, further support is recommended to bring out the impact on health service delivery in the regions.

Project Design Matrix (Logical Framework) ver. 4 as of October 2008
Title: Technical Cooperation in Capacity Development for Regional Referral Health Management (TC-RRHM)

Target Area: Tanzania mainland **Target Groups:** Regional Health Management Teams (RHMTs) (21 regions/8 zones)

Implementing Organizations: Ministry of Health and Social Welfare, Prime Minister’s Office-Regional Administration and Local Government

Period: From March 2008 to March 2011 (3 years)

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p>Overall Goal Regional Referral Health Management (RRHM) is improved to provide sustainable health services. *</p>	<p>1. Number of RHMTs that can be introduced as a good practice is increased. 2. Quality of CCHP is improved.</p>	<p>1. Central Supportive Supervision reports 2. Analytical report of CCHP and Council reports</p>	
<p>Purpose Regional Health Management Teams (RHMTs) are strengthened in order to provide quality regional referral health services.</p>	<p>1. Capacity assessment results of RHMTs are improved between 2008-2011, to respond to demand of both the Central and Districts. 2. Task assessment results of RHMTs are improved between 2008-2011.</p>	<p>1. Central Supportive Supervision reports 2. Central Supportive Supervision reports</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regional Referral Hospital plans are compiled. ▪ Regional Referral Hospital Boards are established.
<p>Outputs 1. Management skills of RHMTs to respond to changing environment and new technologies are strengthened.</p>	<p>1-1. Knowledge level of trainees on training topics is improved. 1-2. Number of RHMT members trained under the TC-RRHM is increased.</p>	<p>1-1. Course evaluation / Technical support visits 1-2. Course reports</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Critical changes will not take place, hindering planned budget allocation and disbursement. ▪ Disbursed budget is fully used by RHMTs.

<p>2. RHMT Supportive Supervision from RHMTs to CHMTs are integrated and function.</p>	<p>2-1. Proportion of CHMTs supervised quarterly according to the Supportive Supervision Guideline is increased. 2-2 Policy dissemination package is prepared and distributed. 2-3. Policy dissemination guideline is developed.</p>	<p>2-1. RHMT Supportive Supervision reports / RHMT annual reports / Central Supportive Supervision reports 2-2. Advocacy section documents 2-3. Advocacy section documents</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Commitment and collaboration between MOHSW and PMORALG are maintained.
<p>3. Central Supportive Supervision from the central to RHMTs is institutionalized in MOHSW & PMORALG.</p>	<p>3-1. Standardized procedure for Central Supportive Supervision from the central to RHMTs is developed. 3-2. Proportion of RHMTs supervised according to the standardized procedure/guideline is increased. 3-3. Office in charge of Central Supportive Supervision is identified and functions in both MOHSW and PMORALG.</p>	<p>3-1. Central Supportive Supervision Guideline 3-2. Central Supportive Supervision reports / RHMT annual reports 3-3. Identified personnel with job description</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ All related departments of MOHSW and PMORALG maintain their commitments. ▪ Training institutions function well.
<p>4. A coordination mechanism in responding to local issues among central and regional levels is strengthened.</p>	<p>4-1. RHMT composition, rules and functions are clearly defined and understood among Regional Secretariats and Ministries. 4-2. Opportunities of RHMT meetings at zonal level are increased. 4-3. RRHM Sub-Committee of the TC-SWAp is held when necessary. 4-4. RRHM Newsletter is published biannually.</p>	<p>4-1. Government documents / Central Supportive Supervision reports 4-2. Record of meetings 4-3. Minutes of the RRHM Sub-Committee meetings 4-4. RRHM Newsletters</p>	

Activities	Inputs from Japanese Side	Inputs from Tanzanian Side	
<p>1-1 Support the revision of roles and function of RHMTs</p> <p>1-2 Review the existing training materials & training needs</p> <p>1-3 Prepare the master plan for training with training modules</p> <p>1-4 Recruit and train trainers</p> <p>1-5 Conduct training</p> <p>1-6 Conduct training follow-up</p> <p>1-7 Revise training materials and develop guidelines</p> <p>1-8 Mainstream the Project initiatives to regular activities</p> <p>2-1 Review the issues of dissemination</p> <p>2-2 Refine dissemination mechanism of national policies and guidelines</p> <p>2-3 Produce the guideline with materials for health policy dissemination</p> <p>2-4 Improve RHMTs' supportive supervision system for CHMTs</p> <p>2-5 Review the current system and issues on SS</p> <p>2-6 Refine supportive supervision guidelines and tools for RHMTs to CHMT</p> <p>2-7 Conduct orientation of the supportive supervision guidelines for RHMTs</p> <p>2-8 Review application and effectiveness of SS by RHMTs to CHMTs</p> <p>2-9 Disseminate the SS guidelines and tools based on the review results</p> <p>3-1 Review the current issues on SS, M&E and feedback (FB) mechanism from the central ministries to RHMTs</p> <p>3-2 Develop proposal for improvement and operation of SS, M&E and FB by the central to RHMTs</p>	<p>1. Assignment of Expert Team</p> <ul style="list-style-type: none"> -Chief Adviser -Health Management Specialist -Human Resource Development Specialist -Other short-term experts may be assigned provided the GOT and JICA agree <p>2. Allocation of operational costs of the TC.</p> <p>3. Provision of machinery and equipment.</p>	<p>1. Tanzanian government officials involved in the TC. In particular, the HSRS members will be in charge of day-to-day operations of the activities of the TC together with JICA Expert Team.</p> <p>2. Working spaces and facilities for Japanese experts to deliver their duties in the MOHSW.</p> <p>3. Costs for implementing the activities of the TC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • RHMTs are provided with the required resources (vehicles, fuel, perdiem, etc.) for conducting Supportive Supervision.

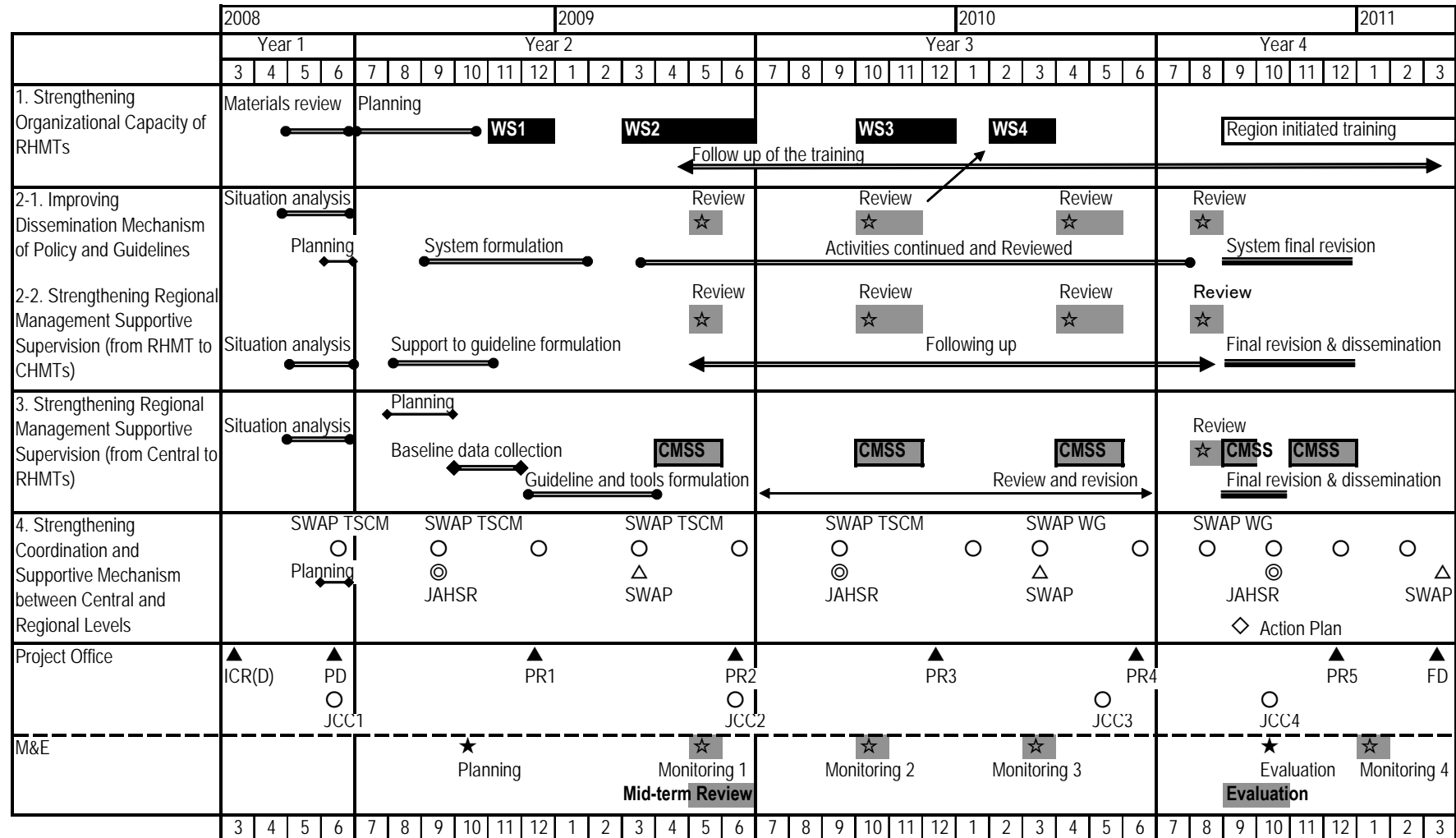
<p>3-3 Conduct baseline survey on the health services management in the regions</p> <p>3-4 Design guidelines and tools for M&E by the central to RHMTs</p> <p>3-5 Implement M&E by the central to RHMTs</p> <p>3-6 Conduct implementation progress review of M&E by central to RHMTs</p> <p>3-7 Revise guidelines and tools and disseminate the final version</p> <p>4-1 Organize the RRHM Sub-Committee of TC-SWAP as a secretariat</p> <p>4-2 Review the current status of networking and information exchange among RHMTs and provide suggestions for the future systematization</p> <p>4-3 Support strengthening the collaboration between MOHSW and PMORALG</p> <p>4-4 Support organizing meetings to strengthen networking among RHMTs</p> <p>4-5 Participate in and support the Health Sector Review and SWAP Committee meetings</p> <p>4-6 Enhance team building and capacity development of the HSRS</p> <p>4-7 Support the formulation of action plan for the effective networking among regions</p> <p>4-8. Issue and publish RRHM Newsletter biannually.</p>		<p>Pre-condition</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ National Policy supports to strengthen Regional Health Management Team. ▪ Budget allocation to RHMT is ensured. ▪ Required number of qualified staff of RHMT staffs are stationed. **
--	--	---

*: “Sustainable health services” include integrated, promotive, preventive, curative and rehabilitative health services at all levels (national, regional and district levels), in line with collective actions by relevant stakeholders.

** : While permanent staff is preferable, when an ‘acting staff’ is assigned, the RS is expected to assign a fully qualified personnel.

Annex 2: Plan of Operations

Aug 2009



TSCM: Technical Sub-committee Meeting

Annex 2-1

Annex 3: Summary of the TC Inputs
--

As of 1st October 2010

**Tanzania-Japan Technical Cooperation in Capacity Development for
Regional Referral Health Management (TC-RRHM)**

(1) Personnel

● 1st Year (April 2008 - June 2008)

Name	Designation/In Charge of	Duration	Institution
Naomi Okada	Chief Advisor/M&E	1 ARR 2008 -29 JUN 2008	Foundation for Advanced Studies on International Development (FASID)
Erika Fukushi	Ag. Chief Advisor/Health System Management/ Governance	1 ARR 2008 -29 JUN 2008	MOE Consulting Inc.
Mayumi Sugihara	Human Resource Development Specialist	1 ARR 2008 -29 JUN 2008	Foundation for Advanced Studies on International Development (FASID)
Chiho Ikeda	Coordinator/ Training Planning	1 ARR 2008 -29 JUN 2008	Foundation for Advanced Studies on International Development (FASID)

● 2nd Year (August 2008-June 2009)

Name	Designation/In Charge of	Duration	Institution
Naomi Okada	Chief Advisor/M&E	12 OCT 2008 -9 NOV 2008 12 MAY 2009-10 JUN 2009	Foundation for Advanced Studies on International Development (FASID)
Erika Fukushi	Ag. Chief Advisor/Health System Management/ Governance	21 AUG 2008 - 18 DEC 2008 16 JAN 2009 - 29 JUN 2009	MOE Consulting Inc.
Mayumi Sugihara	Human Resource Development Specialist	21 AUG 2008 - 18 DEC 2008 16 JAN 2009 - 29 JUN 2009	Foundation for Advanced Studies on International Development (FASID)
Masahiro Oseko	M&E Specialist	12 OCT 2008 - 19 NOV2008 1 APR 2009 - 15 MAY 2009	Nevka Co., Ltd.
Chiho Ikeda	Coordinator/ Training Planning	21 AUG 2008 - 18 DEC 2008 16 JAN 2009 - 29 JUN 2009	Foundation for Advanced Studies on International Development (FASID)

● 3rd Year (August 2009- June 2010)

Name	Designation/In Charge of	Duration	Institution
Naomi Okada	Chief Advisor/M&E	16 SEP 2009 - 17 OCT 2009 9 APR 2010 - 6 MAY 2010	Foundation for Advanced Studies on International Development (FASID)
Erika Fukushi	Ag. Chief Advisor/Health System Management/ Governance	20 AUG 2009 – 17 DEC 2009 11 JAN 2010 – 24 JUN 2010	MOE Consulting Inc.
Mayumi Sugihara	Human Resource Development Specialist	20 AUG 2009 – 17 DEC 2009 11 JAN 2010 – 24 JUN 2010	Foundation for Advanced Studies on International Development (FASID)
Masahiro Oseko	M&E Specialist	29 OCT 2009 – 27 NOV 2009	Nevka Co., Ltd.
Chiho Ikeda	Coordinator/ Training Planning	20 AUG 2009 – 17 DEC 2009 11 JAN 2010 – 24 JUN 2010	Foundation for Advanced Studies on International Development (FASID)

● 4th Year (August 2010 – March 2011)

Name	Designation/In Charge of	Duration	Institution
Naomi Okada	Chief Advisor/M&E	10 SEP 2010 – 9 OCT 2010 17 FEB 2010 – 18 MAR 2011 (to be confirmed)	Foundation for Advanced Studies on International Development (FASID)
Erika Fukushi	Ag. Chief Advisor/Health System Management/ Governance	9 AUG 2010 – 11DEC 2010 8 JAN 2011 – 18 MAR 2011 (to be confirmed)	MOE Consulting Inc.
Mayumi Sugihara	Human Resource Development Specialist	9 AUG 2010 – 11DEC 2010 8 JAN 2011 – 18 MAR 2011 (to be confirmed)	Foundation for Advanced Studies on International Development (FASID)
Chiho Ikeda	Coordinator/ Training Planning	9 AUG 2010 – 11DEC 2010 8 JAN 2011 – 18 MAR 2011 (to be confirmed)	Foundation for Advanced Studies on International Development (FASID)

(2) Counterparts

Name	Designation	Organization	Remarks
Dr. Deo Mtasiwa	Chief Medical Officer	MoHSW	Project Director
Ms. R. L. Kikuli	Director of Policy and Planning	MoHSW	Project Manager
Dr. Faustin Njau	Head, Health Sector Resource Secretariat	MoHSW	
Mr. R. D. Mutagwaba	Regional Health Services Coordinator, HSRS/DPP	MoHSW	CMSS lead supervisor

Dr. Anna Nswilla	District Health Services Coordinator, HSRS/DPP	MoHSW	
Mr. Joseph Kelya	Administrator, HSRS/DPP	MoHSW	CMSS supervisor
Mr. Fares Masaule	Head, Advocacy Section, HSRS/DPP	MoHSW	CMSS supervisor
Dr. Henock M. Ngonyani	Head, HSIU/CMO's office	MoHSW	
Dr. Makamla Munungu	Administrator, Health System Strengthening, HSRS/DPP	MoHSW	CMSS supervisor
Mr. Raynold John	Administrator, HSRS/DPP	MoHSW	CMSS supervisor
Mrs. Dorothy Mbuya	Programme Officer, HSRS/DPP	MoHSW	CMSS supervisor
Ms. Neusta Kwesigabo	Administrator, DPS	MoHSW	CMSS supervisor
Dr. Silvester Budeba	Assistant Director, Traditional and Alternative Medicine, DHS	MoHSW	CMSS supervisor
Dr. Sijenunu Aron	Hospital Reform Officer, DHS	MoHSW	CMSS supervisor
Dr. Erica Mwakigonja	Coordinator, DHS	MoHSW	CMSS supervisor
Mr. Nassoro Yahya	Senior Tutor	Muhimbili school of hygiene	CMSS supervisor
Mr. Steven Chombo	Continuing Education Coordinator, DHRD	MoHSW	CMSS supervisor
Ms. Elizabeth Chezue	HSIU/CMO's office	MoHSW	CMSS supervisor
Dr. Eliudi Eliakim	SMOIII, HSIU/CMO's office	MoHSW	CMSS supervisor
Ms. Anna Mganga Halfan	Principal Nursing Officer, CNO's office	MoHSW	CMSS supervisor
Ms. Theodola N. Mollel	Assistant Director, Social Services in Sector Coordination	PMORALG	
Ms. Eva Itanisa	Director of Regional Administration	PMORALG	
Ms. Doreen Kisamo	Regional Health Services Coordinator, Sector Coordination	PMORALG	
Mr. W. M. Maganga	Head, Health Basket Funds, Department of Local Government	PMORALG	
Mr. Augustino Kalinga	Department of Sector Coordination	PMORALG	

(3) Counterparts who attended Training in Japan

● Counterparts recommended by TC-RRHM

Name	Duration of Training	Course Title	Host	Previous Designation	Current Designation
Mr. Fares Masaule	AUG-OCT 2008 (returned to TZ in the middle of the training for	Community Health Administration for Improvement of Regional Disparity in Anglophone Africa	JICA Okinawa	Head Advocacy Section	Head Advocacy Section

	his personal matters)				
Dr. Robert Salim	JUN-AUG 2009	Health Administration for Regional Health Officer for Africa	JICA Sapporo	RMO Singida	RMO Singida
Mr. R. D. Mutagwaba	JUN-AUG 2010	Health Administration for Regional Health Officer for Africa	JICA Sapporo	Regional Health Services Coordinator	Regional Health Services Coordinator

● Counterparts recommended by other sources

Mr. Joseph Kelya	OCT-NOV 2008	Seminar for Health Policy Development	JICA Tokyo	Administrator, DPP	Administrator, DPP
Dr. Margaret Mhando	MAY-JUL 2009	Health System Management	JICA Tokyo	RMO Tanga	Director of Curative Services
Dr. Ally S. J.Mohamed	JAN-MAR 2010	Enhancement of Community Health Systems for Infection Control	JICA Okinawa	RMO Lindi	RMO Lindi
Mr. Saimon Malulu	JAN-MAR 2010	Enhancement of Community Health Systems for Infection Control	JICA Okinawa	RHO Lindi	RHO Lindi
Dr. Saimon Winani	JAN-MAR 2010	Enhancement of Community Health Systems for Infection Control	JICA Okinawa	RMO Coast	RMO Mara
Mr. Fares Masaule	JAN-APR 2010	Information, Education and Communication (IEC) in Health Sector	JICA Okinawa	Head Advocacy Section	Head Advocacy Section

(4) Equipments

No.	Date of delivery	Item (Quantity)	Manufacturer	Price	Place Installed	Place of Procurement	Purpose	Condition
-	26MAY 2008	Laptop Computer (3 units)	TOSHIBA	USD2,880	Project office	Tanzania	Project staff	Good
-	26MAY 2008	Desktop Computer	DELL	USD1,100	Project office	Tanzania	Project server	Good
-	26MAY 2008	Printer	HP	USD565	Project office	Tanzania	Project office	Good
-	26MAY 2008	LCD Projector	DELL	USD900	Project office	Tanzania	Training, Workshop, Meeting etc	Good
-	26MAY 2008	LAN network	D-Link	USD80	Project office	Tanzania	Project office	Good

Annex 3-4

-	26MAY 2008	FAX Machine	CANON	USD550	Project office	Tanzania	Project office	Good
-	26MAY 2008	PC Software(4 sets)	Microsoft Office 2007	USD1,120	Project office	Tanzania	Project office	Good
-	26MAY 2008	PC Security soft (4 sets)	NORTON	USD100	Project office	Tanzania	Project office	Good
-	26MAY 2008	UPS (4 units)	APC	USD380	Project office and C/P office	Tanzania	Project office	Good
-	26MAY 2008	Photocopier	CANON	USD4,205	Project office	Tanzania	Project office	Good
-	2SEP 2008	Project Vehicle	MITSUBISHI	Procured by JICA	MOHSW Parking space	Tanzania	Transportation (within DSM and to other regions)	Good
-	9 MAY 2008	Mobile phone (4 units)	NOKIA	Tsh220,000	Project office	Tanzania	Project staff	Good
-	20JUN 2008	Digital Camera (2 units)	CANON	Tsh1,620,000	Project office	Tanzania	Training, Workshop, Meeting etc	Good
RRH M/05 /08/D T1-5	23MAY 2008	Office desk (5 units)	-	Tsh1,830,400	Project office	Tanzania	Project office	Good
-	23MAY 2008	Office chair (5 units)	-	Tsh343,200	Project office	Tanzania	Project office	Good
RRH M/05 /08/B S1-4	23MAY and 26JUN 2008	Book shelf (4 units)	-	Tsh1,464,321	Project office	Tanzania	Project office	Good

(5) Seminar/Training /Workshop

F/Y	Name of Training/WS	Date	Duration	Number of Participants	Participants	Remarks
Training for RHMT (The number of participants do not include Facilitators, RHSC, TC-RRHM staff)						
2008	Leadership and Management	NOV-DEC 2008	3days x 8groups	181	<ul style="list-style-type: none"> RHMT core members (8 x 21regions) Reg Assistant Administrative Secretaries (1x21regions) Reg Planning Officers (1personx21regions) 	
2008	Strategic Thinking and Planning	MAR-JUN 2009	5 days x6groups	192	<ul style="list-style-type: none"> RHMT core members (8 x 21regions) Reg Planning Officers (1 x 	

					<ul style="list-style-type: none"> 21regions) Zonal Health Resource Center staff (1 x8 centers) 	
2009	Supportive Supervision and Coaching	OCT-DEC 2009	3 days x10groups	284	<ul style="list-style-type: none"> RHMT core members (8 x 21regions) DMOs (1 x 132 districts) 	
2009	RHMT Annual Plan Template	FEB 2010	3 days x2groups	71	<ul style="list-style-type: none"> RHMT core members (3 x 21regions) 6 MOHSW officials 	
2009	Policy Dissemination	MAR 2010	3 days x4groups	162	<ul style="list-style-type: none"> RHMT core and co-opted members (8 x 21regions) 	
2010	Annual Planning	Planned for NOV 2010	4 days x2groups	84	<ul style="list-style-type: none"> RHMT core members (4 x 21regions) 	
Working meeting, Training for CMSS Supervisors (The numbers of participants do not include Facilitators)						
2008	CMSS#1 Orientation Meeting	31 Oct 2008	1day	13	<ul style="list-style-type: none"> CMSS Supervisors 	
2008	CMSS#1Result Sharing Meeting	10NOV 2008	1 day	13	<ul style="list-style-type: none"> CMSS Supervisors and MOHSW officials from relevant department 	
2008	Coaching Training	11-12 MAR 2009	2 days	16	<ul style="list-style-type: none"> CMSS Supervisors and MOHSW officials from relevant department 	
2008	CMSS#2 Orientation Meeting	14APR 2009	1day	16	<ul style="list-style-type: none"> CMSS Supervisors 	
2008	CMSS#2 Result Sharing Meeting	2MAY 2009	1day	15	<ul style="list-style-type: none"> CMSS Supervisors and MOHSW officials from relevant departments 	
2009	Supportive Supervision and Coaching Training	13-15OCT 2009	3 days	12	<ul style="list-style-type: none"> CMSS Supervisors 	
2009	CMSS#3 Orientation Meeting	2NOV 2009	1day	10	<ul style="list-style-type: none"> CMSS Supervisors 	
2009	CMSS#3 Result Sharing Meeting	7DEC 2009	1 day	14	<ul style="list-style-type: none"> CMSS Supervisors and MOHSW officials from relevant departments 	
2009	CMSS Supervisor Capacity Development Workshop	4-5 FEB 2010	2 days	17	<ul style="list-style-type: none"> CMSS Supervisors 	
2010	CMSS#5 Pre Meeting	19 Aug 2010	1 day	18	<ul style="list-style-type: none"> CMSS Supervisors 	
Workshop with RHMTs						
2009	1st Monitoring and Evaluation Working Session	SEP-OCT 2009	2 days x3groups	77	<ul style="list-style-type: none"> RHMT core members (RMO, RHS, RNOx21regions) 	
2009	2nd Monitoring and Evaluation Working Session	JUN 2010	3 days x2groups	75	<ul style="list-style-type: none"> RHMT core members (RMO, RHS, another member x21regions) 	
Workshop with RHMTs and relevant stakeholders						
2007	Project Document	31MAY	2days	10	<ul style="list-style-type: none"> MOHSW officials from 	

Annex 3-6

	Write-up Workshop	-1JUN 2008			relevant departments	
2008	Monitoring Workshop	20-22OCT 2008	3days	31	<ul style="list-style-type: none"> MOHSW officials from relevant departments CMSS Supervisors, PMORALG officials, RHMT representatives 	
2008	1st Regional Health System Strengthening Meeting	12-13FEB 2009	2days	16	<ul style="list-style-type: none"> Representatives of RHMTs, MOHSW officials, PMORALG officials(Invited but did not attend) 	
2008	2nd Regional Health System Strengthening Meeting	4-5JUN 2009	2days	24	<ul style="list-style-type: none"> Representatives of RHMTs, MOHSW officials, PMORALG officials, JICA Mid-term Review Mission members 	
2010	Wrap-up & ME Meeting	Planned for FEB 2011	2days	80	<ul style="list-style-type: none"> Representatives of RS/RHMTs, MOHSW, PMORALG, DPs etc. 	

(6) Costs covered by JICA

F/Y	Expenditure in Yen (TAX exclusive)
1 st Year	2,607,000 yen
2 nd Year	30,152,000 yen
3 rd Year	38,405,000 yen
4 th Year	17,783,000 yen 【Planned】

(7) Costs covered by Tanzanian Government

F/Y	Activities	Expenditure in Tsh
1 st Year	None	None
2 nd Year	None	None
3 rd Year 【MTEF allocated: Tsh250,000,000】	4 th Central Management Supportive Supervision (cost of visits to 9 regions)	Tsh16,560,500
	2 nd Monitoring and Evaluation Working Session	Tsh53,970,000
	Total disbursement	Tsh70,530,500
4 th Year 【MTEF allocated: Tsh38,000,000】	RHMT Strengthening e.g. Central Management Supportive Supervision M&E Working Sessions, etc. (to be conducted)	

(8) Equipment/Facilities provided by Tanzanian Government

- Office space at MOHSW
- Utilities
- Vehicles and Drivers (In case the project vehicle and driver not available, Fuel and driver DSA covered by the project)

Annex 4: Achievement

TC-RRHM Publications: English

No.	Name	Date	Output Number
<i>Basic Documents</i>			
RRHM07 - 1	Record of Discussions	Mar-08	General
RRHM07 - 2	Project Document	Jun-08	General
<i>Progress Reports</i>			
RRHM08 - 6	TC-RHMT Progress Report No.1 Aug-Dec 2008	Dec-08	General
RRHM08 - 23	TC-RRHM Progress Report No.2 (Aug 2008-June 2009)	Jun-09	General
RRHM09 - 3	TC-RRHM Progress Report No. 3 (Aug-Dec 2009)	Dec-09	General
RRHM09 - 17	TC-RRHM Progress Report No. 4 (Jan-June 2010)	Jun-10	General
<i>Training Materials</i>			
RRHM08 - 2	RS/RHMT Training on Leadership and Management - Training Materials-	Nov-08	1
RRHM08 - 3	RS/RHMT Training on Leadership and Management - Reading Materials-	Nov-08	1
RRHM08 - 24	RS/RHMT Strategic Thinking and Planning Training Package	Jun-09	1
RRHM09 - 14	RS/RHMT Strategic Thinking and Planning Training Package Revised Version	May-10	1
RRHM09 - 12	Supportive Supervision and Coaching Training Materials	Dec-10	1
RRHM09 - 13	Policy Dissemination WS Materials cum PD Package	May-10	1&2
RRHM08 - 22	Coaching Training Package (for CMSS Supervisors)	Mar-09	3
<i>CMSS Manual and Reports</i>			
RRHM08 - 5	CMSS#1 Report for Feedback to RHMTs and CHMTs	Nov-08	3
RRHM08 - 8	CMSS#1 Report	Nov-08	3
RRHM08 - 16	CMSS#2 Report	May-09	3
RRHM08 - 17	CMSS Manual (1st draft)	May-09	3
<i>Communication Tools</i>			
RRHM08 - 4	RRHM Leaflet	Nov-08	4
RRHM08 - 10	Regional Referral Health Management Newsletter vol. 1	Feb-09	4
RRHM09 - 1	Regional Referral Health Management Newsletter vol. 2	Sep-09	4
RRHM09 - 9	Regional Referral Health Management Newsletter vol. 3	Mar-10	4
RRHM09 - 7	RRHM Calender 2010	Feb-10	4

No.	Name	Date	Output Number
<i>Workshop and Meeting Reports</i>			
RRHM08 - 1	1st RHMT Monitoring Workshop Report	Oct-08	3
RRHM08 - 7	RHMT Monitoring Workshop Outputs Report	Oct-08	3
RRHM09 - 2	Monitoring and Evaluation Working Sessions in Mwanza, Tanga and Mbeya	Oct-09	General
RRHM09 - 16	Report on the 2nd ME Working Session	Jun-10	General
RRHM08 - 11	1st RHSS Meeting Report	Feb-09	General
RRHM08 - 20	2nd RHSS Meeting Report	Jun-09	General
RRHM08 - 15	RS/RHMT Strategic Thinking and Planning Training Completion Report	May-09	1
RRHM08 - 18	RS/RHMT Leadership and Management Training Completion Report	Mar-09	1
RRHM08 - 19	RS/RHMT Strategic Thinking and Planning Training 2 Completion Report	Jun-09	1
RRHM09 - 4	Supportive Supervision and Coaching Training for RHMTs and DMOs Completion Report Books 1 & 2	Jan-10	1
RRHM09 - 11	Policy Dissemination WS Completion Report	May-10	1
RRHM08 - 12	Debriefing of RS/RHMT Leadership and Management Training	Feb-09	1
RRHM09 - 6	RRHM Working Group Report	Sep-09	1
RRHM08 - 9	Dissemination trial of HSSP III to RHMTs	Dec-08	2
RRHM09 - 10	RHMTs Annual Plan/ Report Template Workshops Report	Feb-10	1
RRHM09 - 5	CMSS Supervisors Capacity Development Workshop	Feb-10	3
RRHM08 - 13	Coaching Training Report	Mar-09	3
<i>JCC Minutes</i>			
RRHM07 - 3	1st JCC meeting minutes	Jun-08	General
RRHM08 - 21	2nd JCC meeting minutes	Jun-09	General
RRHM09 - 15	3rd JCC meeting minutes	May-10	General
<i>Others</i>			
RRHM07 - 4	Analysis of Gap between Teaching Materials of Past and On-going Management Training and the New Roles of the RHMT	Jun-08	1
RRHM08 - 14	TC-RRHM Progress Report Aug 2008-Apr 2009 (Presented at TC-SWAp mtg)	Apr-09	General
RRHM09 - 8	RHMT Strategic Plans Assessment Report	Feb-10	1

Annex 5: List of Interviewees

Central Ministry level

Name	Job Title / Organization
Dr. Deo Mtasiwa	Chief Medical Officer, MOHSW
Ms. R. L. Kikuli	Director of Policy and Planning , MOHSW
Dr. Faustin Njau	Head, Health Sector Resource Secretariat, MOHSW
Mr. R. D. Mutagwaba	Regional Health Services Coordinator, HSR/DPP, MOHSW
Dr. Anna Nswilla	District Health Services Coordinator, HSR/DPP, MOHSW
Mr. Fares Masuale	Head, Advocacy Section, MOHSW
Mr. Joseph Kelya	Administrator, HSR/DPP, MOHSW
Ms. Neusta Kwesigabo	PHS/DPS, MOHSW
Dr. Sijenunu Aron	Hospital Reform Officer, MOHSW
Ms. Eva Itanisa	Director of Regional Administration, PMO-RALG
Ms. Susana Chekani	Assistant Director, Capacity Building for Regional Secretariat, PMO-RALG

Regional level

Mwanza RHMT

Dr. Meshack M.Z. Massi	Regional Medical Officer (RMO)
Tulason B. Nyalaja	Regional pharmacist
Eva Y. Muday	Acting Regional Nursing Officer (RNO)
Mastidia D. Rutaihwa	Acting Regional Reproductive and Child Health Officer (RRCHO)
Nelson M. Runbeli	Acting Regional Health Officer (RHO)
Dr. Ismael S. Sarumbo	Acting Regional Dental Officer (RDO)
Laurencia Gasembe	Regional Health Secretary (RHS)

Municipal CHMT in Mwanza

Dr. Kokugonza Mugeye	Acting DMO
Edda E. Mahawi	DNO
Mary F. Rysasa	ASSCRCHCO
Aneth K. Mpandachdio	ASSCRHCO
Julieth P. Mawalla	DMIFP
Mary K. Tibaijuka	THCO

Shinyanga RHMT

Dr. Costa C. Muniko	RMO
John Mfutakamba	Regional Pharmacist
Dr. Maguja J. Daomh	Regional Dental Officer
Ali N. Kablya	HMIS
Nyanza Masakiliya	Regional Health Officer
Raymond R. Kiwesa	Regional Health Secretary
Zaituni R. Mbura	Social Welfare Officer

Shinyanga HMT

Dr. Fredrial Mlekwa	Medical Officer in Charge
Lawrence Ngaiur	Diagnostic Representative-HMT
David Jnitego	Medical Officer OPD
Dr. Ford M. Mtani	HMT member
Juma Mdeve	HMTM (ag)

Kishapu CHMT in Shinyanga

Adam Katoto	District Nursing Officer
Fewsta T. Masanja	Public Health Nurse
Mussa S. Doha	District Health Officer

Iringa RHMT

Dr. Ezekiel Y. Mpuya	RMO
Theophil Likangaga	RHMT member
Diomisia R. Ngatta	RTMT member
Rovert Chiteji	RTMT member
Leah J. Mpogohe	RTMT member
Joseph G. Kinigy	RTMT member

Iringa HMT

Dr. Oscar Gabowe	Hospital Doctor in Charge
Rustica Tuwgonebe	Hospital Matron
Tulizo Niara	Hospital Health Officer
Doris Kadete	Surgical Depart. In charge
Emmanued Mwakajila	Store's in charge
Florida L. Kiyosi	Paediatric in charge
Dr. Rugakinzira	Medical Department in charge
Lilian Kalinga	Hospital Pharmacist
Veronica David	Hospital Radiographer
Nuru Mtagama	OPD department

Mufindi CHMT in Iringa

Dr. Choistophe S. Jakovcecha	DMO
Issuja M. Kiliar	DHS
Bernard W. Mbyaubyu	DHO
Samson J. Kibugozi	DLT
Christopher J. Msofe	DPHARM
Dr. Bazil L. Tweve	DDO

Coast RHMT

Dr. Romilus Thadey Kahwili	RDO
Lydia Mafole	RSWO
Kamzle Dennis S.	RHO
Abbas S. Hinja	RCCO
Sudi Abubakari	Data Manager
Ally Nassor	PNO
Grace Meielwa	RMHC
Jehovaness J. Mollel	RMHEC
Grace Chuwa	RRCHCO

Mkuranga CHMT in Coast

Dr. Gilbert Mreme	Acting DMO
Richard Michael Palu	DLT
Anne Liacheme	DCCO
Money Goodluck	Acting DHS
Angelus R. Mtewa	DTTO
Phileawn Kalegive	MO in charge
Graee Lephania	DRCHCO
Elinas J. Nnko	DMIFP

Dodoma RHMT

Mwajabu Masanja	Acting RHS
Erasto A. Swai	RLT
Alphoncina M. Mahano	RMHC
Edward Ganja	RHO
Margreth T. Kiyabo	ZRCHCO
Luumi Michace	RP
Anatolia J. Mkindo	RNO
Veyce Davis	RHMT member

Dodoma HMT

Dr. Mqee M. Nassoro	MO in charge
Issack Kaneno	Hospital secretary
James E. Mtae	OPD in charge
Hamis Mlyomi	Medical officer in surgical dept.
Chysine Mwakgoma	PNO-OPD
David P. Mnrava	MO in Paediatrics
Paul Julius Mageni	Environmental health practitioner
P. N. Saigopi	Radiologist
Mgeui Bariti	Paediatric nurse
S. P. Massawe	Supplies officer
Sume Mmamamezilu	Eye doctor
Patrice A. Sowa	Obstetrics and gynaecology
Zainab Chaula	Physician
Nkindo Shekalaghe	Social welfare
Lydia A. Kisawga	Lab technician
Rehema S. Mginah	Hospital matron
Denis A. Mbepera	Hospital Pharmacist

Bahi CHMT in Dodoma

Dr. Gerald Maro	Acting DMO
Lamele Mmbaga	DHS
Aloyce Hanle	DLT
James Migunga	DTLC
Mustafa Ngwila	DHIMS-co
Happiness J. Komogo	DTHO

Morogoro RHMT

Dr. Frida T.Mokiti	RMO
Allen M. Malisa	RP
Carle S. Hyimo	RHO
Mafiah Salanwa	RLT
Mankau Bila Jofa	RHS

Morogoro HMT

Dr. Marco Nkya	MO in charge
Hores Isaack Msaky	Paediatrician
Faustine Mmakgoli	Assistant medical officer
Mary S. Mchimbi	Registered nurse
Mohamed Smbeya	EN
Tumaini M. Okinda	Accountant
Leo M. Mubhini	Pharmacy dept.
Temba Herilinda	MO in head internal medicine
A.A. Lupembe	Radiographer
Beatha Molla	Nurse in charge of Psychiatric unit
Euakim A. Mwanga	Laboratory technician

Municipal CHMT in Morogoro

Dr. A. Mahito	Municipal medical officer
William N.P Lema	Municipal health officer
Mr. B. F. Weshi	Health officer

Development Partners

Mr. Jacques Mader	Swiss Agency for Development and Cooperation
-------------------	--

TC-RRHM experts

Ms. Naomi Okada	Chief Advisor/M&E
Ms. Erika Fukushi	Ag. Chief Advisor/Health System Management/Governance
Ms. Mayumi Sugihara	Human Resource Development Specialist
Ms. Chiho Ikeda	Coordinator/Training Planning
Mr. Richard Mryenyelwa	Program Officer

Annex 6: List of Good Practices

	Category	RHMT	Good Practice	Indicator
1	CCHP/report	Arusha	7CHMT's prepare and submit quality Quarterly reports timely by June 2010	7 CHMT's submitted quarterly reports timely by August 2010
2	CCHP/report	Coast	Timely CCHP submission and report	* 7 council's CCHP submitted to RHMT by April 2010 * 7 councils quarterly report submitted 4 weeks at the end of the quarter
3	CCHP/report	Dodoma	Six CHMTs of Dodoma Region to submit CCHP (reports) to RHMT by April 2010	All 6 CHMTs submit CCHP report by April 2010
4	CCHP/report	DSM	CHMTs to produce reports that fulfill the requirement of the planning guide every quarter	Number of quarterly reports that fulfill the requirements of reporting guide and submitted in time
5	CCHP/report	DSM	2. All 3 CHMTs are to be able to produce annual CCHP that fulfill the requirement of the planning guide by 31 st of may yearly	Number of CCHPs that fulfill the requirements submitted in time
6	CCHP/report	Kilimanjaro	CCHP and Quarterly reports submitted timely by all 7 CHMTs by 2012	* 7 CCHPs available at the RHMT office by March by March 2011 * 7 CHMT quarterly reports available at the RHMT office by June,2011
7	CCHP/report	Lindi	All six CHMTs in the Lindi Region improved in planning and reporting by June 2011.	Timely submission of 6 CCHP and 24 quarterly implementation reports from six LGAs by June 2010.
8	CCHP/report	Mara	1Improved technical and financial reports of CCHP from 6 LGAs	Technical and financial CCHPs reports written according to guideline and submitted to RHMT by 15 October, 15 January, 15 April, 15 July.
9	CCHP/report	Mara	1.Improved development of CCHPs in 6 LGAs	CCHPs in 6LGAs developed according to the guideline and submitted to RHMT by 15 April
#	CCHP/report	Mbeya	All 8 Councils produce quality CCHPs	Proportion of CCHPs accepted and approved for funding by June 2010
#	CCHP/report	Mtwara	Improved Quality of Quarterly Progressive Reports in all 6 LGAs	Proportion of LGAs submitted complete quarterly performance progress and financial reports by the 4th week after the end of each quarter increases
#	CCHP/report	Mtwara	Improved Quality of CCHPs in all 6 LGAs	Proportion of CCHPs with score of more than 70 points during initial RS/RHMT assessment increases by June 2010

	Category	RHMT	Good Practice	Indicator
#	CCHP/report	Mwanza	Improved quality of technical and financial reports	*Increase number of scores in technical and financial reports *Increase scores from 70% to 90% in technical and financial reports by June 2010
#	CCHP/report	Ruvuma	1. Improved preparation of CCHP and quarterly reports by CHMTs.	* All 5 CHMTs adhered to CCHP guideline in preparation of their CCHPs. * All 5 CHMTs prepared and submitted quarterly reports according to CCHP guideline
#	CCHP/report	Shinyanga	Quality Health plans By CHMTS	CCHPs from all the eight councils meeting the planning Guidelines by June 2011
#	CCHP/report	Singida	4 CHMTs of Singida adhere to the CCHP planning and reporting guidelines.	* Proportion of CCHPs meeting planning guidelines by May annually * Number of CHMTs preparing and submitting CCHPs (Physical and financial reports) quarterly
#	CCHP/report	Tabora	Improved quality CCHPs in all 6 Councils	All 6 CCHPs qualified and approved for funding by June 2010.
#	CCHP/report	Tanga	CHMTs in Tanga Region submit their quarterly CCHP reports timely by 2011.	Number of CCHP reports received timely from CHMTs
#	S/Supervision	Coast	Improved quality of supportive supervision among CHMTs and HMTs	* SS schedule to be available in all 7 CHMTs by June 2010 * Quarterly SS to HFs conducted by CHMTs by June 2010 * Quarterly SS report in place from all 7 councils by June 2010
#	S/Supervision	Kigoma	SS of CHMTs to HFs is functioning	Number of SS routes conducted.
#	S/Supervision	Morogoro	Improved SS from CHMTs to HF	All 6 CHMTs supervise each HF quarterly by June 2010
#	S/Supervision	Mwanza	SS from CHMTs to HFs in the districts are integrated and functional	All health facilities in the district are supervised according to the matrix schedule annually
#	S/Supervision	Rukwa	Effective supportive supervision from 5 CHMTs to health facilities by June 2010	*Number of quality reports produced by CHMTS to Health facilities by June 2010 *Availability of supervision checklist in all 5CHMTs by June 2010. *Reduced number of A/Q. *Community Perception of good quality
#	S/Supervision	Ruvuma	2.Improved effective feedback on SS to lower levels by all 5 CHMTs.	All 5 CHMTs are able to prepare and disseminate SS reports to lower level monthly / quarterly

	Category	RHMT	Good Practice	Indicator
#	S/Supervision	Shinyanga	Supportive supervision conducted by CHMTs is strengthened	Every health facility in a council is visited once quarterly by respective CHMTs by June 2011
#	S/Supervision	Tabora	Timely supportive supervision is done by CHMTs to HFs monthly.	Availability of supportive supervision checklist reports in all 6 CHMTs.
#	S/Supervision	Tanga	The Tanga Regional Hospital Management Team conducts monthly supportive supervision to the Regional Hospital by 2010.	*Number of monthly Supervisions conducted to the Regional Hospital management team *Number of supervision report developed by the HMT
#	Greater participation	Kagera	RHMTs, CHMTs and stake holders information sharing meeting done biannually.	Number of information sharing meeting conducted by RHMTs, CHMTs and Stake holders by June 2010.
#	Greater participation	Iringa	All CHMTs conduct annual stakeholders meeting by December 2010	Number of LGAs conducted annual stakeholders meetings by December 2010
#	Greater participation	Manyara	6CHMTs involve stakeholders in preparation of CCHP *Define who 'stakeholders' are. (comment)	* Representation of all stakeholders in each council during preparation of CCHP
#	IDWE	Iringa	All LGAs collect and present IDWE reports complete and timely	Number of LGAs submitted 52 IDWE reports complete and timely by December 2010
#	IDWE	Mbeya	All Councils submit disease surveillance reports (IDWE) to RHMT timely	Percentage of councils submitted disease surveillance reports every Friday by December 2010.
#	Reg Hospital plan	Kagera	HMT of Kagera regional hospital produce comprehensive annual operational plan for 2010/2011.	Kagera regional Hospital comprehensive operational plan produced June 2010.
#	HMIS	Mara	HMIS data management improved in 6 CHMTs	*Proportion of quarterly HMIS reports from 6 CHMTs submitted to RHMT which are complete and accurate *Proportion of quarterly HMIS reports submitted timely to RHMT by 6 CHMTs
#	Immunization	Iringa	Increase immunization coverage of all immunizable disease among under one children from 80% to 90% by March 2010 in all LGAs	Number of CHMTs with vaccination coverage of 90% by March 2010

4. 全 21 州 Capacity Assessment、Task Assessment 結果

(1) 全21州Capacity Assessment結果

			#1 CA	#2CA	#3 CA	#4 CA	#5 CA	
			Nov. 2008	Apr. 2009	Nov. 2009	May-10	Aug/Sep 2010	
1	Mtwara	1	Planning and Report Writing	3.2	4.2			4.1
		2	Coordination	3.8	3.9			3.9
		3	Time Management	3.3	4.1			3.8
		4	Coaching/ Mentoring	3.7	4.6			4.1
		5	Resource Management	3.1	3.8			3.8
		6	Policy Knowledge	3.5	3.4			3.7
2	Lindi	1	Planning and Report Writing	3.9			3.8	
		2	Coordination	4.2			3.6	
		3	Time Management	4.4			3.2	
		4	Coaching/ Mentoring	4.3			3.7	
		5	Resource Management	4.3			3.1	
		6	Policy Knowledge	3.8			3.5	
3	Kigoma	1	Planning and Report Writing	3.5	3.5	3.8		3.3
		2	Coordination	3.0	3.4	3.1		3.0
		3	Time Management	2.5	3.6	3.6		3.5
		4	Coaching/ Mentoring	3.0	3.7	3.5		3.3
		5	Resource Management	3.6	3.6	3.5		3.1
		6	Policy Knowledge	3.0	3.6	3.5		3.6
4	Tabora	1	Planning and Report Writing	2.9		2.9	3.6	
		2	Coordination	3.0		3.0	3.4	
		3	Time Management	3.3		3.3	2.9	
		4	Coaching/ Mentoring	3.0		3.0	3.7	
		5	Resource Management	2.9		2.9	3.8	
		6	Policy Knowledge	3.0		3.0	4.0	
5	Morogoro	1	Planning and Report Writing	3.5	3.8			3.8
		2	Coordination	3.5	4.0			3.7
		3	Time Management	4.0	4.0			3.6
		4	Coaching/ Mentoring	4.0	3.8			3.9
		5	Resource Management	3.8	3.2			3.4
		6	Policy Knowledge	3.5	3.7			4.1
6	Coast	1	Planning and Report Writing	4.1	4.0	3.5	3.9	
		2	Coordination	4.0	3.8	3.9	4.1	
		3	Time Management	4.0	3.8	3.4	3.5	
		4	Coaching/ Mentoring	4.1	4.0	4.0	3.8	
		5	Resource Management	3.5	3.5	3.5	3.5	
		6	Policy Knowledge	3.9	3.8	4.2	4.1	
7	DSM	1	Planning and Report Writing	4.1	3.8	3.7	3.7	
		2	Coordination	3.2	3.5	4.0	4.0	
		3	Time Management	3.0	3.0	3.6	3.6	
		4	Coaching/ Mentoring	3.3	3.1	3.9	3.9	
		5	Resource Management	3.1	3.8	3.8	3.8	
		6	Policy Knowledge	4.0	3.9	3.8	3.8	
8	Dodoma	1	Planning and Report Writing	3.8	4.1			4.0
		2	Coordination	4.1	4.4			4.1
		3	Time Management	3.8	4.4			3.7
		4	Coaching/ Mentoring	4.3	4.5			4.1
		5	Resource Management	4.0	4.2			3.9
		6	Policy Knowledge	3.6	4.2			4.1
9	Manyara	1	Planning and Report Writing	3.7	2.8	3.6	3.3	
		2	Coordination	3.5	3.0	3.8	3.7	
		3	Time Management	3.0	3.3	3.5	3.3	
		4	Coaching/ Mentoring	3.1	3.6	3.9	4.0	
		5	Resource Management	3.7	3.1	3.5	3.8	
		6	Policy Knowledge	3.3	3.7	3.6	3.4	
		1	Planning and Report Writing	4.0	4.1	3.6	4.0	

			#1 CA	#2CA	#3 CA	#4 CA	#5 CA	
			Nov. 2008	Apr. 2009	Nov. 2009	May-10	Aug/Sep 2010	
10	Singida	2	Coordination	4.0	4.0	3.4	3.8	
		3	Time Management	3.3	4.1	3.2	4.0	
		4	Coaching/ Mentoring	4.6	4.3	3.5	4.3	
		5	Resource Management	3.1	3.9	3.1	3.9	
		6	Policy Knowledge	4.2	4.1	3.3	4.0	
11	Arusha	1	Planning and Report Writing	3.8	4.0			3.5
		2	Coordination	4.0	4.3			3.3
		3	Time Management	3.0	4.2			3.0
		4	Coaching/ Mentoring	3.5	4.5			3.6
		5	Resource Management	3.0	4.1			3.5
		6	Policy Knowledge	3.8	4.6			4.0
12	Kilimanjaro	1	Planning and Report Writing	3.4		3.8	3.5	
		2	Coordination	3.2		3.9	3.8	
		3	Time Management	3.4		3.4	3.3	
		4	Coaching/ Mentoring	3.0		3.9	3.7	
		5	Resource Management	3.5		3.6	3.3	
		6	Policy Knowledge	3.0		3.9	3.6	
13	Tanga	1	Planning and Report Writing	4.0	3.5	3.3	3.5	
		2	Coordination	3.9	3.8	3.5	3.8	
		3	Time Management	4.0	3.3	3.5	3.7	
		4	Coaching/ Mentoring	3.9	3.6	3.5	3.5	
		5	Resource Management	3.8	3.9	3.3	3.3	
		6	Policy Knowledge	3.9	4.0	3.9	3.5	
14	Iringa	1	Planning and Report Writing	3.5	3.7			3.1
		2	Coordination	2.9	3.3			3.4
		3	Time Management	2.9	3.5			2.7
		4	Coaching/ Mentoring	3.5	3.6			3.5
		5	Resource Management	3.0	3.0			3.1
		6	Policy Knowledge	3.6	3.5			2.9
15	Ruvuma	1	Planning and Report Writing	3.8	3.5	3.7	3.1	
		2	Coordination	2.9	3.6	3.3	3.3	
		3	Time Management	2.5	3.5	2.9	2.7	
		4	Coaching/ Mentoring	3.0	3.5	3.5	3.3	
		5	Resource Management	2.9	3.6	3.4	3.1	
		6	Policy Knowledge	3.0	3.6	3.8	3.4	
16	Mbeya	1	Planning and Report Writing	3.6	3.6	3.8		3.4
		2	Coordination	3.6	4.0	3.9		3.5
		3	Time Management	3.7	3.2	3.6		3.5
		4	Coaching/ Mentoring	3.8	3.8	4.0		3.7
		5	Resource Management	3.1	3.6	3.8		3.3
		6	Policy Knowledge	3.8	2.8	4.2		3.3
17	Rukwa	1	Planning and Report Writing	3.2	3.7	3.2	3.3	
		2	Coordination	4.1	3.1	3.4	3.4	
		3	Time Management	3.8	3.1	3.3	3.2	
		4	Coaching/ Mentoring	4.1	3.6	3.4	3.5	
		5	Resource Management	3.9	4.0	3.3	3.5	
		6	Policy Knowledge	3.7	3.6	3.6	3.5	
18	Mwanza	1	Planning and Report Writing	2.4	3.6	3.6		3.8
		2	Coordination	3.5	4.0	3.8		4.0
		3	Time Management	2.0	3.4	3.9		3.6
		4	Coaching/ Mentoring	2.8	3.9	4.4		4.2
		5	Resource Management	2.3	3.4	4.0		4.0
		6	Policy Knowledge	2.6	4.1	4.3		4.4
		1	Planning and Report Writing	3.9			4.1	
		2	Coordination	3.9			3.8	

				#1 CA	#2CA	#3 CA	#4 CA	#5 CA
				Nov. 2008	Apr. 2009	Nov. 2009	May-10	Aug/Sep 2010
19	Kagera	3	Time Management	4.1			4.0	
		4	Coaching/ Mentoring	4.0			4.0	
		5	Resource Management	4.0			3.5	
		6	Policy Knowledge	3.9			4.1	
20	Mara	1	Planning and Report Writing	3.3		3.7	3.2	
		2	Coordination	3.3		3.6	3.3	
		3	Time Management	3.1		3.3	2.1	
		4	Coaching/ Mentoring	3.4		4.0	3.3	
		5	Resource Management	3.2		3.5	2.4	
		6	Policy Knowledge	3.4		3.3	3.2	
21	Shinyanga	1	Planning and Report Writing	3.0		3.0	3.5	
		2	Coordination	3.5		3.5	3.4	
		3	Time Management	3.6		3.6	3.1	
		4	Coaching/ Mentoring	3.4		3.4	3.7	
		5	Resource Management	3.3		3.3	3.2	
		6	Policy Knowledge	2.9		2.9	3.8	

(2) 全21州Task Assessment結果

				#2 CMSS	#3 CMSS	#4 CMSS	#5 CMSS
				#1 TA	#2 TA	#3 TA	#4 TA
				Apr. 2009	Nov. 2009	May 2010	Aug/Sep 2010
1	Mtwara	1	Annual Plans and Strategies	4	/	/	4
		2	Policy Dissemination	3	/	/	3
		3	Private Sector Support	4	/	/	2
		4	Coordination of Health Services in the Region	2	/	/	3
		5	Human Resource Management	1	/	/	2
		6	Quality Assurance of Health and Social Welfare Services	2	/	/	3
		7	Emergency and Disaster Preparedness	0	/	/	3
		8	Support of Regional Referral Hospital	1	/	/	2
		9	Network System	0	/	/	1
		10	Innovative Supervision	3	/	/	4
2	Lindi	1	Annual Plans and Strategies	/	4	4	/
		2	Policy Dissemination	/	3	3	/
		3	Private Sector Support	/	5	5	/
		4	Coordination of Health Services in the Region	/	5	5	/
		5	Human Resource Management	/	4	4	/
		6	Quality Assurance of Health and Social Welfare Services	/	4	4	/
		7	Emergency and Disaster Preparedness	/	4	4	/
		8	Support of Regional Referral Hospital	/	4	4	/
		9	Network System	/	5	5	/
		10	Innovative Supervision	/	5	5	/
3	Kigoma	1	Annual Plans and Strategies	3	3	/	4
		2	Policy Dissemination	3	2	/	4
		3	Private Sector Support	2	5	/	4
		4	Coordination of Health Services in the Region	2	3	/	3
		5	Human Resource Management	3	5	/	3
		6	Quality Assurance of Health and Social Welfare Services	3	4	/	3
		7	Emergency and Disaster Preparedness	2	5	/	3
		8	Support of Regional Referral Hospital	4	3	/	2
		9	Network System	1	2	/	3
		10	Innovative Supervision	2	3	/	3
4	Tabora	1	Annual Plans and Strategies	/	4	3	/
		2	Policy Dissemination	/	1	1	/
		3	Private Sector Support	/	4	3	/
		4	Coordination of Health Services in the Region	/	5	1	/
		5	Human Resource Management	/	3	3	/
		6	Quality Assurance of Health and Social Welfare Services	/	1	2	/
		7	Emergency and Disaster Preparedness	/	1	3	/
		8	Support of Regional Referral Hospital	/	3	2	/
		9	Network System	/	1	2	/
		10	Innovative Supervision	/	2	2	/
5	Morogoro	1	Annual Plans and Strategies	5	/	/	4
		2	Policy Dissemination	5	/	/	4
		3	Private Sector Support	4	/	/	5
		4	Coordination of Health Services in the Region	4	/	/	5
		5	Human Resource Management	3	/	/	4
		6	Quality Assurance of Health and Social Welfare Services	4	/	/	5
		7	Emergency and Disaster Preparedness	3	/	/	4
		8	Support of Regional Referral Hospital	3	/	/	5
		9	Network System	4	/	/	5
		10	Innovative Supervision	5	/	/	5
6	Coast	1	Annual Plans and Strategies	/	2	1	/
		2	Policy Dissemination	/	0	3	/
		3	Private Sector Support	/	3	2	/

				#1 TA	#2 TA	#3 TA	#4 TA		
				Apr. 2009	Nov. 2009	May 2010	Aug/Sep 2010		
		4	Coordination of Health Services in the Region		3	4			
		5	Human Resource Management		4	2			
		6	Quality Assurance of Health and Social Welfare Services		3	1			
		7	Emergency and Disaster Preparedness		4	3			
		8	Support of Regional Referral Hospital		4	0			
		9	Network System		3	4			
		10	Innovative Supervision		3	1			
		7	DSM	1	Annual Plans and Strategies		4	3	
		2	Policy Dissemination		4	2			
		3	Private Sector Support		3	2			
4	Coordination of Health Services in the Region		3	3					
5	Human Resource Management		3	3					
6	Quality Assurance of Health and Social Welfare Services		4	3					
7	Emergency and Disaster Preparedness		4	4					
8	Support of Regional Referral Hospital		3	0					
9	Network System		4	2					
10	Innovative Supervision		4	2					
8	Dodoma	1	Annual Plans and Strategies	4			5		
		2	Policy Dissemination	4			2		
		3	Private Sector Support	3			3		
		4	Coordination of Health Services in the Region	3			3		
		5	Human Resource Management	3			3		
		6	Quality Assurance of Health and Social Welfare Services	3			3		
		7	Emergency and Disaster Preparedness	5			3		
		8	Support of Regional Referral Hospital	4			2		
		9	Network System	4			4		
		10	Innovative Supervision	4			4		
9	Manyara	1	Annual Plans and Strategies		3	2			
		2	Policy Dissemination		2	3			
		3	Private Sector Support		3	3			
		4	Coordination of Health Services in the Region		3	3			
		5	Human Resource Management		3	3			
		6	Quality Assurance of Health and Social Welfare Services		2	1			
		7	Emergency and Disaster Preparedness		2	2			
		8	Support of Regional Referral Hospital		2	2			
		9	Network System		3	1			
		10	Innovative Supervision		4	2			
10	Singida	1	Annual Plans and Strategies		4	4			
		2	Policy Dissemination		3	4			
		3	Private Sector Support		3	4			
		4	Coordination of Health Services in the Region		4	4			
		5	Human Resource Management		3	3			
		6	Quality Assurance of Health and Social Welfare Services		3	4			
		7	Emergency and Disaster Preparedness		4	3			
		8	Support of Regional Referral Hospital		3	3			
		9	Network System		2	4			
		10	Innovative Supervision		4	4			
11	Arusha	1	Annual Plans and Strategies	4			4		
		2	Policy Dissemination	5			3		
		3	Private Sector Support	5			3		
		4	Coordination of Health Services in the Region	5			4		
		5	Human Resource Management	4			4		
		6	Quality Assurance of Health and Social Welfare Services	4			5		
		7	Emergency and Disaster Preparedness	4			0		

			#1 TA Apr. 2009	#2 TA Nov. 2009	#3 TA May 2010	#4 TA Aug/Sep 2010
		8	Support of Regional Referral Hospital	3	/	3
		9	Network System	3	/	5
		10	Innovative Supervision	0	/	4
12	Kilimanjaro	1	Annual Plans and Strategies	/	2	2
		2	Policy Dissemination	/	5	4
		3	Private Sector Support	/	2	4
		4	Coordination of Health Services in the Region	/	4	4
		5	Human Resource Management	/	4	2
		6	Quality Assurance of Health and Social Welfare Services	/	4	3
		7	Emergency and Disaster Preparedness	/	4	5
		8	Support of Regional Referral Hospital	/	3	2
		9	Network System	/	3	2
		10	Innovative Supervision	/	3	4
13	Tanga	1	Annual Plans and Strategies	/	3	4
		2	Policy Dissemination	/	3	2
		3	Private Sector Support	/	4	4
		4	Coordination of Health Services in the Region	/	4	4
		5	Human Resource Management	/	3	3
		6	Quality Assurance of Health and Social Welfare Services	/	4	4
		7	Emergency and Disaster Preparedness	/	4	4
		8	Support of Regional Referral Hospital	/	4	3
		9	Network System	/	4	3
		10	Innovative Supervision	/	3	4
14	Iringa	1	Annual Plans and Strategies	4	/	1
		2	Policy Dissemination	0	/	3
		3	Private Sector Support	3	/	1
		4	Coordination of Health Services in the Region	0	/	1
		5	Human Resource Management	2	/	1
		6	Quality Assurance of Health and Social Welfare Services	0	/	2
		7	Emergency and Disaster Preparedness	0	/	1
		8	Support of Regional Referral Hospital	0	/	1
		9	Network System	0	/	1
		10	Innovative Supervision	0	/	1
15	Ruvuma	1	Annual Plans and Strategies	/	4	2
		2	Policy Dissemination	/	4	3
		3	Private Sector Support	/	2	1
		4	Coordination of Health Services in the Region	/	2	2
		5	Human Resource Management	/	3	2
		6	Quality Assurance of Health and Social Welfare Services	/	4	1
		7	Emergency and Disaster Preparedness	/	3	3
		8	Support of Regional Referral Hospital	/	1	2
		9	Network System	/	0	4
		10	Innovative Supervision	/	3	3
16	Mbeya	1	Annual Plans and Strategies	3	3	/
		2	Policy Dissemination	2	3	/
		3	Private Sector Support	4	5	/
		4	Coordination of Health Services in the Region	1	4	/
		5	Human Resource Management	4	5	/
		6	Quality Assurance of Health and Social Welfare Services	4	4	/
		7	Emergency and Disaster Preparedness	0	4	/
		8	Support of Regional Referral Hospital	4	5	/
		9	Network System	3	3	/
		10	Innovative Supervision	3	3	/
17	Rukwa	1	Annual Plans and Strategies	/	2	3

			#1 TA	#2 TA	#3 TA	#4 TA
			Apr. 2009	Nov. 2009	May 2010	Aug/Sep 2010
		2	Policy Dissemination	1	3	
		3	Private Sector Support	2	3	
		4	Coordination of Health Services in the Region	1	3	
		5	Human Resource Management	1	4	
		6	Quality Assurance of Health and Social Welfare Services	1	2	
		7	Emergency and Disaster Preparedness	1	2	
		8	Support of Regional Referral Hospital	3	2	
		9	Network System	1	3	
		10	Innovative Supervision	1	2	
18	Mwanza	1	Annual Plans and Strategies	4	4	5
		2	Policy Dissemination	2	4	5
		3	Private Sector Support	5	4	5
		4	Coordination of Health Services in the Region	3	5	4
		5	Human Resource Management	1	3	2
		6	Quality Assurance of Health and Social Welfare Services	1	4	5
		7	Emergency and Disaster Preparedness	1	4	4
		8	Support of Regional Referral Hospital	4	4	3
		9	Network System	4	5	5
		10	Innovative Supervision	1	4	3
19	Kagera	1	Annual Plans and Strategies		4	4
		2	Policy Dissemination		3	4
		3	Private Sector Support		4	4
		4	Coordination of Health Services in the Region		4	4
		5	Human Resource Management		2	3
		6	Quality Assurance of Health and Social Welfare Services		3	4
		7	Emergency and Disaster Preparedness		4	4
		8	Support of Regional Referral Hospital		3	4
		9	Network System		1	3
		10	Innovative Supervision		3	4
20	Mara	1	Annual Plans and Strategies		3	3
		2	Policy Dissemination		3	2
		3	Private Sector Support		4	2
		4	Coordination of Health Services in the Region		4	3
		5	Human Resource Management		4	1
		6	Quality Assurance of Health and Social Welfare Services		3	2
		7	Emergency and Disaster Preparedness		3	3
		8	Support of Regional Referral Hospital		3	1
		9	Network System		4	3
		10	Innovative Supervision		3	1
21	Shinyanga	1	Annual Plans and Strategies		3	3
		2	Policy Dissemination		3	3
		3	Private Sector Support		2	2
		4	Coordination of Health Services in the Region		3	3
		5	Human Resource Management		3	4
		6	Quality Assurance of Health and Social Welfare Services		3	4
		7	Emergency and Disaster Preparedness		3	4
		8	Support of Regional Referral Hospital		3	3
		9	Network System		2	3
		10	Innovative Supervision		3	3

