ケニア共和国
ニャンザ州保健マネージメント強化
プロジェクト
終了時評価調査報告書

平成25年2月
（2013年）

独立行政法人国際協力機構
ケニア事務所

ケニ事
ＪＲ
13-004

ケニア共和国
ニャンザ州保健マネージメント強化
プロジェクト
終了時評価調査報告書

平成25年2月
（2013年）

独立行政法人国際協力機構
ケニア事務所

序　　文

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

これを受け、独立行政法人国際協力機構（JICA）は 2009 年 7 月 1 日から 4 カ年にわたる技術協力プロジェクト「ニャンザ州保健マネージメント強化プロジェクト」を開始しました。

今般、プロジェクト目標が達成されたかを総合的に検証し、これまでの実績を確認のうえ、残り協力期間ですべきことを取りまとめることを目的とし、2013 年 1 月 9 日から 24 日まで、JICA はケニア側と合同で同プロジェクトの終了時評価を実施しました。

本報告書は、合同評価調査団の調査・評価結果を取りまとめたものであり、今後のプロジェクトの展開、さらには類似のプロジェクトにも活用されることを期待いたします。

ここに、本調査に対してご協力とご支援を賜りました両国関係者の皆様に深い謝意を表すとともに、引き続き一層のご支援をお願いする次第です。

平成 25 年 2 月

独立行政法人国際協力機構
ケニア事務所長　江口　秀夫

目　　次

序　文
目　次
写　真
略語表

評価調査結果要約表

第１章　終了時評価調査の概要……1
　１－１　終了時評価団派遣の経緯……1
　１－２　終了時評価調査の方法……1
　　１－２－１　終了時評価調査の手順……1
　　１－２－２　５項目評価……1
　　１－２－３　データ収集方法……2
　１－３　終了時評価団の構成……2
　１－４　評価調査日程……3

第２章　プロジェクトの概要……4
　２－１　プロジェクトの背景と目的……4
　２－２　プロジェクトの枠組み……4
　２－３　プロジェクトのアプローチ……7

第３章　調査結果……8
　３－１　投入実績……8
　　３－１－１　日本側投入……8
　　３－１－２　ケニア側投入……9
　３－２　活動実績……9
　３－３　アウトプットの実績……10
　　３－３－１　アウトプット１の達成度……10
　　３－３－２　アウトプット２の達成度……13
　　３－３－３　アウトプット３の達成度……16
　　３－３－４　アウトプット４の達成度……20
　３－４　プロジェクト目標の達成度……21

第４章　実施プロセス……24
　４－１　計画に起因する事柄……24
　４－２　実施プロセスに起因する事柄……24

第５章　５項目評価……27
５－１　妥当性……27
５－２　有効性……29
５－３　効率性……30
５－４　インパクト……32
５－５　持続性……36
５－５－１　政策面での持続性……36
５－５－２　財政的な持続性……36
５－５－３　技術的な持続性……37
５－６　結　論……38

第６章　提言と教訓……39
６－１　提　言……39
６－２　教　訓……39

付属資料
１．合同終了時評価報告書（英文）……43
２．アウトプット２における評価項目……137

写　　真

Gem 県の保健施設におけるフォーカスグループディスカッション（終了時評価調査時）

プロジェクト評価のための参加型評価ワークショップの様子（終了時評価調査時）

プロジェクトの支援により道路脇に設置された
保健施設の場所を示すサインポスト（Gem 県）

医療用廃棄物の分別用にプロジェクトが提供した
色付きゴミ箱（Gem 県 Gongo 保健センター）

プロジェクトが支援した 5S-Kaizen 活動の成果
（Gem 県 Gongo 保健センター）

自転車（CHW 使用）とバイク（CHEW 使用）

パイロット県のひとつである Gem 県のコミュニティ・ユニットは、
2010 年にケニア国内で最も優秀なコミュニティ・ユニットに選ばれている。

略　語　表

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
AMREF	African Medical and Research Foundation	アフリカ医療研究財団
ANC	Antenatal Care	産前ケア（産前健診）
AOP	Annual Operational Plan	年間活動計画
AWP	Annual Work Plan	年間活動計画
CBO	Community-Based Organization	住民組織
CDC	Center for Disease Control and Prevention	(米)疾病予防管理センター
CHEW	Community Health Extension Worker	コミュニティヘルス普及員
CHS	Community Health Strategy	コミュニティヘルス戦略
CHW	Community Health Worker	コミュニティ・ヘルスワーカー
CoP	Communities of Practice	研修機関ネットワーク
C/P	Counterpart	カウンターパート
DHMT	District Health Management Team	県保健マネージメントチーム
DHPO	District Health Promotion Officer	県保健プロモーションオフィサー
DMOH	District Medical Officer of Health	県保健メディカルオフィサー
DPHS	Department of Public Health and Sanitation	公衆衛生部
FBO	Faith-Based Organization	信仰に基づく団体
GLUK	Great Lake University of Kisumu	キスムグレートレーク大学
GOK	Government of Kenya	ケニア共和国政府
HF	Health Facility	保健施設
HIIs	High Impact Interventions	インパクトの高い介入策
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HMIS	Health Management Information System	保健マネージメント情報システム
HRH	Human Resources for Health	保健人材
HSM	Health System Management	保健システムマネージメント
HSSF	Health Sector Service Fund	保健セクターサービス基金
ICAP	International Center for AIDS Care and Treatment Programs	―
ICC	Inter-agency Coordination Committee	援助機関調整委員会
ICT	Information and Communication Technology	情報通信技術
IEC	Information, Education & Communication	情報・教育・通信
IMSS	Integrated Management Supportive Supervision	統合的マネージメント・サポーティブ・スーパービジョン
IPPF	International Planned Parenthood Federation	国際家族計画連盟
JCC	Joint Coordination Committee	合同調整委員会

JFY	Japanese Fiscal Year	日本の会計年度
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
KDHS	Kenya Health Demographic Survey	ケニア保健人口統計
KEMRI	Kenya Medical Research Institute	ケニア中央医療研究所
KIHSM	Kenya Institute of Health System Management	ー
KMTC	Kenya Medical Training College	ケニア医療研修所
Ksh	Kenyan Shilling	ケニア・シリング（通貨単位）
M&E	Monitoring and Evaluation	モニタリング・評価
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
MDG	Millennium Development Goal	ミレニアム開発目標
MoMS	Ministry of Medical Services	医療サービス省
MoPHS	Ministry of Public Health and Sanitation	公衆衛生省
MSH	Management Sciences for Health	ー（組織名称）
MVP	Millennium Village Program	ミレニアム・ビレッジ・プログラム
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NHSSP	National Health Sector Strategic Plan	国家保健セクター戦略計画
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
PDCA	Plan-Do-Check-Action	ー
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PDPHS	Provincial Director of Public Health & Sanitation	州公衆衛生局長
PHMT	Provincial Health Management Team	州保健マネージメントチーム
PO	Plan of Operations	活動計画
PSC	Project Steering Committee	プロジェクト運営委員会
PSI	Population Services International	ー（組織名称）
R/D	Record of Discussions	討議議事録
SEMAH	Strengthening Management for Health in Nyanza	ニャンザ州保健マネージメント強化プロジェクト
TAGs	Transformation Action Groups	トランスフォーメーション・アクション・グループ
TICAD	Tokyo International Conference on African Development	アフリカ開発会議
TMWG	Training Management Working Group	研修マネージメント作業部会
TWG	Technical Working Group	技術作業部会
UCAN	Unity, Communication, Advocacy and Networking	保健プロモーション
UCAN-WG	UCAN Working Group	保健プロモーション作業部会
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金

USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
WG	Working Group	ワーキンググループ
WHO	World Health Organizatiion	世界保健機関

評価調査結果要約表

<table>
<tr><td colspan="3">１．案件の概要</td></tr>
<tr><td colspan="2">国名：ケニア共和国</td><td>案件名：ニャンザ州保健マネージメント強化プロジェクト</td></tr>
<tr><td colspan="2">分野：保健システム</td><td>援助形態：技術協力プロジェクト</td></tr>
<tr><td colspan="2">所轄部署：ケニア事務所</td><td>協力金額（評価時点）：　3.7 億円</td></tr>
<tr><td rowspan="2">協力期間</td><td rowspan="2">2009 年 7 月～2013 年 6 月（4 年間）</td><td>先方関係機関：公衆衛生省、ニャンザ州公衆衛生局、ニャンザ州内県公衆衛生局</td></tr>
<tr><td>日本側協力機関：なし</td></tr>
<tr><td colspan="3">他の関連協力：なし</td></tr>
<tr><td colspan="3">１－１　協力の背景と概要
ケニア共和国（以下、「ケニア」と記す）の保健行政は、2008 年に保健省が公衆衛生省及び医療サービス省に二分され、現在 2 つの省により執り行われている。また、地方行政の単位としては、本省、州、県、コミュニティという単位で保健サービスが実施されている。なお、州及び県では「州・県保健行政チーム」が保健行政マネージメント（保健計画、予算、実施、モニタリング・評価など）を統括している。
ケニアの保健医療セクターでは、開発パートナーなどの協力を得ながら、さまざまな努力が行われてきた。1963 年の独立から 1990 年代前半までは保健指標の向上がみられたが、1990 年代中盤以降は HIV エイズの蔓延、経済的格差の拡大などを理由に健康水準の後退が続き、2000 年代に入っても乳児死亡率や小児死亡率、妊産婦死亡率などは悪化した。しかし、2008/9 年に実施された保健調査で乳児死亡率や小児死亡率の改善が報告されている。1990 年代中盤以降に健康水準が後退してきた原因としては、HIV の感染蔓延に加え、疾病の複雑化、医療サービスの多様化、それに伴う保健医療人材の量的・質的な不足、医療資源不足による保健医療サービス全般の量と質の低下が大きな原因である。その結果、受益者が保健サービス提供者のモチベーション低下につながるという悪循環を起こした。
これを受けて、ケニア政府は、国家保健セクター戦略 II を策定し、保健の地方分権化を促進することを決定した。このため、地方レベルでの保健行政官たちは、計画、実行、モニタリング・評価（M&E）などの事業サイクルの管理を行うことが求められるようになった。また、保健財源の確保と適正な執行を行い、保健情報システム、医薬品・備品の調達システムも州及び県レベルで整備することとなり、県・施設レベルでの物品を含む財政管理能力を中心とするマネージメント能力の強化も緊急な課題となっている。
本プロジェクトは、ニャンザ州を含む地域において実施された技術協力プロジェクト「西部地域保健医療サービス向上プロジェクト」（2005～2008 年）の実績と経験を踏まえ、「効果的な保健サービス提供のためには、州及び県の保健行政機関の管理能力強化が必要である」との提言が上記プロジェクトより導かれた。また、本プロジェクトのモデル州であるニャンザ州は保健分野の多くの重要指標において、全国でも劣悪な数値を示しており、包括的な保健医療全体の改善が望まれる。
これらの状況を踏まえ、ケニア政府からの要請に基づき、独立行政法人国際協力機構（JICA）はニャンザ州を対象とした技術協力プロジェクト「ニャンザ州保健マネージメント強化プロジェクト」を 2009 年 7 月から 4 年間の計画で実施している。本プロジェクトは、ニャンザ州及び県レベルの保健行政官個人及び州・県保健行政チームのマネージメント能力の強化をめざした事業である。</td></tr>
</table>

１－２　協力内容

本プロジェクトは、ニャンザ州及び県レベルの保健行政官個人及び保健行政組織の支援的リーダーシップ及び戦略的マネージメント能力の強化を通したキャパシティ・ディベロップメント事業を展開し、ケニアにおける保健システム強化のモデルづくりを推進するものである。

（１）上位目標

ニャンザ州におけるプライマリー・ヘルス・ケア・サービスの質が向上する。

（２）プロジェクト目標

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

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

（３）アウトプット

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

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

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

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

（４）投入（終了時評価時点）

日本側：総投入額 3.5 億円

長期専門家派遣累計 5 名（チーフアドバイザー1 名、業務調整／IEC 教材開発：2011 年 6 月 30 日まで 1 名、業務調整／保健プロモーション：2011 年 7 月 1 日より 1 名、組織強化／研修マネージメント 1 名、保健行政マネージメント 1 名）

短期専門家派遣 1 名（保健情報システム）（2010 年 9 月 9 日～2010 年 12 月 23 日）

本邦研修 24 名

機材供与、車両、コンピューター、プリンター、コピー機など

相手国側：カウンターパート（C/P）98 名、施設の提供

２．調査団の概要			
調査者 （日本側）	団長： 協力企画： 評価分析：	花井　純一 清水　栄一 Elijah Kinyangi 喜多　桂子	JICA ケニア事務所　次長 JICA ケニア事務所広域企画調査員（保健・医療） JICA ケニア事務所　プログラムオフィサー（保健・医療） グローバルリンクマネージメント株式会社　シニアコンサルタント
調査期間	2012 年 1 月 9 日～1 月 24 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

＜中間レビューの提言についての対応状況＞

提言事項	提言内容	対応状況
1.プロジェクトデザインへの提言	1.1　上位目標の指標について 通常、上位目標はプロジェクト終了後 3～5 年後に達成されるものであるが、2011 年 3 月に実施されたベースライン調査結果によると、既に達成されつつある指標もあり、見直す必要がある。	住民側、保健従事者側の満足度は高い水準である。保健サービス提供に関してパイロット県では大きく改善されてきている。特にミレニアム開発目標（MDG）4, 5, 6 関連の指標の改善には目覚ましいものがあり、プロジェクト成果が 2013 年以降の地方分権化を支えるモデルとしてのエビデンスとなってきている。
	1.2　現行のプロジェクト目標の 2 指標とも自己評価によるものである。PHMT や DHMT のマネージメント能力の変化については現行の指標では測れないことから、指標の追加を検討した方がよい。	キャパシティ・アセスメントの結果のみならず、多面的な評価を実施しており、終了時評価では総合的な判断がされることが期待される。
	1.3　アウトプット２及び３で確立されるモデルと関連する成果品については、関係者で共通認識をもった方がよい。また、確立されるモデルが明確になった場合には必要に応じ、各活動を見直し PDM に反映させる。	中間評価以降、特にワーキンググループ活動を通して各県の C/P とも成果品を共有してきたが、特に 2012 年 1 月以降は中央での会議〔国際会議、援助機関調整委員会（ICC）会議やステークホルダー会議〕などにおいて、プロジェクト・ブースを設置するなどしてプロジェクト成果品を関係者と共有してきている。
2.プロジェクト実施に係る提言	2.1　アウトプット１、２及び３で確立された各モデルの有効性は、関係者及び開発パートナーによってきちんと検証され、標準化される必要がある。また、成果品については公衆衛生省による許可を得て、普及をする必要がある。	すべての成果品については、公衆衛生省と協働して作成してきている。また各成果が国家政策として認知されてきており、中央での普及作業も急速に進んできている。

	2.2　本プロジェクトではモデルの確立とエビデンスベースによる実証が中心となっており、残りのプロジェクト期間ではモデル及び各種成果品の普及に焦点をあてることになる。そのためには公衆衛生省との関係を強化しつつプロジェクトを実施していく必要がある。	現在までにプロジェクトで行ってきたオペレーション・リサーチの結果を各種のエビデンス会議や、中央でのステークホルダー会議などで紹介して、エビデンスに基づく政策反映を行ってきている。特に、ケニアでは初めてとなる州保健エビデンス会議や保健人材育成に関する国家エビデンス会議などを主催することで、この分野での先駆者として認識されている。プロジェクトでは 3 つの論文が国際誌に掲載されたほか、5 つの論文を投稿準備中である。
	2.3　MDG4（幼児死亡率の削減）及び MDG5（妊産婦の健康状態の改善）の達成に貢献するために他パートナーとの協働を更に促進する必要がある。また、そのためには保健プロモーションとサポーティブ・スーパービジョンを強化する必要がある。	サポーティブ・スーパービジョンについては、これまで国家統一チェックリストの作成などに寄与してきたが、11 月より中央のクオリティ・マネジメント ICC 会議で発表する機会を得てから、プロジェクトで行ってきたモデルが国家モデルとして今後普及拡大されていくことになっている。また国家的懸念である MDG5 の達成のために、①妊産婦死亡の全症例調査、②母子手帳の普及支援と国際会議の支援、③母子保健事業に関するバングラデシュとの次官級の相互訪問の実現、などを行ってサービス改善の側面支援をしてきている。
	2.4　討議議事録（R/D）に記載されているように、プロジェクトのモニタリングと調整を行うためにプロジェクトステアリングコミッティをキスムにて開催することとなっているが、今後は同会議を活性化する必要がある。	PHMT とのプロジェクトコーディネーション・ワーキンググループ会議を定期的に実施してきているほか、中央での定例会議にも積極的に出席して成果の普及を行ってきている。
	2.5　戦略的にプロジェクトの成果を保健システム強化につなげていくためには、プロジェクト広報に力を入れる必要がある。具体的には、既存の ICC において、プロジェクトで得られた教訓や経験を積極的に発表し、共有して行く。	上述のように、保健人材 ICC 会議では JICA がリードドナーとなって調整を行っているほか、保健財政 ICC、保健プロモーション ICC、コミュニティ保健 ICC、クオリティ・マネージメント ICC などに対しても積極的に関与してプロジェクト成果を普及してきている。

＜アウトプットの達成度＞

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

アウトプット１はプロジェクト終了時には達成される見込みである。

アウトプット１が達成されたとみなされるためには、実施モデルが完成し、すべての対象チーム（州保健マネージメントチーム及び 30 県保健マネージメントチーム）が研修を受講している必要がある。実施モデルの開発は 95％完了しており、PHMT と DHMT（4 パイ

ロット地域 33 DHMT）が研修を受講済みである。終了時評価直後に 15 DHMT に対する研修が終了しており、これをもって対象チームすべての研修が完了したことになる。研修プログラム（10 日間カリキュラム）は完成しているため、研修のファシリテーションに関するマニュアルと、トレーニングカリキュラム・資料の最終版の完成が今後の課題である。これらについては 2013 年 4 月の完成を予定している。

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

アウトプット２はプロジェクト終了時には達成される見込みである。

アウトプット２が達成されたとみなされるためには、保健プロモーション実施モデルが完成されること、各パイロット県において最低 5 つの保健プロモーション活動が予算化・実施されること、パイロット県における保健行政官の保健プロモーションのためのキャパシティに関する自己評価の指標がそれぞれ「良」レベルに達すること、が満たされている必要がある。終了時評価時点における実施モデルの完成度は 90.3%であり、残る課題はドラフト段階にある保健プロモーションハンドブックの完成と配布である。保健プロモーション関連活動の年間活動計画（AOP）への予算化・実施化については、47 活動に達している。州及びパイロット県における保健行政官の保健プロモーションに関するキャパシティの自己評価は中間レビュー時の平均 3.5/5 から 4.5/5 へと大きく伸びている。

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

アウトプット３はプロジェクト終了時には達成される見込みである。

本アウトプットは、プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）の改訂時（2011 年 3 月）に明文化され、中間レビュー調査以降に本格的に取り組みが開始されたものであるが、終了時評価時点でいずれの指標も大きく進展している。

アウトプット３が達成されたと判断するためには、「サポーティブ・スーパービジョンを通じたサービスの質管理マネージメント」実施モデルが開発され、かつ、パイロット県における 80%の医療施設でチェックリストが活用されている必要がある。実施モデルは 90%完成しており、チェックリストを用いたスーパービジョンが実施されたパイロット地域における施設の割合は 94.7%に達している。

なお、アウトプット３では PDM には明文化されていないものの、中間レビュー以降、サービス提供者側における「サポーティブ・スーパービジョンを通じたサービスの質管理マネージメント実施モデル」と並んで、サービスの受け手側における実施モデルとして、「コミュニティ・ヘルス・マネージメント実施モデル」の開発も行っている。終了時評価時点では、当該実施モデルの完成度は 94%である。今後の課題は、現在ドラフト段階にある CHEW マネージメントハンドブックの最終化と、当該モデルの効果に関して文書化することである。

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

アウトプット４はプロジェクト終了時には達成される見込みである。

アウトプット４の 2 つの指標は順調に増加している。セミナー、ワークショップ、会議

の総数は、中間レビュー時の 69 本から、終了時評価時には 217 本にまで増加、プロジェクトに関する出版物についても、33 本から 102 本にまで増加している。

３－２　評価結果の要約

（１）妥当性

本プロジェクトの妥当性は終了時評価時点において「高い」と判断される。プロジェクト目標及び上位目標は、ケニアの保健分野におけるニーズに合致し、当該セクター政策との整合性も認められ、かつ、日本の対ケニア開発援助政策にも沿っている。

保健システム強化に着眼した本プロジェクトは、ケニアの上位開発政策である「世界的に競争力のある繁栄するケニアーVision 2030」及び「国家保健セクター政策」に合致している。保健システム強化は、現在ドラフト段階にある第３次国家保健セクター戦略（2013～2017 年）においても、第２次国家保健セクター戦略（2005～2012 年）同様に引き続き政策上の重点とされている。第２次国家保健セクター戦略では、「地方分権化の促進による自主財源の確保と県病院・ヘルスセンター・ディスペンサリーにおけるサービスデリバリーに関して地方レベルでの保健行政官のリーダーシップとマネージメント能力の強化」が課題とされているが、これは本プロジェクトのプロジェクト目標と合致する。また上位目標は、同戦略で掲げられている 6 つの目標のうち、政策目標１「保健サービスへの公平なアクセスを増加する」及び政策目標２「保健サービスの質と対応を改善する」の達成に貢献するものである。また、ケニア、特に本プロジェクトの対象地域であるニャンザ州の MDGs 保健関連指標（乳幼児死亡率と妊産婦死亡率）に照らし合わせて、本プロジェクトは当該国保健分野のニーズに応えるものである。

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

（２）有効性

有効性は「やや高い」。定量指標として設定されている 2 つの指標は順調に推移している。終了時評価時点において、PHMT と DHMT のキャパシティ・アセスメントの平均は 3.75/5 、PHMT と DHMT の行動変容の平均は 3.41/5 であり、プロジェクト終了までに目標値 4/5 が達成される可能性が高いというのが関係者の一般的な見方である。

ただし、上記数値のみでは指標の客観性が十分でない。そのため、公衆衛生省と援助機関への聞き取りを通じて定性的なデータの収集に努めた。その結果、「2010 年にプロジェクトのパイロット県にあるコミュニティ・ユニットのひとつがケニアにおいて最も優秀なコミュニティ・ユニットに選ばれた」、「ニャンザ州では報告書が期限内に提出されるようになった」、「プロジェクト対象地域における CHEWs のプレゼンテーション能力は高い」、「ニャンザ州においてはサポーティブ・スーパービジョンが定期的に行われているが、他州ではまだ不定期である」など、プロジェクトがめざすキャパシティの向上と行動変容を裏づける指摘がなされた。

（３）効率性

投入とアウトプットの達成度にかんがみて、プロジェクトの効率性は「高い」と判断される。

総プロジェクト予算について、過去 2 年間（2011 年度と 2012 年度）はそれ以前の 2 年

間（2009 年度と 2010 年度）の 3 倍多いが、これは各アウトプットの下で開発したモデルと成果品を普及するために多くの活動が実施されたことによる。最近 2 年間のアドミニ／機材、アウトプット１、２、３に対する支出は、予算を下回っている。アウトプット４については、予算に計上されていなかった活動を柔軟に実施してきた結果、支出は予算額を上回っているが、これまでのところは全体の 10%前後で推移している。

効率性を高めた要因として、①研修（アウトプット１）においては、費用対効果の高い研修パッケージを開発したこと、及び、カスケード方式による研修実施としたこと、②保健プロモーション（アウトプット２）においては、活動の焦点をそれまでの IEC 資料作成に係る研修から、プロポーザルベースの保健プロモーション活動へと変更したことでアウトプット１との連携が促進されたこと、③アウトプット３については、スケールアップ段階に入って保健施設とコミュニティの両者に対する活動が活発化したが、1 回のイベントにおいて 2 つ以上のプロジェクトの活動を実施したり、他援助機関が財政的に支援するイベントの中で本アウトプットの活動を実施したこと、が挙げられる。以上のほか、4 つのすべてのアウトプットにおいて各種フォーラム／関係者会議／コンベンション／研修に要する費用を他援助機関とシェアしている。こうした協力を可能にしたのがプロジェクトの戦略的な実施体制である。

（４）インパクト

インパクトは「やや高い」と判断される。上位目標の達成は、事業終了後、本プロジェクトを含む種々のパートナーの活動の効果として一層明確になると考えられる。

上位目標の下に設定された 3 つの指標のうち､「保健施設利用者のサービスに対する満足度」と「保健マネージャー・保健従事者の職務に関する満足度」の 2 つの指標については、期待されたほどの進捗はみられない。 後者の指標については、ベースライン値と比較してむしろ悪化していることが確認されたが、その要因のひとつとして、前年度から活発化している保健従事者によるストライキに反映されているように、保健従事者の職務改善に対する要求が全体的に高まっていることが考えらえる。他方、もうひとつの指標「優先的ハイ・インパクト・インターベンション（効果の証明された保健介入）のサービス提供が、2015 年までに必要とされる人の 80%以上に提供される」については、プロジェクトと他援助機関等との協働の結果として、ほとんどのサービス指標に向上がみられる。

予期しなかった正のインパクトとしては、本プロジェクトの成果がケニアの政策・ガイドライン・ツールの策定・改定プロセスに多く反映されていることが確認された（ただし、アウトプット４の１つの役割は、プロジェクトの成果を国家政策等に反映させることとされていることから、厳密な意味では、これらは予期していた正のインパクト、つまり上位目標の指標として設定されていたことが望ましい)。

（５）持続性

政策的、財政的、技術的側面からそれぞれ検証した結果、持続性は総じて「高い」。

政策上の支援については、2010 年に制定されたケニア国新憲法の下では保健セクターの役割が規定されており、また、第３次ケニア国保健セクター戦略（2012～2017 年）では、新しく雇用するカウンティマネージャーのリーダーシップ、保健システムとサービスマネージメント、保健セクター上の職務を強化するためのガバナンス面におけるキャパシティ・ディベロップメントは優先課題として示されていることから、プロジェクト終了後も継続する可能性が高い。保健マネージメントチームからは Health Sector Service Fund（HSSF）が財源候補のひとつとして挙げられたほか、年次活動計画の策定を関係者と共同

で実施することを通じて、他援助機関から必要な財政的支援を得る可能性が示唆された。

技術的な持続性については、保健マネージメントチームのキャパシティとマインドセット／行動面での変化が認められる。自己評価ではあるものの、評価結果にはキャパシティが強化されたことが見て取れる。また、マインドの変化として「仕事の成果を出すためにはチームワークが重要である」ということを多くの保健マネージャーが認識するようになったことは本プロジェクトの成果として特記に値する。知識とマインドを定着させるためには再研修の実施が必要である。

新憲法の下でのカウンティ制の導入により、プロジェクトの対象となった保健マネージメントチームメンバーは、再編成された行政区に赴任することとなる。その際にはファシリテーターとなって新しく構成されたカウンティ保健マネージメントチームの育成に尽力することが期待される。しかし、個人レベルでの貢献では十分ではなく、技術的な持続性の確保には、研修の制度化が望まれる。こうした観点から注目される動きとして、Kenya Medical Training College（KMTC）における Kenya Institute of Health Systems Management（KIHSM）の設立が本プロジェクトと MSH の支援の下で検討されており、両保健省（公衆衛生省・医療サービス省）が基本的に同意していることが確認された。KIHSM の目的は、保健セクターにおけるリーダーシップとサービスマネージメントを改善することであり、全 47 カウンティが研修対象となる。現在、当該機関で活用する研修プログラム作成の最終段階にあるが、その際にプロジェクトで開発した研修パッケージが多く参照されている。

３－３　効果発現に貢献した要因

（１）計画内容に関すること

① プロジェクト調整ワーキンググループ とアウトプット１については研修マネージメントのためのワーキンググループ、その他のアウトプットについては Transformation Action Groups（TAGs）を設置し、さらに開発パートナー（中央政府、援助機関、教育機関、民間セクター）で構成する Communities of Practice（CoP）が技術的支援を行うという戦略的な実施体制により、プロジェクト活動に対する協働作業が促進されただけでなく、プロジェクト終了後の持続性の基盤が整えられた。

② プロジェクトをパイロット段階で終えるのではなく、プロジェクト期間中にスケールアップ段階まで含めるという戦略を採用したことにより、予想以上の成果が発現されることとなった。

（２）実施プロセスに関すること

① プロジェクト中盤において､日本人専門家と現地採用スタッフが増員されたことより、新たにアウトプットが追加され、サービス提供者側とサービスの受け手側の両者を対象としたマネージメントの実施モデル開発に取り組んだことにより、より包括的な保健システムの構築が行われた。

② 共同で活動計画し作成し関係者間で共有したこと

③ 定期的なレビューとフィードバックミーティングを実施したこと

④ 機材、資料、人材、費用等が必要時に活用可能であったこと

⑤ PHMT と DHMT のプロジェクト活動に対するオーナーシップが高かったこと

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

①　現在研修プログラム／カリキュラムが開発された段階にあるが、今後更に重要なことは、研修の PDCA サイクルを意識した研修システムを確立することである。プロジェクトでは研修を通じて、保健マネージメントのキャパシティ向上だけでなく、マインドセット／行動変容、ひいてはサービスの質の向上をめざしてきた。こうした「結果のロジックモデル」を整理し、それぞれの目標レベルに応じて効果を測る適切な指標を設定するとともに、M&E のフローも含む「研修のモニタリング・評価フレームワーク」を策定することが必要である。 プロジェクト終了時までに、プロジェクトの各アウトプットを担当するプロジェクトチームメンバー間の対話を促進し、研修の PDCA サイクルを確立することが提案される。

②　保健マネージメントチームによる望ましい行動が確実に定着するためには、彼らのマインドの変化だけでは十分とはいえない。必要なことは、研修を人事採用システムなどとリンクさせることである。例えば、保健マネージャーとして雇用されるための条件や昇進・昇給に係る評価の一環として、研修を受講済みであることを求めるといったことが考えられるだろう。プロジェクト終了時までに､PHMT とパイロット県 4 県の DHMTs の研修分野に係る知識と技術を確実なものとするため、再研修を実施することが提案される。

③　プロジェクトの戦略・アプローチが PDM に適切に反映されていないという論理構成上のイシューに加え、指標設定が不十分であった。特に、上位目標とプロジェクト目標の指標が不十分であったことは、プロジェクト介入の効果を適切に測ることを困難にした。客観的指標と主観的指標の両者が設定され、それぞれ定量・定性指標が設定されるべきとして、今後の類似プロジェクトへの教訓として活用されることが提案される。

（２）実施プロセスに関すること

①　中間レビュー調査の 3 カ月前のタイミングでプロジェクトチームにより PDM の改定が行われ、JCC にて承認されたことにより、中間レビュー調査時点とそれ以降の期間において PDM を再検討する機会がもたれていなかった。これにより、上述した計画上の問題点が残された。

②　研修を受講した保健マネージャーの離職率が高い。プロジェクト開始から現在までに HSM 研修を受講した州保健マネージャーとパイロット 4 県の保健マネージャー全 96 名のうち、29 名は、退職、他地域への異動、あるいは開発援助機関への就職などで離職しており、離職率は 22％である。

③　PHMT/DHMT は本プロジェクトの活動だけでなく、他援助機関などによるさまざまな活動も同時に実施しなければならなかった。

④　中間レビュー調査以降、ケニア政府の方針により県の再編成が実施されたことで、プロジェクトの対象県が 2 県から 4 県に増えた。

⑤　予防接種の国家キャンペーンや、その他の当初予定されていなかったイベントや活動が実施された。

⑥　医師や看護師による長期にわたるストライキが実施された。

３－５　結　論

プロジェクトは、保健マネージメントチームのキャパシティ向上を通じて保健システムを強化するという革新的な試みを実施してきた。ニーズの変化に柔軟に対応した結果、支援対象レ

ベルは当初予定していた州・県から、下は保健施設及びコミュニティ、上は国家レベルまでを包括的に網羅している。プロジェクトの活動は多岐にわたるが、各アウトプットの下に TAG を設置し、その活動を他援助機関、NGO、高等教育機関などで構成される CoP から技術的な支援を得ながら実施することで、プロジェクト期間中にはその質を確保しながら効率性の高い活動を可能にするとともに、プロジェクト終了後の持続性を高めることに成功している。

プロジェクトは、保健マネージメントチームのキャパシティの向上と彼らのマインドセットの変化による行動変容をねらったものであり、そのために、HSM 研修を実施すること、そして研修済みチームの職場でのパフォーマンスのモニタリングとフォローアップをマネージメントへの支援を通じて行うことを手段としたものである。PDM に設定された指標に照らし合わせて、プロジェクト終了までにプロジェクト目標が達成される可能性は高い。プロジェクト終了までに、アウトプット１、２及び３の連携（マネージメント支援を通じた研修受講者へのフォローアップとモニタリング結果の研修へのフィードバック）により、プロジェクト内部における PDCA サイクルの確立を確実にすることができれば、プロジェクト目標の達成度は高まるであろう。

終了時評価時点では上位目標の達成レベルは限定的であるが、プロジェクトは 4 つの実施モデル（１．HSM 研修、２．保健プロモーション、３．サポーティブ・スーパービジョンを通じたサービスの質の管理、４．コミュニティヘルス開発）を開発し、これらのモデルを国家政策やガイドラインに反映させることに成功している。特に、プロジェクトで開発した研修モデルの制度化として、MSH と当プロジェクトの働きかけにより、保健省（公衆衛生省・医療サービス省）が Kenya Institute of Health Systems Management（KIHSM）の設立を検討していることは、当プロジェクトの持続性を確保するものとして評価される。KIHSM の設立は、カウンティ制の導入に伴い直面するであろうカウンティ保健マネージメントチームへのキャパシティ・ディベロップメントというニーズにタイムリーに対応するものとして期待される。

プロジェクトは現在においてもケニアにおける保健分野の開発政策に合致しているものであり、今後も政策的な持続性は見込まれる。2013 年 6 月をもって、本プロジェクトが終了することは、以前よりケニア政府側（C/P 及び中央省庁関係者）に明確に表明してきている。新規プロジェクトの要請書取り付けのプロセスを通じて、プロジェクトの実績を国家的支援に展開する機運の醸成が進められてきているため、本プロジェクト期間の延長は行わないことが関係者内で合意されている。

３－６　提言（当該プロジェクトに関する具体的な措置、提案、助言）

有効性と持続性をより高めるために、プロジェクト終了までになされるべき方策として以下のとおり、プロジェクトチーム及び公衆衛生省に提言する。

（１）プロジェクトチームに対する提言

①　現在作成途中にある最終成果品を最終化・製本すること：

－ファシリテーションガイド（アウトプット１）

－保健プロモーションハンドブック（アウトプット２）

－サポーティブ・スーパービジョン・ハンドブックと CHEW ハンドブック（アウトプット３）

②　プロジェクトの各アウトプットを担当するプロジェクトチームメンバーの間のダイアローグを促進することにより HSM 研修の PDCA サイクルを確立すること

③　PHMT とパイロット県 4 県の DHMT の HSM 研修分野に係る知識と技術を確実なものとするため、再研修を実施すること

④　プロジェクト活動に関するグッド・プラクティス集、ドキュメンタリービデオ、ケーススタディを製本し、配布できる状態にしておくこと

⑤　将来的な HSM 研修の普及に備えて、リソースパーソンとなり得るファシリテーターのリストを作成すること

（２）公衆衛生省に対する提言

①　本プロジェクトの経験とグッド・プラクティスを他援助機関と共有し、更なるスケールアップのための具体的な計画を策定することを目的としたセミナーをプロジェクトチームが開催することを支援すること。また、ニャンザ州のパイロット地域をデモンストレーションサイトとして訪問することをセミナーの一部に含むことも検討すること。

②　県レベルにおける行政と保健サービスデリバリーが有効に実施されるための活動の優先順位づけ及び予算配分をすること。また、戦略的計画策定、計画実施、有効なモニタリングとスーパービジョンに関する PHMT、DHMT の技術向上や、保健従事者に最低限必要とされる技術習得を目的としたプログラムを引き続き実施すること。

③　県レベルにおける保健プロジェクトの実施計画立案、予算策定作業、M&E を通じて保健分野で活動するさまざまな関係者との協力関係強化を目的とした、県保健関係者フォーラム（将来的にはカウンティ保健関係者フォーラム）を開催すること。

３－７　教　訓

類似プロジェクトに活用し得る教訓として以下の点が確認された。

（１）戦略／アプローチに係る事柄

①　新規案件形成の際には、主にプロジェクト対象地域の既存のネットワークやローカルリソースの活用に関し十分に精査することが望まれる。本プロジェクトでは、パイロット段階だけでなくスケールアップ段階も含め、他の援助機関との関係構築を積極的に行うと同時にローカル人材とネットワークを最大限に活用することにより、プロジェクト期間中のインパクトの発現が見込まれるだけでなく、プロジェクト終了後の持続性をより高くすることが可能となった。

②　県及び郡レベルでの活動・予算計画策定時には、プロジェクトの積極的な関与が望ましい。本プロジェクトは、ニーズとプロジェクトをとりまく環境の変化に柔軟に対応したことで、当初予定していなかった多くの活動を実施することとなった。しかし、実際の支出は当初の見積もりを下回っている。こうした結果には、マネージメント人材のマインドが予算重視から戦略的な計画(活動の優先順位づけとそうした活動への予算配分)へと変化することで、プロジェクトの効率性は高まるということが示唆されている。

③　新規案件形成の際には、中央政府のみならず、可能な限り、保健指標の改善にダイレクトにかかわる施設レベルに直接介入する人材の能力強化も勘案すべき事項である。本プロジェクトでは、キャパシティ・ディベロップメントの対象として中間マネージメント人材を選定することで、結果的にプロジェクトは支援対象を上（国家レベル）と下（保健施設とコミュニティ）に拡大することに成功し、4 年間という短期間ですべての行政レベルへの支援を容易に実施するに至っている。

（２）行動変容をねらった研修プログラムのデザインに係る事柄

①　各アウトプットごとに専門家が配置される能力強化主体のプロジェクトの場合、各アウトプットを担当するプロジェクトチームメンバー間の対話を促進し、研修の PDCA サ

イクルが機能するプロジェクトデザインが提案される。研修を通じてマネージメント人材の行動変容をねらうプロジェクトを計画する場合には、研修を受けたマネージメント人材が彼らの職場で研修内容を実践することを確実とするため、プロジェクト内において研修実施を目的としたアウトプットと、職場での彼らのパフォーマンスをモニタリングし必要なフォローアップを行うことを目的としたアウトプットとのリンケージが確立されるデザインとすることが重要である。本プロジェクトの場合には、プロジェクトの運営がアウトプットベースで行われているが、各アウトプットを担当する日本人専門家間のコミュニケーションや対話が活発化したのは3年次に入ってからであった。そのため、研修（アウトプット１）の目的（＝保健マネージャーのキャパシティ・ディベロップメントと行動変容）と、研修済みマネージャーの職場での実践状況との間に生ずるギャップ（＝研修ニーズ）が研修プログラムの最終化プロセスに反映されるまでに時間を要した。

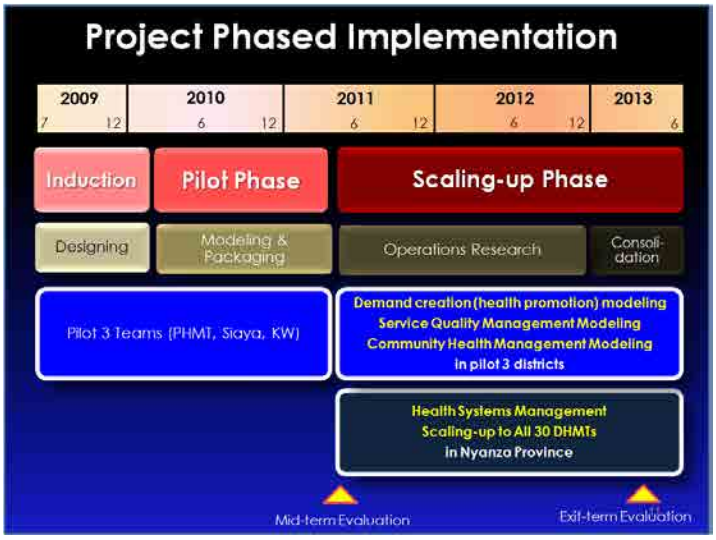
② 研修を通じてマネージメント人材のキャパシティ・ディベロップメントと彼らのマインドセットの変化及び行動変容をめざすプロジェクトの指標については、客観的指標と主観的指標の両者が設定され、それぞれ定量・定性指標が設定されることが望ましい。変化をモニタリングし達成度を客観的に測るために、あらかじめ M&E の枠組みを十分検討しておくことが重要である。例えば、「キャパシティの向上」→「職場環境の変化」→「サービスの質の改善」という仮説を立てた場合、各レベルの達成度を測る定量的な指標を設定し、かつ適切な M&E の枠組みを構築する。それがあってはじめて、プロジェクト実施中の定期的なモニタリングと適時のフォローアップができるとともに、終了時においてプロジェクト介入の効果をできるだけ正確に測定することが可能となり得る。

第１章　終了時評価調査の概要

１－１　終了時評価団派遣の経緯

2009 年 7 月より 4 年間の協力期間で実施中である「ケニア国ニャンザ州保健マネージメント強化プロジェクト」（以下、「プロジェクト」と記す）の終了を半年後に控え、独立行政法人国際協力機構（JICA）が派遣した日本側評価団とケニア国公衆衛生省メンバーで構成される合同評価調査団により、2013 年 1 月 9 日から 1 月 24 日まで終了時評価調査が実施された。

終了時評価は、プロジェクトを包括的に評価し、評価結果に基づいてプロジェクトの残りの期間に対する提言と、類似したプロジェクトに活用し得る教訓を抽出することを目的として実施されるものである。本評価が対象とする期間は、主に 2011 年 6 月に実施された中間レビュー調査以降である。この期間は、「スケールアップ」段階に相当する（右図参照）。評価は、５項目のうち、「有効性」と「持続性」に重点を置いて実施された。



１－２　終了時評価調査の方法

１－２－１　終了時評価調査の手順

終了時評価調査は、「新 JICA 事業評価ガイドライン第 1 版」（2010 年 6 月）の手順に沿って、以下の手順で実施した。評価の対象となるプロジェクトの枠組みは、「改訂版プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）」〔中間レビュー調査 3 カ月前となる 2011 年 3 月にプロジェクトチームにより改定、第２回合同調整委員会（JCC）にて承認〕となる。

① プロジェクトの現状を実績・実施プロセス・因果関係の観点から把握・検証する。

② 「妥当性」「有効性」「効率性」「インパクト」「持続性」の 5 つの観点（評価 5 項目）から、プロジェクトの結果を評価分析する。

③ 評価結果に基づき、プロジェクトの残りの実施期間における活動に対しての「提言」、及び類似案件に対する「教訓」を抽出する。

１－２－２　５項目評価

当プロジェクトの評価に適用する評価５項目の各項目の定義は表１－１のとおりである。

表１－１　評価５項目の定義

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

１－２－３　データ収集方法

本調査では、定性的・定量的データを以下の方法で収集した。

・既存資料レビュー

・キーインフォーマント・インタビュー（公衆衛生省、日本人専門家、県行政官、他援助機関スタッフ（主要面談者については巻末の付属資料１「合同評価報告書（英文）」の Annex 10 を参照）

・フォーカスグループディスカッション（州行政官）

・参加型評価ワークショップ（参加者については、同 Annex 9 参照）

・パイロット県の医療施設における直接観察：Gem 県 Gongo 保健センター

１－３　終了時評価団の構成

合同調査団のメンバーは以下のとおり。

（１）ケニア側

担当	氏名	所属／役職
団長	Dr. John Odondi	Head, Department of Primary Health Service, MoPHS
評価分析	Dr. Rael Mutai	Monitoring and Evaluation Coordinator, Department of Primary Health Service, MoPHS

（２）日本側

担当	氏名	所属／役職
団長	花井　純一	JICA ケニア事務所　次長
評価計画	清水　栄一	JICA ケニア事務所　広域企画調査員（保健・医療）
	Elijah Kinyangi	JICA ケニア事務所　プログラムオフィサー（保健・医療）

評価分析	喜多　桂子	グローバルリンクマネージメント株式会社　シニアコンサルタント

１－４　評価調査日程

Date	Day	Time	Schedule
9, Jan	Wed	16:00	Internal meeting (JICA Kenya Office)
10, Jan	Thu	10:30 11:30	Courtesy call to MoPHS Interview with Dr. Sugishita, Chief Advisor of SEMAH Project
		14:00	Focus group interview (MoPHS officials)
11, Jan	Fri	10:00 14:00 15:00	Interview (UNICEF) Interview (MSH) Meeting with Dr. Mutai (MoPHS), confirmation of evaluation objectives, evaluation procedures, schedule, division of roles, etc.
12, Jan	Sat	AM/PM	Documentation review and drafting evaluation report
13, Jan	Sun	AM	Documentation review and drafting evaluation report
		PM	Travel to Kisumu
14, Jan	Mon	AM	Courtesy call to PDPHS (Dr. Gondi)
		PM	Interview with SEMAH Project experts
15, Jan	Tue	AM 11:00	Interview with Nyanza Province PHMT members Observation of HSM training at Tom Mboya College
		14:00 PM	Interview with GLUK Dean (Dr. Joyce Owino) Documentation review and drafting evaluation report
16, Jan	Wed	AM	Site visit and interview at Rera Health Centre, Siaya District
		PM 16:00	Preparation for the Evaluation Workshop (next day) Internal meeting (Mission team and the Project experts)
17, Jan	Thu	08:00- 17:00	Project Performance Review and Terminal Evaluation Participatory Workshop (Imperial Hotel, 40 participants, PHMT, DHMT, etc.)
18, Jan	Fri	08:30 PM	Internal meeting (Mission team and the Project experts) Documentation of the Workshop results and additional interviews
19, Jan	Sat	AM	Results review and drafting evaluation report
		PM	Travel to Nairobi
20, Jan	Sun	AM/PM	Results review and drafting evaluation report
21, Jan	Mon	AM/ PM	Results review and drafting evaluation report Preparation for Joint Coordination Committee (JCC)
22, Jan	Tue	09:00- 17:00	Internal meeting (Mission team) for final analysis and draft review Preparation for JCC
23, Jan	Wed	AM	JCC at MoPHS (Including presentation of evaluation results)
24, Jan	Thu	10:00	Reporting to the Embassy of Japan by the Mission team

第２章　プロジェクトの概要

２－１　プロジェクトの背景と目的

ケニア共和国（以下、「ケニア」と記す）の保健行政は、2008 年に保健省が公衆衛生省（Ministry of Public Health and Sanitation : MoPHS）及び医療サービス省（Ministry of Medical Services : MoMS）に二分され、この 2 省により執り行われている。またそれぞれの省が本省、州局、県局という地方行政単位をもっており、保健医療サービスはそのレベルによって、各々の地方行政単位により監督指導されている。公衆衛生省においては、主にコミュニティ及び一次医療における予防と基本的治療を管轄し、州レベルにおけるさまざまな分野の行政官から成る「州保健マネージメントチーム（Provincial Health Management Team : PHMT）」、県レベルにおいては、同様に「県保健マネージメントチーム（District Health Management Team : DHMT）」が存在し、州/県保健サービスを統括している。

ケニアでは、これまで保健医療セクターにおいて、開発パートナーや非政府組織（NGO）の協力を得ながら、さまざまな努力が行われてきた。1963 年の独立から 1990 年代前半までは保健指標の向上がみられたが、1990 年代中盤以降、健康水準（乳児死亡率、５歳未満児死亡率など）の後退が続いている状況である。これは HIV 感染の蔓延などの大きな変化に加え、保健医療人材の質的・量的な不足や、財源、医薬品など医療資源の不足により、保健医療サービスが受益者からの信用を失い、さらにそれが保健医療サービス提供者のモチベーションの低さにつながるというような悪循環に起因している。

これを受けてケニア政府は、国家保健医療セクター戦略計画 II（2005～2010 年）において、地方分権化を促進し、州/県レベルで年次計画を立て、明確な目標を設定し、地域における優先分野を確定し、解決する方向性を示した。このため、地方レベルでの保健行政官たちは、計画、実行、モニタリング・評価（M&E）などの事業サイクルの管理を行うことが求められるようになってきている。また、保健財源、医療物資の調達システムや情報管理の執行方法が、中央集権的なものから、県を通じて施設に分配される方法に変更されたため、県/施設レベルの財政管理能力強化も緊急な課題となっている。これらの課題を解決するうえで、州/県レベルの保健マネージメントチームが保健医療サービス提供者へ有効的な監督指導を実施することは、非常に重要である。

本プロジェクトは、ニャンザ州を含む地域において実施された技術協力プロジェクト「西部地域保健医療サービス向上プロジェクト」（2005～2008 年）の実績と経験を踏まえ、「効果的な保健サービス提供のためには、州及び県の保健行政機関の管理能力強化が必要である」との提言が上記プロジェクトより導かれた。また、本プロジェクトのモデル州であるニャンザ州は保健分野の多くの重要指標において、全国でも劣悪な数値を示しており、包括的な保健医療全体の改善が望まれる。

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

２－２　プロジェクトの枠組み

本プロジェクトの枠組みは以下のとおりである（PDM1 については、巻末の付属資料１「合同

終了時評価報告書（英文）」の Annex 1 を参照）。[1]

（１）上位目標：
ニャンザ州におけるプライマリー・ヘルス・ケア・サービスの質が向上する。

（２）プロジェクト目標：
ニャンザ州における州及び県レベルの保健行政マネージメントチーム（PHMT, DHMT）のキャパシティが強化される。[2]

（３）アウトプットと活動：

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

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

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

2.1 保健プロモーション作業部会（Unity, Communication, Advocacy and Networking Working Group：UCAN-WG）を組織化し、定期的活動を行う。

[1] PDM1 には記述されていないが、プロジェクトではスーパーゴール「ニャンザ州住民の健康状態が改善する（Health status of the people in Nyanza Province is improved）」を設定している。
[2] マネージメント・キャパシティとは、リーダーシップ＆ガバナンス、チームマネージメント、計画及び M&E、保健プロモーション、保健政策マネージメント、サポーティブ・スーパービジョン／コーチング／メンタリング、保健情報マネージメント、リソースマネージメント、カスタマー・リレーション・マネージメントを指す。

2.2　保健プロモーションにおけるニーズ評価を、PHMT, DHMT、保健施設、コミュニティの各レベルで行う。

2.3　保健プロモーションにおけるキャパシティ・アセスメントをパイロット県に対して行う。

2.4　保健プロモーションに関するマネージメント研修及びワークショップを PHMT, DHMT を対象に行う。

2.5　DHMT が保健施設及びコミュニティレベルを対象にした保健プロモーション活動を行う支援をする。

2.6　DHMT が保健プロモーション活動を AOP へ予算化する過程を促進する。

2.7　スタディ訪問などを通して、グッド・プラクティスの共有や他県とのネットワークを促進する。

2.8　DHMT がローカル・コンテクストに沿って IEC 教材作成をすることを支援する。

2.9　保健プロモーション活動をエビデンスに基づく活動として評価し、文書化する。

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

3.1　県支援作業部会を設立し、県保健システム強化のためのキャパシティ育成を行う。

3.2　マネージメントの強化とサービスの標準化を目的としてスーパービジョン制度とチェックリストの見直しを行う。

3.3　統合的マネージメント・サポーティブ・スーパービジョン（Integrated Management Supportive Supervision：IMSS）チェックリストの開発と現場トレーニング、フィードバックのメカニズムを構築する。

3.4　IMSS チェックリストを使ったサポーティブ・スーパービジョン、現場トレーニング、フィードバックの実施を行う。

3.5　DHMT がサポーティブ･スーパービジョン活動を AOP へ予算化する過程を促進する。

3.6　PHMT, DHMT における保健マネージメント情報システム（HMIS）、コミュニティ保健戦略（CHS）の促進を支援する。

3.7　PHMT, DHMT における AOP のプロジェクト・マネージメント管理を支援する。

3.8　PHMT, DHMT におけるステークホルダー会議、技術諮問会議などの開催を支援する。

3.9　サポーティブ・スーパービジョンや他のマネージメント活動をエビデンスに基づく活動として評価し、文書化する。

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

4.1　エビデンスに基づく活動として、プロジェクトの介入効果を判定するためのオペレーショナル・リサーチをデザインし実施する。

4.2　リサーチ結果や実施モデル、教訓などを文書化・出版して、広報活動を行う。

4.3　プロジェクト成果などの普及のため、学術誌への投稿、カンファレンス、関係者フォーラムなどの継続的メカニズムを構築する。

4.4　開発パートナー、学術機関、他の実施機関との組織的ネットワークを促進する。

4.5　情報や経験の共有のためのフォーラム開催やスタディ訪問を実施し、エビデンスに基づく活動を促進する。

4.6　公衆衛生省プライマリー・ヘルス・サービス局や他の部局の組織強化を支援する。

4.7　プロジェクトの成果に基づいて保健政策やガイドラインの見直しを支援する。

4.8　他の近隣諸国などとのネットワークを強化して、保健システム強化のための国際連携を促進する。

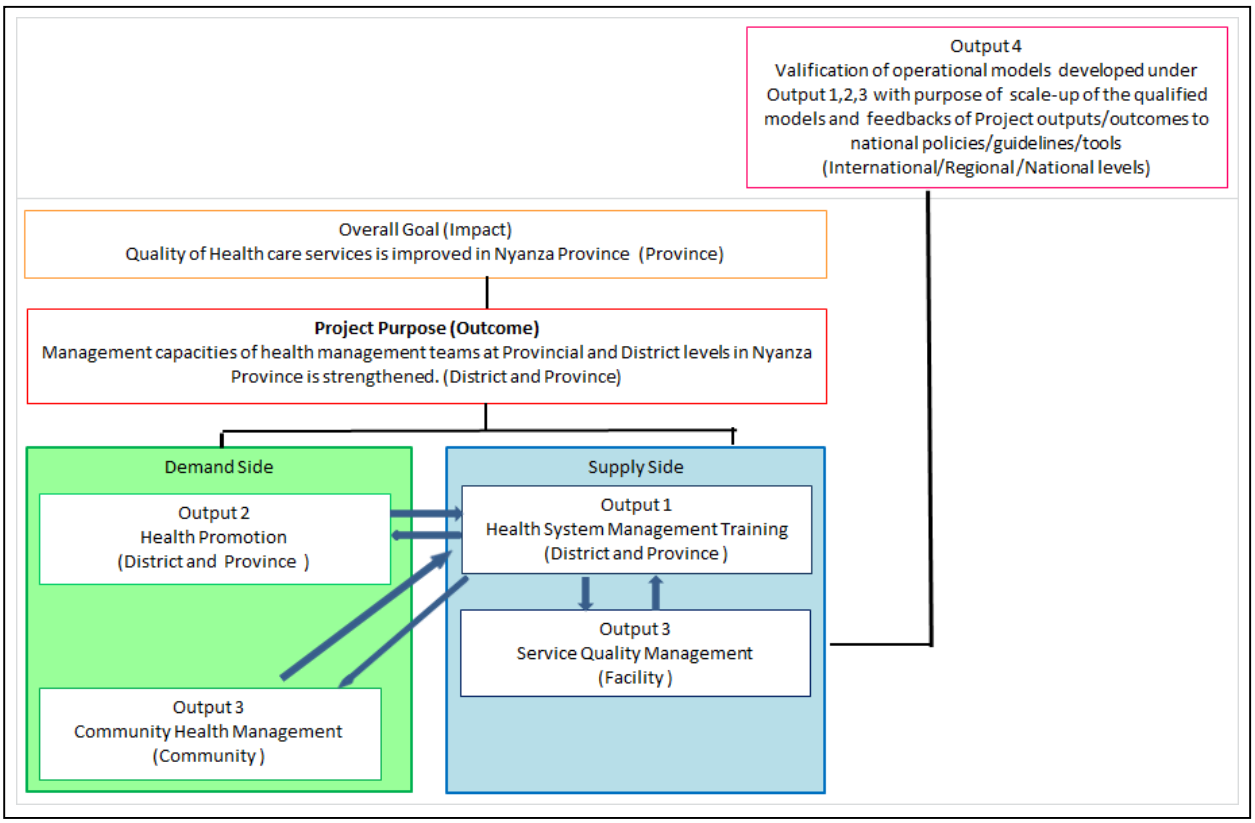


図２－１　本プロジェクトの協力シナリオ

２－３　プロジェクトのアプローチ

本プロジェクトにおいては、プロジェクト目標を達成するために、以下に挙げる革新的なアプローチが採用されている。

①　保健行政官の役割に着眼し、彼らのマインドセットを変化させることで保健システムの 6 つのコンポーネント（ガバナンス＆リーダーシップ、保健人材、保健情報、サービスデリバリー、保健財政、医薬品・機器）を強化する。

②　保健行政官・保健医療従事者・保健医療分野の調査専門家、コミュニティといった各関係者間のダイアローグを通じてチームビルディングの構築を促進する。

③　保健システムにおいて相乗効果の発現を促すため、保健サービスの提供者とサービスの受け手の両者への支援を行う。

第３章　調査結果

プロジェクトの実績は以下のとおり確認された。

３－１　投入実績

３－１－１　日本側投入

日本人専門家派遣、本邦研修、機材供与、プロジェクト運営費に係る実績は表３－１のとおり。

表３－１　投入一覧

R/D での計画値（April 2009）	実績値（終了時評価調査時）
＜日本側専門家＞ 長期専門家： チーフアドバイザー　1 名 業務調整／文書化　1 名 システム強化／研修　1 名 短期専門家： モニタリング・評価　1 名 保健情報システム　1 名 広報　1 名	＜日本側専門家＞ 長期専門家： チーフアドバイザー　1 名 業務調整／IEC 開発　1 名（2011 年 6 月 30 日まで） 業務調整／保健プロモーション　1 名（2011 年 7 月 1 日より） システム強化／研修管理　1 名 保健行政管理　1 名 短期専門家： 保健情報管理　1 名 ＜ローカル採用＞ フィールドキャパシティ開発 人材開発（Annex 3 参照）
＜本邦研修＞ 明記なし	＜本邦研修＞ 計 24 名が参加（Annex 5 参照）
＜調達機材＞ 車両、ICT 機材	＜調達機材＞ 計 132 項目（年度ごとの調達額は以下のとおり） JFY2009：11,691,202 Ksh[3] JFY2010：　4,490,625 Ksh JFY2011：　3,932,054 Ksh JFY2012：　4,972,866 Ksh （Annex 4 参照）
＜プロジェクト運営予算＞ 明記なし	＜プロジェクト運営予算＞ JFY2009：12,286,631 Ksh JFY2010：29,302,635 Ksh JFY2011：60,865,846 Ksh JFY2012：44,395,007 Ksh （Annex 7 参照）

[3] 為替レート（2013 年 1 月）　1Ksh =1.0162 JPY, 1USD= 85.815 JPY

３－１－２　ケニア側投入

ケニア政府側投入実績は表３－２のとおり。

表３－２　ケニア側投入一覧

R/D での計画値（April 2009）	実績値（終了時評価調査時）
＜カウンターパートスタッフ＞ １．プロジェクト・ダイレクター、MoPHS ２．プロジェクト・マネージャー、MoPHS ３．フィールド・マネージャー、 ニャンザ州、MoPHS ４．プライマリーヘルス課職員、MoPHS ５．ニャンザ州保健行政官（PHMT） ６．ニャンザ州県保健行政官（DHMTs）	＜カウンターパートスタッフ＞ １．プロジェクト・ダイレクター、MoPHS ２．プロジェクト・マネージャー、MoPHS ３．フィールド･マネージャー、ニャンザ州、MoPHS ４．プライマリーヘルス課職員、MoPHS ５．ニャンザ州保健行政官（PHMT） ６．ニャンザ州県保健行政官（DHMTs） （Annex 6 参照）
＜その他＞ ・活動実施に必要な土地、建物、施設 ・活動実施に必要な執務環境 ・電気、水、通信　など	＜その他＞ ・活動実施に必要な土地、建物、施設 ・活動実施に必要な執務環境 ・電気、水　など
＜コストシェアリング＞ 活動実施に必要な費用 人件費	＜コストシェアリング＞ 人件費

３－２　活動実績

本プロジェクトは、「イントロダクション」「パイロット」「スケールアップ」の 3 つの段階から成る。中間レビュー調査以降の期間は、「スケールアップ段階」に相当する。この期間はすべてのアウトプットにおいて活動が最も活発化した期間である。計画されたすべての活動をほぼ当初の計画に沿って実施するだけにとどまらず、ニーズの変化に応じて新たに生じたニーズにもプロジェクトは柔軟に対応してきた。

中間レビュー調査時に最も高い進捗が認められていたアウトプット１〔保健システムマネージメント（Health System Management : HSM）研修の実施〕では、その後、更に精力的に活動が実施された。当該研修プログラムの対象分野に、「保健プロモーション」が含まれたことで、より包括的な研修プログラムとなっている。また、2012 年中盤より、各アウトプットを担当する日本人専門家間での話し合いの結果、当該アウトプット（研修実施）とアウトプット２及び３（職場での実践）との連携構築に着手した。

これにより、「研修の実施」～「研修を通じて習得した事柄に基づいたドラフトアクションプランの作成」～「職場でのアクションプランの実践」～「研修内容と実践内容のギャップの把握」～「報告書としての取りまとめ」～「把握された研修ニーズの研修内容へのフィードバック」という、研修の PDCA（Plan-Do-Check-Action）サイクルを意識したプロジェクト運営となっている。こうしたサイクルは、プロジェクトで育成された 36 名のファシリテーターによって促進されてい

る。しかし、プロジェクト内でのこうした連携は、終了時評価時においてまだ限定的であった。

研修内容を実践する場としてのアウトプット２（保健プロモーション）及びアウトプット３（サポーティブ・スーパービジョン、コミュニティヘルス戦略／保健情報システム）においては、研修内容とのギャップを埋めるための支援を提供する必要が生じたことから、当初計画されていた以上の活動が実施された。

アウトプット２は、中間レビュー調査前に改定された PDM（PDM1）において新たに設置されたものであることから、中間レビュー調査時においては緩やかな進捗であった。中間レビュー調査時には、その活動の中心は IEC 資料制作のための研修に置かれていたが、中間レビュー調査以降には県における保健プロモーションの活動へとその重点がシフトしている。UCAN-WG を解散してトランスフォーメーション・アクション・グループ（Transformation Action Groups：TAGs）を新たに構成したことや、保健マネージメントチームのマネージメント能力の強化をねらってプロポーザルに基づく保健プロモーション活動に財政的・技術的に支援を実施していることはこうした戦略の変更に対応するものである。JICA、国連児童基金（UNICEF）、PHMT を中心メンバーとする Nyanza Health Promotion Network も設置され、定期的なミーティングの実施を通じてメンバー間のネットワークが促進されている。

アウトプット３は、先述した「研修の PDCA サイクル」の構築を念頭に置き、2011 年 3 月に PDM が改定される際に新たに設置されている。本格的な活動が開始されたのは、中間レビュー調査以降である。当該アウトプットの設置により、本プロジェクトにおいてサービス提供者側とサービスの受け手側の両者への支援を可能にした。

アウトプット４の下では、プロジェクトによる介入の効果をエビデンスとして示すためのオペレーション・リサーチの実施や、援助機関間の調整に係る各種活動が行われた。当プロジェクトのチーフアドバイザーが 2011 年 10 月より JICA プログラムアドバイザーを兼任することになったの伴い、公衆衛生省内に席を構えたことで、当プロジェクトの成果を中央レベル、ひいては国際レベルにまで裨益させることが可能となったといえる。

詳細な活動の実績は、巻末の付属資料１「合同評価報告書（英文）」Annex 2 を参照されたい。

３－３　アウトプットの実績

３－３－１　アウトプット１の達成度

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

アウトプット１はプロジェクト終了時には達成される見込みである。実施モデルが完成し、ニャンザ州におけるすべての対象チームが研修を受講した時点で、アウトプット１が達成されたとみなされる。終了時評価調査時点で、実施モデルの開発は 95％完了しており、PHMT と DHMTs（4 パイロット地域 33 DHMTs）が研修を受講済みである。終了時評価直後に計画されている 15 DHMTs に対する研修終了をもって 対象チームすべての研修が完了したことになる。

表３－３　アウトプット１指標の進捗状況

	Criteria	Q1-11	Q2-11	Q3-11	Q4-11	Q1-12	Q2-12	Q3-12
1	An operational model of health strategic leadership and management training is established by June 2011.	73.0%	82.8%	82.8%	82.8%	82.8%	94.8%	95.5%
2	Coverage of PHMT and DHMTs in Nyanza Province receiving the model training program is increased to 100% by June 2013.	12.9%	N/A					100%

HSM 研修実施モデルの開発（指標１）に関連して、研修の対象分野については中間レビュー調査時の 8 分野に「保健プロモーション」分野を追加して 9 分野となった。また、プロジェクト開始時に 24 日間とされていた研修期間はパイロット期間中に 10 日モデルと 20 日モデルの効率性を試験的に実施した。その結果、費用対効果の高い 10 日間モデルが採用されることとなった。この 10 日間モデルに 2 日間のディスカッションセッションを加えた計 12 日間のモジュールが実施モデル最終版として採用されることが決定している（表３－４参照）。

表３－４　HSM 研修パッケージ最終版の内容

Cluster	Module	Title of Module	Duration
1	Day 1	Introduction of Health Systems Management	4 days
	Day 2	Team Building	
	Day 3	Leadership, Management and Governance	
	Day 4	Strategic Thinking and Project Management	
2	Day 5	Health Policy Management in Action	4 days
	Day 6	Supportive Supervision, Coaching and Mentoring	
	Day 7	Evidence-based Practice and Operations Research	
	Day 8	Information Management	
3	Day 9	Resource Generation, Mobilization and Management	4 days
	Day 10	Basic Health Promotion	
	Day 11	Service Quality Management	
	Day 12	Customer Relationship Management	
Total Duration			12 days

完成した研修モデルの質について、公衆衛生省や他援助機関、保健行政官に尋ねたところ、研修プログラムの特徴として以下の点が指摘されており、これらは本研修のねらいと一致する。

・「リーダーシップ」を中心としたカリキュラムと教材
・テクニカルアドバイザーからの支援によるファシリテーター
・ダイアローグに着眼したチームでの学習
・試験的学習、研修内容に関して研修前後にテストを実施
・研修効果を評価するためのキャパシティ・アセスメント
・問題解決マトリックスの活用
・サポーティブ・モニタリングを目的とした中間時における視察

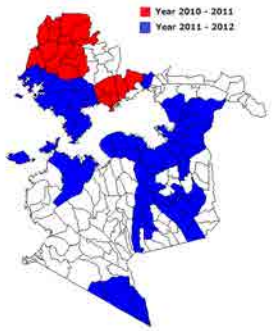
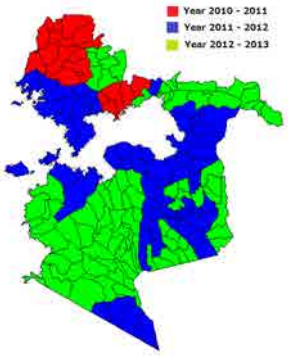
・関係者への結果発表
・オペレーション・リサーチを通じてのエビデンスの確保

研修プログラムは完成したものの、研修実施モデルが完成したとみなすまでには 5 つの基準（コンポーネント）がすべて満たされなければならない。プロジェクト終了までになすべきことは、ファシリテーションに関するマニュアルとトレーニングカリキュラム・資料を最終化することである。 これらについては、現在研修機関ネットワーク（CoP）メンバーによってレビューされており、2013 年 6 月までに最終版が完成する予定である。

表３－５　研修実施モデル開発の進捗状況（指標１）

	Criteria	Q1-11	Q2-11	Q3-11	Q4-11	Q1-12	Q2-12	Q3-12
1	Core Management Training Program for PHMT and the pilot DHMTs in Nyanza Province is completed with outstanding satisfaction from the participants.	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
2	Facilitator's guide/Training Curriculum is developed for scaling-up the Program.	75.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	90.0%	90.0%
3	Training Materials including text book and presentation slides are developed for scaling-up the Program.	55.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	75.0%	80.0%
4	Training Implementation Mechanism and Operational Plan is developed for scaling-up the Program to cover all the DHMTs in Nyanza Province.	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	100.0%	100.0%
5	Training of Facilitators is conducted in line with the facilitators' guide and other training materials for scaling-up the Program to cover all the PHMTs in Nyanza Province.	0.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	100.0%	100.0%
Total		73.0%	82.8%	82.8%	82.8%	82.8%	94.8%	95.5%

指標２については、2012 年末までに 4 パイロット県と 33 県の保健マネージメントチーム（計 37 チーム）が研修を受講しており、指標２は達成されている。

		
2011 年 計 4 チーム対象	2012 年 累計 22 チーム対象	2013 年 全 37 チーム対象

アウトプット１の最終成果品の完成状況

最終成果品	完成状況
Health System Management Training Program Textbook	ドラフト２版が昨年末に完成しており、2013 年 4 月に最終化と印刷が予定されている。ドラフトは、カウンティ・ヘルス・マネージメント・チームを対象とした紹介マニュアルが作成される際に、その内容が全面的に参考とされた。
HSM Training Program Facilitators' Guide & Training (Course　1-12)	最終ドラフトは 2013 年 1 月に配布されており、今後最小限の改定を経て 2013 年に製本化される予定である。プロジェクトで開発した HSM 研修はニャンザ州と全 37 県の保健マネージメントチームに実施済みである。当研修は、その他機関による同様の研修にも取り入れられている。その例としては、MoMS/WHO による HSS Training、AMREF/JICA アフリカ広域研修プログラム、CHMT Induction Training がある。
Facilitators' Presentation Slides (Course　1-12)	

３－３－２　アウトプット２の達成度

アウトプット２	指標
パイロット県におけるヘルスプロモーション活動がモデル化され、保健システム強化の中で主流化される。	１．保健プロモーション活動の実施モデルが、2012 年 4 月までに確立される。 ２．年間活動計画（AOP）に予算化された保健プロモーション活動が、2013 年 6 月までにパイロット県で最低 5 活動以上に増加する。 ３．保健プロモーションにおけるパイロット県のキャパシティ・アセスメント結果の総合平均が、2013 年 6 月までには 5 段階中 4 となる。

アウトプット２はプロジェクト終了時には達成される見込みである。アウトプット２が達成されるためには、保健プロモーション実施モデルが完成されること、一定数の保健プロモーション活動が AOP/AWP において予算化・実施されること、パイロット県における保健行政官の保健プロモーションのためのキャパシティに関する自己評価点の総合平均が「良」レベルに達すること、のすべてが満たされなければならない。中間レビュー調査以降順調に遂行した結果、終了時評価時点において本アウトプットはほぼ達成している。

表３－６　アウトプット２指標の進捗状況

	Criteria	Q1-11	Q2-11	Q3-11	Q4-11	Q1-12	Q2-12	Q3-12
1	An operational model of health promotion activities is established by April 2012.	47.1%	80.1%	50.5%	95.8%	42.1%	87.9%	90.3%
2	Execution rate of health promotion activities budgeted in AOP of the pilot districts is increased to at least 5 activities per district by June 2013.	3	49	47	48	37	47	47
3	Grand average score of the capacity assessment on health promotion in the pilot districts is increased to 4.0 by June 2013.	3.5	N/A					4.5

中間レビュー調査時に 47.1%だった保健プロモーション実施モデルの開発（指標１）は、終了時評価時点には 90.3%にまで向上した（表３－７）。今後の課題は、現在ドラフト段階にある保健プロモーションハンドブックの完成と配布である。また、2011 年 7 月に既に完成し、すべての県に配布済みである IEC 資料に関しては、2012 年 5 月のモニタリングの結果、いくつかの非パイロット県で活用されていないことが確認されていることから、フォローアップが必要である（非パイロット県については配布数も限られており、配布後のフォローアップはこれまでのところ行われていない）。

表３－７　保健プロモーション実施モデル開発の進捗状況（指標１）

	Criteria	Q1-11	Q2-11	Q3-11	Q4-11	Q1-12	Q2-12	Q3-12
1	Health promotion working group is established and it conducts meeting monthly.	66.7%	68.7%	100%	100.0%	100.0%	100.0%	66.7%*
2	Basic health promotion training and applied health promotion training for health promotion officers and health promotion focal persons in pilot districts are conducted.	4.0%	28.0%	44.0%	100.0%	60.0%	100.0%	100.0%
3	Health promotion handbook including policy documents are published.	0.0%	0.0%	0.0%	75.0%	75.0%	75.0%	85.0%
4	IEC materials suitable for local contexts are developed.	65.0%	72.5%	75.0%	80.0%	87.5%	92.5%	100.0%
5	Provincial health promotion stakeholders forums are conducted quarterly.**	100%	100%	100%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%
Total		47.1%	53.4%	63.8%	91.0%	64.5%	93.5%	90.3%

* After Q4-11, Health promotion working group conducts meeting as necessary (not monthly basis.)
** After Q1-12, Nyanza Health Promotion Network has decided that Provincial health promotion stakeholders forum (Nyanza health promotion Performance Review & Stakeholder Forum) is to be conducted bi-annually.

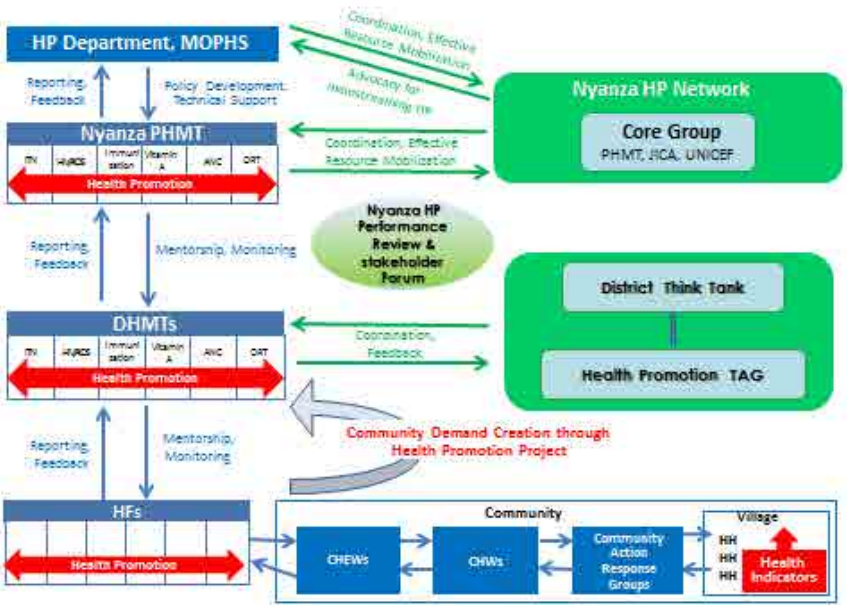


図３－１　保健プロモーション実施モデル

中間レビュー調査時点においてはアウトプット２において最も大きな課題とされていた保健プロモーション活動における AOP/AWP の予算化・実施（指標２）であるが、その後は予算・実施された活動数は大きく増加している（表３－８）。

表３－８　予算化・実施された保健プロモーション関連活動

The details of health promotion activities executed which are budgeted in AOP/AWP	Q1-11	Q2-11	Q3-11	Q4-11	Q1-12	Q2-12	Q3-12
Total	3	49	47	48	37	47	47
PHMT	0	7	6	6	7	10	10
Siyaya District	0	11	15	14	8	8	8
Ugenya District	-	11	6	14	6	8	8
Gem District	-	8	13	9	6	8	8
Kisumu West District	3	12	7	5	10	13	13
The details of health promotion activities budgeted in AOP/AWP	Q1-11	Q2-11	Q3-11	Q4-11	Q1-12	Q2-12	Q3-12
Total	8	66	70	75	54	60	60
PHMT	0	17	17	17	17	15	15
Siyaya District	0	12	17	15	8	10	10
Ugenya District	-	11	6	14	6	10	10
Gem District	-	9	13	12	6	10	10
Kisumu West District	8	17	17	17	17	15	15

* All the districts in Nyanza province have Health Promotion AWP 2012/2013 from Q3-12 and all the districts have at least 5 health promotion activities.

州及びパイロット県における保健行政官の保健プロモーションに関するキャパシティ・アセスメント（指標３）については、ベースライン値（2011 年 2 月）3.5/5 から、エンドライン値（2012 年末）には 4.5/5 へと大幅に増加している。

表３－９　保健プロモーションに関する自己評価結果（指標３）

	計画（予算計画含む）	IEC 資料の作成	ネットワーキング	モニタリング・評価	他プログラム・部との共同作業	総合
2010 年 3 月	2.7	2.3	2.4	2.4	2.2	2.5
2011 年 3 月	3.6	3.8	3.4	3.4	3.3	3.5
2012 年 12 月	4.5	4.5	4.4	4.4	4.6	4.5

アウトプット２の最終成果品の完成状況

最終成果品	完成状況
保健プロモーションハンドブック	2013 年 3 月に完成予定である。
ニュースレターを含む IEC 資料	予定されていた数の IEC 資料は 2012 年 6 月までに作成済みである。IEC 資料は TAG の支援を得て DHMTs により作成された。ニュースレターは、引き続き Nyanza Health Bulletin として四半期に一度発行している。

３－３－３　アウトプット３の達成度

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

アウトプット３はプロジェクト終了時には達成される見込みである。アウトプット３が達成されたと判断するためには、サポーティブ・スーパービジョンの実施モデルが開発され、かつ、パイロット県における 80％の医療施設で IMSS が活用されている必要がある。

本アウトプットは、PDM の改定（2011 年 3 月）時にアウトプットとして明確化され、翌 4 月に専門家が赴任したことで本格的に取り組みが開始されたものであることから、中間レビュー調査時にはほとんど進展がみられなかった。その後の精力的な取り組みの結果、終了時評価時点でいずれの指標も大きく進展している。プロジェクト残りの期間においては、実施モデルの完成を確実にすることが期待される。

表３－10　アウトプット３指標の進捗状況

	Criteria	Q1-11	Q2-11	Q3-11	Q4-11	Q1-12	Q2-12	Q3-12
1	An operational model of supportive supervision is established by April 2012.	14%	54%	75%	82%	84%	84%	90%
2	Number of health facilities in the pilot districts receiving Integrated Management Supportive Supervision (IMSS) is increased to 80% of facilities in every district by June 2013.	51.5%	N/A					94.7%

実施モデルの完成度（指標１）は、中間レビュー調査時の 14%から終了時評価時には 90%に上昇している。モデルを構成する 5 つの要素のうち、IMSS チェックリストとサポーティブ・スーパービジョンのメカニズムの構築については既に完了しており、その他 3 つの要素を完了させることが今後の課題である（表３－11）。

表３－11　サポーティブ・スーパービジョンを通じた
サービスの質管理モデル開発の進捗状況（指標１）

	Criteria	Q1-11	Q2-11	Q3-11	Q4-11	Q1-12	Q2-12	Q3-12
1	IMSS checklist is developed.	70.0%	95%	100%	100%	100%	100%	100%
2	SS mechanism (Plan, prepare, do, monitor, evaluate, feedback) is established.	0.0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Supportive Supervision Handbook is developed.	0.0%	0.0%	75%	80%	80%	80%	80%
4	IMSS checklist and Resolution matrix are well documented, analyzed, stored and shared by DHMTs and stakeholders.	0.0%	50%	50%	80%	90%	90%	90%
5	The impact of the SS model is verified (Health workers' satisfaction, Clients' satisfaction, Indictor of HIIs, etc.).	0.0%	25%	50%	50%	50%	50%	80%
Total		14%	54%	75%	82%	84%	84%	90%

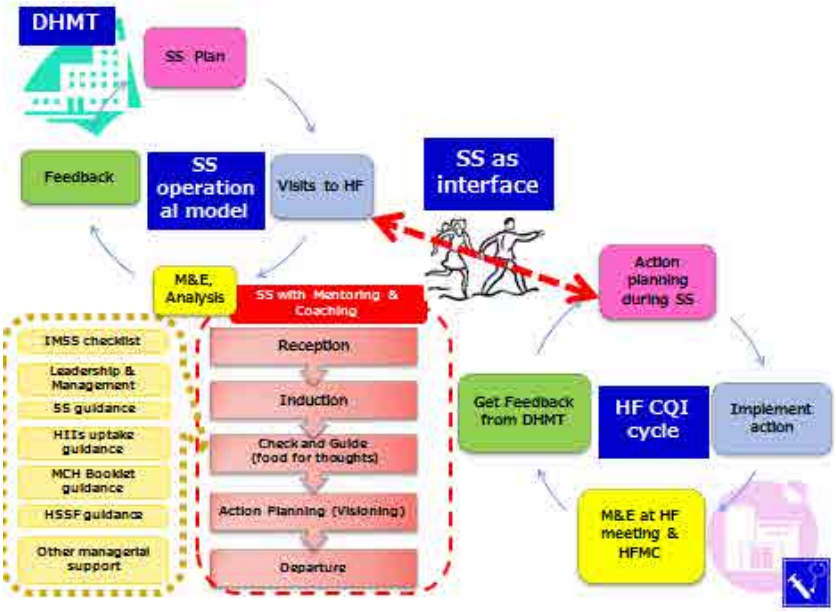


図３－２　サポーティブ・スーパービジョンを通じた
サービスの質管理モデル

IMSS チェックリストを用いたスーパービジョンが実施されたパイロット地域における施

設[4]の割合（指標１）は、中間レビュー評価時の 51.5%から終了時評価時点では 94.7% にまで増加している。

アウトプット３をプロジェクトに含んだ時点では、上述の「サポーティブ・スーパービジョンを通じたサービスの質管理のための実施モデル」の開発のみが合意されていたが、その後プロジェクトの進捗に応じて、こうしたサービス提供者側における実施モデルと並んで、サービスの受け手側における実施モデルとして、「コミュニティ・ヘルス・マネージメント実施モデル」の開発も活動に含まれることとなった。PDM の改定が実施されなかったことから当該モデルの開発については記載されていないが、実質的なプロジェクトの取り組みとして評価の対象とすることが妥当であると、終了時評価団とプロジェクトチーム側で合意した。

「コミュニティ・ヘルス・マネージメント」の実施モデルは、終了時評価時点で 94％完成している（表３－12）。モデルを構成する 5 つの要素のうち、今後の課題は、現在ドラフト段階にあるコミュニティヘルス普及員（Community Health Extension Worker：CHEW）マネージメントハンドブックの最終化と、当該モデルの効果に関して文書化することである。

表３－12　コミュニティ・ヘルス・マネージメント実施モデル開発の進捗状況

	Criteria	Q1-11	Q2-11	Q3-11	Q4-11	Q1-12	Q2-12	Q3-12
1	CHEW & CHWs* refresher training program, Referral & Defaulter tracing documents and SS checklist are developed.	0.0%	25%	60%	70%	80%	100%	100%
2	CHEW & CHWs refresher training materials are developed and the training is implemented (Total 64 CUs).	0.0%	25%	50%	70%	80%	90%	100%
3	Community referral & defaulter tracing mechanism (plan, do, monitoring and evaluation cycle and feedback) is piloted and expanded to all 166 CUs in pilot districts.	0.0%	20%	25%	50%	80%	90%	100%
4	CHEW management handbook is developed.	0.0%	0.0%	10%	20%	30%	60%	80%
5	The impact of the community health model is verified by using operational research and documented.	0.0%	40%	50%	60%	60%	80%	90%
	Total	0.0%	22%	39%	54%	66%	84%	94%

* CHW(s)：Community Health Worker(s)（コミュニティ・ヘルスワーカー）

[4] サポーティブ・スーパービジョンが実施されていない施設は、①Kisumu West 県に新しく建築された 1 施設、②現在閉鎖されている Siaya 県の 3 施設、③Siaya 県の県病院（県病院に対するスーパービジョンは規定されていない）、である。

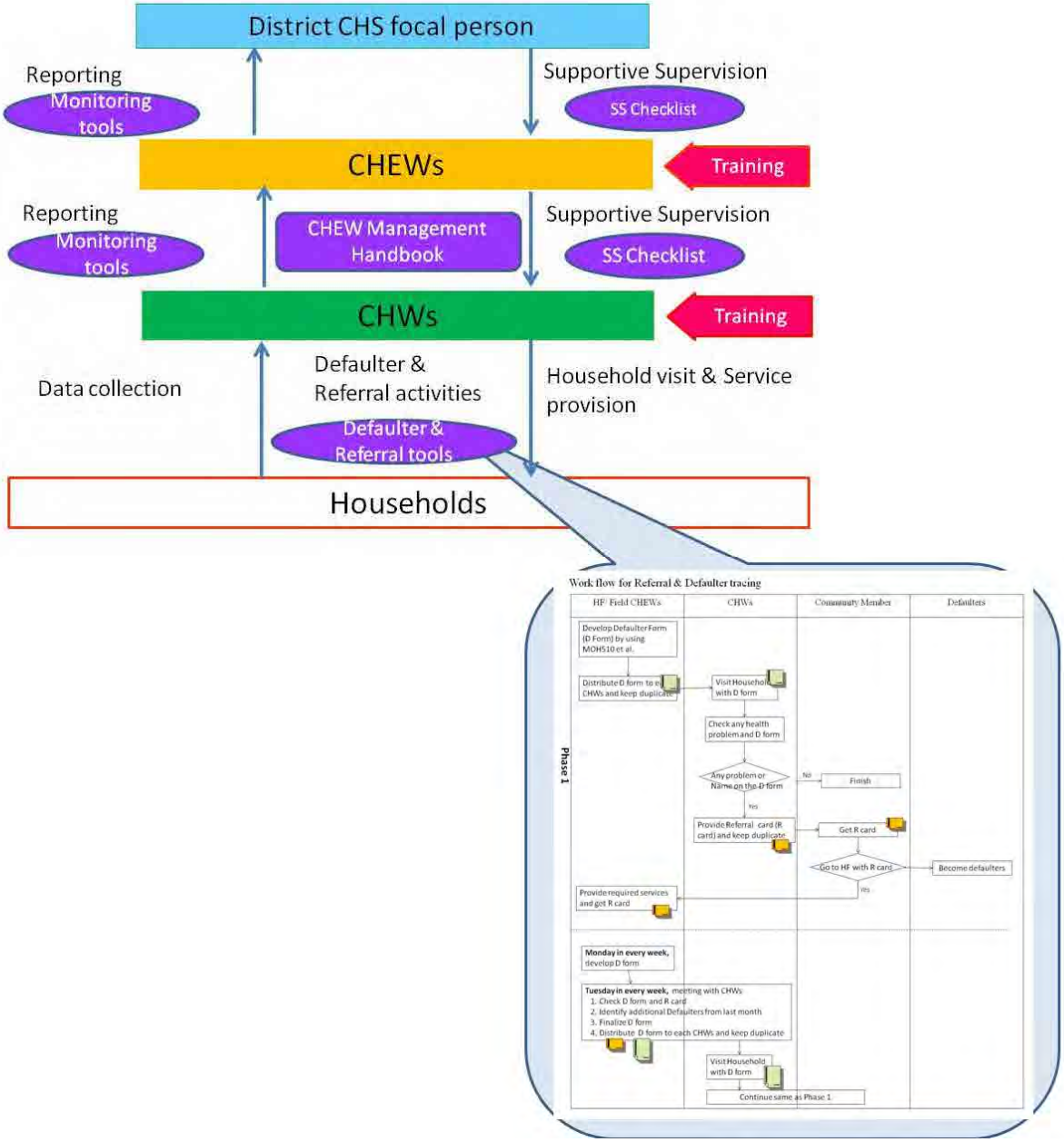


図３－３　コミュニティ・ヘルス・マネージメント実施モデル

アウトプット３の最終成果品の完成状況

最終成果品	完成状況
データ・クオリティ評価ツール	中間レビュー時には District Annual Bulletin を開発する予定であったが、ニーズの変化に対応すべく、データ・クオリティ評価ツールが開発された。
保健施設ダイレクトリー	2011 年 2 月に完成し配布済みである。情報はそれ以降更新されておらず、今後更新する予定もない。
サポーティブ・スーパービジョンハンドブック	サポーティブ・スーパービジョン・チェックリストに基づく基本的な内容であることから、ハンドブックはパイロット県において一般的に広く活用されていることが確認されている。最終版は近く完成する予定である。

CHEW マネージメントハンドブック	ハンドブックは 2013 年 2 月に完成する予定であり、パイロット県に配布される予定でる。非パイロット県への配布はプロジェクト予算による。中間レビュー調査時には、CHEW のファシリテーションスキルの向上を目的とした CHEW ファシリテーションハンドブックを開発する予定であったが、CHEW ハンドブックへと変更された。完成した CHEW ハンドブックでは、ファシリテーションだけでなく、HSM 研修の対象分野でもあるデータマネージメント、ケースマネージメントも網羅されている。本ハンドブックは、新規スタッフの研修ニーズに対応するだけでなく、研修受講済みスタッフの復習ニーズにも対応するものである。

３－３－４　アウトプット４の達成度

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

アウトプット４はプロジェクト終了時には達成される見込みである。アウトプット４の 2 つの指標は順調に増加している。セミナー、ワークショップ、会議の総数（指標１）は、中間レビュー時の 69 から、終了時評価時には 217 にまで増加、プロジェクトに関する出版物（指標２）についても、33 から 102 にまで増加している。

表３－13　アウトプット４指標の進捗状況

	Criteria	Q1-09-Q4-10	Q1-11	Q2-11	Q3-11	Q4-11	Q1-12	Q2-12	Q3-12
1	Number of seminars, workshops and conferences shared project achievement is continuously increased until June 2013.	61	8	10	22	26	27	34	29
2	Number of scientific papers, documents and publications concerning to the project activities and achievements is continuously increased until June 2013.	29	4	12	10	8	12	15	12

３－４　プロジェクト目標の達成度

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

＜キャパシティ・アセスメント＞

プロジェクト目標はプロジェクト終了時には達成される見込みである。

プロジェクト目標達成度を測る 2 つの指標のうち、PHMT と DHMT （計 31 チーム）のマネージメント・キャパシティ・アセスメントに関する自己評価（指標１）は、3.27/5（ベースライン値）から 3.75/5 （エンドライン値）に向上している（図３－４）。プロジェクトチーム及び関係者によれば、2012 年から実施されているコントロールグループ 15 県に対する HSM 研修が終了する 2013 年 2 月には、自己評価結果が目標値である 4/5 に達することはほぼ間違いない。

プロジェクトのターゲットグループと非ターゲットグループについて、自己評価に関するベースラインとエンドライン結果は図３－５に示すとおりである。これによれば、非コントロールグループについては、ベースライン値とエンドライン値の間にはほぼ変化がみられないが、ターゲット県については両者の間の変化がみられることから、研修の一定の効果が認められる。

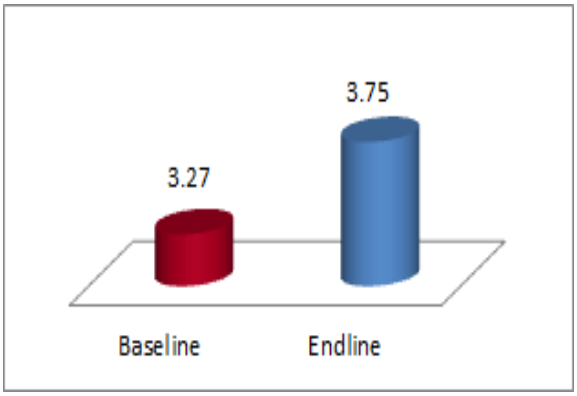


図３－４　キャパシティア・アセスメントの平均点（州）

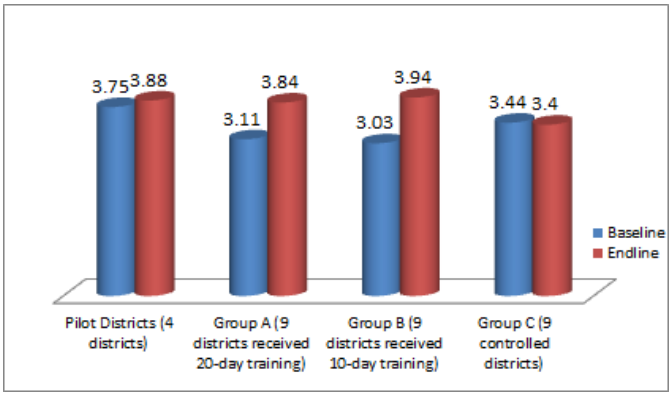


図３－５　キャパシティ・アセスメントの平均点（グループごと）

各キャパシティの内容をより詳細にみると、HSM 研修の 9 つの分野のうち、サポーティブ・スーパービジョンの得点が 4/5 と最も高く、「顧客との関係に関するマネージメント」（3.9/5）、「チームマネージメント」と「リーダーシップとガバナンス」（3.8/5）、「情報管理」と「計画及びモニタリング・評価」（3.7/5）が続く。他方、「保健プロモーション」、「リソースマネージメント」、「保健政策マネージメント」はやや低めである（図３－６）。

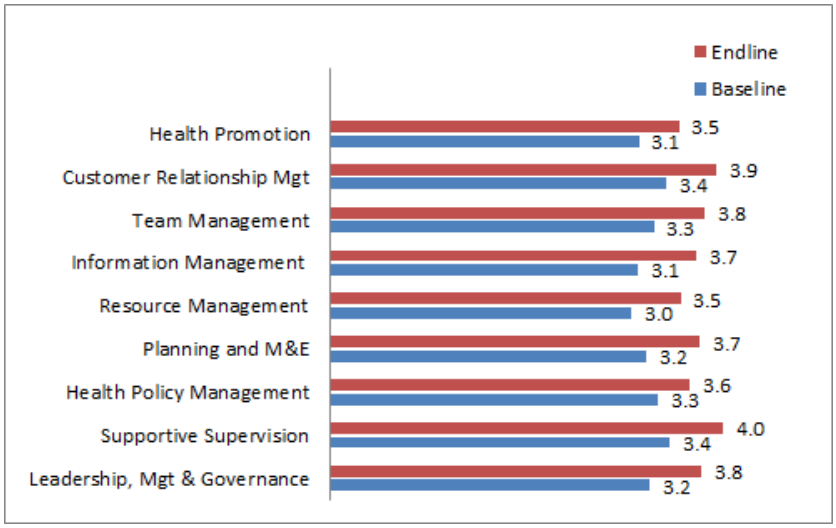


図３－６　HSM 研修の各分野に関するキャパシティ・アセスメントの結果

＜行動変容＞

行動変容に関する平均点は、2.64/5（ベースライン）から 3.41/5（エンドライン）に上昇している（図３－７）。評価項目は、表３－14 に示すとおり、主観的項目と客観的指標が組み合わされたものとなっている。プロジェクトチーム及び関係者は、上述のとおり、コントロールグループ 15 県に対して実施している HSM 研修が 2013 年 2 月に終了するため、プロジェクト終了までには、目標値である 4/5 が達成されると確信している。

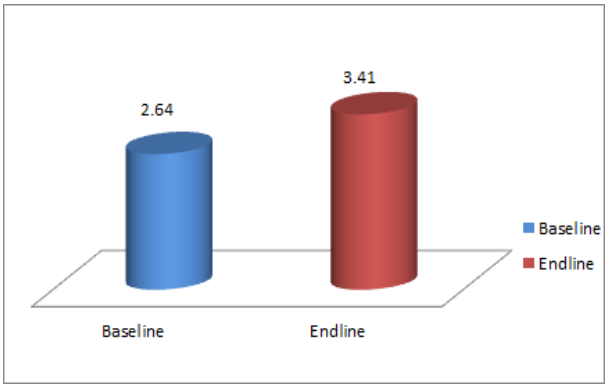


図３－７　行動変容に関する評価の平均点（州）

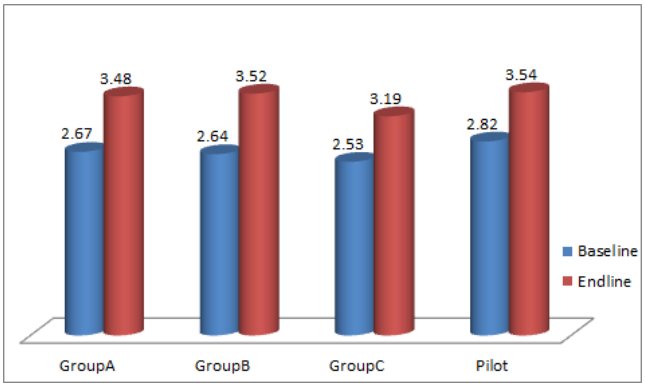


図３－８　行動変容に関する評価の平均点（グループごと）

表３－14　行動変容に関する評価の指標

S/N	指標	割合	指標の種類
1	Leadership Characteristic	13%	主観的指標（65%）
2	Leadership Behavior	13%	
3	Mindset Change for Higher Performing	13%	
4	Readiness for Change	13%	
5	Interpersonal Relationship	13%	
6	Vision & Mission	5%	客観的指標（35%）
7	Number of Stakeholder Meeting	5%	
8	Number of HF In-charge Meeting	5%	
9	Health Policy Resource Corner	5%	
10	Availability of Health Policy Documents	5%	
11	Utilization of Scientific Publication	5%	
12	Suggestion Box	5%	
Total		100%	

第４章　実施プロセス

４－１　計画に起因する事柄

いくつかの指標は、プロジェクトによる介入効果を測るには十分でなかった。プロジェクト計画時に作成された PDM（PDM0）には目標値が設定されていなかったことから、2011 年 3 月に PDM（PDM1）の改定が行われた際には、ベースライン調査結果に基づいて、目標値が設定されている。プロジェクトチームのイニシアティブにより PDM が改定され、第２回 JCC において承認されたことで、関係者間でプロジェクトがめざす方向性が明確にされたが、中間レビュー調査 3 カ月前のタイミングで PDM の改定が行われたことにより、中間レビュー調査時に PDM の見直しを行わないことが決定された。これにより、プロジェクトの論理的な枠組みと指標の見直し・改定は行われないままにプロジェクト終了を迎えることになった。本終了時評価において指摘されている論理上の不具合といくつかの指標の不適切さはこうした事情によるものである。

中間レビュー調査では、プロジェクト目標の達成度を測る客観的な指標の設定が提言されていた。そうすることで、プロジェクト実施中に保健マネージメントチームのキャパシティ及び行動の変化をモニタリングでき、終了時にはベースライン値とエンドライン値の比較により適切にプロジェクト介入の効果が測れるためである。プロジェクトチームと関係者は即座に対応すべく、保健システムマネージメント（HSM）研修の各分野に照らし合わせて客観的指標を設定することで合意した。しかし結局は提言を十分に検討し、指標を修正するまでには至らなかった。客観的な指標設定を妨げた主な理由として、ベースライン調査が中間レビュー調査前に実施されていたため、HSM 研修分野ではなく、ベースライン調査の項目から指標を選定することがより妥当であると判断されたことがある。

指標の客観性の問題のほか、いくつかのアウトプット指標が不適切なまま残されている。例えば、アウトプット３では、コミュニティ・ヘルス・マネージメントの実施モデルに取り組んでいたにもかかわらず、指標として記載されていない。また、アウトプット４の下で設定されている指標は、厳密にはアウトプットレベルではなく、活動指標である。アウトプット４の本プロジェクトにおける役割が「プロジェクトの最終成果品や開発したモデルの有効性の確認及び国家政策・ガイドライン等への反映」ということであれば、指標としては、例えば、「国家政策・ガイドライン・ツールの開発・改定過程で紹介・検討されたプロジェクトによる成果」といったものがより適切であっただろう（右指標は、本評価では、「予期しなかったインパクト」として検討されていることを記しておく）。

４－２　実施プロセスに起因する事柄

＜貢献要因＞

中間レビュー調査以降、それまでのプロジェクトの実施体制が見直され、以下の点を変更されている。

① それまでのフィールド・サポート・ワーキンググループ（Field Support Working Group）に代わり、4 つのパイロット地域（Siaya, Kisumu West, Ugenya 及び Gem にそれぞれ県シンクタ

ンク（District Think Tank）とトランスフォーメーション・アクション・グループ（TAGs）[5]が設置された。

② それまでの、保健プロモーション作業部会（UCAN-WG）は、州内の保健プロモーションに関する調整機関として、ニャンザ・ヘルス・ネットワーキング（Nyanza Health Networking）と、4 つのパイロット県において保健プロモーション活動を支援する保健プロモーション TAG に移行された。

TAGs と共にワーキンググループが構成され、研修機関ネットワーク（CoP） による技術的なアドバイスの下でプロジェクト活動は円滑に実施された。保健省（公衆衛生省及び医療サービス省）、他援助機関、教育・研究機関、NGO・住民組織・信仰に基づく団体（NGOs/CBOs/FBOs）、民間企業で構成される、CoP を実施体制に組み入れることにより、ネットワーキングを通じたプロジェクト活動の効率的な実施が可能となっただけでなく、プロジェクトによって開発された成果品の質が確保され、さらには、プロジェクト実施中と実施後におけるプロジェクトの成果品やアウトプットのスケールアップが容易になったと判断される。

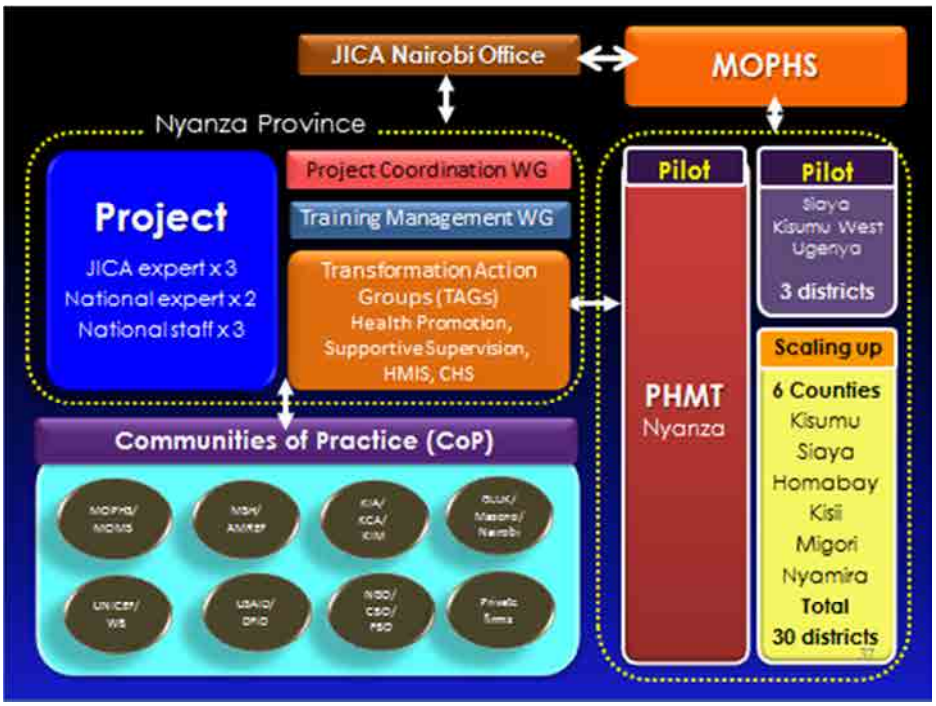


図４－１　中間レビュー以降のプロジェクトの実施体制

実施体制以外の貢献要因としては、プロジェクト関係者より主に以下の点が挙げられた。

・共同で活動計画し作成し関係者間で共有したこと
・定期的なレビューとフィードバックミーティングを実施したこと
・機材、資料、人材、費用などが必要時に活用可能であったこと

[5] 4 つの TAGs の役割は以下のとおり：
・Health Promotion TAG：保健プロモーションの実施モデルを開発し、主流化に努める。
・Supportive Supervision TAG：サポーティブ・スーパービジョンによるサービスの質マネジメントの実施モデル構築。
・HMIS TAG：保健マネジメント情報システムの強化（データの精度、完成度、効率性の向上、提出期限厳守など）。
・CHS TAG：コミュニティ・ヘルス・マネージメント実施モデルの開発。

・PHMT と DHMTs のプロジェクト活動に対するオーナーシップが高かったこと

＜阻害要因＞

阻害要因として多くの関係者より指摘されたのは、研修を受講した保健マネージャーの高い離職率である。プロジェクト側より入手したデータによれば、プロジェクト開始から現在までに HSM 研修を受講した州保健マネージャーとパイロット 4 県の保健マネージャー全 96 名のうち 29 名が、退職、他地域への異動、あるいは開発援助機関への就職などで離職しており、定着率は 78%である。

その他の主な阻害要因としては以下の点が挙げられた。

・PHMT, DHMTs は本プロジェクトの活動だけでなく、他援助機関等によるさまざまな活動も同時に実施しなければならないこと

・中間レビュー調査以降、ケニア政府の方針により県の再編成が実施されたことで、プロジェクトの対象県が 2 県から 4 県に増えたこと

・予防接種の国家キャンペーンや、その他の当初予定されていなかったイベントや活動が実施されたこと

・医師や看護師による長期にわたるストライキが実施されたこと

上記はいずれもプロジェクトの外部要因であるものの、他援助機関と連携した会合の開催、対象県を 4 県と認識しプロジェクト活動を継続実施、保健プロモーション活動の一環として予防接種キャンペーンに貢献するなど、プロジェクトで可能な限りの対応を行った。

第５章　５項目評価

５－１　妥当性

本プロジェクトの妥当性は終了時評価時点において「高い」と判断される。本プロジェクトの上位目標及びプロジェクト目標は、ケニアの保健分野におけるニーズに合致し、当該セクター政策との整合性も認められ、かつ、日本の対ケニア開発援助政策にも沿っている。

（１）ケニア国保健政策・戦略との整合性

保健システム強化に着眼した本プロジェクトは、ケニアの上位開発政策である「世界的に競争力のある繁栄するケニアーVision 2030」及び国家保健セクター戦略に合致している。

「Vision 2030」では、「できる限り高い水準の保健サービスを公正にかつ手頃に国民に提供すること」を目標として掲げ、その実現のために、保健システムの再構築を図り、治療ではなく予防・健康促進に重点を置くことを重視し、保健サービス提供の分権化を図るためにコミュニティにおける人材の育成に重点を置くこととしている。これらは、保健システムの強化に着目し、ニャンザ州におけるプライマリー・ヘルス・ケアサービスの質を向上させることをねらった本プロジェクトの目標に合致するものである。

保健システム強化は、第二次国家保健セクター戦略（2005～2012 年）[6]及び第三次国家保健セクター戦略（2013～2017 年）の政策上の重点とされている。第二次国家保健セクター戦略（2005～2012 年）では、「地方分権化の促進による自主財源の確保と県病院・ヘルスセンター・ディスペンサリーにおけるサービスデリバリーに関して地方レベルでの保健行政官のリーダーシップとマネージメント能力の強化」が課題とされているが、これは本プロジェクトのプロジェクト目標と合致する。また、上位目標は、同戦略で掲げられている 6 つの目標のうち、政策目標１「保健サービスへの公平なアクセスを増加する」及び政策目標２「保健サービスの質と対応を改善する」の達成に貢献するものである。

（２）ケニア国のニーズに照らし合わせての妥当性

プロジェクト対象地域であるニャンザ州においては、貧弱な保健マネージャーの技術とチームワーク、低い保健人材のモチベーション、不十分なコミュニティに対する支援とスーパービジョン、不十分な関係者間の調整などの理由により、多くの開発パートナーの支援がありながら保健指標が改善されない状況が続いていた。こうした課題を解決するために、保健マネージメントチームの能力強化に着眼したのが本プロジェクトである。

2006 年にケニア政府が実施した県を対象にした保健サービスデリバリーに関するキャパシティ調査結果には、本プロジェクトのターゲットグループの選定が適切だったことが示唆されている。同調査によれば、県における保健サービスデリバリーが脆弱である要因として、DHMTs による計画プロセスが不十分でマネージメントに関する理解とキャパシティが弱いこと、県保健マネージメントチームに対する研修は疾病ベースのカリキュラムであり保健システムの強化に着目したものではないこと、既存の保健省による研修は地域ニーズに十分に対応しておらず、そのため研修を受講した保健従事者の士気が減退し高い離職率につながっ

[6] 第二次国家セクター戦略は、当初 2005～2010 年を対象期間としていたが、2008 年に実施した評価結果を受けて期間が 2012 年まで延長された経緯がある。

ていること、保健システム強化のために不可欠となる PHMT と DHMTs、あるいは DHMTs と保健施設やその他の関係者間の連携が弱いこと、などが指摘されている。

（３）日本の ODA 政策に照らし合わせての妥当性

本プロジェクトの目標及び戦略・アプローチは、「新国際保健政策（2011～2015 年）」に合致しており、TICAD IV における保健システム強化を中心とした日本の対アフリカ保健コミットメントへの貢献策としても位置づけられる。また、ケニア国国別分析ペーパー（2011 年 4 月更新）でも、国別援助方針にのっとり、「プライマリーヘルスサービスの向上」を（ケニア保健）支援の中心とし、地理的要因や経済的要因によって医療施設へのアクセスが限定されていた人々に対して、平等に良質の保健・医療サービスを提供できる制度づくりに協力していく、と明文化されている。

本プロジェクトは、保健マネージャーのキャパシティ強化を通じてニャンザ州の「優先的ハイ・インパクト・インターベンション（効果の証明された保健介入）」のためのプライマリー・ヘルス・サービスの質を改善することをめざしたものであるが、これらは、「新国際保健政策」の最終目標「妊産婦と新生児の死亡率削減のための効果が証明されている保健サービスパッケージの導入と、乳幼児の死亡率削減のための効果の高い保健施策の拡大を通じ、妊産婦と乳幼児死亡率の更なる低下をめざす」と一致している。

また、同政策でうたわれている新アプローチ「保健システム強化を中心に科学的根拠（エビデンス）に基づく保健施策を促進すること」は、オペレーション・リサーチを通じて実施モデルの有効性を検証し、スケールアップすることをねらった本プロジェクトのアプローチと合致している。

（４）プロジェクト計画の妥当性

本プロジェクトは、「保健システムは要素間の関係性で強化される」というシステム思考の観点から、システムを構築する各機能的要素の相互関係を構築し強化するべき「人」（＝保健行政官）と「組織」（保健行政マネージメントチーム）のキャパシティの強化を通じて、保健システムを強化し・持続させることを目的としたものである。こうしたアプローチをプロジェクト期間中に検証するだけでなく、スケールアップをもねらったのが本プロジェクトである。

こうしたアプローチと戦略は PDM に反映されているが、各目標（上位目標、プロジェクト目標、アウトプット）が対象とする行政レベルに起因する問題により、プロジェクト目標と各アウトプットの論理上の関連性や因果関係は明確さに欠ける。具体的には、上位目標、プロジェクト目標、アウトプット１の対象はニャンザ州全体（PHMT と全 36 DHMTs）であるが、アウトプット２と３の対象は PHMT と 4 パイロット県（Siaya, Kisumu West, Ugenya, Gem）の DHMTs に限定されている[7]ため、上位目標/プロジェクト目標とアウトプット２/３との間に論理的な乖離がみられる。さらに、アウトプット４は、アウトプット１、２、３で開発された各種実施モデルや最終成果品の有効性を検証してスケールアップするという明確な役割の下に設置されており、本プロジェクトの戦略としては不可欠であるが、その対象レベルが

[7] アウトプット２の対象には 4 パイロット県以外の県も含まれる。これは、現段階においては保健プロモーション担当官がすべての県に任命されていないことによる。

国家・アフリカ地域・国際レベルも含まれており、上位目標/プロジェクト目標の対象をはるかに超えている。

５－２　有効性

（１）プロジェクト目標の達成度

有効性は「やや高い」と判断される。PDM に設定されている 2 つの指標をみると、PHMT 及び DHMTs のキャパシティ・アセスメントの平均は 3.75/5 であり、PHMT 及び DHMTs の行動変容の平均は 3.41/5 となっている。これらの指標は終了時評価時点でほぼ達成されていることから、プロジェクト終了までにプロジェクト目標（4/5）が達成される可能性が高いというのが関係者の一般的な見方である。

ただし、これら指標の達成状況をもってプロジェクトの対象である保健マネージメントチームのキャパシティの向上と行動変容が確実なものであると最終判断することは難しい。キャパシティ・アセスメントは自己評価であり、行動変容に係るアセスメントは客観的・主観的な両評価を組み合わせて判断しているものの、その比率は主観的評価が多くを占めているためである。客観的評価をもって総合的に判断することが望ましいと考える。

こうした点を踏まえ、キャパシティを客観的に評価するひとつの手段として、プロジェクトでは、知識に関するテストを導入した。ただし、理解度テストの結果にはプロジェクトによる支援との相関関係はみられない。知識テストにおける正解度の平均についてベースライン値とエンドライン値を比較したところ、ターゲット県（グループ A と B）と共にコントロール県（グループ C）も向上している半面、パイロット県については、エンドライン値がベースライン値をわずかに下回っている。この結果には、パイロット県への再研修の必要性が示唆されている。

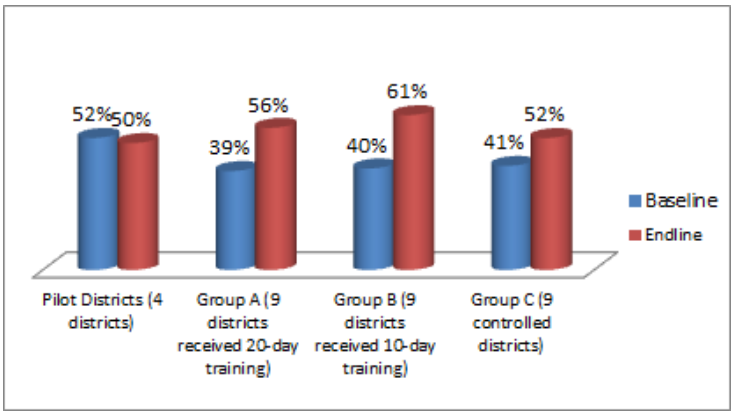


図５－１　理解度テストの正解率（グループごと）

合同評価調査団は「プロジェクトによる支援の結果として対象保健マネージメントチームのキャパシティが向上し、行動変容がもたらされた」とする仮説を検証するため、これら定量的データとともに、公衆衛生省及び援助機関に対するフォーカスグループディスカッションと聞き取りを通じて定性的なデータの収集に努めた。その結果、キャパシティの向上と行動変容を示す以下の事柄が確認された。

・2010 年にプロジェクトのパイロット県にあるコミュニティ・ユニットのひとつがケニアに

おいて最も優秀なコミュニティ・ユニットに選ばれた。
・ニャンザ州は、その他の州と比較して、報告書を期限内に提出している記録がある。
・CHEWs のプレゼンテーション能力が高い。
・ニャンザ州においてはサポーティブ・スーパービジョンが定期的に行われている。他州ではまだ不定期の実施である。

（２）アウトプットとプロジェクト目標との論理的な関係の適切性

アウトプット１（研修実施）とアウトプット２（保健プロモーション）及びアウトプット３（保健施設におけるサービスの質のマネージメント及びコミュニティ・ヘルス・マネージメント）との間に十分な連携が確立されている時、言い換えれば、研修の PDCA サイクルが確立されている場合には、これらのアウトプットのプロジェクト目標達成への貢献度は最も高くなる。よって、プロジェクト内部におけるこれら各アウトプット間の連携の促進がプロジェクト終了時までに期待される。

アウトプット４に関しては､プロジェクト目標が対象とする州レベルを超え､国家レベル、地域レベル、国際レベルにまで及んでいる。アウトプット４は、アウトプット１、２、３の下で開発された各種モデルの有効性を検証する場として、また、有効性が確認されたモデルをスケールアップする場としての役割を担っている。そのため、プロジェクト対象州を超えたとしても､アウトプット４がプロジェクト目標の達成に貢献していることは明らかである。

（３）外部条件

アウトプットからプロジェクト目標に至る外部条件は、終了時評価時点においても適切である。しかし、スタッフの定着率に関する外部条件など、十分に満たされていない外部条件があることが確認された。

５－３　効率性

投入とアウトプットの達成度にかんがみて、プロジェクトの効率性は「高い」と判断される。

総プロジェクト予算について、過去 2 年間（2011 年度と 2012 年度）はそれ以前の 2 年間（2009 年度と 2010 年度）の 3 倍多いが、これは各アウトプットの下で開発したモデルと成果品を普及するために多くの活動が実施されたことによる。プロジェクトから入手したデータによれば、直近 2 年間のアドミニ/機材、アウトプット１、２、３に対する支出は、予算を下回っている。アウトプット４については、ニーズに柔軟に対応してきたことで、予算に計上されていなかった活動が増え、その結果として実際の支出は予算額を上回っているが、それでもこれまでのところは全体の 10%前後で推移している。

予算額をアウトプットごとにみると、全体に占める各アウトプットへの割り当ての割合はバランスがとれたものとなっている（図５－２）。アウトプット１（HMS 研修）は、スケールアップ段階に入り活動が更に活発化しているが、この期間に費やした活動総額は、プロジェクト開始 2 年間の総額よりも減額となっている。これは、費用対効果の高い研修パッケージを開発したことと、カスケード方式による研修実施としたことによるものである。

他方、アウトプット３については、スケールアップ段階に入って保健施設とコミュニティ両者に対する活動が活発化した結果、今年度の割り当て総額は 4 つのアウトプットのうち最大となっ

ている。ただし、その多くはサインポストや医療施設における廃棄物の分別処理用の色つきゴミ箱といった機材に費やされており、現場視察においてこれらの機材は有効に活用されていることが確認されている。当該アウトプットにおいては、1 回のイベントにおいて 2 つ以上のプロジェクトの活動を実施したり、他援助機関が財政的に支援するイベントの中で本アウトプットの活動を実施したりすることで、活動経費を削減するだけでなく、関係者の業務負担を軽減することを試みている。

アウトプット２については、スケールアップ段階において活動の焦点は、それまでの IEC 資料作成に係る研修から、プロポーザルベースの保健プロモーション活動へと変更されたが、全体に占める割合はほぼ同レベルである。こうした変更は、アウトプット１（HSM 研修）との連携構築のための重要なステップであり、これによりプロジェクト目標達成への相乗効果が発現されることが期待されるものである。

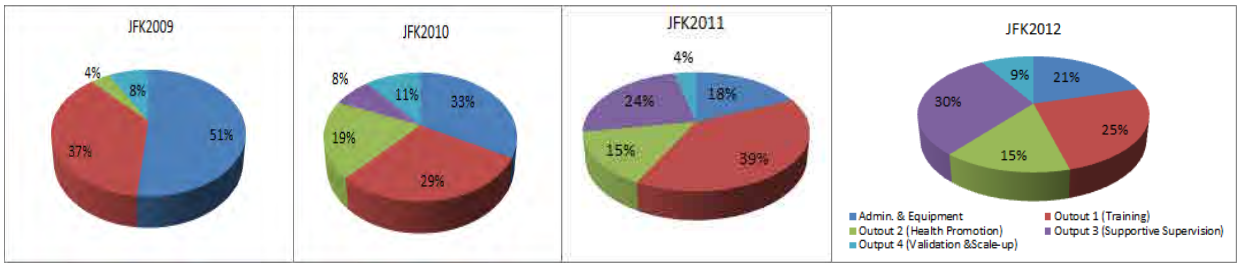


図５－２　アウトプットごとの概算予算

表５－１に示すように、各種フォーラム／関係者会議／コンベンション／研修に要する費用は他援助機関とシェアしている。前述したプロジェクトの戦略的な実施体制はこうした協力を容易にし、それによってプロジェクトの効率性を高める結果となっている。

表５－１　他援助機関との経費面での協力で実施されたフォーラム／会議／コンベンション／研修

アウトプット１	・HSM Training held from September 2012 to January 2013 was co-funded with DHMTs : accommodation, Daily allowance and transportation of 2 out of 8 target participants in each district were paid by a target district or individual participants.
アウトプット２	・Nyanza Health Promotion Stakeholder Forum targeting all the DHPOs[1)] and other stakeholders in the province : 1st Forum in May 2011 (co-funded with UNICEF) and 2nd Forum in Sept. 2011 (co-funded with Plan) ・Nyanza HP Performance Review & Stakeholders forum : 1st Forum in Feb. 2012 (co-funded with CARE Kenya and PSI) and 2nd Forum in Oct. 2012 (co-funded with CARE Kenya and PSI)
アウトプット３	・Quarterly CHS[2)] performance review meeting in Gem in Oct. 2012 (MVP[3)]) ・Quarterly CHS stakeholder meeting in Siaya (APHIAplus, CDC, etc.) ・Quarterly CHS performance review meeting in Kisumu West (Plan International, Maseno University) ・Stakeholder Meeting/Health Facility In-charge Meeting ・Stakeholder Meeting in Ugenya in Nov. 2012 (Matibabu Foundation)

	・Health Facility In-charge Meeting in Kisumu West in Dec. 2012 (Walter Reed Program) ・Health Facility In-charge Meeting in Gem in Dec. 2012 (ICAP) ・Health Facility In-charge Meeting in Siaya in Dec. 2012 (ICAP)
アウトプット４	・1st National Convention for Community Health Strategy in Dec. 2010 (UNICEF, USAID, etc.) ・1st and 2nd Provincial Health Research and Good Practice Forum in Dec. 2010 and Jan. 2012 (CDC, KEMRI/WRP, etc.) ・1st National Human Resource for Health Conference in Dec. 2011 (USAID, WB, etc.) ・8th International MCH Handbook Conference in Oct. 2012 (MoMS/MoPHS, UNICEF, IPPF, etc.) ・Evidence and Best Practice for HRH Strategic Plan Forum in Nov. 2012 (USAID-Capacity) ・1st Human Resource Development Stakeholder Forum in Dec. 2012 (USAID-Funzo-Kenya) ・1st National Leadership, Management and Governance Conference in Jan, 2013 (USAID-MSH, GIZ, etc.) ・1st National Quality Management in Health Conference in Feb. 2013 USAID-URC, GIZ, etc.

[1] DHPO(s)：District Health Promotion Officer(s)（県保健プロモーションオフィサー）
[2] CHS：Community Health Strategy（コミュニティヘルス戦略）
[3] MVP：Millennium Village Program（ミレニアム・ビレッジ・プログラム）

５－４　インパクト

上位目標	指標
ニャンザ州におけるプライマリー・ヘルス・ケア・サービスの質が向上する。	１．保健施設利用者の満足度が、2015 年までに 90%（3.6/4）に増加する。 ２．保健マネージャーや保健従事者の職務満足度が、2015 年までに 90%（3.6/4）に増加する。 ３．優先的ハイ・インパクト・インターベンション（効果の証明された保健介入）のサービスが、2015 年までに必要とされる人の 80%以上に提供される。

インパクトは「やや高い」と判断される。上位目標の達成は、事業終了後、本プロジェクトを含む種々のパートナーの活動の効果として一層明確になると考えられる。

上位目標の下に設定された 3 つの指標のうち、「保健施設利用者のサービスに対する満足度」と「保健マネージャー・保健従事者の職務に関する満足度」の 2 つの指標については、終了時評価時点では当初期待されたほどの進捗はみられない。後者の指標については、ベースライン値と比較して悪化していることも確認された。他方、指標３については、プロジェクトと他援助機関などとの協働の結果、ほとんどのサービス指標に向上がみられる。

保健施設利用者のサービスに対する満足度（指標１）は、2.59/4.00（ベースライン値）から

2.73/4.00 へと、わずかながら向上している（図５－３）。これをグループ別にみてみると、グループ B （10 日間のトレーニングパッケージを受講した 9 県）ではベースライン値と比較して低下しているが、非パイロット県を含むその他の 3 つのグループでは上昇している（図５－４）。以上の結果からは、保健マネージメントチームのキャパシティの向上と保健施設に対する利用者の満足度との間には相関関係がみられない。

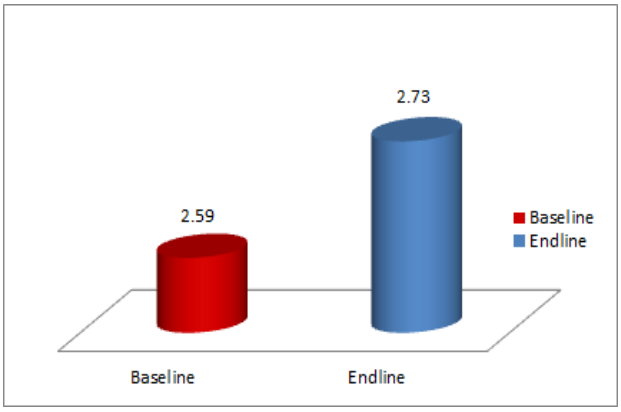


図５－３　保健施設に対する利用者の満足度（州）

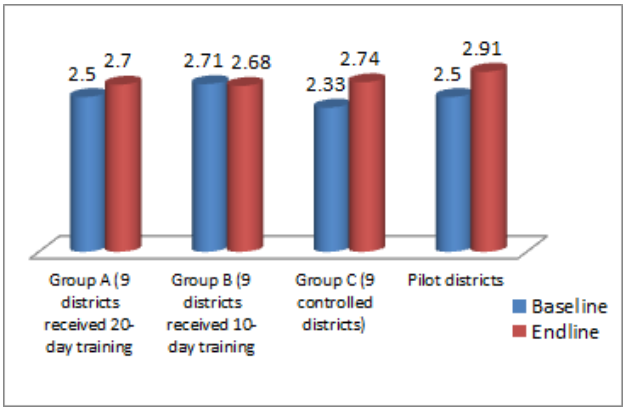


図５－４　保健施設に対する利用者の満足度（グループごと）

保健マネージャーと保健従事者の職務に関する満足度（指標２）は、3.36/4 （ベースライン値）から 3.21/4（エンドライン値）に低下している（図５－５）。これをグループごとにみると、向上しているのはグループ B（10 日間のトレーニングパッケージを受講した 9 県）のみである（図５－６）。

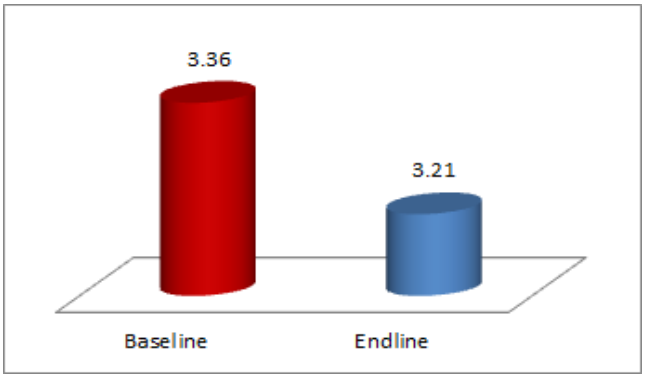


図５－５　保健マネージャーと保健従事者の職務に関する満足度

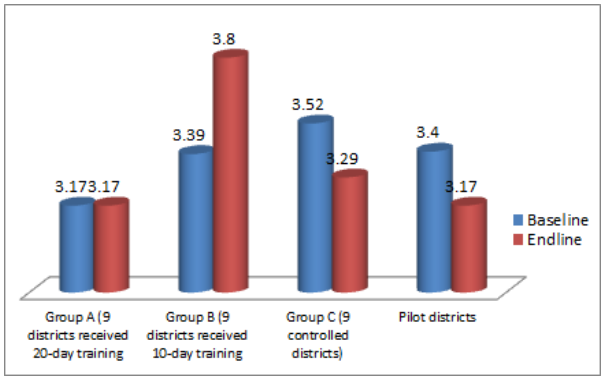


図５－６　保健マネージャーと保健従事者の職務に関する満足度（グループごと）

一方、ニャンザ州の主要保健指標（指標３）は妊産婦死亡率を除いては向上しており、パイロット県の指標の推移はこれと同じ傾向を示している（図５－７）。

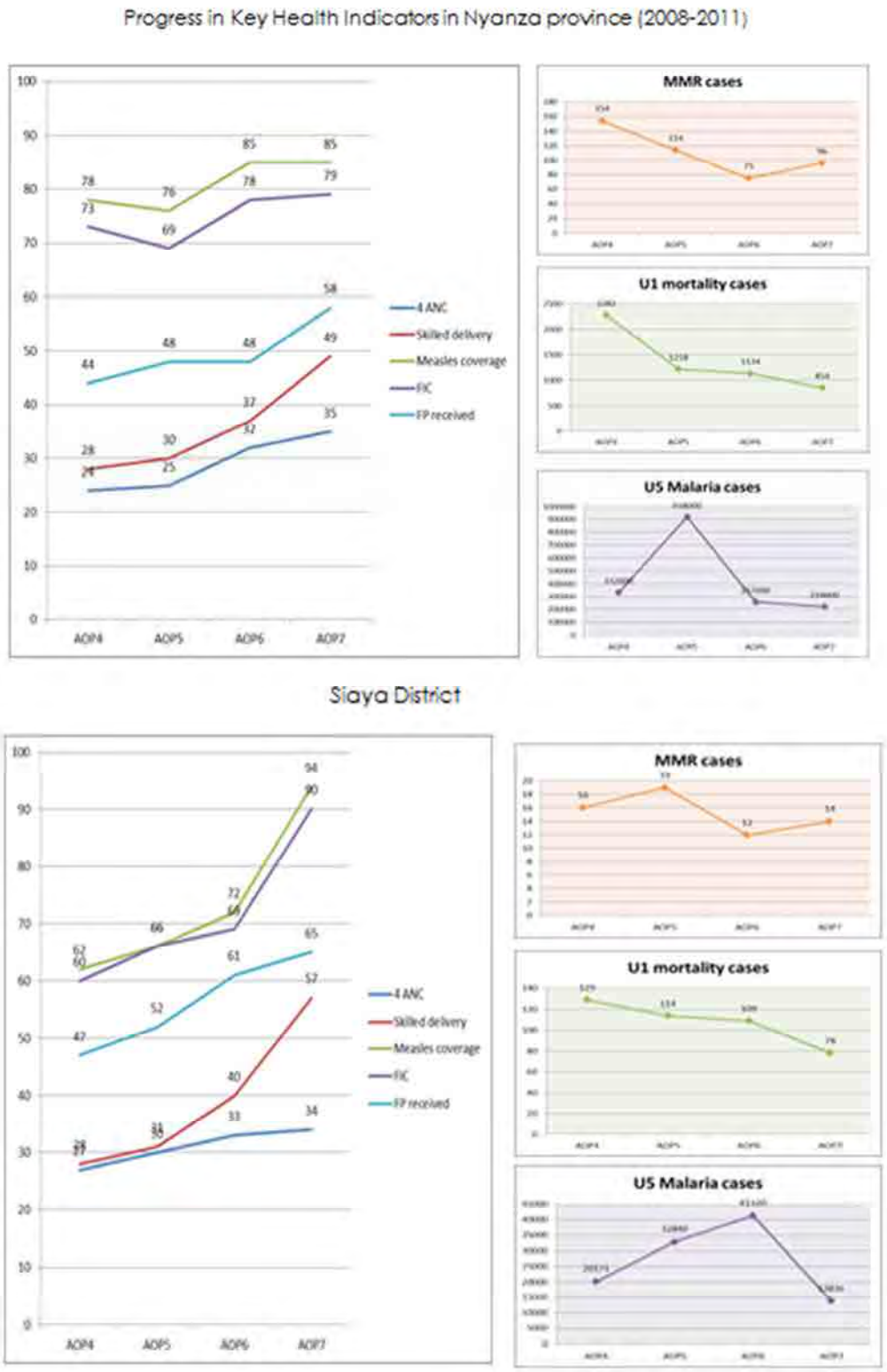


図５－７　ニャンザ州及びパイロット県における主要保健指標の推移[8]

[8] プロジェクト開始時にはパイロット県は Kisumu West と Siaya の 2 県であったが、2011 年にこれらの県が分割されたことでパイロット県は Ugenya と Gem を含む計 4 県となった。こうした背景により、Ugenya と Gem についてはベースラインデータがない。

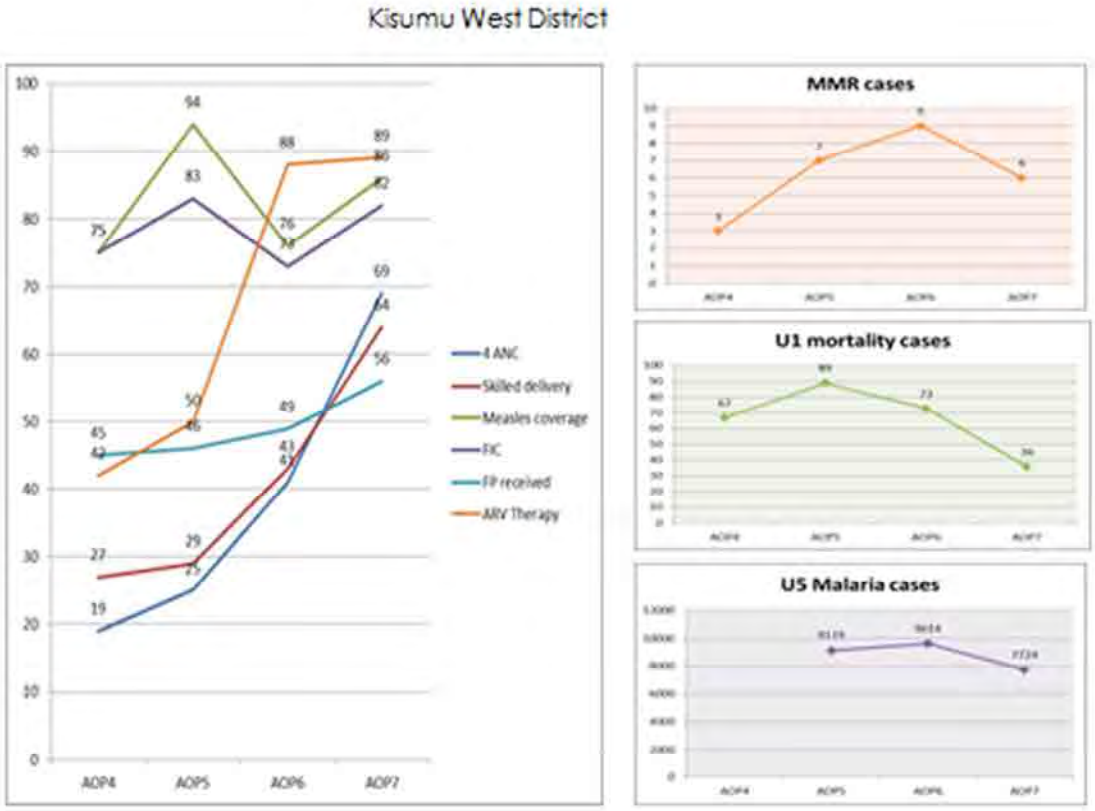


図５－７　ニャンザ州及びパイロット県における主要保健指標の推移（続き）

予期していなかった正のインパクトとしては、以下に示すように、政策レベルへのプロジェクトの成果の反映が確認された（ただし、前述したように、アウトプット４のひとつの役割は、プロジェクトの成果を国家政策などに反映させることとされていることから、厳密な意味では、これは「予期していた正のインパクト」、つまり上位目標の指標として設定されていることがより望ましい）。

表５－２　プロジェクトの成果が政策に反映された例

目標レベル	内容	プロジェクト成果の国家政策・ガイドラインへの反映
プロジェクト目標	キャパシティ・ディベロップメント	・JICA New Health Sector Support Program ・Kenya National Health Sector Strategic Plan III
アウトプット１	HSM 研修	・Concept paper of Kenya Institute of Health Systems Management (KIHSM) ・Capacity assessment for KMTC branches ・KIHSM strategic business plan
アウトプット２	保健プロモーション	・1st National Health Promotion Strategic Plan

アウトプット３	スーパービジョン	・Kenya Quality Model for Health implementation guideline ・National Supportive Supervision checklist ・MCH Handbook revision ・MCH Handbook job aid
	保健情報	・District Health Information Software
	コミュニティヘルス	・CHW/CHEW training manual ・CHS M&E framework ・CHS communication and advocacy plan
アウトプット４	中央政府に対する支援	・2nd Human Resource for Health Strategic Plan ・1st Human Resource Development Master Plan

５－５　持続性

終了時評価時点において、政策的、財政的、技術的側面からそれぞれ検証した結果、持続性は総じて「高い」。政策面では大きな懸念はないものの、地方分権化や保健行政組織の再編成が進むなか、今後同州の財政面や組織構造の変化から技術面に関して課題が生じることが予見される。プロジェクト終了後に更なる効果を発現するための具体的なメカニズムと計画については、第三次保健セクター戦略が最終化し、また、カウンティ制移行に関する工程表が完成し次第明確になるとされる。

５－５－１　政策面での持続性

プロジェクト終了後も政策上の支援が継続される可能性は高い。2010 年に制定されたケニア国新憲法の下では保健セクターの役割が規定されている。また、第三次ケニア国保健セクター戦略（2012～2017 年）では、新しく雇用するカウンティマネージャーのリーダーシップ、保健システムとサービスマネージメント、保健セクター上の職務を強化するためのガバナンス面におけるキャパシティ・ディベロップメントは優先課題として示されている。また、同戦略において示されている保健分野のリーダーシップとガバナンス面でのその他の優先分野としては、すべての保健行政レベルにおける優先的な活動実施とモニタリングのための年間計画の策定支援がある。

５－５－２　財政的な持続性

プロジェクト終了後の具体的な予算措置に関する情報は得られていないものの、プロジェクト終了後も財政的持続性が確保できる可能性は高い。聞き取り調査によれば、例えば、「プロジェクトが終了しても、年間活動計画のための共同計画を通じて、他援助機関から必要な財政的支援を得る自信はある」と述べている。また、保健マネージメントチームからは HSSF（施設への直接政府補助金）が活用できると、ひとつの代替案として挙げられた。彼らはプロジェクトを通じて、限られた予算の中で活動の優先度を考慮した実現可能な活動計画を策定することの重要性とそのためのスキルを学んだ。今後は政府財源のみならず、主要援助機関が集中する西部地域の利点を生かし、財源を模索していくことは期待できる。

５－５－３　技術的な持続性

終了時評価時点において、個人とグループ（チーム）のキャパシティの持続性はある程度認められるが、HSM 研修の対象分野のキャパシティに関する自己評価結果及び知識テストの平均スコアには、更なる支援の必要性も示唆される。研修の制度化を通じて技術的持続性を確保するための課題として以下の 2 点が挙げられる。

① 現在研修プログラム／カリキュラムが開発された段階にあるが、今後更に重要なことは、研修の PDCA サイクルを意識した研修システムを確立することである。プロジェクトでは研修を通じて、保健マネージメントのキャパシティ向上だけでなく、マインドセット／行動変容、ひいてはサービスの質の向上をめざしてきた。こうした「結果のロジックモデル」を整理し、それぞれの目標レベルに応じて効果を測る適切な指標を設定するとともに、モニタリング・評価のフローも含む「研修のモニタリング・評価フレームワーク」を策定することが必要である。

② 保健マネージメントチームによる望ましい行動が確実に定着するためには、彼らのマインドの変化だけでは十分とはいえない。必要なことは、研修を人事採用システムなどとリンクさせることである。例えば、保健マネージャーとして雇用されるための条件や昇進・昇給に係る評価の一環として、研修を受講済みであることを前提とするといったことが考えられるだろう。

キャパシティ・ディベロップメントは継続的なプロセスであり、ニーズに応じて、①個人、②グループ、③組織、④社会、の 4 つの段階がある。本プロジェクトは、個人とグループ（チーム）のキャパシティ・ディベロップメント、とりわけグループ（チーム）のキャパシティ・ディベロップメントに重点を置いている。

終了時評価の一環として実施した参加型評価ワークショップの結果をみると、プロジェクトによってもたらされた明らかな変化として、「仕事の成果を出すためにはチームワークが重要である」ということを保健マネージャーが認識するようになったことであることが分かる。他方、高い離職率とカウンティ制への移行プロセスが持続性の確保にとっての課題であるとの指摘もなされた。

新憲法の下でのカウンティ制の導入により、プロジェクトの対象となった保健マネージメントチームメンバーは、再編成された行政区に赴任することとなるが、その際にはファシリテーターとなって新しく構成されたカウンティ保健マネージメントチームの育成に尽力することが期待されるものである。しかし、個人レベルでの貢献では十分ではなく、技術的な持続性の確保には研修の制度化が望まれる。こうした観点から注目される動きとして、ケニア医療研修所（Kenya Medical Training College : KMTC）における Kenya Institute of Health System Management（KIHSM）の設立が本プロジェクトと Management Sciences for Health（MSH）の支援の下で検討されており、両保健省（公衆衛生省・医療サービス省）が基本的に同意していることが確認された。KIHSM の目的は、保健セクターにおけるリーダーシップとサービスマネージメントを改善することであり、全 47 カウンティが研修対象となる。現在、当該機関で活用する研修プログラム作成の最終段階にあるが、その際にプロジェクトで開発した研修パッケージが多く参照されている。

５－６　結　論

プロジェクトは、保健マネージメントチームのキャパシティ向上を通じて保健システムを強化するという革新的な試みを実施してきた。ニーズの変化に柔軟に対応した結果、支援対象レベルは当初予定していた州・県から、下は保健施設及びコミュニティ、上は国家レベルまでを包括的に網羅している。プロジェクトの活動は多岐にわたるが、各アウトプットの下にトランスフォーメーション・アクション・グループ（TAGs）を設置し、その活動を他援助機関、NGO、高等教育機関などで構成される研修機関ネットワーク（CoP）から技術的な支援を得ながら実施することで、プロジェクト期間中にはその質を確保しながら効率性の高い活動を可能にするとともに、プロジェクト終了後の持続性を高めることに成功している。

プロジェクトは、保健マネージメントチームのキャパシティの向上と彼らのマインドセットの変化による行動変容をねらったものであり、そのために、HSM 研修を実施すること、そして研修済みチームの職場でのパフォーマンスのモニタリングとフォローアップをマネージメントへの支援を通じて行うことを手段としたものである。PDM に設定された指標に照らし合わせて、プロジェクト終了までにプロジェクト目標が達成される可能性は高い。プロジェクト終了までに、アウトプット１（研修の実施）とアウトプット２及び３（マネージメント支援を通じた研修受講者へのフォローアップとモニタリング結果の研修へのフィードバック）の連携により、プロジェクト内部における PDCA サイクルの確立を確実にすることができれば、プロジェクト目標の達成度はより高まるであろう。

終了時評価時点では上位目標の達成レベルは限定的であるが、プロジェクトは実施モデル（HSM 研修、保健プロモーション、サポーティブ・スーパービジョンを通じたサービスの質の管理、コミュニティ・ヘルス・マネージメント）を開発し、これらのモデルを国家政策やガイドラインに反映させることに成功している。特に、プロジェクトで開発した研修モデルの制度化として、MSH と当プロジェクトの働きかけにより、保健省（公衆衛生省・医療サービス省）が KIHSM の設立を検討していることは、当プロジェクトの持続性を確保するものとして評価される。KIHSM の設立は、カウンティ制の導入に伴い直面するであろうカウンティ保健マネージメントチームへのキャパシティ・ディベロップメントというニーズにタイムリーに対応するものとして期待される。

プロジェクトは現在においてもケニアにおける保健分野の開発政策に合致しているものであり、今後も政策的な持続性は見込まれる。他方、財政面での持続性の確保が今後の課題のひとつとして指摘される。

第６章　提言と教訓

６－１　提　言

有効性と持続性をより高めるためにプロジェクト終了までになされるべき方策として、以下のとおり、プロジェクトチーム及び公衆衛生省に提言する。

＜プロジェクトチームに対する提言＞

① 現在作成途中にある最終成果品を最終化・製本すること：
- ・ファシリテーションガイド（アウトプット１）
- ・保健プロモーションハンドブック（アウトプット２）
- ・サポーティブ・スーパービジョン・ハンドブック、CHEW ハンドブック（アウトプット３）

② プロジェクトの各アウトプットを担当するプロジェクトチームメンバーの間のダイアローグを促進することにより、HSM 研修の PDCA サイクルを確立すること

③ PHMT とパイロット県 4 県の DHMTs の HSM 研修分野に係る知識と技術を確実なものとするため、再研修を実施すること

④ プロジェクト活動に関するグッド・プラクティス集、ドキュメンタリービデオ、ケーススタディを製本し、配布できる状態にしておくこと

⑤ 将来的な HSM 研修の普及に備えて、リソースパーソンとなり得るファシリテーターのリストを作成すること

＜公衆衛生省に対する提言＞

① 本プロジェクトの経験とグッド・プラクティスを他援助機関と共有し、更なるスケールアップのための具体的な計画を策定することを目的としたセミナーをプロジェクトチームが開催することを支援すること。ニャンザ州のパイロット地域をデモンストレーションサイトとして訪問することをセミナーの一部に含むことも検討すること

② 県レベルにおける行政と保健サービスデリバリーが有効に実施されるため、活動の優先順位づけ、及び優先された活動に対する予算配分といった戦略的計画・実施、有効なモニタリングとスーパービジョンに関する PHMT, DHMTs の技術向上や、保健従事者に最低限必要とされる技術の向上を目的としたプログラムを引き続き実施すること

③ 県レベルにおける保健プロジェクトの共同計画、予算づくり、モニタリング・評価を通じて保健分野で活動するさまざまな関係者との協力関係を更に強化するため、県保健関係者フォーラム（将来的にはカウンティ保健関係者フォーラム）を開催すること

６－２　教　訓

類似プロジェクトにフィードバックし得る教訓として以下の点が確認された。

＜戦略／アプローチに係る事柄＞

① 新規案件形成の際には、主にプロジェクト対象地域の既存のネットワークやローカルリソースの活用に関し、十分精査することが望まれる。本プロジェクトでは、パイロット段階だけでなくスケールアップ段階も含み、他の援助機関との関係構築を積極的に行うと同時に、

ローカル人材とネットワークを最大限に活用することにより、プロジェクト期間中のインパクトの発現が見込まれるだけでなく、プロジェクト終了後の持続性をより高くすることが可能となった。

② 県及び郡レベルでの活動・予算計画策定時には、プロジェクトの積極的な関与が望ましい。本プロジェクトは、ニーズとプロジェクトをとりまく環境の変化に柔軟に対応したことで、当初予定していなかった多くの活動を実施することとなった。しかし、実際の支出は当初の見積もりを下回っている。こうした結果には、マネージメント人材のマインドが予算重視から戦略的な計画（活動の優先順位づけとそうした活動への予算配分）へと変化することで、プロジェクトの効率性は高まるということが示唆されている。

③ 新規案件形成の際には、中央政府のみならず、保健指標の改善にダイレクトにかかわる施設レベルに直接介入する人材の能力強化も可能な限り勘案すべきである。本プロジェクトでは、キャパシティ・ディベロップメントの対象として中間マネージメント人材を選定することで、結果的にプロジェクトは支援対象を上（国家レベル）と下（保健施設とコミュニティ）に拡大することに成功し、4 年間という短期間ですべての行政レベルへの支援を容易に実施するに至っている。

＜行動変容をねらった研修プログラムのデザインに係る事柄＞

① 各アウトプットごとに専門家が配置される能力強化主体のプロジェクトの場合、各アウトプットを担当するプロジェクトチームメンバー間の対話を促進し、研修の PDCA サイクルが機能するプロジェクトデザインが提案される。研修を通じてマネージメント人材の行動変容をねらうプロジェクトを計画する場合には、研修を受けたマネージメント人材が彼らの職場で研修内容を実践することを確実とするため、プロジェクト内において研修実施を目的としたアウトプットと、職場での彼らのパフォーマンスをモニタリングし必要なフォローアップを行うことを目的としたアウトプットとのリンケージが確立されるデザインとすることが重要である。本プロジェクトの場合には、プロジェクトの運営がアウトプットベースで行われているが、各アウトプットを担当する日本人専門家間のコミュニケーションや対話が活発化したのは 3 年次に入ってからであった。そのため、研修（アウトプット 1 ）の目的（＝保健マネージャーのキャパシティ・ディベロップメントと行動変容）と、研修済みマネージャーの職場での実践状況との間に生ずるギャップ（＝研修ニーズ）が研修プログラムの最終化プロセスに反映されるまでに時間を要した。

② 研修を通じてマネージメント人材のキャパシティ・ディベロップメントと彼らのマインドセットの変化及び行動変容をめざすプロジェクトの指標については、客観的指標と主観的指標の両者が設定され、それぞれ定量・定性指標が設定されることが望ましい。変化をモニタリングし達成度を客観的に測るために、あらかじめモニタリング・評価の枠組みを十分検討しておくことが重要である。例えば、「キャパシティの向上」→「職場環境の変化」→「サービスの質の改善」という仮説を立てた場合、各レベルの達成度を測る定量的な指標を設定し、かつ、適切なモニタリング・評価の枠組みを構築する。それがあって初めて、プロジェクト実施中の定期的なモニタリングと適時のフォローアップができるとともに、終了時においてプロジェクト介入の効果をできるだけ正確に測定することが可能となり得る。

付　属　資　料

１．合同終了時評価報告書（英文）

２．アウトプット２における評価項目

1．合同終了時評価報告書（英文）

MINUTES OF MEETINGS
BETWEEN
THE JAPANESE TERMINAL EVALUATION TEAM
AND
OFFICIALS CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF
THE REPUBLIC OF KENYA
ON
JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROJECT
FOR
STRENGTHENING MANAGEMENT FOR HEALTH IN NYANZA PROVINCE

The Terminal Evaluation Team (hereinafter referred to as "the Team") organized by Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and the Ministry of Public Health and Sanitation (hereinafter referred to as "MoPHS"), conducted the terminal evaluation of the Project for Strengthening Management for Health in Nyanza Province (hereinafter referred to as "the Project"), from 9 January to 23 January, 2012, for the purpose of reviewing the Project performance.

During the evaluation mission in the Republic of Kenya, the Team collected relevant data and information, evaluated the achievement of the Project, and held a series of discussions with the officials concerned of the relevant authorities of the Government of Kenya to confirm the results of the terminal evaluation.

Accordingly, the Terminal Evaluation Team jointly agreed upon the issues referred to in the document attached hereto.

Nairobi, 23 January, 2012

Mr. Junichi Hanai
Team Leader
Terminal Evaluation Team
Japan International Cooperation Agency
JAPAN

Mr. Mark Bor, CBS
Permanent Secretary
Ministry of Public Health and Sanitation
REPUBLIC OF KENYA

JOINT TERMINAL EVALUATION
ON TECHNICAL COOPERATION PROJECT
FOR

STRENGTHENING MANAGEMENT FOR HEALTH

IN

NYANZA PROVINCE

Japan International Cooperation Agency

and

Ministry of Public Health and Sanitation, Republic of Kenya

February 2013

CONTENTS

ABBREVIATIONS **4**

1. OUTLINE OF THE TERMINAL EVALUATION **5**
1-1 Background and Objectives of the Terminal Evaluation 5
1-2 Methodology of the Terminal Evaluation 5
1-2-2 Five Evaluation Criteria 5
1-2-3 Data Collection Method 6
1-3 Evaluators 6
1-5 Schedule of the Terminal Evaluation 7

2. OUTLINE OF THE PROJECT **8**
2-1 Background of the Project 8
2-2 Framework of the Project 9
2-3 Approaches Applied to the Project 11

3 RESULTS AND ACHIEVEMENTS OF THE PROJECT **11**
3-1 Inputs 12
3-2 Activities Implemented 13
3-3 Achievement of Outputs 14
3-3-1 Achievement of Output 1 14
3-3-2 Achievement of Output 2 17
3-3-3 Achievement of Output 3 20
3-3-4 Achievement of Output 4 23

4 IMPLEMENTATION PROCESS **26**
4-1 Issues Stemming from the Project Plan 26
4-2 Issues Relating to the Implementation Process 26

5. FIVE CRITERIA EVALUATION **28**
5-1 Relevance 28
5-2 Effectiveness 30
5-3 Efficiency 32
5-4 Impact 33
5-5 Sustainability 36
5-5-1 Policy Sustainability 36
5-5-2 Financial Sustainability 37
5-5-3 Technical Sustainability 37

6. CONCLUSION **38**

7. RECOMMENDATIONS AND LESSONS LEARNT **38**
7-1 Recommendations 38
7-2 Lessons Learnt 39

Annexes

Annex 1: Project Design Matrix1

Annex 2: Process Matrix (Project activity implemented in July 2009-June 2011)

Annex 3: List of Project Members

Annex 4: List of Equipment Provided by the Project

Annex 5: List of Counterpart Trainees

Annex 6: List of Counterparts

Annex 7 :Project Operational Cost

Annex 8: Products by the Project

Annex 9: Records of Participatory Project Evaluation Workshop and List of Participants

Annex 10: List of Interviewees

Abbreviations

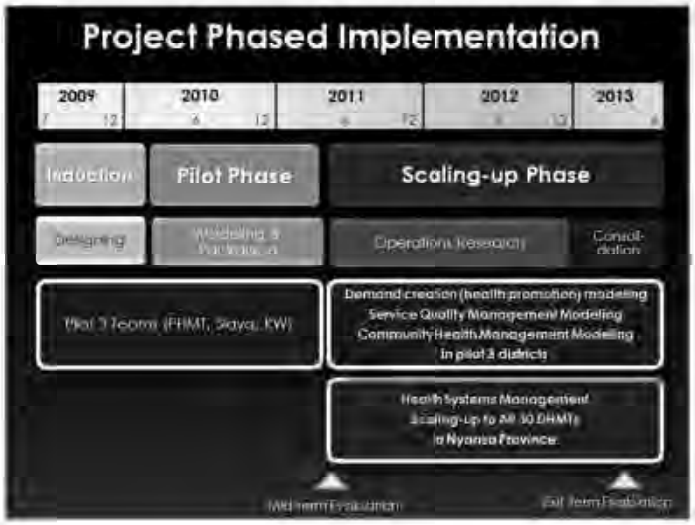
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ANC	Ante natal care
AOP	Annual Operational Plan
AWP	Annual Work Plan
CDC	Center for Disease Control and Prevention
DHMT	District Health Management Team
DMOH	District Medical Officer of Health
DPHS	Department of Public Health and Sanitation
DSS	Demographic Surveillance System
DTT	District Think Tank
GLUCK	Great Lake University Kisumu
GOK	Government of Kenya
HF	Health Facility
HIIs	High Impact Interventions
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HMIS	Health Management Information System
HRH	Human Resources for Health
HSM	Health System Management
IMSS	Integrated Management Supportive Supervision
ICC	Inter-agency Coordinating Committee
IEC	Information, Education & Communication
JCC	Joint Coordination Committee
JFY	Japanese Fiscal Year
JICA	Japan International Cooperation Agency
KDHS	Kenya Health Demographic Survey
KEMRI	Kenya Medical Research Institute
KIHSM	Kenya Institute of Health Systems Management
KMTC	Kenya Medical Training Centre
MDG	Millennium Development Goal
M&E	Monitoring and Evaluation
MoPHS	Ministry of Public Health and Sanitation
MSH	Management Sciences for Health
NHSSP	National Health Sector Strategic Plan
ODA	Official Development Assistance
PDM	Project Design Matrix
PDPHS	Provincial Director of Public Health & Sanitation
PDCA	Plan Do See Action
PHMT	Provincial Health Management Team
PO	Plan of Operation
PSC	Project Steering Committee
R/D	Record of Discussions
TAG	Transformative Action Group
TWG	Technical Working Group
UCAN	Unity, Communication, Advocacy and Networking
UNICEF	United Nations Children Fund
USAID	United States Agency for International Development
WG	Working Group
WHO	World Health Organization

1. Outline of the Terminal Evaluation

1-1 Background and Objectives of the Terminal Evaluation

The Japanese evaluation team organised by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") conducted the Terminal Evaluation for the Technical Cooperation Project for Strengthening Management for Health in Nyanza Province (hereafter referred to as "the Project"), jointly with the Kenyan evaluation team from the Ministry of Public Health & Sanitation (hereinafter referred to as "MOPHS"). The Project has been implemented since 1st July 2009 and will end on 30th June 2013 based on the Record of Discussions (R/D) signed on 22 April, 2009.

The purposes of the Terminal Evaluation was to comprehensively evaluate the Project and draw recommendations for the remaining Project period as well as lessons learnt to be fed back to similar projects. The evaluation mainly targeted the period after the Mid-term Review conducted in June 2011, namely the Scaling-up Phase (See the Figure on Project Phased Implementation). Emphasis of evaluation was on Effectiveness and Sustainability of the Project.



1-2 Methodology of the Terminal Evaluation

1-2-1 Process of the Terminal Evaluation

The Terminal Evaluation was conducted based on the revised Project Design Matrix (PDM1, modified March 2011). In accordance with the JICA Project Evaluation Guideline of June 2011, the Terminal Evaluation of the Project was conducted in the following manner:

(1) To review the Project Performance with focus on (i) the results of Inputs and Outputs implemented and (ii) the degree of achievement of Outputs, Project Purpose and Overall Goal based on the indicators set in the PDM1;

(2) To analyse factors that promoted and/or inhibited the Project Performance including matters related to both the project design and project implementation process;

(3) To evaluate the Project based on the five evaluation criteria: "relevance", "effectiveness", "efficiency", "impact", and "sustainability";

(4) To make recommendations to stakeholders of the Project and derive lessons from the Project for improving planning and implementation of similar technical cooperation projects in the future.

1-2-2 Five Evaluation Criteria

The definition of the five criteria that were applied in the analysis for the Terminal Evaluation is given in Table 1 below.

Table 1: Definition of the Five Evaluation Criteria

Five Criteria		Definitions as per the JICA Evaluation Guideline
1.	Relevance	Relevance of the Project is reviewed by the validity of the Project Purpose and Overall Goal in connection with official development assistance policies of Japan, development policies of the Government of Kenya and the needs of the target group and/or ultimate beneficiaries in Kenya
2.	Effectiveness	Effectiveness is assessed as to what extent the Project has achieved its Project Purpose, clarifying the relationship between the Project Purpose and Outputs.
3.	Efficiency	Efficiency of the Project implementation is analysed with emphasis on the relationship between Outputs and Inputs in terms of timing, quality and quantity.
4.	Impact	Impact of the Project is assessed in terms of positive/negative, and intended/unintended influence caused by the Project.
5.	Sustainability	Sustainability of the Project is assessed in terms of institutional, financial and technical aspects by examining the extent to which the achievements of the Project will be sustained after the Project is completed.

1-2-3 Data Collection Method

Both quantitative and qualitative data were gathered and utilised for analysis. Data collection methods used for the evaluation were as follows:

- Literature/Documentation review
- Key informant interviews
- Focus Group Discussions
- Participatory Evaluation Workshop (See Annex 9)
- Direct observations at Project sites

1-3 Evaluators

The following are the members of the joint evaluation team.

(1) Kenyan side

Name	Designation	Position/Organization
Dr. John Odondi	Team Leader	Head, Department of Primary Health Service, MoPHS
Dr. Rael Mutai	Evaluator	Monitoring and Evaluation Coordinator, Department of Primary Health Service, MoPHS

(2) Japanese side

Name	Designation	Position/Organization
Mr. Junichi Hanai	Team Leader	Senior Representative, JICA Kenya
Mr. Eiichi Shimizu	Evaluation Planning	Project Formulation Advisor for Health, JICA Kenya
Mr. Elijah Kinyangi		Programme Officer for Health, JICA Kenya
Ms. Keiko Kita	Review/analysis	Senior Researcher, Global Link Management Co.

1-5 Schedule of the Terminal Evaluation

Date	Day	Time	Schedule
9, Jan	Wed	1600	Internal meeting (JICA Kenya Office)
10, Jan	Thu	1030	Courtesy call to MOPHS to explain the evaluation objectives and procedures
		1130	Interview with Dr. Sugishita, Chief Advisor of SEMAH Project
		1400	Focus group interview (MOPHS officials)
11, Jan	Fri	1000	Interview (UNICEF)
		1400	Interview (MSH)
		1500	Meeting with Dr. Mutai (MOPHS), confirmation of evaluation objectives, evaluation procedures, schedule, division of roles, etc.
12, Jan	Sat	AM	Documentation review and drafting evaluation report
		PM	
13, Jan	Sun	AM	Documentation review and drafting evaluation report
		PM	Travel to Kisumu
14, Jan	Mon	AM	Courtesy call to PDPHS (Dr. Gondi)
		PM	Interview with SEMAH Project experts
15, Jan	Tue	AM	Interview with Nyanza Province PHMT members
		11:00	Observation of HSM training at Tom Mboya College
		14:00	Interview with GLUK (Dr. Joyce Owino, Dean)
		PM	Documentation review and drafting evaluation report
16, Jan	Wed	AM	Site visit and interview at Rera Health Centre, Siaya District
		PM	Preparation for the Evaluation Workshop (for 17 Jan., 2013)
		1600	Internal meeting (Mission team and the Project experts)
17, Jan	Thu	0800 – 1700	Project Performance Review and Terminal Evaluation Participatory Workshop (Imperial Hotel, 40 participants, PHMT, DHMT, etc.)
18, Jan	Fri	0830	Internal meeting (Mission team and the Project experts)
		PM	Documentation of the Workshop results and additional interviews
19, Jan	Sat	AM	Results review and drafting evaluation report
		PM	Travel to Nairobi
20, Jan	Sun	AM/ PM	Results review and drafting evaluation report
21, Jan	Mon	AM/	Results review and drafting evaluation report
		PM	Preparation for Joint Coordination Committee (JCC)
22, Jan	Tue	0900-1700	Internal meeting (Mission team) for final analysis and draft review Preparation for JCC
23, Jan	Wed	0900-1200	JCC at MOPHS (Including presentation of evaluation results)
24, Jan	Thu	1000	Reporting to the Embassy of Japan by the Mission team

2. Outline of the Project

2-1 Background of the Project

In terms of health status, Nyanza is one of the most challenging provinces in Kenya. Here, more than 5.8 million people inhabit in the second smallest province in Kenya. The province currently has 38 districts and there are 36 District Health Management Teams (DHMTs) functioning under the oversight by Provincial Health Management Team (PHMT). The Province faces a vast range of health challenges such as HIV/AIDS, malaria, tuberculosis and childhood illnesses.

According to the Kenya Demographic and Health Survey (KDHS) 2003, Nyanza province had some of the worst health indicators among all provinces in Kenya. However, according to the KDHS of 2008/09, the trend of health indicators recently showed accelerated improvement as compared to other provinces. However these indicators are still among the worst in the country. Also HIV/AIDS prevalence in adult population is highest (at 13.9%) in the country.

According to the data from DSS by KEMRI/CDC in Siaya County in 2010, malaria and related anaemia account for 80% of morbidity and 32% of mortality of under-five children. Pneumonia accounts for 20% of morbidity and HIV/AIDS accounts for 15% of mortality of under-five children. Maternal mortality is mainly caused by postpartum haemorrhage (30%) and puerperal sepsis (15%). However indirect causes of maternal mortality such as HIV/AIDS (40%) and malaria (15%) are also important.

To accelerate progress towards the achievement of MDGs by 2015, NHSSPII(2005－2010) clearly described that the government would devolve the task of health services and administration to province/ district levels. In line with this strategy, provinces/ districts have to prepare annual plans, set the targets and priorities, and implement according to their priority. In this regard, PDPHS and DMOH are required to have capacity for planning, implementation, monitoring and evaluation.

Ministries of Health survey conducted in 2007/8 on the management and leadership gaps of health managers in Kenya[1] showed that 61% of health managers interviewed felt inadequately prepared or not prepared at all to carry out their responsibilities. Over 95% of all health managers at the district level or above view quality management as important or very important for effectiveness in their job. This assessment established that a large gap exists between the need for health management and leadership competencies. The findings implied that the health management skills gap requires an overall approach in health leadership and management training.

With the forgoing consideration, MoPHS in collaboration with JICA initiated the Project as a four-year technical cooperation. The Project is implemented in Nyanza Province. It aims at strengthening management capacities of PHMT and DHMTs in Nyanza through catalytic support of JICA, with a vision to strengthen overall health systems in a self-reliant manner to ensure quality primary health services.

The Project focused initially on the PHMT and the two pilot District Health Management Teams (DHMTs; Siaya and Kisumu West) and would ultimately pursue expansion of the activities throughout the whole DHMTs in Nyanza Province and impacting on others.

[1] Ministry of Health, Republic of Kenya and Management Sciences for Health (Aug 2008): Report on Management and Leadership Development Gaps for Kenya Health Managers

2-2 Framework of the Project

Goal, Project Purpose, Outputs and Activities of the Project in the latest PDM (PDM1) are as follows[2]:

1) Overall Goal

Quality of primary health services is improved in Nyanza Province.

2) Project Purpose

Management capacity of health management teams at Provincial and District levels in Nyanza Province is strengthened.

(Management capacity includes: leadership and governance, team management, planning and M&E, health policy management, supportive supervision/coaching/mentoring, health information management, resource management, customer relationship management)

3) Outputs and Activities

Output 1: Health leadership and management training are modelled and promoted in Nyanza Province.

1.1 To establish Community of Practices (COPs) as institutional networking to spearhead and support health management training.

1.2 To organise a training management working group (TMWG) consisting of training focal persons from PHMT and DHMTs, JICA Experts, and technical advisors from COPs.

1.3 To hold regular meeting to identify training needs and develop training plans, courses, modules and tools.

1.4 To implement core management training programme to the pilot teams as initial modelling process for packaging.

1.5 To review, develop and package core management training programme for scaling-up to cover all the DHMTs in Nyanza Province.

1.6 To scaling-up core management training programme to all the DHMTs in Nyanza province with randomised Control Trial (RCT) method.

1.7 To support DHMTs to conduct health management training at health facility and community level to the pilot districts.

1.8 To support DHMTs to enhance health management training into AOP in the pilot districts.

1.9 To evaluate and document health leadership and management training Programme as evidence-based practice.

Output 2: Health promotion activities are modelled and mainstreamed in Health System Strengthening in the pilot districts.

2.1 To organise and operate a working group on health promotion (UCAN WG: Unity, Communication, Advocacy and Networking Working Group).

2.2 To conducts needs assessment on health promotion both at PHMT/DHMT level and Health Facility/Community level.

---

[2] Super Goal of the Project: Health status of the people in Nyanza Province is improved.

2.3 To conduct capacity assessment on health promotion for the pilot districts.
2.4 To conduct management training/workshops on health promotion at PHMT/DHMT level.
2.5 To support DHMTs to conduct health promotion activities at health facility and community level.
2.6 To support DHMTs to promote health promotion activities to be incorporated into AOP.
2.7 To conduct study/exchange visits for sharing good practices and networking with other teams.
2.8 To support DHMTs to develop DHMTs to develop IEC materials suitable to the local contexts.
2.9 To evaluate and documents health promotion activities as evidence-based practice.

Output 3: Supportive supervision and related management activities by DHMTs for health facilities and communities are modelled and promoted in the pilot districts.
3.1 To establish and operationalise Field Support Working Group to strengthen capacity development of district health systems.
3.2 To review supervision system and checklists in light of quality of management and standardized health services.
3.3 To develops Integrated Management Supportive Supervision (IMSS) checklist and implementation, on-site training and feedback mechanism.
3.4 To operationalise implementation, on-site training, feedback and dissemination of IMSS.
3.5 To support DHMT to incorporate IMSS into budget and action plan of AOP.
3.6 To support PHMT/DHMT to promote Health Management Information System (HMIS), Community Health Strategy (CHS) and other related communication management to strengthen district health systems.
3.7 To support PHMT/DHMT to strengthen project management in AOP.
3.8 To support PHMT/DHMT to hold Technical Assistance Committee and Stakeholder Forum at provincial and district level.
3.9 To evaluate and document IMSS and other related management activities as evidence-based practice.

Output 4: Evidence-based practice and lessons-learned demonstrated by the Project operational models are promoted to all the districts in Nyanza Province and other provinces and enhance national health policies/guidelines and international networks.
4.1 To design and conduct operational research for evidence-based practices concerning to the project interventions.
4.2 To document and publish research results, operational models and lessons-learned to a wider public audience.
4.3 To support sustainable mechanism to disseminate evidence-based practices demonstrated by the Project in scientific journals, conferences and stakeholders' forums.
4.4 To promote institutional networking with development partners, academic institutions and other organisations (NGOs, CBOs, FBOs etc.).
4.5 To conduct forums and study visit to exchange information and experiences to enhance

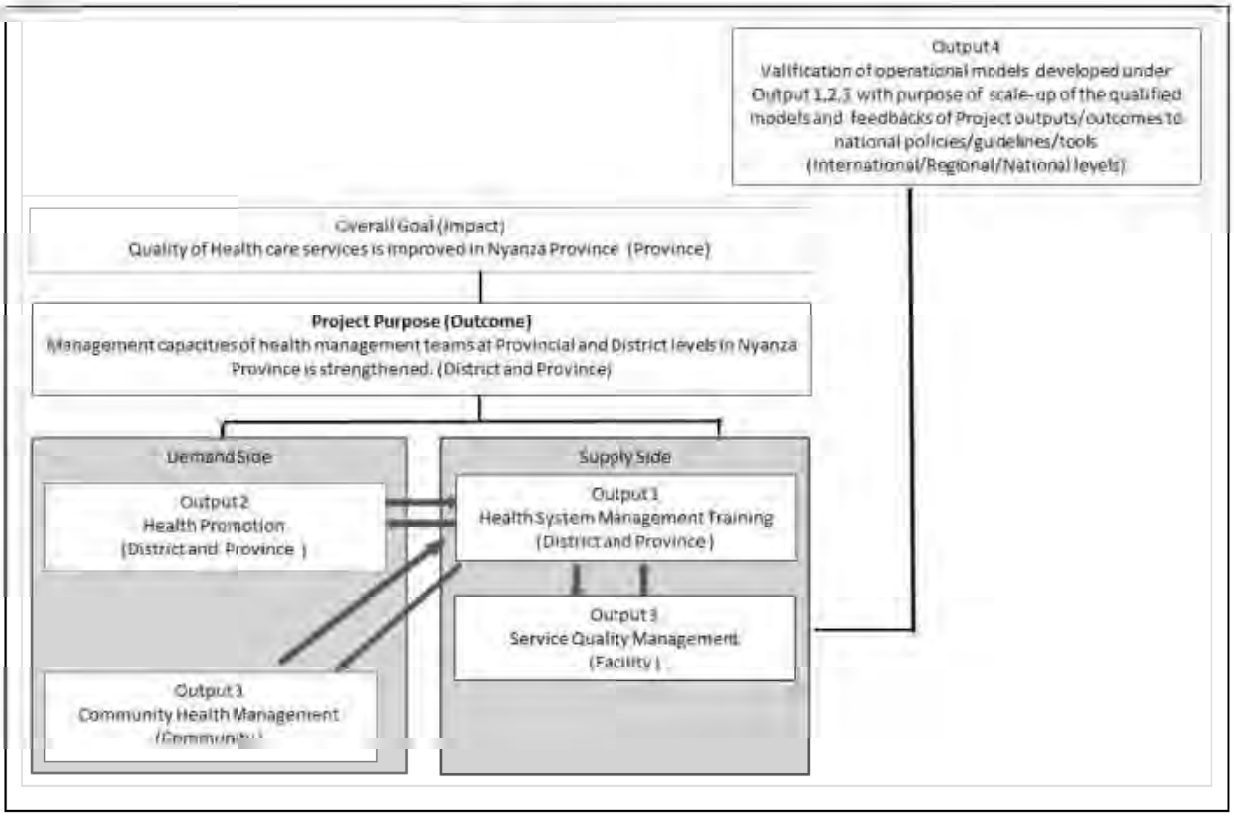
evidence-based practices.

4.6 To support Department of Primary Health Services and other departments in MoPHS for their organisational capacity development.

4.7 To support the development and review of health policy/guidelines based on the Project activities and achievements.

4.8 To spearhead international collaborative network for health systems strengthening with neighbouring countries and beyond.

Figure 1: Cooperation Scenario



2-3 Approaches Applied to the Project

Approaches introduced to the Project are innovative and effective to ensure the achievement of the objectives of the Project:

a) The Project focuses on the role of health managers as change agents who can strengthen the entire health systems (governance and leadership, human resources, health information, service delivery, health finance and medical supply & equipment).

b) The Project facilitates the team building process with emphasis on dialogue among stakeholders: health managers, health providers, health researchers and communities.

c) The Project supports both supply and demand sides which creates systems synergy.

3 Results and Achievements of the Project

Details of the results and achievement of the Project are described in this section.

3-1 Inputs

3-1-1 Inputs from the Japanese Side

Table 2 shows the comparison of the planned (as per R/D of 22 April 2009) and actual inputs from the Japanese side.

Table 2: Inputs by the Japanese Side, Planned and Actual

Plan (as per R/D of April 2009)	Actual (as of January 2013)
[Japanese Experts] **Long-term:** One (1) Chief Advisor One (1) Project Coordinator/Documentation One (1) System strengthening/Training **Short-term:** One (1) M&E One (1) Health Information System One (1) Public Relations	[Japanese Experts] **Long-term:** One (1) Chief Advisor One (1) Project Coordination/IEC development (By 30 June 2011) One (1) Project Coordination/Health Promotion (From 1 July 2011) One (1) System Strengthening/Training Management One (1) Health Administration Management **Short-term:** One (1) Health Information Management [National Expert] Field capacity Development Human Resource Development (See Annex 4)
[Counterpart Training in Japan] Not specified	[Counterpart Training in Japan] A total of twenty four (24) persons were trained in Japan (See Annex 5)
[Equipment] Vehicles, ICT equipment and ECT	[Equipment] Total 132 items JFY2009: 11,691,202 Ksh JFY2010: 4,490,625 Ksh JFY2011: 3,932,054 Ksh JFY2012: 4,972,866 Ksh (See Annex 4)
[Project Operational Cost] Not mentioned	[Project Operational Cost] JFY2009: 12,286,631 Ksh [3] JFY2010: 29,302,635 Ksh JFY2011: 60,865,846 Ksh JFY2012: 44,395,007 Ksh (See Annex 7)

3-1-2 Inputs from the Kenyan Side

Table 3 shows the comparison of the planned (as per R/D of 22 April 2009) and actual inputs from the Kenyan side.

[3] Exchange rate (January, 2013) is 1Ksh =1.0162 JPY, 1USD= 85.815 JPY

Table 3 Inputs from the Kenyan Side

Plan (as per R/D of April 2009)	Actual (as of January 2013)
[Allocation of Counterpart Personnel] 1. Project Director: Director of Public Health and Sanitation, MoPHS 2. Project Manager: Head of the Department of Primary Health Service, MoPHS 3. Field Manager: Provincial Director of Public Health and Sanitation, Nyanza Province, MoPHS 4. Staff of the Department of Primary Health Service at the Ministry headquarter, MoPHS 5. Members of Provincial Health Management Team, Nyanza Province (PHMT) 6. Members of District Health Management Teams, within Nyanza Province (DHMTs)	[Allocation of Counterpart Personnel] 1. Project Director: Director of Public Health and Sanitation, MoPHS 2. Project Manager: Head of the Department of Primary Health Service, MoPHS 3. Field Manager: Provincial Director of Public Health and Sanitation, Nyanza Province, MoPHS 4. Staff of the Department of Primary Health Service at the Ministry headquarter, MoPHS 5. Members of Provincial Health Management Team, Nyanza Province (PHMT) 6. Members of District Health Management Teams, from Siaya (including Gem), Ugenya and Kisumu West (See Annex 5)
[Others] ● Land, buildings and facilities necessary for the implementation of the Project ● Rooms and facilities necessary for the installation and storage of the equipment ● Electricity, water supply and necessary telecommunication services	[Others] ● Land, buildings and facilities necessary for the implementation of the Project ● Rooms and facilities necessary for the installation and storage of the equipment ● Electricity and water supply
Counterpart budget for operational cost Cost for support staff	[Cost-sharing] Personnel: Salary for counterpart staff

3-2 Activities Implemented

The Project implementation structure is composed of the three phases. The period that the Terminal Evaluation targeted is the scale-up phase. Most of the activities during this period were implemented in line with the original plan without much delay while the Project flexibly responded to the needs as they arose.

Activities set under Output 1(Health Management Training) progressed further with concrete steps towards the achievement. Under Output 1, health promotion was added to the Health System Training Programme which resulted in the development of the more comprehensive programme. During the post Mid-term Review period, the inter-linkage between the training to health management teams (Output 1) and practices at the workplace (Output 2 and 3) was strengthened: implementation of the training → internalization (= drafting action plan by the team based on what they learnt in the training → practice in workplace → analysis of the gap → reporting → feedbacks to contents of the training. This PDCA cycle was implemented by 36 peer facilitators.

Activities to narrow gaps were incorporated into Output 2 (Health Promotion) and Output 3 (Supportive Supervision/Community Health Strategy/Health Information System) which resulted in

more activities being implemented than originally planned.

Output 2 was newly set in the revised PDM (PDM1) prior to the Mid-term Review; therefore, there was a little progress observed at the time of the Mid-term Review. Main focuses of Output 2 during the post Mid-term Review period is placed on health promotion activities at the district level. To this end, UCAN working group whose activities were centred on development of IEC materials were replaced by TAG. Proposal-based projects were introduced as a measure of strengthening capacities in management of health promotion based on PDCA. The Nyanza Health Promotion Network, which was composed of JICA, UNICEF and PHMT as core members, was also formed and its networking has been strengthened through regular meetings.

Output 3 has gained momentum since the Mid-term Review. When the PDM was revised in March 2011, Output 3 was set to create a PDCA Cycle of the HSM training. Under Output 3, the trained management teams practiced what they learnt in the training (Output 1). Gaps between the contents of the training and their actual performance were identified through monitoring. The results were fed back to the training programme. The linkage between Output 1 and Output 3 were limited till the 2nd quarter of 2012, but with the efforts of the Project team members, the expected linkage is nearly created at the time of the Terminal Evaluation.

Under Output 4, activities related to operational researches as an evidence-based practice and donor coordination were introduced. Placement of the Chief Advisor of the Project at the MoPHS HQ in October 2011 contributed to dissemination/scale up of the experiences of the Project to the national and international level.

Most of the planned activities were implemented as scheduled. The summary of activities implemented is shown in Annex 2.

3-3 Achievement of Outputs

3-3-1 Achievement of Output 1

Output 1	Objectively Verifiable Indicators
Health leadership and management training are modelled and promoted in Nyanza Province	1. An operational model of health strategic leadership and management training is established by June 2011 (Benchmark is zero in July 2009). 2. Coverage of PHMT and DHMTs in Nyanza Province receiving the model training programme is increased to 100% by June 2013 (Benchmark is zero in July 2009)

Output 1 is considered achieved when an operational model is developed and all target PHMT and DHMT in Nyanza Province have received the training. It is reasonable to conclude that Output 1 was achieved. At the time of the Terminal Evaluation, 95.5% of the model development has been completed and all target PHMT and DHMT (4 pilots and 33 DHMTs) have received the model training programme (The last cluster of the HSM training for 15 DHMTs is scheduled to be completed by end January 2013).

Table 4: Progress in indicators set under Output 1

	Criteria	Q1-11	Q2-11	Q3-11	Q4-11	Q1-12	Q2-12	Q3-12
1	An operational model of health strategic leadership and management training is established by June 2011	73.0%	82.8%	82.8%	82.8%	82.8%	94.8%	95.5%
2	Coverage of PHMT and DHMTs in Nyanza Province receiving the model training programme is increased to 100% by June 2013	12.9%	N/A					100%

With regards to development of an operational model (Indicator 1) of the Health System Management Training, the number of topics/areas as essential competencies increased to 9 (Health Promotion is added to the original 8 topics/areas after the Mid-term Review).

In addition, the duration of the training was shortened to 12 days (See the following module) from the original 28 days in the programme developed during the pilot phase. The operation research conducted after the Mid-term Review found that a10-day training is more effective to develop capacities than 20-day training. Table 5 below shows the finalised version of the training programme (10 day plus 2 day for discussion).

Table 5 Final version of HSM Training Package

Cluster	Module	Title of Module	Duration
1	Day 1	Introduction of Health Systems Management	4 days
	Day 2	Team Building	
	Day 3	Leadership, Management and Governance	
	Day 4	Strategic Thinking and Project Management	
2	Day 5	Health Policy Management in Action	4days
	Day 6	Supportive Supervision, Coaching and Mentoring	
	Day 7	Evidence Based Practice and Operations Research	
	Day 8	Information Management	
3	Day 9	Resource Generation, Mobilization and Management	4 days
	Day 10	Basic Health Promotion	
	Day 11	Service Quality Management	
	Day 12	Customer Relationship Management	
Total Duration			12 days

The quality of the developed training programme is well acknowledged among MoPHS, development partners and other stakeholders, including PHMTs/DHMTs. The following comparative advantage in approaches the Project introduced to its training programme was commonly identified by the key informant interview: Leadership centred curriculum and materials, peer facilitators with support from technical advisors, group/team learning focusing on a dialogue, experimental learning, pre/post knowledge test, capacity assessment for evaluating the outcome, resolution matrix (bridge from classroom to workplace), mid-term supportive monitoring visit, result presentation for the stakeholders, generating evidence through operations research.

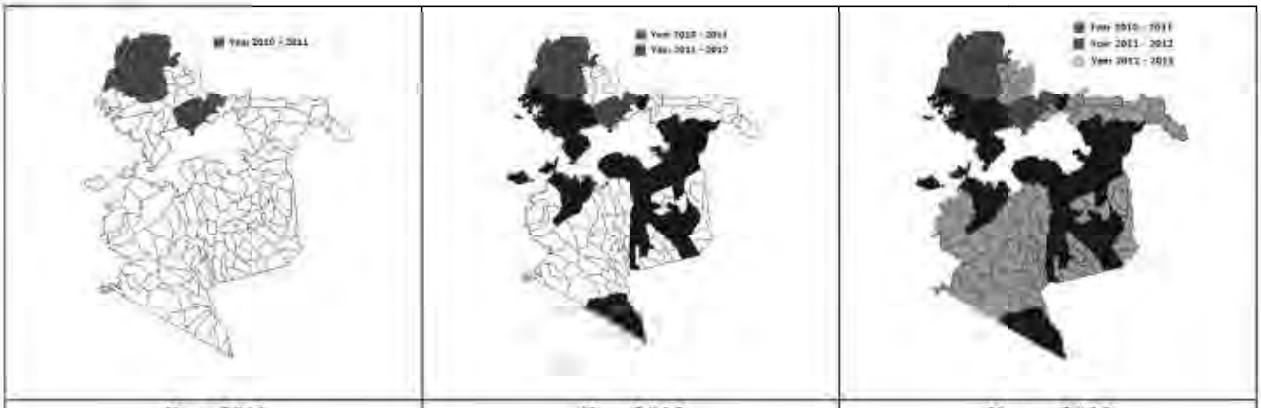
The completion of the development of the training programme is one of the five criteria of the operational training model as shown in table 6. Tasks left for the remaining period is

finalisation of facilitator's guide/training curriculum and training materials. Both materials have recently been used. Training materials are currently reviewed by the member of Communities of Practice and binding of these materials will be completed by April 2013.

Table 6: Progress in Development of Operational Training Model (Indicator 1)

	Criteria	Q1-11	Q2-11	Q3-11	Q4-11	Q1-12	Q2-12	Q3-12
1	Core Management Training Programme for PHMT and the pilot DHMTs in Nyanza Province is completed with outstanding satisfaction from the participants.	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
2	Facilitator's guide/Training Curriculum is developed for scaling-up the Programme.	75.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	90.0%	90.0%
3	Training Materials including text book and presentation slides are developed for scaling-up the Programme.	55.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	75.0%	80.0%
4	Training Implementation Mechanism and Operational Plan is developed for scaling-up the Programme to cover all the DHMTs in Nyanza Province.	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	100.0%	100.0%
5	Training of Facilitators is conducted in line with the facilitators' guide and other training materials for scaling-up the Programme to cover all the PHMTs in Nyanza Province.	0.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	100.0%	100.0%
	Total	73.0%	82.8%	82.8%	82.8%	82.8%	94.8%	95.5%

Regarding Indicator 2, at the time of the Mid-term Review, 12.9% of the targeted health management teams (= 4 Pilots and 30 DHMTs) have received the training. At the end of 2012, the completion rate reached 100 %, meaning that all target teams (4 pilots and 33 DHMTs) were covered.



Year 2011	*Year 2012*	*Year 2013*
Total **4** teams covered	Total **22** teams covered	*Total **37** teams covered*

Completion Status and Its Quality of the planned End Product under Output 1

Planned End Products	Completion Status/Its quality
Health System Management Training Programme Textbook	2nd Draft was delivered in December 2012 and it will be finalized and printed by April 2013. The Drafts have been fully referred for the development of new CHMT Induction Manual
HSM Training Programme Facilitators' Guide & Training (Course1~12)	Final Draft was delivered on January 2013, and it will be published after the minor modification by April 2013.The HSM Training Materials has been already utilized for the SEMAH's HSM Training in Nyanza covering a PHMT & 36 DHMTs. Also

Facilitators' Presentation Slides (Course1~12)	the materials were utilized as important references for other institutors' leadership & management training such as MOMS/WHO HSS Training, AMREF/JICA Africa HSS Partnership Regional Training and the CHMT Induction Training

3-3-2 Achievement of Output 2

Output 2	Objectively Verifiable Indicators
Health promotion activities are modelled and mainstreamed in Health System Strengthening in the pilot districts.	1. An operational model of health promotion activities is established by April 2012 (Benchmark is zero in July 2009). 2. Execution number of health promotion activities budgeted in AOP of the pilot districts is increased to at least 5 activities per district by June 2013 (Benchmark is zero in AOP 4 and 5). 3. Grand average score of the capacity assessment on health promotion in the pilot districts is increased to 4.0 by June 2013 (Benchmark in March 2011).

Output 2 is considered achieved with the operational model developed for health promotion. The number of budget executions for health promotion activities in AOP/AWP was satisfactory. The self-assessed score of capacity on health promotion in the pilot districts was also satisfactory. With remarkable progress in these indicators after the Mid-term Review, Output 2 is nearly achieved at the time of the Terminal Evaluation.

Table 7: Progress in Indicators set for Output 2

	Criteria	Q1-11	Q2-11	Q3-11	Q4-11	Q1-12	Q2-12	Q3-12
1	An operational model of health promotion activities is established by April 2012	47.1%	80.1%	50.5%	95.8%	42.1%	87.9%	90.3%
2	Execution rate of health promotion activities budgeted in AOP of the pilot districts is increased to at least 5 activities per district by June 2013*	3	49	47	48	37	47	47
3	Grand average score of the capacity assessment on health promotion in the pilot districts is increased to 4.0 by June 2013	3.5	N/A					4.5

With regards to Indicator 1 (development of operational model), the completion rate marked 90.3% at the time of the Terminal Evaluation, sharply increasing from 47.1% at the Mid-term Review (Table 7). A challenge towards the end of the Project is to finalise/disseminate the draft Health Promotion Handbook. In addition, distribution and utilisation of the developed IEC materials needs to be ensured: although the finalised IEC materials were distributed to all districts in the province in July 2011. The monitoring conducted in March 2012 found that in some non-pilot districts, the distribution and utilisation rates were not as high as it had been expected (The number of distribution to non-pilot districts was limited and no specific follow-up has been made to non-target districts).

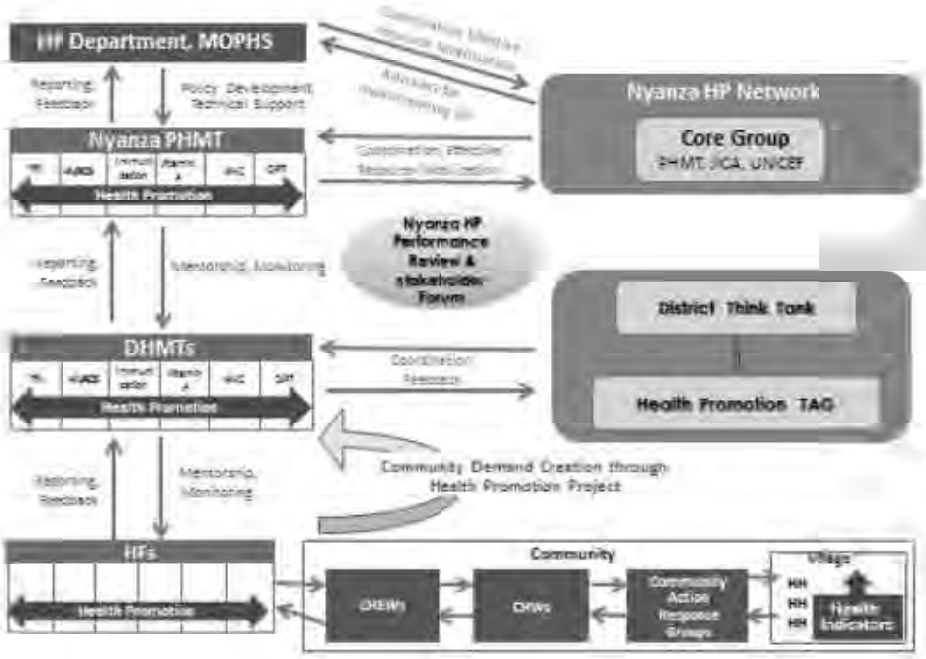
Table 8: Progress in Development of Health Promotion Model (Indicator 1)

	Criteria	Q1-11	Q2-11	Q3-11	Q4-11	Q1-12	Q2-12	Q3-12
1	Health promotion working group is established and it conducts meeting monthly.	66.7%	68.7%	100%	100.0%	100.0%	100.0%	66.7%*
2	Basic health promotion training and applied health promotion training for health promotion officers and health promotion focal persons in pilot districts are conducted.	4.0%	28.0%	44.0%	100.0%	60.0%	100.0%	100.0%
3	Health promotion handbooks including policy documents are published.	0.0%	0.0%	0.0%	75.0%	75.0%	75.0%	85.0%
4	IEC materials suitable for local contexts are developed.	65.0%	72.5%	75.0%	80.0%	87.5%	92.5%	100.0%
5	Provincial health promotion stakeholders forums are conducted quarterly.**	100%	100%	100%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%
	Total	**47.1%**	**53.4%**	**63.8%**	**91.0%**	**64.5%**	**93.5%**	**90.3%**

* After Q4-11, Health promotion working group conducts meeting as necessary (not monthly basis.)

** After Q1-12, Nyanza Health Promotion Network has decided that Provincial health promotion stakeholders forum (Nyanza health promotion Performance Review & Stakeholder Forum) is to be conducted bi-annually.

Figure 2: Operational Model for Health Promotion



The budget execution for health promotion activities in AOP (Indicator 2) was identified as the most challenging area in Output2 at the time of the Mid-term Review. The number of activities has been increased sharply in the post Mid-term Review period (see Table 9)

Table 9: The details of health promotion activities executed which are budgeted in AOP/AWP and The details of health promotion activities budgeted in AOP/AWP (Indicator 2)

The details of health promotion activities executed which are budgeted in AOP/AWP	Q1-11	Q2-11	Q3-11	Q4-11	Q1-12	Q2-12	Q3-12
Total	3	49	47	48	37	47	47
PHMT	0	7	6	6	7	10	10
Siyaya District	0	11	15	14	8	8	8
Ugenya district	-	11	6	14	6	8	8
Gem district	-	8	13	9	6	8	8
Kismu West District	3	12	7	5	10	13	13
The details of health promotion activities budgeted in AOP/AWP	Q1-11	Q2-11	Q3-11	Q4-11	Q1-12	Q2-12	Q3-12
Total	8	66	70	75	54	60	60
PHMT	0	17	17	17	17	15	15
Siyaya District	0	12	17	15	8	10	10
Ugenya district	-	11	6	14	6	10	10
Gem district	-	9	13	12	6	10	10
Kismu West District	8	17	17	17	17	15	15

* All the districts in Nyanza province have Health Promotion AWP 2012/2013 from Q3-12 and all the districts have at least 5 health promotion activities.

The grand average of the self-assessment increased from 3.5/5 as a baseline in February 2011 to 4.5 in December 2012. Capacities in all 5 areas sharply progressed from the baseline, exceeding target score of 4.0.

Table 10: Results of Self-Assessment on 5 Areas in Health Promotion

	Planning & budgeting	Producing IEC materials	Networking	M&E	Working with other departments/programmes	Total
March 2010	2.7	2.3	2.4	2.4	2.2	2.5
March 2011	3.6	3.8	3.4	3.4	3.3	3.5
Dec. 2012	4.5	4.5	4.4	4.4	4.6	4.5

Completion Status and Its Quality of the planned End Product under Output 2

Planned End Products	Completion Status/Its quality
Health Promotion Handbook	85% is completed. The handbook will be finalized by March, 2013.
IEC materials, including Newsletters	The target number is competed by 2nd quarter of this year. Newsletters continue to be issued quarterly as Nyanza Health Bulletin. IEC materials are prepared by DHMTs with technical supports from TAG members.

3-3-3 Achievement of Output 3

Output 3	Objectively Verifiable Indicators
Supportive supervision and related management activities by DHMT for health facilities and communities are modelled and promoted in the pilot districts.	1. An operational model of supportive supervision is established by April 2012 (Benchmark is zero in July 2009). 2. Number of health facilities in the pilot districts receiving Integrated Management Supportive Supervision (IMSS) is increased to 80% of facilities in every district by June 2013 (Benchmark is zero in July 2009).

Output 3 is almost achieved as an operational model is being developed and over 80% of facilities in the pilot districts received supervision using the IMSS checklist. Development of an operational model is in good progress.

Table 11: Progress in Indicators set for Output 3

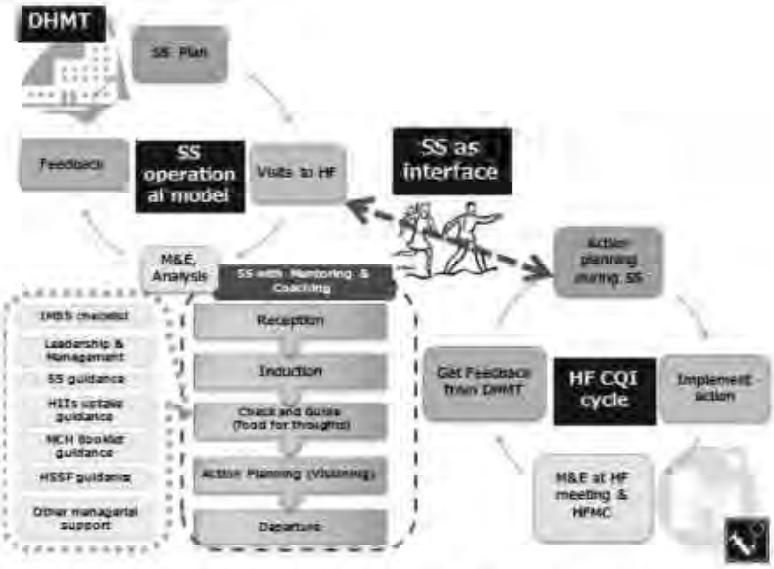
	Criteria	Q1-11	Q2-11	Q3-11	Q4-11	Q1-12	Q2-12	Q3-12
1	An operational model of supportive supervision is established by April 2012	14%	54%	75%	82%	84%	84%	90%
2	Number of health facilities in the pilot districts receiving Integrated Management Supportive Supervision (IMSS) is increased to 80% of facilities in every district by June 2013	51.5%	N/A					94.7%

The completion rate of the model development (Indicator 1) increased from 14% at the time of the Mid-term Review to 90% at the end of 2012. Among 5 components (criteria), two components (criteria) have been fulfilled by the time of the Terminal Evaluation (Table 12). As shown in the table below, fulfilment of the other three criteria are in progress.

Table 12: Progress in Development of Operational Supervision Model (Indicator 1)

	Criteria	Q1-11	Q2-11	Q3-11	Q4-11	Q1-12	Q2-12	Q3-12
1	IMSS checklist is developed.	70.0%	95%	100%	100%	100%	100%	100%
2	SS mechanism (Plan, prepare, do, monitor, evaluate, feedback) is established.	0.0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Supportive Supervision Handbook is developed.	0.0%	0.0%	75%	80%	80%	80%	80%
4	IMSS checklist and Resolution matrix are well documented, analysed, stored and shared by DHMTs and stakeholders.	0.0%	50%	50%	80%	90%	90%	90%
5	The impact of the SS model is verified (Health workers' satisfaction, Clients' satisfaction, Indictor of HIIs, etc.)	0.0%	25%	50%	50%	50%	50%	80%
Total		14%	54%	75%	82%	84%	84%	90%

Figure 3: Operational Model for Service Quality Management through Supportive Supervision



94.7% of the facilities in the pilot districts[4] has been receiving support supervision using the draft IMSS checklist by the end of 2012 (Indicator 2). The rate has sharply increased from 51.5% at the time of the Mid-term Review.

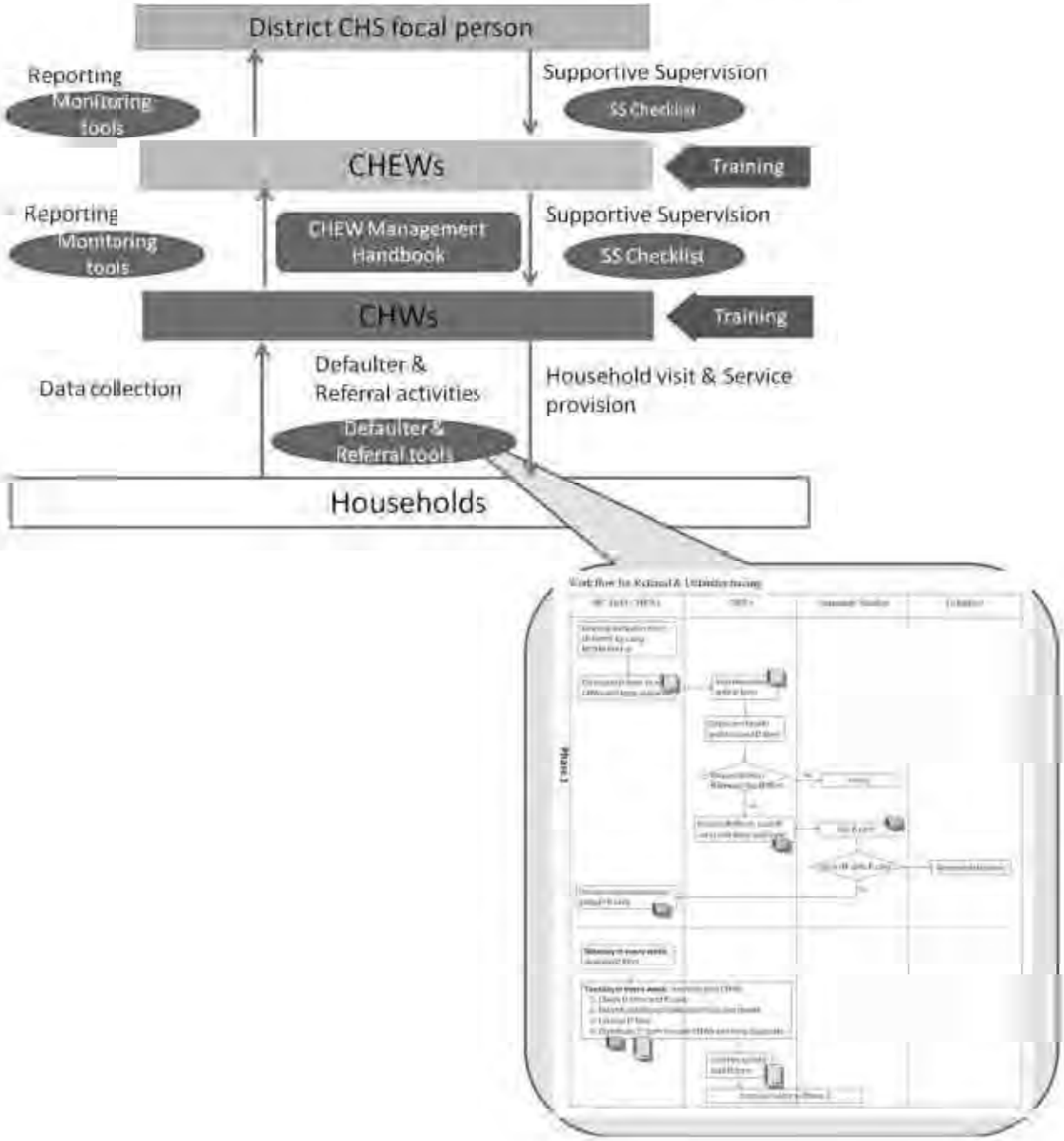
The joint evaluation team found that the Project has worked on the development of operational model for community health development after the Mid-term Review. This activity was not included in the indicators under the PDM. The Joint Evaluation Team and the Project Team agreed that it is reasonable to assess the model at the time of the Terminal Evaluation: the completion rate of the operational model for community health development increased from 0% at the time of the Mid-term Review to 94% at the end of 2012. The CHEW management handbook is still in the draft stage; therefore, the completion rate was 80%. In addition, the documentation on the impact of the community health development model is not finalized yet. The completion rate of each component of the model is shown in the table 13.

Table 13: Operational Model for Community Health Development

	Criteria	Q1-11	Q2-11	Q3-11	Q4-11	Q1-12	Q2-12	Q3-12
1	CHEW&CHWs refresher training programme, Referral & Defaulter tracing documents and SS checklist are developed	0.0%	25%	60%	70%	80%	100%	100%
2	CHEW&CHWs refresher training materials are developed and the training is implemented (Total 64CU).	0.0%	25%	50%	70%	80%	90%	100%
3	Community referral & defaulter tracing mechanism (plan, do, monitoring and evaluation cycle and feedback) is piloted and expanded to all 166 CUs in pilot districts.	0.0%	20%	25%	50%	80%	90%	100%
4	CHEW management handbook is developed.	0.0%	0.0%	10%	20%	30%	60%	80%
5	The impact of the community health model is verified by using operational research (CRCT) and documented	0.0%	40%	50%	60%	60%	80%	90%
	Total	0.0%	22%	39%	54%	66%	84%	94%

[4] The facilities which have not been supervised include i)1 newly opened facility in Kisum West, ii) 3 facilities in Siaya which currently has been operationalized , iii) 1district hospital in Siaya (it is not required to supervise the district hospitals) .

Figure 4: Operational Model for Community Health Management



Completion Status and Its Quality of the planned End Product under Output 3

Planned End Products	Completion Status/Its quality
Data Quality Assessment Tools	It was planned at the time of the Mid-term Review to develop District Annual Bulletin, but Data Quality Assessment Tools were eventually developed to response to needs.
Health Facilities Directory	The directory was finalised and distributed in February 2011 and usability was confirmed. Yet the information has not been updated and no plan to update.
Supportive Supervision Handbook	A draft Supportive Supervision Handbook is a basic information material based on the Supportive Supervision Checklist. It was confirmed that the draft handbook had been widely used in the pilot districts. The handbook will be finalised by June 2013.

CHEW Management Handbook	The handbook will be completed in February 2013. The completed handbook will be distributed to the pilot districts. Its distribution to non-pilot districts depends on the availability of the project budget. It was planned at the time of the Mid-term Review to develop the CHEW Facilitation Handbook, with purpose of development of facilitation skills of CHEW. The finalized CHEW Management Handbook covers areas of facilitation, data management and case management on which the contents of the HSM training are reflected. The handbook is made in response to the training needs for new staff and as the refresher of the trained staff.

3-3-4 Achievement of Output 4

Output 4	Objectively Verifiable Indicators
Evidence-based practices and lessons-learned demonstrated by the Project operational models are promoted to all the districts in Nyanza Province and other provinces and enhance national health policies/guidelines and international networks	1. Number of seminars, workshops and conferences shared project achievement is continuously increased until June 2013 (Benchmark is zero in July 2009). 2. No of scientific papers, documents and publications concerning to the project activities and achievements is continuously increased until June 2013 (Benchmark is zero in July 2009).

Both indicators set under Output 4 have progressed satisfactorily towards the end of the Project. The numbers are not continuously increased; the number of seminars/workshops and conferences shared reached 69 in total by June 2011 and increased to 217 at the end of 2012 (Indicator 1). The number of publications related to the Project increased from 33 in June 2011 to 102 at the end of 2012 (Indicator 2).

Table 14 : Progress in Indicators set for Output 4

	Criteria	Q1-09-Q4-10	Q1-11	Q2-11	Q3-11	Q4-11	Q1-12	Q2-12	Q3-12
1	Number of seminars, workshops and conferences shared project achievement is continuously increased until June 2013.	61	8	10	22	26	27	34	29
2	Number of seminars, workshops and conferences shared project achievement is continuously increased until June 2013	29	4	12	10	8	12	15	12

3-4 Achievement of the Project Purpose

Project Purpose	Objectively Verifiable Indicators
Management capacity of health management teams of Provincial and Districts levels in Nyanza Province is strengthened.	1. Grand average score of the capacity assessment (self-assessment) in PHMT and DHMTs in Nyanza Province is increased to 4.0 by June 2013 (Benchmark in January 2010 for pilot teams and in March 2011 for other teams). 2. Grand average of the behavioural change assessment (self-assessment) in PHMT and DHMTs in Nyanza Province is increased to 4.0 by June 2013 (Benchmark in March 2011).

＜Capacity Assessment＞

The grand average score on self-capacity assessment in PHMTs and DHMTs (Total 31 teams) increased from 3.27 in baseline survey to 3.75 in the end line survey conducted in May 2012 (Figure 5). The Project team and counterparts are confident in achieving the target score (4.0) by the end of the Project. The training which has been implemented to the control group (15 districts) since September 2012 ends in February 2013

Effectiveness of the training is presented in the self-capacity assessment by group shown in Figure 5 and 6.

Figure 5: Grand Average of Self-Capacity Assessment (Nyanza Province)

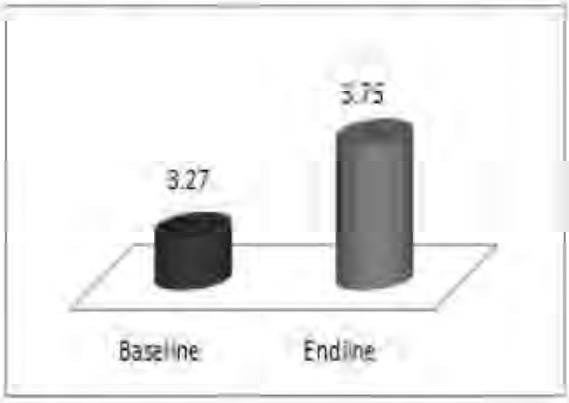
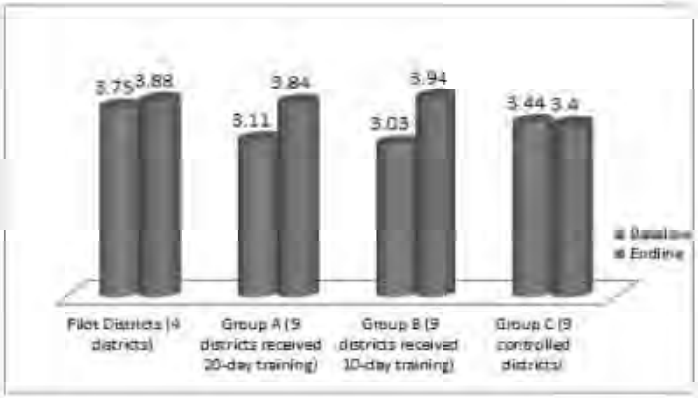
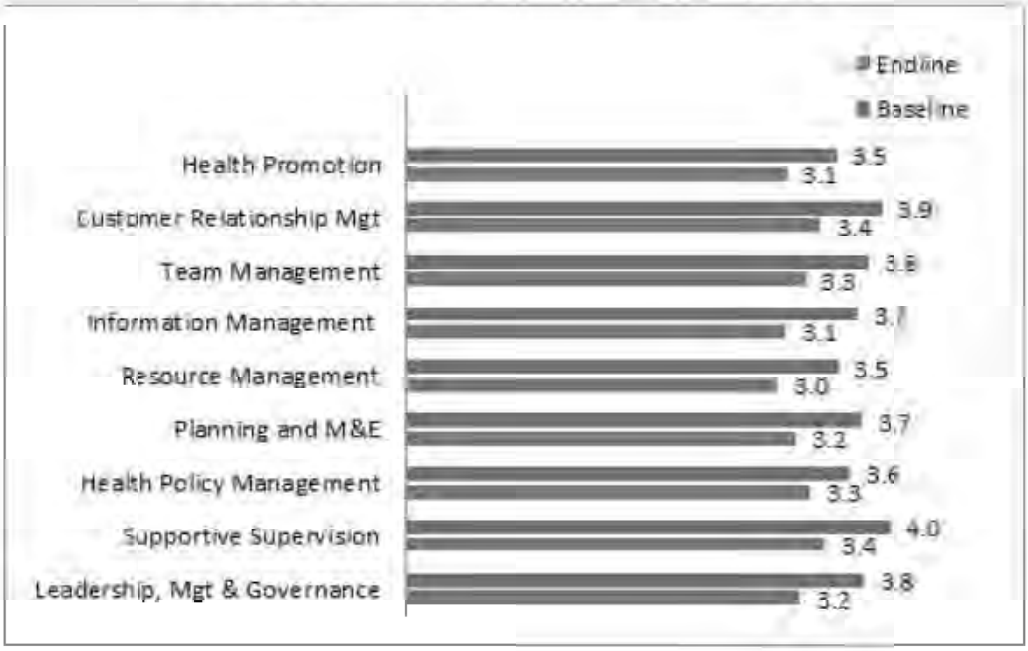


Figure 6: Self-Capacity Assessment by Group



Looking closely at progress in nine target areas, Supportive Supervision reaches the highest point of 4.0 in the end line survey, followed by customer relationship management (3.9), team management/leadership, management and governance (3.8), information management/planning & M&E (3.7). Health promotion, resource management, and health policy management marked relatively lower scores (Figure 7)

Figure 7: Result of self-assessment on training areas



<Behaviour Changes>

The grand average of the behavioural change assessment increased from 2.64 in the baseline to 3.41 in the end line survey (Figure 8). Behaviour change was assessed by a combination between subjective and objective criteria (Table 15). The Project experts and counterparts are confident with the achievement of the target score (4.0) by the end of the Project with the same reasons mentioned above.

Figure 8: Grand average of behaviour change (Nyanza Province)

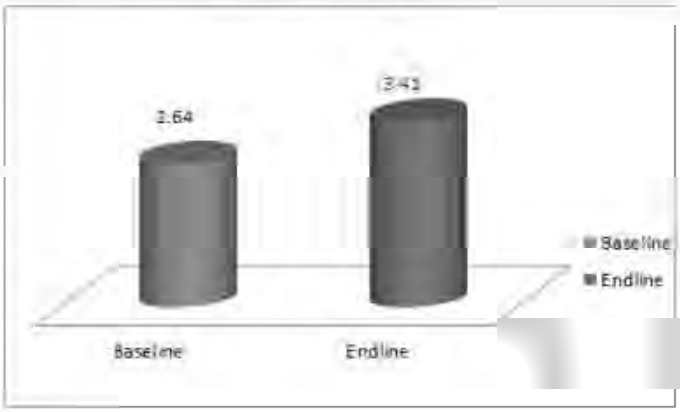


Figure 9: Behavior Change by Group

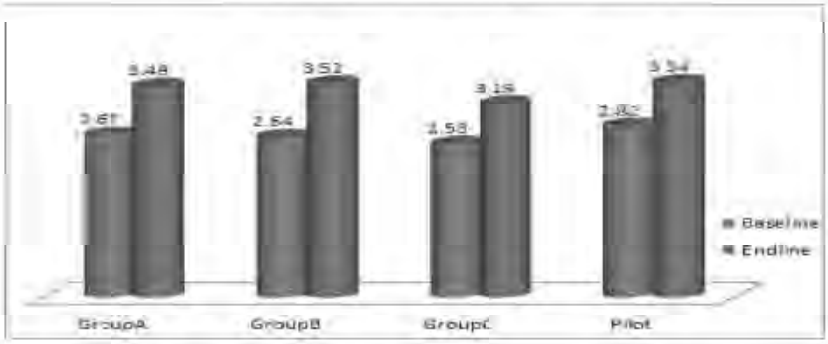


Table 15 Indicators for Behaviour Change Assessment[5]

S/N	Sub-Indicators	Weight Allocation	Objectivity
1	Leadership Characteristic	13%	Subjective
2	Leadership Behaviour	13%	Subjective
3	Mindset Change for Higher Performing	13%	Subjective
4	Readiness for Change	13%	Subjective
5	Interpersonal Relationship	13%	Subjective
6	Visio & Mission	5%	Objective
7	Number of Stakeholder Meeting	5%	Objective
8	Number of HF In-charge Meeting	5%	Objective
9	Health Policy Resource Corner	5%	Objective
10	Availability of Health Policy Documents	5%	Objective
11	Utilization of Scientific Publication	5%	Objective
12	Suggestion Box	5%	Objective
Total	100%		

4 Implementation Process

4-1 Issues Stemming from the Project Plan

No measurable indicators were set in the original PDM (PDM0). When PDM0 was revised by the Project team three months before the Mid-term Review, indicators were modified with measurable targets based on the result of the baseline survey. The initiative made by the Project team, on one hand, provided a clear direction to the stakeholders. On the other hand, the opportunity to closely review the appropriateness of the indicators and the logic model of the Project was missed as it had been determined during the Mid-term Review that the PDM (PDM1) would not be revised at the 2nd JCC in March 2011.

The Mid-term Review suggested that the Project should consider setting objective indicators for Project Purpose so that changes of health management teams in practice would be traceable. In addition, the effectiveness of the Project's support should be monitored and assessed properly as opposed to the baseline and end line data. The Project team spontaneously considered setting objective indicators in line with the components of the HSM training. However, the consideration was not taken in practice fully because the baseline was completed before the Mid-term Review. As a result, the indicators remained more or less subjective.

In addition, some output indictors were set improperly: i) No indicator to assess the development of community health development under Output 4, ii) Indicators set for Output 4 were rather process/activity indicators.

4-2 Issues Relating to the Implementation Process

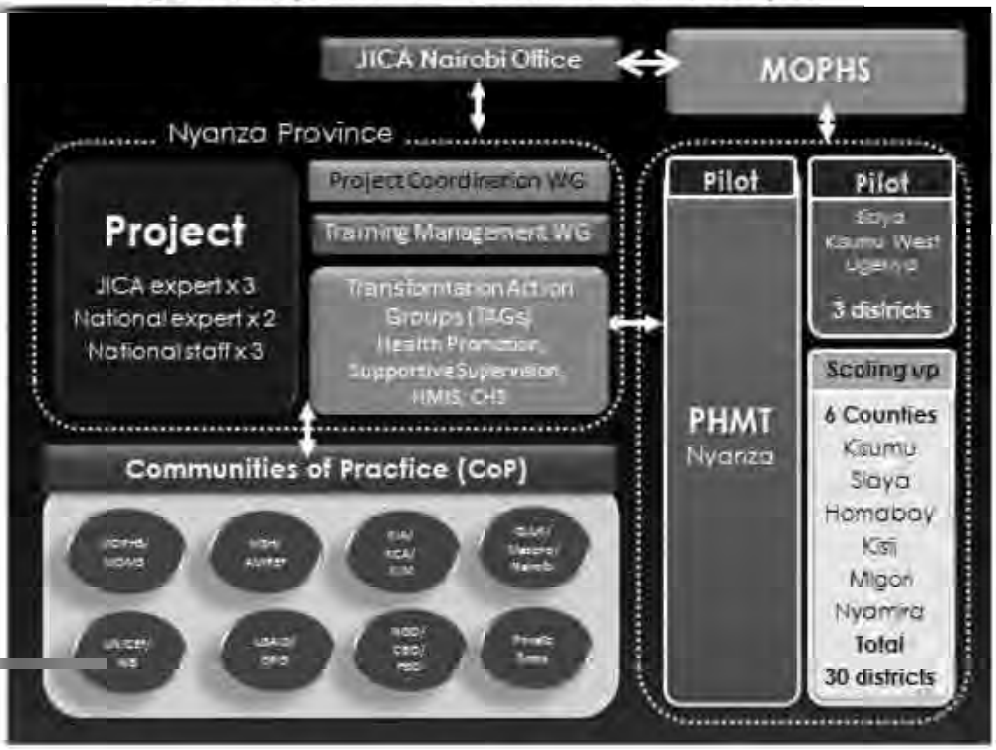
＜Main Contributing factors＞

The implementation structure was modified after the Mid-term Review to accelerate activities towards the end of the Project. Such changes include:

1) Field Support Working Group was replaced with District Think Tank (DTT) in the four pilot districts (Siaya, Kisumu West, Ugenya and Gem) and Transformation Action Groups (TAGs)[6].
2) Unity, Communication, Advocacy and Networking (UCAN) Working Group was transformed into Nyanza Health Networking (which functions as the provincial health promotion coordination body) as well as the Health Promotion TAG (which facilitates health promotion activities in the pilot districts).

[6] Roles of 4 TAGs are as follows:
Health Promotion TAG: develop an operational model of Health Promotion and to mainstream Health promotion
Supportive Supervision TAG: development of an operational mocel of Service Quality Management though supportive supervision
HMIS TAG: Ensure/strengthening of HMIS data accuracy, completeness and timeliness
CHS TAG: developmen: of a sustainable management model for demand creation in line with CHS.

Figure 10: Implementation Structure of SEMAH Project



Together with the TAGs, the Communities of Practice (CoP), which is composed of representatives of the health ministries, other development partners, educational institutions, NGOs/CBOs/FBOs and private firms, was formed to implement activities with technical inputs. Formulation of the CoP is to implement activities efficiently through networking, to ensure the quality of products developed by the Project, and to scale up the outputs/outcomes of the Project during and after the Project period.

Other key factors cited as contributing to implementation of activities include:

- Early joint planning exercise and sharing of activity plans by stakeholders
- Regular review and feedback meetings
- Availability of the necessary resources in a timely manner, such as equipment, materials, personnel and funds
- Ownership of project activities by PHMT and DHMT

<Constraining Factors>

High staff turnover was recognised as a key constraining factor. This observation is supported by the data: 29 out of 96 trained PHMT/DHMT in the four pilot districts have already retired, transferred to different districts/international organisations or quit their positions for advanced studies. The retention rate was 78% at the time of the Terminal Evaluation.

Other key constraining factors to the implementation of activities include:

- Competing tasks within PHMT/DHMT
- Increase in the number of districts under administrative re-organisation by GOK
- Unplanned/emergency national immunisation campaigns and other Rapid Result Initiatives
- Prolonged strikes by medical personnel

5. Five Criteria Evaluation

5-1 Relevance

The Project Purpose and Overall Goal are relevant in terms of the needs of the health sector in Kenya, Kenyan national policy and Japanese Official Development Assistance (ODA) policy.

1) Relevance to Kenya's Health Policies/Strategies

One of the basic strategies for achieving health care goals of Vision 2030 is structural change. This will be achieved through an enhanced regulatory regime and the creation of an enabling environment to ensure increased private sector participation, and *greater community involvement* in service management. This will be followed by increasing finances available to the health sector and ensuring that they are utilised more efficiently. The health sector will thus be reformed *through improved governance, decentralisation of health facility management,* with an emphasis on preventive services, enhanced collaboration with stakeholders, as well as by giving operational autonomy to district and provincial hospitals. The Government will involve communities in these reform efforts.

Kenya Vision 2030 prioritises the strengthening of health service delivery to accelerate progress towards attainment of the overall health goals. The strengthening of health service delivery will be achieved through: (a) Decentralisation and operationalisation of health care management to the facility level; (b) Introduction of qualified health facility managers; (c) Separation of the regulatory function from health service delivery; (d) Development of a policy on Public-Private Partnerships (PPPs). The implementation of these strategies will consolidate Kenya's position as the regional hub for health care services.

Under the strengthening of health service delivery, the major flagship projects for the health sector under Vision 2030 are:

1. De-linking the Ministry of Health from service delivery to focus on regulation and supervision;
2. Providing operational autonomy to tiers 4, 5 and 6 (district, provincial and national) hospitals – initiatives under this thrust will be to establish functional referral systems at all levels;
3. Integration of local communities in health care management – legislation enabling public private partnerships (PPPs) will be enacted to ensure a well-coordinated approach to healthcare delivery. Community health workers and community resource persons will be trained to implementing these partnerships.

The project has contributed to capacity building of managers at both provincial and district levels to enable them contribute positively to the strengthening of the health service delivery. The project is therefore consistent with health sector goals of Kenya Vision 2030, as well as Kenya Health Sector Strategic Plan II and other relevant sector development plans which is the development blue print for the Republic of Kenya.

2) Relevance to National Needs

<Response to needs of Target Region>

Situation analysis of Nyanza province prior to project onset showed the following;

- Poor health indicators
- Poor sector-wide coordination and fragmentation of development partners
- Demotivated workforce
- Poor management skills and weak teamwork spirits
- Ineffective support supervision
- Many vertical programmes supported by multiple development partners were on-going
- Weak community involvement

However, the huge investments were not reflected in better health system performance. There was therefore a disconnect between the investments and the health indicators. The Project formulation and implementation sought to address some of these health systems constraints in the province by using a health systems approach which entailed cooperation between MOH and JICA as opposed to running a disease specific vertical programme. The Project focused on strengthening existing structures such as the PHMT and DHMT, by using existing local resources like the learning institutions in the region.

The Project cultivated team spirit among PHMT and DHMT members. Staff motivation has improved, leading to better performance as a result of better team work. The Project contributed to enhanced coordination and collaboration with other health stakeholders such as development partners and NGOs. This collaboration/networking has resulted in leveraging more health resources. The Project developed the model and tools for Support Supervision for health managers to plan appropriately and effectively supervise health facilities. The model contributed to strengthened supportive supervision.

<Response to Needs of Target Groups (PHMT and DHMTs>

The Project is in line with the need of both PHMT and DHMT in Nyanza province. An Assessment of the Service Delivery Capacity of the District Health Systems in Kenya, 2006, describes a number of weaknesses in the two management levels such as;

- The training accorded to DHMT members is ineffective in a sense that it comprises of frequent workshops with limited or unknown impact, which mostly interfered with performance of their routine tasks. In most cases, training is structured to provide specific areas of health information such as immunisation or reproductive health, and not in the area of management in health care services.
- The level of interaction/communication between PHMT and DHMT and other institutions is associated with their performance. The linkage between PHMTs and DHMTs and between DHMTs and other institutions making up the district health system being weak. This has adversely affected the efficiency and effectiveness of delivery of health care services in the districts.
- A majority of health personnel in the district/province were assumed to have undergone health management training courses. But local level decision making is still limited as most of the decisions/instructions are made at the central level. As a result, management skills acquired by training may not be sufficiently used in practice, leading to low staff morale and high turnover. Replacements often lack the required management skills while resources to train them are oftentimes limited or unavailable.

- Inadequate planning process and lack of management capacity within DHMT have been cited among the main factors, affecting the service delivery capacity in health systems at the district level.

A Ministries of Health survey conducted in 2007/8 on the management and leadership gaps of health managers in Kenya[7] showed that 61% of health managers interviewed felt inadequately prepared or not prepared at all to carry out their responsibilities. Over 95% of all health managers at the district level or above view quality management as important or very important for effectiveness in their job. This assessment established that a large gap exists between the need for health management and leadership competencies. The findings implied that the health management skills gap requires an overall approach in health leadership and management training.

3) Relevance to Japan's Official Development Assistance Policy

Objectives, strategies and approaches of the Project consist with Japan's Global Health Policy (2011-2015). The Project aims to improve quality of primary health services with high-impact interventions in Nyanza Province through strengthening of capacities of health managers. This approach is aligned with the goal of the Global Health Policy, "Acceleration of progress toward MDGs 4 and 5 through delivering a more effective package of proven interventions for maternal and newborn survival as well as scaling up high-impact child health intervention."

The Project provides technical support to strengthen the health system through empowerment and development of capacities among health managers in close collaboration with a variety of stakeholders. The evidence-based interventions addressed in the Policy are also introduced to the Project: operational models developed by the Project are verified through operational researches.

4) Relevance of Project Design

The Project covers not only the pilot period but also the scale-up period. The strategy is appropriate but it is not well reflected in the PDM. The Project Purpose and Output 1 are set to target 1 PHMT and all 36 districts while Output 2 and 3 are limited to the PHMT and 4 pilot districts (Siaya, Kisumu West, Ugenya and Gem). This creates a logical gap between Project Purpose and Output 2 and 3. Output 4 is set as a platform for scaling-up though the validation of the developed models, and yet its target level (national, regional and international) is beyond the scope of the Project Purpose and Overall Goal.

5-2 Effectiveness

＜Achievement of the Project Purpose＞

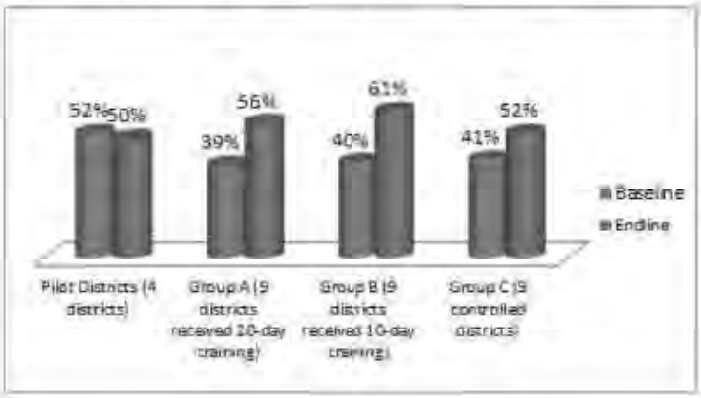
The Project Purpose will likely be achieved by the end of the Project as the current score of both indicators are close to the target: the average score of capacity assessment in PHMT and DHMTs is 3.75/4 and that of behaviour changes in PHMT and DHMTs is 3.41/4.

Yet it should be noted that the achievement of the target scores in these indicators does not indicate the capacities of PHMT and DHMTs have been strengthened. This is because the indicator used for capacity assessment is subjective (self-assessed) and the indicator used to measure behaviour changes is not objective enough.

[7] Ministry of Health, Republic of Kenya and Management Sciences for Health (Aug 2008); Report on Management and Leadership Development Gaps for Kenya Health Managers

The Project conducted knowledge tests as a means of assessing the capacity objectively, but the results do not address a causal linkage between Project's interventions and their knowledge on health systems management: the average percentage of correct answers in the knowledge tests were increased in both target districts and controlled districts while the percentage of pilot districts slightly declined, showing a possibility of needing refresher training.

Figure 11: Rate of Correct Answer in the Knowledge Tests by Group



In addition to these quantitative data, the joint Evaluation Team collected the qualitative information/data in order to assess how the Project intervention has strengthened capacities of health management teams and contributed to their positive behaviours. Based on the focus group discussions and key informant interviews with MoPHS and key development partners, the following issues were identified:

- A Community Unit (CU) of one of the pilot districts (Siaya) was awarded as the best CU in 2010 in Kenya due to timely reporting, which was much better than the other CUs
- Presentation skills of CHEWs have been improved
- Supportive Supervision has been implemented on a regular basis in pilot districts while on an irregular basis in other districts

<Logical Relations between Project Purpose and Outputs>

Output 2 (Health Promotion) and Output 3 (Service Quality Management to Facilities and Community Health Development) should be fully linked to Output 1 (HSM Training) for the maximum contribution to achieving the Project Purpose. In other words, a PDCA cycle of the training should be established, which has been a challenge in the Project.

Logical relations between the Project Purpose and Output 4 are less appropriate because the administrative level of the Output 4 is international, regional and national which are beyond the target of the Project Purpose (Provincial). Output 4 is set as a platform to validate the quality of the development models and to scale up the models.

<Important Assumptions>

The important assumptions in the PDM1 were still valid at the time of the Terminal Evaluation. However, some of the important assumptions such as those related to staff retention and conflict resolution were not fully relevant at the time of the Terminal Evaluation

5-3 Efficiency

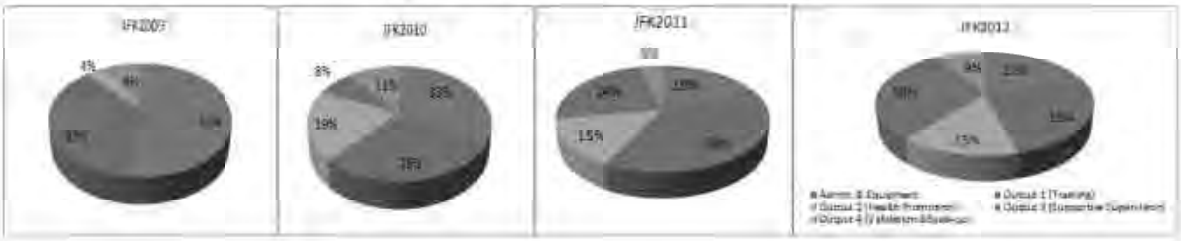
The Project's efficiency is high with regards to its inputs for the achievement levels of the Outputs. The total budget for the JFY 2011 and 2012 was three times higher than the first 2 years (JFY 2009 and JFY 2010) due to an increase in the number of activities conducted and products produced under all the Outputs in the scale-up phase. In the JFY 2011 and 2012, the actual expenditure for administration/equipment of Output 1, 2, and 3 was less than the estimated budget, while that of Output 4 was more than the estimated budget mainly due to conducting ad-hock-based activities.

Looking at the details of the estimated budget per Output from JFY 2009 to JFY2012, cost allocation to each Output in the scale-up phase is well-balanced. Although Output1 (HMS training) has gained further momentum towards the end of the Project, the total cost decreased from the first two years. This is considered due to the development of a cost-effective training package.

On the other hand, Output 3 expenditure in most recent years marks the largest portion due to the increasing number of activities both at facilities and in communities. The increased expenditure was mainly attributed to the provision of equipment such as directional signposts and colour - coded buckets for waste segregation at facilities (The buckets and signposts were observed during the site visit at the time of the Terminal Evaluation). To decrease activity costs and competing tasks of health management teams, some activities under Output 3 were incorporated into activities implemented by other development partners. For example, Supportive Supervision was supported by Walter Reed Programme, ICAP.

Part of the budget allocated to Output 2 remained almost the same for the last three years, yet its focus of activities was shifted from training on the development of IEC materials to management of proposal-based projects on health promotion. This change has a critical step in creating a linkage with Output 1 (HSM Training), which has resulted in a synergy effect towards the achievement of the Project Purpose.

Figure 12: Estimated budget per Output



The Project has implemented activities in close collaboration with other partners. A bulk of forums/stakeholders meetings/conventions/trainings were co-funded with these partners as shown in the table below.

Table 16 Forums/Meetings/Conventions/Training Co-funded with partners

Output 1	• HSM Training held from September 2012 to January 2013 was co-funded with DHMTs: accommodation, daily allowance and transportation of 2 out of 8 target participants in each district were paid by a target district or individual participants.

Output 2	• Nyanza Health Promotion Stakeholder Forum targeting all the DHPOs and other stakeholders in the province: First Forum in May 2011 (co-funded with UNICEF) and 2nd Forum in Sept. 2011 (co-funded with Plan) • Nyanza HP Performance Review & Stakeholders forum: 1st Forum in Feb. 2012 (co-funded with Care Kenya and PSI) and 2nd Forum in Oct. 2012 (co-funded with Care Kenya and PSI)
Output 3	• Quarterly CHS performance review meeting in Gem in Oct. 2012 (MVP) • Quarterly CHS stakeholder meeting in Siaya (Aphia plus, CDC,etc) • Quarterly CHS performance review meeting in Kisumu West ((Plan international, Maseno University) • Stakeholder Meeting/Health Facility In-charge Meeting • Stakeholder Meeting in Ugenya in Nov. 2012 (Matibabu Foundation) • Health Facility In-charge Meeting in Kisumu West in Dec. 2012 (Walter Reed Programme) • Health Facility In-charge Meeting in Gem in Dec. 2012 (ICAP) • Health Facility In-charge Meeting in Siaya in Dec. 2012 (ICAP)
Output 4	• 1st National Convention for Community Health Strategy in Dec. 2010 (UNICEF, USAID etc.) • 1st and 2nd Provincial Health Research and Good Practice Forum in Dec. 2010 and Jan 2012 (CDC, KEMRI WRP etc.) • 1st National Human Resource for Health Conference in Dec. 2011 (USAID, WB etc.) • 8th International MCH Handbook Conference in Oct. 2012 (MOMS/MOPHS, UNICEF, IPPF etc.) • Evidence and Best Practice for HRH Strategic Plan Forum in Nov. 2012 (USAID-Capacity) • 1st Human Resource Development Stakeholder Forum in Dec. 2012 (USAID-Furzo-Kenya) • 1st National Leadership, Management and Governance Conference in Jan, 2013 (USAID-MSH, GIZ etc.) • 1st National Quality Management in Health Conference in Feb. 2013 USAID-URC, GIZ etc.

What made it possible is the Project implementation structure described above. Activities under Output 1, 2 and 3 have been done in a collective manner through Transformation Action Groups (TAGs) with technical support from the Communities of Practice (CoP) of which key development partners are members. This strategic structure has increased the Project efficiency.

5-4 Impact

Overall Goal	Objectively Verifiable Indicators[8]
Quality of primary health care services is improved in Nyanza Province.	**1.** Customers satisfaction rates in health facilities are increased to 90% (3.6/4) by 2015 (Benchmark in March 2011). **2.** Health managers'/providers' work satisfaction rates are increased to 90% (3.6/4) by 2015 (Benchmark in March 2011). **3.** Health service performance indicators for priority High Impact Interventions (HIIs) are increased to 80% and above by 2015. (Benchmark is AOP 4 and 5)

Among the 3 indicators set for Overall Goal, progress in 2 indicators regarding satisfaction of customers and health managers/providers was less than expected at the time of the Terminal Evaluation. There was a decline in the level of health managers/providers satisfaction. Most of the Health service performance indicators (Indicator 3) progressed as a result of collaboration and coordination among other development partners and stakeholders.

Customers' satisfaction rate (Indicator 1) increased slightly from 2.59/4.00 as benchmark to 2.73/4.00 at the end line (Figure 13). Looking at the rate by group, the Group B score decreased (9 districts received 10 day training) while the score increased in the three other groups, including controlled districts (Figure 14). The linkage between developed capacities of health management teams and the customers' satisfaction rate can hardly be proven by these results.

[8] Data clearing are necessary.

Figure 13: Customers' satisfaction rate in health facilities

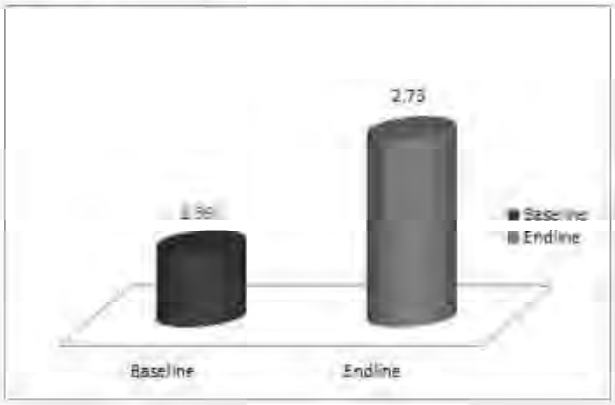
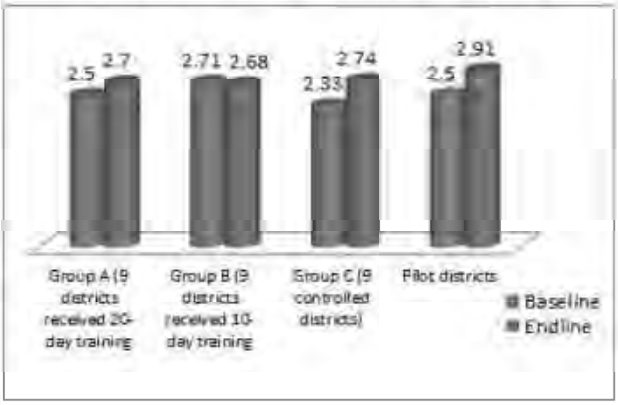


Figure 14: Customers' satisfaction rate by group



The work satisfaction rate of health management providers (Indicator 2) decreased from 3.36/4 at the baseline to 3.21/4 at the end line (Figure 15). Looking closely at the rate by group, this decline is seen in 4 pilot districts and control districts (Figure 16).

Figure 15: Health providers work satisfaction

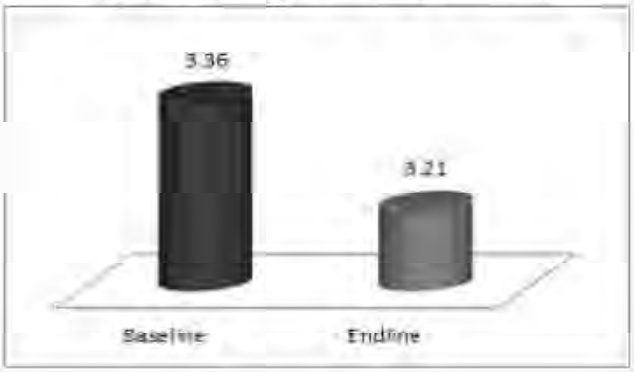
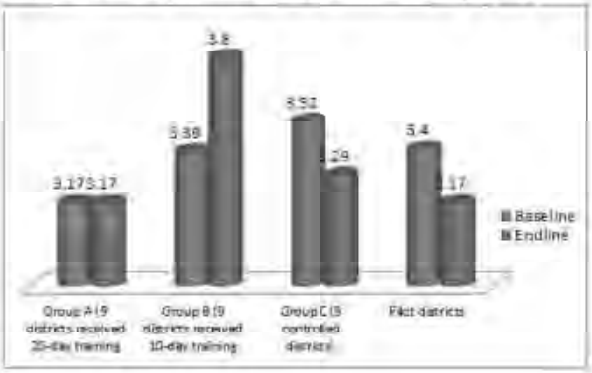


Figure 16: Health providers work satisfaction by group



Key health indicators in Nyanza province have been improving over time, except MMR (Maternal Mortality Rate) (Figure 17). Major service deliveries in the pilot districts have increased in the same trend.

Figure 17: Progress in Key Health indicators in Nyanza province (2008-2011)

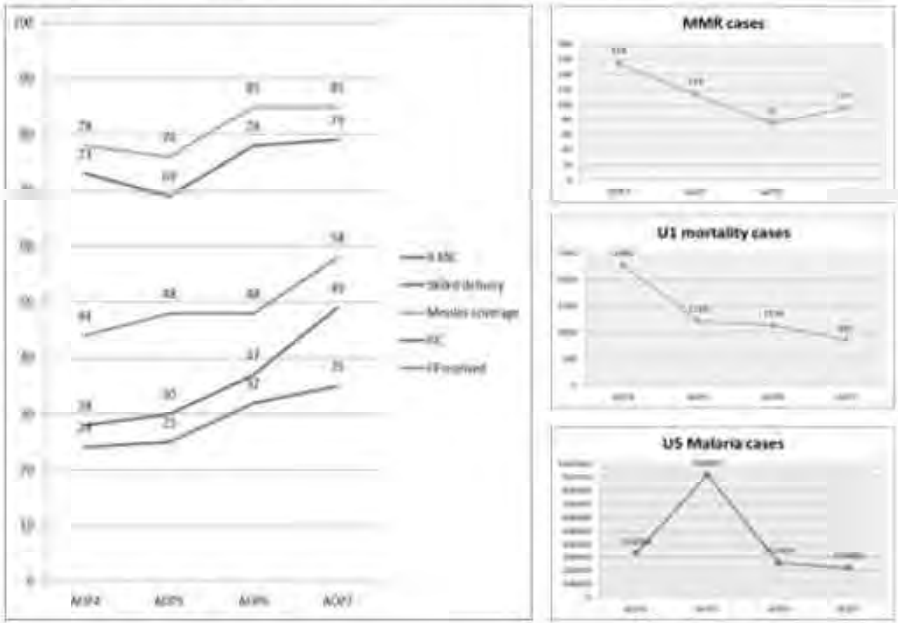
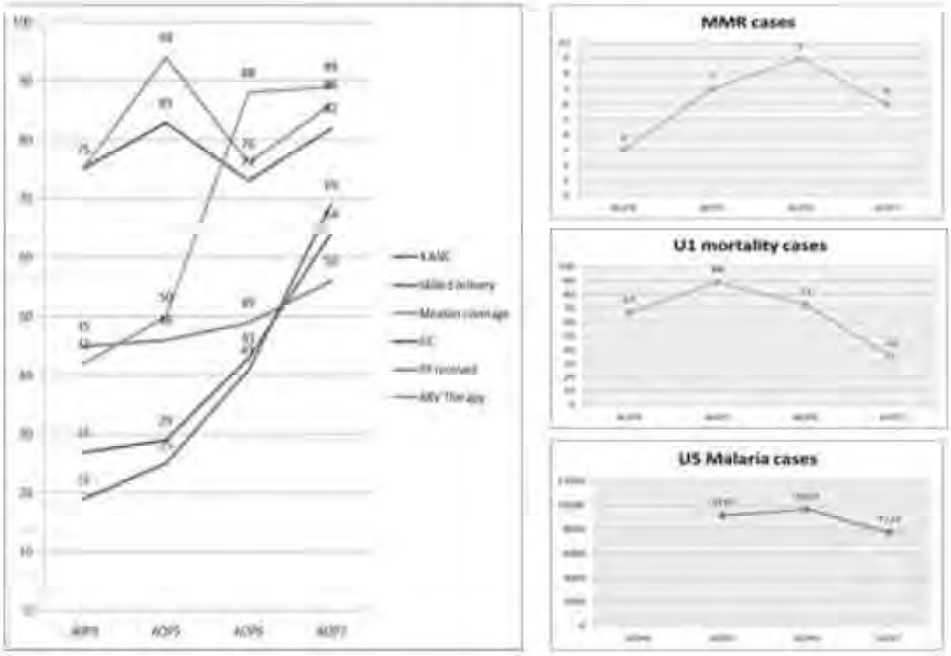


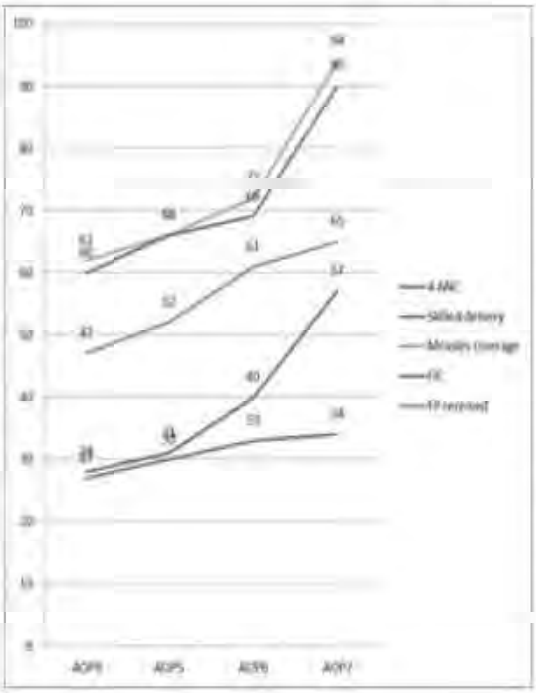
Figure 18: Progress in Key Health Indicators in the Pilot districts[9]

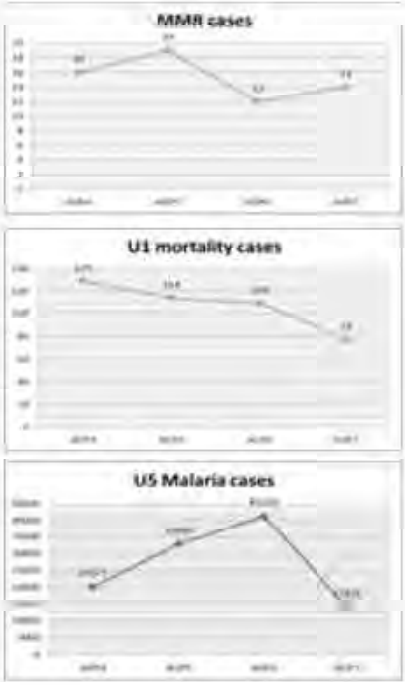
Kisumu West District



[9] There were two pilot districts (Kisumu West and Siaya) at the beginning of the Project. In 2011 each district is divided and the total number of the pilot district become four. Because of this reason, there is no baseline data of Ugenya and Gem.

Siaya District





Unexpected positive impact is seen in policy implications as follows:

Table 17: Project's impact on policy implications

Level	Content	National Policy & Guidelines implicated by the Project
Project Purpose	Capacity development	• JICA New Health Sector Support Programme • Kenya National Health Sector Strategic Plan III
Output 1	HSM training	• Concept paper of Kenya Institute of Health Systems Management • Capacity assessment for KMTC branches • KIHSM strategic business plan
Output 2	Health promotion	• 1st National Health Promotion Strategic Plan
Output 3	Supervision	• Kenya Quality Model for Health implementation guideline • National Supportive Supervision checklist • MCH Handbook revision • MCH Handbook job aid
	Health information	• District Health Information Software
	Community Health	• CHW/CHEW training manual • CHS M&E framework • CHE communication and advocacy plan
Output 4	National support	• 2nd Human Resource for Health Strategic Plan • 1st Human Resource Development Master Plan

5-5 Sustainability

5-5-1 Policy Sustainability

It is likely that policy support remains after the end of the Project. For the health sector to carry out the functions outlined in the Constitution of Kenya 2010 and translated into the Kenya Health policy, the sector has prioritised to build capacity for recruited county managers in strategic leadership, health systems and services management and governance to strengthen health

stewardship (KHSSP 2012-18). Other priorities in the area of Leadership and Governance for the health sector articulated in the KHSSP include support for Annual Work Planning to guide priority operations at all levels of the sector and coordination of annual performance monitoring of health operations.

The mechanisms and specific plans to implement the activities to produce the effects after the cooperation has ended will be articulated subsequent to the completion of the draft health sector strategy and as soon as the devolution road map for the sector is completed.

5-5-2 Financial Sustainability

The Joint Evaluation Team was not informed of any detailed plans regarding how to finance further activities after the Project ends. HSSF may be one of the alternative financial sources. Positive comments were received at the participatory evaluation workshop and interviews with stakeholders. Officials indicated that they will find alternative sources of funds through AWP joint planning exercises after the Project ends.

5-5-3 Technical Sustainability

Capacity building is an on-going process and there is a four-tier hierarchy of capacity building needs: i) Individuals, ii) Groups, iii) Organisations/institutions and iv) Societies. This Project focuses on capacity building of the first two tiers with a more focus on the second tier through a team building approach. The viewpoints from individuals and groups (teams) in terms of sustainability are rated as satisfactory at the time of the Terminal Evaluation.

The results of self-assessment on capacities in the HSM training and the average score of knowledge tests addressed the needs of further training at the individual and team levels. At the participatory evaluation workshop, all the four groups showed "team work" as a critical change the Project has brought. Health managers and their teams have understood and experienced that team work is key to good performance. Staff turn-over and the devolution process were identified as challenges when considering sustainability of the Project.

The new Government structure under the new constitution would be another challenge for sustaining the outcomes of the Project. Trained team members are expected to cascade their knowledge and skills in the county system. However, "institutionalisation" of the HSM training would be necessary for technical sustainability. A positive indication is the establishment of the Kenya Institute of Health Systems Management (KIHSM). The objective of the proposed institution is to improve leadership and management in health services sector. The finalisation of the training programme under KIHSM is currently in the process with an initiative of MoPHS/MoMS, MSH and JICA. It is planned to support the establishment of County Support Unit, providing all the 47 counties with the HSM training.

Two critical challenges are addressed for future consideration:

1) Training curriculum (modules) is a core of the training programme. The establishment of the training system based on a PDCA cycle is necessary. The monitoring and evaluation framework with proper indicators should be set to measure capacity development, behaviour changes and improvement of service delivery.
2) In order to expect behaviour changes among health managers, mind-set change is not enough. Capacity development through training should be linked to good behavioural change in a sustainable manner.

6. Conclusion

The Project has brought an innovative team building approach to strengthen health systems in Kenya. Its support covered not only the province and districts but also facilities and communities. The implementation is in close collaboration and coordination with various partners through TAGs and CoP, which contributed to increased efficiency during the Project period and possibly sustaining the Project outcomes even after the Project ends.

The Project aimed to develop capacities of PHMT/DHMT and to improve their behaviours through mind-set change by implementing the HSM training and by monitoring and following-up of their practice in workplace. In accordance with indicators set in PDM1, it is most likely that the Project Purpose will be achieved by the end of the Project period. Key challenge is to establish a concrete PDCA cycle of the training.

The Project successfully developed three operational models, namely, HSM training, Health Promotion, Quality Management through Supportive Supervision, and Community Health Development. These operational models were reflected in the development of national policies and strategies. On the other hand, the level of achievement of Overall Goal is still limited at the time of the Terminal Evaluation. One of the unexpected impacts of the Project would be the establishment of the Kenya Institute of Health Systems Management at Kenya Medical Training College (KIHSM). It is good that the HSM training the Project has developed would be institutionalised so that the sustainability of the Project outcomes is ensured. KIHSM is a timely response to the needs arising from the devolution process.

The Project efforts are aligned to the development policy of Kenya. It is most likely that policy support will be continued by JICA even after the end of the Project while financial sustainability is uncertain.

7. Recommendations and Lessons Learnt

7-1 Recommendations

To ensure effectiveness and increase sustainability, the Joint Evaluation Team recommends to the Project and MoPHS to consider implementation by the end of the Project period:

<u>Recommendation to the Project Team</u>

1) To finalise and compile the products which are currently in process:
   - Facilitation guide (Output 1)
   - Health Promotion Handbook (Output 2)
   - Supportive Supervision Handbook and CHEW Handbook (Output 3)
2) To ensure the development of a PDCA cycle of the HSM training by strengthening dialogues among stakeholders responsible for each output.
3) To implement refresher training to PHMT and DHMTs in 4 pilot districts to brush up their knowledge and skills on HSM.
4) To compile good practices and lessons learned including Project interventions/visual documentary/case stories and make them ready for distribution.
5) To prepare a list of facilitators of the HSM training as resource persons for future interventions.

<u>Recommendation to MoPHS</u>

1) To provide necessary support to the Project Team in organising a dissemination seminar for the

purpose of sharing experiences, good practices and ideas on scale-up plans. A site/field visit in Nyanza province could be incorporated.

2) To consider putting in place a programme of continuous capacity building for DHMTs on planning and priority setting, budgeting, administration and effective monitoring and supervision at the district level. This is to ensure equipping both the DHMT and PHMT members and other health personnel with pre-requisite skills such as effective administration and management skills in health care delivery.
3) To further strengthen collaboration with different health stakeholders on joint planning, budgeting, monitoring and evaluation of district health projects by working through the district health stakeholders' forum (DHSHF) (and county health stakeholders forum in future) to leverage available resources and optimise sector performance.

7-2 Lessons Learnt

In line with the evaluation of the Project, the following lessons were drawn for similar technical cooperation projects in the future.

Lessons learnt related to the issue of strategies and approaches

1) The Project included the scale-up phase in the Project framework, and proactively promoted collaboration with other development partners and maximally used local resources and networks which had produced impact during the Project period and would increase sustainability after the Project ends.
2) Project's efficiency was increased when the perspective of managers had changed from being budget-oriented to being strategically planning-oriented within the limited budget environment. The Project flexibly responded to the needs of the environment over time; as a result, the scope of the Project had become broader than it was originally planned. However, the actual expenditure in last two years was less than the estimated budget.
3) The Project targeted the middle-level managers for capacity development. This strategy made it easier for the Project to extend its support to two directions: national and facilities/communities. The Project was able to provide its interventions to all levels from national to communities.

Lessons learnt related to the issue of design the training programme with purpose of behavior changes

1) If the Project aims to change behaviours of managers through training, it is important to establish a linkage between the training and performance in workplace to ensure that the trained managers put into practice what they have learnt in the training. The management of the Project was output-based and each Japanese expert was narrowly focused on their own output. Therefore, gaps between the training needs and actual performance on the ground (workplace) were not well fed back. It was the third year when they had more interactions from each other.
2) When a capacity development type of project is planned, a monitoring and evaluation framework should be well-established with proper indicators based on the logic model (from improvement of capacity to changes in work environment to improvement of service delivery). With the proper M&E framework, monitoring/follow-up as well as assessment during and end of the Project would be easy. Indicators should be a combination of objective and subjective indicators with a combination of qualitative and quantitative ones.

Annex 1

PDM (Modified, March 2011)

Project Design Matrix

Project Title: Strengthening Management for Health in Nyanza Province, Kenya

Duration: 4 years (July 2009 -June 2013)		Version	Proposed Version 1.0
Target Group : Direct beneficiaries: Health managers of Provincial Health Management Team (PHMT) and District Health Management Teams (DHMTs) in Nyanza Province, Department of Primary Health Services (MOPHS: Ministry of Public Health and Sanitation) Indirect beneficiaries: health service providers, communities in Nyanza province (estimated population of 5,8 Million)		Date:	25th March 2011
Narrative Summary	**Objectively Verifiable Indicators and Targets**	**Means of Verifications**	**Important Assumption**
OVERALL GOAL			
Quality of primary health care services is improved in Nyanza Province	1. Customers satisfaction rates in health facilities are increased to 90% by 2015 (Benchmark in March 2011). 2. Health managers'/providers' work satisfaction rates are increased to 90% by 2015 (Benchmark in March 2011). 3. Health service performance indicators for priority High Impact Interventions (HIIs) increased to 80% and above by 2015 (Benchmark in AOP 4 and 5).	Health Leadership and Management Survey report Customer Satisfaction Survey report Health Leadership and Management Survey report Annual Operational Plan (AOP) Performance Review Report	Administrative devolution does not affect project implementation negatively. Security and safety measures in Kenya are maintained. Major outbreaks and epidemics are not emerged to affect the overall performance of the health status of the people. Human resource for health is well maintained and promoted.
PROJECT PURPOSE			
Management capacity of health management teams at Provincial and District levels in Nyanza Province is strengthened. * * Eight management capacities are identified; leadership and governance, team management, planning and M&E, health policy management, supportive supervision/coaching/mentoring, health information management, resource management, customer relationship management.	1. Grand average score of the capacity assessment in PHMT and DHMTs in Nyanza Province is increased to 4.0 by June 2013 (Benchmark in January 2010 for pilot teams and in March 2011 for other teams). 2. Grand average of the behavioral change assessment in PHMT and DHMTs in Nyanza Province is increased to 4.0 by June 2013 (Benchmark in March 2011).	Health Leadership and Management Survey report Health Leadership and Management Survey report Health Sector Performance report	Infrastructure is are well maintained. Referral systems is adequately functioned. Supplies for drugs and commodities are ensured and maintained. Availability of health providers is secured and maintained.
OUTPUTS			
1 Health leadership and management trainings are modeled and promoted in Nyanza Province	1. A operational model of health strategic leadership and management training is established by June 2011 (Benchmark is zero in July 2009). 2. Coverage of PHMT and DHMTs in Nyanza Province receiving the model training program is increased to 100% by June 2013 (Benchmark is zero in July 2009).	Training model in place Training Completion and Evaluation report	Workplace environment for PHMT/DHMT is well maintained and promoted at least it meets the minimum requirement. Mobility of health managers including transport, competing tasks and personal issues is well secured and maintained. Conflict resolution and disciplinary action under code of conduct are esteemed and functioned well. Collaboration between health managers and development partners are well coordinated and organized under mutual vision and mission. All the stakeholders are involved in health management activities to strengthen health systems.
2 Health promotion activities are modeled and mainstreamed in Health Systems Strengthening in the pilot districts*. * The Pilot districts include PHMT and DHMT in Siaya, Kisumu and Ugenya.	1. An operational model of health promotion activities is established by April 2012 (Benchmark is zero in July 2009). 2. Execution rate of health promotion activities budgeted in AOP of the pilot districts is increased to at least 5 activities per district by June 2013 (Benchmark is zero in AOP4 and 5). 3. Grand average score of the capacity assessment on heath promotion in the pilot districts is increased to 4.0 by June 2013 (Benchmark in March 2011).	Health promotion model in place AOP Performance Review report Health Promotion Capacity Assessment report	
3 Supportive supervision and related management activities by DHMTs for health facilities and communities are modeled and promoted in the pilot districts*. * The Pilot districts include PHMT and DHMT in Siaya, Kisumu and Ugenya.	1. An operational model of supportive supervision is established by April 2012 (Benchmark is zero in July 2009). 2. Number of health facilities in the pilot districts receiving Integrated Management Supportive Supervision (IMSS) is increased to 80% of facilities in every district by June 2013 (Benchmark is zero in July 2009).	Supportive supervision model in place IMSS report Health Sector Performance report	
4 Evidence-based practices and lessons-learned demonstrated by the Project implementation are promoted to all the districts in Nyanza province and other provinces and enhance national health policies/guidelines and international networks.	1. Number of seminars, workshops and conferences shared project achievement is continuously increased until June 2013 (Benchmark is zero in July 2009). 2. No of scientific papers, documents and publications concerning to the project activities and achievements is continuously increased until June 2013 (Benchmark is zero in July 2009).	Minutes of the meetings, abstracts, conference proceedings, journal articles Scientific papers, documents and publications	

Annex 1

PDM (Modified, March 2011)

ACTIVITIES	INPUTS		Important Assumption
	Japanese Side	Kenyan Side	
1 **Health leadership and management trainings are modeled and promoted in Nyanza Province:** 1.1 To establish Community of Practices (COPs) as institutional networking to spearhead and support health management training. 1.2 To organize a training management working group (TMWG) consisting of training focal persons from PHMT and DHMTs, JICA Experts, and technical advisors from COPs. 1.3 To hold regular meeting to identify training needs and develop training plans, courses, modules and tools. 1.4 To Implement core management training program to the pilot teams as initial modeling process for packaging. 1.5 To review, develop and package core management training program for scaling-up to cover all the DHMTs in Nyanza Province. 1.6 To scale-up core management training program to all the DHMTs in Nyanza province with randomized Control Trial (RCT) method. 1.7 To support DHMTs to conduct health management training at health facility and community level to the pilot districts. 1.8 To support DHMTs to enhance health management training into AOP in the pilot districts. 1.9 To evaluate and document health leadership and management training Program as evidence-based practice.	**(1) JICA expert and project staffs** a. Long-term expert (Chief Advisor, Human Resource Development Advisor, Project Coordinator/IEC Material Development/Health Promotion Advisor, Health Administration Management Advisor) b. Short-term expert (Health Management Information System etc.) c. Project staffs (National expert, project assistant, driver etc.) **(2) Management trainings/related activities** **(3) Project operational cost** **(4) Office equipment, furniture and vehicle** **(5) Counterpart training in Japan**	**(1) Counterpart members (Ministry, Provincial and District levels)** **(2) Management support staffs** **(3) Office space, equipment and utilities** **(4) Counterpart budget for operational costs (cost-sharing)** **(5) Sector coordination and arrangements**	Knowledge and information acquired by the Project activities are adequately shared by all the DHMT members and stakeholders. Partnership with other implementing donors, agencies and institutions is maintained. Availability of counterpart members (PHMT/DHMTs) is retained and maintained.
2 **Health promotion activities are modeled and mainstreamed in Health Systems Strengthening in the pilot districts.** 2.1 To organize and operate a working group on health promotion (UCAN WG: Unity, Communication, Advocacy and Networking Working Group). 2.2 To conduct needs assessment on health promotion both at PHMT/DHMT level and Health Facility/Community level. 2.3 To conduct capacity assessment on health promotion for the pilot districts. 2.4 To conduct management training/workshops on health promotion at PHMT/DHMT level. 2.5 To support DHMTs to conduct health promotion activities at health facility and community level. 2.6 To support DHMTs to promote health promotion activities to be incorporated into AOP. 2.7 To conduct study/exchange visits for sharing good practices and networking with other teams. 2.8 To support DHMTs to develop IEC materials suitable to the local contexts. 2.9 To evaluate and document health promotion activities as evidence-based practice.			
3 **Supportive supervision and rerated management activities by DHMTs for health facilities and communities are modeled and promoted in the pilot districts.** 3.1 To establish and operationalize Field Support Working Group to strengthen capacity development of district health systems. 3.2 To review supervision system and checklists in light of quality of management and standardized health services. 3.3 To develop Integrated Management Supportive Supervision(IMSS) checklist and implementation, on-site training and feedback mechanism. 3.4 To operationalize implementation, on-site training, feedback and dissemination of IMSS. 3.5 To support DHMT to incorporate IMSS into budget and action plan of AOP. 3.6 To support PHMT/DHMT to promote Health Management Information System (HMIS), Community Health Strategy (CHS) and other related communication management to strengthen district health systems. 3.7 To support PHMT/DHMT to strengthen project management in AOP. 3.8 To support PHMT/DHMT to hold Technical Assistance Committee and Stakeholder Forum at provincial and district level. 3.9 To evaluate and document IMSS and other related management activities as evidence-based practice.			**Preconditions** Security and safety measures in the Project working areas are maintained. Major policies and guidelines are maintained at the ministerial level. Health sector reform and local government reform are maintained.
4 **Evidence-based practices and lessons-learned demonstrated by the Project operational models are promoted to all the districts in Nyanza Province and other provinces and enhance national health policies/guidelines and international networks.** 4.1 To design and conduct operational research for evidence-based practices concerning to the project interventions. 4.2 To document and publish research results, operational models and lessons-learned to a wider public audience. 4.3 To support sustainable mechanism to disseminate evidence-based practices demonstrated by the Project in scientific journals, conferences and stakeholders' forums. 4.4 To promote institutional networking with development partners, academic institutions and other organizations (NGOs, CBOs, FBOs etc.). 4.5 To conduct forums and study visit to exchange information and experiences to enhance evidence-based practices. 4.6 To support Department of Primary Health Services and other departments in MOPHS for their organizational capacity development. 4.7 To support the development and review of health policy/guidelines based on the Project activities and achievements. 4.8 To spearhead international collaborative network for health systems strengthening with neighboring countries and beyond.			

Activities Implemented

Activities under Output 1 "Health leadership and management training are modeled and promoted in Nyanza Province"

Planned Activities	Actual
1.1 To establish Community of Practices (COPs) as institutional networking to spearhead and support health management training.	• Community of Practices (COPs) was formulated in December 2009 with 4 academic/training institutes. The number of the institutes, ministries, international organizations and private firms collaborating with the project as COPs has been expanded to 24 as of December 2012.
1.2 To organize a training management working group (TMWG) consisting of training focal persons from PHMT and DHMTs, JICA Experts, and technical advisors from COPs.	• Training Management Working Group (TMWG) was formulated in November 2009 with 5 core members from JICA, PHMT and the pilot DHMTs. 4 members from COPs also joined in the TMWG as Technical Advisors from December 2009. • **In concert with scaling-up the training, the number of members has been expanded to 20 (13 core members & 7 technical advisors) as of December 2012, increased by 2 technical advisors from the time of Mid-term review.**
1.3 To hold regular meeting to identify training needs and develop training plans, courses, modules and tools.	• Total 15 regular TWG meetings were organized in Kisumu from November 2009 to December 2012, **included 5 meetings held after the Mid-term review**. Training curriculum/facilitators' guide, other training material and operational plan for the pilot teams were developed through the meetings.
1.4 To implement core management training programme to the pilot teams as initial modeling process for packaging.	• Core Management Training Programme consisting of 7 training courses had been developed and implemented to the pilot teams (PHMT, Kisumu West, Siaya and Ugenya) from January to December in 2010. In addition, 3-day IT training course at the level of beginners, intermediate and advanced was conducted to all pilot teams. The total number of team members trained reached 432 in June 2009.
1.5 To review, develop and package core management training programme for scaling-up to cover all the DHMTs in Nyanza Province.	• The training programme for the pilot teams were carefully reviewed by TMWG members based on the evaluation report submitted in March 2010, and Operational Plan and Training Curriculum/ Facilitators' Guide for the scale-up to cover all DHMT in Nyanza were developed in June 2011. The title of the programme was changed to "Health Systems Management Training Programme". • **Draft lecture slides which were in the initial stage at the time of the Mid-term review are currently developed as the final draft at the time of the Final evaluation.** • **The text book is in the 2nd draft**, scheduled to be finalized by March 2013 together with other training materials.

Note: Descriptions in bold were taken place after the mid-term review, March 2011

1.6 To scaling-up core management training program to all the DHMTs in Nyanza province with randomized Control Trial (RCT) method.	• The control study was conducted to 27 target DHMTs, excluding 3 pilot DHMTs. These DHMTs were divided into three group (9 DHMTs each) based on the duration of the training: 20 days (Group A), 10 days (Group B) and 0 day (Group C as a control group). • **From August 2011 to March 2012, the HSM Training Programme was implemented with the 3day-IT training to Group A & Group B, when the baseline and endline surveys were conducted to analyze the effects of the training on the training.** • **The HSM Training curriculum included the component of Basic Health Promotion in the 2011/2012 course.** • **Scale-up of the Core Management Training Programme to the remaining 15 DHMTs started in August 2012, together with the 3-day IT training. The Training Programme was repacked as the 12-day course based on the results of quasi randomized control study conducted before the Mid-term review. The target DHMTs include 9 DHMTs which was set as a control group with no training in the pilot phase and 6 newly created DHMTs in the Province.** The scale-up ends by January 2013.
1.7 To support DHMTs to conduct health management training at health facility and community level to the pilot districts.	• **Service Quality Management training was developed through the TMWG on July 2011 and was delivered to the pilot DHMTs in the following month. With supports from the Project, the trained DHMTs conducted on-site service quality management training to their health facilities.** • **Through health facility in-charge meeting and CHEW training, essential modules of HSM training including leadership, team building, supportive supervision and information management was disseminated to the health facility and community level.**
1.8 To support DHMTs to enhance health management training into AOP in the pilot districts.	• Kisumu West (pilot team) incorporated plan of the health leadership and management training into their AOP6 as JICA supported activities. (For the next AWP, the project will encourage all the pilot district teams to incorporate plan of the follow-up activities, including demand driven trainings and on-site trainings to health facilities, into their AWP with cost-sharing.
1.9 To evaluate and document health leadership and management training Program as evidence-based practice.	• A report on the results of the baseline survey on health leadership management for all DHMTs in the Province and 15 evaluation/completion reports for each cluster of the HSM training were submitted before the Mid-term review. • **Report on operation research on health leadership and management was submitted and shared with the stakeholders in the Province and at the national level through the Evidence-based Practice Sharing Forum organized by Ministries' HRH-ICC on November 2012.**

Activities under Output 2 "Health promotion activities are modeled and mainstreamed in Health System Strengthening in the pilot districts."

Planned Activities	Actual
2.1 To organize and operate a working group on health promotion (UCAN WG: Unity,	• UCANWG was established in December 2009 with 12 members. 16 UCANWG workshops were held as of the Mid-term review and **4 additional workshops were held by the end of October 2011.**

Communication, Advocacy and Networking Working Group).	• UCANWG was changed to Health Promotion Transformative Action Group (HP TAG) in October 2011 to strengthen the capacity development and implementation mechanism on health promotion in the pilot districts. Its structure remains same: a chair, vice-chair, coordinator and secretary. **The number of members was increased from 16 in UCANG to 17 in HP TAG in December 2012. 14 HP TAG workshops were conducted as of the end of December 2012.**
2.2 To conducts needs assessment on health promotion both at PHMT/DHMT level and Health Facility/Community level.	• The following activities were conducted by the time of the Mid-term review: ✓ Situation analysis on health promotion at PHMT and pilot DHMTs conducted in March 2010. ✓ Resource Directories on health facilities (HFs) in Kisumu West and Siaya compiled with basic information of all HFs in the areas in 2010. ✓ Baseline survey on IEC materials at randomly selected health facilities and communities in pilot districts conducted between June to November 2010. • **As a part of Proposal-based Health Promotion Project in pilot districts, HP TAG members and DHMTs have conducted baseline survey (situation analysis) on each topic of the Health Promotion Project. (Ugenya: Jan.-Feb. 2011, Kisumu West, Gem and Siaya: Aug.-Sep. 2012). Pre-planning workshop and planning workshop were conducted with the participation of PHMT, DHMT, HCWs, CHEWs, CHWs and Opinion leaders as well at the district level. (Kisumu West, Gem and Siaya) in Aug.-Sep. 2012)**
2.3 To conduct capacity assessment on health promotion for the pilot districts.	• **Capacity assessment on health promotion was conducted among** UCANWG/**HP TAG members** in March 2011 and **December 2012.**
2.4 To conduct management training/workshops on health promotion at PHMT/DHMT level.	• Total 42 health managers in the pilot district were trained at the 4 day-Basic Health Promotion Training held in June 2010 in collaboration with Department of Health Promotion (DHP)/MoPHS. • Print Media Training together with 6 workshops (12 days in total) was conducted between December 2010 and June 2011 with 17 participants. • Two Nyanza Health Promotion Stakeholder Forum targeting all the DHPO and other stakeholders in the province were held in 2011. ✓ 1st forum (in May) with X participants (The forum was co-funded with UNICEF). ✓ **2nd forum (in September) with 46 participants. (The forum was co-funded with Care Kenya and PSI)** • **Health Promotion Dissemination Workshop targeting all the DHPOs in the province was conducted in July 2011 targeting with 45 participants in total.** • **A 3 day-Blended Learning Training was conducted in November 2011 for HP TAG members in collaboration with Kenya Competence Trust. Total 20 participants attended the training.** • **Two Nyanza Health Promotion Performance Review & Stakeholders Forum were held in 2012 targeting all the DMOHs and DHPOs and other stakeholders in the province:** ✓ **1st forum (2 days in February) with 44 participants.** ✓ **2nd forum (3 days in October). (the forum was held in collaboration with Department of Health Promotion (DHP)/ MoPHS).** • **A 1day-Health Promotion Annual Work Plan Feedback & Finalization Workshop was conducted in each**

	county between November and December 2012, targeting all the DHPOs and DHRIOs in the province in collaboration with Department of Health Promotion (DHP)/MoPHS. Total 80 participants attended the Forum.
2.5 To support DHMTs to conduct health promotion activities at health facility and community level	• **The Proposal-based Health Promotion project was introduced to pilot districts in November 2011:** ✓ **The 1st round (November 2011 to March 2012)** ✓ **The 2nd round (June to December 2012)** • **Nyanza Health Promotion Network was established on January 2012 to strengthen the coordination mechanism among PHMT, partners and stakeholders for smooth and effective corroboration of health promotion activities in the province.**
2.6 To support DHMTs to promote health promotion activities to be incorporated into AOP	• Initial step in planning was made at the time of the Mid-term review. With suggestion by UCANWG to all the pilot districts on the development of the health promotion plans for 2011, all the pilot districts prepared for and presented their plan at UCANWG and revised it in late 2010. DHMT Kisumu west had 9 HP activities in AOP 7. • **The efforts were accelerated after the Mid-term review:** ✓ **Incorporation of HP activities into AOP 8 was an issue at the 1st Nyanza Health Promotion Performance Review & Stakeholders Forum in February 2012, which resulted in the submission of HP plan incorporated into AOP 8 from 15 districts.** ✓ **After the 2nd Nyanza Health Promotion Performance Review & Stakeholders Forum in Oct. 2012, 36 districts submitted their Health Promotion Annual Work Plan (HP AWP) to PHMT (the format was developed in line with sub-county AWP format), which were reviewed and modified during HP AWP Feedback & Finalization Workshop in November and December 2012 (Final version of the HP AWP is submitted to PHMT).**
2.7 To conduct study/exchange visits for sharing good practices and networking with other teams.	• UCANWG organized and conducted the study visit to Bondo districts in February 2010. What was learnt include waste management system, community units and youth group activities. • **Good Practices, challenges and issues are regularly shared among DMOHs and DHPOs through bi-annual Nyanza Performance Review& Stakeholders forum.**
2.8 To support DHMTs to develop IEC materials suitable to the local contexts.	• In Print Media Training stated in Activity 2-4, knowledge and skills to develop print IEC materials were transferred to the participants. In June 2011, Print Media Task Production Team(TPT) under UCAN WG has developed IEC materials focusing on Nyanza High Impact Interventions (HII) in English, Swahili and Luo; 4 posters, 2 leaflets and 3 brochures. • **The IEC materials developed by Print Media TPT were distributed and disseminated to all the DHPOs in the province through Health Promotion Forum in July 2011.** • **Monitoring and follow-up of IEC materials was conducted in March 2012.** • **Nyanza Health Bulletin was published and distributed in September 2011, April 2012 and November 2012.** • **The current status of the development of IEC materials required to all pilot district under the Proposal-based Health Promotion Project introduced in November 2011:** ✓ **Ugenya developed poster and brochure for Jigger prevention in mid Dec.**

	✓ **Gem developed poster for male involvement for ANC services in mid Dec.** ✓ **Siaya and Kisumu West will finish the development by the end of December 2012.**
2.9 To evaluate and documents health promotion activities as evidence-based practice.	• 7 documents become available by the time of the Mid-term review: 1) Minutes of meeting for all the UCANWG workshops, 2) Report on exchange visit to Bondo, 3) HP Situation Analysis Report, 4) UCANWG report in March 2011, 5) Completion report on Basic Health Promotion Training, 6) Health Promotion Baseline Survey Report and 7) Capacity Assessment on Health Promotion for UCANWG/HP TAG core members. **Three additional documents are recently available: 8) Blended Learning Training report, 9) Proposal-based HP projects report and 10) HP AWP feedback and finalization workshop report.** • **In mid Dec. final draft of Health Promotion handbook was developed based on the experiences of HP activities in pilot districts.** • Feedback and technical input based on the experiences in the province were given to the development process of national HP Strategy at national level. • (Best practices through Proposal-based HP Project in pilot districts to be compiled by Feb. 2012.

Activities under Output 3 "Supportive supervision and related management activities by DHMTs for health facilities and communities are modeled and promoted in the pilot districts."

Planned Activities	Actual
3.1 To establish and operationalize Field Support Working Group to strengthen capacity development of district health systems.	• Instead of Field Support Working Group, District Think Tank (Siaya, Gem, Kisumu West and Ugenya) and Transformative Action Group (Supportive Supervision, HMIS, CHS, Health Promotion) was formed in June 2011.
3.2 To review supervision system and checklists in light of quality of management and standardized health services.	• From June to Oct 2010, the representatives from PHMT and pilot DHMTs, key persons from MOPHS HQ and other partners jointly reviewed the supervision system and the existing supervision checklist.
3.3 To develops Integrated Management Supportive Supervision (IMSS) checklist and implementation, on-site training and feedback mechanism.	• The same stakeholders as Activity 3-2 above developed the Integrated Management Supportive Supervision (IMSS) checklist in the same period.
3.4 To operationalize implementation, on-site training, feedback and dissemination of IMSS.	• Draft IMSS checklist was in practice at the pilot districts in Jan 2011 (The Pilot districts visited all the health facilities with IMSS Checklist). **The results were reviewed and revised in Aug 2011**. • The revised IMSS checklist was referred when MOPHS developed the national version of the IMSS Checklist. The national IMSS checklist was disseminated in February 2012. The national checklist has been used in the pilot districts of Nyanza Province.
3.5 To support DHMT to incorporate IMSS into budget and action plan of AOP.	• The activity was initiated after the Mid-term review. The Project supported the pilot DHMTs to develop AWP that was replaced to AOP from the year of 2012/13. The IMSS was incorporated into the action plan of AWP.

3.6 To support PHMT/DHMT to promote Health Management Information System (HMIS), Community Health Strategy (CHS) and other related communication management to strengthen district health systems.	• Supports were provided to areas of HMIS and CHS before the Mid-term review and expanded to 5S-Kaizen-TQM and MCH Booklet after the Mid-term review. **HMIS** ✓ Situation analysis and sensitization workshop were conducted. ✓ Networking with Department of HMIS in MoPHS was initiated. ✓ Activities related to District Health Information System were supported. ✓ **The 3-day training on Districts Health Information Software for the Pilot DHMTs and HRIO, Data Officer at health facilities was held with 43 participants and the 1-day sensitization workshop for the partners in Nyanza in Aug 2011.** ✓ **The data quality assessment tool and SOP were developed to improve data accuracy at health facility level.** ✓ **The data quality assessment was conducted by the pilot DHMTs from July to October 2012: Gem; 2 times, Siaya and Kisumu West ; 1 time)** ✓ **The 1-day training on data analysis for the Pilot DHMTs was held with 10 participants in November 2012.** **CHS** ✓ The 1st Provincial CHS Forum was held in October 2010: Saro CU at Migori was selected as the best community unit in Nyanza Province and the best CU in Kenya as well. **The 2nd Provincial CHS Forum on CHIMS was hosted in January 2012.** ✓ **The quarterly CHEW performance meeting has been jointly supported since October 2010.** ✓ **Chalk board and white board were provided to the CUs that had not had as of November 2011.** ✓ **Supportive supervision checklist for DHMT and CHEW was developed and its utilization was supported in October 2012.** ✓ **Refresher training program for CHEW & CHWs was developed and the 7-day training was conducted to 64 CHEW and 420 CHWs at 40 CUs in total from January to July in 2012.** ✓ **Referral and defaulter tracing mechanism was developed in April 2012 and its operation was initiated for 20 CUs in June 2012.** (All 166 CUs in the pilot districts will be targeted by the end of January 2013. ✓ **CHEW management handbook currently has been developed.** ✓ **M&E format of the monthly reporting was developed and its utilization was supported in September 2012.** ✓ **Best Performing HF/CU Award system (procedures and criteria) was developed in July 2012, followed by the assessment of HFs and CUs in the pilot districts from August to October 2012. The celebration of Best Performing HF/CU was organized from November to December.**

	5S-Kaizen -TQM	✓ **SS TAG and 10 participants visited Coast Provincial General Hospital that is the pilot hospital supported by AAKCP to learn 5S-Kaizen activities in February 2011.** ✓ **4 district 5S-Kaizen focal persons attended the training on Kenya Quality Model for Health (KQMH) including 5S-Kaizen-TQM in Feb 2012.** ✓ **The 2-day training on 5S-Kaizen-TQM was held twice for the pilot DHMTs and 8 demonstration health facilities in the pilot districts in March and June 2012 with 39 participants in total. Periodical visit was conducted for follow-up and M&E.** ✓ **The Project supported Health Management Advisor to participate in the 5S-Kaizen Study Tour to Tanzania which was hosted by the JICA Tanzania HRH Development Project in Sep 2012.** ✓ **OJT has been conducted to the demonstration HFs since October 2012 (Out of 8 HFs, OJT was finished to 6 HFs in last year and will be conducted to 2 HFs in January 2013.)**
	Health Facility Management Support	✓ **175 sign posts was provided to 90 Level 2 and 3 GOK HFs and approximately 2,700 Identification Card was provided to all staff at the HFs, all CHEWs and CHWs and DHMT members in the pilot districts by December 2012.** ✓ **169 sets of 3 coloured buckets for Waste Segregation were provided to 108 HFs (96 GOK HFs and 12 FBO HFs) in May 2012.** ✓ **5S materials including posters/leaflets/good practice books were provided to all 132 HFs in the pilot districts in May 2012.**
	MCH Booklet	✓ **MCH Booklet Job Aid were disseminated in the pilot districts in October 2012 (Siaya; 2 days * 2 batches, total 100 participants, Gem; 2 days * 1 batch, 58 participants)** ✓ Utilization of MCH Booklet was sensitization at the health facility level and community level **in November and December 2012.**
3.7 To support PHMT/DHMT to strengthen project management in AOP.	• The Project supported day-to-day management in AOP/AWP planning, implementation and M&E at the provincial and district levels, especially, Marginal Budgeting for Bottleneck (MBB) Analysis to facilitate financial analysis and allocation in AOP 6 planning.	
3.8 To support PHMT/DHMT to hold Technical Assistance Committee and Stakeholder Forum at provincial and district level.	• The Project supported total 22 workshops/forums/meeting (AOP sensitization, AOP review, stakeholder meeting, health facility in-charge meeting) in the province and the pilot districts by the time of the Final Evaluation: 16 by the Mid-term review and **6 after the Mid-term review.**	
3.9 To evaluate and document IMSS and other related management activities as evidence-based practice.	• **Operational research was conducted as the quasi-experimental study with 4 pilot districts and 4 control districts to measure the effect of Service Quality Management Model through Supportive Supervision and Data Quality Assessment. (Baseline survey was carried out in September-Oct 2011 and Endline survey in November-December 2012)**	

Activities under Output 4 "Evidence-based practice and lessons-learned demonstrated by the Project operational models are promoted to all the districts in Nyanza Province and other provinces and enhance national health policies/guidelines and international networks".

Planned Activities	Actual
4.1 To design and conduct operational research for evidence-based practices concerning to the project interventions.	• Before the Mid-term review, one operational research on health systems management training in pilot teams using capacity assessment. It was planned at the time of the Mid-term review to undertake four operations researches on (1) quasi-controlled study in scaling-up health systems management training (under Output 1), (2) health promotion intervention (under Output 2), (3) supportive supervision intervention (under Output 3) and (4) community health management intervention (under Output 3) before June 2012. • **At the time of the final evaluation, three operations researches have been undertaken as shown below.**

Output	Research Purpose	Designs	Main indicators	Sample
1	To measure the outcomes of HSS training to DHMT member in the province.	Quasi-experimental study (Matching)	Leadership and Management knowledge	39 DHMTs
3	To assess the effectiveness of Supportive Supervision package in the pilot districts.	Quasi-experimental study (Matching): DID	Customer satisfaction	122 HFs 50 Controls
3	To describe the impact of CHWs and their supervisions training and referral and defaulter tracing activities in the pilot districts	CRCT	Immunization rate, ANC attendance, CHWs performance	60CUs 120 HEWs 600 CHWs 3000 HHs

4.2 To document and publish research results, operational models and lessons-learned to a wider public audience	• There was no publication at the time of the Mid-term review. **At the time of the Final Evaluation, three articles concerning the project activities have been published by International Journal.** ✓ ***Factors influencing the performance of community health workers in Kisumu West, Kenya*** **(Yoshito Kawakatsu, Tomohiko Sugishita, Jackson Kioko, Aya Ishimura and Sumihisa Honda), Primary Health Care Research & Development, 2012** ✓ ***Individual, family and community level determinants of full vaccination coverage among children aged 12–23 months in western Kenya*** **(Yoshito Kawakatsu, Sumihisa Honda) Vaccine, 2012** ✓ ***Why do community health workers volunteer? A qualitative study in Kenya*** **(T. Takasugi, A.C.K. Lee), Public Health, 2012.** • **Brief paper concerning to other project activities are presented in project meetings and forums (HSM training, Health promotion, MCH handbook, Maternal mortality review etc). Operation model under each output is finalized by March 2013 and therefore no model has been presented at the time of the Final Evaluation.**
4.3 To support sustainable mechanism to disseminate evidence-based practices demonstrated by the Project in scientific journals, conferences and stakeholders' forums.	The Project initiated following forums, where the evidence-based policy implications can be done sustainably; 1. 1st and 2nd Provincial Forum for Health Research and Best Practice Forum in Nyanza (Kisumu), held in December 2010 and January 2012 organized by MOPHS, KEMRI, JICA, CDC, Walter Reed, GLUC and other research institutions. 2. 1st Evidence Sharing Forum for Human Resource for Health (Nairobi), held in November 2012 organized by MOMS,

	MOPHS, JICA and USAID (Capacity+, MSH, FunzoKenya).
4.4 To promote institutional networking with development partners, academic institutions and other organizations (NGOs, CBOs, FBOs etc.).	• Under the Output 1 (for HSM Training) Communities of Practices, as a local institutional technical network, were formulated by the Mid-term review. The members include MoPHS/MOM, MSH, AMREF, KIA, KCA, KIM, GLUK University, /Masemo University, Nairobi University, UNICEF, WHO, USAID, DFID, NGO/CBO/FBO and private firms. • **The transformative action group is another mechanism under the Project: Health Promotion (Output 2), Supportive Supervision, Health Information and Community Health (Output 3). The working group is also formulated: Training Management Working Group (Output 1) and Health Promotion Network (Output 2).** • In addition, the followings are indirect contribution of the Project through Project Chief Advisor who has been assigned to MoPHS since October 2011as a JICA's program advisor:

Networking	Inputs from the Project	Feedbacks to the Project
Health Sector Coordination Committee	JICA is officially one of the key partners.	Project major achievements are shown during the HSCC.
Human Resource for Health ICC	JICA is officially one of the key partners. JICA is leading the Health Systems Management in the ICC.	The Project supported 1st National HRH conference in Dec 2011 and 1st Human Resource Evidence and Good Practice Dissemination Conference" in Nov. 2012.
Human Resource Development Technical working Group	Support to develop the HSS training modules to MOMS/WHO/DFID initiatives. JICA officially became one of the Working Group members in Dec 2012.	The Project supported financing to "Human Resource Development Stakeholder Meeting" in Dec 2012.
Healthcare Financing ICC	Results of demand side financing in Kisumu West district has been shown in the ICC.	The Project approach of supply/demand sides support is recognized as the platform for Universal Health Coverage.
Kenya CoordinationMechanism (KCM-Global Fund)	Results of HIV/TB/Malaria activities in Nyanza to KCM stakeholders.	The Project is requested to conduct HSM short training to KCM members. However it is not yet implemented.
Development Partners in Health, Kenya	Feedback of all the progresses and achievements of Nyanza Project to development partners.	SEMAH project is recognized as a modeling project for devolved health systems.

4.5 To conduct (forums* and) study visit to exchange information and experiences to enhance evidence-based practices.

(*Forums are displayed in 4.8 below)

The following opportunities were given to the counterparts through the Project:

Type	Place	Areas	Date	Target Participants/No	Main Purposes
Study Visit	Uganda	General	Jan. 2011	Counterparts	To learn best practices and networking
Study Visit	Tanzania	General	Feb. 2011	Counterparts	To learn best practices and networking
Study Visit	Nairobi	HP	May 2011	UCAN members	To learn IEC development
Reception	Somaliland	Training	Sept. 2011	Somaliland MOH	HSM training (5 days)
Study Visit	Uganda	CHS	Feb. 2012	CHS and HP TAGs	To learn CHS policy and activities at community level.
Study Visit	Mombasa	5S-Kaizen	Feb 2012	SS TAG	To learn 5S-KAIZEN
Study Visit	Tanzania	5S-Kaizen	Sept. 2012	SS TAF	To learn 5S-KAIZEN
Reception	Bangladesh	Training	May 2012	Bangladesh MOH	HSM training (4 days)
Reception	Somalia	Training	Sept. 2012	Somalia MOH	HSM training (5 days)

4.6 To support Department of Primary Health Services and other departments in MoPHS for their organizational capacity development.

The Project facilitated teambuilding retreat for DPHS in MOPHS

- By the time of the Mid-term review the Project supported the four opportunities:
  - ✓ Retreat for AOP 6 development (April 2010)
  - ✓ Retreat for Business Plan (June 2010)
  - ✓ 1st Team Building Retreat (Lake Elementita, Nov 2010)
  - ✓ 2nd HSM Training (Nakuru, Dec 2010)
- **After the Mid-term review, two retreats were held:**
  - ✓ **2nd Team Building Retreat (Lake Bogolia, Nov 2011)**
  - ✓ **1st Team Building Retreat for PHMT-Nyanza in MOPHS (Kericho, June 2012)**

4.7 To support the development and review of health policy/guidelines based on the Project activities and achievements.

- No activity was initiated at the time of the Mid-term review. The Project currently **supported the following meetings in Nairobi for policy implications:**
  - ✓ **MSH-JICA-KMTC meeting**
  - ✓ **HRD TWG**
  - ✓ **Health promotion stakeholder meeting**
  - ✓ **MCH Handbook Job Aid development and revision meeting**
  - ✓ **CHW training guideline, manual, communication strategy, M&E framework development meeting**

4.8 To spearhead international collaborative network for health systems strengthening with neighboring countries and beyond.	• The Project supported following International/National Conferences: ✓ 1st International/National Conference on Community Health Services where Project activities were presented (Dec 2010) ✓ **1st National Human Resource for Health Conference (Dec 2011)** ✓ **8th International Conference of MCH Handbook (Oct 2012)** • The Project supported following training programs: ✓ **HSM Introductory and Team Building Training (Somaliland, Sep 2011)** ✓ **SM Introductory and Team Building Training (Somalia, Somaliland, Puntland, Sep 2012)** ✓ **HSM Introductory and Team Building Training (Bangladesh, Sep 2012)** ✓ **JICA-AMREF AHLMN Training (Feb, March, July, Sep, Nov 2012)** • It is planned after the Final Evaluation to support the 1st Leadership and Management Forum in Kenya in January 2013 and 1st Quality Management International Forum in Feb 2013. • Project has not conducted any regional networking forum yet.

Annex 3 List of Project Team Members

Long-term Japanese expert

No.	Name	Job Title	Period (from)	Period (to)
1	Tomohiko SUGISHITA	Project Chief Advisor	30th Sep. 2009	29th Jun. 2013
2	Chie MURAKAMI	Project Coordinator/ IEC Material Development	1st Jul. 2009	14th Jul. 2011
3	Mikihiro TODA	System Strengthening/ Training Management	30th Jul. 2009	29th Jun. 2013
4	Kaori SAITO	Health Administration Management	9th Apr. 2011	1st Jul. 2013
5	Naoko KITAZAWA	Project Coordinator/ Health Promotion	29th Jun. 2011	29th Jun. 2013

Shot-term Japanese expert

No.	Name	Job Title	Period (from)	Period (to)
1	Naoki TAKE	Health Information Management	9th Sep. 2010	23rd Dec. 2010

Project staff (Locally recruited)

No.	Name	Job Title	Period (from)	Period (to)
1	Caleb Seda Obel	Project Chief Advisor	1st Sep. 2009	Current
2	Edna Nyakoe	Project senior Assistant	7th Sep. 2009	Current
3	George Obillo	Project Driver	1st April 2010	Current
4	Linet Achieng Nyapada Oyucho	Technical Advisor for Human Resource Development	1st June 2010	24th April 2012
5	Sachiyo Nagi	Field Capacity Development Advisor	1st June 2010	31st March 2011
6	Yoshito Kawakatsu	Community Health and Operational Research Advisor	22th April 2011	Current
7	Charles Oduor Ohiwa	Project Driver	16th May 2011	Current
8	Benjamin Jaoko	Project Assistant (Administration and Finance)	1st July 2012	Current
9	Samson Okoth Nyagol	Project Assistant (Training Coordination)	1st July 2012	Current
10	Ida Anyango Omondi	Project Assistant (Community Health)	1st July 2012	Current

Annex 4: Equipment Purchased through Project Budget

Serial	Date Supplied (YYYY-MM-DD)	Item	Specification	Currency	Price	Procured from
1	2009-08-17	Inkjet Printer	Canon iP100	Ksh	38,280	Compulynx Nyanza
2	2009-08-26	Toyota Hilux	KUN25R-PRMDHN (DLX)	USD	26,485	Toyota East Africa Ltd.
3	2009-08-26	Toyota Prado	KZJ120R-GKMETQ	JPY	3,862,600	Toyota East Africa Ltd.
4	2009-09-09	External Universal Laptop Battery	Promate	Ksh	19,500	Bloomerg
5	2009-10-01	Fax Machine		Ksh	33,500	Compulynx Nyanza
6	2009-10-01	HP Scanner	CN87DTH0M7	Ksh	40,000	Compulynx Nyanza
7	2009-10-06	Toneau Cover for Toyota Hilux		Ksh	168,200	Sai Raj
8	2009-10-15	Dell Laptop Computer 1	751S4K1	Ksh	65,000	Electronics Technology Ltd
9	2009-10-15	Dell Laptop Computer 2	CP85606	Ksh	65,000	Electronics Technology Ltd
10	2009-10-15	Dell Laptop Computer 3	361S4K1	Ksh	65,000	Electronics Technology Ltd
11	2009-10-15	Dell Laptop Computer 4	V7HS4K1	Ksh	65,000	Electronics Technology Ltd
12	2009-10-15	HP LaserJet 5200dtn		Ksh	134,000	Electronics Technology Ltd
13	2009-10-15	SHARP Photocopier AR-M318		Ksh	430,000	Electronics Technology Ltd
14	2009-10-15	Sony LCD Projector 1 VPL-CX150		Ksh	170,000	Electronics Technology Ltd
15	2009-10-15	Sony LCD Projector 2 VPL-CX150		Ksh	170,000	Electronics Technology Ltd
16	2009-10-15	Projecting Screen "95x"95		Ksh	78,000	Electronics Technology Ltd
17	2009-10-15	MS Office 2007 software 1		Ksh	23,400	Electronics Technology Ltd
18	2009-10-15	MS Office 2007 software 2		Ksh	23,400	Electronics Technology Ltd
19	2009-10-15	MS Office 2007 software 3		Ksh	23,400	Electronics Technology Ltd
20	2009-10-15	MS Office 2007 software 4		Ksh	23,400	Electronics Technology Ltd
21	2009-12-02	Adobe Acrobat 1		Ksh	23,000	Compulynx Nyanza
22	2009-12-02	Adobe Acrobat 2		Ksh	23,000	Compulynx Nyanza
23	2009-12-02	Adobe Acrobat 3		Ksh	23,000	Compulynx Nyanza
24	2009-12-02	Adobe Acrobat 4		Ksh	23,000	Compulynx Nyanza
25	2009-12-16	Office Desk 1		Ksh	20,783	Compulynx Nyanza
26	2009-12-16	Office Desk 2		Ksh	20,783	Compulynx Nyanza
27	2009-12-16	Office Desk 3		Ksh	20,783	Compulynx Nyanza
28	2009-12-16	Office Desk 4		Ksh	20,783	Compulynx Nyanza
29	2009-12-16	Conference Table		Ksh	33,620	Compulynx Nyanza
30	2009-12-16	White Board 6ft x 4ft		Ksh	15,000	Compulynx Nyanza
31	2009-12-16	Bookshelf with door & lock		Ksh	16,810	Compulynx Nyanza
32	2010-02-10	Security Alarm System		Ksh	158,708	G4S
33	2010-03-03	Toyota Prado		Ksh	3,165,468	Toyota East Africa Ltd.
34	2010-03-15	Conference Table (Small)		Ksh	21,000	Compulynx Nyanza
35	2010-03-15	Conference Table (Large)1		Ksh	33,620	Compulynx Nyanza
36	2010-03-15	Conference Table (Large)2		Ksh	33,620	Compulynx Nyanza
37	2010-03-15	Coffee Table		Ksh	18,000	Compulynx Nyanza
38	2010-03-15	Office Desk 1		Ksh	20,783	Compulynx Nyanza
39	2010-03-15	Office Desk 2		Ksh	20,783	Compulynx Nyanza
40	2010-03-15	White Board		Ksh	15,000	Compulynx Nyanza
41	2010-03-18	HP Compaq 6000 Pro MT, Keyboard, Mouse, Monitor, Win7 Pro, ESET		Ksh	108,000	Total Solutions
42	2010-03-18	APC Smart 1kVA UPS		Ksh	62,640	Total Solutions
43	2010-03-18	HP Compaq 6530b Notebook1		Ksh	108,580	Total Solutions
44	2010-03-18	HP Compaq 6530b Notebook2		Ksh	108,580	Total Solutions
45	2010-03-18	Adobe CS4 Master Collection- User License		Ksh	257,082	Total Solutions
46	2010-03-18	70"x70" Tripod Projector Screen 1		Ksh	18,360	Total Solutions
47	2010-03-18	70"x70" Tripod Projector Screen 2		Ksh	18,360	Total Solutions
48	2010-03-18	HP Office jet Pro 6500 AiO DW		Ksh	19,980	Total Solutions

49	2010-03-18	Kyocera Mita Photocopier		Ksh	544,970	MFI, Procured by JICA Kenya
50	2010-03-25	Office Blind		Ksh	306,608	Vitendi
51	2010-03-29	Office Desk 1		Ksh	20,783	Compulynx Nyanza
52	2010-03-29	Office Desk 2		Ksh	20,783	Compulynx Nyanza
53	2010-03-29	Office Desk 3		Ksh	20,783	Compulynx Nyanza
54	2010-03-29	Whiteboard		Ksh	15,000	Compulynx Nyanza
55	2010-03-29	PVC Tent for 100 people		Ksh	125,000	Compulynx Nyanza
56	2010-03-29	Office Desk		Ksh	20,783	Compulynx Nyanza
57	2010-03-29	Whiteboard		Ksh	15,000	Compulynx Nyanza
58	2010-03-29	Bookshelf with glass doors		Ksh	17,600	Compulynx Nyanza
59	2010-03-29	PVC Tent for 100 people		Ksh	125,000	Compulynx Nyanza
60	2010-03-31	Sawafuji Generator ELEMAX SH3200EX	SADN 1012023 / VSW3GCAAK-1649815	Ksh	86,000	Davis & Shirtliff
61	2010-03-31	Sawafuji Generator ELEMAX SH3200EX	SADN 1012028 / VSW3GCAAK-1649816	Ksh	86,000	Davis & Shirtliff
62	2010-03-31	Peavey ESCORT Portable Audio System	Escort OGIH0028 00511812	Ksh	65,000	Credible Sounds
63	2010-03-31	Peavey ESCORT Portable Audio System	Escort OGIH0009 00511812	Ksh	65,000	Credible Sounds
64	2010-03-31	SEKAKU Wireless Microphone System WR-202R	9052235	Ksh	16,000	Credible Sounds
65	2010-03-31	SEKAKU Wireless Microphone System WR-202R	9052049	Ksh	16,000	Credible Sounds
66	2010-03-31	SONY DSC - W350 Digital Camera	8686628	Ksh	13,480	Total Solutions
67	2010-03-31	SONY DSC - W350 Digital Camera	8696890	Ksh	13,480	Total Solutions
68	2010-03-31	SONY DSC - W350 Digital Camera	8696883	Ksh	13,480	Total Solutions
69	2010-03-31	SONY Handycam DCR-HC54	707608	Ksh	18,875	Total Solutions
70	2010-03-31	Tripod for SONY Handycam		Ksh	15,085	Total Solutions
71	2010-03-31	Plastic tables & chairs		Ksh	46,200	Compulynx Nyanza
72	2010-03-31	Plastic tables & chairs		Ksh	51,000	Compulynx Nyanza
73	2010-05-07	GPS device	GARMIN eTrex	Ksh	30,290	Swiss Products Ltd.
74	2010-08-14	Projector	SONY VPL MX-20	Ksh	170,000	Procured by JICA Kenya Office
75	2010-08-14	Projector	SONY VPL MX-20	Ksh	170,000	Procured by JICA Kenya Office
76	2010-10-13	Laptop computer	TOSHIBA Satellite Notebook 7A092551H	Ksh	95,300	Compulynx Nyanza
77	2010-10-13	Laptop computer	TOSHIBA Satellite Notebook 7A088685H	Ksh	95,300	Compulynx Nyanza
78	2010-12-20	Laptop computer	TOSHIBA Satellite R630-105 7A089375H	Ksh	95,000	Compulynx Nyanza
79	2010-12-20	Laptop computer	TOSHIBA Satellite R630-105 7A088465H	Ksh	95,000	Compulynx Nyanza
80	2011-01-05	Digital camera	SONY DSC HX5V	Ksh	31,585	Nakmatt Holdings Ltd.
81	2011-01-05	Digital camera	SONY DSC H55	Ksh	31,585	Nakmatt Holdings Ltd.
82	2011-02-15	Toyota Prado		Ksh	3,676,565	Procured by JICA Kenya Office
83	2011-06-30	Canon mobile printer	Canon iP100	Ksh	38,500	Compulynx Nyanza
84	2011-07-21	Sony VPL-ES7 Projector	Sony VPL-ES7	Ksh	48,706	Compulynx Nyanza
85	2011-07-21	Sony VPL-ES7 Projector	Sony VPL-ES7	Ksh	48,706	Compulynx Nyanza
86	2011-08-03	Tyres for project vehicle	TOYOTA	Ksh	116,600	Mohan Engineering Works Ltd.
87	2011-12-06	Colour Printer	HP OFFICEJET PRO 8500A	Ksh	30,000	PC World Ltd.
88	2012-01-04	Digital camera	SONY DSC-WX7	Ksh	24,495	Nakmatt Holdings Ltd.
89	2012-01-04	Digital camera	SAMSUNG EC EX-1	Ksh	35,999	Nakmatt Holdings Ltd.
90	2012-01-04	Laptop computer	Acer 5742-010	Ksh	59,999	Fones Direct Ltd.
91	2012-01-04	Laptop computer	Acer 5742-030	Ksh	65,897	Fones Direct Ltd.
92	2012-01-23	Photocopier	Kyocera TASK ALFA420i	Ksh	620,000	Remifam systems Ltd.
93	2012-01-25	Book Shelves (2 pcs)		Ksh	39,440	Lake Printers & Stationers Ltd.
94	2012-01-25	Cabinet Metallic (2 pcs)		Ksh	37,400	Lake Printers & Stationers Ltd.
95	2012-01-25	Office chairs (4Pcs)		Ksh	29,400	Lake Printers & Stationers Ltd.
96	2012-02-27	Laptop PC	HP Pavilion DV3-4302ei LL940E	Ksh	81,500	PC World Ltd.
97	2012-02-27	Colour Printer	HP OFFICEJET PRO 8500A	Ksh	44,500	PC World Ltd.
98	2012-02-27	Projector	SONY VPL-EX100	Ksh	57,500	PC World Ltd.
99	2012-03-06	PA System with stands and mics		Ksh	155,000	Lake Printers & Stationers Ltd.
100	2012-03-06	P.V.C tent for 50 people		Ksh	142,500	Lake Printers & Stationers Ltd.

101	2012-03-06	Plastic chairs		Ksh	62,500	Lake Printers & Stationers Ltd.
102	2012-03-06	Office desk		Ksh	16,999	Seal Honey Ltd.
103	2012-03-06	Book Shelves (5 pcs)		Ksh	88,044	Seal Honey Ltd.
104	2012-03-06	Cabinets (7 pcs)		Ksh	122,221.40	Seal Honey Ltd.
105	2012-03-19	White boards for CUs (8 pcs)		Ksh	139,664	Lake Printers & Stationers Ltd.
106	2012-03-19	White boards for CUs (14 pcs)		Ksh	244,412	Lake Printers & Stationers Ltd.
107	2012-03-19	White boards for CUs (20 pcs)		Ksh	349,160	Lake Printers & Stationers Ltd.
108	2012-03-19	White boards for CUs (6 pcs)		Ksh	104,748	Lake Printers & Stationers Ltd.
109	2012-03-20	Chalk board for CUs (14 pcs)		Ksh	398,692	Lake Printers & Stationers Ltd.
110	2012-03-20	Chalk board for CUs (14 pcs)		Ksh	398,692	Lake Printers & Stationers Ltd.
111	2012-03-20	Chalk board for CUs (7 pcs)		Ksh	199,346	Lake Printers & Stationers Ltd.
112	2012-03-20	Chalk board for CUs (3 pcs)		Ksh	85,434	Lake Printers & Stationers Ltd.
113	2012-03-26	Bookshelf		Ksh	15,000	Capital Furnishers and Glass Kisumu
114	2012-03-29	Bookshelf		Ksh	31,000	Capital Furnishers and Glass Kisumu
115	2012-08-29	Laptop computer	Acer 5742-010	Ksh	59,999	Fones Direct Ltd.
116	2012-08-29	Laptop computer	Acer 5742-016	Ksh	59,999	Fones Direct Ltd.
117	2012-08-30	Tyres for the project Vehicle (KBP 517B)	BF GOODRICH	Ksh	147,088	Mohan Engineering Works Ltd.
118	2012-04-18	Sign posts (41 pcs)		Ksh	984,000	Lake Printers & Stationers Ltd.
119	2012-04-18	Sign posts (50 pcs)		Ksh	1,200,000	Lake Printers & Stationers Ltd.
120	2012-04-18	Sign posts (36 pcs)		Ksh	864,000	Lake Printers & Stationers Ltd.
121	2012-04-18	Sign posts (48 pcs)		Ksh	1,152,000	Lake Printers & Stationers Ltd.
122	2012-12-10	Supportive Supervision white boards (3 pcs)		Ksh	120,000	Lake Printers & Stationers Ltd.
123	2012-12-10	Supportive Supervision white boards (2 pcs)		Ksh	80,000	Lake Printers & Stationers Ltd.
124	2012-12-10	Supportive Supervision white boards (2 pcs)		Ksh	80,000	Lake Printers & Stationers Ltd.
125	2012-12-10	Supportive Supervision white boards (2pcs)		Ksh	80,000	Lake Printers & Stationers Ltd.
126	2012-12-10	Supportive Supervision white boards (2 pcs)		Ksh	80,000	Lake Printers & Stationers Ltd.
127	2013-01-07	Camera for 5S Kaizen	Canon Power Shot S2300	Ksh	12,900	Nakumatt Holdings Ltd.
128	2013-01-07	Camera for 5S Kaizen	Canon Power Shot S2300	Ksh	12,900	Nakumatt Holdings Ltd.
129	2013-01-07	Camera for 5S Kaizen	Nikon Coolpix S2600	Ksh	9,995	Nakumatt Holdings Ltd.
130	2013-01-07	Camera for 5S Kaizen	Nikon Coolpix S2600	Ksh	9,995	Nakumatt Holdings Ltd.
131	2013-01-07	Camera for 5S Kaizen	Nikon Coolpix S2600	Ksh	9,995	Nakumatt Holdings Ltd.
132	2013-01-07	Camera for 5S Kaizen	Nikon Coolpix S2600	Ksh	9,995	Nakumatt Holdings Ltd.

Annex 5 : List of CP Training in Japan (Total 24 people)

No.	Name	Course Title	Designation	Job Title	Organization	Period (from)	Period (to)
1	Dr. Peter Okoth	Health Systems Management	PHMT-Nyanza	PDSC	MoPHS	5th May 2010	10th July 2010
2	Clementine Gwoswar	Health Administration for Regional Health Officer for Africa	PHMT-Nyanza	PPHN	MoPHS	29th June 2010	14th August 2010
3	Benter Rieko	Maternal and Child Health Promotion in Public Health for Africa	DHMT-Ugenya	DPHN	MoPHS	18th August 2010	9th October 2010
4	Mathews Odiango	Information, Education and Communication in Health Secotr	PHMT-Nyanza	D/PHRIO	MoPHS	7th September 2010	18th December 2010
5	Dr. John Odondi	Community Health Management	DPHS-MOPHS	Head	MoPHS	29th November 2010	25th December 2010
6	Dr. Kioko Jackson K.	Community Health Management	PHMT-Nyanza	PDPHS	MoPHS	29th November 2010	25th December 2010
7	Tom Andebe	Community Health Management	PHMT-Nyanza	PPHO	MoPHS	29th November 2010	25th December 2010
8	Florence Atieno Owuor	Community Health Management	DHMT-Rachuonyo	DPHN	MoPHS	29th November 2010	25th December 2010
9	Hilda Ayieko	Health Systems Management	DHMT-Kisumu West	DPHN	MoPHS	5th May 2011	9th July 2011
10	Millicent Okwach	Maternal and Child Health Promotion in Public Health for Africa	DHMT-Siaya	DPHN	MoPHS	5th July 2011	27th August 2011
11	Norah Bett	Maternal and Child Health Promotion in Public Health for Africa	PHMT-Nyanza	PRHC	MoPHS	5th July 2011	27th August 2011
12	Dr. David Soti	Health Planning Development	PHMT-Nyanza	PHPO	MoPHS	23rd July 2011	31st August 2011
13	Dr. Joel Gondi	Evidence-based Public Health	PHMT-Nyanza	D/PDPHS	MoPHS	18th January 2012	25th February 202
14	Joan Chepkemboi	Information, Education and Communication in Health Secotr	DHMT-Kisumu West	DNO	MoPHS	7th March 2012	16th June 2012
15	Dr. Charles Chege Kariuki	Health Systems Management	DHMT- Ugenya	DMOH	MoPHS	17th May 2012	21st July 2012
16	Monica Musyoka	Maternal and Child Health Promotion in Public Health for Africa	DHMT- Kisumnu Municiparity	DPHN	MoPHS	20th June 2012	11st August 2012
17	Dr. Jack Magara	Health Planning Development	DHMT- Nyamira	DMOH	MoPHS	22nd July 2012	1st September 2012
18	Dr. Jacqueline Ng'eny	Maternal and Child health Management	PHMT-Nyanza	PCCSD	MoPHS	2nd September 2012	22nd September 2012
19	Victor Odhiambo	Maternal and Child health Management	DHMT- Ugenya	DRHO	MoPHS	2nd September 2012	22nd September 2012
20	Dr. Issac Ngere	Maternal and Child health Management	DHMT- gem	DMOH	MoPHS	2nd September 2012	22nd September 2012
21	George Ogoye	Maternal and Child health Management	Division of SQA-MOPHS	Head	MoPHS	2nd September 2012	22nd September 2012
22	Ezekiel Ojwang	Maternal and Child Health Management	DHMT-Siaya	DRHC	MoPHS	29th October 2012	15th November 2012
23	John Odira	Information, Education and Communication in Health Secotr	DHMT-Migori	DHRIO	MoPHS	31st October 2012	15th February 2013
24	Dr. Julius Oliech	Evidence-based Public Health	DHMT- Bondo	DMOH	MoPHS	5th January 2013	19th January 2013

Annex 6 : List of Counterparts (Total 98 people)

No.	Name	Organization	Position	Assignment	Period (Month/Year)
1	Prof. Dan Kaseje	Great Lakes University of Kisumu(GLUK)	Vice Chancellor	Facilitatir (governance)	01/2010
2	Prof. Richard Muga		Deputy Vice Chancellor	Facilitatir (Srtategic planning, Healh policy)	02/2010, 04/2010
3	Prof. Stephen Okeyo		Dean, Faculty of Health Sciences	TMWG Master Facilitator	TMWG HSM 2010, 2011, 2012
4	Dr. Joyce Owino		Facilitatir	Master Facilitator (Health Policy)	HSM 2010, 2011, 2012
5	Mr. Patrick Ojera	Maseno University	Head, DEBS	Facilitatir (Communication)	01/2010
6	Ms. Scholastica Odhiambo		Facilitatir	Facilitatir & TMWG	12/2009~11/2010 (TMWG)
7	Mr. Nelson Obange		Facilitatir	TMWG, Master Facilitator	TMWG (11/2010~) HSM 2011, 2012
8	Mr.John Alwala		Director MITC ,Lecture	Coordinator & Facilitatir (IT Training)	IT 2010 -2012
9	Mr. Alphonse Odondo		Facilitatir	Facilitatir (Communication)	HSM 2010
10	Ms. Jackline Opande	KCA University	Head, ICD-Kisumu	TMWG	TMWG
11	Mr. Peter Halwenge		Facilitatir	TMWG	TMWG
12	Mr. Wilfred Owalla		Facilitatir	Master Facilitator(RGMM) TMWG	HSM 2011, 2012
13	Ms. Judith Raburu	UNICEF	Senior Project Officer	Facilitatir (Supervision)	HSM 2010
14	Dr. Kennedy Ongwae		Health Specialist	Facilitatir (Supervision)	HSM 2010
15	Dr. Linet Nyapada	Intra Health	Technical Advisor	JICA Counsultant Facilitator	HSM 2010, 2011
16	Prof. Miriam Were	Uzima Foundation	Co-Founder	Facilitatir (Health Policy)	HSM 2010
17	Ms. Rachel Ngesa	KSG	Facilitatir	Master Facilitator, TMGW	TMWG(12/2010~) HSM 2011, 2012
18	Prof. Elisante Ole Gabriel	Eden Consultants/ Mzumbe University	CEO/Professor	Master Facilitator & TMWG	TMWG HSM 2010, 2012
19	Ms. Devota Elisante	Eden Consultants	Consultant	Facilitatir (Team building)	HSM 2010
20	Mr. Charles Oyaya	IIHDPAR-Africa	Executive Director	Facilitatir (Health Policy)	HSM 2010
21	Ms. Joan Mutero	AMREF	Training Specialist	TMWG	12/2010
22	Dr. Edwin Nyutho	University of Nairobi	Facilitatir	Facilitatir (Supervision)	HSM 2010, 2011
23	Ms.Theresa Odero		Facilitatir	Facilitatir (Health promotion)	HSM 2010
24	Ms. Teresa Samita Okeyo	Price Waterhouse Coopers	Consultant	Facilitatir (Supervision)	HSM 2010
25	Mr. Waki Netsanet	World Bank	Senior Economist	Facilitator (MBB)	HSM 2010
26	Mr. Micheal Ochieng	APHIA II Nyanza	Senior Programme Officer	Facilitator (M&E)	HSM 2010, 2011
27	Mr. Geoffrey Alumila	KEMSA	Depot Manager-Kisumu	Facilitator (Resource mgt)	HSM 2010
28	John Mukui Kariri	KMTC	Facilitatir	Facilitatir (Health promotion)	06/2010, 08/2010
29	Dr. Christine Kisia	WHO	Health Promotion Expert	Facilitatir (Health promotion)	08/2010
30	Francis Namisi	AMREF Italy	Programme Officer	Facilitatir (Print media)	08/2010
31	Meble Birengo	Kenya Competences Trust	Share Facilitator	Facilitatir (Facilitation skill)	11/2010
32	Onesmus Mlewa	Kenya Competences Trust	Share Facilitator	Facilitatir (Facilitation skill)	11/2010
33	Dr. Catherine Lengewa	AED	Programme Officer	Facilitatir (Print media)	12/2010
34	Bill Okaka	-	Consultant	Consultant (Health promotion)	03/2010
35	Eulalia Namai	-	Communication/Media Consultant	Facilitatir (Health promotion)	06/2010
36	Benjamin Nyangoma	-	Designer	Facilitatir (Print media)	12/2010
37	Dr. Esther Ogara	Ministry of Medical Services(MOMS)-HQ	Head, Division of e-Health	Facilitatir (Health information)	HSM 2010
38	Dr. Isabel Maina		Officer, Division of Technical Planning	Facilitatir (Strategic planning)	HSM 2010
39	Dr. Samuel Were	Ministry of Public Health and Sanitation(MOPHS)-HQ	Head, Technical Planning & Performance Monitoring	Facilitatir (Resource mgt)	HSM 2010, 2011
40	Dr. David Soti		Head Division of Malaria Controls	Facilitator	HSM 2011, 2012
41	Mr. Wanjala Pepela		Officer, Division of Health Information System	Facilitatir (Health information)	HSM 2010
42	Mr. George Ochieng		Head, Division of Standards & Quality Assurance	Facilitatir (Supervision)	HSM 2010
43	Dr. Ayub Manya		Officer, Division of Health Information System	Facilitatir (Health information)	HSM 2010
44	Ms. Hannah Kimemia		Head, Division of Human Resource Development	Facilitatir (HRH)	HSM 2010
45	Mr. David Njoroge		Head, Division of Human Resource Development	Facilitatir (HRH)	HSM 2010
46	Mr. Edward Were	Ministry of Public Health and Sanitation(MOPHS)-HQ	Head, Accounting Unit	Facilitatir (Resource mgt)	HSM 2010
47	Dr. Otipo Shikanga		Officer, Division of Disease Surveillance and Response	Facilitatir (Health information)	HSM 2010

48	Dr. Ruth Kitetu		Officer, Department of Technical Planning & Performance Monitoring	Facilitatir (Strategic planning)	HSM 2010
49	Dr. Salim Hussein		Head, Department of Health Promotion	Facilitatir (Health promotion)	HSM 2010
50	Ms. Susan Nyerere		Deputy Head, Department of Health Promotion	Facilitatir (Health promotion)	06/2010
51	Mr. Samson Thuo		Health Promotion Officer, Department of Health Promotion	Facilitatir (Health promotion)	HSM 2010, 2011, 2012
52	Dr. Jackson K Kioko	MOPHS/PHMT-Nyanza	Provincial Director of Public Health and Sanitation	PCWG	PCWG
53	Dr. Peter Okoth		Provincial Disease Prevention and Control Officer(Now in Unicef)	Facilitatir & TMWG	TMWG(11/2009~ 1/2011)
54	Japheth Omwenga		Provincial Health Adminstrative Officer	Facilitator	HSM 2012
55	Gladys Alima		Provincial Health Promotion Officer	Facilitator	HSM 2012
56	Mathews Odiango		Provincial Deputy Health Information and Records Officer	Master Facilitator	HSM 2011, 2012
57	Tom Andebe		Provincial Public Health Officer(Retired)	PCWG Master Facilitator	HSM 2011 PCWG
58	Mrs. Clementine Gwoswar		Provincial Public Health Nurse	TMWG Chair, Master Facilitator	TMWG HSM 2011, 2012
59	Dr. Elizabeth Okoth	MOPHS/DHMT-Kisumu West	District Medical Officer of Health	Facilitator	HSM 2011
60	George Odhiambo		District Health Information and Records Officer.	Master Facilitator	HSM 2011, 2012
61	Joan Chepkemboi		District Nutrition Officer	Facilitator	HSM 2011
62	Nicholas Pule		District Clinical Officer	Facilitator	HSM 2011
63	Ms. Hilda Ayieko		District Public Health Officer	TMWG, Master Facilitator	TMWG HSM 2011, 2012
64	Dr. Gordon Okomo	MOPHS/DHMT-Nyatike	District Medical Officer of Health	TMWG	HSM 2012
65	Dr. Hezbon Oluoch	MOPHS/DHMT-Homabay	District Medical Officer of Health	TMWG	HSM 2012
66	Dr.Felix Omollo	MOPHS/DHMT-Borabu	District Medical Officer of Health	TMWG	HSM 2012
67	Dr. Onditi Samuel	MOPHS/DHMT-Siaya	District Medical Officer of Health(Now in APHIA Plus)	Facilitator	HSM 2011
68	Ms. Milicent Okwach		District Public Health Nurse	TMWG Master Facilitator	TMWG HSM 2011 2012
69	Everlyne Achieng		District Health Promotion Officer	Facilitator	HSM 2011
70	Ali Asuman		District Clinical Officer	Facilitator	HSM 2011
71	Samwel Mugo		District Health Administrative Officer	Facilitator	HSM 2011
72	Mr. David Ochilo	MOPHS/DHMT-Ugenya	District Public Health Officer	TMWG	TMWG (9/2010~)
73	Benter Rieko		District Public Health Nurse	Facilitator	HSM 2011
74	Victor Odhiambo		Distict Health Promotion Officer	Facilitator	HSM 2011
75	Nelly Irangi	MOPHS/DHMT-Bondo	District Nutrition Officer	Facilitator	HSM 2012
76	Dr. Julius Nyerere		District Medical Officer of Health	TMWG	TMWG (1/2011~)
77	Alikalto M.Nyang'au	MOPHS/DHMT-Nyamira	Distict Nutrition Officer	Facilitator	HSM 2012
78	Dr. Magara Jack		District Medical Officer of Health	TMWG	TMWG (1/2011~)
79	David Nyamohanga	MOPHS/DHMT Kuria West	Disrict Clinical Officer	Facilitator	HSM 2012
80	Allan Munema	MOPHS/DHMT Kuria East	District Clinical Officer	Facilitator	HSM 2012
81	Dr. S. J. Bongo	MOPHS/DHMT-Kuria	District Medical Officer of Health	TMWG	1/2011~ (TMWG)
82	Grace Jobita	EDEN Consultancy Firm	Training Consultant	Master Facilitaor,Consultant	2011-2012
83	Willis Juma	MOPHS/DHMT-Kisumu Municipality	Pharmacy Technologist	Facilitator	HSM 2012
84	Monica Musyoka		District Public Health Nurse	Facilitator	HSM 2011
85	Jackline Nyamusi	MOPHS/DHMT-Manga	District Home Based Care Coord	Facilitator	HSM 2012
86	Dr. Kowiti Omol	MOPHS/DHMT-Gucha South	District Medical Officer of Health	Facilitator	HSM 2012
87	Elizabeth Michoki	MOPHS/DHMT-Gucha	District Aids and STI Coord	Facilitator	HSM 2012
88	Dr. Florence Diemo	MOPHS/DHMT-Rarieda	District Medical Officer of Health	Facilitator	HSM 2012
89	Charles Mogaka	MOPHS/DHMT-Masaba North	District Health Promotion Officer	Facilitator	HSM 2012
90	Christine Momanyi	MOPHS/DHMT-Kisii South	District Public Health Nurse	Facilitator	HSM 2012
91	Tom Matinde	MOPHS/DHMT-Rachuonyo South	District Clinical Officer	Facilitator	HSM 2012
92	Meshack Otwori	MOPHS/DHMT-Masaba South	DTLC	Facilitator	HSM 2012
93	Sela Owuor	MOPHS/DHMT-Nyakach	District Public Health Nurse	Facilitator	HSM 2012

94	Peter Otina	MOPHS/DHMT-Mbita	District Public Health Nurse	Facilitator	HSM 2012
95	Dr. Omondi Owino		District Medical Officer of Health	TMWG	TMWG (1/2011~)
96	Florence Olweny	MOPHS/DHMT-Nyando	District Nutrition Officer	Facilitator	HSM 2012
97	Dr. Dan Otieno		District Medical Officer of Health	TMWG	TMWG (1/2011~)
98	Dr. Crypus Nyongesa	MOPHS/DHMT-Kisii Central	District Medical Officer of Health	TMGW,Facilitator	TMWG (1/2011~) HSM 2012

DEBS: Department of Economics and Business Studies
ICD: Institute for Capacity Development
KIA: Kenya Institute of Administration
KEMSA: Kenya Medical Supply Agency
IIHDPAR: International Institute of Health and Development Policy and Research
AMREF: African Medical and Research Foundation
KMTC: Kenya Medical Training College
PHMT: Provincail Health Management Team
DHMT: District Health Management Team

Annex 7 : Project Operational Cost (JFY 2009 - JFY 2011): Kenya Shilling (Ksh)

		Period	Budget	Expense	Execution rate (%)
JFY 2009	1st Quarter	Apr 2009 - Jun 2009	0	0	0%
	2nd Quarter	Jul 2009 - Sep 2009	1,276,500	716,087	56%
	3rd Quarter	Oct 2009 - Dec 2009	3,564,366	3,007,972	84%
	4th Quarter	Jan 2010 - Mar 2010	7,495,126	8,562,572	114%
	Total	**Apr 2009 - Mar 2010**	**12,335,992**	**12,286,631**	**100%**
JFY 2010	1st Quarter	Apr 2010 - Jun 2010	8,018,082	4,925,394	61%
	2nd Quarter	Jul 2010 - Sep 2010	5,896,645	6,773,698	115%
	3rd Quarter	Oct 2010 - Dec 2010	7,964,455	8,714,043	109%
	4th Quarter	Jan 2011 - Mar 2011	7,423,453	8,889,500	120%
	Total	**Apr 2010 - Mar 2011**	**29,302,635**	**29,302,635**	**100%**
JFY 2011	1st Quarter	Apr 2011 - Jun 2011	12,283,550	4,075,313	33%
	2nd Quarter	Jul 2011 - Sep 2011	20,425,989	18,164,585	89%
	3rd Quarter	Oct 2011 - Dec 2011	12,160,650	11,786,403	97%
	4th Quarter	Jan 2012 - Mar 2012	16,000,000	26,839,545	168%
	Total	**Apr 2011 - Mar 2012**	**60,870,189**	**60,865,846**	**100%**
JFY 2012	1st Quarter	Apr 2012 - Jun 2012	18,524,500	14,412,432	78%
	2nd Quarter	Jul 2012 - Sep 2012	15,734,741	14,137,420	90%
	3rd Quarter	Oct 2012 - Dec 2012	14,006,950	15,845,155	113%
	4th Quarter	Jan 2013 - Mar 2013	11,827,364	-	-
	Total	**Apr 2012 - Mar 2013**	**60,093,555**	**44,395,007**	**-**

Annex 8

MOPHS/JICA SEMAH Project

Product List
July 2009 - Dec 2012

S/N	Item	Delivery Date	Remarks	No. of Printing
Output 1				
1	Concept Note of Training Management Working Group	Dec 2009	Shared with the TMWG members Submitted to the PDPHS	-
2	Training Materials for "*IT Training for Health Managers*"	Dec 2009 (Timely Updated)	Shared with the TMWG members and the Participants.	-
3	Concept Note of the Core Management Training Programme (CMTP)	Jan 2010 (Timely Updated)	Shared with the TMWG members Submitted to the PDPHS.	-
4	CMTP Facilitators' Guide & Training Materials for the Course1: ***Leadership, Management and Governance***	Jan 2010	Shared with the TMWG members & the Facilitators & the Participants	-
5	Training Completion Report for the Course1	Feb 2010	Shared with the TMWG members & the Facilitators	-
6	CMTP Facilitators' Guide & Training Materials for the Course2: ***Strategic Thinking & Management***	Feb 2010	Shared with the TMWG members & the Facilitators & the Participants	-
7	Training Completion Report for the Course2	March 2010	Shared with the TMWG members & the Facilitators	-
8	CMTP Facilitators' Guide & Training Materials for the Course3: ***Health Policy Management in Action***	Apr 2010	Shared with the TMWG members & the Facilitators & the Participants	-
9	Training Completion Report for the Course3	May 2010	Shared with the TMWG members & the Facilitators	-
10	CMTP Facilitators' Guide & Training Materials for the Course4: ***Supportive Supervison, Coaching & Mentoring***	July 2010	Shared with the TMWG member & the Facilitators & the Participants	-
11	Training Completion Report for the Course4	Aug 2010	Shared with the TMWG members & the Facilitators	-
12	CMTP Facilitators' Guide & Training Materials for the Course5: ***Evidence Based Practice and Information Management***	Sep 2010	Shared with the TMWG members & the Facilitators & the Participants	-

13	Health Sector Strategic Plan for Nyanza Province (Prototype)	Sep 2010	Prototype was shared with the PHMT members	-
14	Training Completion Report for the Course5	Oct 2010	Shared with the TMWG members & the Facilitators	-
15	Integrated Management Supportive Supervison Check List (Draft)	Oct 2010	4th Draft was circulated within the review members.	-
16	CMTP Facilitators' Guide & Training Materials for the Course6: ***Resource Generation, Mobilization and Management***	Nov 2010	Shared with the TMWG members & the Facilitators & the Participants	-
17	CMTP Facilitators' Guide & Training Materials for the Course7: ***Customer Relationship Management***	Nov 2010	Shared with the TMWG members & the Facilitators & the Participants	-
18	Training Completion Report for the Course5 & 6	Dec 2010	Shared with the TMWG members & the Facilitators	-
19	Pilot Teams' CMTP Result Presentations	Dec 2010	Shared with the Stakeholders in the result presentation W/S	-
20	Training Completion Report for DPHS Intensive CMTP	Jan 2011	Shared with the TMWG members & the Facilitators	-
21	CMTP Training Summary Report	Feb 2011	Shared with the Stakeholders including the 2nd JCC members	-
22	Training Management Working Group Official Term Report July 2009 – Mach 2011	Mar 2011	Shared with the Stakeholders including the 2nd JCC members	-
23	Baseline Survey Result Report	May 2011	Final Draft was shared with the TMWG members	-
24	Health Systems Management (HSM) Training Programme concept paper	July 2011	Shared with the TMWG members submitted to the PDPHS. Timely updated	-
25	CMTP Facilitators' Guide & Training Materials for the Course8: ***Service Quality Management***	July 2011	Shared with the TMWG members & the Facilitators & the Participants	-
26	**HSM Training Programme Facilitators' Guide & Training Materials for Group A& B (Course1~12)**	Aug 2011 (Timely Updated)	Shared with the TMWG members & the Facilitators & the Participants.	-
27	HSM Training GroupA & B Result Presentations	Mar 2012	Shared with the Stakeholders in the result presentation W/S	-
28	HSM Training Completion Reports for Group A & B	Mar 2012	Shared with the Stakeholders including the 3rd JCC members	-

29	Endline Survey Result Report (HSM Operations Research Report)	May 2012	Final Draft was shared with the TMWG members. Finalized and Printed by Mar 2013	-
30	**HSM Training Programme Facilitators' Guide & Training Materials for Group C (Course1~12)**	Aug 2012 (Timely Updated)	Shared with the TMWG members & the Facilitators & the Participants.	-
31	KMCT Campus Capacity Assessment Report	Oct 2012	Final Draft was shared and has been circulated within the stakeholders.	-
32	Brochure for the HSM Training Programme	Nov 2012	Printed and Distributed in the National HRD related Conferences	500
33	HSM Operations Research Summary Report	Nov 2012	Printed and Distributed in the National HRD related Conferences	80
34	HSM Text Book Draft (Participants' Reading/Reference Material)	Dec 2012	1st Draft was distributed to the participants during the HSM Training for GroupC. 2nd Draft was developed on Dec 12, and finalized and printed by Apr 2013.	-
Output 2				
1	Report on exchange visit to Bondo	Feb. 2010	-	-
2	Health Promotion Situation Analysis Report	March 2010	-	-
3	Completion Report on Basic Health Promotion Training	June 2010	-	-
4	Project Newsletter Vol.1	Aug. 2010	-	5,000
5	Project Newsletter Vol.2	Sep. 2010	-	5,000
6	Project Newsletter Vol.3	Oct. 2010	-	5,000
7	Health Promotion Baseline Survey Report	Nov. 2010	-	-
8	Project Newsletter Vol.4	Nov. 2010	-	5,000
9	Project Newsletter Vol.5	Jan. 2011	-	5,000

10	UCANWG Report	March 2011	-	-
11	Project Newsletter Vol.6	March 2011	-	5,000
12	IEC material: Brochure on Nyanza High Impact Intervention (English)	July 2011	-	14,610
13	IEC material: Brochure on ORT (English)	July 2011	-	9,740
14	IEC material: Brochure on Vitamin A (English, Swahili, Luo)	July 2011	-	10,170
15	IEC material: Leaflet on hand washing (English, Swahili, Luo)	July 2011	-	21,051
16	IEC material: Leaflet on ORT (English, Swahili, Luo)	July 2011	-	10,170
17	IEC material: Poster on exclusive breast feeding (English, Swahili, Luo)	July 2011	-	277
18	IEC material: Poster on immunization (English, Swahili, Luo)	July 2011		277
19	IEC material: Poster on Vitamin A (English, Swahili, Luo)	July 2011	-	277
20	IEC material: Poster on Delivery at HF (English, Swahili, Luo)	July 2011	-	277
21	Project Newsletter (Nyanza Health Bulletin Vol.1)	Sep. 2011	-	5,000
22	IEC material: Leaflet on Polio Campaign (Key Message for Health workers)	Sep. 2011	-	3,000
23	IEC material: Leaflet on Polio Campaign (Key Message for Religious leaders)	Sep. 2011	-	3,000
24	IEC material : Job Aid for Malezi Bora Campaign (Siaya district)	Oct. 2011	-	300
25	Blended Learning Training Report	Nov. 2011	-	-
26	Monitoring Report on IEC materials	March 2012	-	-
27	Report on Proposal-based Health Promotion Project Phase I	March 2012	-	-

28	IEC material : Banner for World Malaria Day	April 2012	-	2
29	Project Newsletter (Nyanza Health Bulletin Vol.2)	April 2012		5,000
30	IEC material : Leaflet on Malezi Bora	May 2012	-	3,000
31	IEC material: Poster on Polio Campaign	Aug. 2012	-	2,000
32	IEC material: Poster on Jigger prevention in English (Ugenya district)	Aug. 2012	-	1,000
33	IC material: Jigger prevention poster in Luo (Ugenya district)	Aug. 2012		2,000
34	IEC material: brochure on Jigger prevention in English (Ugenya district)	Aug. 2012	-	1,000
35	IEC material: brochure on Jigger prevention in Luo (Ugenya district)	Aug. 2012	-	4,000
36	Report on 2nd Nyanza Health Promotion Performance Review & Stakeholders Forum meeting	Oct. 2012	-	-
37	Project Newsletter (Nyanza Health Bulletin Vol.3)	Nov. 2012	-	4,000
38	Report on HP AWP finalization Workshops	Dec. 2012	-	-
39	IEC material: Booklet on Katashauri campaign (English)	Dec. 2012		200
40	IEC material: Poster on Katashauri campaign (English and Luo)	Dec. 2012		400
41	Health Promotion Handbook (Draft)	Dec. 2012	-	-
42	IEC material: Poster on Male involvement in English (Gem district)	Jan. 2013	-	TBD
43	IEC material: Poster on Male involvement in Luo (Gem district)	Jan. 2013	-	TBD
44	IEC material: Brochure on uptake 4th ANC visit in English (Kisumu West district)	Jan. 2013		TBD
45	IEC material: Brochure on uptake 4th ANC visit in Luo(Kisumu West district)	Jan. 2013	-	TBD

46	Report on Proposal-based Health Promotion Project Phase II Reports	Jan. 2013	-	-
Output 3				
1	Health facility/Community Unit resource directory 2011 (KW/Siaya)	Feb.2011	-	1,000
2	Field Activity for Capacity Development Official Term Report	Mar. 2011	-	-
3	IMSS Checklist	Dec. 2011	-	-
4	Chalk Board (MOH516) for CUs (KW,Siaya,Ugenya,Gem)	Feb. 2012	-	38
5	White board for CUs (KW,Siaya,Ugenya,Gem)	Feb. 2012	-	48
6	Polo-shirt for CHEWs (KW,Siaya,Ugenya,Gem)	Feb. 2012	-	500
7	Sign Post for HFs (KW, Siaya, Ugenya, Gem)	Apr. 2012	-	175
8	CPGH Study Visit Report	Apr. 2012	-	-
9	Bucket for Waste Segregation (KW, Siaya, Ugenya, Gem)	May. 2012	-	507
10	Business Trip Report to Tanzania (5S-Kaizen-TQM)	Oct. 2012	-	-
11	Staff ID Card (KW, Siaya, Ugenya, Gem)	Dec. 2012	-	2,700
12	Referral card (KW,Siaya,Ugenya,Gem)	Dec. 2012	-	1770
13	Defaulter list (KW,Siaya,Ugenya,Gem)	Dec. 2012	-	250
Output 4				
1	Project Brochure	March 2010	Shared with the TMWG members submitted to the PDPHS	-
2	Project Banners	2010-2012	Project developed several banners	-
3	Project Progress Report 2009-2010	March 2010	Annual Report at 1st JCC	-
4	Project Progress Report 2010-2011	March 2011	Annual Report at 2nd JCC	-
5	PDM Version 1.0	March 2011	This is the first revision of the original PDM	-
6	High Impact Interventions Leaflet	April 2011	IEC material for CHWs during the Malezi Bora	-

7	Project Official Report 2009-2011	June 2011	Comprehensive report about the project progress, achievements and lessons learned	-
8	Introductory team Building Training Summary and Evaluation Report (Somaliland)	Sep 2011	HSM Induction training for health managers in Somaliland	-
9	HRH Side Event Pamphlet	Dec 2011	Presented in the 1st National HRH Conference in Nairobi	-
10	Health Financing in Kenya Summary Brochure	Jan 2012	Presented in PMAC Conference, Bangkok	-
11	MDG 4&5 Achievement Brochure, Banner and Posters	April 2012	Presented in the MOMS/MOPHS High Level Forum in April 2012	-
12	Introductory team Building Training Summary and Evaluation Report (Somalia)	Sep 2012	HSM Induction training for health managers in Somalia	-
13	Introductory team Building Training Summary and Evaluation Report (Bangladesh)	Sep 2012	HSM Induction training for health managers in Bangladesh	-
14	First bi-annual project report (July – Dec, 2009) Second bi-annual project report (Jan – June, 2010) Third bi-annual project report (July – Dec, 2010) Forth bi-annual project report (Jan – June, 2011) Fifth bi-annual project report (July – Dec, 2011) Sixth bi-annual project report (Jan – June, 2012)	2009-2012	Project 6 months official document	-
15	Monthly project report (Jan – June, 2010) Monthly project report (July – Dec, 2010) Monthly project report (Jan – June, 2011) Monthly project report (July – Dec, 2011) Monthly project report (Jan – June, 2012) Monthly project report (July – Dec, 2012)	2009-2012	Project monthly official document	-
16	Travel report (Bangkok)	Jan 2011	Report for PMAC Conference for HRH, Bangkok	-
17	Travel report (Somaliland)	April 2011	Assessment report for health sector in Somaliland	-

18	Travel report (Tanzania)	Nov 2011	Report for management improvement mission to HIV/AIDS Project in Tanzania	-
19	Travel report (Bangkok, Johannesburg)	Jan 2012	Report for PMAC Conference for UHC, Bangkok and HRH Regional Meeting in Johannesburg	-
20	Travel report (Washington, DC)	June 2012	Offal attendance to Governance Conference in Washington, USA	-

Annex 9-1 Workshop results (Group A)

Evaluation Criteria	Main Questions	Sub Questions	Results of Evaluation
Effectiveness	Is it likely that the Project Purpose will be achieved by the end of the Project as expected?	Have the indicators for the Project Purpose progressed sufficiently?	Indicators for Project Purpose have progressed sufficiently. Scale-up of activities to DHMT is a challenge toward the end of the Project.
		How much is the level of the achievement at the time of the Final Evaluation?	**Capacity Assessment (Indicator 1)** 1; 3.80 2; 3.80 3; 3.95 4; 4.0 **Behavior Change (Indicator 2)** 6; 3.7 7;3.9 8; >4.0
		Are there any contributing factors influencing the achievement of the Project Purpose?	**Capacity Assessment** • Proper networking, Monday briefs • CME,OJT • Most DHMTs have internalized the trainings and are implementing • More DHMTs have now been trained • C.A formation of TAGs • Staff identification • Mentorship **Behavior Change** • More trained DHMTs changing positively with time • Proper management of available resources • Frequent review of progress and way forward
		Are there any constraining factors influencing the achievement of the Project Purpose?	• High staff change • Frequent change in leadership _Leadership styles • Government bureaucracy on procurement and supply • Perfomance not rewarded/recognized by authority
		Are the important assumptions for the Output to the Project Purpose level appropriate at the time of the Final Evaluation?	No addition
		Was there any influence on the achievement of Project Purpose from these important assumptions?	**Positive influence** • Establishment of Nyanza Health Promotion Stakeholders Fronm • Prolonged health workers strike (Doctors and Nurses)
Impact	Is it likely that the attainment of Project Purpose results in the positive and long-run impact?	Have the indicators for the Overall Goal progressed sufficiently?	Yes, based on MICS conducted by UNICEF • Maternal and child health indicators have improved • Increased coverage of community units • Malaria cases down
		How much is the level of the achievement at the time of the Final Evaluation?	• Customer satisfaction rates reduced due to industrial action by service providers • Achievement no. have gone to 14% owing to nurses and doctors strike

		Are there any signs of unexpected positive effects as a result of the Project implementation?	• Strengthening of community health services
		Are there any signs of unexpected negative effects as a result of the Project implementation?	NA
		Are the important assumptions for the the Project Purpose to the Overall Goal level appropriate at the time of the Final Evaluation?	Appropriate • Innovation ways to improve referrals from community level _ Use of assigned motorbikes(positive) • Infrastracture/Equipment remained in adequate(Negative) • Irregular supply of commodities(Negative) • Mass movement of staffs to safe homes due to Post Election Violence(Negative)
Sustainability	How likely are the project outcomes able to be maintained after the end of the Project? (from perspectives of policy, financial and technical aspects)	Is it likely that the operational models developed by the Project will be mainstreamed into national policies and strategies? Please identify with specific example(s) any mainstreaming that has occurred. If not, what are challenges to this end?	Yes,ISS checklist. Challenge is devolution
		To what extent, can the developed models respond to the needs arising from the devolved county system?	• To large extent because the trained personnel will be available to spearhead • They are evidence based models which can be easily adopted • County and districts needs still remain the same
		How can the Project outcomes be sustained in the devolved county system (in terms of budget, Human resources, etc.)?	• Must incorporate activities in our AWP • Enhancing networking with partners to support human development • Advocacy to county government
		What kinds of technical capacities and knowledge of health managers/health management teams have been developed and strengthened by Project support? What are challenges to sustaining this capacities/knowledge?	Supportive supervision • Operation research • Customer relation/care • Communication skills • Resource mobilization and generation **Challenges** • Limited opportunities for advancements • Inadequate resources • Bureaucracy
		What changes has the Project support brought to the mind-set and behaviors of health managers/Health Management Teams? What are challenges to sustaining these changes?	• Enhanced team work • Proper communication among DHMT members • DHMT conscious about quality service • Improved time management • DHMT transferring from inspectors to facilitators • Regular meetings interactions **Challenge** • Support from the devolved government

		What changes has the Project support brought to the work environment? What are the challenges to sustaining these changes?	• .Improved infrastructures, computers and furniture • Improved team work **Challenges** • .Inadequate extortion on maintenance • Inadequate allocation by government on maintenance • Staff forum over 1.Team work amongst DHMT members
		Are there any contributing factors influencing the sustainability of the project outcomes?	• Partner support • Continous CMEs and updates • Knowledge on IT thus data management • .Availability of HSSF • Adoption of project documents by government
		Are there any constraining factors influencing the sustainability of the project outcomes?	• Government bureaucracy on allocation of resources • Staff turnover • Devolution

Annex 9-2 Workshop results (Group B)

Evaluation Criteria	Main Questions	Sub Questions	Results of Evaluation
Effectiveness	Is it likely that the Project Purpose will be achieved by the end of the Project as expected?	Have the indicators for the Project Purpose progressed sufficiently?	- Yes
		How much is the level of the achievement at the time of the Final Evaluation?	- Indicator 1- 94% - Indicator 2-88.75%
		Are there any contributing factors influencing the achievement of the Project Purpose?	- Dedication of PHTM/DHTM - Early team planning - Team spirit - Good leadership - Good coordinators - Good time management
		Are there any constraining factors influencing the achievement of the Project Purpose?	- Competing task - Transfer of trained staffs - Poor mind set change - Low level of internal motivation - Inadequate staff
		Are the important assumptions for the Output to the Project Purpose level appropriate at the time of the Final Evaluation?	- Yes they were appropriate
		Was there any influence on the achievement of Project Purpose from these important assumptions?	- No
Impact	Is it likely that the attainment of Project Purpose results in the positive and long-run impact?	Have the indicators for the Overall Goal progressed sufficiently?	- Indicator 1- yes - Indicator 2-yes
		How much is the level of the achievement at the time of the Final Evaluation?	- 73%
		Are there any signs of unexpected positive effects as a result of the Project implementation?	- Yes; unexpected tours, partnership and networking, awards of the best health facilities and community units.
		Are there any signs of unexpected negative effects as a result of the Project implementation?	- No
		Are the important assumptions for the the Project Purpose to the Overall Goal level appropriate at the time of the Final Evaluation?	- Yes

Sustainability	How likely are the project outcomes able to be maintained after the end of the Project? (from perspectives of policy, financial and technical aspects)	Is it likely that the operational models developed by the Project will be mainstreamed into national policies and strategies? Please identify with specific example(s) any mainstreaming that has occurred. If not, what are challenges to this end?	- Yes: e.g. integrated SS checklist, health promotion(provisional), development of best CU selection criteria tool, defaulter tracing and referral form, DHTM-CHEW SS checklist developed, development of monthly reporting schedule, M&E tool for tracking CHS activities Challenges - Slow implementation at the national level - Bureaucracy - Parallel reporting tools from partners - Disconnect between the implementers and policy makers
		To what extent, can the developed models respond to the needs arising from the devolved county system?	- 100% responsive to devolved county systems
		How can the Project outcomes be sustained in the devolved county system (in terms of budget, Human resources, etc.)?	- Introduction of new M&E structures for the counties - Including the activities in the county budget - Expanding knowledge base of the human resource - Enhance SS within county structure
		What kinds of technical capacities and knowledge of health managers/health management teams have been developed and strengthened by Project support? What are challenges to sustaining this capacities/knowledge?	Support - IT, leadership and governance - Strategic thinking and planning - Coaching and mentorship skills - Health promotion - Capacity building for CHEW and CHW - Customer care - M&E skills - Resources mobilization - 5s Kaizen - Supportive supervision Challenges - Natural attrition - Inadequate space in the office - Transfer - Inadequate resources for activities - Devolved government
		What changes has the Project support brought to the mind-set and behaviors of health managers/Health Management Teams? What are challenges to sustaining these changes?	- Time management - Resource mobilization - Evidence based practice - Team work is key to good performance

		What changes has the Project support brought to the work environment? What are the challenges to sustaining these changes?	Changes - Team work - Improved communication skills - Monitoring and Evaluation - Improved services e.g. 5s and SS Challenges - Poor communication - Poor leadership - Poor coordination - Inadequate planning - Competing task - Natural calamities - Low motivation
		Are there any contributing factors influencing the sustainability of the project outcomes?	- Financial- integrated the services - Expert in Nairobi and Nyanza, so easy to feed back policy - Political stability - Sustained team work - Phased exist
		Are there any constraining factors influencing the sustainability of the project outcomes?	- Uncertainty in the devolved system - Uncertainty in the deployment plan after march 2013 - Improper change management - Team (loss) cohesiveness after the change

Annex 9-3 Workshop results (Group C)

Evaluation Criteria	Main Questions	Sub Questions	Results of Evaluation
Effectiveness	Is it likely that the Project Purpose will be achieved by the end of the Project as expected?	Have the indicators for the Project Purpose progressed sufficiently?	1. YES a Grand average score: Capacity assessment is 3.75 out of 4.0 target - We can achieve because the current 3.75 is the grand average score - The score has sufficiently improved b. Behavior change assessment score(several questions from baseline and end-line data) has risen from 2.82 to 3.54
		How much is the level of the achievement at the time of the Final Evaluation?	Satisfactory
		Are there any contributing factors influencing the achievement of the Project Purpose?	1. Goodwill from national and regional offices 2. Additional activities will contribute to further implementation 3. The ability to include the districts not yet covered 4. Trained managers are able to positively integrate others 5. Training of new staff in the current training 6. More coordination and cascade down of activities to communities 7. Collaboration with other stakeholders towards the same focus 8. Increase in resources as a result of county government system 9. Sustained support supervision by DHMT 10. Sharing feedback among DHTM members 11. Reduced frequency staff movement 12. Greater sense of ownership in the county government that will positively influence the project
		Are there any constraining factors influencing the achievement of the Project Purpose?	1. Unpredictable political situation 2. Industrial unrest due to poor pay 3. Inadequate level of staffing 4. Process of transition from current to new county management system could slow down activities

		Are the important assumptions for the Output to the Project Purpose level appropriate at the time of the Final Evaluation?	1. The teams will remain intact after training to influence activities in same project 2. Outcome of the project must be disseminated within each HMT 3. There will be more resources due to devolved system of government 4. There will be political stability 5. There will be no staff unrest 6. The pilot districts will disseminate all the good practices under concepts 1,2,3 and 4 7. Positive staff motivation 8. Health promotion activities will lead to positive behavior change 9. Goodwill from the new county governors i.e. that there will be adequate resources (human and financial) 10. That the project would run without any external interferences
		Was there any influence on the achievement of Project Purpose from these important assumptions?	YES
Impact	Is it likely that the attainment of Project Purpose results in the positive and long-run impact?	Have the indicators for the Overall Goal progressed sufficiently?	YES
		How much is the level of the achievement at the time of the Final Evaluation?	No.3 High Impact Intervention : no objection No. 1 Consumer satisfaction: no objection: 80% achieved No. 2 High expectation but no government response: many external factors beyond project efforts; inadequate human resource; staff working environment should be improved
		Are there any signs of unexpected positive effects as a result of the Project implementation?	1. Some staff members are now actively pursuing further academic qualification 2. Competition among the districts 3. Community better health service structure with better M and E 4. Health promotion is now getting streamlined 5. Incorporation of the management support supervision checklist 6. More than the anticipated districts trained (36 from 31) 7. More partners involved in health promotion activities 8. Dissemination of SEMAH training Continuous Medical Education or meetings

		Are there any signs of unexpected negative effects as a result of the Project implementation?	1. High number of trained managers in Nyanza may lead to their transfer to other regions 2. High expectation of health workers and managers after training that may not be met 3. Too much competing project activities may have negative impact on the routine jobs 4. Duplication of courses with higher institutions 5. SEMAH trainings produce a lot of changes in the project but government does not consider promotion of the staff
		Are the important assumptions for the the Project Purpose to the Overall Goal level appropriate at the time of the Final Evaluation?	
Sustainability	How likely are the project outcomes able to be maintained after the end of the Project? (from perspectives of policy, financial and technical aspects)	Is it likely that the operational models developed by the Project will be mainstreamed into national policies and strategies? Please identify with specific example(s) any mainstreaming that has occurred. If not, what are challenges to this end?	1. SEMAH project has influenced the government to start a school of health management 2. IEC materials w 3. Support supervision checklist adoption 4. Health promotion handbook 5. Contribution development and distribution of MCH booklet 6. CHEW handbook development 7. MSM training has been incorporated into national level training program 8. Contribution of development of CHC curriculum CHS M and E tools
		To what extent, can the developed models respond to the needs arising from the devolved county system?	1. Availability of monitoring tools for countries to adopt e.g MCH booklet 2. Existing structures have been strengthened and harmonized by project 3. HSM training experience were incorporated into new CHMT induction manual
		How can the Project outcomes be sustained in the devolved county system (in terms of budget, Human resources, etc.)?	1. Cascading of training to service providers 2. Ability of managers to make good work plan and budget and source for funds from county stakeholders 3. Ability to mobilize resources from partners for human resource development
		What kinds of technical capacities and knowledge of health managers/health management teams have been developed and strengthened by Project support? What are challenges to sustaining this capacities/knowledge?	1. Staff turnover 2. Other health partners involvement in HP activities 3. Inadequate funds to upscale the training to other health workers 4. Involvement of managers in health promotion 5. Resource mobilization 6. Team building resource mobilization 7. Strategic thinking IEC materials

		What changes has the Project support brought to the mind-set and behaviors of health managers/Health Management Teams? What are challenges to sustaining these changes?	1. Frequent scheduled planning meetings 2. Availability of readily trained managers to run the county health services 3. Data for decision making 4. Quarterly support supervision; best performing facilities 5. Data reviews Challenges: - Financial support - Competing tasks - Inadequate human resource
		What changes has the Project support brought to the work environment? What are the challenges to sustaining these changes?	1. Implementation of 5s Kaizen 2. Improved teamwork, challenge-competing tasks 3. Giving immediate feedback 4. Few conflicts if any among managers
		Are there any contributing factors influencing the sustainability of the project outcomes?	1. Sharing of the outcome of evaluation 2. Training in all result areas 3. There are managers who went through the entire project Existence of master trainers Best practices dissemination
		Are there any constraining factors influencing the sustainability of the project outcomes?	1. Flow of financial input to the Kenya HIS 2. Time lapse between end of project and establishment of KISM

Annex 9-4 Workshop results (Group D)

Evaluation Criteria	Main Questions	Sub Questions	Results of Evaluation
Effectiveness	Is it likely that the Project Purpose will be achieved by the end of the Project as expected?	Have the indicators for the Project Purpose progressed sufficiently?	**YES-Indicator 1** For instance by looking at the GRAND AVARAGE SCORE of capacity Assessment in PHMT it has improved by **14%**
		How much is the level of the achievement at the time of the Final Evaluation?	**YES-Indicator 2** GRAND AVARAGE SCORE of capacity Assessment in behavior change PHMT it has improved by **25.5%**
		Are there any contributing factors influencing the achievement of the Project Purpose?	Capacity building, adequate medical supplies, availability of health infrastructure, collaboration among implementing partners, financial & material support from JICA, team work at DHMT & PHMT, improved knowledge & skills, mindset change, support for supportive supervision, exchange visits, support on CHS, support on equipment.
		Are there any constraining factors influencing the achievement of the Project Purpose?	Staff shortage, staff transfers, inadequate HR, Competing tasks, disease outbreak, competing priorities, creation of new districts from parent districts
		Are the important assumptions for the Output to the Project Purpose level appropriate at the time of the Final Evaluation?	
		Was there any influence on the achievement of Project Purpose from these important assumptions?	
Impact	Is it likely that the attainment of Project Purpose results in the positive and long-run impact?	Have the indicators for the Overall Goal progressed sufficiently?	
		How much is the level of the achievement at the time of the Final Evaluation?	
		Are there any signs of unexpected positive effects as a result of the Project implementation?	Health projects funded at district level, signboards to all HFs, referral booklets to C.Us, Health management trainings in Japan, Improved health indicators in control districts, increased referrals from community members to HFs, institutionalized of HSM training involving KMTC, Infrastructure development, signboards to all HFs, improved transport facilitation, embracement of JICA activities by other neighboring districts
		Are there any signs of unexpected negative effects as a result of the Project implementation?	Inactive community health commodities, theft of signboards, inadequate shared vision, identification of CHWs unable to read & write
		Are the important assumptions for the the Project Purpose to the Overall Goal level appropriate at the time of the Final Evaluation?	Referral systems adequately functioning, security & safety in Kenya maintained, major outbreak of disease, HR for health is maintained, infrastructure is maintained

		Main Questions	Results of Evaluation
Sustainability	How likely are the project outcomes able to be maintained after the end of the Project? (from perspectives of policy, financial and technical aspects)	Is it likely that the operational models developed by the Project will be mainstreamed into national policies and strategies? Please identify with specific example(s) any mainstreaming that has occurred. If not, what are challenges to this end?	Yes, development of support supervision, revision of MCH handbook, HSM training mainstreamed in KMTC curriculum, Mainstreaming of 5's Kaizen into service quality management, CHW training guidelines manual developed, development of MCH job aid, development of Health promotion handbook
		To what extent, can the developed models respond to the needs arising from the devolved county system?	Supportive supervision to ensure improved quality of service, HSM training on health leadership for county leadership, health promotion model will boost community involvement & create demand, CHS model capacity development of CHEW strengthened the CHWs for Health systems, HMIS model will promote evidence based & decision making, development of a pool of competent health managers who can sustain the models in the county systems
		How can the Project outcomes be sustained in the devolved county system (in terms of budget, Human resources, etc.)?	Capacity building of county managers on leadership & management on the outcome-es, incorporation of the outcomes in the county health master plans, using local training institutions for sustaining outcomes, appropriate distribution of technical staff across counties (Trained by SEMAH), mainstreaming the project activities in the AWP, incorporation of HSM training in the medical curriculum
		What kinds of technical capacities and knowledge of health managers/health management teams have been developed and strengthened by Project support? What are challenges to sustaining this capacities/knowledge?	Leadership & governance, Basic health promotion, Resource generation & management, Quality service management, support supervision, information management, team building,
		What changes has the Project support brought to the mind-set and behaviors of health managers/Health Management Teams? What are challenges to sustaining these changes?	Team spirit through team building, self awareness through capacity assessment,
		What changes has the Project support brought to the work environment? What are the challenges to sustaining these changes?	Accountability through effective resource management, personality & personal traits
		Are there any contributing factors influencing the sustainability of the project outcomes?	
		Are there any constraining factors influencing the sustainability of the project outcomes?	Staff transfer & attrition, relocation of personnel, influence by other team members, improved team work , Slow adaptors of change ong DHMT, Improved communication through emails among DHMT member

Annex 9-4 Workshop results (Group D)

Recommendations: To make sure that the Project Purpose is achieved by the end of the Project in June 2013, what should be done by whom and how?	Completion of CHEW trainings by JICA through financing, Strengthening Nyanza HP Network by PHMT,JICA through mobilizing HP in Nyanza Province, Finalization dissemination of CHEW Hand Book By JICA SEMAH Project through availing resources, Main Stream successful project models into National policy for sustainability by JICA/MOPHS officials through Negotiations and discussions policy makers, Continue conducting DQA in respective Districts by DHMTs through conducting DQAs in all Facilities.
Lessons learnt: What are the factors and approaches of the Project can be applied to other similar projects?	Mindset is very crucial for any success of the project, JICA SEMAH project was well designed, timeliness made activities to meet objectives, total involvement of local actors & stakeholders, monitoring indicators were clarified, action for change, localization of technical staff therefore acceptability, team work helped in effective planning & implementation, formation of TAG Teams was a driving force in achieving set targets, action for change matrix use in assessment of challenges.

Annex 9-5

Implementation Process: Factor Analysis

Contributing factors influenced on implementation of activities	＜**Group A**＞ • proper planning of activities • Commitment from members (DHMT) • Good networking • Support from partners • Continous monitoring • Good organization • Team work (among DHMTs) • User friendly SS Tool • Embracing IT for information sharing • Involvement of experts (can be deleted as this is a requirement) • Training modules were relevant • Optimal use of available resources • Availability of policy guidelines from HQ's ＜**Group B**＞ • Team work • Regular review of the project through PCMG • Supervision and evaluation • Consultation with other implementers • Capacity building and transfer of skills • Focused planning- time management, financial management • Servant leadership • Evidenced based practices • Working group/training management/TAG structure • Community participation and involvement • Availability of logistical support at the required time • Supportive supervision • Implementation done as expected • It was systematic and orderly • Well coordinated at the point of DHMT • Availability of resources ＜**Group C**＞ • Sensitization in health promotion to communities • Evidence based practices strengthened • Review and feedback meeting • Proposal based activities supported by JICA • Greater involvement of stakeholders in planning; early sharing of activity schedule by project staff with stakeholders • Formation of technical working group • Ownership of project activities by PHMT/DHMT • Dedication by DHMT • Cascade down of trainings to the communities • Development of a checklist for integrated work

	• Resolution matrix was influential in implementation of activities • Participatory approach encouraging ownership • Health promotion integrated into most areas • Communities ability to identify and solve their own problems • Mindset change as a slogan was key in all aspects • Resolution matrix was influential in the implementation of activities • Formation of technical work groups • Improved support supervision at levels • Goodwill from national and regional officers **＜Group D＞** <u>Support from partners</u> • Support from JICA and DHMT • Strong support from community • Active involvement in implementing players • Supportive Supervision • Contribution between other partners • Timely support for activity <u>Knowledge</u> • Improved knowledge of players in the service areas • Capacity Building • Skilled training up dates • Knowledgeable staffs <u>Others</u> • Availability of Equipment • Team work among members • Motivated staffs • Exchange visit • Support on community strategy • Regular meetings to review performance • Team work among DHMT
Constraining factors Influenced on implementation of activities	**＜Group A＞** • Competing tasks • Emergence of new districts • Some DHMTS never got the training • Inadequate office space (for health promotion activities) • Transfers of trained DHMTs • Few staffs in some facilities **＜Group B＞** • Staff transfer • Other competing task • Transport • Staff shortage • Unscheduled national campaigns(polio and measles immunization) • Incomplete DHTMT structure especially for new district • Poor mind set, change of implementers • Poor team work • Strict and inflexible policies in JICA

	• Over expectation from the community • Resignation of trained staff • Individual interest **＜Group C＞** • Lack of positive behavior change for communities • Knowledge gap in writing proposals • Limited support from other agencies in the district other than JICA • Competing tasks within DTHM • New staff/managers; movement of trained staff out of the district • External/national activities involving most or all districts e.g. National immunization campaigns • Increase in number of districts • Parallel activities by other partners **＜Group D＞** • Staff shortage • Competing tasks among DHMT • Inadequate infrastructure • Lack of staff motivation • Inadequate resources • Emergency Out break • Disease outbreak • Low level of education to be able to grasp some aspect for • Limited supervision skills by management teams

Annex 9-6

Recommendations

<Group A>

What	By Who	How
Capacity enhancement	DHMT PHMTs and DHMTs	➢ .Mentorship program ➢ OJT ➢ Regular CMEs ➢ Regular SS ➢ .IEC development ➢ .mentorship of Nyanza TOTs
Strengthening partnerships	DHMTs	➢ Regular consultation meetings ➢ Hold a stakeholder meeting ➢ Hold consultation meeting with the governor
Evaluate service provision	DHMT	➢ .Conduct client exit interviews 2.S/S
Establish county health teams	DHMT Facility I/cs/DHMT	Preparation of AWP annualy
Smooth handing over	PHMT Project coordinator SEMAH	Well documented report

<Group B>

What	By whom	How
Exchange visit to best performing district	DHMT/PHMT	Networking
Enhanced SS	National/ PHMT	Planning together
Fast tracking the remaining activities	JICA/MOPHS	Reviewing plans
Refresher training	MOPH&JICA	During weekly meetings
Coaching & mentoring DHMT members who are not trained HSM training	Trained DHMT members	During weekly briefs
Review the planned district activities	DHMT/PHMT	During weekly briefs

<Group C>

What	By whom	How
Completion of HSM training	JICA	Use of master trainers
Completion of documentation and dissemination of end line report	(pilots) JICA and MOPHS	Dissemination workshop
Dissemination of knowledge and skills to longer level service providers	JICA trained staff	Organized training workshops
Publication of best practices following the Nyanza experience	JICA and trained staff	Compile the submitted reports from the team; journals, magazines
Greater involvement of JICA in supporting establishment of KSIM	JICA MOH	Technically financially harmonized JICA training with ministry

<Group D>

- Completion of HSM training
- Completion of documentation and dissemination of end line report
- Disseminaton of knowledge and skills to longer level service providers
- Publication of best practices following the Nyanza experience
- Greater involvement of JICA in supporting establishment of KSIM

Lessons learnt

<Group A>

- Shorter intensive courses are likely to produce better results
- Ownership is enhanced when the gaps are involved from inception to evaluation
- Use of I.S.S checklist enhance quality of S.S
- Proper planning of project framework is key in achievement of project goals

<Group B>

- Team building
- Participatory planning
- Evidence based approaches
- Conducting training needs assessment
- Effective feedback mechanism
- Networking and collaboration with other partners
- Emphasized on soft skills
- Good documentation of output
- Use of available resources building
- Coaching and mentoring for capacity
- Good communication
- Systematic in their work
- Performance based incentives
- Exchange visits
- Transparency

<Group C>

N/A

<Group D>

- Baseline survey should be commenced at more initial stages of the project
- Use of participatory approach leads to project ownership
- PDM should be more frequently received by stakeholders
- More need for community activities to promote health
- Nurturing of teamwork more appropriate at workplace
- Engaging JICA experts is important for technical support
- More involvement to decide project activities
- Following PDM and PCM
- Identification of highly resourceful persons
- Involvement of stakeholders from start of project
- Training should involve more health workers
- Mindset change has enabled health workers to achieve tasks that were thought to be impossible
- Awarding the best performing facilities and CUs
- Servant leadership approach
- Establishment of TWG made implementation to move
- Developing capacities internally reduces the cost of engaging consultants at some level
- Training of staff improves on their performance
- Development of a handbook to inform and guide activities

Annex 9-7

List of Participants

Name of Meeting: Terminal Evaluation Meeting

Venue: Imperial Hotel

Date: 17th Jan 2013

S.N.	Name	Designation	Team
1	Joel Gondi	D/PDPHS	PHMT
2	Ibrahim Shiwalo	PCHSCo	PHMT
3	Clementine Gwoswar	PPHN	PHMT
4	Matthews Odiango	D/PHRIO	PHMT
5	Japheth Omwenga	PHAO	PHMT
6	Norah Bett	PRHCo	PHMT
7	Charles Ngwalla	PCO	PHMT
8	Elizabeth Okoth	DMOH	Kisumu West
9	Joan Chepkemboi	DNO	Kisumu West
10	Nicholas Pule	DCO	Kisumu West
11	Juliana Orinda	DPHN	Kisumu West
12	Hilda Ayieko	DPHO	Kisumu West
13	Lucas Ofwaya	DHPO	Kisumu West
14	Eric Were	DCHSCo	Kisumu West
15	Charles Kariuki	DMOH	Ugenya
16	Godfrey Kotonya	DDSC	Ugenya
17	Bentor Rieko	DPHN	Ugenya
18	Steve Wakhule	DCHSCo	Ugenya
19	Victor Odhiambo	DPHN	Ugunja
20	Maurice Misore	DHAO	Ugenya
21	Ino Jonathan	DPHO	Ugenya
22	Rachel Omamo	DMOH	Siaya
23	Millicent Okwach	DPHN	Siaya
24	Ken Orwenjo	DCHSCo	Siaya
25	Samuel Juma	DDSC	Siaya
26	Ali Asuman	DCO	Siaya
27	Maureen Okoth	DHRIO	Siaya
28	Isaac Ngere	DMOH	Gem
29	Eunice Oreri	DHPO	Gem
30	Shem Owiti	DRHCo	Gem
31	Anne Omollo	DPHN	Gem
32	Asuman Zuberi	DHRIO	Gem
33	Fredrick Opee	DCO	Gem
34	Tomohiko Sugishita	PA	JICA/SEMAH
35	Mikihiro Toda	HRD Advisor	JICA/SEMAH
36	Naoko Ishii	Project Coordinator/HP Advisor	JICA/SEMAH
37	Kaori Saito	HM Advisor	JICA/SEMAH
38	Yoshito Kawakatsu	CHS Advisor	JICA/SEMAH
39	Edna Nyakoe	Senior Project Assistant	JICA
40	Benjamin Jaoko	Project Assistant	JICA
41	Idah Omondi	Project Assistant	JICA
42	Elvis Anamange	Research Assistant	JICA
43	Nancy Oketch	Research Assistant	JICA
44	Elijah Kinyangi	PFO	JICA Nrb
45	Eichi Shimizu	PFO	JICA Nrb
46	Keiko Kita	External Evaluator	JICA Nrb
47	Junichi Hanai	JICA Representative	JICA Nrb
48	John Odondi	DPHS	Afya House
49	Rael Mutai	M&E	Afya House
50	Jane Koech	CHS	DCHS
51	Samuel Njoroge	CHS	DCHS

List of Participants

Name of Meeting:FGD with PHMT

Venue: Boad room

Date: 15th Jan 2013

S.N.	Name	Designation	Team
1	Dr Joel Gondi	D/PDPHS	PHMT
2	Dr Ibrahim Shiwalo	PCHSCo	PHMT
3	Clementine Gwoswar	PPHN	PHMT
4	Matthews Odiango	D/PHRIO	PHMT
5	Norah Bett	PRHCo	PHMT
6	Charles Ngwalla	PCO	PHMT

Annex 10

Interviewee List

MoPHS

・Prof. Miriam Were, Goodwill Ambassador, CHS
・Dr. John Odondi, Head of Primary Health Services
・Dr. Salim Ali, Head of DHP
・Samuel Njoroge, For Head of DCHS
・Dorothy Njeru, For Head of HRD
・Jane Oburu, Ag CNO
・George Ogoya, DPHS

Provincial Health Management Team

・Dr Joel Gondi, PCHSCo
・Dr Ibrahim Shiwalo, PCHSCo
・Clementine Gwoswa, PPHN
・Matthew Odiango, D/PHRIO
・Noar Bett, PRHCo
・Charles Ngwalla, PCO

Development Partners

・Mr. Kathma Aschenaki Bizuneh, Chief, Health Section, UNICEF
・Dr. O.A. Omar, Deputy Team Leader, Leadership, management and Development Project, MSH
・Ms. Kalen Caldwel, Team leader, Leadership, management and Development Project, MSH
・Dr. Joyce A. Owino, Dean of Faculty of Health Science, Gret Lakes University of Kisumu

Japanese Experts (SEMAH)

・Tomohiko Sugishita, Chief Advisor
・Naoko Ishii, Project Coordinator/ Health Promotion
・Mikihiko Toda, Human Resource Development
・Kaori Saito, Health Administration Management
・Yoshito Kawakatsu, Capacity Development/Operations Research

Annex 11: List of Internship Students from Japan (Total 61 people)

No.	Name	School/Organization	Affiliation	Period (Month/Year)
1	Yuki Yamamoto（山本有記）	National Nursing college (国立看護大学校4年)	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2010/2/24 - 2010/3/9
2	Haruko Yokote（横手春子）	National Nursing college (国立看護大学校4年)	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2010/2/24 - 2010/3/9
3	Jyunko Takenaga（武長純子）	ICU (国際基督教大学4年)	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2010/2/24 - 2010/3/9
4	Moe Ozawa（小澤萌）	School of Med, Miyazaki-U（宮崎大学医学部3年）	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2010/3/13 - 2010/3/24
5	Yuri Hamashima（濱島ゆり）	School of Med, Ikashika-U（東京医科歯科大学医学部2年）	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2010/3/13 - 2010/3/24
6	Hitomi Ishida（石田瞳）	School of Med, Shiga-U（滋賀医科大学医学部2年）	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2010/3/13 - 2010/3/24
7	Kanako Kikuchi (菊池可奈子)	Graduate School, Nagasaki-U(長崎大学戦略部大学院)	長崎大学MPHインターンシップ	2010/4/12 - 2010/7/9
8	Yoshito Kawakatsu (川勝義人)	Graduate School, Nagasaki-U(長崎大学戦略部大学院)	長崎大学MPHインターンシップ	2010/4/12 - 2010/8/3
9	Jyunko Morinushi (森主順子)	Registered Nurse, St. Luke's Nursing school (聖路加看護大学)	聖路加国際病院	2010/6/17 - 2010/6/23
10	Yu Takasugi（高杉友）	Graduate School, Shiefield-U（英国シェフィールド大学）	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2010/6/21 - 2010/7/17
11	Hiroshi Tsukamoto（塚本裕）	School of Med, Kyoto-U（京都大学医学部2年）	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2010/8/14 - 2010/8/28
12	Chiho Miyake（三宅千穂）	School of Med, Ikashika-U（東京医科歯科大学医学部2年）	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2010/8/14 - 2010/8/28
13	Mihoko Suzuki（鈴木美穂子）	National Nursing college (国立看護大学校4年)	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2010/8/25 - 2010/9/10
14	Shogo Kubota (窪田祥吾)	JICA Expert, Lao PDR(元聖路加国際病院)	ラオス国地域保健専門家（医師）	2010/11/21 - 2011/11/26
15	Sayaka Horiuchi (堀内清華)	小児科医師（国立成育病院）	国立成育病院（医師）	2010/11/21 - 2011/11/26
16	kensuke Tashiro (田代健介)	小児科医師（名戸ヶ谷病院）	名戸ヶ谷病院（医師）	2011/2/8 - 2011/2/9
17	Yuri Nakamura (中村有里)	School of Med, Saga-U（佐賀医科大学医学部4年）	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2011/2/21 - 2011/3/2
18	Aya Tamiya（田宮彩）	School of Med, Yamaguchi-U（山口大学医学部1年）	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2011/2/21 - 2011/3/2
19	Kyoko Masuda (増田響子)	Graduate School, Tokyo-U（東京大学国際保健大学院）	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2011/3/3 - 2011/3/14
20	Sachi Fukui（福井沙知）	School of Med, Asahikawa-U（旭川医科大学5年）	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2011/3/3 - 2011/3/14
21	Asako Saji（佐治朝子）	School of Med, Sapporo-U（札幌医科大学5年）	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2011/3/15 - 2011/3/24
22	Tomohiro Ujikawa（氏川智皓）	School of Med, Osaka-U（大阪大学医学部5年）	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2011/3/15 - 2011/3/24
23	Michiru Suda(須田ミチル)	JICA Expert, Sierra Leone etc	元シエラレオネ保健専門家	2011/4/26 - 2011/4/28
24	Jyun Nishitani(西谷純)	Osaka Pregfectural University(リハビリ科2年)	大阪府立大学国際保健研究会	2011/8/27 - 2011/9/2
25	Mayuka Shiina(椎名真由香)	Osaka Pregfectural University(リハビリ科2年)	大阪府立大学国際保健研究会	2011/8/27 - 2011/9/2
26	Kazue Tanaka(田中一江)	Osaka Pregfectural University(看護学科2年)	大阪府立大学国際保健研究会	2011/8/27 - 2011/9/2
27	Misato Fukuyoshi(福吉美里)	Osaka Pregfectural University(看護学科3年)	大阪府立大学国際保健研究会	2011/8/27 - 2011/9/2
28	Sayaka Maehara(前原佐也佳)	Osaka Pregfectural University(看護学科3年)	大阪府立大学国際保健研究会	2011/8/27 - 2011/9/2
29	Fusa Tokuhiro(徳弘芙沙)	Osaka Pregfectural University(看護学科4年)	大阪府立大学国際保健研究会	2011/8/27 - 2011/9/2
30	Takako Suzuki(鈴木貴子)	JICA OJT 新人研修	JICA人間開発部職員	2011/9/5 - 2011/9/30
31	Erika Nakagawa(仲川恵里香)	Kinki University(近大付属看護大学4年)	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2011/9/7 - 2011/9/16
32	Sayaka Doi(土井紗也加)	Tokyo Ikashika University(東京医科歯科大学看護学科3年)	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2011/9/7 - 2011/9/16
33	Aya Takechi(武智彩)	Kobe Foreign Language University(神戸外国語大学4年)	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2011/9/7 - 2011/9/16
34	Kanako Morita(森田佳奈子)	AMDA Japan	AMDA Japan	2011/9/25 - 2011/10/4
35	Hayato Orui(大類隼人)	AMDA Japan	AMDA Japan	2011/9/25 - 2011/10/4
36	Soichiro Kai(甲斐聡一郎)	AMDA Japan	AMDA Japan	2011/9/25 - 2011/10/4
37	Yukiko Nakamura(中村由起子)	AMDA Japan	AMDA Japan	2011/9/25 - 2011/10/4
38	Miki Yamaji(山路未来)	AMDA Japan	AMDA Japan	2011/9/25 - 2011/10/4
39	Asa Ito(伊藤朝)	Tokyo University(東京大学医学部健康学科3年)	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2012/2/20 - 2012/2/24
40	Yuri Endo(遠藤由理)	Keio University(慶應義塾大学医学部5年)	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2012/2/20 - 2012/2/24
41	Mayumi Sakaguchi(阪口麻由美)	Osaka Prefectural University(大阪府立大学リハビリ科3年)	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2012/2/20 - 2012/2/24
42	Kotaro Shimamura(島村航太郎)	Ritsumekan University(立命館アジア太平洋大学4年)	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2012/2/20 - 2012/2/24
43	Masanori Tanaka(田中政任)	Osaka University(大阪大学学部6年)	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2012/2/20 - 2012/2/24
44	Mana Miyanishi(宮西麻菜)	Okayama University(岡山大学教育学科2年)	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2012/2/20 - 2012/2/34
45	Azumi Hashimoto(橋本安瑞美)	Kochi University（高知大学医学部）	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2012/3/6 - 2012/3/13
46	Jyunna Kiriyama(桐山純菜)	Keio University(慶應義塾大学薬学部3年)	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2012/3/6 - 2012/3/13
47	Sakurako Nishihara(西原桜子)	Jichi University(自治医科大学医学部4年)	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2012/3/6 - 2012/3/13
48	Rika Minamishima(南嶋里佳)	Saga University(佐賀大学看護修士課程2年)	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2012/3/6 - 2012/3/13
49	Taihei Ishikawa(石川大平)	Nagasaki University(長崎大学医学部5年)	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2012/3/6 - 2012/3/13
50	Yukiko Fukuichi(福市有希子)	Sangyo Unversty(産業医科大学医学部3年)	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2012/3/6 - 2012/3/13
51	Ai Okumura(奥村藍)	Gumma University(群馬大学医学部4年)	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2012/8/27 - 2012/8/31
52	Marika Otaki(大滝真梨香)	Gumma University(群馬大学医学部4年)	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2012/8/27 - 2012/8/31
53	Moe Fujii(藤井萌未)	Keio University(慶応大学薬学部2年)	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2012/8/27 - 2012/8/31
54	Kengo Hiwatashi(樋渡健吾)	Kagawa University(香川大学医学部4年)	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2012/8/27 - 2012/8/31
55	Taito Kitano(北野泰斗)	Nara University(奈良県立大学医学部5年)	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2012/8/27 - 2012/8/31
56	Shuya Omi(大見修也)	kumamoto University(熊本大学医学部1年)	Jaih-s（日本国際保健医療学会学生部会）	2012/8/27 - 2012/8/31
57	Tomoki Kurihara(栗原智樹)	Osaka University(大阪大学学部4年)	Osaka Univeristy Program	2012/8/27 - 2012/8/31
58	katsuhro Ogawa(小川勝洋)	Osaka University(大阪大学学部4年)	Osaka Univeristy Program	2012/8/27 - 2012/8/31
59	Akira Iguchi(井口明)	Akita University(秋田大学医学部1年)	independent Program	2012/8/27 - 2012/8/28
60	So Yamashita(山下創)	Miyazaki University(宮崎大学医学部5年)	independent Program	2012/8/27 - 2012/8/28
61	Izumi Kamiya(神谷泉)	MPH Prohgram, UCLA	JICA MD Program（医師インターン制度）	2012/9/5 - 2012/11/1

２．アウトプット２における評価項目

1. 計画(予算計画含む):
Ability to outline health promotion activities (in baseline surveys, feasibility study, etc), Ability to prioritize activities, Ability to budget for the different activities under Health promotion programmes, Ability to share plans & budget with other stakeholders & partners, Ability to implement & sustain Health promotion Activities.

2. IEC 資料の作成:
Ability to identify & analyze health problems, Ability to develop creative briefs, Ability to develop various IEC materials, Ability to disseminate & distribute IEC materials, Ability to monitor utilization of IEC materials.

3. ネットワーキング:
Ability to identify stakeholders in health promotion, Ability to align stakeholders to health promotion goals, Ability to communicate and share information on health promotion, Ability to initiate ways of sustaining health promotion networking groups.

4. モニタリング・評価:
Ability to produce monitoring & evaluation tools, Ability to disseminate M&E tools for use, Ability to monitor health promotion activities including behavior change, Ability to evaluate health promotion activities including behavior change, Ability to write health promotion reports.

5. 他プログラム・部との共同作業:
Ability to coordinate Health promotion activities of departments, Ability to delegate health promotion issues to other departments/programmes, Ability to communicate health promotion activities with other departments/programmes, Ability to mobilize resources from other departments/programmes for health promotion activities, Ability to integrate health promotion activities within other departments/program.

ジャイカ
JICA