

タンザニア連合共和国  
保健福祉省

タンザニア連合共和国  
州保健行政システム強化プロジェクト  
フェーズ2  
終了時評価調査報告書

平成26年5月  
(2014年)

独立行政法人国際協力機構  
タンザニア事務所  
システム科学コンサルタンツ株式会社

タン事
JR
17-001

タンザニア連合共和国  
州保健行政システム強化プロジェクト  
フェーズ2  
終了時評価調査報告書

平成 26 年 5 月  
(2014 年)

独立行政法人国際協力機構  
タンザニア事務所  
システム科学コンサルタンツ株式会社



## 序 文

独立行政法人国際協力機構は、2001年以來、タンザニア連合共和国（以下、「タンザニア」と記す）における保健セクターの地方分権化推進の支援のために、州保健局の能力強化を支援してきました。モロゴロ州保健行政強化プロジェクトで、州保健局の能力強化のパイロット事業を行い、同プロジェクトが評価され、2008年より、全州保健局対象に、州保健局能力強化のスケールアップを中心に、中央レベルにおける州保健マネジメント支援の強化、州レベルにおける州保健マネジメントの強化を、州保健行政システム強化プロジェクトフェーズ1とフェーズ2で継続して支援してきました。

このたび、州保健行政システム強化プロジェクトフェーズ2が、2014年10月にプロジェクト終了を控え、プロジェクト活動の実績・成果を評価するとともに、残る協力期間におけるプロジェクト活動及びプロジェクト終了後に関して、日本国及びタンザニア国政府がとるべき措置を両政府に提言することを目的として、当機構は、2014年4月5日から19日にかけて、終了時評価調査団を派遣しました。本報告書は同調査団が実施した調査結果を取りまとめたものです。

ここに、本調査にあたりご協力を賜りました関係各位に深甚なる謝意を表しますとともに、今後のプロジェクトの実施・運営に際し、引き続きご指導、ご協力をしていただけますようお願い申し上げます。

平成26年5月

独立行政法人国際協力機構  
タンザニア事務所長 大西 靖典



# 目 次

序 文  
目 次  
地 図  
写 真  
略語表

評価調査結果要約表（和文・英文）

第1章 評価調査の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査期間及び日程	1
1-3 調査団の構成	3
1-4 プロジェクトの概要	3
1-4-1 プロジェクトのスコープ	3
1-4-2 プロジェクトの要約	4
第2章 評価の方法	5
2-1 評価の手順	5
2-2 評価5項目	5
2-3 主要面談者	6
第3章 評価結果	7
3-1 プロジェクトの実績	7
3-1-1 投入の実績	7
3-1-2 活動の実績	11
3-1-3 成果の実績	12
3-1-4 プロジェクト目標の達成度	17
3-1-5 上位目標の達成見込み	21
3-1-6 プロジェクトの実施プロセス	23
3-2 評価5項目の評価結果	25
3-2-1 妥当性	25
3-2-2 有効性	27
3-2-3 効率性	29
3-2-4 インパクト	30
3-2-5 自立発展性	32
3-3 プロジェクトの促進要因及び阻害要因	33
3-3-1 促進要因	33
3-3-2 阻害要因	34

3-4 結 論.....	35
第4章 総括・提言・教訓.....	36
4-1 調査結果総括.....	36
4-2 提 言.....	38
4-3 教 訓.....	39
付属資料	
1. ミニッツ・合同評価報告書.....	43
2. PDM version 3 .....	115
3. 評価グリッド（日本語） .....	121
4. ヒアリング概要.....	138

# 地 图





写

真



ムトワラ州病院管理チームへのヒアリング



リンディ州病院管理チームへのヒアリング



チャムイノ県保健局へのヒアリング



ドドマ州保健局員と調査団員



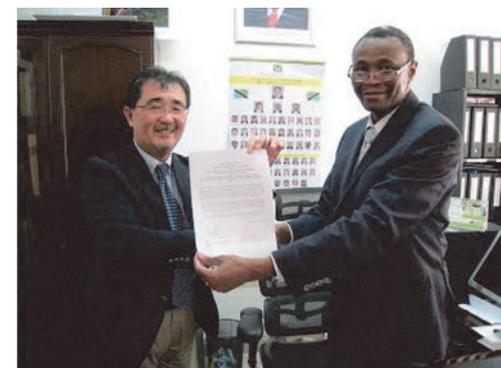
マニャラ州保健局へのヒアリング



保健福祉省次官への表敬



JCC での評価結果プレゼンテーション



ミニッツへの署名（調査団総括と主席医務官）



## 略 語 表

略 語	正式名称	和 名
CCHP	Comprehensive Council Health Plan	県総合保健計画
CHMT	Council Health Management Team	県保健局
CHOP	Comprehensive Hospital Operation Plan	総合病院運営計画
CMO	Chief Medical Officer	首席医務官
CMSS	Central Management Supportive Supervision	中央マネジメント支援的巡回指導
C/P(s)	Counterpart(s)	カウンターパート
DANIDA	Danish International Development Assistance	デンマーク国際開発援助
DMO	District Medical Officer	県医務官（県保健局長）
DPP	Directorate of Policy and Planning	政策計画局
GIZ	Deutsche Gesellschaft fuer Internationale Zusammenarbeit	ドイツ国際協力公社
HSSP III	Health Sector Strategic Plan Three	第3次保健セクター戦略計画 (2009～2015年)
JCC	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
MM	Man-Month	人月
MoHSW	Ministry of Health and Social Welfare	保健福祉省
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PlanRep	Planning and Reporting Program	県保健計画作成プログラム
PMO-RALG	Prime Minister's Office, Regional Administration and Local Government	首相府地方自治庁
PO	Plan of Operations	活動実施計画
RHMT	Regional Health Management Team	州保健局
RMO	Regional Medical Officer	州医務官（州保健局長）
RMSS	Regional Management Supportive Supervision	州マネジメント支援的巡回指導
RMSS-C	Regional Management Supportive Supervision-Council	県保健局への州マネジメント支援的巡回指導
RMSS-H	Regional Management Supportive Supervision-Hospital	州病院への州マネジメント支援的巡回指導
RRH	Regional Referral Hospital	州病院

RRHMT	Regional Referral Hospital Management Team	州病院管理チーム
RS	Regional Secretary	州事務局
SDC	Swiss Agency for Development and Cooperation	スイス開発協力庁
SS	Supportive Supervision	支援的巡回指導
SWAp	Sector Wide Approaches	セクターワイドアプローチ
Tsh	Tanzanian Shilling	タンザニア・シリング
TWG	Technical Working Group	技術作業部会
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
WB	World Bank	世界銀行
WHO	World Health Organization	世界保健機関

## 評価調査結果要約表

1. 案件の概要		
国名：タンザニア連合共和国		案件名：州保健行政システム強化プロジェクトフェーズ2
分野：保健システム強化		援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：人間開発部		
協力 期間	(R/D)：2011年9月 ～2014年10月	先方関係機関：保健福祉省 (MoHSW)、首相府地方自治庁 (PMO-RALG)、州保健局 (RHMT)
		日本側協力機関：－
		他の関連協力：－
<p>1-1 協力の背景と概要</p> <p>タンザニア連合共和国（以下、「タンザニア」と記す）において、保健セクターにおける中央から地方政府への権限委譲が、1990年代後半から地方分権政策と保健セクター改革によって推進されている。州レベルと県レベルにおける保健サービスデリバリーの質の確保のために、県保健局 (Council Health Management Team : CHMT) を監督する州保健局 (Regional Health Management Team : RHMT) の能力強化は重要であると、保健福祉省 (Ministry of Health and Social Welfare : MoHSW) と首相府地方自治庁 (Prime Minister's Office, Regional Administration and Local Government : PMO-RALG) を含む保健セクターの関係者の間で認識されている。特に、RHMT は、保健政策を普及させ、CHMT と州病院 (Regional Referral Hospital : RRH) に対して支援的巡回指導 (Supportive Supervision : SS) を実施することが重要な役割である。この州の行政構造のエンパワメントは2009～2015の第3次保健セクター戦略計画 (Health Sector Strategic Plan Three : HSSP III) においてプライオリティの一つとして掲げられている。</p> <p>州保健行政システム強化プロジェクトフェーズ2は、2011年11月に3年間の予定で開始された。フェーズ1は、2008年4月から2011年3月まで実施され、RHMTの機能と役割を明確にし、MoHSWからRHMTへのSSの開発を通じて、タンザニア保健システムにおけるRHMTの能力強化を図った。フェーズ2はフェーズ1の成果と経験を基に、RHMTのマネジメント能力を更に強化し、SSや他のマネジメント実務によるRHMTの継続的な支援を通してCHMTと州病院管理チーム (Regional Referral Hospital Management Team : RRHMT) のマネジメント能力の強化を図る。これらを通して、プロジェクトは保健システム強化及びタンザニアにおける全体的な保健サービスデリバリーの拡大への貢献をめざしている。</p>		
<p>1-2 協力内容</p> <p>(1) 上位目標</p> <p style="padding-left: 2em;">州病院管理チーム及び県保健局のマネジメント業務がより効果的に遂行される。</p> <p>(2) プロジェクト目標</p> <p style="padding-left: 2em;">州保健局による県保健局および州病院管理チームの支援業務がより効果的に遂行される。</p>		

(3) 成 果

1. 州保健局における県保健局と州病院管理チーム支援のための知識と技能が向上する。
2. 州保健局における県保健局と州病院管理チームの支援に関する役割と機能が強化される。
3. 州保健局が機能を遂行するためのガイドラインとツールが開発される。

(4) 投入（評価時点）

日本側：総投入額 3 億 5,488 万 5,000 円

専門家派遣 6 名

機材供与 車両（1 台）、OA 機器各種、その他機材

本邦研修員受入 10 名

タンザニアにおける研修裨益者 901 名

相手国側：

カウンターパート（Counterpart：C/P）配置 MoHSW 関係者 10 名

土地・施設提供 プロジェクト事務所（MoHSW 内）

経 費 電気、水道代を含む事務所経費、C/P の給料など

2. 評価調査団の概要

調査者	(担当分野：氏名 職位)	
	タンザニア側	
	評価分析	Eliudi Eliakimu (Dr.) MoHSW・保健サービス監査・質確保セクション副課長代理
	日本側	
	総 括	杉下 智彦 JICA 国際協力専門員・人間開発部課題アドバイザー
	地方自治	木全 洋一郎 JICA タンザニア事務所・地方自治担当次長
	協力企画	阿部 記実夫 JICA タンザニア事務所・所員
協力企画	Catherine Shirima JICA タンザニア事務所・所員	
評価分析	齊藤 佳央里 システム科学コンサルタンツ(株)・コンサルタント	

調査機関：2014 年 4 月 5～17 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

上位目標：州病院管理チーム及び県保健局のマネジメント業務がより効果的に遂行される。

プロジェクト終了後 3～5 年以内の上位目標の達成見込みは高い。プロジェクトは CHMT と RRHMT の年次計画の計画立案の支援のための RHMT の能力を強化した。CHMT の県総合保健計画（Comprehensive Council Health Plan：CCHP）は、3 年前より PlanRep と呼ばれるソフトウェアを活用しての提出が義務づけられ、その県保健計画作成プログラム（Planning and Reporting Program：PlanRep）はシステムエラーが多く頻繁なアップデートが行われているため、1 回目での提出による承認の割合は低い。RHMT の CCHP 指導・審査への関与が今年になって正式に認められたこともあり、今後、同割合が向上することが期待される。RRHMT の総合病院運営計画（Comprehensive Hospital Operation Plan：CHOP）に関しては、多くの RRHMT が CHOP を計画立案し、MoHSW に提出しているが、保健バスケットファンドからの資金の割り当てがなく、計画しても予算がつかい

ないため、CHOP 計画立案の動機が低い。グッドプラクティスに関しては、全国だけでなく州レベルでも広く共有されており、プロジェクト活動によって培われた RHMT 間のネットワークによって、RHMT 同士がグッドプラクティスを現場レベルで学ぶために自主的にお互いを訪問していることが確認された。

プロジェクト目標：州保健局による県保健局および州病院管理チームの支援業務がより効果的に遂行される。

プロジェクト終了時までにはプロジェクト目標は達成されると考える。ほとんどの活動は計画どおりに実施され、成果 1、3 は達成、成果 2 もプロジェクト終了時までには達成される見込み。プロジェクトは、RHMT が、CHMT と RRHMT に対して標準化された質の高い SS を行うためのツールを開発した。このツールを使った RRHMT に対する SS の実施は指標を達成、CHMT については保健バスケットファンドの資金が遅れてくるという課題が要因で指標の達成はされていないが、CHMT に対する SS 実施の割合は増加しており、CHMT メンバーから、RHMT は CCHP の計画立案と審査、SS において支援業務が向上したという評価が得られた。

プロジェクトは、RHMT の年次保健計画と報告書の研修を実施し、年次計画と四半期報告書の期限内での提出率が向上し、年次計画の質も向上し、指標をほぼ達成している。

他方で、RRHMT への支援に関しては、彼らのニーズに対して RHMT の支援が十分でないという意見が聞かれた。RHMT の実際の支援と、RRHMT のニーズとの間にギャップがある。

成果1：州保健局における県保健局と州病院管理チーム支援のための知識と技能が向上する。

成果 1 は達成された。RHMT 向けの CCHP ガイドライン、RHMT 年次計画と報告書、及び SS に関する研修パッケージが開発され、すべての RHMT に対して研修が実施された。研修の内容は、研修後 1 カ月以内に、参加者によって、参加していない RHMT のメンバーに対して共有がされている。その共有の方法は、1) RHMT の定期的会議、2) 半日のワークショップの開催、3) 3 日間の研修の開催を通じて確認された。

成果2：州保健局における県保健局と州病院管理チームの支援に関する役割と機能が強化される。

成果 2 はプロジェクト終了時までには達成されると考える。プロジェクトは「州保健管理システムの機能」文書の改訂を支援し、同文書で、RHMT、RRHMT、病院諮問委員会の役割と機能が規定された。同文書は、PMO-RALG で正式承認の手続き中である（MoHSW は既に署名を行い、正式に承認された）。同文書の改訂による変更は、その変更が確定するたびに、会議などのさまざまな機会を通じて共有が行われていたため、RHMT は既に変更を採用していたり、これらの変更は今後の向上のために必要であると理解していることから今後採用する予定であるという意思を確認することができた。

成果3：州保健局が機能を遂行するためのガイドラインとツールが開発される。

成果 3 は達成された。RRHMT に関する基本的政策文書が存在していなかったこと、CHOP の先行きが不明確であったことから、RHMT が RRHMT に対しての SS ツールの作成が遅れていたが、最近ツールを普及することができた。CHMT への SS ツールは、2013 年 2 月に普及され、1 年以上

現場で活用されている。プロジェクトが実施した同ツールに係る調査結果によると、96%の回答者（21州から63名のRHMT回答者のうち60名）が同ツールに満足しており、CHMTの業務の理解やコミュニケーションの促進、CHMTへの支援の質や関係性の向上につながっているという意見が多数であった。また、RHMTの巡回指導のスタイルが、“Inspection（検査）”から“Supportive（支援的）”になり、問題点を一緒に発見し、その問題点の解決方法を一緒に模索するようになったという意見が調査中にも確認された。

### 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高い。保健セクターにおける中央から地方政府への権限委譲が、1990年代後半から地方分権政策と保健セクター改革によって推進されている。州の保健システム強化はHSSP IIIにおいてプライオリティの一つに位置づけられている。

タンザニアにおける保健システムのボトルネックは、RHMTのマネジメントが弱いことであり、RHMTは2000年以来開発パートナーから十分に支援されていなかった。JICAがRHMTの能力強化を支援してきた唯一の開発パートナーであり、タンザニアの保健システム強化に大きく貢献してきた。

プロジェクトは、日本の対タンザニア国別援助方針において、「全国民のための政府サービスの向上」に位置づけられるものであり、合致している。JICAは、地方分権化の推進によるそれぞれのセクターのシステム強化に主眼を置いており、プロジェクトはJICAの保健セクター支援における「保健システムマネジメント強化プログラム」の一翼を担っている。

#### (2) 有効性

本プロジェクトの有効性は中程度。3つの成果は、「RHMTによるCHMT及びRRHMTの支援業務がより効果的に遂行される」というプロジェクト目標を達成するために必要な成果として設定されている。プロジェクト目標の5つの指標のうち2つの指標は、目標値が高いこともあり、終了時評価の時点では達成されていないが、その数値は今後目標値近くに向上することが期待される。RHMTのCHMTへの支援は特にCCHP計画立案・アセスメントとSSにおいて大きく向上しており、CHMTはRHMTの支援に対して感謝の意を表していた。しかしながら、RRHMTに対する支援は、彼らのニーズに対して満足のいくものではなかった。これは、CHOPや一般的な病院マネジメントに関して、2012年末のデンマーク国際開発援助（Danish International Development Assistance : DANIDA）の支援撤退が影響しており、MoHSWはRRHの要求に対してうまく対応することができなかったためであると考えられる。RRHMTに対するRHMTの支援は、更に向上の余地がある。

#### (3) 効率性

本プロジェクトの効率性は高い。RRHMTに関する活動が少し遅れていることが中間レビュー評価時点で確認されたが、すべての成果は、十分に達成されている。ほとんどの投入は、量・質・タイミングともに適切であり、計画どおりに活動が実施されるように、投入がうまく活用された。MoHSWらRHMTに対するSSが、プロジェクト2年次にMoHSWの予算分配がされ

なかったことにより、実施されなかった際は、プロジェクトは研修の実施方法を宿泊型の研修から、各州での実地研修に変更し、MoHSW が各 RHMT を回り、RHMT の現状を把握し、彼らの仕事場でメンターをする機会を提供することを可能とした。

プロジェクトは、年に2回 RHMT が一堂に会するフォーラムを開催し、グッドプラクティスが共有され、RHMT 間のネットワーク・水平型学習が促進された。また、プロジェクトは、セクターワイドアプローチ下の技術作業部会（県・州保健サービス）に積極的に関与し、関係する開発パートナー間での効果的・効率的な活動の調整・調和を図るために、プロジェクト活動の進捗を共有したり、文書やツールのドラフトを共有し技術的インプットを求めた。このように、プロジェクトは、効率的な方法で限られた資源のなかで最大限の成果を出す努力を尽くした。

#### (4) インパクト

プロジェクトの上位目標の達成見込みは高く、上位目標はプロジェクト目標の達成の結果もたらされると考えられるため、本プロジェクトのインパクトは高い。しかしながら、CCHP 計画立案のプロセスにはまだ課題はある。

プロジェクトによる負のインパクトはみられず、多くのポジティブなインパクトが確認された。RHMT と CHMT の関係性が強化され、CHMT の更なるマネジメント向上のための RHMT の支援に、CHMT は満足している。RHMT は、CHMT と RRHMT が更に自信をもつようになり、教訓やグッドプラクティスを現場で学ぶために、他 RHMT を自発的に訪問したり、州レベルでのグッドプラクティスの共有や、革新的なアプローチの取り組みを促進している。また、コアメンバーか準メンバーという身分にもかかわらず、RHMT のメンバー間のチームワーク精神が強化され、彼らはチームとして活動している。プロジェクトは、研修や会議に、RRHMT や州事務局（Regional Secretary : RS）の代表者を招待し、RHMT、RRHMT、RS 間の理解や関係強化に貢献した。

#### (5) 自立発展性

政策・技術面の自立発展性は高いが、組織・財政面の自立発展性は、努力が必要である。RHMT の能力と州保健マネジメントシステムの強化は、現在のタンザニア政府の政策において、高いプライオリティが置かれている。プロジェクトは、MoHSW のスタッフと RHMT メンバーの能力を強化し、SS ツールも開発し、RHMT がより良い SS を行うことを可能とした。RHMT の能力は徐々に強化され、更にマネジメント能力を向上させていくために活動を実施していくことができると自信をもっている。

他方で、組織面に関しては、州保健サービスユニットは MoHSW 内の他の部局と調整しながら効果的・効率的に機能するために、更に組織的に強化される必要がある。PMO-RALG は MoHSW との協働に努力しているが、PMO-RALG の保健セクター調整ユニットのみで、プロジェクトの成果や経験を RS に共有し組み込むことを行うのは難しいため、保健担当副次官が中心となり、州行政局と地方政府局を巻き込むことが必要である。財政面に関しては、タンザニア側と開発パートナーと共同で、財政の効率を向上させ、充分で安定的な、RHMT の活動を支援する財政資源を確保することを通して、財政的自立発展性を模索する必要がある。

### 3-3 プロジェクト目標達成に貢献した要因

- コミットメントの高い C/P

コアの C/P は、プロジェクト活動に対するコミットメントが非常に高く、日本人専門家のタンザニア業務期間が限られていることからプロジェクト活動にプライオリティを置き、活動を進めてくれた。

- 州保健局 (RHMT) メンバーの自信と向上のための強い動機

マネジメントの更なる向上のための強い動機をもって、RHMT は研修や会議で学んだことを実践に生かし、課題を解決し現状を向上するためのグッドプラクティスを編み出す努力を継続している。

- 技術作業部会への積極的関与

プロジェクトは、技術作業部会に積極的に関与し、関係する開発パートナーにプロジェクト活動の進捗を共有したり、文書やツールのドラフトを共有し技術的インプットを求めたりして、より質の高い文書やツールを開発した。

- モロゴロ州保健行政強化プロジェクトからの JICA プロジェクトの経験の蓄積

JICA は 2001 年にモロゴロ州において州レベルの保健マネジメントを強化することを目的とした技術協力を開始し、本プロジェクトのフェーズ 1、本プロジェクト (フェーズ 2) と、技術協力を継続してきた。これらの一連の JICA 技術協力の経験は蓄積され、本プロジェクトの活動の効果的・効率的実施に生かされている。

- 首相府地方自治庁 (PMO-RALG) と州事務局 (RS) の協力

PMO-RALG は MoHSW に協力して、「州保健管理システムの機能」文書の改訂や、PMO-RALG と MoHSW の役割分担の明確化作業に関わった。さらに、PMO-RALG は、州で RHMT がより快適に活動できるような環境整備を行った。

### 3-4 プロジェクト目標達成を阻害した要因

- 充分でタイムリーな予算の欠如

州の予算の大部分は保健バスケットファンドから拠出されているが、その資金の配賦はいつも遅れ、RHMT が計画した活動の円滑な実施に影響を与えている。さらに、MoHSW の州保健サービスユニットに割り当てられる予算はプロジェクト 2 年次に大きく削減され、MoHSW による RHMT への SS が実施できなくなった。同活動は、プロジェクトの範囲外であるが、間接的にプロジェクトに影響を与えた。

- 州レベルを支援する開発パートナーの欠如

多くの開発パートナーは保健サービスデリバリーを直接的に監督している県に注目し支援をしており、他方で RHMT を支援しているのは JICA のみである。プロジェクトは、病院改革チームを支援している DANIDA との業務分担をベースにデザインされた。しかし、2012 年末に DANIDA が病院改革チームへの支援から撤退したため、RRH に関する活動に関して、プロジェクトに影響が及んだ。

### 3-5 結論

プロジェクトは、特に CCHP・CHOP 計画立案と SS の点で、CHMT と RRHMT を支援する RHMT

のパフォーマンスを、以下の方法で強化した。1) 研修やオリエンテーションを通じた、個人のキャパシティ・ディベロップメント、2) 「州保健管理システムの機能」文書の改訂、中央から州へのSS、実地研修、RHMT のパフォーマンスの表彰などを通じた、組織のキャパシティ・ディベロップメント、3) SS ツール開発、年次計画・報告書作成マニュアル、全国会議の開催、グッドプラクティスの共有などを通じた、制度のキャパシティ・ディベロップメント、である。CHMT の支援は大きく向上したのに対して、RRHMT への支援は、実際の支援とニーズの間にギャップが確認され、このギャップを埋める努力が必要である。

結論として、終了時評価調査の結果、プロジェクト終了の6カ月前の終了時評価時点で、プロジェクトの全体的なパフォーマンスは期待どおりであった。プロジェクト目標の達成とプロジェクトの自立発展性を確実なものするため、プロジェクト、MoHSW 及び PMO-RALG は、以下の提言に取り組む必要がある。

### 3-6 提言（当該プロジェクトに関する具体的な措置、提案、助言）

1. プロジェクトは、プロジェクト活動、特に、MoHSW から RHMT、RHMT から CHMT・RRHMT への SS、現任研修の出口戦略を策定する必要がある。RHMT はバッジのような認証のツールで、病院内で巡回指導者として認識される工夫は、RRHMT に対する州マネジメント支援的巡回指導（Regional Management Supportive Supervision-Hospital : RMSS-H）の円滑な実施に寄与すると思われる。また、プロジェクトは、競争・積極的な方法で RHMT の最適な機能を示すことができるリソースパーソンのリストを作成すること。
2. プロジェクトは、RHMT の最適な機能、CCHP・CHOP などにおける CHMT・RRHMT を支援する環境に関する教訓や提言を取りまとめること。さらに、グッドプラクティス集を出版して、広く配布し、RHMT のマネジメントグッドプラクティスを持続し、スケールアップすることに寄与すべきである。そして、MoHSW・PMO-RALG・開発パートナーと共に最終普及フォーラムを開催し、地方分権化された保健システムにおける、中央とのつなぎ役を果たす RHMT の意義について議論をすること。
3. MoHSW は、PMO-RALG と共に、充分で安定した財源を確保するために、真剣に話し合うこと。保健バスケットファンドは、PMO-RALG では執行率が低く、また、RHMT の活動を支援する他の財源についても検討すること。さらに、MoHSW は、県保健サービスユニット・病院改革チーム・保健質保証などの部局との活動の調整を行う州保健サービスユニットの機能を強化・継続する努力をすること。これは、保健セクター資源事務局と病院改革チームが一つの調整ユニットとして統合され、地方分権化された保健システムにおける保健の公平性の達成をめざす、可能性のある示唆でもある。
4. MoHSW は、PMO-RALG と共に、CCHP と CHOP の概念的枠組みを、インプットベースから、対象人口が直面している病気の負荷に従ったデマンドベース・結果重視の計画立案へ見直す必要がある。この計画手法を変更することは、SS を通じた保健サービスカバレッジと保健状況と関連して資源の利用状況の確認を、より効果的で円滑に実施することを可能とする。
5. MoHSW は、PMO-RALG と共に、膨大な作業を要するがあまり活用されていない CCHP と CHOP の計画立案・報告書作成やアセスメントプロセスを簡素化する必要がある。また、予算の検証ツールである PlanRep や Epicor は頻繁にアップデートされ現場で混乱がみられるた

め、その混乱を回避するために、安定的で信頼できるツールにすべきである。

6. RHMT に指導をされた積極的な病院諮問委員会は、RRHMT が全体的に病院マネジメントを機能させることに貢献し得る。しかしながら、病院諮問委員会が有効に機能していなかったり、メンバーのモチベーションが低いなどが報告されている。そのため、MoHSW と関係機関は、病院諮問委員会の業務要領を作成し、社会的責任をもって委員会の円滑な運営を可能にする、委員会メンバーの選出基準、職務権限、謝金を含むプロトコルを導入すべきである。
7. CCHP の承認システムは、MoHSW の県保健サービスユニットによる中央集権化されたシステムから RHMT に地方分権されていない。そのため、MoHSW と保健バスケットファンド委員会は、保健バスケットファンドの承認について中央から RHMT への委譲を検討すべきであり、それにより中央から RHMT への資金の流れのトラッキングがより効率的かつ現実的なものとなるであろう。
8. MoHSW は、CHOP で計画された予算が十分な資源と結びつくようにし、RRHMT を動機づけて、自立的な方法で、病院におけるマネジメント機能が向上し、全体のサービスが向上するようにすべきである。これは、計画と進捗を確認する RMSS-H の効果的な実施にも貢献する。
9. RHMT は、中央政府の一翼として、政策普及をより良く実施できるようになったが、一部 RHMT の関与なしに CHMT やコミュニティと直接つながって実施されているプログラムがあるため、RHMT の関与を強化する必要がある。MoHSW は、RHMT は、CHMT とその保健サービスデリバリーを指導・監督する使命が明記されている業務要領をメインストリーム化し、垂直プログラムや開発パートナーに認識されるようにすること。

### 3-7 教訓

1. 地方分権化に伴う保健セクター改革の促進における教訓として、タンザニア政府が強固な意志とビジョンをもってこれまで JICA を含む開発パートナーと共に実施して達成してきた行政改革と行政能力強化は、世界的にみても保健システム強化のベストプラクティスの一つといえる。

一般的に、権限委譲による地方分権化は簡単に進まず、強固な政治的意思、ビジョンをもったリーダーシップ、国家の目標と目的、立法的位置づけ、制度的な枠組み、組織的改革、そして、国民、開発パートナー、すべてのステークホルダーのコミットメントを必要とする。タンザニア政府は地方分権化について強固な意志とビジョンをもって戦略的に州を中央政府の一翼として位置づけるとともに、地方政府の発展のための責務を示すという努力をしてきた。保健セクター改革という文脈においても、MoHSW は PMO-RALG の支援と権限委譲による地方分権を推進してきた。

JICA も 2001 年より、技術協力を通じてパイロットフェーズから全国的なスケールアップの段階まで、分権化した保健システムの効率的・効果的なパフォーマンスのためのサービスデリバリーと行政マネジメントのつなぎ役としての RHMT の能力強化を支援してきた。JICA の 12 年にわたる技術協力の継続的なプロセスを通して、目に見える標準化されたより革新的な方法による RHMT の実質的な行政管理手法とその能力強化によって、統一された全体的な保健システムの強化を実現した。

2. MoHSW と PMO-RALG、RHMT と RS 間の積極的・継続的なダイアログによる RHMT のマネジメント能力強化支援により、マネジメント実務の標準化だけでなく、CHMT と RRHMT に対して支配的から支援的な態度への変容という革新的なアイデアと戦略的思考によるフロントラインでのサービスデリバリーの向上を達成した。この RHMT マネジメント強化は、特に地方分権化において、タンザニアにおける保健システム全体の強化に大きく貢献した。
3. 活動レベルでの教訓としては、RHMT メンバーのなかで、チームワーク精神、サーバントリーダーシップがみられるようになり、それは、CHMT と RRHMT を支援するための共通のコミットメント、マネジメントのパフォーマンスを促進している。良い SS は、CCHP や CHOP のような良い計画書なしには達成されず、その計画書の予算は、資金と結びつかれなければならない。病院諮問委員会のような良いガバナンス構造は、病院マネジメントにおいてより良い結果を出すためには必要不可欠である。全体的に、プロジェクトは、通常の会議や出版、社会メディアを通して、これらのグッドプラクティスを収集し、水平的な学びを促進してきた。これは、勇気・自信・喜びをもって全体的行政文化のパラダイムシフトを喚起する変革的学習プロセスである。

3-8 フォローアップ状況  
特になし。

## Summary of Terminal Evaluation

1. Outline of the Project		
Country : The United Republic of Tanzania		Project title : The Project for Capacity Development in Regional Health Management Phase 2
Issue / Sector : Health Systems Strengthening		Cooperation scheme : Technical cooperation project
Division in charge : JICA Tanzania		Total cost: 354,885,000 Japanese Yen
Period of Cooperation	(R/D): September, 2011 ~ October, 2014	Partner Country's Implementing Organization : Ministry of Health, and Social Welfare, Prime Minister's Office, Regional Administration and Local Government
		Supporting Organization in Japan : —
<p>1-1 Background of the Project</p> <p>In the United Republic of Tanzania, hereinafter referred to as Tanzania, the transfer of authority for health sector from central to regional government, has been devolved under the decentralization policy and the health sector reform programme since the late 1990s. It has been recognized among health sector stakeholders, including the Ministry of Health and Social Welfare (MoHSW) and the Prime Minister's Office, Regional Administration and Local Government (PMO-RALG), that capacity enhancement of the Regional Health Management Teams (RHMTs), which oversee the Regional Referral Hospital Management Teams (RRHMTs) and Council Health Management Teams (CHMTs), is important to ensure the quality of health service delivery at the regional level as well as the council level. In particular, it is essential that the RHMTs disseminate health policy and implement supportive supervision for the CHMTs and Regional Referral Hospitals (RRH). Empowerment at the regional administrative structure is clearly stated as being one of the priorities within the Health Sector Strategic Plan (HSSP) III: 2009-2015.</p> <p>The Project for Capacity Development in Regional Health Management Phase 2, hereinafter referred to as the Project, began operation in November 2011 with a proposed duration of three years. The phase one project, known as TC-RRHM (Technical Cooperation for Regional Referral Health Management), aimed at strengthening the capacity of RHMT in the Tanzanian Health System through the articulation of its roles and functions and the development of Central Management Supportive Supervision (CMSS) and was implemented from April 2008 to March 2011. The Project has built on the outputs and experience from the phase one project, and has been expected to further develop the RHMTs' managerial capacity and has been demanded to support improving managerial capability of the CHMTs and Regional Referral Hospital Management Teams (RRHMTs) through continuous assistance from the RHMT, including Supportive Supervision (SS) and other means of management practices. Through these efforts, the Project aims, in due course, to contribute to strengthening health systems and ultimately to enhance overall health service delivery in Tanzania.</p>		
<p>1-2 Project Overview</p> <p>(1) Overall Goal</p> <p style="padding-left: 40px;">Managerial performance of RRHMTs and CHMTs is improved.</p>		

<p>(2) Project purpose Performance of all RHMTs in supporting CHMTs and RRHMTs is improved.</p> <p>(3) Outputs</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Management skills of RHMTs in supporting CHMTs and RRHMTs are improved.</li> <li>2. Roles and functions of RHMT to support CHMTs and RRHMTs are institutionalized and consolidated</li> <li>3. Guidelines and tools for RHMTs to perform their functions are improved.</li> </ol> <p>(4) Inputs (as of the time of terminal evaluation)</p> <p>Japanese side :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dispatch of experts: 6 experts</li> <li>Equipment and materials: 1 vehicle, office equipment and stationaries</li> <li>Trainees received in Japan: 10 trainees</li> <li>Trainees in Tanzania: 901 trainees in total</li> </ul> <p>Tanzanian side :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Counterpart: 10 C/Ps</li> <li>Land and facilities: 1 project office</li> <li>Local cost: Running expenses for project office, salaries for the Tanzanian C/Ps</li> </ul>		
2. Evaluation Team		
Members of Evaluation Team	Tanzanian Side Evaluation Analysis	Eliudi ELIAKIMU (Dr.) Acting Assistant Director, Health Services Inspectorate and Quality Assurance Section, Division of Health Quality Assurance, MoHSW
	Japanese Side Team Leader	Tomohiko SUGISHITA (Dr.) Senior Advisor, Japan International Cooperation Agency (JICA)
	Local Governance	Yoichiro KIMATA Senior Representative, JICA Tanzania office
	Cooperation Planning	Kimio ABE Representative, JICA Tanzania office
	Cooperation Planning	Catherine SHIRIMA Assistant Program Officer, JICA Tanzania office
	Evaluation Analysis	Kaori SAITO Consultant, System Science Consultants. Inc
Period of Evaluation	5 - 17 April, 2014	Type of Evaluation : Terminal Evaluation
3. Results of Evaluation		
3-1 Achievements		
<p>Overall Goal : Managerial performance of RRHMTs and CHMTs is improved.</p> <p>The prospect of achieving the Overall Goal within three to five years after the completion of the Project is</p>		

high. The Project capacitated RHMTs to support CHMT on Comprehensive Council Health Plan (CCHP) planning and RRHMT on Comprehensive Hospital Operation Plan (CHOP) planning. With regard to CCHP, CCHP was obligated to be submitted in the last three years through PlanRep software with system errors and frequent updates, which contributes the low percentage of the approval in the first submission. RHMTs have been officially involved in the CCHP assessment process recently. Therefore, it is expected that the percentage of CCHPs to be approved in the first submission in the basket fund committee would be increased. As for CHOP, most of RRHMTs had made and submitted their CHOP to MoHSW even though they were somehow demotivated since they didn't receive the allocation from the basket fund. Good managerial practices have been broadly shared at the national level as well as at the regional level. By networking among RHMTs established through the Project activities, RHMTs have been visiting other RHMTs to learn their good practices at the ground.

Project Purpose : Performance of all RHMTs in supporting CHMTs and RRHMTs is improved.

The Project Purpose would be accomplished by the termination of the Project. Most of the project activities have been conducted as planned and the output 1 and output 3 are already achieved and the output 2 is also expected to be achieved by the time the Project ends. The Project developed the RMSS-C/H tools to conduct SS to CHMT and RRHMT in a standardized and quality way. The indicator set for SS to RRHMT using this tool is achieved. Although one of the indicators has not yet been achieved at the time of the terminal evaluation due to some challenges of delay of the basket fund disbursement, the percentage of the RHMTs implementing SS to CHMTs had increased. As for the support to CHMTs, MoHSW officials, RHMT members and CHMTs members interviewed expressed that RHMTs had improved their supports in CCHP planning and assessment, and SS.

The Project conducted the training on Annual Planning and Reporting and then the percentage of on-time submission of the Annual Plans and Quarter Progress Report had increased as well as the quality of the Annual Plans had improved.

However, RRHMT members interviewed said that the support from RHMT was not adequate against the needs of RRHMT. There is some gap between actual support from RHMT to RRHMT and needs of RRHMTs.

Output 1 : Management skills of RHMTs in supporting CHMTs and RRHMTs are improved.

Output 1 is achieved. Training packages for RHMTs on CCHP Guideline, RHMT Plan and Report, and RMSS have been developed and implemented to all RHMTs. The training contents had been shared by the participants with those who didn't attend the training, within a month after the training in the following ways; 1) sharing in the regular RHMT meeting, 2) organizing a half day workshop, and 3) organizing 3 day training.

Output 2 : Roles and functions of RHMT to support CHMTs and RRHMTs are institutionalized and consolidated.

Output 2 would be achieved by the completion of the Project. The Project supported the revision of the document "Functions of Regional Health Management System" which determined the roles and functions of RHMTs, RRHMT and Hospital Advisory Board. The document is currently in the process of the official approval in PMO-RALG (MoHSW has already signed). Since the Project has been disseminated the updates of the documents widely by various means and on various occasions, RHMTs have been adopting these changes in their regions and are willing to adopt them for further improvement.

Output 3 : Guidelines and tools for RHMTs to perform their functions are improved.

Output 3 has been achieved. Due to lack of basic policy document regarding RRHMT and uncertainty about the future orientation of the CHOP, the progress of developing Regional Management Supportive Supervision (RMSS) -H tools for RHMT to supervise RRHMT was delayed and the Project disseminated the RMSS-H tools recently. With regard to RMSS-C tools for RHMT to supervise CHMT, the Project disseminated it in February 2013 and it has been in use for more than one year. According to the result of “RMSS-C User Feedback Survey”, 96% of the respondents (60 out of 63 RHMT members from 21 regions) were satisfied with RMSS-C, feeling some benefits such as promoting understanding of CHMT and communication with CHMT, and improving the quality of support to CHMT and relationship with CHMT. CHMT members expressed that the style of supervision by RHMT had changed from inspection style to a more supportive manner by trying to find out and address the problems together.

### 3-2 Summary of Evaluation Results

#### (1) Relevance

The relevance of the Project is high.

The devolution in health sector from central to regional government has been progressing under the decentralization policy and the health sector reform programme since the late 1990s. Strengthening health systems in the region is stated as being one of the priorities within the HSSP III. RHMT is considered situated in the core to strengthen health systems in the region.

The bottleneck of the health systems in Tanzania was articulated by the managerial weakness of RHMTs, which were not well supported by other partners since the year of 2000 and JICA was only a considerable organization to support capacity development of RHMT and has significantly impacted to strengthen health system in Tanzania.

The Project is consistent with Japan’s Country Assistance Policy for Tanzania, one of which articulates “Improvement of Governmental Services for the Whole Nations”. JICA aims at strengthening systems in each sector by enhancing decentralization and the Project is a part of “Health Systems Management Strengthening Program” in the JICA’s health sector support.

#### (2) Effectiveness

The effectiveness of the Project is medium.

All three Outputs are designed to achieve the Project Purpose “Performance of all RHMTs in supporting CHMTs and RRHMTs is improved”. Although two out of five indicators are not yet achieved due to high target, it is expected the percentages of the indicators would be increased, close to the targets. The Team confirmed that the RHMT support to CHMTs had improved a lot in terms of CCHP planning and assessment, and SS and CHMT members appreciated the support from RHMTs. However, the support to RRHMT was not satisfactory against the needs of RRHMT. This is because the situation regarding CHOP and general hospital management was affected by withdrawal of DANIDA in the end of 2012 and MoHSW couldn’t deal with the increased demand from the hospitals by itself. Therefore, there is a room for further improvement in RHMT supports to RRHMT.

### (3) Efficiency

The efficiency of the Project is high.

All the Outputs have been produced adequately even though it was observed at the time of Midterm Review that the RRHMT related activities were delayed. Most inputs were appropriate in quantity, quality, and timing, and transformed appropriately to ensure that activities were conducted as planned. When CMSS by MoHSW to RHMTs was not implemented in the second year due to lack of the budget allocation in MoHSW, the Project reformed zonal residential training to on-site training in each region, which provided MoHSW similar opportunity with CMSS to visit regions, grasp the actual situations of RHMTs and mentor them at their working places.

The Project had organized RHMT forum on a bi-annual basis where all the RHMTs attended and good practices were shared, which promoted the networking and horizontal learning among them. Furthermore, The Project was actively engaged with Technical Working Group-1 (TWG-1, District and Regional Health Services) under Sector Wide Approach for effective and efficient coordination and harmonization of the activities among concerned partners. The Project shared the progress of the Project activities got the technical inputs to develop the better documents or tools. In sum, the Project has tried their best to produce maximum outputs against the limited resources in these efficient manners.

### (4) Impact

The impact of the Project is high.

The prospect of achieving Overall Goal is high due to the expected achievement of the Project Goal, therefore the impact of the Project is considered as high. Although CCHPs planning process still has challenges to be tackled.

There were no negative impacts observed in the Project while there are many positive impacts confirmed. Relationship especially between RHMTs and CHMTs has been strengthened. CHMTs are now more satisfied with RHMT's support for their further improvement. RHMT members are now more confident in supporting the CHMTs and RRHMTs. Some RHMTs have started to voluntarily visit other regions to learn the lessons learnt practically and promoted sharing good practices and supporting taking up the innovative approaches at the regional level. A team spirit among RHMT members irrespective of their status, core or co-opted, is now strengthened and they are working as a team. The Project also invited the representatives from RRHMT and Regional Secretary (RS) from some regions to the RHMT meeting. It promoted the better understanding and relationship between RHMT, and RRHMT, RS.

### (5) Sustainability

Sustainability is high in terms of policy and technical aspects, while organizational and financial sustainability need to be more explored.

Strengthening the capacity of RHMTs and regional health management system is given high priority in the current government policy. The Project has capacitated the MoHSW officials and RHMT members and the SS tools have been developed to enable RHMT to implement better SS. The capacity of RHMTs has been gradually enhanced and they are now confident in their ability to continue activities for further improvement.

On the other hand, as for organizational aspect, Regional Health Services unit should be more

organizationally capacitated to function effectively and efficiently to coordinate with other departments in MoHSW. Although PMO-RALG tries to collaborate with MoHSW, it would be difficult only for Health Sector Coordination Unit in PMO-RALG to streamline the Project outputs and experiences into RS. Therefore, it is expected for Deputy Permanent Secretary on Health to involve both Directorate for Regional Administration and Directorate for Local Government. Financial sustainability needs to be elaborated by the joint actions with Tanzania and other partners, by improving the financial efficiency, and securing sufficient and stable financial resources to support RHMT related activities.

### 3-3 Factors that promoted the achievement of the Project Purpose

- Committed C/Ps ;  
Core C/Ps assigned to the Project are very committed to the Project activities. They gave the priority to the Project activities because the period of the Japanese experts to work in Tanzania was limited.
- Strong Motivation of RHMTs with confidence for their improvement ;  
With strong motivation for further improvement on their management, they have been trying to put into practice what they had learnt from the training or meeting, and come up with good practices to tackle the issue and improve the situation.
- Active engagement with TWG-1;  
The Project is actively engaged with TWG-1. The Project shared the progress of the Project activities, which promoted the coordination of the activities, and shared the draft documents or tools and requested the technical inputs from other partners, which contributed to development of the better quality documents or tools.
- Accumulation of the experiences of JICA project from “Morogoro Health Project”;  
JICA started the technical cooperation on strengthening health management at regional level in Morogoro region in 2001, known as “Morogoro Health Project”, followed by the Phase one of the Project. The experiences of these JICA projects accumulated and enriched the Project for more effective and efficient implementation of the Project activities.
- Cooperation from PMO-RALG and RS  
PMO-RALG cooperated with MoHSW to revise the document of “Functions of Regional Health Management System” and to clarify the demarcation between PMO-RALG and MoHSW. In addition, PMO-RALG tried to create the environment for RHMT to work more comfortably at the regions.

### 3-4 Factors that inhibited from the achievement of the Project Purpose

- Lack of a sufficient and timely budget;  
The major part of the budget of RHMTs comes from the Basket Fund. However, this budget has been delayed in the disbursement, which clearly affects the smooth implementation of planned activities of RHMTs. In addition, The budget allocated to the Regional Health Services Unit was radically cut during the second year of the Project, and CMSS could not be implemented during the second year of the Project although this is out of the Project scope. This has indirectly affected the Project.

- Lack of partner's engagement in supporting regional level;

A lot of partners pay attention to the councils which are responsible for the health services delivery while only JICA is supporting RHMTs. The Project was designed based on the demarcation with DANIDA, supporting Hospital Reform Team. However, in the end of 2012, DANIDA withdrew the support to the Hospital Reform Team. This affected the Project in terms of RRH related components.

### 3-5 Conclusion

The Project has strengthened the performance of RHMT in supporting CHMT and RRHMT especially in terms of CCHP or CHOP planning and SS in the following ways ; 1) individual capacity development by the training and orientation, 2) organizational capacity development by revision of the document "Functions of Regional Health Management System", CMSS, on-site training and awarding the performance of RHMT, 3) institutional capacity development by developing the SS tools, planning and reporting manuals, organizing the national meeting and sharing good practices. Although the support to CHMTs has improved a lot, there are some gaps between the actual support from RHTM and the needs of RRHMT, which need to be addressed.

In conclusion, the Team concluded that the overall performance of the Project is satisfactory, as of the terminal evaluation juncture, six months before termination of the Project. The Project, MoHSW and PMO-RALG need to take up the recommendations listed below in order to ensure the achievement of the Project Purpose and sustainability of the Project.

### 3-6 Recommendations

- (1) The Project needs to elaborate exit strategies of the project activities especially central and regional supportive supervision both CHMT and RRHMT and in-service training mechanism. Regarding to the smooth operation of RMSS-H, RHMT can be identically defined by self-recognition tool such as budges or other simple identification. It is possible that the Project can prepare a list of resource persons of managerial training as mentorship and champions of best practices to demonstrate optimal functions of RHMT in a competitive and proactive manner.
- (2) The Project needs to summarize lessons and recommendations on RHMT's optimal functions and enabling environment to support CHMT and RRHMT regarding to CCHP, CHOP and other administrative tools. Addition to that, good practices should be complied and published to attract wider audience to sustain and scale up RHMT managerial practices. Thus, the Team strongly recommends that final dissemination forum should be conducted with MoHSW, PMO-RALG and partners to discuss about the significance of RHMT, which is an integral part of the decentralized health systems.
- (3) MoHSW, together with PMO-RALG, needs to take serious considerations to review and explore sufficient and stable financial resources such as the Health Sector Basket Fund, which has still low execution rate by PMO-RALG, or other source of revenues to support activities by RHMT. Addition to that, MoHSW should make serious efforts to strengthen and sustain the functions of Regional Health Services Unit by coordinating activities with other Units such as District Health Services, Hospital Reform Team, and Health Quality

Assurance and so on. There is a possible implication that Health Sector Resource Secretary and Hospital Reform Team can be merged into one coordination unit, which supports health equity in the decentralized health systems.

- (4) MoHSW, together with PMO-RALG needs to review the conceptual framework of CCHP and CHOP may need to be transformed from input-basis to demand-basis and result orientation according to the burden of diseases faced by the target populations. This transformation of planning modality enables more effective and smooth operation of supportive supervision and resource tracking linking with health service coverage and health status.
- (5) MoHSW, together with PMO-RALG needs to simplify the reporting and verification process of CCHP and CHOP, which are really labour intensive and not utilized thoroughly. Also budget verification tools such PlanRep and Epicor should be stable and reliable to avoid confusion on the ground despite of changing continuously.
- (6) The Team acknowledged the active Hospital Advisory Board well guided by RHMT affects RRHMT much to functionalize the hospital management overall. However there are reported that misconducts and low motivation among Hospital Advisory Board members are observed. Therefore, MoHSW and any authorities should ensure Standard Operating Procedures of the Hospital Advisory Board and possibly introduce more feasible protocol including selection criteria, term of references and honorarium to enable smooth implementation of the Board with social accountability.
- (7) RHMTs comments on CCHPs are not fully endorsed by the centralized approval system by District Health Services Unit. Thus, MoHSW and Health Sector Basket Fund Committee might consider that the decentralization of the mandates of Health Sector Basket Fund Committee approval and resource tracking from central level to RHMT level can be more efficient and realistic.
- (8) MoHSW needs to ensure that CHOP has to be liked with sufficient resource envelope, which motivates RRHMT and enables hospital to improve their managerial functions and entire services in an autonomous manner. It can also ensure the effective implementation of RMSS-H guided by the plan and progress.
- (9) RHMT became conversant to policy dissemination as a proximal arm of central government however knowledge of vertical programs and resource options can be strengthened because some programs are still operationalized directly linking with CHMT or Community without RHMT's involvement. MoHSW should mainstream Standard Operating Procedures, in which RHMT has a mandate to supervise CHMT and their service deliveries, need to be acknowledged and fully endorsed by programs and partners.

#### 3-7 Lessons learned

- (1) As a lesson learned from the experience of JICA in the Health sector reform along with the Decentralizaion

by Devolution (D by D), the long-term achievement in Tanzania that have been accomplished by JICA together with other development partners with the strong political will, and visionalry leadership of the Governemnt of Tanzania is considered as one of the best examples of health systems strengthening of the global audience. In general, D by D is not an easy job and requires strong political will, visionary leadership, national goals and objectives, legal amendment, institutional arrangement, organizational reform, and ultimately commitment from people, partners and all the stakeholders. Government of Tanzania strives this transformation strategically to utilize Region as a proximal arm of central government to show stewardship for the development of local government. In the context of Health Sector Reform, the MoHSW has been working on the D by D supported by PMO-RALG with robust partners' engagement of technical assistance and financial modality under Sector Wide Approach and implicated by Health Sector Basket Fund. Since 2001, JICA has been supporting this D by D through technical cooperation to support RHMT from pilot phase to national scale up as an integral part of service delivery and administrative management for efficient and effective performance of decentralized health systems. The Team acknowledged that the efforts of D by D made by MoHSW and PMO-RALG are realized to strengthen the entire health systems unified by the substantial capacity of RHMT in a tangible, standardized and even innovative manner through the consecutive process of JICA's Technical Cooperation's for twelve years.

- (2) The achievement of the project that increased managerial capacity development of RHMT influences to strengthen heath systems as a whole, especially under the decentralized setting. It impacts not only to standardize the managerial practices but also to stimulate behavioural changes from prevailing to supportive, which encourage CHMT and RRHMT to promote innovative ideas and strategic thinking to improve service deliveries at the frontline. This achievement is led by the ministerial venture with continuous dialogue between MoHSW and PMO-RALG and between RHMT and RAS impacted significantly to improve RHMT's functions and hence CHMT's function to strengthen the whole health systems in Tanzania.
- (3) There are several lessons at the activity level. Good teamwork sprits and servant leadership among RHMT member promotes mutual commitments and managerial performance to support CHMT and RRHMT. Good supportive supervision cannot be achieved without well documented plans such as CCHP and CHOP, which have to be liked with resource envelope. Good governance structure such as Hospital Advisory Board is essential to have better results in the hospital management. All in all the Project identified collections of those good practices and share those champions to promote horizontal learning through regular meetings, publications and even social media. This is a transformative learning process to inspire paradigm shift of the entire administrative culture with courage, confidence and joy.

### 3-8 Follow-up Situation

N/A

# 第1章 評価調査の概要

## 1-1 調査団派遣の経緯と目的

タンザニア連合共和国（以下、「タンザニア」と記す）においては、1990年代後半以降の地方分権化政策並びに保健セクター改革プログラムの下、県への権限委譲が進んでいる。しかしながら、県からコミュニティに対する保健サービスの質を確保するためには、県保健局（Council Health Management Team : CHMT）を指導監督する州保健局（Regional Health Management Team : RHMT）の能力強化が重要であることが保健福祉省（Ministry of Health and Social Welfare : MoHSW）及び保健セクター関係者に強く認識されてきている。特に、RHMT から CHMT 及び州病院（Regional Referral Hospital : RRH）に対する、政策周知・徹底及び支援的巡回指導（Supportive Supervision : SS）を強化していくことが非常に重要であり、タンザニア国第3次保健セクター戦略計画（Health Sector Strategic Plan Three : HSSPⅢ 2009-2015）においても州レベルの強化が重点政策として謳われている。

わが国は2008年4月より2011年3月まで「州保健行政システム強化プロジェクト（以下、フェーズ1）」を実施した。フェーズ1開始以降、RHMT への人員・予算の配置及びRHMT の基礎的マネジメント能力の向上、MoHSW から RHMT に対する定期的なSS の標準化・制度化などの成果が達成された。しかしながら2010年9月の終了時評価調査において、RHMT の人材・財政・情報管理能力及びCHMT・RRH へのSS に係る強化等の課題について、更なる改善の必要性が認められた。タンザニア国政府は、フェーズ1の成果を踏まえ、RHMT のより一層の力強化を目的として技術協力プロジェクト「州保健行政システム強化プロジェクトフェーズ2」（以下、プロジェクト）をわが国に要請した。これらの目的をもってタンザニアの保健サービスの改善に寄与するため、本プロジェクトは、2011年11月に3年間の予定で開始された。

2014年10月のプロジェクト終了を控え、プロジェクト活動の実績と成果を確認し、評価するとともに、残りの協力期間におけるプロジェクト活動及び協力終了後に係る提言と教訓について確認し、報告書に取りまとめることを目的とし、本終了時評価調査団が派遣された。

## 1-2 調査期間及び日程

終了時評価調査の日程は以下のとおりである。

月日（2014年）	活 動
4月5日（土）	【評価分析団員】移動日 成田発・ダルエスサラーム着 ・ JICA事務所担当者・プロジェクト専門家打合せ
4月6日（日）	・ 質問票作成、資料分析
4月7日（月）	・ 資料分析 ・ プロジェクト専門家打合せ
4月8日（火）	・ MoHSWプロジェクト関係者インタビュー ・ デンマーク国際開発援助（Danish International Development Assistance : DANIDA）インタビュー ・ 合同評価メンバーインタビュー及び打合せ

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ JICA事務所打合せ</li> </ul>
4月9日（水）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 世界保健機関（World Health Organization : WHO）インタビュー</li> <li>・ DANIDA、MoHSWコンサルタントインタビュー</li> <li>・ 米国国際開発庁（United States Agency for International Development : USAID）インタビュー</li> <li>・ MoHSWプロジェクトカウンターパート（Counterpart : C/P）インタビュー</li> </ul>
4月10日（木）	<p>【団員移動日】 ダルエスサラーム→ムトワラ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ムトワラ州事務局（Regional Secretary : RS）インタビュー</li> <li>・ ムトワラRHMTメンバーインタビュー</li> <li>・ ムトワラ州病院管理チーム（Regional Referral Hospital Management Team : RRHMT）メンバーインタビュー</li> <li>・ ムトワラ州病院諮問委員会メンバーインタビュー</li> <li>・ ムトワラ・ミキンダニ市CHMTメンバーインタビュー</li> </ul>
4月11日（金）	<p>【団員移動日】 ムトワラ→リンディ→ムトワラ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ リンディRSインタビュー</li> <li>・ リンディRHMTメンバーインタビュー</li> <li>・ リンディRRHMTメンバーインタビュー</li> </ul>
4月12日（土）	<p>【団員移動日】 ムトワラ→ダルエスサラーム</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 合同評価報告書準備</li> </ul>
4月13日（日）	<p>【団長移動日】 ワシントン→ダルエスサラーム</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 合同評価報告書準備</li> </ul>
4月14日（月）	<p>【調査団移動日】 ダルエスサラーム→ドドマ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ドドマRSインタビュー</li> <li>・ チャムイノCHMTメンバーインタビュー</li> <li>・ ドドマRHMTメンバーインタビュー</li> <li>・ マニャラRHMTメンバーインタビュー</li> <li>・ ドドマRRHMTメンバーインタビュー</li> </ul>
4月15日（火）	<p>【調査団移動日】 ドドマ→ダルエスサラーム</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 首相府地方自治庁（Prime Minister's Office, Regional Administration and Local Government : PMO-RALG）アシスタント次官インタビュー</li> <li>・ プロジェクト専門家によるプレゼンテーション</li> </ul>
4月16日（水）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ プロジェクトC/Pインタビュー</li> <li>・ スイス開発協力庁（Swiss Agency for Development and Cooperation : SDC）インタビュー</li> <li>・ 世界銀行（World Bank : WB）インタビュー</li> <li>・ JICA支援の巡回指導（SS）に係る会議出席</li> </ul>
4月17日（木）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ MoHSW次官表敬</li> <li>・ 合同調整委員会（Joint Coordinating Committee : JCC）出席</li> <li>・ 首席医療官（Chief Medical Officer : CMO）表敬／ミニッツ署名</li> <li>・ JICAタンザニア事務所表敬訪問／報告</li> </ul>
4月18日（金）	<p>【団長・評価分析団員】 移動日 ダルエスサラーム発</p>
4月19日（土）	<p>【団長・評価分析団員】 移動日 成田着</p>

### 1-3 調査団の構成

調査団の構成は以下のとおりである。

合同評価委員会日本側メンバー		
団 長	杉下 智彦	JICA 国際協力専門員 人間開発部課題アドバイザー
地方行政	木全 洋一郎	JICA タンザニア事務所 地方行政担当次長
評価計画	阿部 記実夫	JICA タンザニア事務所 所員
評価計画	キャサリン・シリマ	JICA タンザニア事務所 所員
評価分析	齊藤 佳央里	システム科学コンサルタンツ(株) コンサルタント
合同評価委員会タンザニア側メンバー		
評価分析	エリウド・エリヤキム	MoHSW・保健サービス監査・質確保セクション副課長代理

### 1-4 プロジェクトの概要

#### 1-4-1 プロジェクトのスコープ

図1-1は、プロジェクトのスコープを示したものであり、プロジェクトの実施箇所は、黄色の線で表されており、マネジメントツールは紫の四角に記されている。

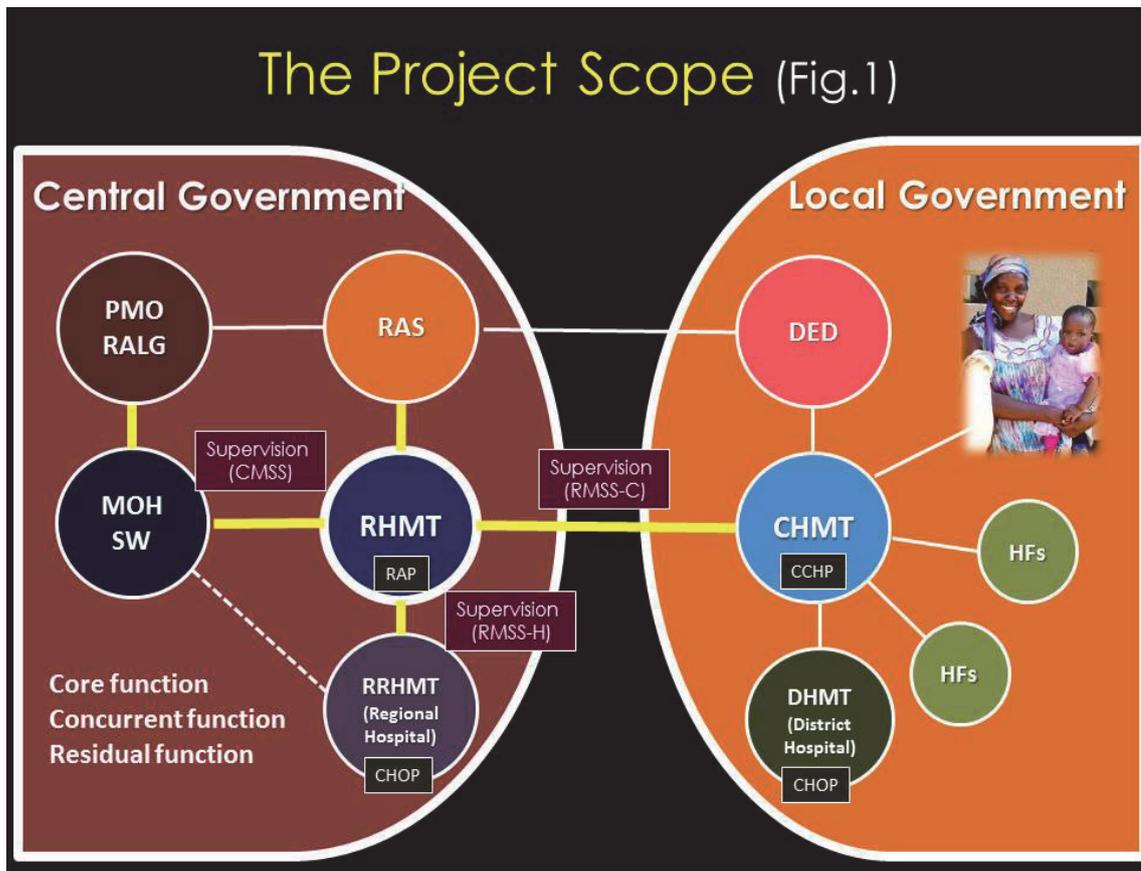


図1-1 プロジェクトスコープ

1-4-2 プロジェクトの要約

最新の PDM ver.3 (2013 年 10 月改訂) によると、プロジェクトの概要は以下のとおりである。

項目	概要	
上位目標	州病院管理チームおよび県保健局のマネジメント業務がより効果的に遂行される。 - 指標 1：県総合保健計画（Comprehensive Council Health Plan：CCHP）の 90%以上が、資金の承認のためのバスケットファンド会議で 1 回目の提出で承認される。 - 指標 2：州病院総合病院運営計画（Comprehensive Hospital Plans：CHOP）の 70%以上が、保健福祉省と地方自治庁へ、2016/17 年度までに提出される。 - 指標 3：州保健局、州病院管理チーム、県保健局によるマネジメントに関わるグッドプラクティスについて共有され、集められる。	
プロジェクト目標	州保健局による県保健局および州病院管理チームの支援業務がより効果的に遂行される。 - 指標 1：標準ツールを使い、全州病院管理チームと全県保健局に対する支援的巡回指導を実施した州保健局の年平均数が、2013/14 年度までに州病院管理チームで 75%、県保健局で 90%になる。 - 指標 2-1：2014 年の 6 月までに、州保健局年次計画書が全州保健局から期限内に保健福祉省に提出され、承認される。 - 指標 2-2：80%以上の州保健局が、2014 年 6 月までに、州保健局年次計画書の審査で、100 点満点中 70 点以上を獲得する。 - 指標 3：2014 年 10 月までに、60%以上の州保健局が四半期報告書を期日どおりに提出する。 - 指標 4：60%以上の州保健局が年次計画で予定した活動の 80%以上を、2013/14 年度末までに実施する。	
成果	[成果 1] 州保健局における県保健局と州病院管理チーム支援のための知識と技能が向上する。	[活動 1-1] 新規に設立された州の州保健局員に対し、県保健局や州病院管理チーム支援に必要なマネジメント能力やコーチング等の研修を実施する。 [活動 1-2] 以下研修トピックに対する研修パッケージを開発する。 - CCHP 計画と PlanRep - CCHP 審査と報告書 - 州保健局、州病院管理チーム、県保健局の資源管理（財務管理と人材管理） - データ管理 - 州保健局計画と報告書ガイドライン - 州病院管理チームと県保健局に対する巡回指導用標準ツール [活動 1-3] 以上の 6 つのトピックに対する研修を実施する。 [活動 1-4] 次のテーマに対するオリエンテーションを行う。 - 病院改革と病院計画 - 県保健サービス委員会、病院諮問委員会、保健サービス協定
	[成果 2] 州保健局における県保健局と州病院管理チームの支援に関する役割と機能が明確化される。	[活動 2-1] 州保健マネジメントに関する課題を議論するため州保健局員の年次会議を開催する。 [活動 2-2] 現状の州保健局と州病院の組織体制にそって「州保健管理システムの機能」文書を改訂する。 [活動 2-3] 州保健の役割と機能を関係者に周知させるためウェブサイトを立ち上げ、ニュースレターを発行する。 [活動 2-4] CMSS や四半期報告書を通じ、州保健局の活動実績を把握し、分析する。 [活動 2-5] 州保健局の実績を保健セクター年次プロフィール報告書に掲載する。
	[成果 3] 州保健局が機能を遂行するためのガイドラインとツールが開発される。	[活動 3-1] 州保健局の実施する県保健局に対する巡回指導ツールと手順書を現行の政策や戦略、ガイドライン文書に沿って開発する。 [活動 3-2] 州保健局の実施する州病院管理チームに対する巡回指導の手順書を開発する。 [活動 3-3] 技術作業部会を通じ他の巡回指導活動との調整をフォローする。 [活動 3-4] 調査結果に基づき、必要に応じ、州保健局のインターネット環境を整える。

## 第2章 評価の方法

### 2-1 評価の手順

本終了時評価は、最新のプロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix : PDM） version 3（2013年10月改訂）に基づいて、「新 JICA 事業評価ガイドライン第1版（2010年6月）」に沿って実施された。

日本・タンザニア合同評価団は、2010年に署名された討議議事録、PDM version 3、活動実施計画（Plan of Operation : PO）、プロジェクト進捗報告書などのプロジェクト関連資料のレビューや、関係者へのヒアリングを行った。

収集された情報に基づいて、プロジェクトの実績（プロジェクト目標、成果の達成度、投入実績等）や実施プロセスを検証し、評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性）の観点から、プロジェクトの評価を行った。評価結果は合同評価報告書にまとめられ、関係者と協議を行い、終了時評価調査団と MoHSW の間で合意された。

表2-1 プロジェクトの実績と実施プロセスの検証の視点

項目	視点
実績の検証	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 投入は計画どおり実施されたか。</li> <li>・ 活動は計画どおり実施されたか。</li> <li>・ 成果は計画どおり達成されたか。</li> <li>・ プロジェクト目標は達成されるか。</li> <li>・ 上位目標達成の見込みはあるか。</li> </ul>
実施プロセスの検証	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ どのようにキャパシティ・ディベロップメントは実現したか。</li> <li>・ プロジェクトのマネジメント体制（モニタリング、プロジェクト内コミュニケーションなど）</li> <li>・ 中間レビュー調査団による提言はフォローアップされたか。</li> <li>・ 実施過程で生じている問題や、効果発現に影響を与えた要因は何か。</li> </ul>

### 2-2 評価5項目

表2-2にまとめられている評価5項目の視点で、プロジェクトの終了時評価を行った。

表2-2 評価5項目の視点

評価5項目	視点
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、評価を実施する時点において妥当か、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などを問う。
有効性	プロジェクト期間中に、また、プロジェクトの成果によってプロジェクト目標が達成される見込みがあるかを問う。
効率性	プロジェクトのコストと効果の関係に着目し、投入要素等が有効に活用されているか（あるいは、されるか）を問う。
インパクト	プロジェクト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。予期していなかった正・負の効果・影響を含む。
自立発展性	協力が終了しても、プロジェクトで発現した効果が持続しているか（あるいは、持続の見込みがあるか）を問う。

### 2-3 主要面談者

本調査では、下記関係者から聞き取りを行った（面談者リスト及び面談結果の詳細については、付属資料「1. ミニッツ・合同評価報告書」の「Annex 3 : List of Interviewees」、及び付属資料「4. ヒアリング概要」を参照）。

- MoHSW、PMO-RALG 関係者
- プロジェクト専門家
- RS、RHMT、RRHMT、CHMT 関係者（ムトワラ州、リンディ州、ドドマ州）
- 開発パートナー関係者（DANIDA、WHO、USAID、SDC、WB）
- JICA タンザニア事務所関係者

## 第3章 評価結果

### 3-1 プロジェクトの実績

#### 3-1-1 投入の実績

##### (1) 日本側投入実績

日本側の投入については、投入規模、質、タイミングともに適切であったと考えられる。しかしながら、CP のなかでは、投入は適切で、必要な活動はほぼ予定どおり実施されたが、専門家不在の時期があることに関連して、長期専門家派遣の要望が聞かれた（同投入の内訳等については付属資料「1. ミニッツ・合同評価報告書」の「Annex-5 : Input from JICA's side」を参照）。

##### a) 専門家の派遣

2011年11月から2014年3月31日までの間に、9名の短期専門家が、表3-1に示すとおり派遣された<sup>1</sup>。

表3-1 専門家派遣実績

氏名	派遣分野	派遣期間
岡田 尚美(一般財団法人 国際開発機構)	総括/保健システム1	2011.11.02-2011.12.25 2012.05.07-2012.06.11 2012.08.11-2012.09.27 2013.03.22-2013.04.26 2013.08.14-2013.09.27 2014.03.23-2014.04.24 2014.08.28-2014.09.20 9.3MM (自社負担 0.4 含)
		(国内作業期間) 3.8 MM
駒澤 牧子(株式会社アースアンドヒューマンコーポレーション)	保健マネジメント/保健システム2 (シニア保健アドバイザー)	2012.01.14-2012.06.11 2012.08.18-2012.12.02 2013.01.12-2013.05.09 2013.08.05-2013.12.18 2014.02.07-2014.04.29 2014.09.11-2014.09.26 20.3MM (自社負担 0.3 含)
宮田 夏江(一般財団法人 国際開発機構)	保健人材開発1/研修開発1	2011.11.02-2011.12.25 2012.01.08-2012.04.12 2012.09.01-2012.11.25 2013.01.05-2013.03.22 2013.04.04-2013.05.16 2013.08.04-2013.12.14 2014.01.27-2014.04.18 2014.08.24-2014.09.20 22MM (自社負担 0.6 含)

<sup>1</sup> 表3-1においては、2014年3月31日以降派遣予定についても確定しているものについては記入されているものもある。

杉原 まゆみ(一般財団法人 国際開発機構)	保健人材開発 2/研修開発 2	2012.04.13-2012.06.11 2012.08.24-2012.09.11 0.66MM (自社負担 2.6 含)
佐藤 美穂 (長崎大学)	保健計画 1	2012.02.01-2012.03.16 2013.02.16-2013.04.09 2014.02.09-2014.03.25 6.3MM (自社負担 1.8 含)
本間 絵奈(株式会社アースアンドヒューマンコーポレーション)	保健計画 2	2012.01.14-2012.05.07 2012.08.25-2012.10.30 2013.01.21-2013.03.06 2013.09.01-2013.10.27 9.4MM (自社負担 3.9 含)
加藤 光之(一般財団法人 国際開発機構) 松本 幸子(一般財団法人 国際開発機構) 濱田 正章(一般財団法人 国際開発機構)	業務調整/研修開発補助	2011.11.02-2011.12.25 2012.01.08-2012.06.11 2012.08.11-2012.12.02 2013.01.20-2013.05.16 2013.08.05-2013.12.14 2014.01.26-2014.04.17 2014.08.28-2014.09.28 22.9MM (自社負担 2.6 含)

b) 研修

終了時評価調査時において、本邦研修に 10 名参加したほか、延べ 901 名が国内で開催された研修コースに参加し、延べ 709 人がプロジェクトの開催する会合やタスクフォースミーティングやワークショップに出席している（詳細は、付属資料「1. ミニッツ・合同評価報告書」の「Annex -5 (3) : List of Trainings and Seminars」を参照）。

表 3-2 本邦研修実績

研修名 (和名)	研修員 人数	研修期間	実施機関
“Health Administration for Regional Health Office for Africa” (アフリカ地域 地域保健担当官のための保健行政)	2 名	2012 年 6 月 26 日 ～8 月 11 日	旭川医科大学
	2 名	2013 年 6 月 25 日 ～8 月 10 日	
“Improvement of Health System in the remote areas” (へき地での保健医療体制の向上)	1 名	2012 年 10 月 10 日～11 月 4 日	NPO 法人 TICO
“Enhancement of Regional Health and Medical System-Focusing on Islands/remote healthcare in Japan” (地域保健システム強化～日本の離島・へき地医療から学ぶ)	2 名	2012 年 9 月 30 日 ～11 月 4 日	長崎大学
	2 名	2013 年 9 月 29 日 ～10 月 30 日	
“Health Policy Development” (保健衛生政策向上)	1 名	2013 年 1 月 20 日 ～2 月 2 日	東京国際センター

表 3 - 3 国内研修・会合開催実績

種 類	研修名	日 数	参加者数
国内研修	CCHP Planning/Assessment/Reporting Training (2 バッチに分けて実施)	6 日	63
	RHMT Planning, Reporting, Financial Management and CCHP/ PlanRep (4 バッチに分けて実施)	5 日	105
	RMSS On-site Training (2013 年 2 月～5 月)	2.5 日	469 (RHMT: 336, DMO: 133)
	RMSS and Regional Health Management (新設 4 州に対して実施)	5 日	31
	RMSS On-site Training (新設 4 州に対して実施)	5 日	72
	ToT for MIS Facilitators on PlanRep3	2 日	24
	RHMT and RRHM Training on Regional Health Management (4 バッチに分けて実施)	5 日	137
	計 (延べ) :		

種 類	会合名	日 数	参加者数
ミーティング	Inauguration (Kick Off) Meeting	3 日	91
	RHMT Annual Review Meeting	3 日	90
		3 日	107
		3 日	129
	RHMT Monitoring Meeting	3 日	136
		計 (延べ) :	

種 類	会合名	日 数	参加者数
タスクフォー スミーティ ング/ワーク シ ョップ	Training Task force meetings	2 日	8
		1 日	10
	Roles & Functions Task Force Meetings	1 日	8
		1 日	7
		1 日	7
		1 日	8

	Workshop for Revision of the Document “Functions of Regional Health Management System”	3 日	27
		2 日	2
		2 日	6
	RMSS Task Force Meetings	1 日	8
		1 日	22
		1 日	7
		1 日	6
		1 日	7
		1 日	7
	Workshop on Revision of RHMT Annual Plan and Report Guideline	2 日	7
	Workshop on Assessment of RHMT Annual Plan and Quarterly Report	2 日	9
	計 (延べ)		156

c) 機材供与

機材供与については、プロジェクト車両及びプロジェクト業務で使用する機材の供与がほとんどであり、プロジェクト1年次に必要機材の検討・導入は予定どおりに完了した（内訳は、付属資料「1. ミニッツ・合同評価報告書」の「Annex-5 (4) : List of Equipment」を参照）。

d) 事業費

プロジェクト活動実施に係る事業費の内訳は、表3-4のとおりである（2014年3月31日時点）。

表3-4 事業費実績

費目	1年次	2年次	3年次	合計
	(2011年10月-2012年6月)	(2012年8月-2013年5月)	(2013年8月-2014年3月)	
	Tsh	Tsh	Tsh	Tsh
研修	98,389,260	406,768,390	224,997,370	730,155,020
機材	5,425,730	0	0	5,425,730
会議	100,486,940	125,054,000	207,931,830	433,472,770
その他	55,164,950	60,530,170	58,519,640	174,214,760
合計	259,466,880	592,352,560	491,448,840	1,343,268,280

為替レート：1円=20.17タンザニア・シリング (Tsh) (1・2年次)、1円=16.13Tsh (3年次)

(2) タンザニア側投入実績

タンザニア側は、C/Pの配置が遅れたものの、終了時評価調査時において、おおむねPDMで定められたとおり投入がされている。C/Pの配置、予算の措置、土地、建物、資材の提供に係

るタンザニア側の投入は以下のとおりである（同投入の内訳等については、付属資料「1. ミニッツ・合同評価報告書」の「3-1 Analysis of the Performance of the Project」、「3-1-1 Input」、「(2) Tanzanian side」及び「Annex-4 : Input from Tanzanian side」を参照）。

a) C/P の配置

プロジェクトに関する C/P 側のプロジェクトマネジメントに携わる 4 名を含む合計 14 名の C/P が MoHSW に配置されているほか、RHMT 全員がプロジェクトと密接に関わっている。特にプロジェクトマネジメントに関わる、プロジェクトマネージャーである政策計画局 (Directorate of Policy and Planning : DPP) 局長が 2012 年 2 月以来代理であり、JCC の議長である次官とプロジェクトディレクターの CMO は、2012 年 2 月から 2013 年 8 月まで代理であり、政策文書の改訂のプロセスにおいて彼らとの関係を強化する必要があったが、代理の地位にいるシニアマネージャーとの関係構築には、多少の困難があった。しかしながら、コアの C/P が円滑なプロジェクト活動実施のため、このギャップを埋めるように MoHSW 内を調整した (C/P については、付属資料「1. ミニッツ・合同評価報告書」の「Annex-4 : Input from Tanzanian side」を参照)。

b) 日本側専門家の執務スペース

タンザニア側は、PDM に沿ったプロジェクト実施に必要な執務スペースを MoHSW 内に確保している。

c) プロジェクトに必要な予算措置

タンザニア側は、下記についてのプロジェクト運営に必要な予算措置を行っている。

- 水道、光熱、インターネット接続費用等
- 機材の維持管理費は、プロジェクト車両については、MoHSW 内の公用車と同様に維持管理がなされている。また、それ以外の機材の維持管理費については、これから発生するものと考えられるが、MoHSW 内の規定にのっとって維持管理されることになっている。
- プロジェクト 1 年次に中央マネジメント支援的巡回指導 (Central Management Supportive Supervision : CMSS) 実施に必要な費用のうち、8 州分の予算 (2 年次は予算手当がなされず、実施されなかった)。
- プロジェクトの C/P の給与及び関連する経費
- プロジェクトの活動に必要な輸送費及び運転手の手当

3-1-2 活動の実績

表 3-5 にまとめられているように、プロジェクトの PDM は終了時評価以前に 3 回改訂されている。

表 3-5 PDM 改訂の変遷

	バージョン	改訂日	主な改訂
1	PDM 0	2011 年 4 月 詳細計画策定調査で合意	
2	PDM 1	2011 年 7 月 プロジェクト開始前に改訂	プロジェクト期間の変更
3	PDM 2	2012 年 5 月 第 2 回 JCC で改訂	より客観的で数値目標を立てられる指標に変更
4	PDM 3	2013 年 10 月 第 3 回 JCC で改訂	中間レビュー調査団の提言に基づいて、いくつかの指標を変更

PDM 及び PO に従って、活動はほぼ計画どおり実施されている。(詳細は、付属資料「1. ミニッツ・合同評価報告書」の「Annex -2 : Plan of Operations (PO)」を参照)。しかしながら、RRHMT に対する SS に関して若干の遅れがみられた。それは、RRHMT に関する基本的政策文書が存在しなかったため、プロジェクトは RRHMT の機能・役割の明確化から着手せざるを得なかったためである。

### 3-1-3 成果の実績

すべての成果の達成度は適切であり、すべての指標は既に達成されている、もしくは、プロジェクト終了までに達成される見込みであることが確認された。

【成果 1】州保健局における県保健局と州病院管理チーム支援のための知識と技能が向上する。

成果 1 は達成されたと考えられる。

ほとんどの活動は計画どおりに実施され、成果 1 の 2 つの指標は既に達成されている。さらに、インタビューをした MoHSW のスタッフ、RHMT メンバー、RRHMT メンバー、CHMT メンバーは、RHMT はマネジメント能力、特に計画立案、報告、CCHP 計画立案・審査、及び SS の分野で向上していると認識していた。

指標 1-1. 合意された 6 つの研修トピックに対し研修パッケージが開発され、活用される。

本指標は、終了時評価の時点ではほぼ達成されている。

合意された研修トピックは以下のとおりである。

- (1) CCHP 計画立案と PlanRep
- (2) CCHP 審査と報告書
- (3) RHMT、RRHMT、CHMT の資源管理 (財務管理と人材管理)
- (4) データ管理
- (5) RHMT 年次計画と報告書ガイドライン
- (6) RRHMT と CHMT に対する SS 用標準ツール

上述の 6 つの研修トピックの研修パッケージは、ニーズに合わせて、いくつかのトピックは組み合わせられ、研修内容・資料が開発され、下記のとおり研修が実施された。

表 3-6 研修実施状況

研修タイトル	6つのトピックへの対応	参加者	研修実施時期
CCHP ガイドライン（計画立案、報告書及び審査）	(1)、(2)	21RHMT (63名)	2012年3月
RHMT 年次計画と報告書、CCHP の PlanRep	(2)、(3)、(5)	21RHMT (105名)	2012年10～11月
CHMT に対する SS 用標準ツール	(6)	21RHMT	2013年2～5月
州保健マネジメント・リフレッシュ研修	(3)、(4)、(5)、(6)*	25RHMT・ RRHMT (130名)	2013年11月～2014年 2月

\* 最後の研修は、RRHMT に対する SS 用標準ツールを含む

「(3) 資源管理」は財務管理と人材管理を含んでいたが、JICA は保健人材開発強化プロジェクトを実施しており、すべての州に対して保健人材管理に関する研修を実施する計画になっていたため、プロジェクトは、研修の重複を避けるために、財務管理に特化することにした。

これらの研修パッケージを基に、プロジェクトは、プロジェクト終了後に活用されることを意図した以下の2種類の研修パッケージを現在作成している。

- a) RHMT 向け CCHP 及び PlanRep に関する研修パッケージ（2014年2月に配布済み）
- b) RHMT 向け基礎研修パッケージ（RHMT 年次計画と報告書ガイドライン、財務管理、SS について；終了時評価調査時点で最終版のプロセス中で、4月中旬に印刷される見込みである）

指標 1-2. 80%以上の州保健局が研修後一カ月以内に、研修で習得した知識・技能を活用するため業務改善を開始する。

本指標は、多かれ少なかれ達成されている。

プロジェクト2年次の第2回目の研修の際、21州中17州（81%）が、研修後の課題を提出した。また、2013年2月に開催されたモニタリング会議では、21州中21州（100%）において、研修に参加しなかった他メンバーへ研修内容の伝達・共有機会がもたれていることが確認された。その形態は主に3つに分類され、①チームの定例会の際に共有する（1～2時間程度）、②半日程度のワークショップを開催する、③3日程度の研修を開催する、である。さらに、いくつかの州では、毎研修時に配布している研修教材を、局員全員にメールで流す（カゲラ州、プワニ州）や、共有スペースにファイルを保管する（カゲラ州）などを通じて共有されている。

「州保健マネジメント・リフレッシュ研修」の実施後、①2013/14年 CHOP の最終版提出、②改訂版 RHMT 年次計画・報告ガイドラインに基づく第2四半期報告書提出、③病院経営改善チャレンジモデル活用など、業務上のタイミングに合わせて研修内容を活用し、業務改善につなげているかの、フォローアップがなされた。2014年2月のモニタリング会議までに、2013年11～12月に研修を受講した21州全州で上記①～③のうちいずれかの方法で研修内容の業務への活用を実施していることが明らかになった。このうち、アルーシャなど6州では、3つの主要課題すべてに取り組んでいた。このように、すべての RHMT は、研修後1カ月以内に、研修で習得した知識・技能を共有すること、さらには、活用して業務改善の取り組みを何らかのかたちで行っ

ている。

【成果2】州保健局における県保健局と州病院管理チームの支援に関する役割と機能が明確化される。

成果2は、プロジェクト終了時までには達成されると考えられる。成果2は、中間レビュー調査時点では、RRHMTに係る基本的政策文書が不在であったことにより、他の成果よりも達成が難しいみなされていたが、プロジェクトは成果2を達成するために必要な活動実施を推進することに尽力した。成果2には3つの指標があるが、それらの指標はプロジェクト終了時までには達成することが見込まれる。

指標 2-1. 「州保健管理システムの機能」文書の改訂版最終稿が2013年9月までに完成し、保健福祉省で公式文書として2014年6月までに承認される。

本指標は終了時評価調査時点では達成されていないが、2014年6月までには達成されると期待される。

改訂版最終稿は2013年11月に完成した。しかし、同年12月にMoHSWによって発表された政策文書と整合させるために、2014年1～2月に再度修正作業が行われた。終了時評価調査時点では、MoHSWでの承認の署名の取り付けが終了し、PMO-RALGにおける承認プロセスに入ったところであった。PMO-RALG関係者から、PMO-RALGは同文書の改訂プロセスに関わっていたため、正式承認のための準備はできているという状況であることが確認されたため、2014年6月までに同文書がPMO-RALGによって正式に承認されることが期待される。

指標 2-2. 全州保健局 (RHMT) が、改訂された文書の中で示された改訂された州保健体制を2014年10月までに導入する。

本指標は、終了時評価調査時点では達成されたかどうかを判断することができなかったが、以下の状況にかんがみ、2014年10月のプロジェクト終了までに達成されると期待される。

「州保健管理システムの機能」文書は、終了時評価調査時点で、正式承認のプロセス中であったが、プロジェクトは同文書の改訂を段階的に行っており、主な改訂内容は、その都度さまざまな会議の機会にRHMTに共有してきた。調査でインタビューをしたRHMTメンバーは、同文書の改訂内容について理解しており、既にいくつかの改訂については導入していることが確認された。主な改訂内容と、現場への共有、及び現場での導入については、表3-7のとおりである。

表3-7 「州保健管理システムの機能」文書の主な改訂内容と現場への導入

改訂内容	現場への共有	現場での導入
州保健局 (RHMT) 局員の規定; コアメンバーとその他メンバーの役割の差別をしないで、全員でマネジメント業務にあたる。	2012年9月の年次レビュー会議で共有。2013年11月研修より意識化を強化。	ムトワラ州とリンディ州のRHMTのメンバーは、メンバーがコアかどうかに関わらず、役割の差別をせず、全員で業務に取り組んでいる。

首相府地方自治庁（PMO-RALG）への報告義務の明確化； MoHSW の審査後、PMO-RALG への報告をする。	両省庁で報告の流れを合意。	2014 年 4 月から実施。
州病院管理チームの役割； 10 の機能の明文化	2013 年 11～12 月研修で RHMT 及び RRHMT に共有。	ムトワラ州の RHMT と RRHMT のメンバーは、それぞれの役割を明確に理解できている。
州病院諮問委員会の法的位置づけと期待する役割	2013 年 11～12 月研修で RHMT 及び RRHMT に共有。	ムトワラ州とドドマ州の RRH には病院諮問委員会が存在し、リンディ州の RRH は同委員会がないことが確認された。これらの RRH では、同委員会のメンバーへの手当（MoHSW によって金額が規定されている）を工面することが大きな課題であることも確認された。

指標 2-3. ニュースレターや他の広報物が広く配布される。

本指標は、達成されているとみなされる。

プロジェクトは、ニュースレターを年に 2 回のペースで、5 回発行し、研修や会議などの機会を通じて広く配布してきた。ほかにも、プロジェクトはアドボカシーのために、カレンダーやバッグなどを作成し、RHMT や RRHMT の役割を広く普及させてきた。プロジェクトはまた、JICA のウェブサイトプロジェクトの活動などに関する記事をアップデートしてきた。

表 3-8 プロジェクトの広報物

資料	出版月	部数
プロジェクトリーフレット	2012 年 1 月	4,000 部
プロジェクトカレンダー	2012 年 1 月 2013 年 1 月 2014 年 1 月	600 部 500 部 600 部
ニュースレター vol.1	2012 年 5 月	3,800 部
ニュースレター vol.2	2012 年 9 月	3,000 部
ニュースレター vol.3	2013 年 4 月	4,500 部
ニュースレター vol.4	2013 年 11 月	7,000 部
ニュースレター vol.5	2014 年 4 月	2,500 部
アドボカシーバッグ	2014 年 2 月	300 個

出典：プロジェクト資料



プロジェクトカレンダー  
(RHMT 紹介の写真つき)



プロジェクト  
ニュースレター Vol.5



アドボカシーバッグ  
(RHMT の 10 の機能紹介)

【成果 3】 州保健局が機能を遂行するためのガイドラインとツールが開発される。

成果 3 は既に達成されていることが確認された。

成果 3 は 3 つの指標があるが、既に述べたとおり、RRHMT に関する基本的政策文書が存在していなかったこと、CHOP の将来的方向性が不確かだったことにより、RHMT から RRHMT に対する SS の開発が遅れた。しかし、プロジェクトは SS ツールの開発と普及を指標の目標時期までに行われるように努力をし、結果として指標は達成された。

指標 3-1. 州保健局が州病院管理チームと県保健局に対して実施する巡回指導に使用するツールがそれぞれ 2013 年 2 月（県保健局）と 10 月（州病院）までに開発される。

本指標は、CHMT への州マネジメント支援的巡回指導（Regional Management Supportive Supervision-Council : RMSS-C）、RRH への州マネジメント支援的巡回指導（Regional Management Supportive Supervision-Hospital : RMSS-H）ともに達成された。

#### [RMSS-C]

ドラフト最終版は、既存の政策やガイドライン、状況分析結、現場でのプレテスト結果を踏まえ、関連のあるステークホルダーとの一連の会議での継続的な改訂を経て、2013 年 1 月に完成した。

#### [RMSS-H]

最終版ではないが、ドラフト 3 版が 2013 年 2 月に開催されたモニタリング会議で紹介され、参加者からインプットを得た。RMSS-H のツールとマニュアルは、RMSS-C のマニュアルに統合され、統合されたマニュアルは 2013 年 10 月に最終化された。

指標 3-2. 州保健局が州病院管理チームと県保健局に対して実施する巡回指導に使用するツールがすべての州へ 2013 年 2 月（県保健局）と 11 月（州病院）までに周知される。

本指標は、RMSS-Hは若干遅れたが、RMSS-Cは予定どおり周知された。以下の状況にかんがみ、若干の遅れがみられたものの、影響はないものと考えられる。

[RMSS-C]

ドラフト最終版は、2013年2月に開催されたモニタリング会議で、RHMTに対して周知された。RHMTは、2012/13年度の第4四半期からRMSS-Cの使用を開始した。現場での使用のフィードバックを得て、2013年12月にRMSS-Cは最終化され、2014年3月24日現在、MoHSWの正式承認プロセス中である。

[RMSS-H]

RMSS-Hのツールの使い方が、2013年11~12月に実施された研修に含まれ、RHMTは2013/14年度の第2四半期からRMSS-Hの使用を開始した。RMSS-Cと同様、2014年3月24日現在、MoHSWの正式承認プロセス中である。

指標 3-3. 90%以上の州保健局がRMSS-Cツールの質に満足し、県保健局支援に活用する意欲を有する。

本指標は達成された。

2013年9月にプロジェクトが実施した「RMSS-C User Feedback Survey」の結果によると、回答したRHMTメンバー（21州から63名）のうち96%（63名中60名）がRMSS-Cツールに満足している。また、表3-9のとおり、ツールの多様な便益が感じられており、ツールの有効性が表れている。

表3-9 RHMTメンバーが感じるRMSS-Cツールの便益について

RMSS-Cが貢献する分野	YESと回答したRHMT局員の割合
州保健局員の県保健局に関する理解が促進される	92%
県保健局とのコミュニケーションが促進される	88%
県保健局への支援の質が改善される	92%
県保健局との関連性が向上する	93%

出典：「RMSS-C User Feedback Survey」（2013年9月）

インタビューをしたRHMTメンバーは、CHMTに対するSSの質を向上させ、標準化する役割を果たしているRMSSツールを高く評価していた。さらに、インタビューしたCHMTメンバーは、RHMTの巡回指導のスタイルが、問題を確認して非難する「検査」型から、問題を一緒に解決しようと試みる「支援」型になったと感じていた。

3-1-4 プロジェクト目標の達成度

【プロジェクト目標】州保健局による県保健局および州病院管理チームの支援業務がより効果的に遂行される。

プロジェクト目標に対しては、5つの指標が設定されており、そのうち「標準ツールを使い、全

RRHMT と全 CHMT に対する SS を四半期ごとに実施した RHMT の年平均数が、2013/14 年度までに RRHMT で 75%、CHMT で 90%になる」は、特に RRHMT に関する正確なデータが終了時評価調査時点で収集できず、「2014年の6月までに、RHMT 年次計画書が全 RHMT から期限内に MoHSW に提出され、承認される」に関しては、全 RHMT (100%) という数値目標を達成するには挑戦的であると考えられる。しかし、調査団は過去の実績にかんがみ、プロジェクト目標は達成されると考える。

CHMT に対する支援に関しては、インタビューをした MoHSW スタッフ、RHMT メンバー、CHMT メンバーから、RHMT は、CCHP の計画立案と審査、SS において、支援業務が向上したという評価が得られた。他方で、インタビューした RRHMT メンバーから、RHMT による支援は彼らのニーズに対して充分ではないことが聞かれた。

SS については、ムトワラ州の何名かの RRHMT メンバーと CHMT メンバーから、RHMT は RRHMT に定期的に SS に来ていなかったり、SS で使用したチェックリストや文章として書かれたフィードバックを残さないという意見が聞かれ、更なる改善の余地が確認された。

指標 1. 標準ツールを使い、全州病院管理チームと全県保健局に対する支援的巡回指導を四半期毎に実施した州保健局の年平均数が、2013/14 年度までに州病院管理チームで 75%、県保健局で 90%になる。

本指標は部分的に達成されている。

[RMSS-C を使った CHMT への SS]

表 3-10 は、州内のすべての CHMT に RMSS-C を実施した RHMT の割合を示している。RHMT は、2012/13 年度第 4 四半期から RMSS-C の活用を始めた。通常、バスケットファンドは年に 2 回、半年分の予算が送金されるが、最初の配賦は第 2 四半期の終わりごろであり、この配賦遅れが、特に第 1 四半期と第 2 四半期の SS の低い実施率に影響を与えている。しかしながら、2012/13 年度と 2013/14 年度の第 1 四半期と第 2 四半期の実施率を比較すると、2013/14 年度の実施率の方が高く、改善がみられる。これは、他ファンドからの流用や日当支払い留保などで資金繰りを工夫し、SS を実施した州が増えたためである。

RMSS-C ツールを使用した SS 実施率が一番高いのは、2012/13 年度の第 4 四半期で、86%であり、目標の 90%には届いていない。しかし、2013/14 年度の第 4 四半期には 90%を超えることが期待されるが、本指標は年平均の実施率が 90%を超えるという目標であるため、配賦が遅れているバスケットファンドに依存している現状では、90%という数値目標は挑戦的であると考えられる。

表 3-10 すべての CHMT に RMSS-C を実施した RHMT の割合 (21 州中)

	2012/13 年度				2013/14 年度	
	第 1 四半期	第 2 四半期	第 3 四半期	第 4 四半期	第 1 四半期	第 2 四半期
SS 実施	43%	43%	71%	86%	52%	62%
報告書作成	38%	43%	67%	81%	52%	62%

出典：プロジェクト資料

[RMSS-H を使った RRHMT への SS]

表 3-11 は、2011/12 年度における RRHMT に SS を実施した RHMT の割合であり、RMSS-H はまだ開発されていなかったもので、使用されていない。CHMT への SS と同様で、第 1 四半期と第 2 四半期の SS 実施率は低い。

RMSS-H は、2013 年 11~12 月に普及され、2013/14 年度第 3 四半期から RMSS-H ツールを使用した RRHMT への SS が開始された。2013/14 年度第 3 四半期における SS のデータは現在報告されているところで、集計されていない。2011/12 年度の実績で、RMSS-H ツールを使用していないが、第 3 四半期と第 4 四半期の SS 実施率は本指標の数値目標である 75% よりも高いことから、RRHMT に係る本指標は達成されることが期待される。

表 3-11 RRHMT に SS を実施した RHMT の割合 (21 州中)

	2011/12 年度			
	第 1 四半期	第 2 四半期	第 3 四半期	第 4 四半期
SS 実施	71% (15 / 21)	62% (13 / 21)	76% (16 / 21)	81% (17 / 21)

出典：プロジェクト資料

指標 2-1. 2014 年の 6 月までに、州保健局年次計画書が全州保健局から期限内に保健福祉省に提出され、承認される。(MoHSW から予算の上限と同時に提出期限も通知される)

本指標は終了時評価調査の時点では達成されていない。

期限内に年次計画書を提出した RHMT の割合は、2012/13 年度計画書提出時の 19% から、2013/14 年度計画書提出時の 76% へ向上している。1 年間でこれだけ大きく改善しており、C/P や RHMT メンバーは、RHMT は計画立案の能力を向上したと感じている。調査団は、同割合は更に向上すると考えるものの、新しく設立された 4 州が 2014/15 年度計画提出から含まれることから、100% という数値目標は達成が難しい可能性があると考え (2014/15 年度計画提出からは、分母が 21 から 25 になる)。

表 3-12 期限内に年次計画書を提出した RHMT の割合

2011/12 年度計画	2012/13 年度計画 (提出期限：2012 年 4 月末)	2013/14 年度計画 (提出期限：2013 年 3 月末)
情報なし	期限内提出 19% (4 / 21)	期限内提出 76% (16 / 21)

出典：プロジェクト資料

指標 2-2. 80% 以上の州保健局が、2014 年 6 月までに、州保健局年次計画書の審査で、100 点満点中 70 点以上を獲得する。

本指標は既に達成されている。

2011/12 年度計画においては、21 州のうち 9 州 (43%) が 70 点以上を獲得した。その割合が、2012/13 年度計画においては 86% に、2013/14 年度計画においては 88% に向上し、数値目標の 80% を超えている。

表 3-13 70 点以上を獲得した RHMT の割合

2011/12 年度計画	2012/13 年度計画	2013/14 年度計画
43% (9/21)	86% (18/21)	88% (22/25*)

出典：プロジェクト資料

\* 指標 2-1 と 2-2 の、2013/14 年度計画に係るデータの分母の違いの理由は、新設された新州は 2013/14 年度計画の提出の際に、期限内提出を免除されたが、質を測るために審査されたためである。

指標 3. 2014 年 10 月までに、60%以上の州保健局が四半期報告書を期日どおりに提出する。

本指標は既に達成されている。

2011/12 年度第 3 四半期には、33% (21 州中 7 州) の RHMT が四半期報告書を期限内に提出した。この数値が、2012/13 年度の第 2 四半期及び第 4 四半期には、100%に達した。第 3 四半期に 67%に下がった理由は、同四半期に年次保健計画の立案や、CCHP 計画立案支援で多忙であったためであると考えられる。2013/14 年度の第 1 四半期と第 2 四半期で 100%から下がった理由は、新州 4 州が四半期報告書を提出し始めたからであると考えられる。

多忙な時期でも、本指標の数値目標である 60%以上を超えており、本指標は達成されている。

表 3-14 四半期報告書の期限内提出した RHMT の割合

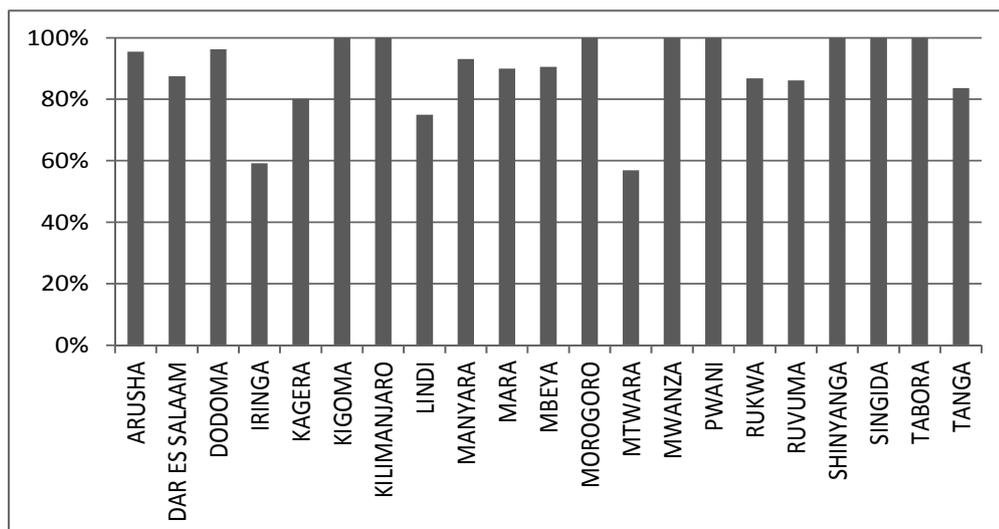
2011/12 年度		2012/13 年度				2013/14 年度	
Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
38% (8/21)	情報なし	48% (10/21)	100% (21/21)	67% (14/21)	100% (21/21)	88% (22/25)	88% (22/25)

出典：プロジェクト資料

指標 4. 60%以上の州保健局が年次計画で予定した活動の 80%以上を、2013/14 年度末までに実施する。

本指標は、達成される見込みが非常に高いと考えられる。

2012/13 年度の第 4 四半期報告書に、RHMT は年次計画書で計画した活動の実施率を報告する。**図 3-1**には州ごとの活動の実施率が示されており、21 州の平均実施率は 88%であり、指標の数値目標の 80%より高い。3 州 (イリング州、リンディ州、ムトワラ州) のみが、80%以下の実施率である。これら 3 州の実施率が低い理由としては、他の州よりもバスケットファンドの配賦が遅く、活動を実施する期間が短くなることが考えられる。



出典：プロジェクト資料

図 3-1 2012/13 年度における年次保健計画書の活動の実施率

### 3-1-5 上位目標の達成見込み

【上位目標】州病院管理チームおよび県保健局のマネジメント業務がより効果的に遂行される。プロジェクト終了後 3~5 年のうちに、プロジェクトの上位目標達成の見込みは高い。

指標 1. 県総合保健計画の 90%以上が、資金の承認のためのバスケットファンド会議で 1 回目の提出で承認される。

表 3-15 は、CCHP の 1 回目の提出での承認と 2 回目の提出での承認の割合を示している。2012/13 年度計画の 1 回目の提出による承認は 0%であった。これは、CCHP の提出が、PlanRep という、エラーが多く、頻繁にアップデートされているプログラムを通じての提出が義務づけられたためである。この割合は、翌年（2013/14 年度計画）には 31%まで向上した。この時まで、MoHSW 県保健サービスコーディネーターは、RHMT が CCHP の審査プロセスに正式に関わることを許可しなかったため、RHMT は CHMT に対して質の高い CCHP の計画立案を支援することができなかった。終了時評価調査時点で立案されている、2014/15 年度計画については、RHMT に対して PlanRep Meso というプログラムの研修を行うことを条件に、県保健サービスコーディネーターが RHMT の関与を許可した。

表 3-15 CCHP の承認の割合

	2011/12 年度 CCHP	2012/13 年度 CCHP	2013/14 年度 CCHP
1 回目の提出での承認	58% (76 / 132)	0% (0 / 132)	31% (50 / 161)
2 回目の提出での承認	84% (111 / 132)	58% (76 / 132)	85% (137 / 161)

出典：プロジェクト資料

インタビューをした MoHSW スタッフと RHMT メンバーは、RHMT の CCHP の計画立案と審査に係る能力が向上したと評価していた。調査団が訪問した 3 州では、それぞれの CHMT に対

して、RHMT メンバーが「保護者 (Guardian)」もしくは「後援者 (Patron)」として任命され、責任をもって CCHP 計画立案の支援をしていた。インタビューをした CHMT メンバーは、RHMT の支援、フィードバックは CCHP 計画立案に有益であると述べていた。

本指標は、終了時評価調査時点では達成されていないが、RHMT の支援がより本格的になるにしたがって、1 回目の提出での承認率は向上していくことが期待される。しかしながら、本指標の達成には、RHMT と CCHP の関わりの戦略がより精巧に練られる必要がある。

指標 2. 州病院総合病院運営計画 (CHOP) の 70%以上が保健福祉省と地方自治庁へ、2016/17 年度までに提出される。

総合病院運営計画 (CHOP) に関して、プロジェクトは提出の流れと、RHMT と MoHSW の関与、病院改革チームのフォローアップについて明確にするように支援した。また、プロジェクトは病院改革チームを支援して、CHOP の計画立案のオリエンテーションを、RHMT と RRHMT に対して行い、CHOP の提出を奨励した。2013/14 年度計画に関しては、23RRH 中 18RRH (78%) が提出し、この割合は本指標の数値目標よりも高い。

2014/15 年度計画に関しては、2014 年 3 月 20 日時点で、既に 6RRH が計画を提出しており、提出率が向上することが大いに期待される。

しかしながら、インタビューをした RRHMT メンバーによると、立案した計画に対してバスケットファンドなどの資金を受け取っておらず、それが彼らの計画立案のモチベーションを下げる要因になっていた。この要素は、本指標達成のために考慮される必要がある。

指標 3. 州保健局、州病院管理チーム、県保健局によるマネジメントに関わるグッドプラクティスについて共有され、集められる。

プロジェクトは年に 2 回全 RHMT が集まる会議 (9 月に年次レビュー会議、2 月にモニタリング会議) を開催し、RHMT にグッドプラクティスを共有するように奨励した。プロジェクトは「グッドプラクティス」の定義をし、革新的で異なり、課題に取り組み、成功へのエビデンスがあり (質的・量的に)、効果が持続的であり、複製可能であることとしている。

既に 35 のグッドプラクティスが共有された。プロジェクトは現在、グッドプラクティス集を編集しており、これらグッドプラクティスが広く共有される予定である。さらに、プロジェクトは MoHSW が開催する州医務官 (Regional Medical Officer : RMO) ・県医務官 (District Medical Officer : DMO) 年次会議や、RHMT メンバーが参加するほかのプログラム会議でもグッドプラクティスを共有するように提唱している。また、フェイスブックを活用し、グッドプラクティスを共有するプラットフォームを試みているところである。

インタビューした RHMT メンバーによると、州レベルでも、RRHMT や CHMT が出席する会議でもグッドプラクティスが共有されている。例えば、ドドマ州では、四半期ごとに妊産婦死亡監査会議が開催され、すべての CHMT が費用を負担して出席している。この会議は、室内での会議と、実際に保健施設を訪問して行う SS で構成されており、CHMT 間の相互学習 (Peer Learning) を促進する良い機会となっている。他方で、ムトワラ州とリンディ州の CHMT と RRHMT は、州レベルでグッドプラクティスが積極的に共有されている認識は薄かった。

州レベルにおけるグッドプラクティス共有はもっと促進されるべきであるが、本指標は達成される見込みは高い。

### 3-1-6 プロジェクトの実施プロセス

#### (1) キャパシティ・ディベロップメント

プロジェクトは、「個人」レベル、「組織」レベル、「制度」レベル、それぞれにおける RHMT のキャパシティ・ディベロップメントを図り、表 3-16 にまとめられているとおり、それぞれのレベルにおいて効果が観察されている。

表 3-16 プロジェクト活動とキャパシティ・ディベロップメントのレベルごとの効果

レベル	プロジェクトが支援した活動	効果
「個人」 レベル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 研修</li> <li>・ オリエンテーション</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 個人の知識・技能の向上</li> </ul>
「組織」 レベル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「州保健管理システムの機能」文書の改訂</li> <li>・ 中央から州への SS、実地研修、RHMT へのフォローアップ訪問</li> <li>・ RHMT パフォーマンス評価と表彰制度の導入</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ RHMT のチームワークの向上</li> <li>✓ RHMT のパフォーマンスの向上</li> </ul>
「制度」 レベル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ RMSS-C/H ツールとマニュアルの開発</li> <li>・ 年次保健計画・報告書ガイドラインの開発</li> <li>・ 全国会議の開催</li> <li>・ グッドプラクティスの共有</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ SS の質の向上と標準化</li> <li>✓ 年次保健計画と四半期報告書の質の向上と標準化</li> <li>✓ 水平的ネットワークの確立</li> </ul>

#### (2) プロジェクトのマネジメント

プロジェクトのマネジメントと活動の実施に関して、特に大きな問題はみられなかった。

プロジェクトの効率的なマネジメントのために、プロジェクトは、JCC に追加して、保健セクター資源事務局長を議長として月例プロジェクトマネジメント会議の開催を試みたが、参加者が多忙を極め開催することができなかった。そのため、JCC がプロジェクトの進捗管理や意思決定を行うマネジメント機関として機能した。さらに、プロジェクトは、半年に 1 度全 RHMT が集まる会議を開催し、プロジェクト活動の進捗とプロジェクト目標の達成状況を RHMT とモニタリングした。この会議は、プロジェクトの進捗と達成状況を十分に、かつ効果的にモニタリングすることに貢献した。

プロジェクトは、プロジェクトの指標を、できるだけ客観的にかつ量的に測れるように設定し、プロジェクトの達成状況をより適切に測れるように、指標の検討を継続した。C/P も、プロジェクトの指標は、RHMT のパフォーマンスの評価とプロジェクトの達成状況を測るために適切な指標であったと評価していた。

また、日本人専門家と C/P は共に活動できる時間が限られていたため、日本人専門家と C/P は緊密に活動を実施していた。日本人専門家の仕事ぶりや能力は、すべてのレベルにおいて C/P やプロジェクト関係者に高く評価されていた。

さらに、プロジェクトは、セクターワイドアプローチ (Sector Wide Approaches : SWAp) にお

ける県・州保健サービス技術作業部会（Technical Working Group : TWG）に積極的に関与した。TWG への関与を通じて、プロジェクトは県・州レベルにおける他開発パートナーの支援の状況を把握することができ、技術的インプットを得ることができた。同 TWG に参加している開発パートナーは、プロジェクトが活動の進捗を共有したり、ツール・文書のドラフト版に対して技術的インプットの求めたことについて、高く評価していた。

(3) 中間レビュー調査による提言とフォローアップ状況

表3-17 中間レビュー調査による提言とフォローアップ状況

提 言		フォローアップ状況
プロジェクトに対して		
1	RHMT 及び RRHMT に求められている機能を地方分権の現状に沿って再検討し、その行動規範・領域に関する規定を明確にする。	<ul style="list-style-type: none"> <li>- プロジェクトは、RHMT/RRHMT の役割のための MoHSW と PMO-RALG の機能（RHMT の計画と報告書、CHMT の計画と報告書、RRHMT の計画と報告書、RRH 内での SS）について明確化した。</li> <li>- 行動規範・領域に関しては、プロジェクトは MoHSW ・ PMO-RALG の役割と報告のフローを明確化し、PMO-RALG と合意した。</li> </ul>
2	開発パートナーや他のステークホルダーによって実施されているマネジメントツール（特に SS）や実施方法について、特に州保健システム強化に関して調和化を促進する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RMSS は、RRHMT と CHMT が直面している課題を、彼らが主体的になって解決するために、彼らをファシリテートするツールとして開発された。</li> <li>- SS ツールは乱立しており、調和されていない。プロジェクトは MoHSW の Department of Quality Assurance と議論を続けているが、MoHSW には SS に関する明確なビジョンと計画がない。</li> </ul>
3	州保健システム強化に関するプロジェクト成果のパッケージ化を進めながら、適宜、州保健システム強化に関心の高い開発パートナーへの周知・説明を行う。	<ul style="list-style-type: none"> <li>- プロジェクトの C/P は、MoHSW の関係部署や多くの開発パートナーが出席する年次保健セクターレビュー会議（2013年10月開催）、RMO/DMO 会議（2013年5月開催）で、プロジェクトの達成状況について発表した。</li> <li>- プロジェクトは、改訂した「州保健管理システムの機能」文書や、RMSS ツールのドラフトを、TWG で共有した。</li> </ul>
4	プロジェクトで得られた経験や知見を州、国家、及び国際社会、それぞれのレベルで行われる各種会議や機会において適宜発表や報告を行い、プロジェクトの教訓を「地方分権化における保健行政マネジメントのあり方」のモデルと	<ul style="list-style-type: none"> <li>- プロジェクトは、州保健マネジメント強化に関するプロジェクトの経験や教訓を、下記の機会を通じて共有した。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 中央レベルの会議（RHMT 年次レビュー会議、RMO/DMO 会議、年次保健セクターレビュー会議）</li> <li>・ 研修</li> <li>・ ニュースレターや広報物（フェイスブックを活用したプラットフォームとして最近確立された）</li> <li>・ 国際会議（日本国際保健医療学会、アメリカ公衆衛生学</li> </ul> </li> </ul>

	して文書や資料の普及に努める。	会、ケーパタウンで開催予定の保健システム研究第3回グローバルシンポジウム：2014年9月30日~10月3日) - プロジェクトは現在グッドプラクティス集の作成中である。
5-1	RHMT/RRHMT の関係性を明確にし、マネジメントのツールの課題や重要性をプロジェクトが終了するまでに提言としてまとめる。	- プロジェクトは、2014年9月までに、RHMT/RRHMT の関係性がうまく機能しているかどうかを確認し、結果と課題をプロジェクトからの提言として取りまとめる予定である。
MoHSW と PMO-RALG に対して		
5-2	本プロジェクトの実証検証や教訓を議題として、四半期毎の定期的な省庁間会議を開催する。	- MoHSW と PMO-RALG の間での省庁間会議は四半期に1度ではなく、半年に1度のペースで開催されている。
6	州保健行政が効果的かつ順調に実施されるようにするために、担当部局に対して十分な財政手当と人材配置を検討する。	- まだ組織的な対応はされていないが、MoHSW は、WB から協力を得て RHMT の研修を開催したように、他開発パートナーから資源を得るように努めている。
MoHSW に対して		
7	プロジェクト活動によって波及的に起こってきたマネジメントのグッドプラクティスの情報交換を継続し、RHMT/CHMT フォーラムなどの機会を積極的に利用して、州間の横のネットワークや横断的な学びを推進していくこと。	- MoHSW とプロジェクトは、州・県マネジメント強化の経験やアイデアを共有するためのプラットフォームをつくった。 - プロジェクトは、プラットフォームとして、毎年5月か6月に開催されている RMO/DMO 会議が活用されるように提言している。
プロジェクトと MoHSW に対して		
8	調査団による提言を基に PDM version 2 をレビューすること。	- プロジェクトと MoHSW は、話し合いをもち、2013年10月に PDM を改訂した (PDM version 3 が最新版)。

### 3-2 評価5項目の評価結果

本評価は、評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性）の観点により実施された（評価内容の詳細等については、付属資料「3. 評価グリッド」を参照）。

#### 3-2-1 妥当性

下記の観点から妥当性は高いと判断される。

### (1) タンザニアの国家開発計画及び保健政策との整合性

独立以来、タンザニア国は、すべての国民が基礎的な医療・保健ケアを受けることができるよう最大の努力をしてきた。

タンザニア開発ビジョン 2025 には、5つの目標（質の高い生計を営めるようにすること、平和・安定及び結束、グッドガバナンス、教育・学習のいき届いた社会、持続可能な成長を可能とし、その利益を分配する競争原理に基づく経済）がある。これらの目標のなかで、特に質の高い生計を営むことを現実化するために、「国民全員が質の高い医療・保健ケアにアクセスできるようになること」が必要であると考えられている。

保健サービスの主管を中央政府から地方政府に移管する試みは、1990年代後半に開始された地方分権政策及び保健セクター改革下で実施されており、2008年になり、RHMTが政府の保健機関として再構築された。HSSP IIIにおいては、戦略1ではCHMTの強化が、戦略2ではRRHMTの強化がRHMTの支援の下に強化されることが明記されており、州レベルの強化も重点政策の一つとなっている。

### (2) ターゲットグループの適切性とタンザニアの人々とのニーズとの整合性

タンザニア国では、県レベルが保健サービスデリバリーの責任を負うとしており、多くの開発パートナーは、州レベルではなく、県レベルを支援している。JICAのタンザニアにおける保健セクター支援の歴史的な文脈では、タンザニアの保健システムのボトルネックは、開発パートナーによって十分な支援を受けていないRHMTのマネジメントの脆弱性であることが明確にされた。2000年以来、JICAはRHMTの能力強化を支援する唯一の開発パートナーであり、タンザニアの保健システム強化に大きなインパクトを与えてきた。インタビューをしたすべての関係者は、RHMTは、MoHSWとCHMTをつなぐ、技術的で政策的な支援機関として重要であり、かつ、RHMTのマネジメント能力は、マネジメント構造のインターフェイスとして強化されるべきであると認識していた。

プロジェクトの上位目標は「RRHMT及びCHMTのマネジメント業務がより効果的に遂行される」である。RRHMTとCHMTは、県病院管理チームと共に、それぞれRRHと県レベルにおける保健サービスデリバリーの責任者であり、彼らのマネジメントパフォーマンスは、直接的に保健サービスの質に影響する。そのため、プロジェクトがRHMTをターゲットとすることは適切であり、タンザニア国民のニーズに一致している。

### (3) 日本の援助政策との整合性

日本は、第4回アフリカ開発会議及び北海道洞爺湖において開催された第34回G8首脳会議において、保健システム強化に尽力することを表明した。また、第5回アフリカ開発会議では、地方分権化された保健システムの文脈において基本的保健ケアサービスへの誰もがアクセスできる「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」の促進へのコミットメントを表明した。

2012年6月に策定された対タンザニア国別援助方針では、基本政策を「持続可能な経済成長及び貧困削減のための経済・社会開発を推進する」こととしており、「貧困削減に向けた経済成長」、「経済成長と貧困削減を支えるインフラ開発」、「国民すべてに対する行政サービスの改善」を3つの優先課題としている。本プロジェクトは、「国民すべてに対する行政サービスの改善」下の開発目標（小目標）行財政管理能力強化中、「保健行政システム強化プログラ

ム」に分類されており、日本の援助政策と合致している。

#### (4) プロジェクトデザインの妥当性

プロジェクトはタンザニア国のすべての州を対象としており、MoHSW のニーズに対応している。プロジェクトのアプローチは、州における保健サービスデリバリーに直接責任をもつ CHMT と RRHMT を支援する RHMT の能力を強化することであり、つまり、プロジェクトは間接的に保健サービスデリバリーの強化を図っている。このプロジェクトデザインはタンザニア政府の政策とタンザニア国民のニーズに沿っており適切であると考えられる。

### 3-2-2 有効性

プロジェクトの有効性は中程度と判断される。しかし、RRHMT 支援の RHMT の機能を強化する余地がある。

#### (1) プロジェクト目標の達成度

特に、CHMT を支援する RHMT の能力強化については、「3-1-4 プロジェクト目標の達成度」にあるように、RHMT に予算が通常どおり手当てされれば、プロジェクト目標をプロジェクト期間中に達成できると考えられる。

5つの指標のうち、3つの指標は既に達成されている。CHMT と RRHMT への SS の実施に関する指標は、バスケットファンドの配賦状況に影響されている。RHMT 年次計画の期限内の提出による承認に関する指標は、メンターシップを要する新設 4 州が対象となったことで、全 RHMT が期限内に提出し承認を得ることは、少々難しいと考える。

プロジェクトは、RHMT のパフォーマンスを測る評価基準を設定し、全 RHMT のパフォーマンスを評価し、毎年 9 月に開催した年次レビュー会議で上位 3 州を表彰した。表 3-18 は、2012/13 年度の RHMT のパフォーマンスの評価結果を表している。この結果は、2013 年 9 月に開催された第 2 回 RHMT 年次レビュー会議で発表され、上位 3 州が表彰された。評価基準は、RHMT 年次計画の質、四半期報告書の期限内提出と SS 報告書の提出である。この評価は、RHMT のパフォーマンスを視覚化することによって、RHMT が自分たちのパフォーマンスの位置を確認でき、競争心をあおり、RHMT の更なる向上をめざしたモチベーションを高めることに貢献した。

表 3-18 2012/13 年度の州保健局 (RHMT) のパフォーマンス評価結果

	No. of LGA	Plan	Q Report				Score	Position
		Annual Plan	Q Report Timing Q1	Q Report Timing Q2	Q Report Timing Q3	Q Report Timing Q4		
<b>Max Score</b>		<b>40</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>60</b>	
1 ARUSHA	7	29.6	5.0	2.5	5.0	5.0	47.1	7
2 DAR ES SALAAM	3	31.2	0.0	2.5	2.5	2.5	38.7	16
3 DODOMA	7	28.8	5.0	5.0	5.0	5.0	48.8	6
4 IRINGA	4	25.6	0.0	2.5	0.0	5.0	33.1	20
5 NJOMBE	6	28.8	0.0	0.0	0.0	0.0	28.8	23
6 KAGERA	8	36.8	5.0	5.0	5.0	5.0	56.8	2
7 KIGOMA	8	28.8	5.0	2.5	5.0	5.0	46.3	9
8 KILIMANJARO	7	32.0	5.0	2.5	2.5	5.0	47.0	8
9 LINDI	6	33.6	0.0	2.5	0.0	2.5	38.6	17
10 MANYARA	6	35.2	0.0	2.5	2.5	2.5	42.7	11
11 MARA	7	32.8	5.0	2.5	2.5	2.5	45.3	10
12 MBEYA	11	32.8	5.0	5.0	5.0	5.0	52.8	3
13 MOROGORO	7	30.4	5.0	2.5	0.0	2.5	40.4	14
14 MTWARA	7	34.4	0.0	2.5	2.5	2.5	41.9	12
15 MWANZA	8	24.0	0.0	5.0	0.0	2.5	31.5	21
16 GEITA	6	25.6	0.0	0.0	0.0	0.0	25.6	25
17 PWANI	7	38.4	5.0	5.0	5.0	5.0	58.4	1
18 RUKWA	4	30.0	0.0	5.0	0.0	2.5	37.5	19
19 KATAVI	4	30.0	0.0	0.0	0.0	0.0	30.0	22
20 RUVUMA	6	36.8	0.0	2.5	0.0	2.5	41.8	13
21 SHINYANGA	8	34.4	0.0	2.5	0.0	2.5	39.4	15
22 SIMIYU	6	28.0	0.0	0.0	0.0	0.0	28.0	24
23 SINGIDA	6	34.4	5.0	2.5	5.0	2.5	49.4	5
24 TABORA	8	28.4	0.0	2.5	5.0	2.5	38.4	18
25 TANGA	11	33.6	5.0	2.5	5.0	5.0	51.1	4

出典：プロジェクト資料

\* グレーの行で、22 位から 25 位に位置する RHMT は、新設された州の RHMT である。順位が低いのは、彼らの実践の期間が短く、メンターシップを要する段階であるためである。

プロジェクトが実施した CHMT メンバーを対象とした RMSS-C の調査によれば、回答した CHMT メンバーの 88.9%が、RHMT による RMSS-C に満足している。インタビューした CHMT もまた、RHMT による RMSS-C が、彼らが直面している課題を解決するために、ギャップを明らかにし、解決策を一緒に考える、より「支援的」な巡回指導になったと、高く評価していた。

しかしながら、RRHMT に対する支援は、彼らのニーズに対しては十分なものではなかった。これは、CHOP に関する先行きと全般的病院管理が、2012 年末に DANIDA が支援を撤退し、MoHSW が、RRH からの増加する要求に対応することができなかつたためである。プロジェクトは、限られた予算と時間のなかで、RMSS-H を開発してこのギャップを埋めようと試みたが、プロジェクトもまた、RRH からの増加する要求を満たすことができなかった。

## (2) 成果とプロジェクト目標の関連性

本プロジェクトは、プロジェクト目標を達成するために、3 つの成果 (RHMT の能力強化、RHMT の環境整備、RHMT のツール整備) から構成されている。すべての成果は、RHMT が機能と役割を効果的で効率的に果たすために必要であり、つまりプロジェクト目標との関連性はある。

### (3) 成果レベルの外部要因

外部要因のうち、「他の開発パートナーの実施する RHMT に対する支援活動が予定どおり実施される」は、RHMT が計画した活動を実施するために有効である。他方で、「RHMT への予算が予定どおり配賦される」は、バスケットファンドの配賦はいつも遅れており、計画した活動の実施に影響を与えているため、それほど有効ではない。

## 3-2-3 効率性

下記の観点から効率性は高いと判断される。

### (1) 成果の達成レベル

「3-1-3 成果の達成状況」に記述されているように、中間レビュー調査時点で、RRHMT に関する活動に多少の遅れがみられたが、すべての成果は十分に産出されている。

### (2) 成果を達成するための投入の質、量、タイミング

「3-1-1 投入」に記述されているとおり、大部分のインプットは量的にも質的にも適切であり、活動が計画どおりに実施されるように適切に投入された。

MoHSW は能力とコミットメントの高い C/P を配置した。プロジェクトはファシリテーターグループを形成して、あるファシリテーターが、都合がつかず予定されていた研修に参加できなくても、他のファシリテーターがその役割を担うことを可能とした。

しかし、RHMT を指導し、メンターをするための MoHSW による CMSS を実施するための予算がプロジェクト 2 年次に他の部署に再配分されたため延期となった。これは、プロジェクトの範囲外であったが、RHMT のパフォーマンス向上のためには重要な活動であったため、プロジェクトで計画されていた RHMT への研修の形態を、ゾーンごとの宿泊型研修から、各州で実施する実地研修に変更することにより、MoHSW に対して、CMSS と同様に、各州を訪問して、各 RHMT の実際の状況を把握し、彼らの職場で彼らをメンターする機会を提供することができた。この実地研修は、MoHSW が CMSS を実施できないことを補完し、また予算の観点からも、非常に効率性が高いものであった。

プロジェクトは、半年に 1 度のペースで、全 RHMT が参加しグッドプラクティスを共有する場となる RHMT フォーラムを開催した。これは、RHMT 間のネットワーク形成と水平的学習を促進した。その波及効果として、多くの RHMT が積極的に自分たちで他州を訪問し、現場でグッドプラクティスがどのように実践されているかを学んでいることが確認された。

プロジェクトは、積極的に、開発パートナー間の活動を調整・調和するために、TWG に関与した。プロジェクトは、活動の進捗を共有し、より質の高い文書やツールを開発するために技術的インプットを求めた。他方で、一部の開発パートナーの支援撤退は、RRHMT の支援に係る成果 3 の活動の進捗に影響を与えた。

このように、プロジェクトは効率的な方法で、限られた資源から最大限の成果を生み出すように尽力した。

### (3) 活動レベルの外部要因

すべての外部要因「RHMT が SS に利用する交通手段が確保されている」、「本プロジェクト

で研修を受けた RHMT メンバーの異動が頻繁に行われない」と「PMO-RALG の協力が得られる」という外部条件は、プロジェクトの成果をタイミングよく算出するために有効である。しかし、インタビューをしたムトワラ州とリンディ州の RHMT メンバーから、車両のメンテナンスの費用の捻出や県への長距離の移動の点から、交通手段の確保にやや困難があることが聞かれた。

### 3-2-4 インパクト

プロジェクトのインパクトは高い。本プロジェクトでは、後述する正のインパクトが認められている。負のインパクトについては特に認められなかった。

#### (1) 上位目標の達成見込み

「3-1-5 上位目標の達成見込み」に述べられているとおり、終了時評価の結果、プロジェクト終了後3~5年のうちに、プロジェクトの上位目標達成の見込みは高い。

#### (2) 正負のインパクト

プロジェクトの実施による負のインパクトは認められなかったが、正のインパクトは下記のとおりである。

- RHMT と CHMT の関係が強化された。CHMT は、彼らの更なる向上のための RHMT の支援に満足している。
- RHMT メンバーは、現在より高い能力を有し、CHMT と RRHMT に対してより自信をもって支援している。いくつかの RHMT は自主的に他の州を訪問して、現場で教訓を学び、州レベルでのグッドプラクティスの共有と革新的な取り組みを促進している。
- RHMT のチーム精神が、コアメンバーかどうかにかかわらず、醸成され、彼らは現在チームで働いている。チームワークは、「学ぶ組織」を促進し、自立的な方法で、自分たちの組織の更なる発展のために、他組織を刺激している。
- 今まで 35 のグッドプラクティスが、全 RHMT 間で共有された。いくつかのグッドプラクティスは、他の州で既に実践されている。州レベルでは、RHMT がプラットフォームを設け、水平的学びの場として、グッドプラクティスを共有し、CHMT にマネジメントの革新的な方法を考え出すように支援している。その例として、ドドマ州のチャムイノ CHMT は、RHMT の支援を受けて、すべての重要なプログラムを統合して、異なるパートナーからの支援を一つにまとめて、コミュニティの人々にこれらのプログラムのサービスを一度に届け、保健施設への SS も同時に実施する「トータル・マーケット・アプローチ」を考え出していた。このように、プロジェクトは、グッドプラクティス共有のインターフェイスを促進したため、更なるインパクトが期待される。
- プロジェクトは、RHMT が参加する会議に、RRHMT や、一部の RS の代表者も招待し、RHMT に関する理解や、関係性の強化に貢献した。この効果を見て、他の RHMT は、プロジェクトに対して自分たちの RS の代表者も、会議に招待するように要望をしている。

#### (3) プロジェクト目標レベルの外部要因

「RRHMT 及び県 CHMT の事業予算と人材が確保される」と「RRHMT 及び CHMT を支援す

るプログラムが予定どおり実施される」という外部要因は、上位目標達成のためにまだ有効である。

#### (4) 保健システム強化への貢献

保健システム強化は、グローバスヘルスの重要な課題の一つであり、WHO は保健システムを視覚化するために6つのブロックを提唱した。プロジェクトでは、多くのグッドプラクティスが各州で取り生まれ、共有されているが、WHO の6つの保健システムブロックに、下記の表3-19のとおり分類することができる。

表3-19 WHOの保健システムブロックに分類したグッドプラクティス

WHOのシステムブロック	グッドプラクティス
リーダーシップとガバナンス	報告書の期限内提出の支援（キリマンジャロ州）
保健財政	RRHにおける国家健康保険の収益徴収（ドドマ州） RRHにおけるブロック支払導入（ムベヤ州） トゥンビRRHにおけるユーザー費徴収（プワニ州） コミュニティ保健基金（タンガ州）
保健人材	保健人材データベースの導入（ムベヤ州） 低専門性職能スタッフ増加プログラム（ムトワラ州） 登録看護師増加戦略（ルブマ州）
医薬品と技術	RRHにおける医薬品管理（カゲラ州）
保健情報と研究	パートナー協調とデータ調和（カゲラ州） データの質強化（プワニ州）
サービスデリバリー	保健施設の分娩率増加（アルーシャ州） 妊産婦・新生児サービスの向上（ダルエスサラーム州） 主なバス停留所における衛生向上（モロゴロ州） 予防接種率の増加（シンニャガ州）

表が示すとおり、それぞれブロックに、少なくとも一つのグッドプラクティスが分類されている。特に、保健財政とサービスデリバリーで、グッドプラクティスの数が多く、これらのブロックが、州レベルでプライオリティが高いことがうかがえる。RHMTは、他の州から学んで、より多くのグッドプラクティスを考え出す能力が向上しており、これらのグッドプラクティスを通じて、将来的にこの6つの保健システムブロックすべてが更に強化されることが期待される。よって、プロジェクトは保健システム強化に貢献していると考えられる。

#### (5) タンザニアにおけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ達成への貢献

プロジェクトは、州と県で保健サービスデリバリーに責任をもっているRRHMTやCHMTを支援するRHMTの能力強化を通じて、間接的に保健サービスデリバリーの向上をねらっている。訪問したムトワラ州では、保健施設の数が増加し、これは、物理的アクセスを向上させ、交通費の減少に貢献していると考えられる。リンディ州では、予防接種の

カバレッジが向上し、HIV 感染率が 2012 年に 3.8%だったのが、2013 年には 2.9%に減少した。5 歳未満児死亡率に関しては、2012 年には 581 例だったのが、2013 年には 501 例に減少した。しかしながら、両州 RHMT は、貧困層に対する保健ケアサービスの費用控除の制度があるが、まだかつて控除分に対する還付がされたことがなく、控除した分だけ病院の負担になってしまうため、貧困層に対する財政的負担を軽減することは難しいと感じている。財政面での貧困層の負担軽減に関しては更に検討されているべきであるが、保健サービスへの物理的アクセスとサービスカバレッジの向上は確認された。これにより、RHMT の能力強化は、タンザニアにおけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成するために、コミュニティの人々の関与を反映し、プライベートセクターを巻き込むことによって、供給側と需要側の財務状況の向上に貢献する潜在的可能性があるということが出来る。

### 3-2-5 自立発展性

政策・技術面の自立発展性は高いが、組織・財政面の自立発展性は、更に努力が必要である。そのなかでも、調査団は、RHMT と関連する活動を支援するための政治的意思と実質的戦略の重要性を強調する。

#### (1) 政策面

RHMT の能力と州保健マネジメントシステムの強化は、現在のタンザニア政府の政策において、高いプライオリティが置かれている。RHMT のマネジメント活動を支援する明快な政策を、タンザニア政府が提議し、承認すべきであり、それには、PMO-RALG と MoHSW の業務分担も含めるべきである。

#### (2) 組織面

プロジェクトは、コミットメントの高い C/P と共に活動することができたが、MoHSW のなかで州レベルのすべての活動を調整する州保健サービスユニットのスタッフの数が足りない状況である。さらに、同ユニットは MoHSW 内の他の部局と調整しながら効果的・効率的に機能するために、更に組織的に強化される必要がある。MoHSW 内の関係部局との調整とコミットメントを反映した政治的意思は更に強化されるべきである。

PMO-RALG は MoHSW との協働に努力しているが、PMO-RALG の保健セクター調整ユニットのみで、プロジェクトの成果や経験を RS に共有し組み込むことを行うのは難しいため、保健担当副次官が中心となり、PMO-RALG 内の州行政局と地方政府局を巻き込むことが必要である。これにより、MoHSW と協働しながら、保健セクターで RS から地方自治体への支援モデルが主流になることが期待される。

#### (3) 財政面

財政面における自立発展性に関しては、タンザニア政府と開発パートナーと共同で、更に取り組まれる必要がある。財政的自立発展性の一つの側面は、財務フローの効率化であり、この効率性は、予算執行の財務マネジメントの能力の向上にかかっている。プロジェクトによって、ある程度まで財務マネジメント能力は向上したが、これらの能力は、RS と PMO-RALG の州行政局からの定期的な支援を通じて、更に強化され、内包化されるべきである。

もう一つの側面は、充分で安定的な、RHMT の活動を支援する財政資源を確保することであり、保健バスケットファンドや、ブロック・グラント（経常予算）、国家健康保険やコミュニティ保健基金といった、自己負担を含む医療・保健財政メカニズムも含む。

RHMT はバスケットファンドから、370 万米ドルが割り当てられているが、バスケットファンド自体は減少しており、この減少は、MoHSW と PMO-RALG によって規定された他の歳入によって補完されるべきである。MoHSW の州保健サービスユニット、RHMT、さらに RRHMT を支援するための財政戦略は存在しておらず、プロジェクトは、保健システム強化における RHMT の機能の重要性を関係者に周知させ、MoHSW と PMO-RALG は、RHMT の関連活動を支援するための充分で安定的な財政資源確保を模索する必要がある。

#### (4) 技術面

プロジェクトは、MoHSW のスタッフと RHMT メンバーの能力を、本邦研修、タンザニア国内研修、実地研修や会議などを通じて強化した。さらに、ファシリテーターを育成し、SS ツールを開発し、RHMT がより良い SS を行うことを可能とした。

RHMT の能力は徐々に強化され、さらにマネジメント能力を向上させていくために、プロジェクト活動を継続して実施していくことができると自信をもっている。

プロジェクトは、プロジェクト終了後、MoHSW と RHMT が、新職員への研修やリフレッシュ研修実施のために活用する研修パッケージを開発しており、また、研修後のアクションプランの作成や、研修を受けていないメンバーに対する研修内容の共有を奨励し、研修のフォローアップを強化してきた。プロジェクトによって、MoHSW と RHMT、RHMT 間のネットワークが強化され、このネットワークは、研修を実施するための適切なリソースパーソンを探し出して調整するために活用され得る。これらの要素は、技術的自立発展性に寄与すると期待される。

### 3-3 プロジェクトの促進要因及び阻害要因

#### 3-3-1 促進要因

- コミットメントの高い C/P

コアの C/P は、プロジェクト活動に対するコミットメントが非常に高く、日本人専門家のタンザニア業務期間が限られていることからプロジェクト活動にプライオリティを置き、活動を進めてくれた。日本人専門家は、C/P の献身的な協力がなければ、計画どおりに活動を実施し、プロジェクト目標を達成することができなかつたと感じている。

- 州保健局（RHMT）メンバーの自信と向上のための強い動機

RHMT メンバーはマネジメントの更なる向上のための強い動機をもっていた。研修や会議で学んだことを実践に生かし、課題を解決し現状を向上するためのグッドプラクティスを編み出す努力を継続している。プロジェクトは、すべての RHMT のパフォーマンスを評価し、年次レビュー会議で評価結果を発表し、表彰した。これは、RHMT 間でのより良いパフォーマンスの競争心を促進している。他方で、インタビューをしたムトラ州、リンディ州の RHMT では、何名かのメンバーは正式な任命状を受け取っておらず、責任ある仕事に対してやる気を失う要因となっていた。

- 技術作業部会への積極的関与

プロジェクトは、TWG に積極的に関与し、関係する開発パートナーにプロジェクト活動の

進捗を共有したり、文書やツールのドラフトを共有し技術的インプットを求めたりし、より質の高い文書やツールを開発した。

- モロゴロ州保健行政強化プロジェクトからの JICA プロジェクトの経験の蓄積

JICA は 2001 年にモロゴロ州において州レベルの保健マネジメントを強化することを目的とした技術協力を開始し、本プロジェクトのフェーズ 1、本プロジェクト（フェーズ 2）と、技術協力を継続してきた。これらの一連の JICA 技術協力の経験は蓄積され、本プロジェクトの活動の効果的・効率的実施に生かされている。

- 首相府地方自治庁（PMO-RALG）と州事務局（RS）の協力

RHMT は技術的には MoHSW の出先機関であるが、行政的には RS の一部である。PMO-RALG は MoHSW に協力して、「州保健管理システムの機能」文書の改訂や、PMO-RALG と MoHSW の役割分担の明確化作業に関わった。さらに、PMO-RALG は、州で RHMT がより快適に活動できるような環境整備を行った。インタビューをした州行政事務官からは、RHMT に対してとても好意的で理解を示しており、良いコミュニケーションを行っていることが確認された。

### 3-3-2 阻害要因

- 充分でタイムリーな予算の欠如

<不十分なバスケットファンドの配賦金額と遅延>

州の予算の大部分は保健バスケットファンドから拠出されているが、その資金の配賦はいつも遅れ、RHMT が計画した活動の円滑な実施に影響を与えている。

さらに、RHMT へのバスケットファンドの今年度の配賦金額が 1 億 9,500 万タンザニア・シリング（Tsh）から 1 億 4,200 万 Tsh に減額となった。過去 7 年間における保健バスケットファンドへの開発パートナーが誓約した合計金額は、ピークが 2011/12 年度の 1 億 1,600 万米ドルから 2014/15 年度の 6,300 万米ドルまで減少した。2014/15 年度の金額は過去 7 年間のなかで最低である。6,300 万米ドルのうち、370 万米ドルが RHMT への割り当てであり、全体の 5.9% を占める。それに対して、全体の 75% は CHMT への割り当てである。バスケットファンドの全体額の減少は、CHMT と RRHMT を支援する活動実施にマイナスに影響している。

<州保健局（RHMT）支援活動のための保健福祉省（MoHSW）の予算の欠如>

MoHSW の州保健サービスユニットに割り当てられる予算はプロジェクト 2 年次に大きく削減され、MoHSW による RHMT への CMSS が実施できなくなった。同活動は、プロジェクトの範囲外であるが、間接的にプロジェクトに影響を与えた。

- 州レベルを支援する開発パートナーの欠如

多くの開発パートナーは保健サービスデリバリーを直接的に監督している県に注目し支援をしており、他方で RHMT を支援しているのは JICA のみである。これら開発パートナーは、RHMT の重要性を理解し、RHMT の能力の向上を認知しているが、州レベルの支援に対して積極的ではない。さらに、プロジェクトは、病院改革チームを支援している DANIDA との業務分担をベースにデザインされた。しかし、2012 年末に DANIDA が病院改革チームへの支援から撤退したため、RRH に関する活動に関して、プロジェクトの「州保健管理システムの機能」文書改訂と CHOP に基づいた RMSS-H の開発の進捗に影響を与えた。

### 3-4 結 論

プロジェクトは、特に CCHP・CHOP 計画立案と SS の点で、CHMT と RRHMT を支援する RHMT のパフォーマンスを、以下の方法で強化した。1) 研修やオリエンテーションを通じた、個人のキャパシティ・ディベロップメント、2) 「州保健管理システムの機能」文書の改訂、中央から州への SS、実地研修、RHMT のパフォーマンスの表彰などを通じた、組織のキャパシティ・ディベロップメント、3) SS ツール開発、年次計画・報告書作成ガイドライン開発、全国会議の開催、グッドプラクティスの共有などを通じた、制度のキャパシティ・ディベロップメント、である。CHMT の支援は大きく向上したのに対して、RRHMT への支援は実際の支援とニーズの間にギャップが確認され、このギャップを埋める努力が必要である。

結論として、終了時評価調査の結果、プロジェクト終了の 6 カ月前の終了時評価時点で、プロジェクトの全体的なパフォーマンスは期待どおりであった (Satisfactory) と判断される。

## 第4章 総括・提言・教訓

### 4-1 調査結果総括

JICA 国際協力専門員・人間開発課題アドバイザー

杉下智彦

「州保健行政システム強化プロジェクトフェーズ2」の終了時評価調査団に団長として参団し、タンザニア国 MoHSW、RHMT、プロジェクト専門家チームとともに、タンザニアにおける保健セクターの地方分権を支えることを目的とした州保健行政の組織強化が着実に成果を上げてきていることを確認できたことは、大変感慨深いものがあった。

本プロジェクトの前前身のプロジェクトである「モロゴロ州保健行政強化プロジェクト」（2001年4月～2007年3月）に保健行政専門家として赴任したばかりの頃（2001年12月）、当時の CMO であったウブンダ氏より、以下のような依頼を受けたことを鮮明に覚えている。

「現在進められている地方分権化は、県レベル（2014年現在169県）への権限委譲が進められている。特に保健セクターでは、援助協調（SWAp）が進展した結果、保健バスケットファンドが設立され、県レベルでの保健サービス改善のための自主財源が確保されてきた。しかし、タンザニアは広大であり、地方分権を確実に進めるためには、中央政府の一部であり手足となるべき「州」レベルにおける指導・監督機能の強化、特に県レベルにおける保健計画の策定支援、保健サービス実施におけるスーパービジョン、また保健情報やグッドプラクティスの共有などの強化が重要だと考えている。しかしパートナーの関心は、県レベルでのサービス提供にあり、州レベルでの保健行政機能の強化を支援してくれるパートナーはいない。JICA のプロジェクトでは、ぜひモロゴロ州をパイロットとして地方分権が進む「県」に対する、州の指導監督の意義を明確にして、保健システム全体のパフォーマンス向上への道筋を示して欲しい」。

その後、モロゴロ州において RHMT のマネジメント能力を育成し、組織強化と県レベルのネットワーク化を行った結果、CHMT の保健計画策定やサービス提供の実施管理におけるパフォーマンスが向上することが確認され、州保健行政の支援的な役割が明確となってきた。このようなモロゴロ州でのパイロット事業の結果を受け、本プロジェクトの前身プロジェクトである「州保健行政システム強化プロジェクト」（2008年4月～2011年3月）では、地方分権化における州保健行政の主流化と全国展開をめざし、MoHSW 内に新たに州保健行政担当課が設立され、RHMT の機能の明確化とガイドラインの策定、バスケットファンドによる RHMT の予算化、戦略的マネジメント能力の向上、MoHSW から RHMT に対する SS の標準化・制度化などが達成された。

このように JICA は一貫して州保健行政の支援を継続してきており、『パイロット期』、『全国展開期』、そして「州保健行政システム強化プロジェクトフェーズ2」（2011年10月～2014年10月）においては、RHMT の支援的機能を更に強化し、CHMT 及び州レベルでの保健サービス提供である RRHMT に対する指導監督における支援的機能の強化に取り組む『機能拡張期』を迎えたことになる。しかし2013年4月に実施された中間レビュー調査（団長：杉下）において、プロジェクト活動がおおむね順調に進捗していることが確認されたものの、特に州保健行政に関する政策文書の改訂、RRHMT への支援体制の強化及び州間のベストプラクティスの共有の改善などについて提言が行わ

れた。

今回の終了時評価では、中間レビュー調査時点と比して、プロジェクト成果の達成という点に関して期待以上の発展を確認することができたことは大変嬉しいことであった。特に、RHMT の支援的な役割と監督指導・報告等に係る役割分担の明確化に伴い、CHMT、RRHMT、そして開発パートナーにとって RHMT の存在意義が明らかにされたことは大きな成果であると思われる。さらに、チャムイノ CHMT を訪問したときに、「自分たちで発案した各種保健サービスのマーケット・プレイスは、RHMT に奨励され支援を受けて可能になった」と語っていたように、RHMT の組織能力による支援的機能の向上は CHMT 及び RRHMT から実感されてきたことは、州保健行政の方向性が明確になってきた証左であると思われる。

さらには、州間もしくは州と県の間で、全国 RHMT 会議や保健セクター年次会議などの場やニュースレター、ソーシャルネットワーク（フェイスブック）などの情報共有の機会が有効に活用され、州及び県レベルでのグッドプラクティスが抽出され、さらに相互学習の機会として相互訪問が始まるなど、州保健行政の強化が起爆剤となって保健システム全体が統合・活性化されてきていることも確認された。

このように、CHMT や RRHMT、パートナーから「州は必要ない」といった発言を聞くことがなくなったばかりか、予算計画策定や SS におけるマネジメント能力の向上によって、CHMT や RRHMT にとって「自信に満ちた RHMT」として認識されるようになってきたことは、これまでの MoHSW、PMO-RALG 及び JICA プロジェクトの長年の努力が結実してきていると確信することができた。

一方で、プロジェクト終了までには、州保健行政を制度的・資金的・人材的に支えていくための明確な出口戦略の策定と、そのための MoHSW・PMO-RALG・財務省などの関係機関及び保健分野開発パートナーとの対話の促進が求められており、HSSP の策定などへの積極的な関与が必要であると考えられる。さらには、プロジェクト成果の自立発展のための研修講師、リソースパーソンなどのリストの作成、MoHSW 内に散在する保健セクター改革関連部局（州保健サービスユニット、県保健サービスユニット、病院改革チームなど）の見直しや統合、CCHP や CHOP の簡素化と結果主義に基づく予算配分などの計画手法の改訂、州行政長官へのアドボカシーによる RRH 予算の安定的確保、州を通しての保健介入を実施する指示などの徹底化が必要である。

今回の終了時評価調査を通して、『パイロット期』、『全国展開期』、を経て『機能拡張期』と 3 期 10 年にわたり継続支援してきた州保健行政官の組織強化によって、州保健行政チーム（RHMT）が政府組織間の橋渡しとしての行政機能を十分に発揮できるようになってきている、ことが確認されたことの意義は大きい。また JICA の一貫性ある支援としてタンザニア政府（MoHSW・PMO-RALG）及び開発パートナーから高い評価が得られていることも確認することができた。特に、地方分権による中央と地方とのリエゾンとして、また保健行政マネジメントの中核として、州において保健計画・予算化・執行管理・人事管理・政策伝達・スーパービジョンなどが円滑に行えていることで、保健システム全体が包括的に強化されていることは、JICA の保健システム強化のモデルケースであるといえる。

このように州保健行政の意義が明確になり、その組織能力も向上してきたことから、今後は、保健計画査定や財務管理などの能力強化が行われたのちには、バスケットファンドの審査を含んですべての保健計画・予算権限の州への譲渡化も期待がもてるようになってきていると考えられる。つまり、タンザニアのように広大な国の資金管理において、160 もの県を中央の管理下で行うのではなく、中央の出先機関である 25 の州保健行政を強化することで、保健計画、予算執行、財務管理、リソース・

トラッキングなどの行政管理を州に任せ、現実的な対応を行っていくことが可能となってきたといえる。現に、WB の支援によって、州レベルにおける財政体質強化（特に信託管理能力 fiduciary risk management）が始まっており、中間管理部門におけるマネジメントの組織基盤の確立に対する今後の介入の増強も期待されてきている。

JCC 会議のなかで MoHSW 次官より、プロジェクトの提言を実施するためのタスクフォースを 2 週間以内に省庁横断的に立ち上げることが提案された（MoHSW、PMO-RALG、財務省）。また JCC 後に行われた CMO との会談においても、MoHSW が主体となって州行政支援の予算化、更なる分権化を進めていくことが合意された。このようにプロジェクト終了に向けて、州保健行政を継続するための予算確保と中央での管理費の捻出について、プロジェクト終了までに答申をまとめるという、タンザニア側のコミットメントを引き出したことには大きな意義があり、今後はプロジェクトとともに JICA タンザニア事務所によってタスクフォースの進捗を注意深く追っていく必要があると思っている。

最後になりましたが、今回の合同終了時評価にご協力をいただきました日本側・タンザニア側評価団員の皆様、開発パートナーの皆様、JICA タンザニア事務所・JICA 人間開発部の皆様、そしてなによりも現場でご尽力をいただいているプロジェクト専門家・C/P の皆様に心から感謝の意をお伝えしたいと思います。

#### 4-2 提言

プロジェクト目標の達成とプロジェクトの自立発展性を確実なものとするためには、プロジェクト、MoHSW 及び PMO-RALG は、以下の提言に取り組む必要がある。

(1) プロジェクトは、プロジェクト活動、特に、MoHSW から RHMT、RHMT から CHMT・RRHMT への SS、現任研修の出口戦略を策定する必要がある。RHMT はバッジのような認証のツールで、病院内で巡回指導者として認識されることは、RRHMT に対する州マネジメント支援的巡回指導（RMSS-H）の円滑な実施に寄与すると思われる。また、プロジェクトは、競争・積極的な方法で RHMT の最適な機能を示すことができるリソースパーソンのリストを作成すること。

(2) プロジェクトは、RHMT の最適な機能、CCHP・CHOP などにおける CHMT・RRHMT を支援する環境に関する教訓や提言を取りまとめること。さらに、グッドプラクティス集を出版して、広く配布し、RHMT のマネジメントグッドプラクティスを持続し、スケールアップすることに寄与すべきである。そして、MoHSW・PMO-RALG・開発パートナーと共に最終普及フォーラムを開催し、地方分権化された保健システムにおける、中央とのつなぎ役を果たす RHMT の意義について議論をすること。

(3) MoHSW は、PMO-RALG と共に、充分で安定した財源を確保するために、真剣に話し合うこと。保健バスケットファンドは、PMO-RALG では執行率が低く、また、RHMT の活動を支援する他の財源についても検討すること。さらに、MoHSW は、県保健サービスユニット・病院改革チーム・保健質保証などの部局との活動の調整を行う州保健サービスユニットの機能を強化・継続する努力をすること。これは、保健セクター資源事務局と病院改革チームが一つの調整ユニットとして統合され、地方分権化された保健システムにおける保健の公平性の達成をめざす、可能性のある

示唆でもある。

- (4) MoHSW は、PMO-RALG と共に、CCHP と CHOP の概念的枠組みを、インプットベースから、対象人口が直面している病気の負荷に従ったデマンドベース・結果重視の計画立案へ見直す必要がある。この計画手法を変更することは、SS を通じた保健サービスカバレッジと保健状況と関連して資源の利用状況の確認を、より効果的で円滑に実施することを可能とする。
- (5) MoHSW は、PMO-RALG と共に、膨大な作業を要するがあまり活用されていない CCHP と CHOP の計画立案・報告書作成やアセスメントプロセスを簡素化する必要がある。また、予算の検証ツールである PlanRep や Epicor は頻繁にアップデートされ現場で混乱がみられるため、その混乱を回避するために、安定的で信頼できるツールにすべきである。
- (6) RHMT に指導をされた積極的な病院諮問委員会は、RRHMT が全体的に病院マネジメントを機能させることに貢献し得る。しかしながら、病院諮問委員会が有効に機能していなかったり、メンバーのモチベーションが低いなどが報告されている。そのため、MoHSW と関係機関は、病院諮問委員会の業務要領を作成し、社会的責任をもって委員会の円滑な運営を可能にする、委員会メンバーの選出基準、職務権限、謝金を含むプロトコールを導入すべきである。
- (7) CCHP の承認システムは、MoHSW の県保健サービスユニットによる中央集権化されたシステムから RHMT に地方分権されていない。そのため、MoHSW と保健バスケットファンド委員会は、保健バスケットファンドの承認について中央から RHMT への委譲を検討すべきであり、それにより中央から RHMT への資金の流れのトラッキングがより効率的かつ現実的なものとなるであろう。
- (8) MoHSW は、CHOP で計画された予算が十分な資源と結びつくようにし、RRHMT を動機づけて、自立的な方法で、病院におけるマネジメント機能が向上し、全体のサービスが向上するようにすべきである。これは、計画と進捗を確認する RMSS-H の効果的な実施にも貢献する。
- (9) RHMT は、中央政府の一翼として、政策普及をより良く実施できるようになったが、一部 RHMT の関与なしに CHMT やコミュニティと直接つながって実施されているプログラムがあるため、RHMT の関与を強化する必要がある。MoHSW は、RHMT は、CHMT とその保健サービスデリバリーを指導・監督する使命が明記されている業務要領をメインストリーム化し、垂直プログラムや開発パートナーに認識されるようにすること。

#### 4-3 教訓

- (1) 地方分権化に伴う保健セクター改革の促進における教訓として、タンザニア政府が強固な意志とビジョンをもってこれまで JICA を含む開発パートナーと共に実施して達成してきた行政改革と行政能力強化は、世界的にみても保健システム強化のベストプラクティスの一つといえる。  
一般的に、権限委譲による地方分権化は簡単には進まず、強固な政治的意思、ビジョンをもったリーダーシップ、国家の目標と目的、立法的位置づけ、制度的な枠組み、組織的改革、そして、

国民、開発パートナー、すべてのステークホルダーのコミットメントを必要とする。タンザニア政府は地方分権化について強固な意志とビジョンをもって戦略的に州を中央政府の一翼として位置づけるとともに、地方政府の発展のための責務を示すという努力をしてきた。保健セクター改革という文脈においても、MoHSW は PMO-RALG の支援と権限委譲による地方分権を推進してきた。

JICA も 2001 年より、技術協力を通じてパイロットフェーズから全国的なスケールアップの段階まで、分権化した保健システムの効率的・効果的なパフォーマンスのためのサービスデリバリーと行政マネジメントのつなぎ役としての RHMT の能力強化を支援してきた。JICA の 12 年にわたる技術協力の継続的なプロセスを通して、目に見える標準化されたより革新的な方法による RHMT の実質的な行政管理手法とその能力強化によって、統一された全体的な保健システムの強化を実現した。

(2) MoHSW と PMO-RALG、RHMT と RS 間の積極的・継続的なダイアログによる RHMT のマネジメント能力強化支援により、マネジメント実務の標準化だけでなく、CHMT と RRHMT に対して支配的から支援的な態度への変容という革新的なアイデアと戦略的思考によるフロントラインでのサービスデリバリーの向上を達成した。この RHMT マネジメント強化は、特に地方分権化において、タンザニアにおける保健システム全体の強化に大きく貢献した。

(3) 活動レベルでの教訓としては、RHMT メンバーのなかで、チームワーク精神、サーバントリーダーシップがみられるようになり、それは、CHMT と RRHMT を支援するための共通のコミットメント、マネジメントのパフォーマンスを促進している。良い SS は、CCHP や CHOP のような良い計画書なしには達成されず、その計画書の予算は、資金と結びつけられなければならない。病院諮問委員会のような良いガバナンス構造は、病院マネジメントにおいてより良い結果を出すためには必要不可欠である。全体的に、プロジェクトは、通常の会議や出版、社会メディアを通して、これらのグッドプラクティスを収集し、水平的な学びを促進してきた。これは、勇気・自信・喜びをもって全体的行政文化のパラダイムシフトを喚起する変革的学習プロセスである。

## 付 属 資 料

1. ミニッツ・合同評価報告書
2. PDM version 3
3. 評価グリッド（日本語）
4. ヒアリング概要



**MINUTES OF MEETINGS  
BETWEEN  
THE JOINT TERMINAL EVALUATION TEAM  
AND  
THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF  
THE UNITED REPUBLIC OF TANZANIA  
ON  
JAPANESE TECHNICAL COOPERATION FOR THE PROJECT FOR  
CAPACITY DEVELOPMENT IN REGIONAL HEALTH MANAGEMNT PHASE 2  
(RHMT-2)**

The Joint Terminal Evaluation Team (hereinafter referred to as “the Team”) organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred as “JICA”) and Government of Tanzania headed by Dr. Tomohiko Sugishita conducted joint review exercise in the United Republic of Tanzania (hereinafter referred to as “Tanzania”) from 5<sup>th</sup> April 2014 to 17<sup>th</sup> April, 2014. The purpose of the visit was to review and evaluate the achievements made so far in the Project for Capacity Development in Regional Health Management Phase-2 (hereinafter referred to as “the Project”).

During its stay, the Team had a series of discussions with Ministry of Health and Social Welfare (hereinafter referred as “MOHSW”) and the Prime Minister’s Office, Regional Administration and Local Government (hereinafter referred as “PMO-RALG”) of Tanzania and exchanged views on the Project. Both sides monitored the activities and reviewed the achievements based on the Project Design Matrix (hereinafter refer to as “PDM”)

As a result, both side agreed upon the issues referred to in the Terminal Evaluation Report of the Project attached hereto as endorsed by Joint Coordination Committee (JCC) on 17<sup>th</sup> April, 2014

Dar es Salaam, 17<sup>th</sup> April, 2014



Dr. Tomohiko SUGISHITA  
Leader  
The Terminal Evaluation Team  
Japan International Cooperation Agency  
Japan



Dr. Donan W. Mmbando  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health and Social Welfare  
The United Republic of Tanzania

**JOINT TERMINAL EVALUATION REPORT**

**ON**

**TECHNICAL COOPERATION**

**IN**

**THE PROJECT FOR CAPACITY DEVELOPMENT  
IN REGIONAL HEALTH MANAGEMENT PHASE 2**

**Dar es Salaam, April 2014**

**Tanzania-Japan Joint Terminal Evaluation Team**

## Table of Contents

### Abbreviations

<b>1. OUTLINE OF THE PROJECT</b> .....	1
<b>1-1 BACKGROUND OF THE PROJECT</b> .....	1
<b>1-2 SUMMARY OF THE PROJECT</b> .....	3
<b>2. OBJECTIVES AND METHODS OF THE TERMINAL EVALUATION</b> .....	4
<b>2-1 OBJECTIVES OF THE TERMINAL EVALUATION</b> .....	4
<b>2-2 METHODS OF THE TERMINAL EVALUATION</b> .....	4
<b>2-3 EVALUATION CRITERIA</b> .....	5
<b>2-4 MEMBERS OF THE TERMINAL EVALUATION TEAM</b> .....	5
<b>2-5 SCHEDULE OF THE TERMINAL EVALUATION</b> .....	6
<b>2-6 PERSONS INTERVIEWED</b> .....	7
<b>3. THE RESULT OF THE TERMINAL EVALUATION</b> .....	8
<b>3-1 ANALYSIS OF THE PERFORMANCE OF THE PROJECT</b> .....	8
<b>3-1-1 Input</b> .....	8
<b>3-1-2 Activities Implemented</b> .....	11
<b>3-1-3 Achievement of Outputs</b> .....	12
<b>3-1-4 Achievement of the Project Purpose</b> .....	18
<b>3-1-5 Prospect of Achieving the Overall Goal</b> .....	22
<b>3-2 THE PROJECT IMPLEMENTATION PROCESS</b> .....	25
<b>3-3 EVALUATION BY FIVE CRITERIA</b> .....	30
<b>3-3-1 Relevance</b> .....	30
<b>3-3-2 Effectiveness</b> .....	31
<b>3-3-3 Efficiency</b> .....	33
<b>3-3-4 Impact</b> .....	34
<b>3-3-5 Sustainability</b> .....	37
<b>4. CONCLUSIONS</b> .....	39
<b>5. RECOMMENDATIONS</b> .....	40
<b>6. LESSONS LEARNT</b> .....	41

## **List of Annex**

- Annex- 1: Latest Project Design Matrix (PDM)
- Annex- 2: Plan of Operation (PO)
- Annex- 3: List of Interviewees
- Annex- 4: Input from Tanzanian side (List of counterparts)
- Annex- 5: Input from JICA's side
  - (1) Summary of JICA's general input
  - (2) List of Experts
  - (3) List of Trainings and Seminars
  - (4) List of Equipment
- Annex- 6: Assessment Criteria for RHMT Annual Plan
- Annex- 7: JCC Members' List

## Abbreviations

CCHP	Comprehensive Council Health Plan
CHMT	Council Health Management Team
CHOP	Comprehensive Hospital Operation Plan
CMO	Chief Medical Officer
CMSS	Central Management Supportive Supervision
C/P(s)	Counterpart(s)
CS	Curative Services
DANIDA	Danish International Development Assistance
DMO	District Medical Officer
DP	Development Partner
DPP	Directorate of Policy and Planning
DPA	Deputy Permanent Secretary
HRD	Human Resource Development
HRM	Human Resource Management
HSSP III	Health Sector Strategic Plan Three
JICA	Japan International Cooperation Agency
MoHSW	Ministry of Health and Social Welfare
PDM	Project Design Matrix
PlanRep	Planning and Reporting Program
PMORALG	Prime Minister's Office, Regional Administration and Local Government
PS	Permanent Secretary
RAS	Regional Administrative Secretary
RS	Regional Secretariat
R/D	Record of Discussion
RHM2	Project for Capacity Development in Regional Health Management Phase 2
RHMT	Regional Health Management Team
RMO	Regional Medical Officer
RMSS	Regional Management Supportive Supervision
RRH	Regional Referral Hospital
RRHMT	Regional Referral Hospital Management Team
SDC	Swiss Agency for Development and Cooperation
SS	Supportive Supervision
TWG	Technical Working Group
USAID	United States Agency for International Development
WB	World Bank
WHO	World Health Organization

## 1. Outline of the Project

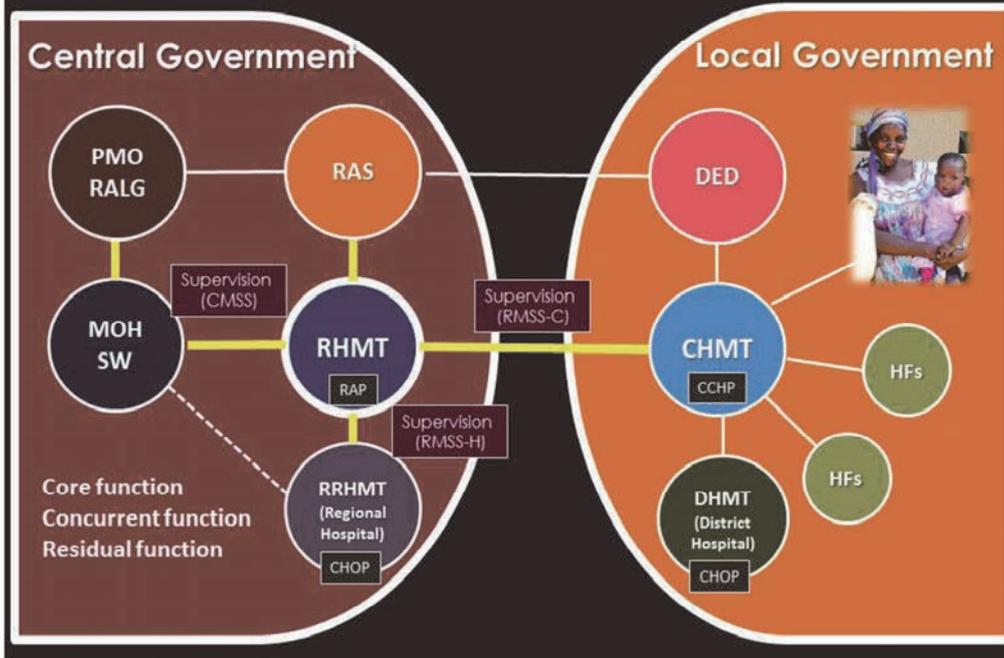
### 1-1 Background of the Project

In the United Republic of Tanzania, hereinafter referred to as Tanzania, the transfer of authority for health sector from central to regional government, has been devolved under the decentralization policy and the health sector reform programme since the late 1990s. It has been recognized among health sector stakeholders, including the Ministry of Health and Social Welfare (MoHSW) and the Prime Minister's Office, Regional Administration and Local Government (PMORALG), that capacity enhancement of the Regional Health Management Teams (RHMTs), which oversee the Regional Referral Hospital Management Teams (RRHMTs) and Council Health Management Teams (CHMTs), is important to ensure the quality of health service delivery at the regional level as well as the council level. In particular, it is essential that the RHMTs disseminate health policy and implement supportive supervision for the CHMTs and Regional Referral Hospitals (RRH). Empowerment at the regional administrative structure is clearly stated as being one of the priorities within the Health Sector Strategic Plan (HSSP) III: 2009-2015.

**The Project for Capacity Development in Regional Health Management Phase 2**, hereinafter referred to as the Project, began operation in November 2011 with a proposed duration of three years. The phase one project, known as TC-RRHM (Technical Cooperation for Regional Referral Health Management), aimed at strengthening the capacity of RHMT in the Tanzanian Health System through the articulation of its roles and functions and the development of Central Management Supportive Supervision (CMSS) and was implemented from April 2008 to March 2011. The Project has built on the outputs and experience from the phase one project, and has been expected to further develop the RHMTs' managerial capacity and has been demanded to support improving managerial capability of the CHMTs and RRHMTs through continuous assistance from the RHMT, including Supportive Supervision (SS) and other means of management practices. Through these efforts, the Project aims, in due course, to contribute to strengthening health systems and ultimately to enhance overall health service delivery in Tanzania.

The figure 1 shows the scope of the Project, in which the relationships of the project implementation are illustrated by yellow lines and the managerial tools are revealed by purple boxes.

# The Project Scope (Fig.1)



## 1-2 Summary of the Project

Item	Narrative Summary	
Overall Goal	<p><b>Managerial performance of RRHMTs and CHMTs is improved.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicator 1: More than 90 % of Comprehensive Council Health Plans (CCHPs) is approved in the first submission at Basket Fund Committee (BFC) meeting by 2017.</li> <li>- Indicator 2: More than 70% of Comprehensive Hospital Operation Plans (CHOPs) are submitted to MoHSW and PMORALG by FY2016/17.</li> <li>- Indicator 3: Good managerial practices initiated by RHMTs, RRHMTs and CHMTs are shared and accumulated.</li> </ul>	
Project Purpose	<p><b>Performance of all RHMTs in supporting CHMTs and RRHMTs is improved.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicator 1: The annual average number of RHMTs which conduct SS quarterly to all RRHMTs and CHMTs with standardized tools reaches % for RRHMTs and 90% for CHMTs by 2013/14.</li> <li>- Indicator 2-1: All RHMT Annual Plans are submitted on time and approved by MoHSW by June 2014.</li> <li>- Indicator 2-2: More than 80% of RHMTs gets a score higher than 70 out of 100 points in the annual plan assessment by June 2014.</li> <li>- Indicator 3: More than 60% of RHMTs submit the quarter progress reports on time by October 2014.</li> <li>- Indicator 4: Over 80% of annually planned activities are implemented by more than 60% of the RHMTs at the end of FY 2013/14.</li> </ul>	
Outputs	<p>[Output 1] <b>Management skills of RHMTs in supporting CHMTs and RRHMTs are improved.</b></p>	[Activity1-1] To train RHMT members in newly established regions on managerial skills and coaching skills to support CHMTs and RRHMTs
		<p>[Activity1-2] To develop training packages for RHMTs on:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CCHP planning and PlanRep</li> <li>- Assessment of CCHPs and CCH reports</li> <li>- Resource management at RHMTs, RRHMTs and CHMTs (financial and human resources)</li> <li>- Data management</li> <li>- RHMT planning and reporting guideline</li> <li>- Standardized tools and procedure for supportive supervision from RHMTs to CHMTs</li> </ul>
		[Activity1-3] To conduct training to RHMTs on the above topics
		<p>[Activity1-4] To conduct orientation to RHMTs on</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital reform and planning</li> <li>- Establishment of Council Service Board, Hospital Advisory Board and Service Agreement</li> </ul>
		[Activity2-1] To conduct annual RHMT review meetings to discuss issues related with regional referral health management.
	<p>[Output 2] <b>Roles and functions of RHMT to support CHMTs and RRHMTs are institutionalized and consolidated.</b></p>	[Activity2-2] To revise "Functions of Regional Health Management System" to accommodate the current organizational structure of RHMTs and RRHMTs
		[Activity2-3] To develop RHMT website and newsletters for advocacy of roles and functions of RHMTs to relevant stakeholders
		[Activity2-4] To monitor and analyze performance of RHMTs through CMSS and RHMT quarterly progress reports.
		[Activity2-5] To integrate RHMT performance annually into "Health Sector Performance Profile"
		<p>[Output 3] <b>Guidelines and tools for RHMTs to perform their functions are improved.</b></p>
	[Activity3-2] To standardize the procedure of SS from RHMTs to RRHMTs	
	[Activity3-3] To follow up coordination of managerial SS activities through the Technical Working Groups	
	[Activity3-4] To install internet connections for RHMTs based on assessment	

## **2. Objectives and Methods of the Terminal Evaluation**

### **2-1 Objectives of the Terminal Evaluation**

The Terminal Evaluation of the Project was conducted with the following objectives;

- (1) To review the Project Performance with focus on (i) the actual inputs and activities implemented, and (ii) the degree of achievements of Outputs, Project Purpose and Overall Goal based on the indicators set in the PDM3;
- (2) To analyse the factors that promoted and 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 for the remaining period of the Project and derive lessons from the Project for improving planning and implementation of similar technical cooperation projects in the future

### **2-2 Methods of the Terminal Evaluation**

The Terminal Evaluation was conducted based on the latest Project Design Matrix (PDM version 3, Annex 1), which was revised in October 2013, in accordance with the JICA Project Evaluation Guideline of June 2010.

Review activities were conducted by the Team, which was composed of both Japanese and Tanzanian members. Activities included reviewing project documents, such as the Record of Discussions (R/D), PDM3, the Plan of Operation (PO) and progress reports, minutes of meetings, interviews and discussions with the stakeholders such as MoHSW, Development Partners (DPs), PMORALG, Reginal Secretariat (RS), RHMT, RRHMT, CHMT, Hospital Advisory Board in the selected getions. The Team undertook site visits at Mtwara, Lindi and Dodoma.

The results obtained from the site visits were used to scrutinize consistency with interviews held with project experts and counterparts from MoHSW.

The Team analyzed the collected data based on an examination of the project performance and implementation process and the five evaluation criteria. Specifically, the evaluation sought to answer the following questions in Table 1, which were related to the performance and implementation process of the Project.

Table 1 : Evaluation Questions set for examination of the performance and implementation Process

Examination of the project performance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Were the inputs implemented as planned?</li> <li>• Were activities implemented as planned?</li> <li>• Were the outputs produced as planned?</li> <li>• Will the project purpose be achieved?</li> <li>• Is there any prospect that the overall goal will be achieved?</li> </ul>
Examination of the project implementation process	<ul style="list-style-type: none"> <li>• How was capacity development done?</li> <li>• Were there any problems in the project management system?</li> <li>• How were the recommendations made by the Midterm Review Mission followed up?</li> <li>• Did any problems occur during the process of implementing the project, or did any other factors influence effectiveness of the project?</li> </ul>

### 2-3 Evaluation Criteria

The definition of the five criteria listed in Table 2 below was applied in the analysis for the Terminal Evaluation.

Table 2 : Definition of the Five Evaluation Criteria

Items	Definitions
<b>Relevance</b>	Relevance of the Project is reviewed by the validity of the Project Purpose and Overall Goal in connection with the Government development policy of Tanzania, the needs of the target groups and/or ultimate beneficiaries in Tanzania, and official development policies of Japan.
<b>Effectiveness</b>	Effectiveness is assessed as to what extent the Project has achieved its Project Purpose, clarifying the relationship between the Project Purpose and Outputs.
<b>Efficiency</b>	Efficiency of the Project implementation is analyzed with emphasis on the relationship between Outputs and Inputs in terms of timing, quality and quantity.
<b>Impacts</b>	Impact of the Project is assessed in terms of positive/negative, and intended/unintended influence caused by the Project.
<b>Sustainability</b>	Sustainability of the Project is assessed in terms of policy, institutional, financial and technical aspects by examining the extent to which the achievements of the Project will be sustained after the Project is completed.

(Source: JICA Project Evaluation Guideline, 2010, JICA)

### 2-4 Members of the Terminal Evaluation Team

Joint Terminal Evaluation Team, hereinafter referred to as the Team, consists of the following members from Tanzanian side and Japanese side.

#### (1) Tanzanian side

Name	Designation	Title and Affiliation
Eliudi Eliakimu (Dr)	Evaluation Analysis	Acting Assistant Director, Health Services Inspectorate and Quality Assurance Section, Division of Health Quality Assurance, MoHSW

## (2) Japanese side

Name	Designation	Title and Affiliation
Tomohiko SUGISHITA (Dr)	Leader	Japan International Cooperation Agency (JICA) Senior Advisor (Health)
Yoichiro KIMATA (Mr)	Local Governance	JICA Tanzania office Senior Representative (Local Governance)
Kimio ABE (Mr)	Cooperation Planning	JICA Tanzania Office Representative
Catherine SHIRIMA (Ms)	Cooperation Planning	JICA Tanzania Office Assistant Program Officer (Training and Health Sector)
Kaori SAITO (Ms)	Evaluation Analysis	System Science Consultant Inc. Consultant, Consulting Department

## 2-5 Schedule of the Terminal Evaluation

Date		Activities
5 April	Sat	Arrival of Ms.Saito • Meeting with JICA Representative and Project Experts
6 April	Sun	• Preparation of the Evaluation Questionnaires
7 April	Mon	• Literature Review • Meeting with Project Experts
8 April	Tue	• Meeting with Project C/Ps (Director for Directorate of Planning and Policy Division, Health Reform Team, Head of Health Sector Resources Secretariat, Head of Health System Strengthening) • Meeting with DANIDA Consultant • Meeting within Joint Evaluation members • Meeting with JICA Senior Representatives and Representative
9 April	Wed	• Meeting with WHO Representative • Meeting with DANIDA Consultant and MoHSW Consultant • Meeting with USAID Representatives • Meeting with Project C/P (Coordinator for Regional Health Services)
10 April	Thur	• Moving to Mtwara • Meeting with Ag. RAS Mtwara • Meeting with Ag. RMO • Interview with Mtwara RHMT, • Interview with RRHMT - Ligula Hospital • Interview with CHMT - Mtwara Mikindani Municipal Council • Interview Hospital Advisory Committee members - Ligula Hospital

Date		Activities
11 April	Fri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moving to Lindi Region</li> <li>• Meeting with Ag. RAS</li> <li>• Meeting with Ag. RMO</li> <li>• Interview with RHMT members</li> <li>• Interview with RRHMT members - Sokoine Hospital</li> <li>• Interview with CHMT members - Lindi District Council</li> </ul>
12 April	Sat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moving to Dar es Salaam</li> <li>• Preparation of the Evaluation Report</li> </ul>
13 Apr	Sun	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparation of the Evaluation Report</li> <li>• Arrival of Dr.Sugishita</li> </ul>
14 April	Mon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moving to Dodoma</li> <li>• Meeting with RAS</li> <li>• Meeting with Ag. RMO</li> <li>• Interview with CHMT members - Chamwino District Council</li> <li>• Interview with Dodoma and Manyara RHMT members</li> <li>• Interview with RRHMT members - Dodoma General Hospital</li> </ul>
15 April	Tue	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moving to Dar es Salaam</li> <li>• Courtesy Call to Deputy Permanent Secretary, PMORALG</li> <li>• Meeting with Project Experts</li> <li>• Evaluation Team Meeting</li> </ul>
16 April	Wed	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Courtesy call to Permanent Secretary, Chief Medical Officer, MoHSW</li> <li>• Meeting with Project C/Ps (HSRS, Hospital Reform Team)</li> <li>• Meeting with SDC Representative</li> <li>• Meeting with World Bank Representative</li> <li>• Attending the meeting with JICA Experts and C/Ps on SS @ JICA</li> <li>• Finalizing Reports and Preparing presentation at the JCC</li> </ul>
17 April	Thur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attending the JCC and Presenting the result of the terminal evaluation</li> <li>• Reporting to JICA Tanzania Office</li> </ul>
18 April	Fri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leave for Japan (Dr. Sugishita and Ms. Saito)</li> </ul>

## 2-6 Persons Interviewed

The following people were interviewed during the terminal evaluation, (see Annex-3)

- Representatives from MoHSW, PMORALG
- Project Experts
- Representatives from RS, RHMTs, RRHMTs and CHMTs
- Representatives from DPs
- Representatives from JICA Tanzania office

### 3. The Result of the Terminal Evaluation

#### 3-1 Analysis of the Performance of the Project

##### 3-1-1 Input

(1) Japanese side

The Team considers that overall inputs by the Japanese side have been appropriate in quality, quantity and timing. A summary of inputs by the Japanese side is as follows. Details of the inputs from the Japanese side are shown in Input from JICA's side (Annex-5-(1)-(4)).

Table 3: Inputs by the Japanese side, Planned and Actual

Plan (as per R/D of July 2011)	Actual (as of March 2014)
<u>Teams of experts</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chief Advisor</li> <li>- Health Management Specialist</li> <li>- Capacity Development Specialist</li> <li>- Coordinator</li> <li>- Others</li> </ul>	<u>Teams of experts</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- One (1) Chief Advisor / Health system 1 / Finance Management 1</li> <li>- One (1) Health Management / Health system 2 / Finance Management 2 (Senior Health Advisor)</li> <li>- One (1) Capacity Development 1 / Training Development 1</li> <li>- One (1) Capacity Development 2 / Training Development 2</li> <li>- One (1) Health Planning 2</li> <li>- One (1) Administrative Coordinator / Training Management</li> </ul> (See Annex-5 (2))
Plan (as per R/D of July 2011)	Actual (as of March 2014)
<u>Equipment and materials</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vehicle</li> <li>- Office equipment (PC, printer, modem, etc)</li> <li>- IT equipment for internet connection in regions</li> </ul>	<u>Equipment and materials</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- One (1) Vehicle</li> <li>- Office equipment and stationaries (PCs, printer, modem, furniture)</li> <li>- Actual expenses of the Project to date: 5,425,730(Tsh)<sup>1</sup></li> </ul> (See Annex-5 (1), (4))

<sup>1</sup> Exchange rate used for calculation: 1 JPY = 20.17 TZS for Year 1 and 2, 1JPY = 16.13 TZS for Year 3

<u>Operational cost</u> - Implementation expenses for the Project which are not covered by Tanzanian side.	<u>Activity cost</u> - A total of ten (10) persons were trained on courses in Japan (not included in the cost) - 5 trainings were held and 360 participants in total attended the trainings in Tanzania. - On-site trainings: 541 participants in total were covered - 9 types of Taskforce meetings, workshops, and meetings were held and 709 participants in total attended. - Actual expenses of the Project to date: 1,163,627,790 (Tsh) (See Annex-5 (1). (3))
	<u>Operational cost</u> - Actual expenses of the Project to date: 174,214,760 (TZsh) (See Annex-5 (1))

Table 4 : The details of the JICA's General Input by item and year

Items	as of March 31, 2014			
	1st Project year (Oct 2011 - Jun 2012) Actual	2nd Project year (Aug 2012 - May 2013) Actual	3rd Project year (Aug 2013 - Mar 2014) Actual	Total
	Tsh	Tsh	Tsh	Tsh
Training	98,389,260	406,768,390	224,997,370	730,155,020
Equipment	5,425,730	0	0	5,425,730
Meetings	100,486,940	125,054,000	207,931,830	433,472,770
Operational Cost	55,164,950	60,530,170	58,519,640	174,214,760
<b>TOTAL</b>	<b>259,466,880</b>	<b>592,352,560</b>	<b>491,448,840</b>	<b>1,343,268,280</b>
Exchange rate : JPY=20.17TZS for 1st year and 2nd year, JPY=16.13TZS for 3rd year				

(2) Tanzanian side

The Project Manager (Director for Directorate of Policy and Planning [DPP]) changed in February 2012 has been working as an acting, and the Chairman of JCC of the Project (Permanent Secretary [PS]) and the Project Director (Chief Medical Officer [CMO]) had been working as an acting from February 2012 to August 2013. It was challenging for the Project to strengthen the relationship with the senior managers of MoHSW, especially for the process of development and revision of the policy documents in the actual period. However, the technical staff in charge has tried to fill the gap for the smooth project implementation.

The Team considers that C/Ps assigned for the Project are highly appropriate and committed to the work. They have undertaken trainings of trainers, and now are capable of being facilitators to train and supervise RHMT members.

A summary of inputs by the Tanzanian side is as follows. Details of the C/Ps are shown in the list of C/Ps (Annex-4)

Table 5 : Inputs by the Tanzanian side, Planned and Actual

Plan (as per R/D of July 2011)	Actual (as of March 2014)
<p><u>Human resources</u>            Project Director: CMO            Project Manager: Director of Policy and Planning            Technical Staff in charge:                Coordinator, Regional Health Service Unit                Assistance Officer for Regional Health Service                Health Sector Resource Secretariat (HSRS), DPP            Project Members:                &lt;MoHSW&gt;                Director and other officials of Human Resource Development (HRD), Hospital Services and Preventive Services, Assistant Director of and other officials of Continuing Education Section, and other officials of relevant Departments                &lt;PMORALG&gt;                Director and other officials of Regional Administration, Sector Coordination, and Local Government                &lt;Regional Secretariat&gt;                Officials and RHMT members of related Regional Secretariats            Other personnel mutually agreed upon as necessary</p>	<p><u>Human resources</u>            Project Director: CMO            Project Manager: Director of Policy and Planning (Ag.)            Advisor: Head, HSRS, DPP            Technical Staff in charge: Coordinator, RHS Unit, and Advocacy, RHS Unit            Project Members:                &lt;MoHSW&gt;                Head, Health System Strengthening, HSRS                Head, Council Health Services Board, HSRS                2 (two) from HSRS                Administrator, Department of Preventive Health Services                3 (three) from Hospital Reform Team, Department of Curative Services                Administrator, National AIDS Control Program                &lt;PMORALG&gt;                &lt;Regional Secretariat&gt;                RHMT members            (See Annex-4)</p>

<u>Facilities</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Office spaces and necessary facilities for JICA experts and related staff in the MoHSW</li> <li>- Buildings and facilities necessary for implementation of the Project in the MoHSW</li> <li>- Other facilities will be mutually agreed upon as necessary</li> </ul>	<u>Facilities</u> Provided as planned.
<u>Operational cost</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salaries and other allowances for the Tanzanian personnel for the Project administration</li> <li>- Running expenses for the Project office such as electricity, water supply, communication</li> <li>- Other implementation expenses for the Project</li> </ul>	<u>Operation cost</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salaries and other allowances for the Tanzanian personnel for the Project administration</li> <li>- Running expenses for the Project office such as electricity, water supply, communication</li> </ul> <u>Activity cost</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Budget to implement Central Management Supportive Supervision for the 1<sup>st</sup> year of the Project.</li> <li>- Cost regarding transportation and driver for the Project activities.</li> </ul>

### 3-1-2 Activities Implemented

The PDM of the Project have been revised three times as explained in Table 6.

Table 6 : Summary of Revision of the PDM

	<b>Version</b>	<b>Date of Revision</b>	<b>Major Revisions</b>
1	PDM 0	In April 2011 Agreed in the Detailed Planning Survey Mission	
2	PDM 1	In July 2011 Before the Project started	Change in the Project Period
3	PDM 2	In May 2012 Revised in 2 <sup>nd</sup> JCC	Changes in almost all the indicators to be more objective and measurable with the quantitative targets
4	PDM 3	In October 2013 Revised in 3 <sup>rd</sup> JCC	Changes in some indicators based on the suggestions made by the Midterm Review Evaluation

The Team confirmed that the Project has carried out all the activities mostly as planned in accordance with the PDM and PO. Details of activities are shown in the PO (Annex-2).

However, there was some delay with SS for RRHMT, due to the lack of basic documents regarding RRHMT, and then the Project had to start with clarification of the basic policy for RRHMT to develop the SS tools for RRHMT.

### 3-1-3 Achievement of Outputs

The Team confirmed that the level of achievement of all outputs has been adequate, with all the indicators having been accomplished or having the prospect to be achieved by the completion of the Project.

**<Output 1> Management skills of RHMTs in supporting CHMTs and RRHMTs are improved.**

The Team confirmed that the Output 1 is achieved.

Most activities have been carried out as planned and two indicators for Output 1 have already been accomplished, as explained below. In addition, most of MoHSW officials, RHMT members, RRHMT members and CHMT members interviewed expressed an opinion that the RHMT members have improved their management skills, especially planning, reporting, CCHP planning and assessment, and SS.

**Indicator 1-1**

**Training packages for the agreed 6 topics are developed and utilized.**

This indicator is almost achieved at the time of the terminal evaluation.

The agreed topics were 1) CCHP Planning and PlanRep, 2) CCHP Assessment and Report, 3) Resource Management (Human and Finance, for RHMT, RRHMT and CHMT), 4) Data Management, 5) RHMT Planning and Reporting guideline, 6) Standardized Tools and Procedure for SS.

The packages for trainings on 6 training topics are developed and implemented. The trainings contents and materials for the 6 topics were developed and conducted by combining some topics in one training based on the needs as follows (See Table 7).

Table 7 The Status of Training Implementation

Title	6 Topics	Participants	Timing
CCHP Guideline (Plan, Report and Assessment)	1) & 2)	21 RHMT ( 63 )	March 2012
RHMT Plan & Report,	2), 3) & 5)	21 RHMT	October

CCHP/PlanRep		(105)	– November 2012
RMSS-C	6)	21 RHMT	February – May 2013
RHMT & RRHMT Training on RHM/RHMT Refresher	3), 4) 5) & 6) *	25 RHMT + RRHMT (130)	November 2013 – February 2014

\* Final training included RMSS-H

The topic 3) Resource Management included Human Resource Management and Financial Management. However, since JICA Human Resource for Health Development Project implemented training to all regions on Human Resource Management, the Project focused on only Financial Management for harmonization of the training.

Based on these trainings and packages, the Project is also compiling two training packages to be utilized after the completion of the project.

- 1) Package on RHMT Training on CCHP/PlanRep (disseminated in February 2014)
- 2) Basis Management Training Package for RHMT members on RHMT Planning, Reporting Guideline, Financial Management and RMSS (is in the process of finalization for printing and to be printed in April 2014)

#### Indicator 1-2

#### **More than 80% of the RHMTs start making follow-up based on the training contents within a month after the training.**

This indicator is more or less accomplished.

In the second training, 17 out of 21 RHMTs (81%) submitted take home assignment in the second year of the Project. In the RHMT monitoring meeting held in February 2013, it was confirmed that all RHMT members (21 out of 21 RHMTs, 100%), who attended a meeting and/or training, had started to share what they learnt with non-participants from the same RHMT within a month in the following ways; 1) sharing in the regular RHMT meeting, 2) organizing a half day workshop, and 3) organizing 3 day training. In addition, some RHMTs shared the training materials with non-participants by email, or creating a folder in their common place.

Following the "RRH Support / RHMT Refresh Training", the status of the use of some of the training contents were monitored through 1) finalization and re-submission of CHOP 2013/14, 2) 2nd quarter report in accordance with the new RHMT Planning and Reporting Guideline, 3) Use of challenge model for improvement in RRH management. By the RHMT monitoring

meeting held in February 2014, all 21 RHMT who received the training from November to December 2013 have implemented one of the 1), 2) or 3). 6 regions did all three. Given the time between the training and follow up, most of these activities were done within one month after the training.

**<Output 2> Roles and functions of RHMT to support CHMTs and RRHMTs are institutionalized and consolidated.**

The Team considers Output 2 would be achieved by the completion of the Project. Although Output 2 seemed one of the more challenging ones at the time of midterm review, due to lack of the basic policy document regarding RRHMT, the Project has tried their best to spearhead implementation of the activities to achieve the Output. There are three indicators for Output 2, which are expected to be achieved by the end of the Project, as explained below.

**Indicator 2-1**

**The final draft of the revised document “Functions of Regional Health Management System” is completed by September 2013 and approved officially by June 2014.**

This indicator is not yet achieved at the time of terminal evaluation, but expected to be achieved by June 2014.

The final version was completed in November 2013. In order to harmonize it with the policy document announced by MoHSW in December 2013, it was revised again and is currently in the process of the official approval in PMORALG. (In MoHSW side, the PS and CMO have already signed in the document). PMORALG expressed their readiness and willingness to go for the official approval of the document because they were involved in the process of revision. It is expected for PMORALG to approve it officially by June 2014.

**Indicator 2-2**

**All RHMTs adopt the revised organizational structure as per the revised document by October 2014.**

This indicator could not be determined at the time of terminal evaluation. However, the Team expects this indicator to be achieved by October 2014, considering the following situation.

Although the final version of the document is currently in the process of the official approval, the Project has disseminated the changes of the document in the several meetings since the document had been reviewed and revised step by step. RHMT members interviewed were very much

aware of the changes of the document and had already adopted those changes. The main changes and how they were shared or adopted are listed below in Table 8.

Table 8 : Major changes of “Functions of Regional Health Management System”

<b>Changes</b>	<b>How was it shared</b>	<b>How is it adopted</b>
<u>Regulation of RHMT members;</u> No discrimination between core members and co-opted members	Shared in the meeting in September 2012 and emphasized in the training in November 2013.	RHMT Mtwara and Lindi expressed that they don't discriminate irrespective of status of members.
<u>Report to PMORALG;</u> Submission to PMORALG after the assessment by MoHSW	MoHSW and PMORALG agreed the flow of reporting.	RHMT is expected to follow the flow from April 2014
<u>Roles of RRHMT;</u> Stipulation of 10 roles	Shared with RHMT and RRHMT in the training in November to December 2014.	RHMT and RRHMT interviewees in Mtwara and Lindi are clear about the roles of RHMT and RRHMT.
<u>Hospital Advisory Board;</u> Stipulation of legal status and expected roles	Shared with RHMT and RRHMT in the training in November to December 2013.	The Team observed there are Hospital Advisory Board in Mtwara and Dodoma RRH and none in Lindi RRH. However, big challenge to all regions visited is found on paying sitting allowance for the board members, regulated by the circular of MoHSW.

RHMT Mtwara and Lindi expressed their feelings that those changes are necessary for further improvement and they are going to adopt those changes.

**Indicator 2-3**

**Newsletters and promotion materials are distributed widely.**

This indicator is considered achieved

The Project has issued four times and is preparing the fifth one, on a bi-annually basis, and disseminated the newsletter in the various occasions such as trainings and meetings. The Project has also made calendar and other advocacy materials to widely disseminate the roles of RHMT and RRHMT. The Project also presented articles on the project achievement through the JICA web site in Japanese.

Table 9 : Summary of Production of Promotion Materials

Materials	Date of Issue	Number of Copy
Project Leaflet	January 2012	4,000 copies
Project Calendar	January 2012	600 copies
	January 2013	500 copies
	January 2014	600 copies
Newsletter vol.1	May 2012	3,800 copies
Newsletter vol.2	September 2012	3,000 copies
Newsletter vol.3	April 2013	4,500 copies
Newsletter vol.4	November 2013	7,000 copies
Newsletter vol.5	April 2014	2,500 copies
Advocacy Bag	February 2014	300 bags

Source : Project document



**<Output 3> Guidelines and tools for RHMTs to perform their functions are improved.**

The Team confirmed that Output 3 has been achieved.

Output 3 has three indicators to evaluate the level of accomplishment. As mentioned earlier, due to lack of basic policy document regarding RRHMT and uncertainty about the future orientation of the Comprehensive Hospital Operation Plan (CHOP), the progress of developing RMSS-H for RHMT to supervise RRHMT was delayed. However, the Project tried the best to develop and disseminate RMSS-H

tools and two indicators are attained.

#### Indicator 3-1

**Supportive supervision tools for RHMTs to CHMTs and RRHMTs are developed by February 2013 and by October 2013 respectively.**

This is achieved for RMSS-C tool and RMSS-H tool respectively.

[RMSS-C]

The final version (draft) was completed in January 2013 through reviewing the existing policy and guidelines, situational analysis, field test, consultative meetings with concerned stakeholders and consecutive revisions.

[RMSS-H]

A rough draft was shared for the inputs in the meeting in February 2013. The tool and manual for RMSS-H were integrated with RMSS-C manual and the integrated manual was finalized in October 2013.

#### Indicator 3-2

**RMSS tools are disseminated to all RHMTs by February 2013 (RHMTs to CHMTs) and by October 2013 (RHMTs to RRHMTs) respectively.**

This indicator was a little bit delayed for RMSS-H while RMSS-C was achieved. This indicator was on the right track considering the following situation.

[RMSS-C]

The final version (draft) was disseminated to all RHMTs in the RTMH monitoring meeting in February 2013. RHMTs started using it from the 4<sup>th</sup> quarter of 2012/2013. It was finalized in December 2013 and is currently in the process of official approval in MoHSW as of 24<sup>th</sup> March 2014.

[RMSS-H]

The training for RMSS-H tool was provided from November 2013 to February 2014 and RHMT started utilizing it from 2<sup>nd</sup> quarter of 2013/14. The RMSS-H was finalized in December 2013 and is currently in the process of official approval in MoHSW as of 24<sup>th</sup> March 2014.

#### Indicator 3-3

**More than 90% of RHMT members are satisfied with the quality of the RMSS-C tools and are willing to utilize to support CHMTs.**

This indicator is achieved

According to the result of "RMSS-C User Feedback Survey", 96% of respondents (60 RHMT members out of 63 RHMT members from 21

regions) were satisfied with RMSS-C. The result of the survey also revealed that RHMT members felt some benefits of the RMSS-C tools as follows ;

Table 10 : Percentage of benefits of RMSS-C that RHMT felt

RMSS-C promoted understanding of CHMTs	92%
RMSS-C promoted communication with CHMTs	88%
RMSS-C improved the quality of support to CHMTs	92%
RMSS-C improved relationship with CHMTs	93%

Source : Project document

RHMT members interviewed expressed the appreciation of the RMSS tools which improved and standardized the quality of their SS to CHMTs.

In addition, CHMT members interviewed said that the style of supervision had changed from inspection style to a more supportive manner by trying to address the problems together.

### 3-1-4 Achievement of the Project Purpose

#### <Project Purposes> Performance of all RHMTs in supporting CHMTs and RRHMTs is improved.

There are five indicators to assess the achievement of the Project Purpose. One indicator "The annual average number of RHMTs which conduct SS quarterly to all RRHMTs and CHMTs with standardized tools reaches 75% for RRHMTs and 90% for CHMTs by 2013/14" doesn't have the exact data and another indicator "All RHMT Annual Plans are submitted on time and approved by MoHSW by June 2014" is still challenging to reach target. However, the Team expects that the Project Purpose would be accomplished by considering the past performance.

As for the support to CHMTs, MoHSW officials, RHMT members and CHMTs members interviewed expressed that RHMTs had improved their supports in CCHP planning and assessment, and SS. On the other hand, RRHMT members interviewed said that the support from RHMT was not adequate against the needs of RRHMT. There is some gap between actual support from RHMT to RRHMT and needs of RRHMTs. With regard to SS, some RRHMT members and CHMT members in Mtwara said that RHMT didn't come to RRH for SS regularly and RHMT didn't leave the checklist nor written feedback at CHMT. There is a room for further improvement in SS.

#### Indicator 1

#### The annual average number of RHMTs which conduct Supportive

**Supervision (SS) quarterly to all RRHMTs and CHMTs with standardized tools reaches 75% for RRHMTs and 90% for CHMTs by 2013/14.**

This indicator is expected to be achieved partially.

[SS to CHMTs with RMSS-C tools]

RHMTs started RMSS-C tools from 4<sup>th</sup> quarter of 2012/3. Usually, basket fund is disbursed late in the end of 2<sup>nd</sup> quarter, which affects low percentage of implementation of SS. However, there is improvement in the percentage of implementation of SS from 1<sup>st</sup> quarter and 2<sup>nd</sup> quarter of 2012/13 to the same period of 2013/14. That is because RHMTs tried to get the resources from other fund or take a measure of paying DSA later when basket funds came. The percentage in 4<sup>th</sup> quarter of 2012/13 with the tool was 86% and it is not achieved at the time of evaluation because the latest data is not available. However, it is expected to achieve 90% in 4<sup>th</sup> quarter of 2013/14 though it is still challenging to achieve 90% as an annual average.

Table 11: The percentage of RHMT which implemented SS to all the councils (out of 21 regions)

	2012/13				2013/14	
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
Implementation of SS	43%	43%	71%	86%	52%	62%
Making Report	38%	43%	67%	81%	52%	62%

Source : Project document

[SS to RRHMTs with RMSS-H tools]

The table below shows the data for SS provided quarterly to all RRHMTs and CHMTs from RHMTs without standardized tools in 2011/12. Since the basket fund was not disbursed until the end of the 2<sup>nd</sup> quarter as mentioned earlier, the percentage in 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> quarters. RMSS-H was disseminated in November – December 2013 and the Project encouraged RHMTs to use RMSS-H for SS to RRHMTs from 3<sup>rd</sup> quarter of 2013/14. Although data for 3<sup>rd</sup> quarter of 2013/14 has not come, the percentage in 3<sup>rd</sup> quarter and 4<sup>th</sup> quarter of 2011/12 is higher than 75%, which is the target, though RHMT didn't use RMSS-H tools. It is expected that this indicator would be achieved.

Table 12 : The percentage of the SS from RHMTs to RRHMTs in 2011/12

	2011/12			
	Q1	Q2	Q3	Q4
RRHMTs	71% (15/21)	62% (13/21)	76% (16/21)	81% (17/21)

Source : Project document

**Indicator 2-1****All RHMT Annual Plans are submitted on time and approved by MoHSW by June 2014.**

This is not achieved at the time of terminal evaluation.

The percentage of the RHMTs which submitted the Annual Plan on time shown below has improved from 19% (4 out of 21 regions) for the Plan of 2012/13 to 76% (16 out of 21 regions) for the Plan of 2013/14. The percentage has improved dramatically in one year, and some counterparts and RHMT members felt that RHMTs had improved the capacity of planning. Therefore, the Team considered the percentage would improve though 100% might be difficult because newly established 4 regions were included for the Plan of 2014/15 (denominator is 25 for the Plan of 2014/15).

Table 13 : The percentage of the RHMTs which submitted the Annual Plan on time

Plan for 2011/12	Plan for 2012/13 (due : the end of April 2012)	Plan for 2013/14 (due : the end of March 2013)
No data	19% (4/21)	76% (16/21)

Source : Project document

**Indicator 2-2****More than 80% of RHMTs gets a score higher than 70 out of 100 points in the annual plan assessment by June 2014.**

This indicator has already been achieved.

With regard to the RHMT Annual Plan of 2011/12, 9 out of 21 regions (43%) were awarded over 70 points. It has improved to 86% (18 out of 21 regions) for the Plan of 2012/13 and 88% (22 out of 25 regions) for the Plan of 2013/14. (See Annex-6 Assessment Criteria for RHMT Annual Plan)

Table 14 : The percentage of the RHMT Annual Plan which got a score higher than 70

Plan for 2011/12	Plan for 2012/13	Plan for 2013/14
43% (9/21)	86% (18/21)	88% (22/25*)

Source : Project document

\* The reason why the denominator between indicator 2-1 and 2-2 is different is 4 newly established regions was allowed to submit their plan of 2013/14 without considering the due date, but their plans were assessed for the quality.

**Indicator 3****More than 60% of RHMTs submit the quarter progress reports on time by October 2014.**

This indicator has already been achieved.

8 out of 21 RHMTs (38%) submitted quarter report in 3<sup>rd</sup> quarter of

2011/12. This has risen to 100% in 2<sup>nd</sup> and 4<sup>th</sup> quarter of 2012/13 and dropped to 88% in 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> quarters of 2013/14. The low percentage in 3<sup>rd</sup> quarter is because RHMTs were busy in preparing Annual Plan and supporting CCHP planning. The drop in 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> quarters of 2013/14 might be because newly established region started submitting the quarter report.

Table 15 : The percentage of the RHMTs which submitted the quarter report on time

2011/12		2012/13				2013/14	
Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
38% (8/21)	No Data	48% (10/21)	100% (21/21)	67% (14/21)	100% (21/21)	88% (22/25)	88% (22/25)

Source : Project document

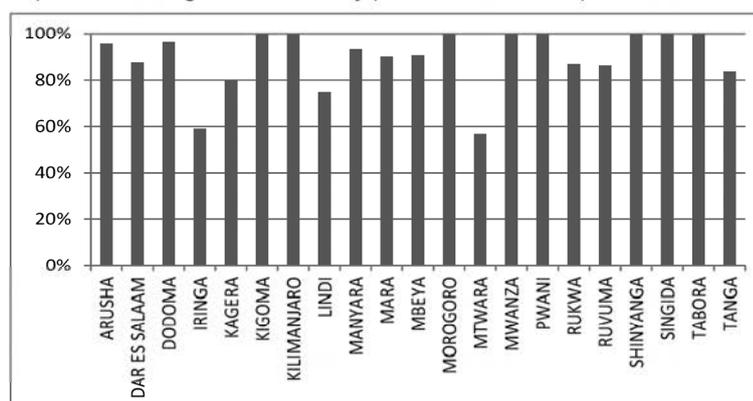
#### Indicator 4

**Over 80% of annually planned activities are implemented by more than 60% of the RHMTs at the end of FY 2013/14.**

This indicator is highly expected to be achieved.

In the 4<sup>th</sup> quarter report of 2012/13, RHMTs report the percentage of the annually planned activities implemented. As the result of the percentage for the year of 2012/13 shown in Graph 1, the average of all 21 regions was 88%, which is higher than 80%. Only 3 regions (Iringa, Lindi and Mtwara) implemented below 80% of the annually planned activities. The reasons why those three regions implemented less might be that they would receive the basket fund much later than other regions and then they would have less time to implement the planned activities.

Graph 1 : Percentage of the annually planned activities implemented in 2012/13 by Region



Source : Project document

### 3-1-5 Prospect of Achieving the Overall Goal

**<Overall Goals> Managerial performance of Regional Referral Hospital Management Teams (RRHMTs) and Council Health Management Teams (CHMTs) is improved.**

The results shown below indicate that the prospect of achieving the Overall Goal within three to five years after the completion of the Project is positive.

#### Indicator 1

**More than 90% of Comprehensive Council Health Plans (CCHPs) are approved in the first submission in the Basket Fund Committee (BFC) meeting for funding approval by 2016.**

The following table shows the percentage of CHMTs achieving approval of CCHP with the first submission and the second submission. For CCHP of 2012/13, the approval with the first submission was 0%. This is because CCHP of 2012/13 was obligated to be submitted through PlanRep program which had program errors and frequent updates. This percentage had increased to 31% in the next year. By this time, the district health service coordinator didn't allow RHMTs to be involved in the CCHP assessment process and then RHMTs couldn't play an important role to assist CHMTs to make quality CCHP. For CCHP of 2014/15, the district health service coordinator allowed RHMTs to be involved in the CCHP assessment process by providing the training on PlanRep Meso to RHMTs.

Table 16 : The percentage of CCHP approval

	CCHP of 2011/12	CCHP of 2012/13	CCHP of 2013/14
Approved w/ first submission	58% (76/132)	0% (0/132)	31% (50/161)
Approved w/ 2 <sup>nd</sup> submission	84% (111/132)	58% (76/132)	85% (137/161)

Source : Project document

MoHSW officials and RHMT members interviewed mentioned the RHMTs has improved the capacity of CCHP planning and assessment. In all three regions visited, it was reported that each council was assigned with a guardian or patron from RHMT to assist CHMT in planning with the responsibility. CHMT members interviewed expressed that RHMT was very helpful to assist CCHP planning and give feedback to revise the CCHP.

This indicator is not achieved at the time of terminal evaluation. It would be expected that the percentage of CCHP to be approved with the

first submission would be increased with more support from RHMTs to CHMTs. However, achievement of this indicator needs to be more elaborated with the strategy between RHMT and CCHPs.

#### Indicator 2

##### **More than 70% of Comprehensive Hospital Operation Plans (CHOPs) are submitted to MoHSW and PMORALG by FY2016/17.**

With regard to CHOP, the Project had tried to clarify the submission system, involvement of RHMT and MoHSW, follow up system by Hospital Reform Team. The Project also assisted Hospital Reform Team to organize the workshop for CHOP planning to orient RHMT and RRHMT and encourage the submission of CHOP, and then 18 RRHs out of 23 RRHs (78%) submitted their CHOPs of 2013/14, which is already higher than the target of the indicator.

Currently, 6 RRHs have already submitted their CHOPs of 2014/15 as of 20<sup>th</sup> March 2014. It is highly expected that more RRHs would submit their CHOPs of 2014/15.

Some RRHMT members expressed that they don't receive the fund against the CHOP they planned, which discouraged them to plan CHOPs. This element might need to be considered to achieve this indicator.

#### Indicator 3

##### **Good managerial practices initiated by RHMTs, RRHMTs and CHMTs are shared and accumulated.**

The Project organized the RHMT meeting bi-annually (RHMT annual review meeting in September and RHMT monitoring meeting in February) and encouraged RHMTs to present their good practices. The Project defined good practice to be innovative and different, tackling on the issues, evident of success (qualitatively and/or quantitatively), sustainable for the effects, replicable or potential to be replicated.

35 good practices have been shared so far.<sup>2</sup> The Project is currently compiling the good practice book to disseminate widely. In addition, the Project advocates to share the good practices in the annual RMO/DMO meeting organized by MoHSW and other program based meeting where RHMT members attend. The Project also has just made a platform to share the good practices in Facebook.<sup>3</sup>

RHMTs interviewed mentioned that they shared good practices even in

<sup>2</sup> Source ; Project document

<sup>3</sup> <http://www.facebook.com/groups/536844549765466/>

the meeting at the regional level where RRHMT and CHMTs attended. For instance, in Dodoma, maternal mortality audit meeting is organized quarterly where all CHMTs attend and share the cost for the meeting. The meeting consists of indoor meeting and field visits, which creates a good opportunity for providing peer learning among CHMTs. However, RRHMTs and CHMTs interviewed in Mtwara and Lindi didn't recognize the good practices were actively shared in the meeting.

Although sharing the good practices at the regional level should be promoted more, the indicator is highly expected to be attained.

### 3-2 The Project Implementation Process

#### (1) Capacity Development

The Project aims at the Capacity Development of RHMTs at “Individual” level, “Organizational” level, and “Institutional” level, and some effects are seen at all the levels as explained in the table below.

Table 17 : Activities supported by the Project and Effects by Level of Capacity Development

<b>Level</b>	<b>Activities supported by the Project</b>	<b>Effects</b>
<b>“Individual” level</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Training</li> <li>▪ Orientation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Individual knowledge and skills improved</li> </ul>
<b>“Organization al” level</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revision of the document “Roles and Functions”</li> <li>▪ CMSS, On-site training / follow-up to RHMT</li> <li>▪ Introduction of rating the performance and awarding.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Team work of RHMT improved</li> <li>✓ Performance of RHMT improved</li> </ul>
<b>“Institutional ” level</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Development of RMSS-C/H tools and manual</li> <li>▪ Development of Planning and Reporting manual</li> <li>▪ Organization of the national meeting</li> <li>▪ Sharing good practises</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Quality of SS improved and standardized</li> <li>✓ Quality of annual plan and quarterly report improved and standardized</li> <li>✓ Horizontal networking established</li> </ul>

#### (2) Management of the Project

The Team confirmed that the Project didn’t have any crucial problems with the management of the Project and implementation the activities.

For the efficient management of the Project, the Project instigated monthly project management meetings chaired by HSRS in addition to the JCC. However, monthly project management meetings weren’t organized since the expected participants were very busy. Therefore, JCC still remains the main project management body, which is responsible for formulating the PO for the Project, reviewing the annual implementation of the Project, and discussing about major issues related to the Project. Furthermore, the Project organized the RHMT meeting at the central level bi-annually and monitored the progress of the Project activities and the level of achievement of the Project Purpose with RHMT members. It helped the Project to monitor the progress and achievement adequately and effectively.

The Project tried to set the Project Indicators to be as objective as possible, which could be assessed numerically. The Project kept on changing the indicators to assess the Project achievement more appropriately. A C/P expressed that the Project indicators were appropriate to assess the performance of RHMTs and to know the level of the achievement.

It was unanimously agreed that the Japanese experts and C/Ps have worked very closely together, despite the fact that the Japanese experts and C/Ps have limited time. The work of the Japanese experts was highly appreciated by C/Ps across all levels.

In addition, the Project is actively engaged with Technical Working Group One (TWG-1) for District and Regional Health Services of Sector Wide Approach, on a monthly basis. This assists the Project to grasp the situation of other supports from other DPs at the council and regional levels and to gain the technical inputs from MoHSW and concerned DPs. The DPs which participated in the TWG-1 appreciated the Project for sharing the progress of the Project and the draft of the tools or documents for technical inputs.

### (3) Follow-up of the recommendation made by Midterm Review Mission

Table 18 : Recommendation made by Midterm Review Mission and the situation of follow-up

Recommendations		Follow-up
<b>For the Project</b>		
1	to Review the essential functions of RHMT and RRHMT for their clarity and operationalization in the context of decentralization by devolution	<ul style="list-style-type: none"> <li>- The Project clarified the functions of the MOHSW and PMORALG for the roles of RHMT/RRHMT (Plan and Report of RHMT, Plan and Report of CHMT, Plan and Report of RRHMT, SS within the Regional Hospital)</li> <li>- With regard to operationalization, the Project agreed with PMORALG for the flow of the documents and the roles. う ちょう</li> </ul>
2	to harmonize managerial tools and implementation procedures (esp. SS) with Development Partners and stakeholders in the health sector	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RMSS was developed as a means of facilitating RRHMT and CHMT to be subjective in solving the problems they are facing.</li> <li>- There are a lot of SS tools without harmonization among them. The Project continued discussion with Department of Quality Assurance. However, there is no clear vision and plan in MOHSW.</li> </ul>
3	to market project achievements and operational package of Regional Health Management	<ul style="list-style-type: none"> <li>- The C/P of the Project presented about the achievements of the Project in the Annual Health Sector Review meeting in October 2013, and RMO/DMO meeting in May 2013, where related departments of</li> </ul>

		MOHSW and many Development Partners attended. The Project also shared the revised “Functions of Regional Health Management System” and the draft of RMSS tool in the Regular TWGs.
4	to present project experiences and to disseminate documents and materials for future replication of the project’s lessons as a model of devolution	<ul style="list-style-type: none"> <li>- The Project has shared the experience and lessons learnt of the Project for strengthening regional health management through the following occasions <ul style="list-style-type: none"> <li>● Meeting at national level (RHMT annual review meeting, RMO/DMO meeting, Annual Health Sector Review meeting)</li> <li>● Training</li> <li>● Newsletter and other PR things (the Project is establishing the platform by using the Facebook group)</li> <li>● International Conference (Japan Association for International Health, American Public Health Association, plan to present in the Third Global Symposium of Health Systems Research in Capetown, RSA, in 30<sup>th</sup> Sep to 3<sup>rd</sup> Oct 2014)</li> </ul> </li> <li>- The Project is compiling the Good Practice Book for broad dissemination</li> </ul>
5-1	to summarize the significances and challenges of workable model of RHMT/RRHMT and related managerial interfaces as recommendation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- The Project is going to monitor whether the model is working by Sep 2014, and compile the results and the challenges as a recommendation from the Project.</li> </ul>
<b>For MOHSW and PMORALG</b>		
5-2	to ensure to conduct quarterly inter-ministerial meeting to coordinate the issues related with regional health management.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- The inter-ministerial meeting between MOHSW and PMORALG has been conducted on a bi-annual basis, not quarterly basis.</li> </ul>
6	to consider more financial resource allocation to the relevant support units in the ministries and in the regional administration	<ul style="list-style-type: none"> <li>- This has not yet been done in an organizational matter. However, MOHSW is trying to get the resources from other development partners such as World Bank to organize the training to RHMTs.</li> </ul>
<b>For MOHSW</b>		
7	to exchange ideas and	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MoHSW together with the Project creates the platform</li> </ul>

	experiences concerning to managerial best practices and to promote interactive networking and horizontal learning in any RHMT/CHMT forums	to exchange ideas and experiences of strengthening regional/district health management. - The Project is expecting the coming RMO/DMO meeting in May or June every year to be a platform.
<b>For the Project and MOHSW</b>		
8	to review and revise the PDM ver.2 based on the suggestions by the mission	- The Project and MOHSW had a discussion and revised PDM in October 2013 (PDM version 3 is the latest version)

(4) Promoting factors for achievement of the Project Purpose

● Committed C/Ps

Core C/Ps assigned to the Project are very committed to the Project activities. They gave the priority to the Project activities because the period of the Japanese experts to work in Tanzania was limited. The Japanese experts felt that the Project couldn't have implemented all the activities as planned nor achieved the Project Purpose without them.

● Strong motivation of RHMTs with confidence for their improvement

RHMT members had strong motivation for their improvement on management. Therefore, they have been trying to put into practice what they had learnt from the training or meeting, and come up with good practices to tackle the issue and improve the situation. The Project evaluated the performance of all the RHMTs and awarded at the RHMT annual review meeting, which promoted the competition for better performance among RHMTs. However, RHMT members interviewed in Mtwara and Lindi expressed some members didn't received the official appointment letter, which demoralized them for their responsible works.

● Active engagement with TWG-1

As mentioned earlier, the Project is actively engaged with TWG-1. The Project shared the progress of the Project activities, which promoted the coordination of the activities. The Project also shared the draft documents or tools and requested the technical inputs from other DPs. This contributed to develop better quality documents or tools.

● Accumulation of the experiences of JICA project from "Morogoro Health Project"

JICA started the technical cooperation on strengthening health management at regional level in Morogoro region in 2001, known as "Morogoro Health Project", followed by TC-RRHM (Technical Cooperation for Regional Referral Health Management), which is phase one of the Project. The experiences of these JICA projects accumulated and enriched the Project for more effective and efficient

implementation of the Project activities.

- Cooperation from PMORALG and RS

RHMT is technically an extended arm of MoHSW while in the administrative structure, RHMT is a part of RS. PMORALG cooperated with MoHSW to revise the document of "Functions of Regional Health Management System" and to clarify the demarcation between PRORALG and MoHSW. In addition, PMORALG tried to create the environment for RHMT to work more comfortably at the regions. RAS or acting RAS interviewed were very supportive for RHMTs and had a good communication with RHMTs.

(5) Inhibiting factors from achievement of the Project Purpose

- Lack of a sufficient and timely budget

Late disbursement and insufficient amount of the Basket Fund:

The major part of the budget of RHMTs comes from the Basket Fund. However, this budget has been delayed in the disbursement, which clearly affects the smooth implementation of planned activities of RHMTs.

In addition, the amount of the basket fund to the RHMT was cut from 195 million Tsh to 142 million Tsh in this fiscal year. With regard to the total amount of the pledge from the DPs to the Basket Fund in the past 7 years, the highest amount was 116 million USD for the year 2011/12, which had reduced to 63 million USD for the year 2014/15. This amount is the lowest in the past 7 years. 3.7 million USD out of 63 million USD is allocated to RHMT, which accounts for 5.9% of the Basket Fund, whereas 75% of the Basket Fund is allocated to CHMTs. This also negatively affects implementation of the activities to support RRHMTs and CHMTs.

Lack of central budget for activities to support RHMT:

The budget allocated to the Regional Health Services Unit was radically cut during the second year of the Project, and CMSS could not be implemented during the second year of the Project. This has indirectly affected the Project.

- Lack of Partner's engagement in supporting regional level

A lot of DPs pay attention to the councils which are responsible for the health services delivery while only JICA is supporting RHMTs. Even though those DPs understand the importance of RHMTs and have observed the improvement of capacity of RHMTs, they are not positive in supporting regional level. In addition, the Project was designed based on the demarcation with DANIDA which was the major partner in supporting hospital reform team. However, in the end of 2012, DANIDA withdrew the support to the hospital reform team. This affected the Project to revise the document of "Functions of Regional Health Management System" in terms of the RRH components and develop the RMSS-H based on CHOP.

### 3-3 Evaluation by Five Criteria

#### 3-3-1 Relevance

**The Project is highly relevant** by the following reasons;

(1) Consistency with the Tanzanian national policies

Since the independence, Tanzania has always made the utmost effort to ensure access to health services for all Tanzanian population. Within the targets of the 'Tanzania Development Vision 2025', there are five main goals, which are; 1) High quality livelihood; 2) Peace, stability and unity; 3) Good governance; 4) A well-educated and learning society; and 5) A competitive economy capable of producing sustainable growth and shared benefits. Among the goals, realise a high quality livelihood, "Access to quality health care services for all" is considered necessary in realizing 1) High quality livelihood.

The devolution in health sector from central to regional government has been progressing under the decentralization policy and the health sector reform programme since the late 1990s. The RHMTs were re-constituted as an extended arm of MoHSW in 2008. Strengthening health systems in the region is stated as being one of the priorities within the Health Sector Strategic Plan (HSSP) III: 2009-2015. In the HSSP III, Strategy 1 is to enhance health services at council level, and Strategy 2 is to strengthen regional referral health services, in which RHMT is situated in the core to strengthen health systems in the region.

(2) Appropriateness of the target group and consistency with the needs of the people

In Tanzania, the Councils are responsible for health care service deliveries, and many DPs are supporting CHMTs rather than RHMTs. In the historical context of JICA's support to health sector, the bottleneck of the health systems in Tanzania was articulated by the managerial weakness of RHMTs, which were not well supported by the DPs. Since the year of 2000, JICA was only a considerable organization to support capacity development of RHMT and significantly impacted to strengthen health system in Tanzania. All the people interviewed consider that RHMTs are still important as a technical and political backstopping by linking between MoHSW and CHMTs, and the managerial capacity of RHMT should be strengthened as an interface of managerial structure.

The Overall Goal of the Project is that "Managerial performance of RRHMTs and CHMTs is improved". Both RRHMTs and CHMTs, together with Council Hospital Management Teams are in charge of health service deliveries at regional referral hospital and at council levels respectively, and their management performance will directly affect the quality of health services.

Therefore, it is appropriate for the Project to target RHMTs and the Project is consistent with the needs of Tanzanian people.

### (3) Consistency with Japanese policy for assistance

Government of Japan committed to, Health System Strengthening, at the Tokyo International Conference on African Development IV (TICAD IV) in 2008 and at the 34<sup>th</sup> Toyako G8 Summit held in Hokkaido in 2008, and promotion of Universal Health Coverage where all the people can access to the basic health care services in the context of decentralized health systems, at TICAD V in 2013. In the 'Japan's Country Assistance Policy for the United Republic of Tanzania (as of June 2012)', the basic policy is "Sustainable Economic Growth and Promoting Economic and Social Development for Poverty Reduction", and there are three priority areas, namely, "Economic Growth for Poverty Reduction", "Infrastructure Development for Economic Growth and Poverty Reduction", and "Improvement of Governmental Services for the Whole Nations".

JICA aims at strengthening systems in each sector by enhancing decentralization and the Project is a part of "Health Systems Management Strengthening Program" in the JICA's health sector support.

Therefore, the Project is consistent with Japanese policy for assistance to Tanzania.

### (4) Relevance of the Project Design

The Project covers all the Regions, which is responding the needs of MoHSW. The approach of the Project is to strengthen the capacity of RHMTs in supporting CHMTs and RRHMs which are responsible for health service delivery in the regions hence indirectly aims at improving health service delivery. This Project design is found to be appropriate in line with Tanzanian Government Policy and the needs of Tanzanian people.

## 3-3-2 Effectiveness

**The effectiveness of the Project is considered good.** However, there is a room for improvement to strengthen the function of RHMT in supporting RRHMT

### (1) Achievement of the Project Purpose

The Project Purpose would be achieved at the time of Project completion, particularly for RHMTs' performance in supporting CHMTs, if the budget is disbursed timely to the RHMTs, as described in the ***Achievement of the Project Purpose (3-1-4)***.

Among five indicators, three indicators have been already achieved. One

indicator related to SS implementation to CHMT and RRHMT is influenced by timely and adequate disbursement from the basket fund. Another indicator regarding the timely submission and approval of the RHMT annual plan is a bit challenging since 4 RHMTs are new RHMTs who need more mentorship.

The Project developed assessment criteria of RHMT performance, assessed all the RHMT performance and awarded the top three best RHMTs in the RHMT annual review meeting in September. Table 19 below shows the result of assessment of RHMT Performance 2012/13 presented and awarded in the second RHMT annual review meeting in September 2013. The criteria consist of the quality of RHMT annual plan, the timely submission of quarter report and submission of the SS report. This assessment visualizes the performance of RHMTs and let RHMTs know where they are, which brings up the competitiveness and motivation among RHMTs for further improvement.

Table 19 : The Result of Assessment of RHMT Performance 2012/13

	No. of LGA	Plan	Q Report				Score	Position	
		Annual Plan	Q Report Timing Q1	Q Report Timing Q2	Q Report Timing Q3	Q Report Timing Q4			
<b>Max Score</b>		<b>40</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>60</b>		
1	ARUSHA	7	29.6	5.0	2.5	5.0	5.0	47.1	7
2	DAR ES SALAAM	3	31.2	0.0	2.5	2.5	2.5	38.7	16
3	DODOMA	7	28.8	5.0	5.0	5.0	5.0	48.8	6
4	IRINGA	4	25.6	0.0	2.5	0.0	5.0	33.1	20
5	NJOMBE	6	28.8	0.0	0.0	0.0	0.0	28.8	23
6	KAGERA	8	36.8	5.0	5.0	5.0	5.0	56.8	2
7	KIGOMA	8	28.8	5.0	2.5	5.0	5.0	46.3	9
8	KILIMANJARO	7	32.0	5.0	2.5	2.5	5.0	47.0	8
9	LINDI	6	33.6	0.0	2.5	0.0	2.5	38.6	17
10	MANYARA	6	35.2	0.0	2.5	2.5	2.5	42.7	11
11	MARA	7	32.8	5.0	2.5	2.5	2.5	45.3	10
12	MBEYA	11	32.8	5.0	5.0	5.0	5.0	52.8	3
13	MOROGORO	7	30.4	5.0	2.5	0.0	2.5	40.4	14
14	MTWARA	7	34.4	0.0	2.5	2.5	2.5	41.9	12
15	MWANZA	8	24.0	0.0	5.0	0.0	2.5	31.5	21
16	GETTA	6	25.6	0.0	0.0	0.0	0.0	25.6	25
17	PWANI	7	38.4	5.0	5.0	5.0	5.0	58.4	1
18	RUKWA	4	30.0	0.0	5.0	0.0	2.5	37.5	19
19	KATAVI	4	30.0	0.0	0.0	0.0	0.0	30.0	22
20	RUVUMA	6	36.8	0.0	2.5	0.0	2.5	41.8	13
21	SHINYANGA	8	34.4	0.0	2.5	0.0	2.5	39.4	15
22	SIMYU	6	28.0	0.0	0.0	0.0	0.0	28.0	24
23	SINGIDA	6	34.4	5.0	2.5	5.0	2.5	49.4	5
24	TABORA	8	28.4	0.0	2.5	5.0	2.5	38.4	18
25	TANGA	11	33.6	5.0	2.5	5.0	5.0	51.1	4

Source ; Project document

\* RHMTs which are in pink and got lowest positions are newly established regions. The period of their practices was very short and they still need time to practice and mentorship.

According to the survey on RMSS-C to CHMT members carried out by the

Project, 88.9% of the CHMT respondents were satisfied with the last RMSS-C by RHMTs. CHMT interviewed by the Team also appreciated that RMSS-C by RHMT became more “Supportive” to find the gap and come up with the ideas to address the issues which CHMTs were facing.

However, the support to RRHMT was not satisfactory against the needs of RRHMT. This is because the situation regarding CHOP and general hospital management was affected by withdrawal of DANIDA in the end of 2012 and MoHSW couldn't deal with the increased demand from the hospitals by itself. Although the Project tried to fill the gap to develop RMSS-H within the limited capacity (resources and time) and time of the Project, the Project couldn't meet the increased demand from the hospitals.

#### (2) Contribution of Outputs for achieving Project Purpose

There are three Outputs designed to achieve the Project Purposes. All three Outputs are necessary for RHMTs to perform their roles and functions in an effective and efficient manner, hence correlate with the Project Purpose.

#### (3) Important Assumptions at the level of Outputs

The assumption that “Support by other development partners to RHMTs is provided as planned” remains valid to implement the planned activities of RHMTs. On the other hand, the other assumption that “Budget is timely disbursed at RHMTs” is not so valid because the basket fund doesn't come to RHMTs on time, which affects implementation of the planned activities.

### **3-3-3 Efficiency**

**The efficiency of this Project is assessed as high.**

#### (1) Achievement of Outputs

All the outputs have been produced adequately even though it was observed at the time of Midterm Review that the RRHMT related activities were delayed, as described in **Output (3-1-3)**.

#### (2) Quality, quantity and timing of Inputs to achieve Outputs

As described in **Input (3-1-1)**, most inputs were appropriate in quantity, quality, and timing, and transformed appropriately to ensure that activities were conducted as planned.

MoHSW has provided capable and committed C/Ps, and the Project has formed them into facilitator groups, so, when one person cannot attend training another person can take over the role of facilitator.

However, the budget to carry out CMSS to supervise and mentor RHMTs had been reallocated and the second year CMSS activities had been postponed indefinitely though it is outside of the Project scope. The Project reformed zonal residential training to on-site training in each region, which provided MoHSW similar opportunity with CMSS to visit regions, grasp the actual situations of RHMTs and mentor them at their working places. This on-site training was highly efficient in terms of cost and compensating for no CMSS.

The Project had organized RHMT forum on a bi-annual basis where all the RHMTs attended and good practices were shared, which promoted the networking and horizontal learning among them. It was reported that more regions actively visited other regions on their own to learn how the good practices were performed in the ground.

The Project was actively engaged with TGW-1 for coordination and harmonization of the activities among concerned DPs. The Project shared the progress of the Project activities and got the technical inputs to develop the better documents or tools. On the other hand, the withdrawal of some partner's engagement affected the progress of the output 3, especially support to the RRHMT.

In sum, the Project has tried their best to produce maximum outputs against the limited resources in these efficient manners

### (3) Important Assumptions at the level of Activities

All the important assumptions, "Means of reliable transportation for supportive supervision is provided to RHMTs", "Frequent turnover of trained personnel does not take place", and "Cooperation from PMORALG to the Project is provided as necessary" remain valid to produce the Project outputs timely. However, the RHMT interviewed in Mtwara and Lindi expressed some difficulty in terms of maintenance cost due to inadequate budget and long distance to the councils.

### **3-3-4 Impact**

**The Impact of the Project is expected to be high.** The Team observed that some positive impacts have been emerging, and there were no negative impacts observed in the Project.

#### (1) Prospect of achieving the Overall Goal of the Project

The results at the terminal evaluation indicate that the prospect of achieving the Overall Goal within three to five years after the completion of the Project is positive, as described in the **Achievement of the overall goal (3-1-5)**.

#### (2) Positive and/or negative impacts

There were no negative impacts observed in the Project. Positive impacts are listed as follows:

Relationship especially between RHMTs and CHMTs has been strengthened. CHMTs are now more satisfied with RHMT's support for their further improvement.

RHMT members feel that they had better capacity and they were now more confident in supporting the CHMTs and RRHMTs. Some RHMTs have started to voluntarily visit other regions to learn the lessons learnt practically and promoted sharing good practices and supporting taking up the innovative approaches at the regional level.

A team spirit among RHMT members irrespective of their status, core or co-opted, is now strengthened and they are working as a team. The teamwork led to promote a learning organization, which can inspire others or each other to develop their organization in a self-reliant manner.

At the national level, 35 good practices had been shared among all RHMTs. Some of them seemed to be replicated nationwide. At the regional levels, RHMTs are trying to hold a platform to share the good practices as horizontal learning, and encouraging CHMT to come up with innovative way of management, which was observed in Dodoma that Chamwino CHMT came up with "Total Market Approach" which tries to integrate all the important programs to pool the budget from the different partners and implement those programs to deliver to the community people at once, including the SS to the health facilities. In this way, the Project promoted interfaces to share the good practices and hence further impact is expected.

The Project also invited the representatives from RRHMT and RASs from some regions to the RHMT meeting. It promoted the better understanding and relationship between RHMT, and RRHMT, RAS. Other regions requested the Project to invite their RAS to the RHMT meeting by seeing the effect.

### (3) Important Assumptions at the level of Project Purpose

The assumptions that "Financial and human resources of RRHMTs and CHMTs are secured" and "Support by other programs to RRHMTs and CHMTs are provided as planned" are still valid to realize the Overall Goal.

### (4) Contribution to strengthening Health Systems

Health Systems Strengthening has been one of the important agenda of Global Health and WHO proposed the six building blocks to visualize the health systems. Under the Project, many good practices have been initiated in the regions and can be classified into the six building blocks as indicated in Table 20 below.

Table 20 : Good Practices by WHO Health System Block

WHO Systems Blocks	Good Practices
Leadership and Governance	Support to timely submission of reports (Kilimanjaro),
Health Care Financing	NHIF revenue collection at RRH (Dodoma), Introduction of block payment at RRH (Mbeya), User Fee collection at Tumbi RRH (Pwani) Community Health Funds (Tanga)
Health Workforce	Introduction of Human Resource for Health database (Mbeya), Staff Enrichment Program for lower cadres (Mtwara), Strategies to increase Enrolled Nurses (Ruvuma),
Medical Products and Technologies	Commodity management at RRH (Kagera),
Information and Research	Partner coordination and data harmonization (Kagera), Strengthening data quality (Pwani),
Service Delivery	Increase health facility delivery rate (Arusha), Improvement of MNH services (Dar es Salaam), Improvement of Hygiene and Sanitation at major bus stop (Morogoro) Increase immunization coverage (Shinyanga)

All the six health systems blocks have at least one good practice. Especially, Health Care Financing and Service Delivery have more good practices and hence these blocks are considered as high priority areas in the regions. RHMTs are now capable of coming up with more good practices and learning from others. It would be expected that all the six health systems blocks would be further improved in the future. Therefore, it can be considered that the Project contributes to health systems strengthening.

#### (5) Contribution to achieving UHC in Tanzania

The Project aims indirectly at improving health services delivery through capacitating RHMTs in supporting RRHMTs and CHMTs which are responsible for the health service delivery in the region and the council. RHMT Mtwara interviewed shared that they increased the number of health facilities from 181 health facilities to 212 health facilities in Mtwara, which makes the physical assess better and contributes the reduction of the transport cost. RHMT Lindi interviewed told that they improved immunization coverage, communicable diseases (no outbreak of cholera recently), and reduced the HIV prevalence from 3.8% in 2012 to 2.9% in 2013, and

Under 5 Mortality from 581 cases in 2012 to 501 cases in 2013, which reduces the disease burden at a community level in Lindi. However, both RHMTs expressed the difficulty in decreasing financial burden of among poor people because they have never been reimbursed by the government for exemption of the health care services for the poor, which becomes financial burden on the hospitals. Although financial aspect should be further elaborated, the improvement of physical accessibility and service coverage are observed. It shows that strengthening RHMT has a potential to contribute to improve supply and demand side financing by the refaction of people's engagement and private sector involvement to achieve UHC in Tanzania.

### **3-3-5 Sustainability**

**Sustainability in Policy and Technical aspects is high. On the other hand, sustainability in Organizational and Financial aspects needs to be further explored by the completion of the Project.** The Team primarily stressed on the political will and substantial strategies to support RHMT and relevant activities.

#### (1) Policy aspect

Strengthening the capacity of RHMTs and regional health management system is given high priority in the current government policy.

The proposition of clear policy to support managerial activities by RHMT should be articulated and endorsed by the national government, which implies division of work between PMORALG and sector line ministry.

#### (2) Organizational aspect

The Project is fortunate to have committed C/Ps. However, there is insufficient staff in number in Regional Health Services unit to coordinate all the activities at the regional level. Furthermore, this unit should be more organizationally capacitated to function effectively and efficiently to coordinate with other departments. MoHSW's political will should be strengthened, which implies to commitment and coordination with other departments in MoHSW.

The PMORALG is one of the most important and influential institutions concerning the Project success and sustainability. However, it would be difficult only for Health Sector Coordination Unit to streamline the Project outputs and experiences into the business model of RS. PMORALG set up the new post for Deputy Permanent Secretary (DPS) - Health and ex-CMO of MoHSW was appointed at the post. Strong leadership of the DPS is now highly expected to involve both Directorate for Regional Administration and Directorate for Local Government for mainstreaming the supporting model from RS to Local Government Authority in health sector based on the sustainable dialogue with MoHSW

### (3) Financial aspect

Financial sustainability needs to be elaborated by the joint actions with Government of Tanzania and partners. One aspect of financial sustainability depends on the efficiency of funding flow to RHMT and related activities. This efficiency relies much on the capacities on financial management of their budget execution. The Team acknowledged that the financial management skills are fostered to a certain degree, however they should be more capacitated and internalized with the acknowledgement and regular support from RAS and Directorate of Regional Administration in the PMORALG.

Another aspect depends on the fiscal space exploration to various sources of funds including Health Sector Basket Fund, Block Grant and other revenues from National Health Insurance, and Community Health Funds. Since the RHMT has been receiving \$ 3.7 million from Health Basket Fund (just 3.6% of total \$ 103.3 million of HSBF), the decline of HSBF should be complimented by other regular revenues stipulated by MoHSW and PMORALG. There is no financial strategy to support Regional Health Service Unit (MoHSW), RHMTs and hence RRHMTs determined yet. The Project might market the significance of RHMT functions in the health systems strengthening and MoHSW and PMORALG explore to secure sufficient and stable financial sources to support RHMT related activities.

### (4) Technical aspect

The Project has capacitated the MoHSW officials and RHMT members through various ways such as training in Japan, training in Tanzania, On the Job Training and meetings. Furthermore, facilitators of the Project have been trained and RMSS tools for RHMTs to supervise CHMTs and RRHMTs have been developed to enable RHMT to implement better SS.

The capacity of the RHMTs has been gradually enhanced and they are now confident in their ability to continue activities for further improvement after the completion of the Project.

The Project has developed two training packages for MoHSW and RHMT to utilize for the training of new staff or refresher training, strengthened the follow-up of the training by making action plans and sharing with others who didn't attend the training. The network promoted by the Project also would be utilized to find out and coordinate the appropriate resource persons for the training. These factors would be expected to contribute to technical sustainability.

## 4. Conclusions

Based on a series of material reviews, interviews and discussions with MoHSW C/Ps, RHMT, RRHMT, CHMT members, Japanese experts, and other stakeholders, the Team concluded that the overall performance of the Project is satisfactory, as of the terminal evaluation juncture, six months before termination of the Project. In order to ensure achievement of the Project Purpose at completion of the Project, the following recommendations and lessons learnt are raised for consideration.

## 5. Recommendations

1. **The Project** needs to elaborate exit strategies of the project activities especially central and regional supportive supervision both CHMT and RRHMT and in-service training mechanism. Regarding to the smooth operation of RMSS-H, RHMT can be identically defined by self-recognition tool such as badges or other simple identification. It is possible that the Project can prepare a list of resource persons of managerial training as mentorship and champions of best practices to demonstrate optimal functions of RHMT in a competitive and proactive manner.
2. **The Project** needs to summarize lessons and recommendations on RHMT's optimal functions and enabling environment to support CHMT and RRHMT regarding to CCHP, CHOP and other administrative tools. Addition to that, good practices should be compiled and published to attract wider audience to sustain and scale up RHMT managerial practices. Thus, the Team strongly recommends that final dissemination forum should be conducted with MoHSW, PMORALG and partners to discuss about the significance of RHMT, which is an integral part of the decentralized health systems.
3. **MoHSW, together with PMORALG**, needs to take serious considerations to review and explore sufficient and stable financial resources such as the Health Sector Basket Fund, which has still low execution rate by PMORALG, or other source of revenues to support activities by RHMT. Addition to that, MoHSW should make serious efforts to strengthen and sustain the functions of Regional Health Services Unit by coordinating activities with other Units such as District Health Services, Hospital Reform Team, and Health Quality Assurance and so on. There is a possible implication that Health Sector Resource Secretary and Hospital Reform Team can be merged into one coordination unit, which supports health equity in the decentralized health systems.
4. **MoHSW, together with PMORALG** needs to review the conceptual framework of CCHP and CHOP may need to be transformed from input-basis to demand-basis and result orientation according to the burden of diseases faced by the target populations. This transformation of planning modality enables more effective and smooth operation of supportive supervision and resource tracking linking with health service coverage and health status.
5. **MoHSW, together with PMORALG** needs to simplify the reporting and verification process of CCHP and CHOP, which are really labour intensive and not utilized thoroughly. Also budget verification tools such PlanRep and Epicor should be stable and reliable to avoid confusion on the ground despite of changing continuously.

6. The Team acknowledged the active Hospital Advisory Board well guided by RHMT affects RRHMT much to functionalize the hospital management overall. However there are reported that misconducts and low motivation among Hospital Advisory Board members are observed. Therefore, **MoHSW and any authorities** should ensure Standard Operating Procedures of the Hospital Advisory Board and possibly introduce more feasible protocol including selection criteria, term of references and honorarium to enable smooth implementation of the Board with social accountability.
7. RHMTs comments on CCHPs are not fully endorsed by the centralized approval system by District Health Services Unit. Thus, **MoHSW and Health Sector Basket Fund Committee** might consider that the decentralization of the mandates of HSBF approval and resource tracking from central level to RHMT level can be more efficient and realistic.
8. **MoHSW** needs to ensure that CHOP has to be liked with sufficient resource envelope, which motivates RRHMT and enables hospital to improve their managerial functions and entire services in an autonomous manner. It can also ensure the effective implementation of RMSS-H guided by the plan and progress.
9. RHMT became conversant to policy dissemination as a proximal arm of central government however knowledge of vertical programs and resource options can be strengthened because some programs are still operationalized directly linking with CHMT or Community without RHMT's involvement. **MoHSW** should mainstream Standard Operating Procedures, in which RHMT has a mandate to supervise CHMT and their service deliveries, need to be acknowledged and fully endorsed by programs and partners.

## 6. Lessons Learnt

1. Decentralization by Devolution (D by D) is not an easy job. It requires strong political will, visionary leadership, national goals and objectives, legal amendment, institutional arrangement, organizational reform, and ultimately commitment from people, partners and all the stakeholders. Government of Tanzania strives this transformation strategically to utilize Region as a proximal arm of central government to show stewardship for the development of local government. In the context of Health Sector Reform, the MoHSW has been working on the D by D supported by PMORALG with robust partners' engagement of technical assistance and financial modality under Sector Wide Approach and implicated by Health Sector Basket Fund. Since 2001, JICA has been supporting this D by D through technical cooperation to support RHMT from pilot phase to national scale up as

an integral part of service delivery and administrative management for efficient and effective performance of decentralized health systems. **The Team acknowledged that the efforts of D by D made by MoHSW and PMORALG are realized to strengthen the entire health systems unified by the substantial capacity of RHMT in a tangible, standardized and even innovative manner through the consecutive process of JICA's Technical Cooperation's for twelve years.** This long-term achievement is cherished by one of the best examples of health systems strengthening to the global audience.

2. Managerial capacity development of RHMT influences to strengthen health systems as a whole, especially under the decentralized setting. It impacts not only to standardize the managerial practices but also to stimulate behavioural changes from prevailing to supportive, which encourage CHMT and RRHMT to promote innovative ideas and strategic thinking to improve service deliveries at the frontline. **This achievement is led by the ministerial venture with continuous dialogue between MoHSW and PMORALG and between RHMT and RAS impacted significantly to improve RHMT's functions and hence CHMT's function to strengthen the whole health systems in Tanzania.**
3. There are several lessons at the activity level. Good teamwork sprits and servant leadership among RHMT member promotes mutual commitments and managerial performance to support CHMT and RRHMT. Good supportive supervision cannot be achieved without well documented plans such as CCHP and CHOP, which have to be liked with resource envelope. Good governance structure such as Hospital Advisory Board is essential to have better results in the hospital management. **All in all the Project identified collections of those good practices and share those champions to promote horizontal learning through regular meetings, publications and even social media. This is a transformative learning process to inspire paradigm shift of the entire administrative culture with courage, confidence and joy.**

(END)

### Annex-1 Latest PDM (Version 3)

**Project Title:** The Project for Capacity Development in Regional Health Management Phase 2  
**Executing Agency:** Ministry of Health and Social Welfare (MOHSW), Government of the United Republic of Tanzania **Date:** October, 2013  
**Project Period:** Three (3) years (Nov, 2011 - Oct, 2014)  
**Target Group:** All Regional Health Management Teams (RHMTs) in Tanzania Mainland  
 Beneficiary: MOHSW, Council Health Management Teams (CHMTs), Regional Referral Hospital Management Teams (RRHMTs)

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p><b>[Overall Goal]</b>            Managerial performance of Regional Referral Hospital Management Teams (RRHMTs) and Council Health Management Teams (CHMTs) is improved.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>More than 90 % of Comprehensive Council Health Plans (CCHPs) are approved in the first submission at the Basket Fund Committee (BFC) meeting by June 2017.</li> <li>More than 70 % of Comprehensive Hospital Operation Plans (CHOPS) are submitted to MOHSW and PMORALG by FY2016/17.</li> <li>Good managerial practices initiated by RHMTs, RRHMTs and CHMTs are shared and accumulated.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>CCHP assessment report by MOHSW</li> <li>Hospital Reform Team MOHSW record</li> <li>RHMT annual plan, CCHP</li> </ol>	Financial and human resources of RRHMTs and CHMTs are secured. Support by other programs to RRHMTs and CHMTs are provided as planned.
<p><b>[Project Purpose]</b>            Performance of all RHMTs in supporting CHMTs and RRHMTs is improved.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>The annual average number of RHMTs which conduct Supportive Supervision (SS) quarterly to RRHMTs and all CHMTs with standardized tools reaches 75% for RRHMTs and 90% for CHMTs by 2013/14.</li> <li>All RHMT Annual Plans are submitted on time and approved by MOHSW by June 2014.            (MOHSW announces the submission deadline to RHMTs when the budget ceiling is announced.)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Supportive supervision report, RHMT quarterly progress report</li> <li>Regional Health Service Unit (RHSU) report</li> </ol>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>More than 80% of RHMTs gets a score higher than 70 out of 100 points in the annual plan assessment by June 2014.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>RHSU report</li> </ol>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>More than 60% of RHMTs submit the quarter progress reports on time by October 2014.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>RHSU report</li> </ol>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>Over 80% of annually planned activities are implemented by more than 60% of the RHMTs at the end of FY 2013/14.            (This is tentatively set. It will be revised based on the 4<sup>th</sup> quarter progress report of 2011/2012.)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Regional Health Service Unit report</li> </ol>	

<p><b>[Outputs]</b></p> <p>1. Management skills of RHMTs in supporting CHMTs and RRHMTs are improved.</p>	<p>1-1 Training packages for the agreed 6 topics are developed and utilized.</p> <p>1-2 More than 80% of the RHMTs start making follow-up based on the training contents within a month after the training.</p>	<p>RHM2 document</p>	<p>Budget is timely disbursed at RHMTs.</p>
<p>2. Roles and functions of RHMT to support CHMTs and RRHMTs are institutionalized and consolidated.</p>	<p>2-1 The final draft of the revised document "Functions of Regional Health Management System" is completed by September 2013 and approved officially by June 2014.</p> <p>2-2 All RHMTs adopt the revised organizational structure as per the revised document by October 2014.</p> <p>2-3 Newsletters and promotion materials are distributed widely.</p>	<p>RHM2 document</p> <p>RHM2 document</p> <p>HM2 document</p>	<p>Support by other development partners to RHMTs is provided as planned.</p>
<p>3. Guidelines and tools for RHMTs to perform their functions are improved.</p>	<p>3-1 Supportive supervision tools for RHMTs to RRHMTs and CHMTs are developed by February 2013 and by October 2013 respectively.</p> <p>3-2 RMSS tools are disseminated to all RHMTs by February 2013 (RHMTs to CHMTs) and by November 2013 (RHMTs to RRHMTs) respectively</p> <p>3-3 More than 90% of RHMT members satisfy the quality of the RMSS-C tools and are willing to utilize to support CHMTs.</p>	<p>RHM2 document</p> <p>RHM2 document</p> <p>RHM2 document</p> <p>Evaluation team survey</p>	
<p><b>[Activities]</b></p> <p>1-1 To train RHMT members in newly established regions on managerial skills and coaching skills to support CHMTs and RRHMTs</p> <p>1-2 To develop training packages for RHMTs on:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CCHP planning and PlanRep</li> <li>- Assessment of CCHPs and CCH reports</li> <li>- Resource management at RHMTs, RRHMTs and CHMTs (financial and human resources)</li> <li>- Data management</li> <li>- RHMT planning and reporting guideline</li> <li>- Standardized tools and procedure for supportive supervision from RHMTs to CHMTs</li> </ul> <p>1-3 To conduct training to RHMTs on the above topics</p> <p>1-4 To conduct orientation to RHMTs on</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital reform and planning</li> <li>- Establishment of Council Service Board, Hospital Advisory Board and Service Agreement</li> </ul> <p>2-1 To conduct annual RHMT review meetings to discuss issues related with regional referral health management</p> <p>2-2 To revise "Functions of Regional Health Management System" to</p>	<p><b>[Inputs]</b></p> <p><b>Tanzanian side</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Personnel <ul style="list-style-type: none"> <li>- Project Director</li> <li>- Project Manager</li> <li>- Coordinator and Assistant</li> </ul> </li> <li>2. Facilities and equipment <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinator for Regional Health Services</li> <li>- Technical Staff in charge</li> </ul> </li> <li>3. Operational cost <ul style="list-style-type: none"> <li>- Project office space</li> <li>- Salaries and other allowances for the Tanzanian personnel for the Project administration</li> <li>- Running expenses for the Project office such as electricity, water supply, communication</li> <li>- Other implementation expenses</li> </ul> </li> </ol>	<p><b>[Inputs]</b></p> <p><b>Japanese side</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Technical experts <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chief Adviser</li> <li>- Health Management Specialist</li> <li>- Capacity Development Specialist</li> <li>- Coordinator</li> <li>- Others</li> </ul> </li> <li>2. Equipment (Vehicle, office equipment, IT equipment)</li> <li>3. Operational cost <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementation expenses for the Project which is not covered by the Tanzanian side</li> </ul> </li> </ol>	<p>Means of reliable transportation for supportive supervision is provided to RHMTs.</p> <p>Frequent turnover of trained personnel does not take place.</p> <p>Cooperation from PMORALG to the Project is provided as necessary.</p>

<p>accommodate the current organizational structure of RHMTs and RRHMTs</p> <p>2-3 To develop RHMT website and newsletters for advocacy of roles and functions of RHMTs to relevant stakeholders</p> <p>2-4 To monitor and analyze performance of RHMTs through CMSS and RHMT quarterly progress reports</p> <p>2-5 To integrate RHMT performance annually into "Health Sector Performance Profile"</p> <p>3-1 To develop standardized tools and procedure for supportive supervision from RHMTs to CHMTs in alignment with existing policies, strategies and guidelines</p> <p>3-2 To standardize the procedure of supportive supervision from RHMTs to RRHMTs</p> <p>3-3 To follow up coordination of managerial supportive supervision activities through the Technical Working Groups</p> <p>3-4 To install internet connections for RHMTs based on assessment</p>	<p>for the Project</p>	<p><b>Pre-conditions</b></p> <p>Required number of qualified staff members is allocated at RHMTs.</p> <p>Budget allocation to RHMTs is sustained.</p> <p>The Technical Working Groups under SWAP mechanism are sustained.</p> <p>The national policy supports strengthening of RHMTs.</p>
--	------------------------	---

Annex-2 Plan of Operation

Activity	Period																									
	2011			2012			2013			2014																
	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>1 Output 1. Management Skills of RHMTs in Supporting CHMTs and RRHMTs are Improved</b>																										
1-1 To Train RHMT Members in Newly Established Regions on Managerial Skills and Coaching Skills to Support CHMTs and RRHMTs																										
1-1-1	Implement Four New Regions Training	Plan																								
		Actual																								
1-2 To Develop Training Packages for RHMTs on: 1) CCHP Planning and PlanRep 2) Assessment of CCHPs and CCHP Reports 3) Resource Management at RHMTs, RRHMTs and CHMTs (Financial and Human Resources) 4) Data Management 5) RHMT Planning and Reporting Guidelines 6) Standardized Tools and Procedure for Supervise Supervision from RHMTs to CHMTs																										
1-2-1	Review of the Existing Training Materials and the Assessment of the Training Needs	Plan																								
		Actual																								
1-2-2	Set up RHMT Training Development Task Force	Plan																								
		Actual																								
1-2-3	Develop Overall Plan for the Training Programme	Plan																								
		Actual																								
1-2-4	Develop the Training Package	Plan																								
		Actual																								
1-3 To Conduct training to RHMTs on the above Topics																										
1-3-1	Implement Trainings	Plan																								
		Actual																								
1-3-2	Implement Refresher Trainings	Plan																								
		Actual																								
1-4 To conduct orientation to RHMTs																										
1-4-1	Orientation to RHMTs	Plan																								
		Actual																								
<b>2 Output 2. Roles and Functions of RHMT to Support CHMTs and RRHMTs are Institutionalized and Consolidated</b>																										
2-1 To Conduct Annual RHMT Review Meetings to Discuss Issues Related with Regional Referral Health Management																										
2-1-1	RHMT Annual Review Meeting	Plan																								
		Actual																								
2-1-2	RHMT Monitoring Meeting	Plan																								
		Actual																								
2-2 To Revise "Functions of Regional Health Management System" to Accommodate the Current Organizational Structure of RHMTs and RRHMTs																										
2-2-1	Set-up RHMT Function Strengthening Taskforce	Plan																								
		Actual																								
2-2-2	Review, Revise the Document "Functions of Regional Health Management System" for Approval	Plan																								
		Actual																								
2-2-3	Disseminate Revised "Functions of Regional Health Management System"	Plan																								
		Actual																								
2-3 To Develop RHMT Website and Newsletters for Advocacy of Roles and Functions of RHMTs to Relevant Stakeholders																										
2-3-1	Inform All the Stakeholders on the Roles and Functions of RHMT	Plan																								
		Actual																								
2-3-2	Newsletter	Plan																								
		Actual																								
2-3-3	Newsletter	Plan																								
		Actual																								

2-3-3 Public Bulletin / Bulletin / Pulisanter, Mubetelo, etc. 1



### Annex-3: List of Interviewees

Name	Title/Designation	Organisation	Date of Interview
Josbert Rubona	Project Manager, Director, DPP	MOHSW	8 April 2014
Romana Sanga	Hospital Reform Team, DCS	MOHSW	8 April 2014
Overlin Kisanga (Dr.)	Head, HSRC, DPP	MOHSW	8 April 2014
Catherine Joachim (Dr.)	Head, HSS, HRSR, DPP	MOHSW	8 April 2014
Sally Lake	Senior Advisor on Health Policy, Planning and Management	DANIDA	8 April 2014
Eliudi Eliakimu (Dr.)	Head, Health Services Inspectorate and Quality Assurance Section, Health Quality Assurance Division	MOHSW	8 April 2014
Hajime Iwama	Senior Representative	JICA	8 April 2014
Yoichiro Kimata	Senior Representative	JICA	8 April 2014
Kimio Abe	Representative (Health)	JICA	8 April 2014
Faustine Njau (Dr.)	National Professional Officer, HSS	WHO	9 April 2014
Andy O'Connell	PPP Advisor	DANIDA	9 April 2014
Bjarne Jensen (Dr.)	Technical Advisor, HSS	MOHSW Consultant	9 April 2014
R.D. Mutagwaba	Coordinator, Regional Health Services Unit	MOHSW	9 April 2014
Suzuna	Head, HSS	USAID	9 April 2014
Mary Kasonka (Dr.)	Senior Public Health Specialist – Health Governance	USAID	9 April 2014
Mtwara Region			
Thabitha Kilangi	Acting Regional Administrative Secretary	RS Mtwara	10 April 2014
Mohamed Wasinde	Local Government Officer	RS Mtwara	10 April 2014
Mohamed Gwao (Dr.)	Medical Officer In-charge & Ag. Regional Medical Officer	RHMT, RRHMT Mtwara	10 April 2014
Godfrey Nyombi	Regional Health Secretary	RHMT Mtwara	10 April 2014
Kanuda S. Nswila	Regional Laboratory Technologist	RHMT Mtwara	10 April 2014
Mbapila Emmanuel	Regional Radiology Coordinator	RHMT Mtwara	10 April 2014
Kodi M.M (Dr.)	Regional Tuberculosis and Leprosy Coordinator	RHMT Mtwara	10 April 2014
Kelvin Mushi	Regional Health Management Information System (RHMS)	RHMT Mtwara	10 April 2014
Lucy K. Njila	Head of Pediatric Dept.	RRHMT Mtwara (Ligula Hospital)	10 April 2014

S.S. Mangumbe	Hospital Health Officer/Ag. Regional Health Officer	RRHMT Mtwara	10 April 2014
Blandina Ngitu	Ag. Matron	RRHMT Mtwara	10 April 2014
Walter U. Mbunda	Board member, Ligula Hospital	Hospital Advisory Board	10 April 2014
Francis Kasoyaga	Board chairman, Branch Manager, Community and Rural Development Bank	Hospital Advisory Board	10 April 2014
Lusungu Mselela	Medical Officer	Mtwara Mikindani Municipal Council	10 April 2014
Christa Nzali	Acting District Medical Officer	Mtwara Mikindani Municipal Council	10 April 2014
V. Kamwendu	Acting District Nursing Officer	Mtwara Mikindani Municipal Council	10 April 2014
Wahida Shimahonga	Municipal Health Secretary	Mtwara Mikindani Municipal Council	10 April 2014
Ramadhani Chibwana	District Cold Chain Officer	Mtwara Mikindani Municipal Council	10 April 2014
Lindi Region			
Jerome J. Kiwia	Acting Regional Administrative Secretary	RS Lindi	11 April 2014
Gaddy Lucas Chuwa	Acting Regional Medical Officer	RHMT Lindi	11 April 2014
Hussein J. Athumani (Dr.)	Acting Regional Dental Officer	RHMT Lindi	11 April 2014
Richard A. Shabani	Acting Regional Health Officer	RHMT Lindi	11 April 2014
Khalifa Munisi	Acting Regional Health Management Information System	RHMT Lindi	11 April 2014
Celestine D. Ndaka	Regional Social Welfare Officer	RHMT Lindi	11 April 2014
Damasiana P. Msalla	Ag. Regional Nursing Officer	RHMT Lindi	11 April 2014
Alfred Mukome	Public Private Partnership Focal Person	RHMT Lindi	11 April 2014
Zainab Mathradas	Regional Reproductive Health Coordinator	RHMT Lindi	11 April 2014
Muhaji Mohamed (Dr.)	Regional Quality Improvement Focal Person	RHMT Lindi	11 April 2014
Abdallah A. Chome (Dr.)	Medical Officer Incharge	RRHMT Lindi (Sokoie Hospital)	11 April 2014
Joseph Shibula (Dr.)	Member	RRHMT Lindi	11 April 2014
Betrice Mwela	Hospital Matron	RRHMT Lindi	11 April 2014
Zaituni Mbelema	Member	RRHMT Lindi	11 April 2014
Helena Mhagama	Member	RRHMT Lindi	11 April 2014
Christine Seifu	Member	RRHMT Lindi	11 April 2014
Anjela Wema	Member	RRHMT Lindi	11 April 2014
Julius Mwansimba	Member	RRHMT Lindi	11 April 2014
Davis Maganga	Member	RRHMT Lindi	11 April 2014

Oswald Mwihara	Hospital Pharmacist Incharge	RRHMT Lindi	11 April 2014
Thomas Lihawi	Member	RRHMT Lindi	11 April 2014
Farida Ali	Member	RRHMT Lindi	11 April 2014
Jamila S. Athuman (Dr.)	Member	RRHMT Lindi	11 April 2014
Bikayamba Karunda	Procurement & Supply Officer	RRHMT Lindi	11 April 2014
Mwita B. Machage (Dr.)	Incharge, Eye Clinic	RRHMT Lindi	11 April 2014
Magdalena Mmuni	Member	RRHMT Lindi	11 April 2014
Yasin Mkombe	Member	RRHMT Lindi	11 April 2014
Nassir A. Moh'd	Member	RRHMT Lindi	11 April 2014
Jumanne h. Shija (Dr.)	Member	RRHMT Lindi	11 April 2014
Emmerenceana Mahulu (Dr.)	Member	RRHMT Lindi	11 April 2014
Marietha A. Ng'oge	Member	RRHMT Lindi	11 April 2014
Elizabeth S. Kakusa	Integrated Disease Surveillance Response Coordinator / District Health Information System Coordinator	CHMT Lindi DC	11 April 2014
Kazembe H. Mkonga (Dr.)	Care and Treatment Clinic In-charge	CHMT Lindi DC	11 April 2014
Regina Kunache	District Home Based Care Coordinator	CHMT Lindi DC	11 April 2014
Baron David (Dr.)	District Dental Officer	CHMT Lindi DC	11 April 2014
Dodoma Region			
Mwanaisha Hassan	Ag. Regional Health Secretary	RS Dodoma	14 April 2014
Ezekiel Mpuya (Dr.)	Regional Medical Officer	RHMT Dodoma	14 April 2014
Rehema Madenge	Regional Administrative Secretary	RHMT Dodoma	14 April 2014
Edward Ganja	Regional Health Officer	RHMT Dodoma	14 April 2014
Denis Mbepera	Regional Pharmacist	RHMT Dodoma	14 April 2014
Antonia Mkinda	Regional Nursing Officer	RHMT Dodoma	14 April 2014
Anna J. Gelle	Regional Social Welfare Officer	RHMT Dodoma	14 April 2014
Jacob Chembe (Dr.)	Regional Dental Officer	RHMT Dodoma	14 April 2014
Edwin Chiwute	Regional Monitoring & Evaluation Officer	RHMT Dodoma	14 April 2014
Mzee M. Nassoro (Dr.)	Medical Officer Incharge	RRHMT Dodoma	14 April 2014
Halima Kassim (Dr.)	BIMA In-charge	RRHMT Dodoma	14 April 2014
David Mgaya (Dr.)	Head of Department of General Surgery	RRHMT Dodoma	14 April 2014
E.A. Swai	Regional Laboratory Technologist	RRHMT Dodoma	14 April 2014
Eric Muhikambele	Pharmacist	RRHMT Dodoma	14 April 2014
Bukanu Faustine (Dr.)	Ear, Nose and Trachea – Surgeon	RRHMT Dodoma	14 April 2014
Boniface Nguhuni (Dr.)	Ag. Head Internal Medicine	RRHMT Dodoma	14 April 2014
Stella S. Chiwanga	Ag. Hospital Matron	RRHMT Dodoma	14 April 2014
Leonard Kiboko (Dr.)	Head of Ophthalmology Department	RRHMT Dodoma	14 April 2014

Goodluck Mrosso (Dr.)	Head of Dental Department	RRHMT Dodoma	14 April 2014
Tarimo Endless	Out Patient Department In-charge	RRHMT Dodoma	14 April 2014
Chipanka Leonida	Internal Medicine	RRHMT Dodoma	14 April 2014
Freddy John (Dr.)	Head of Out Patient Department	RRHMT Dodoma	14 April 2014
James Charles (Dr.)	District Medical Officer	CHMT Chawino DC	14 April 2014
uthbet J. Kongele	District Health Officer	CHMT Chawino DC	14 April 2014
Joyce Swai	Tuberculosis&Leprosy / HIV Officer	CHMT Chawino DC	14 April 2014
Lister Maligama (Dr.)	District AIDS Control Coordinator	CHMT Chawino DC	14 April 2014
Edwin Kongola	District Tuberculosis & Leprosy Coordinator	CHMT Chawino DC	14 April 2014
Manyara Region			
Ally S. Uredi (Dr.)	Regional Medical Officer	RHMT Manyara	14 April 2014
Samweli M. Tluway	Regional Health Officer	RHMT Manyara	14 April 2014
Essau Luyagaza	Regional Pharmacist	RHMT Manyara	14 April 2014
Sammy Mulemba	Regional Social Welfare Officer	RHMT Manyara	14 April 2014
Theonestina Rwechungura	L. Regional Nurse Officer	RHMT Manyara	14 April 2014
Elingikanawa Komelee	Regional Health Officer	RHMT Manyara	14 April 2014
George Haue	Regional Dental Officer	RHMT Manyara	14 April 2014
Deogratias Mtasiwa (Dr.)	Deputy Permanent Secretary	PMORALG	14 April 2014
Naomi Okada	Chief Advisor	MOHSW/JICA	15 April 2014
Makiko Komasaawa	Deputy Chief Advisor / Senior Health Advisor	MOHSW/JICA	15 April 2014
Natsue Miyata	Capacity Development Specialist	MOHSW/JICA	15 April 2014
Kira Thomas	Health Basket Advisor	SDC	16 April 2014
Yahya A. Ipuge	Senior Health Specialist	WB	16 April 2014
Rekha Menon	Lead Economist and Sector Leader, Human Development Sector Unit	WB	16 April 2014

#### Annex-4: Counterpart List in MOHSW

Name	Designation	Position/Department
Dr. Donan Mmbando	Project Director	Chief Medical Officer
Mr. Josbert Rubona	Project Manager	Director, Policy and Planning Division (DPP)
Dr. Overlin Kisanga	Advisor	Head, Health Sector Resource Secretariat (HSRS), DPP
Mr. R. D. Mutagwaba	Technical staff in charge / RMSS Facilitator	Coordinator, Regional Health Services, HSRS/DPP
Mr. Fares Masaule	Technical staff in charge / RMSS Facilitator	Advocacy, HSRS/DPP
Dr. Catherine Joachim	RMSS Facilitator	Head, Health Systems Strengthening (HSS), HSRS/DPP
Mr. Richard Mnyenyelwa	RMSS Facilitator	Head, Council Health Services Board, HSRS/DPP
Mr. Ndaki Shilungu	RMSS Facilitator, RHMT plan and report assessor	HSRS/DPP
Ms Neema Ringo	RHMT plan and report assessor	Administrator, HSRS/DPP
Ms. Neusta Kwesigabo	RMSS Facilitator	Administrator, Department of Preventive Health Services
Dr. Rosina Lipiyoga	Hospital reform support	Former Head, Hospital Reform, Department of Curative Services (DCS)
Dr. Sijenunu Aaron	RMSS Facilitator/ CHOP support	Hospital Reform, DCS
Ms Romana Sanga	RMSS Facilitator/Hospital reform support	Hospital Reform, DCS
Mr. Joseph Kelya	RMSS Facilitator	Administrator, National AIDS Control Program

Annex-5 (1): Summary of JICA's input

March 31, 2014

Items	1st Project year (Oct 2011 - Jun 2012) Actual		2nd Project year (Aug 2012 - May 2013) Actual		3rd Project year (Aug 2013 - Mar 2014) Actual		Total	
	JPY	Tsh	JPY	Tsh	JPY	Tsh	JPY	Tsh
Training	4,878,000	98,389,260	20,167,000	406,768,390	13,949,000	224,997,370	38,994,000	730,155,020
Equipment	269,000	5,425,730	0	0	0	0	269,000	5,425,730
Meetings	4,982,000	100,486,940	6,200,000	125,054,000	12,891,000	207,931,830	24,073,000	433,472,770
Operational Cost	2,735,000	55,164,950	3,001,000	60,530,170	3,628,000	58,519,640	9,364,000	174,214,760
TOTAL	12,864,000	259,466,880	29,368,000	592,352,560	30,468,000	491,448,840	72,700,000	1,343,268,280

Exchange rate : 1JPY=20.17TZS for 1st year and 2nd year, 1JPY=16.13TZS for 3rd year

Annex-5 (2) Experts Dispatchment (1st year)

	Title	Name	Organization	1st Year											
				2011						2012					
				10	11	12	1	2	3	4	5	6			
In Tanzania	Chief Advisor / Health System 1	Naomi Okada	Foundation for Advanced Studies on International Development	11/2	█	12/25	█					5/7	█	6/11	
	Health Management / Health System2 (Senior Health Advisor)	Makiko Komazawa	Earth and Human Corporation				1/14	█						6/11	
	Capacity Development • Training Development 1	Natsue Miyata	Foundation for Advanced Studies on International Development	11/2	█	12/25	1/8	█			4/12	█			
	Capacity Development • Training Development 2	Mayumi Sugihara	Foundation for Advanced Studies on International Development								4/13	█		6/11	
	Health Planning 1	Natsue Miyata	Foundation for Advanced Studies on International Development								4/13	█		6/11	
	Health Planning 2	Miho Sato	Nagasaki University Graduate School of International Health Development						2/1	█	3/16	█			
	Health Planning 3	Kaina Homma	Earth and Human Corporation				1/14	█				5/7	█		
	Project Coordinator / Training Management	Mitsuyuki Kato	Foundation for Advanced Studies on International Development	11/2	█	12/25	1/8	○	█					6/11	
	Chief Advisor / Health System 1	Naomi Okada	Foundation for Advanced Studies on International Development					█					█	█	

Annex-5 (2) Experts Dispatchment (2nd year)

	2012							2013										
	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6						
In Tanzania	Title	Organization																
	Chief Advisor / Health System 1	Naomi Okada	Foundation for Advanced Studies on International Development	8/11	9/27									3/22	4/26			
	Health Management / Health System2 (Senior Health Advisor)	Makiko Komasawa	Earth and Human Corporation	8/18		12/2	1/12	1.20 M									5/9	
	Capacity Development Training Development 1	Natsue Miyata	Foundation for Advanced Studies on International Development	9/1		11/25	1/5							3/22	4/3		5/16	
	Capacity Development Training Development 2	Mayumi Sugihara	Foundation for Advanced Studies on International Development	8/24	9/12									4.00 M				
	Health Planning 2	Miho Sato	Nagasaki University Graduate School of International Health Development											2/16			4/9	
	Health Planning 3	Kaina Homma	Earth and Human Corporation	8/25		10/30								1/21	3/6			
	Project Coordinator / Training Management	Sachiko Matsumoto	Foundation for Advanced Studies on International Development	1.50 M										1.00 M				
	Chief Advisor / Health System 1	Naomi Okada	Foundation for Advanced Studies on International Development	8/11		12/2	1/18											5/16
				3.07 M											3.23 M			
In Japan																		



### Annex-5 (3): List of Trainings

#### 1. Training in Japan

Name of Participant	Position	Field	Period	Host organisation
Dr. Beatrice Byalugaba	Regional Medical Officer, Pwani RHMT	“Health Administration for Regional Health Office for Africa”	26/06/12 – 11/8/12	Sapporo International Center
Dr. Frida T. Mokiti	Regional Medical Officer, Arusha RHMT	“Health Administration for Regional Health Office for Africa”	26/06/12 - 11/8/12	Sapporo International Center
Dr Leonard Subi	Regional Medical Officer, Kigoma RHMT	“Improvement of Health System in the remote areas”	10/10/12 - 4/11/12	(TICO)Tokushima International Cooperation
Dr. Leslie G. Mhina	Regional Medical Officer, Tabora RHMT	“Enhancement of Regional Health and Medical System”	30/9/1/23 - 4/11/12	Nagasaki University
Mr. Raynold John	Administrator, Department of Policy and Planning, MOHSW	“Enhancement of Regional Health and Medical System”	30/9/12 - 4/11/12	Nagasaki University
Ms. Mariam Ally	Assistant Director, Department of Policy and Planning, MOHSW	“Health Policy Development”	20/1/13 - 2/2/13	Tokyo International Center
Dr. Daniel Malekela	Regional Medical Officer, Ruvuma RHMT	“Health Administration for Regional Health Office for Africa”	25/6/13- 10/8/13	Sapporo International Center
Mr. Stephen Kitinya	Regional Health Secretary, Lindi RHMT	“Health Administration for Regional Health Office for Africa”	25/6/13- 10/8/13	Sapporo International Center
Ms. Juliana Leonard Mawalla	Regional Health Secretary, Mbeya RHMT	“Enhancement of Regional Health and Medical System”	29/9/13- 30/10/13	Nagasaki University
Ms. Njunwa Dorosella Innocent	Regional Health Secretary, Kagera RHMT	“Enhancement of Regional Health and Medical System”	29/9/13- 30/10/13	Nagasaki University

## 2. Training in country

	<b>Title</b>	<b>Date</b>	<b>Participants</b>	<b>Venue</b>	<b>Purpose</b>
1	CCHP Planning/Assessment/Reporting Training	In 2 batches 12-17/03 2012 (Iringa) 26 -31/03 2012 (Arusha)	Total: 63 3 members of RHMT from 21 regions	Primary Health Care Institute, Iringa  Centre for Educational Development in Health, Arusha	To improve RHMT's skills for CCHP related support such as assessment of plan and reports, as well as reporting to the MOHSW and PMORALG, based on the understanding of the revised guidelines
2	RHMT Planning, Reporting, Financial Management and CCHP/ PlanRep	In 4 batches 08-12/10 22-26/10 05-09/11 12 -16/11 2012	Total 105 5 members of RHMT from 21 regions	VETA, Dodoma	Strengthen RHMT plans and reports based on current practice Share information on the issues pertaining to financial management Introduce PlanRep3 for Health
3	RMSS On-site Training	February – May 2013 (Various dates)	Estimated total: 469 336 RHMT members 133 DMOs	Various sites	To orientate and capacitate RHMT on the RMSS To sensitize the stakeholders on RMSS
4	RMSS and Regional Health Management for New RHMTs	08-12/04 2012	31 RHMT members from 4 new regions (Geita, Simiyu, Katavi, Njombe)	Amabilis Conference Centre, Morogoro	To orientate the new region's cadre on the roles and responsibilities of RHMT, planning and reporting formats, introduction of CCHP and RMSS
5	On-site Training for New Regions	16-20 September, 2013 (Geita) 23-27 September, 2013 (Simiyu) 30 September-4 October, 2013 (Njombe) 7-11 October, 2013 (Katavi)	Total: 72 - All RHMT members - All DMOs in the region - 1 from RAS	Various sites	Follow up on the "Training of the RHMT of the New Regions"; - RMSS-C on on-site basis - PlanRep
6	ToT for MIS Facilitators on PlanRep3 (health)	22-23 October, 2013	24 MIS facilitators from RS: 17 Computer System Analysts 7 Statistician/economists	VETA, Dodoma	- To strengthen sustainable and practical capacity building at the regional level - To support reinforcing the role of PMORALG (DICT) in supporting the regional level in terms of use of PlanRep3
7	RHMT and RRHMT Training on Regional Health Management	1 <sup>st</sup> Batch: 11-15 November, 2013 2 <sup>nd</sup> Batch: 18-22 November, 2013 3 <sup>rd</sup> Batch: 2-6 December, 2013 4 <sup>th</sup> Batch: 10-14 February, 2014	137 RHMT and RRHMT members: (3 RHMT + 2 RRHMT members) x 24 regions (3 RHMT + 6 RRHMT members from Dar es Salaam)	1 <sup>st</sup> -2 <sup>nd</sup> Batch: PHCI, Iringa 3 <sup>rd</sup> -4 <sup>th</sup> Batch: VETA, Dodoma	- To orientate RHMT on the functions of Regional Referral Hospital and RRHMT - To capacitate RHMT on the use of the RMSS-H - Strengthen RHMTs' understanding of the resource management of Regional Referral Hospitals - Reinforce RHMTs' capacity in planning, reporting and supervision.

## 3. Task force meetings & Workshops

	<b>Title</b>	<b>Dates</b>	<b>Participants</b>	<b>Venue</b>	<b>Purpose</b>
1	Training Task force meetings	16-17 Dec. 2011	Total: 8 3 MOHSW officials 2 RHMT members 1 ZHRC tutor 2 RHM2 team members	SUA Morogoro	Working Group Meeting • To agree on the scope of work for the working meetings • To review the plan for RHMT trainings as per the draft

					Project Document (RHM2)
		24 May 2012	Total: 10 3 MOHSW officials 2 RMOs 5 RHM2 team members	MOHSW Dar es Salaam	<ul style="list-style-type: none"> <li>To improve the training plan</li> <li>To review training activities of the first year</li> <li>Discuss and agree on the second project year training activities.</li> </ul>
2	Roles & Functions Task Force Meetings	22 May 2012	Total: 8 3 MOHSW officials 5 RHM2 team members	MOHSW Dar es Salaam	Preparatory Meeting <ul style="list-style-type: none"> <li>To share the information the project collected for revision of the document</li> <li>To discuss how to revise the document and way forward</li> </ul>
		31 August, 2012	Total: 7 5 MOHSW officials 2 RHMs team members	MOHSW, Dar es Salaam	- Discuss how to revise the parts of RRHMT'S functions and responsibilities in the Document of "RHMT Roles and Function" issued in 2008
		3 May, 2013	Total: 7 4 MOHSW officials 1 Consultant (IHI) 2 RHM2 team members	MOHSW, Dar es Salaam	<ul style="list-style-type: none"> <li>Review the back ground of the document development and the draft of Health Services Act and its progress</li> <li>Understand the process of discussion on the revising work</li> <li>Share the finding and remarks which the consultant gathered and extracted through the various interview</li> <li>Discuss the direction for each argument points</li> <li>Agree the way forward</li> </ul>
		30 August, 2013	Total: 8 4 MOHSW officials 1 Consultant (IHI) 3 RHM2 team members	MOHSW, Dar es Salaam	<ul style="list-style-type: none"> <li>Review the progress</li> <li>Discuss RRHMT's functions</li> <li>Discuss on RRHMT membership</li> </ul>
3	Workshop for Revision of the Document "Functions of Regional Health Management System"	18-20Sep. 2012	Total: 27 11 MOHSW officials, 3 PMORALG officials 6 RHMT members & Medical Officers in Charges of RRHMT 6 RHM2 team members 1 overall facilitator	Msimbazi Centre, Dar es Salaam	<ul style="list-style-type: none"> <li>To share the current document and issues surrounding the document</li> <li>To identify the issues and the places in the documents, which are not suitable and contradicted to the present RHMTs roles and functions</li> <li>To revise the contents</li> </ul>
		23-24 September, 2013	Total: 2 2 MOHSW officials 2 RHMs team members	Holiday Inn, Dar es Salaam	- Write up the documents with regards to the inputs from RHMT and PMORALG
		28-29 October, 2013	Total: 6 3 MOHSW officials 2 RHMs team members	Holiday Inn, Dar es Salaam	- Finalize the 6 <sup>th</sup> ver documents in accordance to the results of High Level Meeting
4	RMSS Task Force Meetings	02 Feb. 2012	Total: 8 4 MOHSW officials 1 Consultant 3 RHM2 team members	MOHSW Dar es Salaam	• To discuss the concept of RMSS and the development process.
		16 May 2012	Total: 22 11 MOHSW officials, 1 DP official(WHO), 3 members from other projects (JICA HRH, JICA NACP) 6 RHM2 team members	MOHSW Dar es Salaam	<ul style="list-style-type: none"> <li>To share the status of surrounding RMSS</li> <li>To present the draft of the tools</li> <li>To discuss the draft of tools for improvement</li> <li>4. To agree on the further</li> </ul>

					process for finalization
		31 Aug. 2012	Total:7 5 MOHSW officials 2 RHM2 team members	MOHSW Dar es Salaam	Working Group Meeting • RMSS-C Draft and Revision of the Document “Function of Regional Health Management”
		19 Oct. 2012	Total: 6 4 MOHSW officials 2 RHMs team members	MOHSW Dar es Salaam	Working Group Meeting • Further refine the RMSS tool • Discuss Arrangement of the field test
		31 Oct. 2012	Total: 7 6 MOHSW officials 1 RHMs team member	MOHSW Dar es Salaam	Working Group Meeting • To review the RMSS tool and share the field test results • To discuss the controversy points • 3. To confirm the schedule of the field test
		20 November, 2012	Total: 7 6 MOHSW officials 1 RHMs team member	MOHSW, Dar es Salaam	- Share the field test results in Lindi and Mtwara - Discuss the controversy points - Confirm the schedule of the next field test
5	Workshop on Revision of RHMT Annual Plan and Report Guideline	12-13 September, 2013	Total: 7 2 MOHSW officials 3 RHMT members 2 RHMs team members	Royal Village Hotel, Dodoma	- Discuss and review; structure of the guideline, inclusions of Hospital and Councils issues, new Additional Tables, structure and Contents of Report Guide, assessment of reports, summary and Analysis report on CCHP, and any other parts for improvements
6	Workshop on Assessment of RHMT Annual Plan and Quarterly Report	27-28 February, 2014	Total: 9 7 MOHSW officials 2 RHMs team members	Holiday Inn, Dar es Salaam	- Brief assessors on the RHMT Planning/Reporting Guideline - Review the contents of RHMT Annual Plan and Assessment Criteria - Do assessment exercise

#### 4. Meetings

	<b>Title</b>	<b>Dates</b>	<b>Participants</b>	<b>Venue</b>	<b>Purpose</b>
1	Inauguration (Kick Off) Meeting	25-27 Jan. 2012	Total:91 64 RHMT members 17 MOHSW officials 1 JICA official 3 DP 5 RHM2 Team members	SUA Morogoro	• Introduce the Outline of RHM2 project and project activities in the 1st year • Understand the Current RHMT Performance and Its Issues
2	RHMT Annual Meeting	11-13 September, 2012	90 participants in total RHMT: 63 3 RHMT members X 21 regions MOHSW: 13,	Royal Village Hotel, Dodoma	- RHMT performance review (reporting and planning) in 2011/12 - RHM2 activities in the 2 <sup>nd</sup> year and monitoring indicators

		PMORALG: 3, JICA: 1, DP: 3, Consultant (IHI): 1, RHM2: 6		Discussion on the draft of “RMSS to CHMT tools” - Orientation on the current MOHSW policies and programs - Council Health Service Board - Hospital Advisory Board - Public and Private Partnership Service Agreement	
	9-11 September, 2013	107 participants in total RHMT: 75 3 RHMT members X 25 regions MOHSW: 11, PMORALG: 6, RAS: 3, JICA: 5, Consultant (IHI): 1, RHM2: 6	Royal Village Hotel, Dodoma	The overall purpose of the meeting was to review the performance and sharing the good practices; - Review of RHMT Performance: Plans, Reports, and Implementation - Discussion on Roles and Functions of Regional Health management - Review of Good Practices - Discussion on RMSS-C - Way Forward - orientation and Discussion - Wrap-up and Closing	
3	RHMT Monitoring Meeting	4-6 February 2013	129 participants in total RHMT: 100 (3 RHMT members + 1 MOIC) X 25 regions MOHSW: 16, PMORALG: 1, JICA: 3, Consultant (IHI): 1, Presenter: 3 RHM2: 5	Royal Village Hotel, Dodoma	- Reviewing performance - Tap the experience of the participants to improve two documents that are on preparation (revised RHMT Roles and Functions and Regional Management Supportive Supervision manual) - Learn on issues of Finance (central strategies and guideline), community health financing as well as human resource information system
		17-19 February, 2014	136 participants in total RHMT: 76 3 RHMT members X 25 regions (Dar es Salaam: 4) RRHMT: 27 1 MOIC or HHS X 25 regions (Dar es salaam: 3) MOHSW: 11, PMORALG: 5, RAS: 6, DP: 5, RHM2: 6	Royal Village Hotel, Dodoma	- To collect information and discuss the issues - To discuss the progress of “Challenge Model” and share the further Good practices. - To enable participants to discuss and present “Innovative Hospital registration System” - To confirm way forward

Annex – 5 (4): List of Equipment

Item	Unit price	No. of items	Condition
4WB Vehicle (Mitsubishi Pajero)	44,350 USD	1	Operating
Desktop computer (HP Pro3130MT)	800 USD	1	Operating
Laptop computer (Dell Latitude E5420)	990 USD	2	Operating
Microsoft software Office 2010		3	Operating
PC Security Software (Kaspersky2012)	25 USD	3	Operating
UPS		5	Operating
Projector (Dell 1210s)	650 USD	1	Operating
Laser Printer (colour HP 1515n)		1	Operating
Internet Modem (Airtel, Model: MF180)	52,900 Tsh	5	Operating
PC Security Software (Kaspersky 2012)	25 USD	1	Operating
Laser Jet Printer (HP Laserjet P2055)	240 USD	1	Operating
Mobile Printer (HP Officejet 100 Mobile)	15,400JPY	2	Operating
HP Litium Ion Battery (HP Officejet 100 Mobile)	6,980JPY	2	Operating
Printer cartridge (colour HP134)	3,750JPY	18	Operating
Printer cartridge (Black HP131)	2,310JPY	35	Operating
Chair (Model BS 590L)	190,000 Tsh	2	Using
Internet wiring kit	390 USD		Using

## ☆☆ASSESSMENT CRITERIA FOR RHMT ANNUAL PLAN since 2014/15☆☆☆

**Name of the Region:**  
**Date of assessment:**

**1<sup>st</sup> assessment**  
**2<sup>nd</sup> assessment**

**Name of assessor:**  
**Name of assessor:**

SN	Criteria (Maximum value)	How to assess	How to score	Score	Sub Score	Comments
1	Timing of Submission (5)	Was the RHMT Annual Plan submitted before the deadline?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Submitted to PMORALG / MOHSW by 30 April (5)</li> <li>• Submitted to PMORALG / MOHSW by 15 May (3)</li> <li>• Submitted to PMORALG / MOHSW by 31 May (1)</li> <li>• Submitted to PMORALG / MOHSW after 1 June (0)</li> </ul>		/5	
2	Structure and General Layout of the Plan (3)	1) Are all components in the template presented in the plan? 2) Are the components presented in order? 3) Are cover page and page numbering good?	-All components in the template are presented in the plan. -All components are presented in order. -Cover page presents necessary information, and pages are numbered correctly.	1 1 1		
3	Executive Summary (4)	Are both summary of implementation of the previous year's plan and the new year's plan included?	1) Summary of implementation of the previous year's plan is included. 2) Summary of implementation of the new year's plan is included.	2 2	/4	
4	Budget Summary (3)	1) Are different sources of funding included? 2) Are grand total and sub-total shown, and is calculation correct?	- All known sources of funding are included. - Grand total and sub-total are shown, and calculation is correct.	1 2	/3	
5	Chapter 1: Regional Profile (2)	Is regional profile presented as per the template?	-Regional profile is presented as per the template.	2	/2	
6	Chapter 2: Current Status of Health Services and Administration (10)	1) Are data on health indicators, health facilities and human/material resources presented? 2) Are data in the tables analyzed and described? 3) Are challenges encountered by RHMT in supporting CHMT's described? 4) Are challenges encountered by RHMT in supporting RRHMT described?	- Data on health indicators, health facilities and human/material resources are presented, and source of data is shown for all tables. - Data in all tables are analyzed and described. - CHMT situations are well described with Table 16 and 17 - All information regarding RRH situations are well described with Table 18-23 - Challenges encountered by RHMT in supporting CHMT's are described. - Challenges encountered by RHMT in supporting RRHMT are described.	1 2 3 1 1	/10	

SN	Criteria (Maximum value)	How to assess	How to score	Score	Sub Score	Comments
7	Chapter 3: Review of Implementation (3)	1) Is the implementation status of the previous year plan identified? 2) Are factors contributing to the status of implementation identified? 3) Are possible alternatives identified?	- Implementation status of previous year plan identified  - Factors contributing to the status of implementation are identified.  - Possible alternatives are identified.	1  1  1	/3	
8	Chapter 4-1: Summary of Issues to be Considered (5)	1) Are key issues in the following areas identified and analyzed based on analysis in Chapters 2 & 3? -Health trend and issues in the region - RHMT situation - RHMT support to CHMTs and RRHMT - The review of the previous RHMT plan 2) Are the issues prioritized?	1) Key issues in the following areas are identified and analyzed based on analysis in Chapters 2 & 3: -Health trend and issues in the region -RHMT situation -RHMT support to CHMTs and RRHMT -The review of the previous RHMT plan 2) The issues are prioritized.	1  1  1  1	/5	
9	Chapter 4-2: Plan of Operations (7) <i>ATTENTION: Activities related to CCHPs ad CCH Reports are under <b>Function 6</b> Supervision to Regional Hospital is under <b>Function 8</b></i>	1) Do planned activities cover all 10 functions of RHMT? 2) Does PO include activities to tackle high priority issues identified in 4-1 "Summary of Issues to be Considered"? 3) Are responsible persons identified for all activities by title, involving RHMT core and co-opted members? 4) Does supportive supervision entail clear timeline and actors to be visited?	- Planned activities in PO cover all 10 functions of RHMT.  - PO includes activities to tackle high priority issues identified in 4-1 "Summary of Issues to be Considered." • -Most of priority issues are covered by PO. (3) • -About a half of priority issues are covered by PO. (2) • -No or few priority issues are covered by PO. (0) - Responsible persons are identified for all activities by title, involving RHMT core and co-opted members. - Supportive supervision entails clear timeline and actors to be visited.	2  (3) (2) (0)  1  1	/7	
10	Chapter 5: Budgeting (8)	<i>Budget Summary by Function</i> 1) Are all components filled in accordance with the template? 2) Is 'Budget Summary' corresponding with planned budget in PO?	<i>Budget Summary by Function</i> - All components are filled in accordance with the template.  - 'Budget Summary' is corresponding with planned budget in PO.	2  2		

SN	Criteria (Maximum value)	How to assess	How to score	Score	Sub Score	Comments
		<i>Budget Details</i> 3) Are all components filled in according to the format in the template?	<i>Budget Details</i> - All components are filled in according to the format in the template.	2		
		4) Is the description of cost items well addressed?	- Description of cost items is well addressed.	1		
		5) Are 'Budget Details' corresponding with 'Budget Summary by Function'?	- 'Budget Details' are corresponding with 'Budget Summary by Function.'	1	/8	
	Maximum Total 50	<b>TOTAL SCORE</b>			/50	

**Recommended / Not recommended.**

*A RHMT plan which is scored 30 or above will be recommended for funding to the Basket Funding Committee*

## **Annex7 : 4<sup>th</sup> JCC of Project for Capacity Development in Regional Health Management Phase 2 (RHM2) Attendance List**

### **MOHSW**

1. Mr. Charles Pallangyo Permanent Secretary (Chair)
2. Mr. Josbert Rubona Ag. Director of Policy and Planning
3. Dr. Oberlin Kisanga Head, Health Sector Resource Secretariat
4. Dr. Nkundwe Mwakyusa Ag Director of Curative Services
5. Mr. Clavery Mpandana Ag. Director of Quality Assurance
6. Mr. Ndementrid Vemand Ag. Director of Human Resources
7. Dr. Ezekiel Mpuya Regional Medical Officer, Dodoma
8. Dr. Beatrice Byalugaba Regional Medical Officer, Pwani
9. Dr. Yahaya R. Hussein Regional Medical Officer, Katavi
10. Dr. Mohamed Gwao Medical Officer in Charge, Mtwara RRH
11. Mr. R.D. Mutagwaba Coordinator for Regional Health Services
12. Mr. Fares Masaule Head, Advocacy
13. Mr. Claud Kumalijia Ag. Ass. Dir. M&E
14. Mr. Raynold John Administrator, DPP
15. Dr. Catherine Joachim Coordinator, Health Systems Strengthening
16. Dr. Sijenuu Aaron Ag. Ass. Dir. Public and Private Health Facilities
17. Ms. Sally Lake Senior Advisor, Health Policy, Planning and Management, HSRS
18. Dr. Bjarne O. Jensen Senior Advisor, Health Systems Strengthening, HSRS

### **PMORALG**

19. Ms. Winfrida Nshangeki Director, Sector Coordination
20. Ms. Susana Chekani Assistant Director, Regional Administration

### **JICA**

21. Mr. Hajime Iwama Senior Representative

### **Joint Terminal Evaluation Team**

22. Dr. Tomohiko Sugishita Team Leader, JICA Senior Advisor
23. Dr. Eluide Eliakimu Health Services Inspectorate and Quality Assurance Section (absent with apology)
24. Mr. Kimio Abe Representative
25. Ms. Catherine Shirima Mission Member, JICA
26. Ms. Kaori Saito Mission Member, JICA

**RHM2 Project**

- |                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| 27. Ms. Naomi Okada      | Chief Advisor                   |
| 28. Ms. Makiko Komasaawa | Senior Health Advisor           |
| 29. Ms. Natsue Miyata    | Capacity Development Specialist |
| 30. Mr. Masaaki Hamada   | Project Coordinator             |

プロジェクト名： 州保健行政システム強化プロジェクト フェーズ2  
 実施機関： タンザニア連合共和国 保健福祉省  
 プロジェクト期間： 3年間 (2011年11月～2014年10月)  
 受益者： [直接受益者] タンザニア連合共和国本土の全州保健局、[間接受益者] 保健福祉省、県保健局、州病院管理チーム

承認日： 2013年10月 (第3回 JCC:20130227の決定を受け改訂)

要約	指標	指標入手手段	外部条件
<p><b>【上位目標】</b>                      州病院管理チームおよび州保健局のマネジメント業務がより効果的に遂行される。</p>	<p>1. 県総合保健計画 (CCHP: Comprehensive Council Health Plan) の90%以上が、資金の承認のためのバスケットファンド会議 (BFC: Basket Fund Committee) で1回目の承認で承認される。</p> <p>2. 州病院総合年次計画 (CHOP: Comprehensive Hospital Plans) の70%以上が保健福祉省と地方自治体へ2016/17年度までに提出される。</p> <p>3. 州保健局、州病院管理チーム、県保健局によるマネジメントに関わるグッドプラクティスについて共有され、集められる。</p>	<p>1. 保健福祉省による CCHP の審査報告書</p> <p>2. CHOP 審査報告書</p> <p>3. 州保健局年間計画、CCHP</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>州病院管理チーム及び県保健局の事業予算と人材が確保される。</li> <li>州病院管理チーム及び県保健局を支援するプログラムが予定どおり実施される。</li> </ul>
<p><b>【プロジェクト目標】</b>                      州保健局による県保健局および州病院管理チームの支援業務がより効果的に遂行される。</p>	<p>1. 標準ツールを使い、全州病院管理チームと全県保健局に対する支援的巡回指導を四半期毎に実施した州保健局の年平均数が、2013/14年度までに州病院管理チームで75%、県保健局で90%になる。</p> <p>2-1. 2014年の6月までに、州保健局年次計画書が全州保健局から時間どおりに保健福祉省に提出され、承認される。                      (保健省から予算の上限と同時に提出期限も通知される)</p> <p>2-2. 80%以上の州保健局が、2014年6月までに、州保健局年次計画書の審査で、100点満点中70点以上を獲得する。</p>	<p>1. 州保健局が作成する巡回指導実施報告書 (四半期報告書内)</p> <p>2. 州保健サービスユニット報告書</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>州病院管理チーム及び県保健局を支援するプログラムが予定どおり実施される。</li> </ul>
<p><b>【成果 1】</b>                      州保健局における県保健局と州病院管理チーム支援のための知識と技能が向上する。</p>	<p>3. 2014年10月までに、60%以上の州保健局が四半期報告書を期日どおりに提出する。</p> <p>4. 60%以上の州保健局が年次計画で予定した活動の80%以上を、2013/14年度未だに実施する。</p>	<p>3. 州保健サービスユニット報告書</p> <p>5. 州保健サービスユニット報告書</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>州保健局への予算が予定どおり配布される。</li> <li>他の開発パートナーの実施する州保</li> </ul>
	<p>1-1. 合意された6つの研修トピックに対し研修パッケージが開発され、活用される。</p> <p>1-2. 80%以上の州保健局が研修後一カ月以内に、研修で習得した知識・技能</p>	<p>1-1. プロジェクト報告書</p> <p>1-2. プロジェクト報告書</p>	

<p>【成果 2】 州保健局における県保健局と州病院管理チームの支援に関する役割と機能が強化される。</p>	<p>を活用するため業務改善を開始する。</p> <p>2-1. 「州保健管理システムの機能」文書の改訂版最終稿が2013年9月までに完成し、保健福祉省で公式文書として2014年6月までに承認される。</p> <p>2-2. 全州保健局が、改訂された文書の中で示された改訂された州保健体制を2014年10月までに導入する。</p> <p>2-3. ニュースレターや他の広報物が広く配布される。</p>	<p>2-1. プロジェクト報告書</p> <p>2-2. プロジェクトが行う調査結果</p> <p>2-4. ニュースレター記録</p>	<p>健局に対する支援活動が予定どおり実施される。</p>
<p>【成果 3】 州保健局が機能を遂行するためのガイドラインとツールが開発される。</p>	<p>3-1. 州保健省が州病院管理チームと県保健局に対して実施する巡回指導に使用するツールがそれぞれ2013年2月（県保健局）と10月（州病院）までに開発される。</p> <p>3-2. 州保健省が州病院管理チームと県保健局に対して実施する巡回指導に使用するツールがすべての州へ2013年2月（県保健局）と11月（州病院）までに周知される。</p> <p>3-3. 90%以上の州保健局がRMSS-Cツールの質に満足し、県保健局支援に活用する意欲を有する。</p>	<p>3-1. プロジェクト記録</p> <p>3-2. プロジェクト記録</p> <p>3-3. プロジェクト記録/（評価調査団による確認）</p>	
<p>【Activities】 1-1 新規に設立された州の州保健局員に対し、県保健局や州病院管理チーム支援に必要なマネジメント能力やコミュニケーション等の研修を実施する。 1-2 以下研修トピックに対する研修パッケージを開発する。 CCHP 計画とPlanRep CCHP 審査と報告書 州保健局、州病院管理チーム、県保健局の資源管理（財務管理と人材管理） データ管理 州保健局計画と報告書ガイドライン 州病院管理チームと県保健局に対する巡回指導用標準ツール 1-3 以上の6つのトピックに対する研修を実施する。 1-4 次のテーマに対するオリエンテーションを行う。 - 病院改革と病院計画 - 県保健サービス委員会、病院諮問委員会、保健サービス協定 2-1 州保健マネジメントに関する課題を議論するため州保健局員の年次会</p>	<p>【Inputs】 <u>タンザニア側</u> 1. 要員 - プロジェクトダイレクター - プロジェクトマネージャー - 州保健セクターリーダー - アシスタント - 技術支援要員 2. 必要な施設と機材 事務室スペース 3. 運営費</p>	<p>【Inputs】 <u>日本側</u> 1. 技術専門家 - チーフアドバイザー - 保健マネジメント専門家 - キャパシテイ・ディベロップメント専門家 - 調整員 - その他 2. 機材 （車両、事務機器、IT機材） 3. 運営費</p>	<p>州保健局が巡回指導に利用する交通手段が確保されている。 本プロジェクトで研修を受けた州保健局員の異動が頻繁に行われない。 首相府地方自治庁の協力が得られる。 <b>前提条件</b> 州保健局員に資格</p>

<p>議を開催する。</p> <p>2-2 現状の州保健局と州病院の組織体制にそって「州保健管理システムの機能」文書を改訂する。</p> <p>2-3 州保健の役割と機能を関係者に周知させるためウェブサイトを立ち上げ、ニュースレターを発行する。</p> <p>2-4 CMSS や四半期報告書を通じ、州保健局の活動実績を把握し、分析する。</p> <p>2-5 州保健局の実績を保健セクター年次プロファイル報告書に掲載する。</p> <p>3-1 州保健局の実施する県保健局に対する巡回指導ツールと手順書を現行の政策や戦略、ガイドライン文書に沿って開発する。</p> <p>3-2 州保健局の実施する州病院管理チームに対する巡回指導の手順書を開発する。</p> <p>3-3 技術作業部会を通じ他の巡回指導活動との調整をフォローする。</p> <p>3-4 調査結果に基づき、必要に応じ、州保健局のインターネット環境を整える。</p>	<p>- プロジェクト運営に携わるタレントニア職員用 人件費</p> <p>- プロジェクト事務室の運営に必要な電気、水、伝達手段</p> <p>- プロジェクト実施にかかるその他の費用</p>	<p>- タレントニア側で対応されないプロジェクトの活動費</p>	<p>条件を満たす人員が配置される。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>州保健局の活動費が維持、確保される。</li> <li>セクターワイドアプローチ (Sector Wide Approach: SWAp) 委員会の下に設置されている技術作業部会が活動を継続する。</li> <li>国家政策が州保健局の強化を支援する。</li> </ul>
---	---	-----------------------------------	---

### Annex-1 Latest PDM (Version 3)

**Project Title:** The Project for Capacity Development in Regional Health Management Phase 2  
**Executing Agency:** Ministry of Health and Social Welfare (MOHSW), Government of the United Republic of Tanzania **Date:** October, 2013  
**Project Period:** Three (3) years (Nov, 2011 - Oct, 2014)  
**Target Group:** Main Target: All Regional Health Management Teams (RHMTs) in Tanzania Mainland  
 Beneficiary: MOHSW, Council Health Management Teams (CHMTs), Regional Referral Hospital Management Teams (RRHMTs)

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p><b>[Overall Goal]</b>            Managerial performance of Regional Referral Hospital Management Teams (RRHMTs) and Council Health Management Teams (CHMTs) is improved.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. More than 90 % of Comprehensive Council Health Plans (CCHPs) are approved in the first submission at the Basket Fund Committee (BFC) meeting by June 2017.</li> <li>2. More than 70 % of Comprehensive Hospital Operation Plans (CHOPS) are submitted to MOHSW and PMORALG by FY2016/17.</li> <li>2. Good managerial practices initiated by RHMTs, RRHMTs and CHMTs are shared and accumulated.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. CCHP assessment report by MOHSW</li> <li>3. Hospital Reform Team MOHSW record</li> <li>4. RHMT annual plan, CCHP</li> </ol>	
<p><b>[Project Purpose]</b>            Performance of all RHMTs in supporting CHMTs and RRHMTs is improved.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. The annual average number of RHMTs which conduct Supportive Supervision (SS) quarterly to RRHMTs and all CHMTs with standardized tools reaches 75% for RRHMTs and 90% for CHMTs by 2013/14.</li> <li>2-1 All RHMT Annual Plans are submitted on time and approved by MOHSW by June 2014. (MOHSW announces the submission deadline to RHMTs when the budget ceiling is announced.)</li> <li>2-2 More than 80% of RHMTs gets a score higher than 70 out of 100 points in the annual plan assessment by June 2014.</li> <li>3. More than 60% of RHMTs submit the quarter progress reports on time by October 2014.</li> <li>4. Over 80% of annually planned activities are implemented by more than 60% of the RHMTs at the end of FY 2013/14. (This is tentatively set. It will be revised based on the 4<sup>th</sup> quarter progress report of 2011/2012.)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supportive supervision report, RHMT quarterly progress report</li> <li>2-1 Regional Health Service Unit (RHSU) report</li> <li>2-2 RHSU report</li> <li>3. RHSU report</li> <li>5. Regional Health Service Unit report</li> </ol>	Financial and human resources of RRHMTs and CHMTs are secured. Support by other programs to RRHMTs and CHMTs are provided as planned.

<p><b>[Outputs]</b></p> <p>1. Management skills of RHMTs in supporting CHMTs and RRHMTs are improved.</p>	<p>1-1 Training packages for the agreed 6 topics are developed and utilized.</p> <p>1-2 More than 80% of the RHMTs start making follow-up based on the training contents within a month after the training.</p>	<p>RHM2 document</p> <p>RHM2 document</p>	<p>Budget is timely disbursed at RHMTs.</p> <p>Support by other development partners to RHMTs is provided as planned.</p>
<p>2. Roles and functions of RHMT to support CHMTs and RRHMTs are institutionalized and consolidated.</p>	<p>2-1 The final draft of the revised document "Functions of Regional Health Management System" is completed by September 2013 and approved officially by June 2014.</p> <p>2-2 All RHMTs adopt the revised organizational structure as per the revised document by October 2014.</p> <p>2-3 Newsletters and promotion materials are distributed widely.</p>	<p>RHM2 document</p> <p>RHM2 document</p> <p>HM2 document</p>	
<p>3. Guidelines and tools for RHMTs to perform their functions are improved.</p>	<p>3-1 Supportive supervision tools for RHMTs to RRHMTs and CHMTs are developed by February 2013 and by October 2013 respectively.</p> <p>3-2 RMSS tools are disseminated to all RHMTs by February 2013 (RHMTs to CHMTs) and by November 2013 (RHMTs to RRHMTs) respectively</p> <p>3-3 More than 90% of RHMT members satisfy the quality of the RMSS-C tools and are willing to utilize to support CHMTs.</p>	<p>RHM2 document</p> <p>RHM2 document</p> <p>RHM2 document</p> <p>Evaluation team survey</p>	
<p><b>[Activities]</b></p> <p>1-1 To train RHMT members in newly established regions on managerial skills and coaching skills to support CHMTs and RRHMTs</p> <p>1-2 To develop training packages for RHMTs on:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CCHP planning and PlanRep</li> <li>- Assessment of CCHPs and CCH reports</li> <li>- Resource management at RHMTs, RRHMTs and CHMTs (financial and human resources)</li> <li>- Data management</li> <li>- RHMT planning and reporting guideline</li> <li>- Standardized tools and procedure for supportive supervision from RHMTs to CHMTs</li> </ul> <p>1-3 To conduct training to RHMTs on the above topics</p> <p>1-4 To conduct orientation to RHMTs on</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital reform and planning</li> <li>- Establishment of Council Service Board, Hospital Advisory Board and Service Agreement</li> </ul> <p>2-1 To conduct annual RHMT review meetings to discuss issues related with regional referral health management</p> <p>2-2 To revise "Functions of Regional Health Management System" to</p>	<p><b>[Inputs]</b></p> <p><b>Tanzanian side</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Personnel <ul style="list-style-type: none"> <li>- Project Director</li> <li>- Project Manager</li> <li>- Coordinator and Assistant Coordinator for Regional Health Services</li> <li>- Technical Staff in charge</li> </ul> </li> <li>2. Facilities and equipment <ul style="list-style-type: none"> <li>- Project office space</li> </ul> </li> <li>3. Operational cost <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salaries and other allowances for the Tanzanian personnel for the Project administration</li> <li>- Running expenses for the Project office such as electricity, water supply, communication</li> <li>- Other implementation expenses</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>[Inputs]</b></p> <p><b>Japanese side</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Technical experts <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chief Adviser</li> <li>- Health Management Specialist</li> <li>- Capacity Development Specialist</li> <li>- Coordinator</li> <li>- Others</li> </ul> </li> <li>2. Equipment (Vehicle, office equipment, IT equipment)</li> <li>3. Operational cost <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementation expenses for the Project which is not covered by the Tanzanian side</li> </ul> </li> </ul>	<p>Means of reliable transportation for supportive supervision is provided to RHMTs.</p> <p>Frequent turnover of trained personnel does not take place.</p> <p>Cooperation from PMORALG to the Project is provided as necessary.</p>

<p>accommodate the current organizational structure of RHMTs and RRHMTs</p> <p>2-3 To develop RHMT website and newsletters for advocacy of roles and functions of RHMTs to relevant stakeholders</p> <p>2-4 To monitor and analyze performance of RHMTs through CMSS and RHMT quarterly progress reports</p> <p>2-5 To integrate RHMT performance annually into "Health Sector Performance Profile"</p> <p>3-1 To develop standardized tools and procedure for supportive supervision from RHMTs to CHMTs in alignment with existing policies, strategies and guidelines</p> <p>3-2 To standardize the procedure of supportive supervision from RHMTs to RRHMTs</p> <p>3-3 To follow up coordination of managerial supportive supervision activities through the Technical Working Groups</p> <p>3-4 To install internet connections for RHMTs based on assessment</p>	<p>for the Project</p>	<p><b>Pre-conditions</b></p> <p>Required number of qualified staff members is allocated at RHMTs.</p> <p>Budget allocation to RHMTs is sustained.</p> <p>The Technical Working Groups under SWAP mechanism are sustained.</p> <p>The national policy supports strengthening of RHMTs.</p>
--	------------------------	---

### 3. 評価グリッド

#### 【1. 実績の検証】

項目		情報源		評価方法		結果	
小項目							
投入	日本側の投入						
	- 日本人専門家の派遣	プロジェクト報告書、関係者の意見	投入計画と実績の比較		<ul style="list-style-type: none"> <li>9名の日本人専門家が派遣された。</li> <li>基本的に良い。日本人専門家は長期のほりつけではなく、いざい時期もあったが、活動は滞りなく実施された。</li> <li>マネジメント能力はとて高く、C/Pは多くのことを学ぶことができたという。</li> <li>専門家不在の時期があることに関連して、C/Pから長期専門家派遣の要望が聞かれた。</li> </ul>		
	- 事業費				<ul style="list-style-type: none"> <li>2011年10月～2014年3月までの2年半の事業費内訳は以下のとおり。</li> <li>● 研修：730,155,020 Tsh</li> <li>● 機材：5,425,730 Tsh</li> <li>● 会議：433,472,770 Tsh</li> <li>● その他：174,214,760 Tsh</li> <li>● 合計：1,343,268,280 Tsh</li> </ul>		
	- 資機材	機材リスト、関係者の意見			<ul style="list-style-type: none"> <li>機材供与については、プロジェクト車両及びプロジェクト業務で使用する機材の供与がほとんどであり、プロジェクト1年次に必要機材の検討・導入は予定どおりに完了した。</li> </ul>		
	- C/Pへの研修	プロジェクト報告書、関係者の意見			<ul style="list-style-type: none"> <li>● 本邦研修：10名参加</li> <li>● タンザニア国内研修：延べ901名</li> <li>● 会議・タスクフォースミーティング・ワークショップ：延べ709人</li> </ul>		
	日本側投入実績のまとめ					<ul style="list-style-type: none"> <li>● 投入規模、質、タイミングともに適切であったと考えられる。</li> </ul>	
	タンザニア側投入						
	- C/Pの配置	プロジェクト報告書、関係者の意見	投入計画と実績の比較		<ul style="list-style-type: none"> <li>● 多少の遅れがみられたが、14名のC/Pが配置された。</li> <li>● 予定どおりMoHSW内に提供された。</li> </ul>		
	- プロジェクトの執務スペース						



項目	小項目	情報源	評価方法	結果
	指標 1-2: 80%以上の州保健局が研修後一カ月以内に、研修で習得した知識・技能を活用するため業務改善を開始する。			<p>b) RHMT 向け基礎研修パッケージ (RHMT 年次計画と報告書ガイドライン、財務管理、SS について、終了時評価調査時点で最終版のプロセス中で、4 月中に印刷される見込みである)</p> <p>・本指標は、終了時評価の時点でほぼ達成されている。</p> <p>[研修に参加しなかった他メンバーへ研修内容の共有]</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① チームの定例会の際に共有する (1~2 時間程度)。</li> <li>② 半日程度のワークショップを開催する。</li> <li>③ 3 日程度の研修を開催する。</li> </ol> <p>・さらに、いくつかの州では、毎研修時に配布している研修教材を、局員全員にメールで流す (カゲラ州、フワニ州) や、共有スペースにファイルを保管する (カゲラ州) などを通じて共有されている。</p> <p><b>【業務への活用】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・21 州全州下記①~③のうちいずれかの方法で研修内容の業務への活用を実施していることが明らかになった。</li> <li>① 2013/14 年 CHOP の最終版提出</li> <li>② 改訂版 RHMT 年次計画・報告ガイドラインに基づく第 2 四半期報告書提出</li> <li>③ 病院経営改善チャレンジモデル活用</li> </ul> <p>・本指標は以下の取り組みによって多少なりとも達成されている。</p> <p>成果 1 は達成されたと考えられる。</p>
	成果 1 の達成状況			
	成果 2: RHMT における CHMT と RRRHMT の支援に関する役割と機能が明確化される。	プロジェクト報告書、関係者の意見	PO と実際の活動実施を比較し、活動の進捗を確認する。	<p>[年次レビュー会議]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2 回開催された。(1 回目: 2012 年 9 月、2 回目 2013 年 9 月)</li> </ul> <p>[モニタリング会議]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2 回開催された。(1 回目: 2013 年 2 月、2 回目 2014 年 2 月)</li> </ul> <p>最終版が、MoHSW の正式承認がおり、現在 PMO-RALG で正式承認のプロセス中である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・会議で、RHMT の役割と機能が周知された。</li> <li>・ニュースレターが半年に 1 度のペースで 5 回発行された。</li> <li>・JICA のウェブサイトにプロジェクトの活動などに関する記事をアップデートしてきた。</li> <li>・プロジェクトカレンダーを毎年作成し、関係者へ配布した。</li> <li>・MoHSW のウェブサイトに、RHMT に関する情報のアップデートを始めたが、MoHSW がウェブサイトの運営を止めてしまったため、プロジェクトのサイトもな</li> </ul>
	活動 2-1: 州保健マネジメントに関する課題を議論するため州保健局員の年次会議を開催する。			
	活動 2-2: 現状の RHMT と RRRHMT の組織体制にそって「州保健マネジメントシステムの機能」文書を改訂する。			
	活動 2-3: RHMT の役割と機能を関係者に周知させるためのウェブサイトを立ち上げ、ニュースレターを発行する。			

項目	小項目	情報源	評価方法	結果
	活動 2-4：CMSS や四半期報告書を通じ、RHMT のパフォーマンスをモニタリングし、分析する。			<p>くなっていました。</p> <p>[CMSS]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・1年次に、CMSS が実施され、RHMT の現場での状況をモニタリングした。</li> <li>・2年次には、MoHSW の予算の政策により CMSS は実施されなかったが、研修の形態を实地研修に変更し、全 RHMT を訪問することを可能とし、現場での状況を把握することができた。</li> <li>・3年次には、5州に対してフォローアップ訪問を行った。</li> </ul> <p>[その他]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・RHMT 四半期報告書と年次報告書の評価結果を活用し、RHMT のパフォーマンスを分析した。</li> </ul> <p>計画どおり実施された。</p>
	活動 2-5：RHMT のパフォーマンスを保健セクター年次報告書に掲載する。	プロジェクト報告書	指標の達成度をデータに基づき確認する。	<p>改訂版最終稿は2013年11月に完成した。しかし、同年12月にMoHSWによって発表された政策文書と整合させるために、2014年1~2月に再度修正作業が行われた。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・終了時評価調査時点では、MoHSW での承認の署名の取り付けが終了し、PMO-RALG における承認プロセスに入ったところであった。</li> <li>・PMO-RALG は同文書の改訂プロセスに関わっていたため、正式承認のための準備はできているという状況であることが確認された。</li> <li>・本指標は終了時評価調査時点では達成されていないが、2014年6月までには達成されると期待される。</li> </ul>
	指標 2-2：全州保健局が、改訂された文書の中で示された改訂された州保健体制を2014年10月までに導入する。			<p>主な改訂と現場での導入状況</p> <p>[RHMT メンバーの規定]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ムトワラ州とリンディ州の RHMT のメンバーは、メンバーがコアかどうかにかかわらず、役割の差別をせず、全員で業務に取り組んでいる。</li> </ul> <p>[PMO-RALG への報告義務の明確化]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● MoHSW と PMO-RALG 間で報告の流れを合意し、2014年4月から実施予定。</li> </ul> <p>[RRHMT の役割]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ムトワラ州の RHMT と RRHMT の メンバーは、それぞれの役割を明確に理解できている。</li> </ul> <p>[RRH 諮問委員会の法的位置づけと期待する役割]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ムトワラ州とドドマ州の RRH には病診諮問委員会が存在し、リンディ州の RRH は同委員会がないことが確認された。これらの RRH では、同委員会のメンバーへの手当て (MoHSW によって金額が規定されている) を工面することが大きな課題であることも確認された。</li> <li>・本指標は、終了時評価調査時点では達成されたとどうかを判断することができなかつたが、2014年10月のプロジェクト終了までに達成されると期待される。</li> </ul>

項目		小項目		情報源		評価方法		結果	
	指標 2-3：ニュースレターや他の広報物が広く配布される。	プロジェクト報告書	プロジェクト報告書 関係者の意見	Confirm the indicator is accomplished with necessary data					<p>PDM ver3で修正された指標である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>プロジェクトは、ニュースレターを年に2回のペースで、5回発行し、研修や会議などの機会を通じて広く配布してきた。</li> <li>アドボカシーのために、カレンダーやバッグなどを作成し、RHMTやRRHMTの役割を広く普及させた。</li> <li>JICAのウェブサイトにプロジェクトの活動などに関する記事をアップロードしてきた。</li> <li>本指標は、達成されているとみなされる。</li> </ul> <p>プロジェクト終了時までには達成されると考えられる。</p>
	成果2の達成状況								
	成果3：RHMTが機能を実行するためのガイドラインとツールが開発される。								
	活動3-1：RHMTに対する支援的巡回指導にかかる標準化されたツール・手順書を、現行政策・戦略・ガイドラインに沿って開発する。								<p>[RMSS-C]</p> <p>POと実際の活動実施を比較し、活動の進捗を確認する。</p> <p>最終版は、既存の政策やガイドライン、状況分析結果、現場でのプレテスト結果を踏まえ、関連のあるステークホルダーとの一連の会議での継続的な改訂を経て、2013年1月に完成した。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>現場での使用のフィードバックを得て、2013年12月にRMSS-Cは最終化され、2014年3月24日現在、MoHSWの正式承認プロセス中である。</li> </ul>
	活動3-2：RHMTからRRHMTに対する支援的巡回指導の手順書を開発する。								<p>[RMSS-H]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>最終版ではないが、ドラフト3版が2013年2月に開催されたモニタリング会議で紹介され、参加者からインプットを得た。</li> <li>RMSS-Hのツールとマニュアルは、RMSS-Cのマニュアルに統合され、統合されたマニュアルは2013年10月に最終化された。</li> <li>RMSS-Hのツールの使い方が、2013年11-12月に実施された研修で共有された。</li> <li>RMSS-Cと同様、2014年3月24日現在、MoHSWの正式承認プロセス中である。</li> <li>プロジェクトは、TWG1（州・県保健サービス）の開催を支援した。</li> <li>2012年4月のTWG会議では、CMSS結果とRMSSツールの開発の進捗を報告した。</li> <li>2013年3月のTWG会議では、RMSSツールのドラフトを共有し、技術的インプットを求めた。</li> <li>2013年8月のTWG会議では、「州保健管理システムの機能」文書の改訂の進捗と、RMSSツールのドラフトを共有した。</li> </ul> <p>調査結果、インターネットは充分整備されていることが確認され、プロジェクトから供与しないことになった。</p>
	活動3-3：技術作業部会を通じ、他のマネジメントにかかる支援的巡回指導活動の調整をフォローする。								
	活動3-4：調査結果に基づき、必要に応じ、RHMTのインターネット環境を整える。								
	指標3-1：州保健局が州病院管理チームと県保健局に対して実施する巡回指導に使用するツールがそれぞれ2013年2月（県保健局）	プロジェクト報告書	プロジェクト報告書	指標の達成度をデータを基に確認する。					<ul style="list-style-type: none"> <li>RMSS-Cは、ドラフト最終版が2013年1月に完成した。</li> <li>RMSS-Hは、ドラフト3版が2013年2月に開催されたモニタリング会議で紹介され、参加者からインプットを得、RMSS-Cのマニュアルに統合され、統合され</li> </ul>

項目	小項目	情報源	評価方法	結果
	と10月(州病院)までに開発される。			<p>たマニュアルは2013年10月に最終化された。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>本指標は、RMSS-C、RMSS-Hともに達成された。</li> </ul> <p>PDM ver.3で修正された指標である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>RMSS-Cは、ドラフト最終版は、2013年2月に開催されたモニタリング会議で、RHMTに対して周知された。2013年12月にRMSS-Cは最終化され、2014年3月24日現在、MoHSWの正式承認プロセス中である。</li> <li>RMSS-Hは、2013年11-12月に実施され、研修で周知された。RMSS-Cと同様、2014年3月24日現在、MoHSWの正式承認プロセス中である。</li> <li>本指標は、RMSS-Hは若干遅れたが、RMSS-Cは予定どおり周知された。</li> </ul> <p>PDM ver.3で追加された指標である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2013年9月にプロジェクトが実施した「RMSS-C User Feedback Survey」の結果によると、回答したRHMTメンバー(21州から63名)のうち96%(63名中60名)がRMSS-Cツールに満足している。</li> <li>下記のようない便益がRHMTに認識されている。 <ul style="list-style-type: none"> <li>RHMTのCHMTに関する理解の促進: 92%</li> <li>CHMTとのコミュニケーションの促進: 88%</li> <li>CHMTへの支援の質の改善: 92%</li> <li>CHMTとの関係性の向上: 93%</li> </ul> </li> <li>本指標は達成されている。</li> </ul>
プロジェクト目標	<p>成果3の達成状況</p> <p>プロジェクト目標の達成状況： RHMTによるCHMTとRRHMTの支援業務がより効果的に遂行される。</p> <p>指標1：標準ツールを使い、全州病院管理チームと全県保健局に対する支援的巡回指導を四半期毎に実施した州保健局の年平均数が、2013/14年度までに州病院管理チームで75%、県保健局で90%になる。</p>	<p>プロジェクト報告書、関係者の意見</p> <p>州保健サービスユニット報告書</p>	<p>指標の達成度をデータに基づいて確認する。</p>	<p>PDM ver.3で修正された指標である。</p> <p>[RMSS-Cを使ったCHMTへのSS]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>RHMTは、2012/13年度第4四半期からRMSS-Cの活用を始めた。</li> <li>RMSS-Cを活用後、一番高いSS実施率は、2012/13年度の第4四半期の86%であり、目標の90%には届いていない。</li> <li>通常、バスケットフアワードは年に2回、半年分の予算が送金されるが、最初の配賦は第2四半期の終わりごろであり、この配賦遅れが、特に第1四半期と第2四半期のSSの低い実施率に影響を与えている。</li> <li>2012/13年度と2013/14年度の第1四半期と第2四半期の実施率を比較すると、2013/14年度の実施率の方が高く、改善がみられる。これは、他フアワードからの流用や日当支払い留保などで資金繰りを工夫し、SSを実施した州が増えたためである。</li> </ul> <p>[RMSS-Hを使ったRRHMTへのSS]</p>

項目	小項目	情報源	評価方法	結果
	<p>指標 2-1：2014 年の 6 月までに、州保健局 年次計画書が全州保健局から期限内に保健福祉省に提出され、承認される。</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・ RMSS-H は、2013 年 11~12 月に普及され、2013/14 年度第 3 四半期から RMSS-H ツールを使用した RRRHMT への SS が開始されたため、現在データがない。</li> <li>・ 2011/12 年度の実績で、RMSS-H ツールを使用していないが、第 3 四半期 (76%) と第 4 四半期 (81%) の SS 実施率は本指標の数値目標である 75% よりも高い。</li> <li>・ RRRHMT に係る本指標は達成されることが期待される</li> <li>・ 本指標は部分別達成されている。</li> </ul>
	<p>指標 2-2：80%以上の州保健局が、2014 年 6 月までに、州保健局年次計画書の審査で、100 点満点中 70 点以上を獲得する。</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 期限内に年次計画書を提出した RHMT の割合は、2012/13 年度計画書提出時の 19% から、2013/14 年度計画書提出時の 76% へ向上している。</li> <li>・ 同割合は更に向上すると考えられるもの、新しく設立された 4 州が 2014/15 年度計画提出から含まれることから、100% という数値目標は達成が難しい可能性があると考えられる (2014/15 年度計画提出からは、分母が 21 から 25 になる)。</li> <li>・ 本指標は終了時評価調査の時点では達成されていない。</li> </ul>
	<p>指標 2-3：2014 年 10 月までに、60%以上の州保健局が四半期報告書を期日どおりに提出する。</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2011/12 年度計画においては、21 州のうち 9 州 (43%) が 70 点以上を獲得した。</li> <li>・ 2012/13 年度計画においては 86% になった。</li> <li>・ 2013/14 年度計画においては 88% になった。</li> <li>・ 数値目標の 80% を超えており、本指標は既に達成されている。</li> </ul>
	<p>指標 4：60%以上の州保健局が年次計画で予定した活動の 80%以上を、2013/14 年度末までに実施する。</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2011/12 年度第 3 四半期には、33% (21 州中 7 州) の RHMT が四半期報告書を期限内に提出した。</li> <li>・ 2012/13 年度の第 2 四半期及び第 4 四半期には、100% に達した。</li> <li>・ 2012/13 年度の第 3 四半期に 67% に下がったが、その理由は、同四半期に年次保健計画の立案や、CCHP 計画立案支援で多忙であったためであると考えられる。</li> <li>・ 多忙な時期でも、本指標の数値目標である 60% 以上を超えており、本指標は達成されている。</li> </ul>
	<p>プロジェクト目標の達成状況</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2012/13 年度において、21 州の平均実施率は 88% であり、指標の数値目標の 80% より高い。</li> <li>・ 3 州 (イリノイ州、インディアナ州、ミシシッピ州) のみが、80% 以下の実施率である。これら 3 州の実施率が低い理由としては、他の州よりもバスケットフットボールの配賦が遅く、活動を実施する期間が短くなること考えられる。</li> <li>・ 本指標は、達成される見込みが非常に高いと考えられる。</li> </ul>
				<p>プロジェクト目標に対しては、5 つの指標が設定されており、そのうち「標準ツールを使い、全 RRRHMT と全 CHMT に対する SS を四半期ごとに実施した RHMT の年平均数値が、2013/14 年度までに RRRHMT で 75%、CHMT で 90% になる。」は、特に RRRHMT に関する正確なデータが終了時評価調査時点で収集できず、「2014 年の 6 月までに、RHMT 年次計画書が全 RHMT から期限内に MoHSW に提出され、承認される。」に關しては、全 RHMT (100%) という数値目標が達成するには挑戦的であると考えると考える。しかし、過去の実績にかんがみ、プロジェクト目標は達成されると考える。</p>

項目		小項目		情報源		評価方法		結果	
上位目標	RRHMT およびCHMT のマネジメント業務がより効果的に遂行される。 指標 1：県総合保健計画の 90%以上が、資金の承認のためのバスケットファンド会議で1回目の提出で承認される。		MoHSW による CCHP の審査報告書	指標の達成度をデータを基に確認する。		<p>PDM ver.3 で修正された指標である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2011/12 年度 CCHP の1回目の提出での承認は、56% (76/132 県) であった。</li> <li>2012/13 年度 CCHP の1回目の提出での承認は、0% (0/132 県) であり、これは、CCHP の提出が、PlanRep という、エラーが多く、頻りにアップデートされているプログラムを通じての提出が義務づけられたためである。</li> <li>2013/14 年度 CCHP は、31% (50/161 県) まで向上した。</li> <li>2013/14 年度 CCHP までは、MoHSW の県保健サービスコーディネーターが RHMT の関与を認めなかったが、2014/15 年度計画については、RHMT 州保健局に対して PlanRep Meso というプログラムの研修を行うことを条件に、県保健サービスコーディネーターが RHMT の関与を許可したため、今度 RHMT の関与が増えることにより、本指標の割合が向上することが期待される。</li> </ul>			
		指標 2：州病院総合年次計画の 70%以上が保健福祉省と地方自治庁へ、2016/17 年度までに提出される。	CHOP 審査報告書	PDM ver.3 で修正された指標である。		<ul style="list-style-type: none"> <li>2013/14 年度計画に関しては、23RRR 中 18RRH (78%) が提出した。</li> <li>2014/15 年度計画に関しては、2014 年 3 月 20 日時点で、既に 6RRH が計画を提出しており、提出率が向上することが大いに期待される、既に本指標は達成されている。</li> </ul>			
		指標 3：州保健局、州病院管理チーム、県保健局によるマネジメントに関わるグッドプラクティスについて共有され、集められる。	RHMT 年次計画書、CCHP	PDM ver.3 で追加された指標である。		<ul style="list-style-type: none"> <li>既に 35 のグッドプラクティスが、RHMT だけでなく、他のステークホルダーが出席する、年次レビュー会議やセナリング会議で共有された。</li> <li>プロジェクトは現在、グッドプラクティスを編集しており、これらグッドプラクティスが広く共有される予定である。</li> <li>プロジェクトは、MoHSW が開催する RMO・DMO 年次会議や、RHMT メンバーが参加するほかのプログラム会議でもグッドプラクティスを共有するように提唱している。</li> <li>フェイスブックを活用し、グッドプラクティスを共有するプラットフォームを試みているところである。</li> </ul>			
	上位目標の達成見込み			プロジェクト終了後 3-5 年のうちに、プロジェクトの上位目標達成の見込みが高い。					



項目		小項目		情報源		評価方法		結果	
		- 「制度」レベル							
トナー協議		プロジェクトのTGWへの関与	プロジェクト報告書、関係者の意見	プロジェクト報告書、関係者の意見	プロジェクトがTGWに積極的に関与したかを確認する。				<ul style="list-style-type: none"> <li>・RMSS-CH ツールとマニュアルの開発、年次保健計画・報告書ガイドラインの開発、全国会議の開発、グッドプラクティスの共有を通じて、SSの質の向上と標準化、年次保健計画と四半期報告書の質の向上と標準化、水平的ネットワークの確立が達成された。</li> <li>・プロジェクトは、TGWに積極的に関与し、プロジェクトの進捗を定期的に報告し、ツールのドラフトを共有して、技術的インプットを関係する開発パートナーから求めた。</li> <li>・プロジェクトは、ツールのドラフトを共有して、技術的インプットを関係する開発パートナーから求めるなど、ツールの乱立を回避するように努めた。</li> </ul>
指標		適切な指標の設定 - マネジメント能力強化を測るための客観的な指標 - 数値目標の設定	プロジェクト報告書、関係者の意見	プロジェクト報告書、関係者の意見	PDMを3回改訂した経験から確認する。				<ul style="list-style-type: none"> <li>・RHMTのパフォーマンス向上のレベルを知るために、とても有益だった。</li> <li>・PDMの考え方に沿って、期限と数値で示せるよう途中の改訂で修正を加えた。</li> <li>・数値で表せないグッドプラクティスなどのインパクトとしてどう評価するかが課題であった。</li> <li>・成果1の指標1-2について、研修後1カ月以内の研修内容活用度合いとしては、フォローが難しかった。業務の進捗に合わせて考えれば、四半期の区切りとすべきだったと考える。</li> <li>・指標のデータは、RHMTの四半期報告書で報告されるデータなので、収集が容易なデータが選定された。</li> </ul>
JICA保健プログラム		他のJICA保健プロジェクト(HRHプロジェクト、HIV/AIDSプロジェクト2)との協調 - 協調の好事例 - 協調の促進要因 - 課題	関係者の意見	関係者の意見	どのようにJICA保健プロジェクト間で連携が行われたかを確認する。				<ul style="list-style-type: none"> <li>・RHMT会合で他プロジェクトのコンテンツを全州に発信することができた(2013年モニタリング会議HRHISのモニタリングについて)。</li> <li>・JICA事務所が定期的に保健プログラム会合を開催した。</li> <li>・JICA本部からの出張の際に、意見交換の場がもたれた。</li> <li>・3つのプログラムに基づいて、3つの保健プロジェクトが形成されたわけではなく、それぞれの経緯で形成されたため、3つの案件を後付けの保健プログラムの中に位置づけることに多少の無理があったと思われる。</li> <li>・既に動き出しているプロジェクトの活動にもう一つのプロジェクトの活動を合わせるというのは、想像以上に難しい</li> </ul>
中間レビューの提		プロジェクトチームへ対して							

項目	小項目	情報源	評価方法	結果	
監	1. RHMT と RRRHMT に求められている機能を地方分権の現状に沿って再検討し、行動規範・規定を明確にする。	プロジェクト報告書、関係者の意見	プロジェクトによる各提言のフォローアップ状況を確認する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>プロジェクトは、RHMT/RRHMT の役割のための MoHSW と PMO-RALG の機能 (RHMT の計画と報告書、CHMT の計画と報告書、RRHMT の計画と報告書、RRH 内の SS) について明確化した</li> <li>行動規範・領域に関しては、プロジェクトは MoHSW・PMO-RALG の役割と報告のフローを明確化し、PMO-RALG と合意した</li> <li>RMSS は、RRHMT と CHMT が直面している課題を、彼らが主役的になって解決するために、彼らをファシリテーターとするツールとして開発された。</li> <li>SS ツールは乱立しており、調和されていない。プロジェクトは MoHSW の Department of Quality Assurance と議論を続けているが、MoHSW には SS に関する明確なビジョンと計画がない。</li> </ul>	
	2. 支援的巡回指導のツールの見直しと他のマネジメントツールとの統合				
	3. 州保健システム強化に関するプロジェクト成果のパッケージ化			<ul style="list-style-type: none"> <li>プロジェクトの CIP は、MoHSW の関係部署や多くの開発パートナーが出席する年次保健セクターレビュー会議 (2013 年 10 月開催)、RMO/DMO 会議 (2013 年 5 月開催) で、プロジェクトの達成状況について発表した。</li> <li>プロジェクトは、改訂した「州保健管理システムの機能」文書や、RMSS ツールのドラフトを、TWG で共有した。</li> </ul>	
	4. プロジェクトで得られた経験・知見・教訓、RHMT・RRHMT のグッドプラクティスをまとめ、普及する。			<ul style="list-style-type: none"> <li>プロジェクトは、州保健マネジメント強化に関するプロジェクトの経験や教訓を、下記の機会を通じて共有した。 <ul style="list-style-type: none"> <li>中央レベルの会議 (RHMT 年次レビュー会議、RMO/DMO 会議、年次保健セクターレビュー会議)</li> <li>研修</li> <li>ニュースレターや出版物 (フェイスブックを活用したブラットフォームとして最近確立された)</li> <li>国際会議 (日本国際保健医療学会、アメリカ公衆衛生学会、ケーブタウンで開催予定の保健システム研究第 3 回グローバルシンポジウム: 2014 年 9 月 30 日 ~10 月 3 日)</li> </ul> </li> <li>プロジェクトは現在グッドプラクティス集の作成中である。</li> </ul>	
	5-1. マネジメントツールの課題や重要性を提言としてまとめる。				<ul style="list-style-type: none"> <li>プロジェクトは、2014 年 9 月までに、RHMT/RRHMT の関係性がうまく機能しているかどうかを確認し、結果と課題をプロジェクトからの提言として取りまとめる予定である。</li> </ul>
	MoHSW と PMO-RALG に対して				
5-2. 本プロジェクトの実証検証や教訓を議題として、四半期毎の定期的な省庁間会議を開催する。		プロジェクト報告書、関係者の意見	MoHSW と PMO-RALG による各提言のフォローアップ状況を確認する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>MoHSW と PMO-RALG の間での省長官会議は四半期に 1 度ではなく、半年に 1 度のペースで開催されている。</li> </ul>	
6. 保健福祉省保健サービスユニットと首相府地方自治庁行政局への十分な財政手当てと人員配置を検討する。				<ul style="list-style-type: none"> <li>まだ組織的な対応はされていないが、MoHSW は、WB から協力を得て RHMT の研修を開催したように、他開発パートナーから資源を得るように努めている。</li> </ul>	

項目	小項目	情報源	評価方法	結果
	MoHSWに対して 7州間の横のネットワーク形成・機動的な学びの推進	プロジェクト報告書、関係者の意見	MoHSWによる各提言のフォローアップ状況を確認する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>MoHSW とプロジェクトは、州・県マネジメント強化の経験やアイデアを共有するためのプラットフォームをつくった。</li> <li>プロジェクトは、プラットフォームとして、毎年5月か6月に開催されているRMO/DMO 会議が活用されるように提言している。</li> </ul>
	プロジェクトとMoHSWに対して 8. PDM のレビュー・改訂	PDM ver.3、関係者の意見	プロジェクトとMoHSWによる各提言のフォローアップ状況を確認する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>プロジェクトとMoHSWは、話し合いをもち、20013年10月にPDMを改訂した(PDM version 3が最新版)。</li> </ul>

### 【3.5 項目評価】

項目	小項目	情報源	評価方法	結果
妥当性	タンザニアの国家開発計画および保健政策との整合性	タンザニア開発ビジョン2025、第3次保健セクター戦略計画(2009-2015)	現在のタンザニア国政策にプロジェクトは整合性があるかどうか確認する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>タンザニア開発ビジョン2025には、5つの目標(質の高い生計を営めるようにすること、平和・安定及び結束、グッドガバナンス、教育・学習のいき届いた社会、持続可能な成長を可能とし、その利益を分配する競争原理に基づく経済)がある。これらの目標のなかで、特に質の高い生計を営むことを現実化するために、「国民全員が質の高い医療・保健ケアにアクセスできるようにすること」が必要であると考えられている。</li> <li>第3次保健セクター戦略計画に関しては、戦略1ではCHMT、戦略2ではRRHMTの強化がRHMTの支援の下に強化されることが明記されており、州レベルの強化も重点政策の一つとなっている。</li> </ul>
	ターゲットグループとタンザニア国民とのニーズとの整合性 - ターゲットグループのニーズ - タンザニア国民のニーズ	関係者の意見	ターゲットグループとタンザニア国民とのニーズに、プロジェクトは整合性があるかどうか確認する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>タンザニアの保健システムのポトルネットワークは、開発パートナーによって十分な支援を受けていないRHMTのマネジメントの脆弱性であることが明確にされた。</li> <li>プロジェクトは、州と県で保健サービスデリバリーに責任をもっているRRHMTやCHMTを支援するRHMTの能力強化を通じて、間接的に保健サービスデリバリーの向上をねらっている。</li> </ul>
	日本の援助政策との整合性			

項目	小項目	情報源	評価方法	結果
有効性	- 対タンザニア国別援助方針との整合性	対タンザニア国別援助方針	対タンザニア国別援助方針とプロジェクトの整合性について確認する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2012年6月に策定された対タンザニア国別援助方針では、基本政策を「持続可能な経済成長および貧困削減のための経済・社会開発を推進する」としており、「貧困削減に向けた経済成長」、「経済成長と貧困削減を支えるインフラ開発」、「国民すべてに対する行政サービスの改善」を3つの優先課題としている。本プロジェクトは、「国民すべてに対する行政サービスの改善」下の開発目標（小目標）「行政管理能力強化中」、「保健行政システム強化プログラム」に分類されており、日本の援助政策と合致している。</li> </ul>
	- 日本の経験の比較優位性	プロジェクト報告書	保健マネジメント強化において日本と比較優位性があるか確認する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・JICAは2001年にモゴゴ州において州レベルの保健マネジメントを強化することを目的とした技術協力を開始し、本プロジェクトのフェーズ1、本プロジェクト（フェーズ2）と、技術協力を継続してきた。これらの一連のJICA技術協力の経験は蓄積され、本プロジェクトの活動の効果的・効率的実施に生かされている。</li> </ul>
	その他			
	- 他開発パートナーとの業務分担と協調	関係者の意見	他開発パートナーとの業務分担と協調について確認する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多くの開発パートナーは保健サービスデリバリーを直接的に監督している県に注目し支援をしており、他方でRHMTを支援しているのはJICAのみである。これら開発パートナーは、RHMTの重要性を理解し、RHMTの能力の向上を認知しているが、州レベルの支援に対して積極的ではない。</li> <li>・プロジェクトは、病院改革チームを支援しているDANIDAとの業務分担をベースにデザインされたが、2012年末にDANIDAが病院改革チームへの支援から撤退したため、RRHに関する活動に関して、プロジェクトの「州保健管理システムの機能」文書改訂と州病院総合年次計画に基づいたRMSS-Hの開発の進捗に影響を与えた。</li> <li>・プロジェクトの進捗状況は定期的に、TWGで報告されていた。</li> <li>・ツールに関して、ドラフトが共有され、TWGで議論し、開発パートナーは技術的にインプットすることができた。</li> </ul>
	- 開発パートナーの認識	開発パートナーの意見	他開発パートナーによるプロジェクトの認識を確認する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プロジェクトの進捗状況は定期的に、TWGで報告されていた。</li> <li>・ツールに関して、ドラフトが共有され、TWGで議論し、開発パートナーは技術的にインプットすることができた。</li> </ul>
	妥当性まとめ			妥当性は高いと判断される。
	プロジェクト目標の達成状況	プロジェクト報告書、関係者の意見	プロジェクト目標が達成されたかを確認する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特に、CHMTを支援するRHMTの能力強化については、RHMTに予算が通常どおり手当てされれば、プロジェクト目標をプロジェクト期間中に達成できると考えられる。</li> <li>・5つの指標のうち、3つの指標は既に達成されている。CHMTとRRHMTへのSSの実施に関する指標は、バスケットフロントの進捗状況に影響されている。RHMT年次計画の期限内の提出による承認に関する指標は、メンターシップを要する新設4州が対象となったことで、全RHMTが期限内に提出し承認を得ることは、少々難しいと考える。</li> </ul>
	成果とプロジェクト目標の関連性	プロジェクト報告書、関係者の意見	プロジェクト目標達成に成果が貢献しているかを確認する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本プロジェクトは、プロジェクト目標を達成するために、3つの成果（RHMTの能力強化、RHMTの環境整備、RHMTのツール整備）から構成されている。すべての成果は、RHMTが機能と役割を効果的に果たすために必要である。</li> </ul>

項目		小項目		情報源		評価方法		結果	
促進要因	促進要因	プロジェクト報告書、関係者の意見	プロジェクト報告書、関係者の意見	プロジェクト目標達成への促進要因を確認する。	プロジェクト目標達成に対する阻害要因を確認する。	プロジェクト報告書、関係者の意見	プロジェクト目標達成への促進要因を確認する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・RHMT の認識・意欲、つまり、自分たちの業務を長くしていきたい、学びたい、他の州から遅れたくない、など意識は大いに高かった。</li> <li>・プロジェクトの戦略、3 つの成果＜能力育成、制度、ツール＞の組み合わせが、キャパシティ・ダイバロップメントの理論にのっとったもので、相互に影響しあい、良い効果を生んだ。</li> <li>・RHMT の主要な活動に活用できる保健バスケットフロントが州に割り当てられ、またその配布プロセスに州保健サービスマニットとプロジェクトが普及した計画・報告が関係しているなど、他の支援と協調できたこと。</li> </ul>	
	阻害要因	プロジェクト報告書、関係者の意見	プロジェクト報告書、関係者の意見	プロジェクト目標達成に対する阻害要因を確認する。	プロジェクト目標達成に対する阻害要因を確認する。	プロジェクト報告書、関係者の意見	プロジェクト目標達成に対する阻害要因を確認する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・MoHSW の予算がつかない他プログラム・プロジェクトの活動により RMSS の優先順位が下げられる。</li> <li>・保健省州保健サービスマニットは、意欲的ではあるが数年以内に定年退職を控えた 2 名の職員で構成されている。</li> <li>・本プロジェクトがあったため、これまで MoHSW 予算の割り当てでは優先順位が低く、活動予算が確保されていない。</li> </ul>	
	成果レベルの阻害要因	プロジェクト報告書、関係者の意見	プロジェクト報告書、関係者の意見	外部要因に変化がないかを確認する。	外部要因に変化がないかを確認する。	プロジェクト報告書、関係者の意見	プロジェクト目標達成に対する阻害要因を確認する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「他の開発パートナーの実施する RHMT に対する支援活動が予定どおり実施される」は、RHMT が計画した活動を実施するために有効である。</li> <li>・「RHMT への予算が予定どおり配賦される」は、バスケットフロントの配賦は遅れつつも遅れており、計画した活動の実施に影響を与えているため、それほど有効ではない。</li> </ul>	
	有効性まとめ	成果の達成状況	プロジェクト報告書、関係者の意見	プロジェクト報告書、関係者の意見	成果が予定どおり算出されているか確認する。	成果が予定どおり算出されているか確認する。	プロジェクト報告書、関係者の意見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中間レビュー調査時点で、RRHMT に関する活動に多少の遅れがみられたが、すべての成果は充分に算出されている。</li> <li>・すべての活動は、プロジェクトの 3 つの成果を産出するために必要な活動であった。</li> <li>・もともと予定にはなかったが、RHMT の年次計画と四半期報告書のガイドライン作成の必要性が確認され、プロジェクト活動の一つとして追加された。</li> <li>・コアの CIP のプロジェクト活動への積極的な関与。</li> <li>・プロジェクトが継続的に、常に積極的に RHMT へ働きかけた。それは研修であり、会議であり、情報の交換であり、繰り返しの訪問や活動への依頼、相互の学びの場の提供等であった。</li> </ul>	
阻害要因	活動と成果の関連性	プロジェクト報告書、関係者の意見	プロジェクト報告書、関係者の意見	成果産出のために、計画された活動は貢献しているかを確認する。	成果産出のために、計画された活動は貢献しているかを確認する。	プロジェクト報告書、関係者の意見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コアの CIP のプロジェクト活動への積極的な関与。</li> <li>・プロジェクトが継続的に、常に積極的に RHMT へ働きかけた。それは研修であり、会議であり、情報の交換であり、繰り返しの訪問や活動への依頼、相互の学びの場の提供等であった。</li> </ul>		
	促進要因	プロジェクト報告書、関係者の意見	プロジェクト報告書、関係者の意見	成果達成への促進要因を確認する。	成果達成への促進要因を確認する。	プロジェクト報告書、関係者の意見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・MoHSW 内の部署を超えた議論や省全体の議論自体が省内で行われることがあまりなく、調整がなかなか進まなかった。</li> <li>・MoHSW を超えた PMO-RALG との折衝、調整、合意取り付けは、PMO-RALG の保健担当部署の不明確さ、ドドマとの物理的距離の問題などがネックになった。</li> </ul>		

項目		小項目		情報源		評価方法		結果	
		活動レベルの外部要因				外部要因に変化がないかを確認する。		すべての外部要因 RHMT が SS に利用する交通手段が確保されている、「本プロジェクトで研修を受けた RHMT メンバーの異動が頻繁に行われない」と「PMO-RALG の協力が得られる」という外部条件は、プロジェクトの成果をタイミングよく算出するために有効である。	
		投入				投入は計画どおりで、質・量とも充分であったかを確認する。		・ インタビューをしたムトワラ州 RHMT によると、車両のメンテナンスの費用の捻出の点から、交通手段の確保がやや困難がある。	
		活動のタイミング				活動は計画どおり実施されたかを確認する。		・ インタビューをしたムトワラ州 RHMT によると、県への長距離の移動の点から、交通手段の確保にやや困難がある。	
		効率性まとめ				効率性は高いと判断される。		・ 日本側の投入については、おおむね投入規模、質、タイミングともに適切であった。	
インパクト		上位目標の達成見込み	プロジェクト報告書、関係者の意見			上位目標の達成の見込みを確認する。		・ タンザニア側は、C/P の配置が遅れ、シニアマネジャーが代理の期間が長かったものの、おおむね PDM で定められたとおり投入がされている。	
		プロジェクト目標と上位目標の関係性	プロジェクト報告書、関係者の意見			プロジェクト目標の達成は、上位目標の達成に貢献するかを確認する。		・ RRHMT に関する基本的政策文書がなかったため、もともと計画されていた同文書整備支援を行うことになり、関連する活動に若干の遅れがみられた。	
		プロジェクト目標レベルの外部要因	プロジェクト報告書、関係者の意見			外部要因に変化がないかを確認する。		・ 活動はおおむね計画どおり実施された。	
		波及効果	プロジェクト報告書、関係者の意見			波及効果が発現しているかを確認する。		・ RRHMT に対しては、RRHMT の支援業務がより効果的に遂行される」と上位目標「RRHMT および CHMT のマネジメント業務がより効果的に遂行される」の間には、論理的な関係性がある。	
		負のインパクト	プロジェクト報告書、関係者の意見			負のインパクトが発現しているかを確認する。		・ インタビューをした CHMT から、RHMT の支援が向上したことにより、より質の高い CCHP を計画立案できるようになったという意見が聞かれた。	
								・ ドドマ州では、RHMT が CHMT にグッドプラクティスを思いつくづくように支援しているのに対して、ドドマ州のチャムイノ CHMT は、RHMT の支援を受けて、すべての重要なプログラムを統合して、異なるパートナーからの支援を一つにまとめて、コミュニティの人々にこれらのプログラムのサービスの一度に届け、保健施設への SS も同時に実施する「トータル・マーケット・アプローチ」を考え出していた。	
								・ 「RRHMT 及び RHMT の事業予算と人材が確保される」と「RRHMT 及び CHMT を支援するプログラムが予定どおり実施される」という外部要因は、上位目標達成のためにまだ有効である。	
								・ ドドマ州では、RHMT が CHMT にグッドプラクティスを思いつくづくように支援しているのが確認された。その例として、ドドマ州のチャムイノ CHMT は、RHMT の支援を受けて、すべての重要なプログラムを統合して、異なるパートナーからの支援を一つにまとめて、コミュニティの人々にこれらのプログラムのサービスの一度に届け、保健施設への SS も同時に実施する「トータル・マーケット・アプローチ」を考え出していた。	
								・ 特にならなかつた。	

項目	小項目	情報源	評価方法	結果
	保健システム強化への貢献	プロジェクト報告書、関係者の意見	集められたグッドプラクティスを6つの保健システムブロックに分類する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>グッドプラクティスを6つのブロックに分類すると、すべてのブロックに何らかのグッドプラクティスがある。つまり、これらのグッドプラクティスを通じて、6つの保健システムブロックが強化されていると考えられる。</li> <li>報告書の期限内提出の支援 (キリマンジャロ州)</li> <li>RRH における国家健康保険の収益徴収 (ドドマ州)</li> <li>RRH におけるブロック支払導入 (ムベヤ州)</li> <li>トゥンビRRH におけるユーザー登録 (プロワニ州)</li> <li>コミュニティ保健基金 (タンガ州)</li> <li>保健人材データベースの導入 (ムベヤ州)</li> <li>低専門性職能スタッフ増加プログラム (ムトラ州)</li> <li>登録看護師増加戦略 (ルブマ州)</li> <li>RRH における医薬品管理 (カダラ州)</li> <li>パートナー協調とデータ調和 (カダラ州)</li> <li>データの質強化 (プロワニ州)</li> <li>保健施設の分娩率増加 (アルーシヤ州)</li> <li>妊産婦・新生児サービス向上 (ダルエスサラーム州)</li> <li>主なバス停留所における衛生向上 (モロゴロ州)</li> <li>予防接種率の増加 (シンニヤガ州)</li> </ul>
	保健サービス向上への貢献	関係者の意見	保健サービスデリバリーが改善された例を挙げる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>リンディ州では、予防接種のカバレッジが向上し、HIV 感染率が2012年に3.8%だったのが、2013年には2.9%に減少した。</li> </ul>
	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ達成への貢献	関係者の意見	UHC 達成への貢献している例を挙げる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>ムトラ州では、保健施設の数が181施設から212施設に増加し、これは、物理的アクセスを向上させ、交通費の減少に貢献していると考えられる。</li> <li>リンディ州では、5歳未満死亡率について、2012年には581例だったのが、2013年には501例に減少した。</li> <li>ムトラ・リンディ州 RHMT は、貧困層に対する保健ケアサービスの費用控除の制度があるが、いまだかつて控除分に対する選付がなされたことがなく、控除した分だけ病院の負担になってしまったため、貧困層に対する財政的負担を軽減することは難しいと感じている。</li> </ul>
自立発展性	インパクトまとめ政策面	関係者の意見	プロジェクト終了後の自立発展性について、プロ	<ul style="list-style-type: none"> <li>インパクトは高いと判断される。</li> <li>RHMT の能力と州保健マネジメントシステムの強化は、現在のタンザニア政府の政策において、高いプライオリティが与えられている。</li> </ul>

項目		小項目		情報源		評価方法		結果	
組織面	関係者の意見	関係者の意見		プロジェクトの効果が持続するかどうかを確認する。		プロジェクトの高いCPと共に活動することができたが、MoHSWのなかで州レベルのすべての活動を調整する州保健サービスユニットの数が足りない状況である。		PMO-RALGはMoHSWとの協働に努力しているが、PMO-RALGの保健セクター調整ユニットのみで、プロジェクトの成果や経験を州事務局に共有し組み込むことを行うのは難しい。	
		関係者の意見		関係者の意見		RHMTに割り当てられるバスケットフロントの金額が減少している。		MoHSW内の州保健サービスユニットへの予算の割り当てが、プロジェクト2年次にカットされ、CMSSを実施できなかつた。	
		関係者の意見		関係者の意見		本プロジェクトがあつたため、これまで本省予算の割り当てでは優先順位が低く、活動予算が確保されていない。		RHMTの能力は徐々に強化され、さらにマネジメント能力を向上させていくために、プロジェクト活動を継続して実施していくことができると自信をもっている。	
技術面		関係者の意見		関係者の意見		プロジェクト終了後、MoHSWとRHMTが、新職員への研修やリフレクシオン研修実施のために活用する研修パッケージを開発している。		研修後のアクションプランの作成や、研修を受けていないメンバーに対する研修内容の共有を奨励し、研修のフォローアップを強化してきた。	
自立発展性まとめ		関係者の意見		関係者の意見		MoHSWとRHMT、RHMT間のネットワークが強化され、このネットワークは、研修を実施するための適切なリソース・メンバーを探し出して調整するために活用される。		政策・技術面の自立発展性は高いが、組織・財政面の自立発展性は、更に努力が必要である。	

#### 4. ヒアリング概要

##### [MoHSW]-1

氏名	Josbert Rubona
役職	Project Manager, Director, DPP
日時	2014年4月8日 8:00～8:30
<p><b>【RHMTのパフォーマンスは向上したか】</b></p> <p>プロジェクトのスコープは研修を通じた RHMT の能力向上であり、研修の内容や、アセスメントの結果をみる限り、向上していると思う。</p> <p>CCHP の質が向上しているため、CCHP の計画策定支援・アセスメントの能力が向上している。今まで中央で行ってきた CCHP の計画策定支援・アセスメントを州レベルで RHMT がこれからは行ってほしい。</p> <p><b>【RHMT 能力強化の政策面での妥当性】</b></p> <p>政策面で合致している。地方分権化において、MoHSW の一部として、県以下のレベルと MoHSW をつなぐ役割を担っている。</p> <p><b>【プロジェクトに対する全般的評価】</b></p> <p>マネジメント能力強化に特化しているが、これは、WHO が提唱している保健システムの 6 ブロックの 1 つである、Leadership &amp; Governance を強化するものである。</p> <p>MoHSW の会議や、プロジェクトの JCC でプロジェクトの活動などについて情報を得ている。</p> <p><b>【自立発展性】</b></p> <p>マネジメント能力強化には時間を要するため、係る活動を継続していきたい。</p> <p>良い結果を得ることで、時間はかかるが、MoHSW の活動に統合していくようにしたい。州保健サービスコーディネーターが中心となって活動を継続していくことになるが、もう少し多くの人材・財源を投入することを検討していきたい。</p> <p>RMO・DMO 会合は、通常、保健福祉省治療サービス局（DCS）が担当してるが、DPP も関わっているので、マネジメントに関するアジェンダを入れられるようにしたい。</p>	

##### [MoHSW]-2

氏名	Romana Sanga
役職	Hospital Reform Team, DCS
日時	2014年4月8日 8:30～9:10
<p><b>【プロジェクト活動参画を通じたプロジェクトの評価】</b></p> <p>CCHP アセスメントトレーニング・オブ・トレーナーズ（TOT）に参加して、RHMT のコア機能・活動について理解した。同 TOT に病院改革チームが参加したことは、計画策定・予算化・活動の実施を学ぶことができたので、意義があった。</p> <p><b>【RHMT のパフォーマンスは向上したか】</b></p> <p>計画策定・報告の点で、向上している。</p>	

**【CHOP について】**

CHOP に関する会議・研修に、病院改革チーム全員を巻き込んでほしかった（病院改革チームには3名いるが、Sanga氏はCHOP担当ではなく、CHOP担当者が参加しており、情報共有があまりなかったことからの発言）。

**【RHMTの意義について】**

RHMTは重要である。RRHMTも支援の必要がある。

**【RRHMTのマネジメント強化について】**

資源管理（財政面・人材面）、計画策定、データ管理の面で能力強化の必要性を感じる。同僚が、RMSS・Hのフィールドテストに参加、同ツールは効果があると感じた。

**[MoHSW]-3**

氏名	Overlin Kisanga (Dr.)
役職	Head, 保健セクター改革調整課 (HSRC), DPP
日時	2014年4月8日 12:00~12:40
<p><b>【RHMTのパフォーマンスは向上したか】</b></p> <p>計画策定・SS・財政管理の面で、向上した。CCHPは、PlanRep mesoという新しい計画プログラム（州レベルでデータ統合ができる）による計画立案の更なる向上が必要である。</p> <p>州は、CHMTとのつながりがなく、そこにギャップがあったが、プロジェクトはそのギャップを埋める努力をし、今RHMTはスキル・能力が向上し、CHMTに認識されている。</p> <p><b>【RHMT能力強化の妥当性】</b></p> <p>政策面で、とても妥当である。タンザニアは国土が広く、160以上の県が存在するので、RHMTの存在意義は大きい。</p> <p>MoHSWの役割を、州・県レベルにRHMTを通して分権していくために、RHMTの更なる能力強化をしていきたい。</p> <p><b>【プロジェクトの全般的評価】</b></p> <p>プロジェクトのパフォーマンスはとても良い。取り残されていたRHMTを、RHMTの能力強化を通じて、ギャップを埋め、CHMTがRHMTを認識するようになった。</p> <p><b>【プロジェクト活動の継続について】</b></p> <p>プロジェクトの活動を継続していくことは重要である。プロジェクトが作成した研修パッケージやツール等はとても良いので、これらを使って活動を継続するように努力したい。</p> <p><b>【グッドプラクティスの共有について】</b></p> <p>グッドプラクティスを共有すること自体が、グッドプラクティスである。RMO・DMO会合は、DCS・DPP共催なので、DPP側から、グッドプラクティス共有のアジェンダを入れていきたい。</p>	

[MoHSW]-4

氏名	Catherine Joachim (Dr.)
役職	Head, 保健システム強化 (HSS), DPP
日時	2014年4月8日 13:40~14:10
<p><b>【プロジェクト活動参画を通じたプロジェクトの評価】</b></p> <p>一般的にプロジェクトのパフォーマンスは良い。</p> <p>プロジェクトは、PDMで、決められた期間で、明確なマイルストーンを設定して、課題を関係者に共有し、どのように課題を克服するかを話し合いながら、プロジェクト活動を実施していた点は、素晴らしい。</p> <p>RHMTの研修を、on-siteで行っており、研修を実施しながら、現状を把握できる。このように、現状を把握し、建設的なプロセスを経て、政策を変えていく、このアプローチは良かった。</p> <p>プロジェクトは、会議で、25 RHMTのパフォーマンス結果に応じて順位づけをして表彰しており、これはRHMTの競争意識を駆り立てるため、良い取り組みであった。</p> <p><b>【RHMT能力強化の妥当性】</b></p> <p>HSSP IIIやプライマリヘルスケアサービス開発プログラム(MAMM)で、RHMTの能力強化の戦略があるので、政策面で妥当である。</p> <p>RHMTはMoHSWと県をつなぎ、政策を普及したり、県の計画や報告の質を評価するのを支援している。1つの省が160以上の県を直接指導するのは困難であるため、RHMTの意義は大きい。RHMTはMoHSWのイニシアティブ推進の支え(backstopping)である。</p> <p><b>【RHMTのパフォーマンスは向上したか】</b></p> <p>マネジメントのパフォーマンスはとても向上し、州における保健課題を監督する役割・責任を果たせるようになった。</p> <p>特に、計画立案・プライオリティづけ・報告・SSに関する能力が向上した。</p> <p><b>【プロジェクト活動の継続について】</b></p> <p>多くのRHMTは、プロジェクト終了後、誰が新しいことをアップデートしたり、グッドプラクティスを共有して、お互いに学べるフォーラムを開いてくれるのか心配しており、このようなフォーラムを継続していくことは重要。</p> <p>技術的には、MoHSWはプロジェクトの活動を引き継ぐことは可能であるが、SSのツールは、使い方の研修を受けてから、現場でうまく活用して、その目的を果たせるようになるには時間を要するため(このようなツールの現場適用には少なくとも2~3年かかる)、もう少しプロジェクトの支援が必要。特にRMSS-Hは、多くの病院がCHOPを策定しておらず、課題が多い。</p> <p><b>【プロジェクト活動への参画を通じた自分自身の能力の向上について】</b></p> <p>政策文書、MoHSW・PMO-RALG・RHMT・RRHMT・CHMTの関係性に詳しくなった。</p>	

プレゼンテーションスキル、ギャップ分析、フォローアップをするための効果の評価などのスキルが向上した。

自分自身も、年間計画、3年間計画を策定し、四半期報告書を作成するようになった。

自分はファシリテーターなので、自分が学んだことを他人に教えることは可能。現場で何が起きているのかを見に行きたい。

【州の保健システムを更に強化するために何を強化する必要があるか】

マネジメントの側面はある程度成果が出ているので、Clinical な側面を強化する必要がある。人々の期待は、死亡率や疾病の低減にあるため、Clinical な側面について考えていかなければならない。

【保健サービスデリバリーを更に改善するために何を必要とする必要があるか】

保健サービスデリバリーは改善されているが、それでもまだ疾病の負担は大きい。そのため、Clinical な面を考慮しなければならない。例えば、保健人材の偏在が問題であり、それを解決するためには、合理的な保健人材育成、政府による保健人材の雇用、僻地勤務に対するインセンティブスキームなどを考えていかなければならない（これは、Clinical というよりマネジメントに関わると思われる。彼女にとって Clinical という単語の定義は広義であると思われる）。

【その他】

RRHMT にギャップがあるため、RRHMT を強化する必要がある。

CHMT から保健施設に対する SS のツールが必要。

[MoHSW]-5

氏名	Eliudi Eliakimu (Dr.)
役職	Head, Health Services Inspectorate and Quality Assurance Section, Health Quality Assurance Division
日時	2014年4月8日 15:15~16:15
【プロジェクト活動参画を通じたプロジェクトの評価】 プロジェクトのデザインの観点から、プロジェクトは良いと評価できる。RHMT が機能を果たせるようにするためのツールを開発したり、CCHP の質の向上のためのアセスメントをする人材の育成などを行った。全般的に、プロジェクトは目的を達成し、保健サービスデリバリー改善に貢献した。	
【RHMT 能力強化の妥当性】 RHMT は、MoHSW の技術的な側面と、PMO-RALG の行政的な観点から、県とそれぞれをつなぐ重要な役割を担っている。RHMT の能力強化は、このつながりを強化することである。 政策・戦略計画・プロトコルを行動に落とせるように訳して、CHMT にアップデート・指導する役割を RHMT は担っている。	

**【RHMTのパフォーマンスについて】**

多くのグッドプラクティスが共有されており、RHMTのパフォーマンスは向上していると思われる。文書化、報告、CHMTの支援、CCHPのアセスメントの能力が強化された。

プレゼンテーションスキルとデータ分析スキルは更なる改善が必要である。

しかしながら、Clinicalな側面の強化が欠落している。

**【プロジェクト活動の継続について】**

技術的な面では、継続可能である。しかし、じきに退職するメンバーもおり、若い世代の能力を強化していく必要がある。

**【州の保健システムを更に強化するために何を強化する必要があるか】**

州レベルには3つの重要な組織があり、それは、RHMT・RRHMT・Hospital Advisory Boardである。Hospital Advisory Boardは結果を導くために重要な組織である。これら3つの組織が強化される必要がある。

**【保健サービスデリバリーを更に改善するために何を必要とするか】**

RRHMTとHospital Advisory Boardは、自分たちの役割と機能を認識する必要がある。県病院にも同じことが当てはまる。

**【その他】**

巡回指導は、国家ガイドラインでは、RHMTはRRHMTとCHMTに、マネジメントの側面とClinicalな側面でSSを行わなければならないと規定している。

CHMTもそれら両面で能力強化をされる必要があり、ギャップを見つけて、適切なメンターを選べるようにならなければならない。そのためには、すべてのレベルで、実践と経験によるスキル・知識のあるメンターのプールをつくる必要がある。

Health Quality Assurance部は2011年6月に設立されたばかりで、これからTWGを設立して、さまざまな事項を調整していきたい。

**[MoHSW]-6**

氏名	Mutagwaba
役職	Regional Health Service Coordinator, DPP
日時	2014年4月9日 13:15~14:45
<b>【日本人専門家の投入について】</b> 基本的に良い。日本人専門家は長期のはりつけではなく、いない時期もあったが、活動は滞りなく実施された。マネジメント能力はとても高く、多くのことを学ぶことができた。	
<b>【JCCの開催について】</b> JCCは、必要な決定を行う場として、充分開催された。 活動の進捗をモニタリングには、四半期に1度開催されなければならないが、その点は、報告書やAnnual Review Meeting・Monitoring Meetingの開催、Follow-up Visitで補完された。	

**【PDM の指標】**

RHMT のパフォーマンス向上のレベルを知るために、とても有益だった。

**【プロジェクトでのコミュニケーション】**

プロジェクト専門家と自分とのコミュニケーションはスムーズだった。

MoHSW に対しては、関係者が多いが、比較的スムーズだったといえる。

RHMT とのコミュニケーションは大変良かった。

**【中間レビューにおける提言のフォローアップ】**

**1) MoHSW と PMO-RALG との会合**

この会合は、四半期に 1 度ではなく半年に 1 度開催されており、プロジェクトの教訓も共有されている。

**2) 関係部局への財政資源の配分**

これは MoHSW 全体的に財源が足りないので、どこの部局も抱えている問題であり、特に成果はでていない。

**3) グッドプラクティスの共有、ネットワーキング・学びの場の促進**

これは行われている。州同士で、グッドプラクティスを学ぶために exchange visit を行う動きもみられている。

**【RHMT 能力強化の妥当性】**

権限委譲による地方分権化で、タンザニア政府はすべてのレベルを強化しようとしている。RHMT は、Regional Secretary に含まれる。

**【RHMT のパフォーマンスについて】**

CHMT を支援するパフォーマンスは特に向上した。RRHMT に対する支援に関しては、CHOP にまだ課題が多く、質の高い CHOP 作成支援が難しい状況である。

計画立案、報告、ネットワーキング、時間管理の能力が特に向上した。

新しい 4 州に関しては、もう少しメンタリングが必要であるが、計画立案・報告は、実地研修 (on-site training) で問題のないレベルに達した。

**【プロジェクト目標達成のための外部要因について】**

RHMT の予算は予定どおりきていない。

RHMT への他開発パートナーからの支援は、バスケットファンド以外は、予定どおり行われている。

**【州保健マネジメントシステムの機能文書について】**

改訂箇所 RHMT における採用は、既に行われている。RMSS-C/H も既に RHMT に活用されている。

**【成果達成のための外部要因について】**

RHMT のなかで研修を受けたメンバーの異動は、それほど頻繁に起こっていない。

PMO-RALG のプロジェクトの支援は平均的である。Dr.Mtasiwa は RHMT への支援に熱心である。若いコーディネーターを任命してほしい。

**【上位目標達成について】**

CCHP：達成できる。

CHOP：CHOPを策定し、提出しているので、達成可能。

グッドプラクティス：達成できる。グッドプラクティスを共有する重要性が理解されている。

**【保健サービスデリバリーについて】**

CCHPには13のプライオリティ分野があり、そのなかにはマネジメントだけでなく、curativeも含まれており、CCHPがきちんと実施され、フォローアップされれば、保健サービスデリバリーは必ず向上するはずである。それには時間がかかるが、少しずつ向上している。

RHMTから共有のあったグッドプラクティスからも、保健サービスデリバリーの向上があったと判断できる。

保健サービスデリバリーを更に向上させていくためには、RHMTのマネジメント能力改善を継続する必要がある。また、RHMTの機能を果たせるようにするための資源を配分する必要がある。

貧困層に対しては、国の制度として無料のサービスを提供することになっているが、貧困者の認定に課題がある。一度認定されれば、必要なサービスが提供されていると思われる。

**【上位目標達成のための外部要因について】**

RRHMTとCHMTの資源に関しては、人材資源は国の戦略があるので問題はないが、財政資源は地域によって経済状況や開発パートナーの存在が異なるので、一概にいけない。

RRHMTとCHMTに対する他のプログラムの支援については、地域によってギャップはあるが、おおむね計画どおり提供されている。

**【RHMTの意義】**

MoHSWは25州をくまなく見て回ることができないので、MoHSWを代表して、RRHMTとCHMTの活動実施状況をフォローアップするRHMTは重要である。

**【プロジェクト活動の継続について】**

継続することは重要である。

技術的な側面に関しては、プロジェクトがファシリテーターを育成したり、教材・ツールを開発してくれたので可能であるが、もう少し人材が必要。

財政面は、とても難しい。

**【RHMT支援をしている他の開発パートナー】**

WBが、現在ドドマで行われているRHMTへの研修(PlanRep\_Meso)を支援している。

USAIDも一部支援しているが、JICAプロジェクトのように構造化された支援ではない。

**【その他】**

次のプロジェクトでは、長期専門家を派遣してほしい。

RRHMTのマネジメント能力を強化する必要がある。

[MoHSW]-7

氏名・役職	Overlin Kisanga (Dr.)・Head, HSRC, DPP
氏名・役職	Mutagwaba・Regional Health Service Coordinator, DPP
日時	2014年4月16日 9:00～10:30
<p><b>【RHMTのパフォーマンスについて】</b></p> <p>権限委譲による地方分権下において、RHMTはCHMTを支援し、下位レベルへの政策の普及・周知にもっとアクティブにならなくてはならない。CHMTによると、RHMTは政策の普及・周知により熟知するようになってきている。しかし一方で、一部の垂直プログラムや開発パートナーはRHMTを介さずに直接CHMTとコミュニケーションをとったりするので、RHMTをきちんと介すようにしてもらうための標準作業手順（SOP）が必要で、その手順に従うように開発パートナーを説得する必要がある。またRSにも、すべてがRHMTを通して、RHMTによって調整されるように働きかける必要がある。</p> <p><b>【病院改革チームとの連携について】</b></p> <p>病院改革チームはとても弱くて、支援するのは難しく、連携も円滑にできなかった。CHOPの概念化は病院改革チームによって主導的に進められず、そんななか残念ながらプロジェクトは終了してしまう。RRHMTは自分たちの役割と機能を内包化する必要がある。</p> <p><b>【プロジェクトについて】</b></p> <p>プロジェクトの契約上、プロジェクトの専門家がいない期間があるのが、残念だった。PDMに従えば、プロジェクトの目標達成は良い。</p> <p>プロジェクトの専門家から多くのことを学んだが、残念ながら自分を含め日本人専門家と働いたC/Psが近いうちに退職してしまう。若い世代のMoHSW職員が日本人専門家と一緒に働いて彼らから学ぶことができないのは残念である。</p>	

[PMO-RALG]-1

氏名	Mtasiwa (Dr.)
役職	Senior Advisor on Health Policy, Planning and Management, DANIDA
日時	2014年4月15日 12:40～13:50
<p><b>【州保健マネジメントシステムの機能文書について】</b></p> <p>この文書に関しては、よく理解しているし、成功している。文書改訂のプロセスにもPMO-RALGは関わっているので、PMO-RALG側での正式承認はすぐ出ると思われる。この文書の継続性を確かなものにしていきたい。</p> <p><b>【RMO-RALGによるRSを通じたRHMTへの支援】</b></p> <p>RHMTが州レベルで快適に働ける環境をつくっている。行政システム上、RHMTのトップであるRMOはRSのなかでは高い地位にある。</p> <p>財政面でも、RSから予算の割り当てがある。</p>	

**【MoHSW との協働について】**

MoHSW との協働はとても重要である。PMO-RALG は実施者なので、政策を正しく解釈し、実施して、コミュニティの人々に届ける必要がある。そのため、地方政府の一部であるが、性格的に MoHSW の出先機関である RHMT はとても重要であり、政策実施者として CHMT が国家として達成しようとしている意図をきちんと汲み取っているかを確認する役割を果たしている。JICA は一連のプロジェクトを通じて、量・質の両面で弱かった RHMT を強化してくれた。

また、MoHSW との年 2 回の会議では、それぞれの役割がきちんと適切に果たしているかを監視している。年 2 回という頻度は少ないかもしれない。

**【RHMT メンバーへの正式任命レター】**

RMO に関しては、異動が多いが、現在は 2 名を除いては正式に任命されている。RMO-RALG から、州行政長官 (RAS) へ、資格やパフォーマンスをチェックして、正式任命レターを発行するようにアドバイスすることができる。これは、RAS の義務である。

**【全般的コメント】**

保健行政システム強化プロジェクトフェーズ 1 の計画立案の際は、PMO-RALG の関与はなかったが、JICA の支援は適切な時期に実施され、必要なことが支援された。保健サービスデリバリーの実施者は県であるが、MoHSW は県を直接監視することができないので、その中間機関として、RHMT は重要であり、その RHMT の能力強化を全国的に実施してくれたのはとても良かった。日本政府と JICA に対してフェーズ 2 を継続して、RHMT の業務の質に焦点を当ててくれたことに感謝している。

今度はまだ油断ならないが、JICA プロジェクトの最終成果を反映させていきたい。

**[Development Partner (DP)]-1**

氏名	Sally Lake
役職	Senior Advisor on Health Policy, Planning and Management, DANIDA
日時	2014 年 4 月 8 日 14:40~15:10
<b>【プロジェクトに対する認識】</b> 保健セクター資源事務職の一部。 SWAp の TWG 1 で、プロジェクトの進捗報告が共有され、また、プロジェクトが支援している改訂文書、SS ツールのドラフトが共有され、技術的インプットが求められた。この TWG で、PMO-RALG やプライベートセクターを含め、多くのステークホルダーと協議していくのはよいことであった。 また、プロジェクトは、MoHSW の構造のなかにおさまり、そのなかでプロジェクトを運営していた。	
<b>【RHMT のパフォーマンスについて】</b>	

プロジェクトがコントロールできない要因が存在するので、RHMTのパフォーマンスが向上したかどうかを述べるのは難しい。

少なくとも、CCHPの計画・報告書を見ると、質の向上がみられる。

160以上の県を指導・監督するRHMTは、能力が向上されるべきである。

(Lake氏は、MoHSWに配属された政策アドバイザーなので、RHMTとの現場での関わりが少ないと思われる。)

**【プロジェクトのインパクトについて】**

自分自身の認識が誤っているかもしれないが、州レベルを支援しているのがJICAのみで、州レベルを担当するMoHSWの関係者が1名だけだったので、彼をJICAが占有しているようにみられた。州レベル担当官が1名というのも問題である。

MoHSWは、どのパートナーがどこを支援していて、その関係性について理解できるように、パートナーマッピングをするべきである。

**【RHMTの意義について】**

タンザニアの国土が広大なので、特に僻地の州のRHMTは能力が高くてはならない。

**【MoHSW内の財政配分について】**

物価が上がっているのに、財源が減っているのも、とても厳しい状況。開発パートナーが支援していることが、MoHSWに言い訳を与えている。MoHSWにリマインドし続けることが重要。

**【保健バスケットファンドのフォーミュラ改訂支援について】**

県については、改訂を行っているところであるが、州についてはまだ改訂していない(県のフォーミュラは、人口60%〔以前は70%〕、貧困率15%、5歳未満児死亡率10%、PMO-RALGが使用している土地の広さ)。

2014/15年度のバスケットファンドは22%減る。オランダが撤退し、カナダも金額を減少させたなどが影響している。MoHSWは、バスケットファンドに財政支援してもらえようように開発パートナーに働きかけているが、難しい。

**【DANIDAは州保健システムの更なる強化のために支援したいか】**

DANIDAは、全体的な政策支援、バスケットファンド支援を行っており、2015/16年度には、PMO-RALGに財政管理の専門家を派遣予定であり、MoHSWとPMO-RALGの両省庁をベースにして、保健師システム強化に貢献する予定。

**【保健サービスデリバリーを更に改善するためにどのエリアを強化する必要があるか】**

Zonal Health Resource Centreを研修調整機関として確立・活用すべき。また、RHMT・RRHMT・CHMTの能力強化のための自立した機関を育成すべき。

DMO会合は新しい情報をアップデートしたり、サービスデリバリーやマネジメントに係るギャップに関する話し合いをするための良いフォーラムであり、このようなフォーラムを活用すべき。

[DP]-2

氏名	Faustine Njau (Dr.)
役職	National Professional Officer, IISS, WIIO
日時	2014年4月9日 9:20~10:10
<p><b>【プロジェクトに対する認識】</b></p> <p>フェーズ 1 から継続して、RHMT の能力強化を行い、RHMT が彼らの使命を果たせるように支援をしている。RHMT は、JICA と保健バスケットファンドから支援を得ている。プロジェクトは SWAp の TGW 1 で、プロジェクトの進捗報告書を共有している。</p> <p><b>【SS について】</b></p> <p>プロジェクトは SS の強化を支援しており、SS は四半期に 1 度と規定されているが、毎月実施し、リーダーシップ・技術的な観点から、チーム (CHMT・RRHMT) のモニタリング、メンタリングをすべき。</p> <p>保健バスケットファンドの資金がいつも遅れてくるため、プロジェクトは研修だけでなく、研修で学んだことを実践できるように、RHMT による SS の実施も支援すべきであった。実践を通して研修で学んだことが定着していき、それには時間がかかるからである。</p> <p>乱立したツールについては、MoHSW がしっかりとした方針をもっていない。TGWs は技術的なアドバイスをする場所であり、何かを決定する場ではない。</p> <p><b>【RHM のパフォーマンスについて】</b></p> <p>計画立案・報告はとても向上した。しかし、計画の実施に関しては、予算が遅くくることが影響して、そのパフォーマンスが向上したとはいえない。</p> <p>SS の実施率が向上し、CCHP 計画に関する RHMT のサポートも向上した。</p> <p>HSSP III の中間評価で、県の計画・報告を向上させるために RHMT の能力を向上させることが提言された。</p> <p><b>【RHMT の意義について】</b></p> <p>タンザニアの国土が広大なので、RHMT は、マネジメント・リーダーシップにおいて、フロントラインに存在する、重要な組織である。</p> <p><b>【WHO は州保健システムの更なる強化のために支援したいか】</b></p> <p>WHO は、政策・戦略、技術、サービス提供の分野を支援しており、マネジメント・リーダーシップの強化も重要視しており、JICA と同じ方向性を向いている。</p> <p>県を支援する MoHSW と州を支援している。3 州 (シンギダ、アルーシャ、ルブマ) に対して SS のための支援を行った。また、8 ゾーンでの Peer Learning 推進の支援や、RMO・DMO 会合の開催支援を行っている。PMO-RALG に保健ユニットを設置するようにアドバイスも行った。</p> <p><b>【保健サービスデリバリーを更に改善するためにどのエリアを強化する必要があるか】</b></p> <p>RRH・県病院を強化すべき。RRH の専門技術を有する医療従事者は、RRH で働くだけでなく、県病院にも赴きメンタリングを行うべき。</p>	

[DP]-3

氏名・役職	Andy O'Connell・PPP Advisor, DANIDA
氏名・役職	Bjarne Jensen (Dr.)・Technical Advisor, HSS, MoSHSW Consultant
日時	2014年4月9日 12:00～12:45
<p><b>【プロジェクトに対する認識】</b>  保健セクター資源事務職の一部。  SWApのTWG1では、プロジェクトは活動の進捗を報告してくれた。RHMTやRRHMTに対してどのような研修を行ったかの情報共有は、とても役に立った。  SSのツールのドラフトを共有してくれ、技術的インプットを行うことができた。  マネジメントツールの統合は難しいが、多くの垂直型プログラムがRHMTの機能・役割のなかで解釈されているので、以前よりも「統合」がみられる。</p> <p><b>【RHMTのパフォーマンスについて】</b>  計画・報告書の質が向上した。  RHMTの能力が強化され、自分たちの役割を理解したので、自分たちの役割を果たすようになり、自信をもつようになった。  地方分権化のなかで制度を強化していくのは時間がかかる。まだ一部は中央集権的なところもある。PMO-RALGに保健ユニットが設立されたことは大きな進歩で、RHMTへの支援が期待される。</p> <p><b>【RHMTの意義】</b>  1つの省が160以上の県を直接管理することはできないので、効率的に仕事を行うためにRHMTは重要である。</p> <p><b>【DANIDAは州保健システムの更なる強化のために支援したいか】</b>  現在のプログラムは2014年に終了する予定であったが、2015年まで延長した。新しいプログラムは、2015～2019年の予定で、官民パートナーシップ（PPP）、キリスト教社会奉仕委員会（CSSC）を中心に支援する予定。  また、イヤーマークのないバスケットファンドへの拠出を通じて、MoHSWを間接的に支援している。</p> <p><b>【保健サービスデリバリーを更に改善するためにどのエリアを強化する必要があるか】</b>  計画立案・モニタリング・巡回指導は、RHMTのコア機能であるので、これらがきちんと実践されるようにする支援が必要で、これには時間がかかる。  また、RHMTは問題の同定をできるようになったため、これがきちんと実践されるように強化される必要がある。  中央レベル・ゾーンレベルの会合は、学びの機会となる。</p>	

[DP]-4

氏名・役職	Suzuna・Head, HSS, USAID
氏名・役職	Mary Kasonka (Dr.)・Senior Public Health Specialist – Health Governance, USAID
日時	2014年4月9日 12:00～12:45
<p>【プロジェクトに対する認識】</p> <p>モロゴロ州での RHMT の能力強化のパイロットが行われ、その全国展開を行うプロジェクトのフェーズ 2。</p> <p>(Dr.Mary は元アルーシャの州保健事務官 (RHS) で、プロジェクトフェーズ 1 のときに RHMT メンバーとしてプロジェクトに関わっていたので、プロジェクトのことを良く知っていた)。</p> <p>SWAp の TWG 1 では、プロジェクトは、研修・スーパービジョン・計画・報告書のツール・ガイドラインなどを共有し、プレゼンスは良かった。RHMT に対して何が行われているかを把握することができた。</p> <p>【RHMT のパフォーマンスについて】</p> <p>21 の RHMT は大分パフォーマンスが向上している。新しい 4 州の RHMT は、新しいメンバーなので、まだこれからである。</p> <p>RHMT の能力強化については、どのように制度化するかが課題である。オンザジョブ・トレーニング (OJT) を継続していく必要がある。</p> <p>JICA は、公務員に対する研修機関の強化を行っており、そのオリエンテーションパッケージを保健分野でも活用するのはいいのではないか。また、ゾーンのリソースセンターも、RHMT 強化のリソースになり得る。</p> <p>【RHMT の意義について】</p> <p>タンザニアの国土は広大であるため、MoHSW と県以下をつなぐために、RHMT はとても重要である。</p> <p>【USAID は州保健システムの更なる強化のために支援したいか】</p> <p>USAID は主にヒト免疫不全ウイルス (HIV) 分野を支援している。</p> <p>開発パートナーによる支援は、補完的で、期間を設定すべきである。</p> <p>州レベルの保健システム強化に関して、MoHSW が、今後何をすべきか戦略を立て、自分たちで何ができるか、何ができないから支援が必要なのかを明確にすれば、USAID がそれに対して支援を検討する余地はある。</p> <p>【保健サービスデリバリーを更に改善するためにどのエリアを強化する必要があるか】</p> <p>保健人材の課題は解決されるべきである。特に、偏在に関して、インセンティブパッケージを計画する必要がある。</p> <p>そのほかでは、財政管理がやはり重要で、予算化、プライオリティの設定、一般財政 (OC) ・保健バスケット以外の財源・リソースの動員などが更に強化されるべきである。</p>	

[DP]-5

氏名	Kira Thomas
役職	Health Basket Advisor, SDC
日時	2014年4月16日 11:10～11:45
<p>【保健バスケットファンドの状況について】</p> <p>現在保健バスケットのパフォーマンスについて査定しているところである。結果は、報告書 (Trigger Document) 提出を含めて課題が多くあり、満足のいくものではない。(RHMTからの報告書は、直接バスケットファンド委員会に提出されず、その報告書を基に MoHSW・PMO-RALG・RS が報告書を作成しバスケットファンド委員会に提出する。) 報告書が、提出期限が全く守られず、質も低い。報告書フォーマットを簡素化する提案をしたが、政府は簡素化しなくてもよいと言ったので、バスケットファンド委員会として特に動くこともできない。</p> <p>送金の遅延に問題があり、第3・4四半期分の資金が送金されていないのに、報告書をまとめなくてはならないケースもみられる。PMO-RALG は、送金に関して財務省に正式要請をする必要がある。送金のプロセスに関わっている人が、それぞれ言い訳を言い、コミュニケーションも弱いので、なかなか改善されない。10年来の課題である。送金遅延により、執行率も低い。それによって、余った金額のキャリーオーバーが続いている。</p> <p>特に PMO-RALG のコミットメントが低く、報告書の質も低く、提出が遅れ、会議も出席していないし、コミュニケーションも悪い。執行能力はほぼゼロに近い。</p> <p>MoHSW 大臣との面会についても2月に要望を出しているのに、なかなか設定をしてくれない MoHSW のコミットメントの低さに、開発パートナーの不満が増大している。</p> <p>現在、タンザニア以外にキルギス、ガーナ、ザンビア、モザンビーク、バングラデシュで保健バスケットの評価をしているところで、これらの国の評価も参考にする予定である。</p> <p>Performance Based Payment について強い要望はあるが、具体的にバスケットファンド委員会で話をしていない。</p> <p>今年もバスケットファンドへの拠出を継続しているのは7機関であり、USAID と国連合同エイズ計画 (UNAIDS) が参加する予定である。UNAIDS については、100,000 Tsh という金額で、政策レベルに意見を言うための席を確保することが目的であると思われる。</p> <p>RHMT・RRHMT への割り当てに関しては、保健バスケットファンドのうち75%が県へ、残りが、中央の薬品公社、PMO-RALG、RHMT (3.7 million USD) へ分配される。RHMTの分配のうち多くはSSに使われているが、SSで何が起きているか不透明である。SSの文書化がきちんとなされていない。</p> <p>バスケットファンドレビュー報告書は、新しい覚書 (MOU) のドラフトとともに、4月28日にドラフト報告書が完成し、5月28日に最終報告書が完成する予定である。</p>	

[DP]-6

氏名・役職	Yahya A. Ipuge, Senior Public Health Specialist, アフリカ保健技術ユニット (AFTHE), WB
氏名・役職	Rekha Menon, Lead Economist and Sector Leader for Tanzania, Uganda and Burundi, Human Development Sector Unit, WB
日時	2014年4月16日 12:20~12:50
<p><b>【保健システム強化・州レベルへの支援について】</b></p> <p>2015年が、保健バスケットファンドの(現MOUでの)最後の年である。保健バスケットファンドの金額も年々減少してきている。開発パートナーとしては、バスケットファンドは政府の財政を補完するものであり、MoHSWに包括的な財政戦略をもってほしいが、それがまだない。WBはこれからもMoHSWを支援し続ける予定である。</p> <p>成果連動型融資(PBF)については、40 Millionの規模でPwaniでパイロットを行っているが、このPBFはなかなか簡単にスケールアップできるものではない。Pwaniでは、既存の保健システムの構造(RHMT)を使っている。この経験から、州の存在は、資金の流れを監視する県の“Guardian”としてとても重要だと認識している。また、CCHPを中央でレビューするのは負担が大きいため、州がその役割を果たすべきだと考える。</p> <p><b>【ユニバーサルヘルスカバレッジ(UHC)に関して】</b></p> <p>タンザニアの保健財政戦略は良く練られていない。もっとコンサルテーションをすべきである。保険のカバレッジは15%ほどである。タンザニアの貧困ライン以下の人口は40%であり、保険で誰が守られるべきかという視点が抜けている。韓国政府が資金を支援している。</p> <p><b>【その他】</b></p> <p>垂直プログラムは良い結果を生み出していないどころか、悪くしている。計画に、資源と結果が結びつけられておらず、質が軽視されている。</p> <p>SWApの議長は今年はWBが務めている。</p> <p>保健セクター資源事務局と病院改革チームの間のコミュニケーションは良くなく、リーダーシップも欠けている。</p>	

[Mtwara]-1

団体	RAS
日時	2014年4月10日 9:00~9:30
<p><b>【RHMTの重要性について】</b></p> <p>RHMTは州のすべての保健の活動を調整し、県レベルにおける保健サービスの質の向上のために重要である。</p> <p><b>【RAS事務所とのコミュニケーション】</b></p>	

RMO が RHMT・RRH の代表として、RAS 事務所とコミュニケーションをとっている。毎週月曜日の午前、RAS 事務所で会議が開催され、その会議に RMO も出席し、保健に関する報告を行っている。

**【RAS 事務所による RHMT・RRHMT の支援】**

RRH のトイレの改修が RRH の予算ではできなかったため、RMO が RAS 事務所に同問題を報告し、RAS 事務所は、問題解決のためにタスクフォースを立ち上げ、予算を計上し、トイレの改修を行った。

保健人材についても、RMO の提言を踏まえながら、新しい保健人材をリクルートしたり、よりニーズのある保健施設に保健人材を異動している。医者に対しては、住居を提供したり、住居の補填を行っている。

**【RAS 事務所の保健分野に対する認識】**

一般財政（OC）に関しては、一括で RAS 事務所に送金され、その分配を話し合って決めているが、保健分野を重点分野として取り扱っている。その理由は、州の人々にとって質の高い保健サービスは必要であり、そのサービスが提供されないと、不満が出てくるから。

**[Mtwara]-2**

団体	RHMT
日時	2014 年 4 月 10 日 9:30~12:30
<p><b>【プロジェクトは RHMT のニーズを満たしているか】</b></p> <p>プロジェクトは、巡回指導・計画・予算化などに対して、分かりやすい方法とフォーマット・ツールを提供してくれた。</p> <p><b>【RHMT のパフォーマンスについて】</b></p> <p>パフォーマンスは向上したと思う。CCHP のアセスメントスコアは 70% を達成している。以前は CHMT の能力の方が高く、CHMT が何をしているのかを知らず、CHMT を指導できなかったが、現在は、RHMT の機能と役割が MoHSW と PMO-RALG により明確になり、能力も向上したので、CHMT に対して SS をすることができるようになった。</p> <p>特に、SS、計画立案、CCHP 計画立案支援の能力が向上したと思う。以前は明確なガイドラインがなかったが、今はガイドラインがあるので、助かっている。</p> <p>Core Member と Co-opted Member の垣根を取り払い、チームワークが向上した。誰かが研修を受けたときは、受けなかったメンバーに対して共有などがされている。</p> <p>政策の普及に関しても、以前は配布するだけだったが、現在は、会議や研修で、自分たちの経験を踏まえて説明をしている。</p> <p><b>【州保健マネジメントシステムの機能文書について】</b></p> <p>一番重要なのは、SS であり、現在は、頻繁に SS を行うようになった。</p> <p>計画・報告書提出のフロー、州保健の組織図が、今は明確になった。</p> <p>改訂箇所に関しては、採用する予定である。</p>	

【SS の移動手段について】

8 台の車両がある。しかし、それら車両のメンテナンス（タイヤの買い替え含む）が、予算がもともと少ないため、課題である。

【バスケットファンドについて】

予定どおりこないため、病院からお金を借りることがある。どこが原因で時間がかかるのかは不明である。以前は、RAS でお金の細かい使途（計画）が添付されていなかったのので、RAS もどうしていいかわからず、そこで時間がかかっていたが、今はコミュニケーションを強化して、その問題は解決された。MoHSW でどうなっているのかはわからない。

次年度の計画を第 3 四半期に行っているが、第 3 四半期の収支バランスも、次年度の計画の承認の際には考慮されており、第 3 四半期分の予算は遅れてくる。2 四半期分の予算が 2 回送金されるが、第 1~3 四半期分を最初に一括に送金してくれた方がよい。

【RHMT メンバーの異動について】

頻繁な異動はない。ただ RMO は頻繁に変わっている。チームリーダーの頻繁な変更は影響が少なからずある。

RMO・病院長に関しては、チームリーダーであるため、関連あるマネジメント能力を先行の基準にしてほしい（医者であることだけで選出されると、他のメンバーの負担が大きい）。

【上位目標の達成について】

<CCHP>

来年度の CCHP 計画立案に当たり、合同計画セッションを開催し、各県の CCHP 計画プロセスに、RHMT メンバーが 2 名ずつ参画している。昨年の 1 回目の提出での承認は 54% だった。昨年は、データの正確性、ターゲットと活動の設定、介入間の関係性が大きな課題であったが、JICA・ドイツ国際協力公社（GIZ）などによる研修で、15 名の RHMT メンバーの 8 割が研修を受け、CCHP の質は向上している。

<CHOP>

昨年、RRH は CHOP を提出した。しかしながら、CHOP を計画しても、病院にはバスケットファンドが配賦されないため、RRHMT は CHOP を計画する意義を疑っている。また、CHOP で必要とされるデータは、県保健情報システム（DHIS）で得られるデータ以外にもあるので、病院内のいたるところからデータをかき集めるのがとても大変である。CCHP の PlanRep のように、CHOP 計画に対するソフトウェアが必要。また、CHOP 計画にかかる費用もどこからもでないの、課題である。

<グッドプラクティス>

Annual Regional Health Forum を 2013 年 11 月に開催し、グッドプラクティスを共有した。そこには、RHMT、RRHMT、Hospital Board member、CHMT、Council Health Services members、RAS、開発パートナーが出席した。看護師の Secondary Education 資格のための研修や、質の向上などのグッドプラクティスが共有された。

【保健サービスデリバリーについて】

幾分かの改善が、病院でみられる。例えば、国家健康保険基金（NHIF）に係る待ち時間が以前 1 時間以上かかっていたが、NHIF の部屋を開設したり、受付でも NHIF 専用の場所を設けるなどして、待ち時間は大幅に改善され、また、NHIF による 6 millions から 10 ～12 million に収入も増えた。データ管理に関しても、患者のカルテシステムを導入し、患者のデータを病院で保管するようになった。患者からの不満が少なくなっている。

また、RRH をレファラル病院としての機能させるために、ヘルスセンター・ディスペンサリーからのレファラルを強化するために、メディアなどを介して、ヘルスセンター・ディスペンサリーを活用するように促している。

州内の保健施設の数、181 施設から 212 施設に増えた。

より多くの貧困層に保健サービスが提供されているかについては、保健施設の数が増えたので、物理的アクセスが改善し、移動にかかっていたコストが削減されているであろうということは考えられる。貧困層に対して保健医療サービスの費用を控除する政策があり、その分の費用を政府が還付することになっているが、1 度も還付されたことはなく、病院や保健施設の収入に影響し、課題となっている。

**【プロジェクト活動の継続について】**

計画立案は継続するのは簡単である。多くのメンバーが研修を受けられればよいと思う。この点は、技術面では、MoHSW や RHMT にも研修を受けたメンバーがいるので、共有や OJT や研修の機会を設けることは可能であるが、財政的な面で、研修に係る費用は優先的に削減される傾向にあるので、課題である。

**【その他】**

多くの RHMT メンバー・病院長は、PMO-RALG/RAS からの正式アポイントメントレターを受け取っていない。例えば、RHS は 2011 年前までは、RHMT・RRHMT を兼任していたが、2011 年から RHMT 専属となったが、正式なレターがないため、RHS と名乗ることができない。これは、責任のある仕事をこなしているメンバーに対してやる気をそいでいる。正式なレターが発行され、RHS として認識されると、お給料も変わるので、メンバーのモチベーションにも影響する。

**[Mtwara]-3**

団体	RRHMT
日時	2014 年 4 月 10 日 12:30～13:40
<p><b>【RRHMT に対する RHMT の支援について】</b></p> <p>RHMT の支援は幾分か効率的である。しかし、ときどき彼らの支援がないときがある。例えば、CHOP 計画の際、RHMT の参画は完全なものではなかった。また、CHOP 計画のための予算は病院にはないため、RHMT からの財政的支援も期待していたが、財政的支援はなかった。Lindi RHMT は財政面でも RRH の CHOP 計画立案を支援している。</p> <p>SS は、定期的でなく、きちんとしたフィードバックがない。RHMT は RRH よりも、</p>	

CHMT や県病院に頻繁に行っている。

RHMT が RRH 内にオフィスを構えているのは、良くない。病院内のシステムを変えるような決定を RHMT はしたりする。

RHMT のパフォーマンスは向上したとは思えない。RRHMT は、RHMT からの支援を期待しているが、RHMT からの実際の支援は、彼らの期待に沿っていない。

【州保健マネジメントシステムの機能文書について】

RHMT と RRHMT の役割・機能は明確である。

病院諮問委員会 (Advisory Board) については、まだ理解が明確でなく、諮問委員会のメンバーをどのように巻き込むのかは課題である。病院の経営について知識をもたないメンバーもいるので、サービスの値段を上げたくても、一方的に反対される。また、会議を開く際に彼らに支払う手当 (Sitting Allowance) がとても高く、その費用を捻出するのが大変である。(Chairman・Secretary : 旧 200,000 タンザニア・シリング [Tsh] → 新 400,000 Tsh、メンバー : 旧 150,000 Tsh → 新 350,000 Tsh) この金額は MoHSW が決定した。1 回の会議を開くために、4 millions の予算が必要。諮問委員会のメンバーの選出については、RAS が提案し、Regional Commission が決定をして、MoHSW の承認を得る。

【CHOP について】

2015 年度の CHOP を現在策定中で、MoHSW に提出する予定である。

【グッドプラクティスについて】

病院のグッドプラクティスを、RHMT は中央レベルでの会議で発表しているが、RHMT から他のグッドプラクティスの共有はない。

病院のグッドプラクティスの例は、効率的なデータ管理のための患者カルテの導入、効率的な在庫管理と収入の向上、南部ゾーンの他の病院を招いて、病院の抱える課題や、トラウマケアなどを話し合う会議を開催したことなどが挙げられる。

【保健サービスデリバリーについて】

病院のサービスデリバリーは向上している。例えば、外来では、医者が血圧計を必ず使用するようになり、清潔度が増した。2 つの Ward を改築した。

もっと多くの患者が来るようになった。

【RHMT の意義】

RHMT は重要である。RRHMT のお目付け役として必要。

しかし、メンバーの選出はよくない。特に RMO は、変化を厭わず、マネジメントについて良識のある人間でなくてはならない。RHMT は、技術的に働かなくてはならず、政治的に働いてはならない。

【RHMT の能力について】

良い SS を行うために、RHMT は全般的なマネジメント研修をもっと受けるべきである。例えば、Public Relation、Communication、Respect、How to deliver the message などのソフトスキルを向上させる必要がある。

[Mtwara]-4

団体	Hospital Advisor Board
日時	2014年4月10日 13:50～14:20, 19:35～20:00
<p><b>【メンバーについて】</b>                  2年ほど前に選出。任期は3年間。メンバー選出のクライテリアは、公共サービスを提供している団体に属している、宗教系機関（FBO）に属している、プライベートセクター、など。</p> <p><b>【Advisory Board の役割について】</b>                  3つの役割がある。</p> <p>1) 病院運営・収入、サービスの質の担保に関して、RRHMTへアドバイスをする。                  2) 四半期ごとに開催される会議への出席（しかし、この会議は予定は設定されるものの、そのとおりに開催されていない。直近の会議は、2013年の9～10月頃に開催された）。                  3) RRHMTへの支援（これは、会議を通してのみ行われる。メールなどでのコミュニケーションはなし）。</p> <p><b>【問題点】</b>                  会議が開催されないこと。病院の年間計画にAdvisory Board 会議開催を入れて、予算を確保すべきである。</p> <p><b>【日当（sitting allowance）】</b>                  日当の金額（議長・秘書：40万 Tsh≐、他メンバー：15万 Tsh≐）を決めたのは政府なので、その決定に反対することはできない。                  会議開催にかかる費用が高くて、Advisory Board 会議を開催できないということに気づいている人はあまりいないだろう（RRHMT が忙しすぎて開催できないと思っている人が多いのではないか）。</p> <p><b>【病院が抱える問題】</b>                  医薬品の不足。それは、政府からの予算の送金が遅れるためである。                  いくつかの県が県病院をもたないため、多くの患者がRRHに押し寄せることも問題。</p>	

[Mtwara]-5

団体	CHMT (Mtwara Mikindani Municipal Council)
日時	2014年4月10日 15:00～16:10
<p><b>【RHMTによる支援はどうか】</b>                  課題や問題を解決するように努力してくれている。                  新しい政策やガイドラインなどを共有してくれる。</p> <p><b>【RHMTによるSS】</b>                  SSは、2～3年前と比べるとより“支援的”になった。                  新しいことを得ることができ、毎回アクションプランをつくるので、そのアクションプ</p>	

ランを実施している。

SS は、技術的な面もみてくれている。一番最近の SS は 2 月で、分娩に関する課題について SS を行うのに一緒に保健施設に行った。

(CHMT はマネジメントの SS と、プログラム型 SS の違いを理解していなかった。SS の記録を書きとめる台帳を CHMT は所有していなかった)。

RHMT は、ツールを残してくれていない、台帳を配布してくれない、ニーズベースで定期的こない、事前に訪問の連絡がなかったりする、彼らの SS には改善の余地がある。

**【CCHP 計画立案について】**

RHMT は、どのように CCHP を埋めていけばいいのか、PlanRep の使い方を教えてくれた。質の高い CCHP 計画立案のための支援をしている。

この CHMT 担当の RHMT (Guardian と呼ぶ) は、Regional Pharmacist (Mr.Nasolo Juma)。RNO が Mr.Nasolo を支援している。

RHMT の CCHP に関する知識は十分である。

来年度の CCHP はもう既に RHMT に提出したが、DMO はまだ改善しなければならない箇所があると言っていた。

**【グッドプラクティスについて】**

RRH に医薬品がないとき、RRHMT は DMO にレターを書き、CHMT が RRH に医薬品を共有することがある (District hospital はない)。

CHMT のグッドプラクティスを RHMT に共有している。

**【RHMT の支援によって CHMT はマネジメント能力が向上したか】**

計画立案に関して幾分か向上した。

**【保健サービスデリバリーについて】**

保健サービスデリバリーも、RHMT の支援もあり、向上している。例えば、HIV/AIDS 分野では、州エイズ調整官 (RACC) の支援で、保健医療従事者が研修を受け、何を提供すればいいのかの知識を得た。

**【RHMT の意義について】**

MoHSW からくるものは RHMT を通してくるので、RHMT は重要である。MoHSW と県をつないでくれている。CHMT に対するコミットメントをもっと向上させてほしい (四半期に 1 度すべき SS の頻度が少ないため)。

[Lindi]-1

団体	RAS
日時	2014年4月11日 10:00～10:30
<p><b>【RHMTの重要性について】</b></p> <p>RHMTは病院や県の保健に関する状況を把握したり、保健に関する活動を調整するために重要である。また、RAS事務所には保健医療に関する専門性を有するスタッフがいないが、RHMTのおかげで、保健の状況・問題を理解し、県レベルの状況を把握することができる。</p> <p><b>【RAS事務所とのコミュニケーション】</b></p> <p>すべてのRHMT報告書は、MoHSW・PMO-RALGに提出する前に、RAS事務所に提出されている。</p> <p>毎月RAS事務所でマネジメント会合が開催され、保健分野の代表としてRMOが出席して、保健の状況について報告している。また2週間に1度、フィードバック会合が、RASとRMOの間で開催されている。</p> <p><b>【RAS事務所によるRHMTの支援】</b></p> <p>予算の配賦（OC・バスケットファンド）、保健人材の配置（給料などの支払い含む）などの支援がある。</p> <p>また、CCHP計画・報告書のアセスメントは、RAS事務所の3名（Regional Planning Officer、Regional Local Government Officer、Regional Accountant）も参画している。</p>	

[Lindi]-2

団体	RHMT
日時	2014年4月11日 10:50～12:30
<p><b>【プロジェクトはRHMTのニーズを満たしているか】</b></p> <p>プロジェクトフェーズ1からの一連の研修によって、多くの成果がみられ、自分たちのニーズを満たしてくれている。例えば、CCHP計画立案、CCHPの年間レビューなどが向上した。また、SSのメカニズムがガイドラインで明確になり、CHMTに対するマネジメントの側面とClinicalな側面でSSの方法が身に付いた。</p> <p><b>【RHMTのパフォーマンスについて】</b></p> <p>CMSSと研修によって、パフォーマンスは向上した。</p> <p>CCHPのアセスメントについても、内容を自分の言葉で言い換えて指導することができるようになった。</p> <p>CHMTとRRHMTに対するSSも、今では自信をもって実施することができる。</p> <p>フェーズ1で策定したStrategic Plan（2009-2014）について、現在レビューをして、次期Strategic Planを策定する予定である。</p> <p>また、Lindi RHMTのパフォーマンスは全国5位を獲得した（プロジェクトのAnnual</p>	

Review Meeting にて発表された)。これは、RAS からの良い支援があり、RHMT のチームワークとコミットメントの成果だと思う。研修に参加したメンバーが参加していないメンバーに対してオリエンテーションを行ったり、Core Member と Co-opted Member の垣根なく、チーム一丸となって RHMT の役割を果たしている。

今後は、Health Care Financing、財政管理、コンピュータスキルを強化していきたい。

【州保健マネジメントシステムの機能文書について】

RHMT の 10 の機能のうち、1. 計画、8. 州病院支援、10. 県支援は、重要な機能である。

RHMT メンバーそれぞれの役割・責任もとても重要である。

文書の改訂箇所は、現状の改善のために重要な改訂であり、改訂箇所を採用しているし、今後も採用していく予定である。ただし、頻繁な改訂は困るし、改訂された場合、できるだけ早めに共有してほしい。

【SS の移動手段について】

4 台の車両があるが、Lindi 州は広大な州で一番遠い県は 300 キロ離れており、道も悪いので、メンテナンスにかかるコストは大きい。

【バスケットファンドについて】

以前はバスケットファンドから 195 millions の予算がきていたが、今年度から 142 millions と 50 millions カットされた。インフレで物価が上昇しているのに、予算がカットされるのは厳しい状況である。

しかし、プロジェクトのフェーズ 1 のときは、RHMT に対するバスケットファンドの配賦すらなかったので、JICA にはとても感謝している。

【RHMT メンバーの異動について】

この 2 年間、RMO が 3 人代わった。最近州ヘルスオフィサー (RHO) がコースト州に移動となり、4 名が進学のため休職中である。また、3 名は acting という状況で、まだ正式な任命がないため、やる気がそがれている状況である。

【上位目標の達成について】

<CCHP>

RHMT がアセスメントして CCHP が修正され MoHSW に提出したのち、Dr. Anna からいくつかコメントがくる。CCHP の質に関しては、CHMT の能力によるところもある。今後は、MoHSW からのコメントが少なくなることを期待している。

<CHOP>

昨年も今年も RRHMT は CHOP を提出している。

<グッドプラクティス>

すべての県が参加する Annual Partners Meeting で、グッドプラクティスが共有され、お互いの学びの場となった。

【プロジェクトのインパクト】

良いインパクトとして、RRHMT にも前向きな達成がみられる。それは、RHMT が

RRHMT に対して、RRHMT の役割・機能、CHOP の計画立案、Strategic Plan の計画立案などを指導しているからである。

また、Clinical な側面での SS を RRH が四半期ごとに行っている。

**【保健サービスデリバリーについて】**

Lindi 州の統計から、改善がみられる保健指標がある。

例えば、予防接種率、保健人材（不足率が 2012 年は 48%。2013 年は 40%）、HIV 罹患率（2012 年は 3.8%、2013 年は 2.9%）、最近はコレラの発症はみられない。

死亡率については大きな改善はみられない。妊産婦死亡率（MMR）（2012 年：141/100,000、2013 年：226/100,000）、5 歳未満児の死亡率（U5MR）（2012 年：581 例、2013 年：501 例）。

タンザニア国内における Lindi 州のミレニアム開発目標（MDGs）達成率は、25 州中 5 位である。

データの質や報告システムが改善されると、今までとらえられなかった例もとらえられるようになったと考えられるので、指標が悪くなったからといって、保健サービスデリバリーが改善されていないと結論づけられない。

貧困層に関しては、保健医療サービスが無料で受けられる制度があるが、政府からの還付はなく、病院がその負担を負わなければならない、難しい状況である。

今後、保健サービスデリバリーを強化していくための、一つのプライオリティとして、RRH を別の場所に建設し、現 RRH を県病院にする計画を立てている。（まだ資金調達のめどは立っていない）また、保健人材の充足、RRHMT のマネジメント能力強化、医療診断機器の導入、CHMT・RRHMT への SS の更なる強化がプライオリティである。

**【上位目標達成のための外部条件について】**

RRHMT に対する財源は、バスケットファンドの配賦がないため、確保されていない状況である。

RRHMT・CHMT へのプログラム支援は、HIV や保健人材などの特定のプログラムであり、マネジメント支援ではない。

**【RHMT の意義】**

RHMT は、管理体制の側面で、保健活動を監督する上位機関として重要である。RHMT の役割は、国の政策としても重要視されている。また、MoHSW の出先機関として、MoHSW と県をつなぐ役割を果たしている。

**【その他】**

Lindi 州では、質の改善アプローチに関して、GIZ・University Research Co.,LLC (URC)・5S (JICA) からの支援を受けている。少しずつ異なるので、それぞれのアプローチを 1 つにして、現場レベルで採用・実施しやすくしてほしい。

団体	RRHMT
日時	2014年4月11日 14:00~15:10
<p><b>【RRHMT に対する RHMT の支援について】</b></p> <p>RHMT は RRHMT にアドバイスをしてくれ、活動の実施を支援してくれている。</p> <p>CHOP 計画立案も、最初の段階から最終版策定まで支援してくれた。しかしながら、CHOP 自身に問題があるので、CHOP 計画立案は大きな課題がある。</p> <p>毎月、RRHMT と RHMT の会議を開催しており、その会議で RRH の課題（特に財政面）について話し合っている。</p> <p>また、病院スタッフ 2 名に対してウルトラサウンドの使い方の研修を実施してくれた。</p> <p>RHMT は県に巡回指導に行くが、RRH には、何か問題が発生したときに対応してくれてはいるが、RHMT チームとして RRHMT に指導にはこない。RRHMT は、多くのメンバーが変わって新しくなって 1 カ月で、以前に比べてアクティブなチームになった（院長が、メンバーに役割とともにアポイントレターを発行した）。RRHMT の指導・支援でマネジメントを強化していきたいのに、チェックリストをもって指導にきてくれないのは残念である。</p> <p><b>【州保健マネジメントシステムの機能文書について】</b></p> <p>RHMT と RRHMT の役割・機能は明確で、混乱はない。</p> <p><b>【CHOP について】</b></p> <p>2013 年も策定して MoHSW に提出し、2015 年度の CHOP も立案し、提出した。2015 年以降も毎年 CHOP を策定するつもりである。</p> <p><b>【グッドプラクティスについて】</b></p> <p>病院のグッドプラクティスとしては、新生児蘇生が挙げられる。県病院も、われわれにならって新生児蘇生に取り組んでいる（GIZ がこの分野で支援しているため、GIZ の支援で新生児蘇生に取り組んでいると思われる）。</p> <p><b>【RHMT の支援で RRHMT のマネジメントは向上したか】</b></p> <p>RRHMT のマネジメント能力にはまだまだ課題がたくさんあるが、計画立案のスキルは上がったと思う。</p> <p>これからは特に、CHOP の質を上げること、病院内の部局への SS（そのためのガイドライン・チェックリストが必要）、財政管理・資源管理（特に、どのように収入を増やすか、外から資源を獲得するか）、リーダーシップの分野を強化していきたいと思っている。</p> <p><b>【RHMT の意義】</b></p> <p>RHMT の存在は重要である。もっと RHMT からの支援を必要としている。しかしながら、RHMT は RRHMT と同じ RRH に拠点を置いているため、一緒にいるのがあたりまえになっており、おそらく CHMT が感じているほど、RHMT のありがたみを感じてはいないと思う。たまに、RHMT と RRHMT の違いが分からなくなるときもある。</p>	

**【その他】**

RRHMT メンバーは、28 名いる。

RHMT を通じて RRHMT の能力強化を図るのではなく、RRHMT の能力を RRHMT の機能・役割を果たせるように直接強化してほしい

RRH は、Clinical な面で、県病院・保健施設を指導できる人材がいるので、SS をすることが可能である。

院長は、直接 RAS に会うことができない。病院の状況は、RMO を通じてでしか RAS に伝えることができないため、院長も RAS 事務所での会議に参加できるようにしてほしい。

[Lindi]・4

団体	CHMT (Lindi Council)
日時	2014 年 4 月 11 日 15:30~16:30
<p><b>【RHMT による支援はどうか？】</b></p> <p>RHMT は四半期に 1 度 SS を行ってくれる。</p> <p>ほかにも、データ管理のためのツールを供給したり、CHMT は車を 1 台しかもっていないので（救急車は含まない）、CHMT が保健施設に SS を行うときに、RHMT は車を貸してくれる。</p> <p>MoHSW からの政策・ガイドラインや、新しい事項をアップデートしてくれる。</p> <p><b>【RHMT による SS について】</b></p> <p>四半期に 1 度、2~3 日 SS がある。一緒に、保健施設に赴き、州保健サービスや保健人材・マラリアケース管理などについて、SS を行うこともある。</p> <p>以前は、Inspection 的で、何ができていて何ができていないかをチェックしただけで終わっていたが、今は一緒に課題をどうやって解決するかを考えてくれて、最後に紙に書かれたレポートでフィードバックしてくれる SS になっている。</p> <p><b>【CCHP 計画立案について】</b></p> <p>CCHP の計画立案プロセスに、RHMT メンバーは参画してくれている。CCHP を RHMT に提出した後、フィードバックをくれる。</p> <p>CHMT 全員が CCHP 計画立案の研修を受けているわけではなく、一部が以前に 1 度研修を受けただけなので、質の高い CCHP を計画立案できているかは分からない。</p> <p>(インタビューをした 4 名の CHMT メンバーは、CCHP を担当しているメンバーではないので、RHMT に提出後のプロセスやバスケットファンド委員会による承認などについては分からなかった)。</p> <p><b>【RHMT の支援によって CHMT はマネジメント能力が向上したか】</b></p> <p>CCHP 計画立案など、どのように活動を計画していけばいいのか、以前は全くできていなかったが、RHMT の支援によって、活動の計画をできるようになった。</p> <p><b>【RHMT の意義について】</b></p>	

MoHSW の保健政策は RHMT からくるので、RHMT は重要である。また RHMT は活動がうまくいくように支援してくれるので助かっている。

**【RHMT の更なる能力強化について】**

質の向上、感染予防／制御（IPC）、5S、M&E の分野をもっと支援してほしいので、これらの分野の能力を更に強化してほしい。

たまに、CHMT を介さずに、保健施設のスタッフに直接研修が行われることがあるので、それについては気をつけてほしい（RHMT が直接研修を行っているからというコメントではなかった）。

**【その他】**

Lindi CHMT は、Core Member : 8 名、Co-opted Member : 14 名で、46 の保健施設を監理している。

CHMT を支援しているパートナーとして、URC（質の向上）、ジャパイゴ（州保健）、ICAP（HIV/AIDS Testing & Counselling）、EGPAF（HIV Care & Treatment, PMTC）がいる。

**[Dodoma]-1**

団体	RS
日時	2014 年 4 月 14 日 9:45～10:00
<p><b>【ドドマ州の保健の状況について】</b></p> <p>ドドマ州の保健の状況は向上している。</p> <p>RHMT から Patron (Guardian) が CHMT にアサインされ、担当 CHMT を継続的に支援している。RS からも CHMT に対する担当者を配置し、Patron と共に CHMT を支援している。</p> <p>保健計画は問題ない。しかし、計画に対する執行は、リソース次第なので、それが問題である。</p> <p>医療機材については、必要機材がなく、医療診断ができないため、向上を図るべき分野である。</p> <p>保健人材についても不足していることに加え、ドドマの人口が急増していることもあり、対策が必要である。</p> <p>病院の Advisory Board については、メンバーが病院の外の人なので、病院の中の仕組みのことに精通していない。彼らの能力を強化する機会があればよい。</p>	

**[Dodoma]-2**

団体	CHMT (Chamwino District Council)
日時	2014 年 4 月 11 日 11:00～11:40
<p><b>【RHMT のパフォーマンスはどうか？】</b></p>	

以前は、RHMT と CHMT の間で、共に保健施設に SS に行き、同じことを指導していたので、差がみられなかった。RHMT には技術的側面が欠けていた。しかし、今は、RHMT は CCHP 実施に関する支援や、技術的アドバイスを授けるなど、より重要な支援をしてくれている。

#### 【SS について】

四半期に 1 度の SS について、最後の SS は 3 月 25 日であった。

SS の方法も、以前は DMO と限られた CHMT メンバーと話をし保健施設に行っていて、しかもフィードバックはほとんどなかったが、今は、計画を事前に立てて 1 週間前に RHMT の訪問の日程を連絡してくれる。県事務局長 (DED) への表見訪問のあとに、CCHP と報告書と一緒に目を通して、SS のツールに従って確認をしていき、1~2 保健施設をサンプルとして現場で何が起きているかをみにいく。その場での口頭のフィードバックだけでなく報告書でのフィードバック、DED へのフィードバックもするようになった。このように RHMT の SS は、大きく向上した。

#### 【RHMT の支援を通じた CHMT の能力向上について】

CHMT はフィールドに赴いていることが多く、その分ドキュメンテーションが弱い。このような CHMT の能力のギャップについて、SS で RHMT からのアドバイスを得ている。

RHMT の SS を通じて、保健サービスカバレッジ向上が課題であったため、CHMT は “Total Market Approach” という戦略を編み出した。Chamwino 県には 64 保健施設があり、すべての保健施設を回るのは容易ではない。この Total Market Approach は、重要な分野 (HIV、家族計画、非感染症対策 [糖尿病スクリーニング・血圧測定]、Community Health Fund、National Health Insurance Fund など) のサービスを一度にコミュニティの人々に届け、かつ保健施設にも SS を行うものである。それぞれのサービスを個別に届けるよりも効率的で、コミュニティの人々にとっても一度に必要なサービスにアクセスすることが可能になるのでメリットが高い。複数の開発パートナーは、一部のサービスしか支援していないため、このアプローチを実行するために、開発パートナーの支援をプールする必要があり、彼らを説得した。

#### 【RHMT の意義について】

RHMT は、より支援的になって、CHMT が向上できるように支援してくれており、重要である。CCHP の実施にあたって問題があった場合、その問題を小さくするように支援してくれる。

また、州レベルで 2 種類の会議が開催されている。Regional リプロダクティブヘルスコーディネーター (RHC) 会議と、Maternal Mortality Audit 会議である。後者の Maternal Mortality Audit 会議は、四半期に 1 度 2 日間で開催されており、1 日目は屋内での会議で、各県が母子保健に関する課題や教訓を発表し、2 日目は、その会議が開催されている県の保健施設にグループに分かれて赴き SS を行い、その結果を戻ってきて共有するという学びあいを行っている。この会議は、RHMT が開催しているが、各県が CCHP に予算化し、係る費用をコスト・シェアリングしている。これは、RMO の革新的なアイデアである。

[Dodoma]-3

団体	RHMT Dodoma
日時	2014年4月14日 13:50~14:10
<p><b>【RHMTのパフォーマンスについて】</b></p> <p>ツールを使えるようになったこともあり、CHMTとRRHMTを支援するRHMTのパフォーマンスは向上した。例えば、CCHP計画支援・アセスメント、SS、計画策定、報告書の提出などである。また、チームとして、政策にもより精通するようになり、政策リストを作成するようになり、政策普及が向上した。RHMTの役割と機能についての理解も向上し、この理解によってCHMTとRRHMTへの支援もより良くなっている。RRHMTに関しては、SS調査だけでなく、CHOP立案や四半期報告書の作成の支援もしている。</p> <p>また、他の州とのネットワーキングも広まり、グッドプラクティスを共有している。例えば、Mwanzaに医薬品管理について学びに行ったり、逆に、Mwanza、Arusha、Morogoro、Iringa、Sinyangaからもお客が来ている。医薬品管理については、CHMTに対して、保健施設における消費期限切れの医薬品を回収し、他の医薬品のスペースを空けるように指導した。</p> <p><b>【RHMTの能力に関してまだ向上が必要な分野】</b></p> <p>キャパシティアセスメントを継続しており、能力は向上している。更に向上が必要な分野は、データ管理（データ分析・プレゼンテーション含む）、コンピュータ応用、オペレーションリサーチなど。</p> <p><b>【RSとの関係について】</b></p> <p>財政面、保健人材の任命において、RHMTを支援してくれている。</p> <p>現在の構造では、RMOは、社会福祉の分野におけるアシスタント・ディレクターである。そのため、直接的な関係がある。また、RASはとても支援的で、RHMT会議のような保健分野の会議にも出席してくれている。</p> <p>しかしながら、RHMTへのOC配分は十分でなく、開発パートナーやバスケットファンに頼っている状況である。OCの配分に関しては、上限をすべてのセクターに対して提供して、全員で協議をしながら各セクターへの配分を決めている。RHMTに関しては、RRHMTの分も含まれており、その計算式があるわけではないので、2団体分と考えると少ない。</p>	

[Dodoma]-4

団体	RHMT Manyara
日時	2014年4月14日 14:10~14:25
<p><b>【RHMTのパフォーマンスに関して】</b></p> <p>CHMTとRRHMTに対するSSが、ツールとクライテリアを使うようになったこともあり向上した。</p>	

一方で、報告書作成がまだ弱い。県からの報告書が遅れるため、RHMTが報告書を作成するのが難しくなっている状況である。新しい州であるため（注：新設4州ではない）、州の保健システム強化に取りかかったばかりである。ここ1年はRMOとRASが代理であったが、新しいRMOが任命されて、環境が良くなった。RASはまだ代理で、保健分野に関してはなじみがあまりない状態である。

[Dodoma]-5

団体	RRHMT
日時	2014年4月11日 15:00～15:20
<p><b>【RRHMTに対するRHMTの支援について】</b></p> <p>RHMTは質の向上を含むさまざまな分野でSSを行ってくれ、指導後のフィードバックもしてくれる。</p> <p>基本的にRHMTとRRHMTのコミュニケーションは良い。</p> <p>何人かのRHMTメンバーは、CHOP計画立案に関わってくれた。</p> <p><b>【RRHMTの能力で一番弱い分野】</b></p> <p>予算に対して充分なお金がこないで、財政管理が一番大きな課題である。</p> <p>RRHMTは基本的に各部局長で構成されており、彼らがマネジメントにも携わるのは大変である。会議に出席するための時間を割くのも大変で、RRHMTの仕事がアルバイトのように感じている。</p> <p>HSSP IIIによれば、RRHは県病院でSSを行うことになっており、以前はRHMTが予算化してくれていたため実施していたが、今はその予算がないため、県病院へのSSができなくなっている。</p> <p><b>【Hospital Advisory Boardについて】</b></p> <p>サービスやインフラの向上についてアドバイスしてくれている。彼らのアドバイスによって、遺体安置所に屋根を取り付けた。彼らはDEDに対して予算を配分するように働きかけてくれたが、結果はうまくいかなかった。しかし、たまに彼らのアドバイスが実用的でないこともある。政府からの予算が全部こないから、残りの予算も配分するように政府に訴えるようにアドバイスがあったが、もともと政府に充分な財源がないから予算が全部こないのであって、それを代替する案を出してほしかった。</p> <p>Advisory Board 会議開催のための費用のねん出が課題である。また、議長は他の諮問委員会の議長も兼任しているので、多忙である。</p>	

## 【日本人専門家】

### 【日本側の投入】

おおむね適切だったと思う。一方、短期専門家及び業務調整に関し一部を業務受託者側負担で延長をしたことは、契約人月数は少なかったのではないかと思う。受託者側負担月数を含めて、ぎりぎりでは何とか任務を終えられるように思う。

### 【タンザニア側の投入】

人材の質と人数に関し、州保健サービスユニットの主要 C/P 1 名がほぼ専従、2 年目以降は同ユニットの他職員（1 名）も積極的に関わるなど、一定の投入がタンザニア側（以下、「タ側」と記す）からあったことは評価できるが、プロジェクトの活動をカバーするには絶対的に人材が少ない（本来タ側への技術移転としてプロジェクトの運営〔C/P の業務であるのであれば〕がタ側でなされるようになるべきであるのに、日本人専門家が常にカバーして行ってしまうという対応は終了時まで変わらずにきてしまった）。

2011/12 年に CMSS を実施したあとは、C/P ユニットに対する政府予算の配分がなく、CMSS 予算は本省の視察とスーパービジョンを統括する品質保証（QA）局に統合されるかたちとなった。省内のどの局へも予算確保が難しいなかで、一般的に開発パートナーの支援がある部署やユニットへの配分は省内の優先順位が下がるとの説明を受けている。今後に向け予算確保として、十分な人員と予算を割くように強力に申し入れをすべきである。

### 【C/P に対する日本の研修】

C/P の日本に対する関心・理解を高め、プロジェクトとの関係強化につながった。帰国後、多くの C/P の日本観が変わり、高いレベルから自分の業務や環境をみる目ができ、また、専門家へも親しみをもって接してくれるなど、研修の効果は高い。その関心を長く、そして更に発展できるように、一時は、帰国 C/P に学んだことを発表する場をつくったりもしたが、それだけに終わってしまった。特に継続への配慮をしなかったのが反省点である。

### 【プロジェクト運営上の工夫・困難】

フェーズ 2 の開始当初から、MoHSW のトップには機会をとらえ、直接プロジェクトの状況を伝えるように努めたが、2012 年 2 月から一年半以上 MoHSW 次官と CMO が代行であり、保健セクター資源事務局長が DPP 局長と兼任となっている。また、2013 年にはフェーズ 1 からプロジェクトマネジャーを務めた DPP/ 次官（PS）代理が PMO-RALG へ異動するなど、MoHSW 内トップとプロジェクトの関係を強化し、持続性を維持するには、不安定な状況であった。

全国 25 州の RHMT との、研修や会議開催の連絡に毎回時間と労力をかけた。結果として、少なくとも RHMT とは適切なコミュニケーションチャンネルが構築でき、RHMT の体制や内部の状況もみえてきたと自負している。

現在、RHMT のレファラル病院支援に関して、病院とも調整・連絡を直接行い始めているが、病院マネジメントチームと同様のチャンネルの確立は継続的課題である。

プロジェクトが対象とする RHMT や間接的ではあるが重要な CHMT と RRMT へは機会

を見つけて直接会い（follow up 訪問や SS のとき）、活動の到達状況、プロジェクトの波及効果を確認するように努力してきた。

#### 【指標に関する工夫・困難】

指標として、PDM の考え方に沿って、期限と数値で示せるよう途中の改訂で修正を加えた。指標の数値化の難しさはあるものの、やはり、指標に基づくことで数値による客観的な判断ができるように思う。そのうえで、数値で表せない一般医（GP）など、インパクトとしてどう評価するか、が課題となる。

成果 1 の指標 1-2 について、研修後 1 カ月以内の研修内容活用度合いとしたが、フォローが難しかった。業務の進捗に合わせることを考えれば、四半期の区切りとすべきだったと考える。

#### 【C/P のプロジェクトに対する認識・コミットメントの度合い】

主要 C/P（Mr. Mutagwaba）については、本プロジェクトと自分の部署（州保健サービスユニット）の目的や成果が合致するとの認識があり、とても協力的であった。また、日本人専門家の派遣期間も限られることから、プロジェクトの活動を他の業務より優先してくれていた。各文書の中身や、改訂プロセスについても、最終的にはユニットの責任で省の文書となるとの認識で真摯に検討する様子がみられた。彼の配置なくして、ここまでプロジェクトとして活動ができたかどうか。彼の貢献に感謝したい。

一方、先にも述べたが、彼一人が奮闘している状況が長く続いている。そして、これは、JICA のプロジェクトに限ったことではなく、他のドナーのプロジェクト等も同様な状況である。ターゲットである RHMT への変化は十分引き起こしていると思うが、持続性の要となる、C/P への技術移転を考えると、MoHSW 内での継続性は低いと判断している。

#### 【ドナー協調における工夫・困難】

ツールに関してはタンザニア保健 SWAp の TWG 1（州・県保健サービス）で、議論することができた。この会が他の TWG と比べると、定期的に関われ、しかも、いつも一定以上の参加人数を確保できていたことは県や州保健への関心の表れであり、プロジェクトの活動の周知、意見の集約の場となった。

プロジェクトは各ドナー機関の代表の議論の場である開発パートナーグループ（DPG）のメンバーではなく、DPG 会合への発信は JICA タンザニア事務所を通じて行っている。DPG との連携をもう少し密にもてればよかったかもしれない。

開発パートナー（DP）の関係者は総じてオープンであり、協力的であると感じた。相互に情報交換をする場を必要に応じセットするなど、良い関係を築けてきたと思う。一方で、タンザニア（TZ）での DP 内で強いリーダーシップがなくなり、まとまりに欠く気がする。以前には、10 年以上も TZ で業務をし、主（ぬし）のような DP 人材が、2～3 人いたが、この 2～3 年で彼らが退職し、世代が変わったという印象がある。

#### 【JICA 保健プログラムについて】

① 他保健プロジェクトとの連携に関する良い事例

RHMT 会合で他プロジェクトのコンテンツを全州に発信することができた(2013年モニタリング会議 HRHIS のモニタリングについて)。

② 連携が難しい・うまくいかなかった事例

州年間計画への人材情報の活用について、当プロジェクトからは、RHMTに向けてフォーマット等や改訂プロセスの説明に人材プロジェクトにうかがうなど、働きかけていたつもりでいたが、先方に通じていなかったようで、人材情報データを活用するには至っていない。

③ 難しい背景はなんだと思いますか？(どうすれば改善できると思いますか？)

3つのプロジェクトの協力体制をうまく構築できなかった。その理由は、タンザニア保健プログラムの戦略・方針等が明確になく、それぞれ異なる協力経緯によって始まった3つの案件をまとめるのは困難だったのではないかと。プロジェクトを集めてプログラム像を議論するというのは、意見を聞いていただけるのはありがたいが、案件ごとにそれぞれ思惑があるところ、なかなかまとまらなかったと思っている。後づけでも協力準備調査等で、JICAとしてのプログラムの方針を示していただくというのも方法としてはあったのではないかと思う。既に動き出しているプロジェクトの活動にもう一つのプロジェクトの活動を合わせるというのは、想像以上に難しいことも判明したように思う。限られた活動期間のなかで、成果に向けて活動を進めなければならず、また、C/Pや他の組織とも調整を要するためである。

④ 全般的に、JICA本部・JICAタンザニア事務所からの支援はいかがでしたか？

JICA事務所には、柔軟に対応していただいた。必要に応じ、いろいろな提案や変更を議論することができた。

ドナー協調にはさまざまなレベルがあり、プロジェクトは実務者としてのテクニカルな連携や調整はしても、政府・ドナー機関の代表によるDPGの議論はJICAでなければ重みのある関与はできない。この点について、JICAタンザニア事務所と明確な方針の合意ができずにいた。2月のDPG会議の際のRHMTのバスケットファンド獲得に向けたJICAタンザニア事務所からの働きかけは効果的な関与の好例であり、こうしたプロジェクトの持続性を高めるように、あと半年を進めていきたい。

【プロジェクト目標達成に影響した貢献要因】

RHMTの認識・意欲、つまり、自分たちの業務を良くしていきたい、学びたい、他の州から遅れたくない、など意識は大いに高かった。

プロジェクトの戦略、3つの成果<育成、制度、ツール>の組み合わせが、キャパシティ・ディベロップメント(CD)の理論にのっとったもので、相互に影響しあい、良い効果を生んだ。

RHMTの主要な活動に活用できる保健バスケットファンドが州に割り当てられ、またその配布プロセスに州保健ユニットとプロジェクトが普及させた計画・報告が関係しているなど、他の支援と協調できたこと。保健バスケットファンドの貢献は、開発パートナーに

感謝したい。

【プロジェクト目標達成に影響した阻害要因と改善方法】

<阻害要因①>

MoHSW の予算がついた他プログラム・プロジェクトの活動（モニタリング・評価〔M&E〕、スーパービジョン等）により RMSS の優先順位が下げられる（RHMT による現場レベルの認識はあっても、中央政府の認識がないと優先順位を維持できない）。

<阻害要因①の改善方法>

MoHSW・PMO-RALG にマネジメントを中心としたスーパービジョンの重要性は認識されているが、制度として実行に移されていない。Clinical との混同もあり、引き続き、意味のある実施に向け、機会があるごとに助言していくこと、DP との連携を図り、MoHSW へ要請すること（注：公式文書が濫用されるこの国では、たとえ大臣名の文書が出たり、法律があっても持続的実施の確約とはならない）。

<阻害要因②>

MoHSW 州保健サービスユニットは、意欲的ではあるが数年以内に定年退職を控えた 2 名の職員で構成されている。本プロジェクトがあったため、これまで本省予算の割り当てでは優先順位が低く、活動予算が確保されない。ユニットによるきめ細かな州計画・報告及びスーパービジョン支援の実施が継続するか、また、前述のように 25 州との適切なコミュニケーションチャンネルの維持が可能か、課題である。

<阻害要因②の改善方法>

同ユニットの構成員拡充（特に情報通信技術〔ICT〕に強く、調整ができる中堅）及び継続的予算措置。

【成果達成に影響した貢献要因】

州保健サービスユニットを中心とした MoHSW 職員の積極的関与（Muta、Masaule、Sijenunu、Catherine、など）

この 3 年間、プロジェクトが力を緩めず、常に積極的に RHMT へ働きかけたこと、それは研修であり、会議であり、情報の交換であり、繰り返しの訪問や活動への依頼、相互の学びの場の提供等であった。勿論、それぞれの目的や連携を図ったことで、絶え間ない働きかけが功を奏した。その結果、相乗的に、人材育成、制度構築、ツール開発の成果につながったと思われる。

プロジェクト内の実施体制については、専門家の活動担当は設けたが、成果別の活動をタ側の C/P を含め、全員で集中的に支援する方式をとったこともプロジェクト内部の協力関係を強化し、良い結果を得ることにつながった。

プロジェクトで、自分たちの業務枠をつくってしまうことがあったが、JICA タンザニア事務所の助言などが所々で促進要因になった。また、中間評価の提言も、見直しの良い場となり、更にプロジェクトの活動を改善することになった（特に開発パートナーの取りまとめや、病院への支援など）。

【成果達成に影響した阻害要因と改善方法】

<阻害要因>

MoHSW 内の他部署（特に県保健サービスユニット）や MoHSW 内トップとの調整は予想以上に難しかった。このような省内の部署を超えた議論や省全体の議論自体が省内で行われることがあまりなく、調整がなかなか進まなかった。さらに、省を超えた PMO・RALG との折衝、調整、合意取りつけは、PMO・RALG の保健担当部署の不明確さ、ドドマとの物理的距離の問題などがネックになった。

<阻害要因の改善方法>

タ側関係者間の連携は、長い間のタンザニアでの職場習慣でもあり、属人的要素もある。おそらく、一気に改善とはならないだろう。課題ごとに繰り返して、働きかけを続けることしかないと思われる。

