

## 事業事前評価表（技術協力プロジェクト）

作成日：2009年3月25日

担当部・課：ケニア事務所

### 1. 案件名

ケニア国ニャンザ州保健マネージメント強化プロジェクト

### 2. 協力概要

#### (1) プロジェクト目標とアウトプットを中心とした概要の記述

本プロジェクトは、ニャンザ州を含む地域において実施された技術協力プロジェクト「西部地域保健医療サービス向上プロジェクト」（2005-2008）の実績と経験を踏まえ、先方関係者との本プロジェクト形成に向けた協議の中で、上記プロジェクトから導かれた「効果的な保健サービス提供のためには、州および県の保健行政機関の管理能力強化が必要である」という提言をベースに、プロジェクト目標・成果を設定した経緯がある。

本プロジェクトの上位目標は、ニャンザ州におけるプライマリーヘルスケアサービスの質を向上させることであり、プロジェクト目標は、ニャンザ州内のプライマリーヘルスケアサービスに責任を持つ保健行政官の能力及び保健マネージメントチーム（州及び県レベル）<sup>2</sup>の組織力が向上することである。

プロジェクト目標達成のために、以下の4点を本プロジェクトの成果としている。本プロジェクトは、成果1により、リーダーシップ、人材管理能力、財政管理能力、職場環境の改善、チーム構築、内外機関との調整とファシリテーション、情報共有及びコミュニケーションなどの、分野を問わず行政官もしくは組織が具備すべき基礎的マネージメント能力を強化し、それを土台として、成果2及び3では、保健マネージメントチームの主な業務である保健行政に関連するマネージメント能力の強化を行い、更に成果4がそれら成果を州を越えて普及させ、ケニア保健分野政策立案に反映させることを目指している。

1. ニャンザ州内保健マネージメントチームの基礎的マネージメント能力が強化される。
2. ニャンザ州内保健マネージメントチームの計画、実施、モニタリングと評価などの事業サイクル<sup>3</sup>に係る能力が強化される
3. ニャンザ州内保健マネージメントチームの監督指導の実施能力が向上する
4. 成果1～3における教訓や成功例が他州や中央政府と共有され、その過程を通して全国的に保健行政のネットワークが強化される

上記の成果1～3の対象者は、州及び県の保健マネージメントチーム及びそのメンバーである。プロジェクト開始後、ニャンザ州21県のうち、2県程度のモデル県を選定し、プロジェクト期間前半に集中的に活動を行い、その後、州内他県へ拡大する計画である。

<sup>1</sup> ケニア国保健医療サービスの単位は、コミュニティ、ディスペンサリー、保健センター、一次病院、二次病院、三次病院に分類され、順にレベル1から6と呼ばれている。本案件ではレベル1から3で提供されるサービスをプライマリーヘルスケアサービスと定義し、対象とする。

<sup>2</sup> 公衆衛生省の地方行政単位である州局及び県局は、州及び県保健マネージメントチームによって運営されている。保健マネージメントチームは州及び県保健行政代表医師をチームリーダーとし、公衆衛生官、公衆衛生看護師、疾患別コーディネーター、保健情報官などのメンバーにより、成り立っている。

<sup>3</sup> 主に県保健年次計画における事業サイクル

(2) 協力期間

2009年5月～2013年5月（4年間）

(3) 協力総額（日本側）

3.7億円

(4) 協力相手先機関

公衆衛生省、ニャンザ州公衆衛生局、ニャンザ州内県公衆衛生局<sup>4</sup>

(5) 国内協力機関

なし

(6) 裨益対象者及び規模、等\*

直接裨益者：公衆衛生省プライマリーヘルスケアサービス課、ニャンザ州公衆衛生局：州保健マネージメントチーム（PHMT）19名、県保健マネージメントチーム（DHMT）約250名

間接裨益者<sup>5</sup>：ニャンザ州のヘルスセンター及びディスペンサリーの保健医療施設スタッフ、ニャンザ州住民（約520万人）

\*本プロジェクトの直接裨益対象者であるニャンザ州内の州/県保健マネージメントチーム（約270名）は、ミレニアム開発目標達成のためTICAD IVで挙げられた「2012年までに保健医療人材10万人を育成する」ための行動計画の対象者に相当する。それに加えて、中央政府を通してプロジェクトの成果を普及する（成果4）過程で、全国の州/県保健マネージメントチーム（約2,000名）も、上記行動計画の対象に含まれることが見込まれる。

### 3. 協力の必要性・位置付け

(1) 現状及び問題点

ア ケニアの保健行政体制

現在ケニア国の保健行政は、2008年に保健省が公衆衛生省及び医療サービス省に二分化され、この二省により執り行われている。また、それぞれの省が本省、州局、県局という地方行政単位を持っており、保健医療サービスはそのレベルによって、各々の地方行政単位により監督指導されている。公衆衛生省においては、州レベルにおける様々な分野の行政官からなる州保健マネージメントチーム、県レベルにおいては、同様に県保健マネージメントチームが存在し、州及び県保健サービスの統括を行っている。

ケニアの保健医療サービス（予防と治療）はレベル1から6までの単位（順にコミュニ

<sup>4</sup> ケニア国における保健行政は、公衆衛生省及び医療サービス省の2省により実施され、それぞれの省が、本省、州局、県局の行政単位をもっている。

<sup>5</sup> 上位目標の直接裨益者

ティ、ディスペンサリー、保健センター、一次病院、二次病院、三次病院)に分類されている。以前の保健省体制時には、地方レベルでは県保健局がレベル1から3を、州保健局がレベル4及び5を監督していた。しかし、保健省二分後、本事前評価段階では公式には通知されていないものの、公衆衛生省が主にレベル1から3を、医療サービス省が主にレベル4から6を管理する見込みである。

#### イ 州・県保健行政の現状と課題

ケニア国では、これまで保健医療セクターにおいて、開発パートナーやNGO団体の協力を得ながら、様々な努力が行われてきた。1963年の独立から1990年代前半までは保健指標の向上が見られたが、1990年代中盤以降、健康水準の後退が続いている状況である。例えば、1960年に122(1,000あたり)であった乳児死亡率が1990年には63まで改善したものの<sup>6</sup>、2003年(Kenya Demographic Health Survey, KDHS 2003)には77に、また、同様に5歳児未満死亡率においても、204(1,000あたり)から97へ回復後、115へと悪化している。これはHIV感染の蔓延などの大きな変化に加え、保健医療人材の質的・量的な不足や、財源、医薬品など医療資源の不足により、保健医療サービスが受益者からの信用を失い、更にそれが保健医療サービス提供者のモチベーションの低さにつながるというような悪循環に起因している。

これを受けて、ケニア政府保健省は、国家保健医療セクター戦略計画(National Health Sector Strategic Plan, NHSSP II: 2005~2010)において、地方分権化を促進し、州及び県レベルで年次計画を立て、明確な目標を設定し、地域における優先分野を確定し、解決する方向性を示した。このため、地方レベルでの保健行政官たちは、計画、実行、モニタリングと評価などの事業サイクルの管理を行うことが求められるようになってきている。

また、保健財源、医療物資の調達システムや情報管理の執行方法が、中央集権的なものから、県を通じて施設に分配される方法に変更されたため、県・施設レベルの財政管理能力強化も緊急な課題となっている。

これらの課題を解決する上で、州及び県レベルの保健マネジメントチームが保健医療サービス提供者へ有効的な監督指導を実施することは、非常に重要である。しかし現行の監督指導は往々にして、行政官が権威的な姿勢で保健医療サービス提供者に対して問題の指摘を行い、命令をするような態度で臨むことが多く、現場で働くサービス提供者の意欲を高めることにつながらない状況が多く見られる。このため、監督指導がサポートティブスーパーヴィジョン、すなわち現場での問題を共感・共有し、支援していく姿勢で行われることが求められている。また、監督指導の実施方法、システムやツールも、本省で定められているものが、実際に現場の状況に適合しない部分がみられるため、既存のシステムの主旨を変えずに、より現場の状況に適応する形に改定することが求められている<sup>7</sup>。

<sup>6</sup> Disease and mortality in Sub-Saharan Africa (World Bank)

<sup>7</sup> プロジェクト準備ワークショップにて特定されたニーズ

<sup>8</sup> Kenya AIDS Indicator Survey 2007

#### ウ 保健指標の地域的格差

本プロジェクトが対象とするニャンザ州では、重要保健指標が、全国の中でも非常に劣悪である。Kenya Democratic Health Survey (KDHS) 2003 によると、乳幼児死亡率は 133 (1000 人当たり)、5 歳未満死亡率は 206 (1000 人当たり) であり、ケニア国全州の中で、もっとも成績が悪い (全国値：乳児死亡率 77、5 歳未満死亡率 115)。また、全ての必須予防接種の接種率も 37.6% であり、ノースイースタン州の次に低い数値を示している (全国平均 56.8%)。この傾向は、近年も改善がみられていない。ニャンザ州の HIV 感染率も 15.6% (全国値：7.4%)<sup>8</sup> と全国で最も高く、これが、経済や社会の状況に負の影響を与えている。

このような背景において、ニャンザ州をモデル州とし、同州内の州及び県の保健行政のマネジメントを強化することに主眼を置いた本案件が要請され、採択された。

#### (2) 相手国政府国家政策上の位置付け

(1) -イでも触れられているように、ケニア国の保健指標は、1990 年代の中盤以降少しずつ悪くなっている状況であり、改善の方向に向かっていない。このままでいくと、2015 年が目標年となっているミレニアム開発目標を達成することは、難しい状況となっている。そのため、ケニア国保健省は、国家保健医療セクター戦略計画 I (NHSSP I: 1999-2004) を策定し、保健指標の改善を図った。しかし、様々な要因 (地方分権化の構造が不明瞭、内部及び他の関連組織団体などと十分に協議がなされなかったこと、本戦略計画に対する協調やオーナーシップの不足、脆弱なマネジメントなど) により、状況の改善を達成することができなかった。このため、NHSSP II (2005-2010) において政策の転換を打ち出しており、地方分権化を促進し、州及び県レベルで年次計画を立て、明確な目標を設定し、地域における優先分野を確定し、解決する方向性を示した。このため、地方レベルでの保健行政官たちは、計画、実行、モニタリングと評価などの事業サイクルの管理を行うことが求められるようになってきている。

こうした政策の転換と、本プロジェクトは、まさしく主旨を同じくしている。

#### (3) 我が国援助政策との関連、JICA 国別事業実施計画上の位置付け (プログラムにおける位置付け)

日本政府の保健分野援助政策の中で、保健関連ミレニアム開発目標達成を目的とした「保健と開発」に関するイニシアティブがあるが、この中の具体的取組として、保健医療体制の基盤整備に関する支援の中で、保健医療システムの強化が明確に挙げられている。これは、本イニシアティブの基本方針である「横断的取り組み」とも通じるものであり、保健分野における個別の課題に取り組むのみならず、保健システム強化などの保健分野全体に関わる支援が推奨されている。本プロジェクトは、保健行政機能向上を通じて、保健システム強化に寄与することから、この主旨にまさに一致している。また、HIV 感染により人間の安全保障が脅かされるニャンザ州において、基本的保健医療サー

ビスの質の向上を目指すという点でも、「保健と開発」に関するイニシアティブに非常に関連している。

また TICAD IV における横浜行動計画において、保健分野では、保健システム強化として、10万人の保健医療従事者の研修が挙げられている。本プロジェクトでは、保健医療従事者の中でも、最も包括的保健医療システムに影響力のある州及び県レベルの保健医療行政官（州及び県保健マネジメントチームのメンバー）の研修が含まれており、右行動計画の達成に貢献することができる。

JICA ケニア国別事業実施計画では、現在、「エイズ予防プログラム」と「地域保健医療サービスプログラム」の2つのプログラムが運営されている。本プロジェクトは「地域保健医療サービスプログラム」の中で、プライマリヘルスケアを対象に、地方保健行政、保健マネジメントを切り口にしたデザインとなっており、このプログラムの中核を担うものである。

#### 4. 協力の枠組み

各項目の指標の具体的な目標値は、活動 1-1. ワークショップ、2-1. ニーズアセスメント等の結果を踏まえ、プロジェクト開始後 3 ヶ月以内を目処に設定することとする

〔主な項目〕

##### (1) 協力の目標（アウトカム）

###### ① 協力終了時のプロジェクト達成目標と指標・目標値

###### 〔プロジェクト目標〕

ニャンザ州の保健行政官の能力及び保健マネジメントチーム（州及び県レベル）の組織力<sup>9</sup>が向上する

###### 〔指標〕

他者評価や自己評価による

1. 保健行政官の総体能力の定性的及び定量的向上<sup>10</sup>
2. 保健マネジメントチームの組織力の定性的及び定量的向上<sup>10</sup>

###### ②協力終了後に達成が期待される目標（上位目標）と指標・目標値

###### 〔上位目標〕

ニャンザ州のプライマリヘルスケアにおける保健医療サービスの質を向上させる

###### 〔指標〕

プロジェクト活動地内での

1. 患者満足度
2. 医療従事者の中で既存の適切なガイドラインを利用しサービスを提供している人

<sup>9</sup> 行政官の能力及びチームの組織力は、アウトプット 1 において達成される、一般的なマネージャーに必要とされる基礎的マネジメント能力と、アウトプット 2 及び 3 において達成される、それぞれの業務を遂行するに必要な技術的マネジメント能力の 2 つに定義される。

<sup>10</sup> 能力及び組織力の評価票は、プロジェクト開始 1 年目に、CP を交えたワークショップ等を通して作成され、開始時の能力もその時点で評価する予定。

の割合

## (2) 成果（アウトプット）と活動

### 【成果 1】

ニャンザ州内保健マネージメントチームの基礎的マネージメント能力<sup>11</sup>が強化される。

### 【指標】

- 1-1. 保健マネージメントチームの基本的マネージメント能力にかかる評価<sup>12</sup>の向上
- 1-2. 保健医療従事者<sup>13</sup>の満足度

### 【活動】

- 1-1. ワークショップを実施し、リーダーシップや主な管理上のマネージメント技術に関して、改善が求められる分野を特定する。
- 1-2. 上記ワークショップにおいて、能力評価表を作成し、開始時の状況として、その評価表を用いて他者及び自己評価を行う。
- 1-3. 上記ワークショップの一環として、他の国・地域における成功例を学ぶためにスタディーツアーを実施する。
- 1-4. 上記で特定された管理上のマネージメント技術を改善するための計画を策定する。
- 1-5. 上記計画を実行する

### 【成果 2】

ニャンザ州内保健マネージメントチームの計画、実施、モニタリングと評価などの事業サイクルに係る能力が強化される

### 【指標】

- 2-1. 年次計画の執行率の改善
- 2-2. 保健情報や財政レポートの提出率
- 2-3. 年次計画の評価が実施され、その結果が翌年の年次計画に反映されている

### 【活動】

- 2-1. 事業サイクル研修に関するニーズアセスメントを実施する
- 2-2. 事業サイクル研修の計画を立てる

<sup>11</sup> リーダーシップ、人材管理能力、財政管理能力、職場環境の改善、チーム構築、内外機関との調整とファシリテーション、情報共有及びコミュニケーションなど包括的なマネージメント能力を含む

<sup>12</sup> 上記記載のプロジェクト目標の評価票の一部を使用

<sup>13</sup> 管理指導される側、すなわち、PHMTにとっては、DHMT及び保健医療施設で働く医療従事者、DHMTにとっては保健医療施設で働く医療従事者を指す。

<sup>14</sup> 監督指導は、州及び県公衆衛生局の最も重要な活動の一つであり、本省レベルでは、標準化されたツールや実施方法が定められている。本プロジェクトを通して、上記3(1)イに記載の通り、現場の状況に適応する形に改定する予定である。

- 2-3. 上記計画に従い、事業サイクルに関する研修を実施する
- 2-4. 保健年次計画を策定し、公表する。
- 2-5. 保健年次計画の評価に係る、既存の保健医療情報システムとその運用を再検討する。
- 2-6. 保健医療情報システムにおいて特定されたギャップを解決するための研修計画を立てる
- 2-7. 保健医療情報システムに関する研修を実施し、研修を通して適切なツールを形成する
- 2-8. 毎月の実施される DHMT の訪問により、県レベルでの活動がモニタリングされる
- 2-9. 県レベルでのモニタリング訪問後に、県年次計画の実施促進及び次の計画に反映されるための会議を行う
- 2-10. 4 半期ごとに PHMT による県及び保健医療施設へのモニタリング訪問を実施する
- 2-11. 4 半期モニタリング訪問後に、活動を通して得られた結果を、年次計画の実施促進および次の計画に反映させるための会議を行う。

### **[成果 3]**

ニャンザ州内保健マネージメントチームの監督指導の実施能力が向上する

### **[指標]**

- 3-1. 標準化された<sup>14</sup>監督指導を受けている保健医療施設の割合

### **[活動]**

- 3-1. 監督指導の実施方法やシステムを本省、州及び県レベルの行政官と共に再検討し、保健医療サービスとマネージメントの質的向上に焦点をあてた形に改定する。
- 3-2. DHMT, PHMT を対象に、監督指導の効率的なシステムや実施方法に関して研修を実施する。
- 3-3. 定期的な監督指導を実施する。
- 3-4. 監督指導訪問の際に、県や保健医療施設に対して、パフォーマンス、質、保健医療情報処理や分析に関して、フィードバックを行う
- 3-5. 保健医療施設と DHMT との間で定期的に会合をもち、技術的能力向上機会、医薬品マネージメント、医療情報マネージメント、財政マネージメントなどに関する提言を討議する。
- 3-6. DHMT と PHMT との間で定期的な会合をもち、監督指導での所見に関して討議する。
- 3-7. 4 半期ごとに県レベルで施行される監督指導に関し、PHMT により質の監査を実施する

#### [成果 4 ]

成果 1～3 における教訓や成功例が他州や中央政府と共有され、その過程を通して全国的に保健行政のネットワークが強化される

#### [指標]

- 4-1. プロジェクトに関する情報共有のワークショップの開催数
- 4-2. プロジェクトの教訓や成功例の文書または他の形態の情報メディアの数
- 4-3. 政策決定に採用された教訓や成功例の数

#### [活動]

- 4-1. 成果 1～3 の実施からの活動、結果、教訓などを他の州や保健医療セクターのステークホルダーと共有・検討するための定期的会議、ワークショップなどの仕組みを設定する。
- 4-2. 公衆衛生省本省レベルで、プロジェクトの結果が政策に反映されるような仕組みを構築する
- 4-3. プロジェクトにおける全ての教訓、成功例、課題などを文書体系化（定期的ニュースレター、普及を目的とした教材など）する。
- 4-4. プロジェクトの結果を共有するため、他の州のマネージメントチームとのワークショップを実施する。
- 4-5. 上記ワークショップを通して、プロジェクトの結果を反映することにより、既存の保健マネージメントシステムが見直され、標準化される。
- 4-6. ニャンザ州のモデルをスタディツアーを通して、他の州の保健行政官に伝播する。
- 4-7. 公衆衛生省本省と定期的にプロジェクトの結果に関して会合を持つ。

### (3) 投入（インプット）

- ① 日本側（総額 3.7 億円）
  - 長期専門家 3 名（総括、組織強化/研修開発、業務調整/事業体系化）
  - 短期専門家（M&E：3 ヶ月 4 回及び 1 ヶ月 2 回、保健医療情報システム：3 ヶ月 2 回、事業体系化：2 ヶ月一回他）
  - 供与機材：車輛、コンピューター等
  - カウンターパート研修（年間 4 名 3 回、保健行政、保健情報システムなど）
  - ローカルコスト：研修・セミナー経費など
- ② ケニア国側
  - カウンターパート人員の配置（中央公衆衛生省、州及び県保健局）
  - プロジェクト活動に必要な日本人専門家執務室の提供



- 光熱費など、執務室経費の負担
- ローカルコスト：人件費、管理費など

#### (4) 外部要因（満たされるべき外部条件）

[前提条件]

1. プロジェクト実施対象地域において、日本人専門家の活動が出来る程度の安全性が確保されている。
2. 県、州、国レベルでの、保健行政構造の変化が業務実施に大きな影響を与えない

[プロジェクト目標達成のための外部条件]

1. プロジェクト期間中、大きな部族間抗争などが起こらない。
2. プロジェクト期間中、重大な感染力の高い疾病の発生が起こらない。
3. プロジェクト期間中、医薬品、その他の供給について大きな問題なく行われる。
4. プロジェクト期間中、保健セクターにおける国の政策や戦略が大幅に変更しない。

[上位目標達成のための外部条件]

1. プロジェクト期間後、大きな部族間抗争などが起こらない。
2. プロジェクト期間後、重大な感染力の高い疾病の発生が起こらない。
3. プロジェクト期間後、医薬品、その他の供給について大きな問題なく行われる。
4. プロジェクト期間後、保健セクターにおける国の政策や戦略が大幅に変更しない。

#### 5. 評価5項目による評価結果

本評価は事前評価であることから、プロジェクトの妥当性や、有効性を中心に評価することとした。

##### (1) 妥当性

本プロジェクトは以下の理由から妥当性が非常に高い。

##### ■ ケニア国の保健政策との整合性

ケニア国の保健医療セクターは、大きな変革の時期に来ており、これまでの単に決められた業務を行うというマインドセットから、包括的なマネジメントメカニズムを導入して、より結果を重視し、一人一人の医療従事者の柔軟かつ、工夫された、質の高い保健医療サービスの提供を目指そうとしている。

そのために、2005年からボトムアップの保健計画策定を目指して、県レベルの保健年次計画(AOP)の策定を開始している。こうした年次計画作りのための計画策定能力の向上が求められるところだが、この計画能力向上のための施策については、保健省（現公衆衛生省及び医療サービス省）の投入が小さく、ギャップはそのまま存在し続けている。また、保健財源の執行方法が、中央集権的なものから、県を通じて施設に直接に行う方

法に変わったため、県・施設レベルの財政管理能力強化も緊急な課題となっている。本プロジェクトは、こうした計画能力や財政管理能力強化も含んだ包括的なマネジメント強化を目指していることより、保健行政のニーズに合致している点で、その妥当性が高い。

#### ■ 日本の保健援助政策との整合性

日本国保健分野援助政策において、保健関連ミレニアム開発目標達成を目的とした「保健と開発」に関するイニシアティブの中で、具体的取組として、保健医療体制の基盤整備に関する支援があげられているが、ここで保健医療システムの強化が明確に挙げられている。本プロジェクトは、保健行政機能向上を通じて、保健システム強化に寄与することから、この主旨にまさに一致している。また、HIV 感染により人間の安全保障が脅かされるニャンザ州において、基本的保健医療サービスの質の向上を目指すという点でも、「保健と開発」に関するイニシアティブに非常に関連している。

また TICAD IV における横浜行動計画において、保健システム強化として、10 万人の保健医療従事者の研修が挙げられている。本プロジェクトでは、保健医療従事者の中でも、最も包括的保健医療システムに影響力のある州及び県レベルの保健医療行政官（州及び県保健マネジメントチームのメンバー）の研修が含まれており、右行動計画の達成に貢献する。

JICA ケニア国別事業実施計画では、現在、「エイズ予防プログラム」と「地域保健医療サービスプログラム」の2つのプログラムが運営されている。本プロジェクトは「地域保健医療サービスプログラム」の中で、プライマリヘルスケアを対象に、地方保健行政、保健マネジメントを切り口にしたデザインとなっており、このプログラムの中核を担うものである。

#### ■ JICA の比較優位

これまで JICA の技術協力の中でも、関連の質的マネジメント強化のプロジェクトや活動がケニア以外の国で数多く実施されてきている。近隣国タンザニアにおけるモロゴロ州保健行政強化プロジェクトにおいては、州行政のマネジメント能力を包括的な視点をもって強化することにより、州と県、県と保健施設とのコミュニケーションが強化され、他地域に普及発展していくため保健システムが体系化された。こうしたプロジェクトの手法を、本プロジェクトの実施に有効に活用することが可能である。

#### ■ 地域選定の妥当性

本プロジェクトは上位目標において、人口約 520 万人のニャンザ州全体を対象とする。KDHS 2003 によれば、ニャンザ州は上記記載の通り（現状及び問題点参照）、保健分野の多くの重要指標において、全国の中でも劣悪な数値を示している。このような、基本的健康水準の低い地域において、特定の地域や、保健分野の中の特定の課題を扱うのではなく、州全体の包括的な保健医療全体を対象としたプロジェクトを実施することで、大

きな効果が期待される。

また、JICA はこれまでニャンザ州を含む地域において技術協力プロジェクト「西部地域保健医療サービス向上プロジェクト」、無償資金協力を通じた保健センターの改修などを行ってきており、これまでの成果や連携を活かしたプロジェクトが期待される。

## (2) 有効性

本プロジェクトは以下の理由から有効性が高いと予測される。

### ■ プロジェクト目標とその指標の有効性

プロジェクト目標では、上記に記載されているようなケニア国およびプロジェクト対象地域の保健行政の様々な問題点解決のための目標を的確に記載されている。

本プロジェクト目標は保健行政の質的向上を目指すものであり、量的な指標において客観的に成果を評価することが難しい。しかしながら、評価票を作成し、他者評価および自己評価という手法を組み合わせることにより、客観性をもたせた評価を行うように設定されている。また、プロジェクトを通してこの評価票を作成する過程は、保健行政官がマネジメントに必要な知見を確立する能力強化の一環としても重要である。更に、このような評価票は、他の類似案件の教訓などから引用することも可能であると同時に、将来的に類似案件への活用も可能であると考えられる。

### ■ ケニア国における保健行政の変更による、プロジェクト目標達成の阻害の可能性

ケニア国の保健行政は、2008年の保健省の二分化及び、2009年に国家保健医療セクター戦略計画の改訂(NHSSP III)が予定されていることなど、保健行政構造の変化が予想されている。しかしながら、NHSSP III案においては、NHSSP IIを踏襲しているため、保健医療セクターでの重点分野や根本的な戦略自体が大きく変化する可能性は、きわめて小さいと考えられる。

## (3) 効率性

本プロジェクトは、以下の理由から効率的な実施が見込める。

### ■ プロジェクト目標達成のための、他のアクターの貢献

ニャンザ州の保健医療セクターにおいては、多くの開発パートナーやNGO団体などのアクターが公衆衛生省及び医療サービス省を支援している。これらのアクターの多くは、サービス提供に対する支援、多くは縦割りのHIVエイズなど個別疾患に対する支援を行っている。本プロジェクトはこれらの他のアクターと違った視点で包括的に保健マネジメントを強化するものであるため、他のアクターの活動が本プロジェクトの効率を向上することが予測される。

### ■ 類似案件の教訓の活用

本プロジェクトは、上記（5-（1））の通り、タンザニアにおける「モロゴロ州保健行政強化プロジェクト」（以下 MHP）と類似した案件となっている。MPH はキャパシティディベロップメントの視点から評価されている案件であり、また、保健行政構造や文化なども比較的類似している隣国案件でもあり、この案件からの教訓や成功例を最大限に活用することで、効率的な実施が期待される。

#### （4） インパクト

本プロジェクトは、以下の理由からインパクトが高いと予測される。

##### ■ 上位目標達成の見込み

上述の通り、現在ケニアでは、重要保健指標が劣悪であり、改善の兆しが見られていないが、その原因の一つとして、コミュニティや保健医療施設での問題点を行政が把握し、政策に吸収していく機能の向上が十分に働いていないことがあげられる。この背景として、従来臨床の場で働いていた看護師や医師が、行政官として職務に従事しており、監督指導、モニタリング・評価、現状分析、目標設定、計画・予算策定などの保健行政について必要な技術を持ち合わせておらず、行政の果たす役割について十分に理解できていないことがある。このため、プロジェクト目標で掲げる地方レベルでの保健行政能力の向上は、上位目標で掲げる保健医療サービスの質の改善に大きく影響を与えるものである。

##### ■ ケニア国における、他の州への波及効果

本プロジェクトの成果 4 では、ニャンザ州における教訓や成功例を、本省レベルで政策決定に反映することや、他州と共有することを計画している。このため、本プロジェクトで効果的なモデルが構築された場合に、1 州に限らず、広域にわたってのインパクトを期待することができる。

##### ■ 他のプロジェクトやプログラムへの正の影響

前述のように、ニャンザ州でもケニア政府が実施する縦割りのプロジェクトやプログラム以外に、数多くのプロジェクトやプログラムが他の開発パートナーや NGO/FBO などによって実施されている。本件プロジェクトは、プロジェクトの教訓や成功例を共有することで、こうした他のプロジェクトやプログラムにも影響を与えうる。

#### （5） 自立発展性

本プロジェクトの自立発展性は、以下の理由で高いと予測される。

##### ■ 活動継続のための既存のリソースの利用

本プロジェクトは、基本的に既存のマネジメントシステムを、より有効で効率的なものとして質を向上させることにある。このため、一度システムが構築されると、最小の

コストで、活動が継続できる構造になっている。また、州及び県レベルの保健マネジメントの改善は、公衆衛生省のNHSSP I Iにおいても優先事項の一つであるため、プロジェクト終了後も、ある程度の予算の確保が期待できる。

#### ■ プロジェクトの情報共有のメカニズム構築

プロジェクトの活動の中に、全国レベルにおいてプロジェクトの活動、プロセス、成果、教訓などを共有する普及メカニズムを構築するように設定されているため、こうした情報共有の成果として、他州への普及が期待できる。

### 6. 貧困・ジェンダー・環境等への配慮

本案件の上位目標の指標は乳児死亡率、妊婦死亡率などの重要健康指標であり、これは、貧困、ジェンダーなどの問題を中心としたミレニアム開発目標を念頭においている。ニャンザ州においては、特に、ジェンダーや貧困に関わるリプロダクティブヘルスや HIV エイズなどの指標が、他の州と比較しても、劣っている。このような状況の中で、本案件の施行にあたり、常に最終的な受益者が貧困、ジェンダーを考慮した対象となるように、配慮する。

また、本プロジェクトの対象者である保健行政官が、計画などの活動において、ジェンダーメインストリームを配慮できる能力の育成も含めるようにする。

また、研修などの機会も、ジェンダーを配慮した人選を行うよう、配慮する。

### 7. 過去の類似案件からの教訓の活用

本プロジェクトは、隣国タンザニアにおける「モロゴロ州保健行政強化プロジェクト」（以下 MHP）と類似案件となっている。

MHP においては、包括的観点からの持続可能な保健システムという点で、コミュニティからのボトムアップと中央保健省からのトップダウンの間に位置し、ボトルネックとなっている州と県を対象として組織強化を目指した保健行政マネジメント育成を行った。このような観点により、コミュニティのニーズを的確に把握し、かつ、中央省庁との関係を強化している。

オーナーシップという観点では、日本人専門家がカウンターパートと共に考え、共に学びあう姿勢をとったことにより、プロジェクトにオーナーシップを持たせ、また、成果の可視化に貢献している。

また、プロジェクトの成果を政策的・制度的観点からシステム化し、自己組織強化のサイクルを生み出している。

このような MHP の教訓を活かし、本プロジェクトは州及び県行政に着目し、指標の設定などを始めとして、カウンターパートが主体的に考え、それを日本人専門家が側面支援を行うようなデザインとした。

### 8. 今後の評価計画

- 中間レビュー：プロジェクト開始後1年半後
- 終了時評価：プロジェクト終了の半年前
- 事後評価：プロジェクト終了の3~5年後