

国名	ニャンザ州保健マネージメント強化プロジェクト
ケニア	

**I 案件概要**

事業の背景	<p>ケニアにおいては、住民の健康水準は1990年代中盤以降後退していた。その背景には、保健医療人材の質的・量的な不足や医療資源不足に起因する質の低い保健医療サービスに対して、サービス受け手は信頼を失い、それによってサービス提供者のモチベーションも低下するという悪循環があった。サービス提供者に対する保健行政官の指導態度が権威的なだけでなく、保健省指定の監督指導の実施方法やツールが、現場のニーズに適していないという課題もみられた。当時の国家保健医療セクター戦略計画（National Health Sector Strategic Plan, NHSSP II: 2005～2010）では、州・県の保健行政官が予算を含む計画、実行、モニタリング・評価からなる事業サイクルのマネージメントができるようになることが必要であるとされていた。そこで、主要保健指標が全国の中でも非常に劣悪であったニャンザ州において、同州内の州及び県の保健行政のマネージメント能力を強化することを主眼とした本プロジェクトが要請・採択されることとなった。</p>														
事業の目的	<p>本事業は、保健行政官のリーダーシップとマネージメントキャパシティを強化することを通じて保健システムを強化し、それをもって医療サービスの質が向上されることを目指したものである。</p> <p>1. 上位目標： ニャンザ州におけるプライマリーヘルスケアサービスの質が向上する。                  2. プロジェクト目標： ニャンザ州における州および県レベルの保健行政マネージメントチーム（州保健マネージメントチーム（PHMT）、県保健マネージメントチーム（DHMT）のキャパシティが強化される。</p>														
実施内容	<p>1. 事業サイト：ニャンザ州                  2. 主な活動：                  ・保健システムマネージメント研修パッケージを開発・普及する                  ・県保健マネージメントチームによる保健プロモーション活動を支援する。                  ・統合的マネージメント・サポーター・スーパービジョン（IMSS）チェックリストを開発し、現場トレーニング、フィードバックのメカニズムを構築する。                  ・プロジェクトの介入効果を判定するためのオペレーションズ・リサーチを実施する。                  ・情報や経験の共有のためのフォーラムの開催や国内および地域的なネットワークを強化する。</p> <p>3. 投入実績</p> <table border="0"> <tr> <td>日本側</td> <td>相手国側</td> </tr> <tr> <td>(1) 専門家派遣 長期専門家 3人、短期専門家 3人</td> <td>(1) カウンターパート 100人（中間レビュー時）98人（終了時評価時）</td> </tr> <tr> <td>(2) 研修員受入 12人</td> <td>(2) プロジェクトオフィス提供と光熱費等の経費負担</td> </tr> <tr> <td>(3) 機材供与 車輜、コンピューター等</td> <td>(3) ローカルコスト 人件費、管理費</td> </tr> <tr> <td>(4) ローカルコスト：研修・セミナー経費</td> <td></td> </tr> </table>					日本側	相手国側	(1) 専門家派遣 長期専門家 3人、短期専門家 3人	(1) カウンターパート 100人（中間レビュー時）98人（終了時評価時）	(2) 研修員受入 12人	(2) プロジェクトオフィス提供と光熱費等の経費負担	(3) 機材供与 車輜、コンピューター等	(3) ローカルコスト 人件費、管理費	(4) ローカルコスト：研修・セミナー経費	
日本側	相手国側														
(1) 専門家派遣 長期専門家 3人、短期専門家 3人	(1) カウンターパート 100人（中間レビュー時）98人（終了時評価時）														
(2) 研修員受入 12人	(2) プロジェクトオフィス提供と光熱費等の経費負担														
(3) 機材供与 車輜、コンピューター等	(3) ローカルコスト 人件費、管理費														
(4) ローカルコスト：研修・セミナー経費															
事前評価年	2009年	協力期間	2009年7月～ 2013年6月	協力金額	(事前評価時) 370百万円 (実績) 398百万円										
相手国実施機関	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														
日本側協力機関	なし														

**II 評価結果**

**【評価の制約】**

- プロジェクト完了時および事後におけるプロジェクト目標と上位目標の達成度は、以下の2つの理由により、PDMに設定されている指標に基づき分析することが困難であった：
  - エンドライン調査はベースライン調査の約1年半後で、プロジェクト終了の約1年前(2012)に実施されているため、プロジェクト完了時点での状況が不明である上に、指標に変化を及ぼす十分な期間が得られていないこと。
  - 州制度からカウンティ制度への移行によりケニア国の行政やサービス提供システムが再編成され、当時のカウンターパートの人事異動・離職等、事後の状況はプロジェクト実施中とは大きく異なることにより、同様のサンプル数と方法を採用することが困難であること。

こうした事情により、有効性とインパクトの評価については、PDMに設定された指標に加えて、代替指標を設定することとした。「本プロジェクトが目指していたのは、保健行政チームのテクニカル・キャパシティ（4つの実施モデルを開発・実践する知識と技術）とコア・キャパシティ（リーダーシップに向けてのマインドセット・チェンジ）の強化であった」と理解し、両キャパシティの持続状況を把握する。

**【留意点】**

- 6つのカウンティとサブ・カウンティの保健マネージメントチームメンバーである元カウンターパートの「マインドセット・チェンジ」の持続状況と、「マインドセット・チェンジ」の持続結果として、職場環境やサービスデリバリー面

にどのような具体的な変化をもたらしているかを確認する。

・将来的にテクニカル・キャパシティとコア・キャパシティを持続させるための促進要因と阻害要因を分析し、持続性を高めるための提言・教訓を考察する。

## 1 妥当性

### 【事前評価時・事業完了時のケニア政府の開発政策との整合性】

本事業の目的は、事前評価時から事業完了時まで一貫してケニア政府の開発政策と合致している。「第2次ケニア国家保健セクター戦略計画（The Second National Health Sector Strategic Plan of Kenya 2005-2012: NHSSP II）」では、サービス提供の効率性と有効性の改善が政策目標の一つとされており、そのための戦略として、「資源分配の効率的な資金活用」と「計画、運営、行政の改善」が挙げられている（NHSSPIIは2013年まで延長）。また、「世界的に競争力のある繁栄するケニア-Vision2030」（2008年6月）では、保健セクターの目標「できる限り高い水準の保健サービスを公正にかつ手頃に国民に提供する」を達成するために、保健システムの再構築を図り、国民の疾病による国の負荷を軽減するため、治療ではなく予防・健康促進に重点を置くこと」が重視されており、これに基づいて策定された新保健政策（Comprehensive National Health Policy Framework：2011-2030）は、保健システム強化を政策の重点と位置付けている。

### 【事前評価時・事業完了時のケニアにおける開発ニーズとの整合性】

事前評価時から事業完了時まで、プロジェクト目標である、州および県保健マネジメントチームのキャパシティ強化はケニア政府の優先項目である。事前評価時には、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の策定が開始されたことで、年次計画作りのための計画策定能力の向上の必要性に加え、保健財源の執行が県を通じて施設に直接行う方法へと変更されたことにより、県・施設レベルの財政管理能力強化が急務となっていた。2013年の地方分権化によるカウンティ制の導入に伴い、カウンティに必要とされるキャパシティとして、国家保健政策を実施するためのカウンティレベルの保健政策枠組み策定、カウンティ運営計画策定および予算確保が挙げられている。

### 【事前評価時における日本の援助方針との整合性】

プロジェクトの目的と日本の援助政策との整合性が認められる。「保健と開発」に関するイニシアティブ（2005年・外務省）は、具体的取組の中で、保健医療体制の基盤を整備するために、保健医療システムの強化を挙げている。また、JICA ケニア国別事業計画（2000年）において展開されていた「地域保健サービスプログラム」では、プライマリヘルスケアを対象とした地域保健マネジメントの強化が目的とされており、本事業は右プログラムに沿ったものである。さらに、TICADI Vにおける横浜行動計画の中には「州および県レベルの保健医療行政官の研修」が含まれており、本事業は右行動計画の達成に貢献するものである。

### 【評価判断】

以上より、本事業の妥当性は高い。

## 2 有効性・インパクト

### 【プロジェクト目標の事業完了時における達成状況】

2つのプロジェクト目標指標は、終了時評価直前に実施したエンドライン調査において未達成である（事業完了時に同様の調査は実施されていない）。：(1) アセスメントの総合平均値が、2013年6月までに5段階中4に向上する（ベースライン3.27、エンドライン3.75）、(2) PHMT, DHMTの行動アセスメントの総合平均値が2013年6月までに5段階中4に向上する（ベースライン2.64、エンドライン3.41）。\*これらの指標はそれぞれ目標に対して65.7%、56.6%の達成度であり、未達成ではあるものの、プロジェクト実施の一年半で良好に指標が向上している。未達成の一つの原因としては、プロジェクトが介入した地域がアウトプットごとに異なっていたことにある。具体的には、プロジェクト目標とアウトプット1（保健システムマネジメント研修）では全36県を対象としていたのに対し、アウトプット2（ヘルスプロモーション実施モデル）とアウトプット3（サポーター・スーパービジョン実施モデルとコミュニティ・ヘルスマネジメント実施モデル）は2パイロット県（プロジェクト期間中に行政区再編成により4県となる）のみであった。こうしたパイロット県と非パイロット県における介入の差が州全体としてみた時に未達成という結果になったと考えられる。

\*アセスメントは、ニャンザ州内の州と全県の保健マネジメントチームメンバーを対象として実施されたもので、キャパシティ・アセスメントと行動変容アセスメントから成る。前者は、HSM研修9領域（(1) リーダーシップ・ガバナンス (2) 計画立案とモニタリング・評価 (3) 保健政策マネジメント (4) サポーター・スーパービジョン (5) リソースマネジメント (6) 情報マネジメント (7) チームマネジメント (8) ヘルスプロモーション (9) カスタマー・リレーションズマネジメントに係る自己評価である。後者は、行動変容12指標に基づく評価である。12指標のうち、7つは客観的指標（後述表中参照）、5つは主観的指標である。主観的指標としては、リーダーシップ気質、リーダーシップの実践、より高い目標設定目標達成に向けた取り組み、対人関係、である。

### 【プロジェクト目標の事後評価時における継続状況】

事業効果の継続状況を評価するために設定した2つの代替指標は概ね達成されている：代替指標として以下の(1)(2)を設定した。(1) 4つの実施モデル（保健システム実施モデル、ヘルスプロモーション実施モデル、サポーター・スーパービジョン実施モデルとコミュニティ・ヘルスマネジメント実施モデル）は地方分権下においても6つの各カウンティで実施されているか、(2) プロジェクト目標指標のうち、保健マネジメントチームの行動変容を測るサブ指標として設定されていた行動変容は、地方分権下においても6つの各カウンティで実施されているか。代替指標(1)について言えば、プロジェクトで開発された実施モデルは、地方分権化下のもとでそのコンセプトを維持しつつカウンティの状況に合わせて改定されており、多くの元カウンターパートはそうしたモデルの実践を行っている。モデル別に詳しくみると、サポーター・スーパービジョン実施モデルとコミュニティ・ヘルスマネジメント実施モデルは全6カウンティで実践されている。ヘルスプロモーション実施モデルは、Migori以外の5カウンティで実践されている。Migoriでは、当該分野に多くの開発パートナーが支援をしているため、各パートナーのツールや方法が代わりに活用されている。他方、保健システムマネジメント研修は、3つのカウンティ（Kisumu, Siaya, Kisii）のみでの実践にとどまっており、これは主に研修実施予算の不足が主な原因である。代替指標(2)については、7つすべてのサブ指標（行動変容指標）は、4

つのカウンティ (Siaya, Homabay, Migori, Kisii) で現在も継続されている。残りの2つのカウンティ (Kisumu, Nyamira) では、7つのサブ指標 (行動変容指標) のうち、6つが実践されている。

【上位目標の事後評価時における達成状況】

上位目標指標は、終了時評価前に実施したエンドライン調査において未達成であるが、事後評価において設定した以下の代替指標は概ね達成されている (事業完了時に同様の調査は実施されていないため、事後評価時に3つの代替指標を設定) : (1) 保健施設利用者および保健従事者の満足度 (事後評価時のインタビュー結果) (2) 6カウンティにおける主要保健指標の過去3年間の推移 (2012/2013、2013、2014、2014/2015) (3) 元カウンターパートによる「マインドセット・チェンジ」に対する理解状況と、マインドセット・チェンジの結果として彼らがもたらした職場環境の変化。代替指標 (2) について言えば、3つの主要保健指標は、多くのカウンティで課題として残されている : マラリア感染率は、全6カウンティにおいて過去3年間上昇している。1歳未満児死亡率と妊産婦死亡率は、カウンティによって差がみられる。これは、本プロジェクトが指標に影響を及ぼす保健サービス提供への直接的な支援ではなく、保健マネジメント人材の能力向上を目指したものであり、短期的に指標改善に結びつくことが困難であったためと考えられる。代替指標 (1) と (3) は、概ね達成されたと考えられる。

【事後評価時に確認されたその他のインパクト】

・プロジェクト終了後、複数名の元カウンターパートが管理職に昇進している : 事後評価時点で5名が保健省の要職に就いている他、6カウンティのうち、4カウンティ (Siaya, Homabay, Kisii, Nyamira) のカウンティ保健大臣がプロジェクトの元カウンターパートである。  
 ・ケニア政府による母子保健サービス無料化と、元カウンターパートにより実施されたグッド・プラクティス、特にコミュニティヘルスマネジメント強化によって、保健施設でのケアが必要とされる住民の (施設への) リファラルとその後の状況の追跡が促進されたことにより、ヒアリングを実施した多くのカウンティにおいて、完全予防接種率の他、施設分娩率、出産前検診率が向上したことが報告されている。

【評価判断】

以上により、本事業の実施によって、その完了時においてPDMに設定されている上位目標およびプロジェクト目標指標は達成されていないが、事後評価で設定したプロジェクト目標の代替指標は、概ね達成されており、上位目標も部分的な達成がみられる。地方分権化に伴い、保健システムマネジメントの体制が大きく変更となったものの、多くの元カウンターパートは、新しい職場においても、本事業で得たテクニカル・キャパシティを業務において持続させており、プロジェクトで開発した実施モデルを改定して実施している。さらに、コア・キャパシティ (マインドセット・チェンジ) を、新しいチームにおいてリーダーシップ・メンターシップ能力を発揮し、チームビルディング、職場環境の改善、サービスデリバリーの向上に役立っていることが確認された。加えて、正のインパクトとして、9名の元カウンターパートが保健省あるいはカウンティ保健局の要職に就いている。よって、本事業の有効性・インパクトは中程度であると判断される。

プロジェクト目標及び上位目標の達成度

目標	指標	実績																																			
プロジェクト目標 ニャンザ州における州および県レベルの保健行政マネジメントチーム (PHMT、DHMT) のキャパシティが強化される。	(1) アセスメントの総合平均値が、2013年6月までに5段階中4に向上する。	達成状況 : 未達成 (終了時評価時) PHMT と全 36 県の DHMT による自己評価の総合平均値は、ベースライン値 3.27/5.00 (2011年3月) からエンドライン値 (2012年10月) 3.75/5.00 に若干向上している。																																			
	代替指標 (1) 4つの実施モデルは6カウンティにおいて現在実施されている。 a) 保健システム研修実施モデル b) ヘルスプロモーション実施モデル c) サポートティブ・スーパービジョン実施モデル d) コミュニティ・ヘルスマネジメント実施モデル	達成状況 : 継続 (事後評価時) 4つの実施モデルは、コンセプトと原則は維持しつつ、各カウンティの状況に合わせて改定され、維持されている。実施状況はモデル間で差がある。研修実施モデルは3カウンティのカウンティレベルの実施に留まっている。これは研修実施予算の不足が主な原因である。ヘルスプロモーション実施モデルはMigoriを除く5カウンティで実施されている。Migoriでは同分野に多くの開発パートナーが支援しており、それらパートナーが導入したツールや方法の活用に移行している。サポートティブ・スーパービジョン実施モデルとコミュニティマネジメント実施モデルはすべてのカウンティで実施されている。カウンティ別でみると、モデル実施の持続性はKisiiで最も高く、他方、Nyamiraでは、高い離職率と活動予算が不十分であることにより、最も低い。全体的に実施モデルに係る活動は、予算不足により、プロジェクト実施期間中ほど活発ではないものの殆どのカウンティで実施の継続が認められた。																																			
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kisumu</th> <th>Siaya</th> <th>Migori</th> <th>Kisii</th> <th>Homabay</th> <th>Nyamira</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a)</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>d)</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table>		Kisumu	Siaya	Migori	Kisii	Homabay	Nyamira	a)	✓	✓		✓			b)	✓	✓		✓	✓	✓	c)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	d)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Kisumu	Siaya	Migori	Kisii	Homabay	Nyamira																															
a)	✓	✓		✓																																	
b)	✓	✓		✓	✓	✓																															
c)	✓	✓	✓	✓	✓	✓																															
d)	✓	✓	✓	✓	✓	✓																															

	<p>(2) PHMT, DHMT の行動アセスメントの総合平均値が、2013年6月までに5段階中4に向上する。</p> <p>代替指標 (2) 元カウンターパートは、プロジェクトが行動変容客観的評価事項としていた以下の項目を新しい職場において実践しているか。(行動変容)</p> <p>*プロジェクトが設定していた行動変容の評価指標は以下のとおり： a) ミッション・ビジョンの有無 b) 実施した関係者会議の数 c) 担当している保健施設との会議の数 d) 保健政策に係るリソースコーナー設置の有無 e) 主要保健政策文書のファイリングの有無 f) 科学的発行物の使用の有無 g) 施設利用者意見箱の設置の有無</p>	<p>達成状況：一部達成 (終了時評価時) PHMTと全36県の保健マネージメントチームによる自己評価の総合平均値は、ベースライン値2.64/5.00(2011年3月)からエンドライン値(2012年10月)3.41/5.00.に向上し、達成度は56.6%である。</p> <p>達成状況：継続 (事後評価時) 事後評価時点における各項目の実施状況は以下のとおり：</p> <table border="1" data-bbox="742 347 1508 604"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kisumu</th> <th>Siaya</th> <th>Migori</th> <th>Kisii</th> <th>Homabay</th> <th>Nyamira</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a)</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td></td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>d)</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>e)</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>f)</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>g)</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>(出所：質問票回答)</p>		Kisumu	Siaya	Migori	Kisii	Homabay	Nyamira	a)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	b)		✓	✓	✓	✓	✓	c)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	d)	✓	✓	✓	✓	✓		e)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	f)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	g)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Kisumu	Siaya	Migori	Kisii	Homabay	Nyamira																																																				
a)	✓	✓	✓	✓	✓	✓																																																				
b)		✓	✓	✓	✓	✓																																																				
c)	✓	✓	✓	✓	✓	✓																																																				
d)	✓	✓	✓	✓	✓																																																					
e)	✓	✓	✓	✓	✓	✓																																																				
f)	✓	✓	✓	✓	✓	✓																																																				
g)	✓	✓	✓	✓	✓	✓																																																				
<p>上位目標 ニャンザ州におけるプライマリーヘルスケア・サービスの質が向上する。</p>	<p>(1) 保健施設利用者の満足度が、2015年までに90%(3.6/4)に増加する。</p> <p>(2) 保健マネージャーや保健従事者の職務満足度が、2015年までに90%(3.6/4)に増加する。</p> <p>代替指標(1) 保健施設利用者および従事者の満足度(事後評価時のインタビュー結果)</p>	<p>達成状況：未達成 (終了時評価時) 2.59/4.00(ベースライン値：2011年3月)から2.73/4.00(エンドライン値：2012年10月)へと若干ながら向上し、13.8%の達成度である。</p> <p>達成状況：未達成 (終了時評価時) 3.36/4(ベースライン値：2011年3月)から3.21/4.00(エンドライン値：2012年10月)に低下している。</p> <p>達成状況：一部継続 (事後評価時)* サブ・カウンティ病院(レベル4)、保健センター(レベル3)、ディスベンサリー(レベル2)においてインタビューを行った結果、利用者の大部分は提供されているサービスに満足している、と答えている。その理由として、「施設が清潔であること」、「サービスデスクが設置されており受付からその後のサービスの流れが円滑であること」、外来での待ち時間が長すぎないこと、「保健従事者の対応が親切であること」、「保健従事者が親身になって話を聞いてくれること」、「プライマリーヘルスサービスが無料で受けられること」などが挙げられた。 上記の保健施設で保健従事者へのインタビューを行ったところ、すべての従事者が保健マネージメントチームによるスーパービジョンに非常に満足していると回答している。以前は、できていないところを指摘され、叱られていたもので、それが嫌でスーパーバイズの時には隠れてしまう保健従事者も少なくなかったが、現在は、保健マネージメントチームはサポーターで、問題を従事者とともに一緒に把握し、その解決方法を一緒に考えるというアプローチがとられている、とのことであった。一方で、狭い施設、保健従事者や医療機材の不足はどの施設にも共通しているボトルネックとして指摘された。</p> <p>*現地調査において、6カウンティ計24施設を訪問し、各施設においそれぞれ3-4人の保健受持者と施設利用者にインタビューを実施</p>																																																								
	<p>(3) 優先的ハイ・インパクト・インターベンション(効果の証明された保健介入)のサービス提供が、2015年までに必要とされる人の80%以上に提供される。</p> <p>*母子保健分野の優先的ハイ・インパクト・インターベンションは、ケニア政府が開発パートナーの支援を得て設定したもので、その効果を図るために8つの指標が設定されている：妊産婦死亡率、1歳児未満の乳児死亡率、はしかの予防接種率、子どもの完全予防接種率、5歳未満児のマラリア感染率、医療従事者の立会によ</p>	<p>達成状況：未達成 (終了時評価時) 左に示す8つの主要保健指標につき2010年から2013年の進捗状況を比較すると、ニャンザ州では、妊産婦死亡率を除くすべての指標に改善がみられる。パイロット県であるSiayaとKisumu Westにおけるこれらの指標の推移をみると、Siayaで平均51%、Kisumu Westで平均58%の改善がみられる。(UgeniyaとGemの2県については、プロジェクト開始後にSiayaが再編成、再々編成されたことで4県となったことから、再編成以前のデータが存在しない。よって、介入の効果を図ることができない)</p>																																																								

<p>る出産、4回の妊産婦検診受診率、 家族計画率)</p>	
<p>代替指標 (2) 6 カウンティにおける 3 つの主要保健 指標 (①妊産婦死亡率、②1 歳児未満 の乳児死亡率、③5 歳未満児のマラリ ア感染率の過去 3 年間の推移 (2012/2013、2013/2014、2014/2015))</p>	<p>達成状況：未達成 (事後評価時) 旧ニャンザ州に属していた現 6 カウンティにおける妊産婦死亡率、1 歳 児未満の乳児死亡率、5 歳未満児のマラリア感染率について、過去 3 年 間の推移をみると、マラリア感染率はすべてのカウンティにおいて 3 年間向上している。他方、他 2 指標は、すべてのカウンティにおいて顕 著な改善が見られなかったが、この間地方分権化により保健マネーজে メントが大きく変化したことが影響している可能性がある。また、本プロ ジェクトによる支援は、保健指標に直接的に改善するための介入とはな っていなかったため、短期的には指標改善を認めることが困難であった とも考えられる。</p>
<p>代替指標 (3) 本カウンターパートによる「マインド セット・チェンジ」に対する理解状況 と、マインドセット・チェンジの結果 として彼らがもたらした職場への変 化</p>	<p>達成状況：一部達成 (事後評価時) プロジェクトが目指していた「マインドセット・チェンジ」をどのよう に理解していたかを尋ねたところ、6 カウンティにおいてインタビュー ・フォーカスグループディスカッションを行った元カウンターパート の共通した回答として「誰かが問題を解決してくれるのを待っている のではなく、自分から積極的に問題解決に向けてアクションを起こす」、 「一気に問題解決には至らない。目標を設定してそこに向かって少しずつ 前進していく」「私の問題はチームメンバーの問題、そしてチームメ ンバーの問題は私の問題である」などが挙げられた。マインドセット・ チェンジに関する理解度と現在の職務へのコミットメントのレベルに は相関関係があることがインタビューを通じて確認できた。つまり、現 在の状況に対して不満交じりのコメントをする保健行政官からは、上記 したマインドセット・チェンジに関するキーワードは聞かれなかった が、即座にキーワードを挙げた保健行政官からは、現在の職務において 直面している (していた) 課題への対応策や取り組み (グッド・プラク ティス) が語られた。以下はその一部である：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <u>仕事の効率性向上</u> (例：カウンティ保健局および保健施設への 5S カ イゼンの導入、カウンティのすべての保健施設に電子データのバック アップシステムを導入、サブ・カウンティ病院に保健情報マネー ジメントのための 3 段階データレビュープロセスを導入、保健計画 マネージメントのためにサブ・カウンティに技術作業部会を設置、 カウンティ・モニタリング&amp;評価ユニットを設置、既存の 「Beyond-Zero キャンペーン*」活動に子どもを対象としたすべて のサービスを統合。 *ケニヤッタ大統領夫人が提唱している妊産婦死亡の減少を目的と したキャンペーンであり、その一環として、分娩機能を備えたモバ イルクリニックが各地に配置されている。</li> <li>✓ <u>サポートティブ・スーパービジョンの強化</u> (例：スーパービジョン報告 フォーマットとマトリックスの開発、スーパービジョン・チェッ クリストの電子化の開発)</li> <li>✓ <u>コミュニティ・ヘルス・マネージメントの強化</u> (例：カウンティ政府 へのアドボカシーを通じて、コミュニティ・ヘルス・ボランティア への給与支払い制度を導入、モバイルを利用したのコミュニティに おける患者のリファラルと施設利用状況の追跡)</li> <li>✓ <u>サービスの質の向上</u> (例：サブ・カウンティ病院と保健センターに Learn Café (World Café と同様に、予めアジェンダが設定されて おらず、参加者がアジェンダを決めてから話し合うスタイル) を導 入、サブ・カウンティ公衆衛生局に収益徴収憲章を導入、カウン ティ内のすべての施設にミッションとビジョンを表示し、それらに沿 って保健計画を策定、青少年と成人を対象とした心理社会面での支 援グループを導入、カウンティ内のすべての保健施設に週間報告シ ステムを導入、ソーシャル・メディア・レポーティング・プラット フォームの立ち上げ、品質保証チームの形成、タブレットで閲覧で きる施設利用者満足度フォーマットの開発)</li> </ul>

出所：終了時評価報告書、事後評価時に実施した質問票調査・ヒアリング・フォーカスグループディスカッション結果

### 3 効率性

計画に照らし合わせた事業費の実績は108%であり、事業期間は計画どおり執行された。よって、効率性は中程度である。

#### 4 持続性

##### 【政策制度面】

保健システム強化は、ケニアを2030年までに質の高い生活とともに世界的に競争力のある豊かな国に移行することを目指す新保健政策（Comprehensive National Health Policy Framework (2011-2030)）において、優先項目の一つとされている。また、保健セクターにおけるガバナンスを改善することは、ケニア憲法が2010年に施行されて以降初めて策定された第3次ケニア保健セクター戦略計画（KHSSP III:2014-2018）の重点項目の一つでもある。2016年に実施された同戦略に関する中間レビューの結果抽出された提言には、保健人材のための研修プログラムの開発、統合的なサポート・スーパービジョンを定期的実施するためのカウンティ能力の強化、根拠に基づくプランニング、リソースの動員、コミュニティ・ヘルス戦略の実施が含まれているが、これらは本プロジェクトの支援分野であり、現在は元カウンターパートがそれぞれのカウンティにおいて取り組んでいる分野でもある。

##### 【体制面】

KHSSP IIIに関する中間レビューではカウンティ保健局に向けた提言の一つとして、「効果的なサービス提供ができるような組織体制にするために、分権化後のカウンティの機能に則した組織体制のプロトタイプを開発する努力を加速すべきである」が挙げられている。多くのカウンティと同様、旧ニヤンザ州の6カウンティは現在組織体制の確立途中にあるが、高い離職率も相まってカウンティ組織の安定にはほど遠い。6カウンティのうち、ケニア国憲法の規定に沿ってカウンティ保健マネージメントチームとサブ・カウンティ保健マネージメントチームに必要とされるすべてのメンバーが配置されているのはKisiiとHomabayのみである。こうした人員不足の他、複数の保健行政官からは、メンバー間で少なからず仕事の重複が生じていたことがチームとしての作業の非効率化を招いているとの指摘もされた。

##### 【技術面】

技術面での持続性の阻害要因として確認されている事柄としては、地方分権後に倍増した業務量と、メンバー間での業務調整不足による業務の重複とそれにとまなうチーム全体としての業務の非効率、保健マネージメントチーム内の元カウンターパートとそれ以外のメンバーとの間の知識・技術に係るギャップの他、カウンティ政府においてサポート・スーパービジョンや研修活動への予算措置権限を有する政策決定者・シニアマネージャーとの間のギャップがある。このような状況の中、プロジェクトを通じて強化されたテクニカル・キャパシティとコア・キャパシティを活用して、多くの元カウンターパートは未だ流動的な地方分権下において職場環境およびサービス・デリバリーの質の向上に尽力している。保健省およびカウンティ保健局の要職に就いているカウンターパートが少なくないことは、技術面での普及促進につながっている。彼らは、OJT、CME（医学継続教育）、ワークショップ、スタッフミーティング、サポート・スーパービジョンの機会を通じてチームメンバーに自身の知識と技術を伝える努力を継続している。元カウンターパートによれば、チーム内に占める元カウンターパートの人数が多いほど、チームビルディングが円滑にできる。技術面での持続性には、チーム内に占める元カウンターパートの数や、シニアマネージャーや政策決定者など要職ポストに就いている元カウンターパートの存在が重要である。

##### 【財務面】

	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018
Kisumu	15%	30%		
Siaya		31%	27.32%	
Migori	15%	17.4%	25%	20%
Kisii	25%	28%	30%	
Homabay	20%	23%	25%	
Nyamira	30%	28%	30%	

(出所：質問票回答)

左図に示すとおり、カウンティ予算に占める保健セクター予算の割合（各カウンティへの質問票の回答による）は、過去3年間比較的安定しており、直近では、5カウンティにおいて四分の一以上のカウンティ予算が保健セクターに配分されている。しかし、カウンティ保健大臣と保健マネージメントチーム、そしてカウンティ・エグゼクティブメンバーは、今後活動に影響を及ぼすであろう要素として予算不足を挙げている。それによれば、どの活動にどれだけの予算を配分するかを決定するのは、保健分野のバックグラウンドを持たないカウンティ議会である

ため、必要な活動に適切に予算が配分できるかどうか、というリソースマネージメントの課題が示唆されている。そのため、カウンティ議会に対してリソースマネージメントに関する啓発とキャパシティ・ディベロップメントを行うことが必要である旨の指摘があった。

##### 【評価判断】

以上より、政策制度面の持続性は十分に認められるものの、体制面、技術面、財務面に一部課題があることから、本事業によって発現した効果の持続性は中程度である。

持続面で特記すべき事柄として、本事後評価が元カウンターパートの「マインドセット・チェンジ」の持続性の確認にとどまらず、6カウンティの元カウンターパートが現在直面している課題が共有される機会となったことで、共通した問題を「一緒になって解決したい」という気持ちを喚起させたことである。その結果として、JICAによるフォローアップスキームへの具体的な提案が彼ら自身からもたらされた。それには、(i)本プロジェクトの保健システムマネージメント研修がカウンティ内で（昇給や昇進などの条件として）認定されるようにすること (ii) 同トレーニングをカウンティ内の政策決定者やその他の主要関係者に対して実施すること、が含まれる。こうしたイニシアティブが実現すれば、制度面・技術面・財務面の持続性が増すと考えられる。

#### 5 総合評価

以上より、総合的に判断すると、本事業は一部課題があると評価される。プロジェクトの元カウンターパートは、地方分権に伴う著しい体制の変化の下で、プロジェクト実施中と比較して活動予算はかなり限定的となっているものの、プロジェクトで開発した各実施モデルをコンセプトは残しながらより適応性の高いものに改定して実践している。彼らは新しいチームにおいて、プロジェクトで学んだメンターシップ・コーチングとチームビルディングのノウハウを活かして、地方分権下における新たなニーズに対応している。こうした現在の状況こそが、プロジェクトが目指した、保健システムを実施するためのテクニカル・キャパシティと「変化」を起こすためのリーダーシップというコア・キャパシティの強化が成功していることの証明である。他方、今後の持続性に係る

課題としては、保健マネジメントチームにおける元カウンターパートとそれ以外のメンバー間の知識・技術のギャップがコンセンサスの確立を困難にする可能性があること、保健計画で設定されている活動を適切に実施するためには十分な予算が優先度の高い活動に配分される必要があるが、その決定権はカウンティ保健局にないこと、が挙げられる。こうした課題を解決するための方策として、カウンティにおける保健セクターの主要関係者のみならず、シニアマネージャーや政策決定者を対象とした研修実施が鍵となる。

### III 提言・教訓

#### 実施機関（ケニア保健省とカウンティ保健局）への提言

1. 地方分権下における保健システムマネジメント強化のために、元カウンターパートである保健マネジメントチームメンバーおよびプロジェクトで育成した研修ファシリテーターを最大限に活用することを検討すること。本事後評価を通じて、元カウンターパート（研修ファシリテーターを含む）リストが更新されていることから、リストを将来的なアクションのために関係者と共有することが可能である。
2. プロジェクトで開発した保健システムマネジメント研修の組織化、あるいは研修修了証が6つのカウンティにおいて、昇給・昇進に必要な条件として認定されることを目指して、カウンティのシニアマネージャーや政策決定者と諮問会議を開催すること。具体的な参加者は、カウンティ保健局、カウンティ保健マネジメントチーム、カウンティ議会のうち、保健委員会、Committee of Board、カウンティ公共サービス委員会、そして、Kenya School of Government、である。
3. プロジェクトの元カウンターパートメンバー間のネットワークを促進するため、そして6カウンティ以外のカウンティも含めたカウンティ間での相互学習・情報共有を促進するためのプラットフォームとして、保健省ホームページにリンクを開設することを検討すること。

#### JICAへの教訓

1. プロジェクトでは、対象とする枠組みのすべてのレベルにおけるガバナンス（州、ディストリクト、サブ・ディストリクト、コミュニティ）を網羅すると共に、サービス提供者側とサービス利用者側の両方に焦点をあてて支援したことが機能的な保健システムの開発に繋がった。包括的なアプローチは、保健システムマネジメント研修のカリキュラムに反映されており、これによって、保健マネジメントチームメンバーは、サービスデリバリーの質を改善するための保健システムはどうあるべきかについて、保健従事者とコミュニティの関係者との対話を通じて効率的に学ぶことができた。よって、保健システム強化案件においては、サービス提供者と利用者の双方の観点から、各行政レベルの関係者に対するキャパシティ・ディベロップメントが重要である。
2. プロジェクトの元カウンターパートは、地方分権下の新しい職場において職場環境やサービスデリバリーの改善に貢献している。また、保健システムマネジメントに関する包括的な視点、およびチームビルディングとメンターシップに必要なサーバント・リーダーシップを持って、現在保健省あるいはカウンティ要職に就いている者も少なくない。プロジェクト完了後の大きな変化（地方分権化）に直面しても新しい環境に自らを適応させ、リーダーシップを発揮することができているのは、プロジェクト実施中にテクニカル・キャパシティ（保健システムを強化するために4つの実施モデルをマネジメントする知識と技術）の強化のみならず、コア・キャパシティ（マインドセット・チェンジ）の強化に取り組んだからである。両キャパシティの育成・強化に成功した要因を研修内容と日本人専門家との関わりに見ることが出来る。具体的には以下のとおり：

- ✓ 保健システムマネジメント研修は、保健行政官の必須マネジメント能力を強化するとともに、チームとしての強化を図ることによって、現場での保健システムマネジメントの改善・変革に繋がっていくことを目指した。こうした目的を達成するために採用したアプローチが、クラスルームにおける対話型チーム学習と、現場での体験型学習の組み合わせ、であった。現場活動のうち、5Sカイゼンとサポートティブ・スーパービジョンは、活動の前後比較によって効果が「見える化」されることから、マインドセット・チェンジに有効であった。前者においては、保健行政官の職場（オフィス）や保健施設が整理・整頓・清潔等を通じて改善され、後者においては、保健行政官がスーパーバイズを行う側（保健従事者やコミュニティ・エクステンション・ワーカー）のパフォーマンスが改善されたことで、保健行政官自身への自信にもつながった。
- ✓ 日々の日本人専門家チームとの関わりにおいて、ケニア人保健マネジメントチームはチームワークの利点と重要性を学んだだけでなく、日本型労働倫理と規律も学ぶことができた。

よって、持続的な保健システムの構築を目指す案件強化においては、保健システムをマネジメントする行政官・チームのテクニカル・キャパシティとコアキャパシティの両方のキャパシティを強化することが重要である。

整理整頓された図書資料（Migori）

コミュニティ・ヘルスボランティアへの研修風景（Nyatike, Homabay）

