

事後評価におけるプロセス分析

ケニア

「ニャンザ州保健マネジメント強化プロジェクト」

平成 29 年 9 月

(2017 年)

独立行政法人
国際協力機構 (JICA)

グローバルリンクマネジメント (株)

目次

要約.....	i
要約（英）.....	x
第1章 概要.....	1
1. 背景と目的.....	1
2. 評価対象プロジェクトの介入シナリオと特徴.....	1
3. 調査の基本方針.....	4
4. 評価調査方法.....	6
第2章 プロジェクトが目指した効果の発現状況.....	7
2-1 アウトプットの発現状況.....	7
2-2 アウトカム・インパクトの発現状況.....	8
第3章 効果発現に影響を及ぼしたプロジェクト期間中に起因する要因.....	16
3-1 効果発現に対する貢献要因.....	16
3-2 効果発現・発現した効果の持続性に対する阻害要因.....	29
添付1 Project Design Matrix.....	34
添付2 インタビュー対象者.....	37
添付3 訪問先の保健施設.....	39
添付4 Guide for Focus Group Discussion/Key informant interviews.....	40

要約

第1章 概要

1. 目的

本「事後評価におけるプロセス分析」は、事後評価の対象案件「ケニア国ニャンザ州保健システム強化プロジェクト」（2009年7月～2013年6月）（以下、プロジェクト）を事例として、事後的な視点から、プロジェクト実施によって当初想定した効果が発現されているかを確認した上で、いかなる活動やアプローチ・方法によってそうした効果が発現されたかをプロジェクト実施当時の実施プロセスに着眼してその要因を評価分析することを主な目的として、2016年10月から2017年9月まで実施されたものである。

2. 調査対象プロジェクトの概要

調査対象プロジェクトは、主要保健指標が全国でも劣悪であったニャンザ州を対象に、パイロット4県（Siaya, Ugenya, Gem, Kismu West）の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（プロジェクト目標）、それをもって同州のプライマリーヘルス・サービスの質が向上されること（上位目標）を目指したものである。

プロジェクトは、保健システム強化を目的としたプロジェクトに多くみられる、保健システムの各機能的要素（6ブロック＝「リーダーシップ・ガバナンス」「保健人材」「保健財政」「保健情報」「サービス提供」「保健技術（機材・医薬品）」）を分析して個々の要素を選択的に強化するというアプローチではなく、「要素間の関係性強化を通じてこそシステム全体が強化される」とのシステム思考の視点に立ち、システムを運営する人（保健行政官）と組織（保健マネージメントチーム）のキャパシティ・ディベロップメントに着眼して計画されたものである。こうしたアプローチには、保健システム強化を目的とした初めてのJICA技術協力プロジェクトである、「タンザニア国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）の経験がある。プロジェクトの特徴は、保健行政官を「変化のための主体」として捉え、受け身の発想から保健システムを強化・発展させる主体としての「マインドセット」を促すことで、行政官個人と組織（保健マネージメントチーム）のキャパシティ・ディベロップメントを試みたことにある。併せて、保健システムを効果的にオペレーションするためのモデル（実施モデル）を構築し、その有効性を実証した上で、有効な実施モデルを普及することにより、介入効果の持続性を目指した。ここで言う実施モデルとは、以下のとおりである。

- ① 保健システムマネージメント(HSM)研修実施モデル（アウトプット1）、
- ② 保健プロモーション活動モデル（アウトプット2）
- ③ （保健システムマネージメント支援ツールを含む）サポータティブ・スーパービジョン実施モデル（アウトプット3）、
- ④ コミュニティヘルス・マネージメントモデル（アウトプット3）

①と③はサプライサイドからの支援、そして、②と④はダイヤモンドサイドからの支援であり、両サイドへの支援を行うことで保健システムのオペレーションにおける相乗効果を狙った。プロジェクトは、キャパシティ・ディベロップメントの3つのレベル（個人、組織、制度・社会）のうち、「個人」と「組織」に焦点をあて、保健行政官・保健マネージメントチームのテクニカル・キャパシティ（保健システムを適切にマネージメントするために必要な9領域に関する知識・技術）とコア・キャパシティ（リーダーシップ・ガバナンス）の強化を目的としていたが、プロジェクト完了に向けて、ケニアにおける地方分権化の流れが加速化されたことを踏まえ、プロジェクトで開発した研修モデルの「制度化」にも取り組んだ。

3. 調査の基本方針

本調査は、DAC5 項目に基づく事後評価（以下、事後評価という）と並行して実施されたものである。事後評価では、PDM に基づく評価を行うことを原則とするが、ケニアでは、2013 年に導入された地方分権化に伴って行政区が再編成されたことによってガバナンス体制が変わり、プロジェクトがキャパシティ・ディベロップメントの対象とした州および県レベルの保健マネージメントチームは事後評価時点で存在しない。当時のチームメンバーの多くは、事後評価時において保健省や6つのカウンティ（Kisumu, Siaya, Migori, Homabay, Kisii, Nyamira）に配属されているが、研究機関や開発パートナーへの転職によって離職した者もいる。こうした事情から、事後評価におけるプロジェクト介入の効果、特に有効性・インパクトを評価・分析する際には、プロジェクト当時の協力シナリオに基づいて評価分析を行うことが困難であった。そのため、特に有効性・インパクトの評価においては、PDM で設置されていた指標の達成状況を確認するとともに、補足的に仮説を立てて事後におけるプロジェクト介入効果の発現状況とその持続状況を確認するための主要設問を再設定した。プロセス分析のための調査では、これらの効果の発現と持続を可能にしたプロジェクト実施中の具体的活動やアプローチ・方法を確認することを基本方針として実施した。

【仮説】

プロジェクトの介入が真に成功しているのであれば、すなわち、「プロジェクトの介入により、プロジェクトのカウンターパートであった保健行政官が主体性（コア・キャパシティ）を有し、かつ保健システムマネージメントに必要とされるテクニカルキャパシティ（知識・技術）が定着しているはず」であり（＝プロジェクト目標/アウトカムの達成）、そうであれば、彼らは現在（事後評価時点）のチーム（新たな職場）においても、プロジェクトで習得したテクニカル・キャパシティおよびコア・キャパシティを活かし、個人レベルのキャパシティをチーム全体のキャパシティの向上につなげようと行動しているだろう。そして、彼らが所属するカウンティマネージメントチームのキャパシティが強化された結果として、保健システムは適切にマネージメントされサービスデリバリーの改善（＝上位目標/インパクトの達成）がプロジェクト完了後においてみられるだろう。

【評価分析のための設問】

視点	分析のための設問	
	大設問	小設問
計画	プロジェクト開始当時の協力シナリオは適切であったか。	目標設定は、ケニア国の政策・ニーズに照らし合わせて適切であったか。 目標達成に至るロジックモデルは適切であったか。 指標は適切に設定されていたか。 対象地域は適切に選定されていたか。 キャパシティ・ディベロップメントの対象は適切に選定されていたか。
	プロジェクト実施中に計画内容（協力シナリオ、実施体制等）の変更があったか。	プロジェクト実施中に、計画時の協力シナリオや実施体制に変更があったか。あった場合、変更することでどのような効果が得られたか。
結果	プロジェクト完了までに、プロジェクトが目指した目標は達成されたか。	（アウトプット）プロジェクト完了までに、予定していた4つの実施モデル（HSM研修実施モデル、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、コミュニティヘルスマネージメントモデル）が完成したか。 （アウトカム）プロジェクトの介入によって、保健マネージメントチームのテクニカル・キャパシティとコア・キャパシティは強化されたか。
	プロジェクトによって発現された効果は、事後においても持続しているか。	（アウトプット）事後においても、各カウンティ（旧ニャンザ州）において各実施モデルは実施されているか。 （アウトカム・インパクト）元カウンターパートは、新たに配置された職場（カウンティ保健局、保健マネージメントチーム、保健省）においても、プロジェクトで習得したテクニカル・キャパシティおよび、コア・キャパシティを発揮して保健システム強化のために貢献しているか。そして、その結果として、職場環境やサービスデリバリーがどのように改善されたか。
プロセス	効果発現に影響を及ぼした要因（貢献要因・阻害要因）は何か。	プロジェクト実施中のいかなる活動やアプローチが保健行政官・チームのキャパシティ育成・強化に効果的であったか。 上記のうち、特にプロジェクト完了後のキャパシティの定着を担保するためのプロジェクト実施中の具体的な活動やアプローチは何か。 プロジェクト期間中の効果発現を阻害した要因はあるか。ある場合、具体的には何か。

はプロセス分析で重点が置かれた項目

4. 調査方法

既存資料のレビュー（各評価報告書、プロジェクト専門家による報告書等）、質問票調査（カウンティ保健局、保健省関係者、日本人専門家）、インタビュー（ケニア人元カウンターパート、元チーフアドバイザー、保健従事者、保健施設利用者）、フォーカル・グループ・ディスカッション（元カウンターパートの保健マネジメントチーム対象）、主要保健施設の視察

第2章 プロジェクトが目指した効果の発現状況

1. アウトプットの発現状況

3つのアウトプットのもとで開発された4つの実施モデルはプロジェクト完了までに完成されているが、プロジェクトが実施モデルの普及のために目指していた、「オペレーション・リサーチを通じてのモデルの有効性の実証」まで至ったのは、HSM研修実施モデルのみである¹（各モデルに内容については、第2章2-1参照）。これら実施モデルは、カウンティの現状に合わせて改定・実践されているが、その基本的な原則や考え方は、事後評価時においても維持されている。ただし、4つの実施モデルすべてが実施されているのは、3カウンティ（Kisumu, Siaya, Kisii）のみであり、実施されていても活動はプロジェクト実施中ほど活発に行われていない（例：研修の対象者や回数、スーパービジョンの頻度）。その主な理由は、予算不足に拠るところが大きい。

2. アウトカム・インパクトの発現状況

プロジェクト完了時点での状況

プロジェクトは、保健行政官・保健マネジメントチームが主体性をもって（マインドセット・チェンジ=コア・キャパシティ）、医療サービス改善のための課題を把握し、それらを戦略的に解決するために必要とされる保健マネジメントにかかる知識と技術（テクニカル・キャパシティ）を向上することを支援したものである。プロジェクト完了までに、旧ニャンザ州のすべての保健マネジメントチームメンバー（州および36県）が保健システムマネジメント研修を受講している。プロジェクトが独自に作成したキャパシティの向上を測るための評価表を用いた自己評価結果によれば、テクニカル・キャパシティ、コア・キャパシティともに目標値には至らなかったものの、向上はみられた。また、サービス向上に繋がる多くのグッド・プラクティスが生まれたことから、「保健マネジメントチームのメンバーは、HSM研修を通じて保健システムをマネジメントするために必要な知識・技術（テクニカル・キャパシティ）を習得しただけでなく、チームとして対話を通じた問題把握と改善に向けた方策の検討を行い、正の変化を起こすためにリソースを動員して連携を図りつつ活動を実践してきた。つまり、「当初プロジェクトが目指していた「変化」のための主体（保健行政官）が育成された」と判断できる。

その結果、プロジェクト完了時における、ニャンザ州の主要保健指標の著しい改善に貢献したと考えられる。8つの主要保健指標（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る出産、4回の妊産婦検診受診率、家族計画率）につき2010年から2013年の進捗状況を比較すると、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、Kisumu Westともに大幅な改善がみられる（UgenyaとGemの2県に

¹ニャンザ州の州保健マネジメントチームとすべての県マネジメントを対象に、チームを3つのグループ（20日版研修を受講したグループA、10日版研修を受講したグループB、コントロールグループ）に分けて、知識テスト、キャパシティ・アセスメント、行動変容、自身の業務満足度、利用者満足度を中心にベースライン調査（2011年4月）とエンドライン調査（2012年5月）を実施。その結果、研修を受講したグループとコントロールグループとの間に有意な差がみられた。また、研修を受講したグループ間での差はほとんど見られなかった（研修日数による差はほとんどなし）。リサーチは地元大学の協力を得て実施した。

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 県となったために、再編成以前のデータが存在しないことから、介入の効果を図ることができない。

事後の状況

プロジェクト完了から 3 年を経た現在、ケニアではカウンティ制の導入に伴い、行政区が再編され、地方分権下においてカウンティ保健局・保健マネージメントチームの役割・構成は以前と異なる。しかし、プロジェクトが元カウンターパートにもたらした「マインドセット・チェンジ」は元カウンターパートによって持続されている。プロジェクトが導入した「マインドセット・チェンジ」の意味を現在でも正しく理解し、彼らの意識と行動として定着している。つまり、プロジェクトが育成した「サーバント・リーダー」（「まず周囲への奉仕・支援を通じて周囲からの信頼を得て主体的な協力が得られる状況を作り出し、その後相手を導く人」）は、新たに配属されたチーム・職場においても、プロジェクトの支援によって習得したテクニカル・キャパシティとコア・キャパシティを活用して、職場環境やサービスデリバリーの改善に貢献していることが確認された。プロジェクトの直接のカウンターパート（全 98 名）として「サーバント・リーダーシップ」について学んだ保健行政官が中央政府（保健省）およびカウンティ政府（カウンティ保健局）の要職に占める割合が一定以上であるという事実は、プロジェクトによる人材育成の効果を示すものであるとする元カウンターパートからの見解が示された。2017 年 3 月の事後評価時点で、5 名が保健省の管理職（全 32 ポスト）に昇進している他、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。

事後評価では、6 カウンティ計 24 の保健医療施設を訪問し、サブ・カウンティ病院（レベル 4）、保健センター（レベル 3）、ディスペンサリー（レベル 2）においそれぞれ 3-4 人の施設利用者にインタビューを実施した。その結果、不満を口にした利用者はおらず、多くは提供されているサービスに満足している、と回答した。彼らは、「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」、「施設の入り口に設置されているサービス憲章には、利用できるサービス内容と費用、待ち時間が明記されていること」、「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」などを評価している。これら調査結果から、プロジェクトにより保健行政官のマインドセット・チェンジが成功していたからこそ、地方分権下においても新たな職場で保健システム強化に向けた取り組みが主体的に持続され、その効果を自らが実感していることがみてとれる。そして、保健行政官・チームのマインドが変化したことで特に保健従事者に対するスーパービジョンの方法が改善され、その結果として保健従事者の職務満足度が向上し、パフォーマンスの改善に繋がっている、さらに、それによって施設利用者の満足度も向上したと考えられる。

施設利用者の満足度の向上が、アウトカムレベルの保健指標（完全予防接種率の他、施設分娩率、出産前検診率等）の向上に貢献したことが、事後評価においてヒアリングを実施した多くのカウンティで報告された。アウトカムレベルの保健指標が改善した主な要因としては、3 点考えられる。(1) ケニア政府による母子保健サービスが無料化されたこと、(2) コミュニティヘルス・マネー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、(3) 保健施設によるサービスに対する住民の満足度が向上したこと、である。(2) と (3) は、プロジェクトの支援によって、保健行政官・チームのキャパシティ、特に、「サーバント・リーダーシップ」が向上した結果であると考えられる。

他方、インパクトレベルの保健指標については、さらなる改善に向けての努力が期待される。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、② 1 歳児未満の乳児死亡率、③ 5 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）をみると、マラリア感染率が全 6 カウンティにおいて過去 3 年間増加（悪化）している一方で、1 歳未満児死亡率と妊産婦死亡率は、カウンティ間で差がみられる。

第3章 効果発現に影響を及ぼしたプロジェクト期間中に起因する要因

1. 効果発現の貢献要因

1-1 プロジェクトの戦略

プロジェクトは、4年間で「導入期（2009年7月～2009年12月）」、「パイロット期（2010年1月～2011年6月）」、「スケールアップ期（2011年7月～2013年6月）」に分けて展開しており、PDMというプロジェクト計画を枠組みとして踏まえつつ、導入期に戦略をしっかりと設定し、それらをプロジェクトの軸として活動を展開してきた。スケールアップ期には、「地方分権化という環境の大幅な変化があっても、プロジェクトで設定したコア・バリュー（サーバント・リーダーの育成）は変更することなく、日本人専門家チームは「変化に自らで対応し得る保健行政官（サーバント・リーダー）をプロジェクト終了までに育成する（＝プロジェクトの着地点）」、「つまり、ケニア人カウンターパートにとってプロジェクトが必要なくなることこそがプロジェクトの成功である」という方針の下で、将来的なニーズの変化を考慮してプロジェクトの支援内容を柔軟に変更しながら、日本人専門家とケニア人保健行政チームが丸となってその達成に向けて取り組むことができた。」保健行政官・チームの保健システムマネジメント能力の強化（テクニカル・キャパシティとコア・キャパシティ）を目指して、プロジェクトが実施した戦略は、「動機づけ」、「エンパワーメント」、「キャパシティ・ディベロップメント」、「オーナーシップ」という4つの段階に整理することができる。以下、各段階で効果発現（サーバント・リーダーの育成）に寄与した主な戦略は以下のとおり。

「動機づけ」段階での戦略は3点に要約される。一つは、本省や開発パートナーからの影響で彼らが「こうあるべき」と思っていたことを捨てさせ（Un-learning）、自分たちが本当は何をやらなければならないかを明確化すること（ビジョニング）である。プロジェクト形成時には、6年間に及ぶ「タンザニア国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）での経験が考慮されたが、タンザニアとケニアとはプロジェクト開始時のガバナンスが異なっていた。タンザニアでは地方分権化が進んでいたタイミングでプロジェクトが開始されており、タンザニアの県保健行政官・チームはケニアとは異なり活動計画を作成するにあたって必要な予算を保健省から得るために保健省の見解に配慮する必要がなかった。他方、プロジェクト開始当時のケニアは中央集権であり、かつ地方の保健行政官・チームは様々な開発パートナーからの支援を得ていたため、州や県は、常に保健省や開発パートナーから「こうするべき」と言われていたが、自分たちの考えと異なるから動かない、という状況にあった。そこで、プロジェクトでは、州・県の行政官を対象とした半日の対話セッション（ワールドカフェ方式）を行った。わずか半日間で行政官の意識は劇的に変化、つまり、ビジョニングに成功した。

「エンパワーメント」段階でとられた戦略は2つある。一つは、「コア・バリュー（＝サーバント・リーダーシップのあるべき姿）はプロジェクトで設定しつつ、『あなたたちはできる』というメッセージを発信した」ことである。「サーバント・リーダーシップ」はHSM研修のカリキュラムにも取り入れられたが、そこには『あなたたちはできる』、『変化の主体はあなた達』というメッセージが込められた。このメッセージはケニア人カウンターパートのマインドに響いたことがインタビューを実施した複数の元カウンターパートの証言から見てとれる。

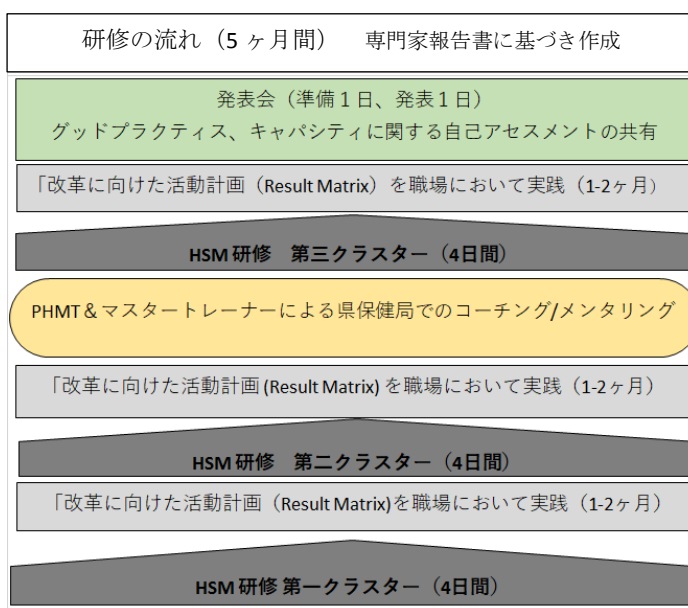
プロジェクトでは、「あなたたちはできる」というメッセージを発すると同時に、カウンターパート自身が「できる自分」を実感することができるように、「ディマンドを刺激する」という戦略も用いている。具体的には、コンピューターで各種業務文書を作成できるようになりたい、というカウンターパートの要望に応えるべく、HSM研修の前にIT研修を行ったが、彼らの「コンピューター

がほしい」との要望には敢えて応えなかった。これは、ITスキルは身に着けたが肝心のコンピューターがない、という状況に直面させ、カウンターパートのディマンドを刺激するためであった。その結果、彼らが行った行動は、「自分たちでリソースを探す」ということであった。彼らはGIZに支援を働きかけて数台のコンピューターを獲得したが、そのタイミングにおいて、プロジェクトでは2-3台のみコンピューターを提供することで、彼らの努力を後押ししている。それにより、「チームメンバー全員がコンピューターを持つ」というチームとしての共通の目標ができ、目標は短期間で達成された。コンピューターを提供した上で研修をする、あるいは、研修後にコンピューターを供与するという、援助国側のディマンドに応えるアプローチを敢えて避け、逆に、彼らのディマンドを刺激したことで、マインドセット・チェンジが促進された。つまり、保健行政官たちは、ディマンド（コンピューター）を認識し、自らで課題（コンピューターの調達）に取り組み、目的を達成している。こうした成功体験によって「できる自分」を認識した。

キャパシティ・ディベロップメント段階は、HSM研修を中心として、カウンターパートのテクニカル・キャパシティとコア・キャパシティを集中的に強化した期間であった。「州と県の保健行政官の必須マネジメント能力（Competency）を強化し、そのうえで、チームとしての組織能力を図り、現場における保健システムマネジメントの改善と改革に繋げていくこと」を最終目標として開発された研修プログラムは、「研修の対象」であるカウンターパートが作業部会（Training Management Workshop Group）の中心メンバーとして、他開発パートナー、教育・研究機関、NGO/CBOs/FBOs、民間企業で構成されるCommunities of Practiceからの技術的支援を受けながら、共に学び、試行錯誤を繰り返しながら、そして、オペレーション・リサーチによる有効性の確認までを経て完成させたものである。そのカリキュラムは、①（プロジェクトが保健システムの6ブロックを踏まえて設定した）保健システムマネジメントに必要とされる9領域を網羅した包括的な内容で、②クラスルームでの学びと現場での実践、そして振り返り・発表の組み合わせ、加えて、③各クラスターにおける事前事後の理解度テストの実施によって、知識と技術が確実に定着する効率的な構成とされており、④対話と実践に重点を置いた、「改革に向けた活動計画（Result Matrix）」を活用してチーム学習が促進されるように工夫がされている。そして、「ヘキサゴン・スパイダー・ウェブ・ダイヤグラム：Hexagon-Spider-Web-Diagram: HSWD」を用いて各保健行政官のマネジメント能力を自己分析した。これは、9領域に関する能力に関する自己分析結果を視覚化することで、カウンターパート自身の変化をより認識しやすくなるということ、および、可視化された分析結果に基づいて他者と改善点に関する話し合いが促進されることを狙ったものであった。

HSM研修実施との相乗効果を生み出したのがチームビルディングのためのリトリートである。このリトリートが自らのマインドセット・チェンジに有効であったと述べた元カウンターパートは少なくない。それまでは、個々の行政官が自身の業務を淡々とこなしていたが「チームとして働く」という意識はほとんどなく、そのため全体として成果に繋がっていなかったが、リトリートで体験したゲームはチームワークの重要性とその利点を教えてくれた、と当時を振り返る。

プロジェクトにおいては、カウンターパートの主体性を促すため、日本人専門家はケニア人行政官・チームに指示をするのではなく、彼らが自らで行動できるように「触媒（カタリスト）」に徹



した。カタリストとしての彼らがケニア人カウンターパートのマインドセット・チェンジに果たした役割は大きい。インタビューを行った多くの元カウンターパートは、自身のマインドセット・チェンジに影響を及ぼした要因として日本人専門家を挙げている。彼らは、プロジェクトチームと保健マネジメントチームは一つのチームであると感じたこと、そして、日本人専門家との日々の関わりの中でチームワークの大切さを学んだことを述べている。チームワークの他に日本人専門家から学んだこととしては、労働倫理・規律、タイムマネジメント等が挙げられた。

オーナーシップ促進の段階において成果に繋がった工夫は、5点に要約される。研修に関連したものとしては、1点目はHSM研修にピア・ファシリテーションの仕組みを導入したことである。同仕組みは、研修修了者がマスタートレーナーによる数日間のファシリテーター養成研修を受けて、次の研修ではファシリテーターとして保健行政官を教える、というものである。2点目は、ケニアでは困難とされた、カウンターパートによるプロジェクト活動費のコスト・シェアリングにチャレンジし実現させたことである。前者ではプロジェクト完了までに36名のピア・ファシリテーターが育成されている。後者では、県保健局による費用負担によってHSM研修（2011年・2012年）に参加した一部の保健行政官の中には、知識テストで最優秀の成績を収め、次のラウンドではチームの代表としてHSM研修ファシリテーターになった者もいる。

そして3点目として、プロジェクト後半になり、「様々な成果品を『見える化』し、州内や州外の関係者にカウンターパート自らが発表する機会を設ける」ことで、カウンターパートの喜びとなり、自信に繋がっていったことが日本人専門家による観察および、元カウンターパートへのヒアリング結果に示唆されている。

4点目は、プロジェクト開始時より日本人専門家は、「プロジェクトは計画通りに2014年6月をもって終了する」、「延長や第二フェーズはしない（終わりあり）」と一貫してカウンターパートに伝え続けたこと、である。この方針は、プロジェクト終盤に見られた「地方分権化」という大きな環境の変化に直面しても揺らぐことはなかった。そのため、「これまでのプロジェクトの成果をまもなく導入されるカウンティ制度のもとでいかに持続させるか」という新たな課題に直面したカウンターパートは、プロジェクトチーム共に考え、プロジェクトの焦点を「成果の普及」（＝プロジェクトで開発した実施モデルおよびそれに関連して制作した成果品）とし、以降チーム一眼となって新たな課題に取り組んだ。彼らが実施した3つの具体的な活動は、①オペレーション・リサーチを通して、HIS研修プログラムの効果をする、②ニャンザ州での経験を普及させるための成功事例やプロジェクトの成果を製本化して配布すること、③HSM研修プログラムを州内外においてに普及すること（＝主流化）、であった。

5点目は、研修プログラムの主流化のための活動である。研修プログラムの主流化は、特にキャパシティ・ディベロップメントの第三段階である「制度化」に相当する動きであり、プロジェクトではその後半期において出口戦略として位置付けていた。具体策としては、Kenya Medical Training College (KMTTC)内にKenya Institute of Health Systems Management (KIHSM)を設立し、プロジェクト完了後には、同機関のイニシアティブにより、プロジェクトで開発したHSM研修プログラムを含む複数の研修プログラムが調和化されて、全47カウンティのカウンティとサブ・カウンティの保健マネジメントチームを対象とした保健セクターにおけるリーダーシップとサービスマネジメントおよびガバナンスの改善を目的とした総合的な研修プログラムが開発・実施されることが想定されていた。その実現化に向けて、本省のHuman Resource Department、KMTTC、MSHとの協働による活動を中心に据えた活動が実施されることとなる。主な活動としては、(1) KIHSM構想のコンセプトペーパーの保健本省 (HRD/HRH)、KMTTC、MSHとの共同作成、(2) 将来的なJICAを含む開発パートナーによる支援の可能性を検討するためのKMTTCサテライトキャンパス6箇所のアセスメント実施、(3) 全47カウンティの保健マネジメントチームを対象としたイントロダクション（導入）研修パッケージと関連資料の作成、(4) 公衆衛生省人材育成局を対象としたHSM研修の実施、である。こうした活動の活発化には、元チーフアドバイザーが保健プログラムアドバイザーを兼務するようになったことで、その拠点を公衆衛生省（ナイロビ）に移したという背景がある。これら4つの活動のうち、活動(1)と(2)は、後述する要因により、想定した成果（KIHSM構想の実現）に繋がらなかった。

1-2 計画変更によってもたらされた効果

プロジェクトの協力シナリオ（PDM）は、事前評価時に作成されたバージョン（PDM₀）と、パイロット期の終わりからスケールアップ期にかけて改定されたバージョン（PDM₁）とは、かなり異なっている。PDM₁では、ヘルスプロモーションに係るアウトプット2と、保健システムマネジメント能力を培った保健行政官・チームが現場（保健施設）において実践的なシステムを構築することを目指すアウトプット3が新たに設定された。改定の結果もたらされた効果は3点に要約される。

一つは、プロジェクトに配置される日本人専門家が増員されたことにより、サプライサイドへの介入（アウトプット1での研修実施とアウトプット3でのサポーター・スーパービジョンツールの開発）とダイヤモンドサイドへの介入（アウトプット2のヘルスプロモーション活動とアウトプット3のコミュニティヘルス戦略の実施）という総合的な支援が可能となったことで、保健システム強化のための4つの実施モデルが開発された。また、サプライサイドとダイヤモンドサイドへの介入によって生じたシナジー効果によって、パイロット県における主要保健指標が大幅に改善された、とみる関係者は少なくない。

2つ目は、計画時にはパイロット県のみを想定していたHSM研修の対象を全県にまで拡大したことで、より多くの保健行政官のキャパシティ・ディベロップメントが実現したことである。こうした研修対象の地域的範囲の変更と並んで、プロジェクト期間中に行われた変更としては、県以下のレベル（保健施設とコミュニティ）の保健人材（保健従事者、コミュニティ・エクステンション・ワーカー、コミュニティヘルス・ボランティア）をキャパシティ・ディベロップメントの対象としたことである。ただし、予算との関係上、カスケード方式による研修実施であり、（元カウンターパートによれば）研修後のフォローアップも十分でなかったことから、県レベル以下の保健人材のキャパシティ・ディベロップメントと定着は十分ではない。

3つ目は、ヘルスプロモーション活動の内容をIEC（Information, Education & Communication）資料の作成から、プロポーザルベースのヘルスプロモーション関連活動の支援（プロポーザルをパイロット県の保健マネジメントチームから募り、実現化の見込みの高いものには1県につき20万円を上限として資金的な支援を行うもの）に変更したことで、保健マネジメントチームのPDCAサイクルマネジメント能力が強化されただけでなく、チームの主体性が促進されたこと、である。

2. 効果発現・発現した効果の持続性に対する阻害要因

効果の発現および発現した効果の持続性に負の影響を及ぼした要因は、PDMに起因する要因と実施に係る要因に分けられる。

PDMに起因する要因としては、ロジックモデルや指標の問題の他、支援対象の問題がある。具体的には、ニャンザ州における州と全県の保健マネジメントチームを対象としたプロジェクト目標「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（Provincial and District Health Management Teams）のキャパシティが強化される」の指標が未達成である原因の一つは、プロジェクトが直接的に支援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。つまり、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見た時に、プロジェクト目標の未達成という結果になったと考えられる。論理的には、プロジェクト目標の対象を州全土とするのであれば、アウトプットの対象も、アウトプット1だけでなく、すべてのアウトプットの対象を州全土とするか、あるいは、プロジェクト目標とすべてのアウトプットの対象をパイロット県とすることがより妥当であったと言える。ただ、実際のところは、前者のシナリオはプロジェクトのリソース（予算と人材）の関係から困難であっ

たことは明らかである。他方、後者のシナリオとした場合には、PDMの指標に照らし合わせての目標達成は実現していた可能性は高いが、HSM研修の裨益者は小規模にとどまり、現在確認されているような展開に繋がらなかった可能性もある。

実施にみる主な要因としては、HSM研修の制度化（KIHSM構想の実現）ができなかったことである。その阻害要因としては、（1）プロジェクト実施当時保健省が公衆衛生省と医療サービス省に2分化しており、プロジェクトは両省がKIHSMの設立に基本的に合意をする段階まで支援することができていたことから、プロジェクト完了後にその努力が後続案件や後任の保健省アドバイザーに引き継がれることを期待していたが、思ったように進まなかったこと、（2）KIHSMをKMTC内に設置し、研修マネジメントもKMTCが行うとの構想は、KMTCのキャパシティや本来の任務に照らし合わせて難しいとの判断があったこと、（3）それまで協働してきた一部の開発パートナーの介入があったこと、の3点が挙げられる。

プロジェクトが最後に目指したHSM研修の制度化（KIHSM構想）が実現できなかったことは、事後においてHSM研修を実施しているカウンティは3カウンティのみであり、実施されていてもその頻度や対象が限定的であるという状態を引き起こす原因となっている。HSM研修が十分に実施されないことによって現在のカウンティ・マネジメントチームが直面している問題は、HSM研修を受講している行政官と受講していない行政官の間に生じる保健システムに対する理解や知識、そして技術のギャップであり、それによってチーム全体としての業務のコンセンサス形成に時間を要することであると、多くの元カウンターパートが指摘している。

ただし、今回の調査を通じて、シニアマネジメントレベルにある複数の元カウンターパートから、「HSM修了証の有効化（ローカルアレンジメント）」に向けて6カウンティが共に考え、連携してその実現化のために活動していくとの提案が出され、多くの元カウンターパートからの賛同を得たことは、プロジェクトが目指した「チームワーク」、「サーバント・リーダーシップ」といったコア・バリューが現実化し、持続されていることの現れとして特記に値する。

Summary

Chapter 1 Introduction

1. Purpose of the Analysis

The Process Analysis was carried out on “Project for Strengthening of Health System Management in Nyanza Province, Kenya” (July 2009 - June 2013) (hereinafter referred to as the project) along with its ex-post evaluation from October 2016 to September 2017. Its main purpose was to confirm whether the effects aimed by the implementation of the project was produced, and analyze which project activities and approaches resulted in these specific effects.

2. Outline of the Project

The project aimed at strengthening the health system in Nyanza Province through the development of leadership and management capacities of provincial and district health management team members (Project Purpose), which would ultimately improve the quality of health services in the province (Overall Goal). Before the project started, Nyanza Province had suffered from long-year poor performances in the key health indicators. As a JICA technical cooperation project aimed at strengthening the health system, it was the second case following “Project for Strengthening Health System in Morogoro, Tanzania” (April 2001 - March 2007).

It is a more common approach for a project aiming at strengthening health system to select specific functional element (s) of the health system among the six blocks, namely "Leadership and Governance", "Health Human Resources", "Health Finance" Health information ", " Service Delivery", " Health technology (equipment / pharmaceuticals), while the uniqueness of the project is seen in its perspective that "the whole system can be strengthened through strengthening relationships between the components, and that it is health managers/health management teams who make it happen. The project regarded health managers and health management team as a “change agent” and developed their technical capacities and their mind-set change. This perspective was one of the core values set by the project since the beginning of the project.

Aiming for sustainability of project intervention effect, the project also develop and scaled up the 4 implementation models for effective health system operation: (1) Training on Health System Management (HSM) implementation model (Output 1), (2) Health Promotion operation model (Output 2), (3) Integrated Supportive Supervision model (Output 3) and Community Health Management model (Output 3). For creating the synergistic effect in health system operation, the project provided its support to both supply side (= (1) and (2)) and demand side ((2) and (4)) .

Out of the three levels of the capacity development (individual, institutional and system), the project originally focused on individuals and institutions for strengthening knowledge and skills in the nine areas for appropriate management of health system (technical capacities) and developing competency for leadership (core capacity). To response to the accelerated process of decentralization in the second half of the project period, the project also worked on institutionalization of the HSM training program.

3. Implementation Structure

Yuriko Minamoto	Professor, Graduate School of Governance Studies, Meiji University
Kana Takio	Evaluation Division 2, Evaluation Department, JICA HQs
Erwin Kinyangi	JICA Kenya Office
Keiko Kita	Senior Executive Fellow, Global Link Management Inc.
Joel Odero	Research Assistant

4. Principles of Analysis

The Process Analysis was conducted at the time of the Ex-post evaluation based on the DAC 5 evaluation criteria (Relevance, Effectiveness/Impact, Efficiency and Sustainability) (hereinafter referred to as the Ex-post evaluation). In accordance with the principle of ex-post evaluation, effectiveness and impact was evaluated in line with the indicators set in the PDM, which could be hardly applied to the evaluation on this project because the governance structure has changed after the completion of the project, and therefore the health management team members currently have not been as same as before. Many ex-counterparts currently have been assigned to either one of six counties (Kisumu, Siaya, Migori, Homabay, Kisii, Nyamira) or the Ministry of Health, but some are no longer in the public sector. Therefore, for the Ex-post evaluation on effectiveness and impact, the hypothesis was developed and validated based on ex-post conditions of the project's effects. The Process Analysis, then, focused on identifying specific activities and approaches undertaken during the project that brought and ensured sustainable effects.

Hypothesis

If the intervention of the project was truly successful, both technical capacities and core capacities of the counterparts (then-health management team members at the provincial and district level) must have been well developed and strengthened (= achievement of Project Purpose/Outcome), and they have been contributing to strengthen health system in the new workplace by facilitating capacity development of the new team members with his leadership and skills of health system management. This results in improvement of service delivery.

【Key Questions for Ex-Post Evaluation and Process Analysis】

Perspective	Analysis Questions	
	Main Questions	Sub-Questions
Plan	Was the intervention scenario developed appropriate?	Were objectives of the project appropriate to response to policies and needs of Kenya? Was logic model of the project appropriate? Were indicators to assess the achievement of the objectives set appropriately? Were geographical areas of the project selected properly? Target groups for capacity development by the project selected appropriately?
	Was the revised intervention scenario valid?	How were the original needs of Kenya changed during the project period? How was the original intervention scenario (PDM) changed to response to the arose needs?
Results	Was the Project Purpose achieved by the end of the project?	(Outputs) 4 implementation models developed by the end of the project? (HSM training model, Health Promotion Operation model, Supportive supervision model and Community health management model) (Outcome) With support by the project, were technical capacities and coore capacities of the health management team members developed/strengthened ?
	Have the effects produced by the project been sustained even after the completion of the project?	(Outputs) Have each implemenetation model been operated in the six counties after the completion of the project? (Outcome * Impact) Have ex-counterparts practiced the developed capacities (technical capacities and core capacities) to strength health system at his/her new assigned workplace (MoH, County Health Department, County/sub-county health management teams)? If so, as the result, how have their working environment and service delivery improved?
Process	What are the factors (contributing factors / inhibiting factors) that affected the development of the effect?	Which activities implemented during the project period were effective to develop/strengthen capacities of health management team members?
		Among activities/approaches identified above, which activities specifically ensured sustainability of the developed capacities? Were there any factors inhibited development of effects during the project?

Questions for Process Analysis.

5. Methods of Analysis

- ✓ Document review (evaluation reports, project monitoring reports, etc.)
- ✓ Questionnaire survey (County Health Department, Ministry of Health, Ex-Japanese experts)

- ✓ Key Informant interview (Ex-Chief Advisor, Ex-counterparts, Health workers, Service users)
- ✓ Focus Group Discussion (ex-counterparts) ex-chief advisor
- ✓ Direct observation (Total 24 health facilities in six counties)

Chapter 2 Achievement of the Project

1. Achievement of Output

The four implementation models under three Outputs were developed by the completion of the project, but only the HSM training implementation model was proved effective by the operation research (For the contents of each implementation model, refer to Chapter 2, 2-1). These models have been revised and practiced according to the current state of counties, while maintaining the basic principles and ideas at the time of the ex-post evaluation. Yet, in only three counties (Kisumu, Siaya and Kisii), all four models have been implemented, and overall, the scale of the activities is smaller than that under project implementation mainly because of a shortage of budget.

2. Achievement of Outcome and Impact

Status at the time of project completion

The project aimed at strengthening the health system in Nyanza Province through the development of leadership and management capacities of health management team members in capturing challenges in improving service delivery and taking countermeasures strategically. By the end of the project, all management team members in the province received HSM training which was designed to foster servant leaders with these capacities.

According to the results of the self-assessment with a tool so called “Hexagon-Spider-Web-Diagram” developed by the project, there was satisfactory progress in both technical and core capacities although they did not reach the target set in the PDM. A number of good practices leading better quality of services were also reported and observed. These results indicate that what they acquired was more than knowledge and skills (technical capacities) to management of health system through the HSM training. They were capacitated to analyse problems and solutions through dialogues among the team members, and mobilize resources for positive changes. It is fair to conclude that “change agents” have been developed.

As a result, the major health indicators of Nyanza Province have improved markedly at the completion of the project. Among eight key health indicators (maternal mortality rate, under-1-year infant mortality rate, immunization rate of measles, rate of children with fully immunization, malaria infection rate of children under 5 years old, birth rate with skilled persons, 4 ANC, family planning rate), all indicators, except maternal mortality rate, were improved in 2013 from in 2010. These indicators in the pilot district (Siaya and Kisumu West) improved dramatically. For Ugenya and Gem, there was no data for comparison because these districts existed as a result of restructure of Siaya during the project.

Ex-post Status

At the time of the ex-post evaluation, the governance has been dramatically changed with the devolved system: roles and structure of county health department and county health management teams. However, the "mind-set change" of the ex-counterparts that was brought by the project has been sustained: the majority of them have understood properly on what is mind-set change, and it is established as their consciousness and action. Namely, the “servant leaders²” fostered by the project currently have contributed to improve

² According to Robert K. Greenleaf, a servant leader is servant first. Servant leadership begins with the natural feeling that one wants to serve, to serve first. Then conscious choice brings one to aspire to lead. The servant-leader shares power, puts the needs of others first and helps people develop and perform as highly as possible.

work environment and service delivery by utilizing the technical capacity and core capacity even in the newly assigned team/workplace. Among 98 direct counterparts of the project (health management team members) who learnt about servant leadership through the project, a certain number of them currently have been assigned to key managerial positions in the central government (MoH) and the county government (County Health Department), which is, according to ex-counterparts, an evidence of the success of the project intervention. At the time of the ex-post evaluation in March 2017, five out of 32 managerial positions in the MoH were positioned by the ex-counterparts and among the six counties, the county health minister of 4 counties (Siaya, Homabay, Kisii, Nyamira) Is the former counterpart of the project.

The survey results indicate that the ex-counterparts have sustained their efforts to strengthen the health system in the assigned county proactively and realized its results by themselves because their mind-set change was successful during the project. Their new method of supervision to health workers (supportive supervision) has increased job satisfaction of health workers, which leads to improvement in their performance, and furthermore, the satisfaction of the service users.

Results of the interview with 3-4 service users per health facilities at all 6 counties (24 health facilities - Sub County Hospital (Level 4), Health Center (Level 3), Dispensary (Level 2)) conducted at the ex-post evaluation revealed that none of the interviewees were complained about services they received. Majority of them said that they were satisfied with the services because: "facilities are clean", "service desk is set and the flow of subsequent services from reception is smooth", "the service charter is set at the entrance of the facility by which service contents, expenses, waiting time are clearly to them", " waiting time at outpatient is not too long ", " the correspondence of health workers is kind ", "health workers are ready to listen to the service users", "primary health service free is free."

The ex-post evaluation also found that due to the improvement of the satisfaction level of service users, the outcome level health indicators such as fully immunization rate of the children, facility delivery rate, prenatal check rate in the majority of the 6 counties. There are three main factors for the improved indicators: (1) The Kenyan Government introduced free-service for maternal and child health services, (2) the strengthening of community health management, the referrals of community people to the health facility and defaulters by the community health volunteers were improved due to the strengthened community health management, (3) the satisfaction level of community people with services provided by health facilities has improved. (2) and (3) may be the result of practices of "servant leadership" by ex-counterparts of the project.

On the other hand, there are some rooms for improvement in impact level health indicators: looking at the performance of the three key health indicators (maternal mortality rate, under 1-year infant mortality rate, under 5-year malaria infection rate) in the 6 counties over the past three years (2012/2013, 2013/2014, 2014/2015), under 5-year malaria infection rate has been increased (worsened)for the three years at all 6 counties, while infant mortality rate and the maternal mortality rate differ between counties.

Chapter 3 Factors that Influenced the Effects

1. Factors Contributed to Produce the Effects

1-1 Project's Strategy

The project was composed of three phases: Introduction phase (July-Dec. 2009), Pilot Phase (Jan.2010-Dec. 2011) and Scale-up phase (Jan.2012- June 2013). The solid strategies were developed at the introduction stage and applied to activities set in the PDM as an intervention framework. With perspective, "by the end of the project, servant leaders who can adapt themselves to whatever changes should be fostered (Project Purpose)" "it is real success of the project that Kenyan counterparts no longer need external supports bythe project." The core values, including "servant leadership" were sustained throughout 4 years even the project faced a drastic change in the environment, namely "decentralization"

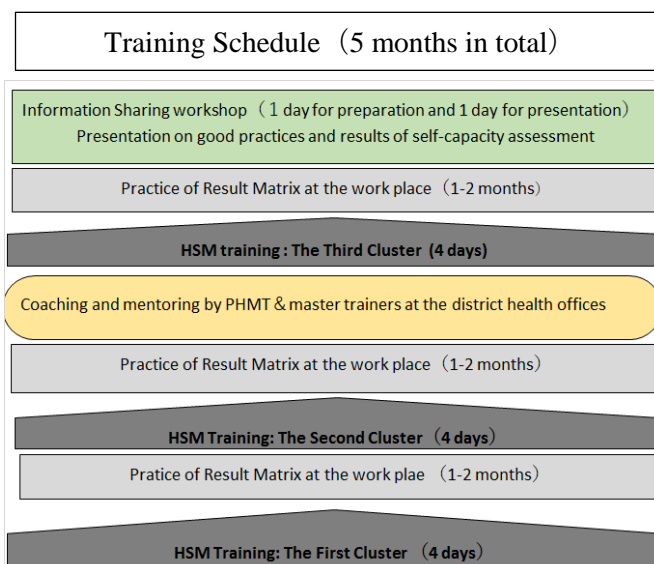
at the scale-up stage. Rather, the stable strategies enabled the project's stakeholders (Japanese project members and Kenyan counterparts) to flexibly change activities and accelerate their efforts to respond to the coming needs. The strategies developed by the project to strengthen technical and core capacities of health managers and its teams are "motivation", "empowerment", "capacity development" and "ownership".

At the "motivation" stage, strategies introduced were "Unlearning" (To uncover what they thought as "should be") due to influence from the Ministry of Health or/and development partners and "visioning" (To clarify themselves what they really should do).

The project was planned based on the experiences of "Project for Strengthening Health System in Morogoro, Tanzania" (April 2001 - March 2007), but the governance of Kenya when the project was launched was different from that in Tanzania. In Tanzania, the decentralization had been introduced before the project started, and therefore provincial/district health management teams were free from views of the Ministry of Health to obtain the necessary fund to develop an action plan. On the other hand, Kenya was in the centralized governance and heavily depended on development partners for the development. As a result, the local government considered and practiced what the central government and development partners expected them. Yet their commitment was insufficient because what they were expected was not as same as their own ideas. To change the situation, the project carried out a half-day dialog session in the world cafe style with provincial and district health management team members, which was effective to change their consciousness drastically.

At the "empowerment" stage, two strategies were introduced. One is to convey a message "you can do" to the counterparts while setting the core value, including servant leadership. "Servant leadership" was also a part of the HSM training curriculum with a message "you can do" and "it is you who will make changes" which inspired Kenyan mind. On the one hand, the project conveyed a message "you can do". On the other hand, the project introduced the strategy to stimulate demands of the counterparts so that they could realize "I can do". In particular, the project implemented the IT training to respond to the request of the counterpart who wished to be able to work on the computer, but did not dare to respond to the request to provide them a computer. When the trained counterparts became capable of using computers without a computer available in his/her office, they took an initiative to find resources to purchase PCs" At the time they got several computers from GIZ, the project offers only 2-3 computers to accelerate their effort, which was effective to mobilize the team members toward a common goal as a team: "all the team members have computers". The goal was achieved in a short period of time. The project dared to avoid responding to the recipient country's demands (= providing computers before or after the training). On the contrary, by stimulating their demands, their mind-set change was promoted. Namely, health management team members recognized their demand (computers), worked on their challenges (procurement of computers) and achieve the purpose. Through these success experiences they recognized their capacity.

At the capacity development stage, focused on the HSM training, the project intensively strengthened the technical capacity and core capacity of the counterparts. The HSM training was implemented with the purpose of strengthen competency of provincial and district health management team members at the individual level while strengthening organizational capacity as a team toward the improvement and innovation for the health system management on the ground for a better health of the people in the community. The uniqueness of the training is seen in the implementation structure and process of the development of the training program: the counterparts were the target of the training and also core members of the Training Management Working Group Workshop Group.



With support from Communities of Practice consisting of key development partners, education/ research institutes, NGO/CBOs/FBOs, and private companies, the counterparts learned together and developed the training program through a series of trial and error to finalize the draft and the operation research to validate effectiveness of the program. The finalized training curriculum was with : (1) comprehensive contents covering nine areas required for appropriate health system management, (2) an efficient composition to ensure the establishment of trainees’ knowledge and skills through (I) the combination between learning in the classroom and on-site practice, (ii) the combination between review their practices and presentation of the results, and (iii) a comprehension test implemented to the trainees before and after the training at each cluster, and (3) an aim at promoting team learning by using "Resolution Matrix for Reform" with focus on dialogue and practice. In addition, (4) after the training, individual health managers conducted a self-assessment on capacities which covered by the training, by a tool called "Hexagon Spider Web Diagram: HSWD". The results of the self-assessment were visualized, which not only enabled the health manager to recognize changes in their capacities more easily, but also promoted discussion as a team based on the visualized results.

It was retreats for team building that created synergy with the HSM training implementation. Many ex-counterparts stated that the retreats were effective for their own mindset change. They looked back days during the project, stating that in the past, individual managers focused on their own tasks, with little attention to “work as a team”, which failed to lead the team. The games they experienced at the retreats allowed them to understand the importance of team work and its advantages.

Throughout the project, Japanese experts performed as a “a catalyst” to develop ownership of Kenyan counterparts, which contributed to change mind-set of Kenyans as stated by a number of ex-counterparts: some of them said that they had felt project team members and Kenyan health management team members became the whole team toward the achievement of the common goal. They learnt the importance of team work through day-to-day communication with Japanese team members. In addition to team work, what they learned from Japanese experts was work ethics/discipline, time management, etc.

At the stage of ownership development, five strategies were introduced.

Strategies related to the HSM training: (i) fostering peer facilitators who completed the training program and performed as a facilitator at the coming training session and (ii) having challenged and realized the cost sharing of the project activity expenses by counterparts, which had been considered difficult in Kenya. In the latter, 36 peer facilitators were trained by the end of the project. In the former, some health managers who participated in the training held in 2011 and 2012 with financial support by the district health office, marked the best score in a knowledge test and became a facilitator as the representative of the team in the following round.

In the latter half of the project, the project visualized various deliverables and encouraged the counterparts to present them to stakeholders inside and outside of the province, which gave them, according to observation by Japanese experts and ex-counterparts interviewed at the time of the ex-post evaluation, pleasure and confidence.

The fourth point is that Japanese experts from the start of the project consistently told the counterparts that the project would end as planned in June 2014 without extension or second phase. This policy did not change even in the face of a drastic environmental change, namely "decentralization. This strategy had the counterparts faced a new challenge "how to sustain the results of the project so far under the county system to be introduced soon" The counterparts, together with the project team members, considered what to do and reached the agreement that dissemination of the results (= the implementation models and the related materials developed by the project) could be the answer". After that, it became the team's target and worked on it intensively. Three concrete activities that they thought were (1) to validate effectiveness of the HIS training program through operation research, (2) to share good practices and the results of successful activities of the project with stakeholders at inside and outside of the Nyanza province to disseminate its experience, (3) to scale-up the HSM training program inside and outside of the province (=mainstreaming of the HSM training program).

In particular, the mainstreaming of the training program, which is the fifth strategy, is equivalent to "institutionalization", the third stage of capacity development, and the project was positioned it as an exit strategy in the second half of the year. As a concrete measure, it was aimed to establish the Kenya Institute of Health Systems Management (KIHSM) within Kenya Medical Training College (KMTC). It would take leading roles to develop and implement the training program by integrating the existing training programs introduced by the development partners so that the integrated training program would be available for capacity development of the county and sub-county health management teams in the all 47 counties for better leadership, service management and governance.

To this end, the project consciously engaged Human Resource Department/MoH, KMTC and MSH to the project activities. As main activities, (1) joint development of a concept paper of KIHSM, (2) implementation of assessment on 6 KMTC Satellite Campus, (3) development of an induction training package and related materials for all 47 county health management teams (4) Implementation of HSM training for the staff of Human Resource Department/MoH. These activities were activated after the chief-advisor was placed in the MoH to concurrently serve as a health program advisor. Among these four activities, (1) and (2) were not linked to the establishment of KIHSM.

1-2 Effects Resulted from Modified Project Interventions

The project cooperation scenario reflected in the PDM is quite different between the original version (PDM 0) drafted at the time of the preliminary study and the revised version (PDM 1) developed at the end of the pilot period. In PDM 1, Output 2 aiming to improve health promotion and Output 3 aiming to construct a practical system at the site (health facility) by the health managers/teams whose capacities of health system management were strengthened through the HSM training were newly set up. The effect brought about by the revision is summarized in three aspects.

Firstly, with 2 new Japanese experts assigned to the project at the end of the pilot phase, the project's intervention became comprehensive: intervention on supply side (implementation of the training at output 1 and development of supporting supervision tool etc. at output 3) and intervention on demand side (health promotion activities at Output 2 and implementation of Community Health Strategy at Output 3), which resulted in the development of the four implementation models, and further, not a few ex-stakeholders of the project, both Japanese and Kenyan, pointed out that the comprehensive intervention had contributed to the improvement of the key health indicators dramatically in collaboration with other development partners.

Secondly, by expanding geographical target of HSM training from the pilot districts to all districts in the province, the project was able to capacitate a larger number of health managers/teams. Together with the change in geographical coverage of the training, the project extended the target of capacity development to human resources in health at lower level than the districts, namely health workers in the health facility level

and community extension workers and community health volunteers at the community level. However, due to the insufficient project budget, capacity development of these human resources was indirect with the cascaded training, and, according to ex-counterparts, follow-up by the project after the cascaded training was not enough, which inhibited the establishment of capacity development at lower level than the district level.

Lastly, health promotion activities at Output 2 were changed from development of IEC (Information, Education & Communication) materials to the proposal-based health promotion activities with financial support by the project (maximum of 200,000 yen per district). This change contributed not only to strengthen capacities of health managers/teams in management based on PDCA cycle, but also to promote ownership of the teams.

2. Factors Constrained to Produce the Effects

Factors that exerted a negative influence on the outset of the effects and the sustainability of the developed effect are divided into factors attributing to PDM and factors attributing to implementation.

Factors attributing to PDM include a logic model to achieve the outcome (Project Purpose) and impact (Overall Goal), and indicators to assess the level of achievement of these objectives. Specifically, one of the reasons that indicators of the Project Purpose were not achieved is seen in the fact that the geographical area directly supported by the project differed from output to output. Output 1 (Health System Management Training) covered all 36 districts, whereas Output 2 (Health Promotion Implementation Model) and Output 3 (Supportive Supervision Implementation Model and Community Health Management Model) was only 2 pilot districts (which became 4 districts through the restructuring of one district during the project period). This intervention gaps between pilot and non-pilot district inhibited the project from achieving its purpose which targeted all 36 districts. Logically, if the target of the Project Purpose is to be across the province, the target of the all three Outputs should be the all districts in the province, or the target of Project Purpose and all three Outputs should be the pilot districts. However, in reality, it is clear that the latter scenario was not realistic due to the limited resources (financial and human resources). On the other hand, in the case of the former scenario, it is highly possible that the Project Purpose must have been achieved in line with indicators set in the PDM, but the beneficiaries of the HSM training must have stayed on a small scale.

Factors attributing to implementation is failure to realize the institutionalization of the HSM training, namely establishment of KIHSM decreased sustainability of the project's effects. Constraints include the following:

- 1) The Ministry of Health at that time consisted of two ministries (Ministry of Public Health and Ministry of Medical Services). While the project had been successful until when the two ministries basically agreed with the establishment of KIHSM, no further progress was made after the project.
- 2) It was concluded by the ministries that it was beyond the mandate and capacity of KMTC to manage the operation of KIHSM established in KMTC,
- 3) One of the development partners that had cooperated with the project for the HSM training prevented the project from leading the process of establishment of KMTC.

The fact that the institutionalization of the HSM training could not be realized is a cause of the limited implementation of the HSM training at the ex-post period: in only three out of the six counties, the training currently has been implemented, and in these counties the frequency and targets of the training is much lower than those in the project period. The problem faced by the current county management teams due to insufficient implementation of HSM training is a gap in the understanding and knowledge of the health system between ex-counterparts who were trained by the project and those who were not. According to ex-counterparts, the gap makes it difficult for the teams to reach consensus on the tasks of the whole team.

However, it should be noted that at the time of the ex-post evaluation, ex-counterparts proposed that ex-counterparts who are currently assigned to six counties should be reunited to work on enabling the certificate of the HSM training for promotion in the counties (local arrangement). This is an evidence that the team work and servant leadership which were set as core values of the project have been realized and sustained at the ex-post period.

第1章 概要

1. 背景と目的

本「事後評価におけるプロセス分析」は、事後評価の対象案件「ケニア国ニャンザ州保健システム強化プロジェクト」（2009年7月～2013年6月）（以下、プロジェクト）を事例として実施された。プロジェクトは、主要保健指標が全国でも劣悪であったニャンザ州を対象に、州・県レベルの保健行政官個人及び保健行政チームの保健システムマネジメント能力を強化することを目的として、2016年10月から2017年9月まで実施したものである。

近年保健セクターでは、類似のプロジェクトが複数国で実施されているが、プロジェクトによる介入（活動）と目指した効果（保健システム強化や医療サービスの質向上）との因果関係は十分に検証されていない。こうした点を踏まえ、本調査では、事後的な視点から、プロジェクト実施によって想定していた効果が発現されているかを確認した上で（第2章）、いかなる活動やアプローチ・方法によってそうした効果が発現されたについて、プロジェクト実施当時の実施プロセスに着眼してその要因を評価分析し（第3章）、評価結果から導き出された教訓を類似プロジェクトの計画・実施にフィードバックすることを目的として実施された。

JICA キャパシティ・アセスメントハンドブック（JICA 国際協力総合研究所 2008年9月）によれば、キャパシティとは「課題対処能力」（途上国が自ら課題を特定し、目標を設定し、それを達成していく能力）であり、キャパシティ・ディベロップメントとは「途上国の課題対処能力（＝キャパシティ）が個人、組織、社会などの複数のレベルの総体として向上していくプロセス（＝変化のプロセス）」である、そして、JICAの役割を「途上国のキャパシティ・ディベロップメントを側面支援するファシリテーター」としている。プロジェクトは、個人（保健行政官）と組織（保健マネジメントチーム）を対象とし、テクニカル・キャパシティ（＝知識と技術）とコア・キャパシティ（ガバナンスとリーダーシップ）を向上するためのカタリストに徹し、一定の効果を上げていることから、この点において、プロジェクトはJICAのキャパシティ・ディベロップメントの定義に沿った支援を実施したと言える。

「開発援助事業のプロセス評価」（ガバナンス研究 No.4 2007年、源由理子）では、「開発事業におけるキャパシティ・ディベロップメントを開発効果（アウトカム）としてではなく、目的を達成するための「プロセス」として捉え、開発効果の定着・普及を促す活動を通じて、介入プロセスで援助される側が主体となって持続的に効果を出していく体制づくり（人的・組織的）が行われているか」に留意した評価を行うこと、とされている。以上を念頭に、プロセス分析のための調査を実施した。

2. 調査の実施体制

本調査の実施体制は以下のとおりである（敬称略）：

源 由理子	明治大学 公共政策大学院ガバナンス研究科 教授（アドバイザー）
滝尾 佳菜	JICA 評価部事業評価第2課 専門嘱託
Erwin Kinyangi	JICA ケニア事務所 保健プログラムオフィサー
喜多 桂子	グローバルリンクマネジメント（株）主幹研究員（本邦コンサルタント）
Joel Odero	リサーチアシスタント

3. 評価対象プロジェクトの介入シナリオと特徴

プロジェクトは、主要保健指標が全国でも劣悪であったニャンザ州を対象に、パイロット4県（Siaya、Ugenya、Gem、Kismu West）の保健行政官のリーダーシップとマネ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（プロジェクト目標）、それをもって医療サービスの質が向上されること（上位目標）を目指したものである。

保健システム強化を目的としたプロジェクトでは、その手段として、各機能的要素（6ブロック＝「リーダーシップ・ガバナンス」「保健人材」「保健財政」「保健情報」「サービス提供」「保健技術（機材・医薬品）」）を分析して個々の要素を選択的に強化するというアプローチがとられていることが多いが、必ずしも目的達成に至っていない。こうした点を踏まえ、プロジェクトは、「要素間の関係性強化を通じてこそシステム全体が強化される」との視点に立ち、システムを運営する人（保健行政官）と組織（保健マネジメントチーム）のキャパシティ・ディベロップメントに着眼して計画されたものである。保健行政官を「変化のための主体」として捉え、受け身の発想から保健システムを強化・発展させる主体としての「マインドセット」を促すことで、行政官個人と組織（保健マネジメントチーム）のキャパシティ・ディベロップメントを試みた。テクニカル・キャパシティだけでなく、コア・キャパシティの強化に重点を置くことで、保健システムが強化されるだけでなく、システムの持続性に繋がるか、を試行しようとした。

併せて、保健システムを効果的にオペレーションするためのモデル（実施モデル）を構築し、その有効性を実証した上で、有効なモデルを普及することによって、介入効果が持続することを目指した。ここで言う実施モデルは4つある：①保健システムマネジメント研修実施モデル（アウトプット1）、②保健プロモーション活動モデル（アウトプット2）③サポーター・スーパービジョンを通じたサービスの質管理モデル（以下、サポーター・スーパービジョン実施モデル）（アウトプット3）、④コミュニティヘルス・マネジメントモデル（アウトプット3）。①と③はサプライサイドからの支援、そして、②と④はダイヤモンドサイドからの支援であり、両サイドへの支援を行うことで保健システムのオペレーションにおける相乗効果を狙った点に特徴がみられる。

上記した通り、プロジェクトは、キャパシティ・ディベロップメントの3つのレベル（個人、組織、制度・社会）のうち、「個人」と「組織」に焦点をあて、保健行政官・保健マネジメントチームのテクニカル・キャパシティ（保健システム領域にかかる知識・技術）とコア・キャパシティ（リーダーシップ・ガバナンス）の強化を目的としていたが、プロジェクト完了に向けて、ケニアにおける地方分権化の流れが加速化されたことを踏まえ、プロジェクトで開発した研修モデルの「制度化」にも取り組んでいる。

プロジェクトでは、実施段階を「導入段階（2009年7月～12月）」、「パイロット段階（2010年1月～2011年6月）」、「スケールアップ段階（2011年6月～2013年6月）」の3つの段階に分けて実施しており、パイロット段階終盤にPDMの改定が行われている。その後のスケールアップ段階はカウンティ制度の導入プロセスが本格化してきた時期とも重なることから、地方分権化に伴うニーズの変化を敏感に察知し、将来的なニーズに合わせてプロジェクト活動の内容を柔軟に変更している³。以下は、改定したPDM（添付1参照）の内容を中心とした各アウトプットの内容である。

アウトプット1：システム強化のためのヘルスシステムマネジメント（Health System Management：HSM）研修実施モデルを構築し、ニャンザ州全土に普及することを目的としたもの。研修プログラムは、州・県レベルの保健行政官の「必須マネジメント能力（＝コンピテンシー）を強化することのみならず、チーム（組織）の強化を図ることを通じて、現場における保健システムマネジメントの改善・強化に繋げていくことを目指した。

パイロット段階から試行を重ねて最終的に開発された研修プログラムは、(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の9領域を網羅した

³ そうした活動には、開発した実施モデルを他州に普及にすることのみならず、国家標準として採用されることを見込んでの保健省への働きかけとして、保健省人事局スタッフへのHSM研修の実施、カウンティ保健マネジメントチームに対するリーダーシップ・マネジメント研修実施機関としてのKenya Institute of Health Systems Management (KIHS) の設立も含まれる(実際には実現化には至らなかった)。

12 モジュール（計 12 日間）で構成される。12 のモジュールは、4 モジュール毎に 3 つ のクラスターに分けて実施（各 4 日間）されるが、一つのクラスター終了から次のクラスター開始までに 1 ヶ月～2 ヶ月の期間を設け、この期間中に、研修で県保健マネジメントチーム（DHNT: District Health Management Team）が策定した「職場での改善・変革に向けた行動計画（Resolution Matrix）」を職場で実践するようにしている点、および Resolution Matrix の進捗を話し合うために、第 2 と第 3 クラスターの間には州保健マネジメントチーム（PHMT: Provincial Health Management Team）とマスタートレーナーが県保健局を訪問する「現地視察：フィールド・ピジット&コーチング/メンタリングセッション」が設定されている点、全クラスター終了 1 ヶ月後には研修成果発表会を実施する構成とした点が特徴である。こうした工夫により、保健行政官は最新のマネジメント理論のみならず、現場のニーズに即した実践的な実習を経験したが、同時に、関係者間での対話を通して共に考え問題解決に向けた取り組みを続けていくことでチームワークの利点と重要性も学び、マネジメントチーム（組織）としてのキャパシティ強化を目指した。

同研修の開発・実施・評価という一連のプロセスの主体は、研修マネジメント技術作業部会（Training Management Working Group）であった点に運営上の特徴がみられる。作業部会は、研修対象者でもある州保健マネジメントチーム、県保健マネジメントチームの他、国内主要大学・教育機関、保健本省、開発パートナーで構成されている。

アウトプット 2：「適切な保健システムが構築されても、使用されなければ保健指標の改善にはつながらない」との考えに基づき、パイロット 4 県を対象とした保健マネジメントチームによるヘルスプロモーション活動の促進を目的とした。サービスのサプライサイドである保健行政官（および医療保健従事者）のエンパワーメントを通じた「デマンド・クリエーション」を目指し、パイロット段階までの活動の中心は、ローカルコンテクストに沿った IEC（Information, Education & Communication）教材の開発・普及に置かれた。IEC 教材は外注して制作するのが一般的であるが、PHMT や DHMT に外注する資金が不足していたことや、技術を習得して自分たちで制作できるようになることが持続性を高めるとの視点から、IEC 教材制作技術研修、教材作成とプレテスト、教材の最終化、という一連のキャパシティ・ディベロップメントが実施された。スケールアップ段階では、年間活動計画（Annual Operation Plan）におけるヘルスプロモーション関連活動の予算化と実施化を重点的に支援することとなった。チームの主体性を高めるため、ヘルスプロモーション関連の活動について県保健マネジメントチームからプロポーザルを募り、実践化の見込みの高いプロポーザルに対しては資金的な支援も行った。

同アウトプットの活動は、2009 年 12 月に立ち上げられた、ヘルスプロモーション活動に係るワーキンググループ（UCANWG: Unity Communication Advocacy and Networking Working Group）が主体となって実施した。そのコアメンバーは、州およびパイロット県におけるヘルスプロモーションオフィサー、ヘルスプロモーションフォーカルパーソン、JICA プロジェクトメンバーで構成された。同 WG は公衆衛生省ヘルスプロモーション局とも協働し、プロジェクト活動の内容が政府指針に合致したものとなるよう留意されていた。

アウトプット 3：アウトプット 1 と 2 で培われた保健行政官（個人）とマネジメントチーム（組織）のキャパシティが強化されたことによって保健サービスの利用が促進される、との考えに基づき、設定されたアウトプットであり、医療現場で機能する実践的なサービス提供システムの構築を目的とした。サプライサイド（サービス提供者）とディマンドサイド（サービス利用者）の双方に働きかけること（エンパワーメント）により保健システムが強化されることを実証することを念頭に設定されたもので、パイロット 4 県を対象とした。2011 年 4 月に派遣された長期専門家がサプライサイドを、同時期に配置された日本人ナショナルスタッフがディマンドサイドに係る各活動を支援した。サプライサイドの強化としては、県保健マネジメントチームと保健施設をつなぐインターフェースに注目し、それを「サービス・クオリティ・マネジメント」と位置付けて、県保健マネジメントチームによるコミュニティ・エクステンション・ワーカー（Community Health Extension Workers: CHEWs）に対するスーパービジョンや、保健情報システムの強化、保健施設における 5S カイゼン活動の導入（5S-CQI-TQM）等のツールの実践が行われた。他方、ディマンドサイドの強化のため、保健施設とコミュニティヘルス・ボランティアをつなぐインターフェースであ

るコミュニティ・エクステンション・ワーカーに注目して、彼らのコミュニティに対するファシリテーションとコーチングのスキル向上に重点を置いた支援を行った。

アウトプット4：アウトプット4は、アウトプット1-3で構築しその有効性が検証された4つの実施モデルを他州に普及するための役割を担って設定されたが、プロジェクト終盤にはプロジェクト期間内のモデルの国家標準化を強く意識した活動が行われている。具体的な活動として、プロジェクトの介入効果を判定するためのオペレーションズ・リサーチの実施、情報や経験の共有のためのフォーラム等の開催、学会誌への発表等が含まれる。

ケニア国「ニャンザ州保健システム強化プロジェクト」の概要

- 実施期間：2009年7月～2013年6月
- ターゲット地域：ニャンザ州（パイロット4県：Siaya、Ugenya、Gem、Kismu West）*
*プロジェクト開始当時2県であったパイロット県は、対象県の改変によりその後4県となった。
- ターゲットグループ：州および対象4県の保健行政官・チーム
- 上位目標：ニャンザ州におけるプライムリーヘルスケアサービスの質が向上する。
- 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（Provincial and District Health Management Teams）のキャパシティが強化される。
- アウトプット：
 - 1 保健分野のリーダーシップおよびマネジメント研修がニャンザ州でモデル化され、普及・促進される。
 - 2 パイロット県におけるヘルスプロモーション活動がモデル化・主流化される。
 - 3 パイロット県における保健施設及び、コミュニティへのサポーターティブ・スーパービジョン及び関連マネジメント活動がモデル化され、促進される。
 - 4 アウトプット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。
- 主な活動
 - ・保健システムマネジメント研修パッケージの開発と、州および県レベルの保健行政マネジメントチームに対する研修実施
 - ・県保健マネジメントチームによる保健プロモーション活動の支援
 - ・統合的マネジメント・サポーターティブ・スーパービジョン（IMSS）チェックリストの開発とPDCAサイクルに基づくサポーターティブ・スーパービジョンメカニズムの構築
 - ・保健センターによるサービスの質改善のための5Sカイゼン活動の導入
 - ・サービスの統合促進のための母子手帳活用促進（保健省による母子手帳改訂プロセス支援）
 - ・顧客関係向上のためのサインポスト（道案内のための看板）設置・IDカードの発行
 - ・保健サービス提供者のモチベーション向上のためのベスト保健施設・コミュニティ・ユニット賞の導入
 - ・保健施設から県保健局に報国するデータの質の向上のための県保健情報ソフトウェア導入、データの質のアセスメント実施
 - ・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・リサーチの実施
 - ・情報や経験の共有のためのフォーラムの開催、スタディ・ツアー等の実施

4. 調査の基本方針

本調査は、DAC5項目に基づく事後評価（以下、事後評価という）と並行して実施されたものである。事後評価では、PDMに基づく評価を行うことを原則とするが、ケニアでは、2013年に導入された地方分権化に伴って行政区が再編成されたことによってガバナンス体制が変わり⁴、プロジェクトが

⁴ 2010年に制定された新憲法によって2013年7月に導入された地方分権の特徴は、中央レベルでは政府の権限が分担されており、地方レベルでは自治政府である点にある：新憲法は、政策・国家基準の策定とキャパシティ・ディベロップメントを中央政府、公共サービスの提供をカウンティ政府（カウンティ政府）の責任として規定している。同憲法に従って、中央政府の下に編成さ

キャパシティ・ディベロップメントの対象とした州および県レベルの保健マネージメントチームは事後評価時点で存在しない。当時のチームメンバーの多くは、事後評価時において保健省や6つのカウンティ（Kisumu, Siaya, Migori, Homabay, Kisii, Nyamira）に配属されているが、研究機関や開発パートナーへの転職によって離職した者もいる。こうした事情から、事後評価におけるプロジェクト介入の効果を評価・分析する際には、プロジェクト当時の協力シナリオに基づいて評価分析を行うことが困難であった。そのため、特に有効性・インパクトの評価においては、PDMで設置されていた指標の達成状況を確認するとともに、補足的に仮説を立てて、事後におけるプロジェクト介入効果の発現状況とその持続状況を中心に確認した。続くプロセス分析のための調査では、これらの効果の発現と持続を可能にしたプロジェクト実施中の具体的活動やアプローチ・方法を確認することを基本方針として実施した。

【仮説】

プロジェクトの介入が真に成功しているのであれば、プロジェクトの介入により、プロジェクトのカウンターパートであった保健行政官は主体性（コア・キャパシティ）を有し、かつ保健システムマネージメントに必要とされるテクニカルキャパシティ（知識・技術）が定着しているはずであり（＝プロジェクト目標/アウトカムの達成）、彼らは現在（事後評価時点）のチーム（新たな職場）においても、プロジェクトで習得したテクニカル・キャパシティおよびコア・キャパシティを活かし、個人レベルのキャパシティをチーム全体のキャパシティの向上につなげようと行動しているだろう。そして、彼らが現在所属するカウンティ・マネージメントチームメンバーのキャパシティは強化され、結果として保健システムは適切にマネージメントされ、サービスデリバリーの改善（＝上位目標/インパクトの達成）がプロジェクト完了後においてみられるだろう。

れていた8州と71県は47カウンティ（郡）に再編成された。カウンティの構成は都市部と農村部では異なり、農村部の場合にはカウンティのすぐ下にサブ・カウンティ、その下に区(Ward)、最も小さい行政単位として村(Village)がある。なお、旧行政区画は、州(Province)、県(District)、区(Division)であり、新行政区画のサブ・カウンティは旧行政区画の県(ディストリクト)と領域が一致するところが多い。中央政府については、2008年に公衆衛生省と医療サービス省の2省に分割されていたが、2013年7月に再び保健省として統一された。

評価分析のための設問

視点	分析のための設問	
	大設問	小設問
計画	プロジェクト開始当時の協力シナリオは適切であったか。	目標設定は、ケニア国の政策・ニーズに照らし合わせて適切であったか。 目標達成に至るロジックモデルは適切であったか。 指標は適切に設定されていたか。 対象地域は適切に選定されていたか。 キャパシティ・ディベロップメントの対象は適切に選定されていたか。
	プロジェクト実施中に計画内容(協力シナリオ、実施体制等)の変更があったか。	プロジェクト実施中に、計画時の協力シナリオや実施体制に変更があったか。あった場合、変更することでのどのような効果が得られたか。
結果	プロジェクト完了までに、プロジェクトが目指した目標は達成されたか。	(アウトプット) プロジェクト完了までに、予定していた4つの実施モデル (HSM研修実施モデル、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、コミュニティヘルスマネジメントモデル) が完成したか。 (アウトカム)プロジェクトの介入によって、保健マネジメントチームのテクニカル・キャパシティとコア・キャパシティは強化されたか。
	プロジェクトによって発現された効果は、事後においても持続しているか。	(アウトプット) 事後においても、各カウンティ (旧ニャンザ州) において各実施モデルは実施されているか。 (アウトカム・インパクト)元カウンターパートは、新たに配置された職場(カウンティ保健局、保健マネジメントチーム、保健省)においても、プロジェクトで習得したテクニカル・キャパシティおよび、コア・キャパシティを発揮して保健システム強化のために貢献しているか。そして、その結果として、職場環境やサービスデリバリーがどのように改善されたか。
プロセス	効果発現に影響を及ぼした要因(貢献要因・阻害要因)は何か。	プロジェクト実施中のいかなる活動やアプローチが保健行政官・チームのキャパシティ育成・強化に効果的であったか。
		上記のうち、特にプロジェクト完了後のキャパシティの定着を担保するためのプロジェクト実施中の具体的な活動やアプローチは何か。 プロジェクト期間中の効果発現を阻害した要因はあるか。ある場合、具体的には何か。

□ はプロセス評価において重点が置かれた項目

なお、文中で「(元)カウンターパート」としているところは、プロジェクトがキャパシティ・ディベロップメントの対象とした州およびパイロット4県の保健行政官・チーム(計98名)を指す(ただし、アウトプット1のHSM研修の対象者はプロジェクト完了までに全県に拡大したため計720名となる)。文中で記載している写真や図表は、特に明記していない限り、プロジェクト関連文書からの引用である。

5. 評価調査方法

プロセス評価の主な方法としては以下のとおり：

- 既存資料のレビュー(各評価報告書、プロジェクト専門家による報告書等)
- 質問票調査(カウンティ保健局、保健省関係者、日本人専門家)
- インタビュー(ケニア人元カウンターパート、元チーフアドバイザー、保健従事者、保健施設利用者)
- フォーカル・グループ・ディスカッション(元カウンターパートの保健マネジメントチーム対象)
- 主要保健施設の視察

第2章 プロジェクトが目指した効果の発現状況

2-1 アウトプットの発現状況

プロジェクト完了までに、予定していた4つの実施モデル（HSM研修実施モデル、ヘルスプロモーション実施モデル、サポータティブ・スーパービジョン実施モデル、コミュニティヘルス・マネジメントモデル）が完成したか、また事後においても6カウンティ（旧ニャンザ州）において各実施モデルは活用されているか。

3つのアウトプットのもとで開発された4つの実施モデルはプロジェクト完了までに完成されている⁵が、プロジェクトが実施モデルの普及のために目指していたモデルの有効性の実証にまで至ったのは、HSM研修実施モデルのみである⁶。ただし、ヘルスプロモーション実施モデルについては、有効性の実証は計画に含まれていない。サポータティブ・スーパービジョン実施モデルとコミュニティヘルス・マネジメントモデルは、オペレーション・リサーチを実施したが、リサーチ・トピックが適切でなかった⁷こともあり、有効性は実証されていない。

これら実施モデルについては、プロジェクト完了後にはカウンティの現状に合わせて改定・実践されているが、その基本的な原則や考え方は、事後評価時においても維持されている。モデル別では、

⁵ 各モデルが開発されたとみなされる要素は以下の通り：

HSM研修実施モデル：①州およびパイロット県を対象としたコア・マネジメント研修プログラムが完成し、参加者から一定の評価が得られること②研修プログラム普及のためのファシリテーターガイドとトレーニングカリキュラムが作成される③研修プログラム普及のための研修関連文書（テキストmプレゼンテーションスライド等）が作成される④研修プログラム普及のための研修実施のしくみと実施計画が作成される⑤ファシリテーターガイドと研修関連文書に沿ってファシリテーターのための研修が実施される。

ヘルスプロモーション実施モデル：①ヘルスプロモーション作業部会が立ち上がり、月例会議が開催されるようになる②パイロット県におけるヘルスプロモーション担当官/フォーカルパーソンに対するヘルスプロモーションに係る基礎・応用研修が実施される③ヘルスプロモーション・ハンドブック（政策文書を含む）が発行される④ローカルコンテクスト対応するIEC教材が作成される⑤四半期ベースで州ヘルスプロモーション関係者フォーラムが開催される。

サポータティブ・スーパービジョン実施モデル：①IMSSチェックリストが開発される②PDCAサイクルに基づくサポータティブ・スーパービジョンの仕組みが開発される③サポータティブ・スーパービジョンハンドブックが作成される④IMSSチェックリストと改革に向けた活動計画（Resolution Matrix）が適切に文書化され県保健マネジメントチームおよび関係者と共有される⑤サポータティブ・スーパービジョンの効果が（保健従事者の満足度、施設利用者の満足度、ハイインパクトインターベンション指標等）によって実証される。

コミュニティヘルス・マネジメントモデル：①コミュニティヘルス・エクステンションワーカーとコミュニティヘルス・ボランティアの再研修プログラム、リファラル&デフォルトトレーニングのための文書、サポータティブ・スーパービジョンチェックリスト作成される②コミュニティヘルス・エクステンションワーカーとコミュニティヘルボランティアの再研修用教材が作成され、計64コミュニティ・ユニットを対象とした再研修が実施される③PDCAサイクルに基づくコミュニティから保健施設へのリファラルとデフォルトトレーニングの仕組みが試行され、パイロット県の全166コミュニティ・ユニットに拡大される④コミュニティヘルス・エクステンションワーカー用のマネジメントハンドブックが作成される⑤オペレーション・リサーチや既存文書に基づきコミュニティヘルスマネジメントモデルの有効性が実証される。

⁶ HSM研修プログラムは、2011年度に4つのパイロットチームを対象にスタートし、2012年度にオペレーションズ・リサーチによるグループ分けに従って計18チームを新たに対象とし、その後プロジェクト完了までに残る15チームに対して研修を実施している。研修期間による効果を分析するためのオペレーションズ・リサーチのために、10日間プログラムと20日プログラムを作成した。リサーチの結果、日数の違いによる研修効果に差が見られなかったため、効率性の観点から10日間プログラムを正式に採用することとし、ケア側カウンターパートの要望を取り入れた結果、12モジュールを3つのクラスターに分けて計12日間で実施するHSM研修プログラムを最終版として完成させている。

⁷ 保健マネジメントチームのキャパシティの向上（プロジェクトによる介入）とその結果（3つの指標「保健施設に対する利用者の満足度」、「保健行政官の職務満足度」、「主要保健指標の向上」との間に因果関係は認められない。「保健行政マネジメントチームの（保健従事者に対するスーパービジョン等の）キャパシティが向上することより、保健従事者のキャパシティが向上し、それによりサービスの質が改善されれば、利用者の満足度が高くなる」というロジックに基づいての指標設定だと考えられるが、保健サービスの質には保健従事者の技術等の他、施設・設備・機材・薬品等、他のファクターも大きく影響する。また、保健行政官の職務満足度には、給与等の待遇面や、人事評価、昇進などのファクターも大きく影響する。リサーチ・トピックには、以上のようなファクターが考慮されていない。なお、リサーチ・トピックは、上位目標指標と同じである。

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・マネージメントモデルは全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実践される結果となっている。他方、HSM 研修実施モデルは、3つのカウンティ (Kisumu, Siaya, Kisii) のみでの実践にとどまる。これらのカウンティにおいても、サブ・カウンティレベルでの研修実施は行われていない。全体的に、活動はプロジェクト実施中ほど活発に行われていない (例: 研修の対象者や回数、スーパービジョンの頻度等) その主な理由は、予算不足に拠るところが大きい。カウンティ予算に占める保健セクター予算の割合は、過去3年間比較安定しており、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、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、という課題が示唆されている。

2-2 アウトカム・インパクトの発現状況

プロジェクトの介入によって、保健マネージメントチームのテクニカル・キャパシティとコア・キャパシティは強化されたか。元カウンターパートは、新たに配属された職場 (カウンティ保健局・保健マネージメントチーム、保健省) においても、プロジェクトで習得したテクニカル・キャパシティおよびコア・キャパシティを発揮して保健システム強化のために貢献しているか。そして、その結果として、職場環境やサービスデリバリーがどのように改善されたか。

プロジェクトは、保健行政官・保健マネージメントチームが主体性をもって (マインドセット・チェンジ=コア・キャパシティ)、医療サービス改善のための課題を把握し、それらを戦略的に解決するために必要とされる保健マネージメントにかかる知識と技術 (テクニカル・キャパシティ) を向上することを支援したものである。プロジェクト完了までに、旧ニャンザ州のすべての保健マネージメントチームメンバー (州および36県) が上記した保健システムマネージメント研修を受講している。研修の効果はどうであったかを調査した。

プロジェクトでは、キャパシティの向上を図るための自己評価表を独自に作成し、保健マネージメントチームのテクニカル・キャパシティが強化されたと判断する基準を「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がプロジェクト完了までに5段階中4になること」としていた。研修9項目 (リーダーシップ、マネージメント、ガバナンス、計画とM&E、保健政策マネージメント、サポーター・スーパービジョン、資源マネージメント、情報マネージメント、チームマネージメント、顧客関係マネージメント) につき、5段階評価を行い、その平均値を、ベースライン値 (2011年4月) とエンドライン値 (2012年5月) を比較したところ、ベースライン値 3.27/5.00 に対して、エンドライン値は 3.75/5.00 であった。若干の向上がみられるものの、目標値には達していない。ただし、エンドライン調査は、プロジェクトが完了する1年以上前に実施されていること、そのため、エンドライン調査時に研修を終えていたのは全37チームのうち、23チームのみであった点を考慮する必要がある。

	行動変容指標	全体に占める%	指標の客観性
1	リーダー気質がある。	13%	主観的
2	実際にリーダーシップを発揮している。	13%	主観的
3	より高い目的を設定し、それを達成するための取り組みをしている。	13%	主観的
4	自ら変化を起こそうという気持ちがある。	13%	主観的
5	対人関係	13%	主観的
6	職場にミッション・ビジョンを設定した。	5%	客観的
7	関係者とミーティングを実施した回数	5%	客観的
8	自身がスーパービジョンを担当している保健施設とミーティングを実施した回数	5%	客観的
9	職場に保健政策に関する書物を保管するリソースコーナーを設けているか。	5%	客観的
10	職場のリソースコーナーに実際に保健政策に関する書物を保管している。	5%	客観的
11	保健計画の計画・実施のために、保健政策を活用している。	5%	客観的
12	県保健局・担当保健施設に、サジェスチョンボックスを設置している。	5%	客観的
		100%	

研修受講済みチームの変化を見ると、ベースライン値 3.29/5.00 に対して、エンドライン値は 3.88/5.00 となっている。

コア・キャパシティについては、強化されたテクニカル・キャパシティが行動変容に繋がっているかを確認するため、「自己評価による行動アセスメントの総合平均値がプロジェクト完了までに 5 段階中 4 になること」を目指していた。行動アセスメントの項目としては、主観的指標と客観的指標からなる 12 の行動変容指標を設定し、12 指標で 100% として、行動指標毎にパーセンテージを配分している。全体に占める客観的指標と主観的指標の割合は、それぞれ 35%、65% である。全 37 チームを対象とした場合、ベースライン値 2.64/.00 からエンドライン値 3.41/5.00 に上昇している。研修受講済み 23 チームのみでは、ベースライン値 2.68/5.00 からエンドライン値 3.51/5.00 となっている⁸。

プロジェクト期間中に、研修を受講した保健マネジメントチームのメンバーが導入した活動のうち、幾つかの成功事例を以下に挙げる⁹。

⁸ 12 指標の各指標にパーセンテージの配分を行った上で、100 点満点の点数化を行い、それを 5 点満点に変換

⁹ プロジェクトが作成した Health Management Good Practices Handbook (May 2013) を参考に作成

研修分野	プロジェクトの支援によってもたらされた変化
リーダーシップ&マネージメント	<p>県保健計画のモニタリングは体系的に実施されていなかったが、プロジェクトによる支援の結果、州保健マネージメントチームは、「年次保健計画」のモニタリング・レビュー・ミーティングを県保健マネージメントチーム参加のもとで定期的実施するようになった他、レビューをデータに基づいて実施し、その結果を計画に活用するという意識と手順が定着した。</p> <p>県保健マネージメントチームは、HM研修でコンピューター・スキルを学んだ後、個々人がコンピューターとモデムを購入し、保健マネージメントチームメンバー間および、担当している保健施設とのコミュニケーションをE-メールを通じて行うようになった。保健施設はコンピューターを購入しなくても、あらかじめ県保健局にE-メールアドレス登録しておくことで、インターネット電話を通じてコミュニケーションを行った。これにより情報共有がタイムリーに行われるようになり、業務の効率化が促進された。以前は、必要な情報がチームメンバーに伝わらなかったり、共有されるまでに時間を要していた。</p> <p>県保健マネージメントチームの各メンバーは、勤勉で優秀であったが、個々に業務を実施していたため、個人の努力がサービスデリバリーの向上に繋がらなかった。プロジェクト支援によるチームビルディングのためのリトリートへの参加を通じて、彼らはチームビルディングのメリットと効果を理解し、サービスデリバリーの改善という共通の目標に向かって結束力が高まった。</p>
ヘルス・プロモーション	<p>県ヘルス・プロモーション担当官は、ヘルスプロモーション活動計画の作成や、報告書の作成・州への提出を行っていなかった。プロジェクトによる支援の結果、データに基づいて活動計画を作成、サブ・ディストリクトで活動するパートナーと共有されるようになった。また、ヘルス・プロモーション関係者フォーラムが半年に一度実施されるようになったことで、全県の年次保健計画に少なくとも5つのヘルスプロモーション活動が含まれるようになった。6割以上の県ヘルス・プロモーション担当官が毎月報告書を州に提出するようになった。</p> <p>県におけるヘルス・プロモーション活動は場当たり的で、その内容もデータに基づいて作成されていなかった。プロジェクト後半期に導入したプロポーザルベースのヘルス・プロモーションプロジェクトにより、県保健マネージメントチームのヘルス・プロモーション活動へのインセンティブが高まり、コミュニティを動員して、HSM研修で学んだ「データに基づくプランニング及び評価」を行い、PDCAサイクルに基づくプロジェクトマネージメントの能力が強化された。例えば、Siaya 県のUrunga 地区では、住民参加型のヘルス・プロモーションプロジェクトの結果、2012年に施設分娩率が半年間で26%から41%に、次の半年間には51%にまで増加した。また、Ugenya 県では、保健マネージメントチームが強いチームワークを発揮し、エビデンスに基づく「スナノミ撲滅キャンペーン」を計画・実施し、活動を通じてリーダーシップとマネージメント能力が強化されたことで、ヘルスプロモーション活動の年次計画への主流化が実現された。</p>
サポーター・スーパービジョン	<p>以前のスーパービジョンは、不定期的で、事前の計画なく実施され、結果が報告書として纏められることもなかった。プロジェクトによる支援の結果、チェックリストを活用したPDCAサイクルに基づく体系的なスーパービジョンが定期的実施されるようになった。また、保健マネージメントチームの保健従事者に対する態度は、「できていないところを見つけて叱る」ことから、「問題を共に考え、解決していく」というメンターとしてのアプローチに変わった。</p>
サービス・クオリティ・マネージメント	<p>Gem 県保健マネージメントチームは、HSM研修後に県保健局に5S カイゼン活動を導入した後、2つの保健施設をモデル施設として同活動をOJTとして実施した。保健関連のデータや報告書がファイルされ、ラベルを付けて保管されたことで、職場が清潔になっただけでなく、必要な情報に容易にアクセスできるようになったことで、保健施設での患者の待ち時間が短縮化された。</p> <p>プロジェクト介入によって、保健施設への道標が設置されたことで新規のアクセスが増えた。また、保健従事者がIDカードを身につけるようになったことで、患者との関係が改善された。</p>
保健情報システム	<p>保健施設は、コミュニティ・ヘルス・エクステンション・ワーカーからコミュニティに関するデータを書式で受け取り、それを所定の報告書に反映させて県保健局に提出していたが、報告書へのデータ入力に問題があり、正確なデータが把握できていなかった（そうした問題があることも気づいていなかった）。プロジェクト支援のもと、Gem 県保健マネージメントチームは、保健施設に対して週2回データレビューミーティングを実施するとともに、四半期ベースで20保健施設以上を訪問して、データの質のアセスメントを実施するようになった。</p>
コミュニティ・ヘルス	<p>プロジェクトの支援により、県保健マネージメントによるコミュニティ・ヘルス・エクステンション・ワーカーに対するマネージメント研修が1ヶ月に一日実施されるようになった（7ヶ月かけて実施）。研修を受講したコミュニティ・ヘルス・エクステンション・ワーカーは、コミュニティ・ヘルス・ワーカー（ボランティア）に同研修を実施。研修前後で理解度テストを実施することで研修へのコミットメントと理解度を深め、研修で学習した事柄を現場で実践するというサイクルを7ヶ月間続けたことにより、知識・技術が定着した。プロジェクト開始以前にも、3日～5日間のマネージメント研修は実施されていたが、学習量が多く十分な理解に繋がっていなかった。</p> <p>保健施設でのケアが必要である状態であるにもかかわらず、保健施設を訪れていないコミュニティの住民（病感染者、妊婦等）を把握し、しかるべきケアを受けるようアドバイスすることのみならず、実際に保健施設でケアを受けた（受けている）かについてモニタリングするのはコミュニティ・ヘルス・ワーカー（ボランティア）の役割である。プロジェクト開始以前には、課せられた役割を果たすために多くのツール（リファラル・シート）が散在していたことから混乱を招いていた。プロジェクトの支援によって、標準化したツールが開発されたことで、リファラルケースは著しく上昇した（例：Siaya 県では50%以上の上昇率）</p> <p>プロジェクト開始以前には、コミュニティ・ヘルス委員会はほとんど活動しておらず、委員会メンバーの離職も多い状況であった。これは、コミュニティ・ヘルス・エクステンション・ワーカーはコミュニティにおける保健活動の担い手としてのコミュニティ・ヘルス・ワーカー（ボランティア）を重視してきたことや、コミュニティ・ヘルス委員会への開発パートナーの支援がほとんどなかったことによる。プロジェクトでは、コミュニティにおける保健活動への同委員会の理解と参加の促進を支援した。コミュニティ・ヘルス・エクステンション・ワーカーは、コミュニティ・ユニット（コミュニティにおける行政単位）におけるすべての保健関連活動に関して、コミュニティ・ヘルス委員会の会長に連絡するようになった結果、コミュニティ・ヘルス・ワーカー（ボランティア）による活動への理解が深まった。その具体例の一つとして、Ugenya 県 Ugunja のYenga コミュニティ・ユニットでは、バイクや自転車を利用できない患者のために荷馬車が提供された。</p>

以上、プロジェクトの支援により保健マネージメントチームのメンバーは、HSM 研修を通じて保健システムをマネージメントするために必要な知識・技術（テクニカル・キャパシティ）を習得しただけでなく、チームとして対話を通じた問題把握と改善に向けた方策の検討を行い、正の変化を起こすためにリソースを動員して連携しつつ活動を実践してきた。つまり、当初プロジェクトが目指していた「変化」のための主体（保健行政官）が育成された、と言ってよい。

その結果、プロジェクト完了時におけるニャンザ州の主要保健指標の著しい改善に貢献したと考えられる。8つの主要保健指標(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る出産、4回の妊産婦検診受診率、家族計画率)につき2010年から2013年の進捗状況を比較すると、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¹⁰(Ugenya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)。

では、プロジェクトの元カウンターパートであった保健行政官は現在(事後評価時)どうしているのか。プロジェクト完了から3年を経た現在、ケニアではカウンティ制の導入に伴い、行政区が再編され、地方分権下においてカウンティ保健局・保健マネージメントチームの役割・構成は以前と異なる。こうした環境の変化においても、多くの元カウンターパートは、新たに配属されたチーム・職場において、プロジェクトの支援によって習得したテクニカル・キャパシティとコア・キャパシティを活用して、職場環境やサービスデリバリーの改善に貢献していることが事後評価において確認されている(以下表参照)。

¹⁰ 各保健指標のベースライン値(2008/2009年)とエンドライン値(2011/12年)は以下のとおり(情報源: JICA SEMAH Project 2009-2013)

Siaya: はしかの予防接種率(61%→94%)、子どもの完全予防接種率(60%→90%)、医療従事者の立会による出産(28%→57%)、4回の妊産婦検診受診率(47%→65%)、家族計画率(27%→43%)

Kisumu West: はしかの予防接種率(75%→82%)、子どもの完全予防接種率(75%→86%)、医療従事者の立会による出産(27%→56%)、4回の妊産婦検診受診率(19%→69%)、家族計画率(45%→56%)

目的	元カウンターパートが導入した活動	カウンティ
リーダーシップ&マネジメントの強化	サブ・カウンティ保健局において、毎週月曜日にスタッフミーティングを実施するようになり、保健マネジメントチームメンバー間での業務の重複が改善された。	Kisumu
	What-Up Group"を活用することで、カウンティおよびサブ・カウンティ保健マネジメントチームメンバー間での情報共有が促進された。	Kisii
	写真付きのエビデンスベースのレポートをソーシャル・メディアやグループメールを通じて関係者と共有できるようにした。	Siaya
	カウンティ・モニタリング&評価ユニットを設置したことで、M&E活動とパートナー間調整が効率的に行われるようになった。	Kisii
	サブ・カウンティ病院にCCTVを設置したことで、院長は院内におけるスタッフの業務内容を常時モニタリングできるようになり、適時のフォローアップが可能になっただけでなく、盗難などの安全管理や、施設利用者間あるいは利用者と保健従事者間でのトラブル解決が容易になった。	Kisii
	サブ・カウンティに技術作業部会を設置し、チームビルディングを行った結果、保健計画の一連のマネジメント（計画、実施、M&E）が円滑化した。	Nyamira
	「Migori カウンティEPIフェイスブック」を立ち上げ、カウンティ内のすべての保健施設に週に一度の報告システムを導入した結果、予防接種率が導入前47%から83%にまで上昇した。	Migori
	開発パートナーにHIV/AIDSのケアと治療の促進を働きかけた結果、メディカルスタッフが保健施設に常時勤務するローテーション体制が導入された。	Kisii
サポーターシップ・スーパービジョンの強化	サブ・カウンティ内のすべての保健施設にミッションとビジョンを表示したことで、保健センターとディスペンサリーがミッションとビジョンに沿って保健計画を策定することができるようになった。	Homabay
	サブ・カウンティ公衆衛生局のための収益徴収憲章をサブ・カウンティ病院に導入したことにより、徴収が増加し、保健計画における各活動への予算化が透明化したことで、必要なサービスの改善のために適切な予算が配分されるようになった。	Homabay
サポーターシップ・スーパービジョンの強化	スーパービジョン報告書のフォーマットが開発され、報告結果に基づいて施設の保健従事者と月間ミーティングを実施するようになった。	Kisumu
	保健施設に関するアセスメントのための報告フォーマットが開発された。それには、チェックリストとスーパービジョン・マトリックスが含まれる。	Siaya
コミュニティ・ヘルスの強化	スーパービジョンチェックリストの電子化されたことで、タブレットで見られるようになった。	Kisumu
	サブ・カウンティのコミュニティ・ヘルス・ユニットに新たにコミュニティ・ヘルス・エクステンション・ワーカーを雇用したことで、コミュニティでの活動が活発化した。	Kisumu
	データを用いてカウンティ政府へのアドボカシーを行い、コミュニティ・ヘルス・ボランティアへの給与支払い制度（1ヶ月3000シル）を導入して以降は離職率ゼロが維持されている。	Siaya
	コミュニティ・ヘルス・ボランティアのインセンティブとして、毎月の奨励金を支払うようになったことで、コミュニティ・ヘルス・ボランティアによる報告率が過去4か月間で74%から93%に上昇した。	Homabay
	サブ・カウンティ保健マネジメントチームがコミュニティでのDialogue Dayやその他のミーティングに参加することで、コミュニティと保健施設との連携が促進された。	Nyamira
	サブ・カウンティ保健局ANCユニット付きのコミュニティ・ヘルス・ボランティアが保健施設への診察予約とその後のサービス利用状況を電話を通じて行うようになったことで、過去半年間で乳幼児死亡率が4%減少、予防接種率が74%から85%に上昇した。	Homabay
	プロジェクトで学んだマインドセット・チェンジの方法を用いてコミュニティの住民のエンパワメントを行った結果、ヘルスプロモーションが促進されモバイルと通話料を予算化することで、コミュニティ・ヘルス・ボランティアは、モバイルを活用して、コミュニティ住人の保健施設へのリファラルとその後の施設でのサービス利用状況を把握できるようになった。	Kisii
	プロジェクトで学んだマインドセット・チェンジの方法を用いてコミュニティの住民のエンパワメントを行った結果、ヘルスプロモーションが促進されモバイルと通話料を予算化することで、コミュニティ・ヘルス・ボランティアは、モバイルを活用して、コミュニティ住人の保健施設へのリファラルとその後の施設でのサービス利用状況を把握できるようになった。	Kisii
サービス・クオリティの改善	コミュニティ・ヘルス・エクステンション・ワーカーを新たに雇用することで、コミュニティ・ヘルス・ユニットとの連携が促進された。	Kisumu
	サブ・カウンティ病院に5Sカイゼン活動を導入したことにより、一日あたりの外来患者数が20%増加した。	Migori
	カウンティ内の保健施設に5Sカイゼン活動を導入したことにより、患者記録に容易にアクセスできるようになったことで患者の待ち時間が短縮された。	Nyamira
	カウンティ保健局EPIユニットに5Sカイゼン活動を導入したことで、在庫管理が改善された。	Kisii
	施設利用者満足度調査のフォーマットが開発され、質問票がタブレットで閲覧できるようになった。	Kisumu
	プロジェクト期間中に学んだ「ワールド・カフェ」方式を参考に、サブ・カウンティ病院と保健センターにLean Caféを導入し、関係者間でサービスの質改善に関する対話をした結果、予防接種率と施設分娩率の増加につながった。	Kisumu
	既存の「Beyond-Zero キャンペーン」活動に子供を対象としたすべてのサービスを統合した結果、予防接種率が28%上昇した。	Homabay
保健情報マネジメントの強化	小児、青少年、成人の心理社会面を支援するグループを立ち上げたことで、HIV/AIDS患者の発見や、患者と保健従事者の相互コミュニケーションの促進につながった。	Migori
	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したことにより、患者記録に容易かつ迅速にアクセスが可能となった。	Migori
サブ・カウンティ病院に保健情報マネジメントのための3段階データレビュープロセスを導入したことで、期限内に正確な報告がなされ、報告内容に基づいて活動実施に必要なリソースが配分できるようになった（誠実資源マネジメント改善）だけでなく、患者記録へのアクセスが容易になったり、コーチング/メンターシップに必要な保健従事者のニーズが適切に把握できるようになった。	Homabay	

事後評価においてヒアリングを実施した多くのカウンティで、完全予防接種率の他、施設分娩率、出産前検診率等のアウトカムレベルの保健指標が向上したことが報告された一方で、インパクトレベルの保健指標については、さらなる改善に向けての努力が期待される。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）をみると、マラリア感染率が全6カウンティにおいて過去3年間増加（悪化）している一方で、1歳未満児死亡率と妊産婦死亡率は、カウンティ間で差がみられる。

事後評価時点においてアウトカムレベルの保健指標が改善した主な要因としては、3点考えられる。(1)ケニア政府による母子保健サービスが無料化されたこと、(2)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、(3)保健施設によるサービスに対する住民の満足度が向上したこと、である。(2)と(3)は、プロジェクトの支援によって、保健行政官・チームのキャパシティ、特に、「サーバント・リーダーシップ」が向上した結果であると考えられる。プロジェクト期間中に保健システムマネジメント研修で学んだ知識・技術のうち、現在の日常業務で特に活用している分野を尋ねたところ、3つの共通した分野（①チームビルディング、②対話を通じたサポータティブ・スーパービジョン/メンタリング/コーチング、③5Sカイゼン活動を通じたサービスクオリティの改善）が挙げられた。これらは、プロジェクトが導入した新しいアプローチであり、特に、チームビルディングや対話を通じたサポータティブ・スーパービジョン/メンタリング/コーチングは、プロジェクトが目指した「サーバント・リーダーシップを有する保健行政官」の育成に必要なとされるものである。「サーバント・リーダー」とは、「まず周囲への奉仕・支援を通じて周囲からの信頼を得て主体的な協力が得られる状況を作り出し、その後相手を導く人」¹¹であり、これまで一般的に考えられてきた「支配的リーダー」に必要な資質とは異なることから、マインドセット・チェンジが必要となる。

現在の職務において、プロジェクト期間中に自身が体験したマインドセット・チェンジの方法を試行して成果を得ている行政官は少なくない。コミュニティ住民のエンパワーメントと行動変容に成功し、主要保健指標の改善に貢献している Kisii カウンティのヘルスプロモーション担当官はその一例である（前項表中「コミュニティヘルスの強化」参照）。また、スーパービジョンについては、元カウンターパートが語ったところによると、「以前は、保健施設でのスーパービジョンを指導者という意識で行っていたから、出来ていないことは何かを探して、保健従事者を叱っていた。指導者として自分が彼らにやってほしいことができていることが重要だった。指導者が保健従事者を評価することが当たり前で、その逆はなかった。プロジェクトが導入したサポータティブ・スーパービジョンは、チェックリストを活用し、保健従事者との対話を通じたコーチングの手法である。これにより、保健従事者もサービスデリバリーの質を改善するために貢献できる存在である、と認識するようになった」この言葉は、保健従事者へのインタビュー結果にも裏付けられている。事後評価で24施設を訪問し、保健マネジメントチームのパフォーマンスについて、保健従事者に尋ねたところ、以前と比較して改善されたこととして、すべての者がスーパービジョンのアプローチを挙げた。彼らの言葉を要約すると、「以前は、突然やってきて出来ていないことばかりを指摘されていた。叱られるのが嫌で隠れてしまう者さえいた。現在は、定期的に事前連絡があり、その方法も、チェックリストを用いて一緒に現状を確認し、問題・課題があれば、対話を通じて一緒に解決策を検討するというサポータティブなものである。以前のように、指導する側（評価する側）→指導される側（評価さえる側）という関係ではなく、今は自分がチームの一員であると感じることができる。非常に満足している」ということである。

保健行政官・チームのマインドが変化することで、特にスーパービジョンの方法が改善され、それによって保健従事者の職務満足度が向上し、パフォーマンスの改善に繋がっている。そして、それによって施設利用者の満足度も向上したと考えられる。事後評価では、6カウンティ計24保健施設を訪問し、サブ・カウンティ病院（レベル4）、保健センター（レベル3）、ディスペンサリー

¹¹ Robert K. Greenleaf が1970年に提唱したリーダーシップの定義。その特性は以下のとおり：

- 1) 傾聴：相手が望んでいることを聞き出すために、まずは話をしっかり聞き、どうすれば役に立てるかを考える。また自分の内なる声に対しても耳を傾ける。
- 2) 共感：相手の立場に立って相手の気持ちを理解する。人は不完全であることを前提に立ち相手をどんな時も受け入れる。
- 3) 癒し：相手の心が無傷の状態にして、本来の力を取り戻させる。組織や集団においては、欠けている力を補い合えるようにする。
- 4) 気づき：鋭敏な知覚により、物事のありのままに見る。自分に対しても相手に対しても気づきを得ることが出来る。相手に気づきを与えることができる。
- 5) 納得：相手とコンセンサスを得ながら納得を促すことができる。権限に依らず、服従を強要しない。
- 6) 概念化：大きな夢やビジョナリーなコンセプトを持ち、それを相手に伝えることができる。
- 7) 先見力：現在の出来事を過去の出来事と照らし合わせ、そこから直感的に将来の出来事を予想できる。
- 8) 執事役：自分が利益を得ることよりも相手に利益を与えることに喜びを感じる。一歩引くことを心得ている。
- 9) 人々の成長への関与：仲間の成長を促すことに深くコミットしている。一人ひとりが秘めている力や価値に気づいている。
- 10) コミュニティづくり：愛情と癒しで満ちていて、人々が大きく成長できるコミュニティを創り出す。

(レベル2)においそれぞれ3-4人の施設利用者にインタビューを実施した結果、不満を口にした利用者はおらず、多くは提供されているサービスに満足している、と回答した。彼らは、「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」、「施設の入り口に設置されているサービス憲章には、利用できるサービス内容と費用、待ち時間が明記されていること」、「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」などを評価している。2人の子どもを妊娠している時は私立の病院に通ったが、今回はサブ・カウンティ病院でのサービスを受けているという、三人目を妊娠中であるという女性は、その理由として、「自宅から通える距離であること」、「診療費が無料であること」、「サービスの内容と質が私立の病院と同じであること」を挙げている。

これら調査結果から、プロジェクトにより保健行政官のマインドセット・チェンジが成功していたからこそ、地方分権下においても新たな職場で保健システム強化に向けた取り組みが主体的に持続され、その効果を自ら実感している、ことがみてとれる。「知識と技術を習得したのみでは、しかなるべき目的に向けた実践には至らない。マインドセットは変化を起こすための原動力である」と元カウンターパート自身が語っている。インタビューを行った複数の元カウンターパートは、「マインドセットそのものが変わったということは、二度と以前の自分に戻ることはないということ」、「プロジェクトを通じて学んだことは、すでに自分の一部となっているから、忘れようとどんなに努力しても忘れることはできない」、「ウガリを日々料理していたケニア人が、何年も自国を離れて帰国後に初めてウガリ¹²を料理する時、無意識にその料理手順を踏んでいるのと同じように、我々がプロジェクトで学んだことは何年経っても忘れることはない」と自信を持って語っている。

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るか、について元カウンターパートに尋ねたところ、共通した回答として、「不可能なことはない」(Positive)、「直面した問題を誰かが解決してくれることを待つのではなく、自らで問題を把握し解決のために行動する」(Proactive)、「システム思考で問題を把握し、解決方法を考える」(System thinking)、「問題解決のためには、新しいアイデアを受け入れる柔軟さを持ち、目標を設定する」(Objective setting)、「目標達成は日々の業務の積み重ねである。まずは自身が変わることから始め、目標に向かって少しずつ前進していく」(Process-oriented)、「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。チームとして取り組むことで目標は達成し得る」(Team work)等が挙げられた。

こうしたマインドセット・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。インタビューを行った元カウンターパート(現カウンティ/サブ・カウンティ・マネージメントチーム)の中には少数ながら、地方分権下で直面する様々な問題を挙げ、その解決を他者に求めようとする姿勢がみられたが、彼・彼女らに、プロジェクトが目指した「マインドセット・チェンジ」はどういうものであったと理解しているかについて尋ねたところ、上記した説明は明確に得られなかった。元プロジェクト関係者によれば、プロジェクトが直接対象としたのは、州とディストリクト(県)の保健マネージメントチームであり、サブ・ディストリクトについてはカスケード方式による研修やOJTが限定的に実施されていたことや、研修・OJT後に十分なフォローアップがされていなかったことにより、マインドセット・チェンジについても、元サブ・ディストリクト保健マネージメントチームメンバーに対するプロジェクトの介入効果は十分でない。

他方、プロジェクトの直接のカウンターパート(全98名)として「サーバント・リーダーシップ」について学んだ保健行政官が、中央政府(保健省)およびカウンティ政府(カウンティ保健局)の要職に占める割合が一定以上であるという事実は、プロジェクトによる人材育成の効果を示すものである、と元カウンターパートは語っている。2017年3月の事後評価時点で、5名が保健省の管理

¹² ウガリ(Ugali)は、コーンミールやキャッサバの粉を湯で練り上げて作るアフリカ伝統の食品(主食)。

職（全 32 ポスト¹³）に昇進している他、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。

元カウンターパートの保健システムマネジメント能力を示す客観的なデータや証言を紹介する。一つは、カウンティから保健省に提出される報告書に関するデータ（期日までの提出と完成度）である。保健省モニタリング・評価ユニット長によれば、すべての項目を網羅した報告書が期日までに提出される割合は、旧ニャンザ州の全 6 カウンティは 80%以上（2016 年度）で、その割合が最も低いカウンティ（期日までの提出率 26%、完成度 50%）との差は歴然である。カウンティ報告書に記載される情報は、カウンティ以下の行政区（サブ・カウンティ、コミュニティ）から提出されるデータを取り纏めたものとなるため、完成した報告書を期限内に提出するためには、各レベルの関係者の連携（チームワーク）が求められる。そのため、各カウンティでは、定期的な保健行政官チーム・ミーティングおよび、行政官参加のもとでの保健施設での定期的なレビュー・ミーティングを通じて、関係者間での情報共有を徹底していることが成果に繋がっている。加えて、タイムマネジメント能力も求められる。タイムマネジメントについては、複数の元カウンターパートがプロジェクト活動を通じて学んだことの一つとして挙げている。

もう一つは、現在ユニセフのプログラムオフィサーとして働く元カウンターパートの観察である。彼は、2009 年～2011 年まで州保健局の Child Health Officer として、HSM 研修プログラム策定プロセスにも積極的に携わっていた。開発パートナーとして各カウンティとの関わりにおいて気づいた点を以下のように要約する。ナショナルレベル・ミーティングでの各カウンティによるプレゼンテーションを比較すると、6 カウンティによるプレゼンテーションは、適切なデータを用いての「根拠に基づく（Evidence-based）」分析内容であり、図・表、写真が必要に応じて記載されており、他カウンティのものとは明らかに異なる。また、担当プログラムの対象地域の一つである Siaya のチームとのパートナーシップに基づく活動計画策定とモニタリング業務は、それ以外の対象カウンティチームとの業務と比較して非常に容易である、保健省に配属された元カウンターパートは当時の知識・技術、そしてマインドセットを維持している。

¹³ Posting Order MoH (November 2, 2016) より。

第3章 効果発現に影響を及ぼしたプロジェクト期間中に起因する要因

3-1 効果発現に対する貢献要因

評価項目：プロジェクト実施中のいかなる活動やアプローチが、保健行政官・チームのキャパシティ育成・強化に効果的であったか。それらのうち、特にプロジェクト完了後のキャパシティ定着を担保するための活動やアプローチはあるか。

プロジェクトは、4年間で「導入期（2009年7月～2009年12月）」、「パイロット期（2010年1月～2011年6月）」、「スケールアップ期（2011年7月～2013年6月）」に分けて展開しており、PDMというプロジェクト計画を枠組みとして踏まえつつ、導入期に設定した戦略を軸に据えて活動を展開してきた経緯がある。しっかりした戦略（プロジェクトの軸）があったからこそ、スケールアップ期に「地方分権化という大幅な環境の変化があり、それに伴う将来的なニーズを考慮してプロジェクトの支援内容を見直す必要に直面しても、プロジェクトで設定したコア・バリューは変更することなく、「変化に自らで対応し得る保健行政官（サーバント・リーダー）をプロジェクト終了までに育成する（＝プロジェクトの着地点）」、「ケニア人カウンターパートにとってプロジェクトが必要なくなるからこそがプロジェクトの成功である」という方針の下で、将来的なニーズの変化を考慮してプロジェクトの支援内容を柔軟に変更しながら、日本人専門家とケニア人保健行政チームが一丸となってその達成に向けて取り組むことができた。サーバント・リーダー育成のためにプロジェクトが導入した戦略は、「動機づけ」、「エンパワーメント」、「キャパシティ・ディベロップメント」、「オーナーシップ」という4つの段階に整理することができる。以下、各段階で効果発現（サーバント・リーダーの育成）に寄与した主な戦略を述べる。

1) 動機付け

【「こうすべき」を捨てさせ、ビジョンを明確化することで、カウンターパートのコミットメントが引き出される】

プロジェクトは、サービスデリバリーの改善を通じて主要保健指標を改善するために、従来のサービス別（疾患別）のアプローチではなく、保健システム強化を目指した。システム強化の基盤は「人」（＝保健行政官）であり、彼らのリーダーシップやチームビルディング能力強化に主眼を置いた点に特徴がある。プロジェクトで導入された手法－システム思考、戦略思考、サーバント・リーダーシップ、対話型コミュニケーション等は革新的な試みであった。各アプローチについては後述する。

プロジェクト形成時に、6年間に及ぶ「タンザニア国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）の経験が考慮されている。2007年にケニア政府からタンザニアと同様のプロジェクトを実施してほしいとの要請があり事前調査を実施したが、形成された案件は5Sカイゼンであった。この案件へのケニア政府からの合意を得ることが出来なかったため、当時「タンザニア国モロゴロ州保健行政強化プロジェクト」のチーフアドバイザーであった、プロジェクトの元チーフアドバイザーが再度調査を行うこととなった。「タンザニア案件と同じようにやってみようと思ったが、他方で、それまで特定非営利活動法人 HANDS (Health and Development Service) が Kisii と Samoske で実施していた行政支援の成果を鑑みると、タンザニアと同じようにやってもうまくいかないだろう、という危惧もあった」と言う。

元チーフアドバイザーによれば、「タンザニア案件では必要なかったが、ケニア案件では必要であったこととして、「こうあるべき」を捨てさせること (Un-learning) であった。ケニアでは、情報量が多く「こうすべき」ということが先だっており、そのために、「他者から学ぶ」という姿勢が欠如していた」と言う。当時のケニアは中央集権下にあり、かつ様々な開発パートナーからの支援を得ていたため、州や県は、常に保健省や開発パートナーから「こうすべき」と言われていたが、自分たちの考えと異なるから動かない、という状況にあった。他方、タンザニアでは、ケニ

アとは異なりプロジェクト開始時には地方分権下が進んでおり、県が予算権限を有していた。そのため、県活動計画を作成するにあたって必要な予算を保健省から得るために保健省の見解に配慮する必要がなかった。そうした状況下でシステム強化案件を行えば、包括的で様々なことができるという見通しがあったのだと言う。

Un-learning（「こうすべき」を捨てること）によって地方行政官のコミットメントを引き出すために、州・県の行政官を対象とした半日の対話セッション（ワールドカフェ方式）を行った。ゲーム等も導入しての対話セッションを通じて、州・県保健行政官は様々な意見が出され、「自分たちが本当は何をやらなければならないのか」というビジョンを明らかにしていった。

このビジョンの明確化（ビジョニング）は、保健行政官のマインドを「システム思考」へと変えていくアプローチには不可欠であったという。システム思考とは、複雑な状況下で変化にもっとも影響を与える構造を見極め、さまざまな要因のつながりと相互作用を理解することで、真の変化を創り出す思考である。問題の見えている部分を近視眼的・表層的にとらえるのではなく、全体像をさまざまな要素のつながりとして理解し、本質的な原因を見通して、他の分野や将来に悪影響を及ぼさない、最も効果的な解決のための働きかけを考える。変化を理解し、望ましい変化を自ら引き起こすために必要なアプローチである。

2) エンパワーメント

【コア・バリューはプロジェクトで設定し、「あなたたちはできる」というメッセージを伝える】

「ほとんどのプロジェクトでは、カウンターパートに「あなたたちはできない」というメッセージを伝えるところから始まる。長年に渡って多くの援助を受けている中で、途上国の人たちは常に「あなたたちはできない」と言われてきた。しかし、『私たちはできる』と思わせることこそが必要である」とプロジェクトの元チーフアドバイザーは言う。「ただし、多くの場合に彼らはコア・バリューを持たない。だからコア・バリューはプロジェクト側で示しつつ、それを実現するのはあなたたちである」と繰り返し伝えていくことが重要である」と。実際、今回インタビューを実施した複数の元カウンターパートは、マインドセット・チェンジに有効であったこととして、「プロジェクトチームメンバーから常に『あなた達はある』と励まされたこと」を挙げている。

プロジェクトでは、従来のマネジメントを変えるため、「サーバント・リーダーシップ」（あるべきリーダー像）をコア・バリューの一つに据え、チームビルディングを行う、という方針を固め、こうした考えを後述するHSM研修に取り入れることとなった。そのきっかけは、元チーフアドバイザーが「ポジティブ思考に基づくマラリア対策ワークショップ」（MSH: Management Science for Health 主催）に出席し、これまでの日本の支援では通常行われてこなかった「エンパワーメント」アプローチを目のあたりにしたことに遡る。その後、同ワークショップを実施した講師達と研修内容について相談をし、今までにないものを取り入れたいという思いから、アルフレッド・アドラー（Alfred Adler）¹⁴が提唱した心理学の考え方も取り入れた研修カリキュラムが検討された。

研修カリキュラムの開発に重要な役割を果たしたのがタンザニアでの保健セクター・マネジメント研修に造詣の深い、ガブリエル・エリサンテ教授（EDEN Consulting、ムズンベ大学）であった。彼は現実的で包括的なドラフト作成に貢献しただけでなく、研修講師としてアダルトラーニング型の研修を実施した。元チーフアドバイザーによれば、「これまでになかった戦略的な内容で、アダルトラーニングの究極のパターンを研修に反映することが出来た。そこに込められていた参加者へのメッセージは『あなたはある』『変化の主体はあなた達』であった。こうしたメッセージがケニア人マインドに響いたのだ」、という。最初の研修から保健行政官はエリサンテ教授に魅せられ、教授は3ヶ月に一度のペースでプロジェクト活動に参加することとなる。

【ディマンドを刺激されることで、カウンターパートは「自分はある」ことを認識する】

¹⁴ アドラー心理学では、「人間は相対的にマイナスの状態（劣等感を覚える位置）から、相対的にプラスの状態（優越感を覚える位置）を目指して行動している」とも考えられている。

ペダゴジー(Pedagogy)が子供向け教育(=教えられる教育)であるのに対し、アンドゴラジ¹⁵は、成人教育であり、学ぶことを自身の責任で選択する自主的な学習である。プロジェクトで開発したHSM研修は、アンドゴラジのための工夫がされている。プロジェクトでは、HSM研修の本格的な実施を前にIT研修を実施しているが、これにはアンドゴラジへの移行を円滑に進めるための工夫がほどこされている。

2010年1月に予定されていた本格的なHSM研修の前に、プロジェクトでは現状調査を実施している。そこで多くのカウンターパートから挙げられた要望は「コンピューターで各種業務文書を作成できるようになる」ということであった。こうした要望は、プロジェクトの支援によって実現した。プロジェクトによって強化されたスキルとして、多くの元カウンターパートはITスキルを挙げ、保健省や開発パートナーもまた、元カウンターパートの持つ比較優位の一つとして、高いITスキルをベースとしたプレゼンテーション能力を指摘している。

実は、プロジェクトの狙いは技術的なスキルの習得・向上だけでなかった。現状調査では、「コンピューターがほしい」との要望があったが、2009年12月に3日間の研修コース(コース2回、合計30名)¹⁶を実施するにあたり、プロジェクトがカウンターパート側に伝えたのは、「コンピューターは提供しない」ということであった。こうしたアプローチにより、研修後に保健行政官に変化がみられた、と元チーフアドバイザーは振り返る。「研修で新しいスキルについて学んだことでこれまでできなかったことが出来るようになり、コンピューターがほしいという気持ちが強くなる、プロジェクトには供与してもらえない、だから自分たちでリソースを探さなければならない」という意識の変化が見られた。彼らは、まずGIZに働きかけを行って数台のコンピューターを獲得することに成功する。このタイミングを見計らってプロジェクトが2-3台のコンピューターを提供したことで、「全員がコンピューターを持つ」という保健行政チームとしての共通の目標ができ、彼ら自身で話し合って責任者を決めたことで、本格的な動きが起こる。あっという間に目標は達成されたのだと言う。チーム間のコミュニケーションがメールベースになったことで、情報共有が促進されてチームワークが促進されるという効果も生まれた。



コンピューターを提供した上で研修をする、あるいは、研修後にコンピューターを供与するという、援助国側のディマンドに応えるアプローチを敢えて避け、逆に、彼らのディマンドを刺激したことで、マインドセット・チェンジが促進された。つまり、保健行政官たちは、ディマンド(コンピューター)を認識し、自らで課題(コンピューターの調達)に取り組み、目的を達成している。こうした成功体験によって「できる自分」を認識することに繋がっていった。

3) キャパシティ・ディベロップメント

【包括的なHSM研修によって、効率的・効果的に知識・技術と実践を繋げる】

プロジェクトで開発したHSM研修は、「州と県の保健行政官の必須マネージメント能力(Competency)を強化し、そのうえで、チームとしての組織能力を図り、現場における保健システムマネージメントの改善と改革に繋げていくこと」を最終目標として開発されたものである。同研修に対する元カウンターパートの共通した見解は、彼らがこれまで経験した/現在経験しているど

¹⁵ アンドゴラジの考え方は以下のとおり：

1. 自身が学ぶことについてその計画と評価に直接関わる必要がある(自己概念と学習への動機付け)
2. あらゆる経験が学習活動の基盤を提供してくれる(経験)
3. 自身の職業や生活に直接重要と思われるテーマについて学ぶことに最も興味を示す(学習へのレディネス)
4. 学習内容中心型ではなく、問題中心型である(学習への方向付け)

¹⁶ Maseno 大学情報マネージメント部との連携により作成されたテイラーメイドのプログラムであった。

の研修とも異なり、そしてどの研修よりも優れている、ということである。以下に彼ら自身が挙げた特徴を纏めた：

a) 保健システムに関する包括的な内容：

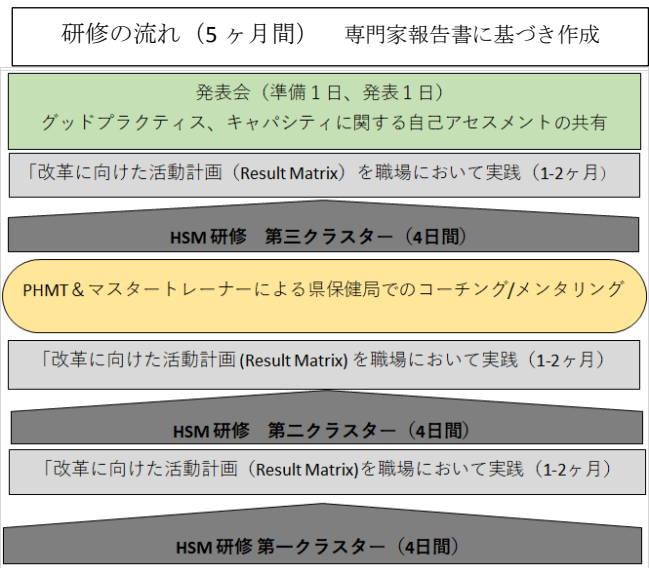
元カウンターパートがプロジェクト以外で経験した/経験している研修の殆どは、疾病ベース（例：HIV/エイズ、マラリア対策）であるのに対し、本研修は、保健行政官が保健システムを適切にマネジメントするために習得すべき9つのマネジメント分野を包括的に網羅したプログラムとなっている：①リーダーシップとガバナンス、②チームマネジメント、③プロジェクトマネジメント（プランニングとモニタリング・評価）、④保健政策マネジメント、⑤サポータティブ・スーパービジョン、⑥保健情報マネジメント、⑦資源マネジメント、⑧顧客関係マネジメント、⑨ヘルスプロモーション。Kenya School of Government では、行政官を対象としたマネジメントコースがあるが、アドミニ全般に関するノウハウを学ぶことが目的であり、本研修とは本質的に異なる。

Health Systems Management Training Programme: Outline



b) 知識・技術の定着を可能にする構成：

プログラムは、12モジュールをクラスルームにおいて12日間かけて学ぶ研修セッション（4モジュールを3つのクラスターに分割）と、研修時にチームで作成した「改革に向けた活動計画（Resolution Matrix）」を職場で実践する期間、州保健マネジメントチームがマスタートレーナーと一緒に県保健局を訪問してResolution Matrix実践状況や課題・グッド・プラクティスに関する対話を行うコーチング/メンタリングセッション、研修成果発表会、で構成され、全工程を終了するまでに5ヶ月間を要する。



クラスルームで学んだことをすぐに現場で実践するというサイクルを3回繰り返す（ルーティン化）、そして一連のプロセスの中間期には実践内容に関するモニタリングとフォローアップ/サポートがされたことで、保健マネジメントに必要な各分野に関する新しい知識と技術が定着することを狙った構成は、上記した包括性と並んで、多く元カウンターパートから本研修プログラムの比較優位性としての指摘がなされた点である。また、HSM研修の前後に保健システムに関する知識のアセスメント（理解度テスト）を実施したことおよび、次のクラスター時に前クラスターで学習した内容の確認テストを実践したことも保健行政官の知識・技術の定着に貢献した。

分野	現状	目指す状態	必要な行動	成果（品）	責任者	期限	進捗

c) チーム学習に重点をおいたカリキュラム：大部分の元カウンターパートは、本研修の比較優位性の一つとしてチーム学習を挙げている。ケニアでは、個々の保健行政官は優秀であってもそれが成果（サービスデリバリーの改善）に十分に繋がっていない、という課題があった。そうした課題の解決に向け、本研修では対話と実践に焦点をあて、「改革に向けた活動計画（Resolution Matrix）」（上図）をチーム学習のためのツールとして導入したことで、チーム学習とその結果としてのマインドセット・チェンジが促進されたと考えられる。複数の元カウンターパートは、「チームワークの利点を体験したことが、マインドセット・チェンジのターニング・ポイントであった」と当時を振り返っている。本研修を担当した元日本人専門家によれば、「改革に向けた活動計画（Resolution Matrix）」を導入した背景には、「講義内容のみでは時間の経過とともにその記憶は薄れていくが、『チームで活動計画を作成しそれを実践していく』という行動の習慣化は維持され、さらにはチームの組織文化として定着するだろう」という考えがあったのだと言う。プロジェクトの狙いどおり、研修を通じて多くのグッド・プラクティスが生まれ他チームと共有されたことで、競争心が煽られ、グッド・プラクティスは効率的に普及された。自分たちが実施したことによって現場が改善されたことを実感できたことで、行政官のモチベーションも向上した。

以下の写真は、HSM 研修風景である。左から「リーダーシップ・ガバナンス・マネジメントコース」、「サポータティブ・スーパービジョン/コーチング/メンターリングコース」「チームビルディングコース」。本調査でインタビューを行った多くの元カウンターパートは、研修内容を現在でも明確に覚えており、楽しそうに当時を振り返った。



【チームワークをルーティン化することで持続的なチームとなり、パフォーマンスが向上する】

チームビルディングは、研修のカリキュラムの一つとして含まれているが、研修以外にもチームビルディングのための活動が取り入れられていた。HSM 研修プログラムのモジュール4「戦略的思考とプロジェクトマネジメント」の受講後に州保健マネージメントチームから州の中期戦略計画を作成しようという発案があったタイミング（2010年9月）で、2日間の短期集中型ワークショップ（リトリート）を開催し、そこで初めてチームビルディングのためのエクセサイズが導入される。この合宿を通じてチームとしての結束力が強くなったことを研修担当の日本人専門家は感じている。そして、この合宿での体験を経て、チームビルディングに特化したリトリート（2012年5月）へと繋がっていく。2日間のリトリートでは、州保健局長によるチームビルディングプロセス、トップ・パフォーマンスができるチーム作りとその持続性についてのセッションに続き、プロジェクトのチーフアドバイザーによる「新しいリーダーシップとマネージメント」に関するセッションが行われている。その後、参加者たちはチームビルディングのための各種ゲームを楽しみ、リトリートの成果品として、3分間のビデオ「This is PHMT!」を制作している。そこでは、チームで考案したダンスも披露している。

チームビルディングに特化した合宿は日本人が想像する以上にインパクトがあった、と元研修担当の日本人専門家は振り返る。「『チーム』や『チームワーク』という概念について合宿を通じて理論だけでなく実感してもらえた」、「顔も知らないというケースも珍しくなかったところ、業務以外での相手の意外な一面や特技、長所や短所も理解することができた」と。

現地でのインタビューでは、このリトリートを自らのマインドセット・チェンジに有効であったと述べた元カウンターパートは少なくなかった。それまでは、個々の行政官が自身の業務を淡々とこなしており「チームとして働く」という意識はほとんどなく、そのため全体としての成果に繋がっていなかったが、リトリートで体験したゲームはチームワークの重要性とその利点を教えてくれた、と当時を振り返る。

ただし、同日本人専門家は、「チームビルディング・リトリートは、すべてを解決する魔法の薬ではなかった。ただ合宿だけで完結するようなやりかたでは効果は持続せず、結果として変革につながらない。合宿はあくまできっかけにすぎず、研修を通じて現場において実際に PDCA サイクルを回すことを通じて、本当の意味でチームワークが完成していった」と述べている。チーム学習を3-4回、半年に渡って計12日間行い、そこでチームの状況をスキャンし、課題を抽出・分析し、行動計画を策定し、実際に職場で行動して、結果を分析しフィードバック・共有するといった一連のプロセスを実体験する HSM 研修は、広義の意味で、チームビルディング研修であったと述べている。

チームビルディング・リトリート、HSM 研修以外でもプロジェクトが留意していた点がある。あらゆる集まりにおいても、必ず最低1つのゲームを実施してゲームをルーティン化させたことである。チームビルディングのためのゲームやロールプレイは、約30例もある（研修担当の日本人専門家とタンザニアのエリサンテ教授が考発案）。それには、二人一組になり一人が目隠しをして、もう一人がパートナーの体に触れずにゴールまで誘導する（左写真）、綱引き、上司と部下が立場を入れ替えて保健の課題を話し合う、チームとして課された課題（歌や踊りを作る）（中央写真）、マシュマロタワーを作る¹⁷（右写真等）を制限時間内で完成させる、などがある。



元チーフアドバイザーによれば、こうした日々の積み重ねによって従来の上司-部下という縦の関係性が無くなるとともに横の関係も強化され、チームのパフォーマンスが上がった。その結果、プロジェクト完了までにニャンザ州の主要保健指標は大幅に改善され、前述したように、Demographic Health Survey ではナイロビを抜くほどになった。これはチームワークの成果である。

州およびパイロット県のそれぞれの保健マネジメントチームは、プロジェクト開始当時に自らでビジョンを明確化し、それを保健局に掲げて実現化するために一丸となって業務に取り組んできた。ニャンザ州全体として取り組むべき目標も、「Reverse the Trend」としてスローガン化し、ワークショップや、リトリート、ミーティング等のあらゆる機会に、ジェスチャー（右写真）とともに唱えるようになった。「Reverse the Trend」—これが意味するところは、「ニャンザ州の主要保健指標のほとんどが長年に渡ってケニア全州の中で最も数値が悪いという状



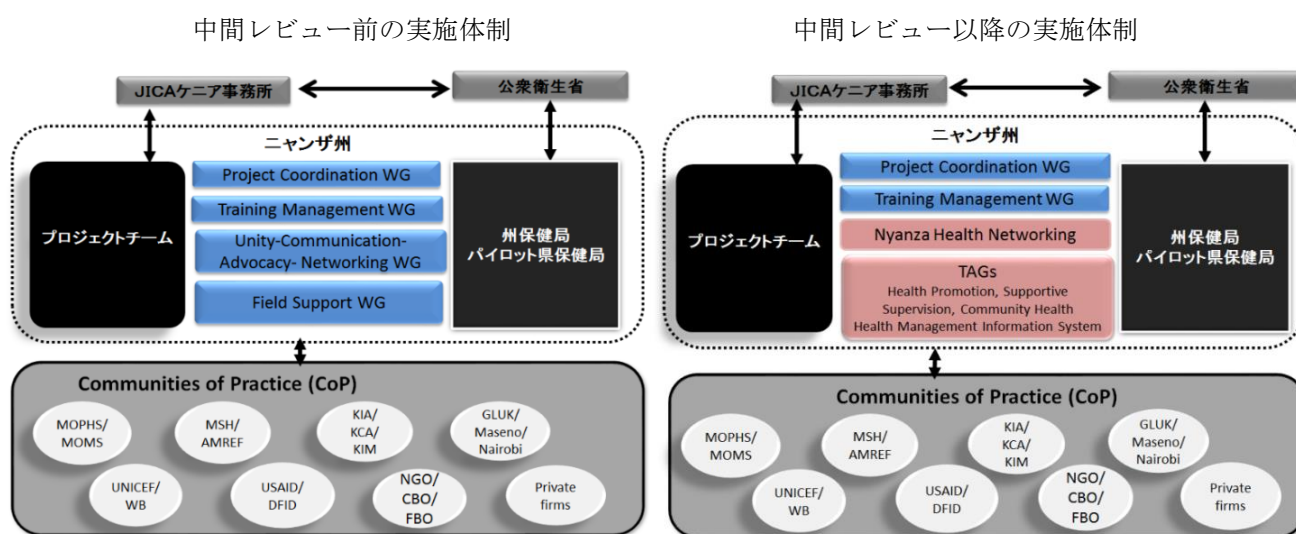
¹⁷ マシュマロチャレンジとは、4人一組のチームとなり、スパゲティー、マスティングテープと紐、マシュマロを使って自立式のタワーを18分以内に作ることを競うゲーム <http://www.marshmallowchallenge.com/Welcome.html>

況を改善しよう」ということである。結果、彼らは自らで設定した目標を達成することができた。指標が改善されるにつれて、保健行政チームは、「自分たちはできる」と自信を持つようになったのだという。

【カウンターパートの主体性を促進しながらキャパシティを強化し得る実施体制を導入する】

キャパシティ・ディベロップメントに重要な役割を果たしたのがアウトプット毎に設定した作業部会である。このアプローチは、「タンザニア国モロゴロ州保健行政強化プロジェクト」ではプロジェクト後半期に導入されているが、プロジェクトでは、本格実施前には既に導入され、中間レビュー以降に見直しがされている。

プロジェクト開始時から中間レビューまでの実施体制は、プロジェクト全体の調整のための作業部会（Project Coordination Working Group）と、各アウトプットのもとに構成された作業部会であった： Training Management Working Group（アウトプット 1）、Unity-Communication-Advocacy Networking Working Group（アウトプット 2）、Field Support Working Group（アウトプット 3）。アウトプット 2 には、下位組織として、Task Production Team（Print Media Development, Electronic Media & Website Development, Newsletter Editorial Board, Operations Research for Health Promotion）が設定されていた。州とパイロット県の保健行政チームによる活動への主体性を促進しながら、彼らによる活動を技術的支援するためにプロジェクトが導入したのが、他開発パートナー、教育・研究機関、NGO/CBOs/FBOs、民間企業で構成される Communities of Practice であった。こうしたネットワーキングを通じて、保健行政官へのキャパシティ・ディベロップメントは効率的に促進され、活動の成果品の質も確保された。成果の将来的なスケールアップを見据えて、各活動への保健省（当時は公衆衛生省と医療サービス省に二分割）の巻き込みも積極的に行われた。



(出所) プロジェクト作成文書に基づき一部更新

以上の実施体制を通じた保健行政官のキャパシティ・ディベロップメントの具体例を紹介する。

1 つは、HSM 研修のマネージメントである。研修プログラムの開発および実施は、Training Management Working Group が主体となって参加型で行われた。保健行政官たちは、研修対象でありながら、研修プログラムをマネージメントする立場でもあった。彼らは、エリサンテ教授をはじめとする技術的アドバイザーの支援を得て、パイロット段階から試行錯誤を重ね、自分たちで研修プログラムと研修評価システムを開発し、結果を纏めた上で分析を行った。そして、分析結果は関係

者と共有され、フィードバックを得て研修プログラムの改定を繰り返し、最終的には地元大学の協力を得て実施したオペレーションズ・リサーチ結果をもって完成されたエビデンス¹⁸に基づくプログラムを開発するに至っている。

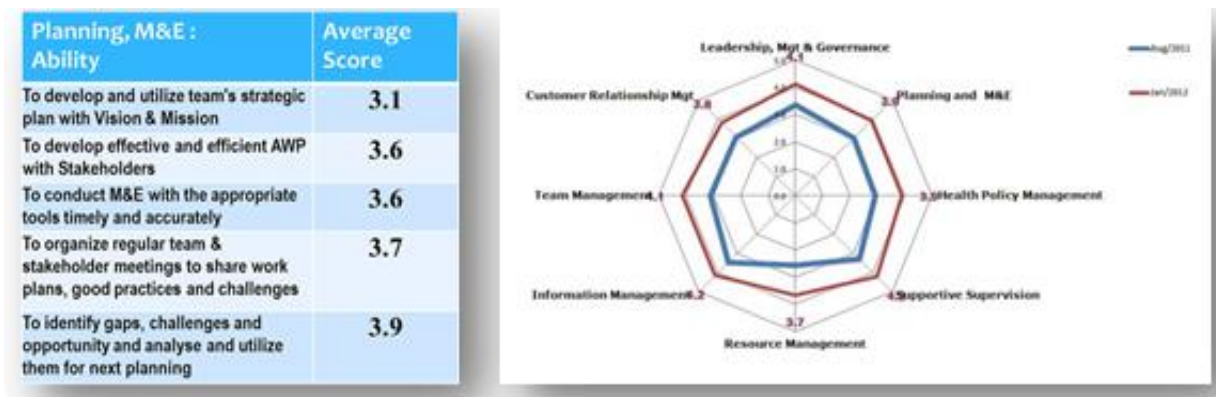
もう一つの例は、Unity-Communication-Advocacy Networking Working Group（アウトプット2）を通じた IEC 資料の制作である。IEC 資料の制作は外注することが一般的であるが、カウンターパート側には外注資金がなかった。そして、そうしたディマンドに対し、プロジェクトは資金援助をしなかった。代わりに、保健マネージメントチームに対して IEC 資料制作技術研修（6日間）を実施し、その後は彼らが資料を自らで制作、プレテストを経て最終化するまでを Communities of Practice を通じて支援した。彼らが一連のノウハウを学んだことで、習得した技術を活用すれば多額の資金がなくとも IEC 資料の作成は可能である、という自信とともに、持続性の確保にもつながったようである。ただ、こうした活動がプロジェクト開始当初から円滑に実施されていたわけではない。ヘルスプロモーションは、ケニアにおいては重要視されていない分野であったことから、プロジェクト開始時にはニャンザ州にヘルスプロモーション担当官は配属されておらず、州内でヘルスプロモーション担当官が配属されているのはわずか10県程度であった。プロジェクト開始から約1年後にヘルスプロモーション副局長が州保健局に配属になったことで県におけるヘルスプロモーションへの認識が深まり、活動がしやすくなったという背景がある。

後述するように、アウトプット2の活動の重点がスケールアップ期にヘルスプロモーション関連活動のマネージメント（計画・実施・モニタリング・報告）の支援に変更されたことに伴い、実施体制も州内の保健プロモーションを調整するためのニャンザ・ヘルス・ネットワーキング（Nyanza Health Networking）へと変わった。同様に、アウトプット3の実施体制にも変更がみられる。アウトプット3実施のためのワーキンググループは、中間レビュー以降は、4つの各パイロット県（Kisumu West, Siaya, Ugenya, Gem）に District Think Tank を構成し、その下位組織として3つの領域（サポーターティブ・スーパービジョン、保健マネージメント情報システム、コミュニティヘルス）毎にトランスフォーメーション・アクション・グループ（Transformative Action Group: TAG）が組織された。TAGの主たる役割は、ヘルスプロモーション実施モデル、サポーターティブ・スーパービジョン実施モデル、コミュニティヘルス・マネージメントモデルの開発と、データの正確性・完成度・適時性を実現することによる保健マネージメント情報システム強化、であった。

【可視化によってカウンターパートが自身の変化を実感する】

プロジェクトでは、以下に示す「ヘキサゴン・スパイダー・ウェブ・ダイアグラム：Hexagon-Spider-Web-Diagram: HSWD」を用いて各保健行政官のマネージメント能力を自己分析した。この手法は、「タンザニア国モロゴロ州保健行政強化プロジェクト」で導入されたものである。同ツールは、客観性に欠けるという課題はあるものの、分析対象のキャパシティはHSM研修プログラムが網羅する領域に対応しており、9領域に関する能力に関する自己分析結果を視覚化することで、カウンターパート自身が変化をより認識しやすくなるということ、および、可視化された分析結果に基づいて他者と改善点に関する話し合いが促進されること、が期待された。

¹⁸ ニャンザ州の州保健マネージメントチームとすべての県マネージメントを対象に、チームを3つのグループ（20日版研修を受講したグループA、10日版研修を受講したグループB、コントロールグループ）に分けて、知識テスト、キャパシティ・アセスメント、行動変容、自身の業務満足度、利用者満足度を中心にベースライン調査（2011年4月）とエンドライン調査（2012年5月）を実施。その結果、研修を受講したグループとコントロールグループとの間に有意な差がみられた。また、研修を受講したグループ間での差はほとんど見られなかった（研修日数による差はほとんどなし）。



(出所) JICA SEMAH Project (2009–2013) Project Achievements and Lessons-learned

これ以外にも、元カウンターパートが自身のマインドセット・チェンジに効果があった事項として挙げたところでは、5S カイゼン活動とサポータティブ・スーパービジョン、がある。これらは、介入前後の比較により、その変化をカウンターパートが実感し易いということに拠る。サポータティブ・スーパービジョンを例にとれば、インタビューを実施した元カウンターパートは、プロジェクトが導入したスーパービジョンの方法は新しいアプローチであり、それまでの方法よりも優れていることを、保健従事者の反応とサービスの改善状況から認識した、という。習得したサポータティブ・スーパービジョン、というアプローチは現在も引き続き活用されている。6 カウンティ計 24 施設を訪問し、各施設においてそれぞれ 3-4 人の保健従事者にインタビューを実施した結果、すべての保健従事者は「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」と感じていることが明らかになった。彼らによれば、「出来ていないところを探して叱る」という伝統的なスーパービジョンは、プロジェクトのお陰で「チェックリストを活用したシステムティックで、サポータティブなスーパービジョン」に変化した。「保健マネージメントチームは保健従事者と共に問題を把握し、それに対する解決方法を考えるようになった。自分たち（保健従事者）は、チームの一員である、と感じるようになった」とのコメントが聞かれた。保健マネージメントチームからは、「保健従事者も問題解決のために貢献できると認識するようになった」とのコメントを得た。

【「カタリスト」としての日本人専門家が体現する】

プロジェクトのコンセプトの一つは、「プロジェクトは、目の前のギャップを分析し、資金的、人的、技術的に埋めていくだけの「TA（テクニカル・アシスタンス）」だけではなく、カウンターパート機関とプロジェクト実施機関（日本人専門家など）の協働によって、新しい価値観を生み出し、未来を創造するための「TC（テクニカル・コーポレーション）」であった。そのため、日本人専門家チームが目指したのは「カタリスト的技術支援」であった。つまり、日本人専門家がケニア行政官・チームに指示をするのではなく、彼らが自らで行動できるように「触媒（カタリスト）」に徹した。同様の支援アプローチは「タンザニア国モロゴロ州保健行政強化プロジェクト」でも実施されている。

インタビューを行った多くの元カウンターパートは、自身のマインドセット・チェンジに影響を及ぼした要因として日本人専門家を挙げている。彼らは、プロジェクトチームと保健マネージメントチームは一つのチームであると感じたこと、そして、日本人専門家との日々の関わりの中でチームワークの大切さを学んだことを述べている。チームワークの他に日本人専門家から学んだこととしては、労働倫理・規律、タイムマネージメント等がある。

「日々の業務においてカタリストとしての関わり方を一番に留意した」と語った元日本人専門家もいる。「マインドセット・チェンジにおいても、成果を出さなくてはいけない、という焦りから短期間に出る変化だけを求めてしまうと、つい相手に対して直接的な行動をとってしまうが、

ハラカ・ハラカ・ハイナ・バラカ（スワヒリ語のことわざで、急がば回れ）と常に自分に言い聞かせていた」のだと言う：「Aさんを動かしたいのなら、同僚のBさんにその必要性を話し合っただけで働きかけてもらう」、「職場の環境やシステム（チームワークを含め）を改善したのなら、より良い環境やシステムを学ぶ機会はセッティングするが、改善案を策定し動くのはその職場の人」、「何かを普及させたいのであれば、自分が普及するのではなく、普及させる人を育てる、そして、最後は普及させる人を育てる人を育てる」というスタンスで取り組んできたと当時を振り返る。「説明責任をきちんと負って対応していくためには、理論&信念&胆力&忍耐力が必要だった」と。

4) オーナーシップ

【HSM研修にピア・ファシリテーター制度を導入することでオーナーシップを促進する】

プロジェクトでは、プロジェクト効果の持続性を念頭にピア・ファシリテーションの仕組みを導入した。同仕組みは、研修修了者がマスタートレーナーによる数日間のファシリテーター養成研修を受けて、次の研修ではファシリテーターとして保健行政官を教える、というものである。パイロットフェーズにおける研修は、プロジェクトチームメンバーと研修マネジメント技術作業部会の技術アドバイザーたちが講師（＝マスタートレーナー）となって実施されたが、その後のスケールアップフェーズでは、パイロット県の保健マネジメントチームの研修修了者の中から選ばれたピア・ファシリテーターがマスタートレーナーと一つのチームになって研修を実施した。これにより、プロジェクト完了までに36名のピア・ファシリテーターが養成されている。このピア・ファシリテーションという仕組みを導入することによって、保健行政官のHSM研修に対するオーナーシップが高まり、ピア・ファシリテーターらは「教えることは学びでもある」ことを認識したことで保健システムに対する理解を深めたことが観察されている。以上に加え、内部人材を活用した研修実施を可能としたことが研修コストの削減にも繋がっている。

【コスト・シェアリングを促す】

プロジェクトでは、その後半期に向けて、県保健局によるプロジェクト活動費用負担（コスト・シェアリング）を推進している。これはタンザニア国モロゴロ州保健行政プロジェクト」でも試行された戦略である¹⁹が、ケニアでは困難とされてきたコスト・シェアリングを実現することができたのは、Training Management Working Groupでの活動を通じて、カウンターパートのオーナーシップが醸成された結果であると、元研修担当日本人専門家は分析する。具体例の一つを挙げると、2011年・2012年に実施したHSM研修では、参加8名中2名の費用は県保健局によって支払われており、自費参加者の中から知識テストで最優秀の成績を収め、次のラウンドではチームの代表としてHSM研修ファシリテーターになった者もいる。

【成果を取り纏め、他者に発表・共有する機会を得ることで更なる自信に繋げる】

プロジェクトでは、活動の成果を文書の形に取り纏め、印刷している。そして、カウンターパートが州内外でそれらを発表する機会を意識的に設けた。これにより、カウンターパートの自信が生まれ、やる気が促進されていったことが日本人専門家による観察および、元カウンターパートへのヒアリング結果に示唆されている。

¹⁹「タンザニア国モロゴロ州保健行政強化プロジェクト」（2008年2月では、次のように述べられている：相手国とのコストシェアは一朝一夕でなく、プロジェクト形成・実施段階から中長期的な時間をかけて検討されるものである。その際、プロジェクトが相手国の政策的基盤の上に位置付けられたものであることはもちろんのこと、途上国側に必要な財政的コストを負担させるに足るだけの活動意義とその成果をアピールすることも必要である。

最終成果品は右表に示すとおりであるが、これらの最終成果品が完成する過程で作成した各種ツールや文書等も積極的に共有されている。一例として、コミュニティヘルス・マネージメント実施モデル構築の一環として当時プロジェクトが取り組んでいたコミュニティを対象とした各種ツールの改定がある。プロジェクトでは、全国に先駆けて、改定作業を行っており、カウンターパートはリソースパーソンとして、チームの経験を「コミュニティヘルス戦略強化プロジェクト」（2011年10月-2014年9月）での各ワークショップで共有した。

Generali	Project Report
	Good Practices Handbook
Training Management	HSM Text Book
	HSM Facilitators' Guide
	HSM County Induction
	HSM Course Report
	Endline Survey Report
	Presentation Materials
Health Promotion	Health Promotion Handbook
	Newsletters
	Posters, Pamphlets, Brochures
District Health Management	Supportive Supervision Handbook
	CHEWs Management Handbook
	Resource Directory
	5S-Kaizen-TQM Good Practices
	Study Visit Report

【「プロジェクト支援に終わりあり」を伝え続けることでオーナーシップを醸成する】

日本人専門家は、「プロジェクトは計画通りに2014年6月をもって終了する。延長や第二フェーズはしない」と一貫してカウンターパートに伝え続けた。これは、日本人専門家にとっては、「どんなことがあってもプロジェクト期間内にプロジェクト目標を達成する」という覚悟の現れであり、カウンターパートにとっては、「プロジェクト完了後は、あなたたちで取り組みを継続していかなければならない」というメッセージであった。特に、プロジェクト終盤に見られた地方分権化の流れを受けて、「これまでのプロジェクトの成果をまもなく導入されるカウンティ制度のもとでいかに持続させるか」という新たな課題に直面し、プロジェクトチームとケニア側カウンターパートは共に考え、プロジェクトの焦点を「成果の普及」（＝プロジェクトで開発した実施モデルおよびそれに関連して制作した成果品）とし、以降チーム一眼となって新たな課題に取り組むこととなる。JICA技術プロジェクトでは、成果の普及や全国展開を第2フェーズで行うという展開がより一般的であるが、プロジェクトでは大きな環境の変化に直面しても当初の戦略を変更しなかった。代わりに、プロジェクトは実施期間内で成果の普及のための3つの具体的な取り組みを行った：プロジェクトで開発した実施モデルの効果について、オペレーション・リサーチを通じて実証すること、ニャンザ州での経験を普及させるための成功事例やプロジェクトの成果を製本化して配布すること、そして、HSM研修プログラムを州内外においてに普及すること（＝主流化）である。

【出口戦略として、本省による研修の制度化プロセスにプロジェクトの成果を反映させる】

特に、HSM研修プログラムの主流化は、キャパシティ・ディベロップメントの第三段階である「制度化」に相当する動きである。新憲法のもとでカウンティ制が導入されることにより、プロジェクトのカウンターパートであった保健マネージメントチームメンバーは、カウンティ保健マネージメントチームの育成に尽力することが期待されたものの、プロジェクトの成果の持続性の確保のためには、個人レベルでの貢献を超えた「研修の制度化」が必要であると認識されていた。2012年1月にManagement Science for Health (MSH) -USAID主催で実施されたワークショップ (Management Science for Health) において、Kenya Institute of Health Systems Management (KIHSM) を設立するという構想がKenya Medical Training College (KMTTC)とMSHによって初めて関係者と共有されて以降、プロジェクトではこれを出口戦略に位置付けた。つまり、プロジェクト完了後には、同機関のイニシアティブにより、プロジェクトで開発したHSM研修プログラムを含む複数の研修プログラムを調和化し、全47カウンティ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を対象とした保健セクターにおけるリーダーシップとサービスマネージメントおよびガバナンスの改善を目的とした研修プログラムが開発・実施されることが想定されていた。そのため、上記ワークショップ後は、本省のHuman Resource Department、KMTTC、MSHとの協働による活動が中心となる。実現に向けてプロジェクトが実施した活動としては、(1) KIHSM構想のコンセプトペーパー

一の保健本省（HRD/HRH）、KMTC、MSH との共同作成、(2) 将来的な JICA を含む開発パートナーによる支援の可能性を検討するための KMTC サテライトキャンパス（Mombasa, Kisumu, Nakuru, Embu, Nieri, Karen）アセスメントの実施、がある。同時に、(3) 2012 年 2 月に公衆衛生省人材育成局からの依頼を受け、全 47 カウンティの保健マネージメントチームを対象としたイントロダクション（導入）研修パッケージ²⁰、ハンドブック、ファシリテーションガイド、研修用プレゼンテーションスライドの作成支援を行った。また、(4) 2012 年 12 月には同局 スタッフ 45 名に対し HSM 研修²¹を実施した。

このような、本省との協働作業や本省による活動への支援が活発化した背景には、プロジェクト 3 年目となる 2011 年度から、元チーフアドバイザーが保健プログラムアドバイザーを兼務するようになったことで、その拠点を公衆衛生省（ナイロビ）に移したことがある。本省が主催する研修カリキュラム改定のための作業部会への参加やナイロビを拠点とする開発パートナー等との対話を積極的に行うことにより、保健セクターにおける上流部分での情報が適時に把握でき、主要ステークホルダーとの連携も強化されることとなった。

後述する要因のため、活動 (1) と (2) は、プロジェクト完了までに想定した成果（KIHSM 構想の実現）に繋がらなかったが、今回の調査を通じて、シニアマネージメントレベルにある複数の元カウンターパートから、「HSM 修了証の有効化（ローカルアレンジメント）」に向けて 6 カウンティが共に考え、連携してその実現化のために活動していくとの提案が出され、多くの元カウンターパートからの賛同を得たことは、プロジェクトが目指した「チームワーク」、「サーバント・リーダーシップ」といったコア・バリューが現実化し、持続されていることの現れとして特記に値する。

プロジェクト開始後の協力シナリオや実施体制の変更は、効果の発現にどのように寄与したか。

プロジェクトの協力シナリオ（PDM）は、事前評価時に作成されたバージョン（PDM₀）²²と、パイロット期の終わりからスケールアップ期にかけて改定されたバージョン（PDM₁）とでは、かなり異なっている。PDM₁では、ヘルスプロモーションに係るアウトプット 2 と、保健システムマネージメント能力を培った保健行政官・チームが現場（保健施設）において実践的なシステムを構築することを目指すアウトプット 3 が新たに設定された。変更のポイントとそれがもたらした効果について以下に要約する。

²⁰ ワークショップを通じて作成された County Health Management Team（CHMT）導入研修パッケージは、4つのモジュールで構成される：Introduction and Background（Module 1）、Organization, Functions and Structure of Government（Module 2）、Organization, Functions and Strategic Direction of the State Department Responsible for Health（Module 3）、Transformational County Leadership, Management and Governance（Module 4）。プロジェクトは主に Module 4 作成に貢献した。

²¹ 開発済みの HSM 研修プログラムを短期集中コース（5日間）として 6モジュールに再構成：Leadership, Management and Governance（Module 1）、Strategic Thinking and Management（Module 2）、Health Policy Management in Action（Module 3）、Supportive Supervision Coaching and Mentoring（Module 4）、Evidence-based Practice and Information Management（Module 5）、Resource Generation Mobilization and Management（Module 6）

²² 事前評価時に策定された PDM ドラフト（PDM₀）は以下の通り：

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ージメントチーム（州および県レベル）の組織力が向上する。

アウトプット 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。

アウトプット 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・評価等の事業サイクルに係る能力強化される。

アウトプット 3:ニャンザ州保健マネージメントチームの監督指導の実務能力が向上する。

アウトプット 4:アウトプット 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

1. すべての行政レベルを網羅する総合的な支援を可能とするための新たなアウトプットの設定を通じて、保健システム強化のための4つの実施モデルを開発し、主要保健指標の改善に貢献

プロジェクトはその計画において、キャパシティ・ディベロップメントの対象を州および県の保健行政官（中間マネジメント職）とし、パイロット期の終わりにPDMを改定し、その介入範囲を上（本省）と下（保健施設とコミュニティ）にまで拡大している。保健サービスを改善する（上位目標）ためには、すべてのレベル（中央、州、県、保健施設、コミュニティ）における保健サービス提供のためのシステムが強化されることが必要であるが、改定によって、各行政レベルにおいて保健システムをマネジメントする人材の育成（プロジェクトの目標）が可能となった。

こうした総合的な介入への取り組みを可能にしたのは、日本人専門家チーム体制の変更である。具体的には、主に県保健施設での支援を実施する保健システムマネジメントの長期専門家と、コミュニティヘルス・マネジメントを支援する日本人スタッフ（ローカルスタッフとして雇用）が新たに配置されたこと、そして、中間レビュー以降にチーフアドバイザーが公衆衛生省の保健政策アドバイザーを兼任することとなり、本省に配属されたことで本省とニャンザ州との連携がより強化されたこと、である。

協力シナリオと実施体制の変更により、それまでHSM研修の開発・実施を焦点としていたプロジェクトは、研修を経てキャパシティを強化された保健行政官・チームが現場において正の変化を起こすことを支援し、その経験をモデル化することに注力できるようになり、プロジェクト完了までに保健システム強化に繋がる4つの実施モデルが完成している（アウトプット達成への貢献）。さらに、プロジェクトはニャンザ州で活動している開発パートナーらと協働して取り組んだ結果、パイロット県における主要保健指標の大幅な改善に貢献したが、これはプロジェクトがサプライサイドへの介入（HSM研修実施、サポートティブ・スーパービジョン等の保健マネジメントツールの開発）とダイヤモンドサイドへの介入（ヘルスプロモーション活動、コミュニティヘルス戦略の実施）の双方への介入によってシナジー効果を発現した結果である（インパクト達成への貢献）、との見解が日本人専門家および主要関係者の共通した見解である。

2. HSM研修対象を全県の保健マネジメントチームに拡大することで、より多くの保健行政官のキャパシティ強化を実現

HSM研修の対象は計画時にはパイロット県のみであったが、パイロット期に完成した研修プログラムのパッケージをもって、その対象をスケールアップし、プロジェクト完了までに州内すべての県を網羅することができている。各県につき20人の行政官が対象となったため、ニャンザ州においてプロジェクト完了までに720名の保健行政官がHSM研修を受講したことになる。

研修対象の地域的範囲の変更と並んでプロジェクト期間中に行われた変更としては、新たに追加したアウトプット3のもとで、県以下のレベル（保健施設とコミュニティ）の保健人材（保健従事者、コミュニティ・エクステンション・ワーカー、コミュニティヘルス・ボランティア）をキャパシティ・ディベロップメントの対象としたことである。ただし、県以下のレベルにおける研修は、予算との関係上カスケード方式による実施となり、研修後のフォローアップも十分でなかったことから、県レベル以下の保健人材のキャパシティ・ディベロップメントとその定着は限定的である。

3. ヘルスプロモーション活動内容の変更によって、保健行政官・チームのPDCAサイクルに基づくマネジメント能力を強化するとともに、チームとしての主体性を促進

ヘルスプロモーション関連のアウトプット2は、PDM₁の改定時に新たに追加されたアウトプットであるが、その活動はPDM改定前から実際の活動として実施されていた。ただし、その活動内容は、IEC資料の制作に重点を置いていたパイロット期（詳細な活動内容は上記参照）から、スケ

ールアップ期には、ヘルスプロモーション関連活動のマネージメント（計画・実施・モニタリング・報告）の支援に変更されている。これは、ヘルスプロモーション関連活動に関するプロポーザルをパイロット県の保健マネージメントチームから募り、実現化の見込みの高いものには1県につき20万円を上限として資金的な支援を行うというものであった。プロジェクト期間中に6案件が実施されており、その半数以上はコミュニティを対象とした活動であった²³。それまでの「上から言われてやる活動」ではなく、自分たちで現状分析を含む計画策定、実施、モニタリング・評価、報告書という業務を行うことで、PDCAサイクルに基づくマネージメント能力が強化されただけでなく、一連の業務をチームとして実施したことにより、チームの主体性を高めることにもつながったことが日本人専門家によって観察されている。

3-2 効果発現・発現した効果の持続性に対する阻害要因

4年間と短い期間に多くのことを成し遂げたプロジェクトであったが、こうしておけばさらなる効果が発現していたであろうと思われる事項を以下に挙げる。

1. PDMに係る事項

1) 支援対象に起因する課題

ニャンザ州における州と全県の保健マネージメントチームを対象としたプロジェクト目標の指標が未達成である原因の一つは、プロジェクトが直接的に支援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、アウトプット1（保健システムマネージメント研修）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・マネー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（Provincial and District Health Management Teams）のキャパシティが強化される」の未達成という結果になったと考えられる。論理的には、プロジェクト目標の対象を州全土とするのであれば、アウトプットの対象も、アウトプット1だけでなく、すべてのアウトプットの対象を州全土とするか、あるいは、プロジェクト目標とすべてのアウトプットの対象をパイロット県とすることがより妥当であったと言える。ただ、実際のところは、前者のシナリオはプロジェクトのリソース（予算と人材）の関係から無理があったことは明らかである。他方、後者のシナリオとしておけば、PDMの指標に照らし合わせての目標達成は実現していたであろうが、HSM研修の裨益者は小規模にとどまり、効果の普及という面では限定的であったと考えられる。

2) 介入効果を図る指標に起因する課題

プロジェクトは、アウトプットレベルでは当時の狙いどおりに4つの実施モデル（研修実施モデル、ヘルスプロモーション活動実施モデル、サポーター・スーパービジョン実施モデル、コミュニティヘルス・マネージメントモデル）、およびモデルを実践するために必要となるマニュアル等の成果品が完成し、事後評価時においても活用されている。それにもかかわらず、指標に沿って評価を行うと、アウトプット3は未達成である。また、プロジェクト目標も、PDMに設定されていた指標に沿って評価すると未達成である。さらに、上位目標も一部未達成という結果になる。こうした結果には、各目標の達成度を測るために設定された指標の問題が示唆されている。

²³ 成功例の一つに、Ugenya（当時）で実践されたエビデンスベースの「スナノミ撲滅キャンペーン」がある。ディストリクト保健行政チームは、強いチームワークを発揮して「プロポーザルベースのヘルスプロモーション活動」にコミットし、活動を通じてリーダーシップとマネージメント能力が強化されたことで、その他の業務にも自信を持って取り組むことができるようになった。その結果、（プロジェクトが目指したヘルスプロモーション実施モデルのコンポーネントの一つであった）ヘルスプロモーション活動の年次計画への主流化が実現されている。（JICA SEMAH Report: Project Achievements and Lessons-learned, June 2013）

アウトプット3の指標1「実施モデルが完成する」が未達成である理由は、モデルが完成されたと判断する5つの基準（「2-1アウトプットの発現状況」注釈参照）のうち、「実施モデルの有効性の実証」が満たされなかったからである。プロジェクトでは、モデルの実証のためにオペレーション・リサーチを実施しているが、リサーチ・トピックの選定が適切ではなかった。リサーチ・トピックは上位目標の指標(1)および(2)と同じ内容であるため、上位目標が未達成である要因ともなっている。

上位目標指標(1)および(2)の設定根拠としては、「保健行政マネジメントチームの（保健従事者に対するスーパービジョン等の）キャパシティが向上する→保健行政官の職務満足度が向上するとともに、保健従事者のキャパシティが向上する→サービスの質が改善される→利用者の満足度が高くなる」というシナリオが考えられていたと思われる。実際には、保健行政官の職務満足度には、給与等の待遇面や、人事評価や昇進制度等といったプロジェクトが介入していない分野における要素も大きく影響し、保健サービスの質には保健従事者の技術等の他、施設・設備・機材・薬品等の条件も大きく影響する。上位目標指標および、アウトプット3の指標である実施モデルの完成を実証するためのリサーチ・トピックには、こうした外部要因が考慮されていない。つまり、プロジェクトの介入とその結果との因果関係が十分に考慮された指標（およびリサーチ・トピック）が設定されていなかった点が問題である。

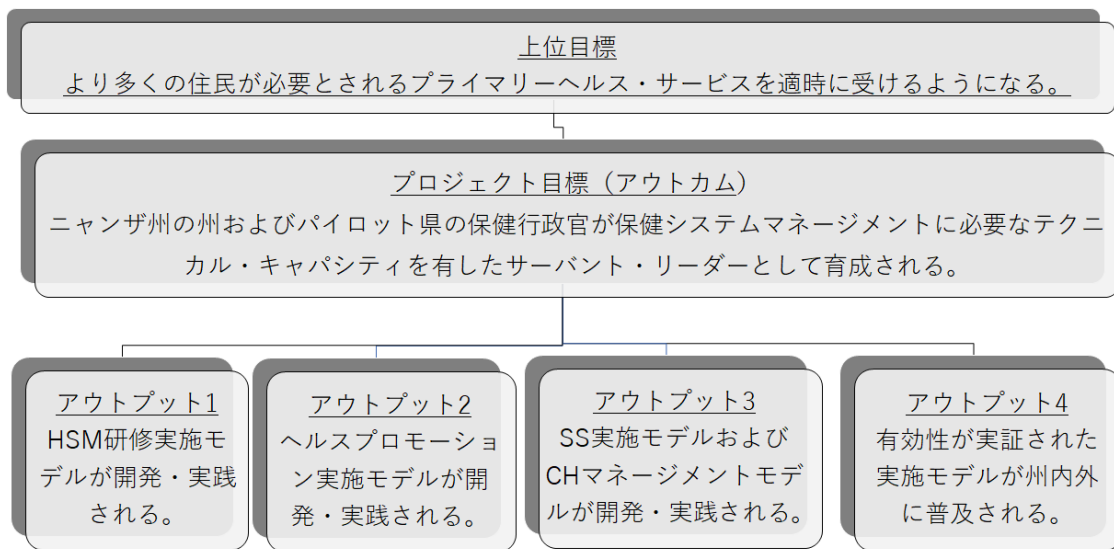
目標	指標
<p><u>上位目標</u> ニャンザ州におけるプライマリーヘルス・ケア・サービスの質が向上する。</p>	<p>1. <u>保健施設利用者の満足度が、2015年までに90% (3.6/4)に増加する。</u></p> <p>2. <u>保健マネージャーや保健従事者の職務満足度が、2015年までに90% (3.6/4)に増加する。</u></p> <p>3. <u>優先的ハイ・インパクト・インターベンション（効果の証明された保健介入）のサービスが2015年までに必要とされる人の80%以上に提供される。</u></p>
<p><u>プロジェクト目標</u> ニャンザ州における州および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。</p>	<p>1. <u>PHMT, DHMT のキャパシティ・アセスメントの総合平均値が、2013年6月までに5段階中4に向上する。</u></p> <p>2. <u>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。</u></p> <p>アセスメントは、ニャンザ州内の州と全県の保健行政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。キャパシティ・アセスメントは、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) サポート・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。一方、行動アセスメントは、行動変容12指標に基づく評価である（P8表参照）</p>
<p><u>アウトプット3</u> 県保健行政マネジメントチームから各保健行政施設、コミュニティに対するサポート・スーパービジョンおよび関連マネジメント活動がパイロット県でモデル化され、促進・普及される。</p>	<p>1. <u>サポート・スーパービジョンの実施モデルが2012年4月までに確立される。</u></p> <p>2. <u>総合的マネジメント・サポート・スーパービジョンを受けた保健施設の数が、2013年6月までにパイロット県において80%以上となる。</u></p>

* 下線部の指標は未達成

3) 協力シナリオのロジックモデルの課題

プロジェクトには協力シナリオの論理性にも問題がみられる。プロジェクト目標はアウトプットの纏めであることから、アウトプットとプロジェクト目標（アウトカム）の間にあるべき「手段—目的」の関係が不十分である。また、プロジェクト目標（アウトカム）から上位目標（インパクト）に至る道筋にも論理的な乖離がみられる。では、プロジェクトが期間内に目指していたこと（プロジェクト目標）とそこに至る道筋（アウトプット）、そしてプロジェクト完了後に期待されていた状況（上位目標）をよりの確に示すシナリオとはどのようなものであるか。

プロジェクトが目指していたことは、「保健システムを適切にマネジメントするために必要な9つの領域に関するテクニカル・キャパシティを有したサーバント・リーダーを育成すること」であったと解釈できる。右解釈に基づくと、以下のロジックモデルが一案として考えられる。



ロジックモデル	指標（例）
最終目標 ニャンザ州（およびその他の州において、住民、特に母子の健康状態が改善される。	主要なインパクトレベルの保健指標が改善される： <ol style="list-style-type: none"> 1. 妊産婦死亡率が減少する。 2. 1歳未満児の乳児死亡率が減少する。 3. 5歳未満児のマラリア感染率が減少する。
上位目標 より多くの住民が必要とされるプライマリーヘルス・サービスを適時に受けるようになる。	<ol style="list-style-type: none"> 1. コミュニティから保健施設へのリファラル数が増加する。 2. 主要なアウトカムレベルの保健指標が改善される： <ol style="list-style-type: none"> (a) 4回の妊産婦検診率が増加する。 (b) 医療従事者による出産数が増加する。 (c) 子どもの完全予防接種率が増加する。 (d) 家族計画率が増加する。 3. 保健施設で提供されるサービスに対する利用者の満足度が高まる。

<p>プロジェクト目標</p> <p>ニャンザ州の州およびパイロット県の保健行政官が保健システムマネジメントに必要なテクニカル・キャパシティを有したサーバント・リーダーとして育成される。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 保健行政官の研修分野におけるキャパシティ・アセスメント（自己評価）が向上する。 2 保健行政官の行動アセスメント（自己評価）が向上する。 3 保健行政官のパフォーマンス（具体的には、スーパービジョン/コーチング）に対する保健従事者の満足度が高まる。 4 保健マネジメントチームが保健施設のスーパービジョンの際に活用するスーパービジョンチェックリストの各項目内容につき、継続的な改善がみられる。 5 保健マネジメントチームが取り纏め、保健省に提出するカウンティ報告書の提出率（期限内の提出、完成度、データの正確度）が向上する。 6 保健行政官・チームにより新しい試み（活動）が導入され、それによって、職場環境やサービスデリバリーの内容が改善される（具体的な活動とその活動がもたらした正の変化）
---	--

2. 実施に起因する事項

プロジェクトでは、早い段階から HSM 研修の制度化に向けて努力を重ねており、プロジェクト期間中に主流化に向けた流れは作れたものの、制度化までには至らなかった。以下、研修の制度化が実現しなかった要因を 2 点挙げる。

1) KIHSM 構想を実現化できなかったこと

HSM 研修に関して、プロジェクトは開始直後に一つの課題に直面する。主要パートナーによって開発されたリーダーシップ&マネジメントに関する研修プログラムが複数存在しており、各研修プログラムは保健省から承認されたプログラムとして実施されていた、ことである。それによって研修対象とされた州・県の保健行政官のみならず、公衆衛生省にも混乱が生じていた。こうした状況を踏まえ、プロジェクトは積極的に他開発パートナーと協働して研修プログラムを開発する、というアプローチをとっていた。研修担当の日本人専門家は、プロジェクト開始直後に MSH の Leadership Development Programme (LDP) 研修に参加し、以降は密接に情報共有を図っていた。また、プロジェクト開始後に実施された WHO/DANIDA/DOFOD の支援による Health Systems Strengthen (HSS) 研修に対しては、2009 年 11 月から技術的な支援を行っていた。上記した KIHSM 構想に向けた支援が始まった 2012 年 1 月以降は、プロジェクトが開発した HSM 研修プログラムを調和して国家研修プログラムとして標準化しようとする動きが起こった。これを受け、研修担当の日本人専門家を中心としたプロジェクトチームメンバーは、公衆衛生省と医療サービス省が主催する HSS カリキュラムレビュー会議において改定作業を支援するなど、積極的に国家レベルの活動にも参加するようになる。

こうした努力にもかかわらず、プロジェクト期間中に KIHSM 構想が実現することはなかった。その阻害要因としては、(1) プロジェクト実施当時保健省が公衆衛生省と医療サービス省に 2 分化しており、プロジェクトは両省が KIHSM の設立に基本的に合意をする段階まで支援することができていたが、プロジェクト完了後、後続案件「地方分権下における保健システムマネジメント強化プロジェクト(2014 年 11 月～2019 年 9 月)」や後任の保健省アドバイザーへの引き継ぎが、思ったように進まなかったこと、(2) KIHSM を KMTC 内に設置し、研修マネジメントも KMTC が行うとの構想は、KMTC のキャパシティや本来の任務に照らし合わせて難しいとの判断があったこと、(3) それまで協働してきた一部の開発パートナーの介入があったこと、の 3 点が挙げられる。

プロジェクトが最後に目指した HSM 研修の制度化 (KIHSM 構想) が実現できなかったことは、事後において HSM 研修を実施しているカウンティは 3 カウンティのみであり、実施されていてもその頻度や対象が限定的であるという状態に繋がっている。HSM 研修が十分に実施されないことによって

現在のカウンティ・マネージメントチームが直面している問題は、HSM 研修を受講している行政官と受講していない行政官の間に生じる保健システムに対する理解や知識、そして技術のギャップであり、それによってチーム全体としての業務のコンセンサス形成に時間を要することであると、多くの元カウンターパートが指摘している。

2) 「HSM 研修修了者であることが昇進に必要な条件」とする旨の公認を得られなかったこと

事後評価においてインタビューを行った多くの元カウンターパートが、今後の持続性の阻害要因として、上記したチームメンバー間に生じる保健システムに関する理解や知識、技術のギャップの他に挙げたこととして、「プロジェクトで開発した HSM 研修の比較優位性は広く認識されていても、同研修の修了証は昇進に必要な条件として認められていない」ということである。現在のシステムのもとでは、Kenya School of Government で実施されているマネージメントコースを修了することが昇進に必要な条件である。修了書に関するその他の言及としては、(プロジェクトの研修が公認されていない理由ではないが)、プロジェクトの HSM 研修の全課程(クラスルームでの学び、現場での実践、発表会)を終了するには約半年を要したにもかかわらず、プロジェクトが発行した修了書に記載されている期間は、クラスルームでのセッション(12日間)のみであり、実際の期間が正確に反映されていない点は残念である、ということである。

ただ、事後評価の機会に元カウンターパートの間で再認識された持続性に係る課題に対し、「プロジェクトで開発した HSM 研修の修了証が 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(ローカルアレンジメント)を目指してこれから一緒にやっとう」という提案がシニアマネージメントレベルにある複数の元カウンターパートから出され、各カウンティの多くの元カウンターパートから賛同を得たことは、プロジェクトが目指していたキャパシティの持続性を実証する例として特記に値する。その第一段階として、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が検討されている。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ージメントチーム、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。こうした自発的動きに対し、JICA 側がフォローアップスキームを通じた支援、あるいは今後プロジェクト枠組みの見直しが予定されている「ケニア地方分権下におけるカウンティ保健システムマネージメント強化プロジェクト」を通じて協力することができれば、プロジェクト成果の持続性は向上すると考えられる。

添付1 Project Design Matrix

Project Title: Project for Strengthening Management for Health in Nyanza Province, Kenya				
Duration: 4 years (July 2009 -June 2013)				Version:1
Target Group : Health managers of Provincial Health Management Team (PHMT) and District Health Management Teams (DHMTs) in Nyanza Province				Date: March 1, 2011
NARRATIVE SUMMARY		OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS		MEANS OF VERIFICATIONS
OVERALL GOAL				IMPORTANT ASSUMPTIONS
Quality of primary health care services is improved in Nyanza Province		1 Patients' and Customers' satisfaction rates at health facilities are increased by 20% by 2015.	1 Health Leadership and Management Survey report	
		2 Health managers/providers' satisfaction rates for working environment are increased by 20% by 2015.	2 Health Leadership and Management Survey report	
		3 Health service performance indicators regarding to essential High Impact Interventions (HIs) is are increased by 20% by 2015.	3 Annual Operational Plan (AOP) Performance Review Report	
PROJECT PURPOSE				
Management capacity of health management teams at Provincial and District levels in Nyanza Province is strengthened		1 Grand average score of the capacity assessment in PHMT and DHMTs in Nyanza Province is increased by 20% by June 2013.	1 Health Leadership and Management Survey report	<ul style="list-style-type: none"> • Security and safety measures in Kenya are maintained. • Referral systems is adequately functioned. • Major outbreaks and epidemics are not emerged to affect the overall performance of the health status of the people.
		2 Grand average of the behavioral change assessment in PHMT and DHMTs in Nyanza Province is increased by 20% by June 2013.	2 Health Leadership and Management Survey report	<ul style="list-style-type: none"> • Human resource for health is well maintained and promoted. • Infrastructure well maintained. • Supplies for drugs and commodities are ensured and maintained • Availability of health providers is secured and maintained.
OUTPUTS				
1	Health leadership and management trainings are modeled and promoted in Nyanza Province	1-1. A operational model of health strategic leadership and management training is established by June 2011.	1-1. Training model in place	<ul style="list-style-type: none"> • Workplace environment for PHMT/DHMT is well maintained and promoted at least it meets the minimum requirement.
		1-2. Coverage of PHMT and DHMTs in Nyanza Province receiving the model training program is increased to 100% by June 2013.	1-2. Training Completion and Evaluation report	<ul style="list-style-type: none"> • Mobility of health managers including transport, competing tasks and personal issues is well secured and maintained.
2	Health promotion activities are modeled and mainstreamed in Health Systems Strengthening in the pilot districts*.	2-1. An operational model of health promotion activities is established by April 2012.	2-1. Health promotion model in place	
		2-2. Execution rate of health promotion activities budgeted in AOP of the pilot districts is increased by 20% by June 2013.	2-2. AOP Performance Review repor	<ul style="list-style-type: none"> • Conflict resolution and disciplinary action under code of conduct are esteemed and functioned well.
		2-3. Grand average score of the capacity assessment on heath promotion in the pilot districts is increased by 20% by June 2013	2-3. Health Promotion Capacity Assessment repor	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration between health managers and development partners are well coordinated and organized under mutual vision and mission.
3	Supportive supervision and related management activities by DHMTs for health facilities and communities are modeled and promoted in the pilot districts	3-1. Supportive supervision and related management activities by DHMTs for health facilities and communities are modeled and promoted in the pilot districts	3-1. Supportive supervision model in place	
		3-2. Numberofhealthfacilitiesinthepilotdistrictsreceiving IntegratedManagementSupportiveSupervision(IMSS)is increased by 20% by	3-2. IMSS report	<ul style="list-style-type: none"> • All the stakeholders are involved in health management activities to strengthen health systems.
4	Evidence-based practices and lessons-learned demonstrated by the Project implementation are promoted to all the districts in Nyanza province and other provinces and enhance national health policies/guidelines and international networks.	4-1. Number of seminars, workshops and conferences shared project is continuously increased until June 2013.	4-1. Minutes of the meetings	
		4-2. No of scientific papers, documents and publications concerning to the project activities and achievements is continuously increased until June 2013.	4-2. Scientific papers, documents and publication	

ACTIVITIES		INPUTS			
		Japanese Side	Kenyan Side		
1-1.	To establish Community of Practices (COPs) as institutional networking to spearhead and support health management training.	(1). JICA expert and project staffs	(1).	Counterpart members (Ministry, Provincial and District levels)	• Knowledge and information acquired by the Project activities are adequately shared by all the DHMT members and stakeholders
1-2.	To organise a training management working group (TMWG) consisting of training focal persons from PHMT and DHMTs, JICA Experts, and technical advisors from COPs.	a. Long-term expert (Chief Advisor, Human Resource Development Advisor, Project Coordinator/IEC Material Development/Health Promotion Advisor, Health Administration Management Advisor)	(2).	Management support staffs	
1-3.	To hold regular meeting to identify training needs and develop training plans, courses, modules and tools	b. Short-term expert (Health Management Information System etc.)	(3).	Office space, equipment and utilities	• Partnership with other implementing donors, agencies and institutions is maintained.
1-4.	To Implement core management training programme to the pilot teams as initial modeling process for packaging.	c. Project staffs (National expert, project assistant, driver etc.)	(4).	Counterpart budget for operational costs (cost-sharing)	
1-5.	To review, develop and package core management training programme for scaling-up to cover all the DHMTs in Nyanza Province.	(2).	(5).	Sector coordination and arrangements	• Availability of counterpart members (PHMT/DHMTs) is retained and maintained.
1-6.	To conduct Health Leadership and Management Survey with Randomized Control Trial (RCT) method during the scaling-up training programme.	(3).			
1-7.	To support DHMTs to conduct health management training at health facility and community level to the pilot districts.	(4).			
1-8.	To support DHMTs to enhance health management training into AOP in the pilot districts.	(5).			
1-9.	To evaluate and documents health leadership and management training Program as evidence-based practice.				
					Pre-Conditions
2-1.	To organize and operate a working group on health promotion (UCAN WG: Unity, Communication, Advocacy and Networking Working Group).				• Security and safety measures in the Project working areas are maintained.
2-2.	To conduct needs assessment on health promotion both at PHMT/DHMT level and Health Facility/Community level.				• Major policies and guidelines are maintained at the ministerial level
2-3.	To conduct capacity assessment on health promotion for the pilot districts.				• Health sector reform and local government reform are maintained.
2-4.	To conduct management training/workshops on health promotion at PHMT/DHMT level.				
2-5.	To support DHMTs to conduct health promotion activities at health facility and community level.				
2-6.	To support DHMTs to promote health promotion activities to be incorporated into AOP.				
2-7.	To conduct study/exchange visits for sharing good practices and networking with other teams.				
2-8.	To support DHMTs to develops IEC materials suitable to the local contexts.				
2-9.	To evaluate and document health health promotion activities as evidence-based practice.				
3-1.	To develop and operationalize Field Support Working Group to strengthen capacity development of district health systems.				
3-2.	To review supervision system and checklists in light of quality of management and standardized health services.				
3-3.	To develop Integrated Management Supportive Supervision(IMSS) checklist and implementation, on-site training and feedback mechanism				
3-4.	To operationalize implementation, on-site training, feedback and dissemination of IMSS.				
3-5.	To support DHMT to incorporate IMSS into budget and action plan of AOP				

3-6.	To support PHMT/DHMT to promote Health Management Information System (HMIS), Community Health Strategy (CHS) and other related communication management to strengthen district health systems.				
3-7.	To support PHMT/DHMT to strengthen project management in AOP.				
3-8.	To support PHMT/DHMT to hold Technical Assistance Committee and Stakeholder Forum at provincial and district level.				
3-9.	To evaluate and document IMSS and other related management activities as evidence-based practice.				
4-1.	To design and conduct operational research for evidence-based practices concerning to the project interventions				
4-2.	To document and publish research results, operational models and lessons-learned to a wider public audience.				
4-3.	To support sustainable mechanism to disseminate evidence-based practices demonstrated by the Project in scientific journals, conferences and stakeholders' forums				
4-4.	To promote institutional networking with development partners, academic institutions and other organizations (NGOs, CBOs, FBOs etc.)				
4-5.	To conduct forums and study visit to exchange information and experiences to enhance evidence-based practices.				
4-6.	To support Department of Primary Health Services and other departments in MOPHS for their organizational capacity development.				
4-7.	To support the development and amendments of health policy/guidelines according to the Project activities and achievements.				
4-8.	To spearhead international collaborative network for health systems strengthening with neighboring countries and beyond.				

添付 2 インタビュー対象者

【カウンティ】

Kisumu County

<u>氏名</u>	<u>現職</u>	<u>プロジェクト期間中の役職</u>
• Dr. E. Ogaja,	CEC Health	Head of Phamacy, MoH
• Mr. Japheth Omwenga	County Health Admin	Provincial Health Admin
• Mrs. Hilda Ayieko	SCHPO	DHPO
• Mr. Charles Ngwalla	County Clinical Officer	District Clinical Officer
• Mr. Nicholas Pule	SCMOH	DMOH
• Mr. Zabron Kerimu	SC clinical officer	H/C clinical officer
• Ms. Grace Jobita	County Advisor on Gender	Training Coordinator

Siaya County

• Mr. Henry M. Odiango	DEPUTY/CHRIO	Deputy PHRIO
• Ms. Millicent Okwatch	SC Nursing Officer	WG&Training Coordinator
• Dr. Rachel Omamo	PEPFAR Project Manager	DMOH Siaya
• Mrs. Mary Okumu	SC Nursing Officer	District Nursing Officer
• Mr. Steve W. Wakhule	SCCHSFP	DCHSFP
• Ms. Everlyne Aching	SCHPO	DCHPO
• Ms. Mary Okwany	SC Nursing Officer	Community Health Nurse
• Mr. Godfrey Odhiambo	CHEW at Sumba Dispensary	CHEW

Homa Bay County

• Dr. Gordon Okomo	County Director of Health	MOH Nyatike
• Mr. Daniel Okuku	County Chief Nurse	DPHN
• Dr. Mathews Ajwala	CCHO	MOH Mbita
• Mrs. Christine Otieno	SCHRIO	DHRIO Homa/bay
• Mrs. Dolfine Odongo	SCNO	DNO
• Mr. S. Oyuga	SCHPO	DHPO

Migori County

• Mr. Ogoye	County M&E Officer	
• Ms Clementine Gwoswar	County Chief Nurse	PPHN
• Mr. David Nyamohanga	Deputy M&E / CTLC	DTLC / DCO
• Mr. Herman Nyobambo	SCMLT	DMLT
• Mr. Allan Munema	Medical Superintendent	DCO/ MOH Representative
• Mr. Elly Obwanda	SCPHN	DPHN Kuria West

Kisii County

• Mrs. Sarah Omache	CEC Health	-
---------------------	------------	---

- Dr. Geoffrey Otomu County Director of Health DMOH
- Mrs. Christine Momanyi County EPI Coordinator DPHN
- Mrs. Beatrice Matara CHPO DHPO
- Mr. Thomas Oirere SCPHO DPHO
- Mr. Charles Ayora SCPHN DPHN

Nyamira County

- Mrs. Gladys Momanyi CEC Health -
- Dr. Jack Magara County Director of Health DMOH
- Mr. John Monyancha CHRIO DHRIO
- Mrs. Jackline Nyamusi SCHPO DHPO
- Mr. Fred Ombati SCTLCT DTLC
- Ms Anniver Temu SCN District Nutritionist
- Mr. Tom Mbarake SCDS DSC

【保健省】

- Dr. Jackson Kioko DMS Director, Provincial Public Health
- Dr. David Soti Head, Dept. of Preventive & Provincial Health Promotion Officer Promotive Health
- Dr. Marina Head, M&E Unit -

【開発パートナー】

- Dr. Peter Okoth UNICEF Programme Officer PHMT-Child Health

【日本人プロジェクトメンバー】

- 杉下 智彦 チーフアドバイザー
- 戸田 幹洋 研修マネジメント/組織強化
- 斉藤 佳央里 保健行政マネジメント
- 村上 千恵 業務調整/IEC 教材開発
- 川勝 義人 コミュニティヘルス戦略

添付 3 訪問先の保健施設

Kisumu County

- Kisumu County Referral Hospital
- Manyuanda Health Centre
-

Siaya County

- Siana County Referral Hospital
- Kaluo Health Centre
-

Homa bay County

- Homa Bay County Referral Hospital
- Mbita Sub - County Hospital
- Rachuonyo North Sub - County Hospital - Kendu Bay
- Kasipul-Kabondo Sub - County Hospital
- Kosele Health Centre

Migori County

- Migori County Referral Hospital
- Rongo Sub - County Hospital
- Kuria East Sub - County Hospital - Kehancha
- Kuria West Sub - County Hospital - Isebania
- Nyamaraga Health Centre

Kisii County

- Kisii Teaching and Referral Hospital
- Marani Sub - County Hospital
- Gucha Sub - County Hospital
- Kegogi Health Centre
- Nyamasege Health Centr

Nyamira County

- Nyamira County Referral Hospital
- Borabu Sub - County Hospital
- Nyamira North Sub - County Hospital
- Kenyoro Health Centre
- Chepngombe Health Centre

添付4: Guide for Focus Group Discussion/Key informant interviews

1) Questions on Development of Technical Capacities

- 1-1 Which of your knowledge and skills on Health System Management developed during the project period are sustained currently?
- 1-2 Please specify project' s activities/approaches effective to develop the identified knowledge/skills.

2) Questions on Development of Core Capacities (Mind-set Changes)

- 2-1 What is “mind-set” in your understanding?
- 2-2 In what sense, your mind-set has been changed through interventions by the project? What was the turning point?
- 2-3 Please specify project' s activities/approaches effective to change your mind-set.

3) Questions on Sustainability of Management Capacities and Its Impact

- 3-1 Have you observed or reported the service deliveries are improved recently as a result of the continuous practice of the implementation models with the tools/manuals/materials developed by the project? If so, please provide us with examples (i. e. : immunization coverage rates, mortality rates and morbidity rates, No. of delivery at facilities, No. of functional CUs, turnover rate of CHVs, No. of referral from community to facilities)
- 3-2 What are enabling factors to sustain the implementation models and Project' s products in your counties?
- 3-3 What are hindering factors for you to sustain your good performance in the current team?
- 3-4 Is there any innovative activity you introduced recently? If so, please provide us with the specific activities and its results.

END