

保健医療分野の援助指標に 関する研究

平成14年3月

国際協力事業団
国際協力総合研修所

総研

J R

01 - 57

保健医療分野の援助指標に関する研究

高橋 央

国立感染症研究所感染症情報センター研究員

平成 14 年 3 月

国際協力事業団
国際協力総合研修所

本報告書は、平成 13 年度国際協力事業団客員研究員に委嘱した研究の成果を取りまとめたものです。

なお、本報告書に示されている様々な見解・提言等は、当事業団の意見を代表するものではないことをお断りします。

目 次

要 約	i
序 文	1
1. 保健医療分野の援助指標と評価に関する問題点	3
1 - 1 新しいモニタリングと評価手法の導入	3
1 - 1 - 1 OECD/DAC 評価方針とロジカル・フレームワークの管理・運営手法の発展 ..	3
1 - 1 - 2 DAC 評価と PDM の関係	5
1 - 2 PDM 活用の諸問題	6
1 - 2 - 1 PDM の不十分な管理運営	6
1 - 2 - 2 PDM 作成者と運営者の思考共有の欠如	7
1 - 2 - 3 PDM 上のプロジェクト目標の変更	7
1 - 2 - 4 補完情報の共有欠如	7
1 - 2 - 5 PDM ワークショップの質的問題	8
1 - 3 疫学的な比較評価の諸問題	8
1 - 3 - 1 交絡要因(confounder)の制御	9
1 - 3 - 2 効果増強要因(effect modifier)の影響	9
1 - 4 評価指標の選定と評価の方法とまとめ	10
2. プロジェクト指標と評価の事例研究(ザンビア、アフガニスタン).....	12
2 - 1 ザンビア国ルサカ市プライマリ・ヘルスケア・プロジェクト	12
2 - 1 - 1 背景	12
2 - 1 - 2 協力活動の変遷	12
2 - 1 - 3 終了時評価	22
2 - 1 - 4 まとめと教訓	37
2 - 2 アフガニスタン国ジョイントドナー・ミッション	38
2 - 2 - 1 背景	38
2 - 2 - 2 ジョイントドナー・ミッションの論点	40
2 - 2 - 3 保健サービス基本パッケージと達成目標	41
2 - 2 - 4 まとめと今後の展開	43
3. プロジェクト内容に応じた指標設定の留意点	45
3 - 1 プライマリ・ヘルスケア	45
3 - 1 - 1 プライマリ・ヘルスケア・プロジェクト立案の問題点	45
3 - 1 - 2 プライマリ・ヘルスケア・プロジェクトの戦略作り	45

3 - 1 - 3	プライマリ・ヘルスケア・プロジェクトの上位指標の留意点	46
3 - 1 - 4	プライマリ・ヘルスケア・プロジェクトの下位指標の留意点	46
3 - 1 - 5	プライマリ・ヘルスケア・プロジェクトの外部・前提条件の留意点	47
3 - 1 - 6	プライマリ・ヘルスケア・プロジェクトの評価に関する留意点	48
3 - 2	HIV/AIDS 対策	51
3 - 2 - 1	HIV/AIDS 対策の社会的問題点	51
3 - 2 - 2	HIV/AIDS 対策の戦略作り	51
3 - 2 - 3	開発援助における HIV/AIDS プロジェクトの目的	52
3 - 2 - 4	HIV/AIDS 対策プロジェクトの上位指標の留意点	53
3 - 2 - 5	HIV/AIDS 対策プロジェクトの下位指標の留意点	53
3 - 2 - 6	HIV/AIDS 対策プロジェクトの外部・前提条件の留意点	55
3 - 3	寄生虫症対策	60
3 - 3 - 1	寄生虫症の問題と対策	60
3 - 3 - 2	寄生虫症対策の上位目標の留意点	60
3 - 3 - 3	寄生虫症対策の下位目標の留意点	61
3 - 3 - 4	寄生虫症対策の外部・前提条件の留意点	61
3 - 3 - 5	マラリア対策の留意点	62
3 - 4	微量栄養素欠乏(ヨード欠乏症).....	62
3 - 4 - 1	微量栄養素不足の問題	62
3 - 4 - 2	ヨード欠乏症の問題点と対策	63
3 - 4 - 3	ヨード欠乏症の上位目標の留意点	63
3 - 4 - 4	ヨード欠乏症の下位目標の留意点	63
3 - 4 - 5	ヨード欠乏症の外部・前提条件の留意点	64
4.	プロジェクト内容に応じた指標設定の実例	65
4 - 1	ガーナ・プライマリ・ヘルスケア	65
4 - 1 - 1	背景とプロジェクトの主な活動	65
4 - 1 - 2	採用された評価指標	65
4 - 1 - 3	評価方法へのコメント	67
4 - 2	タイ・HIV/AIDS	68
4 - 2 - 1	背景とプロジェクトの主な活動	68
4 - 2 - 2	採用された評価指標	69
4 - 2 - 3	評価方法へのコメント	70
4 - 3	グアテマラ・シャーガス病対策	71
4 - 3 - 1	背景とプロジェクトの主な活動	71
4 - 3 - 2	採用された評価指標とコメント	71
4 - 4	モンゴル・ヨード	73

4 - 4 - 1	背景とプロジェクトの主な活動	73
4 - 4 - 2	採用された評価指標とコメント	74
5.	援助指標向上への提言	78
5 - 1	データベースの構築と利用	78
5 - 1 - 1	プロジェクト課題別データベース	78
5 - 1 - 2	地域別データベース	79
5 - 1 - 3	年代別データベース	79
5 - 2	統計分析の活用	80
5 - 3	事前調査の充実	80
5 - 4	協力方式ごとの指針作り	81
5 - 5	プロジェクトにおけるPCMの運用改善	81
5 - 6	評価のための評価研究	82
	参考文献	83

要 約

近年の日本のODA(政府開発援助)に対する社会の認識は、日本の経済情勢を鑑みたODAの適正規模だけでなく、各プロジェクトの内容からその実施方法まで、様々な点に批判が噴出している。

プロジェクト自体に関わる問題点を改善していくためには、プロジェクトの準備から評価までを質的に向上させる努力が必要である。加えて、その過程に参加型のアプローチを導入することは、ドナーとカウンターパートの双方へ、将来へ向けた教訓やノウハウを蓄積することにつながり、将来的なODAの質的向上に寄与すると考えられる。OECD/DACは1991年に、ODAの評価を妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性を5つの視点としてまとめている。

JICAの行う保健医療分野での国際協力では、DACの評価5項目を考慮に入れたプロジェクト・サイクル・マネージメント(PCM)を、1994年から活用している。PCMには参加型計画手法とモニタリング・評価手法の2つがあり、その過程で作成されるプロジェクト・デザイン・マトリックス(PDM)では「投入 活動 成果 プロジェクト目標 上位目標」という連鎖式の因果関係による論理仮説が構成される。更に、その実現性を前提条件と外部条件で規定することによって、プロジェクトの実績と実施プロセスの把握を単純明快にすると共に、そのモニタリングと評価を連携して実施できるように考えられている。本報告書では、PDMの一般的な利点と欠点を概論した上で、最近終了したJICAプロジェクトを、そこで作成されたPDMを用いて、どのようにモニター・評価されたかを検証し、最終章で改善に向けた提言をした。

PDM活用の一般的利点としては、「プロジェクトの目標、活動内容、リスクを明記しているので、モニタリングや評価を実施する上で具体的な調査項目を立て易いこと」、「目標値が決定されているので、達成度を定量的に判断し易いこと」、「指標の入手方法を明記しているので、成果の調査が公平に行い易いこと」、「入手可能なモニタリング情報の範囲を明示しているので、評価結果が客観的で分かり易いこと」、「論理的な計画の組み立てになっているので、検証作業が行い易いこと」等が挙げられる。発展途上国における長期プロジェクトなどでは、論理仮説の諸条件がずれていく可能性が高いため、実際に生じる不確実性をプロジェクト開始前から予測・補正するために、PDMでは前提条件と外部条件をマトリックス中に取り入れ可能となっている。

しかし、PDMの特性を充分認識せずに、PDMを作成・運用すると、以下に述べるような不十分なプロジェクト形成や誤った運営がなされる恐れがある。

計画立案段階で作成されたPDMは、進行状況のずれや周辺状況の変化をモニタリングし、適宜内容を変更するのが原則となっているが、カウンターパート、相手国関係官庁、日本国内の支援委員会等との協議の上でワークショップを開催する必要がある。そのため、PDMの変更自体に柔軟性が欠如し、適宜変更されない問題が起こる。

PDMが適宜変更されたとしても、日本のODAの多くは案件発掘、プロジェクト形成、PDMによる計画立案から、プロジェクト開始後も多数の個人や組織が関与するため、現行のPDMの結論に至った討議のコンセンサスを共有し続けることが難しい問題がある。

発展途上国での援助では、どんなに前提条件や外部条件を詳細に設定しても、プロジェクト実施

中に状況が変わることは稀でない。ところが、プロジェクトの活動内容を徒らに変更し、プロジェクト目標自体まで変わってくると、計画立案時のPDMロジック・フレームが文字通り骨抜きになる可能性がある。最初のワークショップで想定されていなかった追加活動は、報告書や評価の扱いにおいて正当な評価を受けがたい。逆に、プロジェクト終了時評価においても、各調査団によって修正されてきたPDMの内容が充分反映されていないPDMが採用されると、プロジェクトで本来追求してきた成果や目標が、正当に評価されない問題が生ずる。

現地事務所によって収集された基礎情報をもとに、少数の専門家が短時間で事前調査することは質的に限界があり、事前調査からモニター・評価の手法向上が更に必要である。

また、他の地域で実施されている同様なJICA他のプロジェクトからの経験や情報、他のJICA部署で実施された同地域での調査、国際会議や学术论文からの情報など、様々な分析結果をPDMに投入していく必要がある。保健医療分野のプロジェクトの場合、JICA本部内で共有されるべき有益な情報や経験が、あまり効率的に共有されているとはいえない。

PDMを作成する際には、参加者の多数決を避けて、参加者全員のコンセンサスによって分析を進めるのが原則であるが、時間的に充分でないことが多い。JICA側の参加者とモデレーターの他に、ワークショップ全般にわたって現地の担当者や関係者が積極的に参加することは多くなく、全員一致の結論を導くのはかなり難しい。参加型のPCM手法が形骸化する懸念がある。

プロジェクトをモニター・評価する場合、目標達成に時間を要するものや、数値目標のように客観的な指標が設けられていない場合には、活動の前後で介入した問題に改善があったかを科学的に比較する疫学的手法(コホート調査など)がある。しかし、「活動 成果 プロジェクト目標 上位目標」の因果関係において、一見因果が成立しているように見えても、実は別の要因がある場合(交絡要因)や、対象とするプロジェクト以外の影響があって、プロジェクトの成果がこれらによって増幅される場合(効果増強要因)もあり、プロジェクトのモニター・評価における疫学手法の応用は、学术论文など一部に限られている。

保健医療分野における援助指標は、PCMでの設定方法、運用方法、評価方法のいずれでも未だ確立されたものとなっていない。各プロジェクト関係者がより適切な援助指標設定について認識を高めることが、この問題を克服する絶対条件であるが、ODAプロジェクトの実施母体であるJICAとして、どのようなことから改善できるかを考えることは重要である。

データベースの構築と利用は、JICAとして直ちに取り組める課題であり、日々蓄積している情報を有用性の高い情報源として、早急に整理するべきである。この際、データベースはプロジェクト別(例えば、プライマリ・ヘルスケア・プロジェクト、人口家族計画、栄養改善プロジェクト別など)、地域別(例えば、中米・カリブ地域、南米地域、北アフリカ地域、サブサハラ・アフリカ地域、中近東地域、南西アジア地域、南東アジア地域、太平洋島嶼地域程度の大項目を作成し、さらに地域別、国別、地方別に細分化する)、年代別(例えば、乳児死亡率、5歳未満児死亡率、妊産婦死亡率、予防接種カバー率など代表的な保健医療分野の上位目標となる項目について、当該国政府が示す国家保健計画の目標、日本政府とカウンターパートの機関で決議された目標、或いは国連機関や世銀など国際機関が設定する具体的数値や目標)といったジャンル別の検索が可能なスタイ

ルにすると、有用度と利用度の両方が高まるであろう。

コホート調査によるプロジェクト成果の科学的な評価だけでなく、多変量解析を応用したPDMにおける外部条件の選定など、統計分析を更に活用すべきである。JICAプロジェクトをマクロ的視点で予想・総括する際に、効果を発揮すると考えられる。

当該国の保健政策との整合性だけでなく、地域住民全体の利害や絶対的ニーズと相対的ニーズの調査など、PDM作成前に明らかにしておかねばならない事項を明らかにするため、事前調査を拡充させることが重要である。これには、コミュニティでの保健資金の流れや、支出の決定権を握る重要人物の特定、少数民族の健康観など、社会学的アプローチの調査も含まれる。

JICAは協力方式ごとの指針作りを拡大継続すべきである。結核対策、栄養向上、人口家族計画の指針は未だ作成されていない分野を優先し、HIV/AIDS対策については、その重要性和地域的多様性を鑑みて、地域版(例えば、サブサハラ・アフリカ版など)も作成されるべきである。指針には人材や資材の投入に関して、JICAが有する様々なスキーム(無償資金協力、青年海外協力隊、シニアボランティアなど)を活用することを想定した内容としたい。

その他、本研究で選んだプロジェクトから得られた教訓には、まずPCMについての基本的理解をプロジェクト参加者全員に植え付けることの重要性、計画立案・モニタリング・評価時に十分な時間的・場所的な余裕を与えること、プロジェクト参加者交代時のPCMの引継ぎ、PDM変更とプロジェクトモニター・評価の公平な連携などであった。このようなプロジェクトにおけるPCMの運用改善を全て達成して、PCMの全般的な質的向上が実現すると考えられる。

評価指標が確立していないわが国の保健医療プロジェクトにおいて、評価のための評価研究はJICAプロジェクトの中でも必要である。幾つかのプロジェクトについて、プロジェクト評価作業に介入する“評価のための評価研究”を試行することを提言したい。同時に、この分野を専門的に研究する日本人専門家を、JICAなどが積極的に育成する努力も必要である。

序 文

わが国の行ってきた国際保健医療協力は、30年以上の歴史があり、その内容は様々な分野にわたっている。1980年代までの協力方式は、もっぱら日本の取った疾病対策と医療行政(特に感染症対策)を参考にしながら、活動地域の実情に合わせた技術協力や、他国のドナーに比べて潤沢な資金を投入した有償・無償の設備・器材協力が主であった[国際協力事業団医療協力部(1990)「保健医療協力プロジェクト概要表」]。特に技術協力に関しては、勤勉な日本人気質と日本のめざましい保健医療の進歩の秘訣が、相手国から興味をもたれ、また日本側も自ずと拠り所にした形となった。「人作り、国作り、心のふれ合い」というJICAのキャッチフレーズも、このような背景と関係していよう。

歴史的にみても、わが国は第二次世界大戦の廃墟のなかから、短期間で奇跡ともいわれる復興を遂げたことは明らかである。その理由の1つとして挙げられることは、経済発展ばかりでなく、保健医療のうち寄生虫症対策、栄養改善、家族計画という人間の基本的ニーズに関わる要素を優先的に改善させたことがある[厚生省保健医療局国際寄生虫対策検討会(1998)「21世紀に向けての国際寄生虫戦略 国際寄生虫対策報告書」]。それも、中央政府や地方自治体といった公的機関と保健医療の専門家が主導しただけでなく、町内会、学校保健や子供会、農協といった地域の自治組織(或いはボランティア・グループ)をうまく活用し、衛生教育を重視した点が得策であった[国際協力事業団(1999)「プライマリ・ヘルスケアをよく知るために～日本の経験を踏まえて～」]。プライマリ・ヘルスケア(PHC)の概念が世界保健機関(WHO)で公式に打ち出された1978年より20～30年前のことである。高度経済成長期の四大公害も科学技術と保健行政の力で克服した。そして戦後50年までに、伝染病対策、栄養改善、寄生虫症対策、家族計画、環境汚染対策、更には地球温暖化や酸性雨対策まで、地域レベルから地球規模にいたる様々な健康問題の克服に、成功ないしは実効的な取り組みができるようになった。

けれども、このように段階的な発展を遂げた日本式の保健医療の手法が、国際保健医療協力の戦略として直接活用された訳ではなかった。特にわが国の国際協力がアジア地域以外に大きく展開し始めた1980年代には、国際保健医療協力の手法は手探り状態であったといっても過言でないだろう。文化の違いだけでなく、教育レベルの違い、男女間の社会的格差、社会インフラの成熟度の違いなど、ある程度予想可能な困難の他、民族紛争やHIV/AIDSのような新興感染症の台頭といった予想不可能なマイナス要因にも直面したことが背景にある[国際協力事業団(2000)「結核対策分野における日本の国際協力実績」]。寄生虫症対策のように、わが国で抑圧や撲滅活動に参加した人材が既に引退して、専門家の層が薄くなってしまったことも原因である[日本熱帯医学会(1997)「熱帯感染症の国際保健協力、過去・現在・将来」第21回日本熱帯医学会九州支部大会シンポジウム記録集、国際協力事業団(2001)「寄生虫対策指針」]。

1990年代に入って東西冷戦が終結した後も、近年の不安定な世界情勢のなかで、国際保健医療協力の手法は更に複雑化し続けているようにみえる。国際保健医療における難民や国内避難民への保健医療サービスの占める比率は、近年格段に増大しており、宗教的民族的マイノリティーへの身

体的精神的不平等への配慮も常に念頭におかねばならない状況となっている。

援助の目的や方法論は、プロジェクトごとにケース・バイ・ケースであるが、援助分野ごとに共通点もある。JICAは分野ごとの開発戦略の共通点を列挙し、新たなプロジェクトへ波及させようと、指針として発表する。一方、現地で活動するスタッフは、そのような断片化された指標は、現地の複雑に関係した社会実状にそぐわない、と違和感を露わにする。他方で、プロジェクトのカウンターパートだけでなく、活動地域住民をも加えた参加型評価手法は、プロジェクトのオーナーシップを高める上で、むしろ現地で活動する者から評価が高い。

本報告書は先に述べたような国際保健医療協力の歴史的経緯と現状を踏まえ、21世紀にわが国が行う保健医療協力の質的な改善の一助となるような現状分析と提言をまとめ、プロジェクト開始前の活動立案時点の指標選定から終了後の評価にいたるまでの過程で、目標設定、モニタリング、評価を中心に解析を試みることを目的とした。

第1章では国際協力にどのような評価方針が取られてきたか、また1990年代から導入されつつあるプロジェクト・サイクル・マネージメント(PCM)とプロジェクト・デザイン・マトリックス(PDM)が、JICAの行う保健医療分野での国際協力でどのように活用されているか、その問題点を中心に現状解析を行う。

第2章では1990年代に実施されたJICAのプロジェクト方式技術協力(プロ技)のうち、PCMが最初に正式導入され、筆者も事前調査に参画した、ザンビアとアフガニスタンのPHCプロジェクトを取り上げ、計画立案・モニタリング指標がどのように実施されたか、そのプロジェクトがどのように評価されたかを事例研究する。

第3章では保健医療のプロジェクト内容に応じた指標設定について、国連機関やJICA医療協力部が公表している考え方をもとに、今後特に重点が置かれるべきと考えられるPHC、HIV/AIDS対策、寄生虫症対策、微量栄養素について、一般的な指針となる指標を列挙した。

さらに第4章では前章の指標が最近実施されているJICAプロジェクトでどのように活かされているかを、代表例をもとに検討した。なお本章はJICA医療協力部の依頼により、現在JICAパキスタン母子保健プロジェクトに参加中の四方専門家(株式会社インターテクノ・サービス)と共に編纂した「保健医療分野の援助指標と評価手法の研究」で解析されたデータを利用している[国際協力事業団「保健医療分野の援助指標と評価手法の研究」平成14年度中出版予定]

第5章では、これからの保健医療プロジェクトの援助指標に関する提言を列挙した。これらは専ら実施母体であるJICAへの提言である。本章で述べる提言は、プロ技だけでなく、本報告書で詳述されていない無償資金協力、青年海外協力隊(JOCV)派遣、開発調査、緊急医療援助隊派遣の活動にも寄与する指標作りになるよう苦心した。

本報告書は四方専門家ほか、医療協力部計画課の加藤誠治元課長代理(現ブエノス・アイレス事務所次長)、岡野香苗職員、山田吾郎ジュニア専門員(現在ボリヴィア・サンタクルスへ派遣中)、企画評価部評価監理室の皆様からのコメントとご協力をもとに完成させた。国際協力総合研修所調査研究2課の皆様には、稿をまとめるに当たって大変お世話になった。ここで厚くお礼申し上げます。

1. 保健医療分野の援助指標と評価に関する問題点

1 - 1 新しいモニタリングと評価手法の導入

冷戦が終結した1990年代前半より、政府開発援助(ODA)への質的評価の気運がわが国内外で強まっている。社会的な豊かさの格差が発展途上国でも広まる中で、有効性や持続性を常に最重視した訳でなかった各国のODAの在り方に対して、世界的な反省と見直しが迫られている。また、ODA事業に対する納税者への説明責任(accountability)のやカウンターパートのプロジェクトに対する主体性(ownership)を高めることの他に、様々な援助スキームに住民参加型のアプローチを進めることで、ドナー側とカウンターパート側双方への将来へ向けた教訓やノウハウの蓄積の必要性も高まっている[森直己ほか(2000)「わが国無償資金協力における住民参加活動の試み」国際協力事業団国際協力総合研修所『国際協力研究』第16巻第1号]ことも背景にある。国際協力にどのような評価方針が取られてきたか、また1990年代から導入されつつあるプロジェクト・サイクル・マネージメント(PCM)とプロジェクト・デザイン・マトリックス(PDM)が、JICAの行う保健医療分野での国際協力でどのように活用されているか、その問題点を含めて以下で解析してみる。

1 - 1 - 1 OECD/DAC 評価方針とロジカル・フレームワークの管理・運営手法の発展

表1 - 1 JICAプロジェクトの評価方法

OECD/DAC評価方針(1991) -妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性 -成果重視のマネージメントへ移行中(1996~)
プロジェクト・デザイン・マトリックス(PDM) -投入 活動 プロジェクト目標 上位目標からなる 因果関係による論理仮説
実績・実施プロセスの把握(評価の前) -モニタリングと評価の連携

評価から得られる結果は活用に値する質の高い内容でなければならない。そのため、基本的に満たされねばならない要件として、評価情報の有用性(usefulness)、評価の公平性と中立性(impartiality and independence)、評価情報の信頼性(credibility)、被援助側の参加(participation of recipients)が挙げられている[三好皓一ほか(2001b)「国際協力事業団「評価ガイドライン」実践の理論的枠組み ガイドライン作成のプロセスにおける一考察」『日本評価研究』第1巻第2号]。OECD/DACは1991年に、ODAの評価を妥当性(relevance)、有効性(effectiveness)、効率性(efficiency)、インパクト(impact)、自立発展性(sustainability)の5つの視点にまとめて評価すれば、プロジェクトを取り巻く様々な要因が特定できるとしている。

けれども、要因が特定できたとしても、それを改善し、将来への教訓として蓄積できる応用性が評価手法に求められた。先進諸国のODAは成果を重視した管理手法を重用する傾向が強まってき

ている。そこで、1960年代後半に米国国際開発庁(USAID)が開発したプロジェクトの目的、目標、期待される成果を一まとめにした一覧表(ロジカル・フレームワーク)を基にしたプロジェクトの管理・運営方法が、先進諸国のドナー機関で採用されるようになってきた。

ドイツ技術協力公社(GTZ)では1975年からロジカル・フレームワークを導入し、1983年にはこれに参加型の概念を取り入れた目的指向型プロジェクト計画立案手法(ZOPP)を応用開発した。ZOPPには予備ZOPP、チェックZOPP、パートナーZOPP、スタートZOPP、調整ZOPPなど、プロジェクトの進捗に合わせたステップを踏まえて実施される。スタートZOPPでプロジェクト・デザイン・マトリックス(PDM)と称するプロジェクト概要の一覧表を作成し、プロジェクトを管理・運営していく点が特徴である。

日本ではZOPP手法を更に応用したプロジェクト・サイクル・マネジメント(PCM)手法を財団法人国際開発高等教育機構(FASID)が開発し、JICAでは1994年以降これを採用している。

PCMには参加型計画手法とモニタリング・評価手法の2つがある。PDMは「投入(input) 活動(activities) 成果(output) プロジェクト目標(project purpose) 上位目標(overall goal)」という連鎖式の因果関係による論理仮説で構成され、その実現性を前提条件と外部条件で規定することによって、プロジェクトの実績と実施プロセスの把握を単純明快にすると共に、そのモニタリングと評価を連携して実施できるように考えられたものである。

PDM活用の利点としては、「プロジェクトの目標、活動内容、リスクを明記しているので、モニタリングや評価を実施する上で具体的な調査項目を立て易いこと」、「目標値が決定されているので、達成度を定量的に判断し易いこと」、「指標の入手方法を明記しているので、成果の調査が公平に行い易いこと」、「入手可能なモニタリング情報の範囲を明示しているので、評価結果が客観的で分かり易いこと」、「論理的な計画の組み立てになっているので、検証作業が行い易いこと」などが挙げられる(表1 - 2)。

表1 - 2 PDM活用の利点

プロジェクトの目標、活動内容、リスクを明記 -具体的な調査項目を立て易い
目標値が決定されている -達成度の妥当性の判断基準となる
指標の入手方法を明記 -調査方法の検討に役立つ
入手可能なモニタリング情報の範囲を明示 -評価に分かり易さ
論理的な計画の組み立てになっている -検証が行い易い

発展途上国における長期プロジェクトなどでは、しかしながら時間的経緯と共に論理仮説の諸条件がずれてくる可能性が高い。ここから生じる不確実性をプロジェクト開始前から補正するために、PDMでは前提条件と外部条件をマトリックス中に取り入れている。即ち、前者はプロジェクトの実施前に解決しておかねばならない条件であり、後者はプロジェクトにとっての重要性、プロジェクトによる制御の可能性、条件が満たされる可能性から特定される、プロジェクト外部の影響因子

である。これらの条件をプロジェクト開始前に明らかにすることで、論理仮説のずれから生じる成果のずれをモニタリングの段階で抑えようとしている(表1 - 3)。

表1 - 3 PDM中の外部条件と前提条件

プロジェクト要約	指 標	入手手段	外部条件 ¹⁾
上位目標 ²⁾			
プロジェクト目標			
成果			
活動			前提条件 ²⁾

- 1) プロジェクトにとっての重要性、プロジェクトによる制御の可能性、条件が満たされる可能性から(定量化して)特定
 2) プロジェクトの実施前に解決しておかねばならない条件

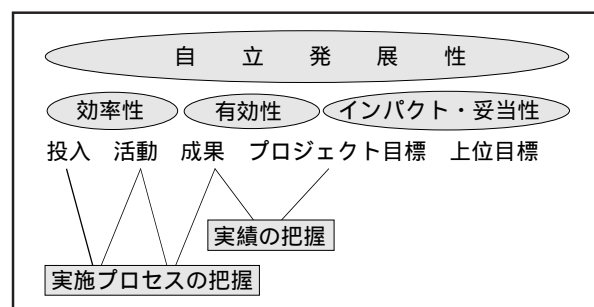
1 - 1 - 2 DAC 評価と PDM の関係

JICA プロジェクトにおける PDM 活用は、DAC 評価 5 項目との関連を考慮しながら進められつつある。援助の妥当性については、「受益者のニーズと合致しているか？」という裨益者側の妥当性を上位目標やプロジェクト目標で検討するだけでなく、「日本の援助政策との整合性に合致しているか？」という供益者側の妥当性を考慮する。有効性については、対象集団に便益がもたらされ、受益者となっているかを、プロジェクト目標の達成度とプロジェクト成果の直接的結果であるかの点から検討する。効率性については、ドナー側と対象集団側の両方の人的物的資源が効率的に利用されたかを、投入 成果の関連性から検証する。インパクトは時間的、空間的、事象的にプロジェクトと直接関係のない部分へ如何ほど波及したかを、上位目標の定性的検証から調査する。自立発展性は援助終了後もプロジェクト効果が自立的に継続しているかを、上位目標とプロジェクト目標から検討するものである[国際協力事業団企画・評価部評価管理室(2001)「JICA 事業評価ガイドライン」]。その際、組織能力、技術力(投入 活動 成果)、その他の要因(政策、社会文化、環境など)との関連に注目しなくてはならない(表 1 - 4)。

表1 - 4 DAC評価5項目とPDMの関係性

妥当性：受益者のニーズと合致しているか？日本の援助政策(ODA)との整合性があるか？ -上位目標、プロジェクト目標に着目
有効性：対象集団へ便益がもたらされているか？ -プロジェクト目標の達成度、成果の結果であるか調査
効率性：プロジェクト資源の活用が効率的であったか？ -投入 成果の関連性を考察
インパクト：プロジェクト実施がより長期的・間接的(波及)効果が生じたか？ -上位目標が期待通り達成されているか、上位目標がプロジェクト目標が達成された結果かを調査
自立発展性：援助終了後もプロジェクト効果が(自立して)持続しているか？ -上位目標とプロジェクト目標に着目 -組織能力、技術力(投入 活動 成果)、諸要因(政策、社会文化、環境)との関連性を考察

図1 - 1 実績・実施プロセスの把握と評価5項目による価値判断



わが国の保健医療分野でのODAの場合、プロジェクト方式技術協力を中心として、様々な方式の無償資金協力、社会開発調査、活動国内外での研修事業、青年海外協力隊の協力といった複数の援助スキームが平行して実施されることが普通である[国際協力事業団国際協力総合研修所(1996)「プロジェクト方式技術協力の手引」]。そのため、それぞれのプロジェクトごとにPDMが作成され、複数の評価結果を活用して、総合的な分析をすることは難しい。そこで、DAC評価5項目とPDMの段階別目標を横並びにして、PDMでは提供できないより実践的な教訓・提言を提示するための分析手法として、プログラム・セオリー・マトリックス(PTM)が実践されつつある[三好皓一(2002)「プログラム・セオリー・マトリックスの活用について 評価における分析の有用性を高めるために」『日本評価研究』第2巻第1号]

1 - 2 PDM 活用の諸問題

PDMは潜在的に、過去の援助経験からの教訓を蓄積し、それらをプロジェクト参加者で広く共有することで、主体的なプロジェクト形成と運営を可能とする能力を有するものである。しかしながら、PDMの特性を十分に認識していなかったり、PDMの潜在能力を軽視すると、PDMのもつ利点よりも、不完全な出来による不十分な、または誤ったプロジェクト形成と運営がなされる恐れがある。今日までのJICAの保健医療プロジェクトで留意すべき問題点には、以下のような事柄が挙げられる。

表1 - 5 保健医療プロジェクトでPDMを実施するに当たっての検討課題

PDM作成時の地域情報 (database)が脆弱
PDM作成参加者全員に、PDM作成の重要性が充分認識されていない
外部条件の設定が曖昧で、重大な外部条件が発生(発見)された場合の影響大なことあり
活動途中でプロジェクト目標が変更(明確化?)される事例がある
投入 活動時点のモニタリングが必ずしもPDMに基づいていない
評価の専門家が第三者の立場で、PDMに基づいて、プロジェクト評価をしていない場合がある

1 - 2 - 1 PDM の不十分な管理運営

計画立案段階で作成されたPDMは、プロジェクトの実施中、その進行状況のずれや周辺状況の変化をモニタリングで察知し、適宜内容を変更するのが原則となっている。変更にはカウンターパート、相手国関係官庁だけでなく、日本国内の支援委員会等との十分な協議によるワークショップ開催が必要となる。そのため、PDMの変更自体に柔軟性が欠如する危険性があり、適宜変更されない可能性がある。実際はプロジェクト巡回指導調査団や運営指導調査団が現地を訪問した際にPDMの見直しが行われているだけのことが多い。PDMが変更されたとしても、充分の協議

がないまま決定されて、次に述べるプロジェクトの計画段階で醸成されたコンセンサスが軽視される危険性がある。

1 - 2 - 2 PDM 作成者と運営者の思考共有の欠如

日本のODAの多くは、案件発掘と候補採択、プロジェクト形成調査団、事前調査団など多数の個人やグループが入れ替わり関与して、最終的にPDMによる計画立案がなされる。一方、プロジェクトが開始された後も、プロジェクト方式技術協力の場合、1フェーズが5年程度あり、多くの専門家などがPDMの運営と変更に関与し得る。プロジェクト巡回指導調査団や運営指導調査団が現地を訪問する国内支援委員会委員も、常に全員参加するとは限らない。またこの間、JICA本部のプロジェクト担当者と活動地域事務所の調整員は各2回程度交代する。このような状況で、現行のPDMの結論に至った討議内容を共有することは難しい。各調査団が作成する報告書にも、PDM作成と変更に関する論点はあまり多く記述されないのが実状である。

1 - 2 - 3 PDM 上のプロジェクト目標の変更

発展途上国での援助では、どんなに前提条件や外部条件を詳細に設定しても、プロジェクトの実施中に状況が多少変わることは稀でない。しかし、状況が変移したことを理由にプロジェクトの活動を変更し、プロジェクト目標自体が変わってくると、計画立案時のPDMロジック・フレームが文字通り骨抜きになる可能性がある。最初のワークショップで想定されていなかった追加活動は、報告書や評価の扱いにおいて正当な評価を受けがたい。

これは事前調査の不足や計画立案者のプロジェクトに対する認識や経験の不足によることが考えられる。特に現地事務所によって収集された基礎情報をもとに、少数の専門家が短時間で事前調査するには質的限界があり、事前調査における評価手法の向上が強調されている[国際協力事業団社会開発協力部(2002)「技術協力プロジェクトの事業事前評価」、国際協力事業団無償資金協力部(2002)「無償資金協力の事業事前評価」]

また、プロジェクト終了時評価においても評価用PDMとなるプロジェクト・デザイン・マトリックス・フォー・エバリュエーション(PDMe)が作成されるが、各調査団によって修正されてきたPDMの内容が充分反映されていないPDMeが採用されることがある。その場合、プロジェクトで本来追求してきた成果や目標が、正当に評価されない問題が生ずる。

1 - 2 - 4 補完情報の共有欠如

プロジェクトを実施するにあたって、PDMは最も基本となる管理・運営手段であるが、他の地域で実施されている同様なJICA他のプロジェクトからの経験や情報、他のJICA部署で実施された同地域での調査(社会開発調査、無償援助での試験施工など)、国際会議や学術論文からの情報など、様々な分析結果をPDMに投入していく必要がある。保健医療分野のプロジェクトの場合、国際会議や学術論文からの情報は専門家によって比較的多く投入される傾向にあるが、JICA本部内で共有されるべき有益な情報や経験が、むしろ効率的に共有されていない傾向がある。前述したPTMによる評価は、フィリピン国母子保健・家族計画プロジェクト(1992～2000年)〔湯浅資之

(2001)プロジェクト方式技術協力による多様な援助スキームの活用 フィリピンにおける家族計画・母子保健プロジェクトの活動と運営 『国際協力事業団国際協力総合研修所『国際協力研究』第17巻第2号』など限られている。

表1-6 評価計画のデザインの巧拙

対象地域を非対象地域(コントロール)と比較するのは、デザインとして強力になる
両者間の差がプロジェクトによる介入によって生じた結論するためには、それ以外の点で両者に差がないことを証明する必要がある
事前に両者のベースライン・データをとっておけば、a)プロジェクトの影響がなければ同質の地域であることを示せるほか、b)プロジェクトによるインパクトの大きさが測れる可能性がある

1-2-5 PDM ワークショップの質的問題

PDMを作成する際には、参加者の多数決を避けて、参加者全員のコンセンサスによって分析を進めるのが原則である。保健医療プロジェクトのPDMワークショップは、たいてい実施国の首都か州都において2日間前後で実施することが多い。JICA側の参加者とモデレーター(進行役)の他、相手国政府担当者、国際機関、NGOほか住民代表が参加することが重要となっている。しかし、ワークショップ全般にわたって現地の担当者や関係者が積極的に参加することは多くなく、所用や無関心で中座する参加者がしばしば出てくる。そのような状況で、参加者全員の優れた意見、継続的な討議、全員一致の結論を導くのは至難の業となっている。PCM手法の根幹にある参加型の概念が形骸化している可能性が懸念されている。GTZのスタートZOPPでは5～7日間のワークショップに当て、専門的資格をもったモデレーターが参加者分析、問題分析、目的分析、代替案分析、前提条件分析を進めた上でPDMを作成する。ワークショップが十分な時間をかけて議事通り進められたとしても、計画立案の中身は参加者の質に左右される。参加者の選考が周到でなかったり、特定の利害関係を有する参加者が数的・力的にアンバランスになると、PDMの結果に不当な影響を与えかねない。モデレーターや参加者は共に、それぞれ好きな方向にワークショップの結果を左右できるのである[Kunzel, W.(2001)“Recent Developments of PCM in German Technical Cooperation : A New Label or A New Approach?”, *Kokusai Kyoryoku Kenkyu*. Vol.17, No.1. Medical Cooperation Department, Japan International Cooperation Agency]

1-3 疫学的な比較評価の諸問題

プロジェクトをモニター・評価する場合、調査時点で当初の目標にどれだけ達したかを調べるのが目的となる。しかし、目標達成に時間を要するものや、数値目標のように客観的な指標が設けられていない場合には、この原則を当てはめると不当な場合がある。

最も一般的に実施される手法の1つは、活動の前後で介入した問題に改善があったかを比較する

ものである。前節までの記述は、殆どこの考えに従ったものであるが、次の「1 - 3 - 1」以下に述べる要因によって、見せかけの成果であることも否定できない。このような場合、プロジェクト実施の有無によって成果の出方を比較調査して、実施プロジェクトの評価を行うことも可能である。

プロジェクトとは、裨益住民のいる地域への社会科学的な介入である。

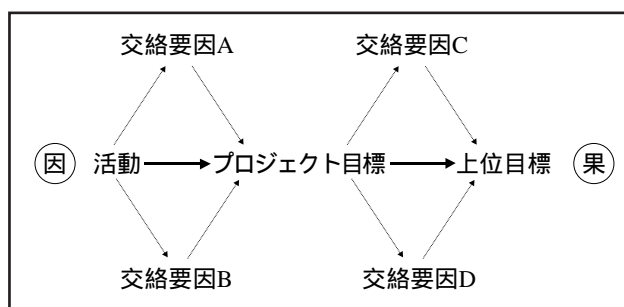
当該地域と地理的・社会的に類似した地域との科学的な比較によって、向上度の違いを疫学的に実証することで、モニター・評価することができる。コホート調査(cohort study)が代表例で、プロジェクトという社会的な介入を「活動地域住民への曝露」と考え、援助目標の達成度合いに介入の有無によって違いがあるかを調べる。調査方法には、将来に向かって介入の有無によって相違が出るかを調べる前向き(perspective)コホートと、調査時点より過去に相違が生じたかを調べる後ろ向き(retrospective)コホートとがある。プロジェクト評価では、後者の方法を採用することが多い。

プロジェクトの経時的変化をプロジェクト実施前後で比較するにしても、コホート調査による因果関係の強さを検証する場合でも、以下に挙げる要因をできる限り制御または抑制することが重要である。

1 - 3 - 1 交絡要因(confounder)の制御

プロジェクトでの「活動 成果 プロジェクト目標 上位目標」の因果関係において、「活動の成果によってプロジェクト目標が達成され、更に上位目標が達成される」のが真の因果関係であり、プロジェクト関係者が期待するところである。しかし、一見そう見えても、実は別の要因があって、そちらの影響で因果が成立しているように見えることがある(図1 - 2)。そのような要因を疫学的には交絡要因(confounder)と呼ぶ。交絡要因はPDM上では、外部条件に含まれていない要因であって、それは因果関係のステップ全てに関与し得る。場合によっては1つのステップに複数の交絡要因が介在する可能性もある。交絡要因はコホート調査では数理的に除外するのが難しく、計画立案時からモニタリングの期間中まで、精密な状況観察によって推測し、排除されるものである。

図1 - 2 PDMにおける因果と交絡要因との関係

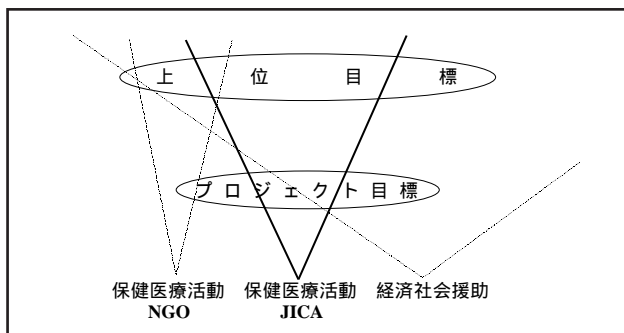


1 - 3 - 2 効果増強要因(effect modifier)の影響

例えばJICAの保健医療プロジェクトを評価する際に、評価の対象はそのプロジェクトのみであり、同じ地域で、同じ時期に実施されている他のプロジェクトや社会現象は評価の対象となっていないことが多い。そのため、一見JICAの保健医療プロジェクトから生じたプロジェクト目標の達

成により、上位目標をもたらした因果が成立するように思えることがある。しかし、真実は他のドナーによる保健医療活動が並行して実施されたため、そのような結果が得られたのかも知れない。経済社会援助の結果、コミュニティが貧困から脱却したことの影響が、プロジェクト成果の背景に

図1 - 3 プロジェクトを取り巻く横断的視点
effect modifier(s)



あることも考えられる(図1 - 3)。このような要因を効果増強要因(effect modifier)と呼ぶ。

実際の援助活動状況で、他ドナーの影響が全くない案件は皆無であり、効果増強要因は殆ど全てのプロジェクトに多少なりとも存在する。むしろ、ドナーの援助協調や開発パートナーシップの視点に立てば、効果増強要因は強い方が望ましいともいえよう。

効果増強要因を考慮に入れないプロジェクト評価は非現実的であり、逆にプロジェクトを過大評価する危険性がある。

PDMやコホート調査によるプロジェクトのモニタリングと評価を行う場合には、これらの評価手法を熟知すると共に、以上のようなシステム上の問題点に留意する必要がある。

1 - 4 評価指標の選定と評価の方法とまとめ

前節までで述べてきたPDM運用に伴って見られる共通した運営上および疫学的な問題点のほか、評価指標の選定と評価の方法に関して、保健医療プロジェクトのPDMには共通して問題が認められる(表1 - 7)。

表1 - 7 保健医療プロジェクトで利用されてきた評価指標の共通点

上位目標の指標には、マクロな保健指標が採用される しかし終了時評価で活用されることはない
成果指標には、活動をそのまま反映する指標が選ばれがち 活動のベンチマークと同義のこともある
プロジェクト目標の指標選定に苦心のあと 上位目標が論理的延長線上にあれば、適切なプロセス指標が選ばれやすい

第一の問題は、上位目標の指標に、マクロ的な保健指標が採用され、終了時評価で活用されない点である。最も漠然とした指標としては、「地域住民の健康が向上する」といったもので、殆ど評価不能となる。

次に、成果指標については、プロジェクトの活動内容をそのまま反映する指標が選ばれがちなため、活動の成果というより活動結果のレベルを示すだけのことが多く、真の成果とは異なる場合がある。

さらに、プロジェクト目標の指標設定が、上位目標と理論上強固につながっていないと、やむを得ず不適切な指標を設定せざるを得なくなる。

以上に述べた諸問題をまとめると、まず保健医療プロジェクトにおける各目標の指標を、最初から適切に選択しておくことが極めて重要である。適切な指標が計画段階で見つからない場合、無理矢理指標の設定を行うと、プロジェクト自体の目標が的外れになる危険性が出てくることに配慮しなければならない。更に、プロジェクト実施の延長線上で、インパクトに関する指標の改善が見込めるかを、PDMのなかで吟味する必要がある。評価計画は、プロジェクトを開始する前に十分検討しておくべきである(表1 - 8)。

表1 - 8 まとめ

プロジェクト目標の指標を最初から適切に選択しておくことが重要
適切な指標が見つからない場合、プロジェクト目標自体が的外れにならないか配慮
プロジェクトの延長線上で、インパクト指標の改善が見込めるのか？
評価計画はプロジェクト開始前に充分検討すべき

2. プロジェクト指標と評価の事例研究(ザンビア、アフガニスタン)

2 - 1 ザンビア国ルサカ市プライマリ・ヘルスケア・プロジェクト

2 - 1 - 1 背景

ザンビア国では、1980年代中盤以降、小児・成人の死亡率が上昇していた。5歳未満児死亡率は1980年に1000出生対150であったのに、1992年には191に悪化した。結果として出生時平均余命が低下しており、国連人口部の推計によれば、1980-1985から1995-2000の間に10歳以上低下した。主たる原因はHIV/AIDSの蔓延であるが、経済の低迷による慢性的栄養失不良人口の増加、保健支出の低下とそれによる予防・治療サービスの質的低下など、社会構造的な要因も無視できない状況であった。

特にルサカ市および周辺地域を含む首都圏では急激な人口集中(過去10年間で倍増)が進んで、社会インフラの整備が追いついておらず、市民の3/4は劣悪な生活環境下にさらされ、医療体制の改善・強化が緊急の課題となっていた。増大する住民の保健ニーズと、減少する政府保健支出という相克の中で、同国政府は医療行政の地方分権化と運営管理の改善、費用対効果の高い基礎的サービスパッケージの導入等を内容とする保健改革を推進する一方で、コミュニティに根ざした自立的PHCを推進することが、ザンビア国における保健セクター再生の鍵を握るものとして期待された。1996年1月にザンビア国政府は日本に対して、都市部の保健医療改革へのプロジェクト方式技術協力を要請するに至った。

2 - 1 - 2 協力活動の変遷

当初ザンビア国から要請された協力内容は、(1)首都圏地域での住民参加による地域保健体制(プライマリ・ヘルスケア、PHC)の強化、(2)1次医療機関としてのヘルスセンターの機能強化、(3)ヘルスセンターとザンビア大学付属教育病院(UTH)間のレファレル・システムの改善、(4)2次医療機関の設立、の4点であった(但し、(4)は後の計画段階で妥当性の点からプロジェクト要素から除外された)。

これら要請の背景と問題点を調査し、プロジェクト実施の可能性を協議するため、事前調査団が1996年2～3月に同国を訪問した。PCMの手法を用いたワークショップをコミュニティ・レベル(医療従事者および住民代表)と政府レベル(保健省高官など)に分けて3回実施し、プロジェクトによって影響を受ける関連者の特定(参加者分析)、対象集団の直面する問題の因果関係の明確化(問題分析)、問題解決の方法と望ましい結果(目的分析)、実現可能なプロジェクトのアプローチ法の選択が試みられた。プロジェクトに関する情報の不足と討議時間の不足などにより、その際に作成されたPDMは、次項の表(終了時評価調査団報告書p.78)のようにプロジェクト・サマリー、外

表2-1 At the Preliminary Survey/事前調査 (February 1996)
Preliminary Project Design Matrix

Project Summary	Important Assumptions
<p>Overall Goal The overall health status of the community in Lusaka City will be improved.</p>	<p>No change in government health policy</p>
<p>Project Purpose Health care system of Lusaka City will be improved in line with Zambian Health Reform and Strategic Health Plan.</p>	<p>No further deterioration of Zambia economy Continuous drug supply</p>
<p>Outputs 1. Community based health care system will be strengthened in pilot compounds. 2. Capacity of medical & management staff of Urban Health Centres(UHCs) in Lusaka City will be improved. 3. Proper referral system among UHCs in Lusaka City and UTH will be developed.</p>	<p>Trained personnel will stay in the institutions.</p>
<p>Activities 1-1. Conduct medical as well as socio-economic and cultural surveys on the pilot compounds in collaboration with community-level health workers 1-2. Identify leaders and groups relevant to health activities at community level 1-3. Establish a community project implementation committee for each pilot compound, consisting of representatives from relevant community groups, community leaders and community polyvalent health workers 1-4. Assist community project implementing committees in identifying, designing and implementing health promotion and disease preventing activities (including improvement of malnutrition) that could also address community's development interests 1-5. Train community-level health workers 1-6. Assist community project implementing committees in identifying materials, equipment, means of transportation, etc. that would be required for health promotion and disease preventing activities and provide them through the committees 2-1. Assist UTH Board/CHCH in designing & conducting in-service training programs (in the fields of anti-HIV, malaria control, for example) for UHC medical & management staff 2-2. Provide self-learning materials on PHC to UHCs 2-3. Provide training to UHC medical staff on routine maintenance of medical equipment 2-4. Assist UTH Board in designing & conducting training programs for CHCH medical staff for their outreach activities at UHC level 3-1. Assist DHMT in designing ambulance service system for Lusaka City 3-2. Assist DHMT in designing and conducting their outreach activities and training programs 3-3. Assist DHMT in training management staff</p>	<p>No epidemics will occur. There will be no abrupt change in population in Lusaka City.</p> <hr/> <p>Preconditions Government Counterpart staff at DHMT, LCC, CHCH and NMCC are appointed. Government budget for the project is in place. Consensus on the project framework among relevant government agencies are reached. Outreach centre is established at UTH.</p>

Inputs will be discussed during the R/D mission. Objectively Verifiable Indicators and Means of Verification will be discussed after the commencement of the project.

部条件、前提条件のみの記述となり、具体的な評価指標は設定されなかった。

本プロジェクトはPCM手法を計画段階から初めて取り入れた事例であり、また日本に本部をおく国連認定 NGO であるアジア医師連絡協議会(AMDA)を主要なパートナーとした点で、日本の ODA 事業として革新的であった。しかしながら(筆者自身が参団した際の印象では)、PCM の趣旨や方法は団員とカウンターパートの間で十分に共有されず、PCM の元来有する機能がフルに発揮されなかった可能性が残った。例えば、PDM 作成作業の参加者の殆どが出発前に国内事前ワークショップ(本プロジェクト立案を想定した PCM の模擬演習)を 3 時間半受けただけだったこと、PDM 作成をルサカ市内のホテルで行ったために参加者の多くが一時的にワークショップから退出してしまったこと、同様のプロジェクトを実施していた NGO や主要ドナーがワークショップへ少数しか参加しなかったことなどが挙げられる。

その後 1996 年 7 ~ 9 月に長期調査が実施された。患者の搬送体制については、第 2 次医療施設がないために、コミュニティ・クリニックから教育病院へ患者搬送が集中し、かつ教育病院では患者の重症度判定が未実施なため、医療サービスの質的低下が認められた。またコミュニティ・レベルでは健康問題が貧困に根ざしており、健康管理の自意識が欠けている点が指摘された。そして健康も守ることが、貧困から脱却する上でいかに重要であるかの理解が必須と結論された。これらの知見に基づいて、次頁にある表 2 - 2 の PDM(終了時評価報告書 p.79)が作成された。

表2 - 2 At the Long Term Survey / 長期調査 (August 1996)

Project Summary
<p><u>Overall Goal</u> The overall health status of the community in Lusaka City will be improved.</p>
<p><u>Project Purpose</u> Health care system of Lusaka City will be improved in line with Zambian Health Reform and Strategic Health Plan.</p>
<p><u>Outputs</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Community based health care system will be strengthened in pilot compounds. 2. Capacity of medical & management staff of Urban Health Centres(UHCs) in Lusaka will be improved. 3. Adequate referral system among UHCs in Lusaka City and UTH will be developed.
<p><u>Activities</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1-1. Conduct health as well as socio-economic and cultural surveys on the pilot compounds in collaboration with community-level health workers 1-2. Identify leaders and groups relevant to community based health activities at the pilot compounds 1-3. Establish a community based project implementation committee for each pilot compound, consisting of representatives from relevant community groups, community leaders and community polyvalent health workers 1-4. Assist community project implementation committee in identifying, designing and implementing health promotion and disease preventing activities (including improvement of malnutrition) that could address community's development interests 1-5. Train community-level health workers 1-6. Assist community project implementation committee in identifying materials, equipment, means of transportation, etc. that would be required for health promotion and disease preventing activities, and provide them through the committees 2-1. Assist CHCH Board in designing and conducting in-service training programs in the fields identified as necessary in the planning stage of the project, for UHC clinical and administrative staff 2-2. Provide self-learning materials on PHC to UHCs 2-3. Develop community based health education materials for UHCs and relevant community based project implementation committees 2-4. Provide training to UHC clinical staff on routine maintenance of medical and related equipment 2-5. Assist CHCH to conduct research on nutritional status in pilot compounds and develop a model menu which can be utilized against community's chronic malnutrition problem 2-6. Assist UTH to implement on the job training outreach program for UHC's medical doctors in a pilot health centre 3-1. Assist DHMT to function as a facilitator of above described activities 3-2. Assist DHMT to strengthen inter-sectoral collaboration among relevant departments and other institutions 3-3. Assist DHMT in strengthening health information management system 3-4. Assist DHMT in designing ambulance service system for Lusaka City 3-5. Assist DHMT to build capacity for planning community based health related activities 3-6. Assist DHMT to collaborate NGOs in PHC related poverty alleviation in the model sites

更に1997年2月に実施協議調査が実施された。上記の報告を受けて、1次医療を担い、住民の健康増進活動を進めている地区健康管理チーム(DHMT)を支援し、AMDAからの人材を短期・長期専門家として派遣するなどして、よりコミュニティ・レベルの草の根的な住民参加型PHC活動を、ルサカ市の1~2カ所のコンパウンド(先方政府はジョージおよびチパタを要望)で実証的に進めることが決議された。表2 - 3のPDM(終了時評価報告書 p.80)が作成された。

表2 - 3 At the Project Implementation Study / 実施協議調査 (February 1997)
Tentative Project Design Matrix

Project Summary	Important Assumptions
<p>Overall Goal To improve the overall health status of people in the community of the Lusaka urban area</p>	No change in government health policy
<p>Project Purpose To improve the primary health care management system in Lusaka City in line with the Zambia Health Reform Policy and the Strategic Plan</p>	No further deterioration of Zambia economy Continuous drug supply
<p>Outputs (1) The community based PHC programmes (health services and education) are improved. (2) The referral system between the Urban Health Centers (UHCs) and the University Teaching Hospital (UTH) is operated effectively.</p>	Trained personnel will stay in the institutions.
<p>Activities (1) a. To review the current status of the existing PHC programmes b. To execute base line studies including social aspects in the pilot compound(s) c. To execute community based PHC programmes in collaboration with UHTs' staffs, community groups, NGOs, and other donor agencies d. To strengthen the capacity of UHCs' staffs who are engaged in PHC programmes e. To strengthen the basic health information system in DHMT f. To collect and analyze covering and outcome indicators to monitor the effects of the programmes mentioned above (2) a. To review the current status of the referral system between UHCs and UTH b. To strengthen the capacity of UHCs' clinical staffs through UTH's outreach activities and other training programmes c. To improve the referral system in collaboration with relevant departments and institutions</p>	<p>No epidemics will occur.</p> <p>There will be no abrupt change in population in Lusaka City.</p> <p>Preconditions Government counterpart staff at DHMT are appointed.</p> <p>Government budget for the project is in place.</p> <p>Consensus on the project framework among relevant government agencies are reached.</p>

Objectively Verifiable Indicators and Means of Verification will be discussed after the commencement of the project.

1年間のベースライン調査の後、1998年3月は計画打ち合わせ調査が実施された。ジョージ・コンパウンドは人口が20万~30万と巨大で、住民の協力が得られにくいという難点が指摘されたが、無償資金協力による給水施設が完備しており、安全水の確保が可能であること、衛生環境と保健指標が劣悪であることから、活動箇所を選定された。チパタ・コンパウンドでの活動は見送られた。

コミュニティ・ベースのPHC活動の具体的方向性については、環境保健と栄養についての保健教育と住民参加活動、地域組織と連携したマイクロ・クレジットを含む収入創出活動、検討項目として学校保健活動の3つが挙げられた。そして、表2 - 4(終了時評価調査団報告書 p.81)のPDMが作成された。

1999年1月の巡回指導調査では、1)コミュニティ・ヘルスワーカーによる保健教育・啓蒙活動、コンパウンド内のゴミ回収等の環境衛生改善運動、女性を対象とした職業訓練などを組み合わせた自立的・持続的な栄養改善、2)下痢症対策に主眼を置いたコミュニティ・ベースのPHC活動、3)ジョージ・コンパウンド内23カ所のヘルスセンターに対する各種支援(機材供与、スタッフの訓練)等について指導を行った。コミュニティ・ベースのPHC活動については、活動が多岐にわたり、各活動の到達目標や相互関連が不明確なことから、重点活動を絞り込むことが指導された。また活動の成果を評価し易くするために、下痢症の発現率はコレラに限定し、安全水供給前後の比較を試みること、有料公衆トイレの導入が提案された。栄養失調の発現率については、対象地区内の5歳未満児について成長モニタリング活動(GMP)を導入することが提案された。収入創出活動の一環としての洋裁教室や家庭菜園については、規模が限定的なため記述的な事例研究等で検討するよう指導された。AMDAとの連携については、NGOとの連携強化は時代のニーズであることを踏まえ、「AMDAと連携することで、どのような新しいことが達成できたか」を目に見える成果で挙げるべく、関係者全てが結集することが強調された。一方、JICAの活動として正式に合意されていなかった社会開発活動(マイクロ・クレジット、薬剤生協、職業訓練、共同農園など)はAMDAザンビア支部が独自に進めるものとして、本プロジェクトとは明確に区別し、直接的な投入(専門家派遣、現地業務費、機材供与費など)は行わないことが確認された。この指導調査ではPDMは作成されなかった。

その後2年が経過し、活動期間が残り1年となった2001年3月に、運営指導調査が実施された。特に今回はモニタリング・評価のためのプロジェクト実施者による参加型ワークショップが開催され、1)プロジェクト実施者による各活動の達成度と制約要因の確認、2)技術面、組織面、財政面での自立発展性の評価、3)プロジェクト終了までの戦略、4)PDMのより良い指標の選定(次頁表2 - 5、終了時評価報告書 p.82-83)が実施された。住民参加型のPHC活動の1つであった栄養改善計画では、51名のコミュニティ・ヘルスワーカーと28名の栄養プロモーターがコミュニティ保健員として養成され、栄養不良児の早期発見による時機を得た保健医療サービスの提供と保護者の保健知識向上に努めたことが評価された一方、プロジェクト終了後の活動資金の維持管理が課題に挙げられた。環境衛生に関するPHC活動では、コレラの罹患数が激減したことの他、コミュニティ・リーダーを参加者としたワークショップを開催し、ゴミ処理、適切な排水溝の設置、尿尿処理、安全水の供給増加を目的とした環境衛生委員会が結成された。この委員会の主導で、有料の換気改良型トイレが設置され、その収入がトイレの維持管理資金に充てられていること、住民からの負担金により、コミュニティによる環境衛生活動が持続されようとしていることが評価された。患者搬送システムの改善では、米国の大学機関の協力もあり、UTHとDHMTとの間に小児科データ・システムが開発された。患者搬送の適切さと、施設間のコミュニケーションを改善するため、100名を超えるDHMT職員が訓練を受けた。この訓練はプロジェクト終了後もザンビア側によって継続し

ていくことが表明された。学校保健の推進については、8つの小学校がパイロット校として選ばれ、学校保健プログラム実施のためのガイドラインが作成された。教師、保健員、地域代表者など142名が学校保健コーディネーターとして養成され、学校保健活動を進めるための学校保健カードが配布された。PTAの支援を受けて、学童の駆虫プログラムが立ち上げられた。

本プロジェクトにおけるPCMの活用については、ワークショップのなかで現状に即した指標等が設定されて、より具体的な指標がプロジェクト実施者間で早急に検討されるようになったことが評価された。

今後JICAプロジェクトにおいて管理効果を最大限に引き出すため、PCMをより有効に活用する方策として次頁の表2 - 6(運営指導調査団報告書 p.12)のごとく提言がなされた。

表2 - 4 At the Project Consultation Survey / 計画打ち合わせ調査(March 1998)
Project Design Matrix (PDM) for the Lusaka District Primary Health Care Project

Project Structure (Narrative Summary)	Indicators of Achievements (Verifiable Indicators)	How Quantified and Assessed (Means of Verification)	Important Assumptions and Risks
Overall Goal The overall health status of people in the community of the Lusaka District will be improved.	1. Improvement of health indicators in Lusaka District	1. Health report by Ministry of Health or LDHMT	a. Economic and political situation in the Republic of Zambia will be stable.
Project Purpose The primary health care management system will be improved in Lusaka District in line with the Zambian Health Reform Policy and the Strategic Plan.	1. Improvement of capability of LDHMT staff, co-medical with the Project in pilot area	1. In-service training policy documents including guideline, procedures and forms 2. Project annual report 3. Monitoring surveys for people in pilot compound(s)	a. The role and function of LDHMT will not change.
Output / Result (1) The community based PHC programmes are improved. (2) The referral system between the different levels health care in Lusaka District is operated effectively.	1. Contents and frequency of PHC programmes and activities 2. Contents of referral system 3. Number of co-medical staff trained	1. Project annual report of PHC activities 2. Project annual report of referral system 3. Project annual report of in-service training including the subjects and the list of co-medical staff	a. LDHMT will maintain local budget for sustainable PHC activities and in-service training. b. Referral system established will be enforced smoothly.
Activities (1) a. To review the current status of the existing PHC programmes b. To execute base line surveys including socioeconomic aspects in the pilot compound(s) c. To execute community based PHC programmes in the pilot compound(s) in collaboration with district health staff, community groups, NGOs, and other international donor agencies d. To strengthen the capacity of district health staff who are engaged in PHC programmes e. To strengthen the basic health management information system in Lusaka District f. To monitor and evaluate the effects of the programmes mentioned above a. To review the current status of the referral system between different levels of health care in Lusaka District (2) b. To strengthen the capacity of district health staff through several training programmes including UTH's outreach activities c. To improve the referral system in collaboration with relevant departments and institutions	Inputs -Japanese Side- 1. Dispatch of Japanese experts < Long Term > Chief Advisor Coordinator Primary Health Care Health programming and Planning Public Health Health Education < Short Term > Health Programming and Planning Medical Equipment Maintenance Social Research/Sociology Medical Laboratory Community Development Primary Health Care Other related field mutually agreed upon as necessary 2. Provision of Machinery and Equipment 3. Training of the Counterpart in Japan	-Zambian Side- 1. Counterparts Project Director Project Coordinator Counterparts for Japanese experts Administrative personnel 2. Provision of land and facilities for the project 3. Appropriation of local cost for the project	Counterpart personnel will continue to work for the Project. Pre-condition The Zambian Government maintains PHC policy for the improvement of health status.

表2 - 5 At the Project Consultation Study(evaluation) / 運営指導(評価) 調査(March2001
Project Design Matrix for the Lusaka District Primary Health Care Project

Narrative Summary	Verifiable Indicators	Means of Verification	Assumptions
Overall Goal The overall health status of people in the community of the Lusaka District will be improved.	Improvement of health indicators in Lusaka District	Health report by Ministry of Health or LDHMT	Economic and political situation in the Republic of Zambia will be stable.
Project Purpose The primary health care management system will be improved in Lusaka District in line with the Zambian Health Reform Policy and the Strategic Plan.	Improvement of capability of LDHMT staff, co-medical with the Project in pilot area	1. DHMT Annual Report 2. Focus group discussion	The role and function of LDHMT will not change.
Outputs 1. The community based PHC programmes are improved.	1-1 Improvement of capacity and capability of community members to conduct community based health activities in nutrition and environmental health 1-2 Knowledge and behavioural change in pilot areas	1-1 Observation and evaluation by Health Centre staff and JICA Experts 1-2 Knowledge, Attitude and Practice (KAP) survey	1. LDHMT will maintain local budget for sustainable PHC activities and in-service training. 2. Referral system established will be enforced smoothly.
2. The referral system between the different levels health care in Lusaka District is operated effectively.	2-1 Existence of a system to measure appropriateness of referral 2-2 Existence of systems to evaluate - reliability of equipment - skills and training of Health Centre staff	2-1 Report of UTH-DHMT Paediatric Data System 2-2 Report of DHMT medical equipment management, Report of staff training and skills evaluation	
3. School health services are effectively in operation.	3-1 Improvement of capability and knowledge of school health coordinators on specific components of the school health programmes 3-2 Prevalence of worm infestation in primary school children in the pilot schools	3-1 Pre- and post-training tests, report by school health team to DHMT, performance assessment by DHMT 3-2 Stool examination survey	
Activities 1-a To review the current status of the existing PHC programmes. 1-b To execute baseline surveys including socio-economic aspects in the pilot compound(s). 1-c To execute community based PHC programmes in the pilot compound(s) in collaboration with district health staff, community groups, NGOs, and other international donor agencies	Inputs -Japanese Side- 1. Dispatch of Japanese experts <Long-term> Chief Advisor Coordinator Primary Health Care Health Planning Public Health Health Education <Short-term> Health Programming and Planning Medical Equipment Maintenance Social Research /Sociology Medical Laboratory Community Development Primary Health Care Other related field mutually agreed upon as necessary	-Zambian Side- 1. Counterparts Project Director Project Coordinator Counterparts for Japanese experts Administrative personnel 2. Provision of land and facilities for the project 3. Appropriation of local cost for the project	Counterpart personnel will continue to work for the Project. Pre-condition The Zambian Government maintains PHC policy for the improvement of health status.

Narrative Summary	Verifiable Indicators	Means of Verification	Assumptions
<p>1-d To strengthen the capacity of district health staff who are engaged in PHC programmes</p> <p>1-e To strengthen the basic health management information system in Lusaka District</p> <p>1-f To monitor and evaluate the effects of the programmes mentioned above</p>	<p>2. Provision of Machinery and Equipment</p> <p>3. Training of the Counterparts in Japan</p>		
<p>2-a To review the current status of the referral system between different levels of health care in Lusaka District</p> <p>2-b To strengthen the capacity of district health staff through several training programmes including UHT's outreach activities</p> <p>2-c To strengthen the basic health management information system in Lusaka District</p> <p>2-d To improve the referral system in collaboration with relevant department and institution</p>			
<p>3-a To review the current status of school health programme</p> <p>3-b To select pilot primary schools in Lusaka</p> <p>3-c To conduct school health workshops for school health coordinators</p> <p>3-d To develop the guideline document for school health programme</p> <p>3-e To execute school health activities including deworming and physical examinations in pilot schools</p> <p>3-f To monitor and evaluate the effects of the school health programme</p>			

表2 - 6 JICAプロジェクト(5年間)におけるPCM手法の効果的な適用例

時 期	PCMの現地での適用	プロジェクト関係者に対する指導・助言	特記事項
プロジェクト計画立案時 (事前調査・長期調査時など)	プロジェクト計画者、実施予定者による4～5日間のPCMワークショップ*を開催し、PDM第1案を作成する。	派遣前のプロジェクトリーダー、調整員、専門家に対し、最低でも3～5日間の実践的なPCM研修を提供し、プロジェクト管理に、PCMを使用するよう指導する。	派遣が内定している専門家・調整員は、できるだけ現地の計画立案ワークショップに参加する。参加できない場合は、JICAからワークショップの結果報告を受け、PDMを確認する。
R/D締結 (実施協議調査時)	現地で承認されたPDMは必ずR/Dに添付する。		
プロジェクト開始～1年 (計画打合せ調査時など)	現地での詳細な状況把握ができた段階で、確定したプロジェクト実施者を主な参加者としてワークショップを実施し、既存のPDMを見直す。	適切な時期に調査団が派遣されない場合は、プロジェクト・チームが主体となってワークショップを実施、または修正箇所をカウンターパートと協議する。また、見直されたPDMをもとに活動計画表(PO)を作成**する。	プロジェクト実施者からPDMの修正希望が出された場合の、承認の手順を明確化する。 プロジェクトは指標のベンチマーク***を測定する。
プロジェクト開始後2～3年 (中間評価・巡回指導・運営指導調査時など)	必要に応じて、モニタリング・評価ワークショップを実施する。	この時期に日本人専門家や調整員が交替することが多いのでPDM、POの内容と進捗状況を引き継ぐ。カウンターパートが交替した場合も同様。	新たに派遣される専門家・調整員にも同様に3～5日間の実践的なPCM研修を提供する。
プロジェクト5年目～終了時 (終了時評価前後)	終了時評価に向け、プロジェクトチームがPDMに記載された指標データ***を収集する。集められたデータをもとに終了時評価を実施する。		終了時評価から得られる教訓はプロジェクトの残存期間、および将来のプロジェクトにフィードバックされる。

* 現在、JICAのプロジェクトでは、計画立案時にPCMワークショップが開催されることが多くなってきているが、2～3日の日程で実施されることもある。PCMの最大の特徴である「参加型の理念」は、計画時に十分な時間をとり、二国間関係者の意思疎通を図ることによって、その後のプロジェクトの運営管理を効率的・効果的にしていくことを目的の1つとしている。そのため、PDMの第1案を完成させることを目的とした計画立案時のワークショップは、4～5日間の日程を確保し、参加者がフラストレーションを残すことがないように、意見交換の場を提供することが何より重要である。

** プロジェクト・チームで修正/作成したPDM、POは、プロジェクト管理の道具として日常的に使用される。

*** JICAの評価活動は、PDM、およびPDMに記載された指標に基づき、評価5項目(効率性、目標達成度、インパクト、計画の妥当性、自立発展性)の観点からプロジェクトの達成状況をはかるものである。そのため具体的な指標(プロジェクト開始時のベンチマークとプロジェクト終了時の数値/状況)が明示されないと、評価活動の実施そのものが困難になる。

2 - 1 - 3 終了時評価

プロジェクトの終了時評価は2001年9～10月に実施された。5年間にわたるプロジェクトで実施された活動は、大きく分けて以下の4つとなり、最終的なPDM(表2 - 7)は概ね以下ようになった。

- (1) パイロット地区における住民参加型のPHC活動(栄養改善)
 - ・ ボランティアのコミュニティヘルスワーカー(CHW)、栄養普及員の養成訓練
 - ・ CHWによる保健教育・啓蒙活動(住民台帳作成、小児成長モニタリング、栄養カウンセリングおよび栄養食の普及、保健教育等、ヘルスセンターとのレポーティング・システムの確立)の実践
- (2) パイロット地区における住民参加型のPHC活動(環境衛生改善)
 - ・ 環境衛生委員会によるVIP(換気改善型素掘り式)トイレの建設、ゴミ収集、有料公衆トイレ運営、水質モニタリング等の実践
- (3) ルサカ地区における効果的なレファレルシステムの構築
 - ・ ヘルスセンター・スタッフの再訓練(栄養失調・下痢症、マラリア、急性呼吸器感染症等)
 - ・ ヘルスセンターにおけるラボ診断/保健情報管理/医療機器保守管理技術の向上
 - ・ 患者紹介の効率性のモニタリングのため、大学病院へ医療情報システムを導入
- (4) ルサカ地区におけるパイロット学校保健活動の実践

表2-7 ザンビア国ルサカ市PHCプロジェクトのPDM最終版でみた変容

プロジェクトの要約 計画打合せ調査時に初めて協議議事録へ収載	指標 計画打合せ調査時まで未定	指標データ入手手段 計画打合せ調査時まで未定	外部条件
開発目標: ルサカ地区住民の健康状態が向上する	<ul style="list-style-type: none"> ・ ルサカ地区の保健指標の改善 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健省またはLDHMTの保健報告書 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ザンビア共和国の政治経済情勢が安定であること
プロジェクト目標: ザンビア国の保健改革計画及び戦略計画に沿って、ルサカ地区のPHC運営管理システムが改善される 実施協議調査時に「ヘルスケア・システムが改善される」が変更	<ul style="list-style-type: none"> ・ コミュニティでPHC活動を実践するためにLDHMT、UHC、および地域組織の能力が向上する 	<ol style="list-style-type: none"> 1. DHMTプロジェクト年次報告書 2. グループ討議と個人面談 	<ul style="list-style-type: none"> ・ LDHMTへ適正な予算が支弁され、選別されたコミュニティー・レベルのプログラムが規模拡大し、UHCの標準化が持続し、UHCとUTHの連携が監視されること 計画打合せ調査時に修正
成果: 1. パイロット地区内のコミュニティでのニーズに対応した住民参加型のPHC活動が改善される 2. 異なるレベルの医療機関間に効果的なレファレルシステムを構築する 「ヘルスセンター・スタッフの能力改善」が実施協議調査時に上記1、2へ編入	<ol style="list-style-type: none"> 1-1 PHCプログラムの活動内容と実施回数 ・ レファレルシステムの内容 ・ 研修を受けた医療補助従事者数 ・ 学校保健ガイドラインの作成 ・ 健康診断と駆虫運動の実施内容と回数 運営指導調査時に進捗状況に即した内容に修正	プロジェクト年次報告書 レファレルシステム年次報告書 医療補助従事者研修の年次報告書 パイロット8校への実地調査 運営指導調査時に進捗状況に即した内容に修正	<ul style="list-style-type: none"> ・ LDHMTは持続可能なPHC活動とインサービス・トレーニングのため、経済的・技術的・管理的な関与をもち続けること

プロジェクトの要約	指標	指標データ入手手段	外部条件
3. パイロット学校において学校保健サービスが効率的に運営される 運営指導調査時に追加			
活動： 1.1 PHCの現状を再調査する 1.2 パイロット地区の社会経済面でのベースライン調査を実施する 1.3 パイロット地区で住民参加型のPHC活動を実施する 1.4 PHCを担当する地区保健スタッフの実施能力を強化する 1.5 ルサカ地区において基礎的な保健情報管理を強化する 1.6 <u>プログラムの効果をモニターし評価する</u> 2.1 ルサカ地区のレファレルシステムの現状を再調査する 2.2 大学病院を含む各種啓蒙プログラムを通してスタッフの能力を強化する 2.3 関係各部署、団体の協力によりレファレルシステムを改善する 実施協議調査時により包括的な表現に修正	投入： 日本側 1. 日本人専門家の派遣 【長期】 リーダー 調整員 PHC 保健計画 公衆衛生 保健教育 【短期】 保健計画 医療機器メンテナンス 社会研究 / 社会学 臨床検査 地域開発 PHC その他必要とされる分野 2. 機器器具の供給 3. 日本におけるカウンターパート研修	ザンビア側 1. カウンターパート 責任者 調整員 日本人専門家のカウンターパート 事務職員 2. プロジェクト実施に必要な土地建物供与 3. プロジェクト実施に必要な予算充当	1. カウンターパートの人材が本プロジェクトで働き続ける 前提条件 ザンビア政府が健康状態の改善にPHC政策を継続させること

保健省・ルサカ地区保健管理局

終了時評価の結果

これらについて作成された評価用PDM(PDMe)は次頁の表2 - 8(終了時報告書 p.46-47)の通りとなった。

表2 - 8 Project Design Matrix for Evaluation (PDM_E) for Lusaka District Primary Health Care Project

Implementation period: 17 March 1997 to 16 March 2002

Target area: Lusaka District, Zambia

Target group: Health service providers

(LDHMT staff, health centre staff, and community organizations in the pilot (George) compound)

Date of preparation: October 2001 -at the Project Evaluation Study

Narrative Summary	Verifiable Indicators (Refer to more detailed indicators in the next table)	Means of Verification	Important Assumptions
<p>Overall Goal The overall health status of people in the community of the Lusaka District will be improved.</p>	1. Improvement of health indicators in Lusaka District	1. Health report by Ministry of Health or LDHMT	1. Economic and political situation in the Republic of Zambia will be stable.
<p>Project Purpose The primary health care management system will be improved in Lusaka District in line with the Zambian Health Reform and the Strategic Plan.</p>	1. Improved capacity of LDHMT, UHCs and community organizations in order to implement PHC activities in the community and to improve the referral system	1. DHMT Annual Action Plan 2. Group discussion and individual interviews	1. Proper budget can be allocated to LDHMT to scale up selected community-level programmes, to maintain the standard of UHCs and to monitor referrals between UHCs and UTH.
<p>Outputs 1. Community based PHC programmes are improved in response to the needs of the community in the pilot area.</p>	<p>1-1 Improvement of capacity and capability of community members to conduct community based health activities in nutrition and environmental health</p> <p>1-2 Knowledge behavioural change of community people in the pilot area</p> <p>1-3 Change in sanitary condition and nutritional status of under-5 children</p>	<p>1-1 Observation and evaluation by health centre staff and JICA experts; and Knowledge, Attitude and Practice (KAP) survey</p> <p>1-2 Knowledge, Attitude and Practice (KAP) survey</p> <p>1-3 Group discussion and individual interviews; and district database</p>	1. LDHMT will maintain its commitment (financial, technical, managerial) for sustainable PHC activities and in-service training.
2. The referral system between the different levels of health care in Lusaka District is operated effectively.	<p>2-1 Existence of a system to measure appropriateness of referral</p> <p>2-2 Existence of systems to evaluate -reliability of equipment -skills and training of health centre staff</p> <p>2-3 Usability of the X-ray equipment provided to Matero Reference Health Centre</p> <p>2-4 Ability of lab technologist at 4th referral health centres</p>	<p>2-1 Report of UTH-DHMT Paediatric Data system</p> <p>2-2 Interviews to officers in charge at district office</p> <p>2-3 Quarterly Report of Matero Reference Health Centre</p> <p>2-4 Training assessment report</p>	
3. School health services are effectively in operation.	<p>3-1 Improvement of capacity and knowledge of school health coordinators on specific components of the school health programmes</p> <p>3-2 Prevalence of worm infection in primary school children in the pilot schools</p>	<p>3-1 Pre- and post-training tests, report by school health team to DHMT</p> <p>3-2 Stool examination survey</p>	

Narrative summary	Verifiable Indicators (Refer to more detailed indicators in the next table)	Means of Verification	Important Assumptions																
<p>Activities See the attached list of activities</p>	<p>Inputs (see attached documents in detail) Figures are estimated numbers as of March 2002.</p> <p>- Japanese side -</p> <p>1. Dispatch of Japanese experts</p> <table border="0"> <tr> <td>Chief advisor</td> <td>60M/M</td> </tr> <tr> <td>Coordinator</td> <td>61M/M</td> </tr> <tr> <td>Expert in health education</td> <td>57M/M</td> </tr> <tr> <td>Expert in health programming and planning</td> <td>44M/M</td> </tr> <tr> <td>Expert in public health</td> <td>38M/M</td> </tr> <tr> <td>Expert in primary health care/ environmental health</td> <td>18M/M</td> </tr> </table> <p>Other experts in Social research, Nutrition, Medical equipment and maintenance, Evaluation and analysis, Medical laboratory, Quantitative and qualitative evaluation methods⁸¹ Total: 21 persons, 286M/M</p> <p>2. Provision of machinery and equipment Cars, office equipment, computers, clinical and laboratory equipment, X-ray, chlorine, weighing scales, etc. 71,281 thousand Japanese yen</p> <p>3. Training of the counterparts in Japan Total: 16 persons, 29M/M</p> <p>4. Provision of local cost 65,088 thousand Japanese yen</p>	Chief advisor	60M/M	Coordinator	61M/M	Expert in health education	57M/M	Expert in health programming and planning	44M/M	Expert in public health	38M/M	Expert in primary health care/ environmental health	18M/M	<p>- Zambian side -</p> <p>1. Allocation of counterparts</p> <table border="0"> <tr> <td>Project director/District Director of Health, LDHMT</td> <td>60M/M</td> </tr> <tr> <td>Project Coordinator/Manager Planning and Development, LDHMT</td> <td>60M/M</td> </tr> </table> <p>Counterparts for Japanese Experts from:</p> <ul style="list-style-type: none"> - LDHMT - UTH staff, Dept of Paediatrics and Child Health - Community-based organization - Community Health Workers <p>2. Provision of land and facilities</p> <ul style="list-style-type: none"> - Office space and construction of a room for JICA experts - Infrastructure at George Health Centre for trainings and meetings - Provision of human resource for trainings - Provision of training facility at CHCH and UTH <p>3. Appropriation of operational cost</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cost sharing for “ middle-level manpower training ” 66,855 thousand Zambian Kwacha - Operational cost of the project office - Cost sharing of allowance for LDHMT staff for the project activities 	Project director/District Director of Health, LDHMT	60M/M	Project Coordinator/Manager Planning and Development, LDHMT	60M/M	<p>1. Counterpart personnel will continue to work for the project.</p> <hr/> <p>Pre-condition The Zambian Government maintains PHC policy for the improvement of health status.</p>
Chief advisor	60M/M																		
Coordinator	61M/M																		
Expert in health education	57M/M																		
Expert in health programming and planning	44M/M																		
Expert in public health	38M/M																		
Expert in primary health care/ environmental health	18M/M																		
Project director/District Director of Health, LDHMT	60M/M																		
Project Coordinator/Manager Planning and Development, LDHMT	60M/M																		

Abbreviations

CHW: Community Health Workers
GMP: Growth Monitoring and Promotion

NP: Nutrition Promoters
LDHMT: Lusaka District Health Management Team

M/M: man-months
PHC: Primary Health Care
UHC: Urban Health Centre

UTH: University Teaching Hospital

主要な評価点は以下の5項目となった。

- ・ルサカ地区の保健指標の改善
- ・パイロット地区でプロジェクトに係わる LDHMT スタッフ、医療補助従事者の能力向上
- ・PHC プログラムの活動内容と実施回数
- ・レファレル・システムの内容
- ・研修を受けた医療補助従事者数

約2週間の調査を通じて、PDMeに採用された評価指標、データ出典、成果は以下の表2 - 9(終了時報告書 p.68-77)の如くまとめられた。

表2 - 9 Indicators in PDM

Project Purpose:

Improved Capacity of LDHMT, UHCs and Community Organizations in order to Implement PHC Activities in the Community and Improve Referral System

Verifiable Indicators	Data Source	Results																																												
1) Policy change of LDHMT	LDHMT Annual Action Plan and interview	<ol style="list-style-type: none"> 1. Re-affirmation and commitment to school health and nutrition programmes in the district action plans 2. Implementation of reverse outreach with University Teaching Hospital 3. Strengthening in-service training for community health workers 4. Incorporating training of mid-level manpower in certificate in public health 5. A participatory approach to transform communities in sanitation and hygiene (Participatory Hygiene and Sanitation Transfer: PHAST), which was introduced in the project, is now diffused to Environmental Health Technologist and Environmental Health Officers as a new technique 																																												
2) Change in allocation of human resource for community activities	Survey by JICA experts and individual interviews	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1998</th> <th>1999</th> <th>2000</th> <th>2001</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Public health nurses</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Nutritionists</td> <td>5</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Environmental Health Technicians</td> <td>0</td> <td>9</td> <td>16</td> <td>18</td> </tr> </tbody> </table>		1998	1999	2000	2001	Public health nurses	4	4	4	7	Nutritionists	5	7	8	9	Environmental Health Technicians	0	9	16	18																								
	1998	1999	2000	2001																																										
Public health nurses	4	4	4	7																																										
Nutritionists	5	7	8	9																																										
Environmental Health Technicians	0	9	16	18																																										
3) Improved of ability of LDHMT staff	Focus group discussion with community health coordinators (all are health centre staff)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Communication and facilitation skills have improved. 2. They are now able to plan, budget, implement, monitor and evaluate community activities. 3. They are now able to integrate a health care package. 4. They have become more organised and focused in coordinating community activities. 																																												
4) Expansion of community based PHC programmes by spin-off effect to other compounds from 1997 to 2001 a) increased number of compounds where PHC programmes have been expanded b) increased number of community based activities in other compounds c) increased number of existing Community-based organizations in other compounds		<ol style="list-style-type: none"> 5. compounds (Kanyama, Chawama, Ng'ombe, Chipata, Mtendere) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kanyama HC</th> <th>1999</th> <th>2000</th> <th>2001</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>no. of community-based activities</td> <td>5</td> <td>10</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>no. of existing CBOs</td> <td>6</td> <td>10</td> <td>12</td> </tr> </tbody> </table> <p>Chawama</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>no. of community-based activities</td> <td>10</td> <td>13</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>no. of existing CBOs</td> <td>8</td> <td>10</td> <td>12</td> </tr> </tbody> </table> <p>Ng'ombe</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>no. of community-based activities</td> <td>13</td> <td>16</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>no. of existing CBOs</td> <td>7</td> <td>9</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table> <p>Chipata</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>no. of community-based activities</td> <td></td> <td>5</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>no. of existing CBOs</td> <td></td> <td>9</td> <td>14</td> </tr> </tbody> </table> <p>Mtendere</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>no. of community-based activities</td> <td></td> <td>6</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>no. of existing CBOs</td> <td></td> <td>5</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	Kanyama HC	1999	2000	2001	no. of community-based activities	5	10	14	no. of existing CBOs	6	10	12	no. of community-based activities	10	13	13	no. of existing CBOs	8	10	12	no. of community-based activities	13	16	18	no. of existing CBOs	7	9	10	no. of community-based activities		5	11	no. of existing CBOs		9	14	no. of community-based activities		6	10	no. of existing CBOs		5	8
Kanyama HC	1999	2000	2001																																											
no. of community-based activities	5	10	14																																											
no. of existing CBOs	6	10	12																																											
no. of community-based activities	10	13	13																																											
no. of existing CBOs	8	10	12																																											
no. of community-based activities	13	16	18																																											
no. of existing CBOs	7	9	10																																											
no. of community-based activities		5	11																																											
no. of existing CBOs		9	14																																											
no. of community-based activities		6	10																																											
no. of existing CBOs		5	8																																											

Output1:Community Based PHC Programmes Are Improved in Response to the Needs of the Community in the Pilot Area

Verifiable Indicators	Data Source	Results																				
1-1 Improvement of capability and capability of community members to conduct community based health activities in nutrition and environmental health																						
<p>1)Change in capacity and capability of community organizations between 1998 and 2001</p> <p>a) Number of existing community organizations/committees</p> <p>b)Frequency of meetings between UHC and community</p> <p>c) Number and contents of implemented activities</p> <p>d)Role of community members;</p> <p>e) Change of support for community from George Health Centre</p> <p>f) Change of supports by Japanese experts</p>	<p>Observation and evaluation by Health Centre staff and JICA Experts</p> <p>Focus group discussions with community-based organization members, community residents and health centre staff</p> <p>Focus group discussions with community-based organization members, community residents and health centre staff</p> <p>Observation by JICA experts and counterparts</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1998</th> <th>1999</th> <th>2000</th> <th>2001</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a)No. CBOs & Committees</td> <td>7</td> <td>11</td> <td>13</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>b)Freq. meetings b/w UHC and community</td> <td>3</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>c)No. activities</td> <td>3</td> <td>12</td> <td>16</td> <td>21</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Nutrition</i> <u>1998</u>: only active during outbreak; inadequate knowledge and skills <u>2001</u>: CHWs acquired adequate knowledge and skills; CHWs are adequately conducting health education programme for the community residents; CHWs have reduced the workload of UHC staffs.</p> <p><i>Environmental health</i> <u>1998</u>: CBOs is doing community mobilization and participated in activities initiated by LDHMT and NGOs. <u>2001</u>: GEHC members has identified problems and started making the activity plans; even if JICA PHC stopped to support the incentives, some of GEHC activities have been continued; GEHC members started to have motivation to expand the programmes; they can chair the meeting and make the minutes in some activities; they started to take initiatives of sustainability of programmes; Drainage Committee made the typed project proposal by themselves and tried to find the donors and has obtained a fund from another donor; George Basic School has submitted a project proposal to funding agencies; GEHC has made a constitution to be registered as a society and to open a bank account.</p> <p><i>Nutrition</i> <u>1998</u>: no interaction between UHC staffs and CHWs <u>2001</u>: interaction between the UHC staffs and CHWs; to recognize consider CHWs in various activities; initially all activities are more clinic centre.</p> <p><i>Environmental health</i> <u>1998</u>: no motivations from members of UHC staffs to support community activities <u>2001</u>: increase of coordination and communication between the community and UHC staff; increase of support by the UHC staffs for the community; the staffs have been motivated to work extra hard to support community.</p> <p><i>Nutrition</i> <u>1998</u>: programming of the activity; assisting for implementation; supervision/evaluation <u>2001</u>: supporting for programming; assisting for implementation (only new activities); supporting for supervision/evaluation.</p>		1998	1999	2000	2001	a)No. CBOs & Committees	7	11	13	20	b)Freq. meetings b/w UHC and community	3	8	9	10	c)No. activities	3	12	16	21
	1998	1999	2000	2001																		
a)No. CBOs & Committees	7	11	13	20																		
b)Freq. meetings b/w UHC and community	3	8	9	10																		
c)No. activities	3	12	16	21																		

Verifiable Indicators	Data Source	Results																												
		<p><i>Environmental health</i></p> <p>1998: there was no JICA experts working in environmental health.</p> <p>2001: JICA experts supported community initiated activities and worked in partnership with health center staff; promoted training in participatory training methodologies; do not need to program and just supervise CBOs for existing activities.</p>																												
<p>2) Change in capacity and capability of community members between 1998 and 2001</p> <p>a) Number of skilled members among CHWs on GMP skills in planning, publicity, preparation, weighing, plotting, interpretation, tallying, registration, counselling and reporting</p> <p>b) Number of skilled members among CHWs on health education skills in summarising contents, presentation, and usage of visual aids</p> <p>c) Number of skilled members of GEHC and associated CBOs on VIP latrine construction, drainage construction, brick work, soap making and cholera outbreak investigation</p> <p>d) Number of skilled members of GEHC and associated CBOs on health educations, and management skills in public relations, financial management, reporting and proposal writing</p>		<p>19 leaders of CHWs were trained (active leaders are 18 (dropout was 6%)). Number of skilled leaders: planning (8), publicity (3), preparation (3). 51 CHWs were trained (active members are 45 (dropout was 12%)). Number of skilled members: weighing(23), plotting (24), interpretation (32), tallying(23), registration (14), counselling (21)</p> <p>Number of skilled members: planning (40), presentation (19), usage of visual aids (26), summarize (27)</p> <p>VIP latrine construction (13), drainage construction (18), soap making (64), brick layer (7), cholera outbreak investigation (7)</p> <p>Financial management (2), proposal writing (13), computer skill (2), reporting (7)</p>																												
1-2 Knowledge and behavioural changes of community in the pilot area	Knowledge, Attitude and Practice (KAP) survey																													
<p>1) Comparison of knowledge and attitude between regular and non-regular attendants to GMP programme</p> <p>a) Knowledge and attitude of caretakers in necessity of growth monitoring; interpretation of growth line; cause, home care and prevention of malnutrition and diarrhoea; and benefits of soya beans</p>	GMP survey in 2001	<p>The percentages in the table show the proportion of the respondents in a specified condition to the all respondents.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>Regular attendants (n=527)</th> <th>Non-regular attendants (n=496)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Necessity of growth monitoring (full mark=5 pts)</td> <td>0 pts ≥ 3 pts</td> <td>0.6% 15%</td> <td>3.4% 3%</td> </tr> <tr> <td>Interpretation of growth line</td> <td>correct answer</td> <td>81%</td> <td>63%</td> </tr> <tr> <td>Cause of malnutrition (full mark=4 pts)</td> <td>0 pts ≥ 2 pts</td> <td>3% 29%</td> <td>11% 19%</td> </tr> <tr> <td>Cause of diarrhoea (full mark=3 pts)</td> <td>0 pts ≥ 2 pts</td> <td>15% 39%</td> <td>18% 34%</td> </tr> <tr> <td>Home care of malnutrition (full mark=7point)</td> <td>0 pts ≥ 4 pts</td> <td>4% 11%</td> <td>12% 1%</td> </tr> <tr> <td>Home care of diarrhoea (full mark=5point)</td> <td>0 pts ≥ 3 pts</td> <td>2.3% 8.7%</td> <td>7.1% 3.4%</td> </tr> </tbody> </table>			Regular attendants (n=527)	Non-regular attendants (n=496)	Necessity of growth monitoring (full mark=5 pts)	0 pts ≥ 3 pts	0.6% 15%	3.4% 3%	Interpretation of growth line	correct answer	81%	63%	Cause of malnutrition (full mark=4 pts)	0 pts ≥ 2 pts	3% 29%	11% 19%	Cause of diarrhoea (full mark=3 pts)	0 pts ≥ 2 pts	15% 39%	18% 34%	Home care of malnutrition (full mark=7point)	0 pts ≥ 4 pts	4% 11%	12% 1%	Home care of diarrhoea (full mark=5point)	0 pts ≥ 3 pts	2.3% 8.7%	7.1% 3.4%
		Regular attendants (n=527)	Non-regular attendants (n=496)																											
Necessity of growth monitoring (full mark=5 pts)	0 pts ≥ 3 pts	0.6% 15%	3.4% 3%																											
Interpretation of growth line	correct answer	81%	63%																											
Cause of malnutrition (full mark=4 pts)	0 pts ≥ 2 pts	3% 29%	11% 19%																											
Cause of diarrhoea (full mark=3 pts)	0 pts ≥ 2 pts	15% 39%	18% 34%																											
Home care of malnutrition (full mark=7point)	0 pts ≥ 4 pts	4% 11%	12% 1%																											
Home care of diarrhoea (full mark=5point)	0 pts ≥ 3 pts	2.3% 8.7%	7.1% 3.4%																											

Verifiable Indicators	Data Source	Results				
b) Practice for prevention of diarrhoea; intake soya beans; vaccination history; and growth of children		prevention of malnutrition (full mark=4 pts)	0 pts ≥ 2 pts	4.9% 31%	6.0% 19%	
		Prevention of diarrhoea (full mark=8 pts)	0 pts ≥ 4 pts	4% 11%	12% 1%	
		benefits of soya beans (full mark=4 pts)	0 pts ≥ 2 pts	29% 29%	33% 14%	
		The percentages in the table show the proportion of the respondents in a specified condition to the all respondents				
				Regular attendants (n=527)	Non-regular attendants (n=496)	
		Number of practices for prevention of diarrhoea	none ≥ 4	2% 35%	21% 14%	
		Frequency of vaccination	none many	72% 10%	70% 11%	
		Completion of vaccination	none compl	0.6% 75%	2.6% 63%	
		Under-weighted of children	under weight	26%	38%	
		2) Changes of average number of monthly attendants to GMP from 1999 to 2001			1999	2000
	Ave no. monthly attendants in George compound	1,279	2,255	4,394		
*Total population and under-5 children in the catchment area was about 33,000 and 8,700 respectively in 1999						
3) Changes attributable to water and sanitation programmes between 2000 and 2001 a) Changes in knowledge and attitude	Water and Sanitation survey conducted in 2000 and 2001			2000 (n=1038)	2001 (n=543)	
		Information of chlorine	ever heard of chlorine	87%	95%	
		Information source of chlorine	from GEHC from CHWs	0% 20%	27% 12%	
		Information source of diarrhoea	from GEHC from CHWs	0% 1%	24% 7%	
		Correct info to prevent diarrhoea	%0pts	19%	14%	
		Correct info about cause of diarrhoea	%0pts	13%	7%	
		Information about fee paying toilet	ever heard of the fee paying toilet	48%	56%	

Verifiable Indicators	Data Source	Results			
b) Change in practice			2000 (n=1038)	2001 (n=543)	
		Source of drinking water	- from JICA tap water - from shallow well	77% 15%	81% 13%
		Storage of water	- usage of jerry can - covering the container	69% 98%	90% 92%
		Usage of chlorine		27%	44%
		Correct use of chlorine		68%	80%
		Usage of soap for hand washing		55%	59%
		Mode of disposing garbage	- dig a hole and dump - pit in sacks and dispose at a designated place - dispose at undesignated place	46% 24% 19%	41% 18% 34%
		Having bottle of chlorine		8%	17%
		Usage of fee paying toilet		9%	10%
		c) Change in diarrhoea and cholera case			2000 (n=1038)
Case of diarrhoea in the last 2 weeks	17%			24%	
Case of cholera in the last year	4%			3%	
1-3 Change in sanitary condition and nutrition status of under 5 children in comparison between 1997 and 2001 in the pilot area	Focus group discussions with community-based organization members, community residents and health centre staff				
1) Change in nutrition status of children		There are fewer cases of children with malnutrition now as compared to before 1997. The health status of children has improved and those children that are losing weight or are static are counselled and an improvement is noticed.			
2) Change in sanitary condition		Reduction in garbage heaps. The reduced water flooding during the rainy season due to drainage clearing. The drainage construction will reduce flooding. The spread of home chlorination. The construction of VIP latrines. The construction of the fee-paying toilets. There is less apathy towards health related activities. Decrease of vandalism of infrastructure.			

Verifiable Indicators	Data Source	Results		
3) Change in statistics (nutrition and immunization)	District database		1999	2000
		Underweight prevalence among under-5 children	23% (5,192/22,755)	15% (6,786/46,054)
		Full immunization coverage of under-1 children	15% (1,045/6,933)	61% (4,503/7,369)
		Measles incidence among under-5 children	8.5/1,000 (296/34,666)	1.8/1,000 (65/36,849)

Output 2: The Referral System Between the Different Levels of Health Care in Lusaka District Is Operated Effectively

Verifiable Indicators	Data Source	Results
2-1 Existence of a system to measure appropriateness of referral	Report of UTH-LDHMT Paediatric Data System	
1) Availability of the following information: a) % referrals actually seen at UTH within specific period (e.g. 4 hours) b) % referrals admitted at UTH c) % referrals that arrived by LDHMT transport (i.e. ambulance) d) % discharged and follow-up at UHC e) % self referrals to UTH f) % referrals on which UHC received immediate (e.g. within 4 hours) feedback from UTH g) evaluation of clinical skills UHC staff		<p>*** Staff training is carried out currently. The system starts in October. 42.4% of outpatients were admitted in UTH (53.3% of outpatients is omitted to get this number due to unavailability of their info) Date not available</p> <p>*** Staff training is carried out currently. The system starts in October.</p> <p>42.3% in 2001</p> <p>*** Staff training is carried out currently. The system starts in October.</p> <p>*** Staff training is carried out currently. The system starts in October.</p>
2-2 Existence of systems to evaluate:		
1) Existence of systems to evaluate reliability of equipment - monitoring and recording system of: a) Number of equipment in broken status b) Frequency of breakdown of equipment c) Downtime of equipment (downtime refers to the period between time when breakdown was reported/recorded and when the equipment has been repaired and returned to its position)	Interview to the officer in charge at district office	<p>The systems to evaluate exist. LDHMT makes up with annual inventory list with show number of broken equipments and conditions of others. The same as above.</p> <p>As long as repair parts available the downtime quite minimum (about 1 or 2 days).</p>
2) Existence of systems to evaluate skills and training of Health Centre staff-a protocol for periodic assessment of performance of UHC staff that measures: a) Number of trained staff b) Clinical performance of UHC in IMCI		<p>Data currently not available</p> <p>Data currently not available</p>
2-3 Usability of the X-ray equipment provided to Matero Ref HC	Quarterly report of Matero Ref HC	
1) Average number of the referred to the X-ray department		443 cases per month in 2001
2) Coverage of cost by user fee		89.3% are covered by user fee. LDHMT bears the remainder. The user fee is K5,000 per case. Articles of consumption (X-ray film, chemical, envelope) charges are K5,600.

Verifiable Indicators	Data Source	Results
2-4 Ability of laboratory technologists at four 1 st referral HCs (Matero ref HC, Kanyama HC, Chelston HC and Chilenje HC)	Training assessment report	
1) Number of trained laboratory technologists		0 in 2000, 9 in 2001
2) Increased number of laboratory tests by provision of equipments and training		15 before the project, 20 in 2001 (now haematocrit, blood glucose, electrolyte analysis, blood count, culture and sensitivity analysis are available)

Output 3: School Health Services Are Effectively in Operation

Verifiable Indicators	Data Source	Results																								
3-1 Improvement of capacity and knowledge of school health coordinators on specific components of the school health programmes	3-1 Pre- and post-training tests, report by school health team to LDHMT																									
1) Number of trained staff for school health coordinator	Follow up assessment of school health coordinator	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1999</th> <th>2000</th> <th>2001</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No. trained staff</td> <td>48</td> <td>47</td> <td>47</td> <td>142</td> </tr> </tbody> </table>		1999	2000	2001	Total	No. trained staff	48	47	47	142														
	1999	2000	2001	Total																						
No. trained staff	48	47	47	142																						
2) Comparison of Knowledge of school health coordinator on health and disease a) Average score of pre-and post-test b) Follow up test for school coordinators of pilot and non-pilot area		<p>Pre-test: 30.7 pts, post-test: 34.7 pts in February, 2001 (100 point full mark)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>Pilot area</th> <th>Non-pilot area</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Components of school health activities</td> <td>% full mark</td> <td>65%</td> <td>46%</td> </tr> <tr> <td>Items in the First-Aid box</td> <td>% full mark</td> <td>65%</td> <td>36%</td> </tr> <tr> <td>HIV/AIDS transmission route</td> <td>% full mark</td> <td>10%</td> <td>27%</td> </tr> </tbody> </table>			Pilot area	Non-pilot area	Components of school health activities	% full mark	65%	46%	Items in the First-Aid box	% full mark	65%	36%	HIV/AIDS transmission route	% full mark	10%	27%								
		Pilot area	Non-pilot area																							
Components of school health activities	% full mark	65%	46%																							
Items in the First-Aid box	% full mark	65%	36%																							
HIV/AIDS transmission route	% full mark	10%	27%																							
3) Frequency and contents of school health activities in the pilot schools		<p><u>1997</u> 6 activities: physical examination, health education, immunization, environmental health inspection, oral health, treatment of minor ailments)</p> <p><u>2001</u> 8 activities: physical examination (physical check-up, urine test, blood test, stool examination), health education, immunization, environmental health inspection, oral health, treatment of minor ailments, deworming, workshop for school health coordinators</p>																								
3-2 Reduction in Prevalence of worm infestation in primary school children in the pilot schools	Stool examination survey	<p>Percent of positive worm infestation</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1999</th> <th>2000</th> <th>2001</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>George Central School</td> <td>18%</td> <td>27%</td> <td>22%</td> </tr> <tr> <td>New Kanyama Basic School</td> <td>47%</td> <td>13%</td> <td>11%</td> </tr> <tr> <td>Chakunkula Basic School</td> <td>25%</td> <td>28%</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Mahatma Gandhi Basic School</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>4%</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>30%</td> <td>22%</td> <td>13%</td> </tr> </tbody> </table> <p>In 1999, those with positive were administered with deworming drug after screening. In 2000, only screening was conducted. In 2001, at New Kanyama and Mahatma Gandhi, the stool exam was carried out one month after the administration while two months after at George Central.</p>		1999	2000	2001	George Central School	18%	27%	22%	New Kanyama Basic School	47%	13%	11%	Chakunkula Basic School	25%	28%	-	Mahatma Gandhi Basic School	-	-	4%	Total	30%	22%	13%
	1999	2000	2001																							
George Central School	18%	27%	22%																							
New Kanyama Basic School	47%	13%	11%																							
Chakunkula Basic School	25%	28%	-																							
Mahatma Gandhi Basic School	-	-	4%																							
Total	30%	22%	13%																							

評価結果のうち、計画の妥当性については、ザンビアの国家レベル、地域レベル、住民レベルに合致したものであり、日本の対ザンビア援助政策に合致するものでもあった。目標達成度については、水・環境衛生と小児栄養改善を目的としたPHC活動については概ね目標を達成したが、患者のレファレル・システムと学校保健活動については、活動領域が広く、かつ活動目標がプロジェクトの中途に設定されたため、目標達成の途上にあった。DHMTのPHCに関する運営能力には改善の余地があると考えられたが、地域に根付いたPHC運営体制を構築した点では、本プロジェクトの目標はほぼ達成されたと結論された。プロジェクト実施の効率性については、特に小児の栄養改善を目指したGMP+(Growth Monitoring and Promotion plus)が小児の体重測定、栄養主導、予防接種、ビタミンA投与をパッケージにして定期的に実施したのが、効率性を高めたとして評価された。水・環境衛生活動については、個別訪問による安全な水に関する教育活動とコレラ発生時の患者追跡調査および感染源の消毒活動が有効に行われたことが評価された一方、VIPトイレについては、設置する個所と費用に対する裨益人口が比較的少ないことが指摘された。インパクトについては、ネガティブなものはなく、GMP+活動によりヘルスセンターの混雑緩和、活動の拡大、予防接種率の向上(1999年の15%から2000年の61%へ)、低体重児の減少(1999年の23%から2000年の15%へ)が確認された。水・環境衛生活動により、コレラの死亡率は激減した(1994年の人口1万当たり70から2000年は1へ)。自立活動性については、ヘルスセンターと地域住民組織の連携が強化されており、一部の活動について自立の可能性が予想されているものの、スタッフの手当やインセンティブについては目処が立っていないことが指摘された。

2 - 1 - 4 まとめと教訓

本プロジェクトは、日本のNGOが一貫して主導的に参加した点と、PCM手法が計画立案時点から終了時評価に至るまで積極的に導入された点で、JICAの保健医療プロジェクトで重要な案件となった。既に継続プロジェクトが進められており、前項の評価結果をみてもプロジェクト全般としては成功であったといえよう。

一方PCM手法の導入に関しては、様々な問題点が指摘され、これらは今後のPCM運用に対して貴重な教訓を残した。巡回指導調査団報告書(p.12)ではプロジェクト立案時に、プロジェクト関係者に3～5日間のPCM研修を実施し、プロジェクト管理にPCMを実用できるよう指導する一方、プロジェクト計画・実施予定者には4～5日間のワークショップを開催するよう提言している。PCMの理解に関する十分な準備と時間的配慮だけでなく、会場の設定にも配慮して、ぜひ出席すべき参加者が終日集中して作業に取りかけられるような環境にすることも重要であろう。カウンターパートには適当なインセンティブを提供することも検討すべきかも知れない。本プロジェクトではベースライン調査がプロジェクト開始後に食い込んだため、詳細な現地状況を客観的に把握したPDMを完成させる前にプロジェクトを開始しなければならない状況が生じた。PCMのプロセスの中に、十分な基礎調査の期間を設定することを強調すべきであろう。また、プロジェクト実施者からPDMの修正希望が出された場合の承認の手続きを明確化することが巡回指導調査団より提言された。PDMの中身はむしろ修正されるのが実際的であるが、本プロジェクトにおけるPDMの変遷では相当大きな活動課題が添削された(巡回指導調査団報告書p.10)。PDMの修正手続きと修正後の活動

計画表への反映を確実かつスムーズに行うためのノウハウを、今後のプロジェクト運営を通じて確立していくことが望まれる。プロジェクト開始後2～3年で、当初の派遣専門家やカウンターパートが大幅に交代する。また、カウンターパートのなかでも優秀な人材が留学や転職のため、プロジェクトから離脱する(本プロジェクトでは、医師が日本への研修を受けた後に留学して離脱した)ことは、「アフリカでプロジェクトを実施する場合の共通の問題 国際協力事業団(2000)「人作り協力事業経験体系化研究サブ・サハラ・アフリカ地域報告書」]として、外部条件に考慮しておくべき課題かも知れない。そのため、双方の人材が入れ替わる時期には、PDMや活動計画表の引継ぎが重要であることが巡回指導調査団より指摘されている。日本側としては、単独の大学医局やNGOでプロジェクトが運営されている場合は問題が少ないかと思われるが、所属先がバラバラな場合には、特にPDMに文言化されていない点について、今までの討議内容が断絶する可能性が高くなる。これを補完するのは国内委員会であり、巡回指導調査と運営指導調査はその点で取り分け重要なことを強調したい。本プロジェクトにおいては、運営指導調査のタイミングが遅れて、2000年に1回も日本から調査団が現地を訪問しなかったのは、結果的に得策ではなかった。レファレル・システムや学校保健に対するアプローチをどのように進めていくかについて、早い段階で指導を受けた方が、より良い成果を上げられたかも知れない。一方、無償資金協力による水道施設が供与されたジョージ・コンパウンドに活動を初期から集中させたことや、小児の栄養管理手法にGMPを導入することをプロジェクトの早期に推奨し、それをGMP+として運用した点は、プロジェクトの成功に寄与したと考えられる。

終了時報告書では、今回確立したPHC活動を都市圏でのモデルとして取り上げると共に、その成果を国内外の関係機関へ文章にまとめて発信すべきことを提言している。この際、プロジェクトの経過から成果に至る内容だけでなく、PCMの管理運用手法の教訓にも解析を加えるのが良いだろう。

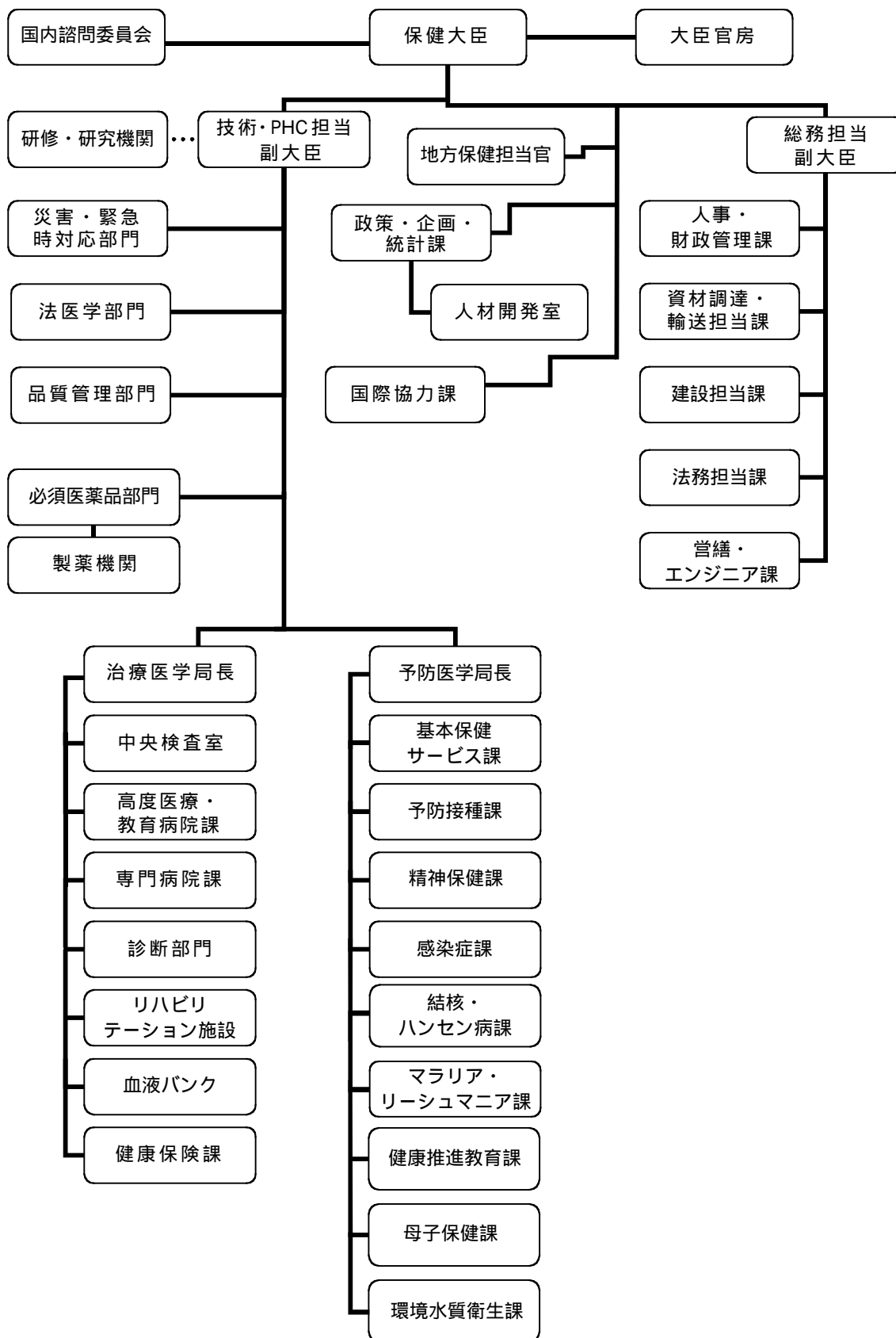
2 - 2 アフガニスタン国ジョイントドナー・ミッション

2 - 2 - 1 背景

23年余りの内戦に明け暮れたアフガニスタンは、2001年12月のボン和平合意と2002年1月の東京復興会議を経て、国家の再建に取り組んでいる。その直後から、日本をはじめ先進諸国や主要なNGOが現地で活動を開始している。

保健医療分野は復興・発展のための重要な援助協力分野の1つであるが、人材・資材・機材のいずれの面でも大きな問題に直面していた。人材については、医療従事者の絶対数が不足しているだけでなく、専門職として十分な訓練と研修を受けていないため、現代の保健医療サービスを提供するだけの技量が備わっていない。保健省(Ministry of Public Health, MoPH)も行政専門職の経験者が非常に少なく、2002年3月時点で予定された保健省組織図(図2-1)では、当時のアフガン職員の人材ではカバーしきれない規模となってしまった。資材の不足も著しく、国家公務員の給与(医療職の場合、月給は約30米ドル)も遅配が続き、外国政府からの拠出金で遅配分を一括払いすることがあった。本来無料である筈の医療サービスも、実際には病院への薬品供給が途絶え気味のため、

図2 - 1 アフガニスタン保健省組織図 (2002年3月時点での予定)



患者は薬品代を支払わねばならない矛盾がある。機材については首都カブールの病院でも、20～30年前に納入された医療機材を細々と利用している。医学部や医療短大は実習設備が壊滅的で、医科学教育は専ら座学のみである。

このような困難な保健医療環境下にある同国の保健指標は、世界でも屈指の劣悪な指標を呈している(表2-10)。特に妊産婦死亡率(10万出生対1,800)や結核罹患率(人口10万対200以上、患者の7割が女性)は、同国の保健水準を引き下げる大きな要因となっている。

表2-10 アフガニスタンと日本の保健・教育指標比較(2001年)

	アフガニスタン	日本
平均余命	40歳代	80歳
乳児死亡率	170	6
麻疹予防接種率	37%	86%
妊産婦死亡率	1,800	9
妊産婦健診率	8%	100%
施設分娩率	～30	99
結核罹患率	>200	31
識字率	<30%	100%

乳児死亡率は1,000出生当り
 妊産婦死亡率は10万出生当り
 結核罹患率は人口10万当り

2-2-2 ジョイントドナー・ミッションの論点

このように社会基盤を殆ど全て失ったアフガニスタンを復興し、開発していくには、短期間にインパクトが現れるプロジェクト(Quick Impact Program: QIP)と人造りを中心とした課題別・疾病別のプロジェクト(Vertical Program: VP)をバランス良く両立して実施していく必要が、世銀などから提唱された。また、世銀は保健省の人材・資材・機材全ての投入先を、一般医療サービスからプライマリ・ヘルスケア(PHC)へ大きく転換させることが重要であると指摘した。

主要ドナーの一部(USAID)からは、QIPには公的保健サービスにNGOなど民間活力を導入し、活動開始1～3年後の達成目標を規定した上で、予算措置を伴った契約ベースとし、公的部門の活性化と保健サービスの質的向上を地域的・時期的に一挙に進めることを提案した。国連機関(UNICEFなど)からは、請負団体が保健サービスの一部だけを地域住民へ提供するのでなく、PHC全般にまたがるのが望ましいとした。そのために、アフガニスタン全国で均一に必要とされる保健サービスのメニューを設定し、それらを含めたパッケージを提示して、サービス内容を一定基準以上とすることの提唱があった。国際NGO(MSH)によるアフガニスタンの保健医療施設に関する調査で分かった人材や機材の分布と利用状況、1人当たり医療費(表2-11)等を基に、保健サービスの基本パッケージと保健活動の達成指標が設定された(表2-12)。

表2 - 11 MSH (Management Sciences for Health)の調査による
アフガニスタンの保健サービス指標

	結核を含めた 全保健サービス	結核を除いた 全保健サービス	結核を除いた保健サービ ス・基本パッケージ
年間クリニック 当たり平均経費	\$ 72,431	\$ 69,981	\$ 44,556
調査地点(35,943 カ所)での1人当 たりの必要経費	\$ 2.02	\$ 1.95	\$ 1.24

*結核が基本パッケージに組み込まれる場合と、そうでない場合とを想定して算出

2 - 2 - 3 保健サービス基本パッケージと達成目標

主要ドナー(世界銀行、アジア開発銀行、EU、JICA、USAID、KfW、WHO、UNICEF、UNFPA、MSH)の代表者らが約1週間かけてアフガニスタン国内の主要地域(カブール、ジャララバード、カンダハル、ヘラート及びその周辺)の保健医療施設を視察し、地元の指導者や保健医療従事者と面談して、その結果をカブールで開催したジョイントドナー・ミッション会議で報告した。この1週間の会議には、政府機関や国内外のNGOの代表者も出席して議論に加わった。

ここで話し合われた議論を基に、保健サービス基本パッケージと達成目標(Performance-based Partnership Agreements, PPA)が設定された(表2 - 13)。基本パッケージには、母性保健、緊急産科ケア、出産間隔(家族計画)、微量栄養素欠乏、母乳保育の推進、小児栄養不良、結核、マラリア、急性呼吸器疾患、下痢症、予防接種(ジフテリア、破傷風、百日咳、麻疹、ポリオ)に対するサービスを実施することが検討された。またプロジェクトを請け負うNGOの達成目標には、母性保健、出産間隔、結核、マラリア、微量栄養素欠乏、母乳保育の推進と離乳、急性呼吸器疾患、下痢症、予防接種、ケア指標の質の10項目が採択された。世界銀行とアジア開発銀行は、それぞれ日本社会開発基金(JSDF)と日本貧困削減基金(JFPR)を合計350万米ドル程度申請活用することとなった。

表2 - 12 保健サービス基本パッケージ(the basic package of health service)のための指標
Aide memoire 2002年3月31日版

	2005年における達成又は成果の指標	期待される結果	現状
1.リプロダクティブ・ヘルス			
	産前ケアのカバー率：1回の妊娠に最低4回の産前訪問を受けている妊婦の率	50%	
母性保健	妊婦への破傷風トキソイド2回接種率	50%	
緊急産科ケア(EOC)	必須産科ケアの分配と件数	50万人当たり、基本的な4施設と包括的な1施設	
	熟練した介助者による出産立ち会い率	20%	9%
	全出産における手術による分娩の割合	5-15%	不明
	施設内症例死亡率(産科的合併症を有する女性が入院先施設で死亡する率)	最大1%	不明
	EOC施設での出産率	15%	不明
出産間隔	ヘルスセンターによる最低2つの避妊法の提供率	20%	不明
	出産年齢の女性(15-49歳)が最低3つの避妊法の知識を有する率	20%	不明
	避妊実施率：15-49歳の女性が(現代的または伝統的な)家族計画を利用している率	7%	2%
2.栄養			
微量栄養素欠乏	過去6ヵ月以内に6～59ヵ月児がビタミンA補給を受ける率	95%	70%
	妊婦が鉄・葉酸補給を受ける率	50%	不明
	ヨード添加塩を使用している家庭の率	20%	不明
母乳哺育の推進	早期母乳の重要性と母乳の利点の知識を有する女性の率		不明
	6ヵ月間母乳のみを与える女性の率		
小児栄養不良	消耗性の5歳以下の小児の率(身長に対する体重)	2%	不明
3.感染症			
結核	治療率、完治率(成功率)	作成中	
	DOTS戦略を利用している地区の数	作成中	
マラリア	殺虫剤浸漬蚊帳を利用している家族の率	40%	10%
4.小児保健			
急性呼吸器疾患(ARI)	過去2週間にARIに罹患し、適切な健康施設で受診した5歳未満の小児の率	70%	不明 1地方の推定最善値：68%
下痢症	過去2週間に下痢になり、ORSか適当な自家製補液で治療された5歳未満の小児の率	60%	不明 1地方の推定値：40%
5.予防接種			
DPT3回接種	DPT3回接種率：12-23ヵ月児	50%	32%
麻疹接種	麻疹接種率：12-23ヵ月児	65%	37%
OPV接種	OPV接種率：12-23ヵ月児	> 90%	> 90%

表2 - 13 Performance-based Partnership Agreements(PPA)の主要な成果指標(案)
(PPAコンセプトペーパー2002年7月15日版)

分野	指標	最近の入手可能なデータ	2005年の期待レベル
母性保健	1. 産前ケアのカバー率：全ての妊婦が産前ケアを完全に受ける率	8%*	50%
	2. 妊婦への破傷風トキソイド2回接種率	19%*	50%
	3. 熟練した介助者による出産立ち会い率	8%	15%
	4. 手術による分娩の割合	なし	5-15%
出産間隔	5. ヘルスセンターによる最低2つの避妊法の提供率	なし	20%
	6. 出産年齢の女性(15-49歳)が最低3つの避妊法の知識を有する率	なし	20%
	7. 避妊実施率：15-49歳の女性が(現代的または伝統的な)家族計画を利用している率	2-10%*	10-20%
結核	8. 結核診断率(case-findingによる推定有病率に基づいた対策集団の率)	なし	50%
	9. 見付け出された結核患者の治癒率(コホート分類による)	なし	80%
マラリア	10. 殺虫剤浸漬蚊帳を利用している家族の率	10%**	40%
微量栄養素欠乏	11. 過去6ヵ月以内に6～59ヵ月児がビタミンA補給を受ける率	70%***	95%
	12. 対象女性集団が鉄・葉酸補給を受ける率	なし	30%
母乳哺育の推進 & 離乳	13. 補食を導入するに当たっての適正な知識を有する率	なし	50%
	14. 6ヵ月間母乳のみで哺育する女性の率	なし	50%
急性呼吸器疾患(ARI)	15. ARIの危険な兆候を挙げられ、それを見た時に適当な処置を施せる親の率	なし	40%
下痢症	16. 過去2週間に下痢になり、ORSか適当な自家製補液で治療された5歳未満の子供の率	39.6%****	60%
予防接種	17. 12-23ヵ月児のDPT3回接種率	32%**	50%
	18. 12-23ヵ月児の麻疹接種率	37%**	65%
ケア指標の質	19. 最近1ヵ月に病気になった者がPPA保健施設を利用した率	なし	30%
	20. 年間・住民1人当たりの受診回数	なし	1.0
	21. ケア指数の質に対するチェックリストスコア	なし	60%

*UNFPA Reproductive Health fact sheet on Afghanistan

WHO2001,*NID2001,****MICS2000

2 - 2 - 4 まとめと今後の展開

アフガニスタンのような紛争後国家の再建を目的とした援助協力は、冷戦終結後の1990年代から急増しており、カンボディア、ソマリア、ボスニア・ヘルツェゴヴィナ、グアテマラ、東チモールなどで既に実績がある。このような状況下での援助協力は緊急性が伴うこと、各国政府の政治的な思惑が絡むこと、軍事的な諸問題(治安不良、地雷未撤去など)、極端な社会基盤の破壊と喪失が共通した問題となっており、NGOやドナー間の積極的な協調が特に重要である。しかしながら実際には、より確実にプロジェクト目標を達成できる案件と活動地域に援助が集中する傾向が顕著で

あり、例えばアフガニスタン支援の場合では、援助がISAF(国際治安維持部隊)によって確保されているカブール周辺に集中してしまう。また社会基盤が脆弱なため、一部の保健サービスのみが強化され、バランスの良い発展が期待できない。これらの弊害を最小限に抑えて、早期から開発の成果が現れるような1つの戦略が、本節で述べた基本パッケージと達成指標の設定である。このような成果主義を基本とした戦略は、ビジネスに偏重した印象を与え、JICAが以前から進めてきた、人造りを基本とした長期的な成果をめざす医療協力とは異質な感じを与えるかも知れない。しかし、過去、カンボディアやグアテマラで実施されたPPAでは、公的保健サービス部門にNGOの連携があった方が、公的サービスだけよりも効率的で実績がより高かった、という結果がでている(アジア開発銀行文書、世銀PPAコンセプト・ペーパー)。世界中の複数の紛争後国家で、時期をそう違えずして復興開発が始まると、ドナーの興味と援助は拡散してしまうため、QIPはそれを否定的にみる者でも、必要と認識するであろう。

基本パッケージの問題は、全国レベルのパッケージを策定した場合、ある地域に固有の健康問題があった場合、特にそれが重大であっても、保健サービスの枠から脱落する恐れがあることである。例えばアフガニスタンの場合、リーシュマニアというサシチョウバエの吸血による原虫性風土病があるが、地域的な偏在があること、致死性でないこと(但し皮膚リーシュマニアは女性の場合、離婚の対象となることさえある)等から、基本パッケージには加えられなかった。紛争後国家の国民で特に問題となる分野に精神保健があるが、カウンセリングの専門家が現地に少ないこと、疾病定義や治療法(カウンセリング法)などフォローアップが難しいことから、基本パッケージに入れにくい。このような保健分野は、請け負ったNGOの判断と予算確保で補完していくことになり、基本パッケージの限界である。PPAによるNGOの請負制度は、公正で客観的な評価が期待できる筈だが、やはり限界がある。治安や交通・通信事情など活動条件の善し悪しによって成果には大きな違いが生じる可能性があるばかりでなく、PPAの契約が結ばれなかった地域や契約指標が達成されずプロジェクトが中止となった地域をどうやって開発していくか、という大きな問題がある。

このように、基本パッケージと達成目標を設定した請負制度には制約もあるが、これに優越するアプローチ法は紛争後国家で試された実績がない。短期的な復興と長期にわたる基盤造りをどうやってバランス良く進めていくかは、21世紀の検討課題の1つである。

3. プロジェクト内容に応じた指標設定の留意点

3 - 1 プライマリ・ヘルスケア

3 - 1 - 1 プライマリ・ヘルスケア・プロジェクト立案の問題点

プライマリ・ヘルスケア(PHC)は1978年に出されたアルマ・アタ宣言以来、世界中で実践されつつある最大の保健戦略といえよう。特に、保健医療分野の資材や人材に乏しい発展途上国では最重要であり、当該国の保健システムから分離した活動ではなく、保健システムの一部として計画・実施されなければならない。PHCが保健省の予防医学当局によって監督・実施されているとしても、治療医学当局との協議は必須である。援助計画策定に当たっては、当該国の保健政策、保健行政制度、地域固有の疫学状況・文化的要因を指標選定と指標値設定に盛り込む配慮が必要である。

発展途上国でPHCに支弁される予算は全体の2割以下のことが多く、これで比較的貧しい国民の8～9割の健康をカバーするという不均衡が根底にあるのが普通である。各コミュニティへの僅かな分配予算を有効かつ公正に活用できるよう、活動地域に潜在する物的・人的資源の発掘と活用は、プロジェクト立案段階から重視しなければならない。特にプロジェクトの持続性を担保するため、コミュニティでの資金管理者をプロジェクトの重要な立場に位置付けるのが良い。

貧困層の住民や辺境地域の住民が必要としている保健医療サービスシステムの構築と改善は、裨益住民の積極性・参加意欲が成否に大きく関係する。PHCプロジェクトを計画する際には、地域住民の主体的参加の促進させるため、PDM作成段階から地域住民代表が参加し、プロジェクトの管理運営にも彼らが参加できる配慮が必要である。

3 - 1 - 2 プライマリ・ヘルスケア・プロジェクトの戦略作り

PHCプロジェクトでは、健康教育、食糧供給と栄養改善、安全な水供給と衛生管理、母子保健と家族計画、予防接種、感染症の制圧と予防、疾病と外傷の治療、必須医薬品の供給の基本8項目に、歯科保健と精神保健を加えた10項目のコンポーネントの全てを選択する必要はない。活動地域のニーズに応じて、より必要なコンポーネントをカバーし、他のプロジェクトと補完し合う体制にする(表3-1)。この際、母子保健や保健衛生教育を主要なコンポーネントとする場合は、包括的な基本保健サービスの構築と強化に重点が置かれるべきであり、予防接種拡大計画(EPI)や特定の感染症対策(但し後述するHIV/AIDSを除く)では特異的・集中的なアプローチに徹する方が一般に良い。必須医薬品や安全水の供給は、受益者負担を原則としてプログラムの財源確保を担保し、自立性を強化することを主眼とするのが良い。いずれの場合でも、保健・衛生教育を重要なPHCコンポーネントに含有させておくことが肝要である。

プロジェクト方式技術協力を実施する前に、幾つかの調査団が現地入りして、プロジェクトの妥当性などを検討する手続きがある。PHCプロジェクトでは、現地NGOや他ドナーとの様々なプロジェクトとの連携が必要なため、全国的にインパクトがもたらされるプロジェクトにするためには、相当の情報収集や経験の蓄積が必要である。保健医療分野では、しかしながら社会開発調査の組み

入れによる更に長期的なパイロット・プロジェクト調査はあまり実施されないので、今後このようなスキームを多用することを検討すべきである。

同様に、無償資金協力との連携を検討し、本格的な資材の投入の前に、試験施工を実施するなどして、慎重にスケール・メリットを活かしたプロジェクトを展開すべきである。

相手国には中央政府レベルから郡レベルまで有給の保健医療専門家が存在する。PHCプロジェクトを開始するに当たって、彼らがPHCへの真の理解者かつ協力者となるよう、相手国専門家への教育と位置付けを進める方策を、早期から実施する必要がある。彼らをPDM作成とモニターに単に参加させるだけでなく、PHCの中核的な実施要員として育成していくことで、自立性が大いに強化され、プロジェクト目標から上位目標への外部条件が大きく改善する可能性があるからである。

3 - 1 - 3 プライマリ・ヘルスケア・プロジェクトの上位指標の留意点

指標値の設定は、当該国で優先度上位の健康問題の解決(感染症対策など)、施設の改善、等の支援内容の方が、保健システムの改善強化を支援する事業(学生や既卒者へのPHC教育)よりも容易なことが多い。後者のような支援事業では、事業の成果による効率性を指標に選定するのが良いだろう。

PHCの強化による保健医療サービスの充実にしても、経常支出の増加は避けられないのが普通である。PHCでは、それがもたらす地域開発の結果による経済力の強化などによって、活動の継続性を担保する目論見が含まれるべきである。従って、地域の経済成長度を間接的な達成指標とすることも検討されよう。

PHCに関するニーズの発掘には、一般的に疾病の発病率、乳児死亡率、5歳未満児死亡率、出産前妊婦受診率、妊産婦死亡率が健康水準として用いられることが多い(表3-2)。全国数値を用いるのではなく、パイロット調査による地域の数値を活動開始前に把握しておきたい。その為にも、前節の社会開発調査(パイロット・プロジェクト調査)の実施は重要である。

PHCはシステム上目標レベルに達していても、地域住民の満足を得ていないと、実際には充分活用されず、実際的に当初の上位目標に貢献する内容ではないことが起こりうる。このような場合、地域住民の満足度を計る指標を設定する必要があるだろう。単純な聞き取り調査の他、住民1人当たり年間受診回数、当該地域人口と病院(カルテ)登録住民数比率、KAP調査などが考えられる指標・指標値となる。

3 - 1 - 4 プライマリ・ヘルスケア・プロジェクトの下位指標の留意点

前述のように、PHCが保健システムの一部であることから、プロジェクトのインパクトが大きければ、活動の成果が他の活動に正の影響を与えていることが通常考えられる。相乗効果的な成果を他の活動評価の中で寄与度として推定することも可能であり、(ポリオ治療とリハビリテーション活動におけるEPIによる負担軽減率など)これらを具体的な下位指標に組み込むこともできる。

PHCを論じる場合、その成果は単に第1次保健医療サービスシステムに留まらず、広範な地域開発の意味合いを有することを述べた。従って、地域開発による成果を指標に組み込むのが望ましい場合がある。

プロジェクト実施前にPHCの概念が保健サービスに充分浸透していなくても、地域的にみれば、既存の保健システムの一部であるものである。従って、PHCの改善と強化により、既存の行政システム、保健組織、住民組織の基盤強化が成果に現れる筈である。これらが指標になる可能性があることも考慮しておきたい。

3 - 1 - 5 プライマリ・ヘルスケア・プロジェクトの外部・前提条件の留意点

国家保健システムの中にPHCが位置づけられている以上、JICAが実施するPHCプロジェクト活動の中心はコミュニティ・レベルであっても、その活動が国家レベルの保健システム中で認知され、戦略に組み入れられていなければならない。まず、この点はPDM作成時に必ず検討され、外部条件として明記されるべきである。

地域社会開発プロジェクトの一部としてのPHCプロジェクトがあることを前章で強調した。地域社会開発、経済・社会福祉・環境改善運動の一環としてPHCが位置付けられれば、プロジェクトのインパクトはより拡大し、期待以上の成果をプロジェクトの枠外で得ることができるかも知れない。他の地域開発プロジェクトがあれば、PDMの投入や前提条件にこれらとの協調を考慮すべき場合がある。この際、特に現地で活動するNGOとの協力は重要となろう。

PHC活動に必要な資金や人員の配置に権限を有する組織が、地域の保健医療当局だけでないことがある(例えば、結核プロジェクトとエイズプロジェクトからの資金と人員手当、食糧増産プロジェクト、女性開発プロジェクトなどの一環で実施されるPHCなど)。このような場合、複数機関の責任や権限の安定持続が重要な外部条件となることが少なくない。

医療分野のサービス向上には、PHCシステムだけでは解決できない健康問題がある。とりわけより高度な医療が必要な場合には、それが受けられる第2次以上の医療システムとの連携が不可欠である。PHCプロジェクトで高度医療システムの改善を活動目標に入れるのはしばしば無理であるが(第2章参照)、地域医療施設の充足度と連携度が、外部条件に組み入れられるべき場合があることを考慮する。更に、PHCの末端1次レベルのサービスは、2次～3次レベルへの転送体制が確立されていて、はじめて真価を発揮する。転送体制の脆弱なPHCは、保健医療の質に対する地域住民の支持と信頼を得ることが難しい。PHCプロジェクト自体に高次医療への投入が含まれないことが多いが、連携強化を外部条件に組み入れ、必要に応じて転送体制の強化をプロジェクトの外部条件の1つとするよう検討すべきである。

もしも、紛争地域や紛争後地域でPHC活動を実施する場合は、それを構築し、運用していく中核母体を明確化し、これが将来にわたって存続することを前提条件に加える必要があることが考えられる。当然、地域主体のグループが良いが、不安定な社会状況でそのような集団を特定し、協調することは、特に緊急・復興時期には難しい。

JICAの実施するPHCは、その多くが市または州レベルまでの1地域限定プロジェクトである。プロジェクト目標の達成により一地域へ得られた裨益が、良いインパクトとしてプロジェクト終了後も活動地域外へ広まるよう、外部条件を厳密に設定する必要がある。さもないと、プロジェクト終了後にPHC自体が失速するだけでなく、カウンターパートにも地域住民にも達成感を与えず、失望と不満を残してしまう危険性がある。

後発開発途上国(LLDC)におけるPHCは相対的なニーズが高いものの、インフラの未整備や保健医療従事者の不足によって、成果の出現が予想以上に遅延する危険性がある。従って、外部条件にこれらの要因を列挙し、プロジェクトに直接かかわるインフラ整備条件と保健医療従事者の充足条件を明記する必要がある。他の社会開発プログラム(例えば、雇用と収入を創出するQIPなど)との協調が条件として加えられると良いだろう。

3 - 1 - 6 プライマリ・ヘルスケア・プロジェクトの評価に関する留意点

プロジェクト継続性の直接的な評価は、活動実施中や活動実施直後の段階では困難なことが多い。間接評価として、特定のサービスに要した経費、人員、(時間)を算定し、これをのべにした値が、現地で負担可能な水準のものであるかを検討する方法がある。

PHCシステムの成果は、同様の投入をしたとしても、地域ごとに成果が異なる場合もある。隣接地域の住民との比較では、疫学的に交絡要因によるバイアスが疑われる場合もある。そこで、PHCシステムに加入している住民と未加入の住民との間で、保健医療上の変化が生じたかをコホート調査するのが望ましい場合があることを考慮する。

PHC活動における当該地域住民のオーナーシップの程度を評価基準に組み込む努力を考慮すべきである。人的な参加度の量的な値だけでなく、KAP調査などを利用した変容の度合いを調べる方法も考えられる。

表3 - 1 ナイジェリアにおける1990年までのプライマリ・ヘルスケアの国家指標

分野	項目	国家目標	全国指標
1	予防接種の達成率	生後12ヶ月児の80%がBCG1回、DPT3回、ポリオ3回、麻疹1回の予防接種を完了する	12ヶ月児の予防接種完了率
2	0-3歳児の栄養状態	0-3歳児の90%が年齢相応体重の1/3パーセンタイルを超える	0-3歳児の年齢相応体重の1/3パーセンタイル超過の割合
3	妊婦の栄養状態	新生児の少なくとも90%が出生時体重2,500gを上回る	出生児体重2,500g超の新生児割合
4	出産前ケア達成率	妊婦の50%が妊娠第8ヶ月までに破傷風トキソイド2回の予防接種を完了する	妊娠第8ヶ月までの破傷風トキソイド予防接種完了率
5	妊婦健診の達成率	出産の70%が保健職員が訓練を受けた伝統産婆に介助される	保健職員が訓練を受けた伝統産婆に介助された出産の割合
6	家族計画の方法受容と達成率	出産年齢女性の10%が現代的な家族計画法を利用する	出産年齢女性の現代的家族計画法利用の割合
7	保健サービスを物理的に利用可能な人口の達成率	人口の80%が保健ボランティアか保健施設から5kmまたは30分以内に居住する	保健施設から5kmまたは30分以内に居住する人口の割合
8	水供給を物理的に利用可能な人口の達成率	人口の40%が飲用可能な水源から200m以内に居住する	飲用可能な水源から200m以内に居住する人口の割合
9	便所・トイレを物理的に利用可能な人口の達成率	人口の60%が素掘り便所やトイレから50m以内に居住する	素掘り便所やトイレから50m以内に居住する人口の割合
10	必須医薬品の利用度	保健ボランティアと保健施設で適切な必須医薬品の80%を継続して利用する	継続して医薬品を利用できる保健ボランティアと保健施設の割合

出所：National Primary Health Care Agency

Primary Health Care Management Information System, 4th revised edition, November 2001 を改編

表3 - 2 ナイジェリアにおける2001年度プライマリ・ヘルスケアの国家指標

分野	目標	指標	指標の計算法	データ出典
1 接予 種防	2005年迄に小児の予防可能な5疾患の予防接種率を90%に上げる	1歳誕生日までの予防接種完了の割合	予防接種を完了した12-23ヶ月児の数×100 / 12-23ヶ月児の総数	調査
	2005年迄に5歳未満の栄養不良児の発病率を15%未満に下げる	小児健康カードの0-59ヶ月児体重の下限(1/3パーセントイル)を下回る児の割合	小児健康カードの0-59ヶ月児体重の下限(1/3パーセントイル)を下回った児の数×100 / 体重測定された0-59ヶ月児の数	調査 診療録
2 栄 養	母乳だけで保育された乳児の割合が生後3ヶ月迄で95%に上げる	母乳だけで保育された0-3ヶ月児の割合	母乳だけで保育された0-3ヶ月児の数×100 / 0-3ヶ月児の総数	調査 診療録
	母乳だけで保育された乳児の割合が生後6ヶ月迄で85%に上げる	母乳だけで保育された0-6ヶ月児の割合	母乳だけで保育された0-6ヶ月児の数×100 / 0-6ヶ月児の総数	調査 診療録
	2005年迄にビタミンA欠乏による予防可能な失明を5歳未満児で5%未満に下げる	ビタミンA補給の達成率	過去6ヶ月以内にビタミンA補給を受けた12-59ヶ月児の数×100 / 12-59ヶ月児の総数	調査
3 妊 婦 の 栄 養	2003年迄に出生時体重2,500g未満の児を20%減らし、2005年迄に半数にする	出生時体重が2,500g未満の児の数	出生時体重が2,500g未満の児の数×100 / 新生児の総数	調査 診療録 地域の記録
4 出 産 前 ケ ア	有効な出産前ケアを受ける女性の率を2003年迄に30%、2005年迄に60%に上げる	有効な出産前ケアを受ける女性のパーセント	過去12ヶ月以内に産した女性で訓練を受けた保健スタッフか伝統産婆から最低4回の出産前ケアを受けた者の数 / 過去12ヶ月の出産総数	調査 診療録 地域の台帳 書式
	訓練を受けた保健スタッフか伝統産婆が介助する出産の%を上げる	訓練を受けた保健スタッフか伝統産婆が介助する出産のパーセント	過去12ヶ月以内に産した女性で訓練を受けた保健スタッフか伝統産婆が介助した件数 / 過去12ヶ月の出産総数	調査
	2005年迄に性的に活発な年齢にある女性の望まない妊娠の割合を50%減らす	現代的な家族計画法を利用している女性のパーセント	現代的な家族計画法を利用している15-49歳の女性の数×100 / 15-49歳の女性総数	調査
5 疾 病 罹 患	2005年迄に下痢に続発した死亡を70%減らす	下痢症の死亡率	過去12ヶ月以内に下痢症から死亡した0-59ヶ月児の数×1,000 / 0-59ヶ月児の総数	調査 診療録
	2005年迄に麻疹による死亡を5%未満に減らす	麻疹の発病率	過去12ヶ月以内に新規に麻疹を発病した0-59ヶ月児の数×1,000 / 0-59ヶ月児の総数	調査 診療録
	2005年迄に急性呼吸器感染症の罹患と死亡を最低で75%減らす	急性呼吸器感染症の発病率	過去12ヶ月に急性呼吸器感染症を新規に発病した5歳未満児の数×1,000 / 0-59ヶ月児の総数	調査 診療録
	2005年迄に新生児破傷風の発病率を5%未満に下げる	新生児破傷風の発病率	過去1年間に新生児破傷風を発症した生後0-28日児の数×1,000 / 0-12ヶ月児の総数	調査 診療録
	2005年迄にマラリアに続発した死亡を50%減らす	マラリアの発病率	過去12ヶ月にマラリアを新規に発病した0-59ヶ月児の数×1,000 / 0-59ヶ月児の総数	調査 診療録
6 の H I V / A I D S の 知 識	2005年迄にHIV感染から自らを守るため受容可能な最低2つの方法を全国民が有するまで高める	HIV/AIDSの有効な予防法を最低2つ知っている成人人口のパーセント	15-49歳でHIV/AIDSの有効な予防法を最低2つ知っている者の数×100 / 15-49歳総数	調査

分野	目標	指標	指標の計算法	データ出典
7 保健サービスの利用度	2005年迄に伝統産婆と保健ボランティアが訓練を受け器材を有する率を50%上げる	2005年迄に伝統産婆と保健ボランティアが訓練を受け器材を有する率	訓練を受け器材を有する伝統産婆と保健ボランティアの数 × 100 / コミュニティ中の伝統産婆と保健ボランティアの総数	調査 地域基盤情報システム
	2005年迄に80%を超えるPHCセンターが必須医薬品を常時備える	保健施設での必須医薬品の利用度	過去3ヶ月間に必須医薬品の品切れがなかった保健施設の数 / WardまたはCommunity内の保健施設総数	調査 記録
		地域レベルでの必須医薬品の利用度	最低80%の必須医薬品を通常利用できる保健ボランティアの数 / 保健ボランティアの総数	調査 地域基盤情報システム
	保健施設を増やしケアを受けられる人口の率を改善する	保健施設から5kmまたは徒歩30分以内に居住する人口の率	保健施設から5kmまたは徒歩30分以内に居住する人口 × 100 / 地域の総人口	調査
		保健施設のある行政区の率	保健施設のある行政区の数 × 100 / 自治体内の行政区総数	自治体台帳
	PHCを支援する双方向の搬送体制	緊急搬送センターから50km以内または車で2時間以内に居住する人口の率	緊急搬送センターから50km以内または車で2時間以内に居住する者の数 × 100 / 総人口	調査
8 環境衛生	飲用水の通常供給が受けられる世帯数を50%増やす支援	飲用可能な水源から1km以内または徒歩15分以内にある世帯数	飲用可能な水源から1km以内または徒歩15分以内にある世帯数 × 100 / 地域内の総世帯数	調査
	衛生的な汚水処理設備を有する世帯の率を増やす支援	衛生的な汚水処理設備から50m以内にある世帯数	衛生的な汚水処理設備から50m以内にある世帯数 × 100 / 地域内の総世帯数	調査
9 地域参加	自治体内で機能する集落開発委員会の数を増やす	機能する集落開発委員会がある地域の率	最低月1回は集落開発委員会が開催される地域の数 × 100 / 地域の総集落数	保健ボランティア 記録 委員会議事録
10 政治的関与	2005年迄に自治体の保健予算を最低30%増やす	保健に支弁される自治体予算の率	保健に支弁された自治体予算の実額 × 100 / 支弁された自治体予算の総額	自治体台帳
	保健サービスに振り向けられる自治体予算の実利率を増やす	サービス提供に利用可能な自治体予算の率	(保健に支弁された自治体予算 - 保健職員の総人件費) / 保健に支弁された自治体予算	自治体台帳
11 インパクト	2005年迄に乳児死亡率を最低50%減らす(1993年値 = 114)	乳児死亡率	過去12ヶ月以内の1歳未満児の死亡数 × 1,000 / 地域内の1歳未満児総数	調査
	2005年迄に5歳未満児死亡率を80まで減らす(1993年値 = 191)	5歳未満児死亡率	過去12ヶ月以内の5歳未満児の死亡数 × 1,000 / 地域内の5歳未満児総数	調査
	2005年迄に妊産婦死亡率を50%減らす	妊産婦死亡率	過去12ヶ月に妊娠に関連した原因・死産・分娩後障害で死亡した女性の数 × 10万 / 過去12ヶ月の生産総数	調査 診療録

出所：National Primary Health Care Agency

Primary Health Care Management Information System, 4th revised edition, November 2001 を改編

3 - 2 HIV/AIDS 対策

3 - 2 - 1 HIV/AIDS 対策の社会的問題点

AIDS(エイズ、後天性免疫不全症候群)はHIV(ヒト免疫不全ウイルス)の感染による慢性消耗性疾患である。1980年代に出現した新興感染症の最たる疾患であり、既に世界的な汎流行(pandemic)を起こしている。HIVの感染経路は基本的に汚染体液への曝露であり、性行為、汚染血液曝露、それに母子間感染が主要因であり、この点は梅毒やB型肝炎などと同様である。

HIV感染の特徴には、レトロウイルスであるため、潜伏期が数年～十数年と非常に長いことがある。しかもその間、感染者は継続的に感染力がある。そのため、潜伏期間中の感染者が上記3つの感染経路を通じて、不特定多数の者にHIVを播種する危険があり、これがパンデミックの原因として問題となっている。特に、母子感染で出生時より感染している子どもは、生後数年のうちに先天性の免疫不全症候群を惹起する。たとえ子どもが感染を免れても、両親がAIDSで死亡すると、幼くして孤児となるため、HIVの母子感染は極めて悲惨である。働き盛りの労働力人口がAIDSによって失われることは、社会に深刻な負の影響を与える。特にサブサハラ地域では、全体の5%を超える人口がHIVに感染している国が10数カ国ある(表3-3)。HIV/AIDS対策は保健医療分野における途上国支援の大きな柱となるべきである。

HIV/AIDS対策のもう1つの問題点は、治療と予防対策が確立されていないことである。治療については、1990年代に2種類の酵素阻害薬が商品化され、HIVを血液中から検出限界以下まで抑制することが可能となったが、薬剤耐性の出現があるため、複数の薬剤を服用し続けなければならない。これらの薬剤はいずれも高価で、年間費用は2万米ドルを超える。しかも服用を中止すればHIVが血液中に再出現するため、根治的治療でない。感染予防または発病予防を目的としたワクチン開発は活発に進められているが、未だ実用化されたものはない。基本的には「コンドームを用いた安全なセックス」、「注射器の使い回し禁止」といった単純な感染経路の遮断しか実施できない。

これには人々の理解と協力が不可欠であり、不断の努力をもってしても目的を達成するのは困難である。

3 - 2 - 2 HIV/AIDS 対策の戦略作り

HIV/AIDS対策を練る上で、HIV/AIDS流行の疫学的状況と当該地域の保健レベルの両方を勘案して分析することは、インパクトのあるプロジェクトを計画する上で極めて重要である。

HIV/AIDS流行の疫学的状況には2つのポイントがあり、それはHIVの感染率とハイリスク集団の有無である。

HIVの感染率には、WHOとUNAIDSが設定した3段階の流行区分を鑑みて、国・地域レベル、即ち1)HIV感染率がいずれの集団においても5%未満(低流行期)、2)特定集団におけるHIV感染率が5%超、かつ都市部の妊婦感染率が1%未満(限定流行期)、3)妊婦感染率が1%超(拡大流行期)が汎用される。特に3)の状況では、HIV感染者との社会的共存をめざしたケアシステムの構築まで検討されるべきである。

ハイリスク集団には麻薬依存者、性産業従事者、男性同性愛者などが一般に考えられる。そこで、

HIV感染の流行の度合いを客観的に評価するために、ハイリスク集団の感染率と一般妊婦の感染率を調べるのが最もよく行われる。

保健インフラの状況を評価するには、マクロ指標としては住民1人当たりの年間保健支出総額が利用し易い。この額が数米ドルから数十米ドルであれば保健分野では低開発国であり、数百米ドル以上であれば中開発国といえる。また、総額のうち、どれ位の割合がHIV/AIDS対策に支弁されているかを調べることは、PDM作成時に必ず行っておくべき作業である。

3 - 2 - 3 開発援助における HIV/AIDS プロジェクトの目的

発展途上国におけるHIV/AIDS対策では、感染者への治療が現実的でないため、HIV感染を食い止める事が主目的となる。唯一の例外は、感染妊婦が母子感染を起こさないようにするためのARTやネビラピン予防内服であろう。これはフィールドレベルで唯一、有効性が科学的に証明された介入法である。より安価で有効な抗HIV薬やワクチンの開発はHIV/AIDS対策全般の優先課題であるが、ODAを通じて実施する場合は、国立研究所の機能強化や輸入に頼らない抗HIV薬の国内生産拠点の整備といったプロジェクトをより正当化する理由が必要である。安全な血液を供給するために、中央血液センター・レベルでHIVのスクリーニング・システムを導入する際にも、梅毒、B型肝炎、C型肝炎といった世界中に存在する血液混入微生物だけでなく、地域的にマラリア、バベシア、トリパノソーマ、Q熱など、風土病の原因となる病原体の検査も合わせて実施しなければ、安全な血液供給の目的は達せられない点が重要である。

HIV/AIDSのウイルス学的・疫学的理解も、ODAプロジェクトの目的となり得る。このような研究ベースのプロジェクトはHIV/AIDS患者への直接的な裨益は期待できないが、その地域におけるHIV/AIDS対策戦略を練るために必要な情報をもたらすからである。

ODAプロジェクトでは、国立研究所の機能強化プロジェクトなどを通じて、このような研究プロジェクトが実施されている。

地域レベルでHIV感染の拡大を食い止めるためには、コンドームを大量に配布し、HIV検査施設を設置するだけでなく、教育が伴わなければ目的達成は望めない。また早期に感染者を特定し、知らぬ間の感染を防ぐことが肝要である。特にHIV感染による差別や損害を最小限にするためには、自主的な受診による基本的人権とプライバシーを重視した自主的なカウンセリング・システムの構築が必要となる。そのため、多くのプロジェクトでは、独自のプロジェクト・スキームではカバーしきれない部分を、他のドナーや現地NGOと連携して実施することが求められている。HIV感染を診断する技術は、現地の技術に適合しており、かつ満足できる感受性(sensitivity)と特異性(specificity)が必要なことが重要であるが、これは発展途上国の現地ではジレンマとなっている。

地域レベルでもう1つ重要な活動目標は、HIV感染者とAIDS患者のコミュニティ・レベルでのケア、および彼らの家族へのケアである。このようなプロジェクトでは健康面でのケアだけでなく、家計の維持、社会との関わりなど、社会生活の質的確保の側面が加わる。AIDS患者の子女や遺児には食糧、住居、教育や自立の支援が加わり、更に多面的なケアが必要となる。これらのニーズを満たすためには、コミュニティ・レベルのケア・ネットワークが必要であり、その構築がプロジェクト目標の第一歩となる。

3 - 2 - 4 HIV/AIDS 対策プロジェクトの上位指標の留意点

前述のようにHIV/AIDS対策の内容は様々あり、1つのプロジェクトでその一部に貢献するのが現実である。従って、複数のプロジェクトや社会政治的な介入がうまく重複して、社会全体の成果を生み出す。そのため、第1章で述べた効果増強要因の介在は不可避であり、当該プロジェクトのみの純粋な評価は殆ど不可能である。

案件の実施・評価に当たっては、プロジェクト開始時に有効性、信頼性、収集可能性、迅速性などの観点から、対象集団に対して妥当と判断される定量的評価指標を可能な限り選定し、プロジェクト実施中からそれらを用いて継続的にモニタリングを行っていくことが必要である。

HIV/AIDS対策は根治的治療が確立されておらず、予防接種のような網羅的な予防法も実用化していないため、HIV/AIDSを根絶することは今のところ不可能である。

従って、HIV/AIDSの制圧を上位目標に掲げるのが現状では適切となる。「当該プロジェクトによって、対象地域のHIV/AIDS罹患がどれくらい減少したか？或いは新規感染増加を食い止められたか？」を評価するのが良い。上位目標には単に「AIDS患者を減少させる」という安直な目標より、「HIV感染を現状より何%減少させる」といった具体的な数値を明示するべきである。根拠となる数値は、国連機関が設定する最近の目標値が現実的であろう。

HIV/AIDSの感染率に改善が認められなくても、特定のハイリスクグループに限局した結核や性行為感染症の罹患率が、HIV感染予防の成果と連動して改善する場合もあるので、プロジェクトの活動内容によっては、これらの指標の一部となり得る。

一方、どのような情報を得ることで、HIV/AIDS対策戦略作りにどう役立つかもプロジェクト目標にかかげるのが良い。PCMの理念には将来の他のプロジェクトへの教訓の共有が含まれており、それを意識した活動をプロジェクト当初から実施するのは、HIV/AIDS対策の確立に長期的に寄与するであろう。最新の科学的知見をもとにした、研究レベルのパイロット・スタディにも取り組むべきである。

HIV/AIDS対策を実施する上で、今後異なるスキームを同時期に集中させる試みがJICAプロジェクトでも増える可能性がある。例えば、国家レベルの政策立案・研究開発には専門家派遣、HIV感染検査システムや結核・日和見感染予防などには特別機材無償や感染症無償援助、住民参加型の感染者・孤児支援活動には草の根無償など、異なるスキームを組み合わせたプログラム・アプローチの推進である。これらを別個に評価するよりも、統括して評価する方が地域のHIV/AIDS対策の進捗を見るには適しており、そういう評価の取り組みが今後必要である。

3 - 2 - 5 HIV/AIDS 対策プロジェクトの下位指標の留意点

UNAIDSは国家レベルのHIV/AIDS対策プログラムのモニタリング・評価のための指標として、1)政策と政治的な関与、2)コンドームの利用度と質、3)偏見と差別、4)HIV感染に関する知識、5)自主的なカウンセリングと検査受診、6)母子感染、7)性的交渉と態度、8)若者間の性的振る舞い、9)注射薬物の使用、10)血液の安全、11)性行為感染症のケアと予防、12)HIV感染者とその関係家族のケアとサポート、13)HIVと性行為感染による死亡率と孤児発生インパクトを挙げている。これらはそれぞれ活動内容に直結するが、前項でも強調したように具体的な数値目標が盛り込まれ

るのが望ましい。また、当該プロジェクトがHIV/AIDSの国家対策のどこに位置しており、且つどのようなパートナー・プロジェクトと共同して活動するのが、PDM上である程度はつきり分かる形の活動内容であるのが良い。

活動に数値目標を設定すると、検査室の整備などプロジェクトの柔軟性と自立性を妨げる活動が必要となる可能性がある。例えば、性行為感染に特有な症候群(皮疹やリンパ節腫大など)をもとにして、コミュニティ・ボランティアによる症候群アプローチをHIV感染予防と平行して実施するのが良い場合もある。性行為感染症の早期診断・治療が、HIV感染予防に間接的に良いインパクトを与える可能性があるためである。但し、性感染症対策とHIV感染スクリーニングを組み合わせた介入法がHIV予防に有効である、という科学的な結論は出ていない。

麻薬依存者、性産業従事者、男性同性愛者など特殊な集団の調査には、行動サーベイランス調査(Behavioral Surveillance Survey)が指標の決定に用いられる。このアプローチは数値設定が困難な成果の評価に有効な場合もある。例えば、プロジェクトの関与によって、関与がなかった地域と比較して有効な成果が上がったかどうかを調査することができる。

結核や日和見感染症対策、AZTやネビラピンを用いた母子感染予防対策は、薬剤耐性を防ぐためにも、薬剤の安定供給が必須であり、薬剤供給の妥当性をまず評価する必要がある。結核治療や分娩までの予防内服の完了率は常にモニターすべきであり、薬剤耐性の出現率を目標値以下にする目標設定も検討されるべきである。独自の薬剤供給システムを確立する場合には、無償資金協力(医療分野の特別機材供与、子供の福祉無償、感染症無償)の導入や他ドナーとの協調が活動も検討すべきであるが、同時に継続性を強く検証する必要がある。

自主的なカウンセリングと検査受診(Voluntary Counseling and Testing: VCT)は、受診者のプライバシー保護と質の高い検査の提供が確保されれば、HIV/AIDS対策にインパクトを与えられることが知られている。夫婦間や母子間の感染の有無を明らかにするためには、家族全員への優れたカウンセリング能力が求められるが、最初から経験豊富な人材が現地にいるとは限らない。カウンセリングに関する人材養成がプロジェクト目標に組み込まれているか? HIV陽性判明者への支援、特に抗HIV薬の無料(または安価な)供給体制がプロジェクト目標に組み込まれているかを、PDMの作成時と評価時にチェックすることが重要である。

VCTを評価する際には、受診行動の変化(即ち、人口当たりの受診者数の増加)だけでなく、むしろHIV感染判明者の社会参加の度合いを指標に加えたい。これによって、コミュニティ・ベースのHIV/AIDS対策にVCTがどれだけ貢献しているかが推測できる。

女性用コンドームの普及、家族計画と連動したHIV感染予防、HIV感染者への暴力や差別などでジェンダーの視点を取り入れた活動が必要な場合には、専門家を参加させて人材を育成する目標が必要となろう。

麻薬依存者のHIV感染予防に注射針交換(needle exchange)プロジェクトやメサドン合成麻薬による緩和療法(harm reduction therapy)がタイなど一部の国で実施され効果を上げているが、法律的・社会的文化的にこれらのアプローチが現地政府・地域コミュニティ・レベルで受け入れられない場合がある。ある国や地域でのgood practiceが余所で常に展開できる訳ではないことに留意する。

3 - 2 - 6 HIV/AIDS 対策プロジェクトの外部・前提条件の留意点

様々なグループが HIV/AIDS 対策に関わるので、これを前提条件や外部条件に考慮に入れない PDMI は一面的で、HIV/AIDS 対策全体中の当該プロジェクトのインパクトを評価することが難しい。

国家の AIDS 対策調整機関は、しばしば複数省庁にまたがるため、保健省だけに依存しないプログラム目標の設定を心がけたい。また、最新の国家プログラムとの整合性を計り、国家プログラム目標が変更となった場合には、活動の上位目標も変更としなければならないことを前提条件に加える必要もある。

HIV/AIDS の流行状況の大きな変化、新たなハイリスク集団の出現、プロジェクト実施に当たった際の資材の制約などを、必要に応じて外部条件に考慮し、修正していくべきである。HIV/AIDS 対策においては、近年介入による有効性の有無を疫学的に検証した科学論文が多数公表されている。プロジェクト立案時の妥当性が、後に科学的に否定されることもあり得ることを、肝に銘じておく必要がある。

表3 - 3 1999 年末での国別人口と HIV 感染・AIDS 死亡の推定および JICA の協力実績

国名(地域別)	総人口 (万人)	推定総感染者(人)	推定罹患率 (%)	低めの年間 推定死亡数	高めの年間 推定死亡数	JICA の協力実績 (平成 13 年度)
全世界	595,885	3,430,000	0.58	1,930,000	3,570,000	
サブサハラ	59,627	2,450,000	4.11	1,600,000	2,810,000	
Angola	1,250	16,000	1.28	11,100	19,400	
Benin	595	7,000	1.18	4,500	6,800	
Botswana	159	29,000	18.22	20,700	30,100	
Burkina Faso	1,163	35,000	3.01	29,000	58,000	
Burundi	659	36,000	5.47	14,000	56,000	
Cameroon	1,470	54,000	3.67	34,000	66,000	
Central African Rep.	355	24,000	6.76	16,000	28,500	
Chad	746	9,200	1.23	6,600	13,300	
Comoros	68	-	-	-	-	
Congo	287	8,600	3.00	5,870	11,600	
Cote d'Ivoire	1,453	76,000	5.23	55,000	94,000	
Dem. Rep. Congo	5,041	110,000	2.18	60,000	125,000	
Djibouti	63	3,700	5.86	2,030	4,220	
Equatorial Guinea	44	110	0.25	-	-	
Eritrea	372	-	-	-	-	
Ethiopia	6,112	300,000	4.91	175,000	371,000	
Gabon	120	2,300	1.92	1,320	2,760	
Gambia	127	1,300	1.03	900	1,900	
Ghana	1,970	34,000	1.73	14,600	42,700	プロ技:母子保健、野口研感染症対策、無償:野口研改善計画
Guinea	738	5,500	0.75	4,030	7,200	
Guinea-Bissau	119	1,400	1.18	840	1,730	
Kenya	2,951	210,000	7.12	147,000	221,000	プロ技:KEMRI 研究対策 P2、感染症研究(基礎調査)
Lesotho	211	24,000	11.39	10,200	20,900	
Liberia	294	3,900	1.33	2,940	6,100	
Madagascar	1,550	1,100	0.07	690	1,050	
Malawi	1,067	80,000	7.49	57,000	101,000	
Mali	1,098	10,000	0.91	6,400	13,000	
Mauritania	260	660	0.25	-	840	
Mauritius	115	-	-	-	-	
Mozambique	1,922	120,000	6.24	51,000	132,000	
Namibia	169	16,000	9.47	14,300	21,500	
Niger	1,041	6,400	0.61	4,220	8,800	
Nigeria	10,900	270,000	2.48	191,000	324,000	技プロ:母子感染予防・孤児ケア支援等総合対策(基礎調査)
Reunion	69	-	-	-	-	
Rwanda	724	40,000	5.53	15,900	61,000	
Senegal	925	7,900	0.85	6,300	9,400	
Sierra Leone	472	6,800	1.44	5,310	11,200	
Somalia	972	-	-	-	-	
South Africa	3,980	420,000	10.55	216,000	324,000	
Swaziland	98	13,000	13.25	5,700	8,500	
Togo	452	13,000	2.88	11,500	17,300	
Uganda	2,121	82,000	3.87	93,000	152,000	
United Rep. Tanzania	3,280	130,000	3.96	95,000	150,000	
Zambia	897	87,000	9.69	74,000	124,000	プロ技:ルサカ市 PHC、AIDS・結核対策
Zimbabwe	1,151	150,000	13.03	119,000	198,000	

国名(地域別)	総人口 (万人)	推定総感染者(人)	推定罹患率 (%)	低めの年間 推定死亡数	高めの年間 推定死亡数	JICA の協力実績 (平成 13 年度)
東アジア大洋州	147,768	53,000	0.04	12,650	22,200	
China	126,615	50,000	0.04	12,580	21,000	
Dem.Peo.Rep.Korea	2,368	-	-	-	-	
Fiji	81	-	-	-	-	
Hong Kong	679	250	0.04	-	-	
Japan	12,647	1,000	0.01	-	-	
Mongolia	262	-	-	-	-	
Papua New Guinea	471	540	0.11	-	600	
Rep.Korea	4,647	380	0.01	-	-	
豪州・NZ	2,252	1,500	0.07	-	-	
Australia	1,870	1,400	0.07	-	-	
New Zealand	382	120	0.03	-	-	
南東アジア	192,033	560,000	0.29	299,000	554,000	
Afghanistan	2,211	-	-	-	-	
Bangladesh	12,705	1,300	0.01	-	-	
Bhutan	207	-	-	-	-	
Brunei Darussalam	32	-	-	-	-	
Cambodia	1,093	22,000	2.01	11,400	16,900	プロ技:結核対策、母子保健P2
India	99,766	370,000	0.37	176,000	373,000	
Indonesia	20,918	5,200	0.02	2,440	3,760	
Iran	6,663	-	-	-	-	
Lao Peo.Dem.Rep.	530	140	0.03	-	-	
Malaysia	2,182	4,900	0.22	-	2,510	
Maldives	28	-	-	-	-	
Myanmar	4,506	53,000	1.18	38,800	57,400	プロ技:HIV・AIDS対策(基礎調査)
Nepal	2,340	3,400	0.15	1,660	3,450	
Pakistan	15,244	7,400	0.05	4,250	8,870	
Philippines	7,444	2,800	0.04	950	1,430	プロ技:エイズ対策、家族計画母子保健 P2、技プロ:ウイルス学
Singapore	352	400	0.11	-	-	
Sri Lanka	1,865	750	0.04	-	-	
Thailand	6,084	75,500	1.24	52,700	79,300	プロ技:感染予防対策、地域予防ケア、NIH 機能強化
Viet Nam	7,864	10,000	0.13	2,500	3,660	エイズ防止計画無償資金協力
東欧・中央アジア	39,154	42,000	0.11	-	-	
Armenia	353	-	-	-	-	
Azerbaijan	770	-	-	-	-	
Belarus	1,027	1,400	0.14	-	-	
Bosnia・Herzegovina	386	-	-	-	-	
Bulgaria	828	-	-	-	-	
Croatia	448	35	0.01	-	-	
Czech Republic	1,026	220	0.02	-	-	
Estonia	141	-	-	-	-	
Georgia	502	-	-	-	-	
Hungary	1,007	250	0.02	-	-	
Kazakstan	1,628	350	0.02	-	-	
Kyrgyzstan	467	-	-	-	-	
Latvia	239	125	0.05	-	-	
Lithuania	368	-	-	-	-	
Poland	3,873	-	-	-	-	
Rep.Moldova	438	450	0.10	-	-	
Romania	2,241	700	0.03	-	-	
Russian Fed.	14,717	13,000	0.09	-	-	

国名(地域別)	総人口 (万人)	推定総感染者(人)	推定罹患率 (%)	低めの年間 推定死亡数	高めの年間 推定死亡数	JICA の協力実績 (平成 13 年度)
Slovakia	538	40	0.01	-	-	
Tajikistan	610	-	-	-	-	
Turkmenistan	438	-	-	-	-	
Ukraine	5,065	24,000	0.47	-	-	
Uzbekistan	2,395	-	-	-	-	
西欧	40,169	52,000	0.13	-	-	
Albania	313	-	-	-	-	
Austria	817	900	0.11	-	-	
Belgium	1,015	770	0.08	-	-	
Denmark	528	430	0.08	-	-	
Finland	516	110	0.02	-	-	
France	5,887	13,000	0.22	-	-	
Germany	8,211	3,700	0.05	-	-	
Greece	1,061	800	0.08	-	-	
Iceland	28	20	0.07	-	-	
Ireland	371	220	0.06	-	-	
Italy	5,731	9,500	0.17	-	-	
Luxembourg	43	-	-	-	-	
Malta	39	-	-	-	-	
Netherlands	1,572	1,500	0.10	-	-	
Norway	444	160	0.04	-	-	
Portugal	987	3,600	0.36	-	-	
Slovenia	199	20	0.01	-	-	
Spain	3,963	12,000	0.30	-	-	
Sweden	889	300	0.03	-	-	
Switzerland	734	1,700	0.23	-	-	
TFYR Macedonia	201	-	-	-	-	
United Kingdom	5,873	3,100	0.05	-	-	
Yugoslavia	1,063	-	-	-	-	
北アフリカ・中東	33,650	22,000	0.07	8,450	17,400	
Algeria	3,079	-	-	-	-	
Bahrain	61	-	-	-	-	
Cyprus	78	40	0.05	-	-	
Egypt	6,723	-	-	-	-	
Iraq	2,251	-	-	-	-	
Israel	609	240	0.04	-	-	
Jordan	648	-	-	-	-	
Kuwait	192	-	-	-	-	
Lebanon	323	-	-	-	-	
Libya	548	-	-	-	-	
Morocco	2,787	-	-	-	-	
Oman	247	-	-	-	-	
Qatar	59	-	-	-	-	
Saudi Arabia	2,094	-	-	-	-	
Sudan	2,892	-	-	-	-	
Syrian Arab Rep.	1,574	-	-	-	-	
Tunisia	946	-	-	-	-	
Turkey	6,553	-	-	-	-	
United Arab Emirates	240	-	-	-	-	
Yemen	1,749	-	-	-	-	
北米	30,693	90,000	0.29	16,250	24,380	
Canada	3,084	4,900	0.16	-	-	
USA	27,609	85,000	0.31	16,250	24,380	

国名(地域別)	総人口 (万人)	推定総感染者(人)	推定罹患率 (%)	低めの年間 推定死亡数	高めの年間 推定死亡数	JICA の協力実績 (平成 13 年度)
カリブ	3,202	36,000	1.12	20,000	38,800	
Bahamas	30	690	2.28	-	-	
Barbados	27	180	0.67	-	-	
Cuba	1,115	195	0.02	-	-	
Dominican Republic	836	13,000	1.55	3,970	5,910	
Haiti	809	21,000	2.60	14,400	31,000	
Jamaica	256	990	0.39	-	-	
Trinidad・Tobago	129	780	0.61	-	-	
ラテンアメリカ	47,339	130,000	0.27	37,600	64,600	
Argentina	3,658	13,000	0.36	-	2,620	
Belize	24	240	1.02	-	-	
Bolivia	815	420	0.05	-	-	
Brazil	16,796	54,000	0.32	14,800	22,200	プロ技:カンピーナス大学臨床研究
Chile	1,501	1,500	0.10	-	-	
Colombia	4,157	7,100	0.17	-	3,260	
Costa Rica	393	1,200	0.31	-	-	
Ecuador	1,241	1,900	0.15	-	-	
El Salvador	616	2,000	0.32	-	-	
Guatemala	1,110	7,300	0.66	2,260	4,770	
Guyana	86	1,500	1.75	-	-	
Honduras	632	6,300	1.00	3,350	5,080	
Mexico	9,733	15,000	0.15	4,410	7,780	
Nicaragua	494	490	0.10	-	-	
Panama	281	2,400	0.85	-	1,620	
Paraguay	536	300	0.06	-	-	
Peru	2,524	4,800	0.19	3,000	5,160	
Suriname	42	300	0.72	-	-	
Uruguay	331	600	0.18	-	-	
Venezuela	2,371	6,200	0.26	-	2,720	
全世界	595,887	3,430,000	0.58	1,930,000	3,570,000	

出所：国連エイズ計画の公表データ(http://www.unaids.org/epidemic_update/report/index.html)を改編

注：プロ技 = プロジェクト方式技術協力、無償：無償資金協力、技プロ = 技術協力プロジェクト、P2 = フェーズ2
地域区分は同計画のもの

3 - 3 寄生虫症対策

3 - 3 - 1 寄生虫症の問題と対策

寄生虫対策は、HIV/AIDS対策、結核対策、急性呼吸器感染症対策、小児の予防接種対象疾患(ポリオや麻疹など)対策と並んで、JICAが保健医療分野の重点課題としている主要課題である。寄生虫症のなかでも、マラリア、糸条虫症(フィラリア症)、住血吸虫症、土壌伝播寄生虫症を重点対象疾患としている。マラリアは5歳未満児の主要な死亡原因の1つであり、また貧血の主因であることも多い(3 - 4参照)。マラリア対策の要点については、後節で述べる。

適切な保健医療サービスの不足、媒介生物や中間宿主の棲息し易い環境、保健衛生についての地域住民の知識不足、栄養不良による抵抗力の低下など、疾病浸淫・流行の増悪要因を同時に検討しなければならない。

寄生虫対策の推進には、疾患が浸淫している地域(国)が主体的に制圧対策に取り組むことが重要であって、当該国の制度づくり、組織づくり、人づくりが肝要である。また、環境・生活基盤の改善や住民教育等をも視野に入れた包括的な対策が必要であり、マルチセクターの課題として捉えなければならない。また、寄生虫対策を進めるためには、予防、診断、治療と臨床研究、病理・薬理学的基礎研究の要素を包括的に進める必要があるが、JICAの協力においては予防、診断、治療の現実的な要素に重点を置くようにしたい。案件形成時から予防、診断、治療、臨床研究の連携を意識したプラン作りを進めたい。

協力形態をみても、プロジェクト方式技術協力だけでなく、個別専門家派遣、無償資金協力、機材供与、開発調査、青年海外協力隊員やシニアボランティア派遣といった様々な派遣方式を組み合わせることを考慮したい(次章を参照)。

日本では、寄生虫症は風土病として比較的狭い地域に偏在していた上に、中央政府や地方自治体といった公的機関、寄生虫学の専門家、民間組織の三位一体の連携体制と対象地域の住民参加(いわゆる日本型の寄生虫症プライマリ・ケア)が形成され、住民教育を学校保健、町内会、農業協同組合などを通して積極的に行い、疾病撲滅を目的とした臨床研究と連動させることによって実施したことが、日本の寄生虫制圧の成功の秘訣の1つであった。

今日の我が国の寄生虫対策専門家の不足を鑑みれば、投入可能人材の制約を考慮した案件形成が必要で、第三国専門家派遣、南南協力、他のドナーとの連携による人材供給など、多様な実施方法を検討すべきである(第4章参照)。

3 - 3 - 2 寄生虫症対策の上位目標の留意点

寄生虫症対策については、日本政府がイニシアティブを取った国際合意がある。国際寄生虫対策会議(1997年12月)、橋本イニシアティブ(1998年5月)、ロールバック・マラリア(1998年10月)、沖縄感染症イニシアティブ(2000年7月)などが代表例であり、その際に数々の国際目標が設定されている他、第2回アフリカ開発会議(TICADII、1998年10月)など地域的な行動目標を定めた地域内合意も存在する。他のドナー、近隣諸国政府や国連機関と協調する上で、これらの合意を案件の上位目標とすることが必要となる。

寄生虫制圧に当たっては、国よりも広い地域全体を視野に入れた戦略を取り、同地域内での情報共有の促進及び前述の国際的イニシアティブへの協調を進めるべきである。そのためには、最新の地域別・疾病別の戦略プランに則ることが肝要である。

3 - 3 - 3 寄生虫対策の下位目標の留意点

寄生虫病は地域住民に疾病として理解されていないことが多い。例えば、小児のビルハルツ住血吸虫症の血尿が、「大人になった証拠」として、むしろ歓迎される地域さえある。寄生虫対策の計画策定では、住民各人が疾病の重大さや制圧対策の必要性を充分認識できる目標を立て、予防や感染の機会拡大防止などに積極的に関与することが肝要である。その時に、地域住民の組織化や衛生教育用教材の作成など社会学的、教育学的な専門知識と経験も必要とされることに留意する。

寄生虫病は広い地域に蔓延していることが多く、また症状の進行が一般に緩徐なため、特に僻地の住民は寄生虫病の治療だけを目的に保健医療サービスを受けることを躊躇することがある。地域の保健医療サービスが住民自身によりよく到達することを目標とした、サービスを充実・向上させるような体制構築が望まれる。

寄生虫病の撲滅には、早期診断早期治療だけでなく、寄生虫が生存する条件を除去しなければならない。寄生虫症について理解し、寄生虫が媒介される衛生環境を改善し、寄生虫症によってもたらされる栄養不良を改善していくことが、地域住民の生活向上の一助となることを住民に広く納得してもらう必要がある。自立的なプログラムを立ち上げるためには、保健教育、衛生環境整備、栄養改善、地域住民の生活向上に向けた収入増大など、様々な事業形態の組み合わせをプロジェクト内で積極的に検討すべきである。

3 - 3 - 4 寄生虫対策の外部・前提条件の留意点

寄生虫対策は長期間と取り組みを必要とするだけでなく、対策が中断すると当初の目標が未達成となるばかりか、病原体や中間宿主(媒介昆虫など)の薬剤耐性が問題となり得る。特に、後述するマラリア対策では、既に世界中で深刻な問題となっている。プロジェクトの継続性の確保が重要であり、外部条件の検討は慎重に行いたい。

多様なスキームを活用してプロジェクトを展開すべきことを前節で推奨したが、人材を充当したり、機材を投入する場合、遅延や停滞によりプロジェクトが長期にわたって停滞・中断しないような保障措置を講じる必要がある場合によってはある。ロジスティックが難しいプロジェクトの場合、この点を外部条件に加えておくと、PDMの修正が比較的柔軟かつ容易にできることがある。

また、カウンターパート側の関係機関による縦割り行政や職能の異なる医療従事者間の意思疎通の問題など、案件の円滑な実施を阻害しかねない要素について、外部条件として検討を加えるようにする。

水資源開発、灌漑、農業開発、下水処理、廃棄物処理などの開発事業は、寄生虫症の媒介生物の棲息環境への寄与や感染者からの病原体の拡散をもたらす恐れがある。このような非寄生虫症案件を実施するに当たっては、疾病の発生や感染の拡大を予防するために、媒介生物対策や住民教育などを併せて実施する必要がある。特に寄生虫対策を実施する際に、このような案件が予定または

実施される場合には、必ず双方で協議し、寄生虫症への配慮を確認するプロセスが必要である。

3 - 3 - 5 マラリア対策の留意点

マラリア対策は疾病の臨床的な急性度、致死率などから公衆衛生上の重大性は他の寄生虫疾患を上回っている。従って、患者の早期発見、早期診断、適正な治療のみに特化した案件も必要である。一方、糸条虫症や住血吸虫症対策では、上記の観点からいえば、協力の効率性を考えても、PHC活動の一環として進めるのが適している場合が多い。

マラリア対策については、1990年代初頭までJICAは、研究拠点整備・支援型の援助と媒介蚊対策としての殺虫剤散布活動を展開してきた。後者については、殺虫剤浸漬蚊帳の普及に変わってきている。殺虫剤浸漬蚊帳の普及に当たっては、対象地域での衛生教育を伴った配布ばかりでなく、配布後の利用状況の監視や患者サーベイランスなどモニター活動が重要である。

上記の具体例として、保健教育、衛生環境整備、媒介生物対策、現地の実状に合致した検査・診断・治療方法の開発と技術向上、そのための設備と機材整備、疾病の発生動向調査(サーベイランス)と流行時の積極的疫学調査(実地アウトブレイク調査)、妊婦の予防内服などが挙げられる。

わが国の研究者らによって開発されたアクリジン・オレンジ染色によるマラリア原虫診断法など、研究レベルから実践・普及レベルへ移行している適正技術もあるので、適宜プロジェクトへの導入を検討したい。

3 - 4 微量栄養素欠乏(ヨード欠乏症)

3 - 4 - 1 微量栄養素不足の問題

人体には微量ながら必須の物質があり、それが慢性的な欠乏状態に陥ると疾病を引き起こす。

ビタミン類ではビタミンA(夜盲症、角膜軟化症など)、B(脚気、Wernicke脳症)、B₁₂・葉酸(巨赤芽球性貧血)、C(壊血病)、D(くる病、骨軟化症)等の欠乏が代表的である。特にビタミンA欠乏症は、特に幼児の貧血、失明や易感染性を引き起こす可能性があるため重要であり、小児の予防接種対策に平行して実施されることがある。

多くのビタミン欠乏症は食糧不足による全体的な栄養不良によるところが多いが、時には精米によるビタミンB1欠乏のような社会文化的事情が原因となることもある。

無機質では鉄と沃素の欠乏がよく知られている。鉄欠乏症は様々なタイプの貧血を引き起こすが、食物中の鉄分の地勢学的な偏在は少ないため、食餌内容の問題がまず重要である。これはダイエット習慣にも関係し、先進諸国でも問題となる。開発途上国では腸管寄生虫やマラリア感染により継続的な失血や赤血球破壊が起こり、これらによる2次性貧血はしばしば見られ、特に小児や妊婦では深刻である。

沃素の欠乏、即ちヨード欠乏症(Iodine Deficiency Disorder)は、ビタミン欠乏症や貧血と比較して社会疫学的な特性がある。まず、IDDは地勢学的な偏在が著しく、海岸から遠い内陸部や交通手段に乏しい山間部に多発する。これは海産物に沃素が多く含まれているためである。IDDは様々な病態を呈するが、甲状腺腫が最も一般的で、その外観が社会的な偏見をもたらす。内分泌学的には

沃素を取り込んで作られる甲状腺ホルモンが不足するため、甲状腺機能低下症による基礎代謝の低減が起こり、労働力の低下にもつながる。更にヨード欠乏症の妊婦から生まれた子どもは、先天的な脳損傷による知能と運動能力障害、即ちクレチン症を発症することがある。

このように地域的なヨード欠乏は社会開発の大きな妨げになるものであり、その存在自体がODAの協力対象となり得るので、本章ではIDDについて以下の稿を進める。

3 - 4 - 2 ヨード欠乏症の問題点と対策

ヨード自体を経口カプセルまたは注射で投与方法の他に、塩、飲料水、食用油、その他の調味料(ソースや醤油など)、主食(パンなど)に添加して投与方法がある。

このなかでもヨード塩による投与方法が最も採用され、世界中で効果を上げてきた。ヨード塩として用いられるヨード酸塩が安定性において優れており、食塩へのヨードの添加方法にも、スプレー法、滴下法、乾燥混合法と選択に幅がある点、そして全ての住民が食塩を必要とするためである。

飲料水への添加は、例えば井戸水に陶器製のヨード放散器を設置すれば、殺菌効果も期待できる。

3 - 4 - 3 ヨード欠乏症の上位目標の留意点

ヨード欠乏症対策はUNICEFやヨード欠乏症国際対策機構(ICCIDD)の戦略を参考にするのが基本である。

ヨード欠乏症が見られる地域には、その他の重要な微量栄養素であるビタミンAや鉄も欠乏している場合が多い。これらの供給を並行実施し、その欠乏症の解決を同時に計画することも重要である。

プロジェクトが適切であれば、甲状腺腫の罹患率やクレチン症の発病率が低下する筈である。これらは疾病サーベイランスを通じて継続的にモニターすべきである。尿中ヨード排泄量の正常化、甲状腺機能の正常化、新生児血液中TSH(甲状腺刺激ホルモン)値やT₄(甲状腺ホルモン)値は、特にプロジェクトの進捗をモニターする目標値に適している。

3 - 4 - 4 ヨード欠乏症の下位目標の留意点

ヨード添加塩の製造プラントは、対象地域の地勢・社会的状況を勘案して、製造方式と規模が規定されるべきである。製品の保管庫は流通経路や消費動向を調査した上で、設置場所と規模を規定しなければならない。プロジェクト方式技術協力の他に、無償資金協力の利用も検討する。

ヒトのヨード必要摂取量は100 ~ 150 μ g/日であり、1日当たり食塩摂取量(~ 10g)からヨード含有量を20 ~ 40mg/kgに調製する。でんぷん液による定性試験の他、定量検査による品質管理を達成しなければならない。

プロジェクト実施により対象地域の全住民または6 ~ 12歳児を対象とした疫学調査で、甲状腺腫の罹患率を1割未満にすることをプロジェクト目標にする。ヨード欠乏が軽度な場合には、甲状腺腫の視診は困難な場合が多い。携帯式超音波診断による評価が望ましい。

IDDが深刻で、ヨード添加塩の供給が軌道にのるまでは、一時的な計画として妊婦に経口ヨード

剤を投与(後1～2年有効)したり、乳幼児の定期予防接種時に筋肉注射(後3～4年有効)をプロジェクト目標とすることを検討する。その場合の目標値は妊産婦健診や乳児予防接種のカバー率を適用することになる。

プロジェクト実施によって、IDDに対する住民の認識と態度の変化、それに生活の質の変容がどう認められたかを調査することをプロジェクト目標の1つとする。その結果からプロジェクト実施後の自立性を高める提言を探るべきである。

3 - 4 - 5 ヨード欠乏症の外部・前提条件の留意点

食塩や飲料水の供給は、全ての住民に必要なため、地域的な活動といえる。そのため、これらにヨードを添加しようとする場合には、地域住民と地域衛生主管部局からの認知と支持が必要である。そのためには、まずヨード欠乏による社会的な損失が如何に大きく、かつヨード供給によって解決し得ることを知らしめる必要がある。プロジェクトを開始する前から KAP(knowledge-attitude-practice)調査を実施し、対象住民のヨード欠乏症への認識度を調べておく必要がある。もしも、認識度が低すぎる場合には、活動方法を変更したり、活動開始を遅延させることも検討する必要がある。

ヨードが何に添加されて供給されるとしても、全ての住民が裨益対象にならねばならない。そのため、ヨード添加事業が対象地域レベルで法制化されることが重要である。

IDD対策の関連行政機関には、保健省の他に、農業省、教育省、通商省など多岐にわたることが多い。政策立案や法制化については、十分な根回しを必要条件とすることになる。

甲状腺腫の罹患率やクレチン症の発病率の低下をモニターするためには、これらを疾病サーベイランスの報告対象疾患として、継続的に発生動向を監視できる体制を確立しなければならない。尿中ヨード排泄量の正常化、甲状腺機能の正常化、新生児血液中 TSH(甲状腺刺激ホルモン)値や T₄(甲状腺ホルモン)値は、プロジェクトの進捗を評価する項目に使われるが、これらを計測するには検査器材と熟練した検査技師を配置する必要がある。プロジェクト方式技術協力の終了後に器材供与する場合には、「子供の福祉無償援助」など適当なスキームを導入することも計画・検討すべきである。

そもそも沃素は海産物に含まれているため、これらを定期的に食していればヨード欠乏症にはならない。流通改革や食生活の改善によりヨード摂取が向上するのであれば、ヨード添加より望ましい。即ち、ヨード添加以外にヨード摂取が困難であることが前提条件となる。

日本はチリに次ぐ世界第2位のヨード生産国で、世界量の4割が日本で生産されている。日本製のヨード原料を無償供与することは、国際協力の観点から象徴的な効果がある点にも注目したい。

4. プロジェクト内容に応じた指標設定の実例

本章では、前章で総論として述べた保健医療プロジェクトの指標例について、JICAプロジェクトとして実施された事例をもとに検討を加える。

4 - 1 ガーナ・プライマリ・ヘルスケア：ガーナ国母子保健医療サービス向上計画プロジェクト(PHCサービスの質的改善を図るためにワーカー再研修システム整備を目指す)

4 - 1 - 1 背景とプロジェクトの主な活動

ガーナ国の人口増加率は約3%であり、このままでは人口は1996年の約1,800万人から20数年後に2倍以上になると推定される。同国政府は人口増大を将来的な脅威であると認識し、1993年に国家人口審議会を設置する等、家族計画の普及に取り組んでいる。また、母子の疾患罹患や死亡を減少させるべく、母子保健・家族計画サービスの強化を保健行政の基本方針としている。

かかる背景のもと、1995年に派遣された基礎調査団は、ガーナ国の医療サービス向上中期計画に沿って既存の保健医療システムを改善活性化するため、地域保健に係わるワーカーの養成・再訓練の必要性が高いことを明らかにした。これを受け、人材養成計画の見直しや保健ワーカーの再訓練計画の強化等に係るプロジェクトが開始された。

主な活動

- (1) 既存の再研修制度(In-service Training：IST)の現状分析
- (2) 州・県・郡レベル保健ワーカーの研修需要調査
- (3) ISTの詳細実施計画策定
- (4) ISTの基本カリキュラムの開発および標準化
- (5) 州・県・郡レベルでのISTに係る保健管理者の能力改善
- (6) ISTの開発、実施および評価

4 - 1 - 2 採用された評価指標

本事例においては、上位目標の到達度を見る指標、「再研修を受けた保健ワーカーの比率」および「各レベルの保健ワーカーの能力改善度」の2つがインパクト指標と考えられる。前者は『再研修に関する調査報告書』に記載される予定で、全ワーカーに少なくとも3年に1度は再研修を受講させることがプロジェクト成功の目安とされている。一方、後者を評価するには保健ワーカーの能力調査を実施する計画となっている。

プロジェクトの早い時期に再研修需要を確認するが、その指標には「再研修需要が分析され」、「その報告書が発行され」、「関係部署が必要について認識を共有する」ことが挙げられている。

活動(4)を通じて再研修手帳が対象州に導入・利用され、再研修のコース分類が公式に確定するといった成果が見込まれている。

州レベルの財務的指針が確立され使用されることは活動(5)の成果と考えられるが、「再研修の計画・運営に財務分析ソフトが利用されること」をもって指標としている。

活動(6)で対象州訓練センターの基盤整備を行って、再研修の内容に母子保健コンポーネントを盛り込むが、これらの指標には「州訓練センターの四半期・年間利用率の増加」、「付属宿泊施設の四半期・年間稼働率」、「巡回訓練の利用率」等を利用する計画である。モニタリング・評価は活動(6)としてプロジェクトの内部化を図り、「専用モニタリング帳票の活用度」、「指導・モニタリング目的での人材育成課の州訪問頻度」、「人材育成課から州へのフィードバックの徹底度」等をその指標とする。

表4-1 ガーナ国保健医療サービス向上計画プロジェクト

プロジェクトの要約	指標	指標データ入手手段
スーパーゴール： 保健医療サービスの質が改善される	<ul style="list-style-type: none"> 年間外来患者総数の増加 IMRの減少 MMRの減少 	保健省の各種報告書 各援助機関の報告書 人口保健調査(DHS)
上位目標： 全国展開可能なワーカー再研修システムが重点3州で確立・運用される	<ul style="list-style-type: none"> 再研修を受けた保健ワーカーの比率 各レベルの保健ワーカーの能力改善度 	再研修に関する調査報告書 再研修情報システム 保健ワーカーの能力調査
プロジェクト目標： ワーカー再研修システムの中核部分が重点3州で確立・運用される	保健省人材育成課・母子保健課および対象州が、 <ul style="list-style-type: none"> 再研修データベースに随時アクセスできること 左記システムを利用して報告書を作成すること 	聞き取り・質問状調査 観察調査
成果： 1. 対象州における再研修需要が確認される 2. 全国展開可能な再研修情報システムが対象州で確立される 3. 全国展開可能な再研修手帳が対象州に導入・利用される 4. 再研修のコース分類が公式に確定される	<ul style="list-style-type: none"> 再研修需要が分析されること 分析結果に関する報告書が発行されること 関係部署が再研修需要について認識を共有すること 左記システムへの報告提出率 人材育成課が左記システムの年次報告書を郡・州へ配布すること 再研修手帳の州への配布数 保健ワーカーへの配布数 手帳を受領した保健ワーカーの比率 研修責任者・予算管理センター所長が左記分類を使用すること 	迅速需要調査・NBS*報告書 報告書の配布先リスト NBS報告会出席者リスト 再研修データベース 年次報告書の配布先リスト 人材育成課による配布記録 配布先リスト 再研修データベース モニタリング帳票の取りまとめ報告書

プロジェクトの要約	指 標	指標データ入手手段
5. 対象州訓練センターの環境整備が行われる（プロジェクト基盤整備）	<ul style="list-style-type: none"> ・州訓練センターの四半期・年間利用率 ・付属宿泊施設の四半期・年間稼働率 ・巡回訓練の利用率 ・機材の利用率 	州訓練センター記録 同上 巡回訓練台帳 機材管理責任者の記録
6. 州レベルの財務指針が確立され使用される	<ul style="list-style-type: none"> ・再研修の計画・実施に財務分析ソフトが利用されること 	モニタリング帳票の取りまとめ報告書
7. モニタリング・評価方法が対象州で確定され実施される	<ul style="list-style-type: none"> ・専用モニタリング帳票の活用度 ・指導・モニタリング目的での人材育成課の州訪問頻度 ・人材育成課から州へのフィードバック報告の徹底度 	活用された帳票数 人材育成課の記録 モニタリング帳票の取りまとめ報告書
8. 再研修システムに母子保健コンポーネントが組み込まれる	<ul style="list-style-type: none"> ・母子保健研修目的での州訓練センター利用率 ・同目的での付属宿泊施設の稼働率 ・同目的での巡回訓練の利用率 ・研修済みの州レベル母子保健トレーナー数 ・人材育成課・母子保健課報告書に左記が言及されること 	州訓練センター記録 同上 巡回訓練台帳 TOT記録・出席者リスト 保健省公衆衛生局年次報告書

*NBS(Needs and Baseline Survey): プロジェクト開始前データの収集を兼ねた需要調査

4 - 1 - 3 評価方法へのコメント

子供のための世界サミットではIMRやMMRの減少がゴールとして掲げられた。しかし、これらには変化が現れにくいために、保健医療サービスへのアクセスが確保され、サービスの質が改善され、そのサービスを住民が適切に利用する、といったプロセス指標にレベルを落としてモニタリングする手法が工夫されてきた(序論参照)。本事例においてスーパーゴールを「保健医療サービスの質が改善される」に留めたのは現実的な判断であるが、指標にはレベルが一段高いIMRやMMRが選ばれている。一方、これらと並んでインパクト指標に擬された年間外来患者総数の増加は、ではなく「住民がサービスを適切に利用する」ことを反映するものといえる。

本事例では上位目標レベルで「再研修を受けた保健ワーカーの比率が増加すること」、「各レベルの保健ワーカーの能力が改善すること」を目指しており、論理的には次の段階で「再研修済みのワーカーがそれぞれの持ち場において従来より良質のサービスを提供すること」を確認するのが定石である。

もっとも、外来患者総数の増加は保健省発行の各種報告書で確認し、IMRやMMRのデータは人口保健調査や他の援助機関の報告書類から拝借するという評価デザインには、コストが全くかからない利点がある。増加ないし減少というからには、プロジェクトの実施前後のデータを比較する計画であったのは明白であるが、ついでにプロジェクト対象でない州における同時期のデータとも比較するという評価デザインでも良かったのではないかと。それによって対象州でのゴール達成を証明できれば、ISTの全国展開に向けて大きな弾みがつく筈である。

本プロジェクトの終了時評価では、ISTシステムの確立というプロジェクト目標は達成されたが、ISTシステムの運用は達成半ばであることが指摘された。プロジェクト内容の相互理解を深めるために、適切なPCMとPDMを早期に導入することが教訓となった。ISTシステムは同国において適正技術の範疇にあり、プロジェクトの重点3州を超えて同様なシステムを構築する波及効果も見られるに至った。しかし、本プロジェクトではISTシステムに精通した日本人専門家がいなかったことや、カウンターパート機関にも人的・資金的な不足があり、プロジェクトの効率性については改善の余地が残った。本プロジェクトの成果を確かなものにするために、1年程度の補完的な協力を実施することが提言されている。

参考：人口保健調査 Demographic Health Survey(DHS)

長年にわたって実施されている人口動態と母子保健に関する調査プロジェクト。主にUSAIDが出資し、マクロ・インターナショナル社が調査を行っている。その目標には、

- ・ 政策立案者にDHSデータの利用を促すこと
- ・ 国際的な人口動態や保健調査のデータベースを拡大すること
- ・ 調査方法の向上と高いクオリティの調査を行うため、途上国における技術と資源を開発することなどが挙げられている。

調査方法は国により異なるが、人口動態項目(出生、死亡、婚姻、離婚)と母子保健関連(IMRとU5MR、子供の健康・栄養・予防接種状況、MMR、出生率、家族計画、妊娠中および出産時のケア、エイズの知識など)が含まれる(国際協力用語集より)。

4 - 2 タイ・HIV/AIDS：タイ国エイズ予防地域ケアネットワークプロジェクト(リファランズ検査施設の確立に引き続き地方で予防活動を展開する)

4 - 2 - 1 背景とプロジェクトの主な活動

タイ政府は、1991年、エイズ対策を政府が取り組む最優先課題に位置づけ、首相府を中心とする14省庁からなる「国家エイズ委員会」を設立した。それ以降、本委員会においてエイズ予防対策に係る国家プログラムとして「エイズ予防対策国家5か年計画(1997～2001)」等を策定し、国民自らが感染予防を含むエイズ対策に取り組む能力向上とそのために必要な環境づくりを積極的に推進している。タイ国におけるHIV/AIDS感染率はすでに1%を超え、感染予防を中心に据えたこれまでの対策だけでなく、エイズ患者との社会的共存が可能なケアシステムの構築まで包括した対策の実施が求められているが、国・県レベルでのセクター横断的な対策・体制はある程度確立されてきたものの、郡レベルにおける活動は未だ散発的であり、地域における継続的・包括的対策を可能とする各種ネットワークづくりが急務となっている。このような状況下、わが国は1993年から3年間、「エイズ予防対策プロジェクト」を実施してきたが、その後タイ政府は、同プロジェクトの成果を発展させた「エイズ予防・地域ケアネットワークプロジェクト」の実施を要請してきた。

主な活動

当初は重点分野として6項目が設定されていたが、整理されていないとの指摘があり、平成11年

度運営指導調査団派遣時には、R/Dにおいて双方合意済みのプロジェクトに包括される内容を変更することなく全体の活動項目を以下のとおり3つの実行可能と思われるプログラムに再編成することが提案され、協議の結果関係機関の合意を得た。

- ・ HIV/AIDS関連の問題に対応できる人材開発
- ・ 母子保健を入口とした感染者、患者および家族のケア体制の確立
- ・ コミュニティにおけるHIV/AIDS対策活動の推進

この他、最近のHIV/AIDSに関する動向では結核合併への対策の重要性が広く認識されており、このことがタイ国そしてパヤオ県においても同様であることが確認されている。このため、INH投与やDOTSなどの結核対策の実行性向上がHIV/AIDS対策には必須であり、そのためにも保健省の対応が重要であることを上記調査団から助言し、現在結核対策にも力を入れられている。

4 - 2 - 2 採用された評価指標

プロジェクトの設計段階では、上位目標以上に対応する指標は次ページのマトリックス(表4-2)に見られる通り未設定であった。しかし、スーパーゴールでは前述のガーナの事例と同じインパクトを目指しているため、同じ妊産婦におけるHIV感染率が指標として使えるものと考えられる。

表4 - 2 タイ国エイズ予防地域ケアネットワークプロジェクト

プロジェクトの要約	指 標	指標データ入手手段
スーパーゴール： HIVの新たな感染者が減少する PWAとその家族の生活の質が向上する		
上位目標： 本プロジェクトがHIV/AIDS問題に対する継続的対応と他の地方保健問題の開発を可能とする 州保健制度の全国的なプロセス・モデルとなる		
プロジェクト目標： エイズに関する学習・活動ネットワークを通してHIV/AIDS予防・ケアのモデルがパヤオ県で開発され、他県へ普及される	<ul style="list-style-type: none"> ・ AIDS 対策適格郡数 ・ AIDS 対策適格区数 ・ AIDS 対策適格県数 	定期査定
成果： 1. HIV/AIDS関連の問題に対応できる人材開発 2. 母子保健を入口とした感染者、患者および家族のケア体制の確立 3. コミュニティにおけるHIV/AIDS 対策活動の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・ 彼ら自身によるコース編成についての県トレーナーの能力 ・ 県トレーナーにより証明された計画プロジェクト数 ・ AZT受け入れの支持率 ・ IPTの終了率(70%以上) ・ 結核治療の脱落率(10%以下) ・ コミュニティAIDS計画公認の村数 	コース報告書 外部評価者による評価 PMCT報告書 IPT報告書 結核治療結果報告書 県・区・郡チームによる評価

AZT：抗HIV薬の1つ PWA：AIDS発病者 PMCT：母子感染予防
IPT：抗結核薬のイソニアジドを予防内服する療法

4 - 2 - 3 評価方法へのコメント

プロジェクト目標に関して、「エイズに関する学習・活動ネットワークを通してパイロット県で開発されたHIV/AIDS 予防・ケアのモデルが、全国で活用される」という、抽象的な表現となっている。この場合、指標も「パイロット県で開発されたHIV/AIDS 予防・ケアのモデルを地方保健政策に取り入れた州が増加する」といったものにならざるを得ない。同じ様にリファランス検査室を立ち上げることから始めたGTZが、その後息の長い取り組みを続けながらHIVの伝播様式ごとに有効性が認められている介入策を総動員して、あらゆる伝播チャンネルを塞ごうとしたのとは対照的な手法である。

本プロジェクトの場合、カウンターパートが他の保健業務とのバランス上、HIV/AIDSに関する予防と社会的ケアに専念できない制約が生じた。ボトムアップ・アプローチを最大限活用しようとの意図もあろうとは察せられるが、今日のHIV 汎流行の趨勢を考えると、ボトムアップもトップ

ダウンも、適正技術もハイテクも、保健セクターの総力を結集することはもちろん、他セクターとの連携も推進し、その他利用できることは何でも利用してHIV抑制に立ち向かわない限り、思うようにインパクトを得ることは困難ではないかと危惧される。

プロ技協のスキーム上の限界からGTZに匹敵する投入ができなかったのは残念なことであり、感染症対策無償、開発福祉支援等のスキームを組合せるなどして限界を乗り越える工夫が今後必要なのではないか。

4 - 3 グアテマラ・シャーガス病対策：グアテマラ共和国シャーガス病対策プロジェクト（JOCV隊員と個別専門家が連携してシャーガス病撲滅に向け成果を上げている事例）

4 - 3 - 1 背景とプロジェクトの主な活動

シャーガス病は土壁や藁葺き屋根の家に住む、吸血カメムシ(サシガメ)を介して感染する病気である。貧困地域に多く、中南米では2,000万人以上、グアテマラだけで約73万人(人口の約7%)の患者がいると推定されている。急性期には治療できるが、慢性期になると治療法がなく、心臓疾患などにより感染後10～20年で死に至る疾患であるが、サシガメは低濃度の殺虫剤の室内散布、住民教育、住居改善を通して撲滅可能とされる。

WHO(世界保健機構)が掲げる「2010年までにシャーガス病を中米から撲滅」との目標のもと、グアテマラ共和国シャーガス病対策プロジェクトは2000年1月専門家1名派遣、同年4月協力隊員4名派遣、6月に医療単独機材(殺虫剤、ポンプ、車輛)の供与が行われ、感染率が最も高い東部の4つの保健管区に対して同年8月より殺虫剤散布が開始された。

主な活動

この「シャーガス病対策計画」では協力隊員を感染率が高い県に派遣し、グアテマラ厚生省本部に派遣された専門家の支援のもと、厚生省、大学、国際機関、NGOなどと協力しながら感染率を減少させることを目標としている。第1フェーズの2年間では、貧困地域である東部4県を対象として、

- (1)対象家屋への殺虫剤散布
- (2)グアテマラ側の人材育成
- (3)住民への啓発活動

を実施した。

第1フェーズは2002年3月に終了し、2002年4月からの2年間は、対象地域を中部の4つの保健管区に移して第2フェーズが予定されている。*T. dimidiata*については野生種の再侵入が不可避であるため、対策の成果を持続的なものとするために、

- (4)住民自身がサシガメを退治する「住民参加型監視体制」を構築することが今後の課題となる。

4 - 3 - 2 採用された評価指標とコメント

本プロジェクトはフェーズ1の時点では「シャーガス病媒介虫コントロール計画」と呼ばれてい

た。マラリア対策においては、かつてDDTの残留散布を柱とする媒介蚊抑制によって疾患の根絶を目指しながら挫折した歴史があった。しかし、グアテマラでのシャーガス病対策においては、ベクター・コントロールというアプローチはこれまでのところ非常に有効であった。

必然的に指標には、「関係者がベクター・コントロールにおける能力開発を受け」、着実に殺虫剤散布を実施することによって「リスク地域の80%において媒介虫生息率を減少させる」ことが採用された。これが達成されれば、自ずと有病率が減少して「血清診断による陽性率の低下」に結実するという戦略である。

グアテマラ側が独自予算で殺虫剤などを購入したり、散布作業員を多数雇用するなど、既に現地の積極的な姿勢を引き出すことに成功している。また、フェーズ1の成果は、国内のみならず近隣諸国や国際機関からも注目されるに至っている。

本プロジェクトはフェーズ2では殺虫剤の散布地域を中北部諸州にも拡大させて、シャーガス病のより広い範囲での減少をめざしている。中北部諸州はインディヘナ(先住民)の多く居住する地域であり、スペイン語が話せない住民が多い。地勢的にもアクセスが大変な地域にもっぱら居住している。従って、コミュニティ・ベースの住民教育はより困難に直面することが予想される。けれども、これらの困難を逆手に取って、感染症対策プロジェクトからより包括的なPHCプロジェクトへ拡大させていくことが現在検討中である。そのためには、保健の専門家だけでなく、社会学や人類学の素養をもつ専門家の参加が不可欠となる。シニア・ボランティアや開発パートナーシップなどJICAの新しいスキームを導入して、小規模ながら効率よく大きなインパクトが期待できるプロジェクトとなることが計画されている。

表4 - 3 グアテマラ共和国 シャーガス病対策プロジェクト

プロジェクトの要約	指 標	指標データ入手手段
上位目標： 2010年までに中米においてシャーガス病の伝搬が中断する (WHO) グアテマラ国においてシャーガス病の伝搬が中断する		
プロジェクト目標： 8保健管区においてベクターによるシャーガス病の感染が減少する	・ 血清診断による陽性率の低下	血清学調査
成果： 1. 対象保健管区においてシャーガス病伝搬サシガメが防除される 1.1 <i>R. prolyxus</i> が消滅する 1.2 別種である <i>T. dimidiata</i> が一定レベルに減少する 2. 本計画関係者のキャパシティ・ビルディングがなされる 3. 住民参加型保健啓発教育活動が実施される	リスク地域の80%において、 ・ 生息率を5%以下に減少する ・ 生息率を15%以下に減少する ・ 関係者全員がベクターコントロールにおけるキャパシティ・ビルディングを受ける ・ プロジェクト対象村落の50%以上においてシャーガス病に関する保健教育活動がなされる	昆虫学的調査 実施された研修等報告書 活動報告書

4 - 4 モンゴル・ヨード：モンゴル母と子の健康プロジェクト(予防接種とヨード欠乏症対策が組み合わされた縦断型プログラム)

4 - 4 - 1 背景とプロジェクトの主な活動

内陸国モンゴルではヨード欠乏症(Iodine Deficiency Disorder : IDD)は深刻な健康問題である。1992年に保健省と UNICEF が共同実施した全国甲状腺腫調査によると、首都に住む学童および妊娠可能年齢女性の40%超がIDDによる甲状腺肥大を呈し、またIDDが原因と思われる死産や精神発達障害児も多く、ヨード添加塩普及などの対策が急がれている。

このような状況の中、モンゴル国政府は1990年に国連が開催した「子どものための世界サミット」に参加、1993年5月には「子供の発達のためのモンゴル国内行動計画」をとりまとめ、そこに盛り込んだIDD対策等を推進中であり、このための技術協力をわが国に要請してきた。

主な活動

本プロジェクトは予防接種拡大事業(EPI)とIDDの2つのコンポーネントからなるが、本稿ではIDD対策に絞って紹介する。

- (1)IDD検査室の機材整備、スタッフ育成

- (2)ヨード塩製造機の設置、スタッフの訓練
- (3)製塩工場、小売業者への指導
- (4)啓蒙の推進
- (5)疫学調査、スタッフの強化

4 - 4 - 2 採用された評価指標とコメント

活動(1)によって開設される中央ヨード検査施設での検査精度に注目し、「開設された検査室と日本の基準検査機関での測定値が80%以上の一致率を示すこと」が、成果指標とされた。活動(2)は国内の全製塩工場でヨード添加塩を製造させることを目標とし、「製造された食塩がヨードを20-30ppm含有すること」が指標とされた。活動(3)では輸入製品を含めて流通する食塩全てをヨード添加塩とすべく、「小売業者および消費者から集めた食塩サンプルの90%以上がヨードを少なくとも20ppm含有すること」を指標とする。活動(4)によってヨード添加塩使用に関する知識・態度・実践が改善されると期待されるが、質問表によるサーベイで「住民の95%以上がヨード添加塩に関する知識を有する」ことを確認する計画である。活動(5)を通してIDD制圧の進捗度をモニターできる体制を確立する予定であるが、「各地区がIDDの罹患率を年1回以上報告してくること」を体制確立の目安としている。IDD対策全国プログラムが自立継続的に運営されることも成果の1つと見なされており、「IDD問題についてのコミュニティ集会へのリーダーの出席回数」がその指標となると考えられた。

プロジェクト目標は、以上の成果を踏まえてIDDを抑制することであり、「甲状腺腫患者率<10%」、「尿中ヨード量中央値>100 µg/l」が達成の指標とされている。

本プロジェクトでは、このような諸条件を考慮の上でPDMが作成されたが、それでも予期せぬ障害や困難に直面した。

1997年の大統領選挙で民主化を推進する党派が勝利し、中央官庁の高級官僚を含む政策責任者の多くが解任された。保健政策にも大きな方向転換が生じ、食品衛生や栄養の問題は、新設された食品農業庁の管轄となった。そのため、本プロジェクトのカウンターパートが不明確となり、継続的な支援を失ってしまった。2000年の選挙で守旧派が政権に返り咲いたが、保健省自身はIDD対策に既に興味を失っており、ヨード添加塩普及のための強力な支援を得られない状況に陥った。特に、ヨード添加塩の普及には法律制定による支援が強く期待されたが、結局プロジェクト終了まで実現しなかった。

国立の検査施設内には尿中と血中のヨード量を測定できる施設を確立したが、国立試験検査機関の財政状況はプロジェクト実施期間中には改善せず、ドナーの継続的な支援がなければ現状を維持するのは難しいと考えられた。

ヨード添加塩自体に対するニーズも、以下のように市場経済化のなかで予想以上に变化した部分とそうでない部分が明確に分かれた。

モンゴルの国産塩は灰色がかっており、包装も中国製やロシア製と比べて見劣りし、特に都市部の消費者には嫌われた。

製塩業界からは、ヨード添加には施設整備や精度管理が必要な割には利益が少なく、ビジネスと

しての旨味に欠けると敬遠された。

IDDが最も懸念されるモンゴル西部諸県では、岩塩が採取される地区が散在し、地域の農牧民は永らくこの塩を利用してきた。特に家畜を追って移動する住民には、馬で岩塩を売り歩き、家畜で物々交換できる行商人から塩を買う方が便利であり、ヨード添加塩は期待したほど普及しなかった。

岩塩をあまり産しない南西部県では、鉄道をはじめとする交通網が発達していることもあり、安価なヨード添加塩がロシアや中国から輸入されるようになり、国産品の競争力で太刀打ちできない状況が生じた。

それでも、本プロジェクトではPHCの一環として、ヨード添加塩を普及させるきっかけを見いだすことが出来た。特に、同国西部の地域病院を中心とする住民主体のIDD撲滅運動は、プロジェクト終了までに一定の成果を上げられた。300米ドル程度の先行投資で、病院でヨード添加塩を調製し、病院を訪れる住民が購入した。購入者は定期的に尿中ヨード量を測定するサービスを実施し、IDDからの改善を実感できるようにした。

中央政府の支援が期待できない状況のため、今後は草の根無償資金などを利用して、このような住民主体のIDD撲滅運動を県単位で進めていくことが最も現実的な継続法と考えられた。

表4 - 4 モンゴル母と子の健康プロジェクト

プロジェクトの要約	指 標	指標データ入手手段
上位目標： モンゴルの母と子の健康を向上させる		
プロジェクト目標： ヨード欠乏症(IDD)を抑制する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 甲状腺腫患者率 < 10% ・ 尿中ヨード量中央値 > 100 μ g/l 	超音波による甲状腺検査 尿中ヨード量測定
成果： 1. 国立ヨード検査ラボが開設される 2. すべての製塩工場がヨード添加塩を製造する 3. 小売業者レベルのすべての食塩がヨード化され、それを消費者が購入する 4. ヨード添加塩使用に関する国民の知識、態度、実践が改善される 5. IDD抑制の進捗度をモニターする体制が確立される 6. IDD対策全国プログラムが自立継続的に運営される	<ul style="list-style-type: none"> ・ 開設された検査室と日本の基準検査機関での測定値が80%以上の一致率を示す ・ 製造された食塩が20-30ppmのヨードを含有する ・ 製塩工場が添加用ヨード油を調達する為に十分なインセンティブを持つ ・ 小売業者および消費者から集めた食塩サンプルの90%以上がヨードを少なくとも 20ppm含有する ・ 住民の95%以上がヨード添加塩に関する知識を有する ・ パイロット地区の教師やコミュニティリーダーがIDDプログラムに参画する ・ 各地区がIDDの罹患率を年1回以上報告してくる ・ IDD問題に関するコミュニティ集会へのリーダーの出席回数 	比較レポート 食塩定量検査 製塩工場調査結果 食塩定量検査 質問表を使う調査 地区からの報告書 地区からの報告書

参考文献：正木朋也、秋山佳子、三浦孝子ら(2000)

参考：http://www.unicef.or.jp/kodomo/teacher/pdf/an/an_01.pdf

本プロジェクトは数あるJICAの保健プロジェクトの中でも、真正面から栄養の問題を採り上げている点でほぼ唯一のものと言って良い。しかし、世界的にみれば栄養改善を目的とするプロジェクトやプログラムは非常に多い。それらは介入アプローチ別に、

- ・ 栄養(素)の補充(Supplementation)
- ・ 栄養強化食品の普及(Fortification)
- ・ 摂取する食品の多様化(Food diversification)

の3つに類別することができる。

栄養補充の代表はビタミンA補充プログラムや妊産婦健診時に貧血妊婦に鉄剤を投与するプログラムで、わが国もこれらのニーズに応じて旧・子どもの健康無償資金協力を活用した支援をたびたび行ってきた。IDD予防を行う場合でも経口ヨード油カプセルを投与するという選択肢を採

ることも可能である。栄養強化食品としては、多種類のビタミンやミネラルを添加した朝食用シリアル製品等は日本人にもなじみであるが、実はヨード添加食塩も日本以外の先進国では広く普及している。したがって、IDD予防に向けた介入策としてヨード添加塩の普及を柱とする本プロジェクトは、効果を実証済みの手法を開発途上国に持ち込むという意味で、いわば援助の定石を取ったものと言え、指標にもきわめてオーソドックスなものが採り上げられている。食生活をメイズ1種類に依存しがちなサブサハラ・アフリカの農村などでは、摂取する食品を多様化させる第3のアプローチが栄養学的・生物学的に最も合理的であろうが、援助効果を確実に上げるといふ点では前2者のアプローチと比べると社会的・文化的要因によって制約を受けやすいと考えられる。

WHOの推定によれば、栄養不良は1995年における途上国での子どもの死亡の半分以上に関連しているとされ、UNICEF“ The State of the World 's Children(世界子供白書)”の1998年版は「栄養」を特集したほどである。究極的にIMRやU5MRの改善を目指すのであれば、栄養の問題を避けて通ることは出来ず、対保健セクター援助プログラムをこれから設計する際に重要なコンポーネントを構成するであろう栄養対策について、あらかじめ十分に研究を進めておく必要がある。

5. 援助指標向上への提言

本章では前章までに述べられてきた解析と討議内容をもとに、保健医療分野における援助指標の選定と内容(数値)設定について、どうしたら向上するかを提言する。第4章などでまとめられた事例などから、PDMを用いたプロジェクトの継続的な管理には、質量ともに十分な情報を利用し、PDMを現実的で安定したものにすることが最も重要である。5-1で述べる援助指標の内容(数値)設定にかかるデータベースの構築と利用は、JICAが既に部内者用に取り組んでいる課題である(図5-1)。但し、JICAが構築中の情報とデータが量的・質的にどのように完備され、利用されているかについては、今回の研究期間中は把握できなかった。本章ではJICA図書館で通常利用できる情報とデータを想定した。

5-1 データベースの構築と利用

5-1-1 プロジェクト課題別データベース

保健医療プロジェクトは第2章などで述べたように、様々な内容が実施されている。プライマリ・ヘルスケア(PHC)プロジェクトについても、PHCに含まれる10のコンポーネント全てを包含するプロジェクトは殆どない。感染症対策を全面に出したHIV/AIDS対策プロジェクト(4-1参照)に関しても、自発的なカウンセリングと治療(VCT)と抗HIV薬の予防内服による母子感染予防を中心として、エイズ教育、職業訓練、孤児へのケアなど、様々なオプションが考えられる。

その他、人口家族計画、栄養改善プロジェクトについても、社会学的視点やジェンダーの視点を取り入れた活動評価が増えてきている(田中由美子(2001)『社会・ジェンダー視点に立った政府開発援助(ODA)評価:社会・ジェンダー評価分科会に向けた検討課題提起』『日本評価研究』第1巻第1号)。

たくさんコンポーネントが考えられる21世紀の保健医療プロジェクトに対して、それに類似したプロジェクトのデータベースを構築しておくことは、PDM作成に参考となる。特に教育、訓練のコンポーネントを含むプロジェクトについては、どれくらいの内容と期間で、如何ほどの成果が上がるかについて、良い参考データとなろう。

図5-1 JICA Knowledge Site

JICA Knowledge Site

<http://knowledge.jica.go.jp/>



分野課題

23に分類された分野課題ごとに、基礎知識や指針、教訓など、分野課題の知識・ノウハウを集約したデータベース。

プロジェクト情報

国別事業実施計画や各国のプログラム・案件の情報を入力し、また様々な観点で閲覧できるデータベース。

人材情報

専門家、調査団、協力隊で派遣された人材の基本的な情報と派遣実績を、国別、分野別に一覧できるデータベース。

5 - 1 - 2 地域別データベース

保健医療プロジェクトは内容が類似したものであっても、活動地域が異なると投入の方法を変えなければならないことがある。投入法が同じであってもプロジェクトの成果は大きく異なることも稀でないことは3 - 1などで強調した。

一般的にその理由として、地域ごとの社会的インフラストラクチャーの成熟度、識字率に代表される住民の知的成熟度、独自の文化をもつ少数民族の存在や他民族からなる社会構造の有無、それに内戦や部族間紛争といった地域的安定度、などが考えられる。

このような地域的問題は、保健医療プロジェクトや社会開発プロジェクトといった、プロジェクト分野の違いに拘わらず共通して影響することが多いため、JICAはそのような情報を、部署を越えてデータベース化して蓄積しておくことは有用である。

このデータベースは地域別、国別、地方別に細分化し、問題点として共通するレベル(地域、国、地方)にインプットする。例えば、識字率は全国的にはやや低い、先住民の存在などで地域的には極めて低い場合、国レベルと地方レベルの両方にデータをインプットする必要がある。

データベース化する地域としては、中米・カリブ地域、南米地域、北アフリカ地域、サブサハラ・アフリカ地域、中近東地域、南西アジア地域、南東アジア地域、太平洋島嶼地域くらいの分け方が良いと思われる。

当然、インプットされたデータは常に更新されて、最新の情報が管理されるようにすべきである。

5 - 1 - 3 年代別データベース

保健医療分野には上位目標となる指標が重複して存在することが多い。乳児死亡率、5歳未満児死亡率、妊産婦死亡率、予防接種カバー率などである。これらの指標について、当該国政府が示す国家改善計画の目標、日本政府とカウンターパートの機関(研究機関やNGO評議会など必ずしも保健省のような衛生主管部局とは限らない)で決議された目標、或いは国連機関や世銀など国際機関が策定する改善目標などが、一般的に具体的数値や到達目標を設定している。

国連機関が策定する目標の多くは、世界規模・周辺国地域でレベルアップを目指す指標(例えば、2000年までに全ての国で妊産婦死亡率を1990年当時の半分まで改善するとか、2000年までにポリオを西太平洋地域から根絶する等)が多く採択されていることに留意すべきである。

JICAが実施する保健医療プロジェクトにおいては、これらの指標を常に重視し、PDMの上位目標として採用することを検討すべきである。これらの目標値はいつも更新され、数年ごとに再設定されることを念頭におかねばならない。また、国際機関間ですら目標設定に齟齬が生じることがあることを知っておかねばならない。このような国際目標をそのまま利用するのではなく、活動地域や対象集団に適切であるかの吟味は必要である。

今後、年代別に各国際機関やJICAを含む政府機関とNGOなどがどのような改善目標を設定し、どれくらい達成をみたかについて、年代を追ってデータベースとして管理しておくことが重要である。

5 - 2 統計分析の活用

JICAには既に数十件の保健医療プロジェクトの経験が蓄積されている。しかしながら、これらの評価データを充分活用しているとは言い難い。特に個々のプロジェクトの評価を総括した文書は存在するが、JICAの実施したプロジェクトをマクロ的視点で総括したものは殆ど存在しない。

その理由の1つは、マクロ的総括を試みるアプローチ方法がJICA内部で充分検討されず、開発されてこなかった経緯がある。近年廉価なパーソナルコンピュータとそのソフトウェアの高度化によって、ロジスティック・リグレッション・モデルやメタ・アナリシスの手法を用いた統計学的なアプローチによる保健医療サービスへのインパクト分析などが盛んに行われるようになってきた。統計分析の活用によるPDM作成や活動評価への応用は、今後ますます実際的になると思われるので、充分検討していく意義があろう。

文献などで一般的に解析されているのは、どのようなコンポーネントが最もインパクトを与えるかという点である。これはPDMのロジックを客観的に証明する手法として確かに重要である。しかし、保健医療プロジェクトはその内容、実施地域、実施時期の3大主要素が合致していないと、活動の展開の仕方は大きく異なることが考えられる。そうになると、これら3大主要素を合わせた(統計学的にはstratification、“層化した”と表現する)統計解析でないと、誤ったエビデンスを導く危険性が残る。プロジェクトの層化を厳密に試みれば(例えば、“サブサハラ・アフリカでのPHCに則ったトリパノソーマ症対策”とインプットすれば)、他ドナーの実施したプロジェクトを動員したとしても事例数は限られ、標本数の不足から統計分析が出来ない状況となる。今後、プロジェクト評価から得られるデータを網羅的に管理し、統計分析がより簡便に実施できる体制を整えていく必要がある。

一方、統計分析による情報は、個々のプロジェクトの計画や運営では見えてこないマクロ的視点からの情報源として直ちに活用可能なものもある。その1つとして、PDMにおける外部条件の選定が挙げられよう。PDMの外部条件は“プロジェクトではコントロールできない条件”であり、そのような条件は予測可能なものと予測不可能なものがある。特に予測不可能なものについては統計学的手法を利用して電算的に列挙することが可能である。例えばメタ・アナリシスによる各コンポーネントとインパクトの相関を調べた場合、相関度が負で-1に近いコンポーネントが外部条件となり得る。コーエイ総研の行った分析では“自然災害の発生”が-0.35で外部条件となり得るコンポーネントとして挙げられた(コーエイ総合研究所・松村みか、塩畑真理子、「評価結果の総合分析 人口・保健医療分析」JICA評価監理室、2002年3月)。もちろん統計分析で明らかとなったコンポーネントが即、外部条件に当てはまる訳ではないが、PDM作成で最も難しい外部条件の設定が強化される可能性があることを理解しておくべきである。

5 - 3 事前調査の充実

JICAの保健医療プロジェクトは、近年ますますPHCプロジェクトのようなシステム支援や仕組み造りに重点が移ってきている。当該国の保健政策との整合性だけでなく、地域住民全体の利害や

絶対的ニーズと相対的ニーズの調査など、PDM作成前に明らかにしておかねばならない項目が格段に多くなってきている。コミュニティでの保健資金の流れや、支出の決定権を握る重要人物の特定、少数民族の健康観など、社会学的なアプローチを要する調査もある。活動予定地域での、各ドナーの活動動向にも注目しなければならない。このようにプロジェクトの重要情報を様々な立場の参加者から統合して、はじめて有用な参加型評価が可能となってくる[三好皓一ほか(2001a)「参加型評価の将来性 参加型評価の概念と実践についての考察」『日本評価研究』第1巻第1号]

JICAのプロジェクト立案では、生憎このような重要な事前調査を充分に実施しないまま、プロジェクトを立案している傾向が見受けられる。第2章でも示したように、事前調査が不十分なまま作成されたPDMは、必要以上に途中で修正を余儀なくされることを強調しておきたい。

5 - 4 協力方式ごとの指針作り

保健医療分野におけるJICAプロジェクトの活動指針といえるものは、2001年に編纂されたPHC、寄生虫症対策、HIV/AIDS、遠隔医療など最近ようやく作られたものばかりで、分野も限られている。結核対策、栄養向上、人口家族計画の指針は未だ作成されていない。

特にHIV/AIDS対策についての指針は、その重要性と地域的多様性を鑑みて、地域版(例えば、サブサハラ・アフリカ版など)の作成も検討されるべきである。人材や資材の投入に関して、JICAが有する様々なスキーム(第三国研修、無償資金協力、青年海外協力隊、シニアボランティアなど)を活用する技術協力プロジェクト用の指針内容であって欲しい。

従って、指針を作成するに当たっては、JICA全体として指針づくりを進める必要がある。もちろん、指針内容は定期的に見直し、内容の更新に努めるべきである。

5 - 5 プロジェクトにおけるPCMの運用改善

第1章ではPCMの開発経緯とその特性について述べた。また、第2章ではJICAの保健医療プロジェクトにおいてPCMが本格的に導入された「ザンビア国ルサカ市プライマリ・ヘルスケア・プロジェクト」を実例に挙げて、PDMがどのように作成され変容していったかを概観した。

このプロジェクトから得られた教訓は、まずPCMについての基本的理解をプロジェクト参加者全員に植え付けることの重要性、事前調査のより一層の充実、計画立案・モニタリング・評価時に十分な時間的・場所的な余裕、プロジェクト参加者交代時のPCMの引継ぎ、PDM変更とプロジェクト変更の円滑な連動などであった。これら全てを改善して、PCMの全般的な向上が実現すると考えられる。これを実現するためには、JICAの各事業部、国際協力総合研修所、在外JICA事務所が計画的に改善に動けるよう、評価監理室や援助協調室などが協力をイニシアティブを発揮することが望まれる。具体的には幾つかの保健プロジェクトについて、プロジェクト・モニターと評価活動(巡回指導調査)に、評価者の立場から評価を実施する、というのが直ちに可能な改善策であろう。

5 - 6 評価のための評価研究

わが国において、評価のための評価研究は夜明け前の状態にあるといえよう。日本評価学会が「日本評価研究」を刊行し始めたのは2001年であり、評価研究者は絶対的に少なく、研究集団として脆弱であることは否めない。

評価研究は本来、事業を行うに当たっての実践的な手段であるべきだが、研究そのものを目的とした評価研究が将来必要である。具体的には、評価法の紹介や従来の研究は評価の実践から得られた結果をまとめているものが殆どのため、研究内容は後ろ向き(retrospective)研究であり、情報源の殆どを報告文書や完了した活動の評価に研究素材を求めている点に偏りと限界がある。

幾つかのプロジェクトについて、プロジェクト評価作業に当初から介入する“評価のための評価の前向き研究(operational study)”を検討しても良いだろう。保健医療分野においては、例えばPHCに参加している住民と未参加の住民を前向きコホートする研究などである。

海外の評価研究の専門家が指摘するように、JICAなどがこの分野を専門的に研究する日本人専門家を積極的に育てていく努力も必要である[Altschuld, J.W.(2002)“ The Preparation of Professional Evaluators: Past Tense and Future Perfect ”, *The Japanese Journal of Evaluation Studies*, Vol.2, No.1]ことを最後に強調しておきたい。

参考文献[引用章節]

- コーエイ総合研究所・松村みか、塩畑真理子(2002)『評価結果の総合分析 人口・保健医療分析』JICA 評価監理室
- 厚生省保健医療局国際寄生虫対策検討会(1998)『21世紀に向けての国際寄生虫戦略 国際寄生虫対策報告書』[序]
- 国際協力事業団(1999)『プライマリ・ヘルスケアをよく知るために～日本の経験を踏まえて～』[序]
- 国際協力事業団(2000)『結核対策分野における日本の国際協力実績』[序]
- 国際協力事業団(2000)『国際協力用語集』[4 1 3]
- 国際協力事業団(2001)『HIV/AIDS 対策指針』[3 2]
- 国際協力事業団(2001)『寄生虫対策指針』[序]
- 国際協力事業団(2001)『Primary Health Care(プライマリ・ヘルスケア)』[3 1]
- 国際協力事業団「保健医療分若野援助指標と評価手法の研究」平成14年度中出版予定[序]
- 国際協力事業団医療協力部(1990)『保健医療協力プロジェクト概要表』[序]
- 国際協力事業団医療協力部(1998)『プライマリ・ヘルスケア(PHC)の手引 すこやかな地域社会を目指して』[3 1]
- 国際協力事業団企画・評価部評価監理室(2001)『JICA 事業評価ガイドライン』[1 1 2]
- 国際協力事業団国際協力総合研修所(1996)『プロジェクト方式技術協力の手引』[1 1 2]
- 国際開発事業団国際開発総合研修所(2002)『開発課題に対する効果的アプローチ、HIV/AIDS対策』[3 2]
- 国際開発事業団国際開発総合研修所(2002)『ヨード欠乏症に対するODAの役割に対する検討』平成13年3月[3 4]
- 国連児童基金(UNICEF)(2000)『2001 世界子供白書』[3 4]
- 田中由美子(2001)『社会・ジェンダー視点に立った政府開発援助(ODA)評価:社会・ジェンダー評価分科会に向けた検討課題提起』『日本評価研究』第1巻第1号[5 1 1]
- 財団法人日本寄生虫予防会(1998)『21世紀に向けての国際寄生虫戦略 国際寄生虫対策報告書』[3 3]
- 日本熱帯医学会(1997)『熱帯感染症の国際保健協力、過去・現在・未来』第21回日本熱帯医学会九州支部シンポジウム記録集[序]
- 羽根田潔ほか(1999)『乳児死亡率に影響を及ぼす要因 ブラジル・セアラ州における経験』国際開発事業団国際開発総合研修所『国際協力研究』第15巻第2号[3 1 5]
- ヘツェル、B. S(1994)『ヨード欠乏症 世界の大きな課題』ICCIDD(ヨード欠乏症対策機構)日本支部[3 4]
- 正木朋也、秋山佳子、三浦孝子ほか(2002)『モンゴル国ヨード欠乏症対策プロジェクトの中間評価 学校保健教育と住民参加型活動』『日本評価学会第2回全国大会自由課題報告17-3(同プログラム p.335)』[3 4、4 4 2]
- 箕輪眞澄、エイズ対策研究会編(1995)『エイズ対策、理解と実践のすべて』東京法規出版[3 2]

- 三好皓一(2002)『プログラム・セオリー・マトリックスの活用について 評価における分析の有用性を高めるために』『日本評価研究』第2巻第1号[1 1 2]
- 三好皓一ほか(2001a)『参加型評価の将来性 参加型評価の概念と実践についての一考察』『日本評価研究』第1巻第1号[5 3]
- 三好皓一ほか(2001b)『国際協力事業団「評価ガイドライン」実践の理論的枠組み ガイドライン作成のプロセスにおける一考察』『日本評価研究』第1巻第2号[1 1 1]
- 森直己ほか(2000)『わが国無償資金協力における住民参加活動の試み』国際開発事業団国際開発総合研修所『国際協力研究』第16巻第1号[1 1]
- 山形洋一ほか(2002)『地方分権体制における感染症対策の組織運営 グアテマラ共和国シャーガス病体策の事例から』国際協力事業団『国際協力研究』第18巻第1号[4 3]
- 湯浅資之(2001)『プロジェクト方式技術協力による多様な援助スキームの活用 フィリピンにおける家族計画・母子保健プロジェクトの活動と運営』国際開発事業団国際開発総合研修所『国際協力研究』第17巻第2号[1 2 4]

国際協力事業団報告書関連

(ザンビア)

- 国際協力事業団(1996)『ザンビア国ルサカ市プライマリー・ヘルスケアプロジェクト事前調査団報告書』平成8年3月[2 1]
- 国際協力事業団(1997)『ザンビア国ルサカ市プライマリー・ヘルスケアプロジェクト実施協議調査団報告書』平成9年2月[2 1]
- 国際協力事業団(1998)『ザンビア国ルサカ市プライマリー・ヘルスケアプロジェクト計画打ち合わせ調査団報告書』平成10年3月[2 1]
- 国際協力事業団(1999)『ザンビア国ルサカ市プライマリー・ヘルスケアプロジェクト巡回指導調査団報告書』平成11年1月[2 1]
- 国際協力事業団(2001)『ザンビア国ルサカ市プライマリー・ヘルスケアプロジェクト運営指導調査団報告書』平成13年3月[2 1]
- 国際協力事業団(2001)『ザンビア国ルサカ市プライマリー・ヘルスケアプロジェクト終了時評価報告書』平成13年10月[2 1、3 1 5]

(ガーナ)

- 国際協力事業団(1997)『ガーナ国母子保健医療サービス向上計画プロジェクト運営指導調査団報告書』平成11年11月[4 1]
- 国際協力事業団(2001)『ガーナ国母子保健医療サービス向上計画プロジェクト終了時評価報告書』平成13年12月[4 1]

(タイ)

- 国際協力事業団(2000)『タイ国エイズ予防・地域ケアネットワークプロジェクト運営指導調査団報告書』平成12年2月[4 2]
- 国際協力事業団(2001)『タイ国エイズ予防・地域ケアネットワークプロジェクト運営指導調査団報告書』平成13年12月[4 1]

告書」平成 13 年 2 月[4 2]

(グアテマラ)

国際協力事業団(2002)「グアテマラ共和国保健情報基礎調査団報告書」[3 3 1]

(モンゴル)

国際協力事業団(1997)「モンゴル母と子の健康プロジェクト事前調査団および長期調査報告書」
[3 4]

国際協力事業団(1999)「モンゴル母と子の健康プロジェクト巡回指導調査団報告書」[3 4]

(アフガニスタン)

国際協力事業団(2002)「アフガニスタン国保健医療基礎調査団報告書」[2 2]

(サブ・サハラ)

国際協力事業団(2000)「人作り協力事業経験体系化研究サブ・サハラ・アフリカ地域報告書」平成
12 年 3 月[2 1 4]

Altschuld, J. W. (2002)"The Preparation of Professional Evaluators: Past Tense and Future Perfect", *The Japanese Journal of Evaluation Studies*. Vol. 2, No. 1[5 5]

Japan Association of Parasite Control (1998) The "Global Parasite Control for the 21 st Century A Report on Global Parasite Control"[3 3]

Japan International Cooperation Agency (1999) Toward "Better Understanding of Primary Health Care: Reflections on the Japanese Experience" [3 1]

Kunzel, W. (2001) "Recent Development of PCM in German Technical Cooperation : A New Label or a New Approach?" *Kokusai Kyoryoku Kenkyu* Vol. 17, No.1. Medical Cooperation Department, Japan International Cooperation Agency[1 - 2 - 5]

Medical Cooperation Department, Japan International Cooperation Agency(2000) "Toward a World without TB, Japanese International Cooperation in the field of TB Control"[3 1]

Misago, C. et al. (2000) "Satisfying Transforming Birthing Experiences at a Birthing House in Japan", *The Lancet*. Vol. 355, No.9222. pp.2248-2256[3 - 1]

Institute for International Cooperation, Japan International Cooperation Agency (2001)

Rethinking Poverty Reduction: PRSP and JICA[3 - 1]