

タンザニア連合共和国
モロゴロ州保健行政強化プロジェクト
中間評価報告書

平成 16 年 3 月
(2004 年)

独立行政法人 国際協力機構
医療協力部

序 文

国際協力機構（JICA）は、タンザニア連合共和国で進行中の保健セクター改革（HSR）及び地方分権を背景とした「モロゴロ州保健行政強化プロジェクト」を平成13年4月から平成18年3月までの5年間の予定で実施しています。これは、ダルエスサラーム市西方に位置するモロゴロ州及び州内各県の保健行政マネジメントチームの保健行政運営管理能力の向上を通じて、最終的にモロゴロ州における保健医療サービスの質が向上することを目標とするプロジェクトであり、行政能力の構築支援を主眼とする新しいアプローチの協力として各方面からその効果に期待が寄せられているものです。

本プロジェクトは、開始早々にリーダー（チーフアドバイザー）の健康上の理由による帰国、長期専門家の個人的事情による帰国など、プロジェクト体制の崩壊が危惧されるほどの重大な事態に直面しました。そのような困難な状況のなかでも、タンザニア連合共和国側の活動をカタリスト（触媒）として支援し続けた長期専門家の大変な努力に加え、国内支援委員による短期専門家や研修員の受入れを通じた技術指導、体制建て直しのための各種支援、そして何よりもタンザニア連合共和国側の本プロジェクトに対する自主的かつ積極的な取り組みにより、平成14年以降はチーフアドバイザーの新規派遣を含め、プロジェクト活動は軌道に乗り始めました。

今回、プロジェクトの中間地点を迎え、その活動進捗、成果、目標達成状況を確認し、今後のプロジェクト運営を検討する目的で、平成15年11月5日から11月12日までの日程で国内委員長である筑波大学社会医学系 大久保一郎教授を団長とする中間評価調査団を派遣しました。本報告書はその調査結果を取りまとめたものです。

ここに、本調査にあたりご協力を賜りました関係各位に対しまして深甚なる謝意を表しますとともに、後半を迎えるプロジェクトの実施・運営にあたり、関係各位の更なるご協力をお願いする次第です。

平成16年3月

独立行政法人国際協力機構

医療協力部次長 橋 爪 章

目 次

序 文	
目 次	
略語表	
地 図	
写 真	
要 約	

第1章 中間評価の概要	1
1 - 1 運営指導調査団(中間評価)派遣の目的	1
1 - 2 団員の構成	1
1 - 3 評価調査日程	1
1 - 4 主要面談者	2
1 - 5 評価項目・評価方法	3
1 - 6 調査結果	4
第2章 プロジェクトの実績と現状	6
2 - 1 プロジェクトの概要	6
2 - 2 投入実績	8
2 - 3 活動実績	11
2 - 4 保健行政強化に係る技術移転状況	14
2 - 5 プロジェクト実施上の課題と現状	22
第3章 PCM手法によるプロジェクト管理と評価	25
3 - 1 PCM手法によるプロジェクト管理	25
3 - 2 PCM手法による評価結果概要	27
3 - 3 評価結果の概要	34
3 - 4 評価5項目に沿った評価結果及び結論、提言、教訓	36
第4章 調査団長総括	40
4 - 1 中間評価調査の総括	40
4 - 2 中間評価以外の事項	42

4 - 3 プロジェクトの今後の展望	43
--------------------------	----

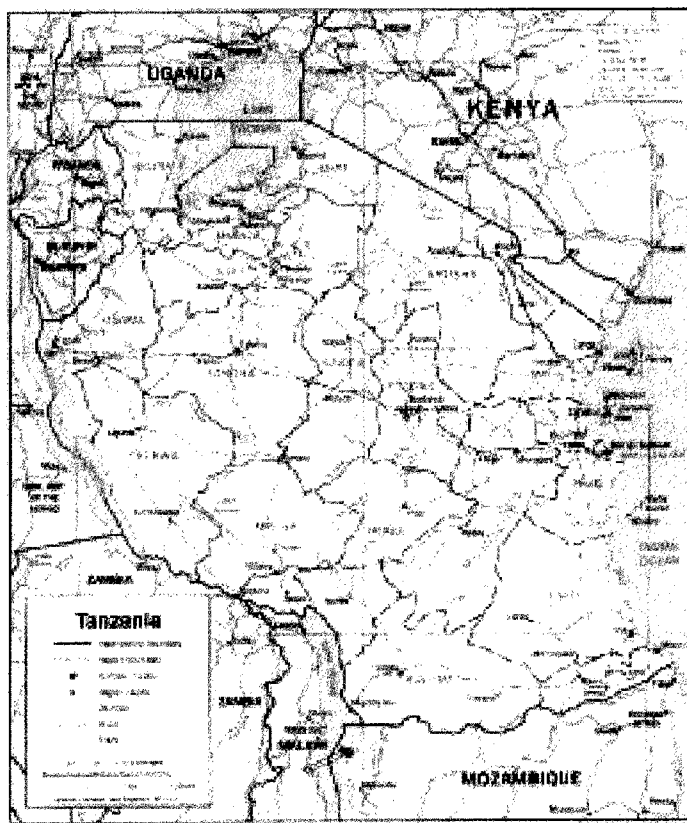
付属資料

1 .調査団ミニッツ	47
2 .第二回合同調整委員会ミニッツ(PDM Version 4 含む).....	49
3 .中間評価ワークショップ配布資料(実施前)	57
4 .中間評価ワークショップ実施概要(実施後)	88
5 .中間評価調査事前準備資料	126

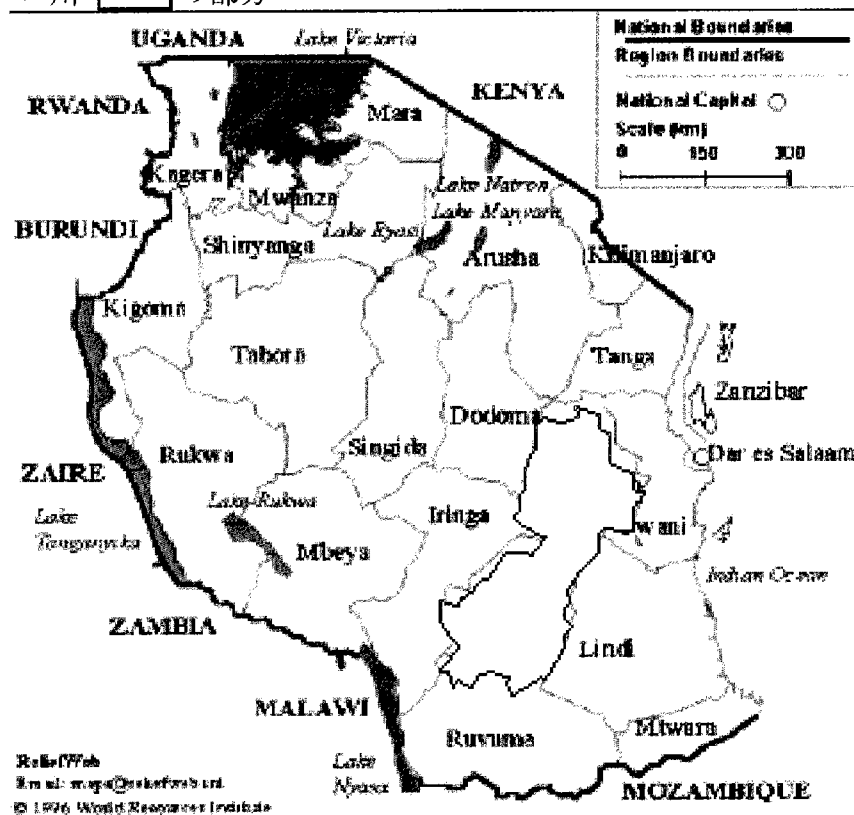
略 語 表

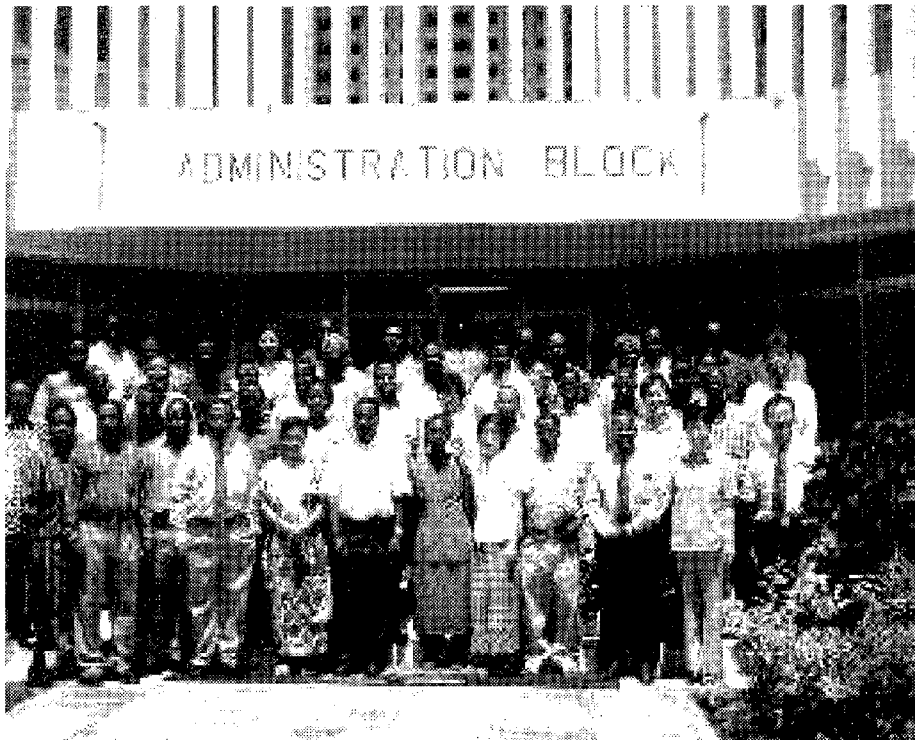
CHMT	Council Health Management Team	県保健行政マネージメントチーム
CMO	Chief Medical Officer	(保健省)首席医務官
DMO	District Medical Officer	県医務官
EOJ	Embassy of Japan	日本大使館
EPI	Expanded Program of Immunization	予防接種拡大計画
HMIS	Health Management Information System	保健マネージメント情報システム
HSR	Health Sector Reform	保健セクター改革
JCC	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
LGR	Local Governmental Reform	地方行政改革
MOH	Ministry of Health	保健省
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
PCM	Project Cycle Management	プロジェクト・サイクル・マネージメント
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PO	Plan of Operation	活動計画
RAS	Regional Administrative Secretary	州行政長官
R/D	Record of Discussions	討議議事録
RHMT	Regional Health Management Team	州保健行政マネージメントチーム
RMO	Regional Medical Officer	州医務官
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
WHO	World Health Organization	世界保健機関

地図：タンザニア連合共和国

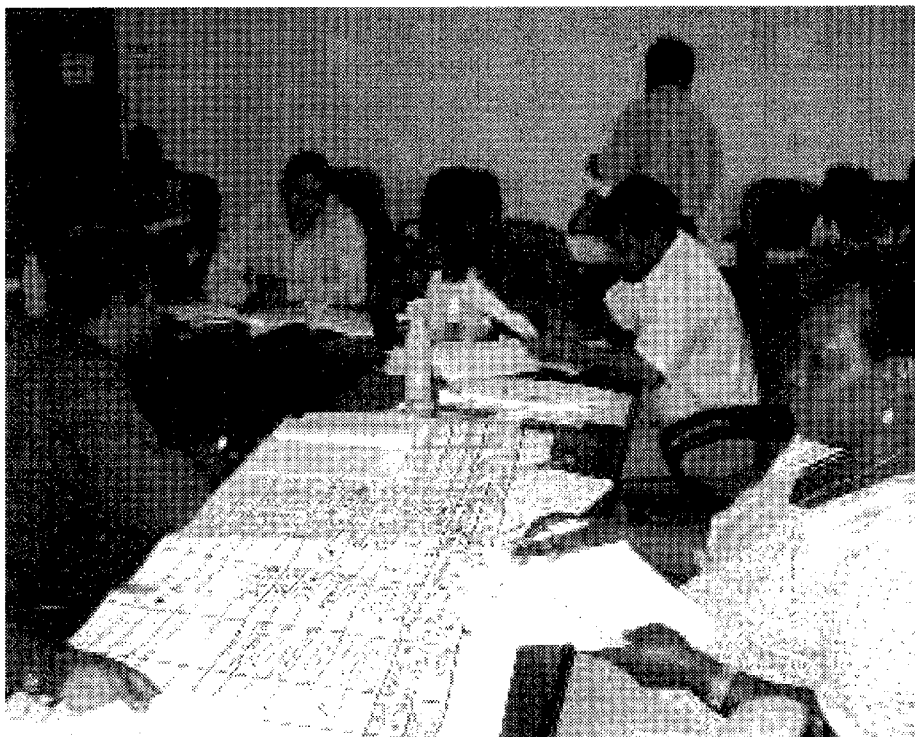


地図：モロゴロ州 の部分

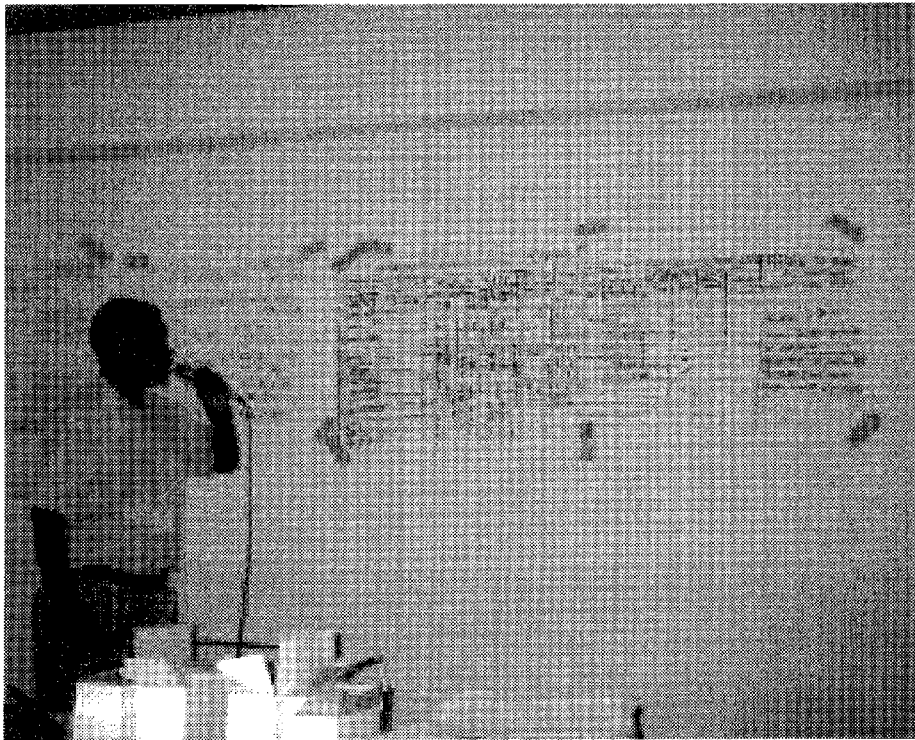




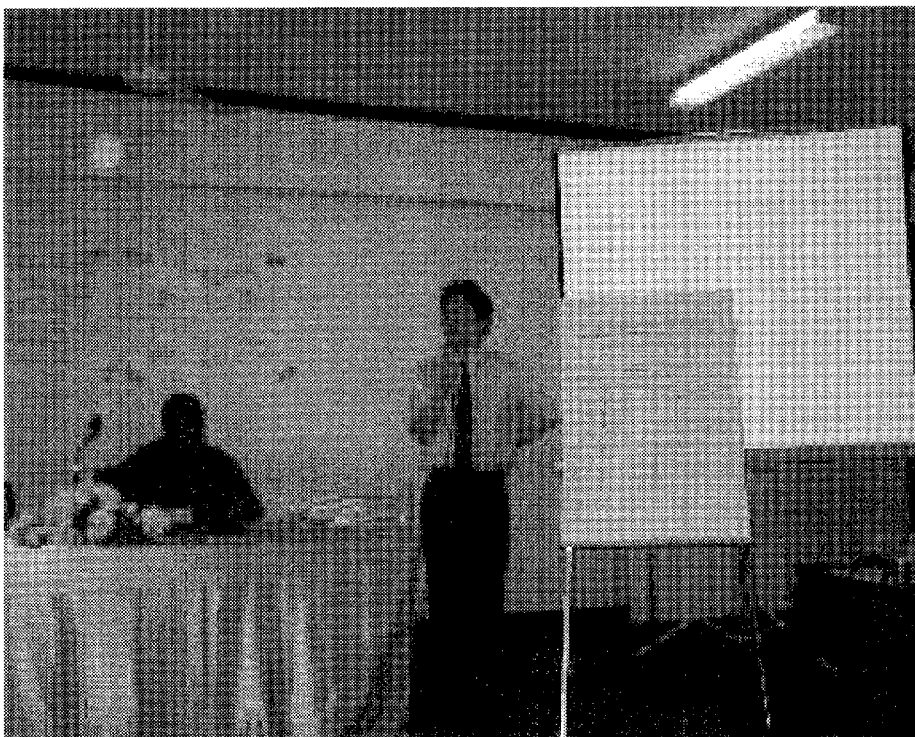
ワークショップに参加したカウンターパート及びプロジェクト関係者



ワークショップにおける RHMT/CHMTs ごとのグループワーク



ワークショップにてRHMT/CHMTsごとに検討した効果/効率性の発表



調査団長からのコメント発表

要 約

今次調査では、RHMT/CHMTsによる参加型のワークショップ、RMO及びDMO、並びにプロジェクト専門家等に対する個別聞き取り調査により評価作業を実施した。ワークショップではより客観的に検証可能な指標を含んだ新しいPDMが作成され、聞き取り調査では特にDMOが本プロジェクトの趣旨をよく理解していたことが確認できた。今回の調査では、PDMについてはVersion 4として正式に承認されたものの、それ以外の中間評価に必要な調査項目については、日程の都合上、十分な議論を踏まえた形での調査団としての結論を出すには至らなかった。また、聞き取り調査を通じて得られた調査結果は、ワークショップでの議論を通じた印象と併せ、結果をPreliminary Recommendationとして取りまとめ、第二回合同調整委員会において公表した。

調査結果は早い段階でプロジェクト側にフィードバックし、カウンターパートとプロジェクトがこの結果を基に共同でモニタリング・評価を継続することが必要であり、これが本プロジェクトの目的である保健行政運営管理能力の向上につながるものとする。

活動ごとの進捗状況に差があるものの、全体の印象としてプロジェクトの基礎は固められた。プロジェクト終了までの期間中に、その基礎の上に目に見える成果を確実にあげていくことが求められる。そのためにはプロジェクト専門家間のより強固なチームワークも必要となるものと思われる。

第1章 中間評価の概要

1-1 運営指導調査団（中間評価）派遣の目的

タンザニア連合共和国（以下、「タンザニア」と記す）にて2001年4月から5年間の予定で実施されるモロゴロ州保健行政強化プロジェクトにおいて、中間時点での活動進捗・成果・目標達成状況を評価し、問題点・課題とその対応策を検討して今後の効果的なプロジェクト運営を図る。

1-2 団員の構成

担当	氏名	所属
総括	大久保 一郎	筑波大学社会医学系 教授
保健行政	兵井 伸行	国立保健医療科学院 人材育成部 国際保健人材室長
保健協力	笛吹 弦	JICA 医療協力部 医療協力第二課 課長代理
評価計画	菊地 太郎	JICA 医療協力部 医療協力第二課 職員
評価分析	福士 恵里香	コンサルタント（有限会社モエ・コンサルティング）

1-3 評価調査日程

月 日	曜日	移動及び業務
10月29日	水	（福士団員）ダルエスサラーム着
10月30日	木	JICA 事務所、保健省政策計画局、モロゴロへ移動
10月31日	金	プロジェクト打合せ、プロジェクト専門家聞き取り調査 モロゴロ市中間評価準備（DMO/CHMT）
11月1日	土	モロゴロ州中間評価準備（RMO/RHMT）
11月2日	日	プロジェクト専門家聞き取り調査 モロゴロ・ルーラル県中間評価準備（DMO/CHMT）
11月3日	月	プロジェクト専門家聞き取り調査 キロサ県中間評価準備（DMO/CHMT）
11月4日	火	プロジェクト専門家聞き取り調査 キロンベロ県中間評価準備（DMO/CHMT）
11月5日	水	（福士団員）プロジェクト専門家聞き取り調査 ウランガ県中間評価準備（DMO/CHMT）
		（大久保団長、兵井団員、笛吹団員、菊地団員） ダルエスサラーム着
11月6日	木	JICA 事務所、保健省 （午後）（大久保団長、笛吹団員）JICA 事務所打合せ
		（午後）（兵井団員、菊地団員）モロゴロへ移動、プロジェクト打合せ
		（福士団員）PCM ワークショップ準備

11月7日	金	(大久保団長、笛吹団員) モロゴロへ移動 PCM ワークショップ
11月8日	土	PCM ワークショップ
11月9日	日	PCM ワークショップ
11月10日	月	RMO/DMO 打合せ、プロジェクト打合せ、合同調整委員会準備
11月11日	火	第二回合同調整委員会、ミニッツ協議、署名

1 - 4 主要面談者

タンザニア側関係者

(1) タンザニア保健省

Ms.Mariam MWAFISSI	次官
Dr.Gabriel L.UPUNDA	医務官
Dr.Ali A.MZIGE	予防局長
Dr.Zachery A.BEREGE	病院局長

(2) モロゴロ州保健関係者

Mr.Paul A.M.CHIKIRA	州行政長官
Dr.M.M.Z.MASSI	州医務官
Dr.G.J.B.MTEY	モロゴロ市医務官
Dr.H.M.MACHIBYA	モロゴロ・ルーラル県医務官
Dr.N.P.CHIDUO	キロサ県医務官
Dr.W.P.G.MUNISI	キロンベロ県医務官
Dr.P.J.MBENA	ウランガ県医務官

日本側関係者

(1) 在タンザニア日本大使館

平山 達夫	一等書記官
-------	-------

(2) JICA タンザニア事務所

青木 澄夫	所長
木野本 浩之	次長
守屋 貴裕	所員

(3) JICA 専門家

田島 美智子	保健省アドバイザー
細井 岳	小児医療

(4) モロゴロ州保健行政強化プロジェクト

田口 明男	チーフアドバイザー
田中 あゆ子	保健情報管理
北山 由紀子	保健行政管理
杉下 智彦	保健行政計画
千歳 万理	業務調整
小宮 正巳	無線通信(短期)

1 - 5 評価項目・評価方法

(1) 事前の関連資料調査

既存の四半期ごとのプロジェクト事業進捗報告、専門家業務完了報告書に加え、プロジェクト投入実績、活動実績、実施体制及び他ドナーとの連携などに関し、事前にプロジェクトにて整理された資料を入手、分析を行い、調査作業の対処方針を策定する一助とした。

調査団到着後、現地では下記の方法で評価調査活動を実施した。

(2) ワークショップに基づくプロジェクト評価

PCM 手法を用いた評価ワークショップを通じ、活動進捗・目標達成状況について評価作業を行い、既存のPDM (Version 3) を修正し、PDM Version 4 を作成した。

(3) プロジェクト関係者への聞き取り調査に基づく評価

RMO 及び DMO、RHMT/CHMT メンバー、プロジェクト専門家(計 41 名)への個別聞き取り調査を通じ、評価 5 項目の視点、及び実施プロセスなど 5 項目以外の視点からプロジェクト活動を評価した。

(4) 第二回合同調整委員会への出席

滞在中に開催される同会議に、上記(2)及び(3)を通じて得られた調査結果及び、プロジェクト後半に向けての提言を発表した。

1 - 6 調査結果

(1) ワークショップに基づくプロジェクト評価

11月7日(金)から9日(日)までの3日間にかけて、全州からのプロジェクト実施者及び日本側関係者も含め、60名以上の関係者の参加を得て TANESCO Training Center で PCM ワークショップを開催した。ワークショップは評価分析団員がモデレーターとして参加者の意見を引き出す形で進められ、全体としてはタンザニア側が主体的に議論をリードし、職位を問わず様々な参加者から活発な意見が出された。ワークショップでは、現行の PDM Version 3 にある上位目標、プロジェクト目標、成果、並びにそれらを測る指標の内容及び入手手段について議論され、PDM Version 4 のドラフトが作成された。同ドラフトを作成するにあたっては、まず上位目標がより明確な表現に改められた。その後、中間評価に際して現行 PDM 指標に基づくベースライン・データが入手できなかったことから、データが入手可能かつ客観的に検証可能な指標とした。また、評価5項目のなかでも特に有効性と効率性に重点を置き、タンザニア側参加者のグループワークを通じ、プロジェクト活動の評価、参加者の行政管理能力の向上及び本プロジェクトのタンザニア側のオーナーシップの強化を図った。

(2) プロジェクト関係者への聞き取り調査に基づく評価

タンザニア側からは全般として、本プロジェクトが他プロジェクトに比べ、タンザニア側の意見を聞いて進める特徴は非常に好意的に評価された。具体的にはパソコンなど情報機器の供与及びその研修、並びにマネージメント・手法調査研修の評価が高いことが確認された。また、日本側及びタンザニア側ともに、今後はコミュニケーション、チームワーク、情報のフィードバックを強化する必要性が確認された。

(3) 第二回合同調整委員会への出席及びミニッツ署名

同委員会では、評価作業(ワークショップ、聞き取り調査)を通じて得られた調査団としての見解を取りまとめ、報告した。まず評価分析団員から指標の設定、有効性及び効率性に係るグループワークも含めたワークショップの結果概要の報告があり、その後プロジェクト専門家より PDM Version 4 のドラフト(後に同会議で正式に承認された)の概要について説明が続き、最後に団長より調査団としての(preliminary)提言が発表され(短期間の調査に基づく一方的な調査団の意見であることから、“preliminary”(暫定的)なものとした)、下記の内容がミニッツに記載された。

コミュニケーション

- ・これまでの投入により、関係者間のコミュニケーションは改善されたが、投入されたコンピューター、ファクシミリはコミュニケーション向上の道具として認識すべきである。

- ・ CHMT メンバーとプロジェクト専門家チーム、そして JICA から派遣される他の専門家との間における情報のフィードバックを更に強化する必要がある。
- ・ 効果的なプロジェクト活動のために、関連する他ドナーとのコミュニケーションを向上させる必要がある。

チームワーク

- ・ 各 CHMT と RHMT との間の連携作業は改善されたが、時に保健省、あるいは他関連組織から要請された任務により、連携が困難となる場合がある。

研修

- ・ ムズンベ大学で実施された「管理能力開発及びオペレーショナル・リサーチ (Management Development & Operational Research)」は参加者から大変高く評価された。プロジェクトで投入されたコンピューターの持続的かつ効果的な活用は特に注目される。
- ・ 多様化する行政能力向上ニーズに対応し、タンザニア国内の研修を導入する必要がある。

教訓

- ・ 自ら研修、ワークショップを企画、実施すること自体が管理能力向上のプロセスである。
- ・ プロジェクトの成果管理を行うツールとして、プロジェクト終了に向け、各 CHMT と RHMT はより定期的に PDM を活用することが求められる。

中間評価後の計画

- ・ タンザニアの一般住民及び関連機関に対し、プロジェクトの広報を促進する必要がある。

特記事項

- ・ 中間評価報告書を可能な限り早期に完成し、関連機関及び関係者へ結果をフィードバックすることが求められる。

第2章 プロジェクトの実績と現状

2 - 1 プロジェクトの概要

第二回合同調整委員会にて承認された PDM Version 4 に基づくプロジェクト概要は以下のとおりである(注:上位目標の表現が改められた)。

(1)上位目標

モロゴロ州における保健医療サービスの質が向上する。

(従来の表現:「モロゴロ州住民が適切な保健及び医療サービスへのアクセスを得る。」)

(2)プロジェクト目標

HSR(保健セクター改革)とLGR(地方行政改革)に一致して、モロゴロ州RHMT(州保健行政マネジメントチーム)、CHMTs(県保健行政マネジメントチーム)の運営管理能力が向上する。

(3)成果

- 1)保健情報(保健医療データ)管理システムが向上する。
- 2)RHMT/CHMTs間及び他州との保健サービスに関する経験及び情報が適切に共有される。
- 3)RHMT/CHMTsによる計画・実施・モニタリング・評価が向上する。

(4)活動内容

- 1)・1 .コンピューター機器を整備する。
- 1)・2 RHMT 及び CHMTs に対してコンピューターの基礎技能に関する訓練を行う。
- 1)・3 RHMT 及び CHMTs に対して保健医療データ管理(収集、保管、処理、利用)に関する訓練を行う。
- 1)・4 .RHMT 及び CHMTs に対して保健医療従事者へのOJT技能訓練を行う。
- 1)・5 .保健医療データのフィードバック・システムを構築する。
- 1)・6 .州内の通信システムを構築する。
- 1)・7 .通信機器を整備する。
- 1)・8 .他の通信機器と接続(リンク)する。
- 1)・9 RHMT 及び CHMTs に対して通信技術の訓練を行う。
- 2)・1 .情報共有のためのメカニズムを構築する。
- 2)・2 RHMT/CHMTs に対し情報伝達技能の訓練を行う。

- 2)・3 .保健行政サービスに関するニュースレターを発行する。
- 2)・4 .RHMT/CHMTs 間の相互視察、相互研修を実施する。
- 2)・5 .RHMT/CHMTs の定例会議を開催する。
- 2)・6 .情報リソースセンターの資材、機材を整備する。
- 2)・7 .RHMT/CHMTs に対し、情報リソースセンターの運営管理技能に関する訓練を実施する。
- 2)・8 .情報リソースセンターの利用を促進する。
- 2)・9 .業務予定管理のメカニズムを構築する。
- 2)・10 .業務引き継ぎのメカニズムを構築する。
- 2)・11 .州内共通の年間保健事業予定表を開発、共有する。
- 3)・1 .RHMT/CHMTs に対して計画、モニタリング、評価手法のトレーニングを行う。
- 3)・2 .RHMT/CHMTs に対してオペレーショナル・リサーチ手法のトレーニングを行う。
- 3)・3 .年間計画にあたってモニタリング・評価のツールを改善する。
- 3)・4 .RHMT 及び CHMTs が共同で年間計画のモニタリング・評価を行う。
- 3)・5 .RHMT が CHMTs の年間計画セッションに参加する。
- 3)・6 .診療施設での出口質問票調査を行う。

(5)外部条件

- 1)すべての改革が調和の取れた形で実施される(HSR、LGR)。
- 2)HSR の他の分野が予定どおり実施される。
- 3)すべてのレベルにおいて人的資源状況が悪化しない。
- 4)パーティカルプログラム間の連携が悪化しない。
- 5)他のドナーが継続して保健セクターを支援する。
- 6)適切な HMIS ツールが入手可能である。
- 7)現在の保健政策が変更しない。
- 8)すべてのレベルにおける政治的支援が得られる。
- 9)他の援助機関が継続して RHMT/CHMTs を支援する。
- 10)訓練された RHMT/CHMTs が勤務を続ける。
- 11)政治的状況が安定し続ける。

2-2 投入実績（プロジェクト開始から中間評価時点まで）

(1) 専門家派遣

〈長期専門家7名〉

氏名	専門分野	派遣期間
佐藤 善子	チーフアドバイザー	2001.4.1～2001.8.31
山形 哲夫	保健行政管理	2001.4.1～2001.9.10
田中 あゆ子	保健情報管理	2001.4.10～2004.4.9
千歳 万里	業務調整	2001.4.10～2004.4.9
田口 明男	チーフアドバイザー	2002.1.24～2004.1.23
北山 由起子	保健行政管理	2002.4.9～2004.4.8
杉下 智彦	保健行政計画	2002.11.1～2004.10.31

〈短期専門家9名〉

氏名	専門分野	派遣期間
大久保 一郎	保健行政（保健セクターリフォーム）	2001.7.9～2001.7.29
中村 安秀	保健行政（計画・モニタリング・評価）	2001.8.20～2001.8.28
北山 由起子	公衆衛生	2001.8.22～2002.2.21
平山 恵	住民参加	2001.11.2～2002.11.21
大久保 一郎	保健行政管理（保健情報共有指導）	2002.8.4～2002.8.16
伊藤 希世	保健情報管理（診療データ）	2003.1.6～2003.4.7
兵井 伸行	保健情報管理（システム）	2003.2.15～2003.3.2
田邊 穰	保健行政計画（保健計画策定）	2003.3.16～2003.4.12
小宮 正巳	無線通信	2003.10.30～2003.12.26

(2) 研修員受入れ (研修員は RHMT/CHMTs が対象)

氏名	受入期間	研修分野名	受入機関	当時の役職
Mr. Paul A. M. CHIKIRA	2001.10.24～ 2001.12.11	上級国家管理	人事院	Regional Administrative Secretary (モロゴロ州行 政長官)
Ms. Anna N. G. MANYAMA	2002.1.14～ 2002.2.25	地域母子保健 教育	あいち小児保健 医療総合センター	Regional Nursing Officer (モロゴロ州看護官)
Ms. Magreth L. WAPALILA	2002.1.14～ 2002.2.25	地域母子保健 教育	あいち小児保健 医療総合センター	Regional Reproductive and Child Health Coordinator (モロゴロ州リプロダク ティブ/小児保健調整官)
Dr. Pascal J. MBENA	2002.5.7～ 2002.7.14	公衆衛生行政 管理	国立保健医療科 学院	Ulanga District Medical Officer (ウランガ県医務官)
Mr. Nicholas J. MASAOE	2002.5.7～ 2002.7.14	公衆衛生行政 管理	国立保健医療科 学院	Regional Health Officer (モロゴロ州保健官)
Ms. Mary C. NZOWA	2002.10.15～ 2002.11.27	地域母子保健	あいち小児保健 医療総合センター	Municipal Nursing Officer (モロゴロ市看護官)
Ms. Grace K. LUBOMBA	2002.10.15～ 2002.11.27	地域母子保健	あいち小児保健 医療総合センター	Kilombero District Reproductive and Child Health Coordinator (キロ ンベロ県リプロダクティ ブ/小児保健調整官)
Dr. Fupi Ferdinad MSOFE	2002.10.22～ 2002.11.30	地域保健行政	国立保健医療科 学院	MHP Counterpart Adviser (プロジェクト・アドバイザー)
Dr. Harun M. S. MACHIBYA	2003.5.6～ 2003.7.13	公衆衛生行政 管理	国立保健医療科 学院	Morogoro District Medical Officer (モロゴロ県医務官)
Dr. Godfrey J. B. MTEY	2003.5.6～ 2003.7.13	公衆衛生行政 管理	国立保健医療科 学院	Municipal Medical Officer of Health (モロゴロ市保健官)
Ms. Maro C. BAYO	2003.9.20～ 2003.11.12	地域母子保健	あいち小児保健 医療総合センター	Morogoro District Reproductive and Child Health Coordinator (モロ ゴロ県リプロダクティブ/ 小児保健調整官)
Mr. Edwin P. BISAKALA	2003.9.20～ 2003.11.12	地域母子保健	あいち小児保健 医療総合センター	Ulanga District Nursing Officer (ウランガ県看護官)
Dr. Willbert J. CHUWA	2003.10.28～ 2003.11.29	地域保健行政	国立保健医療科 学院	Kilosa District Dental Officer (キロサ県歯科官)

(3) 機材供与

2001 年度

車両(ステーションワゴン)	3台	
デスクトップコンピューター	3台	
自家発電機	1台	など

2002 年度

デスクトップコンピューター	3台	
ラップトップコンピューター	6台	
レーザープリンター	3台	
ポータブルプリンター	6台	
液晶プロジェクター	1台	
ファックス機	5台	など

2003 年度

ポータブルコピー機	1台	
小型ジェネレーター	1台	

計1,969万2,000円

(4) 携行機材

ラップトップコンピューター	5台	
CD-RW ドライブ	5台	
DVD ドライブ	3台	
ビデオカメラ	2台	
デジタルカメラ	3台	
オーバーヘッドプロジェクター	1台	
カセットレコーダー	1台	
ボイスレコーダー	1台	など

計799万2,000円

(5) 現地業務費

2001 年度：1,119万3,000円

2002 年度：881万5,000円

2003 年度：1,306万4,000円

計3,307万2,000円

2 - 3 活動実績(プロジェクト開始から中間評価時点まで)

(1) 成果1: 保健情報(保健医療データ)管理システムが向上する。

活動内容	進捗状況と実績
1-1. コンピューター機器の整備	RHMT、CHMTsのコンピューター機器の現状把握、整備計画の策定及び実施を完了。現在は、設置(投入)機材の保守・管理、利用状況のモニタリング及びフォローアップを行っている。
1-2. コンピューターの基礎技能訓練	RHMT、CHMTsのコンピューター技能の現状把握、研修会の計画策定及び実施を完了。研修後、実務におけるコンピューターの活用が増え、それらを通じてフォローアップを行っている。
1-3. 保健医療データ管理(収集・保管・処理・利用)に係る訓練	視察、ワークショップ、レビュー・ミーティング等を通して、保健医療データ管理の現状把握、データ収集・保管向上のための活動を計画。また、収集状況管理フォーム等を作成、利用した活動を開始した。データ処理・利用についても、コンピューターへの入力フォーム(MS Excel)を作成し、2つのCHMTsで入力を開始した。
1-4. RHMT/CHMTsの保健医療従事者へのOJT技能訓練	保健医療従事者による保健医療データ収集の状況を視察し、保健医療施設におけるデータ収集の現状把握を行った。
1-5. 保健医療データのフィードバック・システムの構築	保健医療データのフィードバックの現状把握、“Morogoro Health Newsletter(活動内容 2-3)”を活用したフィードバック・システムの設計及びその運用を開始した。現在、“Morogoro Health Newsletter”以外のシステムの必要性について現状把握を行っている。
1-6. 州内の通信システムの構築	RHMT/CHMTsに対し、利用可能な通信機器の配置状況の調査を行った(2002年6月)。現在、RHMT/CHMTsの業務上の通信・連絡について現状把握を行っている。
1-7. 通信機器の整備	RHMT、CHMTsに対し、利用可能な通信機器の配置状況の調査を行い(2002年6月)ファックス機の整備計画策定及び実施を完了。現在は、設置(投入)機材の保守・管理、利用状況のモニタリング及びフォローアップを行っている。
1-8. 他の通信機器(無線機)とのリンク	リンクに関する現状把握として、RHMT/CHMTsに利用可能な無線機の調査を行った(2002年6月)。
1-9. 通信技術の訓練	「1-2. コンピューターの基礎技能訓練」の一環で、E-mailアドレスの取得、利用に関する研修を行った。研修後、一部ではあるが、CHMTsとプロジェクト間の通信・連絡にE-mailが用いられるようになった。現在、RHMT/CHMTsの業務上の通信・連絡について現状把握を行っている。

(2) 成果2：RHMT/CHMTs間及び他州との保健サービスに関する経験及び情報が適切に共有される。

活動内容	進捗状況と実績
2-1. 情報共有のためのメカニズムの構築	成果2全体のオリエンテーション等を目的にセミナーを実施し、本活動を成果2全体の大柱として位置づけた。ニュースレター、相互視察・相互研修、定例合同会議、情報リソースセンター、業務予定管理、業務引き継ぎ、年間保健事業予定表を情報共有のメカニズムとして活動を開始した。
2-2. 情報伝達技能の訓練	現在、RHMT/CHMTsの業務上の情報伝達に関する現状把握を行っている。
2-3. 保健行政サービスに関するニュースレターの発行	ニュースレター発行の全体計画策定及び編集委員会の設置、編集会議開催及び発行に係る作業、“Morogoro Health Newsletter”創刊号の発行及び配布を完了した。現在、ニュースレターの効果の評価を行うとともに、第2刊発行に向けて原稿の収集・執筆作業を行っている。また各CHMTsは定期的かつ継続的発行に向けて、来年度予算の確保に取り組んでいる。
2-4. RHMT/CHMTs間の相互視察・相互研修の実施	現在、相互視察・相互研修に関するニーズ把握を行っている。
2-5. RHMT/CHMTs定例合同会議の開催	2003年度RHMT/CHMTs合同会議を開催した。また参加者への評価アンケートの実施等の運営に関する評価を行った。
2-6. 情報リソースセンターの資材・機材の整備	情報リソースセンターの施設及び資材・機材に関する現状把握を行っている。特に、現在は、所有している書籍リストの作成を行っている。各チームの情報リソースセンターの現状は、「資料を読むことができる」の基準でみた場合、機能しているのはRHMTの情報リソースセンター(州病院内図書室)のみで、2つのCHMTsは場所が確保され現在整備中。3つのCHMTsは場所の確保に難航している。
2-7. 情報リソースセンターの運営管理技能訓練	(2004年度からの活動)
2-8. 情報リソースセンターの利用促進	(2004年度からの活動)
2-9. 業務予定管理のメカニズム構築	月間及び週間業務予定表案を作成し、その活用を開始した。2つのCHMTsは原案に修正を加えたフォームを作成し、その活用を開始した。また、RHMT及び2つのCHMTsでは、チーム内での業務予定管理にホワイトボードを利用した月間予定表の活用を開始した。

活動内容	進捗状況と実績
2-10. 業務引き継ぎのメカニズム構	(2004年度からの活動)
2-11. 州内共通の年間保健事業予定表の開発、共有	年間保健事業予定表の現状把握及び共有のための計画策定、州内共通の年間保健事業予定表の作成及び配布を完了した。配布後は、保健省等関係機関や県議会への活動の説明をはじめ、各々の業務に活用されている。また、保健省や全国 DMO 会議でも紹介され、他州の RMO 等からの問い合わせを受けるなど反響を呼んでいる。

(3) 成果3 : RHMT/CHMTs による計画・実施・モニタリング・評価が向上する。

活動内容	進捗状況と実績
3-1. RHMT/CHMTs に対して計画、モニタリング、評価手法のトレーニングを行う。	2003年9月15日～9月26日にムズンベ大学にて RHMT/ CHMTs 25人に対してトレーニング・セミナーを開催した。またマネージメント・リサーチ・ツール・パッケージを各チームに配備した。
3-2. RHMT/CHMTs に対してオペレーショナル・リサーチ手法をトレーニングする。	2003年9月15日～9月26日にムズンベ大学にて RHMT/ CHMTs 25人に対してトレーニング・セミナーを開催した。またマネージメント・リサーチ・ツール・パッケージを各チームに配備した。
3-3. 年間計画にあたってモニタリング・評価のツールを改善する。	各県への視察、意見交換、上記セミナー中での議論のなかで既存のツールを評価し、新しいツールのアイディアは出されたが、共通のツールを開発するには至っていない。
3-4. RHMT/CHMTs が共同で年間計画のモニタリング・評価を行う。	各県でのレビュー・セッションでは州・県の共同協議がなされているが、具体的な連携強化の策は出ていない。上記セミナーでも案は出されたが、具体的な実行には至っていない。
3-5. RHMT が CHMT の年間計画セッションに参加する。	各県のレビュー・セッションに RHMT メンバーが出席し計画に参画しているが、その評価は第3四半期の活動となる。将来的な改善案もその後のワークショップなどを経て計画する予定である。
3-6. 診療施設での出口質問票調査を行う。	保健省の調査許可を得た後に、2003年7月～8月にかけて質的調査実施チームによって、モロゴロ州全域の41の保健施設にて合計636の聞き取り調査を行った。

2 - 4 保健行政強化に係る技術移転状況

(1) 全 般

モロゴロ州保健行政強化プロジェクトの過去の活動実績を基に、現地プロジェクト専門家チームが判断した各活動の達成率は、成果1「保健情報(保健医療データ)管理システムが向上する」に関連する9項目の活動の平均が5点満点で2.7、成果2「RHMT/CHMTs間及び他州との保健サービスに関する経験及び情報が適切に共有される」に関連する11項目の平均が5点満点で2.3、成果3「RHMT/CHMTsによる計画・実施・モニタリング・評価が向上する」に関連する6項目の活動の平均が5点満点で2.7であった。しかし、成果2のうちの3項目の活動は今後の開始予定なので、これら3項目の活動を除くと平均が5点満点で3.1となる。

各成果を導くための諸活動について時系列の上位に位置する活動は、おおむね5点満点で4と評価されており、今後、時系列の下位に位置する活動が徐々に成果をあげるに従って、達成率は向上するものと考えられる。このように中間評価時点では、まだ活動自体がPDMで計画されたとおりすべて実施されていないため、達成率はやや低い傾向にあるが、過去の活動が定着し、今後活動が更に進展することにより、達成率は向上するものと考えられる。

このことは、今回の中間評価のPCMワークショップにおける参加者の積極性、論理性、プレゼンテーション技術などの向上や応用などの質的な面にも反映されていると考えられる。

(2) コンピテンシー

近年、公衆衛生従事者の育成において、教育機関である大学の教育や研究機関の研究と実践現場である行政での課題が乖離していることが指摘されている。公衆衛生従事者に期待される現場での職務能力と現在の業務の遂行状況の差を埋めるひとつの試みとして、コンピテンシーに基づく教育研修が注目されている。

コンピテンシーとは、「公衆衛生における特定の職務や状況下において期待される成果に結びつけることのできる個人の行動様式や思考特性」であるといえる。

このコンピテンシーの重要な要素が、本プロジェクトがめざしているマネジメント能力にあるといえる。そこで中間評価ワークショップに参加したRHMT、CHMTsのメンバーを対象に、公衆衛生分野における個人の業務遂行能力、資質、能力を表すコンピテンシーに関する調査を実施した。

調査は、米国のCouncil on Linkages between Academia and Public Health Practiceが開発した公衆衛生従事者に必要とされる共通コンピテンシーを基に、プロジェクト開始時点(2001年4月)と中間評価時点(2003年11月)における、各自のコンピテンシー能力(熟達度の5段階尺度)の違いを、自記式質問票を用いて、次の8つの技能領域において調べた。

公衆衛生活動の実践に要求されるこれら領域横断的な共通コンピテンシーの8つの技能領

域は、分析評価、政策策定とプログラム策定、コミュニケーション、文化的コンピテンシー、コミュニティにおける公衆衛生活動実践、公衆衛生学の基本、財政計画とマネジメント、リーダーシップと体系的思考能力、である（別添資料参照）

回答率は対象者 41 名中、24 名回答の 58.5%であり、調査を中間評価ワークショップ最終日の最後の時間に実施せざるを得なかった理由でやや低かった。有効回答数は、23 名、56.1%であり、回答はすべて CHMTs メンバーからで、RHMT メンバーは含まれていなかった。

表 2 - 1 コンピテンシーに関する調査結果

共通コンピテンシー	項目	プロジェクト開始 時点 (2001年4月)	中間評価時点 (2003年11月)	差
1. 分析評価	11	2.59	3.52	0.92
2. 政策策定とプログラム策定	11	2.50	3.44	0.94
3. コミュニケーション	7	2.54	3.59	1.04
4. 文化的コンピテンシー	5	2.48	3.38	0.90
5. コミュニティにおける公衆 衛生活動実践	8	2.59	3.53	0.91
6. 公衆衛生学の基本	8	2.45	3.36	0.91
7. 財政計画とマネジメント	10	2.28	3.35	1.07
8. リーダーシップと体系的思考 能力	8	2.35	3.32	0.97

それぞれの共通コンピテンシーについて、プロジェクト開始時点(2001年4月)では5段階尺度の2.5前後の値であるが、中間評価時点(2003年11月)では3.5前後の値へと、およそ尺度1の向上が認められた。また、個人レベルでは、特定のコンピテンシー領域での偏りも認められたが、全体をみると特定のコンピテンシー領域での偏りは認められず、すべての領域でほぼ同様の値が示された。

以上の結果より、プロジェクト開始後2年半の期間に、RHMT、CHMTsのメンバーの共通コンピテンシーが全体として5段階尺度で1程度向上したことが明らかとなり、本プロジェクトが、これら能力の向上に役立っていることが示された。今後プロジェクトの後半の活動により、これら共通コンピテンシーの能力が更に向上することが期待される。

(3) 技術移転にかかわるプロジェクト運営

今回は、関連する活動を行っている国際機関や二国間機関、NGOなどを対象に本プロジェクトに対する考え方、協調のあり方などについて調査することができなかった。この点に関

して、特に TEHIP (Tanzania Essential Health Intervention Project : カナダ NGO) との関係など、今後現地でプロジェクトの後半の活動のなかでどのように位置づけるのかをも踏まえた検討が必要であると考えられる。

また、本プロジェクトの PDM の指標が、今回の中間評価ワークショップで絞り込まれ具体化されたため、RHMT、CHMTs が、これから PDM Version 4 を十分活用して行くことができると思われる。更に RHMT、CHMTs が PDM Version 4 に基づいた具体的な活動計画 (PO) を策定することが必要となる。

本プロジェクトのアプローチは、self-reliance、self-determination、partnership を基本としており、非常に良いアプローチであると考えられるが、成果を導き出すのに非常に時間がかかる。それゆえ、具体的な PO とモニタリングが必要となる。

また、そのためには、RHMT、CHMTs との協力連携体制の強化が求められ、今後、実質的なプロジェクトの運営のなかで、RHMT、CHMTs をこれまでのように等しく取り扱うのか、どちらかを優先するのか、HSR の枠組みに基づいたオーナーシップについての政策的対話が求められよう。

プロジェクトチーム内のモチベーション、フィードバック、コーディネーションについては、JICA 本部、タンザニア事務所、国内委員会を含め情報を共有し、適切な助言・指導がなされるよう、関係者の一層の努力が必要である。

別添資料

(コンピテンシーに関する調査結果)

Specific Competencies	April 2001	Nov.2003	Difference
• Defines a problems	2.77	3.86	1.09
• Determines appropriate uses and limitations of both quantitative and qualitative data	2.50	3.36	0.86
• Selects and defines variables relevant to defined public health problems	2.87	3.78	0.91
• Identifies relevant and appropriate data and information sources	3.00	3.83	0.83
• Evaluates the integrity and comparability of data and identifies gaps in data sources	2.48	3.43	0.96
• Applies ethical principles to the collection, maintenance, use, and dissemination of data and information	2.73	3.64	0.91
• Partners with communities to attach meaning to collected quantitative and qualitative data	2.57	3.43	0.86
• Makes relevant inferences from quantitative and qualitative data	2.48	3.30	0.83
• Obtains and interprets information regarding risks and benefits to the community	2.78	3.61	0.83
• Applies data collection processes, information technology applications, and computer systems storage/retrieval strategies	2.17	3.22	1.04
• Recognizes how the data illuminates ethical, political, scientific, economic, and overall public health issues	2.17	3.22	1.04
	2.59	3.52	0.92

Specific Competencies	April 2001	Nov.2003	Difference
• Collects, summarizes, and interprets information relevant to an issue	2.59	3.45	0.86
• States policy options and writes clear and concise policy statements	2.60	3.35	0.75
• Identifies, interprets, and implements public health laws, regulations, and policies related to specific programs	2.41	3.41	1.00
• Articulates the health, fiscal, administrative, legal, social, and political implications of each policy option	2.60	3.25	0.65
• States the feasibility and expected outcomes of each policy option	2.21	3.21	1.00
• Utilizes current techniques in decision analysis and health planning	2.57	3.71	1.14
• Decides on the appropriate course of action	2.65	3.50	0.85
• Develops a plan to implement policy, including goals, outcome and process objectives, and implementation steps	2.38	3.43	1.05
• Translates policy into organizational plans, structures, and programs	2.42	3.53	1.11
• Prepares and implements emergency response plans	2.57	3.52	0.95
• Develops mechanisms to monitor and evaluate programs for their effectiveness and quality	2.48	3.43	0.95
	2.50	3.44	0.94

Domain #3: Communication Skills

Specific Competencies	April 2001	Nov.2003	Difference
• Communicates effectively both in writing and orally, or in other ways	2.48	3.61	1.13
• Solicits input from individuals and organizations	2.52	3.33	0.81
• Advocates for public health programs and resources	2.71	3.62	0.90

• Leads and participates in groups to address specific issues	2.65	3.95	1.20
• Uses the media, advanced technologies, and community networks to communicate information	2.36	3.50	1.14
• Effectively presents accurate demographic, statistical, programmatic, and scientific information for professional and lay audiences	2.14	3.32	1.18
• Listens to others in an unbiased manner, respects points of view of others, and promotes the expression of diverse opinions and perspectives	2.91	3.82	0.91
	2.54	3.59	1.04

Domain #4: Cultural Competency Skills

Specific Competencies	April 2001	Nov.2003	Difference
• Utilizes appropriate methods for interacting sensitively, effectively, and professionally with persons from diverse cultural, socioeconomic, educational, racial, ethnic and professional backgrounds, and persons of all ages and lifestyle preferences	2.45	3.60	1.15
• Identifies the role of cultural, social, and behavioral factors in determining the delivery of public health services	2.41	3.41	1.00
• Develops and adapts approaches to problems that take into account cultural differences	2.67	3.52	0.86
• Understands the dynamic forces contributing to cultural diversity	2.55	3.32	0.77
• Understands the importance of a diverse public health workforce	2.32	3.05	0.73
	2.48	3.38	0.90

Specific Competencies	April 2001	Nov.2003	Difference
• Establishes and maintains linkages with key stakeholders	2.52	3.38	0.86
• Utilizes leadership, team building, negotiation, and conflict resolution skills to build community partnerships	2.64	3.64	1.00
• Collaborates with community partners to promote the health of the population	2.61	3.48	0.87
• Identifies how public and private organizations operate within a community	2.52	3.65	0.95
• Accomplishes effective community engagements	2.57	3.43	0.86
• Identifies community assets and available resources	2.45	3.50	1.05
• Develops, implements, and evaluates a community public health assessment	2.61	3.52	0.91
• Describes the role of government in the delivery of community health services	2.81	3.62	0.81
	2.59	3.53	0.91

Domain #6: Basic Public Health Sciences Skills

Specific Competencies	April 2001	Nov.2003	Difference
• Identifies the individual's and organization's responsibilities within the context of the Essential Public Health Services and core functions	2.32	3.41	1.09
• Defines, assesses, and understands the health status of populations, determinants of health and illness, factors contributing to health promotion and disease prevention, and factors influencing the use of health services	2.55	3.32	0.77
• Understands the historical development, structure, and interaction of public health and health care systems	2.71	3.62	0.90

• Identifies and applies basic research methods used in public health	2.36	3.23	0.86
• Applies the basic public health sciences including behavioral and social sciences, biostatistics, epidemiology, environmental public health, and prevention of chronic and infectious diseases and injuries	2.64	3.41	0.77
• Identifies and retrieves current relevant scientific evidence	2.45	3.32	0.86
• Identifies the limitations of research and the importance of observations and interrelationships	2.32	3.41	1.09
• Develops a lifelong commitment to rigorous critical thinking	2.25	3.15	0.90
	2.45	3.36	0.91

Domain #7: Financial Planning and Management Skills

Specific Competencies	April 2001	Nov.2003	Difference
• Develops and presents a budget	2.41	3.59	1.18
• Manages programs within budget constraints	2.23	3.45	1.23
• Applies budget processes	2.30	3.55	1.25
• Develops strategies for determining budget priorities	2.33	3.38	1.05
• Monitors program performance	2.19	3.29	1.10
• Prepares proposals for funding from external sources	2.09	3.05	0.95
• Applies basic human relations skills to the management of organizations, motivation of personnel, and resolution of conflicts	2.45	3.36	0.91
• Manages information systems for collection, retrieval, and use of data for decision-making	2.50	3.59	1.09
• Negotiates and develops contracts and other documents for the provision of population-based services	2.00	2.90	0.90
• Conducts cost-effectiveness, cost-benefit, and cost utility analyses	2.29	3.29	1.00
	2.28	3.35	1.07

Specific Competencies	April 2001	Nov.2003	Difference
• Creates a culture of ethical standards within organizations and communities	2.19	3.24	1.05
• Helps create key values and shared vision and uses these principles to guide action	2.20	3.10	0.90
• Identifies internal and external issues that may impact delivery of essential public health services (i.e. strategic planning)	2.57	3.38	0.81
• Facilitates collaboration with internal and external groups to ensure participation of key stakeholders	2.27	3.36	1.09
• Promotes team and organizational learning	2.45	3.41	0.95
• Contributes to development, implementation, and monitoring of organizational performance standards	2.55	3.35	0.80
• Uses the legal and political system to effect change	2.23	3.32	1.09
• Applies the theory of organizational structures to professional practice	2.32	3.36	1.05
	2.35	3.32	0.97

2 - 5 プロジェクト実施上の課題と現状

(1) プロジェクト実施体制(第4章4 - 2 参照)

田口専門家(チーフアドバイザー:2004年1月23日任期終了)、北山専門家(保健行政管理:2004年4月8日任期終了)、田中専門家(保健情報管理:2004年4月9日任期終了)及び千歳専門家(業務調整:2004年4月9日任期終了)の帰国が迫っていることから、中間評価時にプロジェクト及びタンザニア事務所も含め、2004年度のプロジェクト実施体制の検討が求められていた。

5名の専門家のうち4名が2か月半の間に帰国するという、プロジェクト活動の継続性が非常に懸念される状況であったが、調査団が滞在中にプロジェクトと幾度か討議を重ねた結果、プロジェクト活動の停滞は回避される目処も立ち、杉下専門家(現、保健行政計画)を次期リーダー(チーフアドバイザー)としたうえで新体制を構築することで関係者の意見を集約した。結果として田中、千歳、北山専門家は予定どおり2004年4月に帰国することとなったが、新体制が軌道に乗るまで田口チーフアドバイザーの任期を最大半年延長し、その間に新体制を確立することとした(注:その後、田口チーフアドバイザーは健康上の理由から2004年3月9日に帰国した)。

調査団帰国後、新体制について国内委員会とも協議した結果、2004年3月の時点で、以下の体制を予定している。

チーフアドバイザー：杉下智彦専門家(2004年3月12日就任)

業務調整：鈴木克也専門家(2004年3月15日～2006年3月31日)

保健情報管理：後藤信行専門家(2004年3月15日～2006年3月31日)

保健行政計画：福土恵理香専門家(2004年3月22日～2006年3月31日)

保健行政管理：津田真理専門家(2004年5月派遣予定)

(2) 事務所施設の建設(第4章4-2参照)

2003年1月の第一回合同調整委員会で提案された運営経費削減案としての事務所施設の建設(RHMT執務室を兼ねる)については、中間評価調査前の段階ではタンザニア側から計画の提出がない等の理由から具体的な進捗がない状況にあった。それに伴い、成果2にある情報リソースセンター整備に係る活動の達成率も思わしくないことから、中間評価調査がタンザニア側との最後の検討機会であるとの方針で対応することとした。

調査団到着の直前にプロジェクトが入手した建設業者の計画では、多目的施設1部屋、事務室(RHMT執務室と想定される)4部屋、チーフアドバイザー執務室1部屋、秘書室1部屋、その他倉庫及びキッチンで構成され、見積額は約4,900万タンザニア・シリング(約500万円)であった。

この計画はプロジェクト活動の実態に沿わないものとして、調査団は本件についてRMOと協議した結果、タンザニア側が建設工程に参加する等の主体的関与、及び担当者の配置も含むタンザニア側による維持管理措置の確保を条件に、プロジェクトとRHMT/CHMTsとの会議開催などを主な目的とする施設を建設することとした(今回の議論を踏まえ、タンザニア側は2003年12月末に基本計画を提出し、2004年3月現在、プロジェクト及びタンザニア事務所にて検討中である)。

(3) 州内の通信機器の整備

小宮短期専門家(無線通信)が調査した結果によると、モロゴロ州内での無線機材の設置状況は以下のとおりである。

モロゴロ市：12台(VHFのみ)、TEHIPが設置

モロゴロ/ムボメロ県：18台(HF8台、VHF10台)、自己財源で設置

キロサ県：10台(HFのみ)、JICA「母と子どものための健康対策特別機材供与」*で設置

キロンベロ県：7台(HFのみ)、JICA「母と子どものための健康対策特別機材供与」で設置予定

ウランガ県：6台（HFのみ）、JICA「母と子どものための健康対策特別機材供与」で設置予定

モロゴロ州の電気通信事情は、携帯電話会社3社がサービス提供を行っており、特に県庁所在地及び幹線道路を中心に通話可能なエリアが拡大しているため、地方のなかでは良好な状態といえる。他方、市街地及び幹線道路から5km程度離れた地域では有線電話が困難な状態になるなど、通信利用格差は非常に大きい。

RHMT/CHMTsのオフィスは有線電話が可能な地域にあるため、プロジェクトとの連絡に大きな支障はないものの、ヘルスセンターなど実際に保健医療活動を行っている機関の多くは有線通信の困難な地域にあり、CHMTsとの通信手段として無線が活用される必要性は高い。

ヘルスセンターなどは本プロジェクトの直接のカウンターパートではないものの、地域の末端保健施設が地方保健行政と一体となって継続的なマネージメントが可能となる仕組みづくりは、本プロジェクトの目標を達成する手段の一つと考えられる。かかる考えから、調査団、プロジェクト及びタンザニア事務所との協議の結果、今後キロンベロ県及びウランガ県に設置される予定の無線機材の導入については、可能な限り本プロジェクトによる運用、保守（故障対応、メンテナンス）、展開（設置計画のサポート）等の支援を実施することとし、まずは早急にUNICEFとの協議を通じて輸送、設置予算の確保に関する調整を行うこととした。

* 母と子どものための健康対策特別機材供与：

日本政府は二国間協力として「母と子どものための健康対策」に必要な医薬品、医療資材等を原則として5か年間継続的に供与し、一方UNICEFは日本政府が供与した上記品目を活用して、被援助国政府に対して同品目の配布、管理等の体制整備、中長期的に医薬品などが購入可能な予算措置の指導等を行うものであり、日本政府とUNICEFとの相互補完関係により被援助国の自立体制の整備をめざしている。

タンザニア政府に対して、日本政府は同制度により1999年度から2001年度の3か年計画（2001年度予算分は2002年度に調達繰越）にて無線機を供与（1999年度：無線機20台及び関連機器、2000年度：無線機16台及び関連機器、2001年度無線機基地局11台、無線機2台及び関連機器）したが、UNICEF側の指導及び関与が不十分であることから、キロンベロ県及びウランガ県への無線機配置が未完了になっている。

第3章 PCM手法によるプロジェクト管理と評価

3-1 PCM手法によるプロジェクト管理

JICAの技術協力プロジェクトの運営管理手法として、1994年にプロジェクト・サイクル・マネージメント手法(PCM手法)が本格導入されてから、およそ10年が経つ。導入以来、多くのプロジェクトにおいて、その計画、実施、モニタリング・評価という一連のサイクル(期間及びその段階に応じた活動)がPCM手法により管理されてきた。

しかしながら、本プロジェクトは保健行政マネジメントチームの能力向上を目的としており、事業の計画・実施・評価能力の向上は、本プロジェクトの重要な要素の一つである(図3-1)。

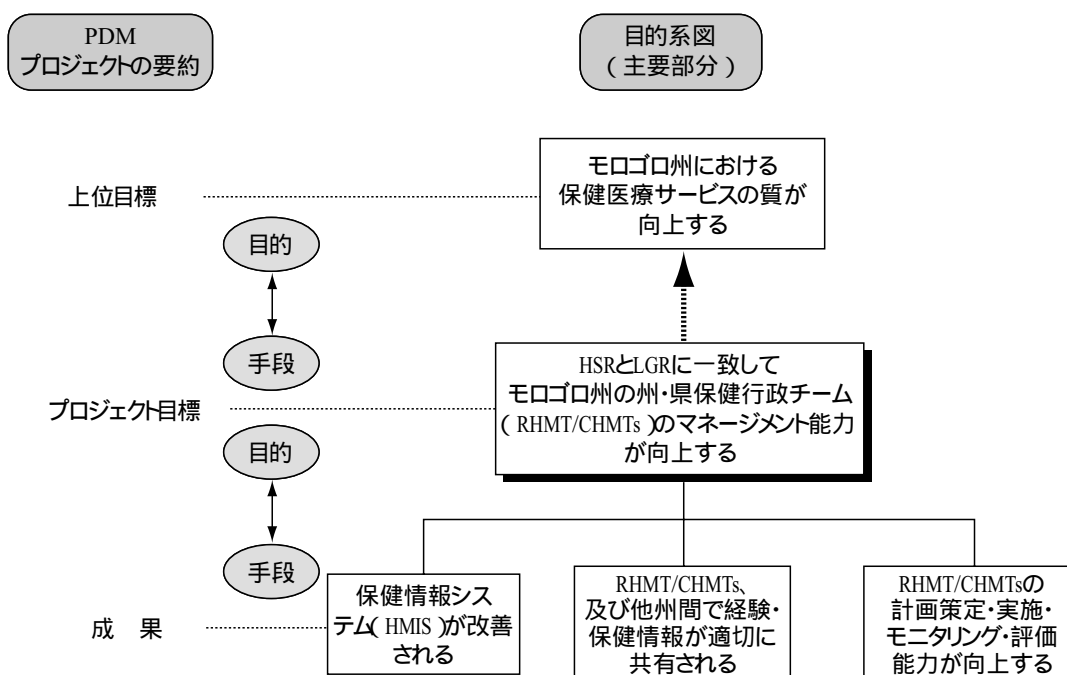


図3-1 当プロジェクトにおける諸目標間の論理的関係性

(1) PCM手法の三大特徴

上述のように、本プロジェクトにPCM手法を活用することから得られる便益は、他のプロジェクトにもまして大きく、改めてその特徴を関係者がしっかりと把握しておく必要があると考えられるので、以下に簡潔にまとめる。

1) 参加型アプローチ

ワークショップ形式の協議において、プロジェクトの実施者をはじめとする重要な関係者が意見を出し合い、プロジェクトの計画に主体的に参加する。

2) 論理性

プロジェクトの概要表である、PDM 作成に至る各分析過程において、問題を「原因 - 結果」の論理的関係性、また、問題の解決方法を「手段 - 目的」の論理的関係性に基づいて段階的に分析していく。

3) 一貫性

PDM を用いることにより、計画、実施、モニタリング・評価という、プロジェクト・サイクルの全過程を一貫して運営管理する。

(2) PCM 手法を適切に用いた場合に得られる利点

PCM 手法の特徴が関係者に正しく理解され、プロジェクトに適切に用いられた場合は、下記の利点を得られる。

ターゲット・グループのニーズを的確に把握できる。

目標達成の確実性を高めることができる。

主要関係者の主体的関与により、プロジェクトによる便益の持続性を確保できる。

プロジェクト期間内の最終的な目標は「プロジェクト目標」であるため、「成果」は「プロジェクト目標」を達成するための“手段”であり(図3 - 1)、「活動」は「成果」を得るための手段としてとらえられる。そのため、モニタリングや評価活動で、「プロジェクト目標」の達成に効果的でない成果や活動が確認された場合は、それらの代替案を探すなどの具体的な処置が必要となる。

図3 - 2 に示すように、PCM 手法を用いた評価では、PDM に設定された指標データをプロジェクト開始時と終了時で比較してプロジェクトの達成度を測るため、開始時のベースライン・データが必要となる。また、計画案である PDM には、達成目標を明確にするために目標値を設定する。その上で、妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性の評価5項目の視点からプロジェクトを評価するが、評価の基準はあくまでも指標欄に記された客観的データである。

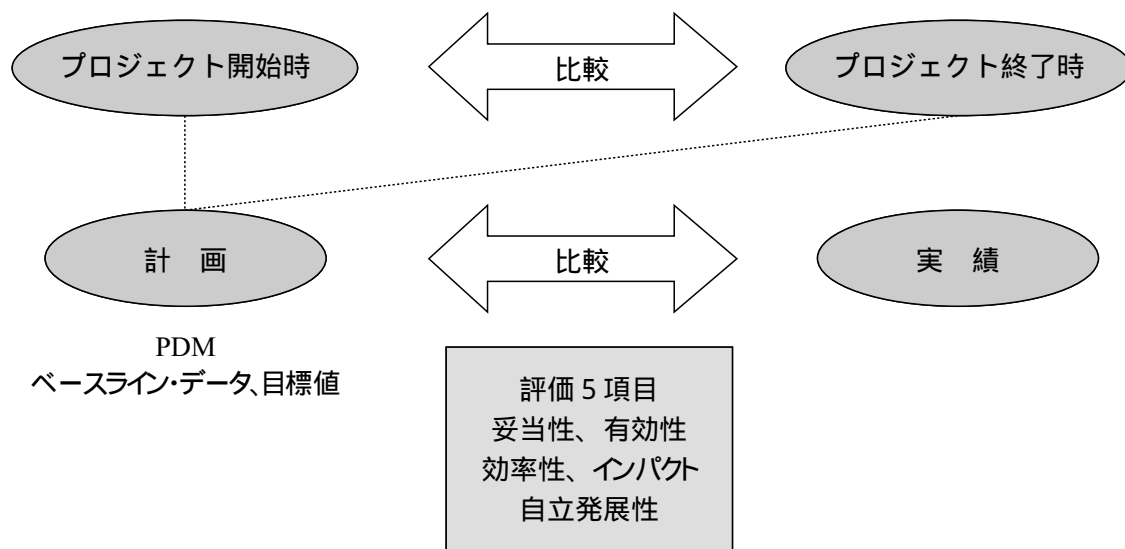


図 3 - 2 PCM 手法による評価の考え方

3 - 2 PCM 手法による評価結果概要

(1) 評価調査活動と流れ

主な調査活動は、関連資料調査、関係者への聞き取り調査、PCM 評価ワークショップの開催による情報収集で、この順序で実施された。主に、関係者への聞き取り調査と PCM 評価ワークショップから得られた情報や成果は以下、個別に記載するが、最終的な結論は、これら 3 種の調査結果を総合的に分析したうえで導き出されたものである。

主な調査活動と流れを以下に示す。

関連資料調査

関係者を対象とした個別聞き取り調査

- ・プロジェクト実施者 37 名、他 4 名、合計 41 名を対象
- ・プロジェクト実施者には質問票 (p.29 ~ 31 参照) を事前送付し、記入済みの質問票を基に聞き取り調査を実施、質問票を回収した。プロジェクト実施者以外の関係者には、質問票を用いずに関連事項について聞き取り調査を行った。
- ・キロサ県、キロンベロ県、ウランガ県の各チームへは直接訪問して聞き取り調査を実施した。

PCM 評価ワークショップ開催

- ・総参加者数 62 名 (タンザニア側 48 名、日本側 14 名)
- ・開催日数 3 日間 (所要時間 20 時間)
- ・PCM 手法の説明、全体討議、グループワークを含む。

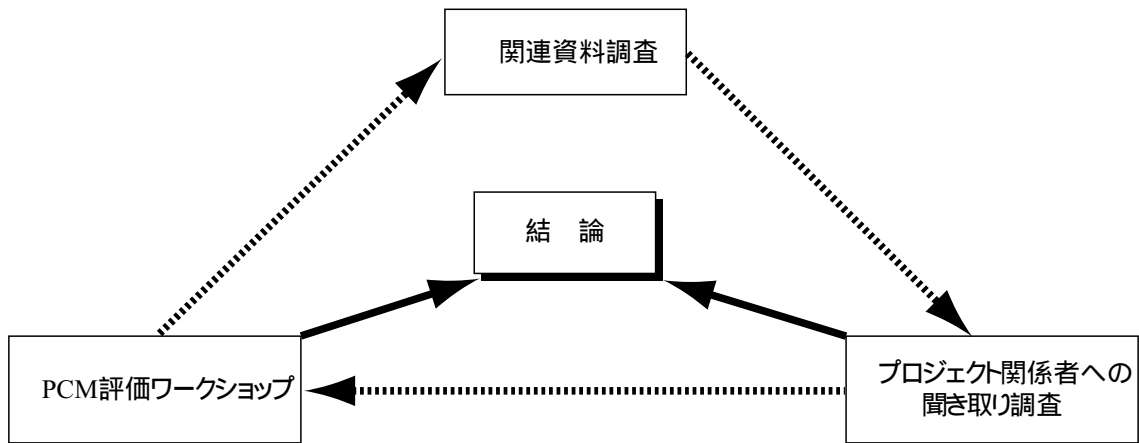


図3 - 3 評価調査活動の流れと結論の導き方

**The Project for Strengthening of District Health Services in Morogoro Region
Questionnaire to the Counterparts and Japanese Experts**

Name: _____

Affiliation: _____

Job Title: _____

NOTE 1: According to the Project Design Matrix Version 3 of Morogoro Health Project, please feedback your ideas to answer the following questions.

NOTE 2: It is greatly appreciated that you work your answer on computer and hand the hard copy over the Project. However in difficulty, hand-writing can be applicable.

NOTE 3: First fill in the boxes of "Your answer" as Yes or No, then describe the details of your answer and your future ideas and suggestions respectively.

Evaluation Item	Questions	Your answer	Details	Ideas and Suggestions
0. Process Management	Have you participated in the process of developing the first PDM (PDM-1)?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Have you participated in the process of past modifications of PDM? Do you understand the reasons of those modifications?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Do you understand all the details of the latest version of PDM (PDM-3)?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Are all the necessary baseline data for the Indicators available?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Is the final goal of the Project indicated clearly?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	How do you monitor the project progress and achievement? Does your team have a monitoring system?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Evaluation Item	Questions	Your answer	Details	Ideas and Suggestions
1. Relevance	Is the Project Purpose still meaningful in light of the current health policy of Tanzania?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Does the Project Purpose meet the needs of the target group?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Is the Overall Goal still meaningful in light of the current health policy of Tanzania?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Does the Overall Goal meet the needs of people in Morogoro region?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
2. Effectiveness	To what extent does your team expect to improve the managerial capability as a result of the Project activities? Do you have clear image on this?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Are Outputs effective and sufficient to achieve the Project Purpose?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Are there any external factors that are facilitating the achievement of the Project Purpose? Please indicate them if you have any.	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Are there any external factors that are affecting the achievement of the Project Purpose? Please indicate them if you have any, and suggest realistic solutions or alternative approaches to avoid them.	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
3. Efficiency	Are Inputs (human resources, training, equipment, operating cost, etc.) being utilized efficiently and effectively?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Were Inputs procured in an appropriate timing?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Are there any external factors that are affecting/facilitating the achievement of Outputs?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Evaluation Item	Questions	Your answer	Details	Ideas and Suggestions
4. Impact	Can the Overall Goal (people's better access to the proper health services) be achieved as a result of the achievement of the Project Purpose?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Are there any positive/negative impacts observed so far as a result of the Project activities?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
5. Sustainability	Is it possible for the target group to continue activities and maintain the expected benefit from the Project after the termination of the Project?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Is there any effort that the Project is making to ensure sustainability of the Project?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Thank you very much for your cooperation.

(2)関係者を対象とした聞き取り調査

全プロジェクト実施者(タンザニア側カウンターパート、日本人専門家、並びに、カウンターパート・アドバイザー)に事前に配布された質問票には、現行のPDM Version 3に基づき、評価5項目及び実施プロセスに関連した質問項目が含まれていたが、特にPDMの理解とPDMの指標に関する回答にプロジェクト運営管理上の重要点が含まれていると考えられるので、以下に分析結果をまとめる。

1)PDMの理解について

- ・カウンターパートの人数の多さから、過去のPCMワークショップには各チームから3～4名程度の主要メンバーのみが参加している。そのため、これまでワークショップに参加する機会がなかったメンバーは、一度もPCM手法の訓練を受けておらず、また、参加したメンバーからのフィードバックも十分ではなかったため、PCM手法やPDMに関する理解が不足している。
- ・過去のPCMワークショップに参加しているメンバーは一応PDMの構成を理解しているが、諸目標間の関連性や外部条件の位置づけなどにおける理解度にはやや差がある。また、プロジェクトの実績をモニタリングするシステムが確立されていない。

2)PDMの指標について

- ・PDM Version 3における指標の意味を全実施者が明確に理解しているわけではない。
- ・いくつかの指標においては、ベースライン・データが存在しない、又は、調査時点においても指標の入手が困難である。
- ・指標のベースライン・データの入手可能性は、各チームによって異なる。
- ・3つの成果に対して13の指標が設定されており、内容の重複が考えられる。また、指標データの収集作業に膨大な時間と労力がかかる。

(3)PCM評価ワークショップ

これまでワークショップ参加の機会を得ていなかったカウンターパートがPDMを理解したいと考えていることが関係者聞き取り調査で明らかになったことを踏まえ、今回は48名すべてのカウンターパートを招待し、日本側関係者を加えて60名以上の参加者によって、評価ワークショップが3日間の日程で実施された(参加者リスト、日程等の詳細は付属資料参照)。参加型のワークショップとしては、これは異例の参加者数であり、時間的制約もあったことから、すべての参加者が十分に発言できたとはいえないが、今回は全カウンターパートが参加することによる利点を重視した。

上述したように、PCM手法を用いた評価では、一般的にPDMに設定された指標に基づき、プロジェクト開始時と評価時(又はプロジェクト終了時)のデータの比較により、プロジェク

ト活動による実績を評価する。また、計画時に設定した目標値と実績の比較により目標達成度を測る。したがって、指標のベースライン・データが存在しない状態では、厳密には評価活動を実施することができない。ワークショップでは、関係者聞き取り調査の結果を受け、プロジェクト実施者が改めて現行PDMの指標を見直し、評価可能な指標(データが入手可能な指標)を設定するという活動を優先させることになった。ワークショップの目的は以下の3つである。

現行のPDM Version 3を見直し、データが入手可能な指標を再設定することにより、より実践的なPDM Version 4に修正する。

PDM Version 4に基づき、保健行政チームごとにプロジェクトの有効性と効率性を評価する。

上記の活動を通じ、プロジェクト実施者がPCM手法を理解し、特にPCM手法による評価の方法を学ぶ。

本プロジェクトは保健行政管理能力の向上をめざしていることから、事業の実施・評価の能力向上が重点項目の一つである。上記の目的のなかでも、特にの目的に基づく評価のトレーニングの意義は大きかったと考えられる。しかしながら、課題も残った。以下に、評価ワークショップの成果と課題をまとめる。

中間評価ワークショップの成果

これまでPCMワークショップ参加の機会がなくPDMの理解が低かったカウンターパートも参加し、PCM手法について学ぶことができたことでPDMの理解を深めた。

当プロジェクトにおいては、モロゴロ州全体で保健行政管理能力の向上をめざすという方向性を再確認できた(特に、プロジェクト目標、上位目標の検証を通じて)。

チームごとのグループワーク発表や全体セッションでの意見交換を通じて各チームの状況が確認できた。

多くのメンバーが、今回はじめて、「活動」と「パフォーマンス」の違いを考えるきっかけを得た。

プロジェクト実施者自らが評価活動に参加することで、実際に行う貴重な体験を得た。

今回グループワークで作成した有効性と効率性を測るためのチャート(Efficiency Chart及びEffectiveness Chart: 付属資料4.参照)は、今後のプロジェクト活動に役立てることができる。

中間評価ワークショップに係る課題

今回作成されたPDM Version 4を最大限に活用すること。特に、改めて合意・設定さ

れた指標のベースライン・データとその入手方法を至急確認すること。

の活動に含まれるが、成果の指標に用いられている言葉の定義をチームごとに確認し、共通理解を得ておくこと。

日常的に PCM 手法を取り入れる。PCM 手法を習得するには、繰り返しの訓練が必要である。各チームが自分たちのプロジェクトを運営管理するという意識を高め、モニタリング・評価の道具としても PCM 手法を用いる。

チームごとに、未完の Effectiveness Chart と Efficiency Chart を完成させること。作業を通して自らの評価の根拠を確認することは、“evidence-based”(「客観的根拠に基づく」)の計画策定を成果の一つにあげている、当プロジェクトには有意義な活動である。

評価ワークショップからの成果品

PDM Version 4

主な修正点

上位目標：

- 要約：“People in Morogoro Region have access to proper health and medical services”から、“Quality of health services in Morogoro Region is improved”に修正された。
- 指標：保健医療施設にアクセスした「患者」だけでなく、アクセスしない「住民」も対象として保健サービスの満足度を測る。

プロジェクト目標：

- 指標：Hexagon-Spider-Web-Diagram によるマネジメント能力の平均値が、各チームとも 4.5 ポイントとなるよう、目標値を設定した。
- データ入手手段：内部評価の結果を、外部の評価者も納得できるような形で提示することが話し合われた。

成果：データの入手可能性及び有効性に基づいた、指標全体の見直し。

Effectiveness Chart：チーム別(分析作業の継続要)

Efficiency Chart：チーム別(分析作業の継続要)

3 - 3 評価結果の概要

本プロジェクトでは、計画段階の1年半と実施段階の2年半を合わせた4年間に、2回の修正を含み3つのPDMが作成されている(PDM Version 1、2及び3)。その作成過程では、プロジェクトの具体的な活動計画策定及び明確な目標設定(指標の設定)が大きな課題であった。特に、プロジェクト目標の指標設定には関係者の多大な労力と時間が投入され、プロジェクト開始からおよ

そ2年後の2003年1月の第一回合同調整委員会にてようやくその指標が設定・承認された。

今回の中間評価調査においても、複数の成果指標のうち、ベースライン・データの入手可能性が低い指標が多く含まれていたことは既に述べたとおりである。これらのことから、本プロジェクトは「明確な指標を設定する」ことが困難な要因を抱えていることは明らかであり、そのことがプロジェクトの実施プロセスや運営管理に大きな影響を与えている。主な要因として、図3-4のように、3つの原因があげられる。

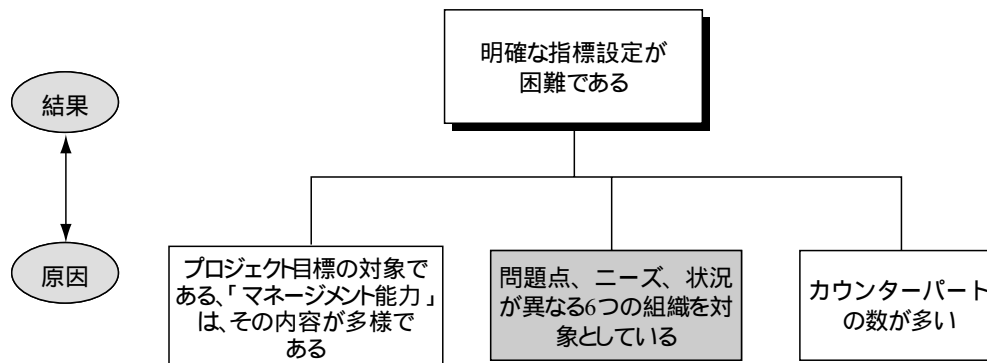


図3-4 当プロジェクトで指標設定が困難な要因分析

本プロジェクトは、保健行政管理能力の向上を目標とした、新しいタイプのプロジェクトであり、これまで能力をどう測るかという点に焦点が当てられてきた。しかし、それと同等か、それ以上に、同じ「保健行政組織」であっても厳密には問題点、ニーズ、状況がそれぞれ違う6つの組織**を一元的に管理していることが、明確な指標設定を困難にしている要因である。プロジェクト目標レベルでは、Hexagon-Spider-Web-Diagramの導入により、選ばれた6つのマネジメントの分野において、6つの保健行政チームがそれぞれ優先させる事項を特定し、現状(2003年3～5月の状況)を評価することで対処した。要するに、「共通点」で括りながらも、「差異」に注目しなければ、このプロジェクトを管理することはできないということである。

** 正確には、2003年にムボメロ県がモロゴロ・ルーラル県から分離独立する形で加わったため1州6県が存在するが、調査時点においてはまだ際だった活動実績がないため、ここでは1州5県として扱う。

成果レベルでも同様のことがいえる。評価ワークショップでは、成果3の新しい指標として、“The number of improved evidence-based plans is increased by the end of 2005”という指標が設定されたが、その設定過程で、“evidence-based plans”が、“improve”するのか、“increase”するのかという議論が異なるチーム間で起こった。表面的には言葉の綾とも取れるこの議論は、実は各チームの現状や、現状に対する認識の違いを反映しているのではないかと。つまり、“improve”とする背景には、何らかの“evidence-based plans”が存在しており(又は存在しているとチームが認識している)、“increase”とする背景には、“evidence-based plans”が存在していない(又は

存在していないとチームが認識している)可能性も考えられる。また、“evidence-based plans”の定義も、厳密にはチームにより異なることが予想される。結果的には、“improve”と“increase”がどちらも含まれるという形で、上記の指標が設定された。

参加型のワークショップでは、一般的に参加者数が多いほど合意形成は難しくなるが、多方面からの意見を得られるという利点もあり、時間をかけて議論することで異なる視点や立場を理解し合い、コンセンサスを得ることをめざしている。しかし、議論の土台となる状況が違えば、自ずと議論はかみ合わない。時間の問題だけではないのである。

本プロジェクトの実施者は能力向上に対する意欲が高く、ポテンシャルも大きい。これは、本プロジェクトの最大の強みである。また、評価ワークショップにおいては、モロゴロ州全体として保健行政マネジメントチームの能力を向上させていくという共通認識を再確認できた。今後、更にプロジェクト実施者の「主体性」を引き出し、プロジェクト終了後の「自立発展性」を強化するのであれば、各チームのメンバーが、心から「自分たちのプロジェクト」と感じられるように、チームごとの「差異」に注目する必要があるだろう。

具体的には、モロゴロ州全体をカバーする一つのプロジェクトとして、現行のPDMを活用しつつ、チームごとに実施者が指標のベースライン・データの根拠を確認する作業が緊急に必要である。その過程でプロジェクト実施者は、自分のチームの現状とニーズを正確に把握することが重要である。当然のことだが、各チームのニーズのなかには当プロジェクトでコントロールできる部分とできない部分があるだろう。しかしながら、できることとできないことを判別し、できることを実施することからチームとして最大の実績をあげていくことがマネージャーの役割であることを認識すれば、チームとしての明確な目標値を設定し、目標達成のための手段を具体化することができるはずである。

明確な指標を設定するとは、いわば、“evidence”を提示することである。何をもって「問題がある状況」とし、何をもって「問題が解決された(目標が達成された)」とするかを、客観的データや資料を根拠に証明することである。これは当プロジェクトの重要な要素の一つであり、プロジェクトの運営管理の過程でこの技術習得の訓練を積むことは、マネジメント能力を向上させるための最も有効な手段ともなり得るであろう。

3 - 4 評価5項目に沿った評価結果及び結論、提言、教訓

今回の中間評価調査では、評価ワークショップで有効性と効率性を測る作業に終始したことや、上記のとおり指標データに基づいた厳密な評価を行うことは困難であるが、以下、関連資料調査、聞き取り調査等から得られた情報を基に、評価5項目に沿ってまとめた。

(1) 評価 5 項目

妥当性

2003 年 4 月に発行された「第二次保健セクター戦略計画」においては、これまでの地方分権化政策をより強化することが示されており、プロジェクト目標及び上位目標に関する部分での政策変更は認められない。また、関係者への聞き取り調査では、全関係者がプロジェクト目標の妥当性を認めており、またワークショップでは実質的な観点を踏まえて目標の表現及び指標がより適切なものに修正されたことから、妥当性においては問題がないと考えられる。

効率性

インプット(投入)に対するアウトプット(成果)の度合い(生産性)で測る。Efficiency Chart(付属資料参照)に見られるように、成果レベルにおけるベースライン・データ、目標値、現在までの達成度及び効率性の評価はチームによりばらつきがある。今後、不完全な部分を埋める作業とともに、ベースライン・データの入手方法や評価の根拠などについて、チームごとの確認作業が必要である。特に成果 2 については、ワークショップで分析を終えた 4 チームのうち 3 チームが効率性の低さを指摘していること、チーム間でデータの入手方法に最もばらつきがあることなどからアプローチの検証が必要である。なお、本プロジェクトは実施プロセスに困難な面があったことから、具体的な活動内容の合意形成において、前半期に多大な労力と時間を費やしている。後半期においては、より生産性を上げ、プロジェクト全体の効率性を高める努力が必要である。

有効性

Hexagon-Spider-Web-Diagram による 6 つのマネージメント能力と、その向上の手段としての、PDM 上の成果、活動をリンクさせた。Effectiveness Chart(付属資料参照)に見られるように、チームごとの分析は洞察力に富み、一つのマネージメント能力の向上のためには複数の成果や活動を有機的に作用させる必要があると分析したチームもあった。また、自分たちが持ち得る資源及び政府や他のドナーからの支援状況にはチーム間で大きな違いがあることも明らかになった。特に、関連省庁からの支援や緊急な依頼、あるいは他ドナーによるプロジェクトの進捗は、本プロジェクトにプラス面又はマイナス面の影響を与えるため、プロジェクト後半では引き続きそれらの外部条件をモニターしつつ、各チームが自分たちの現実に照らし合わせて戦略的にプロジェクト目標達成を確保していく必要がある。

Hexagon-Spider-Web-Diagram における、6 つのマネージメント能力を示すスコアに関し

ては、プロジェクト開始時及び内部マネジメント評価が行われた2003年3～5月時点において、チームごとにばらつきがあるものの、プロジェクト終了時には、一律に4.5ポイント(最高が5ポイント)をめざすことが確認された。なお、チームとして、また、モロゴロ州全体としてプロジェクト目標を達成することが必要であることが確認された。

インパクト

負のインパクトは認められなかった。また、現段階で正のインパクトに言及するのは時期尚早である。しかしながら、関係者聞き取り調査では、上位目標達成のためには他のプロジェクト/プログラムや他の保健医療機関との協調、あるいはプロジェクトとして更なる努力が必要という声もあった。プロジェクト後半においては、プロジェクト目標であるマネジメント能力の向上が達成された後、保健マネージャーとして各チームがどのような行動をとれば正の効果として上位目標(保健医療サービスの質の向上)を達成できるのかを常に考えていく必要がある。

自立発展性

PCM手法における「自立発展性」は、プロジェクト活動の継続性ではなく、「プロジェクトによる便益が継続して得られること」を意味する。マネジメントの日常性、継続性といった特質からも、まずは各チームの特性に応じたプロジェクト目標の達成を確保し、その後はより高い次元でのマネジメント能力の向上につなげていくことが重要である。正のインパクトにも関連するが、「なぜ、保健行政マネジメントチームの能力向上が求められているのか」を常に自問するなかから、チームが自立発展するための、プロジェクト期間中、又は終了後の具体的な行動が見えてくるはずである。それらの具体的な行動を、他の関係者も巻き込んで、「計画 実施 評価(=一連の運営管理)」していくことが保健マネージャーの仕事である。

(2) 結論

- 1)「マネジメント能力」の包括性や、カウンターパートの人数の多さに加えて、問題点、ニーズ、状況が異なる6つの組織の能力向上を、一つのプロジェクトとして一元管理していることが、具体的な指標設定の障害となっており、プロジェクトの運営管理を困難にしている。
- 2)実施者のプロジェクト評価に対する理解がこれまで不十分であり、指標データを入手する責任者が不在だったため、過去に成果に関する指標が見直された後も評価活動に不可欠なベースライン・データが入手されなかった。

- 3) 妥当性に関しては、上位目標、プロジェクト目標に関する部分での政策変更は認められず、依然として高いと考えられる。

(3) 提 言

- 1) 本プロジェクト自体を evidence-based にする；

今回修正された PDM Version 4 では、指標がかなり整理されたが、指標に用いられている用語には定義が必要なものも残っている。各チームにおいては、用語の定義も含めて新たに設定された指標の意味を確認し、データの出所を明らかにしたうえで至急ベースライン・データを入手すること。チームごとに、指標データを入手する責任者を決めておくことも重要である。

- 2) 評価能力を強化する；

各チームに、プロジェクト目標及び成果の達成度(指標)をモニタリングするシステムをつくる。目標達成に効果的でない成果や活動は、代替案を探すなど、具体的な処置をとることが必要である。

- 3) プロジェクトを全体として管理するとともに、チーム間の「差異」にも焦点を当てる；

チーム内でミニ・ワークショップを実施するなど、PCM 手法を実践的に用いることにより、各チームが自分たちに固有の使命や課題を把握し、問題解決能力を高めていくべきである。

(4) 教 訓

- 1) 本プロジェクトのように、組織の能力強化に関するプロジェクトを計画・立案する際には、計画段階で、組織ごとの役割や使命、問題点、ニーズ、強みや弱点など、組織分析を十分に行う必要がある。また、各組織とその他の関連組織との関係性など、関係者分析にも時間をかける必要がある。
- 2) 組織によって状況が異なる場合は、組織ごとの PDM を作成して管理することが望ましい。
- 3) 組織の能力を評価すること自体が複雑なため、プロジェクト開始前に指標を設定するとともに、必要なベースライン・データを入手しておくべきである。

第4章 調査団長総括

本プロジェクトには国内委員長として、プロジェクトが正式に開始される前の最初のPDMの作成、2001年3月のR/Dの調印、2001年12月のPDM Version 2の作成ワークショップの参加、2001年と2002年の2回の短期専門家、そして今回の中間評価と、様々な形で本プロジェクトには深く関与してきた。今回団長として中間評価調査に参加し、プロジェクトが5年の協力期間の半分である2年半を既に経過したことを感じ、今まで経験してきた多くの困難が思い出された。それは、まずはプロジェクト開始後早期にチーフアドバイザー(当時)が帰国しチーフアドバイザー不在という状況が続いたこと、そしてチーフアドバイザー不在中に更に一人の専門家が同様に帰国し、プロジェクト体制が十分に機能できなかったこと、また本プロジェクトの概念が保健行政担当者の管理能力の向上であり、その成果を目で見える形で示せないこと、更にこの種のプロジェクトの経験を日本側も十分に有していないこと等である。このようなプロジェクト体制構築の遅延とプロジェクト自身の持つ困難性が本プロジェクトを当初の予定どおりには進行させなかった。しかし、一方ではこのような困難にもかかわらず、2年半でここまでの活動と実績を残せたというのは、RASの強いリーダーシップ、RMOのRHMT/CHMTs間の調整能力、多くの関係者の本プロジェクトへの理解によるものであるが、何よりもプロジェクト専門家の地道な努力の成果であり、深く敬意を表するところである。以上、総論的な所感を述べたが、以下、各論的に追加する。

4 - 1 中間評価調査の総括

(1) 中間評価ワークショップ

本ワークショップはRHMT/CHMTsの全員が一堂に会して行われたものであり、当然ながらプロジェクトの活動を自ら評価することを目的としたが、これ自体プロジェクトの目標である行政管理能力の向上につながるものである。

ワークショップの前半は評価指標の見直しであり、数は少なくとも測定可能で実用的な指標が検討された。議論は総論かつ抽象的なものではなく、具体的かつ客観的なものとなり、指標の選定設定には予想以上の多くの時間が費やされた。指標の設定そのものもまた本プロジェクトが直面している特有の困難性であり、両国にとって本プロジェクトがチャレンジング(挑戦的)であることが再認識された。

筆者は2001年12月の運営指導調査の際に実施されたPDM Version 2の作成のためのワークショップに参加したが、その時の評価指標がことごとく見直し修正されたことは、正直なところ少し残念に感じたが、これも本プロジェクトが着実に進行していることの現れであり、その結果、PDM Version 4として認知されたことは有意義であった。そして何よりもこれらは日本側の一方的な押し付けではなく、両国が参加して築き上げた合意によるものであるこ

とは極めて意義が高く、まさしく本プロジェクトがめざすものである。

ワークショップの後半部分は、評価5項目のうち、中間評価として重視すべき Effectiveness (有効性)と Efficiency(効率性)が RHMT/CHMTs ごとに検討された。これらについては、RHMT/CHMTs の所属する県ごとに投入実績が異なるため、州全体での評価は困難なものとなった。投入実績の違いは、本プロジェクトの特徴から来るものであり、特にプロジェクト前半期間では止むを得ないものと考えられる。それは、資材等を一律に同時期に各県に投入するのではなく、その資材等を維持管理する体制が整ったと考えられる県より順次投入を進める方法をとっているからである。各チームの努力に応じて資材等の投入時期を決定する手法は、プロジェクト終了後の自力による活動の継続にとって有効な手段と考えられる。

なお、3日間のワークショップを通して感じたことは、日程の都合上、短時間でかつ参加人数が多かったためか、全体会議では前回のワークショップと比較して一部の参加者が多く発言する傾向にあったことである。特に日本での研修を受けた者が目立ったのが特徴的であり、よい意味で解釈すれば研修の成果といえるであろう。

(2)個別聞き取り調査

コンサルタント団員単独による聞き取り調査とは別に、RMO、各 DMO 及びプロジェクト専門家に対し個別聞き取り調査を実施した。特に RMO 及び各 DMO は個人の意見ではなく、各々 RHMT/CHMTs の責任者という立場からの意見を聴取した。日程の都合上、一人30分程度と短いものであったが、有益な意見を得ることができた。RMO 及び各 DMO からはプロジェクトに対して好意的な感触が得られ、特に日本での研修やパソコン等の投入は非常に評価が高かった。また国内での研修も同様に評価が高かった。各 DMO は本プロジェクトの概念をよく理解しており、少なくとも CHMTs 間では本プロジェクトが着実に浸透されてきていると思われるが、その一方でプロジェクト側の連携について改善を要するとの指摘も聞かれた。ただし、全般的に日本側に対して悪い点を厳しく指摘するという態度はなく、短時間の聞き取り調査ではプロジェクトに対する不満や欠点を聞きだし、それに基づいた改善点を検討するには無理があるようであった。

プロジェクト専門家との聞き取り調査では、それぞれ赴任時期と活動期間が異なるため、一様には判断できないが、プロジェクト開始時期における苦労は大きく、それがプロジェクトの活動が順調に進まなかった原因として考えられる。また、チームとして活動方針の決定、活動予定の確認、活動状況の報告等の意見交換や経験の共有化を行うための定期的な会合が十分行われていない現状が把握された。

(3) 第二回合同調整委員会

合同調整委員会では、ワークショップの概要とその成果物である PDM Version 4 が説明され、更に個別聞き取り調査からの結果を踏まえた暫定的な評価結果を報告した。暫定的な評価結果として報告した理由は、ワークショップの結果はプロジェクト関係者全員の意見が反映されているものの、個別聞き取り調査の結果に関しては、日程上の時間的制約から、十分に内容を検討したのではなく誤解があるかもしれないこと、また RHMT/CHMTs 及びプロジェクト専門家とその結果についての意見交換を行っていないため、短時間にまとめた一方的な調査団の意見であるからである。そのため、帰国後可及的速やかに調査結果を現地に送付することを約束した。これに基づいて、是非、現地においてプロジェクト関係者による中間評価の継続を行って頂きたいと考える。

(4) 中間評価の継続の必要性

今回の評価は上記で述べたように時間的な制約のため、完全なものではない。しかし、本プロジェクトの性格から一方的な調査団からの評価結果を報告するという形式より、むしろ調査団という完全には第三者ではないものの第三者的な立場からの意見を踏まえた、現地プロジェクト関係者による共同評価とすることが望ましい。このような評価を自ら実施すること自体が管理能力の向上につながるものである。したがって、暫定的な評価結果は、その表現法など今後より検討する必要があるものの、完全な中間評価結果とするのではなく、今後の現地における評価の基礎資料とする程度のものが望ましい。その資料を基に現地でワークショップを開催するなど、自らで中間評価を継続することを期待したい。

4 - 2 中間評価以外の事項

今回の中間評価調査団の任務としては、中間評価そのものよりも、むしろ従来からの懸案事項に関する意見交換に、多くの時間とエネルギーが費やされた印象を受けた。以下、簡単に所感として述べる。

(1) 今後のプロジェクト体制

2004 年 1 月に田口チーフアドバイザー、4 月に千歳、田中、北山専門家の 3 名がほぼ同時期に任期を終了する。したがって、後半のプロジェクト実施体制が大きく変化することとなる。その激変緩和として専門家 3 名の後任が赴任し落ち着くまでの間は、チーフアドバイザーの延長は止むを得ない判断である。3 名の専門家はスワヒリ語に堪能でかつ本プロジェクト開始以前より CMO、RMO (プロジェクト開始当時) との面識があり、特に開始当時の困難な時期を考えるとその功績は筆舌に尽くせない。この 3 名の後任について一日も早く候補者を選定

し、専門家としての活動の引き継ぎはもちろんのこと、プロジェクト開始から関与してきた実績から得られたノウハウや過去の経緯、そしてプロジェクトの特徴等を含めた引き継ぎを行う必要がある。

この実施体制の変化によりプロジェクト活動の停滞や後退が生じることをタンザニア側も含めて関係者が危惧するところであり、そのようなことがないようにプロジェクト専門家のみならず、JICA 事務所、JICA 本部、国内委員会が一丸となって十分な対応を行う必要がある。またその一方で、個別聞き取り調査でも意見が聞かれたことであるが、この変化がプロジェクト専門家のチームワークを強化する又とない機会でもあることも認識する必要がある。

(第2章2 - 5のとおり、2004年3月にプロジェクト新体制の開始が予定されている。)

(2) 事務所施設の建設

プロジェクト開始当初よりプロジェクト事務所は州病院に近接する建物を借りており、その賃貸料も決して安くはないことから、事務所の建設の是非が両国間での懸案事項となっていた。日本側はプロジェクト自体が保健行政管理能力の開発向上という難題であることと、開始当初のプロジェクト体制が十分でないこと等の状況のなかで、事務所の建設を行うことは業務に過重な負荷がかかり、より優先度の高い活動に支障を来す等の理由で消極的であった。しかし、2003年1月の第一回合同調整委員会でタンザニア側から強い要請があり、彼らがまずは自ら計画するという条件で検討されることとなり、約1年が経過した。日本側としては2年半が経過したこの時期に、その後の施工期間を考慮すると、プロジェクトの事務所という機能では建設の意義を見出せないと判断した。その後RMOとも協議をした結果、RHMT/CHMTsがEBHP(Evidence-based Health Policy)を立案するための施設とすることの基本方針が合意され、そのためには会議室、エビデンスを収集、分析解析するための情報センター的機能が必要とされた。この施設はプロジェクト終了後にも有効に使用されることが期待される。ただし、その実現に向けて、まずはタンザニア側が一定期間のうちに設計し、それを維持管理するための費用、人材等を確保することが条件とされた。この一連の活動も本プロジェクトの能力向上に役立つものと考えられる。

4 - 3 プロジェクトの今後の展望

本プロジェクトを建物建設に例えるならば、HMISの改善、RHMT/CHMTs間の情報及び経験の共有化等プロジェクトの活動を通じて、基礎固めがかなりできたと思われる。したがって、この基礎の上に目に見える建物を建設していく活動が求められてくる。当然ながらPDMに沿った活動を進めるわけであるが、これからは外に対するアピールが必要であり、活動内容や実績の広報活動をより積極的に行うことや、他のドナーとの情報交換を行い、時には良きパートナーとして連

携し相互で協力し合い、時にはライバルとして競い合う姿勢が求められる。モロゴロ州内の県には多くのドナーが入り、それぞれ独自の活動を行っている。CHMTレベルの業務では、複数のドナーに振り回されることもある。これらのドナーによる活動をいかに調整して効率よく実施するかを考えるのもCHMTの重要な仕事である。そのためにも、州内のドナーがどのような目的で活動を行い、どのような成果や困難があるのかを把握し、活動の重複はあるのか、重要な部分での活動の真空地帯があるのか、お互い何を期待するのか、お互い協力し合える部分はあるのか等、ドナー間の経験と情報の共有化を行う必要がある。また、これらの活動を実施することで、外部からの評価を間接的に受けることとなり、意義のあることである。これらに基づいて、プロジェクトの方向性を考慮することも必要であろう。