

**ラオス人民民主共和国
子どものための保健サービス
強化プロジェクト
運営指導調査報告書**

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

ラオス人民民主共和国の保健医療水準は、周辺国と比較しても低く、これまで国際協力事業団（現 独立行政法人 国際協力機構）は公衆衛生プロジェクト（1992～1998年）、小児感染症予防プロジェクト（1998～2001年）を実施し、ポリオ対策では根絶を達成するなどの成果をあげてきました。ラオス人民民主共和国政府は、これらの協力の成果を継続発展させ、2020年までに乳幼児死亡率を出生1,000当たり30人にまで減少するとともに、国民の保健水準を向上させることを目標としており、この目標を達成するため、特に地方における小児保健サービス向上をめざすプロジェクト要請が行われました。

上記の要請をうけ、当機構は2002年11月から5年間の協力期間で、子どものための保健サービス強化プロジェクト（通称：KIDSMILEプロジェクト）を開始しました。

今般、プロジェクト開始から1年が経過し、活動の方向性がより明確になってきたため、プロジェクト計画を現状に沿って見直し、今後の協力について適宜助言を行うことを目的として、国立国際医療センター 国際医療協力局 派遣協力第一課 課長である建野正毅氏を団長として、平成15年11月9日から同年11月29日まで運営指導調査団を派遣しました。

本報告書は、上記調査の結果を取りまとめたものです。ここに、ご協力を賜りました関係各位に深甚なる謝意を表しますとともに、今後とも本件技術協力の成功のため、引き続きご指導、ご協力をいただきますようお願い申し上げます。

平成16年3月

独立行政法人 国際協力機構
理事 松岡 和久

目 次

序 文

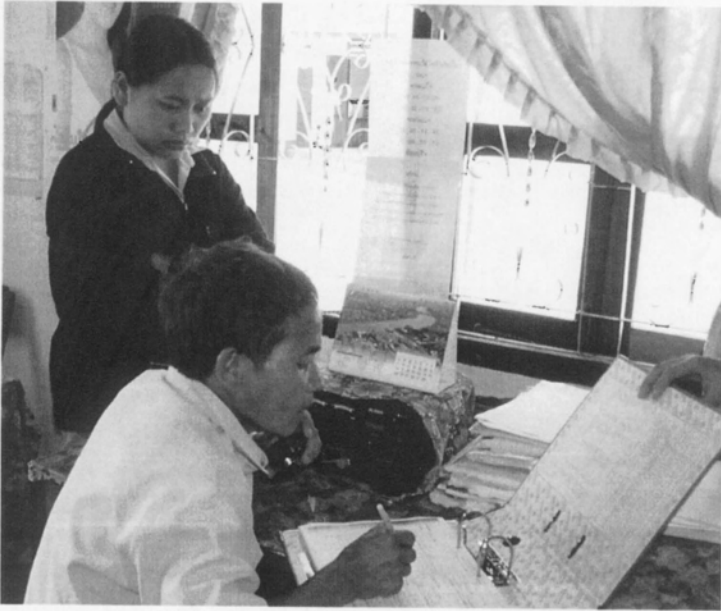
目 次

地 図

写 真

略語一覧表

第1章 運営指導調査団派遣の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 運営指導調査団の構成	1
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	3
第2章 調査結果	5
2-1 団長総括	5
2-2 保健医療行政の観点からの現状評価と課題	6
2-3 現地での協議事項詳細	9
第3章 プロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM) 改定の経緯と結果	19
3-1 改定作業の流れ	19
3-2 PDM-0 から PDM-1 への主要改定点	22
付属資料	
1. 協議議事録 (Minutes of Meeting : M / M)	39
2. コストシェアリング覚書	45
3. JCC 出席者リスト	48
4. R / D 署名式出席者リスト	49
5. PDM 改定ワークショップ報告書	50
6. ウドムサイ県関係者への PDM 改定説明会	74
7. PDM 改定結果説明ワークショップ資料	77
8. JCC 資料 (PDM 改定)	80
9. 活動サイクルの質的評価に関する提案	85
10. PDM-0	86
11. 和文 PDM-1	88



1. 無線定期交信



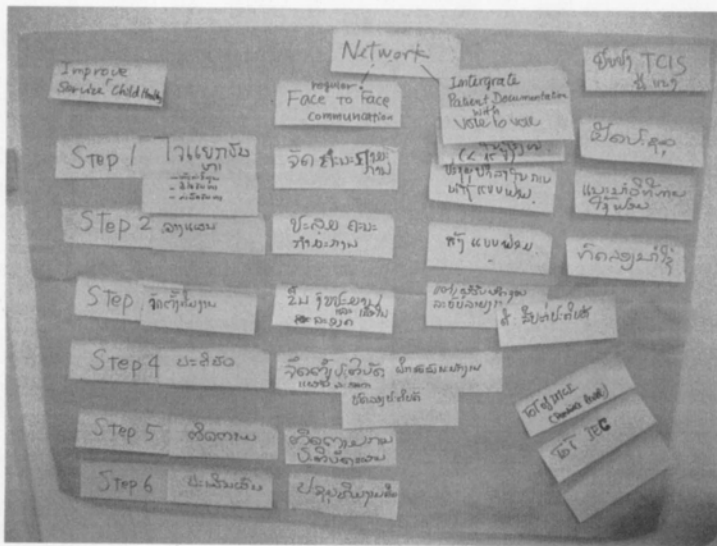
2. IMCI 研修



3. PDM 改定ワークショップ (1)



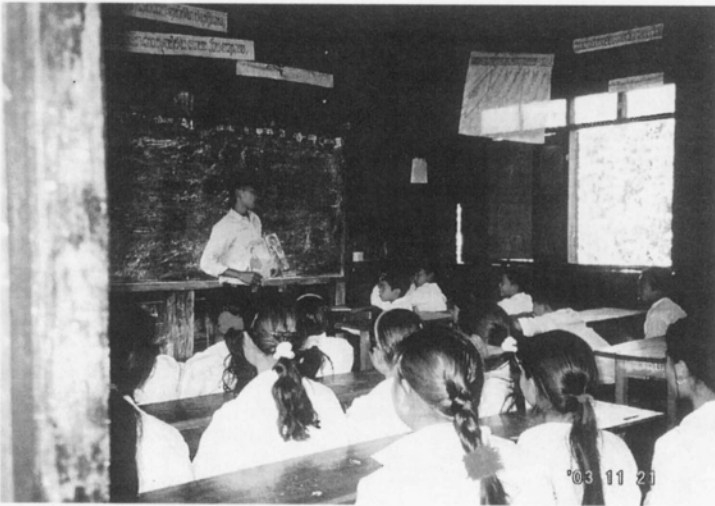
4. PDM 改定ワークショップ (2)



5. PDM 改定ワークショップ (3)



6. JADDO による学校保健活動 (1)



7. JADDO による学校保健活動 (2)



8. 合同調整委員会



9. ミニッツ署名式

略語一覧表

ADB	: Asian Development Bank	アジア開発銀行
CIEH	: Center for Information and Education for Health	保健情報教育センター
C / P	: Counterpart	カウンターパート
FFC	: Face to Face Communication	県から郡への巡回指導
IMCI	: Integrated Management of Childhood Illness	統合的小児疾患管理
JCC	: Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
JICA	: Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
MOH	: Ministry of Health, Laos	ラオス保健省
MR	: Minimum Requirements	郡病院で必要最小限、提供すべきサー ビス
PDM	: Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
SSPP	: Small Scale Pilot Project	小規模パイロットプロジェクト（タイ 国際寄生虫対策プロジェクトがラオス で実施）
TCIS	: Training Course Information System	研修コース情報システム
TIS	: Training Information System	研修情報システム
TPIS	: Trained Personnel Information System	研修員情報システム
UNICEF	: United Nations Children's Fund	国連児童基金
VVC	: Voice to Voice Communication	無線を使った県－郡間の定期交信
WB	: World Bank	世界銀行
WHO	: World Health Organization	世界保健機関

第1章 運営指導調査団派遣の概要

1-1 調査団派遣の経緯と目的

ラオス人民民主共和国（以下、「ラオス」と記す）の保健医療水準は、周辺国と比較しても低く、これまで国際協力事業団（現 独立行政法人 国際協力機構：JICA）は公衆衛生プロジェクト（1992～1998年）、小児感染症予防プロジェクト（1998～2001年）を実施し、ポリオ対策では根絶を達成するなどの成果をあげてきている。ラオス政府は、これらの協力の成果を継続発展させ、2020年までに乳幼児死亡率を出生1,000当たり30人にまで減少するとともに、国民の保健水準を向上させることを目標としている。

この目標を達成するため、特に地方における小児保健サービス向上をめざすプロジェクト要請が行われ、2002年11月から5年間の協力期間で子どものための保健サービス強化プロジェクト（KIDSMILEプロジェクト）が開始された。

今般、プロジェクト開始から1年が経過し、活動の方向性がより明確になってきたため、実際の活動状況にあわせてプロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）の成果・活動・指標の記載をより具体的なものに見直すとともに、今後の協力について適宜助言を行うことを目的として運営指導調査団を派遣した。

調査団の主な目的は、以下のとおりである。

- (1) プロジェクト開始から1年間の活動成果、実績を確認する。
- (2) 現状の活動に沿ってPDM上の成果・活動の記載を整理する。
- (3) 今後のモニタリング評価を強化するため、適切な指標を設定する。
- (4) プロジェクト実施上の問題点について関係者と協議し、改善のための指導・助言を行う。
- (5) 残り4年間の協力期間に対する活動の方向性を確認する。

1-2 運営指導調査団の構成

担当分野	氏名	所属	期間
団長／総括	建野 正毅	国立国際医療センター 国際医療協力局 派遣協力第一課 課長	2003年11月19～29日
保健医療行政	福田 祐典	厚生労働省 大臣官房国際課 国際協力室長	2003年11月19～25日
協力計画	杉谷 奈緒子	国際協力機構 医療協力部 医療協力第一課 職員	2003年11月19～29日
参加型計画	阿部 貴美子	財団法人 国際開発センター 主任研究員	2003年11月9～29日

1-3 調査日程

	月 日	曜日	時 間	調査内容
1	11月10日	月	9:30	阿部団員 ヴィエンチャン市到着
			11:00	日本人専門家との打合せ
2	11月11日	火	午 前	カウンターパート (C/P) へのインタビュー調査
			午 後	PDM改定のためのデータ収集
3	11月12日	水	全 日	ワークショップ開催準備
4	11月13日	木	全 日	PDM改定ワークショップ (成果、活動のレビュー)
5	11月14日	金	全 日	PDM改定ワークショップ (指標の設定)
6	11月15日	土	全 日	ワークショップ結果整理
7	11月16日	日	全 日	ワークショップ結果整理
8	11月17日	月	全 日	PDM-1 最終ドラフト作成
9	11月18日	火	全 日	PDM-1 最終ドラフト作成
10	11月19日	水	全 日	PDM-1 最終ドラフト作成
11	11月20日	木	9:30	官団員 ヴィエンチャン市到着
			10:50	ウドムサイ県へ移動 (空路)
			13:30	ウドムサイ県保健局との協議 (活動成果、今後の課題)
			15:00	ウドムサイ県知事表敬
			16:00	プロジェクト専門家との打合せ (官団員)、PDM-1 の関係者への説明 (阿部団員)
12	11月21日	金	8:30	ウドムサイ県母子保健センター訪問
			9:15	ウドムサイ県病院訪問
			10:00	ウドムサイ県公衆衛生学校視察
			10:15	ウドムサイ県保健局訪問 (無線交信状況の確認)
			11:15	ラー郡保健局・郡病院訪問
			13:30	That Muang 小学校訪問 (学校保健活動の視察)
			14:30	That Muang ヘルスセンター訪問
13	11月22日	土	8:30	JADDO オフィス訪問 (学校保健について協議)
			11:30	ルアンプラバン県へ移動 (陸路)
			19:00	ヴィエンチャン市へ移動 (空路)
14	11月23日	日	13:30	プロジェクト専門家との打合せ (これまでの活動成果、今後の計画、PDM改定、現状の問題点)
15	11月24日	月	8:30	JICA ラオス事務所表敬
			9:30	保健省表敬
			10:30	ヴィエンチャン県へ移動 (陸路)
			13:00	ヴィエンチャン県保健局との協議 (活動成果、今後の課題)
			14:30	ヴィエンチャン県病院訪問
			15:50	トラコム郡保健局・郡病院訪問
			17:30	保健省関係者との協議 (プロジェクト実施上の問題点について)

	月 日	曜日	時 間	調査内容
16	11月25日	火	9:00	総合的小児疾患管理（IMCI）トレーニング視察（国立母子保健病院）
			10:30	福田団員マニラへ移動（空路）
			14:00	PDM改定結果説明会
17	11月26日	水	9:00	合同調整委員会（JCC）
			13:30	国立公衆衛生院訪問（現地国内研修視察）
			14:30	セタティラート病院訪問（建野団長）、ミニッツ準備
18	11月27日	木	11:30	ミニッツ署名式
			15:00	JICA ラオス事務所報告
			16:30	在ラオス日本国大使館報告
19	11月28日	金	10:30	バンコクへ移動
20	11月29日	土	6:10	成田到着

1-4 主要面談者

(1) ラオス側関係者

1) 保健省

Dr. Bounkouang PHICHIT	Vice Minister
Dr. Khamhoung HEUNGVONGSY	Vice Minister
Dr. Nao BOUTTA	Deputy Director, Cabinet
Dr. Douangchanh KEOASA	Director, Dep. of Hygiene and Prevention
Dr. Somchith AKKHAVONG	Deputy Director, Dep. of Hygiene and Prevention
Dr. Kotsaythoune PHIMMASONE	Chief, Planning Div., Dep. of Budget and Planning
Dr. Bounleua OUDAVONG	Deputy Director, MCH Center

2) ウドムサイ県

Dr. Bounpone BOUTTANAVONG	Governor
Dr. Phiou TAIBOUAVONE	Deputy Director, Provincial Health Office
Ms. Vanthong NITSADY	Chief, MCH Center, Provincial Health Office

3) ヱィエンチャン県

Dr. Soukphathay SOPASEUTH	Director, Provincial Health Office
Dr. Thonglieng SINGNGOT	Vice Director, Provincial Health Office
Dr. Bouaphet VIMALAVONG	Director, Thoulakhom District Health Office
Dr. Viengmany KEOMAHAVONG	Chief, MCH Dep., Provincial Health Office
Dr. Bounnao PHACHOMPHONE	Technical Administration Dep., Provincial Health Office

(2) 日本側関係者

1) 在ラオス日本国大使館

橋本 逸男	特命全権大使
川田 一徳	一等書記官

2) JICA ラオス事務所

西脇 英隆	所 長
池田 修一	次 長
衣斐 友美	所 員

3) 子どものための保健サービス強化プロジェクト (KIDSMILE プロジェクト)

杉浦 康夫	チーフアドバイザー
大槻 和弘	業務調整
加藤 紀子	地域保健
曾根 和枝	地域保健
永井 周子	小児保健

4) セタティラート病院改善プロジェクト

奥田 佳朗	チーフアドバイザー
-------	-----------

5) 保健医療分野個別専門家

三好 知明	保健医療協力計画
望月 経子	地方看護教育強化

6) JADDO (ラオスで活動する NGO)

吉田 いつこ	プロジェクト・マネージャー
古閑 由佳里	コーディネーター

第2章 調査結果

2-1 団長総括

本プロジェクトは、小児保健の改善に包括的に取り組むという協力である。当初は、このような手法に慣れていない日本・ラオス双方の関係者に少なからず戸惑いがあった。焦点が定まっていない、定量的な成果、指標を定めるのが難しいなどがその主な理由であった。ヘルスシステムの構築、関係者の意識の改革、エンパワーメントなどを表に掲げたプロジェクトは、従来のsingle issueに対する対策や、協力に慣れたものにとっては理解しがたいものであり、周囲への説得も大変だったことと推察している。

プロジェクトが開始して1年経った現在、これらの危惧は消えつつあることを、今回の調査を通して知ることができたのは大きな成果であった。カウンターパート（C/P）、特にウドムサイ県やヴィエンチャン県の保健局スタッフの多くが、積極的にプロジェクトに参加していることが実感できた。最近では、本プロジェクトがめざしている取り組みは、C/P等の意識の変化、やる気の喚起などの点からも注目を集めるようになってきている。リーダーをはじめとする専門家チームが一体となって取り組んできた成果と高く評価している。

以下に本プロジェクトが取り組んでいるいくつかの特徴のなかで、印象に残ったものをあげてみたい。

まず、本プロジェクトは、ラオス側のオーナーシップを引き出すことに、チームが一丸となって取り組んでいることである。従来、ラオスでは多くのドナーが協力を行ってきたが、ラオス側の自助努力を真摯になって考え実施してきたものは少ない。ラオス側にも従来のドナーのやり方から学習したのか、自国の様々な問題はドナーが解決してくれるものであるとの意識が強く、このような考え方に楔を打ち込む形の協力に取り組んでいることを高く評価したい。今回、ラオス側がローカル経費の10%を負担することに同意したが、自助努力の必要性を認識するひとつの手がかりになるものと考えている。

また、保健省並びに県保健局など中央の関係者と現場とのコミュニケーション手段の一環として、無線を使った県-郡間の定期交信（VVC）を取り入れたり、中央及び県のスタッフが定期的に郡を訪れて交流する県から郡への巡回指導（FFC）制度をつくったりして、中央と地方の縦の連携強化に努めており、中央の者が現場の本当の実情を知るひとつのきっかけになると期待している。多くの途上国では、中央の関係者が地域の現場を知る機会が少なく、また、関心を示さないことが多い。このようななかで様々な計画がなされるために、現場の実情に合わないものが多々みられている。中央の者が現場と密接に結びつくことにより、コミュニティーの現実を知ることができ、より地域住民のニーズに適した対策ができるものと期待している。

さらに、本プロジェクトでは、計画からフィードバックまでを保健医療サービス提供の一連の

サイクルとしてとらえ、このサイクルを通してラオス側の能力強化を行うことに留意している。従来、計画、実践、評価までを取り入れたプロジェクトはみられたが、その評価をフィードバックして考えようとするプロジェクトは少なく、プロジェクトの持続性に支障を来していた。今回のプロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）の改訂では、ほとんどの活動の記述が、過去1年間の活動経験と今後の計画を反映した形で改定している。今後、実施することが具体的に決まっている活動（IECと保健統計分野に日本人専門家を投入する等）はなるべく表記し、ラオス側から指摘が多かったフィードバックの重要性についても活動のなかに明記した。

研修に関しても研修員情報システム（TPIS）と研修コース情報システム（TCIS）の設立と実践を掲げ、その監督指導までを含めた体制づくりに取り組んでいる。多くの途上国では様々な人材養成コースが実施されてはいるが、ひとつのシステムによって整理統合やモニタリングが行われていない。ドナー側も、トレーニングをやることに意義を見だし、何を目的として実施しているのか明確でない場合が多々みられている。保健医療従事者がどのような研修を受けたか、どのような研修が実施されているか等に関する情報管理システムを確立する意義は、ドナーによる人材養成のあり方を考えるきっかけにもなるものと期待している。

また、活動の多くが小児保健分野で活動する他ドナー（マルチ、バイ両方を含む）やNGO、青年海外協力隊やシニア・ボランティア等の日本の他のODAスキームとの協力を重視し、積極的に連携を進めている。学校保健の分野でも、タイで実施されている国際寄生虫対策プロジェクト（Hashimoto Initiative）と協力しながら実施し、大きな成果をあげている。これらの連携には保健省アドバイザーとして派遣されている三好専門家が果たしている役割も大きい。

本プロジェクトは、小児保健サービス向上のために包括的な手法を用いることを明言し、実践しようとしている。郡病院レベル等の対象地域にあわせた郡病院で必要最小限、提供すべきサービス（MR）を設定し、評価シートを基に達成状況をモニターし、フィードバックすることになっているが、このような包括的アプローチの成果は短期間で結果を出すことが非常に難しいものがあると思われる。モニター・フィードバックしながら、気長に成果をまつという姿勢で、現在の取り組みを続けてほしい。また、国内支援側も同様な目で見守ってほしい。このような取り組みは5年後、10年後には必ず成果を生むと確信しており、現今流行している短期的な観点からみた成果主義では、継続的な成果は期待できないものと考えている。

2-2 保健医療行政の観点からの現状評価と課題

(1) 目に見える効果づくりを急ぐ必要はない

事業の趣旨と考え方をねばり強く説明し続けた効果が徐々にではあるが出てきている。ラオス側も次に何をしたらよいか、問いかけたり、考えたりするようになってきており、期待される状況に近づきつつある。自分たちでつくっていくのだという意識が広がりつつある。この動

きを促進するためにも、一層の辛抱が必要である。与え過ぎないことが肝要である。

(2) 理念、GOALの共有を一層推進することが期待される

歴史観をもった公衆衛生行政目標とその機能についての理解の共有化を更に進める必要がある。そのためには、例えば、明治維新以来の我が国の公衆衛生施策の目標、施策の展開、結果、そして新たな施策の企画・実施を歴史観をもって俯瞰できる簡単な資料が、関係者間で共有されていることが望ましい。

(3) 目的を共有し、事業計画を理解し、予算獲得を容易にし、進捗状況の把握を確実にするため、共通のプラットフォームとしての「KIDSMILEプログラム」を具体的な計画として策定・共有すべきである

「KIDSMILE小児保健サービス10項目」等を基礎としたMR等の議論を通じて、プロジェクト自体の具体的な目標（指標）についての理解と議論が深められることが必須である。

総合的小児疾患管理（IMCI）については、ラオスの実態に適した形で導入すべきであろう。今後の展開をみながらCommunity-IMCIも必要に応じて検討してもよい。IECについては、ねらい、戦略、道具立てなどについて、具体的なパッケージづくりをラオス側とめざす必要があるのではないか。例えば、「家庭で行う16のケア」といわれる学校保健とをどのようにプロジェクトに盛り込み、効果的な「IEC」パッケージをめざすのか更なる検討が必要と思われる。

小児（本プロジェクトの対象は15歳未満）への保健教育の内容や狙い、戦略が漠然としていることから、学校保健をコンポーネントとして組み込む場合には、学校保健の位置づけと戦略を更に明確にすべきである。特に、学校保健の何を通じ、何をどのように改善したいのかを明確にすべきである（寄生虫駆虫、学校伝染病的なもの、栄養、衛生教育など）。学校保健の位置づけ方にもよるが、必要に応じ、教育分野に派遣されている政策アドバイザーとの連携も留意すべきである。

「KIDSMILEプログラム」は、ラオスの保健マスタープランと整合し、そのプログラム実施計画的な位置づけとすべきであろう。オーナーシップと持続発展性を高めるためにも、当該プログラムはラオス側の主体的な関与により策定されることが必要である。

(4) 病院機能強化は効果と効率を念頭に進めるべきである

ラオスにおいては、医療機関の利用率が非常に低い状況にある。その理由は必ずしも明確ではないが、①地域レベルの医療機関の機能強化により地域から信頼される病院となること、②医療費の支払い制度（リボルビングファンドの円滑な運用も含む）の改善により、医療

機関受診がしやすくなること、③地域住民に対し健康教育等による啓発を図ることなどが必要と思われる。地域病院機能強化は、MR 達成のための重要なコンポーネントであるが、機能強化にあたっては、本プロジェクトが実施又は支援する公衆衛生事業の効果・効率を最大化する観点から、機材、人材育成等について機能強化を進めていくべきである。

特に看護等人材育成については、本プロジェクトのスコープ内の研修と合わせ、資格制度や業務範囲なども含めた制度面での整理と合わせた包括的なアプローチが必須であり、本プロジェクトとは別に係る分野での協力強化が期待される。

(5) 「プロジェクト指向からプログラム指向へ」を意識しながらプロジェクトを推進することが肝要である

プロジェクト自体が、予防接種対策など垂直的内容を包含するとともに、公衆衛生機能強化を保健サービスと地域病院機能サービスの包括的強化から達成することをめざしている。公衆衛生的アプローチによる子どもの健康水準の向上と、本プロジェクトで確立された実践的システムの他県への適応を上位目標としており、子どもの保健を広くカバーするプログラム指向の内容となっている。係るプログラム指向の取り組みを関係者が十分に理解し、意識し、実践できるかが肝要である。

(6) 関連事業との連携、世界保健機関（WHO）等との機能連携、ラオス主体のドナー調整を各レベル（中央、地方）において積極的に進めることが期待される

プログラム指向の推進、限られた資源の効率的活用、自立発展性やオーナーシップの向上のために、関係機関等との協議・連携を一層進めることが重要である。

例えば、ラオス保健省（MOH）官房主導により、JICA（保健省アドバイザー、KIDSMILE リーダー等）、WHO、国連児童基金（UNICEF）、世界銀行（WB）、アジア開発銀行（ADB）、ルクセンブルク等を構成員とする常設調整会議の実施を検討したかどうか。IMCI、EPI、IEC 機材供与等の面で実質的な協調が期待できるのではないか。

(7) コストシェアリングの意味と進め方について共通の理解を推進する

「プロジェクト経費の10%を負担している」「サステナビリティのため、小さく生んで大きく育てる」といった、概念的な理解はC/P側に浸透しつつあるものの、形ではなく本質的な理解を深める必要がある。そのためには、必要な財源をどのように獲得するのかという行政学、財政学、会計学的な取り組みも必要とされよう。特に、優先度の高い分野へ協調的に資金を配分するという観点からは、セクターワイド・アプローチやコモンバスケット方式などについて、ラオス側と検討を進めることも選択肢のひとつとして考えられる。

(8) 保健政策アドバイザーとの連携を一層強化すべきである

プロジェクト事業がモデル事業として成果をあげ、それが一般施策として採用され、プロジェクトサイト以外でも実施されるようにしていくためには、このことについて、プロジェクト関係者が共通の認識と強い目的意識をもって事業に参画することが求められるが、それだけでは十分ではない。さらに、保健政策アドバイザーと連携し、事業ベースと政策ベースの両面からモデル事業の一般化を図っていくことが効果的である。

プログラム指向、セクター強化を進めるためにも、保健政策アドバイザーとの連携と機能分担が期待される。

(9) ラオス側 C / P の責任体制明確化の推進と PAR（参加型アクションリサーチ）の推進

C / P の責任体制と役割分担をより明確にすることが必要であり、ラオス側（中央政府、地方政府）に十分な働きかけを行うことが求められる。MOH の若手幹部職員が、毎日一定時間プロジェクトに常駐することが求められる。あわせて、例えば PAR などの参加型アプローチを積極的に用い、関係者の当事者意識と活動内容への理解の深化を図ることが望まれる。

(10) アウトカム指向の指標化を推進する

指標設定の検討にあたっては、活動の成果が把握しやすく、また、保健衛生上の意味も高い「5歳未満」をターゲット人口として、科学的根拠に基づくアウトカム評価指標の導入も検討すべきである。また、達成時期については、特にプロセス指標についてはできるだけ明示すべきである。

指標化にあたっては、科学的な因果関係を踏まえたアウトカム指向の「目標—指標—施策」を意識すべきである。

2-3 現地での協議事項詳細

(1) ウドムサイ県保健局

日 時：11月20日（木）13：30

面談者：ウドムサイ県保健局副局長（Dr. Phiou TAIBOUAVONE）

県の概要

- ・人口24万人で、3つの少数民族を抱えている。全7郡。
- ・ヘルスセンター数は39。1つのヘルスセンターが2人のスタッフで7～15村をカバーしている。
- ・ヘルスセンターの主要業務は、母子保健ケア、予防接種、人口家族計画、母乳保育促進、蚊

帳配布、健康教育、結核対策など。

プロジェクトの活動状況（副局長からの報告）

- ・開始当初はいくつかの困難もあったが、現在は計画どおり活動が進捗している。
- ・小児保健では、7郡から既に基礎データ収集が終わり、毎月のFFCも行われるようになった。
- ・VVCについても、修理も含めて無線機の維持管理ができており、各郡保健局スタッフの勤務状況、ワクチンの配布状況、疾病情報が把握でき、必要であれば郡レベルの疾病対策に赴くこともできるようになった。
- ・無線の交信は日に4回行い、7郡すべてから連絡をもらう。
- ・可能であればKIDSMILEの活動を、今後はヘルスセンターレベルまで広げていきたい。
- ・今後の課題としては、郡保健局の運営管理能力がまだ弱いことだ。能力の高いスタッフが不足しているうえ、人材数に対してやるべき仕事が多い。郡保健局の人材を増やすためには、郡内で人材をリクルートし、郡内での継続勤務を命じることも考えられる。

主な協議事項

- ・今後のヘルスセンターレベルへの活動展開について

ラオス側からの「郡レベルだけでなく、ヘルスセンターレベルへもプロジェクトとして活動を展開していくつもりがあるか」との質問に対し、「現時点では、直接ヘルスセンターレベルを活動対象とすることは考えていない。あくまで郡レベルが対象だが、郡保健局のすべき仕事としてヘルスセンターの機能強化も含まれていると考えており、郡保健局の行政能力強化を通じて、ヘルスセンターの機能強化を図るつもりである」旨、杉浦リーダーより説明。

(2) ウドムサイ県知事

日 時：11月20日（木）15：00

面談者：ウドムサイ県知事（Dr. Bounpone BOUTTANAVONG）

知事からの謝辞及びコメント

- ・KIDSMILE プロジェクトはウドムサイ県下で実施される初の大型プロジェクトであり、地域住民も非常に感謝している。
- ・モデルプロジェクトのひとつとして、KIDSMILE プロジェクトのやり方がラオスに広がっていくと思われる。

- ・ラオス側のオーナーシップが、このプロジェクトの自立発展のためには非常に重要であると考えている。
- ・ウドムサイ県は北部の中心県であり、北部地方の発展にとって重要な県であると保健省も認識している。
- ・県では現在、麻薬撲滅のための健康教育や中毒患者の治療にも力をいれてきており、今後 KIDSMILE プロジェクトが麻薬教育にも協力してくれると嬉しい。

(3) ウドムサイ県母子保健センター

日 時：11月21日（金）8：30

面談者：母子保健センター長（Ms. Vanthong NITSADY）

概 要

- ・7人のスタッフのうち、医師が1名、補助医師（Medical Assistant）が2名。
- ・小児の健康チェック、予防接種を無償で提供している。
- ・月に約43人の小児が来る。センター利用を呼びかけるラジオでのIECも実施。

協議内容

- ・現状の課題は？
→薬剤の不足である。
- ・小児保健にとって最も重要な活動は何だと考えるか？
→家族計画だと思う。母親の多くは、多くの子どもをもちたいと思っておらず、子どもの数を減らすことが子の健康向上につながる。

(4) ウドムサイ県病院

日 時：11月21日（金）9：15

面談者：副院長（兼医事課長）、手術室医師

概 要

- ・院内では3名のスタッフが KIDSMILE プロジェクトと密接に協力しており、現在小児科から2名が IMCI 研修に参加中。
- ・人材が不足しており、各部に医師が1名しかいないため、1人の医師が幅広い分野の治療を行わないといけない。

(5) ウドムサイ県ラー郡保健局、郡病院

日 時：11月21日（金）11：15

面談者：郡保健局長、郡病院長、郡母子保健委員長

概 要

- ・ウドムサイ県中央から28km離れており、郡の75%が山岳部。
- ・人口は1万6,144人で、346世帯、56村から構成されている。
- ・郡病院が1つあり、ヘルスセンターは3つ。
- ・郡病院の1年間の外来患者数は798人、入院患者数は327人で、ベッド稼働率は26%。

協議事項

- ・KIDSMILE プロジェクトの実施によって何が改善されたか？
 - VVCとFFCにより県保健局とのコミュニケーションがよくなった。研修によりスタッフの知識が改善された。
- ・今後プロジェクトに望むことは？
 - スタッフの能力が非常に低いため、人材育成支援を継続してほしい。研修では、1度では知識を十分吸収できないスタッフもいるので、何度か同じ内容を繰り返してもらうことも意義がある。

(6) JADDO オフィス

日 時：11月22日（土）8：30

面談者：日本人スタッフ（吉田さん）

概 要

- ・JADDOはラオスで活動しているNGOで、現在KIDSMILEプロジェクトの現地業務費から学校保健活動の業務委託契約をしている。
- ・日本人スタッフ2名とラオス人スタッフ2名を中心に、2004年2月までウドムサイ県下の小学校で活動中。
- ・JADDO（じゃっど）は鹿児島弁で「そうだ、賛成」の意。

活動状況

- ・ラー郡、サイ郡、ベン郡にある約40校を回って、歌や紙芝居、絵本による健康教育を行っている。

- ・最近では、教師よりも児童に直接絵本や紙芝居の読み方を指導し、子どもから子どもへの教育も始めた。
- ・ウドムサイ県には少数民族も多く、彼らはラオ語が分からないので、教材も地域に合わせてカム族、モン族など少数民族の言語に翻訳した。
- ・絵本は保健教育だけでなく、美術、音楽、ラオ語の教科書などとしても活用されており、各学校で使い方を工夫している。

学校保健に関する意見交換

- ・ラオスにおける学校保健は、まだ WHO や UNICEF がパイロット的に行っているのみで、今後は水やトイレなどの問題も出てくるであろう。
- ・学校保健には寄生虫だけでなく、マラリア教育を取り入れることもできる。
- ・タイ国際寄生虫対策プロジェクト（ACIPAC）の小規模パイロットプロジェクト（SSPP）がシェンクワン県の小学校9校で実施中であり、今年度からはヴィエンチャン県の18校でも開始予定。より一層連携を。
- ・学校のネットワークは教育省のものなので、このネットワークを活用するなら教育省も巻き込んでいく必要がある。
- ・保健省は学校医や保健医の配置など、技術的な部分で学校保健に協力してもらおうほうがいいのかもしれない。

(7) KIDSMILE プロジェクトとの協議

日 時：11月23日（日）13：30

現在の活動状況（杉浦リーダーより報告）

- ・中央－地方のネットワーク構築は、無線定期交信による VVC と県保健局スタッフがチームで各郡を巡回指導する FFC によって展開している。
- ・人材育成については、全研修コース情報を取りまとめる TCIS と、スタッフの研修受講状況を取りまとめる TPIS の2つのデータベースをつくっている。TCIS は11月下旬から全保健省内でデータ収集が開始され、TPIS は各県でトレーニング個人情報が既に収集されている。
- ・IMCI 研修は、11月現在ヴィエンチャン県各郡のスタッフを対象にした2週間の研修を実施中。医師、補助医師が受講対象。24名を3グループに分けて、保健省スタッフが講師となって各グループに2名ずつ配置されている。今後はフォローアップのための研修を行う予定。

- ・ IEC はこれから具体的な活動を開始するが、県と郡のスタッフを研修対象に考えている。

今後の予定及び課題（杉浦リーダーより報告）

- ・ 2004 年度の活動については、各県が郡から出てきた活動案を 30 項目くらいに取りまとめ、予算見積りのついたプロポーザルを中央にあげてきている。
- ・ 2004 年はタイでの研修も考えており、コンケンとチェンマイにそれぞれ 15 名ずつくらい県の人材を送る予定。
- ・ プロジェクト活動の実施にかかる予算を、日本とラオス双方で確保していくべく、各活動ごとに 10% はラオス側が費用をシェアする合意文書（覚書）を近々締結予定。
→この覚書は調査団帰国後に正式締結され、付属資料 2. に添付。
- ・ 「participatory」という言葉の使い方に留意する必要がある。プロジェクトでは、県や郡の課長レベル以上のみの参加でも「participatory」としており、必ずしも住民参加でない場合もある。誰を対象とした「参加型」なのか分かるような使い方が必要である。

プロジェクト実施上の問題点

- ・ 長期展望をラオス側と共有する必要
→長期展望は、基本的にラオス側が主体となっていくものであることを、合同調整委員会（JCC）で述べる。日本側としても、プロジェクト終了後にラオス側主導の活動として定着するものを見据えて、今後のプロジェクト活動を行う。
- ・ 意思決定プロセスの改善が必要（意思決定に時間を要する、専任 C / P が不在）
→プロジェクトの仕事を保健省業務のひとつとしてとらえて、プロジェクト事務所に常駐する保健省スタッフの配置を JCC でラオス側に依頼する。会議での通訳（ラオ語－英語）についても用意してもらいたい。
- ・ 中央レベルのキャパシティ強化が必要
→長期専門家の 1 名増員については、適材がいれば検討する。ラオス側も上述のように中央レベルでの C / P 体制を強化する必要がある。
- ・ コストシェアリングの導入が必要
→既にラオス側が始めている努力を評価するため、「コストシェアリング導入に向けての努力を評価する」という文言を調査団のミニッツに入れる。

(8) JICA ラオス事務所

日 時：11 月 24 日（月） 8：30

面談者：西脇所長、池田次長、衣斐所員

事務所からのプロジェクトに対するコメント

- ・ ヴィエンチャン県での治安上の問題があるものの、全体的にはうまくいっているプロジェクトであり、非常に注目も集めている。(所長)
- ・ 始めから計画の枠をきっちり固めずに柔軟かくスタートしたのが、ラオスの実状には合っていた。ラオス側のやる気をひきだし、プロジェクト活動を予算システムにどう組み込んでいくかを一緒に考えながら、少しずつ進めていく姿勢が重要だ。ラオス側も「ただでもらえるものはもらう」という発想を変えていく必要がある。ただでもらったものも、結局はメンテナンスコストなどがかかる。(次長)

その他協議事項

- ・ 保健省アドバイザーの活用

建野団長より「保健省アドバイザーとして派遣されている三好先生も、プログラムの統括や保健行政への提言等の場面でもっと活用していただきたい」との提案があり、西脇所長から「実際には既に三好先生はドナーコーディネーションの中核になりつつあり、ラオス側からも高く評価されている。全体のプログラム化の中心になりつつあるこの流れを是非維持していきたい」との回答があった。

(9) 保健省表敬

日 時：11月24日（月）9：30

面談者：保健省副大臣（Dr. Bounkouang PHICHIT）

主な協議事項

- ・ このプロジェクトはマスタープランのなかでも優先度が高く、県でも医療スタッフが高い意欲をもってプロジェクトのために働いている。(副大臣)
- ・ ラオス側の自助努力を徹底してサポートする姿勢が、これまでの他のドナーのプロジェクトとは違う。ラオス側のオーナーシップを一層高めるためには、プロジェクト専属のスタッフを保健省から出してもらいたい。1日数時間でもかまわないし、数箇月ごとにメンバーが変わってもいいが、毎日オフィスに来る人材が必要だ。(建野団長)
- ・ 日本側が望む人材を配置できるよう、保健省内部で調整したい。(副大臣)

(10) ヴィエンチャン県保健局

日 時：11月24日（月）13：00

面談者：ヴィエンチャン県保健局長（Dr.Soukphathay SOPASEUTH）、母子保健課長（Dr.

概 要

- ・人口 34 万人（うち女性が 17 万人）、12 郡 584 村、4 つの中心郡がある。
- ・平均寿命は 59 歳。乳幼児死亡率は 75.7、5 歳未満死亡率は 98.9、妊産婦死亡率は 440。県での主要死亡原因は感冒、下痢、肺炎、デング熱など。

プロジェクトの活動状況（局長から報告）

- ・無線による VVC は、天候やバッテリーの関係で通信が難しい時もあるが、だいたい 80% くらい定期交信ができています。専属スタッフも任命され、コールドチェーン機材の不足や伝染病発生などもフォローできるようになった。
- ・FFC についてはまだ計画中であるが、2 か月おきに 10 日ほどかけて 5 人チームで各郡を回りたい。
- ・人材育成は、県の職員 633 人のうち 580 人分の研修履歴は情報が既にデータベースに入力されている。
- ・小児保健でも IMCI 研修が始まり、各県から情報収集も開始した。

(11) ヱエンチャン県病院

日 時：11 月 24 日（月）14：30

概 要

- ・ルクセンブルクが支援しており、長期専門家チームが滞在している。
- ・95 名の職員のうち医師が 32 名。全 60 床でベッド稼働率は 70%。
- ・歯科、理学療法科もあり、看護婦の患者への態度もよく、掃除が行き届いているが、すべての病院運営管理費用をルクセンブルクが支援している模様。

(12) ヱエンチャン県トラコム郡保健局、郡病院

日 時：11 月 24 日（月）15：50

面談者：郡保健局長 (Dr. Bouaphet VIMALAVONG)、計画課長

概 要

- ・歯科、理学療法科もあり。
- ・ルクセンブルクからの支援のため、薬も豊富に届いている。

(13) 保健省スタッフとの打合せ

日 時：11月24日（月）17：30

面談者：Dr. Nao BOUTTA、Dr. Somchith AKKHAVONG、Dr. Kotsaythoune PHIMMASONE

協議事項

- ・保健省からプロジェクトへの専属スタッフ任命については、現在保健省内で調整中。通訳についても人選している。
- ・MRについては、10項目それぞれの内容を更に整理していく必要があり、その後達成すべきレベルを定めるべき。

PDM改定について

- ・翌11月25日（火）のPDM改定結果説明会に向けて、改定PDM（PDM-1）の内容を最終確認した。
- ・プロジェクトの対象グループとなる子どもの年齢については、11～15歳の間でいくつかの案が出たが、最終的には国際基準にあわせて15歳以下とした（PDM-0からの変更なし）。

(14) JCC

日 時：11月26日（水）9：00

出席者：付属資料3. のとおり。

主な協議事項

- ・調査団側より最終的なPDM改定案（PDM-1）を説明。
- ・長期展望共有の必要性、ラオス側からのより一層のオーナーシップが求められる点をプロジェクト及び調査団から説明。
- ・ラオス側のプロジェクト専任C/Pと通訳について、人員確保をプロジェクトから依頼し、それに対して保健省側から既に人選中であることを回答。
- ・コストシェアリングの意義とこれまでの努力への評価を調査団から表明し、保健省官房副局長よりウドムサイ県でのコストシェアが促進されるよう、保健大臣がウドムサイ県知事にレターを出す予定であることが伝えられる。

質疑応答

- ・（MRに関し）薬剤管理やEPIなどの郡における活動もプロジェクトではカバーしていくつもりか？

- 10 項目のなかでどの活動に重点を置くかは、各郡で決定してもらう予定である。そのなかで必要性が出てくれば方法を検討する。
- ・プロジェクト目標の指標に「他の協力者と連携した活動が毎年 5 案件以上実施される」とあるが、連携活動数のみでなくその質を測る指標も必要では？
- 活動レベルの指標に、定量的なものだけでなく定性的な評価ができるものを取り入れて、実施プロセスを評価できるようにしている（特に指標 5－3）。

第3章 プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）改定の経緯と結果

3-1 改定作業の流れ

運営指導調査以前からプロジェクト専門家とカウンターパート（C/P）で改定作業は始められ、PDM-1（ドラフト）が調査団現地入り以前に準備されていた。調査団では、PDM-1ドラフトの内容を確認し、ワークショップやインタビューを通じて詳細な指標設定を行い、最終調整を行った。日本、ラオス双方の関係者で合意のとれたPDM-1は合同調整委員会（JCC）で正式に承認され、協議議事録（ミニッツ）の添付資料として、調査団とラオス保健省の間で署名交換された（付属資料1．参照）。

作業スケジュール及び現地作業詳細は次のとおりである。

(1) 作業スケジュール

事前準備作業

	ラオス	東京
9月		
	日本人専門家が「PDM-1（ドラフト）」作成	
26日	定例会にてPDM改訂委員会メンバー決定	
10月		
3日	第1回委員会（意思決定者への説明）	
6日	第2回委員（保健省スタッフへの説明）	
14日		帰国中の日本人専門家からコンサルタントにプロジェクト内容を説明 「PDM-1（ドラフト）」をコンサルタントが分析開始
17日	ラオス側からコメント聴取、内容修正	
24日		日本人専門家に対してコンサルタントからEメールで質問開始
29日		JICA本部担当者とコンサルタントとの協議
30日	定例会にて「PDM-1（ドラフト）」承認	

現地作業日程

ラオス	
11月	
10日	日本人専門家とコンサルタントとの協議（改訂作業日報） 保健省 KIDSMILE 関係者へのコンサルタントによるインタビュー
11日	
12日	PDM 改訂ワークショップ
13日	↓
14日	
15日	コンサルタントと日本人専門家の協議
16日	
17日	
18日	
19日	↓
20日	ウドムサイ県保健局へのコンサルタントによる改訂 PDM 説明と意見聴取
21日	
22日	
23日	運営指導調査団と日本人専門家、コンサルタントの協議（作業報告）
24日	ヴィエンチャン県保健局に対するコンサルタントによる改訂 PDM 説明と意見聴取 ラオス保健 KIDSMILE 担当者主要メンバーに対する PDM 改訂説明と意見聴取
25日	PDM 改訂に関する説明ワークショップ開催
26日	JCC において PDM 改訂に関するプレゼンテーション実施と最終合意

(2) 現地作業詳細

1) 保健省関係者とのインタビュー

プロジェクト関係者のうち、保健省の主要関係者に対して、PDM-1（ドラフト）の記載事項についての認識、改定すべき点、「指標」等についてインタビューした。

2) PDM 改定ワークショップ（詳細は付属資料 5. 参照）

プロジェクト関係者の参加を得て、2 日間にわたり保健省でワークショップを開催した。参加者は全部で 19 名（ラオス側 10 名、日本側 9 名）。主な作業内容は、過去 1 年間のプロジェクト活動を振り返り（成功した経験を共有し、成功要因を分析する）、小児保健サービス改善のために一般的に行うべきことを検討し、PDM-1（ドラフト）の変更すべき点について議論した。

参加者からの主要提案事項を表 3 - 1 に示す。

表 3 - 1 参加者からの主要提案事項

全体に関する事項	プロジェクトがHCレベルまで活動対象として含めていることを明記したほうがいい。
Overall Goal	地理的対象が広すぎる（ラオス全体）。
活動	HC レベルまで含めて行うべき活動がある。
Output 1、2 の活動	定期会議の開催数を減らすほうがいい。
Output 2、5 の活動	上位レベルの機関からのフィードバックがほしい。
Output 3 の活動	村へ入る活動、村へのモバイル・チーム派遣や Drug Kit 配置も実施したほうがいい。ベースライン的な調査が必要である。
Output 4 の活動	他セクターとの連携が必要である（中央レベルから郡レベルまで）。
「指 標」	<ul style="list-style-type: none"> * 実施された活動そのものの回数を指標にする（例：IEC実施回数等）というよりも、一段階上の、活動の結果起こった変化（いわゆるアウトカム）をみる指標が多く提案された〔例：研修員情報システム（TPIS）の登録率、子どもの死亡数、患者数、トレーニングを受けた人の知識の変化等〕。 * 既存の統計、プロジェクト記録からは取れない指標も提案された（トレーニングを受けた人の知識の変化、健康教育に関する子どもからのインタビュー等）。 * 指標の取り方とタイミングはほとんどの指標について、どこのセクションにある記録をみればよいか、どれくらいの期間ごとにみればよいかまで具体的に提案された。

3) 日本人専門家との協議

日本人専門家と PDM-1（ドラフト）の記載事項の内容を確認しつつ、会議形式で合意形成しながら改定作業を行った。今回の主要な改定は、この協議の場で行われた。

4) ラオス側への説明と合意取り付け

ラオス側の 2 つの県の保健局担当者に対して、コンサルタントから改定事項についてミニ・ワークショップ等において説明を行い（11 月 20、24 日）、質疑応答のうえ、必要に応じて検討事項をもち帰った。それらを日本人専門家とコンサルタントで検討し、検討結果を PDM 改定説明ワークショップ（11 月 25 日）と JCC（11 月 26 日）で説明、日本人専門家からの補足説明を得て、最終的にラオス側から同意を得た。全体的には、ラオス側に対して複数回の説明と質疑応答の場が設けられていたため、十分な合意が得られたものと考えられる。

各ラオス側への説明会で使用した資料は、付属資料 6、7、8 のとおりである。

3-2 PDM-0 から PDM-1 への主要改定点

(1) 基本方針（日本人専門家の間での協議）

- 1) プロジェクトの主旨に沿い、必要と判断されるヘルスセンターレベルやコミュニティーレベルの活動は行っていく可能性が高いものの、PDM-1 には書かないことにした。理由は、プロジェクトは郡レベルの強化を中心に活動しているため、ヘルスセンターやコミュニティーでの保健活動を所轄する郡レベルが強化されれば、ヘルスセンター及びコミュニティーレベルにも効果が届くはずだからである。この点について関係者への周知を図ることにした。
- 2) プロジェクトの個別成果と活動の対象地域を明確化させるため、PDM-1 で使用する用語を明確に定義し、PDM-1 の最後に記述した。

(2) 改定概要

プロジェクト・デザインや活動の方向性を左右するような大きな変更事項はなかった。プロジェクト目標の変更はないが、上位目標については記述をより現状に則した形に変更・追加した。

成果・活動レベルでは、改定前には成果 1～6 として整理していた事項を、実際のプロジェクトの現状及び活動進捗に合わせて、新成果 1～5 に整理し直し、新しい成果に沿った活動も設定し直した。

今回の PDM 改定の大きなポイントのひとつは、指標とその入手手段の再設定である。PDM-0 ではややあいまいであった指標の書き方をより具体化し、可能なものは数値で表すようにした。

(3) 上位目標

(改定前)「ラオスにおける子どもの健康水準が改善される」

(改定後)「1. モデル県における子どもの健康水準が改善される」

「2. プロジェクトによって設立された実用的なシステムが中央レベルとモデル県を越えて活用される」

(改定点)

上位目標の対象地域を「モデル県 2 県」に絞った。また、プロジェクトによって導入される各種システムは、モデル県と中央レベルを越えて他地域でも活用される可能性が高いため、これを第 2 の上位目標として加えた。

(4) 成 果

改定後PDM（PDM-1）では、実際にプロジェクトが実施してきた活動の4本柱（人材育成、ネットワーク強化、小児保健、IEC）をそれぞれひとつの成果としてとらえ、新しく5つの成果を設定し直した。以下、それぞれに改定後の成果と要点を記載する。

1) 成果1

（改定後）「人材育成マネジメントシステムの能力強化がモデル県と中央レベルにおいて改善する」

（改定点）

主にPDM-0の成果2にあった「モデル県における横の連携機能強化」を目的として開始された研修に関するデータベース作成作業を、成果1として設定した。

2) 成果2

（改定後）「ヘルスネットワークシステムがモデル県と中央レベルにおいて強化される」

（改定点）

主にPDM-0の成果3にあった「中央と地方の縦の連携機能強化」のために開始された活動を、「ヘルスネットワークシステム」と固有名詞化し、成果2とした。このシステムは、無線を使った県－郡間の定期交信（VVC）と県から郡への巡回指導（FFC）、各レベルにおける定期会議の3つから構成される。

3) 成果3

（改定後）「下痢、マラリア、ARI等の主要小児疾患に対する治療と予防が、モデル県において強化される」

（改定点）

PDM-0の成果4の表現を、総合的小児疾患管理（IMCI）に関する一般的表現に揃えた。この成果については日本人専門家の間で、「郡病院で必要最小限、提供すべきサービス（MR）」の10項目（10 conditions）のなかでトレーニングが開始されたIMCIがカバーする領域の検討必要性や、プロジェクト全体に対するMRの重要性が確認された。また、プロジェクト対象地域の実態に合わせた形でのMRの概念確立が、早急に必要と認識された。

4) 成果4

（改定後）「小児保健サービスに関連する情報、教育、コミュニケーションがモデル県において改善する」

（改定点）

PDM-0の成果5として記載されていた健康教育を、IECとしてとらえ直し、活動対象地域も明確化した。

なお、プロジェクト開始時点では、タイ国際寄生虫対策プロジェクト（ACIPAC）の小規模パイロットプロジェクト（SSPP）活動を側面支援することが当面のプロジェクトの学校保健活動と位置づけられていた。その後、プロジェクト開始1年間にSSPP活動に限らず、45か所の小学校を対象にIECを中心とした健康教育活動を日本のNGOに業務委託した。これにより、本プロジェクトは学校保健活動を独立したものととらえるのではなく、本来のプロジェクト活動のひとつであるIEC活動の視点でとらえ、IECの活動範囲を幅広くすることで、小児保健サービスが強化されると考えた。

5) 成果5

(改定後)「モデル県と中央レベルにおいて、計画、実施、モニタリング、評価、及びフィードバックを通じて保健サービスマネージメントが改善される」

(改定点)

PDM-0の成果1～3及び常に活動の根底にあったプロジェクトの基本的考え方をひとつの成果として整理した。PDM-1の成果1～4には記載されていない活動がラオス側の発案等により開始された場合、この成果5の考えに沿っていれば、プロジェクト成果のひとつとしてとらえることができる。

これまでラオス保健行政担当者は、ドナー主導の下で計画立案と活動実施を行ってきたものの、モニタリング、評価、フィードバックが弱かった。そのためプロジェクトの持続発展性に影響を及ぼすこともあった過去の教訓から、本プロジェクトでは、常に計画からフィードバックまでを保健医療サービス提供の一連のサイクルとしてとらえ、このサイクルを通してラオス側の能力強化を行うことに留意している。

なお、PDM-0の成果6にあった関係者との連携は、既にプロジェクト活動の基本条件として実施され、その必要性はラオス側C/Pにも十分認識されているため、成果項目からは削除した。

(5) 活 動

成果項目の改定に伴い、ほとんどの活動の記述が、過去1年間の活動経験と今後の計画を反映した形で改定された。今後実施することが具体的に決まっている活動（IECと保健統計分野に日本人専門家を投入する等）はなるべく表記し、ラオス側から指摘が多かったフィードバックの重要性についても活動のなかに明記した。

1) 成果1に対する活動

(改定後)「1-1. 研修情報システム（TIS）を設立、実施する」

「1-1-1 研修員情報管理システム（TPIS）を設立、実施する」

「1-1-2 研修コース情報管理システム（TCIS）を設立、実施する」

「1-2. 定例 TIS 技術会議を開催する」

「1-3. TIS が組織人材局によって監督される」

(改定点)

TIS という上部概念のなかに、TCIS と TPIS が含まれているという実態を反映した書きぶりにした。定例会議は、TCIS のみならず、TPIS についても開催されるため、TCIS と TPIS の上位概念である TIS という語で両方を表現した。活動 1-3 では、監督指導の重要性を明確化した。

2) 成果 2 に対する活動

(改定後)「2-1. VVC をモデル県で設立する」

「2-2. FFC を設立する」

「2-3. 定例会議を開催する」

「2-3-1 中央レベルで定例会議を開催する」

「2-3-2 県レベルで定例会議を開催する」

「2-3-3 集中討議 (Intensive Discussion) を中央と県レベルの間で定期開催する」

「2-3-4 その他プロジェクト活動調整のための会議を開催する」

(改定点)

PDM-1 (ドラフト) の活動 2-1 と 2-2 では、「using wireless radio」「using vehicle」という手段が明記されていたが、VVC と FFC の活動では、必ずしも無線 (wireless radio) と自動車 (vehicle) を使うわけではないため、PDM-1 最終案では消去した。活動 2-3-1、2-3-2 については、会議の行われるレベルを明確化するために 2 つに分けた。

また、プロジェクトでは定例会議と別に、2003 年 6 月にルアンプラバーンで合宿会議を開催し、プロジェクト活動の課題等を広く議論しあった。この合宿会議は円滑なプロジェクト活動に有効であることが判明し、ラオス側からも上位レベルからのフィードバックを得たり、経験を共有するために重要な機会として好評であったため、「Intensive Discussion」と名づけて、活動 2-2-3 に記載した。

3) 成果 3 に対する活動

(改定後)「3-1. MR を確立する」

「3-2. MR に基づいて小児保健サービスを改善する」

「3-2-1 IMCI トレーニングを実施、評価する」

「3-2-2 MR に基づいて他の活動を実施する」

(改定点)

MR のプロジェクトにおける重要性を反映して、「MR (の概念) を確立する」ことを最も早急にすべきことと考え、その後に「MR を基礎として小児保健サービスを改善する」こととした。後者には、「IMCI の実施、評価」と「MR に基づく他の活動実施」を含めた。なお、「MR に基づく他の活動」には、10 項目に含まれている各種活動が含まれるが、どのような活動に重点を置いて活動していくかは各郡によって異なるため、その詳細は記述しないこととした (図 3-1 参照)。

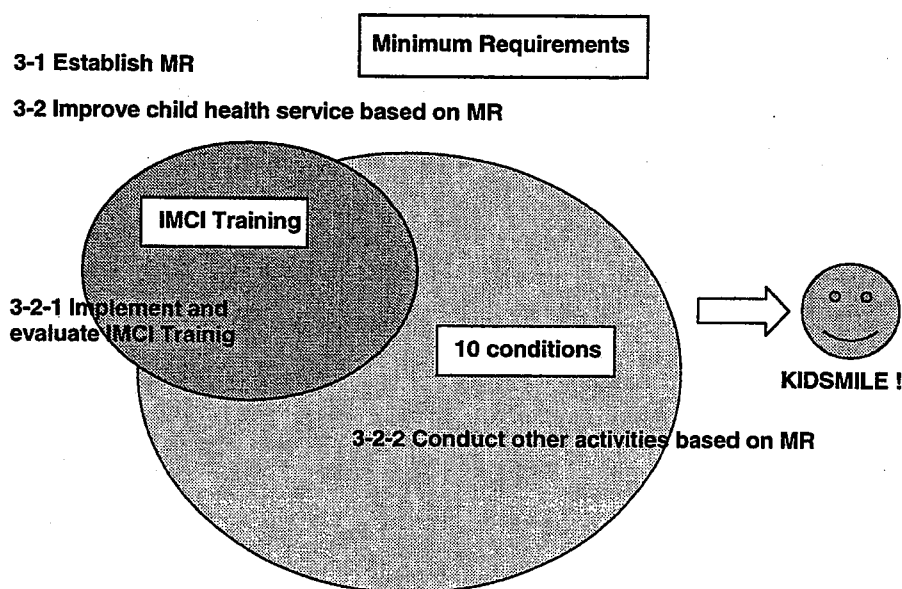


図 3-1 成果 3 の「活動」と MR、IMCI の対象領域の概念図

4) 成果 4 に対する活動

(改定後) 「4-1. 保健情報教育センター (CIEH) の能力を強化する」

「4-1-1 CIEH のマネージメント能力を改善する」

「4-1-2 CIEH の IEC 教材作成のための技術力を強化する」

「4-1-3 MR に関する IEC 活動について、CIEH とモデル県間の連携を支援する」

「4-2. SSPP と学校保健に関するパイロット活動を支援する」

(改定点)

活動 4-1、4-1-1、4-1-2 は、今後プロジェクトが CIEH に対して行う予定であり、主に IEC 専門家の活動計画に基づいて内容を明確化した。活動 4-1-3 は、CIEH が下位レベル (県、郡) の IEC 担当セクションの指導と活動評価を実施していくこ

ととなつてはいるものの、「プロジェクトとして支援する県レベルでの IEC 活動は、MR 達成を目的とするものに絞るべき」との認識が日本人専門家間でなされたため、その旨を限定的に記述した。プロジェクトでは、県レベルでこの主旨に沿ったよい活動提案があり、CIEH と連携をしてその活動を行っていく場合には、それを支援することとしている（図 3-2 参照）。

活動 4-2 においては、SSPP と学校保健の活動をひとつにまとめた。学校保健に関しては、プロジェクトの主旨に合うパイロット的な活動のみを支援していくことが日本人専門家間で確認されたため、これを分かりやすく示した。

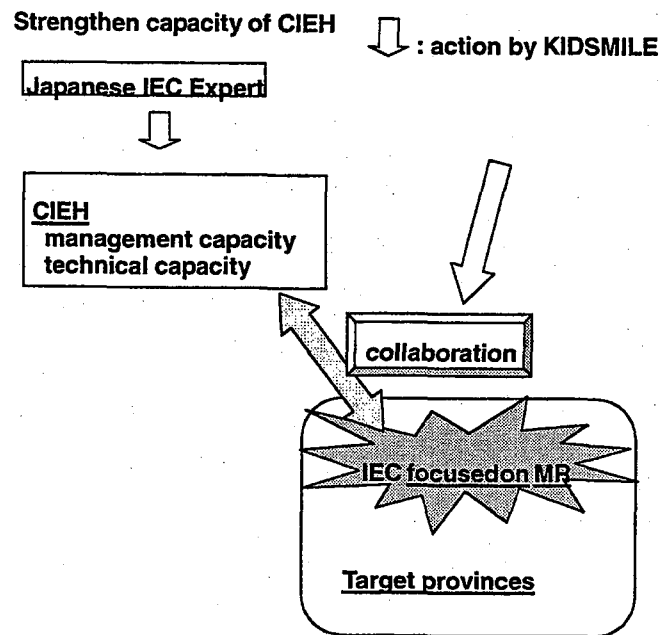


図 3-2 成果 4 の「活動 4-1-3」の概念的位置づけ

5) 成果 5 に対する活動

(改定後) 「5-1. プロポーザルフォームを策定する」

「5-2. プロポーザルフォームに基づいて、計画、実施、モニタリング、評価、フィードバックから構成される活動サイクルの実施を促進する」

「5-3. プロジェクト活動における保健統計の精度を改善する」

(改定点)

活動 5-2 では、現地調査期間中に C/P からの要望もあり、PDM-1 (ドラフト) から「フィードバック」という言葉をつけ加えた。

活動 5-3 は、今後、保健統計分野での短期専門家が入ることが決定しているため、追加したものである。また、上記専門家の活動以外にも、統計の質を向上させるための

活動は、今後のプロジェクト評価や、よりよいプロジェクト計画立案の観点からも必要である。

(6) 「指標」と「指標データ入手手段」

指標とその入手手段改定に関しては、日本人専門家による協議で活発な意見交換が行われ、次の点が協議参加者間で基本認識として共有された。

- ・ 数値化が可能な箇所は、できるだけ数値化する。今後の実施内容が具体的に分かっている事業（CIEHの活動やIMCIトレーニング等）で、かつ達成数値がおおむね把握できるものは、その数値（件数、人数）を基礎に目標数値を設定する（なお、事例の記述による質的評価も可能であるという意見も出たが、結果的には指標のほとんどが量的評価の指標となった）。
- ・ 量的変化を客観的に判断することが難しいものは、質的变化を主観的に判断することにするが、判断をランク化し、それを数値化する。
- ・ 必要に応じて、評価のためのフォーム策定を行う。このフォームは、必ずしも評価だけに使うのではなく、個別活動のある時点での進展度や達成度の管理のためにも使い得る（特に成果3、4、5に関連）。なお、フォーム策定には相当の時間を要するものもあるため、日本人専門家を中心にプロジェクト関係者の注力と策定工程管理が必要となる。
- ・ プロジェクト活動評価は、日本人専門家のみによる一方的評価にならないよう、評価フォームの策定や評価作業の各プロセスに、ラオス側プロジェクト関係者の参加を強く求めていく。

上記認識に基づき、上位目標、プロジェクト目標、各成果に対して、それぞれ次のとおり指標と入手手段を設定した。

1) 上位目標の指標

「1. モデル県における5歳未満児の死亡率が減少する」

「2. 中央レベルとモデル県を越えて活用されるようになった、プロジェクトによって設立された実用的なシステムの数」

(入手手段) 1. モデル県の年次統計書

2. 保健省の記録

(設定背景)

指標1:

子どもの健康水準の改善を測る指標として、世界的に最も一般的に使用されている指標を採用した。

指標 2 :

そもそもプロジェクトでは、モデル県で行う事業が他県にも広がっていくことをめざして活動を行っているため、モデル県を越えたシステムの広がり、プロジェクト効果を図る重要な指標となると考えて設定された。これまでも既に、プロジェクトが設立した TIS システムの一部などがその有用性を認められ、当初導入対象としていた部署を越えて、保健省全体に適用されつつある事例もある。

2) プロジェクト目標の指標

「1. 県と郡の保健施設が提供するサービスへの、15 歳未満のアクセスが増加する」

「2. MR の 80% が郡保健局と郡保健病院で達成される」

「3. 他の協力者と連携した活動が毎年 5 案件以上実施される」

(入手手段) 1. 県及び郡保健施設の記録

2. MR の達成状況を測る評価シート (MR 評価シート)

3. プロジェクトの活動記録

(設定背景)

指標 1 :

「サービス」には予防と治療の両面が含まれていると考える。また、郡レベルでは、保健局所轄施設が各種あり、ひとつの施設で予防と治療の両方を行うものや、行政管理部門と保健サービス提供部門の両方を備えている施設もあるが、これらの施設で提供されるサービスへのアクセスも数値に含めることとする。

指標 2 :

プロジェクトにおいて、MR の達成をめざすことは非常に重要性が高いという日本人専門家の間での共通認識に基づき、目標の 80% の達成をめざした活動を展開していくことになった。

指標 3 :

プロジェクトでは、小児保健サービス向上のために、小児保健分野で活動する他ドナー (マルチ、バイ両方を含む) や NGO、日本の ODA の他スキーム (青年海外協力隊、シニア・ボランティア) 等との協力を重視し、積極的に連携を進めてきた。したがって、これらの活動を評価できるように指標を設定した。

3) 成果 1 の指標

「1-1. 90% 以上の TPIS が毎年更新される」

「1-2. 集められた TPIS データが毎年分析される」

「1-3. 毎年 TCIS が分析され、その結果が関連機関に配付される」

(入手手段) 1-1. モデル県における TPIS 年次報告書

1-2. モデル県における TPIS 年次報告書

1-3. 保健省人材育成局より出される TCIS 年次報告書

(設定背景)

指標 1-1 :

TPIS のデータ入力は、個人が受けた研修情報を入力するもので、2003 年 11 月現在、ヴィエンチャン県における最初の入力は 100% 近く終了している。このデータは毎年更新していくことで、同人のその後受けるべき研修を明らかにし、研修コースの設置決定に關しても参考情報として使用されるため、定期的に更新される必要がある。

指標 1-2 :

TPIS では、単にデータが集められるだけでなく、それが分析され、短長期的にスタッフの人材育成に活用されることが非常に重要である。このため、プロジェクトでは集められたデータが毎年分析されることも目標とする。

指標 1-3 :

TCIS は、実施された研修コースの情報を収集・分析して、その後の各種研修内容に提言を導いたり、今後実施が必要なコースを明らかにするものである。そこで、単にデータを集めるだけでなく、定期的に集められたデータの分析と、その結果が関係機関にフィードバックされることが重要になるため、分析とフィードバックに焦点をあてて成果指標のひとつとした。

4) 成果 2 の指標

「2-1. VVC が、通信実施を阻む避けがたい事態の発生時を除いた 90% の（通信すべき）時間において実施、記録される」

「2-2. FFC が少なくとも年間 6 回実施される」

「2-3. （VVC や FFC の実施から得られた情報の分析やフィードバックを含む）会議記録が関連機関に配付される」

(入手手段) 2-1. VVC 専用の記録簿

2-2. FFC 専用の記録簿

2-3. 会議記録

(設定背景)

指標 2-1 :

VVC の実施率は、ウドムサイ県では現時点で既に 90% に近づいている。通信ができない理由は、悪天候、バッテリーの充電ができない、通信担当者の不在等である。これらの事態を除いても、実施率 90% が達成される可能性は高く、目標としても適当な数値目標として関係者に受け入れられた。

なお、ヴィエンチャン県からは目標数値を 80% にしてほしい旨の要望が示されたが、日本人専門家からヴィエンチャン県担当者に対して、90% の実施率達成は現実性のないことではなく、目標として掲げるにふさわしい数値であること、数値目標を 90% から下げるとウドムサイ県の志気が下がることを説明し、90% とすることで最終的に同意を得た。

指標 2 - 2 :

ウドムサイ県保健局では、過去の FFC 実施の経験からその効果が高いと認識され、年間 12 回実施したいという要望が出された。これに対して、コンサルタントから目標値以上に実施が行われたとしても問題ではなく、6 回以上の実施をめざすべきと説明して、合意を得た。

他方、ヴィエンチャン県保健局は、郡の数が 12 と多く、遠隔地の郡もあるため、FFC 1 回の実施に多くの日数を要するという推測に基づき、年間 4 回にしたいという要望が出された。これに対しては、複数の日本人専門家より、VVC 同様にウドムサイ県のやる気が高まっているなか、目標値を下げることはウドムサイ県の志気低下につながるおそれがあること、運営指導調査時点ではまだヴィエンチャン県で FFC が開始されていないため、今後、県の実態に合わせた無理のない計画をつくって実施するなかで、必要があれば目標回数を変更できる可能性もあること、FFC に多くの日数がかかる場合は、FFC に参加する人員を変えていく等の工夫をすることが説明された。この結果、ヴィエンチャン県保健局からも 6 回という数値に合意を得た。

指標 2 - 3 :

VVC や FFC は、得られた情報の分析やフィードバックが行われることに大きな意義がある。特にフィードバックの必要性は、PDM 改定ワークショップの場においてラオス側関係者からたびたび指摘があったため、情報共有やフィードバックの確保を成果のひとつとして図れる指標を設定した。

5) 成果 3 の指標

「3 - 1. 2004 年 9 月までに MR に関する評価シートが作成される」

「3 - 2. MR に基づいた各郡の目標が 80% 達成される」

「3 - 3. 県と郡レベルで保健サービスを利用する 5 歳未満児の数が増加する」

「3 - 4. モデル県で 150 人以上の職員が IMCI トレーニングを受ける」

(入手手段) 3 - 1. プロジェクトの活動記録

3 - 2. MR 評価シートの記録

3 - 3. 県及び郡保健施設の記録

3 - 4. プロジェクトの活動記録

(設定背景)

指標 3-1 :

成果 3 の活動実施にあたっては、今後、プロジェクト対象地域の実態に合わせた MR の概念を確立することが早急に必要とされている。この概念に基づき、プロジェクトでは、MR で達成すべき目標や、比重、配点などから構成される評価シートを作成することにしたため、この評価シートの完成を指標のひとつとした。なお、評価シートの例として、日本人専門家との協議に基づきコンサルタントが試作したものを表 3-2 に示す。

指標 3-2 :

プロジェクトでは、MR の概念を確立したあと、モデル県の各郡レベルの公的保健サービスの実態に合わせた MR の達成目標を明確化する予定でいる。その際に、MR10 項目について、それぞれの郡ごとに重点項目を選定し、改善の目標値を設定することも検討している。その各郡の目標値が 80% 達成されることを指標 3-2 とした (表 3-2 参照)。

表 3-2 指標 3-1 評価シートの例と、指標 3-2 郡レベルの自己目標の説明

(評価シート書式、配点、重点はすべて例)

	A	B	C	D	E
10 conditions	0-20	21-40	41-60	61-80	81-100
1. 24 hours open hospital					
2. Welcomes to patients					
3. Essential Drugs	each District's objectives				
Diagnosis		☹	➡	☺	
5.					
Monitoring Evaluation					
Total					
Grand total					

指標 3-3 :

県及び郡レベルで提供されている保健医療サービスは、多種多様である。ここでいう「サービス」とは、今後、MR の概念確立とともに明らかにされ、プロジェクトとして改善に注力していくサービスを指す。この指標数値を入手する際は、サービスには予防分

野と治療分野があること、医療施設によって提供するサービスが異なっていること、施設によっては山間部に存在していたり、インフラへのアクセスが限定的であるなどの外的要因などが加味される。

指標 3 - 4 :

IMCI トレーニングは、2003 年 11 月から開始され、2003 年度の年間研修実績は 58 人であった。このペースで 4 年間研修を行えば、プロジェクト終了時までには、150 人以上をトレーニングすることが可能と見込まれるため、これを目標値とした。

なお、この指標については、トレーニングを受けた人員の数ではなく、質的な面の変化を測るほうがいいのではないかという意見が JCC の場で表明された。これに対しては、日本人専門家から、質的評価は IMCI トレーニングそのものの評価のなかで行うこともできるとのコメントがあり、ラオス側関係者からも現状の研修人数による指標が適当であるという意見も表明されたため、最終的に研修人数を指標とすることが合意された。

6) 成果 4 の指標

「4 - 1. プロジェクトが支援する活動が、毎年 15 以上実施される」

「4 - 2. IEC 評価シートの点数が増加する」

(入手手段) 4 - 1. プロジェクトの活動記録

4 - 2. IEC 評価シート

(設定背景)

指標 4 - 1 :

今後プロジェクトでは、ラオス側のイニシアティブを重視しながら、IEC 分野での活動を実施していく予定である。いくつかの活動計画は既に CIEH より提出されており、毎年 15 以上の活動実施を支援していくことをめざす。

指標 4 - 2 :

IEC 分野での活動実施にあたって、プロジェクトでは、IEC 分野の日本人専門家とラオス側関係者で IEC 活動評価シートを作成して、活動評価を行うことを検討しているため、成果指標のひとつとして設定した。量的評価と質的評価（質的評価を点数換算して量的に示す場合もある）をどのように行うか等の詳細は、今後決定される予定である。

7) 成果 5 の指標

「5 - 1. 2004 年 4 月までにプロポーザルフォームが策定、配付される」

「5 - 2. 2007 年 5 月までに、計画、実施、モニタリング、評価、フィードバックから構成される活動サイクルの少なくとも 70% がすべての活動において終了する」

「5 - 3. 活動サイクルの各段階を評価する」

(入手手段) 5 - 1. 策定されたプロポーザルフォーム

5-2. 活動サイクル評価シート

5-3. 活動サイクル評価シート

(設定背景)

指標5-1:

プロジェクトでは、C/Pが活動計画を的確に策定・実施できるようになることをめざし、立案能力を高めるためのプロポーザルフォームを策定することを計画しているため、このプロポーザルフォーム完成及び配布を、成果5の指標のひとつとした。

指標5-2:

今後プロジェクトでは、ラオス側から提案されてプロジェクトの支援を得た活動が、活動サイクル(計画、実施、モニタリング、評価、フィードバック)の各段階を着実に進展していくことを図るために、活動サイクル評価シートを策定することになった。コンサルタントからは、一連の活動サイクルのプロセス評価を質的に行うことも提案している(付属資料9.参照)。詳細は今後プロジェクトで決定されるが、評価時点で活動がサイクルの最終段階まで進展しない場合でも、進んだ段階に応じた配点が行われるようにする。日本人専門家との協議に基づいて発案された評価シート例を、参考までに表3-3に示す。

表3-3 指標5-2 活動サイクル評価シートの例

(評価シート書式、配点もすべて例)

	1	2	3	4	5		
	Planning	Implementa-tion	Monitoring	Evaluation	Feedback		
Activity I	→		→		→	Total score	Calculation of rate
score	5 (highest score)	5	5	5	5	25	25/25=100%
Activity II	→		→	/	/	Total score	Calculation of rate
score	4	4	3	0	0	9	11/15=73%

指標5-3:

活動サイクルの各段階において、C/Pがどの程度ラオス側関係者のみで活動を実施できたかどうかを、日本人専門家とC/Pで評価することとした。主観的な評価ではあ

るが、最終的には評価結果を点数化することにし、詳細は今後決定する。日本人専門家との協議に基づいて発案された評価方法例を、参考までに表3-4に示す。

表3-4 指標5-3 活動サイクル評価方法の例

(書式、配点はすべて例)

	1	2	3	4	5
	Planning	Implementation	Monitoring	Evaluation	Feedback
Activity I					
score	E	D	D	E	E
Narrative description	Planning was conducted..				

A	B	C	D	E
0-20	21-40	41-60	61-80	81-100

(7) 外部条件

これまでの1年間の活動実績や、今回のPDM改定作業を通じて明らかになった今後の重点領域に、外部条件の一般的定義（プロジェクトの成功にとって必要であるが、プロジェクトではコントロールが不可能な条件）を照らし合わせ、必要と考えられる条件を追加修正した。逆に、PDM-0には記載されていたが、今後のプロジェクトにとって外部条件にあたらぬと考えられるものは削除した。以下にそれぞれのレベルにおける外部条件の改定結果を示す。

1) 上位目標の横の外部条件

(改定前)「ラオスの小児に関する保健政策が変化しない」

(改定後)「ラオスの国家開発政策が保持される」

(改定理由)

上位目標が達成されたあと、達成された状態が長期的に継続するための条件としては、ラオスの国家開発政策が保持されることがより重要であると考えたため、記載方法を変更した。

2) プロジェクト目標の横の外部条件

(改定前)「予期しない深刻な感染症の流行が起らない」

「EPI活動が継続的に実施される」

(改定後)「深刻な感染症の流行が起らない」

(改定理由)

EPI 活動の継続は、県保健行政において提供すべき基本的なサービスのひとつであるため、プロジェクト活動の効果が及ぶべき範囲にとらえ、外部条件からは削除した。また、プロジェクト活動により保健行政能力が強化されれば、プロジェクトで設立した情報ネットワークシステム等を通じて、感染症発生の予測もある程度可能になると考えられることから、「予期しない」という言葉を外した。

3) 成果の横の外部条件

(改定前) 「公的な協力が減少しない」

「研修を受けた保健スタッフが保健サービスに従事し続ける」

「保健省内で、小児保健に関して改善されたシステムが機能し続ける」

「女性同盟がプロジェクトとの協力的な関係に反対しない」

「青年同盟がプロジェクトとの協力的な関係に反対しない」

「コミュニティがプロジェクト活動への参加に反対しない」

「国際機関がプロジェクトとの協力的な関係に反対しない」

(改定後) 「a. 研修を受けた保健スタッフが保健サービスに従事し続ける」

「b. コミュニティーがプロジェクト活動への参加に反対しない」

「c. 他組織がプロジェクトとの協力的な関係に反対しない」

「d. 地方政府がプロジェクト活動に反対しない」

(改定理由)

PDM-0 から削除されたのは、「公的な協力が減少しない」「保健省内で、小児保健に関して改善されたシステムが機能し続ける」「女性同盟がプロジェクトとの協力的な関係に反対しない」「青年同盟がプロジェクトとの協力的な関係に反対しない」である。前者2つの条件は、保健省をC/Pとしたプロジェクトを実施するにあたっては必要不可欠な当然の条件であるため、前提条件から外し、後者2つの条件の削除理由は、プロジェクトからはこれら2つの同盟に直接的に協力関係の設立を求める予定がないためである。

これに対して、外部条件としてPDM-1に新たに加えるべきと判断されたのは、「地方政府がプロジェクト活動に反対しない」である。理由は、ラオスでは地方分権化が進展し、県レベル以下の保健分野の活動に対する予算配分は、保健省ではなく、県政府によって決定されるためである。プロジェクトでは、今後もウドムサイ県とヴィエンチャン県において県側のコストシェアリングに基づく活動を展開していくため、両県の県政府がプロジェクト活動に反対しないことは非常に重要となる。