

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
中間評価報告書

平成17年9月
(2005年)

独立行政法人 国際協力機構
ラオス事務所

ラオ事
JR
05-02

目 次

目 次

略語一覧

評価調査結果要約表

地 図

写 真

第1章 調査概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団構成	2
1-3 調査日程	3
1-4 主要面談者	4
1-5 評価の方法	5
第2章 評価結果	8
2-1 プロジェクトの概要と特徴	8
2-2 プロジェクトの実績	10
2-3 実施プロセス	23
2-4 5項目評価結果	24
第3章 今後の計画	29
3-1 今後の方向性	29
3-2 提 言	35
第4章 団長総括	39
付属資料	
1. ミニッツ・合同評価レポート	45
2. PDM-1 (和文)	88
3. PDM 改定案 (和文)	91
4. 評価グリッド	93
5. ワークショップ報告	95
6. 日本人専門家インタビュー結果	132
7. ラオスC/Pインタビュー結果	133
8. ドナーインタビュー結果	136
9. 実施プロセス重視事例	137

略語一覧

略語	正式名称	和訳・説明
ARI	Acute Respiratory Infections	急性呼吸器感染症
CIEH	Center of Information and Education for Health	—
C/P	Counterpart Personnel	カウンターパート
DOC	Department of Curative Medicine	治療局
DHP	Department of Hygiene and Prevention	衛生予防局
DHO	District Health Office	郡保健局
DOP	Department of Organization and Personnel	人材育成局
FDD	Department of Food and Drug	薬食品局
FFC	Face to Face Communication	(県→郡保健局の) 巡回指導
HC	Health Center	ヘルス・センター
IEC	Information, Education and Communication	情報、教育、コミュニケーション
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness	総合的小児疾患管理
JCC	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
MCHC	Mother and Child Health Center	母子保健センター
MOH	Ministry of Health	保健省
MR	Minimum Requirements	郡病院が最低限遵守すべき 10 項目
ODY	Oudomxay Province	ウドムサイ県
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PHO	Provincial Health Office	県保健局
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
TOR	Terms of Reference	(「役割」という意味で使用)
TOT	Training of Trainers	講師研修
TPIS	Training Personnel Information System	研修個人情報システム (研修個人歴)
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
VP	Vientiane Province	ヴィエンチャン県
VVC	Voice to Voice Communication	無線交信
WHO	World Health Organization	世界保健機関

評価調査結果要約表

1. 案件の概要		
国名：ラオス人民民主共和国	案件名：子どものための保健サービス強化プロジェクト (KIDSMILE)	
分野：保健医療	援助形態：技術協力プロジェクト	
所轄部署：ラオス事務所	協力金額 (2004年度まで)：2.42億円	
協力期間	2002年11月1日～	先方関係機関：保健省衛生予防局 ヴィエンチャン県保健局 ウドムサイ県保健局
	2007年10月31日	
1-1 協力の背景と概要		
<p>ラオスの保健医療水準は、周辺国と比較しても低く、これまで 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した。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人当たり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、この目標を実現するためのプロジェクト要請を行った。</p>		
1-2 協力内容		
(1) 上位目標		
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。		
(2) プロジェクト目標		
中央と地方の子どものための保健サービスが、様々なレベルの関係者の参加型協力によって強化される。		
(3) 成果		
1) 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。		
2) 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。		
3) 下痢、マラリア、急性呼吸器感染症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。		
4) 小児保健に関連する情報、教育、コミュニケーション (IEC) がモデル県において改善する。		
5) 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ジメントが改善される。		

(4) 投入 (評価時点)

日本側：

長期専門家派遣	7名	機材供与	32,750千円
短期専門家派遣	28名	ローカルコスト負担	65,547千円
研修員受入れ(日本)	22名	研修員受入れ(タイ)	30名

相手国側：

カウンターパート配置

土地・施設提供 保健省、モデル県保健局内にプロジェクト事務所スペース

ローカルコスト負担 91,369,180KIP (約100万円)

2. 評価調査団の概要

調査者	担当分野	氏名	所属
	団長	池田 修一	JICA ラオス事務所 次長
	保健マネジメント	仲佐 保	国立国際医療センター国際医療協力局 派遣協力第二課長
	協力計画	衣斐 友美	JICA ラオス事務所 所員
	評価分析	轟 由紀	グローバルリンクマネジメント株式会社 社会開発部研究員

調査期間 2005年6月29日～2005年7月24日 評価種類：中間評価

3. 評価結果の概要

3-1 実績の確認

(1) 人材育成マネジメントシステム

県保健局では TPIS (研修個人情報システム) が、保健省人材組織局では TCIS (研修コース情報システム) が構築されつつある。

(2) ヘルスネットワークシステム

VVC (Voice to Voice Communication: 無線交信) と FFC (Face to Face Communication: 県から郡保健局への巡回指導) は軌道に乗り、県・郡保健局間のネットワーク (コミュニケーション) 強化に確実に役立っている。他方、中央内部及び中央と県とのネットワークには課題が多い。

(3) 小児保健

MR (Minimum Requirements: 郡病院が最低限遵守すべき10項目) 活動は2004年10月より郡病院で開始され、既に6割の病院で目標の80%が達成されている。

(4) 情報、教育、コミュニケーション

キャンペーン手法の導入により、中央の CIEH (Center for Information and Education for Health) の機能が強化されつつある。

(5) 活動サイクル

2004年度より年間活動計画が中央・県で策定されるようになり、各活動についてプロポーザルフォームが提出されている。他方、この計画を評価・フィードバックする方法については、今後検討予定である。

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性

プロジェクトの目標 (小児保健サービス改善のためのマネジメント強化) は、ラオス保健セクターの政策や現状に即したものであり、妥当性が高い。しかし、プロジェ

クトの範囲や計画（いつまでに何を目指すか）は、プロジェクト後半において、より明確にする必要がある。

1) プロジェクト目標の妥当性

本プロジェクトの目標である「マネジメント強化」は、保健省及びモデル県保健局で戦略の一部として重視されており、ラオスの政策との整合性が高い。また、プロジェクトはマネジメント強化の一環として「既存のシステム・物を活用して保健スタッフの日常業務を改善する」という基本姿勢を取っている。インタビュー結果によると、ラオス側でもこの基本姿勢の重要性は認識されている。

2) プロジェクト計画の妥当性

ラオス側の主体性を尊重するため、プロジェクトの当初の枠組みは緩やかに設定されており、ラオス側の意向や状況に応じ、各段階で必要と考えられる活動が行われてきた。

他方、このようなアプローチは、プロジェクトの範囲はどこまでなのかを関係者にわかりにくくしたことも事実である。プロジェクト後半においては、プロジェクトの範囲及び到達点をより明確にし、終了時までのスケジュールを作成することが重要である。

(2) 有効性（プロジェクト目標の達成見込み）

プロジェクト目標は、今回の評価で明確化されたばかりであるため、現時点でその達成見込みを論ずるのは困難である（注：今回の評価では、日本側で「プロジェクト目標」の定義と指標を再検討し、ラオス側と確認協議を行った。その結果、「本プロジェクトの重心はサービス改善よりもマネジメント強化に置かれていること」が改めて確認された）。

しかし、有効性向上のために、まずは、各成果（アウトプット）の質を上げていくことが重要といえる。

また、各成果間には部分的に相乗効果も認められてきている。例えば、郡のMR活動はFFCを通じて県がモニターする、IEC活動で乳幼児健診（MRの9番目の項目）に係る啓発を行うなどである。今後、各成果の関連をより意識した活動を行うことは、プロジェクト目標の達成に有効と考えられる。

(3) 効率性

「投入に見合ったアウトプットが生じているか」という観点によれば、本プロジェクトの効率性は比較的高いと判断できる。

本プロジェクトでは、既存のシステムや物を活用することを重視してきた。これは、「少ない投入や予算でより良い成果を出す」という意味で、効率的な業務運営に資するものである。特筆すべき「高い効率性」の例としては、使われていなかった既存の無線を活用したVVCの活動である。

(4) インパクト（上位目標の達成見込み）

1) モデル県における子どもの健康水準の改善（上位目標1）

具体的な指標は、「5歳未満児死亡率の減少」である。国家統計によると、1990年の同指標は170（出生1,000人当たり）であったのが、1999年には106に減少している。プロジェクト目標であるマネジメント強化と幼児死亡率減少の間には、様々

な段階や外部条件が存在するため、プロジェクトのみによって死亡率が減少したとはいえないのはもちろんである。しかし、5歳未満児死亡率の低下は、ラオス保健セクターの最重要課題であり、「マネジメント強化がゆくゆくはこの課題の解決に繋がる」ことを関係者間で認識することが重要である。

2) プロジェクトによって導入された活動の普及（上位目標2）

既に、プロジェクト圏外に活動が普及している事例として、次の3点があげられる。

- ・ TIS（研修情報システム） は、保健省人材育成局がその有用性をいち早く認め、複数部局にまたがるテクニカルチームが編成された。また、2005年6月に同システムは、UNICEFの支援でチャンパサック県に導入された。
- ・ 保健省治療局では、今後比較的貧しい県への MR 導入を考えている。
- ・ 本プロジェクトでは、「タイ国際寄生虫対策プロジェクト」のSSPP（Small Scale Pilot Project）に協力して、学校保健活動を行ってきた。これを端緒として、保健省・教育省主要メンバーからなるタスクフォース・グループが結成され、学校保健国家政策が策定された（2005年4月22日署名）。

(5) 自立発展性

経常予算確保の難しさから、プロジェクト終了後に活動を同じ規模で継続することは困難である。しかし、いくつかの活動はカウンターパートの通常業務として継続される見込みが高い。

1) 通常業務としての認識

本プロジェクトは、「既存のシステム・物を活用して保健スタッフの日常業務を改善する」という基本姿勢を取っている。このため、実施している活動の多くは彼らが既にやっていた業務であり、プロジェクトはそれらを、より体系化し改善したにすぎない。実際、プロジェクトの活動は彼らの通常業務として認識されつつあり、特にVVCについては、プロジェクト終了後も継続される可能性が高い。

2) 財政的側面

県保健局のプロジェクト活動のコストシェアリング分は、県政府の開発予算より拠出されているため、プロジェクトが終了すれば予算の確保は難しい。このため、多額の予算を必要とする活動の持続性は不透明である。例えば、FFCは比較的大きな予算を要する。しかし、インタビューによると、県保健局では回数を減らしてでも継続することを望んでいる。

また、IECの教材作成には、多大な予算を必要とするため、政府の資金のみでは活動の継続が難しい。

3) 技術的側面

他方、TISとMRは、一旦システムとして確立すれば、活動費は比較的少なく済む。しかし、技術的な側面でまだ支援を要するため、まずはプロジェクト期間中に、自立発展が可能なレベルにまで、向上・改善することが必要である。

3-3 効果発現に貢献した要因／問題点及び問題を惹起した要因

本プロジェクトは、その実施過程において、①ラオス側のオーナーシップの尊重、②既存システムの改善、③コストシェアリング、④緊密なコミュニケーションの4つの基本姿勢をとってきた。これらの基本姿勢について、効果発現に貢献した要因、問題点及び問題

を惹起した要因は以下のとおり。

(1) ラオス側のオーナーシップの尊重

ラオス側は、このプロジェクトが日本側のものではなく自分たちのプロジェクトであることを認識しているようである。特に県レベルでは、自らが活動の中心的な実施者であると捉えている。ラオス側カウンターパートの中には、マネジメント能力が改善され、それをプロジェクト終了後にも活用できるので、オーナーシップの醸成が自立発展にも役立つと考えている人もいる。ラオス側にまず最初に考えさせるという日本人専門家のアプローチは、ラオス側のオーナーシップ・イニシアチブ醸成に貢献しているようである。

一方、日本側がプロジェクトの方針にそって最終意思決定をする場合があるのも事実である。日本側による判断基準が明確にラオス側に示されないまま、提案された計画が却下されたために、ラオス側が混乱または落胆することがあった。

(2) 既存システムの改善

ラオス側は、プロジェクト以前から実施していた活動の業務手順やシステムを改善しているのが本プロジェクトであると見ている。既存のシステムを活用することにより、プロジェクトの活動がドナー主導の追加的な仕事ではなく、ラオス側の通常業務と認識されやすくなっているといえる。

(3) コストシェアリング

モデル県では、コストシェアリングの考え方はよく認識されつつあり、ある程度実行されてきている。コストシェアリングにより、ラオス側がコミットしなければならないことやプロジェクト活動が自分たち自身の活動であることをラオス側が認識するようになってきているようである。ラオス側がコストをシェアするために、適切な規模の予算や計画を考えようとするケースもある。こうした過程は、マネジメント能力強化に貢献しうるものである。

中央レベルでは、CIEH と MCHC (母子保健センター) の各センターによって主にコストがシェアされている。

(4) 緊密なコミュニケーション

プロジェクトの人間関係は良好で、円滑にプロジェクトを実施する一助となっている。県レベルでは、日本・ラオス双方が毎日緊密なコミュニケーションをとっている。しかし、特に保健省のラオス側カウンターパートが多忙なため、日本・ラオス間の円滑で緊密な調整を行うのが困難な状況に直面している。

また、プロジェクトのすべての活動について、保健省と県保健局の連携が難しい状況にある。県保健局が保健省に報告を送っても、めったにフィードバックを得られていない。

合宿 (保健省とモデル県の主要カウンターパートを県に集めて行われる 3 日間の集中討議) については、保健省とモデル県の関係者や日本人専門家が一同に会し、時間をかけて議論ができるのでよいと認識されている。保健省内の副局長レベルが参加するようになり、プロジェクト活動が保健省全体に知られるようになった。

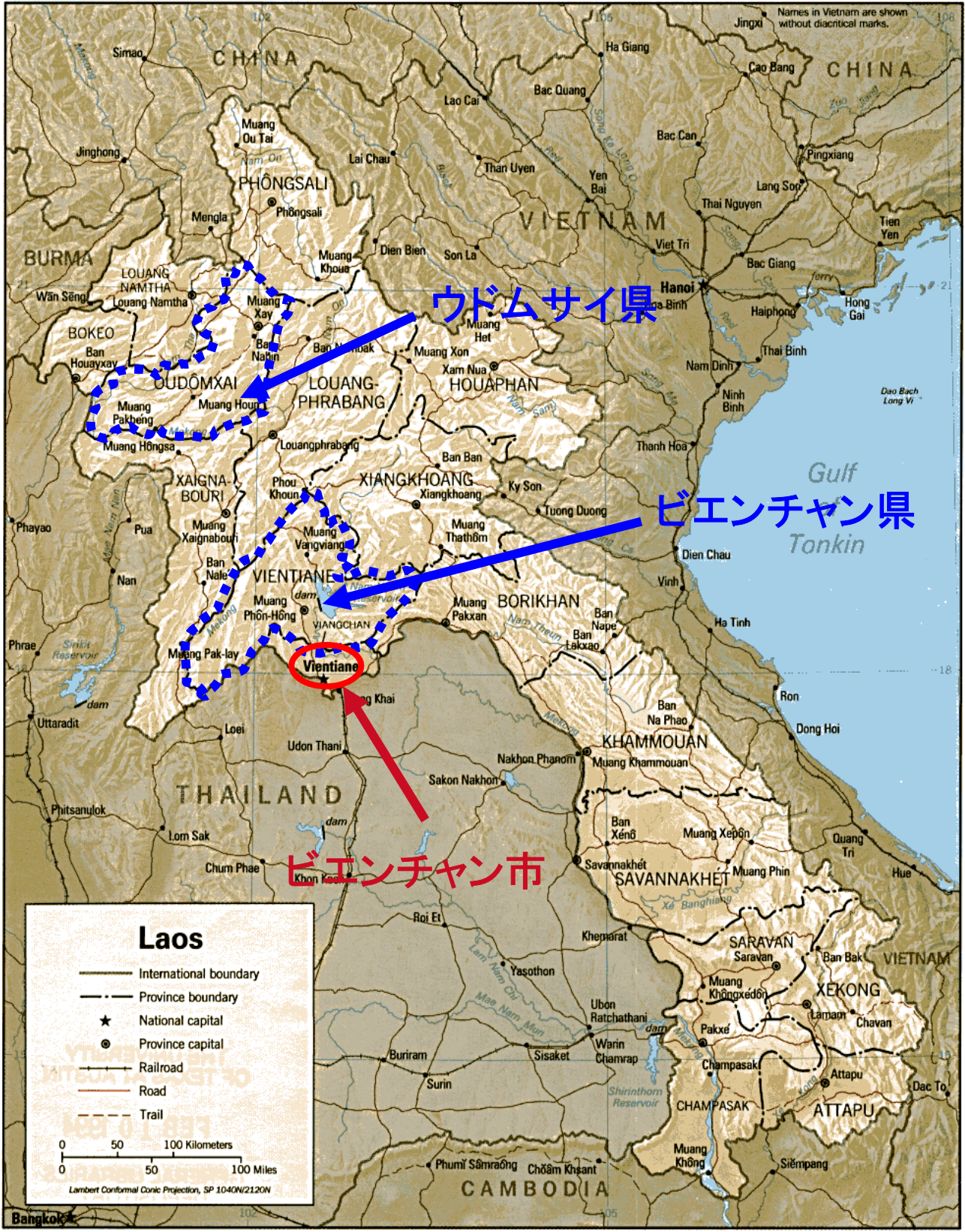
3-4 提言（当該プロジェクトに関する具体的な措置、提案、助言）

（1）全般的事項に関する提言

- 1) 円滑なプロジェクト実施のためには、カウンターパートと日本人専門家間のコミュニケーションと日々の密な意見の交換が必要である。
- 2) 各アウトプットにおいて、中央、県それぞれの役割を明確にする必要がある。
- 3) モデル2県（ウドムサイ県、ビエンチャン県）における状況の違いを考慮し、より有効なプロジェクト活動の実施のために、それぞれの県に対し異なったアプローチをとる必要がある。
- 4) プロジェクト終了後の継続性が可能になるように各アウトプットの現存の活動形態を変えていく必要がある。
- 5) ラオス側はプロジェクトが強化した日常業務を継続できるよう、経常予算確保のための努力を行う必要がある。

（2）各成果（アウトプット）における提言

- 1) 研修情報システム（TIS）の確立は、人材育成のためのよりよい研修計画に役立てることが目的であり、研修情報システムのデータベースのためのデータ収集と入力ではないことを認識すべきである。
- 2) プロジェクト終了後の継続性を考慮し、FFC についてその活動形態（参加者の人数、期間、頻度、スーパーバイズ項目）を変えていく必要がある。
- 3) 県はどの活動について中央への報告を必要とするのか、一方、中央はどの活動について県へのフィードバックをすべきなのかを明確にする必要がある。
- 4) IMCI（Integrated Management of Child Illness：統合的小児疾患管理）トレーニングを受けた研修スタッフが、研修で得た技術を活かせるように配置されるべきである。
- 5) 衛生予防局は CIEH が作成した戦略を関係部署に広く認知させる必要がある。
- 6) IEC 教材作成には莫大な費用が必要であることから、保健省は、収入向上の方法を模索するなど CIEH の IEC 教材作成のための経済的な継続性を考慮すべきである。

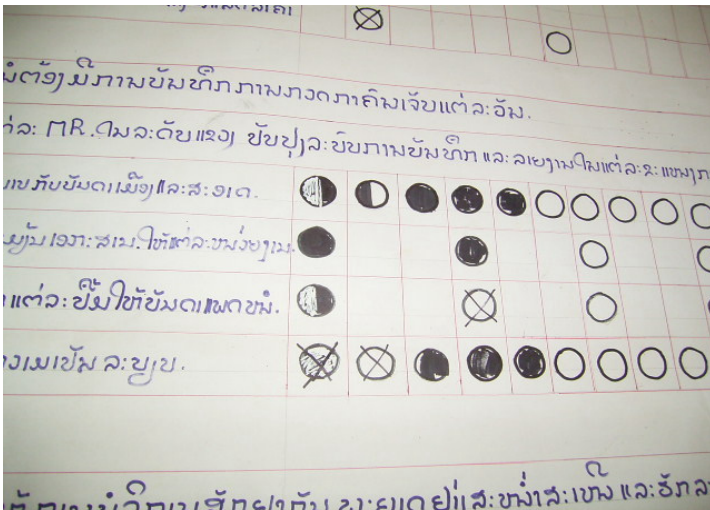




Voice to Voice Communicationの様子



Face to Face Communicationの様子



Minimum Requirements (MR)のモニタリングシート



県・郡保健局によるMRのモニタリング



Integrated Management of Childhood Illness
トレーニングのフォローアップ活動の様子



小児保健キャンペーンの様子



ワークショップ（ウドムサイ県）



ミニッツ署名式

第1章 調査概要

1-1 調査団派遣の経緯と目的

1-1-1 経緯

「子どものための保健サービス強化プロジェクト」は、ラオス人民共和国（以下、「ラオス」と記す）の中央と地方の子どものための保健サービスが、様々なレベルの関係者の参加型協力によって強化されることを目的に、ラオス保健省、ウドムサイ県保健局、ビエンチャン県保健局をC/P（カウンターパート）機関として、2002年11月から5年間の協力期間で実施されており、JICAは現在、4名の日本人長期専門家〔チーフアドバイザー、業務調整、地域保健（2名）〕を派遣中である。

本プロジェクトの目指す成果は、①人材育成マネジメント、②保健情報ネットワーク、③小児保健、④IEC（Information, Education and Communication）、⑤活動サイクル（計画からフィードバックまで）、という5つのキーワードで表すことができる。これらの成果は、それぞれ①TIS（Training Information System）、②VVC（Voice to Voice Communication）、FFC（Face to Face Communication）、各種会議、③MR（Minimum Requirements）、④Media Planner 育成、⑤プロポーザルフォームの導入と活用、という活動によってその達成を目指している。

本プロジェクトの基本姿勢としては、既存のシステムを使うことにより、プロジェクト活動がドナーのための活動ではなく、ラオス側の本来業務として位置づけられることにより、ラオス側のオーナーシップが醸成されることを目指してきた。プロジェクト開始後2年が経過し、モデル県であるビエンチャン県及びウドムサイ県では、上述の様々な活動が実施されている。

これまでのプロジェクト活動は、上記の成果のうち、①及び②に重点が置かれ一定の成果をあげてきたが、協力期間の後半を進めるにあたり、よりプロジェクト目標の達成に直結する③から⑤の成果に重点を移すことが必要となっている。

1-1-2 目的

- (1) これまでの活動実績とアウトプット（成果）の達成状況を確認し、プロジェクト目標の達成に向けた今後の対応方針をラオス側と確認する。
- (2) 上位目標の達成を見据えて、プロジェクトの外部条件を分析し、内容に応じてラオス側に対応を促す、あるいはプロジェクトの活動に加えるなどの対処をとる。
- (3) 本プロジェクトを特徴付けている上述の基本姿勢の効果を客観的に把握し、実施プロセスが、プロジェクト期間中のみならずプロジェクト後にどのような効果を生むか分析を試みる。

1-2 調査団構成

担当分野	氏名	所属
団長	池田 修一	JICA ラオス事務所 次長
保健マネジメント	仲佐 保	国立国際医療センター国際医療協力局 派遣協力第二 課長
協力計画	衣斐 友美	JICA ラオス事務所 所員
評価分析	轟 由紀	グローバルリンクマネジメント株式会社 社会開発部研究員

1-3 調査日程

日順	日付	曜日	行程				
			総括（池田）	地域保健（仲佐）	協力企画（衣斐）	評価分析（轟）	専門家
1	2005/6/29	水				NRT→BKK	
2	2005/6/30	木				8:30-9:30 BKK→VTE	
3	2005/7/1	金				14:00 専門家との打合せ（ワークショップ実施内容検討、必要資料、作業スケジュール確認）	
4	2005/7/2	土				11:00 ワークショップ実施内容検討打合せ	
5	2005/7/3	日				PM 実績（指標データ）取りまとめ、ワークショップ準備	
6	2005/7/4	月		9:00 調査団との打合せ（JICA-Net）	9:00 本部との打合せ（JICA-Net）	ワークショップ準備	9:00 本部との打合せ（岩本リーダー）
7	2005/7/5	火				ワークショップ（ビエンチャン県）	
8	2005/7/6	水				C/Pへのヒアリング	池田専門家 VTE-ODX
9	2005/7/7	木				ワークショップ（ビエンチャン県）	
10	2005/7/8	金				C/Pへのヒアリング	
11	2005/7/9	土				ワークショップ（中央）	
12	2005/7/10	日				AM ワークショップ（中央）	
13	2005/7/11	月				保健省C/Pヒアリング	
14	2005/7/12	火				16:30 団内打合せ	
15	2005/7/13	水				12:00-12:50 VTE-ODX	
16	2005/7/14	木				ワークショップ準備、C/Pへのヒアリング	岩本リーダー VTE-ODX
17	2005/7/15	金				ワークショップ（ウドムサイ県）	
18	2005/7/16	土		NRT→BKK		ワークショップ（ウドムサイ県）	
19	2005/7/17	日				8:30-9:30 BKK→VTE	AM 専門家・C/Pへのヒアリング 13:20-14:10 ODX-VTE
20	2005/7/18	月				15:30 打合せ（WS結果概要確認、調査日程確認、評価結果取りまとめ方針確認）	
21	2005/7/19	火				9:00 打合せ（PDM改訂案、今後の方針）	
22	2005/7/20	水				15:30 UNFPA インタビュー	PM ワークショップ結果取りまとめ、評価結果取りまとめ（プロジェクト実績、実施プロセス）
23	2005/7/21	木				評価結果案取りまとめ（5項目評価、実施プロセス）、ミニッツ案取りまとめ（今後の方針、提言）	
24	2005/7/22	金				評価結果案取りまとめ（5項目評価、実施プロセス）、ミニッツ案取りまとめ（今後の方針、提言）	
25	2005/7/23	土				8:15 保健省C/Pへのインタビュー	
26	2005/7/24	日				9:00 保健省との協議（プロジェクト実績確認、PDM改訂案）	
27	2005/7/25	月				14:00 WHO 15:30 UNICEF	PM 評価結果案取りまとめ（5項目評価、実施プロセス）
28	2005/7/26	火				9:00 打合せ（実施プロセス、5項目評価、外部条件、提言）	
29	2005/7/27	水				PM 合同評価結果案・ミニッツ案修正	
30	2005/7/28	木				9:00 保健省との協議（今後の活動方針、実施プロセス、5項目評価、提言）	
31	2005/7/29	金				PM ビエンチャン県 IEC研修視察	PM 合同評価レポート、ミニッツ最終案作成、合同調整委員会準備
32	2005/7/30	土				14:00 合同調整委員会、ミニッツ署名	
33	2005/7/31	日				9:00 打合せ（調査総括）	
34	2005/8/1	月				11:30 JICAラオス事務所長への報告	
35	2005/8/2	火				VTE-BKK	VTE-BKK
36	2005/8/3	水				BKK-NRT	BKK-NRT

* VTE=ビエンチャン市、ODX=ウドムサイ県、BKK=バンコク、NRT=成田

1-4 主要面談者

(1) ラオス側関係者

1) 保健省

Mrs. Chanthanom MANODHAM	Director, Cabinet
Dr. Nao BOUTTA	Deputy Director, Cabinet
Dr. Bounfeng PHOUMMALAYSITH	Deputy Director, Cabinet
Dr. Somchith AKKAVONG	Deputy Director, Dep. of Hygiene and Prevention
Dr. Chanphomma VONGSOMPANH	Deputy Director, Dep. of Curative Medicine
Mrs. Champheng VIRAVONG	Director, Dep. of Personnel and Organization
Dr. Phouthone VANGKONEVILAY	Deputy Director, Dep. of Personnel and Organization
Dr. Saveangvong DOUANGSAVANH	Deputy Director, Dep. of Food and Drug
Dr. Khampheth MANIVONG	Deputy Director, Dep. of Planning and Budgeting
Dr. Khamvieng VIRAPHANH	Deputy Chief, Primary Health Care Div., Cabinet
Dr. Khamphong PHOMMACHANH	Technical Staff, Cabinet
Dr. Latsamy THAMMAVONG	Technical Staff, Dep. of Hygiene and Prevention
Dr. Souvankham PHOMMASENG	Technical Staff, Dep. of Hygiene and Prevention
Dr. Anothay KONGSAYASAK	Director, Center of Information and Education for Health
Dr. Bounleua OUDAVONG	Deputy Director, Mother and Child Health Hospital
Dr. Khampew SIHAKHANG	Deputy Director, Mother and Child Health Center

2) ウドムサイ県

Dr. Khamphanh XAYAVONG	Director, Provincial Health Office
Mr. Chantha SI-ONKEO	Deputy Director, Provincial Health
Dr. Southone LOUANGXAYSY	Chief, Technical Administration Section, Provincial Health Office

3) ヱィエンチャン県

Dr. Soukphathay SORPASERT	Director, Provincial Health
Dr. Bounnao PHACHOMPONH	Deputy Chief, Technical Administration Section, Provincial Health Office

Dr. Viengmany KEOMAHAVONG

Chief, Mother and Child Health Section,
Provincial Health Office

(2) 日本側関係者

1) 子どものための保健サービス強化プロジェクト

岩本 あづさ

チーフアドバイザー

鈴木 ケイ

業務調整

池田 絹代

地域保健 (ウドムサイ県)

曾根 和枝

地域保健 (ヴィエンチャン県)

仲里 麻也子

IEC

2) 保健医療分野個別専門家

三好 知明

保健医療協力計画

1-5 評価の方法

評価の方法は、『JICA 事業評価ガイドライン (2004年2月改訂版)』に沿って実施した。調査項目と情報・データ収集方法は次のとおりである。

1-5-1 調査項目

評価項目 (大設問) は次の3点であり、これらに沿って詳細な調査項目 (小設問) を設定した (付属資料4. 評価グリッド参照)。

(1) プロジェクトの実績

2003年11月に策定されたPDM (Project Design Matrix) - 1に沿って、プロジェクトの投入、活動、アウトプットを確認した。あわせて、各活動の実施にあたっての問題点及び対処策を検討した。

(2) 実施プロセス

本プロジェクトの実施プロセスの適切性や効果を確認した。具体的には、プロジェクトの「基本姿勢 (後述)」が、ラオス側・日本側にどのように認識・評価されているかを調査した。

(3) 評価5項目

上記(1)(2)の結果を受けて、「評価5項目」の観点から包括的な評価を実施した。5項目に基づき調査したポイントは次のとおりである。

表 1-1 評価 5 項目に基づく本評価の調査ポイント

評価項目	調査ポイント
妥当性	プロジェクトの目標及び計画は、適切であったか。
有効性	プロジェクト目標は達成される見込みか。達成に何が必要か。
効率性	投入に見合ったアウトプットが生じているか。
インパクト	プロジェクトの上位目標は達成される見込みか。
自立発展性	プロジェクト終了後（2007 年 11 月以降）も、プロジェクトで導入された活動は継続する見込みか。

1-5-2 情報・データ収集方法

上述の調査項目に対し、次の情報・データ収集方法を用いた。

(1) 文献資料調査

実施協議報告書、運営指導調査報告書、半期報告書、専門家帰国報告書などの既存のプロジェクト資料に加え、投入、活動、アウトプットの実績データを分析した。

(2) インタビュー

主要カウンターパート（C/P／計 8 名）、在任の日本人専門家（長期 4 名、短期 IEC 専門家 1 名）及びドナー（UNFPA、UNICEF、WHO）に対して、個別インタビューを実施した。インタビュー結果は、付属資料 6、7、8 を参照されたい。

(3) ワークショップ

保健省（中央政府）及び 2 つのモデル県の C/P を対象に、参加型ワークショップを実施した。概要は表 1-2 のとおりである。ワークショップでの主な協議内容は第 2 章の本文中に記載しているが、詳細は付属資料 5. ワークショップ報告を参照されたい¹。また、協議結果の要約は、付属資料 1 の合同評価レポートの APPENDIX 5 と 6 を参照されたい。

¹ 参加者、プログラム、協議内容一覧（和文）、各作成物を掲載している。

表1-2 ワークショップ概要

日程	対象者	ワークショップの目的
2005年7月5～6日	ヴィエンチャン県保健局 C/P 計16名	<ol style="list-style-type: none"> 1) アウトプットごとの実績を確認し、PDM指標の目標達成度を判定すると同時に、指標の代替案を検討する。 2) アウトプットごとに活動進捗を確認し、活動実施にあたっての課題（難しい点）をあげる。 3) 上記課題に対し、具体的な対処策（「自分達ができること」「いつまでに」）を検討する。
7月7～8日	保健省 C/P 計17名	<ol style="list-style-type: none"> 1) アウトプットごとの実績を確認し、PDM指標の目標達成度を判定すると同時に、指標の代替案を検討する。 2) アウトプットごとの活動に対し、保健省が担うべき役割を確認し、活動実施にあたっての課題と対処策を検討する。 3) プロジェクト終了後に他県に普及したい活動を検討し、普及にあたっての課題をあげる。
7月12～13日	ウドムサイ県保健局 C/P 計18名	ヴィエンチャン県ワークショップと同様。

注：いずれのワークショップにも日本人専門家および評価調査団（協力計画担当）が参加し、C/Pによるグループ作業結果の発表に対して、積極的な意見交換が行われた。ファシリテーターは、評価分析担当の調査団員が務め、通訳を介してラオス語で実施された。

第2章 評価結果

本章では、まず、「本プロジェクトの概要と特徴」を説明する（2-1）。そして、「プロジェクトの実績（2-2）」および「実施プロセス（2-3）」を分析したうえで、「5項目」に基づく評価を行う（2-4）。

2-1 プロジェクトの概要と特徴

2-1-1 プロジェクトの概要

本プロジェクトの目的は、小児保健サービス改善のための「マネジメント強化」であり、図2-1に示すように、5つのアウトプット（成果）から成っている。

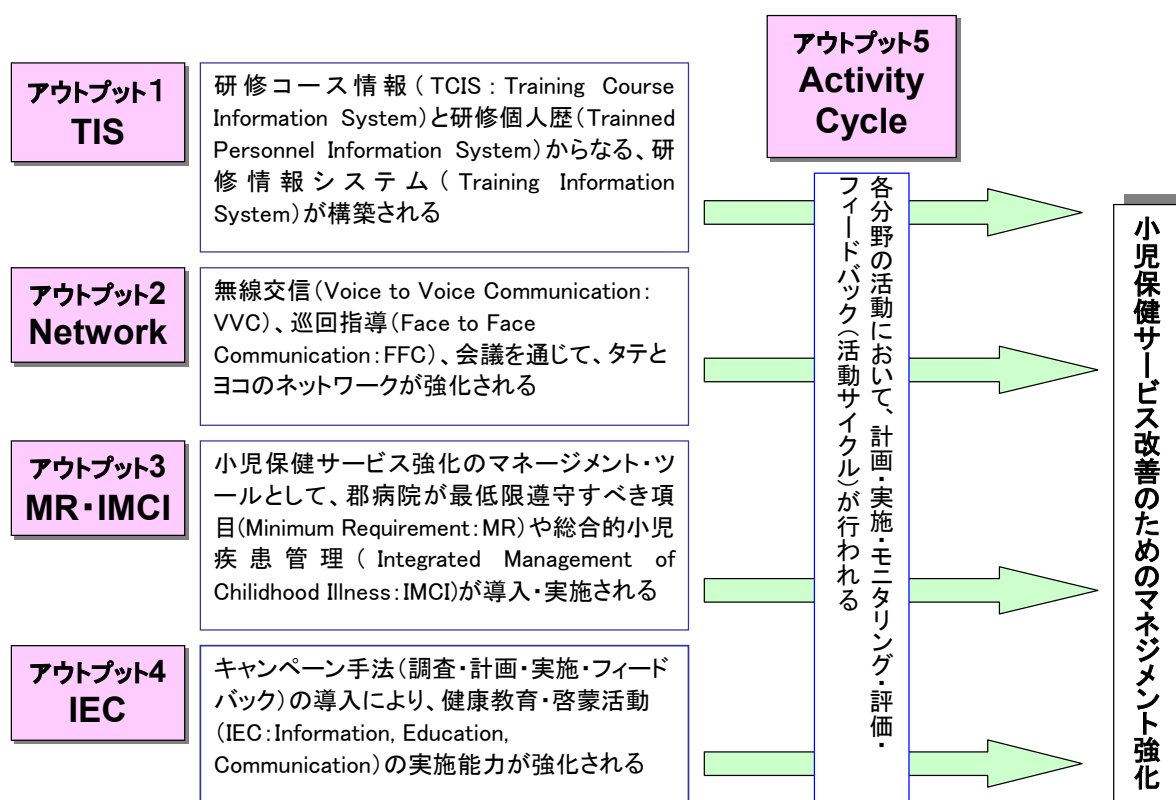


図2-1 本プロジェクトの概要

2-1-2 プロジェクトの特徴

本プロジェクトは次の2つのアプローチをとってきたことが特徴的である。

(1) タテとヨコの繋がり重視

本プロジェクトは、保健省（中央）、ウドムサイ県（人口約25万人）、ヴィエンチャン県（人口約35万人）を対象としており、3事務所体制で運営されている。この狙いは、中央

と県・郡の「タテの繋がり」を強化して、中央がモデル県における活動を理解し、必要な指導ができるようになることである。また、プロジェクトでは「ヨコの繋がり」も意識して、保健省の各局やセンターをプロジェクト活動に巻き込んでいる。このように「タテとヨコの繋がり」を重視することによって、将来的には、モデル県での活動を必要に応じて制度化し、他県に拡大することを目指している。図2-2にプロジェクトの実施体制を示す。

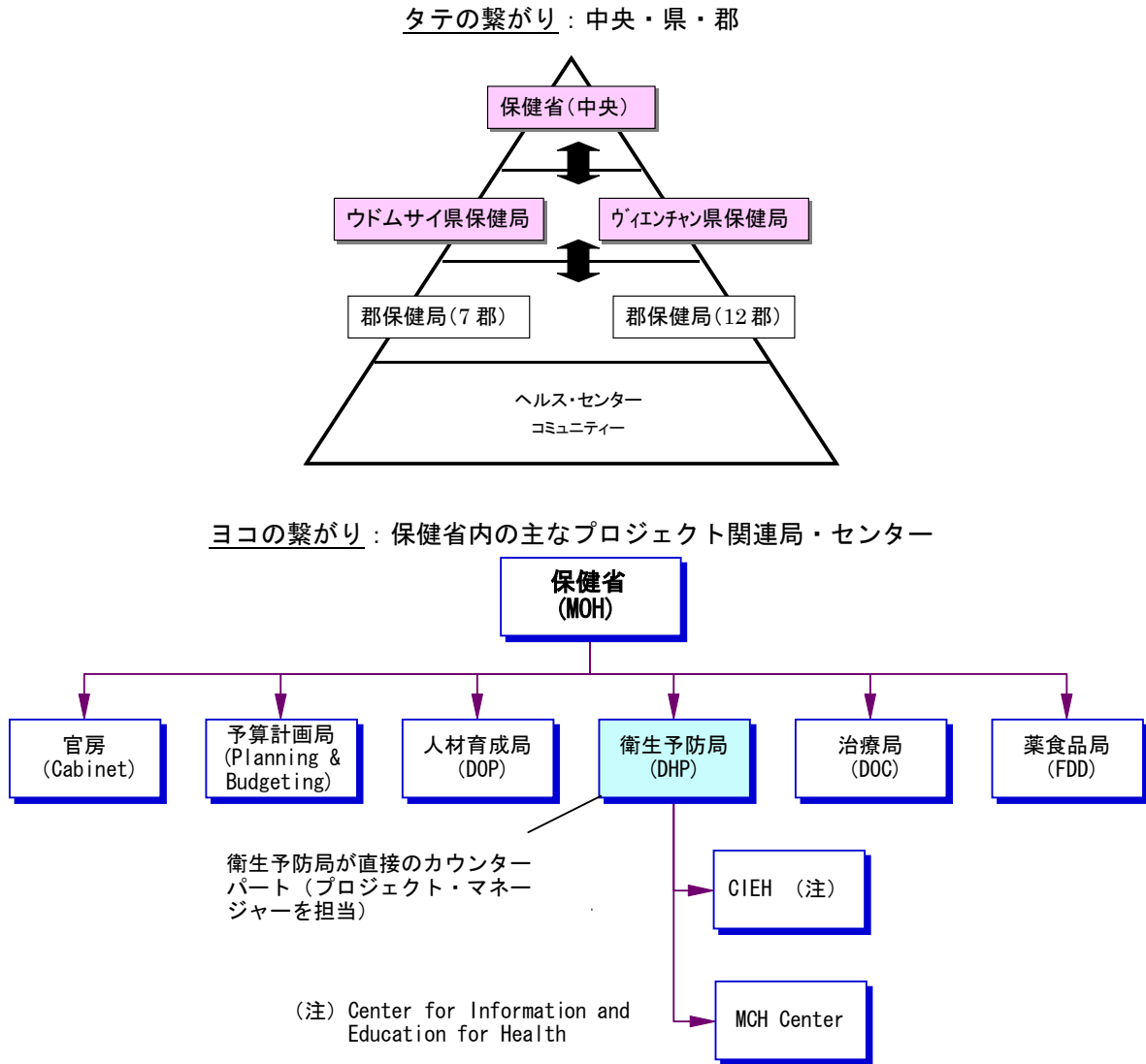


図2-2 プロジェクトの実施体制図

加えて、モデル県の2県が対照的であることも、特筆すべき事項である。首都に近いヴィエンチャン県は、比較的経済水準が高く、投入型のドナーの援助が盛んである²。他方、ウドムサイ県は、山岳地帯に居住する少数民族を抱える地域で、ドナー援助も限定的である。

² ルクセンブルグ政府による県病院の建設、ベルギー政府によるヘルス・センターの機能強化など。

(2) プロセス重視の基本姿勢

ラオスの保健セクターには多くのドナーが入っており、医療施設の建設、機材の設置、新しい医療技術の研修など、投入型のプロジェクトが数多く実施されている。しかしながら、ラオス側が主体となってプロジェクトが運営されているとはいえ、そのため終了後の活動の継続性は低く、これらの投入が十分に活用しきれていない状況にある。そこで、過去の反省より、本プロジェクトはラオス側の主体性を醸成すべく、次のような「プロセス重視の基本姿勢」を取っている。

- 1) 日本側が大まかなプロジェクトの骨組みは示すが、ラオス側が主体的にその内容を決める。
- 2) 既存のシステムや物を活用し、予算がなくても自分たちでできる活動を重視する。
- 3) プロジェクト活用予算の10%を目標に、ラオス側がコストシェアリングを行う。
- 4) 合宿などを通じて緊密なコミュニケーションを図る。

ちなみに、1)の基本姿勢は、プロジェクトのPDMにも反映されている。当初の計画(PDM-0)では、プロジェクト内容は、PDMのロジックに捕らわれすぎることなく、非常にゆるやかに設定されていた。実際の活動を反映して、図2-1のような概要がPDMに記載されたのは2003年11月の運営指導調査時である(PDM-1)。このように、「大まかな骨組みの中で、必要と考えられることを行い、プロジェクトを形成していく」という本プロジェクトのアプローチは、ある意味実験的な試みといえる。

2-2 プロジェクトの実績

本節では、「投入実績」(2-2-1)、「アウトプットの達成状況と課題」(2-2-2)の順で、プロジェクトのこれまでの実績を記載する。PDM上の「活動」の実績については、2-2-2の記載と重複するため、本文では割愛する(詳細は、付属資料1の合同評価レポート APPENDIX 4を参照されたい)。なお、分析の枠組みとしては、基本的にPDM-1(付属資料1のミニッツ ANNEX 1)を用いる³。

2-2-1 投入実績

(1) 人員

1) 日本側

長期専門家は、チーフアドバイザー、業務調整員、各県担当の2専門家(地域保健)の4名である。また、短期専門家は延べ28名が派遣されている(合同評価レポート APPENDIX 1 参照)。また、各プロジェクト事務所(中央・県)では、ラオス人をナショナル・スタッフとして雇用しており、彼らは日本・ラオス間のコミュニケーション促進に寄与している。

2) ラオス側

本プロジェクトでは、中央・県の複数部署の職員がC/Pとして活動に従事しているが、

³ PDM-1の「プロジェクト概要(Narrative Summary)」は、現状を必ずしも表現しきれていないため、改訂案が協議・合意された(第3章に後述)。

ウドムサイ県を除き専属 C/P は存在しない。中央・県ともに人材不足が顕著で、主要 C/P の各人が複数ドナーを担当している。なお、C/P 研修については、これまで計 22 名を日本に、計 30 名をタイに派遣している（合同評価レポート APPENDIX 2 参照）。

（2）機 材

本プロジェクトでは、これまで 3,275 万円相当の機材を購入している。これはプロジェクトの基本姿勢を反映し、比較的少額であるといえる。機材の主な内容は、車両、オフィス機材、映像機材、無線機セットである（合同評価レポート APPENDIX 3 の（3）Equipment Costs）。

（3）活動費

プロジェクトの活動費として、これまで、ドル建てで 44,587US\$（約 500 万円）、現地通貨建てで 1,046 百万 Kip（約 1,200 万円）が拠出された⁴。プロジェクトでは、現地通貨建て分の 10% をラオス側が負担することを目指しており（コストシェアリング）、中間評価までの実績値は 8.7% の 91,369,180 Kip（約 100 万円）である。ラオス側にとって 10% の負担は容易ではないため、様々な工夫がなされている。例えば、県レベルでは県政府の開発予算からコストシェアリング分が拠出されるが、遅滞が多いため、その間は県保健局の中で費用を捻出している。また、現金を拠出できない場合は、現物や労働の提供を行っている。これらを踏まえると、シェアリング分が 8.7% に到達したことは、評価に値する。ただし、県及び保健省の 2 センターではコストシェアリングの負担を拠出しているのに対し、保健省の局レベルではほとんど拠出していない（合同評価レポート APPENDIX 3 の（1）Cost Sharing for Operational Expenses）。

なお、事務所経費を含んだ活動費全体は、3 年間で 6,550 万円に上る見込みである。これは、事務所が 3 か所に分かれており、運営費や移動費が嵩みがちであることを反映している（合同評価レポート APPENDIX 3 の（2）Japanese Side Operational Expenses）。

2-2-2 アウトプットの達成状況と課題

全体として、PDM-1 のアウトプット指標の多くは達成される見込みである。しかし、これらの指標には活動の頻度を表すものが多く、その質的側面や効果を表しきれていない。そこで、ワークショップやインタビューを通じて、「指標に表れないアウトプットの達成状況」についても確認した。以下、アウトプット 1～5 の各々につき、①アウトプットの達成状況、②ワークショップでの協議ポイントを記載し、これらに基づく③今後の課題を列挙する。

⁴ 2005 年 8 月 1 日時点の換算レートは、1 US\$ = 112 円、1 Lao Kip = 0.01124 円である。

(1) アウトプット1

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。

指標 1-1：90%以上の TPIS が毎年更新される。

指標 1-2：集められた TPIS データが毎年分析される。

指標 1-3：毎年 TCIS が分析され、その結果が関連機関に配布される。

(PDM-1)

1) アウトプット1の達成状況

県保健局では TPIS (Training Personnel Information System) が、保健省人材育成局 (中央) では TCIS (Training Course Information System) が構築されつつある。

a) 指標 1-1

ヴィエンチャン県保健局では全スタッフ (県・郡保健局及びヘルス・センター) の 98.4%、ウドムサイ県保健局では 91.3% の研修個人歴データが入力された。今後、これらを毎年更新する作業が必要である。なお、中央は TPIS には着手していない。

b) 指標 1-2

TPIS の分析 (グラフ化) は、両県で実施されつつあり、これらを取りまとめた冊子を発行する計画である。 ちなみに、ヴィエンチャン県では、TPIS データの分析により、①県保健局スタッフの 86% がなんらかの研修を受講していること、②MCH (母子保健) スタッフ 30 名のうち IMCI (Integrated Management of Childhood Illness) トレーニングの受講者は 4 名のみという事実が明らかとなった。

c) 指標 1-3

TCIS は中央が主体となって実施しており、191 の研修コース情報を分析した冊子 (第 1 版) が 2005 年 5 月に発行され、20 の機関 (ドナーや NGO) に配布された。 他方、県レベルでも TCIS 構築のために、研修コース情報を収集しており、ウドムサイ県では既に 44 コース、ヴィエンチャン県では 7 コースの情報が集められた。

d) 「指標」に表れない達成状況

専門家へのインタビューによると、中央・県とも、技術的にまだまだ支援が必要な段階にある。グラフの縦軸と横軸を間違えるなど、基本的なコンピューター・スキルや作図のスキルが不足している。このような状況により、TCIS 冊子は、ナショナル・スタッフの助けを借りるも、計画より半年遅れの発行となった。

2) アウトプット1のワークショップ協議ポイント

a) 中央での TPIS/TCIS

中央では、TPIS を 2006 年度から実施したい旨が表明された。専門家より、①まずは TCIS の冊子を毎年着実に発行すること、②現在の TCIS データは研修の実績ではなく計画に基づき作成しているため、実績に基づく分析が必要であることの 2 点が伝えられた。

b) 県での TPIS/TCIS

県レベルでは、TCIS を今後実施したい旨が表明された。しかし、①研修情報 (研修

申込書に添付されるべき TCIS フォーム) がなかなか集まらない (ヴィエンチャン県)、②TCIS の分析トレーニングを受けていないため、今後の作業が困難である (ウドムサイ県) といった問題点が提起された。専門家からは、(研修コースは中央が実施するものが多いため) 県レベルでは TPIS の年度更新を優先する旨の提言があり、合意が得られた。

c) 県・郡保健局における技術的問題点

両県とも、郡保健局から正確な TPIS データを収集することが難しい点があげられた。郡保健局へのコンピューター導入やトレーニングの実施も提案されたが、最終的には「県保健局が郡保健局に対してフォームの記入方法を指導する」「郡保健局に委員会を作る」といった対処案となった。また、ウドムサイ県では、県保健局スタッフに対するコンピューター及び英語研修をプロジェクトで支援してほしい旨が提起されたが、専門家より OJT で学んでほしいと伝えられた。

3) アウトプット1の今後の課題

- 中央、県レベル各々につき、プロジェクト終了時まで TCIS と TPIS をどのレベルまで達成するのか、明確にする必要がある (特に、ウドムサイ県で収集された 44 の TCIS データの扱い)。
- まずは、中央で TCIS、県で TPIS を、毎年着実に更新していくことを優先し、ラオス側だけで「ある程度できる」レベルに到達する必要がある (専門家によると、ラオス側には 1 回物事を経験すると、「もう自分たちはできる。次に別のことをやりたい」と考える傾向がある。今後は、一度やったことを反復し、技術レベルを改善していくことが重要である)。
- TIS は、「適切な研修計画を立てる」「研修受講者の人選を適切に行う」ために作られるシステムである。しかし、ラオス側は現時点ではシステムを構築する (データを入力する) ことに手一杯であり、「何のためか」という視点が欠けている。今後、プロジェクト終了時まで、なんらかの形でプロジェクトが TIS を活用する (例えば、TPIS に基づき IMCI 研修の受講者を人選する) ことができれば、そのような視点が明確になると考えられる。

(2) アウトプット2

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。

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。

指標 2-2：FFC が少なくとも年間 6 回実施される。

指標 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布される。

(PDM-1)

1) アウトプット2の達成状況

VVC と FFC は軌道に乗り、県・郡保健局間のネットワーク（コミュニケーション）強化に確実に役立っている。他方、中央内部及び中央と県とのネットワークには課題が多い。

a) 指標 2-1

VVC は、既存のシステムを活用・改善した、特筆すべき活動である。県保健局及び郡保健局には、これまで日本の援助で無線が設置されてきたが、定期的な交信はなされていなかった。このため、郡保健局を指導すべき立場にある県保健局は、十分に郡とコミュニケーションがとれない状況にあった。プロジェクトでは、1日1回決められた時間に郡が県に一定の情報（5歳未満小児の受診数、予防接種の保存状況、感染症の発症等）を報告することにしており、各県の月ごとの交信率は図2-3のとおりである。

これによると、ウドムサイ県では、2003年度（10月～翌年9月）から2004年度に交信率の平均が 80%から95%に上昇しているのに対し、ヴィエンチャン県では、60%から57%と下降傾向にある。この理由には、ウドムサイ県では無線担当者が特に優秀であること、ヴィエンチャン県のいくつかの郡保健局では電話を用いていることなどがあげられる。ただし、1か月ごとのデータ収集率は両県ともほぼ100%であることから、データはまとめて報告されていることがわかる。

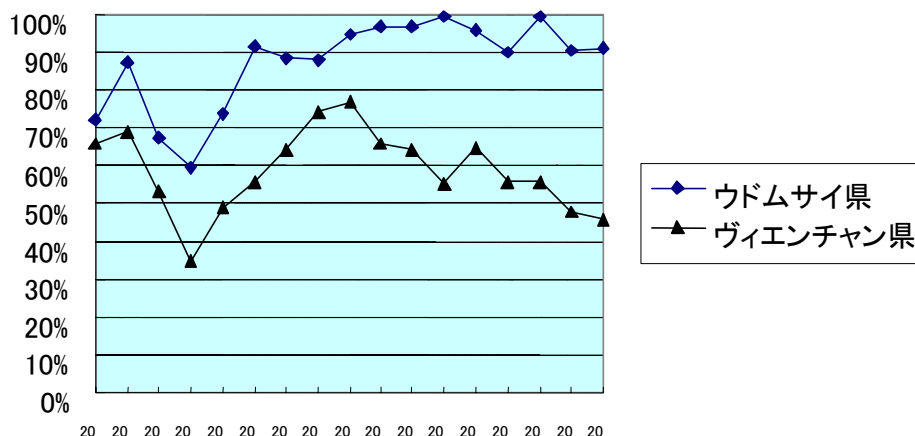


図2-3 VVCの交信率

b) 指標 2-2

FFC とは県保健局スタッフによる郡保健局業務の巡回指導である。これは県の通常業務であるにもかかわらず、プロジェクト実施前は、出張予算不足のため実施されていなかった。ウドムサイ県では、2003 年 7 月から現在まで計 9 回の FFC が実施され、年間平均では 5.1 回実施されたことになる。他方、ヴィエンチャン県では、2004 年 2 月から現在まで 4 回実施され、年平均では 3.4 回である。ヴィエンチャン県は 12 郡を管轄するため、7 郡を管轄するウドムサイ県よりも、1 回当たりの FFC に多くの時間を要する。

c) 指標 2-3

VVC や FFC の結果は、県・郡の定例会で報告され、情報が共有されている。また、県保健局は中央（保健省衛生予防局）にこれらの報告書を送付しているが、これまで中央から受領の返事やフィードバックが全くない。なお、中央レベルでは、プロジェクトの関連部局が情報交換をする場としての定例会を、月 1～2 度のペースで、これまで 50 回開催してきた。

d) 「指標」に表れない達成状況

VVC や FFC は、まずは行うこと自体に意義があると考えられる。VVC により、感染症アウトブレイク発生時など緊急時の連絡が迅速に行われるようになり、文字通り、県・郡のネットワークが強化されている。FFC についても、「県が郡の現場を知る」という当然の状況を可能ならしめた意義は大きい。

2) アウトプット 2 のワークショップ協議ポイント

a) VVC と FFC の目標値の変更

両県より、FFC の年 6 回の実施は現実的に困難である旨の報告があり、目標値を年 4 回とすることが提言された。また、VVC については、ヴィエンチャン県より、電話のない郡は 90%、電話のある郡は 70%を目標値としたい旨、意見が出された。

b) ヘルスセンター・レベルの無線の扱い

ウドムサイ県より、10 のヘルス・センター（HC）に無線を追加設置したいとの要請があったが、専門家よりその予定がないと説明された。プロジェクトでは、無線は基本的に郡保健局まで設置することとしているが、例外的に 10 の HC に設置したため、更なる要請があったものと考えられる。また、HC と郡保健局間の VVC について、フォームや方法が確立していないことも、課題としてあげられた。

c) FFC のフォームや質の改善

両県とも、FFC のフォーム（巡回時のチェックリストであるが、現状のフォームは多くの項目を網羅しているためチェックに時間を要する）を改善し、活動を効率化する必要がある点が協議された。また、ヴィエンチャン県では、各回の FFC メンバーの間で継ぎを十分に行う必要がある点が提起された。

d) 中央のネットワークにおける役割

中央のワークショップでは、各アウトプットにおける中央の役割を協議した。VVC や FFC については、中央（衛生予防局）が何をモニターし、フィードバックするのかなど、中央の役割が不明確なままであった。

e) 中央の定例会運営の問題点

中央のワークショップで、定例会の運営方法について盛んに議論がなされた。運営担当の衛生予防局から、定例会の出席率が低い問題が提起された。これに対し、「多くの関係部局が集められると、出席者の業務と議題との関連性が薄くなる」「事前に議題を明示してほしい」といった意見が出された。

3) アウトプット2の今後の課題

- FFCについては、その質を改善していく必要がある。その際に、プロジェクト終了後にも通常業務として続けていけるよう（限られた予算でも実施できるよう）、効率的かつ効果的な実施を検討すべきである。
- 本プロジェクトは、タテとヨコのネットワーク強化を目指してきたが、プロジェクトの活動によっては、中央と県の繋がり（タテ）、中央でのヨコの繋がり（ヨコ）の意義が認識されにくいものもある。特に、タテの繋がりにおいては、県レベルでは、「中央に対して報告をしてもそれに対する返答が一度もがない」「中央・県の関係者が集まる時に、中央の都合で予定が二転三転する」といった不満が多い。逆に、中央レベルでは、「県の業務報告をすべて中央に報告されても対処に困る。地方分権下においては、県の業務は県が管理すべき」という意見もある。タテとヨコの繋がりについて、どの活動においてどのようなネットワークを強化すべきか、メリハリをつけることが重要と考えられる。

(3) アウトプット3

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。

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。

指標 3-2：MRに基づいた各郡の目標が80%達成される。

指標 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。

指標 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。

(PDM-1)

1) アウトプット3の達成状況

MR活動は2004年10月より郡病院で開始され、既に6割の病院で目標の80%が達成されている。

a) 指標 3-1

本プロジェクトは、MR (Minimum Requirements) を活動の骨格と考えている。MRとは、郡病院が小児保健サービスを改善するために導入したマネジメント・ツールであり、具体的には最低限実行すべき10の項目である(表2-1:A)。各県は各項目を達成するための具体的戦略を策定し(表2-1:B)、各郡病院は更にこの戦略を達成するために個別の活動目標を設定する(表2-1:C)。これらの経緯を経て、郡病院のMR評価シートが2004年9月に作成された。同評価シートは各群病院の壁に貼られ、各活動目標の達成度を月ごとにスタッフが自己評価する仕組みとなっている。

表 2 - 1 MR と MR に基づく郡病院の活動目標例

A: Minimum Requirements (MR)	
1	The hospital is accessible to all patients 24 hours a day.
2	The hospital welcomes all children and their caretakers with warm hospitality.
3	The hospital has all the essential drugs for pediatric patients, and uses them correctly.
4	The hospital diagnoses 4 major childhood illness: Diarrhea, Malaria, ARI, and Malnutrition.
5	The hospital does blood tests to identify Malaria.
6	The hospital has an effective network system for referral of severe cases to the provincial hospital.
7	The hospital keeps records of all patients.
8	The hospital gives routine vaccination to all children, and maintains a good quality of cold chain.
9	The hospital gives every child a “well-baby check up” and monitors their growth.
10	The hospital monitors and evaluates all child health activities.
B: 県の戦略の例 (ウドムサイ県)	
2	Health staff has to speak kindly, and wear the gown with name card.
4	Doctors and nurses have to classify and treatment based on IMCI recoding form.
C: 郡病院の活動目標の例 (ウドムサイ県 Nga 郡)	
2	<ul style="list-style-type: none"> - Provide gown with a name tag once a year. - Monitoring all health staff to wear gown with a name tag. - DHO committee talks to the health staffs about ethical every week. - Opinion box is opened every Friday evening and reported every Monday.
4	<ul style="list-style-type: none"> - Printing IMCI recording sheet - Revise the correctly record of IMCI recording sheet

b) 指標 3-2

2004 年 10 月にモデル県の各郡病院で、MR 活動が開始され、県保健局はこれまで 2 回の FFC において、その達成度を確認している。直近の FFC の報告によれば、各郡病院の目標達成度は表 2 - 2 のとおりであり、ウドムサイ県では 7 つの郡病院のうち 5 つで、ヴィエンチャン県では 12 の郡病院のうち 7 つで、目標全体の 80% を達成している。なお、MR の中で達成度が低い項目は、MR 2 番の白衣の装着に代表されるように、達成に予算（この場合、白衣の購入費）が必要なものと考えられる⁵。

⁵ MR の基本概念には沿わないが、県・郡が自主的に決めた活動であるため尊重した。活動目標は毎年変更する仕組みとなっているため、専門家は「2006 年は予算がなくともできることを活動目標に設定する」よう提案した。

表 2-2 各郡の MR 目標達成度
ウドムサイ県 (2005 年 3 月 : 第 9 回 FFC の報告)

District	Xay	La	Namor	Nga	Beng	Hun	Pakbeng	Average
MR ₁		100%	100%	92%	96%	67%	100%	92.5%
MR ₂	85%	61%	58%	50%	82%	66%	87%	69.9%
MR ₃	33%	100%	100%	33%	78%	100%	100%	77.7%
MR ₄	100%	58%	89%	83%	67%	66%	33%	70.9%
MR ₅	93%	100%	100%	74%	89%	100%	83%	91.3%
MR ₆	100%	100%	100%	72%	84%	100%	100%	93.7%
MR ₇	78%	70%	59%	78%	83%	100%	100%	81.1%
MR ₈	100%	55%	73%	44%	67%	33%	67%	62.7%
MR ₉	100%	78%	78%	48%	88%	33%	100%	75.0%
Total	86.1%	80.2%	84.1%	63.8%	81.6%	73.9%	85.6%	79.4%

(解説) 7 郡病院のうち、Nga 郡と Hun 郡の 2 郡で、目標値 (80%) が達成されていない。

ヴィエンチャン県 (2005 年 3 月 : 第 4 回 FFC の報告)

District	PH	KD	TK	VK	HH	VV	KS	F	SK	M	LS	H	Average
MR ₁	100%	63%	90%		80%	66%	100%	100%	100%	75%	98%	100%	88.4%
MR ₂	50%	42%	50%	64%	53%	50%	85%	30%	70%	57%	38%	50%	53.2%
MR ₃	100%	67%	100%	63%	100%	75%	92%	80%	90%	73%	50%	50%	78.2%
MR ₄	80%	100%	63%	86%	75%	57%	83%	50%	53%	88%	50%	100%	73.7%
MR ₅	100%	83%	100%	100%	60%	100%	84%	44%	100%	71%	65%	71%	81.5%
MR ₆	100%	100%	100%		100%	50%	88%	25%	56%	83%	58%	63%	74.7%
MR ₇	90%	40%	90%	77%	100%	50%	67%	68%	80%	38%	90%	90%	73.2%
MR ₈	100%	60%	95%	90%	100%	43%	100%	55%	100%	100%	100%	100%	86.9%
MR ₉	100%	93%	94%	96%	100%	17%	100%	83%	95%		100%	100%	88.9%
Total	91.1%	72.0%	86.8%	82.0%	85.4%	56.3%	88.6%	59.4%	82.6%	73.1%	72.2%	80.4%	77.6%

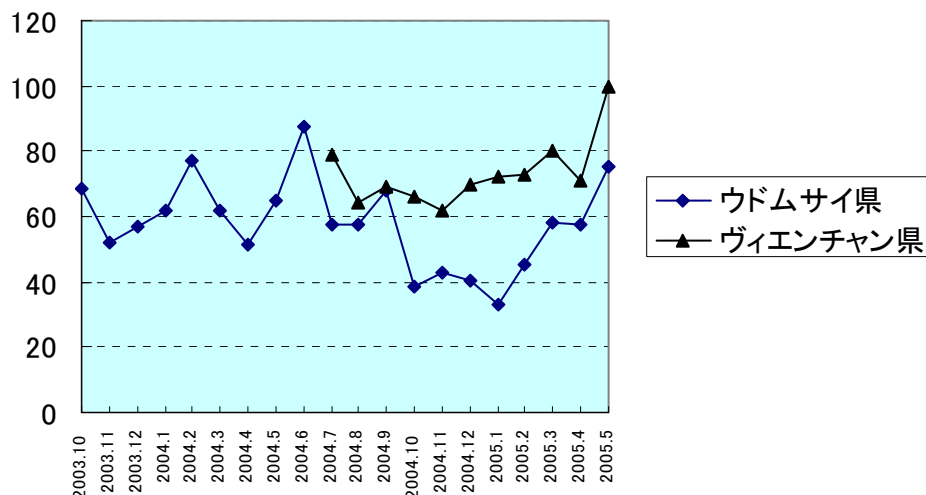
(解説) 12 郡病院のうち、KD 郡、VV 郡、F 郡、M 郡、LS 郡の 5 郡で、目標値 (80%) が達成されていない。

c) 指標 3-3

図 2-4 は、VVC の記録データに基づき、5 歳未満児の受診数 (Sick baby + Well baby) の推移を示している。ちなみに、ウドムサイ県では月当たり 1 病院につき 58 人、ヴィエンチャン県では 73 人が平均値であり、これは 1 日当たりそれぞれ 1.9 人、2.4 人に相当することから、いかに受診者数が少ないかがわかる。

図 2-4 によると、受診数の推移は記録期間を通じて上昇傾向にあるとは言えない。むしろ、季節の変わり目や感染症が発生した月に増加する等、受診数は外部要因に左右される傾向にある。さらに、ウドムサイ県担当の専門家によると、VVC の記録データに一貫性がないことや、データの信憑性が低いことも、値が増減する要因となっている。例えば、ウドムサイ県で 2004 年 10 月から 2005 年 2 月までに受診数が低下した原因としては、「この間、受診数が多い MCH センターのデータが含まれていなかったため、平均値も低下したこと」が考えられる。また、データが毎月急激に変化する病院が一部あり、その変動ぶりは実際の受診数に即したものは考えにくい。

なお、本指標は、厳密に言えば各アウトプット達成の結果現れる効果 (アウトカム) であることから、「プロジェクト目標」の指標に変更された。



注：ウドムサイ県は7つの郡病院のほかに、県病院と県MCHセンターを含む。
出所：VVCの記録データ

図2-4 5歳未満児の受診数 (月当たり1病院平均)

d) 指標 3-4

IMCIは、MRの6項目(2、3、4、6、7、8)に関連しており、MRとともに小児保健サービス改善のためのマネジメント・ツールとして重視されている。これまで、ウドムサイ県で36名、ヴィエンチャン県で48名の計84名がIMCI臨床トレーニングを受講しており(対象は、県・郡保健局及びHCのスタッフ)、うち14名がTOT(Training of Trainers)を終了した。なお、目標値(150名以上)は、研修を必要とする人数を厳密に調査して設定されたものではないため、再検討が必要である。

e) 「指標」に表れない達成状況

MRは、「各郡病院が施設のレベルの差にかかわらず、自己目標を立て業務改善ができる」点で、有効なマネジメント・ツールとして認識されつつある⁶。他方、「MRの仕組みが複雑すぎる」「MRは自己目標の達成を自己評価するものであり、客観的な基準がない」という意見も、専門家を含む関係者から聞かれた。また、IMCI臨床トレーニングについては、2004年8～9月に、既受講者のうち23名に対してフォローアップが実施されている。フォローアップ報告によると、知識確認テストの結果は一様に良いものの、IMCIの手技の適切性には個人差が見られた。

2) アウトプット3のワークショップ協議ポイント

a) MRの共通理解の難しさ

特にヴィエンチャン県で、「MRの活動が各郡病院で異なるので、複雑でモニターしづらい」「MR達成だけではサービスが向上しない」「予算がないと達成できない項目がある」といった意見が出された。これは、「MRは、医療サービス向上に一部の資するマネジメント・ツールであり、各郡病院は予算がなくともできる活動を個別に設定する」という、MRの基本概念の共通理解が難しいことを示唆している。

⁶ ヴィエンチャン県でワークショップ会場近くのケオウドム郡病院を訪問し、スタッフ1名にMRの効果についてインタビューしたところ、「業務のうちできていることとできていないことが一目瞭然。目標を達成できると満足感がある」との回答を得た。

b) 5歳未満児の受診者数の記録方法

両県で、VVCの記録データの問題点とその対処方法が議論された(例:県保健局のMCHセクションのデータと異なる、Number of sick childrenが定期的に報告されていない)

c) IMCI 臨床トレーニングの活用度

中央、ヴィエンチャン県において、IMCIの臨床トレーニングの受講者が幼児の診察にあたっていない場合がある点が指摘された。また、中央では、IMCIシートの不足が、IMCI実施の阻害要因としてあげられた。

3) アウトプット3の今後の課題

- MRについては、共通理解を更に促進し、関係者が使いやすいものにしていくことが望まれる。また、郡病院スタッフによる自己評価以外に、外部者の目で「これらの目標が本当に達成されたのか」「それは何らかの形でサービス改善に寄与しているか」を評価する仕組みづくりも必要である。
- IMCI 臨床トレーニングについては、適切な人選やフォローアップにより、その活用を促進することが必要である。

(4) アウトプット4

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。

指標 4-1: プロジェクトが支援する活動が、毎年15件以上実施される。

指標 4-2: IEC 評価シートの点数が増加する。

(PDM-1)

1) アウトプット4の達成状況

キャンペーン手法の導入により、中央のCIEH (Center for Information and Education for Health) の機能が強化されつつある。

a) 指標 4-1

CIEHはモデル県でこれまで2つのキャンペーン活動を実施してきた。「学校保健キャンペーン (2004年度)」と「小児保健キャンペーン (2005年度)」である。前者では、両県の473校を対象に、イベントや教材を通じて「3つの衛生」を啓発し、ポスター、歌、冊子、ビデオなど、様々な成果物が作成された。プロジェクトは、これらの個々の成果物やイベント数を「指標 4-1」の活動件数として計上しており、それによると 2004年度は35件である。後者は、「病院に行こう」をテーマに幼児の健康診断を2005年5、6月に実施し、活動件数としては 31件 (2005年度) を記録している。

b) 指標 4-2

ここでいう「IEC 評価シート」とは、CIEHのメディアプランナーとしての能力の向上を評価するシートである。メディアプランナーとは、「IEC活動に係るニーズを把握し、教材やイベントを企画、実施、評価、改善する(これをキャンペーン手法という)エキスパート」である。もともと、CIEHはIEC教材を作成する下請的な存在であったが、

本プロジェクトではCIEHが戦略的にIEC活動を実施する機能を備えることを狙っている。専門家によると、既にこの2年半でその機能は備わりつつある。なお、IEC評価シートについては、起案済であるものいまだ使用が開始されていない。早急に使用を開始し、プロジェクトによるCIEHの能力強化を測ることが望ましい。

c) 「指標」に表れない達成状況

PDM-1では、IECキャンペーンについて活動数のみを指標としているが、他に様々な効果が記録されている。例えば、「学校保健キャンペーン」では、小学生に対して事前・事後のKAP（知識、態度、実行）調査が実施されており、それによると「3つの衛生」の知識が大きく向上している。また、「小児保健キャンペーン」では、両県で5,552人の幼児を対象に健康診断を行い、12,658人が啓発イベントに参加するなど、受益者が広範囲にわたっている。また、これらのキャンペーン活動を単に実施するのではなく、各段階で評価・フィードバックを行い、「キャンペーンを通じた能力強化」を実践していることは高く評価できる。

なお、県保健局のIEC担当者の能力向上は、引き続き今後の課題である。プロジェクトでは、イベント実施前に県・郡スタッフに対してバーナー作成などのトレーニングを実施し、現場の能力強化を図ってきた。現在のキャンペーン活動では、CIEHに主体性があるが、今後、主体を徐々に県に移していく予定である。しかしながら、ウドムサイ県については、IEC担当スタッフの能力不足が懸案事項となっている。

2) アウトプット4のワークショップ協議ポイント

a) アウトプット指標の追加

キャンペーンの効果を測る指標として、人々の行動変化や受益者数を追加したい旨の意見が出された。また、CIEHのみならず県スタッフによる活動も評価・モニタリングする必要があるとの意見が、ヴィエンチャン県より出された。

b) IEC関連部署の役割分担と連携

中央・県とも、IEC関連部署の連携強化が必要である旨、議論された。特に、中央では、CIEHは様々な局のIEC活動を担当しているため、関連部局の協力が必要である旨が意見された。また、CIEHの監督局であるDHP (Department of Hygiene and Prevention) の役割が不明確であること（本来は、IEC戦略を立て、CIEHの活動をサポートする）も指摘された。さらに、キャンペーン活動には多大な予算が必要であるが、本プロジェクトにおいていまだ計画予算局から予算（コストシェアリング分）がおりていないことが、問題として提起された。

3) アウトプット4の今後の課題

引き続き、CIEH及び各県のIECの実施能力を強化するとともに、活動の継続にあたり、資金獲得の方法（例：企業のスポンサー）も模索することが望ましい。

(5) アウトプット5

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、およびフィードバックを通じて、保健サービスマネジメントが改善する。

指標 5-1：2004年4月までにプロポーザルフォームが策定、配布される

指標 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。(指標データ入手手段は、「活動サイクル評価シート」)

指標 5-3：活動サイクルの各段階を評価する。

(PDM-1)

1) アウトプット5の達成状況

2004年度より年間活動計画が中央・県で策定されるようになり、各活動についてプロポーザルフォームが提出されている。他方、各活動を実施後に、評価・フィードバックする方法については、今後検討予定である(ちなみに、アウトプット5はアウトプット1～4のすべての活動に通じるものであるが、その重要性をより認識するべく、PDM-1策定時に個別のアウトプットとして追加された)。

a) 指標 5-1

2004年度より中央・県において年間活動計画が策定されており、個々の活動について、計画時にプロポーザルフォームが提出されている。同フォームは、活動の具体的計画のみならず、モニタリング・評価・フィードバックの方法を記入する欄がある。

b) 指標 5-2 及び 5-3

2003年11月の運営指導調査時に、各活動の計画・実施・モニタリング・評価・フィードバックの進捗をチェックするツールとして、「活動サイクル評価シート」の作成が提案された。しかし、このようなシートの活用が果たして効果的かという議論もあり、現時点では未作成である。なお、各活動実施のあとには、簡易な報告書を担当者が作成しているが、プロポーザルフォームに基づくモニタリング・評価・フィードバックの担当やその方法は決まっていない。

c) 「指標」に表れない達成状況

中央・県が年間活動計画で諸活動のスケジュールと予算(コストシェアリング)を決定し、それに基づき活動を実施していることは、マネジメント強化の一環と考えられる。今後、この年間活動計画の実績(活動や予算の実行率)を評価していく必要があるだろう。ちなみに、本プロジェクトでは、5年間の活動スケジュールを管理するための活動計画表(Plan of Operations)が存在しない。代わりに、「モニタリング・シート」を用いて、日本人専門家の間でスケジュールの進捗を確認しているが、同シートはラオス側と十分に共有されていない。

2) アウトプット5のワークショップ協議ポイント

a) 「活動サイクル」に対する認識

中央とヴィエンチャン県のワークショップでは、アウトプット5を検討するグループを作り、他のアウトプットと同様にその内容について議論を行った。参加者間で、「計画からフィードバックまでのサイクルが重要」という共通認識は高かったが、実際これをどう実行するかについては、なかなか案が出なかった（中央ワークショップでは、メンバーが議論の途中で抜けてしまい、チーフアドバイザーが発表を行った）。ヴィエンチャン県では、「IEC キャンペーンやFFC など、各活動そのものにモニタリング・評価・フィードバックは含まれており、更に何をモニターするのか」という疑問も呈された。

3) アウトプット5の今後の課題

年間活動計画やプロポーザルフォームを活用した「効果的な評価・フィードバック方法」を、ラオス側とともに検討する必要がある。

2-3 実施プロセス

本プロジェクトは、その実施過程において、①ラオス側のオーナーシップの尊重、②既存システムの改善、③コストシェアリング、④緊密なコミュニケーションの4つの基本姿勢をとってきた。これらの基本姿勢は、日本側がよい効果を生むものと考え導入してきたものだが、今回、ラオス側の主要C/Pへのインタビューを通じて、ラオス側がこれら基本姿勢についてどのように認識しているか確認した。合同評価レポートには、好意的に受けとめられている点、他方問題としてあげられた点の双方をできるだけ価値判断を加えずに記載した。また、実施プロセスの一つの例として、MR 誕生から現在までの経過をまとめ、合同評価レポートに添付した（付属資料1のAPPENDIX 7）。

4つの基本姿勢に関する評価結果の概要は以下のとおりである。

(1) ラオス側のオーナーシップの尊重

ラオス側は、このプロジェクトが日本側のものではなく自分たちのプロジェクトであることを認識しているようである。特に県レベルでは、自らが活動の中心の実施者であると捉えている。ラオス側C/Pの中には、マネジメント能力が改善され、それをプロジェクト終了後も活用できるので、オーナーシップの醸成が自立発展にも役立つと考えている人もいる。ラオス側にまず最初に考えさせるという日本人専門家のアプローチは、ラオス側のオーナーシップ・イニシアチブ醸成に貢献しているようである。

一方、日本側がプロジェクトの方針にそって最終意思決定をする場合があるのも事実である。日本側による判断基準が明確にラオス側に示されないまま、提案された計画が却下されたために、ラオス側が混乱または落胆することがあった。

(2) 既存システムの改善

ラオス側は、プロジェクト以前から実施していた活動の業務手順やシステムを改善しているのが本プロジェクトであると見ている。既存のシステムを活用することにより、プロジェクトの活動がドナー主導の追加的な仕事ではなく、ラオス側の通常業務と認識されやすくなっているといえる。

以前は活用されていなかった無線システムが使われるようになった。無線による報告が毎日

行われ、県保健局と郡保健局のコミュニケーションが改善されている。

(3) コストシェアリング

モデル県では、コストシェアリングの考え方はよく認識されつつあり、ある程度実行されてきている。コストシェアリングにより、ラオス側がコミットしなければならないことやプロジェクト活動が自分たち自身の活動であることをラオス側が認識するようになってきているようである。ラオス側がコストをシェアするために、適切な規模の予算や計画を考えようとするケースもある。こうした過程は、マネジメント能力強化に貢献しているものである。

中央レベルでは、CIEH と MCHC の各センターによって主にコストがシェアされている。

(4) 緊密なコミュニケーション

プロジェクトの人間関係は良好で、円滑にプロジェクトを実施する一助となっている。

県レベルでは、日本・ラオス双方が毎日緊密なコミュニケーションをとっている。しかし、特に保健省のラオス側 C/P が多忙なため、日本・ラオス間の円滑で緊密な調整を行うのが困難な状況に直面している。2003 年 10 月の合同調整委員会で、保健省は専属の C/P を配置することに合意しているが、実現には至っていない。

また、プロジェクトのすべての活動について、保健省と県保健局の連携が難しい状況にある。県保健局が保健省に報告を送っても、めったにフィードバックを得られていない。より効率的にプロジェクトを実施するため、各活動について、保健省がどこまで県保健局をスーパーバイズ・支援するかを明確にすべきである。

合宿（保健省とモデル県の主要 C/P を県に集めて行われる 3 日間の集中討議）については、保健省とモデル県の関係者や日本人専門家が一同に会し、時間をかけて議論ができるのでよいと認識されている。保健省内の副局長レベルが参加するようになり、プロジェクト活動が保健省全体に知られるようになった。

ただし、プロジェクトに深くかかわっていない人が合宿に参加することがあった。合宿にはプロジェクトに深くかかわっている人が毎回参加することが望ましい。

2-4 5 項目評価結果

本節では、これまでの分析を踏まえ、「5 項目による評価結果」を記載する。

2-4-1 妥当性

プロジェクトの目標（小児保健サービス改善のためのマネジメント強化）は、ラオス保健セクターの政策や現状に即したものであり、妥当性が高い。しかし、プロジェクトの範囲や計画（いつまでに何をを目指すか）は、プロジェクト後半において、より明確にする必要がある。

(1) プロジェクト目標の妥当性

本プロジェクトの目標である「マネジメント強化」は、保健省及びモデル県保健局で戦略の一部として重視されており⁷、ラオスの政策との整合性が高い。また、プロジェクトはマ

⁷ 保健省の“Health Strategy 2020”、各県保健局の“Health Activity Plan”による。

ネジメント強化の一環として「既存のシステム・物を活用して保健スタッフの日常業務を改善する」という基本姿勢をとっている。これは投入型の援助が多いラオス保健セクターにおいて、誰かが言い出さなければならない重要な考え方であったといえよう。インタビュー結果によると、ラオス側でもこの基本姿勢の重要性は認識されている（ただし、投入型のドナーが多いヴィエンチャン県では、「投入こそサービス向上に重要」との意識も根強い）。

（2）プロジェクト計画の妥当性

本プロジェクトのもう一つの基本姿勢は、「ラオス側の主体性を重んじ、ラオス側がまず考えプロジェクトの内容を決めていく」ことである。そのため、プロジェクトの当初の枠組みは緩やかに設定され、ラオス側の意向や状況に応じ、各段階で必要と考えられる活動が行われてきた。このことは、目的指向一辺倒のプロジェクトにはない利点があったと考えられる。

他方、このようなアプローチは、「プロジェクトが最終的に何をを目指しているのか」「プロジェクトの範囲はどこまでなのか」を関係者にわかりにくくしたことも事実である。例えば、ワークショップで議論されたヘルス・センターの無線の扱いは、本プロジェクトの範囲（郡レベルまでなのか、ヘルス・センターまでなのか）が不明確であったことを示唆している。また、県における TCIS の現状（データを集めたが今後の目処が立たない）は、「何をどこまでやるか」がはっきりしていなかった例といえる。このような範囲の不明確さは、ラオス側の提案が日本側によって採用もしくは却下される基準をわかりにくくし、時にはラオス側の混乱を招いていた模様である。

プロジェクト後半においては、プロジェクト計画をより明確にし、「いつまでに何をを目指すか」をラオス側と日本側で、共有していくことが重要である。本プロジェクトには、終了時までのスケジュールを明記した活動計画表が存在しないが、それを作成し共有することも、各活動の到達点を明確にする有効な手段と考えられる。

2-4-2 有効性（プロジェクト目標の達成見込み）

プロジェクト目標は、今回の評価で明確化されたばかりであるため、現時点でその達成見込みを論ずるのは困難である。しかし、有効性向上のために、まずは、各アウトプットの質を上げていくことが重要といえる。

（1）プロジェクト目標の明確化

プロジェクトの範囲をわかりにくくするもう一つの要因は、本プロジェクトの目指すところがマネジメント強化なのかサービス改善なのか、線引きが容易でない点である。「3-1 今後の方向性」と「第4章 団長総括」冒頭に詳細に記載されているとおり、今回の評価では、日本側で「プロジェクト目標」の定義と指標を再検討し、ラオス側と確認協議を行った。その結果、「本プロジェクトの重心はサービス改善よりもマネジメント強化に置かれていること」が改めて確認された。

なお、指標としては、①5歳未満時の受診者数の増加⁸、②受診者のサービスに対する不満度の低下、③MRの郡・県・中央における達成が設定された。①については、現時点ではVVCの記録を用いているが、データの信憑性が問題となっているため、記録方法を徹底する必要があろう。

(2) 各アウトプットの質の向上

専門家によると、これまでプロジェクトは活動内容の質をあまり問うてこなかった。これは、一つに「ラオス側が考え、やれるところまでやる」という姿勢があったからと思われる。しかし、プロジェクト後半は、一度やった活動を繰り返し行い、徐々に質や正確度を上げていくことこそ、マネジメント強化に繋がると考える。例えば、TISはある程度ラオス側だけで作業ができるようになる、MRはその客観的な有効性を評価するなどである。なお、アウトプットの指標については、活動指標に近いものが多いが、今後必要に応じて質的な指標を追加することも検討に値する。

(3) アウトプット間の相乗効果の認識

プロジェクトの成り立ちに起因して、これまで個々のアウトプットは独立性が高かった。しかし、アウトプット間には部分的に相乗効果も認められてきている。例えば、郡のMR活動はFFCを通じて県がモニターする、IEC活動で乳幼児健診(MRの9番)に係る啓発を行うなどである。今後、各アウトプットの関係性をより意識した活動を行うことは、プロジェクト目標の達成に有効と考えられる。TISを活用してIMCI研修受講者を選定することは、その一つであらう。

2-4-3 効率性

評価5項目でいう「効率性」とは、「投入に見合ったアウトプットが生じているか」を問うものである。この観点によれば、本プロジェクトの効率性は比較的高いと判断できる。

(1) 既存のシステムの活用

本プロジェクトでは、既存のシステムや物を活用することを重視してきた。これは、「少ない投入や予算でより良い成果を出す」という意味で、効率的な業務運営に資するものである。特筆すべき「高い効率性」の例としては、使われていなかった既存の無線を活用したVVCの活動である。VVCにより、県と郡のネットワークは強化され、様々なプラスの効果を生んでいる。

(2) コストシェアリングの効果

インタビュー結果によると、コストシェアリングもまた、効率性の向上に寄与している。ラオス側の負担がゼロであれば、活動の経済性を真剣に考えることが少ない(例えば、費用の高い会場を借り切ってワークショップを実施する)。しかし、費用を分担することにより、限られた予算の中で工夫して活動を実施するようになりつつある。先の例でいえば、「会場

⁸ 本プロジェクトだけで受診者数を増やすことは困難ではないかという議論もあったが、「プロジェクトが目指す重要な事項」と再確認され、指標として残された。

代の値段交渉を行う」といった能力も培われており、コストシェアリングによってマネジメント能力そのものが向上していることが窺える。

2-4-4 インパクト（上位目標の達成見込み）

ここでは、以下2つの上位目標の達成見込みについて記載する。

（1）モデル県における子どもの健康水準の改善（上位目標1）

具体的な指標は、「5歳未満児死亡率の減少」である。今回の評価で、日本人間では、本目標はスーパーゴールに上げるべきでは、という議論があった。マネジメント強化と幼児死亡率減少の間には、様々な段階や外部条件が存在するからである。しかし、5歳未満児の幼児死亡率の低下は、ラオス保健セクターの最重要課題であり、「マネジメント強化がゆくゆくはこの課題の解決に繋がる」ことを関係者に認識づけるためにも、上位目標のまま残した。ちなみに、国家統計によると、1990年の同指標は170（出生1,000人当たり）であったのが、1999年には106に減少している。なお、これまでは県ごとのデータは存在しなかったが、現在作成中の統計では県別のデータも含まれる予定である。

（2）プロジェクトによって導入された活動の普及（上位目標2）

既に、プロジェクト圏外に活動が普及している事例として、次の3点があげられる。

- 1) TISは、保健省人材育成局がその有用性をいち早く認め、複数部局にまたがるテクニカルチームが編成された。また、2005年6月に同システムは、UNICEFの支援でチャンパサック県に導入された。
- 2) MRは、保健省治療局によって、母子保健全国会議で紹介された（2005年4月）。他県の母子保健担当者からも高い関心を寄せられ、治療局では、今後比較的貧しい4県（セーコーン、シェンクアン、ルアンナムター、ポンサーリー）へのMR導入を考えている。
- 3) 本プロジェクトでは、「タイ国際寄生虫対策プロジェクト」のSSPP（Small Scale Pilot Project）に協力して、学校保健活動を行ってきた。これを端緒として、保健省・教育省主要メンバーからなるタスクフォース・グループが結成され、学校保健国家政策が策定された（2005年4月22日署名）。

以上のように、タテやヨコの繋がりを意識して、プロジェクトが広範囲な活動を行ってきたことのインパクトは現れ始めている。同時に、TISやMRについては、質的な課題があることから、専門家は「現時点で拡大するのがよいのか」という疑問も持っている。

なお、中央ワークショップで、「プロジェクト終了後に普及・拡大したい活動」を問うたところ、TISとMRが最も多くあげられた。そして、これらの普及のためには、技術的支援の継続が必要である旨が意見された。

2-4-5 自立発展性

経常予算確保の難しさから、プロジェクト終了後に活動を同じ規模で継続することは困難である。しかし、いくつかの活動はC/Pの通常業務として継続される見込みが高い。

(1) 通常業務としての認識

本プロジェクトは、「既存のシステム・物を活用して保健スタッフの日常業務を改善する」という基本姿勢をとっている。このため、実施している活動の多くは彼らが既にやっていた（またはやるべき）業務であり、プロジェクトはそれらを、より体系化し改善したにすぎない。実際、プロジェクトの活動は彼らの通常業務として認識されつつあり、特に VVC については、プロジェクト終了後も継続される可能性が高い。

(2) 財政的側面

県保健局のプロジェクト活動のコストシェアリング分は、県政府の開発予算より拠出されているため、プロジェクトが終了すれば予算の確保は難しい（ラオスでは、経常予算は人件費や経費のみで、活動費は含まれていない）。このため、多額の予算を必要とする活動の持続性は不透明である。例えば、FFC は 1 回に 700～800 \$ を要することから、プロジェクト終了後に年 4 回実施することは、まず不可能である。しかし、インタビューによると、県保健局では回数を減らしてでも継続することを望んでいる。

また、IEC の教材作成には、多大な予算を必要とするため、政府の資金のみでは活動の継続が難しい。

(3) 技術的側面

他方、TIS と MR は、一旦システムとして確立すれば、活動費は比較的少なくてすむ。しかし、技術的な側面でまだ支援を要するため、まずはプロジェクト期間中に、自立発展が可能なレベルにまで、向上・改善することが必要である。

第3章 今後の計画

3-1 今後の方向性

ワークショップを通じて確認した活動・アウトプットの実績を踏まえつつ、プロジェクトの今後の方向性についてラオス側と確認した。主な内容は以下のとおり。

(1) 上位目標

PDM-1 から変更せず以下のとおりのままとする。

1. モデル県における子どもの健康水準が改善される。
1. The health standard of children is improved in Target Provinces.
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。
2. Practical systems established by Project are utilized beyond the Central Level and Target Provinces.

<経緯>

- ・調査前、日本人間では上位目標1はスーパーゴールにあげるということで合意されたが、その後、主要C/Pの意識では最終的には小児保健サービスの向上を目指すプロジェクトとなっているため、1をスーパーゴールにあげるとプロジェクト目標から遠くなりすぎ、C/Pの意識と食い違うという懸念が確認された。
- ・C/Pの意識を考慮し、また、マネージメントとサービスは表裏一体のものであり、プロジェクト目標もサービスとマネージメントの両方の意味を含ませるようにした。このため、上位目標においても、現行PDMにあるように2つの上位目標を並列させた方がC/Pと共有しやすいのであれば、別々のレベル（上位目標とスーパーゴール）に置かなくとも、現行のままでもよいとした。

(2) プロジェクト目標

(旧)	(新)
中央と地方の子どものための保健サービスが、様々なレベルの関係者の参加型協力によって強化される。 The central and local health services for children are strengthened with participation of various levels of stakeholders.	小児保健サービスを改善するためのマネジメント・システムが中央とモデル県において関係者の積極的な参加により強化される。 Management system for child health services is strengthened among the MOH and model provinces with various levels' participation.

<経緯>

- ・プロジェクト目標はこれまでの活動実績をふまえ、現行PDMの表現から、これまで行ってきた活動が目指しているものに絞り込んで表す適切な表現へと変更する。
- ・実際に行ってきた活動はサービスそのものを改善する活動ではなく、システム、マネジメ

ントを強化するための活動。しかし、主要 C/P は最終的にはサービス向上を目指しているプロジェクトだと受けとめている。このため「小児保健サービスを改善するためのマネジメントシステム」と表現することで、最終的にはサービス向上を目指しているという意味を含ませる。

- ・ 現行 PDM 和訳の「参加型協力」という表現には違和感があるため、「積極的な参加」という表現に変更する。
- ・ 現行 PDM 英文にある“stakeholders”は住民まで含んでいるようにとれるが、実際には住民参加によりシステムマネジメントを強化しているわけではなく、誤解を避けるため削除する。
- ・ 中央、県、郡の各レベルでの連携（ヨコの連携）だけでなく、それぞれのレベル間の連携（タテの連携）の両方が必要であるというニュアンスを含ませるため「among the MOH and model provinces」と表現する。

(旧)	(新)
<p><指標></p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <ol style="list-style-type: none"> 1. Access of under 15 population to health services at Provincial and District health facilities is increased. 2. 80% of Minimum Requirements (MR) is achieved at District Health Offices and District Hospitals. 3. More than five activities with other collaborators are conducted annually. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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。 2. 受益者のサービスに対する不満度が下がる。 3. MRが郡、県、中央レベルにおいて達成される。 <ol style="list-style-type: none"> 1. Access of under 5 population to health services at Provincial and District health facilities is increased. 2. Dissatisfaction rate of health services users at Provincial and District health facilities is decreased. 3. MR is institutionalized at district, provincial and central levels.

<経緯>

- ・ サービス改善の指標のみでは、ラオス側にサービス向上のプロジェクトととられてしまうので、マネジメントの改善を表す指標も必要との結論に至った。
- ・ マネジメントが改善した結果のサービスの改善を客観的に見る指標として、5歳以下の病院受診者数、サービスに対する受益者の不満度低下を指標とする。
- ・ 満足度では良いことしか言わない可能性があるため、不満度としたほうが本当に思っていることを聞き出しやすい。
- ・ ラオスではサービスの良し悪しは、結局、設備の良し悪しや薬をくれたかどうかということが判断基準になりがちだが、そういったインプットの要素の結果ということは聞かずに、待

たされた、適切な説明を受けなかった、スタッフが不親切だったといった点について質問して不満度を出す。

- ・不満度調査は病院にきた患者について行うのが現実的（短期専門家により住民の意識調査は行われているが MR 導入後すぐに変化するようなものでないのでプロジェクト指標としては不適切）。できればベースラインをとったほうがよい。
- ・「MR の達成」については、プロジェクトは他にも FFC、VVC などのマネージメントのためのサブシステムを打ち出したが、今後は MR がサービスマネージメントの中心となるため、MR が各レベル（中央、県、郡）でどれだけ達成されているかを見ることで、マネージメント強化の指標とする。指標データは、インタビュー等を通じて、達成度合いを測ることになるが、各レベルにおいてその役割は異なるため、質問事項も異なることになる。

(3) ターゲットグループ

(旧)	(新)
ターゲットグループ：子ども（15 歳未満） Target Group: Children (<15 years old)	直接受益者：中央・モデル県の保健医療・保健行政従事者 最終受益者：子ども（特に 5 歳未満） Direct Beneficiary: Health Personnel at MOH and Model Provinces Target Beneficiary: Children (especially <5 years old)

<経緯>

- ・プロジェクト目標にあるマネージメント強化の直接の受益者は、子どもでなく保健医療・保健行政従事者。
- ・保健医療従事者とする医療のサービスプロバイダーという印象を受けるため、「保健行政従事者」もあわせて明記する。英語では health personnel で両方カバーされると考える。
- ・直接に対し、間接という表現はラオス側に誤解が生ずるかもしれないため、最終という表現にする。
- ・ラオス側に配慮し「子ども」という表現は変えないが、より重点的なサポートが必要な年齢層にプロジェクトを移すという理由により、年齢を 15 歳未満から「特に 5 歳未満」に変更する。

(4) アウトプット

1) アウトプットの明確化

(旧)	(新)
<p>1. 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。</p> <p>1. Capacity building in management systems of human resource development is improved at model provinces and at central level.</p>	<p>1. 研修情報システムがモデル県と中央レベルにおいて確立される。</p> <p>1. Training Information System is established at model provinces and at central level.</p>

<経緯>

- ・「人材育成マネジメントシステム」という表現では、意味が広すぎるので、実際に活動を行っている「研修情報システム」の表現に変える。

(旧)	(新)
<p>2. 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。</p> <p>2. The Health Network System is strengthened in Target Provinces and at Central Level.</p>	<p>2. 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。</p> <p>2. The Network System is strengthened at model provinces and at central level.</p>

<経緯>

- ・「ネットワークシステム」という言葉の表すところが何を意味するかわかりにくい、運営指導調査でヘルスネットワークシステムという言葉固有名詞化して定義しており、C/Pにもネットワークシステムという言葉で定着しているため、「ネットワークシステム」という表現を残す。
- ・「ヘルスネットワークシステム」ではWHOなどが使用しているものと混同されるおそれがあるので、「ヘルス」を取る。

(旧)	(新)
<p>3. 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。</p> <p>3. Treatment for and prevention against major childhood diseases such as diarrhea, malaria and ARI are intensified in Target Provinces.</p>	<p>3. MRとIMCIがモデル県と中央で確立する。</p> <p>3. MR and IMCI are established at model provinces and at central level.</p>

<経緯>

- ・主たる活動を明確にするためにMRとIMCIを明記する。
- ・ラオス側は、IMCIはMRに含まれているという理解であり、分けると混乱するおそれがあるが、プロジェクトとしてはIMCIも活動として力を入れていくので明記する。

(旧)	(新)
4. 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	4. 中央とモデル県においてIEC機能が向上する。
4. Information, education and communication for child health services is improved in Target Provinces.	4. Capacity of Information, Education and Communication is improved at model provinces and at central level.

<経緯>

- ・「機能の向上」とは中央ではメディアプランナーの育成、地方では中央と合同でキャンペーンができるようになることを指す。よって対象はモデル県だけでなく、中央（CIEH）の強化も含まれるので、「中央とモデル県において」とする。
- ・現行PDMにある「小児保健サービスに関連する」という表現は、メディアプランナーが小児のみを扱っているのではないため削除する。

(旧)	(新)
5. 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。	5. 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の活動サイクルが実施される。
5. Health service management through planning, implementation, monitoring, evaluation and feedback are improved at Target Provinces and Central Level.	5. Activity Cycle of planning, implementation, monitoring, evaluation and feedback are carried out at model provinces and central level.

<経緯>

- ・旧案の「保健サービスマネージメントが改善される」であると、プロジェクト目標とほぼ同じ表現となってしまう。アウトプット5は、アウトプット1から4に横断的に組み込まれるべき内容だが、それをあえて書き出していることから、より具体的でC/Pにも理解されやすい「活動サイクル」という単語に置き換える。
- ・アウトプットのレベルでは、まずはこの「活動サイクル」が「実施」されることを到達点とする。

2) 今後の方針

アウトプットレベルに関する今後の方針を以下のとおり確認した。

【アウトプット全体に関する今後の方針】

本プロジェクトは、小児保健に関するマネジメントシステムを強化することを通じて、小児保健サービスを改善することを目指す。残りの協力期間ではアウトプット3、4、5を達成するために、ネットワークや研修情報システムなどこれまで2年半の活動の成果（アウトカム）を活用する。

MRを確立することを第一の優先事項とする。

本プロジェクトは、中央、県、郡レベルにおいてマネジメントを改善するために支援をする。プロジェクトは、郡レベルによるマネジメントを強化するために、ヘルス・センターの活動（無線、IMCI）を支援することも可能である。

<経緯>

- ・アウトプット1から5の関連性を示し、かつ活動の重心をアウトプット3から5に移すことを示した。
- ・5つのアウトプットの中でもMRが中心的な役割を果たすことを確認した。
- ・本プロジェクトの主たる対象は郡レベルだが、ラオス側からはヘルス・センターに対する活動を要望する声が多くあった。プロジェクトの方針はあくまで変わらないが、郡レベルのヘルス・センターに対するマネジメントを強化するのに必要な活動であれば支援可能と明記し、ヘルス・センターの活動への支援を認める基準を明示した。

【アウトプット1】

中央レベルではTCIS、県レベルではTPISの完成を最優先事項とする。

<経緯>

- ・中央レベルでTPIS、県レベルでTCISの実施強化を求める声がラオス側から出たが、まずは現在実施している活動を完成させることを優先する。

【アウトプット2】

実施中のVVC及びFFCを継続する。VVC及びFFCを通じた情報収集の質を求める。

<経緯>

- ・VVCで収集された情報データが他のソースと食い違う、FFCの実施方法が体系的でない、という問題点がワークショップで確認された。今後は、単に実施するのみでなく、その質を求めていく必要がある。

【アウトプット3】

- ・中央、県、郡レベル間でMRのコンセプトがより共有されるようにする。
- ・MRが明確になり、より使いやすくなるように、MRの十分な評価を行う。

<経緯>

- ・ラオス側との協議の席で、MRがわかりにくいとのコメントが出されたり、十分に理解していないと見受けられる発言があったことを受け、MRのコンセプトの更なる共有化を記載した。
- ・MRを定着させるには、MRが、マネジメントを強化し、結果サービスの改善にも繋がる有

効なツールであることを示さなければならない。こうした考えから、MR の有効性を評価することを明記した。

【アウトプット4】

- ・CIEH と連携し、モデル県における IEC 活動を推進する。
- ・学校保健に関する活動は、JICA の他のスキームに統合する。

<経緯>

- ・学校保健に関する活動は、本プロジェクトで一定の成果をあげてきたが、今後は国家政策の枠組み全体の中で取り組みを進めることが望ましいため、派遣済みの個別専門家等の活動に移管する。

【アウトプット5】

年間計画及びプロポーザルフォームの活用方法を考える。

<経緯>

- ・アウトプット5は、他のすべてのアウトプットに含まれているために、活動が目に見えずわかりにくい。これをよりわかりやすくしながら活動サイクルを確実に実行するため、既にプロジェクトが導入している年間計画・プロポーザルフォームをいかに活用するかを考える。

(5) PDM-1 の改訂

協議及びワークショップの結果を踏まえ、合宿などラオス側 C/P と日本人専門家間の緊密な話し合いを通じて、現行の PDM-1 を評価後 4 か月以内に改訂する。

3-2 提言

(1) 全般的事項に関する提言

1. 円滑なプロジェクト実施のためには、C/P と日本人専門家間のコミュニケーションと日々の密な意見の交換が必要である。

プロジェクトではラオス側のオーナーシップを尊重した意思決定を原則としているが、中央 C/P の多忙なスケジュールのため、じっくりと深い議論を行う機会が十分持てないのが現状である。そのため、プロジェクト活動の意思決定が遅れたりすることがあった。プロジェクトのより円滑な実施、運営のため、C/P と日本人専門家間がより密なコミュニケーションをとれるように、日本側、ラオス側の双方が努める必要がある。

2. 各アウトプットにおいて、中央、県それぞれの役割を明確にする必要がある。

現在の分権化の流れのなかで、各アウトプットにおいて、中央、県それぞれの役割が明確でない部分があり、プロジェクトによりシステム化された業務のタテの連携に脆弱な面

が見受けられる。タテの連携を強化するために、それぞれの役割を明確にしていくことが必要である。

3. モデル2県（ウドムサイ県、ビエンチャン県）における状況の違いを考慮し、より有効なプロジェクト活動の実施のために、それぞれの県に対し異なったアプローチをとる必要がある。

モデル2県ではインフラの整備や他ドナーからの投入など環境的な面、各アウトプットにおける達成度などの能力的な面等で違いが認められる。プロジェクトはこれまでは両県に対して同じアプローチをとることを基本としてきたが、より有効な活動を行うためには、今後、それぞれの県に対し異なったアプローチをとることも考慮する必要がある（日本側専門家の協議の中では、種々の状況の点や他の援助機関からの投入の点からも恵まれているビエンチャン県より、ウドムサイ県への投入を多少増やしていくことを想定していたが、現地側のC/Pらとの協議では、活動の盛んなビエンチャン県への投入を増やすべきと考えているような発言がみられたので、今後の議論で確認していく必要がある）。

4. プロジェクト終了後の継続性が可能になるように各アウトプットの現存の活動形態を変えていく必要がある。

プロジェクトでは様々な既存の業務が系統的な日常業務として機能するための活動を実施してきている。それらをプロジェクト終了後も日常業務として定着させるためには、ラオス側予算で可能な範囲の活動に、その内容について見直しをしていく必要がある。

5. ラオス側はプロジェクトが強化した日常業務を継続できるよう、経常予算確保のための努力を行う必要がある。

ラオス側は現在でもコストシェアリングにより一定の予算負担をしているが、その予算の出所ははっきりと定められていない。プロジェクトにより強化され、有用と考えられる活動を日常業務として定着させるためには、活動の見直しをするとともに、全体予算からの配分調整を含めた経常予算確保のための努力をしていくことが必要である。

(2) 各アウトプットにおける提言

1) アウトプット1

1. 研修情報システム（TIS）の確立は、人材育成のためのよりよい研修計画に役立てることが目的であることであり、研修情報システムのデータベースのためのデータ収集と入力ではないことを認識すべきである。

トレーニング情報システムは整備されつつあるが、構築されたデータを次のトレーニングに反映させるかという点についてあまり検討がなされていない。データ入力自体が目的にならないようにしなければならない。構築されたデータをどのように利用するかということを念頭において、システムの内容について再度見直し、整備を進めていく必要がある。

2) アウトプット 2

2. プロジェクト終了後の継続性を考慮し、FFC についてその活動形態（参加者の人数、期間、頻度、スーパーバイズ項目）を変えていく必要がある。

FFC は C/P において系統的にスーパーバイズを実施するための重要な日常業務の一つと認識されるようになったが、現在はプロジェクトの予算的補助のもとに行われている。FFC を実施するためにはその日当を確保する必要があり、日常業務として定着させるためには、ラオス側予算で可能な範囲の活動に、その内容を見直していく必要がある。

3. 県はどの活動について中央への報告を必要とするのか、一方、中央はどの活動について県へのフィードバックをすべきなのかを明確にする必要がある。

県はすべての活動についてその報告を中央へ提出しているが、その報告について中央からのフィードバックがほとんどないのが現状である。タテの連携を強化し、業務を効率的に行うために、県はどのようなことについて中央へ報告する必要があるのか、一方、県はどのようなことについて中央からのフィードバックを必要としているのかを明確にする必要がある。

3) アウトプット 3

4. IMCI トレーニングを受けた研修スタッフが、研修で得た技術を活かせるように配置されるべきである。

IMCI トレーニングを受けた研修スタッフが、IMCI とは関係ない部署に配置されているケースが見受けられる。トレーニングを受けた人材が有効に活用されるよう、研修スタッフの配置について考慮が必要である。

4) アウトプット 4

5. 衛生予防局は IEC センター (CIEH) が作成した戦略を関係部署に広く認知させる必要がある。

CIEH により IEC に関する戦略が打ち立てられ、衛生予防局において承認されているが、関係部署にまだまだ認知されていない。CIEH がより円滑に活動を行うために、CIEH の上部機関である衛生予防局は IEC の戦略を関係部署に広く認知させる必要がある。

6. IEC 教材作成には莫大な費用が必要であることから、保健省は、収入向上の方法を模索するなど CIEH の IEC 教材作成のための経済的な継続性を考慮すべきである。

IEC 教材作成には莫大な費用が必要であるが、政府予算だけではその活動を維持するのが難しいのが現状である。保健省は、CIEH 自身はその活動に必要な予算を確保できるようにするために、その具体的な収入向上などの方法を考えるなどその活動の経済的な継続性について考慮すべきである。

第4章 団長総括

(1) プロジェクトの到達点

今回の調査でまず議論となったのは、本プロジェクトが目指すのはマネジメント強化なのかサービス改善なのかという点であった。両者は表裏一体ではあるものの、重心はマネジメント強化に置かれていることが改めて確認された。これを踏まえ、両者の関係性を示すため、「小児保健サービスを改善するのに必要なマネジメント能力を強化すること」をプロジェクト目標改定案とした。

そして最も難しかった点が、何をもってマネジメントが強化されたというのか、すなわち、プロジェクト終了時の到達点とそれをはかる指標の設定であった。結局、マネジメントが強化された結果としてのサービス改善を見る指標（5歳未満児アクセス数の増加、患者不満足度の低下）とマネジメント強化そのものを見る指標とする結論に至った。後者の指標は、「MRが達成される（institutionalized）」としたが、これは、ラオス側が自分たちの活動としてMRを実施・活用し、プロジェクト終了後も彼ら自身で続けていけるような状態になることが、本プロジェクトの目指すマネジメントが強化された状態であるという考えからである。これをはかるには実施主体であるラオス側へのインタビューなどを行うしかないが、質問内容は今後検討していく必要がある。マネジメントというキャパシティーは、変化が見えにくく評価しにくいのは事実である。本プロジェクトを一例として、こうしたキャパシティーディベロップメントの評価手法については更なる議論・検討が求められよう。

プロジェクトの到達目標について上述の結論に至ったとはいえ、日本人関係者間でさえコンセンサスを得るには時間がかかったもので、ましてやラオス側に真の理解を得たとはいえないのも事実である。ワークショップや協議の中で、ラオス側からは、サービスの向上を要望する発言（例：MRを達成するには白衣を買う予算が必要）もみられた。これに対して、日本側からは本プロジェクトは「マネジメント強化」を目指しているのだと返答するも、マネジメントとは何かを明確に表現できないために十分な理解を得るのは困難であった。当初、日本側でもそうだったが、ラオス側にとってマネジメント強化とサービス改善が混同されやすいのも理解が混乱する一因である。真にラオス側の理解を得るには、今後とも継続してプロジェクトにおいてラオス側と共通イメージを持てるよう更なるコミュニケーションをとっていくことが求められる。

マネジメント強化かサービス改善かという議論に関連するが、両者が混同される背景には、ラオスでもその達成が政策に組み込まれつつあるミレニアム開発目標（MDGs）がある。本プロジェクトは、5歳未満児死亡率を下げるために、即効性のある投入を大量に行うタイプの案件ではない。むしろ逆に投入は極力おさえ、ラオス側が主体になってできることをじっくりやっていく、効果発現には時間のかかる案件である。もちろん、マネジメントを強化した先には、サービスの改善があり、死亡率の低減があり、プロジェクトとしてもそれを意識しながら活動を進める必要があるのは当然だが、MDGsへの貢献が見えにくいからといって本プロジェクトの方向性を見誤ってはならない。

(2) Minimum Requirements (MR)

MRは誕生して約1年だが、その過程で徐々に成長し、まさにこのプロジェクトの「背骨」と

なりつつある。MR を定着させるには、MR が、マネジメントを強化し、結果サービスの改善にも繋がる有効なツールであることを示さなければならない。こうした考えから、MR の有効性を評価すべきであることをアウトプットの「今後の方針」として記載した。MR が単なるモデルとして終わらず、プロジェクト終了後にも定着し、更にはほかにも広がっていくものとするためにも、この MR 評価は重要な意味を持つであろう。

(3) 実施プロセス

客観的な評価とはいかなかったが、本プロジェクトの基本姿勢⁹がラオス側にも認知されていることが明示された意義は大きい。また同時に、いくつかの問題点も明らかになったため、評価結果に明記することにし、今後の解決にむけた努力を促すこととした。

プロジェクトの基本姿勢が、プラスの効果をもたらすのかどうかは、プロジェクト終了時更には終了後数年経ってから評価されることになる。本プロジェクトのアプローチを一つのモデルケースとして示し、ほかに生かすためにも、実施プロセスの検証作業は重要である。そのためには、今後、アウトプットごとに実施の経過をまとめて記録しておく必要がある。

本プロジェクトの特徴として、開始当初はその枠組みや方向性を PDM の枠にとられすぎることなく、ゆるやかに設定していた。それが本案件のよさでもあり、わかりにくさでもあった。今回、プロジェクトの中間地点にあたり、後半に向けたプロジェクトの方針を示し、今後やるべきこと、到達すべき地点を明確にした意義は大きいだろう。

(4) 外部条件の確認

プロジェクト終了後の自立発展の重要性は、すべての案件について常々言われているが、実際には相手国側に任せきりであったり、プロジェクト終了間際になって突如自立発展を相手国側に求めたりする例も少なくない。そのため、本プロジェクトについては、中間評価の時点から、各活動がラオス側だけで継続できるようにするために必要なことを明確にし、ラオス側と共有していくことにした。

活動実施のために経常予算の確保努力をすることは、現状ではかなり厳しい状況ではあるものの、中間時点からラオス側に言うておくことは必要と判断しミニッツに記載した。また、各活動が継続可能なものとなるように、内容を修正していくことも明記した。上述した MR については、いまだ MR が未熟な状態で安易に全国展開することを求めるのは時期尚早であるためミニッツへの記載は見送り、MR 自体を評価し改善していくことを記載することにしたものである。

(5) 終了時評価への教訓・提案

まだ先のことはあるが、今回の中間評価調査を教訓として、終了時評価の方法をより工夫する必要があるだろう。今回、プロジェクト実績の確認についてはワークショップを通じてラオス側が主体となって進めたが、今後の方向性や評価結果についてのラオス側との共有は必ずしも十分であったとはいえない。終了時評価の際には、評価結果を取りまとめるプロセス自体をワークショップ形式で行ったり、協議についても合宿形式としてラオス側の参加を担保したりするのも一案である。また、もちろん、終了時評価だけでなく常日頃のモニタリングの段階からラオス側を巻

⁹ ①ラオス側オーナーシップの尊重、②既存システムの改善、③コストシェアリング、④緊密なコミュニケーション。

き込むことも必要である。これと関連するが、モニタリングシートは必ずしもラオス側に共有されていないので、よりシンプルで使いやすいものに改善していく必要もあろう。

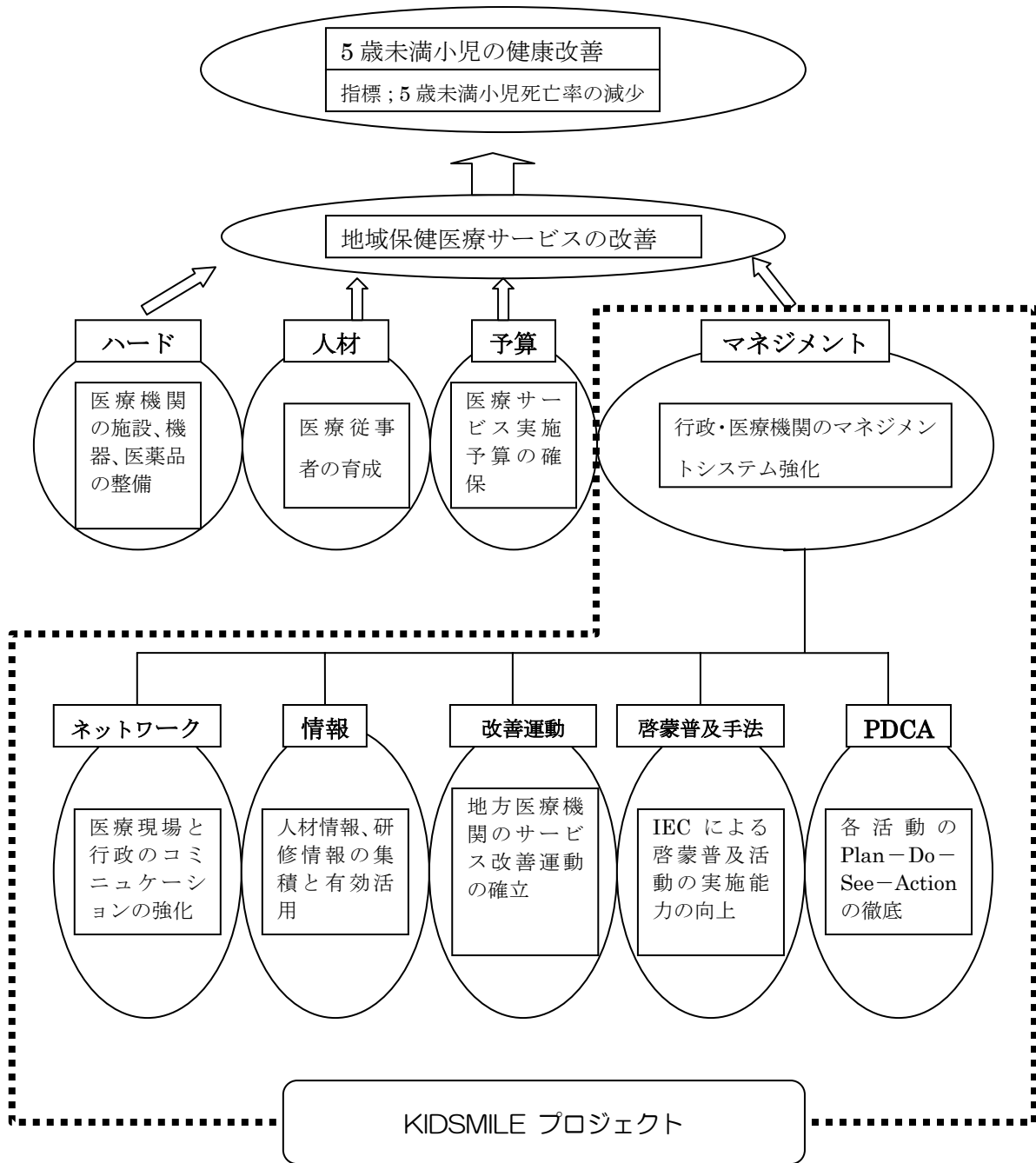
また、ローカルコンサルタントなども活用しつつ、指標データを収集するのにも十分な時間を取るべきであろう。特に、プロジェクト目標の新指標である患者不満足度調査や、MR の定着度調査はそれ自体をプロジェクト活動ととらえて、短期専門家派遣などにより対応する方法もある。また、本プロジェクトはサイトが2県と中央の三箇所に分かれているうえ、特に県からの参加者には英語の資料では理解に限界があることから、通常の案件よりも評価結果の取りまとめや協議にかかる時間が必要となることを十分に考慮する必要がある。

(6) プロジェクト広報

プロジェクト名の「子どものための保健サービス強化」やその通称の KIDSMILE からくるイメージから、プロジェクトに深く関わっている人以外は、日本人専門家を含むプロジェクト関係者が母子に直接アプローチし、健康改善のための活動を活発に行っているという姿を想像しがちである。しかしながら本プロジェクトでは、上述のイメージの活動を実施することを敢えて避けてきた。援助事業としてそのような活動を展開することはたやすいし、美しいストーリーを提供できるかもしれないが、それだけでは援助事業が終わったあとの自立発展性はおぼつかないし、ラオス国民の健康改善に対して最終責任を有するラオスの行政・医療機関の能力向上につながらないとの信念によるものである。

一方、マネジメント強化を目指す本プロジェクトの目的や活動の意義を多くの人が理解しやすいように説明することは非常に難しい。そして短い説明だけでは、ほとんどの人はプロジェクトの意義について明確に認識することができないであろう。しかしながらプロジェクトに直接的、間接的に関わる人々がプロジェクトのコンセプトに係る共通の認識を比較的容易に持てるようにすることは、今後のプロジェクト活動を円滑に進め、プロジェクト方針への間違った干渉をなくすために必要である。また、JICA 事業に興味を持つ人々にこのプロジェクトの意義をわかりやすく説明し、支持を得る努力が必要である。以上から本プロジェクトに関し、簡便で、かつわかりやすい説明方法を工夫することが今求められている。

以下に本プロジェクトのコンセプトを説明する鳥瞰図案を提案する。今後プロジェクト関係者間で更に工夫を進められることを望む。



プロジェクトコンセプト鳥瞰図（案）