

## 第3章 評価結果

### 3-1 プロジェクトの実績<sup>1</sup>

#### 3-1-1 日本側の投入

##### (1) コスト負担

2004年12月～2007年3月までの投入額は以下のとおり。

項目	2004	2005	2006	合計
日本側ローカルコスト (在外事業強化費)	13,677	76,952	71,265	161,895

(USD)

##### (2) 専門家派遣

2004年12月～2007年3月の派遣実績は以下のとおり。

##### 長期専門家

指導分野	派遣人数	合計派遣期間 (MM)
チーフアドバイザー	1	27.83
業務調整	1	24.00
業務調整／研修管理	1	3.87
合計	3	55.70

##### 短期専門家

指導分野	派遣人数	合計派遣期間 (MM)
リファラルシステム	2	1.33
救急医学／システム	2	0.60
看護教育・看護管理	2	2.90
小児医療システム	1	0.43
医療機材管理	6	2.03
研修システム	0	0
合計	13	7.30

<sup>1</sup> 四捨五入方法の見直しなどの精査の結果、合同評価報告書（付属資料1）上の数値を改めた箇所が一部ある。

### (3) C/P の本邦研修受入れ

2007年3月までのC/Pの本邦研修派遣実績は以下のとおり。

分野	派遣人数	合計派遣期間 (MM)
病院管理	3	1.70
研修管理	3	4.26
看護管理	1	1.26
院内感染対策	1	1.26
合計	8	8.49

### (4) 機材供与

これまでに医療機器・器具（人工呼吸器、ベッドサイド・モニター、ビリルビンメーター、ドップラー、車イス、ストレッチャーなど）とプロジェクト業務に必要な機材（車両、パソコン、コピー機、ファックス、デジタルカメラなど）、合計150の機材（合計35万4,014USD相当）が供与された。

## 3-1-2 ベトナム側の投入

### (1) C/P 予算

2004年12月～2007年3月の投入実績は以下のとおり。

(USD)

項目	2004	2005	2006	合計
C/P 予算投入実績	0	2,502	15,217	17,718

### (2) C/P の配置

ホアビン省保健局から6名、省総合病院（以下、「省病院」と記す）から2名がC/Pとして任命されている。その他の省保健局と省病院のスタッフはプロジェクト管理委員会（Project Management Unit : PMU）メンバーの所属機関のスタッフとして、プロジェクトの活動に参加している（2007年3月時点の省保健局職員は30名、省病院は358名）。また、郡病院はプロジェクトの直接のターゲットであり、2006年時点での11郡病院の医師の合計は医師103名、職員総数は618名である。

## 3-1-3 成果・目標達成度

「3-4-2 有効性」を参照。

## 3-2 プロジェクトの実施体制と実施プロセス

本プロジェクトの実施体制は図3-1のとおり。当初、PMUメンバーの中の省保健局C/P5名中3名が他ドナー担当を兼務していることによるキャパシティの問題、各メンバーの役割・責任が不明確、他ドナーとの手続きの違いによる手続き理解不足など、PMUが十分に機能できない状況があった。このため、2006年5月のJCCでPMUメンバーの改編とメンバーの役割分担の明確

化を図った。これ以降、PMUのC/Pが主体的にプロジェクトの運営管理を行えるようになった。

PMUはホアビン省保健局と省病院のマネージメントにより構成されているため、プロジェクトのオーナーシップも醸成されつつある。調査団のヒアリング・質問票調査でも、C/Pによる強いコミットメントが表明された。これは、今までのプロジェクトで試行錯誤しながら取り組んだりリファラルシステムの確立や研修活動の成果が具体的に現れてきており、そのことに自信を得ているためと思われる。

ホアビン省では日本のODA以外にもアジア開発銀行（Asian Development Bank：ADB）、国連人口基金（United Nations Population Fund：UNFPA）、ベルギー技術協力（Belgian Technical Cooperation：BTC）がプロジェクトを実施中であり、相互に報告会やJCCに出席するなどして情報共有を図っている。今後、省病院と郡病院のDOHA活動や双方向性情報システム（Two-way Information System：TWIS）<sup>2</sup>の仕組みをコミュニケーションレベルまで広げるための将来計画の策定など、政策面での情報・意見交換を強めることが望まれる。

JCCにはプロジェクトを円滑に進めるための重要なアクターがすべて含まれている。保健省が中央病院から省病院へのDOHA支援を強化するための指示文書を発出したり、ホアビン省保健局が省病院・郡病院に対してリファラルシステムの改善・強化を指示するなど、プロジェクトの進捗を促進する役割を果たしている。今後はJCCの役割をさらに発揮させて、財政・人事面での自立発展性を確保するとともに、プロジェクトの成果の北部地域への普及を図るための方策をキーアクターと十分協議することが望まれる。

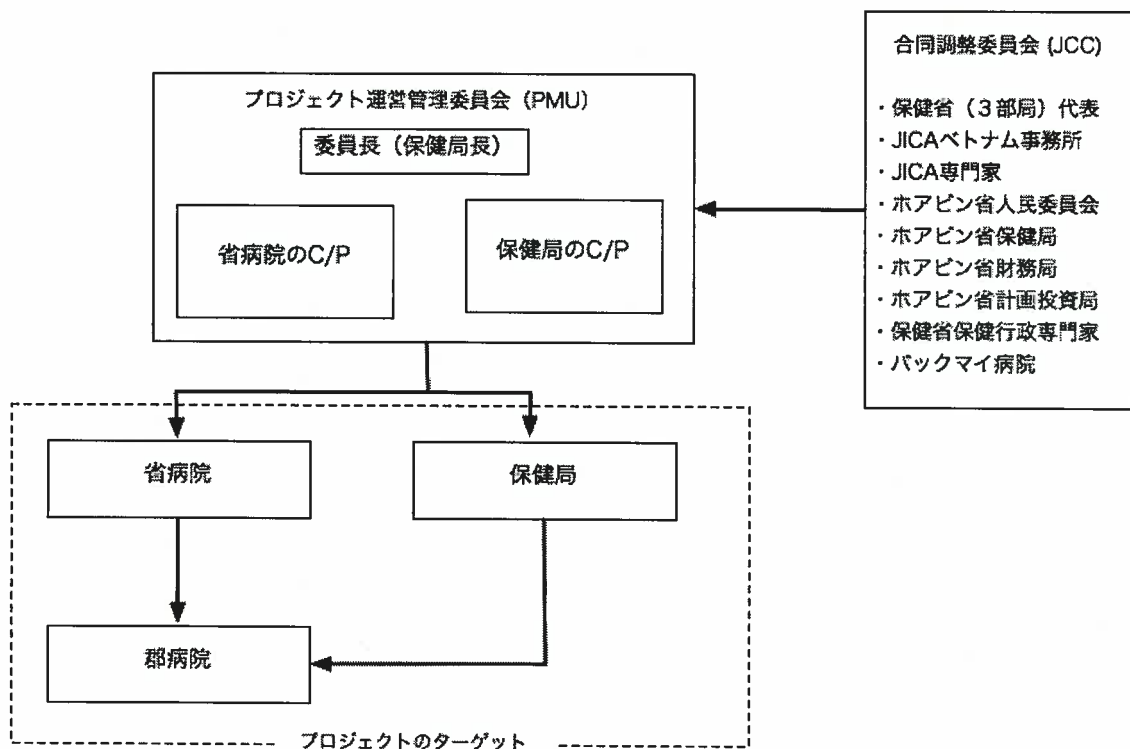


図3-1 プロジェクトの実施体制

<sup>2</sup> 下位医療施設に対するリファラル患者に関する報告の制度。

プロジェクトの前半では、省保健局と省病院のキャパシティ強化を主要課題として取り組んだが、後半では郡病院の DOHA 委員会のキャパシティ強化も重要な課題となる。職員不足など困難な状況下で、郡病院職員の DOHA 活動やキャパシティ強化についての意識を向上させ、彼らのプロジェクトへの積極的な関与を獲得するために、今まで以上にコミュニケーションをとり、研修企画・実施などの共同作業を通して参加意欲を高めることが必要になる。

### 3-3 特定テーマからの評価結果

#### 3-3-1 保健医療システム

最近、世界保健機構（World Health Organization : WHO）を中心に保健活動の持続化のためには横断的な保健システムの構築が不可欠であるという認識が高まっている。国立国際医療センター（International Medical Center of Japan : IMCJ）では保健医療システムには、責任ある統括（地方レベルでは責任あるマネージメント）、資金調達、資源創出、サービス提供、サービス利用の5つの機能があると分類し、それぞれのプロジェクトが保健システム構築にどのようにかかわっているのか（かかわっていたのか）検討を加えている。この分類にそってホアビン省保健医療サービス強化プロジェクトのPDMをログフレームに落としたのが図3-2である。

本プロジェクトは、マネージメント並びに資源創出、サービス提供機能の改善を成果として保健医療システムの構築に関係し、様々な活動を展開しているが、資金調達への介入やサービス利用や住民の組織的介入に関する活動にはかかわっていない。地域保健システムの構築のためには両者は必須であるが、住民の組織的介入に関してはベルギーの協力があり、この活動と協力することによって補うことができるものと思われる。「資金調達」はいずれの活動にも大きく関係しており、成果の継続の観点からもC/P側に常にその重要性を認識させる必要がある。

マネージメント機能としては、成果1「省保健局の管理・指導能力が向上する。」、成果4「省病院が省保健医療システムの中で有効に機能する。」を「責任あるマネージメント機能が強化された。」の成果に分類した。図3-2の左側にあげた活動はそれぞれに実施されていた。省病院のDOHA部で実績を上げた人材を省保健局に移し体制を強化するとともに、計画、実施、評価等の実施サイクルにそった手続き・業務の標準化に取り組んでおり、また、省・郡病院における定例会議を制度化し、情報発信・共有が可能になっていた。サービス提供並びに資源創出に関する研修も順調に実施されており、省保健局の管理・指導能力の向上や省病院の2次病院としての機能強化につながっていくものと考えられる。特に、看護管理部門での研修成果は大きく、看護部の「自立」が期待できるようになっている。

目標

成果

活動

<p>責任ある経営・責任あるマネージメントへの介入に関する活動</p> <p>1-2.地域医療指導部DOHA活動及び患者リファラルシステムの強化のための活動を指導・監督する                  1-3.プロジェクト活動の計画、実施、評価、モニタリングのサイクルを促進する                  1-4.その他プロジェクト活動の開催のための委嘱を両国する                  4-5.看護部において省中級医療学校と共同し院内教育の計画・実施・評価を行う                  4-6.院内感染対策部を設置し対策マニュアルを作成する</p>		<p>責任ある経営・責任あるマネージメントの機能が強化された</p>
マネージメント		
資金調達		
資源配出		
サービス提供		
サービス利用		
<p>資金調達への介入に関する活動</p> <p>1-1.保健局スタッフに対する管理能力向上のための研修を実施する                  4-4.機材管理において日常の手入れ、定期点検のマニュアルを作成する                  4-7.図書室を整備する                  4-1.省病院スタッフに対する救急及び関連分野(救急、小児、産科、検査、麻酔科、外科、外科、看護、トータルケア)の研修を実施する                  4-2.救急及び関連分野について症例検討会を実施する                  4-3.病院管理分野(機材管理、看護管理、院内感染対策等)の研修を実施する</p>		<p>資金調達の機能が強化された</p>
マネージメント		
資金調達		
資源配出		
サービス提供		
サービス利用		
<p>資源配出への介入に関する活動</p> <p>2-2.中央病院(バックマイケル)と共同し、各病院スタッフの技術レベル・研修ニーズに関する情報を収集する                  2-3.研修の企画、立案、実施、評価、モニタリングのサイクルを促進する                  2-4.省保健局と共同し、各病院スタッフの技術レベル・研修ニーズに関する情報を収集する                  2-5.省保健局と共同し、各病院の年間研修計画を立案する                  2-6.省保健局と共同し、各病院への研修実施、評価を行う                  2-7.研修に関する情報の管理を行う(研修コース、研修生に関する情報管理、研修教材の保存等)                  2-11.保健局・省病院・郡病院・郡病院間の研修活動に関する定例会議を開催する</p>		<p>資源配出の機能が強化された</p>
マネージメント		
資金調達		
資源配出		
サービス提供		
サービス利用		
<p>サービス提供への介入に関する活動</p> <p>3-2. リファラルシステム改善委員会を省・郡レベルに設置し定例会議を開催する                  3-3.ホアビン省内の患者リファラルの基準、リファラル記録、報告システムの状況、問題点を両国し問題解決のための活動計画を作成する                  3-4.上記活動計画の実施、評価、モニタリングを行う                  3-6.保健局・中央病院(バックマイケル)・ホアビン省関係者によるリファラルシステムに関する合同会議を開催する</p>		<p>サービス提供の機能が強化された</p>
マネージメント		
資金調達		
資源配出		
サービス提供		
サービス利用		
<p>サービス利用や住民の意識的活動への介入に関する活動</p> <p>3-5.省病院と郡病院間の連携手段を改善する(FAX等)                  3-1.保健局・省病院・郡病院職員に対するリファラル体制に関する研修を実施する</p>		<p>サービス利用の機能が強化された</p>
マネージメント		
資金調達		
資源配出		
サービス提供		
サービス利用		

保健局指導部DOHA、患者リファラルシステムの強化を通じて、ホアビン省の医療システムが強化される

図 3-2 プロジェクト名 ベトナムホアビン省保健医療サービス強化プロジェクト

成果2の「省病院 DOHA 部の管理運営能力改善及びバックマイ病院との連携により、省病院から郡病院への指導システムが有効に機能する。」を「資源創出が強化された」に分類した。ここでは、現場のニーズに合った研修計画作りに省保健局と省病院、郡病院が協力しながら取り組み始めている。バックマイ病院による省病院に対するトレーニングプログラムが省病院の現状に必ずしも合わないことがあった「経験」「学び」を活かした取り組みである。省保健局の主導のもとに省病院と郡病院の間での定例会議は毎月1回実施されており、この会議を通して郡病院の研修ニーズの把握や情報共有を可能にしている。省病院の DOHA 部はプロジェクトを機に設置されたものであるが、数少ないスタッフであるがそれぞれが自信をもってきており、責任者は、今後は郡病院への指導を強め、ホアビン省市民のために尽くしたいと述べている。省保健局は、研修の企画、立案、実施、評価、モニタリングの研修サイクルの体制化に取り組んでいるが、そのためには予算や人員が必要であり、人民委員会による措置が望まれる。郡病院スタッフの能力に沿った人材育成計画の作成、研修指導法を含む研修講師の質の向上、効率的な研修プログラムの作成、研修講師のインセンティブなど、今後の課題は山積しているが、省保健局の強いイニシアティブのもとに取り組んでいけるようにプロジェクトはサポートする必要がある。

なお、ホアビン省における DOHA 活動は、省病院レベルで DOHA 活動に積極的に取り組んでいる数少ない病院の一つであると保健省より評価を受けていた。

成果3「ホアビン省内の患者リファラルシステムが整備される。」は、サービス提供の機能強化に分類した。リファラルシステムの概念も本プロジェクトにて導入されたものであるが、郡病院⇄省病院⇄中央病院における情報を省病院は収集できるようになり、月別データの提供が可能になった。このシステムの導入により、省病院は郡病院の現状を知ることができるようになり、省病院と郡病院の連携が強化されつつある。ここでも、省保健局、省病院、郡病院の定例会議の意義を強調するものが多かった。今後の課題としては、データ収集業務の効率化、分析能力の強化、郡病院と省病院間の連携のより一層の強化をあげることができるが、本プロセスを推進するためには省保健局のより強い監督指導が望まれる。

以上のとおり、本項では、現在 IMCJ が取り組んでいる概念的な保健システムのフレームワークを用いながら検討を加えた。本フレームワークの目的とするところは、保健システム強化を目的としたプロジェクトの形成に役立てることとともに、実施中あるいは終了したプロジェクトを保健システム強化の側面から評価することである。また、フレームワークを使ってシステムワイドな見方・考え方ができるようになることもその目的である。システムワイドな見方とは、①大局的に見る（空間的広がり）、②流れを見る（時間的経過）、③漏れを見つける、ことであり、“木だけを見ないで森を見る”見方である（図3-3）。本評価では、このような視点から、保健システム強化のプロセスを検討してみた。

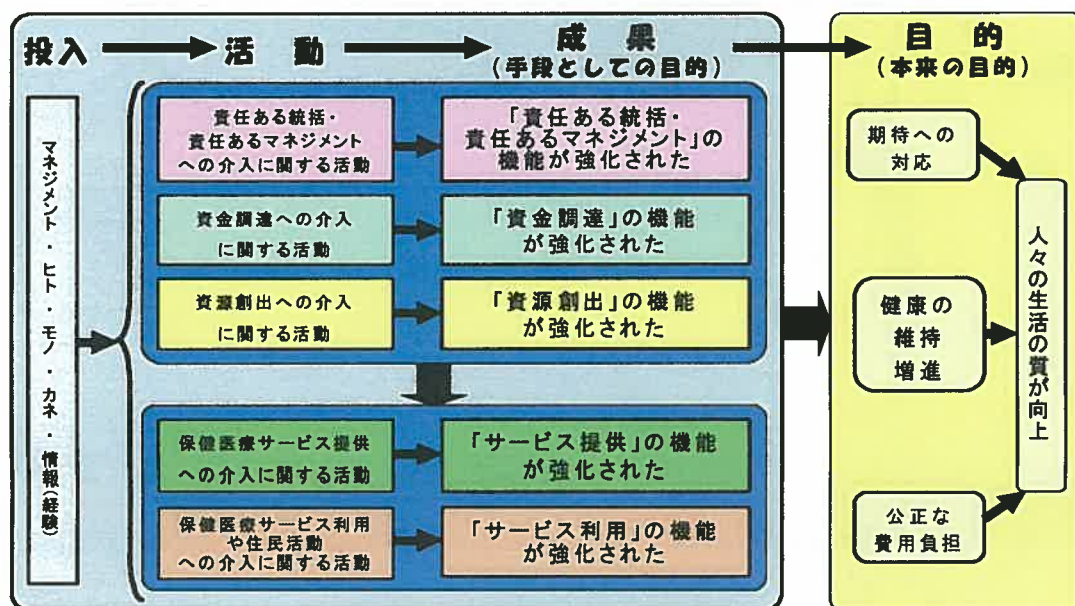


図 3-3 保健システム強化の IMCJ 版フレームワーク (ログフレーム形)

今回は、プロジェクト中間点での評価であるが、この1年ぐらいの間にプロジェクト活動は非常に活発になっており、DOHA や研修活動、リファラルシステムの導入など成果が上がっていることが確認された。専門家と省保健局や省病院 C/P との信頼関係も良好である。

残された期間内では、育ちつつある成果をより大きくしていくのは勿論のことであるが、省保健局、省病院、郡病院の間に生まれてきた連携のプロセスや、その結果としての DOHA 活動やリファラルシステム構築の経緯を記録に残し、他の省の参考になるよう努力を重ねるべきである。ホアビン省の“Success Story”が同じような状況に置かれているベトナムの他の省、地域のモデルとなることは、本プロジェクトの大きな目的である。

### 3-3-2 地域医療

このプロジェクトは、DOHA 活動・患者リファラルシステムの確立を通して、ホアビン省内の地域医療システムを強化する目的で開始された。

ホアビン省保健局・省病院は保健医療ネットワーク上2次レベルに位置づけられており、社会的に相応レベルの機能や役割を期待されている。1次と3次を結びつけるだけでなく、本来、噛み砕いて下位へ、まとめて上位へとかかわらねばならないレベルだが、実際には、上から下へ、下から上へ、ただ送るだけで済んでしまうレベルでもある。

このプロジェクトでは、省保健局と省病院が期待される相応レベルの機能や役割を担えるようにすることが目標となっている。プロジェクトの位置づけを図3-4の概念図を利用して説明していきたい。

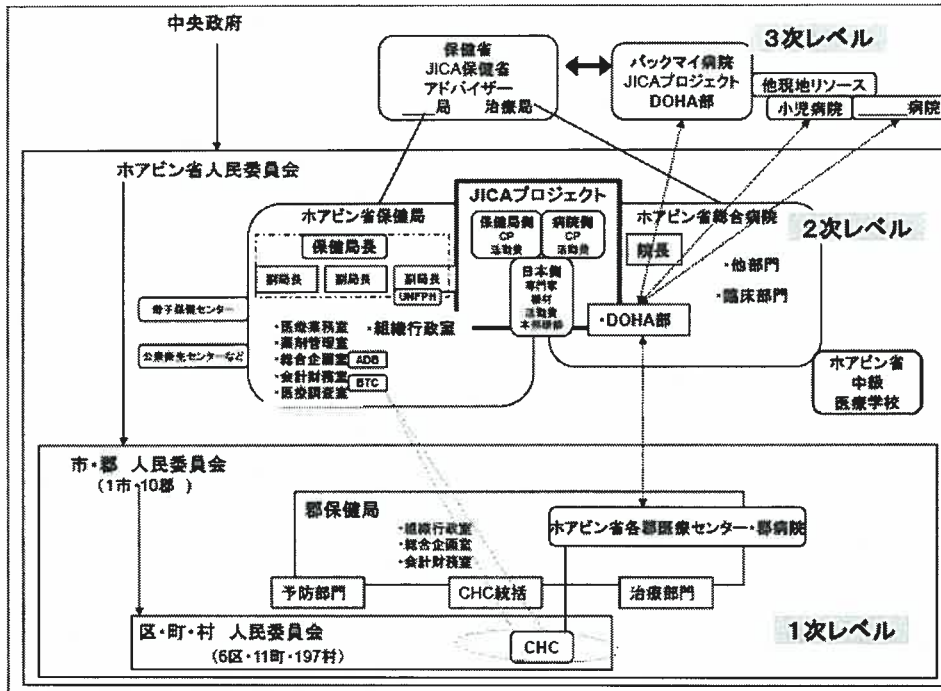


図3-4 ホアビン省保健医療サービス強化プロジェクト概念図

このプロジェクトがターゲットとしている直接的な機関は、ホアビン省保健局と省病院・郡病院である。これらの機関をベトナム全体の保健医療システムとの関係から位置づけると、省保健局の上位には保健省、省病院の上位には保健省治療局やバックマイ病院・小児病院などのハノイにある病院が存在する。一方、下位レベルには郡保健局、郡病院、さらにコミュニティヘルスセンター（Commune Health Center：CHC）が存在する。

(1) 省保健局組織行政部と省保健局内の関係

このプロジェクトでは、省保健局と省病院との活動が中心となっている。活動の実施に際しては、省保健局では組織行政室を、省病院ではDOHA部をそれぞれ主要なC/P部署としている。プロジェクトのこれまでの過程において、省保健局の組織行政部及び医療業務部が、省病院のDOHA部とともに、プロジェクト活動における研修とリファラルシステムの運営管理に関し、責任をもって指導を行う役割を担うに至っている。こうした役割は省保健局・省病院の両機関が実質的に担っているものの、特に省保健局において、研修とリファラルに関するニーズ調査と情報管理・計画立案・モニタリングと評価・フィードバックといったサイクルを自律的に指導・管理する能力が強化されることが期待されている。その一方で省保健局の実施部署である組織行政部では、省全体の予算、人材配置についての決定権などは持ち合わせておらず、省保健局の他部署、特に省保健局の企画などに関与している総合企画部などとの連携も今後重要になってくる。この総合企画部はADBと協働して、郡病院への支援も行っていることから、郡病院とのDOHA活動へも影響力を有することとなる。また、プロジェクトマネージャーでもある省保健局長等を通じ人民委員会との連携はなされているが、プロジェクトの自立発展性を考えると、さらに省人民委員会や省保健局全体の巻き込みが必要となってくる。



## (2) 省保健局と郡保健局・郡病院との関係

郡保健局と郡病院の役割・機能を規定するのは省保健局の役割となっている。現在、地域医療システムにおいて、1次と2次の機能が不明確であることに加え、2次の医療技術レベルも不十分であることから、1次レベルから2次レベルを飛び越して、3次レベルへ患者搬送がバイパスされている。こうした事態を改善するためには、省保健局が1次・2次レベルの医療技術レベルを明確に規定し、それに伴う人材の配置や人材育成、これらに必要な予算措置などを行えるよう、そのマネジメント能力を強化することが重要となる。

そして、これは毎月定例化されている省保健局・省病院と郡病院との会議を利用することで、今後強化されていくと思われる。例えば、定例会議を利用した患者リファラルの症例検討や様々な医療情報の共有、モニタリングなどが行われている。さらに、郡病院関係者が省保健局に参集するだけでなく、省保健局から郡保健局・郡病院への訪問を行うことによっても、モニタリングや地域の状況の把握が可能かと思われる。郡レベルでは、限られた保健医療人材で、複数の機能・役割（保健医療だけに限らず）を担わなければならないため、様々な工夫や改善が行われており、省保健局はこうした訪問を通じ、活用可能なヒントを見つけることができる。地域医療のレベルにあっては、省保健局が、郡やコミュニティへの訪問を有効と判断すれば、これを予算化していくことも可能かと思われる。

## (3) 省病院 DOHA 部と郡病院との関係

これまでプロジェクトにおいて、省病院 DOHA 部が設立されてきたばかりでなく、その下位機関として、各郡病院の院長及び総合企画部の部長及びスタッフから成る DOHA 委員会も設立されてきた。これからプロジェクト後半に向けて、省病院 DOHA 部が研修を運営管理していくなかで、その能力が強化されていくことが期待される。プロジェクト前半、実際に省病院で DOHA 活動を行うにあたって、混乱や戸惑いがあったようである。省病院 DOHA 部で研修を実施することとなったものの、郡病院などの下位レベルの病院に対し研修を実施する際には、下位レベルの病院が具体的に何を求めているかを把握し、これに合った研修内容を検討することなどが必要となってくる。過去のバックマイ病院から省病院に対する研修では、こうした過程が十分でなかった、または十分であったとしても省病院 DOHA 部側の認識が足りなかったようである。今後郡病院 DOHA 委員会などと活動していく上で、ニーズと研修内容のギャップが生じないよう協働していくことが求められる。

郡病院では、これまでに郡病院独自に様々な工夫をしているようである。例えば、郡病院は、さらに下位レベルの CHC のスタッフへの研修を実施するにあたり、そのスタッフから研修費用を徴収し、講師費用として賄うなどしている。こうした研修においては、自己の能力向上のため、スタッフ自らがその費用を出してでも研修に参加していることから、参加スタッフのモチベーションが高いことがうかがわれる。その研修費用の値段設定は参加スタッフが負担にならない設定になっているとのことであった。別の例では、郡病院で診療する医師が不足していたことから、省病院から一人の医師を期限付きで派遣してもらうことを検討していた。その医師は診療もするが、派遣された郡病院の他の医療スタッフへの指導も同時に行うこととしている。このように、それぞれの郡病院で様々な工夫がされながら診療や研修などがなされている。省病院 DOHA 部はこうした工夫に注目し、

省病院として活用するばかりでなく、各郡病院とも共有することで、両レベルでの連携・協働を活発化することができると思われる。

以下、図3-5の概念図に上記の関係を赤字で示す。

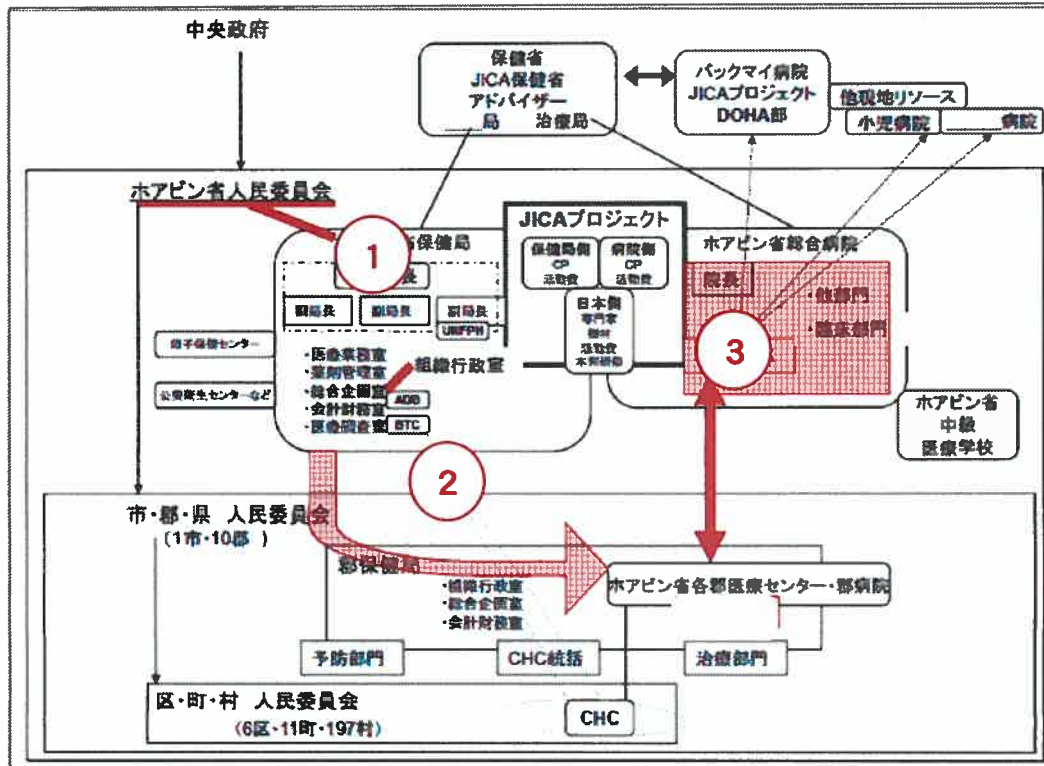


図3-5 ホアビン省保健医療サービス強化プロジェクト概念図

このプロジェクトが焦点を当てたのが、DOHA 活動・患者リファラルシステムの確立であるが、人・施設・仕組みは別々に機能しているわけではなく、それぞれが連携・関連しあいながら機能していくものである。また、各郡病院が取り組んでいる試みを省保健局や省病院が注目し、支援するなかで、Good Practice として引きあげ、他郡病院と共有できるような関係や仕組みを作り上げることがプロジェクトとしても求められている。このためにはプロジェクトを直接的に実施している部署だけのことではなく、それを支える省人民委員会や省保健局の他部門との連携・協働が重要になってくる。

### 3-4 評価5項目の評価結果

#### 3-4-1 妥当性

##### (1) 政策面の妥当性

ベトナム政府の方針に関する本プロジェクトの位置づけは以下のとおりである。

- ・ベトナム国家保健医療戦略（2001～2010）：質の高い医療へのアクセスの実現が上位目標の一つとして掲げられ、この目標の達成のために必要な介入策が11項目あげられている。本プロジェクトはそのうち「運営・管理体制・能力強化」「人的資源開発・登用」「検査・治療サービス提供体制の強化」に対する協力といえる。

- ・保健医療システム開発にかかる 2010 年までのマスタープラン：重点目標の中の「診断・治療・リハビリネットワークの開発」にあたる。

省・郡病院のリファラル強化、DOHA 活動の強化など保健省の基本方針に大きな変更はなく、本プロジェクトの妥当性は高い。保健省へのヒアリング結果によれば、DOHA 部を設置している省病院・専門病院は 3 病院しかなく、活動レベルではホアビンが DOHA の「先進省」と認識している。プロジェクトの成果を保健省の政策に反映させることができれば、本プロジェクトの意義は非常に大きなものとなる。

日本の援助方針としては、対ベトナム国別援助計画（平成 16 年）において、行政機関の政策立案・推進力を向上すること、第 3 次機関が中核・拠点病院としての役割を果たしえるようその機能を強化すること、第 3 次～第 1 次機関の連携強化を図るためのモデル省において第 2 次機関の機能を強化すること、が述べられている。また、国別事業実施計画（平成 18 年）では、国全体の医療水準の底上げのための最重要課題として、医療技術の向上とリファラルシステム強化があげられている。本プロジェクトで取り組んでいる省レベルの地域医療システムの強化は日本の援助方針に合致している。

以上より、本プロジェクトの政策面の妥当性は高いといえる。

## （2）支援内容の妥当性

当初想定された日本政府の無償資金協力による省病院の機材整備や他ドナーの協力（ベルギーによるコミュニケーションレベルの強化、ADB による郡病院の医療施設・機材整備、UNFPA のリプロダクティブヘルスプロジェクト）との役割分担も依然として明確である。関係者へのヒアリングでは、ベトナム側も各プロジェクトの目的・範囲をよく理解している。

## （3）裨益対象の公平性

社会的弱者への裨益（公平性の確保）の視点からは「貧困者カード」保有者による省・郡病院利用がどの程度進むかモニタリングする必要がある。2006 年、ホアビン省全体で貧困者カード保有率は、人口比で 2005 年の 24.1%から 55.8%に大幅に増加した。これは 2006 年から、貧困者と認定された者全員に貧困者カードが与えられたことによる。省病院の利用者に占める貧困者カード保有者の利用率は入院患者が 13.6%、外来患者が 1.4%と低い。増加傾向にはあり、貧困層のアクセスは改善されつつある（貧困者利用率は、2004 年が外来患者 0.5%、入院患者 7.1%、2005 年が外来患者 0.6%、入院患者 13.3%）。一方、郡病院では外来患者の 19.8%、入院患者の 38.1%が貧困者カード保有者であり、入院患者における利用率は省内の保有率に相対的に近い<sup>3</sup>。

<sup>3</sup> プロジェクト対象 11 病院のうちデータ未入手・データ不備の 4 病院を除く 7 病院の合計。

表3-1 貧困者カード保有者の省・郡病院利用状況（2006年）

項目	データ（人）	%
ホアビン省人口	820,631	
省内の貧困者カード保有者数	457,950	55.8
省病院外来患者に占める貧困カード保有者の利用率	カード保有者： 1,788 全体： 126,385	1.4
省病院入院患者に占める貧困カード保有者の利用率	カード保有者： 3,036 全体： 22,295	13.6
郡病院外来患者に占める貧困カード保有者の利用率	カード保有者： 58,299 全体： 294,093	19.8
郡病院入院患者に占める貧困カード保有者の利用率	カード保有者： 14,215 全体： 37,311	38.1

データ提供：ホアビン省保健局・郡病院

### 3-4-2 有効性

#### (1) プロジェクト目標の達成度

「省病院・郡病院のうち優良サービス提供病院の規定に基づき『優』認定を受ける病院が増加する。」との指標との関係では、「優」認定を受けた病院の数はむしろ減少している。

表3-2 過去3年間の12病院評価結果

	2004	2005	2006
「優」認定を受けた病院数	7	7	5
「良」認定を受けた病院数	5	5	6
「可」認定を受けた病院数	0	0	1
合計	12	12	12

データ提供：ホアビン省保健局

表3-3 病院別の総合評価結果（2006年）

	病院名／評価項目	リソース	病院機能	規定準拠	合計	総合評価 <sup>4</sup>
1	イェントウイ郡病院	10.30	21.25	53.50	85.05	良
2	キムボイ郡病院	10.35	23.75	58.50	92.60	優
3	マイチャウ地域病院	12.00	23.00	60.00	95.00	優
4	ダバック郡病院	7.15	20.25	50.65	78.05	良
5	ラクソン郡病院	8.35	16.05	50.70	75.10	良
6	タンラック郡病院	11.60	22.25	59.90	93.75	優
7	ラクトウイ郡病院	12.00	22.75	59.75	94.50	優
8	キーソン郡病院	8.75	19.50	53.50	81.75	良
9	ルオンソン郡病院	11.50	22.75	57.75	92.00	優
10	カオフォン郡病院	9.25	20.25	42.20	71.70	可
11	ホアビンシティ病院	9.05	20.75	54.50	84.30	良
12	ホアビン省総合病院	12.25	24.25	53.85	90.35	良
	点数合計	15.00	26.00	59.00	100.00	

情報提供：ホアビン省保健局

<sup>4</sup> 格付の規準は次のとおり。省病院：92ポイント以上が「優」、80以上92未満が「良」、70以上92未満が「可」。郡病院：90ポイント以上が「優」、75以上90未満が「良」、65以上90未満が「可」。

147項目におよぶ評価項目の中には「学位取得者の数」「研究活動」「伝統医療科の有無」など本プロジェクトが直接影響しない項目が複数ある。このため、本プロジェクトと関連する項目だけを抜き取ってみると、最新の2006年の評価では、「優」認定の規準を満たすのが7病院、「良」認定が4病院、「可」認定が1病院となる<sup>5</sup>。この認定状況をもとに今後プロジェクト目標の達成を図ることが望まれる。

表3-4 病院別の総合評価結果（2006年）

	病院名／評価項目	得点	総合評価	プロジェクト関連項目の評価
1	イェントウイ郡病院	28.0	良	優
2	キムボイ郡病院	29.4	優	優
3	マイチャウ地域病院	31.0	優	優
4	ダバック郡病院	25.3	良	良
5	ラクソン郡病院	27.2	良	良
6	タンラック郡病院	30.6	優	優
7	ラクトウイ郡病院	31.0	優	優
8	キーソン郡病院	27.5	良	良
9	ルオンソン郡病院	30.2	優	優
10	カオフォン郡病院	21.4	可	可
11	ホアビンシティ病院	30.3	良	優
12	ホアビン省総合病院	28.2	良	良
	点数合計	31.0		

情報提供：ホアビン省保健局

プロジェクトの前半では、省保健局と省病院の能力強化に力を入れており、後半で郡病院への支援を強化する予定である。すでにプロジェクト対象11郡病院のすべてが参加するDOHA委員会が設置されており、省病院による指導、リファラル強化、研修等を通して郡病院の能力強化が図られれば郡病院の評価を底上げできる可能性は高い。

## （2）省保健局のキャパシティ・ディベロップメント

（成果1：「省保健局の管理・指導能力が向上する。」）

省保健局のキャパシティ・ディベロップメントの狙いは研修活動の充実とリファラルシステムの確立・管理に必要な組織力を醸成することである。現在までリファラル強化については、実施計画作り、報告書式の標準化、データ収集・エントリー、省・郡病院の定例会議の運営に対する助言と情報共有、システム強化のための行政面からの制度支援などの取組みを行ってきた。研修については、郡病院からの要望取りまとめと研修情報の提供、

<sup>5</sup> プロジェクト関連項目は、患者情報の管理・保管状況、適正な医療技術の活用度、DOHA活動の実施状況、各科のコミュニケーション状況、患者ケア、患者満足度、救急システム、院内感染対策、技術研修の実施状況など31項目。

研修計画作り、研修実績のデータ蓄積等の強化に取り組んできた。重要な到達点として、実施サイクルに沿って手続き・業務の標準化が進んだことと、定例会議で情報発信・共有が可能となった点が挙げられる。

今後の省の保健局の課題として、蓄積したデータの分析や定例会議の結果に基づき、省病院と郡病院の能力強化の戦略を明確に打ち出す役割が重要である。現場が直面する問題・障害を把握して、解決策を提案できる能力付加も求められる。

### (3) 省病院による郡病院への研修支援

(成果2：「省病院 DOHA 部の管理運営能力改善及びバックマイ病院との連携により、省病院から郡病院への指導システムが有効に機能する。」)

省病院による郡病院への研修支援については、今まで省病院による救急技術の研修を試行し、研修計画～研修実施～評価の段階に応じた手続きと書式が標準化され、研修フローの各ステップに応じた業務内容を C/P が理解できるようになった。2007年5月までに4回の集合研修を開催した。救急の技術研修を通して省病院に13名の研修トレーナー（医師7名、看護師6名）が育成された。OJTでは郡病院から13名を受け入れた。

表3-5 省病院による郡病院への研修支援実績

研修名	研修方法	期間 (日間)	参加者	主催 (講師)
基本的な外傷ケア	講義、ディスカッション、 デモンストレーション	5	Mai Chuaを除く11病院から16名 (医師7名、看護師7名、技術者 1名)	HGH
研修ニーズアセスメント	講義、ディスカッション	3	3名(3郡病院の院長・副院長)	AITCV <sup>6</sup>
リーダーシップ研修	講義、ディスカッション	3	3名(3郡病院の院長・副院長)	AITCV
研修開発・マネジメント	講義、ディスカッション	3	3名(3郡病院の院長・副院長)	AITCV
生化学	OJT	214	1名(郡病院)	HGH
外科	OJT	92	1名(郡病院)	HGH
レントゲン	OJT	91	1名(郡病院)	HGH
麻酔	OJT	92	2名(郡病院)	HGH
輸血	OJT	92	3名(郡病院)	HGH
救急	OJT	90-92	3名(郡病院)	HGH
ECGの読み方	OJT	92	2名(郡病院)	HGH

データ提供：ホアビン省総合病院

研修自体についても参加者から高い評価を得、研修の有用性も確認できた。救急に関する技術研修では、参加者全員が研修内容と移転技術は適正であった旨、また、88%が十分な知識とスキルを得られた旨回答している。

これまでの研修試行の経験から、「郡病院の要望に応じて省病院が研修を実施する。」という保健省の DOHA 政策を実践する上での現行制度と現実とのギャップ、郡病院・省病院の抱える課題が明確になった。今後の課題は、省保健局の求める郡病院スタッフの能力に沿った人材育成計画の作成、技術だけでなく指導法を含む研修講師の質の向上、研修講

<sup>6</sup> AITCV : AIT 研修センター (Asian Institute Technology Center in Vietnam)

師への有効なインセンティブの提示、郡病院の実情に合った効率的な研修プログラムの作成などである。こうした課題に省病院が取り組むことで、自律的な研修制度の確立を目指す。さらに、この研修制度をモデル化するために、研修実施プロセス、課題・問題点、改善策の効果などを文書化することも重要な活動となる。省病院による郡病院への研修を制度として定着させるためには必要なリソースの動員、専門家指導の強化などの面で更なる専門家チームによる支援と省病院の努力が必要である。

#### (4) リファラルシステムの強化

(成果3：「ホアビン省内の患者リファラルシステムが整備される。」)

リファラルシステムの強化については、既に5種類のデータ（郡病院から省病院、省病院から郡病院、省病院から中央病院、郡病院から中央病院（省病院をバイパスして中央病院に行った患者）、省病院から郡病院への診断結果のフィードバック）が収集され、省病院が月別データを提供することが可能になった。

データとしても2005年から2006年で郡病院から省病院、省病院から中央病院へのリファラル患者数が大幅に増加した。2006年の数字はデータ消失により第3四半期分が含まれていないことを考慮すると実際の増加率はさらに大きくなる。このことから、郡～省～中央のリファラルシステムが有効に機能しはじめたことがわかる。「郡病院から省病院へのバイパス患者（紹介状なし）」「郡病院から事前通知後省病院へ搬送された救急患者」「郡病院と省病院で診断結果が異なる患者情報のフィードバック」については、2006年9月からデータ収集が始まった。

表3-6 リファラルシステムの到達状況

リファラル項目	2005	2006
郡病院から省病院へのリファラル患者数	1,265	2,040
省病院から中央病院へのリファラル患者数	2,935	3,196
郡病院から省病院へのバイパス患者（紹介状なし）	n.a.	373 <sup>7</sup>
郡病院から事前通知後省病院へ搬送された救急患者数	n.a.	4
郡病院と省病院で診断結果が異なる患者情報のフィードバック数	n.a.	2

データ提供：ホアビン省保健局／ホアビン省総合病院

郡・省病院の定例会議ではこれらの情報が共有され、症例検討も始まっている。2006年9月以降、リファラル情報についての定例会が8回開催され、2007年2月以降は月例会が定着した。当初は一部の郡病院の参加のみで症例紹介などのプレゼンテーションも行われていなかったが、徐々に会議の内容も充実し、全郡病院参加のもとで月別のリファラル情報の発表、郡病院、省病院のスタッフによる症例や技術面での発表が行われるようになった。省・郡病院への質問票調査でもリファラル導入の効果を高く評価している。プロジェクトにより強化されたリファラルシステムは4段階（4：非常に有効、3：ある程度

<sup>7</sup> データ収集が開始された2006年9月からの4か月間の合計。

有効、2：あまり有効でない、1：効果ない）で、平均3.3の高い評価を与えている<sup>8</sup>。

今後の課題としては、データ収集業務の効率化、データ分析能力強化、分析に基づく省・郡病院の能力強化のプランニング力、症例検討会の内容の充実などが挙げられる。全体的な評価として成果3の進捗状況は非常に良好で、現時点で大きなリスク要因等は認められない。成果3も成果2と同じように、モデル性を高めるためには今後リファラルシステム導入の経験を文書化していくことも重要な業務となる。

#### (5) 省病院のキャパシティ強化

(成果4：「省病院が省保健医療システムの中で有効に機能する。」)

省病院のキャパシティ強化については、重点項目に沿ってスタッフ研修が実施されてきた。成果2と同様に研修フローや書式の標準化、モニタリング・評価の標準化などが図られた。

2005年12月～2006年4月に省・郡病院について患者満足度調査を実施した。患者が不満に思っていることとして、待ち時間の長さ、スタッフの技術レベル及び態度・説明、病院内の清潔さや環境・機材の状況が挙げられた。この調査結果をもとに、今までにトータルケア（患者中心の医療）の活動として、トータルケアセミナー（2006年1月、バックマイ病院から講師を招いて実施）、スタディツアー（看護管理）（2006年11月）、看護師に対するコミュニケーションスキル、安全な薬剤管理の研修（2006年3～5月）、クリーナーに対する清掃・院内感染対策及びコミュニケーションスキルの研修（2007年1月）が実施された。ヒアリング・質問票調査からトータルケア研修など通してスタッフの患者に対する意識変化が認められる。患者の省病院に対するサービスを向上させるためには、プロジェクトの活動の一環として定期的に患者満足度（あるいは不満足度調査）を実施して、改善すべき点を活動に反映させることが望まれる。

今後は郡病院のニーズにマッチした省病院スタッフの技術力アップと研修受入体制・環境・研修リソースの整備が重要課題となる。これらの課題は、成果2の達成にも不可欠である。

<sup>8</sup> 郡病院への質問票調査結果  
 <郡病院によるプロジェクト効果の評価>

	病院名	リファラル強化	研修強化	省・郡間の連携
1	イェントウイ郡病院	3	3	4
2	キムボイ郡病院	4	4	4
3	マイチャウ地域病院	3	1	3
4	ダバック郡病院	4	4	4
5	ラクソン郡病院	3	3	3
6	タンラック郡病院	4	3	4
7	ラクトウイ郡病院	3	4	4
8	キーソン郡病院	2	2	2
9	ルオンソン郡病院	4	4	4
10	カオフォン郡病院	3	2	3
11	ホアピンシティ病院	3	3	4
	合計 (44)	36	33	39
	評価平均	3.3	3.0	3.5



### 3-4-3 効率性

#### (1) 投入方法の効率性

本プロジェクトでは効率的な投入が強く意識されている。特徴的なのは既存リソースの活用である。バックマイ病院やその他の中央病院（ベトドク病院、小児病院、産科病院）、ハノイ市立セントポール病院、ハノイ市保健局 115 救急センターなどからの研修講師の招へい、バックマイ病院の機材管理のノウハウ活用、フエ中央病院の専門家活用などである。

ホアビン省では他ドナーの支援も複数行われているが、ベトナム側もそれぞれのプロジェクトの支援内容・範囲について十分理解しており、現場レベルでの活動の重複など非効率な活動は認められない。

#### (2) 投入内容の効率性

C/P 研修については、ベトナムで実施中の他の保健医療セクターのプロジェクトと合同で効率的に C/P 研修を行っている。帰国後の各病院関係者間の人的ネットワーク作りに貢献するという副次的な効果も認められる。

150項目の機材が投入され、機材は汎用性の高いものが投入されており、良好に稼働し、活用されている。

短期専門家の投入については、指導を受けた C/P からの評価も高く効果的であったと判断される。C/P 8名の質問票への回答では、短期専門家の指導内容についてほぼ全員が 100%理解できたと回答し、6名が指導内容の 80%以上を業務に活用できていると回答している。短期専門家の指導で担当分野の計画策定、業務の進め方などのノウハウ習得に効果があったとの回答が多かった。短期専門家の指導についても、技術移転の方法や計画が具体的で、指導法も簡潔、明確であったなど、高く評価している。指導された内容やノウハウの他のスタッフとの共有についてはあまり組織的に取り組まれていないようである。短期専門家の投入の効果をさらに高めるための仕掛(C/P から他スタッフへの情報提供を C/P の TOR に含める、C/P による他スタッフへの発表会を企画するなど)を行うことが望ましい。

全体として投入・活動の効率性は高いが、郡病院の人材育成計画が明確でないことが今後効率性を著しく阻害する可能性がある。現在、郡病院ではスタッフ不足から中長期の人材育成計画を作ることが難しく、省病院がタイムリーに研修コースを提示することも困難である。省保健局が郡病院に求めるスタッフ能力を明確にした上で各郡病院の研修ニーズを特定し、それに沿った研修実施計画を作成することが必要である。

### 3-4-4 自立発展性の見込み

#### (1) プロジェクト成果の自立発展性

省保健局では専門家による日常的な支援を得ながら、核となる人材が DOHA 活動の計画・実施・モニタリング・評価の一連の業務を管理し、省病院・郡病院などへの支援を行うことが可能となった。省保健局内の人材育成が継続的に進めば、省保健局の組織能力の自律性は高いと思われる。省病院による郡病院への研修については「ホアビンモデル」が有効か検証段階であり、制度として定着できるかどうか現時点で判断できない。「3-4

ー 2 「有効性」の項で挙げた今後の課題を遂行することが自立発展性を高めることにつながる。リファラルシステムについては、省・郡病院がその有用性を高く評価しており、コスト面でも負荷が低いと見込まれる。省病院のサービス強化については、患者満足度調査を業務の一部として改善策を検討する、職員の能力向上のために研修制度を確立するなど、プロジェクト終了後も継続できるような仕組み作りが求められる。

## (2) 財政的な自立発展性

財務的な自立発展性は今後の重要な課題である。現状では次のような課題がある。

### ・省病院の研修予算の確保

日本の無償資金による施設・機材供与に対応して、省病院の予算は過去3年間でほぼ2倍と大幅に増強された(2004年度:約125億ドン、2005年度:約185億ドン、2006年度:約264億ドン)。さらに、2007年から3年間で特別に約4000万円の人材育成費が配分される予定であり、プロジェクト期間内でベトナム側からの追加投入が期待できる。ただし、過去3年間の歳出構成を見ると教育・研修費は年4414万~9639万ドン(約34万~74万円)で、全体のわずか0.1~0.7%ほどである。この予算規模でDOHA活動をプロジェクト期間と同じレベルで継続することは難しい。さらに、教育・研修費の項目にDOHA研修費の枠が決められていないため、プロジェクト終了後、省病院がどの程度のDOHA研修費を計上するか現時点では不明確である。省病院の予算の中にDOHA費を計上すること、省病院の独自財源を確保するための方法の検討など、プロジェクト終了時を見据えた取組みが求められる。

### 1) 医療機材のO&M予算の確保

省病院全体のパフォーマンスを維持するために、医療機材のO&M費の確保は非常に重要な課題である。過去3年間の予算執行の実績を見ると、過去3年間で、約1.4億ドン(約100万円)から3.8億ドン(約292万円)へとO&M費が増額されている。ただし、機材部へのヒアリングによると、O&Mの必要経費を積上げて予算要求しているが、要求額の3割程度しか確保できておらず、機材更新のための予算も確保できていないという。O&M予算の確保状況についてモニタリングすると同時に、省病院、保健局、省人民委員会と対策を協議することが必要である。

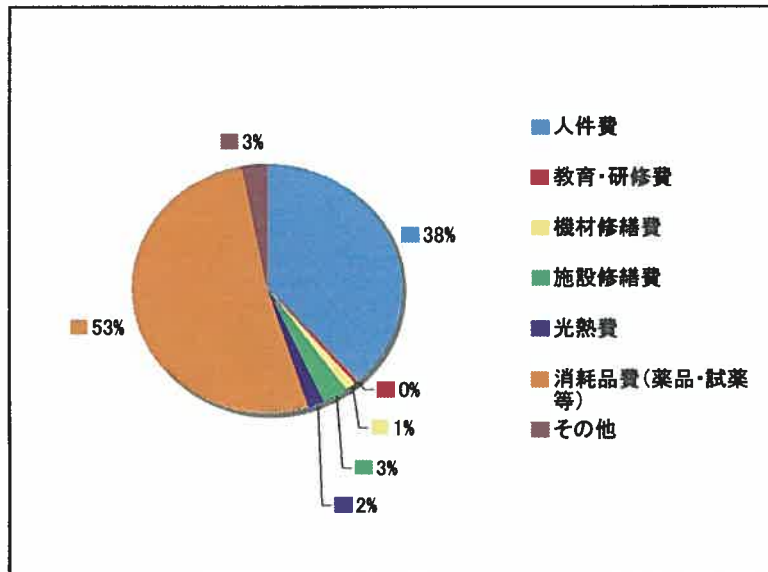


図 3-6 省病院の歳出実績 (2006 年度)

表 3-7 過去 3 年間の省病院の歳出状況 (1000 ドン)

歳出項目/年度	2004	2005	2006
人件費	3,610,760	6,832,663	10,143,194
教育・研修費	96,389	44,137	72,237
機材修繕費	145,958	133,659	380,183
施設修繕費	793,411	870,150	738,698
光熱費	400,693	521,482	582,228
消耗品費(薬品・試薬等)	4,616,168	9,434,994	13,695,304
その他	2,856,827	633,320	790,493
合計	12,520,206	18,470,405	26,402,337

データ提供：ホアビン省総合病院

## 2) 郡病院の研修予算の確保

省病院による DOHA 研修に関して郡病院としての支出項目はあまりないが、郡病院の個別ニーズに対応した研修、郡病院を会場とした研修、先進事例の視察などを想定すると省病院の負担が大きい。研修の受益者(郡病院と受講者)負担の研修を検討する場合も、郡病院がある程度 DOHA 教育・研修費を確保できないと実現性が乏しい。本プロジェクトの範囲ではないが、郡病院からコミュニケーションレベルへの DOHA 支援を促進するためには、当然、教育・研修費の確保は不可欠である。2006 年度の実績で見ると 7 つの郡病院の予算に占める教育・研修費は 0.05~0.96% (約 1.8 万~21 万円) と少額で、教育・研修費を計上していない郡病院もある<sup>9</sup>。今後、郡病院への支援に取り組む

<sup>9</sup> イェントウイ郡病院、マイチャウ地域病院、ルオンソン郡病院、ラクトウイ郡病院、キムボイ郡病院、ラクソン郡病院、タンラック郡病院の 7 郡病院。他の 4 病院についてはデータ未入手あるいはデータが不完全なため含めていない。

なかで郡病院とこの課題を検討することが望まれる。

### (3) 人材面での自立発展性

省病院の DOHA 部スタッフは他の業務と兼任であるが、DOHA 活動に従事する時間が保障されており、こうした措置が継続されれば人員配置については継続性が高い。ただし、今後 DOHA 活動への支援が郡病院まで拡大し業務量が増加することや、プロジェクト終了後も DOHA 部の体制を確立するためにも DOHA 部に専任職員を置くことが必要である。

各郡病院の院長・総合企画部スタッフ 2 名からなる DOHA 委員会を設置済みであり、DOHA 活動の体制は確立されつつある。2006 年 1 月の法改正により、郡ヘルスセンターが郡病院、郡予防センター及び郡保健局に分割されたため、郡病院の医療従事者が減員され、人手不足が深刻化した。郡病院では必要人員の確保・配置に苦慮する状況にあり、ヒアリングでは研修にスタッフを参加させる余裕がないといったケースも生じているという。中長期的な視点で人材育成計画を立てることが難しいため、現状の人手不足に対応した個別の研修ニーズが大きい。

表 3-8 郡病院の職員配置状況の推移 (医師\*/総数)

省・郡	2005	2006
ホアビンシティ病院	13/64	11/61
タンラック郡病院	10/66	6/47
マイチャウ地域病院	10/76	10/66
ラクトゥイ郡病院	13/71	13/75
イェントゥイ郡病院	12/72	10/63
ラクソン郡病院	12/89	9/62
キーソン郡病院	9/29	6/34
ダバック郡病院	10/78	7/72
カオフオン郡病院	8/34	7/24
ルオンソン郡病院	14/75	11/63
キムボイ郡病院	15/89	13/51

\* 補助医師を除く

ホアビン省側もこの人材ギャップに対応するために、2006 年度枠として省全体で 85 名の採用を決め、2007 年度枠ではさらに 185 名を新規に採用する予定である。これにより数年のうちに人員不足はある程度解消される見込みである。ただし、2006 年度枠で各郡病院に配属されるのは医師 1 名、看護師 1 名程度なので、短期的には人手不足の中で DOHA 活動を促進することになる<sup>10</sup>。

<sup>10</sup> 省保健局のクア組織行政部長によると、2006 年度枠 85 名のうち郡病院へは医師 8 名、看護師 11 名、省病院には医師 10 名、看護師 9 名が配属予定であるという。

現在、ホアビン省内に競合するような民間病院はなく、省病院人材の定着率は高い。省保健局の人材も同様であり、本プロジェクトで育成した人材面での継続性は良好である。

表 3-9 ホアビン省保健局の人員配置状況 (2007 年 3 月現在)

	2004	2005	2006
局長・副局長	3	3	4
管理職 (部長・副部長)	7	9	11
正規職員	15	13	10
契約職員	3	3	5
合計	28	28	30

データ提供：ホアビン省保健局

表 3-10 ホアビン省総合病院の人員配置状況 (2007 年 3 月現在)

	2004	2005	2006
医師	72	73	69
看護師	114	115	161
助産師	16	17	17
薬剤師	20	23	21
検査技師	5	4	3
その他	87	87	87
合計	314	319	358

データ提供：ホアビン省総合病院

### 3-5-5 インパクトの見込み

省病院の支援能力強化による郡病院のキャパシティービルディングがモデル化できれば、普及効果を見込むことができる。本プロジェクトの狙いは保健省の DOHA 方針に合致しており、「ホアビンモデル」はこの方針を具体的に検証したことになるため、政策の具体化を図る上で有効なツールとなり得る。ただし、モデルの有効性を外部向けに提示できないと説得力がない。省レベルの研修実践ガイドブック、TWIS 強化ガイドブックなど、プロモーションの材料を準備することが必要である。

「ホアビンモデル」の普及については、ホアビン省保健局、省病院、JICA 専門家チームが一体となってプロジェクト終了までの具体的なプロモーションの戦略を立て、JICA ベトナム事務所、保健省、保健省アドバイザーと密にコミュニケーションを取りながら進めていくことが重要と思われる。具体的なプロモーションの取組みとして次のようなものが想定される。

- ・北部地域へ普及できるような実践的なガイドブックを作成する。
- ・保健省の認定を受けるための要件、成果品の品質などを確認し、保健省の監修（あるいはアドバイザー）を受けながらガイドブックを改訂する。

- ・保健省、省レベルの DOHA 担当者、他ドナーなどへのプロモーション（ホアビンの経験・成果発表、ガイドブックの紹介、視察受入れなど）に取り組む。

### 3-4-6 促進・阻害要因

#### (1) プロジェクトのアプローチ

省保健局と省病院の能力強化を起点に郡病院のサービス向上を図るというアプローチが有効であった。特に、省保健局の行政能力強化を重視してきたことで、省病院と郡病院を十分に巻き込んだリファラルシステムや研修のシステム・制度の導入が可能となった。

#### (2) プロジェクト運営体制

本プロジェクトでは当初、PMU メンバーがドナープロジェクトの手続きに不慣れで、メンバーの役割や意思決定プロセスも曖昧であったため、PMU がうまく機能せず、2006 年 5 月に組織改変と責任体制の明確化を図っている。さらに、ホアビン省側で雇用した会計担当者を PMU のメンバーに加え、この会計担当者を通して会計業務と関係者への ODA の手続き・ルール説明が行われることになった。これにより関係者のプロジェクトに対する責任感が得られ、活動実施までにかかる手続きの時間や負担が軽減された。効率的な ODA 手続きとプロジェクト運営を進める上で有効な方法であった。

#### (3) 既存リソースの最大活用

「3-4-3 効率性」の項で述べたように、本プロジェクトでは、他プロジェクトの投入（施設・機材や専門家）と成果（医療機材管理のノウハウなど）、既存の人的リソース（他病院からの研修講師派遣）などを活用したことで、効率的な投入を行ってきた。

### 3-4-7 評価結果の総括

省保健局のマネジメント能力と省病院の DOHA 活動実施の向上の点でプロジェクトは順調に進捗している。リファラルシステムの強化では、データの収集・共有や、症例検討も始まっており、関係者間でリファラル導入の重要性と効果が高く認識されている。また、コスト面でも負荷が低いため、リファラルシステムについては自立発展性が見込まれる。省病院による郡病院への DOHA 活動・研修支援については、研修の計画・実施・評価の段階に応じた手続きが標準化され、試行を通じて研修の有用性が確認されるとともに、研修を制度化する上での困難さもわかってきた。プロジェクトはこの困難を克服するため郡病院と密接に連携する必要がある。インパクトを高めるため、プロジェクトの経験を文書化して、省レベルでの DOHA 実施のモデル化を図ることが必要である。

## 第4章 提言と教訓

### 4-1 提言

#### 4-1-1 JCC に対して

プロジェクト終了後の DOHA 活動を維持するためには、財政面での自立発展性が重要である。JCC は、省病院や郡病院により DOHA 活動のための十分な予算が確保されているかモニタリングするべきである。

#### 4-1-2 C/P 機関に対して

(1) 省保健局は郡病院に求める能力を明確にし、省病院は研修計画を作成するために郡病院と協働すべきである。

(2) プロジェクトは、省保健局と省病院のリファラル情報の分析能力向上の支援を行うことが必要である。これにより、計画能力の向上が期待できる。

(3) 自立発展性を確保するため、研修の制度化に向けた努力をプロジェクトは一層強化すべきである。

(4) プロジェクト終了後の DOHA 活動の自立発展性確保のためには、省病院 DOHA 部の能力向上が重要である。DOHA 部の財政面・組織面での自立発展性を確保するため、次の3つの措置を講じるべきである。

1) 現状では、省病院の他の部署が実施している DOHA 関連活動もある。重複を避けるため、効果的な DOHA モデル構築のため、DOHA 部がすべての DOHA 関連の研修活動を実施すべきである。

2) 財政面での自立発展性のため、省病院の DOHA 予算が、同病院の年間研修・教育予算で確保されるべきである。また、省病院は財源捻出の方法を探るべきである。例えば、研修受講者から研修費を徴収するといったことが考えられる。

3) 現状では、省病院に専属の常勤スタッフがおらず、DOHA 活動全体を監理・調整することが段々と困難になりつつある。プロジェクトが今後郡病院に焦点を当てていくところ、DOHA 部の役割が強化される必要があり、それに伴い機能も増してくる。したがって、省病院は、DOHA 部の責任が増大することに鑑みて、常勤スタッフを雇用すべきである。

(5) ホアビン省はリファラルシステムと研修の強化により DOHA の政策を実証する先駆的事例である。他省へのモデルとしての有用性を高めるため、経験や教訓の文書化を通じて、省レベルでのリファラルシステム・研修強化の実践的なガイドブックを準備する努力を開始すべきである。

(6) 双方の協議により、プロジェクトの現在の方向性とアプローチに沿ってプロジェクトの有効性を適切に測ることができるよう、PDM の指標を改定すべきである。(注：この提言

を受け、ミニッツ本文で改定した指標とそれに伴い改定した PDM について合意した。)

#### 4-2 教訓

現時点では、過去の日本の協力を通じて育成された人材を中心とした既存のリソースを最大限活用することにより効率的な投入を実現している点が、他のプロジェクトの発掘・形成、実施、運営管理の際に特に参考となるといえる。