

フィジー国
地域保健看護師現任教育プロジェクト
終了時評価報告書

平成20年2月
(2008年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

目 次

序 文

地 図

写 真

略語表・語句の説明・プロジェクト作成物名称一覧

終了時評価結果要約表

第1章 終了時評価調査の概要	1
1-1 プロジェクトの背景と調査団派遣の目的	1
1-2 調査団の構成と調査期間	2
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者リスト	4
1-5 主な調査項目と調査方法	6
1-6 評価調査の制約・限界	10
第2章 プロジェクトの実績	11
2-1 投入実績	11
2-2 活動実績	13
2-3 成果の達成状況	15
第3章 プロジェクト実施プロセス	23
3-1 プロジェクト・デザインと投入計画	23
3-2 プロジェクト実施	24
3-3 プロジェクトの進捗モニタリング	24
3-4 保健省本省や他ドナーとの連携・調整	25
第4章 評価結果	26
4-1 妥当性	26
4-2 有効性	27
4-3 効率性	29
4-4 インパクト	29
4-5 自立発展性	31
第5章 結論・提言・教訓	33
5-1 結 論	33
5-2 提 言	33
5-3 教 訓	34

第6章 調査所感	35
6-1 地域保健看護の観点から	35
6-2 保健人材育成、保健システムの観点から	36
付属資料	
1. 評価グリッド	41
2. 質問票・インタビューの回答まとめ	45
3. 協議議事録・合同評価レポート	59

図 表 目 次

図3-1 プロジェクトのデザイン	23
図3-2 プロジェクト進捗図	24
表2-1 指導者研修の参加率・研修への満足度と理解度	17
表2-2 中部地方5地区の2008年度現任教育計画における研修科目	18
表2-3 地区レベルの地域保健看護師現任教育科目と参加数 (2006年度、2007年度)	19
表2-4 2007年度中東部地方保健局によるヘルスセンター・看護ステーションへの 巡回指導回数	20
表2-5 2007年度現任教育報告書数	21
表2-6 現任教育用教材と配布数	21

序 文

フィジー共和国では、地方分権化に伴い、保健省においても保健事業年間計画の策定を地方保健局の責任とするなど、より地域特性・現場の意見を汲み上げる制度を構築しつつあります。一方で、地域保健の現場では、地域保健看護師に現状分析や活動計画を立てるスキルが十分備わっていなかったり、また、地域看護師たちを指導する職位の看護師にも、指導者としての管理能力が十分ではなく、統一したガイドライン等がないままに、現場の看護師任せに活動が行われているという状況がありました。

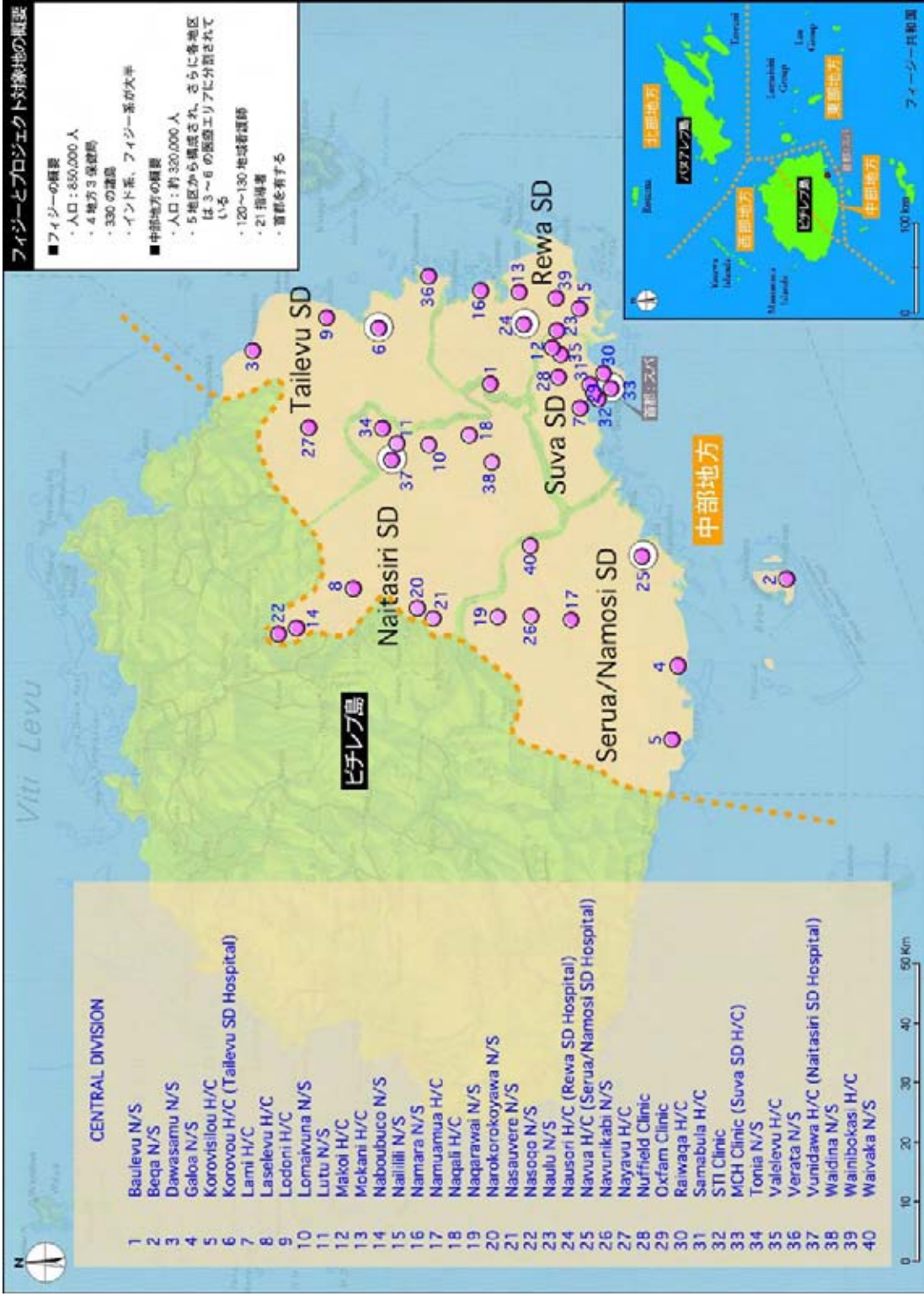
このような背景の下、2005年4月から3年の協力期間で、「フィジー国地域保健看護師現任教育プロジェクト」が実施されました。本プロジェクトでは、地域保健看護師への現任教育システムの構築、業務支援ツールとしての保健情報入力ハンドブックや月間業務報告フォーマットの開発整備、能力基準表の作成などを通じて、地域保健看護師の能力強化を支援してきました。また、2006年11月には、中間評価調査団も派遣され、PDMの修正、短期専門家の増員などの改善も加えられました。

今般、3年間の協力が終了するにあたり、これまでの活動を振り返り、成果を総括したうえで評価を行い、教訓等を抽出するため、関係者の協力を得て、終了時評価調査団を派遣し、同調査結果を報告書に取りまとめました。

本調査にご協力いただきました内外関係者の方々に深く謝意を表するとともに、本プロジェクト成果の今後の普及、発展のために引き続きご指導ご支援をお願い申し上げます。

平成20年2月

独立行政法人国際協力機構
人間開発部長 西脇 英隆



フィジーとプロジェクト対象地の概要

- **フィジーの概要**
 - 人口：850,000人
 - 4 地方 3 保健局
 - 330 の建屋
 - インド系、フィジー系が大半
- **中部地方の概要**
 - 人口：約 320,000人
 - 5地区から構成され、さらに各地区は3～6の保健エリアに分割されている
 - 120～130 地域看護師
 - 21 指導者
 - 富農を有する

プロジェクト対象地域とヘルスセンター・看護ステーション配置図



ヘルスセンター全景



ヘルスセンター



月間業務報告フォーム



地域保健看護師とのグループインタビュー



インタビュー



合同評価レポートを基に協議



プロジェクト主催国際ワークショップ



合同調整委員会で評価結果を発表



合同調整委員会で評価結果を発表



協議議事録へ署名



協議議事録への署名が終了し、関係者で記念撮影



略 語 表

略 語	英 名	和 名
AusAID	The Australian Agency for International Development	オーストラリア国際開発庁
CEHS	Cent East Health Services	中東部地方保健局
CHN	Community Health Nurse	地域保健看護師
CMR	Consolidated Monthly Returns	月間業務報告
FHSIP	Fiji Health Sector Improvement Program	フィジー保健セクター強化プログラム
F\$	Fiji Dollars	フィジードル
IST	In-Service Training	現任教育
JER	Joint Evaluation Report	合同評価レポート
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
M/M	Minutes of Meetings	協議議事録
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PO	Plan of Operations	プロジェクト活動計画
WHO	World Health Organization	世界保健機関

語句の説明

語 句	説 明
地域保健看護師	地域で保健活動を実施する看護師。業務は多岐にわたり、初期医療の提供から、ヘルス・プロモーション活動まで行っている。
地区看護指導者	地区における地域保健看護師に対する指導者。地区看護師長（Sub-Divisional Health Sister）と地区看護主査（Health Sister）をまとめていう。
月例報告	ヘルスセンター、看護ステーションなどの保健施設は、月間の保健情報データを地区に報告する。保健施設→地区→地方保健局→保健省の順に報告が上がる。
ヘルスセンター	カバーする人口は5,000人程度（5～10村）。スタッフは医師・看護指導者（地区看護師長か地区看護主査）・地域保健看護師がいる。提供しているサービスは、一次医療・歯科検診・母子保健サービス、糖尿病検診等
看護ステーション	カバーする人口は2,000人程度で僻地に存在する。スタッフは地域保健看護師ひとり。一次医療と母子保健サービスが中心

プロジェクト作成物名称一覧

和正式名	本報告書内で使用した和略名	説 明
ハンドブック	ハンドブック	月例報告への記入のため、データの集計方法などをガイダンスしたもの。また、収集したデータの分析方法についても説明
看護指導者研修教材集	研修教材集	地方保健局で看護指導者に対する研修用に開発された教材等をまとめたもの。地区レベルで地域保健看護師に対して現任教育を実施する際、利用できる教材も含まれる
地域保健看護師現任教育管理ガイドライン	現任教育ガイドライン	現任教育、実施者（提供者）、参加者についての定義、実施必要書類などが規定されたもの
看護指導者のための現任教育マニュアル	現任教育マニュアル	看護指導者の役割、能力基準を使用しての部下へのコーチング手法などが記載されたもの

終了時評価結果要約表

1. 案件の概要	
国名：フィジー共和国	案件名：地域保健看護師現任教育プロジェクト
分野：保健医療（人材育成）	援助形態：技術協力プロジェクト
所管部署：人間開発部第4グループ 保健人材育成チーム	協力金額（評価時点）：176,746千円
	先方関係機関：フィジー保健省中東部地方保健局 （Cent East Health Services：CEHS）
	日本側協力機関：国立保健医療科学院
協力期間：2005年4月～2008年3月	
<p>1-1 協力の背景と概要</p> <p>2000年4月に宮崎で行われた第2回太平洋・島サミットで「宮崎イニシアティブ」が発表され、日本・太平洋島嶼国の包括的なパートナーシップの構築が確認された。さらに、2003年5月の第3回太平洋・島サミットにおいては「沖縄イニシアティブ」が採択され、感染症、生活習慣病の対策並びに予防接種の実施などについて、我が国による支援が明記されている。</p> <p>これを受けてJICAでは、沖縄センターにおいて2000年度より国別集団研修「島嶼国地域保健行政」が、5か年計画で大洋州9か国から参加者を募って実施された。この研修事業の中で、フィジーにおける地域保健看護師（Community Health Nurse：CHN）の活用と、そのための人的資源開発への日本の支援を要請する声が高まり、2003年11月のプロジェクト形成調査、2004年10月の事前評価調査及びフィジー政府側との協議を経て、フィジー中部地方の地域保健看護師を対象とした本プロジェクトが実施されることとなった。</p> <p>フィジーではAusAID（オーストラリア国際開発庁：The Australian Agency for International Development）の支援の下、地方分権化が進められており、保健省においても保健事業年間計画の策定を地方保健局の責務とするなど、より地域特性・現場の意見を汲み上げる制度を構築しつつある。他方、地域保健を担当する看護師等の人材には、現場の問題を分析し活動計画を立てるための十分な能力が備わっておらず、地方のヘルスセンター・看護ステーションに配置される保健医療従事者が限られているなか、初期医療の提供からヘルス・プロモーション活動まで一人に非常に多くの業務が課せられている。地域保健看護師を指導する職位の看護師についても、指導者としての管理能力が十分ではなく、地域保健活動や上記保健施設の管理は、統一されたガイドラインなどがなく、現場の看護師任せにされている。</p> <p>かかる背景の下、プロジェクトでは地域保健看護師への現任教育（In-Service Training：IST）システムの構築、業務支援ツールとしての保健情報入力ハンドブックや月間業務報告（Consolidated Monthly Return：CMR）フォーマットの開発整備、能力基準表の作成などを通じて地域保健看護師の能力強化を支援してきた。</p> <p>2006年11月に中間評価調査を実施し、専門家体制の拡充検討とPDM（Project Design Matrix）の見直しが行われた。その結果、2007年7月以降は、看護分野の滞在型専門家2名が配置された。</p> <p>（なお、本プロジェクトの対象地域は「中部地方」であるものの、それを管轄するのは「フィジー保健省中東部地方保健局」であることから、文章中に「中部」「中東部」が混在している。）</p>	

1-2 協力内容 (PDM第2版による)

<上位目標>

中部地方において地域保健看護師の行う地域保健活動の質が改善される。

<プロジェクト目標>

中部地方において地域保健看護師の業務管理能力が現任教育を通じて向上する。

<成果>

- (1) 地域保健看護師の能力の基準と機能が定められる。
- (2) 地区看護指導者の現任教育に関する運営管理能力が向上する。
- (3) 各地区において地域保健看護師を対象とした現任教育が機能する。
- (4) プロジェクトの成果が他地方及び他国に紹介される。

<投入>評価時点

(2008年1月現在)

日本側：長期専門家派遣	2名	機材供与	6,457千円
短期専門家派遣	10名	現地業務費	1,994千円
研修員受入れ	4名		
相手国側：カウンターパート配置	33名	ローカルコスト負担	1,928千円
オフィス・施設提供・電気・電話代・ドライバー代等			

2. 評価調査団の概要

調査者	団長	三国 成晃	JICAフィジー事務所 次長
	地域看護	平野 かよ子	国立保健医療科学院公衆衛生看護部 部長
	保健人材育成計画	相賀 裕嗣	JICA人間開発部 国際協力専門員
	評価計画	神藤 はるか	JICA人間開発部第四グループ保健人材育成 チーム
	評価分析	秋山 佳子	システム科学コンサルタンツ株式会社
調査期間	2008年1月22日～2月9日		

3. 調査結果の概要

3-1 実績の確認

成果1：地域保健看護師の能力の基準と機能が定められる。

プロジェクトで作成した能力基準表が2007年5月、ハンドブック (Handbook for Community Health Nurses for better management) は2007年7月に保健省より承認を受け、地域保健看護師の能力基準が定められた。

成果2：地区看護指導者の現任教育に関する運営管理能力が向上する。

地区看護指導者は地域保健看護師の現任教育の計画立案・運営・評価を行う役割を担っている。プロジェクトは合計10回の指導者研修を通じて地区看護指導者の現任教育への知識向上をはかった。この合計10回の指導者研修には延べ148名 (平均参加率88%) が参加した。また、2007年8月には中東部地方保健局現任教育管理運営ガイドライン (The IST Management Guideline) が発行され、現任教育に係る各種計画書・報告書のフォームが統一

された。また、プロジェクトは2007年8月に情報管理ハンドブックを作成、これを現任教育に導入して地域保健看護師の保健情報収集方法を統一した。また、地区看護指導者のためにISTマニュアル（In-Service Training Manual for Nursing Supervisors）が作成され、配布された。

成果3：各地区において地域保健看護師を対象とした現任教育が機能する。

現任教育は各地区の年度計画に明記されるようになり、地区レベルで現任教育活動が開始された。2007年はタイレブ地区は4回、その他の地区は5回現任教育を実施した。これらの現任教育への参加率は54%から87%であった。また、中部看護指導監と現任教育調整官は2007年に合計37回の各地区への訪問を実施し、地区レベルでの現任教育のモニタリングと技術的指導を実施した。

なお、調査団が実施したインタビューの結果、現任教育体制が整備されるに伴い、地域保健看護師自身が能力基準表に従って客観的に自己査定を行い、弱点が認識できることになった点や、ハンドブック導入により月間業務報告書への記載漏れがなくなったり、一部ではあるが自分でデータ分析が可能となったといったような声が聞かれた。

一方で、新任の地区看護指導者にとって現任教育の実施が困難となる場合があることや、地区看護指導者によるモニタリング、スーパービジョンの回数が少ないこと、スーパービジョンの質が不十分であることなどが、今後強化が必要な点として、インタビューから判明した。

成果4：プロジェクトの成果が他地方及び他国に紹介される。

2006年12月に北部、西部地方に現任教育プログラムを紹介するための全国セミナーを開催した。本セミナーへの参加者は他の会議との重複のため予定よりも少なかったものの、参加者はプロジェクトの背景、現任教育システムにおける地方、地区の責任について理解した。また、2008年2月には、サモア、ソロモン、トンガ、バヌアツを対象とした国際ワークショップを開催した。

2006年7月からニュースレター“Smart Nurse”を発行し、全13号、国内外の関係者、関係機関に配布した。印刷、配布費については、当初は日本側が負担していたが、第9号からはフィジー側がその経費を負担するとともに、編集等についても主体的に実施することとなった。

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性

本プロジェクトの妥当性は高い。

保健省の2005～2008年の保健戦略計画の中では、「保健サービスの質の向上のための保健人材育成」が5つの戦略目標の一つとしてあげられ、その目標達成のためには、保健人材への現任教育の機会を増やすことが必要であるとされている。このことから、本プロジェクトはフィジーの国家計画と合致しているといえる。

また、第4回太平洋・島サミットにおいて、日本は、環境、保健、水、衛生、教育、職業訓練を援助の重点分野とすることを表明しており、本プロジェクトと日本のODA（政府開発援助：Official Development Assistance）政策の整合性がある。加えて、JICA 国別事業実施計画の中でも、「保健医療」は最重点協力分野として位置づけられている。

地域保健看護師の現任教育参加の機会が限られていたことや、機会があっても疾患別の科目の研修がほとんどであったという問題に対応するために、本プロジェクトは初めて地域保健看護師に日常業務に係る技術と知識を包括的かつ体系的に学ぶ機会を提供した。本プロジェクトの目標や実施手段は現場レベルの地域保健看護師によく認識され、

また現任教育の体系的、継続的な実施の必要性について、インタビューを通じ確認されたことから、本プロジェクトはターゲットグループのニーズと合致しているといえる。

(2) 有効性

調査団が実施したインタビュー等の結果から、地域保健看護師の管理能力の向上が確認できたことから、本プロジェクトの有効性はおおむね高いといえる。

有効性をさらに確実なものにするために、以下各点の実行が期待される。

- ・ 新任の地区看護指導者が現任教育活動を開始できるよう、現任教育実施の詳細手順を現任教育マニュアルに追加する。
- ・ 地域保健看護師への巡回指導活動を、現任教育マニュアルに従い年4回実施する。
- ・ 地域保健看護師の活動に対して具体的な指導ができるよう、スーパービジョンの質を向上させること。
- ・ 月間業務報告のデータ分析結果を、看護師活動のためにさらに活用する。

本プロジェクトでは、地域保健看護師の能力の基準と機能を定め（成果1）、地域保健看護師に必要とされる能力を明確化し、それを向上させるために、地域保健看護師を指導する指導者の運営管理能力の向上（成果2）及び地域保健看護師を対象とした現任教育体制を機能させる（成果3）ための活動を実施してきた。その結果、プロジェクト目標はおおむね達成できたといえる。

(3) 効率性

本プロジェクトの効率性は高い。関係者間のプロジェクトに対する共通理解の形成や、フィジー側がJICAの技術協力プロジェクトに不慣れで、その特徴を理解することに時間がかかったため、プロジェクト中盤までは遅れがみられたが、フィジー、日本側双方の努力により、成果は達成された。

効率性に関する貢献要因は、①専門家や機材は必要な投入のみ行われたこと、②プロジェクト活動経費をフィジー側と分担できたこと、③フィジー側に適切なカウンターパートの配置があったことがあげられる。特に、当初予定されていなかった現任教育調整官が、日本側からのアドバイスに基づき、プロジェクトの途中から配置されたことは、円滑なプロジェクト活動に大きく貢献した。

なお、阻害要因としては、2006年のゼネスト、クーデター、麻疹の大発生、2007年の看護師組合によるストライキなどがあげられる。プロジェクトはこれらにより約5か月間活動が停滞した。しかし、2007年7月から保健分野の専門家が増員され、体制が強化されたこともあり、事業の効率性は確保された。

(4) インパクト

地域保健看護師に対する現任教育活動が今後も継続的に実施されれば、本プロジェクトの上位目標は達成されると考えられる。プロジェクト活動の後半には、フィジー側のオーナーシップがみられた点や、今後本プロジェクトの全国展開についても意欲的である姿勢を踏まえると、現任教育活動が今後継続される可能性は高い。一方で、活動を継続実施する際には、現任教育活動を実施するための交通費や交通手段が確保できない、機材が十分ではないなどの改善が必要な点も存在している。上位目標達成のためには、フィジー側によるこれらの管理が必要であると考えられる。

なお、地区看護指導者や地域保健看護師へのインタビューから、本プロジェクトの実

施による以下のような波及効果が確認された。

- ・保健省は、現任教育について、現行の看護師教育カリキュラムの中で紹介することを検討し始めている。
- ・保健省は、地域保健看護師のみならず病院看護師も、現任教育の重要性、有効性を理解する必要があることを認識している。
- ・現任教育を通じて、地域保健看護師間のコミュニケーションや連携が強化された。なお、負のインパクトは確認されなかった。

(5) 自立発展性

プロジェクトの自立発展性は以下の理由から高いと考えられる。

- 1) 人材育成は、保健省の中で高い優先順位がついており、現任教育システムはこの政策の下、中部において引き続き強化されるものと考えられる。また、保健省では、本プロジェクトを通じて、現任教育システムを国家レベルに普及させていくことを検討している。その過程で、地域保健看護師の能力が標準化されるとともに、質の高い保健サービスが提供されることが期待できる。
- 2) 中東部地方保健局では、2008年度の地区看護指導者研修計画を作成するなど、現任教育活動維持のための体制構築に向けた努力は認められる。また、中東部地方保健局は現任教育を継続して実施していく必要性を主張し、保健省と連携して全国展開をしていきたいと考えている。予算面でも、AusAIDの“Public Health Fund”公衆衛生基金から資金の確保が可能であると考えられる。
- 3) 地区看護指導者たちが、地域保健看護師への現任教育活動を行う能力に向上がみられた。また、中東部地方保健局は地区看護指導者の指導者研修を自発的に計画するなど、自立発展性を示す肯定的な兆しがみられる。

なお、中部地方における現任教育活動のモニタリングとフォローアップをより確実に行っていくため、看護指導者用の研修プログラムが計画されることが求められる。また、月間業務報告フォーマット改訂が予定されており、その際に予想される地域保健看護師の混乱を最小限にとどめるべく、フィジー側はプロジェクトで作成したハンドブックの関連箇所を改訂版月間業務報告用マニュアルに反映させることが必要である。

また、プロジェクトの自立発展性を維持するためには、中東部の現任教育調整官を常設のポストにすることが必要である。

3-3 効果発現に貢献した要因

(1) 計画内容に関すること

本プロジェクトのデザインは、①地区看護指導者に対して研修を行い、現任教育体制を構築し、②研修を受けた地区看護指導者たちが地域保健看護師に対し現任教育を行うことを支援するという2段階構成になっている。このプロジェクトデザインは、他ドナーから受け入れられているとともに、肯定的な関心を集めている。そのため、他ドナーで実施中の協力において、本プロジェクトの成果を考慮している。

(2) 実施プロセスに関すること

- ・本プロジェクトでは、フィジー側のオーナーシップを重視し、参加型・合意形成型のアプローチを取り、協議に十分時間をかけたことで、その後の現任教育活動の導入、

実施にスムーズに移行できた。

- ・ 中間評価調査団派遣後、日本人専門家等の追加投入が行われ、活動の進捗の遅れを取り戻すことができた。
- ・ 中間評価調査団派遣以降、活動の優先順位と責任者を確認し、全体の流れとめざす方向を明確に説明することで、フィジー側の現状理解と意欲が増し、目標達成に向けて力を合わせた体制ができた。
- ・ チーフアドバイザーがプロジェクトに関連する部署、他の開発援助機関と定期的にコンタクトを取ることで、これら関係者の本プロジェクトへの理解が深まるとともに、活動の重複を可能な限り避けることができた。

3-4 問題点及び問題を惹起した要因

(1) 計画内容に関すること

- ・ プロジェクト活動を測る指標の中には、指標設定時ではデータ未整備（整備予定）の項目が含まれており、終了時評価までにデータが整備されなかったものがあつた。そのため、本終了時評価では、インタビューなどの定性的データを代用した。
- ・ 前述のとおり、本プロジェクトのプロジェクト・デザインは最終的にはフィジー側及び他ドナーからの評価が高かつたものの、プロジェクト開始時には、関係者間の共通理解に時間がかかつた。しかし、中間評価以降、活動の優先順位と責任者を確認し、全体の流れとめざす方向を明確に説明することで、しっかりと共通理解を形成することができた。

(2) 実施プロセスに関すること

- ・ 本プロジェクトは、フィジー保健省にとって初の技術協力プロジェクトであつたため、フィジー側のオーナーシップの下に日本と協力して作り上げていくという技術協力プロジェクトの特徴を日本側が折に触れ説明しても、フィジー側が実感を伴って理解するのに時間がかかつた。理解が深まるには当初の想定を大幅に上回る時間が必要であり、そのことが活動の遅れの一因となつたが、活動を進めていくにつれ、徐々に理解は深まつた。
- ・ ゼネスト、クーデター、麻疹の大発生により、活動が停滞した時期があつたが、専門家を増員し、体制を強化したことで、事業の効率性は確保された。

3-5 結論

PDM 2 で計画されたすべての活動は実施され、プロジェクト目標はおおむね達成されたと考えられる。本プロジェクトのデザインが前述のとおり 2 段階構成になつていたことから、関係者間のビジョンの共有や合意形成に時間がかかり、中間評価時点においても活動の遅れが指摘されていた。しかし、この合意形成のプロセスは、フィジー側のオーナーシップを醸成し、中部地方において現任教育が自立的に維持されることに貢献したと考えられる。

評価 5 項目に関しては、妥当性、効率性は高い。有効性については、プロジェクト目標は達成されたと考えられる。有効性を測る指標の中には、データ未整備の項目が含まれており、終了時評価に使えないものがあつたが、プロジェクトや評価調査団員の調査、また調査団としてのインタビュー等定性的データからは、プロジェクト目標である地域保健看護師の能力向上が確認された。インパクトについては、このまま現任教育活動が実施されれば、上

位目標の達成見込みがあると考えられる。また、保健省が現行の看護師教育カリキュラムの中で現任教育について紹介することを検討し始めたことが確認され、この点は、本プロジェクトのインパクトといえる。なお、負のインパクトは確認されなかった。プロジェクトの自立発展性についても、比較的高いと考えられる。その理由としては、①人材育成が保健省の中でも優先順位が高い分野であること、②現任教育活動を継続するうえでの組織的対応や予算的措置が中東部地方保健局内でなされていること、③中東部地方保健局や中部において、現任教育活動の運営管理能力が向上していることがあげられる。

本プロジェクト終了後は、フィジー側はこのプロジェクトで開発した現任教育システムを中部のみならず全国へ普及する意向をもっている。その際の留意事項として、以下「3-6」をフィジー側に提言した。

3-6 提言（当該プロジェクトに関する具体的な措置、提案、助言）

<上位目標の達成に向けて>

- (1) スーパービジョンの質を確保するため、中東部地方保健局は地区看護指導者（特に新任の指導者）の能力強化を図る必要がある。
- (2) プロジェクトの自立発展性を維持するためには、中東部の現任教育調整官を常設のポストにすることが必要である。
- (3) 2008年6月に予定されている新月間業務報告フォーマット導入の際に、混乱を招かないよう関係機関と事前調整する必要がある。

<現任教育システムの全国展開に向けて>

- (4) 現任教育調整官を各地方にそれぞれ1名ずつ配置できることが望ましい。
- (5) 現任教育システムを円滑に全国展開するために、保健本省がその調整、監督の役割を担うことが望ましい。

<保健人材の育成に向けて>

- (6) 保健人材の育成にあたっては、保健省には以下の点が求められる。①地域保健看護師の現任教育において、業務管理以外の能力（例えば公衆衛生、臨床分野等の知識、能力等）の強化にも留意する、②それらの能力強化メニューを総合して、パッケージ化された地域保健看護師向けの現任教育システムを作る、③そのシステムを試行、改善したうえで、それを国家標準化された地域保健看護師の現任教育システムとする。
- (7) 地域保健看護師の現任教育システムの国家標準モデルが完成したあとは、フィジーの人材育成計画の中で他のすべての職種・職能への現任教育システムの適用性を検討することが望ましい。

3-7 教訓（当該プロジェクトから導き出された他の類似プロジェクトとの発掘・形成・実施・運営管理に参考となる事柄）

<プロジェクトデザインについて>

- ・本プロジェクトは、地域保健看護師の業務管理能力を向上させることを目標としているが、その手段として「現任教育システム」をつくる必要があるとされていた。しかし、活動開始当初は、関係者の間で、活動内容について共通理解をもつことに予測を上回る時間がかかった。プロジェクトを開始する際は、プロジェクトの概要、デザインがわかりやすいように図式化するなどして、なるべく早めに関係者間の理解、合意形成をすることが重

要である（なお、中間評価を通じて日本側、フィジー側にプロジェクト目標に関する理解に相違があることが判明し、それをきっかけにプロジェクト活動の優先順位づけ、活動範囲を絞るなどの軌道修正を行った）。

- ・通常、システム構築の際は計画、試行、国家標準化のステップを踏むため、5年ほどの期間が必要と考えられる。本プロジェクトでは3年間で試行段階まで到達し、その後の国家標準化はフィジー側に任せることとした。国家標準化までプロジェクト期間内に実施することを目標とする場合は、実施期間を慎重に吟味する必要がある。
- ・プロジェクトの活動プロセスや成果を他地方、他国へ紹介することは非常に有効であるが、ある程度国家標準化が可能であれば、標準化されたものを普及させることが望ましい。

<投入について>

- ・実施期間が3年間という限られた期間である場合は、プロジェクト目標達成のためには、活動の進捗確認や進捗が遅れている場合の対処を速やかに行うことが重要である。例えば、適切なタイミングで中間評価調査団を派遣するなどの方策が考えられる。

<フィジー側の対応について>

- ・本プロジェクトは、フィジー保健省にとっては、初の技術協力プロジェクトであった。そのため、JICAの技術協力プロジェクトの特徴について、フィジー側の理解を深めることに時間がかかった（フィジー側は、AusAIDのコンサルタント主導の代行サービスとしての技術支援形式に慣れていたため、本プロジェクト開始当初は、フィジー側のオーナーシップのもとに、日本と協力して作り上げていくという手法が理解されにくかった）。相手側にとって初の技術協力プロジェクト実施の場合は、プロジェクト開始前から、日本の技術協力プロジェクトの概要、特徴を説明することが円滑な開始に寄与すると考えられる。また、開始後も相手側の理解促進に十分な時間が必要である点に留意することが重要である。

Evaluation Summary

1. Outline of the Project	
Country : Republic of the Fiji Islands	Project title : Project for In-service Training of Community Health Nurses
Issue/Sector : Healthcare and medical treatment (human resources development)	Cooperation scheme : Technical Cooperation Project
Division in charge : Health Personnel Development Team, Group IV, Human Development Department	Total cost (as of the evaluation) : 176,746,000 yen
	Partner Country's Implementing Organization : CentEast Health Services (CEHS)
Period of Cooperation : April 2005 – March 2008	Supporting Organization in Japan : National Institute of Public Health

Background of the Project

In the Second Japan and the Pacific Islands Forum (PIF) Summit Meeting held in April 2000 in Miyazaki, the “Miyazaki Initiative” was launched, and the aim to establish comprehensive partnership between Japan and the Pacific Islands Countries was confirmed. In addition, in the Third Japan-PIF Summit Meeting held in May 2003 in Okinawa, the “Okinawa Initiative” was adopted, stipulating Japan’s support in countermeasures for infectious and non-communicable diseases and implementation of an immunization campaign.

Following these initiatives, JICA implemented a country-focused training course, namely “Pacific Islands National Community Health Administration .” The training was held at the Okinawa International Center for five years from FY2000, inviting participants from nine countries. In the above mentioned trainings, the need for Japan’s assistance increased in areas such as the utilization of Community Health Nurses (CHNs) in Fiji and personnel development for this purpose. Following the Project Formulation Study in November 2003, the Preparatory Study in October 2004 and discussion with the Fijian government, it was decided that this Project, targeted to CHNs in the Central Division of Fiji, be implemented.

Decentralization and the strengthening of local governance is now progressing in Fiji under the AusAID (Australian Agency for International Development). The Ministry of Health is on the way to establishing a system that can further absorb regional characteristics and on-site opinions, such as by transferring the responsibility of formulating an annual healthcare activities plan to divisional health service offices. On the other hand, personnel, such as nurses, who are in charge of community healthcare lack sufficient capability to analyze actual problems and formulate action plans. Because of the number of healthcare and medical personnel appointed to local health centers and nursing stations, an excessive amount of duties, from the provision of primary medical care to health promotion activities, is assigned to one person. Even nurses in the position of instructing CHNs do not have sufficient management capabilities as supervisors, and works such as regional healthcare activities and the management of local health centers are left to the discretion of nurses working there without any uniformed guideline.

Against such background, the Project has been supporting the capacity development of CHNs through measures such as the establishment of a system for in-service training (IST) of CHNs, development and improvement of information such as a Handbook for Community Health Nurses and Consolidated Monthly Return(CMR) formatted as business support tools, and the preparation of Competency Standards.

In the Mid-term Evaluation Survey conducted in November 2006, additional input of experts was considered and the Project Design Matrix (PDM) was reviewed. As a result, two stationed Japanese experts in the field of nursing were appointed after July 2007.

(While the target area of this Project is Central Division, because the CEHS has jurisdiction over the division, both “Central” and “CentEast” appear in this document.)

Project Overview (based on the PDM2)

(Overall Goal)

The quality of community health services provided by CHNs is improved in the Central Division.

(Project Purpose)

The management skills and competence of community health nurses are reinforced through in-service training in the Central Division.

(Outputs)

- (1) Standard of Competency and functions of Community health nurses are established.
- (2) Supervisors’ knowledge on management of In-Service Training is improved.
- (3) In-Service Training for Community health nurses functions in each sub-division.
- (4) Achievements of the Project are presented to other divisions/countries.

(Input) As of the evaluation

(As of January 2008)

Japanese side :	Long-term experts : 2 people	Equipment : 6,457,000 yen
	Short-term experts : 10 people	Local cost : 1,994,000 yen
	Trainees accepted : 4 people	
Fijian side :	Counterpart : 33 people	Local cost : 1,928,000 yen
	Provision of offices and facilities, electricity and telephone bills, drivers’ fees, etc.	

2. Evaluation Team

Members of the evaluation team	<p>Leader : Nariaki MIKUNI (Deputy Director, JICA Fiji Office)</p> <p>Community Nursing : Kayoko HIRANO (Director of Public Health Nursing, National Institute of Public Health)</p> <p>Human Resource Development Policy : Hirotsugu AIGA (Senior Advisor, Human Development Department, JICA)</p> <p>Cooperation Planning : Haruka SHINDO (Health Personnel Development Team, Group IV, Human Development Department, JICA)</p> <p>Evaluation Analysis : Yoshiko AKIYAMA (System Science Consultation, Inc.)</p>
Period of evaluation	January 22, 2008 – February 9, 2008

3. Results of Evaluation

3-1. Achievements

Output 1 : Standard of Competency and functions for CHNs are established

The Competency Standard prepared by the Project and the Handbook for Community Health Nurses for better management were approved by the Ministry of Health in May 2007 and July 2007 respectively. Therefore, competency standard of CHNs was established.

Output 2 : Supervisors' knowledge on the management of IST is improved.

Sub-divisional supervisors assume roles in planning, operating and evaluating IST for CHNs. The Project tried to improve the knowledge of supervisors on IST for CHNs through supervisor training sessions implemented ten times in total, in which 148 trainees in total participated (average participation rate : 88%). In addition, the IST Management Guideline by CEHS was published in August 2007, and the format of various planning documents and reports related to IST was unified. The Project also prepared the Handbook for community Health Nurses in August 2007, which was introduced in IST, and unified healthcare information gathering methods for CHNs. The In-Service Training Manual for Nursing Supervisors was also prepared and distributed for use by the sub-divisional supervisors.

Output 3 : IST for CHNs functions in each sub-division.

IST is now clearly stated in the annual plan of each sub-division, and IST activities have begun at the sub-division level. In 2007, IST was implemented four times in the Tailevu sub-division and five times in other sub-divisions. Participation rates of these IST ranged from 54% to 87%. The Nursing Services Managers of Central Division and the IST Coordinator visited different sub-divisions 37 times in total in 2007, implementing IST monitoring at the sub-divisional level and giving technical instructions.

Furthermore, interviews implemented by the evaluation team brought out opinions pointing out the fact that with the IST system being improved, CHNs became able to self-assess objectively in accordance with the Competency Standards, and that the introduction of the Handbook worked to eliminate recording omissions in CMR, and that some CHNs even became able to analyze data on their own.

On the other hand, the interview also revealed points in need of further reinforcement, such as that IST led by the newly-appointed sub-divisional nursing supervisors may be difficult, that the frequency of monitoring and supervision by the sub-divisional nursing supervisors is insufficient, and that the quality of such supervision is unsatisfactory.

Output 4 : Achievements of the Project are presented to other divisions/countries.

A nation-wide seminar to introduce the IST program to the Northern and Western Divisions was implemented in December 2006. Although the number of participants in this seminar was below the planned level due to schedule conflicts with other meetings, participants gained understanding on the background of the Project and the responsibilities of divisions and sub-divisions in the IST system. The Project also implemented an international workshop targeted to Samoa, Solomon Islands, Tonga and Vanuatu in February 2008.

The newsletter "Smart Nurse" was issued from July 2006, for 13 volumes in total. They were distributed to relevant parties and institutions in and out of the country. The cost for printing and distribution was initially borne by the Japanese side. However, the Fijian side started to pay these costs as well as taking initiative in editing work from Volume 9.

3-2. Summary of Evaluation Results

(1) Relevance

The relevance of this Project is high.

In the Strategic Plan for 2005-2008 by the Ministry of Health, "development and retention of a valued, committed and skilled health workforce to enhance the delivery of quality health services" is given as one of the five strategic goals. The Plan specifies that it is necessary to increase the occasions for IST to health

personnel in order to achieve this goal. Therefore, it can be said that this Project is consistent with the national policy of Fiji.

In the Fourth PIF Summit Meeting, Japan expressed its focus on areas such as the environment, healthcare, water, sanitation, education and vocational training. Therefore, there is consistency between this Project and the Official Development Assistance (ODA) policy of Japan. In addition, “healthcare” is also positioned as one of the top priority areas in the JICA Country Program for Fiji.

In order to cope with problems such as the fact that occasions for CHNs to participate in IST were limited, and that even when they had the occasion, the training mainly consisted of programs specific to different diseases, the Project provided CHNs occasions to gain skills and knowledge on daily operations in a comprehensive and systematic manner for the first time. The goals and implementation method of the Project are well recognized among CHNs at the working level. The necessity of systematic and continuous implementation of IST was also confirmed through interviews. Thus, it can be said that this Project is consistent with the needs of the target group.

(2) Effective-ness

According to the results of interviews implemented by the evaluation team, improvement in the management capability of CHNs was confirmed. Therefore, it can be said that the effectiveness of the Project is generally high.

In order to further ensure the effectiveness of the Project, it is expected to implement each of the following :

- Detailed procedures for implementing IST should be added to the IST Manual so that the newly-appointed sub-divisional supervisors can start IST activities.
- Supervisions to CHNs given in regular visits of supervisors should be given four times a year in accordance with the IST Manual.
- The quality of supervision should be improved so that specific instructions are given on the activities of CHNs.
- The result of the analysis of CMR data should be further utilized for nursing activities.

In this Project, the standard of competency and function of CHNs were established (Output 1) and abilities required for CHNs were clarified. In order to improve such abilities, the Project implemented activities to improve the managerial competency of nursing supervisors who instruct CHNs (Output 2) and to make IST targeted for CHNs functional (Output 3). As a result, it can be said on the whole that the Project Purpose has been achieved.

(3) Efficiency

The efficiency of this Project is high. It took time for forming a common understanding among the relevant parties regarding the Project, as well as taking time for the Fijian side, who were not used to JICA’s technical cooperation project, to understand the characteristics of JICA’s projects, the progress of the Project was behind the schedule until about halfway. However, the Outputs were achieved with efforts of both the Japanese and the Fijian sides.

Factors that contributed to improved efficiency can be named as follows : (i) input of experts and equipments was limited to only those that were necessary; (ii) the ability to share the cost burden for Project activities with the Fijian side; and (iii) the appointment of counterparts at the Fijian side was appropriate. In particular, the fact that the IST Coordinator, which is a position that was not included in

the original plan, was assigned at the halfway point of the Project based on advice from the Japanese side, contributed significantly to the smooth implementation of Project activities.

As for factors that impeded the efficiency, there were : general strikes, a coup d'etat, and the severe measles outbreak in 2006, as well as a strike of the nurses' union in 2007. The Project activities were interrupted for about five months due to these reasons. However, the efficiency of the Project was secured, partly due to the increase in the number of experts in the healthcare field, from July 2007.

(4) Impact

If IST activities targeted for CHNs are continuously implemented in the future as well, it is considered that the Overall Goal of this Project will be achieved. Considering factors such as that the awareness of ownership was seen among the Fijian side at the latter half of the Project period, and that the Fijian side is willing to disseminate the Project throughout the country in the future, it is highly probable that IST activities will be continuously implemented in the future as well. On the other hand, if the activities are to be implemented continuously, improvements are also necessary, such as in the difficulty of securing traffic expenses and means of transportation and in the insufficiency of facilities that are necessary to provide IST. In order to achieve the Overall Goal, it is considered necessary that the Fijian side manages these required improvements.

In addition, interviews of the sub-divisional supervisors and CHNs confirmed the following ripple effects of the implementation of this Project.

- The Ministry of Health is starting to consider introducing IST within the current nurse education curriculum.
- The Ministry of Health is recognizing the necessity that not only CHNs but also nurses in hospitals understand the importance and effectiveness of IST.
- Communication and collaboration among CHNs were strengthened through IST.

No negative impacts of the Project were identified.

(5) Sustain-ability

It is considered that the sustainability of the Project is high for the following reasons :

- 1) Human resource development is a highly prioritized issue for the Ministry of Health, and it is considered that the IST system will be continuously reinforced under this policy. The Ministry of Health is also considering disseminating the IST system at the national level through this Project. It is expected that the capabilities of CHNs will be standardized as well and that quality health service will be provided in the process.
- 2) Efforts of the CEHS geared to establishing a system for maintaining IST activities can be recognized, such as plans that are being prepared for the training of sub-divisional nursing supervisors. The CEHS also points out the necessity of implementing IST in a continuous basis, and is considering its implementation throughout the country in collaboration with the Ministry of Health. In terms of the budget, it is also considered that financing from the Public Health Fund of AusAID is possible.
- 3) There was an improvement in the capability of the sub-divisional nursing supervisors to implement IST activities targeted to CHNs. There are also positive signs of sustainability such as the CEHS voluntarily planning training programs targeted to the sub-divisional nursing supervisors.

In addition, in order to ensure further secure implementation of the monitoring and follow-up of IST in

the Central Division, it is desirable to plan a training program for nursing supervisors. Also, the revision of the CMR format is scheduled, and in order to minimize the expected confusion of CHNs accompanying the revision, it is necessary for the Fijian side to include the relevant excerpts in Handbooks prepared under the Project in the revised CMR Manual.

In order to maintain the sustainability of the Project, it is necessary to make the IST Coordinator of CentEast District a permanent post.

3-3. Factors that Promoted the Realization of Effects

(1) Factors concerning the planning

This Project was designed in two stages, namely (i) to provide training to the sub-divisional nursing supervisors and establish the IST system, and (ii) to support the trained sub-divisional nursing supervisors providing IST to CHNs. This project design is not only accepted by but is also attracting the positive interest of other donors. Therefore, the Outputs of the Project are being considered in other cooperative projects implemented by other donors.

(2) Factors concerning the implementation process

- This Project values the ownership of the Fijian side, and it took the participating and consensus-building type of approach and spent an adequate length of time for discussion. Therefore, it was possible to move on to the introduction and implementation of the IST activities thereafter.
- After the dispatch of the Mid-term Evaluation Team, there were additional inputs of Japanese experts, which worked to make up for the delay in the progress of activities.
- Since the dispatch of the Mid-term Evaluation Team, the order of the priority of activities and personnel in charge were confirmed. The entire flow and the targeted direction were also clearly explained to the Fijian side. These resulted in a further understanding of the current circumstances and heightened motivation among the Fijian side. It contributed to establishing a structure to combine the efforts of the relevant parties to achieve the goal.
- With the Chief Advisor contacting relevant departments and other development assistance agencies on a regular basis, the relevant parties gained further understanding of this Project, which resulted in avoiding activity overlap.

3-4. Factors that Impeded the Realization of Effects

(1) Factors concerning the planning

- The indicators to measure the Project activities included items with data that had not been prepared (to be prepared) as of the setting of the indicators, and data for some of them were yet to be prepared as of the Terminal Evaluation. Therefore, qualitative data such as interviews were the alternative used for this Terminal Evaluation.
- As mentioned above, the project design of this Project was eventually evaluated highly from the Fijian side and from other donors. However, it took some time to establish a common understanding among the relevant parties at the start of the Project. By confirming the order of the priority of activities and personnel in charge and by clearly explaining the entire flow and the targeted direction of the activities after the Mid-term Evaluation, common understanding was securely established.

(2) Factors concerning the implementation process

- Because this Project was the first technical cooperation project experienced by the Fijian Ministry of Health, it took time for the Fijian side to understand the characteristics of such project, namely that the Fijian side would own and create the project by cooperating with Japan, even though the Japanese side repeatedly explained about it periodically. The time necessary for them to gain a better understanding was much longer than the original forecast, which became one of the reasons the activities were delayed. However, understanding gradually improved as the activities progressed.
- Although there were times the activities were interrupted due to the occurrence of general strike, a coup d'état and the measles outbreak, the increase in the number of experts and the reinforcement of the structure resulted in ensuring the efficiency of the Project.

3-5. Conclusion

All activities planned in the PDM2 were implemented and it is considered that the Project Purpose was achieved as a whole. Because the Project was designed in two stages as explained above, it took time for the relevant parties to share their visions and to build consensus, and the delay of activities was pointed out in the Mid-term Evaluation. However, it is considered that this process of consensus building worked to create the awareness of ownership among the Fijian side and contributed to the autonomous maintenance of IST in the Central Division.

Among the five evaluation criteria, the relevance and efficiency are high. As for the effectiveness, it is considered that the Project Purpose was achieved. The indicators to measure the Project effectiveness included items with data that had not been prepared, and could not be used for the Terminal Evaluation. However, based on the Project survey and survey implemented by the Evaluation Team, as well as qualitative data such as interviews implemented by the Evaluation Team, the improvement of the capabilities of CHNs, which is the Project Purpose, was confirmed. As for the impact, if IST is continuously implemented in the future as well, it is considered that the Overall Goal will be achieved. It was also confirmed that the Ministry of Health started to consider the introduction of IST in the current nurse education curriculum, which is regarded as an impact of this Project. No negative impacts were identified. The sustainability of the Project is also evaluated to be high. The reasons thereof are : (i) human resource development is one of the highly prioritized areas for the Ministry of Health, (ii) organizational and budgetary measures to continuously implement IST are being taken within the CEHS, and (iii) the managerial competency of IST activities is improving in the CEHS and in the Central Division.

Once the Project is completed, the Fijian side is willing to diffuse the IST system developed under this Project not only within the Central Division but also throughout the country. The Evaluation Team made recommendations as stated in 3-6 below to the Fijian side for such occasion.

3-6. Recommendations

[For the achievement of the Overall Goal]

- (1) In order to provide quality supervision, it is necessary for the CEHS to try to reinforce the capabilities of the sub-divisional nursing supervisors (particularly those who are newly appointed).
- (2) In order to maintain the sustainability of the Project, it is necessary to make the IST Coordinator of the CentEast District a permanent post.
- (3) In order to avoid any confusion upon the introduction of the new CMR format, it is necessary to make

adjustments beforehand with the relevant parties.

[For the dissemination of the IST system throughout the country]

(4) It is desirable to appoint one IST Coordinator to each district.

(5) In order to disseminate the IST system smoothly throughout the country, it is desirable that the Ministry of Health serve a coordinating and supervising role for the activities of such dissemination.

[For the development of health personnel]

(6) Upon the development of health personnel, the Ministry of Health should : (i) keep in mind the reinforcement of capacities other than managerial competency (such as abilities and knowledge on public health and clinical practice) when providing IST to CHNs; (ii) integrate said capacity-development programs to create an IST system package tailored to CHNs; and (iii) experiment and improve said system and make it the national standard of the IST system for CHNs.

(7) Once the national standard model for the IST system for CHNs is completed, it is desirable that the applicability of the IST system to all other types of job and occupational abilities be considered within the personnel development plan of Fiji.

3-7. Lessons Learned

[Project design]

- This Project aims to improve the managerial competency of CHNs, and it assumed that it was necessary to create an “IST system” as a measure. However, at the start of activities, it took more time than expected to share understanding about the details of activities among the relevant parties. When starting a project, it is important to formulate common understanding and consensus among relevant parties as early as possible, through measures such as graphically representing the project outline and design so that they can be easily understood. (It was revealed in the Mid-term Evaluation that there are differences in understanding of the Project Purpose on the Japanese side and on the Fijian side, and corrections such as the prioritizing of project activities and focusing of the scope of activities were made.)
- Because the establishment of a system usually goes through steps such as planning, piloting and national standardization, a period of about five years is considered to be required. This Project reached the level of piloting in about three years, and it was decided that the remaining standardization process be entrusted to the Fijian side. If setting the aim of establishing the system as a national standard within the project period, it is required to investigate the project period closely.
- While it is quite effective to introduce the activity procedures and achievements of the project to other regions and countries, it is more desirable to disseminate the standardized system if it can be made into a national standard to a certain extent.

[Inputs]

- With the implementation period limited to three years, it is important to promptly confirm the progress of activities and react to any delays for the achievement of the project purpose. For instance, measures including appropriate timing for the dispatch of the Mid-term Evaluation Team can be considered.

[Reactions by the Fijian side]

- This Project was the first technical cooperation project experienced by the Ministry of Health of Fiji.

Therefore, it took time for the Fijian side to gain a deeper understanding about the characteristics of such a project. (Because the Fijian side was used to technical assistance projects of AusAID, which is a representative service led by consultants, the method of creating a system under the ownership of Fiji with cooperation from Japanese side was hard to understand for them.) If the project is the first technical cooperation project for the counterpart, it may contribute to a smoother start of the project if the outline and characteristics of the Japanese technical cooperation project are explained beforehand. It is also important to keep in mind that it may take time to encourage further understanding of the counterpart even after the start of the project.

第1章 終了時評価調査の概要

1-1 プロジェクトの背景と調査団派遣の目的

2000年4月に宮崎で行われた第2回太平洋・島サミットで「宮崎イニシアティブ」が発表され、日本・太平洋島嶼国の包括的なパートナーシップの構築が確認された。さらに、2003年5月の第3回太平洋・島サミットにおいては「沖縄イニシアティブ」が採択され、感染症、生活習慣病の対策並びに予防接種の実施などについて、我が国による支援が明記されている。

これを受けて、国際協力機構（Japan International Cooperation Agency : JICA）では大洋州9か国から参加者を募って、2000年度より5か年計画で国別集団研修「島嶼国地域保健行政」を沖縄センターにおいて実施した。この研修事業の中で、フィジー共和国（以下、「フィジー」と記す）において地域保健を担当する看護師〔地域保健看護師（Community Health Nurses : CHNs）〕の活用と、そのための人的資源開発への日本の支援を要請する声が高まり、2003年11月のプロジェクト形成調査、2004年10月の事前評価調査及びフィジー政府側との協議を経て、フィジー中部地方の地域保健看護師を対象とした人材育成プロジェクトが実施されることとなった。

フィジーではオーストラリア国際開発庁（The Australian Agency for International Development : AusAID）の支援の下、地方分権化が進められており、保健省においても保健事業年間計画の策定を地方保健局の責任とするなど、より地域特性・現場の意見を汲み上げる制度を構築しつつある。他方、地域保健看護師等の人材には、現場の問題を分析し活動計画を立てるための十分な能力が備わっておらず、地方のヘルスセンター・看護ステーションにおける少数配置のなか、初期医療の提供からヘルス・プロモーション活動まで一人に非常に多くの業務が課せられている。地域保健看護師を指導する職位の看護師（以下、「地区看護指導者」と記す）についても指導者としての管理能力が十分ではなく、地域保健活動や上記保健施設の管理は、統一されたガイドライン等がないまま現場の看護師任せにされている。

かかる背景の下、プロジェクトでは地域保健看護師への現任教育（In-Service Training : IST）システムの構築、業務支援ツールとしての月間業務報告への保健情報入力ハンドブックの開発整備、能力基準表の作成、指導者への研修などを通じて地域保健看護師の能力強化を支援してきた。

2006年11月に中間評価調査を実施し、専門家体制の拡充検討とプロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix : PDM）の見直しが行われた。その結果、2007年7月以降中長期型専門家2名体制から3名体制に増員され、PDMの成果と指標が修正された。

終了時評価団派遣の目的は以下のとおりである。

- (1) 2008年3月にプロジェクトの終了を迎えるにあたって、これまでの活動を振り返り、プロジェクト目標と成果達成状況を把握する。
- (2) 活動実施プロセスにおける効果発現の貢献要因・阻害要因を分析し、他の類似プロジェクトの教訓を導く。
- (3) これらの調査結果と合意事項をフィジー側と協議のうえ合意文書に取りまとめ、協議議事録（Minutes of Meetings : M/M）として署名交換する。

1-2 調査団の構成と調査期間

氏名	担当分野	所属/役職	調査期間
三国 成晃	団長/総括	JICAフィジー事務所 次長	2008/1/22~/2/8
平野 かよ子	地域看護	国立保健医療科学院 公衆衛生看護部 部長	1/31~2/9
相賀 裕嗣	保健人材育成計画	JICA人間開発部 国際協力専門員	1/28~2/8
神藤 はるか	協力計画	JICA人間開発部第4グループ 保健人材育成チーム	1/28~2/9
秋山 佳子	評価分析	システム科学コンサルタンツ (株)	1/22~2/9

1-3 調査日程

	月日	曜日	団員				
			システム科学コンサルタンツ (株) 秋山佳子 (調査分析)	JICA フィ ジー 事 務 所 三 国 成 晃 (団 長 / 総 括)	JICA人間開発 部 保健人材 育成チーム 神藤はるか (協力計画)	JICA人間開発 部 専門員 相賀裕嗣 (保健人材育 成政策)	国立保健医療 科学院 平野かよ子 (地域看護)
1	1/21	月	フライト遅延のため成田で待機				
2	1/22	火	7:30 成田 (FJ303) → 19:15 Nadi 20:00 Nadi (PC512) → 20:30 Suva				
3	1/23	水	10:00 地区看護指導者グループ インタビュー 14:00 Seruna/Namosi地区				
4	1/24	木	9:30 Naitasiri地区 14:00 Suva地区 15:00 日本人専門家インタビュー				
5	1/25	金	9:00 Rewa地区 11:30 Ms.Tamani (現任教育調整官) 14:30 Ms. Taukei (保健省) 15:30 Dr. Saketa (中東部地方地域保健 課長)				
6	1/26	土	調査結果整理				
7	1/27	日	調査結果整理				
8	1/28	月	9:00 Ms.Matiavi (中部看護指導監) 10:00 Dr.Solo (中東部地方 医師長) 11:00 Dr.Susana (Rewa地区 医師長) 12:00 Ms.Asinate (Suva地区 看護師長) 14:00 Mr.Joe (前・中東部ト レーニング担当官) 15:00 Ms.JackieKent、 Ms.Marica Kepa (AusAID)		19:00成田 (FJ303)		

	月日	曜日	団員				
			システム科学コンサルタンツ (株) 秋山佳子 (調査分析)	JICA フィ ジー 事務 所 三国 成 晃 (団 長 / 総 括)	JICA 人間 開 発 部 保 健 人 材 育 成 チーム 神 藤 は る か (協 力 計 画)	JICA 人間 開 発 部 専 門 員 相 賀 裕 嗣 (保 健 人 材 育 成 政 策)	国立 保 健 医 療 科 学 院 平 野 か よ 子 (地 域 看 護)
9	1/29	火	(ハリケーンのため公務員休日となる) AM 資料整理 14:40 所内打ち合わせ		6:45 Nadi→ (陸路) 12:00 Suva着	成田発 14:45 (JL953) ソウル 18:55 (KE821)	
10	1/30	水	8:30 カウンターパートとの打合せ (5項目評価、JERの 説明)			Nadi着 8:10 Nadi発 8:45 (PC504) Suva着 10:30	
11			11:00 Tailevu訪問するも、ハリケーンのため職員に会え ず。 15:00 前・中東部トレーニング担当官/Mr.Joeへのインタ ビュー 15:30 Rewa地区医師長/Dr.Susana (前・Suva地区医師 長)へのインタビュー 17:15 団内打合せ				
12	1/31	木	8:30 国際ワークショップ出席 14:00 川村企画調査員からのヒアリング (フィジーの保健、ドナー連携等) 16:00 団内打合せ 19:00 国際ワークショッププレセッション				成田発 14:45 (JL953) ソウル 18:55 (KE821)
13	2/1	金	AM JERドラフト作成		8:45 Naulu Nursing Station 11:00 国際ワークショップ出 席 (Rewa SD) 見学	Nadi着 8:10 Nadi発 8:45 (PC504) Suva着 9:15	
14			15:00 団内協議				
15	2/2	土	10:00 プロジェクトとの打合せ 団内協議、M/M案協議、合同評価報告書作成				
16	2/3	日	団内協議 M/M案協議、JER作成				
17	2/4	月	10:30 団内協議 14:20 フィジー側へ合同評価レポートのドラフト説明・査読依頼 15:00 WHOとの打合せ				
18	2/5	火	合同評価報告書ドラフト修正		9:00 フィジー看護学校訪問		
19	2/6	水	最終ドラフト仕上げ、合同調整委員会準備				
20	2/7	木	11:00 合同調整委員会開催 (M/M及び合同評価レポート修正、承認)、M/M署名				
21	2/8	金	11:00 在フィジー日本大使館、JICA事務所報告 15:00 Suva (陸路移動)			7:05Suva (FJ006) → 7:35Nadi 9:35Nadi (KE822) → 17:25ソウル 18:40ソウル (KE705) → 20:50成田	
22	2/9	土	調査団帰国 10:30Nadi (FJ302) →17:00成田着				10:30Nadi (FJ302) → 17:00成田着

1-4 主要面談者リスト

<フィジー側>

(1) フィジー保健省

Dr. Lepani Waqatakirewa	次 官
Dr. Tima Tuiketei	公衆衛生課長
Ms. Rusieli Taukei	看護薬剤課長 (代理)
Dr. Losevati Alefaio	予防保健課長

(2) 中東部地方保健局 (Cent East Health Services : CEHS)

Dr. Salanieta Saketa	地域保健課長
Dr. Solomon Qaranivalu	地域保健主任
Ms. Salanieta Matiavi	中部地方看護指導監
Mr. Joe Qalova	トレーニング担当官
Ms. Talatoka Tamani	地域保健看護師現任教育調整官

(3) 看護指導者

Ms. Asinate Lomanivere	スバ地区看護師長 (前東部地方看護指導監)
Ms. Florence Narayan	レワ地区看護師長 (代理)
Ms. Kelera Veitaladrua	レワ地区地域保健看護師 (同地区の看護指導者も兼任)
Ms. Mereseim Vamunaga	レワ地区看護主査 (代理)
Ms. Adeasi Qadrin	セルア・ナモシ地区看護師長
Ms. Ana Tube	ナイタシリ地区看護師長 (代理)
Ms. Sera T. Sogaitu	タイレブ地区看護師長
Dr. Susana Nakalevu	スバ地区医師長 (代理)

(4) スバ地区地域保健看護師

Ms. Vasenai. B. Tute	Nuffieldクリニック
Ms. Ana Wataika	Suvaヘルスセンター
Ms. Virisila Taito	Raiwaga ヘルスセンター
Ms. Susenieli Vesikula	Valelevu ヘルスセンター
Ms. Akisi Delaitubuna	Makoi ヘルスセンター

(5) レワ地区地域保健看護師

Ms. Sala Koroivuya	Naulu 看護ステーション
Ms. Meredani Ranuki	Nausori ヘルスセンター
Ms. Meredani Sovagusu	Mokani ヘルスセンター
Ms. Salome Baleca	Wainibokasi ヘルスセンター
Ms. Susana Baledikadwa	Naulu 看護ステーション

(6) セルア・ナモシ地区地域保健看護師

Ms. Mereoni Sami	Korovisilou ヘルスセンター
Ms. Mere Waganidrola	Navua ヘルスセンター
Ms. Rosalia Badrcia	Navua ヘルスセンター
Ms. Susana Fakalua	Navua ヘルスセンター
Ms. Sesaui Fina	Galoa 看護ステーション

(7) ナイタシリ地区地域保健看護師

Ms. Ana Kalakalo	Lutu 看護ステーション
Mr. Lovusi Qibow	Naqali ヘルスセンター
Ms. Meredani Mletu	Vunidawa ヘルスセンター
Ms. Lidia Toroui	Vunidawa ヘルスセンター

(8) フィジー看護学校

Ms. Filo Mackay	校長 (代理)
-----------------	---------

< 援助機関 >

(1) フィジー保健セクター強化プログラム (FHSIP) : オーストラリア国際開発庁 (AusAID)

Ms. Jackie Kent	AusAID、保健情報システムアドバイザー
Ms. Marica Kepa	プロジェクト・オフィサー

(2) WHOフィジー事務所

Dr. Steve Baxendale	eラーニングによる大洋州ヘルスケア向上
Dr. George Salama	シニアプログラムマネジャー
Dr. Monica Fong	テクニカルオフィサー、保健人材育成・ヘルスシステム調査

< 日本側 >

(1) 在フィジー日本大使館

渡邊 弘	二等書記官
------	-------

(2) JICAフィジー事務所

武下 悌治	所 長
三国 成晃	次 長
吉田 亮介	所 員
川村 正子	企画調査員

(3) プロジェクト日本人専門家

山田 智恵里	チーフ・アドバイザー
伊藤 尚子	保健情報／職場研修
大槻 和弘	業務調整

1-5 主な調査項目と調査方法

1-5-1 ログフレーム（PDM）による評価手法

本評価調査は、『JICA事業評価ガイドライン（2004年1月：改訂版）』に基づき、ログフレームを用いた評価手法に則って実施した。『JICA事業評価ガイドライン』による評価は、以下のとおり4つの手順で構成されている。

- (1) プロジェクトの計画を論理的に配置したログフレームあるいはPDMを事業計画として捉え、評価デザインを確定する。
- (2) いくつかのデータ収集方法を通じ入手した情報をもとに、プロジェクトの現状を実績と実施プロセスの観点から把握・検証する。
- (3) 「妥当性」「有効性」「効率性」「インパクト」「自立発展性」の5つの観点（評価5項目）から、プロジェクトの成果（アウトカム）を評価する。
- (4) 上記①から③を通じ、プロジェクトの成否に影響を及ぼした様々な要因の特定を試み、プロジェクトの残りの実施期間及びプロジェクト終了後の活動に対しての提言と、類似案件に対する教訓を抽出する。

なお、本評価手法において活用されるPDMの構成要素の内容は以下のとおりである。

<PDMの構成要素>

上位目標	プロジェクトを実施することによって期待される長期的な効果。プロジェクト終了後3～5年程度で対象社会において発現する効果
プロジェクト目標	プロジェクト実施によって達成が期待される、ターゲットグループや対象社会に対する直接的な効果
成果	プロジェクト目標達成のためにプロジェクトが生み出す財やサービス
活動	成果を産出するために、投入を用いて行う一連の具体的な行為
指標	プロジェクトの成果、目標及び上位目標の達成度を測るもので、客観的に検証できる基準
指標データ入手手段	指標を入手するための情報源
外部条件	プロジェクトでコントロールできないが、プロジェクトの成否に影響を与える外部要因
前提条件	プロジェクトが実施される前にクリアしておかなければならない条件
投入	プロジェクトの成果を産出するために必要な資源（人員・資機材・運営経費・施設など）

出所：プロジェクト評価の手引き（JICA事業評価ガイドライン）、2004年2月

さらに、本プロジェクトの評価に適用される評価5項目の各項目の定義は以下のとおりである。

<評価5項目の定義>

評価五項目	JICA事業評価ガイドラインによる定義
妥当性	プロジェクトのめざしている効果（プロジェクト目標や上位目標）が受益者のニーズに合致しているか、問題や課題の解決策として適切か、相手国と日本側の政策との整合性はあるか、プロジェクトの戦略・アプローチは妥当か、公的資金であるODAで実施する必要があるかなどといった「援助プロジェクトの正当性・必要性」を問う視点
有効性	プロジェクトの実施により、本当に受益者もしくは社会への便益がもたらされているのかを問う視点
効率性	主にプロジェクトのコスト及び効果の関係に着目し、資源が有効に活用されているかを問う視点
インパクト	プロジェクト実施によりもたらされる、より長期的、間接的效果や波及効果を見る視点。この際、予期しなかった正・負の効果・影響も含む
自立発展性	援助が終了しても、プロジェクトで発現した効果が持続しているか（あるいは持続の見込みはあるか）を問う視点

出所：プロジェクト評価の手引き（JICA事業評価ガイドライン）、2004年2月

中間評価調査時、PDMバージョン1の改訂の必要性が合同評価調査団により確認された。PDMバージョン1を改訂したPDMバージョン2案は、中間評価調査期間中に開催された第3回合同調整委員会に提出され、正式に承認された。終了時評価調査はPDMバージョン2に基づいて評価デザインを確定し、調査を実施した。PDMバージョン2の概要を以下に示す（PDMバージョン2詳細は付属資料3を参照）。

<PDMバージョン2概要>

プロジェクトの要約	指標	外部条件
<p>上位目標</p> <p>中部地方において地域保健看護師の行う地域保健活動の質が改善される。</p>	<p>1. 中部地方における住民の地域保健サービスに対する満足度</p>	
<p>プロジェクト目標</p> <p>中部地方において地域保健看護師の業務管理能力が現任教育を通じて向上する。</p>	<p>1. 地域保健看護師の業務管理能力の変化</p> <p>2. 各地区及び地域保健看護師が作成した年間報告書</p> <p>3. 地域看護師の作成したプロジェクト計画書の数</p>	<p>1. 地域保健看護師の労働条件が悪化しない。</p>
<p>成果</p> <p>1. 地域保健看護師の能力の基準と機能が定められる。</p>	<p>1. 2007年11月までに能力基準表が保健省に公認される。</p> <p>2. 2007年11月までに地域看護記録ハンドブックと標準化された記録物が保健省に公認される。</p>	<p>1. 人事院が定める15の能力基準が変更されない。</p> <p>2. 新しい地域保健看護師報告書がプロジェクトまでに作成され、配布される。</p>
<p>2. 地区看護指導者の現任教育に関する運営管理能力が向上する。</p>	<p>1. 地方トレーニング委員会の承認を得た現任教育指導者研修の実施回数</p> <p>2. 指導者研修への対象者の評価</p> <p>3. 参加者の理解度</p> <p>4. 指導者研修の参加率</p> <p>5. 各地区の年間現任教育計画</p> <p>6. 課題別（情報管理・保健計画）の現任教育計画</p>	<p>3. 大規模のアウトブレイクが発生しない。</p> <p>4. 情勢が悪化しない。</p> <p>5. 地域保健看護師の異動・退職率が現状のままにとどまる。</p>
<p>3. 各地区において、地域保健看護師を対象とした現任教育が機能する。</p>	<p>1. 現任教育の実施が明記された地区年間計画</p> <p>2. 現任教育の実施回数と参加者数又は参加率</p> <p>3. 現任教育の地区による実施支援回数</p> <p>4. 現任教育の各地区指導者による実施報告書の数</p> <p>5. 地区現任教育タスクフォース会議の回数</p> <p>6. 現任教育用配布教材の種類、数量</p>	
<p>4. プロジェクトの成果が他地方及び他国に紹介される。</p>	<p>1. 保健省への報告書数</p> <p>2. 会議等での発表数</p> <p>3. セミナー／ワークショップの開催数、参加者数</p> <p>4. ニュースレターの配布部数</p>	

1-5-2 主な調査項目とデータ収集方法

詳細な評価設問は、必要なデータ、収集方法、情報源とともに付属資料1の評価グリッドに示すが、本評価調査において以下の評価設問を中心に調査を実施した。

(1) プロジェクトの実績

- ・投入、活動、成果、プロジェクト目標に関する達成度合い。

(2) プロジェクトの実施プロセス

- ・プロジェクトの活動の進捗はどうか。活動の進捗に影響を及ぼしている外部条件やその他条件はあるか。
- ・プロジェクトのモニタリングや軌道修正は適切に行われているか。特にプロジェクト実施上の課題や意思決定はどのように行われているか。
- ・カウンターパートのオーナーシップは醸成されているか。意思決定プロセスの参加度合の変化はどうか。
- ・カウンターパートと専門家とのコミュニケーションはとれているか。
- ・その他ドナー機関や国内機関とはどのような関係が構築されているか。

(3) 妥当性

- ・本プロジェクトで選択された上位目標・プロジェクトの目標は現時点でのフィジーの保健政策、また我が国の援助方針等に合致しているか。
- ・本プロジェクトの目標はターゲットグループ（地区指導者、看護師）のニーズに合致しているか。

(4) 有効性

- ・プロジェクト目標の達成度合いはどうか。
- ・その成否の阻害・促進要因は何か。

(5) 効率性

- ・各成果の産出度合いはどうだったか。
- ・成果の産出に貢献しなかった投入はなかったか。
- ・成果の産出を阻害した理由は何か。
- ・プロジェクトの生産性、費用対効果を向上させた、または低下させた要因はなんであったか。

(6) インパクト

- ・上位目標の達成予測はどうか。
- ・予期しなかったプラス・マイナスの影響はあるか。またそれをもたらした要因は何か。

(7) 自立発展性

- ・プロジェクト終了後も地域保健看護師対象の現任教育への政策的支援は継続されるか。

- ・プロジェクト実施中に築かれたシステムに則った現任教育が継続していく組織体制、財政的見通しはどうか。
- ・プロジェクトを通じて得られた効果が引き続き発現していくために必要な要因、あるいはその発現を阻害する要因は何か。

1-5-3 情報・データ収集方法

本評価調査では、評価分析のために定性的・定量的データを以下の方法で収集した。

- ・既存資料レビュー（プロジェクトやフィジー政府による報告書・資料等）
- ・アンケート調査（地区看護指導者）
- ・キーインフォーマント・インタビュー（日本人専門家、中東部地方保健局職員、保健省本省職員、ドナー機関）
- ・グループ・インタビュー（中部地方の5地区における地区看護指導者、同地方の4地区における地域保健看護師）
- ・直接観察（フィールド踏査：中部地方の4地区）

なお、インタビューを実施した主要面談者は付属資料3の合同評価レポートAnnex2のとおりである。また、質問票、インタビューの質問事項と回答のまとめは付属資料2を参照。

上記方法で収集されたデータの分析や評価結果の取りまとめは、まず日本側評価調査団が行い、その結果を踏まえた合同評価レポート案を合同調整委員会に提出し、最終合意を得た。

「合同評価レポート」はM/Mに添付され、2008年2月7日にフィジー側と署名・交換した。

1-6 評価調査の制約・限界

本評価調査を実施する際時間的制約あるいはその他の条件が原因で、以下のような制約・限界が生じた。

- (1) 本評価調査団はプロジェクト対象地域である中部地方の5地区すべてを踏査し、地域保健看護師とのインタビューを実施することを計画していた。しかしながら、2008年1月28日にプロジェクト対象地域にハリケーンが直撃したことにより、翌日29日は訪問を予定していたタイレブ地区への訪問ができなかった。翌々日同地区を訪問してみたが、地域保健看護師がインタビュー指定地に到着しておらず、インタビューは不可能であった。
- (2) 本評価調査団は時間的制約から、各地区内のヘルスセンター及び看護ステーションのうち訪問できたのは各地区1施設のみであり、またその施設の中でも一部の地域保健看護師としか面会できなかった。結果として、インタビューで得た情報も限定的なものであると言わざるを得ない。
- (3) PDMバージョン2でプロジェクト目標の達成度合いを測定するために設置された指標の中には、本評価調査では活用できないものが存在した。これは、調査時点では設定された指標に係る情報が入手困難であったことによる。よって本評価調査では評価結果の根拠として、現地調査で行った定性データ（関係者のインタビュー、グループインタビュー、質問票等で得たデータ）を補完的に活用することで対応した。

第2章 プロジェクトの実績

2-1 投入実績

2-1-1 日本側投入

(1) 専門家派遣

本プロジェクトにおいて、終了時評価時までには派遣された長期専門家は合計2名で合計37月/人分が投入された¹。派遣された長期専門家は以下のとおりである。

分野	氏名	派遣期間
チーフアドバイザー/ ヘルス・プロモーション	山田 幸子	2004年6月3日～2007年7月14日
業務調整	大槻 和弘	2005年4月2日～2008年4月1日（予定）

短期専門家においては、終了時評価時までの間に合計10名が派遣され、延べ18.6月/人分が投入された。短期専門家の派遣分野と派遣期間は以下のとおりである。

分野	氏名	派遣期間
地域保健看護師養成	平野 かよ子	2005年4月30日～5月8日
地域保健管理	曾根 智史	2005年4月30日～5月8日
人材育成計画	佐伯 和子	2005年8月8日～8月18日
地域保健情報管理	長井 圭子	2005年9月5日～10月6日
地域保健看護師人材育成	糸数 公	2006年9月2日～9月16日
地域保健看護管理	渡辺 敏一郎	2006年9月19日～11月2日
地域保健師人材育成	柳澤 理子	2007年2月10日～2月17日
地域保健情報管理	熱田 泉	2007年2月24日～3月7日
チーフアドバイザー/ 地域看護	山田 智恵里	2007年7月1日～12月21日 2008年1月6日～3月26日（予定）
保健情報/職場研修	伊藤 尚子	2007年7月1日～2008年3月31日（予定）

出所：プロジェクト事務所、2008年1月

専門家派遣の詳細は付属資料3の合同評価レポートAnnex 4を参照。

(2) 研修実績

本プロジェクト期間中に合計4名のカウンターパートが本邦研修に派遣された。研修コース名と派遣された人数は以下のとおりである。

¹ 内訳として、プロジェクト開始前に、山田幸子チーフアドバイザーが本案件のパイプライン専門家として派遣された期（2004年6月～2005年6月）も含まれている。

研修コース名	派遣された人数
集団研修：「保健衛生管理」	1
集団研修：「保健衛生政策向上セミナー」	2
集団研修：「地域健康教育」	1

出所：プロジェクト事務所、2008年1月

本邦研修に関する詳細は付属資料3の合同評価レポートAnnex 5を参照。

(3) 機材供与

日本側の機材供与の実績は合計F\$98,667.50 (6,457,251円相当²) である。主な供与機材は車両 (1台)、5地区のヘルスセンターや中部地方保健事務所用のコンピューターとプリンター、現任教育の場で活用されるマルチメディア・プロジェクターやデジタルカメラ等があげられる。

なお、2005年度分の機材のうちレワ地区に納入されたコンピューターの周辺機器が盗難被害にあったため、コンピューターとプリンター1台ずつが活用されていなかったが、その他の機材は適切に管理され、運用されている。詳細供与機材リストは付属資料3の合同評価レポートAnnex 6を参照。

(4) 在外事業強化費

2008年1月末時点で、日本側の在外事業強化費として合計F\$161,521 (11,876,060円相当) が、プロジェクトの活動ために投入された。この費用はプロジェクトのナショナル・スタッフの雇用費、プロジェクト作成物の印刷費、ワークショップや研修運営費、専門家の出張費などに使用された。

2-1-2 フィジー側の投入

(1) カウンターパートの配置

終了時評価時のフィジー側のカウンターパートの配置人数は32名である。その内訳は保健省、中東部地方保健局、5地区の医師長、地区看護指導者であり、全員従来業務に従事しながらカウンターパート業務もこなしている。なお、2006年5月からプロジェクト専任のカウンターパートが現任教育調整官として中東部地方保健局に1名配置され、主に地区で行われている現任教育のモニタリングや指導を行っている。

カウンターパート配置リストは付属資料3の合同評価レポートAnnex 7を参照。

(2) 施設の提供

フィジー側は中東部地方保健局内にプロジェクト・オフィスを設置し、専門家用の執務スペースも提供している。プロジェクト・オフィスの家具、電話機や電話線の設置及び電話代 (国内のみ)、電気代、水道代等オフィス運営費用は全額フィジー側が負担して

² 2008年1月のJICAフィジー事務所公定為替レート (F\$1 = 約73.526円計算) を使用。

いる。また、プロジェクト車両の運転手雇人費もフィジー側が負担した。

(3) プロジェクト活動費用負担（コスト・シェアリング）

本プロジェクトでは、プロジェクト終了後の自立発展を見据えて、プロジェクト活動費用の一部をフィジー側が負担するというコスト・シェアリングを取り入れた。コスト・シェアリングの内訳は、研修・ワークショップ開催費、出張費などである。特に5地区での現任教育実施費用はすべてフィジー側の負担であった。フィジー側の上記費用負担割合は、プロジェクト1年目が約25%、2年目と3年目は約50%であった。2008年1月時点で、日本側のローカルコストの費用負担金の合計額がF\$27,125（1,994,393円相当）であるのに対し、フィジー側のローカルコストの費用負担金の合計額はF\$26,219（1,928,670円相当）であった。

フィジー側の費用分担金の詳細は、付属資料3の合同評価レポートAnnex 8を参照。

2-2 活動実績

PDMバージョン2に基づくプロジェクトの各活動の実績は以下の表のとおりである。

<プロジェクトの活動実績>

PDM上の活動	活動実績
成果1：地域保健看護師の能力の基準と機能が定められる。	
1.1 地域保健看護師の能力基準表を作成する。	<ul style="list-style-type: none"> 能力基準表作成のタスクフォースが2005年6月形成され、2007年2月に試作版が作成された。2007年3月から4月にかけて試作版での能力査定が実施され、改訂後、2007年5月に保健省とフィジー看護師協会により同能力基準表が承認された。その後本表はリーフレットとして1,000部作成され、地域保健看護師及び看護指導者に配布された。2007年10月から11月にかけて同能力基準表に従い、地域保健看護師の能力査定が実施され、2008年1月に結果が報告された。
1.2 地域保健看護師の記録フォーマットとハンドブックを作成する。	<ul style="list-style-type: none"> 2006年10月、ハンドブック作成のためのタスクフォースが形成され、短期専門家の協力を得ながら、2007年3月に試作版が完成した。試作版は2007年4月に改訂され、2007年7月に保健省から承認された。1,000部が印刷され、中部地方の全地域保健看護師に配布された。
1.3 情報分析に関するツールを開発する。	<ul style="list-style-type: none"> 2005年9月に短期専門家の派遣に伴い、タスクフォースが形成された。タスクフォースはまず、データサマリーシートとデータ分析フォーマットを作成し、2006年2月にはこれらを月間業務報告に対応させ、フォーマットを完成させた。両フォーマットは、ハンドブックの一部に組み込まれた。
成果2：地区看護指導者の現任教育に関する運営管理能力が向上する。	
2.1 現任教育に関する指導者研修計画を作成する。	<ul style="list-style-type: none"> 2006年、2007年度の指導者研修については、日本人専門家が中心となって計画を立て、計10回の指導者研修（地区看護指導者への研修）を実施したが、2008年度の指導者研修については、中東部地方保健局の地方看護指導監と現任教育調整官が自発的に計画を作成した。

PDM上の活動	活動実績
2.2 地区看護指導者に対する研修を開催する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地区看護指導者研修について、PDM記載に基づいた各種研修は以下のとおり実施された。 ・ 「現任教育の意義と方法」 (2005年8月、2006年8月、2007年2月、2007年8月) ・ 「コミュニケーション技法」 (2007年8月) ・ 「情報管理」 (2005年11月、2006年10月、2007年3月、2007年8月) ・ 「保健計画・モニタリング・評価」 (2005年10月、2007年3月)
2.3 各地区トレーニング委員会が行う、地域保健看護師の現任教育に関する優先分野を明確にし、年間現任教育計画を作成する、活動を支援する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2007年10月から11月にかけて、能力基準表に基づいて地域保健看護師が自己査定及び地区看護指導者からの査定を受けた。その後、地域保健看護師と地区看護指導者の両方で能力についての議論を行うとともに、分析フォーマットを用いて地域の保健ニーズについて分析を行った。2008年度の現任研修計画については、これら分析を基にして各地区で計画された。
成果3：各地区において、地域保健看護師を対象とした現任教育が機能する。	
3.1 地方トレーニング委員会が地区現任教育の運営基準を作成する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「地域保健看護師 現任教育管理ガイドライン (現任教育ガイドライン)」が2007年8月に制定された。ここで、現任教育の定義、現任教育実施者、現任教育活動に必要なフォーマット等が制定された。また、このガイドラインは他地方へも導入された。
3.2 各地区に地区現任教育タスクフォースを設置する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ スバ地区、レワ地区では、地区看護指導者から数名により地区現任教育タスクフォースを設置した。その他の3地区では地区看護師長と地区看護主査がタスクフォースの役割を担っている。
3.3 各地区の現任教育のモニタリングを行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各地区では、通常現任教育のモニタリングは地区月例会議を通じて行われている。
3.4 現任教育に関する教材を作成し、配布する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地区における現任教育の教材として、ハンドブックと「看護指導者のための現任教育マニュアル (現任教育マニュアル)」がプロジェクトにより作成され、地区看護指導者へ配布された。
3.5 地区現任教育タスクフォースが、地域保健看護師に現任教育を定期的実施することを支援する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地区での現任教育は実施されているものの、2006年度、2007年度は各地区での現任教育の回数に2から8の幅があった。2008年度の計画では地区による回数のばらつきは4から7となっている。
3.6 地区現任教育タスクフォースが、地方トレーニング委員会に提出する現任教育の実施報告書作成を支援する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地区レベルでの現任教育実施報告のフォーマットがプロジェクトによって整理されたのは2007年8月のことであるため、2006年度の報告書は確認されていなかった。2007年度実施の現任教育については、2007年11月時点で23 (実施数は27) の報告書が地区より地方トレーニング委員会に提出されている。
3.7 看護指導者が地域保健看護師に対して、現任教育のフォローアップ指導を行うことを支援する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地方看護指導監と現任教育調整官は、2007年度に合計37回の巡回指導に出かけた。巡回指導では、地区看護指導者に対して、スーパービジョンの方法などに関して実地指導を行った。

PDM上の活動	活動実績
成果4：プロジェクトの成果が他地方及び他国に紹介される。	
4.1 現任教育に関する成果報告を定期的に保健省に対して行う。	・保健省に対する定期的なプロジェクト活動の進捗報告は、半年に一度実施した。その他、ワークショップ等終了時にはその報告も実施し、合計17回の報告を行った。
4.2 成果を会議等で発表する。	・合同調整委員会議をはじめ、各種の学会、セミナー等で合計30のプロジェクト活動に関する発表を実施した。例として、国際保健医療学会（2005年10月）、中東部地方保健局年間レビュー会議（2005年12月）、保健省公衆衛生課全国会議（2006年3月）、フィジー看護学校教員研修（2006年7月）などの場においてプロジェクト活動を発表した。
4.3 プロジェクトモデルを広めるために地域、全国、大洋州の関係者を対象としたセミナー・ワークショップを開催する。	・全国セミナーは、2007年12月に実施した。西部・北部の地方保健局に対し、現任教育プログラムの紹介を実施した。 ・大洋州関係者へのワークショップとして、2008年1月にサモア、ソロモン諸島、トンガ、バヌアツからの参加者を招いてプロジェクト活動及び現任教育の紹介を実施した。
4.4 ニュースレターを発行する。	・“Smart Nurse”という名称のプロジェクト・ニュースレターがほぼ毎月発行されており、2007年11月までに13号発行された。

2-3 成果の達成状況

2-3-1 成果1の達成状況

成果1	指標
地域保健看護師の能力の基準と機能が定められる。	1. 2007年11月までに能力基準表が保健省に公認される。 2. 地域看護記録ハンドブックと標準化された記録物が2007年11月までに保健省に公認される。

能力基準表と、地域看護記録ハンドブックと標準化された記録物（ハンドブック）は、いずれも2007年7月に保健省から公認された。能力基準表は、地域保健看護師の基準と機能が正式に定められた国家標準となった。本能力基準表はプロジェクト対象地域である中部で導入されているが、それ以外にも東部で導入されており、西部・北部では保健省を通じて今後全国的に導入される予定である。

2-3-2 成果2の達成状況

成果2	指標
地区指導者の現任教育に関する運営管理能力が向上する。	1. 地方トレーニング委員会の承認を得た現任教育指導者研修の実施回数 2. 指導者研修への参加者の評価 3. 参加者の理解度 4. 指導者研修の参加率 5. 各地区の年間現任教育計画 6. 課題別（情報管理・保健計画）の現任教育計画

成果2は、地区看護指導者が地区での研修の指導者となれるよう、いわゆるトレーナーズ・トレーニングの実施を通じて地区看護指導者の能力向上をめざしたものであり、プロジェクト実施期間中に成果は達成された。以下に、指標に従って成果2の実績を記述する。

地区看護指導者に対する研修は、プロジェクトにより計10回実施された。以下に研修科目と回数を示す。

Competency Standard (能力基準)	3
In-Service Training (現任教育)	2
Health information (保健情報)	2
Handbook introduction (ハンドブック)	2
Refreshing (現任教育管理、能力基準などの再研修)	1

指導者研修への参加者の評価を計るため、評価調査団において研修参加者へ自己記入式質問票を配布した。同質問票において、指標2の指導者研修への参加者の評価は、研修への満足度を「非常に満足」、「ある程度満足」、「それほど満足ではない」、「満足していない」の4段階から選択してもらった。また、同様に参加者の研修への理解度（指標3）についても、「非常に理解した」、「ある程度理解した」、「それほど理解していない」、「全く理解していない」の4段階から選択してもらった。指標4の指導者研修の参加率については、プロジェクトの研修報告書を基に作成した。

以下の表は、指標2から4についてまとめたものである。この表から、地区看護指導者たちのトレーナーズ・トレーニングに対する評価はおおむね高いことがわかる。また、一連の研修への平均参加率は88%であり、常に7割以上の参加がみられたことから、成果2の達成度は高いといえる。

表 2 - 1 指導者研修の参加率・研修への満足度と理解度

研修カテゴリ	研修科目	研修実施日	参加率	研修への満足度	理解度
1. 能力基準	能力基準表作成 I	2005年 6 月、 3 日間	83%	非常に満足： 4	非常に理解した： 4
				ある程度満足： 1	ある程度理解した： 1
				それほど満足ではない： 0	それほど理解していない： 0
				満足していない： 0	全く理解していない： 0
2. 現任教育	現任教育の実施方法	2005年 8 月、 3 日間	83%	非常に満足： 4	非常に理解した： 4
				ある程度満足： 1	ある程度理解した： 1
				それほど満足ではない： 0	それほど理解していない： 0
				満足していない： 0	全く理解していない： 0
3. 保健情報	情報管理 I	2006年11月、 3 日間	95%	非常に満足： 3	非常に理解した： 4
				ある程度満足： 1	ある程度理解した： 1
				それほど満足ではない： 1	それほど理解していない： 0
				満足していない： 0	全く理解していない： 0
4. 能力基準	能力基準表作成 II	2006年 8 月、 1 日間	100%	非常に満足： 4	非常に理解した： 3
				ある程度満足： 2	ある程度理解した： 2
				それほど満足ではない： 0	それほど理解していない： 0
				満足していない： 0	全く理解していない： 0
5. 現任教育	方法	2006年 9 月、 3 日間	100%	非常に満足： 3	非常に理解した： 3
				ある程度満足： 1	ある程度理解した： 1
				それほど満足ではない： 1	それほど理解していない： 0
				満足していない： 0	全く理解していない： 0
6. ハンドブック	ハンドブック作成	2006年10月、 1 日	89%	非常に満足： 4	非常に理解した： 4
				ある程度満足： 3	ある程度理解した： 3
				それほど満足ではない： 0	それほど理解していない： 0
				満足していない： 0	全く理解していない： 0
7. ハンドブック	ハンドブック導入	2006年10月、 1 日	72%	非常に満足： 5	非常に理解した： 6
				ある程度満足： 2	ある程度理解した： 1
				それほど満足ではない： 0	それほど理解していない： 0
				満足していない： 0	全く理解していない： 0
8. 能力基準	能力基準への意識	2007年 2 月、 1 日	94%	非常に満足： 6	非常に理解した： 6
				ある程度満足： 1	ある程度理解した： 1
				それほど満足ではない： 0	それほど理解していない： 0
				満足していない： 0	全く理解していない： 0
9. 保健情報	情報管理 II	2007年 3 月、 1 日	89%	非常に満足： 4	非常に理解した： 3
				ある程度満足： 2	ある程度理解した： 2
				それほど満足ではない： 0	それほど理解していない： 1
				満足していない： 0	全く理解していない： 0
10. 再研修	ハンドブック活用、 能力基準、現任教育 ガイドライン、地区 看護指導者の役割	2007年 8 月、 1 日	71%	非常に満足： 6	非常に理解した： 6
				ある程度満足： 1	ある程度理解した： 1
				それほど満足ではない： 0	それほど理解していない： 0
				満足していない： 0	全く理解していない： 0

出典：“Overview of the Supervisors’ Training in the IST Project”, Nov. 2007, MOH-JICA IST Project for CHN, and the Questionnaire of the Team.

各地区の年間現任教育計画については、2007年度計画について4地区が提出、2008年度計画については、5地区すべてが中東部地方保健局へ提出した。また、2008年度計画については、中部のみならず東部地方の4地区（Lomaiviti地区、Kadavu地区、Lomaloma地区、Lebuka地区）からも現任教育計画の提出がなされるなどの広がりを見せている。中部地方の5地区の2008年度現任教育計画における研修科目については、表2-2のとおりである。

表2-2 中部地方5地区の2008年度現任教育計画における研修科目

スバ地区
1. 予防接種未接種者フォロー・アップの詳細計画
2. 家族計画（再研修）
3. 糖尿病管理の下肢ケア
4. 母乳育児のためのカウンセリングとフォローアップ
レワ地区
1. データの管理・分析
2. 事故と救急心肺蘇生法
3. カウンセリング手法
4. モニタリングと評価手法
5. 医療危機管理
セルア・ナモン地区
1. 包括的小児疾患マネジメント
2. 経静脈注射治療
3. 赤ちゃんにやさしい病院
4. 非感染性疾患
5. 予防接種拡大計画
6. 性感染症/HIV/10代の妊娠
7. プロポーザル作成方法
ナイタシリ地区
1. コンピュータ基礎/データ収集・分析・活動計画
2. 月例報告とデータ分析
3. 事故と救急
4. 感染コントロール
5. 予防接種拡大計画/家族計画
6. 糖尿病
タイレブ地区
1. HIV/AIDS、B型肝炎カウンセリング
2. 品質保証/危機管理
3. 一次眼科ケア
4. 産科救急/心肺蘇生法/経静脈注射

出典：“Annual Plan of IST Activities in 2008”, Over review of the activities and progress for the terminal evaluation: documents and information, 14 Dec, 2007, MOH-JICA IST Project for CHN

指標6の課題別（情報管理・保健計画）の現任教育についても、地区看護指導者は2007年8月に研修を受けたあと、9月から10月にわたって各地区において地域保健看護師を対象に研修を実施した。

2-3-3 成果3の達成状況

成果3	指標
各地区において、地域保健看護師を対象とした現任教育が機能する。	1. 現任教育の実施が明記された地区年間保健計画 2. 現任教育の実施回数と参加者又は参加率 3. 現任教育の地区による実施支援回数 4. 現任教育の各地区指導者による実施報告書の数 5. 地区現任教育タスクフォース会議の回数 6. 現任教育用配布教材の種類、数量

成果3は、成果2において現任教育運営能力が向上した地区看護指導者が、各地区で地域保健看護師に対する現任教育を実施することをめざしたものである。中部地方の全5地区において地域保健看護師を対象にした現任教育が開始したのは2006年度からであるが、地区の2006年度保健計画書の中には現任教育実施は確認されていない。2007年になってスバ地区とタイレブ地区では、地区の年間保健計画に現任教育の実施が明記されるようになった（指標1）。

指標2については、各地区で2006年度、2007年度に実施された現任教育の科目と参加者数を以下の表2-3にまとめた。2006年度は各地区によって実施回数は年間2回から7回と大きな違いがあったが、2007年度は年間4回から8回と実施回数の地域差が少し縮まっている。参加者数については、2006年度から2007年度にかけて、スバ地区で大きな伸びがみられた。また、現任教育の内容についても、2006年度は性感染症、糖尿病、救急医療などの各種保健課題に係る科目が多いが、2007年度はこれら保健課題に加えて業務管理関係の科目が適度に配置された現任教育の実施がなされていることがわかる。

表2-3 地区レベルの地域保健看護師現任教育科目と参加者数（2006年度、2007年度）

2006年度現任教育			2007年度現任教育	
スバ地区：地域保健看護指数71人				
	研修科目	参加数	研修科目	参加数
1	品質管理	37	保健増進	23
2	データ管理	35	母乳育児のカウンセリングとフォローアップ	60
3	HIV/AIDS カウンセリング	33	糖尿病管理の下肢ケア	60
4	地区診断	25	家族計画	60
5	質の高い高齢者ケア	29	予防未接種のフォローアップとマッピング	60
6	危機管理	24		
レワ地区：地域保健看護指数 41				
	研修科目	参加数	研修科目	参加数
1	Communication/Budget Proposal	25	思春期保健	24
2	保健情報、月間業務報告、地区診断	22	予防接種拡大計画	25
3	糖尿病	22	保健増進—地域診断	27
4	事故と救急医療	25	能力基準への認識	15
5	包括的小児疾患マネジメント	17	能力基準表とハンドブック	16
6	リプロダクティブ・ヘルス	33		
7	肥満低換気症候群と質の高い患者ケア	25		

セルア・ナモシ地区：地域保健看護指数 21				
	研修科目	参加数	研修科目	参加数
1	危機管理とデータ分析	14	感染症管理	18
2	災害管理と予防接種拡大計画	13	事故と救急医療	18
3	メンタル・ヘルスとリウマチ性心疾患	14	安全な母性	12
4			予防接種拡大計画	16
5			能力基準表とハンドブック	18
6			ビレッジ・ヘルス・ワーカーへの研修法	10
7			人材マネジメント	18
8			家族計画	15
ナイタシリ地区：地域保健看護指数 18				
	研修科目	参加数	研修科目	参加数
1	データ入力の詳細化とデータ分析	14	能力基準表とハンドブック	14
2	看護師の現任教育とは	19	メンタル・ヘルス	14
3			予防接種拡大計画	10
4			プロポーザル作成法	14
5			非感染症疾患と産科合併症マネジメント	17
タイレブ地区：地域保健看護指数 15				
	研修科目	参加数	研修科目	参加数
1	コンピュータ基礎	10	現任教育とは	13
2	データ管理	11	ハンドブック	14
3	家族計画	13	能力基準表	10
4	現任教育とは	12	事故／トリアージ	18
5	現任教育とは	15		
6	現任教育とは	14		

Source : "Annual Training Report in 2006, 2007", Over review of the activities and progress for the terminal evaluation: documents and information, 14 Dec 2007, MOH-JICA IST Project for CHN

指標3の現任教育の地区による実施支援回数については、移動手段（車両）の不足、人材不足、時間的制約等のためにモニタリング活動不足であることが中間評価時点で指摘されていた。地区看護師長は1年に4回は管轄している各ヘルスセンター及び看護ステーションを巡回指導することが義務付けられており、プロジェクト作成の現任教育マニュアルでも地区看護指導者の地域保健看護師へのモニタリングの必要性を明記しているが、終了時評価時点でも実際の巡回指導回数はそれを下回っていることが判明した。しかしながら、2007年度は中東部地方保健局の地方看護指導監と現任教育調整官の地区への支援体制が強化され、年間で合計37回のヘルスセンター・看護ステーションへの巡回指導に出かけた。これら2人が巡回指導する際には地区の看護指導者も同行している。表2-4は上記2人による各地区への巡回指導回数である。

表 2 - 4 2007年度中東部地方保健局によるヘルスセンター・看護ステーションへの
巡回指導回数

地区名	スバ	レワ	セルア・ナモシ	ナイタシリ	タイレブ	合計
巡回指導回数	11	7	6	7	6	37

Source : “Follow-up Consultation to CHN and the SD supervisors by the Central Division, Over review of the activities and progress for the terminal evaluation: documents and information, 14 Dec 2007” MOH-JICA IST Project for CHN

現任教育における各種定義やフォーマットが整理されたのが2007年8月のことであったため、指標4の現任教育の各地区指導者による実施報告書の数については、2007年度実施分から報告されるようになった。2007年度に実施された研修報告書は、2008年1月現在で23が提出されている。表2-5は、地区別の現任教育報告書数をその実施数とともに表したものである。

表 2 - 5 2007年度現任教育報告書数

地区名	スバ	レワ	セルア・ナモシ	ナイタシリ	タイレブ	合計
報告書数	1	5	8	5	4	23
現任教育実施回数	5	5	8	5	4	27

Source : “Training and Workshop Reporting Format” Over review of the activities and progress for the terminal evaluation: documents and information, 14 Dec 2007, MOH-JICA IST Project for CHN

地区レベルでの現任教育実施の責任者は、地区看護師長と地区看護主査と呼ばれる職位にある。スバ地区とレワ地区では、これら職位の人員が多数存在するため、地区看護師長と数人の地区看護主査により現任教育タスクフォースが形成されているが、他地区では人員が限られているため、これら職位の人員全員が現任教育を担っている。指標5である地区現任教育タスクフォース会議の回数については、地区レベルでは月例会議を通じて現任教育について議論している。

また、指標6の現任教育用配布教材の種類、数量について、中間評価以前は、地区の看護指導者のオーナーシップとイニシアティブを拡大するために、研修用の配布材料や教材もプロジェクト側では新たに作成せず、地区からの要望があった場合のみ既存の資料を提供する等の対応を行っていた。しかしながら、中間評価以降、現任教育の体制づくりに必要な教材の配布の必要性が強まったことから、表2-6のとおり教材の配布を行った。

表 2 - 6 現任教育用教材と配布数

	1. 能力基準表	2. ハンドブック	3. 研修教材集	4. 現任教育マニュアル
準備数	1,000	1,000	40	150
配布数	240	250	38	130

Source : Over review of the activities and progress for the terminal evaluation: documents and information, 14 Dec 2007, MOH-JICA IST Project for CHN

以上のとおり、地区レベルでの現任教育実施体制が整い、地区看護指導者が中心となって地域保健看護師への現任教育を実施している。

2-3-4 成果4の達成状況

成果4	指 標
プロジェクトの成果が他地方及び他国に紹介される。	1. 保健省への報告書数 2. 会議等での発表数 3. セミナー／ワークショップの開催数、参加者数 4. ニュースレターの配布部数

成果4は、プロジェクトの成果をフィジー全土、大洋州へ紹介することをめざしたものである。地域保健看護師を現任教育する体制をつくり、実施を通して地域保健看護師の更なる能力向上をめざした本プロジェクトの試みはフィジーにおいて新たなものであったと同時に、大洋州の他国にとってもユニークな取り組みであったといえる。以下の指標の結果が示すとおり、本プロジェクトの取り組みはフィジー保健省、大洋州の他国にも認知されるものとなった。

指標1の保健省への報告書数としては、プロジェクトは終了時評価時点で17種の報告書を提出している。半年ごとの進捗報告書をはじめ、その他研修・ワークショップの実施報告書などである。

また、本プロジェクトは会議等を利用して積極的にプロジェクト活動の紹介を行った。(指標2) フィジーにおける各種会議に出席し発表を行ったほか、日本でも発表するなど、精力的にプロジェクト活動紹介を実施した。終了時評価時点では計30回の発表を実施していた。

また、本プロジェクトはその活動と成果を全国並びに大洋州へも紹介するため、全国セミナー、国際ワークショップを実施した。(指標3) 全国セミナーは2007年12月に実施し、西部・北部の関係者を招いた。他の会議との重複のため参加者数は予定の41名に比して11名と少なかったものの、プロジェクトが実施したアンケートによれば参加者の評価はおおむね高かった。国際ワークショップは、2008年1月にサモア、ソロモン諸島、トンガ、バヌアツからの関係者を招いて実施された。参加者はフィジーでの本プロジェクトの取り組みに大いに興味を示し、地域保健看護師の現任教育の必要性を認識した。

また、プロジェクトは活動を定期的に関係者に知らせるために、“Smart Nurse”というニュースレターを発行している。(指標4) このニュースレターはほぼ毎月発行され、合計発行部数は2007年11月までに5,170部に上っている。

第3章 プロジェクト実施プロセス

本プロジェクトの活動はおおむね計画どおり施行され、成果をあげた。しかしながら、プロジェクト実施プロセス、特に現任教育の体制をつくる段階で活動進捗に遅れがみられたことが指摘される。この章では、プロジェクト実施プロセスの検証を行う。

3-1 プロジェクト・デザインと投入計画

本プロジェクトのデザインは、地域保健看護師への現任教育体制を構築し、それに則って地域保健看護師の業務管理能力を強化させるというものである。

本評価団では、本プロジェクトデザイン及び実施段階を以下のように理解した。

- ・第1段階：中東部地方保健局が、プロジェクトを通じて地域保健看護師の現任教育体制を構築するとともに、地区レベルの看護指導者（地区看護師長と地区看護主査）を研修する。
- ・第2段階：地区レベルの看護指導者は、各地区において地域保健看護師を研修し、中東部地方保健局はプロジェクトを通じてこれを支援する。

プロジェクトがいうところの「現任教育」とは、上記第2段階の部分である。しかしながら、プロジェクトとして直接介入を実施するのは第1段階の部分であり、この点がフィジー側がプロジェクト・デザインを理解することにおいて混乱した点であった。

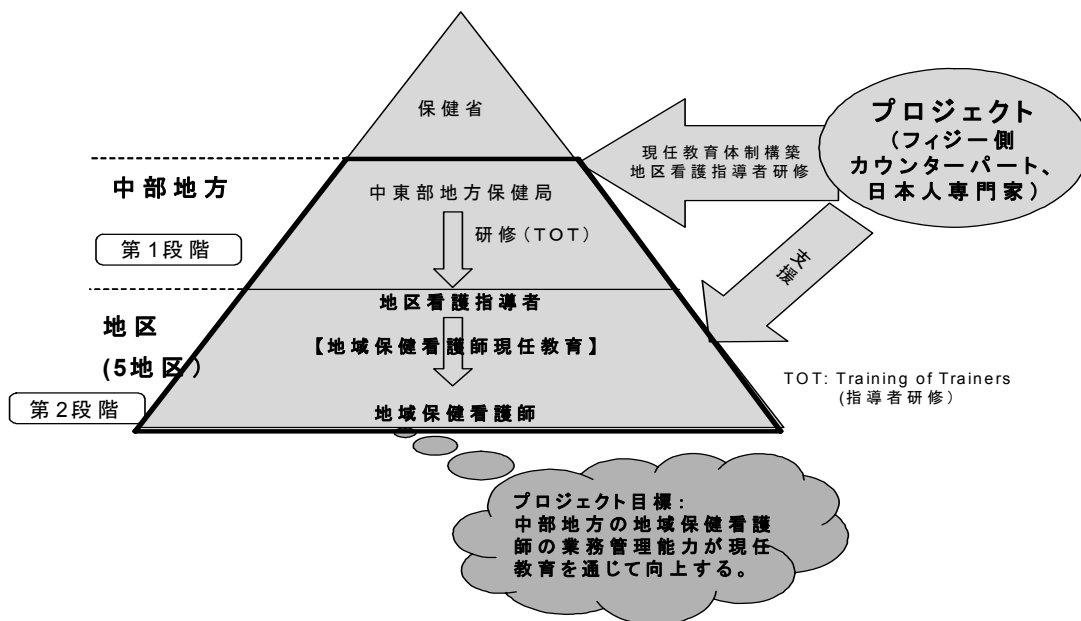


図3-1 プロジェクトのデザイン

本プロジェクトの目標は、中部地方の地域保健看護師の業務管理能力が現任教育を通じて向上するということであるが、中間評価報告書によれば、プロジェクト開始後のフィジー側の理解として、地域看護師の現任教育体制が構築されればプロジェクト目標が達成できるというものもあったという。本プロジェクトのデザインは最終的にフィジー側及び他ドナーからの評価が高かったものの、プロジェクト開始時には関係者によるプロジェクト・デザインへの共通理解、すな

わち、現任教育体制を構築し、それを通じて地域保健看護師の能力向上を図るという2段階構成への理解が得られ難かったようである。

なお、中間評価調査以降は、活動の優先順位と責任者を確認し、全体の流れとめざす方向を明確に説明することで、フィジー側の現状理解と意欲が増し、目標達成に向けての体制ができ、その結果が、最終的にフィジー側、他のドナーからの高い評価につながっていると考えられる。

3-2 プロジェクト実施

プロジェクト実施において関係者が留意した点は、現任教育体制構築に向けてフィジー側のオーナーシップを確保することであった。この間に参加型・協議型のプロジェクト実施を重視した結果、フィジー側のオーナーシップは高まり、体制構築後は地区レベルでの現任教育がスムーズに行われた。

しかしながら、現任教育体制構築に長時間を要したことにより、全体のプロジェクト活動に大きな遅れを来すことにもなった。当初の予定では、体制構築は1年で完了する予定になっていたが、結局2年以上の時間がかかった。能力基準表が保健省によって公認されたことを体制構築の完了とみなしているが、これは実に2007年5月のことであった。

中間評価時に、現任教育体制構築に時間がかかりすぎれば最終的にプロジェクト目標達成が困難になることが危惧され、中間評価後に日本人専門家の追加投入が検討された。その結果、2007年7月にはチーフ・アドバイザーに加え、もう一人プロジェクト専任の専門家派遣（保健情報）が実現した。

また、プロジェクト実施期間中、プロジェクトでは管理できない事態が何件か発生したことも、全体的なプロジェクト進捗に影響を与えた。2006年4月に麻疹の大流行が発生したこと、同年12月に発生したクーデターにより日本人専門家が退避したことにより、それぞれ約2か月間活動が停滞した。さらに、2006年、2007年に一度ずつ職員のストライキが起り、それぞれ2週間、3週間活動が停滞した。

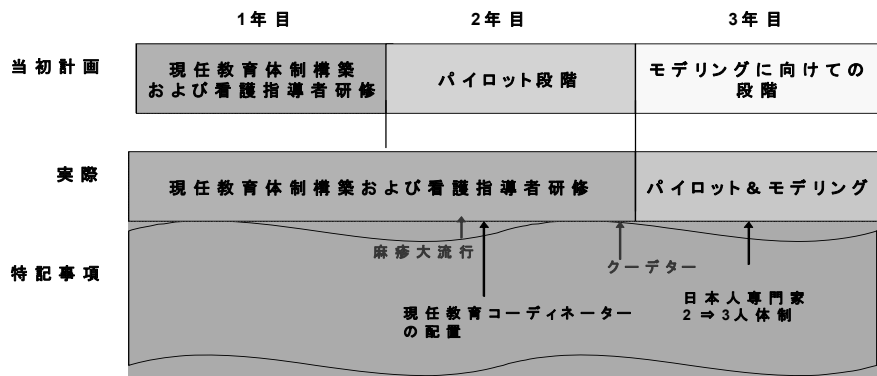


図3-2 プロジェクト進捗図（当初計画と実際の比較、プロジェクト進捗に影響を及ぼした特記事項）

3-3 プロジェクトの進捗モニタリング

本プロジェクト進捗のモニタリングは、中東部地方保健局、スバ地区の看護指導者代表の数名、そして日本人専門家によって構成されているプロジェクト定例会メンバーによって行われて

いる。この定例会を通じてプロジェクトの計画内容や実施方法に関する主な事項が協議・決定される。プロジェクト定例会の進行はプロジェクト開始当初は日本人専門家によるものであったが、2007年には、進行はフィジー側により行われていた。

また、本プロジェクトは主要な活動ごとにフィジー側と日本側代表者によるタスクフォースを設置し作業を進める形式を取っていることから、フィジー側によるプロジェクトの活動や戦略に係る意思決定プロセスへの参加度合いは高かった。

3-4 保健省本省や他ドナーとの連携・調整

中間評価時点では、プロジェクトと保健省本省との連携が十分に構築されてないことが指摘されていたが、終了時評価時点では保健省はプロジェクトの目標や活動内容を十分理解しており、また保健省本省とプロジェクトとのコミュニケーションも密になったことがプロジェクト関係者へのインタビューで明らかになった。

保健省本省はプロジェクトの中部地方での活動を高く評価しており、地域保健看護師現任教育の全国展開を見据えている。したがって、本プロジェクトが実施した全国セミナー、国際ワークショップにも本省として積極的な関わりをみせていた。

プロジェクトと保健省本省との連携は主に、半年に一度開催される合同調整委員会会議を通じて行われた。同会議は保健省次官とJICAフィジー事務所の所長が共同で議長を務め、プロジェクト関係者全員が参加し、活動進捗状況のモニタリングや問題点について議論した。加えて、プロジェクトのチーフ・アドバイザーは、保健省内部のプロジェクトに関連する部署（公衆衛生課、看護薬剤課など）や、他ドナーとの連携も強化し、これら関係者のプロジェクトへの理解が増す結果となった。特に、AusAIDはフィジー保健セクター強化プログラム（Fiji Health Sector Improvement Program : FHSIP）³を実施しており、その一環として情報管理システムの改革も進めている。この情報管理システム改革において、地域保健看護師が行っている月間業務報告のフォーマットが改訂されることが決まっており、本プロジェクト活動にも影響を及ぼすことから、プロジェクトはAusAIDとも常に情報交換を行っていた。特に、月間業務報告フォーマット改訂においては、プロジェクト成果品であるハンドブックの内容も新フォーマットに統合する必要があるため、終了時評価時点で本プロジェクトのチーフ・アドバイザーとFHSIP担当者間で密に協議がなされていた。

³ 2003年から2008年までの5年間のプログラムで、年間500万オーストラリアドルを支援している。

第4章 評価結果

4-1 妥当性

本プロジェクトのプロジェクト目標及び上位目標は、フィジーの保健政策、日本の開発援助政策に合致したものであり、ターゲットグループのニーズも高いものであった。したがって、本プロジェクト実施の妥当性は高いと判断される。

(1) フィジー政府の保健政策との整合性

2005年に発表されたフィジー国政府保健戦略計画（2005-2008、Ministry of Health Strategic Plan）では、国家にとって重要な中期的保健目標を5つ設定している。そのうちの一つに「質の高い保健医療サービスの提供を拡大するために、コミットメントが高く技術的にも熟練したスタッフの育成と定着」を促すことが含まれている。すなわち、保健省にとって人材開発は最重要課題の一つである。また、当該戦略計画は人材開発に係る保健目標を達成するために、保健医療従事者の研修機会を拡大させることに焦点を当てている。この政策は「フィジー国政府保健戦略計画2007-2011」でも引き続き重点項目の一つとして明記されている。本プロジェクトは、このような保健医療スタッフの人材開発に資することから、フィジー政府の保健政策との整合性も高い。

(2) 日本の開発援助政策との整合性

日本は2003年に開催された「太平洋・島サミット」において採択された開発戦略文書の中で5つの重点項目を発表しているが、保健はその中の一つにあげられている（他の4つは安全保障、環境、教育、経済成長）。また、2006年5月に開催された同サミットの第4回でも、日本は経済成長、持続可能な開発、良い統治、安全確保、人と人との交流を重点支援分野として宣言しており、保健は「持続可能な開発」の中に位置づけられている。したがって、「中部地方において地域保健看護師の行う地域保健活動の質が改善される」ことを上位目標としている本プロジェクトは、日本の開発援助政策とも合致している。

(3) ターゲットグループとの合致

本プロジェクトの目標及びその実施手段は、ターゲットグループである5地区の看護指導者と地域保健看護師のニーズに合致している。本プロジェクトが開始する以前は、地域保健看護師を対象とした研修機会は少なく、かつ特定テーマ（母子保健、麻疹等）ごとに各地区1～2名程度に限定して派遣される場合が多かった。これに対して地域保健看護師は、保健省本省によって推進されている垂直的プログラム（感染症、母子保健、保健プロモーション等）と連携しつつ、担当地域の多様な保健情報を収集分析しながら各地域のニーズに見合った保健医療サービスを提供することが求められている。これらの現状を踏まえ、本プロジェクトは初めて地域保健看護師に日常業務に係る技術と知識を包括的かつ体系的に学ぶ機会を提供し、地域保健看護師の能力向上に寄与しようというものであった。このプロジェクト目標と実施手段は現場レベルの地域保健看護師にもよく認識されており、またすべての地域保健看護師から現任教育を体系的・継続的に実施する必要性が聞かれた。したがって、地域保健看護師の業務管理能力の強化のための現任教育へのターゲットグループからのニーズは高い。

4-2 有効性

プロジェクト目標	指標
中部地方において地域保健看護師の業務管理能力が現任教育を通して向上する。	1. 地域保健看護師の業務管理能力の変化 2. 各地区及び地域保健看護師が作成した年間報告書 3. 地域保健看護師の作成したプロジェクト計画書の数

プロジェクト目標がおおむね達成できたと判断されることから、本プロジェクトの有効性は高いといえる。地域保健看護師の業務管理能力を調査したところ、改善がみられていることが報告されており、プロジェクトによって中部地方の地域保健看護師の業務管理能力が向上したと判断される。

地域保健看護師の業務管理能力の変化について、①プロジェクトが実施した調査と②評価調査団員である国立保健医療科学院平野氏による2種類の調査が行われた。以下がそれぞれの調査の結果である（調査結果の詳細は、付属資料3の合同評価レポートAnnex 9を参照）。

(1) プロジェクトが実施した調査「地域保健看護師の管理能力の変化」

2007年5月に保健省により公認された能力基準表に従い、この中の15の能力基準すべてにおいて、地域保健看護師が自己採点（5から①までの整数採点。5が最も良いスコア、1が最も良くないスコア）したもの、看護指導者が地域保健看護師を同様に採点したものを、2007年3月時点と、同年11月時点で比較したところ、ほとんどすべての項目において、自己採点、指導者による採点の両方とも点数が向上していた。特に、管理、コミュニケーション、批判的思考と分析の3つの能力において飛躍的な向上がみられた。

(2) 国立保健医療科学院平野氏による調査「キャパシティ・ビルディングのための、フィジー地域保健看護師の実務能力の変化」

地域保健看護師に必要な能力のうち6項目（地域マネジメント、知識と技術、緊急管理、マネジメントの質、地域保健看護師としてのキャリアアップ（professional development）、コミュニケーションについて、それぞれの能力の自己査定と看護指導者からみた査定を、2006年5月と2007年10月で比較した。査定のための選択肢には非常に優れている、とても良い、良い、ある程度良い、悪いを設定し、この中で非常に優れている、とても良い、良い、の割合を比較したところ、自己査定、指導者の査定ともに、2007年10月の調査のほうが上回っていることが判明した。

また、これら2種類の調査結果は、評価調査団による地域保健看護師たちと地区看護指導者たちへのインタビューによっても裏付けられた。特に、地域保健看護師へのインタビューにおいては、プロジェクトにより現任教育体制が構築され実施されたことによって、自己の能力向上を実感し、業務への自信につながっているとの回答を多数得た。具体的な意見としては以下のようなものがあげられた。

- ・地域保健看護師は、能力基準表に従って自己の能力を客観的に査定することによって弱点を認識することができた。

- ・ハンドブック導入によって月例報告書への記載もれがなくなり、期日までに提出できるようになった。さらに、プロジェクトが始まる前までは、自分が収集した月間保健データは上司に提出すればそれで終わりだと思っていたが、今では一部ではあるが自分でデータを分析できるようになった。
- ・データ分析が自分でできるようになったことで、担当地域住民への保健教育活動の項目・デザイン・計画などが根拠に基づいたものになった。

以上のように、プロジェクト実施によって地域保健看護師の能力向上がみられたと判断された。しかしながら一方、プロジェクト目標達成を確実なものにするために、今後も一層の強化が図られるべき項目についても以下のとおりインタビューから判明した。

- ・新任の地区看護指導者が赴任した場合、現任教育に係る業務がしばしば中断されることが指摘された。これは、地区看護指導者の役割を認識し、実行に移すまでに時間がかかっていることが原因であると地域保健看護師たちは考えている。現任教育に関する指導者のための実際的な詳細実施手順を現任教育マニュアルに追記すれば、新任指導者の手引きとなるのではないか。
- ・地区看護指導者による地域保健看護師に対するモニタリングとスーパービジョン回数が依然として少ない。プロジェクト開始による大きな改善点として、2007年には年1回とはいえスーパービジョンのためにヘルスセンターや看護ステーションを訪問するようになったことが指摘された。2006年以前は、モニタリングとスーパービジョンのためにヘルスセンターや看護ステーションを訪問することがなかったことを考えると、大きな進歩を感じる地域保健看護師が多かった。しかしながらこの回数は十分ではなく、特に地区の中で遠隔地に位置するヘルスセンターや看護ステーションへの訪問回数は年1回程度であることから、回数の増加が望まれている。
- ・地区看護指導者によるスーパービジョンの質についても、地域保健看護師はまだ不十分であると感じている。インタビュー対象の地域保健看護師によれば、地区看護指導者が地域保健看護師を訪問することは、地域保健看護師にとって1対1で相談できる大きな機会であると認識しているが、現時点ではまだ十分なアドバイスをもらえないなどの意見も出た。
- ・地域保健看護師は、月間業務報告に記載するデータをさらに利用する必要がある。評価調査団がフィールドに赴き観察したところによれば、データ利用がまだ不十分な点が見受けられた。また、地区看護指導者への質問票によっても、有効回答7のうち地域保健看護師による自身の活動のためのデータ活用が十分であるとの回答はわずか1であった（ある程度活用している：4、あまり活用していない：2）。

プロジェクト目標の達成度合いを測る指標は、終了時評価調査時点において3項目設定されていたが、調査団は指標②の「各地区及び地域保健看護師が作成した年間報告書」及び指標③の「地域保健看護師の作成したプロジェクト計画書の数」に関してのデータが入手できなかった。その理由は以下のとおりである。

②は年間報告を行っている地区は存在するものの統一した報告書フォームはなく、また地方保健局への提出義務がないため、データの整備が必要とされていたが、終了時評価までにそれが整備されなかった。プロジェクト及び調査団は地区からの直接データ収集も試みたが、2007年度

の報告書の提出期限は2008年3月であるため、終了時評価時点でのデータ収集は不可能であった。

③に関しても同様に、データ整備が必要であった指標といえる。地域保健看護師がプロジェクト計画書を作成すれば予算が付けられるという保健省のプログラムが導入されたのは2007年時点では5地区のうち3地区であり、またその提出期限が2月から3月ということで、終了時評価時点では本指標のデータは確認できなかった。

4-3 効率性

すべての投入が成果達成のために無駄なく使われ、その結果成果が達成されたことから、本プロジェクトの効率性は高かったと判断される。効率性を高めた要因として以下があげられる。

- ・日本人専門家、機材は必要な投入のみ行われた。
- ・フィジー側との活動経費の分担を積極的に進めてきたことにより、プロジェクト運営資金確保と資金の適宜支出が可能であった。
- ・フィジー側が、プロジェクトのために最適なカウンターパートの配置を行った。特に、プロジェクトからのアドバイスに応じて、保健省が地域保健看護師現任教育調整官のポストを新設し、2006年5月に本調整官がプロジェクトの専任カウンターパートとなったことで、地区レベルの現任教育がスムーズに行われた。
- ・2007年7月より、日本人看護専門家が1名から2名体制になった。1名はチーフ・アドバイザーとしてプロジェクト・マネジメントと保健省本省や中東部地方保健局との調整業務に専念し、もう1名は地区レベルでの現任教育実施体制の強化に専念することにより、プロジェクト実施をさらにスムーズにした。

中間評価時点ではプロジェクト進捗の遅れが指摘されたが、中間評価での提言に沿う形で日本側・フィジー側双方が努力を重ね、終了時評価時点では結果として効率性の高いプロジェクトと判断されるに至った。

ただし、本プロジェクトは外部条件に左右された。

第3章「3-2」にも記したとおり、2006年の麻疹大流行とクーデター発生、2006年と2007年にそれぞれ一度ずつ起こったストライキにより、合計約5か月の活動停滞を強いられることとなった。

4-4 インパクト

上位目標	指標
中部地方において地域保健看護師の行う地域保健活動の質が改善される。	中部地方における住民の地域保健サービスに対する満足度

プロジェクト目標である中部地方の地域保健看護師の業務管理能力向上が達成できたため、上位目標達成の可能性も高いと考えられる。

ただし、終了時評価調査時点においては、上位目標達成見込みの判断基準となる指標に係るデータを入手することはできなかった。中間評価報告書において「住民の満足度に関する指標は、ベースラインとなるような調査がプロジェクト開始時に実施されなかったため、指標自体を見直す必要がある。」と記されているが、その後見直されてはならず指標収集もされていないため、

本指標の使用は今後も困難である。

上位目標の達成見込みを判断するにあたり、本評価調査団では看護指導者へのアンケート調査・グループインタビュー、さらに地域保健看護師とのグループインタビューによって得た結果を参考にした。地区看護指導者を対象とした当該調査の中では、地域保健看護師により地域保健活動を改善するためにどの要素が重要かをあげてもらったところ、以下8つの事項があげられた。①地域保健看護師の人数を増加させる、②地域保健看護師の看護に係る知識・技術を向上させる、③ヘルスセンターや看護ステーションでの保健情報の量と質を上げる、④地域保健看護師の役割と責任を明確化する、⑤保健施設や機材を充実させる、⑥モニタリングと評価のシステムを強化する、⑦ヘルスセンターの運営予算を拡大する、⑧地域保健看護師の給与を増額する。次に、地域保健看護師にこれら8つの事項を必須と思われる順に並べてもらったところ、ほとんどの回答者が⑦ヘルスセンターの運営予算を拡大する（レワ地区・セルア・ナモシ地区で1位）、⑤保健施設や機材を充実させる（レワ地区・セルア・ナモシ地区・ナイタシリ地区で2位）、⑧地域保健看護師の給与を増額する（スバ地区・レワ地区・セルア・ナモシ地区で3位）、ことが重要であると考えており、PDMで設定された外部条件である「地域保健看護師の労働条件が悪化しない」という点に頼るものが多い。また同時に、⑥モニタリングと評価のシステムを強化する、すなわち、地区看護指導者によるモニタリング・評価の強化を求めていることもわかる（スバ地区で1位、セルア・ナモシ地区・ナイタシリ地区で4位）。

この調査の結果、本プロジェクトの目標である「中部地方において地域保健看護師の業務管理能力が現任教育を通じて向上する」ことは確かに上位目標である「中部地方において地域保健看護師の行う地域保健活動の質が改善される」ことに貢献するが、それ以外にも外部条件であるヘルスセンターへの十分な予算措置や、施設・機材の拡充、そしてモニタリング・評価システムの強化も重要であることが明らかになった。

本プロジェクトからもたらされる正の波及効果として、終了時評価時点で以下のことが確認できた。

- ・保健省は、現行の看護師教育カリキュラムの中で現任教育について紹介したいという意向を持っている。また、現任教育は、地域保健看護師のみならず病院で勤務している看護師にも取り入れるべきとの認識を持っている。
- ・現任教育を通じて地域保健看護師間、そして地域保健看護師と地区看護指導者の間のコミュニケーションと協調関係が強化された。具体的な例としては、例えばスバ地区では、現任教育の内容を研修に参加できなかった地域保健看護師に、月例会議を利用して教える習慣が生まれた。また、レワ地区では、今まで地域保健看護師一人によって行われてきたアウトリーチ活動をチームで行うことが地区によって承認された。地域保健看護師一人でのアウトリーチ活動は、地域保健看護師にとって負担が大きいものであった。現任教育を通じて地域保健看護師同士がこの問題について話し合い、協力して地区にチーム編成を働きかけ、これが承認されたものである。

終了時評価調査時点において、本プロジェクトによる負の波及効果は確認されなかった。

4-5 自立発展性

本プロジェクトの自立発展性は、フィジーでは人材育成が政策の中で優先順位が高いこと、中東部地方保健局に地域保健看護師の現任教育実施体制が整ったことなどから、高いと判断される。以下に、政策面、制度・組織面、財政面、技術面から、本プロジェクトの自立発展性についての詳細を記述する。

(1) 政策面からみた自立発展性

政策面でのプロジェクト自立発展性は高い。なぜなら、保健省による保健医療従事者の人材開発に対するコミットメントが高いからである。保健省は特に地域保健看護師を、保健分野の人材の半分以上の役割を担うものとしてその重要性を認識しており、現任教育の体制を構築し実施を進めた本プロジェクトを高く評価している。これらのことから保健省は、本プロジェクトを全国展開させたい構えである。現任教育が全国的に展開されるようになれば、地域保健看護師の能力の標準化が進み、フィジーの高い職員異動率という現状にも対応できる。今後の課題は、地域保健看護師の現任教育体制と実施を全国的に行いたいという意向をもっている保健省が、具体的にどのような手段で全国展開していくのかという点である。この点は終了時評価時点でもまだ明らかになっておらず、プロジェクトからのアドバイスと協力を得たいとのことである。

(2) 制度・組織面からみた自立発展性

中東部地方保健局においては、地域保健看護師の現任教育体制が確立されたため、今後とも継続して現任教育が実施されることが大いに期待される。特に、中東部地方保健局自身で2008年度の地区看護指導者研修計画を作成するなど、プロジェクト終了後を見越して自立発展への足がかりとなる活動を実行している例が終了時評価時点で確認された。また、中東部地方保健局は保健省の現任教育全国展開にも積極的に協力する意向を示しており、制度・組織面での自立発展性は高い。

しかしながら、自立発展性に大きな影響を与える要因が、終了時評価時点で未解決のままであった。それは、現任教育調整官の人事院からの正式承認がまだ得られていないことである。現在このポストは、保健省からは正式に承認されており、保健省自身も人事院へポストを申請しているが、人事院からの承認はまだ得られていない。保健省・中東部地方保健局ともに現任教育調整官の正式なポスト承認が今後の現任教育継続の鍵になることを十分自覚しているため、今後も申請を続ける意向である。

(3) 財政面からみた自立発展性

中東部地方保健局のトレーニング委員会が保健省本省から独自の研修予算を得たのは2006年度が初めてであり、F\$15,000が地方保健局管轄の研修及び各地区で開催された研修の費用として交付された。本プロジェクトの対象地区での現任教育プログラムも、この予算より財政支援を受けている。2007年度も同額の予算を獲得した。しかし、2008年度はこの額がF\$10,000に減額されている。ただし、中東部地方保健局によれば、研修実施可能な予算として他にもヘルス・プロモーション・ファンド（総額F\$100,000）や、AusAIDからのパブリック・ヘルス・ファンド（総額F\$130万）などが使用可能であることから、保健省からの研修

予算減額は地域保健看護師の現任教育実施に影響しないとの考えであった。

(4) 技術面からみた自立発展性

地域保健看護師の現任教育を計画・運営するのは地区看護指導者であり、プロジェクトによって計画・運営能力が向上したこれらの指導者たちの技術面での自立発展性は高いといえる。また、これらの地区看護指導者を統括する中東部地方保健局の看護指導監及び現任教育調整官の計画・運営・評価技術もプロジェクトにより向上し、自立発展性も高いと判断される。

ただし、地区看護指導者の人事異動率は依然として高く、新任の指導者の赴任と同時に現任教育が中断されることが関係者とのインタビューで指摘されていることから、新任指導者に対する現任教育オリエンテーションやガイダンスの充実が求められる。また、地区看護指導者のモニタリング・スーパービジョン能力の更なる向上も求められている。これらのことから中東部地方保健局としては、技術面での自立発展性を確保するために、新任指導者へのガイダンス手法、モニタリング・スーパービジョン手法を、プロジェクトを通じてさらに強化する必要がある。また、中部地方5地区のうち、良い取り組みを行っている例などを他地区に紹介する場を設けることも考えられる。

技術面のうち、特に保健情報データ収集に関して、現在AusAIDがFHSIPにおいて、保健情報システムを改定している。この一環で地域保健看護師の月間業務報告フォーマットも改訂されることが決まっており、新しいフォーマットが2008年6月に導入される予定である。本プロジェクトは、現行の月間業務報告フォーマットに沿って記入方法を指導したハンドブックを作成し、それが地域保健看護師に広く受け入れられ活用されていることから、月間業務報告フォーマットの改訂に伴うハンドブック使用への混乱を最小限にとどめる努力が必要である。

第5章 結論・提言・教訓

5-1 結論

「中部地方において地域保健看護師の業務管理能力が現任教育を通じて向上する」とした、本プロジェクトの目標は、おおむね達成された。

本プロジェクトの活動により、地域保健看護師が修得すべき能力や現任教育の手法の標準化がなされ、現任教育のシステムが新たに構築されるとともに、地区看護指導者の指導方法も向上した。これらに基づく現任教育が、中部地方のヘルスセンター、看護ステーションで開始され、既に地域保健看護師の業務管理能力が向上していることが、複数の調査で確認されている（有効性）。

活動の過程では、システム構築に時間を要し、また、クーデター等の政情不安等による業務停滞により、当初計画に比して進捗が遅れがみられた時期もあったが、専門家や機材の効率的な投入、フィジー側との活動経費の分担、フィジー側カウンターパートの適切な配置により、予定された成果を達成することができた（効率性）。

フィジーを含む大洋州域内国を形成する島々においては、地域保健看護師が地域保健医療サービスの最前線で勤務しており、その能力向上と海外流出防止が保健医療政策の最重要課題に位置づけられている。しかしながら、本プロジェクト以前の能力向上策は、保健省等が主催する研修に数名の地域保健看護師が参加する卒業教育のみであり、上記課題に十分対応している状況になかったと考えられる。現任教育は、地区の地域看護師全員を対象にして、日常業務に係る技術と知識を包括的かつ体系的に研修するシステムであり、彼（女）等に中長期にわたって習得すべき能力を提示し、かつ、研修機会を提供することにより、能力と意欲の向上を図るものであり、本プロジェクトの妥当性は非常に高い。このことは、WHO主催の大洋州人材ワークショップや、本プロジェクトの活動をフィジー他地域及び大洋州域内国へ紹介するワークショップで、本活動が出席者から支持されたことから裏付けられている（妥当性）。

本プロジェクトでは、フィジーの保健人材で最優先である地域保健看護師という一職種において業務管理能力という一職責に焦点を当てたが、プロジェクトが構築した現任教育システムはすべての保健人材のすべての職責の向上に適用可能なものである。一方、既にフィジー国立看護学校が、本プロジェクトの成果である業務管理能力の研修コースと同校が実施する教育訓練との連携の検討を開始しており、本プロジェクトの成果がフィジーの保健人材全体の能力向上にインパクトを生じつつあると考えられる（インパクト）。

現時点で、現任教育の実施体制が構築され、同体制に基づいた現任教育が、既にフィジー側により実施されていることから、本プロジェクトの自立発展性は高いといえる。ただし、2008年6月に予定されている、月間業務報告書の全面改訂においては、本プロジェクト作成のハンドブックに盛り込まれた「地域保健看護師によるデータ分析」が、新月間業務報告書でも活用できるように関係機関と調整する必要がある。また、現任教育調整官のポストがいまだ人事院より常設ポストとして承認されていないことが、最大の懸念事項と考えられる（自立発展性）。

5-2 提言

本プロジェクトの成果をより確実にし、かつ定着させるためには、地区看護指導者（特に新任の指導者）の更なる能力向上と、現任教育の運営管理を専任で行う現任教育調整官ポストの定

数化が必要である。

上記に対しては、ボランティア派遣、課題別研修、フォローアップ協力による、地区看護指導者及び現任教育調整官の能力向上に対するJICAの追加支援が期待される。

さらに、JICAの大洋州に対する保健医療協力全体の視点からは、プログラムアプローチの強化が必要と考えられる。現在、フィジーでは、本プロジェクトによる看護師現任教育のほかに、予防接種率向上（ワクチン管理とコールドチェーン）、フィラリアの制圧（機材供与）、成人病対策（栄養政策の策定）の3つのプロジェクトが並行して実施されているが、これらの現場での実施者はいずれも地域保健看護師となっている。今後の大洋州地域の保健医療プログラムでは、現任教育を共通の基盤にして、感染症、慢性疾患等の対策を実施するプログラムも検討に価すると考えられる。

5-3 教訓

本プロジェクトは、3年間に2名の長期の専門家（チーフ・アドバイザーと業務調整員）を派遣するという、比較的規模の小さいプロジェクトといえるが、このような規模のプロジェクトは、プロジェクトのデザインがシンプル（投入・活動・成果・目標の因果関係が単純で不確定要素が少ない）で、既に類似案件の実施経験があるなど、対応が容易な課題に限定すべきである。特に、本プロジェクトのように、新たなシステムの構築が含まれる案件では、技術分野で複数名の長期専門家の派遣は必須と考えられる。本案件では、現任教育システム構築に時間を要したため、現任教育の実施の時間が不足することとなり、急遽、短期専門家を増員して対応することとなった。

また、期間3年という短期プロジェクトの場合、その初期段階で進捗に問題が認められれば、早期に中間評価を実施し、対策の検討とその迅速な実施が必要である。本プロジェクトでは、システム構築に当初計画以上に時間を要していたが、中間評価は通常どおりの開始1年半後に実施され、早期の追加投入には至らなかった。

PDMの評価指標は、先方現体制では取ることが可能なデータを設定すべきである。プロジェクトが独自に設定した指標の場合、データ収集にコストがかかり、末端の保健医療従事者への負担が高まることが懸念されるうえ、そのデータの客観性の担保にも注意が必要となる。本案件の場合は、プロジェクト目標の3つの評価指標のうち、2つについて、終了時評価までにデータが整備されず、残りの1つの指標について、プロジェクトと評価団員がそれぞれ実施した調査の結果に基づき、評価を実施することとなった。

相手機関に、JICAの技術協力プロジェクトに直接関与した経験を有するスタッフが少ない場合は、当地の主要ドナーであるAusAIDとの違いを、事前に理解させることが重要である。AusAIDがコンサルタント主導の代行サービスとしての技術支援形態であるのに対して、JICAの技術協力プロジェクトはフィジー側との協働が前提であるため、様々な投入・活動を要求されたフィジー側が、それを派遣された専門家の独自の考えに基づくものと誤解し、現場がぎくしゃくする恐れがある。本プロジェクトでも開始当初、JICAプロジェクトから保健省への説明が繰り返されたが、共通理解の形成に想定を大幅に上回る時間を要した。

第6章 調査所感

6-1 地域保健看護の観点から

(1) 日本とフィジーの地域保健活動

日本とフィジーの地域保健をめぐる社会情勢としては両国共に地方分権が推進され、地域保健医療サービス提供施設（フィジー：ヘルスセンター、日本：保健所、保健センターを指す）において地域特性に応じた事業を展開することが求められている。また、主な健康問題は生活習慣に由来する非感染性疾患となり、看護職には患者に処置や健康教育を行うとともに、地域の人々の生活状況や生活環境に関する情報を総合的に収集し、それらを根拠とした事業を企画・実施し地域の健康状態を改善することが期待されるのも両国同様である。

地域保健医療サービス提供施設の看護職は、両国ともに公的な身分であることは共通するが、日本の保健所・保健センターには地域保健活動を主業務とする保健師が配置されている。保健師は看護師とは別の国家資格を持ち、医療機関の臨床看護へ配属されることはほとんどない。一方、フィジーには保健師という国家資格はなく、ヘルスセンターには看護師が配置され、臨床看護への異動もなされている。しかし、看護学校に卒業教育として公衆衛生看護コースが設置されており、このコースを修了している看護師のヘルスセンターへの配属は多い。

(2) フィジーにおける地域看護現任教育プロジェクトの意義

両国の地域保健医療サービス提供施設の看護職の役割・機能にこのような違いはあるが、地方分権と生活習慣病による健康問題の増加に対応する事業を展開するマネジメント機能は共通し、これまでの日本の地域保健看護の経験と技術が本プロジェクトを通してフィジーに移転されることが期待された。プロジェクトの主目的はヘルスセンターの看護職の企画立案力とヘルスセンターの予防機能の強化であり、これらを管理的な立場にある地区看護指導者の人材育成力量の向上を通して進められた。保健医療従事者の人材育成はフィジーのみならず昨今のWHOのテーマであり、グローバルな課題でもある。本プロジェクトがフィジーを人材育成の拠点とし大洋州へ波及させることは多いに期待されることである。また、この波及方法は日本においても都道府県保健師の力量を市町村保健師へ波及させる方法として大変参考となるものであり、意義深い取り組みであろう。

(3) 地域看護師のマネジメント力量の変化

本プロジェクトの実施にあわせ、本調査団員である平野氏が、厚生労働省の国際医療協力研究委託事業の一環として、地域保健看護に従事する看護師の実践力量について調査を行った。この調査はフィジーにおいて設定された地域保健看護師の能力基準を基に6領域（地域管理、知識・技術、健康危機管理、サービスの質管理、専門性の向上、コミュニケーション）の実践力量を調査したが、一般の地域保健看護師に関しては健康危機管理を除く5領域において力量の向上が示され統計的にも意義あるものであった。地区看護指導者の母数は20数名であり得られたデータは10例と少なく統計的処理は行っていないが、6領域全般のマネジメント力の向上がうかがわれた。これらの変化は現任教育プロジェクトの介入の効果を示すものと解釈される。

(4) 今後のフィジーに期待すること

調査を通してヘルスセンター・看護ステーションの看護師の実践を目の当たりにする機会も得た。フィジーの看護師は、住民の健康問題への関心を住民同士が高めるダイナミックスを醸成しようとする態度と技術を十分に持ち合わせていた。また、日本の保健師より検査や処置に関して幅広い権限が与えられ、住民のニーズに合わせて専門的な技術を主体的に発揮する場面が多々見受けられた。このような経験と調査結果から、プロジェクトが立ち上げた現任教育がシステムとしてフィジーに定着していけば、これからのフィジーの地域保健看護師はますます力量を向上させると考えられる。システムとしての現任教育が機能する姿は、一つは地区レベルにおいて、ヘルスセンター・看護ステーションの看護師が情報を共有し合うミーティングが定着し、看護専門職としての技術の課題等や地域の健康問題について協議し、現任教育計画が年間を通して実施されることである。二つ目としては地方レベルで地区の看護指導者が話し合える場を確保し、ニーズに応じた研修会等が開催されることである。三つ目としては地方レベルに配置された現任教育調整官が地区を巡回し、地区看護指導者の支援とスーパービジョンを恒常的に行うことである。言い換えるならば、地区レベルと地方レベルそれぞれに看護師による「協議の場」が確保され、両レベルが「日常的に連動する仕組み」が維持されることである。この姿、この体制が維持発展されることを期待したい。

しかし、国の財政的な問題等で、今後現任教育調整官を含む現任教育体制の維持は難しいことも予測される。このような状況において、フィジーの地域保健看護師は現任教育の体制として何を残し発展させたいのかについて自主的に協議し、現任教育調整官が看護師の力量向上に不可欠なものであるとするならば、既存の看護師組合等の組織を活用して現任教育調整官に相当人材を確保するなど、看護師間で自ら解決する方法を見出すことも期待したい。今後は現任教育に限らず看護師に起こる諸問題に対して現任教育プロジェクトで培った力量を看護師が発揮することを期待したい。

6-2 保健人材育成、保健システムの観点から

(1) 現任教育制度のモデル化・パッケージ化

一般に、保健医療従事者に求められる知識・技能あるいは現任研修の科目は、①公衆衛生・予防分野、②臨床・治療分野、③業務管理分野—の3種に大別される。これらの3種の大分類の中に、さらに個別のトピックや課題⁴がある。本プロジェクトは、地域保健看護師の業務管理能力を強化するための現任教育システムの基礎を設計・構築そして運営して、一定の成果を上げた。この成果を踏まえて、現行の地域保健看護師の現任教育システムに業務管理分野に加えて、さらに公衆衛生・予防分野と臨床・治療分野を含めた地域保健看護師のための包括的な現任教育システムに発展させることが望ましい。その上で、モデル化されたパッケージを、フィジー全土へ展開することが本来望ましい。モデル化は、JICAフィジー事務所の関心事の一つでもある周辺の島嶼国へ普及を行う際は、特に必要な段階と捉えるべきである。

⁴ Akiba T, Aiga H, Oikawa M, Goto N, *et al* (2005) A unique trial of human resource development in the health area: Development and introduction of a health in-service training system in Ghana. *Technology and Development*. 18: 40-51.

(2) 保健人材政策への寄与

フィジーは、国家保健戦略2005-2008にて「質の高い保健サービスを提供するには意欲に富み高質な技術を身に付けた保健人材の開発と定着」を、保健省の5つの戦略目標の一つとしてあげている。これは、保健人材の質と量の確保の重要性を端的に表している。本プロジェクトは、この保健人材の質と量の確保という両方の課題の解決に資するものである。

本プロジェクトは地域保健看護師の保健サービスの質の向上を業務管理能力の強化を通してめざしたものであり、地域保健看護師という保健人材の質の向上に直接寄与している。本プロジェクトで開発した現任教育システムを他のすべての保健医療従事者の職種・職能⁵に適用することにより、当該国の包括的な現任研修制度を確立できる。同制度が各職能・職位の職務経験年数に応じた現任研修機会やキャリアパスを提示することにより、保健医療従事者は各自の職業的な将来像や長期的目標を設定することが可能となる。これにより、保健医療従事者が高給を求めて安易にオーストラリア等へ頭脳流出するケースを抑制し、フィジー国内に保健医療従事者が定着することを促すものとなるであろう。このように、本プロジェクトが保健人材の量的な確保にも間接的ではあるものの貢献すると思われる。

現任教育システムにおいて各保健医療従事者の現任研修の参加記録を分析することにより、現任研修の機会の均等化にも貢献できる。現任研修の機会均等化は、当該国の国民がどこであっても一定の質が確保された公的保健サービスを楽しむことができるようするうえで、保健省にとって重要な課題⁶である。フィジー保健省が、これらの現任研修の重要性を強く意識して、本プロジェクトの成果を今後発展させていくことに期待したい。

(3) 保健情報システムとの関連

現在、AusAIDがフィジーの保健管理情報システムの簡素化に取り組んでいる。ヘルスセンターや看護ステーション等の末端でのデータ収集のための月例記入様式である月間業務報告書フォームの改訂版が全国に導入されることが、2008年6月に予定されている。

本プロジェクトで開発したハンドブックは、現行月間業務報告書様式に基づく地域保健看護師自身によるデータ記入法・分析法・利用法のガイダンスがわかりやすく解説されており、極めて実践的なツールとして普及しつつある。よって、同ハンドブックを新月間業務報告書様式の導入にあわせて改訂していくことが必要である。あるいは、新たな保健管理情報システムの地域保健看護師向けの手引き・指針に、同ハンドブックで示した特にデータ分析法・利用法の部分を組み入れていくよう、AusAIDに働きかけていくことが必要である。

このような段階を経て、自ら収集したデータを自ら分析し日常業務の改善に活用する習慣が地域保健看護師達の中により確実に定着する。このような勤務形態と勤務姿勢が、地方分権化が進捗中のフィジーでは求められていると想定される。すなわち、収集したデータは、単に中央の保健省本省へ提出するだけでなく、末端の保健施設や地域行政機関・議会にて保

⁵ 保健医療従事者は、①保健医療技術系（医師、看護師、保健師、助産師、臨床検査技師、薬剤師等）②事務系（保健行政官、会計官、病院事務一般等）、③非保健医療技術系（電気系統エンジニア等）、④サポート系（警備員、運転手等）の4種に大別される。

Aiga H. (2006) Reasons for participation in and need for continuing professional education among the health workers in Ghana. *Health Policy*. 77 (3) : 290-303.

⁶ Aiga H, Banta JE. (2003) Emerging crisis of Continuing Professional Education: Becoming dead letter between external pressure and personal incentive? *Int J Health Plan Manage*. 18 (3) : 267-271.

健セクターへの予算編成を事実に基づく（Evidence-based）方法で進める際にも、分析・活用していくべきである。本プロジェクトの成果を、保健情報システムや地方分権化に資する形で展開していく意義を強調したい。

付 属 資 料

1. 評価グリッド
2. 質問票・インタビューの回答まとめ
3. 協議議事録・合同評価レポート

1. 評価グリッド

評価項目	評価説明		必要データ	資料レビュー	事前資料	ピクエント (インタビュー・フォーカスグループ)	カ (インタビュー・フォーカスグループ)	ピ (インタビュー・フォーカスグループ)	地 (インタビュー・フォーカスグループ)	地 (インタビュー・フォーカスグループ)	そ (インタビュー・フォーカスグループ)
	大項目	小項目									
1. プロジェクトの実績	プロジェクト目標の達成度合い	プロジェクト目標の達成度合いは、 プロジェクト目標の達成を阻害する要因はあるか。	(指標) 地域保健看護師の業務管理能力の変化 (指標) 各地区及び地域保健看護師が作成した年間報告書数 (指標) 地域保健看護師の作成したプロジェクト計画書の数 阻害要因とプロジェクトの対応方法	X	X	X	X	X	X	X	X
		成果1は計画どおり産出されているか。 (地域保健看護師の能力の基準と機能が定められる。)	(指標) 能力基準表が2007年11月までに保健省に公認されたか 能力基準表の使用状況 (指標) 地域保健看護師記録ハンドブックと標準化された記録物が2007年11月までに保健省に公認されたか 年間業務報告記録フォーマット・情報分析フォーマットなどの地域保健看護師による使用状況 その他指標に現れない達成度 (指標) 地方トレーニング委員会の承認を得た現任教員研修の実施回数 (指標) 指導者研修への参加者の評価 (指標) 参加者の理解度(テスト、インタビューなど) (指標) 指導者研修の参加率 (指標) 各地区の年間現任教員計画(地方トレーニング委員会への提出) (指標) 課題別(情報管理・保健計画)の現任教員計画 その他指標に現れない達成度	X	X	X	X	X	X	X	X
	成果2は計画どおり産出されているか。 (地区指導者の現任教員に関する運営管理能力が向上する。)	(指標) 現任教員の実施が明記された地区別年間計画 (指標) 現任教員の実施回数と参加者数または参加率 (指標) 現任教員の地区による実施支援回数 (指標) 現任教員の各地区指導者による実施報告書の数 (指標) 地区現任教員タスクフォース会議の実施回数 (指標) 現任教員用配布教材の種類と数 その他指標に現れない達成度 (指標) 保健省への報告書数(JCC、NEC Meeting等) (指標) 会議等での発表数 (指標) セミナー・ワークショップの開催数(参加者数(対象地域内外)) (指標) ニュースレターの配布回数 その他指標に現れない達成度	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	成果3は計画どおり産出されているか。 (各地区において、地域保健看護師を対象とした現任教員が機能する。)	(指標) 現任教員の実施が明記された地区別年間計画 (指標) 現任教員の実施回数と参加者数または参加率 (指標) 現任教員の地区による実施支援回数 (指標) 現任教員の各地区指導者による実施報告書の数 (指標) 地区現任教員タスクフォース会議の実施回数 (指標) 現任教員用配布教材の種類と数 その他指標に現れない達成度 (指標) 保健省への報告書数(JCC、NEC Meeting等) (指標) 会議等での発表数 (指標) セミナー・ワークショップの開催数(参加者数(対象地域内外)) (指標) ニュースレターの配布回数 その他指標に現れない達成度	X	X	X	X	X	X	X	X	X
成果産出の度合い	成果4は計画どおり産出されているか。 (プロジェクトの成果が他地方および他国に紹介される。)	(指標) 現任教員の実施が明記された地区別年間計画 (指標) 現任教員の実施回数と参加者数または参加率 (指標) 現任教員の地区による実施支援回数 (指標) 現任教員の各地区指導者による実施報告書の数 (指標) 地区現任教員タスクフォース会議の実施回数 (指標) 現任教員用配布教材の種類と数 その他指標に現れない達成度 (指標) 保健省への報告書数(JCC、NEC Meeting等) (指標) 会議等での発表数 (指標) セミナー・ワークショップの開催数(参加者数(対象地域内外)) (指標) ニュースレターの配布回数 その他指標に現れない達成度	X	X	X	X	X	X	X	X	

評価項目	評価説明		必要なデータ	資料レビュー	事前資料	EPC（日本人専門家） 専門家インタビュー	カウ ンター パート インタビュー	EPC（専門家） 専門家インタビュー	地域（専門家） 専門家インタビュー	地域（専門家） 専門家インタビュー	その他 専門家 インタビュー
	大項目	小項目									
	活動の実績	活動の進捗状況は、 問題発生時にとられた対策は、	プロジェクト進捗状況やその進捗に影響を与えた問題、外部条件はあったか 問題解決の仕組みはどうであったか。またその仕組みは有効であったか。	X		X	X				
	投入の実績	投入の実績は、	プロジェクトに必要な人員（カウンターパートの配置） プロジェクト実施に必要な経費と資材 * 訓練施設、日本人専門家執務室等の提供 日本側 * 専門家派遣 * 研修員受入 * 供与機材 * 現地コスト負担	X		X	X				
2. プロジェクト の実施 プロセス	プロジェクトのマネジメント体制	モニタリングの実施状況は、	プロジェクトのモニタリングの仕組みはどのようなものか プロジェクト実施において、PDM、POIはどのように活用されたか	X		X	X				
	技術移転の方法	専門家とカウンターパートとの関係性はどうか。	専門家の技術移転の方法は主にどのようなものであったか カウンターパートをはじめとする関係者とのコミュニケーションはどうだったか	X		X	X				
	カウンターパートの参加度合い	相手国実施機関のオーナーシップは醸成されているか。	意思決定プロセスにおけるカウンターパートの関わり方はどのようなものであったか、変化はあったか 当初、参加型、協働型アプローチをとってきたプロジェクト実施方法に変化はあったか	X		X	X				
	その他関係者の参加度合い	他のステークホルダーへのプロジェクトへの関わり方はどうか。	ターゲットグループの関わり方はどのようなものだったか 関係者との連携、調整はどのように行ったか 関係者による新COMRシステムの更新に際し、プロジェクトとの情報共有ははか られたか プロジェクト成果の他地方への展開において、関係者はどのように機能したか その他関連機関の関わり方はどのようなものだったか	X		X	X	X	X	X	X
					X		X	X			

評価項目	評価説明		必要データ	資料レビュー	事前資料	ピクエーション (専門家・インテリジェント)	カインター (専門家・インテリジェント)	ピクエーション (専門家・インテリジェント)	地域保健看護師 (地域保健看護師)	その他の タビ ユ	
	大項目	小項目									
3. 妥当性	プロジェクトを実施する必要性	対象地域・社会のニーズに合致しているか。	中部地方において地域保健看護師の業務管理能力が現任教育を通して向上することだが、どのように地域・社会のニーズに合致しているか プロジェクトの活動は、地区指導者（地区医師長、地区地域看護師長、地域看護主任）のニーズと合致したか プロジェクトの活動は、地域保健看護師のニーズと合致したか フィジーの保健政策・戦略における地域看護師の現任教育の位置づけ フィジー国別援助計画、JICA事業実施方針	X	X	X	X	X	X	X	
		優先度									フィジーの開発政策との整合性はあるか。
		手段としての適切性									プロジェクト目標・アウトプットの選択・ターゲットグループの選定は妥当であったか。
4. 有効性	プロジェクト目標の達成度合い	その他	周辺環境の変化はあったか。	X	X	X	X	X	X	X	
		(1. プロジェクトの実績を参照)									
		看護指導監による現任教育モニタリング状況	看護現任教育のモニタリングはどのように実施され、モニタリング結果は次の計画に結びついているか (Plan-Do-Seeのサイクルは回転しているか) 看護指導監から地域保健看護師へのフィードバック・メカニズムはあり、機能しているか								
5. 効率性	アウトプットとプロジェクト目標との因果関係	アウトプットはプロジェクト目標達成のために十分であったか。	外部条件と因果関係から確認される計画の論理性はあるか	X	X	X	X	X	X	X	
		外部条件の影響	プロジェクト目標達成に貢献した他ドナー及び政府によるプロジェクト・施策等があったか								
		アウトプットの産出度合いは適切か。	アウトプットからプロジェクト目標にいたるまでのPDM記載以外の外部条件の存在は確認されたか、あればどのように影響したか								
5. 効率性	アウトプットの産出	アウトプットの産出を阻害した要因はあるか。	「アウトプットの実績」の調査結果 阻害要因と対処方法	X	X	X	X	X	X	X	
		アウトプットを産出するために十分な活動であったか。	「活動実績」と「アウトプット実績」より判断								
		アウトプットを産出するために十分に投入であったか。	「投入実績」と「アウトプット実績」より判断								
5. 効率性	因果関係	活動からアウトプットにいたるまでの外部条件の影響はあったか。	人事院が定める15の能力基準は変化しなかったか 大規模なアウトブレイクは発生しなかったか 情勢は悪化しなかったか 地域保健看護師の異動・退職率は変化しなかったか 指導者を通して看護師の能力強化を行う方法は効果的であったか その他活動からアウトプットにいたるまでの外部条件の存在の有無とその影響	X	X	X	X	X	X	X	
		活動を実施するために過不足内量・質の投入がタイミンがよく実施されたか。	専門家派遣(人数、タイミング、分野) 供与機材(種類、機種、数、タイミング)の適正度 研修員受入(タイミング、人数、研修内容) プロジェクト運営費(量、タイミング) 活用されなかった投入の有無 カウンセラーの配置(人数、タイミング、分野) コストシェアリングによるプロジェクト運営費(量、タイミング) 提供された施設設備の適正度(規模、タイミング、質)								

評価項目	評価説明		必要データ	資料レビュー	事前資料	ピクエーション・インテグレーション	カウパート	ピクエーション・インテグレーション	カウパート	その他の関係者
	大項目	小項目								
6. インパクト	上位目標達成の見込み	プロジェクト終了後3年～5年までに、上位目標の達成は見込めるか。	中部地方における住民の地域保健サービスに対する満足度は向上する見込みはあるか。	X			X	X	X	X
		上位目標の達成を阻害する要因はあるか。	社会経済的要因、社会的文化的要因、等で、中部地区において地域保健看護師の行う地域保健活動の向上を阻害するものは考えられるか。	X			X	X	X	X
	因果関係	上位目標とプロジェクト目標は乖離していないか。	上位目標のロジックは現状から考えて、プロジェクト目標から乖離するものではないか。	X						
	波及効果	プロジェクト目標から上位目標にいたるまでの外部条件の影響はあるか。	地域保健看護師の労働条件はプロジェクト開始時と比べ、悪化していないか プロジェクト対象地域の地域保健看護師、地域指導者および他の機関や他地域への波及効果はあったか				X	X	X	X
7. 自立発展性	政策・制度面	想定されていないかかったプラスの影響はあるか。	プロジェクト対象地域の地域保健看護師、地域指導者および他の機関や他地域への負の影響はあったか				X	X	X	X
		想定されていないかかったマイナスの影響はあるか。	法律・制度・基準等政策的側面、ジェンダー・人権・貧富等社会・文化的側面、技術面、対象社会・プロジェクト関係者・受益者などへの負の影響はあったか				X	X	X	X
	組織面	政策的支援は協力終了後も継続するか。関連規制、法制度は整備されているか、またその予定か。	フィンランドの地域保健及び地域保健看護師の現任教員に関する政策の動向。 既存の保健政策上の地域保健看護師の現任教員の位置づけ、看護師現任教員の今後の必要性、全国的に制度化するなどの方向性はどうか	X			X	X	X	X
		地方看護師の現任教員の推進力となっている組織が協力終了後も継続的に推進できるか。	保健局と各地区の現任教員の現場をつなぐ、現任教員コーディネーター職位の定員配置はなされたか 地方トレーニング委員会による地区トレーニング委員会の設置基準は設定されたか				X	X	X	X
財政面	経常費を含む予算の確保は行われているか。	中東部保健局が現任教員を進めていく上での必要な組織的条件(職員数、マンパワー、その他制度的措置等)は充分か	X			X	X	X	X	
	プロジェクト実施により将来の予算が揃える可能性はどの程度あるか。予算確保のための対策は充分か。	現任教員に配分される予算が地区保健予算に占める割合はどうか 今後の現任教員の予算確保の見通しはどうか	X			X	X	X	X	
技術面	移転した技術の定着と普及の仕組みはあるか。	看護地区指導監の定着率(もしくは異動・退職率)はどうか	看護地区指導監の定着率(もしくは異動・退職率)はどうか	X		X	X	X	X	
		地域保健看護師の定着率(もしくは異動・退職率)はどうか	地域保健看護師の定着率(もしくは異動・退職率)はどうか	X		X	X	X	X	
			中東部地方保健局及び保健省のカウンターパートの定着率(もしくは異動・退職率)はどうか	X		X	X	X	X	
			プロジェクトより地区指導監に移転された技術は定着するか	X		X	X	X	X	
			地区看護指導者に対する研修は今後誰がどう実施するか	X		X	X	X	X	
			地区看護指導者に移転された技術の定着率はどうか	X		X	X	X	X	

2. 質問票・インタビューの回答まとめ

Project for In-service Training of Community Health Nurses Questionnaire for Terminal Evaluation (For Supervisors in Sub-Divisions) Jan 2008

This is a questionnaire for the Terminal Evaluation of the "**Project for In-service Training of Community Health Nurses**," that is being implemented from March 2005 - February 2008. The questionnaire is designed in accordance with JICA evaluation methodology which is regularly applied to evaluate JICA funded technical cooperation projects. Data gathered through this questionnaire will be dealt as CONFIDENTIAL and sent for analysis by an external consultant hired by JICA. Although aggregated and analyzed data will be presented to the public, EACH answer sheet of the questionnaire will NOT APPEAR in PUBLIC.

An EVALUATION MISSION will visit Fiji during **22 Jan. – 8 Feb. 2008** to conduct further interviews to obtain your views/opinions. Nevertheless, this is an opportunity for you to reflect your INDIVIDUAL OPINION. Thus, we would appreciate it very much if you will fill out the questionnaire, REFLECTING YOUR FRANK OPINIONS/THOUGHTS. The questionnaire may be filled in digitally or manually.

The due date for the questionnaire is **Friday, 18 January 2008.**

When completed, it would be much appreciated if you could send it via:

- 1) E-mail (digital version) directly to the consultant
(Ms. Yoshiko Akiyama, Email: **akiyama@ssc-tokyo.co.jp**); or,
- 2) Send a hard copy to the Japanese member, IST Project.

Instructions: Kindly start with filling in your name, position/designation and sub-division. For multiple choice questions, please select ONE answer (check the box) for each question, UNLESS otherwise instructed. For open-ended questions, kindly elaborate your reasons/comments. Please note that in this Questionnaire, this ***Project for In-service Training of Community Health Nurses*** will be referred to simply as ***"the Project."***

Name:
Position/Designation:
Sub-Division:
Year/Month of experience in this position:
Contact number / Email address:

Section I: The following questions refer to the Project's relevance to the needs of the community health nurses and the existing context of your sub-division.

1	Were the project purpose, outputs, and activities in line with the needs of you and community health nurses (CHNs) in your sub-division (SD)?	<input type="checkbox"/> 4. Very much <input type="checkbox"/> 3. To a fair extent <input type="checkbox"/> 2. Not so much <input type="checkbox"/> 1. Not at all
2	Are there any other international organizations, bilateral agencies, NGOs aside from JICA/Japanese Government that is supporting you enhance the in-service training program for the CHNs in your SD?	<input type="checkbox"/> 2. Yes If Yes, please list which organizations below: <input type="checkbox"/> 1. No

Section II: The following section refers to the Project's effectiveness.

3	Do you think that the Project's objective, " Management skills and competence of community health nurses are reinforced through in-service training in Central Division " has been achieved?	<input type="checkbox"/> 4. Very much <input type="checkbox"/> 3. To a fair extent <input type="checkbox"/> 2. Not so much <input type="checkbox"/> 1. Not at all
4	Please elaborate your reasons for your answer in the above question 3.	
5	How much has the Project succeeded in improving the in-service training programs for community health nurses within your sub-division?	<input type="checkbox"/> 4. Very much <input type="checkbox"/> 3. To a fair extent <input type="checkbox"/> 2. Not so much <input type="checkbox"/> 1. Not at all
6	Have you observed any changes in the level of performance among the community health nurses in your sub-division since the start of the Project to now (March 2005 ~ January 2008)?	<input type="checkbox"/> 4. Very much <input type="checkbox"/> 3. To a fair extent <input type="checkbox"/> 2. Not so much <input type="checkbox"/> 1. Not at all
7	If you answered "4 Very much or 3 To a fair extent" in above question 6, what were the specific changes you observed?	

8	According to your supervision, how is the situation of utilization of the analysis format by the community health nurses?	<input type="checkbox"/> 4. Usage high <input type="checkbox"/> 3. To a fair extent <input type="checkbox"/> 2. Not so much <input type="checkbox"/> 1. Not at all
9	If you answered 1 or 2 in the above question (8), what are the reasons for not using the analysis format by the CHNs so much?	
10	How often do you visit for supervision to the farthest nursing station?	<input type="checkbox"/> 4. Monthly <input type="checkbox"/> 3. Quarterly <input type="checkbox"/> 2. Biannually <input type="checkbox"/> 1. Annually
11	Do you do feed-back your advice to the community health nurses based on the results of the CMR?	<input type="checkbox"/> 4. Very often <input type="checkbox"/> 3. To a fair extent <input type="checkbox"/> 2. Not so much <input type="checkbox"/> 1. Not at all
12	Could you write down three major advices/comments you made from your all advices/comments to CHNs in 2007? ① ----- ② ----- ③ -----	
13	What are some of the major constraints you personally face to increase the number of supervision visits to nursing stations and/or increase the level of monitoring?	

Section III: The following section refers to the Project's efficiencies.

14	To what extent were you satisfied with the following trainings provided by the project? Please rank from 1: least satisfied to 4: most satisfied . (Please check only ONE BOX for each !!)		
	Least satisfied ←==→ Most satisfied	Theme	Time
14-1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Development of CRS 1	Jun. 05
14-2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Methods & Process of the IST	Aug. 05
14-3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Information Management 1	Nov. 05
14-4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Development of CRS 2	Aug 06
14-5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Methodologies	Sep. 06
14-6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Development of Handbook	Oct. 06
14-7	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Introduction of Handbook	Oct. 06
14-8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Awareness	Feb. 07
14-9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Information Management 2	Mar. 07
14-10	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Implementation Handbook, Competencies Stanadards, Management Guideline & Rolls of Supervisors	Aug. 07
15	To what extent did you understand the following trainings provided by the project? Please rank from 1: least well understand to 4: most well understand . (Please check only ONE BOX for each !!)		
	Least ←= =====→ Most	Theme	Time
15-1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Development of CRS 1	Jun. 05
15-2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Methods & Process of the IST	Aug. 05

15-3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Information Management 1	Nov. 05
15-4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Development of CRS 2	Aug 06
15-5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Methodologies	Sep. 06
15-6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Development of Handbook	Oct. 06
15-7	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Introduction of Handbook	Oct. 06
15-8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Awareness	Feb. 07
15-9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Information Management 2	Mar. 07
15-10	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Implementation Handbook, Competencies Stanadards, Management Guideline & Rolls of Supervisors	Aug. 07
16	Are you satisfied with the level of expertise and knowledge of the Japanese instructors of the training?	<input type="checkbox"/> 4. Very much <input type="checkbox"/> 3. To a fair extent <input type="checkbox"/> 2. Not so much <input type="checkbox"/> 1. Not at all	
17	Are you satisfied with the items, numbers, and timing of the equipment provided by the project?	<input type="checkbox"/> 4. Very much <input type="checkbox"/> 3. To a fair extent <input type="checkbox"/> 2. Not so much <input type="checkbox"/> 1. Not at all	

Section IV: The following section refers to the Project's impacts.			
18	Do you think that the Project's overall goal, " Quality of community health services by community health nurses is improved in Central Division " will be achieved in near future?	<input type="checkbox"/> 4. Very much <input type="checkbox"/> 3. To a fair extent <input type="checkbox"/> 2. Not so much <input type="checkbox"/> 1. Not at all	
19	What are the possible factors to impede for the improvement of the quality of community health services by community health nurses?		
20	To what extent do you think the following strategies are critical in improving the community health services by the community health nurses in the Central Division? Please rank from 1: least critical to 5: most critical. (Please check only ONE BOX for each !!)		
	Least Critical ←=====→ Most Critical		
20-1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Increase the number of community health nurses per community health center	
20-2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Improve the technical effectiveness of community health nurses through training	
20-3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Increase the quantity and quality of health information from the nursing centers	
20-4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Clarify role and responsibilities of community health nurses	
20-5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Improve physical facilities and equipment of the working environment	
20-6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Enhance monitoring and evaluation system including performance monitoring	
20-7	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Increase operational budget of community health centers	
20-8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Increase compensation for community health nurses	

質問票集計(Supervisors) 有効回答 7 人

妥当性

- CHNのニーズと合っていたか？(非常に合致していた:7人)

有効性

- プロジェクト開始後から今までに、CHNのパフォーマンスに変化が見られたか？
 - ・ 研修をCHNのニーズに応じたトピックで計画するようになった。
 - ・ 家庭訪問・コミュニティへの活動計画を自ら立てられるようになった。
 - ・ 態度の変化(積極性が増した)
 - ・ 研修で学んだことをすぐに実施するようになった。
 - ・ 新しいことや変化に対して拒絶的な態度をとっていたCHNがいるが、彼女の態度に受け入れようというきざしがみえてきた。
 - ・ データ分析を通じて、CHNが必要な活動が考えられるようになり、計画できるようになった。
 - ・ CHNの役割が明確になったことによる自覚ができた。
 - ・ 報告のタイミングが早くなった。
- CHNの分析フォーマットの使用はどの程度か？(非常によく利用している:1人、ある程度:4人、あまり使用していない:2人)
- 最も遠いHCかNSへのスーパーバイズのための訪問頻度はどうか？(四半期に一度:2人、半年に一度:2人、年に一度:2人)
- CMRへのフォードバックは行っているか？(いつも:4人—月例会議を利用して、ある程度:2人、それほどしていない:1人)
- フィードバックしたコメントを具体的に教えてください。
 - ・ レジスターをつけることを習慣にして、活動記録をつけること。
 - ・ Nursing Actを持っているかどうか聞いた。
 - ・ CMRに記入漏れがあったことを指摘。
 - ・ CMRを期日までに提出すること。
 - ・ データ分析を計画に生かすこと。(2人)
 - ・ ISTに希望するトピック、ISTの現状での問題点があれば教えて欲しい。
 - ・ ISTで教えられた技術を通常業務において実施するよう心がける。
 - ・ CHNが新たな試みを提案したり記述してきたときは、それに対して意見を言った。
- モニタリング & スーパービジョンを実施することにおける問題点
 - ・ 交通の確保 (6人)
 - ・ スーパービジョンのための訪問を計画しても、他のプログラムとの重複があるときは調整しにくい。(4人)

効率性

- 日本人専門家の専門分野・スキルへの満足度(大変満足 5人、ある程度満足 2人)
- 供与された機材への満足度(とても満足 7人)

インパクト

- 上位目標達成のために、何が必要か？
 - ・ 保健省の引き続きのサポート(政策・制度・予算) (3人)
 - ・ 保健省のCHNに対するさらなる理解と重要性の認識
 - ・ 看護師の Working condition の向上
 - ・ 中部保健局の引き続きの活動モニタリング
 - ・ IST計画の妥当性を見極めること
 - ・ Community Awareness を高めるためのアウトリーチの強化
 - ・ CHNが、既製の研修トピック以外の研修トピックアイデアを出せるようになること。

自立発展性

- プロジェクトが終了しても、Divisional Level でのタスクフォースはISTを実施し続けると思うか？(非常に強く思う:4人、ある程度続くと思う:3人)
- プロジェクトが提供したISTへの技術はプロジェクト終了後も定着し続けると思うか？(非常に強く思う:5人、ある程度定着すると思う:2人)
- プロジェクト終了後のISTについての懸念事項
 - ・ IST予算がいつまで確保し続けられるかどうか。
 - ・ ISTタスクフォースとSDの良い関係が続くかどうか。
 - ・ Divisionはモニタリングを続けるかどうか。
 - ・ 保健省のコミットメントが維持できるかどうか。(2人)

インタビュー回答まとめ

保健省本省 看護薬剤課長(代理) Mrs. Taukei

2008年1月25日

政策について

人材育成は重点分野である。この政策は今後も変わらない。

Public Service Commission(人事院)の Position Description とプロジェクトが作成した能力基準の調整について

保健省としては能力基準を採択したので、CHNに関してはこちらを使用していく方針。PSCのポジション・ディスクリプションは提出要請があれば提出しているという程度。またこれは、上司が部下を査定するだけで、しかも Confidential の取り扱いなので、CHNの実際の業務に生かせるものではない。

ISTコーディネータの人事院からの承認について

ISTコーディネータの正式なポジションについて、保健省は人事院にすでに申請しているが、まだ承認はおいていない。(保健省は現在、各ディビジョンにISTコーディネーターとリスク・マネジメントのポジションを申請している)。ISTコーディネーターについては、人件費として一人年間2万フィジードル、3地方で合計6万フィジードルを申請しているが、この人件費が理由で承認されていない。

IST全国展開について

責任者は自分である。中東地方部保健局が協力してくれれば、全国規模や各 Division でワークショップを開く予算はある。

全国展開の戦略は明確か

全国展開することは決めているが、戦略は現在何も考えていない。

新CMRについて

AusAID が新CMRを作成しているが、データの数を増やさないなどの基本姿勢は変わらないということ、現在のものと似ているということを知っているため、あまり心配はしていない。しかし、個人的には、CHNがプロジェクトを通じてISTにオーナーシップを持っていることを実感しているため、この前導入したばかりのCMRがすぐに改訂されたということについては、CHNたちの initial reaction が気になる。したがって、新CMRを紹介する最初のワークショップでは、CHNに拒絶反応を起こさせないように充分気をつけて実施しなくてはならない。

(その他情報)

現在、オーストラリアの James Cook 大学が Public Health Nurse と Midwife を Diploma Level に upgrade させるかどうかを探るために、看護教育のカリキュラムの調査を実施している。今年中に結果が出ると聞いており、調査の結果アップグレードしたほうがいとなれば、Public Health Nurse と Midwife は Diploma Level になる。現在すでに勤務している Public Health Nurse と Midwife については、数回研修を受けることでアップグレードさせるようになるかもしれない。

中東部地方保健局、地域保健課長 Dr. Saketa

2008年1月28日

プロジェクト目標の指標2と3について

2のレポートについて、Annual Report のことを指しているのであれば、SDからは毎年提出されている。

毎年、Division の年次計画が1月末、SDの計画が2月中に策定されるので、それまでにレポートを提出する。

各HS・NSからの年次報告書については、SDレベルに行かないと詳細は把握できないが、レポートの形で提出するところとしないところがあると聞いている。

3のプロポーザルについては、自分は把握していない。プロポーザルを提出しDivisionで承認されれば、Health Promotion Budget から予算は拠出できる。時期は問わずいつでも拠出できる予算である。

スーパーバイザーのスーパービジョンの能力強化について

必要性は感じている。新任のスーパーバイザーに対するガイドラインのようなものがないため、スーパーバイザーとしてISTIにはどのような工程で業務を実施すべきかの例になるようなものがあればいいと思う。

プロジェクトの実施プロセスについて

当初、プロジェクトが何を指すのかというビジョンが共有できていなかった。今でこそこのプロジェクトはISTのシステムを構築し、そのうえでCHNの能力強化を行うという理解ができているが、最初はその考えに基づいたプロジェクトのタイムラインが理解できなかった。また、JICAプロジェクトは側面支援を行うというコンセプトをこちら側が充分理解していなかったため、混乱を生じ、活動が遅れた。JICAの支援コンセプトについては、2005年8月大槻さんがプレゼンテーションしてくれてやっと理解した。

CPのアサインが遅れたことについては、JICAプロジェクトにCPが必要であるという認識をこちらが持つまでかなりの時間を要した。さらに予算がなかったこともあり、結果として2006年5月までアサインできなかった。

CEHSの今後のIST継続の可能性

ISTはCHN能力向上に役立つシステムであるということが、MOH、Divisionレベルでも認識されてきたと思うので、ISTの継続性は高い。CEHSとしてはもちろん今後も継続して実施していく。

全国展開への協力

保健省が全国展開をするなら喜んで協力する。また、CEHSのIST関係者が他地域に出張してIST紹介などを行うことも要請があれば出かける。

IST予算

ISTとしての予算のくくりはないが、保健局の人材育成として研修費用は2006年15,000フィジードル、2007年15,000であった。2008年は10,000ドルであるが、他のファンドを使用することは可能。使用可能なファンドとして、Health Promotion Fund が100,000ドル、AusAID の Public Health Training ファンドが1.3Mドルある。これらを使用して昨年と同規模のISTは実施できる。

中東部地方保健局 中部地方看護指導監 Sr. Matiavi

2008年1月28日

プロジェクト目標の指標2と3について

どちらも把握できていない。指標2については、CMRの年間のまとめという理解であった。それなら全HC/NSから提出されている。(それではない、と言うと)書類になったものはほとんどない。いくつかのHS/NSは年間のデータをまとめた後で分析し、問題点などを記述したレポートを上げてくる。レポートの不備は認識しているので、2007年11月、年間レポートの目次を Division で指定し、目次項目に沿って記述するようスーパーバイザーレベルにはレターを出した。

指標3については、プロポーザルは通常、CHN→SDHS→Divisionの看護関連部署→ファイナンスという流れで、ファイナンスに到達する過程でプロポーザルのコピーは通常取られない。したがって、ファイナンスにはオリジナルが保存されているはず。(その後、ファイナンスにマチアビさんと一緒に確認に行くも、ファイナンスにはないという回答。どこに保存されているか知らないとのこと。)また、CHNのプロポーザルは直接NGOなどに提出されることもあるので、保健局として全てを把握できるわけではない。

スーパーバイザーの業務工程を具体的にガイドラインすることについて

それはあったほうがいいと思う。プロジェクトがいる間にアドバイスをもらう。

スーパーバイザーのモニタリング・スーパービジョンについて

モニタリング・スーパービジョンに特化した研修は実施していない。今後実施する必要があると思う。2008年はスーパーバイザー研修を3度(3月、7月、11月、合計6日)実施する予定なので、モニタリング・スーパービジョン研修をその中で実施したい。

中東部地方保健局 地域保健看護師現任教育コーディネーター Sr. Tamani,

2008年1月25日

プロジェクトにより、CHNの能力が強化されたか。

向上はした。しかし、まだ不十分な点もあるので、今後もISTを継続して、モニタリングし続けることが重要。

CMRは能力強化に役立っているか

役立っている。以前から人事院作成のACRという能力査定基準があるが、これは上司が部下を査定するだけのもので、実際の業務に生かすことは不可能。その点CMRは、自己査定・上司が部下を査定、という2種類の査定があり、査定結果に基づく双方向の議論までなされているので、部下は自分の弱点を認識し、上司に相談できる土壌が整った。そして実際使用することにより、CHNから客観的・総合的に自己能力が査定できたとの声を多数聞き、弱点に焦点をあてた能力向上をめざすようになった。

プロジェクト実施のプロセスについて問題点

- ・ ISTコーディネーターアサインが遅れた
- ・ JICAプロジェクトの運営管理の方法が最初よく理解できなかった
- ・ コストシェアするという概念もなかったもので、最初はフィジー側の予算獲得がうまくいかないことが多かった。

しかし、プロジェクトは今、これらの問題をクリアしていると思う。

プロジェクトの意思決定にどの程度関わったか

とても深く関わったと思う。特に、日本人がものごとを決めるときに必ず関係者を集め、まず情報をシェアし、議論し、決定していくというプロセスは新鮮だった。
追加して言わせて欲しい。プロジェクトの業務方法で印象的なことがいくつかある。タイム・マネジメントがよくできること、リソース・マネジメントに無駄がないこと、整理整頓ができていること、である。

ISTプログラムの今後について

自分の立場では、今後も続くとは言いえないが、自分はずっと継続して欲しいプログラムだと思う。

今後、スーパーバイザーの指導は誰が行うのか？

マチアビさんと自分が中心になる。(特に能力基準・ハンドブックについて)その他、特定のトピックがあれば、その都度専門家を探し、指導者となってもらう。その指導者を探すのも自分の業務である。

中東部地方保健局 地域保健主任 Dr. Solomone

2008年1月28日

ISTにおける自己の役割

技術的アドバイスをすること。活動拡大に協力すること。

CMRはCHNの能力強化に役立っているか

役立っている。自分で査定できるという点がポイント。

CHNの能力向上をどのように認識しているか

CHNは以前はおとなしく、受身の態度を取ることが多かったが、積極的になってきた。
自分にはどのような研修が必要かがわかるようになってきた。
データの質が向上し、コミュニティの問題がよりクリアになった。

スーパーバイザーのスーパービジョン能力について

さらなる向上が必要。スーパーバイザー研修のトピックのひとつとしたい。

ISTに今後必要なことは？

さらなる知識の向上

スバ地区看護師長 (前東部地方看護指導監) Sr. Asinate

2008年5月にはまた前職に戻る予定

2008年1月28日

能力基準の作成工程について

能力基準を作成する段階で、広く意見を聞こうということで、西部・東部・北部すべてのDivisionも参加した。

東部への能力基準導入について

東部へは2007年8月に研修が実施された。(東部が研修に参加した。)

プロジェクト目標の指標2と3について

指標2については、2006年まではCMRのことを指していたのだと理解している。CMRであれば、すべてのHS/NSが提出している。もし、何らかを記述した書類のことを言うのであれば、提出しているところとしていないところがあるが、書類化しなくては行けないと指導したことはないので、しかたがないと思う。

指標3について、たしかに、以前はスーパーバイザーがプロポーザルを書いていたが、今はCHNが書くようになった。しかしながらプロポーザルをすべて把握するのは非常に困難である。(理由はマチアビさんと同じ)

ISTに関する問題点

ISTだけではなくて広いこと。自分もそうだが、人事異動が激しい。同じポストに1年もいられないので、状況がよくわからないまま、次のポストに行くことになる。これは、スーパーバイザーレベルに広くいろんなところを見てもらおうという政府の方針だと聞いているが、状況把握が困難であることに加えて、上司と部下のコミュニケーションも中途半端になってしまう。

オーストラリア国際開発庁 Fiji Health Sector Improvement Program, Public Health Information System Advisor

Ms. Jackie Kent & Ms. Marica Kepa, Project Officer

2008年1月28日

AusAIDの予算をプログラム間でやりとりできるシステムはあるのか？

ある。Project Variation Form というものがあり、どこかのプログラムの予算が不足すれば、余剰が出そうなプログラムから予算を移動させることができる。プロジェクト・ダイレクターのサインで対応可能。6,000ドル以内の予算移動であれば問題はない。

新CMRについて

① なぜ変えなくては行けないのか？

まず、JICAがCMRを整理したことは知っているし、JICAの保健情報収集のコンセプトと我々のコンセプトは同じである。すなわち、無駄なデータはとらない、しかし必要なデータは統計可能にするため収集法を変える、ということである。現在のCMRでは、保健省統計に必要なデータが収集できないものがある。例えば、外来患者の疾患分類、MCH、慢性疾患に関しては特に情報が不足している。しかしながら、HCLレベルで対応できないものを加えるつもりはない。また、現在収集しているが統計データとして出す意味のないインディケータはカットする方針である。

参考のために申し上げますと、現状は、保健施設レベルで収集されたデータはSDに提出され、SDがDivisionに提出し、最終的に保健省の保健情報統計室で管理される。保健情報統計室では、2、3人のスタッフが全てのCMRの項目を毎月データ入力している。そして、年間で取りまとめられ年次報告書に記載するのであるが、記載できないデータ、記載しても意味のないデータが多いことを理解して欲しい。個人的には、現状では収集データは統計にはほとんど使えないと思っている。

② どのような工程をとっているか？

2007年4月に開始。保健省の保健情報統計のスタッフとワーキング・グループを構成し、パイロット版を作成した。2007年に3地域の7つの保健施設でパイロットテストを実施した。この結果、2007年11月に保健省と関係当局から承認を受けた。CMR改訂に伴って、データソースであるレジスターブックの変更も必要なことから、現在協議中。

③ 現場レベルにいつ導入予定しているか？その後の改訂予定は？

2008年6月に導入予定。JICAがハンドブックを導入して間もないこともあるので、最初はCHNの拒否反応を少なくするためにハンドブックを持参してもらい、どこが変わるかをワークショップ等で説明したい。

地区看護指導者へのグループインタビュー

(スバ地区 1 名、レワ地区 3 名、ナイタシリ地区 1 名、セルア・ナモシ地区 1 名、タイレブ地区 1 名の合計 7 名が参加)

2008 年 1 月 23 日

能力基準が作成され、使用されるようになって CHN やあなたがたに変化は見られたか

人事院に提出する Annual Confidential Report があるが、これは、上司が部下を査定するもので、部下へのフィードバックもない。今は、CHN が査定し、スーパーバイザーが同じ項目を CHN に対して査定し、その後お互いの結果を基に 1 対 1 で議論する。これにより、CHN とのコミュニケーションが増した。CHN は自己の弱点を知ること、その後の業務に弱点を克服しようとする姿勢が見られる。

CMR や分析フォーマットの CHN の使用はどうか

CHN は分析能力が向上した。以前は National Level でデータ分析が行われていたため、CHN はデータを上司に送ってしまえばそれでデータは自分の手から離れてしまっていた。現在はデータを自分で分析でき、能力向上を実感している。

SD レベルでの IST タスクフォースについて

スーパーバイザーの人数が多い Suva Rewa では存在する。メンバーは、SDHS・HS とゾーンナースの代表、他地域では SDHS と HS が担当しており、タスクフォースは存在しない。

SD レベルでの IST の計画方法は

MOH のビジネスプランができて、Divisional Business Plan ができた後で、SD のプランを作成する。CHN から要望が出るので、調整しながら計画策定している。

CHN が研修の要請を出したときには、研修の妥当性をどのように判断しているか

保健省の方針に基づいているか、コミュニティでの優先度は高いかが判断材料であるが、概ねの研修は保健省の方針に従ったもの。

スーパーヴィジョンのために、HC・NS をどの程度訪問しているか

四半期に一度

この先、CHN のコミュニティ・ヘルスサービスを向上させるために、CHN にとってスーパーバイザーにとって必要になることは何か

CHN が使える予算の増額、機材の充実、CHN の給料増額、スーパーバイザーのモニタリングと評価の強化、看護の増員、上位機関からの保健情報通達の向上

特に言いたいことがあれば

スーパーバイザーはプロジェクトのおかげで、コミュニティの状況、CHN の現状を知ることができた。

CHN はコミュニティでの保健教育を行うなど大変頑張っている。機材などで協力してやりたいが、充分ではない。

各地区の地域保健看護師へのグループインタビュー（ ）内は参加人数

質問	スバ地区（5名）	レワ地区（5名）	セルア・ナモシ地区（5名）	ナイタシリ地区（4名）
プロジェクト開始前のISTの状況	研修はあった。しかし、事前にきちんと計画されていなかったもので、参加できる人が限られた。	以前は、IMCI STI/HIV Pepsmeat EPIなどでマネジメントに関する研修はなかった。	研修はあった。しかし回数では現在より少なかった。	研修はあったが、計画的ではなかった。
プロジェクトが開始してから、能力が向上したと思う点を具体的に教えて欲しい。（複数回答含む）	記録をつけるということに慣れた。特に、記録に基づいて、ワクチンの在庫管理能力が向上した。自身の能力の弱点が把握できた。スーパーバイザーや、他のCHNとコミュニケーションをとることに躊躇しなくなった。	TBの増加や10代の妊娠の増加など、経験から推測していたことがデータによって裏付けられた。以前はSDHSがプロポーザルを作成していたが、CHNが参加できるようになり、コミュニティのニーズが反映されやすくなった。データフォーマットへの記録が整理・統一され、業務が減った。データ分析を学んで、コミュニティに何が必要か、何が優先事項かがわかった。以前はデータは他人がなんとかするものだと思っていたが、自分でハンドリングするようになった。	コミュニティでどの疾患が問題なのかということがデータに基づいていえるようになった。今まで月例報告を行っていたが、誰が分析しているのか気にしていなかったが、自分で分析するようになってデータ収集に興味がわいた。	以前は自分の活動計画を立てたことがなかったが、ISTで計画の立て方とコミュニティに対する保健活動を学び、自分で週間活動計画を作成するようになった。記録の正確性が向上したので、月末に集計をするのが簡単になった。（以前はこの作業に多くの時間をとられていた。）全てのCHNの能力が標準化できるようになり、自分が皆と比べてどの程度の能力なのかを意識するようになった。毎日、業務後に Daily Work Book をつける習慣ができ、時々レビューするようになった。
ハンドブックの使用頻度はどの程度か？	まだ頻繁に使用はしていないが、四半期ごとに参考にしようと思う。	頻繁に使用している。どこに何が書かれているかだいたいわかる。	まだ頻繁に使用はしていないが、四半期ごとに参考にしようと思う。	まだ導入されたばかりなので、それほど使用していない。
スーパーバイザーからのフィードバックについて	（参加したCHNが皆HCのナースだったので）スーパーバイザー（S）がいつもいる状況なので、頻繁にアドバイスしてもらっている。CMR提出後は必ずSに呼ばれて、その場で疑問点を質問される。	以前はフィードバックなし。2007年第3四半期分からフィードバックが行われた。	以前はフィードバックは特になかったが、2007年第3四半期の報告についてSは皆にコメントを書いた。（Data Analysis Sheet へ）	2007年12月に新しいSが着任したばかりなので、今のところはフィードバックはない。以前のSもフィードバックなしだった。
スーパービジョンの訪問を受けた回数の変化（SDのヘッドオフィス以外のCHNにのみ質問）	（最も遠いヘルスセンター・看護ステーションでも中心地から45分で来られるため、該当者なし）	① 前回2007年10月、その前2007年3月、それ以前はなし。 ② 前回2007年8月、その前はなし	③ 前回2007年11月、その前2006年第2四半期、それ以前はなし。 ④ 前回2008年1月、その前2007年8月、その前はなし	① 前回2007年10月、その前2006年第3四半期、その前はなし ② 前回2007年11月、その前はなし
フィードバックの際のコメントを具体的に教えて欲しい。	CMRIに特記事項があるときは、くわしく書くように。もっと頻繁にアウトリーチにでかけるように。以前技術指導をしたが、その後どうなったか報告するように。	（NCDが問題になってきたことについて）リスク年齢層を特定して、そこに介入しなさい。コミュニティアワネスを高めるため、SDもサポートする。コミュニティの健康教育で機材が障害になっているのであれば、機材をサポートする用意がある。	機材不足については、divisionに相談して報告するので、待つように。	特になし（看護指導者が新任のため）

能力基準はどのように役立っているか？	弱点が明確になった。Sとは弱点をどのように向上させるかについて話し合うようになり、議論の焦点が定まった。	弱点が明確になった。Sとは弱点をどのように向上させるかについて話し合うようになり、議論の焦点が定まった。	弱点が明確になった。Sとは弱点をどのように向上させるかについて話し合うようになり、議論の焦点が定まった。自己採点が思ったよりいいスコアだったので、自信がたった。	自己採点をして弱点が明確になった。Sが着任したばかりで、Sはまだアセスメントしていないと思うが、早く結果を知り、議論したい。一方で、もし自己採点スコアよりSのスコアが悪ければ、自信をなくすような気がする。
今後につながる(期待以上の)ポジティブインパクト	プロジェクト開始後は、ISTが事前に計画され、きちんとスケジュールされるようになったので、参加できなかったCHNが把握できる。そして、SDとして月例会議などを利用して参加できなかったCHNに研修のフォローを実施している。	アウトリーチ: 以前はCHNひとりで行っていた。CHNが協力してSDにアウトリーチ強化を要請した。2008年2月から、アウトリーチはチーム(医師含む)で行くことが決定した。		2007年12月のSDレベルの月例会議で、各HCとNSは年間活動をプレゼンテーションし、互いの活動をシェアした。それにより、次年度のIST計画が立てやすくなった。(その場で計画を立て、皆が納得する計画を策定できた。)
上位目標につなげるにあたり、次の項目を重要と思う順に順序付けしてほしい。	<ol style="list-style-type: none"> 1. モニタリングと評価の強化 2. 看護の増員 3. 給料増額 4. ISTを通じた能力向上 5. 機材の充実 6. 上位機関からの保健情報通達の向上 7. CHNが使える予算の増額 	<ol style="list-style-type: none"> 1. CHNが使える予算の増額 2. 機材の充実 3. 給料増額 4. ISTを通じた能力向上 5. 上位機関からの保健情報通達の向上 6. 看護の増員 7. モニタリングと評価の強化 	<ol style="list-style-type: none"> 1. CHNが使える予算の増額 2. 機材の充実 3. 給料増額 4. モニタリングと評価の強化 5. 看護の増員 6. ISTを通じた能力向上 7. 上位機関からの保健情報通達の向上 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 上位機関からの保健情報通達の向上 2. 機材の充実 3. ISTを通じた能力向上 4. モニタリングと評価の強化 5. 給料増額 6. CHNが使える予算の増額 7. 看護の増員
今後のISTに期待すること	ISTシステムを継続してもらいたい。Sのモニタリングも現状維持で実施して欲しい。	ISTシステムを継続してもらいたい。SDレベルの研修は、CHNのニーズにもっと沿って欲しい。(CHNニーズとは、コミュニティへの効果的なアプローチ法、コミュニティの住民の理解が容易になる教育法)	研修計画策定の際は、CHNの能力基準を利用して、多くのCHNにみられる弱点を優先的に強化するようなトピックを選定してほしい。Sの能力基準はあるのか。	ぜひ今のISTシステムを継続させてほしい。

3. 協議議事録・合同評価レポート

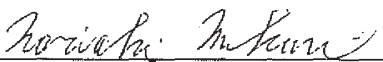
MINUTES OF MEETINGS
BETWEEN
THE JAPANESE TERMINAL EVALUATION TEAM
AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF
THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF THE FIJI ISLANDS
ON THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION FOR
THE PROJECT FOR IN-SERVICE TRAINING OF COMMUNITY HEALTH NURSES IN FIJI

The Japanese Terminal Evaluation Team (hereinafter referred to as "the Team"), organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Mr. Nariaki MIKUNI, had a series of discussions and exchange views with authorities concerned of the Republic of the Fiji Islands. The purpose of the team was to confirm the achievements made during the 3 year's cooperation period, and to make the terminal evaluation for the Project for In-Service Training of Community Health Nurses in Fiji (hereinafter referred to as "the Project").


During its stay, both the Team and authorities concerned of the Republic of the Fiji islands (hereinafter referred to as "both sides") had a series of discussions and exchanged views on the Project. Both sides jointly monitored the activities and evaluated the achievements based on the Project Design Matrix (hereafter referred to as "PDM version 2").

As a result of the discussions, both sides agreed upon the result of evaluation which was compiled in the Joint Evaluation Report with mutual understanding.

Suva, 7 February, 2008



Mr. Nariaki MIKUNI
Leader
The Terminal Evaluation Team
Japan International Cooperation Agency
Japan



Dr. Lepani WAQATAKIREWA
Permanent Secretary
Ministry of Health, Women and Social Welfare
The Republic of the Fiji Islands

**Joint Terminal Evaluation Report
for
The Project for In-service Training
of Community Health Nurses
in the Republic of the Fiji Islands**

7 February 2008

**Ministry of Health, Women and Social Welfare,
The Government of Republic of the Fiji Islands
and
Japan International Cooperation Agency**

1/2

3/3

TABLE OF CONTENTS

1.	PURPOSE OF THE EVALUATION	1
1.1	OBJECTIVES OF THE EVALUATION	1
1.2	COMPOSITION OF THE TEAM.....	1
1.3	TEAM SCHEDULE	2
1.4	STAKEHOLDERS INTERVIEWED	2
1.5	METHODS OF THE TERMINAL EVALUATION.....	2
1.6	LIMITATIONS OF THE EVALUATION.....	3
2.	RECORD OF PROJECT IMPLEMENTATION	4
2.1	INPUTS	4
2.2	ACTIVITIES IMPLEMENTED.....	5
2.3	ACHIEVEMENT OF OUTPUT 1	9
2.4	ACHIEVEMENT OF OUTPUT 2	9
2.5	ACHIEVEMENT OF OUTPUT 3	12
2.6	ACHIEVEMENT OF OUTPUT 4	15
3.	PROJECT IMPLEMENTATION PROCESS.....	16
3.1	PROJECT DESIGN.....	16
3.2	PROJECT IMPLEMENTATION	16
3.3	PROJECT MONITORING	17
3.4	LINKAGES WITH MOH HEADQUARTERS AND OTHER DEVELOPMENT AGENCIES.....	17
4.	EVALUATION RESULTS BY THE FIVE EVALUATION CRITERIA	18
4.1	RELEVANCE.....	18
4.2	EFFECTIVENESS.....	18
4.3	EFFICIENCY	20
4.4	IMPACT	20
4.5	SUSTAINABILITY	21
5.	CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS.....	23
5.1	CONCLUSION	23
5.2	RECOMMENDATIONS.....	24



LIST OF TABLES AND FIGURES

TABLE 1	DEFINITION OF THE FIVE EVALUATION CRITERIA	3
TABLE 2	SUMMARY OF EVALUATION OF SUPERVISORS' TRAININGS BY THE PARTICIPANTS	10
TABLE 3	TOPICS OF THE ANNUAL PLAN OF IST ACTIVITIES FOR 2008	11
TABLE 4	TOPICS AND NUMBER OF PARTICIPANTS OF IST AT SD LEVEL	12
TABLE 5	NUMBER OF SUPERVISORY VISIT FOR SD IN 2007	14
TABLE 6	NUMBER OF REPORTS ON IST PROGRAMS IN 2007	14
TABLE 7	LIST OF IST TOOLS PRODUCED AND NUMBER OF COPIES DISTRIBUTED	14

ANNEX LIST

Annex 1	Schedule of the Terminal Evaluation
Annex 2	List of Stakeholders Interviewed by the Team
Annex 3	PDM version 2
Annex 4	List of Japanese experts
Annex 5	List of Counterpart Trained in Japan
Annex 6	List of Equipment Provided
Annex 7	List of Counterparts as of January 2008
Annex 8	Cost Sharing by Fiji side
Annex 9	Studies on the Changes of Managerial Competencies of CHNs

my

my

ABBREVIATIONS

Abbreviation	Full Terminology
AusAID	Australian Agency for International Development
CEHS	CentEast Health Service
CHN	Community health nurse
CMR	Consolidated Monthly Returns
CPR	Cardiopulmonary Resuscitation
CRS	Competency Required Standard
EPI	Expanded Program on Immunization
F\$	Fiji Dollars
HC	Health Center
HI/OJT	Health Information/On-the-Job Training
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome
HS	Health Sister
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness
IST	In-service Training
JCC	Joint Coordinating Committee
JICA	Japan International Cooperation Agency
JPY	Japanese Yen
MNS	Manager of Nursing Services
MOH	Ministry of Health, Women and Social Affairs
NS	Nursing Station
OJT	On-the-Job Training
PDM	Project Design Matrix
PO	Plan of Operations
SD	Sub-Division
SDHS	Sub-divisional Health Sister

my

(Signature)

1. PURPOSE OF THE EVALUATION

1.1 Objectives of the Evaluation

Japan International Cooperation Agency (JICA) has been collaborating with Ministry of Health, Women and Social Welfare (MOH) of the Government of Republic of the Fiji Islands (the Government of Fiji) in the implementation of the Project for In-Service Training of Community Health Nurses (the Project) with the aim at enhancing the managerial competencies of Community Health Nurses (CHNs) in Central Division. The Project was launched on 1 April 2005, and will be completed on 31 March 2008.

The overall goal of the Project is to improve the quality of community health services by CHNs in Central Division. In order to strengthen the skills and competencies of CHNs, the Project has been focusing on promoting In-Service Training (IST) for CHN in the target five Sub-Divisions (SDs). Additionally, the Project developed several practical tools for CHNs' activities, such as the Handbook for Community Health Nurses for better management (the Handbook), the guideline for IST management and Competency Standard.

Prior to completion of the Project on 31 March 2008, the Terminal Evaluation was conducted in order to assess the achievements and draw lessons learned from the Project. The evaluation was jointly undertaken by the Fiji and Japanese sides, with full collaboration from MOH and other stakeholders.

The objectives of the Terminal Evaluation were:

- 1) To review the progress of the Project and evaluate the achievement in accordance with the five evaluation criteria (relevance, effectiveness, efficiency, impact, and sustainability);
- 2) To identify the promoting factors and impeding factors of achievements of the Project, and to draw lessons learned from the Project; and
- 3) To present the results of the evaluation in form of a joint evaluation report.

1.1 Composition of the Team

<Fiji Side>

	Name	Title and Affiliation
1	Dr. Losevati ALEFAIO	Director, Preventative Services, MOH
2	Ms. Rusieli TAUKEI	Acting Director of Nursing Service, MOH
3	Dr. Salanieta SAKETA	General Manager of Community Health, CentEast Health Service, MOH
4	Dr. Solomon QARANIVALU	Central Medical Officer, CentEast Health Service, MOH
5	Ms. Salanieta MATIAMI	Manager of Nursing Services, Central Division, CentEast Health Service, MOH
6	Ms. Talatoka TAMANI	In-service Training Coordinator, CentEast Health Service, MOH

my

34

<Japan Side>

	Name	Designation	Title and Affiliation
1	Mr. Nariaki MIKUNI	Leader	Deputy Representative, JICA Fiji Office
2	Dr. Kayoko HIRANO	Community Health Nursing	Director, Department of Public Health Nursing, National Institute of Public Health
3	Dr. Hirotsugu AIGA	Human Resource Development Policy	Senior Advisor, Institute for international cooperation, JICA
4	Ms. Haruka SHINDO	Cooperation Planning	Program Officer, Health Personnel Development Team, Group IV (Health II), Human Development Department, JICA Headquarters
5	Ms. Yoshiko AKIYAMA	Evaluation Analysis	Researcher, Social Development Department, International Division, System Science Consultation. Inc

1.2 Team Schedule

The detailed schedule of the Terminal Evaluation is attached as **Annex 1**.

1.3 Stakeholders Interviewed

The stakeholders who were interviewed for the evaluation consisted:

- CHNs and their supervisors of the four SDs in Central Division;
- Japanese experts assigned to the Project;
- Fiji counterparts assigned to the Project;
- Officials of MOH Headquarters; and
- Other stakeholders such as development agencies.

The detailed list of the parties interviewed by the Terminal Evaluation Team (the Team) is presented in **Annex 2**.

1.4 Methods of the Terminal Evaluation

By applying the JICA Project Evaluation Guidelines of (January 2004), the evaluation of was conducted in the following process:

Step 1: The project design was summarized in the Project Design Matrix (PDM) version 2 (November 2006), as agreed upon by both Fiji and Japanese sides based on the results of the Mid-Term Evaluation of the Project. Based on the PDM version 2, the achievements of the Project were assessed by using the objectively verifiable indicators. The levels of inputs and activities were evaluated in comparison with the output levels. The PDM version 2 applied in the evaluation is attached as **Annex 3**.

Step 2: Analyses were conducted on the factors that promoted or impeded the achievements of the Project, including those relating to the project design and project implementation process.

Step 3: An assessment of the project results was conducted based on the five evaluation criteria: (i) relevance; (ii) effectiveness; (iii) efficiency; (iv) impact; and (v) sustainability.

Step 4: Recommendations for the project stakeholders were made.

The definitions of the five evaluation criteria¹ that were applied for the Terminal Evaluation are presented in Table 1.

Table 1 Definitions of the Five Evaluation Criteria

Five Evaluation Criteria		Definitions as per the JICA Project Evaluation Guidelines
1	Relevance	Relevance of the Project is reviewed by the validity of the project purpose and overall goal in accordance with Fiji's development policy and the needs of the target group and/or ultimate beneficiaries in Fiji.
2	Effectiveness	Effectiveness is estimated by assessing the extent to which the Project has achieved its project purpose, confirming whether the achievement of the project purpose may be attributed to the production of outputs.
3	Efficiency	Efficiency of the project implementation is analysed with emphasis on the relationship between outputs and inputs in terms of timing, quality and quantity.
4	Impact	Impact of the Project is assessed in terms of positive/negative, and intended/unintended influence caused by the Project.
5	Sustainability	Sustainability of the Project is assessed in terms of policy, financial and technical factors by examining the extent to which the achievements of the Project will be sustained after completion of the Project.

Both quantitative and qualitative data were collected and analyzed. Data collection methods used for the evaluation were:

- Literature/document review;
- Self-administered questionnaires (supervisors at the five SDs);
- Key informant interviews (MOH Headquarters officials, Fiji counterparts, Japanese experts, supervisors, and other stakeholders);
- Group interviews (CHNs and their supervisors); and
- Direct observations of CHNs and their supervisors.

1.5 Limitations of the Evaluation

The following is the limitations of the evaluation:

- 1) The Team could not meet with CHNs in Tailevu SD due to the hurricane.
- 2) The Team visited four SDs of Central Division. Nevertheless, due to the time constraints, only the limited number of CHN was available for the interviews.
- 3) Data of some indicators in the PDM version 2 were not available. This made the Team rely on qualitative data (e.g. group interview) more frequently than planned.

¹ "JICA Project Evaluation Guideline (revised: January 2004)," Office for Evaluation and Post-Project Monitoring, JICA.

dm

2. RECORD OF PROJECT IMPLEMENTATION

2.1 Inputs

2.1.1 Japanese Side

a) Experts Dispatched: Two long-term experts (chief advisor: 37 person-months, and Coordinator: 34 person-months) assigned for a total of 71 person-months.² Ten short-term experts were assigned for a total of 18.6 person-months as of 31 January 2008. The areas in which the experts were dispatched are as follows:

- Chief advisor/ Health promotion
- Chief advisor/Community health nursing,
- Coordinator
- Health information/On-the-Job Training (HI/OJT)
- Community health nursing (three experts)
- Community health management (two experts)
- Human resource development
- Information management
- Community health nursing management

The detailed list of Japanese experts assigned is shown in **Annex 4**.

b) Training in Japan: A total of four counterparts were dispatched under the counterpart training scheme in Japan. One of them participated in the *Seminar on Health Systems Management*. Two participated in *Seminar for Health Policy Development*. The other participated in the training on *Community Health Education*. The detailed list of the trainees is shown in **Annex 5**.

c) Equipment Provided: Machinery and equipment worth a total of F\$ 98,667.5 (JPY 6,457,251)³ were provided by Japanese side as of December 2007. The equipment included a vehicle, a projector, computers, printers, and photocopiers. Overall, the equipment was appropriately used and managed, except one desktop computer and printer.⁴ The detailed list of equipment provided is shown in **Annex 6**.

d) Operational Costs: As of 31 January 2007, a total of F\$ 161,521 (JPY 11,876,060)⁵ were allocated to the operational costs of the Project by Japanese side. The expenses consisted of: (i) employing the national project staff; (ii) printing the newsletters, the Handbook, and Competency Standard; (iii) holding the workshops and training programs; (iv) duty travels; and (v) miscellaneous. Note that, the costs for holding workshops and training programs were shared with Fiji side (see 2.1.2).

² This includes 10 months which the Chief Advisor spent prior to launching the Project in April 2005.

³ Exchange rate between F\$ and JPY varies according to the date of purchasing.

⁴ These were not being used because their accessories were stolen.

⁵ Exchange rate used in this report is JPY 73.526 per F\$ 1. This is the official rate employed by JICA Fiji office as of January 2008.

2.1.2 Fiji Side

a) Appointment of Counterpart Personnel: A total of 32 personnel (five from headquarters, six from CentEast Health Service, five Sub-Divisional Medical Officers, five Sub-Divisional Health Sisters, two Senior Health Sisters, and nine Health Sisters) were assigned as the counterparts of the Japanese experts by Fiji side.⁶ It should be particularly noted that, since May 2006, one fulltime counterpart has been assigned at CentEast Health Service (CEHS) as an IST coordinator. The list of the counterparts as of January 2008 is shown in **Annex 7**.

b) Provision of Facilities and Services for Project Operations: Fiji side provided various facilities and services for the project implementation. The office space for the Japanese side was secured in CEHS, along with necessary furniture, phone lines for the project office. All recurrent costs for communication (domestic calls) and utilities (electricity and water) were fully covered by Fiji side. In addition, Fiji side assigned one fulltime driver to the Project.

c) Cost-sharing: Operational cost-sharing with Fiji side has been promoted since the beginning of the Project.⁷ Overall, it was implemented as appropriately as planned. Fiji side covered 25% of the total operation cost in 2005, 50% in 2006, and more than 50% in 2007. As of 31 January 2008, Fiji side provided F\$ 26,219 (JPY 1,928,670) while Japanese side provided F\$27,125 (JPY 1,994,393). It should be noted that all the IST implementation costs at SD level were covered by Fiji side. The details on cost-sharing for direct costs covered by Fiji side are shown in **Annex 8**.

2.2 Activities Implemented

The achievements for each of the activities in the PDM version 2 are summarized below.

Activity	Achievements
1-1 Establish Competency Standard of CHN	<p>1-1-1 Establish a taskforce The taskforce was established in CEHS in June 2005.</p> <p>1-1-2 Develop Competency Standard Competency Standard had been discussed since June 2005, and the trial version was developed in February 2007.</p> <p>1-1-3 Implement trial and revise Competency Standard The trial implementation was carried out in March and April 2007.</p> <p>1-1-4 Submit a final version draft of Competency Standard to MOH After the trial analysis and revision, the final draft was approved by the National Nursing Association and MOH in May 2007. The leaflet of Competency Standard was published in July 2007 (1,000 copies).</p> <p>1-1-5 Assess competencies of CHNs with endorsed Competency Standard The assessment was conducted in October and November 2007, and the results of the assessment were reported in January 2008.</p>

⁶ Five of 32 counterparts assigned at the beginning of the Project were trained in JICA's *Community Health Administration* course in Okinawa, Japan.

⁷ The operational cost defines the cost for the implementation of the project activities, except for the costs for purchasing the stationeries used in the project office, and employing the national staff.

Handwritten mark

Handwritten signature

<p>1-2 Establish the recording formats and handbook of CHNs</p>	<p>1-2-1 Establish a taskforce The taskforce was established in CEHS in October 2006.</p> <p>1-2-2 Develop formats and handbook The taskforce developed the Handbook (the first draft) and the formats from October 2006 through March 2007. A JICA short-term expert was appointed for developing these materials.</p> <p>1-2-3 Implement trial and revise The trial was implemented from January through March 2007, and the Handbook (the first draft) was revised in April 2007.</p> <p>1-2-4 Submit a final draft of formats and the Handbook to MOH The final draft was submitted to MOH in April and was approved in May 2007. Then, one thousand copies of the Handbook were printed in June 2007, and distributed to all CHNs in Central Division by October 2007.</p>
<p>1-3 Develop tools regarding information analysis</p>	<p>1-3-1 Establish a taskforce The taskforce was established in CEHS in September 2005.</p> <p>1-3-2 Develop data entry standard for CMR Data entry standards for Consolidated Monthly Return (CMR) were developed in February 2006.</p> <p>1-3-3 Develop CMR-data summary sheet and data analysis format The taskforce developed data summary sheet and data analysis format in October 2005, with assistance from a JICA short-term expert.</p> <p>1-3-4 Monitor trial and revise The monitoring and revision tasks were intermittently implemented from January 2006 through March 2007. These formats were distributed along with the Handbook.</p>
<p>2-1 Develop annual training plan regarding IST for SD supervisors</p>	<p>The training plan for SD supervisors in 2007 and 2008 were developed by the Manager of Nursing Services (MNS), Central, and IST coordinator in CEHS.</p>
<p>2-2 Implement supervisors training</p>	<p>2-2-1 Introduction and methodologies of IST Trainings on introduction and methodologies of IST were conducted in August 2005, in August-September 2006, and in February and August 2007.</p> <p>2-2-2 Communication skills including counseling, leadership, coaching and preceptor-ship The training was conducted in August 2007.</p> <p>2-2-3 Information management (Analysis of monthly report and community profile, etc.) The trainings were conducted in November 2005, October 2006, and March and August 2007.</p> <p>2-2-4 Health planning, monitoring and evaluation (Participatory Project Cycle Management Precede-Proceed Model, etc.) The trainings were conducted in October-November 2005, and March 2007.</p>

my

32

<p>2-3 Support SD training committees the following activities: Define prioritized training needs of IST plan for CHN in each SD</p>	<p>2-3-1 Assess the needs of IST of CHNs using Competency Standard The self assessment of competencies by CHNs and the assessment by the supervisors were completed in October and November 2007.</p> <p>2-3-2 Prioritize health needs of communities using analysis format After the assessments, analysis of community health needs and development of the activity plan were conducted between the supervisors and CHNs, using the data analysis format, during the third quarter in 2007.</p> <p>2-3-3 Discuss with CHN and develop annual IST plan The supervisors developed the annual plan for 2007 based on their need assessment along with CHN's request, while that for 2008 was developed after taking the analysis of the results of Competency Standard and the individual action plan with each CHN into account.</p>
<p>3-1 Develop procedure guideline of SD IST by divisional training committee</p>	<p>The IST Management Guideline (the IST Guideline), which includes the definitions of IST, IST providers, and requirements for the IST provision such as the formats of IST planning and reporting, was developed and approved by CEHS Training Committee on 15 August 2007 and introduced in Central Division on 20 August 2007. The IST Guideline was also introduced in other three divisions.</p>
<p>3-2 Establish SD IST taskforce in each SD</p>	<p>The IST taskforce was organized in Suva SD and Rewa SD. On the other hand, it was not organized in other SDs because the number of nursing staff was limited. However, in those SDs, a Sub-Divisional Health Sister (SDHS) and a Health Sister (HS) took responsibility for implementation of IST.</p>
<p>3-3 Conduct monitoring for SD in-service training in each SD</p>	<p>3-3-1 Conduct meetings for SD training taskforces Implementation of IST was discussed during the SD monthly meetings. Also, irregular meetings were conducted when necessary.</p> <p>3-3-2 Conduct SD in-service training observation tour for supervisors This activity was not conducted due to the time constraints and relatively low priority.⁸</p>
<p>3-4 Develop and distribute materials for IST</p>	<p>The Handbook and the "In-Service Training Manual for Nursing Supervisors (the IST Manual)" were developed and distributed to SDs. A DVD IST tool, which presents the examples of coaching, was attached to the IST Manual. To make the DVD IST tool practical and user-friendly, its contents were designed using the evidences that were identified through the fieldwork in August and September 2007. In November 2007, the IST Manual with DVD was published after the review trial, and distributed to supervisors in Central and Eastern Divisions. It was also introduced to supervisors in Western Division and Northern Division at the National Seminar held in December 2007.</p> <p>In addition, all the hard and electric copies (compact discs) of the Training Manual for IST for CHN (Training Materials) for the supervisor's trainings were distributed to SDs in August 2007.</p>

⁸ Instead, some supervisors presented their IST activities at the time of a TV conference which was held between Fiji JICA Office and JICA Okinawa Center in July 2006.

CM

34

3-5 Support SD training taskforce and SD supervisors to regularly conduct IST for CHN	In 2006 and 2007, all the SDs implemented IST. The number of IST per year frequencies varied two to eight across the SD. At the planning and implementing stage of IST at SD level, CEHS gave advices when the SD had problems.
3-6 Support SD training taskforce and SD supervisors to submit reports IST to divisional training committee	The Project supported in standardizing the reporting format at SD level. By 30 November 2007, the reports for 23 of 27 IST programs were submitted to CEHS in 2007.
3-7 Support SD training taskforce and SD supervisors to conduct follow-up consultation to CHN by the SD supervisors	MNS and the IST coordinator in CEHS conducted 37 supervisory visits to support the follow-up consultation to CHNs by the SD supervisors in 2007. At SD level, the supervisors started visiting CHNs not only in HCs but also in NSs for the follow-up consultation in 2007.
4-1 Regularly report achievements of SD in-service training to MOH	The Project progress reports were submitted to MOH biannually. Ad-hoc reports such as accomplishment of the workshop were additionally prepared and submitted to MOH (A total of 17 reports).
4-2 Present progress at meetings	In total, 30 presentations on project activities were made at the Joint Coordinating Committee (JCC) meeting/ seminars/workshops/conferences at divisional, national, and international levels. For example, the current status of the Project was presented in the workshop of nursing management. The concept and current status of the Handbook and introduction to the Project were presented in the National Health Consultation Workshop.
4-3 Conduct seminars or workshops at divisional, national and regional level for mutual exchange and dissemination of the Project model	National Seminar was held on 6 December 2007 to provide an introduction to the IST program into Western Division and Northern Division. The workshop at regional level (The International Workshop) was held on 31 January-1 February 2008 with four other participatory countries (Samoa, Solomon Islands, Tonga and Vanuatu).
4-4 Publish news letters	Thirteen issues of <i>Smart Nurse</i> , the project newsletter, were published by November 2007. A total of 5,170 copies of the newsletters were distributed to a variety of audience such as national and international organization and individuals. Since July 2006, the newsletter has been published on a monthly basis except for January, May, August and September 2007. The printing and distribution costs were covered by Japanese side at initial stage, and afterwards it has been covered by Fiji side since the issue nine.

Uy

(36)

2.3 Achievement of Output 1

Output 1:	Objectively Verifiable Indicators
Standard of competencies and function of community health nurses are established.	1-1 Competency Standard is authorized by MOH by the end of Nov. 2007. 1-2 Standardized recording formats and recording handbook is authorized by MOH by the end of Nov. 2007.

Both Competency Standard and the Handbook were approved by MOH and Fiji Nursing Association in May 2007. These tools are currently being used by CHNs and their supervisors.

2.4 Achievement of Output 2

Output 2:	Objectively Verifiable Indicators
Supervisors' knowledge on management of IST is reinforced.	2-1 Number of supervisors training conducted with approval by divisional training committee. 2-2 Evaluation of supervisors training by the participants. 2-3 Degree of understanding by the participants. 2-4 Number of participants attending supervisors training. 2-5 Annual SD in-service training plan (submitted to divisional training committee). 2-6 SD in-service training program of information management/planning.

Indicator 2-1: Number of supervisors training conducted with approval by Divisional training committee

The workshops for supervisors were held 10 times. The topic and the number of workshop were as follows:

- | | |
|--|---|
| ▪ Competency Standard | 3 |
| ▪ In-Service Training | 2 |
| ▪ Health information | 2 |
| ▪ Handbook introduction | 2 |
| ▪ Refreshing (Competency Standard, the Handbook, IST management) | 1 |

Indicator 2-2, 2-3, 2-4: Evaluation of supervisors training by the participants, Degree of understanding by the participants, and Number of participants attending supervisors training

The level of satisfaction with and understanding of supervisors' training were measured through self-administered questionnaires. Supervisors' satisfaction with and understanding of the training were high and the overall participation rate was 88% (Table 2).

Table 2 Summary of Evaluation of Supervisors' Trainings by the Participants

	Category of Training	Training Theme	Training Period	Participation rate ¹	Level of Satisfaction	Level of Understanding
1	Competency Standard	Development of Competency Requirement Standard I	Jun 2005, 3 days	83%	Very high:4 Fairly High:1 Not Very High:0 Not at all: 0	Very high:4 Fairly High:1 Not Very High:0 Not at all:0
2	In-service Training	Methods & Process of the IST	Aug 2005, 3 days	83%	Very High:4 Fairly High:1 Not Very High:0 Not at all:0	Very high:4 Fairly High:1 Not Very High:0 Not at all:0
3	Health Information	Information Management I	Nov 2006, 3 days	95%	Very High:3 Fairly High:1 Not Very High:1 Not at all:0	Very high:4 Fairly High:1 Not Very High:0 Not at all:0
4	Competency Standard	Development of Competency Requirement Standard II	Aug 2006, 1 day	100%	Very High:4 Fairly High:2 Not Very High:0 Not at all:0	Very high:3 Fairly High:2 Not Very High:0 Not at all:0
5	In-service Training	Methodologies	Sep 2006, 3 days	100%	Very High:3 Fairly High:1 Not Very High:1 Not at all:0	Very high:3 Fairly High:1 Not Very High:0 Not at all:0
6	Handbook	Development of Handbook	Oct 2006, 1 day	89%	Very high:4 Fairly High:3 Not Very High:0 Not at all:0	Very high:4 Fairly High:3 Not Very High:0 Not at all:0
7	Handbook	Introduction of Handbook	Oct 2006, 1 day	72%	Very high:5 Fairly High:2 Not Very High:0 Not at all:0	Very high:6 Fairly High:1 Not Very High:0 Not at all:0
8	Competency Standard	Awareness	Feb 2007, 1 day	94%	Very high:6 Fairly High:1 Not Very High:0 Not at all:0	Very high:6 Fairly High:1 Not Very High:0 Not at all:0
9	Health Information	Information Management II	Mar 2007, 1 day	89%	Very high:4 Fairly High:2 Not Very High:0 Not at all:0	Very high:3 Fairly High:2 Not Very High:1 Not at all:0
10	Refreshing	Implementation Handbook, Competencies Standards, Management Guideline, and Roles of Supervisors	Aug 2007, 1 day	71%	Very high:6 Fairly High:1 Not Very High:0 Not at all:0	Very high:6 Fairly High:1 Not Very High:0 Not at all:0

Note: 1) Participation rate was calculated based on the expected number of participants; 19 for the training No. 3,4,5, and 6, 18 for the training No. 1,2,7, and 9, 17 for the training No. 8 and 10.

Source: "Overview of the Supervisors' Training in the IST Project", Nov. 2007, MOH-JICA IST Project for CHN, and the Questionnaire of the Team

Also, one project document reported that the level of understanding of the trainings was high and that supervisors who participated in the trainings became confident about implementation of IST.

Indicator 2-5: Annual SD in-service training plan (submitted to Divisional Training Committee)

All the SDs in Central Division submitted the annual plan of IST activities for 2008,⁹ while four of five SDs submitted the annual plan of IST activities for 2007. The topics of the IST planned for 2008 are shown in Table 3.

Table 3 Topics of the Annual Plan of IST Activities for 2008

Suva SD	
1	Micro Planning and Immunization Default Follow-up
2	Refresher on Family Planning
3	Care of the Diabetic Foot
4	Counseling and Follow-up for Breastfeeding
Rewa SD	
1	Data Management and Analysis
2	Accident and Emergency Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)
3	Counseling
4	Monitoring and Evaluation
5	Risk Management
Serua/Namosi SD	
1	Integrated Management of Childhood Illness
2	Intravenous Therapy
3	Baby Friendly Hospital Initiative
4	Non-Communicable Disease
5	Expanded Program on Immunization (EPI)
6	Sexual Transmitted Infection/Human Immunodeficiency Virus/Teenage Pregnancy
7	Proposal Writing
Naitasiri SD	
1	Computer Basics Profiling/Compiling of Data, Data Analysis and Action Plan
2	Follow-up CMR/Data Analysis
3	Accidents and Emergencies
4	Infection Control
5	EPI/Family Planning
6	Diabetes
Tailevu SD	
1	Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV/AIDS), Hepatitis B surface Antigen counseling
2	Quality Assurance/ Risk Management
3	Primary Eye Care
4	Emergency in Obstetric/CPR/IV Therapy

Source: "Annual Plan of IST Activities in 2008", Over review of the activities and progress for the terminal evaluation: documents and information, 14 Dec, 2007, MOH-JICA IST Project for CHN

⁹ Note that four SDs in Eastern Division (Lomaiviti SD, Kadavu SD, Lomaloma, and Lebuka SD) submitted the annual IST plans for 2008.

Am

(22)

Indicator 2-6: SD in-service training program of information management/planning

In August 2007, the supervisors in CEHS were provided with the workshop on information management and health planning by using the Handbook. In September and October 2007, all the five SDs delivered the training on information management and health planning.

2.5 Achievement of Output 3

Output 3:	Objectively Verifiable Indicators
IST for CHN functions in each SD.	3-1 Sub-Divisional business plans announcing implementation of IST. 3-2 Number of SD in-service training and number / participation rate of trainees. 3-3 Number of support by division for SD in-service training. 3-4 Number of SD IST reports by SD supervisors. 3-5 Number of SD IST taskforce meeting. 3-6 Kinds and volume of materials developed and distributed for IST.

The topics and the number of CHN participants of IST at SD level in 2006 and 2007 are shown in Table 4.

Table 4 Topics and Number of Participants of IST at SD Level

IST 2006			IST 2007	
Suva SD: Total number of CHNs: N=71				
	Topic	Number of Participants	Topic	Number of Participants
1	Quality Management	37	Health Promotion	23
2	Data Management	35	Counseling and Follow-ups in Breastfeeding	60
3	HIV/AIDS Counseling	33	Care of the Diabetic Feet	60
4	Health Assessment	25	Family Planning	60
5	Quality Care for Elderly	29	Micro-mapping and EPI Defaulters Follow-up	60
6	Risk Management	24		
Rewa SD: Total number of CHNs: N=41				
	Topic	Number of Participants	Topic	Number of Participants
1	Communication/Budget Proposal	25	Adolescent Health Development	24
2	Health Information, CMR & Community Profiling	22	EPI	25
3	Diabetes	22	Health Promotion-Profiling	27
4	Accident and Emergency	25	Competency Standard Awareness	15
5	IMCI	17	Competencies and Handbook	16
6	Reproductive Health	33		
7	Obesity-hypoventilation Syndrome and Quality Customer Care	25		

Handwritten mark

Handwritten mark

Serua/ Namosi SD: Total number of CHNs: N=21				
	Topic	Number of Participants	Topic	Number of Participants
1	Risk Management and Data Analysis	14	Infection Control	18
2	Disaster Management and EPI	13	Accidents and Emergency	18
3	Mental Health and Rheumatic Heart	14	Safe Motherhood	12
4			EPI	16
5			Competencies and Handbook	18
6			Village Health Worker Training	10
7			Human Resources	18
8			Family Planning	15
Naitasiri SD: Total number of CHNs: N=18				
	Topic	Number of Participants	Topic	Number of Participants
1	Data Entry Standards and Data Analysis	14	Competencies and Handbook	14
2	IST for Nurses	19	Mental Health	14
3			EPI	10
4			Proposal Writing	14
5			Non Communicable Disease and Managing Obstetric Complication	17
Tailevu SD: Total number of CHNs: N=15				
	Topic	Number of Participants	Topic	Number of Participants
1	Computer Basic Training	10	In-Service Training	13
2	Data Management	11	Handbook	14
3	Family Planning	13	Competencies Standards	10
4	In-Service Training	12	Accidents/Emergency Triage	18
5	In-Service Training	15		
6	In-Service Training	14		

Source: "Annual Training Report in 2006, 2007"; Over review of the activities and progress for the terminal evaluation: documents and information, 14 Dec 2007, MOH-JICA IST Project for CHN

Indicator 3-1: Sub-divisional business plans announcing implementation of IST

Two of the five SDs (Suva and Tailevu) documented IST plan in the Business Plan in 2007, while no SD did in 2006.

Indicator 3-2: Number of SD in-service training and number/participation rate of trainees

Table 4 shows: (i) the number of IST programs; (ii) topics of IST programs; and (iii) the number of participants in IST programs. Although the number of IST programs varied between SDs in 2006, IST programs were regularly implemented at least four times in all SDs in 2007. The number of participants in Suva SD and Serua/Namosi SD increased between 2007 and 2006. However, the number of participants in other SDs did not increase between 2006 and 2007.

Indicator 3-3: Number of support by division for SD in-service training

MNS in CEHS or the IST coordinator undertook 37 supervisory visits to SDs in 2007. They visited all the SDs to provide technical support and guidance.

Table 5 Number of Supervisory Visit for SD in 2007

SD	Suva	Rewa	Serua/ Namosi	Naitasiri	Tailevu	Total
Number of supervisory visits by division	11	7	6	7	6	37

Source: "Follow-up Consultation to CHN and the SD supervisors by the Central Division, Over review of the activities and progress for the terminal evaluation: documents and information, 14 Dec 2007" MOH-JICA IST Project for CHN

Indicator 3-4: Number of SD in-service training reports by SD supervisors

By 30 November 2007, the reports for 23 of 27 IST programs were submitted to CEHS in 2007 (Table 6).

Table 6 Number of Reports on IST Programs in 2007

SD	Suva	Rewa	Serua/Namosi	Naitasiri	Tailevu	Total
Number of reports submitted	1	5	8	5	4	23
Number of IST program implemented	5	5	8	5	4	27

Source: "Training and Workshop Reporting Format" Over review of the activities and progress for the terminal evaluation: documents and information, 14 Dec 2007, MOH-JICA IST Project for CHN

Indicator 3-5: Number of SD in-service training taskforce meeting

It was confirmed that IST taskforce was organized in Suva SD and Rewa SD. On the other hand, a training taskforce was not organized in other SDs because the number of nursing staff was limited. However, in those SDs, a SDHS and a HS took responsibility for implementation of IST and took opportunity the monthly meeting to discuss IST issues.

Indicator 3-6: Kinds and volume of materials developed and distributed for IST

The Project developed a number of IST tools: (i) Competency Standard; (ii) the Handbook; (iii) the Training Materials; and (iv) the IST Manual. Table 7 shows the numbers of copies produced and distributed of those IST tools.

Table7 List of IST Tools Produced and Number of Copies Distributed

	1. Competency Standard	2. The Handbook	3. Training Materials	4. IST Manual
Number of copies produced	1,000	1,000	40	150
Number of copies distributed	240	250	38	130

Source: Over review of the activities and progress for the terminal evaluation: documents and information, 14 Dec 2007, MOH-JICA IST Project for CHN

Note that a DVD IST tool, which presents the examples of coaching, was attached to the IST Manual. To make the DVD IST tool practical and user-friendly, its contents were designed using the evidences that were identified through the field work in August and September 2007.

2.6 Achievement of Output 4

Output 4:	Objectively Verifiable Indicators
Achievements of the Project are presented to other divisions/countries.	4-1 Number of report to MOH (JCC, NEC etc.) 4-2 Number of presentations at meetings 4-3 Number of seminars/workshops and number of participants (within and out of target area) 4-4 Number of distribution of news letters

Indicator 4-1: Number of report to MOH (JCC, National Executive Committee etc.)

The Project prepared a total of 17 reports including progress reports and submitted them to MOH.

Indicator 4-2: Number of presentations at meetings

A total of 30 presentations on project activities were made at seminars/workshops/conferences at divisional, national level, and international level.

Indicator 4-3: Number of seminars/workshops and number of participants (within and out of target area)

On 6 December 2007, the National Seminar was held to introduce IST system to Western Division and Northern Division. The number of participants was not as many as planned.¹⁰ They could deepen understandings of the Project background, and responsibilities of division/SD in the IST system.

On 31 January -1 February 2008, two-day International Workshop on IST was held by inviting the representatives from Samoa, Solomon Islands, Tonga, and Vanuatu.

Indicator 4-4: Number of distribution of newsletters

Thirteen issues of *Smart Nurse*, the project newsletter, were published by November 2007. A total of 5,170 copies of the newsletters were distributed to a variety of audience such as national and international organization and individuals.

¹⁰ The number of the participants was 10 instead of 41 were planned

3. PROJECT IMPLEMENTATION PROCESS

Overall, all the activities that had been planned were undertaken. Yet, due to delay in the progress of the IST system development stage,¹¹ a number of activities were undertaken during the final year of the Project. This section presents the process and approaches which the Project took in practice.

3.1 Project Design

The Project was designed so as to improve CHNs' managerial competencies through IST programs delivered based on IST system developed. This unique project design was well accepted and drew positive attention from other development agencies.

The IST system proposed developed through the Project was composed of two steps, i.e. (i) Step 1: division to deliver supervisor training programmes to SD supervisors; and (ii) Step 2: division to assist SD supervisors to deliver IST programmes to CHNs. However, this project design brought about a series of arguments on interpretation of the project design. Thereby, there were two ways of interpretations of the project purpose, i.e. (i) establishment of IST system; and (ii) improvement of CHNs' managerial competencies.

Three years were too short to achieve improvement of CHNs' managerial competencies through developing and introducing IST system. Otherwise, the number of person-months of Japanese experts should have been greater than actually invested.

3.2 Project Implementation

The Project employed participatory approach by placing more emphasis on bringing about and further enhancing ownership of Fiji side. Thus, by investing sufficient time to the IST system development stage, the Project succeeded in making smoother and rapid progress of its IST piloting stage.

This, however, resulted in the delay of the overall progress of the Project. The IST system development stage, which was originally designed to require one year, took two years. It should be noted that it was in May 2007 when Competency Standard was approved by MOH though it had been planned to be approved in January 2006. To catch up, another Japanese expert responsible for HI/OJT was assigned upon the recommendation by the Mid-Term Evaluation.¹² Some external factors that the Project could not control occurred during the Project implementation period. Due to the coup d'état on 5 December 2006, the implementation of the Project was forced to be suspended up for two months. A two-week general strike in 2006 and three-week nurses' strike in 2007 impeded the progress of the Project. Moreover, all staff of CEHS had been mobilized into mass-control of measles for two months since its outbreak in April 2006.

¹¹ Taking into account the project design, the Team assumed that the Project was composed of three stages: (i) IST system development stage (= 1 year); (ii) IST piloting stage (=1 year); and (iii) IST modelling stage (=1 year).

¹² It was recommended in the *Joint Mid-Term Evaluation Report of the Japanese Technical Cooperation for the Project In-Service Training of Community Health Nurses in the Republic of Fiji Islands* (2006) that Japanese experts with appropriate profile need to be assigned in order to achieve the project purpose.

3.3 Project Monitoring

Monitoring of the project activities and outputs was conducted at the regular monthly meetings which consisted of divisional counterparts in CEHS, and the Japanese experts, under the chairpersonship of the director of CEHS.

All the decisions and information sharing regarding with the Project were made in this meeting. The meeting was organized by Japanese side in the early stage of the Project, however, Fiji side manages the meeting at the time of evaluation. The plan of operation was discussed in the regular monthly meeting, and the directions of the operations were determined.

3.4 Linkages with MOH Headquarters and other development agencies

Taking into account nationwide scaling-up of the IST system, the Project successfully developed and maintains frequent and close communication channels not only with CEHS but also with MOH Headquarters.

The JCC meeting was called biannually under the co-chairpersonship of the Permanent Secretary of MOH and the Resident Representative of JICA Fiji Office. Those involved in the Project and other stakeholders attended the JCC meetings to monitor the progress of the Project and discussed the issues.

In addition, the chief advisor of the Project maintains the contact with: (i) the managerial staff of the all the departments related to the Project; and (ii) other development agencies. This significantly helped them to deepen the understandings on the Project.

Wmy

(3/15)

4. EVALUATION RESULTS BY THE FIVE EVALUATION CRITERIA

4.1 Relevance

The relevance of the Project remains high in context of the national policy of Fiji, the official development assistance policy of Japan, and the needs of the target groups.

In the MOH Strategic Plan for 2005-2008, "*development and retention of a valued, committed, and skilled workforce to enhance the delivery of quality health services*" was employed as one of the five strategic goals for the Ministry. Moreover, the MOH Strategic Plan highlights the needs for increase in IST opportunities among health professionals as an essential measure for achieving the strategic goal. Thus, the Project was consistent with Fiji's national policy and priorities.

The Project is in line with the official development assistance policy of Japan. In the Fourth Pacific Islands Leaders Meeting in Okinawa, Japan May 2006, the Japan's assistance in the areas of environment, health, water and sanitation, education and vocational training was declared.

Increasing needs of CHNs for their capacity enhancement on health promotion activities, information management, and proposal development, were confirmed through the interviews with them and the document reviews conducted during the evaluation. Prior to the Project, the number of IST courses on managerial competencies was extremely limited, as the majority of them were disease-specific ones. In addition, not many CHNs had previously been provided with IST opportunities. Through identifying CHNs' needs for systematic and regular IST opportunities, the Project has been designed and implemented.

4.2 Effectiveness

Project Purpose:	Objectively Verifiable Indicators
Management skills and competence of CHNs are reinforced through IST in Central Division.	1. Level of managerial competency of CHNs 2. Annual accomplishment report at each zone/ district and SD is published 3. Number of project proposal by CHNs

Overall, the project purpose was achieved. Improvement of CHNs' managerial competencies was confirmed. To ensure the effectiveness of the Project, the Team would suggest that the Project place more emphasis on undertaking some of the on-going activities.

The levels of managerial competencies (Indicator 1) were gauged by conducting self-assessment and supervisors' assessment. In all the 15 types of competencies defined in Competency Standard, improvement was confirmed during eight months from March to November 2007. Note that, particularly in three of them, significant improvement was confirmed: (i) management skills; (ii) communication; and (iii) critical thinking and analysis.

A similar study was conducted by Dr. Hirano, responsible for community health nursing in the Team.¹³ Significant improvement was confirmed in five of the six types¹⁴ of managerial competencies defined in the study: (i) management for community; (ii) knowledge and skills; (iii) quality management; (iv) professional development; and (v) communication.

For the details of the results of the above two studies, refer to **Annex 9**.

These findings were triangulated through a series of interviews with CHNs and their supervisors. The results of the interviews supported those of the aforementioned studies. According to the CHNs, they have become more confident about their competencies and recognized the competencies improved through the intervention of the Project. For instance:

- CHNs can identify their weaknesses in an objective manner during the supervisory discussion sessions with their supervisors.
- Application of the Handbook has helped CHNs to enhance their skills of data collection, analysis, and utilization and then to increase accuracy of CMR preparation and timeliness of its submission.
- A part of health education activities was designed and planned in an evidence-based manner, by using the results of data analysis.

To ensure the effectiveness of the Project, it is suggested that the Project place more emphasis on undertaking the following on-going activities:

- In order for newly assigned supervisors to launch IST activities sooner, the detailed IST implementation procedures should be incorporated into the IST Manual. It was revealed in the interviews with some CHNs that IST implementation process was suspended by newly assigned supervisors due to lack of practical guidance to them.
- Monitoring and supervisory visits to CHNs should be undertaken on a quarterly basis as defined in the IST Manual. According to the interviews with CHNs, regular supervisory visits started in 2007. Yet, the number of the visits to the remote areas was only one per HC or NS in 2007.
- Quality of supervision on the CHNs' activities needs to be further improved. The importance of supervision to CHNs was confirmed through the interview with supervisors. However, it was revealed that there was room for improvement in the current supervision methods in such as giving more appropriate advices to CHNs.
- Utilization of the results of CMR data analysis needs to be further increased. The results of the questionnaire survey conducted for this evaluation indicated that supervisors perceived the level of data utilization by CHNs was limited.¹⁵

The Indicator 2 "Annual accomplishment report at each zone/district and SD is published", and the Indicator 3 "Number of project proposals by CHNs" were determined as inappropriate indicators.

¹³ This study was conducted, not as a part of project activities, with a research grant support from International Medical Center of Japan, Ministry of Health, Welfare and Labor, Japan.

¹⁴ Significant improvement was not confirmed in "emergency management".

¹⁵ The numbers of the supervisors who answered the question were as follows. Data analysis format is always utilized by the CHN (1), to some extent (4), and less utilized (2).

4.3 Efficiency

The efficiency of the Project is high as all the outputs were realized (see "2. Record of Project Implementation"). It should be particularly noted that the Project recovered from the delay in the progress during the initial two years, by taking tremendous steps.

The factors contributing to high efficiency were: (i) no unnecessary inputs of Japanese experts and equipment; (ii) sharing the project implementation cost between Fiji and Japanese sides; and (iii) appropriate assignment of Fiji's counterparts. In particular, assignment of the full-time IST coordinator played an essential role as a great driving force for smoother implementation.

Moreover, dispatching two Japanese experts (i.e. chief advisor and HI/OJT specialist) in July 2007 contributed to speeding-up and improved quality of the project activities. The chief advisor strengthened project management and coordination with CEHS and MOH, while the HI/OJT specialist supported the implementation of IST at SD level.

However, the overall progress of the Project was impeded by a series of unpredictable events: (i) a general strike in 2006 and a nurses' strike in 2007; (ii) a coup d'etat in 2006; and (iii) measles outbreak in 2006. Due to these impeding events, the Project activities were suspended for a total of five months.

4.4 Impact

Overall Goal:	Objectively Verifiable Indicators
Quality of community health services by CHNs is improved in Central Division.	Patient satisfaction for community health service is improved in Central Division.

Possibility of achieving the overall goal is high on condition that IST is continuously implemented. However, there are currently some risks for continuous implementation, such as lack of transport means for community visits. Unless these risks are controlled, it will be difficult to achieve the overall goal.

The ripple effects due to the Project implementation were observed and confirmed through the interview with MOH, supervisors and CHNs.

- MOH is considering incorporation of IST concept into the curriculum of the basic and post nursing education program at the Fiji School of Nursing.
- MOH recognized that not only CHNs but also hospital nurses should understand the importance and usefulness of IST.
- Communication and collaboration among CHNs was greatly enhanced through IST. For instance, in Suva SD, CHNs proactively shared what they learned in IST with those who did not participate, at monthly SD meeting. In Rewa SD, the CHNs requested the SD to compose an outreach team not only of a CHN but also of his/her supervisor or medical doctor to reduce their psychological burden. And the request was accepted by the SD and will be taken into practice from February 2008.

No specific negative impact of the Project was identified.

4.5 Sustainability

It is estimated that sustainability of the Project is relatively high because: (i) human resource development is one of the priority areas of MOH; (ii) organizational and budgeting settings for operation of IST are well established and maintained in CEHS; and (iii) the staff of CEHS and its SDs have been equipped with capacity of operation and management of IST.

Policy factors

MOH is committed to addressing the issues related to human resources in its policy. In view of this, it is estimated that the operation of IST system will be continuously underpinned and justified by MOH's policy. In fact, MOH is currently planning to undertake nationwide scaling-up of the IST system developed through the Project. In the process of the scaling-up, CHNs' competencies will be averaged. Therefore, homogeneously higher quality of health services will be delivered nationwide even though staff reassignment frequently takes place between divisions.

Moreover, MOH is currently planning to organize the taskforce responsible for nationwide scaling-up. However, it was not clear, at the time of the evaluation, how strategically this scaling-up process is designed and planned. It is suggested that MOH discuss it with the project team in a proactive manner by March 2008.

Organizational factors

Organizational settings necessary for maintaining IST system have been established in CEHS. CEHS ardently insists the needs for sustaining IST system. Thus, there is no specific organizational obstacle which hampers operation of IST. CEHS furthermore is prepared to collaborate with MOH headquarters for nationwide scaling-up.

To regularize the divisional IST coordinator post is crucial to successfully sustaining IST system in CEHS. The incumbent has been strengthening her knowledge and skills for implementation and monitoring of IST activities through working as a Fiji's counterpart for the Project. Therefore, the post should be regularized at least in CEHS as soon as practical. A divisional IST coordinator afterwards should be assigned in each division when nationwide scaling-up process starts.

Financial factors

The budget scale for health personnel training in CEHS was F\$ 15,000 in both FY2006 and FY2007, but was reduced to F\$ 10,000 in FY2008. It is likely that a part of either F\$ 100,000 from the Health Promotion Fund or F\$ 1.3 million from the Public Health Fund¹⁶ can be disbursed to operation of IST. CEHS, in fact, is planning to acquire the budget from those funds.

Technical factors

Now that the supervisors have become capable of operating IST activities and organize IST programs, it is estimated that technical sustainability is ensured. Several positive signs of the increase in sustainability were confirmed. For instance, CEHS voluntarily developed the plan of supervisor training programs.

CEHS is exploring the possibility of providing newly assigned supervisors with orientation and guidance necessary for IST operation.

¹⁶ The Public Health Fund is contributed by AusAID

Monitoring and follow-up of IST activities at divisional level are not adequately undertaken in terms of frequency and quality. Therefore, the supervisor training programs need to be closely planned in advance, given frequent staff reassignment in MOH. In addition, to share good practices and lessons learned among SDs will increase sustainability.

AusAID is assisting MOH to improve and update health information systems in Fiji as a part of "Fiji Health Sector Improvement Program (FHSIP)".¹⁷ As an important component of the health information systems improvement, revised CMR format is scheduled to be distributed and applied in June 2008. The Handbook, developed by the Project and being used by CHNs, includes the practical guidelines for data entry, data analysis, and data interpretation of the current CMR format. Therefore, it is necessary to make the best efforts to minimize confusion among CHNs at the time of introduction of new CMR format.

¹⁷ AusAID provides 5 million Australian Dollars annually through 5-year program (2003-2008).



5. CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

5.1 Conclusion

The Team confirmed that all the activities of the Project, which were planned in PDM version 2, were fully implemented. Overall, the project purpose was achieved as mentioned below, though some delays in the activities were pointed out at the time of Mid-Term Evaluation. It took time to build consensus on project design among the stakeholders because of its uniqueness. However, the time for this consensus building process fostered the ownership of Fiji side and is conducive to well-functioning IST in the Central Division.

1. Relevance

The relevance of the Project remains high as the Project was designed and has been implemented in line with the MOH Strategic Plan of Fiji, the official development assistance policy of Japan and the needs of the target group.

2. Effectiveness

Overall, the project purpose was achieved. The improvement of CHNs' managerial competencies was confirmed through: (i) Report on Competencies Standards and Criteria for CHN: Current status and changes between March and November of 2007; (ii) Changes of Performance and Skills of Community Health Nurses in Fiji for Capacity Building (Dr. Hirano); and (iii) interviews conducted in the evaluation.

3. Efficiency

The efficiency of the Project is high. The contributing factors were: (i) no unnecessary inputs of Japanese experts and equipment; (ii) sharing the project implementation cost between Fiji and Japan; and (iii) appropriate assignment of Fiji counterparts.

4. Impact

Possibility of achieving the overall goal is high on condition that IST is continuously implemented. As a positive impact, MOH is considering incorporation of IST concept into the curriculum of the basic and post nursing education program at the Fiji School of Nursing. No specific negative impact of the Project was identified.

5. Sustainability

It is estimated that sustainability of the Project is relatively high. First, human resource development is one of the priority areas of MOH. Second, organizational and budgeting settings for operation of IST system are well established and maintained in CEHS. Third, the staff of CEHS and its SDs is equipped with capacity of operation and management of IST activities.

5.2 Recommendations

To achieve the overall goal and to scale up the IST system nationwide, it is recommended that the following steps be taken.

For achievement of the overall goal of the Project

- 1) It is necessary for supervisors to ensure the supervisory visits on a quarterly basis. To assure the quality of supervision, CEHS should further strengthen capacity of supervisors, particularly newly assigned supervisors.
- 2) For ensuring the sustainability of the Project, it is necessary to regularize the post of IST coordinator in CEHS.
- 3) The Handbook includes guidance of the current CMR format. However, the new CMR format will be introduced in June 2008. To cope with possible confusion, "Analysis Part" of the Handbook should be continuously used and ultimately reflected in the new CMR manual.

For nationwide scaling-up of the IST system

- 4) It is desirable to assign an IST coordinator in each Division.
- 5) It is recommended that MOH headquarters play a coordinating and supervisory role to ensure smoother nationwide scaling-up.

For the development of health human resources

- 6) Only managerial competencies are addressed by the Project. It is suggested that MOH: (i) cover also other types of competencies¹⁸ in the IST system for CHNs; (ii) compile them into a package; and (iii) develop its structured framework as the national standard model.
- 7) Only CHNs are target health professionals for capacity strengthening in the Project. After development of the national standard model of IST system for CHNs, it is suggested that health human resources policy of Fiji consider application of the model to other health professional groups. This will be conducive to comprehensive capacity strengthening of all the types of health professionals.

¹⁸ Other competencies include clinical/curative services skills and public health/preventive services skills.



ANNEX1

Schedule of the Terminal Evaluation Team

		Team Members				
		Yoshiko AKIYAMA (Evaluation Analysis)	Nariaki MIKUNI (Leader)	Haruka SHINDO (Cooperation Planning)	Hitotsueu AIGA (Human Resource Development Policy)	Kayoko HIRANO (Public Health Nursing)
22. Jan	Tue	Leave Narita				
23. Jan	Wed	10:00 Interview with Supervisor's group 14:00 Visit Seruna/Namosi SD				
24. Jan	Thu	9:30 Visit Naitasiri SD 14:00 Visit Suva SD 15:30 interview with Japanese experts				
25. Jan	Fri	9:00 Visit Rewa SD 11:30 Interview with Ms. Talatoka Tamani (IST Coordinator) 14:30 Interview with Ms. Rusieli Taukei (DNS)				
26. Jan	Sat	Drafting JER				
27. Jan	Sun	Drafting JER				
28. Jan	Mon	Interview with 8:00 Dr. Sala Saketa (GMCH) 9:00 Ms. Salanieta Matiavi (MNSC) 10:00 Dr. Solomone Qaranivalu (Former GMCH)) 12:00 Ms. Asinate Lomanivere (Former SDHS Rewa SD) 15:00 Ms. Jackie, Ms. Marica (AusAID)		Leave Narita		
29. Jan	Tue	AM: Drafting JER 14:45 Internal Discussion with JICA Fiji Office 16:20 Internal Meeting			Leave Narita	
30. Jan	Wed	8:30 Meeting with C/P for explanation on JER (Dr. Alefaio, Dr. Dr. Saketa, Ms. Taukei, Ms. Matiavi, Ms. Tamani) 11:00 Visit Health Center in Tailevu 15:00 Meeting with Mr. Joe Qalova (Former Training Officer) 15:30 Meeting with Dr. Susana Makalevu (Former SDMO Suva) 17:15 internal Discussion			10:00 Arrive Suva	
31. Jan	Thu	8:30 International Workshop 14:00 Interview with Ms. Masako Kawamura (Project Formulation Advisor, JICA) 16:00 Internal Discussion 19:00 Welcome Reception party				Leave Narita
1. Feb	Fri	AM: Drafting Report 15:00 Internal Meeting		8:45 Visit Naulu NS (Rewa SD) 11:15 International Workshop		9:30 Arrive Suva
2. Feb	Sat	10:00 Internal discussion within Japanese experts (Internal meeting, drafting M/M and JER)				
3. Feb	Sun	Internal Meeting (Drafting M/M and JER)				
4. Feb	Mon	Submit the draft of M/M and JER				
5. Feb	Tue	Revising the draft of JER		9:00 Visit Fiji School of Nursing		
6. Feb	Wed	Finalization of M/M and JER, Preparation of JCC				
7. Feb	Thu	11:00 Joint Coordinating Committee, Signing on M/M				
8. Feb	Fri	report to JICA Report to Embassy of Japan			Leave Suva	
9. Feb	Sat	Leave Suva				

List of Stakeholders Interviewed by the Terminal Evaluation Team

(1) The Japanese side

1. Dr. Chieri Yamada* Chief Advisor/Community Health, JICA
2. Ms. Takako Ito* Health Information/On-the-Job Training, JICA
3. Mr. Kazuhiro Otsuki* Project Coordinator, JICA

(2) The Fiji side

<Ministry of Health, Women and Social Welfare Headquarters>

1. Dr. Lepani Waqatakirewa Permanent Secretary
2. Dr. Tima Tuiketeti Director of Public Health
3. Ms. Rusieli Taukei* Acting Director of Nursing Service
4. Dr. Losevati Alefaio Director, Preventative Services, Ministry of Health

<Counterparts at CentEast Health Service>

1. Dr. Salanieta Saketa* General Manager of Community Health
2. Dr. Solomon Qaranivalu* Chief Medical Officer
3. Ms. Salanieta Matiavi* Manager Nursing Services
4. Mr. Joe Qalova* Training Officer
5. Ms. Talatoka Tamani* In-Service Training Coordinator

<Supervisors to CHNs>

1. Ms. Asinate Lomanivere* SDHS Suva SD (Former Manager Nursing Service, Eastern)
2. Ms. Florence Narayan Acting SDHS Rewa SD
3. Ms. Kelera Veitaladrua Community Health Nurse (sometime acting as the supervisor due to turnover), Rewa SD
4. Ms. Mereseim Vamunaga Acting Health Sister, Rewa SD
5. Ms. Adeasi Qadrin SDHS Serua/Namosi SD
6. Ms. Ana Tube Acting SDHS, Naitasiri SD
7. Ms. Sera T. Sogaitu SDHS Tailevu SD
8. Dr. Susana Nakalevu* Acting Sub-Divisional Medical Officer, Suva SD

Annex 2

<CHN in Suva Sub-division >

1. Ms. Vasenai. B. Tute Nurse, Nuffield Clinic
2. Ms. Ana Wataika Zone Nurse, Suva SD HC
3. Ms. Virisila Taito Nurse, Raiwaga HC
4. Ms. Susenieli Vesikula MCH Nurse, Valelevu HC
5. Ms. Akisi Delaitubuna Nurse, Makoi HC

<CHN in Rewa Sub-division >

1. Ms. Sala Koroivuya Zone Nurse, Naulu NS
2. Ms. Meredani Ranuki Zone Nurse, Nausori HC
3. Ms. Meredani Sovagusu Zone Nurse, Mokani HC
4. Ms. Salome Baleca Zone Nurse, Wainibokasi HC
5. Ms. Susana Baledikadwa Zone Nurse, Naulu NS

<CHN in Serua/Namosi Sub-Division>

1. Ms. Mereoni Sami District Nurse, Korovisilou HC
2. Ms. Mere Waganidrola Zone Nurse, Navua HC
3. Ms. Rosalia Badrcia Zone Nurse, Navua HC
4. Ms. Susana Fakalua Maternal Child Health/Family Planning Nurse, Navua HC
5. Ms. Sesaui Fina District Nurse, Galoa NS

<CHN in Naitasiri Sub-Division >

1. Ms. Ana Kalakalo District Nurse, Lutu NS
2. Mr. Lovusi Qibow Zone Nurse, Naqali HC
3. Ms. Meredani Mletu Zone Nurse, Vunidawa HC
4. Ms. Lidia Toroui Zone Nurse, Vunidawa

< Fiji Health Sector Improvement Program (FHSIP)>

1. Ms. Jackie Kent Public Health Information System Advisor, AusAID
2. Ms. Marica Kepa Project Officer

* Interviewed individually

3

Activities	Inputs	Assumption
0-1 Establish Project Operation Unit. 0-2 Conduct Supervisors' meeting for Project health nurses.	Fiji side 1) Personnel 1-1) Project Manager 1-2) Assistant 1-3) Full-time counterpart 1-4) Driver 2) Office space and equipment - Office space, meeting table and chairs - Desks, chairs, cabinets, and bookshelves for four persons. - Phone line and Phones - Car Parking Space 3) Training /meeting Facilities 4) Transportation for counterpart and MOH staff 5) Insurance for driver/car 6) Recurrent costs (telephone, electricity, water) 7) Activity Cost (cost sharing)	<ul style="list-style-type: none"> • 15 competences required by Public Service Commission remains same. • New format of nursing activity report is developed and distributed within project period. • Large scale outbreaks don't happen. • Political situation remains stable. • Turnover rate remains same.
Output 1	Japan side 1) Personnel 1-1) Long-term expert(36MMV) - Chief Advisor/Health Promotion Coordinator 1-2) Short-term expert - In-Service Training - Community Development - Health Planning, monitoring, and evaluation - Information Management - Others	
Output 2	2) Material - Material for In-Service Training 3) Equipment - Vehicle - Photocopier - Computer and printer - Multimedia Projector 7) Counterpart training in Japan. - Human Resource Development for Community Health Workers - Others 8) Activity Cost (cost sharing)	
1-1 Establish the Competency Standard of community health nurses (competency standard) for community health nurses. 1-1-1 Establish a task force. 1-1-2 Develop the competency standard. 1-1-3 Implement trial and revise the competency standard. 1-1-4 Submit a final version draft of the competency standard to the MOH. 1-1-5 Assess competencies of community health nurses with endorsed competency standard. 1-2. Establish the recording formats and handbook of community health nurses. 1-2-1 Establish a taskforce. 1-2-2 Develop formats and handbook 1-2-3 Implement trial and revise. 1-2-4 Submit a final draft of formats and handbook to the MOH. 1-3 Develop tools regarding information analysis. 1-3-1 Establish the task force 1-3-2 Develop data entry standard for CMR. 1-3-3 Develop CMR analysis format (data summary sheet and Data analysis format). 1-3-4 Monitor trial and revise.		
Output 3		
2-1 Develop annual training plan regarding in-service training for SD supervisors. 2-2 Implement supervisors training 2-2-1 Introduction and methodologies of in-service training. 2-2-2 Communication skills including counseling, leadership, coaching and preceptorship. 2-2-3 Information management (Analysis of monthly report and community profile etc) 2-2-4 Health planning, monitoring and evaluation (participatory Project Cycle Management Precede-Proceed Model etc) Support SD training committees the following activities: 2-3 Define prioritized training needs and develop annual in-service training plan for community health nurses in each SD. 2-3-1 Assess the needs of in-service training of community health nurses using the Competency Standard. 2-3-2 Prioritize health needs of communities using analysis format 2-3-3 Discuss with community health nurses and develop annual in-service training plan.		

26

PDM (Project Design Matrix) (version 2)
 Project Name: Project for In-Service Training of Community health nurses
 Implementation Agency: Japan Side: Japan International Cooperation Agency
 Project Area: 5 Sub-Divisions, Central Division
 Target Group: 1.) Supervisors of Community health nurses* 2.) Community health nurses* 2

Fiji Side: Cent/East Health Service, Ministry of Health

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
Overall Goal Quality of community health services by community health nurses is improved in Central Division.	<ul style="list-style-type: none"> • Patient satisfaction for community health service is improved in Central Division. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interview 	
Project Purpose Management skills and competence of community health nurses are reinforced through in-service training in Central Division.	<ul style="list-style-type: none"> • Level of managerial competency of Community Health Nurses • Annual accomplishment report at each zone/district and sub-division is published. • Number of project proposal by Community Health Nurses 	<ul style="list-style-type: none"> • Survey • Survey • Survey 	Project Purpose Working condition for community health nurses does not become worse.
Outputs 1. Standard of competencies and function of community health nurses are established. 2. Supervisors' knowledge on management of in-service training is improved.	(Output1) The following documents are authorized by MOH by the end of Nov. 2007: <ul style="list-style-type: none"> • Competency Standard • Standardized recording form and recording handbook (Output2) <ul style="list-style-type: none"> • Number of supervisors training conducted with approval by Divisional training committee • Evaluation of supervisors training by the participants • Degree of understanding by the participants • Number of participants attending supervisors training • Annual SD IST training plan (submitted to Divisional Training Committee) • SD IST program of information management/planning 	(Output1) <ul style="list-style-type: none"> • Minutes/Approval letter • Minutes/Approval letter (Output2) <ul style="list-style-type: none"> • Minutes of Divisional training committee • Reports of supervisors training • Quiz, Interview • Questionnaire • Reports of supervisors training • SD business plan (Output3) <ul style="list-style-type: none"> • SD business plan • Reports of SD in-service training • Project reports • Reports of SD in-service training • Report of SD IST taskforce meeting (Output4) <ul style="list-style-type: none"> • Project report • Project report • Project report • Project report 	
3. In-service training for community health nurses functions in each sub-division.	(Output3) <ul style="list-style-type: none"> • Sub-divisional business plans announcing implementation of in-service training. • Number of SD in-service training and number / participation rate of trainees. • Number of support by division for SD in-service training. • Number of SD IST reports by SD supervisors. • Number of SD IST task force meeting. • Kinds and volume of materials developed and distributed for in-service training. (Output4) <ul style="list-style-type: none"> • Number of report to MOH (JCC, NEC etc). • No. presentation at meetings. • Number of seminars/workshops and number of participants (within and out of target area). • No. distribution of news letters 		
4. Achievements of the project are presented to other divisions/countries.			

my

<p>3-1 Develop procedure guideline of SD IST by Divisional Training Committee.</p> <p>3-2 Establish SD in-service taskforces in each SD.</p> <p>3-3 Conduct monitoring for SD in-service training in each SD.</p> <p>3-3-1 Conduct meetings for SD training task forces.</p> <p>3-3-2 Conduct SD in-service training observation tour for supervisors.</p> <p>3-4 Develop and distribute materials for in-service training.</p> <p>Support SD training task forces and SD supervisors the following activities:</p> <p>3-5 Regularly conduct in-service training for community health nurses.</p> <p>3-6 Submit reports of in-service training to the Divisional Training Committee.</p> <p>3-7 Conduct follow-up consultation to community health nurses the SD supervisors.</p>		
<p>Output4</p> <p>4-1 Regularly report achievements of SD IST to MOH.</p> <p>4-2 Present progress at meetings.</p> <p>4-3 Conduct seminars or workshops at divisional, national and regional level for mutual exchange and dissemination of the Project model.</p> <p>4-4 Publish news letters.</p>		<p>Precondition</p> <ul style="list-style-type: none"> - Other 6 Divisions in MOH provide resources upon request by the project manager/counterparts - Collaboration with other donors is discussed.

*1: Supervisors of Community health nurses, i.e. 5 Sub-Divisional Medical Officers, 5 Sub-divisional Health Sisters, 3 Senior Health Sisters and 8 Health Sisters

*2: Community health nurses, i.e. Outpatient Nurses, FPMCH Nurses, & Zone Nurses at Health Centers and District Nurses at Nursing Stations.

ANNEX:

- | | | | |
|----|-----|---|--------------------------------|
| 1. | SD | = | Sub-Division or Sub-Divisional |
| 2. | MOH | = | Ministry of Health |
| 3. | IST | = | In-Service Training |
| 4. | JCC | = | Joint Coordinating Committee |
| 5. | NEC | = | National Executive Committee |
| 6. | CMR | = | Consolidated Monthly Return |

my

Dispatch of Japanese Expert

Up dated 31/Jun/2008

Field	Year	JPY 2005												JPY 2006												JPY 2007												Remarks
		Mont	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	
Chief Advisor / Health Promotion		Sachiko YAMADA 3.Jun'04 - 14.Jul'07																																				
Coordinator		Kazuhiro OTSUKI 2.Apr'05 - 1.Apr'08																																				
Community Health Nursing		Kayoko HIRANO 30.Apr'05 - 8.May'05																																				
Community Health Management		Tomofumi SONE 30.Apr'05 - 8.May'05																																				
Human Resource Development		Kazuko SAEKI 8.Aug'05 - 18.Aug'05																																				
Information Management		Keiko NAGAI 5.Sep'05 - 6.Oct'05																																				
Community Health Nursing		Ioru ITOKAZU 2.Sep'06 - 16.Sep'06																																				
Community Health Nursing		Koichiro WATANABE 19.Sep'06 - 2.Nov'06																																				
Community Health Nursing		Satoko YANAGISAWA 10.Feb'07 - 17.Feb'07																																				
Community Health Management		Izumi ATSUTA 24.Feb'07 - 7.Mar'07																																				
Chief Advisor / Community Health		Chieri YAMAHA 1.Jul'07 - 26.Mar'08																																				
Health Information / OJT		Takako ITO 1.Jul'07 - 31.Mar'08																																				

CLM

List of Equipment Provided

Up dated 31/Jan/2018

FY/No.	Equipment	Qty	Total Price		Delivered on DD MM YYYY	Installed at	Status		Remarks
			F.P.	V			Running	Manag- e-ment	
05	Vehicle (4WD station wagon)	1	F\$51,000.00	Y3,315,000	29.04.2005	Project Office	A	A	
05	Multimedia projector + camera unit	1	F\$6,510.00	Y423,150	21.09.2005	Project Office	A	A	
05	Digital video camera	1	F\$1,917.50	Y123,988	03.11.2005	Project Office	A	A	
05	Desktop computer	6	F\$16,662.00	Y1,083,030	04.11.2005	Vunidawa HC (X1)	A	A	
					07.11.2005	Navua HC (X1)	A	A	
					08.11.2005	Nausori HC (X1)	C	C	Not being used since accessories were stolen
					08.11.2005	Koroiva HC (X1)	A	A	
					10.11.2005	Suva HC (X2)	B	B	1 set not well-opened for CHNs
05	Printer	6	F\$6,412.00	Y416,130	04.11.2005	Vunidawa HC (X1)	A	A	
					07.11.2005	Navua HC (X1)	A	A	
					08.11.2005	Nausori HC (X1)	C	C	Not being used due to 'commuter naris'
					08.11.2005	Koroiva HC (X1)	A	A	
					10.11.2005	Suva HC (X2)	B	B	1 set not well-opened for CHNs
06	Desktop photocopier	2	F\$5,380.00	Y356,206	21.08.2006	Nausori HC (X1)	A	A	
06	Desktop computer	1	F\$2,156.00	Y167,652	21.08.2006	Vunidawa HC (X1)	A	A	
06	Laptop computer	1	F\$3,000.00	Y204,786	06.10.2006	Project Office	A	A	
06	Multimedia projector + camera unit	1	F\$4,800.00	Y333,802	06.10.17	CHNs	A	A	
06	Digital camera	1	F\$1,000.00	Y33,507	19.09.2006	CHNs	A	A	
Grand Total				F\$98,667.50	Y6,457,231				

CLM

List of Counterparts as of January 2008

Status dated on 31 Jan 2008

No	Name	Designation	CP Training	Remarks
Central				
1	Dr. Lepani WAQATAKIREWA	Permanent Secretary, Ministry of Health, Women and Social Welfare		
2	Dr. Uma TUKETEJI	Director of Public Health, Ministry of Health, Women and Social Welfare		
3	Mrs. Rusneli TAUKELI	Acting Director of Nursing Service, Ministry of Health, Women and Social Welfare		
4	Mrs. Lessana MARAWA	Acting National Nursing Advisor, Ministry of Health, Women and Social Welfare		
5	Mrs. Subhag BALGOVIND	Acting Principal, Fiji School of Nursing		
CentEast Health Service				
1	Dr. Losevati ALEFAIO	Director, Preventative Services, Ministry of Health		
2	Dr. Salameta SAKETA	General Manager of Community Health, CentEast Health Service	✓	
3	Dr. Sisolomone QAKANIVALLI	Chief Medical Officer, CentEast Health Service	(✓)	
4	Mrs. Salameta MAUAVI	Manager Nursing Service, Central Division, CentEast Health Service	✓	
5	Mrs. Elena GONELIYI	Acting Manager Nursing Service, Eastern Division, CentEast Health Service		
Sub-divisional Medical Officer (SDMO)				
1	Dr. Setareki SOWANE	Sub-divisional Medical Officer, Suva Sub-division		
2	Dr. Susana NAKALEVU	Sub-divisional Medical Officer, Rewa Sub-division	(✓)	
3	Dr. Kelera BAYADRA	Sub-divisional Medical Officer, Tailevu Sub-division		
4	Dr. Kaleli BUNIMASI	Acting Sub-divisional Medical Officer, Naitasiri Sub-division		
5	Dr. Kusitino TIKO	Sub-divisional Medical Officer, Serua/Namosi Sub-division		
Sub-divisional Health Sister (SDHS)				
1	Mrs. Asimate LOMANIVERE	Sub-divisional Health Sister, Suva Sub-division		
2	Mrs. Florence NAKAYAN	Acting Sub-divisional Health Sister, Rewa Sub-division		
3	Mrs. Seta SOGATILU	Sub-divisional Health Sister, Tailevu Sub-division		
4	Mrs. ...	Acting Sub-divisional Health Sister, Naitasiri Sub-division		
5	Mrs. Metu QARAU	Acting Sub-divisional Health Sister, Serua/Namosi Sub-division		
Senior Health Sister (SHS)				
1	Mrs. Meate UMU	Acting Senior Health Sister, MCH Clinic, Suva Sub-division		
2	Mrs. Miriama SERU	Acting Senior Health Sister, Valelevu Medical Area, Suva Sub-division		
Health Sister (HS)				
1	Mrs. Alin KAUATA	Acting Health Sister, Valelevu Health Center, Suva Sub-division		
2	Mrs. Litiana RALULU	Acting Health Sister, Raiwaqa Health Center, Suva Sub-division		
3	Mrs. Disapeci VO'E'A	Acting Health Sister, Nulfield Clinic, Suva Sub-division		
4	Mrs. Temalesi COCKER	Health Sister, Samabula Health Center, Suva Sub-division		
5	Mrs. Sisiifo TEONEA	Acting Health Sister, Lami Health Center, Suva Sub-division		
6	Mrs. Akisi DELAITUBUNA	Acting Health Sister, Atakoi Health Center, Suva Sub-division		
7	Mrs. Merescini KANILNAGA	Acting Health Sister, Nausori Health Center, Rewa Sub-division		
8	Mrs. Asenaca HERITAGE	Health Sister, Korovou Health Center, Tailevu Sub-division	(✓)	
9	Mr. Atunaisa NASILOKIA	Acting Health Sister, Vunidawa Health Center, Naitasiri Sub-division		
10	Mrs. Sereana BULIVAKARUA	Acting Health Sister, Navua Health Center, Serua/Namosi Sub-division		
IST Project				
1	Mrs. Talatoka TAMANI	In-service Training Coordinator, CentEast Health Service	✓	Assigned from May 06

✓ = Attendance of training course in Japan dispatched by the Project
 (✓) = Attendance of other group training course in Japan

Cms

26

Studies on the Changes of Managerial Competencies of CHNs

[Competency Standards and Criteria for Community Health Nurses-Current Status and Changes between March and November of 2007] January 21, 2008

Dr. Chieri Yamada, IST Project

Median of each competency for CHN self-assessments; March 2007 and November, 2007

Competency	First(n)	Median	Second(n)	Median
1. Therapeutic and Caring Relationship	38	4.15	90	4.70
2. Management Skills	38	3.67	90	4.00
3. Knowledge and Skills	38	4.00	89	4.19
4. Management of Emergency Situation	38	3.63	89	4.00
5. Quality Improvement and Risk Management	38	4.00	90	4.47
6. Leadership Interpersonal Skill	38	4.07	90	4.32
7. Team-work: Cooperativeness	38	4.20	90	4.50
8. Professional and Ethical Practice	38	3.86	90	4.33
9. Punctuality	38	4.00	90	4.17
10. Professional Development and Continuing Education	38	3.71	90	4.00
11. Communication	38	4.00	90	4.43
12. Attitude	38	4.25	90	4.33
13. Organization Value	38	4.13	90	4.50
14. Critical Thinking and Analysis	38	4.00	90	4.20
15. Accountability	38	4.17	90	4.33

Median of each Competency of CHN by the supervisors: the first and second assessment on March, 2007 and November, 2007

Competency	First(n)	Median	Second(n)	Median
1. Therapeutic and Caring Relationship	38	4.00	90	4.70
2. Management Skills	38	3.53	90	4.10
3. Knowledge and Skills	38	3.90	89	4.24
4. Management of Emergency Situation	38	3.50	89	4.00
5. Quality Improvement and Risk Management	38	3.83	90	4.43
6. Leadership Interpersonal Skill	38	3.88	90	4.25
7. Team-work: Cooperativeness	38	4.00	90	4.40
8. Professional and Ethical Practice	38	3.60	90	4.29
9. Punctuality	38	3.83	90	4.17
10. Professional Development and Continuing Education	38	3.50	90	4.00
11. Communication	38	4.00	90	4.43
12. Attitude	38	4.00	90	4.33
13. Organization Value	38	4.00	90	4.50
14. Critical Thinking and Analysis	38	3.60	90	4.20
15. Accountability	38	4.00	90	4.33