

パラグアイ共和国
プライマリーヘルスケア体制強化
プロジェクト
中間レビュー調査報告書

平成 26 年 12 月
(2014年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

人間
JR
14-094

パラグアイ共和国
プライマリーヘルスケア体制強化
プロジェクト
中間レビュー調査報告書

平成 26 年 12 月
(2014 年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

目 次

目 次

プロジェクトの位置図

写 真

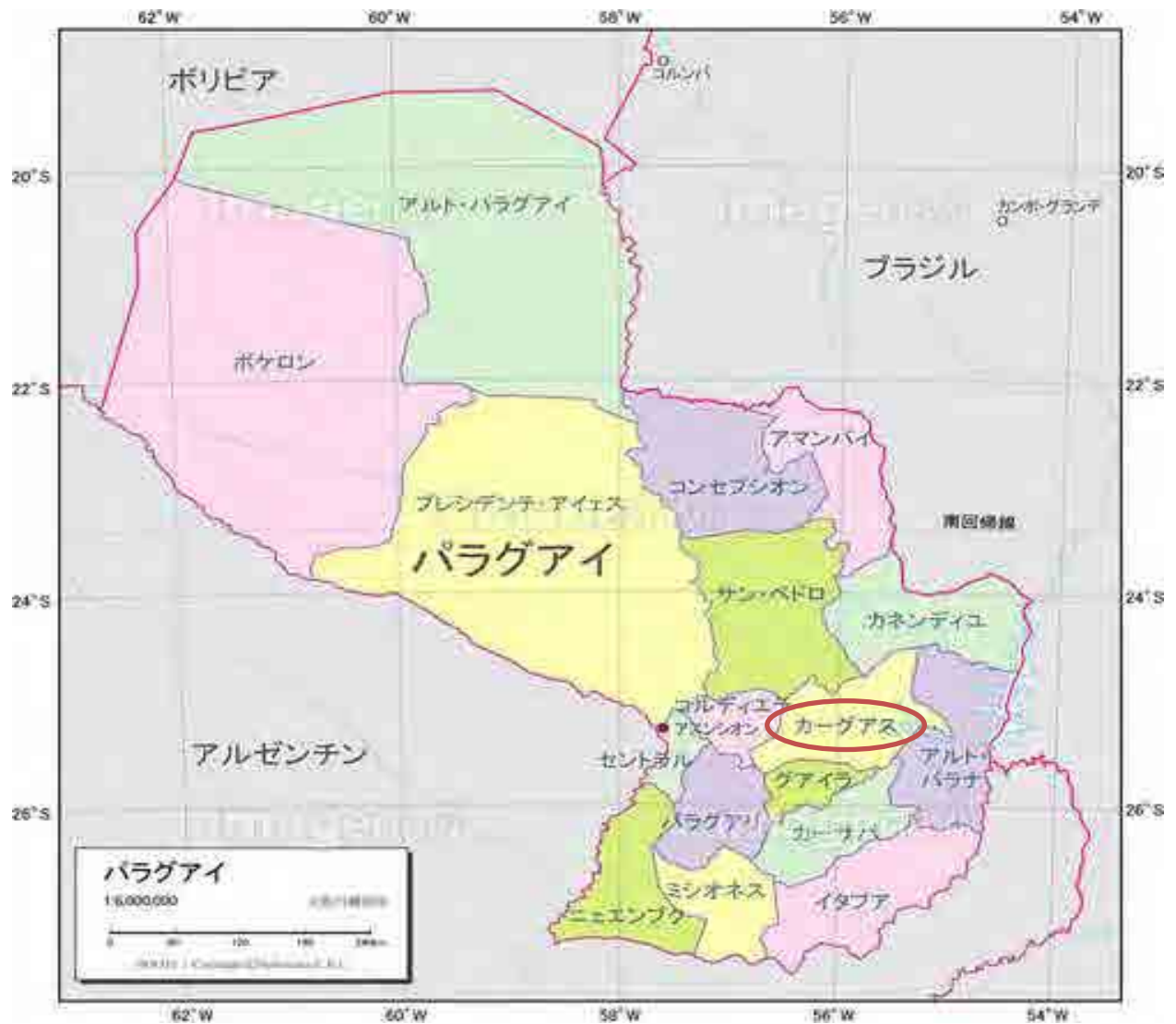
略語表

評価調査結果要約表

第1章 評価調査の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団構成	1
1-3 プロジェクトの概要	2
第2章 中間レビューの方法	3
2-1 中間レビュー調査の方法	3
2-2 調査項目・評価基準	3
2-3 評価に用いたデータ・情報	7
第3章 プロジェクトの実績と達成状況	9
3-1 投入実績（日本側・パラグアイ側）	9
3-2 活動及び成果の達成状況	10
3-3 プロジェクト目標と上位目標	18
第4章 評価5項目に照らした評価結果	20
4-1 妥当性	20
4-2 有効性	21
4-3 効率性	21
4-4 インパクト	23
4-5 持続性	24
4-6 結 論	24
第5章 提言と教訓	26
5-1 プロジェクトへの提言	26
5-2 教 訓	27
5-3 団長所感	28
付属資料	
1. 協議議事録（ミニッツ、西語）	33
2. 評価報告書（日本語訳）	73
添付資料1. PDM Ver. 0	99
添付資料2. 投入実績リスト（日本人専門家、カウンターパート、在外事業強化費、	

供与機材費、パラグアイ側投入)	101
添付資料3. 第三国専門家一覧	104
添付資料4. 国別研修及び第三国研修参加者一覧	105
添付資料5. 供与機材（現況）の一覧表	106
添付資料6. 活動計画表（PO）	108
添付資料7. PDM 改訂案	110
3. 調査日程	113
4. 主要面談者リスト	116

プロジェクトの位置図



(出典 : <http://imagenavi.jp/search/detail.asp?id=19601026>)

写 真



カアグアス県のプロジェクト事務所



ポトログアジャキ USF



パラグアス USF のコミュニティマップ



カウンターパートへの聞き取り



カアグアス県プロジェクト事務所での会議



ミニッツ署名

略 語 表

略 語	正式名称	日本語
ESF	Equipo de Salud de la Familia	家庭保健チーム
GDHSN	the Director of General Direction of Health Service and Network	保健医療サービスネットワーク総局
GDPR	the General Direction of Planning and Evaluation (英)	企画・評価総局
GDPHC	the General Direction of Primary Health Care (英)	プライマリーヘルスケア総局
INEPEO	Instituto Nacional de Educación Permanente en Emfermería y Obstetricia (西)	国立看護・助産継続教育センター
JICA	Japan International Cooperation Agency (英)	国際協力機構
MPHSW	Ministry of Public Health and Social Welfare (英) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (西)	厚生省
PAHO/OPS	Pan American Health Organization (英) Organización Panamerica de la Salud (西)	汎米保健機構
PDM	Project Design Matrix (英)	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PHC	Primary Health Care (英)	プライマリーヘルスケア
PO	Plan Operativo del Proyecto (西)	活動計画表
RISS	the Integrated Health Service Network (英) Red Integrada de Servicios de Salud (西)	保健医療サービス統合ネットワーク
SEME	Servicio de Emergencias Médica Extrahospitalaria (西)	院外医療救急サービス
USF	Unidades de Salud de la Familia (西)	家庭保健ユニット

評価調査結果要約表

1. 案件の概要	
国名：パラグアイ共和国	案件名：プライマリーヘルスケア体制強化プロジェクト
分野：保健医療－保健医療システム	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：人間開発部 保健第二グループ 保健第四課	協力金額（評価時点）：1.42 億円
協力期間 (R/D)：2012 年 2 月～2016 年 1 月 月（計 48 カ月）	先方関係機関：厚生省 PHC 総局、カアグアス県衛生局
<p>1－1 協力の背景と概要</p> <p>パラグアイ共和国（以下、「パラグアイ」と記す）では、2008 年 8 月から、保健医療政策「生活の質と平等な健康に向けた公共政策」のなかで、第 1 次保健医療サービスへのアクセス改善を優先政策の一つとして掲げた。これを受け、厚生省はプライマリーヘルスケア（Primary Health Care：PHC）総局を設置し、「家庭保健」の概念に基づき、地域の予防と治療を包括的に行う PHC の強化に取り組んでいる。具体的には、人口 3,500 人から 5,000 人に 1 カ所の割合で、医師、看護師あるいは助産師、准看護師各 1 名程度、保健推進員 3 名から 5 名、二つの USF に 1 名の歯科医から成る保健医療チーム「家庭保健ユニット（Unidades de Salud de la Familia：USF）」を設置し、この USF を中心に地域の保健医療サービス改善を図っている。しかしながら、PHC 実施のための規程やプロトコル・マニュアル、県レベルでの実施体制が整備されていない、USF の人材への教育・訓練が十分ではない、USF と地域病院等を含めた保健医療サービス機関のなかで救急対応やレファラルを含めた連携を行うための仕組みが整備されていない等の課題があった。</p> <p>このような状況を総合的に改善するために、第 5 衛生行政区¹（カアグアス県）を対象とし、USF によって提供される地域保健サービスの強化及びその効果の実証を目的に、パラグアイ政府は、わが国に支援の要請を行った。国際協力機構（JICA）は、第 5 衛生行政区（カアグアス県）において、2012 年 2 月から 2016 年 1 月までの 4 年間を協力期間として「パラグアイ共和国プライマリーヘルスケア体制強化プロジェクト」（以下、「本プロジェクト」）を実施している。今般プロジェクト期間の半ばを迎えるにあたり、これまでの活動と成果の実績を確認、分析するとともに、今後の活動の方向性について関係者の合意形成を図ることを目的とし、中間レビュー調査を実施した。また、2013 年 8 月 15 日をもって大統領が代わったため、新政権における PHC 実施に対する政策や方針を確認し、上記調査の評価結果を踏まえプロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix：PDM）を見直し、協力期間後半の活動計画の見直しを行った。</p> <p>1－2 協力内容</p> <p>本事業では、カアグアス県において PHC の実施体制を構築し、その経験を踏まえて、パラグアイ国全体での実施のモデルを形成することを目的としている。</p>	

¹ パラグアイでは、県ごとに衛生行政区として分けて管理をしており、カアグアス県は第 5 衛生行政区となっている。

- (1) 上位目標：プロジェクト対象地域において、母子保健水準が向上する。
- (2) プロジェクト目標：プロジェクト対象地域において、USF を核とした保健医療サービス体制が整備される。
- (3) 成果
- 1) 厚生省において、保健医療サービス (USF を含む) における PHC 体制が明確にされる。
 - 2) USF の活動地域で、保健医療サービス機関及び行政機関の運営管理実施能力が向上する。
 - 3) USF の能力が向上する。
 - 4) 県レベルにおける救急連絡体制が確立される。

(4) 投入 (評価時点)

日本側：

長期専門家派遣	2 名
短期専門家派遣	2 名
機材供与	保健医療機材、研修用機材、事務用機器等 (4,658 万 8,025 円)
在外事業費	1,673 万 7,180 円
研修員受入れ	本邦研修 3 名、第三国における研修 12 名

相手国側：

カウンターパート配置	37 名
土地・施設提供	厚生省中央及びカアグアス県衛生局の執務スペース
その他	事務所の光熱費等

2. 評価調査団の概要

団長・総括	杉下 智彦	JICA 国際協力専門員
協力企画	大町 檀	JICA 人間開発部 保健第四課 ジュニア専門員
評価分析	中西 政文	株式会社 JIN
通訳	菊池 エリカ	個人通訳

調査期間	2014 年 2 月 15 日～2014 年 3 月 10 日	評価種類：中間レビュー
------	---------------------------------	-------------

3. 評価結果の概要

3-1 実績の確認

成果は、現時点において達成されていないが、種々の活動の進捗が確認されており、プロジェクト終了時における達成が見込まれる。なお、プロジェクト目標及び成果において、目標値が設定されていないため、または指標そのものの測定が難しいため、達成度の判断ができない項目があった。そのため、本調査団は、指標を含めた PDM 改訂案を提案することとした。

(1) 成果 1

厚生省において、保健医療サービス (USF を含む) における PHC 体制が明確にされる。

- 1) 達成状況：達成されていないが、達成が見込まれる。
- 2) 成果 1 に関連した活動実績：ベースライン調査は、結果分析を行っている。USF の機

能マニュアルを見直し、改訂版を厚生省に提出し、承認をめざしている。保健医療サービス統合ネットワーク（the Integrated Health Service Network : RISS）に関する機能マニュアルは 2012 年に前政権にて省令として承認されたが、施行されず停滞していた。2014 年 3 月より RISS 委員会活動が再開され再度承認をめざす予定である。周辺 3 県において研修地方委員会が設置され、研修中央委員会から研修地方委員会への能力強化研修に引き続き、アルトパラナ県では研修地方委員会から USF 職員への研修が実施され、周辺県への PHC 体制の広がりが見込まれた。以上の活動実績に基づき、成果は達成されていないが、活動の進捗がみられ、達成が見込まれる。

(2) 成果 2

USF の活動地域で、保健医療サービス機関及び行政機関の運営管理能力が向上する。

- 1) 達成状況：達成されていないが、達成が見込まれる。
- 2) 成果 2 に関連した活動実績：PHC に関する既存のプロトコルの見直しを行っている。市レベルの保健政策・年間計画・資金計画はこれまで策定されていない。保健医療サービス活動モニタリングシートはカアグアス県において運用が始められている。以上の活動実績に基づき、成果は達成されていないが、活動の進捗がみられ、達成が見込まれる。

(3) 成果 3

USF の能力が向上する。

- 1) 達成状況：達成されていないが、達成が見込まれる。
- 2) 成果 3 に関連した活動実績：USF の能力向上を目的とした研修が始まっている。研修委員会が設置され実施体制を整えた。継続研修のための六つのガイドラインと教材を作成した。研修中央委員会は、マニュアルと教材の作成や研修実施の準備を、独力で行うことができるようになった。研修受講者の理解度の確認はこれまで行われていないが、研修モニタリングガイドの作成が開始された。成果は達成されていないが、研修実施のための条件が整い、研修は実施され始めている。以上の活動実績に基づき、今後成果の達成が見込まれる。

(4) 成果 4

県レベルにおける救急連絡体制が確立される。

- 1) 達成状況：指標の目標が設定されていないため、達成度の判断は困難である。進捗には遅れがみられる。
- 2) 成果 4 に関連した活動実績：院外医療救急サービス（Servicio de Emergencias Médica Extrahospitalaria : SEME）やカアグアス県庁と協議・調整し、救急調整センター設置のための支援を行っているが、体制はまだ整備されていない。現在 4 台の救急車が調達済みであり、配車待ちである。加えて、厚生省によってカアグアス県の地区病院の運転手を対象に研修が実施された。

(5) プロジェクト目標

プロジェクト対象地域において、USF を核とした保健医療サービス体制が整備される。

達成状況：指標が入手不可能、もしくは目標値が設定されていないため、達成度を確認することができないが、中間レビューの時点において、プロジェクト目標は未達成であると判断される。

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。

1) 政策・方針面：

現パラグアイ政府は、貧困削減を大きな政策の柱として位置づけており、PHCはそのための重要な戦略となっている。厚生省の方針においても、PHCの実施を優先順位の高い課題として位置づけており、パラグアイの開発政策と合致しているといえる。

2) プロジェクト対象地の適切性

カアグアス県は、疾病分布・人口動態・経済活動において、パラグアイの典型的な県である。このような県でモデル形成を行うことは、妥当性が高いといえる。

3) 日本の援助方針・JICAの開発目標

本プロジェクトは、日本政府の国際保健政策 2011-2015 や JICA 保健分野協力重点分野との整合性がある。日本政府は、国際保健外交戦略²において、ユニバーサルヘルスカバレッジ（UHC）の達成をめざした人々中心の保健システム強化を最優先課題としており、一方 JICA は、保健分野の協力量針として、UHC の達成に向けた体制づくりとして、保健行政能力の強化や保健サービスの質の向上をめざす保健システムの強化を重視している³。PHC の強化を図る本プロジェクトは、日本及び JICA の援助方針と合致しているといえる。

(2) 有効性

高い政治的コミットメントや活動レベルでの進捗が認められてきていることなどから、プロジェクト終了時までには、USF を核とした保健医療サービス体制が整備されることが見込まれる。

1) PDM の成果と目標の論理構造

プロジェクト目標を達成するためには成果 1 の保健医療サービスにおける PHC 体制が明確になっている必要があり、成果 2 に関連するプロトコルやマニュアルの存在は必須である。また、成果 2 の保健医療サービス機関と行政機関の両方の運営管理能力の向上も求められる。プロジェクト目標で、保健医療サービス体制の整備において USF を核とすることが条件とされていることから、成果 3 の USF の能力向上は必須であり、保健医療サービスを提供するにあたり、患者の緊急搬送等は必然的に発生するため、成果 4 も含まれるべきである。以上により、PDM の論理関係は適切かつ十分と判断できる。

² [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)61639-6/fulltext?_eventId=login](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61639-6/fulltext?_eventId=login)

³ JICA の保健分野の協力－現在と未来－<http://www.jica.go.jp/activities/issues/health/index.html>

2) プロジェクト目標の達成状況

PDMの指標が入手不可能、または目標値が設定されていないため、達成度を正確に確認することはできないが、本プロジェクトの活動は全体的に遅れており、成果がまだ表れていない。特に成果2と成果4は終了していない活動が多いため、すべての成果の発現にはまだ時間がかかる見込みである。しかし、以下のような好要因が確認されており、最終的に成果が発現され、プロジェクト目標が達成されることが見込まれる。

- ① 中央レベル、地方レベルともに、プロジェクト関係者が、本プロジェクトの目的をよく理解し、積極的に活動に取り組んでいる。
- ② 研修委員会と調査研究委員会が、中央と第5衛生行政区（カアグアス県）の両方のレベルに設置され、実施体制が整えられた。

(3) 効率性

本プロジェクトの中間地点までの効率性は、限定的であったが、今後は大幅な改善が見込まれる。

1) プロジェクトの効率性の阻害要因

プロジェクト開始後、大統領が2回交代し、大臣や総局長、第5衛生行政局長等が交代したことは、活動の実施に影響を及ぼした。また、PDMの指標設定がされなかったことは、プロジェクト関係者の目的意識や動機をそぐ要因になり、実施プロセスへ影響を与えた可能性がある。

2) プロジェクトの効率性における今後の促進要因

現在の厚生省PHC総局長、企画・評価総局長、保健医療サービスネットワーク総局長、第5衛生行政局長をはじめとする関係者の当事者意識が高いことから、今後は円滑で効率的に活動が実施される可能性が高い。加えて、プロジェクトの円滑な実施のための協力協定を厚生大臣、カアグアス県知事、カアグアス国立大学学長、本プロジェクトの間で2013年10月に結んでおり、促進要因となり得る。

3) 活動面の効率性

活動面について、特にベースライン調査の計画や実施に多くの時間をかけており、他の活動とのバランスが良くなかった。他方で、研修委員会や調査研究委員会をつかったことは、パラグアイ側の関係者の高いコミットメントを引き出すことに寄与している。委員会を設置してプロジェクトの実施を展開していく方法は時間とともに、それぞれの役割における業務遂行能力が高まり、効率性が改善することが見込まれる。また、エルサルバドルへの研修、エルサルバドルからの第三国専門家招へいのように、限られたリソースを効果的に活用する工夫を行っている。

4) コスト面の効率性

プロジェクトはUSF促進のための制度づくりを、人材育成と機材整備の双方から支援を行ってきた。ただし、在外事業強化費と供与機材費の合計額に対し、供与機材費は第1年次90.1%、第2年次85.6%、第3年次62.8%で、これまでの平均が74.2%であり、プロジェクト中間時点での項目別支出割合において、供与機材費の比率が高かった。プロジェクトの前半に機材投入の活動を集中させたと理解できる。

(4) インパクト

現時点で本プロジェクトの正のインパクトは発現しつつあり、終了時評価ではさらなる検証が必要である。

1) 他県へのインパクト

研修中央委員会によってカアグアス県、アルトパラナ県、グアイラ県、サンペドロ県に研修地域委員会が設置され、ファシリテーター養成研修が実施された。研修地方委員会が独自の予算で USF の職員を対象にした研修を実施しており、他県へのインパクトが確認されている。

2) 関係者による分野を超えた連携体制

中間レビュー調査を通じて、厚生省内のみならず、県知事、県庁、大学等、組織を超えた横の連携が進められたことが確認された。

3) 懸念事項

USF では分娩介助を行わないことから、自宅分娩の増加が懸念される。

(5) 持続性

中間地点までで本プロジェクトの持続性を判断することは困難である。本プロジェクトは今後下記の点に留意し、持続性を促進する必要がある。

1) 持続性促進に求められる要因

住民の啓発活動を強化することが望まれる。また、USF 活動による計画策定及び予算化に向けた活動を支援する必要がある。

2) 持続性の確保に貢献し得る要因

- ① 中央と県に設置された委員会により、研修の教材作成や計画立案、ベースライン調査の実施等の活動が実施されている点や厚生省の PHC 総局が USF の職員を対象とした導入研修を自主財源で実施している点等において、本プロジェクトの自立発展のためのメカニズムが確立されており持続性の確保に貢献し得る。
- ② 本プロジェクトの主要関係者が高いオーナーシップの下、主体的にプロジェクト活動を実施しており、持続性が見込まれる。
- ③ パラグアイ厚生省は、医師・看護師の地方インターン制度の導入等、地方保健人材育成及び定着へ取り組んでおり、PHC を担う人材確保の面から、持続性への寄与が見込まれる。

3-3 効果発現に貢献した要因

(1) 計画内容に関する要因：

USF の機能だけでなく、PHC を実施していくうえで必要と思われるすべての関係者の役割の明確化や PHC 実施の制度整備等が計画されている点は、PHC のモデルを構築するうえで必須であると同時に、関係者全体の PHC に関する意識を改善し、知識を向上させるために、効果的な内容である。

(2) 実施プロセスに関する要因

研修委員会と調査研究委員会が、中央と第 5 衛生行政区（カアグアス県）の両方のレベ

ルに設置され、定期的な活動が行われている点、委員会の間の連絡体制も整っており、コミュニケーションが密にとられている点も効果発現を促進している要因と考えられる。さらに、エルサルバドルへの研修では、パラグアイと保健状況や経済状況が比較的近い国のPHCへの取り組みの成功事例をみることができ、関係者の動機づけがなされ、PHCの実施に関する理解が深まり、効果発現に貢献している。

3-4 問題点及び問題を惹起した要因

(1) 計画内容に関する要因

プロジェクト開始後に起こった2度にわたる政権交代に伴う大幅な人事異動は活動の遅延を招き、成果の発現を阻害した最大の要因になった。2度目の政権交代(選挙)は事前に予測し得た事柄であり、プロジェクトの活動計画において工夫が必要であったと考えられる。

(2) 実施プロセスに関する要因

上記と同様に、本プロジェクト開始後の厚生省内の大幅な人事異動が、活動の停滞を招いた。また、人事異動により、設置された委員会から離脱せざるを得ない人材もおり、委員会が厚生省から正式な承認を受けた存在ではないため、活動が安定しない。加えて、関係者間によるPHCのモデル像についての議論がこれまで十分でなかったため、USFの機能の明確化を含めたモデル化のための活動が具体的になっていなかった。さらに、プロジェクトの中間地点までにベースライン調査の実施に係る活動に多くの時間をかけたため、それ以外の活動に使える時間が限定された点も問題点として考えられる。

3-5 結論

本プロジェクトはパラグアイの保健政策や日本の援助方針と合致しており、カアグアス県の特徴を考慮するとパラグアイ国のなかで典型的な県の一つといえることから、モデルを形成するには適切な選択であるといえる。そのため、本プロジェクトの妥当性は高い。

有効性については、PDMの成果とプロジェクト目標との論理関係は適切であるが、活動の遅れから成果が発現されておらず、現時点でPDMの指標の数値が設定されていない点をかんがみてもプロジェクト目標達成の見込みに関する判断は難しい。しかし、いくつかプロジェクト目標達成のための好要因が確認され、目標達成は可能であると考えられる。

2度にわたる政権の交代が主な要因とされる大幅な人事異動による活動の停滞が本プロジェクト実施の効率性に制約を与えた。しかし、現政権において関係者による非常に協力的な実施体制が構築されており、当事者意識が高いこと、現在までの研修においてPHCの理解が深まったことにより、今後は活動の効率性が改善される見込みである。

インパクトについては、正のインパクトの発現が確認できている。周辺3県の研修地方委員会にファシリテーター研修を実施した。その後、それぞれの県においてUSFを対象とした研修が計画され、アルトパラナ県では既に研修が実施されており、他県へのインパクトが確認された。また、プロジェクトを通し、厚生省内や県レベルにおいて、組織を超えた横の連携が進められた。

持続性については、①本プロジェクトの主要関係者は全員プロジェクト活動に協力的で、当

事者意識が高い、②調査研究委員会や研修委員会が中央と県の両方のレベルで機能しており実施体制が整った、といった好要因が認められた。

本プロジェクトは高い妥当性のなかで実施されているが、現時点での効果や効率性は限定的である。今後はUSFのモデル化に傾注し、USF及びその周辺環境の果たす役割や機能を明確にし、機能評価等を行って標準的かつ包括的なモデル構築を行うことが重要である。

3-6 提言

(1) 今後の方向性

- 1) プロジェクトの進捗をかんがみると、プロジェクト成果への取り組みの優先順位を検討し、プロジェクト専門家及び担当のカウンターパートの業務分担を明確にし、効率的かつ効果的にプロジェクト目標を達成する努力が望まれる。
- 2) 第5衛生行政区におけるUSFのモデル化に優先的に努力を図ることを勧奨する。具体的には、①カアグアス県におけるUSFの機能評価に早急に着手し、②中央政府、カアグアス県衛生局、保健医療審議会などの役割や支援体制を明確化し、③カアグアス県におけるUSFの包括的なパッケージとしてモデルを構築し、④全国展開を可能にするための戦略を練ることが重要である。

(2) カアグアス県レベル

- 1) USFのモデル化にあたっては、USFが果たさなければならない中心的な機能（コアファンクション）を10程度設定し、USFの機能評価を行い、標準モデルを可視化することが必要である。
- 2) 保健人材の定着促進戦略を含んだ県USF長期戦略計画の策定が望まれる。
- 3) 合同評価調査チームとしては、さらに以下の活動の強化、及び追加を提案したい。
 - ① USF活動における住民参加促進のための研修及び実施支援を強化する。
 - ② USFの年間計画策定のための実施支援（担当の医療審議会と共同して計画をつくることが強く望まれる）
 - ③ 県庁のUSF年間計画の策定を支援強化する。
 - ④ 各USFに保健推進員の適切な配置を促進する。
 - ⑤ USFに対する定期的なスーパービジョンの強化及びUSF相互のネットワークづくりの強化を促進する。

(3) 厚生省レベル

- 1) USFが適切な機能を果たすために、厚生省の関連総局、第5衛生行政局、医療審議会、研修実施機関、研究機関及び地域の中核的保健診療施設の役割と支援的機能を明確にし、上記のUSFの機能とともにモデルの包括的パッケージとして提案することが重要である。
- 2) カアグアス県のUSFモデル化の全国普及のために、USFの活動の取り組みを紹介する広報ビデオ等の作成、及び第1回全国医療審議会大会等のフォーラム開催を支援し、モデルの提示等を行うことを積極的に検討する。
- 3) 厚生省分権化局との対話を促進し、第5衛生行政区（カアグアス県）における保健シ

システム全体像（予算措置・報告体制・人員配置等）を柔軟に検討することを促す。

4) プロジェクトで行っている USF 継続研修に関しては、研修モニタリングの実施、研修インパクトの評価、プロジェクト終了後の研修継続のための予算化を考えておくことが重要である。

5) USF モデル構築において第 5 衛生行政区（カアグアス県）におけるプロジェクト実施体制の強化（人材配置、予算配分）を図るとともに、プロジェクト終了までの出口戦略を早急に策定することが望まれる。

(4) 調整が望まれる項目

以下の活動に関しては、他の業務との兼ね合い等により、調整が必要と考える。

1) ベースライン調査に関しては必要最低限の根拠を抽出することに傾注する。

2) USF のモデル構築活動が、死亡症例検討会の設置よりも優先される。

3) 救急体制の整備に関しては、仕組み、研修、実施ガイドライン等は SEME のリソースを最大限活用する。

(5) 負のインパクト対策

USF のモデル化にあたっては USF で分婉介助ができないことによる負の影響を回避するため、地域のレファラル診療施設との連携や貧困家庭等への経済的配慮等を含んだ長期戦略を早急に策定することが望まれる。

(6) その他の提言

1) PDM 改訂：現行の PDM の大幅な修正は必要ないと考えますが、活動内容の見直し及び適切な指標の設定等に関して修正が必要である。合同評価調査団は、パラグアイ厚生省及びプロジェクトに PDM の改訂を提案する。今後双方で議論を深め、早急に改訂版を作成・承認することが望まれる。

2) 他国との共有：他国で進行中のプロジェクトと経験・教訓を共有することが望まれる。

3-7 教訓

(1) パラグアイにおける PHC への政治的コミットメントの高さは、厚生省はもとより、県知事や第 5 衛生行政局に至るまで、非常に高い。カウンターパートと専門家チームの信頼関係の醸成は、PHC のような概念的なプロジェクトにおいては、方向性の構築や具体的な戦略の立案のために非常に有益である。

(2) 人材育成と調査研究に関する作業委員会を設置することで、調整メカニズムがつくられ、事業の継続性を高めるものと考えられる。

(3) USF の現場ではさまざまな創意工夫が行われており（階層別コミュニティマッピング法、住民対話集会等）、現場のイノベーションを引き出すことに、プロジェクトは成功している。

(4) 第三国における研修の有効活用は、地域全体の相互支援のあり方として今後の発展が望

まれる。

- (5) プロジェクト名である ÑANDUTI (クモの巣模様の織物) の名称はパラグアイにとって、人と人、組織と組織とのネットワークを強くイメージさせるものであり、プロジェクト関係者において、目標意識の共有に高く貢献している。

第 1 章 評価調査の概要

1-1 調査団派遣の経緯と目的

パラグアイ共和国（以下、「パラグアイ」と記す）では、2008年8月から、保健医療政策「生活の質と平等な健康に向けた公共政策」のなかで、第1次保健医療サービスへのアクセス改善を優先政策の一つとして掲げた。これを受け、厚生省はプライマリーヘルスケア（PHC）総局を設置し、「家庭保健」の概念に基づき、地域の予防と治療を包括的に行う PHC の強化に取り組んでいる。具体的には、人口 3,500 人から 5,000 人に 1 カ所の割合で、医師、看護師あるいは助産師、准看護師各 1 名程度、保健推進員 3 名から 5 名、二つの USF に 1 名の歯科医から成る保健医療チーム「家庭保健ユニット（Unidades de Salud de la Familia : USF）」を設置し、この USF を中心に地域の保健医療サービス改善を図っている。しかしながら、PHC 実施のための規程やプロトコル・マニュアル、県レベルでの実施体制が整備されていない、USF の人材への教育・訓練が十分ではない、USF と地域病院等を含めた保健医療サービス機関のなかで救急対応やレファラルを含めた連携を行うための仕組みが整備されていない等の課題があった。

このような状況を総合的に改善するために、第 5 衛生行政区¹を対象として、USF によって提供される地域保健サービスの強化及びその効果の実証を目的に、パラグアイ政府は、わが国に支援の要請を行った。国際協力機構（JICA）は、第 5 衛生行政区において、「USF を核とした保健医療サービス体制が整備されること」を目標に、①厚生省において保健医療サービス（USF を含む）における PHC 体制が明確にされること、②USF の活動地域で保健医療サービス機関及び行政機関の運営管理能力が向上すること、③USF の能力が向上すること、④県レベルにおける救急連絡体制が確立されることを成果として、2012年2月から2016年1月までの4年間を協力期間として「パラグアイ共和国プライマリーヘルスケア体制強化プロジェクト」（以下、「本プロジェクト」）を実施している。

今般プロジェクト期間の半ばを迎えるにあたり、これまでの活動と成果の実績を確認、分析するとともに、今後の活動の方向性について関係者の合意形成を図ることを目的とし、中間レビュー調査を実施した。また、2013年8月15日をもって大統領が代わっており、新政権における PHC 実施に対する政策や方針を確認し、上記調査の評価結果を踏まえプロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）を見直し、協力期間後半の活動計画の見直しを行った。

1-2 調査団構成

合同評価調査は以下のメンバーで実施した。

(1) 日本側

担 当	氏 名	所 属
団長・総括	杉下 智彦	JICA 国際協力専門員
協力企画	大町 檀	JICA 人間開発部 保健第四課 ジュニア専門員
評価分析	中西 政文	株式会社 JIN
通 訳	菊池 エリカ	個人通訳

¹ パラグアイは 17 の県と首都のアスンシオンに区分されており、18 の衛生行政区に分かれている。県の区域と衛生行政区の境界はほぼ一致しており、第 5 衛生行政区はカアグアス県にあたる。

(2) パラグアイ側

氏名	所属
Aldo Irala	厚生省企画・評価総局 プロジェクト形成モニタリング局 企画・評価局長 USF 調整局 局長代理
Jesus Carlos Coronel	カアグアス県庁 保健企画プロジェクト長 コロネルオビエド地域病院 救急サービスチーフ

1-3 プロジェクトの概要

プロジェクトの概要は以下のとおりである。(付属資料2の添付資料1. PDM Ver. 0)

表-1 プロジェクト概要

協力期間	2012年2月から2016年1月の4年間
対象地域	カアグアス県(第5衛生行政区)
実施機関	厚生省、第5衛生行政局
裨益対象者	カアグアス県の住民
上位目標	プロジェクト対象地域において、母子保健水準が向上する。
プロジェクト目標	プロジェクト対象地域において、USFを核とした保健医療サービス体制が整備される。
成果	1. 厚生省において、保健医療サービス(USFを含む)におけるPHC体制が明確にされる。 2. USFの活動地域で、保健医療サービス機関及び行政機関の運営管理能力が向上する。 3. USFの能力が向上する。 4. 県レベルにおける救急連絡体制が確立される。

第2章 中間レビューの方法

2-1 中間レビュー調査の方法

- ① 調査方針を策定し、評価デザインの作成・調査項目を検討する。また、調査項目に基づいて質問票を作成し、事前に関係者に配布する。
- ② 必要なデータや資料を事前に収集し、関連書類をレビューする。
- ③ 質問票を回収し、内容を分析する。必要に応じてプロジェクトの関係者に質問票を使った聞き取りを行う。
- ④ PDM Ver. 0 と活動計画表〔付属資料2の添付資料1. PDM Ver. 0、添付資料6. 活動計画表(PO)〕に基づき、本案件の実績と現状が記載された質問票の内容や聞き取り結果から総合的に検証し、プロジェクトチーム、パラグアイ側関係者とともに、評価5項目(妥当性、有効性、効率性、インパクト、持続性)の各視点から包括的な評価・分析を行う。
- ⑤ 上記評価結果に基づき、今後の活動内容について協議する。また、PDMの改訂案(付属資料2の添付資料7)を作成し、プロジェクトの関係者と改訂案について協議する。
- ⑥ 本案件が抱える諸問題、プロジェクトの促進要因・阻害要因等について、パラグアイ側及び日本側と協議し、今後、両国それぞれが取り組むべき事項を検証し、「提言」としてまとめるとともに、類似案件等へのフィードバックとして有用な本案件の知見を検証し「教訓」としてまとめる。
- ⑦ 上記評価・分析・検証を踏まえ、プロジェクト計画見直しの必要性、プロジェクト後半の懸案事項の対応方法について、パラグアイ側関係者とともに「評価報告書」を作成・協議し、協議結果については「協議議事録(ミニッツ)」として取りまとめ、パラグアイ側及び日本側で署名・交換する。

2-2 調査項目・評価基準

(1) 調査項目

本中間レビューにおける主な調査項目は以下のとおりである。

表-2 主な調査項目

5項目と その他の基準	主な調査項目	
	大項目	小項目
プロジェクト 概況と実績の 検証	プロジェクト に係る基本情 報	厚生省の組織体制、第5衛生行政局の組織体制、パラグアイ政府の状況
		PHCに関する厚生省及び第5衛生行政局の政策と実施方針と過去の経緯等
		カアグアス県のUSFの数と人員の配置状況
		プロジェクトに関係する基本的な保健情報
		地方分権化の進捗状況
		関係機関のPHCに対する考え方と方針

	投入実績	日本側専門家派遣実績
		本邦研修、第三国における研修実施実績
		機材供与実績と供与費
		現地活動費
		プロジェクトスタッフの配置と数
		パラグアイ側カウンターパートの配置と数
		パラグアイ側によるその他の投入
	成果の達成度	成果 1 に関する達成度と現状を裏づける理由
		成果 2 に関する達成度と現状を裏づける理由
		成果 3 に関する達成度と現状を裏づける理由
成果 4 に関する達成度と現状を裏づける理由		
実施体制とプロセスの検証	プロジェクトのマネジメント体制、協力体制、役割	プロジェクトの実施運営能力
		意思決定の仕組み
		カウンターパートの協力の度合い、プロジェクトに関する認識の程度等
		厚生省 PHC 総局、企画・評価総局、医療サービスネットワーク総局の役割と活動実績、組織再編成の可能性等
		設置された委員会の役割と活動実績及び活動実施体制
	活動の進捗状況	活動が計画どおりに実施されたか
		遅延があった場合の原因
		計画外の活動が実施されたことはあるか、ある場合はその効果と理由
	モニタリングの実施状況	PDM に関する関係者の認識ほどの程度か
		活動に関するモニタリングの実施状況とその能力
専門家の配置	専門家配置の適切性	
C/P の配置	カウンターパート配置の適切性	
外部条件	外部条件によるプロジェクトへの影響、外部条件の変化	
妥当性	必要性	プロジェクトとパラグアイの社会ニーズとの整合性
		プロジェクト実施対象地域の裨益者のニーズとプロジェクトとの整合性
	優先度	プロジェクトとパラグアイ保健政策との整合性
		プロジェクトと日本の援助との整合性
	手段としての適切性	プロジェクトのアプローチの適切性等
プロジェクト設定の適切性	プロジェクトのスキームの適切性、実施地域の適切性、対象者の適切性等	

	日本の技術の優位性	日本が本プロジェクトを実施するにあたり、十分な技術や蓄積を保持しているか
有効性	プロジェクト目標の内容	プロジェクト目標の適切性、指標の適切性と入手の可能性
	プロジェクト目標の達成予測	プロジェクト目標を達成する見込みはあるか、プロジェクト目標達成を阻害する要因はあるか
	成果とプロジェクト目標の因果関係	成果とプロジェクト目標の論理関係は適切かつ十分か
	成果からプロジェクト目標への外部条件	成果からプロジェクト目標に至るまでの外部条件は適切かつ十分か、外部条件が満たされる可能性はあるか
効率性	成果の内容	成果とその指標及びその入手手段の適切性
	成果の達成状況	成果の達成度の適切性、達成を阻害した要因
	因果関係	成果産出のための活動として適切かつ十分か
		投入の量とタイミングは活動の実施に対し、十分かつ適切か
	活動から成果への外部条件	活動から成果に至るまでの外部条件は適切かつ十分か
	タイミング	活動の実施時期、専門家の派遣時期、機材供与の時期
	コスト	各年次の活動予算の全体額と供与機材の占める割合
運営管理方法	プロジェクトの運営管理方法の適切性と効率性	
インパクト	上位目標の内容	上位目標の適切性、指標の適切性と入手の可能性
	上位目標達成の可能性	上位目標達成の可能性と達成を阻害する可能性のある要因
	因果関係	プロジェクト目標と上位目標との論理関係と乖離の有無
	プロジェクト目標から上位目標への外部条件	プロジェクト目標から上位目標に至るまでの外部条件は適切かつ十分か
	波及効果	プロジェクトの枠外への正負の影響（政策や制度、社会、文化、経済的側面、実施対象地域外への影響等）またはその可能性とその方策の有無
持続性	政策・制度面	パラグアイの政策支援の継続性、PHCに関連する法規や制度の整備状況

	組織・財政面	現政権と現 PHC 実施体制の継続の見込み、PHC をプロジェクト対象地と全国で実施継続する体制の有無とその強化の可能性、関係者の当事者意識の程度と継続の見込み、関係機関の PHC 実施に対する予算措置と予算確保の可能性
持続性	技術面	技術移転の方法、プロジェクト対象地域外への普及のメカニズム、普及する技術レベルの適切性、供与機材の維持管理方法
	その他	持続性を阻害する要因の有無
軌道修正の必要性		プロジェクト目標達成の可能性、投入・活動・成果の内容・指標等の修正の必要性、プロジェクトに影響を与える新たな外部条件の有無、事前評価時に指摘された課題やリスクの変化、今後のプロジェクト実施における留意点等

(2) 評価基準

本中間レビュー調査は評価 5 項目²の観点から実施する。各評価項目の特徴は以下のとおりである。

表－3 評価 5 項目と各項目の定義

評価 5 項目	新 JICA 事業評価ガイドラインによる定義
妥当性	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト実施の正当性や必要性を検証し、国の政策や方針、受益者のニーズ、プロジェクトの位置づけ等に関する情報に基づいて分析を行うための評価項目である。 プロジェクト対象地とターゲットグループ選定の妥当性についても確認を行う。
有効性	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクトの効果を検証し、主にプロジェクト目標の達成状況と成果の発現状況を指標の達成状況等から判断し、評価する。 成果からプロジェクト目標への論理的関係も有効性を判断する要素の一つである。 外部条件による影響についても分析を行う。
効率性	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクトの効率性や費用対効果等についての検証を行うための評価項目である。 分析を行う際にプロジェクトの実施プロセスの効率性を阻害する要因がないかどうか確認する。 投入が計画どおり活用され、活動につながっているか、活動の実施体制の適切性もかんがみ、効率性を判断する。

² JICA 『新 JICA 事業評価ガイドライン第 1 版』(2010 年 6 月)

	<ul style="list-style-type: none"> ・活動の進捗状況は成果発現に影響するため、その点も効率性を測るうえで重要である。
インパクト	<ul style="list-style-type: none"> ・プロジェクトの長期的、波及的な効果を検証するための評価項目で、プラス・マイナスの影響などについても分析を行う。 ・中間レビュー時点での分析は見込みの意味合いが強くなる。
持続性	<ul style="list-style-type: none"> ・プロジェクト終了後の持続性を検証するための評価項目で、さまざまな視点から分析を行う。 ・中間レビュー段階では見込みの分析となる。

なお、本レビュー調査は、プロジェクト中間時点であるため、5項目のなかの妥当性と有効性、効率性に重点を置いて評価を実施した。

2-3 評価に用いたデータ・情報

本中間レビュー調査では、以下のデータや情報を用いて評価を行った。

表-4 評価に用いたデータ・情報

	情報項目	具体的な情報の種類や名称
1	プロジェクトに関連する報告書	事業事前調査報告書、事業事前調査結果要約表等
2	PDM と PO	PDM Ver. 0、これまでに作成された PO、プロジェクトから提出された PDM 及び PO の改訂案等
3	プロジェクトチームから提出された情報及び報告書	プロジェクトチームから提出された活動実績、投入実績及び成果の達成状況等に関する報告書及び専門家業務完了報告書、月例報告書、プロジェクト予算支出実績情報等
4	プロジェクト関係者や活動実施地で得た情報	聞き取りから入手した情報や意見、質問票に記載された情報、現地視察で確認した状況
5	プロジェクトによって作成された資料	研修ガイド
6	PHC に関連した既存の書類	PHC プロトコル、USF マニュアル、保健医療サービス統合ネットワーク (RISS) プロトコル等
7	カウンターパートより入手した資料	厚生省企画・評価総局戦略計画 2013-2018、カアグアス県内の一つの市の保健計画等
8	USF から提出される月例で提出される保健情報	PDM の指標に関連する一部の情報
9	集計された保健情報	第 5 衛生行政局や、厚生省 PHC 総局で集計された保健情報
10	合同評価チーム	合同評価チームメンバーからの意見

11	JICA や日本政府が公開した資料	JICA の保健分野の協力ー現在と未来ー、日本政府によって発表された国際保健政策 2011-2015、ランセット誌において発表された日本国際保健外交戦略
----	-------------------	--

第3章 プロジェクトの実績と達成状況

3-1 投入実績（日本側・パラグアイ側）

(1) 日本側の投入（付属資料2の添付資料2. 投入実績リスト参照）

1) 支出金額：

プロジェクト実施のためのこれまでの JICA によるローカルコストの支出実績は 71 万 2,720 米ドルである。

表-5 JICA によるローカルコストの支出実績表

費目	2011年度	2012年度	2013年度 (2014年1月31 日まで)	合計
在外事業強化費	10,888	30,048	142,281	183,217
供与機材費	108,600	180,074	240,829	529,503
合計	119,488	210,122	383,110	712,720

(単位：米ドル、レート1ドル=0.0002パラグアイグアラニー³)

2) 日本人専門家の数：長期2名、短期2名

3) エルサルバドル人専門家の数：6名（付属資料2の添付資料3. 第三国専門家一覧参照）

4) 本邦研修に派遣されたカウンターパートの数：3名（付属資料2の添付資料4. 「本邦研修」参照）

5) 第三国（エルサルバドル）における研修に派遣されたカウンターパートの数：13名（付属資料2の添付資料4. 「第三国（エルサルバドル）研修」参照）

6) プロジェクトに供与された機材の種類：保健医療機材、ノート型パソコン、コピー機、プリンター、文具、事務所用家具、研修用資機材等（付属資料2の添付資料5. 供与機材（現況）の一覧表参照）

7) プロジェクト車両：2台

8) USF と地区病院、地域病院への供与機材（付属資料2の添付資料5. 供与機材（現況）の一覧表参照）

9) 救急車：4台（うち2台は四輪駆動車）

(2) パラグアイ側の投入

1) カウンターパートの数：延べ37名

2) 厚生省及びカアグアス県衛生局内の執務スペース（事務所）

3) プロジェクトに必要な諸経費の一部：燃料代、電気代、水道代、電話代等

4) 研修実施費用（一部の研修）

5) 第5衛生行政区における USF の活動モニタリングの実施費用

³ 支払時期のレートにより若干の誤差がある。

3-2 活動及び成果の達成状況

プロジェクトの開始当初に作成した活動計画表(PO)(付属資料2の添付資料6.活動計画表)と実際の活動進捗を比較すると、数カ月から6カ月程度の遅れが多くみられる。また、成果は、現時点において達成されてはいないが、種々の活動の進捗が確認されており、プロジェクト終了時における達成が見込まれる。

なお、いくつかの指標においては目標値が設定されていないため、または指標そのものの測定が難しいため、達成度の判断ができない項目があった。そのため、本調査団は、中間レビュー以降の進捗がモニタリングできるよう、指標を含めたPDM改訂案をパラグアイ厚生省及びプロジェクトに提案することとした。(第5章5-1 プロジェクトへの提言参照)

(1) 成果1: 厚生省において、保健医療サービス(USFを含む)におけるPHC体制が明確にされる。

達成されていないが、活動の進捗がみられ、達成が見込まれる。

表-6 成果1に係る活動実績と進捗状況

活 動	進捗状況															
1-1 第5衛生行政区における保健医療サービスに係るベースライン調査を行う。	<p>進捗に遅れがある。</p> <p>調査研究短期専門家とともに、調査手法等の研修を実施した。調査研究中央委員会及び調査研究地方委員会を組織し、2013年にベースライン調査を実施し、先住民を含む2,112件のデータを集めた。現在、調査結果の分析を行っているが、調査件数が多く、また、幅広い内容を調査項目に含めたため、時間を要している。一部の結果を簡易的にまとめた報告案をPHC総局長に提出した。</p> <p>活動1-1のために実施した研修は以下のとおり。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>研修名</th> <th>研修対象者</th> <th>参加人数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第1回調査研究研修</td> <td>厚生省・大学・研究機関の医師や看護師</td> <td>56名</td> </tr> <tr> <td>第2回調査研究研修</td> <td>調査委員会メンバー、カアグアス国立大学教員等</td> <td>29名</td> </tr> <tr> <td>調査実施に関する説明会及びプレテスト</td> <td>ベースライン調査の調査員(カアグアス国立大学教員と大学生)</td> <td>20名、61名(計81名)</td> </tr> <tr> <td>調査実施に関する説明会</td> <td>同上</td> <td>同上</td> </tr> </tbody> </table>	研修名	研修対象者	参加人数	第1回調査研究研修	厚生省・大学・研究機関の医師や看護師	56名	第2回調査研究研修	調査委員会メンバー、カアグアス国立大学教員等	29名	調査実施に関する説明会及びプレテスト	ベースライン調査の調査員(カアグアス国立大学教員と大学生)	20名、61名(計81名)	調査実施に関する説明会	同上	同上
研修名	研修対象者	参加人数														
第1回調査研究研修	厚生省・大学・研究機関の医師や看護師	56名														
第2回調査研究研修	調査委員会メンバー、カアグアス国立大学教員等	29名														
調査実施に関する説明会及びプレテスト	ベースライン調査の調査員(カアグアス国立大学教員と大学生)	20名、61名(計81名)														
調査実施に関する説明会	同上	同上														

<p>1-2 既存の規則等を見直し、PHC 戦略に係る保健医療サービス統合ネットワーク (RISS) の責任・役割分担を決定し、既存の規程について必要に応じ改訂を行う。</p>	<p>進捗に遅れがある。 RISS に関する機能マニュアルが作成され、2012 年に RISS の省令が発令され、厚生省で省令として承認されたが、政権交代により施行されなかった。本プロジェクトにおいて RISS 委員会を設置し、活動を始めていたものの、政権交代による人事異動により RISS 委員会メンバーが交代し活動が停滞した。2014 年 3 月より RISS 委員会の活動を再開することになっており、再度機能マニュアルの見直しを行い、現政権において承認をめざす予定である。</p>
<p>1-3 USF の活動内容と PHC 体制の構築に向けた実施体制をレビューし、必要に応じ改訂する。</p>	<p>進捗に遅れがある。 PHC の実施体制について現状把握を行った。既存の USF 機能マニュアルの見直しを行い、改訂版を作成した。 プロジェクト実施期間中に政権が 2 回代わり、毎回大臣と総局長が代わったことから、その都度 USF 機能マニュアルについて省内で見直し、修正、承認の手続きが必要となったため、改訂版の承認には至っていない。 現政権下での承認をめざすべく、改訂版を既に厚生省に提出している。</p>
<p>1-4 周辺県に対し、プロジェクトの成果を普及する研修を行う。</p>	<p>計画どおりに進んだ。 第 5 衛生行政区の研修地方委員会⁴の設置と同時に近隣県であるアルトパラナ県、サンペドロ県、グアイラ県に研修地方委員会を設置した。研修地方委員会のメンバーは、USF 職員を対象とした研修の実施やファシリテーションを行うことを想定している。研修中央委員会が、3 県の研修地方委員会メンバー 33 名を対象に、「USF における保健医療サービス能力強化研修」を実施した。これに引き続き、アルトパラナ県では、研修地方委員会が USF 職員を対象に「保健医療サービス能力の強化に関する研修」を独自の資金と人員で 2014 年 2 月に 2 回実施した。</p>

表-7 成果 1 の達成状況

指 標	達成状況
<p>1-1 USF のマニュアルが見直され、厚生省の省令で承認される。</p>	<p>達成されていないが、プロジェクト終了までには達成が見込まれる。 USF 機能マニュアルを見直し、既に改訂版を厚生省に提出している。</p>

⁴ 研修地方委員会及び研修中央委員会については、表-10「成果 3 に係る活動実績と進捗状況」を参照。

1-2 保健医療サービス統合ネットワーク (RISS) に係る文書もしくはマニュアルが公式に承認される。	達成されていないが、プロジェクト終了までには達成が見込まれる。 2014年3月から RISS 委員会の活動を再開する。RISS に関する機能マニュアルの見直しを行い、現政権での承認をめざす予定である。
1-3 周辺県に対する研修への参加者数と参加県の数	活動は行われているが、指標の目標値が設定されておらず、達成度合いの判断は困難である。 既述のとおり、近隣県であるアルトパラナ県、サンペドロ県、グアイラ県に研修地方委員会を設置し、研修中央委員会が、研修地方委員会へ研修を実施した。アルトパラナ県では USF の職員を対象とした研修を実施済みである。

(2) 成果 2 : USF の活動地域で、保健医療サービス機関及び行政機関の運営管理能力が向上する。

達成されていないが、活動の進捗がみられ、達成が見込まれる。

表-8 成果 2 に係る活動実績と進捗状況

活 動	進捗状況
2-1 USF の活動に係るプロトコル・マニュアル等を整備する。	進捗に遅れがある。 各 USF に配布されている既存の PHC プロトコルの、内容の見直しと修正を行っている。既存のプロトコルは以下の 5 種類である。 ① 入門モジュール：一連の PHC 臨床管理 ② PHC における妊婦健診 ③ PHC における高齢者健診 ④ PHC における糖尿病管理 ⑤ PHC における精神障害の臨床管理
2-2 状況に応じ医療審議会 ⁵ と協力して地域保健に関する戦略計画、年間活動計画及び資金計画の策定を促進する。	進捗に遅れがある。 第 5 衛生行政区の年間計画を立てるための 2 回の保健フォーラムに参加した。関係者への聞き取りやプロジェクトチームの経験より、県の保健政策及び 5 年間の保健計画は策定されているものの、第 5 衛生行政区のほとんどの市において、戦略計画が作成されていないことが判明している。計画が存在する場合でも、予算の執行計画のみで構成されている。

⁵ 医療審議会は、国・県・市の各レベルに設置され、保健政策・計画の策定、調整、予算管理、住民参加促進等を所管する。地域保健医療審議会（市レベル）は、市長が会長となり、市議会、医師会、看護師会、市民団体等の代表者で、県保健医療審議会、県衛生局長が会長となり、県議会、地域病院長、市民団体等の代表者で構成される。厚生省では、人口比に基づき一定の地方保健に係る予算を地域保健医療審議会に配分しており、この予算は、地域保健医療審議会の裁量で運用できることになっている。

	医療審議会メンバーの異動等により、地域保健に関する戦略計画、年間活動計画、資金計画策定の促進活動は、現在までのところ、行っていない。
2-3 PHC サービスの強化に係る機材を整備する。	進捗に遅れがあったが、PHC サービスの強化に係る機材の調達は終わっている。
2-4 整備されたプロトコル・マニュアル及び年間活動計画に沿った PHC サービスの実施を促進する。	進捗に遅れがある。 PHC のプロトコルや USF マニュアルの見直しを行っている。年間活動計画に沿った PHC サービス実施促進は、行っていない。
2-5 予防措置をとるための死亡症例検討会を組織化する。	進捗に遅れがある。 死亡症例検討会は組織されており、状況調査を行った。政権交代の人事異動を機に、現在は機能していない。
2-6 第 5 衛生行政区の USF の活動に関するモニタリングを実施する。	進捗に遅れがある。 2013 年に、既存のモニタリングシートを用いた 2 度のモニタリングに同行した。

表－9 成果 2 の達成状況

指 標	達成状況
2-1 PHCに係るプロトコルが策定され厚生省で省令にて承認される。	達成されていないが、プロジェクト終了までには達成が見込まれる。 既述のとおり、プロトコルの見直しが行われており、現政権での承認をめざしている。
2-2 県レベルにおいて保健政策・年間計画・資金計画が策定される。	達成されていない。 県レベルの保健政策・年間計画・資金計画は策定されていない。
2-3 県衛生局に導入される保健医療サービス活動モニタリングシートが厚生省において公式なものになる。	達成されていないが、プロジェクト終了までには達成が見込まれる。 保健医療サービス活動のためのモニタリングシートは、厚生省にあった 2 種類のモニタリングシートを、第 5 衛生行政局が自県の状況に合わせて一つにまとめる形で作成し、使用し始めた。
2-4 県衛生局においてチェックリストに基づいて xx カ月に 1 回モニタリングが実施される。	活動は行われているが、指標の目標値が設定されていないために、達成度合いの判断は困難である。 既存のモニタリングシートを用いて、2013 年の 2 月と 5 月に 2 回のモニタリングを実施した。カアグアス県衛生局は今後、年に 3 回モニタリングを実施することになっている。

(3) 成果 3 : USF の能力が向上する。

達成されていないが、研修実施のための条件が整い、研修は実施され始めており、今後達成が見込まれる。

表-10 成果 3 に係る活動実績と進捗状況

活 動	進捗状況						
<p>3-1 継続的な研修調整委員会を構築する。</p>	<p>進捗に遅れはあったが、終了した。 プロジェクトは、厚生省職員、第 5 衛生局職員などから成る研修中央委員会と第 5 衛生行政区の USF スタッフ等から成る研修地方委員会を設置し、カスケード方式で研修を行うべく実施体制を整えた。 活動 3-1 のためにその他に実施した研修は以下のとおり。</p> <table border="1" data-bbox="687 723 1382 864"> <thead> <tr> <th data-bbox="692 730 1002 775">研修名</th> <th data-bbox="1005 730 1209 775">研修対象者</th> <th data-bbox="1212 730 1377 775">参加人数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="692 779 1002 857">研修委員会の運営・管理のあり方</td> <td data-bbox="1005 779 1209 857">プロジェクト関係者</td> <td data-bbox="1212 779 1377 857">14 名</td> </tr> </tbody> </table>	研修名	研修対象者	参加人数	研修委員会の運営・管理のあり方	プロジェクト関係者	14 名
研修名	研修対象者	参加人数					
研修委員会の運営・管理のあり方	プロジェクト関係者	14 名					
<p>3-2 第 5 衛生行政区の PHC に係る保健人材 (USF を構成する医師・看護師・助産師・保健推進員) の研修プログラムを策定する。</p>	<p>進捗に遅れがある。 2013 年に研修中央委員会がファシリテーターとなり、研修地方委員会に向けて「保健医療サービス能力強化研修」を行い、2014 年 3 月からは、研修地方委員会がファシリテーターとなり USF スタッフに向けて同研修を実施することになっている (40 名ずつ 8 回)。 今後、同方式を用い、種々の研修を行う予定である。</p>						
<p>3-3 研修プログラム実施のためのマニュアル・教材を作成する。</p>	<p>進捗に遅れがある。 継続研修用の六つのガイドラインが本プロジェクトで修正・印刷・製本された。厚生省で内容についての検証が終わっており、今後正式に承認される予定である。 六つのガイドのテーマは以下のとおり。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① チーム医療 ② 訪問ケア ③ 参加型計画 ④ 地域グループとの業務 ⑤ 初診の受入れ ⑥ 管轄区域の区分け <p>研修教材は、研修ガイドの内容に基づいて研修中央委員会で作成した。これまでに 11 個の講義テーマごとのパワーポイントの教材、臨地実習ガイド、グループワークガイドを作成した。講義テーマは以下のとおりである。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① ファシリテーターの特徴 ② 家族及びコミュニティに焦点を当てたケアモデル 						

	<p>③ 家庭保健医療チームの一般的機能 ④ 家庭保健医療チームの特殊機能 ⑤ チーム医療のあり方 ⑥ 初診の受入れ方 ⑦ 管轄区域の区分け ⑧ 家族の健康レベルの診断 ⑨ 個別の健康の度合いによる対応と計画 ⑩ 家庭訪問（訪問ケア） ⑪ 参加型コミュニティ診断の現況の検討ーコミュニティ活動計画の作成ー</p> <p>研修中央委員会は研修プログラム実施のためのマニュアル及び教材の作成や研修実施の準備を、独力で行うことができるようになった。</p> <p>活動 3-3 のために実施した研修は以下のとおり。</p> <table border="1" data-bbox="683 824 1390 1099"> <thead> <tr> <th>研修名</th> <th>研修対象者</th> <th>参加人数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>保健医療サービス能力強化研修</td> <td>研修中央委員会メンバー、厚生省 PHC 研修局長</td> <td>13 名、1 名 (計 14 名)</td> </tr> <tr> <td>教授案・教材作成研修</td> <td>研修中央委員会</td> <td>12 名</td> </tr> </tbody> </table>	研修名	研修対象者	参加人数	保健医療サービス能力強化研修	研修中央委員会メンバー、厚生省 PHC 研修局長	13 名、1 名 (計 14 名)	教授案・教材作成研修	研修中央委員会	12 名									
研修名	研修対象者	参加人数																	
保健医療サービス能力強化研修	研修中央委員会メンバー、厚生省 PHC 研修局長	13 名、1 名 (計 14 名)																	
教授案・教材作成研修	研修中央委員会	12 名																	
<p>3-4 研修を実施する。</p>	<p>進捗に遅れがある。</p> <p>現時点までに以下の研修が実施されている。今後、順次の研修計画を立て、実施していく予定である。</p> <p>活動 3-4 のために実施した研修は以下のとおり。</p> <table border="1" data-bbox="687 1290 1385 1973"> <thead> <tr> <th>研修名</th> <th>研修対象者</th> <th>参加人数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>地域看護研修</td> <td>USF の看護師、病院看護師</td> <td>36 名、40 名 (計 76 名)</td> </tr> <tr> <td>ESF (家庭保健チーム) のための PHC 理論の適用</td> <td>全国保健行政区 USF コーディネーター、厚生省 PHC 職員</td> <td>計 68 名</td> </tr> <tr> <td>ドップラー使用説明研修</td> <td>USF 医師・看護師 准看護師・保健推進員</td> <td>33 名、25 名、 2 名、4 名 (計 64 名)</td> </tr> <tr> <td>保健データ入力研修</td> <td>USF 代表者</td> <td>36 名</td> </tr> <tr> <td>USF における保健医療サービス能</td> <td>研修中央委員会、研修地方委員会メンバー4 県 (カアグア</td> <td>53 名</td> </tr> </tbody> </table>	研修名	研修対象者	参加人数	地域看護研修	USF の看護師、病院看護師	36 名、40 名 (計 76 名)	ESF (家庭保健チーム) のための PHC 理論の適用	全国保健行政区 USF コーディネーター、厚生省 PHC 職員	計 68 名	ドップラー使用説明研修	USF 医師・看護師 准看護師・保健推進員	33 名、25 名、 2 名、4 名 (計 64 名)	保健データ入力研修	USF 代表者	36 名	USF における保健医療サービス能	研修中央委員会、研修地方委員会メンバー4 県 (カアグア	53 名
研修名	研修対象者	参加人数																	
地域看護研修	USF の看護師、病院看護師	36 名、40 名 (計 76 名)																	
ESF (家庭保健チーム) のための PHC 理論の適用	全国保健行政区 USF コーディネーター、厚生省 PHC 職員	計 68 名																	
ドップラー使用説明研修	USF 医師・看護師 准看護師・保健推進員	33 名、25 名、 2 名、4 名 (計 64 名)																	
保健データ入力研修	USF 代表者	36 名																	
USF における保健医療サービス能	研修中央委員会、研修地方委員会メンバー4 県 (カアグア	53 名																	

	力強化研修	ス県、アルトパラナ 県、グアイラ県、サ ンペドロ県)	
3-5 研修のモニタリング・評価・フィードバックを行う。	進捗に遅れがある。 研修中央委員会によって研修モニタリングガイドの作成を開始した。		

表-11 成果3の達成状況

指 標	達成状況
3-1 継続研修計画が策定される。	達成されていないが、プロジェクト終了までには達成が見込まれる。 2014年3月中旬から7月までの期間に県内のUSFの職員を対象に1回40名ずつの「保健医療サービス能力強化研修」を8回実施する計画を立案した。その他の研修計画は、今後策定する予定である。
3-2 継続研修マニュアル・教材が作成され、厚生省において承認される。	達成されていないが、プロジェクト終了までには達成が見込まれる。 研修委員会が設置され、研修計画の策定、研修実施の準備、研修マニュアルを作成した。厚生省において承認はされていない。研修マニュアルは、関係者の間で継続研修のガイドラインのことを指し、研修をデザインし、教材を作成する際に活用されている。
3-3 研修受講者の理解度	活動は行われているが、理解度を測るところまで進んでいない。また、指標の目標が設定されていないため、達成度の測定は困難である。 研修のモニタリングガイドの作成は開始されている。実施直後ではなく、研修実施3カ月後に受講者の業務をモニタリングすることで知識の定着度を測る予定である。

(4) 成果4：県レベルにおける救急連絡体制が確立される。

指標の目標が設定されていないため、達成度の判断は困難である。進捗には遅れがみられる。

表-12 活動実績と進捗状況

活動	進捗状況						
4-1 救急連絡体制を整備する。	進捗に遅れがある。 院外医療救急サービス (SEME) やカアグアス県庁と協議・調整し、救急調整センター設置のための支援を行っているが、体制はまだ整備されていない。救急連絡体制は、SEMEの方法を活用することとなり、第5衛生行政区が、救急調整センターの設置場所の土地と建物の確保を行った。						
4-2 救急連絡体制構築に必要な機材を補充する。	進捗に遅れがある。 現在4台の救急車が調達済みであり、配車待ちである。						
4-3 救急連絡体制の運用に係る人材を育成する。	進捗に遅れがある。 厚生省によってカアグアス県の地区病院の運転手を対象に研修が実施された。 活動4-3のために実施した研修は以下のとおり。						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>研修名</th> <th>研修対象者</th> <th>参加人数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>救急車運転手のための研修</td> <td>カアグアス県の救急車運転手</td> <td>6名</td> </tr> </tbody> </table>	研修名	研修対象者	参加人数	救急車運転手のための研修	カアグアス県の救急車運転手	6名
研修名	研修対象者	参加人数					
救急車運転手のための研修	カアグアス県の救急車運転手	6名					
4-4 モニタリングを行い、必要に応じ救急連絡体制の見直しを行う。	まだ活動を行っていない。 救急連絡体制が整ったところでモニタリングを始める予定である。						

表-13 成果4の達成状況

指標	達成状況
4-1 プロトコルに沿ったレファラル・カウンターレファラルシートの数が増加する。	活動は行われているが、指標の目標が設定されていないため、達成度の測定は困難である。 現在三つのUSFよりレファラルシートが提出されている。また、カウンターレファラルは実施されていない。プロジェクト開始時のレファラルやカウンターレファラルの実施数が不明であり、実施数を比較することは困難である。
4-2 プロトコルに沿ったレファラル・カウンターレファラル数が月xxに増加する。	レファラルの現状は、USFや保健ポストの職員が、知り合いがいる病院に連絡して、便宜を図ってもらい、患者を引き受けてもらうケースが一般的で、プロトコルに沿って行われていない。

(5) 活動の実施体制

本プロジェクトでは、チーフアドバイザーが厚生省で中央レベル並びに全体の活動のマネジメントを行い、地域保健の専門家1名が第5衛生行政区のプロジェクト事務所で活動を実施している。業務調整員1名は主に第5衛生行政区に常駐し、適宜、厚生省の事務所でも業務を行っている。カウンターパートの配置状況は中央と第5衛生行政区で2名ずつプロジェ

クトの担当者がおり、それぞれ活動の実務レベルのマネジメントや調整に従事している。日本人専門家による技術移転や業務支援はそれらの担当者だけでなく、中央と第5衛生行政区に設置された研修委員会や調査研究委員会にも行われている。

プロジェクトの実施運営に関する意思決定は中央にいるチーフアドバイザーのみならず、カアグアス県事務所でも決定できるものもあり、地方での自由裁量が確保されている。プロジェクトの活動における重要な方向性等に関しては適宜チーフアドバイザーが PHC 総局長や企画・評価総局長、保健医療サービスネットワーク総局長、第5衛生行政局長と協議・調整し、決定している。このような意思決定における参加型プロセスを通し、カウンターパートのプロジェクトへの認識や当事者意識は非常に高く、協力的である。また、カウンターパートの配置はプロジェクトの成果に対して適切で機能的である。加えて、カアグアス県知事や県庁職員、カアグアス国立大学、国立看護・助産継続教育センター（Instituto Nacional de Educación Permanente en Emfermería y Obstetricia : INPEO）等の関係組織も非常に協力的であり、参加の度合いも高い。

3-3 プロジェクト目標と上位目標

(1) プロジェクト目標：プロジェクト対象地域において、USF を核とした保健医療サービス体制が整備される。

プロジェクト目標はプロジェクトの終了時までには達成しなければならない目標である。

PDM の指標が入手不可能、または目標値が設定されていないため、達成度を正確に確認することはできないが、中間レビューの時点において、プロジェクト目標は未達成であると判断される。

表-14 プロジェクト目標の達成状況

指 標	達成状況
1. 4回以上の妊婦健診を受けた妊産婦が xx に増加する。	厚生省は、4回以上の妊婦健診を受けた妊産婦の数ではなく、妊娠4カ月までに初回妊婦健診を受けた率を集計している。その数値は2011年が25.3%であったのに対し2012年は40.6%と大きく増加している。
2. プロジェクト対象地域において、施設分娩数が xx に増加する。	施設分娩数ではなく、施設分娩率として集計されている。第5衛生行政区の2012年の施設分娩率は全国の平均（92.0%）より少し低い90.0%である。その率は2010年では87.8%、2011年には90.1%であり、ほとんど変動がない。
3. 5歳未満児健診の数が xx に増加する。	全国の5歳未満児の健診率が2009年まで記録として残っているが、それ以降の情報や第5衛生行政区の情報は無い。
4. 期限どおりに提出されるUSFの報告書の数	37USF中、期限内に提出された報告書（月報）の数は34、締切後に提出された報告書は1であった。指標の目標値が定められていないため、達成度は評価できない。
5. USFにおいて特定・コントロールされている	第5衛生行政区のUSFにおいて、高血圧患者の延べコントロール数は、2011年1万1,059、2012年3万3,783、2013年3万8,314

る生活習慣病の数	であり、糖尿病に係る延べコントロール数は、2011年 2,291、2012年 6,919、2013年 7,151 である。コントロールの数に増加傾向がみられるが、目標値が定められておらず、達成度は評価できない。
6. すべての保健医療サービス機関でワクチン接種数が増加する。	5歳以下のワクチン接種率が集計されているが、成人も含めた全体のワクチン接種率についての記録は確認できなかった。5歳以下のワクチン接種率については2010年と2011年のデータのみ存在し、70.6%から73.0%に増加している。

(2) 上位目標：プロジェクト対象地域において、母子保健水準が向上する。

上位目標とはプロジェクト目標が達成された結果として発現することが期待される長期的な効果であり、プロジェクトがめざす方向性として位置づけられる。そのため、上位目標の達成度についての判断をこの時点で行うのは時期が早すぎる。

表-15 上位目標の達成状況

指 標	達成状況
1. 第5衛生行政区で妊産婦死亡率が出生10万対xxに減少する。	指標の目標値が設定されていないため、達成度を判断することは困難である。 プロジェクトの開始当初である2010年の第5衛生行政区の妊産婦死亡率の数値は101.7（出生10万対）で、2011年104.0、2012年49.3に大幅に減少したものの、2013年は92.7であった。
2. 第5衛生行政区で5歳未満児死亡率が出生1,000対xxに減少する。	指標の目標値が設定されていないため、達成度を判断することは困難である。 西語PDMにおいて本指標は、5歳未満児死亡率ではなく、乳児死亡率（1歳未満児死亡率）とされていた。乳児死亡率は、2010年14.6（出生1,000対）、2011年12.0、2012年12.4とほぼ横ばいであった。

第4章 評価5項目に照らした評価結果

4-1 妥当性

本プロジェクトの妥当性は高い。

(1) 政策・方針面

現パラグアイ政府は、貧困削減を大きな政策の柱として位置づけており、PHCはそのための重要な戦略となっている。厚生省の方針では、PHCの実施を優先順位の高い課題として位置づけている。保健医療分野政策 2013-2018 のなかで 10 の目標を掲げており、そのなかの「保健医療ネットワークの設置と強化」「啓発活動と予防対策活動の強化」「保健分野における能力管理の強化」の三つの目標は、本プロジェクトとの関係性が特に高い。以上により、本プロジェクトはパラグアイの開発政策と合致しているといえる。

(2) プロジェクト対象地の適切性

カアグアス県はパラグアイの東部の中心に位置し、疾病分布においても人口動態においても経済活動においても典型的な県であるとされている。本プロジェクトは、本モデルを全国展開することを想定しており、このような県で実施し、PHCのモデル形成を行うことは、妥当性が高いといえる。

(3) 日本の援助方針・JICAの開発目標

本プロジェクトは、日本政府の国際保健政策や JICA 保健分野協力重点分野との整合性がある。国際保健政策 2011-2015 で具体的な支援として、行政能力向上やコミュニティベースの活動強化を挙げており、本プロジェクトの活動と一致する。

日本国の対パラグアイ事業展開計画の主要援助重点分野では、貧困対策、持続的経済開発、ガバナンスが挙げられている。貧困対策では、社会サービスの充実と貧困層の生活向上の二つの開発課題が掲げられており、社会サービスの充実の戦略として保健医療改善プログラムが位置づけられている。日本政府は、2013年5月に日本国際保健外交戦略を発表し、同年9月に安倍首相が本内容をランセット誌⁶に寄稿している。そのなかでユニバーサルヘルスカバレッジ（UHC）の達成をめざした人々中心の保健システム強化を最優先課題としており、本プロジェクトがめざすコミュニティレベルにおける PHC の実現は、その重要な戦略であるといえる。

一方 JICA は、保健分野の協力量針として、UHC の達成に向けた体制づくりとして、保健行政能力の強化や保健サービスの質の向上をめざす保健システムの強化を重視している⁷。そのため、USF を核とした保健医療サービス体制の整備を通し、PHC の強化を図る本プロジェクトは、日本及び JICA の援助方針と合致しているといえる。

⁶ [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)61639-6/fulltext?_eventId=login](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61639-6/fulltext?_eventId=login)

⁷ JICAの保健分野の協力－現在と未来－<http://www.jica.go.jp/activities/issues/health/index.html>

4-2 有効性

本プロジェクトの有効性について、現時点ではプロジェクト目標の到達は、指標が入手困難あるいは目標値が設置されていないことから、評価が難しい。一方、高い政治的コミットメントや活動レベルでの進捗が認められてきていることなどから、プロジェクト終了時までにはプロジェクト対象地域において USF を核とした保健医療サービス体制が整備されることが見込まれる。

(1) PDM の成果と目標の論理構造

プロジェクト目標である USF を核とした保健医療サービス体制を整備するためには、成果 1 の保健医療サービスにおける PHC 体制が明確になる必要があり、成果 2 に関連するプロトコルやマニュアルの存在が必須となり、統合化された保健医療サービスネットワークはその支えとなる。また、成果 2 の保健医療サービス機関と行政機関の両方の運営管理能力の向上が求められる。プロジェクト目標が保健医療サービス体制の整備において USF を核とすることを条件としていることから、成果 3 の USF の能力向上は必須である。さらに、USF やその他の保健医療機関がサービスを提供するにあたり、患者のレファラルやカウンターレファラルは必然的に発生するため、より包括的な保健医療サービス体制の整備には成果 4 の救急連絡体制の確立も含まれるべきである。上記の点から、四つの成果が発現されればプロジェクト目標達成が見込まれるため、プロジェクト目標と成果の論理関係は適切かつ十分であると判断できる。

(2) プロジェクト目標の達成状況

既述のとおり、PDM の指標が入手不可能、または目標値が設定されていないため、達成度を正確に確認することはできないが、プロジェクトの活動は全体的に遅れており、成果はまだ表れておらず、中間レビューの現時点において、プロジェクト目標は未達成であると判断される。各種プロトコルやマニュアルは見直しが行われているものの、厚生省の承認には至っていない。また、成果 2 と成果 4 は終了していない活動が多いため、すべての成果の発現には時間がかかる見込みである。しかし、以下のように成果出現に向けた好要因が確認されており、最終的に成果が発現され、プロジェクト目標の達成は可能であると考えられる。

好要因の 1 点目は、中央レベル、地方レベルともに、プロジェクト関係者が、本プロジェクトの目的をよく理解し、積極的に活動に取り組んでいる点である。厚生省における聞き取りにおいても、第 5 衛生局における聞き取りにおいても、カアグアス県において、PHC モデルを構築するための意欲が感じられ、関係者の本プロジェクトへのコミットメントの高さがうかがえた。2 点目は、研修委員会と調査研究委員会が、中央と第 5 衛生行政区の両方のレベルに設置され、定期的な活動が行われている点である。中央レベルと地域レベルの委員会間の連絡体制も整い、コミュニケーションが密にとられており、実施体制が整えられたといえる。研修においては、本実施体制の下、最初の研修が行われており、調査においては、ベースライン結果調査の分析が行われている。

4-3 効率性

本プロジェクトの中間地点までの効率性は、限定的であったが、今後は大幅な改善が見込まれる。

(1) プロジェクトの効率性の阻害要因

本プロジェクト開始以来、大統領が2回交代し、そのたびに厚生省の関係総局長や第5衛生行政局長等の主要なカウンターパートが交代した。それ以外の時期にも、PHC 総局長が辞任し、プロジェクトの実施を支え、協力していくべき存在が不安定かつ不在である状態が長かった。人事異動のたびに、プロジェクトチームは新たな主要カウンターパートに PHC の概念や本プロジェクトの内容についての説明等を行ってきた。また、人事異動の時点まで進んでいた厚生省内における各種書類承認手続きが滞り、最初からやり直さなければならなかった。これらは、本プロジェクトの活動実施進捗に大きな影響を及ぼしたものと考えられる。

また、PDM Ver. 0 の指標の指標数値設定が本中間レビュー時点でできておらず、成果やプロジェクト目標のめざす方向性や達成度の判断基準は把握できるものの、具体的な達成度が不明な状態が続いていた。プロジェクト目標や成果の達成を明確に測ることができないことは、プロジェクト関係者への目的意識や動機をそぐ要因になり、活動の実施プロセスに影響を与えた可能性がある。

(2) プロジェクトの効率性における今後の促進要因

現在の厚生省 PHC 総局長、企画・評価総局長、保健医療サービスネットワーク総局長、第5衛生行政局長をはじめとする関係者の PHC に関する理解度は総じて高く、本プロジェクトへの協力姿勢も強く、さらに当事者意識が高いことから、今後は円滑で効率的に活動が実施される可能性が高い。加えて、プロジェクトの円滑な実施のための協力協定を厚生大臣、カアグアス県知事、カアグアス国立大学学長、本プロジェクトの間で 2013 年 10 月 10 日に結んでおり、促進要因となり得る。

(3) 活動面の効率性

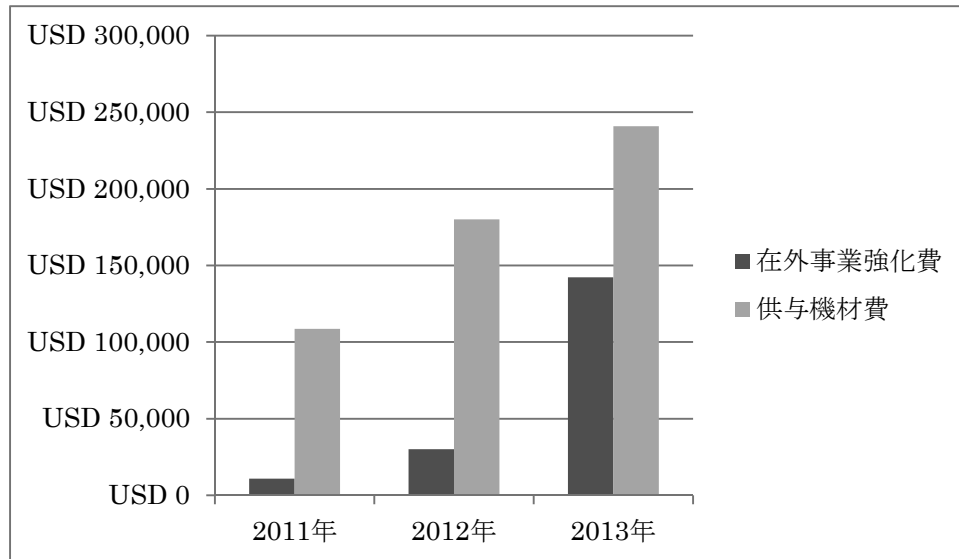
活動面については、特にベースライン調査の計画や実施に多くの時間をかけており、成果 2、3、4 の活動とのバランスが良くなかった。他方で、研修委員会や調査研究委員会を組織したことは、パラグアイ側の関係者の高いコミットメントを引き出すことに寄与している。委員会を設置してプロジェクトの実施を展開していく方法は、活動が軌道に乗るまでは効率性が低い、委員会のメンバーの変更が少なく、それぞれの役割における業務遂行能力が高まることで、効率性が改善することが見込まれる。

また、本プロジェクトは、本邦研修やエルサルバドルにおける研修、エルサルバドルからの研修講師の招へい等限られたリソースを効果的に使いながら、プロジェクトの活動推進や成果発現に向け、効率性を高める工夫をしてきた。特にエルサルバドルへの視察研修は効果が高く、比較的パラグアイと保健状況や経済状況に近い国の PHC への取り組みの成功事例を見ることで、プロジェクト主要関係者の PHC に関する理解が深まり、PHC 実施に向けてモチベーションが高まったことが確認できた。

(4) コスト面の効率性

プロジェクトは USF 促進のための制度づくりを人材育成と機材整備の双方から支援を行ってきた。在外事業強化費と供与機材費の合計額に対し、供与機材費は第1年次 90.1%、第

2年次 85.6%、第3年次 62.8%で、これまでの平均が 74.2%であり、プロジェクト中間時点での項目別支出割合において、供与機材費の比率は高かった。前半に機材の投入を集中させたと理解できる。



(交換レート：1米ドル=0.0002パラグアイグアラニー、各年の4月1日のOANDAレートを採用)

図－1 2011年から2013年のプロジェクトの支出実績表

4-4 インパクト

現時点で本プロジェクトの正のインパクトは発現しつつあり、終了時評価ではさらなる検証が必要である。

(1) 他県へのインパクト

研修中央委員会によってカアグアス県、アルトパラナ県、グアイラ県、サンペドロ県に研修地域委員会が設置され、委員会メンバーに対し、ファシリテーター養成研修が実施された。このことにより、委員会メンバーのPHCに対する活動意欲が高まり、アルトパラナ県、グアイラ県、サンペドロ県の研修地方委員会が独自の予算で自県にてUSFの職員を対象にした研修を実施したいという申し出が厚生省PHC総局にあった。アルトパラナ県に関しては、既にUSFを対象とした研修が2回実施され、他の2県でも同様の研修が計画されている。このように、カアグアス県外への正のインパクトが確認されている。

(2) 関係者による分野を超えた連携体制

中間レビュー調査を通じて、厚生省内の3総局間にとどまらず、県レベルでは、これまで県知事、県庁、カアグアス国立大学、医療審議会等の関係者をPHCの実施に巻き込んでいく。組織を超えた横の連携が進められたことが確認された。

(3) 懸念事項

今回の評価では、主な負のインパクトは確認されていない。しかし、USFでは分娩介助を

行わず、より上位の医療施設での出産を奨励する制度設計になっているため⁸、特に遠隔地や貧困家庭等で上位の保健施設を利用しづらい人たちの出産が、むしろ自宅などで行われることにならないかが懸念される。

4-5 持続性

中間地点までで本プロジェクトの持続性を判断することは困難である。本プロジェクトは今後下記の点に留意し、持続性を促進する必要がある。

(1) 持続性の促進に求められる要因

住民の啓発活動を強化することで、USF 活動における住民の主体的参加が促進され、住民自身の健康増進活動も促進されることが期待できる。また現在、USF 活動による計画策定及び予算化が検討されている段階であり、この計画の予算化に向けた活動を支援する活動は持続性促進につながるものと考えられる。

(2) 持続性の確保に貢献し得る要因

- 1) 研修や調査研究の委員会が中央と県レベルの両方で設置され、この委員会により研修の教材作成や計画立案、ベースライン調査が実施されている点や、厚生省 PHC 総局が USF 職員を対象とした導入研修を自主財源で実施している点等において、本プロジェクトの自立発展のためのメカニズムが確立されており持続性の確保に貢献し得る。このような委員会が、厚生省の正式な組織として制度化及び予算化されることが、期待される。
- 2) 現在の厚生省の方針として、PHC の実施を貧困対策の戦略の一部として位置づけ、重視していることもあり、2013 年の 8 月以降に就任した本プロジェクトの主要関係者は高いオーナーシップの下、主体的にプロジェクト活動を実施しており、今後の継続性が見込まれる。
- 3) パラグアイ厚生省は、地方における保健人材不足を解消する戦略として、医師・看護師の地方インターン制度の導入を検討しており、2014 年よりカアグアス県の地域保健施設などにパイロット的に保健人材を配属する予定である。将来的には、インターン制度だけでなく医学教育課程にも組み込み、地方保健人材育成及び定着の一環とする計画であり、PHC を担う人材確保の面から、持続性への寄与が見込まれる。

4-6 結論

本プロジェクトはパラグアイの保健政策や日本の援助方針と合致している。パラグアイの典型的な県の一つであるカアグアス県で実施しており、モデルを形成するには適切な選択である。そのため、本プロジェクトの妥当性は高いといえる。

有効性について、PDM の成果とプロジェクト目標との論理関係は適切であるが、活動の遅れから成果が発現されておらず、現時点において PDM の指標の数値が設定されていない点をかんがみてもプロジェクト目標達成の見込みの判断は難しい。しかし、プロジェクト関係者の積極性や、各種委員会の活発な活動等、プロジェクト目標達成のための好要因が確認され、目標の達成が見

⁸ USFが設置される前は、保健ポストが母子保健サービスを担い、出産時ケアも行っていた。

込まれる。

2 度にわたる政権の交代によって起こった大幅な人事異動による活動の停滞が本プロジェクト実施の効率性に制約を与えた。しかし、2013 年 8 月以降に就任した厚生省の関連総局長を中心とする関係者やカアグアス県衛生局の局長を中心とする関係者による非常に協力的な実施体制が構築されており、当事者意識が高い。また、エルサルバドルでの視察等を行うことで本プロジェクトの主要関係者の PHC に関する理解が深まったことにより、今後は活動の効率性が改善される見込みである。

インパクトについては、正のインパクトの発現が確認できている。カアグアス県、アルトパラナ県、グアイラ県、サンペドロ県の研修地方委員会にファシリテーター研修を実施したことをきっかけに、委員会のメンバーの PHC に関する活動意欲が高まり、アルトパラナ県では既に USF を対象とした継続研修が 2 回実施されており、他の 2 県でも同様の研修が計画されている。また、厚生省内の 3 総局間（PHC 総局、企画・評価総局、保健医療サービスネットワーク総局）だけでなく、県レベルでは多くの関係者を PHC の実施に巻き込んでおり、分野を超えた横の連携が進められた。

持続性については、現時点での判断が難しいが、以下のような好要因が挙げられる。①現在の厚生省の方針として PHC の実施を貧困対策の戦略の一部として重視しており、本プロジェクトの主要関係者は全員プロジェクト活動に協力的で、当事者意識が高い。②研究調査委員会や研修委員会が中央と県の両方のレベルで機能しており、実施体制が整った。

本プロジェクトは高い妥当性のなかで実施されているが、現時点での効果や効率性は限定的である。今後は USF のモデル化に傾注し、USF 及びその周辺環境の果たす役割や機能を明確にし、機能評価等を行って標準的かつ包括的なモデル構築を行うことが重要である。さらに、これらのモデル化を現実に実施するための資金的、人的な長期戦略を策定することでプロジェクトの持続性が確保されていかなければならない。

第5章 提言と教訓

5-1 プロジェクトへの提言

(1) 今後の方向性

- 1) プロジェクトの進捗をかんがみると、プロジェクト成果への取り組みの優先順位を検討し、プロジェクト専門家及び担当のカウンターパートの業務分担を明確にし、効率的かつ効果的にプロジェクト目標を達成する努力が望まれる。
- 2) 第5衛生行政区におけるUSFのモデル化に優先的に努力をを図ることを勧奨する。具体的には、①カアグアス県におけるUSFの機能評価に早急に着手し、②中央政府、カアグアス県衛生局、保健医療審議会などの役割や支援体制を明確化し、③カアグアス県におけるUSFの包括的なパッケージとしてモデルを構築し、④全国展開を可能にするための戦略を練ること、が重要であると考える。

(2) カアグアス県レベル

- 1) USFのモデル化にあたっては、これまでの経験を基にUSFが果たさなければならない中心的な機能（コアファンクション）を10程度設定し、現在設立されているUSFの機能評価を行い、標準モデルの可視化（ビジュアライゼーション）を行うことが強く望まれる。
- 2) USFのモデル化にあたっては、保健人材の定着促進戦略を含んだ県USF長期戦略計画の策定（ロードマップの策定）が望まれる。
- 3) 合同評価調査チームとしてはさらに以下の活動の強化、及び追加を提案したい。
 - ① USF活動における住民参加促進のための研修及び実施支援を強化する。
 - ② USFの年間計画策定のための実施支援（担当の医療審議会と共同して計画をつくることが強く望まれる）
 - ③ 県庁のUSF年間計画の策定を支援強化する。
 - ④ 各USFに保健推進員の適切な配置を促進する。
 - ⑤ USFに対する定期的なスーパービジョンの強化及びUSF相互のネットワークづくりの強化を促進する。

(3) 厚生省レベル

- 1) USFが適切な機能を果たすために、厚生省の関連総局、第5衛生行政局、医療審議会、研修実施機関、研究機関及び地域の中核的保健診療施設の役割と支援的機能を明確にし、上記のUSFの機能とともにモデルを包括的パッケージとして提案することが重要である。
- 2) カアグアス県のUSFモデル化の全国普及のために、USFの活動の取り組みを紹介する広報ビデオ等の作成、及び第1回全国医療審議会大会等のフォーラム開催を支援し、モデルの提示等を行うことを積極的に検討する。
- 3) 厚生省分権化局との対話を促進し、第5衛生行政区（カアグアス県）におけるUSFモデルの将来的あり方を含む保健システム全体像（予算措置・報告体制・人員配置等）を柔軟に検討することを促す。
- 4) プロジェクトで行っているUSF継続研修に関しては、研修モニタリングの実施、研修インパクトの評価、プロジェクト終了後の研修継続のための予算化を考えておくことが重要

である。

5) USF モデル構築において第 5 衛生行政区（カアグアス県）におけるプロジェクト実施体制の強化（人材配置、予算配分）を図るとともに、プロジェクト終了までの出口戦略をカウンターパートと専門家で早急に策定することが望まれる。

(4) 調整が望まれる項目

合同評価調査チームとしては、以下の活動に関しては、他の業務との兼ね合い等により、調整が必要と考える。

- 1) ベースライン調査に関しては必要最低限のエビデンスを抽出することに傾注する。
- 2) USF のモデル構築活動の方が、死亡症例検討会の設置よりも優先されると考えられる。
- 3) 救急体制の整備に関しては、仕組み、研修、実施ガイドライン等は SEME のリソースを最大限活用する。プロジェクト後半に向け、USF のモデル化促進を行うことを中心的活動とすることが望まれ、機材供与に関しては各 USF の必要機材の配備も終わっているため、今後プロジェクトの機材供与に関しては積極的な増額は望まない。

(5) 負のインパクト対策

USF のモデル化にあたっては USF で分娩介助がなくなったことの負の影響を回避するため、地域のレファラル診療施設との連携や貧困家庭等への経済的配慮（バウチャー制度や出産準備設備等）等を含んだ長期戦略を鋭意策定することが早急に望まれる。

(6) その他の提言

- 1) PDM 改訂：現行の PDM の大幅な修正は必要ないと考えるが、活動内容の見直し及び適切な指標の設定等に関して修正が必要だと考える。合同評価調査団としては付属資料 2 の添付資料 7 にあるような改訂案をパラグアイ厚生省及びプロジェクトに提案する。今後、双方で議論を深め、早急に改訂版を作成・承認することが望まれる。また、改訂版 PDM においてはそれぞれの指標の数値のベンチマークを正確に計測し、中間レビュー以降の進捗が適宜モニタリングできるよう努力が望まれる。
- 2) 他国との共有：今プロジェクトの成果は現在他国で進行中のプロジェクトの教訓となり得るため、今後経験・教訓を共有することが望まれる。

5-2 教訓

(1) パラグアイにおける PHC への政治的コミットメントは、厚生省はもとより、県知事、県保健局に至るまで、非常に高いことが確認されたと同時に、パラグアイ保健セクターをよく知る経験の深いプロジェクト専門家が触媒となり、カウンターパートのコミットメントを最大限に引き出し、事業に反映させてきた点は特筆される。このような、カウンターパートと専門家チームの信頼関係の醸成は、今プロジェクトのように PHC のような概念的なプロジェクトにおいては、全体的な方向性を練るうえでも、具体的な戦略を立てるうえでも、コンセンサスを得ることが必要なだけに、非常に重要な鍵を握ると考えられる。

- (2) 人材育成と調査研究に関する委員会を中央レベルと県レベルで設置し、さらに研修効果定着においてはモニタリング機能を制度化しており、USF の継続的支援を可能にしている。全国展開を見据えたモデルの構築にはこのような作業委員会を設置することで、調整メカニズムがつくられ、事業の継続性を高めるものと考えられる。
- (3) USF の現場ではさまざまな創意工夫が行われており（階層別コミュニティマッピング法、ラベル別ファイリング法、住民対話集会、母親学級等）、現場のイノベーションを引き出すことに、プロジェクトは成功している。
- (4) PHC の他国事例の紹介として、プロジェクトは戦略的に第三国（エルサルバドル）における研修を実施し、カウンターパートに対し、USF 事業は資金の大きさにかかわらず、自分たちのコミットメントで達成できるという動機づけにつながった。このような第三国における研修の有効活用は、地域全体の相互支援のあり方として今後の発展が望まれる。
- (5) プロジェクト名である ÑANDUTI（クモの巣模様の織物）の名称はパラグアイにとって、人と人、組織と組織とのネットワークを強くイメージさせるものであり、プロジェクト関係者において、目標意識の共有に高く貢献している。

5-3 団長所感

「パラグアイ共和国プライマリーヘルスケア体制強化プロジェクト」の愛称（ニックネーム）は「ÑANDUTI（ニヤンドゥティ）」である。これはパラグアイ人（グアラニー民族）の伝統的なクモの巣模様に編まれた刺繍の文様という意味があるという。見事に編まれたさまざまな図形は、木や草花、動物や昆虫など、ありとあらゆる造形をシンボル化し、生きとし生けるものの存在が自然との調和を織りなしているさまを語りつないでいる。つまり ÑANDUTI は、個々の意味と意味とを結んで民族としてのアイデンティティを象徴している意味体系である。まさしく「パラグアイ共和国プライマリーヘルスケア体制強化プロジェクト」は、人と人、組織と組織のネットワークを編むための技術協力であり、人々と保健システムを結ぶ包括的な取り組みである。

パラグアイでは、2008年8月から、保健医療政策「生活の質と平等な健康に向けた公共政策」の一環として、第1次保健医療サービスへのアクセス改善を優先課題として掲げ、厚生省 PHC 総局の指導監督の下に地域保健を担う保健診療施設として「家庭保健ユニット（Unidades de Salud de la Familia : USF）」の設置が行われてきた。USF の戦略とは、従来「地域病院」主体で行われてきた保健システム強化をさらに一歩住民側に押しすすめ、最先端施設である「USF」にサービス提供の主体を移すことによって、1次医療サービスの拡充と、

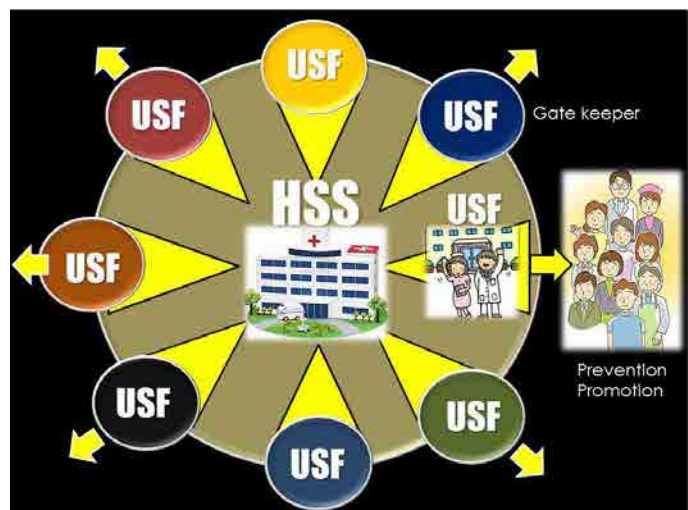


図-2 USF 戦略の概念図

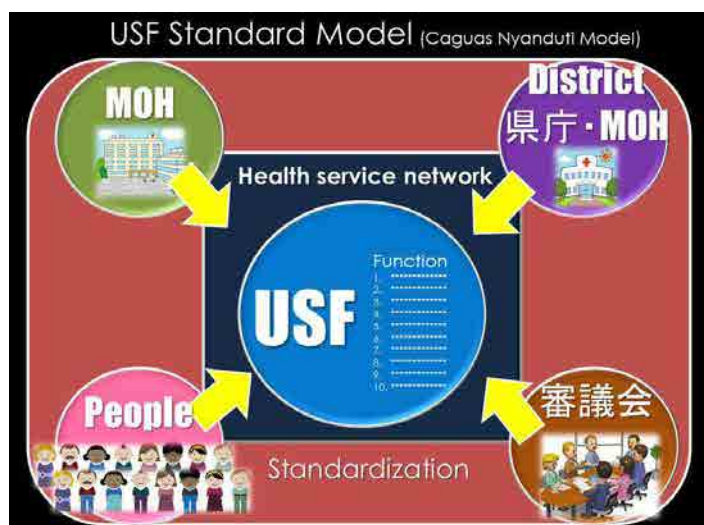
上位の保健施設（市立・県立・国立病院など）の負担軽減を図る戦略的な取り組みであるといえる。

さらに USF は、住民が主体的に健康の維持、増進に取り組むための仕組みづくり、つまり保健推進員などによる家庭訪問や住民参加を基本とした保健プロモーション活動による予防的サービスの促進によって、限られた保健資源（財源・人材・機材など）のなかで保健システム全体の効率性と対費用効果を高めるといふ、サプライサイドとデマンドサイドの相乗効果を促すための包括的プログラムである（図－2 参照）。

具体的には、USF は地域の予防と治療を包括的に行う PHC の強化の拠点として、人口 3,500 人から 5,000 人に 1 カ所の割合で、医師、看護師あるいは助産師、准看護師、保健推進員、歯科医などから成る保健医療チームを構成し、コミュニティの保健ニーズを分析し、地域の実情に応じた保健医療サービスの提供を行っている。このように USF の戦略は、コミュニティが中核となって住民に近いところで保健システム強化を行っているという意味において、「本当にサービスが必要な人々が、本当に必要なサービスを楽しむ」という「ユニバーサルヘルスカバレッジ（UHC）」の精神に則った国家的プログラムであるといえる。

今回、プロジェクト中間レビュー調査団として、保健大臣・副大臣をはじめ、各総局長、担当官、研修委員会、研究委員会との意見交換に参加し、パラグアイ厚生省における USF プログラム及びプロジェクトに対するコミットメントの高さに大変な感銘を受けた。さらに県知事以下、県保健局、県立病院、そして県・地域医療審議会においても、プロジェクトに対する意気込みと協力体制を感じた。このようなパラグアイ側の情熱を、強い信頼関係と深い経験のあるプロジェクト専門家が、カウンターパートのコミットメントを最大限に引き出してきている点は特筆される。特にエルサルバドルへの訪問が契機となって、「パラグアイでも PHC プログラムを実現できる」というモチベーションにつながってきている様子を随所で確認することができた。また、USF 施設で働く保健従事者が革新的な取り組み（階層別コミュニティマッピング法、ラベル別ファイリング法、住民対話集会、母親学級など）を行ってきており、プロジェクトが現場のさまざまな創意工夫を引き出してきている。

今回の中間レビュー調査を通してプロジェクトの出口戦略を考えたときに、パラグアイ側からの要望として「USF のモデル化と全国展開のための戦略策定」への期待が大きいことが確認された。しかし、これまでのプロジェクト活動においては、「モデル化」という点に関して全般的な遅れが生じていたことは否めない。度重なる政権交代による幹部人材の人事異動などで遅延が生じたこともあるが、主要な原因は USF プログラムに関するパラグアイ側・日本側の双方でプロジェクトの方向性とアイデアが明確になっていなかったために、戦略的取り組みや支援シナリオが詳細に検討されてこなかったことと想像された。そのため、この中間レビュー調査の機会を活用し、プロジェクト専門家及びカウンターパー



図－3 プロジェクトの方向性の概念図

トとの度重なる意見交換を行って活動を整理し、プロジェクトのめざす方向性と実施戦略を明確にし、PDMの改訂案としてパラグアイ厚生省・カアグアス県保健局・及び専門家チームに対して提言を行った。

今後のプロジェクトの方向性としては、USFのモデル化に向けてプロジェクトの成果を集約する形で努力を傾注することが重要である。そのため、USF及びその周辺環境の果たす役割や機能を明確にし、既存のUSFの機能評価等を行うことで、標準的かつ包括的なモデル構築を行うことが求められている。さらに、これらUSFのモデルを普及するための資金的、人的な長期戦略を策定することで、プロジェクトの持続性が確保されるための出口戦略となると考えられる。

具体的には、①カアグアス県におけるUSFの機能評価に早急に着手し、②中央政府、カアグアス県衛生局、保健医療審議会などの役割や支援体制を明確化し、③カアグアス県におけるUSFの包括的なパッケージとしてモデルを構築し、④全国展開を可能にするための戦略を練ること、が重要である（図-3参照）。端緒となる活動としては、カアグアス県での具体的な経験を基に、USFが果たさなければならない中心的な機能（コアファンクション）を10程度設定し、現在設立されているUSFの機能評価を行って、何をもって標準モデルといえるかを顕在化していくことが求められている。そのうえで、USF活動における基礎的研修と住民参加促進のための実施支援を強化するとともに、医療審議会と協働して県のUSF年間計画の策定を支援し、定期的なスーパービジョンの強化及びUSF相互のネットワークづくりの強化を促進することが重要となってくる。

同時に、厚生省レベルにおいては、USFが適切な機能を果たすために、厚生省の関連総局、第5衛生行政局、医療審議会、研修実施機関、研究機関及び地域の中核的保健診療施設の役割と支援的機能を明確にし、上記のUSFの機能とともにモデルの包括的なパッケージとして提案することが重要である。また、カアグアス県のUSFモデルの全国普及のために、USFの活動の取り組みを紹介する広報ビデオ等を作成し、フォーラムなどを効果的に使いながらモデルを内外に例示的に示していくことも積極的に考慮したい。

さらに、プロジェクト専門家チームとしては、このような明確な拡大戦略のシナリオに基づき、プロジェクト成果への取り組みの優先順位を検討し、専門家間、または専門家とカウンターパートの業務分担を明確にして、効率的かつ効果的にプロジェクト目標を達成する努力が望まれる。

総評としては、上述のように中間レビュー時点での成果の発現は限定的であるとの結論であるが、パラグアイ・日本側双方のコミットメントの高さと現場の革新的な取り組みをかんがみると、上述のような活動シナリオに沿って鋭意努力をすれば、プロジェクト終了時点までには、前半の遅れを挽回するばかりか、それ以上のインパクトが達成されると信じている。

最後に、今回の合同レビュー評価にご協力を頂きました日本側・パラグアイ側評価団員の皆様、開発パートナーの皆様、JICAパラグアイ事務所・JICA人間開発部の皆様、そしてなによりも現場でご尽力を頂いているプロジェクト専門家・カウンターパートの皆様にご心から感謝の意をお伝えしたいと思います。

付 属 資 料

1. 協議議事録（ミニッツ、西語）
2. 評価報告書（日本語訳）
 - 添付資料 1. PDM Ver. 0
 - 添付資料 2. 投入実績リスト（日本人専門家、カウンターパート、
在外事業強化費、供与機材費、パラグアイ側投入）
 - 添付資料 3. 第三国専門家一覧
 - 添付資料 4. 国別研修及び第三国研修参加者一覧
 - 添付資料 5. 供与機材（現況）の一覧表
 - 添付資料 6. 活動計画表（PO）
 - 添付資料 7. PDM改訂案
3. 調査日程
4. 主要面談者リスト

1. 協議議事録（ミニッツ、西語）

**MINUTA DE DISCUSIONES
ENTRE
MISIÓN DE EVALUACIÓN INTERMEDIA JAPONESA
Y
AUTORIDADES RELACIONADAS DEL GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DEL PARAGUAY
SOBRE
“PROYECTO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
EN LA REPÚBLICA DEL PARAGUAY”**

La Agencia de Cooperación Internacional del Japón (en adelante denominada “JICA”), envió la Misión de Evaluación Intermedia (en adelante denominada “Misión”), encabezada por el Dr. Tomohiko SUGISHITA, a la República del Paraguay (en adelante denominado “Paraguay”) desde 15 de febrero al 8 de marzo de 2014, con el propósito realizar la evaluación intermedia del “Proyecto para el fortalecimiento de la atención primaria de salud en la República del Paraguay” (en adelante denominado “Proyecto”).

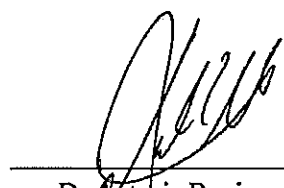
La Misión de JICA, ha formado un equipo de evaluación intermedia, conformado por miembros evaluadores paraguayos y miembros evaluadores japoneses. Dicho equipo se encargó de verificar el cumplimiento de los objetivos del proyecto y los resultados, por medio de visitas, entrevistas e intercambio de opiniones con los actores involucrados.

Los resultados de esta evaluación constan en un Informe de Evaluación Intermedia. La Misión de Estudio y los representantes de la Parte Paraguaya discutieron dicho informe, acordaron sobre el contenido y confirmaron en poner el esfuerzo para cumplir las recomendaciones dadas.

Asunción, 6 de marzo de 2014

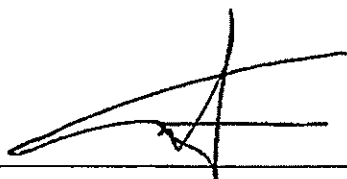


Dr. Tomohiko Sugishita
Líder de la Misión
Misión de Estudio de Evaluación Intermedia
Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)
Japón



Dr. Antonio Barrios
Ministro
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
República de Paraguay

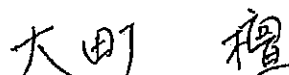
MIEMBRO DEL EQUIPO DE EVALUACIÓN CONJUNTA



Dr. Tomohiko SUGISHITA

Líder de la Misión

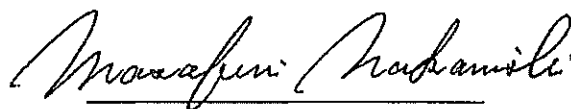
Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)
Japón



Lic. Mayumi OMACHI

Miembro de la Misión

Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)
Japón

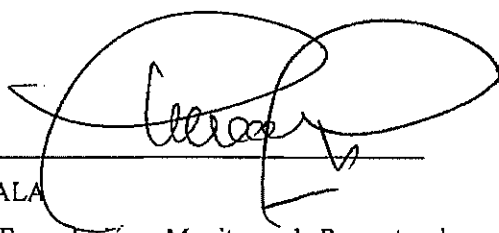


Lic. Masafumi NAKANISHI

Miembro del equipo de evaluación

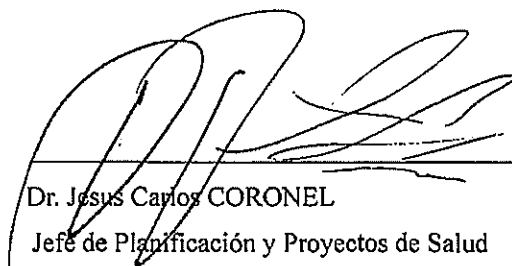
JIN Corporation

Japón



Dr. Aldo IRALA

Director de Formulación y Monitoreo de Proyectos de
la Dirección General de Planificación y Evaluación
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
República de Paraguay



Dr. Jesús Carlos CORONEL

Jefe de Planificación y Proyectos de Salud
Gobernación del Departamento de Caaguazú
República de Paraguay

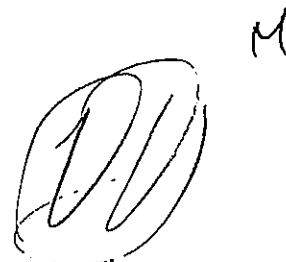
**EVALUACIÓN INTERMEDIA
DEL
PROYECTO PARA EL FORTALECIMIENTO
DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
EN LA REPÚBLICA DEL PARAGUAY**

**INFORME DE EVALUACIÓN
(Español)**

Marzo de 2014

EQUIPO DE EVALUACIÓN CONJUNTA


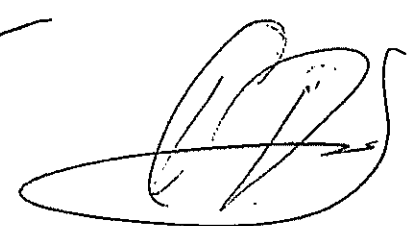

M. M.



ÍNDICE

1. RESUMEN DEL ESTUDIO DE EVALUACIÓN INTERMEDIA.....	1
1-1 ANTECEDENTES DEL ENVÍO DE LA MISIÓN DE EVALUACIÓN INTERMEDIA.....	1
1-2 OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN INTERMEDIA.....	1
1-3 RESUMEN DEL PROYECTO.....	2
1-4 EQUIPO DE EVALUACIÓN CONJUNTA.....	2
2. METODOLOGÍA DE ESTUDIO DE EVALUACIÓN INTERMEDIA.....	3
2-1 PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN INTERMEDIA.....	3
2.2 METODOLOGÍA DE ESTUDIO DE EVALUACIÓN INTERMEDIA.....	3
2.3 EVALUACIÓN EN BASE A 5 CRITERIOS.....	3
3. PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN Y EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES.....	4
3.1 RESUMEN DE LAS INVERSIONES.....	4
3.2 NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS RESULTADOS.....	4
3.3 GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DEL PROYECTO Y OBJETIVO SUPERIOR.....	8
3.4 AVANCE DE LAS ACTIVIDADES Y SU PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN.....	10
4. EVALUACIÓN POR LOS 5 CRITERIOS DE EVALUACIÓN.....	15
4.1 PERTINENCIA.....	15
4.2 EFECTIVIDAD.....	16
4.3 EFICIENCIA.....	17
4.4 IMPACTO.....	18
4.5 SOSTENIBILIDAD.....	19
5. CONCLUSIÓN.....	19
6. RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS.....	20

M. A.
M



1. RESUMEN DEL ESTUDIO DE EVALUACIÓN INTERMEDIA

1.1 ANTECEDENTES DEL ENVÍO DE LA MISIÓN DE EVALUACIÓN INTERMEDIA

La República del Paraguay, propone a partir del mes de agosto de 2008 el mejoramiento del acceso al servicio de salud del nivel primario como una de sus prioridades del sector salud en las "Políticas públicas para la calidad de vida y salud con equidad". Partiendo de este concepto propuesto, en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social se crea la Dirección General de Atención Primaria de Salud (en adelante denominada "APS") como una instancia que promueva y fortalezca la APS con énfasis en la prevención y tratamiento integral de la comunidad. Específicamente impulsa la instalación de la "Unidad de Salud de la Familia (USF)" compuesto por un/a médico/a, un/a licenciado/a en enfermería u obstetricia, un auxiliar de enfermería, tres a cinco agentes comunitarios y un/a odontólogo/a por cada dos USF, para una población de 3.500 a 5.000 habitantes; y de esta forma busca mejorar el servicio de la salud de la región basado en la USF. Sin embargo, existen limitaciones en el marco reglamentario, protocolos, manuales, la capacidad de gestión de los servicios a nivel departamental, falta de educación/entrenamiento a los miembros de las USF, falta del mecanismo que articule los servicios de la salud incluyendo la derivación y la referencia de los pacientes desde las USF a los hospitales regionales y otros establecimientos.

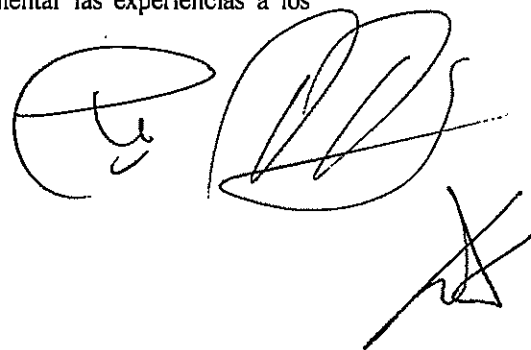
El Gobierno de Paraguay solicitó la cooperación al Gobierno de Japón con la finalidad de mejorar estas limitaciones de forma integral, fortaleciendo los servicios de la salud que ofrece en las USF y validando esta iniciativa en la V Región Sanitaria. La Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) implementa el "Proyecto para el fortalecimiento de la atención primaria de salud" (en adelante denominado el "Proyecto") desde febrero de 2012 hasta enero de 2016 (4 años); que establece como objetivo del Proyecto "Fortalecer el sistema de salud basado en la USF articulado en la red de servicios de salud en la zona del Proyecto", a través de la generación de resultados esperados que son: 1) definir las funciones y competencias de APS en todos los servicios (niveles) desde la USF en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2) fortalecer la capacidad de gestión de las instituciones y los servicios de salud donde las USF realizan sus actividades, 3) mejorar la capacidad de la USF, y 4) establecer el sistema de comunicación de emergencia regional.

Cumpliendo la mitad del periodo del Proyecto, se implementa el Estudio de Evaluación Intermedia para confirmar las actividades desarrolladas y los resultados logrados hasta la fecha, y consensuar con los actores involucrados sobre las actividades futuras del Proyecto. Además, debido al cambio del Presidente de la República, el 15 de agosto de 2013, en esta evaluación se confirma también la política y los lineamiento sobre la implementación de APS de este nuevo gobierno; y según las necesidades y en función a los resultados de esta evaluación realizar la revisión y ajuste del Matriz de Diseño del Proyecto (PDM) y el Plan Operativo (PO) de la segunda mitad del periodo de la cooperación.

1.2 OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN INTERMEDIA

- (1) Verificar el avance del Proyecto en base al PDM y PO; y realizar la evaluación/análisis completo utilizando los cinco criterios de la evaluación (pertinencia, efectividad, eficiencia, impacto y sostenibilidad).
- (2) En base a los resultados de la evaluación arriba mencionada, deliberar el contenido de las actividades futuras y confirmar el PO correspondiente. Además, revisar el PDM y elaborar la versión ajustada (propuesta) según la necesidad.
- (3) Deliberar con las Partes Paraguaya y Japonesa sobre los problemas o dificultades que tiene el Proyecto considerando los factores que promueven o limitan su implementación para elaborar las "recomendaciones" una vez confirmado los asuntos que cada partes deben de abordar, y asimismo las "lecciones aprendidas" del Proyecto para retroalimentar las experiencias a los

M. M.
M



otros proyectos similares.

- (4) Elaborar y deliberar el “Informe de Evaluación” con los actores involucrados del Paraguay sobre las medidas y acciones a tomar en el marco del Proyecto, incluyendo la necesidad de revisión del plan del Proyecto en base a los resultados de la evaluación y análisis arriba mencionado. El resultado de las discusiones se constará en una “Minuta de Discusiones (Minuta)” para su posterior firma entre las Partes Paraguaya y Japonesa.

1.3 RESUMEN DEL PROYECTO

La descripción general del Proyecto es la siguiente: (Anexo 1)

Periodo de Cooperación	Desde febrero de 2012 a enero de 2016 (4 años)
Zona del Proyecto	Departamento de Caaguazú (V Región Sanitaria)
Organismo Ejecutor	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, V Región Sanitaria
Beneficiarios	Población del Departamento de Caaguazú
Objetivo Superior	Se mejora las condiciones de salud materno infantil en la zona del Proyecto.
Objetivo del Proyecto	Se fortalece el sistema de salud basado en la Unidad de Salud de la Familia (USF) articulado en la Red de servicios de salud en la zona del Proyecto.
Resultados	(1) Se define las funciones y competencias de Atención Primaria de Salud (APS) en todos los servicios (niveles), desde a USF en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS). (2) Se fortalece la capacidad de gestión de las instituciones y los servicios de salud donde las USF realizan sus actividades. (3) Se mejora la capacidad de USF. (4) Se establece el sistema de comunicación de emergencia regional.

1.4 EQUIPO DE EVALUACIÓN CONJUNTA

El Estudio de Revisión Intermedia realiza el equipo conformado por los siguientes miembros:

Parte Japonesa

Nombre y Apellido	Cargo	Institución
Tomohiko SUGISHITA	Líder de la Misión	JICA Asesor Superior de la Cooperación Internacional
Mayumi OMACHI	Cooperación y Planificación	JICA Experto Asistente, División de Salud 4, Departamento de Desarrollo Humano, Sección Cuarta de Salud
Masafumi NAKANISHI	Evaluación y Análisis	JIN Corporation
Erica KIKUCHI	Intérprete	

Parte Paraguaya

Nombres y Apellidos	Cargo
Aldo IRALA	Director de Formulación y Monitoreo de Proyectos de la Dirección General de Planificación y Evaluación, MSPyBS Director interino de la Dirección de Coordinación de Unidades de Salud de la Familia
Jesus Carlos CORONEL	Jefe de Planificación y Proyectos de Salud de la Gobernación del Departamento de Caaguazú Jefe de Servicios de Urgencia del Hospital Regional de Coronel Oviedo

M.H.
M

2. METODOLOGÍA DE ESTUDIO DE EVALUACIÓN INTERMEDIA

2.1 PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN INTERMEDIA

Esta Evaluación Intermedia se desarrolla en base a los siguientes procedimientos:

- 1) Verificar la ejecución de la inversión realizada en el marco del Proyecto a partir de los documentos relacionados
- 2) Elaborar el diseño de la evaluación
- 3) Recabar datos y documentaciones necesarias
- 4) Diseñar estudio y elaborar lineamientos del estudio
- 5) Explicar la metodología de evaluación a los actores involucrados
- 6) Verificar la ejecución de actividades y sus resultados
- 7) Verificar el avance de las actividades
- 8) Confirmar las actividades a desarrollar en el periodo restante y sus lineamientos, y elaborar las recomendaciones
- 9) Discutir sobre la revisión PDM y PO
- 10) Elaborar el borrador de Informe de Evaluación Conjunta
- 11) Organizar la reunión de evaluación conjunta
- 12) Discutir con los principales actores involucrados y firmar la Minuta de Discusiones

2.2 METODOLOGÍA DE ESTUDIO DE EVALUACIÓN INTERMEDIA

Este Estudio de Evaluación Intermedia se realiza en base al PDMvol.0.

El Estudio de Evaluación Intermedia aplica las siguientes metodologías:

- 1) Revisión de las documentaciones relacionadas con el Proyecto
- 2) Análisis de los ítems de estudio necesarios para la evaluación intermedia
- 3) Elaboración del cuestionario para su distribución previa
- 4) Confirmación del contenido del cuestionario llenado, realización de la entrevista en base al cuestionario
- 5) Análisis de los resultados del estudio en base a los 5 criterios de la evaluación
- 6) Deliberaciones con los involucrados sobre el contenido del análisis del Proyecto, modificación del Proyecto en base a lo acordado

2.3 EVALUACIÓN EN BASE A 5 CRITERIOS

El presente Estudio de Evaluación Intermedia se realiza desde la perspectiva de los 5 criterios de evaluación¹. Las características de cada criterio de evaluación son los siguientes:

- (1) **PERTINENCIA:** Es el criterio de evaluación que verifica la legitimidad y la necesidad de la implementación del proyecto a partir del análisis de la información acerca de la política del Estado y lineamientos del gobierno, necesidades de los beneficiarios, posicionamiento del proyecto, entre otros.
- (2) **EFECTIVIDAD:** Se verifica la trascendencia que tiene la implementación del Proyecto, y particularmente se verifica el logro del objetivo en función al alcance de las actividades con los resultados generados y los esperados. También se analiza la incidencia de las condiciones externas.
- (3) **EFICIENCIA:** Es el criterio de evaluación que verifica la eficiencia y el costo beneficio del proyecto. En el análisis se verifica también la existencia de los factores que promueven o limitan el proceso de implementación proyecto.
- (4) **IMPACTO:** Es el criterio de evaluación que verifica los impactos del proyecto a largo plazo y repercusión, incluyendo los impactos positivos y negativos que se dan con la intervención. En la etapa de evaluación intermedia, este criterio se analiza desde la perspectiva de la probabilidad de logro.
- (5) **SOSTENIBILIDAD:** Es el criterio de evaluación que verifica la sostenibilidad del proyecto después de su finalización desde varios puntos de vista. En esta etapa de evaluación intermedia

M. M.
M

¹ JICA Nueva Guía para la Evaluación de Proyecto de JICA, Versión 1 (junio 200)



se analiza su expectativa de logro.

Cabe mencionar que de los 5 criterios de evaluación citados, esta Evaluación se enfoca en los criterios de Pertinencia, Efectividad y Eficiencia, debido a que es una evaluación a medio término.

3. PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN Y EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

3.1 RESUMEN DE LAS INVERSIONES

(1) Inversiones por la Parte Japonesa (Anexo 2)

1) Monto de la inversión (dólares americanos):

A la fecha, la JICA ha ejecutado el monto de 504.605 dólares americanos para cubrir el costo local de implementación del Proyecto².

Cuadro 1: Egreso en concepto de costo local del Proyecto

Rubro	2011	2012	2013 (hasta 31 de enero de 2014)	Monto Total
Gastos locales del proyecto	USD 10.888	USD 30.048	USD 142.281	USD 183.217
Donación de equipos	USD 108.600	USD 180.074	USD 240.829	USD 529.503
Total	USD 119.488	USD 210.122	USD 383.110	USD 712.720

(Moneda: dólares americanos. Tasa de cambio: USD 1 = Gs. 0,0002³)

- 2) Expertos Japoneses: 2 expertos de largo plazo, 2 expertos de corto plazo
 - 3) Expertos Salvadoreños: 6 Expertos (Anexo 3)
 - 4) Envío de contrapartes para la Capacitación en Japón: 3 personas (Anexo 4)
 - 5) Envío de contrapartes para la Capacitación en Terceros Países (El Salvador): 12 personas (Anexo 4)
 - 6) Equipos donados por el Proyecto: equipos médicos, notebook, fotocopiadoras, impresoras, artículos y mobiliarios de oficina, equipos para la capacitación, etc. (Anexo 5)
 - 7) Vehículos del proyecto: 2 unidades
 - 8) Equipos médicos donados a USF y Hospital Distrital (Anexo 5)
 - 9) 4 ambulancias (de los cuales 2 son 4x4)
- (2) Inversiones por la Parte Paraguaya
- 1) Asignación de contraparte: 37 personas
 - 2) Espacio físico para el trabajo del Proyecto dentro del MSPyBS y V Región Sanitaria (oficina)
 - 3) Parte del gasto operativo necesario para el Proyecto: combustible, electricidad, agua, comunicación telefónica, etc.
 - 4) Gasto operativo para la capacitación (parte de la capacitación)

3.2 NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS RESULTADOS

(1) **Resultado 1: Se define las funciones y competencias de Atención Primaria de Salud (APS) en todos los servicios (niveles), desde la USF en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS).**

Aún no se ha logrado pero es posible.

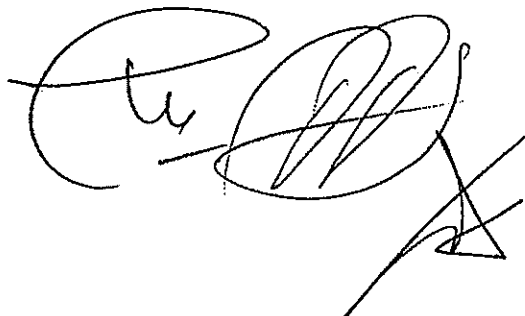
El logro del Resultado 1 por indicadores son los siguientes:

Indicador	Grado de Cumplimiento
1-1 Se realiza la	No se ha logrado en el momento de la evaluación intermedia, pero con

² La administración de estos fondos son de exclusiva competencia de la JICA.

³ Dependiendo de la tasa de cambio aplicado en el mes de pago existe cierto margen de diferencia en el monto.

M. M.
M



revisión del manual de funcionamiento de la USF y se aprueba por resolución ministerial.	<p>probabilidad de lograr al término del Proyecto.</p> <p>El manual de funcionamiento de USF fue revisado y se elaboró la versión ajustada. Sin embargo, en el periodo del Proyecto se alternaron tres ministros y directores generales, lo que motivó la presentación del mencionado manual a las nuevas autoridades para su revisión, ajustes y aprobación oficial.</p> <p>Actualmente, nuevamente está siendo revisado.</p>
1-2 Se oficializa y se aprueba el documento y/o manuales de la Red integrada de servicios de la salud (RISS).	<p>No se ha logrado en el momento de la evaluación intermedia, pero con probabilidad de lograr al término del Proyecto.</p> <p>En el pasado, fue elaborado el manual de funcionamiento de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) que el MSPyBS aprobó por la resolución ministerial del año 2012, pero que no llegó a implementarse. En ese sentido, existe la necesidad de una revisión del citado manual. En el marco del Proyecto se ha conformado el Comité de RISS y había empezado a trabajar sobre el tema, pero con los cambios de gobierno (2012-2013), la rotación de los miembros (nivel central y regional), se paralizaron las actividades de dicho comité. Está previsto reanudar las actividades en el mes de marzo.</p>
1-3 Número de participantes y número de departamentos que participan en las capacitaciones.	<p>La actividad está en pleno proceso, pero es difícil de determinar su cumplimiento debido a que no se tiene establecido la meta numérica en el indicador.</p> <p>En el mes de diciembre de 2012, simultáneamente a la instalación del Comité Regional de Capacitación de la V Región Sanitaria también se instalaron respectivos Comités en los Departamentos de Alto Paraná, San Pedro y Guairá. Los miembros del Comité Regional de Capacitación es una instancia que fue creada con el propósito de llevar adelante la ejecución de la capacitación y la facilitación. En el Departamento de Alto Paraná, en el mes de febrero de 2014 se realizaron dos talleres de capacitación sobre el fortalecimiento de la capacidad de servicios de salud dirigido a los equipos de la salud familiar de las USF mediante autogestión de los facilitadores regionales antes que la V Región Sanitaria, contando el acompañamiento y asesoramiento de los técnicos referentes del ministerio.</p>

(2) Resultado 2: Se fortalece la capacidad de gestión de las instituciones y los servicios de salud donde las USF realizan sus actividades.

Aún no se ha logrado pero resulta posible.

El logro del Resultado 2 por indicadores son los siguientes:

Indicador	Grado de Cumplimiento
2-1 Se elabora protocolos sobre APS y se aprueba por resolución ministerial.	<p>No se ha logrado.</p> <p>Los protocolos existentes de APS se han distribuido a las USF pero requieren de revisión y ajustes en su contenido. Existen cinco protocolos que son: i) Serie de protocolo de manejo clínico para atención primaria de la salud "Módulo Introductorio", ii) Atención prenatal de asistencia primaria de salud, iii) Atención general de la persona adulta mayor en atención primaria de la salud, iv) Manejo de diabetes en atención primaria de la salud, v) Manejo clínico de trastornos mentales en atención primaria de la salud. Se ha iniciado la revisión de los protocolos.</p>

M. N.
M

<p>2-2 Se elabora el Plan Local de Salud, POA y Plan financiero en los niveles distritales.</p>	<p>No se ha logrado en el momento de la evaluación intermedia, pero con probabilidad de lograr al término del Proyecto.</p> <p>A partir de las entrevistas a los actores involucrados y por la experiencia del equipo del Proyecto, se confirma que la mayoría de los distritos de la V Región Sanitaria no tiene elaborado planes de ese tipo. Incluso si tiene el plan, este describe solo el plan de ejecución del presupuesto. Por esta razón, es difícil visualizar el cumplimiento de la obligación que tiene el municipio de destinar el 5% del presupuesto anual para el financiamiento del servicio de salud. Se llevó a cabo dos foros del sector salud para la elaboración del plan operativo anual de la V Región Sanitaria previo a la formulación del plan en los niveles distritales.</p>
<p>2-3 Se oficializar la hoja de monitoreo de las actividades de los servicios de salud en el nivel de MSPyBS, a ser implementada en la V Región Sanitaria.</p>	<p>No se ha logrado en el momento de la evaluación intermedia, pero con probabilidad de lograr al término del Proyecto.</p> <p>Aún no se tiene un instrumento oficial estandarizado a nivel del ministerio. Sin embargo, respecto a la hoja de monitoreo de las actividades de los servicios de salud, la Dirección de V Región Sanitaria utiliza el instrumento ajustado en función a la situación de la región en un formato que se tenía en el MSPyBS en dos hojas.</p>
<p>2-4 Se realiza monitoreo una vez por cada x meses a través de la hoja de monitoreo por la V Región Sanitaria.</p>	<p>La actividad está en pleno proceso, pero es difícil de determinar su cumplimiento debido a que no se tiene establecido la meta numérica en el indicador.</p> <p>La lista de verificación para el monitoreo apunta a la hoja de monitoreo. La Dirección de V Región Sanitaria realizó dos monitoreos entre los meses de febrero a marzo y mayo a julio de 2013. El coste de esta visita ha cubierto la V Región Sanitaria. La Dirección de V Región Sanitaria planea realizar tres monitoreos al año.</p>

(3) Resultado 3: Se mejora la capacidad de la USF.
Aún no se ha logrado pero resulta posible.

El logro del Resultado 3 por indicadores son los siguientes:

Indicador	Grado de Cumplimiento
<p>3-1 Se elabora el plan de capacitación permanente.</p>	<p>No se ha logrado en el momento de la evaluación intermedia, pero con probabilidad de lograr al término del Proyecto.</p> <p>Se tiene planificado realizar 8 capacitaciones de 40 personas cada una sobre el "fortalecimiento de la capacidad de los servicios de la salud" dirigido a los equipos de las USF de la región sanitaria durante el periodo de mediados de marzo a julio de 2014. Esta prevista la elaboración del plan de capacitaciones.</p>
<p>3-2 Se elabora los manuales y materiales para la capacitación permanente.</p>	<p>No se ha logrado en el momento de la evaluación intermedia, pero con probabilidad de lograr al término del Proyecto.</p> <p>Se tiene conformado el comité de capacitación y se elaboró el plan de capacitación, además de los preparativos de la capacitación y la elaboración de los manuales de capacitación; pero los manuales y los materiales didácticos no han sido aprobados por el MSPyBS. Entre los actores involucrados, los manuales de capacitación se refieren a las guías</p>

M.H.
M

	<p>de la capacitación permanente y son utilizados para el diseño de la capacitación y la elaboración de los materiales didácticos.</p> <p>Las seis guías de la capacitación permanente fueron ajustadas e impresas por el Proyecto que fueron previamente validados por el MSPyBS, y se espera obtener la aprobación oficial correspondiente. Los temas de las seis Guías son: i) Organización de trabajo en equipo, ii) Visita domiciliarias, iii) Planificación participativa, iv) Trabajo con grupos, v) Acogida en puerta de entrada, y vi) Territorialización.</p> <p>Además, los materiales didácticos fueron elaborados por el Comité de Capacitación en base al contenido desarrollado en las guías de capacitación. Hasta el momento fueron elaborados 11 materiales didácticos en formato Power Point elaborado por cada tema, Guía práctica en la comunidad y Guía de trabajo en grupo. Los temas del taller de capacitación son:</p> <p>i) Características de facilitadores, ii) modelo de atención con enfoque a la familia y comunidad, iii) funciones básicas del equipo de salud familiar, iv) funciones especiales del equipos de salud familiar, v) figura del equipo de atención de la salud, vi) acogida en puerta de entrada, vii) territorialización, viii) dispensación, ix) planificación y respuesta por el grado de salud de la persona, x) visita domiciliaria (atención domiciliaria), xi) diagnóstico de la comunidad participativa - planificación de la comunidad participativa -</p>
<p>3-3 Nivel de comprensión de los participantes en la capacitación (Lista de verificación).</p>	<p>La medición del indicador en sí es difícil.</p> <p>El equipo del Proyecto considera que en vez de la metodología arriba mencionada, tendrá mayor valor y sentido realizar el monitoreo del desempeño de los participantes a los tres meses de haber recibido la capacitación, y verificar a través de una lista de chequeo si se está aplicando lo aprendido y si se refleja eso en el desempeño. La elaboración de la guía de monitoreo de la capacitación ya ha comenzado.</p>

(4) Resultado 4 : Se establece el sistema de comunicación de emergencia regional.

El Resultado 4 aún no se ha logrado.

El logro del Resultado por indicadores son los siguientes:

Indicador	Grado de Cumplimiento
<p>4-1 Se aumenta a xx por mes la cantidad de hoja de referencia y contra referencia, llenado adecuadamente.</p>	<p>La actividad está en pleno proceso, pero es difícil de determinar su cumplimiento debido a que no se tiene establecido la meta numérica en el indicador.</p> <p>Fue verificado hasta la fecha la presentación de la hoja de referencia en tres USF.</p>
<p>4-2 Se aumenta la cantidad de referencias y contra referencias adecuadas a protocolos.</p>	<p>La situación actual de la referencia es generalmente el caso de la comunicación que el personal de USF y/o Puesto de Salud realiza al establecimiento de asistencia en donde se encuentra algún conocido para que facilite la recepción del paciente; en ese sentido es difícil decir que este tipo de manejo de la derivación cumple el procedimiento establecido en un protocolo. Respecto a la contra referencia, el personal de los Puestos de Salud y las USF siente esa necesidad pero no lo realiza.</p>

M.H.

M

	Debido a que no se hace el seguimiento del proceso de implementación del sistema de referencia en la V Región Sanitaria, y al desconocer la cantidad de los casos de referencia y contra referencia correspondiente desde el inicio del Proyecto hasta la fecha, esto dificulta hacer el estudio comparativo del tema.
--	--

3.3 GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DEL PROYECTO Y OBJETIVO SUPERIOR

(1) **Objetivo del Proyecto:** Se establece el sistema de salud materno infantil en la zona del Proyecto.

El Objetivo del Proyecto es una meta que debe ser alcanzado para el final del Proyecto.

El Objetivo del Proyecto no se ha logrado. En este momento todos los resultados aún no se han logrado.

Se explica el cumplimiento del Objetivo del Proyecto según sus indicadores, pero no se puede determinar con precisión debido a que no se dispone de datos para verificar el indicador ni tampoco se tiene definida el valor meta en los indicadores del PDM.

Indicador	Grado de cumplimiento del Objetivo del Proyecto
1. Se aumenta a xx el número de embarazadas con control prenatal completo (más de 4 veces).	Se pudo conocer que el MSPyBS contabiliza como índice de control prenatal el registro de las embarazadas que hacen el control en el cuarto mes de embarazo y no el número de embarazadas que han completado el control prenatal (más de 4 veces). Ese valor numérico ha aumentado significativamente entre lo que fue 25,3% en 2011 y 40,6% en 2012.
2. Se aumenta a xx el número de Parto Institucional.	Respecto al número de partos intrahospitalarios se contabiliza la información como tal. El porcentaje de partos intrahospitalarios de la V Región Sanitaria correspondiente al 2012 es de 90,0% que es ligeramente inferior al promedio a nivel país (92,0%). Este índice ha mejorado desde el 87,8% que fue en el 2010, pero debido a que en el 2011 alcanzó el 90,1% esto muestra que es poca la variación con respecto a lo que fue el 2012.
3. Se aumenta xx las consultas del control de crecimiento y desarrollo infantil (hasta 5 años de edad).	El índice de consulta para el control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5 años correspondiente a nivel país se tiene registrado hasta el año 2009, pero no se tiene ninguna información posterior a ese año inclusive de la V Región Sanitaria.
4. Cantidad de USF que presenta en tiempo el informe de gestión.	En el XX, el informe mensual presentado por las USF que cumplieron la fecha límite de presentación es de 34 de los 37 USF instalados; y un informe presentado fuera del periodo. Debido a la falta de la meta (valor numérico) en el indicador no se pudo evaluar su cumplimiento.
5. Número de casos de enfermedades crónicas no transmisibles detectadas y controladas en las USF.	La cantidad de personas con hipertensión en seguimiento de la V Región Sanitaria correspondiente a los años 2011, 2012 y 2013 fue de 11.059, 33.783, 38.314 respectivamente. A pesar de que esta cantidad presenta una tendencia en aumento, al no tener establecido la meta en este indicador no se pudo evaluar su cumplimiento.
6. Se aumenta la cobertura de vacunación en todos los servicios	Se tiene la cobertura de vacunación a los niños menores de 5 años, pero no se conoce si se tienen los registros de vacunación en general incluyendo los adultos. Según los datos del porcentaje de cobertura de vacunación a los niños menores de 5 años disponibles entre los años

M. R.
M

de la región.	2010 y 2011, se ve un aumento de 70,6% a 73,0%.
---------------	---

(2) OBJETIVO SUPERIOR

El Objetivo Superior se refiere a una condición o meta que busca alcanzar después de la finalización del Proyecto y establece el norte del Proyecto. En ese sentido, es difícil y prematuro evaluar el cumplimiento del mismo.

M. M.

M

Handwritten signatures and initials in the bottom right corner of the page. There are two distinct signatures, one appearing to be 'M. M.' and another more stylized signature.

El nivel de cumplimiento de cada uno de los indicadores del Objetivo Superior es el siguiente:

Indicador	Grado de Cumplimiento
1. La mortalidad materna se disminuye a XX por cada 100.000 nacidos vivos en la V Región Sanitaria.	La mortalidad materna de la V Región Sanitaria del año 2010, que corresponde al inicio del Proyecto, fue de 101,7 de 100,000 nacidos vivos, este número aumenta a 104,0 en el 2011 y se reduce en gran medida en el 2012 alcanzando solo el 49,3. No se ha analizado lo suficiente sobre el impacto de este Proyecto en este cambio.
2. La mortalidad infantil de menor de 1 (un) año se disminuye a XX por cada 1000 nacidos vivos en la Región Sanitaria.	Con este indicador es difícil de determinar el grado cumplimiento. Aunque se tiene la información sobre la mortalidad infantil de menor de 1 año de la V Región Sanitaria, en este momento es difícil de determinar su cumplimiento dado que la meta (valor numérico) de este indicador no está definida.

3.4 AVANCE DE LAS ACTIVIDADES Y SU PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN

Al comparar las actividades establecidas en el PO elaborado al inicio del Proyecto (Anexo 6) con el avance de las actividades, en sus mayorías presentan un retraso de hasta seis meses.

Avance de las actividades:

A continuación se detalla el avance de las actividades:

M.M.

M

Actividades	Avance de desarrollo															
<p>1.1 Se realiza el estudio de línea de base de los servicios de salud en la V Región Sanitaria.</p>	<p>Hay un cierto retraso pero está en pleno proceso. Actualmente, el Comité de Investigación está llevando a cabo el análisis de los resultados de la encuesta. El informe preliminar con resultados parciales fue presentado al Proyecto y al Director General de APS. Debido a que el ajuste de punto de referencia se retrasó, no se pudo establecer la meta (valor numérico) del indicador. Cabe señalar que previo al inicio del Proyecto se hizo el estudio para establecer el punto de referencia del indicador, pero solo se pudo saber lo difícil de obtener un valor numérico que serviría de punto de referencia necesario para establecer la meta del indicador; lo que causó una carga para este estudio que tuvo su implementación después del inicio del Proyecto.</p> <p>Las capacitaciones relacionadas a la Actividad 1-1 son:</p> <table border="1" data-bbox="596 824 1248 1585"> <thead> <tr> <th data-bbox="596 824 815 880">Título de Capacitación</th> <th data-bbox="815 824 1034 880">Capacitados</th> <th data-bbox="1034 824 1248 880">Cantidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="596 880 815 1061">Primer taller de investigación</td> <td data-bbox="815 880 1034 1061">MSPyBS, Universidad, Profesionales Médicos y Licenciados de la institución de investigación</td> <td data-bbox="1034 880 1248 1061">56</td> </tr> <tr> <td data-bbox="596 1061 815 1243">Segundo taller de investigación</td> <td data-bbox="815 1061 1034 1243">Miembros del Comité de Investigación, Plantel docente de la Universidad Nacional de Caaguazú, etc.</td> <td data-bbox="1034 1061 1248 1243">29</td> </tr> <tr> <td data-bbox="596 1243 815 1424">Capacitación sobre sistema de recolección de datos para investigación operativa</td> <td data-bbox="815 1243 1034 1424">Encuestadores del estudio de línea de base (Docentes y alumnos de la Universidad Nacional de Caaguazú)</td> <td data-bbox="1034 1243 1248 1424">20, 61 (Total 81)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="596 1424 815 1585">Capacitación sobre sistema de recolección de datos para investigación operativa</td> <td data-bbox="815 1424 1034 1585">Ídem</td> <td data-bbox="1034 1424 1248 1585">Ídem</td> </tr> </tbody> </table>	Título de Capacitación	Capacitados	Cantidad	Primer taller de investigación	MSPyBS, Universidad, Profesionales Médicos y Licenciados de la institución de investigación	56	Segundo taller de investigación	Miembros del Comité de Investigación, Plantel docente de la Universidad Nacional de Caaguazú, etc.	29	Capacitación sobre sistema de recolección de datos para investigación operativa	Encuestadores del estudio de línea de base (Docentes y alumnos de la Universidad Nacional de Caaguazú)	20, 61 (Total 81)	Capacitación sobre sistema de recolección de datos para investigación operativa	Ídem	Ídem
Título de Capacitación	Capacitados	Cantidad														
Primer taller de investigación	MSPyBS, Universidad, Profesionales Médicos y Licenciados de la institución de investigación	56														
Segundo taller de investigación	Miembros del Comité de Investigación, Plantel docente de la Universidad Nacional de Caaguazú, etc.	29														
Capacitación sobre sistema de recolección de datos para investigación operativa	Encuestadores del estudio de línea de base (Docentes y alumnos de la Universidad Nacional de Caaguazú)	20, 61 (Total 81)														
Capacitación sobre sistema de recolección de datos para investigación operativa	Ídem	Ídem														
<p>1-2 Se realiza a revisión de los reglamentos existentes, y se define las funciones y competencias de los servicios</p>	<p>Hay un retraso en la ejecución. Se tiene antecedente en la que por ley se ha establecido el manual de funcionamiento de RISS relacionada con la estrategia de APS, pero debido a que no llegó a implementar por el cambio de los</p>															

M.A.

M

de salud de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) relacionadas con la Estrategia de APS.	gobiernos (2012-2013). En ese sentido, se tiene previsto la revisión y su aprobación en este periodo de gobierno..
1-3 Considerando las actividades de las USF, se introduce los ajustes necesarios para el funcionamiento de la red de servicios.	Hay un retraso en la ejecución pero está en pleno proceso. Se llevó a cabo la revisión del manual de la USF existente, y se elaboró la versión ajustada. Se realizó el reconocimiento de la situación actual del sistema de implementación de APS.
1.4 Se realiza las capacitaciones con el objetivo de extender los resultados del proyecto para otros departamentos cercanos.	Las actividades se desarrollaron según lo planificado. El Comité de Nacional de Capacitación capacitó al Comité Regional de Capacitación de la V Región Sanitaria, incluyendo también los departamentos colindantes que son Alto Paraná, Guairá y San Pedro, en el tema de fortalecimiento de las capacidades de servicios de salud en las USF.

Actividades del Resultado 2 y sus avances

Actividades	Avance de desarrollo
2-1 Se oficializa el manual de funcionamiento y protocolos relacionados a las actividades de USF.	Hay un retraso en la ejecución. Se inició la revisión de protocolo.
2-2 Se promueve la elaboración del plan estratégico, Plan Operativo Anual (POA) y el plan financiero coordinando con el Consejo Local de Salud, si ésta existiese.	La actividad no se ha realizado en absoluto. Las actividades de promoción sobre la elaboración del plan estratégico sobre la salud comunitaria, POA y el plan financiero no se pudieron ejecutar sin mayor contratiempo, debido a los cambios de los miembros del Consejo de la Salud.
2-3 Se adquiere los equipamientos para el fortalecimiento de los servicios de salud ligados a las USF.	Hubo un retraso en la ejecución, pero la adquisición de los equipamientos para el fortalecimiento de los servicios de APS está concluida.
2-4 Se promueve la ejecución de las actividades de APS de acuerdo al protocolo, manual y POA elaborado.	Hay un retraso en la ejecución. Se ha iniciado la revisión del protocolo de APS y el manual de la USF, pero no se tiene trabajado en la elaboración del plan operativo anual.
2-5 Se organiza análisis de casos de muerte de las mujeres embarazadas y los neonatos a fin de tomar medidas preventivas.	Hay un retraso en la ejecución. El comité de análisis de casos de muerte fue organizada y estuvo funcionando en su momento, pero quedó inactivo por el movimiento de los miembros sufrido por el cambio del gobierno.
2-6 Se realiza el monitoreo y supervisión de las actividades de todos los servicios de APS de la V Región Sanitaria.	Hay un retraso en la ejecución. El monitoreo voluntario de las actividades de la USF se llevó a cabo por la Dirección de V Región Sanitaria, pero no siguieron el procedimiento estandarizado.

M.H
M

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

Actividades del Resultado 3 y sus avances

Actividades	Avance de desarrollo									
<p>3-1 Se estructura un comité permanente de coordinación para la capacitación.</p>	<p>Hubo un cierto retraso en el proceso de ejecución pero se ha culminado. El Proyecto ha organizado el Comité Nacional de Capacitación conformado por los funcionarios del MSPyBS y la Dirección de V Región Sanitaria, y el Comité Regional de Capacitación conformado por los recursos humanos de la USF de la V Región Sanitaria, estableciendo un sistema de implementación de la capacitación tipo cascada. En el 2013, el Comité Nacional de Capacitación realizaron la formación de facilitadores dirigidos a los miembros del Comité Regional abordaron el tema de "fortalecimiento de las capacidades de los servicios de salud". La próxima capacitación a realizarse en el mes de marzo de 2014, el Comité Regional serán los facilitadores para capacitar a los miembros de las USF. Se tiene previsto utilizar el mismo método para los demás capacitaciones.</p> <p>Las capacitaciones que se llevaron a cabo en el marco de la Actividad 3-1 es cuanto sigue:</p> <table border="1" data-bbox="603 833 1104 967"> <thead> <tr> <th>Título de Capacitación</th> <th>Capacitados</th> <th>Cantidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Capacitación sobre administración de los comités</td> <td>Actores involucrados en el Proyecto</td> <td>14</td> </tr> </tbody> </table>	Título de Capacitación	Capacitados	Cantidad	Capacitación sobre administración de los comités	Actores involucrados en el Proyecto	14			
Título de Capacitación	Capacitados	Cantidad								
Capacitación sobre administración de los comités	Actores involucrados en el Proyecto	14								
<p>3-2 Se elabora el programa de capacitación de los recursos humanos de la V Región Sanitaria enfocado en APS (médicos, enfermeras, obstetras y agentes comunitarios)</p>	<p>Hay un cierto retraso en el proceso de ejecución pero está en pleno proceso.</p>									
<p>3-3 Se elabora los manuales y materiales para el programa de capacitación.</p>	<p>Hay un cierto retraso pero está en pleno proceso (el avance de la actividad, ver parte correspondiente a Indicador 3-2)</p> <table border="1" data-bbox="603 1258 1104 1594"> <thead> <tr> <th>Título de Capacitación</th> <th>Capacitados</th> <th>Cantidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Capacitación sobre fortalecimiento del sistema de APS</td> <td>Miembros del Comité Nacional de Capacitación, Director/a de Capacitación de APS del MSPyBS</td> <td>13, 1 (Total 14)</td> </tr> <tr> <td>Capacitación sobre planeamiento didáctico y material didáctico</td> <td>Comité Nacional de Capacitación</td> <td>12</td> </tr> </tbody> </table>	Título de Capacitación	Capacitados	Cantidad	Capacitación sobre fortalecimiento del sistema de APS	Miembros del Comité Nacional de Capacitación, Director/a de Capacitación de APS del MSPyBS	13, 1 (Total 14)	Capacitación sobre planeamiento didáctico y material didáctico	Comité Nacional de Capacitación	12
Título de Capacitación	Capacitados	Cantidad								
Capacitación sobre fortalecimiento del sistema de APS	Miembros del Comité Nacional de Capacitación, Director/a de Capacitación de APS del MSPyBS	13, 1 (Total 14)								
Capacitación sobre planeamiento didáctico y material didáctico	Comité Nacional de Capacitación	12								

M. M.
M

Actividades	Avance de desarrollo																		
3-4 Se ejecuta la capacitación.	<p>Hubo un cierto retraso pero está en pleno proceso. Está prevista continuar con las actividades. Se llevaron a cabo las capacitaciones requeridas hasta el momento, y está previsto planificar las futuras capacitaciones. Las capacitaciones que se llevaron a cabo en el marco de la Actividad 3-4 son las siguientes:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Título de Capacitación</th> <th>Capacitados</th> <th>Cantidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Capacitación de enfermería comunitaria</td> <td>Personal de enfermería y auxiliar de enfermería de las USF</td> <td>36, 40 (Total 76)</td> </tr> <tr> <td>Ruta de implementación de los equipos de salud de la familia</td> <td>Todas las Regiones Sanitarias, coordinadores de USF, funcionarios de APS del MSPyBS</td> <td>Total 68</td> </tr> <tr> <td>Capacitación sobre manejo de Doppler</td> <td>Personal médico, enfermería, auxiliar de enfermería y agente promotores de la salud de las USF</td> <td>33, 25, 2, 4 (Total 64)</td> </tr> <tr> <td>Capacitación en manejo de sistema informativo para carga de datos</td> <td>Representantes de las USF</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>Capacitación sobre el fortalecimiento de la capacidad de los servicios de salud en las USF</td> <td>Miembros del Comité Nacional de Capacitación y del Comité Regional de Capacitación - 4 Departamentos (Caaguazú, Alto Paraná, Guairá y San Pedro)</td> <td>53</td> </tr> </tbody> </table>	Título de Capacitación	Capacitados	Cantidad	Capacitación de enfermería comunitaria	Personal de enfermería y auxiliar de enfermería de las USF	36, 40 (Total 76)	Ruta de implementación de los equipos de salud de la familia	Todas las Regiones Sanitarias, coordinadores de USF, funcionarios de APS del MSPyBS	Total 68	Capacitación sobre manejo de Doppler	Personal médico, enfermería, auxiliar de enfermería y agente promotores de la salud de las USF	33, 25, 2, 4 (Total 64)	Capacitación en manejo de sistema informativo para carga de datos	Representantes de las USF	36	Capacitación sobre el fortalecimiento de la capacidad de los servicios de salud en las USF	Miembros del Comité Nacional de Capacitación y del Comité Regional de Capacitación - 4 Departamentos (Caaguazú, Alto Paraná, Guairá y San Pedro)	53
Título de Capacitación	Capacitados	Cantidad																	
Capacitación de enfermería comunitaria	Personal de enfermería y auxiliar de enfermería de las USF	36, 40 (Total 76)																	
Ruta de implementación de los equipos de salud de la familia	Todas las Regiones Sanitarias, coordinadores de USF, funcionarios de APS del MSPyBS	Total 68																	
Capacitación sobre manejo de Doppler	Personal médico, enfermería, auxiliar de enfermería y agente promotores de la salud de las USF	33, 25, 2, 4 (Total 64)																	
Capacitación en manejo de sistema informativo para carga de datos	Representantes de las USF	36																	
Capacitación sobre el fortalecimiento de la capacidad de los servicios de salud en las USF	Miembros del Comité Nacional de Capacitación y del Comité Regional de Capacitación - 4 Departamentos (Caaguazú, Alto Paraná, Guairá y San Pedro)	53																	
3-5 Se realiza el monitoreo, evaluación y retroalimentación de las capacitaciones realizadas.	Hay un cierto retraso en el proceso. A nivel del Comité Nacional de Capacitación se inició la elaboración de la guía de monitoreo de la capacitación.																		

Actividades del Resultado 4 y sus avances

Actividades	Avance de desarrollo
4-1 Se organiza el sistema de comunicación de emergencia regional.	Hay un retraso en la ejecución. Respecto al sistema de comunicación de emergencia se ha interiorizado en la situación actual y monitoreado a través de las consultas y las entrevistas a los actores involucrados. Como parte de la revisión de este sistema de comunicación, se ha definido aprovechar el SEME y la Gobernación de Caaguazú asumió como contrapartida el local y la construcción para el centro regulador de emergencia.
4-2 Se complementan los equipos necesarios para establecer el sistema de comunicación de emergencia.	Hay un retraso en la ejecución. Actualmente las cuatro unidades de ambulancias fueron adquiridas, quedando pendiente su distribución.

M. M.
M

<p>4-3 Se realiza la capacitación de los recursos humanos para el sistema de comunicación de emergencia.</p>	<p>Hay un retraso en la ejecución. El MSPyBS organizó la capacitación dirigido a los choferes del Hospital Distrital del Departamento de Caaguazú.</p> <p>La capacitación que se llevó a cabo en el marco de la Actividad 4-3 es cuanto sigue:</p> <table border="1" data-bbox="726 425 1228 537"> <tr> <td>Capacitación para los choferes de ambulancia</td> <td>Choferes de ambulancia del Departamento de Caaguazú</td> <td>6</td> </tr> </table>	Capacitación para los choferes de ambulancia	Choferes de ambulancia del Departamento de Caaguazú	6
Capacitación para los choferes de ambulancia	Choferes de ambulancia del Departamento de Caaguazú	6		
<p>4.4 Se realiza el monitoreo del sistema, y se revisa el sistema de comunicación emergencia cuando se considere necesario.</p>	<p>La actividad no se ha realizado en absoluto.</p> <p>Se tiene previsto iniciar el monitoreo una vez que se tenga instalado el sistema de comunicación de emergencia.</p>			

Sistema de implementación de las actividades:

En el marco del Proyecto, el Asesor Principal asume la gerencia de las actividades en general en el MSPyBS; una experta en salud comunitaria está asignada en la oficina del Proyecto de la Dirección de V Región Sanitaria. Un Coordinador del Proyecto que reside en el Departamento de Caaguazú que también hace oficina en el nivel central. La designación de los técnicos contrapartes son: 2 contrapartes encargados del Proyecto a nivel central y a nivel de V Región Sanitaria respectivamente que tienen a su cargo la gestión y coordinación del nivel operativo. Las transferencias de tecnologías y el desempeño de los expertos japoneses abarcan a los contrapartes y también a los Comités de Capacitación e Investigación tanto de nivel nacional y regional.

La toma de decisiones sobre la ejecución y la gestión del Proyecto, existen asuntos que pueden ser determinados por la oficina de la Dirección de V Región Sanitaria y no por el nivel central, por lo que en esos casos se deja al criterio y a discreción de la región. No obstante, respecto a asuntos relevantes como el tema de direccionamiento de las actividades del Proyecto se coordina y se pone a consideración de los Directores Generales involucrados (APS, Planificación y Evaluación, Servicios de Salud) y al Director de la V Región Sanitaria para su determinación. A través de tal proceso participativo en la toma de decisión, se está logrando mayor predisposición, empoderamiento y apoyo de los actores. Asimismo, la asignación de los contrapartes se considera apropiada y funcional según los resultados del Proyecto. Además el Gobernador de Caaguazú, funcionarios de la Gobernación, la Universidad Nacional de Caaguazú (UNCA), Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia (INEPEO) y las demás instituciones involucradas también presentan alto interés, fuerte apoyo y alta participación.

4. EVALUACIÓN POR LOS 5 CRITERIOS DE EVALUACIÓN

4-1. PERTINENCIA

La pertinencia de este Proyecto se evalúa alta.

Aspectos políticos y lineamientos:

El actual gobierno paraguayo posiciona como uno de los principales pilares de la política el combate a la pobreza, en ese sentido la APS se ha convertido en una estrategia importante. El Proyecto tiene coherencia con la política de desarrollo del Paraguay porque posiciona a APS como uno de los desafíos que deben de abordarse con mayor prioridad, y así mismo con el lineamiento del MSPyBS. La política del sector de la salud del MSPyBS del Paraguay en su plan 2013 – 2018 establece los 10 lineamientos, de los cuales la creación y el fortalecimiento de la red de la salud, fortalecimiento de las actividades de promoción y prevención, fortalecimiento de las capacidades del sector salud están

M.M.
M

relacionados con este Proyecto, por lo que se podría definir que el Proyecto tiene coherencia con las políticas y lineamientos del MSPyBS.

Pertinencia del área meta del Proyecto:

El Departamento de Caaguazú se encuentra situado geográficamente en el centro de la Región Oriental del Paraguay (a unos 130 km de la capital de país), es un departamento típico tanto en la distribución demográfica, actividades económicas y de las enfermedades. Se considera alta la pertinencia desde los aspectos de la implementación del Proyecto en este tipo de departamento y la construcción de un modelo de APS con la idea de expandir a los demás departamentos del país.

Política de asistencia del Japón y el objetivo de desarrollo de la JICA:

El presente Proyecto tiene coherencia con la política internacional de la salud 2011 – 2015 del Gobierno de Japón y temas prioritarios de cooperación de la JICA específicamente en el sector de la salud. En el área de principales temas prioritarios del plan de desarrollo de cooperación del Japón a Paraguay establece el combate a la pobreza, desarrollo económico sostenible y la gobernabilidad. En la lucha contra la pobreza en particular, establece 2 temas y como estrategia de mejoramiento de los servicios sociales se posiciona el programa de mejoramiento de la salud. Además, el Gobierno de Japón en la Revista Científica The Lancet de fecha septiembre de 2013, el Primer Ministro del Gobierno de Japón Shinzo Abe anunció la estrategia de política exterior de la salud de Japón, en el que establece como prioridad fortalecer el sistema de salud de la gente a fin de lograr cobertura sanitaria universal (CSU); en ese sentido, se puede decir que la aplicación de la estrategia de atención primaria de salud a nivel de la comunidad que este Proyecto tiene como objetivo es una estrategia clave. Por otra parte, la JICA en su política de cooperación del sector salud focaliza el mejoramiento de los sistemas de salud para fortalecer la capacidad de gestión gubernativa de este sector y mejorar la calidad de los servicios de la salud⁴. En ese sentido, este Proyecto que busca fortalecer la estrategia de APS a través del mejoramiento de los sistemas de servicio de la salud basado en la USF tiene coherencia con los lineamientos de la asistencia que establece Japón y la JICA.

4.2 EFECTIVIDAD

La efectividad del Proyecto, actualmente es difícil de medir el cumplimiento del Objetivo del Proyecto con los indicadores establecidos. No obstante, a partir de los compromisos políticos y el avance de las actividades que se pudieron visualizar, se considera que es probable lograr el mejoramiento del sistema de salud basado en la USF articulado en la red de servicios de salud en la zona del Proyecto.

Estructura lógica de los Resultados y Objetivos del PDM:

A fin de lograr “fortalecer el sistema de salud basado en la USF articulado en la red de servicios de salud en la zona meta del Proyecto” que es el Objetivo del Proyecto, se debe definir claramente el sistema de APS en los servicios de salud, asimismo se requiere contar con los protocolos y manuales relacionados que serán el soporte de la red de servicios de la salud. El mejoramiento del sistema de la salud también requiere fortalecer la capacidad de gestión del gobierno y de las instituciones que ofrecen los servicios. A su vez, es imprescindible fortalecer la capacidad de las USF dado que el Proyecto busca el fortalecimiento del sistema de salud basado en la USF. Para que funcione el sistema de referencia y contra referencia de los pacientes de las USF a demás establecimiento de salud, se debe incluir la instalación del sistema de comunicación de emergencia para lograr el sistema integrado de los servicios de la salud. De lo expuesto, determina que la relación lógica de los 4 Resultados y el Objetivo del Proyecto son adecuados y suficientes.

*M. A.
M*

⁴ Cooperación de JICA en el sector salud -Presente y Futuro- <http://www.jica.go.jp/activities/issues/health/index.html>

El logro del Objetivo del Proyecto:

Las actividades de este Proyecto en general presentan ciertos retrasos por lo que no se puede visualizar los resultados. En particular, varias actividades de los Resultados 2 y 4 están sin completar por lo que se considera que tomará su tiempo para que se generen todos los resultados esperados. No obstante, dado que se han identificados los siguientes factores favorables, finalmente se puede esperar la generación de los resultados y a su vez el logro del Objetivo del Proyecto.

El primero es que los actores involucrados al Proyecto de los niveles central y local comprendieron la finalidad de este proyecto, están interesados y involucrados activamente a las actividades. El segundo es la conformación de Comité de Capacitación y Comité de Investigación tanto a nivel central como en la V Región Sanitaria que llevan a cabo actividades regularmente. Tiene establecido el sistema de comunicación entre los dos niveles del Comité que permite una buena socialización de las informaciones. Respecto a la capacitación, con esta estructura organizacional está confirmado realizar la capacitación dirigida a los miembros de la USF dictado por el Comité Regional de Capacitación.

Por otro lado, a fin de lograr el Objetivo del Proyecto es importante ordenar, validar y gestionar para la aprobación oficial por el MSPyBS aquellos documentos necesarios tales como los protocolos y manuales que se mencionan en los indicadores de los resultados.

4.3 EFICIENCIA

La eficiencia al medio término del Proyecto se presenta algún limitante pero con expectativa de ir mejorando significativamente.

Factores restrictivos de la eficiencia del Proyecto:

Con los grandes cambios de personal que se han producido en tres ocasiones desde el inicio del Proyecto, en las cúpulas de ministros, directores generales, director de la región sanitaria, se retrasaron el proceso de las actividades, se tuvieron que explicar el concepto de aplicación de la estrategia de APS basado en la USF a las nuevas autoridades, la paralización del proceso de consulta y aprobación a nivel de ministerio, entre otros; estos fueron aspectos que no estaban previstas inicialmente. Estas fueron los factores que de alguna manera afectaron a la eficiencia de las actividades. El tiempo que el Proyecto tuvo que destinar para presentar el contenido a los nuevos contrapartes y construir el relacionamiento, hizo que el tiempo fuera limitado para avanzar con las actividades del Proyecto y tenerlo todas las condiciones para su implementación antes de la evaluación intermedia.

Factores promotores de la eficiencia del Proyecto:

Por otro lado, el nivel de comprensión del tema APS de los Directores Generales de APS, Planificación y Evaluación, Servicios de la Salud, Director de la V Región Sanitaria y de todos involucrados en general es alto; presenta una predisposición de cooperar con este Proyecto y una alta motivación que contribuye a desarrollar las actividades.

Además, el 10 de octubre de 2013 se firmó el Convenio Interinstitucional entre el Ministro de Salud, Gobernador de Caaguazú, Rector de la UNCA y el representante del Proyecto para impulsar las acciones articuladamente. Respecto a la estructura organizacional del Proyecto, considerando la asignación de contraparte como personal exclusivo del Proyecto, puede decirse que es un sistema de asignación de personal que permite la operación con uso mínimo y eficiente de los recursos. Considerando el aumento de carga de trabajo en el futuro y la necesidad de contar con contraparte y personal que puedan involucrarse en el Proyecto a tiempo completo, es un punto que se espera un mayor apoyo y compromiso de la Parte Paraguaya.

Eficiencia de las actividades:

Respecto a las actividades, el tiempo del estudio de línea de base en particular la gran parte fue consumido en la planificación e implementación, si hubieren avanzado estas actividades como se había previsto se podría haber destinado a las actividades de los Resultados 2, 3 y 4. Para el periodo restante del Proyecto, se espera priorizar las actividades para lograr el Objetivo del Proyecto. Por

M. M.
M



otro lado, respecto al estudio de línea de base, la conformación del Comité de Investigación en el marco del Proyecto contribuyó a obtener mayor compromiso de los contrapartes paraguayos.

La metodología de proceso de implementación del Proyecto de instalar los comités, al comienzo presentó un grado de eficiencia baja, pero esto podría revertir y mejorar logrando en lo posible la permanencia de los miembros del comité, fortaleciendo de la capacidad de los integrantes y mejorando el desempeño.

Además, este Proyecto ha utilizado efectivamente los recursos limitados para la promoción de las actividades y generación de los resultados, tales como la capacitación en Japón, capacitación en terceros país – El Salvador, envío de los expertos salvadoreños, etc. En particular, se pudo confirmar que la visita a El Salvador contribuyó a tener una idea más clara sobre el tema y elevar la motivación de todos los participantes sobre la aplicación de la estrategia de APS, que sin duda fue una experiencia altamente significativa para todos.

Eficiencia de costo:

El Proyecto ha apoyado en capacitación de recursos humanos y equipamiento para construir un sistema que promueva la USF. Del total de Gastos Locales del Proyecto y Gastos de donación de equipos, la proporción de este último según los años fiscales 2011, 2012 y 2013 fue de 90,1%, 85,6% y 62,8% respectivamente; en ese sentido la proporción de ejecución presupuestaria por rubros al momento de la evaluación intermedia, los recursos destinados a la adquisición de equipos de donación supera la mitad del monto de Gastos Locales del Proyecto. Por tanto, se da a entender que la inversión en equipamiento se concentró en la primera mitad del periodo del Proyecto. En adelante, se espera que se logre estratégicamente la distribución de los equipamientos con una visión a largo plazo del MSPyBS y brindar apoyo técnico para ella es importante.

4.4 IMPACTO

Los impactos positivos del Proyecto se están generándose en este momento, por lo que se requiere profundizar su verificación en la evaluación final.

Impacto en otros departamentos del país:

El Comité Nacional de Capacitación estableció el Comité Regional de Capacitación en los departamentos de Caaguazú, Alto Paraná, Guairá y San Pedro, y los miembros recibieron la capacitación de facilitadores. Por ello, el Comité Regional de Capacitación de Alto Paraná, Guairá y San Pedro expresaron a la Dirección General de APS el interés de realizar la capacitación dirigida al equipo de la salud familiar en sus respectivos departamentos con sus propios recursos disponibles. El Departamento de Alto Paraná realizó la capacitación antes que Caaguazú, y los otros 2 departamentos también tienen planificadas su realización. En ese sentido, ya se están viendo impactos fuera del Departamento de Caaguazú.

Sistema de articulación más allá del área de los actores involucrados:

A través de la evaluación intermedia, se visualizaron la articulación interinstitucional más allá del área correspondiente, en otras palabras, además de las tres direcciones generales del nivel central (APS, Planificación y Evaluación, Servicios de Salud) en el nivel departamental el Proyecto supo involucrar al Gobernador, UNCA, Consejo de Salud, entre otros.

En esta evaluación no se ha identificado impactos negativos.

Posibles dificultades

En esta evaluación no se identificó impactos negativos. No obstante, en vista de que en la USF no se realiza el parto y el diseño del sistema recomienda el parto en establecimiento de nivel de servicio superior, esto podría promover en cierta medida el aumento de partos domiciliarios especialmente en aquellas familias de escasos recursos y que residen en zonas alejadas que no pueden acceder a los servicios de mayor nivel.

M.M.
M

4.5 SOSTENIBILIDAD

En esta etapa de la evaluación intermedia es difícil de determinar la sostenibilidad del Proyecto.

El Proyecto debe de promover la sostenibilidad considerando los siguientes puntos:

Factores promotores de la sostenibilidad:

Mediante el fortalecimiento de las actividades educativas de la comunidad, se podría promover la promoción de la participación activa de la población en las actividades de la USF y realizar las actividades de promoción de la salud dirigido a los pobladores. Sin embargo, es necesario que el Proyecto acompañe la planificación presupuestaria debido a que se está tocando el tema de promover la elaboración del plan operativo y el plan financiero vinculados a las actividades de USF.

Factores que contribuyen a garantizar la sostenibilidad:

- 1 La conformación de los Comité de Capacitación e Investigación en los niveles central y regional, la elaboración de los materiales didácticos y la planificación de la capacitación, la implementación del estudio de línea de base, así mismo la iniciativa de la Dirección General de APS de capacitar al equipo de la salud familiar con sus propios recursos son mecanismos que contribuye a la sostenibilidad del Proyecto que fueron identificados a mitad del periodo de su implementación. En adelante, es importante que dichos comités sean institucionalizados y presupuestados como instancias formales de MSPyBS.
- 2 Además, atendiendo que en el marco de la política del MSPyBS, la APS es parte de la estrategia de combate a la pobreza y con el empoderamiento del Proyecto por parte de los principales actores que asumieron el cargo después de agosto de 2013 se implementan las actividades de manera proactiva, por lo que se espera en cierta medida la sostenibilidad de estas actividades.
- 3 El sistema de residencia de médicos y enfermeras en áreas rurales que está analizando el MSPyBS como una estrategia para resolver la escasez de personal de salud, para este año 2014 está previsto la asignación de recursos humanos en forma experimental en los establecimientos de los servicios de salud en el Departamento de Caaguazú. En el futuro, este es un plan que busca la formación de recursos humanos de salud y el arraigo en el territorio incorporando también en el currículum de la carrera de medicina alguna práctica de los estudiantes además del sistema de residencia.

5. CONCLUSIÓN

Este Proyecto es coherente con la política del sector salud del Paraguay y la política de asistencia del Japón. Se podría decir que es una opción apropiada y acertada para construir el modelo del sistema al haber seleccionado al Departamento de Caaguazú que reúne todas las características representativas de los departamentos del país. Por lo tanto la pertinencia de este Proyecto es alta. La efectividad de este Proyecto, la estructura lógica entre los Resultados y el Objetivo del Proyecto establecida en el PDM es apropiada, pero debido a los retrasos de las actividades los resultados esperados no han sido generados, por lo que no se puede determinar la probabilidad del logro del Objetivo del Proyecto además de lo mencionad, también en vista a que en los indicadores del PDM no están definidas las metas correspondientes. Sin embargo, existe la expectativa de logro del objetivo debido a que fueron identificados los factores favorables para el cumplimiento del Objetivo del Proyecto.

Los sucesivos cambios del gobierno que tuvo el país (2 veces) provocó limitaciones en la eficiencia de la ejecución del Proyecto. Sin embargo, con las nuevas autoridades del ministerio que asumieron a partir de agosto de 2013 se conformaron estructural organizacional cooperativo para el Proyecto liderados por los directores generales involucrados al Proyecto, más el Director de la V Región Sanitaria, y fuertemente comprometidos con el desarrollo del Proyecto. Además, el viaje a El Salvador permitió a los actores claves del Proyecto profundizar la comprensión de la estrategia de APS que podría contribuir a la construcción modelo eficientemente.

M. M.
M



Respecto al impacto, a raíz de que se ha llevado a cabo la capacitación de los facilitadores dirigido a los miembros del Comité Regional de Capacitación de los departamentos de Caaguazú, Alto Paraná, Guairá y San Pedro, se ven motivados a implementar la estrategia de APS; y como fruto de esa intervención, los facilitadores regionales de Alto Paraná han ejecutados 2 capacitaciones dirigidos a las USF, y en los 2 departamentos restantes también se están planificando para su realización. Además de las tres direcciones generales del MSPyBS (APS, Planificación y Evaluación, Servicio de Salud), también están involucrados varios actores departamentales que trabajan en el marco de la articulación interinstitucional que es considerada uno de los impactos positivos identificados.

Es difícil determinar en este momento la sostenibilidad del Proyecto, pero sí se pudo identificar algunos factores favorables. El MSPyBS en su marco político establece la APS como parte de la estrategia de lucha contra la pobreza, y los principales actores del Proyecto muestran muy buena predisposición y voluntad hacia esta iniciativa. El Comité de Investigación y el Comité de Capacitación están funcionando tanto en los niveles central y regional.

A pesar de que el Proyecto presenta alta pertinencia, presentan limitaciones en efectividad y eficiente. En adelante es importante centrar en el desarrollo del modelo de la USF, definir las funciones y competencias de la USF y su entorno, realizando la evaluación de funcionamiento para establecer un modelo integral y estandarizado. Además, se debe de asegurar la sostenibilidad con la formulación de una estrategia a largo plazo de recursos financieros y humanos para la desarrollo del modelo.

6. RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

(1) RECOMENDACIONES

Direccionalidad futura

- 1) Observando los avances del Proyecto, se deben de analizar y priorizar aquellas las actividades que conducen a los resultados del Proyecto, y distribuir las tareas entre los expertos y contrapartes para trabajar de manera eficaz en el logro del Objetivo del Proyecto.
- 2) Se recomienda alentar y ahondar esfuerzos para priorizar la construcción del modelo de USF en la V Región Sanitaria. Específicamente, se consideran importante: i) iniciar sin demora la evaluación de funcionamiento de la USF del Departamento de Caaguazú; ii) definir los roles y sistema de apoyo del Gobierno Central, Dirección de V Región Sanitaria, Consejo de Salud, etc.; y iii) construir el modelo de paquete integral de USF del Departamento de Caaguazú y elaborar estrategias que permita expandir el modelo a nivel país.

Nivel de V Región Sanitaria

- 1) Para el desarrollo del modelo de la USF se sugiere establecer 10 funciones básicas que la USF debe de cumplir según las experiencias y realizando la evaluación del funcionamiento de las USF instaladas definir el modelo estándar de la USF (visualización).
- 2) Para el desarrollo del modelo de la USF, se sugiere elaborar el plan estratégico departamental de la USF a largo plazo que contemple una estrategia que promueva la permanencia de los recursos humanos (que este sea una hoja de ruta que indique el norte).
- 3) El equipo de evaluación conjunta proponer las siguientes actividades adicionales:
 - 1 Fortalecer la capacitación y el apoyo para promover la participación comunitaria en las actividades de USF.
 - 2 Apoyo en la elaboración del plan operativo anual de USF (es ideal que la planificación se haga conjuntamente con el Consejo Local de la Salud).
 - 3 Fortalecer el apoyo para la elaboración del plan operativo anual de la Gobernación respecto al tema USF.
 - 4 Promover la designación y distribución adecuada de los agentes comunitarios en cada USF.
 - 5 Promover el fortalecimiento de la supervisión periódica de las USF y fortalecimiento de la

M.M.
M



red inter USF.

Nivel de MSPyBS

- 1) Es importante definir el rol y las funciones de las direcciones generales del MSPyBS, Dirección de la V Región Sanitaria, Consejos de Salud, Instituciones Académicas, Instituciones de Investigación y principales establecimientos de servicios de salud del departamento; y proponer un modelo como paquete integral considerando las funciones fundamentales de la USF arriba mencionadas.
- 2) Atendiendo las recomendaciones citadas anteriormente, se espera fortalecer el sistema de implementación del Proyecto y mayor apoyo a la V Región Sanitaria para desarrollar modelo de la USF; asimismo se debe de trabajar en la formulación de la estrategia de salida a las problemáticas conjuntamente con los expertos y la contraparte paraguaya en la brevedad posible para lo que resta del periodo del Proyecto.
- 3) Con la finalidad de difundir a nivel país el modelo de USF del Departamento de Caaguazú, elaborar vídeos u otros materiales audiovisuales, analizar pro-activamente para apoyar la organización de del primer foro o encuentro de nacional.
- 4) Promover el diálogo con la Dirección de Descentralización del MSPyBS, que permita analizar de manera flexible el sistema de salud en general (distribución de recurso financiero, mecanismo de información, asignación de recursos humanos, etc.), abarcando el modelo de USF acorde al territorio de la V Región Sanitaria (Departamento de Caaguazú).
- 5) Respecto a la capacitación continua de la USF que se realizan en el marco del Proyecto, es importante realizar el monitoreo/seguimiento, evaluación de impacto de la capacitación y trabajar en la elaboración del presupuesto para asegurar la continuidad de este esquema de capacitación en el post proyecto.

Consideraciones a ser tomadas para el desarrollo de las actividades del Proyecto:

Respecto a las siguientes actividades, el Equipo de Evaluación Conjunta considera necesaria la coordinación con las demás actividades:

- 1) Considerar que las actividades de construcción del modelo de USF tiene prioridad que la organización del comité de análisis de casos de muerte.
- 2) Respecto a la instalación del sistema de comunicación de emergencia, aprovechar al máximo los recursos disponibles de SEME, incluyendo el mecanismo, capacitación, guía de implementación, etc.
- 3) Respecto al estudio de línea de base, dedicar en lo posible a la extracción de las evidencias mínimamente necesarias.
- 4) Como equipo de evaluación conjunta desea que esta segunda mitad del periodo del Proyecto el enfoque de las actividades se centre en la consolidación del modelo de USF; y ya que prácticamente se han completado la provisión de los equipos necesarios para cada USF no se espera un dinámico aumento en este rubro.

Medidas mitigadoras de impactos negativos

- 1) Para desarrollar un modelo de la USF es pertinente formular estrategia focalizada a largo plazo que considere la articulación con los servicio de referencia de la zona y con consideraciones económicas (sistema de cupones, casa de espera materna, etc.) a familias de escasos recursos para evitar los impactos negativos que se genera la falta de servicio de parto en la USF.

Otros

- 1) **Modificación de PDM:** Considera que no se requiere una modificación significativa del PDM vigente, pero si un ajuste respecto a las actividades y los indicadores. El equipo de evaluación conjunta propone al MSPyBS y al Proyecto una propuesta de modificación que se adjunta al presente informe, para profundizar el debate entre las partes en la brevedad posible, a fin de

elaborar la versión modificada para su aprobación. Además, debe de establecer metas en los indicadores del PDM versión ajustada para monitorear el avance de las actividades para verificar el nivel de logro de del objetivo.

- 2) **Intercambios con otros países:** Las lecciones aprendidas de este Proyecto podrían ser de utilidad para los proyectos similares que se ejecutan en otros países; y promover intercambios de las experiencias y lecciones aprendidas.

(2) LECCIONES APRENDIDAS

- 1) La conformación de los comités a nivel central y regional quienes han llevado a cabo las actividades de investigación y la capacitación, están funcionando de manera correcta y organizada. Con la conformación del grupo de trabajo para construir el modelo del sistema con miras a replicar en todo el país, es un proceso muy importante para la consolidación del mecanismo de coordinación y el logro de la sostenibilidad.
- 2) Cabe resaltar que se refleja en las actividades fuerte compromiso político en la implementación de la estrategia de atención primaria a la salud del Paraguay por parte de las autoridades del MSPyBS, Gobernador y la Dirección de la Región Sanitaria; asimismo un gran liderazgo y un fuerte compromiso de los Expertos del Proyecto que colaboran con los vastos conocimientos y sus experiencias en el sector salud del Paraguay que están al servicio del Proyecto. Considera que es una lección aprendida de este Proyecto esa relación de confianza construida entre los contrapartes paraguayos y los expertos es un paso clave para abordar el concepto de la atención primaria de la salud.
- 3) El hecho que los expertos que respeten y traten que la contraparte apropien el tema, y asumen un rol de catalizador y articulador en la ejecución del Proyecto, hizo que las actividades relacionadas a la USF se desarrollan con el liderazgo del Gobierno Paraguayo. BORRAR:.....
- 4) El Proyecto ha sido un éxito por haber logrado que las USF traten de innovar en sus puestos para mejorar sus servicios (mapeo de la comunidad estratificadas, etiquetado de los biblioratos y carpetas, charlas a la comunidad, club de madres, etc.).
- 5) Mediante el trabajo conjunto los comités nacional y regional de capacitación el sistema de capacitación y monitoreo ha sido institucionalizado (lección aprendida y los resultados obtenidos del "Proyecto de fortalecimiento de educación permanente en enfermería y obstetricia en el sur del Paraguay - JICA"), y este Proyecto aprovecha esa experiencia para dejar las capacidades instaladas en el marco del Proyecto.
- 6) Al tener institucionalizado el monitoreo para dar el seguimiento de las capacitaciones y el mecanismos de apoyo continuo a la USF impulsado conjuntamente por los comités nacional y regional de capacitación, promueve que las actividades de la USF echen raíces en el terreno.
- 7) El hecho de tener institucionalizado el sistema de capacitación y monitoreo para lograr la capacidad instalada conjuntamente los comités nacional y regional de capacitación (lección aprendida y los resultados obtenidos del "Proyecto de fortalecimiento de educación permanente en enfermería y obstetricia en el sur del Paraguay - JICA"), esta experiencia y el sistema es aplicado también en este Proyecto.
- 8) El viaje realizado al tercer país (El Salvador) y el hecho de conocer la experiencia de la implementación de la estrategia de APS aplicado en un país similar a lo nuestro, sirvió a reflexionar en los participantes que el logro del éxito está en asumir el compromiso y no es sólo invertir el dinero. Esta experiencia es altamente valorada por el Gobierno del Paraguay y la JICA también.
- 9) El nombre "ÑANDUTÍ" (la flor en el tejido de arañas) es una palabra que los paraguayos pueda imaginar y relacionar fuertemente con una red que une a las personas y a las organizaciones, y a su vez contribuye a concienciar a los actores involucrados y a relacionarse con el objetivo que busca el Proyecto.

M. M.
M



Nombre del Proyecto: Proyecto para el Fortalecimiento de Atención Primaria de Salud

Anexo 1

Zona del Proyecto: Departamento de Caaguazú

Grupo Meta: Funcionarios relacionados a las actividades de APS en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y funcionarios de los servicios de salud en el Departamento de Caaguazú (V Región Sanitaria).

Beneficiarios: Población del Departamento de Caaguazú

Periodo de Cooperación: XXX de 2011 a XXX de 2015

Ver.0 16 de junio de 2011

Resumen del Proyecto	Indicadores	Medios de Verificación	Condiciones Externas
Objetivo Superior			
Se mejora las condiciones de salud materno infantil en la zona del Proyecto.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La mortalidad materna se disminuye a XX por cada 100,000 nacidos vivos en la V Región Sanitaria. 2. La mortalidad infantil de menor de 1 (un) año se disminuye a XX por cada 1000 nacidos vivos en la V Región Sanitaria. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Datos de la V Región Sanitaria. 2. Datos de la V Región Sanitaria. 	
Objetivo del Proyecto			
Se fortalece el sistema de salud basado en la Unidad de Salud de la Familia (USF) articulado en la Red de servicios de salud en la zona del Proyecto.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se aumenta a xx el número de embarazadas con control prenatal completo (más de 4 veces). 2. Se aumenta a xx el número de Parto Institucional. 3. Se aumenta xx las consultas del control de crecimiento y desarrollo infantil (hasta 5 años de edad). 4. Cantidad de USF que presenta en tiempo el informe de gestión. 5. Número de casos de enfermedades crónicas no transmisibles detectadas y controladas en las USF. 6. Se aumenta la cobertura de vacunación en todos los servicios de la región. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Datos de la V Región Sanitaria. 2. Datos de la V Región Sanitaria. 3. Datos de la V Región Sanitaria. 4. Datos de la V Región Sanitaria. 5. Datos de la V Región Sanitaria. 6. Datos de la V Región Sanitaria. 	<p>No se modifica la política de Salud basado en la Estrategia de APS.</p> <p>No se deteriora significativamente la situación económica del País.</p>
Resultados			
1. Se define las funciones y competencias de Atención Primaria de Salud (APS) en todos los servicios (niveles), desde la USF en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS).	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Se realiza la revisión del manual de funcionamiento de la USF y se aprueba por resolución ministerial. 1.2 Se oficializa y se aprueba el documento y/o manuales de la Red integrada de servicios de salud (RISS). 1.3 Número de participantes y número de departamentos que participan en las capacitaciones. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Manual revisado y aprobado por resolución ministerial. 1.2 Documento actualizado y aprobado por resolución ministerial. 1.3 Informe del Proyecto. 	
2. Se fortalece la capacidad de gestión de las instituciones y los servicios de salud donde las USF realizan sus actividades.	<ol style="list-style-type: none"> 2.1 Se elabora protocolos sobre la APS y se aprueba por resolución ministerial. 2.2 Se elabora el Plan Local de Salud, POA y Plan financiero en los niveles distritales. 2.3 Se oficializa la hoja de monitoreo de las actividades de los servicios de salud en el nivel de MSPyBS, a ser implementada en la V Región Sanitaria. 2.4 Se realiza monitoreo una vez por cada x meses a través de la hoja de monitoreo por la V Región Sanitaria. 	<ol style="list-style-type: none"> 2-1 Protocolos actualizado y aprobado por resolución ministerial. 2-2 Plan Local de Salud, POA y Plan financiero elaborado en distritos con consejos locales de salud constituidos y funcionando. 2.3 Hoja de monitoreo elaborado. 2.4 Registro de monitoreo de la V Región Sanitaria. 	

Handwritten signatures and initials, including a large signature that appears to be 'M.A.' and other smaller initials.

<p>3. Se mejora la capacidad de la USF.</p>	<p>3-1 Se elabora el plan de capacitación permanente. 3-2 Se elabora los manuales y materiales para la capacitación permanente. 3-3 Nivel de comprensión de los participantes en la capacitación (Lista de verificación).</p>	<p>3-1 Plan de capacitación elaborado y aprobado. 3.2 Manual elaborado. 3.3 Informe de capacitación del Proyecto.</p>	
<p>4. Se establece el sistema de comunicación de emergencia regional.</p>	<p>4-1 Se aumenta a xx por mes la cantidad de hoja de referencia y contra referencia, llenado adecuadamente. 4-2 Se aumenta la cantidad de referencias y contra referencias adecuadas a protocolos.</p>	<p>4-1 Informe de referencia de los Hospitales. 4-2 Informe de referencia de los Hospitales.</p>	
<p>Actividades</p>	<p>Inversión</p>		
<p>1.1 Se realiza el estudio de línea de base de los servicios de salud en la V Región Sanitaria. 1.2 Se realiza la revisión de los reglamentos existentes, y se define las funciones y competencias de los servicios de salud de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) relacionadas con la Estrategia de APS. 1.3 Considerando las actividades de las USF, se introduce los ajustes necesarios para el funcionamiento de la red de servicios. 1.4 Se realiza las capacitaciones con el objetivo de extender los resultados del proyecto para otros departamentos cercanos. 2.1 Se oficializa el manual de funcionamiento y protocolos relacionados a las actividades de USF. 2.2 Se promueve la elaboración del plan estratégico, Plan Operativo Anual (POA) y el plan financiero, coordinando con el Consejo Local de Salud, si ésta existiese. 2.3 Se adquiere los equipamientos para el fortalecimiento de los servicios de salud ligados a las USF. 2.4 Se promueve la ejecución de las actividades de APS de acuerdo al protocolo, manual y POA elaborado. 2.5 Se organiza análisis de casos de muerte de las mujeres embarazadas y los neonatos a fin de tomar medidas preventivas. 2.6 Se realiza el monitoreo y supervisión de las actividades de todos los servicios de APS de la V Región Sanitaria. 3-1 Se estructura un comité permanente de coordinación para la capacitación. 3-2 Se elabora el programa de capacitación de los recursos</p>	<p>【Parte Japonesa】 Envío de los Expertos: Largo plazo: Asesor principal, Salud comunitaria, Coordinador del Proyecto /Fortalecimiento de la organización, etc. Corto Plazo: Salud Pública, Educación en Enfermería, etc. Envío de los becarios: Capacitación en el Japón y los terceros países Equipamientos: equipos médicos relacionados a APS (Materno infantil y emergencia etc.), Vehículos, Materiales para la capacitación. 【Parte Paraguaya】 Asignación de las contrapartes, Gastos operativos, Suministro de espacio físico para la oficina del Proyecto, Gastos administrativos.</p>		<p>Los funcionarios que reciben las capacitaciones permanecerán involucrados a las actividades de APS.</p>

1 Lista de Expertos Japoneses enviados por JICA

Nombre	Area	Periodo	Institución (Anterior del envío)
Masako Ogawa	Jefa Asesora	20/02/2012~22/03/2012 23/05/2012~21/06/2012 05/08/2012~13/09/2012 09/11/2012~08/12/2012 22/06/2013~21/06/2015	Universidad de St.Marys
Masahiro Mikami	Administrador	10/05/2012~09/05/2014	JOCA(Associación Cooperativo Exterior del Japón)
Kazumi Takano	Investigación y Estudio	26/11/2012~08/12/2012 13/08/2013~27/08/2013	Grupo de Renge Médico Universidad de Tokyo(Postgrado escuela de Medicina)
Mutsumi Kamiya	Salud Comunitaria	21/05/2013~08/12/2013	FACID (Fundación para Avanzado Estudios en Desarrollo Internacional)

2 Lista de Contraparte

Nombre y Cargo	Area Especialidad	Periodo de Capacitación	Nombre de Transferencia Técnica	Periodo de Trabajo	Nota
Ester Navarro (Directora General de APS)		21 ~ 25/02/2012 Curso Tercer Pais (El Salvador)	Masako Ogawa	01/02/2012 ~ 30/06/2012	
Nicolas Tanaka (Director General de APS)		21 ~ 25/02/2012 Curso Tercer Pais (El Salvador)	Masako Ogawa	01/07/2012 ~ 31/01/1013	
Bernardita Stark (Directora General de APS)		09 ~ 14/12/2013 Curso Tercer Pais (El Salvador)	Masako Ogawa	01/02/2013 ~ 14/08/2013	
Wesley Schmidh (Director General de APS)		21 ~ 25/02/2012 Curso Tercer Pais (El Salvador)	Masako Ogawa	01/09/2013~	
Ardo Irala (Funcionario de Dirección General de APS)		13 ~ 30/04/2013 (Capacitación en Japón)	Masako Ogawa	01/02/2012 ~ 31/07/31	
Angel Estigarribia (Funcionario de Dirección)		13 ~ 30/04/2013 (Capacitación en Japón)	Masako Ogawa	01/08/2012~	

General de Planificación y Evaluación) Gladys Galcano (Funcionaria de Dirección General de APS) Eligio Campusano (Director de V Región Sanitaria) Luis Villar(Director de V Region Sanitaria) Lourdes Castillo (Coordinadora de V region Sanitaria) Liz Ramirez (Coordinadora de V region Sanitaria) Florentino Zapatta (Coordinador de APS de V Región Sanitaria) Eloisa Recalde (Coordinadora de APS de V Region Sanitaria)	09 ~ 14/12/2013	Curso Tercer Pais (El Salvador)	Masako Ogawa	1/12/2012 ~
	13 ~ 30/04/2013	(Capacitación en Japón)	Masahiro Mikami	
	09 ~ 13/12/2013	Curso Tercer Pais (El Salvador)	Mutsumi Kaniya	1/02/2012 ~
	21 ~ 25/02/2012	Curso Tercer Pais (El Salvador)	Masako Ogawa	14/08/2013
	09 ~ 14/12/2013	Curso Tercer Pais (El Salvador)	Masako Ogawa	15/08/2013 ~
			Masahiro Mikami	1/09/2012 ~
			Mutsumi Kamiya	31/08/2013
			Masako Ogawa	1/09/2013 ~
			Mutsumi Kamiya	1/02/2012 ~
			Masako Ogawa	
			Masahiro Mikami	
			Mutsumi Kamiya	
			Masako Ogawa	1/09/2012 ~
			Masahiro Mikami	
		Mutsumi Kamiya		

3 Lista de resultados de recibir las capacitadores

Nombre	Cargo	Area de Capacitación	Periodo de Capacitación	Institucion de recibir	Nota
No					

4 Lista de Equipo donado por JICA


Vease ANEXO 1 Lista de Equipo donado

5 Lista de Equipo donado(No funciona)

No hay

7 Organigrama de Institución y Marcha de personal

Vease ANEXO 2 y 3 Estructura Organizativa del Ministerio y Organigrama del Proyecto

M
Am-A-


Dirección General de APS: Número de funcionarios 2011-2012- 28 personas, 2013- 31 personas

V Región Sanitaria: Número de funcionarios 2011-2012- 46 personas, 2013- 50 personas

8 Costo Local al lado del Japon

Artículo de presupuesto	2011 (1/02/2012~ 31/03/2012)	2012 (1/04/2012~ 31/03/2013)	2013 (1/04/2013 ~31/12/2013)	Total	Nota
Costo de actividad exterior	US\$10,888	US\$300,48	US\$142281	USD 183,217	
Equipo con base A4	US\$108,600	US\$328,694	US\$240,829	USD529,503	
Total	USD 119,4888	USD 210,122	USD 383,110	US\$ 712,720	

9 Lista de Servicios en Memorandum de Entendimiento

Gastos	2011	2012	2013	Total	Nota
Gastos de personal	Gs.72,000,000	Gs.489,600,000	Gs.662,400,000	Gs.1,224,000,000	
Gastos de Combustible	Gs.22,124,000	Gs.158,383,000	Gs.156,570,000	Gs.337,077,000	
Tarifa de Eléctrica	Gs.7,020,000	Gs.46,286,000	Gs.50,400,000	Gs.103,706,000	
Tarifa de consumo de agua	Gs.1,680,000	Gs.10,080,000	Gs.10,286,000	Gs.22,046,000	
Total	Gs.102,824,000	Gs.704,349,000	Gs.879,656,000	Gs.1,686,829,000	

M.M.
M

Es

[Signature]

Experto de Tercer País

Nombre de Experto de Tercer País	Area	Periodo	Institución (Anterior del envío)
Consuelo Olano de Elías	Dirigir Administración de Comité Nacional de Salud	27/08/2012~12/09/2012	Exsubjefa de Sección de Enfermería de Ministerio de Salud de El Salvador
Joaquín Alberto Macal	Mejorar la elaboración de Manuales y Guías	9/09/2012~22/09/2012	Colaborador Técnico Médico en SIBASI Santa Ana de Ministerio de Salud de El Salvador
	Elaborar de Manual, Programa y Material Didactico	10/11/2012~1/12/2012	
	Ejecutar Capacitación de los ESF	2/10/2013~12/10/2013	
Cocepcion Castaneda	Elaborar de Manual, Programa y Material Didactico	10/11/2012~4/12/2012	Jefa de Sección de Enfermería de Ministerio de Salud de El Salvador
	Ejecutar Capacitación de los ESF	2/10/2013~12/10/2013	
Norma Reinoso	Ejecutar Capacitación de los ESF	2/10/2013~12/10/2013	Funcionaria de Sección de Enfermería de Ministerio de Salud de El Salvador
Ricardo Alcides Rivera	Ejecutar Capacitación de los ESF	2/10/2013~12/10/2013	Promotor de Salud en la UCSFB Las Piletas, Santiago de la Frontera
Ana Concepcion Bran	Ejecutar Capacitación de los ESF(Material Didactico)	20/10/2013~26/10/2013	Comite Nacional de Material Didáctico de El Salvador

Curso Técnico en Japón

Nombre	Periodo	Cargo
Dr.Aldo Irala	13/04/2013~29/4/2013	Jefe de Proyectos de Secretaría de Viceministro de Salud MSPBS
Dra.Lourdes Castillo	13/04/2013~29/4/2013	Coordinadora de V Region Sanitaria
Lic.Gladys Galeano	13/04/2013~29/4/2013	Funcionaria de Dirección General de APS de MSPBS

Curso Tercer Pais (El Salvador)

Nombre	Periodo	Cargo
Dra.Ester Navarro	21/02/2012~25/02/2012	Directora General de APS de MSPBS
Dr.Nicoras Tanaka	21/02/2012~25/02/2012	Funcionario de Dirección General de APS de MSPBS
Dr.Aldo Irala	21/02/2012~25/02/2012	Funcionario de Dirección General de APS de MSPBS
Lic.Florentino Zapatta	21/02/2012~25/02/2012	Coordinador de APS de V Region Sanitaria
Lic.Eduardo Ferreira	21/02/2012~25/02/2012	Feje de Sección Enfermería de V Region Sanitaria
Licda.Masako Ogawa	21/02/2012~25/02/2012	Jefa Asesora del Proyecto JICA
Lic.Yuki Udagawa	21/02/2012~25/02/2012	Funcionario de JICA Paraguay
Licda.Risa Hayashi	21/02/2012~25/02/2012	Funcionaria de JICA Paraguay
Licda.Masako Ogawa	14/10/2013~19/10/2013	Jefa Asesora del Proyecto JICA
Lic.Angel Estigarribia	14/10/2013~19/10/2013	Funcionario de Dirección General de Planificación y Evaluación (Coordinador del Proyecto JICA)
Dra.Patricia Giménez	9/12/2013~14/12/2013	Directora General de Planificación y Evaluación de MSPBS
Dr.Carlos Romero	9/12/2013~14/12/2013	Director General de Desarrollo de Servicios de Salud de MSPBS
Dr.Wesley Schmidh	9/12/2013~14/12/2013	Director General de APS de MSPBS
Dr.Luis Villar	9/12/2013~14/12/2013	Director de V Region Sanitaria
Dr.Pei Huan Chung	9/12/2013~14/12/2013	Funcionario de Dirección General de APS de MSPBS
Licda.Eloisa Recalde	9/12/2013~14/12/2013	Funcionaria de APS de V Region Sanitaria
Dra.Liz Ramirez	9/12/2013~13/12/2013	Coordinadora de V Region Sanitaria

5 Lista de Equipo donado por JICA

Anexo 5

No	Descripcion	Marca	Modelo	Precio (Unitario) USD	Cantidad	Total USD	Estado actual de funcionamiento	En caso de no funciona, Razon	Nota
11-01~02	FOTOCOPIADORA	KYOCERA	TASKalfa-5500i	7,295	2	14,590	SI		
11-03	CAJA FUERTE DE PIE 0.60x0.60x1.20			1,143	1	1,143	SI		
11-04~05	CAMIONETA	NISSAN	PATROL	38,000	2	76,000	SI		
11-06~09	NOTEBOOK	TOSHIBA	P755-S5383	984	4	3,936	SI		
11-10~11	UPS ESTABILIZADOR	APS	BLAZER 1000	94	2	188	SI		
11-12~13	IMPRESORA LASER COLOR	BROTHER	HL3070CW	570	2	1,140	SI		
11-14	IMPRESORA MONOCROMATICO	HP	P3015DN	866	1	866	SI		
11-15~16	PROYECTOR LCD	EPSON	S10	731	2	1,462	SI		
11-17~18	PANTALLA PARA PROYECTOR	KLIPS	KPS103	160	2	320	SI		
11-19~20	FILMADORA DIGITAL	SONY	DCR-SX85	309	2	618	SI		
11-21~23	CAMARA DIGITAL	SONY	DSC-W610	138	3	414	SI		
11-24~25	PIZARRA ACRILICA 1.20x1.50			164	2	328	SI		
11-26~30	SILLAS GIRATORIAS	SILVESTRI		417	5	2,085	SI		
11-31~33	ESCRITORIO CON 6 CAJAS	SILVESTRI	1.55x0.75x0.75	393	3	1,179	SI		
11-34	ESCRITORIO CON 6 CAJAS	SILVESTRI	1.80x0.75x0.75	500	1	500	SI		
11-35	ESCRITORIO EN FORMA DE L	SILVESTRI	1.70x0.70x0.75	607	1	607	SI		
12-01~36	BALANZA DIGITAL PARA ADULTO	BALMAK	SLIMTOP-150	59	36	2,124	SI		
12-37~72	BASCULA PARA BEBE	DETECTO	HS25KGP	191	36	6,876	SI		
12-73~92	TENSIOMETRO ADULTO	GIMA	32704	28	20	560	SI		
12-93~121	TENSIOMETRO INFANTIL	GIMA	32704-32910	37	29	1,073	SI		
12-122~149	ESTETOSCOPIO DOBLE CAMPANA	GIMA	32534	54	28	1,512	SI		
12-150~169	NEBULIZADOR	GIMA	28085-28086-28082	178	20	3,560	SI		
12-170~206	COMPUTADORA NOTEBOOK	HP	4530S	824	37	30,482	SI		
12-207~237	IMPRESORA LASER MONOCROMATICO	HP	LASERJET PRO P1102W	156	31	4,833	SI		
12-238~239	COMPUTADORA NOTEBOOK	HP	HP4530S	829	2	1,659	SI		

- 99 -

Mr. M
M

12-240~280	DOPPLER FETAL	SONOTRAX	SONOTRAX PRO 3MHZ	383	41	15,703	SI		
12-281	MESA PARA REUNION	MIRNO		427	1	427	SI		
12-282~288	COMPUTADORA NOTEBOOK	ACER	5733	735	7	5,145	SI		
12-289~290	PROYECTOR LCD	EPSON	S12	555	2	1,110	SI		
12-291	VEHICLO PICHUP	MITSUBISHI	TRITON	22,500	1	22,500	SI		
12-292~311	TENSIOMETRO ADULTO	GIMA	YTON	23	20	457	SI		
12-312~316	BALANZA DIGITAL PARA ADULTO	BALMAK	SLIMTOP-150	48	5	240	SI		
12-317~318	PARLANTE CAJA	ECOPOWER	EP1291	235	2	470	SI		
12-319	MESA PARA REUNION	BARTOMEU		407	1	407	SI		
12-320	HELADERA	MIDAS	MD-HE88	258	1	258	SI		
12-321	MESA PARA REUNION	COLORPLAST		248	3	744	SI		
12-312~316	AMBULANCIA 4X4	NISSAN	PATROL	61,950	2	123,900	SI		
12-312~316	AMBULANCIA 4X2	NISSAN	FRONTIER	61,900	2	123,800	SI		
13-01~40	TERMOMETRO	OMRON	MC-343F	11	40	440	SI		
13-41~80	ESTETOSCOPIO DOBLE CAMPANA	3M	LITMANN CLASSIC II	147	40	5,880	SI		
13-81~107	NEBULIZADOR	ASPEN	NU320	123	27	3,321	SI		
13-108~114	DOPPLER FETAL	SONOTRAX	SONOTRAX PRO	381	7	2,667	SI		
13-115	ECOGRAFO	CAREWELL	CUS9618F	9,950	1	9,950	SI		
13-116~118	ELECTRO CARDIOGRAPH	EDAN	SE-3	2,500	3	7,500	SI		
13-119~121	ELECTROLITO	DIESTRO	103AP	4,857	3	14,570	SI		
13-122~124	COAGULIMETRO	DRAKE		1,800	3	5,400	SI		
13-125~127	MACROCENTRIFUGA	PRESVAC	DCS-16RV	795	3	2,385	SI		
13-128~130	MICROCNTRIFUGA	PRESVAC	CMH-28	700	3	2,100	SI		
13-131~133	ESPECTOFOTOMETRO	MINDRAY	BA-88A	3,000	3	9,000	SI		
13-134~136	BAÑO MARIA	KACIL	BM-02	509	3	1,527	SI		
13-137~139	ESTUFA DE ESTRILIZACION	QUIMIS	Q317M-23	1,090	3	3,270	SI		
13-140~142	MICROSCOPIO	LABOVISION	AXL	550	3	1,650	SI		

Mr. M.
M.

	1° año												2° año												3° año												4° año												Personas responsables y sus cargos	
	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	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
2-4 Se promueve la ejecución de las actividades de APS de acuerdo al protocolo, manual y POA elaborado.																																																		V Región Sanitaria Consejo Regional de Salud Servicio de Salud
2-5 Se organiza análisis de casos de muerte de las mujeres embarazadas y los neonatos a fin de tomar medidas preventivas.																																																		
2-6 Se realiza el monitoreo y supervisión de las actividades de todos los servicios de APS de la V Región Sanitaria.																																																		
3. Se mejora la capacidad de la USF																																																		
3-1 Se estructura un comité permanente de coordinación para la capacitación.																																						Dirección General de APS <u>Dirección Nacional estratégica de Recursos Humanos en Salud</u> INS INEPEO V Región Sanitaria												
3-2 Se elabora el programa de capacitación de los recursos humanos de la V Región Sanitaria enfocado en APS (médicos, enfermeras, obstetras y agentes comunitarios).																																																		
3-3 Se elabora los manuales y materiales para el programa de capacitación.																																																		
3-4 Se ejecuta la capacitación.																																																		
Se realiza monitoreo, evaluación y retroalimentación de las capacitaciones realizadas.																																																		
4. Se establece el sistema de comunicación de emergencia regional																																																		
4-1 Se organiza el sistema de comunicación de emergencia regional																																					Dirección General de APS SEME Dirección General de Desarrollo de Servicio de Salud V Región Sanitaria													
4-2 Se complementan los equipos necesarios para establecer el sistema de comunicación de emergencia.																																																		
4-3 Se realiza capacitación de los recursos humanos para el sistema de comunicación de emergencia.																																																		
4-4 Se realiza el monitoreo del sistema, y se revisa el sistema de comunicación emergencia cuando se considere necesario.																																																		

Handwritten signatures and initials, including a large signature on the left and several smaller ones to its right.

Nombre del Proyecto: Proyecto para el Fortalecimiento de Atención Primaria de Salud en la República del Paraguay

6 de Marzo de 2014

Periodo de Cooperación: Febrero de 2012 a enero de 2016 (4 años)

Zona de Proyecto: Departamento de Caaguazú (V Región Sanitaria)

Grupo Meta: Funcionarios involucrados a las actividades de APS del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y la V Región Sanitaria, cada nivel de Consejo de Salud, y funcionarios de los servicios de salud del Departamento de Caaguazú

Beneficiarios: Población del Departamento de Caaguazú

Resumen del Proyecto	Indicadores	Medios de verificación	Condiciones Externas
Objetivo Superior			
Se mejora las condiciones de salud materno infantil en la zona del Proyecto.	1 La mortalidad materna en la V Región Sanitaria es inferior a 50 por cada 100.000 nacidos vivos. (2010: 101,7, 2011: 104.0, 2012: 49.3, 2013: 92.7)* 2 La mortalidad infantil de menores de 1 años en la V Región Sanitaria es inferior a 10 por cada 1.000 nacidos vivos. (2010:14.6, 2011: 12.0, 2012:12.4)	1 Estadística de Región Sanitaria. 2 Estadística de Región Sanitaria.	
Objetivo del Proyecto			
Se fortalece el sistema de servicio de salud basado en la Unidad de Salud de la Familia (USF) en la zona del Proyecto.	1 La cantidad de consultas realizadas por las USF del Departamento de Caaguazú aumenta en 50%, en comparación al año 2012 (2012:148.113,2013:177.941) *** 2 El control prenatal de las embarazadas antes de cuarto mes de embarazo alcanza el 50% en el Departamento de Caaguazú. (2010: 25.7%, 2011: 25.3%, 2012: 40.6%) 3 El número de parto institucional alcanza el 95% en el Departamento de Caaguazú. (2010: 87,8%, 2011: 90,1%, 2012: 90,0%) 4 El número de pacientes hipertensos que consultan y/o bajo seguimiento de la USF (pacientes que acuden periódicamente) alcanza el 100% en el Departamento de Caaguazú. (confirmar la situación real)	1 Estadística de Región Sanitaria. 2 Estadística de Región Sanitaria. 3 Informe mensual de USF.	No se modifica la política de Salud basado en la Estrategia de APS. No se deteriora significativamente la situación económica del país.
Resultados			
1 En el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social se define el sistema de APS en los servicios de salud (incluyendo USF).	1-1 Los documentos oficiales de los trabajos varios relacionados con la USF se ordenan, se ajustan y se aprueban oficialmente. ** (en este momento 0)	1-1 Manuales y protocolos ajustados, y otros documentos.	
2 Se fortalece la capacidad de gestión de las institución administrativa de la salud, institución prestadora de servicios de salud, gobernanza (Consejo de Salud) relacionados con las actividades de la USF en el Departamento de Caaguazú.	2-1 La calificación de la evaluación del funcionamiento básico de la USF se mejora. (no se aplica en este momento) 2-2 El monitoreo realizado periódicamente por la Dirección de la Región Sanitaria alcanza el 100%. (en este momento es 0%, dado que las actividades acaban de iniciarse) 2-3 La cantidad de Consejo Local de Salud que elaboraron el plan financiero anual de las actividades de la USF se aumenta. (máximo 21, confirmar la situación actual)	2-1 Registro e informe de monitoreo de la Dirección de Región Sanitaria. 2-2 Registro e informe de monitoreo de la Dirección de Región Sanitaria. 2-3 Registro/informe de USF o registro/informe de la Dirección de Región Sanitaria.	Recursos humanos adecuadamente asignados en el Consejo Local. Recursos humanos adecuadamente asignados en el Comité de Capacitación. Se dispone de equipamiento básico y medicamentos para el buen desempeño del servicio básico de salud de la USF.
3 Se fortalece la capacidad de gestión integral de la USF (clínico, administrativo, promoción de participación comunitaria) en el Departamento de Caaguazú.	3-1 La cantidad de participantes que fueron capacitados con los materiales didácticos acreditados por el Comité Nacional de Capacitación alcanza más de 500 personas. (en este momento es 0) 3-2 Se aumenta la cantidad de charlas sobre la educación para la salud en la comunidad y en el momento de la evaluación final supera los 2.000. (2011: 813, 2012: 1.317, 2013: 1.337)	3-1 Registro/informe de monitoreo de la Dirección de Región Sanitaria, informe del Proyecto. 3-2 Informe mensual de USF.	Recursos humanos adecuadamente asignados en la USF.
4 Se apoya en la instalación del sistema de comunicación de emergencia a nivel departamental.	4-1 Se aumenta la cantidad de referencias de la USF por derivación para el parto. (En este momento es 0)	4-1 Registro /informe de USF, registro/informe de monitoreo de la Dirección de Región Sanitaria	

Actividades	Inversión		
	<Parte Japonesa>	<Parte Paraguaya>	
1-1 Realizar el estudio de línea de base de los servicios de salud en la V Región Sanitaria.			<p>No se produce cambios más de lo necesario en las autoridades debido al cambio del gobierno Se utiliza sin mayor dificultad los recursos de SEME.</p> <hr/> <p>Precondiciones</p> <p>Esté asegurado el presupuesto del MSPyBS y de la V Región Sanitaria. No se modifica el sistema de implementación de la Estrategia de</p>
1-2 Ordenar las documentaciones oficiales relacionados con la USF, ajustar a la situación real y gestionar su aprobación.			
1-3 Realizar a nivel central la estandarización de la evaluación del funcionamiento de la	Envío de los Expertos:	Asignación de contrapartes	
1-4 Formular estrategias para la difusión a nivel nacional del modelo de la USF del Departamento de Caaguazú.	Expertos de Largo Plazo: Asesor Principal, Coordinador del Proyecto, Salud Comunitaria	Gastos de contrapartida	
1-5 Elaborar materiales de información pública para la difusión del modelo de la USF del Departamento de Caaguazú.	Expertos de Corto Plazo: IEC, Estudio e Investigación	Provisión de espacio físico para la oficina del Proyecto	
1-6 Fortalecer la actividades de difusión de información a través de la organización y/o co-organización de diversos foros para la difusión nacional e internacional del modelo de la	Recepción de los becarios: Capacitación en el Japón y en Terceros Países	Gastos administrativos de la oficina, etc.	
2-1 Definir los criterios de evaluación del funcionamiento fundamental de la USF y establecer el criterio del "modelo".	Donación de equipos: equipos médicos relacionados a APS (salud materno infantil, emergencias, etc.), vehículos, etc.		
2-2 Realizar periódicamente la evaluación de funcionamiento de las USF instaladas en base a la evaluación de funcionamiento arriba mencionado.	Implementación de capacitaciones, elaboración de materiales didácticos, etc.		
2-3 Planificar, ejecutar y evaluar el plan estratégico y plan operativo y financiero anual para las actividades de la USF en cooperación entre USF y Consejo de Salud.			
2-4 Promover el monitoreo periódico de las actividades de la USF y promover asesoramiento y supervisión de funciones.			
2-5 Elaborar el plan estratégico a largo plazo del Departamento de Caaguazú (estrategia financiera, estrategia de recursos humanos, estrategia de desarrollo, etc.)			
2-6 Mejorar los equipamientos básicos relacionados con el fortalecimiento de los servicios de APS.			
3-1 Promover actividades de Comité Nacional de Capacitación y Comité Regional de Capacitación.			
3-2 Elaborar programa básico de capacitación para la formación de recursos humanos de la salud en las actividades de la USF, e implementar en la V Región Sanitaria.			
3-3 Elaborar programa complementario de capacitación acorde a las necesidades locales e implementar en la V Región Sanitaria.			
3-4 Realizar el monitoreo de las capacitaciones arriba mencionada, evaluar la efectividad de la capacitación y retroalimentar.			
3-5 Elaborar programa estratégica de capacitación para promover la participación comunitaria, e implementar la capacitación.			
3-6 Fortalecer la red de la USF y promover la comunicación mutua.			
4-1 Apoyar en el mejoramiento del sistema de comunicación de emergencia del Departamento de Caaguazú en cooperación con la SEME.			
4-2 Apoyar en la complementación de equipos básicos y formación de recursos humanos para la implementación del sistema de comunicación de emergencia en cooperación con			
4-3 Realizar la revisión del sistema de comunicación de emergencia en los casos de derivación de las embarazadas, y elaborar las estrategias.			

* El sistema de información de la USF, más que una estadística de salud convencional, tiene la característica que aclara con mayor precisión la información demográfica y el uso de servicios de salud por enfermedades como un sistema de información de salud por hogares. Originalmente, en el sistema nacional de estadística de salud debe de estar sincronizado con el sistema de monitoreo de la USF y también debe de tener la consistencia en los esos indicadores, pero en este momento se observan diferencias en ambos indicadores. Como Proyecto debe de fortalecer el sistema de información de hogares a través de la USF, y trabajar para la construcción de una encuesta demográfica basada en la población. Para ese fin, la construcción del sistema de monitoreo que permita establecer sistema de información de salud más precisa complementando los precedentes de la mortalidad materno infantil de menores de 5 años dentro del área de servicio de la USF es un tema pendiente a analizar.

** En este momento, se está revisando el protocolo de APS y el manual de USF.

*** Total de consultas realizadas por las USF del Departamento de Caaguazú durante el año 2012 y 2013

Item	2012	2013
Consultas en las USF	137.968	164.348
Visitas Domiciliarias	10.145	13.593
Total de consultas	148.113	177.941

2. 評価報告書（日本語訳）

日本国中間レビュー評価調査団とパラグアイ国関係者機関間の 「プライマリーヘルスケア対策プロジェクト」 に関する協議議事録

独立行政法人国際協力機構（以下、JICA）により結成された杉下智彦氏を団長とする中間レビュー評価調査団（以下調査団）は、2014年2月15日から3月8日まで、「プライマリーヘルスケア体制強化プロジェクト」の中間レビュー評価のために、パラグアイ国を訪問した。

JICA 調査団は、パラグアイ側と日本側の評価メンバーとともに合同評価チームを形成した。同チームは、フィールド視察、関係者へのインタビューや意見交換を通じ、プロジェクトの達成度や成果を確認した。

合同中間レビュー評価調査の結果は、合同評価報告書として取りまとめられた。調査団とパラグアイ国関係者との協議の下合意し、報告書の提言事項の履行に努めることを確認した。

2014年3月6日
アスンシオン

Dr. Tomohiko Sugishita
団長
中間レビュー評価調査団
日本国

Dr. Antonio Barrios
厚生大臣
厚生省
パラグアイ共和国

合同評価チームメンバー

杉下 智彦
総括
JICA
日本

大町 檀
調査団メンバー
JICA
日本

中西 政文
調査団メンバー
株式会社 JIN
日本

アルド イララ
企画・評価総局
プロジェクト形成モニタリング局
企画・評価局長
厚生省
パラグアイ国

ヘスス カルロス コロネル
保健企画プロジェクト長
カグアス県庁
パラグアイ国

パラグアイ国
プライマリーヘルスケア体制強化プロジェクト
中間レビュー調査

評価報告書
(和文)

2014年3月

合同評価調査団

目 次

1. 中間レビュー調査の概要	1
1.1 中間レビュー調査団派遣の経緯	1
1.2 中間レビュー調査の目的	1
1.3 プロジェクトの概要	2
1.4 合同評価調査チーム	2
2. 中間レビュー調査の方法	2
2.1 中間レビューの実施プロセス	2
2.2 中間レビュー調査の方法	3
2.3 評価5項目に基づく評価	3
3. プロジェクトの進捗状況と実施プロセス	4
3.1 投入実績	4
3.2 成果の達成状況	5
3.3 プロジェクト目標及び上位目標の達成状況	8
3.4 活動の進捗状況と実施プロセス	10
4. 5項目評価に基づいた評価	15
4.1 妥当性	15
4.2 有効性	16
4.3 効率性	16
4.4 インパクト	18
4.5 持続性	19
5. 結論	19
6. 提言と教訓	20

1. 中間レビュー調査の概要

1.1 中間レビュー調査団派遣の経緯

パラグアイ共和国（以下、「パラグアイ」と記す）では、2008年8月から、保健医療政策「生活の質と平等な健康に向けた公共政策」のなかで、第1次保健医療サービスへのアクセス改善を優先政策の一つとして掲げた。これを受け、厚生省はプライマリーヘルスケア（以下「PHC」）総局を設置し、「家庭保健」の概念に基づき、地域の予防と治療を包括的に行うPHCの強化に取り組んでいる。具体的には、人口3,500人から5,000人に1カ所の割合で、医師、看護師あるいは助産師、准看護師各1名程度、保健推進員3名から5名、二つのUSFに1名の歯科医から成る保健医療チーム「家庭保健ユニット（Unidades de Salud de la Familia : USF）」を設置し、このUSFを中心に地域の保健医療サービス改善を図っている。しかしながら、PHC実施のための規程やプロトコル・マニュアル、県レベルでの実施体制が整備されていない、USFの人材への教育・訓練が十分ではない、USFと地域病院等を含めた保健医療サービス機関のなかで救急対応やレファラルを含めた連携を行うための仕組みが整備されていない等の課題があった。

このような状況を総合的に改善するために、第5衛生行政区を対象として、USFによって提供される地域保健サービスの強化及びその効果の実証を目的に、パラグアイ国政府は、日本国に支援の要請を行った。国際協力機構（JICA）は、第5衛生行政区において、「USFを核とした保健医療サービス体制が整備されること」を目標に、①厚生省において保健医療サービス（USFを含む）におけるPHC体制が明確にされること、②USFの活動地域で保健医療サービス機関及び行政機関の運営管理能力が向上すること、③USFの能力が向上すること、④県レベルにおける救急連絡体制が確立されることを成果として、2012年2月から2016年1月までの4年間を協力期間として「パラグアイ共和国プライマリーヘルスケア体制強化プロジェクト」（以下「本プロジェクト」）を実施している。

今般プロジェクト期間の半ばを迎えるにあたり、これまでの活動と成果の実績を確認、分析するとともに、今後の活動の方向性について関係者の合意形成を図ることを目的とし、中間レビュー調査を実施する。なお、2013年8月15日をもって大統領が代わっており、新政権におけるPHC実施に対する政策や方針を確認し、上記調査の評価結果を踏まえ、必要に応じてプロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）の見直し、及び協力期間後半の活動計画の見直しを行う。

1.2 中間レビュー調査の目的

- (1) PDM、活動計画表（PO）に基づき、本案件の実績と現状を総合的に検証し、プロジェクトチーム、パラグアイ側関係者とともに、評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、持続性）の各視点から包括的な評価・分析を行う。
- (2) 上記評価結果に基づき、今後の活動内容について協議し、今後のPOを確認する。また、PDMを見直し、必要に応じて、改訂（案）を作成する。
- (3) 本案件が抱える諸問題、プロジェクトの促進要因・阻害要因等について、パラグアイ側及び日本側と協議し、今後、両国それぞれが取り組むべき事項を検証し「提言」としてまとめるとともに、類似案件等へのフィードバックとして有用な本案件の知見を検証し「教訓」としてまとめる。
- (4) 上記評価・分析・検証を踏まえ、プロジェクト計画見直しの必要性、プロジェクト後半の懸案事項の対応方法について、パラグアイ国側関係者とともに「評価報告書」を作成・協議し、協議結果については「協議議事録（ミニッツ）」として取りまとめ、パラグアイ側及び日本側で署

名・交換する。

1.3 プロジェクトの概要

プロジェクトの概要は以下のとおりである。(添付資料1：PDM Ver. 0)

協力期間	2012年2月から2016年1月の4年間
対象地域	カアグアス県(第5衛生行政区)
実施機関	厚生省、第5衛生行政局
裨益対象者	カアグアス県の住民
上位目標	プロジェクト対象地域において、母子保健水準が向上する。
プロジェクト目標	プロジェクト対象地域において、USFを核とした保健医療サービス体制が整備される。
成果	(1) 厚生省において、保健医療サービス(USFを含む)におけるPHC体制が明確にされる。 (2) USFの活動地域で、保健医療サービス機関及び行政機関の運営管理能力が向上する。 (3) USFの能力が向上する。 (4) 県レベルにおける救急連絡体制が確立される。

1.4 合同評価調査チーム

合同評価調査は以下のメンバーで実施する。

<日本>

氏名	担当	所属
杉下 智彦	団長・総括	JICA 国際協力専門員
大町 檀	協力企画	JICA 人間開発部 保健第四課 ジュニア専門員
中西 政文	評価分析	株式会社 JIN
菊池 エリカ	通訳	なし

<パラグアイ>

氏名	所属
Aldo Irala	厚生省企画・評価総局 プロジェクト形成モニタリング局 企画・評価局長、USF調整局局長代理
Jesus Carlos Coronel	カアグアス県庁 保健企画プロジェクト長、コロネルオビエド地域病院救急サービスチーフ

2. 中間レビュー調査の方法

2.1 中間レビューの実施プロセス

中間レビュー調査は下記のプロセスで実施する。

- 1) プロジェクトへの投入実績等、関連資料の確認
- 2) 評価デザインの作成

- 3) 必要なデータ・資料の収集
- 4) 調査デザインと調査方針の策定
- 5) 関係者への評価手法についての説明
- 6) 活動実績・成果の確認
- 7) 活動状況の確認
- 8) 残り期間の活動内容や方針の確認と提言の取りまとめ
- 9) PDM・PO改訂についての検討
- 10) 合同評価報告書案の作成
- 11) 合同評価委員会の開催
- 12) 主要関係者との協議・ミニッツの署名

2.2 中間レビュー調査の方法

本中間レビュー調査は、PDM Ver. 0（添付資料1）を基に評価を行う。

下記の調査方法を用いて中間レビュー調査を実施する。

- 1) プロジェクトに関する書類のレビュー
- 2) 中間レビューに必要な調査項目の検討
- 3) 事前に配布するための質問票の作成
- 4) 記入済みの質問票の内容確認または、質問票を使った聞き取り
- 5) 5項目評価に基づいた調査結果の分析
- 6) プロジェクトに関する分析内容についての関係者との協議と、合意された内容に基づくプロジェクトの修正

2.3 評価5項目に基づく評価

本中間レビュー調査は評価5項目¹⁾の観点から実施する。各評価項目の特徴は以下のとおりである。

- (1) 妥当性：プロジェクト実施の正当性や必要性を検証し、国の政策や方針、受益者のニーズ、プロジェクトの位置づけ等に関する情報に基づいて分析を行うための評価項目である。
- (2) 有効性：プロジェクトの効果を検証し、主にプロジェクトの目標の達成状況を成果の発現状況や成果からの論理的関係などから検証する。外部条件による影響についても分析を行う。
- (3) 効率性：プロジェクトの効率性や費用対効果等についての検証を行うための評価項目である。分析を行う際にプロジェクトの実施プロセスの効率性を阻害する要因がないかどうかを確認する。
- (4) インパクト：プロジェクトの長期的、波及的な効果を検証するための評価項目で、プラス・マイナスの影響などについても分析を行う。中間レビュー時点での分析は見込みの意味合いが強くなる。
- (5) 持続性：プロジェクト終了後の持続性を検証するための評価項目で、さまざまな視点から分析を行う。中間レビュー段階では見込みの分析となる。

なお、本レビュー調査は、プロジェクト中間時点であるため、5項目のなかの妥当性と効率性、有効性に重点を置く。

¹⁾ JICA 新JICA事業評価ガイドライン第1版（2010年6月）

3. プロジェクトの進捗状況と実施プロセス

3.1 投入実績

(1) 日本側の投入（添付資料2：投入実績リスト）

1) 支出金額（米ドル）：

プロジェクト実施のためのこれまでの JICA によるローカルコストの支出実績は 71 万 2,720 米ドルである。

表 1：JICA によるローカルコストの支出実績表

費目	2011 年度	2012 年度	2013 年度（2014 年 1 月 31 日まで）	合計
在外事業強化費	10,888	30,048	142,281	183,217
供与機材費	108,600	180,074	240,829	529,503
合計	119,488	210,122	383,110	712,720

（単位：米ドル、レート 1 ドル=0.0002 パラグアイグァラニー²）

- 2) 日本人専門家の数：長期 2 名、短期 2 名
- 3) エルサルバドル人専門家の数：6 名（添付資料 3：第三国専門家一覧）
- 4) 本邦研修に派遣されたカウンターパートの数：3 名（添付資料 4：国別研修及び第三国研修参加者一覧）
- 5) 第三国研修（エルサルバドル）に派遣されたカウンターパートの数：13 名（添付資料 4：国別研修及び第三国研修参加者一覧）
- 6) プロジェクトに供与された機材の種類：保健医療機材、ノート型パソコン、コピー機、プリンター、文具、事務所用家具、研修用資機材等（添付資料 5：供与機材の一覧表）
- 7) プロジェクト車両：2 台
- 8) USF と地区病院、地域病院への供与機材（添付資料 5：供与機材の一覧表）
- 9) 救急車：4 台（うち 2 台は四輪駆動車）

(2) パラグアイ側の投入

- 1) カウンターパートの数：37 名
- 2) 厚生省及びカアグアス県衛生局内の執務スペース（事務所）
- 3) プロジェクトに必要な諸経費の一部：燃料代、電気代、水道代、電話代等
- 4) 研修実施費用（一部の研修）
- 5) 第 5 衛生行政区における USF の活動モニタリングの実施費用

² 支払時期のレートにより若干の誤差がある。

3.2 成果の達成状況

(1) 成果 1：厚生省において、保健医療サービス（USF を含む）における PHC 体制が明確にされる。

達成されていないが、達成が見込まれる。

指標別の成果 1 の達成状況は以下のとおりである。

指 標	達成状況
1-1 USF のマニュアルが見直され、厚生省の省令で承認される。	<p>中間評価時点では達成されていないが、プロジェクト終了までには達成の見込みである。</p> <p>USF 機能マニュアルは見直され、改訂版が作成された。しかし、プロジェクト実施期間中に政権が 2 交代わり、毎回大臣と総局長が代わったことから、その都度新たに USF 機能マニュアルについて省内で見直し、修正、承認手続きが必要となった。現在新体制で見直しを行っている。</p>
1-2 保健医療サービス統合ネットワーク（RISS）に係る文書もしくはマニュアルが公式に承認される。	<p>中間評価時点では達成されていないが、プロジェクト終了までには達成の見込みである。</p> <p>過去に保健医療統合サービス（RISS）に関する機能マニュアルは作成され、2012 年に RISS の省令が発令されたときに厚生省で承認されたが、政権交代により施行されなかった。その後、RISS の機能マニュアルには、見直しが必要な点が判明している。本プロジェクトでは RISS 委員会を設置し、活動を始めていたものの、政権交代による人事異動により RISS 委員会のメンバーの交代を余儀なくされたため、現在は活動が停滞していたが、2014 年 3 月から再開される見込みである。</p>
1-3 周辺県に対する研修への参加者数と参加県の数	<p>活動は行われているが、指標の目標値が設定されていないために、達成度合いの判断は困難である。</p> <p>第 5 衛生行政区の研修地方委員会の設置と同時にアルトパラナ県、サンペドロ県、グアイラ県に研修地方委員会を 2013 年の 12 月に設置した。研修地方委員会のメンバーは研修の実施やファシリテーションを行うことを想定されている存在であり、アルトパラナ県では厚生省の指導の下、カアグアス県に先立って USF の職員を対象とした保健医療サービス能力の強化に関する研修を独自の資金と人員で 2014 年 2 月に 2 回実施した。</p>

(2) 成果 2：USF の活動地域で、保健医療サービス機関及び行政機関の運営管理能力が向上する。

達成されていないが、達成が見込まれる。

指標別の成果 2 の達成状況を以下に示す。

指 標	達成状況
2-1 PHC に係る プロトコル が策定され 厚生省で省 令にて承認 される。	<p>中間評価時点では達成されていないが、プロジェクト終了までには達成が見込まれる。</p> <p>PHC の既存のプロトコルは USF に配布されているが、内容の見直しと修正を行うことになった。既存のプロトコルは 5 種類あり、以下のテーマに分かれている。①入門モジュール：PHC 用臨床管理の一連のプロトコル、②PHC における妊婦健診、③PHC における高齢者健診、④PHC における糖尿病管理、⑤PHC における精神障害の臨床管理。プロトコルの見直しは開始された。</p>
2-2 県レベルに おいて保健 政策・年間 計画・資金 計画が策定 される。	<p>中間評価時点では達成されていないが、プロジェクト終了までには達成が見込まれる。</p> <p>第 5 衛生行政区のほとんどの県ではそのような計画は作成していないことが関係者への聞き取りやプロジェクトチームの経験から判明している。計画が存在する場合でも予算の執行計画が記載された内容だけで構成されている。そのため、県の予算の 5% を割り振り、保健分野に使うという義務が、どのように果たされているか見えにくい状態となっている。県レベルの計画策定に先立ち、第 5 衛生行政区の年間計画を立てるために 2 回の保健フォーラムが実施された。</p>
2-3 県衛生局に 導入される 保健医療サ ービス活動 モニタリン グシートが 厚生省にお いて公式な ものになる。	<p>中間評価時点では達成されていないが、プロジェクト終了までには達成が見込まれる。</p> <p>厚生省による標準化された公式なモニタリングシートは作成されていない。保健医療サービス活動のためのモニタリングシートは、厚生省にあった 2 種類のモニタリングシートを第 5 衛生行政局が自県の状況に合わせて一つにまとめる形で作成し、その運用を始めている。</p>
2-4 県衛生局に おいてチェ ックリスト に基づいて xx カ月に 1 回モニタリ ングが実施 される。	<p>活動は行われているが、指標の目標値が設定されていないために、達成度合いの判断は困難である。</p> <p>モニタリング用のチェックリストとはモニタリングシートを指しているが、第 5 衛生行政局は 2013 年の 2 月から 3 月までと 5 月から 7 月の間に 2 回実施した。そのときの費用は第 5 衛生行政局が負担した。今後カアグアス県衛生局はモニタリングを、年に 3 回実施する計画を立てている。</p>

(3) 成果3：USFの能力が向上する。

達成されていないが、達成が見込まれる。

指標別の成果3の達成状況は以下のとおりである。

指標	達成状況
3-1 継続研修計画が策定される。	<p>中間評価時点では達成されていないが、プロジェクト終了までには達成が見込まれる。</p> <p>2014年3月中旬から7月までの期間に県内のUSFの職員を対象に1回40名ずつの「保健医療サービス能力強化研修」を8回実施する計画が立案されている。その他の研修計画は今後策定される予定である。</p>
3-2 継続研修マニュアル・教材が作成され、厚生省において承認される。	<p>中間評価時点では達成されていないが、プロジェクト終了までには達成が見込まれる。</p> <p>研修委員会の設置や研修計画の策定、研修実施の準備、研修マニュアルは既に作成されているが、マニュアル、教材は厚生省によって承認されていない。研修マニュアルとは関係者の間で継続研修のガイドのことを指し、研修をデザインし、教材を作成する際に活用されている。</p> <p>継続研修用の六つのガイドが本プロジェクトで修正・印刷・製本され、厚生省で内容についての検証が終わっており、正式な承認は今後行われる予定である。六つのガイドのテーマは①チーム医療、②訪問ケア、③参加型計画、④地域グループとの業務、⑤初診の受入れ、⑥管轄区域の区分けとなっている。</p> <p>また、研修教材は研修ガイドの内容に基づいて研修委員会が作成している。これまでに11個の講義テーマごとのパワーポイントの教材、臨地実習ガイド、グループワークガイドが作成された。講義テーマは以下のとおりである。 ①ファシリテーターの特徴、②家族及びコミュニティに焦点を当てたケアのモデル、③家族保健医療チームの一般的機能、④家庭保健医療チームの特殊機能、⑤チーム医療のあり方、⑥初診の受入れ方、⑦管轄区域の区分け、⑧家族の健康レベルの診断、⑨個別の健康の度合いによる対応と計画、⑩家庭訪問（訪問ケア）、⑪参加型コミュニティ診断の現況の検討ーコミュニティ活動計画の作成ー</p>
3-3 研修受講者の理解度	<p>指標の測定そのものが困難である。</p> <p>実施直後のチェックリストを使ったチェックを行うよりも実施3カ月後に受講者の業務をモニターし、研修された内容が反映されているかを確認した方が、知識の定着度も含めたモニターをすることができるので、意義が高いとプロジェクトチームでは判断している。研修のモニタリングガイドの作成は既に開始されている。</p>

(4) 成果4：県レベルにおける救急連絡体制が確立される。

成果4は達成されていない。

指標別の成果4の達成状況を以下に示す。

指標	達成状況
4-1 プロトコルに沿ったレファラル・カウンターレファラルシートの数が増加する。	活動は行われているが、指標の目標が設定されていないため、達成度の測定は困難である。 現在三つのUSFよりレファラルシートが提出されていることが確認されている。 レファラルについての現状はUSFや保健ポストの職員が、知り合いがいる病院に連絡して、便宜を図ってもらい、患者を引き受けてもらうケースが一般的で、プロトコルに沿って行われているとはいえない状態である。また、カウンターレファラルについては、USFや保健ポストの職員はその必要性を感じているが、実施されていない。
4-2 プロトコルに沿ったレファラル・カウンターレファラル数が月xxに増加する。	レファラルの実施状況の確認が第5衛生行政区では実施されていないことから、本プロジェクト開始時と現在のレファラルやカウンターレファラルの実施数は不明であり、それら二つの実施数を比較することは困難である。

3.3 プロジェクト目標及び上位目標の達成状況

(1) プロジェクト目標：プロジェクト対象地域において、USFを核とした保健医療サービス体制が整備される。

プロジェクト目標はプロジェクトの終了時までには達成しなければならない目標である。
プロジェクト目標は達成されていない。現時点ですべての成果がまだ達成されていない。

指標ごとにプロジェクト目標の達成状況を説明するが、PDMの指標が入手不可能、または目標値が設定されていないため、達成度を正確に確認することができない。

指標	プロジェクト目標の達成状況
1. 4回以上の妊婦健診を受けた妊産婦がxxに増加する。	厚生省は4回以上の妊婦健診を受けた妊産婦の数ではなく、妊娠4カ月前妊婦健診の受診率として記録を集計していることが判明した。その数値は2011年が25.3%であったのに対し2012年は40.6%と大きく増加している。

2. プロジェクト対象地域において、施設分娩数が xx に増加する。	施設分娩数については、施設分娩率として情報が集計されている。第 5 衛生行政区の 2012 年の施設分娩率は全国平均 (92.0%) より少し低い 90.0% である。その率は 2010 年の 87.8% より改善しているが、2011 年には 90.1% であるため、2012 年とほとんど変動がない。
3. 5 歳未満児健診の数が xx に増加する。	全国の 5 歳未満児の成長・発達健診率が 2009 年まで記録として残っているが、それ以降の情報や第 5 衛生行政区の情報はない。
4. 期限どおりに提出される USF の報告書の数	37USF 中、期限内に提出された報告書 (月報) の数は 34、締切後に提出された報告書は 1 であった。目標値が定められておらず達成度は評価できない。
5. USF において特定・コントロールされている生活習慣病の数	第 5 衛生行政区の USF において、高血圧患者の延べコントロール数は、2011 年 1 万 1,059、2012 年 3 万 3,783、2013 年 3 万 8,314 であり、糖尿病の延べコントロール数は、2011 年 2,291、2012 年 6,919、2013 年 7,151 である。コントロールの数には増加傾向がみられるが、目標値が定められておらず、達成度は評価できない。
6. すべての保健医療サービス機関でワクチン接種数が増加する。	5 歳以下のワクチン接種率が記録として集計されているが、成人も含めた全体のワクチン接種率についての記録が存在しているか不明である。ただし、5 歳以下のワクチン接種率については 2010 年と 2011 年のデータが存在し、70.6% から 73.0% に増加している。

(2) 上位目標：プロジェクト対象地域において、母子保健水準が向上する。

上位目標とはプロジェクト終了後に達成される可能性がある状態を指し、プロジェクトがめざす方向性として位置づけられる。そのため、上位目標の達成度についての判断をこの時点で行うのは時期が早すぎる。

指標ごとの上位目標の達成状況は以下のとおりである。

指 標	達成状況
1. 第 5 衛生行政区で妊産婦死亡率が出生 10 万対 xx に減少する。	本指標の達成度を判断することは困難である。 プロジェクトの開始当初である 2010 年の第 5 衛生行政区の妊産婦死亡率の数値は 101.7 で、2011 年には 104.0 に増加し、それが 2012 年になって 49.3 に大幅に減少している。この変化における本プロジェクトの影響については十分に検討がなされていない。

2. 第 5 衛生行政区で 5 歳未満児死亡率が出生 1,000 対 xx に減少する。 ³	本指標の達成度を判断することは困難である。 第 5 衛生行政区の 1 歳未満児の死亡率の情報はあるが、指標の数値が設定されていないため、現時点で達成度を判断することは困難である。
---	--

3.4 活動の進捗状況と実施プロセス

プロジェクトの開始当初に作成した活動計画表（PO）（添付資料 6：活動計画表）の活動計画と実際の活動進捗を比較すると、数カ月から 6 カ月程度の遅れがみられる活動が多い。

活動の進捗状況：

具体的な活動の進捗状況を以下に示す。

成果 1 に係る活動実績と進捗状況

活 動	進捗状況		
1-1 第 5 衛生行政区における保健医療サービスに係るベースライン調査を行う。	<p>進捗に遅れはあるが、活動は進行している。現在、調査研究委員会が調査結果の分析を行っている。一部の結果を簡易的にまとめた報告が本プロジェクトチームと PHC 総局長に提出された。なお、プロジェクト開始以前に指標のベンチマークの設定のための調査が行われたが、結果的には指標の目標設定に必要なベンチマークとなる数値が入手困難であることが分かっただけで、プロジェクト開始後の本調査に負担をかける形になった。</p> <p>活動 1-1 に関連する研修は以下のとおり。</p>		
	研修名	研修対象者	参加人数
	第 1 回調査研究研修	厚生省・大学・研究機関の医師や看護師	56 名
	第 2 回調査研究研修	調査委員会メンバー、カアグアス国立大学教員等	29 名
	調査実施に関する説明会及びプレテスト	ベースライン調査の調査員（カアグアス国立大学教員と大学生）	20 名、61 名（計 81 名）
	調査実施に関する説明会	同上	同上

³ 西語の PDM Ver. 0 には本指標は 1 歳未満児死亡率として設定されていたため、本評価では 1 歳未満児死亡率を指標として扱う。

<p>1-2 既存の規則等を見直し、PHC 戦略に係る保健医療サービス統合ネットワーク（RISS）の責任・役割分担を決定し、既存の規程について必要に応じ改訂を行う。</p>	<p>進捗に遅れがある。PHC 戦略に係る RISS の機能マニュアルが省令とともに過去に定められた経緯があるが、政権交代により施行されなかったため、見直しとともに現政権による承認をめざす予定である。</p>
<p>1-3 USF の活動内容と PHC 体制の構築に向けた実施体制をレビューし、必要に応じ改訂する。</p>	<p>進捗に遅れはあるが、活動は進行している。既存の USF マニュアルの見直しを行い、修正版を作成した。PHC の実施体制について現状把握を行った。</p>
<p>1-4 周辺県に対し、プロジェクトの成果を普及する研修を行う。</p>	<p>活動は計画どおりに進んだ。研修中央委員会により、第 5 衛生行政区の近隣 3 県であるアルトパラナ県、グァイラ県、サンペドロ県の研修地方委員会を対象に、USF における保健医療サービス能力強化研修が実施された。</p>

成果 2 に係る活動実績と進捗状況

活動	進捗状況
<p>2-1 USF の活動に係るプロトコル・マニュアル等を整備する。</p>	<p>進捗に遅れがある。プロトコルの見直しは開始された。</p>
<p>2-2 状況に応じ医療審議会と協力して地域保健に関する戦略計画、年間活動計画及び資金計画の策定を促進する。</p>	<p>全く活動が行われていない。医療審議会のメンバーの異動等により、地域保健に関する戦略計画、年間活動計画、資金計画策定の促進活動が円滑に行われなかった。</p>

2-3 PHC サービスの強化に係る機材を整備する。	進捗に遅れがあったが、PHC サービスの強化に係る機材の調達は終わっている。
2-4 整備されたプロトコル・マニュアル及び年間活動計画に沿って PHC サービスの実施を促進する。	進捗に遅れがある。PHC のプロトコルや USF マニュアルの見直しは開始されているが、年間活動計画に関しては実施促進が行われていない。
2-5 予防措置をとるための死亡症例検討会を組織化する。	進捗に遅れがある。死亡症例検討会は活動を行っていたが、政権交代の人事異動を機に、機能していない。
2-6 第5衛生行政区の USF の活動に関するモニタリングを実施する。	進捗に遅れがある。USF の活動に関する自発的なモニタリングは第5衛生行政区局によって行われたが、標準的な手順に沿っていなかった。

成果3に係る活動実績と進捗状況

活動	進捗状況						
3-1 継続的な研修調整委員会を構築する。	<p>進捗に遅れはあったが、終了している。プロジェクトは、厚生省職員、第5衛生局職員などから成る研修中央委員会と第5衛生行政区の USF スタッフ等から成る研修地方委員会を設置し、カスケード方式で研修を行うべく実施体制を整えた。2013年に研修中央委員会がファシリテーターとなり、研修地方委員会に向けて「保健医療サービス能力強化研修」を行い、2014年3月からは、研修地方委員会がファシリテーターとなり USF スタッフに向けて同研修を実施することになっている。今後、同方式を用い、種々の研修を行う予定である。</p> <p>活動 3-1 のためにその他に実施した研修は以下のとおり。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>研修名</th> <th>研修対象者</th> <th>参加人数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>研修委員会の運営・管理のあり方研修</td> <td>プロジェクト関係者</td> <td>14名</td> </tr> </tbody> </table>	研修名	研修対象者	参加人数	研修委員会の運営・管理のあり方研修	プロジェクト関係者	14名
研修名	研修対象者	参加人数					
研修委員会の運営・管理のあり方研修	プロジェクト関係者	14名					

<p>3-2 第5衛生行政区のPHCに係る保健人材（USFを構成する医師・看護師・助産師・保健推進員）の研修プログラムを策定する。</p>	<p>進捗に遅れがあるが、活動は進行中である。</p>																		
<p>3-3 研修プログラム実施のためのマニュアル・教材を作成する。</p>	<p>進捗に遅れがあるが、活動は進行中である（活動の進捗は指標の3-2の箇所を参照）。</p> <table border="1" data-bbox="552 707 1305 981"> <thead> <tr> <th>研修名</th> <th>研修対象者</th> <th>参加人数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>保健医療サービス能力強化研修</td> <td>研修中央委員会メンバー、厚生省PHC研修局長</td> <td>13名、1名（計14名）</td> </tr> <tr> <td>教授案・教材作成研修</td> <td>研修中央委員会</td> <td>12名</td> </tr> </tbody> </table>	研修名	研修対象者	参加人数	保健医療サービス能力強化研修	研修中央委員会メンバー、厚生省PHC研修局長	13名、1名（計14名）	教授案・教材作成研修	研修中央委員会	12名									
研修名	研修対象者	参加人数																	
保健医療サービス能力強化研修	研修中央委員会メンバー、厚生省PHC研修局長	13名、1名（計14名）																	
教授案・教材作成研修	研修中央委員会	12名																	
<p>3-4 研修を実施する。</p>	<p>進捗に遅れがあるが、活動は進行中である。今後も活動は継続される予定である。現時点まで必要な研修は実施され、今後の研修計画を立てる予定である。</p> <p>活動3-4のために実施した研修は以下のとおり。</p> <table border="1" data-bbox="552 1182 1305 1953"> <thead> <tr> <th>研修名</th> <th>研修対象者</th> <th>参加人数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>地域看護研修</td> <td>USFの看護師、病院看護師</td> <td>36名、40名（計76名）</td> </tr> <tr> <td>ESF（家庭保健チーム）のためのPHC理論の適用</td> <td>全国保健行政区USFコーディネーター、厚生省PHC職員</td> <td>計68名</td> </tr> <tr> <td>ドップラー使用説明研修</td> <td>USF医師・看護師・准看護師・保健推進員</td> <td>33名、25名、2名、4名（計64名）</td> </tr> <tr> <td>保健データ入力研修</td> <td>USF代表者</td> <td>36名</td> </tr> <tr> <td>USFにおける保健医療サービス能力強化研修</td> <td>研修中央委員会、研修地方委員会メンバー4県（カアグアス県、アルトパラナ県、グアイラ県、サンペドロ県）</td> <td>53名</td> </tr> </tbody> </table>	研修名	研修対象者	参加人数	地域看護研修	USFの看護師、病院看護師	36名、40名（計76名）	ESF（家庭保健チーム）のためのPHC理論の適用	全国保健行政区USFコーディネーター、厚生省PHC職員	計68名	ドップラー使用説明研修	USF医師・看護師・准看護師・保健推進員	33名、25名、2名、4名（計64名）	保健データ入力研修	USF代表者	36名	USFにおける保健医療サービス能力強化研修	研修中央委員会、研修地方委員会メンバー4県（カアグアス県、アルトパラナ県、グアイラ県、サンペドロ県）	53名
研修名	研修対象者	参加人数																	
地域看護研修	USFの看護師、病院看護師	36名、40名（計76名）																	
ESF（家庭保健チーム）のためのPHC理論の適用	全国保健行政区USFコーディネーター、厚生省PHC職員	計68名																	
ドップラー使用説明研修	USF医師・看護師・准看護師・保健推進員	33名、25名、2名、4名（計64名）																	
保健データ入力研修	USF代表者	36名																	
USFにおける保健医療サービス能力強化研修	研修中央委員会、研修地方委員会メンバー4県（カアグアス県、アルトパラナ県、グアイラ県、サンペドロ県）	53名																	

3-5 研修のモニタリング・評価・フィードバックを行う。	進捗に遅れがある。研修中央委員会によって研修モニタリングガイドの作成が開始されている。
------------------------------	---

成果 4 に係る活動実績と進捗状況

活動	進捗状況						
4-1 救急連絡体制を整備する。	進捗に遅れがある。救急連絡体制については関係者との協議や聞き取りなどを通じて、現状を把握し、モニターされてきた。救急連絡体制の見直しとして SEME の活用と、第 5 衛生行政区は救急調整センターの設置場所の土地と建物の確保を行った。本プロジェクトで SEME やカアグアス県庁と協議・調整し、救急調整センター設置のための支援を行っている。						
4-2 救急連絡体制構築に必要な機材を補充する。	進捗に遅れがある。現在 4 台の救急車が調達済みであるが、配車待ちである。						
4-3 救急連絡体制の運用に係る人材を育成する。	進捗に遅れがある。厚生省によってカアグアス県の地区病院の運転手を対象に研修が実施された。 活動 4-3 のために実施した研修は以下のとおり。 <table border="1" data-bbox="555 1070 1307 1211"> <thead> <tr> <th>研修名</th> <th>研修対象者</th> <th>参加人数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>救急車運転手のための研修</td> <td>カアグアス県の救急車運転手</td> <td>6名</td> </tr> </tbody> </table>	研修名	研修対象者	参加人数	救急車運転手のための研修	カアグアス県の救急車運転手	6名
研修名	研修対象者	参加人数					
救急車運転手のための研修	カアグアス県の救急車運転手	6名					
4-4 モニタリングを行い、必要に応じ救急連絡体制の見直しを行う。	全く活動が行われていない。 救急連絡体制が整ったところでモニタリングを始める予定である。						

活動の実施体制：

本プロジェクトでは、チーフアドバイザーが厚生省で中央レベル並びに全体の活動のマネジメントを行い、地域保健の専門家 1 名が第 5 衛生行政区のプロジェクト事務所で活動を実施している。業務調整員 1 名は主に第 5 衛生行政区に常駐し、厚生省の事務所でも業務を行っている。カウンターパートの配置状況は中央と第 5 衛生行政区で 2 名ずつプロジェクトの担当者があり、それぞれ活動の実務レベルのマネジメントや調整に従事している。日本人専門家による技術移転や業務支援はそれらの担当者に行うだけでなく、中央と第 5 衛生行政区に設置された研修委員会や調査研究委員会にも行われている。

プロジェクトの実施運営に関する意思決定は中央にいるチーフアドバイザーのみならずカアグアス県オフィスで決定できるものもあり、地方での自由裁量が確保されている。プロジェクトの活動における重要な方向性等に関しては適宜チーフアドバイザーが PHC 総局長や企画・評価総局長、保健

医療サービスネットワーク総局長、第5衛生行政局長と協議・調整し、決定している。このような意思決定における参加型プロセスを通してカウンターパートのプロジェクトへの認識や当事者意識は非常に高く、協力的である。また、カウンターパートの配置はプロジェクトの成果に対して適切と思われる、機能的である。加えて、カアグアス県知事や県庁職員、カアグアス国立大学、国立看護・助産継続教育センター（INEPEO）等の関係組織も非常に協力的であり、参加の度合いも高い。

4. 5項目評価に基づいた評価

4.1 妥当性

本プロジェクトの妥当性は高い。

政策・方針面：

現パラグアイ政府は貧困削減を大きな政策の柱として位置づけており、PHCはそのための重要な戦略となっている。厚生省の方針として、PHCの実施を優先順位の高い課題として位置づけていることからパラグアイの開発政策と合致している。パラグアイの厚生省の保健医療分野政策2013-2018の方針のなかに、10の目標を掲げており、そのなかの三つの目標、保健医療ネットワークの設置と強化、啓発活動と予防対策活動の強化、保健分野における能力管理の強化は本プロジェクトとの関係性が特に高く、厚生省の方針とも合致している。

プロジェクト対象地の適切性：

カアグアス県はパラグアイの東部の中心に位置し（首都から約130km）疾病分布においても人口動態においても経済活動においても典型的な県であるとされている。本プロジェクトは、本モデルを全国展開することを想定しており、このような県で実施し、PHCのモデル形成を行うことは、妥当性が高いといえる。

日本の援助方針・JICAの開発目標：

本プロジェクトは、日本政府の国際保健政策2011-2015やJICA保健分野協力重点分野との整合性がある。日本の対パラグアイ事業展開計画の主要援助重点分野として貧困対策、持続的経済開発、ガバナンスが挙げられている。特に貧困対策では、社会サービスの充実と貧困層の生活向上の二つの開発課題が掲げられており、社会サービスの充実の戦略として保健医療改善プログラムが位置づけられている。また、日本政府は、2013年9月にランセット誌⁴において安倍首相による日本国際保健外交戦略を発表し、そのなかでユニバーサルヘルスカバレッジの達成をめざした人々中心の保健システム強化を最優先課題としており、本プロジェクトがめざすコミュニティレベルにおけるPHCの実現は、その重要な戦略であるといえる。一方JICAは、保健分野の協力方針として、保健行政能力の強化や保健サービスの質の向上をめざす保健システムの強化を重視している⁵。そのため、USFを核とした保健医療サービス体制の整備を通し、PHCの強化を図る本プロジェクトは、日本及びJICAの援助方針と合致しているといえる。

⁴ [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)61639-6/fulltext?_eventId=login](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61639-6/fulltext?_eventId=login)

⁵ JICAの保健分野の協力—現在と未来—<http://www.jica.go.jp/activities/issues/health/index.html>

4.2 有効性

本プロジェクトの有効性は、指標の入手困難等もあり、現時点ではプロジェクト目標の到達の評価は難しいが、政治的コミットメントや活動レベルでの進捗が認められてきていること等により、プロジェクト対象地域において USF を核とした保健医療サービス体制が整備されることがプロジェクト終了時までに見込まれる。

PDM の成果と目標の論理構造：

プロジェクト目標である USF を核とした保健医療サービス体制を整備するためには成果 1 の保健医療サービスにおける PHC 体制が明確になっている必要があり、成果 2 に関連するプロトコルやマニュアルの存在は必要であり、統合化された保健医療サービスネットワークはその支えとなる。また、目標としている保健医療サービス体制の整備には、成果 2 の保健医療サービス機関と行政機関の両方の運営管理能力の向上が求められる。さらに、プロジェクト目標が、保健医療サービス体制の整備が USF を核とすることを条件としていることから、成果 3 の USF の能力向上は必須である。そして、USF やその他の保健医療機関がサービスを提供するにあたり、患者のレファラルやカウンターレファラルは必然的に発生するため、より包括的な保健医療サービス体制の整備には成果 4 の救急連絡体制の確立も含まれるべきである。上記の点から、四つの成果とプロジェクト目標との論理関係は適切かつ十分であると判断できる。

プロジェクト目標の達成状況：

本プロジェクトの活動は全体的に遅れており、成果がまだ表れていない。特に成果 2 と成果 4 は終了していない活動が多いため、すべての成果の発現にはまだ時間がかかる見込みである。しかし、以下のような好要因が確認されており、最終的に成果が発現され、プロジェクト目標が達成されることが見込まれる。

1 点目は、中央レベル、地方レベルともに、プロジェクト関係者が、本プロジェクトの目的をよく理解し、積極的に活動に取り組んでいる点である。2 点目は研修委員会と調査研究委員会が、中央と第 5 衛生行政区の両方のレベルに設置され、定期的な活動が行われている点である。中央レベルと地域レベルの委員会との間の連絡体制も整っており、コミュニケーションが密にとられている。研修においては、本実施体制の下、一つ目の研修が行われている。

一方、プロジェクト目標達成のためには成果の指標のなかで示されているプロトコルやマニュアル等の必要な書類を厚生省内で整理・確認し、正式な過程を経て、承認に至るまで調整することが重要である。

4.3 効率性

本プロジェクトの中間地点までの効率性は、限定的であったが、今後は大幅な改善が見込まれる。

プロジェクトの効率性の阻害要因：

プロジェクト開始時から 3 回起こった大規模な人事異動により、大臣や総局長、第 5 衛生行政局長等厚生省の上層部が交代したことで、それまで進んでいた活動が途中で止まったり、新しい関係者に USF を中心とした PHC 実施の考え方について説明を行ったり、途中まで進んでいた厚生省内での審議や承認手続き等の活動に遅れが生じたことは想定外であった。その点は活動の効率性を阻害する大

きな要因であった。そのため、新しいカウンターパートへのプロジェクトへの説明や関係構築等にかかった時間を考慮すると、プロジェクトの中間地点までは活動が円滑に実施できる環境が整っていた期間は限られていたものと思われる。

プロジェクトの効率性の促進要因：

他方で、現在の厚生省 PHC 総局長、企画・評価総局長、保健医療サービスネットワーク総局長、第 5 衛生行政局長をはじめとする関係者の PHC に関する理解度は総じて高く、本プロジェクトへの協力姿勢も強く、さらに当事者意識が高いことなどから、今後より円滑で効率的に活動が実施される可能性がある。

さらに、プロジェクトの円滑な実施のための協力協定を厚生大臣、カアグアス県知事、カアグアス国立大学学長、本プロジェクトの間で 2013 年 10 月 10 日に結んだ。プロジェクトの実施体制については、カウンターパートがプロジェクトの専属として配置されている点を考慮すると、最少限のリソースで効率的な運営を可能にしている人員体制であるといえる。今後は業務量の増加に伴い、フルタイムでプロジェクトに従事できるようなカウンターパートやプロジェクトスタッフが必要になることも考えられるため、人員配置におけるパラグアイ側のさらなるコミットメントが見込まれる。

活動面の効率性：

活動面については、特にベースライン調査の計画や実施に多くの時間がかかったが、その活動が計画どおり進んでいたとすれば、成果 2、3、4 の活動により多くの時間を割くことができていたと思われる。今後は残りの限られた期間で、プロジェクト目標を達成するために優先順位を付けて活動に取り組むことが望まれる。他方で、ベースライン調査に関してはプロジェクトにより調査研究委員会を組織したことでパラグアイ側の関係者の高いコミットメントを引き出すことに寄与している。

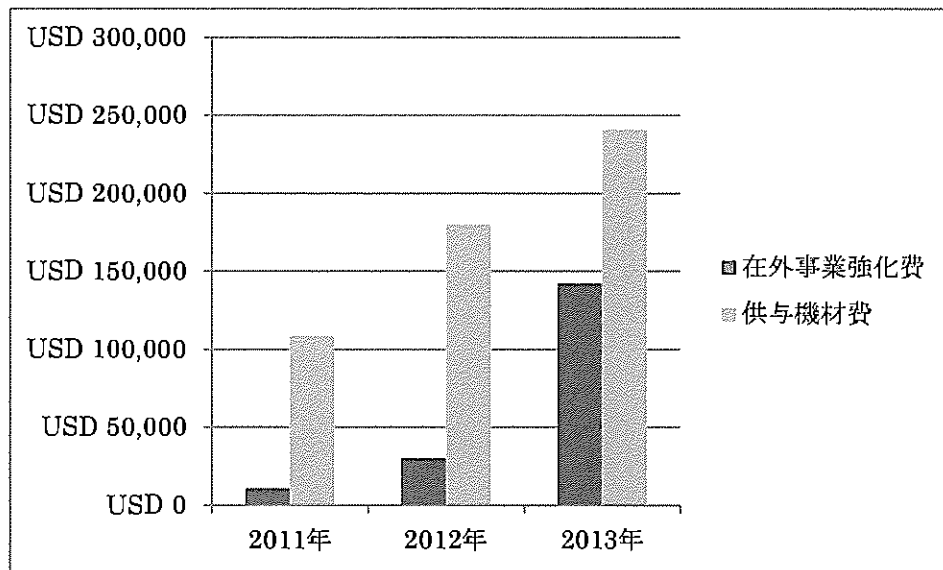
委員会を設置してプロジェクトの実施を展開していく方法は最初の時期は効率性が低いと委員会のメンバーの変更が少なく、それぞれの役割における業務遂行能力が高まり、効率性が改善することが考えられる。

また、本プロジェクトは本邦研修やエルサルバドルへの第三国研修、エルサルバドルからの研修講師の招へい等限られたリソースを効果的に使いながら、プロジェクトの活動の推進や成果発現に向けた効果を上げるための工夫をしてきた。特にエルサルバドルへの視察研修は効果が高かったと思われる、参加者全員にとって非常に意義のある研修で、今後のイメージがより明確になり、PHC 実施に関するモチベーションが高まったことが確認できた。

コスト面の効率性：

プロジェクトは USF 促進のための制度づくりを人材育成と機材整備の双方から支援を行ってきた。在外事業強化費と供与機材費の合計額に対し、供与機材費は第 1 年次 90.1%、第 2 年次 85.6%、第 3 年次 62.8%で、これまでの平均が 74.2%であり、プロジェクト中間時点での項目別支出割合は、供与機材費が在外事業強化費の半分を上回っており、予算全体の比率としては多い。そのため、前半に機材の投入を集中させたと理解された。今後は厚生省の長期的展望に立った戦略的機材配置に期待し、そのための技術支援を行うことは重要である。

グラフ 1：2011 年から 2013 年のプロジェクトの支出実績表



(交換レート：1米ドル=0.0002パラグアイグアラニー、各年の4月1日のOANDAレートを採用)

4.4 インパクト

現時点で本プロジェクトの正のインパクトは発現しつつあり、終了時評価ではさらなる検証が必要である。

他県へのインパクト：

研修中央委員会によってカアグアス県、アルトパラナ県、グアイラ県、サンペドロ県に研修地域委員会が設置され、委員会メンバーに対し、ファシリテーター養成研修も実施された。それによって、アルトパラナ県、グアイラ県、サンペドロ県の研修地方委員会が独自の予算で自県にて USF の職員を対象にした研修を実施したいという申し出が厚生省 PHC 総局にあった。アルトパラナ県に関しては、カアグアス県より先に USF を対象とした研修が既に 2 回実施され、他の 2 県でも同様の研修が計画されている。そのようなカアグアス県外への影響が出ていることが確認されている。

関係者による分野を超えた連携体制：

中間レビュー調査を通じて、厚生省内の 3 総局間にとどまらず、県レベルでは、これまで県知事、県庁、カアグアス国立大学、医療審議会等の関係者を PHC の実施に巻き込んでおり、分野を超えた横の連携が進められたことが確認された。

懸念事項：

今回の評価では、主な負のインパクトは確認されていない。しかし、USF では分娩介助を行わず、より上位の医療施設での出産を奨励する制度設計になっているために、特に遠隔地や貧困家庭等で上位の保健施設を利用できない人たちの出産がむしろ自宅などで行われることにならないかが懸念される。

4.5 持続性

中間地点までで本プロジェクトの持続性を判断することは困難である。
本プロジェクトは今後下記の点に留意し、持続性を促進する必要がある。

持続性促進に求められる要因：

住民の啓もう活動を強化することで、USF 活動における住民の主体的参加が促進されるばかりでなく、住民自身の健康増進活動が促進されることが予想される。ただし、今は USF 活動による計画策定及び予算化が検討されている段階であるため、今後のプロジェクトとしてはこの計画の予算化に向けた活動を支援する必要がある。

持続性の確保に貢献している要因：

- ① 研修や調査研究委員会が中央と県レベルの両方で設置され、研修の教材作成や計画立案、ベースライン調査の実施等の活動が実施されている点や厚生省の PHC 総局が USF 職員を対象とした導入研修を自主財源で実施している点等において、本プロジェクトの自立発展のためのメカニズムが中間地点で確立されていることが確認された。今後はこのような委員会が厚生省の正式な組織として制度化及び予算化されることが重要である。
- ② 現在の厚生省の方針として PHC の実施を貧困対策の戦略の一部として位置づけ、重視していることもあり、2013 年の 8 月以降に就任した本プロジェクトの主要関係者は高いオーナーシップの下、主体的にプロジェクト活動を実施しているため、今後の継続性が期待される。
- ③ パラグアイ厚生省は、地方における保健人材不足を解消する戦略として、医師・看護師の地方インターン制度の導入を検討しており、2014 年度よりカアグアス県の地域保健施設などにパイロット的に保健人材を配属する予定であり、将来的には、インターン制度だけでなく医学教育課程にも組み込み、地方保健人材育成及び定着の一環とする計画である。

5. 結論

本プロジェクトはパラグアイの保健政策や日本の援助方針と合致しており、カアグアス県の特徴を考慮するとパラグアイ国のなかで典型的な県の一つといえることから、モデルを形成するには適切な選択であるといえる。そのため、本プロジェクトの妥当性は高い。

本プロジェクトの有効性については、PDM の成果とプロジェクト目標との論理関係は適切であるが、活動の遅れから成果が発現されておらず、現時点で PDM の指標の数値が設定されていない点がかんがみてもプロジェクト目標達成の見込みに関する判断はできない。しかし、いくつかプロジェクト目標達成のための好要因が確認され、目標達成が見込まれる。

2 度にわたる政権の交代によって起こった大幅な人事異動による活動の停滞が本プロジェクト実施の効率性に制約を与えた。しかし、2013 年 8 月以降に就任した厚生省の関連総局長を中心とする関係者やカアグアス県衛生局の局長を中心とする関係者による非常に協力的な実施体制が構築されており、当事者意識も高い。また、エルサルバドルでの視察等を行うことで本プロジェクトの主要関係者の PHC に関する理解が深まったことにより、今後のモデル構築がより効率的に進められる可能性が高まった。

インパクトについては、カアグアス県、アルトパラナ県、グアイラ県、サンペドロ県の研修地域委員会にファシリテーター研修を実施したことをきっかけに委員会のメンバーの PHC に関する活動意

欲が高まり、アルトパラナ県では既に USF を対象とした継続研修が 2 回実施されており、他の 2 県でも同様の研修が計画されている。また、厚生省内の 3 総局間（PHC 総局、企画・評価総局、保健医療サービスネットワーク総局）だけでなく、県レベルでは多くの関係者を PHC の実施に巻き込んでおり、分野を超えた横の連携が進められた点などから、正のインパクトが発現されていることが確認できる。

持続性については、現時点での判断が難しいが、以下のような好要因が挙げられる。現在の厚生省の方針として PHC の実施を貧困対策の戦略の一部として重視しており、本プロジェクトの主要関係者は全員プロジェクト活動に協力的で、当事者意識が高い。研究調査委員会や研修委員会が中央と県の両方のレベルで機能している。

本プロジェクトは高い妥当性のなかで実施されているが、現時点での効果や効率性は限定的である。今後は USF のモデル化に傾注し、USF 及びその周辺環境の果たす役割や機能を明確にし、機能評価等を行って標準的かつ包括的なモデル構築を行うことが重要である。さらに、これらのモデル化を現実に実施するための資金的、人的な長期戦略を策定することでプロジェクトの持続性が確保されていかなければならない。

6. 提言と教訓

(1) 提言

【今後の方向性】

- 1) プロジェクトの進捗をかんがみると、プロジェクト成果への取り組みの優先順位を検討し、プロジェクト専門家及び担当のカウンターパートの業務分担を明確にし、効率的かつ効果的にプロジェクト目標を達成する努力が望まれる。
- 2) 第 5 衛生行政区における USF のモデル化に優先的に努力を図ることを勧奨する。具体的には、①カアグアス県における USF の機能評価に早急に着手し、②中央政府、カアグアス県衛生局、保健医療審議会などの役割や支援体制を明確化し、③カアグアス県における USF の包括的なパッケージとしてモデルを構築し、全国展開を可能にするための戦略を練ること、が重要であると考えられる。

【カアグアス県レベル】

- 1) USF のモデル化にあたっては、これまでの経験を基に USF が果たさなければならない中心的な機能（コアファンクション）を 10 程度設定し、現在設立されている USF の機能評価を行い、標準モデルの見える化（ビジュアライゼーション）を行うことが強く望まれる。
- 2) USF のモデル化にあたっては、保健人材の定着促進戦略を含んだ県 USF 長期戦略計画の策定（ロードマップの策定）が望まれる。
- 3) 合同評価調査チームとしてはさらに以下の活動の強化、及び追加を提案したい。
 - ① USF 活動における住民参加促進のための研修及び実施支援を強化する。
 - ② USF の年間計画策定のための実施支援（担当の医療審議会と共同して計画をつくることが強く望まれる）
 - ③ 県庁の USF 年間計画の策定を支援強化する。
 - ④ 各 USF に保健推進員の適切な配置を促進する。
 - ⑤ USF に対する定期的なスーパービジョンの強化及び USF 相互のネットワークづくりの強化を促進する。

【厚生省レベル】

- 1) USF が適切な機能を果たすために、厚生省の関連総局、第 5 衛生行政局、医療審議会、研修実施機関、研究機関及び地域の中核的保健診療施設の役割と支援的機能を明確にし、上記の USF の機能とともにモデルの包括的パッケージとして提案することが重要である。
- 2) USF モデル構築において第 5 衛生行政区（カアグアス県）に対するさらなる支援及びプロジェクト実施体制の強化を期待するとともに、プロジェクト終了までの出口戦略をカウンターパートと専門家とで早急に策定することが望まれる。
- 3) カアグアス県の USF モデル化の全国普及のために、USF の活動の取り組みを紹介する広報ビデオ等の作成、及び第 1 回全国医療審議会大会等のフォーラム開催を支援し、モデルの提示等を行うことを積極的に検討する。
- 4) 厚生省分権化局との対話を促進し、第 5 衛生行政区（カアグアス県）における USF モデルの将来的あり方を含む保健システム全体像（予算措置・報告体制・人員配置等）を柔軟に検討することを促す。
- 5) プロジェクトで行っている USF 継続研修に関しては、研修モニタリングの実施、研修インパクトの評価、プロジェクト終了後の研修継続のための予算化を考えておくことが重要である。

【調整が望まれる項目】

合同評価調査チームとしては、以下の活動に関しては、他の業務との兼ね合い等により、調整が必要と考える。

- 1) ベースライン調査に関しては必要最低限のエビデンスを抽出することに傾注する。
- 2) USF のモデル構築活動の方が、死亡症例検討会の設置よりも優先されると考えられる。
- 3) 救急体制の整備に関しては、仕組み、研修、実施ガイドライン等は SEME のリソースを最大限活用する。プロジェクト後半に向け、USF のモデル化促進を行うことを中心的活動とすることが望まれ、機材供与に関しては各 USF の必要機材の配備も終わっているため、今後プロジェクトの機材供与に関しては積極的な増額は望まない。

【負のインパクト対策】

- 1) USF のモデル化にあたっては USF で分娩介助がなくなったことの負の影響を回避するため、地域のレファラル診療施設との連携や貧困家庭等への経済的配慮（バウチャー制度や出産準備設備等）等を含んだ長期戦略を鋭意策定することが早急に望まれる。

【その他の提言】

- 1) PDM 改訂：現行の PDM の大幅な修正は必要ないと考えるが、活動内容の見直し及び適切な指標の設定等に関して修正が必要だと考えている。合同評価調査団としては添付にあるような改訂案をパラグアイ厚生省及びプロジェクトに提案し、今後双方で議論を深め、早急に改訂版を作成・承認することが望まれる。また、改訂版 PDM においてはそれぞれの指標の数値のベンチマークを正確に計測し、中間レビュー以降の進捗が適宜モニタリングできるよう努力が望まれる。（添付資料 7：PDM 改訂案）
- 2) 他国との共有：今プロジェクトの成果は現在他国で進行中のプロジェクトの教訓となり得ることが予想されており、今後経験・教訓を共有することが望まれる。

(2) 教訓

- 1) パラグアイにおける PHC への政治的コミットメントは、厚生省はもとより、県知事、県保健局に至るまで、非常に高いことが確認されたと同時に、パラグアイ保健セクターをよく知る経験の深いプロジェクト専門家が触媒となり、カウンターパートのコミットメントを最大限に引き出し、事業に反映させてきた点は特筆される。このような、カウンターパートと専門家チームの信頼関係の醸成は、今プロジェクトのように PHC のような概念的なプロジェクトにおいては、全体的な方向性を練るうえでも、具体的な戦略を立てるうえでも、コンセンサスを得ることが必要なだけに、非常に重要な鍵を握ると考えられる。
- 2) 人材育成と調査研究に関する委員会を中央レベルと県レベルで設置し、さらに研修効果定着においてはモニタリング機能を制度化しており、USF の継続的支援を可能にしている。全国展開を見据えたモデルの構築にはこのような作業委員会を設置することで、調整メカニズムがつけられ、事業の継続性を高めるものと考えられる。
- 3) USF の現場ではさまざまな創意工夫が行われており（階層別コミュニティマッピング法、ラベル別ファイリング法、住民対話集会、母親学級等）、現場のイノベーションを引き出すことに、プロジェクトは成功している。
- 4) PHC の他国事例の紹介として、プロジェクトは戦略的に第三国研修（エルサルバドル）を実施し、カウンターパートに対し、USF 事業は資金の大きさにかかわらず、自分たちのコミットメントで達成できるという動機づけにつながった。このような第三国研修の有効活用は、地域全体の相互支援のあり方として今後の発展が望まれる。
- 5) プロジェクト名である ÑANDUTI（クモの巣模様の織物）の名称はパラグアイにとって、人と人、組織と組織とのネットワークを強くイメージさせるものであり、プロジェクト関係者において、目標意識の共有に高く貢献している。

プロジェクト名：パラグアイ共和国プライマリーヘルスケア体制強化プロジェクト

対象地域：カアグアス県（第5衛生行政区）

ターゲットグループ：厚生省におけるPHC活動に関連する職員及びカアグアス県の保健医療サービス従事者

裨益対象者：カアグアス県の住民

期間：2011年■月～2015年■月（4年間）

Ver. 0 2011年6月16日

プロジェクトの要約 Narrative Summary	指 標 Objectively Verifiable Indicators	入手手段 Means of Verification	外部条件 Important Assumptions
上位目標			
プロジェクト対象地域において、母子保健水準が向上する。	1. 第5衛生行政区で妊産婦死亡率が出生10万対xxに減少する。 2. 第5衛生行政区で5歳未満児死亡率が出生1,000対xxに減少する。	1. 県衛生局の統計 2. 県衛生局の統計	
プロジェクト目標			
プロジェクト対象地域において、USFを核とした保健医療サービス体制が整備される。	1. 4回以上の妊婦健診を受けた妊産婦がxxに増加する。 2. プロジェクト対象地域において、施設分娩数がxxに増加する。 3. 5歳未満児健診の数がxxに増加する。 4. 期限どおりに提出されるUSFの報告書の数 5. プロジェクト対象地域において、USFにおいて特定・コントロールされている生活習慣病の数 6. プロジェクト対象地域において、すべての保健医療サービス機関でワクチン接種数が増加する。	1. 県衛生局の統計 2. 県衛生局の統計 3. 県衛生局の統計 4. 県衛生局の記録 5. 県衛生局の統計 6. 県衛生局の統計	PHCに係る政策が変更されない。 住民の経済環境が大幅に悪化しない。
アウトプット (Outputs)			
1. 厚生省において、保健医療サービス（USFを含む）におけるPHC体制が明確にされる。	1-1 USFのマニュアルが見直され、厚生省の省令で承認される。 1-2 保健医療サービス統合ネットワーク（RISS）に係る文書もしくはマニュアルが公式に承認される。 1-3 周辺県に対する研修への参加者数と参加県の数	1-1 改訂されたマニュアル、発令された厚生省令 1-2 改訂された文書、発令された厚生省令 1-3 プロジェクト報告書	
2. USFの活動地域で、保健医療サービス機関及び行政機関の運営管理能力が向上する。	2-1 PHCに係るプロトコルが策定され厚生省で省令にて承認される。 2-2 県レベルにおいて保健政策・年間計画・資金計画が策定される。 2-3 県衛生局に導入される保健医療サービス活動モニタリングシートが厚生省において公式なものになる。 2-4 県衛生局においてチェックリストに基づいてxxカ月に1回モニタリングが実施される。	2-1 改訂されたプロトコル、発令された厚生省令 2-2 策定された保健政策・年間計画・資金計画 2-3 モニタリングチェックリスト 2-4 県衛生局のモニタリング記録	
3. USFの能力が向上する。	3-1 継続研修計画が策定される。 3-2 継続研修マニュアル・教材が作成され、厚生省において承認される。 3-3 研修受講者の理解度（チェックリスト）	3-1 策定され承認された研修計画 3-2 厚生省に承認されたマニュアル 3-3 プロジェクトの研修報告	

<p>4. 県レベルにおける救急連絡体制が確立される。</p>	<p>4-1 プロトコルに沿ったレファラル/カウンターレファラルシートの数が増加する。 4-2 プロトコルに沿ったレファラル/カウンターレファラル数が増加する。</p>	<p>4-1 病院のレファラルに関する報告書 4-2 病院のレファラルに関する報告書</p>
<p>活動 (Activities)</p> <p>1-1 第5衛生行政区における保健医療サービスに係るベースライン調査を行う。 1-2 既存の規則等を見直し、PHC戦略に係る保健医療サービス統合ネットワーク (RISS) の責任・役割分担を決定し、既存の規程について必要に応じ改訂を行う。 1-3 USFの活動内容とPHC体制の構築に向けた実施体制をレビューし、必要に応じ改訂する。 1-4 周辺県に対しプロジェクトの成果を普及する研修を行う。</p> <p>2-1 USFの活動に係るプロトコル・マニュアル等を整備する。 2-2 状況に応じ医療審議会と協力して地域保健に関する戦略計画、年間活動計画及び資金計画の策定を促進する。 2-3 PHCサービスの強化に係る機材を整備する。 2-4 整備されたプロトコル・マニュアル及び年間活動計画に沿ったPHCサービスの実施を促進する。 2-5 予防措置をとるための死亡症例検討会を組織化する。 2-6 第5衛生行政区のUSFの活動に関するモニタリングを実施する。</p> <p>3-1 継続的な研修調整委員会を構築する。 3-2 第5衛生行政区のPHCに係る保健人材 (USFを構成する医師・看護師・助産師・保健推進員) の研修プログラムを策定する。 3-3 研修プログラム実施のためのマニュアル・教材を作成する。 3-4 研修を実施する。 3-5 研修のモニタリング・評価・フィードバックを行う。</p> <p>4-1 救急連絡体制を整備する。 4-2 救急連絡体制構築に必要な機材を補充する。 4-3 救急連絡体制の運用に係る人材を育成する。 4-4 モニタリングを行い、必要に応じ救急連絡体制の見直しを行う。</p>	<p>投入 (Inputs)</p> <p>【日本】 専門家派遣： 長期専門家：チーフアドバイザー、地域保健、業務調整/組織強化 等 短期専門家：公衆衛生、看護教育、等 研修受入れ：本邦研修、第三国研修 機材供与：PHC関連基本医療機材 (母子保健、救急関連等)、車両等 研修実施、教材作成等 【パラグアイ】 CPの配置、CP経費、プロジェクト事務所スペースの提供、事務所維持経費等</p>	<p>研修を受けた人材がPHCにかかわり続ける。</p> <p>【前提条件】 厚生省と県衛生局の予算が確保される。</p> <p>PHCに係る実施体制が変更されない。</p>

投入実績リスト

1 本プロジェクトに対する日本人専門家の派遣実績

専門家氏名	指導分野	派遣期間	派遣前の所属
小川 正子	チーフアドバイザー	2012年2月20日～2012年3月22日 2012年5月23日～2012年6月21日 2012年8月5日～2012年9月13日 2012年11月9日～2012年12月8日 2013年6月22日～2015年6月21日	聖マリア学院大学
三上 雅弘	業務調整	2012年5月10日～2014年5月9日	青年海外協力協会
鷹野 和美	調査研究	2012年11月26日～2012年12月8日 2013年8月13日～2013年8月27日	れんげメディカルグループ 東京大学大学院医学系研究科
神谷 睦美	地域保健	2013年5月21日～2013年12月8日	国際開発機構

2 カウンターパートの配置実績

C/Pの氏名及び役職	専門分野	研修期間	技術移転を行った専門家氏名	実施期間での勤務期間	備考
エステル・ナハロ (APS 総局長)		2012年2月21日～25日 (エルサルバドル第三国研修)	小川正子	2012年2月1日～2012年6月30日	
ニコラス・タナカ (APS 総局長)		2012年2月21日～25日 (エルサルバドル第三国研修)	小川正子	2012年7月1日～2013年1月31日	
ヘレン・ナルティエー・スターク (APS 総局長)			小川正子	2013年2月1日～2013年8月14日	
ウェスリー・シュミット (APS 総局長)		2013年12月9日～14日 (エルサルバドル第三国研修)	小川正子	2013年9月1日～	
アルト・イララ (APS 総局職員)		2012年2月21日～25日 (エルサルバドル第三国研修) 2013年4月13日～4月30日 (本邦個別研修)	小川正子	2012年2月1日～7月31日	
アンヘル・エステイガ・リビア (企画評価局職員)		2013年10月14日～19日 (エルサルバドル第三国研修)	小川正子	2012年8月1日～	
グアラテ・イス・ガレアーノ (APS 総局職員)		2013年4月13日～4月30日 (本邦個別研修)	小川正子	2012年12月1日～	

エリヒオ・カンパシーノ(第 5 衛生行政区局長)			小川正子	2012 年 2 月 1 日～2013 年 8 月 14 日	
ルイス・ビシジャール(第 5 衛生行政区局長)		2013 年 12 月 9 日～14 日(エルサルバドル第 3 国研修)	小川正子	2013 年 8 月 15 日～	
フロンティノ・サハタ(第 5 衛生行政区 APS コーディネーター)		2012 年 2 月 21 日～25 日(エルサルバドル第 3 国研修)	小川正子 三上雅弘	2012 年 2 月 1 日～	
ロドリゲス・カステイジョ(第 5 衛生行政区 コーディネーター)		2013 年 4 月 13 日～4 月 30 日(本邦個別研修)	小川正子 三上雅弘 神谷睦美	2012 年 9 月 1 日～2013 年 8 月 31 日	
リス・ラミレス(第 5 衛生行政区 APS コーディネーター)		2013 年 12 月 9 日～13 日(エルサルバドル第 3 国研修)	小川正子 三上雅弘 神谷睦美	2013 年 9 月 1 日～	
エロイ・レカルテ(第 5 衛生行政区 APS コーディネーター)		2013 年 12 月 9 日～14 日(エルサルバドル第 3 国研修)	小川正子 三上雅弘 神谷睦美	2012 年 9 月 1 日～	

3 研修員の受入実績

(氏名、役職、研修分野、研修期間、受入機関等)

研修員氏名	役職	研修分野	研修期間	受入機関	備考
無し					

4 現在の供与機材の維持管理体制

プロジェクト本部・地方事務所の供与機材については、プロジェクト期間中は日本人専門家が維持管理を行なっている。また、カアグアス県内の USF に供与された機材については、各 USF の代表者が機材管理担当者となり、故障等の問題が発生した場合はカアグアス県衛生行政区に報告を入れ、修理等の対応をとっている。車輛については、購入時に保健福祉省の名義で購入していることから、基本的に保健福祉省が維持管理を行なっているが、保健福祉省が対応できない点等については、プロジェクトで対応を行なっている。

5 人員の推移(協力開始から現在まで)

厚生省 APS 総局 2011 年度・2012 年度 職員数 28 名、2013 年度 職員数 31 名

カアグアス県保健衛生局 2011・2012 年度 職員数 46 名、2013 年度 職員数 50 名

6 日本側ローカルコスト投入実績

費目	2011年度	2012年度	2013年度(2013年12月31日まで)	合計	備考
在外事業強化費		Gs. 370, 831, 950	Gs. 496, 608, 900	Gs. 866, 689, 300	
在外事業強化費 第三国専門家派遣-JICA事務所	Gs. 14, 342, 100 US\$8, 020	Gs. 46, 682, 550 US\$21, 698	Gs. 4, 606, 800 USD 37, 593	Gs. 65, 631, 450 USD 67, 311	
供与機材費	USD108, 600	USD328, 694	調達中	USD 437, 294	
合計	Gs. 14, 342, 100 USD 116, 620	Gs. 417, 514, 500 USD 350, 392	Gs. 500, 464, 150 USD 37, 593	Gs. 932, 320, 750 USD 504, 605	

7 R/D等において規定されている相手国負担事項、予算、実績

費目	2011年度	2012年度	2013年度	合計	備考
C/P人件費	Gs. 72, 000, 000	Gs. 489, 600, 000	Gs. 662, 400, 000	Gs. 1, 224, 000, 000	
燃料代	Gs. 22, 124, 000	Gs. 158, 383, 000	Gs. 156, 570, 000	Gs. 337, 077, 000	
電気代	Gs. 7, 020, 000	Gs. 46, 286, 000	Gs. 50, 400, 000	Gs. 103, 706, 000	
水道代	Gs. 1, 680, 000	Gs. 10, 080, 000	Gs. 10, 286, 000	Gs. 22, 046, 000	
合計	Gs. 102, 824, 000	Gs. 704, 349, 000	Gs. 879, 656, 000	Gs. 1, 686, 829, 000	

以上

第三国専門家一覧

	指導分野	派遣期間	派遣前の所属
コンスエロ・オラーノ・デ・エリアス	保健各種委員会運営管理指導	2012年8月27日～2012年9月12日	元エルサルバドル厚生省看護課長補佐
フォアキン・アルベルト・マカル	マニュアル・ガイドの改訂	2012年9月9日～2012年9月22日	エルサルバドル厚生省サンタアナSIBASHI医系技官
	研修マニュアル・研修プログラム・研修教材の作成	2012年11月10日～2012年12月1日	
	ESF能力強化研修の実施	2013年10月2日～2013年10月12日	
コンセプション・カスターネダ	研修マニュアル・研修プログラム・研修教材の作成	2012年11月10日～2012年12月4日	エルサルバドル厚生省看護課長
	ESF能力強化研修の実施	2013年10月2日～2013年10月12日	
ノルマ・レイノッサ	ESF能力強化研修の実施	2013年10月2日～2013年10月12日	エルサルバドル厚生省看護課職員
リカルド・アルシデス・リベラ	ESF能力強化研修の実施	2013年10月2日～2013年10月12日	ラス・ピレタスUCCFB保健プロモーター
アナ・コンセプション・ブラン	ESF能力強化研修の実施(教材作成)	2013年10月20日～2013年10月26日	エルサルバドル教材作成委員会

国別研修及び第三国研修参加者一覧

本邦研修

研修員氏名	派遣期間	役職
アルド イララ	2013年4月13日～2013年4月30日	厚生省副大臣官房プロジェクト調整担当官
ロウルデス カステイージョ	2013年4月13日～2013年4月30日	カアグアス県衛生局コーディネーター
グラディス ガレアーノ	2013年4月13日～2013年4月30日	厚生省PHC総局JICAプロジェクト副コーディネーター

第三国(エルサルバドル)研修

研修員氏名	派遣期間	役職
エステル ナバロ	2012年2月21日～2012年2月25日	厚生省PHC総局長
ニコラス タナカ	2012年2月21日～2012年2月25日	厚生省PHC総局職員
アルド イララ	2012年2月21日～2012年2月25日	厚生省PHC総局職員
フロレンティーノ サパタ	2012年2月21日～2012年2月25日	カアグアス県衛生局PHCコーディネーター
エドワルド フェレイラ	2012年2月21日～2012年2月25日	カアグアス県衛生局看護課長
小川 正子	2012年2月21日～2012年2月25日	JICAプロジェクトチーフアドバイザー
宇多川 祐樹	2012年2月21日～2012年2月25日	JICAパラグアイ事務所所員
林 りさ	2012年2月21日～2012年2月25日	JICAパラグアイ事務所所員
小川 正子	2013年10月14日～2013年10月19日	JICAプロジェクトチーフアドバイザー
アンヘル エスティガリビア	2013年10月14日～2013年10月19日	厚生省企画評価総局職員(JICAプロジェクトコーディネーター)
パトリシア ヒメネス	2013年12月9日～2013年12月14日	厚生省企画評価総局長
カルロス ロメロ	2013年12月9日～2013年12月14日	厚生省医療サービスネットワーク総局長
ウエスリー シュムイド	2013年12月9日～2013年12月14日	厚生省PHC総局長
ルイス ビジャール	2013年12月9日～2013年12月14日	カアグアス県衛生局長
ペイ ファン チュング	2013年12月9日～2013年12月14日	厚生省PHC総局職員
エロイサ リカルデ	2013年12月9日～2013年12月14日	カアグアス県衛生局PHCコーディネーター
リス ラミーレス	2013年12月9日～2013年12月13日	カアグアス県衛生局コーディネーター

供与機材(現況)の一覧表

番号	品目	メーカー	モデル	単価 USD	数量	計 USD	現在の稼働 の有無	非稼働の 場合いつ からか及 びその理 由	備考
11-01~02	コピー機	KYOCERA	TASKalfa-5500i	7,295	2	14,590	有		
11-03	金庫			1,143	1	1,143	有		
11-04~05	車輛(四輪駆動車)	NISSAN	PATROL	38,000	2	76,000	有		
11-06~09	ノートパソコン	TOSHIBA	P755-S5383	984	4	3,936	有		
11-10~11	無停電電源装置	APS	BLAZER 1000	94	2	188	有		
11-12~13	カラーレーザープリンター	BROTHER	HL3070CW	570	2	1,140	有		
11-14	モノクロレーザープリンター	HP	P3015DN	866	1	866	有		
11-15~16	プロジェクター	EPSON	S10	731	2	1,462	有		
11-17~18	プロジェクタースクリーン	KLIPS	KPS103	160	2	320	有		
11-19~20	ビデオカメラ	SONY	DCR-SX85	309	2	618	有		
11-21~23	デジタルカメラ	SONY	DSC-W610	138	3	414	有		
11-24~25	ホワイトボード		1.50×1.20	164	2	328	有		
11-26~30	事務椅子	SILVESTRI		417	5	2,085	有		
11-31~33	事務机(引出6段)	SILVESTRI	1.55x0.75x0.75	393	3	1,179	有		
11-34	事務机(引出6段)	SILVESTRI	1.80x0.75x0.75	500	1	500	有		
11-35	L型事務机	SILVESTRI	1.70x0.70x0.75	607	1	607	有		
12-01~36	成人用体重計	BALMAK	SLIMTOP-150	59	36	2,124	有		
12-37~72	小児用体重計	DETECTO	HS25KGP	191	36	6,876	有		
12-73~92	成人用血圧計	GIMA	32704	28	20	560	有		
12-93~121	小児用血圧計	GIMA	32704-32910	37	29	1,073	有		
12-122~149	聴診器	GIMA	32534	54	28	1,512	有		
12-150~169	ネブライザー	GIMA	28085-28086-28082	178	20	3,560	有		
12-170~206	ノートパソコン	HP	4530S	824	37	30,482	有		
12-207~237	モノクロレーザープリンター	HP	LASERJET PRO P1102W	156	31	4,833	有		
12-238~239	ノートパソコン	HP	HP4530S	829	2	1,659	有		
12-240~280	ドップラー	SONOTRAX	SONOTRAX PRO 3MHZ	383	41	15,703	有		

添付資料5.

12-281	会議机	MIRNO		427	1	427	有		
12-282~288	ノートパソコン	ACER	5733	735	7	5,145	有		
12-289~290	プロジェクター	EPSON	S12	555	2	1,110	有		
12-291	車輛(ピックアップ)	MITSUBISHI	TRITON	22,500	1	22,500	有		
12-292~311	成人用血圧計	GIMA	YTON	23	20	457	有		
12-312~316	成人用体重計	BALMAK	SLIMTOP-150	48	5	240	有		
12-317~318	アンプ内蔵スピーカー	ECOPOWER	EP1291	235	2	470	有		
12-319	会議机	BARTOMEU		407	1	407	有		
12-320	冷蔵庫	MIDAS	MD-HE88	258	1	258	有		
12-321	会議机	COLORPLAST		248	3	744	有		
12-312~316	救急車(四輪駆動タイプ)	NISSAN	PATROL	61,950	2	123,900	有		
12-312~316	救急車(4X2)	NISSAN	FRONTIER	61,900	2	123,800	有		
13-01~40	電子体温計	OMRON	MC-343F	11	40	440	有		
13-41~80	聴診器	3M	LITTMANN CLASSIC II	147	40	5,880	有		
13-81~107	ネブライザー	ASPEN	NU320	123	27	3,321	有		
13-108~114	ドップラー胎児心音計	SONOTRAX	SONOTRAX PRO	381	7	2,667	有		
13-115	超音波診断装置	CAREWELL	CUS9618F	9,950	1	9,950	有		
13-116~118	心電図検査装置	EDAN	SE-3	2,500	3	7,500	有		
13-119~121	電解質分析装置	DIESTRO	103AP	4,857	3	14,570	有		
13-122~124	血液凝固分析装置	DRAKE		1,800	3	5,400	有		
13-125~127	マクロ遠心分離機	PRESVAC	DCS-16RV	795	3	2,385	有		
13-128~130	ミクロ遠心分離機	PRESVAC	CMH-28	700	3	2,100	有		
13-131~133	分光光度計	MINDRAY	BA-88A	3,000	3	9,000	有		
13-134~136	培養器	KACIL	BM-02	509	3	1,527	有		
13-137~139	滅菌器	QUIMIS	Q317M-23	1,090	3	3,270	有		
13-140~142	顕微鏡	LABOVISION	AXL	550	3	1,650	有		

活動計画表(PO)
プライマリーヘルスケア体制強化プロジェクト

16 Junio 2011
Ver. 0

	1年目												2年目												3年目												4年目												実施責任者
	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	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
長期専門家:チーフアドバイザー																																																	
長期専門家: 地域保健																																																	
長期専門家: 組織強化/業務調整																																																	
短期専門家:																																																	
短期専門家:																																																	
本邦研修																																																	
第三国研修																																																	
中間レビュー																																																	
終了時評価																																																	

1.厚生省において、保健医療サービス(USFを含む)におけるPHC体制が明確にされる。

1-1 第5衛生行政区における保健医療サービスに係るベースライン調査を行う。	■																																																PHC総局 保健サービス総局 人材総局 INS INEPEO 県衛生局
1-2 既存の規則等を見直し、PHC戦略に係る保健医療サービス統合ネットワーク(RISS)の責任・役割分担を決定し、既存の規程について必要に応じ改訂を行う。	■																																																
1-3 USFの活動内容とPHC体制の構築に向けた実施体制をレビューし、必要に応じ改訂する。	■																																																
1-4 周辺県に対し、プロジェクトの成果を普及する研修を行う。													■																								■												

2.USFの活動地域で、保健医療サービス機関及び行政機関の運営管理能力が向上する。

2-1 USFの活動に係るプロトコル・マニュアル等を整備する。	■																																																
2-2 状況に応じ医療審議会と協力して地域保健に関する戦略計画、年間活動計画及び資金計画の策定を促進する。	■												■												■												■												PHC総局 保健サービス総局 県衛生局
2-3 PHCサービスの強化に係る機材を整備する。	■																																																

	1年目												2年目												3年目												4年目												実施責任者
	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	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
2-4 整備されたプロトコル・マニュアル及び年間活動計画に沿ったPHCサービスの実施を促進する。	[Gantt chart showing activity from month 1 to 48]																																																県保健審議会
2-5 予防措置をとるための死亡症例検討会を組織化する。	[Gantt chart showing activity from month 1 to 48]																																																
2-6 第5衛生行政区のUSFの活動に関するモニタリングを実施する。	[Gantt chart showing activity from month 1 to 48]																																																
3. USFの能力が向上する。																																																	
3-1 継続的な研修調整委員会を構築する。	[Gantt chart showing activity from month 1 to 48]																																																PHC総局 人材総局 INS INEPEO 県衛生局
3-2 第5衛生行政区のPHCに係る保健人材(USFを構成する医師・看護師・助産師・保健推進員)の研修プログラムを策定する。	[Gantt chart showing activity from month 1 to 48]																																																
3-3 研修プログラム実施のためのマニュアル・教材を作成する。	[Gantt chart showing activity from month 1 to 48]																																																
3-4 研修を実施する。	[Gantt chart showing activity from month 1 to 48]																																																
3-5 研修のモニタリング・評価・フィードバックを行う。	[Gantt chart showing activity from month 1 to 48]																																																
4. 県レベルにおける救急連絡体制が確立される。																																																	
4-1 緊急連絡体制を整備する。	[Gantt chart showing activity from month 1 to 48]																																																PHC総局 SEME 保健サービス総局 県衛生局
4-2 緊急連絡体制構築に必要な機材を補充する。	[Gantt chart showing activity from month 1 to 48]																																																
4-3 緊急連絡体制の運用に係る人材を育成する。	[Gantt chart showing activity from month 1 to 48]																																																
4-4 モニタリングを行い、必要に応じ緊急連絡体制の見直しを行う。	[Gantt chart showing activity from month 1 to 48]																																																

Project Design Matrix 改訂案 (中間評価調査団案)

案件名：パラグアイ共和国 プライマリーヘルスケア体制強化プロジェクト

2014年3月6日

協力期間：2012年2月～2016年1月（4年間）

対象地域：カアグアス県（第5衛生行政区）

ターゲットグループ：厚生省、第5衛生行政区におけるPHC活動に関連する職員及びカアグアス県の各レベルの医療審議会、保健医療サービス従事者

裨益対象者：カアグアス県の住民

プロジェクトの要約	指標	指標データ入手手段	外部条件
上位目標			
プロジェクトの対象地域において、母子保健水準が向上する。	1 第5衛生局行政区で妊産婦死亡率が出生10万対50以下になる。(2010年101.7、2011年104.0、2012年49.3、2013年92.7) * 2 第5衛生行政区で1歳未満児死亡率が出生1,000対10以下になる。(2010年14.6、2011年12.0、2012年12.4)	1 県衛生局の統計 2 県衛生局の統計	
プロジェクト目標			
プロジェクト対象地域において、USFを核とした保健医療サービス体制が整備される。	1 カアグアス県のUSFにおける受診者数が2012年に比べ50%増える。(2012年148,113、2013年177,941) *** 2 カアグアス県において、妊娠4カ月までに妊婦健診を受けた率が50%になる。(2010年25.7%、2011年25.3%、2012年40.6%) 3 カアグアス県において、施設分娩率が95%になる。(2010年87.8%、2011年90.1%、2012年90.0%) 4 カアグアス県のUSFにおいて継続的にコントロールされている高血圧患者の数が2012年と比べて50%増加する。(2011年11,059、2012年33,783、2013年38,314)	1-1 USF月報 1-2 県衛生局の統計 1-3 県衛生局の統計 1-4 USFの月報	PHCに係るパラグアイ政府の方向性が維持される。 PHCに関する政府のコミットメント(予算、人的資源、機材等)が維持ないし、増加される。
成果			
1 厚生省において、保健医療サービス（USFを含む）におけるPHC体制が明確にされる。	1-1 USFに関する諸業務公的文書が整理され、改訂が行われ、公的に認証される。 ** (現時点では0)	1-1 改訂されたマニュアルやプロトコル、その他文書	
2 カアグアス県におけるUSF活動に関係する保健行政機関、保健サービス提供機関及びガバナンス（医療審議会）の運営管理能力が向上する。	2-1 USFの基礎的機能評価の数値が改善される。(現時点では未実施) 2-2 県衛生局が定期的に行ったモニタリングが100%になる。(現時点では活動が開始されたばかりであるため0%) 2-3 USF活動の年間資金計画が策定した市医療審議会の数が増える。(現状は要確認、最大21)	2-1 県衛生局のアセスメント記録・報告 2-2 県衛生局のモニタリング記録・報告 2-3 USFの記録・報告または、県衛生局のモニタリング記録・報告	地域審議会に人員が適切に配置されている。 研修委員会に人員が適切に配置されている。 USFの基礎保健サービスが円滑に遂行できるための基礎的機材や薬品が確保される。
3 カアグアス県におけるUSFの包括的マネジメント能力（臨床的、行政的、住民参加促進）が向上する。	3-1 研修中央委員会によって認定された研修教材を用いて、実施された研修を受講したUSFメンバーの数が500以上になる。(現時点では0) 3-2 コミュニティでの健康教育の講習の数が増加し、終了時評価時点で2,000を超える。(2011年813、2012年1,317、2013年1,337)	3-1 県衛生局のモニタリング記録・報告、プロジェクト報告書 3-2 USFの月報	USFにおける人員が適切に配置される。
4 県レベルの救急連絡体制の確立が支援される。	4-1 USFから出産のために搬送された妊婦数が増加する。(現時点では0)	4-1 USFの記録・報告または、県衛生局のモニタリング記録・報告	

活 動	投 入		
	<日本側>	<パラグアイ側>	
1-1 第5衛生行政区における保健医療サービスに係るベースライン調査を行う。			<p>政権交代による幹部の人事異動が必要以上に起こらない。 SEMEのリソースが円滑に活用できる。</p> <hr/> <p>前提条件</p> <hr/> <p>厚生省と県衛生局の予算が確保される。 PHCに係る実施体制が変更されない。</p>
1-2 USFに関連する公的文書を整理し、実態に応じた改訂を通して承認作業を行う。			
1-3 カアグアス県で策定されたUSF機能評価の標準化を中央レベルで行う。	専門家派遣	カウンターパートの配置	
1-4 カアグアス県におけるUSFモデルの全国普及のための戦略を策定する。	長期専門家：チーフアドバイザー、業務調整、地域保健	カウンターパート経費	
1-5 カアグアス県におけるUSFモデル普及のための広報教材等を作成する。	短期専門家：IEC、調査研究	プロジェクト事務所スペースの提供	
1-6 USFモデルの全国及び国際的普及のための各種フォーラムの開催及び、共催支援を通して広報活動の強化を行う。	研修受入れ：本邦研修、第三国研修 機材供与：PHC関連基本医療機材（母子保健、救急関連等）、車両等	事務所維持経費等	
2-1 USFの基礎機能評価基準を明確にし、モデルの策定の基準とする。			
2-2 上記の機能評価に基づいて定期的に既存のUSFの機能評価を行う。	研修実施、教材作成等		
2-3 医療審議会とUSFが協力し、USF活動に関する戦略計画及び年間活動資金計画を策定し、実施・評価を行う。			
2-4 USF活動の定期的モニタリングを促進し、指導監督機能を促進する。			
2-5 カアグアス県におけるUSF長期戦略計画（財政戦略、人材戦略、開発戦略等）を策定する。			
2-6 PHCサービス強化に係る基礎的機材を整備する。			
3-1 研修中央委員会、研修地方委員会の活動促進を行う。			
3-2 USF活動における基礎的保健人材育成のための研修プログラムを策定し、第5衛生行政区において実施する。			
3-3 現場のニーズに即した補完研修プログラムを策定し、第5衛生行政区において実施する。			
3-4 上記の研修におけるモニタリングと研修効果の評価及びフィードバックを行う。			
3-5 住民参加促進のための戦略的研修プログラムを策定し、実施する。			
3-6 USFのネットワークを強化し、相互のコミュニケーションを促進する。			
4-1 カアグアス県における救急連絡体制の整備をSEMEと協力して支援する。			
4-2 救急連絡体制の実施における基礎的機材の補充及び人材育成をSEMEと協力して支援する。			
4-3 妊産婦搬送における救急連絡体制の見直し等を行い、戦略を練る。			

* USFの情報システムは従来の保健統計システムよりも世帯別の保健情報システムとしてより正確に人口動態及び疾患サービス利用が明確になる特徴がある。本来、国家保健統計システムはUSFモニタリングシステムと同期しなければならず、その指標においても整合性がとられなければならないが、現時点では双方の指標に差異が認められている。今後プロジェクトとしては、USFによる世帯別情報システムを強化し、ポピュレーションベース・デモグラフィックサーベイの構築に向けて努力する必要がある。そのためには、USF域内の乳児、5歳未満児、及び妊産婦死亡の前例を補足して、より正確な保健情報システムの構築を可能にするようなモニタリングシステムをつくることも要検討課題である。

** 現時点では、PHCプロトコルとUSFマニュアルが改訂中である。

*** USFの総受診者数の2012年と2013年の合計数の内訳は以下のとおり。

項目	2012年	2013年
カアグアス県USF診療数	137,968	164,348
カアグアス県自宅診療数	10,145	13,593
合計数	148,113	177,941

3. 調査日程

調査日程

日順	月 日	曜日	時 間	活 動 内 容
1	2月15日	土	15:05	評価分析（中西）成田発
2	2月16日	日	14:35	評価分析（中西）アスンシオン着
3	2月17日	月	09:00	汎米保健機構（PAHO）持続的開発・環境保健アドバイザーへの表敬・聞き取り
			14:00	厚生省プライマリーヘルスケア（PHC）総局長、厚生省PHC総局研修局長への聞き取り
			16:00	厚生省プロジェクト副コーディネーターへの聞き取り
4	2月18日	火	08:00	厚生省プロジェクトコーディネーターへの聞き取り①
			09:00	厚生省企画・評価総局長への表敬・聞き取り
			10:30	厚生省プロジェクトコーディネーターへの聞き取り②
			14:00	厚生省保健医療サービスネットワーク総局長への表敬・聞き取り
			16:00	厚生省院外医療救急サービス（SEME）局長への聞き取り、SEME事務所視察
			18:00	プロジェクト業務調整員への聞き取り
5	2月19日	水	06:30	第5衛生行政区（カアグアス県）へ移動
			09:30	第5衛生行政区PHCコーディネーターへの聞き取り
			10:45	第5衛生行政区長への表敬・聞き取り
			14:00	家庭保健ユニット（USF）の訪問（Potrero Guayaki地区）及び聞き取り
			16:30	第5衛生行政区プロジェクトテクニカルマネジャー1への聞き取り
6	2月20日	木	08:00	カアグアス国立大学学長、看護学部長への表敬・聞き取り
			09:30	調査研究地方委員会メンバー5名への聞き取り
			13:00	USFの訪問（San Joaquin地区）及び聞き取り
			14:30	USFの訪問（Peyupa地区）及び聞き取り
			17:00	第5衛生行政区プロジェクトテクニカルマネジャー2への聞き取り
7	2月21日	金	08:00	研修地方委員会メンバー10名へのグループインタビュー
			10:30	保健ポストの訪問（Capillita地区）及び職員への聞き取り
			12:30	保健ポストの訪問（Yuquyty地区）及び職員への聞き取り
			14:00	USFの訪問（Carandayty地区）及び聞き取り
			15:30	アスンシオンへ移動
8	2月22日	土	10:00	プロジェクトチーフアドバイザーへの聞き取り
			午後	評価報告書案作成、資料・情報整理
9	2月23日	日	終日	評価報告書案作成、資料・情報整理

日順	月 日	曜日	時 間	活 動 内 容
10	2月24日	月	08:30 終日	調査研究中央委員会メンバー3名への聞き取り 評価報告書案作成、資料・情報整理
11	2月25日	火	08:00 12:00 14:00 15:30	研修中央委員会メンバー4名への聞き取り ベースライン調査の結果（一部についての説明）確認 厚生省企画・評価総局長への聞き取り 評価報告書案作成、資料・情報整理
12	2月26日	水	01:10 08:00 10:00 13:40 15:30 17:30	団長・総括（杉下）アスンシオン着 厚生大臣への表敬 国立看護・助産継続教育センター（INEPEO）訪問及び局長への聞き取り 協力企画（大町）アスンシオン着 JICAパラグアイ事務所表敬・打合せ 調査団による協議
13	2月27日	木	07:30 09:00 10:00 15:30 16:30 17:00 18:00	カウンターパートによるプロジェクト進捗状況についてのプレゼンテーション、プロジェクト進捗状況についての確認と意見交換 厚生省PHC総局長への表敬・聞き取り 厚生省企画・評価総局長への聞き取り カアグアス県へ移動 第5衛生行政局プロジェクトテクニカルマネジャーへの聞き取り 第5衛生行政局長への表敬・聞き取り 第5衛生行政局PHCコーディネーターへの聞き取り 調査団による協議
14	2月28日	金	08:00 10:30 13:00 15:30 18:00	カアグアス県知事表敬・聞き取り カアグアス県保健プロジェクト長、カアグアス県医療審議会議長への聞き取り USFへの訪問（Paraguazu地区）及び聞き取り USFへの訪問（Empalado地区）及び聞き取り 地域病院視察及び病院関係者への聞き取り プロジェクト地域看護専門家への聞き取り
15	3月1日	土	09:00 10:00	第5衛生行政区救急調整センター建設予定地の視察及び意見交換 アスンシオンへ移動 調査団による協議、評価報告書案の作成
16	3月2日	日	終日	調査団による協議、プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）改訂案についての協議、資料・情報整理

日順	月 日	曜日	時 間	活 動 内 容
17	3月3日	月	08:00 09:00 10:30 11:30 14:00 19:00	調査研究中央委員会メンバーへの聞き取り 研修中央委員会メンバーへの聞き取り 厚生省保健医療サービスネットワーク総局長への表敬・聞き取り 厚生次官への表敬 合同評価委員会と関係者による評価結果及び報告書案についての協議、報告書案の修正作業 プロジェクトチーフアドバイザーへの聞き取り
18	3月4日	火	08:00 15:00	合同評価委員会と関係者による評価結果及び報告書案についての協議、報告書案の修正、ミニッツ案の修正 PDM改訂案についての日本人関係者への説明と協議
19	3月5日	水	08:00 14:00	評価報告書案の修正、ミニッツ案の修正 PDM改訂案についてのパラグアイ関係者への説明と協議
20	3月6日	木	08:00 13:00 14:00	合同評価報告書の承認手続き、ミニッツの完成 ミニッツ署名 関係者への評価結果についての報告と意見交換
21	3月7日	金	08:00 09:30 午後	在パラグアイ日本大使館報告 JICAパラグアイ事務所報告 資料整理、報告書作成作業の継続
22	3月8日 (3月10日本邦着)	土	12:10 15:15	団長・総括(杉下)アスンシオン発 協力企画(大町)、評価分析(中西)アスンシオン発

4. 主要面談者リスト

主要面談者リスト

	面談対応者	組 織	役 職
1	Mr. Emilio Ramirez Pinto	汎米保健機構 (PAHO)	持続的開発・環境保健アドバイザー
2	Dr. Wesley Schmidt	厚生省プライマリーヘルスケア (PHC) 総局	総局長
3	Dr. Nancy Yegros	厚生省PHC総局研修局	研修局長
4	Dr. Patricia Gimenez	厚生省企画・評価総局	総局長
5	Dr. Carlos Romero	厚生省保健医療サービスネットワーク総局	総局長
6	Lic. Angel Estigarribia	厚生省プロジェクト企画・評価総局職員	プロジェクトマネジャー
7	Lic. Gradys Galeano	国立大学看護大学 (IAB)	教員、プロジェクトサブマネジャー
8	Dr. Raul Latorre	厚生省院外医療救急サービス (SEME)	局長
9	Dr. Luis Villar	第5衛生行政局	局長、プロジェクトサブディレクター
10	Dr. Liz Ramirez	第5衛生行政局	PHCコーディネーター、プロジェクトテクニカルマネジャー
11	Lic. Florentino Zapatta	第5衛生行政局	PHC担当職員、テクニカルサポートスタッフ
12	Lic. Eloisa Recalde	第5衛生行政局	PHC担当職員、テクニカルサポートスタッフ
13	看護師1名、保健技術師2名 (ボランティア)	USF (家庭保健ユニット) Potrero Guayaki地区	USF職員 (看護師)、ボランティア
14	Dr. Pablo Martinez	カアグアス国立大学	学長
15	Lic. Guionar Vireresde Cabello	カアグアス国立大学、調査研究地方委員会	調査研究地方委員会メンバー、看護学部長
16	Dr. Gladys Estigarribia	カアグアス国立大学、調査研究地方委員会	調査研究地方委員会メンバー、教員
17	Dr. Patricia Rios	カアグアス国立大学、調査研究地方委員会	調査研究地方委員会メンバー、教員
18	Dr. Viviana Cano	カアグアス国立大学、調査研究地方委員会	調査研究地方委員会メンバー、教員
19	Dr. Claudia Soto	カアグアス国立大学、調査研究地方委員会	調査研究地方委員会メンバー、教員

	面談対応者	組 織	役 職
20	Dr. Analia Ortiz	カアグアス国立大学、調査研究地方委員会	調査研究地方委員会メンバー、研究員
21	医師1名、看護師1名、准看護師1名、助産師1名、保健推進員3名、JOCV1名	USF San Joaquin地区	職員7名、青年海外協力隊員（JOCV）1名
22	医師1名、准看護師1名、保健推進員3名	USF Peyupa地区	職員
23	Benjamina Britez	研修地方委員会、第5衛生行政局	委員会メンバー、PHC担当職員
24	Lic. Adela Ortiz	研修地方委員会、第5衛生行政局	委員会メンバー、リプロダクティブヘルス長
25	Lic. Elva Colman	研修地方委員会、第5衛生行政局	委員会メンバー、予防推進担当者
26	Lic. Gabriela Garcete	研修地方委員会、第5衛生行政局	委員会メンバー、看護調整担当者
27	Lic. Soledad Villalba	研修地方委員会、USF	委員会メンバー、看護師
28	Dr. Alexis Benitez	研修地方委員会、USF	委員会メンバー、医師
29	Celsa Salinas	研修地方委員会、USF	委員会メンバー、保健推進員
30	Gustavo Rivas	研修地方委員会、USF	委員会メンバー、准看護師
31	准看護師1名	保健ポスト Capillita地区	職員
32	准看護師2名	保健ポスト Yuquyty地区	職員
33	看護師3名	USF Carandayty地区	職員
34	Dr. Stella Cabral	厚生省企画・評価総局研究局	研究局長、調査研究中央委員会コーディネーター
35	Lic. Patricia Lima	厚生省成果管理局	職員、調査研究中央委員会サブコーディネーター
36	Dr. Pasionaria Ramos	厚生省保健監視局	職員、調査研究中央委員会メンバー
37	Dr. Aldo Irala	厚生省企画・評価総局、プロジェクト企画・評価局長	企画・評価局長
38	Dr. Alicia Macedo	研修中央委員会	委員会メンバー
39	Aux. Gabriela Del Valle	研修中央委員会	委員会メンバー
40	Aux. Lucilda Arguello	研修中央委員会	委員会メンバー
41	Ramona Benegas	研修中央委員会	委員会メンバー
42	Lic. Estela Rivas	国立看護・助産継続教育センター（INEPEO）、継続教育局、研修中央委員会	継続教育局長、委員会メンバー

	面談対応者	組 織	役 職
43	Dr. Pei Huan Chung	厚生省PHC総局、研修中央委員会	総局職員、委員会メンバー
44	Dr. Gladys Marichal	厚生省PHC総局、研修中央委員会	総局職員、委員会メンバー
45	Lic. Estela Lobos	厚生省PHC総局、研修中央委員会	総局職員、委員会メンバー
46	Gladys Marichal	INEPEO	局長
47	Abog. Mario Varela	カアグアス県庁	知事
48	Dr. Carlos Coronel	カアグアス県庁、カアグアス県地域病院	カアグアス県庁保健プロジェクト長、救急救命センター長
49	Dr. Ramon Maldonado	カアグアス県庁、保健医療審議会	カアグアス県医療審議会長
50	看護師1名、准看護師2名、保健推進員3名、保健ボランティア2名、医療サブ審議会長、地域住民2名	USF Paraguazu地区	職員、医療サブ審議会長、保健ボランティア、地域住民
51	看護師1名、准看護師1名	USF Empalado地区	職員（看護師）1名、ボランティア1名
52	Dr. Mauro Rene Zalada Bonzi	カアグアス県地域病院	医師、副院長
53	小川 正子	PHC体制強化プロジェクト	専門家（チーフアドバイザー）
54	三上 雅弘	PHC体制強化プロジェクト	専門家（業務調整）
55	神谷 陸美	PHC体制強化プロジェクト	専門家（地域保健）

