

大洋州地域
地域保健看護師のための
「現場ニーズに基づく現任研修」
強化プロジェクト
終了時評価調査報告書

平成26年5月
(2014年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

人間
JR
14-061

大洋州地域
地域保健看護師のための
「現場ニーズに基づく現任研修」
強化プロジェクト
終了時評価調査報告書

平成26年5月
(2014年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

序 文

世界保健機構（World Health Organization : WHO）によると、全世界で 400 万人の保健人材が不足しており、人材育成はミレニアム開発目標（Millennium Development Goals : MDGs）達成にあたって喫緊の課題となっています。近年大洋州地域でも保健人材の海外移住の増加や現任人材の老齢化により、保健現場で活動する人材の不足や労働力の低下が起こっており、このことが、保健サービスの質的低下の一因とされています。

特に大洋州地域では、看護師、助産師、看護補助などの看護職が地域保健サービス現場の中核を成しますが、これまで医師や専門技術者に多くみられた海外移住は、中堅層の看護師においても増加し、その結果、保健現場では中堅層の看護師の減少がみられています。その要因として、看護学校卒業後 3～5 年以上の中堅層といわれる経験者に対する需要が高まり、それによる過重労働、また政治不安や低賃金労働への不満が後押ししていると考えられます。さらに、適正な人材育成計画と人材雇用が実施されてこなかった結果、国内での保健人材配置の地域不均衡や定年看護指導者の後継者不在等が起り、地域保健サービス供給に影響を与えています。一方で、海外移住については個人の選択の自由と社会経済的要因を含み、移住抑制策などを強行して解決できる問題ではないため、各国保健省は自国の政策で可能な限りの労働者保護策やインセンティブ案の導入などの対応を行っています。

こうした状況に対し、独立行政法人国際協力機構（JICA）はフィジー共和国において「地域保健看護師現任教育プロジェクト」（2005～2008 年）を実施しました。同プロジェクトでは、フィジー共和国の中部地方において、地域保健看護師のための「現場ニーズに基づいた現任研修」のモデルを開発し、パイロット地域において一定の成果を上げました。しかしながら、モデルの全国的・地域的な普及に必要なエビデンスの確立、国家政策への組み込みがなされておらず、それを発展させるべく、大洋州 3 カ国（フィジー共和国・トンガ王国・バヌアツ共和国）から要請があり、JICA は「大洋州地域地域保健看護師のための『現場ニーズに基づく現任研修』強化プロジェクト」（以下、本プロジェクト）を 2010 年 10 月より約 3 年間の期間で実施いたしました。

2014 年 2 月の本プロジェクトの終了に先立ち、プロジェクトの進捗状況の確認、評価 5 項目による評価を行うことを目的として、2013 年 8 月～9 月に調査団を派遣し、終了時評価調査を実施いたしました。本報告書は、同調査結果を取りまとめたものであり、今後類似のプロジェクトに活用されることを願うものです。

ここに、本調査にご協力頂いた内外関係者の方々に深い謝意を表しますとともに、引き続き一層のご支援をお願い申し上げます。

平成 26 年 5 月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 戸田 隆夫

目 次

序 文

目 次

プロジェクトの位置図

写 真

用語一覧

評価調査結果要約表（フィジー共和国）

評価調査結果要約表（トンガ王国）

評価調査結果要約表（バヌアツ共和国）

第1章 終了時評価調査の概要.....	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的.....	1
1-2 調査団の構成.....	1
1-3 調査日程.....	2
1-4 プロジェクトの概要.....	4
第2章 終了時評価調査の方法.....	6
2-1 評価手法.....	6
2-2 評価5項目.....	6
第3章 フィジー.....	8
3-1 プロジェクトの実績と実施プロセス.....	8
3-1-1 投 入.....	8
3-1-2 実 績.....	9
3-1-3 実施プロセスの検証.....	17
3-2 評価結果.....	19
3-2-1 妥当性.....	19
3-2-2 有効性.....	20
3-2-3 効率性.....	20
3-2-4 インパクト.....	21
3-2-5 持続性.....	22
3-2-6 結 論.....	22
3-3 提言と教訓.....	23
3-3-1 提 言.....	23
3-3-2 教 訓.....	23
第4章 トンガ.....	24
4-1 プロジェクトの実績と実施プロセス.....	24
4-1-1 投 入.....	24

4-1-2	実 績	25
4-1-3	実施プロセスの検証	31
4-2	評価結果	32
4-2-1	妥当性	32
4-2-2	有効性	33
4-2-3	効率性	33
4-2-4	インパクト	34
4-2-5	持続性	35
4-2-6	結 論	35
4-3	提言と教訓	36
4-3-1	提 言	36
4-3-2	教 訓	37
第5章	バヌアツ	38
5-1	プロジェクトの実績と実施プロセス	38
5-1-1	投 入	38
5-1-2	実 績	39
5-1-3	実施プロセスの検証	44
5-2	評価結果	45
5-2-1	妥当性	45
5-2-2	有効性	46
5-2-3	効率性	46
5-2-4	インパクト	47
5-2-5	持続性	48
5-2-6	結 論	49
5-3	提言と教訓	50
5-3-1	提 言	50
5-3-2	教 訓	50
第6章	3カ国総括	51
第7章	評価総括/所感	54
7-1	団長総括/所感	54
7-2	技術参与総括/所感	55
付属資料		
1.	主要面談者	61
2.	終了時評価調査協議議事録（ミニッツ）	66
3.	PDM	164
4.	評価グリッド	172

5. 投入リスト.....	178
---------------	-----

プロジェクトの位置図

(1) フィジー共和国



出典 : <http://www.ezilon.com/maps/images/oceania/Fiji-physical-map.gif>



出典 : フィジー共和国保健省

(2) トンガ王国



出典 : <http://www.oceania-maps.com/tonga.htm>

(3) バヌアツ共和国



出典： <http://www.maps-oceania.com/vanuatu.htm>

写 真

(1) フィジー共和国



看護ステーション



中東部地方保健事務所



看護ステーションの地域保健看護師



ミニッツ署名

(2) トンガ王国



ヘルスセンター



ヘルスセンターの地域保健看護師への聞き取り



合同調整委員会

(3) バヌアツ共和国



ヘルスセンターの地域保健看護師への聞き取り



看護指導官等の関係者との協議



合同調整委員会



保健次官との協議

用 語 一 覧

英 文	略語	和文・意味
Annual Performance Appraisal/Assessment	APA	年次職務査定
Australian Agency for International Development, The	AusAID	オーストラリア国際開発庁
Business Plan		ビジネスプラン（地方レベルの年次計画）
Chief Nursing Officer	CNO	看護部長（トンガ）
Community Health Nurse	CHN	地域保健看護師
Competency Assessment	CA	能力評価
Competency Standard	CS	能力基準
Continuous Professional Development	CPD	継続的職能開発
Corporate Plan		保健省の年次計画（フィジー）、3年計画（トンガ）
Development Assistance Committee	DAC	（経済協力開発機構）開発援助委員会
Director of Nursing Services	DNS	看護部長（フィジー）
Division		地方（フィジー）
Divisional Health Office		地方保健事務所（フィジー）
Divisional Health Sister	DHS	地方保健事務所看護師長（フィジー）
Divisional In-Service Training Coordinator	D-ISTC	地方 IST コーディネーター（フィジー）
Divisional Medical Officer	DMO	地方保健事務所長（フィジー）
Fiji College of Nursing	FCN	フィジー看護カレッジ: 看護審議会の下に 2012 年につくられた IST を提供する機関
Fiji Health Sector Support Program	FHSSP	AusAID が支援する保健プログラム（2011 年 7 月～）
Fiji National University	FNU	フィジー国立大学
Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, The	GFATM	世界エイズ・結核・マラリア対策基金、グローバル・ファンド
Health Sister		看護主任（フィジー）
Human Resource Information System	HRIS	人材情報システム（フィジー）
In-Service Training	IST	現任研修（長期・短期、フォーマル、インフォーマルすべてを含む）
IST Coordinator	ISTC	IST コーディネーター
Japan International Cooperation Agency	JICA	独立行政法人国際協力機構
Japan Overseas Cooperation Volunteers	JOCV	青年海外協力隊（シニアを含む）
Job Descriptions	JD	職務規定書（トンガ、バヌアツ）

Joint Coordination Committee	JCC	合同調整委員会
Millennium Development Goals	MDGs	ミレニアム開発目標
Monitoring and Evaluation	M&E	モニタリング評価
National Health Executive Committee	NHEC	国家保健執行委員会（フィジー保健省）
National IST Coordinator	N-ISTC	国家 IST コーディネーター（フィジー）
National Training Committee	NTC	国家研修委員会（フィジー）
Need-Based In-Service Training	NB-IST	現場ニーズに基づく現任研修
Non-Communicable Disease	NCD	非感染症（主に生活習慣病を指す）
Nurse Practitioner	NP	ナース・プラクティショナー：一定の医療処置まで実施する上級看護師
Nursing Council		看護審議会
Nursing Decree		看護法令
Nursing Service Manger	NSM	州看護師長（バヌアツ）：新体制移行後に設置される職位
Nursing Station		看護ステーション：フィジーにおける最下位の医療施設で、常駐するのは通常看護師 1 名のみ
Nursing Supervisor		看護指導官、地域看護における中間管理職
Organisation for Economic Co-operation and Development	OECD	経済協力開発機構
Pacific Human Resources for Health Alliance	PHRHA	大洋州保健人材同盟
Plan of Operation	PO	活動計画
Position Descriptions	PD	職務規定書（フィジー）
Post-Training Supervisory Visit	PTSV	研修後実地指導
Primary Health Care	PHC	プライマリ・ヘルス・ケア
Project Design Matrix	PDM	プロジェクト・デザイン・マトリックス
Provincial Health Office	PHO	州保健事務所（バヌアツ）
Provincial Health Manager	PHM	州保健事務所長（バヌアツ）
Public Service Commission	PSC	人事院
Queen Salote School of Nursing	QSSN	クイーン・サロテ看護学校（トンガ）
Record of Discussion	R/D	討議議事録
Reproductive Health Nurse	RHN	地域保健看護師（トンガ）
Senior Health Sister, Senior Sister		上級看護主任（フィジー）
Sister-in-Charge	SIC	看護師長：臨床の IST コーディネーター（フィジー）
Sub-division		地区（フィジー）：地方（division）の構成単位
Sub-divisional Health Office		地区保健事務所（フィジー）

Sub-divisional Health Sister	SDHS	地区看護師長（フィジー）
Supervision and Coaching	S&C	スーパービジョン（監督指導）とコーチング
Supervisory Visit		監督指導訪問（プロジェクト策定のチェックリストに沿ったスーパービジョンを目的とした施設の訪問）
Training Development Committee	TDC	研修開発委員会（トンガ保健省）
United Nations Population Fund	UNFPA	国連人口基金
Vaiola Hospital		ヴァイオラ病院：トンガ唯一の3次医療施設
Vanuatu College of Nursing Education	VCNE	バヌアツ看護教育カレッジ
Vila Central Hospital	VCH	ヴィラ中央病院：バヌアツ唯一の3次医療施設
Village Health Worker	VHW	村落保健ボランティア（バヌアツ）
World Health Organization	WHO	世界保健機関

評価調査結果要約表（フィジー共和国）

1. 案件の概要	
国名：フィジー共和国	案件名：地域保健看護師のための「現場ニーズに基づく現任研修」強化プロジェクト
分野：保健	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：人間開発部保健第三課	協力金額（評価時点）：約 4.5 億円（3 カ国合計）
協力期間 (R/D)：2010 年 10 月～2013 年 10 月 (延長)：2013 年 11 月～2014 年 2 月	先方関係機関：保健省
	日本側協力機関：特定非営利活動法人 HANDS、 (株) コーエイ総合研究所
	他の関連協力：フィジー国地域保健看護師現任教育プロジェクト（2005～2008 年）
1-1 協力の背景と概要	
<p>保健人材の強化はミレニアム開発目標（Millennium Development Goals：MDGs）の達成のためにも喫緊の課題と認識されているが、大洋州地域においては人材の流出のほかに、財政上の制約から十分な人材育成を図ることが困難であり、また育成された医療人材の能力も先進国に比して低い状況にある。フィジー共和国（以下、「フィジー」と記す）では看護職が地域保健サービスの主要な提供者となっていることから、保健指標の改善には地域看護師の能力向上が不可欠であるが、現任の看護師を含む医療従事者に対するスーパービジョンの弱さと、現場で行われるべき継続医療教育の質及び量が課題となっている。</p> <p>わが国は 2005 年 4 月より 3 年間、「フィジー国地域保健看護師現任教育プロジェクト」（以下、「前プロジェクト」）を実施し、中東部地方において地域保健看護師の能力評価とその結果に基づくスーパービジョンとコーチング等を行うとともに、「現場ニーズに基づく現任研修（Need-Based In-Service Training：NB-IST）」の実施モデルを構築・試行し一定の成果を上げた。その後、同モデルを全国的に普及させるための技術協力支援の要請がフィジー政府よりなされ、同様の問題を抱えるトンガ王国（以下、「トンガ」と記す）及びバヌアツ共和国（以下、「バヌアツ」と記す）も含めた大洋州地域を対象とした地域保健看護師のための「現場ニーズに基づく現任研修」強化プロジェクトが 2010 年 10 月より約 3 年間実施されることとなった。</p>	
1-2 協力内容	
<p>本プロジェクトは、前プロジェクトにおける成果を基に、NB-IST の実施モデルの全国的な普及に必要な成果の検証や、それに基づく国家政策の策定のための支援を、保健省本省及び各地方の保健事務所を対象に行うものである。</p>	
(1) 上位目標	
フィジーにおける地域保健サービスの質が向上する。	
(2) プロジェクト目標	
「現場ニーズに基づく現任研修」の仕組みが強化される。	

(3) アウトプット

1. 「現場ニーズに基づく現任研修」が政策として有効になる。
2. 「現場ニーズに基づく現任研修」のための国家標準化されたモニタリング評価 (Monitoring and Evaluation : M&E) システムが実施される。
3. 看護指導官育成のためのマネジメント・パッケージが開発される。
4. 中央及び地方レベルにおける現任研修 (In-Service Training : IST) コーディネーターの役割が強化される。
5. フィジー、トンガ、バヌアツ国内及び各国間 (もしくは3カ国を超えて) において、プロジェクトの進捗及び成果が共有される。

(4) 投入 (2013年7月末現在)

日本側 :

専門家派遣 : 18名 (78.57人月)

研修員受入れ : なし

供与機材 : 112万7,403円

ローカルコスト負担 : 4,945万4,125円

相手国側 :

カウンターパート配置 : 12ポスト、延べ25名

土地・施設提供 : 保健省内プロジェクト執務室、光熱費、オフィス家具の一部

ローカルコスト負担 : 1万5,059フィジードル (78万342円)

2. 評価調査団の概要

調査者	団長 :	花田 恭	国際協力機構	国際協力専門員
	技術参与 :	堀井 聡子	国立保健医療科学院	国際協力研究部 主任研究官
	協力企画 :	山下 祐美子	国際協力機構	人間開発部保健第三課 ジュニア専門員
	評価分析 :	今仁 直美	グローバルリンクマネジメント (株)	研究員
調査期間	2013年8月11~18日、9月14~24日		評価種類 : 終了時評価	

3. 評価結果の概要

3-1 アウトプット・目標の達成度

<アウトプット1> 「現場ニーズに基づく現任研修」が政策として有効になる。

達成されている。

人材育成・研修政策が改訂され、その2012~2015年版が2012年末に完成した。同文書では「現場ニーズに基づく現任研修」を継続的職能開発 (Continuous Professional Development : CPD) の一環と位置づけており、同時に保健省のCPDに対するコミットメントも表明されていることから、NB-ISTを促進する根拠となり得るものである。

<アウトプット2> 「現場ニーズに基づく現任研修」のための国家標準化されたM&Eシステムが実施される。

M&Eシステムは実施されているが、課題も多く残されている。

M&E システムは 2013 年 2 月に最終化され、その実施が始まった。その内容は基本的に NB-IST の仕組みの活動状況を監視する報告システムであり、所定の書式を使い期限内に報告書を提出することが規定されているほか、データ集計のツールなどがセットされている。現時点においては期限内の報告書提出を達成するために、データの質が等閑になっている事例や、データの収集に労力が注がれ、その分析と実務上の活用があまり行われていないという課題があるため、現実的な提出期限を設定し、M&E の理念に関する理解を深め、データの活用を推進することが必要である。また、構築された M&E データベースは、ユーザーである地方保健事務所の看護師長及び地方 IST コーディネーターの多くはエクセルの使用経験がほとんどなく、入力作業を負担と感じているため、その定着にはまだ時間を要する。また現在の書式は、スーパービジョンで特定された課題やその対応策としてとられた活動の記録も残せるよう改善が望まれている。

<アウトプット 3> 看護指導官育成のためのマネジメントパッケージが開発される。
達成されている。

中間レビューの提言を受けて、プロジェクトが行ってきた研修教材等を整理し、実務上有用な「看護指導官のための管理マニュアル」が完成している。これは将来的な看護指導官の研修においてその教材としても使用することができるものであり、プロジェクトでは 2013 年 10 月に予定されている国家保健執行委員会（National Health Executive Committee : NHEC）において保健省の公式文書として承認されることをめざしている。

<アウトプット 4> 中央及び地方レベルにおける IST コーディネーターの役割が強化される。
達成されつつある。

中央・地方 IST コーディネーターは、NB-IST メカニズムを実施するにあたって必要不可欠な役職であり、同職の設置は本プロジェクトの前提条件であった。プロジェクト開始前に職位は設立されたものの、臨時のものであったために職務の遂行に必要な高い技能・資格をもつ者の応募がない、または定着率が悪いという問題に直面した。これまで保健省は、同職位を正式なものとするためにさまざまな試みを行ったものの、公務員の削減を謳う国家政策により実現しなかった。しかし、2013 年 9 月に憲法が改正され、各省人事は次官の管轄事項となったことから、今後その役割や指揮系統について省内で調整したうえで、正式職位として設立される見込みである。IST コーディネーターが職務遂行のために必要なツールである研修履歴データベースは、プロジェクトで簡易なものを構築したが、保健省の人材データベースに統合されるまでの過渡期的な措置として扱われるべきものである。

<アウトプット 5> フィジー、トンガ、バヌアツ国内及び各国間（もしくは 3 カ国を超えて）において、プロジェクトの進捗及び成果が共有される。
達成されている。

3 カ国をつないだテレビ会議はこれまで 3 回実施されており、各国における進捗状況や意見交換が行われた。広域ワークショップはフィジーで 2 度開催され、NB-IST の仕組みを設立した先駆者としてフィジーの経験が共有されたことで、関係者の向上心が芽生えたこ

とが報告されている。このほかにも、国際会議で3度の経験共有の実績があり、国内的にもフィジー国立大学に看護指導官向けの卒後ディプロマ課程が設立された際に、そのカリキュラム策定を積極的に支援し、2013年より開講した同コースでプロジェクト関係者が講義を行うなどの貢献を行っている。

<プロジェクト目標>「現場ニーズに基づく現任研修」の仕組みが強化される。

一定の進捗がみられるものの、指標からみる達成度は限定的である。

指標は①能力評価の実施率、②スーパービジョンの実施率、③看護指導官のマネジメント研修受講率、④NB-ISTの実施率、⑤NB-ISTに関連する指標の各地方年間計画への反映率、であり、終了時評価時に明確に達成されているのは指標③のみである。活動の実施率に関しては、特に離島地域である東部地方において顕著に低く、監督指導訪問やNB-ISTの実施などに必要な資金が保健省レベルで確保されない状況下では、数値目標の達成は困難である。

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性：比較的高い

現行の保健戦略計画（2011～2015年）は重点課題である非感染症及び感染症の対策として地域保健看護師が提供するプライマリ・ヘルス・ケア（Primary Health Care：PHC）に重点が置かれているほか、サービスの質の向上という文脈で医療技術者の継続的な現任研修の重要性が認識されている。本プロジェクトはこうした保健戦略の実施に貢献するものであり、保健省内では看護分野領域を超えて高い関心が寄せられている。また、看護指導官の職務を明確にし、その実施を補助するツールの策定を行った本プロジェクトは、偶発的ではあるが、2009年に起きた突然の管理職の大量退職のあと、後継者としてマネジメントのノウハウのないまま手探りで業務を遂行していた看護指導官の切実なニーズに応えるものであった。さらに、2011年に制定された看護法令により看護師免許の毎年の更新が義務づけられ、その要件として一定時間以上の現任研修の受講が必要になったことから、本プロジェクトは非常に適時適切であったと認識されている。

(2) 有効性：限定的

プロジェクト目標指標の達成度の低さには、プロジェクトそのものの有効性より、むしろNB-ISTの仕組みの有効性の限界が反映されていると分析される。物理的なアクセスが困難な地域のニーズに適切かつ十分に応えるには、離島地域における看護管理体制そのものを見直す必要があると思われる。本プロジェクトのアウトプットのの一つ一つ（アウトプット5を除く）は保健行政、特に看護管理の強化に直接的に資するものであることから、NB-ISTの仕組みの構築・実施は、インパクトとして顕著である看護管理の強化の手段として有効であったといえる。NB-ISTの仕組みは本来、現職看護師の能力強化の手段として位置づけられていたが、こちらの有効性は現時点においては関連データの蓄積がなく、検証できていない。

(3) 効率性：限定的

広域案件として扱われていることから、国別の投入計画は策定されておらず、個別プロジェクトとしての議論は困難であるが、大幅な追加投入がされていることから、効率性は当初の想定ほど高くなかったことが示唆される。その要因としては、①2009年の大量退職の影響で、定着していると認識されていた現任研修の仕組みが弱体化していたこと、②短期間かつシャトル型で運営する本プロジェクトで3度（実際は2度）も調査を実施するデザインとなっていたこと、③能力強化を兼ねた参加型の成果品作成という手法が、オーナーシップの醸成においては非常に有効であった一方で、特に参加者の知識・技術レベルが低い場合、必ずしも効率的な手段ではなかったことなどが挙げられる。日本人専門家が複数国にまたがり活動することで得られる効率性は、一定レベル担保されたと判断されるが、18名にのぼる短期専門家の派遣は、チーム内におけるプロジェクトの概念や進捗の共有を困難にし、プロジェクト運営の効率性に負の影響を及ぼした。

(4) インパクト：比較的大きい

① 上位目標「フィジーにおける地域保健サービスの質が向上する」達成の見込み

能力評価の評点に関する指標のベースラインデータが出揃うのは2013年末となるため、現時点でその達成に関する指標レベルでの予測は困難である。しかし、サービスの質に関しては出勤時間の厳守、利用者に接する態度の改善のほか、NB-ISTを実施した分野の能力向上が既に報告されていることから、一定の向上は望めるものと思われる。高いレベルでの上位目標の達成には、NB-ISTの継続的な実施に加え、新設された看護審議会なども活用してNB-ISTの質を担保すること、NB-ISTの仕組みに関する看護指導官の理解度とコーチング等の技術の向上を図ること、能力評価に関するものを含めたツールのレビューを定期的に行い必要に応じた改訂を施すこと等が、保健省の自助努力によって継続される必要がある。

② その他のインパクト

本プロジェクトは、2009年の大量退職後に政府全体の管理能力が低下している時期のニーズに合致するものであったことから政府の関心も高く、さまざまなインパクトを生み出している。本プロジェクトが開発支援した能力評価ツールの有用性は人事院にも認められ、その概念に沿って全公務員の年次職務査定のツールが改訂されたほか、臨床看護においても独自の能力基準を策定する意向が示されている。また他の医療職も、同様の能力評価ツールや管理マニュアル、現任研修履歴管理帳などの導入に関心を示していることが報告されている。また保健省人事部の研修室は、プロジェクトに刺激されて保健省全体の研修ニーズアセスメントを実施したほか、全職種を網羅した年間現任研修計画の策定を試行し始めている。保健省は人材育成にかかわる一連の活動を、「戦力拡充プロジェクト」としてオーストラリア国際開発庁（Australian Agency for International Development：AusAID）の支援を得て組織的に推進しており、保健セクター全体に影響するインパクトを生み出すことが期待される。

(5) 持続性：可能性は高い

継続的職能開発は保健省の重点分野となっており、NB-IST が研修政策に明記されたほか、応用の利く関連ツールも作成されていることから、プロジェクトが生み出したインパクトの持続発展性は高いと考えられる。NB-IST の仕組み自体に関しては、看護指導官個人への理解度や能力をさらに強化するほか、免許更新制度の導入に伴って現任研修の需要が増大している状況においては、継続的職能開発の役割を担う看護カレッジを機能させ NB-IST の受講料を徴収することも可能であることから、今後システムを適切に整備することで、より持続性の高い仕組みへと発展する可能性が大いにある。

3-3 効果発現の貢献要因

(1) 計画内容に関すること

- ・ 特筆事項なし。

(2) 実施プロセスに関すること

- ・ 地方保健事務所に派遣されている青年海外協力隊（Japan Overseas Cooperation Volunteers：JOCV）との協働により、地方保健事務所の能力強化のほか、中央レベルにおけるツールの作成や地区レベルのモニタリングなどにおいて、大きな成果を得ることができた。
- ・ 日本側はシャトル型の短期専門家のみでプロジェクトを運営する計画であったが、それではフィジー側の細かい要望に応えることが困難であったため、途中からチーフアドバイザーがフィジーに長期滞在するようになった。これによりプロジェクト運営の効率が促進されると同時に、カウンターパートや他ドナーとの関係づくりが促進された。また日本人専門家は現地にはいない期間も、カウンターパートや現地雇用のプロジェクトスタッフと密にメールでの連絡を行い、質問や依頼にも速やかに対応することで、活動の進捗モニタリングを行った。

3-4 課題及び効果発現の阻害要因

(1) 計画内容に関すること

- ・ 2009年の大量退職により前プロジェクトにかかわった人材の多くも職を離れ、NB-ISTの仕組みに関する研修の対象及び回数を増やさざるを得ず、当初の計画に遅れが生じた。
- ・ 当初プロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix：PDM）の理解に時間を要し、関係者の間でプロジェクトの目的や道筋に関して統一されたビジョンの形成に時間がかかった。
- ・ 本プロジェクトはその策定段階において、拡大をめざすモデル（NB-ISTメカニズム）の有効性は検証されておらず、必要条件等も整理されていなかった。離島地域における限界などがプロジェクトの実施を進めるうちに明らかになってきたが、能力強化の手段としてのモデルの有効性を立証するには至っていない。

(2) 実施プロセスに関すること

- ・ 専任の IST コーディネーターは NB-IST の仕組みを稼働させるうえで必要不可欠な存在であるが、正式な職位ではないために必要要件を備えた人材の採用・定着が困難であった。その結果、中央と北部地方では長期にわたって IST コーディネーターが不在となり、活動の実施やモニタリングに影響を及ぼした。

3-5 結 論

プロジェクト目標として追求してきた NB-IST の仕組みの強化は、当初見込まれたレベルまでの達成には至っておらず、特に離島地域におけるモデルの限界も明らかになった。しかし、看護指導官をターゲットにした管理ツールの開発や技能強化を行ったことで、スーパービジョンや NB-IST などその職務がより組織化され、その意味で NB-IST の仕組みは目的ではなく看護管理の向上のための手段であったといえることができる。マネジメント能力とリーダーシップに焦点を当てたことで支援型監督指導の文化が芽生え、看護の質の向上に貢献していることが報告されているほか、管理職の間にはエビデンスに基づいた意思決定やそのためのデータの重要性も、徐々にではあるが認識され始めている。プロジェクトによってもたらされた正の効果を拡大するには、保健省が、特に M&E がまだ課題である点に留意しつつ、今後も継続して管理職の能力強化を図ることが不可欠であると同時に、看護職に限らず全医療職に関してサービスの質の向上の視点から継続的職能開発を含む人材育成を組織的に推進していくことが望まれる。

3-6 提 言

(1) プロジェクトに対して

1. 設定されたすべての指標データを追跡し、確実かつ適切にプロジェクトのモニタリングを実施すること。
2. 地区レベル、地方レベル、国レベルで収集されたデータの質とデータ活用状況について、監視・分析すること。
3. M&E ツールと M&E 技能のギャップに対処し、改善に向けた議論を促進すること。
4. 既存の制約にかんがみ、NB-IST メカニズムの構成活動に係る報告期限や活動頻度が適切に設定されるよう再検討すること。

(2) 保健省に対して

1. マネジメント能力と実践の向上に向けた保健省全体の取り組みを、一つのプログラムに集約することを検討すること。
2. 人材開発に係る関連機関の継続的な組織強化を図ること。特に、現任教育の質と有効性を担保するためには、看護審議会の組織強化が求められる。
3. 地域保健看護師や他の保健人材の現任教育の向上のために必要不可欠な IST コーディネーターを正式な職位として承認すべく継続的な努力を払うこと。
4. M&E を通じて収集されたデータの真の有用性と意思決定への有効活用を保証すべく、全レベルの看護管理職の M&E に係る能力強化を支援すること。
5. 当座的措置として開発された現任研修データベースについて、再稼働に向けて作業中の

保健人材情報システムにそのすべてを統合すること。

(3) JICA に対して

今後フィジー保健セクターへの支援を計画する際は、フィジーのニーズを的確かつ慎重に見極めたうえで本プロジェクトの成果を生かした支援を検討すること。将来の協力効果を最大限に高めるべく、適切かつ詳細な戦略を練る必要がある。

3-7 教訓

中間管理職の能力強化は、①上位管理職の意思決定に必要な情報提供を可能にすると同時に、②スーパービジョンを通じて、地域保健看護師によるサービスの質の向上に正のインパクトを与え得る。保健システム強化において中間管理職をターゲットにする場合は、併せて上位管理職の能力強化を図ることで、サービスの質の向上により大きなインパクトを与えることができる。

評価調査結果要約表（トンガ王国）

1. 案件の概要	
国名：トンガ王国	案件名：地域保健看護師のための「現場ニーズに基づく現任研修」強化プロジェクト
分野：保健	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：人間開発部保健第三課	協力金額（評価時点）：約 4.5 億円（3 カ国合計）
協力期間 (R/D)：2011 年 1 月～2014 年 1 月	先方関係機関：保健省
	日本側協力機関：特定非営利活動法人 HANDS、 (株) コーエイ総合研究所
	他の関連協力：フィジー国地域保健看護師現任教育プロジェクト（2005～2008 年）
1-1 協力の背景と概要	
<p>保健人材の強化はミレニアム開発目標（MDGs）の達成のためにも喫緊の課題と認識されているが、大洋州地域においては人材の流出のほかに、財政上の制約から十分な人材育成を図ることが困難であり、また育成された医療人材の能力も先進国に比して低い状況にある。フィジー共和国（以下、「フィジー」と記す）では看護職が地域保健サービスの主要な提供者となっていることから、保健指標の改善には地域看護師の能力向上が不可欠であるが、現任の看護師を含む医療従事者に対するスーパービジョンの弱さと、現場で行われるべき継続医療教育の質及び量が課題となっている。</p> <p>わが国は 2005 年 4 月より 3 年間、「フィジー国地域保健看護師現任教育プロジェクト」（以下、「前プロジェクト」）を実施し、中東部地方において地域保健看護師の能力評価とその結果に基づくスーパービジョンとコーチング等を行うとともに、「現場ニーズに基づく現任研修（NB-IST）」の実施モデルを構築・試行し一定の成果を上げた。その後、同モデルを全国的に普及させるための技術協力支援の要請がフィジー政府よりなされ、同様の問題を抱えるトンガ王国（以下、「トンガ」と記す）及びバヌアツ共和国（以下、「バヌアツ」と記す）も含めた大洋州地域を対象とした地域保健看護師のための「現場ニーズに基づく現任研修」強化プロジェクトが 2010 年 10 月より約 3 年間（トンガにおいては、2011 年 1 月から 3 年間）実施されることとなった。</p>	
1-2 協力内容	
(1) 上位目標	
トンガにおける地域保健サービスの質が向上する。	
(2) プロジェクト目標	
既存のスーパービジョン・システムに組み込まれた「現場ニーズに基づく現任研修」のメカニズムが強化される。	
(3) アウトプット	
1. 看護スーパービジョン・システムが、「現場ニーズに基づく現任研修」のメカニズムに	

適合するよう再定義される。

2. 新たに定義された看護スーパービジョン・システムに沿った NB-IST メカニズムの M&E システムが確立する。
3. 看護指導官の、看護師に対する能力基準（Competency Standard：CS）評価実施能力が向上する。
4. 看護指導官の、看護師に対するコーチング及び NB-IST 実施能力が向上する。
5. トンガ、フィジー、バヌアツ国内及び各国間（もしくは3カ国を超えて）において、プロジェクトの進捗及び成果が共有される。

(4) 投入（2013年7月末現在）

日本側：

短期専門家派遣：10名（27.77人月）

機材供与：31万9,655円

ローカルコスト負担：1,606万4,984円

相手国側：

カウンターパート配置：延べ16名

土地・施設提供：看護学校内プロジェクト事務所、光熱費、主なオフィス家具

ローカルコスト負担：2万3,996パアンガ（140万5,757円）を他ドナーより調達

2. 評価調査団の概要

調査者	団長： 花田 恭	国際協力機構 国際協力専門員
	技術参与： 堀井 聡子	国立保健医療科学院 国際協力研究部 主任研究官
	評価企画： 山下 祐美子	国際協力機構人間開発部保健第三課 ジュニア専門員
	評価分析： 今仁 直美	グローバルリンクマネジメント（株） 研究員
調査期間	2013年9月2～13日	評価種類：終了時評価

3. 評価結果の概要

3-1 アウトプット・目標の達成度

オーナーシップの醸成とカウンターパートの十分な巻き込みを重視したため、活動の進捗に遅れがみられたが、終了時評価の時点では NB-IST のもう一巡の実施とマニュアルの最終化を残し、計画された活動はほぼ終了している。

<アウトプット1>看護スーパービジョン・システムが、「現場ニーズに基づく現任研修」のメカニズムに適合するよう再定義される。

ほぼ達成されている。NB-IST のメカニズムに沿って地方看護指導官の役割が明確になったことを受けて、中央レベルの指導官（看護部管理職）の役割や、看護審議会、研修委員会といった関連機関の現任研修に関連する機能が、プロジェクトが作成した IST マニュアルに文書化された。同マニュアルは最終化をめざして編集作業が進められており、プロジェクト終了時までには保健省の承認を得ることが計画されている。

<アウトプット 2>新たに定義された看護スーパービジョン・システムに沿った NB-IST メカニズムの M&E システムが確立する。

M&E システムの全体像はほぼ完成しており、パイロット地域においてはその運用がなされている。指標（「看護スーパービジョン・システムに係る M&E システムについて明記された文書」）に関しても、プロジェクトの終了までには IST マニュアルが完成する見込みであり、M&E システムの構築という意味での本アウトプットは、ほぼ達成されているといえるが、その運用に関しては幾つかの課題が残されている。現状においては、報告書の利用・管理状況にばらつきがみられるほか、電子データによる報告書の作成・提出は、多くの看護指導官がコンピューターの操作に不慣れなことに加えて、コンピューターの端末数やインターネットの接続に制約があることから、その定着にはさらなる時間と個人レベルでの指導が必要と思われる。また、非パイロット地域では、実施されていない活動もあることから、M&E システムの活用状況にも必然的な差が認められる。また中央、地方レベルともに、収集されたデータの活用・分析は不十分であり、構築されたシステムの定着には今後、指導官の業務におけるデータの有用性や活用法の理解を深めることも重要であると思料される。

<アウトプット 3> 看護指導官の、看護師に対する能力基準 (CS) 評価実施能力が向上する。

指標（「CS 研修を受けた看護指導官の割合」）は 100% に達しており、プロジェクト開始前は能力基準やその評価（能力評価）に関する知識・技能はなかったことから、本アウトプットは達成されたといえる。ただ、評価の基準に関しては看護指導官の間でも若干のばらつきがみられることから、今後もカウンターパートは機会をとらえて能力評価の均質化を図っていくことが望まれる。

<アウトプット 4> 看護指導官の、看護師に対するコーチング及び NB-IST 実施能力が向上する。

当初の想定より限定的であるが、達成されている。指標〔「スーパービジョン（監督指導）とコーチング（Supervision and Coaching : S&C）及び NB-IST 研修を受けた看護指導官の割合」〕の達成度は S&C 研修において 78%、NB-IST 研修は 56% であり、アウトプット 3 に比してその達成度は低い。これは臨床看護課が能力評価の実施に集中するため、それ以外の NB-IST 関連活動は行わない方針を決定したことで、研修対象となっている 3 次医療施設（ヴァイオラ病院）の指導官の大半がコーチング及び NB-IST の研修を受講していないためである。本プロジェクトは地域保健に重点を置いたものであり、3 次医療施設の臨床看護は本来プロジェクトのスコープ外であったことを考慮すると、当初の数値的目的は達成されているとみなすことができる。しかし、コーチングや NB-IST は、トンガにとってその概念自体が新しく、インタビュー結果からみる限り地域保健看護においてもその理解・技能が定着したとはいえない。今後保健省は、特に非パイロット地域において、S&C 及び NB-IST の実施支援を通じて、地方レベル看護指導官の能力の定着を図っていくことが望まれる。

＜アウトプット 5＞トンガ、フィジー、バヌアツ国内及び各国間（もしくは3カ国を超えて）において、プロジェクトの進捗及び成果が共有される。

プロジェクトの企画したテレビ会議や広域ワークショップには関係者が参加しており、また国際会議においても3度の発表が行われた。看護部長は海外出張の機会にもプロジェクト成果品の共有などを行っていることが報告されている。

＜プロジェクト目標＞既存のスーパービジョン・システムに組み込まれた「現場ニーズに基づく現任研修」のメカニズムが強化される。

計画されたレベルにほぼ達している。定量的指標である「年1回以上、能力基準を用いたCS評価を受けた看護師の割合」と「年1回以上、コーチング用紙を用いたコーチングを受けた看護師の割合」は共に、2013年末までに100%に達することが見込まれている。またNB-ISTメカニズムを構築・実施したことでもたらされた看護管理システム上の改善点として、地方看護指導官の役割の明確化、スーパービジョンの内容の均質化のほか、スーパービジョンが個々人の能力を伸ばす手段に変わり、上司と部下のコミュニケーションが促進された結果、チームワークの機運が高まったことなどが報告されており、本プロジェクトがトンガにおけるスーパービジョンの理念を大きく変え、看護管理システムの強化に貢献したといえる。その一方で、構築されたトンガ版NB-ISTメカニズムは、「確立」されたというには時期尚早であり、特にM&EやNB-ISTの有効な活用を模索していく必要がある。

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性：一定の妥当性が認められる

政策面における整合性は、トンガ側、日本側ともに確保されている。本プロジェクトは、「看護師に必要な能力を特定するためのツール・活動」というニーズに対しては十二分に対応することができたが、それに続く「看護師の能力強化」というニーズに関しては、NB-ISTの実施が予算不足でままならないため、十分に応えることができていない。一方、大局的な視点からは、看護師の絶対数の不足という課題に対して、支援型監督指導を通じて看護師一人ひとりの可能性を最大限に引き出す手段として、また国家的課題である非感染症（Non-Communicable Disease：NCD）対策には、地方看護指導官の機能強化による看護管理の合理化・効率化を通じて、間接的に貢献をするものであるといえる。

(2) 有効性：一定の有効性が認められる

トンガ版NB-ISTメカニズムが完成しつつあり、プロジェクトはフィジーで開発された仕組みをトンガの既存システム及びニーズに合致するよう改造し、試行することにおいては有効であった。一方で構築されたNB-ISTメカニズムは、ニーズに合致した継続教育の提供という本来の目的に関して、その有効性を裏づけるデータはない。財政上の問題からNB-ISTの実施が困難であるという現状をかんがみると、コーチングや職場ごとの勉強会といった低コストまたはノーコストの活動を多用するモデルに改変することが必要と思われる。一方、報告されている上位目標や看護行政上の正のインパクトからは、NB-ISTが看護管理の強化という側面において有効だったことがうかがえる。

(3) 効率性：限定的

広域案件として、国別の投入計画は策定されていないため、個別の議論は困難であるが、他の 2 カ国と同様に日本側協力機関の自社負担による専門家の追加投入が行われており〔65 日（2.17 人月）〕、効率性は当初の想定ほどは高くなかったことが示唆される。日本人専門家が複数国にまたがって活動することで期待された効率性は、一定レベル担保されたと判断されるが、「フィジーの経験や成果品の共有」や「フィジーで育成された人材を第三国専門家として活用すること」に関しては、両国のシステムの違いや 2 国間の関係性もあり、そのまま適用できるものがほとんどなかったことから、効率性は限定的であった。その他、トンガにおいて効率性に影響を与えた要因としては、①短期間かつシャトル型で運営するプロジェクトで 3 度（実際は 2 度）も調査をかけるデザインとなっていたこと、②広域案件であることを意識した PDM であったため、トンガ側にその内容や結果として得られる利点を伝えづらく、オーナーシップやコミットメントの醸成に影響したこと、③研修プログラムや成果品の内容をワークショップを通じてカウンターパートに執筆させる手法は（オーナーシップの醸成においては非常に有効な手段であったが）、時間のかかるものであったことなどが挙げられる。

(4) インパクト：

① 上位目標「トンガにおける地域保健サービスの質が向上する」達成の見込み

指標は能力評価の評点に関するものであり、その将来的な動向を予測するデータは現時点ではないものの、NB-IST だけでなくコーチング等の活動を継続的に実施することにより、その上昇は見込まれる。サービスの質に関しても、出勤時間の厳守、利用者に接する態度、利用者からの苦情の減少といった面での向上は既に報告されており、支援型監督指導の導入によって現在高まっている看護師と看護指導官の士気を維持することができれば、上位目標達成の可能性は高いと思われる。また、上位目標は地域保健に特化した設定であることから、今後地域保健特有の専門技能を強化する活動を加えること、さらに、看護指導官の能力強化を継続的に行っていくことが、より高いレベルで上位目標を達成するために望まれる。

② その他のインパクト

本プロジェクトが看護管理の面でもたらした正のインパクトは、プロジェクト目標の項で既述したが、そのほかに、プロジェクトが地域看護だけでなく臨床看護も対象としたことで、保健省の看護部内で課を超えて協働する機運が高まったことが報告されている。またプロジェクトで策定した能力基準と評価がパフォーマンス評価のツールとして人事院に認められたことも、モチベーションを高める一因となっている。負のインパクトは報告されていない。

(5) 持続性：比較的高い

保健省は能力評価の継続的实施に高いコミットメントを表明しているほか、能力基準は看護学校で基礎教育カリキュラムに統合されつつあること、中央レベルから実施していたスーパービジョンが地方レベルで行われるようになり、より少ない予算で実現するように

なったこと、プロジェクト活動を通じ、地方看護指導官がファシリテーション技術を身につけたため、今後は地方で独自に研修を行うことが可能になったことなどから、プロジェクトによって発現した効果の持続性は高いと見込まれる。一方 NB-IST メカニズムの持続性に関しては、NB-IST の実施が技術面、予算面で確立されていないことをかんがみると、その存続にはさらなる取り組みが求められる。

3-3 効果発現の貢献要因

(1) 計画内容に関すること

- ・ プロジェクトの対象に地域保健だけではなく臨床看護を含めたことで、全体としての看護管理体制の改革・強化が可能となったほか、保健省看護部内でセクションを超えた一体感が強まった。
- ・ 当初トンガ側の NB-IST メカニズムやプロジェクトへの理解やコミットメント醸成がなかなか進まなかった一方で、彼らが最も関心をもっていた評価基準に関する活動から着手したことで、プロジェクトへの関与が担保され、最終的にはオーナーシップを引き出すことに成功した。

(2) 実施プロセスに関すること

- ・ 日本側はシャトル型の短期専門家のみでプロジェクトを運営する計画であったが、細かい要望に応えることが困難であることから、途中からチーフアドバイザーがフィジーに長期滞在するようになった。これにより先方のニーズに応える形でのより頻繁なトンガ出張が可能となった。
- ・ また日本人専門家は、現地を不在にする時期にも、カウンターパートや現地雇用のプロジェクトスタッフと密にメールでの連絡を行い、質問や依頼にも速やかに対応することで、活動の進捗モニタリングを行った。

3-4 課題及び効果発現の阻害要因

(1) 計画内容に関すること

- ・ プロジェクト開始当時トンガに存在しなかった NB-IST メカニズムの強化を目標としたため、その内容に関して知識のないトンガ側にはプロジェクトのもたらす便益への理解が深まらなかった。また、PDM も広域案件としてフィジーのものに合わせたものであったため、トンガの状況との間に齟齬が生じ、トンガ側のオーナーシップやコミットメントの醸成に時間がかかった。日本人専門家は、トンガ側がプロジェクトの利益を理解し始めるまで、当初の活動内容を強力かつ粘り強く推し進めることで、また PDM は中間レビューの折に大幅な改訂を行うことで、この問題に対処した。
- ・ 当初の積算根拠は明らかでないが、予算上限まで追加投入を行わざるを得なかったことから、当初の投入計画が十分ではなかったといえる。また日本側協力機関が自社負担でチーフアドバイザーをフィジーに常駐させることで、トンガを含めた3カ国におけるニーズに対応した。
- ・ 対象の看護師・看護指導官が活動または成果ごとに設定されており、モニタリングを含むプロジェクトマネジメントが非常に複雑であった。

(2) 実施プロセスに関すること

- ・ 保健省の財政状況が厳しく、費用分担の原則から保健省が自己予算で実施することが期待されていた非パイロット地域における活動の多くは実現しておらず、これがアウトプット2及び3の達成に若干の影響を及ぼしている。保健省が最も力を入れている能力評価に関する研修の一部は、保健省が世界保健機関（World Health Organization : WHO）や国連人口基金（United Nations Population Fund : UNFPA）といったドナーの支援を得て実施した。

3-5 結論

当初のプロジェクトデザインに課題はあったものの、現時点におけるアウトプットやプロジェクト目標の達成状況から判断すると、プロジェクトの有用性は十分に発揮されたとみることができる。厳しい保健財政をかんがみると、特定された課題の解決には NB-IST 以外の手段が必要であり、その意味では本プロジェクトで策定・試行されたトンガ版 NB-IST メカニズムには、さらに若干の調整が必要である。プロジェクトのインパクトとして、支援型監督指導の概念と有用性が認識され始めているところ、①策定中の IST マニュアルの必要箇所の書き直しを行い、②現職看護指導官の士気を維持すると同時に、新たに登用される看護指導官が支援型監督指導にかかわる十分な知識と技術を習得するための仕組みを整え、③NB-IST をはじめとするさまざまな職能教育の機会を実現するための資金を確保する継続的な努力を払うことで、モデルの有効性は上昇すると考えられる。プロジェクトの残余期間ではこうした活動が中心となると思われるが、数年後に上位目標を達成するためにも、保健省は地域保健に特化した能力基準の策定に着手することが推奨される。

3-6 提言

(1) プロジェクトに対して

1. IST マニュアルについて

- ・ コーチングや職場での勉強会等の実行可能かつ安価な現任教育手法を取り入れるように NB-IST の仕組みとマニュアルを見直すこと。
- ・ IST マニュアルの各章の内容と質の整合性を担保すること。
- ・ IST マニュアルを最終化し、保健省による正式承認を得ること。またすべての看護指導官と関係機関・関係者に必要部数を配布すること。
- ・ プロジェクト終了までに上記活動をすべて終えるため、プロジェクト残余期間の活動と役割や責任の所在を明確に計画に落とすこと。

2. モニタリング評価について

- ・ モニタリング評価のためのフォーマット等のツール類をさらに使いやすいものに改善すること。同時に、特に中央レベルの関係者がデータの有用性について十分に理解し活用していけるよう支援すること。

(2) 保健省に対して

1. 以下の取り組みを通じて、支援型監督指導の実践を継続・強化すること。

- ・ スーパービジョンを通じて特定された課題に対処するため、コーチングや組織内研

修等の実行可能な現任教育手法を用いて、看護師の能力開発の機会を担保すること。

- ・ 資源動員のための継続的努力を払うこと。具体的には、①NB-ISTを含む能力開発の活動に必要とされる利用可能な資源を分析し、実行可能かつ現実的な戦略を考案すること。②看護師が重要な役割を担っているドナー資金のプログラムに積極的にリンクし、活用すること。
 - ・ 看護指導官が獲得した技術を確実に適用できるよう、彼らの能力を確認・向上するための機会を担保すること。特に、パイロット地域以外の看護指導官への配慮が必要である。
 - ・ 今後新しい看護指導官の支援型監督指導の技術を適切に体得できるよう具体的な方策を設けること。
2. サービスの質の向上に向けてさらなるインパクトを誘発するために、以下の取り組みが必要である。
- ・ 地域保健等の特定の看護領域に係る能力基準を開発すること。
 - ・ 変化する保健ニーズに対処できるよう適切なタイミング・間隔で能力基準を見直すこと。
 - ・ 意味のある能力評価を実践するため、看護指導官と看護師に継続的な研修を行うこと。

(3) JICA に対して

JICA は、プロジェクトデザインの変更を最小限に抑えるためにも、緻密な現状分析に基づきプロジェクトを形成すること。

3-7 教訓

広域案件を形成する際は、国によって背景や保健システムが異なることを理解し、現地のニーズや実行可能性を見極めて、慎重に検討されるべきである。広域案件では、多少柔軟なプロジェクトデザインが必要かもしれない。

評価調査結果要約表（バヌアツ共和国）

1. 案件の概要	
国名：バヌアツ共和国	案件名：地域保健看護師のための「現場ニーズに基づく現任研修」強化プロジェクト
分野：保健	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：人間開発部保健第三課	協力金額（評価時点）：約 4.5 億円（3 カ国合計）
協力期間 (R/D)：2011年3月～2014年2月	先方関係機関：保健省
	日本側協力機関：特定非営利活動法人 HANDS、(株) コーエイ総合研究所
	他の関連協力：フィジー国地域保健看護師現任教育プロジェクト（2005～2008年）
<p>1-1 協力の背景と概要</p> <p>保健人材の強化はミレニアム開発目標（MDGs）の達成のためにも喫緊の課題と認識されているが、大洋州地域においては人材の流出のほかに、財政上の制約から十分な人材育成を図ることが困難であり、また育成された医療人材の能力も先進国に比して低い状況にある。フィジー共和国（以下、「フィジー」と記す）では看護職が地域保健サービスの主要な提供者となっていることから、保健指標の改善には地域看護師の能力向上が不可欠であるが、現任の看護師を含む医療従事者に対するスーパービジョンの弱さと、現場で行われるべき継続医療教育の質及び量が課題となっている。</p> <p>わが国は2005年4月より3年間、「フィジー国地域保健看護師現任教育プロジェクト」（以下、「前プロジェクト」）を実施し、中東部地方において地域保健看護師の能力評価とその結果に基づくスーパービジョンとコーチング等を行うとともに、「現場ニーズに基づく現任研修（NB-IST）」の実施モデルを構築・試行し一定の成果を上げた。その後、同モデルを全国的に普及させるための技術協力支援の要請がフィジー政府よりなされ、同様の問題を抱えるトンガ王国（以下、「トンガ」と記す）及びバヌアツ共和国（以下、「バヌアツ」と記す）も含めた大洋州地域を対象とした地域保健看護師のための「現場ニーズに基づく現任研修」強化プロジェクトが2010年10月より約3年間（バヌアツにおいては、2011年3月から3年間）実施されることとなった。</p>	
<p>1-2 協力内容</p> <p>(1) 上位目標</p> <p>他州への拡大を念頭に、「現場ニーズに基づく現任研修（NB-IST）システム」がデザインされ、パイロット州にて試行される。</p> <p>(2) プロジェクト目標</p> <p>パイロット地域において、地域保健看護師に対する現場事情に即したスーパービジョンとコーチング（S&C）のモデルが実施される。</p>	

(3) アウトプット

1. S&C 試行のモデルがデザインされ使用される。
2. パイロット州の看護指導官が S&C の技術を身につける。
3. パイロット州において、看護指導官によって S&C が定期的に行われる。
4. バヌアツ、フィジー、トンガ国内及び各国間（もしくは3カ国を超えて）において、プロジェクトの進捗及び成果が共有される。

(4) 投入（2013年7月末現在）

日本側：

短期専門家派遣：10名（15.7人月）

研修員受入れ：なし

供与機材：140万9,522円

ローカルコスト負担：1,196万8,787円

相手国側：

カウンターパート配置：全7ポスト、延べ14名

土地・施設提供：保健省内プロジェクト事務所、光熱費、オフィス家具の一部

ローカルコスト負担：94万165バツ（97万2,131円）

2. 評価調査団の概要

調査者	団長：石井 羊次郎 国際協力機構 国際協力専門員	
	評価企画：山下 祐美子 国際協力機構 人間開発部保健第三課 ジュニア専門員	
	評価分析：今仁 直美 グローバルリンクマネジメント（株） 研究員	
調査期間	2013年8月18～31日	評価種類：終了時評価

3. 評価結果の概要

3-1 アウトプット・目標の達成度

プロジェクトは、バヌアツ側のオーナーシップの醸成に配慮しつつ、現実に即した NB-IST システムの構築を行った。終了時評価時点では、ガイドラインの最終化とスーパービジョンのもう一巡の実施を除いて、計画された活動はほぼ終了している。

＜アウトプット1＞S&C 試行のモデルがデザインされ使用される。

プロジェクト終了までには達成される見込みである。フィジーの NB-IST メカニズムを土台に、能力評価、スーパービジョンとコーチング、モニタリングの各要素から成る S&C モデルが、ステークホルダーを集めたワークショップでの協議を重ねてデザインされ、看護指導官向けの S&C ガイドラインにまとめられている。モニタリングについてはまだ試行していない部分もあり、ガイドラインも最終化には至っていないが、指標の一つとなっている能力基準は既に完成している。本プロジェクトで構築されたスーパービジョンの仕組みはその試行が開始されたばかりであり、全国への普及を検討する前に、今後数回実施を重ねたうえでその実用性を検証する必要がある。現段階においてはシェファ州に既存のスーパービジョンの仕組みとは連動していない。

<アウトプット2>パイロット州の看護指導官が S&C の技術を身につける。

達成されつつある。看護指導官の研修はほぼ終了しており、看護指導官の上司にあたる州保健事務所管理職の S&C のモニター及び実施支援に関する研修が 2013 年 10 月に予定されていることから、本アウトプットはプロジェクト終了までに当初計画されたレベルの成果を達成されることが見込まれる。現時点において研修を受講した看護指導官の技能習得レベルやその現場での活用状況には個人差がみられることから、本アウトプットをより強化するために、特に追加的支援を求める看護指導官の個別支援と、その補佐役として研修には参加したものの、S&C の実施を行っていない数名へのフォローアップが望まれる。

<アウトプット3> パイロット州において、看護指導官によって S&C が定期的に行われる。

達成されつつある。2012 年 8 月からの 1 年間で全看護指導官が S&C を 2 巡実施しており、策定されたガイドラインの頻度に関する基準値を満たしていることから、指標は達成されている。しかし、これまでの S&C はプロジェクト活動として日本側がリードし経費もそのほとんどを負担して実施されており、今後も定期的に行われるかは、未知数である。定期実施に関する懸念材料としては、①看護指導官自身がサービス提供者であるため、多忙な施設に勤務する指導官がアクセスの悪い施設にスーパービジョンに出かける余裕がない、②必要経費・交通手段の 2 点が挙げられる。また現時点においては S&C 後のフィードバックが十分に実施されていないことも課題として残されている。

<アウトプット4>バヌアツ、フィジー、トンガ国内及び各国間（もしくは3カ国を超えて）において、プロジェクトの進捗及び成果が共有される。

国際会議での発表は実現していないが、プロジェクトの企画したテレビ会議や広域ワークショップには関係者が参加し、進捗状況の報告や意見交換を行ったことで、本アウトプットの目的は達成されていると考えられる。

<プロジェクト目標>パイロット地域において、地域保健看護師に対する現場事情に即したスーパービジョンとコーチング（S&C）のモデルが実施される。

直近のデータでは、指標はすべてその目標値に到達しており、「S&C モデルを構築しパイロット地域で試行する」という目的は達成されたと判断できる。その一方で、アウトプット3に関連して前述したように、S&C の定期的かつ継続的な実施に関しては、資金及び技術面においていくつかの課題が認められる。プロジェクト終了までにもう1巡予定されている S&C の実施において、これらの課題の現状を見極めると同時に、プロジェクト終了後に保健省が継続的に展開していくことを見据えて、実施可能かつ現実的な対応策を模索していくことが求められている。

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性：一定のレベルの妥当性が認められる

現行の保健セクター戦略（2010～2016年）においては、看護師の技能強化がより良い保健サービス提供の要であることが明示されており、保健省はそのためにより多くの現任教職の機会を提供することを謳っている。また本プロジェクトは、WHO が長期人材育成計

画策定に向けた準備調査で特定された①定期的な支援型監督指導や研修、勤務評定と建設的なフィードバックの欠如と、②臨床から管理職に登用された医療人材がマネジメントにかかわるノウハウを学ぶ機会の必要性、というニーズに対応するものであるが、①に関してはスーパービジョンの予算確保が困難な状況で、構築された S&C モデルが対処できる可能性は限定的である。財政難、構造改革、看護行政システムの欠如といった状況で、予算の確保を前提とする NB-IST システムを構築することの妥当性は、プロジェクト策定の段階でより慎重に検証されるべきだったとも考えられる。

(2) 有効性：一定の有効性は認められる

本プロジェクトの PDM 上の目的は、フィジーの NB-IST メカニズムの S&C の要素をバヌアツの地域保健の現場事情に即して再構築し、パイロット地域として指定したシェファ州で定期的実施することとされている。時間的制約から定期的な実施は確認できないものの、現段階においてプロジェクト目標の指標値はほぼ達成されており、その意味では本プロジェクトは有効であったと判断される。その一方で、プロジェクト活動には構築されたモデルの有効性の検証に係る活動が組み込まれていないため、今後一定期間（1～2 年程度）モデルの試行を継続したうえで、その有用性、持続性、汎用性等を改めて検証する必要があると思われる。

(3) 効率性：比較的限定的である

他の 2 カ国と同様に、国別の投入計画は策定されていないため、本プロジェクトに限った効率性の議論は困難であるが、当初予想された日本人専門家が複数国にまたがって活動することで得られる効率性は、一定レベル担保されたと判断される。しかし、成果品や経験の共有による効率性は、両国のシステムの違いによりそのままバヌアツで活用できるものが当初想定されたほど多くなかったことから、限定的であった。また追加投入が必要となったことから、当初の想定より効率性が限定的であったことが示唆される。バヌアツにおいて効率性に影響を与えた負の要因としては、①地方分権を念頭に構造改革が進行中である時期に、既存の仕組みに合致したシステムを構築しようとしたこと、②「S&C システムの構築・試行」をプロジェクト目標に設定したものの、その内容に精通しないバヌアツ側にプロジェクトの枠組みやその利点が理解されるのに時間を要したこと、③行政上看護管理の概念が希薄なバヌアツ側カウンターパートの間でプロジェクトのオーナーシップが希薄であり、短期シャトル型で派遣される日本人専門家が不在の間はほとんど活動が進まなかったこと、④プロジェクトの後半になってからそのスコープを縮小したこともあり、結果として活動の無駄が出たこと、⑤プロジェクト開始当初の数カ月間は活動が実施されなかったことなどが挙げられる。また、比較的短期間・低予算のうえ、短期専門家のみで運営されるプロジェクトにおいて、ベースライン調査の実施が資源の効率的な活用であったとはいえず、プロジェクト策定時に適切なニーズアセスメント調査を行うことが検討されるべきであった。

(4) インパクト

- ① 上位目標「他州への拡大を念頭に、『現場ニーズに基づく現任研修（NB-IST）システム』がデザインされ、パイロット州にて試行される」達成の見込み

上位目標の達成は楽観できない。上位目標の達成には、今後シェファ州保健事務所が数年以内に、S&C 試行モデルの運用・改善を継続し、独自に①S&C の実施で得られた情報から、看護師へのローカルレベルの短期研修（NB-IST）で対処すべき課題を見極め、②資金や講師の調達を含め NB-IST を実施するノウハウを習得・実践することが求められている。日本人専門家は、プロジェクト期間が終了する前に、シェファ州保健事務所の管理職 2 名に対し上記 2 点に関するノウハウを伝授することを計画しているが、士気の持続という面からも、現地における技術面での追加的な支援が必要となることが予想される。他州への拡大に関しても、保健省に看護局がない環境において、その先導役がないことが懸念材料である。

- ② その他のインパクト

能力基準の導入で、看護師個人が課題を認識することが容易になり、本プロジェクトで開始された支援型監督指導にも刺激される形で、現場の士気も向上していることが報告されている。また、本プロジェクトで策定された看護師の能力基準とその評価は、人事院にもその有用性が認められ、年次職務評価に活用できるものとして認識が広がっている。またその内容は看護師の養成機関であるバヌアツ看護教育カレッジ（Vanuatu College of Nursing Education : VCNE）のカリキュラムに統合されたほか、今後臨床看護に特化した能力基準を策定する計画も浮上している。

一方で、バヌアツ保健セクターで実施される現行のスーパービジョンは、疾病課題別のいわゆる「縦割りプログラム」がそれぞれ別々に行われているが、本プロジェクトで構築された S&C モデルはそれに並立する形で実施されている。目的が異なるとはいえ、現行のものと並立する形で別のスーパービジョン体制をつくることとなったことは、保健省・州保健事務所が推進すべき効率化の動きに逆行するものであることは否めない。しかし、ゾーン看護指導官を活用する S&C モデルは、州保健事務所に配置されているプログラム担当官が、州内の全施設を担当するというこれまでの仕組みの限界を打開する可能性をもっており、その意味で効率的なスーパービジョンのあり方を模索する保健行政に新たな代替案を提示したとみることもできる。

(5) 持続性：限定的

政策的な持続性は高いとみられるが、保健行政の構造改革が進行するなかで、組織的・制度的な持続性は未知数である。プロジェクト終了後、保健省のオーナーシップの下、関連する活動を実施していく基盤が保健省内で弱いことが懸念材料であり、今後シェファ州保健事務所内で S&C 実施に適切な体制が構築できるかが、持続性の一つの鍵になると思われる。また、本プロジェクトで構築した S&C モデルは、定期的なスーパービジョンを実施するために必要な資源が確保されて初めてその有用性が発揮されるものであるが、そうした活動を外部資金に頼っている現状をかんがみると、財政面での持続性は厳しいといわざるを得ない。

3-3 効果発現に貢献した要因

(1) 計画内容に関すること

- ・ 保健省に看護局がないなかで、カウンターパートに看護学校が入っていたことは、本プロジェクトにおける技術的な中心的機関を確保することにつながった。

(2) 実施プロセスに関すること

- ・ JOCV との協働により、研修の実施や現場における成果品（能力基準やスーパービジョンチェックリスト）の活用に関する支援が得られた。
- ・ 日本側はシャトル型の短期専門家のみでプロジェクトを運営する計画であったが、細かい要望に応えることが困難であることから、途中からチーフアドバイザーがフィジーに長期滞在するようになった。これにより先方のニーズに応える形でのより頻繁な出張が可能となった。
- ・ また日本人専門家は、現地不在期間中のプロジェクト運営にあたり、カウンターパートや現地雇用のプロジェクトスタッフと密にメールでの連絡を行い、質問や依頼にも迅速に対応した。

3-4 問題点及び問題を惹起した要因

(1) 計画内容に関すること

- ・ 保健行政の構造改革が進められているなかでプロジェクトが実施され、S&C システムの将来像が描きづらいほか、カウンターパートの職が存続するか不透明な状況が続き、バスアツ側の士気にも負の影響を与えている。
- ・ 保健行政上看護管理を行う部局が存在しない環境で、看護師を対象にしたプロジェクトを実施することは容易ではなかった。組織横断的なワーキンググループを組織することで対処したが、今後の持続性に不安を残している。
- ・ すべての成果品は英語で作成されたが、英語が得意でないユーザーもいることからもう一つの公用語である仏語版の作成も望まれる。しかし専門用語や各種コンセプトを適切に翻訳するにはプロジェクトに関与している看護師が手がける必要があると思われるが、人材も少なくプロジェクト期間内の実現は難しい。

(2) 実施プロセスに関すること

- ・ 天候によっては離島への交通手段が限られるため、移動を伴う活動（研修、研修後の実施指導、スーパービジョン）の進捗に影響した。またシャトル型で派遣される短期専門家の滞在期間中にほとんどの活動が計画・実施されているが、上位の看護指導官のなかには、短期集中型の活動に体力的についていけない者もいた。
- ・ 2011年3月に正式に開始されているものの、同年5月まで実質的な活動は実施されなかった。3カ国で活動を同時進行させる日本側運営体制の構築の遅れが原因と思われる。

3-5 結論

本プロジェクトは、ゾーン看護指導官のための管理ツールを導入し研修を併せることで、既

存のものとは別の形のスーパービジョンのモデルを構築・提案した。また能力基準の導入で、看護師個人が課題を認識することが容易になり、本プロジェクトで開始された支援型監督指導にも刺激される形で、現場の士気も向上している。しかし現時点では、このシステムが実際にサービスの質の向上を生み出しているかどうかは不明であり、また財政状態が厳しく保健行政の構造改革も進行中のバヌアツで、今後 S&C システムが定着するかどうかは予断を許さない。今後一定期間の試行を経て、策定されたモデルの有用性、汎用性、持続性について改めて検証を行ったうえで、既存のスーパービジョン・システムとの統合が図られることが期待される。プロジェクトは予定どおり終了するも、ステークホルダーが現在の士気を維持し、こうした活動を実施していくために、日本側は何らかの方法で支援を継続することが適当であると思われる。

3-6 提言

(1) プロジェクトに対して

- ・ 残るプロジェクト期間で、シェファ州で試行された S&C モデルの成果や課題、強みや弱みを整理すること。このレビュー結果は、モデルの改善やプロジェクト終了後 1~2 年間予定されているシェファ州でのモデル試行に活用されることが期待される。
- ・ S&C ガイドラインを完成し、シェファ州保健マネジャーが実施に必要なツールや技能を備えられるよう研修を終了すること。特に、S&C を通して抽出された現場のニーズや課題に対して、担当者や担当部署が適切な対応をとること、また地域保健看護師にフィードバックを行う体制を強化する必要がある。

(2) 保健省に対して

- ・ プロジェクト終了後もシェファ州での S&C モデルの試行を継続的に支援する担当者を正式に任命すること。その間、看護師の教育や職能開発等、看護師をとりまく課題全般に対応するフォーカルポイントを保健省内に設けることも検討されるべきである。
- ・ S&C の試行モデルにおいて、ゾーン看護指導官を効果的に機能させるために、彼らのスーパービジョン・マネジメントにおける役割や責務を明確にし、職務内容 (TOR) を作成すること。
- ・ S&C 実施のための予算を中央レベルと州レベルで確実に確保すること。その手段として、必要に応じ他の開発ドナーや保健プログラムとの調整が期待される。
- ・ シェファ州で開発された S&C や NB-IST モデルを他州に展開する長期的視点に立ち、看護の質の担保に重要な役割を担うバヌアツ看護審議会の組織能力強化を促進すること。

(3) JICA に対して

- ・ プロジェクト終了後しばらくして、ベースライン調査に関連させてシェファ州での S&C モデルの評価を行えるよう支援をすること。
- ・ プロジェクト成果を継続的にモニタリングし、他の開発ドナーと協調して、利用可能な援助スキームを採用するなど、必要な支援を提供すること。

3-7 教訓

- ・ プロジェクトの持続発展性の担保には、バヌアツの S&C や看護人材の発展を長期的に支援できる日本国内専門機関の継続的な巻き込みが必要である。
- ・ 短いプロジェクト期間のなかで、現地のニーズに即した協力になるようプロジェクトデザインの修正が行われたが、プロジェクトの効果や効率性をより一層高めるためには、案件形成段階において緻密な状況分析を実施するべきである。

第1章 終了時評価調査の概要

1-1 調査団派遣の経緯と目的

世界保健機関（WHO）によると、全世界で400万人の保健人材が不足しており、人材育成は国連ミレニアム開発目標（MDGs）達成にあたって喫緊の課題となっている。特に大洋州地域では、適正な人材雇用と人材育成計画が実施されてこなかった結果、国内での保健人材配置の地域的不均衡や定年看護指導者の後継者不足等が起り、地域保健サービス供給に影響を与えている。このような状況下、開発ドナーのさまざまな努力により、卒前・卒後教育の強化、現任研修等が実施されているが、特に問題なのが、現任の看護師を含む医療従事者に対する監督者によるスーパービジョンの弱さと、On-the-Jobで行われるべき継続教育の欠如である。

これに対し、JICAは2005年4月から2008年3月まで「フィジー国地域保健看護師現任教育プロジェクト」を実施し、中東部地方を対象地域とし、プロジェクトで策定した地域保健看護師の能力基準（CS）に基づき、現場でのスーパービジョンとコーチング（S&C）等を行った。また、「現場ニーズに基づく現任研修」（NB-IST）の実施モデルを試行し、一定の成果を上げた。しかし、モデルの全国的な普及に必要な成果の検証や、それに基づく国家政策の策定のための支援を必要としていたため、フィジー共和国（以下、「フィジー」と記す）政府はわが国政府に対して技術協力を要請した。これを受け、同様の問題を抱えていたトンガ王国（以下、「トンガ」と記す）及びバヌアツ共和国（以下、「バヌアツ」と記す）も対象とした「大洋州地域地域保健看護師のための『現場ニーズに基づく現任研修』強化プロジェクト」（以下、「プロジェクト」）が形成され、各国保健省をカウンターパート機関として、2010年10月より2014年2月までの予定で実施してきた。

プロジェクトは、これまでに複数名の短期専門家を派遣し、各国におけるベースライン調査の実施、トンガやバヌアツにおいては看護師能力基準の開発や関連するガイドライン及びツールの開発、S&C研修の実施、フィジーにおいてはモニタリングツールの開発、看護指導官に対する各種研修の実施等を支援してきた。またプロジェクト開始から約2年が経過した2012年9～11月、フィジーとトンガを対象に実施した中間レビュー調査では、3カ国にわたる広域協力であることを念頭に置きつつ、各国が関係する協力部分について、プロジェクトの目標達成度や成果等を分析し、プロジェクトの課題及び方向性について各国保健省と確認した。

2014年2月のプロジェクト終了に先立ち、プロジェクト活動の実績、成果を評価、確認するとともに、今後のプロジェクト活動に対する提言及び今後の類似事業の実施にあたっての教訓を導くことを目的として、本終了時評価調査団を派遣した。

1-2 調査団の構成

終了時評価調査団の構成は、以下のとおりである。

担当業務	氏名	所属	派遣期間
団長1 (フィジー、トンガ)	花田 恭	JICA 国際協力専門員	2013/9/06-2013/9/25
団長2 (バヌアツ)	石井 羊次郎	JICA 国際協力専門員	2013/8/24-2013/9/01

技術参与 (フィジー、トンガ)	堀井 聡子	国立保健医療科学院 国際協力研究部 主任研究官	2013/9/06-2013/9/25
協力企画 (フィジー、トンガ、 バヌアツ)	山下 祐美子	JICA 人間開発部保健第三課 ジュニア専門員	2013/8/24-2013/9/01 2013/9/06-2013/9/25
評価分析 (フィジー、トンガ、 バヌアツ)	今仁 直美	グローバルリンクマネー ジメント株式会社 研究員	2013/8/11-2013/9/25

1-3 調査日程

日順	日 程		行 程	
			評価分析	団長・技術参与・ 協力企画
1	8月11日	日	移動：成田（13:55 発）→インチョン→	
2	8月12日	月	ナンディ（8:35 着）→ スバ 保健次官、看護部長表敬訪問	
3	8月13日	火	国家 IST（現任研修）コーディネーター、中東部地方 保健事務所長、中東部 IST コーディネーター等関係者 からヒアリング	
4	8月14日	水	移動：スバ→ランバサ 北部地方保健事務所長、地方看護師長、地区看護師長、 タベウニ病院看護臨床指導官等関係者からヒアリン グ 移動：ランバサ→ナンディ	
5	8月15日	木	西部地方保健事務所長、地方看護師長、地区看護師長、 ナンディ地区病院看護臨床指導官等関係者からヒア リング 移動：ナンディ→スバ	
6	8月16日	金	開発ドナー（Fiji Health Sector Support Program : FHSSP）、フィジー看護カレッジ、保健省研修局等関 係者からヒアリング	
7	8月17日	土	プロジェクト専門家等関係者からヒアリング	
8	8月18日	日	移動：スバ（9:50 発）→ポートビラ（11:30 着）	
9	8月19日	月	保健省人材育成研修マネージャーからヒアリング、JICA ソロモン支所表敬訪問	
10	8月20日	火	保健省病院治療サービスダイレクター、シェファ州保 健マネージャー等関係者からヒアリング	
11	8月21日	水	バヌアツ看護学校長、国家研修委員長、日本人専門家 等関係者からヒアリング	
12	8月22日	木	看護指導官、地域保健看護師等関係者からヒアリング	
13	8月23日	金	開発ドナー（WHO、オーストラリア大使館等）等関 係者からヒアリング	

14	8月24日	土	情報分析/資料準備	移動:成田(20:45発)→
15	8月25日	日	情報分析/資料準備	→シドニー→ ポートビラ(15:10着)
16	8月26日	月	JICA バヌアツ支所表敬訪問、ゾーン1 看護指導官等関係者からヒアリング 日本人専門家との意見交換	
17	8月27日	火	保健次官表敬訪問、ゾーン2・3 看護指導官等関係者からヒアリング ミニッツ協議	
18	8月28日	水	ミニッツ協議 日本人専門家との意見交換	
19	8月29日	木	ミニッツ協議 JCC	
20	8月30日	金	ミニッツ署名 JICA バヌアツ支所報告	
21	8月31日	土	情報分析/資料準備	移動:ポートビラ(15:20発)→シドニー→
22	9月1日	日	移動:ポートビラ(12:15発)→スバ(16:05着)	→成田(6:15着)
23	9月2日	月	移動:スバ(13:00発)→ヌクアロファ(15:45着)	
24	9月3日	火	JICA トンガ支所表敬訪問、カウンターパートへ調査方法の説明、看護部長からヒアリング	
25	9月4日	水	クィーン・サロテ看護学校長、ヴァイオラ病院看護指導官等関係者からヒアリング	
26	9月5日	木	サイト訪問(ルーラルヘルスセンター等)、地域保健看護師からヒアリング	
27	9月6日	金	非感染症(NCD)看護指導官、開発ドナー(オーストラリア国際開発庁:AusAID)関係者からヒアリング	移動:成田(19:00発)→
28	9月7日	土	情報分析/資料準備	→オークランド→ヌクアロファ(19:50着)
29	9月8日	日	団内協議	
30	9月9日	月	保健省関係者表敬訪問、トンガ大使館表敬訪問、JICA トンガ支所表敬訪問、ババウの看護指導官からヒアリング、団内協議	
31	9月10日	火	サイト訪問(ヘルスセンター)、団内協議	
32	9月11日	水	ミニッツ協議	
33	9月12日	木	ミニッツ協議 評価報告書案の保健次官へのブリーフィング	
34	9月13日	金	合同調整委員会(Joint Coordination Committee: JCC) /ミニッツ署名	
35	9月14日	土	移動:ヌクアロファ(16:50発)→ナンディ(17:20着/20:15発)→スバ(20:45着)	
36	9月15日	日	団内協議/合同評価報告書(案)作成	

37	9月16日	月	フィジー看護審議会関係者からヒアリング、団内協議
38	9月17日	火	サイト訪問（地区保健事務所、地区ヘルスセンター、看護ステーション等）
39	9月18日	水	ミニッツ協議、中東部 IST コーディネーターからヒアリング
40	9月19日	木	団内協議
41	9月20日	金	保健次官との意見交換 団内協議、日本人専門家との意見交換
42	9月21日	土	団内協議/合同評価報告書（案）作成
43	9月22日	日	団内協議/合同評価報告書（案）作成
44	9月23日	月	評価報告書の最終化 フィジー看護カレッジ、開発ドナー（WHO）関係者からヒアリング
45	9月24日	火	JCC/ミニッツ署名 移動：スバ→ナンディ
46	9月25日	水	移動：ナンディ（9:55 発）→インチョン→成田（21:05 着）

1-4 プロジェクトの概要

(1) 協力期間：2010年10月20日～2014年2月28日

【フィジー】2010年10月20日～2014年2月28日の3年4カ月間

【トンガ】2011年1月24日～2014年1月23日の3年間

【バヌアツ】2011年3月1日～2014年2月28日の3年間

(2) 相手国実施機関：各国保健省

(3) 上位目標

【フィジー】フィジーにおける地域保健サービスの質が向上する。

【トンガ】トンガにおける地域保健サービスの質が向上する。

【バヌアツ】他州への拡大を念頭に、「現場ニーズに基づく現任研修（NB-IST）システム」がデザインされ、パイロット州にて試行される。

(4) プロジェクト目標

【フィジー】「現場ニーズに基づく現任研修」の仕組みが強化される。

【トンガ】既存のスーパービジョン・システムに組み込まれた「現場ニーズに基づく現任研修」のメカニズムが強化される。

【バヌアツ】パイロット地域において、地域保健看護師に対する現場事情に即したスーパービジョンとコーチング（S&C）のモデルが実施される。

(5) 成果

【フィジー】

① 「現場ニーズに基づく現任研修」が政策として有効になる。

② 「現場ニーズに基づく現任研修」のための国家標準化されたモニタリング評価（M&E）システムが実施される。

③ 看護指導官育成のためのマネジメントパッケージが開発される。

- ④ 中央及び地方レベルにおける IST コーディネーターの役割が強化される。
- ⑤ フィジー、トンガ、バヌアツ国内及び各国間（もしくは 3 カ国を超えて）において、プロジェクトの進捗及び成果が共有される。

【トンガ】

- ① 看護スーパービジョン・システムが、「現場ニーズに基づく現任研修」のメカニズムに適合するよう再定義される。
- ② 新たに定義された看護スーパービジョン・システムに沿った NB-IST メカニズムの M&E システムが確立する。
- ③ 看護指導官の、看護師に対する CS 評価実施能力が向上する。
- ④ 看護指導官の、看護師に対するコーチング及び NB-IST 実施能力が向上する。
- ⑤ トンガ、フィジー、バヌアツ国内及び各国間（もしくは 3 カ国を超えて）において、プロジェクトの進捗及び成果が共有される。

【バヌアツ】

- ① S&C 試行のモデルがデザインされ使用される。
- ② パイロット州の看護指導官が S&C の技術を身につける。
- ③ パイロット州において、看護指導官によって S&C が定期的に行われる。
- ④ バヌアツ、フィジー、トンガ国内及び各国間（もしくは 3 カ国を超えて）において、プロジェクトの進捗及び成果が共有される。

第2章 終了時評価調査の方法

2-1 評価手法

本評価調査は「新 JICA 事業評価ガイドライン（2010 年 6 月）」に基づき、プロジェクトの進捗状況及び課題を確認し、プロジェクト終了までの方向性を導き出すことを目的として、以下のプロセスにより実施された。

- ① 最新のプロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）（付属資料 3）及び活動計画（Plan of Operation : PO）に基づき、プロジェクトの投入実績、活動実績、目的・成果達成状況、発現効果などを調査・確認し、課題等を整理する。
- ② 評価 5 項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、持続性）の観点から、プロジェクトチーム、フィジー・トンガ・バヌアツ側関係者と共に、現時点でのプロジェクトの査定を行う。各項目の定義については、2-2 を参照のこと。
- ③ 上記評価結果を基にプロジェクト終了までの活動内容について協議する。
- ④ プロジェクト目標及び上位目標を達成するための課題、対応策、提言等を含めた合同評価報告書（案）を作成し、相手国側との協議を経て最終化する。
- ⑤ 上記をプロジェクトの合同調整委員会（JCC）において発表・討議し、その結果を協議議事録として取りまとめ、合意する。

情報収集にあたっては評価グリッド（付属資料 4）を作成し、それに基づき既存の文献から必要情報を抽出するとともに、プロジェクト専門家、相手国側カウンターパート、プロジェクトの裨益者、JICA 側関係者等よりヒアリングを行った。また各国において、地域保健サービスを提供する 1 次施設を訪問し、活動の実施状況などを把握した。

2-2 評価 5 項目

本評価において分析のフレームワークとして採用されている「評価 5 項目」とは、1991 年に経済協力開発機構（Organization for Economic Co-operation and Development : OECD）開発援助委員会（Development Assistance Committee : DAC）で提唱された 5 項目から成る開発援助の評価基準を、技術協力プロジェクトの評価の目的・性質に合わせて応用したものである。その概要は以下のとおり。

DAC5 項目と技術協力プロジェクト評価の視点

	DAC5 項目の定義	プロジェクト評価の視点
妥当性	開発援助と、ターゲットグループ・相手国・ドナーの優先度並びに政策・方針との整合性の度合い。	「プロジェクト目標」「上位目標」は政府・実施機関・ターゲットグループの政策・ニーズと合致しているか。
有効性	開発援助の目標の達成度合いを測る尺度。	「アウトプット」によって「プロジェクト目標」がどこまで達成されたか。
効率性	インプットに対するアウトプット（定性的並びに定量的）を計測する。	「投入」が「アウトプット」にどのような形でどれだけ転換されたか。投入の質、量、手段、方法、時期は適切か。

インパクト	開発援助によって直接または間接的に、意図的または意図せずに生じる、正・負の変化。開発援助が地域社会・経済・環境並びにその他の開発の指標にもたらす主要な影響や効果を含む。	プロジェクトが実施されたことにより生ずる直接的、間接的な正負の影響。計画当初に予想されなかった影響や効果も含む。
持続性	ドナーによる支援が終了しても、開発援助による便益が継続するかを測る。開発援助は、環境面でも財政面でも持続可能でなければならない。	JICA の協力終了後もプロジェクト実施による効果が持続されるか。

出典：「新 JICA 事業評価ガイドライン」第 1 版及び同書「実践編」第 1 版より作成

第3章 フィジー

3-1 プロジェクトの実績と実施プロセス

3-1-1 投入

以下に日本側、フィジー側の投入の概要を述べる。詳細は付属資料5を参照のこと。

(1) 日本側投入

1) 専門家派遣

2013年7月末日時点において、チーフアドバイザーをはじめとし延べ18名の専門家が現地に派遣されている。派遣期間合計は78.57人月であり、専門分野はプロジェクト管理、保健政策、スーパービジョンとコーチング(S&C)、モニタリング評価(M&E)、インパクト調査、業務調整等であった。その他、これまでに秘書やプロジェクトオフィサーとして延べ5名の現地要員を雇用している。

2) 機材供与

ノート型パソコン、プリンター、コピー機、プロジェクター等のオフィス機材が、プロジェクトに関連する活動を支援する目的で保健省(中央及び地方保健事務所)に供与された。機材調達の総額は112万7,403円。

3) 現地活動費

2013年7月末日までに、フィジーにおける活動及び教材等の製作に関連して合計4,945万4,125円が日本側より支出された。

(2) フィジー側投入

1) カウンターパートの配置

保健省より保健次官、看護部長、各地方の看護師長及びISTコーディネーター、その他フィジー国立大学学長など12職種で延べ25名がカウンターパートとして名を連ねている。その他多数の保健省や関連機関の職員が、ワーキンググループメンバーとしてプロジェクトの活動に関与した。

2) 土地・建物・施設

保健省内部に看護部長の執務室と隣接する形でプロジェクトオフィスが設置されており、専門家や現地要員の執務スペースとなっている。光熱費及び一部のオフィス家具も併せて提供されている。

3) ローカルコスト負担

保健省はカウンターパートの給与や国内出張経費の一部、プロジェクトオフィスの光熱費のほか、活動にかかわる経費として1万5,059フィジードル(FJD)(78万342円¹⁾

¹ JICA 統制レート(2013年9月) 1.00フィジードル = 51.819円

を負担している（2013年9月現在）。

3-1-2 実績

前プロジェクトで育成された看護指導官の多くが既に退職していた影響で、プロジェクト開始直後に計画外の研修が必要となり、活動計画の実施には当初遅延がみられたが、終了時評価時には大部分の活動が既に終了している。以下にアウトプットごとに実施された活動の概要と指標の達成状況及び考察を述べる。

(1) 活動とアウトプットの実績

1) アウトプット1:「現場ニーズに基づく現任研修」が政策として有効になる。

当初の計画では、インパクト調査により前プロジェクト²で構築されたNB-ISTモデルの有効性を立証し、それをエビデンスとしてNB-IST政策を成立させることで、モデルの全国展開を後押しする計画であった。実施された調査は、前プロジェクトの対象となっていた中部地方とそれ以外の地方の現状を比較することでモデルのインパクトを測るデザインとなっていたが、中部地方では当初想定していたほどNB-ISTが機能しておらず、その有効性の確認には至らなかった。

しかし日本人専門家とカウンターパートは、保健省の「人材育成・研修政策（以下、「研修政策」）」の改訂のために組織されたワーキンググループに参加し、継続的に貢献することで、NB-ISTを同政策に盛り込むことに成功した。

終了時評価時における指標とその達成状況は以下のとおり。

指標	達成状況
1-1.「現場ニーズに基づく現任研修」を促進する政策文書が策定もしくは改訂される。	既存の人材育成・研修政策が改訂され2012～2015年版が2012年末に完成した。同文書では「現場ニーズに基づく現任研修」を継続的職能開発の一環と位置づけている。

上記の研修政策は、NB-IST³について言及した初めての政策文書である。保健省の看護師を含めた全職員の継続的職能開発に対するコミットメントも明確に表明されており、将来的なNB-ISTの実施を政策的に支援する文書と判断されるところ、本アウトプットは達成されたと結論づけられる。

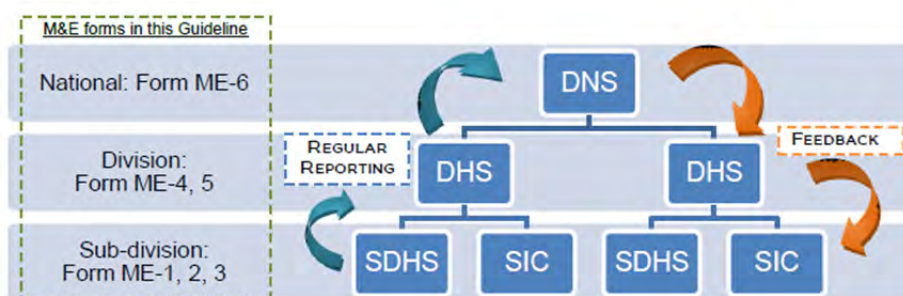
2) アウトプット2:「現場ニーズに基づく現任研修」のための国家標準化されたM&Eシステムが実施される。

M&Eシステムはスバ周辺のデータユーザー（看護指導官、地方・国家ISTコーディネーター、地方看護部長、保健省看護部長）が参加し、日本人専門家が指導するワークショップ形式で策定された。試用期間を経て2013年2月より全国的にその運用が開始され、さらなる改良を経て2013年7月に最終化された。M&Eシステムの内容は、地区

² フィジー国地域保健看護師現任教育プロジェクト（2005～2008年）

³ 研修政策においてNB-ISTは「現場の研修ニーズに沿って計画・実施される短期間の研修」と定義されており、本プロジェクトのPDMにあるものとは若干異なっている。

(sub-divisional) ⇔ 地方 (divisional) ⇔ 中央 (national) 間の定期報告とフィードバックの仕組みであり、各種定期報告のスケジュールとそのため書式及びデータの集計用紙である。同システムでは、①看護師の能力評価、②スーパービジョンのための施設訪問、③NB-IST に関して活動の実施状況をモニターすると同時に、各地方保健事務所に 2013 年 2 月に導入されたエクセル上の M&E データベースに能力評価の結果（点数）やスーパービジョンで特定された課題点を入力することで、電子データの蓄積ができる仕組みになっている。中央レベルの M&E データベースは、各地方から電子データで提出された情報からプロジェクト目標に関する指標を拾って入力するものである。



- ME-1 CS Assessment M&E Sheet
- ME-2 Supervisory Visit M&E Sheet
- ME-3 NB-IST M&E Sheet
- ME-4 Tally Sheet of CS Assessment, Supervisory Visit and NB-IST
- ME-5 Divisional M&E Sheet of CS Assessment, Supervisory Visit and NB-IST
- ME-6 National M&E Sheet of CS Assessment, Supervisory Visit and NB-IST

DNS : Director of Nursing Services (看護部長)
 DHS : Divisional Health Sister (地方保健事務所看護師長)
 SDHS : Sub-divisional Health Sister (地区看護師長)
 SIC : Sister-in-Charge (看護師長：臨床の IST コーディネーター)
 出典：“Monitoring Guidelines”, Management Manual for Nursing Supervisors July 2013

図ー1 策定されたフィジーの M&E システム

本アウトプットに関連する指標の達成状況は以下のとおり。

指 標	達成状況
2-1. 期限内に地区保健事務所から地方保健事務所、地方保健事務所から中央（保健省）に提出された M&E 報告書の割合	地区→地方：関連データの提供なし ⁴ 。 地方→中央：直近の定期（四半期ごと）報告においては、75%（4 地方中 3）の保健事務所から期日までに報告書が送られてきたが、その内容は不完全なものであった。

⁴ プロジェクトでは地区から地方保健事務所への報告書の提出状況をモニターする体制を敷いていない。関連データは各地方保健事務所に存在すると思われるが、調査団には提供されなかった。

<p>2-2. M&E データベースが定期的にはアップデートされる。</p>	<p>M&E データベースは 2013 年 2 月に各地方保健事務所と保健省に設置された。「定期的」が定義されていないことから、達成状況の正確な判断はできないが、下位レベルからの報告書が出揃うのが遅れがちであることから、データベースへの入力も適時に実施できていない。</p> <p>中央レベルでは 2013 年 1 月より IST コーディネーターが空席であることから、データベースへの入力はプロジェクトが行っている。</p>
--	---

M&E システムを導入したことで、看護指導官や看護マネジャー〔保健省看護部長 (DNS)、各地方保健事務所看護師長 (DHS)、国家・地方 IST コーディネーター〕の間には、個人差は大きいものの、関連データを収集することで所轄の事項を監視することの理解が徐々にではあるが芽生えつつある。一方で、現時点では以下に述べるように課題も多く、M&E の定着にはさらなる努力と時間が必要と思われる。

本調査では、期限内に報告書を提出することを優先するあまり情報の質が損なわれている事例が確認された。その背景には①地区レベルではほかに提出が義務づけられている報告書があり、期限を順守することが困難である、②地区からの報告書の内容に不備があった場合でも、現在の提出期限ではその修正を指示している時間がない、といった事由があるとされ、カウンターパートとの協議では、提出期限の再検討が妥当であるとの結論に至っている。

エクセル上の M&E データベースは、PDM の指標を追跡するためにも必要なツールであったが、その使用が開始されたのが 2013 年 2 月であり、2011～2012 年のデータは蓄積されていない。ユーザーである地方保健事務所の看護師長及び地方 IST コーディネーターの多くはエクセルの使用経験がほとんどなく、青年海外協力隊 (JOCV) が配置されている事務所ではその支援を受けながら徐々にその使用法を習得しつつあるものの、技量の個人差は大きい。地方保健事務所では、データベースへの入力は労力を費やす作業であり、エクセルの使用にある程度習熟した IST コーディネーターがいて初めて持続可能であると認識されている。また現在の書式は数値データの入力・活用には便利であるが、スーパービジョンで特定された課題やその対応策としてとられたアクションの記録には不向きであり、改善を望む声が聞かれている。プロジェクトでは、必要に応じて、各地方保健事務所でデータベースの書式を改良することを推奨しているが、コンピューターに関する知識が限られている現状では中央からの支援が必要であると思われる。

現時点においては収集されたデータの分析や活用はあまり行われておらず、これは IST コーディネーターの不在⁵や M&E システムが導入されて日が浅いことに加えて、M&E の概念がフィジーでは比較的最近導入されたものであり、中央レベルの管理職も含めて職務上の習慣となるに至っていないことが背景にあると考えられる。

⁵ 国家 IST コーディネーターは 2013 年 1 月より現在に至るまで、北部の IST コーディネーターも 2013 年 1～7 月の間空席であった。

3) アウトプット 3 : 看護指導官育成のためのマネジメントパッケージが開発される。

プロジェクトは NB-IST メカニズムの各活動に関し、ガイドラインやツールを看護マネージャーや指導官の参加の下で策定し、それらを活用した研修を実施してきた。2012 年 9 月に実施された中間レビューで、プロジェクトが行ってきた研修の教材等を整理し実用に向けてモジュール化したマネジメントパッケージを作成することが提言されたことを受けて、「看護指導官のための管理マニュアル」が編集され、2013 年 8 月に各地方で 1 次・2 次医療施設の看護指導官を対象に同マニュアルを使用した研修が実施された。指標の達成状況は下表のとおり。

指 標	達成状況
3-1. 開発された看護指導官育成のためのマネジメントパッケージ	以下のセクションから構成される「看護指導官のための管理マニュアル」が策定・印刷されている。 ① 看護指導官の役割 ② 能力評価のガイドラインと実施・報告のためのツール ③ 地区レベルにおける施設訪問スーパービジョンのガイドラインと実施・報告のためのツール ④ コーチング及びコミュニケーションマニュアルと報告様式 ⑤ NB-IST と研修管理ガイドライン及び実施・報告のためのツール ⑥ M&E ガイドラインと報告・集計用紙

策定されたマニュアルは、現職看護指導官が職務上必要に応じて参照するほか、将来的な看護指導官の研修においてその教材としても使用することができるものであり、プロジェクトでは 2013 年 10 月に予定されている国家保健執行委員会（National Health Executive Committee : NHEC）において保健省の公式文書として承認されることで、持続性を強化することをめざしている。また看護部では、マネジメント研修の保健省認定講師を各地方に養成することで、将来的に地方レベルで質の担保された研修を実現させる構想をもっている。中央レベルでは、2012 年に看護師の継続的職能開発の機会を提供することをその役割としてフィジー看護カレッジ（Fiji College of Nursing : FCN）が看護審議会の下に設立されており、同カレッジを通じて同様の研修が提供されることが見込まれる。

4) アウトプット 4 : 中央及び地方レベルにおける IST コーディネーターの役割が強化される。

中央・地方 IST コーディネーターは、NB-IST メカニズムにかかわる各活動を実施するのに必要不可欠な役職である。同職の設置は本プロジェクトの前提条件であり、プロジェクト開始前に職位は設立されたものの、臨時のものであったために職務の遂行に必要な高い技能や資格を有する者の応募がない、または定着率が悪いという問題に直面している。

今日 IST コーディネーターの重要性・有用性は保健次官や地方保健事務所長らに十分

認識されているが、終了時評価の時点では保健省の正式な職位として認定されるには至っていない。この背景には公務員の絶対数削減という国家政策があり、これまでは保健省で承認しても人事院で不承認となる過程をたどってきた。しかし2013年9月に新憲法が発効し、省内の人事はポストの創出や統廃合を含めすべて当該省の次官の裁量で決定されることになったことから、ISTコーディネーターのポストはプロジェクト終了までには正式化されることが見込まれる。

ISTコーディネーターのタスクの一つとして、研修に参加する看護師を選抜・承認するというものがあるが、そのためには個々人の看護師の現在の仕事内容、保有する資格や研修履歴に関する情報が必要である。本来的には保健省の人材情報システム（Human Resource Information System：HRIS）の一部となる性質の情報であるが、現在HRISが十分に稼働しておらず、その再構築の見通しもつかないために、プロジェクトでは中東部地方のISTコーディネーターと同地方保健事務所に派遣されているJOCVの助力を得てISTインベントリーを開発し、2013年6月に各地方保健事務所と3次病院に導入した。

現時点における指標の達成状況は以下のとおり。

指 標	達成状況
4-1. 中央及び地方レベルのISTコーディネーターの職務規定書（Position Descriptions：PD）が公式に承認される。	ISTコーディネーターのPDはこれまでに数度改訂されその都度保健省の承認を得ているが、終了時評価時には再度次官の指示により看護職以外のISTの調整も含めたPDを作成中であった。
4-2. 中央レベルで年次看護現任研修計画が策定される。	2013年に関しては、国家ISTコーディネーターは各地方看護師長と3次病院から提出された中長期の研修候補者リストを基に内部選考を行い、看護部としての研修候補者リストを作成した。同リストはその後人事部内にある研修管理室によって、全職種の研究候補者リストを一覧にした「ISTマスタープラン」にまとめられた。ISTマスタープランにはNB-ISTのような短期の研究は含まれていない。 NB-ISTに関しては、各地方より提出された年間計画を一覧にしたものがプロジェクトによって作成されているが、提出がなかった地方もあり、全国を網羅するものにはなっていない。
4-3. 各地方でISTインベントリー ⁶ が四半期ごとにアップデートされる。	終了時評価時では、各地方保健事務所及び3次病院・専門病院で管轄する看護師の関連データの初期入力が行進中であり、アップデートされる段階には至っていない。

前述の「研修政策2012-2015」に掲載されている研修管理室の役割には、現在ISTコーディネーターの業務とされていることが多く含まれているため、ISTコーディネーター

⁶ 個々人の現任研修履歴のデータベース

の PD 改訂は、保健省内の業務分担等を再考しつつ行うことになる。

また IST インベントリーは、簡易かつ低コストで当座的に設立されたものである。各地のデータベースが相互にリンクしていないことから、職員が他地方に転勤した場合は保健事務所間でデータの受け渡しをしなければならないなど、長期的な利便性には課題がある。入力を含めた情報管理は IST コーディネーター（3 次病院では看護師長）の仕事であるが、入力作業に忙殺されることは望ましくないため、地方保健事務所で HRIS の管理のために雇用されている技師を活用すべきとの意見も聞かれた。

- 5) アウトプット 5：フィジー、トンガ、バヌアツ国内及び各国間（もしくは 3 カ国を超えて）において、プロジェクトの進捗及び成果が共有される。

本プロジェクトには、参加している 3 カ国間の経験共有を目的として、テレビ会議と広域ワークショップが計画されていた。テレビ会議は 3 カ国の主だったカウンターパートと日本人専門家、JICA の関係者が参加して 3 回開催されており、うち 2 回の司会をフィジーのカウンターパートが行った。広域ワークショップは 2011 年と 2012 年に 1 度ずつ、いずれもフィジーで開催され、それぞれの 3 カ国からの参加者は 13 名と 18 名であった。

以下は指標の達成状況である。

指 標	達成状況
5-1. テレビ、電話会議の回数	3 回（2011 年 2 月、2011 年 11 月、2013 年 3 月）。
5-2. 国際会議の場で発表した回数	3 回。 2011 年の大洋州保健人材同盟（Pacific Human Resources for Health Alliance : PHRHA）年次会合において、副総括がプロジェクトの概要を発表。 2011 年のフィジー国立大学（Fiji National University : FNU）主催大洋州島嶼国保健研究シンポジウムにおいて、FNU のリサーチオフィサーがベースライン調査の結果を発表。 2012 年南太平洋看護・助産師長連合（SPCNMOA）の看護フォーラムにおいて、看護部長が NB-IST について発表。
5-3. 経験共有のケース	プロジェクトの成果品の一部はプロジェクトもその設立に助力した FNU の看護指導官向けの卒業ディプロマコースのカリキュラムに反映されている。同コースの関係者からは、看護指導官のための管理パッケージの編集にあたり、学術的な視点からのアドバイスを受けた。

広域ワークショップに関しては、フィジーにとっては、学びの場というよりは自国の成果を後発国に示すという側面があり、有意義かつ士気を高める経験であったことが報告されている。プロジェクトの経験を外部に向けて発信するという意味では、2011 年の国際保健学会の年次大会で日本人専門家がベースライン調査の結果の発表を行っているほか、定期的にニューズレターを発行しカウンターパートや関連機関、開発ドナー等に配布している。

(2) プロジェクト目標達成の見込み

プロジェクト目標：「現場ニーズに基づく現任研修」の仕組みが強化される。

現時点における指標の達成状況と調査団による考察を以下に述べる。

指 標	達成状況・考察																								
1. 各地方において80%以上の地域看護師がガイドラインに定められた頻度の能力基準に基づく評価を受ける。	<p>ガイドラインでは地域看護師の能力評価（Competency Assessment：CA）は年に2回（アクセスの特に悪い地域では年1回）実施することと定められている。2013年前半6カ月間における実施率は72.2%であったが、以下の地域差がみられた。</p> <p style="text-align: center;">2013年1～6月に能力評価を受けた地域保健看護師の割合</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>地 方</th> <th>中 部</th> <th>東 部</th> <th>北 部</th> <th>西 部</th> <th>合 計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>地域看護師数</td> <td>123/172</td> <td>16/61</td> <td>71/87</td> <td>105/116</td> <td>315/436</td> </tr> <tr> <td>実施率</td> <td>71.5%</td> <td>26.2%</td> <td>81.6%</td> <td>90.5%</td> <td>72.2%</td> </tr> </tbody> </table> <p>東部における実施率の低さは、離島地域のアクセスの悪さを反映したものと分析される。</p> <p>2013年以前の実施データがないことから、年間実施率は2013年が終了するまで明らかにはならないが、2013年下半期はまだ1度も評価を受けていない者が優先されることになるため、2度評価を受ける看護師の割合は上半期の実施率より低いことが予想される。</p>	地 方	中 部	東 部	北 部	西 部	合 計	地域看護師数	123/172	16/61	71/87	105/116	315/436	実施率	71.5%	26.2%	81.6%	90.5%	72.2%						
地 方	中 部	東 部	北 部	西 部	合 計																				
地域看護師数	123/172	16/61	71/87	105/116	315/436																				
実施率	71.5%	26.2%	81.6%	90.5%	72.2%																				
2. 95%以上の保健施設がガイドラインに定められた毎年1回以上の監督指導訪問を受ける。	<p>「看護指導官のための管理マニュアル」にある実際のガイドラインは、監督指導訪問の回数を年4回（特にアクセスの悪い地域は年2回）と定義しており、ガイドラインの内容が固まる前に設定された本指標とは一致していない。</p> <p>2013年上半期には、全184施設のうち76.1%が1～2回以上の監督指導訪問を受けた⁷。今後年度末に向けてこの割合は上昇するものと推察される。</p> <p style="text-align: center;">2013年1～6月に1～2度の監督指導訪問を受けた施設の割合</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>訪問回数</th> <th>中 部</th> <th>東 部</th> <th>北 部</th> <th>西 部</th> <th>合 計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2回</td> <td>6.7%</td> <td>0.0%</td> <td>32.5%</td> <td>15.4%</td> <td>13.0%</td> </tr> <tr> <td>1回</td> <td>75.6%</td> <td>42.6%</td> <td>67.5%</td> <td>67.3%</td> <td>63.0%</td> </tr> <tr> <td>合計 (1回以上)</td> <td>82.2%</td> <td>42.6%</td> <td>100%</td> <td>82.7%</td> <td>76.1%</td> </tr> </tbody> </table>	訪問回数	中 部	東 部	北 部	西 部	合 計	2回	6.7%	0.0%	32.5%	15.4%	13.0%	1回	75.6%	42.6%	67.5%	67.3%	63.0%	合計 (1回以上)	82.2%	42.6%	100%	82.7%	76.1%
訪問回数	中 部	東 部	北 部	西 部	合 計																				
2回	6.7%	0.0%	32.5%	15.4%	13.0%																				
1回	75.6%	42.6%	67.5%	67.3%	63.0%																				
合計 (1回以上)	82.2%	42.6%	100%	82.7%	76.1%																				

⁷「スーパーバイザー訪問」とは、看護指導官（地区看護師長または地区看護師長から委嘱された上級看護師）が施設を訪問しプロジェクトが策定したチェックリストを使って査察を行った場合のみを指す。

	<p>監督指導訪問実施に関する最大の障害は、交通手段などのロジスティクスである⁸。上記はプロジェクトがロジスティクス面での支援を行った⁹うえでの数値であるが、年4回（僻地は2回）のガイドライン上の目標達成にはほど遠い結果となっている。地区レベルでのロジスティクスの効率化を図ることで、若干の向上は可能と思われるが、現在のガイドライン値が非現実的であることも否めない。</p> <p>監督指導訪問の必要性は施設の置かれている状況によって異なるものであり、一律にその回数を規定することの是非を再検討する必要がある。東部での低い実施率はNB-ISTメカニズムの限界を示すものであり、離島地域におけるサービスの質の担保には、別途状況に即した体制が必要であることが示唆されている。</p>																				
<p>3. 70%の看護指導官が看護指導官育成のためのマネジメントパッケージの全項目に関する研修を受ける。</p>	<p>2013年8月に各地方で行われた「看護指導官のための管理マニュアル」研修により、59名の地域保健分野の看護指導官（地区指導官及び上級看護師）のすべてが全項目に関する研修を終了していると思なされる。看護指導官ではないものの、類似の役割が期待されることが多いナース・プラクティショナー（Nurse Practitioner：NP）全26名中24名（92.3%）と、17名の地区病院の看護師長¹⁰も同研修を受講した。一通りの研修は実施されたものの、NB-ISTメカニズムと一連の活動の内容・意義の理解度に、看護指導官のなかでも個人差が大きいこと、また地方間の差も認識されており、その均質化が今後の課題である。</p>																				
<p>4. 各地方において計画された「現場ニーズに基づく現任研修」の80%（年間）が実施される。</p>	<p>2013年6月末の時点では、年度初めに計画されたNB-ISTのうちの40.0%（計画が提出されなかった北部地方を除く）が実施済みであった。下表に地方別の達成率を示す。</p> <p style="text-align: center;">2013年6月末時点におけるNB-ISTの実施率</p> <table border="1" data-bbox="507 1249 1401 1424"> <thead> <tr> <th></th> <th>中部</th> <th>東部</th> <th>北部</th> <th>西部</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>計画されたNB-IST¹¹数</td> <td>21</td> <td>16</td> <td>0*</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>実施済みのNB-IST数¹²</td> <td>9</td> <td>5</td> <td>9</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>実施率</td> <td>42.9%</td> <td>31.3%</td> <td>-</td> <td>42.3%</td> </tr> </tbody> </table> <p>*地区レベルから必要な情報が提出されなかったことを理由に州の計画は作成されていない。</p> <p>保健省から各地方保健事務所に割り当てられる研修予算は毎年1万～1万5,000FJD程度であり、絶対的に不足していることから、NB-ISTのほとんどは①ドナーの支援するプログラムの活動に統合するか②研修対象となる看護師が集まる別の機会をとらえて実施することで費用を捻出している。</p> <p>NB-ISTの実施に活用しようとしていた別の部署が企画・実施する研</p>		中部	東部	北部	西部	計画されたNB-IST ¹¹ 数	21	16	0*	26	実施済みのNB-IST数 ¹²	9	5	9	11	実施率	42.9%	31.3%	-	42.3%
	中部	東部	北部	西部																	
計画されたNB-IST ¹¹ 数	21	16	0*	26																	
実施済みのNB-IST数 ¹²	9	5	9	11																	
実施率	42.9%	31.3%	-	42.3%																	

⁸ 地区保健事務所からだれかが施設を訪問する機会に看護指導官が便乗してスーパービジョンを実施するのは、ごく普通に行われているという。

⁹ 2013年の第一四半期は39施設中8施設（20.5%）、第二四半期は110施設中64施設（58.2%）への訪問に際し、燃料費、車両、宿泊費等（の一部）をプロジェクトが負担した。

¹⁰ 地区病院においても地域保健サービスが提供されていること、また病院から地域保健施設への転属も多いため。

¹¹ 「現場で特定されたニーズに呼応する形で看護指導官が計画し、地方看護師長の承認を受けて実施される研修」と定義。

¹² 各地方看護師長から報告された数をそのまま使用。

	<p>修の日時が変更されることが比較的頻繁にあることから、当初の計画どおりに NB-IST を実施するのは困難であることが看護指導官からは報告されている。しかし、そうした活動が最終的には実施される限り、実施率は年度末に向けて向上することが見込まれる。</p> <p>一方で、地方看護師長からは NB-IST として報告されている研修のなかに、看護指導官ではなく保健省が企画・実施したものが含まれていることも明らかになり、地方看護師長・看護指導官に NB-IST の理解が浸透していないこと、または現段階における M&E に課題が残されていることが示唆された。</p>										
<p>5. NB-ISTメカニズムの指標の一部が各地方のビジネスプラン上の指標として採用される。</p>	<p>各地方の 2013 年のビジネスプラン（年間計画書）に掲載されている NB-IST の指標または記述は以下のとおり。</p> <table border="1" data-bbox="507 696 1412 1160"> <thead> <tr> <th data-bbox="507 696 619 741">地方</th> <th data-bbox="619 696 1412 741">記載内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="507 741 619 786">中部</td> <td data-bbox="619 741 1412 786">NB-IST への言及なし。ただし看護部のビジネスプランには、「NB-IST の強化」が目標の一つとして明記されており、指標として「NB-IST の数」と「特定されたニーズの種類」が挙げられている。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="507 786 619 909">東部</td> <td data-bbox="619 786 1412 909">NB-IST に関連する指標は記載されていないが、地方保健事務所の組織図には IST コーディネーターが、またアウトプット 3 (人材育成) の下には継続的職能開発が記載されている。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="507 909 619 1032">北部</td> <td data-bbox="619 909 1412 1032">NB-IST に関連する指標は記載されていないが、継続的職能開発に関連して「年間研修計画の策定」が IST コーディネーターと人事との共同の業務として記載されている。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="507 1032 619 1160">西部</td> <td data-bbox="619 1032 1412 1160"></td> </tr> </tbody> </table>	地方	記載内容	中部	NB-IST への言及なし。ただし看護部のビジネスプランには、「NB-IST の強化」が目標の一つとして明記されており、指標として「NB-IST の数」と「特定されたニーズの種類」が挙げられている。	東部	NB-IST に関連する指標は記載されていないが、地方保健事務所の組織図には IST コーディネーターが、またアウトプット 3 (人材育成) の下には継続的職能開発が記載されている。	北部	NB-IST に関連する指標は記載されていないが、継続的職能開発に関連して「年間研修計画の策定」が IST コーディネーターと人事との共同の業務として記載されている。	西部	
地方	記載内容										
中部	NB-IST への言及なし。ただし看護部のビジネスプランには、「NB-IST の強化」が目標の一つとして明記されており、指標として「NB-IST の数」と「特定されたニーズの種類」が挙げられている。										
東部	NB-IST に関連する指標は記載されていないが、地方保健事務所の組織図には IST コーディネーターが、またアウトプット 3 (人材育成) の下には継続的職能開発が記載されている。										
北部	NB-IST に関連する指標は記載されていないが、継続的職能開発に関連して「年間研修計画の策定」が IST コーディネーターと人事との共同の業務として記載されている。										
西部											

現時点で明確に達成されているといえる指標は 3 のみであり、保健財政が逼迫していることから監督指導訪問や NB-IST の実施などに必要な資金が保健省レベルで確保されないという状況下では、全数値目標の達成は困難であると思われる。保健省やプロジェクトの資源（期間・資金）に比して非常にハードルの高い目標値を示す指標があること、IST コーディネーターの職位が非正式な職位であったことから適当な要員の確保が困難であり、結果的に空席期間が続いたことなども、プロジェクト目標の達成状況に影響を及ぼしている要因と考えられる。

3-1-3 実施プロセスの検証

プロジェクト実施上の特記事項を以下に述べる。

(1) 外部要因に起因するもの

1) 進捗の遅れ

プロジェクトの活動は、特に初期の段階において計画より大きな遅れがみられた。主な要因は、2009 年 4 月に公務員の退職年齢が引き下げられたことで、前プロジェクトで育成された看護指導官の多くが後任に満足な引き継ぎもできないままに職場を去ったことから、中部地方には根づいていると目されていた NB-IST の仕組みを、再度基礎から

構築せざるを得なかったためとされている。

2) IST コーディネーターの高離職率

専任の IST コーディネーターは、NB-IST メカニズムが機能するにあたっての前提条件であるが、アウトプット 4 の項で既述のように、行政上正式に承認された職位でないことから能力のある人材を安定して配置することが困難であった。中央レベルの IST コーディネーターはプロジェクト開始以来 3 名が務めたのち、2013 年 1 月より空席であり、また北部地方でも現在の IST コーディネーターが着任する前は約 7 カ月にわたって空席となっており、モニタリングを含めた NB-IST メカニズムの活動に支障が生じた。

3) 看護法令の施行

2011 年に制定された看護法令により、看護審議会、看護カレッジ、看護倫理委員会等が設立されると同時に、2013 年より看護師免許の毎年の更新が義務づけられた。免許更新の要件として毎年一定以上の研修を受けることが定められたことで、保健省内や看護師の間でも現任研修に対する関心が高まり、NB-IST を促進しようとするプロジェクトの追い風となった。

(2) プロジェクト運営に関するもの

1) プロジェクトのモニタリング体制構築の遅れ

中間レビュー時に PDM の指標データの多くが入手できなかったため、プロジェクトのモニタリングのための体制を早急に構築するよう提言がなされた。その後 NB-IST メカニズムの M&E システムが設立され、プロジェクト目標の指標値を含むデータの収集が行われるようになったほか、活動の進捗状況を把握するために四半期に 1 度合同調整委員会 (JCC) が開催されるようになった。これらの措置はそれぞれに有用なものであるが、終了時評価時においてもモニターされていない PDM 指標があるほか、上記 M&E システムが設立された 2013 年 2 月以前のデータがないのが現状である。

2) プロジェクト方針に関する関係者間の共通理解形成の遅れ

プロジェクト開始以来、PDM は 2 度改訂されているが、当初の PDM は論理的構成や文言に問題があったため、日本人専門家側とカウンターパートの間、またはそれぞれのグループ内で、プロジェクトの目的や道筋に関する共通の理解の形成が困難であった。またプロジェクトには合計 18 名の日本人専門家が派遣されており、プロジェクトの進捗状況や課題等に関する情報・認識を共有するにあたって負担となった。

3) 裨益者の拡大

PDM では臨床看護指導官は本プロジェクトの対象者・裨益者とはされていないが、プロジェクトで実施した研修等は 2 次医療施設である地区病院の臨床看護指導官も対象としている。これは地域保健サービスが地区病院でも提供されていること、臨床から地域保健への人事異動も頻繁にあることに配慮した決定であった。

4) JOCV との協働

地方保健事務所に配属された JOCV による貢献は大きい。具体的には、①コンピューターを使用した M&E データ（能力評価の結果データ含む）の管理と報告書作成にかかわる地方看護師長や IST コーディネーターに対する技術的支援、②地方保健事務所における関連データの視覚化、③地方の保健施設を訪問した際の現場の状況にかかわる情報の日本人専門家との共有といった地方保健事務所レベルでの支援のほか、中央レベルでの IST インベントリーの開発とその使用法の指導にも中部地方保健事務所に派遣された JOCV が大きな貢献を行った。

3-2 評価結果

3-2-1 妥当性

一定の妥当性は確保されている。

(1) 政策面

政策面の妥当性は高い。フィジーの現行の保健戦略計画（2011～2015 年）は重点課題である非感染症及び感染症の対策として地域保健看護師が提供するプライマリ・ヘルス・ケア（PHC）に重点が置かれているほか、サービスの質の向上が重視されており、その文脈で医療技術者の継続的職能開発の重要性が認識されている。継続的職能開発の推進はプロジェクト期間中に改訂された「研修政策 2012-2015」にも明示されており、NB-IST とコーチングの実施によって地域保健看護師の職能を高め、上位目標としてサービスの質の向上をめざす本プロジェクトは、まさに保健省の政策と合致するものであった。

JICA の対フィジー事業展開計画では、民主化の動きを支援しつつ、①保健、教育、社会的弱者支援と国民の生活向上に資する分野、②環境、感染症対策など地球規模問題の解決、を③フィジーを拠点として他の島嶼国にも裨益する広域案件を通じて支援するという方針の下、援助重点分野を①環境・気候変動、②脆弱性の克服と設定している。本プロジェクトは後者の開発課題の一つである「保健医療サービスの向上」に貢献するものである。

(2) ニーズへの呼応

当初想定されたものではないが、看護指導官の役割を整理しマネジメントのツールと研修を提供する本プロジェクトは、2009 年の突然の管理職の大量退職（3-2-3 参照）でマネジメントのノウハウのないままあとを引き継ぎ、手探りで業務を遂行していた看護指導官の切実なニーズに応えるものであった。また看護師免許の更新要件として現任研修の受講が義務づけられたことで、研修履歴の重要性が一気に高まったが、本プロジェクトで配布した個々人の研修履歴を記録するノート、同様の記録を地方保健事務所・病院レベルで管理する簡易データベース（IST インベントリー）は、このニーズに応えるものとしてそのタイムリーな導入が歓迎された。

保健省は AusAID の支援を受け、保健戦略計画や年間計画に盛り込まれた人材開発にかかわるさまざまな率先した取り組みを「戦略的人材育成プロジェクト」の下で実施しているが、本プロジェクトはその活動である IST マスタープランの策定などにも貢献しているほか、同プロジェクトで職種横断的に推進する現任研修の調整にあたっては、本プロジェ

クトでその職位が確立される見込みの IST コーディネーターが中心的な役割を担うことが検討されている。

3-2-2 有効性

有効性は限定的である。プロジェクト目標に関する指標で達成されているのは五つのうち一つのみであり、NB-IST メカニズムは当初想定されたほどには強化されていないことを示している。特に東部地方の達成度の低さには、物理的なアクセスが困難な地域における NB-IST メカニズムの有効性の限界が示唆されており、こうした地域のニーズに適切かつ十分に応えるには、離島地域における看護管理の体制そのものから見直す必要があると思われる。

一方で、本プロジェクトのアウトプットのの一つ一つ（アウトプット 5 を除く）は保健行政、特に看護管理の強化に直接的に寄与するものであることから、NB-IST メカニズムの構築・実施は、インパクトとして顕著である看護管理の強化（3-2-4（2）に詳述）に対する手段として有効であったといえよう。NB-IST メカニズムは、本来看護師の能力強化の手段として位置づけられていたが、こちらの有効性は現時点においては関連データの蓄積がなく、検証できていない。

プロジェクトの実施に際して採られた個別の手法の有効性に関しては、ステークホルダーを召集したワークショップを通じて成果品〔M&E システム（M&E ツール含む）、能力評価のツール、スーパービジョン・ガイドライン、NB-IST 管理ガイドラインなど〕の作成を行ったことは、その過程に関係した主に中央及び中部地方のステークホルダーに限定されるものの、参加者の知識の向上とオーナーシップの醸成に有効であった。しかしこの手法は参加したステークホルダーの技術レベルが成果品に反映されやすいという側面をもっており、ことに M&E システムに関しては、フィジーにおける M&E がもともと脆弱なことに配慮したより丁寧な技術指導が有用だったと思われる。

3-2-3 効率性

投入は3カ国分をまとめて一つの広域プロジェクトとして管理されているため、国別に効率性を議論することは困難であるが、プロジェクト開始後 JICA 規定の上限まで追加予算が組まれていることに加え、日本側協力機関の自社負担によりフィジーだけで 207 日間（6.90 人月）の専門家派遣が追加投入されていることから、当初の想定に比してプロジェクトの効率性は低かったと判断される。

追加投入が必要となった大きな要因として、プロジェクトの計画段階で現地資源と目されていた保健省の管理職の多くが 2009 年 4 月の大量退職¹³により職を離れたことで、中部地方においては定着していると認識されていた現任研修の仕組みが想定されたほど機能していなかったことが挙げられる。強制退職から半年以上経た時点で実施された詳細計画策定調査（2009 年 11～12 月）で、必要な対応策が盛り込まれなかった経緯は明らかでないが、プロジェクト策定の段階における現状分析が不十分であった可能性もある。また前述のワークショップ研修を通じた参加型の成果品作成という手法は、特に参加者の知識・技術レベルが低い場合には一定の質の成果品を仕上げるには多くの投入が必要となり、効率性の面では必ずしも最善の選択肢

¹³ 公務員法の改定で定年退職年齢が 55 歳に引き下げられ、それを超えている者は 4 月 15 日より 2 週間の猶予を経て全員が強制的に退職となった。

ではない。

フィジーにおけるプロジェクト運営に携わった日本人専門家は 18 名にのぼっており、中間レビューでも指摘されているように、少数で運営する場合に比べて効率性の損失はあったと思われる。

3-2-4 インパクト

(1) 上位目標の達成見込み

上位目標：フィジーにおける地域保健サービスの質が向上する。

指 標	達成状況
地域保健看護師の能力基準に基づく評価の点数が3以下のコンポーネントが一つでもある地区の数	関連データなし。ベースラインとなる 2013 年のデータはプロジェクト終了までに出る見通しである。

上記のとおり、ベースラインデータの欠如により現時点において上位目標の達成を予測することはできない。しかしサービスの質の改善に関しては、出勤時間の厳守や利用者サービスの改善、NB-IST が実施された分野における知識・技能の向上などが既にみられることが、看護指導官より報告されている。その他、支援型監督指導の概念や手法が看護指導官やその上司たちに広まりつつあることも確認されており、サービスの質の改善につながっているものと考察される。

その一方で上位目標の達成には、能力評価で特定された課題に対する研修が企画・実施される必要があり、その障害となっている保健省の予算不足が何らかの方法で克服されなければならない。またNB-ISTの質の担保、看護指導官のNB-ISTメカニズムの理解度とコーチング等のスキルの向上、能力評価に関するものを含めたツールの定期的なレビューと必要に応じた改訂なども、保健省の自助努力によって継続されることが望まれる。

(2) その他のインパクト

NB-ISTメカニズムの手段としての有効性は限定的であったが、本プロジェクトの保健行政上のインパクトは多岐にわたっている。看護管理に関するものとして、マネジメントのノウハウをもたなかった多くの看護指導官の多くが、NB-ISTメカニズムに関連する活動のツールや研修により、今では自信をもって職務を遂行できるまでに成長した。能力評価を臨床看護も導入する動きがあり、プロジェクトで使用されているものを基礎に臨床看護により適したものを策定することが検討されている。

2009年の管理職職員の大量退職後間もなく開始された本プロジェクトは、急きょ登用された中間管理職のキャパシティを強化するものとして適時適切であり、保健省内外からの注目を集めることとなった。能力評価ツールの有用性は人事院にも認められ、その概念に沿って全公務員の年次職務査定のツールが改訂された。また、ほかの医療職も同様の能力評価ツールや管理マニュアル、現任研修履歴を個人で管理するノートなどの導入に関心を示していることが報告されている。

また保健省人事部の研修室は、プロジェクトに感化されて保健省全体の研修ニーズアセ

スメントを実施したほか、全職種を網羅した年間現任研修計画の策定を試行し始めている。継続的職能開発にかかわるこうした保健省の活動は、AusAID の支援も得て組織的に推進されており、保健セクター全体に影響するインパクトを生み出すことが期待される。

3-2-5 持続性

プロジェクトのインパクトが持続する可能性は高い。研修政策で NB-IST が認識されたのは持続性の観点からは大きな意義がある。また、課題を特定し支援的にその解決を図りモニタリングすることで体系的にサービスの質の向上を図るスーパービジョンは、他の医療職種にも応用できるものとして保健次官や地方保健事務所長の高い評価を得ており、IST コーディネーター職の正式承認や本プロジェクトで作成したものと類似の管理マニュアルを他の職種向けに作成する動きにつながっている。この管理マニュアルは研修教材としても使用できることから、今後の看護指導官のマネジメント研修は、保健省が計画どおり認定講師を養成し、また看護カレッジが有料研修を開始することで、その質及び資金的な持続性の向上が担保されることが期待できる。

その一方で、IST インベントリーは維持管理に手間がかかり、持続性の高いものではないことに留意する必要がある。これは、同システムが低コストで可能な当座的なものであることに由来しており、今後は再稼働に向けて作業中である HRIS にその機能が引き継がれるよう、看護部と人事部の連携が望まれる。

こうした人材育成・管理に関連する活動は保健省内部に点在しているが、今後効率性と持続性の確保のためにも、それらを一つのプログラムにまとめることで、PDCA サイクルに則ったシステムティックかつサポータティブな人材育成・管理システムである NB-IST メカニズムの主流化を図ることも、検討の余地があると思われる。

3-2-6 結論

プロジェクトの指標から判断する限りでは、NB-IST メカニズムの強化は当初期待されたほどのレベルまで達成されなかった。しかしこのプロジェクトで導入したマネジメント・ツールや各種研修の結果、スーパービジョンや現場レベルでの研修がより体系化されたものになっており、その意味では、NB-IST メカニズムの強化は目的ではなく、看護管理の強化のための手段であったと結論づけることができる。マネジメントとリーダーシップの強化により支援型監督指導の文化が芽生えつつあり、その結果として利用者中心の看護サービスや看護師の技能の向上が認められ始めている。また現在徐々に看護部上層部において認識されつつあるエビデンスに基づく意思決定とそのためのデータの重要性が根づくことで、フィジーの看護管理はさらに強固なものとなることが期待される。

このようなプロジェクトの効果を最大化し持続させるためには、保健省が管理職の能力強化（特に M&E にかかわるもの）を継続的かつ意識的に図ることが不可欠である。同時に、保健人材開発にかかわる保健省及び関連機関のすべての率先した取り組みを、保健省のリーダーシップの下、一つに集約していくことも奨励される。

3-3 提言と教訓

3-3-1 提言

(1) プロジェクトに対して

- ① 設定されたすべての指標データを追跡し、確実かつ適切にプロジェクトのモニタリングを実施すること。
- ② 地区レベル、地方レベル、国レベルで収集されたデータの質とデータ活用状況について、監視・分析すること。
- ③ M&E ツールと看護管理職の M&E 技能のギャップに対処すべく、改善に向けた議論を促進すること。
- ④ 既存の制約にかんがみ、NB-IST メカニズムの構成活動に係る報告期限や活動頻度が適切に設定されるよう再検討すること。

(2) 保健省に対して

- ① マネジメント能力と実践の向上に向けた保健省全体の取り組みを、一つのプログラムに集約することを検討すること。
- ② 人材開発に係る関連機関の継続的な組織強化を推進すること。特に、現任教育の質と有効性を担保のためには、看護審議会の組織強化が望まれる。
- ③ 地域保健看護師や他の保健人材の現任教育の向上のために必要不可欠な IST コーディネーターを正式な職位として承認すべく継続的な努力を払うこと。
- ④ M&E を通じて収集されたデータの真の有用性と意思決定への有効活用を保証すべく、全レベルの看護管理職の M&E に係る能力強化を支援すること。
- ⑤ 当座的に開発された IST インベントリーについて、再稼働に向けて作業中である保健人材情報システムにそのすべてを統合すること。

(3) JICA に対して

今後フィジー保健セクターへの支援を計画する際は、フィジーのニーズを的確かつ慎重に見極めたうえで本プロジェクトの成果を生かした支援を検討すること。将来の協力効果を最大限に高めるべく、適切かつ詳細な戦略を練る必要がある。

3-3-2 教訓

中間管理職の能力強化は、①看護マネジャーの意思決定のために必要な情報提供を可能にすると同時に、②スーパービジョンを通じて、地域保健看護師によるサービスの質の向上に正のインパクトを与え得る。保健システム強化において中間管理職をターゲットにする場合は、併せて上位管理職の能力強化を図ることで、サービスの質により大きなインパクトを与えることができる。

第4章 トンガ

4-1 プロジェクトの実績と実施プロセス

4-1-1 投入

以下に日本側、トンガ側の投入の概要を述べる。詳細は付属資料5を参照のこと。

(1) 日本側投入

1) 専門家派遣

2013年7月末日時点において、チーフアドバイザーをはじめとする延べ10名の専門家が現地に派遣されている。派遣期間合計は27.77人月(833日)であり、専門分野はプロジェクト管理、保健政策、スーパービジョンとコーチング(S&C)、モニタリング評価(M&E)、インパクト調査、業務調整等であった。その他、アシスタントプロジェクトオフィサーや秘書としてこれまでに延べ3名の現地要員を雇用している。

2) 機材供与

ラップトップ型コンピューター、プリンター、プロジェクター等のオフィス機材が、プロジェクトに関連する活動を支援する目的で保健省に供与された。その他プロジェクトが使用する目的で、記録用のデジタルカメラと付属品が調達されている。機材調達の総額は31万9,655円(5,965.60トンガ・パアンガ¹⁴)。

3) 現地活動費

2013年7月末日までに、トンガにおける活動及び教材等の製作に関連して合計1,606万4,984円が日本側より支出された。

(2) トンガ側投入

1) カウンターパートの配置

保健省より保健次官、看護部長、看護部内の各セクション長(臨床看護師長、地域保健看護師長、看護学校長、非感染症看護師長)、パイロット地区の看護指導官など、総勢16名がカウンターパートとしてプロジェクト運営に携わった。

2) 土地・建物・施設

終了時評価時点においては、日本の無償協力で改修されたクイーン・サロテ看護学校(Queen Salote School of Nursing : QSSN)内に日本人専門家と現地雇用要員の執務室が提供されている。光熱費及び基本的なオフィス家具も併せて提供されている。

3) ローカルコスト負担

保健省はカウンターパートの給与とプロジェクト活動にかかわる交通費、研修等の際の昼食・軽食代の一部を負担している。その他、プロジェクトで行う研修のためにWHO

¹⁴ JICA 統制レート(2013年8月) 1.00 パアンガ = 53.583 円

や国連人口基金（UNFPA）から合計 2 万 3,996 パアング（140 万 5,757 円）を調達した。

4-1-2 実績

当初は、NB-IST メカニズムの各要素（能力基準、スーパービジョン、コーチング、NB-IST、M&E）にかかわる仕組み及びツールのほとんどを、プロジェクトの初期にまとめて策定する計画であった。しかし、トンガ側が既に自主的に着手していた能力基準の完成を優先したこと、また NB-IST メカニズムの各要素について学んだあとに、それぞれをトンガの実情に即したものにしていくという手順が必要だったことから、トンガ版の NB-IST メカニズムの概要が完成するのはプロジェクトの後半に持ち越される結果となった。終了時評価の時点では、計画された活動は一部を除きほぼ終了している。

以下にアウトプットごとに実施された活動の概要と指標の達成状況及び考察を述べる。

(1) 活動とアウトプットの実績

- 1) アウトプット 1：看護スーパービジョン・システムが、「現場ニーズに基づく現任研修」のメカニズムに適合するよう再定義される。

「現場ニーズに基づく現任研修の仕組み」の導入に際し、2011 年 8 月～10 月「トンガにおけるプロジェクトの対象である地域保健を担う看護師たちの現状を把握し、(中略) 結果を以降の活動計画策定に活用することを目的として¹⁵⁾ ベースライン調査が実施された。その結果を基に NB-IST の仕組みに関する中央・地方レベルの指導官の役割が再定義され、人事院の管轄する各人の職務規定書（Job Descriptions : JD）にも反映された。

プロジェクトが作成中の IST マニュアルのドラフトには再定義された看護管理システムが図解されており（図-2）、各役職の分掌事項のほか、

外部団体である看護審議会や保健省の研修開発委員会（Training Development Committee : TDC）といった関連機関・部署の機能・役割も明記されている。NB-IST メカニズムと関連ツールの導入によって、中央と地方レベルの指導官の役割分担が明確になり、保健行政上の看護管理がより組織化される結果となったことがうかがえる。

本調査時点における指標の達成状況は以下のとおり。

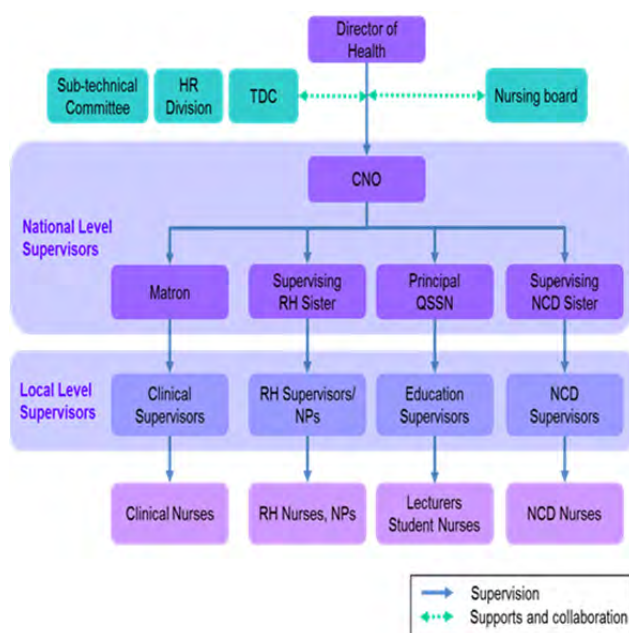


図-2 再定義された看護スーパービジョン・システム

¹⁵⁾ ベースライン調査報告書と文要約

指 標	達成状況
スーパーバイザーの機能、責任、報告系統等について明記された文書	IST マニュアルの 1 セクションとしてドラフトが完成している。プロジェクト終了までには IST マニュアルは最終化され、保健省から公式な文書としての承認を得たうえで印刷し、臨床と看護学校を含めた全看護指導官に配布される計画である。

IST マニュアルは、NB-IST の仕組み、関連部局・役職の役割・責任、スーパービジョン、コーチング、NB-IST、M&E 等の八つのセクションから構成される英語の文書である。本終了時評価調査の時点では、有志の看護指導官・マネジャーらの手で、最終化に向けて各章の内容と章間の整合性を確認する作業が進行中であった。

2) アウトプット 2：新たに定義された看護スーパービジョン・システムに沿った NB-IST メカニズムの M&E システムが確立する。

NB-IST メカニズムの M&E ツールは、日本人専門家と中央レベルの看護指導官が取り仕切った一連のワークショップを通じて策定された。これらのワークショップには、中央レベルの全看護指導官とトンガタブ、ババウ、ハーパイ、エウアの各地域とヴァイオラ病院から 2～3 名の地方レベル看護指導官がワークショップグループメンバーとして常時参加し、M&E にかかわる基礎知識を学ぶとともに、現場で使えるモニタリングツール（主に定期報告のフォーマット）を策定し、その使用法を解説したガイドライン¹⁶の執筆を行った。トンガにおいては、通常の報告書は紙面で提出されているが、保健省は政策として電子化を進めることを打ち出していることから、本プロジェクトで策定した報告システムは電子データによる提出を基本とし、看護指導官に対してワード、エクセル、メールの送受信に関する基礎的な研修も行った。

終了時評価時における指標の状況は以下のとおり。

指 標	達成状況
看護スーパービジョン・システムに係る M&E システムについて明記された文書	IST マニュアルには M&E の章が設けられており、各種報告書の書式と定期報告のスケジュールのほか、①NB-IST メカニズムの各活動の実施状況や②看護師の CA 結果などに関する指標一式が定められている。 IST マニュアルの最終化に向けた計画と現状は前項を参照のこと。

本指標は M&E システムが構築されたことを示すものであり、それが「確立された」というにはシステムの運用状況を検証する必要がある。現時点では、パイロット地域（トンガタブ、ババウ）の地域保健及びヴァイオラ病院を除く臨床看護の指導官は、指定の書式を使用して定期報告を提出するようになっている。多くの看護指導官はそれまでコンピューターに触れた経験がなく、また端末の数がまだ少ないこと、特に地方においてはインターネットの故障も多いといった事情から、現時点では電子データによる報告の提出が定着したとはいえないが、コンピューターの使用は時代の流れに沿った不可避的なものとして受け止められており、看護指導官たちは職場の若手職員や海外からのボラ

¹⁶ IST マニュアルの 1 セクションとして統合されている。

ンティア、または本プロジェクトで雇用しているプロジェクトオフィサーの手を借りつつ電子データの作成に尽力している様子が確認された。

一方で、報告書の使用に関してはいまだばらつきがみられ、引き続きシステムの改善をめざす努力が続けられている。また、収集されたデータは看護指導官たちの日常業務において分析・活用されるには至っておらず、これにはデータの活用に関する研修が未実施（2013年10～11月予定）であることと、不慣れな電子データの取り扱いに看護指導官の意識が集中してしまっていることが影響していると思われる。

IST マニュアルが保健省に承認されれば、非パイロット地域やヴァイオラ病院も含めた全看護指導官が定められた書式を用いて定期報告することが義務づけられることとなる。上述のように、中央レベルやパイロット地域でも M&E システムはその運用が始まったばかりで確立するには至っておらず、指導官たちの業務が多忙であることと相まって M&E がおろそかになる傾向もあることから、非パイロット地域を含めて本システムが運用されるようになるにはさらなる時間と努力が必要であると思われる。中央レベルの指導官は、プロジェクト終了後も地方の看護指導官に対し適切な指導を行えるよう、スーパーバイザーとしての通常業務におけるデータの有用性と活用方法の理解を深めることが重要である。

3) アウトプット 3：看護指導官の、看護師に対する CS 評価実施能力が向上する。

看護師の能力基準 (CS) の策定にはプロジェクト開始以前に着手されており、プロジェクトは指標の整備と評価ツールの策定を支援する形で 2011 年に初版が完成した。その後さらに改良が加えられ、現在使用されているのは 2012 年版である。看護師の能力評価にあたっては、能力基準とその評価方法をしっかり理解していることが重要であることから、プロジェクトはこれまで 68 名の地方レベル看護指導官に対して全 3 回の研修を行った。現時点で看護指導官の職責がある 32 名¹⁷のうち、27 名はそのうち 2 回の研修に参加しており、3 回の研修を受けたのは 1 名、1 回のみは 4 名である。

終了時評価時における指標の達成状況は以下のとおり。

指 標	達成状況
CS 研修を受けた看護指導官の割合 (%)	100% (現職 32 名の看護指導官全員) が 2012 年版の能力基準とその評価のしかたについての研修を受講済みである。

上記の指標はプロセス指標であるものの、研修前は本プロジェクトで策定された能力基準やそれを使った評価に関する知識・技能はゼロであったことから、受講者の能力評価実施能力の一定程度の向上は図られたとみなすことができる。将来の看護指導官の大半は 1 度しか研修を受講しておらず、現在ほかの看護師の能力評価も行っていないことから、実際に看護指導官に昇進した際には再研修や熟練者による監督といった措置が適当と思われる。

加えて終了時評価では、サンプル数は非常に限られたものであるが、個別面談を通じて「2012 年版 CS を使って部下の能力評価をする際に、公正かつ適切な判断をする自信」

¹⁷ 68 名中 35 名は現時点で看護指導官としての職責をもたないが、「将来的な看護指導官」として研修に参加した。また研修を受けた地方看護指導官のうち 1 名は、その後中央レベルの看護指導官に昇格している。

について情報収集を行った。大半は自信があると答えているが、評価結果を概観したところ、評価者によって点数の基準に若干のばらつきがあることが確認された。また首都から最も離れたニウア地区に関しては、看護指導官がいないことから本プロジェクトはほとんど関与していない結果となっている。能力基準とその評価は NB-IST メカニズムの基盤となる活動であり、今後トンガ側が機会をとらえてその強化を図っていくことが望まれる。

4) アウトプット 4: 看護指導官の、看護師に対するコーチング及び NB-IST 実施能力が向上する。

本プロジェクトにおいて、コーチングはスーパービジョンと併せて「S&C」として扱われており、コーチングに関する能力強化は「S&C 研修」及び「IST マニュアル策定のためのワークショップ」を通じて図られた。これらの研修の大半は日本人専門家と中央レベルの看護指導官によって取り仕切られたが、フィジーからカウンターパート 2 名を招いて行われたものもある。NB-IST の実施にかかわる研修も同様に、「IST マニュアル策定のためのワークショップ」の一環として行われ、ワークショップグループのメンバーが、研修課題の選び方や予算確保のための申請書の書き方等を学んだ。

パイロット地区に関しては、上記研修後に日本人専門家と中央レベルの看護指導官による研修後実地指導 (Post-Training Supervisory Visit : PTSV) を行うとともに、費用をプロジェクトで負担して NB-IST の実施練習を行うことで、技能の定着が図られた。

本調査時における指標の現状を下記に示す。

指 標	達成状況
S&C 及び NB-IST 研修を受けた看護指導官の割合 (%)	S&C 研修 : 78.1% (32 名の現職地方看護指導官のうち 25 名が受講) NB-IST 研修 : 56.3% (32 名中 18 名が受講)

S&C 研修の受講率が CS 研修 (アウトプット 3) に比して低い背景には、ヴァイオラ病院の看護指導官数名が交代制勤務の都合により研修に参加できなかったことがある。プロジェクト開始時の JICA とトンガ側の取極めでは 3 次医療施設 (ヴァイオラ病院) も S&C 研修の対象として含めることが合意されているが、保健省側が中間レビューにおいて「ヴァイオラ病院に関してはまず能力評価の実施と定着をめざし、プロジェクト期間中は S&C 等その他の NB-IST メカニズムに関連した活動は志向しない」との意向を示したため、プロジェクトとしては追加研修は実施していない。NB-IST 研修の受講率がさらに低いのも、この保健省の決定に加え、ヴァイオラ病院では能力評価が終了しておらず NB-IST 実施を計画するためのデータが出揃っていないことから、研修への参加がワークショップグループの 2 名に限られたためである。

他のアウトプットと同様に、本アウトプット指標はプロセスを測る指標であり看護指導者の能力を示すものではないが、プロジェクト開始以前はコーチングや NB-IST はその概念もほとんど知られていなかったことから、これらの研修と実地指導によりコーチング及び NB-IST 実施にかかわる能力が徐々に向上したということはできよう。しかし短いプロジェクト期間内でこれらの能力が定着したというには至っていない。プロジェ

クトは 2013 年中にもう 1 度パイロット地域で NB-IST を実施する予定であるが、今後保健省は、特に非パイロット地域において、S&C 及び NB-IST の実施支援を通じて地方レベル看護指導官の能力の定着を図っていくことが期待される。

- 5) アウトプット 5：トンガ、フィジー、バヌアツ国内及び各国間（もしくは 3 カ国を超えて）において、プロジェクトの進捗及び成果が共有される。

プロジェクトは 3 カ国の主なカウンターパートと日本人専門家、JICA 関係者の参加を得て、これまでに 3 度テレビ会議を開催し、各国におけるプロジェクトの進捗状況や課題の共有を行った。またフィジーにおいて開催された 2 回の広域ワークショップでは、フィジーの地域保健の現状、特に末端レベルで NB-IST メカニズムがどう機能するのかを学べたことが、トンガにおける活動の推進に役立ったと appreciate されている。トンガで実施した S&C 研修に招かれたフィジー側カウンターパートの発表や助言も有用であったと認識されている。

3 カ国を超えた経験共有の実績としては、フィジーの項で既述の日本人専門家による PHRHA での発表のほか、中央レベルの看護指導官 2 名がそれぞれ南太平洋看護フォーラム (south Pacific Nursing Forum) とトンガ国際看護師会議 (Tonga International Nurses Conference) において本プロジェクトの経験を共有する発表を 2012 年に行っており、聴衆の反応として能力基準策定に興味を示す国があったことが報告されている。また能力基準は看護部長がオーストラリアとニュージーランドに出張した際に両国の関係者と共有し、肯定的なフィードバックを得られたことが報告されている。

本アウトプットの指標の現状は以下のとおり。

指 標	達成状況
5-1. テレビ、電話会議の回数	3 回
5-2. 国際会議での発表回数	3 回

(2) プロジェクト目標達成の見込み

プロジェクト目標：既存のスーパービジョン・システムに組み込まれた「現場ニーズに基づく現任研修」のメカニズムが強化される。

本プロジェクトはフィジーで開発された NB-IST メカニズムをトンガの看護管理体制に合わせた形で導入した。同メカニズムは順を追って行う幾つかの活動から構成されているが、プロジェクト目標ではそのうち「能力評価」と「コーチング」が規定どおり行われることをメカニズムの強化の程度を測る定量的指標としている。以下に定量的指標の現状と、中央レベル指導官の視点からみたプロジェクトによってもたらされた看護管理システム上の改善点を示す。

指 標	達成状況
1. 年 1 回以上、能力基準を用いた能力評価を受けた看護師の割合	パイロット地域の 1 次及び 2 次施設において： 83.7% (全看護師 49 名中 41 名) - 2013 年 8 月 7 日現在。 能力評価は引き続き実施中であり、2013 年末までには 100% に達する予定。

2. 年1回以上、コーチング用紙を用いたコーチングを受けた看護師の割合	パイロット地域の1次及び2次施設において： 97.6%（2012年版に沿ってCS評価を受けた41名 ¹⁸ 中40名）－2013年8月7日現在。2013年末までに100%が達成されるよう、引き続き実施中。
3.（中央レベル看護指導官の視点からみた）プロジェクトによってもたらされた看護管理システム上の改善点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 能力基準が導入されたことで、以前は何に着目するかは指導官しだいであったスーパービジョンの内容が均質化された。 ・ 以前は設備・物品をあるべき姿に保つための欠点探しであったスーパービジョンが、質の高いサービスの提供のために個々の看護師の能力を伸ばすための手段となった。 ・ 地方レベル看護指導官の役割が不明瞭で、何をするかは個人裁量しだいであったが、適切なツールの導入で明確になった。

上記指標3と関連して、地方レベル看護指導官は、プロジェクトによって改善された点として以下を挙げた。

- ・ 以前のスーパービジョンはチェックリストに沿った査察であり、問題が発見されてもその原因を探るようなことはしなかったが、能力評価を実施することで上司と部下の間で時間をかけた意義のある話し合いが可能となった。
- ・ 部下の看護師が上司に相談を持ちかけてくるようになった。
- ・ 以前は指導官が査察官のようであったが、いろいろなことに耳を傾けてくれるようになった。
- ・ 問題が見つかった場合、以前は現場の看護師が解決すべきことであったが、今は指導官もその解決のために動かなければならないという意識が芽生えている。
- ・ 以前は研修機会は与えられるものだったが、地方レベルの指導官でも実現させることが可能なものとなった。

これらの聞き取りからは、保健省の看護部の熱意に支えられ、地方の看護指導官がその責務を認識すると同時に自ら変革をもたらすことへの可能性に気づいたこと、そして支援型監督指導が根付き始めていることがうかがわれる。本プロジェクトがNB-ISTメカニズムの導入を介してスーパービジョンの理念を大きく変え、看護管理システムの強化に貢献したということができよう。

一方で、構築されたトンガ版NB-ISTメカニズムは、いまだ確立したとはいえない状況にあることも事実である。能力評価に関しては保健省のオーナーシップやコミットメントも強いが、M&Eに関しては収集された情報を業務に生かす視点が弱い。もともとトンガではM&Eの理解及び実施度が低かったこと、プロジェクトによるM&E研修も比較的最近開始されたものであることが背景にあると思われる。また、特定された弱点を強化する手段としてのNB-ISTに対するオーナーシップも、現時点では十分であるとはいえない。

¹⁸ 2013年は2012年版を使用した初めてのCS評価であることから、全看護師がコーチングを受けることと規定された。2014年からはCS評価で3以下の評点が一つでもある看護師のみがコーチングの対象となる予定。

これは小規模なものであれ、研修を実現するための資源が不足しており、実際に NB-IST を実現させる経験を積めていないことが影響していると考えられる。

4-1-3 実施プロセスの検証

PDM は 2009 年後半にプロジェクトが策定されて以来、実に 4 度の改訂が行われており、現場のニーズの変化に柔軟に対応したと考えられる一方で、当初のプロジェクトデザインがニーズに必ずしも合ったものではなかった可能性も示唆される。

プロジェクト目標には、トンガには新しい NB-IST メカニズムの強化が謳われていたため¹⁹、プロジェクトの内容がカウンターパートに理解されるまでに長期間を要した²⁰。また、(後述のとおり) トンガ側は地域保健看護師だけを対象とするプロジェクトには消極的だったものの、ヴァイオラ病院がプロジェクトのスコープから基本的に外されたこと、また地域保健看護師の文言がプロジェクト名に残ったことは不本意であったため、特にプロジェクトの初期の段階においては積極的な協力が得られなかったことが報告されている。しかし、それまで業務で首都に出張することがほとんどなかった地方の地域保健及び臨床の看護指導官 (=「ワークショップグループ」) を頻繁に召集し、NB-IST メカニズムに係る研修を実施するうちに、プロジェクトが保健行政上の看護管理に与える正の効果 (4-1-2 (2) を参照) が徐々に理解され、プロジェクトの後半にかけてトンガ側のオーナーシップとコミットメントが大きく醸成されていった。

本プロジェクトではフィジーのモデルを地域に広めることが意図されていたために、当初日本側としては地域保健看護に的を絞ったプロジェクトを想定していた。しかし、トンガでは地域保健看護師の絶対数が非常に少ないこと、地域保健看護師は全員が臨床からの転属であること等の理由により、プロジェクトの対象は基本的に「第 3 次病院 (ヴァイオラ病院) 以外の全施設に勤務する看護指導者」とし、活動によってはパイロット地域を設定して対象をさらに絞り込むこと、また逆に一部の研修にはヴァイオラ病院からの参加も可とすることが最終的に合意された。そのためアウトプットや活動によって対象者 (=モニタリング指標の分母) を確認しなければならず、全活動に対し細かく対象が規定されていたわけではなかったこともあり、プロジェクト運営において混乱を招いた。プロジェクト半ばで、臨床看護師が参加する活動が縮小されたことも、状況をさらに複雑にした。

対象となる地域や職種 (臨床・地域保健) を限定したのは、日本側の投入に限りがあるためであり、対象外の地域や看護指導官に対しては、保健省が独自の予算で同様の活動を行う費用分担が期待されていた。保健財政が逼迫していることからそうした費用を通常予算から捻出することは実現していないものの、CS 研修に限れば WHO の支援を得ることで、ヴァイオラ病院や非パイロット地区の看護師を含めほぼ全国を網羅する研修が行われている。

¹⁹ プロジェクト開始時は「『現場ニーズに基づく現任研修』の仕組みが強化される」。中間レビュー時に、より看護管理に与える効果を意識した「既存のスーパービジョン・システムに組み込まれた『現場ニーズに基づく現任研修』のメカニズムが強化される」に改訂。

²⁰ プロジェクトの半ばに至るまでトンガ側カウンターパートはそのめざすものが理解できなかったことが報告されている。

4-2 評価結果

4-2-1 妥当性

一定の妥当性は確保されている。

(1) 政策面

政策面における整合性は確保されている。2013年、新たな3カ年の事業計画（2013/14～2015/16年）が発表されたが、本プロジェクトは設定されている六つの重点分野のうち、インフラに関する第6項以外のすべてに貢献するものである。日本側の政策に関連しても、保健は教育と並んで、トンガへの援助政策に述べられている2本柱のうちの1本である。

保健省の重点分野（2013～2016年）

1. 感染症・非感染症に対し質の高い予防医療を通じて効率的に対処するための能力強化
2. 疾病治療の効率性と有効性の改善
3. トンガタブ以外の島嶼部やコミュニティレベルの保健施設におけるサービスの提供
4. 質の高い保健サービスを提供するための人材及び保健システムの強化
5. 「利用者サービス」の改善
6. 保健インフラと保健情報及びリサーチの強化

出典：保健省事業計画 2013/14-2015/16

一方、わが国の援助政策は、環境に配慮した持続的経済成長の達成と国民の生活水準の向上を基本方針とし、脆弱性の克服と環境・気候変動を重点分野と位置づけている。本プロジェクトは保健、教育、産業振興を含む前者への貢献である。

(2) ニーズとの整合性

プロジェクト形成時においては NB-IST メカニズムに対する具体的なニーズの分析は実施されていない。トンガの看護分野が直面する最も大きな課題は看護師の恒常的な不足である。本プロジェクトは、看護師一人ひとりの能力の最大化をめざすものとして間接的に本課題に応えるものであるが、看護師の数の増加を図るものではない。またその他にも①明確なキャリア・パスの欠如、②資格取得をめざす者を含め現任研修の機会の絶対的な不足、③離島では交通手段や予算、人手の制限により、長年にわたって現任研修はおろか十分なスーパービジョンも受けられていない、といった課題が認められるが、NB-IST メカニズムがこうしたニーズに応えるための必要要件である予算確保がトンガにおいては困難であり、明示的な課題に対する解決手段としての本プロジェクトの妥当性は限定的である。

本プロジェクトが実際に応えることができたニーズは、能力基準・能力評価による看護師に必要な能力の特定と、ローカルレベルの看護指導官の能力強化による看護管理の合理化・効率化であった。前者は NB-IST の仕組みの一要素であり、プロジェクト開始以前からトンガ側が強い関心をもって取り組みを開始していたのに対し、後者は NB-IST メカニズムの設立を試みた際に偶発的に発現した効果であったことから、中間レビュー時にそれに沿った PDM の改訂が行われている。この後者の実現を通じて、プロジェクトは、トンガの国家的課題である非感染症対策にも貢献するものであると、非感染症対策を中心に据

える国家プログラムであるトンガ保健システム支援プログラム（THSSP）の関係者からも認識されている。

4-2-2 有効性

プロジェクトの有効性は比較的高いが、NB-IST メカニズムの有効性は限定的である。

PDM に正確に反映されていたとはいえないが、プロジェクトはフィジーで開発されたモデルをトンガで試行することを目的とし、プロジェクト終了時には、モデルの適用度を精査・総括し、政策化そして全国本格導入をめざすべきか否かの判断を求める²¹デザインとなっていた。プロジェクトはフィジーモデルをトンガの看護管理システムに合致するように改変することを念頭にその試行を実施し、トンガ版 NB-IST メカニズムができつつある。プロジェクト目標の指標もおおむね満足のいくものであり、さらに上位目標の達成や保健行政上の正のインパクト（4-2-4 参照）も認識されていることから、紆余曲折はあったものの、プロジェクト自体は有効であったと結論づけることができよう。

その一方で、トンガでは①NB-IST を実施する財政資源の慢性的な不足と②フィジーと異なり、NB-IST を織り込むことができるプログラムベースの研修が少ないことから、設立された NB-IST メカニズムの人材育成の手段としての有効性には限界がある。特定された現場ニーズに対しては、NB-IST 実施のための資金確保の努力は継続しつつ、コーチングや職場ごとの勉強会といった低コストまたはノーコストの活動を多用することで改善を模索するのがより現実的であると考えられる。

4-2-3 効率性

3-2-3 で既述のように、国別に効率性を議論することは困難であるが、トンガでもフィジーと同様に自社負担による日本人専門家の追加投入が 65 日（2.17 人月）あり、当初の想定ほど本プロジェクトの効率性は高くなかったことが示唆される。

トンガにおいて効率性に影響を与えた要因を以下に述べる。

4-1-3 で言及したとおり、当初 PDM がトンガ側との十分な議論を経て設定されなかったことは否めず、トンガ側のオーナーシップやコミットメントの醸成に負の影響を与えた。特にプロジェクト開始後しばらくビジョンの共有ができなかったことはプロジェクト運営を必要以上に難しくしたほか、トンガ側の受け身の姿勢も効率性に影響したと考えられる。

限られた予算とプロジェクト実施期間を考慮すると、プロジェクトの結果や波及効果を計測するためのベースライン調査やエンドライン調査をプロジェクトの活動として内部化することは望ましくないが²²、本プロジェクトでは着手報告書の段階でベースライン、中間、エンドラインと三つの調査が計画されていた。実際に実施されたのはベースラインと中間の 2 調査のみであったが、前者はその実施が遅れたため結果がベースラインデータとして使用できず、結果として無駄な投入となった。またその 8 カ月後に「能力評価、S&C 及び現任研修の実施状況の現状を把握し、（中略）ベースライン調査結果との比較を行うため」に実施された中間調査

²¹ JICA『フィジー・トンガ・バヌアツ地域保健看護師のための「現場ニーズに基づく現任研修」強化プロジェクト詳細計画策定調査及び実施協議報告書』平成 22 年 6 月

²² JICA『フィジー・トンガ・バヌアツ地域保健看護師のための「現場ニーズに基づく現任研修」強化プロジェクト詳細計画策定調査及び実施協議報告書』平成 22 年 6 月

は、通常のモニタリング活動で対応すべきものであったと考えられる。

ワークショップを通じてカウンターパートにガイドライン等のツールを執筆してもらう手法は、オーナーシップの醸成と学んだ知識の定着においては非常に有効な手段であった半面、3年という短いプロジェクト期間、当初のカウンターパートの知識・技術レベルと公式なマニュアル・ガイドラインに求められる水準を考慮すると、必ずしも最も効率的な手法ではなかった。

広域プロジェクトとすることで想定された効率性については、日本人専門家の多くが1度の派遣で複数国での活動を行っており、一定レベルは担保されている。また、土台となるモデルやツールがフィジーにあったことでそれらを一から構築する手間は省けたものの、保健システムの違いや国民性もあり、そのまま使用できたものはあまりなかったことが報告されている。そのため広域プロジェクトであっても、各国レベルで必要な日本人専門家の業務量は個別事業とほぼ変わらず、当初の投入計画が楽観的すぎたとの見方もある。詳細は第6章を参照のこと。

4-2-4 インパクト

(1) 上位目標の達成見込み

上位目標：トンガにおける地域保健サービスの質が向上する。

指 標	達成状況
1. 能力評価の評点がすべての項目において3以上（1、2がない）の看護師の割合	関連データなし。ベースラインデータはプロジェクト終了前に明らかになる見通しである。
2. 2013年をベースラインとして、能力評価の結果（評点）が向上した看護師の割合	

上位目標の指標に関しては関連するデータがないことから、上位目標達成の可能性を推測するのは困難である。しかし終了時評価調査の時点でも、出勤時間の厳守、利用者に対して尊大な態度で接しない、利用者からの苦情の減少といったサービスの質の向上は報告されており、上位目標の達成の可能性は高いと思われる。一方、看護師一人ひとりの能力を引き出すことに焦点を当てた支援型監督指導の導入によって現在高まっている看護師と看護指導官のモチベーションを、今後いかに維持していくかが一つの課題である。

また、サービスの質には上述した「接客態度」や「時間厳守」といった一般的な行動規範にかかわるもののほかに、専門分野の技能レベルが大きく関係する。上位目標は地域保健サービスに特化したものであるため、今後はプロジェクトで取り組んできた活動に加えて、地域保健看護師が担当地域のニーズを的確に把握し、それに呼応したサービスを提供する能力等を強化していくことが求められている。これに対し保健省は既に、地域保健を含む看護各分野の専門的な能力基準の開発に着手する意向を示しているほか、今般策定された能力基準に関しても、今後社会の保健ニーズの変化に合わせて見直しを行っていく必要も認識されている。こうした計画を実行し、同時に看護指導官の能力強化を継続的にやっていくことで、上位目標をより高いレベルで達成することが可能となるであろう。

(2) その他のインパクト

看護師の能力基準が開発されたことを受け、人事院は現在使われている一般的な年次職務査定フォーマットをそれぞれの職種により特化したものへと改訂することを奨励し

始めた。能力基準に対する人事院の高い評価は能力評価の持続性にも資するものであるが、能力評価は批評的な面もあることから、昇進・昇給に影響する年次職務査定の代用とはならないことに留意した運用を行うことが必要である。

また、本プロジェクトが地域看護師だけでなく全看護師を対象にしたことにより、中央レベルでは保健省の看護部内で課を超えて協働する機運が高まったことが、正のインパクトとして報告されている。地方においても、支援型監督指導の導入により、看護師とその上司である看護指導官との距離が縮まり、分け隔てないコミュニケーションが促進された結果、上司と部下の間にチームワークの機運が生まれた事例も報告されている。

その他のインパクトは4-1-2 (2) プロジェクト目標の達成見込みの項に既述したとおりである。負のインパクトは特に確認されていない。

4-2-5 持続性

以下の要因から、プロジェクトの生み出した効果の持続性は比較的高いと判断される。

- ・ 保健省は自主的に、能力基準をクイーン・サロテ看護学校の看護師育成過程のカリキュラムに反映するための作業を開始している。これにより、看護師を対象とした能力基準研修を本プロジェクトで行ったような形で継続する必要はなくなる。
- ・ かつては首都から中央レベル看護指導官が実施していたスーパービジョンが地方看護指導官の職責となったため、より少ない予算で実施が可能である。
- ・ 地方看護指導官がファシリテーションの技術を身につけた。

一方、設立されたNB-ISTメカニズムの持続性は、既述のようにNB-IST実施に関して看護指導官の技術面が確立されておらず、また保健省にNB-ISTを実施する予算上のキャパシティがないという現実をかんがみると、PDMに定義されているような形で持続するとは考えにくい。NB-ISTを実施するための予算確保の努力は続けつつも、看護師の能力強化は個別のコーチングや勉強会といった予算を必要としない形で実現させることを検討すべきであろう。同時に、全看護指導官が支援型監督指導を習得するために、新規看護指導官のオリエンテーションプログラムに必要な研修を組み込むといった具体策を保健省が講じることも望まれる。

4-2-6 結論

当初のプロジェクトデザインに改善の余地はあったものの、現時点におけるアウトプットやプロジェクト目標の達成状況から判断すると、特に能力評価の制度的な実施にかかわる保健省のコミットメントもあり、プロジェクトの有用性は十分に発揮されたと考えることができる。しかし、保健財政が厳しい折、能力評価で特定された課題の解決にはNB-IST以外の手段が必要であり、その意味では本プロジェクトで策定・試行されたトンガ版NB-ISTメカニズムにはさらに若干の調整が必要である。プロジェクトのインパクトとして、支援型監督指導の概念と有用性が認識され始め、指導官の意識も変わりつつあるところ、①策定中のISTマニュアルの必要箇所の書き直しを行い、②現職看護指導官のモチベーションを維持すると同時に、新たに登用される看護指導官が支援型監督指導にかかわる十分な知識と技術を習得するための仕組みを整え、③NB-ISTをはじめとするさまざまな能力強化の機会を実現するための資金を確保する継続的な努力を行うことで、モデルの有効性は上昇すると考えられる。プロジェクトの残存期間ではこうした活動が中心となると思われるが、数年後に上位目標を達成するためにも、

保健省は地域保健に特化した専門的な能力基準の策定に着手することが推奨される。

他国で開発されたモデルを適用するのは、たとえそれが隣国であろうとも予想以上に複雑困難な作業であったが、プロジェクトを運営するチームのコミットメントと、保健省看護部のサービスの向上にかける熱意があつてこそ、本書で概観した結果を出すことができたといえよう。

4-3 提言と教訓

4-3-1 提言

(1) プロジェクトに対して

1) IST マニュアルについて

- ① コーチングや職場での勉強会等の実行可能かつ安価な現任教育手法を取り入れるようにNB-ISTの仕組みとマニュアルを見直すこと。
- ② IST マニュアルの各章の内容と質の整合性を担保すること。
- ③ IST マニュアルを最終化し、保健省による正式承認を得ること。またすべての看護指導官と関係機関・関係者に必要部数を配布すること。
- ④ プロジェクト終了までに上記活動をすべて終えるため、プロジェクト残余期間の活動と役割や責任の所在を明確に計画に落とすこと。

2) モニタリング評価について

モニタリング評価のためのフォーマット等のツール類をさらに使いやすいものに改善すること。同時に、特に中央レベルの関係者がデータの有用性について十分に理解し活用していけるよう支援すること。

(2) 保健省に対して

1) 以下の取り組みを通じて、支援型監督指導の実践を継続・強化すること。

- ① スーパービジョンを通じて特定された課題に対処するため、コーチングや組織内研修等の実行可能な現任教育手法を用いて、看護師の能力開発の機会を担保すること。
- ② 資源動員のための継続的努力を払うこと。具体的には、①NB-ISTを含む能力開発の活動に必要とされる利用可能な資源を分析し、実行可能かつ現実的な戦略を考案すること。②看護師が重要な役割を担っているドナー資金のプログラムに積極的にリンクし、活用すること。
- ③ 看護指導官が獲得した技術を確実に適用できるよう、彼らの能力を確認・向上するための機会を担保すること。特に、パイロット地域以外の看護指導官への配慮が必要である。
- ④ 今後新しい看護指導官の支援型監督指導の技術を適切に体得できるよう具体的な方策を設けること。

2) サービスの質の向上に向けてさらなるインパクトを誘発するために、以下の取り組みが必要である。

- ① 地域保健等の特定の看護領域に係る能力基準を開発すること。

- ② 変化する保健ニーズに対処できるよう適切なタイミング・間隔で能力基準を見直すこと。
- ③ 意義ある能力評価を実践するため、看護指導官と看護師に継続的な研修を行うこと。

(3) JICA に対して

JICA は、プロジェクトデザインの変更を最小限に抑えるためにも、緻密な現状分析に基づきプロジェクトを形成すること。

4-3-2 教訓

広域案件を形成する際は、国によって背景や保健システムが異なることを理解し、現地のニーズや実行可能性を見極めて、慎重に検討されるべきである。広域案件では、多少柔軟なプロジェクトデザインが必要かもしれない。

第5章 バヌアツ

5-1 プロジェクトの実績と実施プロセス

5-1-1 投入

以下に日本側、バヌアツ側の投入の概要を述べる。詳細は付属資料5を参照のこと。

(1) 日本側投入

1) 専門家派遣

2013年7月末日時点において、延べ10名の専門家が現地に派遣されている。派遣期間合計は15.7人月、専門分野はプロジェクト管理、スーパービジョンとコーチング(S&C)、モニタリング評価(M&E)、業務調整等であった。その他現地要員としてプロジェクトオフィサーが1名雇用されており、主にプロジェクトの運営管理に関する業務の補佐を行っている。

2) 機材供与

ノート型パソコン、プリンター、コピー機、プロジェクター等140万9,522円相当のオフィス機材が、プロジェクト事務所、シェファ州保健事務所、バヌアツ看護教育カレッジ(VCNE)に配置されている。

3) 現地活動費

2013年7月末日までに、バヌアツにおける活動及び教材等の製作に関連して合計1,196万8,787円が日本側より支出されている。

(2) バヌアツ側投入

1) カウンターパートの配置

プロジェクト開始以降、保健省の組織改革に伴いカウンターパート職に若干の変更がみられたが、終了時評価の時点では保健省より保健次官²³、人材育成課長、病院・治療サービス部長、シェファ州保健事務所長、ヴィラ中央病院(Vila Central Hospital : VCH)看護師長の5名に加え、バヌアツ看護審議会長及びバヌアツ看護教育カレッジ校長の計7名が本プロジェクトのカウンターパートとされている。

2) 土地・建物・施設

終了時評価時点においては、保健省内にプロジェクトマネジャーと1室を共有する形で執務スペースが提供されている。オフィス家具の一部はプロジェクト側が調達した。

3) ローカルコスト負担

保健省はカウンターパートの給与、プロジェクト事務所の光熱費、地域保健看護指導官であるゾーンスーパーバイザーが管轄の保健施設にスーパービジョンのために出向く

²³ 人事異動が激しく、終了時評価時の保健次官はプロジェクト開始以来5人目。

際交通・宿泊費の一部を負担している。その他、プロジェクトが行った研修やベースライン調査、コピー機の維持管理に関連し2013年7月末日現在で94万165バツ(972,131円²⁴)を負担している。

5-1-2 実績

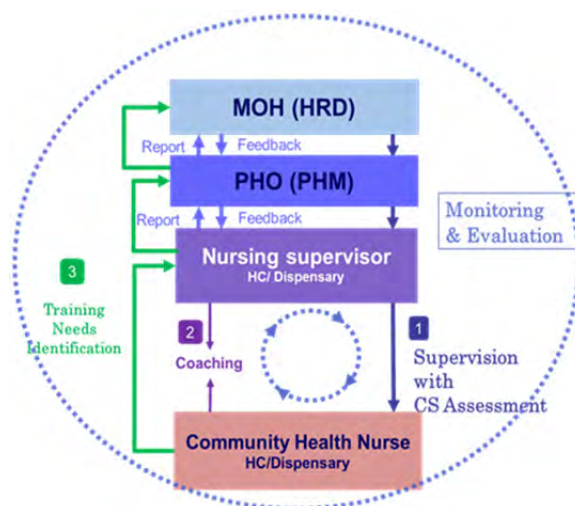
(1) 活動とアウトプットの実績

本項においては、PDM上のアウトプットのそれぞれに関し、実施された活動の概要及び指標の達成度を考察する。活動の実施にあたってプロジェクトは、カウンターパート及び保健省の関連部局の職員、パイロット地域であるシェファ州保健事務所の関連職員から構成されるワーキンググループを組織し、各種研修のほかガイドラインの策定などを含むすべての活動にそのメンバーの関与を担保することで、バヌアツ側のオーナーシップの醸成と現実に即したシステムの構築を図っている。ガイドラインの最終化とスーパービジョンのもう一巡の実施を除いて、計画された活動はほぼ終了している。

1) アウトプット1：S&C 試行のモデルがデザインされ使用される。

バヌアツのS&C試行モデルは、州内の区域(zone)ごとに置かれているゾーンスーパーバイザーをフィジーにおける地区看護指導官と同様な看護指導者としてとらえ、S&Cモデルを構築した。モデルの構築にあたってプロジェクトは、フィジーからカウンターパートを招いて開催したS&Cワークショップや、フィジーで行われた3カ国合同の地域研修を通じて、NB-ISTメカニズム、特にS&Cに関するワーキンググループの理解の促進を図り、それと併行して、シェファ州における現行のスーパービジョン実施体制²⁵及びツールを検証し、その概要を決定した。ワーキンググループはまた、フィジー版NB-ISTメカニズムにおける看護指導官に相当する役職としてゾーンスーパーバイザーを特定し、看護指導官の役割、責任、求められる能力等を定義・文書化して、S&Cガイドラインに盛り込んだ。

フィジーのNB-ISTメカニズムではS&Cの前段階の活動である能力評価は、看護師の能力強化の起点となるものであることから、バヌアツではS&Cシステムの一部として位置づけられた。プロジェクト開始時には、バヌアツ看護審議会が既にWHOやニュージー



MOH : Ministry of Health (保健省)
 HRD : Human Resource Development (人材育成)
 PHO : Provincial Health Office (州保健事務所)
 PHM : Provincial Health Manager (州保健事務所長)

図-3 バヌアツ版 S&C 試行モデル

²⁴ JICA 統制レート (2013年7月) 1.00 バツ = 1.034 円

²⁵ 州保健事務所にいる縦型プログラムの担当官がそれぞれ独自に保健施設へのスーパービジョンを行っている。

ランド看護審議会からの支援を受けて能力基準の策定に着手していたことから、プロジェクトはその最終化を支援すると同時に、能力評価のためのツール（チェックリスト）を開発し、全国²⁶の州保健事務所長、地域保健及び臨床看護指導官とシェファ州に限っては臨床を含む看護師を対象に研修も実施した。

本調査時における指標の達成度は以下のとおり。

指 標	達成状況
1-1. パイロット州の全看護指導官がガイドラインまたはマニュアルを持つ。	S&C ガイドラインの概要はほぼ完成しているが、最終化には至っていない。その要因として以下が挙げられる。 <ul style="list-style-type: none"> 保健省（州保健事務所含む）の構造改革が進行中であり、スーパービジョンにかかわる部局等が特定できない。 M&E に関して①報告の仕組みの検証が終わっていない、②報告を上げることに重点が置かれており、スーパービジョンによって特定された課題点の向上に関するモニタリングの仕組みを組み込む必要がある。
1-2. 看護師の能力基準（CS）のドラフトが完成する。	能力基準のドラフトは 2011 年に最終化され看護審議会の認定を受けたのち、2012 年に全州でオリエンテーションが実施された。2013 年 4 月には印刷された能力基準の完成記念式典が行われている。

プロジェクトは作成中の S&C ガイドラインを、保健省が将来的に全国で実施するスーパービジョンの仕組みの手引きと位置づけて、プロジェクト終了までに保健省からその承認を得ることをめざしている。しかし、本プロジェクトで構築されたスーパービジョンの仕組みはその試行が開始されたばかりであり、その有用性や実用性についての検証は実施されていない。また現段階においては、いわゆる「縦割りプログラム」がそれぞれ行っているスーパービジョンとの調整が十分に行われておらず、スーパービジョンのシステムが並立する体制になっている。時間的制約からプロジェクト期間内での完了は困難と思われるが、今後半年から 1 年程度の施行期間を経たうえでパイロットモデルの有効性を検証し、その結果を踏まえて州保健事務所が各プログラム及びそれを支援するドナーと調整を行ってシェファ州のスーパービジョン体制を確立したうえで、全国展開を志向するのが妥当であると考えられる。

2) アウトプット 2：パイロット州の看護指導官が S&C の技術²⁷を身につける。

構築された S&C の試行モデルに沿って、プロジェクトは①スーパービジョン、②コーチング、③能力基準・評価の分野の研修プログラム（全 22 時間）を策定、そのアウトラインを「S&C ガイドライン」に別添として盛り込むと同時に、シェファ州のゾーンスーパーバイザー 4 名とその補佐役と目されるポジション（ナース・プラクティショナー、助産師、上級看護師等）の 5 名の全 9 名を同州の「看護指導官」と位置づけて、数回に

²⁶ 当時の PDM では全国の看護指導官が能力基準評価を含む S&C 技術を身につけることになっていたため。

²⁷ S&C 技術とは①地域保健看護師（Community Health Nurse : CHN）の能力基準評価を行い、②CHN の研修ニーズを特定し、③CHN に現地で適切な技術的指導を行う技能を指す。

分けてこれらの研修を実施した²⁸。

S&C モデルを効果的に運用・活用していくためには、看護指導官を管理監督する州保健事務所長のスーパーバイザーの能力強化も必要である。そのため本アウトプットでは州保健事務所長のモニタリング研修受講が指標の一つに設定されているが、プロジェクトではモデルの他州への将来的な普及をにらんで M&E 以外にモデルの管理運用の視点を織り込んだ州レベルのマネジャー〔州保健事務所長及び州看護師長（Nursing Service Manager : NSM）〕向けのオリエンテーションプログラム（全 2 時間）を策定し、「S&C ガイドライン」に別添として統合した。

研修に加えて、プロジェクトでは看護指導官及び州保健事務所長の技能の定着を図るため、州保健事務所長と日本人専門家がシェファ州の全ゾーンで研修後実地指導を実施した。

終了時評価時における指標の達成状況は以下のとおり。

指 標	達成状況
2-1. パイロット州の全看護指導官が S&C 技術に関する研修を受講する。	9 名中 8 名 (88.9%) の看護指導官が全研修に参加した。残りの 1 名も 2013 年中に全研修を終了する見込みである。
2-2. パイロット州の保健マネジャーが S&C モニタリングの研修を受講する。	未実施であるが、2013 年 10 月にシェファ州保健事務所長とヴィラ中央病院の看護師長 ²⁹ に対しモニタリングの指導をする予定。

上記の指標は、必ずしも研修の受講者が技術を身につけたことを表すものではないため、終了時評価では面談時に各ゾーンスーパーバイザーと州レベルのマネジャー（シェファ州保健事務所長及びヴィラ中央病院の看護師長）に技術レベルに関する自己判定を求めたところ、スーパービジョンに関しては全員が自信をもって実施できている半面、能力基準の判定に関しては正確に実施するにはさらなる指導を求める者もいること、またスーパーバイザーの能力判定は原則として州保健事務所長の職務であるが、シェファ州の現州保健事務所長は看護職でないことからその実施が困難であること³⁰が判明した。また、ゾーンスーパーバイザーの補佐役として研修を受講した 5 名に関しては、その後習得した技術を活用した S&C 活動を行っていることが確認できなかった。本アウトプットの達成には今後①追加的支援を求めるゾーンスーパーバイザーへの技術支援と②5 名の「補佐役」の活動状況及び技術定着に関するフォローアップが必要と考えられる。

3) アウトプット 3 : パイロット州において、看護指導官によって S&C が定期的に行われる。

「S&C ガイドライン」では「定期的な S&C」を、看護指導官がすべての保健施設（保

²⁸ 悪天候による交通手段のキャンセル等の理由で複数の研修に参加できなかった者がいる一方で、対象者ではなかったもののヴィラ中央病院の各病棟の看護師長やシェファ保健事務所の職員等も研修を受講している。

²⁹ 新システムに移行後は NSM に就任すると目されている。

³⁰ 対策として州保健事務所長に代わりバヌアツ看護教育カレッジの校長またはヴィラ中央病院の看護師長が能力評価を実施している。

健センター及びディスペンサリー)を最低年2回訪問し、①勤務する看護師(ナースプラクティショナー及び助産師含む)の能力評価と②プロジェクトが策定したチェックリストに基づいて施設や器材の整備状況をチェックすることと定義している。本調査時点における指標の達成状況は以下のとおり。

指 標	達成状況
3-1. パイロット州のゾーン看護指導官の75%が、S&C実施開始後に、少なくとも6カ月に1回は地域保健看護師に対してS&C訪問を行う。	全ゾーンスーパーバイザー(100%)がS&Cの実施が開始された2012年8月から2013年8月までの間に2巡のS&C訪問を実施した。

指標の目標値は達成されているものの、保健施設訪問の多くはプロジェクトが計画し必要経費も負担した研修後実地指導の一環として実施された事情から、S&Cが定期的な活動として定着したとみなすのは時期尚早である。定期的なS&Cを今後も継続的に実施していくために、シェファ州では必要経費を2014年の年間計画に計上しており、保健省が予算どおりの支出が可能であるという前提³¹で、少なくとも経費面では2014年に関してはS&C試行モデルの運用が可能である。その一方でS&C実施の障壁としては、フィジーの看護指導官と異なり、保健医療サービスの提供とS&Cを同時にこなさなければならないゾーンスーパーバイザーの負担が指摘されており、本調査の面談においても4名中2名が通常勤務している施設での利用者数の多さと訪問すべき施設へのアクセスの悪さ(ゾーン4)または能力評価の対象となる看護師の多さ(ゾーン1)により、年2回のS&C実施は現状では困難と考えていることが明らかになった。

また、S&Cは実施されているものの、現場の看護師からはその後のフィードバックがないことがS&Cへの不満として表明され、今後S&Cで特定された課題に対する州または国レベルでの対策の強化とその進捗状況のフィードバックが課題として残されていることが示唆されている。S&Cにおいて特定された課題点の多くが器材や施設の不備であり、中央レベルでもその対策が明確化されていない³²ことが背景にあると思われるが、現状におけるS&C試行モデルのM&Eが情報を州及び中央レベルに吸い上げることに重点を置いており、報告書提出後のフォローアップやフィードバックの重要性が関係者に十分に認識されていないことも一因であると考えられる。NB-ISTメカニズムの重要要素でもあるフィードバックの実施はプロジェクトで構築したS&Cシステムの有効性を担保するためにも、また上位目標の達成のためにも不可欠なものであり、その強化が望まれる。

³¹ 2013年のゾーン1と2におけるスーパービジョンはバヌアツ側がその経費を負担することになっていたが、看護指導官からは立て替え払いをした必要経費の払い戻しが受けられていない旨報告されている。2度目のスーパービジョンが2013年10月に計画されており、保健省による経費負担の可否と、可の場合経費支出にあたって必要な諸手続きを確認する必要性が認識されている。

³² 施設・器材の整備状況は保健省でも問題として認識されており、Asset Management Unitを新設して現状把握のための調査を実施中であり、実際の施設改修や器材の整備に関する計画策定はその後となる見込みである。

4) アウトプット 4 : バヌアツ、フィジー、トンガ国内及び各国間（もしくは 3 カ国を超えて）において、プロジェクトの進捗及び成果が共有される。

相互学習と互いを刺激しあう機会として、プロジェクトはフィジー、トンガ、バヌアツの 3 カ国を巻き込んでテレビ会議やワークショップを実施した。また NB-IST への理解を促進するために、バヌアツで国内関係者向けに実施されたワークショップにフィジーのカウンターパートが 2 度にわたって招かれ経験共有を行った。

プロジェクト成果のバヌアツ国内での共有に関しては、能力基準が看護師の育成機関である VCNE のカリキュラムに統合されたほか、他州への波及が看護審議会によって進められている。これまでに全州においてオリエンテーションを実施済みであり、また 2013 年からは看護師の免許更新の際にプロジェクトが作成した能力基準冊子を手交する活動が行われている³³。

指標の達成状況は以下のとおり。

指 標	達成状況
4-1. テレビ、電話会議の回数	2 回。これまでにプロジェクトは 3 回のビデオ会議を実施しているが、1 回目はバヌアツにおけるプロジェクトが開始された 2011 年 3 月以前に行われた。
4-2. 国際会議での発表回数	なし。

(2) プロジェクト目標達成の見込み

プロジェクト目標：パイロット地域において、地域保健看護師に対する現場事情に即したスーパーバイジョンとコーチング（S&C）のモデルが実施される。

プロジェクトは支援型監督指導の仕組みとしての S&C モデルをシェファ州に構築・試行することをめざしている。以下に示す指標は、ゾーンスーパーバイザーによる関連活動の実施率が増加傾向にあること、2013 年前半の数字だけを取れば全指標の数値目標が既に達成されていることを示している。

指 標	達成状況
パイロット州において	
1. 80%の地域保健施設が、6 カ月に 1 回以上のスーパーバイザリー訪問を受ける。	2012 年後半：84.0%（21/25 件） 2013 年前半：100%（26/26 件） 2012～2013 年：92.2%
2. 80%の地域保健看護師が、年に 1 度、CS 評価を受ける。	2012 年後半：71.1%（27/38 名） 2013 年前半：97.4%（38/39 名） 2012～2013 年：84.4%
3. 80%のコーチングを必要とする地域保健看護師が、年に 1 回以上コーチングを受ける。	2012 年後半：33.3%（8/24 名） 2013 年前半：88.6%（31/35 名*） 2012～2013 年：66.1%

* 2013 年はスーパーバイザーがコーチングを実践するために地域保健看護師全員を対象とした。

アウトプット 3 に関連して前述したように、S&C の定期的かつ継続的な実施に関しては

³³ 他州における CS 評価の実施にはより系統立った介入が必要不可欠と認識されているが、バヌアツ看護審議会の専任職員の欠如や資金不足等の理由により現段階では実現していない。

資金及び技術面においていくつかの課題が提示されている。プロジェクト終了までにもう1巡予定されているS&Cの実施状況をモニターすることでこれらの課題を見極めると同時に、プロジェクト終了後に保健省が独自で展開するに現実的な解決策を模索していくことが必要である。

本プロジェクトで構築・試行されたスーパービジョンの仕組みに関する課題や波及効果に関しては、下記5-1-3及び5-2にも詳述する。

5-1-3 実施プロセスの検証

(1) 貢献要因

- ・ JOCV 数名が任地で自主的に本プロジェクトの活動を推進する活動を行った。
- ・ バヌアツ看護教育カレッジが保健省の傘下であることから、技術面・実務面での協力を得ることが容易であった。保健省に看護部局がなく、また看護審議会も弱体である環境で、同カレッジとの協働は非常に有用であった。

(2) 負の影響を与えた要因

- ・ 研修や研修後現地指導など、離島地域へ、または離島地域からの移動を伴う活動は、悪天候による交通機関の運行停止などの影響を受けた。また高齢のゾーンスーパーバイザーが管轄する地域では、プロジェクトが実施した研修後現地指導の期間内にすべての施設の訪問を終わらせることができなかった。
- ・ 能力評価は当該看護師をよく知る直属の上司が行うことが望ましいが、シェファ州ゾーンスーパーバイザーの直属の上司にあたる州保健事務所長は看護師ではないため看護技術面での評価ができない。そのため管理指揮系統からは外れるが、ヴィラ中央病院の看護師長や看護カレッジ校長がゾーンスーパーバイザーの能力評価を行わなければならなかった。
- ・ 本プロジェクトの成果品は、現地語であるビスラマ語では内容を正確に表現できないとの理由から、すべて英語で作成されている。仏語教育を受けた者のなかには、十分に使いこなすことが困難と感じている者もいるが、仏語への翻訳を手がけることのできる人材が限られていることから、プロジェクト期間内での作成は不可能と思われる。
- ・ 保健行政上看護管理を担う部局が存在しない環境で、看護師を対象にしたプロジェクトを実施することは容易ではなかった。組織横断的なワーキンググループを組織することで対処したが、プロジェクト終了後は同グループは解散することになると思われるため、プロジェクトの持続性が懸念される（5-2-5の項参照）。
- ・ 地方分権化を見据えた保健セクターの構造改革が進行中であり、新組織への移行や人の異動が必ずしも計画どおりに行われないことが S&C システムをデザインするうえでの障害となった。終了時評価時には、発足間もない新体制が総選挙を経てさらに大幅改変される動きを見せており、S&C ガイドラインの最終化の妨げとなっている。
- ・ プロジェクトは2011年3月に開始されているが、同年5月まで実質的な活動は開始されなかった。3カ国でプロジェクトを同時進行させることに係る日本側のプロジェクト運営体制の構築が遅れたことが要因と思われる。

(3) PDM の改訂

詳細計画策定時につくられた PDM 第 1 版の細部を討議議事録 (Record of Discussion : R/D) 署名時に改訂した第 2 版では、日本側とバヌアツ側が費用分担を前提にして全 6 州へ S&C モデルを導入することが計画されていた。その後全体的な進捗の遅れと資源の欠如から、プロジェクトの活動をパイロット地域に限定することが合同調整委員会で合意され、2013 年 7 月にスコープをシェファ州に絞った PDM が第 3 版として署名された。第 3 版では上位目標として、シェファ州保健事務所がプロジェクト終了後に独自で S&C で特定されたニーズに対応する研修を実現するための「NB-IST システム」を完成させ、保健省はそれを将来的に全国に普及させることが設定されている。

5-2 評価結果

5-2-1 妥当性

以下の事由から、一定の妥当性は確保されていると判断される。

(1) 政策面

政策面での妥当性は比較的高い。現行の保健セクター戦略(2010～2016年)においては、看護師の技能強化がより良い保健サービス提供の鍵であることが明示されており、保健省はそのためにより多くの現任教育の機会を提供することを謳っている。また本プロジェクトにより導入された看護師の能力基準とその評価は、年次勤務評定として実施される動きがあることから、同文書に謳われているより効果的な職務査定を導入に貢献したといえる。

またわが国は「環境に配慮した持続的経済成長の達成と国民の生活水準の向上」を対バヌアツの援助における基本方針とし、脆弱性の克服と環境・気候変動を重点分野と位置付けている。本プロジェクトは保健、教育、産業振興を対象とする前者への貢献である。

(2) ニーズへの対応

NB-IST メカニズムとそれに基づく S&C システムに対する明確なニーズは確認できないが、本プロジェクトは、WHO が 2012 年に実施した、「バヌアツ国保健人材計画 2013-2033」の策定準備調査³⁴で特定された課題のうち、特に①定期的な支援型監督指導や研修、勤務評定と建設的なフィードバックの欠如に起因するモチベーションの低迷³⁵と②臨床から管理職に登用された医療人材がマネジメントにかかわるノウハウを学ぶ機会の必要性に対応している。しかし①に関してはスーパービジョンの実施を阻む絶対的な予算不足が背景にあり、それは本プロジェクトで設立した S&C システムが機能するにあたっての阻害要因でもある。保健セクターの構造改革が進行中であり、看護管理のための仕組みがなくオーナーシップが醸成されにくい環境で、その実施のための予算の確保が大前提となる仕組みをつくることの妥当性は、プロジェクト策定の段階でより慎重に検証されるべき事項であったと思われる。

³⁴ “Creating a Health Workforce Plan for Vanuatu for the period 2013-2033” by Norbert Dreesch, WHO/STC, Nov. 2012

³⁵ 本プロジェクトで実施したベースライン調査でも同様のニーズが特定されている。

5-2-2 有効性

本プロジェクトのPDM上の目的は、フィジーのNB-ISTメカニズムのS&Cの要素をバヌアツの地域保健の現場事情に即して再構築し、パイロット地域として指定したシェファ州で定期的実施することとされている。時間的制約から定期的な実施は確認できないものの、現段階においてプロジェクト目標の指標値はほぼ達成されており、その意味では本プロジェクトは一定の有効性があると判断される。

その一方で、これまでのS&Cの実施はプロジェクト活動として必要経費の大半を日本側が負担して行われてきた事実があり、今後保健行政上の一つの制度として継続的に実施されるには、主に資金面・組織面において残された課題も多い。上位目標にはS&Cモデルの全国展開が示唆されているが、プロジェクトにおいてモデルの有効性の検証は行われていない。今後シェファ州においてS&Cモデルを一定期間(1~1.5年程度)試行したうえで、その有用性、持続性、汎用性等を改めて検証・証明する必要がある、上位目標も含めた本プロジェクトの有効性は、その結果を踏まえて初めて特定されると考えるのが妥当である。

加えて、スーパービジョンチェックリストや能力評価の導入は、それまで共通認識のなかったゾーンスーパーバイザーが担う役割を明確化するにあたって有効なツールであった。また、支援型監督指導が地域保健看護師のモチベーションにポジティブに影響していることが認められるほか、必要とされている能力を具体的に示した能力基準の導入によって、看護師が自主的に自身の能力向上を志向するようになったことも報告されている。

5-2-3 効率性

投入は3カ国をまとめた広域プロジェクトとして管理されているため、国別に効率性を議論することは困難であるが、以下の事由により、限定的であったと判断される。

当初予想された日本人専門家が複数国に跨り活動することで得られる効率性は、一定レベル担保されているが、フィジーの経験や成果品の共有やフィジーで育成された人材を第三国専門家として活用することで得られる効率性は、両国のシステムの違いによりそのままバヌアツで活用できるものがほとんどなかったため発現していない。また広域プロジェクトとして、これまでに限度いっぱい追加投入が行われており、バヌアツでも他の2カ国と同様に自社負担による専門家の追加投入もなされている(3.63人月相当)ことは、プロジェクトの効率性が当初の予想より低かったことを示している。

バヌアツにおいて効率性が抑制された要因としては、以下が挙げられる。まず、保健セクターの構造改革が地方分権化を念頭に進められおり、数回にわたって行われた保健省・州保健事務所の組織変更のたびに、プロジェクトは策定したS&Cの仕組みの見直しを迫られた。これが現時点でもS&Cシステムが最終化されない最大の理由である。またプロジェクト目標を「S&Cシステムの構築・実施」としたため、当初NB-ISTの仕組みやS&Cシステムに関しての知識がなかったバヌアツ側のカウンターパートにとって、プロジェクトの内容や意義を理解するのは容易ではなかった。そのためプロジェクトの目的や活動内容を確認する協議を繰り返し行う必要があったほか、看護行政が存在しないバヌアツ側に組織的なオーナーシップが形成されず、シャトル型で日本と他国を行き来する日本人専門家が不在の間はほとんど活動が進まなかったことが報告されている。また、プロジェクト目標はパイロット州内の活動に関するものであったにもかかわらず、当初のPDMには「全国のゾーンスーパーバイザーがS&Cの技能を身

につける」ことがアウトプットの一つとされており、デザイン上効率性の不備もあった。2013年7月にPDMが改訂され本アウトプットのスコープもパイロット州内に限定されたが、他5州における研修は実施したあとであったため、結果として余分な投入となった。

プロジェクトは2011年3月に開始されたが、開始当初約3カ月間は年度に跨ったこともあり活動が実施されていない。その結果を活動計画策定に活用する目的で実施されたベースライン調査³⁶は、結果が出るまでに8カ月が費やされている³⁷。その間にも他の活動は進められたものの、調査内容が現状把握を中心としたものであったことをかんがみると、プロジェクト計画策定時に適切なニーズ分析調査を行うことで、より現実的なプロジェクトの設計が可能になると同時に、ベースライン調査に費やした時間的・資金的資源を建設的な活動に充てることが可能になり、より効率的な運営が実現したと思われる。

5-2-4 インパクト

(1) 上位目標の達成見込み

上位目標：他州への拡大を念頭に、「現場ニーズに基づく現任研修（NB-IST）システム」がデザインされ、パイロット州にて試行される。

指 標	指標の達成状況
パイロット州においてNB-ISTが1年に1回以上実施される。	未実施。

プロジェクトはNB-ISTシステムのなかのS&Cの仕組みの構築と試行に照準を当てて活動を行ってきたため、NB-ISTの実施に関する仕組みや技術的なノウハウについてはほとんど関与していない。上位目標を達成するには、今後数年のうちにシェファ州保健事務所はS&C試行モデルの運用・改善を続けつつ、独自に①S&Cの実施で得られた情報から、看護師へのローカルレベルの短期研修（NB-IST）で対処すべき課題を見極め、②資金や講師の調達を含めNB-ISTを実施するノウハウを習得・実践することが求められている。日本人専門家は、プロジェクト期間が終了する前に、シェファ州保健事務所長とヴィラ中央病院の看護師長に対し上記2点に関する簡単な研修を計画しているが、NB-ISTの実施に持ち込むまでには現地における技術面での追加的な支援が必要となることが予想される。

また、他州への拡大に関しては、保健省に看護部局がない環境においてその先導役がないことが懸念材料である。NB-ISTシステムの起点となる看護師の能力評価に限れば、看護サービスの質の担保を担う看護審議会がその役割を担うのが理論的には可能であるが、現時点では審議会にその組織能力が備わっていないのが実情である。

(2) 正のインパクト

本プロジェクトで策定した看護師の能力基準とその評価に関しては、バヌアツ側の独自の取り組みにより、以下の発展が確認されている。

毎年の看護師免許の更新に際しては、これまでは人事院による年次職務査定結果の提出

³⁶ 詳細計画策定時には、当時保健省が計画していた別の調査にその内容を織り込むことでベースライン調査を外部的に、プロジェクトの効率化を図る予定であった。

³⁷ この背景にはプロジェクト開始後約3カ月にわたって活動が行われなかったこともある。

が義務づけられていたが、人事院は能力基準に基づいた能力評価の結果も年次職務査定の結果と同等のものを見なしており、実際にヴィラ中央病院では年次職務査定に代わって能力評価を年次査定に用いるようになってきている。地域保健においても同様の動きはあるものの、査定者が看護師資格をもたない、または非査定者の資格より技能上低い資格しかもたないといった事例があり、能力評価が年次職務査定に代わる制度として適切に運用されるには、細部においてさらなる調整が必要とされている。

前述のように、バヌアツ看護教育カレッジは看護師育成過程のカリキュラムのなかに能力基準を既に統合した。また本調査で確認はとれなかったものの、ナース・プラクティショナーや助産師を養成するバヌアツ保健研修校が本プロジェクトで行った S&C 研修の一部をそのカリキュラムに取り込んだという報告もある。またヴィラ中央病院では、本プロジェクトで策定された能力基準を基に、臨床看護に特化した能力基準を策定することを検討し始めている。

(3) その他のインパクト

バヌアツ保健セクターの現行のスーパービジョンは、疾病課題別のいわゆる「縦割りプログラム」がそれぞれ別々に行っており、その非効率性が指摘されている。プロジェクトは S&C モデルを策定する過程において保健省の各プログラム担当官とも協議を行い、スーパービジョンの仕組みの統合を模索したが、定期的に看護師の配属されている全施設を訪問指導することが必要とされる S&C モデルを縦割りプログラムが実施している無作為なスーパービジョンに統合することはできず、策定されたばかりで有効性の検証がされていない S&C モデルは後者の手法を変更させるほどの説得材料もないことから、統合は実現していない。目的が異なるとはいえ、現行のものと並立する形で別のスーパービジョン体制をつくる結果となったことは、保健省・州保健事務所が推進すべき効率化の動きに逆行するものであることは否めない。

しかしその一方で、ゾーンスーパーバイザーを活用する S&C モデルは、州保健事務所に配置されているプログラム担当官が州内の全施設を担当するというこれまでの仕組みの限界を打開する可能性をもっており、その意味で効率的なスーパービジョンのあり方を模索する保健行政に新たな代替案を提示したとみることもできる。現段階では S&C モデルにも数々の課題が残されており、現行制度の代替案となるには今後さらなる検証・改良が行われる必要があるが、州保健行政が効率的かつ効果的なスーパービジョンの体制を構築していくにあたり、一つの選択肢となり得るものである。

5-2-5 持続性

持続性に関しては以下の課題が認められており、その見通しは厳しいといわざるを得ない。

- ・ 保健省内に看護に関する部局がなく、また進行中の保健行政の構造改革の影響もあり、今後プロジェクトが始めた活動をバヌアツ側がオーナーシップと主体性をもって継続的に実施していく母体がない。
- ・ 妥当性の項で述べたように、看護師の継続教育の重要性は政策上認識されてはいるものの、保健セクター戦略の実施においては看護人材の絶対数の増加に重点が置かれており、現任教育に関する具体的な事業・予算が組まれているわけではない。

- ・ ゾーンスーパーバイザーはサービス提供者としての実務も担っており、S&C モデルを報告やフィードバックを含めて有意義に実施するためには、要員配置の見直しやロジスティクス面での支援が必要とされる地域がある。また、現在の仕組みでは全スーパーバイザーからの報告書に目を通し必要なアクションをとるのは州保健事務所長の役割とされているが、州の保健行政長である州保健事務所長が全施設に関する手書きの報告書に子細に目を通すことは、現実的には期待できない。
- ・ 本プロジェクトで構築した S&C モデルは、定期的なスーパービジョンを実施する資源が確保されて初めてその有用性が発揮されるものであるが、財政難のバヌアツでは、スーパービジョンのような基本的な日常の活動も外部資金に頼っているのが現状である³⁸。構築された S&C モデルは、現在援助資金で行われている「縦割りプログラム」の管理のためのスーパービジョンとは全く別の体制であることから、今後の運用資金の確保は大きな課題である。保健次官はシェファ州のみであればパイロット事業として S&C モデルの実施予算を確保することは可能という見解を示しているが、将来的に全国に拡大する意向のモデルであれば、現行のプログラムベースのスーパービジョンも含めて州保健行政におけるスーパービジョンのあり方を改めて検討・構築することが望まれる。

5-2-6 結 論

本プロジェクトは看護人材の能力強化によってサービスの向上を謳うバヌアツの保健戦略と合致したものである。医療人材の管理能力の強化を図ると同時に、スーパービジョンやフィードバックの欠如に起因する諸問題の解決も期待されるが、設立された S&C システムの実施は予算が確保されて初めて可能であることから、財政状況の厳しいバヌアツでプロジェクト終了後も機能していくものであるか、その実用性と汎用性については、今後検証される必要がある。進行中の保健セクターの構造改革や、定期的なスーパービジョンを実施する財源の不足、また看護管理が行政システムにないといった諸事情は、プロジェクトの有効性、効率性、持続性に影響を及ぼしており、プロジェクトデザインの妥当性については議論の余地があるところである。上位目標の達成に関しても、技術面、資金面において不安材料があり、プロジェクト終了後も何らかの手段で技術面の支援を継続することが必要と思われる。しかし、本プロジェクトで構築・試行された S&C システムは、さらなる改善が必要と思われるものの、州保健行政のスーパービジョンの仕組みを将来的に一本化していくにあたり一つの選択肢となり得るものである。プロジェクトによってもたらされた効果が持続していくためには、今後関連する活動の継続的な実施・コーディネートを行うフォーカルポイントを中央の保健省及びシェファ州保健事務所内に正式に任命することが必須である。

本プロジェクトは 2014 年 2 月に予定どおり終了するが、保健省とシェファ州保健事務所が上記に述べた各種課題に対応していくためには、技術的な支援とモチベーションの維持を目的として何らかの形で支援を継続することが望まれる。

³⁸ 幾つかある縦割りプログラムのなかでも定期的なスーパービジョンが行われているのは、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria : GFATM）支援のマラリアプログラムと AusAID 支援の村落保健ボランティアプログラムのみといわれている。

5-3 提言と教訓

5-3-1 提言

(1) プロジェクトに対して

- ① 残るプロジェクト期間で、シェファ州で試行された S&C モデルの成果や課題、強みや弱みを整理すること。このレビュー結果は、モデルの改善やプロジェクト終了後 1~2 年間予定されているシェファ州でのモデル試行に活用できるものである。
- ② S&C ガイドラインを完成し、シェファ州保健事務所長が必要なツールや技能を備えられるよう必要な研修を終了すること。特に、S&C を通して抽出された現場のニーズや課題に対して、担当者・担当部署が適切な対応をとること、また地域保健看護師にフィードバックを行う体制を強化する必要がある。

(2) 保健省に対して

- ① プロジェクト終了後もシェファ州での S&C モデルの試行を継続的に支援する担当者を正式に任命すること。その間、看護師の教育や職能開発等、看護師をとりまく課題全般に対応する看護管理のフォーカルポイントを保健省内に設けることも検討されるべきである。
- ② S&C の試行モデルにおいて、ゾーンスーパーバイザーを効果的に機能させるために、彼らの監督指導・マネジメントにおける役割や責務を明確にし、職務内容を作成すること。
- ③ S&C 実施のための予算を中央・州レベルで確実に確保すること。その手段として、必要に応じ他の開発ドナー資金や保健プログラムとの調整が期待される。
- ④ シェファ州で開発された S&C や NB-IST モデルを他州に展開する長期的視点に立ち、看護の質の担保に重要な役割を担うバヌアツ看護審議会の組織能力強化を促進すること。

(3) JICA に対して

- ① プロジェクト終了後一定の期間において、シェファ州の S&C モデルの評価（ベースライン調査に関連させて）を行えるよう支援すること。
- ② プロジェクト成果を継続的にモニタリングし、他の開発ドナーと協調して、利用可能な援助スキームを採用するなど、必要な支援を提供すること。

5-3-2 教訓

- ① プロジェクトの持続発展性の担保には、バヌアツの S&C や看護人材の発展を長期的に支援できる日本国内専門機関の継続的な巻き込みが必要である。
- ② 短いプロジェクト期間のなかで、現地のニーズに即した協力になるようプロジェクトデザインの修正が行われたが、プロジェクトの効果や効率性をより一層高めるためには、案件形成段階において緻密な状況分析を実施するべきである。

第6章 3 カ国総括

本プロジェクトは、2005～2008年にフィジーの中東部地方で地域保健看護師の業務管理能力を現任教育を通じて向上させることを目的として実施された「地域保健看護師現任教育プロジェクト」から抽出された「NB-ISTメカニズム」を、フィジー国内に拡大・定着させると同時に、トンガとバヌアツに導入・試行するものであった。既に「妥当性」の項で考察したように、各国とも保健医療サービスの質の改善は重点課題の一つであり、地域保健サービスの主な担い手は看護師であることなどから、本プロジェクトの趣旨は基本的に各国のニーズに合致したものであった。以下にこうした試みを広域案件として実施したことの利点と課題点をまとめる。

(1) 経験の共有によるプロジェクト効果の促進

プロジェクト開始当初、トンガとバヌアツのカウンターパートの多くはNB-ISTメカニズム（「モデル」）の詳細な知識をもたなかったが、広域研修でその内容とフィジーにおける地域保健の実情を併せて学んだことで、同モデルを自国で活用することで期待できる効果の理解が促進された。これは当初PDMの理解が進まずプロジェクトの方向性が共有されていなかったなかで、大きな効果であった。その後各国のカウンターパートが直接対話する機会が数度にわたって設けられたことで、フィジーの成功例だけでなく失敗や直面する課題からも学ぶことができたことを評価する声も聞かれた。他国のモデルとなったフィジーでは、それによってカウンターパートの自信とモチベーションが促進されたこと、トンガではフィジーに対するライバル意識が良い方向に働き、より優れた成果品を作り出そうとする原動力になったこと、そしてバヌアツでは看護をとりまく保健行政上のシステムのあり方を改めて考えるきっかけになったことが報告されている。

(2) リソースの共有による効率性

NB-ISTメカニズムは当該国の保健システムのなかで機能するものであるため、トンガ、バヌアツにおいてフィジーの仕組みや成果品をそのまま適用することはできない。しかし、基となるたたき台があったことで、トンガ、バヌアツにおける類似システムの構築は、それぞれにおいてゼロから始める場合と比して短時間で実現したと考えられる。その一方で、カウンターパートの十分な巻き込みを重視しつつ、システム・成果品・研修内容のそれぞれについて、現地事情に即したものに改訂していく作業は当初の予測以上に時間がかかり、成果品の共有から得られた効率性は想定されたほど大きいものではなかった。

本広域プロジェクトでは国別にPDMが策定されており、その内容も異なっていることから、実際は三つの個別プロジェクトをまとめたものであったといえる。プロジェクト運営に関しても、プロジェクトが個別に設立された場合と比して一国当たりの手間や専門家の必要性（人月）が軽減されているわけではなく、広域案件にすることで明確に節約できたのは専門家派遣にかかわる旅費のみであった。プロジェクト半ばで限度額までの投入量の引き上げが必要となったのも、フィジーの大量退職の影響もあるものの、プロジェクト策定時に投入の必要量の算定にあたってこうした状況が把握・分析しきれていなかったことが背景にあると考えられる。

(3) プロジェクト目標

トンガ、バヌアツにおいて、フィジーをモデルとした NB-IST の仕組み（バヌアツではその一部）をつくり実施することがプロジェクト目標とされた背景には、前プロジェクトにおいて、現職看護師の能力強化のためには現任研修の仕組みを構築する必要があった³⁹ことがあると思われる。しかし先方政府にとっては、NB-IST メカニズム、S&C システムという耳慣れない外来の仕組みが自国で何の役に立つのか PDM からは理解しづらく、プロジェクトに対するオーナーシップやコミットメントの醸成の遅れが引き起こされた。特にトンガに関しては、広域プロジェクトであることを意識して PDM が作成されたため、プロジェクト目標やプロジェクト名とプロジェクト内容に齟齬が生じ、カウンターパートにとってさらにその理解を困難にした。

JICA の技術協力プロジェクトではその内容をより詳細に説明する「プロジェクト・ドキュメント」が作成されないことから、PDM 上では相手国に馴染みのない用語を使うことを避け、だれが見てもプロジェクトの内容が分かるものであることが重要である。特にプロジェクト目標に関するビジョンやスコープを日本側と相手国側が共有することは、プロジェクトの実施にあたって最重要事項であり、例えば、プロジェクト目標を「現任研修の質の向上」「看護指導官のマネジメント能力の向上」「看護管理システムの強化」等、プロジェクトの効果に焦点を当てたものにするこで、こうした混乱が避けられたのではないかと考えられる。

モデルの設立・試行をプロジェクト目標としたことは、そのほかにも幾つかの問題の要因となっている。「NB-IST メカニズムの（構築と）強化」が命題とされていたトンガでは、財政的にその実施が困難であるにもかかわらず、NB-IST によって特定された課題の解決が図られるシステムの構築が推進された。またバヌアツでは、「S&C システムの設立と試行」をプロジェクト目標に置いたため、その有効性や持続性の検証まで計画されなかった半面、システムの全国展開を視野に置くという、若干整合性に欠けるデザインであったことは否めない。

(4) 設立したモデルの有効性

プロジェクト目標である NB-IST メカニズム（バヌアツの場合はその一部）の導入によって期待された①現任研修の質の向上と、②その結果としての看護師の能力強化という効果は、少なくとも現時点では限定的である。これは3年間という比較的短期間のプロジェクトの限界ともいえるが、有効性の検証が十分に行われていないモデルを導入したことにも一因がある。モデルが機能するにあたって各活動を継続的に実施する予算の確保が重要であるとの認識はあったものの⁴⁰、本プロジェクトでは年間活動・予算計画に組み込むことを支援することでその解決が図られると想定されていた。しかし本調査では、保健省による必要予算の確保は設立されたシステムの運用にあたっての大きな課題であることが明らかになっている。またバヌアツでは看護指導官が「看護師としての役割」と「指導官としての役割」を同時に果たすことの困難さも課題となっており、モデルが機能するにあたっての必要条件や、先方政府の財政状況、看護指導官の勤務環境といった現状分析が、プロジェクトの策定段階において十分でなかったことが示唆される。

³⁹ JICA 『フィジー国地域保健看護師現任教育プロジェクト終了時評価報告書』平成 20 年 2 月

⁴⁰ JICA 『フィジー国地域保健看護師現任教育プロジェクト終了時評価報告書』平成 20 年 2 月

(5) プロジェクトの意義

NB-IST メカニズムの有効性は明らかでないものの、本プロジェクトは各国においてカウンターパートから高い評価を受けている。トンガとバヌアツで評価されているのは、設立したメカニズムそのものというよりは、その根底にある支援型監督指導の概念であり、その実施を支援するマネジメント・ツールである。これは大量退職後に全職種においてマネジメント能力の空洞化が問題となったフィジーにおいても同様であり、看護職以外においても応用可能な実用性・汎用性の高いツールの作成により本プロジェクトの保健行政への貢献が目に見えるものとなったことが、プロジェクトに対する高い評価を生んでいる。

本プロジェクトの意義は、その目標であった「仕組みの構築・実施・強化」を手段として「サービスの質の向上をめざしたマネジメントの組織化・強化」という効果を生み出したことに集約されているといえる。

第7章 評価総括/所感

7-1 団長総括/所感

(1) フィジー

プロジェクト目標に使われている「NB-IST メカニズム」が、既存の看護部の業務システムの改変を伴いながら、システムにどう組み込まれるのかという明確なデザインが描かれなかったため、カウンターパートは個別のアウトプットの活動に専念し、個別のアウトプットレベルで大いに成果が上がったといえよう。

地域看護師の多くはナースステーションを一人で担当しているので、地域看護師の能力評価は多少の項目を追加してナースステーションの機能評価として行われるものになるのではあるまいか。だとすれば、地域看護師の能力評価（CA）に基づく、サポータティブ・スーパービジョンと、その結果による M&E は、地域看護ケア管理メカニズムという看護部の業務システムの根幹の部分であり、本来はこれだけでプロジェクト目標足り得るものであった。M&E の分析結果の一部を利用して、看護師のニーズを把握し IST を企画するというのが本来の NB-IST メカニズムであり、IST システムの一部に組み込まれるものであったろう。

サポータティブ・スーパービジョンは看護師のニーズに合致し、大いに成果が出たため、NB-IST は本来の意味から外れたが JICA プロジェクトのブランド名として、保健省の他部局、ドナー等に知られるに至っている。保健省では、本来の NB-IST は看護審議会の下に設置された看護師任意会員制の組織であり、看護免許更新に必要な研修を実施する看護カレッジに引き継がれることが検討されている。

(2) トンガ

標記プロジェクトの終了時評価調査団は、フィールド調査、専門家及びカウンターパートからのヒアリング、プロジェクトのマネジメント・チームとの協議を経て、終了時合同評価報告書を作成した。報告書は、JCC において報告され承認されたので、保健省保健局長とのミニッツ署名に至った。プロジェクト目標は、プロジェクト終了までにはほぼ期待された程度に達成される見込みと判断されたので、予定どおりに終了する。

フィジーでのプロジェクト実施の経験に基づき、大洋州3カ国での広域プロジェクトの形成が急がれたため、当初の PDM はトンガの看護現任研修の実情に基づかない部分があり改訂を繰り返し、中間レビュー調査団来訪時に大幅な改訂をし、最終的にプロジェクト開始後2年半弱で第5版の現行版に至った。また、ベースライン調査の結果が不満足であったため、エンドライン調査は実施しないこととなった。これらのことのために、5項目評価に困難性がつきまとったが、プロジェクト・マネジメント・チームとの詳細な協議によって、妥当な終了時報告書が完成されたといえる。

プロジェクト目標の「現場ニーズに基づく現任研修メカニズムの強化」にはいまだ途半ばの感があるが、トンガ側が興味をもって熱心に取り組んだサポータティブ・スーパービジョンについて成果が大きく上がったと判断される。CA とコーチングに基づくサポータティブ・スーパービジョンの方法論は現任研修についてのみならず、他の看護業務のスーパービジョンについても大変有効なものであり、「人づくり組織づくり」に資する看護マネジメントの基礎能力強化が大きく図られたともいえる。

保健局長と看護部長から、サポーターティブ・スーパービジョンについて、パイロット地域以外へ普及するとのコミットメントの表明があった。本プロジェクトのトンガのニーズに合った部分について、大いに持続性が期待できる。

(3) バヌアツ

これまで当国では、看護人材関連の事業は看護評議会（政府から独立した組織）の所管とされて、保健省内での関心は薄く、看護人材の活用と強化に関する行政的なフォーカルポイントは置かれてこなかった。今回、保健省次官が率先して本評価作業に参加し、現場で働く看護指導官や評議会メンバーらとの協議を通じ、看護人材をとりまく支援体制の不備、制度整備などの課題の重要性に気づいたところは本ミッションの大きな成果といえるだろう。次官は合同委員会の場合でもさっそく、今回の評価提言を参考にしたアクションの方針を示し、参加した現地関係者からも大いに支持を得ていた。

医師数が極端に少ない当国では、医師が臨床事業により重点を置く一方で、看護職が地域保健医療行政で果たすべき責務は大きい。本プロジェクトではパイロット州で州保健マネージャー（PHM）の下、看護指導官（Nursing Supervisor）による各保健センターに勤務する看護師の支援と指導体制が図られた。プロジェクトで看護職の職務内容と求められる技能の基準（Competency Standard）が整備され、それに合わせた指導官の支援的監督と指導が行われるよう指導官の能力強化が図られた。こうした技能のなかには行政管理に関するマネジメント能力の強化支援も含まれていた。当国の医師不足の状況から、本プロジェクトは看護職を臨床医療者としてだけでなく、地域保健行政官としてより有効に機能させようとするものであり、指導官への期待と負荷の高い構造になっており、現時点ではいまだ一層の強化支援が必要な状況である。

こうした緒に就いた看護職による地域医療体制をより強化させて定着させるには依然、多くの技術的な支援が必要とみられる。こうしたことからプロジェクト終了後においても、本邦研修や、フィジー、トンガ等も含めた広域での研修等を WHO/WHO 西太平洋地域事務所や AusAID 等と協力して継続実施することが強く求められる。

7-2 技術参与総括/所感

(1) トンガにおける看護の質向上に対するプロジェクトの貢献

本プロジェクトでは、上位目標である地域保健ケアの質の向上をめざし、スーパーバイザーたちの、コンピテンシーベースの指導能力（コンピテンシーの査定とコーチング、その結果に基づく研修、M&E）の強化を試みた。その結果、コンピテンシーに基づく人材育成が開始され、またその管理方法として、サポーターティブ・スーパービジョンの導入が実現した。コンピテンシーベースの看護教育の導入に関しては、トンガにおいて 2000 年代初頭から志向されてきたものであり、そのツールとなる能力基準（CS）の策定にはこれまでも多くの時間と労力を投入してきた。今回、プロジェクトの支援により CS が策定され、CA が開始されたこと、またそれによりコンピテンシーベースの教育を実施するうえでの課題が明らかになってきたことは、本プロジェクトの大きな成果である。今後、コンピテンシーベースの人材管理、育成が定着することにより、経験や業務基準に基づいた限られたケアの提供といった従来の看護から、住民ニーズに基づくケアの提供への転換、ひいては看護ケアの質の向上につ

ながることが期待される。

今回プロジェクト期間に策定された CS は、専門分野（臨床・地域）や経験（勤務年数、ポスト）を問わず、看護に共通するベーシックなコンピテンシーを定めたものであった。具体的には、五つの大項目とそれぞれの小項目から成るもので、大項目は、1. 看護ケアマネジメント能力、2. コラボレーションとチームワーク、3. 看護倫理と専門職としての態度と行動、4. リーダーシップ、クオリティマネジメント、自己開発、5. リソースマネジメントである。同 CS を用いたコンピテンシーベースの教育を導入した結果、専門性や職位、経験年数等に合わせたコンピテンシーの必要性、CA の質の改善（スーパーバイザーのアセスメント能力の向上）等の課題が見いだされた。

またコンピテンシーベースの教育において、CS の策定とそれに基づくアセスメントは、その一要素にすぎず、特定されたコンピテンシーを獲得するために、どのように教育し、その成果を実践に結び付けていくかも重要である。特に、成人教育においては、一方的な教育や指導を受けるだけでなく、教育の過程で自身の経験をリフレクトし、それに基づき、自ら学び、自身のケアを変えていくことが求められる。また、看護職の人材育成とは、イコール研修ではなく、自己研鑽や OJT、さらにはジョブローテーションや人事交流などの手段を、総合的、かつ効果的に活用することで、実践能力を高めるものである。評価団の提言においても、Off-JT だけでなく、コーチングやインハウスセッションの効果的な活用について言及したが、人材育成を総合的なものとしてとらえ、限りあるリソースのなかで、看護師の能力強化、それによる看護の質の向上に努めていくことが望まれる。

加えて、看護の質の向上に向けては、現任教育のみならず、看護基礎教育の状況も踏まえ、総合的に教育の質の改善を検討していく必要がある。トンガにおける看護基礎教育（3年間の専門職教育校）のカリキュラムは、臨床看護が中心であり、地域看護に関してはリプロダクティブ・ヘルス（医学ベースの母子保健）など限定的である。また、NCD など、この国の主要健康課題は、主に、現任教育や実践での対応に依存しているのが現状である。2013 年から、看護学校には JOCV が配属され、カウンターパートとも良好な関係を築き、具体的な活動が計画されていることから、今後は、本プロジェクトのカウンターパートと協働することで、看護基礎教育の質が向上していくことを期待する。

なお、コンピテンシーベースの教育に関しては、シドニー技術大学が WHO コラボレーションセンターとして、コンピテンシーの規定を含む、太平洋州の看護の能力強化にかかわっている。こうしたネットワークも活用しながら、今後も継続的に改善していくための努力が保健省に望まれる。

最後に、トンガの看護師のリーダーたちには、モチベーションが高く、能力が高い看護師がそろっていた。プロジェクトは終了するが、彼らには、今後も変化するトンガ住民の健康ニーズをとらえながら、どのような人材が必要で、そのためにはどのような育成方法が必要かを特定し、本プロジェクトがもたらした成果を生かし、実践を積み重ねることで、トンガの看護の質の向上に努めていくことが期待される。

(2) フィジーのヘルスシステムに対するプロジェクトの貢献

フィジー保健省は、オーストラリアの支援を受け（Fiji Health Sector Support Program : FHSSP）、保健人材開発に係る包括的な計画（Human resource development project）を策定

し、2012年より同計画の実施段階に入っている。同計画の主要な目標は、人材の安定化（政策策定）、多様性（リテンションと雇用、職務環境の構築、顧客満足）、発展とイノベーション（人材プロファイルのアップデート、トレーニングニーズ分析）、能力（トレーニング）、環境（組織体制）、人材プロジェクション（人材情報データベース）等であり、同計画は、人材開発に関連するほかの計画や戦略の内容を包摂したものになっている。

本プロジェクトの活動とそのプロセスは、同計画を実行する際に有用な手法やツールを提供するとともに、各階層の看護職者の能力強化に貢献した。まず、プロジェクトが導入したマネジメントツールは、保健人材の能力強化（ニーズ、コンピテンシーに基づく人材育成）や人材管理（適正配置、人材の需給プロジェクション等）に必要な情報を収集するうえで有用であり、ナショナルレベルのマネジャーのエビデンスに基づく意思決定のプロセスに貢献した。また、スーパーバイザーレベルの、サポートティブなスーパービジョン、マネジメント能力の強化がなされたことにより、職務環境の改善（遠隔地に勤務するスタッフナースと管理職とのコミュニケーションの促進、サポートティブな指導）につながり、スタッフレベルの個々の能力強化（研修へのモチベーション、キャリアパスの明確化）に大きく貢献した。そして、各レベルでのマネジメントや管理が改善された結果、スタッフレベルのサービスデリバリー能力〔臨床技術や臨床判断（クリニカルジャッジメントやディシジョンメイキング）〕の強化につながった。

ただし、これらの能力強化の状況は、全国的に標準化されたものではなく、地区ごとの成果指標のばらつきにもそれが反映されていた。また、スタッフのサービスデリバリー能力の向上についても、スーパーバイザーから報告された質的な情報を基にしており、客観性には欠ける。しかし、こうした兆候が、今後、同国の人材開発計画並びに、本プロジェクトの上位目標でもあるケアの質の向上につながることを期待される。

以上のように、本プロジェクトは、スタッフナース（ケア提供の現場）、スーパーバイザー（地域レベル）、マネジャー（中央レベル）の個々の能力強化に大きく貢献した。今後、これらが、システムとして機能（持続）していくためには、フィジーの CPD（継続的職能開発）あるいは人材開発の仕組み、制度がさらに整備されていく必要がある。制度上、重要な役割を担う組織のなかには、脆弱性が認められるものもあった。特に、看護師の登録や継続教育制度の管理を通じ、看護師の質の標準化の責任を担う、ナーシングカウンシルについては、2012年に設置されたばかりの若い組織でもあり、キャパシティ強化が必要と考えられた。保健省内でも同様の認識があり、今後、ケアの質の向上に向けて、保健省のさらなる努力が必要であると考えられる。

最後に、フィジーは現在、疾病構造の変化、つまり、感染性疾患から非感染性疾患への移行期にあるが、現場の変わりゆくニーズに対応できる人材のコンピテンシーをリアルタイムで特定し、現任教育、そしてケアを提供する保健人材の能力強化につなげるという本プロジェクトの理念は、現在のフィジーのヘルスシステムのニーズに合致するものであったと考える。とりわけ、フィジーの NCD 対策が、PHC を重視したものであり、その主な担い手は地域看護師であることから、本プロジェクトの成果が今後も、フィジーのヘルスシステムにおいて効果的に活用されることを期待する。

(3) 広域案件からの学び

本プロジェクトでは、トンガ、フィジーともに、当初は、NB-IST メカニズムを強化することを目的として実施されてきた。しかし、最終的には、トンガではコンピテンシーに基づく人材育成システムの構築、フィジーでは保健人材開発計画の各目標を達成するための手段として読み替えられ、各国のヘルスシステムが統合されたことで、結果的に、各国の人材開発に貢献した。

本プロジェクトでは、計画当時、NB-IST メカニズム（モデル）の強化、つまり手段の強化をめざしたデザインとなっていた。そのため、いずれの国でも、現場レベルでは、本プロジェクトへの好意的な意見が聞かれ、効果が観察されたにもかかわらず、PDM に沿った評価では、それらを示すこと、説明することが難しかった。

今回のプロジェクトを通じ、他国での JICA のプロジェクトの経験を生かすこと自体は、効果的なアプローチであるが、経験（モデル）を生かすことを前提にプロジェクトを形成することは、現地のカウンターパートを含め、関係者に混乱を招き、その混乱は、効率性さえも妨げる要因になり得ることを改めて学ぶことになった。他国で、プロジェクトの優れた経験（モデル）が蓄積されていたとしても、ほかの国、あるいは同じ国でも社会変化とともにヘルスニーズが異なる（変化する）ことを考慮に入れ、プロジェクト形成の際には、各国のヘルスニーズを適切にとらえることはもちろんのこと、ニーズをとらえたうえで、他国のプロジェクトの経験（モデル）が各国のニーズに対応するうえで本当に効果的な方法かどうか、効果的と判断される場合は、どこをどのようにローカライズする必要があるのかを慎重に検討する必要がある。国際保健を含め、保健医療の現場で、EBP（Evidence Based Practice）の重要性が指摘されて久しいが、今回の事例に関していえば、スケールアップ（あるいは他国への普及）のための根拠（エビデンス）が不足していただけでなく、エビデンスを活用する際に重要となる、対象のニーズやセッティングを考慮に入れたエビデンスの活用という観点も不足していたといえるかもしれない。

付 属 資 料

1. 主要面談者
2. 終了時評価調査協議議事録（ミニッツ）
3. PDM
4. 評価グリッド
5. 投入リスト

1. 主要面談者

(1) フィジー

氏 名	役 職
保健省(中央)	
Dr. Eloni Tora	Permanent Secretary
Sr. Silina Waqa Ledua	Director of Nursing Services
Ms. Vasiti Nawadra-Taylor	Grant Manager of GFATM, Grant Management Unit
Mr. Mukesh Nath	Director of Human Resources
Mr. Fasala Vamarasi	National Trainer, Training Unit
保健省 中部地方保健事務所	
Dr. Dave Whippy	Divisional Medical Officer
Sr. Penina Druavesi	Divisional Health Sister
Sr. Mereseini Kamunaga	Divisional IST Coordinator for Central & Eastern divisions
Sr. Metuera Qarau	SDHS, Rewa sub-division
保健省 東部地方保健事務所	
Sr. Telica Vakaloloma	Divisional Health Sister
保健省 北部地方保健事務所	
Dr. Pablo Romakin	Divisional Medical Officer
Sr. Titilia Dakuliga	Divisional Health Sister
Sr. Litiana Draunibaka	Divisional IST Coordinator
Sr. Ana Tovehi	Sister-in-Charge, Taveuni Sub-divisional Hospital
Sr. Salome Makita	SDHS, Taveuni Sub-division
保健省 西部地方保健事務所	
Dr. Susana Nakalevu	Divisional Medical Officer
Sr. Leslie Boyd	Divisional Health Sister
Sr. Melania Louey	Divisional IST Coordinator
Sr. Salote Sausau	SDHS, Nadi Sub-division
Sr. Paula Sue	Acting Sister-in-Charge, Nadi Sub-divisional Hospital

開発ドナー	
Sr. Balgovind Saghat	Program Coordinator, School of Nursing, CMNHS, FNU
Dr. Asinate Boladuadua	Deputy Program Director (TF Health Systems Strengthening), FHSSP
Mr. Aminiasi Mucunabitu	Assistant Technical Facilitator, M&E/PHIS, FHSSP, AusAID
Sr. Reijeli Panapasa	Project Officer, Fiji College of Nursing
JICA プロジェクトチーム	
八鳥 知子	総括・プロジェクト運営
長井 圭子	副総括・保健政策
山中 郁	S&C 支援、看護管理政策
Sr. Atelini Wainiveikoso	Project Officer
Sr. Asenaca Heritage	Project Officer

(2) トンガ

氏 名	役 職
保健省	
Dr. Siale 'Akau'ola	Director of Health
Sr. Sela Paasi	Chief Nursing Officer
Sr. Afu Tei	Supervising Public Health Sister (National Supervisors (RH))
Sr. Tilema Cama	Principal, Queen Salote School of Nursing (National Supervisor)
Sr. Seilini Soakai	Supervising NCD Nurse (National Supervisor (NCD))
Sr. Alisi Fifita	Senior Public Health Sister (Local Supervisor RH, Tongatapu)
Sr. 'Iunisi Vaikimo'unga	Public Health Sister Graduate (Local Supervisor RH, Tongatapu)
Sr. Siu Pifeleti	Senior Nursing Sister (Local Supervisor, Vaiola Hospital)
Sr. Mele Havealeta	Senior Nursing Sister (Local Supervisor, Vaiola Hospital)
Sr. Emeline Takai	Nurse Practitioner (Local Supervisor RH, Vava'u)
Sr. Meliame Tupou	Senior Nursing Sister (Local Supervisor Clinical, Vava'u)
Ms. Kuluveti Wolfgam	Reproductive Health Nurse, Houma Health Centre
Ms. 'Ilaisaane Vi	Reproductive Health Nurse, Nukunuku Health Centre
Ms. Lataimaumi Kengike	Reproductive Health Nurse, Ma'ufanga RH Clinic
Ms. Leaola Tuiaki	Reproductive Health Nurse, Ma'ufanga RH Clinic
Dr. Toa Fakakovikaetau	NCD Community Health Technical Coordinator, Tonga Health System Support Programme
JICA プロジェクトチーム	
八鳥 知子	総括・プロジェクト運営

(3) バヌアツ

氏 名	役 職
保健省	
Dr. Santus Wari	Act. Director General (Project Director)
Mr. Katimal Kaun	Act. Manager, Human Resource Development (Project Manager)
Dr. Hensley Garae	Director of Hospital & Curative Services
Russel Tamata	Director of Planning
Viran Tovu	Act. Senior Health Planner, Chairperson of National Training Committee
Scott Monteiro	Technical Advisor, Asset Management Unit
Simon	Asset Management Unit
Mr. Morris Amos	Shefa Provincial Health Manager
Mr. Jacques Honore Maurice	Nursing Service Manager, Matron VCH
Sr. Evelyn Emile	Principal Vanuatu College for Nursing Education
Blandine Taripu	Zone Supervisor (zone 1), Imera HC, Shefa Province
Kalwat Poilapa	Zone Supervisor (zone 2), Paunangisu HC, Shefa Province
Sael Fred	Zone Supervisor (zone 3), Silimauri HC, Shefa Province
Leiman Luke	Zone Supervisor (zone 4), Vaemali HC, Shefa Province
Lui Daniel	Registered Nurse (zone 2), Paunangisu HC, Shefa Province
Mathew Nasse	Registered Nurse, Silimoli Dispensary (zone 2), Shefa Province
バヌアツ看護審議会	
Mr. John Tasserei	Chairperson
Bertha Tarileo	Vice Chairperson
開発ドナー	
Dr. Jacob Kool	Country Liaison Officer, WHO
Dr. Rufina Latu	Technical Officer, WHO
Kendra Derausseau	Senior Program Manager for Health, AusAID
JICA バヌアツ支所	
守屋 勉	支所長

浅野 洋子	企画調査員
JICA プロジェクトチーム	
八鳥 知子	総括・プロジェクト運営
井出 悦子	業務調整・S&C

2. 終了時評価調査協議議事録（ミニッツ）

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

The Japanese Terminal Evaluation Team (hereinafter referred to as “the Team”) organized by Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”), headed by Mr. Kyo Hanada visited The Republic of the Fiji Islands (hereinafter referred to as “Fiji”) from August 11st to August 18th, 2013, and September 14th to September 25th for the purpose of the Terminal Evaluation of “The Project for Strengthening The Need-Based In-Service Training for Community Health Nurses” (hereinafter referred as “the Project”).

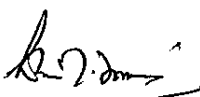
During its stay in Fiji, the Team reviewed the achievements of the Project and had a series of discussions with authorities concerned in the Ministry of Health of The Republic of the Fiji Islands (hereinafter referred as “the MoH”) for future direction of the Project.

As a result of the study which was compiled in the Joint Terminal Evaluation Report (hereinafter referred as “the Report”) and discussions, both sides agreed upon the matters referred to in the Report attached hereto.

Suva, September 24th, 2013



Mr. Kyo HANADA
Leader
Terminal Evaluation Team
Japan International Cooperation Agency
Japan



Dr. Etoni TORA
Permanent Secretary
Ministry of Health
The Republic of Fiji Islands

JOINT TERMINAL EVALUATION REPORT
ON
THE PROJECT FOR STRENGTHENING THE NEED-BASED IN-SERVICE
TRAINING FOR COMMUNITY HEALTH NURSES

Ministry of Health of The Republic of Fiji

Japan International Cooperation Agency



SEPTEMBER 2013



LIST OF ABBREVIATIONS

APA	Annual Performance Assessment
AusAID	Australian Agency for International Development
CA	Competency Assessment
CMNHS	College of Medicine, Nursing and Health Sciences (of FNU)
CHN	Community Health Nurse
CPD	Continuous Professional Development
CS	Competency Standards
DAC	Development Assistance Committee
DHS	Divisional Health Sister
D-ISTC	Divisional IST Coordinator
DNS	Director of Nursing Services
FCN	Fiji College of Nursing
FHSSP	Fiji Health Sector Support Programme
FJD	Fijian Dollar
FNU	Fiji National University
GOF	Government of Fiji
HR	Human Resources
HRH	Human Resources for Health
HRIS	Human Resources Information System
HS	Health Sister
ISTC	In-Service Training Coordinator
JCC	Joint Coordination Committee
JICA	Japan International Cooperation Agency
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteer
JPY	Japanese Yen
M&E	Monitoring and Evaluation
MOH	Ministry of Health
NB-IST	Needs-Based In-Service Training
NHEC	National Health Executive Committee
N-ISTC	National IST Coordinator
NTC	National Training Committee

PD	Position Descriptions
PDM	Project Design Matrix
PHRHA	Pacific Human Resources for Health Alliance
PO	Plan of Operations
PSC	Public Service Commissions
PTSV	Post-Training Supervisory Visit
R/D	Record of Discussions
S&C	Supervision and Coaching
SDHS	Sub-Divisional Health Sister
SPCNMOA	South Pacific Chief Nursing and Midwifery Officers Alliance
TDU	Training and Development Unit
Ver.	Version

h

lv

TABLE OF CONTENTS

CHAPTER 1. SCOPE OF THE TERMINAL EVALUATION.....2

1.1. BACKGROUND OF THE TERMINAL EVALUATION..... 2

1.2. OBJECTIVES OF THE TERMINAL EVALUATION 2

1.3. JOINT EVALUATION TEAM 3

1.4. FRAMEWORK OF THE PROJECT 3

CHAPTER 2. EVALUATION PROCESS5

2.1. METHODOLOGY OF EVALUATION 5

2.2. FIVE EVALUATION CRITERIA 5

CHAPTER 3. PROJECT PERFORMANCE.....7

3.1. INPUTS 7

 3.1.1. Inputs from the Japanese side..... 7

 3.1.2. Inputs from the Fijian side 7

3.2. ACHIEVEMENTS OF THE PROJECT 8

 3.2.1. Outputs 8

 3.2.2. The Project Purpose..... 13

3.3. IMPLEMENTATION PROCESS..... 15

CHAPTER 4. EVALUATION RESULTS.....17

4.1. RELEVANCE 17

4.2. EFFECTIVENESS 17

4.3. EFFICIENCY 18

4.4. IMPACT..... 18

 4.4.1. Likelihood of achieving the Overall Goal 18

 4.4.2. Other impact of the project 19

4.5. SUSTAINABILITY 19

4.6. CONCLUSION..... 20

CHAPTER 5. RECOMMENDATIONS AND LESSONS LEARNED21

5.1. RECOMMENDATIONS 21

 5.1.1. To the Project management 21

 5.1.2. To the Ministry of Health..... 21

 5.1.3. To JICA..... 21

5.2. LESSON LEARNED 22

h

h

CHAPTER 1. SCOPE OF THE TERMINAL EVALUATION

1.1. BACKGROUND OF THE TERMINAL EVALUATION

Development of human resources for health (HRH) is recognised as a crucial issue for ensuring quality health services and ultimately achieving better health outcomes of the population. In the Pacific region, nurses, midwives and nurse aids play a vital role in providing community health services. However, challenges in HRH management are considerable, where adequate recruitment and continuous professional development plans are absent and supervision systems are weak. These challenges are underling the severe shortages and maldistribution of nurses and nursing supervisors in the region, which impairs quality of health services.

Given the situation, Japan together with the Ministry of Health (MOH) of the Republic of Fiji (hereafter referred to as “Fiji”), implemented a three-year project entitled “Project for In-Service Training of Community Health Nurses in Fiji” (hereafter referred to as “the previous project”) from 2004 to 2008. The previous project achieved successful outcomes through instituting a competency assessment and strengthening supervision and coaching for community health nurses in the central division of Fiji. Having a similar set of issues, other parts of Fiji as well as the Kingdom of Tonga (hereafter referred to as “Tonga”) together with the Republic of Vanuatu (hereafter referred to as “Vanuatu”) are targeted at for a new regional project entitled “Project for Strengthening the Need-Based In-Service Training for Community Health Nurses” (hereafter referred to as “the Project”) which was launched in 2010. In Fiji, the Project aims to strengthen the mechanism of Need-Based In-Service Training (NB-IST), which consists of a chain of several activities; (i) supervision and coaching of CHNs based on the Competency Standards (CS), (ii) IST needs identification, (iii) planning and conduct of need-based training; and (iv) M&E of the entire process.

Approaching to an end of the Project in February 2014, the Terminal Evaluation Team (hereafter referred to as “the Team”) was organized in accordance with the Japan International Cooperation Agency (JICA) evaluation guidelines. The Team aims to review progress and achievement of the Project as well as to have common understanding of the course of the Project for the remaining period.

The Terminal Evaluation was conducted region-wide from 11 August to 25 September 2013, covering Fiji for the period of 11 to 18 August and 14 to 25 September 2013.

1.2. OBJECTIVES OF THE TERMINAL EVALUATION

The objectives of the Terminal Evaluation are as follows:

- To review the progress of the Project based on the latest Project Design Matrix (PDM) by examining the inputs, activities and outputs;

- To evaluate the achievement as of the time of the Terminal Evaluation in accordance with the five evaluation criteria of DAC (*Relevance, Effectiveness, Efficiency, Impact and Sustainability*);
- To identify the contributing factors and inhibitory factors for the achievements of the Project;
- To identify the issues to be solved and make recommendations on the measures to be taken for the rest of the project period; and
- To summarize the result of the study in a Joint Terminal Evaluation Report.

1.3. JOINT EVALUATION TEAM

The members of the Team dispatched from Japan are listed below.

No	Name	Mission Title	Organization/Occupation	Period
1	Mr. Kyo HANADA	Leader	Senior Advisor (Health Sector), JICA	14Sep – 25Sep, 2013
2	Ms. Satoko HORII	Nursing	Senior Researcher, Department of International Health and Collaboration National Institute of Public Health Ministry of Health, Labour and Welfare	14Sep – 25Sep, 2013
3	Ms. Yumiko YAMASHITA	Cooperation Planning	Associate Expert, Health Division 3, Health Group 2, Human Development Department, JICA	14Sep – 25Sep, 2013
4	Ms. Naomi IMANI	Evaluation Analysis	Senior Researcher, Global Link Management Inc.	11Aug – 18Aug, 14Sep – 25Sep 2013

The schedule of the Team is attached as Annex 1.

1.4. FRAMEWORK OF THE PROJECT

As per the PDM ver.3 dated December 2012 (Annex 2), a narrative summary of the Project is described as follows:

(1) Overall Goal

Quality of community health services improves in Fiji.

(2) Project Purpose

The mechanism of the NB-IST is strengthened.

(3) Outputs

1. The NB-IST policy takes effect.

2. A nationally standardized M&E system for the NB-IST is operated.

3. A management package for nursing supervisors is developed.
4. Functions of IST Coordinators are strengthened at national and divisional levels.
5. The progress and results of the Project are shared within, among and beyond Fiji, Tonga, and Vanuatu.

A small, handwritten mark or signature in the left margin of the page.A small, handwritten mark or signature in the bottom right corner of the page.

CHAPTER 2. EVALUATION PROCESS

2.1. METHODOLOGY OF EVALUATION

In accordance with the JICA Project Evaluation Guidelines of June 2010, the Terminal Evaluation of the Project was conducted in the following process:

- ♦ Step 1: Latest version of the Project Design Matrix (PDM) was adopted as the framework of the Terminal Evaluation exercise, and the Project achievements were assessed vis-à-vis the respective Objectively Verifiable Indicators.
- ♦ Step 2: Analysis was carried out on the factors that affected positively or negatively the achievement levels including matters relating to both the Project design and Project implementation process.
- ♦ Step 3: An analysis of the Project was done based on the five evaluation criteria: “relevance”, “effectiveness”, “efficiency”, “impact” and “sustainability” (see 2.2 for further details).
- ♦ Step 4: Recommendations for the Project stakeholders for the remaining implementation period were formulated and lessons learned extracted for future project to be implemented by both Fijian and Japanese Governments.

Data collection methods used by the evaluation team were as follows:

- ♦ Literature review: documents related to and produced by the Project such as the Record of Discussions (R/D), PDM, progress reports and minutes of meetings were reviewed in order to examine the progress and achievements of the Project to date;
- ♦ Interviews with Japanese and Fijian personnel to verify the findings from the document review and obtain further information and insights regarding the process and achievements including challenges faced by the Project;
- ♦ Key informant interviews to draw out opinions of the Project personnel and other stakeholders on the relevant issues identified. A list of people consulted is attached as Annex 3.
- ♦ Direct observation on usages of the tools produced by the Project

2.2. FIVE EVALUATION CRITERIA

The five criteria of evaluation are defined as follows:

Relevance	Degree of compatibility between the development assistance and priority of policy of the target group, the recipient, and the donor.
-----------	--

Effectiveness	A measure of the extent to which an aid activity attains its objectives.
Efficiency	Efficiency measures the outputs -- qualitative and quantitative -- in relation to the inputs. It is an economic term which is used to assess the extent to which aid uses the least costly resources possible in order to achieve the desired results. This generally requires comparing alternative approaches to achieving the same outputs, to see whether the most efficient process has been adopted.
Impact	The positive and negative changes produced by a development intervention, directly or indirectly, intended or unintended. This involves the main impacts and effects resulting from the activity on the local social, economic, environmental and other development indicators.
Sustainability	Sustainability is concerned with measuring whether the benefits of an activity are likely to continue after donor funding has been withdrawn. Projects need to be environmentally as well as financially sustainable.

Source: JICA "New JICA Guidelines for Project Evaluation First Edition", June 2010

CHAPTER 3. PROJECT PERFORMANCE

3.1. INPUTS

The inputs made by Japanese and Fijian sides to date are summarized below. Further details of the inputs are found in Annex 4.

3.1.1. Inputs from the Japanese side

(1) Personnel

A total of 18 personnel have been dispatched to engage in the Project in Fiji for various durations. The total assignment period amounts to 78.57 man-month as of July 2013. In addition, a total of five project personnel have been locally hired to assist administration and implementation of the Project.

(2) Provision of equipment

Office equipment such as laptop computers, printers, photocopiers and projectors has been provided to MOH at the national and divisional levels.

(3) Operational expenses

Expenses for activities and material productions borne by the Japanese side amount to JPY 49,454,125 (equivalent to FJD 954,363¹).

3.1.2. Inputs from the Fijian side

(1) Personnel

A total of 20 personnel in 12 positions mostly in MOH have been involved as the counterpart personnel of this project. In addition, a number of personnel within and without the MOH have been engaged in specific tasks of the working groups established under this project.

(2) Land, buildings and facilities

The Project has been provided with sufficient office space equipped with some office furniture within the main MOH building (Dinem House) in Suva.

(3) Operational expenses

Besides the recurrent costs (i.e. salaries of the counterpart personnel, a part of their duty-related

¹ At the JICA exchange rate of FJD 1.00 = JPY 51,819 for September 2013.

travel expenses within Fiji, utility costs of the office), Fijian side contributed FJD 15,059 (JPY 780,342) mainly to support training activities (as of September 2013).

3.2. ACHIEVEMENTS OF THE PROJECT

3.2.1. Outputs

(1) Achievements under the Output 1: “The NB-IST policy takes effect.”

Initially the project planned to have a specific policy on NB-IST established so that the importance and practice of NB-IST are officially recognized and promoted. The project then re-strategized this output and worked on integrating NB-IST in the MOH’s Human Resource Development and Training Policy (“Training Policy”), which is revised every three years.

The current status of the indicator is shown below.

Verifiable indicator	Status
1-1. New or revised policy document(s) that supports/promotes NB-IST.	Human Resource Development and Training Policy 2012-2015, which recognizes “need-based in-service training” as a method of Continuous Professional Development (CPD) was finalized at the end of 2012 and launched in Feb. 2013.

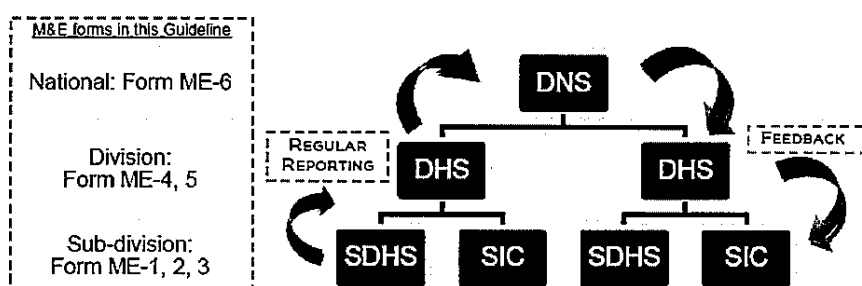
The Training Policy 2012-2015 is significant in the following: (i) it is the very first policy document that mentions “need-based in-service training”, definition² of which is, however, simplified from the one used by this project; and (ii) the document expresses MOH’s commitment to ensuring opportunities for CPD that includes “need-based in-service training” for all its officers including nurses.

(2) Achievements under the Output 2: “A nationally standardized M&E system for the NB-IST is operated”

An M&E system was developed through a series of workshops with involvement of the data users in and around Suva. The system started the operation in February 2013 and was finalised after further modifications in July 2013. The developed M&E system for the NB-IST comprises various reporting forms to be submitted from sub-divisions to divisions and from divisions to the MOH at the national level in accordance with the reporting schedule also developed. The system captures planned and actual dates of (i) CS assessments of staff nurses, (ii) supervisory visits and main findings, and (iii) NB-IST.

² In the Human Resource Development and Training Policy 2012-2015, “need-based in-service training” is defined as “the short-term in-service training planned and conducted in accordance with training needs at the operational level”.

Chart: M&E system in Fiji



- ME-1 CS Assessment M&E Sheet
- ME-2 Supervisory Visit M&E Sheet
- ME-3 NB-IST M&E Sheet
- ME-4 Tally Sheet of CS Assessment, Supervisory Visit and NB-IST
- ME-5 Divisional M&E Sheet of CS Assessment, Supervisory Visit and NB-IST
- ME-6 National M&E Sheet of CS Assessment, Supervisory Visit and NB-IST

Source: Management Manual for Nursing Supervisors, July 2013

The current status of the indicators for this Output is shown in the table below.

Verifiable indicators	Status
2-1. The proportion of M&E reports timely submitted from sub-divisional/divisional to divisional/national levels.	Sub-divisions→Divisions: No data collected at the national level. Division→National:3 division out of the 4 submitted their reports in a timely manner for the latest quarter, though the information contained therein was not complete.
2-2. Excel-based M&E system is timely updated.	Unable to assess properly as “timely” is not defined. Timely update is found to be difficult at the national level as necessary information from the divisions is often late.

The project management collects data on report submissions from the divisional offices to the MOH only, though the information is available at the divisional level.

The Terminal Evaluation noted that having the M&E system instituted, a sense of appreciation for monitoring is beginning to develop among the managers and supervisors as a means to keep track of developments under their management.

A trade-off between the quality of information and timely submission under the current system is also observed. Divisions feel that the current reporting timeline is too tight as (i) it does not allow divisions to sufficiently investigate gaps they find in the information submitted by sub-divisions and (ii) sub-divisions send in their reports often late due to competing priorities they face. In some sub-divisions, in order to meet the reporting deadline given, information from medical areas if not received by SDHS in time is included in

the following quarter's report. Consequently some of the reports, though submitted in time, did not have quality information required.

An Excel-based M&E system was developed and put in place in Feb. 2013. DHSs and D-ISTCs, most of who are new to the software, are gradually getting used to it, with much appreciated hands-on assistance by Japan Overseas Cooperation Volunteers (JOCVs) where available. Divisions found keeping the system up-to-date quite overwhelming a task that could only be managed with D-ISTCs who are reasonably at ease with the Excel spreadsheet. The generic formats/templates given to the divisions are good for monitoring of implementation status but not quite convenient in recording and monitoring qualitative information such as issues identified and actions (to be) taken at each health facility. Although divisions are free to modify the given formats, the Project's intervention may be necessary to make them more user-friendly, in view of the current ICT literacy of the users. Analysis of the data submitted is yet to be widely practiced, perhaps due to the newness to the system as well as to the concept and practice of M&E at all levels including the managers at the divisional and national levels. A long absence of ISTCs³ may, to some extent, also be a factor behind it.

(3) Achievements under the Output 3: "A management package for nursing supervisors is developed."

During the course of the Project, various guidelines and tools were developed with full participation of nursing managers in Fiji, to strengthen management skills and practices of nursing supervisors' in accordance with the NB-IST mechanism. Following a recommendation from the MTR in Sep. 2012, the project packaged them into "Management Manual for Nursing Supervisors", which serves as a practical reference for their supervisory duties, and also as resource materials for future training of nursing supervisors.

The current status of the indicator is shown below.

Verifiable indicators	Status
3-1. Developed management package for nursing supervisors	<p>"Management Manual for Nursing Supervisors" has been produced, consisting of the following sections:</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) Roles and functions of nursing supervisors; (ii) CS Assessment Guidelines and related forms; (iii) Supervisory Visit Guidelines for Sub Divisional Level including related forms; (iv) Coaching and Communication Manual with a reporting sheet; (v) NB-IST and Training Management Guidelines with related forms; and (vi) M&E Guidelines including reporting forms and tally sheets.

³ The post of N-ISTC has been vacant since Jan. 2013, and of D-ISTC between Jan.-Jul. 2013

The Manual is to be tabled at the National Health Executive Committee (NHEC) in Oct. 2013 for endorsement, after which the MOH shall be responsible for making copies available for use within its operation. The DNS plans to develop a pool of trainers certified by MOH at the divisional level for future training of nursing managers using the Manual developed. Fiji College of Nursing (FCN), a newly established institution under the Nursing Council mandated to provide in-service training for nurses, may organise such courses for supervisors facilitated by these certified trainers.

(4) Achievements under the Output 4: “Functions of IST Coordinators are strengthened at national and divisional levels”

The National and Divisional ISTCs have been the focal points for all the activities related to the NB-IST mechanism, without which the mechanism would not function. These positions are yet to be established in the MOH’s structure, even though the functional importance of the positions is fully recognized by the MOH management including those at the divisional level.

The major challenge is the GOF’s policy to reduce the number of civil servants across the board, due to which no new positions could be created. The evaluation team was assured by DNS, however, by expanding the scope of their work to include IST for other cadres in the PDs of N-ISTC and D-ISTC, the positions should soon be approved by the higher authorities.

Regularisation of the ISCT positions is, by right, not within the scope of this project. It was revealed as an external factor that impacts on the outcomes of this project, as the NB-IST mechanism cannot be sustained without these posts. Unofficial nature of the posts to date resulted in difficulties in recruiting and retaining qualified personnel experienced by both at the national and divisional levels.

The states of the indicators are summarized in the table below.

Verifiable indicators	Status
4-1. Position Descriptions (PD) of National and Divisional ISTs are officially approved.	PDs of the National and Divisional ISTCs are undergoing another revision in an attempt to have these positions officially established within the MOH structure. The revised PD must go through the Staff Board before tabled at the NHEC in Oct. 2013 for an official approval of MOH.
4-2. Annual IST Plan for nurses is developed at the national level.	N-ISTC compiled a list of training for nurses to be implemented in 2013, based on similar lists submitted by the divisions and hospitals. It was then passed to the Training and Development Unit (TDU) as an input to the IST Master Plan 2013 of the MOH, which, however, does not include small-scale training such as NB-IST particularly when sources of funding are not identified.

W

km

4-3. IST inventory is quarterly updated in each division.	No relevant data available as the IST inventory, a relatively simple and low-cost database on Microsoft Excel, was finalized and introduced to all the divisions only in June 2013 ⁴ . At the time of the Terminal Evaluation, initial data entry by the D-ISTC was in progress in all the divisions.
---	--

Tasks of the MOH's Training Unit clarified in the National Training Policy 2012-2015 include many of those currently carried out by the ISTCs. Once the ISTCs' positions are regularised, by clearly stating their functions in the policy document, this output would be further strengthened.

(5) Achievements under the Output 5: "The progress and results of the Project are shared among and beyond Fiji, Tonga and Vanuatu."

The project had two kinds of activities to facilitate experience sharing among main stakeholders of the Project in Fiji, Tonga and Vanuatu, namely video conferencing and regional training workshops. The video conferences were held three times, twice chaired by Fiji and once by Vanuatu. The regional workshops held in 2011 and 2012 were participated by 13 and 18 officials from Fiji, Tonga and Vanuatu involved in this regional cooperation respectively. As Fiji is a few steps ahead of others in terms of implementing NB-IST, the occasions served as not so much as learning opportunities but inspiring experiences to present what they have already accomplished ahead of others.

Verifiable indicators	Status
5-1. The number of audio and/or visual conferences	3 (Feb. 2011, Nov. 2011, Mar. 2013). Another session to be organised in Nov. 2013.
5-2. The number of presentations at international conferences	3 <ul style="list-style-type: none"> ♦ by Sub-Chief Advisor in 2011 at the Pacific Human Resources for Health Alliance (PHRHA) ♦ by a Research Officer of the College of Medicine, Nursing and Health Science of FNU in 2011 at the Annual Conference of Pacific Islands Health Research Symposium at FNU and , ♦ by DNS in October 2012 at the Nursing Forum of the South Pacific Chief Nursing and Midwifery Officers Alliance (SPCNMOA)
5-3. Cases of experience sharing	Some parts of the outputs of this project have been reflected in the newly established postgraduate diploma course for nursing supervisors at the FNU, through active contribution of the project-related personnel to development of its curriculum. In turn, the project also benefitted from some academic inputs to the management package for nursing supervisors by a faculty member of the FNU.

km

⁴ The same system was also introduced to hospitals for clinical nurses.

u

Interviews with Fijian counterpart indicated that experience sharing opportunities with those involved in similar projects in Tonga and Vanuatu were inspiring and motivated them to perform better. Japanese personnel also made a presentation on the results of the baseline survey at the annual conference of Japan Association for International Health in 2011.

3.2.2. The Project Purpose

“The mechanism of the NB-IST is strengthened”

The status of the assigned indicators at the time of the Terminal Evaluation and related observations by the evaluation team is shown in the table below.

Verifiable indicators	Status																								
1. More than 80% of CHNs are assessed competency as per the guideline in each division	<p>The guideline states that competency of CHNs should be assessed twice a year (once a year if access is particularly difficult). The first assessment for 2013 covered 72.2% with some divisional variations shown below.</p> <p style="text-align: center;">CHN assessed in CS once between Jan.-Jun. 2013</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Central</th> <th>Eastern</th> <th>Northern</th> <th>Western</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td># CHN</td> <td>123/172</td> <td>16/61</td> <td>71/87</td> <td>105/116</td> <td>315/436</td> </tr> <tr> <td>%</td> <td>71.5%</td> <td>26.2%</td> <td>81.6%</td> <td>90.5%</td> <td>72.2%</td> </tr> </tbody> </table> <p>The result from the Eastern division reflects the access difficulties of the maritime area.</p> <p>As the Project does not have data on implementation rate of CA prior to 2013, the actual coverage of CA as per the guideline (i.e. twice a year) will not be known until the current year ends. Implementation of the second assessment for 2013 is likely to be lower for all divisions, as (i) the MOH resources tend to get exhausted toward the end of the year, and (ii) CA of those who have not been assessed at all would be of the priority.</p>		Central	Eastern	Northern	Western	Total	# CHN	123/172	16/61	71/87	105/116	315/436	%	71.5%	26.2%	81.6%	90.5%	72.2%						
	Central	Eastern	Northern	Western	Total																				
# CHN	123/172	16/61	71/87	105/116	315/436																				
%	71.5%	26.2%	81.6%	90.5%	72.2%																				
2. More than 95% of Health Facilities had once or more supervisory visit per year as per the guideline	<p>During the first half of 2013, 76.1% of 184 health facilities received 1 or more supervisory visits⁵. As the year progresses the proportion of the HF visited at least once is likely to increase.</p> <p style="text-align: center;">% of Health Facilities that received 1-2 supervisory visits between Jan.-Jun. 2013</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Central</th> <th>Eastern</th> <th>Northern</th> <th>Western</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2 visits</td> <td>6.7%</td> <td>0.0%</td> <td>32.5%</td> <td>15.4%</td> <td>13.0%</td> </tr> <tr> <td>1 visit</td> <td>75.6%</td> <td>42.6%</td> <td>67.5%</td> <td>67.3%</td> <td>63.0%</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>82.2%</td> <td>42.6%</td> <td>100%</td> <td>82.7%</td> <td>76.1%</td> </tr> </tbody> </table> <p>On the other hand, the Supervisory Visit Guidelines for Sub-Divisional Level contained in the “Management Manual for Nursing Supervisors” states that each health facility should be visited and checked against the checklist 4 times a year</p>		Central	Eastern	Northern	Western	Total	2 visits	6.7%	0.0%	32.5%	15.4%	13.0%	1 visit	75.6%	42.6%	67.5%	67.3%	63.0%	Total	82.2%	42.6%	100%	82.7%	76.1%
	Central	Eastern	Northern	Western	Total																				
2 visits	6.7%	0.0%	32.5%	15.4%	13.0%																				
1 visit	75.6%	42.6%	67.5%	67.3%	63.0%																				
Total	82.2%	42.6%	100%	82.7%	76.1%																				

⁵ “a supervisory visit” here means a visit by a supervisor (SDHS or a senior nurse with a delegated function) during which an assessment is carried out using the checklist developed by the Project.

	<p>(twice a year for hard-to-reach areas) by a supervisor.</p> <p>As the major obstacle for supervisory visits is reportedly logistics, visits to 8 out of the 39 facilities (20.5%) during the first quarter were supported by the Project in terms of fuel, transport or accommodation, and for the second quarter, 64 out of 110 (58.2%). It is also a common practice among supervisors to piggy back on transport organised for other activities.</p> <p>Despite these efforts, the target of 95% could not be achieved, indicating (i) the guidelines may be too idealistic and (ii) more efforts should be made at the sub-divisional health offices in optimising the limited resources through better planning and organisation. The lower coverage of Eastern division suggests a strong need for different strategies for the maritime areas.</p>																				
3. 70% of supervisors are fully trained on all the components of the management package for nursing supervisors.	<p>As of the 16 September 2013, 100% of 59 supervisors of CHNs (SDHS and HS) are considered fully trained by the Project management. In addition, 24 out of 26 Nurse Practitioners (92.3%) have also taken part in the training sessions organised by the Project, because they often have delegated functions of nursing supervisors⁶.</p> <p>Observations at one of the training sessions and interviews with some supervisors by the Evaluation Team indicated significant differences amongst the trained supervisors in terms of understanding of NB-IST mechanism and related activities.</p>																				
4. 80% of Planned NB-IST is conducted in each division at the end of year.	<p>At the mid-point of 2013, 40.0% of the planned NB-IST for the year (excluding Northern division which did not produce a plan) has been implemented. Variations among the divisions are shown below.</p> <p style="text-align: center;">Implementation rate of NB-IST at the mid-point of 2013</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Central</th> <th>Eastern</th> <th>Northern</th> <th>Western</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td># NB-IST⁷ planned</td> <td>21</td> <td>16</td> <td>0*</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td># NB-IST implemented⁸</td> <td>9</td> <td>5</td> <td>9</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Implementation rate</td> <td>42.9%</td> <td>31.3%</td> <td>-</td> <td>42.3%</td> </tr> </tbody> </table> <p>* A plan was not established as necessary information were not submitted by SDHSs</p> <p>As each division has only FJD 10,000 – 15,000 per year budgeted for training of all cadres, most of NB-IST are implemented using (i) funding from donor-supported programmes or (ii) other training occasions in which the target nurses are involved. In sub-divisions visited by the evaluation team reported difficulties in organising NB-IST as planned due to deferment of occasions into which planned NB-IST were to be integrated. Implementation rate is likely to increase as the year progresses.</p> <p>Another issue noted was that some NB-IST reportedly implemented locally were in fact planned and organised by MOH rather than nursing supervisors. This may be an indication of uneven understanding of NB-IST among the DHSs and/or D-ISTCs.</p>		Central	Eastern	Northern	Western	# NB-IST ⁷ planned	21	16	0*	26	# NB-IST implemented ⁸	9	5	9	11	Implementation rate	42.9%	31.3%	-	42.3%
	Central	Eastern	Northern	Western																	
# NB-IST ⁷ planned	21	16	0*	26																	
# NB-IST implemented ⁸	9	5	9	11																	
Implementation rate	42.9%	31.3%	-	42.3%																	
5. Inclusion of selected Indicators	In the divisional Business Plan for 2013:																				

⁶ The Project also trained 17 Sisters-in-Charge (SIC) of the sub-divisional hospitals in view of (i) frequent transfers of nurses between hospitals and HC/NS and (ii) sub-divisional hospitals also provide community health services.

⁷ IST planned by nursing supervisors based on needs locally identified, and then approved by a DHS.

⁸ As reported by the Divisions.

of NB-IST mechanism into Business Plan of each division	<p>Central and Eastern divisions: Not included⁹.</p> <p>Northern division: No indicator per se included. However, the organogramme shows the position of Divisional ISTC. CPD is also mentioned under Output 3: Human Resource Development.</p> <p>Western Division: No indicator per se included. However, “development of an annual training plan” as a joint task of the Divisional ISTC and Human Resource officer is included in a section that deals with CPD.</p>
---	--

One of the factors affecting the performance is that the targets set for some of the indicators have been rather ambitious considering the inputs (time and funds) made available under this project. Another is the external factors not identified clearly on the PDM, i.e. (i) resource constraints of MOH that limit implementation of activities such as supervisory visits and NB-IST and (ii) unofficial nature of the ISTCs’ positions, which reportedly affected negatively recruitment and retention of ISTCs.

3.3. IMPLEMENTATION PROCESS

The following factors affected implementation of the Project.

Project implementation went much slower than initially planned (see PO in Annex 5). A major factor behind was the compulsory retirement in 2009 with which a majority of the key personnel trained under the previous project, who were envisaged as resource persons to drive this project forward, left the government services.

Dedicated IST Coordinators at the national and divisional levels are pre-requisite to this project, without whom the mechanism of NB-IST would not function. MOH set up and filled the posts but recruiting and keeping qualified personnel were found to be difficult, as they are not established positions within the MOH structure. MOH at the central level has seen three N-ISTCs since the beginning of the Project, and now the post has been left vacant since the beginning of 2013. Northern division also has seen two D-ISTC, with a 7-month gap between the first and the second.

MTR found the data for many indicators had not been tracked and recommended the Project management to set up an appropriate system to collect the data for the PDM indicators. Since then (i) the M&E system for the NB-IST mechanism was introduced, including indicators for the Project Purpose among others, and (ii) “JCC meeting” has been convened more frequently (quarterly) as a part of the Project’s monitoring mechanism. While this may help, setting up a proper system specifically to monitor project

⁹ In the Business Plan of the nursing division of the Central and Eastern Division, “the number of NB-IST” and “types of the needs identified” are listed as indicators under an objective of “Strengthen need-based in-service training”.

indicators would have been more beneficial.

The original PDM was not clear enough to ensure standardised understanding among the stakeholders as to its purpose and strategies. It was revised twice so that the strategies employed would match better with the prevailing situations and that it would be easier for all to understand its purpose and methodologies employed.

The Project management has decided to include nursing supervisors at sub-divisional hospitals in the target group of this project, as (i) sub-divisional hospitals also provide public health services and (ii) transfers of nurses between public health and the clinical are common. This modification of the target group is not reflected in the current PDM, however.

Significant support was provided voluntarily to this project by four JOCVs who work/worked closely with DHSs and D-ISTCs. They were instrumental in (i) development of and training on the “IST Inventory¹⁰”, (ii) providing hands-on support in use of computer for report production and data management including analysis of CA results using radar chart, (iii) visualisation of other relevant information at divisional health offices and (iv) sharing information on the grass-roots level facilities with Japanese Advisors.

¹⁰ A simple database of individual nurses' training histories, established at the divisional health offices and hospitals.

CHAPTER 4. EVALUATION RESULTS

4.1. RELEVANCE

The Project is relevant in the following context.

Besides provision of primary health care which is largely provided by CHNs, the current strategic plan of MOH (2011-15) recognises importance of Continuous Professional Development (CPD) in order to provide quality services. For nurses, this has been translated into the Nursing Decree 2011, requiring all the nurses in Fiji to undergo certain amount of professional training in order to renew their licenses starting from 2013. This project indirectly assists operationalization of the Decree through (i) tools to keep records of IST both by individuals and MOH, and (ii) involving a personnel from the Fiji College of Nursing which is mandated to provide IST. Commitment of the MOH to CPD of health providers is also clearly stated in the Human Resource Development and Training Policy 2013-2015 of MOH.

The efforts of this project complement those of the MOH's Strategic Workforce Development Project support by AusAID, which consolidates various actions related to strengthening of HRH stipulated in the MOH's strategic plan and Annual Cooperate Plans.

In addition, introduction of this project in 2010 was timely as the unprepared nursing supervisors who had to take over the posts suddenly vacated by the compulsory retirement had little knowledge and skills in management.

4.2. EFFECTIVENESS

The status of the performance indicators of the Project Purpose, as discussed in the previous chapter, suggests that the NB-IST mechanism was not strengthened to the extent expected. Those for the Eastern division, in particular, indicates a limitation of the NB-IST mechanism in settings where physical access is a major issue, hence a strong need for other strategies to cater for the particular needs of the maritime areas.

However, by utilising the NB-IST mechanism, the Project was effective in strengthening the nursing administrations. It has clarified and streamlined the tasks of supervisors with various management tools and methodologies, empowering the supervisors with little management background to be confident and supportive mid-level managers. By setting up a systematic information collection procedure, supervisors as well as the nursing managers at the divisional and national levels are beginning to appreciate M&E.

The Project strengthened managerial capacity of the nursing managers at the national and divisional levels to some extent by involving them in management of this project. Given the general weaknesses in



M&E within MOH¹¹, more concrete interventions to strengthen their skills in M&E would have contributed to higher effectiveness of this project in terms of strengthening the nursing administration.

4.3. EFFICIENCY

As a part of a larger multiple-country regional cooperation, certain level of efficiency was achieved through sharing travel-related costs of Japanese advisors with other countries involved.

On the other hand, efficiency of the Project was compromised by the loss of the experienced middle- and high-level nursing managers trained under the previous project by the compulsory retirement in 2009, as the Project had to put in additional resources to train up then new supervisors. This could have been avoided by better planning at the time of the project formulation.

4.4. IMPACT

4.4.1. Likelihood of achieving the Overall Goal

“Quality of community health services improves in Fiji.

Verifiable indicator	Status
Number of sub-divisions which have at least one component scored ≤ 3 (three or less) of CA	No applicable data available.

With regard to the Project’s impact on the quality of services, some positive indications have been reported, including improvements in customer-oriented services (attitude and punctuality of nurses) and clinical skills in some areas where NB-IST was organised. The evaluation also noted signs of nursing supervisors’ and managers’ beginning to understand and practice supportive supervision using the tools and skills they gained through this project to foster these positive changes.

In order to achieve this overall goal, competency gaps identified through CA must be addressed and for this MOH will need to somehow overcome the issue of resource constraints, which is one of the issues currently faced in delivering NB-IST.

Other interventions desired for maximising the Project’s impact on quality of community health services include (i) ensuring quality of NB-IST through (a) further capacity building of supervisors to appropriately identify and address the needs and (b) engagement of the Nursing Council in quality control of

¹¹ “Australia – Fiji Health Sector Support Program 2011-2015 Final Design Document” 23 November 2010

IST and (ii) ensuring relevance and usability of the tools by periodic review and modifications as appropriate.

4.4.2. Other impact of the project

The timely commencement of the Project that helped managerial capacity development of supervisors at the height of the “managerial crisis” caused by the mass retirement in 2009 attracted positive attention from various stakeholders. “The Competencies Standards and Criteria for Community Health Nurses”, developed under the previous project, was spotted by the Public Service Commission, which then has remoulded it into the Annual Performance Assessment (APA), a routine performance appraisal exercise for all the cadres of civil servants. Similarly, the Management Manual is attracting attention from other cadres as a useful reference which may be adapted to their needs. School of Nursing at the Fiji National University has integrated some parts of this Manual into their diploma course in Nursing Management.

Though the Project was designed and implemented for supervisors of CHNs, DHSs took an initiative to introduce the CA to hospitals as supervisors there showed keen interest. In view of rather frequent transfers of nurses between the community health and hospital services, some parts of the Management Manual have been written in a way also useful in the clinical supervisors, who were accordingly also involved in the recent training on the Management Manual.

With active interaction with the Training Unit of MOH, the Project is also able to indirectly contribute to strengthening of human resource management of MOH. Inspired by this project, HR division has initiated a training needs assessment of all cadres of health personnel as well as development of a master training plan that is to capture all training planned by various entities for both short and long durations conducted both locally and internationally, with support from FHSSP. Importance of training planning and training of supervisors are also reflected in the Strategic Workforce Plan 2012 produced by them.

4.5. SUSTAINABILITY

Recognition of NB-IST in the Training Policy is a solid foundation for the sustainability. Executives of the MOH both at the national and divisional levels appreciate the system of supervision, through which gaps are systematically identified, acted upon and further monitored in a supportive way for the sake of quality services. Benefits and applicability of this approach in other areas than nursing are also well recognised, indicated in (i) the MOH’s on-going efforts to regularise the positions of ISTCs at the national and divisional levels and (ii) the interest in adapting the Management Manual expressed by other cadres.

With the Management Manual produced, training of newly appointed supervisors in management would be just a matter of organisation and coordination especially when (i) the planned certified trainers are produced by MOH and (ii) FCN starts offering short fee-paying management courses.



Further attention will be necessary to sustain the "IST inventory" now being set up. The system is relatively high-maintenance, as it is meant to be a temporary thus low-cost solution until the Human Resource Information System (HRIS) becomes functional with IST-related information.

All these on-going efforts and newly generated interest may be better organised and sustained when consolidated under one programme to mainstream the NB-IST mechanism (a structured and supportive supervision on PDCA cycle) in the MOH's operations.

4.6. CONCLUSION

The status of the performance indicators of the Project Purpose suggests that the NB-IST mechanism was not strengthened to the extent expected. The NB-IST mechanism was, however, a means for improving the nursing administration rather than an end itself, given that supervision and local-level training are now better structured through introduction of management skills and tools under the Project. Nursing managers are beginning to recognize importance and usefulness of data for evidence-based decision making, which, if further facilitated, would contribute to better nursing administration. By strengthening management and leadership capacity a culture of supportive supervision is emerging, which is reportedly inducing customer-oriented services and improving clinical skills of staff nurses.

In order to maximise these effects produced by the Project, continuous and conscious efforts by MOH in strengthening capacities of managers and supervisors, relate to M&E in particular, would be essential. At the same time, consolidation of efforts related to development of HRH by all agencies concerned under the MOH's leadership, would be prudent.

W

h

CHAPTER 5. RECOMMENDATIONS AND LESSONS LEARNED

5.1. RECOMMENDATIONS

Based on the findings of the Terminal Evaluation, the Team recommends the following.

5.1.1. To the Project management

- (1) Ensure an appropriate monitoring of the Project implementation status by tracking all of the pre-determined indicators.
- (2) Monitor and analyse the quality and usage of the data collected at the sub-divisional, divisional and national levels
- (3) Facilitate discussions on improvements necessary to address the current gaps in the M&E tools and skills
- (4) At the same time revisit and re-determine as appropriate the frequencies and reporting timelines related to the component activities of NB-IST mechanism in view of existing constraints.

5.1.2. To the Ministry of Health

- (1) Consider consolidating the ministry-wide efforts in improving management practice and capacity under one programme for the sake of efficiency as well as for the ease of monitoring.
- (2) In the context of workforce development, continue capacity strengthening of related agencies/bodies. In order to ensure quality thus effectiveness of IST, strengthening of organisational capacity of Nursing Council in particular would be necessary
- (3) Continue its efforts for regularization of ISTC positions in its structure, since they play a vital role in improving ISTs for community health nurses and other health professionals.
- (4) Support capacity building of nursing managers at all levels in M&E, to ensure that the information collected are truly useful and actually used for decision making.
- (5) In view of the IST inventory being a temporary solution, integrate all the information contained therein into the HRIS in the MOH's on-going efforts to revamp the system.

5.1.3. To JICA

When planning further cooperation, JICA should identify precise needs of Fiji and examine carefully whether and how achievements of this project could be utilized for addressing the needs. Appropriate and detailed strategies must be formulated when utilising the outcome of this project, to maximise the effectiveness of further cooperation.

5.2. LESSON LEARNED

Through the evaluation exercise of the Project, following lesson is learned.

Capacity development of mid-level managers (supervisors) would (i) enable the divisional and national level managers to make evidence-based decisions by providing necessary information and at the same time (ii) influence positively the quality of services provided by staff nurses under their supervision. When targeting mid-level managers in the context of health system strengthening, interventions to enhance the capacities of the manager level also should be incorporated within a scope of the project, to maximize its impact on quality of services provided.

h

h

Schedule for Terminal Evaluation, Fiji (August 2013)

Date	Day	Time	Name	Post
12-Aug	Mon	14pm	<i>Arrive in Suva</i>	
		15pm - 15:30pm	Dr. Eloni Tora	PSH
		15:30pm - 16:30pm	Sr. Selina W Ledua	DNS
13-Aug	Tue	8am - 9am	Sr. Balgovind Saghat	FNS
		9:30am-10:30am	Sr. Atelini Wainiveikoso	N-ISTC
		11am- 12pm	Dr. Dave Whippy	DMO-C
		12pm - 13pm	Dr. Tevita Qoroniyasi	DMO-E
		14pm - 15pm	Sr. Penina Druavesi	DHS-C
		15pm - 16pm	Sr. Talica Vakaloloma	DHS-E
		16pm - 17pm	Sr. Mere Kamunaga	ISTC-CE
14-Aug	Wed	8:10	<i>Arrive in Labasa</i>	
		9:00-9:30	Dr. Pablo Romakin	DMO-N
		9:30-10:00	Sr. Titilia Dakuliga	DHS-N
		10:30-11:00	Sr. Litiana Draunibaka	ISTC-N
		12:30-13:00	Sr. Salome Makita	SDHS Taveuni
		13:00-13:30	Sr. Ana Tovehi	SIC-Taveuni Hp
		16:50	<i>Leave Labasa</i>	
		18:30	<i>Arrive in Nadi</i>	
15-Aug	Thu	8:30 - 9:30	Sr. Paula Sue	(Act) SIC Nadi SD Hp
		10am - 11am		SDHS Nadi
		12pm - 13pm	Dr. Susana Nakalevu	DMO-W
		14pm - 15pm	Sr. Luisa Lotawa	ISTC-W
		15pm - 16pm	Sr. Leslie Boyd	DHS-W
		18pm	<i>Leave Nadi</i>	
		18:30pm	<i>Arrive in Suva</i>	
16-Aug	Fri	8am - 8:45am	Sr. Metu	SDHS Rewa
		9:30am - 10:30am	Dr. Rosa	FHSSP
		11am - 12pm	Sr. Reijeli Panapasa	FCN
		12pm - 13pm	Mr. Mukesh Nath	DHR
		14pm - 15pm	Ms. Vasiti Taylor	GMU
		15pm - 16pm	Mr. Vamarasi Fasala/ (Ms. Nanise Raika)	Training Unit
17-Aug	Sat	10am - 11am	Sr. Atelini Wainiveikoso	NB-IST
		11am - 12pm	Sr. Asenaca Heritage	NB-IST
		12pm - 13pm	Ms. Tomoko Hattori	NB-IST



Schedule for Terminal Evaluation, Fiji (September 2013)

Date	Day	Time		Schedule	Appointment
14-Sep	Sat	-	-	Mission team arrives in Suva	-
15-Sep	Sun	-	-		-
16-Sep	Mon	9:00	10:00	Interview with Sr. Reijeli Panapasa (FCN)	Sr. Reijeli Panapasa
		PM	PM	Internal discussion among Mission team and Japanese advisors	-
17-Sep	Tue	7:00		Leave Suva	-
		8:00	9:00	Field Visit (Navua SDHS Office)	Sr. Mekereta Bainivalu
		9:00	9:30	Field Visit (Navua H/C)	Sr. Sereana Bulivakarua
		9:30	10:00	Field Visit (Navua Hospital)	Sr. Taina Moceyawa
		10:00		Leave Navua	-
		11:30	12:00	Field Visit (Navunikabi N/S)	District Nurse + SDHS
14:30		Arrive in Suva	-		
18-Sep	Wed	8:30	13:30	Meeting with core C/Ps	Sr. Silina W. Ledua DHS from each division IST-C from each division
		PM	PM	Field Visit / Meeting with ISTC-CE	Sr. Mere Kamunaga
19-Sep	Thu	AM	AM	Internal discussion among Mission team and Japanese advisors	-
		PM	PM	Internal discussion among Mission team and Japanese advisors	-
20-Sep	Fri	9:00	10:00	Reporting and Discussion with PSH	Dr. Eloni Tora
		PM	PM	Internal discussion among Mission team and Japanese advisors	-
21-Sep	Sat			Finalising report	
22-Sep	Sun			Finalising report	
23-Sep	Mon	AM	AM	Finalising report / Report submission	-
		PM	PM	Visit Fiji College of Nursing Meeting with WHO	Sr. Rajieli Panapasa Dr. Rodel Nodora
24-Sep	Tue	11:00	13:00	JCC meeting + Signing MM	Dr. Eloni Tora Sr. Silina W. Ledua
		PM	PM	SUV - NAN	
25-Sep	Wed			NAN - NRT	

h

Annex 2

Project Design Matrix FIJI

Ver 3 (Dec 13, 2012)

Project Title: Project for Strengthening the Need-Based In-Service Training for Community Health Nurses

Duration: From October 20, 2010 to February 28, 2014 (3 years and 4 months)

Target Area: MOH headquarters and all health divisions (Central & Eastern, Western, and Northern divisions)

Target Group: Nursing supervisors in public health (Sub-divisional Health Sisters, Health Sisters)

Implementing agency : Division of Nursing Services, MOH

Direct Beneficiaries : All Sub-Divisional Health Sisters, Health Sisters in Central, Eastern, Western, and Northern divisions

Indirect Beneficiaries : All CHNs in Central, Eastern, Western, and Northern divisions

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
Overall Goal:			
Quality of community health services improves in Fiji.	Number of sub-divisions which have at least one component score =<3 of CA	Monitoring Form (CA results:A-1)	
Project Purpose:			
The mechanism of the NB-IST is strengthened. *1	1) More than 80% of CHNs are assessed competency as per the guideline in each division 2) More than 95% of HFs which had once or more supervisory visit per year as per the guideline 3) 70% of supervisors are fully trained on all the components of the management package for nursing supervisors. 4) 80% of Planned NB-IST is conducted in each division at the end of year. 5) Inclusion of selected Indicators of NB-IST mechanism into Business Plan of each division	1) Excel-based M&E system or Monitoring Form (CA summary:A-2) 2) Excel-based M&E system or Monitoring Form (SV Summary by ISTC:C-2) 3) Project documents 4) Excel-based M&E system or Monitoring Form (IST training report summary:E-2) 5) Business Plan	- Adequate medical supplies are provided to Health Centers and Nursing Stations. - Clinical technical staff are skilled enough, too.
Outputs:			
1. The NB-IST policy takes effect.*2	1) New or revised policy document(s) that support/promote NB-IST	1) New or revised policy document(s)	A significant change in policy and organizational settings of the MOH does not take place.
2. A nationally standardized M&E system for the NB-IST is operated.	1) The proportion of M&E reports timely submitted from sub-divisional/divisional to divisional/national levels. 2) Excel-based M&E system is timely updated	1) Monitoring form (A-1&2, C-1&2, D-1&2, E-1&2, F-1) 2) Excel-based M&E system	
3. A management package for nursing supervisors is developed.	1) Developed management package for nursing supervisors	1) Project documents	
4. Functions of IST Coordinators are strengthened at national and divisional levels.	1) PDs of National and Divisional ISTs are officially approved. 2) Annual IST Plan for nurses is developed at national level. 3) IST inventory is quarterly updated in each division.	1) PDs of National and Divisional ISTs 2) Annual IST Plan for nurses 3) IST inventory in each division	
5. The progress and results of the Project are shared within, among and beyond Fiji, Tonga, and Vanuatu.	1) The number of audio and/or visual conferences 2) The number of presentations at international conferences 3) Cases of experience sharing	1) Project documents 2) Project documents 3) Project documents	

M

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p>Activities:</p> <p>1-1. Organize a working group responsible for designing and monitoring impact studies of the NB-IST</p> <p>1-2. Conduct impact studies of the NB-IST in Central & Eastern division and present its results</p> <p>1-3. Design and propose the NB-IST policy based on the result of the impact studies</p> <p>1-4. Create awareness on NB-IST policy in all the divisions</p> <p>2-1. Design and prepare the NB-IST M&E guidelines and tools³</p> <p>2-2. Train Divisional/Sub-divisional Health Sisters on the M&E</p> <p>2-3. Develop an excel-based M&E system</p> <p>2-4. Assess the M&E performance at divisional regular meetings and annual nursing supervisors meetings</p> <p>3-1. Organize a working group for capacity development of nursing supervisors</p> <p>3-2. Articulate the roles, functions of nursing supervisors</p> <p>3-3. Develop competency checklist for nursing supervisors</p> <p>3-4. Revise IST manual to create a handbook and tools for nursing supervisors for NB-IST</p> <p>3-5. Train the current and would-be nursing supervisors</p> <p>3-6. Organize training materials, handbook, tools etc. as a management package for nursing supervisors⁴</p> <p>4-1. Strengthen roles and function of National and Divisional IST Coordinators for IST coordination</p> <p>4-2. Establish IST inventory or database</p> <p>5-1. Conduct tele- and/or video- conferences among the project teams of the three countries</p> <p>5-2. Conduct the Third-Country Training Program(s) in Fiji for the counterparts of Tonga and Vanuatu</p> <p>5-3. Render the expertise to partners with in/out of Fiji</p> <p>5-4. Present the progress and results of the Project at international conference(s)⁵</p>	<p style="text-align: center;">Inputs</p> <p>Japanese side</p> <p>(1) Dispatch of Experts</p> <ul style="list-style-type: none"> - Project management/health policy - Project coordination/nursing - Impact study - Monitoring and evaluation system - Management of public health nursing <p>(2) Provision of equipment</p> <ul style="list-style-type: none"> - Office equipment - Other machineries and equipment mutually agreed upon as necessary <p>(3) Covering other costs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Training costs (to be shared with Fijian side) 	<p>Fiji side</p> <p>(1) Counterpart personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> 1-1 Project Director: Permanent Secretary, MOH 1-2 Project Manager: Director of Nursing Services, MOH 1-3 Other counterparts: <ul style="list-style-type: none"> - Divisional Health Sisters of all health divisions - National ISTNursing Coordinator - IST Nursing Coordinators of all health divisions - Director, Fiji School of Nursing - Nurse Practitioner Coordinator, Fiji School of Nursing <p>(2) Joint Coordinating Committee members</p> <p>(3) Office space at MOH</p> <p>(4) Covering other costs</p> <ul style="list-style-type: none"> 4-1 Training costs (to be shared with Japanese side) 4-2 Recurrent costs (salary for MOH counterparts, domestic duty travel costs for MOH counterparts, and utilities such as communication, electricity and water) 	<p>- The NB-IST policy is approved.</p> <hr/> <p><u>Pre-condition:</u></p> <p>- IST-coordinators are assigned at both national and divisional levels regardless of creation of the formal posts.</p>

k

[* 1] The mechanism of the NB-IST is composed of: (i) supervision and coaching of CHNs based on the CS; (ii) IST needs identification; (iii) planning and conduct of need-based training; and (iv) M&E of the entire process.

[* 2] To be integrated into the National IST Policy and for National Nursing Policy.

[* 3] To be integrated into Performance Management System.

[* 4] Management package for nursing supervisors is a series of organized materials useful for nursing supervisors to implement NB-IST related activities. Generic PD for nursing supervisors, nursing supervisor competency checklist, format O&I, handbook for nursing supervisors, Training modules etc.

[* 5] Eg, PHRHA, Pacific Professional Nurse Association, 2nd Global Forum on Human Resources for Health in Bangkok

Annex 3
Persons Interviewed

Name	Designation
Ministry of Health - National	
Dr. Eloni Tora	Permanent Secretary
Sr. Silina Waqa Ledua	Director of Nursing Services
Ms. Vasiti Nawadra-Taylor	Grant Manager of GFATM, Grant Management Unit
Mr. Mukesh Nath	Director of Human Resources
Mr. Fasala Vamarasi	National Trainer, Training Unit
Ministry of Health - Central Division	
Dr. Dave Whippy	Divisional Medical Officer
Sr. Penina Druavesi	Divisional Health Sister
Sr. Mereseini Kamunaga	Divisional IST Coordinator for Central & Eastern divisions
Sr. Metuera Qarau	SDHS, Rewa sub-division
Ministry of Health - Eastern Division	
Sr. Telica Vakaloloma	Divisional Health Sister
Ministry of Health - Northern Division	
Dr. Pablo Romakin	Divisional Medical Officer
Sr. Titilia Dakuliga	Divisional health Sister
Sr. Litiana Draunibaka	Divisional IST Coordinator
Sr. Ana Tovehi	Sister-in-Charge, Taveuni Sub-divisional Hospital
Sr. Salome Makita	SDHS, Taveuni Sub-division
Ministry of Health - Western Division	
Dr. Susana Nakalevu	Divisional Medical Officer
Sr. Leslie Boyd	Divisional Health Sister
Sr. Melania Louey	Divisional IST Coordinator
Sr. Salote Sausau	SDHS, Nadi Sub-division
Sr. Paula Sue	Acting Sister-in-Charge, Nadi Sub-divisional Hospital
Partner Organisations	
Sr. Balgovind Saghat	Program Coordinator, School of Nursing, CMNHS, FNU
Dr. Asinate Boladuadua	Deputy Program Director (TF Health Systems Strengthening), FHSSP
Mr. Aminiasi Mucunabitu	Assistant Technical Facilitator, M&E/PHIS, FHSSP, AusAID
Sr. Reijeli Panapasa	Project Officer, Fiji College of Nursing
JICA Project Team	
Ms. Tomoko Hattori	Chief Advisor
Ms. Keiko Nagai	Sub-Chief Advisor
Ms. Kaoru Yamanaka	Advisor on Nursing Management Policy
Sr. Atelini Wainiveikoso	Project Officer

Annex 3
Persons Interviewed

Sr. Asenaca Heritage	Project Officer
JICA Fiji Office	
Mr. Shinji Matsuura	Project Formulation Advisor

Lu

ka

Annex 4
List of Inputs

<Japan side>

1. Provision of equipment
 - a. Equipment for the Project

Equipment	Number	Provided to:
Laptop computers	4	Central-Eastern, Northern, Western, and the MOH
Multi-function printers	3	Northern, Western, and the MOH
Copy machines	1	Central-Eastern
Multimedia projector	2	Northern and Western

- b. Equipment for Japanese Experts

Equipment	Number	Provided to:
Digital Camera	1	Project office
Digital Video Camera	1	Project office
Tripod	2	Project Office
SD Memory Card	5	Project Office
Camera Case	1	Project Office

2. Activity cost

Year	Duration	JPY
1 st year	for 6 months	7,934,650
2 nd year	for 9 months.	11,592,614
3 rd year	for 12 months.	19,481,812
4 th year	For 7 months (up to end July 2013)	10,445,049
Total	Up to end of July 2013	49,454,125

3. Dispatch of JICA Experts

	Name	Expertise	# days assigned	MM
1	Tomoko Hattori	Project Management	428	14.27
2	Keiko Nagai	Project management /Health policy	288	9.60
3	Kazuyo Oishi	M&E System	21	0.70
4	Akiko Okitsu	M&E System	134	4.47
5	Mayumi Ohnishi	Supervision and Coaching	25	0.83
6	Sumiyo Kamo	Nursing Management Policy	49	1.63

Annex 4
List of Inputs

	Name	Expertise	# days assigned	MM
7	Keiko Kobayashi	Supervision and Coaching	78	2.60
8	Saeko Hatta	Supervision and Coaching	166	5.53
9	Etsuko Ide	Project Coordination	105	3.50
10	Yoshie Mizogami	Impact Study	97	3.23
11	Miki Kobayashi	Impact Study	79	2.63
12	Kaoru Yamanaka	S&C Support, Nursing Management Policy	145	4.83
13	Fusayo Kabayashi	Project Coordination/ Nursing Management and Administration	481	16.03
14	Emiko Nishi	Project Coordination/Training Management	74	2.47
15	Shino Nishimagi	Project Coordination/Training Management	79	2.63
16	Azusa Shimazaki	Project Coordination/Nursing	85	2.83
17	Soko Fujino	Project Coordination/Nursing	20	0.67
18	Takemi Ikenoue	Support on S&C	3	0.1
	Total		2357	78.57

<Fiji side>

1. Counterpart personnel:




Annex 4

List of Inputs

No.	Name	Position	Designation in the Project	Assignment	
				From	To
Ministry of Health (National)					
1	Dr. Salanieta Saketa	Permanent Secretary, MOH	Project Director	Oct. 2010	Dec. 2011
2	Dr. Eroni Tora			Jan. 2012	Present
3	Sr. Silina Waqa Ledua	Director of Nursing Services, MOH	Project Manager	Oct. 2010	Present
4	Sr. Salanieta Matiavi	National IST Coordinator, MOH		Oct. 2010	Dec. 2010
5	Sr. Talatoka Tamani		Jan. 2011	Jun. 2011	
6	Sr. Atelini Wainiveikoso		Jul. 2011	Dec. 2012	
Fiji National University					
7	Mr. Albert McLaren	Head, Fiji School of Nursing & Sciences →		Oct. 2010	Mar. 2011
8	Mr. Kavekini Neidiri	Head of School, Fiji School of Nursing, College of Medicine, Nursing and Health Science (CMNHS), Fiji National University (FNU)		Apr. 2011	Mar. 2012
9	Sr. Filomena McKay	Nurse Practitioner Coordinator/Senior Lecturer, Fiji School of Nursing, CMNHS, FNU		Apr. 2012	Present
				Oct. 2010	Mar. 2011
Ministry of Health (Divisional Health Offices)					
10	Sr. Penina V. Druavesi	Divisional Health Sister (Central Div.)		Oct. 2010	Present
11	Sr. Akeneta Matanitobua	Divisional Health Sister (Eastern Div.)		Oct. 2010	Dec. 2012
12	Sr. Talica Vakaloloma		Jan. 2013	Present	
13	Sr. Unaisi Seavula	Divisional Health Sister (Western Div.)		Oct. 2010	Dec. 2011
14	Sr. Leslie Boyd		Jan. 2012	Present	
15	Sr. Titilia Dakuliga	Divisional Health Sister (Northern Div.)		Oct. 2010	Present
16	Sr. Talatoka Tamani	Divisional IST Coordinator (Central/Eastern Divisions)		Oct. 2010	Oct. 2011
17	Sr. Mereiseini Kamunaga		Oct. 2011	Present	
18	Sr. Melania Louey	Divisional IST Coordinator (Western Div.)		Oct. 2010	Present
19	Sr. Kinisena Bolalevu	Divisional IST Coordinator (Northern Div.)		Oct. 2010	Dec. 2012
20	Sr. Litiana Draunibaka		Jul. 2013	Present	

2. Other main people involved:

No.	Name	Position	Assignment	
			From	To
Ministry of Health (National)				
1	Mr. Joe Qalova	Senior Administration Officer, Training Unit, MOH	Oct. 2010	Mar. 2011
2	Mr. Fasala Vamarasi	National Trainer, Training Unit, MOH	Apr. 2011	Sep. 2012
		Head, Health System Standard, Executive Support Unit, MOH	Sep. 2012	Jun. 2013
		Acting Senior Training Officer, Training Unit, MOH	Jun. 2013	Present
3	Ms. Nanise Raika	Project Officer, Workforce Development, Training Unit, MOH	Sep. 2012	Present
Fiji National University				
4	Sr. Iloi Rabuka	Senior Lecturer, Department of Public Health, CMNHS, FNU	Mar. 2011	Jun. 2012
5	Sr. Rusieli Taukei	Senior Lecturer, Fiji School of Nursing, CMNHS.	Jun. 2012	Present
Fiji School of Nursing				
6	Sr. Reijeli Panapasa	Project Officer, Fiji College of Nursing	Jan. 2012	Present

Annex 4

List of Inputs

3. Office space at MOH
Sufficient space for all the Japanese advisors and local staff

4. Local activity costs
FJD 15,059 (JPY 780,342)
 - DSA for trainees and facilitators
 - Transport with driver for field visits
 - Venue hire

5. Recurrent costs
Salary for MOHCPs, domestic duty travel costs for MOH CPs, and utilities

u

k

MINUTES OF MEETING
BETWEEN
JAPANESE TERMINAL EVALUATION TEAM
AND
AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF
THE KINGDOM OF TONGA
ON


JAPANESE TECHNICAL COOPERATION FOR THE PROJECT
FOR STRENGTHENING THE NEED-BASED IN-SERVICE TRAINING
FOR COMMUNITY HEALTH NURSES

The Japanese Terminal Evaluation Team (hereinafter referred to as “the Team”) organized by Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”), headed by Mr. Kyo Hanada visited the Kingdom of Tonga (hereinafter referred to as “Tonga”) from September 02nd to September 14th, 2013 for the purpose of the Terminal Evaluation of “The Project for Strengthening The Need-Based In-Service Training for Community Health Nurses” (hereinafter referred as “the Project”).


During its stay in Tonga, the Team reviewed the achievements of the Project and had a series of discussions with authorities concerned in the Ministry of Health and related organizations in Tonga as well as JICA experts for future direction of the Project.

As a result of the study which was compiled in the Joint Terminal Evaluation Report (hereinafter referred as “the Report”) and discussions, both sides agreed upon the matters referred to in the Report attached hereto.

Nuku'alofa, 13 September, 2013



Mr. Kyo Hanada
Leader
Terminal Evaluation Team
Japan International Cooperation Agency
Japan



Dr. Siale 'Akau'ola
Director of Health
Ministry of Health
The Kingdom of Tonga

APPENDIX

JOINT TERMINAL EVALUATION REPORT
ON
THE PROJECT FOR STRENGTHENING THE NEED-BASED IN-SERVICE
TRAINING FOR COMMUNITY HEALTH NURSES

Ministry of Health of The Kingdom of Tonga

Japan International Cooperation Agency

SEPTEMBER 2013



List of abbreviations-

APA	Annual Performance Appraisal
AusAID	Australian Agency for International Development
AWP	Annual Work Plan
CA	Competency Assessment
CHN	Community Health Nurse(s)
CNO	Chief Nursing Officer
CPD	Continuous Professional Development
CS	Competency Standards
DAC	Development Assistance Committee
HR	Human Resources
HRH	Human Resources for Health
IST	In-Service Training
JD	Job Descriptions
JICA	Japan International Cooperation Agency
JPY	Japanese Yen
KRA	Key Result Area
M&E	Monitoring and Evaluation
MM	Minutes of Meeting
MOH	Ministry of Health
MTR	Mid-Term Review
NB-IST	Needs-Based In-Service Training
NCD	Non-Communicable Diseases
NP	Nurse Practitioner
PDM	Project Design Matrix
PHRHA	Pacific Human Resources for Health Alliance
PSC	Public Service Commissions
PTSV	Post-Training Supervisory Visit
QSSN	Queen Salote School of Nursing
R/D	Record of Discussions
RH	Reproductive Health
RN	Registered Nurse(s)
S&C	Supervision and Coaching
TDC	Training and Development Committee
THSSP	Tonga Health Sector Support Programme
TOP	Tongan Pa'anga
UNFPA	United Nations Population Fund
Ver.	Version
WHO	World Health Organisation

Table of Contents

CHAPTER 1. SCOPE OF THE TERMINAL EVALUATION.....	3
1.1. BACKGROUND OF THE TERMINAL EVALUATION	3
1.2. OBJECTIVES OF THE TERMINAL EVALUATION	3
1.3. JOINT EVALUATION TEAM.....	4
1.4. FRAMEWORK OF THE PROJECT.....	4
CHAPTER 2. EVALUATION PROCESS	5
2.1. METHODOLOGY OF EVALUATION.....	5
2.2. FIVE EVALUATION CRITERIA.....	5
CHAPTER 3. PROJECT PERFORMANCE	7
3.1. INPUTS.....	7
3.1.1. Inputs from the Japanese side	7
3.1.2. Inputs from the Tongan side	7
3.2. ACHIEVEMENTS OF THE PROJECT	8
3.2.1. Outputs	8
3.2.2. Project Purpose.....	12
3.3. IMPLEMENTATION PROCESS.....	14
3.3.1. Target Groups.....	14
3.3.2. Cost Sharing	14
3.3.3. PDM	14
CHAPTER 4. EVALUATION RESULTS	15
4.1. RELEVANCE	15
4.1.1. Policy context.....	15
4.1.2. Needs of the country	15
4.2. EFFECTIVENESS.....	15
4.3. EFFICIENCY.....	15
4.4. IMPACT	16
4.5. SUSTAINABILITY	17
4.6. CONCLUSION	18
CHAPTER 5. RECOMMENDATIONS AND LESSON LEARNED	19
5.1. RECOMMENDATIONS.....	19
5.1.1. To the project management.....	19
5.1.2. To MOH.....	19
5.1.3. To JICA	20
5.2. LESSON LEARNED	20

60



CHAPTER 1. SCOPE OF THE TERMINAL EVALUATION

1.1. BACKGROUND OF THE TERMINAL EVALUATION

Development of human resources for health (HRH) is recognised as a crucial issue for ensuring quality health services and ultimately achieving better health outcomes of the population. In the Pacific region, nurses, midwives and nurse aids play a vital role in providing community health services. However, challenges in HRH management are considerable, where adequate recruitment and continuous professional development plans are absent and supervision systems are weak. These challenges are underlying the severe shortages and maldistribution of nurses and nursing supervisors in the region, which impairs quality of health services.

Given the situation, Japan together with the Ministry of Health (MOH) of the Republic of Fiji (hereafter referred to as "Fiji"), implemented a three-year project entitled "Project for In-Service Training of Community Health Nurses in Fiji" (hereafter referred to as "the previous project") from 2004 to 2008. The previous project achieved successful outcomes through instituting a competency assessment and strengthening supervision and coaching for community health nurses through the process named "need-based in-service training (NB-IST) system" in the central division of Fiji. Having a similar set of issues, Kingdom of Tonga (hereafter referred to as "Tonga") together with Republic of Vanuatu (hereafter referred to as "Vanuatu") and other parts of Fiji is targeted at for a new regional project entitled "Project for Strengthening the Need-Based In-Service Training for Community Health Nurses" (hereafter referred to as "the Project") which was launched in 2010. In Tonga, the Project aims to strengthen the mechanism of NB-IST adopted into the existing nursing supervision system, in the light of Fiji's NB-IST mechanism.

Approaching to an end of the Project in 2014, the Terminal Evaluation Team (hereafter referred to as "the Team") was organized in accordance with the Japan International Cooperation Agency (JICA) evaluation guidelines. The Team aims to review progress and achievement of the Project as well as to have common understanding of the course of the Project for the remaining period.

The Terminal Evaluation was conducted region-wide from 11 August to 25 September 2013, covering Tonga for the period of 2 September to 14 September 2013.

1.2. OBJECTIVES OF THE TERMINAL EVALUATION

The objectives of the Terminal Evaluation are as follows:

- To review the progress of the Project based on the latest Project Design Matrix (PDM) by examining the inputs, activities and outputs;
- To evaluate the achievement as of the time of the Terminal Evaluation in accordance with the five evaluation criteria of DAC (*Relevance, Effectiveness, Efficiency, Impact and Sustainability*);

- To identify the contributing factors and inhibitory factors for the achievements of the Project;
- To identify the issues to be solved and make recommendations on the measures to be taken for the rest of the project period; and
- To summarize the result of the study in a Joint Terminal Evaluation Report.

1.3. JOINT EVALUATION TEAM

The members of the Team dispatched from Japan are listed below.

No	Name	Mission Title	Organization/Occupation	Period
1	Mr. Kyo HANADA	Leader	Senior Advisor (Health Sector), JICA	07Sep – 14Sep 2013
2	Ms. Satoko HORII	Nursing	Senior Researcher, Department of International Health and Collaboration National Institute of Public Health Ministry of Health, Labour and Welfare	07Sep – 14Sep 2013
3	Ms. Yumiko YAMASHITA	Cooperation Planning	Associate Expert, Health Division 3, Health Group 2, Human Development Department, JICA	07Sep – 14Sep 2013
4	Ms. Naomi IMANI	Evaluation Analysis	Senior Researcher, Global Link Management Inc.	02Sep – 14Sep 2013

The schedule of the Team is attached as Annex 1.

1.4. FRAMEWORK OF THE PROJECT

As per the PDM ver.5 dated June 2013 (Annex 2), a narrative summary of the Project is described as follows:

(1) Overall Goal

Quality of community health services is improved in Tonga.

(2) Project Purpose

The mechanism of NB-IST adopted into existing nursing supervision system is strengthened.

(3) Outputs

1. Nursing supervision system is redefined to accommodate in the NB-IST mechanism.
2. M&E system of NB-IST mechanism is established (in line with nursing supervision system).
3. Nursing supervisor's ability in assessing competency of nurses is improved.
4. Nursing supervisor's ability in Coaching and NB-IST are improved.
5. The progress and results of the Project are shared among and beyond Tonga, Fiji and Vanuatu.

CHAPTER 2. EVALUATION PROCESS

2.1. METHODOLOGY OF EVALUATION

In accordance with the JICA Project Evaluation Guidelines of June 2010, the Terminal Evaluation of the Project was conducted in the following process:

- Step 1: Latest version of the Project Design Matrix (PDM) was adopted as the framework of the Terminal Evaluation exercise, and the project achievements were assessed vis-à-vis respective Objectively Verifiable Indicators.
- Step 2: Analysis was carried out on the factors that affected positively or negatively the achievement levels including matters relating to both the project design and project implementation process.
- Step 3: An assessment of the Project was done based on the five evaluation criteria: “relevance”, “effectiveness”, “efficiency”, “impact” and “sustainability” (see 2.2 for further details).
- Step 4: Recommendations for the project stakeholders for the remaining implementation period were formulated and lessons learned extracted for future project to be implemented by both Tongan and Japanese Governments.

Data collection methods used by the Team were as follows:

- Literature review: documents related to and produced by the Project such as the Record of Discussions (R/D), PDM, progress reports and minutes of meetings were reviewed in order to examine the progress and achievements of the Project to date;
- Interviews with Japanese and Tongan personnel to verify the findings from the document review and obtain further information and insights regarding the process and achievements including challenges faced by the Project;
- Key informant interviews to draw out opinions of the Project personnel and other stakeholders on the relevant issues identified. A list of people consulted is attached as Annex 3.
- Direct observation on usages of the skills and tools developed through the Project.

2.2. FIVE EVALUATION CRITERIA

The five criteria of evaluation are defined as follows:

Relevance	Degree of compatibility between the development assistance and priority of policy of the target group, the recipient, and the donor.
-----------	--

Effectiveness	A measure of the extent to which an aid activity attains its objectives.
Efficiency	Efficiency measures the outputs – qualitative and quantitative – in relation to the inputs. It is an economic term which is used to assess the extent to which aid uses the least costly resources possible in order to achieve the desired results. This generally requires comparing alternative approaches to achieving the same outputs, to see whether the most efficient process has been adopted.
Impact	The positive and negative changes produced by a development intervention, directly or indirectly, intended or unintended. This involves the main impacts and effects resulting from the activity on the local social, economic, environmental and other development indicators.
Sustainability	Sustainability is concerned with measuring whether the benefits of an activity are likely to continue after donor funding has been withdrawn. Projects need to be environmentally as well as financially sustainable.

Source: JICA "New JICA Guidelines for Project Evaluation First Edition", June 2010

CHAPTER 3. PROJECT PERFORMANCE

3.1. INPUTS

The inputs made by Japanese and Tongan sides (as of the end of July 2013 unless otherwise stated) are summarized below. Further details of the inputs are found in Annex 4.

3.1.1. Inputs from the Japanese side

(1) Personnel

A total of 10 Japanese personnel, headed by Chief Advisor, have been engaged in the Project for various durations. The total assignment period amounts to 27.77 man-month (833 days). In addition, a total of 3 locally recruited personnel have been engaged as Assistant Project Officer or Secretary, to assist administration and implementation of project activities.

(2) Provision of equipment

Office equipment such as a laptop computer, printers and projectors have been provided to MOH to facilitate implementation of the Project. In addition, the Project has also acquired a digital camera and accessories for documentation of the project implementation processes. The total cost was JPY 319,655 equivalent to TOP 5,965.60¹).

(3) Operational expenses

Expenses for activities and material productions borne by the Japanese side amount to JPY 16,064,984 (equivalent to TOP 299,814.94).

3.1.2. Inputs from the Tongan side

(1) Personnel

A total of 16 personnel, all from MOH, have been involved as the counterpart personnel of this project.

(2) Land, buildings and facilities

One room in the Queen Salote School of Nursing (QSSN), which was renovated by JICA, is used as a project office. Utility (water and electricity) costs as well as some basic office furniture are provided by MOH.

(3) Operational expenses

Besides the salaries of the personnel involved, MOH has partially covered costs for transport, meals

¹ At the JICA exchange rate of TOP 1.00 = JPY 53.583 for August 2013.

and refreshment related to some of the activities implemented. MOH also mobilised TOP 23,996 for implementation of some training activities within and outside of the Government of Tonga, including WHO and UNFPA.

3.2. ' ACHIEVEMENTS OF THE PROJECT

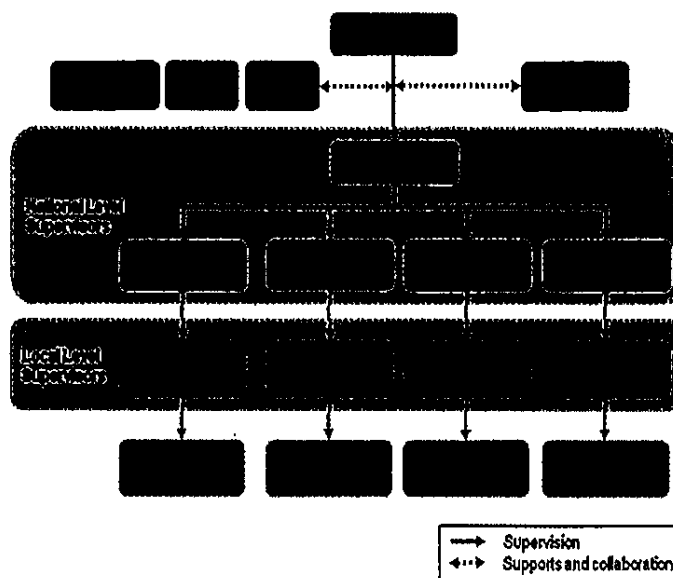
3.2.1. Outputs

This section examines likeliness of achieving the outputs by status of the indicators assigned to each of the Outputs with brief descriptions of activities undertaken.

(1) Achievement of Output 1: "Nursing supervision system is redefined to accommodate in the NB-IST mechanism."

With development and introduction of an NB-IST mechanism, the existing nursing supervision has become more structured, with clearer task demarcations between the national and local-level supervisors and tools to help them. In the draft IST Manual developed by the Project, the roles and responsibilities of those involved in nursing supervision, including such bodies as Nursing Board and Training Development Committee (TDC), are defined in line with their respective Job Descriptions (JD) or mandate. The section also includes a general reporting schedule/requirement.

Chart 1: Nursing Supervision System in Tonga



Source: Draft IST Manual

The current status of the assigned indicator is shown below.

Verifiable indicator	Status
A document clearly defined functions and responsibilities of supervisors, line of reporting, etc.	A draft has been produced, to be a part of the IST Manual. The Project plans to finalise the Manual, seek MOH's endorsement, and print sufficient copies to distribute to all clinical and reproductive health supervisors before the Project ends.

The IST Manual, which is written in English and consists of 8 sections including (i) NB-IST mechanism, (ii) Roles and Responsibilities of relevant parties, (iii) Supervision, (iv) Coaching, (v) NB-IST and (vi) M&E. At the time of the Terminal Evaluation, a group of supervisors are working on the document

to refine the consistency between the sections in terms of contents and quality.

(2) Achievement of Output 2: “M&E system of NB-IST mechanism is established (in line with the nursing supervision system).”

Tools for monitoring and evaluation of the NB-IST mechanism have been developed through series of workshops facilitated by the national supervisors and Japanese advisors. All the national supervisors and main local supervisors, including two from Vaiola Hospital and those from both pilot and non-pilot areas (referred as “the workshop members”) participated in the workshops to learn a basic concept of M&E and to develop appropriate monitoring tools (reporting and recording formats) as well as the M&E section of the IST Manual. A new feature of the M&E system developed is electronic compilation and submission of data collected. Most of the supervisors, both national and local, found it a challenge, for (i) they had little experience working on computer, (ii) somewhat limited access to computers for local supervisors and (iii) unreliable internet connection especially on outer islands.

The status of the indicator is shown in the table below.

Verifiable indicator	Status
A document that defines M&E system of nursing supervision	<p>The draft IST Manual has a section on M&E with a set of monitoring indicators to inform if (i) activities of the NB-IST mechanism are being implemented and (ii) the level of competencies of nurses is improving as a result. The manual also includes reporting schedule and formats to be used for reporting and recording.</p> <p>Selected supervisors are editing the draft to iron out the inconsistencies between sections.</p>

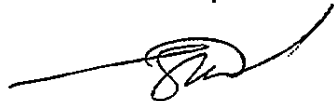
The Terminal Evaluation found that an M&E system is set up but yet to be established. The tools are already in use among the Reproductive Health (RH) nurses and clinical supervisors in the pilot areas (excluding those at Vaiola Hospital) but the national level supervisors, who receive the information are yet to be trained properly in the use and usefulness of the data. The training is planned to take place in October or November 2013. There is also some confusion in the use of the formats among the local supervisors, and as such discussions are also on-going to make the system more useful and user-friendly.

Once the IST Manual is endorsed by the MOH, all the supervisors including those in the non-pilot areas and at Vaiola will be required to produce a set of data prescribed therein, according to the Chief Nursing Officer (CNO). This may be a challenge for the Nursing Division in view of (i) that appreciation for M&E is still weak and (ii) chronic resource constraints, resulting in lower priorities accorded to this component of the NB-IST mechanism.

(3) Achievement of Output 3: “Nursing supervisors’ abilities in assessing competency of nurses are improved.”

As competency assessment requires solid understanding of the Competency Standards (CS), the

h



Project organised three rounds of training for a total of 68 local-level “supervisors”², the first in 2011 right after the first set of the CS was developed, the second in 2012 as a refresher and the third in 2013 after the CS was further revised and officialised. Amongst the 32 current local supervisors, 1 was trained three times, 27 twice and 4 once.

Verifiable indicator	Status
% of supervisors who are trained on Competency Assessment	100% (32 out of 32 current supervisors) have been trained in the latest version of the Competency Standards and the assessment.

The above indicator does not assess the extent of ability of the trained supervisors, but all the supervisors interviewed during the evaluation exercise were comfortable and confident about assessing their staff using the latest version of the CS. The “future supervisors”, most of who were trained only once and are not assessing others at the moment, would probably need refresher training as well as close supervision by more experienced ones when they assume responsibilities as a supervisor. The evaluation also noted indications of some degrees of differences in scoring standard among the supervisors and that no one from the two Niuas has been trained as there are no local supervisors there. Nevertheless, given that the CS did not exist at the beginning of the Project, the Terminal Evaluation can conclude that the Project is producing this output to the extent expected within the duration of the Project.

(4) Achievement of Output 4: “Nursing supervisors’ abilities in Coaching and NB-IST are improved.”

Training in coaching was packaged together with supervision and referred as “Supervision and Coaching (S&C)”, provided in forms of “S&C training” and “IST Manual development workshops”. They were, facilitated by Japanese advisors and national-level supervisors, joined by two counterpart personnel from Fiji at one occasion. Similarly, training on “NB-IST”, in which local supervisors learn among others how to write a proposal to mobilise resources needed for locally organising an IST session, was integrated in the IST Manual development workshops. The “workshop members” participated in these training.

The local supervisors in the pilot areas further benefitted from (i) “Post-Training Supervisory Visit (PTSV)” by the national supervisors and Japanese advisors, who provided close supervision and advice while the local supervisors practiced S&C with their staff nurses, and (ii) organising and carrying out an IST session addressing one of the weaknesses identified by the Competency Assessment (CA) in 2012. Another round of local IST in Tongatapu and Vava’u is planned to take place before the Project ends in Jan. 2014. The table below shows the current status of the indicator for this output.

² 35 out of the 68 “supervisors” do not have supervisory functions but trained as “future supervisors”. One then local supervisor has been promoted to become a national-level supervisors.

Verifiable indicator	Status
% of supervisors who are trained on Supervision and Coaching (S&C) and NB-IST.	Trained in S&C: 78.1% (25 out of 32 local supervisors) Trained in NB-IST: 56.3% (18 out of 32 local supervisors)

The relatively low coverage of the training is mainly because of some of the supervisors at Vaiola Hospital who work in shifts could not attend the training organised. Even though those at Vaiola were to be trained in S&C according to the agreement between JICA and MOH, the Project made a conscious decision not to organise additional S&C training for them, respecting the intention of the MOHs' to concentrate on the CS and CA at Vaiola Hospital before moving on to other components of the NB-IST mechanism.

Training on NB-IST shows even lower coverage than S&C, as the supervisors at Vaiola were not involved except for the two workshop members. This was because Vaiola is yet to carry out CA, of which results are necessary for the NB-IST training/formulation.

While no further training in these areas is planned for the rest of the project life, Japanese advisors and the national supervisors are assisting the supervisors in the target areas in planning and organisation of another round of NB-IST using the results of the most recent CA exercise. This is expected to firm up their ability as well as the practices of the NB-IST mechanism introduced by this project.

In view of the fact that the coaching technique was practically unknown and that local supervisors had never organised local training prior to the Project, by providing training and opportunities to apply the newly acquired skills under close supervision, their abilities to do so have been slowly built up during the course of the Project, though may not have been quite established yet. Given the short duration of the Project, MOH may have to provide further support and guidance to especially those in non-pilot areas, if their skills and practices of S&C and NB-IST are to be maintained.

(5) Achievement of Output 5: "The progress and results of the Project are shared among and beyond Tonga, Fiji and Vanuatu."

The Project organised three video conferences for the main counterpart personnel in the three countries involved and JICA personnel, in which progresses in each country were presented and discussed. Regional workshops were also organised twice in Fiji, participated by a total of 31 counterpart personnel from the three countries including 11 from Tonga. The Tongan participants appreciated them as occasions to obtain first-hand information on how Fiji's NB-IST mechanism is functioning, particularly at the grassroots level. Views and advice given by the two Fijian counterparts who were brought in as resource persons for a S&C training workshop were also seen as valuable inputs by the participants.

Regarding sharing experiences beyond the three countries, the Japanese Chief Advisor presented the

outline of the Project in the three countries at PHRHA in 2011, two supervisors made presentations on the Project at the Tonga International Nurses Conference and at the South Pacific Nursing Forum in 2012. Several countries reportedly showed interest in developing their own CS. The CS was also informally presented to professional contacts in countries like Australia and New Zealand by the CNO and obtained very favourable feedbacks.

The table below presents the current status of the two indicators.

Verifiable indicators	Status
5-1. The number of audio and/or visual conferences	3
5-2. The number of presentations at international conferences	3

3.2.2. Project Purpose

“The mechanism of NB-IST³ adopted into existing nursing supervision system is strengthened”

The NB-IST mechanism developed in Fiji was introduced and modified to fit in the existing nursing supervision system in Tonga. While the mechanism consists of a chain of several activities, the quantitative indicators assigned look at only two of them, namely CA and coaching of nurses. Their current statuses along with a qualitative indicator of positive changes in nursing supervision system brought by the NB-IST mechanism are shown in the table below.

Verifiable indicators	Status
1. % of registered nurses whose competencies were assessed using the Competency Standard once or more in one year	At the primary and secondary health facilities in the pilot areas: 83.7% (41 out of 49 RNs) as of 7 August 2013. The exercise is on-going, to make it 100% by the end of 2013.
2. % of registered nurses that received coaching with coaching sheet once or more in one year.	At the primary and secondary health facilities in the pilot areas: 97.6% (40 out of 41 RNs whose competencies' were assessed using the latest version of the CS) received coaching as of 7 August 2013. This is an on-going exercise, aiming at 100% by the end of the year ⁴ .
3. Improved aspects in the supervision system noticed by national level supervisors	<ul style="list-style-type: none"> ♦ With the CS, supervision is much more standardised, while previously what to check (except for those in the check lists) was up to individual supervisors. ♦ Focus of supervision has shifted from keeping things in order by finding and correcting faults to development of individual nurses' capacity to provide good services. ♦ This, together with the tools introduced, has also clarified the

³ “A Tongan version of a NB-IST mechanism is to be established based on the Fiji's NB-IST mechanism, which consists of: (i) S&C of nurses; (ii) IST needs identification; and (iii) planning and execution of NB-IST, accompanied by (iv) M&E of the entire process of the mechanism” (PDM Ver.5).

⁴ Since this is the first time using the revised CS, the MOH decided that all the RNs should receive coaching. For 2014 and onward, it will be only those RNs who has one or more low scores (3 or below) that receive compulsory coaching.

	tasks and responsibilities of local supervisors, which previously were not clearly defined or understood. ⁵
--	--

In relation to the points mentioned for the indicator 3 above, local supervisors and staff nurses interviewed informed the Terminal Evaluation the following:

- ♦ Competency assessment provides opportunities for focused and meaningful discussions between a supervisor and a staff nurse, whereas previously supervisory visits were more of routine exercises for the checklists, rarely discussing causes of problems;
- ♦ Staff nurses are now more open about telling their problems to supervisors;
- ♦ Supervisors are more understanding and caring compared to before when they appeared more like law-enforcement authority;
- ♦ Supervisors now know that they must do something about the weaknesses identified, whereas previously nurses were left to find solutions;
- ♦ Supervisors know that they can propose training for their nurses as a means to address identified issues, whereas previously training opportunities were something to be given by their superiors.

The above indicates that supervisors are realising their responsibilities and potential to initiate changes and that a supportive supervision is beginning to take roots underpinned by the passionate commitment of the Nursing Division. In this sense, it should be reasonable to conclude that the Project has strengthened the existing nursing supervision by introducing a NB-IST mechanism and its tools, which resulted in a paradigm shift regarding the concept of supervision.

One must remember, however, that the NB-IST mechanism adopted is yet to be firmly established in the system. While MOH is with strong sense of ownership and commitment scaling up the CA nationwide⁶, appreciation for data among the supervisors is not fully developed. This is probably related to the fact that the M&E component of the mechanism was introduced quite recently, in addition to the relative newness of the concept of M&E in Tonga. Similarly, NB-IST as a means to address identified weakness is also yet to gain ownership of supervisors, affected by the lack of resources required implementing training, which has resulted in very few occasions for them to practice organisation of an NB-IST.

Sustainability of the mechanism adopted will be discussed under the section of Sustainability in a later part of this report.

⁵ Some supervisors in outer islands were not even aware that they were to supervise "their colleagues".

⁶ Currently MOH is providing orientation training to all the nurses including those in Ha'apai and 'Eua as well as at Vaiola Hospital, with financial assistance from WHO.

3.3. IMPLEMENTATION PROCESS

3.3.1. Target Groups

According to the agreement recorded in the MM of 8 June 2010, the Project was only to cover nursing supervision at the primary and secondary level facilities, excluding the tertiary institution (Vaiola Hospital⁷) except for some selected activities in accordance with the original NB-IST mechanism of Fiji. In addition, 2 target areas have been set for some activities. As the Project progressed and a Tongan version of the NB-IST mechanism emerged with activities packaged in slightly different ways from the Fiji's, the criteria for inclusion/exclusion became obscure. This resulted in some confusion in monitoring indicators.

At the Mid-Term Review (MTR), MOH expressed its intention of concentrating on implementation of proper CA for clinical nurses even at the cost of not completing all the activities in the NB-IST mechanism, while the RH nurses would go ahead with the complete cycle of the mechanism.

3.3.2. Cost Sharing

Cost sharing between JICA and MOH was encouraged as JICA only covers operation of NB-IST in the pilot areas and also excludes the tertiary facility (Vaiola Hospital). MOH, faced by budget constraints, has not been able to allocate resources from its regular budget to the activities of this project which is not directly linked to the current priority issues. However, the Nursing Division managed to mobilise some funds from development partners for training activities related to the CA.

3.3.3. PDM

The PDM was revised 4 times since the time of the project formulation in late 2009, indicating that the local needs were not accurately identified when the Project was designed. The MTR fielded in Nov. 2012 did rather drastic revision of the PDM to clarify the purpose of the Project and strategies to achieve it to the extent possible.

⁷ It was commented several times by Tongan counterpart personnel that Vaiola should be included as it serves as a training venue for all new nurses some of who will become CHNs.

CHAPTER 4. EVALUATION RESULTS

4.1. RELEVANCE

4.1.1. Policy context

There have been no major changes in the policy context both in Tonga and Japan that affect the relevance of this project since the time the Project was formulated. This project is related to all the Key Result Areas (KRAs) of the MOH's latest Corporate Plan 2013/14-2015/16 except for KRA6, which is about infrastructure. This indicates that the project actually strengthens the foundation of health care delivery. On Japanese side, health, along with education, is a component of one of the two pillars of official development assistance to Tonga.

Ministry of Health KRAs and Strategic Goals

KRA 1: Reduce morbidity and mortality from NCD and CD
Goal: To reduce morbidity by 2% and premature mortality by 10% in N.C.D. and maintain or reverse Communicable Disease from current rate.
KRA 2: Deliver the range and quality of services to meet the basic health requirements
Goal: We will deliver the range and quality of services to meet the basic health requirements
KRA 3: Provide appropriate services to all the Outer Island Districts and community health centres through effective resourcing. Specialized services will be provided through regular programmed visits.
Goal: We will provide appropriate services to all the Outer Island Districts and community health centres through effective resourcing. Specialized services will be provided through regular programmed visits.
KRA 4: Improve HR and health systems that ensure quality health care services
Goal: We will build staff commitment and development by demonstrating to staff that they are valued.
KRA 5: Improve Governance, Services and Health Information and Research
Goal: We will deliver our services in a professional and friendly manner
KRA 6: Improve the standard of existing facilities and ICT, and construct new facilities and introduce new Health Information and Research initiatives where needed.
Goal: We will continue to improve the standard of existing facilities and ICT, and construct new facilities and introduce new Health Information and Research initiatives where needed.

Source: MOH Corporate Plan 2013/14-2015/16

4.1.2. Needs of the country

As mentioned earlier, the local needs do not appear to have been clearly identified at the time of project formulation. However, through instituting a culture and practice of supportive supervision, the Project is meeting the needs of the nursing sector that must maximise capacity and potential of each nurse in order to provide services of acceptable quality in the face of a chronic shortage of nurses. Moreover, although not explicitly mentioned in MOH's policy or strategy documents, effective supervision is recognised as essential for KRA4 and KRA5. The Project is in this way contributing to the country's efforts to address priority issues such as NCD, in which nurses have major roles to play.

4.2. EFFECTIVENESS

The Project was effective in instituting a culture of supportive supervision by implementing CA and S&C. Comments from local supervisors indicate the training in leadership and S&C, despite its short durations, was highly effective in realising this paradigm shift in nursing supervision.

However, the NB-IST as a means to address identified issues through locally organised IST appears to be less effective in the Tongan context, in which MOH (i) faces constant resource constraints and (ii) has

fewer programme based IST into which NB-IST could be integrated when funding is a problem. In this regard, identified weaknesses may be better addressed through individual coaching or in-house learning sessions than NB-IST, lest they may not be addressed at all.

4.3. EFFICIENCY

The Project does not demonstrate high efficiency, mainly due to insufficient situation analysis at the time of the project formulation. The PDM was based on a perceived need for an NB-IST mechanism, which most of the Tongan counterparts could not understand initially. The baseline survey, which was conducted “to measure the impacts of the project interventions⁸, as well as determine the effective project approaches” was finalised in October 2011, 9 months into the three-year project. The MTR also may not have been necessary if an appropriate M&E mechanism had been established to track relevant data for the project indicators.

The workshop methodology employed for material development was effective in terms of inducing local ownership but not most time-efficient for a three-year project, especially when a document such as the IST Manual needs to have certain quality to be a useful and authoritative reference.

On the other hand, certain level of efficiency was achieved by integrating this project in a larger regional framework, through sharing of resources. The Project benefitted from relevant experiences and materials developed in Fiji, based on which Tonga’s NB-IST model could be developed much quicker than otherwise. Most of the Japanese advisors have been tasked to carry out activities in several countries in one assignment to economise travel-related expenses.

4.4. IMPACT

4.4.1 Likelihood of achieving the Overall Goal: “Quality of community health services is improved in Tonga.”

Verifiable indicators	Status
1) The percentage of registered nurses whose results of competency assessment were rated either 3, 4, or 5 at all indicators.	No complete data set is available yet. Once the CA exercise for 2013 is completed, its data will serve as the baseline.
2) The percentage of registered nurses whose results of competency assessment were improved in comparison with the baseline data (in 2013).	

Both of the assigned indicators are indicative of increased competencies of RNs rather than quality of services per se, based on an assumption that the two are so closely related that effects of other factors

⁸ The end-line survey initially planned to take place toward the end of the project was cancelled at the time of MTR as the results from the baseline surveys did not turn out to be as useful as expected to assess the impact.

except for the two "assumptions" listed in the PDM Ver.5⁹ would be marginal.

The evaluation was informed by supervisors of some positive impact of the Project on quality of the services nurses provide, mainly in terms of (i) improved punctuality in reporting to work, (ii) friendlier reception of clients and (iii) reduced complains on nurses' attitude. This indicates good potential of achieving the overall goal. A challenge for MOH would be sustaining the motivation of the nurses and their supervisors, which has been lifted by introduction of the new style of supervision that focuses on improvement in individual's professional competencies.

In order to improve the quality of community health services, RH nurses must have specific competencies to identify and effectively deliver services needed by the community they serve. The MOH already has a plan to develop specific competency standards for different areas of nursing including community health. Similarly, the need for regular reviews of the current CS in relation to the changes in the health needs is also recognised by the MOH. These initiatives, accompanied by MOH's continuous efforts to enhance supervisors' capacity to appropriately utilise them, would greatly facilitate achieving the Overall Goal to a greater extent.

4.4.2 Other impact

With reference to the CS produced under this project, PSC is revising the format of the mandatory Annual Performance Appraisal (APA), encouraging each professional group to develop one of its own. PSC's official recognition of the CS as the APA for nursing would greatly enhance the sustainability of the CA assessment exercise. It must be noted, however, that a meaningful CA requires a completely safe environment where nurses can acknowledge their shortfalls without a fear of jeopardising their career.

The Project has reportedly induced a sense of unity within the Nursing Division of the MOH at the central level, as a result of the Project's involving all the sections of the Division. Similarly, by instituting the culture of supportive supervision, staff nurses are encouraged to speak up and share problems with their supervisors for finding solutions together. This is reportedly promoting team work, having positive impact in terms of smooth and open communications between supervisors and supervisees.

Other impacts of the Project on the nursing supervision system are listed under the section of the Project Purpose.

No negative developments have been observed or reported.

⁹ They are about (i) outward migration of nurses and (ii) MOH's routinely providing new supervisors with appropriate management training.

4.5. SUSTAINABILITY

Sustainability has been strengthened with the following developments:

- ♦ The CS is being integrated in the curricula of the pre-service training at QSSN as an initiative taken by the MOH.
- ♦ Supervision as a means to motivate staff nurses, particularly those in the outer islands, is much less dependent on financial resources, now that it is done by local supervisors equipped with appropriate skills, instead of by national supervisors from Nuku'alofa.
- ♦ A number of local supervisors have become skilled facilitators of training.

On the other hand, it is difficult to imagine that the NB-IST mechanism as defined in the PDM will be sustained as it is, given (i) that some of its components are yet to be well established as observed in earlier sections of this report, and (ii) that MOH is not well endowed to realise NB-IST. With a culture of supportive supervision emerging out of this project, however, capacity building of nurses could be sustained through methods that do not require additional resources, such as coaching and in-house learning sessions, while supervisors continue with the efforts to mobilise resources for NB-IST. This may, include linking up with donor-funded programmes such as the NCD nurse component of the THSSP. Instituting some concrete measures to ensure that new supervisors will be equipped with appropriate skills in supportive supervision would also contribute to sustainability.

4.6. CONCLUSION

Given the current status of its implementation, the purpose of the Project is likely to be achieved by the end of the Project to the extent expected. The MOH's commitment on instituting CA is one of the major factors behind this success. Given the financial constraints constantly faced by MOH, the NB-IST mechanism adopted and implemented is still in need of fine-tuning, to ensure that areas of weaknesses identified through CA are also appropriately addressed through other means than NB-IST. With the culture of supportive supervision budding out of this project, and with supervisors equipped with appropriate skills and a right mindset in place, this could be done through (i) making appropriate modifications to the IST Manual currently under development, (ii) ensuring supervisors are motivated and that new supervisors are also equipped with good understanding and skills of supportive supervision and (iii) continuous efforts to mobilise resources to realise NB-IST and other types of capacity building activities. While these may become the main focus for the rest of the project duration, MOH's looking into additional competencies specific to community health services would enhance possibilities of greater achievement of the Overall Goal in a few years down the road.

Adopting a model developed in another country was not as easy a task as initially envisaged, even when the countries are located so close by. Only with the solid commitment of the project

management and the passion of the nursing managers of MOH to pursue service excellence through enhanced and effective supervision, this project could achieve these results clarified by the Terminal Evaluation.

h

[Handwritten signature]

CHAPTER 5. RECOMMENDATIONS AND LESSON LEARNED

5.1. RECOMMENDATIONS

In order to sustain and maximise the effects produced by the Project, the Terminal Evaluation recommends the following.

5.1.1. To the project management

(1) With regard to the IST Manual, the Project should:

- Revisit and fine-tune the NB-IST mechanism to incorporate doable training methods, including coaching and in-house learning sessions, alongside with NB-IST.
- Ensure consistency of contents and quality between the sections.
- Finalise the document, obtain endorsement of the MOH, print and distribute copies to all the supervisors and other individuals/bodies as appropriate.
- To establish a sound action plan specifying time line and responsibilities of individuals involved, to complete the above within the Project period.

(2) With regard to the M&E component of the mechanism, the Project should:

- Fine-tune the tools (i.e. formats) to make them more useful and friendly to the users. At the same time, ensure that the users of the M&E system, particularly those at the national level understand the use and usefulness of the data to their regular work.

5.1.2. To MOH

(1) To continue and further enhance practices of supportive supervision by:

- Ensuring capacity development opportunities for nurses to address the identified weaknesses, by local supervisors' exploring doable means such as coaching and in-house learning sessions.
- Continuous efforts in resource mobilisation through (i) devising feasible and realistic strategies by examining available resources necessary for capacity building activities including NB-IST, and (ii) proactively linking up with donor-funded programmes in which nurses play significant roles.
- Organising opportunities for checking and improving the capacity of supervisors in order to ensure appropriate and meaningful application of the skills acquired. Special attention must be paid to the supervisors from the non-pilot areas who did not benefit from the Project as much as those in the pilot areas.

- Instituting some concrete measures to ensure that new supervisors are also equipped with appropriate skills in supportive supervision.
- (2) To induce greater impact in terms of quality of the services:
- Establish additional sets of competency standards specific for different areas of nursing including community health
 - Revise the competency standards in appropriate intervals to reflect the changes in health needs
 - Train supervisors and nurses to ensure meaningful CA exercises

5.1.3. To JICA

- (1) JICA should develop a project based upon a solid situation analysis so that any adjustments to the project design would be minimum once the Project started.

5.2. LESSON LEARNED

- (1) A region wide project should be carefully designed looking into the local needs and its feasibility as context and systems usually differ from country to country. It may be necessary to allow some space of flexibility in the project design.

Schedule for Terminal Evaluation Mission, Tonga

as of 04 Sep 2013

Date	Day	Time		Schedule	Appointment	Confirm	Re-conf.	Venue	Confirm	Re-conf.
2-Sep	Mon			No field visits, first day of work						
3-Sep	Tue	AM	PM	Courtesy call on JICA Tonga Office	-	-	-	-	-	-
		14:00	15:00	Briefing session on Final Evaluation	Sr. Sela Paasi Sr. Afu Tei Sr. Tilema Cama	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Conf. Rm. @Admn. Bldg.	<input type="checkbox"/>	
		15:15	16:15	Interview with CNO	Sr. Sela Paasi	<input type="checkbox"/>				
4-Sep	Wed	9:00	10:00	Interview with Principal of QSSN	Sr. Tilema Cama	<input type="checkbox"/>				
		10:15	11:15	Interview with Supervising Public Health Sister	Sr. Afu Tei	<input type="checkbox"/>		Conf. Rm. @Admn. Bldg.	<input type="checkbox"/>	
		14:00	15:00	Interview with supervisors at Vaiola	Sr. Siu Pifeleti Sr. Mele Havealeta (Man)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
5-Sep	Thu	9:00	10:00	Field Visit (Ma'ufanga RHC)	Ms. Leaola Tulaki	<input type="checkbox"/>		Ma'ufanga RHC	<input type="checkbox"/>	
		10:30	11:30	Field Visit (Nukunuku HC)	Ms. Kuluvefi Wolfgam	<input type="checkbox"/>		Houma HC	<input type="checkbox"/>	
		14:00	15:00	Interview with RH supervisor	Sr. Alisi Fifita	<input type="checkbox"/>		Conf. Rm. @Admn. Bldg.	<input type="checkbox"/>	
		15:15	16:15	Interview with RH supervisor	Sr. Iunisi Valkimo'unga	<input type="checkbox"/>				
6-Sep	Fri	9:00	10:00	Interview with Supervising NCD Health Sister	Sr. Sellini Soakai	<input type="checkbox"/>		Conf. Rm. @Admn. Bldg.	<input type="checkbox"/>	
		14:00	15:00	AusAID	Dr. Toa Fakakovikaetau	<input type="checkbox"/>		Dr. Toa's Office	<input type="checkbox"/>	
7-Sep	Sat			No field visits, day of rest						
9-Sep	Mon	9:00	9:30	Courtesy call on MOH	Dr. Siale 'Akau'ola Sr. Sela Paasi Sr. Afu Tei Sr. Tilema Cama	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Conf. Rm. @Admin. Bldg.	<input type="checkbox"/>	
		10:00	11:00	Courtesy call EOJ, JICA Tonga Office	EOJ, JICA Tonga Office					
		11:30	12:30	Interview with supervisors from Vava'u	Ms. Emeline Takal Sr. Mellame Tupou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Conf. Rm. @Admn. Bldg.	<input type="checkbox"/>	
		13:30	16:30	Meeting among Japanese	-	-	-	Classroom #3 @QSSN	<input type="checkbox"/>	
10-Sep	Tue	10:00	11:00	Field Visit (Houma HC)	RHN	<input type="checkbox"/>		Nukunuku H/C	<input type="checkbox"/>	
		PM	PM	Meeting among Japanese	-	-	-	Conf. Rm. @Admn. Bldg.		
11-Sep	Wed	9:00	12:30	Discussion on Joint Evaluation Report	all management members			Classroom #3 @QSSN	<input type="checkbox"/>	
		PM	PM	Discussion on Joint Evaluation Report	all management members					
12-Sep	Thu	AM	PM	Discussion on Joint Evaluation Report	all management members			Classroom #3 @QSSN	<input type="checkbox"/>	
		14:00	15:00	Briefing on JER	Dr. Siale 'Akau'ola	<input type="checkbox"/>		Conf. Rm. @Admn. Bldg.	<input type="checkbox"/>	
13-Sep	Fri	10:00	12:00	JCC meeting Signing of the Minutes of the Meeting	Dr. Siale 'Akau'ola	<input type="checkbox"/>		Lecture Rm. @Vaiola Hosp.	<input type="checkbox"/>	
					Sr. Sellini Soakai	<input type="checkbox"/>				
					Sr. Afu Tei	<input type="checkbox"/>				
					Sr. Tilema Cama	<input type="checkbox"/>				
					Sr. Siu Pifeleti	<input type="checkbox"/>				
Mr. Villani Ika	<input type="checkbox"/>									
14-Sep	Sat	18:30		Departure of field trip						

Project Design Matrix TONGA

Project Title: Project for Strengthening the Need-Based In-Service Training for Community Health Nurses

Duration: From February 2011 to January 2014 (3 years)

Target Areas: Tongatapu, Vava'u, Ha'apai, Eua and the two Niuas (Pilot Area for Activity 2-4, 3-5, 4-A-3, 4-B-3 : Tongatapu & Vava'u)

Target Group: Nursing supervisors (Local level)

Implementing agency : Nursing Division, MOH (Reproductive Health Nursing, Clinical Nursing, and School of Nursing)

Direct Beneficiaries : Nursing supervisors, Registered nurses (Reproductive Health and clinical nurses) working in primary and secondary level medical facilities^[1] in the pilot areas

Indirect Beneficiaries : Populations in Tonga

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Assumptions
Quality of community health services is improved in Tonga	1) The percentage of registered nurses whose results of competency assessment were rated either 3, 4, or 5 at all indicators. 2) The percentage of registered nurses whose results of competency assessment were improved ^[2] in comparison with the baseline data (in 2013).	Excel based M&E system developed by the Project	
Project Purpose:			
The mechanism of NB-IST ^[2] adopted into existing nursing supervision system is strengthened	1) % of registered nurses whose competencies were assessed using the Competency Standard once or more in one year 2) % of registered nurses that received a coaching with coaching sheet once or more in one year (After 2013, based on their needs). 3) Improved aspects in the supervision system noticed by national level supervisors (qualitative data will be used)	1),2) Project documents & Excel based M&E system developed 3) Terminal evaluation report	- A significant migration of nurses does not occur. -Management-related training for supervisors is institutionalised by MOH.
1. Nursing supervision system is redefined to accommodate in the NB-IST mechanism.	1) A document clearly defined functions and responsibilities of supervisors, line of reporting, etc.	1) Project documents & IST manual	-A significant change in policy and organizational settings of the MOH does not take place.
2. M&E system of NB-IST mechanism is established (in line with nursing supervision system).	1) A document defined M&E system of nursing supervision	1) Project documents & IST manual	
3. Nursing supervisor's ability in assessing competency of nurses are improved.	1) % of supervisors who are trained on Competency Assessment	2) Project documents & tools developed	
4. Nursing supervisor's ability in Coaching and NB-IST are improved.	1) % of supervisors who are trained on Supervision ² & Coaching (S&C) and NB-IST.	1)Project documents & Excel based M&E system	
5. The progress and results of the Project are shared among and beyond Tonga, Fiji and Vanuatu.	1) The number of audio and/or visual conferences 2) The number of presentations at international conferences	1)Project documents & Excel based M&E system 1) Project documents 2) Project documents	

<p>1-1. To conduct a baseline survey to clarify the structure and practices of nursing supervision</p> <p>1-2. To define roles and responsibilities of key actors (IST coordinators, National-level supervisors, local-supervisors, etc.) and the lines of reporting.</p> <p>1-3. To develop an IST manual for implementation of the NB-IST mechanism including the above-mentioned information (1-2).</p> <p>1-4. To obtain official endorsement by MOH on the IST manual</p> <p>2-1. To design an M&E system of nursing supervision and reflects it in the IST Manual.</p> <p>2-2. To develop M&E tools for the NB-IST mechanism including those for managing the information collected (=Excel based M&E system)</p> <p>2-3. To organise orientation training for local-level supervisors in M&E system</p> <p>2-4. The project provides technical support in M&E activities in the pilot areas.</p> <p>3-1. To finalize the Competency Standard (CS) for registered nurses</p> <p>3-2. To develop CS assessment tools (appraisal form and checklist)</p> <p>3-3. To train local-level supervisors on CS and its assessment by using CS officially endorsed</p> <p>3-4. To train Registered Nurses on CS in collaboration with MoH</p> <p>3-5. To support local-level supervisors in planning and implementation of the CS assessment in the pilot areas</p> <p>4-A-1. To develop tools for implementation of S&C.</p> <p>4-A-2. To train local-level supervisors on S&C</p> <p>4-A-3. National-level supervisors advice local-level supervisors in execution of the S&C through regular or post training supervisory visits (PTSV).</p> <p>4-B-1. To develop tools for planning and executing NB-IST.</p> <p>4-B-2. To train local-level supervisors on NB-IST.</p> <p>4-B-3. National-level supervisors support local-level supervisors in planning and execution of NB-IST.</p> <p>5-1. To Conduct tele- and/or video- conferences among the project teams in the three countries</p> <p>5-2. To Participate in the Third-Country Training Program in Fiji</p> <p>5-3. To Present the progress and results of the Project at international conferences^[5]</p>	<p>Japanese side</p> <p>(1) Dispatch of Experts</p> <ul style="list-style-type: none"> - Project management/Health policy - Project coordination/Nursing - Monitoring and evaluation system/Baseline and endline surveys - S&C <p>(2) Provision of equipment</p> <ul style="list-style-type: none"> - Office equipment - Other machineries and equipment mutually agreed upon as necessary - Printing guidelines and training materials <p>(3) Covering other cost</p> <ul style="list-style-type: none"> - Training costs (to be shared with Tongan side) <p style="text-align: center;">Target areas and groups</p> <table border="1" data-bbox="840 598 1456 813"> <thead> <tr> <th></th> <th>RHN</th> <th>Clinical Nurse in first/secondary medical facility</th> <th>Clinical Nurse in third level medical facility</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Competency Standards (CS)</td> <td colspan="3">Finalize and propose the common CS for RHN and clinical nurses</td> </tr> <tr> <td>S&C Training</td> <td></td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>Conducting S&C</td> <td></td> <td>○ (for Tongatapu and Vava'u)</td> <td>△ Conducting by themselves in OTC</td> </tr> <tr> <td>M&E Training</td> <td></td> <td>○</td> <td>×</td> </tr> <tr> <td>Conducting M&E</td> <td></td> <td>○ (for Tongatapu and Vava'u)</td> <td>×</td> </tr> </tbody> </table> <p><small>Source: Minutes of meetings between the Japan International Cooperation Agency and Authorities concerned of the Kingdom of Tonga on Japanese Technical Cooperation Project for Strengthening the Need-Based In-Service Training for Community Health Services, Nuku'alofa, 1st June, 2018</small></p>		RHN	Clinical Nurse in first/secondary medical facility	Clinical Nurse in third level medical facility	Competency Standards (CS)	Finalize and propose the common CS for RHN and clinical nurses			S&C Training		○	○	Conducting S&C		○ (for Tongatapu and Vava'u)	△ Conducting by themselves in OTC	M&E Training		○	×	Conducting M&E		○ (for Tongatapu and Vava'u)	×	<p>Tongan side</p> <p>(1) Counterpart personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> 1-1 Project Director: Director of Health, MOH 1-2 Project Manager: Chief Nursing Officer, MOH 1-3 Other counterparts: <ul style="list-style-type: none"> - Supervising Public Health Sister, MOH - Matron, Vaiola Hospital - Principal, QSSN - IST coordinator(s) <p>(2) Joint Coordination Committee members</p> <p>(3) Office space at MOH</p> <p>(4) Covering other costs</p> <ul style="list-style-type: none"> 4-1 Training costs (to be shared with Japanese side) 4-2 Recurrent costs (salary for MOH counterparts and utilities such as communication, electricity and water)
	RHN	Clinical Nurse in first/secondary medical facility	Clinical Nurse in third level medical facility																							
Competency Standards (CS)	Finalize and propose the common CS for RHN and clinical nurses																									
S&C Training		○	○																							
Conducting S&C		○ (for Tongatapu and Vava'u)	△ Conducting by themselves in OTC																							
M&E Training		○	×																							
Conducting M&E		○ (for Tongatapu and Vava'u)	×																							

[1] Primary medical facilities: Reproductive health clinics and Health centers, Secondary medical facilities: Prince Wellington Ngu Hospital (Vava'u), Niu'ui Hospital (Ha'apai), and Niu'eiki Hospital (Eua). Secondary medical facility in Direct beneficiary is only "Prince Wellington Ngu Hospital (Vava'u)"

[2] "Improved" means:

- Registered nurses who had only 4s and/or 5s will maintain their high rating.
- Registered nurses who had some 1s, 2s, and/or 3s will improve their rating to have better rating (have more 4s, and 5s than baseline rating).

[3] A Tongan version of a NB-IST mechanism is to be established based on the Fiji's NB-IST mechanism, which consists of: (i) S&C of nurses; (ii) IST needs identification; and (iii) planning and execution of NB-IST, accompanied by (iv) M&E of the entire process of the mechanism.

[4] Supervision is the process of guiding, helping and encouraging nurses to improve their competency and performance, and increase outputs. There are five phases in "Supervision process": CS assessment, analysis of the results of CS assessment, planning to address areas need to be developed, implementation of coaching and NB-IST, and evaluation. During "the supervision", supervisor conducts phases of "CS Assessment" and "analysis of the results of CS assessment (outcome identification)" in the "Supervision process". On the other hand, nursing supervising system described in project

[5] Eg, PHRHA(Pacific)Human Resource for Health Alliance, Pacific Professional Nurse Association, 2nd Global Forum on HRH in Bangkok

Annex 3.

List of persons interviewed

Name	Designation
Dr. Siale 'Akau'ola	Director of Health
Sr. Sela Paasi	Chief Nursing Officer
Sr. Afu Tei	Supervising Public Health Sister (National Supervisors (RH))
Sr. Tilema Cama	Principal, Queen Salote School of Nursing (National Supervisor)
Sr. Seilini Soakai	Supervising NCD Nurse (National Supervisor (NCD))
Sr. Alisi Fifita	Senior Public Health Sister (Local Supervisor RH, Tongatapu)
Sr. 'Iunisi Vaikimo'unga	Public Health Sister Graduate (Local Supervisor RH, Tongatapu)
Sr. Siu Pifeleti	Senior Nursing Sister (Local Supervisor, Vaiola Hospital)
Sr. Mele Havealeta	Senior Nursing Sister (Local Supervisor, Vaiola Hospital)
Sr. Emeline Takai	Nurse Practitioner (Local Supervisor RH, Vava'u)
Sr. Meliame Tupou	Senior Nursing Sister (Local Supervisor Clinical, Vava'u)
Ms. Kuluveti Wolfgam	Reproductive Health Nurse, Houma Health Centre
Ms. 'Ilaisaane Vi	Reproductive Health Nurse, Nukunuku Health Centre
Ms. Lataimaumi Kengike	Reproductive Health Nurse, Ma'ufanga RH Clinic
Ms. Lea'ola Tuiaki	Reproductive Health Nurse, Ma'ufanga RH Clinic
Dr. Toa Fakakovikaetau	NCD Community Health Technical Coordinator, Tonga Health System Support Programme

Annex 4

Details of Inputs

<By Japan>

1. Provision of equipment
 - a. Equipment for the Project

Equipment	Number	Location
Laptop computer	1	Chief Nursing Officer (Project Manager)
Ink-jet printers	2	Supervising Public Health Sister Queen Salote School of Nursing
Multimedia projector	2	Queen Salote School of Nursing

- b. Equipment for Japanese Experts

Equipment	Number	Location
Digital Camera	1	Project Office
Tripod	1	Project Office
SD Memory Card	1	Project Office

2. Activity cost

Year	Duration	JPY
1 st year	Feb.-Mar. 2011	1,489,326
2 nd year	May – Dec. 2011	4,875,906
3 rd year	Feb. – Jan. 2012	6,653,707
4 th year	Feb. – Jul. 2013	3,046,045
Total		16,064,984

3. Assignment of JICA Experts

Name	Expertise	# Days Assigned
Tomoko Hattori	Chief Advisor/Project Management	133
Keiko Nagai	Sub-chief Advisor/Project Management/Health Policy	51
Akiko Okitsu	M&E system	47
Keiko Kobayashi	Supervision & Coaching	264
Saeko Hatta	Supervision & Coaching	5
Etsuko Ide	Project Coordination	8
Yoshie Mizogami	Impact Study	12
Miki Kobayashi	Impact Study	110
Soko Fujino	Project Coordination/Nursing	40
Shino Nishimagi	Project Coordination/Training Management	163
Total		833

Annex 4

Details of Inputs

<By Tonga>

1. Counterpart personnel:

No.	Name	Position	Designation in the Project	Assignment	
				From	To
1	Dr. Siata 'Akau'ola	Director of Health, MOH	Project Director	Feb. 2011	Present
2	Sr. Sela Paasi	Chief Nursing Officer, MOH	Project Manager	Feb. 2011	Present
3	Sr. 'Ofa Takulua	Matron, Vaiola Hospital, MOH		Feb. 2011	Jul. 2012
4	Dr. Amelia Tu'ipulotu	Matron, Vaiola Hospital, MOH		Jul. 2012	Present
5	Sr. Siu Pifeleti	Assistant Matron, Vaiola Hospital, MOH		Aug. 2012	Present
6	Sr. Afu Tei	Supervising PH Sister, MOH		Feb. 2011	Present
7	Sr. Tilema Cama	Principal, QSSN		Feb. 2011	Present
8	Mr. Viliami Ika	Principal Health Planning Officer, MOH		Feb. 2011	Present
9	Mr. Tu'akoi 'Ahio	Principal Health Administrator, MOH		Feb. 2011	Present
10	Sr. Sellini Soakai	Senior Nursing Sister, In Charge of NCD, MOH →Supervising NCD Sister, MOH		Feb. 2011	Present
11	Sr. Alisi Fifita	Supervising RH Sister, MOH		Feb. 2011	Present
12	Sr. 'Iunisi Valkimo'unga	Public Health Sister Graduate, MOH		Feb. 2011	Present
13	Sr. Kathryn Vaka	Senior Tutor Sister, QSSN		Feb. 2011	Present
14	Ms. Emeline Takai	Nurse Practitioner, Vava'u, MOH		Feb. 2011	Present
15	Sr. Kalisi Finau	Senior Nursing Sister, Ha'apai, MOH		Feb. 2011	Present
16	Sr. Kalo Latu	Nursing Sister, 'Eua, MOH		Feb. 2011	Present

2. Office space

One room in QSSN with some office furniture has been allocated to use as a project office for all the Japanese experts and a locally recruited project staff. Meeting rooms are made available on sharing basis in the MOH as and when needed.

3. Local expenses

The following expenses have been covered by MOH.

- Salaries of the counterpart personnel.
- Utilities (water and electricity) for the project office
- Transport for field activities (partially)
- Lunch/refreshment during field visits

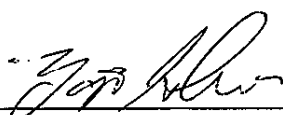
MINUTES OF MEETING
BETWEEN
JAPANESE TERMINAL EVALUATION TEAM
AND
AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF
THE REPUBLIC OF VANUATU
ON
JAPANESE TECHNICAL COOPERATION FOR THE PROJECT
FOR STRENGTHENING THE NEED-BASED IN-SERVICE TRAINING
FOR COMMUNITY HEALTH NURSES

The Japanese Terminal Evaluation Team (hereinafter referred to as “the Team”) organized by Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”), headed by Mr. Yojiro Ishii visited The Republic of Vanuatu (hereinafter referred to as “Vanuatu”) from August 18th to August 31st, 2013 for the purpose of the Terminal Evaluation of “The Project for Strengthening The Need-Based In-Service Training for Community Health Nurses” (hereinafter referred as “the Project”).

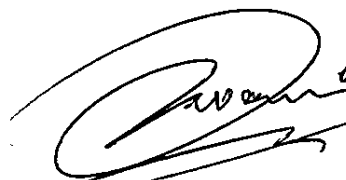
During its stay in Vanuatu, the Team reviewed the achievements of the Project and had a series of discussions with authorities concerned in the Ministry of Health and related organizations in Vanuatu as well as JICA experts for future direction of the Project.

As a result of the study which was compiled in the Joint Terminal Evaluation Report (hereinafter referred as “the Report”) and discussions, both sides agreed upon the matters referred to in the Report attached hereto.

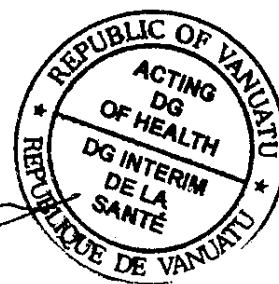
Port Vila August 30th, 2013



Mr. Yojiro Ishii
Leader
Terminal Evaluation Team
Japan International Cooperation Agency
Japan



Dr. Santus Wari
Director of General
Ministry of Health
The Republic of Vanuatu



JOINT TERMINAL EVALUATION REPORT
ON
THE PROJECT FOR STRENGTHENING THE NEED-BASED IN-SERVICE
TRAINING FOR COMMUNITY HEALTH NURSES

Ministry of Health of the Republic of Vanuatu

Japan International Cooperation Agency

AUGUST 2013



List of abbreviations

APA	Annual Performance Appraisal
CHN	Community Health Nurse
CNO	Chief Nursing Officer
CS	Competency Standards
CSA	Competency Standards Assessment
DAC	Development Assistance Committee
DPs	Development Partners
HC	Health Centre
HRH	Human Resources for Health
HSS	Health Sector Strategies
IST	In-service Training
JCC	Joint Coordination Committee
JICA	Japan International Cooperation Agency
JPY	Japanese Yen
M&E	Monitoring and Evaluation
MOH	Ministry of Health
NB-IST	Needs-Based In-Service Training
NP	Nurse Practitioner
NSM	Nursing Service Manager
PDM	Project Development Matrix
PHM	Provincial Health Manager
PHO	Provincial Health Office
PSC	Public Service Commissions
PTSV	Post-Training Supervisory Visit
R/D	Record of Discussions
RN	Registered Nurses
S&C	Supervision and Coaching
VCH	Vila Central Hospital
VCNE	Vanuatu College of Nursing Education
Ver.	Version
VIHT	Vanuatu Institute of Health Training
VNC	Vanuatu Nursing Council
VUV	Vanuatu Vatu
WHO	World Health Organisation

Table of Contents

CHAPTER 1. SCOPE OF THE TERMINAL EVALUATION STUDY	1
1-1 BACKGROUND OF THE TERMINAL EVALUATION	1
1-2 OBJECTIVES OF THE TERMINAL EVALUATION	1
1-3 JOINT EVALUATION TEAM	2
1-4 FRAMEWORK OF THE PROJECT	2
CHAPTER 2. EVALUATION PROCESS	3
2-1 METHODOLOGY OF EVALUATION	3
2-2 FIVE EVALUATION CRITERIA	3
CHAPTER 3. PROJECT PERFORMANCE	5
3-1 INPUTS	5
3-1-1 Inputs from the Japanese side	5
3-1-2 Inputs from the Vanuatu side	5
3-2 ACHIEVEMENTS OF THE PROJECT	6
3-2-1 Outputs	6
3-2-2 Project Purpose	10
3-2-3 Likelihood of achieving the Overall Goal	10
3-3 IMPLEMENTATION PROCESS	11
3-3-1 Challenges faced:	11
3-3-2 Contributing factors	12
3-3-3 Revision of PDM	12
CHAPTER 4. EVALUATION RESULTS	13
4-1 RELEVANCE	13
4-1-1 Policy context	13
4-1-2 Responsiveness to the needs	13
4-1-3 Operational Context	13
4-2 EFFECTIVENESS	14
4-3 EFFICIENCY	14
4-4 IMPACT	14
4-4-1 Positive development	14
4-4-2 Other Implications	15
4-5 SUSTAINABILITY	15
4-6 CONCLUSION	16
CHAPTER 5. RECOMMENDATIONS AND LESSONS LEARNED	17
5-1 RECOMMENDATIONS	17
5-1-1 To the Project management	17
5-1-2 To the Ministry of Health	17
5-1-3 To JICA	17
5-2 LESSONS LEARNED	18

90



CHAPTER 1. SCOPE OF THE TERMINAL EVALUATION STUDY

1-1 BACKGROUND OF THE TERMINAL EVALUATION

Development of human resources for health (HRH) is recognised as a crucial issue for ensuring quality health services and ultimately achieving better health outcomes of the population. In the Pacific region, nurses, midwives and nurse aids play a vital role in providing community health services. However, challenges in HRH management are considerable, where adequate recruitment and continuous professional development plans are absent and supervision systems are weak. These challenges are underling the severe shortages and maldistribution of nurses and nursing supervisors in the region, which impairs quality of health services.

Given the situation, Japan together with the Ministry of Health (MOH) of Fiji, implemented a three-year project entitled “Project for In-Service Training of Community Health Nurses in Fiji” (hereafter referred as “the previous project”) from 2004 to 2008. The previous project achieved successful outcomes through instituting a competency assessment and strengthening supervision and coaching for community health nurses through the process named “need-based in-service training (NB-IST) system” in the central division of Fiji. Having a similar set of issues, The Republic of Vanuatu (hereafter referred to as “Vanuatu”) together with Tonga and other parts of Fiji is targeted at for a new regional project entitled “Project for Strengthening the Need-Based In-Service Training for Community Health Nurses” (hereafter referred to as “the Project”) which was launched in 2010. In Vanuatu, the Project aims to create and pilot a Vanuatu model of Supervision and Coaching (S&C) for community health nurses, in the light of Fiji’s NB-IST mechanism.

Approaching to an end of the project in 2014, the Terminal Evaluation Team (hereafter referred to as “the Team”) was organized in accordance with the Japan International Cooperation Agency (JICA) evaluation guidelines. The Team aims to review progress and achievement of the Project as well as to have common understanding of the course of the Project for the remaining period.

The Terminal Evaluation was conducted region-wide from August 11th to 25th September 2013, covering Vanuatu for the period of August 18th to August 31st 2013.

1-2 OBJECTIVES OF THE TERMINAL EVALUATION

The objectives of the Terminal Evaluation are as follows:

- To review the progress of the Project based on the latest Project Design Matrix (PDM) by examining the inputs, activities and outputs;
- To evaluate the achievement as of the time of the Terminal Evaluation in accordance with the five evaluation criteria of DAC (*Relevance, Effectiveness, Efficiency, Impact and Sustainability*);

98



- To identify the contributing factors and inhibitory factors for the achievements of the Project;
- To identify the issues to be solved and make recommendations on the measures to be taken for the rest of the Project period; and
- To summarize the result of the study in a Joint Terminal Evaluation Report.

1-3 JOINT EVALUATION TEAM

The members of the Team dispatched from Japan are listed below.

No	Name	Mission Title	Organization/Occupation	Period
1	Mr. Yojiro ISHII	Leader	Senior Advisor (Health Sector), JICA	25Aug – 31Aug 2013
2	Ms. Yumiko YAMASHITA	Cooperation Planning	Associate Expert, Health Division 3, Health Group 2, Human Development Department, JICA	25Aug – 31Aug 2013
3	Ms. Naomi IMANI	Evaluation Analysis	Senior Researcher, Global Link Management Inc.	18Aug – 31Aug 2013

The Schedule of the Team is attached as Annex 1.

1-4 FRAMEWORK OF THE PROJECT

As per the PDM ver.3 officially endorsed in July 2013 (Annex 2), a narrative summary of the Project is described as follows:

(1) Overall Goal

The entire NB-IST system is designed and piloted in the pilot province with the prospect of expansion to other provinces.

(2) Project Purpose

A field-adjusted model of Supervision and Coaching (S&C) is undertaken in the pilot province on a regular basis.

(3) Outputs

1. The model of S&C piloting is designed and available.
2. Nursing supervisors in the pilot province are equipped with S&C skills.
3. S&C is being practiced by Nursing supervisors on a routine basis in the pilot province.
4. The progress and results of the Project are shared within, among and beyond Vanuatu, Fiji and Tonga.

4/6

CHAPTER 2. EVALUATION PROCESS

2-1 METHODOLOGY OF EVALUATION

In accordance with the JICA Project Evaluation Guidelines of June 2010, the Terminal Evaluation of the Project was conducted through the following process:

- Step 1: The latest version of the PDM (Ver. 3) was adopted as the base of the Terminal Evaluation exercise, against which the Project achievements in terms of input, output and status of the indicators were assessed.
- Step 2: Analysis was carried out on the factors that affected positively or negatively the achievement levels including matters relating to both the Project design and Project implementation process.
- Step 3: An assessment of the Project was done based on the five evaluation criteria: “relevance”, “effectiveness”, “efficiency”, “impact” and “sustainability” (see 2.2 for further details).
- Step 4: Recommendations for the Project stakeholders for the remaining implementation period were formulated and lessons learned extracted for future projects to be implemented in similar circumstances.

Data collection methods used by the evaluation team were as follows:

- Literature review: documents related to and produced by the Project such as the Record of Discussions (R/D), PDM, progress reports and minutes of meetings were reviewed in order to examine the progress and achievements of the Project to date;
- Interviews with Japanese and Vanuatu personnel to verify the findings from the document review and obtain further information and insights regarding the process and achievements including challenges faced by the Project;
- Key informant interviews to draw out opinions of the Project personnel and other stakeholders on the relevant issues identified. A list of people consulted is attached as Annex 3.
- Direct observation on usages of the tools produced by the Project

2-2 FIVE EVALUATION CRITERIA

The five criteria of evaluation are defined as follows:

Relevance	Degree of compatibility between the development assistance and priority of policy of the target group, the recipient, and the donor.
Effectiveness	A measure of the extent to which an aid activity attains its objectives.
Efficiency	Efficiency measures the outputs -- qualitative and quantitative -- in relation to the inputs. It is an economic term which is used to assess the extent to which aid uses the

4/



	least costly resources possible in order to achieve the desired results. This generally requires comparing alternative approaches to achieving the same outputs, to see <i>whether the most efficient process has been adopted.</i>
Impact	The positive and negative changes produced by a development intervention, directly or indirectly, intended or unintended. This involves the main impacts and effects resulting from the activity on the local social, economic, environmental and other development indicators.
Sustainability	<i>Sustainability is concerned with measuring whether the benefits of an activity are likely to continue after donor funding has been withdrawn. Projects need to be environmentally as well as financially sustainable.</i>

Source: JICA "New JICA Guidelines for Project Evaluation First Edition", June 2010

98



CHAPTER 3. PROJECT PERFORMANCE

3-1 INPUTS

The inputs made by Japanese and Vanuatu sides up to July 2013 are summarized below. Further details of the inputs are found in Annex 4.

3-1-1 Inputs from the Japanese side

(a) Personnel

A total of 10 Japanese personnel, headed by Chief Advisor, have been dispatched to engage in the Project in Vanuatu for various durations. Their areas of expertise include project management, supervision and coaching, impact study, Monitoring and Evaluation (M&E) and project coordination. The total assignment period amounts to 15.7 man-month as of the end of July 2013. In addition, one project officer was locally recruited to assist mainly in administration of the Project.

(b) Provision of equipment

Office equipment such as laptop computers, printers, projectors, a photocopier, a bookshelf was procured and placed in the project office, Shefa Provincial Health Office (PHO) and Vanuatu College of Nursing Education (VCNE).

(c) Operational expenses

Expenses for activities and material productions borne by the Japanese side up to the end of July 2013 amount to JPY 11,968,787 (VUV 11,575,229¹).

3-1-2 Inputs from the Vanuatu side

(a) Personnel

Five (5) positions in the MOH and one in the Vanuatu Nursing Council (VNC) were identified as the counterparts from the Vanuatu side. There has been a total of 13 personnel who held/hold these positions since the beginning of the project. In addition, a number of personnel from various units of the MOH including the Vila Central Hospital (VCH), VCNE and VNC were involved as members of the working group established by this project.

(b) Land, buildings and facilities

The Project has been provided with a partially furnished office space with provision of electricity

¹ Conversion using JICA's standard exchange rate of July 2013 at VUV 1.00 = JPY 1.034

90



and water supplies within the MOH premises.

(c) Operational expenses

The MOH covered salaries of the counterpart personnel, utility costs of the project office and a part of travel-related expenses for regular supervision by zone supervisors. The MOH has also contributed VUV 940,165 (JPY 972,131) to support the project’s training activities, baseline survey and maintenance of a photocopier (as of July 2013).

3-2 ACHIEVEMENTS OF THE PROJECT

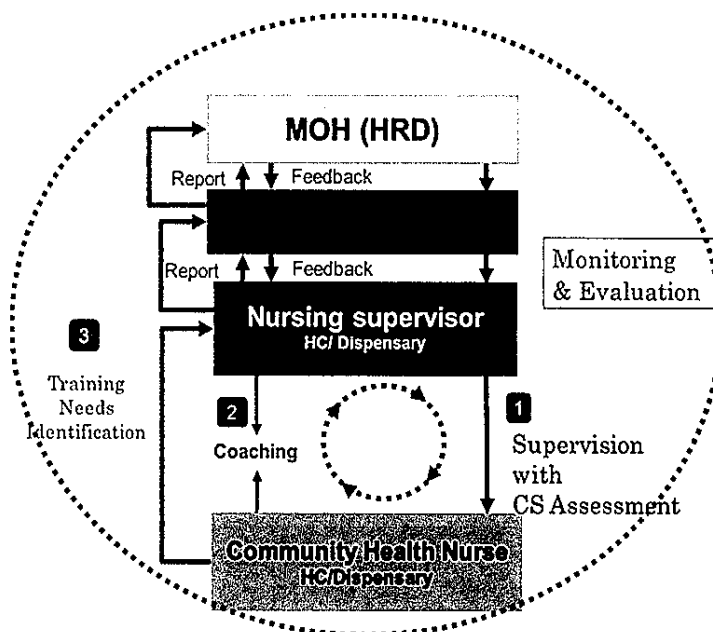
3-2-1 Outputs

This section examines the extent of achievements for each of the outputs vis-à-vis the assigned indicators with brief descriptions of the activities undertaken.

(1) Output 1: The model of S&C piloting is designed and available.

In creating a Vanuatu model of S&C, the Fiji’s NB-IST mechanism served as the base for designing and piloting an organised process of supervision, through which CHNs are empowered. As competency standard assessment (CSA) of registered nurses (RN) is the starting point of the mechanism, the project started with finalisation of the “The Competencies Standards and Indicators for Registered Nurses in Vanuatu” which had been initiated by VNC with some inputs by such partners as the New Zealand Nursing Council and WHO. Simultaneously, the project worked on development of a Vanuatu version of S&C system (Figure 1) facilitated by Japanese advisors and Fijian counterparts through in-country workshops and regional exchange with Fiji. As a product, “the Guidelines on Supervision and Coaching for Nursing Supervisors in Vanuatu Health Services” (“the S&C guidelines”) which includes various tools to be used by nursing supervisors was developed.

Figure 1: Vanuatu's S&C model



9 f

Current status of the assigned indicators for this output is shown in the table below.

Verifiable indicators	Status
1-1. 100% of nursing supervisors in the pilot province own guidelines/manuals.	A final draft of the S&C guidelines has been produced but is unable to be finalised due to the on-going restructuring of the MOH and PHOs.
1-2. The draft of Competency Standard(CS) is finalized	The CS for RN was finalised and endorsed by the VNC in 2011, introduced to all the provinces in 2012 and officially launched in April 2013.

At the time of this evaluation, the project is yet to appropriately test out the “Monitoring & Evaluation” part of the S&C system (see Output 2 below). The applicable section of the S&C guidelines requires a little more fine-tuning to put more focus on monitoring of improvements on the gaps identified rather than reporting.

The project envisages having the S&C guidelines endorsed by the MOH as the national guidelines, to roll out the system to other provinces. The model may need to be evaluated thoroughly after a few rounds of its application, however, before it could be considered for adoption as the national model. Similarly, more vigorous consultations with stakeholders of various national programmes, which have their own supervisory and monitoring systems, may need to take place to clarify if this newly developed system would also affect them.

(2) Output 2: Nursing supervisors in the pilot province are equipped with S&C skills

As Vanuatu does not have a clear nursing administration in place, the project started with identifying supervisors for CHNs in the Shefa Province’s health system. After examining the structure of the provincial health administration and determining responsibilities, required skills, aptitude and qualifications required of nursing supervisors, the project’s working group (a member list attached as Annex 5) identified the four zone supervisors as the first-line nursing supervisors and also some nurse practitioners (NP), midwives and senior nurses as the second-line. Those identified received training in 2012 and/or 2013² on the competency standards assessment (CSA), supportive supervision including coaching skills and reporting in line with the pilot model of S&C. After these training, the project organised “Post Training Supervisory Visits (PTSV)”, through which the Provincial Health Manager (PHM) or Nursing Service Manager (NSM) together with a Japanese advisor observed and advised on their application of the newly learnt skills in real settings. PTSVs were repeated as required, depending on the needs of individual supervisors. These occasions also served as hands-on training for the managers at the provincial level in monitoring and supportive supervision.

² Some supervisors could not attend both due to cancellation of their flight to Port Vila caused by rough weather. Meanwhile, Nurses-In-Charge at VCH and some project officers at Shefa PHO participated in the both training sessions.

ng

The project initially planned to have a separate training session for six Provincial Health Managers in monitoring of the S&C system the project is instituting. Since the scope of the project was recently narrowed down to concentrate on Shefa Province only, however, this is going to be replaced by hands-on training on monitoring of the S&C system just for the PHM and the NSM, who are considered to have sufficient understanding and skills on S&C through their full involvement in all the workshops organised under this project.

The table below shows the status of the two indicators assigned to the Output 2.

Verifiable indicator	Status
2-1. 100% of nursing supervisors in the pilot province are trained on S&C skills.	8 out of 9 (88.9%) nursing supervisors participated in all the training. The remaining one is scheduled to receive training on the part he missed out before the end of 2013.
2-2. The Provincial health manager of the pilot province is trained on S&C monitoring.	PHM and NSM of Shefa Province are to receive hands-on training in October.

As these indicators do not verify how well those trained are equipped with necessary skills, the evaluation team interviewed the four zone supervisors, PHM and NSM of Shefa Province. They are mostly comfortable and confident in carrying out S&C activities including CSA, with exceptions of one zone supervisor who is relatively new, and the PHM, who is not a nurse, in assessing the competencies of nurses³. On the other hand, the evaluation team did not find involvement of the five “second-line” supervisors in the S&C activities. The project needs to (i) provide some additional support for the new zone supervisor so that she feels confident and (ii) carry out some assessment of the skill levels of the five “second-line supervisors” before concluding production of the Output 2 as satisfactory.

(3) Output 3: S&C is being practiced by nursing supervisors on a routine basis in the pilot province.

According to the draft S&C guidelines, a nursing supervisor is to visit all the health facilities (Health Centres and Dispensaries) in his/her zone twice a year to (i) carry out CSA with each and every RN including NP and midwives and (ii) check on the items and issues listed in the supervisory checklist developed by the project. The status of the indicator is as follows:

Verifiable indicator	Status
3-1. 75% of zone supervisors in the pilot province conduct at least one S&C to their supervisee CHNs in a 6-month period, after S&C operation starts.	All (100%) the zone supervisors carried out 2 rounds of supervision between since August 2012 when S&C operation started.

³ Principal of VNC or NSM did the CSA of the zone supervisors in the latest round of assessment.

Although the target figure for the indicator was achieved and that S&C was done twice a year as prescribed in the guidelines, this does not necessarily mean that the S&C has become a routine activity, especially when they were managed and funded by the project. To verify this point, another evaluation may be needed in 1-2 years after the JICA's support is withdrawn.

To make it a routine exercise, according to the draft S&C guidelines, the supervisors and the provincial level managers are to account for the associated costs in the province's Business Plan, and this has been done for 2014 in Shefa Province. Provided the MOH is able to cover the expenses, the issue of the cost should not arise at least for next one year⁴. Finding time for supervision, which had been identified as another major bottleneck, may continue to be a problem, depending on circumstances. Two supervisors out of the four interviewed feel that biannual supervisory visits to all the HC and dispensaries are manageable, while the other two found it difficult to cope by herself, for (i) the demand for services at the HC she is stationed is heavy and (ii) 20 nurses in the zone are too many for one supervisor to supervise properly in accordance with the draft guidelines.

The evaluation team noted that provision of feedback to supervisees on the issues discussed during a supervisory visit is not adequately practiced. This is an indication that necessary actions are not taken or followed up at the provincial and national levels, which should be looked into as a part of the system. Unless the system brings about some improvement, it may not be appreciated enough to be utilised on a regular basis. Moreover, establishing a feedback system would be a foundation for future development of an NB-IST system, through which training is provided as a form of feedback.

(4) Output 4: The progress and results of the Project are shared within, among and beyond Vanuatu, Fiji and Tonga.

In order to provide cross-learning opportunities, the project organised video conferences and regional workshops for project counterparts from Vanuatu, Fiji and Tonga. Similarly, to enable those in Vanuatu and Tonga to obtain first-hand information on the NB-IST mechanism and its application, two regional workshops were organised in Fiji, participated by a total of 9 members of the working group from Vanuatu. Two Fijian counterpart personnel were also invited to facilitate workshops in Vanuatu.

Within Vanuatu, the Competency Standards and the assessment tool were introduced to other 5 provinces with orientation training facilitated by the VCNE in 2012. The CS booklets, after the launching in April 2013, are now distributed by the VNC to RNs at the time of their licence renewal. However, to date, the VNC has not been able to carry out further follow-up activities to ensure or to monitor application of the CS due to lack of appropriate capacities.

⁴ The first supervisory visits for 2013 in zones 1 and 2 were to be covered by the MOH/PHO. A supervisor reported difficulties in getting the travel expenses reimbursed. Another round of supervision is planned in October 2013, of which expenses are to be borne by the MOH/PHO.

yl



The project has also organised several times a forum to discuss and/or review the outputs of the project inviting relevant stakeholders from the MOH as well as PHOs of other provinces.

The table below shows the status of the indicators for this output.

Verifiable indicators	Status
4-1. The number of audio and/or visual conferences.	Vanuatu participated in 2 video conferences out of 3 organised by the project. The first one was carried out before the project in Vanuatu started in March 2011.
4-2. The number of presentations at international conferences	Nil.

3-2-2 Project Purpose

- (1) **Project Purpose: “A field-adjusted model of Supervision and Coaching (S&C) is undertaken in the pilot province on a regular basis.”**

The project aims to set up and run a system of supportive supervision in Shefa Province as a pilot. The indicators as seen in the table below show an increasing trend in coverage of related activities undertaken by the zone supervisors.

Verifiable indicators	Status
In the pilot province,	
1. 80% of health facilities receive one or more supervisory visits in a 6-month period.	2012: 84.0% (21/25) 2013: 100% (26/26) 2012-2013: 92.2%
2. 80 % of CHNs are assessed their competency based on the CS once in a year.	2012: 71.1% (27/38) 2013: 97.4% (38/39) 2012-2013: 84.4%
3. 80% of CHNs needing coaching receive coaching once or more in a year.	2012: 33.3% (8/24) 2013: 88.6% (31/35) 2012-2013: 66.1%

The set targets were met in 2013 for all the three indicators. That does not however, verify if these activities are now undertaken “on regular basis” after just two rounds of supervisory visits mostly funded by the project. Some of the challenges for regular and routine S&C remain unaddressed, as already discussed under the Output 3.

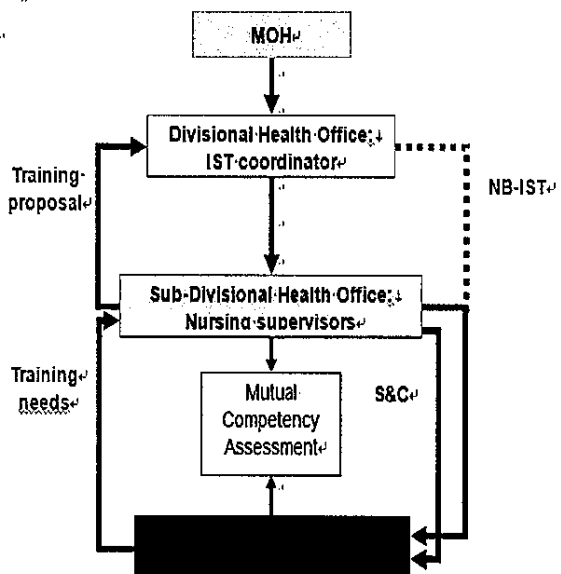
Challenges and implications of this supervisory system created by the project are further discussed under 3-3 Implementation Process as well as Chapter 4.

3-2-3 Likelihood of achieving the Overall Goal

- Overall Goal: “The entire NB-IST system is designed and piloted in the pilot province with the prospect of expansion to other provinces.”**

The Overall Goal is, according to the JICA's evaluation guidelines, a goal to be achieved as a result of this project in 3 to 5 years from the end of the project. In order for the Shefa PHO to achieve this goal, it would need to establish appropriate procedures and capacity in (i) identifying, from the information gathered through the S&C system, skill/competency gaps that are most suitably addressed by a short provincial-level training and (ii) organisation of such training including obtaining necessary resources, while continuing and strengthening the S&C system that includes CSA, S&C and M&E, all of which are components of the "entire NB-IST system" developed in Fiji which served as the base for

Figure 2: Fiji's NB-IST mechanism



Vanuatu and Tonga (Figure 2). The project is planning to train the current PHM and NSM of Shefa Province in these aspects but they may need further technical guidance in these areas.

In addition, to aim for nationwide expansion of the NB-IST system, the VNC's role in rolling out and supervising application of the CSA in other five provinces is crucial. As of today, however, the VNC does not have sufficient capacity to do so.

3-3 IMPLEMENTATION PROCESS

3-3-1 Challenges faced:

(1) Operational

- ♦ Training and PTSV activities were affected by the weathers that suspended flights to/from outer islands. An elderly supervisor had difficulties in visiting all the dispensaries under his responsibility in a limited duration of PTSV.
- ♦ CSA is best done by a staff nurse and his/her immediate supervisor. However, as the PHM who supervises the zone supervisors are not a nurse himself, their assessment had to be done by CNO or Principal of the VCNE.
- ♦ All the materials were produced in English and some non-English speakers reportedly had difficulties. As Bislama, a locally spoken language, would not be able to capture and translate all the concepts, French translation should be made available.

YD

[Handwritten signature]

- ♦ The project duration is rather short. The project officially started in March, but implementation of activities did not start until late May 2011. Durations for which Japanese advisors stay in Vanuatu are limited and in their absence a little progress is made in terms of activity implementation.

(2) Structural

- ♦ It was a great challenge to run a project on nursing when there is no structured nursing administration in the system. Formulation of a working group was a best available solution but it may be of little help in terms of sustainability as it is likely to be disbanded when the project ends. Further discussion is found under Sustainability in Chapter 4.
- ♦ The on-going restructuring of the health administration has been a major challenge to this project, which attempts to set up a system that fits and functions in the existing health administration. The ever-changing structure and shifting of personnel were at times confusing and somewhat counterproductive as the project just has to “wait and see”.

3-3-2 Contributing factors

(1) Operational

Some Japanese Overseas Cooperation Volunteers took interest in this project and facilitated implementation of activities both at the central and zone levels.

(2) Structural

Having VCNE under the MOH, the project enjoyed their technical inputs and cooperation, which was of great value especially in the absence of a structured nursing administration and of a strong nursing council.

3-3-3 Revision of PDM

The PDM was revised and formally endorsed in July 2013, to narrow down the scope of the project, which initially aimed to introduce the system to all the 6 provinces. Concentration in Shefa was agreed as a better option by the JCC than spreading too thinly into other provinces. The project now concentrates its effort in Shefa Province (the pilot province) to establish the S&C model and practice, leaving the MOH (i) to replicate it in other provinces in future and (ii) the Shefa PHO to further develop it into “an entire NB-IST system”.

41



CHAPTER 4. EVALUATION RESULTS

4-1 RELEVANCE

4-1-1 Policy context

The project appears relevant to the current health strategies of the country. The Health Sector Strategy (HSS) 2010-2016 explicitly states that nurses' skill training is a key to better service delivery and that provision of more in-service training is one of the measures to be taken by the MOH. Implementation of effective performance management system stated therein is also an area to which this project contributes.

4-1-2 Responsiveness to the needs

The project responds well to some of the country's needs, such as those identified by a situation analysis conducted in 2012 by WHO in preparation for development of a new Health Workforce Plan 2013-2033⁵ including:

- ♦ Lack of supportive supervision at regular intervals, training, regular performance appraisal and constructive feedback, that result in absence of commitment of the staff⁶; and
- ♦ Need for teaching of management skills for those who have a predominantly clinical background, but are called upon to take up management functions.

4-1-3 Operational Context

The relevance of the project appears low in terms of the today's context of the health administration in Vanuatu. While the importance of IST for nurses are recognised as mentioned above, in operationalisation of the HSS, the priority is given to increasing the absolute number of nurses rather than improving their skills through local IST, making this project somewhat isolated.

The usefulness of the piloted system created depends on availability of resources to make regular supervisory visits possible, including funds, transport and time (human resources). These have been major challenges faced by the MOH and they are likely to remain threats to the pilot S&C system for a while even with consolidated efforts by the MOH and Development Partners to overcome them.

Attempting to create a system when the whole health administration is undergoing a major restructuring may not have been the most productive way to invest resources. The values of the management tools produced by this project are, however, unlikely to be affected drastically by the

⁵ "Creating a Health Workforce Plan for Vanuatu for the period 2014-2033" by Norbert Dreesch, WHO/STC, Nov. 2012

⁶ This issue was also identified by the baseline survey undertaken by the project.

restructuring.

4-2 EFFECTIVENESS

As per the PDM, the purpose of this project was to set up and test-run a pilot model of S&C. In this sense, the structure of the project was proven to be effective. On the other hand, a pilot should be evaluated and adjusted, if necessary, before considered for replication. As a future nationwide expansion is indicated in the Overall Goal statement, such an evaluation must be undertaken in a few years, after the model is implemented under the management of the Shefa PHO/MOH for some time.

The evaluation team noted some positive effects of supportive supervision on motivation of the nurses. At the same time, the supervisory check list has provided some framework and guidance to the nursing supervisors, who previously were not sure as to the duties and functions expected of them. Similarly the CS and the assessment have given all the nurses clear standards of the required competencies, and together with the supportive supervision, renewed aspirations to perform better.

4-3 EFFICIENCY

The project efficiency was compromised by several factors.

Firstly, the on-going restructuring of the MOH/PHO had negative impact on the efficiency of the project as the pilot S&C system, which is to be a part and parcel of the health administration, has to be adjusted every time the MOH/PHO structures are modified to ensure appropriate links to relevant departments/units of the MOH/PHO. Secondly, with more thorough situation analysis at the time of the project formulation, the resources spent on the baseline survey could have been used in more productive ways. Lastly, the PDM was not fully understood by all the parties involved, requiring many sessions of clarifications between the Japanese advisors and the counterpart throughout the project duration.

On a positive note, by linking this project to those of Fiji and Tonga, travel-related costs for Japanese advisors were greatly reduced.

4-4 IMPACT

By creating and instituting a system for nursing supervision, the following impacts are observed.

4-4-1 Positive development

- (1) As a requirement for the yearly licence renewal, VNC accepts CSA results in place for the PSC's annual performance appraisal (APA). The VCH has now replaced the APA with the CSA for all its nurses. For CHN, desire to do the same has also been expressed but a few structural issues may

4/9



need to be sorted out, i.e. who should assess performances of zone supervisors when the PHM is not a nurse.

- (2) VCH is planning to develop supplementary competency checklist for hospital nurses that is more specific to the clinical settings.
- (3) VCNE has revised its curriculum to integrate the CS. Similarly Vanuatu Institute of Health Training (VIHT) has reportedly integrated some S&C components in its training curriculum for NP (unconfirmed).

4-4-2 Other Implications

By setting up a system of supervision for CHNs, the project appears to be creating yet another vertical system in the health administration, when PHOs along with the MOH need to integrate the vertical systems set up and owned by different national programmes for the sake of resource efficiency. On the other hand, the pilot S&C system, unlike other national programmes, strengthens and utilises zone supervisors, presenting an alternative model of supervision. The potentials and limitations of this model should be further examined to contribute to the efforts of establishing a resource-efficient and practical supervisory system for a province.

4-5 SUSTAINABILITY

In terms of sustainability, the project has the following concerns:

- (1) In the absence of a nursing focal point in the MOH and with the uncertainty about the structure of health administration both at the central and provincial levels, the project does not seem to have a committed custodian in the MOH to take over this project, which would carry on and develop the initiatives started by this project further.
- (2) Importance of supervisory visits and reporting recognised, they may be too heavy to sustain in view of the resource constraints in terms of human resources/time and funds.
- (3) Some of the developed tools for S&C monitoring may not be practical, though they are good resource materials for anyone who are inspired to do the maximum: i.e. Filling/reading the narrative parts of the reports, albeit their usefulness, may be too time consuming for both nursing supervisors and the PHM.
- (4) The PHM is currently tasked to review all the reports submitted and take necessary actions while monitoring the whole process. With the overall responsibility of the post to manage the provincial health delivery, it may be too heavy a task to carry out properly.

yl



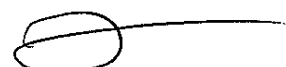
4-6 CONCLUSION

Although the needs-based in-service training is not an explicit priority of the MOH, the project is relevant in view of the country's strategy to strengthen nurses' skills for better service deliveries. The project also addresses such pertinent issues as strengthening management skills of supervisors who have been trained as service providers. While the project was effective in creating and piloting an S&C model, the model's effectiveness cannot be established at this stage and as such an appropriate evaluation of the model needs to be carried out some time later. The management tools produced by the project are effective in terms of building managerial capacity of zone supervisors and provincial-level managers, and the CSA in terms of setting up a clear and shared vision on the nursing standards expected of the CHNs, which aspires the CHNs to perform better when applied in conjunction with supportive supervision. On the other hand, the project has been affected by such factors as ambiguity and incompleteness of the project design and the on-going restructuring of the health administration, although a certain level of cost efficiency was secured by implementing this project as a part of a larger regional initiative. By critically examining the performance of the S&C system created and tested, the project has a potential to contribute to discussions on devising a resource-efficient model of supervision for a province. With some extra efforts by stakeholders in nursing, the Competency Standards, one of the major products of this project, enjoys stronger sustainability since the tool is now integrated in the curriculum of the basic nursing education and also being recognised by the PSC as the module for the mandatory annual performance assessment for nurses.

For the effects of this project to sustain, however, it is of a paramount importance for the MOH to identify and appoint appropriate units/positions in the MOH and Shefa PHO to continue and further develop the outcomes obtained from this project, towards the Overall Goal of the project.

The project is to end in February 2014 but the Terminal Evaluation found it still in need of further assistance in some forms, so support the MOH/Shefa PHO in continuing the operation of the pilot model to test out its efficacy. Recommended actions, though not exhaustive, are listed in the following chapter for the stakeholders of this project to consider.

40



CHAPTER 5. RECOMMENDATIONS AND LESSONS LEARNED

5-1 RECOMMENDATIONS

Based on the findings of the Terminal Evaluation, the Team recommends the following.

5-1-1 To the Project management

- (1) The Project shall identify strengths and weaknesses of the S&C model piloted in Shefa Province within the remaining Project period. This review would provide a basis for Shefa PHO to make modifications on the model or in the setting in which the model best operates during the next 1-2 years. The information could also be an input to the discussion of creation of resource efficient model of provincial health administration.
- (2) The Project shall complete the S&C guidelines and related training to ensure Shefa PHO has sufficient tools/skills. Specific attention should be paid to (i) taking appropriate action to address the issues identified, (ii) follow up on such actions and (iii) providing feedback to supervisees as a part of the M&E of the system.

5-1-2 To the Ministry of Health

- (1) The MOH is requested to officially appoint a relevant position at the national level who supports to monitor and ensure the effect of the S&C operations in Shefa Province to be sustained after the end of the Project. Meanwhile, the MOH may like to consider creating a nursing focal point at the MOH who fully deals with nursing affairs including trainings and professional development of nurses in Vanuatu.
- (2) In order to effectively utilize zone supervisors in the pilot S&C model, the MOH is advised to clearly define their supervisory/managerial roles and functions and develop their Terms of References.
- (3) The MOH is requested to ensure disbursement of the budget expenses for S&C operations both at the provincial and ministry levels, seeking for opportunities of resource sharing with development partners.
- (4) Having a long-term vision to expand S&C and NB-IST model established in Shefa to other provinces, the MOH is recommended to facilitate capacity development of VNC which plays an important role as the regulatory body to ensure quality of nursing in Vanuatu.

5-1-3 To JICA

- (1) Given the incompleteness of the project design, it is strongly recommended that JICA assists the MOH

in evaluation of the piloted S&C model piloted in Shefa Province with reference to baseline survey some time after the end of the Project.

- (2) It is recommended that JICA keeps monitoring the effects of this project and provide support in cooperation and coordination with the DPs in country, even after the end of the project, employing available schemes to ensure its sustainability.

5-2 LESSONS LEARNED

- (1) The sustainability of the Project would have been better ensured, if there had been a continuous effort to involve technical institutions in Japan capable of supporting S&C operation in Vanuatu technically in long term.
- (2) A situational analysis was conducted as a part of this short Project after which some modifications were made to better suit the local needs. However, for the sake of efficiency and effectiveness of a project, more thorough assessment should be carried out at the time of project formulation.



Annex 1: Schedule of Terminal Evaluation Mission in Vanuatu

Date	Day	Time	Activity	Name	Position	Venue / Place	Confirm	Re confirm	
18-Aug	Sun	11:30am		Arrive in Port Vila					
19-Aug	Mon	8.00am	Briefing	Mr. Katimal Kaun	HRD Manager, MOH	Archive room, MOH	Confirm		
		9.00am	Interview	Mr. Katimal Kaun	HRD Manager, MOH	Archive room, MOH	Confirm		
		10:30am	Courtesy call	Mr. Tsutomu Moriya	Resident Representative, JICA Vanuatu	JICA Office, Port Vila	Confirm		
				Ms. Yoko Asano	Project formulation advisor, JICA Vanuatu	JICA Office, Port Vila	Confirm		
20-Aug	Tue	8.00am	Interview	Dr. Hensly Garae	Director of Hospital & Curative Services	DHCS office, MOH	Confirm		
		10.00am	Interview	Mr. Jacques Honore Maurice	Nursing Service Manager, Matron VCH	Matron's office, VCH	Confirm		
		16.00pm	Interview	Mr. Morris Amos	Shefa Provincial Health Manager (PHM)	Shefa Health Conference Room	Confirm		
21-Aug	Wed	9.00am	Interview	Ms. Evelyn Emile	Principal, VCNE	VCNE	Confirm		
		10:00am	Interview	Mr. Russel Tamata	Director of Planning	Archive room, MOH	Confirm		
		11:00am	Interview	Mr. Viran Tovu	Chairperson, National Training Committee	Archive room, MOH	Confirm		
		2.00pm	Interview	Ms. Tomoko Hattori	Advisor, NB-IST project	Archive room, MOH	Confirm		
				Ms. Etsuko Ide	Advisor, NB-IST project	Archive room, MOH	Confirm		
22-Aug	Thu	7.30am	Transfer	From Vila to Paonangisu					
		8:30am	Interview	Mr. Kalwat Poilapa	Zone Supervisor, Zone 2, Shefa Prov.	Saupia Health Center	Confirm		
		9.30am	(Field Trip)	Ms. Marie Leah Kalo	Midwife (nursing supervisor), Zone 2,		Confirm		
		10.30am		Mr. Lui Daniel	Registered nurse, Zone 2, Shefa		Confirm		
		11:00am	Transfer	From Paonangisu to Nguna Island					
		1:00pm	Interview	Mr. Mathew Nasse	CHN, Silimoli Dispensary, Zone 2, Shefa	Nguna Dispensary	Confirm		
		3:00pm	Transfer	From Nguna to Paonangisu to Vila					
23-Aug	Fri	9.00am	Interview	Dr. Jacob Kool	Country Liaison Officer, WHO Vanuatu	WHO office, MOH	Confirm		
				Dr. Rufina Latu	Technical Officer HIS, WHO	WHO office, MOH	Confirm		
		10.00 am	Interview	Ms. Kendra Derousseau	Senior Program Manager for Health	Australian High	Confirm		
		2:30pm	Interview	Mr. Scott Monterio	AMU, MOH	AMU Office	Confirm		
24-Aug	Sat	9.00am	Meeting	Ms. Tomoko Hattori	Advisor, NB-IST project	Melanesian Hotel, MOH	Confirm		
				Ms. Etsuko Ide	Advisor, NB-IST project	(if necessary)	Confirm		
25-Aug	Sun								
26-Aug	Mon	9.00am	Courtesy call	Mr. Tsutomu Moriya	Resident Representative, JICA Vanuatu	JICA Office, Port Vila	Confirm		
				Ms. Yoko Asano	Project formulation advisor, JICA Vanuatu	JICA Office, Port Vila	Confirm		
		10.00am	Meeting among Japanese	Ms. Yoko Asano	Project formulation advisor, JICA Vanuatu	JICA Office, Port Vila	Confirm		
		11.00am	Field Trip	Ms. Blandine Taripu	Zone 1 Supervisors	Imere Dispensary	Confirm		
		13.30pm	Meeting among Japanese members	Ms. Tomoko Hattori	Advisor, NB-IST project	Archive room, MOH	Confirm		
				Ms. Etsuko Ide	Advisor, NB-IST project	Archive room, MOH	Confirm		
27-Aug	Tue	9.00am	Courtesy call	Dr. Santus Wari	Director General, MOH	DG's room, MOH			
				Dr. Hensly Garae	Director of Hospital & Curative Services		Confirm		
		10.00am	Interview	Mr. Sael Fred	Zone 3 Supervisors	Archive room, MOH	Confirm		
				Ms. Leiman Luke	Zone 4 Supervisors		Confirm		
		14.30pm	Tea time (reading the MM draft)			Archive room, MOH	Confirm		
		15.00pm	MM Conference	Mr. Morris Amos	PHM, Shefa	Archive room, MOH	Confirm		
				Mr. Ben Taura	Health Promotion Officer		Confirm		
				Mr. Katimal Kaun	HRD Manager, MOH		Confirm		
		Ms. Evelyn Emile	Principal, VCNE		Confirm				
		Mr. John Tasserei	Chairperson, VNC, HP officer, MOH		Confirm				
		Ms. Bertha Tarileo	Vice Chairperson, VNC		Confirm				
		Mr. J. Honore Mauris	Nursing Service Manager, Matron VCH		Confirm				
		Ms. Yoko Asano	Project formulation advisor, JICA Vanuatu		Confirm				
28-Aug	Wed	9.00am	MM Conference	Mr. Morris Amos	PHM, Shefa	Archive room, MOH	Confirm		
				Mr. Ben Taura	Health Promotion Officer		Confirm		
				Mr. Katimal Kaun	HRD Manager, MOH		Confirm		
				Ms. Evelyn Emile	Principal, VCNE		Confirm		
				Ms. Bertha Tarileo	Vice Chairperson, VNC		Confirm		
				Mr. J. Honore Mauris	Nursing Service Manager, Matron VCH		Confirm		
		2.00pm	Meeting among Japanese members	Ms. Tomoko Hattori	Advisor, NB-IST project	Archive room, MOH	Confirm		
				Ms. Etsuko Ide	Advisor, NB-IST project		Confirm		
29-Aug	Thu	9.00am	Preparation for JCC	Japanese members		MoH, Port Vila			
		11.00am	MM Conference	Dr. Santus Wari	Director General	Archive room	Confirm		
				Dr. Hensly Garae	Director of Hospital & Curative Services		Confirm		
				Mr. Katimal Kaun	HRD Manager, MOH		Confirm		
		2.00pm	JCC meeting	Dr. Santus Wari	Director General, MOH	Grand Hotel, conference room			
				Mr. Yojiro Ishii	JICA-Evaluation Team Leader				
				Ms. Yumiko Yamashita	JICA Officer				
				Ms. Naomi Imani	JICA Consultant				
				Dr. Hensly Garae	Director of Hospital & Curative Services,		Confirm		
				Mr. Katimal Kaun	HRD Manager, MOH		Confirm		
				Mr. Morris Amos	PHM, Shefa Health		Confirm		
				Ms. Evelyn Emile	Principal, VCNE		Confirm		
				Mr. John Tasserei	Chairperson, VNC, HP officer, MOH		Confirm		
				Ms. Bertha Tarileo	Vice Chairperson, VNC		Confirm		
		Mr. Jacques Honore	Nursing Service Manager, Matron VCH		Confirm				
		Mr. Ben Taura	Health Promotion Officer, Shefa Health.						
		Mr. Tsutomu Moriya	Resident Representative, JICA Vanuatu						
		Ms. Yoko Asano	Project formulation advisor, JICA Vanuatu						

				Mr. Russel Tamata	Director of Planning, MOH			
				Mr. Viran Tovu	Chairperson, National Training Committee, MOH			
				Mr. Scott Monterio	Technical Advisor, AMU.			
				Ms. Blandine Tariapu	Zone Supervisor, Zone 1, Shefa Prov.	Confirm		
				Mr. Kalwat Poilapa	Zone Supervisor, Zone 2, Shefa Prov.	Confirm		
				Mr. Sael Fred	Zone Supervisor, Zone 3, Shefa Prov	Confirm		
				Ms. Leiman Luke	Zone Supervisor, Zone 4, Shefa Prov	Confirm		
				Mr. Christopher Hagarty	Senior Health program manager, SCA			
				Ms. Carolyn Hilton	Manager Village Health Worker, SCA			
				Dr. Rufina Latu	Technical Officer HIS, WHO	Confirm		
				Ms. Kendra Derousseau	Senior Program Manager for Health,	Confirm		
				Ms. Tomoko Hattori	Advisor, NB-IST project	Confirm		
				Ms. Etsuko Ide	Advisor, NB-IST project	Confirm		
				Ms. Marinette Twomey	Officer, NB-IST project	Confirm		
30-Aug	Fri	9.00am	Amendment MM	Japanese members		Archive room, MOH		
		2.00pm	MM Signing	Dr. Santus Wari	DG, MOH	Archive room, MOH?		
				Dr. Hensly Garae	Director of Hospital & Curative Services		Confirm	
				Mr. Tsutomu Moriya	Resident Representative, JICA Vanuatu		Confirm	
				Ms. Yoko Asano	Project formulation advisor, JICA Vanuatu		Confirm	
				Mr. Katimal Kaun	HRD Manager, MOH		Confirm	
		3.00pm	Final Report	Mr. Tsutomu Moriya	Resident Representative, JICA Vanuatu	JICA Office, Port Vila		
				Ms. Yoko Asano	Project formulation advisor, JICA Vanuatu	JICA Office, Port Vila		
31-Aug	Sat	1.15 pm	Depart Port Vila to Suva (Via Nadi)					

40

Project Design Matrix VANUATU
Project Title: Project for Strengthening the Need-Based In-Service Training (NB-IST) for Community Health Nurses

Duration: From March 2011 to February 2014 (3 years)

Target Area: All 6 provinces (1 pilot province: Shefa + 5 non-pilot provinces: Torba, Sanma, Penama, Malampa, and Tafea)

Target Group: Nursing supervisors (Zone supervisors, and selected Nurse practitioners, Midwives, and Senior nurses) and community health nurses (i.e. registered nurses, nurse practitioners and midwives)

Implementing agency: MOH Human Resource Development & Training Unit, Vanuatu College of Nursing Education, Vanuatu Nursing Council, Shefa Provincial Health Office

Direct Beneficiaries: Provincial health managers, nursing supervisors, and community health nurses in Shefa Province

Indirect Beneficiaries: Provincial health managers in non pilot provinces, all nurses in all provinces, and all populations in Vanuatu

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
Overall Goal: The entire NB-IST system ¹ is designed and piloted in the pilot province with the prospect of expansion to other provinces.	NB-IST is implemented once or more in a year in the pilot province.	Monitoring document developed by the project	
Project Purpose: A field-adjusted model of Supervision and Coaching (S&C) is undertaken in the pilot province on a regular basis.	In the pilot province: 1) 80% of health facilities receive one or more supervisory visits in a 6-month period. 2) 80 % of CHNs are assessed their competency based on the CS once in a year. 3) 80% of CHNs needing coaching ² receive coaching once or more in a year.	1) Monitoring document developed by the project	- MOH maintains its commitment to the NB-IST. - A significant attrition of nursing staff does not occur.
Outputs:			
1. The model of S&C piloting is designed and available.	1) 100% of nursing supervisors in the pilot province own guidelines/manuals. 2) The draft of Competency Standard(CS) is finalized.	1) Project documents 2) Project documents	- Development partners are supportive to S&C and the NB-IST.
2. Nursing supervisors in the pilot province are equipped with S&C skills ³ .	1) 100% of nursing supervisors in the pilot province are trained on S&C skills. 2) The Provincial health manager of the pilot province is trained on S&C monitoring.	1) Project documents 2) Project documents	- National vertical programs are collaborative with S&C and the NB-IST.
3. S&C is being practiced by Nursing supervisors on a routine basis in the pilot province.	1) 75% of zone supervisors in the pilot province conduct at least one S&C to their supervisee CHNs in a 6-month period, after S&C operation starts.	1) Project documents	
4. The progress and results of the Project are shared within, among and beyond Vanuatu, Fiji and Tonga.	1) The number of audio and/or visual conferences 2) The number of presentations at international conferences	1) Project documents 2) Project documents	

6h

Activities:	Inputs		Important assumption		
1-1. Prepare the action plan for S&C through the third-country training program in Fiji for the central/provincial counterparts	Japanese side (1) Dispatch of Experts - Project management/Health policy - Project coordination/Nursing - S&C - Monitoring and Evaluation (2) Provision of equipment - Office equipment - Other machineries and equipment - Printing guidelines and training materials (3) Covering other cost - Training Costs - Costs for S&C monitoring in the pilot province	Vanuatu side (1) Counterpart personnel 1-1 Project Director: Director General, MOH 1-2 Project Manager: Manager, HRDTU, MOH 1-3 Other counterparts: - Principal, Vanuatu College of Nursing Education - IST coordinator, HRDTU - Shefa Provincial Health Manager - Chairperson, Vanuatu Nursing Council (2) Joint Coordinating Committee members (3) Office space at MOH (4) Covering other costs 4-1 Recurrent costs (salary for MOH counterparts and utilities such as communication, electricity and water for the project office) 4-2 Costs for S&C operation	- The budget for S&C in the pilot province (Shefa) is continuously available and disbursed on a timely manner.		
1-2. Define and document the roles, responsibilities, required competencies, and entitlement of nursing supervisors, for the S&C piloting					
1-3. Prepare the draft Competency Standard (CS) for community health nurses					
1-4. Develop the draft operational guidelines and monitoring tools for S&C					
2-1. Design the nursing supervisor training program and planning					
2-2. Train nursing supervisors in the pilot province on S&C operation					
2-3 Design the provincial health manager ⁴ training program and planning					
2-4. Train provincial health manager in the pilot province on S&C monitoring					
3-1. Assist zone supervisors in the pilot province to prepare annual S&C costing and logistic plan in their duty zones					
3-2. Assist the MOH to secure the budget for S&C operation in the pilot province					
3-3. Assist the provincial health manager to advise nursing supervisors to conduct S&C for CHNs in the pilot province					
3-4. Assist the provincial health manager to monitor S&C performance of nursing supervisors in the pilot province			<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1787 815 2051 871">Preconditions</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1787 871 2051 1129">The Vanuatu Health Sector Policy, Human Resource plan to supports strengthening capacity of community health nurses.</td> </tr> </tbody> </table>	Preconditions	The Vanuatu Health Sector Policy, Human Resource plan to supports strengthening capacity of community health nurses.
Preconditions					
The Vanuatu Health Sector Policy, Human Resource plan to supports strengthening capacity of community health nurses.					
4-1. Share S&C model with other provinces through technical supports for the Vanuatu Government taking ownership in expanding the model.					
4-2. Conduct tele- and/or video- conferences among the project teams in the three countries					
4-3. Participate in the third-country training program in Fiji					
4-4. Present the progress and results of the Project at international conferences ⁵					

[*1] The NB-IST system is composed of: (i) supervising and coaching community health nurses in view of the CS; (ii) identifying training needs among community health nurses; and (iii) planning for and conducting the NB-IST; and (iv) monitoring and evaluating the entire process of the system.

[*2] CHNs needing coaching: CHNs who scored one or more 1s, 2s and/or 3s on their competency assessment results.

[*3] S&C skills include the capacity to: (i) assess performance of community health nurse in view of the CS; (ii) identify training needs of community health nurses; and (iii) locally provide technical support to community health nurses

[*4] After the realization of the MOH's new structure, this will be the Provincial Hospital Nursing Manager, Provincial Public Health Manager, and Provincial Health Administrator.

[*5] e.g. PHRA (Pacific Human Resource for Health Alliance), Pacific Professional Nurse Association, and 2nd Global Forum on Health Workforces in Bangkok.

Persons Interviewed

Ministry of Health	
Dr. Santus Wari	Act. Director General (Project Director)
Katimal Kaun	Act. Manager, Human Resource Development (Project Manager)
Dr. Hensly Garae	Director of Hospital & Curative Services
Russel Tamata	Director of Planning
Viran Tovu	Act. Senior Health Planner, Chairperson of National Training Committee
Scott Monteiro	Technical Advisor, Asset Management Unit
Simon	Asset Management Unit
Morris Amos	Shefa Provincial Health Manager
Jacques Honore Maurice	Nursing Service Manager, Matron VCH
Evelyn Emile	Principal Vanuatu College for Nursing Education
Blandine Taripu	Zone Supervisor (zone 1), Imera HC, Shefa Province
Kalwat Poilapa	Zone Supervisor (zone 2), Paunangisu HC, Shefa Province
Sael Fred	Zone Supervisor (zone 3), Silimauro HC, Shefa Province
Leiman Luke	Zone Supervisor (zone 4), Vaemali HC, Shefa Province
Lui Daniel	Registered Nurse (zone 2), Paunangisu HC, Shefa Province
Mathew Nasse	Registered Nurse, Silimoli Dispensary (zone 2), Shefa Province
Vanuatu Nursing Council	
John Tasserei	Chairperson
Bertha Tarileo	Vice Chairperson
Development Partners	
Dr. Jacob Kool	Country Liaison Officer, WHO
Dr. Rufina Latu	Technical Officer, WHO
Kendra Derausseau	Senior Program Manager for Health, AusAID
JICA Vanuatu	
Tsutomu Moriya	Resident Representative
Yoko Asano	Project Formulation Advisor
Japanese Advisors to the Project	
Tomoko Hattori	Chief Advisor
Etsuko Ide	Advisor (Supervision & Coaching)

Annex 4

List of Inputs

[By Japan]

4-1 Dispatch of Japanese Advisors

Name	Expertise	# Days Assigned
Tomoko Hattori	Chief Advisor/Project Management	139
Keiko Nagai	Sub-chief Advisor/Project Management/Health Policy	11
Kazuyo Oishi	M&E system	6
Saeko Hatta	Supervision & Coaching	112
Etsuko Ide	Project Coordination/Supervision & Coaching	79
Yoshie Mizogami	Impact Study	97
Kaoru Yamanaka	Support on Supervision & Coaching/Nursing Management	36
Fusayo Kobayashi	Project Coordination	8
Azusa Shimazaki	Project Coordination	53
Takemi Ikenoue	Support on Supervision & Coaching	39
Total		471

4-2 Provision of Equipment

1. Equipment for the Project

Equipment	Specifications	Quantity	Unit Cost	Year	Provided to/Kept by	Status
Laptop computer	Toshiba Satellite Pro C660	1	¥106,875	2011	Shefa Provincial Office	OK
Multi-function printer	HP Deskjet 1050	1	¥7,310	2011	Shefa Provincial Office	OK
Multimedia projector	Epson EB-S9	1	¥85,415	2011	Shefa Provincial Office	OK

2. Equipment for Japanese Experts

Equipment	Spec	Quantity	Unit Cost	Year	Provided to/Kept by	Status
Digital camera (with SD memory card)	Digital camera: E-DSCHX9H SD card: KMSDHC6X4G	1	¥35,981	2011	Project office	OK
External HDD	Adata Nobility NH92 500GB	1	¥14,580	2011	Project office	OK
Multimedia projector	Viewsonic Projector 2700 LU	1	¥106,375	2011	Project office	OK
Multi-function printer	Aio Color 26PPM Duplex Network	1	¥212,750	2011	VCNE	OK
Laptop computer	Toshiba Ci5 480M/4GB/640GB	1	¥124,866	2011	Project office	OK
Bookshelf	Carbinet rough top HDC-17	1	¥24,273	2011	Project office	OK
Binding Machine	Jastek Comb Binding	1	¥27,360	2011	Project office	OK
Whiteboard	Yosogo Magnetic Whiteboard	1	¥11,970	2011	Project office	OK
Copier	MX-2310X, MXDE13	1	¥637,916	2011	Project office	OK
UPS	Belkin Surge Protection W/600VA	1	¥13,851	2011	Project office	OK

99

Annex 4

4-3 Operational Expenses

Year	Duration	JPY
1 st year	Mar. 2011	20,186
2 nd year	May – Dec. 2011	4,424,909
3 rd year	Feb. – Jan. 2012	5,655,895
4 th year	Feb. – Jul. 2013	1,876,797
Total		11,968,787

[By Vanuatu]

4-4 Counterpart Personnel

No.	Name	Position	Designation in the Project	Assignment	
				From	To
1	Mr. Mark Bebe	Director General, MOH	Project Director	May. 2011	Dec. 2011
	Mr. George Taleo			Dec. 2011	Sep. 2012
	Ms. Maturine Carlot Tary			Sep. 2012	Nov. 2012
	Mr. Howard Aru			Nov. 2012	June. 2013
	Dr. Santus Wari			10 July. 2013	Present
2	Mr. Morris Amos	Director of Southern Health Care Services, MOH		May. 2011	Nov. 2012
	Dr. Hensley Garae	Director of Hospital and Curative Services, MOH		Mar. 2013	Present
3	Mr. Markson Tetaun	Acting Manager ,Human Resource Development and Training Unit, MOH	Project Manager	May. 2011	Mar. 2012
	Mr. Katimal Kaun	Acting Manager ,Human Resource Development and Training Unit, MOH		May. 2011	Present
4	Mr. Ben Taura	Acting Provincial Health Manager, Shefa Province		May. 2011	Nov. 2012
	Mr. Morris Amos	Shefa Provincial Health Manager, Shefa Province		Nov. 2012	Present
5	Mr. Jacques Honore Maurice	Nursing Manager, Vila Central Hospital		May. 2011	Present
6	Mr. John Tasserei	Chairperson, VNC / Health Promotion Officer, MOH		May. 2011	Present
7	Sr. Evelyn Emil	Principal, Vanuatu College of Nursing Education (VCNE)		May. 2011	Present

99



Annex 4

4-5 Land, buildings and facilities

	Item	provided or not
1	Project office	provided
2	Facilities/utilities	
	electricity	provided
	water supply	provided
	telephone (landline)	Not provided
	Internet connection	Not provided
	office furniture	Partly
	office equipment	Not provided
	others (pls. specify)	

4-6 Operational costs

Item	amount (VUV)	Remarks
CS Training (2012, April - October)	670,000	Tafea, Torba etc.
Preparation for Baseline Survey	40,000	Samma Province
Honorarium for S&C Training Facilitator	60,000	VCNE
Cartridge replacement of Sharp MX- 2310U Photocopy Machine	98,000	4 colours ink cartridges x 2 times in the Project office donated by NB-IST Project (JICA)
Maintenance of Sharp MX- 2310U Photocopy Machine	72,165	In the project office donated by NB-IST Project(JICA)

40



Annex 5

Working group members (2013)

Chair

Mr. Katimal Kaun Acting Manager, HRD Unit MOH

Co-Chair

Ms. Tomoko Hattori Chief/ Sub-chief advisor for the Project JICA

Members

Ms. Etsuko Ide Advisor for S&C JICA
 Ms. Takemi Ikenoue Advisor for S&C JICA
 Mr. Morris Amos Director South Health Care MOH
 Ms. Evelny Emil Principal, Vanuatu College for Nursing Education (VCNE) MOH
 Ms. Liency Ala Acting Manager, HRM Unit MOH
 Ms. Asha Sine National Coordinator of Village Health Worker/HP MOH
 Ms. Marie Woleg IMCI Unit MOH
 Ms. Apisai Tokon Reproductive Health Coordinator MOH
 Mr. John Tasserei Chairperson, Vanuatu Nursing Council MOH
 Ms. Betha Tarileo Members Vanuatu Nursing Council MOH
 Mr. Ben Taura Administrator, Shefa Provincial Health Office MOH
 Ms. Philomen sablan Lecturer, VCNE MOH
 Ms. Rosarea Taiset Lecturer, VCNE MOH
 Mr. Jacques Honore Mauris Nursing Manager, Vila Central Hospital MOH
 Mr. Kalwat Kalter Zone Supervisor, Saupia Health Center, Shefa MOH
 Ms. Blandine Taripu Zone Supervisor, Imere Health Center, Shefa MOH

Observers

Dr. Rufina Latu WHO advisor WHO
 Ms. Caroline Hilton Act Manager Save the Children SCA
 Ms. Nancy Miyake Save the Children SCA
 Ms. Kendra Derousseau AusAID AusAID
 Mr. Sael Fred Zone Supervisor, Tongoa Health Center, Shefa MOH

Secretariat

Ms. Marinette Twomey Assistant Project Officer JICA

フィジーPDM

プロジェクト名: 地域保健看護師のための「現場ニーズに基づく現任研修」強化プロジェクト

期間: 2010年10月20日～2014年2月28日 (3年4カ月)

対象地域: 保健省及び全地方保健局(中央部、東部、西部、北部)

対象者: 地域保健に関する看護指導官(地区看護師長、看護主任)

実施機関: 保健省、地方保健局看護課

直接裨益者: 中央部、東部、西部、北部におけるすべての地区看護師長及び看護主任

間接裨益者: 全国の地域保健看護師

プロジェクト要約	指標	指標入手手段	外部条件
上位目標			
フィジーにおける地域保健サービスの質が向上する。	地域保健看護師の能力基準に基づく評価の点数が3以下のコンポーネントが一つでもある地区の数	1) A-1モニタリングフォーム	
プロジェクト目標			
「現場ニーズに基づく現任研修」の仕組みが強化される。*1	1)各地方において80%以上の地域看護師がガイドラインに定められた頻度の能力基準に基づく評価を受ける。 2)95%以上の保健施設がガイドラインに定められた毎年1回以上の監督指導訪問を受ける。 3)70%の看護指導官が看護指導官育成のためのマネジメントパッケージの全項目に関する研修を受ける。 4)各地方において計画された「現場ニーズに基づく現任研修」の80%(年間)が実施される。 5)NB-ISTメカニズムの指標の一部が各地方のビジネスプラン上の指標として採用される。	1) M&E データベースもしくはA-2モニタリングフォーム 2)M&E データベースもしくはC-2モニタリングフォーム 3)プロジェクト資料 4) M&E データベースもしくはE-2モニタリングフォーム 5)ビジネスプラン	-ヘルスセンターやナーシングステーションに適当な量と内容の医療機材、その他が配布される。 -臨床部門の医療技術者の技術レベルが十分である。
成果			
1. 「現場ニーズに基づく現任研修」が政策として有効になる。*2	1)「現場ニーズに基づく現任研修」を促進する政策文書が策定もしくは改訂される。	1) 政策文書	-保健省の政策や組織に大きな変化がない。
2. 「現場ニーズに基づく現任研修」のための国家標準化されたM&Eシステムが実施される。	1)期限内に地区保健事務所から地方保健事務所、地方保健事務所から中央(保健省)に提出されたM&E報告書の割合 2) M&Eデータベースが定期的にアップデートされる。	1)モニタリングフォーム 2) M&Eデータベース	
3. 看護指導官育成のためのマネジメントパッケージが開発される。	1)開発された看護指導官育成のためのマネジメントパッケージ	1)プロジェクト資料	
4. 中央及び地方レベルにおけるISTコーディネーターの役割が強化される。	1)中央及び地方レベルのISTコーディネーターの職務規定書が公式に承認される。 2)国家年次看護現任研修計画が策定される。 3)各地方でISTインベントリーが四半期ごとにアップデートされる。	1)職務規定 2)看護師のための年次現任研修計画 3)各地域のISTインベントリー	

<p>5. フィジー、トンガ、バヌアツ国内及び各国間（もしくは3カ国を超えて）において、プロジェクトの進捗及び成果が共有される。</p>	<p>1) テレビ、電話会議の回数 2) 国際会議での発表回数 3) 経験が共有されたケース</p>	<p>1) プロジェクト資料 2) プロジェクト資料 3) プロジェクト資料</p>	
--	--	--	--

活動	投入		
<p>1-1. 「現場ニーズに基づく現任研修」のインパクト調査をデザイン・モニタリングするワーキング・グループを結成する。</p> <p>1-2. 中央地方の「現場ニーズに基づく現任研修」のインパクト調査を実施する。</p> <p>1-3. 「現場ニーズに基づく現任研修」のための政策をインパクト調査の分析結果に基づきデザイン、提案する。</p> <p>1-4. 「現場ニーズに基づく現任研修」政策に関して全地方で周知させる。</p> <p>2-1. 「現場ニーズに基づく現任研修」のM&Eガイドライン及びツールをデザイン・作成・印刷・配布する。^{*3}</p> <p>2-2. M&E実施に向け、地方/地区看護師長に対する研修を実施する。</p> <p>2-3. エクセルベースのM&Eデータベースを作成する。</p> <p>3-1. 看護指導官のキャパシティ・ディベロップメントのためのワーキング・グループを結成する。</p> <p>3-2. 看護指導官の役割及び機能を明確にする。</p> <p>3-3. 看護指導官の能力基準チェックリストを作成する。</p> <p>3-4. 「現場ニーズに基づく現任研修」に関する看護指導官の養成のためのハンドブック及びツール類を作成するために現任研修マニュアルを改訂する。</p> <p>3-5. 看護指導官及びその候補者の研修を実施する。</p> <p>3-6. 看護指導官育成のためのマネジメントパッケージとして研修教材・ハンドブック・ツール類等を整理する。^{*4}</p> <p>4-1. 国及び地方における現任研修調整官の役割と機能を強化する。</p> <p>4-2. 現任研修に係るインベントリーあるいはデータベースを作成する。</p>	<p>日本側</p> <p>1) 専門家派遣 - プロジェクト運営/保健政策 - 業務調整/看護 - インパクト調査 - M&Eシステム - 看護行政管理</p> <p>2) 供与機材 - 事務所資機材 - その他</p> <p>3) その他 - 研修経費（フィジー側とのコストシェア）</p>	<p>フィジー側</p> <p>1) カウンターパートの配置 1-1 プロジェクト・ディレクター: 保健省事務次官 1-2 プロジェクト・マネジャー: 保健省看護サービス局長 1-3 その他のカウンターパート: - 全地方看護師長 - 保健省国家現任研修調整官 - 全地方現任研修調整官 - フィジー看護カレッジ・ディレクター - フィジー看護カレッジ・ナース・プラクティショナーコーディネーター</p> <p>2) JCCメンバー</p> <p>3) 保健省内でのプロジェクト事務所設置</p> <p>4) その他 4-1 研修経費（日本側とのコストシェア） 4-2 カウンターパートの人件費、光熱費等</p>	<p>-現場ニーズに基づく現任研修のための政策が承認される。</p> <hr/> <p>前提条件</p> <hr/> <p>-IST調整官が国レベルと地方レベルで、正式なポストの創出いかんにかかわらずアサインされる。</p>

5-1. 3カ国のプロジェクトチームによる電話、テレビ会議を実施する。

5-2. トンガ、バヌアツのカウンターパートを対象としたフィジーにおける第三国研修を実施する。

5-3. フィジー国内外に経験を共有する。

5-4. プロジェクトの進捗や成果を国際会議の場で発表する。^{*5}

[* 1] NB-IST メカニズムのコンポーネント：(i) 能力基準を基本にした地域保健看護師のためのスーパービジョン&コーチング、(ii) IST ニーズ調査、(iii) ニーズに基づいた研修計画及び実施、(iv) 全行程のモニタリング及び評価M&E

[* 2] 現任研修や看護に関する政策として取りまとめられる。

[* 3] パフォーマンスマネジメントシステムに統合される。

[* 4] 看護指導官育成のためのマネジメントパッケージとはNB-ISTを実施及び関連活動のための組織化されたマテリアル(看護指導官の職務規定、看護指導官のための能力基準に基づく評価チェックリスト、看護指導官のためのハンドブック、研修モジュール)を指す

[* 5] Eg, PHRHA, Pacific Professional Nurse Association, 2nd Global Forum on Human Resources for Health in Bangkok

プロジェクト名: 地域保健看護師のための「現場ニーズに基づく現任研修」強化プロジェクト

期間: 2011年1月～2014年1月

Target Areas : Tongatapu, Vava'u, Ha'apai, Eua and the two Niua (Pilot Area for Activity 2-4, 3-5, 4-A-3, 4-B-3 : Tongatapu & Vava'u)

Target Group : Nursing supervisors (Local level)

Implementing agency : Nursing Services, MOH (Reproductive Health Nursing,

Direct Beneficiaries : Nursing supervisors, all Reproductive Health and clinical nurses

Indirect Beneficiaries : Populations in Tonga

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
Overall Goal			
トンガにおける地域保健サービスの質が向上する。	1) 能力評価の評点がすべての項目において3以上(1、2がない)の看護師の割合 2) 2013年をベースラインとして、能力評価の結果(評点)が向上した看護師の割合	Excel based M&E system developed by the Project	
Project Purpose			
既存のスーパービジョン・システムに組み込まれた「現場ニーズに基づく現任研修」のメカニズムが強化される。	1)年1回以上、能力基準を用いた能力評価を受けた看護師の割合 2) 年1回以上、コーチング用紙を用いたコーチングを受けた看護師の割合 3) (中央レベル看護指導官の視点から見た)プロジェクトによってもたらされた看護管理システム上の改善点	1),2) Project documents & Excel based M&E system developed 3) Terminal evaluation report	- A significant migration of nurses does not occur. -Management-related training for supervisors is institutionalised by MOH.
Outputs			
1. 看護スーパービジョン・システムが、「現場ニーズに基づく現任研修」のメカニズムに適合するよう再定義される。 2. 新たに定義された看護スーパービジョン・システムに沿ったNB-ISTのメカニズムのM&Eシステムが確立する。 3. 看護指導官の、看護師に対する能力基準(CS)評価実施能力が向上する。 4. 看護指導官の、看護師に対するコーチング及びNB-IST実施能力が向上する。 5. トンガ、フィジー、バヌアツ国内及び各国間(もしくは3カ国を超えて)において、プロジェクトの進捗及び成果が共有される。	1)スーパーバイザーの機能、責任、報告系統等について明記された文書 1) 看護スーパービジョン・システムに係るM&Eシステムについて明記された文書 1)能力基準(CS)研修を受けた看護指導官の割合(%) 1)S&C及びNB-IST研修を受けた看護指導官の割合(%) 1)テレビ、電話会議の回数 2)国際会議での発表回数	1) Project documents & IST manual 1) Project documents & IST manual 2) Project documents & tools developed 1)Project documents & Excel based M&E system 1)Project documents & Excel based M&E system 1) Project documents 2) Project documents	-A significant change in policy and organizational settings of the MOH does not take place.

Activities	Inputs	
<p>1-1. ベースライン調査を実施する。</p> <p>1-2. 看護師のスーパービジョンに係る重要人物(国家現任研修調整官、国家レベル看護指導官、看護指導官)の役割と責任、及び報告システムを明確にする。</p> <p>1-3. NB-ISTメカニズムに関するISTマニュアルを策定する。</p> <p>1-4. ISTマニュアルについて保健省による正式承認を得る。</p> <p>2-1. 看護スーパービジョンのためのM&Eシステムを策定し、ISTマニュアルへ反映する。</p> <p>2-2. NB-ISTメカニズムのためのM&Eツール(情報管理ツールを含む)を開発</p> <p>2-3. 看護指導官に対してM&Eシステムに関する研修を組織する。</p> <p>2-4. パイロット地域においてM&E活動に対する技術支援を行う。</p> <p>3-1. 看護師の能力基準(CS)を完成させる。</p> <p>3-2. CS評価のためのツール(評価表、チェックリスト)を開発する。</p> <p>3-3. 看護指導官に対して正式に承認されたCSを用いてCSとCS評価について研修を実施する。</p> <p>3-4. 看護師に対して保健省と連携して、承認されたCSを用いてCSIについて研修を実施する。</p> <p>3-5. パイロット地域において、CS評価の計画・実施について看護指導官を支援する。</p> <p>4-A-1. S&C実施のためのツールを開発する。</p> <p>4-A-2. S&Cについて看護指導官に対して研修を実施する。</p>	<p>Japanese side</p> <p>(1) Dispatch of Experts</p> <ul style="list-style-type: none"> - Project management/Health policy - Project coordination/Nursing - Monitoring and evaluation system/Baseline and endline surveys - S&C <p>(2) Provision of equipment</p> <ul style="list-style-type: none"> - Office equipment - Other machineries and equipment mutually agreed upon as necessary - Printing guidelines and training materials <p>(3) Covering other cost</p> <ul style="list-style-type: none"> - Training costs (to be shared with Tongan side) 	<p>Tongan side</p> <p>(1) Counterpart personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> 1-1 Project Director: Director of Health, MOH 1-2 Project Manager: Chief Nursing Officer, MOH 1-3 Other counterparts: <ul style="list-style-type: none"> - Supervising Public Health Sister, MOH - Matron, Vaiola Hospital - Principal, QSSN - IST coordinator(s) <p>(2) Joint Coordination Committee members</p> <p>(3) Office space at MOH</p> <p>(4) Covering other costs</p> <ul style="list-style-type: none"> 4-1 Training costs (to be shared with Japanese side) 4-2 Recurrent costs (salary for MOH counterparts and utilities such as communication, electricity and water)

4-A-3. 国家レベル看護指導官が看護指導官に対してスーパーバイザー訪問においてS&C実施について指導す

4-B-1. NB-IST の計画及び実施のためのツールを開発する。

4-B-2. 看護指導官に対してNB-ISTに関する研修を実施する。

4-B-3. 国家レベル看護指導官が看護指導官に対してNB-ISTの計画及び実施を支援する。

5-1. 3カ国のプロジェクトチームによる電話、テレビ会議を実施する。

5-2. フィジーにおける第三国研修に参加する。

5-3. 国際会議の場でプロジェクトの進捗、成果を発表する。

Target areas and groups

	RHN	Clinical Nurse in first/secondary medical facility *	Clinical Nurse in third level medical facility
Competency Standards (CS)	Finalize and propose the common CS RHNs and CNs		
S&C Training		○	○ △ Conducting by themselves is OK
Conducting S&C		○ (for Tongatapu and Vava'u)	
M&E Training		○ (all areas)	×
Conducting M&E		○ (for Tongatapu and Vava'u)	×

Source: Minutes of meetings between the Japan International Cooperation Agency and Authorities concerned of the Government of the Kingdom of Tonga on Japanese Technical Cooperation Project for Strengthening the Need-Based In-Service Training for Community Health Nurses, Nuku'alofa, 8th June, 2010

プロジェクト名: 地域保健看護師のための「現場ニーズに基づく現任研修」強化プロジェクト

期間: 2011年3月～2014年2月(3年間)

対象地域: バヌアツ全6州(1パイロット州:Shefa州 + その他5州:Torba, Sanma, Penama, Malampa, Tafea)

対象者: 看護指導官(ゾーン看護指導官、及び 選抜されたナース・プラクティショナー、助産師、シニア看護師)、地域保健看護師(正看護師、ナース・プラクティショナー、助産師)

実施機関: 保健省人材育成研修ユニット、バヌアツ看護学校、バヌアツ看護審議会、シェファ州保健局

直接裨益者: シェファ州の保健マネジャー、看護指導官、地域保健看護師

間接裨益者: パイロット州以外の5州の州の保健マネジャー、全州の全看護師、バヌアツ全住民

Narrative Summary	指 標	入手手段	外部条件
上位目標			
他州への拡大を念頭に、「現場ニーズに基づく現任研修(NB-IST)システム」 ¹ がデザインされ、パイロット州にて試行される。	パイロット州においてNB-ISTが1年に1回以上実施される。	プロジェクトが開発したモニタリング資料	
プロジェクト目標			
パイロット地域において、地域保健看護師に対する現場事情に即したスーパービジョンとコーチング(S&C)のモデルが実施される。	パイロット州において: 1) 80%の地域保健施設が、6カ月に1回以上のスーパーバイザー訪問を受ける。 2) 80%の地域保健看護師が、年に1度、CS評価を受ける。 3) 80%のコーチングを必要とする地域保健看護師 ² が、年に1回以上、コーチングを受ける。	プロジェクトが開発したモニタリング資料	- 保健省がNB-ISTに対するかわりを維持し続ける。 - 看護師の大規模な減少が起こらない。
成 果			
1. S&C試行のモデルがデザインされ使用される。	1) パイロット州の全看護指導官がガイドラインまたはマニュアルを持つ。 2) Competency Standard(CS) のドラフトが完成する。	1) プロジェクト資料 2) プロジェクト資料	- 開発パートナーがS&CやNB-ISTを支持する。
2. パイロット州の看護指導官がS&Cの技術 ³ を身につける。	1) パイロット州の全看護指導官がS&C技術に関する研修を受講する。 2) パイロット州の保健マネジャーがS&Cモニタリングの研修を受講する。	1) プロジェクト資料 2) プロジェクト資料	- 国家の課題別プログラムがS&CやNB-ISTと連携する。
3. パイロット州において、看護指導官によってS&Cが定期的に行われる。	1) パイロット州のゾーン看護指導官の75%が、S&C実施開始後に、少なくとも6カ月間に1回は地域保健看護師に対してS&C訪問を行う。	1) プロジェクト資料	
4. バヌアツ、フィジー、トンガ国内及び各国間(もしくは3カ国を超えて)において、プロジェクトの進捗及び成果が共有される。	1) テレビ、電話会議の回数 2) 国際会議での発表回数	1) プロジェクト資料 2) プロジェクト資料	

活動	投入	外部条件	
1-1. 中央、州のカウンターパートがフィジーにおける第三国研修を通じて、S&Cのアクションプランを策定する。	日本側 1) 専門家派遣 - プロジェクト運営/保健政策 - 業務調整/看護 - S&C - M&E 2) 供与機材 - 事務所資機材 - ガイドライン制作用資材、研修機材 - その他 3) その他 - 研修経費 - パイロット州におけるS&Cのモニタリング経費	バヌアツ側 1) カウンターパートの配置 1-1 Project Director: Director General, MOH 1-2 Project Manager: Manager, HRDTU, MOH 1-3 Other counterparts: - Principal, Vanuatu College of Nurse Education - IST coordinator, HRDTU - Shafa Province 2) JCCメンバー 3) 保健省内でのプロジェクト事務所設置 4) その他 4-1 カウンターパートの人情費、光熱費等 4-2 S&C実施のための経費	パイロット州のS&Cに関する予算が引き続き確保され、タイムリーに支出される。
1-2. S&C試行のための看護指導官の役割、責任、求められる能力、資格が規定され、文書化される。			
1-3. 地域保健看護師のためのCSのドラフトが策定される。			
1-4. S&Cの実施ガイドライン、モニタリングツールのドラフトが策定される。			
2-1. 看護指導官の研修プログラム、及び計画を策定する。			
2-2. パイロット州の看護指導官に対してS&C実施に関する研修を実施する。			
2-3. 州保健マネジャー ⁴ の研修プログラム、及び計画を策定する。			
2-4. パイロット州保健マネジャーに対してS&Cモニタリングに関する研修を実施する。			
3-1. ゾーン看護指導者の担当ゾーンにおけるS&C実施のための年間計画(経費、ロジ計画等)の策定を支援する。			
3-2. 保健省がパイロット州におけるS&C実施のための予算を確保できるよう支援する。			
3-3. パイロット州において、州保健マネジャーによる看護指導官に対するS&Cの実施を支援する。			
3-4. パイロット州において、州保健マネジャーによるS&Cのモニタリングの実施を支援する。			
4-1. モデル拡大のためのバヌアツ政府の自助努力に対する技術支援を通し、他州とS&Cモデルを共有する。			
4-2. 3カ国のプロジェクトチームによる電話、テレビ会議を実施する。			
4-3. フィジーにおける第三国研修に参加する。			
4-4. プロジェクトの進捗や成果を国際会議の場で発表する。 ⁵			
前提条件			
バヌアツ国の保健セクター方針や人材育成計画のなかで、地域保健看護師の能力強化が支持されている。			

[*1] The NB-IST system is composed of: (i) supervising and coaching community health nurses in view of the CS; (ii) identifying training needs among community health nurses; and (iii) planning for and conducting the NB-IST; and (iv) monitoring and evaluating the entire process of the system.

[*2] CHNs needing coaching: CHNs who scored one or more 1s, 2s and/or 3s on their competency assessment results.

[*3] S&C skills include the capacity to: (i) assess performance of community health nurse in view of the CS; (ii) identify training needs of community health nurses; and (iii) locally provide technical support to community health nurses

[*4] After the realization of the MOH's new structure, this will be the Provincial Hospital Nursing Manager, Provincial Public Health Manager, and Provincial Health Administrator.

[*5] e.g. PHRHA (Pacific Human Resource for Health Alliance), Pacific Professional Nurse Association, and 2nd Global Forum on Health Workforces in Bangkok.

評価グリッド（フィジー）

評価項目	評価設問		必要なデータ	情報源					資料名 他補足情報など	
	大項目	小項目		一 ー エ ド ビ レ ト リ 算	開 き 取 り	専 門 家 よ り 開 き 取 り	専 門 家 よ り 開 き 取 り	そ の 他 開 連 環 開 き 取 り		
1. 実績の検証										
1-1. プロジェクトの実績	投入は計画どおり行われたか。	フィジー側の投入実績（計画と実際）	カウンターパートの配置、プロジェクト実施に必要な施設・機材（含メンテナンス）、土地・建物・施設、活動実施にかかわるコスト（物品・現金）、その他	x	x				投入実績表	
		日本側投入実績（計画と実際）	計画と大きな乖離がある項目（あれば）及びその理由			x			投入実績表	
	プロジェクト終了までにアウトプットが計画どおり産出されるか。	アウトプット1の達成状況：「『現場ニーズに基づく現任研修』が政策として有効になる」 + 促進要因、阻害要因	指標 1-1: 「現場ニーズに基づく現任研修」を促進する政策文書が策定もしくは改訂される。 アウトプットの産出に関する貢献・阻害要因 アウトプットの産出までのロードマップ（未達成の場合）	x						
		アウトプット2の達成状況：「『現場ニーズに基づく現任研修』のための国家標準化されたモニタリング評価（M&E）システムが実施される」 + 促進要因、阻害要因	指標 2-1: 期限内に地区保健事務所から地方保健事務所、地方保健事務所から中央（保健省）に提出されたM&E報告書の割合 指標 2-2: M&Eデータベースが定期的にアップデートされる。 アウトプットの産出に関する貢献・阻害要因 アウトプットの産出までのロードマップ（未達成の場合）	x					「期限内」の定義	
		アウトプット3の達成状況：「看護指導官育成のためのマネジメントパッケージが開発される」 + 促進要因、阻害要因	指標 3-1: 開発された看護指導官育成のためのマネジメントパッケージ アウトプットの産出に関する貢献・阻害要因 アウトプットの産出までのロードマップ（未達成の場合）	x						
		アウトプット4の達成状況：「中央及び地方レベルにおける現任研修（IST）コーディネーターの役割が強化される」 + 促進要因、阻害要因	指標 4-1: 中央及び地方レベルのISTコーディネーターの職務規定書が公式に承認される。 指標 4-2: 中央レベルで年次看護現任研修計画が策定される。 指標 4-3: 各地方でISTインベントリーが四半期ごとにアップデートされる。 アウトプットの産出に関する貢献・阻害要因 アウトプットの産出までのロードマップ（未達成の場合）	x	(x)		(x)			
		アウトプット5の達成状況：「フィジー、トンガ、バヌアツ国内及び各国間（もしくは3カ国を超えて）において、プロジェクトの進捗及び成果が共有される」 + 促進要因、阻害要因	指標 5-1: テレビ、電話会議の回数 指標 5-2: 国際会議での発表回数 指標 5-3: 経験が共有された事例 アウトプットの産出に関する貢献・阻害要因 アウトプットの産出までのロードマップ（未達成の場合）	x						
	プロジェクト終了までにプロジェクト目標が達成されるか。	プロジェクト目標「現場ニーズに基づく現任研修」の仕組みが強化される」の達成状況・見込み（目標値との比較）	指標 1: 各地方において80%以上の地域看護師がガイドラインに定められた頻度の能力基準に基づく評価を受ける。 指標 2: 95%以上の保健施設がガイドラインに定められた毎年1回以上の監督指導訪問を受ける。 指標 3: 70%の看護指導官が看護指導官育成のためのマネジメントパッケージの全項目に関する研修を受ける。 指標 4: 各地方において計画された「現場ニーズに基づく現任研修」の80%（年間）が実施される。 指標 5: NB-ISTメカニズムの指標の一部が各地方のビジネスプラン上の指標として採用される。	x					ガイドラインでは年4回（アクセスが悪い場合は2回）と規定されている（指標との乖離）	
		プロジェクト目標が達成されない場合の阻害要因	阻害要因、外部条件の影響など	x	x		x	x		
		プロジェクト目標の達成に必要な活動	プロジェクト目標達成に向けたロードマップ（未達成の場合）		x			x		
		上位目標「フィジーにおける地域保健サービスの質が向上する」の現状	指標：地域保健看護師の能力基準に基づく評価の点数が3以下のコンポーネントが一つでもある地区の数	x						
		上位目標達成に向けた計画	達成までの道筋、外部条件は現在でも有効か、貢献・阻害要因（保健省のコミットメント、技術力、リソースの過不足等）、予想される課題への対策	x	x			x	x	
	1-2. プロジェクトの実施プロセス	活動の実施	活動は計画どおり実施されたか。 活動の実施に影響を及ぼした要因	計画された活動の進捗状況（計画 vs. 実際）、計画になかった活動（あれば） 進捗に影響を与えた問題、活動が促進された事例と背景、活動促進のための対策（事例、代替案）	x				(x)	
		技術移転	技術移転のアプローチ・方法の適切性	プロジェクトにおける技術移転の内容、方法 実施過程に問題はなかったか。	x	x	x	x	x	
		マネジメント体制	意思決定の仕組みとプロセス	活動の変更、軌道修正及び人員の選定等に係る決定はどのようなプロセスでなされているか、それに起因する問題点	x	x	x	x	x	
モニタリングの実施状況			モニタリングの仕組み、頻度（計画と実際）、結果の利用状況、問題点など	x	x	x	x	x		
コミュニケーションは効果的に行われているか。			以下のコミュニケーションに問題はないか：①専門家とカウンターパート間、②専門家間、③カウンターパート間、④プロジェクトとフィジーにおける他のステークホルダー	x	x	x	x	x	x	
		JICA本部と現地事務所の役割	プロジェクトに対するサポート状況（コミュニケーションの頻度、方法、計画変更時の対応状況、協力内容）		x			x	JICA本部及びフィジー事務所の担当者からも情報収集	
		JICAまたは他ドナーが支援するプロジェクトとの協働	コラボレーション・重複の事例、他ドナーとの調整メカニズム	x	x	x	x	x		
その他	プロジェクトの進捗に影響を与えた要因（プロジェクトのデザインに起因するものを含む）	事例・問題点など	x	x	x	x	x			

評価項目	評価設問		必要なデータ	情報源					資料名 他補足情報など
	大項目	小項目		資料レビュー	CPより聞き取り	視覚者より聞き取り	専門家より聞き取り	その他関連機関より聞き取り	
2.5 項目評価									
2-1. 妥当性	政策・ニーズ	プロジェクトはフィジー政府・保健省と日本の政策及び重点分野に合致しているか。	中間レビューの結果、中間レビュー後に策定された政策や優先事項	x	x		x		詳細計画策定調査及び中間レビュー調査報告書の記述を確認しアップデートする。
		ターゲットグループやその他の利益者のニーズに呼応していたか。	中間レビューの結果、中間レビュー後に出現・消滅したニーズ	x	x	x	x		
	その他	中間評価以降に発生したプロジェクトの妥当性に影響を与えるような事項	事例	x	x		x		
2-2. 有効性	プロジェクト目標達成の見込み	プロジェクト目標は達成される見込みか。	1-1 実績の項参照のこと。	x	x		x		詳細計画策定調査及び中間レビュー調査報告書の記述を確認しアップデートする。
	アウトプットとプロジェクト目標との因果関係	設定された「アウトプット」はプロジェクト目標達成のために十分か(ロジックに無理はなかったか)。	プロジェクト目標とアウトプットの理論的整合性の再検証	x	x		x		
		外部条件の影響	プロジェクト目標達成に関してアウトプット1~5以外の貢献要因	x	x		x		
		外部条件の影響	保健省の政策や組織に大きな変化があったか。	x	x		x		
	広域案件としての有効性	特定されたニーズを広域案件として扱うことの適切性	プロジェクト目標の達成に関連して、広域案件として実施したこと起因する付加価値・問題点		x		x		
2-3. 効率性	プロジェクトのデザイン	計画された活動はアウトプットの産出に十分かつ適切なものであったか。	アウトプットの産出状況(1. 実績の項参照)が計画どおりのものであるか、専門家、カウンターパート、その他の関係者の活動の過不足に関する意見	x	x		x		詳細計画策定調査及び中間レビュー調査報告書の記述を確認しアップデートする。
		計画された投入は十分かつ適切なものであったか。	関係者の意見、エビデンス	(x)	x		x		
		外部条件は適切かつ十分であったか。	現場ニーズに基づく現任研修のための政策は承認されたか。その他アウトプットの産出に影響を与えた外部条件はあったか。	(x)	x		x		
	リソースマネジメント	日本側のリソースマネジメント	専門家派遣と現地要員の雇用の適切性(専門性、期間、タイミング)、物品調達、活動実施の適切性(タイミング、コスト)など		x		x		
	フィジー側のリソースマネジメント	リソースが(非)効率的に使われた事例	x	x		x			
		カウンターパート配置の適切性(数、ポスト、任命のタイミングなど)、予算・物品の割り当て・支出の適切性(量、タイミング)、機材のメンテナンスの適切性		x		x			
		リソースが(非)効率的に使われた事例		x	x	x	x		
	広域案件としての効率性	広域案件としたことで(そうでない場合と比して)効率は高いか。	想定されたコスト面での効率性を示す・またはそれに反する事例・エビデンス	x	x		x		
2-4. インパクト	プロジェクト終了後3~5年以内に上位目標が達成される見込み	外部条件①②の現状	①ヘルスセンターやナースングステーションに適当な量と内容の医療機材、その他が配布される。	(x)	x	x	x		中間レビュー調査報告書の記述を確認しアップデートする。 (インパクトは詳細計画策定調査では分析されていない)
		フィジー政府の上位目標(フィジーにおける地域保健サービスの質が向上する)を達成するキャパシティ	フィジー政府のNB-ISTを地域保健サービスの向上に利用することに対するコミットメントの強さ、現段階におけるフィジー政府の①資金・人材 ②看護師の能力強化を通じて地域保健の向上をめざすことを制度的に行う技術的なキャパシティ	x	x		x		
		フィジー政府が他ドナーの支援を仰ぐ必要性、または得る可能性	必要な技術的・資金的支援、他ドナーの関心・コミットメント		x		x	x	
	その他のインパクト	プロジェクトが生み出す(と思われる)正または負のインパクトとその影響の最大化・最小化	プロジェクトの組織、個人、コミュニティ、政策等に対する正・負の影響	x	x	x	x	x	
2-5. 持続性	政策・制度面	保健省のシステムの一環としての「NB-ISTメカニズム」の継続的な実施を促進または阻害する政策・規制・制度	現行+設立が見越される政策、法律、規制、公的手続き等において、NB-ISTメカニズムの運営に影響するもの	x	x		x		中間レビュー調査報告書の記述を確認しアップデートする。 (持続性は詳細計画策定調査では分析されていない) NB-ISTメカニズムの継続的な実施+非パイロット地域への拡大・定着に係るコストの試算はされているか。
	組織・財政面	保健省のNB-ISTメカニズムに対するオーナーシップとコミットメント	設立されたNB-ISTメカニズムがどの程度保健省の主要なステークホルダーに理解・支持されているか。		x		(x)		
		制度化	NB-ISTメカニズムがどの程度保健省の既存システムに統合されているか。		x	x		x	
		必要な予算・その他のリソースが実際に手当てされるか。	NB-ISTメカニズムを維持拡大するために必要なコストと保健省がその予算を手当てできるか、他ドナーの関心度、他ドナーの支援を引き出すこれまでの試みとその結果	x	x		x	x	
	技術面	プロジェクト終了までに、フィジー側CPIはNB-ISTメカニズムの各活動を継続的に実施するに必要なレベルの技術を身につけることができるか。	フィジー側人材の技能レベル(何らかのアセスメント結果、自己査定)、プロジェクトが終了するまでに完了すべき技術移転とそれに関する計画		x	x	x		
		NB-ISTメカニズムを継続的に運用するのに必要かつ十分なツールや機材があるか。	NB-ISTメカニズムの実施または関連する研修を実施するのに必要・有用なツールやマニュアルの有無、新規の看護指導官と新人看護師が関連技能を身につけるための仕組み		x	x	x	x	
その他	NB-ISTメカニズムの継続的な運用に影響する(と思われる)その他の要因			x	x	x	x	x	

評価グリッド（トンガ）

評価項目	評価設問		必要なデータ	情報源					資料名 他補足情報など			
	大項目	小項目		資料レビ ュ	CPより聞き 取り	利益者より聞 き取り	専門家より聞 き取り	その他関係者 より聞き取り				
1. 実績の検証												
1-1. プロジェクトの実績	投入は計画どおり行われたか。	トンガ側の投入実績(計画と実際)	カウンターパートの配置、プロジェクト実施に必要な施設・機材(含メンテナンス)、土地・建物・施設、活動実施にかかわるコスト(物品・現金)、その他 計画と大きな乖離がある項目(あれば)及びその理由	x	x					投入実績表		
		日本側投入実績(計画と実際)	専門家派遣(氏名、専門分野、期間)、供与・携行機材(種類、価格、量、設置・保管場所など)、現地活動費、その他 計画と大きな乖離がある項目(あれば)及びその理由	x	x					投入実績表		
	プロジェクト終了までにアウトプットが計画どおり産出されるか。	アウトプット1の達成状況:「看護スーパービジョン・システムが、「現場ニーズに基づく現任研修」のメカニズムに適合するよう再定義される」+促進要因、阻害要因	指標 1-1: スーパーバイザーの機能、責任、報告系統等について明記された文書 アウトプットの産出に関する貢献・阻害要因 アウトプットの産出までのロードマップ(未達成の場合)	x				x			投入実績表	
		アウトプット2の達成状況:「新たに定義された看護スーパービジョン・システムに沿ったNB-ISTメカニズムのM&Eシステムが確立する」+促進要因、阻害要因	指標 2-1: 看護スーパービジョン・システムに係るM&Eシステムについて明記された文書 アウトプットの産出に関する貢献・阻害要因 アウトプットの産出までのロードマップ(未達成の場合)	x				x				
		アウトプット3の達成状況:「看護指導官の、看護師に対するCS評価実施能力が向上する」+促進要因、阻害要因	指標 3-1: 能力基準(CS)研修を受けた看護指導官の割合(%) アウトプットの産出に関する貢献・阻害要因 アウトプットの産出までのロードマップ(未達成の場合)	x	(x)			(x)				
		アウトプット4の達成状況:「看護指導官の、看護師に対するコーチング及びNB-IST実施能力が向上する」+促進要因、阻害要因	指標 4-1: S&C及びNB-IST研修を受けた看護指導官の割合(%) アウトプットの産出に関する貢献・阻害要因 アウトプットの産出までのロードマップ(未達成の場合)	x	x			x				
		アウトプット5の達成状況:「トンガ、バヌアツ、フィジー国内及び各国間(もしくは3カ国を超えて)において、プロジェクトの進捗及び成果が共有される」+促進要因、阻害要因	指標 5-1: テレビ、電話会議の回数 指標 5-2: 国際会議での発表回数 アウトプットの産出に関する貢献・阻害要因	x								
		プロジェクト終了までにプロジェクト目標が達成されるか。	プロジェクト目標「既存のスーパービジョン・システムに組み込まれた『現場ニーズに基づく現任研修』のメカニズムが強化される」の達成状況・見込み(目標値との比較)	指標 1: 年1回以上、能力基準を用いた能力評価を受けた看護師の割合 指標 2: 年1回以上、コーチング用紙を用いたコーチングを受けた看護師の割合 指標 3: (中央レベル看護指導官の視点から見た)プロジェクトによってもたらされた看護管理システム上の改善点	x	(x)			(x)			
		プロジェクト終了後3~5年以内に上位目標は達成されるか。	上位目標「トンガにおける地域保健サービスの質が向上する」の現状 上位目標達成に向けた計画	指標 1: 能力評価の評点がすべての項目において3以上(1,2がない)の看護師の割合 指標 2: 2013年をベースラインとして、能力評価の結果(評点)が向上した看護師の割合 達成までの道筋、外部条件は現在でも有効か、貢献・阻害要因(保健省のコミットメント、技術力、リソースの過不足等)、予想される課題への対策	x	x	x	x	x	x		
	1-2. プロジェクトの実施プロセス	活動の実施	活動は計画どおり実施されたか。 活動の実施に影響を及ぼした要因。	計画された活動の進捗状況(計画 vs. 実際)、計画になかった活動(あれば) 進捗に影響を与えた問題、活動が促進された事例と背景、活動促進のための対策(事例、代替案)	x	x			x			
		技術移転	技術移転のアプローチ・方法の適切性	プロジェクトにおける技術移転の内容、方法 実施過程に問題はなかったか。	x	x	x	x				
		マネジメント体制	意思決定の仕組みとプロセス	活動の変更、軌道修正及び人員の選定等に係る決定はどのようなプロセスでなされているか、それに起因する問題点	x	x	x	x				
			モニタリングの実施状況	モニタリングの仕組み、頻度(計画と実際)、結果の利用状況、問題点など	x	x	x	x				
			コミュニケーションは効果的に行われているか。	以下のコミュニケーションに問題はないか:①専門家とカウンターパート間、②専門家間、③カウンターパート間、④プロジェクトとトンガにおける他のステークホルダー	x	x	x	x	x			
			JICA本部と現地事務所の役割	プロジェクトに対するサポート状況(コミュニケーションの頻度、方法、計画変更時の対応状況、協力内容)		x			x			JICA本部、トンガ支所からも情報入手
その他		JICAまたは他ドナーが支援するプロジェクトとの協働	コラボレーション・重複の事例、他ドナーとの調整メカニズム	x	x	x	x					
	プロジェクトの進捗に影響を与えた要因(プロジェクトのデザインに起因するものを含む)	事例・問題点など	x	x	x	x	x					

評価項目	評価設問		必要なデータ	情報源					資料名 他補足情報など
	大項目	小項目		資料レビュー	CPより聞き取り	裨益者より聞き取り	専門家より聞き取り	その他関連機関より聞き取り	
2.5項目評価									
2.1. 妥当性	政策・ニーズ	プロジェクトはトンガ政府・保健省と日本の政策及び重点分野に合致しているか。	中間レビューの結果、中間レビュー後政策や優先事項の変化はあったか。	x	x		x		詳細計画策定調査及び中間レビュー調査報告書の記述を確認しアップデートする。
		ターゲットグループやその他の裨益者のニーズに呼応していたか。	中間レビューの結果、中間レビュー後ニーズの変化はあったか。	x	x	x	x		
	その他	中間評価以降に発生したプロジェクトの妥当性に影響を与えるような事項	事例	x	x	x	x	x	
2.2. 有効性	プロジェクト目標達成の見込み	プロジェクト目標は達成される見込みか。	1-1 実績の項参照のこと。	x	x		x		詳細計画策定調査及び中間レビュー調査報告書の記述を確認しアップデートする。
	アウトプットとプロジェクト目標との因果関係	設定された「アウトプット」はプロジェクト目標達成のために十分か(ロジックに無理はなかったか)外部条件の影響はあったか。	プロジェクト目標とアウトプットの理論的整合性の再検証 プロジェクト目標達成に関してアウトプット1~5以外の貢献要因 保健省の政策面・組織面における大きな変化があったか。 その他想定外の外部条件	x	x		x		
	広域案件としての有効性	特定されたニーズを広域案件として扱うことの適切性	プロジェクト目標の達成に関連して、広域案件として実施したこと起因する付加価値・問題点		x		x		
2.3. 効率性	プロジェクトのデザイン	計画された活動はアウトプットの産出に十分かつ適切なものであったか。 計画された投入は十分かつ適切なものであったか。 外部条件は適切かつ十分であったか。	アウトプットの産出状況(1. 実績の項参照)が計画どおりのものであるか、専門家、カウンターパート、その他の関係者の活動の過不足に関する意見 関係者の意見、エビデンス 当初想定されていなかったがアウトプットの産出に影響を与えた外部条件	x	x		x		詳細計画策定調査及び中間レビュー調査報告書の記述を確認しアップデートする。
	リソースマネジメント	日本側のリソースマネジメント トンガ側のリソースマネジメント	専門家派遣と現地要員の雇用の適切性(専門性、期間、タイミング)、物品調達、活動実施の適切性(タイミング、コスト)など リソースが(非)効率的に使われた事例 カウンターパート配置の適切性(数、ポスト、任命のタイミングなど)、予算・物品の割り当て・支出の適切性(量、タイミング)、機材のメンテナンスの適切性 リソースが(非)効率的に使われた事例	x	x	x	x		
	広域案件としての効率性	広域案件としたことで(そうでない場合と比して)効率性は高いか	想定されたコスト面での効率性を示す・またはそれに反する事例・エビデンス	x	x		x		
2.4. インパクト	プロジェクト終了後3~5年以内に上位目標は達成されるか。	外部条件①②の現状 トンガ政府の上位目標(トンガにおける地域保健サービスの質が向上する)を達成するキャパシティ トンガ政府が他ドナーの支援を仰ぐ必要性、または得る可能性	①看護師の大量流出が起こらない、②保健省が看護指導官のマネジメントに関連する研修を制度化する。 その他上位目標達成に貢献する、または達成を阻害する要因 トンガ政府のNB-ISTを地域保健サービスの向上に利用することに対するコミットメントの強さ、現段階におけるトンガ政府の①資金・人材 ②看護師の能力強化を通じて地域保健の向上をめざすことを制度的に行う技術的なキャパシティ 必要な技術的・資金的支援、他ドナーの関心・コミットメント	x	x		x		中間レビュー調査報告書の記述を確認しアップデートする。 (インパクトは詳細計画策定調査では分析されていない)
	その他のインパクト	プロジェクトが生み出す(と思われる)正または負のインパクトとその影響の最大化・最小化	プロジェクトの組織、個人、コミュニティ、政策等に対する正・負の影響	x	x	x	x	x	
2.5. 持続性	政策・制度面	看護スーパービジョン・システムに統合されたNB-ISTメカニズムを促進または阻害する政策・規制・制度	現行+設立が見越される政策、法律、規制、公的手続き等において、NB-ISTメカニズムの運営に影響するもの	x	x		x		中間レビュー調査報告書の記述を確認しアップデートする。 (持続性は詳細計画策定調査では分析されていない) NB-ISTメカニズムの継続的な実施+非パイロット地域への拡大・定着に係るコストの試算はされているか。
	組織・財政面	保健省のNB-ISTメカニズムに対するオーナーシップとコミットメント 制度化 必要な予算・その他のリソースが実際に手当てされるか。	設立されたNB-ISTメカニズムがどの程度保健省の主要なステークホルダーに理解・支持されているか。 NB-ISTメカニズムがどの程度保健省の既存システムに統合されているか。 NB-ISTメカニズムを維持拡大するために必要なコストと保健省がその予算を手当てできるかの分析、他ドナーの関心度、他ドナーの支援を引き出すこれまでの試みとその結果		x		x		
	技術面	プロジェクト終了までに、トンガ側CPはNB-ISTメカニズムのパイロット地域における継続的な運営と非パイロット地域への拡大に必要なレベルの技術を身につけることができるか。 NB-ISTメカニズムを継続的に運用するのに必要かつ十分なツールや機材があるか。	トンガ側人材の技能レベル(何らかのアセスメント結果、自己査定)、プロジェクトが終了するまでに完了すべき技術移転とそれに関する計画 NB-ISTメカニズムの実施または関連する研修を実施するのに必要・有用なツールやマニュアルの有無、新規の看護指導官と新人看護師が関連技能を身につけるための仕組み		x		x		
	その他	NB-ISTメカニズムの継続的な運用に影響する(と思われる)その他の要因		x	x	x	x	x	

評価グリッド (バナアツ)

評価項目	評価設問		必要なデータ	情報源					資料名 他補足情報など			
	大項目	小項目		資料レビュー	CPより聞き取り	裨益者より聞き取り	専門家より聞き取り	その他関連機関より聞き取り				
1. 実績の検証												
1-1. プロジェクトの実績	投入は計画どおり行われたか。	バナアツ側の投入実績(計画と実際)	カウンターパートの配置、プロジェクト実施に必要な施設・機材(含メンテナンス)、土地・建物・施設、活動実施にかかわるコスト(物品・現金)、その他 計画と大きな乖離がある項目(あれば)及びその理由	x	x					投入実績表		
		日本側投入実績(計画と実際)	専門家派遣(氏名、専門分野、期間)、供与・携行機材(種類、価格、量、設置・保管場所など)、現地活動費、その他 計画と大きな乖離がある項目(あれば)及びその理由	x			x			投入実績表		
	プロジェクト終了までにアウトプットが計画どおり産出されるか。	アウトプット1の達成状況:「S&C試行のモデルがデザインされ使用される」+促進要因、阻害要因	指標 1-1:パイロット州の全看護指導官がガイドラインまたはマニュアルを持つ。	x	(x)	(x)					投入実績表	
			指標 1-2:看護師の能力基準(CS)のドラフトが完成する。 アウトプットの産出に関する貢献・阻害要因	x				x				
		アウトプット2の達成状況:「パイロット州の看護指導官がS&Cの技術を身につける」+促進要因、阻害要因	アウトプットの産出までのロードマップ(未達成の場合)			x		x				
			指標 2-1:パイロット州の全看護指導官がS&C技術に関する研修を受講する。 指標 2-2:パイロット州の保健マネジャーがS&Cモニタリングの研修を受講する。 アウトプットの産出に関する貢献・阻害要因	x	x	x			x			
		アウトプット3の達成状況:「パイロット州において、看護指導官によってS&Cが定期的に行われる」+促進要因、阻害要因	アウトプットの産出までのロードマップ(未達成の場合)			x			x			
			指標 3-1:パイロット州のゾーン看護指導官の75%が、S&C実施開始後に、少なくとも6か月に1回は地域保健看護師に対してS&C訪問を行う。 アウトプットの産出に関する貢献・阻害要因	x						x		
	アウトプット4の達成状況:「バナアツ、フィジー、トンガ国内及び各国間(もしくは3か国を超えて)において、プロジェクトの進捗及び成果が共有される」+促進要因、阻害要因	アウトプットの産出までのロードマップ(未達成の場合)			x			x				
		指標 4-1:テレビ、電話会議の回数 指標 4-2:国際会議での発表回数 アウトプットの産出に関する貢献・阻害要因	x	x				x				
	プロジェクト終了までにプロジェクト目標が達成されるか。	プロジェクト目標「パイロット地域において、地域保健看護師に対する現場事情に即したスーパービジョンとコーチング(S&C)のモデルが実施される」の達成状況・見込み(目標値との比較)	指標1:パイロット州において80%の地域保健施設が、6か月に1回以上のスーパーバイザー訪問を受ける。	x								
			指標2:パイロット州において80%の地域保健看護師が、年に1度、CS評価を受ける。 指標3:パイロット州において80%のコーチングを必要とする地域保健看護師が、年に1回以上コーチングを受ける。	x								
		プロジェクト目標が達成されない場合の阻害要因	阻害要因、外部条件の影響など	x	x			x	x			
	プロジェクト終了後3~5年以内に上位目標は達成されるか。	プロジェクト目標の達成に必要な活動	プロジェクト目標達成に向けたロードマップ(未達成の場合)					x				
上位目標「他州への拡大を念頭に、『現場ニーズに基づく現任研修(NB-IST)システム』がデザインされ、パイロット州にて試行される」の指標の達成状況・見込み		指標:パイロット州においてNB-ISTが1年に1回以上実施される。	x									
上位目標達成計画		達成までの道筋、外部条件は現在でも有効か、貢献・阻害要因(保健省のコミットメント、技術力、リソースの過不足等)、予想される課題への対策	x	x			x	x				
1-2. プロジェクトの実施プロセス	活動の実施	活動は計画どおり実施されたか。	計画された活動の進捗状況(計画 vs. 実際)、計画になかった活動(あれば)	x	(x)		(x)					
		活動の実施に影響を及ぼした要因。	進捗に影響を与えた問題、活動が促進された事例と背景、活動促進のための対策(実例、代替案)	x	x			x				
	技術移転	技術移転のアプローチ・方法の適切性	プロジェクトにおける技術移転の内容、方法 実施過程に問題はなかったか。	x	x	x	x	x				
		マネジメント体制	意思決定の仕組みとプロセス	活動の変更、軌道修正及び人員の選定等に係る決定はどのようなプロセスでなされているか、それに起因する問題点	x	x	x	x				
	その他	モニタリングの実施状況	モニタリングの仕組み、頻度(計画と実際)、結果の利用状況、問題点など	x	x	x	x					
		コミュニケーションは効果的に行われているか。	以下のコミュニケーションに問題はないか:①専門家とカウンターパート間、②専門家の間、③カウンターパート間、④プロジェクトとバナアツにおける他のステークホルダー	x	x	x	x	x				
		JICA本部と現地事務所の役割	プロジェクトに対するサポート状況(コミュニケーションの頻度、方法、計画変更時の対応状況、協力内容)					x		JICA本部、フィジー事務所、バナアツ支所より情報入手		
JICAまたは他ドナーが支援するプロジェクトとの協働	コラボレーション・重複の事例、他ドナーとの調整メカニズム	x	x	x	x							
プロジェクトの進捗に影響を与えた要因(プロジェクトのデザインに起因するものを含む)	事例・問題点など	x	x	x	x	x						

評価項目	評価設問		必要なデータ	情報源					資料名 他補足情報など
	大項目	小項目		資料レビュー	CPより聞き取り	裨益者より聞き取り	専門家より聞き取り	その他関連機関より聞き取り	
2.5 項目評価									
2-1. 妥当性	政策・ニーズ	プロジェクトはバヌアツ政府・保健省と日本の政策及び重点分野に合致しているか。	詳細計画策定調査報告書にある情報関連の最新のもの 保健セクター戦略 2010-2016 + プロジェクトの保健システム強化への貢献に関するステークホルダーの意見 プロジェクトと補完関係または相反関係にあるバヌアツ政府・他ドナーの活動・政策・制度	x	x	x	x	x	詳細計画策定調査報告書(2010)の情報をアップデートする。 インパクト調査報告書、その他のプロジェクト報告書
	ターゲットグループやその他の裨益者のニーズに呼応していたか。	プロジェクトで対応したターゲットグループのニーズ vs. その他のターゲットグループのニーズ・優先事項(明文化されているもの)の聞き取りで確認されたもの	類似プロジェクト(前プロジェクトまたは他のスーパーバイジョンまたは現任研修等の人材育成に関連するプロジェクト)の経験が生かされているか。	x	x	x	x		
	手段としての適切性	日本の比較優位性はあるか(ノウハウ・経験)。	前提条件「バヌアツ国の保健セクター方針や人材育成計画のなかで、地域保健看護師の能力強化が支持されている」の現状とプロジェクトへの影響					x	
	その他	前提条件は確保されたか。	前提条件「バヌアツ国の保健セクター方針や人材育成計画のなかで、地域保健看護師の能力強化が支持されている」の現状とプロジェクトへの影響	x	x			x	
2-2. 有効性	プロジェクト目標達成の見込み	プロジェクト目標は達成される見込みか。	1-1 実績の項参照のこと。	x	x			x	
	アウトプットとプロジェクト目標との因果関係	設定された「アウトプット」はプロジェクト目標達成のために十分か(ロジックに無理はなかったか)。 外部条件の影響はあったか。	プロジェクト目標とアウトプットの理論的整合性の再検証 プロジェクト目標達成に関してアウトプット1~4以外の貢献要因 外部条件「開発パートナーがS&CやNB-ISTを支持する」の影響 外部条件「国の課題別プログラムがS&CやNB-ISTと連携する」の影響	x	x			x	
	広域案件としての有効性	特定されたニーズを広域案件として扱うことの適切性	プロジェクト目標の達成に関連して、広域案件として実施したこと起因する付加価値・問題点		x			x	
	プロジェクトのデザイン	計画された活動はアウトプットの産出に十分かつ適切なものであったか。 計画された投入は十分かつ適切なものであったか。 外部条件は適切かつ十分であったか。	アウトプットの産出状況(1. 実績の項参照)が計画どおりのものであるか、専門家、カウンターパート、その他の関係者の活動の過不足に関する意見 関係者の意見、エビデンス 外部条件「パイロット州のS&Cに関する予算が引き続き確保され、タイムリーに支出される」の現状 その他当初想定されていなかったがアウトプットの産出に影響を与えた外部条件	x	x			x	
2-3. 効率性	リソースマネジメント	日本側のリソースマネジメント バヌアツ側のリソースマネジメント	専門家派遣と現地要員の雇用の適切性(専門性、期間、タイミング)、物品調達、活動実施の適切性(タイミング、コスト)など リソースが(非)効率的に使われた事例 カウンターパート配置の適切性(数、ポスト、任命のタイミングなど)、予算・物品の割り当て・支出の適切性(量、タイミング)、機材のメンテナンスの適切性 リソースが(非)効率的に使われた事例	x	x	x	x	x	
	広域案件としての効率性	広域案件としたことで(そうでない場合と比して)効率は高いか。	想定されたコスト面での効率性を示す・またはそれに反する事例・エビデンス	x	x			x	
	プロジェクト終了後3~5年以内に上位目標は達成されるか。	外部条件①政府がNB-ISTへのかかわりを維持し続ける、②看護師の大量退職が起こらない、の現状 バヌアツ政府の上位目標(「他州への拡大を念頭に、「現場ニーズに基づく現任研修(NB-IST)システム」)を達成するキャパシティ バヌアツ政府が他ドナーの支援を仰ぐ必要性、または得る可能性	①政府関係者(特に要職にある者)がどの程度NB-ISTシステムの利点を分かっているか、NB-ISTを後押しする政策はあるか、②人材計画、その他上位目標に影響する外部条件はあるか。 バヌアツ政府の①財政的・人的資源、②技術力面でのキャパシティ、プロジェクトがカウンターパートに対してどの程度NB-ISTの他のコンポーネントに関して技術移転が可能か。	x	x			x	
	その他のインパクト	プロジェクトが生み出す(と思われる)正または負のインパクトとその影響の最大化・最小化	必要な技術的・資金的支援、他ドナーの関心・コミットメント プロジェクトの組織、個人、コミュニティ、政策等に対する好ましいまたは好ましくない影響		x			x	
2-5. 持続性	政策・制度面	設立された「S&Cシステム」を促進または阻害する政策・規制・制度	現行+設立が見越される政策、法律、規制等において、シェファ州における継続的なS&Cシステムの運営に影響するもの	x	x				詳細計画策定時に持続性の評価はされていない。
	組織・財政面	設立された「S&Cシステム」と「現場ニーズに基づく現任研修(NB-IST)システム」のオーナーシップ 保健省のコミットメント 必要な額の予算が実際に手当てされるか。	設立された「S&Cシステム」と「現場ニーズに基づく現任研修(NB-IST)システム」がどの程度保健省や関連機関の主要なステークホルダーに理解・支持されているか。 保健省の将来的な計画(予算と人材の配置を含む) S&Cシステム運用時にかかる費用(研修・再研修を含む)、保健省の財政状況、他ドナーの関心、保健省もしくはプロジェクトによって実施された予算確保にかかわるこれまでの活動		x			x	
	技術面	プロジェクト終了までに、バヌアツ側CPIはシェファ州でS&Cを継続していくことが可能なレベルの技術を身につけることができるか。 シェファ州でS&Cを継続するのに必要かつ十分なツールや機材があるか。	設立された「S&Cシステム」が①シェファ州保健局と②保健省の現行制度にどの程度統合されているか。 バヌアツ側カウンターパート、関連機関の技術力(何らかのアセスメント結果、自己査定)、プロジェクトが終了するまでに完了すべき技術移転とそれに関する計画	x	x	x		x	
	その他	その他シェファ州におけるS&Cの継続的实施に影響を与えると思われる要因	S&Cの実施または関連する研修を実施するのに必要・有用なツールやマニュアルの有無、現時点における、または将来的に必要な機材の有無 関係者の意見	x	x	x		x	
				x	x	x		x	
				x	x	x		x	

5. 投入リスト

投入リスト（フィジー）

<日本側>

機材供与

供与機材

種類	数量	設置場所
ノート型コンピュータ	4	保健省、地方保健事務所（中・東部、北部、西部）
複合プリンター	3	保健省、地方保健事務所（北部、西部）
コピー機	1	中・東部地方保健事務所
プロジェクター	2	地方保健事務所（北部、西部）

携行機材

種類	数量	保管場所
デジタルカメラ	1	プロジェクト事務所
ビデオカメラ	1	プロジェクト事務所
三脚	2	プロジェクト事務所
SD メモリーカード	5	プロジェクト事務所
カメラケース	1	プロジェクト事務所

現地活動費

年	期間	金額（円）
1年目	2010年10月－2011年3月	7,934,650
2年目	2011年5－12月	11,592,614
3年目	2012年2月－2013年1月	19,481,812
4年目	2013年2－7月	10,445,049
合計	2013年7月末現在	49,454,125

専門家派遣

氏名	専門分野	日数
八鳥知子	総括・プロジェクト運営	428
長井圭子	副総括・保健政策	288

大石和代	M&E システム	21
興津暁子	M&E システム	134
大西真由美	S&C	25
嘉茂すみ代	看護管理政策	49
小林恵子	S&C	78
八田早恵子	S&C	166
井出悦子	業務調整	105
溝上芳恵	インパクト調査	97
小林美紀	インパクト調査	79
山中郁	S&C 支援、看護管理政策	145
小林房代	看護管理行政・業務調整	481
西井栄美子	業務調整/研修管理	74
西間木紫乃	業務調整/研修管理	79
島崎梓	業務調整・看護	85
藤野荘子	業務調整・看護	20
池ノ上竹美	S&C 支援	3
合計		2357

<フィジー側>

カウンターパート及びその他の関係者

No.	氏名	ポスト	プロジェクトにおける 役職	任命期間
保健省(中央)				
1	Dr. Salanieta Saketa	Permanent Secretary, MOH	Project Director	2010年10月 ~ 2011年12月
2	Dr. Eroni Tora			2012年1月 ~ 現在
3	Sr. Silina Waqa Ledua	Director of Nursing Services, MOH	Project Manager	2010年10月 ~ 現在
4	Sr. Salanieta Matiavi	National IST Coordinator, MOH		2010年10月 ~ 2010年12月
5	Sr. Talatoka Tamani			2011年1月 ~ 2011年6月
6	Sr. Atelini Wainiveikoso			2011年7月 ~ 2012年12月
7	Mr. Joe Qalova	Senior Administration Officer, Training Unit, MOH		2010年10月 ~ 2011年3月
8	Mr. Fasala Vamarasi	National Trainer, Training Unit, MOH		2011年4月 ~ 2012年9月
		Head, Health System Standard, Executive Support Unit, MOH		2012年9月 ~ 2013年6月
		Acting Senior Admin Secretary, MOH		2013年6月 ~ 現在
9	Ms. Nanise Raika	Principle Admin. Officer, Training Unit, MOH		2012年9月 ~ 現在
フィジー国立大学				
10	Mr. Albert McLaren	Head, Fiji School of Nursing & Sciences →		2010年10月 ~ 2011年3月
11	Mr. Kavekini Neidiri	Head of School, Fiji School of Nursing, College of Medicine, Nursing and Health Science (CMNHS), Fiji National University (FNU)		2011年4月 ~ 2012年3月
12	Sr. Filomena McKay	Nurse Practitioner Coordinator/Senior Lecturer, Fiji School of Nursing, CMNHS, FNU		2012年4月 ~ 現在
				2010年10月 ~ 2011年3月
13	Sr. Iloi Rabuka	Senior Lecturer, Department of Public Health, CMNHS, FNU		2011年3月 ~ 2012年6月
14	Sr. Rusieli Taukei	Senior Lecturer, Fiji School of Nursing, CMNHS, FNU		2012年6月 ~ 現在
保健省地方保健局				
15	Sr. Penina V. Druavesi	Divisional Health Sister (Central Div.)		2010年10月 ~ 現在
16	Sr. Akeneta Matanitobua	Divisional Health Sister (Eastern Div.)		2010年10月 ~ 2012年12月
17	Sr. Talica Vakaloloma		2013年1月 ~ 現在	
18	Sr. Unaisi Seavula	Divisional Health Sister (Western Div.)		2010年10月 ~ 2011年12月
19	Sr. Leslie Boyd		2012年1月 ~ 現在	
20	Sr. Titilia Dakuliga	Divisional Health Sister (Northern Div.)		2010年10月 ~ 現在
21	Sr. Talatoka Tamani	Divisional IST Coordinator (Central/Eastern Divisions)		2010年10月 ~ 2011年10月
22	Sr. Mereseini Kamunaga		2011年10月 ~ 現在	
23	Sr. Melania Louey	Divisional IST Coordinator (Western Div.)		2010年10月 ~ 現在
24	Sr. Kinisena Bolalevu	Divisional IST Coordinator (Northern Div.)		2010年10月 ~ 2012年12月
25	Sr. Litiana Draunibaka		2013年7月 ~ 現在	

プロジェクト事務所（保健省）

日本人専門家及び現地雇用スタッフの執務スペース

現地活動費

15,059 フィジードル（780,342 円相当）

研修参加者及びファシリテーターの日当

現場訪問にかかる交通費（燃料、運転手）

会場借り上げ費

運営費

保健省カウンターパートの給与、国内出張関連費用、光熱費

投入リスト（トンガ）

<日本側>

機材供与

供与機材

種類	数量	設置・保管場所
ノート型コンピューター	1	保健省看護部長室
プリンター	2	保健省地域保健看護師長室 クイーン・サロテ看護学校
プロジェクター	2	クイーン・サロテ看護学校

携行機材

種類	数量	保管場所
デジタルカメラ	1	プロジェクト事務所
三脚	1	プロジェクト事務所
SD メモリーカード	1	プロジェクト事務所

現地活動費

年	期間	金額（円）
1年目	2011年2-3月	1,489,326
2年目	2011年5-12月	4,875,906
3年目	2012年2月-2013年1月	6,653,707
4年目	2013年2-7月	3,046,045
合計（2013年7月末現在）		16,064,984

専門家派遣

氏名	専門分野	日数
八鳥知子	総括・プロジェクト運営	133
長井圭子	副総括・保健政策	51
興津暁子	M&E システム	47
小林恵子	S&C	264
八田早恵子	S&C	5
井出悦子	業務調整	8

溝上芳恵	インパクト調査	12
小林美紀	インパクト調査	110
藤野荘子	業務調整・看護	40
西間木紫乃	業務調整/研修管理	163
合計		833

<トンガ側>

カウンターパート及びその他の関係者

No.	氏名	ポスト	プロジェクトにおける役職	任命期間
1	Dr. Siale 'Akau'ola	Director of Health, MOH	Proect Director	2011年2月～ 現在
2	Sr. Sela Paasi	Chief Nursing Officer, MOH	Project Manager	2011年2月～ 現在
3	Sr. 'Ofa Takulua	Matron, Vaiola Hospital, MOH		2011年2月～2012年7月
4	Dr. Amelia Tu'ipulotu	Matron, Vaiola Hospital, MOH		2012年7月～ 現在
5	Sr. Siu Pifeleti	Senior Nursing Sister, Vaiola Hospital, MOH		2012年8月～ 現在
6	Sr. Afu Tei	Supervising PH Sister, MOH		2011年2月～ 現在
7	Sr. Tilema Cama	Principal, QSSN		2011年2月～ 現在
8	Mr. Viliami Ika	Principal Health Planning Officer, MOH		2011年2月～ 現在
9	Mr. Tu'akoi 'Ahio	Principal Health Administrator, MOH		2011年2月～ 現在
10	Sr. Seilini Soakai	Senior Nursing Sister, In Charge of NCD, MOH →Supervising NCD Nurse, MOH		2011年2月～ 現在
11	Sr. Alisi Fifita	Supervising RH Sister, MOH		2011年2月～ 現在
12	Sr. 'Iunisi Vaikimo'unga	Public Health Sister Graduate, MOH		2011年2月～ 現在
13	Sr. Kathryn Vaka	Senior Tutor Sister, QSSN		2011年2月～ 現在
14	Ms. Emeline Takai	Nurse Practitioner, Vava'u, MOH		2011年2月～ 現在
15	Sr. Kalisi Finau	Senior Nursing Sister, Ha'apai, MOH		2011年2月～ 現在
16	Sr. Kalo Latu	Nursing Sister, 'Eua, MOH		2011年2月～ 現在

プロジェクト事務所

クイーン・サロテ看護学校内の一室がプロジェクト事務所として提供されているほか、必要に応じて保健省の会議室を提供している。

活動・運営費

以下の費用が保健省より支出された。

カウンターパートの給与

プロジェクト事務所光熱費

現場訪問にかかる交通費の一部と食費・茶菓

投入リスト（バヌアツ）

<日本側>

機材供与

供与機材

種類	数量	設置・保管場所
ノート型コンピューター	1	シェファ州保健局
複合型プリンター	1	シェファ州保健局
プロジェクター	1	シェファ州保健局

携行機材

種類	数量	保管場所
デジタルカメラ	1	プロジェクト事務所
SD メモリーカード	1	プロジェクト事務所
外付けハードディスク	1	プロジェクト事務所
プロジェクター	1	プロジェクト事務所
ノート型コンピューター	1	プロジェクト事務所
本棚	1	プロジェクト事務所
製本機	1	プロジェクト事務所
ホワイトボード	1	プロジェクト事務所
コピー機	1	プロジェクト事務所
UPS	1	プロジェクト事務所
複合型プリンター	1	バヌアツ看護学校

現地活動費

年	期間	金額（円）
1年目	2011年3月	20,186
2年目	2011年5-12月	4,424,909
3年目	2012年2月-2013年1月	5,655,895
4年目	2013年2-7月	1,876,797
合計（2013年7月末現在）		16,064,984

専門家派遣

氏名	専門分野	日数
八鳥知子	総括・プロジェクト運営	139
長井圭子	副総括・保健政策	11
大石和代	M&E システム	6
八田早恵子	S&C	112
井出悦子	業務調整・S&C	79
溝上芳恵	インパクト調査	97
山中郁	S&C 支援・看護管理政策	36
小林房代	看護管理行政・業務調整	8
島崎梓	業務調整・看護	53
池ノ上竹美	S&C 支援	39
合計		471

<バヌアツ側>

カウンターパート

No.	氏名	ポスト	プロジェクトにおける役職	任命期間
1	Mr. Mark Bebe	Director General, MOH	Proect Director	2011年5月 ~ 2011年12月
2	Mr. George Taleo			2011年12月 ~ 2012年9月
3	Ms. Maturine Carlot Tary			2012年9月 ~ 2012年11月
4	Mr. Howard Aru			2012年11月 ~ 2013年6月
5	Dr. Santus Wari			2013年7月 ~ 現在
6	Mr. Morris Amos	Shefa Provincial Health Manager		2011年5月 ~ 現在
7	Dr. Hensley Garae	Director of Hospital and Curative Services, MOH		2013年3月 ~ 現在
8	Mr. Markson Tetaun	Acting Manager ,Human Rrsorce Development and Training Unit, MOH	Project Manager	2011年5月 ~ 2012年5月
9	Mr. Katimal Kaun	Acting Manager ,Human Rrsorce Development and Training Unit, MOH		2012年5月 ~ 現在
10	Mr. Ben Taura	Acting Provincial Health Manager (C)Health Promotion officer, Shefa Province		2011年5月 ~ 現在
11	Mr. Morris Amos	Shefa Provincial Health Manager, Shefa Health		2012年11月 ~ 現在
12	Mr. Jacques Honore Maurice	Nursing Manager, Vila Central Hospital		2011年5月 ~ 現在
13	Mr. John Tasserei	Chairperson, VNC / Health Promotion Officer, MOH		2011年5月 ~ 現在
14	Sr. Evelyn Emile	Principal, Vanuatu College of Nursing Education (VCNE)		2011年5月 ~ 現在

プロジェクト事務所

保健省内のプロジェクト・マネジャーの執務室を共有

活動・運営費

以下の費用が保健省より支出された。

摘要	金額（バツ）	備考
CS 研修(2012 年 4-10 月)	670,000	タフェア州、トルバ州など
ベースライン調査準備	40,000	サンマ州
S&C 研修講師料	60,000	看護学校
コピー機トナー	98,000	4 色カートリッジx2（プロジェクト事務所）
コピー機メンテナンス・修理	72,165	プロジェクト事務所
合計	940,165	

