

保健医療における「ベンチマーキング」における4つのタイプとして、①単一組織や同一組織内で、類似しているプロセスや機能を比較する、②同じ業界内の同システムのプロセスや機能を比較する、③外部の組織、あるいは同じ業界内のシステムの中で、プロセスや機能を比較する、④包括的に業界内でのリーダー的な組織や団体と、プロセスや機能を比較することとされている。目標値では、当初設定された目標値とある時点での達成値とを比較する。

さらに指標とその活用は、マネジメントの誤りを非難するためのものではなく、適切な決定を下すために適切な時期に適切な質問を行うためのものであるといえる。そしてなによりも関係者の間に協力や改善の気運を高める働きをするものでなくてはならない。

ここに述べたモニタリング・評価指標はどちらかというと従来型の科学的、客観的、定量的な指標であり、次に述べる参加型モニタリング・評価で用いられる指標とはその性格がやや異なる。

## 2. 参加型モニタリング評価指標

保健医療プロジェクトのモニタリング・評価のための指標においては、従来型の外部の専門家による科学的、客観的、定量的モニタリング評価のための指標設定について検討したが、参加型モニタリング・評価における指標設定は従来型とは異なり、地域社会の構成員が自ら見つけた成功や失敗を示す指標を用いるものである。したがって、地域文化に根ざした簡便な方法を取り、自己評価を中心とする。また、従来型の実施機関や関係組織の説明責任を果た

す役割よりも当事者である地域住民が自らエンパワーしていく課程と捉えることができる。

地域住民が計画立案やモニタリング・評価に形式的に参加している状況での「参加」と異なり、地域住民や関係者が主体的にその過程に参加していることがまず前提となる。そこでの学習、成功、行動に焦点を当てたモニタリング・評価が行われ、その継続的な課程で、参加者が情報を活用する。参加型モニタリング・評価では、知識や態度、行動の変化といった変化の認識も含まれる。このようなモニタリング・評価を通じて、地域住民やプロジェクト関係者が同じ関心や利害を共有するとともに協働して活動を行うことが可能となる。

この参加型モニタリング・評価における指標設定において基本となる5つの設問は以下の通りである。

- ①実行するといったことを行ったか？ (What?)
- ②うまくいった、いかなかったことから何を学んだか？ (Why?)
- ③この仕事をしてどんな違いをもたらしたか？ (So what?)
- ④異なったやり方でできるだろうか？ (Now what?)
- ⑤継続的な学習のために評価結果を用いるどのような計画を立てるか？ (Then what?)

これら基本的な設問に則ったプロジェクト活動に関する代表的な関連質問は以下の表に示す通りである。

表 プロジェクト活動に関する参加型モニタリング・評価のための質問

<p>実行するといったことを行ったか (What?)</p> <p>—活動の記述—</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● どのような活動が実行されたか、どのように目標や目的に結びつけられたか。</li> <li>● プロジェクトの主な成果は何か、必要とされた資源は？</li> </ul> <p>実施中に目標が変更された場合には、なぜ、何が変わったのか？</p>
<p>うまくいった、いかなかったことから何を学んだか？ (Why?)</p> <p>—成功の理由—</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 対象者を巻き込む上でどのような戦略がうまく機能したか。なぜ？</li> <li>● 対象者を巻き込む上でどのような戦略がうまく機能しなかったか。なぜ？</li> <li>● 地域社会の支援基盤を広げる上でどの戦略が最も機能したか。なぜ？</li> </ul>

- 地域社会の支援基盤を広げる上でどの戦略が機能しなかったか。なぜ？
- どの活動や戦略を変更したのか。なぜ？
- 活動や戦略の相対的な費用便益や効率性について何を学んだか？
- 目標や目的の現実性、妥当性はどうか。
- プロジェクト立案過程で最も効果的に働いた点は。

グループとして共に活動する上で何を学んだか。

この仕事をしてどんな違いをもたらしたか (So what?)

—インパクト—

- プロジェクトの結果として何が変わったか？  
知識、態度、技能、行動
- プロジェクトの結果として何が変わったか？  
対象者のメンバー、地域のグループ、サービス提供者、介護者、財政負担者・職員
- 予期しなかった変化は？ 詳述する。
- 住民の参加を促進する上でプロジェクトがどのように貢献したか。
- 地域のグループを強化する上でどのような手助けを行なったか。
- 健康に関する障害をどの程度低減させたか。
- 以上の変化を示す根拠は何か。これらの変化に寄与する外部要因は？
- より良い健康の実践のためにどのように貢献できたか。
- モデルやアプローチが他地域でもどの程度活用可能か？

異なったやり方でできるだろうか (Now what?)

—プロジェクトの将来—

- 活動から明らかとなった目標達成のための最も効果的な方法は？
- さらに効果的に活動するための付随的な知識は？
- 目標、目的に到達するに役立つ財政負担者や地域支援組織のからの追加的な支援は？
- プロジェクト目標達成のためにもっと費用便益的なやり方は？
- 他に誰が活動に加わっていただければよかったか？
- この課題に関する人々のネットワークを拡大するに何をすればいいか。
- プロジェクトのニーズはすべて満たされたか。
- 初期の計画立案段階で現実的なプロジェクト目標設定のために他のより良い方法は？
- プロジェクト目標達成のためにもっと費用便益的なやり方は？
- 事務・マネジメントは効果的に変わったか。

継続的な学習のために評価結果を用いるどのような計画を立てるか (Then what?)

—評価結果の活用—

- 評価結果はプロジェクト立案実行にどのように活用されたか。
- プロジェクトの知見は将来の知識向上のためにどのように用いられるか。
- 最終評価の結果はどのようにまとめられ配布されるか。
- 人々が学びを活用できるようにするため評価結果を示す他の方法は？
- 新規プロジェクトの立案にどのように活用されるか。
- 政策や研究の優先度決定に影響すべく評価結果はどのように用いられるか。

参加型モニタリング・評価のための手順として、まず各プロジェクト活動に対して明確な目標、目的の確認を行い、次に適切な指標設定を行い、さらにプロジェクト報告、記録、質問調査、関係者への面接などの技法を用いモニタリング評価のための情報収集を行う。そしてデータ解析と解釈を行い、結果の活用を図ることが望まれる。

情報収集を図るための具体的な参加型技法は、視覚、会話、記述を重視したもので、構造型インタビュー、半構造型インタビュー、キー・インフォマント・インタビュー、フォーカス・グループ、コミュニティ・インタビュー、直接観察、参与観察、マッピング、トランゼクト分析、ランキング、意志・政策決定ツリー、季節カレンダーなどがある。これら

技法に共通する特長として、住民が自ら問題を認識し質問できることを促す技法であること、最終的な利用者・裨益者自らがその情報収集と分析に加わること、参加者の能力や技能に応じた技法であること、住民の日常生活や状況に適した技法であること、数量データでなくても信頼できる結果を示す技法であること、意志決定に必要な情報を提供するとともにジェンダーに配慮し不要な情報を求めない技法であること、などが指摘できる。

いずれにしても住民や関係者がプロジェクトへの参加を通じて、問題を解決して行くことを学習することが参加型モニタリング・評価の最大の目的といえる。

表1 迅速・参加型技法

	視覚重視	会話重視	記述重視
構造型インタビュー		●	●●●●●●
半構造型インタビュー		●●●●●	●●
キー・インフォマント・インタビュー		●●●●●	
フォーカス・グループ		●●●●●	
コミュニティ・インタビュー		●●●●●	
	視覚重視	会話重視	記述重視
直接観察	●	●●●	●●●
参与観察	●	●●●●●	●●
マッピング	●●●●●	●	●
トランゼクト分析	●●●	●●●	
ランキング	●●●	●●●●●	●
意志・政策決定ツリー	●●	●●	●
労働マトリクス	●●●	●●	
季節カレンダー	●●●	●●●●●	
ダイアグラム	●●	●●●	

(国際協力事業団2001)

### 3. 参加型モニタリング・評価と指標開発の課題

参加型モニタリング・評価と指標開発の課題についてまとめると、

#### ⑥ 統一した指針や公式は存在しない。

手法や技法の実際の活用についてとすれば「正解」を求めがちであるが、統一した指針や公式は存在しないので、プロジェクト目標や目的、実際の活動内容にあわせて臨機応変に適用を考慮することが望まれる。そのためにも事例の蓄積と情報交換が求められる。

#### ⑦ 地域住民が主体である開発のための持続的な社会プロセスと位置づけ認識することが前提となる。

地域住民が計画立案やモニタリング・評価に形式的に参加している状況での「参加」と異なり、地域住民や関係者が主体的にその過程に参加していることがまず前提となる。その過程における継続的な「参加」「学習」「交渉」「柔軟性」を通じて、地域住民やプロジェクト関係者が同じ関心や利害を共有するとともに協働して活動を行いエンパワーされることが可能となる。したがって、モニタリング・評価の目的は、住民や関係者がプロジェクトへの参加を通じて、問題を解決して行くことを学習し、エンパワーされることといえる。

#### ⑧ 質的研究の方法論に関する検討とともに事例の蓄積と検討が必要である。

参加型モニタリング・評価の基盤となる各種手法や技法についての方法論的な検討とともに、適用事例の蓄積と情報交換が必要である。特に、保健医療分野では、数量データを重視する傾向が強いので、人類学や社会学、教育学など他分野の専門家との交流や相互協力が強く望まれる。

#### ⑨ 質的データを重視した適切なモニタリング評価指標開発が必要である。

質的研究とともに特に参加型モニタリング・評価指標の開発が望まれる。保健医療分野では、特にニーズ評価、意識や行動変容につながる教育、人的資源を中心とするさまざまな資源開発、技能開発、モデル開発、健康に影響するさまざま

な障害(医療施設の数や配置、サービスの質、アクセスなど)を低減するといった領域でのモニタリング・評価指標が重要であるため、これら関連指標の開発と検討が求められる。

#### ⑩ コミュニケーション・スキルを備えた各種手法に習熟したファシリテーターが必要である。

各種インタビューやフォーカス・グループ、観察やマッピングなどの参加型技法に習熟したファシリテーター、特に文化や社会背景、言語を共にするローカル・ファシリテーターの役割が重要である。

### 4. 参加型モニタリング・評価に関連する主なWebサイト

#### Participatory Evaluation

([www.people.cornell.edu/pages/alr26/parEva.html](http://www.people.cornell.edu/pages/alr26/parEva.html))

参加型評価に関する概説や利用可能な資源を網羅している。アクションリサーチやコミュニティ指標なども提供している。

#### Who Are the Question-makers? A Participatory Evaluation Handbook. OESP Handbook

([www.undp.org/eo/documents/who.htm](http://www.undp.org/eo/documents/who.htm))

国連開発計画の評価戦略計画室が職員向けに1997年に作成した参加型評価のハンドブックが紹介されている。各技法についても詳細な解説がつけられている。

#### Empowerment Evaluation

([www.stanford.edu/~davidf/empowermentevaluation.html](http://www.stanford.edu/~davidf/empowermentevaluation.html))

アメリカ評価学会、カナダ評価学会などへの接続、ガイド、ソフトウェアなどの紹介も含まれている。

#### Participatory monitoring and evaluation (PM&E)

([nrm.massey.ac.nz/changelinks/par\\_eval.html](http://nrm.massey.ac.nz/changelinks/par_eval.html))

参加型モニタリング・評価の事例、ガイド、ハンドブックなどが紹介されている。

The Electronic Development and Environment  
Information System

([www.ids.ac.uk/eldis/hot/pm3.htm](http://www.ids.ac.uk/eldis/hot/pm3.htm))

参加型手法に関するマニュアルや技法を提供している。FAO、UNDPなどの国際機関やGTZ、USAIDなどの二国間援助機関やNGOの参加型評価のマニュアルなども含んでいる。

INTERACTION EVALUATION RESOURCES Evaluation  
Books & Articles

([www.interaction.org/evaluation/resources.htm](http://www.interaction.org/evaluation/resources.htm)  
1)

参加型評価のテキストや論文をリストアップしている。

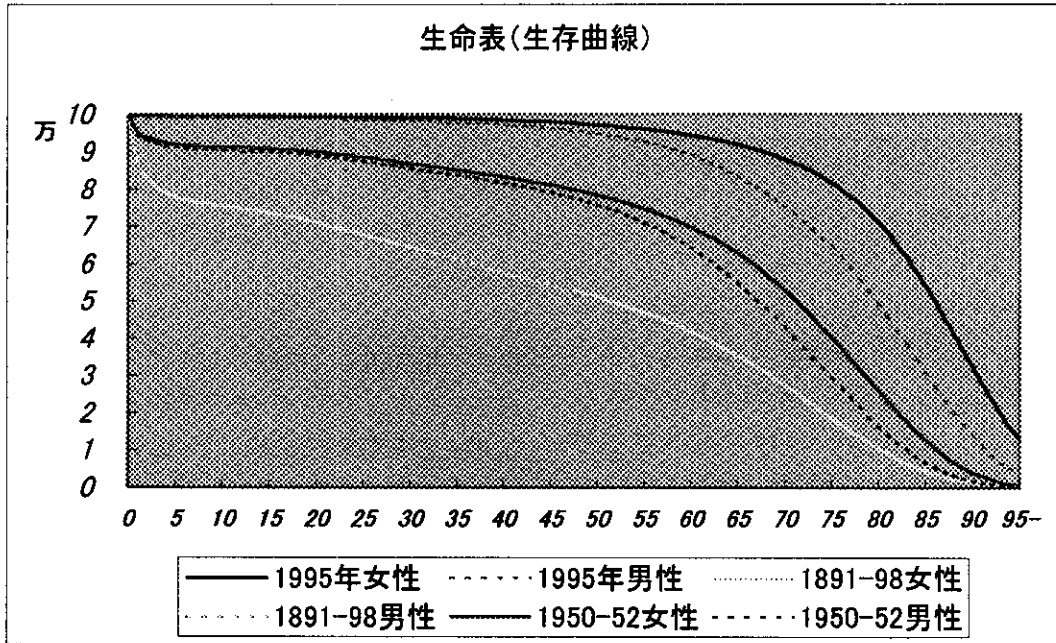
## PHC戦略と疾病負担(BOD)、経済的評価に関する研究

保健コンサルタント 熱田泉

### 評価の求めるもの

下のグラフ(生命表)は、約百年前・五十年前・現

代へと、日本人の集団としての健康状態(生存確率)がどれだけ向上してきたかを性別に示している。



多様に定義されうる、つかみどころのない「健康」ではあるが、その基本が誕生から死亡にいたるまでの人生の過程にかかわる事象であることを受け入れるならば、生命表はいかなるときでも保健医療を論じるときベースとなる物差しとっていい。実際、世界各国の保健医療行政機関は、この方法を用いて国民の平均余命(寿命)を求めている(統計的な信頼度には大きな開きがあるけれども)。

このオーソドックスな「健康」の物差し(指標)によって、二十世紀に日本が達成した健康の向上は目に見えるアウトカムとして広く人々に評価されるようになった。しかしこの評価が可能になるためには、世紀にちかい時間尺度と、密度の高い出生・死亡・疾病の登録制度に支えられた厚生統計のシステムがあったからに他ならない。

日本の、この前世紀の健康の向上がどのようなインプットによって引き起こされたのか、その因果関係を探ることは大変に興味深い。栄養改善、経済成長、

抗生剤の発明、国民皆保険制度、初等教育その他の様々な要因がノン・リニアに関係し合いつつ、全体で結果に結びついていったことは予想できるが、個々の因子の影響を数量的に分析することは込み入った統計手法を駆使してみたところで、限りなく不可能に近い。

思考を単純にするために、地域と時間的広がり限定してみる。限定された地域の保健活動としては、佐久病院、沢内村、雪国大和病院の保健活動などいくつか良く知られた事例がある。これらは事例研究のテーマとして頻繁にとりあげられ、評価され、追従を目指す我々が観察し学べることはたくさんある。が、これらの事例から普遍的に適用することが可能な、保健医療プロジェクトを成功させるための「方法」は得ることができたのだろうか。ここで方法と呼んでいるものは、理論的に体系化された一連の動作(活動)をイメージしたもので、期待する結果を生み出すことが十分に確かなもの、たとえば言

えば料理のレシピのようなものであると思っただきたい。上記の事例に関するドキュメンタリーの書籍、関係者へのインタビューには、感動的で眼から鱗が落ちるようなエピソードがいくつも含まれている。しかし、もうひとつの沢内村を作るレシピにはまだ出会ったことがない。

経験の理論化・体系化は、学者や専門研究機関の分野である。それは経験から学んだ知恵を次代の役に立たせるための、評価として最も重要な価値のある作業といつていい。世界の保健医療研究者は

…まず方法をきちんときめてから、というやり方に制限をくわえねばならないということである。方法は、ある意味では対象のほうがいれば強いてくるものだ。あるいは、対象との接触のなかではじめて見えてくるものである。対象にかかわる前に方法があるわけではない。……方法主義こそ近代の理性がはまり込んでいた強固なオブセッションではなかったかとおもうのである。もちろん方法にはあらかじめ探究の範囲を限定する閉じた方法と、分析の地平を新たに伐り開いてゆく発見的な方法とがありうるだろう。が、発見的な方法それ自体は、探究のなかで発見されるものによって教えられる。

(「聴く」ことの力 - 臨床哲学試論、鷺田清一、1999)

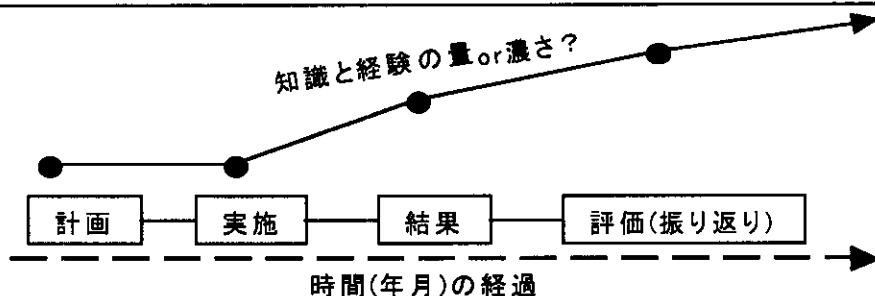
HFA2000の目標とそれを実現するための戦略としてPHCを作り出した。日本の地域保健活動の成功例もPHC戦略の文脈に当てはめなおしてみるとたいへんよく整合性が取れていることに気が付く。しかし一方で、PHC戦略はレシピとなる方法は示しておらず(PHCは戦略であって方法ではなかった)、そのた

めに「包括的PHC対選択的PHC」といった論議も生み出されることになった。

沢内村の保健活動を再現するレシピがないのはなぜだろう。おそらくそれは、沢内村のあの時代、あの場所の食材を最適に料理する方法自体が、当時の命をかけた料理人たち(村長・院長他)によって個別にあみだされたもの、固有名詞で語られるべきもの、その時代にその土地でそのひとびとによって意味をもつものだったからなのではないだろうか。地域保健という体系性、普遍性を有している一方で、出来事には個別的なままにかたちをあたえられる必然性があると考えてゆくと納得がゆく。乱暴な言い方になるかもしれないが、PHCプロジェクトに標準化されたレシピ(方法)は存在しえないのではないか。

生命表を物差し(指標)にして、あるいはその一部分ともいうことができる平均余命、乳児死亡率、妊産婦死亡率等を目標に掲げて保健医療のプロジェクトをデザインすることは、一般にプロジェクトと呼ばれているものの介入を行いうる時間的、空間的範囲に比して、「健康」に影響を及ぼしている要因の暮らしの様々な場面に広がる範囲のほうが広い。ため、適切ではないとする認識が関係者の間で最近かなり定着してきたように感じる。かつては、いかなる保健医療プロジェクトも「××死亡率の低下」や「平均寿命の延長」を計画書上で誇らしげに謳っていたものだったが、限定されたプロジェクトの活動範囲内で、実際に評価で使える指標は、もっとプロジェクトに近いもの(時間的・空間的)でなければならない。風が吹いたら「桶屋が儲かる」というのは指標としてナンセンスなのであって、「眼病みが増える」ことをもって評価するほうが実態をよりの確に把握できる。評価をする方法(指標データ入手手段)は「指標」そのものに依存している。

評価:増えたのは「知識」? 量が増したのか、それとも濃くなったのか?  
その経験と知識は共有され次の計画に活かされてきているだろうか?



PCMの原型であるZOPPがGTZに導入されるようになったのは、指標をより実地的なものにしたいというのが大きな理由の一つであった。しかし、保健セクターのように、そもそも健康が暮らしの場面で決定されるものであることから、「暮らし」という幅の広い分野のすべてが健康のよしあしにかかわってきて、しかもそのかかわり方は直線的な関係ばかりではなく、相互に複雑なインターリンクとフィードバックを構成しながらかかわってできている問題系図のなかでは、全体のなかでのプロジェクトの位置を捉えることが容易でない。

一般に、「医」が「個（患者）」を対象に見据えているのに対して、保健は「集団」の健康向上を目的にしている。対象が、「個」から「集団」に変わることによって何が変わってくるかという点、「木を見て森を…」といったかなり本質的な見方、考え方の相違が含まれている。集団はもちろん個の集まりによって構成されている。しかし、焦点を個から集団に広げることによって、個対個、個対集団、の関係性がより明確に視野の中に表れてくる。「個」に焦点を当てた見方をいくつもただ加え合わせただけでは、集団に対する理解は生まれてこない。保健が狭い意味での「医（治療）」と本質的に一線を画するのはこの部分である。狭い意味での治療的「医」と、「保健」のプロジェクトは、その評価の焦点をOutcomeからOutputへと移してゆくに従い、この二つの「個」と「集団」との見方の差異が大きくなってゆく。どちらも理想とする状態が「健康の向上」であって、平均寿命が延長し、乳児死亡率や妊産婦死亡率が低下するという最終的な目標を共有しているから、余計に混乱しやすいところがある。

「地区把握」や「地区診断」は日本の保健婦が土地の人々（集団）の生活実態を評価し、活動の焦点を決める際に用いる方法として昭和30年代に開発された。地域の中でケアされる者とケアする者とのダイアログが基本になっている。沢内村の例では、当時の村長が夜間に地域の家庭をまわって、いろいろを囲みながら酒を酌み交わして村民の話を聞いた。土地の人々は、その環境で生き抜いてゆくことの「エキスパート」である。

プロジェクトは、好ましい変化を起こすための外部からの介入であるといえる。暮らしのモードに変化が定着するには、少しずつ、少しずつの変化であることが必要条件になる。

変化はそれ自体が従来の習慣を変えるということで、変化する者に（経済的、心理的、時間的）負担を与えうる。この負担の程度が十分に小さくて、数ヶ月あるいは数年間、変化した状態を維持しつづけることができると、この変化は新たな習慣となつてそこのひとつひとつに定着する。習慣化した状態において、人々の負担は解消してゆく。変化の原動力は変化した状態が生み出す望ましい状態に対する期待であるが、期待の大きさによらず、負担の大きい変化は定着することが難しい。ひとたび変化が新たな習慣として人々に受け入れられると、そこからさらに次の変化を準備することができる状態になる。健康のニーズはいつでもどこにおいても数限りなくある。変化の及ぼす負担の程度を考慮に入れながら、目標となる望ましい状態に人々の健康を導くためのヴィジョンを描けるのは、現場の暮らしを知っているものにして初めて可能になる。暮らしの中に広い裾野を持って広がる「健康問題」の森の中から、



手始めとして何を選び取るかを主体的に判断するのは、外部者の専門家の教科書的な知識の領域ではなく、保健の意識によって日々暮らしとの接触を繰り返している（熱心な）地域の保健医療従事者たちの領分だといえるのではないだろうか（仮に外部からの保健医療的介入が変化の引き金になるとしても）。プロジェクトを参加型で行うということは、小さな変化を定着させつつ繰り返してゆくのに大きな効果を発揮する。

PCMの導入初期、研修コースに参加してくる人たちは、関係省庁に割り当てられた枠以外では、入社数年未満の若手の人たちが中心だった。これには理由があって、若手にはまだ比較的工作が少なく、一週間の研修に自分の席をあける余裕があったことと、ベテランの特に技術系のコンサルタントにはPCMが

…精神の仕事にたずさわるひとびとを「学識のあるひと」と「話し好きなひと」とに分け、前者に必要なのは「余暇と孤独」ならびに「長期間にわたる準備と厳しい労苦」であり、後者に必要なのは、「快への趣味と知性の品のいい使用」ならびに「同胞との社交の会話」であるとしている。そしてこの二つが分離してしまっているところに「現代の大きな欠陥」があり、これが知識の世界にも社交の世界にも悪い影響を与えてきたにちがいないとしている。

（前掲書）

あまり好ましく思われていなかったからではないかと思っている。実際、幾人かのベテランコンサルタントからは、素人と同じグループでディスカッションをするなんて、と聞かされたことがある。彼らの抵抗は、自分が何年間もの教育と経験で作ってきた方法を、経験もない無知なひとびとをあいてに理解させる苦労や困難を思ったのかもしれない。

### 方法(評価手法)にこだわることの危険

PCMやPRAのような手法は道具であって、それ以上でもそれ以下でもない。しかしともするとそれをはじめて使うひとびとに、あるいはこれから使ってみようという人々に、過剰な期待を抱いているかもしれ

ないことを感じさせられることがある。ZOPPが日本に導入される初期、トレーニングを担当していたGTZから派遣されたコンサルタントたちは、「これは水晶球じゃあないんだよ、これを使えばいつでも自動的に良いプロジェクトが計画できるというものではない、計画のよしあしはその場に参加している人たちによるんだ」と繰り返していた。

また、よく耳にするコメントで大変残念に思うのは、「PCMワークショップをやってみた、しかし参加した人々があまり積極的に議論に加わってくれなかった」、そして「参加者がもっと活発に発言してくれる手法はないものか」と続くことが多い。

途上国にいるとき我々は異邦人である。ある日突然四輪駆動車で現れて、農繁期も雨季も地域の祭り事もお構いなく、明日からワークショップをやるから参加するようにと御ふれを出す。昼食と日当付で動員された心やさしい土地の人々は、遠来の名前も素性もわからない客人に不快な思いをさせないようにと精一杯合わせてくれる礼儀正しさを持ち合わせているが、いっしょに村の悩み事を考えようとするだけの信頼関係には到底いたっていない。このような地域社会に土足で踏み込むようなやり方で行われるワークショップはぜったいに参加型にはなりえない。

PCM、PRA、RRAと参加型を謳った調査・計画の手法がどんどん増えている。「住民参加」を形から入れる

### 非方法の方法

対象にナイフの切れ味を押し付けるのではなく、対象がナイフの研ぎ方を指示してくれるその声を聞くべきなのだ。

（前掲書）

ようになったことでこれらの手法は大変に貢献していると思うが、一方でこれだけ広く普及してくるようになると、形式だけが一人歩きをして、その真髄である心（哲学）に目を向ける機会を少なくしている弊害も目に付くようになってきた。この現象は、Excel97を使いこなしていないのに、Office XPやPentium4をもとめればなんとなく今までできなかったことができってしまうような幻想を抱くのに似てはいないか。我々は技術に翻弄されすぎている傾

向があるのではないだろうか」と自問したくなる。どんな先進の技術も、それが人間の道具である限りにおいて、使いこなすには技能と心（哲学）が必要であることは変わらないではないか。

K国の開発調査で一連のPCMワークショップを行った際、興味深い体験をした。それまで我々はワークショップに参加してくれる土地の人々に簡単なパンと飲み物の昼食を振舞っていた。それは昼食を各人が家に帰って食べることになる、会場から家への往復に時間がかかること、それによって午後のセッションの開始が不安定になることを避ける意味があった。あるときから、この昼食を会場で土地の人たちに用意してもらって我々はご馳走に預かるという形に変更した。村ごとによって、その昼食の準備の役割分担や費用の分担（全額土地の人々の負担で調査団は一文も出さなかった）、料理を各家庭から持ち寄るところもあれば、会場にしていた教会の傍の学校でみんなで炊き出しをしてくれたところもあった。その土地の人たちの共同作業の様子は、そのままその地域社会の相互扶助の仕組みをあらわしていた。驚いたのは、それまで振舞っていた昼食を、逆に与えられる立場になった我々調査団の意識の変化だった。それまでは我々はパトロンだった。意識に上ることは少なかったけれども、私たちは皆さんに援助をしに来ました、ですから皆さんは私たちに感謝をして歓迎してください、という暗黙の意識がどこか心の隅にあったような気がする。したがってパトロンの立場を捨てる時には、もう歓迎が保証されなくなるという微妙な不安が我々のなかにあった。昼食を土地の人々に施してもらうようになって、パトロンの立場は逆転し、我々は土地の人々に気に入ってもらえないとお昼ご飯を食べさせてもらえないかもしれないという自分達自身を認識する。土地の人たちとの関係もそれにつれて微妙に変化し、決して彼らが急に居丈高になったり威張り始めたりすることはなかったが、ワークショップのやり取りの中でもパートナーとはこういう関係だったのだと実感することになった。

数年前になるが、GTZがZOPPを導入したことのレビューを行って「ZOPP marries PRA?」という出版物にしたことがある。ここでもZOPPが期待したような参加を実現できなかった事例の反省が主に語られ

ていた。PRAとの優劣を論じた項もあったが、全体の結論はやはり「使い方」だったように記憶している。PCMの研修は、今までどうも手法を構成している一連の機械的な論理構成の部分に重点を置きすぎてきたのではないか。これからは、もっと基本的な、コミュニケーションスキル、グループダイナミクスの方に力点を移してゆく必要があるように感じている。

評価の具体的な作業の部分は社会調査の手法そのものである。調査票形式が最もよく使われているのだが、標本抽出のやり方などは相当お粗末なのが実態である。ランダムサンプリングといいながらでたらしめに行き当たりばつりの調査をしているのも見かける。

インタビュー調査にも落とし穴がある。ベテランの技術士N氏がその週の調査結果を調査団の中で発表しあう場で、水利組合の議長からの聞き取りの結果として、「この村では週の曜日によって水の配分を組合員の畑に決められた順番で回しています」と報告した。普段は物静かに聞いているだけのことが多い調査団長がこのときはすぐさま「それは違うよ」とさげすんだ。実は団長はこの週ずっと私と一緒に水利組合のPCMワークショップに参加していた。ワークショップのなかで一番盛り上がったのが、水の配分に関する論議のときだった。頭数で分けるのか、耕地面積で分けるのか、収集がつかないくらい活発なやり取りがあつて、その場にいた我々は、土地のことばはほとんど理解できないにしても、水の配分方法に関しては組合の中に異なった意見のグループがあり、それが対立していて合意には程遠い状態であることは確かにつかんでいたのだ。

私はこの水利組合の議長がN氏のインタビューでうそをついたのだとは考えていない。議長にとってN氏は遠来の大切な客人、彼の質問にはできるだけN氏が満足するような答えをあたえてあげようという思いが働いていたことは容易に想像できる。水の配分はそんな議長にとってあんまり答えやすい質問ではなかった。おそらく議長は視線をはずして遠くに移し、「こういった約束事では進めようとしているけれど…」ぐらいの答えを返したにちがいない。調査票に答を埋めようという思いが強く働いていたかもしれないN氏は、通訳を介して自分の受け取

「口先だけ」のことばに欠けているのは、まさに身ぶりやふるまいとしてのことばなのである。他者の声の肌理に触れることによって、再び自己の元に送り返されるという体験がここでは起こらない。ことばの身ぶりに触れることができずに、あるいはことばのふるまいを受けとることができずに、相手の言表内容からだけ相手が言おうとすることに見当をつけようとする。すると人は、対話の中で必然的に「遅れて」しまう。そこでは言表内容のなかに浸透しているはずのメタメッセージが聞こえない。伝えたいという気持ち、それが伝わらないのである。

(前掲書)

りたい答に聞いてしまったのだろうと私は解釈している。

調査団は、ただその土地に滞在する期間が多少長いか本当に短いかの違いがあるだけで、本質的に通過集団であるということの制約から逃れることはできない。土地の人々の暮らしをつかむためにどのような調査をしなければならないかは、計画や評価の要求に応じて様々なケースが考えられるが、レシピのない段階でPHCへの取っ掛かりを手探りするとしたら、現場主義に徹することが最も妥当だと思う。ここで現場というのはもちろん病院のことではない。病院は確かに社会の縮図といった側面をもってはいるし、病院統計は統計データの希薄な途上国においても比較的手に入れやすいメリットはある。しかし病院は暮らしを営むひとつひとつにとってはあくまでも非日常の場面であって、医療スタッフの日常をつかむ目的でない限り、暮らしの香りとはかなり距離のある舞台である。

RRAの線上になるかもしれないが、私が大変効果的だと思うのは、土地の人の居るところの傍らで、あまり動き回ることをしないで定点観測に近い意識をもつことである。定点観測には二つの意味がある。

1. そこに暮らすという意識になること、通過集団でなく、その晩はそこで夕暮れを迎えて泊まるつもりになるということ(実際に泊まればそれに越したことはないだろうが)。数時間後に

都市のホテルに帰ることは忘れる。

2. 全身全霊を持って、土地の空気に同化して、あらゆる感覚を動員して、教科書・辞書を忘れて、見る、観察する、看る。

限られた現場での時間を精力的に動き回るのもひとつの方法ではあるが、もともと通過集団である者が足早に動き回ってはいは、生活者の視点を共有することはさらに困難になるだろう。この方法は童話の「幸せな王子(オスカーワイルド)」と似通ったところがある。広場にじっと立ち尽くしたままで動かない王子の像からは、市議員にも見えない暮らしの窓辺を通して、その町の立場の弱いものや苦悩の場面が見えてくる。

体系のなかの一事例としてではなく、個別的な対象や出来事の、そのユニークな存在を濃やかに描き出すのでなければならない。人の息づかい、対象の肌触りが、入り口への重要なヒントを与えてくれることがしばしばある。

PHCにレシピがないと前に書いたが、評価する人と評価対象との距離によって状況は変わってくる。現場から遠い中央政府にあっては、保健計画を作るための数少ないレシピのひとつとして、疾病負担を用いた考え方がある。これは生命表に健康障害を考慮したファクターを取り込んで、損失年数で健康を評価する方法である。ただ、残念なことに適用されているケースはまだとても少ない。その理由の一つには個々の保健医療技術の対費用効果の分析が非常に複雑なことが上げられる。簡便にExcelを使ったプログラムもできているが、実用に差し支えない精度を維持しつつ現場でも使いこなせるような技術開発が切に望まれる分野である。

予防と治療とに技術を分けるとするならば、一般的に予防のほうが少ない費用で高い効果を得ることができるといわれている。もう少し掘り下げて考えてみると、効果の及ぶ範囲がExclusive(排他的、独占的)な技術とそうでない技術、資源の消費がRival(競合的)な技術とそうでない技術というふうに分類することもできる。

技術的介入の種類	効果の範囲、 資源の消費	
治療的介入	Exclusive Rival	例えば、外科的な治療技術はその治療を受けた人にだけ便益があり、また保健医療資源はひとたびその治療に使われてしまうと、他の人が利用するわけにはいかない。
予防的介入	non-Exclusive Rival	ポリオの予防接種のような技術は、ワクチンを飲んだその人を病気から守るばかりでなく、集団の中でポリオが感染してゆく危険を減らすことにもなる。しかし、医療資源が不足していれば、ワクチンを全員に行き渡らせることはできない。
地域社会的介入	non-Exclusive non-Rival	予防が地域の人々に同時に効果を及ぼすと考えられるような場合、例えば、母識学級や公共水道の整備とかの場合、効果は広く人々に行き渡り、一人の人が利益を受けることが、他の人の利益を損なうことはない。

読者諸兄は途上国を旅しているときに、しつこく付きまとう物乞いたちをうっとうしく感じたことがおありになるだろうか。慣れない土地、異邦人であることの心細さ、幾ばくかの恐怖心、特に相手がいたいけな貧しい身なりの澄んだ眼をした子供の場合、経済大国日本人であることの不条理な後ろめたさ、保健医療という人道的なミッションを背負っているという自負とも誇りともつかない思い、その場を逃げ出したい思いから苦し紛れと遊び心半分でその子供に対して物を乞うしぐさをして返したという経験を複数の同業者から聞いたことがある。そのとき、物乞いの子供はきょとんとした表情を浮かべてから、ポケットから薄汚れた小銭を出して、この話をしてくれた同業者の手にその小銭を恵んでくれたのであった。人間であることの無償の助け合いの精神が、「お付き合い」や「参加」の核として残っていて欲しいと願わずにはられない。

#### 方法 (method)

…私たちは反方法の道に身を置かねばならない。…目的地に向かって最短の道をとる方法 (methodという単語はギリシャ語の「道に沿って」ということばに由来する) に対して、ランドネ (遊歩道)、つまりは散策の道、回遊の道を対置している。

方法的な直線の道は、鉄道やハイウェイのように平原を掘り起こし、山や谷を突き抜けて最短距離で進む。そのあとを今度は機関車が、自動車が、騒音や排気をまき散らしてゆく。これに対してランドネの道は、風景と折りあいをつけながら、ときに風景のその襞の中に紛れ込んだり、社を迂回したり、別の道に通じたりして、うねうね進んでゆく。この「長く、曲がりくねった、ぎざぎざした、雑多な」ランドネの道で、ひとは寡黙なものにふれる。思いがけないものと遇う。用がないものにも目を向ける。自分が

# 「国際保健プロジェクトの評価の改善による参加型評価推進の可能性の検討」概要

財団法人国際開発センター 阿部貴美子

## 本稿の目的

日本のODAによる国際保健プロジェクト(以下の文中ではプロジェクトという。これに含まれる内容については脚注を参照<sup>1)</sup>)の評価は、現在は原則的にPCM (Project Cycle Management) 手法によるDAC (Development Assistance Committee) 評価5項目の評価<sup>2)</sup>(以下では、PCM手法によるDAC5項目評価と表す)が実施されている。参加型評価としてのPCM手法の有用性についての議論は盛んである<sup>3)</sup>。この議論を踏まえて、ODAによる保健プロジェクトの評価現場において、今後はPCM手法の参加型として特性の運用面から強化されるであろう。また、PCM以外の参加型手法の部分的採用が進むであろう(1つの案件において両者が同時に行われる場合も想定される)。ODAによる保健プロジェクトの参加型評価にふさわしい手法は何か、理念面でそのあり方はどうあるべきかという議論は、本研究の他研究者の原稿においても論じられているため、本稿ではそれらを論じない。代わって、プロジェクトの評価が、1) 現在、国内において強く求められている透明性を確保しつつ、2) 参加型評価としての特性をさらに強化にあたって、何が現状のプロジェクト終了時評価

の制約になっているかを明確にし、その対応策を検討している<sup>4)</sup>。

## 1 構造的制約

評価結果の報告と評価報告書の原則的なあり方としては、以下が指摘されている<sup>5)</sup>。

- 1) 評価結果が、それを活用すべき人々に知られなければならない
- 2) 評価結果には、それを活用する人が重要と考える情報が含まれなければならない
- 3) 評価結果は、それを活用する人々に適切なタイミングで、かつ分かりやすい形で伝わらなければならない

現状のPDM5項目評価を基礎とするプロジェクト評価の進め方では、ごく一部の案件を除いて上記の2)、3)が十分には確保されにくい構造が存在している。その構造とは、一方で評価結果に対して異なるaudienceが存在し、国内と現地ともに情報収集のための環境が十分に整備されていない中で、評価のために多くの情報を収集し、その他の作業も実施することが求められているためである。

## 2 評価結果の報告に対する「異なる被報告者 = audience」の存在

評価結果の報告書は、基本的に公開され、日英言語で書かれている<sup>6)</sup>ことから、評価結果を知らされる側には、複数の異なる機関と人々が含まれること

<sup>1)</sup>ここでは、特に日本人が「専門家」として通常、開発途上国に複数名が派遣されて相手国カウンターパートとともに現地で5年間程度にわたって行う国際保健プロジェクト、すなわち、プロジェクト方式技術協力プロジェクトを指す。したがって、それには無償あるいは有償等その他スキームによる国際保健プロジェクトは含まない。「専門家」とは、一般的な意味での専門家ではなく、日本のODAによるプロジェクト方式技術協力プロジェクトに派遣され、プロジェクトの目標達成を目指し、カウンターパートと共に働く日本人の職名。

<sup>2)</sup>5項目とは、妥当性 (efficiency)、有効性 (effectiveness)、効率性 (efficiency)、インパクト (impact)、自立発展性 (sustainability) である。

<sup>3)</sup>例えば、兵井伸行、「保健医療プロジェクト評価における迅速・参加型手法の適用」、『保健医療プロジェクトの事前・中間評価に関する研究』、2001年、石田健一、「参加型計画と評価：その問題と課題—事例より」、前掲書。

<sup>4)</sup>国際協力事業団企画評価部評価監理室では、評価事業のガイドラインとして『JICA 事業評価ガイドライン』を2001年8月に発行している。同ガイドラインには、現状の評価事業の作業内容等の実施全般に関する説明も含まれている。http://www.jica.org.

<sup>5)</sup>Morris, L. L., Fitz-Gibbon, C. T., & Freeman, M. E. (1987). "How to Communicate Evaluation Findings", California: SAGA Publication Inc., P. 9, 10.

<sup>6)</sup>日本語の部分が全て英語になっているわけではない。

になる。プロジェクトの実施主体である援助実施機関、現場における実際のプロジェクト実施者（例えば、「日本人専門家」）、カウンターパート機関（途上国の保健省等）と現場における実際のカウンターパート人員（例えば、保健省母子保健局人員）、受益者、開発コンサルタント、一般の納税者、研究者等が含まれる可能性がある。また、報告書は、予算の透明性の観点から参照されることも考えられる<sup>7</sup>。すなわち、評価結果に対して多様な関心と利益関係を持つ人々が、報告書を参照する可能性がある。当然、報告書の作成側はこの事を意識して、「異なる読者＝異なる被報告者（audience）」を想定して、誰にとってもが比較的分かりやすい報告書を作成するよう努力が払われている。他方、実際の報告書は、「異なる読者＝異なる被報告者」の内、誰をもっとも重視しているのか分かりにくくなっている。

「評価においては実施する作業の種類が多い上、作業結果<sup>8</sup>から異なるaudienceに向けた報告内容を求めすぎているために、評価の各項目に関する情報収集や評価結果の判定にかかる時間とその深度が十分に確保されにくい。現状の評価では、特に以下の点について課題がある。

- 1) 案件実施者に直接還元されるべき情報（例：案件のプロセスに関する評価）が、質をともなって含まれていなければならない。これは、参加型評価としての観点から見た場合に必要な情報である。
- 2) DAC 5 項目評価の中の自立発展性の判断のための情報として、カウンターパート機関の組織としての予算確保状況（財政的/経済的自立発展性）や協力によって実施されている事業（日本のODAプロジェクトの場合は、日本が支援をして相手国機関が事業を行うという形式である）の予算確保状況も含まれていなければならない。予算確保状況の情報は、カウンターパート側が公開をせず、数値的に十分把握できず、結局、日本側も含めた実施関係者からの

<sup>7</sup> 国際協力事業団企画評価部評価監理室『JICA 事業評価ガイドライン』によれば、JICA 事業評価のフィードバックには、案件の継続や終了等を決定する意思決定プロセスへのフィードバックと、関係者の学習プロセスへのフィードバックがあるとされている。

<sup>8</sup> 通常、1名の本邦コンサルタントを雇用し、日本側援助実施機関の案件担当者、国内委員が参加する。

ヒアリング情報に頼ることもある。

### 3 終了時評価における参加型推進に対する制約的状况

#### 3.1 評価デザイン策定に関する制約

評価調査全体としてはPCM手法によるDAC5項目評価を実施する訳であるが、「PCM手法による5項目評価を実施する、ワークショップを開催する、プロジェクト関係者にアンケートやインタビューを行う、関係者の合意形成をする」等の大枠<sup>9</sup>以外の評価デザインとその運用は、その時に評価を担当するコンサルタントと実施機関のプロジェクト担当者（日本の国内担当者、以下ではプロジェクト担当者）に任されている部分がある。具体的な決定事項は、アンケートやインタビュー等のデータ収集方法、ワークショップの開催の仕方等（ワークショップへの参加対象機関、参加者の職種や職務上の地位、ワークショップにかかる時間、実施の日時等）であり、現地での微調整はあるものの、コンサルタントとプロジェクト担当者が主に決定している。プロジェクト担当者は、プロジェクトの事情に詳しく、かつ、プロジェクトの現地サイドが希望している評価方法や手順、手法<sup>10</sup>を把握していることから、コンサルタントとともにこれらの事を決定している。

すなわち、評価デザイン全体に関して比較的自由に決定できるわけであるが、評価デザインが一定の質を確保できるかが課題となる。

評価のデザイン段階で、コンサルタントは以下の作業を実施する（PDMによる評価手法の詳細については、国際協力高等教育機構のPCM評価手法の教科書を参照されたい）。

- 1) 国内の文献情報、プロジェクト担当者および参加者（日本人「専門家」）に対するヒアリングから評価対象プロジェクトのこれまでの展開、現状、特

<sup>9</sup> 財団法人国際開発高等教育機構（FASID）、『PCM手法に基づくモニタリング・評価』参照。

<sup>10</sup> 日本人「専門家」が派遣されて行われているODAのプロジェクトでは、PCM手法によるDAC5項目評価が適用されているが、保健分野のプロジェクトの成果は、特に研究協力的なプロジェクトに関しては、PCM評価手法では測れないという考えを持つ専門家も存在する。

徴を短時間で適確に把握する

2) プロジェクトの現状に基づいて、PDM-E (評価用PDM) を作成する

3) プロジェクトの特性に相応しいPCM手法によるDAC5項目評価のための情報の収集方法 (アンケート、インタビュー) の案を策定する (特にPCMワークショップの開催方法案の策定は重要)

一方、実施機関のプロジェクト担当者は、コンサルタントの提案する情報収集の方法が、プロジェクトの特性と現状から見て適当であるか判断する能力を備えている必要がある。そして、この段階には、プロジェクト実施者側 (「専門家」、カウンターパート、受益者等<sup>11)</sup>) からの評価デザインについての要望がコンサルタントとプロジェクト担当者に向けて伝えられ、これらの関係者の間で評価デザイン案の検討と合意が形成される。日本と海外とのやり取りであることによる様々な制約や双方の側にある時間的制約がこの点を難しくしている。

#### (1) 現行の評価における参加のレベルの決定要因

現状のPCM手法によるDAC5項目評価の運用においては、参加のレベルがプロジェクトごとに違いがある。評価のデザイン段階について留意されたいのは、参加型としてのPCM手法による評価の「参加の度合い」が、この段階で大部分が決定される点である。上記のように、評価デザインには、コンサルタントとプロジェクト担当者がその多くを決定しており、両者の参加型に関する知識と理解および参加型志向も反映されることとなる。

JICA国際総合研修所では2001年度に「参加型評価基礎研究」として、他ドナーの参加型評価の採用状況を調査し、JICA事業における参加型評価の導入上の課題の把握と方法案を提示している<sup>12)</sup>。この研究では、参加型評価の導入にあたっての課題として、JICA職員に対するアンケート結果から、職員の参加型アプローチに対する理解の促進が指摘されてい

る。一方、コンサルタント側の参加型アプローチに対する知識や理解レベルについては、指摘がない。現状では、PCM手法の評価事業に入札するためには、コンサルタントはPCM手法のモニタリングと評価の習得コースを修了していることが必要条件となっている。しかし、それを除いた参加型援助や参加型評価に関する知識や理解のレベルについては不問である。実態調査は実施されていないものの、プロジェクト関係者の経験からは、プロジェクト評価を受注しているコンサルタントの参加型評価に対する知識と理解のレベルは、個人によりばらつきがあるものと推定される。

#### (2) 評価デザイン策定上の具体的課題

評価に与えられた作業時間は、コンサルタントの場合は、1プロジェクトあたり1ヶ月弱程度である。この中で現地での作業 (インタビュー、ワークショップ、評価結果とりまとめ等) と、その前後の国内での作業 (文献やヒアリングからの情報収集、報告書のとりまとめ等) を実施していく。与えられた期間 (時間) に対して求められる作業の量が多いのか少ないのかという議論は本稿では行わないが、作業を進めるにあたり以下のような制約があるために、与えられた時間内で質の高い情報を適切な量だけ確保することが難しいことが多いことを指摘する。

#### プロジェクトのドキュメンテーション

上記の作業の「1) 国内の文献情報とプロジェクト関係者からのヒアリングにより評価対象プロジェクトのこれまでの展開、現状、特徴を短時間で適確に把握する作業」における課題は、プロジェクトに関する評価時点以前のドキュメンテーションの質が一定ではない点である。同じ種類の文書であっても執筆者によって含まれる情報の量や深度に差が出ており<sup>13)</sup>、プロジェクトの全体像を把握するためには、複数の文書 (例えば、プロジェクトの「巡

<sup>11</sup> 現状では、PCM手法によるDAC項目評価においては、どの範囲までのステイクホルダーに、どの程度の「参加」を求めるのか明確な方針が示されていない。

<sup>12</sup> 国際協力事業団国際協力総合研修所、『参加型評価基礎研究 国際協力と参加型評価』、2001年6月。

<sup>13</sup> プロジェクトのチーフ・アドバイザーがプロジェクトの運営管理に関心が高く、運営管理におけるPDMの重要性をよく理解している場合には、PDMに基づいた「総合報告書」(JICAの日本人専門家による報告書の固有名詞) が書かれていることがあり、これは終了時評価に限らず、プロジェクトの内容をは把握するのに役立つ。

回指導」の報告書、本節の「その他のドキュメンテーション」を参照することを通じて、修正を何度か繰り返すこととなる。

### プロジェクトの「活動」に関するドキュメンテーション

コンサルタントが、評価時にプロジェクトの活動に関するドキュメンテーションから情報収集して、評価項目の1つである目標達成度に関する「活動実績」を記述する際にも、ドキュメンテーションの質が一定でないため、時間と労力が取られることがある。このため、その部分だけでプロジェクトで何が行われたかを明らかにする独立した1つの

Summative Evaluation<sup>14</sup>を実施するのと同規模の投入が必要となる。ドキュメンテーションの質が一定でなくなる要因としては、プロジェクトがPDMを備えているにもかかわらず、日本人「専門家」の業務報告書等のドキュメンテーションがPDMに十分基づいた記述になっていないことである。

この背景として、1) ドキュメンテーションの方法が作成者に十分に説明されていないこと、作成された文書の内容に対する作成者へのフィードバックが十分でないことが指摘できる。また、2) 終了時評価ではDAC5項目に関するプロジェクトの各側面（例：投入の効率的利用）についての評価に対して、プロジェクト期間中に実施者（「専門家」とカウンターパート）の間で、高い関心を保つことが難しいことが指摘できる。この理由としては、プロジェクト自体の進捗のために実施者が多忙であること以外に、援助事業におけるDAC5項目の観点から検証の意義が実施者に十分理解されていないことが指摘できる。さらには、DAC5項目評価の評価項目と、プロジェクトが重要としている評価の観点にずれが生じる場合がある<sup>15</sup>。

### その他のドキュメンテーション

<sup>14</sup> 当該案件の一般的な効果と達成について要約的に情報をとりまとめる評価のアプローチ。これに対して、案件策定者や実施者へのフィードバックをより重視した Formative Evaluation がある。

<sup>15</sup> 国際保健の疾病対策や研究支援プロジェクトには、DAC 評価 5 項目では測れないという「専門家」の主張もある。

プロジェクト実施中には、プロジェクトに対するアドバイザー役を果たしている「国内委員」<sup>16</sup>（「国内支援委員会」の委員）による巡回指導（調査）が実施され（2000年度から「中間評価」が導入された）、その報告書が作成されているが、内容はその時点に進行中であった主要な活動、もしくは国内委員の関心のあった事項が中心となっており、それ以外のPDMに記載されている活動の進展については十分な記述のないものがあつた。

また、プロジェクト実施中に参加者によるプロジェクトの成果を公表する研究論文が執筆され、雑誌等に掲載される場合もあるが、研究論文であるため多くは、執筆者の関心のある活動成果についての学術的記述となっている。

### ドキュメンテーションに関する新しい動き

2001年度からプロジェクトの「事前評価」が導入されたことに関連して、プロジェクトの形成段階で、プロジェクトに対する事前のDAC5項目評価と、プロジェクトの背景や目的、PDMの説明、実施機関の各種能力の検討結果等を含む文書（「プロジェクト・ドキュメント」）が2001年度から作成されている。将来的には、この文書の存在によって、モニタリングや評価の時点で、上述したドキュメンテーションの問題点が補完される可能性があるが、問題点に対する対応は依然として望まれる。

### 「評価の問い」をたてる能力

評価のデザイン段階におけるコンサルタントの作業概要は2.1の冒頭で示したが、「3) プロジェクトの特性に相応しいPCM手法による評価のための情報の収集方法（アンケートやインタビュー、ワークショップ）の案が策定される」ためには、PCM手法によるDAC5項目評価の枠組みの中で特に何を評価したいかという「評価の問い」をたてる必要がある。「評価の問い」とは、PCM手法によるDAC5項目評価において基本的で重要な質問、すなわち、PCM手法の教科書に載っているような多くの

<sup>16</sup>国内委員は、特定分野に高度な専門性があり、当該プロジェクトに助言を与える立場にあるため、プロジェクト実施中には現地を訪問して、専門性に基づいてプロジェクトを指導（「巡回指導」）をする。



プロジェクトに共通で必要性の高い質問以外にプロジェクトの特性を踏まえて評価において尋ねるべき問いである。「評価の問い」のたて方(内容)については、プロジェクト担当者との協議はあるが、ほとんどの部分は評価実施を受注したコンサルタントの力量と裁量にまかされる。

「評価の問い」の質の確保には、1) プロジェクトの分野と2) その分野における国際保健協力活動に関するコンサルタントの知識と理解のレベルが重要となる。例えば、マラリア分野のプロジェクトであれば、コンサルタントがマラリア対策自体と同対策の国際保健協力のアプローチや課題等に関する知識と理解を備えているかどうかによって、「評価の問い」の質が左右される。しかし、現状では、評価実施を担当するコンサルタントを選定する際に上記の1)と2)に関する知識と理解のレベルについては、必ずしも十分に検討されない場合がある。コンサルタントに求められる1)と2)に関する知識と理解のレベルは、評価作業への他の参加者(特に「国内委員」)との役割分担等からも規定されるが、それらが一定のレベルに達していなかったために、綿密で的確な「評価の問い」が立てられず、プロジェクトの特徴から生じたニュアンスのある、あるいは意義の高い活動や成果が把握されず、適切に評価されないことが起きている。この要因の1つには、日本国内における国際保健分野のコンサルタントの人材不足がある。

### 3.2 現地における終了時評価の実施上の制約

現地における作業としては、コンサルタントには案件実施者がPDMに基づいて収集した情報をとりまとめることと、自分自身による情報収集がある。プロジェクト実施者は、プロジェクトに関しあらかじめ設定された指標(Project Design Matrixにおける指標)の値とその背景情報を収集している。コンサルタントはそれらの情報を受け取り、それ以外に5項目評価のために基本的に必要な情報収集とその他<sup>17)</sup>の情報収集を行う。その後、コンサルタントが

収集情報のとりまとめを行い、関係者は収集された指標の値の変化と情報に対して、評価結果を決定していく(例えば、プロジェクトの対費用効果は高かったか、低かったか等)。これら一連の評価作業を実施していく上で、以下の点が制約となっている。

#### (1) 評価調査団参加者の役割分担

通常のプロジェクト評価には国内委員が参加しており、評価作業後、国内委員(長)には、評価結果に関するカウンターパートとの交換公式文書=ミニッツの内容協議とサイン、会議の進行役等を行うことが求められている。しかし、評価作業の過程における役割が明確ではなく、国内委員が評価作業の過程において、どのような作業を実施するのか、また、評価作業自体に対する立場は助言監督や指導をする立場であるのか十分明確となっていない。現地での評価調査から帰国後に国内委員は報告書を執筆するが、その書きぶりや、そこに含まれる情報の種類、深度も定められていない。

#### (2) 評価の実施上の具体的課題

##### 財政的/経済的自立発展性に関する情報の収集

プロジェクトのカウンターパート機関とプロジェクトが直接に支援対象としているカウンターパートの事業(例えば、母子保健プログラム)の財政および予算確保状況は、PDMS項目の中の自立発展性を財政面および経済面で検討する際に必須ともいえる情報である。具体的には、日本のODAによるプロジェクトが終了した後に、プロジェクト実施を通じてカウンターパート側に獲得された技術やシステムが活用されるに足る十分な予算が確保されるかどうかを検討するための情報である。また、言うまでもなく自立発展性は、世界的にも日本のODAにおいても、援助事業としては獲得されなければならぬ、もっとも重要な事項の1つとして認識されている。このように、本来的には入手の必要性が高い情報であるが、カウンターパート機関が公開しないため、プロジェクトの終了時評価においてもっとも収集しにくい情報の1つである。加えて、評価においては、すでに述べたような構造下でこの情

<sup>17)</sup> 本稿後述の「『評価の問い』をたてる能力」の項を参照。なお、国際協力事業団企画・評価部評価監理室による前掲書では、プロジェクトの評価における質問を「5項目評価に関する質問」と「実施プロセスへの問

い」との2種類に分けており、後者の分類には参加型的要素の強い質問が含まれている。P.59

報以外にも多くの情報収集が行われているため、この情報の獲得のためにマンパワーを多く投入することは不可能となる。

また、筆者の過去の評価実施の経験においては、保健医療分野の持つ特性ゆえか、現地の日本人「専門家」の中にはカウンターパート機関や事業の財政的／経済的自立発展性の検討に大きな重要性を見いださない人が少なからず存在し、財政および予算確保状況に関する情報の入手の可否にも関心が低い人がいた。

#### 4 参加型評価の実施のための条件整備と参加型自体の推進

##### 4.1 PCM手法による5項目評価の実施上の制約への対応案

上記のように、現状のPCM手法による5項目評価の実施には各種の制約が存在するために、評価のデザインや収集される情報の質および参加型としての特性を向上し、強化することが難しい状況となっている。これまで制約として示した事項に対して、現時点で考え得る今後2~3年以内での対応策の案を以下の表にまとめた。

表1 プロジェクト評価の参加型としての特性強化に対する制約と対応策案

1) 評価の被報告者=audienceが複数存在する	今後、援助行政サイドが各audienceに相応しい情報伝達メディアをより選択的に使用していく。現状の「評価調査報告書」の書きぶりが整理され、解決が図られると考えられる。例えば、一般納税者向けの評価結果報告会の開催、分かりやすい内容のホームページや報告書の作成と公開を行う。
2) 評価デザイン決定に関する制約	
a. デザイン主要決定者の参加型援助や評価に対する知識と理解のレベルのばらつき	本稿、以下の節を参照
b. プロジェクトに関するドキュメンテーションの未整備	プロジェクトの「チーフ・アドバイザー」や「調整員」、その他の長期「専門家」による、DACの評価5項目の援助事業における本来的意義への理解を高め、これらの人々がプロジェクト実施中にも自分が参加しているプロジェクトを評価5項目の観点から捉えることができるようにする。 上述のように2001年からはプロジェクトの事前にプロジェクト・ドキュメントが作成されるようになったため、将来的には、この文書からの情報が、一定程度は既存文書の補完的役割を評価において果すものと期待できる。また、既存文書については、書式の変更と執筆者への執筆要領指導を通じて、内容面での充実を図ることが可能はずである。
c. 評価実施を委託されるコンサルタントの「評価の問い」をたてる能力の不十分さ	コンサルタント採用にあたり、能力審査を強化する（特に過去の評価実施状況に基づく質的審査）とともに、協働するプロジェクト担当者のコンサルタント監督能力の向上を図る。なお、上記2) a. へに対応から可能となるはず)
3) 現地における評価実施上の制約	
a. 自立発展性（財政的／経済的）に関する情報収集の困難さ	本稿、以下の節を参照
b. 評価調査団参加者の役割分担の不明確さ	評価における国内支援委員会の委員の機能のあり方は、プロジェクトの全体に対する国内支援委員会のあり方から規定されるものであるため、評価という枠組みのみからでは、対応案を検討しない。

出所：筆者作成

なお、上記の制約がある中に、PCM手法による5項目評価で求められる情報量が多いため、結果的に

参加型ワークショップに対して十分なマンパワーをかけることができなくなるという事態も発生し

ている。

上記の制約の内、2) のa. で指摘した評価デザインの主要決定者の参加型援助や評価に対する知識と理解のレベルの向上のためには以下の方策が考えられる。上記した現状の評価実施作業において、もっとも早急に参加型関連の知識の獲得と理解の促進が必要なのは、評価デザインの主要決定者である。しかし、彼等彼女等のデザインした評価デザインがプロジェクト関係者に受け入れられ、適確に実施されるためには、プロジェクト実施者と関係者（「専門家」等）が参加型関連の知識を獲得し理解を深めることが必須である。

#### ● 参加型の知識獲得と理解の促進

ワークショップやセミナーを通じて知識獲得と理解が進むことが考えられる。参加型の考え方には哲学的な面も多く含むため、受講者によっては理解に期間を要する場合もあるが、ワークショップやセミナーは、一回の実施に長時間をかけるよりも、まず短時間で実施し、一定期間をおいてさらに深い内容に踏み込んで再度実施する方が理解が深まると考えられる。

#### ● 参加型計画および評価実施のためのトレーニングやセミナーの拡大実施

PRA等についてのトレーニングやセミナーは、これまでも各種実施されている<sup>18</sup>が、参加人員数の制限、期間設定、海外研修の実施等が、参加者数の拡大の制約となっている。これらの点の早急な改善が望まれる。特に時間と予算のかかる海外研修は必ずしも必要でなく、国内で代替できる部分は多いはずである。

#### ● 実施と並行したトレーニングとセミナーの内容の改善

評価デザイン主要決定者となる人材に対して、参加型計画や評価手法の知識と理解の取得を今後2～3年のスコープで進めると考えた場合、トレーニングとセミナー自体に対する評価の実施を、1年半程度たってからで実施し、フィードバックとそれに対す

る早急な内容改善を行うべきである。

#### 4.2 参加型評価の実験的実施<sup>19</sup>を経た後の段階的導入

今後の参加型評価の導入の検討のためには、国際保健分野のプロジェクトに対するPCM手法による評価で参加型の度合いを意識的に強めた評価と、PCM手法以外の参加型評価の実験的実施<sup>20</sup>を行うことが望まれる。実験的実施であれば、参加型評価が導入された時に課題となると予想される事態（予算費目と異なる費用の発生や通常の評価と異なるタイムフレームワーク）等への対応も柔軟にできる可能性がある。例えば、DAC評価5項目に代表されるような援助事業として検証されるべき事項の評価は援助実施機関のプロジェクト担当者とコンサルタントが行い、それと並列する形で終了時評価の調査団の派遣以前に現地のプロジェクト実施者がカウンターパートや受益者とともに参加型評価を実施する（評価への参加者の決定、手法はプロジェクトに任される）という形態も、実験的実施の案として考えられる。

なお、実験実施中の段階での研究分析結果の公表が参加型の導入の検討のためには強く望まれる。

#### 4.3 財政的／経済的自立発展性に関する情報収集に対する会計監査の部分的適用

欧米の主要ドナー機関は、援助プロジェクトに関して一定の原則に基づいて会計監査を適用している<sup>21</sup>。欧米の主要ドナーと日本の援助は、総額、1件あたりの金額、形態（相手国政府機関への資金協

<sup>19</sup> JICAの事業において参加型評価が実施された事例は、JICA国際総合研修所による『参加型評価基礎研究』を参照されたい。ここには、国際保健分野の事例はない。農業分野（農村開発）の開発調査においては、これまでに、「実証型」として開発調査期間中に調査だけでなく、収入創出活動や小規模灌漑建設を各種参加型計画手法を採用して、参加型の度合いの強化を意識したパイロット・プロジェクトが実施中である（例、ケニアのバリングにおける事業）。

<sup>20</sup> 受益者の権利と利益を確保尊重した上での実験とする。

<sup>21</sup> 朝日監査法人・監査法人トーマツ、社団法人海外コンサルティング企業協会、『欧米諸国におけるODA監査実態調査報告書』、平成13年3月。

<sup>18</sup> 例としては、FASIDによる研修コース。

力、NGOへの資金協力、技術協力等) に関して大きく異なる。現状では、欧米主要ドナーの監査事業と評価事業のそれぞれの機能の分析をふまえ、両者の関係および全体事業の中での位置づけを明らかにする研究が待たれる。一方、日本の援助においては、会計監査院によるODAの各種プロジェクトに対する監査が一部で実施されていることでもあり、欧米の主要ドナーにならって日本の援助事業に監査を導入すべきとは一概には言えない。また、本稿の検討の対象としているプロジェクト(プロジェクト方式技術協力) では、相手側の途上国政府からも投入を求めている。また、案件あたりの予算に占める人件費の割合が比較的大きいと見られる。つまり、プロジェクトにおいて「日本のみによる投入」が「相手側のみにより使用される」という状況ではない。このため監査の導入には、その対象となるプロジェクトやその部分、さらに方法等について十分な検討が必要である。

しかし、評価と監査の機能の違いを有効に活用して、現在、実施されているPCM手法による5項目評価の評価作業全体の効率と精度を高めるために、現状の評価対象事項の一部分を監査に代えることが可能ではないかと考える。当然のことながら援助事業は効果を出すことが目的であり、援助事業としての特性(エンパワーメントや、公正性=エクィティ、自立発展性、貧困削減への貢献)をもつ。評価は、それらの特性についても測ろうとする作業であり、その結果を関係者へフィードバックすることで、その後の案件の効果や援助事業としての特性の強化につなげることを志向するものである。これに対して、監査は、業務が規定に沿って実施されているかを検証をする<sup>22</sup>ことが最大の目的であり、そのフィードバックは規定に沿った業務実施を志向するものである。

カナダの援助担当の政府機関であるCIDA (Canadian International Development Agency) では、評価はCIDAの援助事業を開発成果 (Development Results) に関するアカウンタビリティを確保するものと捉え、監査は援助事業の業務結果 (Operational Results) に関するアカウンタビリティを確保する

機能と捉えている<sup>23</sup>。援助事業において、投入が行われ、それに基づく活動が実施され、最終的にインパクトが出るという一連プロセスの中で、CIDAが監査の対象としている部分と評価の対象として部分の違いを示したのが、図1である。CIDAは、InputとActivityの部分で監査している。

<sup>22</sup> 前掲書、P.11。

<sup>23</sup> 前掲書、P.36-38。なお、評価と監査の位置づけが明確なCIDAのケースを例として挙げた。