

Feed back

We got very good responses and positive feedback in each seminar and table discussion. The audience heard our talk with great interest. Due to time constraint in each seminar, it was not possible to explain SOJO model elaborately as it should be. Even though, the limited description of SOJO model created curiosity among the audiences and many of them showed interest to experimentally implement the model in their working community. With this idea they invited us to conduct work-shop in Bangladesh in future on SOJO model.

There were many researchers and practitioners of community based health promotion actions who really showed interest about SOJO model. They raised a number of problems in the form of questions that they were facing in their work-field and wanted to know the suggestive solutions with respect to SOJO model. Also, they raised some questions about SOJO model. Some of their important questions and answers were as follows:

Questions and Answers:

Q 1. Why do you name the Model SOJO (System Oriented Joyful Operation) ?

A. SOJO is a process model and users of this model proceed step by step directed by the process of the model which we say System Oriented. Additionally, in this model, participants get a scope to share views of their own mind through their own language which they really enjoy and seem very Joyful. Finally, through out this model, participants enthusiastically operate their own minds in planning, implementation and evaluation of their master plan. Hence we say the model as System Oriented Joyful Operation (SOJO).

Q 2. A community participatory approach is adopted in SOJO model. Is this approach is different than that of primary health care (PHC)?

A. It is recognized that participatory development -involving users and communities in all stages of the development process is critical for optimum primary health care. However, to achieve sustained primary health care benefits, the participation must not be limited to only physical participation. It should be such a participation where community people get a scope to share and exercise their own views and have an access in planning and decision making about their own issue. I have already shown you that in SOJO model, participants get an empowerment to make plan and decision of their own issue. So, we can say that SOJO model is an effective way to get real participation in order to realize the goal of primary health care.

Q 3. How Quality Of Life (QOL) can be achieved through the adoption of SOJO model?

A. It is really difficult to make a definite image of Quality of Life (QOL). However, it is in

consensus that the less the gap between one's expectations and existed situations, the more one's life is qualitative. To reduce the gap, one must be able to develop personal skills in order to take control of those things which determine the realization of expectations. Working through SOJO model, people become able to develop their personal skills such as power to conceiving a goal, ability to plan and decision-making of own issue, and accomplish an idea etc. All of these achievements works as infrastructure to develop personal skills with respect to quality of life.

Q 4. In SOJO process model, ordinary community people play a dominant role in making a master plan for the community health issue. In Bangladeshi context, community people are almost unaware about their own health. So, it is reasonable to assume that community people in Bangladesh will not be able to create an effective health plan under SOJO process model. Don't you think so?

A. Firstly, SOJO model never aims to transfer planning and decision making system from Professional to community people. Contrary the model aims to mobilize and empower community people in planning and decision making of their own issue. Secondly, in SOJO model, participants are helped and encouraged by professionals as how to set goal, exchange views and make the master plan. Community people are advised to set goal and exchange views based one of the three factors:

1. opinion and interest created through daily life interactions, 2. experiences gained through services as professional, administrative and volunteer workers, and 3. knowledge accumulated through research and continuing education during professional training etc. Although initially it seems difficult, but after making some efforts, gradually it becomes easy for the participants to understand the process. The role of the community people in making a master plan under SOJO model resembles making a community center by the community people. The center is in fact built through the joint collaboration of many experts of different disciplines like soil science, environment, architecture, water, electricity, city office administration and so on. The community people are initiator, care taker and owner of the center. The same principle applies in making a master plan by the community people under SOJO model. Community people initiate and own the master plan. But the plan is developed, implemented and evaluated through a teamwork of professionals, administrations and community people. So, there is no reason to be worried about the standard of the master plan made by the community people under SOJO process model.

Q5. In Bangladesh, people in the community are only concerned about medicine with respect to their health. So, how it will be possible to get community people in Bangladesh

to adopt SOJO model in their community to promote their health?

A. Its true that in developing country, most community people believe health as to remain disease free. So, they consider medicine as the key of health. However, in case of SOJO model, even in Japan, it is not introduced in relation to the remedy of curative health. Rather, it is introduced as a process or system which enables community people to conceive an ideal goal of life and make a plan to realize the goal. Community people may have different attitudes towards health and its remedy but every one in the community has a common interest to quality life. SOJO model tries to get people to work with this model through utilizing this common interest of quality life. Participants ultimately become capable to cope with their health problems as the outcomes of the activities of realizing the set goal directed by the process of the model. So, I think it may not difficult to get community people of Bangladesh to work with this model.

Q6. In Bangladesh, right now environmental pollution has been a serious concern for people's health. How SOJO model can make any contribution in this respect?

A. I have already mentioned in my speech that SOJO model can not be utilized as a tool to solve urgent health problems, environmental pollution, for example. However, if we look closely to this problem, we will see that the environment is polluted mostly by people's misbehavior. Also that the authority can never solve this problem until and unless general people consider environmental pollution as their own problem and accordingly take initiatives to solve this problem. We have already mentioned that working through SOJO model, people develop personal skills and learn how to make a role in planning, decision making and implementation of their own issue. SOJO model may thus contribute in solving a national problem by developing quality human resources.

Q7. SOJO Model is developed and being implemented in Japanese context where people are literate, have a high economic status and lead a quality life. What is the justification to think that SOJO model can also be implemented in Bangladeshi community where the context is completely negatively different ?

A. I think it's a very good question in relation to SOJO model. Its true that we are implementing SOJO model in Japanese context where people are literate, have a high income (compared to developing country) and lead a quality lie. But if you look carefully to the concept, procedure and over all objectives of the model, you will notice that education and economic background are not so important in order to be successful with this model. In Japan where this model is now being implemented, the participatory community people are not at same level with respect to education, income and work. But this difference is not hampering their activities. As I mentioned, SOJO model aims to develop empowerment, participation and skill at personal and community level which ultimately

results in successful accomplishment of community issue, health for example. Working with SOJO model is a teamwork through sharing views with each other. Lack of funding resources and traditional educational skills do not become barrier to work through SOJO model.

Q8. In Bangladesh, most community health programs are operated under the patron of foreign donors with the collaboration of national and regional health professionals with top-bottom system. Initially, community people works with donor and professionals actively but when donors and professionals go back, the people stop their activities. So, most of the health programs eventually become failure. Don't you think that same thing will happen in case of SOJO model ?

A. I think this problem is being occurred not only in Bangladesh but also in many other developing countries. In most cases of community based health projects, donors and professionals determine the needs and make the plan for the community depending on their (donors and professionals) own intellectuality, text book information and survey data. In most cases, the objective of the action plan is not clear to community people and no link with the objective of community people's daily life. As a result, community people think that the action plan and its implementation is the job of the donor and professionals. We community people are helping them in exchange of some benefits (money, medicine, food etc). So, when the donor and professionals go back, community people also go back from the project. This is the fact that we think causes the failure of most community health project. Contrarily, if we look at the concept and procedure of SOJO model, we find that the community people are the initiator, owner and care-taker of the action plan. More importantly, the action plan has a link with the goal of their own daily life. Professionals and administrators work here as a guest collaborator. So, when the professionals and administrators go back, community people never stop and continue the project work independently. This is what really happening in various communities in Japan through working with SOJO model. So, I think, in SOJO model, the probability is high that community people will continue work independently even after the professionals and administrators go back.

Q 9. Why SOJO model can not be implemented nation widely?

A. As I mentioned that in SOJO model, participants first set an ideal goal as an image of healthy life through consensus and subsequently make a master plan examining the required conditions to realize the goal. Because, ideal goal as the image of healthy life will differ from community to community, it is not feasible to implement SOJO model with one particular master plan through out the nation. If we do so, the problem will

probably be same as we discussed in question 8: However, professionals and administrators from different parts of the nation can get together, and after being trained by SOJO model work-shop, can implement the model at their own communities which is being done now in Japan.

Q10. At present, has SOJO Model been being implemented in any other developing countries? If yes, what is the feed back about SOJO model in those countries?

A. Only recently we have started to study the feasibility of implementing SOJO model in developing country. We invited a number of public health researcher from Brazil, Nepal and Thailand and trained them about SOJO model. Interestingly, they all raise the same questions with respect to SOJO model which today we are facing here. After going back to their own country, each of them sent us a report appraising SOJO model. Although, each of them appraised SOJO model in different ways, all of them were in consensus that SOJO was a suitable and necessary process model for their own country. However, we do not have any report from them based on the experiences of implementation of SOJO model in their own community. So, we are just waiting to hear from them.

Appraisal:

From the questions of the audience and through mutual discussions, it has been understandable that in Bangladesh, most of the community based health works are top-bottom system with joint collaboration of foreign donors and regional health professionals. Community people ultimately loss their interest to work with this top-bottom system.

Also, public health researchers and practitioners in Bangladesh no more recognize conventional top-bottom system which ultimately becomes failure to mobilize community people and to get them ready to compliance. Professionals are now seeking a process model in order to work more productively. Such type of demand leaded them to join our seminar with great interest and encouraged them to think SOJO process model with respect to achieve primary health care in Bangladesh. However, from their questions, it was also understandable that the core concept was not clear to them which was attributed to time constraint brief explanation of SOJO model. Therefore, we assume that a future workshop in Bangladesh on SOJO model will be helpful to evaluate the feasibility of the implementation of SOJO model in Bangladeshi context more accurately.

SOJO Model (System Orientated Joyful Operational Model) and its use for Infectious Disease Control

研究協力者 Anand B. Joshi

(Senior Lecturer, Institute of Medicine Tribhuvan University)

In developing countries infectious diseases are major public health concern. In Nepal malaria, kala-azar, japanese encephalitis, HIV/AIDS, tuberculosis, diarrhoeal diseases including other viral, bacterial disease are major public health concern. In this connection SOJO model approach could be one of means for reducing the disease burden and prevention and control the disease by the active participation of the community people. A action plan could be made with the participation of community members in collaboration with local health workers, representatives from the local governmental, non-governmental organisations, local clubs including the organisations involved in the disease control program.

Existing health services have made efforts to address these problems but for a variety of reasons there have not produced the hoped for the benefits. It is now appears that without strong community interest and resolve to solve the problems in their own way, combined with commitment on the part of the local and central health authorities and other related local departments, the causes and their efforts will never be addressed adequately.

In the area of infectious diseases the improvement in health and reduction in disease burden may be done by working with certain communities to help them understand the present situation of the infectious disease. These risk group of population could be observed to see the ways in which they them-selves might be able to improve their health and their life in the years to come. In this relation health worker(s)/health professional(s) could be involved in working with the communities in the different stages. The local health services will continue to work together closely and community members/health professionals will seek to strengthen their operation, wherever this proves possible.

The goals could be set in priority areas of the infectious disease. The programs needs to set goals with in the framework of SOJO model which will form a basis of data collection, identifying health problems, planning and implementation of the program at the different level of the community. However, flexibility will be required

to also allow the community to identify their own priorities and plans. To achieve goals like reduce infectious disease burden, increase health awareness, promote health and improve status of general health a ***system oriented joyful operation model*** (SOJO model) would be possible methods.

Based on the learning experiences with Dr. Iwanaga Toshihiro, National Institute of Public Health, Tokyo, Japan the following study plan could be further developed for the future implementation:

Objectives

To implement the activities to maximise the community participation in:

- ◆ Improve the health of the community and reduce the infectious diseases burden
- ◆ Regular monitoring the disease in collaboration with local health facilities

These objective could be achieved through:

- ◆ improve environmental conditions including improved access to safe drinking water, hygiene sanitation, dry and wet disposal and other locally important condition
- ◆ Improve knowledge of, and access to information and services to prevent infectious disease
- ◆ More people enabled to have full responsibilities in defining their health needs and in designing and implementing health policies
- ◆ Increased and more effective use made by existing health facilities with emphasis given to the continued use of services
- ◆ Strengthen existing local health facilities and use of health services
- ◆ Increase the responsibilities of the community members for the better prevention and control program of different health infectious diseases.

Flow chart of SOJO Model (Which could be implemented in Nepal)

Initial Phase

During the initial phase different health problems in the community will be identified. Assessment of institutional based disease/health information. The objectives of the program will be framed by community members in collaboration with health professionals.

Understanding the community situation

Facility based information and qualitative assessment of the community will helpful understanding the current community situation. The community people will be made aware

about the community problems.

General situation

The common infectious disease could be addressed to the community members. The root cause of the problems and their possible solution also need to be mentioned. Geographic, social, cultural factors need to be addressed. Visual perception of the problem need to be addressed to the community people.

Planning Phase

Planning phase will be very important for the successful long-term implementation of the program. Planning need be done by community member(s) and health worker(s) have role as facilitator.

Imaging tentative ideal goal situation to be realised

The ideal goals could be those have been addressed in the objective part. Visual perception of the community members and involved health worker need to be clear at the beginning.

Examining required conditions for the ideal situation

The local situation could be assessed and realised, for implementation of plan by all partners taking part in the program. The health and developmental data need to be presented to the participants those will be utilised during future work.

Making action plans

In the beginning of the action plan there is need to have discussion with communities to provide information concerning the work done by the community and possible suggestions for their role. Discussion with the community is needed to determine actions that the community might initiate them-selves and actions where the existing health services and other public services might be utilised. The local leaders, elected female village volunteers, community members and other influential people need to be apprised for the formulation of action plan.

Implementation Phase

A participatory, need based implementing the action plans have to be formulated. Regular measuring the progress towards the ideal situation is needed.

Evaluation Phase

Intermittent internal and external evaluation, need to be done. A comparison with control area where there is no such a program has to be implemented. Based on the result the program could be modified or long term continuation is needed.

Expressions and Feedback towards the Implementation of the System Oriented Joyful operation (SOJO) Model

研究協力者 Dusit Duangsa

(Faculty of Education, Chaig Mai University)

The Model

The SOJO Model is a participatory approach toward community-initiated, community-based plan of action to a public health issues/problem, or, for that matter, any kind of community situation or issue. It consists, broadly speaking, of three phases. The initial phase, which on top of understanding of the general situation, allows for stakeholders to break the ice and start working together. The planning phase encourages people to understand together more deeply of the situation, as well as to set a common goal together. The implementation phase involves putting the plan to action, monitoring, and evaluation, and re-planning or learning the process together (lessons learned).

The Implementation

The Ohgoe Community is ideal in many ways for such a model implementation. First, members of the local public health center had wanted and tried to address the local public health issues for some time, presumably since 1994. They did not succeed in mobilizing the public. So when Dr. Iwanaga introduced the SOJO Model, the local team was ready to adopt and try this innovation.

Initially those involved in the committee were leaders and members of the various community-based organizations (CBO). Eventually this has changed over the years to cover ordinary community members. This certainly shows the success of the attempt.

During the afternoon meeting at the local health center where project members briefed visitors (us) about their work, we noticed a number of members of nearby communities who came to learn about the work of this Ohgoe Community. Also in the town meeting that evening we heard about a plan of a nearby community to come on a study visit to learn from the experiences of Ohgoe Community.

Lessons Learned

During our short visit, we had a chance to listen to, and to learn from local community people as well as project members various lessons learned, which of course were valuable.

Among them:

- Instead of focusing their energy on keeping the project committee together, or retaining all members of the committee, they chose to work with a small group of people who shared common concerns, problems or interests;
- They tried to focus on small, visible, concrete problems concerning health well-being of the people. Thus they chose the issue of disabled people being able to participate in sports festival as their first plan of action;
- Interpersonal, face-to-face communication is crucial in rural communities;
- Building up partnership with other agencies outside the public health area is important;
- Mobilization of the public is the most difficult task of the whole process.

Issues for Discussion

1. SOJO Model is a thorough and systematic model.

Particularly in Phase 2 which consists of detailed step-by-step components that help members to think thoroughly and carefully through the planning process before the implementation phase. At the same time, the model requires a great deal of time to carry out the entire process, especially in Phase 2 and Phase 3. If a project needs as long as 3-4 years before results are obtained, members of the project who are not sufficiently committed may feel discouraged and drop out before realizing the ultimate goal. In this case, making efforts to build a series of small and concrete objectives to be reached periodically may allow members to see occasional outcomes and remain motivated to continue working towards the goal.

2. Literacy skills requirement.

From studying the SOJO Model, one gets the impression that it requires a certain level of reading and writing skills so that one can participate meaningfully in the brainstorming and planning processes. This is certainly not a problem in a society where all or almost all members are highly literate, as is the case in the Ohgoe Community where the community people can fully participate in the activities including the planning and implementing of the project. In other societies or settings, such as rural Thailand or Nepal, where actual literacy level is lower than the level of literacy skills required, this may be one obstacle preventing a number of people from meaningful participation in the overall process.

While it is true that those who are not literate or who cannot write well may ask others to write or read for them, it inevitably reduces the level of participation among them. What is more important is the psychological impact of the practice, as those who are not literate and who need to depend on others to read and write for them are bound to feel inferior to others, lose their self-esteem, and do not wish to participate or, if they do participate, tend

to withdraw to the back seats and/or refrain from making themselves heard.

Therefore, if Phase 1 and Phase 2 of the SOJO Model will be introduced in a society with low literacy level, it may be necessary to adapt the model application. This may be done by reducing activities which require literacy skills and replacing them with other techniques such as participatory rural appraisal (PRA) techniques which use pebbles and seeds to illustrate the explanation or plan, or appreciation-influence-control (AIC) techniques which use drawing and explaining instead. These participatory techniques have already been successfully used in many societies.

3. The SOJO Model involves a process of helping members to learn the strengths and limitations of their own communities or groups, as well as learn the process of community planning which is easy and which can be done in a group. Besides, in that process of working together the members can conclude their lessons learned periodically as already mentioned above. It is therefore a learning process and an empowering process at the same time.

4. Local participation.

The entire SOJO Model is a process based entirely on local participation which does not leave any room for experts or outsiders to manipulate the community people or do any work on their behalf. All the steps involved are designed to promote members' participation, expression of ideas and opinions, negotiation and rationalization throughout the entire process. These are the model's obvious strengths.

5. Application for other areas.

The SOJO Model is flexible enough to be adapted for use in other areas in the community, such as the environment, education, agriculture, traffic, etc. What is more important is that it can integrate these areas together and treat them as parts of a single community problem which needs to be addressed from the health, education, pollution, etc. perspectives in the planning process.

日本におけるヘルスプロモーション展開方法とその発展途上国での適応に関する研究
分担研究報告書

青年海外協力隊活動における保健医療従事者が現地で直面する問題とその対処
－青年海外協力隊活動において参加型目的描写法（PGVM）は可能か－

分担研究者 岩永俊博（国立公衆衛生院公衆衛生行政学部）

要旨

国際協力事業のひとつである青年海外協力隊は、発展途上国などにおいて参加者（以下隊員）がその国の人々と生活を共にしながら隊員の持つ技術を通して現地社会の向上に寄与しようとする活動である。現地で様々な場面に出会い、対処の仕方に悩む経験を持つ隊員経験者も多い。そこで、派遣前に、現地スタッフと活動の目的を共有する為の方法として参加型目的描写法を用いた話し合いの方法を隊員が身につけておくことで、問題に直面した際に、効果的な対処行動をとることができるということを仮説として、保健医療関係の隊員を対象として活動期間中に直面した問題とその対処方法について調査を行った。

その結果、活動期間中に悩んだ事柄としては、「自分のしようとする事、したことに対して理解が得られない」「現地人スタッフの行動に改善が見られない」「自分が何をすべきかわからない」などが挙げられた。その要因として隊員がそれまでの日本での経験をもとにした考え方で現地での活動を見ていたことが考えられ、それぞれの国の社会的背景も影響していると考えられた。

隊員がより良い活動を進めていくためには現地人スタッフが必要としていること、問題と考えることを発見すること、現地人スタッフの現地での役割や考え方を理解することが求められ、このために活動や一つ一つの行動の目的やその意義について現地人スタッフと話し合うことが必要であると考えられた。この目的を確認する段階で目的描写法が有効であることが推測はできたが確認することはできなかった。また、派遣前の訓練として異文化を理解することの重要性が教育されているが、より効果を上げるためには具体的な場面を設定したケースメソッド的なトレーニング法の必要性が示唆された。

研究協力者

杉浦裕子

国立公衆衛生院専攻課程保健コース

林 謙治

国立公衆衛生院保健統計人口学部

I はじめに

青年海外協力隊事業は政府開発援助で行われている発展途上国に対する技術協力の事業の一つであり、実施機関は国際協力事業団である。この目的は参加者（以下隊員とする）が発展途上国の人々と共に生活をしながら隊員が持つ技術を通して現地社会の向上に寄与しようとする活動を支援する

ことである。その活動は7部門約160職種となっており医療保健分野の職種も含まれている。また派遣国での活動場所も村落での保健活動、病院・保健所などでの勤務、学校で教育活動に携わる者など様々であり、隊員によって活動条件が異なるため抱える問題も異なってくることが考えられた。

研究協力者も、協力隊参加時にコミュニケーションの問題、現地人スタッフの仕事に対する考え方、習慣の違いなど悩まされる経験をもった。そして、その対応の仕方を活動中に考えていたように思う。効果的な対処方法を身につけていれば、本来の目標である技術的な問題に対してもよりよい対応ができたように思う。

一方、日本の途上国に対する援助額が削減され

る中、国際社会からの日本の国際協力に対する期待は高く、技術協力を中心とした質の高い国際協力を進めていく必要があると考えられる²。これは協力隊の技術移転活動に対しても言えることであろう。

2年間という限られた期間でより良い協力活動を行っていくためには活動中に発生する問題を解決する技術や能力も必要と考えられる。

そこで今回、派遣前に、現地スタッフと活動の目的を共有する為の方法として参加型目的描写法を用いた話し合いの方法を隊員が身につけておくことで、問題に直面した際に、効果的な対処行動をとることができるということを仮説として、協力活動中に隊員が直面した問題を明らかにし対処方法について検討した。

II 方法

1 調査方法と調査内容

(1) グループインタビュー

隊員の抱える問題概要を把握するために協力活動を進めていく上で悩んだこと、困ったことやそれらへの対処方法などについて話し合ってもらった。

(2) 自記式質問紙による郵送調査

グループインタビューで得られた結果を基に質問内容を設定し質問紙を郵送記入後に返送してもらった。

- ・性別、年齢、派遣職種、派遣国、活動形態、派遣期間、新規か後任か、国際経験の有無
- ・「自分のしようとする事、したことに対して理解が得られない」「現地人スタッフの行動に改善が見られない」「自分が協力活動として何をすべきかわからない」などについて活動初期と後期で悩んだ頻度

(3) インタビュー調査

自記式質問紙による調査の回答者から対象を選定し、悩んだことや困ったことなどの具体的な事例について聞き取り調査を行った。

2 対象と実施日

(1) グループインタビュー

隊員住所録より関東在住(東京都、千葉県、神奈

川県)で保健医療分野関係者を有意抽出し、郵送と電話での参加協力を求めた。さらに協力者を得るため、メーリングリストを通じた募集、紹介によって参加者3人を得た。

実施日：2000年9月2日(土)11:30-13:30

(2) 自記式質問紙による調査

協力隊住所録より平成7年度1次隊(派遣時期主に同年7月)から平成9年度3次隊(派遣時期主に同年4月)の3年間に派遣された看護婦(士)、保健婦、助産婦から175人を抽出し、自記式質問紙を郵送し、回答を返送してもらった。

調査期間：2000年12月1日~12月31日

(3) インタビュー調査

自記式質問紙調査の回答者の中から悩んだ頻度が活動期間中に悪化した項目のより多い人を中心に抽出し、電話・電子メールにより協力を依頼し5人の協力者を得た。そのうち3人とは面会調査、そして他2人とは電話でのインタビューと電子メールを使用した。また、筆者の体験を事例として含めた。

調査期間：2000年12月22日~2001年1月24日

3 分析方法

(1) グループインタビュー

話し合いの内容は録音と速記により記録した。記録した内容から悩んだり問題として出されたことをカードに書き出し、内容が類似していると思われるものを項目ごとにまとめた。

(2) 自記式質問紙による調査

集計には表計算ソフト Excel を用いた。

(3) インタビュー調査

各事例について対象者が悩んだり困ったこと、問題と思ったことを項目別に抽出した。

III 結果

1 グループインタビュー

(1) 基本属性

3人とも女性であり、職種は看護婦(ネパール)、保健婦(マラウイ)、栄養士(フィジー)であった。実務経験年数はそれぞれ9年、7年、2年であり、

活動場所は病院、保健所、国立栄養委員会であった。

(2) 活動中の問題

活動期間中に悩んだ事柄は「自分のしようとする事、したことに対して理解が得られない」「現地人スタッフの行動に改善がみられない」「自分が協力活動として何をすべきかわからない」の3項目に分類できた。

「理解が得られない」には「言葉の問題でお互いに理解し合えない」「専門用語を表現するのに戸惑った」「上司にやりたいことを書いてもっていったが却下された」などが含まれた。

「改善が見られない」には「新しい方法を提示してもやろうとしない」「日本人がいないと自主的に続けられない仕事がある」などが含まれた。

「何をすべきかわからない」には「現場人スタッフは彼らなりに仕事をしている。自分がヨシと思って今までやってきたことはなんだったのだろう」「食料も変えないような貧しい人たちに栄養指導しても意味がない」などがあげられた。

悩んだことへの対処として「視点を変える」「これは変えなくてもいいもの、この人達のやり方でもいいと思うものがある」「その土地で培ってきた習慣とか風習とかは簡単に換えられるものではない」「日本の感覚でやればよいと言うことではない」「割り切って、自分で折り合いをつけていく」「相手がやってほしいことをやる」「現状の中で自分ができるとは何かを考えた」などがあげられた。

2 質問紙調査

(1) 回収状況

郵送した175人のうち81人から回答を得た(回収率46.3%)。このうち本人以外による回答、未回答を除いた77人を有効回答として処理した。

(2) 基本属性

回答者の平均年齢は32.3歳であった。また、性別は77人中1人が男性であった。

(3) 派遣職種

活動中の職種は看護婦(士)が49人(63.6%)であり、保健婦20人(26.0)、助産婦8人(10.4%)であった。

(4) 派遣国

派遣国は34ヶ国であり、バングラデシュが10人、他はすべて1つの国に5人以下であった。

(5) 実務経験年数

参加時の職種の日本での実務経験を聞いたところ、5年以上が44人(57.1%)であり、ついで3~4年が26人(33.8%)、1~2年が6人(7.8%)、1年未満が1人(1.3%)であった。

(6) 活動形態

活動場所は病院や保健所などでの活動が43人(55.8%)で、次に村落などでの普及活動が30人(39.0%)、大学病院などでの教育活動が8人(10.4%)であった。看護学校で教鞭をとりながら付属病院の勤務を兼任していた者が4人(5.2%)であった。(複数回答)

(7) 新規派遣か後任か

新規で派遣された隊員38人(49.4%)、前任者が存在した隊員が39人(50.6%)であった。

(8) 派遣期間

任期の2年で活動を終えた人が60人(77.9%)であった。また、任期を延長した隊員が12人(15.6%)、任期を短縮した人が5人(6.5%)であった。

(9) 国際協力の経験の有無

73人(97.3%)の隊員が海外での国際協力の経験は初めてであった。

(10) 活動中の問題(表1)

質問内容はグループインタビュー結果から活動中の問題と考えられる3項目「理解が得られない」「改善が見られない」「何をすべきかわからない」と「理解が得られず、改善が見られない」の4項目についてその要因と要因の具体例を示した。そして具体例と類似した問題について回答者が活動中に体験した頻度を質問した。また、これらの質問は活動期間中の問題の状況変化を見るため「赴任6ヶ月」と「赴任6ヶ月から帰国まで」の2期間に分け、回答を得た。

活動初期に「よくあった」と感じた問題は「言

葉をうまく話せない」60人(77.9%)、「現地人スタッフのやる気」31人(40.3%)、ついで「協力活動として何ができるかわからない」30人(39.0%)であった。また、活動後期で「よくあった」と感じた問題は「協力活動として何ができるかわからない」24人(31.2%)、「現地人スタッフのやる気」22人(28.6%)、「言葉がうまく話せない」18人(23.4%)であった。活動初期に「なかった」問題は「隊員の活動に協力が得られない」45人(63.4%)、「新しい仕事への取り組みがない」41人(56.2%)、「現地人スタッフが活動に協力してくれない」33人(44.6%)であった。活動後期で「なかった」は同じ項目でそれぞれ43人(60.6%)、39人(53.4%)、34(45.9%)であった。

(11)その他の問題

回答欄に自由記載欄を設け困ったこと悩んだことを具体的に記載してもらった。

活動中の問題として「現地語を含めた3言語を使えないと活動ができなかった」など言葉の問題をあげた人が4人であった。「何かできることがあるはずという意気込が強く対象者が目に入っていないかった」「まず凝らずに観察しないといけないとわかっているも早く有益な活動をしたいという思いが強く、悩んでいらしたりすることが多かった」「自分はここで活動として何をすべきなのかわからない」など自分が何かをしなければならぬというような焦りをあげたものが10人であった。「資金不足による医薬品などの不足に頭を悩ませた」など資源不足をあげたものが2人であった。

また、悩んだり困ったりしたことへの対策として「お互いの歩み寄り、コミュニケーションが活動の中で大切かと思う」など「現地スタッフとの信頼関係を構築していくのが最善最短の道ではないか」など現地人スタッフとの信頼関係をあげたものが3人であった。そして「現状を受け入れるしかない」「現地は現地なりに進歩していけばよい」など現状を容認することをあげたものが5人であった。さらに「相手が望むことを考えられるようになった」「日本の看護の押しつけをしてもしょうがないと思ったら活動が楽になった」など本人が変化したことをあげたものもあった。

3 インタビュー調査

質問紙調査結果で悪化の項目がより多かった回答者を抽出し、状況の悪化した問題について面会し具体的な内容を聞き取り、それぞれの問題について事例検討を行った。また、事例6として筆者の体験を含めた。

事例検討

事例1 看護婦 エクアドル 大学病院

大学での看護婦への教育と付属病院の実習指導と勤務。主となる仕事は学生への教育であり言葉の問題は非常に大きかった。職場に入っただけで「スペイン語もできないのになぜ来たの。帰る？」と聞かれた。活動のはじめは言葉が不自由だったので実習教育を担当した。活動中は問題を探すのではなくて現地人スタッフから何か要求があればそれに答えるようにしていた。ただ患者のケアについては看護婦がもう少しすべきではないかと思った。現地人看護婦は患者に対して点滴の交換や体温の測定はするが患者の清拭などは患者の家族の仕事になっていた。自分だけでも実行しようと思ひ、患者へ足のマッサージなどを行っていた。現地人看護婦には「どうしてそのようなことをするのか」と質問されるくらいで自分の行動が理解されることはなかった。

事例2 看護婦 中国 地方病院

言葉は習っていた中国語の発音と派遣先の発音が異なっており、はじめは聞き取ることができず、通訳者が必要だった。仕事では患者を一番に考えた看護を現地人看護婦にわかってもらいたかった。しかし、意識を変えていくことは難しいと判断し、行動で示そうと思った。

看護婦がバイタルサインを実測せずにカルテに記載していた。脈拍や呼吸数などは患者の状態により決まっているもので測定する必要はない、と婦長は主張した。実測値とカルテに記録されている数字が異なっていることを示しても理解してもらえなかった。現地人スタッフは助言をしてもなかなか聞き入れてくれず、また技術的な情報について同僚と共有することを嫌った。看護婦に助言をするときには理解を示してもらえそうな看護婦に一对一でプライドを傷つけないように助言していた。

事例3 保健婦 バングラデシュ 保健所

おもに保健所で母子保健を担当していた。はじめの半年は様子を見ていたので問題が存在するのかわからない状態だった。現地人スタッフは公務員で言われることはするが、それ以上のことやってみようとしなかった。忙しくなるのが嫌だし、面倒だと思っているようだった。村へ乳児検診に行ったときに体重を測定した方がよいと言ったところ、体重測定の意義はわかっているものの時間がないなどいいわけをしてやりたがらなかった。このときは日本人が体重測定を行った。すると、次回の健診で住民が体重測定を求めてきたため現地人スタッフはやむなく体重測定を実施することになった。日本人の感覚で現地人スタッフを見ているともっと仕事をしてほしいと思ったり、新しいことをしたいと思った。しかし、時間が経過するとともに彼らは彼らなりに仕事をしている、これで当たり前なのではないかと思うようになった。

事例4 看護婦 パキスタン 病院 ベッド数60

清潔観念がなく、手術用手袋は滅菌後、何回も使用していた。しかもオートクレーブでの再滅菌で目に見えない穴があくといっても聞いてくれなかった。洗ってあるから大丈夫、と自信を持っていた。糸、針も再滅菌で品質の低下などは問題にされなかった。一度開いた機械セットでも、使わなかった機械は清潔と見なし、次回別の手術にそのまま使用。そのような処置でも感染症で騒がれている様子もない。問題が発生していないので自分の固定観念に振り回されただけかもしれない。いずれも経済的な問題により使い捨てができず、仕方がないことであった。イスラム教の影響が強く、女性が働くことはヨシとしないし、努力をしても昇進することはないので進んだ看護技術を学ぼうという向上心もない。プライドも高いので自分たちの技術は遅れていると思っておらず、教わることなどない、と言いきる看護婦もいた。

事例5 ハンガリー 看護婦 総合病院

ベッド数1,000 看護婦300人 医師130人 その他400人

昼食時間以外座ることもできないくらい忙しく、看護も十分にできなかった。「臥床患者の体位交

換をきちんとする」ということを目標に活動を続けていたが活動中現地人スタッフが体位交換をしているところを一度も見たことがなかった。その結果褥そうが生じるが処置もしないし、無菌操作をするための物品もない状態だった。褥創のケアは看護婦が徹底して行うべきで、褥そうこそ看護婦のいかんで改善することも悪化することもあるのに「できるわけがない、時間がない」と言われてしまった。確かに忙しいがそれでも体位交換の必要な患者は看護婦1人の担当患者のうち3~4人なので、できないわけではない。またいろいろ話してみると「必要だ、大切だ」と思っているのにやらない。看護部長はこの病院の看護レベルは高く、改善の必要はないと言っており、「体位交換は看護婦の仕事」と看護部長は答えるのに行われていないことを知ると黙ってしまった。

事例6 薬剤師 ザンビア 地方病院

病院薬局内での薬局業務全般を担当していた。日本人ボランティアが4代9年間派遣されていたため薬局内スタッフは日本人に慣れており、すぐに受け入れられたように思う。そのためか言葉が不自由でも相手が自分を理解してくれたように思う。薬局での主な仕事は医薬品を含めた物品の管理であった。常時、物品不足でありながら無駄遣いが多かったので改善することを目標としていた。それまでの日本人ボランティアも同じ問題に取り組んでいたようであった。日本人の不在期間が2~3ヶ月あり、在庫の管理が全くできていない状態になっていた。病棟からの物品の請求は計画性が無く、毎回必要以上の請求が来ていたので必要最低量を決めてもらって無駄な使用や死在庫を減らそうとした。看護婦や医者には状態を説明し、節約を心がけてほしいと頼んだ。しかし、彼らは「医薬品や医療品が無くなってもまたドネーション(寄付)が来るから大丈夫。それでもだめなら患者には町へ買いに行ってもらうしかない」「私たちにはこの状態をどうする事もできないのだから、誰かが助けてくれないと困る」と考えていた。日本人が長く活動をしながら改善の様子が見られなかった。

以上の事例から抽出された事柄は以下のようにとまとめられた。

1. 隊員と現地人スタッフの仕事に対する考え方や方法のちがひ

隊員が日本で経験した考え方は現地ではそのまま適応することは難しい。例えば事例1「患者のケアについては看護婦がもう少しすべきではないかと考えた」、事例2「患者を一番に考えた看護を現地人スタッフにわかってもらいたかった」、事例5「臥床患者の体位交換をきちんとする」など隊員が看護婦の役割や機能を日本の体験に基づいて見ているが、それぞれの国では患者の看護の仕事は看護婦の役割ではないのかもしれない。また、事例3では乳児検診時に体重測定の実施を現地人スタッフに実施することを勧めているが、日本の乳児検診をイメージしてのアドバイスであると考えられた。

2. 隊員の現場における行動や考え方に対する現地人スタッフの反応

現地人スタッフは隊員の行動や考え方を理解できず、例えば事例1で患者の看護としてマッサージをしていると「どうしてそのようなことをするのか」と問われたり、事例5では褥そう予防あるいは治療のための体位交換についての考え方に「時間がない、できるわけがない」と言われるなど現地人スタッフには理解されていないようだった。事例4では清潔について「オートクレーブの再滅菌で目に見えない穴が開くからと言っても聞いてくれない」などの隊員の考えは受け入れられておらず、事例6「医薬品や医療用品は無くなってもドネーションがくるから大丈夫」と医薬品不足に対する取り組みについて理解されていないようだった。

以上のように隊員は隊員の経験に基づく助言が拒否されたり、隊員が期待している反応が返ってこない戸惑いがあった。

IV 考察

今回、協力隊の活動中に抱える問題を明らかにすることを目的とし、グループインタビュー、質問紙調査、インタビュー調査を行った。今回の調査は協力隊参加時のことであつたため過去のことを思い出して回答することになった。さらにその内容がその当時の困ったことや悩んだことであつたため、心に強く残つたことが強調された可能性

は考慮する必要がある。

グループインタビューの参加者は3人であつた。グループインタビューの内容を筆者や他の参加者の経験に照らし合わせるとほぼ同様な体験をしており、納得できる内容であつた。

インタビュー調査の計画としては質問紙調査結果から活動中の問題が悪化した項目がより多い回答者を選んだ。しかし、インタビュー調査結果より問題が悪化したのではなく活動当初は問題が見えなかつたため「悩むことがなかつた」に偏り、活動後半で問題が見えた結果として「悪化」となつたものもあつた。

今回の質問紙調査の対象者は保健医療関係者のうち、看護婦、助産婦、保健婦を対象とした。調査結果では職種別の割合は看護婦が高かつたため活動形態も病院や保健所といった職場が半数を占めたと思われた。回答時の年齢32.3歳であり、派遣時の年齢は30歳前後であつたと考えられた。実務経験年数3年以上が80%を越えていることから派遣前の職場での状態はある程度仕事を任せられる立場の人たちが参加していたと思われた。

隊員の直面する問題

協力隊が2年間という限られた期間でより良い協力活動を行っていくためには活動中に発生する問題を解決する能力も必要と考えられる。そこで今回協力活動中に隊員がもつ問題を明らかにし対処方法について検討を行った。当初予想された問題は技術移転を現地で進めていく中で発生してくると考えられ、そのための対策の一つとして保健活動の展開モデルの利用を検討していた。しかし、隊員の直面する問題は現地の技術移転の前段階であるように思われた。隊員の多くは現状の把握をする前に自分の立場で現地を見て行動していると考えられた。現地の問題を明らかにし、現地人の必要としていることを把握するまでは至っていないと思われた。

言葉の問題は質問紙調査で改善がみられているが、活動終了時に70%以上が「言葉で困ることがある」と答えていた。派遣期間中、活動を進める上での障害のひとつであつたと考えられた。

隊員は活動期間中に現地人スタッフの理解が得られないことに悩むことが調査結果から考えられた。その原因のひとつとして隊員が日本での経験

から得た考え方や方法を現場に当てはめようとするにありと思われた。事例の検討からも、隊員は現場の状況を日本人の立場で見ており、問題の当事者であるはずの現地人スタッフに日本人の考え方を示していた。この結果、現地人スタッフの理解を得られず、活動は思うように進まなかったと思われた。

また現地人スタッフが隊員の仕事や職場に対して外部の人間という理由だけで提案を拒否する場合やあるいは助言は必要ないと判断する場合がグループインタビューや事例から推測された。これには言葉の問題による意志の疎通も影響していると思われた。問題とは「現状と目標とのギャップであり、解決すべき事柄」であり「解決不能であったり、解決する意志のない場合には問題として取り上げる必要はない」と定義される³⁾。現地人スタッフが現状に問題がないと考えている状況が見られたが、本来はどうあるべきなのかという目標が明確にされていない事柄に関して現状を問題と認識されていないことも考えられた。また、現地の命令系統が強い上位下達になっている場合に外部からのアドバイスに対して受け入れられない事例も見られた。

問題への対応

以上のような問題に対しいくつかの対応が見られた。グループインタビューや事例検討の結果「現地人スタッフは彼らなりにやっているのではないか。いったい今まで自分がやってきたことは何か」「協力活動として何をすべきなのか」など自分の活動方針を見つめ直している場合があった。また「視点を変える」、「現状を受け入れるしかない」など対応として諦めるものもあった。一方、視点を変えることで「相手が望むことを考えられるようになった」「日本の看護の押しつけをしてもしよがないと思ったら活動が楽になった」など自分の見方が変わったことから余裕をもって活動に取り組める者も見られた。このように協力活動をより良い方向に進めていくため相手の立場で状況を判断し、現地人の必要としていることを模索することが隊員の問題への対処の一つであると考えられた。

活動をより効果的なものとするためには問題の当事者は誰であるかを理解し、現地人スタッフの

現状を把握する必要があると思われた。事例検討の結果、隊員は現地での看護婦の置かれている状況、役割や考え方を理解する必要があると考えられ、そのため相互に理解することが必要となってくると思われた。

現地での社会的背景

現地人スタッフが隊員の求める行動をとらない原因の一つとして現地人スタッフが積極的に動けない因子も見られた。例えば中国の事例では上司の言い分が絶対であるという風潮がみられた。また、パキスタンでは看護婦は地位の低い職業であり、女性の社会進出は好ましくないと考えられている。このような環境の中で仕事に意欲的に取り組み、問題意識に気づいてもらうことも難しいと思われた。バングラデシュの事例では、ワーカーが低賃金で働いており、仕事を意欲的にこなせない原因となっているようであった。また、国により各職種に対して与えられている権限や役割が違うことも考えられる。日本では看護婦が治療行為を行うのは医師の指示のもとでのみ可能であるが、途上国では看護婦が医師代わりとなることも考えられる。さらに今回の調査対象となった隊員の職種は女性が圧倒的に多く、しかも年齢は30歳前後と若い。途上国であろうとも経験を積んだ婦長などが若い隊員の助言を素直に聞くには抵抗があると思われた。このように社会的背景が隊員の活動に影響があると考えられた。

参加型目的描写法 (PGVM) の視点から

今回悩んだこととしてあげられた「自分のしよとすること、したことに対して理解が得られない」ということ現地人スタッフと隊員とで、「今自分たちがしよとしていることの本来的な目的」を確認するところから出発した話し合いが重要と思われる。事例5で、「臥床患者の体位交換をきちんとする」という目標を持っていたということについて、その上位目的を例えば「患者が気持ちよく入院生活を送ることができる」というところで確認できれば、そのための条件として褥そうの予防があげられ、そのための体位の交換が出てきたとき、それは誰がすべきことであるかを話し合うことが可能になる。これは事例3における乳幼児の体重測定についても同様な手順による話し合い

を続けることによって相互認識が深まる可能性を持っている。

「自分が協力活動として何をすべきかわからない」という問題について考察すれば、まず、「この地域でいま自分がいる分野での最終的な目的は何であるのか」ということを確認し、「その最終目的を実現するためにどのような条件を整えようとしているのか」「のためにどのような行動や活動が必要なのか」という順序で考えることによって、それらの行動、活動の中で自分にできることが見えてくる。可能なら、その考える手順を現地人スタッフと一緒にたどることで相互の認識も深まる可能性を持つ。

参加型目的描写法 (PGVM) は、「もっとよくしたい」という探索型や「これからどうすべきか」という設定型の問題の場合に有効であるといわれている。純粋に技術的な問題の場合や即座に解決を迫られる問題の場面では、違う解決の道をたどるべきであろうが、今回あげられた問題の中には、参加型目的描写法 (PGVM) によって解決を図ることのできる問題含まれていることが考えられた。

派遣前訓練

協力隊隊員は派遣される前に約2ヶ月程度の訓練期間があり、その期間に訓練中に異文化体験や任国の状態などの講義を受け、隊員としての心構えや活動に取り組む時の注意などの講義を受ける機会を与えられる。とくに現地での協力活動については、現場をよく観察すること、焦らないこと、信頼を得ることなど繰り返し教えられる。しかし、今回の調査で多くの隊員がそれまでの日本での経験をもとにした見方で現地での活動を判断し、それによって戸惑ったり焦ったりしている状況が認められた。異文化体験は現実を体験してみなければわかりにくい部分があることは当然考えなければならぬ。このような問題の対策として学習は講義だけでなく場面を設定したケースメソッド的なトレーニング法などの必要性が示唆された。

本研究の課題

今回の調査対象者は経験者のみであり、現在派遣中の隊員は除かれている。内容も隊員であったときの困ったことなどであったため、心に強く残ったことが強調されている可能性がある。今後、派遣中の隊員に同様の調査を実施する事でさらに

隊員の実体に即した支援や訓練のあり方を検討することが可能になるとと思われる。

IV 結論

本調査は海外で医療保健活動に従事している青年海外協力隊が直面する問題を明らかにし解決方法について検討を試みた。その結果、

1. 隊員が最も強く感じる問題は言葉であったが現地人スタッフとの信頼関係の構築とともに大きな問題ではなくなると考えられていた。
2. 隊員が問題として考えたことはそれまでの経験をもとに現場を観察し、日本の考え方を現地人スタッフに理解してもらおうとしていたことであった。
3. 現地人スタッフが日本の考え方を理解するのは容易なことではなく、その結果協力ができない原因の一つになっていた。
4. 隊員はより効果的な活動を進めていくために現地での現地人スタッフの役割や考え方を理解する必要があった。そのためには現地人スタッフと隊員の活動目的や理由などについて話し合うことが必要であると思われた。
5. 隊員の直面する問題の中には参加型目的描写法 (PGVM) を用いることで解決を図ることの可能な問題が含まれていることが示唆された。
6. 現地には活動の障害となるような社会的背景が見られ、このため現地人スタッフからの理解を得られないことがあると考えられた。隊員はこのような違いを理解し、それに対応できる能力が必要と思われた。このためにも派遣前の実践的なトレーニング法が必要ではないかと思われた。

VI 謝辞

今回の調査にご協力いただいた多くの青年海外協力隊経験者の皆様に深く感謝いたします。

文献

- 1) JICA ホームページ <http://jica.go.jp/jocvinfo> 更新日 2001.1.19
- 2) 小早川隆敏編著、国際保健医療協力入門 東京；国際協力出版界、1998:19-25、267-284
- 3) 梅澤伸嘉、実践グループインタビュー入門 東京、ダイヤモンド社、2000
- 4) S. ヴォーン、J.S. シューム、J. シナグブ、グループ・インタビューの技法、東京；慶応義塾大学出版

会、2000

5)梅内拓生編、プライマリ・ヘルスケアを良く知るために、東京；国際協力事業団、1999

6)吉岡逸夫、青年海外協力隊の正体、東京；三省堂、1998

7)伊能忠敏、国際技術協力の道、東京；日本放送出版会、1995

8)鷺見一夫、ODA 援助の現実、東京；岩波書店、1994

9)佐藤允一、問題構造学入門、東京；ダイヤモンド社、1988

10)日比野省三、岩永俊博、吉田浩二、保健活動のブレイクスルー、東京；医学書院、1999

11)郡司篤晃編著、国際保健、東京；日本評論社、1995