

が関与したり、目標が大きくデータが入手困難なことなどのため、プロジェクト目標の指標上の到達具合が明確でなかったり、変化が出にくい場合がある。

例：「国や地域における死亡率や有病率が問題」だからプロジェクトが入ることが多いわけであるが、カンボジアの上位目標であった「カンボジアの妊産婦死亡率」という指標を下げるためには、救急医療、血液供給体制といった保健医療のみならず、交通や通信、住民意識など多くの周辺事情が複雑に絡んでいる。このように、その改善は病院やPHCといった限られた分野の協力で達成できない場合が多いと考えられる。

④活動や成果が達成されたとしても、プロジェクト目標の指標の変化が現われることを確認するためには、多くのサンプル（介入の対象）数や、時間を要する場合があります、5年といった限られた期間で達成できるわけではない。

2) “PCM手法を使って評価すること”の問題点

このうち、“PCM手法を使って評価すること”の問題点のうち、評価実施上の問題点では、

①評価ワークショップでの参加者は、多くは目的系図のうちの一部の活動の実施者に過ぎず、必ずしもプロジェクト全体を把握しているわけではないため、評価が難しい場合がある。

例：臨床検査室主任は、病院全体の問題点や病院で行なっている研修事業について把握する立場にないというように、プロジェクト全体についてのコメントや評価ができない。

②評価時までPDMに接する機会に乏しく、評価時にPDMの理解に時間を要する。

例：PDM作成時のカウンターパートが人事交代で入れ替わった、あるいは日頃PCMを行なったことがない、などの場合があります。PDMを日常のマネージメント手法に利用していれば援助者とカウンターパートの相互の理解に役立つが、現実には、PDMは改善に向けた現場の個々の活動の中で利用しにくい。

③評価のためにPDMを修正する場合、時に修正と評価が恣意的になりうる。

例：プロジェクトが目標を達成したことを示すために、目標を下げる、あるいは達成できない成果を

除外する場合が起こり得る。カンボジアでは評価時に上位目標を下げたが、実質活動に影響しないものであった。しかし、評価時にプロジェクト目標のみならず、一部の成果しか得られていないとすると、開始時のプロジェクト目標を評価時の上位目標に、達成されている成果を評価時のプロジェクト目標と置き換えれば、プロジェクトの達成度は良かったという評価になりうる。

また、指標、および5項目評価について考えてみると、

④目標や成果の達成度を示すために数値による指標を求められるが、必ずしもプロジェクトによる変化を数値化できない場合がある。

例：カンボジアではプロジェクト当初、「なぜJICAのために働いているのに日本は給料を支払ってくれないのか」と言っていたのに、後には、「今は、援助のお世話になっているが、将来は自分達の国だけでやっていこうと思っている」というようにカウンターパートの言動が変わった。このような例では、時に主観的にしか感じ取れない変化を評価では捉えられない危険性がある。

⑤目標や成果の達成度の指標として数値を使うにも関わらず、評価5項目による評価は評価者の感覚的文言や段階付けで表現され、客観性に乏しい。

例：サンタクルスでは記述的評価、カンボジアでは一応ABC評価が行なわれた。もちろん評価団が評価方法や基準を決めることは可能であるが、その評価は、評価団の団員構成が異なっていたら、別の評価も下し得るという危険性を孕んでいる。

⑥効率性Efficiencyや目標達成度Effectivenessなどに対応する現地語の訳語がなかったり、また理解できない場合がある。

例：カンボジアでは訳語がなく、英語の通訳者も理解できなかった。このように読み書きや計算、グラフの読み方など基本的な教育が弱体なところでは、概念的な話は理解できない。それは医療者といった比較的教育を受けていると思われる人々でも同様である。このような場合、PCM手法の使用そのものが適切であったのかという根本的疑問にも行き当たる。

【結語】

1. PCM手法を評価に用いることは、カウンターパートを巻き込み、自分の立場の理解を促すという点で、一定の役割は担い得る。
2. しかしながら、PCM手法によって終了時評価を行なうことには限界があり、改善の余地があると思われる。さらに言えば、新しい評価手法を考える必要も考えられる。

厚生科学研究費補助金（社会保障国際協力推進研究事業）

分担研究報告書

迅速評価法や参加型評価法の適用に関する研究

分担研究者 兵井伸行 国立公衆衛生院保健統計人口学部

人口保健室長

研究要旨

保健医療分野では、プライマリ・ヘルス・ケア（PHC）を契機に、地域住民のニーズ把握と住民自らが自分たちの健康の向上に参画するという流れの中で、迅速・参加型手法が活用されてきた。

援助機関や関連機関においては、「参加」を開発の重要な構成要素と捉えるようになってきているが、いわゆるプロジェクト・アプローチから実証・実験や学習過程を重視したアプローチへの移行は起こっていない。

したがって、主体である地域住民のエンパワーメントを達成し、パートナーシップを促進する観点から、迅速・参加型手法をプロジェクト・サイクルに積極的に導入し、順応性を高め参加度を深めることが不可欠であり、今後さらに事例検討を重ねる必要があると考えられる。

研究協力者

島津英世 環境と開発研究所長
花田重義 国際マネイジメント研究所長
石田健一 東大海洋研究所 助手
熱田 泉 保健コンサルタント
阿部貴美子 国際開発センター主任研究員
平山 恵 筑波大学社会医学系講師

せて行った。また、評価を始めさまざまな調査を実施する際に、倫理的配慮が考慮されるのは当然であるが、実際の適用事例では、外部者が地域住民およびその社会文化的言語的特性を十分尊重し保護するよう、さらに、結果の適切な還元のありかたにも配慮した。

C. 研究結果

A. 研究目的

保健医療プロジェクト立案とその評価のためにさまざまな迅速・参加型手法が示されている。これらの手法をツールとして活用するためには、各手法の特徴を把握する必要があり、文献や実際の適用事例を基に歴史的発展過程も含めその特徴を明らかにし、適用の方向性を検討することを目的とした。

まず、1970年代後半から開発への取り組みの考え方は、「住民のために」から「住民とともに」そして「住民による」へと変化してきており、これは手法としてのRapid Rural Appraisal (RRA) から Participatory Rural Appraisal (PRA) そして Participatory Learning and Action (PLA) の変化に対応していた。

B. 研究方法

保健医療プロジェクト立案とその評価に関する迅速・参加型手法の特徴や問題点を文献や実際の適用事例を基に検討した。

保健医療分野では、プライマリ・ヘルス・ケア（PHC）を契機に、地域住民のニーズ把握と住民自らが自分たちの健康の向上に参画するという流れの中で、迅速・参加型手法が活用されてきた。

（倫理面への配慮）

手法の方法論について、倫理面からの検討も合わ

しかし、援助機関や関連機関においては、「参加」を開発の重要な構成要素と捉えるようになってきているが、いわゆるプロジェクト・アプローチから

実証・実験や学習過程を重視したアプローチへの移行は起こっていない。

に適用可能な代替案は浮上していない。従来のプロジェクト・アプローチでは、厳格な予定表や支出計画、比較的短期間で測定可能な達成や成果などが特徴付けられてきた。しかし、これらは集合的な学習や相互作用に時間を要し、また、マネジメントの柔軟性を求める真の参加型プロセスに反するものである。したがって、実証的・実験的意味合いでしか、住民側がプロジェクト内容を検討したり、実施段階での参加やその責任の受容を認めていないという現状が明らかとなった。

同様に、評価についてもすべてのステークホルダーの参加を高めることにより、彼ら自身による主体的なモニタリング・評価が成し遂げられることになるが、プロジェクト・アプローチに基づく第三者による客観的評価という観点から、実証的・実験的意味合いにおいてのみ限定された形で参加型評価が行われていた。

したがって、プロジェクト・アプローチ自体、今後プロジェクト・サイクルを通じてさらに順応性を高め、参加度を深める必要があることが明らかとなった。

その具体的方策としては、今後特にすべてのステークホルダーが対話するという枠組みの中で、ニ-

プロジェクト・アプローチの制限や制約はこれまでも認められているが、それに替わる実際に関しては、地域住民の要求を把握する詳細なウォンツ・エイブル手法のような参加型手法を適用すること、また、プロジェクトの運営管理や組織の能力開発については、ISO 1006プロジェクトマネジメントやPmbokをPCM手法とともに適用すること、乳児死亡率や妊産婦死亡率などのいわゆる保健医療指標がプロジェクトの評価指標として適切でないことが多く、サービス満足度、人材養成の効果、スーパービジョンなど質的データの検討を行うこと、などが示された。

D. 考察

これら迅速・参加型手法には、方法論としてコミュニケーション・スキルや質的データの信頼性など留意点もあるが、関係者のコミュニケーションの促進を図り、責任能力 (accountability) や所有権 (ownership) を自ら形成し、主体である地域住民のエンパワーメントを達成し、パートナーシップを促進するツールという点で積極的に導入し、事例検討を重ねる必要があると考えられる。

また、サービス満足度、人材養成の効果、スーパービジョンなど質的データの検討を実際のプロジェクトを例に行うことが望まれる。

表 従来の評価法と参加型評価法の違い

誰が	・ 外部専門家	・ 地域社会の構成員 ・ プロジェクト関係者 ・ ファシリテーター
何を	・ 事前に設定された成功を示す指標 ・ 主にコスト、成果 (outputs)	・ 人々が自ら見つけた成功を示す指標 ・ 成果 (outputs) も含まれる
どのように	・ 「科学的客観性」を重視し、評価者と他の参加者との距離を保つ ・ 一定ではあるが複雑な過程、結果がが遅く、利用は限定される	・ 自己評価 ・ 地域文化に根ざした簡単な方法 ・ 地域の評価過程への参画により結果の即時共有と公開
何時	・ 通常終了時 ・ また多くは中間時	・ モニタリングと評価の融合 ・ 頻繁な小規模評価
なぜ	・ 説明責任 (Accountability) ・ 通常は累積的、協力を継続するかの判断	・ 地域住民のエンパワーメント ・ 調整策実施の動機付け、実施、管理運営

World Bank, 1993

E. 結論

保健医療分野では、プライマリ・ヘルス・ケア（PHC）を契機に、地域住民のニーズ把握と住民自らが自分たちの健康の向上に参画するという流れの中で、迅速・参加型手法が活用されてきた。

保健医療プロジェクトでは乳児死亡率などのいわゆる保健医療指標とは異なった指標設定とサービスへの満足度や養成訓練の効果などを含む質的データの検討が必要である。

援助機関や関連機関においては、「参加」を開発の重要な構成要素と捉えるようになってきているが、いわゆるプロジェクト・アプローチから実証・実験や学習過程を重視したアプローチへの移行は

起こっていない。したがって、プロジェクト・アプローチ自体、今後プロジェクト・サイクルを通じてさらに順応性を高め、参加度を深める必要があることが明らかとなった。

主体である地域住民のエンパワーメントを達成し、パートナーシップを促進するツールという点で、迅速・参加型手法をプロジェクト・サイクルに積極的に導入し、事例検討を重ねる必要があると考えられる

保健医療プロジェクト評価における迅速・参画型手法の適用

兵井伸行 国立公衆衛生院

目 的

保健医療プロジェクト立案とその評価のためにさまざまな手法が示されている。これらの手法をツールとして活用するためには、各手法の特徴を把握する必要がある、文献や実際の適用事例を基にその特徴を明らかにすることを目的とした。あわせてPCM手法（プロジェクト・サイクル・マネージメント）について、特にプライマリ・ヘルス・ケアへの適用について理論的検討を行うことを目的とした。

方 法

保健医療プロジェクト立案とその評価に関する手法の特徴を文献や実際の適用事例を基に検討した。あわせてPCM手法（プロジェクト・サイクル・マネージメント）について、特にプライマリ・ヘルス・ケアへの適用について理論的検討を行った。

結果および考察

1. 迅速・参画型手法

従来「健康」を計る際には、その向上が医学・生化学技術や保健医療サービスの進歩に基づくことから健康水準を測定することが多かったが、1978年のアルマタ宣言以来、プライマリ・ヘルス・ケアに則り、「健康」は社会経済状況、個人や地域社会の自己選択にも影響されるとの認識が広まった。

これを受けて、WHOは、PHCに対する国家政策、プログラムの進展、資源、保健医療サービスの提供範囲、地域社会の参画過程、公平性の探求などを分析した結果、最も脆弱

なグループのニーズ把握と当該グループ自らが自分たちの健康の向上に参画することを重要課題とした。この点で、地域社会、特に脆弱なグループの健康問題を質的・量的側面から把握し、これら問題の解決を計る方策に優先順位を付け、さらにそのための活動計画を策定することのできる手法、しかも比較的短期間、最小限のコストで実施できる迅速・参加型立案手法が重要視されることになった。

これらの手法は、1970年代後半発展途上国の農村開発、特に農耕システムの研究に端を発し、その後、保健医療、栄養など他の分野でも用いられるようになり、その適用の仕方でもさまざまに名付けられている（表1）。その発展の流れは、「住民のために」から「住民とともに」そして「住民による」という変化であろう。地域住民が主体である持続的な開発プロセスこそがプロジェクトの自立発展性そのものとの認識が広まってきたことによるこの変化を、どのようにプロジェクトの立案評価に組み込むことができるのかが最大の課題であろう。

いずれにせよ各手法は、不要な情報を求めないこと、また、情報の精度はその使用に比例して決め、実際に活用しない情報の精度のために時間を浪費しないことの二つの原則に基づいている。そして、その特徴として、1) 実際の問題解決のための情報収集として計画立案者や運営管理責任者が活用する、2) 情報収集・分析へ地域社会が参加する、3) コミュニケーション・スキルを重視する、4) 情報がさらに利用できる段階で仮説を再検討する（反復作業）、4) 情報データを全体論的に解釈する、5) 学際的に専門家が関わる、などがあげられる。

具体的な調査方法として、1) 主要情報提供者への面接調査、2) フォーカス・グループ・ディスカッション、3) 地域住民・グループ面接調査、4) 直接的な観察、5) 非公式面接調査、などが用いられる。

各手法を立案評価に単独に活用するというよりは、相互補完的な意味でこれら複数の手法の積極的な活用が計られるべきである。例えば、ワークショップに参加できない特定グループにフォーカス・グループ・ディスカッションや面接調査を行いステークホルダーに関する分析を深めるほか、主要情報提供者への面接調査を適宜活用することにより情報不足を補うことなどができる。また、地域住民の健康行動や受療行動、意志決定などを把握するにはこれら迅速・参加型手法が不可欠である。このようにさまざまなプロジェクト活動の具体的な方法の決定やそのモニ

タリングにおいてもこれら調査法が必要となる。例えば、「下痢」の概念や類語の捉え方の分析、子供の下痢に対する母親の受療行動や意志決定などの分析が成されなければ効果的な下痢症対策を行うことができないという事例からも明らかなように、過去の発展途上国のPHCにおいて迅速・参加型手法が広く活用されてきたことは当然といえ、これら手法は決してPCM手法と対立するものではないといえる。

迅速・参加型手法を用いる評価と従来の評価との違いをまとめると表2になる。特に強調すべきは、参加型評価を通じて、地域住民自らエンパワーされることにある。この過程での地図書き、絵の並び替えや議論を通じて自尊心や自信を付け主体性を発揮することで、まさに「住民による」プロジェクトが可能となるのである。

表1 迅速・参加型手法

Rapid Rural Appraisal (RRA)

地域住民から情報を学際的なチームが収集する。農業や農村開発分野で使われ始めた。

Participatory Rural Appraisal (PRA)

RRAの延長として、情報収集・分析・活動計画の策定を地域住民が立案者と共に行う。

Participatory Learning and Action (PLA)

PRAの延長として、地域住民が主体である持続的な開発プロセスと位置づける。

Rapid Epidemiological Assessment (REA)

保健医療サービスの機能を評価する目的で調査、リスク評価が行われる。

Rapid Assessment Procedure (RAP)

人類学的方法を用い、地域社会の健康観や疾病観、保健医療介入への考え方を評価する。

Rapid Ethnographic Assessment (REA)

人類学的方法を用い、特定疾患への介入について地域住民の信念、行動を評価する。

文献WHO, 1995. 改変

表2 従来の評価法と参加型評価法の違い

誰が	<ul style="list-style-type: none"> ・外部専門家 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域社会の構成員 ・プロジェクト関係者 ・ファシリテーター
何を	<ul style="list-style-type: none"> ・事前に設定された成功を示す指標 ・主にコスト、成果 (outputs) 	<ul style="list-style-type: none"> ・人々が自ら見つけた成功を示す指標 ・成果 (outputs) も含まれる
どのように	<ul style="list-style-type: none"> ・「科学的客観性」を重視し、評価者と他の参加者との距離を保つ ・一定ではあるが複雑な過程、結果がが遅く、利用は限定される 	<ul style="list-style-type: none"> ・自己評価 ・地域文化に根ざした簡単な方法 ・地域の評価過程への参画により結果の即時共有と公開
何時	<ul style="list-style-type: none"> ・通常終了時 ・また多くは中間時 	<ul style="list-style-type: none"> ・モニタリングと評価の融合 ・頻繁な小規模評価
なぜ	<ul style="list-style-type: none"> ・説明責任 (Accountability) ・通常は累積的、協力を継続するかの判断 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域住民のエンパワーメント ・調整策実施の動機付け、実施、管理運営

World Bank, 1993

2. PCMの実用性－PHCの5原則との対比

PCM手法を「住民参加」「住民ニーズ指向性」「地域資源の有効利用」「適正技術」「各分野との協調」のいわゆるPHCの5原則と理論的に対比し、この手法をPHCに応用する際の実用性を検討した(表3)。

PCM手法は、PHCの5原則を補強し強化する方向で応用できるものと考えられ、特にPCM手法が理想的な形で適用されると従来のPHCの弱点であったPHCのさまざまなマネジメントが改善されると期待できる。PHCマネジメント、つまり地域住民自身を中心となって健康問題を質的・量的側面から把握し、これら問題の解決を優先順位に従って行うための活動計画を策定し、現実的に実施し評価してさらに発展させて行く運営管理こそ社会正義と公平性を原理とするPHCの原点ともいえ、PCMはその現実的な手法として活用できるものと考えられる。

PHCは非常に包括的かつ広範な内容を持つため、広く社会経済文化的状況を定性的に分析できるPCM手法は有効であると考えられるが、地域住民の健康観、疾病観、健康行動や受療行

動、意志決定などの特に質的情報を把握するには迅速・参加型手法などの補完的な活用が望まれる。また、従来のPHCマネジメントの弱点でもあった財政分析、財政的なマネジメントに関しては、PCMも同様な弱点を有しており、より定量的な費用便益分析の利用やプロジェクト内容によっては環境アセスメントなどの相互補完的活用が望まれる。

いずれの手法も同様であるが、PCMはプロジェクトの立案・評価手法であるため、そのプロジェクトの実施レベル(国・県・郡市町村・コミュニティ)とも関連して、その立案・評価をどのレベルで誰のために実施するかが明確でないと、手法を使うこと自体が目的化されたり、プロジェクトの管理的側面が協調された結果になるので注意が必要であろう。

保健医療分野でプライマリ・ヘルス・ケアが公平と社会正義の理念の基でパラダイム転換を行い、「住民参加」、「住民ニーズ指向性」「地域資源の有効利用」「適正技術」「各分野との協調」をその原則として打ち出したことは、まさに旧来のプロジェクト・アプローチからの脱却を図るものであり、その意味で迅速・参加型

評価法の目指す住民のエンパワーメントによる じるのではないかと考えられる。
主体的なプロジェクトのマネジメントと相通

表3 PHCの基本原則とPCM手法の特徴

PHCの基本原則	PCM手法の特徴
<p>1. 住民参加</p> <ul style="list-style-type: none"> －自助努力, 自己決定 －自律的積極的参画 －リーダーシップ 	<p>PCM手法, ワークショップ自体が参画型であり, コミュニティの積極的な参加なくして成立しない方法である。</p> <p>また, ワークショップ自体が関係者のエンパワーメント, 責任能力 (accountability), 所有権 (ownership) を形成する目的を持ち, その過程でリーダーシップが形成されたり発揮されたりする。</p> <p>しかし, プロジェクトがその実施, 運営管理に住民参加を積極的に促すような内容でないと単なる受益者に留まる可能性もある。エンパワーメントに至るには, PLAのように住民が主体性をもつことを外部者, 援助機関がどの程度許容できるかにも影響される。</p>
<p>2. 住民ニーズ指向性</p> <ul style="list-style-type: none"> －地域社会のニーズ把握とその能力向上 －予防, 治療, リハビリのバランス 	<p>参加者分析において地域社会の社会的基盤や関連組織団体などの特徴や長所・短所, 利害などを把握する。その他の分析においてもワークショップの当事者として, 意見やニーズが参画型に反映される他, 地域社会の現実のデータに基づいた分析がPCM手法の基本である。</p> <p>その反面, モニタリング・評価の点で, 質的なニーズに対応する適切な指標設定が難しくなることもある。また, 顕在化していないニーズを把握することも難しい。ウオッツ分析法などの適用が必要である。</p>
<p>3. 地域資源の有効利用</p> <ul style="list-style-type: none"> －人的, 物的, 技術的, 財政的, 文化的資源 	<p>各分析では現状に基づいた資源の分析検討が行われる。参加者分析では, 想定されるプロジェクトの関係者を分析する中で関係者のさまざまな役割, 特徴, その相互関係が明らかにされ, また, 目的分析では, 問題解決のための方策が現実性, 実現可能性に基づいて検討される。</p> <p>プロジェクトの選択段階では, 実際に計画立案を行うプロジェクトを決定する上で, 政策, 費用, 適正技術, 社会・文化的要因など様々な基準を用いて比較検討する。個々の具体的な活動においては, 活動計画書を作成するときに検討の対象となり, 継続的にモニタリングされる。</p> <p>プロジェクト運営管理組織についても新たに設立したり, 強化したりする必要性が分析, 立案段階で明確にされる。しかし, 地域資源を有効利用する組織・制度的受容力, マネジメント能力の強化向上は, プロジェクト活動として位置づけにくいこともある。</p> <p>マネジメント分析・評価法の導入が望まれる。</p>
<p>4. 適正技術</p> <ul style="list-style-type: none"> －有効的, 普遍的, 実用的, 科学的適正 －経済的, 維持管理容易 －文化的社会的受容 	<p>各分析では現状に基づいた関連技術の分析検討が行われる。特に目的分析では, 問題解決のための方策およびその技術が現実性, 実現可能性に基づいて検討される。</p> <p>また, プロジェクトの選択段階では, 実際に計画立案を行うプロジェクトを決定する上で, 適正技術は政策, 費用, 社会・文化的要因など様々な基準とともに比較検討される。個々の具体的な活動における技術の適正は, 活動計画書を作成するときに検討され, モニタリングの重要な対象となる。</p>
<p>5. 各分野との協調</p>	<p>手法自体が保健医療に特化されて開発されたものでなく, 様々な分野で</p>

<p>一既存の保健医療制度との統合 一他分野との協調</p>	<p>の目的指向型計画立案を目指している。また、実際のワークショップは想定されるプロジェクトに関わる様々な分野の関係者により構成される。 プロジェクト運営管理組織についても新たに設立したり、強化したりする必要性が分析、立案段階で明確にされる。しかし、各分野との協調連携を計る組織・制度的受容力、マネジメント能力の強化向上は、プロジェクト活動として位置づけにくいこともある。 マネジメント分析・評価法の導入が望まれる。</p>
------------------------------------	--

迅速・参加型手法の方法論的課題

迅速・参加型手法の方法論上の課題として、

- 1) 必要とされる知識・技術—コミュニケーション・スキル、組織力
- 2) 信頼性—数量データ 対 質的データ
- 3) 倫理的配慮—調査協力の確認（識字率が低い場合や署名が得にくい場合など）
- 4) 参加—自発的
- 5) 外部者—対象者を保護し尊重する原則

があげられよう。

迅速・参加型手法を適用するにあたっては、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り、特に、現地語や文化的背景を同じくするローカル・ファシリテーターの養成と確保が問題である。

迅速・参加型手法が収集分析する質的データについては、常に数量データとの間で信頼性の疑問が呈されるが、相互補完的に活用する必要がある。特に一般的な保健医療指標、乳児死亡率、妊産婦死亡率などが多い場合プロジェクトレベルでは適さないことを考慮すると、サービスへの満足度や人材養成の効果などの指標設定において質的データの利用を議論することが望まれる。この議論こそ、まさに参加型で行われる評価の一過程であろう。

評価を始めさまざまな調査を実施する際に、倫理的配慮が考慮されるのは当然であるが、報告書などにその倫理的配慮についての具体的記載は非常に希である。いずれにしても、外部者は地域住民およびその社会文化的言語的特性を十分尊重し保護することが求められている。「生命」「健康」のためにという大義名分のもと、個々の疾病観や健康観などが外部者に顧みられないことがないように注意を要する。

援助機関・関係機関

援助機関・関係機関は「参加」を開発の重要な構成要素と捉えるようになってきているが、その積極的導入には多くの変化が前提となる。特に、アプローチについては、プロジェクト・アプローチから実証・実験や学習過程を重視したアプローチの移行が避けられない。プロジェクト・アプローチの制限や制約はこれまでも認められているが、それに替わる実際に適用可能な代替案は浮上していない。したがって、プロジェクト・アプローチ自体、今後プロジェクト・サイクルを通じてさらに順応性を高め、参加度を深める必要がある。

従来のプロジェクト・アプローチでは、厳格な予定表や支出計画、比較的短期間で測定可能な達成や成果などが特徴付けられてきた。しかし、これらは集合的な学習や相互作用に時間を要し、また、マネジメントの柔軟性を求める真の参加型プロセスに反するものである。したがって、実証的・実験的意味合い

でしか、住民側がプロジェクト内容を検討したり、実施段階での参加やその責任の受容を認めていないのが現状である。

その点で、今後特にすべてのステークホルダーが対話するという枠組みの中で、地域住民の要求を把握する詳細なウオンツ手法のような参加型分析が望まれる。

また、セクター型プログラムから多様な地域社会へ対応するマルチ・セクター型プログラムへの転換も必要であり、その過程で、単一レベルでなく、マクロ、ミクロ、メソレベルの組み合わせが生じる。これは、まさに、保健医療分野でプライマリ・ヘルス・ケアが公平と社会正義の理念の基でパラダイム転換を行い、「住民参加」、「住民ニーズ指向性」「地域資源の有効利用」「適正技術」「各分野との協調」をその原則としたことと相通じるのではないかと考えられる。つまり、プライマリ・ヘルス・ケアやその後のリプロダクティブ・ヘルスへの取り組みを援助機関・関係機関がそのように捉え、その戦略の基にどのようなプログラムを組立て、個別プロジェクトを実施してきたかを検証することが、保健医療分野での今後の迅速・参加型手法の活用の鍵となると考えられる。

文献

PCM 開発援助のためのプロジェクト・サイクル・マネジメント, 国際開発高等教育機構, 東京, 1997.

Hugh Annett and Susan B. Rifkin, Guidelines for Rapid Participatory Appraisals to Assess Community Health Needs, WHO, 1995.

Participatory Development from Advocacy to Action, OECD, 1995.

Deepa Narayan, Participatory Evaluation Tools for Managing Change in Water and

Sanitation, World Bank, 1993.

Susan CM Scrimshaw and Elena Hurtado, Rapid Assessment Procedure for Nutrition and Primary Health Care, The United Nations University, Tokyo, 1987.

Rapid Appraisal Methods, World Bank, 1993.

参加型モニタリング・評価の試み

島津 英世@環境と開発コンサルタント

1. 複数案（代替案）の必要性

1-1. 決めるのは誰か

日本国内ではつい最近まで『事業アセス』がほとんどであり、プロジェクトの立案がほぼ終わった段階で環境影響評価が実施されるのが普通であった。一方、米国では、1969年に環境影響評価（EIA: Environmental Impact Assessment）が導入された段階から、EIA と言えれば必ず複数案（代替案）を伴うものであった。「プロジェクトありき」ではない『計画アセス』であったのである。さらに、最近では、『戦略アセス』という形で計画段階のさらに初期の段階から環境影響評価を実施することが始まっている。このように、環境影響評価というのは単なる科学技術的な評価手法ではなく、合意形成のためのツールなのである。

日本に本来のEIAが定着しなかった理由として、日本では計画プロセス自体が明確ではないという根本的な問題があったと思われる。まず戦略（strategy）を決め、ついで計画（plan / program）、そして事業（project）という形で、ステップを踏んで計画を進めるというリニアなプロセス自体が一般的ではなく、葛湯が固まるように、様々なことが一瞬のうちに決定され、事業が立案されていたのではないだろうか。つまり、『計画アセス』が定着しなかったのは、環境影響評価への認識が不足していたからではなく、リニアな計画プロセスそのものが日本には馴染んでいなかったということであろう。

そのような背景の中で、ODAの分野では、他国の援助機関あるいは国際機関との接点も多いため、大陸的なリニアで透明性の高いプロセスが必要となっており、プロジェク

ト・サイクル・マネジメント（PCM）手法が導入された。

1-2. 正解はあるのか

もし科学技術的に一つの正解が出せるのであれば、専門家が答えを出せば良いのであって、複数案を示す必要などないということになるが、世の中それほど単純ではない。そこでカリフォルニア州のような先進的な政府では、環境影響評価の中で、複数の案・評価をクリアファイルに閉じて公開するというやり方を取っている。専門家にできることは、複数案を示すことだけで、意思決定するのは市民であるという考え方である。

また、ステイクホルダーによって思惑、利害は異なっており当然だという事実がある。つまり、多くのステイクホルダーが集まった場合に問題になるのは、どのような形で合意が取れるかであり、答えを決めることである。

1-3. 参加とは

公共的な事業・プログラムである限り、『住民のため』に実施することが条件であるが、外部の人間が情報を集めて計画・立案しただけではうまく行かないということがわかってきて、『住民とともに』という考えが出てくる。しかしながら、ここでも主体は飽くまでも外部の人間（行政、専門家）あり、住民は客体として参加する存在に過ぎなかった。ところが、1980年代後半から、特に社会開発、コミュニティー・レベルの開発では、住民主体の『住民による』開発という考え方が出て来た。決めるのも、評価するのも住民であり、住民に対して外部の人間が参加するという構図へのパラダイム・シフトである。

外部の人間が計画を立てるという形

での開発プロジェクトでは、計画の初期段階での「参加」がより重要であり、プロジェクト・デザイン、実施、さらにモニタリング・評価は外部の人間が中心になって実施するという形態を取るのが普通であるが、住民主体の開発プロジェクトでは、プロジェクトが始まる時よりもプロジェクトが終了する時の「参加」こそがむしろ問われる。

2. ODAにおける評価

2-1. 評価とは

外部の人間による開発という構図では、「先進国が途上国を」という構図の ODA と、「中央が地方を」という構図の公共事業は共通であるといつて良いのではないか。そこでは外部の計画者・実施者がメニューを押しつけてしまう傾向が強く見られた。実質的に決めるのは外部の人間になってしまっていたのである。

また、外部の人間による開発という構図では、最終受益者と実施者、そして資金を負担する納税者が異なる。そこで、透明性・アカウントビリティが一層重要となる。しかしながら、そのことは直ちに第三者による評価、第三者にも明示的な客観的評価を意味する訳ではない。全てのステークホルダーの参加を高めることによって、主体的な評価を中心に据えた上で、合意を形成して行く方法があるはずである。第三者が短期的に行う評価はむしろ監査とも呼ぶべきものであって、レッスンを学ぶためのモニタリング・評価は、開発プロジェクトに主体的に関わっているそれぞれのステークホルダーにしかできないことであろう。

2-2. プロジェクトとは

プロジェクトとは、一定の期間内に、一定の投入を使って、一定の目標を、予め定めた計画に従って達成することというように定義され、したがって、プロジェクトは本来、

具体的な問題を短期的、直接的に解決することを目指して実施されるものであり、プロジェクトそのものには本来持続発展性はない。プロジェクトが持続発展性を持つとすれば、それはプロジェクトが開発主体の開発プロセスに取り込まれたときである。

そのようなプロジェクトの性格から、プロジェクトの評価と言え、予め定めた目標を達成できたかどうかという達成度が中心になっている。しかしながら、持続的発展性という観点からは、開発プロセスそのものの評価が重要になってくる。人、あるいは組織がいかに力をつけたかというキャンペーン・ビルディングの評価である。

2-3. 主体的客観的評価 (“objective” self-rating)

開発プロセスそのものの評価は、第三者が行うことは難しく、プロジェクトに直接の利害関係を持つステークホルダーによる評価が必須となる。また評価の目的が点数付けではなく、より良いプロジェクトのためのレッスンを学ぶことにあるとすれば、ステークホルダーにレッスンが残るようにすることが最も重要なはずである。つまり、モニタリング・評価の中心は、飽くまでも主体的なモニタリング・評価、参加型のモニタリング・評価にあるはずである。

貧困評価に関するセンの論文では、インドの女性の教育水準が上がったことにより、自分たちが貧しいということに気づいたという例をあげ、客観的な評価が必要であるという結論が導かれているが、ここで気をつけなければならないのは、客観的評価＝第三者評価ではないということである。女性たちの評価が変わったから主体的評価は信頼できないということではなく、教育水準が上がり、情報にアクセスできるようになったからこそ、相対的評価が可能になった、主観的評価が客観的評価に変わったと考えるべきであろう。

つまり問題は主体的評価か第三者評価かではなく、主観的評価に留まっているのか客観的評価が可能になっているかということである。

3. 参加型モニタリング・評価の事例（ケニアにおける開発調査）

3-1. ケニア国バリンゴ県半乾燥地域農村開発計画調査の概要

ケニア国の約8割は乾燥・半乾燥地域で占められており、全人口の約3割、家畜の約半数がそこに住んでいる。国際協力事業団のケニア国バリンゴ県半乾燥地域農村開発計画調査では、その半乾燥地域に属するバリンゴ県のマリガット郡およびムクタニ郡（合わせて面積1,244 km²、人口約5万6千人）を対象に、行政の能力強化および住民と行政の連携を考慮しつつ、小規模農業を主たる生計手段とする地域住民の生活水準の向上を目的とした農村開発計画（M/P）を策定すること、また参加型調査、事業の計画立案、実証調査の実施、実証調査結果の本件開発計画へのフィードバック等の一連の作業を通じて、ケニア側カウンターパートへ関連する技術の移転を行うことを目的としている。本件調査は1999年7月に開始され、2001年中にドラフト・ファイナルを策定する予定となっている。M/Pの素案は1999年12月に策定され、2000年3月から18ヶ月の予定で実証調査に入っている。

3-2. 参加型モニタリング・評価のやり方

参加型モニタリング・評価を行うためには、計画段階から参加型の取り組みを行い、参加の度合いを高めて行くことが必要になる。本来、主体は住民であり、住民だけではどうしても足りないところ、どうしてもお手伝いが必要などころにのみ調査団は登場すべきなのであろうが、現実にはなかなかそうはいかない。主役が住民であることは間違いないにせよ、住民が主体的に動いてくれるようなきっかけ、仕組みはやはり調査団が作って

行かざるを得ないというのが実態である。勿論、呼ばれた時だけ行けば良い、あるいはじっくり時間を掛けて機が熟してから登場すれば良いという考えもあるであろう。と言うよりも、その方が正論であろう。しかしながら、ODAという枠組みで、またプロジェクトという時間も資源も限られたアプローチをしている限り、なかなかそこを突破できないでいる。どうしても、調査団の方から仕掛けざるを得ないのである。

本調査でも、ログフレーム（ロジカル・フレームワークまたはプロジェクト・デザイン・マトリックス）を作成しており、指標も定めているが、この指標は必ずしも第三者にも理解できる客観的指標とはなっていない。ログフレーム、指標による評価自体を、コミュニティー・行政・調査団が参加したワークショップによる相互評価、参加型評価で行っているからである。

この調査では、拡大モニタリング・ツアー

（Inter-location monitoring tours）と称して、実証事業を実施している地区の村人同士が、相互に実証事業を訪問してモニタリング・評価する試みを行っている。実証事業を実施している人たちが自分たちの事業を説明しているのを聞いていると、事業に対する誇りと自信が感じられるし、一方訪問した人たちには自分たちにもできるのではないかと、やってみようという気持ちが芽生えているのが感じられる。

つまり、このツアーには、参加型でかつ客観的なモニタリング・評価を行うという目的と同時に、実証事業から学ぶスタディ・ツアーという目的がある。実証事業を点から面へ展開して行くためのツールともなることが期待されているのである。そして、そのためには、地域内である程度の数の実証事業を同時に実施して行くことが必要だろうと考えている。また、村からほとんど出たことのない人が多い状況では、お互いに顔見知り

になるということが、部族間の衝突を減らすためにも有効なのではないかという期待もある。

3-3. 学んでいること

- ・ 一步一步合意を形成して行くことの重要性
- ・ プロジェクト全体が計画・モニタリング・評価プロセス
- ・ プロジェクトそのものには成功も失敗もない
- ・ 他の援助機関とのスキームの違いは要注意
- ・ 援助ずれではなく戦略

保健医療プロジェクトの事前・中間評価に関する研究 (12030101)

分担研究課題 迅速評価法や参加型評価法の適用に関する研究

研究課題 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

アフリカでの経験です。

ロイボーン

「ロイボーン」とは牧畜民チャムス族の霊的・精神的なリーダーのことです。かつては白人入植者や他の部族との戦いに際して戦闘の指揮をとっていたこともあるのですが、今の時代にはそのような場面も少なくなり、預言者・霊的治療者として人々の信頼を集めています。

私が会ったロイボーンは、地域に住んでいる約三千人のチャムス族の中にいる三人のロイボーンのうちの一人で、見たところ年齢は60から70歳前後の男性です。彼は、肌の色はひときわ黒く、小太りで、くるぶしの上に下肢の皮膚がたれかぶさっていました。笑みを見せない彼の表情は一見とっつきにくく感じましたが、インタビューを続けていく過程で、彼のそばにすることに安らぎを感じさせる、なんとも心地よい親しみを感じさせる人柄であることがわかってきました。

炎天下、鋭い刺を持ったアカシヤの木陰に座って、ロイボーンに私たちはいくつも質問をしました。このときの私の関心は、このあたりの苛酷な生活環境(少なくとも私たちには乾いたほとんど不毛の土地に見える)と、人口増のことでした。

このロイボーンの生きてきた間に、チャムス族の人口は増加してきました(地域の人口増加率は年率3%ぐらいと言われている)。一方で、土地の人たちの生き方は、一部灌漑農業を試した時期もあったのですが、基本的に伝統の牧畜で成り立っています。旱魃の年には所有している牛のほとんどを失うこともありました。この土地の生産性はロイボーンの人生

の間で、大きく変わってはいない、むしろ周辺の草地の減少などで少なくなっているのではないかと思われま

す。「チャムス族の人口が増えることで、人々が食べ物に困ることが多くなるのではないかと心配されたことはありませんか？」

私の質問にロイボーンは目の前の空間を見つめて三呼吸ほど沈黙しました。そしてよみなく滑らかに話をしはじめました。

「そこに座っている小さな男の子は私の一番下の息子なのです。」

木陰でのインタビューは村の人たちの好奇心を十分に刺激していて、私たちの回りは子供たちを中心に十数人の観衆に取り囲まれていました。その一番前にしゃがんでいる4~5歳の男の子をロイボーンは指で示していました。「その子が生まれる前、私の家族の食事には何も余分な食べ物はなく、当然その子の分の食べるものはありませんでした。」「しかし、その子が生まれてからあと、我が家の食事にはその子の分の食事が用意できるようになりました。神様は、この子が生まれてくると同時に、この子の分の食べ物もお恵み下さったのです。」

このロイボーンとのやり取りは、私に1994年のカイロ人口会議以前の議論を思い出させました。

このエピソードには後日談がありまして、それから約半年後、再びこのロイボーンが暮らしている地域の小高い丘の上にあるヘルスセンターを訪れた時のことです。このヘルスセンターはキリスト教系のNGOが運営していて、ヨーロッパ系の白人の医師の家族が住み込んでいます。このときは30年ぶりの激しい

早魃がこの地域を襲っていて、挨拶のあと、医師との会話はこの話題から始まりました。早魃によってマラリアの患者数は減ったそうですが、その分子供の下痢症患者が増えたそうです。私はこの医師に、半年前のロイボーンとの人口問題に関するやり取りを話しました。話の途中から医師は首を横に向けてしまい、私が話し終わるとすぐに、「そのロイボーンは私たちのところによく来ます。そして子供の食料をねだっていきますよ。」

神様のお恵みの中には、きっとこのヨーロッパ人の医師の家族から受け取る食べ物も含まれていたのでしょう。

ここの地域の周辺には、数箇所のヘルスセンターが点在していて、土地の人たちにマラリアや下痢の治療、母子保健、予防接種といった保健サービスを提供しています。ヘルススタッフや医薬品は十分とはいえませんが、例えばEPIのプログラムは乳幼児への予防接種を100%に近く網羅しています。ところが、どこのヘルスセンターにも「家族計画」の部屋があるにもかかわらず、カギがかけられたまま使われていなかったり、物置にされていたりしています。ヘルスセンターの半分は政府の保健活動に協力するNGOによって運営されていますが、運営母体のキリスト教系NGOが家族計画にあまり積極的でないため、家族計画サービスがほとんど行われていないという指摘は他のNGOからありました。

ロイボーンとのインタビューの前半に、「ロイボーンの役割とはなんですか？」という問いかけをしました。

「チャムス族の人々とその家畜を祝福すること」

これがロイボーンの応えた言葉です。

チャムスの人々は牛の乳を主食にして生きてきました。牧畜民は草の生えているところを求めて牛の群れとともに移動しながら生活をすることがあります。一箇所に種をまいて、そこで収穫を待って暮らしを立てている農耕

と違い、牧畜の人たちにとって一番確かな食事は牛が作り出してくれる乳と血であったわけです。家畜の肉を食べることもありますが、それは日常の食事ではありません。家畜はあくまでも生きていてこそ価値があるのです。チャムス族の人々と牛との間にある関係は、米飯を主食とする一時代前の日本人が稲作や水田に対して抱く思いに相当するのではないかと思います。彼らは詩に、歌に牛をうたい、自分たちの存在を牛たちとのかかわりで認識しているように見えます。キリスト教が広まってからあと、次第に牛の血を飲む食事は姿を消してきました。しかし今でも、牛乳さえ十分に手にはいれば、女性で3から4リッター、男性は5から6リッターの牛乳を一日に飲みたいと言う人は珍しくないのです。

土地の食糧生産性をカロリーで見た場合、一般に農耕と牧畜では二桁から三桁の違いがあるといわれています。これは同じ面積の土地で養える人々の数が、農耕のほうが圧倒的に多いという意味です。ここの地域は半乾燥と呼ばれていて、農業にあまり適した気候風土ではないので、それほど劇的にカロリーの生産性に差が出るわけではなさそうですが、それでも直接穀物を食するのと、一度家畜を養ってその二次産品(牛乳)を摂取するのでは効率の違いは明らかだと考えられています。チャムス族の歴史の中では、灌漑農業を試行した時期が何度かありました。空腹の恐怖を避けるためには、灌漑農業で生きる方法のほうが有利に傍からは思えるのですが、現在までのところチャムス族が選んできたのは、予想に反して牧畜なのです。これに関する納得の行く説明にはまだ行き着けていません。

チャムス族の保健

チャムスの村に住み込んで、健康や病気に関する彼らの言葉を集めたり、頻繁に用いられている治療の方法や考え方を詳細に調査した結果をまとめた日本語の本があります。

『野の医療—牧畜民チャムスの身体世界』
 (河合香吏著、東京大学出版会、1998)
 この本によると、チャムスの人々は病気の原因を、冷たい風や悪い水といった環境要因、もって生まれた体質や遺伝によるもの、目には見えないけれどもそれが身体に入ると病気を起こす生き物(病原微生物)、その他数としては少ないけれども、他人からの恨みやのろいと言った呪術的なもの、などに分けて捉えています。これは私たちの健康障害に対する理解とも大変よく似通っています。

チャムスの人々は、飼っている家畜が病気にかかったり死んだりしたときに、解剖をして身体の内部の病変を観察する機会に恵まれ

ています。その知見が自分たち人間の病気の理解にも役立てられていると言われています。チャムスは人体の解剖は行いません。チャムス族の言語で病名を表す言葉が60あり、そのうち語源が明らかなものが48、さらにそのうち語源となる語彙がその病気の特徴と何らかの関係があるものが43あります。内訳は、症状18、身体部位15、原因・経過7、罹患年齢1、来歴1、その他1、治療法0です。

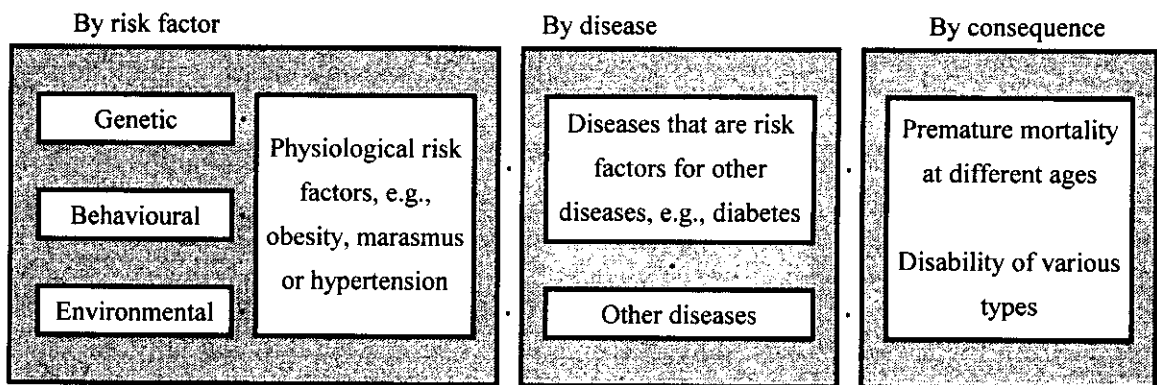


表 1 チャムス語の病気を表す言葉

病名	意味するところ、 原語	臨床症状	病因	罹患年齢層	ICD対応
エ・ンクエー	頭の病気	胸がゲルゲルと鳴っている	頭頂の大泉門から風が入る。大きな風(スウォ・キトック)		
エ・ンゴニ	血管の病気	下腹部の拍動亢進と硬化		女性がかかる	
エ・ンダヌ	脾臓の病気	脾腫	雨季にミルクを飲みすぎると起こる。		
エトドイエ・ガ ムルニエイ	みぞおち陥没	身体が白くなる、痩せる、みぞおちが陥没する。			
オ・ルダシ	肋骨下部の病気	「重い」ミルクが肋骨の下部に重まる。		乳幼児が良くかかる	
オ・ロドゥワ	胆嚢の病気	吐瀉物が苦い液体を含んで			

病名	家族するところ、 経路	臨床症状	病因	罹患年齢層	ICD対応
		いる。			
コルコル		腫瘍ができる		牛もかかる	皮膚癌?
サリヤアン	ア=サラ: 焼く	リンパ節の化膿			
アモント	トゥゲン語: 頭を割る	左右の片側だけが痛む。			
チャペル	トゥゲン語、意味不明	全身に乾いた小さな丘疹、ちくちくと刺されるような痛み、もしくはかゆみ			
ナチエ	ア=チエ: ピンと伸ばす	身体が硬直する、腰・背髄が重かなくなっている。水をかけると死んでしまう。			
ナバルセセン	「陽のある時間帯」と「身体」の複合語、解釈不能	ねじれるような腹痛			
ロコル	ア=ロコ: 理由無くひと いせ行ち	下腿の化膿			
マキイ		胸からのどの内壁がすれて傷ついている。			
マラリ	マフ	大きいほう疹、帯状疱疹			
メネメン	ア=イメネメン: 平たいものに 鏝などで穴を開け貫通させる	指先と足の裏が化膿			
モコン	ンゴン語	腰骨の関節が痛む		年配者がかかる。	
ラソライ			寄生虫		
リチョンギンオ ビル	年長グループ	皮膚色素の脱色		主に二十歳前後	
ルクル			寄生虫		
ルコル		熱が全身には入りこむ	濁った水(ンガレンギロ)、干上がる前の水溜り(チャパラン)、膿(ロイキマ)、大きな風(スウォキトック)		風邪?
ルコロジ			寄生虫		
ルティボ		腹、胸、背髄に入る。症状が激烈、起きられなくなる。			マラリア?
ルティボ病	ティボ: 細かい水玉模様	細かい湿った丘疹(湿疹)			麻疹?
ルババエ		骨髄や関節に局所的な痛み			
ルブド			寄生虫		
ルコグロギ	ア=イログ: 痰を吐く	息ができないほどの激しい咳	不明な実体、感染力	子供が良く罹る	百日咳?
ロンゴイ	細い	骨の奥が痛む			

病名	発症するところ、 経路	臨床症状	原因	罹患年齢層	ICD対応
インドブドビ	インドジャバミルクの入り ない紅茶	紅茶の葉に似た丘疹		乳児に限定	
パンゲット	ア=パンガ:膨らむ	腹部が膨れて重みを感じる。	食い合わせ		

ロイボーンは霊的治療者として呪術的な原因による病気の治療をしています。病気が他の原因、例えば悪い飲み水とか、病原微生物の感染によるものと判断されたとき、病人はロイボーンに治療を頼みに行くことはありません。それは恥だとされています。

最近、WHOにおいても、健康の定義の中に「身体的、精神的、社会的なWell-being」に「霊的」と言う概念を加えようと言う議論が起きているということは大変興味深いことだと思います。チャムスの用いている治療法には、数多くのいわゆる薬用植物に加えて、瀉血や指圧、温湿布、マッサージ療法などが用いられています。薬用植物として認識されているの草や木の根などの種類と知識は膨大なもので、日常的に頻繁に利用されています。「チャムス医学」と呼んでもよいような体系が存在しているのではないかとさえ思われます。とくに脾臓が多くの症状や療法にかかわっていて、健康を身体全体的に捉えようとしている点で中国医学と似ているのではないかと言う印象をもちました。

保健を計画する

保健計画・政策立案に必要な情報

- ✓ 対象とされている人口の構成と疾病構造の信頼できる情報
- ✓ 保健医療活動に使えるすべての資源に関する情報（政府・民間、国内・国外を含む）
- ✓ 保健医療活動を行う仕組みや組織や政策に関する情報
- ✓ 健康の向上を目指す戦略や、治療や

予防技術などに関する対費用効果の情報

一般に、保健計画には4種類の情報が必要とされています。

この地域では、つい最近国勢調査が行われたのですが、性別・年齢別の人口構成を表す統計資料はついに手に入りませんでした。首都にある保健省の計画担当者にも会ったのですが、そこでも詳細な人口データなしで計画を組んでいると言うことでした。どうもこの理由は大統領選挙の際の有権者の票数のカウントにかかわっているらしく、政治的な理由で公開されていないようです。人々がかなり自由に移動しているということも実態の数値を把握することを困難にしている理由のひとつとして挙げられるでしょう。大変大まかな推定数値を使うことを余儀なくされるわけです。

人口統計がこのような状態ですから、疾病統計の使える範囲も非常に限られてきます。病院や医療機関にきている人たちが、どの程度土地の人々全体を代表しているのかわかりません。また、医療機関のサービス対象地域が行政の境と異なって区分されています。このことも計画の基礎となる情報を得る際の大きな障害です。ないからできないと言うわけではありませんが、計画の基礎を固めてかかるためには多大な労力と時間を要すると言うことです。

疾病統計とは別に、地域のヘルスセンターで働く人たちに、過去の感染症流行のエピソードをたずねました。全部で20種類の病気の名前が挙がりました。まるで感染症のショーケ