

ジャマイカ国  
南部地域保健強化プロジェクト  
運営指導調査団報告書

平成 13 年 1 月

国際協力事業団  
医療協力部

## 序 文

ジャマイカ国南部地域保健強化プロジェクトは、1998年6月1日から5年間の協力期間で、ジャマイカ保健省とともに、南部地域において疾病予防に焦点をあてた保健システムの強化を目標として協力が開始されました。

このたび、協力開始後2年半あまりの時点で、これまでの活動内容を把握・評価し、今後のプロジェクト協力期間の実行計画について協議することとし、2001年1月7日から25日までの日程で、弘前大学医学部公衆衛生学講座の三田禮造教授を団長として運営指導調査団を派遣しました。本報告書は、その調査結果を取りまとめたものです。

ここに本調査にご協力を賜りました関係各位に、深甚なる感謝の意を表しますとともに、プロジェクトの効果的な実施のために、さらなるご指導、ご鞭撻をお願い申し上げます。

平成13年1月

国際協力事業団

医療協力部長 遠藤 明

カウンターパートのインタビュー



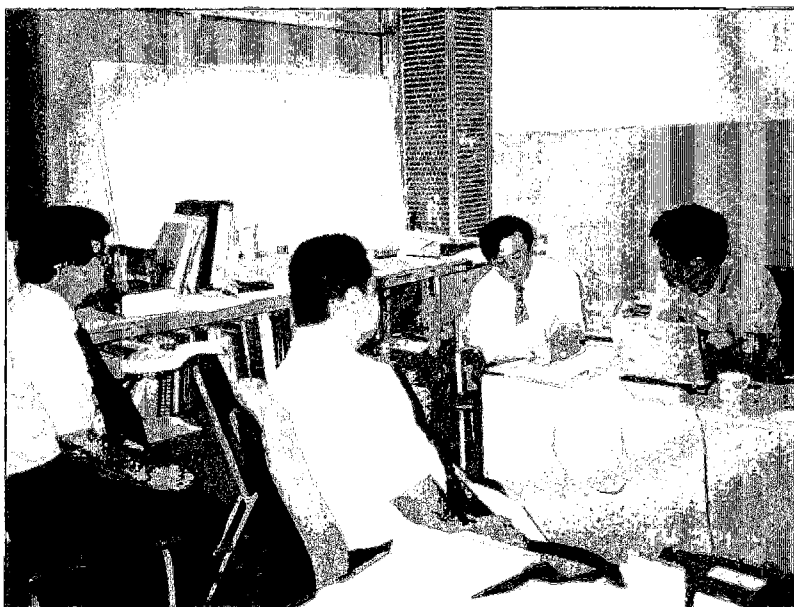
日本大使館での打合せ



保健省・企画庁との合同協議



南部地域保健事務所内での打合せ



ワークショップ風景



ワークショップ風景



合同調整委員会



協議議事録の署名①



協議議事録の署名②



# 目 次

序 文

写 真

1 . 運営指導調査団派遣.....	1
1 - 1 調査団派遣の経緯と目的.....	1
1 - 2 調査団の構成.....	1
1 - 3 調査日程.....	2
1 - 4 主要面談者.....	3
2 . 要 約.....	5
2 - 1 調査事項(詳細は3章、4章に記載).....	5
2 - 2 合同調整委員会協議事項.....	6
3 . 中間評価.....	7
3 - 1 中間評価の目的.....	7
3 - 2 中間評価の方法.....	7
3 - 3 所見.....	8
4 . P C MワークショップとP D M作成.....	12
4 - 1 P C Mワークショップの目的.....	12
4 - 2 開催日時と会場等.....	12
4 - 3 参加者.....	12
4 - 4 ワークショップの方法.....	13
4 - 5 参加者分析.....	13
4 - 6 問題分析.....	13
4 - 7 目的分析.....	15
4 - 8 プロジェクト範囲の確認.....	17
4 - 9 P D M作成.....	18
4 - 10 活動計画とモニタリング計画.....	20
4 - 11 ワークショップの評価.....	20
4 - 12 マスタープランとP D Mの関係.....	20

## 附属資料

協議議事録 .....	23
- 1 質問ガイド .....	43
- 2 質問者リスト .....	44
- 3 評価プロセス .....	45
- 1 P D M( 2000 年 6 月 ) .....	54
- 2 ワークショップスケジュール .....	55
- 3 参加者名簿 .....	56
- 4 参加者分析、詳細分析 .....	57
- 5 問題系図 .....	60
- 6 目的系図 .....	70
- 7 P D M( 2001 年 1 月 18 日 ) .....	77
- 8 P D M( 2001 年 1 月 22 日 ) .....	80
- 9 P D M( 2001 年 1 月 22 日 )日本語版 .....	83

# 1 . 運営指導調査団派遣

## 1 - 1 調査団派遣の経緯と目的

ジャマイカの保健指標は乳児死亡率( 11 対 1000、1996 年 )や出生時平均余命( 74、1996 年 )にみられるように、中南米諸国のなかでは比較的良好な水準にある。しかし、高齢化および生活様式の変化に伴い、高血圧症、糖尿病をはじめとする生活習慣病の増加が問題となっている。一方、人口の 40%以上が居住する首都圏とその他地域との保健サービスの格差は大きい。

かかる状況下、プロジェクト方式技術協力案件「ジャマイカ国南部地域保健強化プロジェクト」( 協力期間：1998 年 6 月 1 日から 2003 年 5 月 31 日 )は、保健医療面で他地域よりも遅れている同国南部地域( Manchester、St. Elizabeth、Clarendon の 3 郡 )において地域住民の健康を改善すべく、特に生活習慣病に関連する疾病予防と健康教育に重点を置いた保健医療システムを強化することを目標として、協力を実施中である。南部地域保健事務所( Southern Regional Health Authority、在 Manchester 郡 )を相手国実施機関とし、国内支援機関の弘前大学より 2 名( リーダー、健康診査 )、青森県より 1 名( 健康教育 )、業務調整員 1 名の計 4 名が長期専門家として派遣されており、年間 3 名程度の短期専門家が派遣されている。

プロジェクトが開始されて約 2 年半が経過しており、プロジェクトの進捗状況の確認と中間評価、今後の活動のためのプロジェクト・デザイン・マトリックス( P D M )作成を目標として、運営指導調査団が派遣された。なお、評価のための調査団派遣前に P D M 作成のための短期専門家派遣が予定されたが( 2000 年中頃 )、リーダーの早期帰国により延期となり、今般、評価と P D M 作成が同時に行われることとなった。そのため、評価は 2000 年 6 月にプロジェクト実施者によって作成された P D M 草案やその他既存資料の分析、インタビューを通じて行われ、P D M は今後 2 年半のための P D M としてワークショップを通じて作成された。

## 1 - 2 調査団の構成

	担 当	氏 名	所 属
団長	総 括	三田 禮造	弘前大学医学部公衆衛生学教授
団員	成人病対策	佐藤 敬	弘前大学脳血管病態研究施設脳血管病態部門教授
団員	協力計画	山田 吾郎	国際協力事業団医療協力部医療協力第二課 ジュニア専門員
団員	P C M手法	薄田 榮光	アイ・シー・ネット株式会社コンサルティング部 研究員( 保健医療サービス・公衆衛生 )



1 - 3 調査日程

日順	月日	曜日	移動および業務	
			コンサルタント団員	調査団本体
1	1月7日	日	移動 成田 New York( NH9 )	
2	1月8日	月	移動 New York Kingston( JM16 ) J I C A事務所との打合せ 移動 Kingston Mandeville	
3	1月9日	火	ジャマイカ側関係者へのインタビュー プロジェクトサイト調査( 南部地域保健事務所 )	
4	1月10日	水	ジャマイカ側関係者へのインタビュー プロジェクトサイト調査 ( Manchester Health Centre )	移動 成田 New York( NH9 )
5	1月11日	木	ジャマイカ側関係者へのインタビュー プロジェクトサイト調査 ( St.Elizabeth 郡 Accompong Health Centre 移動健診車に同行 ) 移動 Mandeville Kingston	移動 New York Kingston( JM16 )
			J I C A事務所との打合せ 日本大使館訪問	
6	1月12日	金	保健省( Ministry of Health )および 企画庁( Planning Institute of Jamaica, PIOJ )訪問、合同会議	
			ジャマイカ側関係者へのインタビュー	
7	1月13日	土	移動 Kingston Mandeville 日本人専門家との協議 評価関連情報取りまとめ	
8	1月14日	日	Black River Hospital、Downs Health Centre 視察 評価関連情報取りまとめ	
9	1月15日	月	第1回 P C M ワークショップ 【参加者分析】	
10	1月16日	火	第2回 P C M ワークショップ 【問題分析】	
11	1月17日	水	第3回 P C M ワークショップ 【目的分析】	
12	1月18日	木	第4回 P C M ワークショップ 【 P D M 作成 】	
13	1月19日	金	第5回 P C M ワークショップ 【 P D M 作成 】 合同調整委員会	
14	1月20日	土	P C M ワークショップ結果取りまとめ	
15	1月21日	日	移動 Mandeville Kingston	
16	1月22日	月	協議議事録の最終調整 協議議事録署名・交換 調査団長主催レセプション	
17	1月23日	火	J I C A事務所報告 大使館報告 移動 Kingston New York( JM17 )	
18	1月24日	水	移動 New York ( NH10 )	
19	1月25日	木	移動 成田	

## 1 - 4 主要面談者

### (1) ジャマイカ側関係者

#### 1) 保健省本省( Ministry of Health, Headquarters )

George Briggs	Permanent Secretary
Eva Lewis-Fuller	Director, Cooperation in Health/Policy Analyst
Olive F Wilson Cross	Director, Project Planning and Implementation
Howard Lynch	Cooperate Planner, Planning and Evaluation Branch

#### 2) 保健省南部地域保健事務所( Ministry of Health, Southern Regional Health Authority )

Fay Petgrave	Director
Michael Phillip Coombs	Regional Technical Director
Sharonn Bernard-Jones	Parish Manager, Manchester
Yvonne Pitter	Parish Manager, St. Elizabeth
Beverley Wright	Medical Officer of Health, Manchester Health Department
Sonia Copeland	Medical Officer of Health, Clarendon Health Department
Sandra Chambers	District Medical Officer, Manchester Health Department
Alice Williams	Senior Registered Nurse/Program Development Officer
Dalci Esmeda Stephenson	Community Health Nurse, Manchester Health Department
Alice Adina Carney	Nutritionist, Manchester Health Department
Heather Mullings	Health Educator, Manchester Health Department
Sophia Whitbourne	Lab Technologist, Mandeville Health Center
Marcella Kenlock	Director, Management Information System
Hersche Ismail	Director, Operation and Maintenance Division
Pauline Elliott	CEO, Black River Hospital
Sheryl Cameron	CEO, Mandeville Regional Hospital
Dennis Riley	Director, Regional Finance Department

#### 3) 企画庁( Planning Institute of Jamaica )

Leila Palmer	Director, External Cooperation Management Division
Denise Irving	Manager, Bilateral Unit

Pauline Morrison

Sannia Laing

Faith Mamer

Program Coordinator, Bilateral Unit

Senior Administrator, Bilateral Unit

Health Desk Officer,

Social and Manpower Planning Division

(2) 日本側関係者

1) 在ジャマイカ日本大使館

大西 英之

一等書記官

2) JICA / JOCV ジャマイカ駐在員事務所

内藤 紀雄

所長

杵鞭 政樹

青年海外協力隊調整員

地守 ひずる

青年海外協力隊調整員

野田 博之

青年海外協力隊シニア隊員(プログラムオフィサー)

3) プロジェクト専門家

中路 重之

チーフアドバイザー

遠藤 哲

健康診査

川村 泰子

健康教育

大町 敏行

業務調整

## 2 . 要 約

本運営指導調査団はプロジェクトが開始されてから2年半を経過した時点で中間評価およびプロジェクト後半のためのプロジェクト・デザイン・マトリックス(PDM)作成を目的として派遣された。

今回の調査では、資料整理およびプロジェクト関係者との面接によりプロジェクト進捗状況の把握と評価をするとともに、プロジェクト・サイクル・マネジメント(PCM)ワークショップによりPDMを作成し、今後の活動方針を協議した。

これらを踏まえ、合同調整委員会を開催し、さらにジャマイカ保健省(Ministry of Health)および企画庁(Planning Institute of Jamaica:PIOJ)を交えた協議を経て、1月22日保健省Permanent SecretaryのGeorge Briggs氏および企画庁External Cooperation Management Division, DirectorのLeila Palmer氏との間で協議議事録に署名した。

### 2 - 1 調査事項(詳細は3章、4章に記載)

#### (1) 中間評価

進捗状況の確認のため、既存資料整理およびジャマイカ側カウンターパートとの個別面接調査を実施した。また、日本側専門家とジャマイカ関係者との合同会議を通じ、プロジェクト実施者によって作成されたPDM草案(2000年6月作成)を参考に進捗状況を確認し、評価3項目(目標達成度、妥当性および自立発展性)について調査を行い、重要事項に関しては提言を行った。

#### 1) 目的達成度

健康診断モデルはパイロット郡ではほぼ確立しているといえる。今後は他2郡への展開が課題である。すでに一部では実施に移されているが、担当スタッフの確保が不可欠である。

新たな展開として受診者の経済的負担の少ない健診方法が検討され、まもなく試行される。

#### 2) 妥当性

ジャマイカでは生活習慣病が保健対策上大きな問題となっており、本プロジェクトは住民のニーズに沿うものである。事実、保健省において、健康的な生活習慣の促進を1つの重要課題として位置づけており、また、本プロジェクトを他地域にも展開させることを考えており、保健政策に合致したものである。

### 3) 自立発展性

プロジェクトは毎月開かれる運営委員会( steering committee )により管理運営されており、実効ある成果を得るための責任を担っている。健診に必要とされる技術の移転は進んでいるが、組織面で担当スタッフの確保が課題である。

現体制における健診料金は運営コストに見合うものとされている。

### (2) P D M作成

4日半にわたるP C Mワークショップの結果、今後の2年半に向けたP D Mが作成された。

プロジェクト実施者がワークショップに参加し、P D Mをみずからの手で作成したことにより中間評価の結果が反映されたものになった。また、P D M作成により、ジャマイカ側のオーナーシップが高まり、今後の活動のあり方、目標を明確にすることができた。

プロジェクトを運営するにあたりP D Mに記載されている内容の細かな調整が必要となるが、運営委員会で協議していくこととした。

## 2 - 2 合同調整委員会協議事項

1月19日南部地域保健事務所において下記事項に関する合同調整委員会が開催された。

- (1) 中間評価内容、P C Mワークショップにより作成されたP D Mの確認
- (2) 協議議事録に記載内容の確認

合同調整委員会は、中間評価およびP D M作成を踏まえ開催されたものであり、日本人専門家およびジャマイカ側担当者の双方ともプロジェクトの具体的評価指標が示されたことにより、今後の活動を明確にイメージすることができたことは、大きな成果であった。

## 3 . 中間評価

### 3 - 1 中間評価の目的

当初計画に照らしあわせて、プロジェクト期間の中間時の実施状況や目標の達成度を把握し、必要な場合は軌道修正を行うことを目的とする<sup>注1</sup>。

### 3 - 2 中間評価の方法

中間評価の調査方法については、JICAの「プロジェクト方式技術協力事業案件の評価ガイドライン」と国際開発高等教育機構(FASID)の「PCM手法に基づくモニタリング・評価」を参考とした。しかしながら、2000年6月に作成された暫定PDMについては指標が十分に検討されていないため、そのまま評価に用いるには問題があった。また、評価のための調査日程が短いことやワークショップ開催の準備など時間的な制約により、中間評価を次のようなステップで実施し、まとめた。

- (1) 2000年6月のPDMをもとに中間評価のための評価サマリーを作成する。
- (2) 評価項目と項目ごとの主な質問を設定する(附属資料 - 1 : 質問ガイド)。評価項目については、目標達成度を最優先に妥当性と自立発展性について検討する。
- (3) 評価項目についての情報を、関連資料のレビューとカウンターパート・保健省首脳へのインタビュー(附属資料 - 2 : 質問者リスト)および派遣専門家より収集する。ここまでのプロセスは(附属資料 - 3 : 評価プロセス)を参照のこと。
- (4) 中間評価のドラフトをもとに専門家・調査団で内容の協議と修正を行う。
- (5) PCMワークショップで中間評価のドラフトを配布し、必要な変更点をワークショップのなかで検討する。
- (6) 主要カウンターパートと合同調整委員会による最終コメントを反映する。
- (7) ジャマイカ企画庁(Planning Institute of Jamaica)と保健省(Ministry of Health)の最終コメントを反映する。

中間評価の最終目的は必要な変更点があれば、これからの計画に反映させ修正することにある。PCMワークショップへのジャマイカ企画庁と保健省、調査団の参加は、プロジェクトの直接的な実施機関以外の視点が入ることになり、それぞれの意見が直に後半の計画に反映されることに

---

<sup>注1</sup> プロジェクト技術協力の手引き：中間評価

なる。この点において、一方的ではない参加型の評価が、対話のうえに実施されたとも考えられる。これらの内容は中間評価の報告ではなく、PCMワークショップの結果に含まれている。

### 3 - 3 所見

#### (1) 進捗状況

成果1「人的な能力を含め、南部地域保健局の行政・組織体制と郡保健施設の機能が向上する」に関して、現在の進捗状況は以下のとおりである。

#### 1) 保健システムの状況を把握した。以下がその成果である。

保健機関と設備に関する報告書。

各機関レベルの保健活動リスト。

各種スタッフの配置リスト。

住民の生活習慣調査( People's Awareness and Behavior( P A B )Survey )。

#### 2) 既存の保健システム調査ののちに生活習慣病対策に関する計画、実施、モニタリングの能力の開発がされた。これは以下の活動により達成された。

25回開催された運営委員会。そのつど、議事録が作成された。

「保健情報管理システムとコンピューター化」についての報告書が提出されたのち、その報告で指摘のあった点に関し、改善のための活動を行った。

南部地域の臨床検査管理についての報告書が提出されたのち、その報告で指摘のあった点に関し、改善のための活動を行った。

#### 3) “ Wellness Clinic” の概念を導入するとともに、日本におけるカウンターパート研修、実地研修、研修プログラムを通じ、必要とされる技術能力の習得を図った。

日本で11人のカウンターパート研修を行う( 延べ人月数は15.26 )。

中堅技術者研修の現地研修参加者総数は、地域保健従事者24人、コミュニティー・ヘルス・エイド158人。

成果2「パイロット郡( Manchester )で疾患予防のモデル( ウェルネス・クリニック )が開発される」の進捗状況は以下のとおりである。

#### 1) 生活習慣病の一次および二次予防のためのセンターを Mandeville Health Centre 内に設置した。

検査項目 - 理学的検査、血圧、血糖、心電図、コレステロール、BMI (Body Mass Index)、尿検査(糖、蛋白)。

実施回数 - 週2回。

受診者数 - 1999年273人、2000年693人。

2) 生活習慣病の一次および二次予防のための移動健診を周辺地域に導入した。

検査項目 - 理学的検査、血圧、血糖、心電図、コレステロール、BMI、尿検査(糖、蛋白)。

実施回数 - 週1回。

受診者数 - 1999年135人、2000年826人。

3) 生活習慣病の一次予防のための健康教育モデルは確立中である。以下の活動はすでに実施したもの。

健康教育材料の作成 - ウェルネス・パスポート、カレンダー、ポケットカレンダー、リーフレット、パンフレット。

南部地域でのコミュニティー・ヘルス・エイドの研修。

健康キャンペーンの開催 - ウォークソン、健康フェア。

外部団体との協力 - ジャマイカ糖尿病協会(糖尿病教室)、アメリカ平和部隊(健康フェア)、保健婦協会(健康フェア)。

カウンセリングおよび健康教室。

成果3「南部地域内の他郡に疾患予防モデルが拡充される」の進捗状況は以下のとおりである。

1) 疾病予防モデルがClarendon郡に広げられた。

Clarendonにおける郡責任者とコミュニティー・ヘルス・エイドの研修。

2000年4月から移動健診4回実施。

心電図検査法の講習会開催。

2) 疾病予防モデルはSt.Elizabeth郡に広げられた。

St.Elizabethにおける郡責任者とコミュニティー・ヘルス・エイドの研修。

2000年4月から移動健診9回。

心電図検査法の講習会開催。



## (2) 目標達成度、妥当性、自立発展性

### 1) 目標達成度

“ウェルネス・クリニック”と移動健診モデルの確立と実施、生活習慣病に焦点をあてた健康教育を開始することにより、技術的能力の向上の点においてかなりの実績が上がっている。しかしながら、これらの実績は実証的な判定指標に結びついていない。

地域スタッフの技術的能力の強化、生活習慣病の一次および二次予防モデルの確立、健康教育への“ウェルネス”という概念の導入の点でプロジェクトが期待された目的のレベルに達していることは、運営委員会のメンバーやこのプロジェクト従事者の意見である。

「成果1」は生活習慣病予防のモデルを確立し、従事者の能力を強化するための準備的活動である。運営委員会の確立などの組織整備も制度化された。いまだ継続と支援が必要であるが、必要な初期の開発事業や研修はほぼ完了したといえる。

「成果2」は健康診断と健康増進プログラムを確立することによって生活習慣病予防の概念を適用することである。Manchester郡では、健康診断モデル(ウェルネス・クリニックと移動健診)がすでに確立、実施されている。これらの健診活動はスタッフとコミュニティー・ヘルス・エイドによって定期的に行われている。一次および二次予防のための健康増進・教育活動が立案され実行に移されている。

移動健診の実施はSt.Elizabeth、Clarendon両郡に徐々に広がられているが、現在計画されている移動健診実施日にはいまだ十分でないと思われる。これらの両郡におけるウェルネス・クリニックの確立も不可欠である。スタッフの配置(特に医師、保健婦、事務員)がこれらのモデルの拡大と敷衍の隘路となっている。

まとめると、疾病予防モデルはManchester郡においてはほぼ完成されたが、他の2郡への敷衍のためにはさらにスタッフの投入を要する。特に地域での健康増進活動は設立中である。

### 2) 妥当性

糖尿病や高血圧などの慢性生活習慣病はジャマイカにおいて重要な問題であり、徐々に増加している。実際に保健省は、国民が健康的な生活習慣を導入することを主要目標の1つに含めている。そして、肥満者の率や糖尿病合併症による入院の比率などの指標に目標値を設定している。この点では、このプロジェクトの目的は時宜的に保健省の健康政策に沿い、人々の健康の需要にあったものである。

保健省は今後5年間の国民健康計画を策定しているが、生活習慣病の重要性は変わらない。さらに、保健省はこのプロジェクトで開発されたモデルが他の地域でも再現されることを期待している。

### 3) 自立発展性

上述のように、このプロジェクトの利益を持続的に追求する政策的意図は、現在も保障されている。課題は組織、技術、予算事項の継続性である。

予算関連事項については、健康診断の原価回収に関する分析が行われ、すでにクリニックの単価が計算されている(1健診当たり350ジャマイカ・ドル)<sup>注2</sup>。試算によれば、現在の料金(1健診当たり500ジャマイカ・ドル)は運用コストに十分見合うものである。

組織関連事項については、運営委員会がプロジェクト活動の実施を支えるための牽引車となっている。

機材の管理システムは南部地域保健事務所のもとに確立されている。保健省・青年海外協力隊医療施設メンテナンス部門(Ministry of Health / Japan Overseas Cooperation Volunteers Hospital Facility Maintenance Unit)が設立され、協力隊が関連するスタッフの現地技術研修を行っている。

### (3) プロジェクト後半の計画への提言

人的資源の確保が不十分であることが健康増進モデルを他2郡に広げるための隘路となっている。この目的を達成するためには人材の確保が鍵となる。

プロジェクトの目標達成度を明らかにするためには、モニタリング・システムと明確な指標の確立が必要である。

将来健康増進モデルを他地域にも広げるためには、プロジェクトの経過についての詳細な記録が必要である。これには、その可能性を厳密に査定するためにも、費用の試算が含まれるべきである。将来このプロジェクトのインパクトを調査するためには、住民の生活習慣調査(P A B Survey)を反復する必要がある。

---

<sup>注2</sup> 350ジャマイカ・ドルには、資材、機器の費用は含まれるが、人員コストは計算に含まれていない。議事録には健診の単価が500ジャマイカ・ドルとあるが、これは現在徴集している金額。

## 4 . P C MワークショップとP D M作成

### 4 - 1 P C Mワークショップの目的

P D Mの作成を目的として、P C Mワークショップの開催が計画されていたが、リーダーの病気による早期帰国に伴い延期され中間評価とともに今回の調査に組み込まれることになった。これまでも派遣専門家チームと運営委員会メンバーの努力によってP D Mの原案が策定されたものの( 附属資料 - 1 : P D M( 2000年6月) )、まとまった時間を割いてP D Mの論理性や指標の検討を行っていなかった。

P D M作成の目的は詳細な活動計画の基礎を決めることのほかに、プロジェクト関係者が評価・モニタリングのツールとして共通のフォーマットをもつことにある。すべてのP D Mの作成をワークショップ形式で行う必要はないが、今回、参加者分析からP D M作成に至るまで参加型計画手法を適用したのは次の理由による。

- (1) 問題と目的の構造化のプロセスを共有することによって、共通の理解が深まりプロジェクトのオーナーシップが高まると期待されること。
- (2) プロジェクトの実施範囲と外部条件等の境界を明確にする必要があったこと<sup>注3</sup>。
- (3) 中間評価で明らかになった改善点をワークショップのプロセスのなかで議論し、反映できること。
- (4) 経験や専門性、立場の異なる調査団員が参加し、発言することにより直接的な評価のダイナミズムが起こること。
- (5) P C Mワークショップ開催そのものがプロジェクト管理の技術移転という側面があること。

### 4 - 2 開催日時と会場等

P C Mワークショップは、マンデビルにある南部地域保健事務所の3階会議室において、1月15日から2月19日までの4日半の日程で行われた( 附属資料 - 2 : ワークショップスケジュール )。

### 4 - 3 参加者

ワークショップには日本側からは調査団とプロジェクト専門家の9人、ジャマイカ側からは19人の28人が参加した。ジャマイカ中央省庁関係では、保健省と企画庁からそれぞれ1人ずつが参

---

<sup>注3</sup> 問題分析、目的分析、プロジェクト範囲の確認というプロセスのなかで、プロジェクトの実施範囲にない部分が明らかになる。

加した。南部地域事務所からの参加者は、日常の仕事を抱えての参加なので中座する参加者が散見されたが、出席率は全体では約 80%と良好であった( 附属資料 - 3 : 参加者名簿 )。

#### 4 - 4 ワークショップの方法

ワークショップの方法は国際開発高等教育機構( F A S I D )の「開発援助のためのプロジェクト・サイクル・マネジメント」の参加型計画手法に準じた。ただし、すでに実施中のプロジェクトについて参加型で後半の期間を計画するという難しさがあり、「プロジェクトの選択」部分について、かなり手法の変更が必要となった。どのようなステップで実施したかは、「4 - 8 プロジェクト範囲の確認」の項に明示してある。

#### 4 - 5 参加者分析

参加者分析は現在のプロジェクトに関連する組織やグループを特徴別に分類し、プロジェクトにおける組織・グループの立場や役割、便益を明らかにするものである。

類別されたグループのなかから問題と密接に関連する 16 歳以上の成人をターゲット・グループに、また、プロジェクトの実施と管理を担う南部地域保健事務所をプロジェクト実施者として、詳細分析を行った( 附属資料 - 4 : 参加者分析、詳細分析 )。

参加者分析のなかで議論の焦点となった事項は次のとおり。

- ・プロジェクトの実施によって便益を享受しうる対象はジャマイカ全域の住民、南部地域の住民、南部地域の成人などが想定される。ウェルネス・クリニックでは 35 歳以上を対象としているが、健康教育はその対象について必ずしも年齢の制限を設けている訳ではない。このように考えるとプロジェクトの実施期間で誰の問題を解決しようとしているかとなると 16 歳以上の成人が妥当である。

#### 4 - 6 問題分析

問題分析に先立って、議論の枠組みとして、地域、支援分野、期間、ターゲット・グループについて与条件を確認した。1998 年 4 月の実施討議議事録( R / D )にあるマスタープランでは支援分野を疾患予防と広い範囲に設定してあるが、プロジェクトの現況にあわせて生活習慣病とすること、ターゲット・グループを 16 歳以上の成人とすること、P D Mとして有効なプロジェクト期間を後半の 2 年半とすることを参加者で確認した。その結果、議論の枠組みは次のように整理された。

- (1) 対象地域：南部地域
- (2) 支援分野：生活習慣病(の予防)
- (3) 期間：2年半
- (4) ターゲット・グループ：16歳以上の成人

議論の枠組み設定のなかで議論の焦点となった事項は次のとおり。

- (1) 生活習慣病は、議論のうえでは高血圧、糖尿病、心疾患、肥満、一部のガンを含むが、現状のプロジェクトはガンを含めておらず、議論の枠組みは現状活動を優先させることを確認した。
- (2) 生活習慣病の対象が富裕層か貧困層かの議論は必要であるが、現状ではすべての成人を対象とする。

問題分析では中心問題を起点に因果関係による問題の構造を議論する。中心問題の設定については2001年1月におけるターゲット・グループの問題とすることを確認した。その結果、中心問題は、「南部地域において容認できない生活習慣病の発生がある」とした。

中心問題の直接原因としてあげられたのは次のとおり。

- (1) 生活習慣病の予防、対策、管理が十分に行われていない。
- (2) 生活習慣病のリスクを多数の住民が持っている。
- (3) 不健康<sup>注4</sup>な生活習慣をもつ住民が多い。

中心問題が導いている直接結果としてあげられたのは次のとおり。

- (1) 不健康な肥満をもつ人々がいる。
- (2) 生活習慣病をもつ人々がたくさんいる。

問題分析の結果の全体像は附属資料 - 5：問題系図に示されている。問題分析のなかで議論の焦点となった事項は次のとおり。

---

<sup>注4</sup> 原文は poor となっているが、不健康と解した。

- (1) 肥満を病気とみるかどうかで意見が分かれたが、不健康な肥満を生活習慣病の基盤病態とした(すなわち、問題系図で不健康な肥満は中心問題より上位にカードが置かれた)。
- (2) 生活習慣病への理解と対策が現場の保健医療従事者のみならず、看護や医学などの正規教育のなかでも十分になされていない。
- (3) 生活習慣病のリスクをもつ人々をふるい分けて(スクリーニング)適切な対応を促すことは有効であるが、まだ体制や人材が不足している。
- (4) 保健行政組織や施設間の連携・協力に加え、N G Oや他機関との協力も不十分である。
- (5) 不健康へと導く食生活は、個人の食習慣の問題のみならず、肥満を好む社会性やコマースリズムによる影響も無視できない。
- (6) 生活習慣病の予防という考えはまだ一般の人々には認識されておらず、病気になって気づき、しかも、予防より治療に頼る傾向がある。
- (7) 生活習慣病への知識、考え方の受容、予防行動の実践のいずれも不十分である。背景にはさまざまな要因がある。

#### 4 - 7 目的分析

目的分析では中心問題を望ましい状態に置き換えたうえで、それを起点に、目的・手段関係を構築して、戦略・対策の体系を議論する。中心目的の設定については2003年5月におけるターゲット・グループの望ましい状態とすることを確認した。その結果、中心目的は、中心問題の「南部地域において容認できない生活習慣病の発生がある」から「生活習慣病の発生が減少した」に置きかえられた。

中心目的を達成しうる直接手段としてあげられたのは次のとおり。

- (1) 生活習慣病の予防・管理に対する効果的なプログラムがある。
- (2)(生活習慣病の)<sup>注5</sup>リスクをもつ人々が減少する。
- (3) 人々の生活習慣・行動が改善される。

中心目的の実現によって導かれる直接目的としてあげられたのは次のとおり。

- (1) 不健康な肥満をもつ人々が減少する。
- (2) 生活習慣病をもつ人々が減少する。

---

<sup>注5</sup> 原文には特に記載されていないが、必要に応じて補足説明を( )内に記載した。これ以降( )内は同様の意図で用いてある。

目的分析の結果の全体像は附属資料 - 6 : 目的系図に示されている。

直接手段の「生活習慣病の予防・管理に対する効果的なプログラムがある」という状態を実現させるために、次のような手段があげられた。

- (1) 医学教育とパラメディカル・コースにおける教育において生活習慣病の位置づけが正しくなされる<sup>注6</sup>。
- (2) 生活習慣病の予防・管理を担う保健医療スタッフの教育・訓練が強化・改善される。
- (3) 健康診断のスクリーニングがコミュニティや第1次施設レベルで提供可能になる。
- (4) (地域外の)特定の組織・団体間において連携・協力体制が強化される。
- (5) 生活習慣病の管理・対策について、より強固な域内組織・施設間の協力が実践される。

直接手段の「生活習慣病のリスクをもつ人々が減少する」という状態を実現させるために、次のような手段があげられた。

- (1) (生活習慣病の)リスクをもつ人々が運動と食生活コントロールを維持する。
- (2) 診療所訪問の際にリスクの概要<sup>注7</sup>が保健医療スタッフによって(生活習慣病の)リスクをもつ人々に示される。
- (3) 保健医療スタッフがレファレルシステムを活用する。

直接手段の「人々の生活習慣・行動が改善される」という状態を実現させるために、次のような手段があげられた。

- (1) 保健教育が強化される。
- (2) 仲間どうしのカウンセリング法が開発・実行される。
- (3) 行動変容とコミュニケーションプログラムが開発・実行される。
- (4) 加齢と老化における(適正な)生活習慣を築くための教育法が開発・実行される。
- (5) 有効資源の活用のために、ガーデニングなどの教育が実行される。
- (6) バランスを保つ生活習慣を目的とした教育プログラムが実行される。
- (7) ウェルネス・クリニックが職場や企業に組み込まれる。

---

<sup>注6</sup> 目的系図には「LSD in the basic medical and paramedical course is improved」とあるが、「医学教育とパラメディカル・コースにおける教育において生活習慣病の位置づけが正しくなされる」という意図で話し合われていた。

<sup>注7</sup> 検査結果の異常値など危険要因の概要。

- (8) ウェルネス・クリニックが南部地域全域に展開する。
- (9) 健康教育に関するさまざまなアプローチが可能になる。

#### 4 - 8 プロジェクト範囲の確認

F A S I D教本の「プロジェクトの選択」は、プロジェクトのアプローチを検討するためのステップであり、すでに実施中のプロジェクトを想定したものではない。参加型計画手法の利点を踏襲しながら、中間時における計画策定の論理性が維持されるように、次のようなステップでプロジェクト範囲の確認を行った。

- (1) マスタープランのプロジェクト目標が今回作成した目的体系図上の目的カードのどのレベルにあるのかを検討する。
- (2) マスタープランの上位目標が目的体系図上にある目的カードのどのレベルにあるのかを検討する。
- (3) マスタープランのそれぞれの成果について、今回の目的体系図のどの範囲にあるのか見つけ出す(その範囲をマスタープランの成果別に線で囲む)。
- (4) 現況の活動で実施されているカードを範囲に含める。

プロジェクト範囲の確認についての結果は、附属資料 - 6 : 目的系図に実線で囲む形で示されている。マスタープランの成果として掲げられている「人的な能力を含め、南部地域保健事務所の行政・組織体制と郡保健施設の機能が向上する」に相当する目的系図の範囲は、実線1で囲まれた範囲である。また、「Manchester郡で疾患予防のモデルが開発される」に相当する目的系図の範囲は実線2で囲まれた部分である。さらに、「南部地域内の他郡に疾患予防モデルが拡充される」は実線3で囲まれた部分である。

プロジェクト範囲の確認の過程で議論の焦点、または確認された事項は次のとおり。

- (1) マスタープランで示されているプロジェクト目標は、今回の目的系図の直接手段とその下のレベルの中間にある。直接手段として記載された内容は5年間で達成される状態とみるよりも、さらに上位の目標であり、これらをプロジェクトの指標として取り込むことは難しい。
- (2) マスタープランに示されている上位目標は、目的系図の最上位の目的カードよりもさらに上の位置にあると考えられ、長期的な目標である。
- (3) マスタープランで示されている成果は、目的系図の直接手段より下のレベルと同列にある



と考えられる。

(4) プロジェクトの活動はすべてマスタープランの成果の範囲に入っている。

#### 4 - 9 P D M作成

P D M作成に際しては通常のステップに沿って実施しているが、中間評価のフィードバックやマスタープランとの整合性の確保、モニタリング・評価の視点の取り込みなどを検討するために、次のようなステップで行った。

- (1) モデレーターがP D Mについてプレゼンテーションを行う。
- (2) モデレーターがモニタリング・評価の定義、P D Mとの関係についてプレゼンテーションを行う。
- (3) モデレーターが今回の中間評価調査方法についてプレゼンテーションを行う。
- (4) 中間評価の目的と評価主体を確認し、そのドラフトを配布する。
- (5) プロジェクト名、期間、対象地域、ターゲット・グループ、作成日をP D Mに記入する。
- (6) マスタープランのプロジェクト目標をそのままP D Mのプロジェクト目標とするが、必要に応じて部分的な表現の変更を検討する。
- (7) マスタープランの上位目標を今回のP D Mの上位目標として継続するものの、必要に応じてその表現の変更や追加すべき上位目標を検討する。
- (8) P D Mの成果の採択基準を検討し、設定する。
- (9) P D Mの成果として、マスタープランの成果、次に新たに確認された成果の採択を採択基準に照らしながら検討する。
- (10) すでに達成された部分がP D Mの成果に反映されるよう表現を再検討する。
- (11) 目的系図を参考にそれぞれのP D Mの成果を達成するために必要な活動をすべてリストアップする。
- (12) それぞれの活動を内容別、時系列別に並べかえる。
- (13) 参加者分析を参考にしながら、活動の主体(日本かジャマイカ)を記入する。
- (14) モデレーターが外部条件について説明を行う。
- (15) 採択しなかったカードについて、外部条件となり得るか検討する。
- (16) 自然条件、政策、人的な側面等について外部条件をそれぞれのレベルで検討する。
- (17) モデレーターが指標の性質と設定について説明を行う。
- (18) 指標とそのデータ入手の方法、入手先を検討する。
- (19) いままでの投入内容を参考に現在計画中也含めた投入内容を検討する。
- (20) P D Mの論理性を検証する。

P D M作成の過程のなかで、議論の焦点または確認した事項は次のとおり。

- (1) 目的カードの採択に際して、マスタープランとの整合性は必須である。具体的には今回の P D Mのプロジェクト目標と上位目標の内容はマスタープランと同じ内容にしなければならないことを確認した。そのうえで、必要に応じて文章の明確化を行うことを確認した。
- (2) マスタープランの成果とされている部分は、今回の P D Mにも原則として採択するが今後 2 年半以内で到達できる成果に表現を変更する。
- (3) ワークショップの目的分析と中間評価の結果、新しく追加される成果、または削除する成果があり得ることを確認した。
- (4) プロジェクト目標は関係者のなかでは、すでに「生活習慣病」という共通の認識があり、P D Mのプロジェクト目標では、実体にあわせて生活習慣病を全面的に取り入れた。
- (5) マスタープランの成果である「人的な能力を含め、南部地域保健局の行政・組織体制と郡保健施設の機能が向上する」は、複合する成果をまとめて表現しているためわかりにくいという側面があった。目的系図を参考にしつつマスタープランの成果を、「南部地域保健局の行政・組織体制が向上する」、「郡保健センター施設機能が向上する」、「人的な能力・技術が向上する」の 3 つに分割した。
- (6) マンチェスター郡での生活習慣病の検診体制は開発の段階を終え、実施・継続にあるため、健康教育など開発余地が残っている分野を含めて「開発・実施する」という表現に変えた。
- (7) 生活習慣病の予防モデルの拡張地域をセント・エリザベス郡とクラレンドン郡と明示した。
- (8) 中間評価で課題としてあげられた人材の確保がジャマイカ側の責任において、「マンチェスター郡での生活習慣病モデルを開発・実施する」という成果の 4 を除いて、成果の活動の 1 つとして明記された。
- (9) 中間評価で課題としてあげられたモデル開発のマニュアル化が活動の一部として組み込まれた。
- (10) 詳細実施計画とモニタリング計画が最初に実行されるべき活動として取り込まれた。
- (11) 指標は実際的であることを第一義に検討し、数値目標以外の指標も取り込んだ複合的なものも検討した。

ワークショップによる P D M作成の結果は、附属資料 - 7 : P D M( 2001 年 1 月 18 日 )としてまとめられた。最終的な P D Mはジャマイカ企画庁と保健省からのコメントを受け、附属資料 - 8 : P D M( 2001 年 1 月 22 日 )として修正された。その際、指標の検討や表現の微調整は運営委員会で修正可能なことも議事録に明記された。P D M日本語版を附属資料 - 9 : P D M( 2001 年 1 月 22 日 )日本語版として添付した。

#### 4 - 10 活動計画とモニタリング計画

ワークショップのPDM作成が5日目まで持ち越されたため、モニタリング計画と活動計画(実施詳細計画: Detailed Implementation Plan(DIP))と同義)は、簡単な説明にとどまった。

モニタリングと活動計画は、PDMでは最初に行うべき活動としてPDMにすでに盛り込まれており、運営委員会がそれを承認することになる。いままでのDIPでは活動と投入が記載のうえで必ずしもリンクしていなかった。新しいDIPではその点が改善されるだろう。

#### 4 - 11 ワークショップの評価

ワークショップに対する反応は理解が進むにつれよくなり、日本側、ジャマイカ側双方から議論の有効性と手法に対する評価の声が強きかれた。保健省においてもワークショップの成果を評価しており、指標に関する真剣な議論が行われた。本調査時には指標策定のための時間が十分取れなかったため、更なる見直しが必要と考えられ、議事録に「微調整の必要性あり」と記載することとなった。

#### 4 - 12 マスタープランとPDMの関係

本来プロジェクトの立ち上げ時に参加型計画手法を適用してPDMを作成し、そのプロジェクト要約部分をマスタープランとして採択する。しかしながら、本プロジェクトではそのようなプロセスを経ていないので、終了時評価に際して次の点について留意しておく必要がある。

- (1) マスタープランとPDMを同じものと想定していない。マスタープランは5年間のプロジェクト内容を規定しているのに対し、PDMは目的・手段関係を適用した管理ツールという側面があり、モニタリングの結果次第では、プロジェクト実施者が活動内容の変更を行う。重要なことは、変更点を記載したPDMをそのつど、記録しておくことである。
- (2) 今回策定したPDMは、後半の2年半を想定した計画であり、原則として前半の成果部分が除かれている。つまり、マスタープラン作成時のPDMではないので、終了時評価では今回のPDMを参考にしつつ中間評価等の成果を加味した「評価用PDM」を用いるべきである。
- (3) マスタープランの変更の必要性がなかったのは、マスタープランの枠組みに沿って現況プロジェクトが進められてきたことにある。