

セネガル共和国
グディリ医療プロジェクト終了時評価調査団報告書

セネガル共和国

グディリ医療プロジェクト 終了時評価調査団報告書

平成 11 年 3 月

JICA LIBRARY



J 1151211 (8)

国際協力事業団
青年海外協力隊事務局

平成 11 年 3 月

国際協力事業団
青年海外協力隊事務局

526
907
JVI
BRARY
99-01

青派三

JR

99-01

セネガル共和国

グディリ医療プロジェクト
終了時評価調査団報告書

平成 11 年 3 月

国際協力事業団
青年海外協力隊事務局



1151211 (8)

序 文

青年海外協力隊は、セネガル国へは1980年から青年海外協力隊の派遣が開始され、1997年10月末までに累計で332名の協力隊員が派遣されました。セネガルでは、初代隊員から一貫して農業と保健医療を二本柱とした派遣を行っており、特に農林水産業、自然保護を中心とする環境保全、地域保健での協力を実施してきました。

1992年4月から、同国東南部に位置するタンバクンダ州グデイリ地区において、青年海外協力隊員によるチーム派遣という形態でこれまでに31名の隊員が派遣されました。本プロジェクトについて特筆することは、西アフリカにおける日本の技術協力では、ほとんど前例のない地域医療振興プロジェクトだったということです。

このような経緯から、今回実施した終了時評価にあたっては、隊員報告書を含むプロジェクト関係資料の分析・評価をはじめ、国内支援部会による調査方針や手法等の検討・研究を重ね、入念な準備のもと、密度の濃い行程での現地調査を行いました。

本調査団の報告から、本プロジェクトは、全体としていえば、非常に大きな成果を上げたといえるでしょう。最大の協力効果は、セネガルの僻地において医療活動の拠点が確立され、派遣された隊員の技術以上に、仕事への取り組む姿勢、規律や公平性といった目に見えない模範をとおして、優秀な医療従事者がグデイリで育ってきていることです。また、セネガル国タンバクンダ州というもっとも貧しい地域において、わが国が医療分野の協力に力を入れたことは、同国国民のみならず、国際機関をはじめとした多くの人々の注目を集めたものでした。

本報告書では、従来の報告書にあるプロジェクトの評価に加え、プロジェクトの終了の仕方を含む本プロジェクトの問題点からチーム派遣への提言も行っております。ここに記述されているような具体的な問題を把握することをとおして、今後の他の隊員活動の参考となることを期待してのことです。

最後に、これまでの日本側31名の協力隊員ならびに関係者、セネガル側グデイリ医療センター職員ならびに関係者の熱意と努力に対して敬意を表します。

平成11年3月

国際協力事業団
青年海外協力隊事務局
事務局長 望月 久

目 次

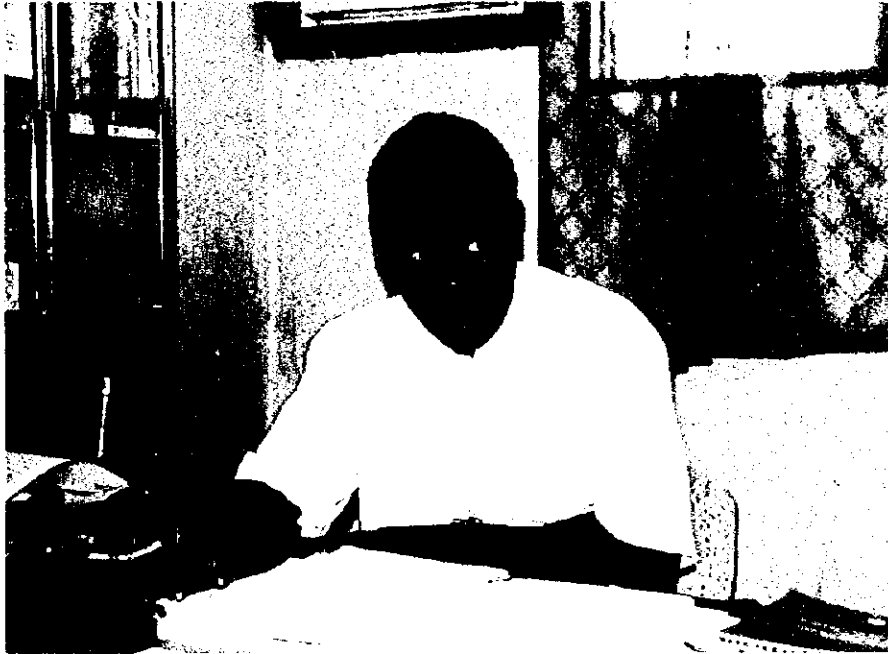
第1章	グディリ医療プロジェクト終了時評価調査団の派遣	
1-1	終了時評価調査団派遣の経緯と目的	1
1-2	調査団の構成	1
1-3	調査日程	2
1-4	協議先・面談者リスト	4
1-5	終了時評価の方法	6
第2章	セネガル・グディリ医療プロジェクト終了時評価調査団長総括	
2-1	調査結果総括	7
2-2	プロジェクトの進捗状況の把握	9
2-3	終了に向けての手順	9
第3章	グディリ医療プロジェクト技術的評価の要約	
3-1	セネガル国におけるプライマリーヘルスケア	11
3-2	バケル県南部におけるJOCVの保健活動	13
第4章	グディリ医療プロジェクト終了時評価調査団5項目評価要約	
4-1	目標達成度	19
4-2	効果	19
4-3	実施効率性	20
4-4	当初計画の妥当性	20
4-5	自立発展性	21
4-6	評価結果総括	21
第5章	協力隊チーム派遣に対する考察と問題提起（10項目）	23
第6章	グディリ医療プロジェクト帰国隊員（21名分）最終報告書の要約	27
第7章	青年海外協力隊事業の考え方について	37

補足資料

1	ミニッツ（仏語・日本語訳）	45
2	グディリ医療プロジェクトセンター長・調査団長の交換文書	57
3	対処方針表	59
4	出張時議事録	61
	(1) グディリ医療センター表敬時議事録	
	(2) 調査結果報告議事録（於：グディリ）	
	(3) グディリ医療センター最終協議議事録	
	(4) 保険社会活動省協議議事録	
	(5) 国家近代化省協議議事録	
	(6) 調査結果報告議事録（於：セネガル事務所）	
5	参考資料	75
	(1) チーム派遣要請書	
	(2) チーム派遣形態で期待される影響・インパクト	
	(3) 年間活動評価	
	(4) グディリ医療プロジェクト車両月別走行距離表	
	(5) 地域診療所建築・改修一覧表	
	(6) 医療設備改善履歴	
	(7) 年別検体数および陽性率一覧	
	(8) 予防接種巡回記録	
	(9) 国内支援部会議事録（9回分）	
6	グディリ住民調査報告書（1993年作成）	133

1 グデイリ医療センター長 Dr. SAKHO

グデイリ医療センターは、首都ダカールから600kmの距離に位置する。着任当初から、異論に対して聞かれた姿勢がはっきりと表れており、困難を進んで引き受けて解決しようとする意欲に満ちている。センター長のみならず、グデイリ医療センターのスタッフも、仕事に対して熱意があり、前向きな印象を受けた。



2 弘岡隊員（保健婦）と山崎調査団長及び石塚技術顧問。

調査団は、このように派遣中の各隊員からプロジェクトの進捗状況について確認した。この説明が終了した直後、グデイリ医療センター長から指名されたカウンターパートが同隊員を訪問。プロジェクト開始以来初めて、視聴覚教育分野でのカウンターパートが配置された。



3 グディリ近隣の道路事情。

グディリ医療プロジェクトの問題点として活動範囲の広範さ及び道路事情の悪さが指摘されている。活動範囲は、長野県に相当する広さの地域に559村が点在しておりうち332村をセンターが担当し、最も遠い地域診療所までは片道8時間以上かかる範囲である。また、道路事情のわるさとして、雨期には道路が川となり、交通不能となることもある。



4 改修中の地域診療所。

地域診療所の改修は、グディリ医療プロジェクトが力点をおいていた活動のひとつとして初期の頃から継続して実施されてきたものである。調査時点での隊員担当者は玉城隊員（村落開発普及員）であり、一生懸命取り組んでいる。



5 バケル医療センターでのヒアリング。

終了時評価調査団は、2つの医療センターとグディリ医療センター管轄の8つの地域診療所を視察し、いずれの場所においても、グディリ医療センター長及び天谷シニア隊員とともに訪問し、各種ヒアリングを行った。



6 ワクチン接種活動状況

バンバリンカ村において乳幼児に対する予防接種が行われた。ワクチン接種は、このようにチームのメンバーが地域診療所でカバーされていない地域を巡回して実施している。一度巡回に出かけたら、1週間は戻ってこないこともある。



7 グデイリ医療調査団派遣中隊員との協議。

グデイリ医療プロジェクトについて調査結果の中間報告が行われた。詳細については、議事録（ 頁・グデイリ医療プロジェクト隊員各位）参照



8 センター長と調査団長による握手。

センター長と調査団長により、グデイリ医療プロジェクトの期間延長についての確認書を取り交わした。このとき、センターの発電機の調子が悪く、停電中であり、写真撮影状況が悪くなっている。グデイリの電力事情もあわせてご理解いただけるものと思料する。



9 国家近代化省への終了時評価調査団調査結果中間報告。

国家近代化省技術協力担当課長からは、グデイリに派遣された協力隊員の活動意欲及び活動成果について、高い協力効果をあげており評価している旨伝えられた。協力隊員がもたらしたものは、単なる技術の伝達ではなく、働くことの意味や仕事への意欲など目に見えない多くの成果があることを認めていた。詳細は議事録（ 頁・国家近代化省との最終協議内容議事録）参照



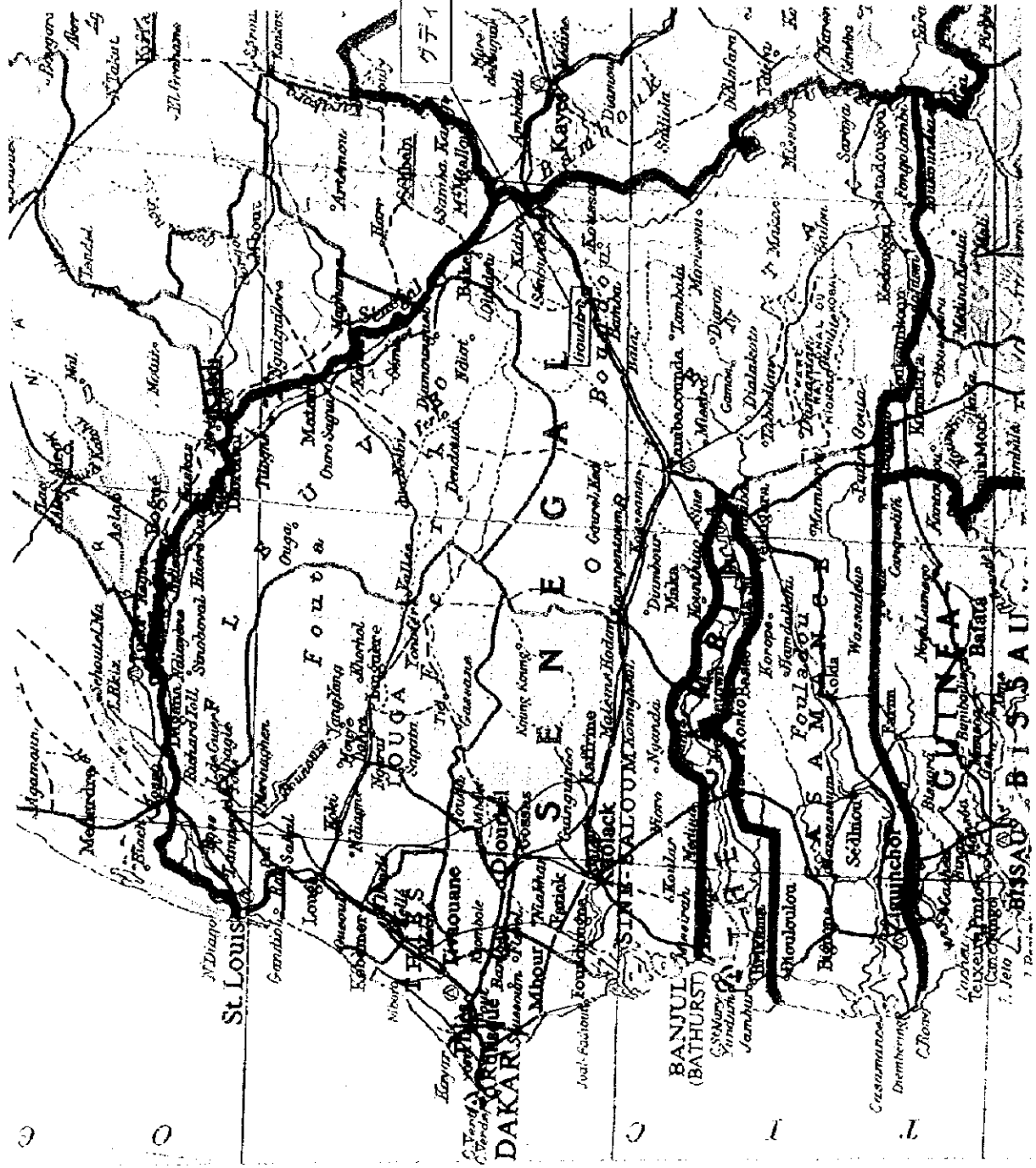
10 在セネガル日本大使館への終了時評価調査団調査結果中間報告。

山崎調査団長から中間報告が行われた。在セネガル日本大使館員からも、グデイリ及びセネガル派遣中の全協力隊員に対する高い評価を得た。在外公館では、JICAセネガル事務所と同様、協力隊事業を積極的に支援していただいている。



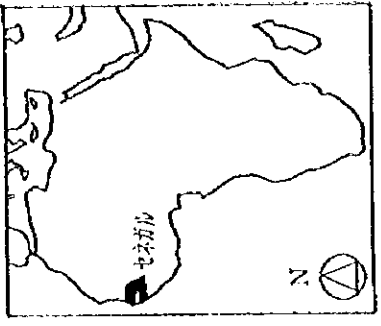
以上

SENEGAL



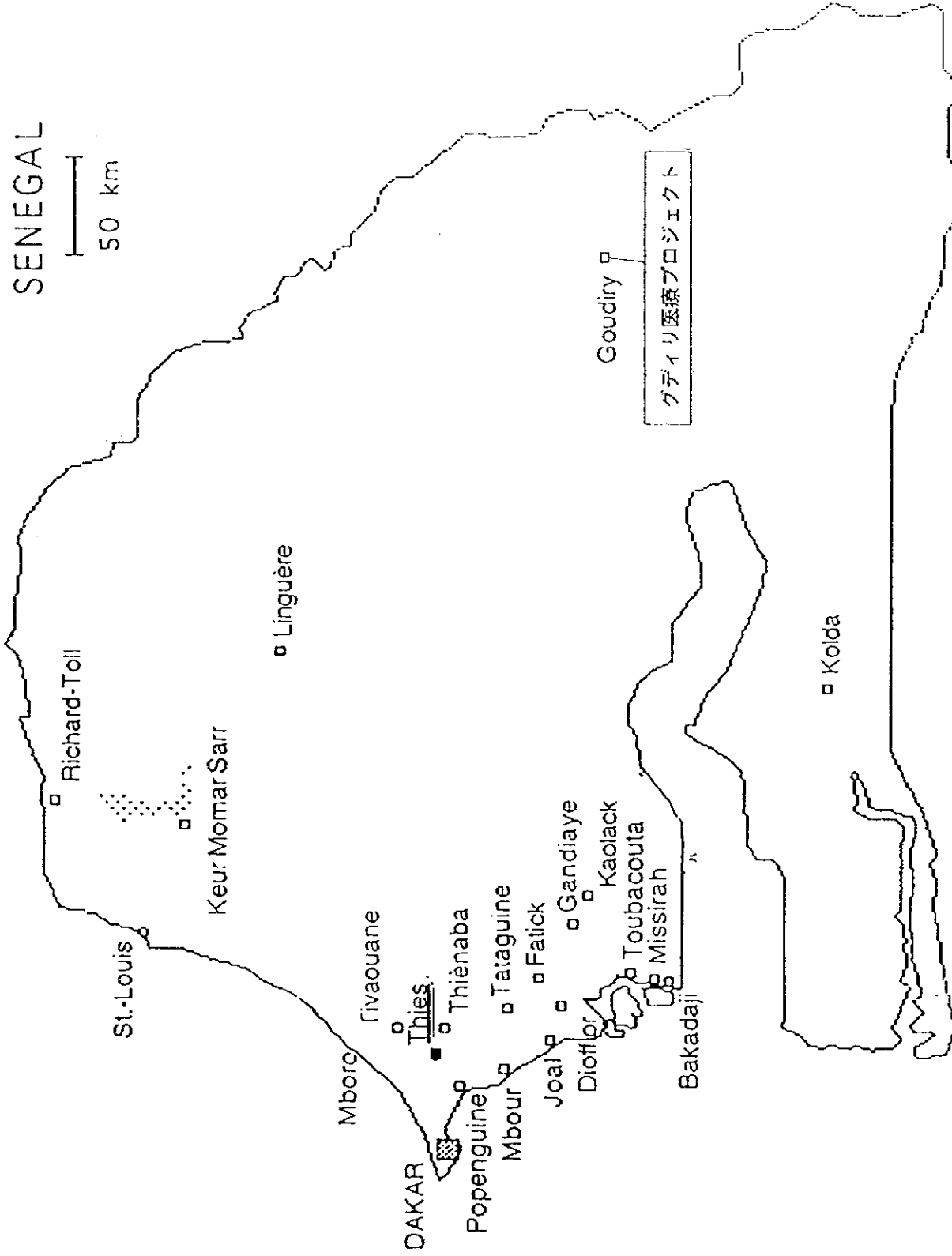
グテリリ医療プロジェクト

KEY PLAN

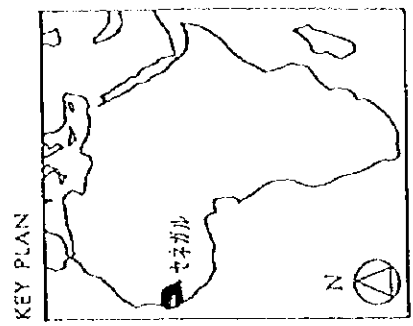


SENEGAL

50 km



Goudiry
グディリ医療プロジェクト



第1章

グデイリ医療プロジェクト終了時評価調査団の派遣

第1章 グディリ医療プロジェクト終了時評価調査団の派遣

1-1 終了時評価調査団派遣の経緯と目的

タンバクンダ州バケル県（面積1万6千km²、セネガル全土の10%、人口4万人）にはバケルとグディリの2つの医療センターがあり、グディリ医療センターはバケル県全体の面積にして80%程度、人口の約半分を占める南部地域を管轄している。同センターは1988年前後に世界銀行の援助により施設建設、機材供与がされたが、設備、人員が脆弱であるうえ、人口密度が低い広大な地域を管轄しているため、セネガル側は現地の医療ニーズに対応しきれないばかりか、施設、機材が十分に活用出来ない状態が続いていた。

青年海外協力隊では、62年度2次隊での医師隊員の派遣を皮切りに助産婦、臨床検査技師、看護婦、村落開発普及員を配置し、グループ派遣による協力を行ってきたが、セネガル側の高い評価を得て、1990年7月にはチーム派遣への格上げの要請があり、1992年3月にミニッツの署名を行なった。

プロジェクト開始後、1年余りをかけて方向性を絞り込み、その後隊員が中心となってPCM手法を導入し、問題点の抽出及びそれに対するプロジェクトのアプローチの策定を行った。また、巡回指導調査団及び1994年に設置された国内支援部会のアドバイスにより問題点が明確になり、それに対する具体策も検討され、本プロジェクトの活動が本格化した。さらに、1996年12月からチームリーダーとしてシニア隊員が派遣されたことにより、その後の活動が円滑に展開している。

本プロジェクトも1998年3月の終了に向けて、ミニッツで予定されている終了時評価を実施し、チーム活動の成果に対する評価と今後のグディリにおける青年海外協力隊の協力活動の可能性について協議を行う段階にあり、これを目的に終了時評価調査団を派遣した。

また、今次調査においては、協力隊事業総点検の中長期課題として取り上げられている「チーム派遣の見直し」の観点から、チーム派遣の目標設定・事務局の支援体制等について実状及び改善案を確認し、総点検作業部会への提言を行うことを目的としたものである。

1-2 調査団の構成

	担当業務	氏名	所属
団長	総括／運営指導	山崎 昇	JICA青年海外協力隊事務局派遣第三課長
団員	技術指導	石塚稲夫	帝京大学医学部教授
団員	業務調整	高田健二	JICA青年海外協力隊事務局派遣第三課職員

1-3 調査日程

月日	曜	時刻	行事内容	場所	備考
10/6	月	12:00	成田空港発 AF275		
		17:20	パリ・シャルドール・ゴール空港到着		
10/7	火	11:00	JICAフランス事務所表敬		
		16:10	パリ・シャルドール・ゴール空港発 AF400		
		20:15	ダカール・レホルム・セター・ル・サングール空港着	ダカール空港	牧野・小玉 MBOUP
		22:00	HOTEL NOVOTEL着		
10/8	水	09:00	日本大使館表敬訪問	同左	牧野
		10:00	国家近代化省表敬訪問	同左	塚田所長・牧野
		10:30	保健社会活動省表敬訪問	同左	MBOUP
		11:00	JICA事務所打ち合わせ 日程・現況報告・事務局の方針等について	JICA事務所	塚田所長・梅本 小玉・牧野
		13:00	ダカール出発～アムール (14:00) ～カラック通過 (16:00)		
		19:30	タンバクタンダ到着		HOTEL ASTA KEBE泊
10/9	木	09:00	タンバクタンダ発～グティイ到着 (11:00)		
		11:30	郡長・保健委員長・村議会議長・センター長表敬及び打ち合わせ協議 <天谷シニア隊員>	グティイ医療センター	
		16:00	隊員との顔合わせ・日程等協議<全隊員>	PFPT	
		19:30	夕食及び生活環境調査 (椎名隊員・稲垣隊員宅)	隊員宅	
10/10	金	08:30	センター施設視察、臨床検査部門視察 <センター長・天谷シニア隊員・春田隊員>	グティイ医療センター	
		17:00	地域診療所支援部門視察 (トウケ)	診療所	
		19:30	夕食及び生活環境調査 (弘岡隊員・天笠隊員)	弘岡隊員宅	
10/11	土	08:30	地域診療所支援部門視察 (ストウ、ジヤンケハ、サトウ) <センター長・天谷シニア隊員・玉城隊員>	各診療所	HOTEL ASTA KEBE泊
10/12	日	午前 15:00	調査結果の中間検討及び資料整理 無償・タンバクタンダ給水施設 (隊員配属予定先) 視察	タンバクタンダ	HOTEL ASTA KEBE泊
10/13	月	08:30	ワクチン接種普及計画部門視察 (ハムハリカ村) <センター長・天谷シニア隊員・椎名隊員>		
		11:00	タンバクタンダ医療センター視察・表敬	タンバクタンダ	
		15:00	地域診療所視察 (コチャリ)	診療所	
		19:30	夕食及び生活環境調査 (玉城隊員・春田隊員宅)	隊員宅	
10/14	火	08:30	乳児健診・衛生教育・自動車整備部門視察 (～16:30) <天谷シニア隊員・天笠隊員・弘岡隊員>	グティイ医療センター	
		19:30	夕食及び生活環境調査 (天谷シニア隊員夫妻)	シニア隊員宅	

月日	曜	時刻	行事内容	場所	備考
10/15	水	08:30	学童検診・母子保健部門視察（～11:00） ＜天谷シニア隊員・弘岡隊員・椎名隊員・玉城隊員＞	グティイ医療センター	
		11:30	母子保健部門視察 ＜天谷シニア隊員・弘岡隊員・稲垣隊員＞	小学校	
		13:00	昼食（グティイ医療センター長主催）	センター長宅	
		16:00	調査結果の事前協議＜天谷シニア隊員＞	PFPT	牧野合流
		19:30	調査結果の中間協議及び夕食＜全隊員＞	PFPT	
10/16	木	08:00	地域診療所視察（シチュフィツ、ハラ、キティイ）	各診療所	
		10:00	バカ州県庁・知事表敬	バカ州県庁	
		11:00	バカ州医療センター視察	同左	
		18:30	調査結果協議 ＜全隊員＞	PFPT	
		20:00	合同夕食会（天谷シニア隊員宅）	シニア隊員宅	センタースタッフ出席
10/17	金	09:30	調査結果最終協議 調査結果のとりまとめ＜全隊員＞	グティイ医療センター	
		13:00	センター長への最終報告・協議	センター長室	
		15:00	グティイ発～タンバクンガ（17:00）～カリソ（19:30）		
		20:30	他任地隊員からの活動聴取夕食会 ＜榎並隊員・吉岡隊員・池田隊員・多川隊員＞	カワツカ	HOTEL DE PARIS泊
10/18	土	09:00	カワツカ医療センター視察		
		10:30	フアティックグループからの聞き取り ＜フアティックグループ隊員ら10名出席＞	フアティック政府提供住宅	
		14:30	隊員活動視察＜宮地隊員・吉井隊員・土居隊員＞		
		16:00	フアティック発 ～ムブール（17:30）～ダカール（18:30）		
		19:00	黒河内JICA参与との夕食	ダカール	NOVOTEL泊
10/19	日		資料整理及びダカール市内生活環境調査		
10/20	月	10:00	保健社会活動省表敬訪問・調査結果報告協議 ＜天谷シニア隊員・グティイ医療センター長＞	同左	牧野・MBOUP
		11:15	国家近代化省表敬訪問・調査結果報告協議 ＜天谷シニア隊員・グティイ医療センター長＞	同左	
		14:30	日本大使館表敬訪問・調査結果報告協議 （～15:00）＜天谷シニア隊員・グティイ医療センター長＞	同左	牧野
		15:30	JICA事務所との調査結果協議＜天谷シニア隊員＞	JICA事務所	塚田所長・梅本牧野
10/21	火	09:00	隊員連絡所視察	隊員連絡所	
		10:00	現地語学訓練施設 ACIにて視察協議	ACI	
		11:30	隊員活動視察・エクルー（ガーヌスカト）キャンプ活動視察 ＜大出隊員、一田隊員、鳥居隊員＞	ティエス	小玉
		12:30	PROVERS隊員との協議・ジャバ苗畑視察 ＜緑の推進協力プロジェクト隊員5名出席＞		

月日	曜	時刻	行事内容	場所	備考
10/22	水	09:00	JICA事務所との打ち合わせ (隊員支援体制等)		塚田所長・梅本 牧野
		15:00	隊員生活環境調査 (一田隊員宅)	一田隊員宅	牧野
		16:00	調査団報告書作成・資料整理		
		18:30	HOTEL NOVOTEL出発		
		20:50	空港チェックイン		梅本・牧野 弘岡隊員
		22:50	ダカール・レオポルド・セダール・サンゴール空港出発 AF419		
10/23	木	06:30	パリ・シャルル・ド・ゴール空港到着		
		09:30	JICAフランス事務所表敬 (地域別調整員会議)		山崎団長は調整 員会議に出席の ため別行動
		20:30	パリ・シャルル・ド・ゴール空港発 NH206		
10/24	金	15:05	成田空港到着		

1-4 協議先・面談者リスト

(1) セネガル側

①国家近代化省

Papa Birama THIME氏 技術協力担当課長

②保健社会活動省

Adama KANE氏 技術協力課長

③グディリ医療センター

・グディリ医療センター職員

Cheikhou SAKHO- センター長、医師 (M decin chef)

Demba Yoro N'GUETTE- Tambacounda州からの出向、C.S.Goudiry, Bakel担当
看護師長上級保健技師 (Coordination SSP District de
Goudiry et Bakel, Major, Technicien superieur de sant)

Moussa DIAMANKA- 事務長 看護師 (Gestionnaire, Infirmier d'Etat)

Yoro BALDE- 地域監督責任者、看護師 (Superviseur des SSP, Infirmier d'Etat)

Amadou NIANE- 外来・結核対策担当、看護師
(Salle de TRI, Tubercurose, Infirmier d'Etat)

Cheikh NIANG- 入院棟・処置室担当、看護師
(Hospitalisation, Pansement, Infirmier d'Etat)

Serigne DIOP- 麻酔科担当、看護助手 (Anesthesiste, Agent Sanitaire)
 Alassane DIA- 衛生教育・らい病対策・URO-CREN (栄養不良児施設)
 PMI (母子保健センター) 担当、看護助手
 (Superviser d'ESP, PMI, Agent Sanitaire)
 Mariame N'DIAYE- 地域母子保健担当責任者、助産婦
 (Sante Maitresse et Infantile, sage-femme)
 Ramatouray SYLLA- 助産婦 (sage-femme)
 衛生班 (Sous brigade d'hygiene)
 Cheikh Baba DIOP- 班長、衛生下級士官
 (Chef de la sous brigade 'hygiene, Sous-officier d'hygiene)
 Amadou N'GANE- 衛生官 (Agent d'hygiene)
 Yelimane DIOP- 衛生官 (Agent d'hygiene)
 El hadji Demba DIA- 予防接種担当、衛生助手
 (Responsable Chaime de Froid, Auxiliare d'hygiene)

・グディリ医療センター保健委員会

Amadou Baba DIARRA- 保健委員長 (President)
 Mntaga GISSE- 会計監査 (Tresorier)
 Yaye DIARRA- マトロン
 Amoul CISSE- マトロン
 Awa GAKOU- マトロン
 Samba CISSE- 用務員
 Yoro DIA- 掃除夫
 Aliou NDIAYE- チケット販売
 Almamy CISSE- 薬局担当
 Amadou Bayo DIALLO- 運転手
 JOCV
 Balla KANTE- 運転手
 Samba BA- 運転手
 Cheikou Mbaye NIANG- 自動車整備士

Thibdel タンバクンダ州議会副議長

(2) 日本側

① 日本大使館

和合 宏康 二等書記官 (技術協力担当)

神山 昭男 参事官兼医務官

②在セネガル J I C A 事務所

塚田 恒夫 事務所長

米崎 英朗 職員

梅本 真司 職員

牧野 清 調整員

小玉 弘 調整員

③グディリ医療プロジェクト派遣中隊員（職種）

天谷 一郎 シニア隊員（シニア・コーディネーター）

椎名 千佳子 隊員（看護婦）

弘岡 千佳子 隊員（保健婦）

天笠 朋樹 隊員（自動車整備）

稲垣 一恵 隊員（看護婦）

玉城 さおり 隊員（村落開発普及員）

春田 博子 隊員（臨床検査技師）

1-5 終了時評価の方法

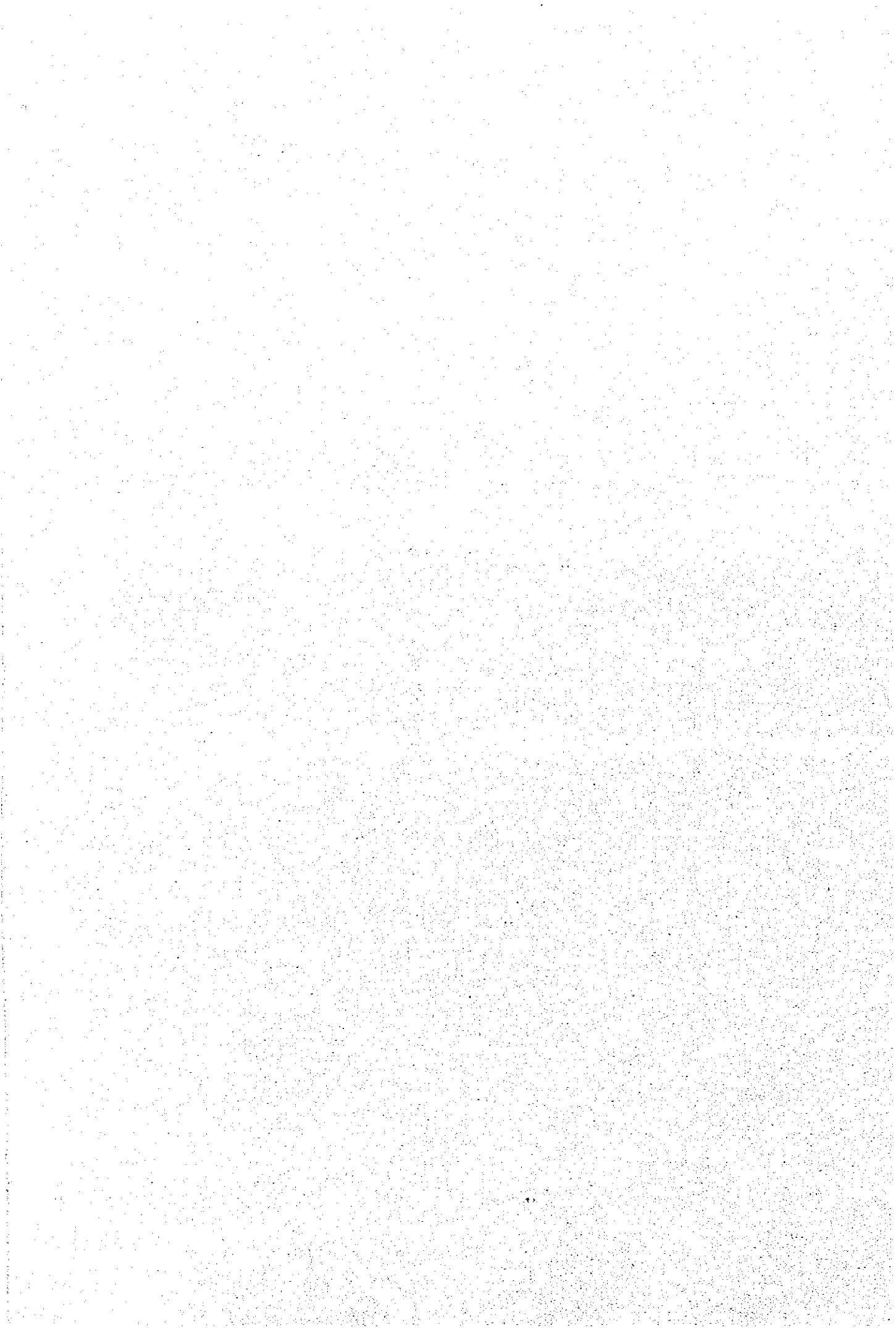
グディリ医療プロジェクト隊員報告書、中間評価報告書、四半期報告書に記載された内容および終了時評価調査団による現地調査の結果に基づいて、グディリ医療センター、保健社会活動省、国家近代化省と協議を行う。

その上で、プロジェクトの自立発展性およびフォローアップの必要性を検討し、帰国後開催する国内支援部会での決議を経て評価報告とする。

以 上

第2章

グデイリ医療プロジェクト終了時評価調査団長総括



第2章 セネガル・グディリ医療プロジェクト終了時評価調査団山崎昇団長総括

2-1 調査結果総括

<今回の評価のポイント>

目標・目的が明確でないままプロジェクトが進められたといわれながらも、今日までに延べ31名の隊員と、それ相応の資機材が投入されてきた。このような「チーム派遣」の抱える問題点の所在について、あらゆる角度からの考察と分析を行うとともに、6年間(調査時点では5年5ヶ月)にいたる協力活動について評価することになった。

(1) チーム派遣の発端

1978年WHOは「西暦2000年までにすべての途上国の人々に健康を」をスローガンに掲げ、プライマリーヘルスケア活動を開始した。当時セネガルでも首都や地域都市の大病院を除き、農漁村部にまではその医療サービスは及んでいなかった。この時期に世界銀行の援助で建設されたグディリ医療センターに対し、1988年、当時の厚生省保健衛生局シー局長から、同医療センターでの医療隊員派遣による地方巡回医療チーム計画が要請された。

協力隊は、1988年(昭和63年)9月に4名医療隊員(医師、看護婦、助産婦、臨床検査技師)を派遣。本プロジェクトがチーム派遣と位置づけられる発端となった。

なお、チーム派遣にかかるミニッツについては、1992年3月13日に、岡崎協力隊派遣第二課長によって締結されたものである。

(2) 当時の医療チーム派遣要請書に掲げられた3つの目的

- ①セネガル東部に位置するタンバクンダ州の「タンバクンダ州医療振興プログラム」を支援し、同地域の医療サービスの向上を図るために、グディリ医療センターにおいて巡回医療、衛生教育活動、医療関係者への技術移転等をとおして、地域住民の生活向上に寄与すること。
- ②従来まで、カオラック、ジガンシヨール、サンルイ等の大病院で実施してきた医療隊員派遣と異なり、受益者である地域住民により多くの医療サービスを行うことに対する支援
- ③当地セネガルでは、地方の医療センターにおける、医療従事者のグループによる長期的な活動例は少なく、今後の医療活動の指針となるような活動展開をすること

(3) 1992年(平成4年)3月締結のミニッツにうたわれている目的

①上位目標

- ・予防医学、PHC、栄養改善、食生活改善、予防接種、家族計画等の普及

・プロジェクト管轄地域内に含まれる地域住民の健康、特に母子保健の改善

②プロジェクト目標

- ・センター及びセンター管轄地域の医師、看護師、技術者等への技術移転
- ・プロジェクト対象地域内に含まれる地域住民の利益となる医療技術、衛生知識の普及、教育、啓発を視聴覚の手法等で行い、地域住民の生命（健康）状態を改善すること

（4）協力分野とプロジェクトの段階的实施

①第一段階

予防医学、PHC、栄養改善、食生活改善、予防接種、家族計画、視聴覚教育等に関する医療技術・衛生知識の移転

第一段階の協力は、プロジェクト準備期間として完全に一体のものとして実施される必要がある。そのため第一段階の実施には3年間で当てられる。

②第二段階

住民の健康改善のための医療衛生知識普及活動の計画・組織・動員

プロジェクト前半の技術移転の成果に基づき、日本側の協力がなくともセネガル側が普及活動を計画、組織、動員できるようになるまで、セネガル人スタッフ及び日本人スタッフの共同により普及計画を実施する。

第二段階はプロジェクト実現助走段階であり、プロジェクトの第2フェーズとして後半の3年間で当てられる。

（5）目標・目的達成に向けた手段の明確化と段階的取り組み

前述のとおり、本プロジェクトの目標・目的の有無については明確であった。欠落していたのは、本プロジェクトを運営していくうえでの手段と段階的アプローチとその手法等について、初期（スタート）の段階で双方における取り組みの具体化が十分になされなかったことに由来する。

（6）グディリにおける医療サービスの必要性

①グディリは首都ダカールから600 Kmの地にあり、ききしに勝る僻地、過疎地であり、最小限の文明（電気・水道等）も思うように届いていない地域であり、医療の必要性は言うをまたない。

②セネガルの地域医療の現状から見れば、チーム派遣の場合、資機材が単独派遣の協力活動支援に比べ、1チーム上限2000万円が予算化されており、かなりの威力を発揮していた。

③他方、チームに組み込まれている隊員の側にとっては、ある程度の資機材の投入とともに、目に見える成果が唯一の評価基準となる専門家によるプロ技的手法に対し、民衆路線を踏襲する協力隊員にあっては、事業の理念に照らし、不完全燃焼の状態にあることも否めない。

2-2 プロジェクトの進捗状況の把握

(1) 予定期間（6年間）で目標にできる限り近づき、目的を達成するための手段と段階的取り組みについては、次のような理由もあり、必ずしも実行されているとは言いがたい面もあった。

- ①6年間のプロジェクトで、5年間チームの運営手法と協力手法の両方を持ち合わせたチームリーダーが不在だった。その間は、村落開発普及員がリーダー役を演じてきたが、その運営方法には経験や力量が十分とはいえない側面がなかったとは言いがたい。また、リーダーとして期待された隊員が、健康上の理由で活動期間短縮という状態になったこともあった。
- ②チームに参加した個々の隊員たちが、必ずしもチームとしてのフォーメーションを理解していたとは言いがたい。これまで派遣された隊員の中では、意識の面で、単独派遣の域のままでいた人も少なからずあった。
- ③個々の隊員の守備範囲における活動には非はないが、全体として論点・視点の区分と、目標達成に向けた方向性に対する理解の共有意識に乏しかったのではないかと思われた。

2-3 終了に向けての手順

1996年（平成8年）12月からシニア隊員をリーダーとして派遣してから、チームとしての体制は立て直しができた。

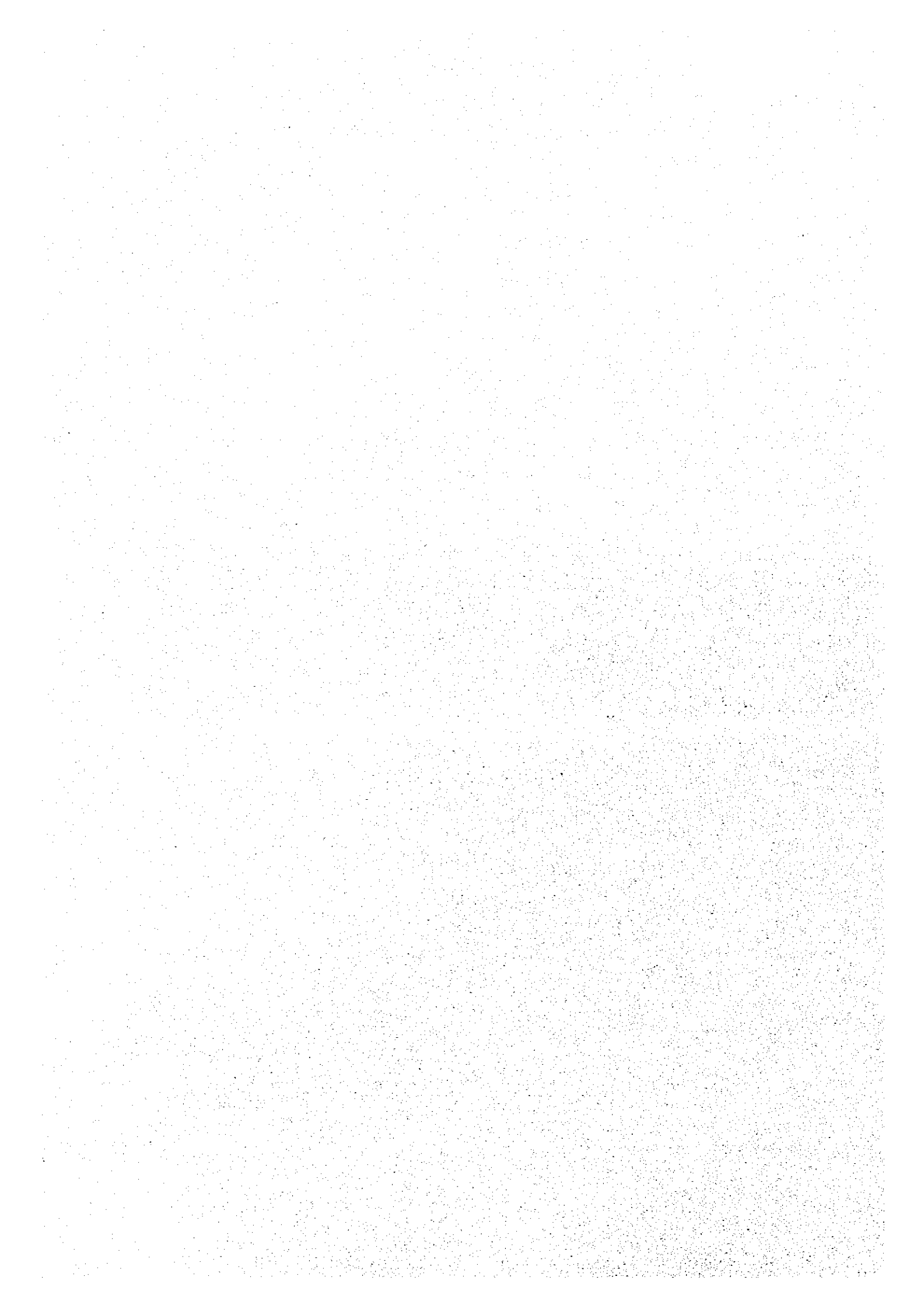
そして、「着地の仕方」、「そのための段取り」、「根付くための目標値」（現状を100とすれば、機能のダウンサイジングをもって70程度でもよいから自立できることを前提にした方向付け）それぞれを設定することで、協力してきた側としての責任を果たし、先方の引継準備が整い、以後の自立運営の目処が立つものと考えた。

よって、別添の協力隊事務局長あての「グディリ医療プロジェクト終了時評価調査実施結果（中間）報告」に記したとおりの条件で、終了時点を当初予定していた1998年3月から1年間延長する結論に到達した。これは、7年間の活動と31名の協力隊の足跡並びに同グディリ地区における住民への医療サービスを含めた、民生向上への礎となることを信じての措置である。

以上

第3章

グデイリ医療プロジェクト技術的評価の要約



第3章 グディリ医療プロジェクト技術的評価の要約

本章では、セネガル国におけるプライマリーヘルスケアの現状を総括するとともに、グディリ医療プロジェクトにおける青年海外協力隊員の活動を時期的・分野的に総括した。

3-1 セネガル国におけるプライマリーヘルスケア

1 Alma Ata宣言

Sahara以南のアフリカ各国では、保健省とWHOが密接に協議を重ねつつ、国民の健康維持に努めてきた。1978年の第27回アフリカ保健相会議で決議されたAlma Ata宣言が「2000年までにすべての人に健康を」という標語でプライマリーヘルスケア（PHC）の理念を提唱して後20年が経過し、多くの地域でワクチン接種率などは明らかに改善された。しかし妊産婦死亡率では1980年においても、出産100,000対640と世界で最高値を記録しており、幼児死亡率も横ばいにとどまった。セネガルでは医師数は極めて不足しており、国民45,000人に1人にしか達せず、日本の78倍、フランスの136倍の人口を1人の医師が担当していることになる。特に東部の僻地であるグディリでは1人で8万人を担当している。しかし、国家財政の赤字と世界銀行およびIMFによる指導の結果、保健財政は締め付けられ、保健関係職員の給与の遅配さえ珍しくなかったため、医療スタッフの充足は極めて困難であった。2000年後3年を残すだけになった97年においてもグディリを含む多くの地域の医療体制はAlma Ata宣言の目標とはほど遠い状態である。特にすべての人に等しい医療水準を求めるのは無理であることが明らかとなり、実際数か国における追跡調査の結果は、地域による大幅な格差を示した。

2 Bamako Initiative

新しい方針ではこのような危機的状態を是正し、78年当時は重要視されていなかった人口爆発と都市化、環境および技術の変化にも対応することが必要である。そのため、87年9月のMail国Bamakoにおける第37回アフリカ保健相会議において、WHOおよびUNICEFと協議の上、医療の都市および富裕層への集中を是正するとともに、医療費を各地方で自給すべきことを盛り込んだいわゆるBamako Initiative（BI）が決議された。BIではAlma Ata宣言の画一性を修正し、地域と個人それぞれにふさわしい健康水準を設定することが必要ではないかという自由主義的な考えが取り入れられた。地方分権の思想から、数名から30名の委員から構成される、管内の住民から選出された保健委員会が医療センターおよびPSの運営方針を決定し、従来保健省による任命後は行われていなかったPS職員の評価も行うことになった。

各国とも赤字国であるため、政府の運用できる財源は乏しい。BIは日本の国民健康保

険のように、医療費の地域での負担を勧め、初診料、検査料、税金などの方法で財源を確保することを勧めている。しかし当時のアフリカ諸国は5年間で国民1人当たり生産の15%低下、200%のインフレ、購買力の80%低下という状況にあり、100 C F Aの診察料も決して容易に負担できる額ではないことは明らかであるが、この方式に従って91年からグデイリ医療センター（C G S）でも診察費徴収（チケット販売）が始まった。保健委員会がポストドサンテ（P S）、カーズドサンテ（C S）における受診、検査、投薬および入院費の管理を行い、薬剤、消耗品の購入および運転手などのスタッフの雇用を行っている。リストアップされた40品目の基礎的医薬品は大量生産してコストダウンを計る。購入経費については当初数年国が投入し、代金を回収して金と薬品のリサイクルシステムを確立しようとしている。地域による費用負担方式は、B Iのうちでももっとも賛否の分かれた部分であるが、第2次5か年計画終了後、少なくともセネガルでは肯定的な評価を得たため、第3次5か年計画に移行している。C S Gの例では97年6月には中央から予算が来ないため薬品類の在庫切れが起こったが、7月には州議会から600万 F C F A分の薬品を受け取っており、きちんと管理すれば、2-3ヵ月後には相応の利益が得られる見通しである。これらの努力の結果、アフリカ諸国の96年の実績では5歳以下の小児のワクチン完全接種率80%が達成され、特にポリオに関しては遠くない将来に根絶宣言も可能と考えられる。

3 Sun City決議

一方B I後の10年間に、たとえば世界的な景気後退と地球規模の通信の発達など健康をめぐる条件がさらに変化したため、21世紀に向けてのP H Cの見直しが必要になった。97年Sun Cityで開催された第47回のアフリカ保健相会議においては特に緊急時の対策として、データベースの作成と通信の向上によるコミュニケーションの改善が有効であるという視点を明確に打ち出した。アフリカでは主要な5種の小児疾患である下痢、急性呼吸器疾患、マラリア、はしか、および栄養不良は5歳以下の小児の3/4にみられる。これらの疾患は小児死亡の原因の71%を占め毎年300万人が死亡していることが96年の調査により判明しており、適切な対応を行わなければ2020年においても状況は変わらないであろうと推定された。特にマラリア罹患児は10年前の1億人から2.7-4.8億に増えている。全年齢においてもマラリアは医療機関を訪れる患者の30-50%を占め、重症者では死亡率が40%に達する。アフリカにおける急性疾患にかかわる有病率、死亡率、後遺症を防ぐための5か年計画（1998-2002年）では、1999年までにすべての参加国保健省に主要疾患についてのデータベースを備えること、および各州機関を通じて隣接国と情報を交換し、協力して事態に対処する方式を整えることを決議した。Sun City決議も、平行してW H Oその他の国連の機関のようなマルチの他に、N G Oとの連携を通じて地域に情報を広めることも勧めている。実際N G Oの“国境なき医師団”はコレラ発生の連絡後24時間以内に現地に到着することを目指しているが、フランス政府は同N G Oに60億円の支出を行っている。セネガ

ル国家近代化省のPapa Birama THIAMも、JOCVに深く感謝するとともにBIを強く意識してAfrica国家相互の協力を強調した。

3-2 バケル県南部におけるJOCVの保健活動

1 個別派遣 (1988-1991)

バケル県南部では医師が絶対的に不足しているので、15か所の地域診療所（ポストドサント、PS）に保健所と診療所の両方の機能を持たせ、国家看護師が担当する仕組みをとっている。バケル県南部のグディリ医療センター（Centre de Santé Goudiry、CSG）は県レベルでPSを統括し、医療指導、UNICEF/州を通じて供給された薬剤の配布、モニタリングなどを行うとともに、主として内科小児科疾患のより高度な診断治療、妊婦および乳児検診と栄養指導、PSから離れている地域のワクチン接種、学童検診、住民の衛生教育などの幅広い活動を行っている。セネガルにおいてはBIが指摘しているように、ダカールへの集中が著しく、88年の統計によると、タンバクンダ州の人口はセネガル全体の5.6%を占めるが、病院数は僅か1.6%、医療予算の配分は2.6%にとどまっていた。病院、診療所スタッフは交通の不便、暑熱、物価高の3つの悪条件が重なるグディリには赴任しただけでなく、新卒者を一定年限義務的に配置しているが、それでも極度の人員不足に陥っていた。15のPSのうち看護師が着任しているのは3箇所だけで、残りは看護助手しか配備されていない。村では小学校の先生も赴任してこないところが多い。僻地手当を付け、2、3年交替制にするとか、日本の自治医大に相当する給費制の医大を設立するなどの工夫を行わないと、医師を確保できないだろう。

タンバクンダ州立病院、CSGはちょうどBIが発足した頃建設された。患者には徒歩か馬車しか交通手段が無いので巡回が是非必要であるので、1988年セネガル保健局長から、過疎地であるグディリ県の医療センターでの医療地方巡回が要請された。セネガル人も、諸外国の機関、団体も来なかったCSGに最初の医師として日本のJOCV 88/2次医師隊員が入った。当時の隊員の生活は、乾季の終わりには40℃を越えセネガルでも暑熱の地として知られるグディリにおいて、断水が3か月も続き、もちろん電気は無くても機器の使用もままならず、セネガル人の住居に寄宿を余儀なくされるなど生活に適應することで手いっぱいという状態であった。さらに89年1次隊として看護婦、臨床検査技師、助産婦および村落隊員各1名が派遣された。しかし高温、断水、電力が無いなどの生活、作業上の難点については派遣要請書には触れられていなかった。このような悪条件にもかかわらず91年8月のPMI（母子保健センター）および臨床検査室開設を始め、大型発電機の使用、救急車（巡回用車両）の供与などを行ってその後の活動の基礎を築いた。これらの活動がセネガル側の高い評価を得てチーム派遣の要請につながったことからみても、初期の隊員の功績は大である。

2 B I以後のJ O C Vの活動 (1992-1997)

薬剤、機器はB Iの方針に従う規格化と一括購入により医療費を数分の一に引き下げることに成功している。C S Gでは91年4月に診療費の徴収が始まり、92年5月に薬局が開設された。96年度には検査室では検査収入で経費の58%をまかなうことができている。3回までの診察料は数年間据え置かれ大人100C F A、こども50C F A、入院は何日でも1,200(食事、看護を除く)である。妊婦検査セットが96年から値上げしたにもかかわらず1,400C F A(280円)と日本の感覚からは高価とは言えないが、現金収入に乏しい農村においては特に乾季の終わりには大きな負担となる額である。グディリ管内ではマラリア治療にクロロキンを第一選択としているが、センターではサホ医師がマラリア治療時に特に小児の投薬量を年齢あるいは体重のいずれかから正しく、簡略に求められる表を作成してP Sに配布している。これによって適量を投与し、貴重な薬剤の過剰投与の無駄をも省くことができる。クロロキンの5%グルコース溶液などB Iにより指定された規格の薬剤はU N I C E Fの供給により各P Sに揃えられている。セネガル保健省は各P Sの薬品庫の整備を96年までに完了する計画を立てたが、夏は40℃を超えるにもかかわらず薬品が全て室温保存されているのは有効期限の上から問題である。

P Sは村の長老が代表を務める保健委員会により運営され、村人から拠出された分担金を保健委員会が管理し、運営資金としている。保健委員会の資金増加はセネガル全土では96年までの5年間に3倍を超えている。しかし、U N I C E Fの出資は5倍、政府資金は9倍に達しており、両者の合計は保健委員会の財源の3倍を超えている。97年度経費は3/4をJ O C Vが負担したが、将来の財源については、97年度から地方分権制度に移行するため、州政府が配分する予算も期待でき、保健委員会(Conseille de Santé)の収入も増やして、B Iの目標とする独立採算に近づけるよう努めたいとセンターでは考えている。金銭の扱いが不明朗であるP Sが5個所明らかにされていて、看護師を他のP Sへ転勤させたりしている。また現金は銀行口座に入れるように指導しているが、近くに銀行が無いP Sがほとんどである。

アフリカ保健相会議の決議においても、言語の障壁に触れているが、Sun City決議にも盛り込まれているように、言語の違いもコミュニケーションにとって大きな障害となる。セネガルだけでも10種類の言語があり、グディリではプル語が使われているので隊員もたいへんだが、医師/看護師、学校の先生、公務員の転勤に差し支えているという。サホ医師はたまたまこの近くの出身のため、プル語を使うことができる。仏語圏であり、かつ患者とは地元のプル語しか通じないという事情が、隊員の負担となり、センター側とのコミュニケーション不足の原因となったことが中間報告でも指摘されたが、96年末にサホ医師が赴任し、同時に仏語に堪能なシニア隊員が加わったため、双方の意見交換が円滑に行わ

れるようになった。このことは将来選考にも反映させ、訓練所における講座等においても臨床検査等の仏専門語の解説を取り入れるべきである。一方技術顧問の巡回指導の機会は限られているが、緊急の質問は多いと考えられる。迅速な対応を心がけているので事務所を通じて遠慮なく質問を送って欲しいと要望した。

グディリの医療現場には多くの問題点が残されている。今回視察したBambadinka村のように最寄りのP Sから15km以上も離れている村のワクチン接種のためには、センターに戻ることなく数日村々を巡回し、民家あるいは野外に宿泊して接種することが必要になるため、体力的に相当の負担となる。また森島前医療調整員の報告によると、平成7、8年度の全セネガル隊員マラリア罹患20件のうち40%がグディリで発生しており、しかもほとんどが熱帯熱型であった。

サホ医師の将来の展望は4点である。

- (1) 母子保健に関しては、妊婦検診、乳児検診、医療関係者の介助のある出産の向上と現在1%に過ぎない避妊実施率を年率2%ずつ増やす。
- (2) ワクチン接種率を現在の45%から80%に増やす。
- (3) 現在25%に達する0-5歳児の栄養不良を10%まで減らす。
- (4) 現在24%のマラリア有病率を10%に、死亡率を30%から15%に下げる。

セネガル側では地元住民、センタースタッフ、州当局、保健省関係者が一致してJOCVのプロジェクトに賞賛を惜しまなかった。サホ医師も、隊員が現地人より早く出勤し、帰りが遅い人もいるし、スタッフが行きたがらない奥地の巡回に行く人もいることにも感銘を受けた。Bambadinka村では巡回ワクチン接種に感謝の気持ちを示すため、村長が予告無しに訪れたわれわれを、急遽タムタムと踊りで歓迎してくれた。センター長サホ医師は6年間の隊員の働き、機材の供与はもちろんであるが、仕事への集中、規律、効率性なども学ぶことができたことを感謝した。州医療事務所長もJOCVの成果は自明であり、その態度はつつしみ深いと賞賛した。他のNGOなどがテレビ、ラジオなどで派手に宣伝しているが、それをしないのが好感を与えていて、他の国のお手本になるとのことである。保健省Thiam局長はJOCVに賛嘆の気持ちを持っており、93年のTokyo International Conference on African Development参加の際にJOCV隊員と話したときの経験も生かして、今後も緊密に協力していきたいと語った。グディリはBamako Initiativeのもとで日本/セネガルの協力が成功しているモデルでありグディリInitiativeとも呼べる成果だと考えている。

3 分野別活動

(1) 母子保健支援活動

乳児検診：1980年のサハラ以南の妊婦死亡率は平均640/100,000と著しく高いが、現在

のグデイリではそれを上回る水準であると考えられている。乳児の死亡率も高いが、僻地であるため最寄りのPSにさえ来られない人が多い。96年までの集計によると出生前検診、29%が規定の3回を受診；破傷風ワクチンの2回接種50%；家族計画、1%；保健婦立ち会いの分娩26%の水準を低迷している。94年8月から95年12月助産婦隊員が定期的体重測定、診察、栄養指導を行ったが、帰国後休止状態となった。96年末新センター長の着任後、母子保健部門（PMI）担当責任者が決まり、97年2月から看護婦、保健婦隊員、一時は栄養士が参加して定例化された。97年7月からは婦人会の建物を使い5日間ほどの講習を受けた地元の主婦ボランティア2人による体重測定、記録、およびUNICEFのグラフに当てはめて判定する作業を行っている。セネガルでは一般に2歳までの授乳が行われているが、この期間の妊娠率が低下するため、次の出産との間隔が開くことにより、母親の体力を消耗せず、児の死亡率がほぼ半減するとともに、経済的にも利点がある。3歳児までを対象として9月までの3か月間に205名の受診があり、不良児は0であったが、要注意児36名について指導を行った。西アフリカにおいては94年のCFAの50%切り下げにより、輸入小麦およびミルクの使用が減少し、トウモロコシに置き換わったため、栄養不足が加速されている。国の母子保健パイロット地区に指定されたため、97年3月に調理室を改修して栄養不良児施設URO-CRENを建設したが栄養隊員の任地変更によりこの建物での活動は行われていない。

（2）予防接種普及計画（PEV）支援

87年に東部セネガルで行われた調査によると、予防接種が行われていなかった地域で接種を開始すると、少なくとも新生児および幼児死亡率がそれぞれ30および48%低下した。このことから予防接種の重要性が明らかである。JOCVとしては初代看護婦隊員が90年から乾季に行われるUNICEFと国の予防接種活動に参加した。BCG-OTCP第1回（ジフテリア、破傷風、百日咳、ポリオ）、OTCP第2回、CTC（ジフテリア、破傷風、百日咳）第3回、麻疹、黄熱病の順に接種する。96、97年には髄膜炎の接種も行った。これらは基本的にはアフリカ各国に共通のスケジュールであるが、黄熱病はアフリカでは10か国でしか行われておらず、ポリオがグデイリでは経口ではない点の特異である。

PSから15km以内の地域はPSが担当しているが、それ以上離れた地域340か村とグデイリの51村は巡回に頼らなければならない。ワクチンや燃料の不足もありCSG単独での巡回は困難であったが、JOCVの燃料費負担、車両貸与により実施可能となってきた。95年からは国のPEV見直しにより、雨季も巡回を行うことになった。またBIにしたがってUNICEFが行う97年6月のモニタリングの後、PSや道路の事情により、15kmにこだわらず、PSが巡回できない村も含めることになった。現在の問題点として人員、ワクチン不足がある。また15か所のPS、65か所のCSでは看護士がいなくて看護助手のみのところ、助産婦がいなくて無資格助産婦だけのところもあるので、教育／研修も必要

であろう。今年度は巡回率80%を達成できたので、疾病の防止に大きく役立ったことはもちろんであるが、住民に与えた安心感は計り知れないものがある。

(3) 検査

89年7月初代臨床検査技師はCSGの何も無い検査室で検査を開始した。妊婦検診、学童検診の検体のほかに、一般患者の検査も行っている。一方現在でもPSには顕微鏡もなく、看護師、看護助手には検査の技術も無いので、症状だけを見て投薬を行っている。技術移転のために97年1月から衛生班から1名45歳男性が配置されたが基礎的学力が不足している様である。しかし、Kedougou、Tambacounda、Nioroでも衛生官 (agent d'hygiene) が、バケルでは看護助手 (agent sanitaire) が臨床検査を担当しているのがセネガルの現状である。センター長は検査室などでカウンターパートを入れるのが遅れたのはセネガル側の責任であることをたびたび認めた上で、残る1年で技術移転を完了してほしいと希望した。将来のためのマニュアルの整備のほかに、検査物品購入ルートの確保、検査室会計業務の確立を行った。保健委員会の検査収入は90年の18,700CFAから料金改定をした96年の1,063,625まで毎年増加してきたが、それでも経費負担割合は95年21%、96年15%にしか達せず、残りをJOCVが負担している。

(4) 学童検診

93年から学童およびタリベ (イスラム教の修行童) の寄生虫検査を開始した。便容器を前日に学校で担任の先生が配布、翌日容器を回収して鏡検し、陽性者には投薬する。96年には日本の幼稚園年長組から小学校5年生に相当する学童489名に実施。97年1月の便検査では389名中大腸アメーバ25%、小型アメーバ19%、ランブル鞭毛虫15%、ヨードアメーバ7%、便合計で52%が陽性；尿検査でビルハルツ住血吸虫7%、細菌6%が検出され、尿合計で13%が陽性であった。現地小学校には養護教員はいないが、50年前の日本では担任の先生が寄生虫などについて教えていて、回虫、条虫の恐ろしさなど現在でも十分記憶に残っているが、小学校教員も研修を1回受ければ、PSに掲示されているようなUNICEFの教材を配布することにより教室での教育が可能ではないかと考えられる。Toubacoutaの吉岡隊員の手洗い教育 (クロスロード97年12月号) のような方法も有効であろう。検診率、100%；投薬95%を達成している。

(5) 衛生教育

93年4月から保健婦を中心に、結核患者の訪問指導、村内清掃活動、スライド上映による集団衛生教育を実施。96、97年はPS、グデイリ村内で年30回ほど行われ、テーマはエイズ、マラリア、便の危険、子どもの下痢症、メジナ虫症、甲状腺腫、栄養、安全な水の確保などについて談話会、紙芝居、スライド、ビデオ、講演、話し合い、水ろ過用ふるい

配布などの方法で実施した。また世界エイズデーキャンペーンはUNICEFの援助で94年11月からセネガル人スタッフにより行われていたが、95年からはJOCV保健婦隊員も参加した。97年10月に保健委員会から視聴覚機材を操作でき、かつ演劇の訓練も受けている担当者が新たに非常勤で任命された。

(6) CSG内医療設備改善

看護婦、村落隊員が担当し、調査時点までに医療設備改善工事26件（研修／宿泊施設、井戸、焼却炉を含む）、総額18,016,321FCA。PSの改修4件、新築あるいは看護士宿舍増築4件と達成度が高い。900万円を補助する研修宿泊施設が完成すれば、タンバクンダまで行かなくてもPSスタッフの各種研修を行うことができるので知識水準の向上に大いに役立つはずである。（添付資料 参照）

(7) ポスト・ド・サンテ

PSは国家看護士あるいは看護助手により必要最低限の予防、治療を行う施設で、無医村が大半を占めるセネガルにおいてはワクチン接種の他にマラリア、呼吸器および消化器の感染症など死亡率の最上位を占める疾患の治療も行っており、国民の健康維持の主要な部分を担っている。

現在PSでもっとも不足している物は次の3点である。

- (1) 移動のためのモーターバイク
- (2) ガス灯の代わりにソーラーランプ
- (3) 水

以上

第4章

グデイリ医療プロジェクト終了時評価調査5項目評価要約



第4章 グディリ医療プロジェクト終了時評価調査団5項目評価要約

4-1 目標達成度

プロジェクト目標は、ミニッツに記されている2つであり、その目標達成度を評価する。

- | |
|--|
| (1)センター及びセンター管轄地域の医者・看護婦・技術者等への技術移転
(2)プロジェクト対象地域内に含まれる地域住民の利益となる医療技術、衛生知識の普及、教育、啓発を行い、地域住民の生命状態を、健康及び視聴覚の手法により改善すること |
|--|

(1)センター及びセンター管轄地域の医者・看護婦・技術者等への技術移転

同項目の目標達成度については、本調査団表敬協議及び最終協議時に、グディリ医療センター長Dr.SAKHO氏の発言からも、十分に達成されたと評価できる。

センター長Dr.SAKHO氏は、「派遣された隊員の能力と規範はセネガル人スタッフの模範となるものである」と述べ、さらに「グディリで行われた協力は、建設や機材といった物的なもの以外に、仕事へ取り組む姿勢、規律、公平性といった目に見えないものをもたらしてくれた。これらのものは数値としての評価は難しいものだが、とても大きい協力効果だった」と述べている。

技術移転に関連して、本プロジェクトでは、特に臨床検査部門のカウンターパートの配置が遅れ（終了1年前になってようやく配置）、同分野では十分な技術移転はできていない。しかし、カウンターパート不在時でも、隊員はマニュアル作成を継続的に実施し、可能な範囲内で最大限の技術移転を行っていたことは注目に値する。

協力隊事業は、純粋に技術移転を目的としたものではなく、相手が自助の方向に向かうよう、ともに考える事業であるという観点から、隊員がこのように可能な範囲内で創意工夫をこらして取り組んだことは高く評価できる。

(2)プロジェクト対象地域内に含まれる地域住民の利益となる医療技術、衛生知識の普及、

教育、啓発を行い、地域住民の生命状態を、健康及び視聴覚の手法により改善すること

プロジェクトによってグディリ医療センター管轄地域において、隊員が赴任してから、従来まで行われていなかった予防教育活動が開始された。また、セネガル全土でもほとんど実施されていない学童検診を定期的に行った。

4-2 効果

(1)地域住民の意識の高揚

協力隊員の活動をとおして、具体例としては次の5点の活動があげられる。

- ①協力隊員が活動をとおして、学童や職員が「寄生虫」ということばと存在を認識した。
- ②村の中で、住民から予防接種や体重測定の日程を聞かれるようになった。

- ③血液や尿・便より健康状態の何かがわかるという意識が芽生えた。
- ④住民がSIDA（エイズ）ということばを認識した。
- ⑤検査を受けた住民が忘れずに結果を取りくるようになった。

(2)センター業務の補完活動

グデイリ医療センターは、長野県相当の管轄地域を有し、この広大な地域を1つの医療センターと15の地域診療所で担当している。それぞれの診療所は、周辺15kmを管轄範囲としているが、これは全体の20%にすぎない。残る80%の地域については、巡回医療チームによってフォローしているが、この巡回医療チームを人材、機材の両面から支援していたのが協力隊員であった。協力隊員は、医療センタースタッフでさえも嫌がる遠方への巡回にも参加し、意欲的に補完活動を実施した。また、検査室では、長期間にわたってカウンターパート不在にもかかわらず、マニュアル作成及び必要な資機材の整備等の協力をとおして、補完活動を充実させた。

(3)援助モデルの構築

検査部門では、首都ダカールのユニセフ職員からは「グデイリの検査室を援助モデルにしたい」との表明があった。また、セネガル国は、隊員の取り組みと意欲的なセンター長赴任にともない、グデイリの母子保健部門の活動を国家のパイロット地区とした。条件的に不利である僻地の医療地域をパイロット地区としたことは、特筆すべきことである。

4-3 実施効率性

プロジェクトの開始は、1992年4月であったが、当時は4カ月の断水があり医療従事者にもっとも必要な水の確保も容易でない状態だった。また、劣悪な道路状態のため流通が悪く、乾期に食料品がほとんど底をつく等の生活環境の厳しさもあり、プロジェクトに専念するための最低限の生活環境が保証されていなかったことによる支障があった。

また、初期の頃は、調整役を村落開発普及員が兼務していたということもあり、医療センター側とのコミュニケーションが十分にとれていないとの指摘があった。しかし、プロジェクト終了約1年4カ月前に赴任したシニア隊員の派遣により、意志疎通がよくなり、プロジェクト実施の効率性は大幅に向上した。

4-4 当初計画の妥当性

1992年に締結したミニッツのなかで述べられている協力の範囲は漠然としており、また、協力隊員側で作成した計画も、施設改善、衛生教育等を含め7つのアプローチにわたる広範囲の協力に取り組もうとしていたため、当初の活動は試行錯誤の連続であった。しかし、隊員による再三の活動計画の見直しや中間評価調査による提言等より、活動範囲は絞られ、その後は比較的順調に推移していった。

4-5 自立発展性

(1)運営管理面

Dr.SAKHOの着実な改革とその手腕により、躍動的な医療センターに生まれ変わりつつある現状に鑑み、センター機能のスムーズな自立への移行の助長と、31人に及ぶ協力隊員のグディリにおける協力活動の足跡を大事すべきとの観点から、いくつかの条件のもとで、本プロジェクトの協力期間を1年延長することで達成されるであろう。

(2)財務面

プロジェクト前半期は、日本側が予算をほとんど全額負担しているような状態という節があったが、セネガル側の予算体系の変化にともない、プロジェクト終了にむけて徐々にセネガル側の予算配分は増大傾向にある。また、セネガル側はワクチン接種の度に、接種料金を徴収して、運営経費をまかなうよう努めている。

4-6 評価結果総括

(1)評価の総括

本プロジェクトは、全体としていえば、非常に大きな成果を上げたといえる。医療分野の協力では、その効果の発現に時間がかかるものであり、医学の発展とともにその協力の幅も広がってくるものだが、最大の協力効果は、僻地においてこれら医療活動の拠点が確立され、隊員の技術以上に仕事への取り組む姿勢、規律や公平性といった目に見えない模範をとおして、優秀な医療従事者がグディリで育ってきていることである。

セネガル国タンバクンダ州というもっとも貧しい地域において、わが国が医療分野の協力に力を入れたことは、同国国民のみならず、国際機関をはじめとした多くの人々の注目を集めたものであった。

これまでの日本側31名の協力隊員ならびに関係者、セネガル側グディリ医療センター職員ならびに関係者の熱意と努力に対して敬意を表したい。

(2)提言

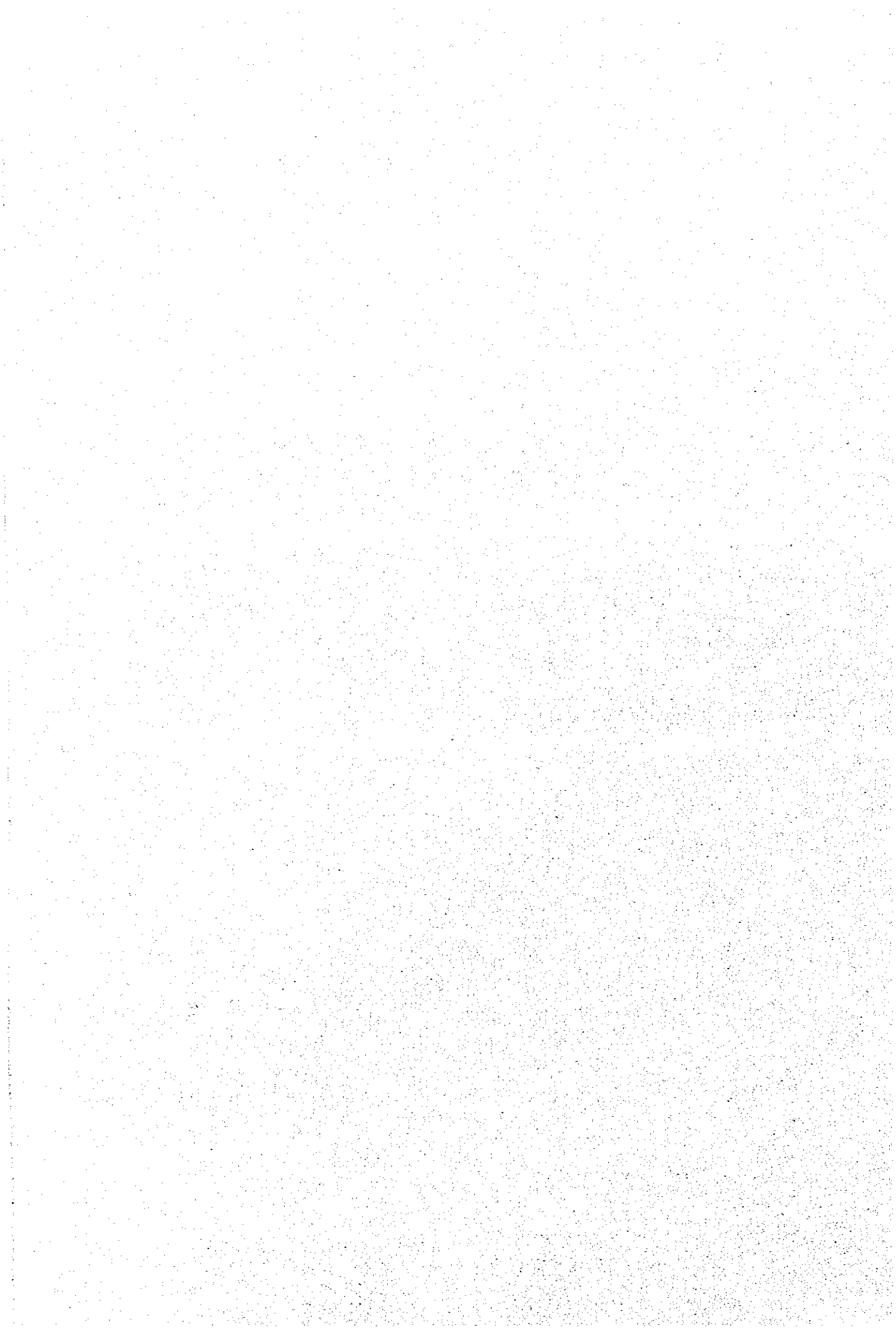
目標達成指向のチーム派遣の形態は、技術移転と予算執行が強調される傾向があり、個別派遣に比べて投入が充実している点は評価できるが、海外協力活動を目的としている協力隊には馴染みにくい。すなわち、協力隊の基本理念は、あくまでも隊員があって成り立つものであって、機材が先行するプログラムは協力隊には馴染みにくいものであり、チーム派遣にかわるスキームの考案を含め、今後の重大な研究課題のひとつである。

チーム派遣を実施する場合には、達成に向け、十分に現状を分析し、双方にとって実現可能な目標や計画等を、慎重に設定する必要がある。また、開始当初から運営手法を理解しているチームリーダーの配置が絶対条件である。

以上

第5章

協力隊チーム派遣に対する考察と問題提起（10項目）



第5章 協力隊チーム派遣に対する考察と問題提起（10項目）

本章では、チーム派遣に対する考え方、想定される問題点、調査団派遣にあたっての留意点を10項目とりまとめた。これらの課題を克服することで、チーム派遣隊員が直面する問題を軽減することができると思料される。

1 チーム派遣は理念的に協力隊に馴染むか

(1) 協力隊の理念との差異

チーム派遣の場合、技術移転という側面が重要視されているが、協力隊事業の5つの特徴との中で、隊員が葛藤を繰り返していることを認識することが重要である。

- ①民衆指向との対立（人と人との関わりの中に目覚めてくる意識改革への関与）
- ②奥地前進主義との対立（村落の一員として、意識（精神）的にも、単独で）
- ③志と個々の創意工夫の範囲の限定（自主《自動》的から従属的＝志の低下）
- ④技術力の対立（資機材・技術移転・成果の追及と協力活動との兼ね合い）
- ⑤ボランティア性との対立（奉仕の精神とプロ意識の混合）

2 論理の相互不成立

運営サイドと現場サイドの考え方の相違についても、理解することは重要である。

(1) チームを創設する側の論理（運営サイド）

- ①一方的な創造の産物
- ②組み込まれる側に対する配慮の欠如
- ③チームワークとスピードの要求
- ④成果と効率の追求

(2) チームに組み込まれる側の論理（隊員サイド）

- ①自由の領域の確保、守備範囲の制限
- ②自分の力を試してみたい（一匹狼）
- ③組織や社会の閉塞感からの脱出
- ④チームの目標、目的や役割と本人の思惑の違い

3 チームワークに関する問題点について

チーム派遣隊員の間関係については、問題が生じているとの思われる点を列挙した。本件については、協力隊総点検作業にも提言しているものである。

①選考時の配慮不足

チーム派遣を希望していないがチーム派遣に加わった隊員が現に存在することを認識することが重要。今後の対応として、募集時にチームの趣旨に賛同する応募

者を募るという選考枠を設置したり、選考・訓練(特別カリキュラムを組み込む)手法を導入することの検討が必要。

- ②海外協力活動は遅効性であり、個々人によって情熱を注ぐことができる時期が異なる状況に対する対応。
- ③配属先関係者との人間関係醸成における、純度100の潔癖感並びに完全主義の兼ね合い
- ④シニア隊員等のリーダー格の存在が不在の場合、隊員が隊員を管理運営することに対する反発

4 チームワークとフォーメーション

チーム派遣に派遣されている隊員及びリーダーが認識しておくべき7項目を列挙した。このような理念を基調として、プロジェクト目標の設定を行うことは重要である。

- ①役割分担にともなう義務と責任 (リーダー・主戦力・後方支援)
- ②隊員の平等意識とリーダーシップ (指揮命令系統と人間関係)
- ③ジェネラルマネージャーとしてのチームリーダー (指揮官としての人格=チームパフォーマンス)
- ④目標達成と効果追求
- ⑤総合的アプローチによる相乗効果
- ⑥プロ意識が不可欠
- ⑦協調性と妥協

5 プロジェクト支援と責任の主体

プロジェクトの支援態勢については、4つの機能が連動することによって効果を発揮するものであるが、特に担当者は、それらのツールを十分に活用し、チーム派遣のデザインを描くことが重要である。

- ①調査団 (事前・巡回指導・中間・終了時)
- ②国内支援部会 (国内支援委員会)
- ③チーム (活動内容および現場からの情報提供を含む)
- ④事務局および在外事務所における所管体制

6 活動期間2年とメンバーの五月雨交替

協力隊の古くて新しい問題である活動期間について、チーム派遣への隊員選考は事務局でも最優先としているが、それでも活動期間が重ならないことがある。これらの問題が及ぼす影響を理解するとともに、今後の対応として、チームの場合、派遣される隊員を3年任期とするものの検討も必要と思料される。

- ①チームとしての志気形成と維持の困難さ
- ②前任・後任間の志及び事業・予算マインド等の思惑の差異にともなう引継・継承の困難さ

7 チーム派遣プロジェクト形成上の思惑

現行のチーム派遣はプロジェクトを形成する際に構造的な問題をもっている。すなわち、協力隊事業にとって有益であるかどうかの十分な議論がなかったとしても、派遣取極（E/N）のみで、人材（隊員）の投入ができ、ミニッツのみで具体的なプロジェクト実施が可能であるという制度である。

そのため、プロジェクト形成にあたっては、相手国の住民及び隊員の立場をふまえておく意識が重要である。

- ①本邦サイドの事情でプロ技の実施が難しい地域での肩代わり協力
- ②相手国によっては「安上がりの専門家」的活用という意識
- *③チーム派遣については、協力隊員が何代にもわたって築き上げてきた協力活動の結果（成果）として、発展する下地が十分な場合は、たいへん有効な制度である。

8 チーム派遣の新たな枠組みの創造

All JICAとして、前述7①②③的要素がある場合でも、先方政府のニーズに応える必要性が高いためプロジェクト方式技術協力の形態が必要となる場合は、協力隊員のみでの協力活動ではなく、例えば協力隊OB・OGやシニア海外ボランティア等をもって編成する、「新しい形態の協力活動」を検討することも今後の課題と思料される。

9 アプローチ、協力手法及び評価手法の発掘

チームとしての活動開始にあたってのプロジェクトデザイン。

特に本件については、事前調査団である程度は、デザインできるが、実際に派遣された隊員が配属先と随時協議をして、明確にしていくことで、双方に納得のいく協力活動が展開できる可能性をもっている。

- ①目標・目的の明確化
- ②現状調査と分析の徹底
- ③到達目標と現状との落差の確認
- ④目標達成に向けて取り組むべき事柄（要素）の分類と絞り込み
- ⑤着地までの間の段階的なアプローチ、手段、協力手法の決定
- ⑥双方にとって実行可能な投入（人材・資機材）の数量化
- ⑦実施計画に基づいて、年度ごとの進捗状況のチェックと客観的見地からの必要な修正（プロジェクトのリセットも含む）

10 調査団の役割と責務

(1) 調査団の編成 (3層構造)

- ①総合的見地から、調査・分析・判断できる能力（構想力、事業・予算マインド、交渉力、調整力等）と全権を掌握する力量を兼ね備えた人物
- ②調査の趣旨及び内容に合う調査・分析・判断能力を有する当該専門分野の人物
- ③適切な事務対応・処理と取りまとめ等、高い作業能力を有する人物

(2) 調査団の役割

I：事前調査団

- ①鳥瞰的視野と可能性に対する深い洞察力をもっての見聞（調査）に基づく、高いレベルでの判断と交渉力
- ②調査結果に基づき、双方にとって実行可能なプロジェクトのデザインと、そのアドバイス

II：実施調査団

- ①プロジェクトデザインに基づく、調整・確認作業
- ②先方政府関係機関に対するプロジェクトへの意識（動機）づけと協議
- ③ミニッツに対する署名

III：中間評価調査団（調査に必要不可欠な日数を確保すること）

- ①目標・目的達成に向けての方向性の確認
- ②段階的アプローチの整合と手法の確認
- ③進捗状況の正確な把握と着地点に向けた見地からの内容確認
- ④投入の過不足の把握と内容分析
- ⑤終了に向けた必要な軌道修正と不足投入資機材・人材等の明確な指示

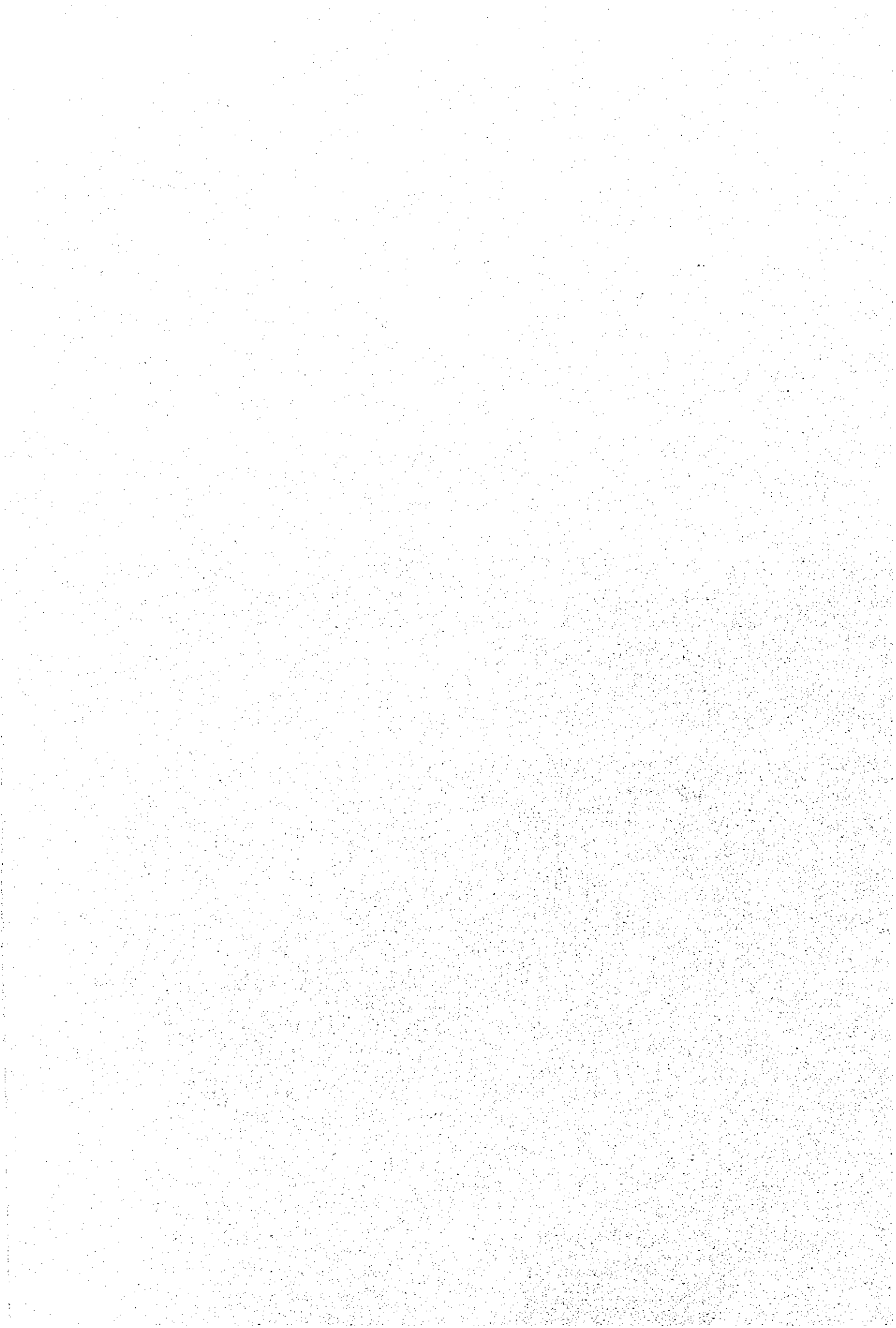
IV：終了時評価調査団（調査に必要不可欠な日数を確保すること）

- ①全体としての進捗状況の正確な把握
- ②終了に向けた手順の着実性についての確認
- ③手段としての段取りの到達度の確認
- ④技術的見地からみた評価の実施
- ⑤全体的に見たプロジェクトの評価
- ⑥調査結果の総括
- ⑦着地に必要な調整とそれにとまなう手段・期間の明確化と実行の確認

以上

第6章

グデイリ医療プロジェクト 帰国隊員（21名分）最終報告書要約



第6章 グディリ医療プロジェクト帰国隊員（21名分）最終報告書の要約

グディリ医療プロジェクトは、アフリカで行われた初の青年海外協力隊の医療協力分野協力である。また、チーム派遣として、多くの教訓を日本に与えてくれたプロジェクトである。そのため、これらの事実を教訓として活かすことが、グディリ医療プロジェクト及びこの報告書に求められている大きな役割である。

本章では、本終了時評価調査団派遣前（97年10月）までにグディリで活動した帰国隊員（21名）の最終報告書から、国担当が主要な部分と考える点を抜粋した。

これらの報告書を読んで感じたことを一つの物語を例えとして紹介したい。

旧約聖書によれば、人類の祖はアダムとエバであり、その息子としてカインとアベルの存在は、ジェフリーアーチャーの小説のタイトルにもなっていることもあり、有名である。

それでは、アダムとエバの血筋の継承者は、悪玉の象徴的な存在のカイン・善玉の象徴的な存在のアベルのどちらだったのだろうか。

答えは、そのどちらでもない。カインは残虐な行為のゆえに追放され、アベルは殺害されてしまったため、どちらも血筋を継承することはできなかった。

聖書をひもとけば、実際に血筋を継承したのは「セツ」という人物である。この人々には知られていない無名の息子が人類の祖の継承者であることは、協力隊を考えるにあたって重要な示唆を与えてくれる。すなわち、第三者が注目しない無名と思われる隊員の存在が、実は協力隊事業を支えてきた貴重な存在という視点に気付くことができる。

ともすれば協力隊事業は、良い意味でも悪い意味でも目立つ隊員が構成しているような印象を与えているかもしれない。また、協力隊に関する議論も目立つ隊員が注目されて語られるような印象を受ける。

事実、私も協力隊事務局に配属になる前、人間として尊敬できないタイプの帰国隊員を数名知っており、その少ない事例から協力隊事業そのものに不信感をもっていた。今にして思えば、中世の哲学者のトマス・アキナスが「1冊の本しか読んでいない人間には気をつけよう」と言っていた2つの過ちを犯していたといえる。ひとつは、善悪の問題で協力隊を論じようとしていたこと、そして、数少ない事例から強引にひとつの答えを導き出していたことである。

しかし、これまで小職が約1年半におよんで事務局で勤務し、150名近くの隊員および帰国隊員と接してきて到達した結論は、協力隊を支えているのは「セツ」のような、第三者にとって地味な存在と思われがちな隊員たちということである。

そうした意味でも、グディリの隊員報告書をひもとくと、グディリ医療プロジェクトの隊員たちは、みな協力隊事業を支えている「セツ」なのだと感じざるをえない。

では、プロジェクトへの提言としてこれらの報告書から読みとれることはなんであろうか。この点については、天谷シニア隊員の報告書に表現されている内容が的を得ていると思料するので、その文章を引用してみたい。

「いまひとつ気になったのは、現役・帰国隊員を含めて、しばしば「プロジェクトに振り回された」「プロジェクトでさえなければ任地として最高だった」といった表現をもちいていたことである。なぜあれほどまでにプロジェクト隊員としての重圧を訴えるのだろうか。現時点で、隊員らの話や現場の実状から遡って推察する限りでは、プロジェクト側の業務形態・内容について、当初から医療センター側ときちんとした合意を取り交わす余裕がないままに、センター側の既定の日常業務への対応と国内支援側の求める目標限定型のプロジェクト活動との間でチームが揺れ続けてきたことに、隊員たちの抱え込んできた苦しさのひとつの根があるのではないかと思われる」

「経歴に照らしていえば、活動内容の選択の上で比較的自由度の高いと思われる農業隊員（予算不足などで配属先が殆ど休眠状態に近い場合が多かった）や緑のプロジェクトの場合と異なり、ある程度規模の大きな医療機関に配属された医療隊員は、相手方のはっきりした業務計画に多少とも組み込まれた形で活動せざるをえない。おそらくグデイリのチーム派遣隊員らも、プロジェクトの立ち上げ後、長い間具体的な活動プログラムを明示できなかった以上、まったく独自の方針で動くわけにはいかなかったはずである。ところが、「チーム派遣プロジェクト」と、本来いわれるところの目標を絞り込んだ技術協力プロジェクトとの違いが明確にされないまま技術顧問らの指導が始まり、すでにセンター業務への対応に追われている隊員らに対し、結果としてさらに本格的な集中型のプロジェクト活動を課そうとしてきた傾きがあったのではないか。こうした概念上の詰め甘さが、厳しい環境下での過重負担を生じさせ、まとめ役の不在のもとで路線問題の議論が迷走し続けた根本原因の一つではなかったか、というのが現時点での仮説である。」

「上に述べた基本設計上の難点に加えて、現場レベルで「迷走」を助長してしまったのが、おそらくは人材配置面での配慮不足によるチーム内調整機能の実質的欠如であろう。実際「路線問題」でのチームの揺れがまた相手への説明不足につながり、いっそうチームの立場を難しくしたであろうことは、プロジェクトの現状から見ても想像に難しくない。仏語能力を含めた相手側とのコミュニケーションの問題以前に、物事の見通しをよくしてチーム内の意見を調整し、発信できる要役、あるいはそのサポート役が、隊員派遣の最初期に、現場・支援側を含めてどこにもいなかったことが、当初の方向付けを遅らせ、さらにはメンバーの士気を沮喪させた決定的な内部要因だったのではあるまいか。」

天谷シニア隊員の報告内容やこれまでの隊員報告書を読んで、チーム派遣プロジェクトに必要と思われる内容は次のとおりである。

- 1 隊員の協力活動にあたっては、ある程度の生活基盤がある土地での活動が望ましい**
グディリ村は、生活環境として著しく厳しいものであった。特に初期の段階では7カ月間の断水、劣悪な未舗装道路事情による交通の便の悪さ（例：約120キロの距離の移動に6時間を費やす）、物資の流通も少なさ等により健康状況が悪化し、活動期間を短縮する隊員もいた。
- 2 チーム派遣開始時に派遣中の隊員がいる場合は、位置づけを明確にする必要がある**
課題の掘り起こし段階で適任者を配置し、事業の方向付けに十分な時間をかけられるか否かが、当然ながら後のプログラムの円滑な遂行の決め手である。そのため、事前調査では、ニーズ・阻害要因調査を充実させ、活動プログラムを絞り込み、後方支援的な部分での過大な負担抱え込みをできる限りさけること。車両などの機材投入が必要な場合も、予め双方の予算的な負担の線引きをしておく必要がある。
- 3 隊員とは格付けの異なるチームリーダー派遣は必須である**
理想に燃えた若者が少なくないと思われる協力隊員に、協調性と異文化理解への余裕とを同時に要求するチーム派遣プロジェクトにおいては、格付けの異なるリーダー役の派遣が自明かつ必須の要件である。グディリでは、初期の頃、医者隊員や村落開発普及員がリーダー的な立場を担ったが、同じ隊員であるという資格上の難点に加え、自分の業務ももちつつ、元気いっぱいのチーム隊員らをすべて統括してプロジェクトを切り回すのは不可能である。
- 4 チーム派遣形態・期待される影響等について啓発が必要である**
第5章で言及している10項目についての認識、特にチーム派遣という形態に伴う集団に特有のマイナス点について、隊員・JICA現地事務所・事務局が共有したなかでプロジェクトを運営していくことが重要である。
- 5 グディリでの経験・試行錯誤を還元することが本プロジェクト存在意義のひとつ**
グディリ医療プロジェクトは、31名の隊員すべての報告書が読むに値する内容に満ちている。これらの経験と試行錯誤を、今後のプロジェクトの実施・運営に反映させることが、このプロジェクトの存在意義のひとつである。例えば、臨床検査技師隊員のカウンターパートは、プロジェクト終了とともにグディリ医療センターを立ち去ったのだが、こうした事実を今後の教訓としていただきたい。

1 酒井 篤隊員（63年2次隊・医師）

- ①グデイリへの医師の配属は、巡回医療の業務で要請されたが、実際は、センター長として関わったように、その受け入れ体制等を考えると果たして適切か疑問。
- ②2年間いろいろなことがあったが、いい経験をいくつかしたと思う。

2 浦和 美恵隊員（62年3次隊・看護婦）

- ①グデイリに導入された発電機については、機嫌をそこねたまま、倉庫で深い眠りについている。一方、パジェロは大変有効である。
- ②5年前から乳幼児を対象に、ユニセフの援助でワクチン接種が行われている。パジェロで1200km余り走行し、子ども1123人、妊婦302人が注射を受けた。
- ③私が配属される以前から、グデイリの隊員同志の人間関係には難しいものがあったが、私の配属でさらに難しさを増し、最終的には私自身人が信じられないというような不信感に陥ってしまい、それが仕事に大きく影響したと思う。
- ④医師隊員がパジェロ購入以外には巡回診療に対する意欲を失ってしまい、村落隊員が来るまで一度もミーティングらしい集まりは持てなかった。異国にいてなお、日本人同志、同じ医療従事者同志がわかりあえないとは、なんと淋しいことだろう。
- ⑤医療従事者同志の人間関係には悩んだが、そういう自分を慰めてくれたのは、たくさんのセネガルの子供たちだった。この国の人たちや任地を好きになれたことは、私にとってこの2年9カ月の中で一番幸せなことだったかも知れない。

3 大上 育子隊員（元年1次隊・助産婦）

- ①私が着任して働きだしてすぐに感じたのは、なぜグデイリを医療隊員の任地として選んだか、という疑問だった。これは2つのことが原因だった。
- ②第一に生活環境が問題。4カ月の間に2度長期断水があった。期間はそれぞれ2週間と2カ月。医療従事者にとって水の無い環境は厳しいものである。
- ③第二にセンターが受け持つ地区の広大さ。実にセネガルの国土の10%だ。しかもこの地区には8種類もの異なる部族が住み、言語も異なる。この広い地区で何か行うためには、運営予算、活動日数、スタッフ等の問題が多すぎ、有効な医療活動など何年経っても望めないと判断する。
- ④しかし、JOCVとして、スタッフや運営資金を協力することにより、より効果的な活動ができるのではないかと考えが変わった。そのためには、今後の方向性として、保健婦隊員の早期着任、年間行動計画の策定、医療チーム派遣をプロジェクト化、救急車の早期購入が必要と考えている。

4 立岡 清子隊員（元年1次隊・臨床検査技師）

- ①赴任後90年2月12日にラボを開設した。C/Pは不在だが、将来に備え、教育する目的で標本をいくつかつくっておいた。
- ②日本に比べれば検査項目も少ないが、セネガルの中では多いらしい。初期段階にあるセネガルで、無から有を生じさせたという意味からは、協力効果はあったと思う。
- ③チーム派遣をうたい文句に隊員がグデイリに派遣され始めて既に2年半が過ぎようとしているが、未だプロジェクトとはなっていない。グデイリ地域の医療の発展と住民の衛生に関する意識の向上を計るためにも、早くプロジェクト化されることを望む。

5 小林 弘子隊員（2年1次隊・看護婦）

- ①看護婦隊員として、大きく分けて診療所勤務と村の戸別訪問による健康調査を行った。
- ②戸別訪問は、7カ月かけて4人の隊員がくる日くる日も1日で一番暑い時間帯から日暮れまで根気よく重たい鞆をしょって一軒ずつ足で回ったその努力をくんで欲しい。残念なのは、3000枚ものアンケート用紙の全項目を手作業で集計するには、とても自分の任期中では時間が不足していった。後続の隊員が有効活用してくれることを期待する。
- ③協力効果としては、センターや巡回指導でセネガルの医療事情が認知できたこと。また、任期中にパジェロが2台はいり、巡回指導等で活用され、役だったと思う。
- ④貯水塔の故障で、全村で断水状態が4カ月以上経過。支援経費で井戸をつくる予定。センター職員や隊員への調整役である隊員がうまく機能すれば、面白いプロジェクトになる。
- ⑤生活環境は劣悪で、4カ月の断水、恒常的な停電、4カ月の灼熱期間等があった。過酷な環境の中、自分を助けてくれたのは、まわりに住むグデイリの住民であり、同じ体験をしている隊員であり、もうじき任期が終わるといふ意地だった。
- ⑥これから始まるチーム派遣では、私の愛するグデイリのためにも、存続していくを望む。
- ⑦要望としては、隊員の自主性にまかせるのではなく、事務所は調整役をしてほしかった。

6 船橋 昌恵隊員（2年3次隊・臨床検査技師）

- ①任期が終わったが、C/Pが見つからないままだったのは痛恨であった。
- ②ペルーで専門家に不幸があったため、ペルーで実施する予定で予算をとっていたチーム派遣の枠をグデイリにまわしたとの噂があるぐらい、突然始まったプロジェクトだった。そのため、具体的目標もはっきりしないままプロジェクトは開始された。
- ③この田舎の衛生センターで、最低限必要な検査を何時でもできる状態にしたことが成果。
- ④JOCVの車輛を運転していた医師長が過失により事故を起こし、それを廃車にした。
- ⑤チーム派遣はうまく展開すれば+ α が生じるが、悪ければ- α となる。そして、医療隊員は、医療のことは判っていても、プロジェクト運営については素人。隊員を導き、助言や軌道修正を行うチームリーダーの派遣があれば、とても助かる。

7 薫田 稔隊員（2年特次隊・村落開発普及員：リベリアから振替）

- ①この2年間は、チーム派遣を前提として、その基盤整備を目的として活動してきた。
- ②ワクチン接種巡回プログラム、センタープログラムの能率向上、視察をとおして保健・衛生・医療レベルの実態把握、当プログラムの実態把握、住民調査の5点を実施した。
- ③グデイリの問題点：交通の便が悪く緊急時の移送に問題がある。水道施設の故障。業務時間は通電していない。気候が厳しい（特に4～6月）。
- ④プロジェクト運営の問題点：医療隊員は女性が多いが女性蔑視の社会なので活動困難。プロジェクト活動地域が国土の10%なのでサイトを絞る必要あり。C/Pは地域医療の本質を改善しようとしなない。
- ⑤初めて日本から出て4年近く暮らし、非常に貴重な経験をさせていただいた。
- ⑥派遣業務の間接分門（派遣課の人員増、調整員の職員化による人材確保）の充実を希望。

8 桑名 美恵子隊員（3年1次隊・助産婦）

- ①妊婦検診の記録をつけるようにしたら、初期のころまったく手を付けなかった無資格助産婦たちが完璧とはいえないが、記録をつけるようになった。かなりの進歩だと思う。彼女たちは不完全ながらも見よう見まねでやっている。不完全を完全にしたいが、ここでは、不完全でも何とかやっているとところなので、そのままでもいいと思っている。
- ②同じプロジェクトメンバーがセネガル人との信頼関係を意図的ではないがくずすこととなり、活動を進めていく障害となってしまった。
- ③何かしてあげたことや援助活動については、なにも浮かばない。学んだことや助けてもらったことは山盛りである。グデイリの村人は優しかった。
- ④交通事故で同期隊員が亡くなったが、彼の活動は精力的で決して忘れることはない。

9 梶田 誠隊員（4年1次隊・視聴覚教育）

- ①結果から報告すれば、何の協力効果もあげられていない。私の分野は、2年の隊員任期中で結果がでるようなものではない。5年・10年と年月を重ねてこそ結果がでるもの。
- ②グデイリで種をまこうとしたが、畑を耕す道具で担当調整員と軋轢を生じ離脱した。その結果、他の任地で種をまこうとして、畑を見つけるだけで終了した。不本意ではあるが、語学力・技術力豊かな後任隊員によって受け継がれていくことを信じたい。
- ③イスラム教の影響で施しを受けることに抵抗のない人々にとってプロジェクトは単なるパトロン以外の何者でもない。例えば、ワクチン巡回（車輛・運転手・燃料代と丸抱えでじっししている）は、プロジェクト終了後は、誰がその経費を負担して継続するか。
- ④責任者不在のプロジェクトに対して、年間2000万円血税が予算として組まれていることには疑問を感じる。

1.0 出嶋 明美隊員（4年1次隊・看護婦）

- ①この2年間いろんなことを考えさせられた。活動は、一応は理想を述べ計画を立案した。
- ②センター内のごみ処理のため焼却炉の設置を考え、グディリや他の任地の隊員、セネガル人スタッフらとともに、1週間かけて完成させた。
- ③私はグディリの人々が好きだ。この人々のためにも幸せを祈り頑張ったつもりだ。

1.1 黒川 真隊員（4年2次隊・村落開発普及員）

- ①州医療事務所は、JOCVに燃料・運転手まで出させようとして日本人に頼り切り。グディリのセネガル人スタッフが熱心に取り組んでくれているのが大きな力となっている。
- ②コーディネーターという実体のつかみにくい業務だったが、医療センター側とのコミュニケーションは良好にできたと思う。
- ③「日本人」が任地の人に身近に感じられる存在となり交流もある。プロジェクトでなければ、このレベルでも「めでたし、めでたし」と評価されることだろう。
- ④自然環境の厳しさと他の土地への移動のしづらさからストレスはたまりやすい。
- ⑤協力隊参加のチャンスを与えてくれたことを大変感謝している。教えられたことも多い。笑顔がとてもきれいだった。健康上の理由で中途半端な形で活動を終えることになり、しわ寄せのくるプロジェクトのメンバーには申し訳ない気持ちでいっぱいだ。
- ⑥チーム派遣にはリーダー役は不可欠な存在だが、それを「村落開発普及員」に求めることは避けてもらいたい。「村落開発」をイメージしながら、合格したら「事務屋」のような仕事をするに不満を感じている人もいた。

1.2 内藤 悦子隊員（4年3次隊・臨床検査技師）

- ①C/Pとして、入院施設担当の看護師を検査の担当とさせることをセンター長からいわれたが、手が空いているときだけなので、時間がなかなかとれなかった。
- ②グディリ村のスタッフは日本人以上によく仕事をした。夜勤の翌日も勤務していた。
- ③途上国協力活動の難しさを任期終了を目前に感じる事ができたと思う。また、結果よりその過程を期待されるのが協力隊の活動であると思う。プロジェクト活動は、協力隊レベルで円滑にできるものか疑問は膨らむばかりである。
- ④2年間という期間は、私にグディリという第2の故郷を与えてくれたような気がする。

1.3 大西 健治隊員（4年3次隊・村落開発普及員）

- ①赴任後3カ月してPCM分析を実施したが、PCM分析に基づいて活動しているのではなく、自分の活動を無理矢理PCM分析に結びつけて考えている状態。7つの項目は、医療設備の改善・巡回指導・家族計画等の衛生教育という3本柱にできるはず。
- ②会社を辞めてまで協力隊に参加してよかったと思う。

③問題点は3点：開始時の目標の曖昧さ・リーダーの不在・事務局支援体制の不備。

1.4 金井 多恵隊員（4年3次隊・保健婦）

- ①PCMは、使ったことがよかったのではなく、この機会に、当時の隊員間において振り返りの検討会を持てたことが良かった。
- ②我々の活動は、チームであってプロジェクトではない。プロジェクトは、ある一つの目標に向かって具体的な活動というイメージだが、チームはお互いが連絡を取り合い効果的に活動ができるよう努力している。
- ③2年後の終了に向けて、具体的な目標を建てることができた。チームがチームとして容認できるようになったのが大きな成果である。
- ④プロジェクトは協力隊レベルでは無理である。また、事前調査をかなり詳細なレベルに至るまで実施することが必要。隊員側からいえば、様々な悩む機会、成長の機会が与えられたということにつけるように思う。

1.5 山内 くみ子隊員（5年3次隊・看護婦）

- ①グデイリセンターが管轄する地域には、全部で559ヶ村存在する。そのうち地域診療所でカバーしている村を除いたセンターが直接関わる村は、332村である。
- ②プロジェクト配属で、担当部門が決まっていたので、早くから活動を行うことができた。
- ③2年間は楽しかった。ここセネガルでは、日本では経験できないことをたくさん経験でき、自分自身のためになったことは確かである。

1.6 岩元 健二隊員（5年3次隊・医師）

- ①要請内容から判断して、医師である自分がセンター長として活動することには違和感を感じる。
 - ②自分の国際協力のあり方を考え、「国境なき医師団」への参加を決意した。そのため、協力隊員としてグデイリに配属されることは辞退したい。
- (注) 同隊員は、フランスでの現地語学訓練中に活動期間を短縮した。

1.7 北村 広美隊員（5年3次隊・助産婦）

- ①当プロジェクトの名称は、医療プロジェクトであるが、現在の活動は、どちらかというと医療分野より保健分野に重きをおいている。村落部の場合、医療関係だけを充実させても住民の生活を向上させなくては不十分である。
- ②センター側の問題点としては、人員不足、運営上の管理不足、物品管理の不備、JOCVとの連携不足があげられる。
- ③チーム派遣の難しさは、そこに派遣されている日本人同士の間人間関係である。

- ④グディリには良い人が多い、と聞いていたが、実際はあまりそうは思えなかった。
- ⑤他のプロジェクトの情報があれば、業務の進捗状況や運営のノウハウを参考にできる。
各派遣国の事務所で報告書等を閲覧できるようにしてもらいたい。

1.8 木田 一路隊員（5年3次隊・自動車整備：グディリに配属先変更）

- ①新設職種だったので、センター内での整備体制の確立を目的に活動及び機材購入した。
- ②グディリでの協力効果は、車輛使用後の洗車の定着である。
- ③センター側に予算がないので、プロジェクト終了後は、資金確保が課題である。
- ④受験時に、単独派遣とチーム派遣を明確にわけるべきと考える。
- ⑤村落開発普及員をコーディネーターとして代用しないことを要望する。

1.9 橋本 文子隊員（6年2次隊・臨床検査技師）

- ①12月23日に新任のセンター長サホが着任。すぐにC/Pが配置された。これまでできなかったこともトップの采配で達成できたことを見ると、私たちの力など取るに足りない。
そうすると今更ながら、プロジェクトの開始が時期尚早に感じられるのが残念である。
- ②セネガル側からセンター5カ年計画が提出され、インフラ整備に取り組もうとしている。
- ③「セ」側に残せるものがありそれを「セ」側が評価するのであれば、それでいいと思う。

2.0 阪口 佳代隊員（6年2次隊・村落開発普及員）

- ①配属されて担当した業務は、グディリ医療センター内事務所におけるプロジェクト事務手続き。本来的な村落開発普及員としての業務は担当していない。
- ②総合的に判断した結果、任地変更をし、村落の中での活動を目指したいと考える。
(注) 同隊員は、赴任して1年4カ月後に任地変更をした。

2.1 船橋 智隊員（6年3次隊・村落開発普及員）

- ①センター管轄地域に15の地域診療所があり、そのうち3つを新築、4つを改修した。
同診療所では、ワクチン接種、妊婦検診、初期治療、入院治療のサービスが期待されるが、巡回した結果機能しているのは3つにすぎない。
- ②チームリーダーとしての着任は遅かったが、天谷シニアは調整役として機能している。
- ③9年度の年間予算策定作業をセンターと共同で行うことができた。

以 上

第7章

青年海外協力隊事業の考え方について

