

パキスタン国
母子保健プロジェクト
事前調査団報告書

平成8年4月

国際協力事業団
医療協力部

序 文

パキスタン・イスラム共和国における母子保健の状況は、妊産婦死亡率・乳幼児死亡率が共に高く、緊急に対策を検討すべき状況です。同国は、地方における保健医療の対策の立ち遅れだけでなく、女性への保健行為は女性が行うという習慣が強いにもかかわらず、女性医療従事者が全国的に不足しているのが現状です。

このような状況に鑑み、女性の医療従事者の再教育を中心とした母性保護の向上をめざし、同国は平成3年12月18日にわが国に対し、首都イスラマバードにあるパキスタン医科学研究所（PIMS）構内に無償資金協力による母子保健センター建設および同センターにおけるプロジェクト方式技術協力を要請しました。

これを受け、国際協力事業団は、プロジェクト方式技術協力による母子保健プロジェクトの実施の可能性について調査すべく、平成7年9月23日から10月5日までの日程で、国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力課長喜多悦子氏を団長として事前調査団を派遣しました。

本報告書は同調査団の調査結果を取りまとめたものです。ここに、本件調査にご協力いただきました関係各位に対し、深甚なる謝意を表しますとともに、本プロジェクト実施に向けて、今後ともご指導、ご鞭撻をお願い申し上げます。

平成8年4月

国際協力事業団

医療協力部長 平良専純

目 次

序 文

1 . 事前調査団派遣 -----	1
1 - 1 調査団派遣の背景・経緯と目的 -----	1
1 - 2 調査団の構成 -----	2
1 - 3 調査日程 -----	3
1 - 4 主要面談者 -----	4
2 . 要 約 -----	7
2 - 1 母性保健の必要性とその認識 -----	7
2 - 2 プロジェクトの開始時期 -----	7
2 - 3 「MCH (母子保健)」の妥当性 -----	7
2 - 4 プロジェクトの機能 -----	8
2 - 5 地方展開 -----	8
2 - 6 無償資金協力との連携 -----	9
2 - 7 今後の展開と問題 -----	9
3 . 要請の背景と内容 -----	10
3 - 1 要請の背景 -----	10
3 - 2 国家開発計画における位置づけ -----	12
3 - 3 要請の内容 -----	13
4 . 保健医療・母子保健分野の概要 -----	14
4 - 1 保健医療・母子保健の行政 (組織・予算等) -----	14
4 - 2 保健医療・母子保健関連の教育 -----	16
4 - 3 保健医療・母子保健分野の現状と問題点 -----	18
5 . 女性の地位・役割と協力の留意点 -----	21
5 - 1 パキスタンの女性の状況 -----	21
5 - 2 女性と保健 -----	21
5 - 3 W I D (Women in Development) の視点からみた協力の留意点 -----	22

6 . 他援助機関の協力の概要 -----	23
6 - 1 国際機関 -----	23
6 - 2 二国間ドナー -----	24
6 - 3 民間援助機関(N G O) -----	25
7 . プロジェクト実施計画 -----	26
7 - 1 技術協力の目的 -----	26
7 - 2 プロジェクトの基本計画 -----	26
7 - 3 実施計画概要 -----	26
8 . パキスタン側のプロジェクト実施体制 -----	29
8 - 1 実施機関の組織・事業内容 -----	29
8 - 2 プロジェクトの組織と関係機関 -----	29
8 - 3 プロジェクトの予算 -----	30
8 - 4 プロジェクトの人材配置 -----	30
8 - 5 プロジェクトの活動場所・施設 -----	31
9 . 無償資金協力との関係 -----	32
9 - 1 技術協力と施設建設の関係 -----	32
9 - 2 必要となる施設・機材の概要と規模 -----	32
10 . パキスタン側との協議結果 -----	35
10 - 1 保健省との協議 -----	35
10 - 2 パキスタン医科学研究所 (P I M S) との協議 -----	35
11 . 現場視察の概要 -----	37
11 - 1 パキスタン医科学研究所 (P I M S) -----	37
11 - 2 イスラマバード首都圏地区 (I C T) -----	37
11 - 3 ペシャワール -----	38
12 . 技術協力実施にあたっての留意点 -----	40

1 . 事前調査団派遣

1 - 1 調査団派遣の背景・経緯と目的

パキスタン・イスラム共和国(以下、パキスタン)では、高い妊産婦死亡率(Maternal Mortality Rate: MMR)・乳幼児死亡率に示されるように母子の健康状態は劣悪な状態にある。小児保健分野では、各ドナーの努力もあって改善をみているが、女性の社会的地位や教育水準が一般的に低いこともあって、特に女性の保健医療対策が立ち遅れている。医学的にみれば、より長命であるはずの女性の平均余命が男性と等しいこと、女兒の死亡率が高いことは、それを裏付けている。

日本政府は、1993年5～6月、人口家族計画基礎調査団(国立国際医療センター・喜多団長)を派遣し、母性保健の改善について同国政府に提言、人材養成に主眼を置いた技術協力プロジェクトの可能性を示唆した。

一方、パキスタン政府は、首都イスラマバードにあるパキスタン医科学研究所(Pakistan Institute of Medical Science: PIMS)構内に、無償資金協力による母子保健センターの建設を要請、その建設後の技術協力をあわせて要請した。PIMSには小児病院、看護大学、検査技師学校が日本の無償資金協力で建設されており、小児病院、看護大学において技術協力プロジェクトも実施され、一定の成果をあげ1993年に終了している。

当時、PIMS総長らパキスタン側は、以前の経過を踏まえて、無償資金協力による三次医療を主目的とした有償病床を有する小児病院の建設と、機材保守のための日本人専門家派遣を希望していた。このような状況下にJICAは、基礎調査団の提言に基づき、現状を調査分析し関係者と協議を進めることを目的に、1993年10～12月、母子保健専門家を派遣した。

現地調査によって、途上国に共通する地方の保健医療対策の立ち遅れに加え、女性への保健医療行為は女性が行うという習慣が強いため、特に女性の保健改善に不可欠な女性医療従事者の全国的不足、一応形式的には、各ドナーにより提言され導入されたものの十分組織化されず、また、必要な物質的、人的支援体制がないため、実効あるレファラルシステムおよび産科救急対策が存在しない等の問題点が判明し、パキスタン側とその対応策を検討した。この時、合意には至らなかったものの、日本側は、パキスタンで全国的に裨益し得る技術協力プロジェクトとしては、女性医療従事者再教育を中心とし母性保健の向上をめざすものが必要であり、無償資金協力による施設建設はそのための人材養成の場として位置づけるのが適当との見解を提示した。

しかしながら、なお、パキスタン側には技術協力プロジェクトに対する期待も具体的提案もなく、基礎調査団の提言による母子保健プロジェクト・コミッティーも、主としてPIMS関係者からなるもので形骸化していた。

このように、両者の考え方には大きく隔たりがあったが、長期調査に基づき、話し合いを重ね、

1993年11月、最終的に以下の事項等について一応の合意に達した。

- (1) 技術協力プロジェクトは、母性保護を基本的方針とし、地方を含む国民全体に裨益させるものである。
- (2) 無償資金協力は、技術協力に必要な施設建設に限って実施する。
- (3) プロジェクト内容案として、全国の女性医師・看護婦・助産婦等、指導者レベル対象再教育と、イスラマバード首都圏 (Islamabad Capital Territory : ICT) でのレファラル・モデル形成を検討の対象とする。
- (4) 保健医療事業の実行主体である州保健局との協力関係や、研修運営費の負担などの諸問題は、さらに調査検討を要する。

本プロジェクトの経過について特筆されることは、日本側は、パキスタン側と意向が異なるままプロジェクトを進めることのないよう慎重に対応し、日本国内では外務省・JICA・厚生省関係者らが協議を重ねるとともに、現地大使館・JICAを通じてパキスタン側と対話を継続したことであろう。

以上の経過を通じて、パキスタン側の理解が進んだと判断されたため、JICAは1995年5月、母子保健専門家チームを派遣して、実施に向け双方の意向をあらためて確認した。その結果、現在のパキスタンには母性保護に高いニーズがあること、幅広く国民に裨益するためには、人材養成と実行可能な保健システム構築が重要であるということで意見が一致した。また、PIMSはプロジェクト実施機関として、州保健局からの研修生確保、専任の人材配置、運営費の支出等が可能であるとの意志表示があった。

こうした経緯をうけて、今回、母子保健技術協力プロジェクトの実施に向けて、具体的な内容を検討するため、事前調査団が派遣された。

1 - 2 調査団の構成

	氏名	所 属
団長	喜多 悦子	国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力課長
団員	仲佐 保	同 国際医療協力局派遣協力課医師
団員	日野 悦子	同 病院看護部婦長
団員	仁田 知樹	国際協力事業団医療協力部医療協力第一課課長代理

1 - 3 調査日程

日順	月日	曜日	移動および業務
1	9月23日	土	東京 バンコク (JL-717)
2	9月24日	日	バンコク イスラマバード (PK-797) 13:30~14:20 JICA事務所打合せ 14:30~15:20 川上駐パキスタン大使表敬
3	9月25日	月	8:30~12:00 ICTにおける母子保健活動の現場視察 - BHARAKAU, Rural Health Centre - PIND BEGWAL Basic Health Unit 12:00~15:00 パンジャブ州 (ラウルピンディ近郊)における母子保健活動の現場視察 - SHAKRIL Maternal Child Health Centre - SAGRI Basic Health Unit 15:00~16:00 JICA事務所打合せ
4	9月26日	火	9:00~10:15 保健省 (MOH)、PIMSとの協議 10:30~11:30 PIMSとの協議 (於PIMS) 11:30~12:15 PIMS構内の視察 13:30~15:30 PIMSとの協議 16:00~17:00 JICA事務所打合せ
5	9月27日	水	9:00~10:30 母子保健プロジェクト運営委員会 (Steering Committee) (於PIMS) 10:30~11:00 PIMSとの打合せ (於PIMS) 11:00~15:00 パンジャブ州 (テキシラ、アボタバード、アトック)における母子保健活動の現場視察 - TEXILA Tecil Hospital - ABOTABAD HUSSAN ABDAL Maternal Child Health Centre - ATTOCK Regional Public Health Nurse School パンジャブ州 ペシャワール
6	9月28日	木	9:00~10:30 北西辺境州保健局長 (D. G. Health, NWFP) 表敬 10:30~13:00 北西辺境州 (ペシャワール近郊)における母子保健活動の現場視察 - CHARPARIZA Basic Health Unit - Peshawar Regional Public Health Nurse School - HYATTSHAHEED Teaching Hospital 15:00~15:30 北西辺境州 (ペシャワール)におけるNGO活動の現場視察 15:30~16:30 アフガン難民キャンプ (ペシャワール近郊)の視察
7	9月29日	金	資料整理
8	9月30日	土	ペシャワール イスラマバード (車両)
9	10月1日	日	9:00~12:30 PIMSとの協議 (於PIMS) 13:30~14:30 世界保健機関 (WHO)との意見交換 15:30~17:30 JICA事務所打合せ / 団内打合せ
10	10月2日	月	9:15~10:30 PIMSとの協議 (於PIMS) / PIMS構内の視察 11:00~12:30 イスラマバードにおける医療機関 (青年海外協力隊員)の活動現場視察 - Islamabad Capital Hospital 14:00~14:40 議事録 (Minutes of Discussions)署名交換 (於PIMS) 15:00~16:15 国連児童基金 (UNICEF)との意見交換 16:30~17:00 JICA事務所打合せ / 団内打合せ
11	10月3日	火	9:30~10:00 JICA事務所報告 10:30~11:15 日本大使館報告 11:30~12:30 経済局 (EAD) 報告 15:00~15:30 世界銀行との意見交換 イスラマバード カラチ (PK-309) カタチ
12	10月4日	水	シンガポール (SQ-417)
13	10月5日	木	シンガポール 東京 (SQ-012)

1 - 4 主要面談者

(1) パキスタン側関係者

1) P I M S

Pakistan Institute of Medical Sciences

Prof. Mushtaq Ahmed Khan	Executive Director
Dr. Javed Chaudhry	Joint Executive Director
Dr. Batool	Gynecologist, Consultant Obstetrician, PIMS
Dr. Gul N. Rehman	Consultant M. C. H., Children's Hospital

College of Medical Technology, Pakistan Institute of Medical Science

Dr. Chaudhry	Principal
--------------	-----------

2) 連邦政府

Ministry of Health, Government of Pakistan

Dr. Mushtaq Chaudhry	Director Health Services Academy (HSA)
Dr. Fahim Arshad Malik	Deputy Director General

Economic Affairs Division, Government of Pakistan

Mr. Shahid Humayun	Deputy Secretary
--------------------	------------------

3) I C T / ラウルピンディ / パンジャブ州

Islamabad Capital Territory, Ministry of Interior

Dr. Muhammad Najeeb Durrani	Assistant District Health Officer
-----------------------------	-----------------------------------

RHC Bhara Kau

Dr. Mohammed Tahiv	Medical Officer in Charge
Dr. Samina	Woman Medical Officer

BHU Pind Baghal

Dr.	Medical Officer in Charge
Miss	Lady Health Visitor (LHV)

Islamabad Capital Hospital

Dr. Masura	Executive Director
Dr. Shabnam Raja	Chief of Department, Ob/Gy
Dr. Amir Hamzah	Chief of Department, Pediatrics

4) パンジャブ州 / ラウルピンディ

Ministry of Health, Punjab

Dr. Khalid Saifullar Khan	D. G. Punjab
Dr. Fayyaz Ahmed Ranjha	Director Health Services, Rawalpindi

MCH Centre Shakrial

Ms. Parveen LHV

BHU Sagri, Rawalpindi

Dr. Abid Sharif Medical Officer in Charge

Ms. Mumtaz LHV

Tecil Hospital Texila

Dr. Semina Woman Medical Officer (WMO)

MCH Centre Abotabad Hussan Abdal

Ms. LHV

Public Health Nurse School Attock Region

Dr.

5) 北西辺境州

Ministry of Health, NWFP

Dr. Azmat Afridi D. G. NWFP

Dr. Afridi

BHU Charipariza

Dr. Medical Officer in Charge

Public Health Nurse School Peshawar

Dr. Aquina Lana Principal

Ms. Sajiba Bakht LHV

Dr. Nasim

Teaching Hospital Hyatt Shaheed

Dr. Zianil Islam Administrator

Dr. Fuiz Mohammad Khan Pediatrician

Dr. Qanner Zamon Surgeon

Dr. Parveen Azim Consultant, Ob/Gy

(2) 日本側関係者

1) 在パキスタン日本国大使館

川上 隆朗 特命全権大使

深田 博史 公使

山田 耕士 一等書記官

仲田 光好 一等書記官

2) J I C A パキスタン事務所

村田 晃	所長
西宮 宣昭	次長
塩野 広司	所員
下村 朋子	青年海外協力隊 (J O C V) 隊員 (看護婦)

(3) その他

1) 国際機関

World Health Organization

Dr. Mohamud Ali Barzegar	Representative
--------------------------	----------------

UNICEF Pakistan Office

Ms. Margaret Kyenkya	Chief, Health and Nutrition
----------------------	-----------------------------

Ms. Sareer Ara	Programme Officer for Safe Motherhood
----------------	---------------------------------------

The World Bank, Health & Population

Dr. M. Bashir Ur-Haq	Project Advisor
----------------------	-----------------

2) NGOs

JAPAN Afgan Medical Services (JAMS)

Dr.

2 . 要 約

本調査団は、前述の構成および日程により、パキスタンを訪問、調査を実施し、関係者らと真摯な意見交換を行い、以下の知見と所見を得た。

2 - 1 母性保健の必要性とその認識

パキスタン女性の対男性比平均寿命は91(通常、105程度以上、たとえば日本では男性78歳、女性84歳で対男性比108、平均寿命最短のウガンダでは男性42歳、女性44歳で対男性比104)、成人女性識字率も著しく低く(全国平均22%、農村部10%以下)、これらの状況を反映してG N P比保健指数も他国に比し、なお改善されていない。しかしながら、わが国の小児病院プロジェクトをはじめ、各援助機関の支援などもあって、地域差はなお大きいものの乳児死亡率(Infant Mortality Rate: I M R)で、先進工業国の約10~15倍程度まで改善されてきているのに対して、妊産婦死亡率は500~1300/100,000出産と先進工業化国に比し100倍以上劣悪な状況にある。しかも、伝統的な社会環境から、なお、その実態は不明な地域もあるなど、早急な母性保護の改善が必要なことは明らかといえる。本調査団は、パキスタンの関係各位と意見を交換し、これらの見解を共有し得た。

2 - 2 プロジェクトの開始時期

現在、パキスタンでは母性保護、女性開発に関する報道が氾濫しており、また、最近では、首相プロジェクト(Prime Minister's Project)など、いわゆるリプロダクティブヘルスや女性の能力開発(Women Empowerment)などの記事が多く、人々の意識が高まっていることが感じられた。しかしながら、これらの各種宣伝(advocacy)にもかかわらず、調査した限り、実態はほとんど稼働していないことは明らかであり、今後、本プロジェクトが実施されれば、時宜を得たものとして、母性保護(safe motherhood)のみならず、関連分野のイニシアチブをもち得るものと予測される。

2 - 3 「M C H (母子保健)」の妥当性

2 - 1に述べたように、比較的多くの関係者は人口問題の重要性を認識し、家族計画の必要性を理解している。したがって、プロジェクトのタイトル名としては「人口(population)」を加味することも可能ではあるが、少なからぬ保健医療および関連分野の責任者は数名以上の子供をもち、人口問題への関与に個人的な逡巡を示した。

したがって、本プロジェクトは、母性保護(不要の妊産婦死を避け、健康な子供を生き育てる)のための実地訓練、教育に重点を置き、実践を通じて関連分野の必要性を広報するのが妥当と考

える。また、このプロジェクトは、同国の人口セクターの政策とも補完的に働くと考えられる。

2 - 4 プロジェクトの機能

プロジェクトの機能は、

各レベルの母子保健医療従事者の実践的教育訓練、

上位保健機関からコミュニティに至るまでの双方向のレファラルシステムの確立、

および

公衆衛生学的な調査活動に集約される。

これらを通じて、パキスタンの関係者ならびに地域の人々が真に問題とその解決法を見つけ、自らの力で実践することを支援する。

2 - 5 地方展開

プロジェクトの拠点はPIMSに置き、今までわが国が供与支援してきた施設、資材、人材の活用を図りたい。しかしながら、パキスタンではPIMSなど一定レベル以上の公的私的施設で管理されている分娩は、恐らく数万以下であり、農村部の大多数の女性は、先進医療はいうまでもなく、基礎的保健知識からすら見放されたまま、頻回妊娠分娩を繰り返している。本プロジェクトは、この状況を改善するべく、医師のみならず看護婦、女性医療者（Lady Health Visitor : LHV）あるいは実際には最も多数の分娩を扱っていると考えられる伝統的助産婦TBA（の指導者）などをも含む（女性）保健医療従事者への実践教育を通じ、母性保護強化をめざすとともに、紙の上の存在に過ぎないともいえるレファラルシステムの活性化を行う。また後者においては、調査を通じて、ことに地域保健医療施設が中央からのフィードバックを強く求めていることより、少なくとも限定した地域での双方向の実践的關係を早急に確立することは、以後のプロジェクト展開に重要であろう。

これらの点から、本プロジェクトは中央あるいはPIMSという一施設内にとどまることなく活発な地方活動を必要とし、このため、パンジャブ州、北西辺境州あるいは、連邦直轄地（ICT）など地域医療の行政、実施を担当する機関や組織との連携を密にする必要がある。

なお、パキスタンでは医師、大卒看護婦のほか、看護学校卒の看護婦、Public Health SchoolによるLHVのほか、Medical Assistant、Trained/Untrained TBAに加えて、最近、首相プロジェクト（Prime Minister's Project）としてのNational (Lady) Health Worker など、各種保健医療専門職が入り乱れて活動している。本プロジェクトはこれらの機能の母性保健部分の標準化にも関与できる可能性があるほか、これらの基礎的保健専門職の教育訓練にかかわるWHO、UNICEFあるいは世界銀行をはじめとする多くの国際機関やNGOsとの連携により、より深く地域活動を行える可能性もある。

2 - 6 無償資金協力との連携

無償資金協力による産科（母性）病院の建設は、首都圏であるイスラマバードにすら該当する施設がないことより、地域でも歓迎される。しかも、限られた住民への恵まれた医療を行うためではなく、地方展開を重視した実地訓練の場としての母子保健センター（Maternal and Child Health Center）の意義は大きく、特に母性に関する知識、情報を伝える意味で、機能的に中心的役割を果たす必要があり、本技術協力プロジェクト展開には必須のものである。また、今後、すでに現在、各地方で行われている教育への訓練資材、情報、移動手段の供与をも考慮して計画されれば、技術協力プロジェクトのいっそうの地方展開を促進するものとなる。

2 - 7 今後の展開と問題

日本側としては、11月以降に予定される長期調査と無償資金協力による具体的な計画に密接な連携が求められること、および、本プロジェクトに関与するべき十分な経験と知識をもった専門家のリクルートが問題である。また、パキスタン側には、PIMS内のみならず、連邦政府、関連各州ならびに地区政府関係者間の緊密な連携と新施設の管理運営費と人材のリクルートが問題である。

なお、効果的な活動が展開され、母性保護の強化向上が確認されれば、本プロジェクトは近隣のイスラム諸国へのモデルとして、また、第三国研修の場としても活用されよう。

3 . 要請の背景と内容

3 - 1 要請の背景

パキスタンでは、一般に女性の社会的地位や教育水準がきわめて低く、高い妊産婦死亡率・乳幼児死亡率が示すように、母子の健康状態は劣悪な状態にある。小児のプライマリー・ヘルスケアに関しては、各ドナーの努力もあって改善してきているが、女性の保健対策はあまり進んでいない。女性への保健医療行為は女性が行うという習慣が強いため、特に女性の保健改善に不可欠な女性医療従事者が、全国的に不足している。また、言語・習慣等が地方によって異なり、上水・交通・通信等のインフラの不備もあって、地方の保健医療対策は特に立ち遅れており、実効あるレファラルシステムおよび産科救急対策は不在である。

日本政府はパキスタンの保健医療状態を改善するため、これまでも多くの支援を行ってきた。無償資金協力としては、PIMSのイスラマバード小児病院・看護大学・臨床検査技師学校、ICTにあるNational Institute of Health (NIH)の薬品検査・伝統医学研究部門、ファイサラバードのパンジャブ医科大学、パンジャブ州・北西辺境州の一次医療施設機材整備などがある。イスラマバード小児病院・看護大学には、建設後に技術協力プロジェクトが実施され、成功裡に完了している。

日本政府は、1993年5～6月に、人口家族計画基礎調査団を派遣、母性保健の改善について、パキスタン政府保健省関係者に提言、人材養成に主眼を置いた技術協力プロジェクトの可能性について示唆した。

一方、パキスタン側は、1993年6月で終了したイスラマバード小児病院プロジェクトの発展的延長として、PIMS構内に無償資金協力による母子保健センターの建設と、建設後の技術協力を要請した。

その後、専門家派遣や外交ルートでの協議を重ね、最終的には母性保健を主体とし人材養成に重点を置いた母子保健技術協力プロジェクトと、必要に応じ研修の場となる医療施設の建設を実施するという方向で、双方の理解に至っている。

表 3-1 主要な保健・社会指標 (1992)

	パキスタン	日本
総人口	124,800,000	124,500,000
1人当たり国民総生産 (US\$)	400	26,930
出生時の平均余命 (歳)	男性59 女性59 (対男性比100)	男性76 女性82 (対男性比108)
粗出生率 (人口1,000対)	41	10
粗死亡率 (人口1,000対)	11	7
乳児死亡率 (出生1,000対)	95	4
5歳未満児死亡率 (出生1,000対)	137	6
妊産婦死亡率 (出生100,000対)	500*	9
人口増加率 (%)	3.1	0.3
合計特殊出生率	6.2	1.5
避妊法普及率 (%)	12	64
成人識字率 (%)	男性47 女性21	-
医師数 (人口100,000対)	34	178
看護人数 (人口100,000対)	20	685
国家予算に占める率 (%)	保健1.0 国防27.9	-
家計支出に占める率 (%)	医療1 食料37	医療10 食料17

*このデータは、UNICEFによる予測値(1994)である。

アガ・ハーン大学、その他のデータによる妊産婦死亡率には、次のように報告されている。

表 3-2

Community Based Studies	MMR/100,000 livebirths
Karachi (a)	281
Balchistan (a)	
Lorali	756
Khuzdar	673
Lasbela	380
Pishin	220
NWFP (a)	
Hazara Division	450
National (b)	270
Faisalabad District (c)	186
Hospital Based Studies	
Karachi (d)	731
Peshawar	1,343
Pakistan	670
Public	740
Private	90

3-2 国家開発計画における位置づけ

パキスタン政府は、第7次5カ年計画（1988年7月～1993年）において、公共事業、特に教育および保健・医療にかかる事業を社会の全域に浸透させることを目的に、保健医療体制整備計画として、地方ならびに都市の第一次保健医療施設の充実、レファラル機能の充実、予防医学の強化、学校保健サービスならびに歯科診療サービス等の特別医療プログラムの実施などの施策が実行された。

第8次5カ年計画（1993～1998年）では、人口増加率を1994年現在の3.1%から2.8%に下げることが目的として、家族計画人材配置ならびにサービス供給施設の整備が進行しつつある。

同時期にパキスタン政府は、社会セクターの向上を重要政策に掲げ、第7次および第8次開発計画を補強する目的で、Social Action Programme (SAP)（1992～1998年）を推進中である。社会指標の改善を目的に、保健医療・人口・教育・村落給水衛生の分野での速効性の高い方策として、世界銀行を中心とする各ドナーのコンソーシアム、マルチドナー・サポート・ユニットが

資金援助して実施されている。

また、1993年10月に発足したブット政権は、Prime Minister's Programmeを「首相プロジェクト」として、保健省が主体となり、地域への家族計画ならびに保健サービスの公平な分配を目的として、ヘルスワーカー養成を始めた。1999年までにすべての地方地域に人口1,000人当たり、1名のVillage Health Worker（VHW。現在は、National Health Worker（NHW）もしくは、Lady Health Worker（LHW）とも呼ばれており、原則として、その地域の既婚女性で、しかも8年の基礎教育を受けたミドルクラスの人材）、計3万3,000人の養成を目的としている。

3-3 要請の内容

- (1) 全国レベルの、母性保健に携わる人材再教育。
- (2) イスラマバードなどの限定した地域における、レファラルモデル形成。
- (3) 研修に必要な産科病院・宿泊施設の建設。

4. 保健医療・母子保健分野の概要

4-1 保健医療・母子保健の行政（組織・予算等）

保健行政は人材養成・施設の運営とも州政府保健局の管轄下にあり、連邦政府には州政府に対する強制力はない。州立医科大学・教育病院は保健局長直轄、局長の下の医療サービスを統括する Director General が、二次施設の District Headquarters Hospital (DHQ) を直接管理、District Health Officer (DHO) を通じて、二次施設の Tehsil Headquarters Hospital (THQ)、一次施設の Rural Health Center (RHC)・Basic Health Unit (BHU) を管轄している。

教育病院は、医学生の実習教育の場であり、トップ・レファラルとして、高度に専門化した診療も可能である。DHQは、30～100床、主要診療科や手術・検査設備をそろえ、約160万人程度の人口をカバーしている。THQは、DHQとRHCの中間レベルに相当するファースト・レファラル施設で、35～40万人程度の人口をカバーする。RHCは25床程度、医師3人・パラメディカル8人が勤務し、簡単な開腹手術・分娩・基本的な検査が可能で約10万人程度をカバーする。BHUは、簡単な外来治療と予防医学的活動を行い、医師1人・パラメディカル4～6人が勤務、人口1万人程度をカバーする。その他、都市部には母子保健関係のみ扱う Maternal and Child Health Center (母子保健センター) が置かれており、1～2人の女性パラメディカルが勤務しているが、分娩設備はなく往診で対処している。RHC・BHUは村落部の医療施設であって、都市部住民は、直接二次・三次病院を受診することが多い。

連邦保健省は、国家全体の保健計画を立案することなどが業務の主体で、イスラマバードとカラチにある少数の病院を除いては、医療サービスの実行機関をもたない。また、ICTはその管轄下にあることにより、ICT内のRHC・BHUは内務省に属している。その他、軍の運営する病院は、軍の管轄である。

また、外来機能のみのプライベート・クリニックは、病院勤務医が副業としていることもあり、都市部・村落部とも数多い。政府も、民間部門の発達を奨励している。ほかに、NGOが経営する医療施設もある。

人口家族計画に関しては、連邦政府には人口福祉省、州政府には人口局があって、保健省・保健局とは別個に機能している。家族計画・母子保健にかかわる人材養成は連邦政府の監督下でなされ、サービス提供の実施は州政府の責任で、二次病院の一角に Reproductive Health Center を設けたり、独立して Family Welfare Center を設置したりしている。家族計画関係の消耗品も人口福祉省関係の機関が管理している。

保健予算は、政府予算のうち1%程度に過ぎないにもかかわらず、公的施設の医療費は、原則として無料かきわめて少額であり、政府予算で運営している。医師らスタッフの給与も十分とはいえ、病院勤務医のほとんどがプライベート・クリニックをもち生計をたてている。パンジャ

プ州のように、州が契約して薬品等を製造し供給しているところもあるが、一般に、薬剤等は不足しがちで、プライベート・クリニックや薬局にたよることとなる。現実には、全医療費の6割以上がプライベート・セクターによるものである。また、都市の大病院が高度な医療を無料で行うため、ただでさえ少ない保健予算の多くを必要とするため、地方の保健予算を圧迫している。

栄養部門は保健省には存在せず、計画省にある。栄養は農業・通商等他分野とも関連するためとのことで、ヨード欠乏症対策等の連邦直轄プロジェクトを運営している。

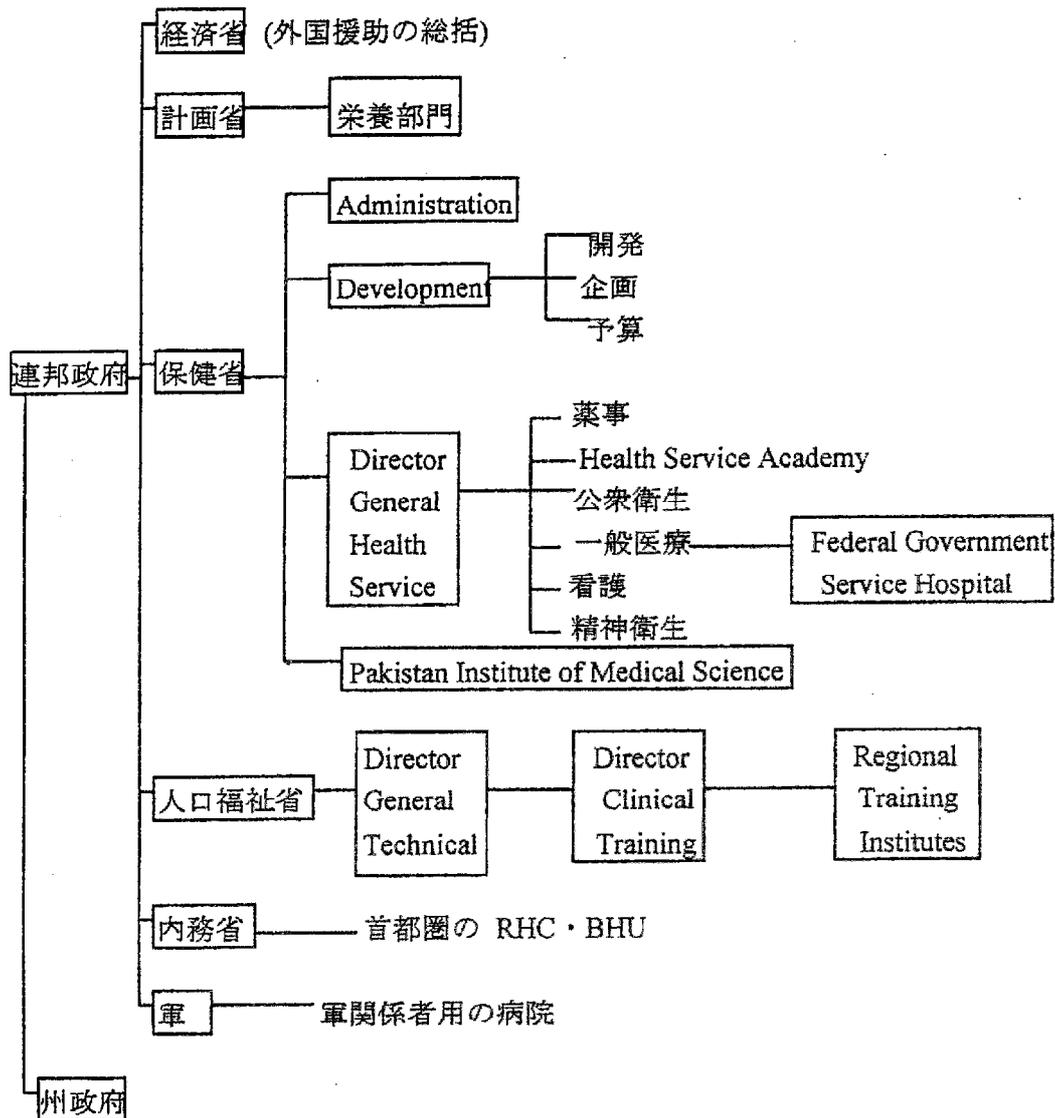


図4-1 保健関係の行政組織概要（連邦）

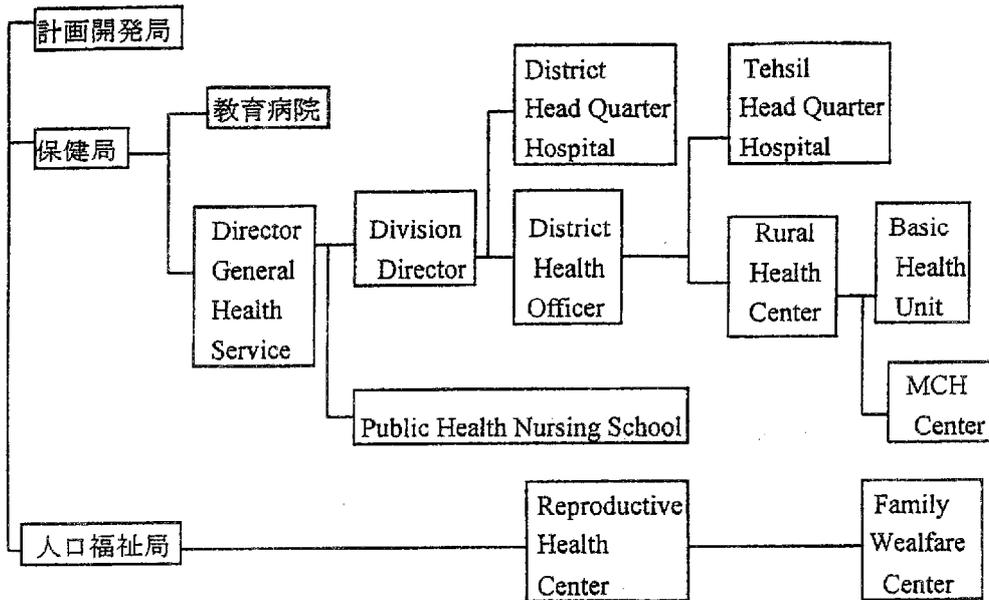


図4-2 保健関係の行政組織概要（州）

4-2 保健医療・母子保健関連の教育

医師は10年間の基礎教育、2年間の中等教育を受けたのち、5年間の医学教育と1年間の実地研修を要する。医科大学は全国に17校あり、うち1校は女子医科大学、私立は1校のみである。医師として登録されたのち保健省に配属され、1～2年の一次医療施設勤務を義務づけられる。専門医をめざす者は、その後、教育病院に戻るか留学するかして臨床訓練を重ね、さらに数度の試験に合格し、SpecialistあるいはConsultantの資格を得る。専門医は三次施設に勤務するが、Medical Officerとよばれる一般医は、各レベルの施設に勤務している。女性の一般医は、Woman Medical Officer (WMO)とよばれ、産婦人科に従事するのが普通である。男性の産婦人科医は少数存在するが、婦人科手術・超音波検査等が主体で、産科診療に携わることはまずない。これは、女性患者、特に妊娠分娩にかかわるものは、男性が診療することが、文化・社会的に受け入れられないためである。女性医師のなかには、女性患者の一般内科診療に携わっているものもいる。また、一・二次施設のWMOは、家族計画業務も兼任しているが、三次施設のReproductive Health Centerには、州人口局に配属された家族計画専門の女性医師もいて、避妊手術等を実施している。

看護婦は、教育病院等に付属した看護学校で、基礎教育後4年間教育され、2年間のインターンシップが義務づけられる。二・三次レベルの都市部にある専門化した病院で勤務するのが普通である。従来はキリスト教徒が多かったが、近年ではイスラム教徒の子女も増加し、看護学校はどれも満杯の状態である。しかしながら、卒業後、パキスタン国内にとどまらず、中東などへ出

稼ぎに行ってしまうことや、地方に行かず、都市での勤務を好むことなどが問題となっている。

看護大学は全国に2校あり、中等教育後4年間の専門教育を行い、ICUなど専門化した看護婦を養成している。

Lady Health Visitor (LHV) は、10年間の基礎教育後、州保健局の管轄する Public Health Nursing School にて、18カ月間、母子保健・助産を主体に教育される。一・二次施設の産科診療・母子の予防医学的活動に従事しており、パキスタンの母子保健活動で最も重要な位置を占めている。さらに、1週間の家族計画のトレーニングを受講したものには、LHVキットを支給している。MidwifeはLHVよりレベルが低く、基礎教育後数カ月の教育しか受けていない助産業務従事者のことを言う。

Female Madical Technician (FMT) は基礎教育後6カ月程度の教育しか受けておらず、本来は簡単な検査に従事するパラメディカルであるが、LHVのいない施設で、母子保健・助産に従事している。パンジャブ州では、FMTをさらに1年間教育してLHVに格上げする事業が始められている。

Family Welfare Worker (FWW) は、人口福祉省が管轄する全国12カ所の Regional Training Institute (RTI) において、基礎教育後18カ月間、家族計画を主体とした教育が行われる。近年、カリキュラムに母子保健・助産の部分が増加され、教育内容はLHVとほとんどかわりなくなっている。教育は連邦直轄で全国同一の内容となっているが、卒業後は州人口局管轄下の Family Welfare Center に勤務する。カラチには連邦人口福祉省の臨床教育部門があり、RTI のカリキュラム作成や、指導者の再教育を行っている。

パキスタンでは、自宅分娩がほとんどで、特別な医学的訓練を受けていない Traditional Birth Attendant (TBA) が介助するケースが多い。このTBAをUNICEF等のプログラムにより、現地医師が3カ月間再教育し、TBAキットを支給している。訓練を受けた Trained TBA は、WMOやLHVの指導下で、一次施設の正規スタッフとして勤務している。

これらの女性パラメディカルは、副業としてプライベートに診療活動を行っていることが多く、自宅分娩の介助、注射等の処置、家族計画等、実施している。

その他、一・二次施設の男性パラメディカルには、検査に従事する Medical Technician、予防接種をする EPI Technician (Vaccinator) 等がある。

保健省は、「首相プログラム」として、Village Health Worker (VHW)、National Health Worker (NHW) を育成している。これは、地方の女性を3カ月間教育し、家族計画やプライマリー・ヘルスケアに従事させようというもので、SAPに沿った活動である。

女性医療従事者の増加には、専門課程に進学し得る基礎教育を修了した女子の増加が不可欠である。また、地方では女性が職業をもつことに対する抵抗も根強い。

4-3 保健医療・母子保健分野の現状と問題点

(1) 地域格差・貧富の差

多様な地形・民族を反映し、地域的に保健医療の状況に大きく格差がある。一般に地方では、医療施設はあってもスタッフの不在や薬剤等がないことから、十分満足のいく診療が受けられないことや、診療時間帯や場所が不便であったりして、住民が利用しにくい状況にある。また、同一地域内でも、貧富の差が著しい。富裕階層の人々はプライベート・クリニックを受診して十分なサービスを受け、必要なら病院にも優先的に入院できる。一方、貧困階層の人々は、重症化するまで受診しなかったり、無料診療の公的医療機関では満足なサービスを受けられなかったり、薬剤等を別途購入しなければならなくなったりしている。

医師になるのは、富裕階層出身者がほとんどであるため、地方に赴任したがるというえ、専門医になりたがる傾向がある。医学教育には、充実した公衆衛生カリキュラムを取り入れ、医学生に一次医療の重要性を理解させる必要がある。

(2) 女性に対する文化・社会的制限

パキスタンでは、産婦人科患者は、医療施設に女性医師やLHVがいないと受診しようとしていない。母子保健事業を進めるには、女性医療従事者の育成が不可欠であるが、地方では絶対数が不足している。

一方、女性医療従事者は、男性の家族と一緒に暮らせないと、地方に赴任できない。女性医師に対しては、地方の給与レベルをかなり引き上げ、住宅を供給し安全を保障する一方、一定期間の地方勤務を義務づけるなど地方で勤務を促進する方策を考えなければならない。また、LHVや看護婦は地元の女性を教育すべきであり、奨学金制度の充実が必須である。看護婦数は、医師数の約1/3ときわめて少なく、都市の高次医療施設のみに勤務しているような状態である。また、せっかく教育を受けた看護婦も出稼ぎのため中東などへ出国してしまうのも大きな問題のようである。

二次医療施設の看護婦数増加や、地域保健教育を受けた看護婦の一・二次医療施設への配属も必要であるが、女性医療従事者の不足には、進学できるだけの基礎教育を受けた女子が少ないこと、女性が職業につくことへの偏見、看護婦など他人の身体に触れる職業に女性がつくことへの抵抗が、背景にある。親、特に父親に対し、女子の教育・職業について啓蒙するとともに、看護という職業が確立され社会的に評価されるよう、一般国民全体への広報活動が重要である。

社会的制約もある。患者の側では、女性が医療機関を受診するには、夫や父親の許可・付き添いが必要であり、自ら判断し行動することが許されない。男性優先の考え方が根強く、女兒に対しての食事の与え方の不平等、女兒は病気にかかっても受診させないことなど、基本的な

問題がある。次代を担う子供を産む女性の健康を尊重する考え方を、男性を含めた社会全体に普及させる必要がある。

(3) レファラルシステム未確立

形式上は、BHU-RHC-THQ-DHQ-教育病院、というレファラルシステムがあるものの、実際には全く機能していない。下位施設からの患者紹介はなされず、患者が個々によりよい医療を求めて上位施設を受診している。また、時に患者紹介がされたときにも上位施設から下位施設へのフィードバックがない。特に地方では、通信・交通の手段もなく、レファラル施設の設備・スタッフが不良で、適切な対処もできない状態である。また、上位施設も、下位施設からの紹介を軽視する傾向がある。妊産婦死亡率を引き下げるために必要な、適切な産前検診とハイリスクの鑑別、上位施設への早期の紹介、清潔で安全な分娩介助、といったことは、それなりになされてきている。しかし、次の段階の避け難く存在する産科救急の対処については、ほとんど手がつけられていない。レファラル施設の設備やスタッフを充実させ、交通と通信を確保していくという事業には莫大な投資が必要で、他のドナーもその重要性を知りつつ、なかなか取り組もうとはしない。現在の母子保健体制の大きな課題であり、方法を蓄積しながら、フェーズ分けして少しずつ拡大していくべきであろう。

(4) 行政機構の複雑性

保健事業は州政府の管轄で、連邦政府は全体計画を示すのみで強制力をもたない。州政府も地方の実態を十分に把握していないし、末端に行き渡る実行力も乏しい。また、ICTでは一次施設は内務省管轄である。地方の人的・物質的資源の適正配置に関して、行政機関に指導力・強制力はない。さらに、プライベート・セクターは、ほとんどコントロールされることなく、不規則に発達してきている。家族計画は、人口福祉省・州人口局の管轄となっている。スタッフ・施設が重複したり、家族計画関係消耗品が保健担当者に入手できなかったり、縦割りの監督下で非合理に複雑化している。

栄養関係は、縦割りプロジェクトとして計画省が管轄し、保健省に栄養関係の部署はない。

すなわち、母性ひとつに関しても、各省庁間、州と連邦政府間とそれぞれ違う命令系統をもっており、統一的な管理ができないのが現状である。

1995年5月のSAPのワークショップで指摘されているように、抜本的な保健セクターの組織改革が必要なかもしれない。

(5) 予算不足

公的医療施設は診療費無料が原則だが、実際には薬剤等が不足しており、別途購入する必要

があるなど、十分な医療サービスが供給できていない。医師の給与も不十分で、医師はそれぞれのプライベート・クリニックでも診療している。また、中央の大病院が高度な医療を無料で行うため、地方の一・二次施設に対する予算を圧迫している。プライマリー・ヘルスケアは、ドナーへの依存が強く、ドナーが撤退するとともに継続できなくなりがちである。家族計画関係材料についても、ドナーに依存している。1994年にUSAIDが撤退してしまい、拡大予防接種計画（EPI）のための薬剤が手に入らず、1994年、1995年とそのカバー率が大幅に落ちており、大問題となっている。

なお、PIMSは原則的には有料機関であるが、公的機関ということで無料診療も行わざるを得ないため、その経営状態は必ずしも思わしくない。

5. 女性の地位・役割と協力の留意点

5-1 パキスタンの女性の状況

パキスタンの女性を、一元的にとらえることはできない。都市富裕階層の女性たちは、高等教育を受け、社会で要職についているものも多い。その一方、彼女たちの家には、召使いとして働く女性たちもいる。地方の女性たちは、古い因習に縛られ、自分の意志で行動することは、まず不可能である。

成人女性識字率も著しく低く（国平均22%、農村部10%以下）、男性の半分にも達していない。女子は就学率が低く、就学しても中途退学が多い。学校は男女別学で、女子校の整備が遅れているうえ、女性教師も不足している。女子校には、内部が見えないよう高い塀が必要で、通学途中に市場等、人の集まる場所があると、親が通学を許さないことも多い。

血族の結束強化と資産の散逸防止のため、結婚はいとこ同士が大部分である。男女の自由な交際は認められない。女性は体の先や足を見せてはならず、シャルワルカミーズというダブダブの民族衣装を着ている。北西辺境州のように、社会的制限の強いところでは、外出時、顔を含め体全体を隠すよう、ブルカかチャドルとよばれる布をまとう。そういった地域では、男性の来客時に女性は姿を見せず、男性客も台所など女性のいるところに入れない。また、夫や父親の許可や付き添いなくして外出はできない。家庭内暴力も少なくなく、たとえば、夫が第2夫人をもつことに第1夫人が同意しないと、台所での事故と称して焼死させようとする事件もときどき起きている。

地方貧困階層女性の労働は過酷で、水運び、家事、育児、農作業、場合によって現金収入を得るための手作業・季節労働・都市への出稼ぎも加わってくる。人口の70%が住む農村部の女性の労働力率は17%といわれているとおり、数字に出ない家族内労働も含めると、女性は経済活動の大きな担い手となっているといえる。しかしながら、何事も男性優先のため女性の労働賃金は低く、家庭内でも食事の分配は後回しにされる。女性の平均余命が男性と等しいことは、他の途上国に比しても女性の状況の悪さを示している。

これらは多くの途上国に共通してみられる点もあり、また、宗教的な理由ともいわれている。しかし、パキスタンの女性の健康状況は、国家の経済状態に比し、また他のイスラム教国と比較しても劣悪である。もともとのこの地域の社会・文化的伝統に根ざしたものに原因があるのかもしれない。

5-2 女性と保健

パキスタンでは、妊産婦死亡率が、乳児死亡率と比較しても、異常に高くなっている。乳児死亡率で、先進工業国の約10～15倍程度まで改善されてきているのに対して、妊産婦死亡率は、500～

1300/100,000 出生と先進工業化国に比し 100 倍以上劣悪な状況にある。産婦人科患者は、医療施設に女性医療従事者がいないと、夫や父親の許可が得られず、どんなに重症化しても受診しようとしていない。分娩の大部分は家庭で、伝統的助産婦（TBA）または家族が介助する。家族計画には、夫の協力が得られない場合が多い。人工妊娠中絶は、法的に全面禁止ではないものの、宗教的制約により実質上、安全に受けることはできない。そのため、危険な中絶による腹膜炎・敗血症等の合併症患者はあとをたたない。

男性優先の考え方が根強いいため、女性・女兒は、医療機関受診の機会が少なく、かなり重症化してはじめて受診することが多い。女性が医療機関を受診するには、夫や父親の許可・付き添いが必要とされる。家庭内でも、女性・女兒の食事の分配は最後で、十分な栄養がとれないことがある。妊娠中、肉類を避けるという習慣のある地域もあり、さらに状態を悪くしている。

人間として、また、次世代を生み育てる担い手としての、女性の健康を尊重する考え方が、男性を含めた社会全体に欠けている。

5-3 WID (Women in Development) の視点からみた協力の留意点

パキスタンでの女性の社会的地位は、前述のように不当に低められており、健康が十分守れなくなっている。この状況を根本的に改善するためには、男性を含む社会全体に対する啓蒙活動が必要で、貧困対策・教育とあわせて、女性の保健改善を進め、女性のエンパワーメントを図ることが重要である。

ブット首相は、北京世界女性会議の演説で、「イスラムは、不正・不平等を許さない。女性の人権が守られないのは、宗教ではなく社会的偏見である。女性に対し、もっと社会的投資をし、女性のエンパワーメントと人口家族計画を進めることが重要である。」と述べている。

しかしながら、伝統は根強く、急速な社会改革をめざせば、その反動は大きい。もし、外国援助が女性の人権確立のためのプロジェクトを積極的に進めれば、社会不安や、外国人排斥行動等が起きる可能性が高い。したがって、最終的には女性のエンパワーメントをめざすプロジェクトであっても、保守的な住民が受け入れやすい、「母子の健康改善」という形で徐々に進めたほうが、より効果的である。そのような形であっても、視点を女性に置き、単に母親としてではなく、経済活動などの担い手でもある社会開発のための重要な構成員として、包括的にとらえていくことは言うまでもない。

北京会議では、わが国の「WIDイニシアチブ」が公表され、大きな反響をよんだ。その中にあるように、「開発途上国の女性の Reproductive Health & Rights を確保し、2010 年までにすべての国・地域で妊産婦死亡率を 200 以下にする」ためには、パキスタンのような、最も条件の厳しいところでの活動と、ノウハウの蓄積がきわめて重要となってくる。

6. 他援助機関の協力の概要

6-1 国際機関

(1) 世界銀行

Family Health Project I、IIにおいて、BHU・RHC・THQレベルでの医療サービスの向上、スタッフの教育、感染症予防等のプログラムを全国的に展開している。1995年より栄養、教育や医療サービス供給のための組織強化、人口等のプロジェクトからなる第3次計画を予定している。

マルチドナー・サポート・ユニットは、SAPの推進に各ドナー機関を調整する役割を果たしている。本プロジェクトも、SAPの考え方に沿ったものとして歓迎され、他のドナー機関の情報提供・協調活動の調整等についても協力したいという申し出があった。

(2) アジア開発銀行

アジア開発銀行は、1st-3rd Health Projectを実施、一次医療施設整備と人材育成を行ってきた。現在の第4次計画は、Health Care Development Programmeと称し、Human Resource Development、すなわちヘルス・スタッフの教育施設整備を全国的に行おうとしている。また、SAPにおいても重要な役割を果たしている。

(3) UNICEF

世界的に展開しているプログラムとして、Safe Motherhood、Breast-feeding、EPI、呼吸器感染症対策、下痢症対策を実施しており、TBAトレーニング、分娩用衛生材料配布、ワクチン等の供与や、技術的支援を行っている。これらは、本プロジェクトと相互補完するものとも考えられ、保健担当官より、今後も協調していきたいという意思が示された。さらに、1996年からは、新たにSafe Motherhoodに焦点を当てた新しい戦略が打ち出される予定である。

(4) WHO

「首相プログラム」に対して、1994年（800万米ドル）、1995年（700万米ドル）を援助している。また、シンド、バルチスタン、パンジャブ、北西辺境州において、各州1つずつのプライマリー・ヘルスケアのプロジェクトを行っている。

母子保健分野では、技術的支援や、人材養成プログラムに対する資金援助程度にとどまっている。

(5) UNFPA

人口福祉省に対し、家族計画関連消耗品を供与している。

(6) World Food Programme

北部一次医療施設で、食料供与を行っている。

(7) UNDP

小規模な技術的支援にとどまっている。

6-2 二国間ドナー

(1) USAID

Child Survival Project など、小児のプライマリー・ヘルスケア分野で多大な貢献を行ってきたが、政治的理由により1994年8月に撤退した。その影響を受けて、EPIのカバー率は下がり始め、Malaria Controlも継続困難な状態となっている。USAIDが供与していた家族計画関連の物品に関しては、当面の在庫とUNFPAを通じてのUK-ODAの援助によって、なんとか供給継続可能である。Child Survival Projectの一部である、Health Management Information Systemは、まだ全国をカバーしておらず、UNICEFが引き継ぐこととなる。また、資金援助を受けていた家族計画関係等NGOの多数が、運営資金難に陥っている。

(2) UK-ODA

二国間援助より、UNFPAを通じての家族計画援助、保健省コンサルタント、世界銀行と協調しての技術援助が主体となっている。その他、保健省にコンサルタントが入って、保健行政の企画に助言している。また、北西辺境州では、世界銀行の資金協力と協調して技術面を援助している。

(3) CIDA

直接的な母子保健事業は行っていないが、Nursing System Developmentに取り組んでおり、アガ・ハーン大学での高等看護教育を支援している。

(4) GTZ

家族計画やプライマリー・ヘルスケア関係に援助している。ほかに、Health Service Academyに対する技術援助や、Punjab Health Foundationへ資金協力も行っている。

(5) オランダ

家族計画やプライマリー・ヘルスケア関係に援助している。

6-3 民間援助機関(NGO)

(1) Save the Children Fund

国際的組織であり、北西辺境州のプライマリー・ヘルスケアに対する技術援助を世界銀行と協調し行っている。

(2) アガ・ハーン財団

パキスタンの大規模で組織的なNGO活動としては、アガ・ハーン基金の保健・教育・地域開発プロジェクトがある。

アガ・ハーン・ヘルスサービスは、アガ・ハーン基金の教育・地域開発プロジェクトとも協調して、イスマイリ派信者の多い北部ギルギット地域やカラチ市内で、プライマリー・ヘルスケア・サービスの供給と人材養成を行っている。

(3) Family Planning Association of Pakistan (FPAP)

家族計画および母子保健事業を行っているパキスタンの大手NGOで、独自の診療所・巡回診療設備をもち、スタッフも養成して、全国規模の活動を展開している。スタッフには公的施設より高い給料を支払い、無料でサービスを供給している。

(4) Maternal and Child Welfare Association of Pakistan (MCWAP)

家族計画および母子保健事業を行っているパキスタンのNGOで、ラホール市内等に診療所を設け、対象地域の全人口をカバーして無料でサービスを供給している。よく訓練されたスタッフにより、科学的な調査とそれに基づく活動が行われていて、地域保健のモデルとなるものである。ドナーには消耗品・運営費を賄う資金協力を求めており、USAIDの撤退が大きな問題となっている。

7. プロジェクト実施計画

7-1 技術協力の目的

パキスタンでは、きわめて高い妊産婦死亡率に示されるように、母性保護の分野が著しく立ち遅れている。周産期管理に携わる女性医療従事者が不足し、産科救急に対応できる実効あるレファラルシステムが存在しない。そうした状況は、地方ではいっそう顕著である。今回の技術協力の目的は、①母性に関する医療従事者の実践的教育訓練、②産科救急も対応可能な双方向的レファラルシステムの確立、③妊産婦死亡率などの指標のモニターも含めた調査活動、をパキスタン側カウンターパートを主体として、ICTのみならず、北西辺境州、パンジャブ州における地方においても行うことにより、地域格差を減少させるとともに、パキスタン独自の母性保護戦略形成の足がかりを築くことである。

7-2 プロジェクトの基本計画

- (1) 母性保健に重点を置き、国民に広く裨益するプロジェクトとする。
- (2) パキスタン主体のプロジェクトであり、プロジェクト案の立案、活動計画、プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）の作成に主体的にかかわる。
- (3) 現在もしくは将来にかけてパキスタンにおいて進行する母子保健、プライマリー・ヘルスケア、保健情報システム（Health Information System）に関連するさまざまなプロジェクトに補完的に機能するような計画とする。
- (4) 全国からの女性医師・看護婦・助産婦らの指導者を、実践的教育訓練主体に再教育する。研修生の出身地域を巡回指導し、モニタリングする。
- (5) ICT・パンジャブ州・北西辺境州における選択された地域において調査活動を行い、それに基づいてふさわしいレファラルシステムの形成・確立をめざす。この地域は、地域保健実習の場としても活用する。
- (6) 実地研修に必要な基本的産科病院と研修生用宿泊施設の建設、機材供与について、無償資金協力を考慮する。

7-3 実施計画概要

- (1) 実施期間

5年

- (2) 実行機関

PIMS、連邦保健省、パンジャブ州保健局、北西辺境州保健局。PIMSはプロジェクト

専任の人材を配属する。また、パンジャブ・北西辺境州保健局は、責任者を配属する。パンジャブ州保健局・北西辺境州保健局は、コミッティー構成員としても積極的に協力する。

(3) 実施場所

プロジェクトの対象は、ICT、パンジャブ州、北西辺境州であるが、研修の主体はイスラマバードのPIMSもしくは、建設予定の母子保健センターにて実施するが、各州の公衆衛生看護婦養成学校での研修を援助するとともに地域の巡回指導も行う。各州の選択地域において、ふさわしいレファラルシステムの形成・確立をめざす。この地域は地域保健実習の場ともする。

(4) 内容

全国からの母性保健医療従事者の指導者に対し、1コース10日から2カ月、10～20人程度の規模で、実地臨床・地球保健の再教育を行う。

(5) 日本人専門家

リーダーは、保健医療・公衆衛生の専門家で、プロジェクト全体の管理、カリキュラム作成を含む研修運営と巡回指導による研修評価を行うとともに、保健・人口関係ドナー会議に参加し、地域のNGOとも協調関係形成を図る。

長期専門家としては、保健医療・公衆衛生・教育等の分野、短期専門家としては、産科医師・助産婦・保健婦・看護婦・栄養・公衆衛生・疫学・統計・教育・社会学(WID)・情報管理・病院管理・機材保守関係等が考えられる。

(6) 日本への研修員受入れ

研修員は、PIMSの産科医師、州保健局関係者、看護学校等の指導者・州やICTの一・二次医療施設の医師らから選定する。研修場所としては、産科施設のほか、地域の医療施設や地域医療のモデルとなる地区を選び、日本の高度先進医療のみに目を奪われ、母子保健の本質を見誤らないよう配慮する。

(7) 機材供与

研修員の地方での勤務先など、研修成果を生かせるようなところに機材供与を考慮する。

一次医療施設整備は、日本の援助(1985年パンジャブ州医療機材無償資金協力・1993年北西辺境州医療機材無償資金協力)のほか、世界銀行・アジア開発銀行等によって進められており、モデル地区においてレファラルシステム確立を助けるためには、District Headquarters

Hospital (DHQ) や Tehsil Headquarters Hospital (THQ) などの二次施設の強化が必要になる可能性がある。

8. パキスタン側のプロジェクト実施体制

8-1 実施機関の組織・事業内容

PIMSは、イスラマバードにある保健省次官直属の総合医科学施設である。自主運営されており、経済的にも自立、病院の診療費は原則として有料である。

PIMSを実行機関の主体としたのは、実行力のある人材が存在し、研修や地域保健活動の実績があること、日本の無償資金協力で建設された教育施設が使用できること等による。

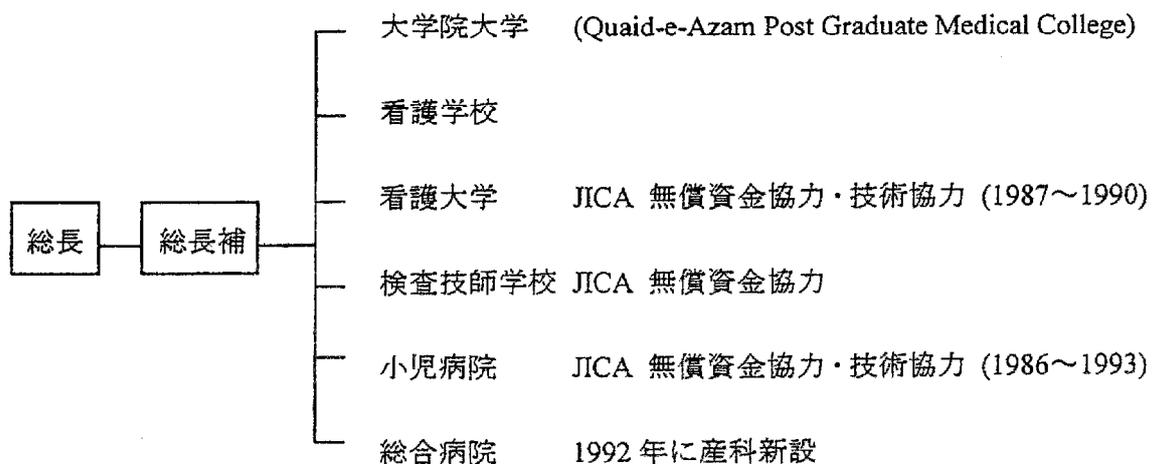


図8-1 Pakistan Institute of Medical Science (PIMS)

8-2 プロジェクトの組織と関係機関

プロジェクトは、事務局をPIMSに置き、主要な人材育成教育は、PIMSの施設を利用して行う。研修生は、州保健局からの推薦にて選考、研修生の勤務先を訪問してのフォローアップ、レファラルシステム選択での地域保健実習を行うこととするため、州保健局やICTの積極的関与が必要となってくる。

連邦保健省は、次官が関係機関の調整責任を負い、プロジェクト運営のために、各機関の責任者を構成員とするコミッティーを設置する。

Steering Committee for the Maternal and Child Health Project

- Prof. Mushtaq Ahmed Khan Chairperson of the Committee
Professor of Pediatrics, PIMS
- Dr. M. Javed Chaudhry Joint Executive Director, PIMS
- Dr. Fahim Arshad Malik Deputy Director General (Health)
Federal Ministry of Health
- Representative of Director Health Services (Rwp.)
D. G. Health Punjab
- Representative D. G. Health, NWFP
- District Health Officer (I. C. T.)
- Dr. S. Batool Mazhar Consultant Obstetrician, PIMS
- Dr. Gul N. Rehman Consultant M. C. H. Children's Hospital

8-3 プロジェクトの予算

日本側は、臨床研修に必要な機材・教材費、日本人専門家に関する費用、日本への研修員派遣に関する費用等を負担する。地方での巡回指導のため、パキスタン人女性スタッフを雇用する必要がある。

パキスタン側は、カウンターパートとなる人材にかかわる費用、研修の施設、研修運営費等を負担する。これは、連邦政府保健省、および自主運営機関であるPIMSの予算より確保する。

8-4 プロジェクトの人材配置

プロジェクトの最終的責任者

Secretary of Health (保健大臣)

プロジェクト全体の総括責任者

Prof. Mushtaq Ahmed Khan: Chairperson of the Steering Committee

PIMS、ICT、パンジャブ州、北西辺境州間の調整

Steering Committee

プロジェクト実施のための、フルタイム・カウンターパート

Dr. S. Batool Mazhar: Consultant Obstetrician, PIMS

実地臨床研修指導

PIMS 総合病院産婦人科、小児病院の医師らが担当する。

8-5 プロジェクトの活動場所・施設

主要な研修施設はPIMSとし、既存の総合病院、小児病院、看護大学等の診療施設、教室、講堂、図書室等を十分に活用することとする。

地方からの研修生のフォローアップとモニタリングのため、研修生の出身地域を巡回する。

ICT、パンジャブ州、北西辺境州における選択された地域から活動を開始し、順次地域を拡大していく。

9. 無償資金協力との関係

9-1 技術協力と施設建設の関係

これまでの協議を通じ、施設建設が先行した小児病院や看護大学での技術協力プロジェクト実施時とは異なり、今回は母性に主体を置いた母子保健プロジェクトの技術協力を優先し、この技術協力に必要な施設を無償資金協力により考慮するという方針であることが、パキスタン側にも十分理解されている。技術協力プロジェクトにおける臨床研修の場として、PIMSに母子保健センターを建設することは適当であろうが、規模は研修に必要な基本的産科診療レベルにとどまること、また、施設建設に先立って、調査・研修の試験実施等、技術協力を開始することが可能であるということについて、双方共通の認識に達している。

無償資金協力による産科（母性）病院の建設は、首都圏であるイスラマバードにすら該当する施設がないことより、地域でも歓迎される。しかも、限られた住民への恵まれた医療を行うためではなく、地方展開を重視した実地訓練の場としての母子保健センターの意義は大きく、本技術協力プロジェクト展開には必須のものである。また、今後、すでに現在、各地方で行われている教育への訓練資材、情報、移動手段の供与をも考慮して計画されれば、技術協力プロジェクトのいっそうの地方展開を促進するものとなる。

9-2 必要となる施設・機材の概要と規模

(1) 産科病院

1) 基本方針

研修の場としての、基本的診療レベルの産科病院とする。重症例は、PIMSの他施設（小児病院・総合病院）に転送することとし、既存施設との重複を避ける。母性保健が主体となるため、新生児については観察室程度にとどめ、小児病院のICUを利用することとする。この内容はもとの要請書からはなれているが、前述したように、協議を通じて技術協力との関係が確認されたため、パキスタン側もこれを了承している。

2) 診療部

分娩室（約3室）、手術室（約2室）、新生児観察室、臨床検査室、超音波/X線/心電図室、外来（妊産婦検診、栄養指導、家族計画）。

3) 病床

最初の要請書では、200床（産科：100、ICU：10、外傷救急：20、NICU：30、有償：50）であった。現PIMS総合病院は、分娩数約120/月で、産科18床、婦人科8床、ほかに個室数床であり、明らかに不足している。

なお、小児病院は200床、近辺の既存主要施設では、連邦政府病院（分娩数約600/月）産

科82床・婦人科22床、ラウルピンディ総合病院（分娩数約600/月）産科55床・婦人科30床、ホーリーファミリー病院（分娩数約500/月）産科70床・婦人科40床（拡張中）である。

在院日数平均2.6日、病床稼働率80%と仮定し、人口・出生率から必要病床数を推測してみる。ICTの人口50万人、出生数1,700/月より算定された全体の必要病床数約190床から、既存の他施設病床数を除外すると、PIMSの必要病床数は、50～60床となる。パンジャブ・北西辺境州・カシミールを一部加えた人口200万程度の範囲をカバーすると考えると、出生数7,000/月、全体の必要病床数約770床で、既存の他施設病床570床を除外すると、PIMSの必要病床数は約200床となる。

WHOによれば、産科二次施設の必要病床数は、平均在院日数2.6日の場合、分娩数1,000/年につき13床である。したがって、ICTが対象なら必要数260床となり、PIMSの必要病床数は120～130床、周辺地区を含めると必要数1,000床となり、PIMSの必要病床数は400～500床となる。

しかし、本施設は地域の必要病床の不足分を賄うために必要なのではなく、あくまで、研修生に十分な臨床実習を経験させることが目的である。軽度なもので含め、分娩全体の10～20%程度に何らかの異常があると考えたと、研修生10～20名が1週間に各1異常例経験するためには、分娩数300～1,600/月必要となり、必要病床数は35～170床となる。

なお、母子保健センターとしてのインカムジェネレーションを考慮すると、25%の個室病棟が必要となる。

以上の試算を踏まえ、今回の産科病院の適正規模は200床前後と考えられる。一般病室のほかに、重症観察室や、分娩経過がきわめて順調ですぐ帰宅する患者用の一次入院室が必要であろう。また、個室を10～20床程度設けるべきである。

4) 主要機材

麻酔器、超音波診断装置、分娩監視装置、搬送用保育器、蘇生処置用開放式保育器、分娩台、内診台、単純X線、心電図計、血算、電解質、血糖、血液用冷蔵庫、教育用ビデオモニター、地域研修用車両（四輪駆動車）。

5) 血液銀行ならびに緊急検査室

総合病院ならびに小児病院には基本的機能は備わっているが、緊急用に対応できる分室的程度のものである。

6) マタニティホール

地方からの産科患者の数日間待機用のホールの必要がある。

7) 医療機材修理用のワークショップ

(2) 研修生用宿舎

1) 基本方針

パキスタンの文化・社会的事情を考慮すると、地方から女性が研修に来るためには、セキュリティの保証が必要となる。そのため、市街に出なくとも生活できる宿舎を併設することが、全国規模の研修実施には不可欠である。

2) 設備内容

指導者レベルの研修であることを配慮し、看護大学の寮に準じ、シャワー・トイレ付き2人部屋が適正である。研修は小人数で臨床実習に主体を置くことから、10室程度で十分であろう。その他、食堂、自習室が必要である。

(3) その他の教材供与

研修生が研修の成果を生かすため、研修後に勤務する施設に対し機材を供与していくべきである。また、今回、新生児医療の部分は既存の小児病院を利用することから、小児病院の機材で老朽化したものなどあれば、更新を配慮すべきである。

リファラルシステム形成には、劣悪な状態の地方の医療施設整備が必要であり、協力的でモデルとなり得る地域の施設には、機材を供与し改善を進めるべきである。この場合、パンジャブ州・北西辺境州の一次施設には、すでに日本の無償資金協力による機材供与がなされていることから、二次施設の強化を考慮すべきである。また、ICTのRHC・BHUの支援も、世界銀行のプロジェクトと調整したうえで必要なら実施すべきである。

また、地域の公衆衛生看護婦養成校の施設の老朽化、教育設備の未整備等に鑑み、これらに対しての機材供与も考慮すべきである。さらに研修生の地域からPIMSまでの交通手段、地域における調査活動のための輸送手段も考慮すべきであろう。

10. パキスタン側との協議結果

10-1 保健省との協議

PIMSは、連邦保健省直轄の独立機関であり、地方の保健医療に責任・権限をもたない。保健事業は州政府の責任であるが、連邦保健省を通じて、州保健局との協調活動が可能となると期待できる。保健省次官は、連邦保健省のプロジェクトとして理解しており、研修生も広く全国から募集するよう要望があった。

外国援助の調整にあたる経済省においては、他ドナー機関の関与する内容的に重複するプロジェクトがない旨確認され、本プロジェクトの意義を理解し協力的な姿勢であった。

10-2 パキスタン医科学研究所（PIMS）との協議

プロジェクト案について、以下のごとく概要を取り決めた。

(1) 目的

母子保健プロジェクトではあるが、パキスタンの保健医療の現状から判断して、特に母性保護に重点を置くべきであるという点で相互理解に至った。パキスタン側からは、小児保健の部分も除外しないよう要請があった。

(2) 内容

- 1) 女性医師・看護婦・助産婦ら、指導者レベルの人材を各地域から集め、臨床的なもののみならず、予防的なもの、プロモーション的なものも含めた教育・再訓練を実施する。
- 2) ICT、パンジャブ州、北西辺境州の選定地域において、地域における医療施設の効果的つながりをもったレファラルシステムの構築をめざす。
- 3) 国全体の情報システムと連携し、定期的にモニタリング、調査活動を行う。地域を巡回し、養成された人材が実施する診療、末端医療従事者向け教育を指導するとともに、各地域の保健医療状況を調査し、活動内容の評価、課題の発掘をする。プロジェクトのモニタリングや評価に有用な内容の調査や公衆衛生的研究活動を含める。

(3) 対象地域

広く国民全体に裨益することが望ましいため、研修生は全国の州政府保健局に推薦・派遣してもらおう。地域の選定はICTから始め、パンジャブ州・北西辺境州内の適当な地域を1～2カ所選定して段階的に拡大していく。

(4) カウンターパートの配属

日本人専門家と共同して仕事するプロジェクト専任の人材を配属する。

(5) 運営費

PIMSでは、すでに日本の技術協力プロジェクトが実施されたこともあり、日本の方式はよく理解しており、研修生の奨学金等の研修運営費が支出できない点についても了承している。PIMSは、連邦保健省直轄とはいえ独立運営されており、財政的に厳しい状態にあるものの、本プロジェクトは連邦政府保健省の事業であり、予算配分が期待できる。

(6) コミッティー

母子保健プロジェクト運営のためのコミッティーには、パンジャブ州・北西辺境州保健局関係者らが加えられた。

11. 現場視察の概要

11-1 パキスタン医科学研究所 (PIMS)

PIMSは、イスラマバードにある保健省管轄下の自主運営組織で、総合病院、小児病院、大学院大学、看護大学、検査技師学校、看護学校から構成されている。診療費は原則として有料である。PIMS医学雑誌が発行されており、学問的な関心は高い。

総合病院では、3年前に産科部門を新設、1993年4月と10月に上級医師が相次いで赴任してきて、上級産婦人科医3、産婦人科医2、医師7、無給研修医2、合計14名となり、2診療単位に分かれて診療している。産婦人科の技術程度は高く、カルテの記載や病棟の清潔管理等もよくなされている。分娩数月平均120例程度、手術数週10例余で、症例は増加してきている。一方で設備は劣っており、外来は間借り、手術室は仮設、病室は分散、という状態である。入院患者は、遠方より自発的に来診した貧しい重傷患者もいるものの、有償の個室には、医師の家族等裕福な患者も多い。

小児病院は、日本の無償資金協力および技術協力(1993年6月でプロジェクト期間終了)によるものである。現在も順調に運営されているが、パラメディカル等の技術管理はやや不十分のようである。呼吸器感染症や下痢症の研修、全国の二次医療施設医師対象の地域小児医療研修、ICT村落でのアウトリーチ・プログラム等を、WHO・UNICEF等の資金援助により行っている。また、外来棟新館は、パキスタン側により建設されている。小児病院の医師が有力政治家の子息の主治医であったりするため、小児病院関係者には政治的影響力があるといわれている。

看護大学は、近年学生数も増加してきているが、専門化した看護婦を養成するもので、地方の一・二次医療に直接貢献することは期待できない。看護大学の講堂は各種セミナー等、多目的に使用されており、管理体制を検討すれば、プロジェクト開始後に既存施設を共用することは十分可能と考えられた。検査技師学校は、あまりレベルが高なくて検査技師の助手を養成するにとどまっている。看護学校の教室は、検査技師学校の建物の一部を転用した狭いものであった。看護大学に供与された機材は、看護学校では共用されておらず、自主制作した図等を教材として使用していた。看護大学・検査技師学校の学生寮、および看護婦寮は、2人1室トイレ・シャワー付き、看護学校の学生寮は、20人1室であった。学生寮に空室はなく、学生数は増加しているようであった。

11-2 イスラマバード首都圏地区 (ICT)

ICTの三次医療施設としては、国家公務員への医療サービスを主目的としているFederal Government Service Hospitalがある。3年前、正常分娩と家族計画を扱う60床(うち40床稼動)の分院を整備し、合併症妊娠等を扱う本院とあわせ、産婦人科部門には100床程の収容能力があ

る。ICT村落を対象にしたTBAトレーニングも行われている。国家公務員に対しては、人工透析や集中治療室等もすべて無料であるため、この病院1カ所で全国のEPI予算以上の運営費を要しているという。人材は豊富で、外来患者数がきわめて多いにもかかわらず、カルテの記載や施設の清潔管理もきちんとなされている。PIMSとの間に協力関係はない。

Health Service Academyは、連邦保健省管轄下であり、一次医療施設の新任医師対象の研修、全国の医師・パラメディカルの再教育を行う機関だが、現在まで活動は小規模である。ドイツの技術協力により、全国的な支所の設置と修士レベルの教育課程新設の予定がある。

NIHは、臨床検査、ワクチン製造、薬品検査、水質・食品検査等を行う施設であるが、臨床研究部に病院を備え、小規模ながら分娩も取り扱っている。栄養学部門では、栄養調査や離乳食等の指導を行っている。

イスラマバードに隣接するパンジャブ州ラワルピンディ市には、三次医療施設が4カ所あり、Rawalpindi Medical Collegeの教育病院として連携している。そのうち、Rawalpindi General HospitalとHoly Family Hospitalを訪問した。いずれも、500床程度の規模で、分娩数約500例/月、患者は、パンジャブ州北部、ICT、北西辺境州、カシミールから来るとのことである。診療・医学教育に従事する人材は豊富で、カルテの記載・病棟等の管理もきちんとなされている。在庫管理はしっかりしている。看護学校も付属している。Holy Family Hospitalは増築工事中であった。

ICT村落には、内務省管轄のRHC3カ所、BHU13カ所が設置されている。設置場所が集落から遠いこと、医師をはじめスタッフが官舎に住まず通勤していて午後は不在であること、都市近郊のため患者が三次医療施設やプライベート・クリニックにバイパスしてしまうことなどのため、利用率はよくない。連邦保健省やDHOが想定しているレファラルシステムは機能しておらず、患者が自発的にラワルピンディの教育病院等を受診している。PIMSと一次医療施設の間に協力関係はない。

ラワルピンディ地区には、よく機能しているRHC、BHU、母子保健センターが存在する。一次医療施設の機能は勤務する医師やLHVの個人的資質に負うところが大きい。

11-3 ペシャワール

Hayat Shaheed Teaching Hospitalは、ペシャワールにある教育病院で、比較的よく整備された手術室・検査室・ICU・CCUを備え、三次医療を行っている。初診患者は、受付にて男女に分けられる。各科の待合室も、男女が明確に分けられている。ジェネレーター・水タンクを備え、不測の事態に対応している。

ペシャワール地域の一次医療施設では、付設の医師住宅に住む医師が勤務していて、それなりによく機能しており、女性医師が勤務している場合は鉗子分娩も扱っていた。二次医療施設で

あるDHQの機材・施設がきわめて不良であるうえ、交通・通信の手段が乏しく、レファラルシステムはまったく成り立っていなかった。USAIDの協力によるHealth Management Information Systemが導入されていたが、USAID撤退の影響を受けてEPIカバー率が下がってきているとのことだった。

12. 技術協力実施にあたっての留意点

本プロジェクトは、母子保健、特に母性保護の分野で、広く国民全体に裨益することをめざしている。それは、パキスタンでは、妊産婦死亡率が他の保健指標に比し異常に高いことなどに表れているように、女性の保健対策が著しく立ち遅れていることに配慮したものである。

PIMSには、日本の無償資金協力によって建設された教育施設があり、研修にも使用できること、WHO・UNICEF等とともに研修事業を実施したり、地域保健活動を行ったりしているので、その経験が生かされると期待できること、実行力のある人材が存在することなどから考えて、PIMSを主な実行機関として選択することは適当といえよう。イスラマバードは、連邦首都であり他州から中立的な立場にあること、政府やドナー機関との情報交換が容易であること、他ドナー機関とは異なり、現地JICA事務所には保健専門家がいなかったことから、技術協力専門家が保健・人口関係ドナー会議に参加していくことも可能であろう。本プロジェクトは、指導者レベルの実地臨床再教育を主体とするため、既存の研修事業とは重複しないと考えられるが、それらを通じ、いっそう他のプログラムとの調整を図れると考えられる。

保健医療の実行主体は各州政府であり、PIMSには地方の保健医療に対する責任・権限はない。州境を越えた事業は簡単ではないが、連邦保健省が次官レベルで関与すること、州保健局責任者をコミッティー・メンバーに含めることにより、州政府との協調は可能と判断される。パンジャブ州、および北西辺境州に対しては、日本の無償資金協力によって一次医療施設への医療機材供与が実施されており、技術協力により機能強化が期待できるうえ、比較的治安もよいことから、全国を視野に入れるとしても、当面この2州にて重点的な活動を進めるのが適当であろう。PIMSが独立運営されていて財政的に厳しいことから、連邦保健省・州保健局がどのように研修の運営費等の支出について協力していくかは、今後の検討課題である。

研修事業の効果を確実なものとするために、研修生の勤務する施設や、プロジェクトに協力的でモデルとなる得る地域の施設に対して、機材供与も考慮していくべきである。レファラルシステム形成には、施設の利用度を高めるための技術的支援とあわせて、劣悪な状態の地方の二次医療施設の強化が必要と考えられる。

パキスタンは「地球規模問題に対する援助（GII）の重点国のひとつであり、本プロジェクトは同国に対する人口関連援助の核となり得るものと期待できる。また、上記活動と関連させての、妊産婦等のHIV／エイズサーベイランス・予防教育活動や家族計画・地域保健関係NGOとの連携も今後の検討課題である。パキスタンでは、劣悪な地方の状況を改善することが重要である。しかし、地域ごとに、民族・言語・習慣が異なっているため、地域を対象としてプログラムを進めることは容易ではない。人口／エイズ関連の事業は、地域住民の反感を誘うおそれもある。もし、地域に密着した現地のNGOがプロジェクトと連携した活動を展開できれば、きわめ

て有効であると考えられる。また、地域を巡回してのフォローアップ、モニタリングをするために、プロジェクトの日本側スタッフにもパキスタン人女性を雇用するのが望ましい。また、パキスタンは、女性を対象とした保健や社会開発プログラムが最も必要とされる国のひとつであり、日本の「WIDイニシアチブ」の一環としてもきわめて重要なプロジェクトになると考えられる。

パキスタンの社会上層部は、経済的にも豊かで、高い教育を受けた人材も豊富である。それに対し、人口の大多数は、貧困と無知のなかに取り残されている。こうした前近代的社会構造が改革されない限り、どのような外国援助も一般国民の福祉に貢献することはきわめて困難である。封建社会から民主主義社会への脱却を進めるよう、各ドナーは協調して政策レベルで積極的に助言し続けるべきである。これまで対策が遅れていた地方と女性には、特に重点を置き格差を縮小することと、人的・物質的資源の適正配置を図るよう、地方分権化を含めた行政機構改革を進め、保健事業がドナーに頼り過ぎずに継続できるような予算措置をとることが必要である。

ODAによるプロジェクトの役割は、その国全体のシステム形成を助け、プロジェクト終了後も、被援助国側が持続可能とすることにある。一般に、途上国では国内格差が大きく、指導的立場にある階層が、一般国民の状況を十分把握していない場合が多い。また、一般国民も、教育レベルが低く情報量が乏しいため、自らの真のニーズを理解していないことがしばしばみられる。本プロジェクトでは、中心となる活動は首都で行うものの、カウンターパートとともに地方を巡回し、地域格差縮小が自分たちの課題であることを、国の指導者たちに認識してもらうよう努めていく。現地の指導者・住民が本当の意味でニーズを理解し、改善のために努力しようというモチベーションをもつことが持続的開発につながり、真の意味での技術移転となることであろう。