

人造り協力事業経験体系化研究
母子保健分野
報告書

平成12年2月

国際協力事業団
国際協力総合研修所

総研
J R
00-01

序 文

JICAがこれまで長年にわたり取り組んできた、途上国に対する技術協力事業の支柱である人造り協力の事業経験は、これまで各事業部等において蓄積されてきていますが、JICA全体として、これらの経験を集約、体系化することは、あまり行われていませんでした。このような事業経験を体系的に取りまとめる調査研究の必要性については、「JICA 事業における調査研究の基本的考え方」(平成7年6月)や、平成8年度に策定されたJICAの「第2次中期事業展望」においても、「知識・ノウハウの開発と蓄積」が重点課題であると指摘されていました。

これらを受けて、JICAが実施してきた技術協力案件の事業経験を体系的に整理するために、分野別の事業経験の共通する問題点を明らかにすると共に対応策や協力手法について考察することを目的として、平成9年度から、「人造り協力事業経験体系化研究」が実施されてきました。本調査研究はその一環として、母子保健協力事業におけるこれまでのプロジェクト方式技術協力の事業経験を整理・体系化するための総合的な事例研究として実施したものです。

本調査研究においては、今後の母子保健プロジェクトの実施における課題として、母子保健サービス提供に関わる面的な展開のための工夫、現地行政の現実に照らしたプロジェクトデザインの作成、日本の経験に根ざした協力活動の展開、プロジェクト運営・モニタリング体制の再検討等を指摘し、今後の事業経験の蓄積、協力方針の作成、情報管理の強化の必要性等を提言しました。

本調査研究の実施及び報告書の取りまとめにあたっては、JICA医療協力部計画課長を座長として関係各部・国際協力専門員からなる検討会を設置し、アドバイザーとして、東京大学医学部の中村安秀助教授及び神戸大学大学院の内田康雄教授にご参加いただきました。また、関係各部及びコンサルタントからなるタスクフォースを設置し、検討会での議論を進めるための資料作成等の作業を行いました。アドバイザーをお願いしました両先生はじめ、座長、委員各位及び本調査にご尽力いただいた関係機関の皆様の多大なご協力に心より感謝申し上げます。

本報告書が、今後のJICAによる母子保健事業の実施において、参考となれば幸いです。

平成12年2月

国際協力事業団
国際協力総合研修所
所長 加藤 圭一

人造り協力事業経験体系化研究 - 母子保健分野報告書

目 次

第1章 本調査研究の背景と目的	1
1 - 1 本調査研究の背景	1
1 - 2 本調査研究の目的と意義	1
1 - 3 本調査研究の実施体制	2
1 - 4 検討の過程	2
1 - 5 報告書の構成	5
第2章 本調査の対象と方法	7
2 - 1 母子保健協力とは	7
2 - 2 途上国における母子保健協力に関する問題点	7
2 - 3 国際保健医療協力における母子保健の位置付け	9
第3章 対象案件の分類と傾向	10
3 - 1 分析の対象案件	10
3 - 2 対象案件の分類と傾向分析	10
(1) 地域分布	10
(2) 受入国の経済・保健状況による傾向	10
(3) 対象プロジェクトにおける母子保健の位置付けによる傾向	12
(4) 主たる機能強化の対象となった保健医療レベルによる傾向	13
(5) 直接の技術移転の対象となるカウンターパートの傾向	15
(6) 期待された成果における傾向	15
(7) 母子保健における特徴的活動実施状況	15
(8) 主たる機能強化の対象となった施設の R/D 上の傾向	16
第4章 他のドナー調査	21
4 - 1 世界銀行	21
4 - 2 UNICEF	26
4 - 3 WHO	32
4 - 4 USAID	33

第5章	モデル分析プロジェクト個別事例	37
5 - 1	フィリピン国家族計画母子保健プロジェクト	37
5 - 2	エジプト国家族計画母子保健プロジェクト	49
5 - 3	メキシコ国家族計画母子保健プロジェクト	55
5 - 4	パキスタン国イスラマバード小児病院プロジェクト	63
5 - 5	ヴェトナム国リプロダクティブヘルスプロジェクト	77
5 - 6	ブラジル国東北ブラジル公衆衛生プロジェクト	80
第6章	母子保健プロジェクトに見られた特徴的な活動	84
6 - 1	母子手帳の開発と普及	84
6 - 2	父親・母親学級の実施と普及	88
6 - 3	助産婦・伝統的産婆(TBA)研修の実施と普及	89
6 - 4	IECの実施と普及	96
6 - 5	家族計画の実施と普及	98
6 - 6	技術移転手法	105
6 - 7	組織・制度造り	110
6 - 8	プロジェクト運営管理	116
6 - 9	母子保健プロジェクトに見られたプロジェクト実施上の対象者別の配慮	120
第7章	今後の課題	125
7 - 1	一次ケアレベルでの母子保健サービス提供に関わる面的な展開のための工夫	125
7 - 2	面的な展開におけるプロジェクト運営の課題	127
7 - 3	現地行政の現実に照らしたプロジェクトデザインの作成	128
7 - 4	プロジェクトで導入した活動の持続性確保	129
7 - 5	日本の経験に根ざした協力活動の積極的展開と経験蓄積の強化 ～母子健康手帳普及～	130
7 - 6	ヘルスシステムリフォーム(保健制度改革)への対応検討の強化	130
7 - 7	JICAのプロジェクト運営管理方法の見直し ～効果測定のためのモニタリング体制の再検討～	131
7 - 8	プロジェクトの形成/実施/評価の各段階を通じた事業経験蓄積体制の整備	132
7 - 9	医療保健協力基本方針の作成	133
7 - 10	情報管理/整備の強化～赴任専門家への情報提供の強化、情報の電子媒体化～	134
7 - 11	JICA医療協力部の実施体制の再編成	134
7 - 12	専門家の役割とその育成	135

第1章 本調査研究の背景と目的

1 - 1 本調査研究の背景

JICA事業の支柱である人造り協力に係る事業経験の集約・体系化のための調査研究の必要性については、JICA内部において「JICA事業における調査研究の基本的考え方（平成7年6月）などにおいて打ち出されてきている。また、平成8年度に策定されたJICAの「第2次中期事業展望」においても、「知識・ノウハウの開発と蓄積」が重点課題として取り上げられている。

これらを受けて、平成8年度にJICA内部で実施された「人造り協力に係る研究に関する基礎研究」においては、我が国の人造り協力の各セクターの経験を体系的に整理するとともに、途上国の人材育成に関する共通の、あるいは固有の事情や、特徴、並びに技術協力の需要に関する情報を分析することが、今後の調査研究のテーマの一つであり、その結果を協力の現場で活用していく必要があるとされた。また、教授法・指導法、事業マネジメント手法、コミュニケーション手法等の技術協力に必要な基礎的な知識・技術を、援助の現場からの体験や情報を集約することで、異文化マネジメント、協力手法としてさらに発展させて、我が国の人造り協力の効果を高めることが可能であるとされた。

上記研究を受けて、JICAが実施してきた技術協力案件の事例をカテゴリー別に、分類/レビューし、共通する問題点を明らかにすると共に対応策や協力手法について考察する事業経験体系化研究が、平成9年度より実施されてきた。本調査研究はその一環として、母子保健協力事業におけるこれまでプロジェクト方式技術協力の事業経験を整理・体系化するための総合的な事例研究を行うことを目的として実施したものである。

1 - 2 本調査研究の目的と意義

JICAはこれまで保健分野において、多くの母子保健協力プロジェクトを実施してきた。母子保健協力プロジェクトでは医療関係者が専門家としてプロジェクトに参加し、技術移転のみならずカウンターパート機関の能力強化や母子保健サービスのシステム強化などの組織制度造りの側面で協力することが求められる。また、近年は、母子に直接保健サービスを提供する一次ケアレベルの活動から、リファラルシステムの強化が必要となる二次ケアレベルの活動、小児病院などの三次ケアレベル、母子保健サービスの提供に関わる医療従事者の研修強化と様々なレベルにおける活動が展開されてきている。

したがって、これらの母子保健協力におけるこれまでの事業経験の整理・体系化を試みることは、同分野における今後の事業計画の策定・実施において重要な参考となるとともに、今後専門家としてプロジェクトに参加する医療関係者にとっても、技術移転や組織制度造りの活動を展開したり、プロジェクトの運営管理を行う上での重要な情報を提供することになる。

本調査研究はこのような観点の下に、これまでJICAが実施してきたプロジェクト方式技術協力による母子保健協力事業に焦点をあて、技術移転手法、組織制度造り、プロジェクト運営手法の三つの側

面から整理・体系化を試みたものである。

1 - 3 本調査研究の実施体制

本調査研究を実施するためにJICA関係部署及び有識者からなる検討会を設置した。また、国際協力専門員、職員、ジュニア専門員およびコンサルタントから構成されるタスクフォースを設置し、調査研究の実施と報告書の作成を行った。検討会ならびにタスクフォースの構成は以下の通りである。

* 検討会委員

座長	中島 行男	医療協力部計画課長(平成9年10月まで)
	小野田勝次	医療協力部計画課長(平成9年11月から)
委員	鈴木 忠徳	企画部環境女性課長(平成11年3月まで)
	黒澤 啓	企画部環境女性課長(平成11年4月まで)
	外川 徹	評価監理室室長代理
	隆杉 実夫	国際協力総合研修所調査研究課長(平成10年7月まで)
	小澤 勝彦	国際協力総合研修所調査研究課長(平成10年8月から)
	半田佑二郎	国際協力専門員(平成10年3月まで)
アドバイザー	中村 安秀	東京大学医学部国際保健学科助教授
	内田 康雄	神戸大学大学院国際協力研究科教授

* タスクフォース

主査	半田佑二郎	国際協力専門員(平成10年3月まで)
	武田 長久	国際協力専門員(平成10年4月から主査代行)
	岩崎 英二	企画部地域一課(平成10年5月まで)
	鈴木 彰	医療協力部医療協力第二課
	長堀智香子	医療協力部医療協力第二課ジュニア専門員 (平成10年4月まで)
	大久保恭子	国際協力総合研修所調査研究課(事務局兼務)
	田中 香	国際協力総合研修所調査研究課ジュニア専門員 (事務局兼務)(平成10年7月まで)
	池田 高治	株式会社アイシーネット

1 - 4 検討の過程

平成9年度より開始した本調査は、平成9年度実施分をフェーズ1調査、平成10年度実施分をフェー

ズ2調査として検討を行った。主な検討項目は以下の通り。

(1) フェーズ1調査

フェーズ1においては、対象案件の分類・類型化とフェーズ2の詳細分析の骨組み・項目の検討を行った。

1) 母子保健協力の概念整理・位置付けの整理

まず、分析に先立ち「母子保健協力の範囲の定義」、「母子保健協力の歴史的経緯」、「医療協力分野における母子保健協力の位置付け」に関して、概念整理を行った。

2) 関連資料の収集

母子保健協力に関係のあると思われる45件のプロジェクト方式技術協力の事例から、おもに次の資料を収集した。

- ・事業団内説明資料
- ・各種調査団報告書
- ・専門家総合報告書
- ・四半期報告書
- ・PDM(プロジェクト・デザイン・マトリックス)
- ・その他新聞・雑誌記事など

3) 対象案件の選定

対象案件の選定は、次の手順で行った。

<一次スクリーニング>

母子保健協力をコンポーネントとして含んでいる可能性のある45のプロジェクトを抽出した。

<プロジェクトの個別解析用シートの作成>

章末(表2-1)の個別解析用シートを作成し、案件の予備的記入とシートの修正を行った。

<個別解析>

上記2)の関連資料に基づき、個別解析シートに各案件の特徴を記入した。

<二次スクリーニング>

個別解析結果に基づき、最終的に報告書が豊富にそろっている29件を本調査の分析対象とした。

4) 概要レビュー

概要レビューとしてこれまでのJICAによる母子保健プロジェクトの分類と傾向について、29件のプロジェクトを概観した。(第3章参照)

5) 他の援助機関の類似事業案件に関する情報収集および比較分析

類似事業の案件を持つ、他の援助機関(世界銀行、WHO、UNICEF、USAID)に関して、情報収集と比較分析を行った。(第4章参照)

6) 詳細分析の枠組み・項目の検討

詳細分析として、「技術移転手法」、「組織・制度作り」、「プロジェクト運営・管理」に着目し、それぞれの手法に関する分析枠組み・具体的な項目の検討を行った。また、3つの分類について、調査により明らかにしたいポイント群を選択し、プリ・テスト(専門家の報告書の読み込みとインタビューによる情報抽出)により、分析の枠組みと具体的な項目とを決定した。

(2) フェーズ2調査

1) 類型別事例の詳細分析

母子保健プロジェクトを、協力の主要対象レベル別に「一次ケア」、「二次ケア」、「三次ケア」、「大学・研究機関」、「研修センター」に分類し、それぞれについて調査対象プロジェクトとして次の案件を選定した。

表1 - 1 詳細分析対象案件

協力の対象レベル	プロジェクト名
一次ケア	フィリピン家族計画・母子保健
	エジプト母子保健
二次ケア (及び複数の対象)	メキシコ家族計画・母子保健
三次ケア	パキスタンイスラマバード小児病院
大学・研究機関	ブラジル公衆衛生
研修センター	ヴェトナムリプロダクティブヘルス

また、専門家総合報告書・四半期報告書、派遣専門家へのインタビュー、JICA担当職員へのインタビューおよび現地調査(フィリピン母子保健プロジェクト・フェーズII)に基づき、上述の各プロジェクトに関して、詳細分析を行った。(第5章参照)

2) 事例の横断的分析

詳細分析の対象としたプロジェクトに関して以下の観点から横断的分析を行った。(第6章参照)

- ・母子保健プロジェクトに見られた特徴的な活動
- ・母子保健プロジェクトに見られた「技術移転」、「組織・制度作り」および「プロジェクト運営・管理」の手法の特徴
- ・母子保健プロジェクトに見られたターゲット別の特徴

3) 現地調査

分析の枠組み・項目が、実際のプロジェクトサイトにおいても妥当であるかどうかをチェックするために、タスクフォース・メンバーの武田、田中、池田の3名が平成10年3月15日から21日までの日程でフィリピン家族計画・母子保健プロジェクト・フェーズ2における、県・州・中央のそれぞれの活動拠点を訪問した^{注1}。

4) 分析結果の体系化および教訓・提言のまとめ

上記の分析より得られた結果により、今後の母子保健事業に関する教訓と提言をとりまとめた。(第7章参照)

1 - 5 報告書の構成

本報告書の第2章では母子保健協力についての概念整理、歴史的経緯等について考察を行った。続いて第3章にて母子保健プロジェクトの代表例として29案件を選定し、それらにどのような特色があるのかについて分析を試みた。そこでは、プロジェクトがリファラルシステムのどの段階について機能強化を図ろうとしたのか、あるいはプロジェクトで期待された成果を何に設定していたのか、技術移転の対象となったカウンターパートの傾向はどのようなものであったのか、という視点で母子保健協力の傾向把握を行った。第4章では、他の援助機関における母子保健協力の位置付け、協力方法についてまとめた。また、第5章では本調査において事例分析を行なうにあたりプロジェクトが機能強化を図ろうとした医療リファラル別にプロジェクトを5つに分類し、そのカテゴリーより1件ずつ(第一次レベルを対象とするプロジェクトは2件)代表的な協力事例を選定し、協力の事例分析を行なった。さらに、第6章では、母子保健に見られた特徴的な活動、母子保健プロジェクトに見られた3手法(技術移転、組織制度作り、プロジェクト運営管理)、プロジェクト実施上の強化対象者別の配慮に関する傾向および特色について分析を行なった。以上より浮かび上がったこれまでの母子保健協力の今後の課題及び提言について第7章に取りまとめた。

注1 第5章で行った詳細分析の対象は、同プロジェクトのフェーズ1である。

表1-2 プロジェクト個別解析用シート

番号		国名		プロジェクト名												期間										
国内支援機関																										
受益者	要請機関	実施機関及びプロジェクトサイト	技術移転対象者	解決すべき問題	上位目標	プロジェクト目標	期待されていた成果							主となる活動												備考
							保健医療施設におけるMCH careの強化	MCH予防・管理強化	HE強化	レファラルシステム確立・強化	住民参加体制の確立	感染症予防	保健政策改善	その他	保健医療施設での活動	Outreach Program	他のPHC活動	コミュニティでの組織作り	保健医療分野以外のプロジェクトとの連携	保健関連情報整備	地域保健医療機関の強化	保健施設への情報及び通信設備導入	保健医療施設の建設	医療機材の投入	専門家の投入	
プロジェクト計画段階																										
受益者	要請機関	実施機関及びプロジェクトサイト	技術移転対象者	解決すべき問題	上位目標	プロジェクト目標	成 果							主となる活動												備考
							保健医療施設におけるMCH careの強化	MCH予防・管理強化	HE強化	レファラルシステム確立・強化	住民参加体制の確立	感染症予防	保健政策改善	その他	保健医療施設での活動	Outreach Program	他のPHC活動	コミュニティでの組織作り	保健医療分野以外のプロジェクトとの連携	保健関連情報整備	地域保健医療機関の強化	保健施設への情報及び通信設備導入	保健医療施設の建設	医療機材の投入	専門家の投入	
実施及び終了段階 PDM 作成 年月日																										

(注): 1. 情報のおとしこみは報告書の記載情報のみとする(空白があっても仕方なし)。基本的には該当する活動欄に 印を記入することとするが、付属情報として活動内容を簡潔に併記することが望ましい。

2. 「保健医療施設におけるMCH Care強化」については、a: Antenatal Care技術の向上、b: Paediatric Careの向上、c: Facility Managementの向上のいずれかに該当する活動があった場合に、記号名を記入する。

3. 「保健医療施設での活動」については、a: 医療技術・サービスの改善を目的とした訓練プログラム、b: 保健医療施設の運営管理強化のための訓練プログラム、c: 施設機材の維持管理に関する訓練プログラムの向上のいずれかに該当する活動があった場合に、記号を記入する。

4. 「医療機材の投入」については、金額、主要品目、供与先、配付先(可能であれば)について記入する。

5. 「専門家投入」については、専門家指導分野を記入した。人数(長期、短期別)を記入する。なお、長期専門家については、指導分野別を次の5分野に分類し、さらに各分野ごとに派遣実績(人数)を記入する。

例 a: 臨床医学 名、b: 社会医学 名、c: 社会科学 名、d: 視聴覚関連 名、e: その他 名

6. 「C/Pの日本での研修」については、長期専門家の指導分野分類を用いて(5分類)し、分野ごとの受入実績(人数)を記入する。

第2章 本調査の対象と方法

2 - 1 母子保健協力とは

母子保健協力(MCH)は、今日途上国における保健分野での協力の中心的な課題となっている。母子保健とは、リプロダクティブ・エイジ(妊娠とそれに続く出産育児を担う年齢)にある女性と彼女らによって生み育てられる子供(特に新生児から学齢期以前の年齢)に対して提供される保健医療サービスを指す。母子保健分野の協力では、母子が肉体的、精神的、社会的に健全な生活を営むことができるようにすることが目的とされる。そのために、リプロダクティブ・エイジの女性が選択・計画した妊娠・出産、妊娠中および産後の母体の適切な保護、安全で清潔な分娩、母子の健康を損なう疾病の適切な予防と治療などを確保することが協力内容としてあげられる。

なお、1978年のアルマアタ会議で提唱された「プライマリー・ヘルスケア(Primary Health Care : PHC)」や1994年の国際人口開発会議で打ち出された「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ(Reproductive Health and Rights)」において母子保健は重要な構成要素となっているが、日本ではこれまで人間のライフステージの一部として捉えられてきた。従って、日本による開発途上国に対する母子保健協力で「母子保健」の対象とされる概念は、図2-1に示すとおり日本型の母子保健概念とリプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念の双方がカバーする領域と考えられる。

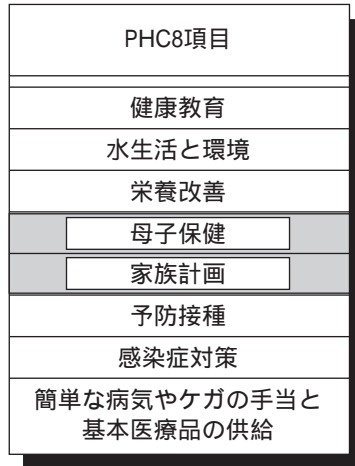
2 - 2 途上国における母子保健協力に関する問題点

1995年の乳児死亡率(出生1,000人当たり)をみると、先進国の平均が7であるのに対して、低・中所得国の平均は60であり、全世界平均の乳児死亡率も55に達している。特に乳児死亡率の高い地域は、アフリカ、南アジア、中東・北アフリカの諸国で、それぞれ92、75、54であった^{注2}。また、5歳未満の乳幼児の主な死亡原因としては、急性呼吸器感染症(ARI)、下痢症、周産期障害、はしか、マラリア、新生児破傷風、百日咳、結核などで、子供の死亡の直接原因は70%以上が感染症によるものである。その背景としては子供自身の栄養失調や親の教育不足、劣悪な衛生環境などが大きな要因となっており、それらは貧困と密接な関係を持っている。開発途上国における貧困と急激な人口増加、農村や都市の環境の悪化は相互に作用して悪循環を引き起こし、母子を含む人々の健康に重大な影響を及ぼしている。また、開発途上国全体の妊産婦死亡率(出生10万当たり)は先進国平均の7に比べて350と非常に高い値を示している。妊産婦死亡の直接の原因としては、異常分娩、出血、産褥熱、妊娠中毒症、子癇などがあげられるが、保健医療以前の問題として、女性・女児の地位の低さ、男女の不平等な社会関係、妊娠中の管理や検診機会の乏しさ、妊婦の栄養失調、不潔な分娩処置、若年妊娠、多産などの社会・文化・経済的背景が大きな要因となっており、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの観点からの対応が求められるようになっている。

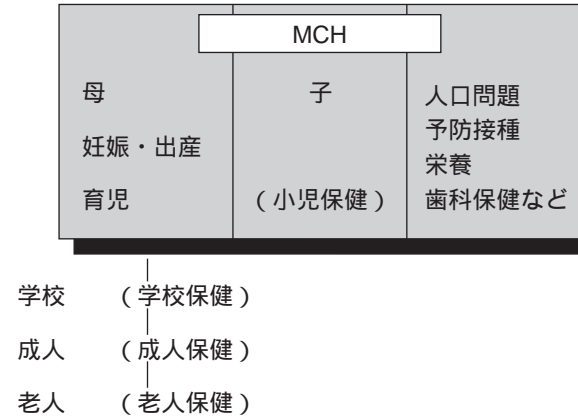
注2 世界銀行「世界開発報告1997」東洋経済新報社1997年

図2 - 1 母子保健の位置付け(作成：中村安秀)

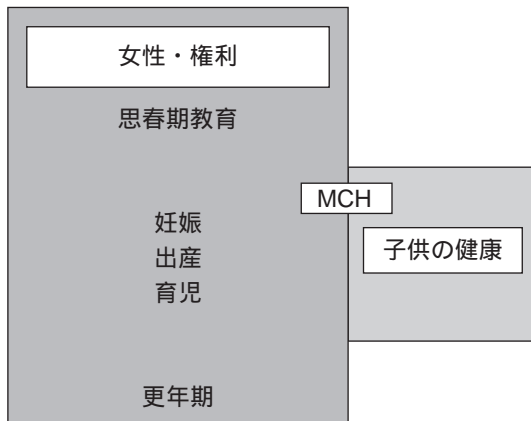
1. アルマアタ宣言：MCHはPHCの1要素



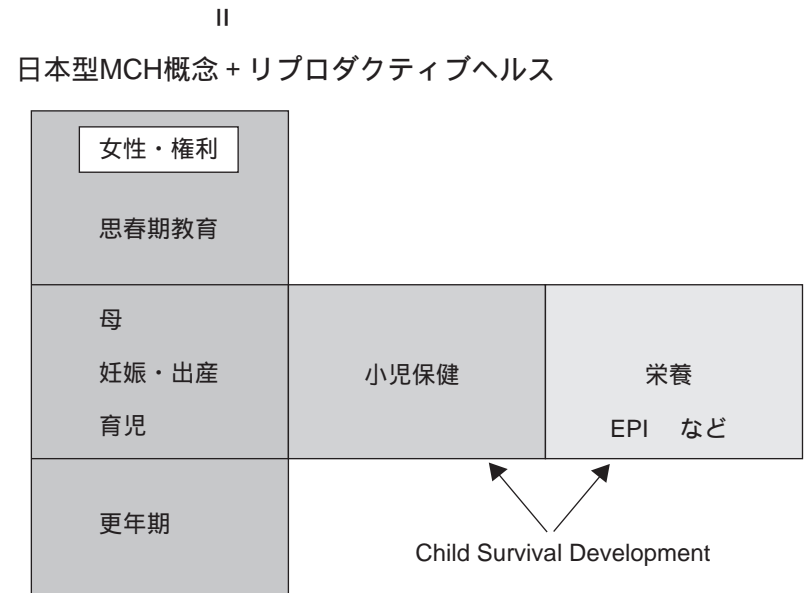
3. 日本：人間のライフステージの一部と捉える



2. カイロ会議：リプロダクティブヘルス/ライツにおけるMCH



4. 日本の開発途上国に対する技術協力におけるMCHのカバーする領域



2 - 3 国際保健医療協力における母子保健の位置付け

開発途上国の高い乳児死亡率や妊産婦死亡率などの母子保健の問題に対して、これまで国際機関や先進国ドナーが様々な協力を行ってきた。世界保健機関(WHO)や国連児童基金(UNICEF)などが中心となって協力を行ってきた開発途上国での予防接種の拡大は乳児死亡率の低下に大きく寄与してきた。また、チャイルドサバイバルとして子供の健康、母子保健(MCH)は先進国ドナーの開発途上国援助においても重要な分野となっている。

1978年にWHOとUNICEFの共催で「プライマリヘルスケアに関する国際会議」がアルマアタで開催され、「2000年までにすべての人々に健康を(Health for All by the Year 2000)」という目標を提示し、それを実現するための方法としてプライマリヘルスケア(PHC)の推進が位置付けられた。PHCの基本的な活動項目として、1)健康教育、2)水供給と生活環境、3)栄養改善、4)母子保健と家族計画、5)予防接種、6)感染症対策、7)簡単な病気やケガの手当て、8)基本医薬品の供給があげられている。また、PHCの理念として公平さと参加が掲げられ、その原則として住民参加、地域資源の有効活用、適正技術の活用、統合と各分野の協調、などが挙げられている。なお、母子保健はPHCの重要な構成要素として位置付けられ、地域コミュニティの参加の下で活動を展開する必要性が認識されている。

1996年5月にOECD開発援助委員会(DAC)で採択された新開発戦略「21世紀に向けて：開発協力を通じた貢献」では、成果重視の開発目標として7つのターゲットを設定している。その中には、乳児および5歳未満幼児の死亡率を3分の1に低下させる(2015年まで)、妊産婦死亡率を4分の1に低下させる(2015年まで)、性と生殖に関する保健サービスへのアクセスを実現する(2015年まで)という母子保健に関わるターゲットが3つ挙げられている^{注3}。このように、DAC新開発戦略では社会開発の側面が重視され、その中でも母子保健分野への協力の重要性が示されている。さらに、日本の“WID Initiative”では2010年までに妊産婦死亡率を10万人あたり200減少させるという目標も設定されている。このように、母子保健協力は開発途上国支援において重要な課題といえるできると考えられる。

^{注3} このほかのターゲットとして、貧困人口の割合を半減する(2015年まで)、初等教育を普遍化する(2015年まで)、初等・中等教育における男女格差を解消する(2005年まで)、森林、水産資源等に表れる環境破壊の傾向を逆転させる(2015年まで)が含まれている。

第3章 対象案件の分類と傾向

3 - 1 分析の対象案件

母子保健に関係のあると思われる45件のプロジェクトから、最終的に報告書が一通りそろっているもの29件を分析の対象とした。(表3 - 1 参照)

対象とするプロジェクトには、延長や再延長を行ったものもあるが、フェーズが分かれている場合(JICAが別の活動として分類している場合)のみ複数のプロジェクトとみなし、単なる延長やフォローアップは一つのプロジェクトとみなした。(ただしプロジェクトの開始時期と、実際の母子保健活動が始まった時期とズレがある案件もあるので、概要レビューは一つのプロジェクトであっても、それぞれの期間ごとに作成してある。)

3 - 2 対象案件の分類と傾向分析

(1) 地域分布

表3 - 2の通り、アジアにおける母子保健協力が従来から現在にいたるまで最も多く、80年代から中近東や中南米、90年代からアフリカでも数は少ないがプロジェクトを開始している。

表3 - 2 対象プロジェクトの地域分布

地域 開始時期	アジア	中近東	アフリカ	中南米	大洋州	ヨーロッパ	件数
～ 1975	2(5)						2(5)
1976～1980	2(2)						2(2)
1981～1985	2(4)	1(1)		1(2)		(1)	4(8)
1986～1990	2(2)	2(3)	(1)	1(1)			5(7)
1991～1995	6(7)	(1)	1(4)	2(3)	(1)		9(16)
1996～	4(4)	1(1)	1(1)	1(1)			7(7)
累計	18(24)	4(6)	2(6)	5(7)	(1)	(1)	29(45)

(注) ()内は1次スクリーニング前の件数。

(2) 受入国の経済・保健状況による傾向

a) 経済状況

表3 - 3の通り、母子保健プロジェクトが従来から、GNP / c500ドル以下の国を中心とした低所得国を主体として実施されてきたことが示されている。

表3-1 本調査研究における研究対象プロジェクト一覧

番号	国名	プロジェクト名	協力期間開始 協力期間終了	延長協力期間終了 協力期間再延長終了	協力期間再々延長終了 フォローアップ終了	スクリー ニング結果	協 力 概 要
2	インドネシア	家族計画・母子保健	1989.11.29 1992.11.28				中部ジャワをモデル地域とし、FP/MCHサービスの向上、家族計画に係る指導者の人材育成、教材の開発普及など
12	韓国	母子保健	1984.4.6 1990.7.31				第三次医療機関従事者を対象としたトレーニング実施、周産期医療関係の指導者訓練
4	ネパール	母子保健	1985.10.7 1990.10.6	1991.10.6			モデル地区において母子保健事業の拡充によって家族計画の強化を図る。母子保健、家族計画分野における医療従事者をはじめとする関係者の訓練
5	フィリピン	家族計画・母子保健	1992.4.1 1997.3.31				モデル地区における地域保健活動の母子保健サービス・デリバリーシステムの強化を図ることを目的とし、人材の育成、地域住民活動及び啓蒙活動の支援を実施
8	タイ	家族計画・母子保健	1991.6.1 1996.5.31				FP/MCH*活動を促進強化することにより東北タイ地域住民の保健水準を向上させる、FP/MCH分野の人材養成、保健情報管理システム形成等。
24	エジプト	家族計画・母子保健	1989.9.19 1992.9.18	1994.3.31			農村地帯における家族計画の普及と改善、妊産婦及び乳幼児死亡率引き下げのための医療サービスの向上。
29	タンザニア	母子保健	1994.12.1 1999.11.30				MCHにかかる環境を改善し、母子疾病率及び死亡率の低下を図る。ムセンビリーメディカルセンター(MMC)における小児科のレベル向上、モデル地区でのMCH活動強化
19	コロンビア	家族計画・母子保健	1985.11.8 1990.11.17				家族計画の普及及び母子保健活動の促進を図り、国民の健康、福祉の向上に協力した。
18	ブラジル	家族計画・母子保健	1996.4.1 2001.3.31				東北部セララ州において保健従事者の能力を強化し、MCHサービスの機能を向上させることを目的とする。
17	メキシコ	家族計画・母子保健	1992.4.1 1997.3.31				モデル地域における住民参加促進によるMCH/FP活動の改善、リファラルシステムの強化等。
9	カンボディア	母子保健	1995.4.1 2000.3.31				無償資金協力による国立母子保健センターの改修に伴い、同センターの管理運営能力の向上、研修活動の強化、診断・治ゆレベルの向上を図る。
15	パキスタン	母子保健	1996.6.15 2001.6.14				選択地域において、妊産婦疾患・死亡原因の社会学的・栄養学的・疫学的調査を実施。安全な母性のための研修実施。母子保健センターの確立。
14	バングラデシュ	家族計画	1976.3.29 1981.3.28	1985.3.28			ダッカ近郊のモデル地区において地域住民に対する啓蒙活及び広報活動、フィールドワーカーに対する教育訓練活動、母子保健活動の3者による家族計画普及
3	フィリピン	家族計画	1974.7.17 1979.3.31	1981.3.31 1986.3.31	1989.3.31		家族計画の啓蒙、啓発及び知識の普及を図る。再々延長期において母子保健活動実施。
7	タイ	家族計画	1974.7.25 1979.3.31	1984.3.31 1989.3.31			モデル地区を設定し、地域保健活動の推進と母子保健サービス・デリバリーシステムの強化を図る。
20	ペルー	家族計画・母子保健	1989.10.6 1994.10.5				MCH/FPに係わる地域活動への支援、MCHサービス推進に携わるスタッフへのMCH/FP分野の技術指導
10	ヴェトナム	リプロダクティブ ヘルスプロジェクト	1997.6.1 2000.5.31				モデル地区クアン省における女性のリプロダクティブヘルスの向上を図る為に、保健所スタッフの再訓練、保健所の分娩室の改善等。PDMあり
6	フィリピン	家族計画・ 母子保健(11)	1997.4.1 2002.3.31				1992年以来実施されているプロジェクトの広範囲への普及を目指す。FP/MCHに携わる人材育成、FP/MCHかかる住民活動等への支援等。
21	ヨルダン	家族計画・WID	1997.7.1 2000.6.30				コミュニティーベースの家族計画体制の確立。家族計画従事者(医師・保健婦)等の能力を強化し母子保健センターの機能を改善。WID活動の強化と経済活動を通じて女性の社会
26	ガーナ	母子保健医療 サービス向上計画	1997.6.1 2002.5.31				FP/MCHの強化を目的とし、全てのレベルにおける医療従事者のインサービストレーニングの再検討、カリキュラムの開発、トレーニングの計画・実施・評価を確立する。
35	タイ	公衆衛生	1991.9.1 1996.8.31				東北タイをモデル地域とし、保健医療システムの改善を図る。地域保健サービスの強化、FP/MCH活動関連プログラムの運営強化。妊婦歯科保健教育実施。計画時の
30	インドネシア	北スマトラ地域 保健対策	1978.4.1 1983.3.31	1984.3.31 1989.3.31			伝染病対策の促進、としてマリアア対策を中心に実施していたが、86年より母子保健要素を導入し、母子保健分野の専門家を派遣した。モデル地域におけるポシアンデウの調
31	インドネシア	南スラウェシ地域 保健強化プロジェクト	1997.4.1 2002.3.31				予防できる死亡を減少させることを目標とし、その為の活動として助産婦、地域助産員(village midwife)へのトレーニングを実施する。
36	ラオス	日本・WHO 公衆衛生	1992.10.1 1997.9.30				PHC、EPI、感染症対策(ウイルス、細菌、寄生虫)の強化を図る。群・県レベルの保健衛生機関の活動強化。PHC啓蒙活動等。EPI活動の一環として子供へのワクチン接種
38	ネパール	プライマリ・ ヘルスケア	1993.4.1 1998.3.31				モデル地区住民の健康向上を図ることを目標、保健要員、ボランティアや地域指導者の訓練。住民の保健サービスへアクセス向上。母子保健教育や母子保健手帳の作成実
41	ブラジル	東北ブラジル公衆衛生	1995.2.10 2000.2.9				保健所レベルから大学病院までの統一保健医療システムの促進を図る。医療設備の整備、管理体制の構築、人材育成、カリキュラムの作成等を実施。分娩助産技術移転
44	パキスタン	イスラマバード 小児病院	1986.7.1 1991.6.30		1993.6.30		乳幼児死亡率を減少させるため無償資金協力で建設された同病院における、新生児看護、小児麻酔等の技術向上を図る。
45	エジプト	カイロ小児病院	1983.7.1 1988.6.30		1989.6.30		ICU/NICU、感染症免疫・代謝、先天性異常、小児神経、小児外科、臨床検査、小児看護、病院管理等の向上が図られた。
46	エジプト	カイロ大学 小児病院(II)	1989.7.1 1994.6.30		1996.6.30		同病院における、循環器疾患を含む小児科疾患の診断・治療技術の向上を図る。

表3 - 3 GNP / cによる分布

GNP / c 開始時期	500ドル 以下	501 ~ 1,500ドル	1,501 ~ 3,000ドル	3,001 ~ 6,000ドル	6,001ドル 以上	件 数
~ 1975	1	1				2
1976 ~ 1980	2					2
1981 ~ 1985	1	2	1			4
1986 ~ 1990	2	3				5
1991 ~ 1995	4	1	2	2		9
1996 ~	3	2	1	1		7
累 計	13	9	4	3	0	29

(注) 『世界銀行世界開発報告 1978、1979、1981、1983、1985、1986、1987、1990、1993、1994、1995、1997』を出典とし、各期間のGNP / cのうち、開始年と最も近い年のデータにより分類した。ただし1996年以降のプロジェクトについては、1995年のデータにより分類した。

b) 保健状況

表3 - 4の通り、IMRの高さと対象プロジェクトの実施件数は特に相関を示していない。すなわちIMRの高いところを選択的に実施しているわけではないことがうかがえる。

表3 - 4 乳幼児死亡率(IMR) / 1,000人による分布

IMR 開始時期	25 以下	26-50	51-75	76-100	101-125	126 以上	件 数
~ 1975		1	1				2
1976 ~ 1980					1	1	2
1981 ~ 1985		2		1		1	4
1986 ~ 1990			2	2	1		5
1991 ~ 1995		5		4			9
1996 ~		4	1	2			7
累 計	0	12	4	9	2	2	29

(注) 『世界銀行世界開発報告 1978、1979、1981、1983、1985、1986、1987、1990、1993、1994、1995、1997』を出典とし、各期間のIMRのうち、開始年と最も近い年のデータにより分類した。ただし1996年以降のプロジェクトについては、1995年のデータにより分類した。

(3) 対象プロジェクトにおける母子保健の位置付けによる傾向

従来から母子保健プロジェクトは家族計画と統合して実施されることが多く、現在もその傾向は続いている。

一方、地域保健や、プライマリ・ヘルスケア、リプロダクティブ・ヘルス強化の一環として実施されるものも近年増えており、多様化の傾向が伺える。対象としたプロジェクトには、保健医療以外の他のセクターと統合して実施されたものはなかった。

表3-5 対象プロジェクトにおける母子保健の位置付け

位置付け 開始時期	単 独	家族計画との 統合(注)	その他の保健医療 対策との統合	保健医療以外の セクターとの統合	件 数
1971 ~ 1975		2			2
1976 ~ 1980		1	1		2
1981 ~ 1985	2	2			4
1986 ~ 1990	2	3			5
1991 ~ 1995	2	3	4		9
1996 ~	2	4	1		7
累 計	8	15	6	0	29

(注)母子保健と家族計画のみを行うプロジェクトを「家族計画との統合」に分類した。

(4) 主たる機能強化の対象となった保健医療レベルによる傾向

a) 開始時期

表3-6の通り、一次ケアをおもな開発対象とするプロジェクトが、近年増えていることが見て取れる。

表3-6 機能強化の対象となる保健医療レベル別の開始時期

保健医療 レベル 開始時期	一次ケア(コ ミュニティ・ ベースの保健 組織・保健所 ・診療所)	二次ケア (地方中核 病院)	三次ケア (中央・ 専門病院)	大学・ 研究機関	研修センター	対象施設が 複数	件 数
1971 ~ 1975	1				1		2
1976 ~ 1980					1	1	2
1981 ~ 1985	1	1	2				4
1986 ~ 1990	2	1	2				5
1991 ~ 1995	3	1	1	2		2	9
1996 ~	4				2	1	7
累 計	11	3	5	2	4	4	29

(注1) 29件のプロジェクトのR&D、実施協議報告書、巡回指導調査報告書、評価報告書を基本に、主となる対象施設を分類した。ただし、PDMの作成されている6件のプロジェクト(インドネシア(1989)、ブラジル(1995、1996)パキスタン(1996)、フィリピン(1997)、ヴィエトナム(1997))については、PDMの記載により分類した。

(注2) コミュニティベースの保健組織活動支援、保健所・診療所の機能強化を主な対象とするプロジェクトを、「一次ケア」として分類した。

(注3) 機能強化の対象となった施設が複数あるプロジェクトで、そのプロジェクトの主たる対象施設が特定できる場合は、それにより分類した。レファラルやIEC強化自体が対象で、ひとつの施設を特定できない場合は「対象施設が複数」として分類した。

b) 地域

表3 - 7の通り、アジアでは一次ケアレベルのコミュニティベースの住民組織を対象としているものが多く、また研修センターの機能強化を対象としたプロジェクトも多いことが推察される。

表3 - 7 機能強化の対象となる保健医療レベル別の地域分布

保健医療 レベル 地域	一次ケア(コ ミュニティ・ ベースの保健 組織・保健所 ・診療所)	二次ケア (地方中核 病院)	三次ケア (中央・ 専門病院)	大学・ 研究機関	研修センター	対象施設が 複数	件 数
ア ジ ア	7		3	1	4	3	18
中 近 東	2		2				4
アフリカ	1	1					2
中 南 米	1	2		1		1	5
合 計	11	3	5	2	4	4	29

c) GNP / c

表3 - 8の通り、一次ケアや研修センターを対象とするプロジェクトは、所得の低い国で行われる場合が多いことがうかがわれる。

表3 - 8 機能強化の対象となる保健医療レベル別のGNP / c

保健医療 レベル GNP / c	一次ケア(コ ミュニティ・ ベースの保健 組織・保健所 ・診療所)	二次ケア (地方中核 病院)	三次ケア (中央・ 専門病院)	大学・ 研究機関	研修センター	対象施設が 複数	件 数
500 ドル以下	4	1	2	1	3	2	13
501 ~ 1,500	3	2	2		1	1	9
1,501 ~ 3,000	3		1				4
3,001 ~ 6,000	1			1		1	3
6,001 ドル以上							0
合計	11	3	5	2	4	4	29

d) 乳児死亡率 / 1,000人

表3 - 9の通り、IMRが高いところでは、あまり一次ケアを主対象としていない。中央・専門病院や研修センターを対象とするプロジェクトは、IMRの程度に関わらず、万遍なく行われている。

表3 - 9 機能強化の対象となる保健医療レベル別のIMR

保健医療 レベル IMR	一次ケア(コ ミュニティ・ ベースの保健 組織・保健所 ・診療所)	二次ケア (地方中核 病院)	三次ケア (中央・ 専門病院)	大学・ 研究機関	研修センター	対象施設が 複数	件 数
25 以下	6						6
26 ~ 50	2	1	1	1	2	1	8
50 ~ 75	2		1			1	4
76 ~ 100		2	2	1	1	1	7
101 ~ 125	1		1			1	3
126 以上					1		1
合計	11	3	5	2	4	4	29

(5) 直接の技術移転の対象となるカウンターパート(C/P)の傾向(表3 - 10 参照)

- ・主たる機能強化の対象となった保健医療レベルが一次・二次ケアである場合には、それぞれに保健所・診療所の医療従事者と地方中核病院の医療従事者を技術移転の直接の対象者とするとともに、行政官も直接のC/Pとしている(特に一次レベルの場合には地方行政官も対象としている)場合がほとんどである。
- ・しかし、三次ケアレベルが主たる機能強化の対象となった場合には行政官を対象とせず、中央・専門病院の医療従事者を直接のC/Pとするケースがほとんどである。
- ・以上から、JICAプロジェクトにおいては多くの母子にアプローチするには、当該国の保健行政制度の末端までの状況はさておき、当該国の保健行政(サービスデリバリー)の強化という方法を採用していることが確認される。

(6) 期待された成果における傾向(表3 - 11 参照)

- ・人的資源開発、保健管理の強化、保健教育の改善、保健情報提供の改善を目的とするプロジェクトがほとんどである。
- ・リファラル整備を目標とするプロジェクトは非常に少ない。
- ・パイロット経験の拡大についても、プロジェクト目標と明確に位置付けているもの(R/D上)は、以外に少ないことが確認される。

(7) 母子保健における特徴的活動実施状況(表3 - 12 参照)

- ・本調査の詳細検討対象として選定した29件のプロジェクトについては、主たる機能強化の対象を三次ケア及び研究所・大学とするプロジェクトを除くと、残りのほとんどのプロジェクトにおいて、「IECの教材開発」と「家族計画」活動を実施している点が特徴的である。プロジェクト名に「家

族計画」がなく「母子保健」という名称だけのプロジェクトにおいても、「家族計画」活動を展開している。その一方で、「助産婦・TBA研修」、「予防接種」、「栄養改善・指導」、「村落薬保健プログラム」などの活動は、それほど多くのプロジェクトで実施されきた状況にはない。

- ・「妊産婦検診」、「母子手帳普及」、「乳幼児検診」、「家族計画」の活動は、同時に実施されていることが確認できる。

(8) 主たる機能強化の対象となった施設のR/D上の傾向(表3 - 13参照)

- ・一次ケアを主たる機能強化の対象施設とするプロジェクトがほとんどである。これは1970年代、80年代、90年代を通して確認される点であり、JICAの母子保健プロジェクトでは常に母と子(住民)の健康向上に直接裨益することを目標として努力してきたことがうかがえる。これは、「直接の技術移転の対象となるC/P」に「保健所・診療所の医療従事者」と「地方自治体行政官」が多いことから裏付けられている。また、この傾向は、特に1980年代後半以降は顕著となっている。
- ・但し、一次ケアを主たる機能強化の対象施設とするケースが多くとも、「直接の技術移転の対象となるC/P」に医療従事者以外の人材、つまりコミュニティヘルスワーカーなどの育成や活用を開始し始めたのは、1990年代に入ってからとなっている。
- ・「研修センター」を対象とする案件は、1970年代と1990年代に、「大学・研究機関」を対象とする案件は1990年代に、それぞれわずかに見られる程度である。

表3 - 10 直接の技術移転の対象となるカウンターパート^(注1)の傾向分析

対象者 プロジェクト名(開始年)	保健所・診療所				地方中核病院					中央・専門病院					行政官		研究所・大学 研究員	研修センター	その他
	医師・ 準医師	看護職 (注2)	その他の 医療 従事者	CHW	医師	検査 技師	看護婦 ・準看 護婦	管理職	その他	医師	検査 技師	看護婦 ・準看 護婦	管理職	その他	中央 省庁	地方 自治体			
[アジア]																			
フィリピン・家族計画(1974)																			
タイ・家族計画(1974)																			
バングラデシュ・家族計画(1976)																			
インドネシア・北スマトラ地域保健(1978)																			
韓国・母子保健(1984)																			
ネパール・母子保健(1985)																			
パキスタン・イスラマバード小児病院(1986)																			
インドネシア・家族計画・母子保健(1989)																			
タイ・家族計画・母子保健(1991)																			
タイ・公衆衛生(1991)																			
フィリピン・家族計画・母子保健フェーズI(1992)																			
ラオス・日本・WHO公衆衛生(1992)																			
ネパール・プライマリヘルスケア(1993)																			
カンボディア・母子保健(1995)																			
パキスタン・母子保健(1996)																			
フィリピン・家族計画・母子保健フェーズII(1997)																			
インドネシア・南スラウェシ地域保健強化(1997)																			
ベトナム・リプロダクティブヘルス(1997)																			
[中近東]																			
エジプト・カイロ小児病院(1983)																			
エジプト・カイロ小児病院フェーズII(1989)																			
エジプト・家族計画・母子保健(1989)																			
ヨルダン・家族計画・WID(1997)																			
[アフリカ]																			
タンザニア・母子保健(1994)																			
ガーナ・母子保健医療サービス強化(1997)																			
[中南米]																			
コロンビア・家族計画・母子保健(1985)																			
ペルー・家族計画・母子保健(1985)																			
メキシコ・家族計画・母子保健(1992)																			
ブラジル・東北ブラジル公衆衛生(1995)																			
ブラジル・家族計画・母子保健(1996)																			

(注1) コミュニティ内の保健組織など間接的に技術移転する者ではなく、直接技術移転の対象となる者

(注2) 保健婦、正看護婦、準看護婦、助産婦を示す

表3 - 11 期待された成果による傾向分析

期待された成果 プロジェクト名(開始年)	保健教育	人的資源開発	保健管理	保健情報	リファラル	パイロット 経験の拡大
[アジア]						
フィリピン・家族計画(1974)						
タイ・家族計画(1974)						
バングラデシュ・家族計画(1976)						
インドネシア・北スマトラ地域保健(1978)						
韓国・母子保健(1984)						
ネパール・母子保健(1985)						
パキスタン・イスラマバード小児病院(1986)						
インドネシア・家族計画・母子保健(1989)						
タイ・家族計画・母子保健(1991)						
タイ・公衆衛生(1991)						
フィリピン・家族計画・母子保健フェーズI(1992)						
ラオス・日本・WHO公衆衛生(1992)						
ネパール・プライマリヘルスケア(1993)						
カンボディア・母子保健(1995)						
パキスタン・母子保健(1996)						
フィリピン・家族計画・母子保健フェーズII(1997)						
インドネシア・南スラウェシ地域保健強化(1997)						
ヴェトナム・リプロダクティブヘルス(1997)						
[中近東]						
エジプト・カイロ小児病院(1983)						
エジプト・カイロ小児病院フェーズII(1989)						
エジプト・家族計画・母子保健(1989)						
ジョルダン・家族計画・WID(1997)						
[アフリカ]						
タンザニア・母子保健(1994)						
ガーナ・母子保健医療サービス強化(1997)						
[中南米]						
コロンビア・家族計画・母子保健(1985)						
ペルー・家族計画・母子保健(1985)						
メキシコ・家族計画・母子保健(1992)						
ブラジル・東北ブラジル公衆衛生(1995)						
ブラジル・家族計画・母子保健(1996)						

表3 - 12 母子保健における特徴的活動実施状況

プロジェクト名(開始年)	活動	IECの 教材開発	助産婦・TBA トレーニング	母親・父親 学級	妊産婦検診	母子手帳普及	乳幼児検診	予防接種	栄養改善・ 指導	村落薬保険 プログラム	家族計画
[アジア]											
	フィリピン・家族計画(1974)										
	タイ・家族計画(1974)										
	バングラデシュ・家族計画(1976)										
	インドネシア・北スマトラ地域保健(1978)										
	韓国・母子保健(1984)										
	ネパール・母子保健(1985)										
	パキスタン・イスラマバード小児病院(1986)										
	インドネシア・家族計画・母子保健(1989)										
	タイ・家族計画・母子保健(1991)										
	タイ・公衆衛生(1991)										
	フィリピン・家族計画・母子保健フェーズI(1992)										
	ラオス・日本・WHO公衆衛生(1992)										
	ネパール・プライマリヘルスケア(1993)										
	カンボディア・母子保健(1995)										
	パキスタン・母子保健(1996)										
	フィリピン・家族計画・母子保健フェーズII(1997)										
	インドネシア・南スラウェシ地域保健強化(1997)										
	ヴェトナム・リプロダクティブヘルス(1997)										
[中近東]											
	エジプト・カイロ小児病院(1983)										
	エジプト・カイロ小児病院フェーズII(1989)										
	エジプト・家族計画・母子保健(1989)										
	ジョルダン・家族計画・WID(1997)										
[アフリカ]											
	タンザニア・母子保健(1994)										
	ガーナ・母子保健医療サービス強化(1997)										
[中南米]											
	コロンビア・家族計画・母子保健(1985)										
	ペルー・家族計画・母子保健(1985)										
	メキシコ・家族計画・母子保健(1992)										
	ブラジル・東北ブラジル公衆衛生(1995)										
	ブラジル・家族計画・母子保健(1996)										

(注) 韓国(1984)、インドネシア(1986)、カンボジア(1995)、エジプト(1983および1989)のプロジェクトは、中央・専門病院や研究機関におけるMCH人材育成をおもな活動としている。印のプロジェクトについてはプロジェクト開始後の報告書がないため、実際には上記の活動が実施された可能性もある。

表3 - 13 主たる機能強化の対象となった施設の R/D 上の傾向分析

プロジェクト名 (開始年)	活 動	一次ケア	二次ケア (地方中核病院)	三次ケア (中央・専門病院)	大学・研究機関	研修センター	複数の開発対象
	[アジア]						
	フィリピン・家族計画 (1974)						
	タイ・家族計画 (1974)						
	バングラデシュ・家族計画 (1976)						
	インドネシア・北スマトラ地域保健 (1978)						
	韓国・母子保健 (1984)						
	ネパール・母子保健 (1985)						
	パキスタン・イスラマバード小児病院 (1986)						
	インドネシア・家族計画・母子保健 (1989)						
	タイ・家族計画・母子保健 (1991)						
	タイ・公衆衛生 (1991)						
	フィリピン・家族計画・母子保健フェーズI (1992)						
	ラオス・日本・WHO 公衆衛生 (1992)						
	ネパール・プライマリヘルスケア (1993)						
	カンボディア・母子保健 (1995)						
	パキスタン・母子保健 (1996)						
	フィリピン・家族計画・母子保健フェーズII (1997)						
	インドネシア・南スラウェシ地域保健強化 (1997)						
	ヴェトナム・リプロダクティブヘルス (1997)						
	[中近東]						
	エジプト・カイロ小児病院 (1983)						
	エジプト・カイロ小児病院フェーズII (1989)						
	エジプト・家族計画・母子保健 (1989)						
	ジョルダン・家族計画・WID (1997)						
	[アフリカ]						
	タンザニア・母子保健 (1994)						
	ガーナ・母子保健医療サービス強化 (1997)						
	[中南米]						
	コロンビア・家族計画・母子保健 (1985)						
	ペルー・家族計画・母子保健 (1985)						
	メキシコ・家族計画・母子保健 (1992)						
	ブラジル・東北ブラジル公衆衛生 (1995)						
	ブラジル・家族計画・母子保健 (1996)						
	計	15	7	7	2	4	4

(注1) 間接的であっても能力や機能強化の主たる対象となる機関により分類した。リファラル強化や全レベルでの特定疾病対策強化などの開発が主目的で、特定の機関を選択できないものは、「複数の開発対象」として分類した。

(注2) 詳細分析の対象としたプロジェクトを 印で示した。

第4章 他のドナー調査

本章では、母子保健分野における、主要ドナーの援助方針、援助実績等を概観する。

4 - 1 世界銀行

(1) ポリシー

国際復興開発銀行(IBRD)及び国際開発銀行(IDA)から成る世界銀行(以下、世銀とする)は、保健分野において次のようなポリシーを掲げている。

健康は、個人の経済的な生産性を高め、国家の経済成長を促す。従って、健康への投資は開発を加速する方法の一つである。さらに、健康はそれ自体が目標でもある。過去40年間に、開発途上世界において人々の平均寿命は伸び、幼児死亡率は低下した。しかし、進歩は現実の一側面にすぎず、新たな問題も生じている。そして各国は、医療支出の拡大を抑え、同時に保健・医療へのアクセスをすべての人々に普及するという課題を全面に取り組んでいる。

さらに、世銀は、途上国の政府が以下の3点の方向から保健政策にアプローチすることを提唱している。

- ・ 貧困層の所得増大を確保する経済成長政策は欠かすことが出来ず、また、学校教育への投資、とりわけ女子に対する教育機会の拡大も不可欠である。
- ・ 政府支出の配分を見直し、高度な専門的医療に投入されていた資金を、予防接種、感染症の予防と治療などの、低コストで大きな効果を期待できる活動に振り向ける。
- ・ 保健・医療サービスの供給面で多様化と競争を促進する。そのためには、公共サービスの分権化を進め、調達手段の競争化を促し、非政府組織その他の民間機関の関与の拡大を奨励し、保険市場を規制するなどの手段に頼ることができる。

(2) ストラテジー

世銀は、人的資源開発と社会制度開発に向けたクライアントの活動を支援する戦略として、以下の項目に焦点を絞っている。

- ・ 人口・保健医療・栄養・教育を支援するための貸付業務及び非貸付業務(後者の比重が次第に増している)。特に1997年度は、成長プロセスから取り残されやすい弱者を保護する社会プログラムの支援に力を注いだ。

- ・クライアントとの一層緊密な協力、パートナーとの協調、人間開発ネットワークの創設を通して世銀サービスの質を高める。

(3) アプローチ

保健医療・栄養・人口セクターにおける世銀の援助実績は、累計額で127億ドルあまりに達し、低・中所得国の保健医療プログラムに対して資金を提供している単独の外部機関として最大の機関となった。

近年では、HIV/AIDSプログラムが、重要な優先プログラムになっている。HIV/AIDSは単に健康上の問題には留まらないので、世銀は持続的な予防とケアの課題を達成するためにマルチ・セクタープログラムに重点をおいた戦略をとっている。これらのプログラムは、国家・地域レベルでのHIV/AIDSの予防、治療、ケアに力を入れている。具体的には、性行為によって感染する疾病及びHIV/AIDSに関連した感染症用の薬品を提供するプロジェクト、意識向上キャンペーン及びコンドーム配布キャンペーンの展開、対費用効果の高い予防・ケア措置をとるために、HIV/AIDSの社会的影響の分析・調査を実施するプロジェクトがある。世銀は1997年度にアルゼンティン、カンボディア、スリランカのHIV/AIDS関連プロジェクトに貸付を行った。

民間と政府それぞれが運営する保健医療制度の実績を向上させるための有効な政策づくりは、この10年間、裕福な国と貧しい国の両方にとって大きな問題であった。近年では多くの国が医療保険制度の実績を上げ保健・栄養・人口政策を改善するために、このセクターの全面的改革に着手している。世銀は1997年度に保健医療・栄養・人口プログラムセクターの貸付の戦略的転換を図り、このセクターの包括的改革を実施したクライアントを支援した。貸付総額は9億3,990万ドル、貸付対象は111カ国にのぼった。これらの努力を後押ししたのが、多くの国の経験に基づく教訓を提供している広範囲にわたるセクター研究であった。

クライアントに密接する姿勢は、世銀が主な国際会議に出席したり、他機関と国際会議を共同開催することにより強化された。世銀の保健医療グループによって企画された「保健医療の新しい資金調達方法に聞ける国際会議」には70カ国から360人が参加し、その中には保健分野または財務分野の閣僚30人が含まれていた。

貧しい人々に家族計画などリプロダクティブ・ヘルス・サービスへのアクセスを提供することは依然として重要な優先課題である。世銀はクライアントが人口政策とリプロダクティブ・ヘルスに関わる政策をより密接に関連づけ、貧困緩和政策及び開発課題全体に統合するよう以前にも増して支援している。1997年度に承認されたアルゼンティンでの第2次母子保健・栄養プロジェクトとインドにおけるリプロダクティブ・ヘルスおよび小児保健プロジェクトはこのアプローチを例証している。

栄養改善の支援には進行中のプロジェクトでいろいろな方法によって取り組んでいる。とりわけ成功した例としては、タンザニアやジンバブエ等での行動変化を重視したコミュニティーレベルのプロジェクト、ブラジル、コロンビア、ホンデユラス等での貧困者の食糧入手機会を増やすための食糧販売プログラムを目標としたプロジェクト、1997年度に承認されたインドネシアのヨウ素欠乏症対策強化プロジェクトのような微量栄養素プログラム等がある。

(4) コンポーネント

保健医療・栄養・人口(HNP)セクターにおける活動については、そのセクターにおいて現状の分析作業がなされ、また、これらのアセスメントから得られた知見が国別援助戦略(CAS)の策定に重要な資料となっている。CASは借入国政府と審議の上策定された後、世銀理事会による審議にて決裁を受ける。世銀理事会とは世銀の業務全般の管理運営に対して責任を負い、総会から委任された権限に基づいてその任務を果たすものである。理事会はIBRD貸付・IDA融資案件を決裁し、また、世銀の業務全般や方向性を左右する政策問題について決定する。

世銀の業務の開発効果の向上を図るため、理事会には「開発効果に関する委員会(CODE)」の活動を通じて、世界銀行の活動が期待通りの結果を達成しているかという点について達成度、効果、効率を測定する、政策、業務、業務処理手順に活用する教訓を引き出し普及する、世銀と加盟国の評価能力の向上を支援する、という3点の目標である。

世銀の評価業務は、業務評価局総局長により監督されている。総局長は、「開発効果に関する委員会(CODE)」を通じて理事会に対し報告を行い、地域部門など各部門が作成した膨大な自己評価結果を常に把握している。部外者による評価は、業務評価局(OED)が担当する。貸付、貸付業務はすべて、担当の地域事務所により完了時に評価され、影響評価については、貸付実行終了後5～8年後にプロジェクトの開発効果を分析している。貸付以外のサービス(経済・セクター業務、信託基金、開発訓練、調査、技術援助など)については、たとえば、技術援助の有効性の測定に関しては、投資業務のパフォーマンス(主としてプロジェクトの技術援助構成要素というより物理的な側面)を測定するため、世銀は長年、パフォーマンス指標を利用している。能力構築を測定するうえで有効な手段は、希少な資源を配分し最良の慣行を特定するうえでも、きわめて重要である。こうした認識に基づき、世銀は1996年度にパフォーマンス指標システムを拡充し、技術援助案件のパフォーマンスを測定できるようにした。これら指標は、結果と算出(投入よりも)によってパフォーマンスを測定し、数量指標と質的指標を区別している。

(5) 世銀による母子保健協力への取り組み

女性に対する保健医療の施策の多くは、とても対費用効果が高いことから、世銀としては、最小限の費用で最大の健康増進を成し遂げなければ、各国政府はこれらのプログラムを何らかの国家投資戦略に加えるべきであるとし、以下の基本的サービスを確立するように手助けしている。

- 1) 望まれない妊娠の防止と管理(家族計画の情報やサービス、安全な中絶の管理など)
- 2) 安全な妊娠と分娩のためのサービス(産前・産後ケア、安全な分娩など)
- 3) 性的感染症の予防と管理(コンドームの配布、妊娠中の梅毒検査など)
- 4) 積極的な健康増進の実践の奨励
- 5) 健康を損ねるような行為の防止(公的教育、サービスなど)

さらに、より総合的な国家施策を実施するのに十分な財源があって、もっと数多くの病気や健康状態に対処できるところでは、以下のように基本サービスを拡大、向上することができるとしている。

- 1) 十分なサービスを揃えた産科医院の利用向上など、より質の高い母子医療
- 2) 診断や HIV 関連のサービス拡充など、性的感染症の検査と治療の拡大
- 3) 出産適齢期以前および以後の女性に対する栄養摂取の援助
- 4) 子宮頸がんと、必要などころでは、乳がんの検診と治療
- 5) 女性の健康問題を早期に予防するための公的教育の拡充

世銀は、健康、人口、栄養のための貸付を、過去6年間で全体で5倍に増やした。約57億ドルが100以上のプロジェクトに割り当てられ、安全な母性や家族計画、STD(性的感染症)、エイズ、青少年の性、栄養、婦人科系のがん、保健医療における性差の問題などに対処している。

また、母子保健分野における地域的な問題として、以下を指摘している。

- 1) サハラ砂漠以南 : 妊産婦死亡率が高い、不十分な母子医療、エイズ罹患率が高い
- 2) 南アジア : 貧血と栄養不良の蔓延
- 3) 東南アジア : エイズ、売春、中絶
- 4) 中近東および北アフリカ : 高受胎率、低避妊率、女性性器切除
- 5) 中南米およびカリブ海沿岸 : 望まれない少女の妊娠、性的感染症
- 6) 東欧および中央アフリカ : 避妊法の不足、多すぎる中絶、医薬品や医療器具の不足、時代遅れの保健医療業務

以上のような状況の中で、以下のような活動において成果が得られている。

- ・ジンバブエにおける570万個のコンドームの配布が性感染症の発症を6-50%減らした。
- ・メキシコでは性教育が行われていなかったが、若者が地方で性や家族計画に關する情報を提供しはじめた。
- ・西スマトラでは、鉄分とビタミンAが豊富な緑黄色野菜を食べるように勧めるキャンペーンを行い、毎日の消費が19~32%増えた。
- ・ナイジェリア、ブルキナ・ファソおよび他のアフリカ諸国では、性器切除を根絶するためのキャンペーンが始まった。
- ・フィリピンでは、妊婦の健康、家族計画、性感染症と子宮頸がんの検診と治療などのための総合的なサービスが開発されている。

(6) 保健・人口・栄養セクターの代表的協力事例

表 4 - 1 1997 年度における保健・人口・栄養セクターのプログラム

国名	内容
アルゼンティン	妊産婦プログラム、子供の保健と栄養プログラム、幼児期育成プログラムによって、20 に上る貧しい自治体の婦女子の健康増進を図る。
アルゼンティン	HIV/AIDS と性行為感染症に関する保健推進・病気予防活動によって HIV 感染リスクの軽減を図る。
ボスニア・ヘルツェゴヴィナ	主に内戦による被害が最も深刻な者の困窮を軽減するため、近代的でコスト効果があり、資金的に耐えうる病院サービスの展開を支援する。
カンボディア	農村部の貧困層で犠牲者の割合が大きい予防可能な病気、特にマラリア・結核・エイズによる死亡および疾患を減らし、保健システムのインフラの復旧を図る。
インド	結核感染予防と治療
インド	マラリア予防プログラム
インド	政府の家族福祉プログラムを改善し、母子の死亡や疾患、望まない妊娠を減らす。
インド	農村部の女性の健康状態及び経済、社会的状況改善を図る。
インドネシア	ヨード欠乏症の罹患率低下を図る。
ニジェール	5 地方における保健セクターの整備を支援し、百万人の疾病予防および治療へのアクセスを改善する。
パラグアイ	国内で最も貧困な 6 地域で、特に婦女子と子供の健康増進を図る。
ロシア	モデルとなっている 2 州での保健業務の質の向上および効率化を図り、改革策の全国的な実施可能性について評価を行う。
セネガル	マラリア、住血吸虫、糸状虫症など感染症を抑え、特にこれら感染症が流行している農村部の住民の福利を図る。
スリランカ	マラリア・性感染症・エイズ・栄養失調など主たる公衆衛生問題に対する政府の取り組みを推進する。
トルコ	特に貧困な住民向けの一次医療サービスのアクセスと質を改善し、全国的な一次医療改革拡大の基盤整備に資する。

出所：世銀年報他

(7) 代表的協力事例における取り組み状況

- 1) プロジェクト名 : セネガル保健セクターの統合開発
- 2) 実施機関 : 社会保健省
- 3) プロジェクト目標 : より広い範囲での保健医療サービスの利用
保健医療システムのサービスの動員と利用における全体的な効率の向上
多産の減少への貢献
- 4) プロジェクトの内容 : 基礎的な保健医療施設、病院管理、計画、運営能力の改善を目的とした活動や技術的協力を支援し、これらの施設が自ら財源を生みだし、接続可能なサービスを提供する能力を高める。
- 5) 期待される成果 : 乳児死亡率、妊産婦死亡率の減少
プライマリー・ヘルスケアの拡大
避妊率の上昇
- 6) プロジェクトのリスク : リプロダクティブ・ヘルスに関する行動に大きな変化がみられない
実施機関の実施能力が慢性的に弱い
保健医療費用の支出増加を抑制できず、経済的に一層困難になり、保健医療サービスの財政と持続可能が損なわれている

参考文献・引用文献

- 1 世界銀行 年次報告書 1996
- 2 世界銀行 年次報告書 1997
- 3 世界銀行 世界開発報告 1993(人々の健康に対する投資・世界開発指標)
- 4 A New Agenda for Women's Health and Nutrition 1995
- 5 Improving Women's Health and Nutrition
- 6 WAIS Document Retrieval Senegal Integrated Health Sector Development 1996

4 - 2 UNICEF

(1) はじめに

UNICEFの保健プロジェクトの目的は、子どもの病気や死を減らすことにあるため、UNICEFの保健プロジェクトには基本的には、母子保健がそのコンポーネントとして入っている。

例外的に、保健システムの改善等、直接的には子ども健康だけをターゲットにしたものでない活動

もあるが、プロジェクトの上位目標は、必ず子どもの病気や死を減らすことにつながっている。また、近年では、思春期の子どものニーズも重視してきており、UNICEFが対象とする「子ども」に広がりが出始めてきている。また、保健とは別項目で、栄養プログラムも実施している。

(2) 保健

1) 戦略

予防接種、母子育児、栄養に関する習慣の改善、病気の適切な処置などを通じて子どもの病気や死を減らす。

広報活動を通して女性の健康を左右する社会的条件の問題を提起することによって、妊産婦死亡率を引き下げる。

2) アプローチ/活動

キャパシティー・ビルディング

- ・健康監視
- ・健康推進運動
- ・基礎的な保健サービス

リプロダクティブ・ヘルス(性と生殖に関する健康)

- ・産科の基礎サービスの強化
- ・性感染症(STD)の治療と母子保健の組み合わせ

エイズと子ども

- ・家族やコミュニティの能力を高めてエイズの影響を受けた子どもの権利を守る手段の追求

バマコ・イニシアティブ

- ・公的機関と民間機関が責任を分担して、近代的な保健や必需医薬品を住民が入手しやすくする
同イニシアティブの普及推進
- ・WHO、世界銀行などのUNICEFの協力機関が合同の資金を用意して、用途を指定しない援助を行って、地区ごとの優先活動に取り組みせる
- ・保健サービスへの出資政策の指導

予防接種

- ・ポリオ根絶
- ・未消毒の注射器の使用によるB型肝炎やHIV/AIDSの感染の防止支援
- ・子どものワクチン・イニシアティブ(ワクチンメーカーとの協力により、新型ワクチンが、より安価に入手可能にする)
- ・ワクチン自立イニシアティブ(支払いと支払いの間の期間をつなぐ回転基金を設けた)

急性呼吸器感染(ARI)

- ・コミュニケーションのための投資を増やして親や保健員にARIの危険を知らせ、症状を適切に対処できるようにする

- ・ コミュニティーの社会的背景を知るための民族誌学的調査の実施

下痢性疾患の予防(CCD)

- ・ 経口補水療法(ORT)の普及

その他

- ・ WHO、UNAIDS、世界銀行、UNDP、UNFPA、各国援助機関、NGO 等との連携をとり実施

- ・ WHO の指針に則り実施

- ・ UNFPA とは母子保健分野において特に協力

3) 「 Safe Motherhood and Female Reproductive Health in Ghana 」の概要

- ・ 目的： 母親・新生児死亡率の低下

妊産婦検診率の上昇

母乳育児の推進

- ・ 活動： 第一次医療における人材育成

助産婦訓練

TBA の訓練

郡病院の機材供与

母乳育児の推進

包括的な健康教育の推進

家族計画の推進

適齢期の女性への性と生殖に関する知識普及

- ・ 連携： USAID、UNFPA、NGO

- ・ 予算： US\$1,100(1996-2000)

4) 「 Child Health Promotion Project in Ghana 」の概要

- ・ 目的： 広範に子どもの死亡の原因となる病気を安価に治すための全国的な戦略の普及

すべてのレベルで認識を高めるため、セクター間の統合を深め総合的なアプローチで子どもの健康を改善する。

- ・ 活動： 中央レベルにおける統合的な疾病対策、予防活動の国家政策立案、普及支援(下痢症、呼吸器疾患、マラリア、微量栄養素欠乏症、STD)

コールドチェーンの維持

優先順位が高い活動への支援(基礎的医薬品政策、国家情報管理システム)

郡保健システムへの資金供給システムのガイドライン造り

エイズ対策のための村落診療のガイドライン造り 等

- ・ 予算： 4,475US\$(必要経費見積額)

5) 最近の傾向(各年度版の「国々の前進」が取り上げているテーマ)

1995年 ポリオ根絶

1996年 はしか、下痢、マラリア、肺炎、栄養不良の5大疾患の改善

1997年 エイズ対策

(3) 栄養

1) 戦略

参加型開発

栄養担当者の実務訓練

訓練調査機関のネットワーク造りや他の地域とのプログラム別の訓練や調査の経験の交流を支援

2) アプローチ/活動

微量栄養素

微量栄養素を増加する方法の検討

・ヨウ素欠乏症の改善：食塩へのヨウ素の添加

・ビタミンA欠乏症の改善：補給用ビタミンAの流通改善、食事の多様化、調理法の改善

・鉄分欠乏症の改善：貧血症の罹患率が人口の30%を越える国の妊婦や幼児への鉄分補給。

家族の食糧の確保

・農村女性の仕事の負担軽減支援

・微量栄養素の豊かな野菜を育てる家庭菜園づくりの支援

・食糧確保のためのプログラムの考え方の明確化及び評価ガイドライン作成

乳児の保育とケア

・「赤ちゃんにやさしい病院イニシアティブ」キャンペーンによる母乳育児の普及

・「母乳代替品のマーケティングに関する国際基準」の普及による母乳代替品の無料配布または低価格の禁止の普及

・母乳育児の推奨

3) 「Control of Micronutrient Deficiencies in Ghana」の概要

・目的： 微量栄養素欠乏症対策及び絶滅

食塩にヨウ素を添加してヨウ素欠乏症を防ぐ

すべての2歳児のビタミンA欠乏症をなくし、5歳以下の90%の児童を改善させる

鉄分欠乏症は他のプロジェクトを通じて改善

・活動： 自国用、輸出用のヨウ素添加食塩の小規模製造者への援助、製造管理

・クレジット支援

・製造、配布支援(一定の質の確保等)

・組合組織化支援

ヨウ素欠乏症の簡易検査キットの配布
ヨウ素添加食塩の普及広報活動
ビタミン A 欠乏症改善のための短期的措置としての食糧配布
ビタミン A を十分とるような食生活への改善
EPI を通じた、ビタミンの配布
必要な微量栄養素を取れる食物生産支援(上の活動が維持され、拡張された後)
食物の保存の研究

- ・ 連携：保健省、教育省、食塩組合、食塩製造業者
- ・ 予算：US\$978,000(1996-2000)

(4) プロジェクトの基本的な実施方法

1) UNICEF プロジェクトの担当者について

当該分野の専門性を有する在外UNICEF職員がプロジェクトを担当し、通常4、5年は同じスタッフがプロジェクトを実施する。「Project Officer」は、プロジェクトの運営管理能力も必要とされる。

2) 各開発対象でのプロジェクト運営・実施形態

大臣レベルから村落まですべての開発対象にUNICEF担当職員は関わる。関わり方は、あくまでプロジェクトの運営主体は被援助国にあるとの観点から(ownershipの確保)、先方政府を前面に立てる方法を取る。

3) パイロットプロジェクトの位置づけ

パイロットプロジェクトを実施する目的は、基本的には、現場での実際のプロジェクト進捗のモニター、試行的な要素がある技術の適用可能テスト、複数のプロジェクトにより介入がなされている現場において、各プロジェクトが相補的に機能しているかを知るための3点にあり、最終的には、その結果を政策に反映させることを目的としている。パイロットプロジェクトは他地域へ適用可能であることが必要で、効果的、効率的、拡大可能でなければならないと考えられている。

4) 技術移転について

UNICEFの役割は、選択肢を相手国に提示し、その国が独力で実施しうると考える方法を相手国自身に選んでもらうという方法をとっている。このため、UNICEFの専門家の役割は、当該国内の既存のものでかつすでに良好に実施されているものを選び出すこと、あるいは、周辺国にそれを求め、プロジェクトに活用しうるような形にして先方政府に提示していく点にある。プロジェクトの実施においては、適切な調整を行うとともに、必要があるば、実施方法についてデモンストレーションすることもある。

5) 組織制度造り

組織制度造りについては、ニーズ調査の一貫で、どのようなものがふさわしいかが検討され、UNICEFは選択肢を提示し、自助努力によって実施できるよう支援を行う(start up support training)。組織制度造りにおいて重要なのは、中央から、末端まで政策が同一歩調で実施されることであり、そのために、UNICEF は十分なモニタリングを実施する。

表 4 - 2 UNICEF と JICA の活動の基本枠組みの比較

	UNICEF	JICA
プログラムの策定	在外事務所主導 スタッフ総数 7,000 名のうち 83% が フィールド勤務	本部主導
事前調査時における相手国との 問題認識を一致させる作業	Situationa analysis の実施 (タスクフォースを形成し、共同で実施)	PDM を相手国と共同で作成 R/D の締結
プロジェクトの枠組み	5年毎に更新されるカントリープログラ ム(途中で見直し有り)にのっとる。	R/D で規定。基本的に変更ない。
協力基本方針	既存システムの最大活用	自助努力支援
他援助機関との協調	プログラムの一部をバイのドナーに実施 してもらおうケースあり	バラレルで実施するのが通例。
カウンターパート	相手国政府に限定せず	一義的には、相手国政府
住民参加	参加型開発が基本	ケースバイケース
事業実施予算	5年毎に決定。被援助国負担、UNICEF負 担を提示。	単年度主義
専門性	その国特有の知識を蓄積した現地専門職 と、分野ごとに専門知識・技術・経験を 蓄積した国際専門職とに 2 分される	分野毎の専門家が基本で、国別専門家は なし
技術移転	既存資源の活用を基本にし、ある技術を 教えるとの活動概念はない。JICA 専門家 にたとえば、アドバイザー型専門家に 近い活動を実施しているものと考えられ る。	母子保健における活動においては、新し い技術を教えるという型の技術移転は少 なく、プログラムの運営、管理に関する 活動の割合が多くなる傾向にある。

出所：UNICEF 年次報告、JICA 資料他

参 考 文 献

- 1 国々の前進 1996年度
- 2 国々の前進 1997年度
- 3 UNICEF年次報告 1995年
- 4 UNICEF年次報告 1996年
- 5 平成6年度調査研究 JICAと国連との連携協力 - UNDP、UNICEF - を例として報告書、平成7年3月、国際協力事業団国際総合研修所
- 6 UNICEFカントリープログラム調査報告書、国際協力事業団医療協力事業部

4 - 3 WHO

(1) WHOの概要

WHOは、1948年に発足した国際連合の専門機関の一つであり、発足以来、世界の保健医療セクターにおける中心的な役割を果たしてきている。その活動形態は、専門家集団による政策アドバイザーであり、それぞれの地域、国における保健医療状況を把握し、状況に応じた保健医療政策を確立することを支援している。

このような観点から、世界統一的な政策はたてず、各地域・国に適した政策作りをしている。6つの地域事務所が地域ごとの方針、プログラム等をつくり、地域内の意識の高揚、啓蒙、政策決定等を実施している。

WHOは、直接プロジェクトを実施する機関ではなく、問題を解決する地域・国のイニシアティブでプロジェクトを実施するための支援を行う。プロジェクトの実施には、他の国際機関、NGO、二国間援助等との連携によって実施している。

WHOの取り組みは、問題解決型であり、妊産婦死亡率・乳幼児死亡率を高める原因を確定し、その原因を取り除くというアプローチであり(Virtical Approach)、母子保健の取り組みも、Virtical Approachの組み合わせが主流になっている。

(2) 母子保健への取り組み

1978年のアルマアタ会議で採択された宣言以来、プライマリー・ヘルスケアの理念が打ち立てられ、その主要な8要素の1つとして母子保健が位置付けられているが、WHOにおいても55の専門部会の一つに母子保健があげられている。

母子保健分野での主なプログラムは下記に示す通りであるが、この他EPI、主要疾患対策等がある。

1) Safe Motherhood

母子保健に関する具体的な取り組みとしては、1987年にナイロビでセーフマザーフッド会議(Safe Motherhood Conference)が開催され、母性保護が提唱されており、その一環としてマザー・ベイビーパッケージプログラムが実施されている。

同プログラムは、家族計画、産前管理、清潔・安全なお産、の4本柱の強化によって実現されるものであり、これらについて強化する。

また、WHO創立50周年にあたる1998年の世界保健デー(4月7日)のテーマは「セーフ・マザーフッド」であり、途上国を中心に数値の高い妊産婦死亡率を減少させることを目指している。

2) IMCH(Integrated Management of Childhood Illness)

UNICEFと共同で実施しているプログラムであり、5歳以下の子供の死亡原因の70%をしめる5つの要因(肺炎、下痢症、麻疹、マラリア、栄養不良)にターゲットを絞り、これらの症状の減少を目指すものである。具体的には、ガイドラインの策定、保健従事者の育成、テキストの作成、一次医療器材の提供等を行っている。

(3) JICAとWHOの比較

両機関は、基本的な取り組み方が異なっており、JICAが技術協力に主眼をおいている一方、WHOは保健医療分野におけるアドバイザーリー活動、ガイドライン作成を担う機関である。従って、WHO独自のプロジェクトは実施せず、方向性を定めその活動を実施するための支援を行っている。

表4 - 3 JICAとWHOの比較

	JICA	WHO
専門派遣	技術協力主流、政策アドバイザー型がWHOに類似	保健医療分野の政策アドバイザー
機材	消耗品を除く機材を供与	消耗品も含め一次医療に必要な機材、備品等を供与
研修員	あり	研修制度づくりのための資金提供など
プロジェクト	単独型が主流	他の機関との連携型

出所：WHO年報、JICA内部資料他

4 - 4 USAID

(1) 援助戦略における母子保健の位置付け

USAIDは冷戦後の援助戦略として、持続可能な参加型の開発、パートナーシップの重視、統合的な

アプローチの使用を掲げている。持続的な開発においては、人口と保健、広範囲な経済成長、環境、民主主義を4つの重点分野としている。母子保健は人口と保健の重点分野に含まれ、リプロダクティブ・ヘルスの観点を取り入れ、幼児や子供の保健に関してはチャイルド・サバイバル・プログラムを実施している。

(2) リプロダクティブ・ヘルスとしての取り組み

幼児と子供の保健に関しては、予防接種と、下痢症及び呼吸器系疾患、栄養が重要であり、予防接種の接種率の拡大と栄養の改善が最も費用対効果のある予防保健の戦略であるとしている。

プログラムのデザインにおいては、国の資源や世界的に見てバランスのとれた人口成長率の達成に貢献するか、予防接種の接種率の向上、幼児及び妊産婦死亡率の低下、新規のHIV感染者の減少に貢献するか、男性と女性の両方の態度と行動に焦点をあてているか、地方組織の能力の向上を図っているか、持続可能性を考慮しているか、人口と環境、保健、仕事環境、社会的流動性などとの関係を持たせているか、女性の参加とエンパワーメントを促進しているか、などの点を考慮に入れている。

オペレーショナルなアプローチとしては、出産の間隔を夫婦や個人が自由に選択できる権利を奨励する、女性のリプロダクティブ・ヘルス、幼児や子供の健康に焦点を当てた個人の健康の改善、人口成長率の低下、エンドユーザーに責任を持つニーズに合ったプログラムの形成、に基づいている、USAIDは国別援助戦略の中で人口保健戦略を策定し、リプロダクティブの選択と権利を拡張するための統合的なアプローチを採用している。

プログラムの実施においては、被援助国政府、開発機関、大学、民間、PVO・NGO等との協力を行い、必要に応じて共同の計画や資源の供与、手法や技術的な資源を共有している。特に国際機関ではUNFPAやWHO、UNDP、UNICEF、世界銀行などとの連携を図っている。また、プログラムの形成や立案、実施、評価に女性の顧客、サービス提供者、現地の専門家を関与させたり、現地のNGOやPVOとの連携を促進している。

プログラムの結果を評価する指標としては、fertilityの減少、幼児及び子供の死亡率、ハイリスクな出産の減少、妊産婦死亡率の低下、新規のAIDS患者数の低い成長率、などを挙げている。

(3) チャイルド・サバイバル・プログラム

USAIDは1986年からチャイルド・サバイバル・プログラムを実施している。このプログラムは、比較的少ない資金で大きな問題に取り組んでおり、その戦略は次の4つの原則に基づいている。第一は、低いコストで効果的に子供の病気の基本的な治療を行うことで、特に下痢症に対処するための経口補水液(ORT)や、肺炎やマラリアの治療方法に関する保健所職員のトレーニングの実施が含まれている。第二はDPT、麻疹、ポリオなどの予防接種の促進である。第三はチャイルドスペーシングや基本的な妊婦検診などによる母親のケアとハイリスクの出産の防止である。第四は母乳の促進とビタミンA補助などによる栄養改善による子供の栄養不足の防止である。

プログラムは限られた資金を効果的に使うために、特定の限られた国において長期的にプログラム

を実施し、プログラムが持続的になるように受入国の能力強化を図っている。USAIDは受入国の保健システムが自立的、持続的なものとなるように能力向上に焦点を当てている。そのために、最新のコミュニケーション戦略や技術の導入によるコミュニケーションと行動の変革、子供の健康と家族計画の計画・運営・手法に関する世界的なデータベースの作成、持続可能なアプローチの採用、適正技術の導入、調査研究、さらにはNGOや民間のプロバイダーとの協力による保健サービスの提供や社会マーケティングを通じた商業チャンネルの活用などを支援している。

(4) BASICS

USAIDのチャイルド・サバイバル・プロジェクトの一つとして、BASICS(Basic Support for Institutionalizing Child Survival)がある。BASICSは3つのコンサルタント会社の合併会社により運営されていて、大学やコンサルタント会社、PVOが下請けとして参加している。

BASICSは、持続的な予防注射プログラム、小児疾患の効果的なケースマネジメントの統合、栄養と保健分野の関係強化、モニタリング・評価手法の改善と利用、公的機関と民間の協力の促進などのプログラム費用対効果のある子どもの生存プログラムの実施、技術的なリソースの提供などをNGOや政府の保健機関と協力して実施している。

BASICSの本部は米国バージニア州に置かれ、長期のアドバイザーや現地雇用のスタッフとコンサルタントによって国別のプログラムが実施され、カザフスタン、セネガル、ホンデュラスの3カ所に置かれた地域事務所を通して国別のプログラムを支援している。国別のオペレーションではプライマリーヘルスケアのプログラムを支援するシステムの強化を目的としており、保健ワーカーのトレーニングや保健に関するコミュニケーション戦略の改善、保健情報システムの強化に関するプログラムが含まれている。例えばインドネシアのプログラムではWHOや世界銀行のプロジェクトと連携して、大学の医学部学生の知識と能力向上を図るために小児病の統合マネジメントに関する研修教材の開発と導入や、県レベルでの民間の医師との連携を促進して小児病の予防と治療に関する保健システムの管理の改善、NGOと連携して予防注射サービス範囲の拡大と管理のコンピュータ化などの活動を行っている。

(5) 日本の援助との比較

表4 - 4 日本とUSAIDの援助の比較

項目	USAIDの特徴
プログラムの策定	在外事務所が主導
事前調査時における相手国との問題認識の一致	国別援助戦略における人口保健戦略の策定において、相手国政府ならびにコミュニティとの協力
プロジェクトの枠組み	国別援助戦略における人口保健戦略の策定
協力の基本方針	リプロダクティブヘルスに基づく統合的なアプローチ
他援助機関との協調	UNFPAやWHO、UNDP、UNICEF、世界銀行などとの協力、NGO・PVOとの連携
カウンターパート	相手国政府のほかに大学、民間、NGOとの連携
住民参加	コミュニティの参加の促進、顧客のニーズの反映、NGOとの連携
専門性	大学、民間コンサルタント、PVO・NGOの技術専門性の活用、地元の専門家の活用

出所：USAID年報他

第5章 モデル分析プロジェクト個別事例

本章においては、本調査研究において対象とした29件の母子保健プロジェクトの中から、地域的なバランスと協力対象となった機関を考慮して、以下の5件のプロジェクトを代表事例として選出し、事例分析を行う。

5 - 1 フィリピン国家族計画母子保健プロジェクト

(1) プロジェクト概要

- 1) R/D 等 署 名 日 : 1992 年 3 月 11 日
- 2) 協 力 期 間 : 1992 年 4 月 1 日 ~ 1997 年 3 月 31 日
- 3) プロジェクト・サイト : マニラ市、タラック州(マニラ市から車で 120 分、北へ 100km)
- 4) 相手国実施機関 : 保健省(Department of Health)、人口委員会(POPCOM)、タラック州政府 (Tarlac Provincial Government)
- 5) 日本側協力機関 : 厚生省、国立公衆衛生院、アジア医師連絡協議会(AMDA)他
- 6) 要 請 背 景 : 1981年から7年間にわたり、我が国が協力を行った家族計画プロジェクトによって、同国モデル地区(当初2地区、後に11地区に拡大)において母乳利用率の増加、避妊具利用率の増加、妊婦死亡率の減少等の具体的な成果が得られた。
同国政府はその結果を踏まえ、更に地域保健活動の活性化を図り、母子保健サービスを強化し、家族単位での住民の福祉の向上を達成することにより、同国の人口政策に寄与すべく、我が国に対し協力を要請越した。
- 7) 目 標 と 成 果 : タラック州を中心に地域保健活動の推進と母子保健サービス・デバリーシステムの強化を図った。
- 8) 協力活動内容 : 家族計画・母子保健サービス推進に携わる人材に対する広報教育(IEC)
人口情報管理・母子保健に係る人材育成のための技術指導
家族計画・母子保健に係る、地域住民活動・啓蒙活動への支援
上記分野の協力実施に必要な機材の供与

- 9) 日本側対応：専門家派遣(長期)チーフアドバイザー、IEC、公衆衛生、母子保健、
(主な投入内容) 家族計画、業務調整(短期)衛生統計、健康教育、地域保健、母子保健、
医療計画、機材保守管理
研修員受入れ：母子保健、視聴覚教育
機材供与：医療機器、IEC 機材

10) 他の経済・技術協力との関係：

二国間研修、青年海外協力隊派遣事業、無償資金協力(一般)、草の根無償資金協力、UNFPA とのマルチバイ協力の要請形成段階にて積極的に関与し、日本の当該分野の中心的な役割を果たした。

11) 現場での活動実施体制：

保健省、タラック州保健局がカウンターパート(Counterpart:以下、C/Pと標記する。)であり、家族計画活動、IEC活動については、人口委員会を協力機関とした。また、USAIA、UNFPAとの協調、NGOとの協調も積極的に取り組み、同国における当該分野の活動において、関係機関と協調した実施体制を取った(別表参照)。

12) その他、重要な背景、経緯

1991年からの地方分権化により、垂直的な指揮命令系統に混乱を来していた。

専門家のリクルートが困難を極めた。

<リーダー着任までの経緯>

- 1992年 7月 調整員着任
- 1992年 11月 IEC 専門家着任
- 1994年 3月 公衆衛生専門家着任
- 1994年 4月 家族計画・母子保健専門家着任
- 1994年 4月 家族計画・母子保健専門家着任
- 1995年 5月 チーフアドバイザー着任

(2) 技術移転

以下の項目の技術移転活動を行った。

1) 母子保健活動

- 母子手帳プログラム
- 助産婦活動改善プログラム
- 共同薬局プログラム
- 栄養改善

- 2) 家族計画活動
 - 家族計画教育プログラム
 - 家族計画自然法
 - エイズ対策プログラム

- 3) IEC 活動
 - 統合メディアセンターの充実とスタッフ研修
 - IEC 教材の開発
 - キャンペーン
 - ビデオ上映

(3) 技術移転手法の特徴

上記の活動について、共通してみられる特徴は以下のとおりである。いずれの技術移転活動も、花田チーフアドバイザー赴任後、体系化され統一されたアプローチが取られた。その特徴は、以下のとおり。

- 1) 住民ニーズの充足に活動の基本を置く
例：プロジェクトの初年度にベースラインサーベイを実施して把握された、住民ニーズの充足を活動の基礎とした。

- 2) 各活動に対し、関係者で組織される委員会を組織し、委員会単位で計画、実施、モニタリングを実施する。委員会の運営は、フィリピン側がイニシアティブを取る仕組みにし、日本人専門家は前面に出ないようにする。

- 3) 関係者の役割を明確にし、JICA が対応可能な範囲をあらかじめ、明らかにしておく。

- 4) 同時に地域全体をカバーする活動を開始するのではなく、可能な地域から活動をはじめ活動地域範囲を段階的に広げた。

- 5) 能力、やる気、問題認識がある人を、所属長の長の承認を得てより多くカウンターパートにする努力をする。優秀な人材は、日本への研修、技術交換へ参加させ、その能力をのばしていく。

- 6) フィリピンの習慣を尊重する。

- 7) OHP 等の視聴覚機材を用い分かりやすいプレゼンテーションを心がける。

ここでは、プロジェクト初期からフェーズ2まで継続して実施されてきている活動のうち、協同薬局プログラム及びIEC教材開発を例に具体的な活動を詳述する。

(4) 活動例

* 協同薬局プログラム^{注4}

1) 活動実績：

1994年10ヶ所のパイロット村にて開始された本プログラムは、1998年1月現在で、62ヶ所で実施されるにいたっている。当プログラムの実施により、農村部においても、安価・迅速かつ安定した薬剤調達が可能になった。

2) C/P：保健省食品薬品局、州保健局

3) 移転技術：リボルピングファンドによる薬局の奨励技術

住民組織化技術

住民自身による薬局の経営技術

社会的な制度の整備

4) 背景：

1992年より施行された地方分権化により、保健体制の人、モノ、カネとも地方自治体に負担になった。しかし、地方自治体は財源に乏しく、公的な医療機関における医薬品の供給は悪化をたどっていた。このため、プロジェクトではNGOと協調して、住民に基礎的な医薬品を安価に継続して供給することを目的に、「住民による費用負担」、「住民の責任による運得」を基本方針にし、薬剤回転資金の手法に基づいた住民運営の協同薬局プログラムを開始した。

5) 経緯：

- ・プロジェクトが93年実施した「タラック州家族計画母子保健プロジェクト包括基礎調査」により、子供、妊産婦に必要な医薬品が、常にまたはほとんど常に不足している保健所は、それぞれ70%、57%であることが判明した。
- ・94年6月タラック州保健局に村落薬保健州運営委員会(以下「州運営委員会」)を組織した。州委員会は、州保健局職員(州保健局長、プライマリー・ヘルス・ケア担当職員)、保健省食品薬品局州駐在技官、JICA専門家、NGOの代表3者から構成されていた。NGOについては、プロジェクトがコンサルタントとして契約雇用した。
- ・州運営委員会にて、プログラム運営ガイドライン、紹介パンフレットを作成し、杖(バランガイ)

^{注4} 田中、小林、花田、菅波、中原「フィリピン農村における薬剤回転資金に基づく協同薬局の運営」日本公衆誌第44巻 第9号及び田中専門家最終報告書を主に参考にしている。

にプログラム内容を紹介した(州下の全保健所職員にも対象にプログラム説明を行う)。

- ・ 関心を示したバランガイでは、村長、村議会議員を含む住民集会で、導入の意志を確認するとともに、議会から州運営委員会に公式文書で技術指導依頼を取り付けた。
- ・ 運営にあたるボランティアを住民から募集し、ボランティア、村長、バランガイ議員よりなる村落薬保険組合バランガイ運営委員会(以下「バランガイ運営委員会」)を組織した。
- ・ バランガイ運営委員会を対象に運営委員会が訓練を行った。
- ・ バランガイ運営委員会が、地域の実状に合わせ調整した運営プログラムの具体案を住民に説明した。
- ・ バランガイ委員が加入希望者を募り、加入者リストを作成、設立資金調達、薬の購入、協同薬局を開設した。
- ・ 94年11月より州運営委員会が巡回運営指導を開始した。
- ・ 95年8月にプログラムに参加したバランガイ委員会の横の連絡を強化すべく、州薬保健組合連合会を組織し、同連合に対して、技術指導セミナーを実施した。(以後、フェーズI終了後)
- ・ 州薬保健組合連合会が各薬局の10%を徴収できるようなシステムが作られまた、独自に巡回指導を実施できるようになり、独自運営の見通しが立つに至る。

6) 工夫した点 :

- ・ 計画と実施において社会的文化的背景をより配慮するため現地で活動実績がある NGO と連携した。
- ・ 直接首都の民間卸商と直接契約することで、安価かつ安定的な薬品調達を可能にした。
- ・ 薬の適性使用の促進のための販売を行うヘルスボランティアに薬の合理的使用法についてのトレーニングを行った。
- ・ 社会経済背景に応じた解決策を住民自身で引き出すよう、住民自身による組織化を実施した。

例) フィリピンの一般的な習慣である信用売りは、運営資金を枯渇させる原因となっていたが、一律に禁止することは実際的ではないため、住民自身により、返済期限の設定、返済金未納の際は新規購入を認めない等の対策を設定してもらった。

7) 解決することが困難であった点 :

- ・ 住民との同意により、平均収入の0.1から0.2%にあたる保険料を定期徴収することとしたが、安定した徴収はえられなかった。原因の一つとしては、これまで公的な医療機関のサービスが無料であったため、医療保険という概念がすぐには受け入れられなかったものと思われる。
- ・ 保険料の納入者と未納入者の厳格な区別がなされないケースがあった。
- ・ 薬の期限切れ、劣化による薬品の損失による、運営資金への圧迫。
- ・ ボランティア間の人間的なトラブルによる、活動の休止。
- ・ 薬局を紹介することで、医者がコミッションを得るシステムであるため、村落薬局への反対がある。

- ・基礎的な教育力が十分でないため(2桁以上の足し算ができない等)、運営に支障をきたした。

* IEC 教材の開発

1) 活動実績：

16本のビデオを作成、16種の教材を作成。ここではビデオ作成、上映に関し全5本作成された「母親テレビ」シリーズの制作までを中心に取り上げる。作成されたビデオは、200に及ぶバランガイにて放映された(タラック州の全バランガイは全500村)。また、妊産婦検診のため保健所や母子保健センター(プロジェクト基盤整備事業にて設立)に来た人々に対して放映された。

母親テレビ上映会実績 1993年4月～1997年3月31日

・ 上映回数(フェーズ1)	総数	207回
	1993年度	30回
	1994年度	60回
	1995年度	38回
	1996年度	79回
・ 視聴者数(フェーズ1)	総数	約41,480人
	1993年度	5,700人
	1994年度	9,950人
	1995年度	6,630人
	1996年度	19,200人

- 2) 移転技術：IEC教材のプログラムの開発及び運営
メディアプロダクションセンターの設立
上映システムの構築
機材運用、維持管理訓練

- 3) C/P：保健省健康教育課、家族計画課、タラック州保健局

4) 活動の背景：

1995年以前は、IEC活動は、保健省内で各課がそれぞれ実施していたが、これを統合するために保健省長官の強い意向のもと、1995年にメディア・プロダクション・センターが設立され、保健省のIEC活動が強化される方向にあった(プロジェクトの機材供与事業で機材整備された)。

一方タラック州保健局は、視聴覚教材により住民(特に遠隔地)に対する保健知識の普及の必要を認識し、ビデオ上映会を実施すること等実現したいアイデアを有していたものの、良い教材がなかった^{注5}。

注5 印刷教材については、UNICEF等の協力で整備が進んでいた。

こうした流れを受け、保健本省においては、全国的なIECの教材を制作しうる体制づくりを、タラック州においては、住民に対してIEC活動を実施できる体制づくり支援が開始された。

5) 経緯及び教材の作成過程：

(保健省にて)

1995年以前は、保健省においては、IEC制作に必要な人材、機材がない状況であったため、専門家は人口委員会に置くことで、人口委員会のスタッフ及び機材を使い制作を開始する(全国予防接種プログラム2本、プロジェクト紹介ビデオを作成する)

(タラック州にて)

- ・タラック州保健局長からのビデオ上映会実施の計画案を受けて、州保健局内に上映会運営委員会を設置する。
- ・運営委員会において、上映に必要な人材の確保を行う。
- ・上映に必要な機材供与を実施し、選出された職員に専門家が機材訓練を実施する。
- ・上映会での反応を実施及び制作へのフィードバックする。

(保健省にて)

- ・保健省が、長官の強い意向を受け、メディアプロダクションセンターの設立準備を開始(JICAから機材を一部供与)する。
- ・制作体制の整備について、専門家がアドバイスを実施しつつ制作に入る。制作内容については、タラック州の運営委員からのニーズを家族計画課が優先順位づけを実施する。健康教育課が核に制作内容を決定する。関係者からなる制作委員会を設置する。
- ・タラック州での、ビデオ上映会の実績から、地域の住民の生活を反映した内容を持つビデオが有効との結果がタラック運営委員会から報告され、「母親テレビ」の名称で地域住民指向のビデオを制作していくことが決定される。
- ・シナリオ制作(外注)、撮影(外注)、編集等の教材制作の実施。専門家は、運営管理、編集部分に関する技術支援を適宜実施。

上映へ

6) 工夫した点：

- ・機材、人員が十分でなかった1995年以前は、協力機関(人口委員会)で教材を実施することで協力を遂行した。
- ・地域に密着した身近な話題を盛り込んだプログラムを開発^{注6}することで、住民の関心度が高いIEC教材の開発に心がけた。

注6 ニーズは、タラック州保健局及び村落保健所長からなる月例会にて提案された。

- ・教材制作に関する技術移転においては、on the job training だけでは限界もあるで日本における研修を利用した(7名を研修)。日本への研修は、C/P のよいインセンティブとなった。
- ・一部作業については、外部から優秀な人材を取り込むことで IEC 教材の質の向上をはかった。
- ・サブの C/P を確保することで、人事異動があっても継続して事業ができるようにした。
- ・当初は、制作内容を決定した後、関係各課から承認を取り付けていたが、これは、各課に決裁が転々とし時間がかかりすぎたため、関係者からなる制作員会を設置し委員で決定を行えるような体制作りをした。

7) 解決することが困難であった点：

他のドナーは、出張のために手当を出しているが JICA のスキームでは支出できなかった点。JICA のスキームを説明し、納得してもらった。

(3) 運営管理

運営管理において特徴的な活動は以下のとおり。

- 1) 活動別に定期的に委員会を設置し、プロジェクトの目標達成のためにはどのような資源が必要かを、先方政府主体で考えてもらい、先方政府のイニシアティブの確保、既存地場知識の最大活用、先方能力範囲内の活動を実施できるようにした。また、委員会は決定権者を含む構成にし、委員会で決定されたことが委員会の権限で実行できるようにした。これにより、現場からのニーズにすばやく対応することが可能になった。
- 2) 日常的に C/P と連絡を保ち、連絡報告を徹底するとともに、先方からの相談には積極的に答えるようにすることで、情報や意志疎通を円滑にするよう心がけた。

例) 保健本省、人口委員会、タラック州保健局の主要関係機関に事務所を設け、日本人プロジェクト関係者が常駐し、C/P がいずれかの事務所に連絡、訪問をすれば、必ずプロジェクトから必要な情報を入手できるような体制を敷いた^{注8}。このことにより以下の効果が得られた。

- ・技術移転を日常的に実施できるようになった。
- ・やる気のある C/P を把握できた。
- ・C/P が日常的に立ち寄りようになり、C/P が抱える日常的な問題が把握できた。
- ・JICA 側の事情も先方に理解してもらえた。

注7 先方政府からの要請に応えるため、専門家がマニラからタラックにあるいは、タラックかマニラに急遽向かうことも度々あった。

注8 事務所が分かれているプロジェクトでは、専門家間の意志疎通が悪く、プロジェクトが円滑に機能しないことがある。

・ C/P側の情報がいち早く把握できるようになり、問題発生時に必要な対策をより早く取れるようになった。

3) 専門家間でも、週1回定期会合を実施し、報告、連絡体制を円滑においた^{注8}。

4) ステークホルダーへの働きかけを積極的に行った。

例1) 地区の教会関係者には、プロジェクトの主旨を理解してもらってから活動した。

例2) 当初タラック州知事は、当該プロジェクトが「家族計画」を含んでいたことで、必ずしも積極的ではなかった。しかしながら、地方分権化のもと、知事との交渉は不可欠であった。このような状況のなか、州保健局長とともにねばり強くプロジェクトの主旨を理解してもらおうよう努力した。その一環として、知事が来やすい機会(知事にとっても利益がある機材の引き渡し式等)をとらえ招待を行うとともに、来賓の際は、必ず知事からのスピーチをもらう等の努力により一つ一つプロジェクトに巻き込み、最終的には理解を得ることができた。

5) NGO、国際機関との連絡、協調(Collaboration)を押し進め、活動の輪を広げ、資源を広く導入するとともに、フィリピン国内の関係者との協調活動につとめた。このことで、国連、NGO側からプロジェクトの紹介がされるようになり、プロジェクトのプレゼンスが向上した。また、こうした第三機関との協調により、プロジェクト関係者が自分達のプロジェクトの質に対する評価を意識することにつながった。

例1) USAIDプロジェクト下のジョンズ・ホプキンス大学との連携で、1995年2本ビデオを作成。

例2) DOH、NGO、UNFPA 連携で IEC に関するワークショップを定期開催。

6) やる気がある地方自治体(住民)からはじめ、一つ一つプロジェクトに巻き込みを図った。

7) C/P、日本人専門家共、必ずしも公衆衛生や母子保健に特化した専門家であるとは限らないため、それぞれのTORは、個々人の得意分野を見極めて、調整した。

8) 優秀なロールスタッフの確保により、先方とのコミュニケーションをより良好にするとともに、機動力を確保した。

9) 会議室の確保やプロジェクト基盤整備事業を活用した場の確保。

10) 業務調整員もプロジェクトの内容に関与し、プロジェクト内容を理解した上でロジ面を一元的

に管理した。

11) 日本人専門家着任後は、まず生活基盤を固めことを優先させた。

(4) 組織制度造り

組織制度造りにおいて特徴的な活動は以下のとおり。

- ・ C/Pに議長をやってもらう委員会を通じ活動の計画、実施、モニタリングを行うことをルーティン化した。
- ・ 現場での経験を中央に、中央の意向を現場にフィードバックしていく保健行政に求められる体制を活性化させるよう、委員会には中央政府、州政府の両者を原則入れることにした。また、本省、現場の両方にプロジェクト事務所を設置し、プロジェクトの存在により両者の意向が伝わりやすい環境づくりを行った。
- ・ 組織としてプロジェクトの活動を行うとの枠組みを堅持するため、関係各機関の長からは承認を必ず得ることとした^{注9}。また、長だけでなく、組織の中核的な人材を広く巻き込むことで、1人の人事異動が発生してもC/P機関にノウハウが残るようにした。

^{注9} 地方分権化の中で、長は非常に数が多くなっていたため、場合によっては個別の訪問、接触が不可能なこともあった。このような際は、地方分権化の中でも垂直的な機能を有する地方自治内務省の指揮系統を活用した。地方自治省との協調においては、同省に勤務しているJICA専門家を窓口とした。

図5 - 1 フィリピン国家族計画・母子保健プロジェクトの実施体制概念図

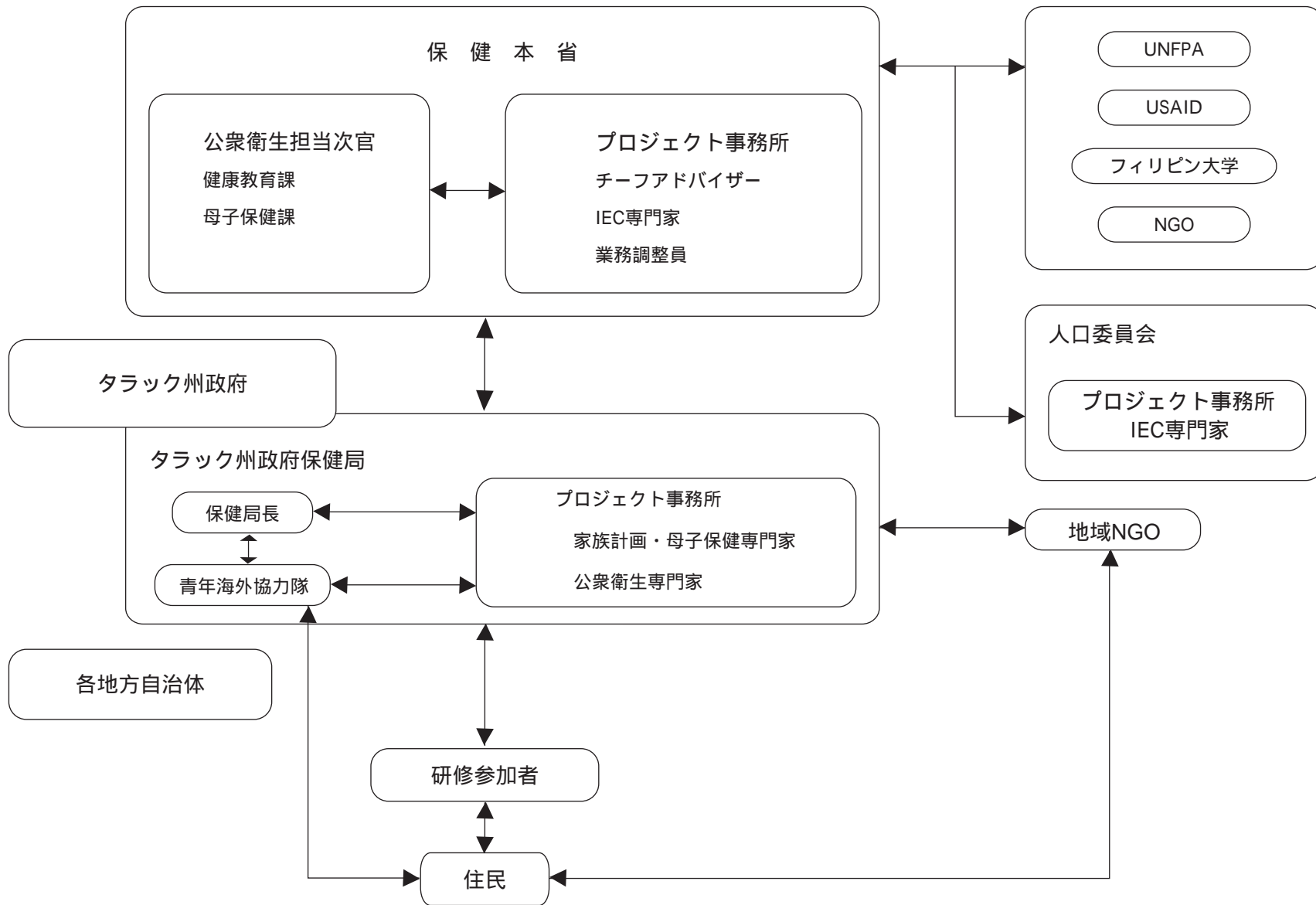


表5 - 1 フィリピン国家族計画 / 母子保健プロジェクトに対する日本の援助形態間の連携

	活動目的・活動内容	対象サイト	カウンターパート 機関	実施期間	その他
プロジェクト方式技術協力「家族計画・母子保健」	家族計画・母子保健サービス提供システムの改善 住民参加の促進による地域保健活動の強化 家族計画・母子保健サービスの従事者の能力の向上	タラック州	保健省	1992年4月1日 } 1996年3月31日	サイトをタラック州から、リージョンに拡大し、フェーズが実施されている。
二国間研修「家庭福祉にかかる開発と女性」	保健指導員、地域保健所職員を対象とした、母子衛生、家族計画、生活改善のための啓蒙活動の方法など、家庭をとりまく諸事項についてのジェンダー研修	国内51州	人口委員会	1994年 } 1998年	家族計画・母子保健の側面援助にて案件形成され実施されている。
人口家族保健フロントライン計画	地域に密着した活動を行う青年海外協力隊の活動を通じて、避妊具・避妊薬等の消耗品を含む機材供与を実施し、地域住民に根付いた家族計画の推進を計る。	タラック州	タラック州保健局	1994年 }	タラック州保健局派遣された看護婦隊員に実施された。
UNFPA とのマルチ・バイ協力	2国間協力の一環として実施する機材供与を、UNFPA と協調・連携し相互補完関係により実施	UNFPA プロジェクトサイト	保健省	1996年 } 1999年	大使館、JICA事務所、プロ技の専門家により、内容が定められた。1996年は、2250万円相当の医療機材が実施された。
無償資金協力(草の根)	家族計画 / 母子保健活動に従事するNGOの活動に対する支援(4 NGO に対して実施)	N. A.	N.A		プロ技の実施を通じ紹介された優良 NGO からの申請を大使館が審査して実施された。
無償資金協力(一般)	地域住民のプライマリーヘルスに資する基礎的な地域保健施設の整備	タラック州を含むリージョン	保健省	未定	プロジェクト形成調査発掘案件

出所：国際協力事業団資料

5 - 2 エジプト国家族計画母子保健プロジェクト

(1) プロジェクトの内容

1) プロジェクトの概要

エジプトの高い人口増加率(1996年時2.8%)を緩和すると共に、母子保健の向上による家族計画の促進というモデルをつくること、人口分布の適正化を図ることを目的として、農村地域における家族計画の普及と改良、妊産婦死亡率及び乳幼児死亡率の低下を実現するための医療サービスの提供、農村部の開発による都市部への人口流出の抑止を実施するために開始された。

プロジェクト開始当初はプロジェクト活動期間を3年として、プロジェクトパイロットエリア(ケナ県ナガハマディ)において、1. 家族計画・母子保健に関する検診車による検診活動(モバイルクリニック)を実施すると同時にモバイルクリニックに必要な人材を育成すること、2. AVバンによってIEC活動を実施し保健に関する知識を普及すること、3. 超音波診断による婦人科検診技術の向上を図ること、の3つの活動を実施することが計画された。その後、評価調査(1992年6月)の結果、他地域に活動を拡大する上でのモデルプロジェクトとしての役割に課題が残ったため2カ年延長し、計5カ年のプロジェクトとなった。

エジプト側の実施機関は国家人口審議会(National Population Council、以下NPC)であるが、調整官庁という性質上、実施面における連携を必要としたため、NPCの他、アインシャムス大学、パイロットエリア(ケナ県ナガハマディ)に位置するエジプトアルミニウム国営アルミ工場の母子保健クリニック、ケナ県保健局等が連携機関となり、各機関間の調整をNPCが実施する旨R/Dに明記された。

本プロジェクトは、NPCおよびアインシャムス大学の位置する首都のカイロ、モバイルクリニックによる普及活動はケナ県ナガハマディ地区の2ヶ所をサイトとして実施された。NPCにおいては、主にビデオなどの視聴覚教材を作成し、アインシャムス大学産婦人科においては、日本から供与された超音波機材を利用して中堅技術者の養成をおこなった。一方のナガハマディでは、アルミ工場内の家族計画クリニックを拠点として、モバイルクリニック実施に向けての活動を展開した。

ナガハマディで活動を展開する際は、国営企業であるアルミ工場内のヘルスユニットが実際のC/P機関としての機能を果たしていた。エジプトの国営企業は、収益の50%を福祉活動にまわすことが定められていたことから、プロジェクト活動資金をアルミ工場が負担することになり、活動費の捻出に苦勞することがなく活動を遂行できた。さらに、資金面だけでなく、専門家への住居の提供などあらゆる面での協力を得た。このように、アルミ工場を巻き込んだことによって、プロジェクトの終了後もモバイルクリニック活動を継続することが可能となった。

モバイルクリニックは、家族計画・母子保健における検診活動の普及と位置づけることができ、保健医療サービスのレベルから見ると一次医療活動に属する。日本人専門家からエジプト側C/Pへの技術移転の内容も高度な医療技術ではなく、検診の概念の定着及び検診活動に関するノウハウの移転となる。C/Pだけでなく、住民に対しても検診活動の意義を理解させ検診を受けさせるようにするため、プロジェクト側から住民への働きかけも重要な活動の要素となっており、地域の文化や価値観等を理解しながら住民の意向をくみ取り活動を展開する必要がある。そこで、プロジェクトと地域との

密接な関係を構築するために専門家とC/Pが共に農村に入りキーパーソンと接触したり、住民に受け入れられやすい普及方法を開発するなど、C/Pと協議しながら活動を計画、実施した。

2) プロジェクトの活動内容

本プロジェクトは、モバイルクリニック活動を実施・定着させることによって農村地域における家族計画母子保健サービスを向上させることであり、この目的を達成するために個々の活動が計画・実施された。活動は、普及のための準備活動、モバイルクリニック実施活動、プロジェクト広報活動の3つに分類されるが、個々の活動に参加する専門家及びC/Pは、計画・実施を共同で実施しており、個々の活動は相互補完関係にあった。

普及の準備活動

サービスの利用者、つまり、住民の理解を得ることが活動の持続・定着に不可欠である。実際にモバイルクリニックを実施するまでに十分な素地づくりとともに関係者(ステークホルダー)を巻き込むために、農村家庭調査、プロジェクト広報活動、セミナーの開催を実施した。

農付調査は、農村の母子保健状況を把握するためモデル村1500戸を対象とした。エジプトの他地域で実施されていた同種調査を参考に、KAP調査を導入し、実施においてはカイロ大学公衆衛生学部、アシュート大学公衆衛生部の協力を得た。

セミナーは、家族計画・母子保健に関する検診活動の意義をオピニオンリーダー及び家族の意思決定者(男性)に理解させることによって、モバイルクリニック実施への阻害要因を事前に取り除き、多くの参加者を得ることを目的として行われた。オピニオンリーダー(イマームと呼ばれる宗教指導者^{注10})及び男性に対するセミナーの内容は、プロジェクトの説明、母子保健と家族計画に関する医学的考察、家族計画と母子保健に関する社会的考察及び宗教的考察についての講義である。村のモバイルクリニック導入前に、検診車の内部及びその機能を説明するビデオを見せ、実施するもので、ナガハマディ政府広報局家族計画促進部の協力を得て実施した。

モバイルクリニック活動

モバイルクリニックは、日本から供与された検診車を用いて保健サービスへのアクセスが困難な村に対して母子保健・家族計画サービスを提供するものである。実施に先がけ村長に相談し、検診活動への理解を得てから村の男性を集めてセミナーを開催した。セミナーでは検診活動についてのビデオを上映し、プロジェクト紹介パンフレットを配布した。

検診車とAVバンが村に入り、AVバンでは母子保健・家族計画、栄養、衛生、疾患などに関する各種ビデオを上映し、検診を待っている女性(母親)に対して保健教育を行う。具体的には、検診を待つ女性や付き添いの男性のために、検診車のそばで上映するビデオには、村長や村長の息子に出演してもらったり、セミナーに参加する村の男性の様子を取り上げるなどして、村人の興味をひきつける工夫をした。加えて家族計画に関係のあるビデオや、短時間の家族計画スポット等を組み合

注10 宗教指導者であるが、毎日の祈りの呼びかけや金曜日の昼の祈りに際して説教をおこなう。宗教的なことだけでなく日常的なことにおいても村人から相談を受けることが多く、村人の生活への影響が大きい。

わせた。また、妊娠中の生活や食物などをはじめとする母子保健のポスターも展示した。

一方、2台ある検診車については、1台は母子保健・家族計画に関する検診を行うために超音波診断機を搭載し、妊婦検診、家族計画カウンセリング及びIUDの装着検査等を行った。他の1台は、小児科検診を実施した。

カウンセリングは、母子保健や家族計画について、医師から受けた説明の確認を中心に行われた。IUDとピルについては、絵の入ったパンフレットを作成してカウンセリングで利用した。医師によるカウンセリングでは、不妊相談にも応じるようにした。

本活動を展開するうえで、検診業務を実施する医者及び看護婦の養成が必要であった。医師に関しては、C/Pのアルミ工場ヘルスユニットの医師を中心に、ナガハマディ病院(ケナ県管轄)の医師等の連携のもとに実施した。

モバイルクリニックにおける補助業務を行うアシスタントナースをプロジェクト独自で育成するために、高卒程度の女性を公募し2カ月間の研修コースにおいて、講義、フィールドトレーニング等を実施した。講師は、C/P医師・看護婦、日本人専門家、カイロ小児病院医師(本プロジェクトの調整員が以前カイロ小児病院プロジェクトのに携わっていたことから、特別講義を行ってもらった)などが担当し、教材にはプロジェクトで作成したものと、日本人専門家が携行した日本における看護学校及び助産婦学校の教材も併せて利用した。

1年目は看護C/Pを得られなかったこともあり、日本人専門家を中心となってアシスタントナースを養成したが、2年目からは看護C/P及び研修を修了したアシスタントナースが中心となって研修計画・実施、アシスタントナースの人事管理などをおこなった。

また、プロジェクトパイロットエリアの出産の90%を扱うダヤ(伝統的産婆:TBA)に対しても研修を実施した。この研修には、ユニセフが作成している教材と先の日本の教材を併用し講義形式とモデル利用した研修をおこなった。研修修了後に、福祉省大臣、プロジェクトリーダー、アルミ工場長のサイン入り修了証書を授与した。ダヤに対しては、モバイルクリニックがダヤの仕事とは競合しないこと(モバイルクリニックは出産に立ちあわない)を説明するとともに、検診車における営業活動がある程度認め、連携関係を確立した。ダヤを活動に巻き込むことには2つの意味がある。まず、エジプトのように女性が外に出ない社会において家族計画、母子保健の情報の提供及び発信に重要な人材であること。次に、最も妊産婦に接触する機会の多いダヤの質を向上することによって、母子保健・家族計画サービスの質の向上につながることである。(第6章参照)

IEC・広報活動

モバイル活動実施においては、カイロで作成したビデオを村で上映したり、カレンダーの作成と配布、カウンセリングを実施し、検診の結果が受診者に定着するように図った。このカウンセリングでは、家族計画だけでなく住民のニーズに応えるために、不妊相談にも応じるようにした。検診に来た人に対して、家族計画や母子保健に関するパンフレットやコースター、財布、手提げ鞆のような小物を配布した。本プロジェクトで配布するものにはすべて、プロジェクトのロゴマークを入れプロジェクトの知名度を上げ、人々に親しみを持たれることに努めた。本活動がイスラム教と矛盾しないことを示すために教典(クルアーン)の一節とロゴを印刷したキーホルダー等も併せて作

成した。このような活動のアイデアはほとんどがC/Pから出されたものである。

超音波診断技術者研修

カイロのインシャムス大学産婦人科超音波診断センターには、日本から超音波診断機器、胎児診断用機器を供与し、これらの機材を利用して超音波診断セミナーを開催していた。このセミナーはインシャムス大学のイニシアティブのもと、短期専門家等の参加で実施されており、ナガハマディにおけるモバイルクリニックと実質上の連携はなかった。

また、超音波診断国際シンポジウムをJICAとインシャムス大学超音波研修センター共催でNPCにおいて開催した。本シンポジウムは、出生前診断の集中研修コースであり、今後の超音波教育担当者の育成にも適したものであった^{注11}。

3) プロジェクトが直面した問題

本プロジェクトは、技術移転の対象となるべきC/P不足の中で実施された。プロジェクト開始当初は、医師も専任ではなくアルミ工場ヘルスユニットでの本来業務の合間にプロジェクトに参加する状況であった。また、看護婦に関しても、アルミニウム病院の総婦長と高齢の清掃部主任がC/Pとして任命されていたが、両名とも事実上プロジェクト活動に参加することは不可能であった。英語を理解する大学卒業程度の看護婦のC/Pを長い間得ることができないまま活動を開始しなければならず、既存の保健従事者を集めることも困難であったため、モバイルクリニックをプロジェクト実施期間内に稼働させるためには、保健関係従事者ではない高卒程度の人材を公募し、アシスタントナースとして育成することを余儀なくされた。

また、モバイルクリニックによる検診活動は、人口抑制活動というよりは家族計画・母子保健に関連した保健サービスの普及活動と位置づけられる。エジプトにおける保健医療サービス普及活動の所轄官庁である保健省は、制度上本プロジェクトに関わっていなかった。その結果、保健省の管轄であるヘルスユニットなど地域の保健医療サービス提供機関との連携による、地域における総合保健医療サービスシステム内にモバイルクリニックを組み込むことができなかった。周辺地域のヘルスユニットとモバイルクリニックの関係も微妙であり、モバイルクリニックが競合するような形にならないように努力し、ヘルスユニットの無い村から活動を開始した。

カイロとナガハマディに分散している機関の調整も、プロジェクト実施において困難な要素であった。ナガハマディはカイロから600キロメートルほど南に位置するが、交通の便および通信手段が未整備なため、専門家間及び専門家とNPC間の連絡が困難であり、連絡業務に特に注意を払いながらプロジェクトの管理をしていく必要性が生じた。インシャムス大学は、日本の供与機材である超音波診断装置を利用して検診活動を実施していたが、モバイルクリニック活動へのフィードバックは行われておらず、プロジェクト全体像の中でインシャムス大学での研修活動をどのように位置づけていくかも課題であった。これは、エジプト側のプロジェクトディレクターが、NPCの事務局長であると同時にインシャムス大学産婦人科超音波診断ユニット長、人口家族福祉省大臣を兼任しており、プ

注11 巡回指導調査団報告書

プロジェクトの活動の中心地と物理的にも離れ、多くの機関との調整を実施する上では、多忙すぎる人材であったことも原因のひとつであろう。

日本人専門家についても、1年半近くリーダーを得ることができず、リーダー代行の母子保健専門家、IEC専門家、調整員の3名でプロジェクトを開始することになった。

モバイルクリニック実施地域の住民のニーズも家族計画ではなく、不妊治療へのニーズが高かった。ナガハマディ地区は、以前他のドナーによる家族計画プロジェクトが遂行できなかったという地域であり、家族計画に対しては保守的な地域でもある。さらに医療サービスを受けることが困難な村において住民が必要としていたものは検診業務であることも、プロジェクト開始後明らかになった。

(2) 「技術移転手法」「組織制度づくり」「プロジェクト運営管理」等における特徴

1) 技術移転活動における特徴

本プロジェクトにおける技術移転活動の特徴は、家族計画、母子保健を住民に普及するという活動目的から、住民に活動の主旨を十分理解してもらい、住民のニーズを理解し、住民の持つ価値観、文化、生活様式等を理解し、かつそれらを否定しないことを、最重要視して実施されたことである。普及活動が中心であったことから、技術移転のための素地づくりとして、プロジェクト上正式に連携している機関以外の関係者(ステークホルダー)を巻き込みながら活動を推進していった。

また、C/P機関の人材を得ることが出来なかったために、プロジェクト活動を展開する上で必要な人材を外部から集めたことが挙げられる。主な技術移転上の留意点は以下のとおりである。

- ・ 現地の医師、看護婦およびスタッフ等に対して、検診活動の意味及び重要性を理解させた。
- ・ 日本人専門家よりも地域の事情に詳しいC/Pから、多くのアイデアをその都度出させて地域住民(村民)に理解を得易い活動を、「共に作り出す」という方法をとった。
- ・ 地域の状況を把握するために調査を実施し、その際、調査の方法(KAP調査を実施)、個別訪問による現状把握方法などを、C/Pと共に編みだし実施した。調査の結果は、IEC及びモバイルクリニックにフィードバックした。個別訪問調査によって家族の状況、村の現状等をより明確に把握することが出来たことが、プロジェクトにとってもC/Pにとっても大きな収穫となった。
- ・ 村の住民の知識が低いことや、医学的に間違った迷信を信じているような場合でも、相手を見下したような態度をとったり、あからさまに否定するようなことをしないように、日本人専門家だけでなくエジプト側のスタッフにも徹底した。
- ・ 新規の村に活動を展開する際は、必ず事前に村を訪問し村長に対してプロジェクトの主旨及び概要を説明した。この際に、村長がモバイルクリニックに対して理解を示している村から活動を展開することがその後の活動推進において重要であることを示した。
- ・ 村のキーパーソン(教師、宗教指導者など)に対して、検診活動を理解してもらうことを重要視することをC/Pに示した。
- ・ IEC教材は、対象者の年齢や識字能力などに合わせて色合い、説明文の内容などを変えることによって理解が深まることを示した。

- ・同種機材(AVバン)が供与されている別のプロジェクト(ケニア人口教育促進プロジェクト)との技術交換を実施することによって、機材の有効活用の方向性を探る。

2) 組織制度づくり

組織制度づくりの特徴

- ・アルミ工場をプロジェクトの関係機関と位置づけ、パイロットエリアにおける活動の責任機関として機能させた。実際に関係機関として機能した背景には、まずR/D上に関係機関として位置づけられたこと、そして、専門家が工場長との連絡を密にし活動に巻き込んで行ったことがあげられる。
- ・リファラルシステムの構築への試行として、ケナ県の病院との連絡病院システムを作った。

組織制度づくり上の課題

プロジェクトにおけるアルミ工場の位置づけが明確でなかった。R/D上実施上の連携機関として名前が明記されているのだが、調査団報告書において「直接のC/Pでもないのに財政的な負担までして協力してくれている。」^{注12}という記述が見られる。アルミ工場の位置づけを、関係者間で明確にする必要があったのではないだろうか。

検診活動を展開するプロジェクトにおいて、効率的な保健資源の投入や活動の持続性を考えるとコミュニティにおける保健分野の資源を活用することが望ましい。しかし、本プロジェクトにおいては地域のヘルスユニットとの連携、地域の保健分野のリーダー及びヘルスワーカーの人材育成、広い意味でのリファラルシステムの構築を果たすことができなかった。地域保健分野の所轄である保健省との連携関係をつくれなかったこと(プロジェクト計画時からプロジェクト終了まで)が、原因と考えられる^{注13}。

3) プロジェクト運営管理

広報活動

本プロジェクトのプロジェクト運営管理上の特徴としては、プロジェクトの広報活動に力を入れたことが挙げられる。プロジェクト実施地域においてJICAのプロジェクト方式技術協力が実施されたことが無かったため、JICAについて、プロ技について説明をしている。

プロジェクトのロゴ入りグッズを作成し、配布することでプロジェクトの知名度を高める努力をした。

投入マネジメント

本プロジェクトの活動の中心となったモバイルクリニックは、日本から供与した検診車を利用して実施されたものである。検診車が到着するまでに、必要なスタッフの確保、養成を行うとともに

注12 「計画打ち合わせ調査団報告書」平成3年7月国際協力事業団

注13 リーダー総合報告書、「援助の実施と現地行政」1997年アジア経済研究所

に、検診車活動の中心となるサイトディレクターを日本での研修に参加させ、検診車に対する具体的イメージを持たせるようにした。この結果、研修修了後はより積極的にプロジェクトに参加するようになり、アイデア等も出すようになった。

チームワークの促進

NPC、アインシャムス大学、ナガハマディ・アルミ工場すべてにおけるチームワークづくりについては、地理的な距離、交通・通信の不便さ、プロジェクトディレクターの多忙さなど多くの問題を抱えた。しかし、ナガハマディにおいては、専門家の住居がアルミ工場内の宿舎であったこともあり、密な連絡を取ることが可能であった(一方で、専門家は24時間プロジェクトの参加している状態ともなり、精神的につらい側面もあった)。

日本人チーム内では、月1回は会合を開催するように努め、意思の疎通を図るようにした。エジプト側スタッフに対しては、「楽しくプロジェクトの活動を実施すること」をモットーとし、小さなことでも疑問や不満が生じた場合は、日本人専門家等に相談するよう勤めていた。また、日帰りで社内旅行のようなものを実施した(6章参照)。

外部との調整

特徴としては、多くのステークホルダーに対する働きかけを積極的に行ったことである。主な活動は、以下の4つである。

- ・保健省 : プロジェクト活動の説明に出向いたり、プロジェクトについて理解を得たことでその後も情報収集等で連携することができた。
- ・宗教関係者 : 宗教的価値観の強い地域であることから、村のイマーム(オピニオンリーダー)向けのセミナーの開催、配布グッズに宗教的一節をのせるなどの配慮をした。
- ・父親セミナー : 女性が決定権を有しない文化に配慮し、決定権を持つ父親たちに母子保健を前面に打ち出したセミナーを開催することで、女性を検診に参加させるようにした。
- ・TBA(ダヤ) : 地域の出産の大半を扱うダヤに対して研修を実施するなどし、プロジェクトに巻き込んだ(第6章参照)。

5 - 3 メキシコ国家族計画母子保健プロジェクト

(1) プロジェクトの概要

1990年1月の基礎調査において、メキシコ政府の「EEC / 地域医療サービス領域拡大戦略」活動と医療システムの現状の把握をもとに、現地調査を実施し、広い地域の中に小さな村落が散在する状況で、高い母子死亡率を改善するためには、リファラルシステムの整備および機動力の重要性、末端における医療施設に対する住民の信頼を確保する方法を考える必要性が認識された。メキシコ側は当初8州

に対する病院プロジェクトを考えていたが、日本側は機材供与を通して技術移転を行い、末端まで広くその利益を受けられるような方向性を探り、モデルシステムを構築するために8州からモデル地区を選定することを提示した。

プロジェクトは、保健省家族計画局、後にリプロダクティブ・ヘルス局に改組(1994年)をC/P機関として、ゲレロ州とベラクルス州をパイロット地区として、ゲレロ州コスタグランデ郡とベラクルス州サンアンドレス・トゥクストゥラ郡をモデル地区に指定し、住民の参加の促進とリファラルシステムの強化を通して家族計画・母子保健活動を改善を図ることを目的として計画された。1992年1月22日にR/Dが署名され、1992年4月1日から1997年3月31日まで、5年間の協力がなされ、1997年4月1日から1998年3月31日まで1年間協力が延長され、母子保健手帳の作成と普及活動の実施がなされた。

R/Dにおいては、プロジェクトの協力活動内容としてパイロット地区における母子保健サービスを改善し、家族計画の受容を向上させる、モデル地区における家族計画の促進者、医療従事者、プロジェクトのC/Pのトレーニングを行う、家族計画・母子保健の情報や教材を普及する、リファラルシステム強化のために必要な機材の供与を行う、の4点が挙げられていた。

プロジェクトには、長期専門家としてリーダーと調整員の他に、母子保健、地域保健、産婦人科、小児保健の専門家が派遣された。最初の2年間は専門家のリクルートの難しさがあり、リーダーと調整員、母子保健の専門家の3名のみが派遣され、母子保健の専門家はコスタグランデ郡での活動を実施した。しかし、プロジェクトの活動計画策定に手間取り、モデル地区との協調が不十分であった。1993年度末に専門家チームが交代し、ゲレロ州のモデル地区にも2名の専門家が派遣され、1994年度からプロジェクトの活動も本格化した。また、ベラクルス州に関しては長期専門家のリクルートが難しく、メキシコシティ、あるいはゲレロ州から必要に応じて専門家が出張し、プロジェクトの運営を行う形を取っていた。プロジェクトの最終年に母子保健と地域保健の専門家がベラクルス州の郡レベルに派遣されるようになった。

プロジェクトの協力活動としては、人材育成事業として、州の総合病院ならびに郡レベルでの超音波診断研修、郡レベルでの、保健助手研修、伝統的助産婦(TBA)研修、保健助手指導員の研修などの実施、教育・啓蒙活動として、郡レベルにおける集団検診活動ならびに母子手帳の普及と母子手帳を使った健康教育の活動、リファラル・システム強化のための機材供与、コミュニティ・センターの設立、が行われた。

(2) 技術移転手法

1) 超音波診断セミナー

ハイリスク妊娠の発見およびハイリスク妊娠の病院内分娩を促進するため、パイロット地域内の主要な病院と保健所に超音波診断機が供与され、超音波診断セミナーを通じて、医師に対する研修が行われた。研修は日本からの短期専門家が講師となり、主にアカプルコ総合病院ならびにベラクルス州総合病院において、初級(初心者)コースと中級(追加研修)コースが実施された。研修はスライドなどを用いた講義とともに超音波診断機を用いた実習を中心に進められた。95年からはメキシコ側医師も

初級コースを担当できるようになり、講師となり得るメキシコ側医師の養成に重点が置かれた。超音波診断機は第二次レベルの病院に対しては比較的普及しており、セミナーの効果もあったが、第1次レベルの保健所には普及しておらず、まれな機材であることから、このレベルへの機材供与と医師への研修に対する妥当性には疑問点が残された。

2) 保健助手研修、伝統的助産婦研修、保健助手指導員の研修

保健助手へのセミナーは当初は講義中心であったが、プロジェクトの後半になってワークショップ形式で参加型の講義や実技の演習がなされるようになった。保健助手セミナーの講師は保健助手指導員が行っており、プロジェクトの後半では保健助手指導員の能力強化がより重要であることが認識され、保健助手指導員へのセミナーで参加型の教育技法を取り上げたり、実習に多くの時間をさいたことなどが、保健助手へのセミナーの質的改善へとつながっていった。

保健助手指導員の研修においては、保健問題を解決することがどういうことか、問題解決志向のサイクルを理解させることが主眼であった。講義形式も議論や実習の機会を多く取る参加型のセミナー方式に切り替えた。OHPやスライドなどのIEC教材の活用、実際に妊婦や子供を入れて実習や演習を行ったり、セミナーの参加者をコミュニティを見立てた演習などを行った。特に、住民を参加させるためにはどうすればいいのか、保健助手を住民と見立てて、シミュレーション的に演習を行い、コミュニティでの活動に生かせるようにした。その一環として、隣の保健所の待合室で待っている人たちをコミュニティと見立てて実習したことがあるが、思ったようにはうまく行かなかった。しかし、この参加型のセミナー方式がうまくいき、保健助手指導員の意欲とモチベーションを高める効果も生まれた。従来の講義形式のセミナーに固執していた郡のC/Pが人事移動で変わったことも参加型の講義形式が取り入れられるようになった一因であった。

これらの研修に関する活動は専門家主導で行われ、やり方を見せて指導する形を取った。保健助手セミナーや保健助手指導員セミナーなどの計画立案や実施に関して、C/Pに参加のチャンスを与えるように常に誘って、何かの時はC/Pが前に立つようにさせた。セミナーに関して定期的に郡衛生局長とC/Pを合わせた会合を行い、基本的に組織の中でC/Pを飛び越えないように合わせて、その範囲の中でC/Pにやらせるようにした。最初は専門家が活動のイニシアティブを取ってデモンストレーションを行い、C/Pに見せていたが、後でC/Pにまかせるようにした。C/Pも問題意識や意欲は持っており、自分自身でやりたかったようで、専門家がいなくなった6年目はC/P自身により研修活動が実施できるようになっている。

3) 母子保健手帳

母子保健手帳に関しては、初期段階にけるメキシコ政府側との協議が十分でなかったために活動がなかなか進まなかった。郡レベルにおいて母子保健手帳委員会が設置され、母子手帳に関する検討がなされていた。家族計画技術部長が最初に翻訳されたものを同列の局に見本を送って意見を求めたが、予防接種や妊産婦カードなど既存のシステムがあることと、翻訳が良くなかったことにより、否定的な見解が示されていた。このように母子手帳の記録部分が既存の記録のカードなどのシステムと競合することが導入に関する大きな問題であった。1992年11月～1993年5月の間に郡の母子保健手帳委

員会が7回開催されたが、それ以後委員会の活動は休止されていた。

プロジェクトの後半に入って、国内委員長の働きかけもあり、プロジェクトセミナーの機会をとらえて中央保健省の理解を取り付けることに成功し、1995年4月に郡レベルの母子保健保健手帳委員会の活動を再開した。1996年3月までに10回の委員会を開催し、母子保健手帳の中身の検討を重ねた。郡での試行は1996年3月に試行前調査を行い、4月～10月まで9つのコミュニティで約700冊が配布し、母子保健手帳を用いた健康教育が実施された。10月に試行後の調査を実施し、その効果を確認するとともに、11月からは州レベルでの母子保健手帳委員会が設置され、改訂版としての第2版の作成と試行計画の立案を行った。ゲレロ州衛生局に専門家が配置され、中央に関しても州の専門家が働きかけを行うことにより、母子保健活動に関する情報の流れが良くなり、郡の活動もうまく行くようになった。さらに、メキシコ事務所長が保健省副大臣を面会する機会を得て、母子保健手帳の第2版のモデルを見せたところ、興味を示し、リプロダクティブ・ヘルス局長にメキシコ流に改訂することを指示し、局として動くようになった。

母子保健手帳は記録としての部分と保健教育としての教材としての部分の二つの側面を持っているが、プロジェクトでは保健教育の側面で母子保健手帳を利用し、効果を上げている。保健教育では保健助手指導員および保健助手が村落レベルの健康の家でセミナーを開催しているが、情報を伝えるためにポスターなどの視聴覚に訴える教材を使っているが、必ずしも母親の手元に残るものではなく、後で繰り返し見ることができない状況にあった。しかし、母子保健手帳は母親の手元に残る保健教育の教材であり、繰り返し見ることができる。また、絵など視覚的な要素が多く見やすい形になっている。また、母親が持ち帰った母子保健手帳を父親が見て、保健教育の広がりをもたらす効果もインパクト調査の結果示されている。

特に、C/P機関が、リプロダクティブヘルス局と改組されたことにより、リプロダクティブヘルスの観点から、男性対象のプログラムを計画実施するセクションができたため、男性の子育て参加が促進された。

4) 集団検診活動

集団訪問は1994年末から開始され、両州1チームずつが週1回の頻度でコミュニティを訪問し、ハイリスク妊婦の発見と病院の紹介、育児指導、栄養指導、家族計画指導などが実施されている。プロジェクトでは集団検診用車や超音波機器など必要な機材を供与し、集団訪問チームの体製造りを支援している。

集団訪問に関しては、プロジェクトの終了に際して、続けていくためにどのようなやり方があるか、どう拡げていくかに関して、郡衛生局長と郡内のすべての保健所長を集めた会議を3回開いて、継続するように協議を行った。このような権威のある人を集めた会議を開くことにより、各保健所が競争して実施するようになった。

(3) 組織制度造り

1) コミュニティセンターの運営

プロジェクトではゲレロ州とベラクルス州のモデル地区にプロジェクト基盤整備費でコミュニティセンターを建設し、地域における保健医療の促進と郡内の保健医療関係者の人材育成、広報、啓蒙活動をはじめとして、プロジェクトの諸活動を強化、促進する効果をもたらした。宿泊施設もあり保健助手や伝統的助産婦の研修や保健助手指導員の研修に効果的に利用されたり、郡の会議の実施のために利用され、IEC教材を揃えた図書館も広報センターとしての使われ、プロジェクトの活動の拠点となった。センターの利用に関しては、利用の規定を作り、メキシコ側に維持管理をまかせた。

2) 母子手帳の普及活動

母子手帳は郡の母子手帳委員会を通じて作成され、第一回目の試行がなされた。州レベルに拡大した第二回目の試行のために、両州で州母子手帳委員会が作られ、必ず委員会を通して意志決定がなされる体制が整えられた。ゲレロ州は州衛生局の関係者を中心に郡衛生局の関係者を加え、一ヶ月に一回定例会議が開かれている。ベラクルス州は州衛生局の幅広い関係者と州立病院長、公衆衛生研究所からも参加を得たトップレベルによる委員会が作られたが、最初4回は毎月開かれたが後は年二回ぐらいいしか開かれていない。委員会の下に担当者レベルのワーキング・グループが作られ月一回ぐらいい必要に応じて会議が開かれている。

ベラクルス州では日常の保健教育の中で母子手帳を使うことが州母子手帳委員会で決定されている。また、ゲレロ州では地区スーパーバイザーが村を巡回する際に保健助手指導員が同行して、日にちを決めて健康教育を行う巡回システムが考案され、その中で母子手帳を活用することが州母子手帳委員会で決められた。

97年6月にプロジェクト委員会が開催され、母子手帳の普及に関して中央レベルを巻き込むような働きかけがなされた。さらに、母子手帳に関するシンポジウムが国内委員長も含め、98年3月2日に開催され、母子手帳に関する活動の理解が促進され、メキシコ側と協議した際、先方から国家レベルの委員会を設置して検討を続けることが表明された。保健省に審議会レベルの委員会が設置され、その下に担当者レベルの技術委員会が設置される予定になっている。

プロジェクト実施機関中において、ベラクルス州総合病院、アカプルコ総合病院などのリファージシステムに関しては、十分なアプローチはできなかった。それぞれの院長の理解はあったがプロジェクトでは医師に対する母子手帳の紹介はできなかった。今後、社会保険病院やNGO、個人開業医などに対して、リファージされたときどう対処するか、母子手帳の紹介をしていく必要があるが、両州の母子手帳委員会が活動をフォローし、持続的に活動を実施していくことが期待される。

(4) プロジェクトの運営管理

1) 専門家の配置

専門家の配置は、リーダーと調整員がメキシコシティの保健省リプロダクティブヘルス局、母子保

健と地域保健の専門家がゲレロ州コスタグランデ郡衛生局、プロジェクトの後半に入って小児保健の専門家がゲレロ州衛生局、母子保健の専門家がベラクルス州サンアンドレアストックトゥ郡衛生局に派遣された。リクルートの問題もあり、プロジェクト開始後2年間はリーダーと調整員、母子保健の専門家の計3名の体制で、1994年以降専門家チームの交代と増員により、活動が本格化した。

モデル地区の郡レベルの活動を中心として、パイロット地区の州レベルに活動を普及していくことが期待されていたが、プロジェクトの後半に州レベルに専門家を配置したことによって、ようやくプロジェクトの運営が効果的となった(情報の流れ、州レベルの意思決定への関与が促進されたため)。中央とモデル地区の郡の活動をつなぐ意味でも州衛生局への専門家の派遣が必要であった。

一方、ゲレロ州に活動の重点が置かれ、ベラクルス州には機材供与と専門家の巡回ベースでの対応がなされていた。プロジェクト終了1年前に専門家が配置されるようになるまでは、調整員が2カ月に三回、多い時は月二回ほど出張し、活動の調整を行っていた。

2) モデル地区の活動と州、中央レベルの調整

中央・州・郡の関係において、中央から郡に直接話をすると州から文句がでることがある。プロジェクトは中央と郡に専門家を配置して活動を行っていたが、州に対してはプロジェクトがコミュニケーションを行い、中央との連絡を図っていた。プロジェクトの5年目に入り、始めて小児保健の専門家をゲレロ州衛生局に配置することができ、中央から州、郡への情報の流れが良くなった。郡での活動を行うにしても、州レベルが意志決定に大きく関与しているので、州に専門家を配置したことで郡の活動がし易くなった。また、この時期に、ゲレロ州の州知事が交代し、州や郡の衛生局長が交代するという環境の変化があり、新しい体制がプロジェクトにより協力的であったことにより活動がうまく展開した側面も指摘できる。

一方、中央レベルでは、リプロダクティブ・ヘルス局の人事が頻繁に変わり、調整が難しかった。そのため、C/Pなど関係者と距離を置かず、こまめにプロジェクトの状況を説明し、現状が分からない状況にならないように配慮した。電話で説明して、こまめにフォローすることが重要であった。

3) 機材供与と維持管理

プロジェクトではリファラル・システムの強化のために、州総合病院やコミュニティ・センター、郡内の保健所を中心に医療機器やIEC教材、集団検診用車などの機材が供与されている。しかし、事前調査が十分できていなかったため、必ずしも計画的に毎年機材が購入された訳ではなかった。事前調査を十分に行って、5年間の機材供与計画を立てる必要がある。また、いろんなサイトに機材が入っているが、機材管理の専門家が派遣されていなかった。短期でも機材管理の専門家を入れて地方に分散している機材のチェックを行う必要があると思われる。

機材の管理状況に関しては、リプロダクティブ・ヘルス局から管理状況表を両州に提出するよう義務づけているが、なかなか出てこない。また、機材の引き取りや管理、報告などをメキシコ側の責任で実施させるようにし、機材の維持管理の関して州に委員会を作ってフォーマットを作り、チェックを行う体制にした。特に保健助手に配ったキットに関しては供与しているのであり、次の人に引き継ぐ時に引き継ぎ書で確認を取るようなシステムを作った。

供与機材の使用状況に関して、超音波の機材は比較的良く活用されているが、維持管理に関しては費用がかかることが懸念される。保健助手に供与したキットに関しては現場の人が欲しかったものでよく使われている。初期の頃に日本から送った機材に関してはスペアパーツやインストラクションの言語などに関して問題があったが、93年度から現地調達になり、現場で維持管理ができるようになっている。

4) ベースライン調査とインパクト調査

ベースライン調査がモデル地域の中でも社会経済状況が比較的良いテクパン行政区のみで実施され、プロジェクトの活動内容に的確に反映されなかった側面があった。また、終了時の調査においてコスタグランデ郡全体におけるプロジェクトの結果を評価することが難しく、終了時の調査とともにコクタグランデ郡住民調査を実施して現状分析を行い評価の資料としている。

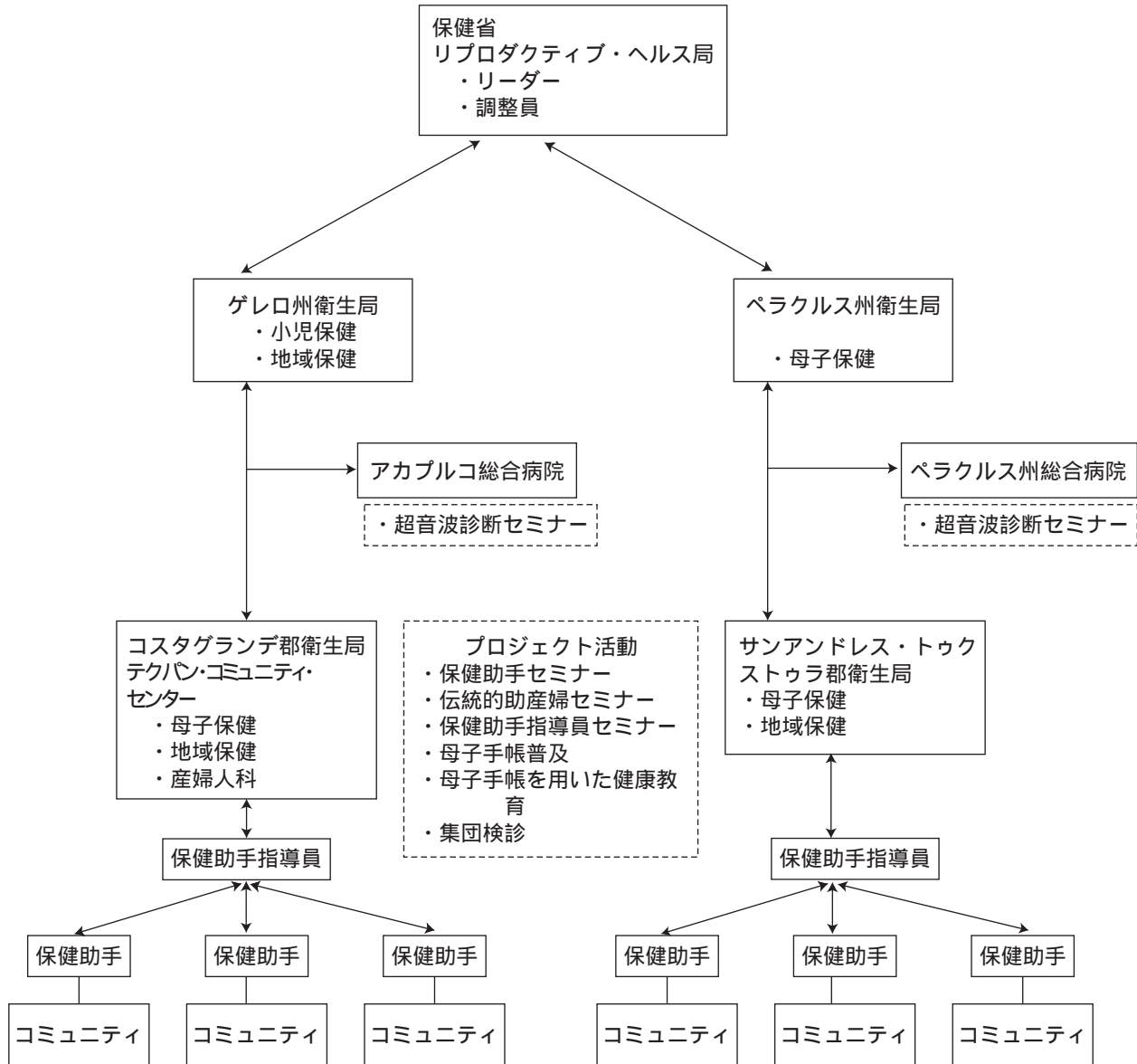
(5) 教訓

プロジェクトサイトが2つの州にあり、それぞれモデル地区が郡レベルにあり、活動の調整と州や中央へのフィードバックに難しさが見られた。この点、州衛生局に専門家を配置することが州レベルで活動を実施する上で有効であった。この様にメキシコのように地方分権化が進んでいる国であっても、予算の配分や政策面の意思決定が必ずしも分権化にともなって地方に下りされているとは限らない。したがって、関係する中央・州・郡の機関が行政システムの中でそれぞれどのような機能を実質的に果たしているか把握し、活動の実施促進とフィードバックを考慮した専門家の戦略的な配置が重要である。

2つのプロジェクトサイトを持ち一つには専門家を配置したが、もう一方は機材供与を行ったが専門家の配置をせずに巡回で対処しようとしたことが、機材供与の効果を減じることとなった。したがって、一方の州に集中して、その州での成果を他の州に普及する方が良かったかもしれない。しかし、一方で専門家が常駐出来なかったことが、ベラクルス州における活動のオーナーシップを州政府が持って実施するというプラスの側面をもたらしている。

母子手帳の普及活動においては、関係者が参加する郡レベルの母子手帳委員会、州レベルの母子手帳委員会を設置して、意思決定を実施する形を取ったことがメキシコ側との意見のすり合わせを行い、メキシコのシステムの中に統合していく上で有効な手法であった。中央レベルにおいても委員会が設置されるようになるなど、各レベルにおいて関係者を広く巻き込んで意見を集約し、現地側のシステムに統合していく手法は、モデル地域での活動を州あるいは全国レベルへと展開させていくためのフィードバックのメカニズムとして有効である。

図5 - 3 メキシコ国家族計画・母子保健プロジェクトの配置図



出所：専門家報告書他

5 - 4 パキスタン国イスラマバード小児病院プロジェクト

(1) プロジェクト概要

1) プロジェクトの背景

イスラマバード小児病院(ICH)は、小児専門医療の充実と小児医療従事者の養成が急務であったパキスタンにおける小児医療の中核病院として、1985年3月日本の無償資金協力で建設され、同年12月にオープン(当初は外来部門のみ)した。当時パキスタンでは、全死亡者数に占める乳児死亡率は極めて高率で、小児医療機関は極端に少なく、最先端の医療機器を備えた施設は皆無な状況であった。また、一部の裕福な階級の子供は診療費の高い民間病院を利用することができるが、一般大衆は診療費が無料の公立病院を利用するため、二次、三次医療機関であるべき病院がプライマリケアを担わざるを得ない状況にあった。ICHは、200床を有する入院病棟と1日2000名を診療できる外来病棟からなり(専門的治療を要する患者と簡単な処置のみで帰す患者を選別するフィルタークリニック)また、教育病院としての機能も果たす施設として、首都イスラマバードにあるパキスタン医科学研究庁^{注14}(Pakistan Institute of Medical Science : PIMS)内に設立された。

パキスタンの公立病院における診療は基本的に無料であるため、日本が供与する予定の比較的高度な検査機器は、消耗品の供給を含め、その維持管理がパキスタン側にとってかなりの財政負担になると予測されていた。そこで、日本側では病院建設の事前調査段階から病院完成後の運営についてパキスタン側の現状を懸念し、かなり具体的なアドバイスを実施していた。しかし、パキスタン側では日本側の質問に対し、文書にて了承した旨の返答をしながら現実に病院が完成間近になっても何ら日本側の質問に対する回答をせず、運営の見通しが危ぶまれる状況になった。そこで、パキスタン側だけの現状打開は困難と判断した日本側は、先方からの要請に基づき技術協力を実施することとした。

2) R/D上のプロジェクト目標と協力内容

1986年3月、両国間で実施に係る合意がなされ、同年7月より5年間の予定で技術協力が開始された。プロジェクト目標は、パキスタンの子どもにより良いヘルスケア施設を提供するとともに、小児病院が卒後医療教育および研究の最高の場として機能することと合意された。つまり、パキスタンの小児専門医療サービスと卒後医療教育面での中核施設としての機能を充実させることである。プロジェクトの具体的な協力内容は、小児内科、理学療法、看護、小児外科、麻酔科、放射線部、臨床検査分野の専門家派遣を中心に当該分野の病院機能に関する技術移転を行うことであった。プロジェクト期間中、毎年4～5名の長期専門家がそれぞれ1年ないし2年の任期で、のべ20名が派遣され、常時5～6名の長期専門家が活動を行っていた。そのほか、5年間で約39名の短期専門家が派遣され

^{注14} パキスタン医科学研究庁(PIMS)は、新しい医療教育と高度な医療サービスの提供を目的とする自治権をもった政府機関のひとつに位置づけられている。メインホスピタル、看護大学、核医学研究所、脳外科研究所、小児病院(ICH)からなる病院団地である。ICHはメインホスピタルである総合病院の管理下にあり、人事、予算については総合病院の方針に左右され、主体性を有していない。ICHでは日本でいうところの「事務長」が存在しておらず、院長が事務長を兼任していた。なお、PIMSは保健行政を計画調整する連邦保健省、実際の保健行政を担当する各州保健局とは協力関係があるが、保健行政の強化にかかわる発言力・影響力は持ち合わせていない。

ている^{注15}。

3) 活動上のプロジェクト目標の決定

初代専門家チームが着任した時、どこから活動を開始すべきかについて問題にぶつかった。というのも、R/Dに記載されているプロジェクト目標が、「パキスタン小児医療のレベルアップを図り、小児医療の中核として機能する」という非常に漠然とした内容であり、それを具体的にブレイクダウンした活動計画が明らかとなっていなかったためである。(表5 - 2 参照)

表5 - 2 プロジェクト初期の専門家の状況

私がチームリーダー兼小児麻酔担当専門家として着任した当初、主にシニアドクターらとの交流が続いた。彼らは、日本の同世代のドクターと比べて全く変わらない、いやむしろそれ以上の知識を持っている。欧米で医療を学んだ高学歴の経験豊富な人々で、パキスタンが抱える課題も知り尽くしているようだ。しかし、どうして彼らの病院がうまく動かず、パキスタンの事情もわからない我々日本の若者集団がなぜ派遣されたのか、やはり理由はわからなかった。

また、シニアドクターらとの交流の一方でびっくりしたのが、ひとつの病院のなかにいろいろな学歴の人がいたことだ。トップは欧米人のような人から、下は文字を書けない、読めない人まで。(従って、病院スタッフ全員を同一レベルで病院という一つの歯車に組み込むことは非常に困難なことであると察知した。)次に、トップの人は自分の専門分野について知っているだけで、病院全体の組織化、教育の仕方など、日本の考えではトップに立つ人に付随する知識を持っていない。また、下のスタッフは、上の命令で行動をとるだけで、自分たちの仕事の意味をあまり考えていない。さらに、病院の運営にタッチする人々が管理の知識を持っていないので、自分たち自身の問題を正確には把握できていなかった。こうした状況は、日本人の目から見ると実にいびつであったが、ともかく仕事を開始しようとした。ところが、何から活動を開始したらよいか、またもやわからない。R/Dを確認した。しかし、プロジェクト目標は、「パキスタン小児医療のレベルアップを図り、小児医療の中核として機能する」という漠然とした内容である。ますます何をしたらいいのかわからなくなってしまった。

出所：専門家報告書

そこで、専門家チームでは、相手のレベルや病院の現状把握(病院の診療体系、C/Pのレベル、人の配置、パキスタンの他の病院の状況など)を行い、病院をとりまく問題点の特定を行った。そこで明らかとなったのは、次の3点であった。

- ・病院を支えるパラメディカル(検査技師、X線技師、看護婦、エンジニア等)のレベルが極端に低い。
- ・病院スタッフを始め管理者が機器類の維持についての大切さを知らない。また、機器類に通じる知識も少ないので、一つの機械を購入してもそれを動かすのに何が必要かを確認できていない。
- ・病院がうまく稼働していない理由は、貧しくて機器類が購入できず物が足りないからというより

注15 国内支援委員会の強力なサポートにより、専門家の投入が非常に順調になされた。

も、病院内で働く各人がそれぞれの責任、役割を果たしていないことに起因している。しかも、管理者である人々がそこに気づいていないか全然そのような現場の問題に真剣に取り組んでいる様子が見られない。

こうした問題点から、専門家チームでは、ICHでまず改善されるべきは、華々しい先端テクニックよりも物品管理や機械の維持管理のような運営の土台^{注16}であり、病院の基礎的かつソフトな面の管理能力を高めることが重要であると分析した。そこで、プロジェクトの到達目標として身近で、かつ取り組み易く、しかも最も効果の期待できるところに狙いを定める必要があったため、“パキスタン人の手だけでイスラマバード小児病院が円滑に運営できるようにする”という、プロジェクト目標を定めた。そして日本人専門家チームとしてすべての活動は、この目標を実現するために計画、実施することとした。

しかし、この目標設定は病院側との検討の結果なされたものではなかった。というのも、病院側の認識は専門家チームとは異なっていたためである。病院側では、「日本から供与された先端機器を持っているだけで我々のレベルは他の病院よりも遥かに進んでいる。我々に必要なのはそれらを駆使できる先端技術である。」という認識しかなかった。専門家曰く「いつも目は頂上を向いているが、そこに登るのは麓から、ということを理解できていないようです。」実際にC/P側では、ICH検査室ではパキスタンでは不可欠のサルモネラやシゲラの同定も満足にできてないことを知らなかった。

4) 具体的なプロジェクト活動の目標設定

次に、業務を進めるために必要な「具体的に何をどう改善していくか」という具体的な目標の作成に着手した。その際に、専門家チームが留意したことは、以下3点である。

- ・現在の病院は複雑な社会背景のうえに長年にわたって形成されており、いわば途上国の姿をそのまま凝縮したようなものである。
- ・パキスタンの事情も分からぬ若い外国人が短期間に何かを簡単に解決できるとは考えられない。
- ・業務開始に伴い新たに発生する問題を前に、活動の方向性を失うことがないようにしなければならない。

また、以下に示すとおり、基準となる判断ポイントにしたがって具体的な活動目標を設定した。

* 判断のポイント

この国のニーズの高いのはどこか。あるいは自分が一番貢献できるのはどこか。

病院側は何を日本側に期待しているのか。

^{注16} 例えば、最先端の機器類を装備しているのだからそれらを適切に管理すること、試薬などのストックが無くなる前に補充されること。検査で正常値がでるはずのところに突然異常値が出たら、それが採血手段の問題により生じているのか、あるいは検査技術によるのか、それとも機械操作の問題によるのかを突き止められるシステムを持っていること。手術室に必要な器具、機材、物品は必要な場所に、整理整頓され、在庫状況もわかるような管理体制を持つこと。機械が破損、損傷した時のスペアパーツの補充経路を確保しておくこと等である。こうした運営の土台を持てなければ、すでに持っている様々な技術も能力も、新たに拾得する技術も能力もうまく活かされず、パキスタン国の中核小児病院としての社会への期待には十分応えることはできない。

最も現場に入っていやすいところはどこか。
最も技術移転の効果が期待できる場所は何か。
この国に根付かせるにはどういうやり方が適当か。

* 具体的な活動目標

小児病院としてそれぞれの仕事の遂行に必要な技術の移転

(供与機器類の操作方法を始め各ポストでの基本技術や基本知識、機材の取扱い技術を中心に。なお、同時にその維持、精度管理、検査の意義など付帯状況として関わってくることを教える。)

管理の強化、責任所在の明確化

物品管理、施設管理、人材管理

(各自が自分の担当業務に対し責任を持つようにする。自分の役割が病院の中でどういう位置を占めているのかを理解させる。)

病院全体の有機的な組織形成

医師、看護婦、検査技師など各グループ間の関係改善

(他部門との関わり合い、例えば外来と中央検査室、外科病棟と手術室など病院を有機的に関連させていくことを教える。)

5) 運営計画造り

具体的活動目標の設定後には、具体的活動目標を達成するための運営計画造りを行った。その際には、プロジェクトそのものに関する運営計画と各専門家ごと(あるいは部門ごと)の計画の両方を作成した。作成における留意事項は以下の通りである。

- ・「プロ技3本柱：機材供与、研修員派遣、専門家派遣」の計画は、成果を確実に得られるよう計画する。
- ・プロジェクト全体の運営計画は各部門ごとの運営計画を反映したものとする。
- ・計画の進捗状況を把握しやすくするため、協力状況を何か具体的な数字で表すことを心がけるとともに、計画は目標と異なり比較的達成しやすい実行可能な内容とする。
- ・月次、年次といった短期、長期に分けて計画する。

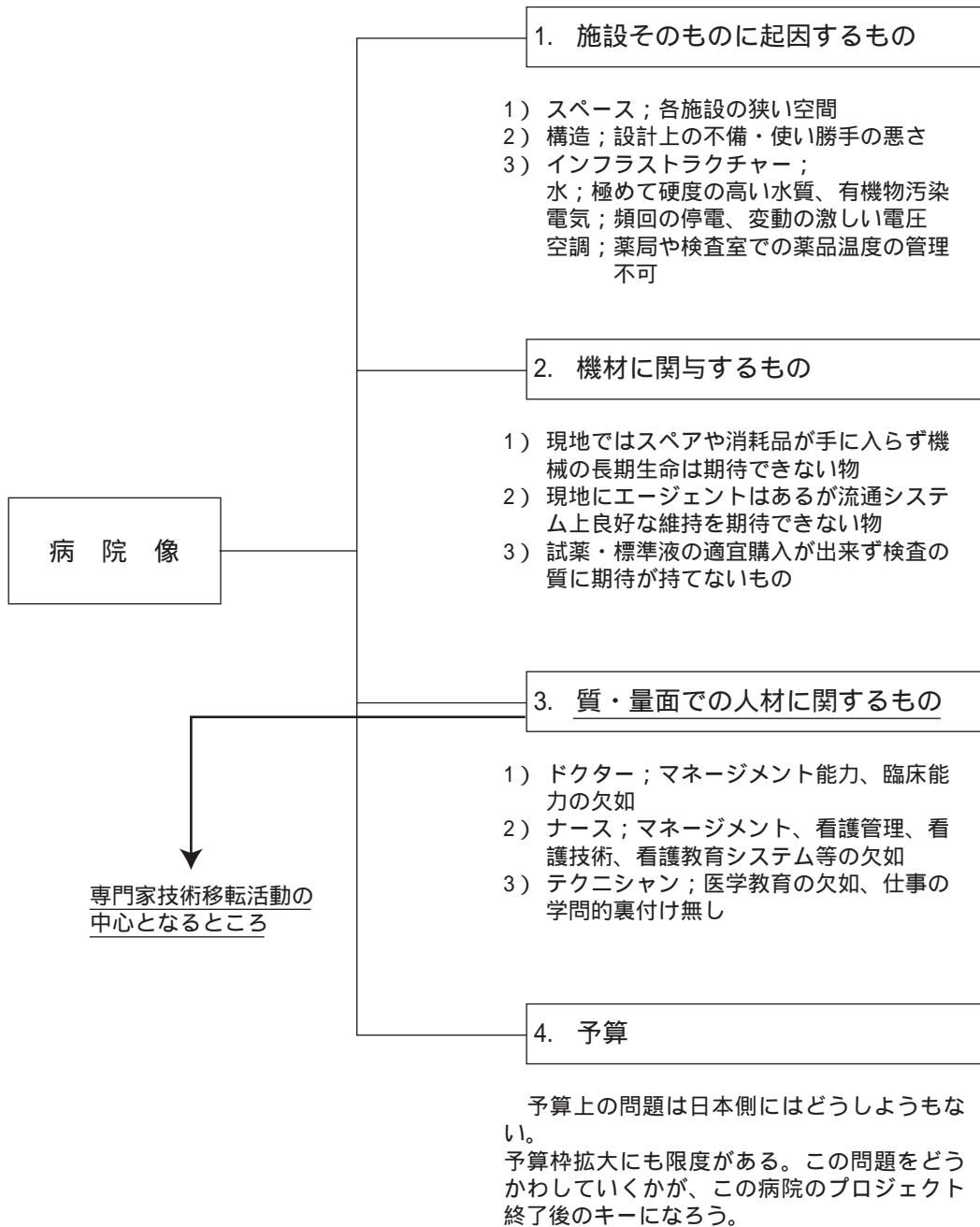
専門家チームでは、このような方針のもと各専門家ごとに暫定計画をたてていった。まず実際に自分でやってみせ相手の理解度を見てさらに計画を練り直し、続いて各部門間での密な打ち合わせを加え、共同作戦をたてるように努めた。こうして長期・短期計画、実行、評価、計画見直し、の手順を繰り返すとともに、専門家チームは一人一人独立で自分の担当部門だけで何かをやらうとせず、プロジェクトに関わる人全てが、同じ考えで、同じ狙いを持って、プロジェクト全体の歯車の一部として活動していくことに努めた。

こうして、難題あふれる中、ようやくプロジェクトのフレームワークがおおざっぱに整理され、各自各ユニットでのC/Pのとらえ方、業務内容を決め、そのユニットごとの個別計画をたて、なすべき

ことが明らかとなったが、ここに至るまで1年を要した^{注17}。(チームで分析したICHの問題点系図を次頁に示す。)この時、リーダーは主として病院全体の問題を把握し、病院全体と各部門との問題の関わり合いを知ることで、現状打開の方策を探ること、またプロジェクトの方向を見極めることを主として担っていた。一方、分野専門家は各持ち場の問題を、各持ち場で解決すべき問題と病院全体のシステムに根ざす問題などに整理し、各持ち場の中で実行していく内容、及びプロジェクト全体の計画の一環としてやっていくべき内容とに分けて業務を遂行するようにした。また、各分野専門家では、C/Pへ医療技術を移転するだけでなく、その技術をそこに根付かせるにはどのような方法を取るべきか、ということを模索していった。いくら問題点を正確に捉えても計画の実行方法(技術移転方法)がうまくいかなければたいした効果は望めないためである。また、方法についても、絶えず反復改善していくよう努めていた。なお、これらの問題点をまとめたものが、図5 - 4である。

^{注17} このように、本プロジェクトではICHの実態把握は専門家チームが着任してからなされたが、実際の技術協力開始前には4回の調査団が派遣されていた(R/D前2回、R/D、R/D後に1回)。

図5 - 4 病院の問題点系図



6) 具体的活動

C/P 側とのビジョンの共有化

C/P側に病院の運営管理機能強化の必要性を理解し、この目標に向けプロジェクトを実施することに対する理解と参加を求めため、プロジェクトリーダーは病院の機能を「施設の問題」「機材に関する問題」「人材に関する問題」「予算の問題」の4つのカテゴリーに分け、それに沿って「運営(管理)」の観点から病院の現状改善の重要性を訴えた^{注18}。各項目に沿って、具体的な現状、問題点を整理し、具体的問題例を拾いながら、現行システムに疑問を投げる形(問題提起)でパキスタン側の認識あるいは問題把握を促し、改善計画、実行、評価、見直しを行っていったのである。いろいろな場面で小児病院の組織の弱さの具体例を出し、「管理」という問題と問題の因果関係をはっきり認識させる作業を繰り返し、相手側と一緒に解決策を模索することが、長い目でみてプロジェクトに良い効果をもたらすものと考えていたためである。ところで、こうした問題提起を行う際に留意した点があった。それは、C/P(病院長)以外に院内で力を持つ人物や様々な派閥があったことから^{注19}、話を持ちかける時には院長を全面的にたてつつ、一方で実権を持ったシニアドクター達に別個に働きかけていったことである。この方法により両者での問題認識が共通してもてるようになったが、それと共に、なるべく両者が同じテーブルで話し合ってくれるよう、うまく場を設けるように心がけていた。表5 - 3は、専門家による問題提起の例である。

表5 - 3 専門家による問題提起例

<p>1) 検査室の温度管理について</p> <p>(問題提起) 温度管理が必要な試薬が室温に放置されている。検査室の温度は3月終わりでも30度を越える。これでは使用する薬品自体が信用できない。薬局も同様。</p> <p>(解決案) 薬や試薬、化学薬品など高温に弱い物が置いてある部屋にはまず温度計をおき温度の変化をみて、環境として至適でなければその部屋に十分な容量のクーラーを設置する。温度管理品専用の倉庫として薬品管理室を設ける。</p> <p>2) 純水の確保について</p> <p>(問題提起) 硬水質のため水を使用する機器類の傷みが早くなっている。機器類に付着した結晶量は確実に増加しており、結晶によるトラブルを起こしてしまってからでは対処法がますます困難となる。</p> <p>(解決案) 病院内に3台ある純水精製装置の維持ルートを確立すること。パキスタン中のマーケットを調べこれらの機器について部品調達がどの程度可能かを把握しておく。機器の維持について状況が把握できたら、病院内での純水の割り当てをはっきり決める。</p>
--

出所：専門家報告書

注18 但し、「予算問題」については、パキスタン国側の事情であるため専門家チームとして直接関与できる余地は少ないので、むしろ与えられた予算の使い道(全体予算の振り分け方、何に優先的に割り振るべきか等)について改善を提案するようにした。特に試薬や消耗品の補充は計画性を持つ必要性と重要性を指導しなければならない。

注19 C/Pである病院長は、組織の指導者としてのリーダーシップを発揮しにくい状況にあった。実質的な病院運営権を奪われていた格好である。こうした環境を理解していたので、逆らうことはしなかった。

リーダーは、こうしたやり方に関するフレームワークについては、不安を感じていたものの、まずリーダーとしての独断で決め、その後他の専門家の賛同を得た。そして具体的問題の提示と改善実施について、各分野別専門家の協力を得て、院長や副院長、シニアドクターといった管理者と現場の担当者を対象に実施していった。その際のポイントは、既得権益を失ったり、損失を被る人を巻き込むことであった。

こうした問題提起の結果、C/P側ではかなり問題を実感としてつかめるようになったようで、例えば、病院内の温度管理のため多くの部屋に温度計を置き、検査室にはクーラーが1台設置されるようになった。また、温度管理品用倉庫に係る対策や上質水を使用する機材を選択するなど対処法を検討し始めた。未だ自分たち自ら病院の維持の上でより大切な問題を拾い上げ対処するまでにはいたらなかったが、専門家チームが指摘したことに遅くとも何らかの反応が得られるようになった。

感染予防対策の実施

新生児学担当の専門家の場合には、「感染予防」がいかに重要かをどのように認識させたらよいか頭を悩ませていた。そのような頃、偶然であったが院内感染を疑われる患者が2例続いた。そこで、専門家では、直ちにサーベイランスを実施し、各場所の汚染度を明らかに示した。これにより、得られたデータに基づく感染防止に必要な病棟内行為を徹底させるようにした。このサーベイランスの実施は、NICUの医師をはじめとするスタッフに院内感染の危険性と手洗い、清潔操作の重要性、原因追究のための方法論などを認識させることができ、非常に成果があった。

チーム医療の実施

集中治療室内では、チームワークが何より不可欠であるが、医師/看護婦間の相互不理解があり、チーム医療がなされていなかった。これは、NICUに配置される看護婦はかなり優秀であるにもかかわらず、一般的に看護婦の地位が低いというパキスタンの文化的背景と病院内に医師を頂点とする明確な階層制が存在することによるものである。そこで、日本側が緩衝剤となり両者の間に入るとともに、日本人専門家チーム全体でチーム医療を行う姿を相手側に見せるよう努めた。

また、手術室看護担当の専門家も、多くのC/Pに日本におけるチーム医療を導入した。それは、ICHの手術室が開設して以来、手術室では日本でなされている看護業務の大半は看護婦以外の職種に委ねられており、職種の細分化と相互間の協力・責任感の欠如が業務能力の低下を招いていたためである。こうした状況下では、本来のC/Pである看護婦だけに、看護技術の指導を行っても、効果は得られにくく、持続性も確保されないからである。また、看護婦の能力に著しい個人差があることから、その能力の均質化を図るため看護婦の配置ローテーションを採り入れた。

臨床検査部門の能力強化

臨床検査担当の専門家の場合には、検査結果の信頼性を上げるために、ICH内でなぜ検査部門に対する批判がおこるのか^{注20}、その原因把握、分析を行った。そこで明らかとなったのは、検査技師の

注20 当時、臨床部門の医師から検査結果に信憑性がないと激しい批判が検査技師に対し頻発していた。

技術レベルの改善が十分でないことに加え、臨床経験の浅い臨床医による無駄な検査依頼があること、各病棟における検体の接取と搬送の仕方に問題があることであった。つまり、検査技師の能力向上だけでは検査結果の信頼性確保はなされない状況にあった。そこで、「検体接取、運搬における一般的注意事項」マニュアルをこれらの原因分析結果に基づいて作成し、病棟医や看護婦に対する教育指導をセミナーなどを通じて実施するとともに、検査受付時間の確立、日常検査項目及び緊急検査項目確立、病棟内での検査依頼/検体撮取/検体搬送システム確立といった病院運営体制の整備に着手した。また、機械については定期点検、精度管理などは全く行われておらず、スペアや消耗品のストック状況及び年間必要量など全く把握されていなかったうえ、器具、試薬、薬品、消耗品等はなくしてから補充までの連携もなかった。これにより突然の検査中止や前述の検査室に対する信用性の低下を招いていたので、こうした因果関係をC/Pに示し、各医療機器については、メンテナンスシートを作成させ、トラブル発生時には、その対処法について記録させ情報を蓄積、C/P同士の技術移転用に保管させるようにした。その他試薬、消耗品の年間必要量把握は、新しい検査部長により把握されるようになった。しかし、把握はしていても予算不足により購入できずにJICA業務費に頼っているのが現状であった^{注21}。なお、両専門家は検査室改善にあたり、常に明確に区分されたパキスタンの職習慣を尊重し、スタッフに応じた業務設定に努めた。

7) 活動上の課題

こうした活動を進める中で、着実に成果が見られ始めたものの、同時に課題も残っていた。

経過のフォローの重要性

検査室に温度計がおかれたケースだが、温度計は机の上に置かれたただけだった。温度計によりモニターすべきは薬品類をおいている周辺の温度であり、これでは意味がない。また、クーラーが設置されたが、試薬や検査機器類への環境変化の影響・効果を見る行動はなく、ただ涼しくなったことを喜ぶのみである。クーラーを置く場合は、検査室内のバーナー等による熱産出量を把握したうえで、目指す温度に設定するにはどうしたら良いかを検討しなければならないが、実際はクーラーをつければそれで片づくと思っていたようだ。やはり、建物や施設そのものを総合的に管理する知識の欠如が大きなネックであった。問題を認識させるには、具体的におこっている状況を繰り返し提示するばかりでなく、提示した問題の経過をフォローすることが必要であることを専門家チームは痛感させられた。

組織の自立性確保の困難さ

ある専門家は、プロジェクトで実施してきた協力内容が果たして最大多数の患者のサービスに結

注21 専門家にてICH検査室の年間必要予算の算出を行ったところ195万Rsであった。実予算は96万Rsであったので、その格差がいかに大きく、病院側の努力があっても病院経営がいかに苦しい状況におかれていたかがわかる。こうした現実をJICAに示したが、解決のための効果的手だてはなかった。評価調査団報告書でも、血清試薬の費用を日本側で負担している点について、協力期間終了後にパキスタン側が継続的に負担できるかどうか課題であると指摘している。また、検査機器の保守管理と無償資金協力協力で供与された機器の老朽化に対し、日常的な機器の管理は日本人専門家によって技術移転されているものの、消耗品やスペアパーツの供給とメーカーによる定期点検の実施が困難であり、協力終了後に問題となることが予測される、と指摘している。

びつくものであり得たか、という疑問を抱えていた。それは、パキスタンにおいても時代の流れは簡易化、自動化であり、時代にそった協力は必要であろうと考え、最新の機器類も積極的に導入したものの、現実にはルーティンで使用する試薬、消耗品類についてさえICHで手当することが不可能な状態にあったためである(活動当初は自立運営のための自助努力を期待し、それらの補助は行わない方針であったが、結局プロジェクトで負担した。) 貧困、それ故の援助であるので、予算の捻出を自助努力に期待するのはかなり困難なことである。ICHでも一部有料診療にするなど対策を講じたが、実際には物資が常に不足していた。

乳幼児死亡率削減へのアプローチのあり方

新生児学担当の専門家では、ICHでNICUの診療方針を定めるにあたって、高乳幼児死亡率削減へのアプローチ方法について疑問を感じざるを得なかった。というのも、NICU施設に対するすざましい需要と現実の収容能力とのギャップにより、入院対象者を絞らざるを得なかったが、救命しやすい例だけを収容すると乳児死亡数100万人以上というパキスタンのニーズには応えられないうえ、新生児破傷風は重症ではあるものの、受け入れれば高額の医療費を要し、致死率が非常に高いという事実がある。しかし、もう一方では、下痢や脱水で乳幼児が死亡している現実にはOral Rehydration Solutionや妊婦に対する破傷風トキソイド接種により容易に治療が可能で、かつ大きな効果をおさえることができる^{注22}。

同専門家曰く、「結局、NICUへの入院対象は、体重2.5kg以下の低出生体重児と重症児となりましたが、パキスタンの抱える高い乳幼児死亡率の削減という課題には、どのようなアプローチが適当なのか、特に日本が援助として協力するにはどのように関わるべきなのか、議論が必要です。」とのことであった。

管理者の意識改革と行動喚起の困難さ

とにかく、本プロジェクトでは、プロジェクトが続く間は管理面の確立・改善の働きかけを続けていくことが大事と考えていた。それは、管理面の改善なくして医療レベルの改善は望めない状況にあったためである。ICHのスタッフについては、プロジェクト開始当初は絶対的な数の不足が第一の問題であったが、当面日本人専門家のC/Pという観点で言えば、危急のものではなかった。問題は、一人一人の個人の技術能力の改善と組織の強化、及びそれを管理する能力の改善であった。このアプローチの2本柱のうち、前者については技術移転活動の真打ちであり、客観的評価は難しいが、着実に効果が上がっていったと言えるが、後者については成果を得ることは実に難しかったと専門家チームは述べている。というのも、病院を動かす主メンバー(院長、副院長、シニアドクター)こそ管理の頂点にも立つのだが、彼ら自身その任務の必要性は十分認識しているものの、逆に認識しているが故に、その改善にあたり立ち足はだかる問題の大きさと、病院をとりまくパキスタ

注22 評価調査団報告書でも、ICHのイスラマバード周辺地域への貢献度は極めて高いと評価できるものの、基礎教育の就学率が低く、識字率も極めて低いため、子ども健康を管理する立場にある母親が必要な保健衛生知識を持っていない。宗教的理由から保健医療情報からも隔離されがちであるという、パキスタンの経済社会状況からして、子どもが病気の危険に曝されやすいため、医療機関の充実が図られ、医療従事者の診断治療技術が向上しても、病気の子どもの数(ひいては乳幼児死亡率)は減少しないというジレンマに陥る点を指摘している。また、パキスタンにおいては、診断治療技術のみならず、一般庶民に対する病気の予防および予防に関する知識の普及が不可欠であるとも指摘している。

ンの経済社会環境の制約条件に阻まれ、行動を起こす余力も発生しえない状況にあったと言える。

8) プロジェクトの成果

小児医療の専門病院としての機能は、新たな部門の開設と専門家の派遣数の増加とともに充実し、医学研究面でも「小児尿路結石の成分分析」および「髄膜炎」に係る共同研究が行われ、専門的な診断技術の開発に有効な協力を実施するまでになった。5年間のプロジェクト終了半年前に実施された評価調査報告書総括によれば、全体的にR/Dに記載されたプロジェクトの活動のほとんどはその目標を達成しつつあるものの、理学療法、小児科学、臨床検査、病棟管理・看護教育、業務調整の分野で引き続きフォローアップ協力が必要との評価がなされ、その後2年間にわたりフォローアップ協力がなされることになった。(1991年7月～1993年6月)ここで、留意すべきはフォローアップ期間で強化すべきと提言された以下の点である。

- ・各部門の医療・検査機器の維持管理、修理、更新を進めるとともに、フォローアップ終了後、これを維持しうる予算措置および手段を講じるようパキスタン側に促す。
- ・病院の運営管理(財務管理、物品機材管理、統計管理)につき、短期専門家派遣により支援を行う。
- ・病院内各部門間の情報の流通や機器の利用を促進し、円滑なコミュニケーションを可能とする病院に運営管理・実施体制を確立する。また、医師と看護婦、パラメディカルの間のコミュニケーションを促進するような体制を作る。
- ・フォローアップ期間終了後、日本側の財政的支援がなくなることを考慮した予算(病院の診療、卒後教育、研究活動に必要な予算)措置、予算配分を保健省、RIMSから受けるようパキスタン側に努力させる。

これらは、プロジェクト開始当初から専門家が指摘し、対処してきた点であった。本プロジェクトの立ち上げを担ったリーダーは、次のように述べている。

「技術協力プロジェクトとは、人造りを目的とするのだから、個々の能力、とりわけ技術改善の働きかけは大切だ。しかし、本プロジェクトのように、ある一つの病院を、「小児医療の中核として機能させる」目標を掲げるのであれば、「人と人とを有機的につなぐ組織の弱さ」が大きな弱点となっている点に目を向けるべきであろう。また、今回の経験は専門家個人として蓄積されていくものと思うが、JICAあるいは日本として経験、ノウハウが蓄積されていくことを切望する。」

また、5年間に渡るプロジェクト後半に2度目の長期専門家として派遣された臨床検査担当の専門家も、次のように述べている。

「開発途上国における専門家活動は何年経験しても難しい。業務に支障をきたした理由はさまざま、解決は非常に困難である。専門家の帰国後に彼等による検査室運営の現状維持は不可能であり、自然に低下すると考えられる。優れたC/Pによって諸問題が解決されることを望むとともに

に、日本側としては相手国が自覚し、実行するまで待つ我慢が必要であると考える。」

(2) まとめ

1) 技術移転の特徴

小児専門医療サービスの充実を目標とするが、3次医療施設から他のリファラルの整備や子供の健康を確保するための疾病予防活動などをサービス提供対象地区に対し実施することがなく、完全なまでに3次医療施設の機能強化を図る技術移転活動であった。

3次医療施設の機能強化を図るため、C/Pの範囲が限定され、技術移転の対象を捉えやすかったと言える。しかし、一方では、比較的高度な技術を指導し、人材育成したために、パラメディカルにおいては、得た技術を以てより良い待遇を求め転職したり、出稼ぎのため病院を辞めていく者もあった。よって、せっかく技術移転してもまた一からやり直しの繰り返しが多かった。

病院内で発生した具体的な問題事例を利用し、その問題点がなぜ解決・改善されるべきかを科学的に示し、C/Pに問題認識を持たせ、その対策を徹底的に実行させた。

病院全体として、多くの部門で教育・指導教育体制が未整備であったので(検査部門では、教科書や教育プログラムが無い理論的教育が優先される徒弟的な指導体制にあったし、看護部門では新人に対するオリエンテーションもなされず、指導書もない体制にあった。)各種マニュアルやテキストを作成し、セミナーなどを通じその正確な理論を説明するとともに、徹底的にデモンストレーションとOJTを繰り返すことによって実践的技術を学ばせた。

C/P間で知識・技術水準差が大きかったり、英語よりも現地語による指導の方がC/Pの理解が深まることが確認されたため、教育指導できるレベルに達したC/Pを通じた教育・指導体制を作った。なお、トレーナーになったC/P誕生の裏には、日本での本邦研修参加が本人の意識の啓発と技術水準の向上に大きな役割を果たしていた。

日本の技術 - 「チーム医療」 - を伝える。

医師と看護婦およびその他のパラメディカルの知識技術レベルの差が著しく、さらに病院内で医師を頂点とする階層制が存在していた。ゆえに、医師は個々の医療知識、技術は高度であるが、病院機能がパラメディカルによって支えられていることを知らず、病院の有機的な管理を知らない。また、看護婦については、パキスタンではその地位が低く、医師の信頼も低く、自ら考え、改善することなどが少ない。さらに、病院内スタッフの教育水準に著しい格差があり、表に立つ人(医師)と裏方(パラメディカル)の能力がかみ合わない。このような諸要因の結果、病院としてのチーム医療(チームワーク)意識が存在せず、病院各科との連携やスタッフ間の協力体制が実

不十分であった。特に、集中治療室内ではチームワークが何より重要であった。そこで、専門家では、担当分野に係る医療技術の指導を行うだけでなく、専門家チームとして働く姿を示すとともに医師と看護婦の間にたち業務を遂行することで、チームワークの必要性を認識してもらうよう努めた。

医療技術の移転と運営管理能力の移転を同時に行う。

プロジェクト開始直後よりプロジェクト終了後の持続性維持を視野に入れ、無償資金協力で供与された機器の維持管理、修理、更新のみならず、病院機能(診療、卒後教育、研究活動)そのものの維持に必要な措置について、プロジェクト終了以前より相手側機関に働きかけ(予算措置、人材配置等)を行っていた。つまり、単なる医療技術の個人(C/P)への移転だけに終始してはられない状況であった。

2) プロジェクト運営管理の特徴

ひとつのビジョンを共有する(専門家チームがひとつの歯車となって行動する)

- ・プロジェクトの全体実行計画作成と専門家個別計画作成の際に、同一の着眼点を持つ。

投入活動のマネージメント

- ・チームワークの形成に努めるために、チーム医療を実際に行う。

- ・週1回のミーティングの開催

各専門家の業務把握のため、週1回のミーティングを持ち、各自の活動状況を確認する。その際には、それぞれの担当分野があっても報告される内容は病院として必ず他部門との関連があるため、それぞれに互いの業務内容をきちんと把握するようにした。

- ・機材の投入決定に関するノウハウ

ノウハウを拾いあげることではできなかったが、決定した機材に関する問題は図5 - 4参照。

- ・プロジェクト運営をモニタリングする委員会の設置について

主に病院側の院長、シニアドクターらとJICA 専門家から構成される運営委員会(Coordinating Committee)は毎年1回開催され、プロジェクト運営の年間計画や実施上の問題点について協議していたが、その下に、日本人専門家とC/P(医師、看護婦、パラメディカルを含む)による、より実地的な病院活動、特に院内教育や院内の連絡体制、院外での地域活動計画などを策定し、モニタリングする実施委員会(Steering Committeeのようなもの。つまり、プロジェクトの運営に係る現場レベルでのC/P(医師、看護婦、パラメディカルを含む)チームと専門家チームとの密なコミュニケーションを図る場)は設置されていなかった。この点については、反省事項として評価報告書で提起されている。

C/P 組織の人間関係を尊重する。

職務の明確な役割分担があったので、そこをきちんと把握した上で、各自の業務責任を迫及した。

また、C/P組織のリーダーシップに関し、病院長以外に院内で力を持つ人物や様々な派閥が存在していたので、こうした人間関係を念頭に置き、それぞれの立場を尊重してプロジェクト運営を行う。

技術移転が根付いているかの確認を行う。

四半期ごとに、あるいは当該分野の専門家交代時に必ず活動項目ごとの改善状況を確認し、次の活動を見直したり、新たに計画に反映させる。

存在をアピールする。

JICAや国内支援委員会の支援と協力を得るために、常に現場状況を理解してもらえよう、細かに、しかし分かりやすく、繰り返し、機械を捉えて情報提供を行う(情報の共有)。

(3) 組織制度造りの特徴

組織制度づくりの焦点を組織のマネージメント能力育成にあてる。

本プロジェクトでは、イスラマバード小児病院が「良いヘルスケア・サービスを提供する施設となる」ことを目標としていたため、まさに、C/P組織の組織制度造りを最終目標に活動していたと言える。各分野での医療技術の移転は、それに必要な1コンポーネントとも位置づけることができる。しかし、計画された長期専門家の派遣は医療技術面のみであり、医療技術が発揮されるための前条件となる施設管理、各種医療機材運営管理、病院経営管理面での長期専門家派遣はなされなかった。そのため、医療技術専門家は、単に自らの専門技術を指導、移転するだけでなく、当該技術が活用される条件の整備までも着手せねばならなかった。つまり、人材育成のアプローチとして、C/P 個々の技術能力向上のほかに組織の強化及び組織の管理能力の改善をとった。

プロジェクトで解決しようとした組織制度上の課題に対する対策に、具体的な問題事例を活用する。

課題は、病院としての運営管理能力の向上であったが、その対策としては、管理すべき立場にいる人間に対し、管理すべき責務を果たすよう、具体的問題事例を用いて、解決案を添えて問題提起をし、問題認識と行動を起こすよう働きかけた。(具体例;検査室の温度管理、検査室に対する批判への対処、院内感染への対処)

社会ニーズと病院の実体力のギャップを埋めることは非常に困難であった。

高い乳幼児死亡率を背景に小児専門医療の充実と小児医療従事者の養成が求められていたが、3次医療施設として求められるサービスの提供を確立することは、予算面、技術力面、施設管理面、機材管理面いずれも困難である。

参 考 文 献

浦部 大策	専門家総合報告書、業務報告書
橋本 好司	専門家総合報告書、業務報告書
小山田一法	専門家総合報告書、業務報告書
浦部富士子	専門家総合報告書、業務報告書
松永 美紀	専門家総合報告書、業務報告書
淵上 桂子	専門家総合報告書、業務報告書
青木喜代子	専門家総合報告書、業務報告書
丸峯香代子	専門家総合報告書、業務報告書
山木 智子	専門家総合報告書、業務報告書
国際協力事業団	「イスラマバード小児病院プロジェクト」実施協議調査報告書 「イスラマバード小児病院プロジェクト」計画打ち合わせ調査報告書 「イスラマバード小児病院プロジェクト」評価調査報告書 「イスラマバード小児病院プロジェクト」専門家評価調査報告書 「イスラマバード小児病院」無償資金協力基本設計調査報告書
久留米大学	「パキスタン国イスラマバード小児病院プロジェクト医療技術協力の記録」

5 - 5 ヴィエトナム国リプロダクティブヘルスプロジェクト

(1) プロジェクトの概要

ヴィエトナムは医療従事者は周辺国より多いものの、ヴィエトナム戦争当時に行われた暫定的な人材育成であったことから、医療従事者は十分な訓練を受けていない状況があった。このため特に妊産婦のケアが不十分な状況にあり、公共医療施設においては、周産期障害が妊産婦死亡の第一の死亡原因となっていた。

またプロジェクト開始前から、日本の NGO である家族計画国際協力財団(JOICFP)が UNFPA、UNICEF、ヴィエトナム保健省と協調し、同分野の住民参加型プログラムを 1989 年から 4 省で実施しており、その経験をプロジェクト方式技術協力の中で活用することが、本プロジェクトのポイントであった。同財団からリーダーその他数人の専門家を派遣し、また研修員の受入支援、NGO 等連携強化費の運用による情報提供などを実施した。

要請の時点では、次の活動が計画されていた。 村の保健所のスタッフを再訓練するための教官養成計画策定・実施、 村の保健所のスタッフの再訓練の計画立案・教材作成・実施、 村の保健所の分娩室等の改善、 住民に対する IEC(情報教育)教材の開発・製作・配布および住民組織(女性連合等)が行う IEC 訓練の実施、 プロジェクトモデル地域内の郡病院の母子保健移動チームの活動計画策定・訓練、 上記 ~ に必要な機材の選定・供与

プロジェクトの開始前に、リーダーとして派遣予定のJOICFPの専門家が、長期調査員として派遣された。長期調査員はJOICFPにおいてもベトナムに従事していたため、誰を巻き込まなければいけないかがわかっていたことがメリットであった。プロジェクトを実施する地域の選定にあたり、4省の中で最もコミットメントの強かったゲアン省を選択し、ゲアン省の母子保健/家族計画センターをプロジェクトの拠点とした。また対象省に日本のプロジェクトが入ることになれば、他の外部援助は入らないことがわかっていたため、あえてモデル地区を選定せず、244のコミュニティ全部におしなべて協力することが確認された。長期調査時期に中央・省・郡の衛生部、人民委員会、女性連合代表や農村女性などを参加者としてPCMワークショップを開き、5日間のワークショップでPDM作成まで行った。また質問票によるコミュニティの概況調査と各保健所の見取り図の作成を行った。

対象地域内にある244のすべての保健所について、プロジェクトは次の4点の協力を現在行っている。

- ・ 助産婦を中心としたスタッフの再教育。各保健所から選ばれた合計244人の助産婦および補助医師に対し、周産期および家族計画を中心とした再教育を1ヶ月間行う。(研修員の交通費・テキストなどの投入は、中堅技術者養成費などによりプロジェクト内で実施)
- ・ 安全で清潔な分娩をするのに必要な医療機材の供与。分娩台や分娩介助用の基本的な医療器材を中心に、家族計画サービスや女性の健康推進に必要な機材を保健所に供与する。(投入は、機材供与としてプロジェクト内で実施)
- ・ 保健所の分娩室・家族計画サービス室・井戸・浴室・トイレなどの設備の改善。セメント・鉄材・タイルなどの材料を日本の草の根無償援助で供与し、実際の工事はそれぞれのコミュニティの住民が行っている。
- ・ 最低限必要な医薬品および避妊器具の供与。ベトナム政府の責任で供与されている。

長期専門家として派遣されたのは、チームリーダー、助産婦、調整員の3人であった。専門家のリクルートをJOICFPが中心となってい、プロジェクト開始前に長期・短期を含めて、派遣予定の者が確定していた。それにより、開始前に派遣予定者全員による定期的な勉強会の開催が可能となり、そのメリットは大きかったとリーダーは言っている。

(2) 技術移転手法

1) 助産婦を中心としたスタッフの再教育。

対象地域の244のコミュニティの全てから、一人ずつ研修受講者を決めてもらい、研修センターで、各回25名ずつ、10回ほどに分けて再教育を行っている。各回の期間は1ヶ月として計画した。受講生の交通費・滞在費は中堅技術者養成費によりJICAが拠出した。トレーナーは、技術交換でタイに行った経験のあるものが当たっている。

カリキュラムはUNFPAの協力により保健省が中心になって製作された既存のものを扱い、実際に研修を行ってみたいの経験をフィードバックさせることに力点を置いている。内容の選択に当たっては、

1ヶ月でできるものを吟味した。

フォローアップとして、参加者のコミュニオンを郡レベル(郡病院のMCH / FP移動チーム)のスタッフが定期的にモニタリングと補足指導を行うこと、また日本人専門家とローカルスタッフのペアが各戸を訪問して、研修で習得した技術が実際に使われているか、直接観察と補足指導を行う計画をたてた。

(3) 組織・制度作り

1) 母子保健 / 家族計画センターの運営

センターの運営は基本的に省衛生部が行っている。問題点の原因の把握とそれに基づく対策を立てることの習慣付けを繰り返し主張している。例えば、当初は資材の不足(薬がないなど)があると、すぐにプロジェクトリーダーに訴えてきていた。その際なぜ不足したのかを考えてもらうようにした(例えば薬が不足したのは、管理が悪いのか、ロジがないのか、在庫データ取りが悪いのかなど)。原因の理解ができたならそれが起こらない対策を考えるよう奨めた。

2) 受益者の意向の反映

途上国では概して、官側のオーナーシップは強いが、反面上からの押しつけのサービスをしやすい面もある。受益者にとってどういう状態が、一番気持ち良いのかを考えることがクオリティーサービスだとわかってもらう必要がある。受益者の意向を吸収するための工夫を、日本人専門家とローカルスタッフとともに工夫して行い、そうした意向が政策に反映されるよう協議した。

(4) プロジェクトの運営管理

プロジェクトの運営管理にあたり、明確な目的意識を持つこと、コミュニケーション能力、マネジメント能力が必要であると、リーダーは認識していた。目的意識については、受入機関、日本の外務省やJICAのポリシーを反映させている。またコミュニケーション能力は、特に重要で、日本と受入機関、現場と政策決定機関などの双方向のコミュニケーションの要としての機能を要求される。

それらの要求される機能を果たすために、ヴィエトナムの場合はNGO時代に蓄積された人的ネットワークとコミュニケーションスキルが役立った。

調整員の作成文書や様式は統一されたものがなく、苦勞が大きかった。様式が全部入っているファイルディスクを配布するなど、作業の軽減化の工夫の必要が専門家から提言された。

5 - 6 ブラジル国東北ブラジル公衆衛生プロジェクト

(1) プロジェクトの概要

1) プロジェクトの背景及び立案の経緯

ブラジルは全国平均ではほとんどの保健衛生指標が中進国相当の数値を示しているが、国内における地域間格差が著しく、東北ブラジル地域の保健指標はLLDCに近い数値となっている。本プロジェクトは東北ブラジルの主要な一州であるペルナンブコ州における保健医療サービスの向上を目的として、1995年2月10日から5年間の予定で開始された。

本プロジェクトは、案件名が示しているとおり、母子保健に限らず公衆衛生上の諸課題を幅広く取り扱っている。通常、公衆衛生分野のプロジェクトの実施に際しては、受益国側は保健省や州保健局などの行政機関が主体となることが多い。しかしながら本プロジェクトの場合、立案段階から「相手国側によるプロジェクトの継続性・自立発展性」に重点を置いた結果、連邦政府や州、市の選挙の度にC/Pが大幅に入れ替わる行政機関に拠点を置くことはせず、こうした政治的影響を比較的受けにくく、かつ広範な分野のC/Pを多く得られる大学に拠点を置き、「大学の地域活動の促進」を通じて州の保健行政へのフィードバックを図ることを目指した。この点が本プロジェクトの大きな特色であることから、事例研究の対象とすることとした。

なお、前述のとおり本プロジェクトでは、必ずしも母子保健にとどまらず公衆衛生全般に関する協力活動を行っている。本報告書の目的から母子保健分野の活動を中心に記述することとするが、プロジェクトの性格上、母子保健の枠を超えて記述せざるを得ない部分があることをお断りしておく。

2) プロジェクトの内容

ブラジルでは1988年の新憲法、1990年の保健基本法により、それまで保健省(予防)と社会保障省(治療)とに分かれていた保健行政を一本化するとともに、「州」を保健行政の基本とし、かつ、連邦から州、州から市町村への権限委譲を進めていくという政策が採られた。これが統一保健医療システム(Sistema Unico de Saude。以下「SUS」と称する)と呼ばれるシステムである。

本プロジェクトのR/Dでは、「ブラジル連邦政府、ペルナンブコ州政府、ペルナンブコ大学及びその他の機関によって推進されている、ペルナンブコ州におけるSUSの実施を支援する」ことがプロジェクト目標として掲げられており、これを通じて「東北ブラジル地域の衛生状態を改善する」ことが上位目標とされている。さらに、上記の目標達成のために期待される成果として、組織づくり、モデル地区における保健サービスの改善、人材養成、調査・研究活動及び医療情報システムの促進、の4点が記載されている。

これらの4つの成果を達成するための活動拠点として、ペルナンブコ大学に公衆衛生センター(Nucleo de Saude Publica。以下「NUSP」と称する)を新設し、ペルナンブコ州保健局、及び3つのパイロット地区(レシフェ市イブラ地区、マカパラナ市、ブレジョ・ダ・マドレ・デ・デウス市)の保健局と連携しながら、4つの成果を達成するための様々な活動を開始した。

R/Dに記載されているこれらの「上位目標」「プロジェクト目標」「期待される成果」は、立案段階で2

か月間にわたる長期調査を実施し、その際にPCMワークショップを通して作成されたPDMに基づいて定められたものである。しかしながら、R/Dに記載されている「SUSの実施促進」という目標設定は、SUS自体は保健医療サービス改善のための制度ないしは政策理念に過ぎず、あまりにも漠然としており、かつ過大な目標と考えられることから、開始後1年余りを経た時点から、PDMの見直しを迫られることとなった。

専門家チームは、ブラジル側C/Pとの協議を日々重ねつつ、プロジェクトの目標を「ペルナンブコ大学 NUSP の機能強化」とし、組織づくりに重点を置くこととしつつ、大学の地域活動を通じて、パイロット地区における調査・研究活動や医療情報システムの確立を促進し、さらにNUSPとペルナンブコ州保健局との共同事業として州の保健医療従事者の養成・訓練に取り組んでいる。

その後、「組織づくり」はプロジェクト目標それ自体というよりも目標達成のために期待される成果の一つと考えられることから、さらなるPDMの見直しが行われ、プロジェクトの目標は「NUSPの活動を通じた住民の健康状態の改善」と定義づけられることになったが、プロジェクトの活動の中心が「組織づくり」にあることに疑いはなく、本プロジェクトを特徴づけている。

(2) 技術移転手法

1) 母子保健従事者に対する研修・訓練

本プロジェクトでは、ペルナンブコ州保健局が実施する「乳児死亡率対策プログラム」を支援するために、「中堅技術者養成対策費」を活用して、当該プログラムの対象となっている市の保健医療従事者に対する研修・訓練に取り組んだ。

研修は、半年から1年に及ぶ長期コースと、1~2週間程度の短期コースとからなるが、長期コースでは、公的資格を有さない「看護助手」に対し訓練を実施し、「准看護婦」の資格を付与することとしている。なお、この研修・訓練はプロジェクト独自の事業として新たに行われたものではなく、州保健局が既に実施していた研修事業を拡充する形で行われたため、研修受講者に対する資格付与の適否が特に問題とされることはなかった。

短期コースでは、他に准看護婦や看護助手を対象に、乳幼児へのワクチン接種についての研修等も行われたが、これも既存の研修プログラムを拡充する形で行われている。

母子保健や公衆衛生のプロジェクトでは、プロジェクトの枠組みの中でこのような研修・訓練が行われる例が多いが、全く基盤のないところで新たに訓練事業を開始するよりも、既存のプログラムを最大限活用する方が、効率的な人材訓練が可能であることはもちろん、資格等制度面での齟齬を生じさせることもなく、また協力終了後も研修・訓練が継続される可能性が高いことを念頭に置いておく必要がある。

2) 伝統的助産婦に対する研修・訓練

本プロジェクトでは上記1)の准看護婦/看護助手の他に、伝統的助産婦(TBA)に対する短期の研修・訓練も行われた。これも、1)と同様に州保健局が既に実施していた研修事業を拡充する形で行われた。

研修を実施するに際しての留意点として、伝統的助産婦は非識字率が高いため、講義や実習では、ビデオ等の視聴覚教材や、出産用の人体模型等を積極的に活用した。

3) IECの教材開発

前述のとおり、NUSPには保健医療分野に限らず社会学やデザインなど、多様な専門性を有したC/Pが参画しているが、こうした保健医療分野以外のC/Pが最も活発に活動したのはNUSPの視聴覚部門である。NUSPでは住民に対する健康教育やプロジェクト広報に用いるために多くのビデオやパンフレットを作成しているが、地元住民に受け入れられやすい媒体や映像・画像の選定に際しては、社会学や人類学系のC/Pが事前に行った調査結果が活用された。また、教材制作にあたってはデザインを専門とするC/Pの参画を得て、住民をひきつけやすい教材の開発に取り組んだ。

IECの活動を行う場合には、保健医療分野の専門家やC/Pだけでなく、異分野の人材の参画が不可欠といえよう。

(3) 組織・制度づくり

上記1.でも述べたとおり、本プロジェクトの中心的な活動は、ペルナンブコ大学に新設されたNUSPの機能を強化することにある。その際、公衆衛生の向上には保健医療関係者だけではなく様々な分野の専門家が必要であることから、C/Pの配置にあたっては、NUSPの属する保健学部内外の教官を幅広く召集した。医学科、看護学科、栄養学科等の保健学部各学科の教官の他、社会福祉、社会学、人類学、環境工学等、様々な専門を有するC/Pによる学際的な取り組みを推進し、これを統合していく、という手法が採られた。

このことは、新設されたばかりのNUSPに活力をもたらす点で大きな意義がある一方、当初は保健学部内外からNUSPに集まる教官を統括する専任の管理者が不在であり、責任体制が不明確であった。このため、大学当局に働きかけ、NUSP所長を専任化し、組織運営の強化を図った。

NUSPの活動を活発化することと、人材教育との2つの目的から、NUSPでの活動に保健学部学生の積極的な参加も求めた。このため、看護学科を中心に、栄養学科、社会福祉学科等、多くの学科がNUSPでの活動を教育カリキュラムとして取り入れ、常時NUSPで活動している学生もいる。NUSPでの活動の中にはパイロット地区での実習(調査・研究活動)も含まれており、この点ではNUSPで活動する学生はプロジェクトの受益者(=人材養成の対象)であると同時に、プロジェクトの実施者(=調査・研究補助員)の側面も併せ持つ形になっている。

パイロット地区での調査・研究活動及び調査結果の行政へのフィードバック、住民教育・IEC活動、また州政府との共同で実施している州の保健医療従事者に対する訓練の実施等、地域の保健行政を支援するNUSPの活動は活発に行われており、「組織づくり」は順調に行われている。さらに、NUSPでの活動を発展させるために、これまでペルナンブコ大学にはなかった公衆衛生学の修士課程も新設された。

また、NUSPの機能をさらに強化するために、プロジェクト開始後4年目には、外部コンサルタントをファシリテーターとして招聘し、「NUSPの運営管理能力強化」のためのセミナーも計6回にわた

り開催された。このセミナーでは、組織の能力評価や将来の戦略を検討する手法として国際機関や他国援助機関でも広く活用されている ID/OS(Institutional Development and Organizational Strengthening) 手法が用いられた。すなわち、NUSPスタッフを中心とするセミナー参加者全員が、NUSPの内部的な強さ(Strengths-S)、弱さ(Weaknesses-W)、NUSPに有利な外部要因(Opportunities-O)、不利な外部要因(Threats-T)についての分析を行い(SWOT分析)、これをもとに、NUSPの組織課題が明確になるとともに、自立発展のための基本戦略が策定された。

NUSPは現在のところ保健学部には属する形をとっているが、専門家チームは、プロジェクトの活動が日本側の協力終了後も継続発展されるよう、NUSPを、例えば大学図書館のように学部から独立した学長直轄の機関に昇格させ権限強化を図ろうとの意向もあり、学長をはじめとする大学幹部に働きかけている。

(4) プロジェクト運営管理

本プロジェクトでは、協力開始当初から一環して、プロジェクトの運営についてはブラジル側C/Pが主体となってこれを行い、日本人専門家は裏方に徹することとした。また、日本人専門家とブラジル側C/Pとがプロジェクトの活動計画、実施及び評価に際して共通認識をもつために、NUSPでの日々の意見交換はもちろん、パイロット地区へのスーパーバイズに際しても、常に専門家とC/Pとが一緒に出張するよう心がけられた。このため、日本人専門家のみによる会議は極力回避された。

さらに、円滑なプロジェクト運営のためには大学の上層部の理解が欠かせないことから、NUSPスタッフとの協議内容やプロジェクトの進捗状況は随時、大学の総長や副総長にも報告され、必要に応じて大学側による予算措置や人員配置を引き出すよう努めた。

第6章 母子保健プロジェクトに見られた特徴的な活動

本章では、母子保健プロジェクトに共通して見られた特徴的な活動として、6-1 母子手帳の開発と普及、6-2 母親・父親学級の実施と普及、6-3 助産婦・伝統的産婆(TBA)研修の実施と普及、6-4 IECの実施と普及、6-5 家族計画の実施と普及、6-6 技術移転手法、6-7 組織・制度作り、6-8 プロジェクト運営管理、6-9 母子保健プロジェクトに見られたプロジェクト実施上の対象者別の配慮、の9つの視点から、各プロジェクトにおいて行われた様々な工夫や課題について、横断的に分析を行う。

なお、これらの項目の内、6-6~6-8については、母子保健プロジェクトだけではなく、その他のプロジェクトにも広く適用可能な切り口であるが、母子保健プロジェクトの実施においても重要な視点であるため、ここでの分析項目とした。

6-1 母子手帳の開発と普及

(1) 母子手帳の有用性

母子健康手帳(以下「母子手帳」とする。)は妊婦検診や予防接種、子供の成長記録などの各種の記録や、妊娠や出産、子供の健康や栄養などに関する情報が盛り込まれ、母親の手元に残る健康管理記録、母子の健康に関する情報として使うことができる。日本で広く普及している母子手帳は、JICAの実施する母子保健プロジェクトにおいても有用な健康教材として、いくつかのプロジェクトの活動で導入されている。特に、一次レベルの母子保健サービスの向上を目的としたプロジェクトにおいて導入が試みられている。

母子手帳が有用となる状況はこれまでのプロジェクトの事例から以下の5点に整理することができる。妊婦および子供の健康管理記録(予防接種を含む)と保健衛生知識の情報が分散されていて不便な状況にある、母親・父親学級を既に行っていたり、定着させる方針があるが良い教材がない、識字率が高い、母子手帳を継続して発行する資金手当の見通しがある、保健所や保健ボランティアの制度など、一次レベルの母子保健システムが整備されていて母子手帳が利用できるチャンネルを持っていること、である。

母子手帳は記録と保健教育の教材の二つの側面を持っているが、母子手帳を導入したプロジェクトの多くが、記録としてよりも保健教育の教材の側面の意義を重視して母子手帳を開発し、導入を図っている。その理由として、多くの国では、予防接種や妊婦検診などの記録がカードの形で実施されており、既存の記録システムが存在しているため、母子手帳の記録に統合することは既存のシステムの改変につながるため、容易ではなく、重複を避ける必要性が生じている。

また、導入においてはC/P側の理解と支持を得ることが重要な要素になる。フィリピンやインドネシアでは、州の保健局長などが日本の母子手帳に関心を示しその有用性を理解した上でプロジェクトの活動における導入に協力・支持を行っている。また、州のパイロット地域での導入に関して中央の

保健省の承認を取り付け、既存のカード類の使用を中止した。フィリピン家族計画・母子保健プロジェクトでは、州レベルで母子手帳委員会が設置され、内容の検討がなされ、妊婦への健康教育を主眼に母子手帳が開発された。一方、メキシコ国家家族計画・母子保健プロジェクトでは、中央の保健省が既存の記録システムとの重複を理由に母子手帳の導入に関する理解がなかなか進まなかったことが指摘されている。そのため、郡レベルでの試行を行って次に州レベルでの施行を実施し、中央へその結果をフィードバックするアプローチが取られ、郡レベルの母子手帳委員会での検討を通じて、母子手帳の健康教育の教材としての側面を強調して開発がなされた。

(2) 母子手帳の内容

母子手帳の内容の実際の開発にあたり、どのプロジェクトでもその国の実状に見合った内容となるように工夫がなされている。また、インドネシア、フィリピン、メキシコともに、内容の検討はC/Pや関係者の参加を得た母子手帳委員会などを通して実施され、相手国の実状ならびに要望が反映されるような形で行われている。

母子手帳の内容において配慮された点は、包括的な保健知識を1冊にまとめる、絵を多くし分かりやすくする、既存の記録・教材と重複しないようにする、「家族計画」や「性教育」などの表現を含め、文化的・宗教的に適した内容となるように配慮する、などである。

インドネシアでは、母子の理解を容易にするためイラストが多用された。イラストは文字より具体性において勝り、情報伝達に威力を発揮するが受け手の嗜好に影響される場合がある。インドネシアの成人女性からは漫画のような絵は健康のような重要な情報を伝達するにはふさわしくないとの反応があり、よりリアルな絵が採用された。フィリピンでは容易に入手することができない医療記録を削除したり、イラストを多用したりタガログ語で簡単な表現を用いることとした。また、メキシコでは住民によるグループ・ディスカッションなどを通して母子手帳の改善を図った。

表6 - 1 メキシコ国家家族計画・母子保健プロジェクトにおける母子手帳の内容の改善

メキシコではゲレロ州コスタグランデ郡での第一次試行の後、ゲレロ州とベラクルス州において第二次試行活動が行われた。州レベルでの試行では、母子手帳の内容は州レベルの母子手帳委員会で検討され、改訂が行われてた。郡レベルの第一次試行のモニタリング活動においてフォーカスグループディスカッションを行い、イラストや中身の変更を行った。グロスチャートは、小学校卒業程度の教育レベルの低い母親にとってはグラフを使うのがむずかしいため、体重や身長の数値を書き入れる表に変更した。

健康情報はリプロダクティブヘルスの観点から、性病(STD)や乳癌、子宮癌などの情報も取り入れた。また、ジェンダーの観点から父親の参加を促進するために、父親のページを設けたり、父親のイラストも多く載せるようにして、父親の役割を認識させるように工夫を加えた。

また、ゲレロ州の改訂版では母子手帳は5歳までの記録となっているが、ベラクルス州では14歳までの記録として、Handbook on My Health History というタイトルがつけられている。

出所：専門家報告書

また、既存の記録システムとの重複を避けるために、フィリピンでは既存の記録カードを母子手帳と一緒に携帯できるようにポケット付きのビニールカバーを付けるなどの工夫がなされた。メキシコでも同じように既存の記録カードが携帯できるようにビニールカバーが付けられている。

インドネシアの母子手帳では表紙に子供を抱いた母親の写真が載せられており、母親の親近感を持たせている。自分の子供の写真を表紙に貼って所有感を高めているケースも多い。また、メキシコでは妊婦検診の無料クーポンを母子手帳に添付して、普及に当たって母親が母子手帳を持つとするインセンティブを高めるとともに、妊婦検診率の向上も図ろうとしている。このような無料検診のクーポンやロータリーによる景品の提供など、母子手帳に付加価値を持たせて普及とその利用を促進する工夫もなされている。

(3) 実施体制

母子手帳の開発や導入などに関しては、関連省庁の役人を中心とした母子手帳委員会により意志決定がなされている。また、母子手帳の普及においては、パイロット地区を選定して妊婦検診、母親学級、などの健康教育の機会を利用して妊婦に配布している。また、導入にあたっては、フィリピンでは保健婦、助産婦、バラングイの保健ワーカーなど母子手帳活動の関係者への研修を行い、バラングイごとに母親学級を実施して全妊婦に母子手帳を配布する実施体制を構築した。

また、インドネシアでは、保健所のスタッフのトレーニングとともに、村の保健ボランティアのトレーニングも実施された。村の保健ボランティアは、村落の婦人組織(PKK)とともに母子手帳の普及に大きな力となった。例えば、村で母子手帳の内容に関するクイズ大会がPKKにより開催される事例も見られた。

(4) 利用状況のモニタリング

母子手帳導入後、プロジェクトでは利用状況に関してモニタリングの活動を実施している。フィリピンでは評価調査として妊婦の母子健康知識、妊婦の行動、母子手帳の活用状況に関して調査を行った。

モニタリングの内容は主に「普及率」、「母親の保健医療機関への持参率」、「実際に行う母子保健活動数」などの量的な調査と、「紛失した」あるいは「家庭で使わなかった」という状況が多ければ、それは何故なのか、あるいは「母親の母子保健に関する知識の向上」や「リファラル状況」を質的に調査している。

また、メキシコでは郡レベルの第一回試行ならびに州レベルの第2回試行の後にアンケート調査ならびに保健助手、保健助手指導員、TBAなどを含めたワークショップを開催し、母子手帳試行活動の問題点などを討議し、母子手帳の更なる改訂につなげている。

インドネシアでもパイロット地域において月例のモニタリングミーティングが実施され、保健所長と助産婦あるいは栄養士により母子手帳活動に関する月間実績の報告と問題点の検討がなされた。また、試行後8ヶ月で中間評価調査を実施し、終了時に最終評価調査を実施し、母子手帳の高い受容度

と母親の母子の健康に関する態度と知識の向上に貢献したことが明らかになった。

(5) 経常的な資金調達手段の確保

母子手帳の有用性が認識されても、印刷費など経常的な支出を支える手段が確保されていなければ、モデル地区におけるパイロットプロジェクトから本格的な利用にはなかなか移行できない。印刷費のみで見れば母子手帳の単価は1冊100円弱であったが、すべての新生児に無料で配布する時には、行政機関にとって大きな追加支出となる。

フィリピンの場合、イラストを多くしてカラー刷りにした結果、コストが高くなり、州政府の予算では継続して母子手帳を配布することができなかった。プロジェクトでは、フェーズ2において、より安価な簡易版を作成するとともに、教育部分に関しては保健支所に配布し、母親学級の際に貸し出す方式を検討している。

メキシコでは、郡レベルの第一回目の試行では1冊約10ペソ(約150円)の費用がかかっていたが、州レベルの第二回目の試行で活用された改訂版では5~4ペソ(約75~60円)にコストが削減された。母子手帳活動に関してはゲレロ州の第二回目の試行活動では州政府が費用の半分を負担した。今後、ゲレロ州、ベラクルス州の州政府がそれぞれ費用負担することになっている。

インドネシアでは、母子手帳普及のパイロット地区での成功を受けて、中部ジャワ州8県で普及拡大のため、同時期に実施されていた世界銀行のプロジェクトに母子手帳の導入を積極的に働きかけて印刷予算を獲得している。

母子手帳活動では、予算の継続的な確保が活動の持続可能性の大きなポイントになる。導入を希望する地方政府は、その予算の獲得に努力を行っているが、中央政府の支持の獲得と財政的な支援を引き出すための努力するとともに、母子手帳を有料で配布するなどコストリカバリーの側面も考慮する必要もあるであろう。

(6) 普及の拡大

母子手帳開発およびモデル地区での普及活動の実施後、活動地区の拡大を行っていくことが課題となる。さらに二次ケアにあたる病院や個人開業医、NGO、などに母子手帳に関する情報を提供し、リファールされた患者の母子手帳の記録が活用されるような体製造りを行っていくことが必要になる。

また、母子保健という新しい制度が既存の母子保健システムの中で認知され、システムに統合されていくことが、より広い地域での普及を行うために必要となる。そのためには、中央レベルあるいは少なくとも州レベルでの母子手帳の普及に関するコミットメントを引き出す必要がある。メキシコではゲレロ州とベラクルス州での経験を基に中央レベルで母子手帳セミナーを開催し、両州の経験を基に母子手帳の普及に関する議論がなされた。州政府レベルでのコミットメントとともに、中央においても保健省の副大臣が母子手帳の普及に関心を示していたことが、中央の保健省のコミットメントも引き出すこととなり、中央保健省のレベルで母子手帳普及に関する審議会が保健省の関係局長の参加の下、創設されるようになった。

また、インドネシアでも母子手帳の普及とその拡大においては、パイロット地域でのプログラムの実施において市衛生部長が強力なリーダーシップを発揮し活動を推進した点と、中央保健省の担当部長からの承認を取り付けていたことが、大きな要因であった。中央集権的な行政制度を持つインドネシアでは、トップの承認を得ることは地方(パイロット地区)での活動の推進と他地域への拡大展開を図るためには必要不可欠であった。

6 - 2 父親・母親学級の実施と普及

(1) 実施のねらい

母親・父親学級は健康教育ならびに家族計画の普及を実施する場として活用されている。特に一次ケアレベルを対象としたプロジェクトにおいて実施されている例が多い。また、母親・父親学級の実施においては母子保健や家族計画に関する情報の普及と実行を促進することが主な目的であるため、そのための手段として母子手帳やポスター、ビデオなど、健康教育のためのIEC教材の開発と活用というIEC活動とも密接に関連している。

(2) 男性の参加の促進

母子保健プロジェクトでは母親学級だけでなく、父親学級の実施を行い、母子保健活動に男性の参加を促進しようとしている例がある。例えばエジプト家族計画母子保健プロジェクトでは妊産婦検診の実施を促進しようとしたが、女性が検診に来るようにするためには男性の理解を得る必要があり、まず最初に男性に対するセミナーから開始している例がある。また、メキシコ国家族計画母子保健プロジェクトでも、C/P機関がリプロダクティブヘルス局と改組されるようになり、リプロダクティブヘルスの観点から男性対象のプログラムを計画実施するセクションができ、プロジェクトにおいても男性も参加させる活動が展開されるようになった。母子手帳の中に出来るだけ男性が妊娠や出産、育児などの場面で役割を担っている絵を加える事により男性の子育て参加を促すような配慮がなされている。

このように母子保健活動に対する男性の理解と参加を促進することによって女性がより積極的に母子保健プログラムに参加しやすい環境を整備する事が必要になっている。特に、家族計画の側面が入っている場合は、男性の理解と参加が不可欠となる。さらにその国の文化や宗教的価値観によっては、村のリーダーや宗教指導者の理解と協力を取り付けることが活動を円滑に実施する上で重要なポイントとなる。例えば、エジプトでは男性だけでなく村の宗教指導者に対する母子保健セミナーを開催して彼らの理解と協力を求めたり、フィリピンではプロジェクト専門家が宗教関係者との信頼関係を築いて家族計画の活動に対する理解を求めるなどの配慮を行っている。

(3) 実施体制と場所の確保

母親・父親学級は村落レベルで実施されるものであり、村落での母親・父親の参加を促進する村の受け皿としての仕組みとファシリテーターが必要になる。ここで、重要な役割を果たすのが村落のリーダーや保健ボランティアである。例えば、メキシコ国家族計画母子保健プロジェクトでは、村落コミュニティの自治会長と協力して活動が実施され、村に設置された「健康の家」を実施場所として村落の保健ボランティアである保健助手が中心となって母親学級の準備がなされている。ここでは母子手帳が健康教育の教材として使われ、郡の保健スーパーバイザーが村落を巡回する時に保健助手指導員が同行し、村落の保健助手の協力を得て健康教育を実施するシステムが形成された。

また、インドネシア国家族計画母子保健プロジェクトでは村落の保健ボランティアに従事している婦人会組織(PKK)がボシアンドゥを中心とした母子保健活動に参加しており、母子手帳を活用した健康教育を行う活動の担い手となっている。

一方、母親・父親学級のように一カ所に集まって健康教育を行ったり母子保健の情報を普及する手法の他にも、地域の助産婦や保健ボランティアによる家庭訪問、巡回訪問を通じた情報の普及とモニタリングのシステムも有効な母子保健活動の一つと言える。フィリピンでは地域の助産婦が1週間のスケジュールの中で保健支所での妊産婦検診、家庭訪問、カウンセリングなどを曜日ごとに決めて実施している例もある。

6 - 3 助産婦・伝統的産婆(TBA)研修の実施と普及

(1) 研修活動の概要

助産婦・TBAに対する研修活動を実施する場合において、技術移転の対象者は大きく研修実施機関の要員と、研修の対象者である保健サービス提供者に分類できる。

研修実施機関の要員に対しては、研修事業実施機能を強化することを目的とする。具体的な内容として研修の計画・立案、運営・管理、評価・モニタリングの能力をつけ、質の高い研修事業を実施・持続できるようにするものである。

助産婦・TBAを初めとする実際に保健サービスを提供する保健・医療従事者に対して、技術の向上を中心とし、具体的にプロジェクトで導入する機材の使用能力の付加や、保健従事者として不足している能力を強化するものである。

前者が保健サービス提供に関する行政官として、実際にサービスを提供する各種グループに対してそれぞれにどのような役割を担うか等も視野に入れ研修計画の作成、実施を行う。一方、医療・保健従事者に対する研修は、住民に対してどのような保健サービスを提供するか、サービスの提供に必要なノウハウを具体的に付加するための研修を行う。

派遣される専門家は、これらの双方に関わる場合が多く、実施者と受講者の差異を理解しながら進めることが望まれる。

(2) 助産婦・TBA 研修実施上の留意点

研修実施機関の行政官等は、多くの場合専門家のC/Pであり研修事業を共に実施していくという過程を通して、計画・立案、実施、運営管理、評価・モニタリングなどの研修事業を実施するための一連のノウハウを伝えていくことになる。

専門家自身がこれらの一連のノウハウを全て保有していることを期待されているというよりは、相手の実施能力を測定しながら必要な場合には他からノウハウをもってくることも併せて望まれている。つまり、他の組織との連携や、ネットワークの構築、交渉術も移転すべき内容に含まれているということである。

一方、研修対象者に対しては、最終的に対象地域の保健サービス提供者としての能力を向上させることを目的として、対象者のニーズ、不足している能力を把握し、研修対象者のインセンティブを引きだしながら保健サービス提供者の質を高めることを目指す。

1) 周辺環境の確認

助産婦・TBAを含め保健従事者に対して研修を実施するにあたり、以下の3点が重要なポイントといえる。

・主たる立会人及びその実態を把握する。

多くの母子保健プロジェクトでは、初期段階において対象地域の既存のデータやベースラインサーベイを利用し、主たる出産立会人が誰であるかを把握するようにしている。農村部においては伝統的産婆(TBA)が主たる立会人である国や地域が多い。特にアフリカは依然としてTBAが主要な出産立会人である。

しかし、主たる立会人であるTBAや助産婦に対する政策は国によって異なっている。将来的にTBAを発掘し活性化する方針なのか、あるいは徐々にTBAを廃止し助産婦に移行していくのかなど主たる立会人に対してどのような研修を実施するかを決定する際には、国の方針を確認しておくことが望まれる。

助産婦やTBAなど末端の医療サービス提供者の実態をC/P機関(行政機関)が正確に認識していない場合もあるため、助産婦・TBA等に直接接触して実態を把握することが望まれる。これまでのプロジェクトでは、専門家が直接、助産婦、TBAに接触し、労働状況(技術面、労働環境など)だけでなく、生活状況についても把握するようにしている。フィリピン国家族計画母子保健プロジェクトでは、リーダーが助産婦の家に1週間ほど泊まり込み、彼女の仕事について歩き、助産婦の仕事の実態を把握するように努めた。

表 6 - 2 エジプト国家族計画母子保健プロジェクトにおけるダヤ(TBA)の実態把握

母子保健専門家は、ダヤの実態を把握するために村で直接ダヤとの接触を図ろうとした。しかし、ダヤは公的資格を持って出産介助をしていないため、政府プロジェクトのメンバーに対して不信感を抱いており、専門家が訪問しても逃げてしまい、なかなか接触することができなかった。

専門家は、ダヤの家を何度も何度も訪れ、彼女たちとの接触をはかることからはじめた。初めのうちは仕事についての話題は避け、雑談だけして帰ってくるようにし、ダヤとの人間関係の構築に努めた。その後、ダヤにもいくつかのグループが存在することがわかり、リーダー的な存在に働きかけを行った。

さらに、ダヤが扱う出産に同伴し、ダヤの立会人としての技術やその問題点を把握し、研修計画に取り入れた。

これらの行動を通して、出産立会人としてのTBAだけでなく、村における彼女たちの役割、TBA同士の関係などTBAに関する社会的、文化的背景も併せて理解することができた。

出所：専門家報告書

・ ニーズを把握する。

専門家は、まず研修実施者が研修事業を実施するにあたりどのようなニーズを持っているかを把握することが求められる。この際に注意すべきことは、研修実施者は研修の直接の対象者(保健サービス提供者)のニーズだけでなく、最終受益者である母親などコミュニティの住民ニーズを反映させられるような研修を実施する責任を負っているということである。母子保健におけるニーズを形成する構成要員は、最終受益者である母子、ヘルスポランティア等のパラプロフェッショナル、TBA・ヘルスワーカー、保健婦・助産婦・保健婦等のパラメディカル、医師、母子保健行政関係者など多様である。それぞれのグループが有するニーズが一致している場合は、そのニーズに対応する方策について計画するところからプロジェクトを開始することができるが、各グループが異なったニーズを持っている場合は、最終受益者である母子・住民のニーズに合わせたニーズの形成を行う必要がある。最終受益者のニーズをC/Pと共に把握する手法として、プロジェクト開始時のベースラインサーベイや、アセスメントサーベイ、個別ヒアリング調査等を実施している。

表 6 - 3 ニーズを研修プログラムに反映させる例

フィリピン国家族計画・母子保健プロジェクトフェーズ I

助産婦に対してアセスメントサーベイを実施し、助産婦活動の現状及び研修ニーズについて調査した。次に調査の結果を反映させる形で研修項目をたてた。

1. 「ヘルス教育やカウンセリングを住民に実施する手法がわからない」 インターパーソナルコミュニケーションスキル(ICS)を導入した。
2. Natural Family Planning(NFP)に対する正しい知識の不足 NFPに関する再教育、再研修を実施する。

出所：プロジェクトパンフレット

また、場合によって、研修実施機関が自らに不足しているノウハウ等を的確に認識できていない

こともある。このような場合には、まずやらせてみることで、自分たちに不足している能力・機能を認識させるという方法がある。

表6 - 4 ~まずやらせてみる~フィリピン国家族計画・母子保健プロジェクトフェーズI

フィリピンでは、地方分権化に伴い助産婦研修の管轄が州政府に移行してきた。しかし、研修事業の実績がなく、予算も確保できない状況であったためプロジェクトが支援することとなった。

当初、州政府関係者は予算不足が最大の問題で、この問題が解決できれば研修事業を実施することができるかと認識していた。研修活動担当の専門家は州政府関係者の現状から、研修事業を独自で実施できるほどの実力はないと判断していたが、C/Pの主張を入れ実際に研修の計画・立案をやらせてみた。

専門家の予想通り、計画段階で行き詰まってしまった。そこで、C/Pは専門家の助言を入れ、分権化以前に研修事業を実施していた保健省地方支部の支援を得て、研修事業を実施して行くこととなった。

実施当初は、計画・立案、実施の大部分を保健省支部に依存していたが、最終的には全て独自に計画・立案、実施ができるようになった。

出所：専門家ヒアリング結果

・ 何の目的で誰に対して研修するのかを再確認する。

研修を実施している母子保健プロジェクトは多いが、その対象、内容・手法はプロジェクトによって異なる。対象者は、医師、看護婦、助産婦、保健婦、TBA、ボランティアなど多様だが、主に看護婦、助産婦、保健婦に対するものが多くみられる。これは彼等が行政機関に属する最も住民に近いサービス提供者だからであろう。

助産婦、保健所の看護婦、保健婦など公的資格を有する人材に対して、研修を実施する主な目的として、新規のシステムを導入するにあたり普及者としての研修、指導者育成、保健従事者として不足している能力・機能の強化、が挙げられる。新規システムの導入研修の代表的な事例として、母子手帳に関わる研修が挙げられる。母子手帳を導入するプロジェクトの大半は、助産婦などを中心に母子手帳の導入、普及にかかる研修を実施している。

TBAに対しては、衛生面の改善、ハイリスク妊娠の早期発見及びリファラルの導入を目的とした研修が多く実施されている。TBAの場合、出産に立ち会うことで収入を得るという労働形態であるため、地域の母親及び妊婦に一番近い存在であっても、家族計画普及者としては適当ではないという認識をしているプロジェクトが多い。TBA研修の方法としては、プロジェクトで直接実施する場合と助産婦等を指導者として育成し、地域のTBA等に対する研修を実施させる場合とがある。

なお、以上3点に加え、保健従事者への研修を実施するには、プロジェクト計画時に確認されているケースが大半ではあるが、以下の2点についても確認されていない場合はプロジェクト開始初期に確認することが望ましい。

・ 保健行政・母子保健政策

・ 医療・保健従事者、パラプロフェッショナル等の種類、所轄機関、役割、ヒエラルキー等

2) 経常的な資金調達手段を確保する

研修事業を継続的に実施させるための鍵として、資金の継続的な調達が挙げられる。プロジェクトが実施している指導者養成のための研修を継続させると共に、各指導者が自分の地域に戻り他の保健従事者に対して研修等を行うための資金調達手段などの制度を整備することも重要なことである。

保健従事者育成において一番多くとられている手法は、行政機関の通常予算として位置づけることである。メキシコのプロジェクトではこの方法を採用している。

3) 当該国・地域の実状を反映させる

同じような助産婦・TBAの研修であっても、その国状況や対象者の特徴によって研修形態は異なる。実際に研修の計画、実施する際に配慮すべきこととして以下の3点が挙げられる。これらのポイントは、より多くの参加者を得て、研修の効果を高めるために必要なことである。実際のプロジェクトにおいて、助産婦・TBAに対してどのような内容で、誰が講師となり、どのようなテキスト・教材を利用し、どのような方法で実施してきたかについていくつかの事例を紹介する。

・受講者の状況にあわせて研修の開催場所、時間を設定する。

受講対象者の生活環境や業務形態を考慮して研修期間、実施時間を設定しなければ研修に参加することが、経済的、肉体的な負担となり参加者を効果的に研修することができなくなる。留意するポイントとしては、どの程度の人数が地方からの参加となるのか、収入減にならないか、業務に支障を来さないか、等を確認しておく必要があるだろう。例えば、フィリピン国家族計画母子保健プロジェクトでは、他の研修と時期が重なることを避けると共に、業務が集中してくるフィリピンの年度末(10月から12月)を避けて実施するようにした。

・対象者の学歴、経験等を考慮する。

研修を実施するにあたり、その対象者の学歴や経験、知識の程度によって識字率の高さ、一般知識等に变化が出るため、研修の方法や、使用する教材を検討する必要がある。特にTBAは公的な資格ではないため就学率が低かったり、識字率が低かったりするため、講義や説明によって彼女達が理解できる概念が予想以上に低いことがある。このような場合は、具体的な説明や、参加型によるロールプレイやゲーム等の方式を取り入れることで、効果が上がることもある。

表6 - 5 参加型手法を取り入れたTBA研修

～メキシコ国家族計画母子保健プロジェクトの事例～

メキシコではTBAの介助による出産率が高く、特に山地のコミュニティーでは半数以上がTBAの立ち会いによる出産である。メキシコでは保健政策面から、TBAと保健助手をコミュニティーにおける重要な保健サービス提供者として位置づけており、TBAに関しては永続的養成教育を実施している。

メキシコのTBAの大半は就学年数が短く、識字率が低い。研修開始前半は、C/Pの要望もあり講義による研修を中心としていたが、やはり対象者の状況から専門家の判断により後半は議論、演習を中心とする参加型の研修を実施するようにした。この結果、TBAの研修への参加意識が高まり、研修が活性化された。

出所：専門家ヒアリング結果

TBA研修において使用されたテキストとしては、UNICEFが開発したTBA研修用のテキストがあり、エジプト国家族計画母子保健プロジェクトでは、これを使用している。

助産婦研修における教材としては、JOICFPが作成しているマギーエプロン^{注23}及びマグネルキット^{注24}を供与機材として配布しているプロジェクトが多い。実際に使用している助産婦にも好評であったようだ^{注25}。

・ 受講者のインセンティブを高めるように努力する。

研修に参加することに対するインセンティブを与えることによって、参加者の研修参加に対するモチベーションが高まることになる。一般的なインセンティブの与えかたとしては、金銭的なもの、資格の授与、やりがいがあること、等がある。これまでの母子保健プロジェクトでは資格の授与および機材の貸与などがインセンティブづくりに役立っている。先に述べたエジプトのTBAに対する研修修了証書の授与は、TBAにとって自分たちの活動が公認されたことを示すものとして好評であり、また、その授与式もプロジェクトリーダーや国営アルミ工場の工場長などから直接証書を授与されることで、さらなるインセンティブになった。なお、直接的に金品を与えているプロジェクトは少ないが、研修参加に対する負担を軽減させる意味で研修参加経費等を実費程度支給しているケースはある。

4) 当該国のシステムに統合させる

プロジェクトで実施した研修を継続させるためには、可能な限り受入国における既存システムに統合しておくことによって、プロジェクト終了後も一環して研修活動が実施されて行くことにつながる。関連した、あるいは利用できるシステムについて情報を収集しておくことが望まれる。

例えば、フィリピン国家族計画母子保健プロジェクトでは、プロジェクトが実施する助産婦研修をフィリピン政府の助産婦再教育システム^{注26}の単位として認定してもらうようにした。

このように既存のシステムに統合させていく方法が、何らかの理由によって実施できない場合でも、関係する大臣など社会的地位のある人物の署名入りの終了証書等を発行する方法なども有効となる。エジプト国家族計画プロジェクトでは、独自で育成したアシスタントナース及びTBAに対してそれぞれ大臣名の入った修了証書を出している。同プロジェクトでは、育成したアシスタントナースのうち特に優秀な者に対して、大学が実施している正規の看護婦再教育コースを受講させることによって既存の研修過程に組み込ませる方法も併せておこなっている。

注23 エプロンの前に透明のポケットがあり、助産婦がそのエプロンをしてお腹あたりのポケットに9枚のカードを入れながら妊娠、胎児の状況等を紙芝居風に説明する道具。

注24 マグネットボードと男性生殖器、女性の生殖器、妊娠・出産を図解したマグネットピースのセット。性交渉、妊娠、出産などについてを説明するもの。

注25 フィリピン家族計画母子保健プロジェクト現地調査結果による。

注26 Continuous Professional Trainingと呼ばれる助産婦再教育システムは、3年間で指定されている研修の中から30単位取得しなければならないというもの。

5) 実施体制を作る

研修活動は、人作り協力を掲げる日本のプロジェクトにおいては主要な活動と位置づけられる。実施体制の整備として留意しておかなくてはならないポイントは大きく2つある。ひとつはプロジェクト実施期間中に実施されていた研修がプロジェクト終了後においても継続して実施されるよう実施体制を整備することである。そしてもうひとつは、研修内容が実際の保健サービスの提供において活かされるための実施体制の整備である。1点目における重要なポイントとしては、研修をいつ、どこで、誰が、どのように実施するかについてその責任の所在を明確にし、実施機関として、あるいは実施者としての意識を確立させておくことが望まれる。これまでのプロジェクトにおいては、研修事業の関係者で委員会を結成させたり、関係者を研修実施にかかる企画、実施、評価の全ての過程に参加させるなどの方法などがとられてきた。フィリピン家族計画母子保健プロジェクトでは、専門家は常にC/Pにイニシアティブをとらせるようにし、自分たちが率先して実施することを避けるように心がけていた。

2点目の研修で導入されたサービスが実際に機能するための実施体制づくりとしては、たとえば、プロジェクトでTBAや助産婦に対してハイリスク妊娠の早期発見をし、病院に送るための研修を実施していても、実際に病院に妊婦を連れていっても(送っても)診療してもらえないようでは、TBAや助産婦は妊婦を病院に紹介しなくなってしまう。そこで、パキスタン国母子保健プロジェクトのように、TBAに特別のチケットを渡しリファラル病院において優先的に診療してもらえるようにすることを考慮しているプロジェクトもある。

表6 - 6 実施体制づくり ~フィリピン国家家族計画母子保健プロジェクト~

助産婦を研修すると共に、曜日ごとに活動を決め、地域内の村のヘルスポストにおける全ての助産婦が同じ活動をするようにした。例えば、妊婦の日には妊婦検診を実施し、別の日には担当している村での巡回指導を行う。また、他の日は助産婦 association を開催するなどである。これによって、住民側にも助産婦の活動が理解されるようになった。

さらに、「助産婦サービス改善プログラム運営委員会」を設立した。これは、地方政府保健局局长、助産婦監督官、保健省地域事務所代表、JICA専門家等で構成され、プログラムにかかる研修の日程、カリキュラムづくり、講師の選択など、全てがこの運営委員会において決定されるような体制とした。

出所：専門家ヒヤリング結果より

6) モニタリングの実施

研修事業は多くの参加者を集めて実施されること自体に意味があるのではなく、研修の目的がどれだけ達成されているのか、研修成果がどれほど保健サービス提供に効果を与えているのかが重要である。研修の実施機関及び実施者にその点を明確に認識させると共に、研修の効果がどれだけ達成されているかを図るモニタリング手法や体制等を活動開始時に構築しておくことが望まれる。

モニタリングの手法としては、個々の研修内容の理解度を確認するようなものから、研修全般がどのように住民サービスに影響しているかを図るようなインパクト調査のようなものまでである。多くのプロジェクトでは、この双方を併せて実施している。

フィリピン家族計画母子保健プロジェクトでは、助産婦サービス改善プログラムを実施するための委員会を結成し、研修を受けた助産婦にコミュニティーに戻ったあとも定期的に活動報告をさせたり、助産婦間で意見交換等をさせることによって、そこから出てきた要望を研修にフィードバックするようにしている。

(3) まとめ

TBAの研修に関しては、ユニセフが「Trainers' Guide」^{注27}を作成しており、訓練をおこなう必要性、計画/立案における中央関係機関との関係作り、講師陣の選び方などの留意点が、実施においては時間のとり方、インセンティブの作り方、グループのサイズ等にわたるまで細かい指示がなされている。

TBAおよび助産婦等の研修にあたり、計画/立案、実施、モニタリング/評価、フィードバックという一連の体制が構築されて始めて、研修事業と考えることができる。さらに、保健サービス提供者を育成する場合には、クライアントともいえる患者、あるいは地域住民に対して研修の効果がどの程度裨益しているかを常にモニターする必要がある。

また、育成されたサービス提供者が、コミュニティーに戻ってから円滑な指導活動および普及活動が展開できるようにするための体制づくり、その後のサポート体制の構築なども保健サービス提供者を管轄する機関に期待される機能ととらえることができる。専門家は保健サービス提供者を育成するだけでなく、育成された人員がより効果的な活動を展開できるようにするための体制整備の重要性を、研修実施機関のC/Pに認識させることも望まれている。

6 - 4 IECの実施と普及

IEC(Information, Education and Communication)技術は、あらゆる分野の技術協力に適用できるが、JICAの医療協力では「人口・家族計画」分野における協力で多く取り入れられてきた技術である。近年、母子保健プロジェクトや家族計画/母子保健プロジェクトにおいても、IEC技術が積極的に取り入れられ、母子保健や家族計画に関する人々の行動の変容を計画的、組織的に促進することを目的に、そのために必要とされる情報の提供、教育の実施、コミュニケーションの実施に利用されている。JICAでの母子保健プロジェクトで展開されたIEC活動(IEC教材の企画、製作、普及、評価)経験に見られる特徴を以下に紹介する。

(1) IEC活動の導入背景

過去の母子保健協力でIEC活動を実施したプロジェクトでは、IEC活動の導入決定は、R&D締結時には既になされているのがほとんどである。つまり、案件形成時点から明確にIEC活動を取り入れる

注27 「Daya Training Programme Trainers' Guide」

ことが決まっていたことが推察される。しかし、他の母子保健に特徴的な活動については、必ずしもそうではなく、プロジェクト開始後に導入が決定されているケースが多い。どのような背景から、IEC活動の導入が決定されたのであろうか。

フィリピン国家族計画母子保健プロジェクトでは、C/P機関である保健省とモデル地区である地方政府保健局の家族計画・母子保健促進に係るニーズを調査した。保健省では全国的な保健知識の普及に係る教材制作の体制整備に係るニーズがあり、地方政府保健局では住民への保健知識の普及に適切な教材の不足に直面していることが明らかとなった。そこで、家族計画母子保健に関するIEC教材の制作(中央政府レベル)とモデル地区での利用(地方政府レベル)を目的として、IEC活動の導入が決定された。

エジプト国母子保健プロジェクトでは、モバイルクリニック活動の定着による家族計画母子保健の促進をプロジェクトの目標としていたが、その達成を補強するものとして、保健知識の普及を図ることが計画され、IEC教材の制作(中央政府レベル)とAVバンによるその利用(パイロットエリアレベル)が決定された。

いずれも、家族計画/母子保健知識の普及を図る必要性に着目され、一度IEC活動の可能性が検討されや、IEC活動の導入にはメディアの制作と配布という要素が加わり、それらの投入も大きくなることが想定されることから、IEC活動の導入については案件形成の初期段階から検討され、R&D締結時には確実に実施することが決定される活動項目であったと言える。

(2) IEC活動戦略の作成

IEC活動の成功は、他の活動同様に、企画から実施(制作、普及) 評価までの各段階の実施を戦略的かつ総合的に計画することにかかっていると見える。単にメディアの製作と配布だけに重点がおかれては、対象者に真に必要な家族計画母子保健の知識、情報、教育が効果的に吸収され、確実な行動変化を呼び起こすことは困難である。IEC活動開始前の次の点に係る実施方法を検討することが重要である。

保健知識ニーズ内容の吟味

メディアの選択

財源の確保

実施体制(関係組織の選択、取り込み方法)

当該国の実情の反映

メディア作成機器、技術的妥当性の検討

スタッフの確保、育成上の課題及び育成方法

メディア利用方法の検討

メディア利用のモニタリング、評価

これまでの母子保健プロジェクトでは、人口分野に関連するプロジェクトは除き、こうした点を全

て含めた総合戦略をもって活動した例は少ないものの、前述の何点かはかなり考慮されて活動が展開されてきた。

例えば、エジプト国母子保健プロジェクトでは、第1点目の「保健ニーズの内容の吟味」については、「地域特徴的な疾病情報の取り込み」を実施している。第2点目である「メディアの選択」については、「高非識字率を考慮し、文字の少ない視聴覚教材の選択」がなされ、第3点目の「財源の確保」については、「有料検診車サービスで得た資金の活用」が行なわれた。さらに第5点めの「当該国の実情の反映」に関しては、「イスラム教との矛盾がないことを示すイスラム経典の一説を印刷したメディアの制作」や「プロジェクト対象地域限定のメディア作成については、対象地域の村長、宗教指導者、医師、教師など権力者のメディアへの出演」を実施している。第9点目の「メディア利用のモニタリング・評価」についても、「住民によるメディアへの反応に基づくメディアの改良」を十分に行なっている。

表6 - 7 IEC教材製作委員会 / ビデオ上映会運営委員会の設置
～フィリピン国家族計画母子保健プロジェクト～

関係者から構成されるIEC教材制作委員会を中央の保健省内に設置し、制作内容等の決定に関する意思決定プロセス / 時間を短縮した。同時に、プロジェクトの実施現場である州政府保健局内には、制作されたビデオ教材の上映を担当する上映会運営委員会も設置した。本委員会では、上映会での制作ビデオに対する住民の反応をIECの制作委員会へフィードバックするようにしていた。

また、ビデオ上映や人形劇による住民への保健情報の提供を目的とすることから、ビデオ上映後や人形劇終了後に、ファシリテーターによって住民とのコミュニケーションの時間を設け、メディアを通して伝達されていた内容の確認を実施した。

出所：専門家ヒヤリング結果より

6 - 5 家族計画の実施と普及

(1) 日本が実施してきた家族計画分野の援助の概要

これまでJICAが実施してきた家族計画活動は、大きく2つに分類できる。1つは、人口分野担当の中央省庁をC/Pとして、情報や家族計画教育の実施体制を強化することを主たる活動とし、人口統計整備、IECなどを用いて家族計画促進あるいは、人口に関する情報整備を実施するものである。これらのプロジェクトの多くは、「～人口教育促進プロジェクト」というような名前がつけられており、派遣される専門家の指導分野も、IEC、統計処理などが中心となっている。なお、本調査研究ではこれらのプロジェクトの活動内容に母子保健的要素が少ないことから、調査の対象から外している。

もう一つは、本調査の対象となっている母子保健とのパッケージによる家族計画である。この形態のプロジェクトの場合、初期においては「～国家族計画プロジェクト」として実施していたが、実際には母子保健との統合によって実施されてきた。個々の母子に直接働きかけたための制度を強化することをめざしてミクロ的な活動を展開しており、母子保健、産婦人科、小児科、家族計画などが中心とな

る。

これまで、日本が実施してきた家族計画活動の経験について、から、以下のような重要ポイントをあげることができる。

(2) 家族計画活動実施上の留意点

1) 家族計画活動はオブラートに包んで実施する

家族計画プロジェクトの場合、相手国からの要請が出てきた段階で、中央政府レベルでは人口増加が同国にとって解決すべき問題として認識されているわけだが、必ずしも全国的に同意されている訳ではない。国によっては人口抑制活動が民族・政治問題に発展するほどのテーマであり宗教や文化が複雑に絡みあっていることもある。家族計画を推進することは、危険性をはらんだ活動であることを認識しておくほうがよいであろう。

また、実際にプロジェクトを展開するモデル地方・地域が、家族計画を実施することに対して必ずしも肯定的な姿勢であるとは限らない。ミクロレベル(世帯、個人)における家族計画とは、極めて個人的な問題であることを理解しておくべきである。モデルプロジェクトを実施するコミュニティの住民からすると、専門家だけでなくC/P機関の人員も含めて個人的なことに口出しする部外者なのである。

上記のような状況を緩和するために、コミュニティにおいて信頼を有している人材を取り込み、プロジェクト、特に専門家は表に出ず、リーダーシップを相手側のとらせるようにすることが望まれる。これは、家族計画の普及の効率化という側面もあるが、プロジェクト関係者の安全保障上、重要ともいえよう。

これまでに実施されてきたプロジェクトにおいて、専門家は家族計画をあらゆるオブラートに包んで実施している。エジプト国家族計画母子保健プロジェクトの場合、母子保健の観点からスペースリング^{注28}を推進した。本プロジェクトを展開したパイロット地域は、他のドナーによる家族計画プロジェクトが住民の反感を買い、結果的にプロジェクトの中断を余儀なくされたという経緯があったため、特に注意を払って実行したという背景がある。

注28 健全な母体から健全な子どもを出産することができる。健全な母体を確保するためには、出産間隔を3年程度あけることが望ましい。

表6 - 8 家族計画を複数のオブラートに包む

～フィリピン国家族計画母子保健プロジェクトフェーズI～

フィリピンは、カトリック信者が多く国民の80%以上を占め、カトリック教会は避妊を否定している。本プロジェクトにおいて家族計画を担当した専門家は、まず、宗教関係者との信頼関係を構築しながら宗教関係者も認める手法を、現地のNGOを通じて実施することとした。

まず、専門家はプロジェクト実施地域の宗教リーダー(司祭)を訪れプロジェクトを紹介すると同時に、自己紹介を兼ね相手の意見を聞くという姿勢で訪問した。その際にこのリーダーと個人的に良好な関係を作っておくことが、プロジェクト実施において重要と判断し、司祭がメンバーであるロータリークラブに加入した。同地のロータリークラブは、毎週ランチ会を開催していたため毎週その司祭と会い交流を深めることにつながった。

さらに、同地においてカソリック教が認めるのはNatural Family Planningであることから、この方法の推進しているNGOに働きかけ、プロジェクトの連携による清動を展開した。プロジェクトで実施する各種研修に講師を派遣してもらい、同方法をコミュニティに普及するようにした。NGOとの連携により実施した背景には、既存リソースの活用の他に、「プロジェクトによる実施」のイメージをやわらげる効果もねらったためである。

なお、本方法に対して専門家個人としては家族計画の効果はあまり期待できるものではないとしており、医師という立場からは本方法に疑問を抱いている。しかし、長期的なプロジェクトの成功を考え、医学的根拠より、現地の状況を優先した。

出所：専門家ヒヤリング結果より

(2) チャンネルの複数化

家族計画の普及では、「情報への接触及び理解」をさせ、最終的には個々人の「行動の変化」をその国の住民に引き起こさせなくてはならない。保健衛生の普及も同様だが、家族計画普及活動の場合、農業技術の普及等と異なり、家族計画を取り入れることによって家計収入が向上するものではなく、家族計画導入による効果ははっきりと現れにくいといった面がある。家族計画を取り入れたことによる母体の健康やひいては家族の健康、少子による経済的負担の軽減などの効果が現れるまでには時間がかかると考えてよいだろう。

そこで、家族計画に関する情報をあらゆるリソースから提供することによって家族計画に対する知識を深め、住民が家族計画に対して肯定的な立場をとり、さらに実際に避妊法を実施に至るというプロセスを構築しなくてはならない。情報を一方的に提供するだけでなく、避妊・家族計画に対して個々人が持つニーズや疑問、誤解等について対応し、実施の意志がある個々人がサービスを受けられるようにするためには、全ての段階が自分にとって身近な存在であることが望まれる。家族計画や避妊法の知識はあるが、否定的な態度をとっている個人が自ら行動を起こして情報を収集することはあまりあり得ない。誤った知識や否定的な立場を有している人にも、情報が行き渡るようにするためには、リプロダクティブ・エイジの女性を中心とし全ての人口に働きかける必要が出てくる。そのためには、できるだけ情報提供、サービスデリバリーのチャンネルを増やし、多くの住民にアクセスできるようにする必要がある。しかし、多くの場合、何らかのチャンネルは構築されているが、そのチャンネルが効果的でなかったり、適当でないこともあり、プロジェクトでは有効なチャンネルの発掘、

創出の両面から活動を実施している。

これまでのプロジェクトにおいて、実際にこれらのプロセスをどのように生み出してきたのかについて、他のプロジェクト活動との連携によるものと、他にチャンネルも求めたものなど、事例を元にその留意点やポイントを説明する。

(3) プロジェクト内の他の活動との連携

1) IEC との連携

家族計画を普及させるためには、避妊具の配布や情報を一方的に与えるだけでは定着しないことが明らかになってきている。家族計画普及のためには、情報を与えるとともに家族計画に関する知識を持たせ、さらに対話による情報定着の確認を行うことで普及率が上がってくる。そのため、家族計画を実施するプロジェクトの多くは、IECを主要な要素として組み込んでいる。これによって情報発信ツールを多くもっており、対象グループごとの特徴に合わせて、発信方法を変えて対応することが可能となる。

IECにおいて、家族計画に関する情報を提供する場合には、家族計画を実施する意味、家族計画手法の紹介及び副作用などの説明、サービス提供ルートを示すことが望まれる。サービス提供のルートを明確にすることが、各人が家族計画を実施するための重要な情報である。具体的にどこに行けば何をしてもらえるのかを明確に示すことで、個人の行動を次の段階に促すことができる。

エジプト国家家族計画母子保健プロジェクトにおいては、IECにより、IUD、ピルなど主な家族計画手法についての説明パンフレットを作成、配布し、検診に来た母親及び家族にビデオを見せることで家族計画に関する情報と知識を与えると共に、家族計画カウンセリングを実施し、家族計画についての理解の定着を図った。

2) 母子手帳

近年、家族計画プロジェクトにおいて、母子手帳を作成するプロジェクトが増えてきている。母子手帳は、家族計画に関するテキスト的な存在が少ない途上国においては、妊婦が手にする数少ない母子保健に関する情報源である。

母親だけでなく、家に持ち帰ることによって父親を初めとする他の家族の目にも触れることになり、家族計画についての父親の意識向上効果が期待できる。

事実、インドネシア国家家族計画母子保健プロジェクトにおいては、家に持ち帰った母親と共に父親も母子手帳を読んでいるケースが散見されている。

3) 母親学級・父親学級との連携

家族計画の普及、定着における母親学級及び父親学級は重要な役割を果たし得る。普及にあたり、与えられた情報を実際を理解し実施に至るプロセスにおいて、コミュニケーションの占める位置は大きい。一方的に情報を与えられる状態から、コミュニケーションによる相互情報交換を経ると、より理解度や実施度が高まることが実証されている^{注29}。母親同士・父親同士の相互コミュニケーションが、

注29 Johns Hopkins University, Health Communication

より効果を高めることにつながる。

4) 研修活動

母子保健と絡めて実施されている家族計画プロジェクトの特徴は、保健従事者とプロジェクトが直接のコンタクトを持ち得ることである。多くの場合、助産婦、看護婦、ヘルスワーカー等に対する研修活動を実施しており、その中に正しい家族計画の知識及び普及手法を盛り込んでいる。

フィリピン家族計画母子保健プロジェクトにおいては、助産婦が妊婦に対して母子保健、家族計画に関する情報を提供者となれるように研修を実施した。研修においては、インターパーソナルコミュニケーションスキルを導入すると共に、個別訪問において母親に対して直接の情報提供者としての位置づけを構築した。このプロジェクトで実施した調査の結果、母親の母子保健・家族計画に関する情報源は、主に母子と直接接触している助産婦であることが立証された。

なお、家族計画において有効とされる機材に、JOICEPのマグネルキットとマギーエプロンがある。これらは、保健所、ヘルスユニットなど一次ケアの施設や一次ケア従事者に配布されるが、これらの利用した研修が実施されており、C/Pに非常に好評である。

5) プロジェクト外の媒体

家族計画の実施、普及において多くのプロジェクトは、情報源・サービス提供源を多様化することによって、多くの人々が何回も家族計画の情報に触れることになる。現地で活動しているNGO、ボランティア等も情報発信、サービス提供源として活用することができる。避妊手法によっては、医療従事者でなければならないものや、特殊な機材を必要とするものもあり全て制限がかかるが、家族計画の意味、手法についての説明、サービス提供に関する情報等は、多くのチャンネルを持つことが可能である。多くのプロジェクトでとられている手法としては、IECで作成したパンフレット、カレンダー等の教材をできるだけ人の集まる場所に貼ってもらうことによって、多くの人々の目に触れるようにするなどである。

さらに、保健所、地方病院などできるだけ住民に身近なところに超音波診断機を供与している。単一の提供源だと、体制等に不備が生じた際にサービスの提供がとぎれる危険性があるため、病院、保健所等での実施の他、 Condom など簡易に配布できるものについては、ヘルスユニットなどを通じて入手できるようにしている。エジプトの場合は、超音波診断をすることを許可されているのは医者だけであるため、医者以外の助産婦等にとっては制限がある。

避妊手法についても、近年ではカフェテリア方式を導入しているプロジェクトが見受けられ、多数の家族計画手法についての使用方法と特徴、副作用などを説明し、各人のニーズに合わせて選択できるようにしている。インドネシア国家家族計画プロジェクト等では、保健所にあらゆる避妊具が展示されており、多様な選択肢があることが訪問者に一目瞭然にわかるようにしてある。カフェテリア方式導入においては、相手国が許可、推進している方法からはずれないように注意する必要がある。

さらに、パーソナルコミュニケーションだけでなくパブリックコミュニケーションの複合利用も効果的である。パブリックコミュニケーションとしては、村の集会等で家族計画の実行について発言、約束したり、家族計画実施家庭であることを門に貼り出すなどがある^{注30}。インドネシア国家家族計画・

注30 「人口家族計画における協力 - ガイドライン」国際協力事業団医療協力部海外医療協力委員会作成

母子保健プロジェクトにおいては、保健所に管轄地域の地図を貼り各家庭が実施している家族計画手法ごとに旗を立ており、人目で誰がどの手法を用いているかがコミュニティの全員にわかるようになっている。フィリピン国家族計画母子保健プロジェクトにおいても、技術交換でインドネシアに行きこの地図に旗を立てる手法を学んだ。フィリピンのあるバランガイヘルスユニットにおいては、家庭ごとの家族計画手法、村の家族計画実施状況、村の1家庭あたりの子どもの数の変遷等をグラフにし、壁に張り付けることで情報の公開を行っている。

パブリックコミュニケーションは、時に有効な手段であるが文化的に公開することが受け入れられる素地か、公開する場合は対象をどの範囲に広げるか等を、コミュニティの関係者の意見等を聴取しながら進めていく必要がある。

情報提供・サービスデリバリーのチャンネルを複数化すると同時に、避妊手法の複数化(カフェテリア方式の導入)が望まれる。リプロダクティブヘルスの観点からしても、手法と体質の相性等もあり個々人が生活形態や体質に合わせた手法を実施できるようになることが望ましい。

(4) 導入にかかる周辺環境を確認する

多くの家族計画プロジェクトの場合、家族計画を実施すること自体が相手国からの要請であることが多く、専門家が家族計画を実施するか否かの選択を迫られることは少ない。むしろ、専門家はどのように効果的な活動を展開するかを決定するために、対象地域の現状を把握し具体的な活動計画をたてることから始めることが多い。多くのプロジェクトではKAP方式^{注31}による調査をし、家族計画の状況やニーズを把握している。この調査は、単に家族計画分野だけでなく、家族計画母子保健に関することについて広く調査しておくことで、その後の活動計画の策定、モニタリング等に活用できることから、フィリピン国家族計画母子保健プロジェクトなどでは、ベースラインサーベイとして大々的に実施している。

KAP調査実施にあたっては、現地の大学との連携による方式をとっているプロジェクトが多く、調査票の計画立案から関わっている。エジプト国フィリピン家族計画母子保健プロジェクトにおけるKAP調査の実施においては、調査員が多数必要になることから、学生等を動員して実施している。

この調査結果から、住民のニーズ、家族計画実施組織の状況、実施者側の活動効果、文化的な背景等を把握し、実際にプロジェクトで行う活動は何か、担い手は誰か等を決定する。この際に、R/D上のC/P組織の権限範囲も十分に考慮しておく必要がある。特に、既存の保健従事者を活用し、育成することで、多くの場合、母子保健も含んだ家族計画を末端の住民までサービスが行き渡るようにする計画を立てる場合は、保健従事者の管轄組織との関係が活動を展開する上で、重要な要素となってくる。

エジプト国家族計画母子保健プロジェクトの場合、保健従事者との連携を試みたが、C/P機関が人口審議会という人口家族計画関連プロジェクトの受入調整機関であったため、保健省管轄である地域保健従事者との十分な連携を図ることができなかった。

^{注31} KAPとは、Knowledge, Attitude, Practiceの頭文字をとったものである。家族計画の普及の阻害要因がどのステップにあるのかを知る上で有効な調査である。

(5) 当該国や対象地域の状況を反映させる

各国や対象地域の状況を把握し、活動に反映させるように配慮することが重要である。エジプトでは、全国的にIUDの普及率が高いことから、IUD挿入及び装着状況を検診することのできる超音波診断機をプロジェクトに導入した。しかし一方で、不妊は離婚につながるという社会状況でもあるため不妊カウンセリングも併せて実施することで個々人のニーズに対応した。

フィリピン国家族計画母子保健プロジェクトフェーズIでは、Natural Family Planning導入にあたり、現地で活動しているNGOとの連携を行った。普及ボランティア活動が活発な地域であったので、NGOを積極的に活用するようにした。

(6) 当該国のシステムに統合させる

これまで実施してきた家族計画プロジェクトの場合、既存の保健従事者やボランティア、コミュニティグループなどを情報提供の媒介として活用するケースが多い。また、その国の家族計画政策にそった活動計画とすることで、持続性を確保した活動を展開することができる。

(7) モニタリングの実施

家族計画においては、先に述べたKAP調査を再度実施し、普及状況を確認しているプロジェクトが多い。5カ年で、カップルにおける子どもの数や乳幼児死亡率・妊産婦死亡率の変化を見ることは困難であるため、住民の行動や動態の変化を見ることができるとKAP調査等を実施することは有効である。ただし、プロジェクト導入期に同種の調査を実施しておかなくては、プロジェクト実施期間中の変化を得ることはできない。

小規模なモニタリング方法としては、個別の活動ごとに(ビデオ、母親・父親学級、カウンセリングなど)簡単なプレテストとポストテストを実施し、参加者の理解度を計っているものもみられる。

(8) まとめ

家族計画プロジェクトは、1969年にインドネシアで実施して以来、今日まで継続的に実施されている分野である。専門家の多くは、家族計画プロジェクトの実施において相手側の文化や価値観を尊重しながら、効果的な方法を模索してきた。

ピル、インプラントなど、日本においても許可がおりていない手法を導入しなくてはならないような状況もあるようである。また、フィリピンのケースのように「家族計画」という意味からは、プロジェクトが取り上げた手法の効果に疑問がある場合も見受けられる。しかし専門家は、最終的に相手国にとって何が良いかということを見極めとして実施してきている。

カイロ会議以降、リプロダクティブヘルス・ライツの考え方が出てきており、家族計画への見解も多様化している。その国の掲げる人口政策、宗教との関係、文化背景等を考慮しつつも、最終受益者

である女性のニーズを考慮して、プロジェクトを実施することが望まれる。

また、家族計画実施において母子保健活動と連携する場合は、現地の医療・保健従事者を巻き込むことが不可欠となる。その際に、人口審議会のような人口に関する調整機関や人口・家族計画に関する援助受入調整機関だけをC/Pにすると、彼らをどのように巻き込むかについて苦慮せざる負えなくなる。保健従事者をどの程度取り込むかについては、計画・立案時にある程度のフレームを作っておき、それに必要な省庁を取り込んでおくといえようと考えられる。

6 - 6 技術移転手法

(1) C/Pと専門家との関係

1) C/Pのニーズ(C/Pの問題認識と当事者意識の把握)を把握する。

プロジェクト開始前の各種協議では、プロジェクト目標や成果、成果に関する主たる活動、おおよその投入やタイムスケジュールなどプロジェクトの大きなフレームワークについて決定するのがほとんどであり、成果に対する具体的な活動内容と実施方法、実施スケジュールの決定はプロジェクト開始後、それも核となる初代専門家チームが着任した以降となるのが現状である。この時、こうした点について明らかとするには、プロジェクトで解決や改善を必要とする課題の現状を把握するだけでなく、当然のことながら専門家とともに課題の解決や改善にあたるプロジェクトC/Pのニーズを把握することが重要である。なお、その際、C/Pの当該問題/テーマの現状に関する問題認識とそうした問題/テーマの解決・改善を自らが担う立場にあるということを認識する当事者意識の程度を確認することが重要である。

例えば、フィリピン国家族計画母子保健プロジェクトでは、対象州内での「家族計画指導研修」を実施する際に、企画実施を担うC/P機関の問題認識と当事者意識の確認に基づいて、C/Pのニーズの把握を行ない、活動内容・方法を決定し、実施していった。

表 6 - 9 家族計画指導研修の決定 / 実施

～フィリピン国家族計画母子保健プロジェクトフェーズI～

プロジェクト開始直後にベースラインサーベイを実施したが、その結果、住民には家族計画受け入れの余地があるものの、実際には家族計画が住民に受け入れられておらず、その要因は、住民間に知識が十分に普及していない、避妊方法の選択が少ないこと以外に、末端医療従事者の指導技術が不足していることにあることが明らかとなった。また、家族計画に係る行政サービスは、地方分権化以降も中央政府による直接管轄がなされていたが、それまで保健省が実施していた医療従事者への研修、住民への広報活動が地方自治体に移管され、地方政府はそうした経験がなかったため、実質的に医療従事者に対する研修事業が滞っていた。

出所：専門家ヒヤリング結果より

こうした状況に対し、C/Pである地方政府保健局の担当官たちは、管轄地域の末端医療従事者に対

する研修実施の必要性を理解し、自らがその任務を果たせねばならないと自覚していた。そこで、協議の結果、末端医療従事者に対する研修実施をプロジェクトの活動とすることにした。しかし、研修実施資金の不足は認識していたが、自らの研修企画能力、実施能力の不足は認めてはいなかった。そこで、プロジェクト資金を活用し、まずは研修企画・実施をC/Pのみで実施してもらおうこととし、計画をたて実施に入ったが、すぐにロジスティックの部分でつまづいてしまった。この時から、専門家が主導的役割を果たすようにし、段階的にその関与の度合を薄め、日本側の投入を小さくし、最終的にはC/Pのみで計画、実施、モニタリング、評価が実施できるようにすることを活動の目標としていった。

2) C/Pと問題認識の共有を行ない、当事者意識を醸成する。

C/Pと専門家相互間の問題認識のすり合せを十分に行なわずに、具体的な活動計画を作成しても、C/Pの積極的な参加は得られず、活動が円滑に行なわれないケースがある。問題認識のすり合せを行ない、当事者意識を高めるためには、次のような方法がある。

- ・ ベースラインサーベイの実施
- ・ 活動ごとの委員会を設け、毎週あるいは隔週に協議
- ・ プロジェクト関係者全員が集まる定期的な会議による会議
- ・ 公的、私的なコミュニケーションを意識的に多くする

こうしてお互いの問題認識のすり合せをする場があれば、その過程で主体性をもってプロジェクトに取り組んでいる人物が発掘される。これまでのプロジェクトでは、そうした主体性のある人物をなるべく多く活動実施に取り込み、実質的な活動は当事者意識の高い人物と協力しながら行なっていた。

表 6 - 10 ベースラインサーベイの実施 ～フィリピン国家族計画母子保健プロジェクト～

現地業務費特別費を利用して、プロジェクト対象州の母親、母子保健スタッフ、州職員に対するKAP状況のベースライン調査をフィリピン大学人口研究科に委託した。調査の監督は調整員とC/P機関の州保健局長が行なった。本調査では以下の点が明らかになったので、その後の活動の根拠となり、多くのステークホルダーに対して説明・協力要請を行なう際に非常に有用であるとともに、問題認識のすり合せと、当事者意識の醸成に役立った。

- ・ 対象州の一般及び保健概況指標(家族構成、教育水準、就業状況、婚姻状況など)
- ・ 家族計画概況(子供の数、家族計画の各手法への知識・評価・実施・不満状況、サービス提供者(政府 / NGO) 概況など)
- ・ 子供の栄養概況
- ・ IMR、U5MRの推定(インタビューによる検死)
- ・ 情報源(ラジオ、テレビなど)の概況

出所：専門家ヒヤリング結果より

表6 - 11 活動毎の運営委員会設置 ~フィリピン国家族計画母子保健プロジェクト~

助産婦保健サービス向上、家族計画普及、EPI訓練強化、衛生的行動の定着、コミュニティ葉保険、母親教育、母子手帳の定着などの活動ごとに関係するスタッフと日本人専門家を構成員とする委員会を設置した。保健省派遣職員と州政府保健局職員と担当日本人専門家は常に委員会の構成員となったが、その他に、活動に合わせて保健婦や助産婦の有志が参加していた。この委員会で計画の立案や実施面での問題点、役割分担などの協議を行ない、常に問題認識や現状に関する情報の共有を行なった。委員会は必要により毎週あるいは隔週に開催された。協議後に企画組書などを作成する場合には、原則として現地側スタッフが原案を作成し、日本人専門家は助言を与えるなどの側面支援を行っていた。

出所：専門家ヒヤリング結果より

3) C/Pと専門家との信頼関係を構築する。

異なる組織環境にいた人間が、ある日を境に共通の目標に向かって活動を実施するには、当事者であるC/P機関と専門家チームのみならずC/P個人と専門家個人との信頼関係が重要であることは明白であり、多くの専門家がC/Pとの信頼関係の構築に工夫をこらしてきた。その一端を以下に紹介しよう。

- ・ C/Pのイニシアティブを尊重する。
- ・ 組織におけるC/Pの権限と機能を把握し、その権限と機能を踏まえた協力活動を実施する。また、右権限と機能以外の内容への着手については、それに対する権限と機能を有する人物に別途働きかけるようにする。
- ・ 活動の計画、実施、モニタリングの全ての過程にC/Pが参加し、共に考え、行動する。
- ・ プロジェクト外の人や組織を訪問したり面会する際には、事前に必ずC/P側に相談のうえ行動するとともに、事後にその内容を報告するなどC/Pの面子をつぶさぬようにする。
- ・ プロジェクトの責任と権限を明らかにし、その責任外の要求や要望には責任のある組織・部署に解決を依頼し、C/P側の依頼を何でも引き受けない。
- ・ C/P側に求められた場合のアドバイスは、相手が納得するまで誠意をもって説明、対応する。
- ・ 批判は口にせず、当該国の文化、物の考え方に適応すること。

例えば、パキスタン国イスラマバード小児病院プロジェクトでは、常にパキスタン人のペースに合わせ、C/Pを中心として諸活動を実施し、C/Pのイニシアティブを尊重するようにしていた。

(2) 活動の持続性確保

プロジェクト目標の達成が実現されても、その成果がプロジェクト終了後に持続し、発展しなければ協力の効果が確保されたとは言い難い。プロジェクトの持続性確保は、今やプロジェクト開始前より検討されるべき重要な点であり、かつプロジェクト実施中に様々な手段を構じなければ達成されないテーマである。JICAの母子保健プロジェクトにおいても、協力成果の持続性を確保するために、ま

ずプロジェクト成果を生みだしたプロジェクトの活動そのものの持続性確保に努めている。ここでは、プロジェクトでの活動の持続性を得るために、これまでの母子保健プロジェクトに見られた工夫の一端を紹介する。

(1) 適正技術を選択し、導入する。

適正技術の選択にあたっては、その対象となる活動のターゲットグループを明確にすることが重要である。それが住民であったとしても、どの層を、また、性別や年齢、社会的階層、宗教はどのようなグループであるかを明かすことによって、導入する技術の内容を絞り込み、選定することが可能となる。また、母子保健協力においては、プロジェクト実施の対象地域や社会、国において、既存の組織／機関が既に用いている技術や手法を確認し、それらを積極的に取り入れることがターゲットグループでの受容度と技術／手法の持続性を高めることにつながりやすい事例が見受けられた。

例えば、フィリピン国家家族計画／母子保健プロジェクトでは、母子保健サービスを提供する助産婦の再訓練にあたって、Natural Family Planningによる家族計画指導を取り入れることにした。というのも、ベースラインサーベイの結果から、フィリピンでは宗教上の背景があるにもかかわらず、住民レベルでは家族計画を受け入れる土壌とニーズがあること、また、Natural Family Planningという方法であれば教会の反発を受けないこと、さらに、Natural Family Planningについての指導・普及ノウハウを持つ地元 NGO が既に存在しており、彼等のノウハウをプロジェクトの活用することが可能であることが明らかとなったからである。

(2) 現地事情にあった適正規模の投入を慎重に決定する。

プロジェクト終了後に活動が持続されるには、活動に必要な施設面の維持管理をC/P機関で独自に行なえなければならない。そのためには、プロジェクトで実際に投入を行なう際には、相手国のレベルやC/P機関の現実の能力を見極めた上で、投入を慎重に決定する必要がある。例えばヴィエトナム国リプロダクティブヘルスプロジェクトでは、プロジェクト対象地区の244の村の全ての保健センター(244箇所)で女性達が安心して出産できる環境作りの一貫として保健センターの改修に協力することとしたが、1村あたりの投入量を小さくし、およそ2000ドル以下とし、全村に同規模の投入を実施することとした。また、改修にあたっては現地で調達できる資機材を用いると共に、保健センターの維持管理を簡易にし、コミュニティでの負担が現状より低くなるように、例えば、分娩室の床を土間からタイル張りとし、清掃などの維持管理コストを下げるように工夫した。

表6 - 12 絶対的物不足 ~パキスタン国イスラマバード小児病院プロジェクト~

小児医療の中核病院確立を目指す本プロジェクトでは、パキスタンにおいても時代の流れは簡易化、自動化であり、時代にそった協力が必要であろうとの見解のもと、最新機器類の導入を積極的に行なったが、現実にはルーティンで使用する試薬、消耗品類の必要量についてさえ病院で手当することが不可能な状態にあった。活動当初は自立運営のための自助努力を期待し、それらの補助は行なわない方針であったが、結局プロジェクトで負担した。病院でも一部有料診療にするなど対策を講じたが、目に見える改善はなされず、実際には物資が常に不足していた。

出所：専門家報告書

(3) 資金調達方法を確保する。

活動継続には、資金手当てが必須である。特に、プロジェクト終了後の資金確保の方策をプロジェクト実施中より準備しなければならない。資金調達の方法としては、C/P機関の予算から手当する、受益者負担とする、第三者機関よりスポンサー協力を得るなどC/P機関・受益者以外の他の組ソースより資金を調達する、の3通りがある。いずれにしても、どの方法を選択すべきかは、C/P機関内での十分な検討と実現に向けてのイニシアティブの発揮が必要である。

例えば、フィリピン国家族計画母子保健プロジェクトの人形劇によるIEC活動では、プロジェクト終了後は州政府保健局を計画と公演申請の窓口とするとともに、NGO及びコミュニティを財源とし、助産婦協会を公演実施者とする三者の連絡会を結成させ、実施主体とするようにした。また、パキスタン国イスラマバード小児病院では、無料診療が原則の公立病院であったが、病院経営の負担を軽減するため、予算の捻出に向け診療の一部有料化を行なった。インドネシア国中部ジャワ家族計画母子保健プロジェクトでは、母子健康手帳活動の拡大のために、C/P機関で世界銀行の融資を獲得したために、活動の持続性が確保され、他地域への普及拡大に成功している。

(4) 本邦研修、技術交換の機会を活用し、活動を担う核となる人物の育成に努める。

日本での研修や第三国への技術交換の場は、C/Pの見識と問題認識を深める機会となることから、能力、やる気、問題認識があり、将来プロジェクト終了後も活動実施の中心的存在となりうる可能性をもった人材を選抜し、こうした機会に参加させることが効果的であった。

例えば、パキスタン国イスラマバード小児病院プロジェクトでは、協力終了後の調査によると、現場で中心的役割を果たし、各持ち場を守っていたのは、C/P機関が推薦した人物ではなく、先方の反対をおして専門家チームが、将来リーダー的役割を果たしそうな意欲と能力を持っていると見立て、本邦研修に参加させた人物であった。同人の選抜にあたっては、当時C/P機関との調整が困難であったが、そうした努力を行なった甲斐があったと、当時の関係者はコメントしている。

表6 - 13 家族計画指導者向け研修の実施

～フィリピン国家族計画母子保健プロジェクトフェーズI～

住民への家族計画指導にあたる村落末端施設における医療従事者の技術や知識の向上を目的に、家族計画指導者向けの研修を実施した。研修の目的としては、家族計画にかかわる技術や知識の向上であるが、C/P機関である地方政府保健局による研修プログラムの企画立案・実施・モニタリング・評価を自ら実施できる能力の向上を図ることも意図していた。それは、地方分権法施行以降、医療従事者の研修実施の担い手は、保健省から地方自治体に移行したものの、地方自治体では実施のノウハウが不足していたためである。開始当初は専門家主導であったが、専門家は常にアドバイザーに徹し、その主旨を関係者に徹底して理解させ、時間はかかってC/P中心に企画立案、実施と進めていった。その過程では、主要なスタッフにTOTを実施した。また、活動の出来る部分からC/Pに担当させ、C/Pでは担当できない部分については、ノウハウと人材を有する保健省地域事務所やNGOから支援(講師の確保)を得た。資金についても、実施当初はプロジェクトで負担する部分が大きかったが、月1回のペースで研修を実施し続けた結果、1年半後にはC/P内部のみで実施できるようになった。

出所：専門家報告書

- (5) 導入する活動については、C/P機関の本来業務に合致する内容とし、必要機器の手配及び維持管理およびこれらに係る予算確保への対処、人材の確保技術が活かされる環境整備までもあわせてC/P自らが計画から実施、モニタリング/評価できるようにC/P機関のトータルな能力向上に努める。

導入した活動がC/P機関によって主体的に継続されるには、C/Pの単なる技術や知識の習得と向上だけでなく、それらを実際に活用しうる幅広いノウハウ(マネジメント能力やコミュニケーション能力)の体得が必要である。また、こうした活動が、C/P機関の本来業務遂行のために必須である能力やサービス提供能力の向上であれば、C/Pのインセンティブを引き出すことが可能である。

例えば、パキスタン国イスラマバード小児病院プロジェクトでは、小児医療の中核病院としての機能を果たすために、単に医療技術や知識の移転を医師、看護婦、検査技師などに行なうだけでなく、そうした技術や知識が発揮されるための前提条件となる施設管理、各種医療資機材の維持管理、病院経営管理の向上まで視野に入れて各専門家は活動を実施していた。

6 - 7 組織・制度作り

本研究においては、組織制度作りは、プロジェクト目標の達成、または達成されたプロジェクト目標の効果を維持・拡大するために、プロジェクトがC/P機関の能力向上を通して行った、システムやルール、組織、インセンティブ・メカニズム、等の構築・強化のための活動を指す、と言う定義を行った。ここでは、母子保健プロジェクトにおいて事業の実施や運営、持続性の確保のために行われたC/P機関をはじめとする関連組織の能力強化や制度の整備に関わる活動を横断的に分析する。

(1) C/P 機関の組織能力の把握

プロジェクト方式技術協力は、C/P機関と協力してプロジェクトの目標の達成を図り、そのために必要な技術移転やC/P機関の能力強化を行うプロセス、つまり、組織・制度造りの活動を重要な要素として含むものである。母子保健プロジェクトにおいても、組織制度造りに関して、まず第一にC/P機関の組織・制度の状況を把握し、どのような対応が必要になるか判断する必要がある。

例えば、パキスタン国イスラマバード小児病院プロジェクトでは、病院の診療体系、C/Pの技術水準、人員配置を調べるとともに、他の病院の状況を調べ、病院がうまく稼働していない理由が、病院内で働く各人がそれぞれの責任、役割を果たしていないことに起因しており、管理者がその点に気づいていないか、重要性を認識していない点にあることが明らかになり、病院組織の運営管理能力こそが問題であると判断され、プロジェクトでは組織・制度づくりが主要な活動となった。

また、組織・制度造りの活動に関しては、C/P機関の長の理解と積極的な参加が不可欠となる。フィリピン国家族計画・母子保健プロジェクトでは、州衛生局長がプロジェクトの計画時から関与しており、プロジェクトの活動に理解と積極的な関与を行っている。このようなC/Pの長の理解が得られたのも、プロジェクト・チームが州衛生局長と緊密なコミュニケーションを行い、信頼関係を構築していったことが大きい。また、メキシコ国家族計画・母子保健プロジェクトでは、母子手帳の普及活動に関して、JICA事務局長が保健省副大臣に面会する機会を捉えて母子手帳のサンプルを提示し、副大臣の理解と支持を取り付けた。これにより、副大臣からリプロダクティブ・ヘルス局長に母子手帳をメキシコ流に改訂するようとの指示が出され、中央の保健省の母子手帳に関する取り組みがより積極的になった。

(2) 活動実施のための組織強化・ネットワークの強化

母子保健プロジェクトの活動を実施していく上で、その実施体制を整備するためのC/P機関の組織強化や、ネットワークを活用して他の機関のリソースやノウハウを利用していくことも必要になる。特に一次レベルを対象とする場合は多くのアクターが関与しており、様々なネットワークを利用した実施のシステムを構築していくことがより求められる。

組織・制度造りにおいては、これまで個々の組織の能力向上に焦点があてられ、組織のリーダーシップやドクトリン、指導概念、内部機構とプロセス、資源の動員、プログラムの成果、他の機関とのリンクが重要な要素として挙げられてきた。しかし、近年、組織・制度造りの焦点は、組織間のネットワークや幅広い組織・制度の枠組み、ネットワークの中での個々の組織の役割分担を明らかにして調整を図ることが重要であるという点に移行してきている(Esman 1991 : 132-135)。

例えば、フィリピン国家族計画母子保健プロジェクトではタラック州でのプロジェクトの実施においてC/P機関である保健省ならびに州保健局、人口委員会の他に、ベースライン調査やインパクト評価においてフィリピン大学人口研究所から協力を得たり、村落共同薬局プログラムではSMBK、家族計画活動ではPFNFPなどのNGOと連携を行って活動を実施している。また、JOICEPやUSAID、UNICEFなどの他に、その他のNGO、二国間援助機関、国際機関との連携も図っており、ネットワー

クを活用してプロジェクトの活動に必要となるノウハウやリソースを動員している。

表6 - 14 外部のネットワークを活用したIEC活動
フィリピン国家族計画・母子保健プロジェクト

1995年に保健省長官の意向のもと保健省内にメディアプロダクション・センターが設立され、プロジェクトによる機材供与と専門家による技術協力により保健省のIEC活動の強化が図られた。プロジェクトでは、NGO、国際機関、他のドナーとの連絡調整を推進し、1995年にUSAIDのプロジェクトと連携してジョンズ・ホプキンス大学との連携でビデオの作成を行ったり、保健省・NGO・UNFPAとの連携で定期的なワークショップの開催を行っている。

出所：専門家報告書

(3) 住民参加の促進、住民組織の形成・育成支援

母子保健プロジェクトでは、母子保健サービスや情報の住民への提供と普及が重要な要素になる。特に一次レベルを対象としたプロジェクトでは住民へのサービスや情報の提供・普及などのアウトリーチの活動が主要な活動になり、それをどのように進めていくかが重要なテーマである。

母子保健プロジェクトでは、住民参加を促進する方法として、村落コミュニティにおける保健ボランティア(有給のものも含む)をファシリテーターとして活用する例や、定期的に助産婦などが村落を巡回し、コミュニティの保健ボランティアを連携して健康教育や保健サービスの提供を行う例、保健サービスの提供に関わる住民の組織化を行い、住民が協同でサービスへのアクセスを確保する活動を支援する例、などが挙げられる。いずれもコミュニティの保健ボランティアがファシリテーターとして住民にサービスや情報を仲介する上で鍵となる役割を果たしている^{注32}。

例えば、メキシコでは政府の実施するサービス地域拡大戦略(EEC)において、村落レベルでの保健サービスの提供を各村落の保健助手が実施するなど、住民の参加を促進する形での保健サービスの提供制度を作っている。メキシコ国家族計画母子保健プロジェクトは、EECの強化支援を行うことを目的としており、保健助手のトレーニングを強化し、保健サービスの提供の向上や健康教育の推進などを通して、コミュニティレベルでの母子保健サービスの強化が図られた。コミュニティにおける保健助手の機能強化を通じた母子保健サービスの向上においては、保健助手の活動をモニタリングし指導する立場にある保健助手指導員が重要な役割を果たしている。そのため、プロジェクトでは、保健助手の活動を活性化するために、保健助手指導員のトレーニングを行ったり、母子手帳を用いた健康教育を保健助手指導員の指導の基に実施する活動を展開している。

注32 この様なコミュニティの保健ボランティアなどはパラプロフェSSIONナルと呼ばれ、政府職員からトレーニングを受け、特定のサービスをコミュニティで提供できるようになるため、政府にとってはサービス提供コストの削減になるとともに、コミュニティにとってもボランティアの選出やサービス提供に責任を持つようになるなど、保健サービスの提供方法としては非常に有効な方法である(Esman 1991 : 55-56)。

表6 - 15 保健助手指導員によるコミュニティへの巡回指導
～メキシコ国家族計画・母子保健プロジェクト～

保健助手指導員はそれぞれ約10人の保健助手に対する指導を受け持っている。ゲレロ州では、地区スーパーバイザーがモニタリングのために村を巡回する際に日程を決めて保健助手指導員が同行し、母子手帳を利用した健康教育を村で実施する巡回システムを作っている。これにより、保健助手指導員は2カ月に一回、受け持っている10村落を訪問するようにしている。この巡回システムは、ゲレロ州の母子手帳委員会で州からのイニシアティブのもとに決められた。

出所：専門家報告書

また、フィリピン国家族計画母子保健プロジェクトでは1992年に施行された地方分権化により、公的な医療機関による医薬品の供給が悪化したのにもない、村落住民に基礎的な医薬品を安価に継続して供給することを目的に、地元のNGOの協力を得て「住民による費用負担」、「住民の責任による運営」を基本方針に、村落共同薬局プログラムを実施した。村落薬品協同組合(プティカビンヒ)は、プロジェクトの村落薬保健州運営委員会のガイドラインにしたがって、 balanガイ(村落)で運営委員会を設置し、加入者を募って形成されている。その中でも村落保健ワーカーが村の運営委員会の中心的な存在となり、組合の運営や会計・事務処理、薬の管理などが行われている。プロジェクトは4半期ごとにNGOの協力を得て組合の運営に関するワークショップを開催し、運営に関する研修や問題の解決を図っている。また、パイロット村落での薬保健組合の活動が活発になるにしたがって、薬保健組合の振興と技術的支援を行うために、州薬保健組合連合会が創設された。

(4) 上位機関へのフィードバック・システムの形成

母子保健プロジェクトでは、モデル地区あるいはパイロット地区を設定して、限定された地域で活動を実施し、そこでの活動をモデルとして他の地域への普及を図ろうとするケースが多く見られる。モデル地域での活動を他に普及させるためには、中央政府の保健省などの上位機関にモデル地区での活動がフィードバックされるような仕組みを作っておくことが必要になる。それにより、現場から中央への情報の流れが良くなるとともに、中央からの活動の承認や意志決定、物的・資金的な支持の取り付けがスムーズになされる可能性が高くなる。

例えば、フィリピン家族計画・母子保健では、タラック州の活動において、母子手帳や家族計画、IEC活動など、プロジェクトの活動ごとに専門家がC/Pと州衛生局の関係者等と委員会を設置し、それぞれの活動の計画立案、実施面に関する問題点の協議、意思決定を行っている。一方、中央レベルにおいても、保健省本省にリーダーと調整員ならびにIECの専門家が事務所を持っており、C/Pと関係者でプロジェクトの意思決定を行うための委員会を設置している。中央保健省の委員会は定例化され、州の委員会で協議されたプロジェクトの活動内容の承認や、モニタリング、情報交換を行うシステムが作られた。

表6 - 16 プロジェクトの委員会に関する C/P の証言
～フィリピン国家族計画・母子保健プロジェクト～

中央の保健省で母子保健プロジェクトのコーディネーターであったC/Pは中央レベルでの調整に関して以下のような証言を行っている。

中央の保健省でプロジェクトの技術委員会を設置してプロジェクトの方向性の決定や監督を行った。委員会のメンバーは母子保健、家族計画の部局、州のC/P、そしてJICA専門家チームを中心に、必要に応じてIEC、研修、フィリピン大学、NGOの参加を求めた。委員会は母子手帳やフリップチャート、IEC教材、技術的な文書などをレビューし、プロジェクトの活動の承認を行った。専門家側の提案で委員会が設置され、メンバーを固定して毎月定期的に委員会を開き、情報の交換とプロジェクトの戦略の意志決定を行った。同じメンバーが毎回参加することによってプロジェクトに対するオーナーシップが高まった。中央レベルのコーディネーターとしては、プロジェクトを国の母子保健システムと統合していくことに配慮したが、委員会による調整を行うシステムは有効であった。

出所：専門家報告書

一方、メキシコ国家族計画母子保健プロジェクトでは、プロジェクト開始当初は中央の保健省とモデル地区の郡衛生局に専門家が配置され活動が実施されていたが、現場での活動が必ずしも十分に中央の保健省にフィードバックされる体制ではなかった。その原因は郡レベルは十分な決定権を持っておらず、州が予算や意思決定の権限を有していたが、リクルートの問題から専門家が州衛生局に配置されていなかったことが郡レベルと州レベルのコミュニケーションが不足していた要因であった。また、中央保健省も郡に直接指示や助言を与えると州衛生局の反発を招くことがあり、中央、州、郡の間のコミュニケーションがうまく取れる体制になっていなかった。そこで、プロジェクトの後半になって州衛生局に専門家を配置することによって、コミュニケーションの問題が改善された。さらに、母子手帳の活動が再開され、郡レベルの母子手帳委員会を中心にして母子手帳の内容の検討と第一回目の普及の試行活動が実施され、州レベルでも母子手帳委員会が設置され内容の再検討と第二回目の試行活動の実施がなされた。パイロット地区であるゲレロ州とベラクルス州での試行活動の後、中央レベルで母子手帳セミナーが実施され、パイロット地区での経験の報告を基に協議がなされた。その結果、中央レベルの保健省において母子手帳審議会が設置されるようになった。この様に、郡、州、中央の三つの行政のレベルにそれぞれ専門家を配置し、各レベルに母子手帳委員会を設置することにより、行政レベルの相互間の情報の流れが促進され、意思決定のシステムが形成された。

(5) プロジェクト終了後の持続性の確保

プロジェクトが実施した活動がその終了後も持続的になされるような仕組みを作っておくことは組織・制度造りの重要な活動の一つである。援助を含め、外部の資源を受け入れるための新しい組織・制度の創出は、人材や資金的な側面など外部条件に左右されやすく、既存の組織・制度を強化することでプロジェクトの成果の持続性を確保しようとしたプロジェクトが多い。既存の組織・制度などのシステムに統合することによって継続的な活動を確保しようとするものである。

しかし、プロジェクトで開発した活動を実施する機関が欠落している場合には、新たな組織・制度を作らざるを得なかった例もある。この場合においても、法的な根拠を確保したり、正統性を確保するために公的な制度化や既存のシステムに組み入れるなどの努力がなされ、その持続性を確保しようとしている。

・ 既存の組織・制度の強化、既存のシステムへの統合

母子保健プロジェクトにおいては、特に一次レベルの母子保健サービスを強化しようとする場合、既存の組織・制度の強化を行っているものが多い。例えば、フィリピン家族計画・母子保健プロジェクトにおいては、地域保健医療の最末端である保健支所に配属されている助産婦の活動を研修(インターパーソナル・コミュニケーション・スキル)を通して改善するプログラムが実施されている。また、メキシコでは、サービス拡大戦略(EEC)に関連して保健助手の活動や保健助手の活動の改善を研修などを通して行われている。

また、これらのプロジェクトでは、新しい活動を実施する際に既存の組織・制度の活用も行っている。例えば、フィリピンで村落薬保健組合の組織化を進める上で中心的な存在になったのは既存の村落保健ワーカーであり、州の薬保健組合連合の創設にあたっても村落保健ワーカーのネットワークの存在が促進要因となっている。

・ 新規の組織・制度の創設

一方、プロジェクトが活動を実施するにあたって、既存の組織や制度が存在せず、新規の組織や制度の創設を行う必要がある。例えば、エジプト家族計画・母子保健プロジェクトではパイロット地区において検診車を使ったモバイルクリニックの活動を実施しているが、これはプロジェクトによって導入された全く新しい活動であり、活動を実施するための組織体制の整備から始まっている。C/P機関であるアルミ工場のヘルスユニットの医師たちを中心に活動が展開され、プロジェクト独自にモバイルクリニックの補助作業を行うアシスタントナースを育成している。プロジェクトはアルミ工場の資金的な支援により活動の持続性を確保しているが、さらに、活動の持続性を高めるために、プロジェクトで育成したアシスタントナースを公的な資格として制度がされるように保健省と交渉を行っている。しかし、この試みは残念ながら実現には至らなかった。

フィリピンにおいて村落薬保健組合の活動はNGOにより開始された。しかし、薬品の取り扱いは無免許では実施できず、法的には違法行為にあたるものであったが、保健大臣がその有効性を認め、保健省令により限定的に容認することが定められた。このような背景もあり、ターラック州での村落薬保健組合の活動を推進していく上で、州議会による奨励を得て公的な支援を取り付けるための働きかけがなされている。新しく導入された活動が持続可能となるためには、公的な機関からの認知や法律による整備がなされることも必要になる。

6 - 8 プロジェクト運営管理

プロジェクトの円滑な実施において、プロジェクト運営管理の重要性は高い。本研究においては、プロジェクト運営管理を次のように定義した。

『プロジェクト目標達成のための各専門家による技術移転活動に必要な資金、人、施設、機材・消耗品、情報(対外交渉を含む)等を有効活用するための一連の調整業務(計画/立案、実施、評価/モニタリング等)』

そして、その主たる担い手としてリーダー、調整員業務を分析の対象とした。しかしながら、プロジェクトの計画・立案時においては、リーダー及び調整員よりもむしろ、実施者であるJICA本部、JICA在外事務所、国内支援委員会等の果たす役割も大きい。実施期間中においては、これらの関係者と現場の専門家がどのように協力しあいながら、専門家のリクルート、研修員の受入、調査団の派遣等を実施するかが、プロジェクト成否に大きく影響している。

ここでは、プロジェクトチーム内で調整業務を担うリーダー、調整員及び相手側プロジェクトディレクターの三者についてそれぞれの役割を紹介すると共に、投入、ステークホルダーとの関係構築手法について分析を行う。最後にJICA本部、JICA在外事務所及び国内支援委員会等の果たす役割についてふれることとする。

なお、プロジェクト運営管理を円滑にすすめるために実施される活動、投入計画の立て方、ステークホルダーとの関係構築手法などすべて、C/P組織に移転されるべき活動であるという認識を持つことが重要である。

(1) プロジェクトの目標の確認と活動計画の策定

専門家が派遣されるまでは、プロジェクトのR/Dに記載されているもの以外に、プロジェクトを実施する目的や目標が明確に示された文書はないことが多い。

また、R/Dには、例えば、「母子保健状況の改善(多産多死、高妊産婦死亡率)」、「家族計画の普及により人口転換をもたらす」という目標が掲げられているが、目標が大きすぎるため、具体的な計画を作成するにあたり、リーダーを始めとする専門家が現地で問題や困難に直面する場合もある。

それでは、過去の母子保健分野のプロジェクトではどのように目標を明確にし、活動計画を立てていたのだろうか。

エジプト国家族計画母子保健プロジェクトの場合は、リーダー代行を始めIEC担当専門家、調整員の日本側3名とエジプト側のサイトディレクターが共同して、KAP調査を実施している。本プロジェクトの場合、「モバイルクリニックを稼働させる」という具体的な目標が計画時において掲げられていたため、この目標を達成するために活動計画を立てた。

パキスタン国イスラマバード小児病院プロジェクトにおいては、病院内部のスタッフのレベル格差及び病院全体のチームワークの欠如を目の当たりにしたため、病院をとりまく問題点を特定し、プロ

プロジェクト目標を「現地スタッフによる円滑な病院運営」に定めることを、リーダーを中心として専門家が実施することから開始した。

表6 - 17 フィリピン国家族計画母子保健プロジェクトにおけるプロジェクトの目標設定

プロジェクト開始当初、IEC 専門家及び調整員のみが派遣されている状態であった。調整員は、長期調査員（約3週間）及び実施協議調査団員として、プロジェクトの計画立案に携わってはいなかったものの、プロジェクトの細かい活動計画を立案するには母子保健分野の専門知識が不足していた。そこで、母子保健分野の専門家が不在のこの時期にできる最大のことは何だろうか、C/Pと日本人チーム（IEC 専門家と調整員）で話し合った。

その結果、今後母子保健専門家が派遣された際に、すぐに活動計画をたて、活動に着手できるような情報を収集しておくことだと認識した。プロジェクトの地域（タラック州）における母子保健の現状を把握するための調査が施された。

実施にあたっては、現地において人口調査の実績のあるフィリピン大学人口研究所を現地コンサルタントとして、現地業務費特別費を用いてKAP調査に基づくベースラインサーベイを実施した。その際、調整員とC/Pである州保健局長が調査を監督した。この調査は、その後の活動実施上の根拠となると同時にステークホルダーへの説明、協力要請資料としても活用された。

出所：専門家ヒヤリング結果

このように、これまで実施された母子保健分野のプロジェクトは何らかの調査をプロジェクト開始直後に実施している。実施する内容は、派遣されている専門家の人数や専門分野、相手国の既存情報等によって異なるが、リーダーの派遣が遅れているプロジェクトにおいては、リーダー代行あるいは調整員がイニシアティブをとって実施していることは、注目に値する。

（２） プロジェクト関係者の役割

1) リーダーの役割

リーダーに求められる役割の最も重要なものとして、プロジェクトのグランドデザインを中心となって作りあげることが挙げられる。その国における母子保健の状況や活動している団体・組織、他のドナーの動向を視野にいれたセクターアプローチの現状などを踏まえ、フィリピン家族計画・母子保健プロジェクトフェーズ2においては、リーダーが、母子保健プロジェクト全般のフィリピンにおける位置づけ、各種活動のプロジェクトのどの意味あい等について常にC/P機関に確認することによって、各専門家が実施する活動の目的を明確に認識することが可能となっていく。

ステークホルダーの数や種類などが多いプロジェクトほど、プロジェクトのアプローチを明確にもっていないと、方向性を失いやすい。プロジェクト全体が軌道を逸していないか、各専門家の活動がプロジェクト目標からはずれていないかについて常に配慮することが求められている。

2) 調整員の役割

グランドデザインを基にプロジェクトを率いていくのがリーダーであるとする、調整員はグラン

ドデザインを実行に移すための手段を確保するための役割を担うといえる。先のフィリピンのプロジェクトにおいては、リーダーが示した活動を実施するための関係先(現地コンサルタント、NGO、大学など)の発掘、相手側の実施可能性、連携方式(契約形態)等を煮詰め、実施に持ち込んでいる。

この事例からも推測できるとおり、調整員は日頃から情報収集、ネットワークづくりをしておかなくては、リーダーが方向性を示した際に、タイミング良く実施に落とすことができない。特に、住民参加型手法等を導入したアプローチが要求されることが多いプロジェクトの場合、行政官からコミュニティグループに至るまで幅広いネットワークを構築することになる。相手方の個人、組織の性格や資質についても一定ではなく、相手に合わせたアプローチが必要となる。

3) C/P 機関長の役割

C/P機関長は、プロジェクトの総括という位置づけであり、プロジェクト活動の方向付け、全体計画等について日本人チームと共同し決定していくことがのぞまれる。しかし、高い地位にありすぎて実質的にプロジェクトへのコミットメントが少ないケースが散見される。このような場合、No2、No3の地位にある要員からキーパーソンを発掘し、プロジェクトとC/P機関との関係をつなぐ役割をこなうことがある。

(3) 投入計画活動

プロジェクト方式技術協力の専門家、研修員、供与機材3要素をどのように組み合わせて投入していくかによって、技術協力活動の効果に影響を及ぼすものである。機材の投入時期と専門家の派遣時期をあわせたり、現地のセミナー開催に合わせて短期専門家を派遣する、同分野の短期専門家については、同じ専門家を派遣し活動に継続性を持たせるなどの配慮が見られる。

研修員に関しては、専門家帰国後にその機関でC/P研修を実施するなどしている。

しかしながら、日本側は単年度予算計画で動いているため、5ヶ年通じての計画等が立てにくく、相手国側との会計年度の開始と終了時期が異なる場合などは、投入計画が立てづらい状況となっている。

パキスタン国母子保健プロジェクトにおいては、栄養の短期専門家が立ち上げから現在まで、毎年最低1ヶ月は派遣されているため、継続した状況を把握しており、栄養分野の継続的な活動が可能となっている。

さらに、本邦でのC/P研修と現地の活動が乖離しないようにするために、担当専門家が帰国したタイミング研修員を送ったり、帰国専門家がいない組織に研修員を送るなどしている。これらの配慮によって、現地の活動との継続性をのたせ、現地の状況に見合った研修を実施することが可能となる。

パキスタン国母子保健プロジェクトでは、国立国際医療センターが支援機関として機能しており、研修員の実質的受け入れ及び他の研修機関の検討、帰国専門家などによる研修員のサポートなどを行っている。同プロジェクトでは、医師、看護婦などが研修員として選ばれる事が多いが、特に医師の場合、パキスタンの現状とはかけ離れた高度医療の現場における研修を希望することが多く、このような場合に、帰国専門家と研修員が協議し、研修員に状況を理解させるようにした。

(4) 対外交渉

母子保健プロジェクトにおいて、いろいろな関係者(ステークホルダー)に対して、専門家及びC/Pが、タイミングよくアプローチをし、プロジェクトの成果を普及していく必要がある。

例えば、研修対象者、ヘルスポランティア、助産婦等の様々な対象者ごとに、キャンペーン、ニューズレター、セミナー等の広報活動を実施していくよう、戦略的に実施方法を検討していくことが重要である。

(5) 現地事務所

プロジェクトが、一番密接に連絡をとる日本側の機関は、現地事務所である。C/P機関がR/Dの規定どおり予算、人員などの配置をしているか、研修員の人選などがJICA技術協力プロジェクトの方針にのっとって実施されているかなどについて、プロジェクト協議しながら進めていく。R/Dに記載されている事項が遂行されないような場合、相手側政府などしかるべきところに正式な申し入れを行うなども現地事務所の役割である。

パキスタン国母子保健プロジェクトにおいては、長期にわたり人員の配置、予算の配分がおくれ、そのためプロジェクトの活動進捗に支障をきたした。この際、現地事務所長及び担当者プロジェクトリーダーとで、保健省に再度申し入れを行い、その結果、人員・予算ともに進捗がみられた。

また、プロジェクトと現地事務所の関係において重要なのは、現地業務費の管理である。事務所は、プロジェクト調整員に対し、予算管理の指導、支援を行い、調整員より提出される帳簿を確認し、プロジェクト会計が常に明朗に行われるようにする責任を負っている。

(6) 担当課、国内支援委員会の役割

本部は、プロジェクトの枠組み、方向性を決定する役割を担っている。プロジェクト立ち上げ、専門家のリクルート、研修員の受け入れ、機材供与、活動にかかる予算の確保など、すべて最終的な責任を担っているといえよう。従って、リーダー、調整員は、これらの事項に関わること、プロジェクトの根幹に関わることについては、事前に本部担当者と協議してすすめている。

特に、現地業務費の増額・費目の追加、機材の大幅な増額などについては、前年度第3四半期頃には、あらかじめ、計画案などについて、現地事務所担当者及び本部担当者などと協議しておくこと、年度始めに予算を獲得しやすくなる。

普及型のプロジェクトの場合、啓蒙普及費、セミナー開催費などを利用して、普及活動を実施する場合は多いが(フィリピン国母子保健プロジェクト、パキスタン母子保健など)、事前にどの程度の規模でどのような活動をするかについて、説明しておくことで、予算の獲得がスムーズにいく。

国内委員は、プロジェクトの技術面でのアドバイザー、専門家のリクルート、研修員の受け入れ面で支援する。そのため、組織としてプロジェクトを支援してもらえよう、人事権等を有する人員で構成されるケースが多い。通常、同委員会のメンバーは、担当課が中心となり、リーダー候補、調整員

候補などと決定する。

プロジェクトの専門家が、直接国内委員会と接触することは少ないが、新規専門家の派遣を希望する場合、また、研修員受け入れを依頼するような場合は、事前に、関係機関に連絡をとり、内容について細かくつめておく必要がある。特に、関係機関が公的機関である場合、予算・関係省庁との承認等が必要となるため、新年度までに大まかな計画を固めておかななくてはならない。

パキスタン国母子保健プロジェクトの場合、専門家の大半が国立国際医療センターより派遣されているため、前年度後半から同センターに翌年度の派遣専門家の分野等について要望を伝え、新年度までにその可能性、人繰り等についてあらかじめ決定し、その計画に沿って人員を派遣するようにしている。

また、プロジェクト巡回指導等の各種調査団には、通常国内委員が数名はいる、現地の状況を常に理解するとともに、プロジェクトの進捗を把握しておくようになっている。

(7) その他

NGO活動支援費等の活用による日本国内のNGOが持つノウハウや人的ネットワークをプロジェクトに有効活用できるようになった。ヴェトナム国リプロダクティブヘルスプロジェクトでは、このスキームを活用し、JOICEPがプロジェクトに参加した。このように、信頼関係に基づく適切な協力相手を選定し、当該地にあったアプローチの決定と実施を容易にさせることが可能となるため、今後もNGO活動支援費の利用拡大が望まれる。

6 - 9 母子保健プロジェクトに見られたプロジェクト実施上の対象者別の配慮

本調査研究では、機能強化の対象となるレベルの違いによって技術協力の仕方が異なるであろうという仮説に基づき、母子保健サービスの機能強化の対象をどのレベルに置いたかによって、これまで実施されたプロジェクトの類型化を行った。それにより機能強化の対象レベル別に、一次ケア、二次ケア(複数の対象を含む)、三次ケア、大学・研究機関、研修センターの5つの類型に分類した。

実際に分析の対象となった29件のプロジェクト、詳細分析を行った6件のプロジェクトを見てみると対象となるレベルが異なることにより、技術協力のアプローチに以下のような特徴があることを指摘することができる。

一次ケアのレベルを対象としたプロジェクトでは、末端レベルの母子保健従事者の人材育成とともに、母子保健サービスの提供システムを強化するために住民参加の促進を図る形でのシステム作りが求められるという特徴がある。

二次ケアのレベルにおいては、二次ケアレベルの人材の育成強化とともに、一次レベルの活動を強化するための体制作りとリファラルシステムの整備という一次レベルとの連携を強化する形での協力が特色がある。

三次ケアのレベルでは、三次ケアレベルの人材育成を通じた病院の能力強化を図って行くが、医療

技術の向上とともに病院の運営管理の側面も含めた技術協力を行う必要が生じる点に特色が見られる。また、研修センターや大学のレベルにおいては、研修や教育を通じた人材育成を強化するために研修内容やカリキュラムの作成に対する協力が求められるが、現場とのフィードバックやより実践的な研修・教育をどのように取り入れて行くかという点に特色が見られるといえよう。

一方、機能強化の対象となる組織は、当該レベルの医療機関や組織だけではなく、中央の保健省庁や地方の保健局などの行政機関も含まれることになる。プロジェクトの多くがC/P機関である中央の保健省庁や地方の保健局と協力して対象とする医療レベルにおける母子保健サービスの機能強化を図ろうとしている例が多い。

表6 - 18は詳細分析を実施した6つのプロジェクトにおける技術移転の対象者別の配慮状況を示している。特にフィリピン、ヴィエトナムの一次ケアを対象としたプロジェクト、ならびに二次ケアを含む複数対象としたメキシコのプロジェクトなど、住民に直接アクセスを図ろうとするプロジェクトは多くの関係者(ステークホルダー)が関与することになり、技術移転対象者も様々なレベルを含むものとなっている。

したがって、ここでは母子保健プロジェクトにおいて機能強化の対象となった各レベルでどのような配慮がなされているかを整理する事により、各レベルがどのような機能、役割を担っているか、プロジェクトの目的、アプローチによって各レベルでどのような配慮を行ったかを見ていく事とする。(表6 - 18参照)

(1) 中央政府保健省庁

中央保健省庁はC/P機関でもることが多く、プロジェクト活動の実施においてパイロット地区などでの活動を円滑に行うために、中央保健省庁の承認や政策との整合性を確保して行くことが重要な要素となる。フィリピンやメキシコでは、中央保健省庁にチームリーダーと調整員を配置し、プロジェクトの活動現場と保健省庁との間の連絡調整を行い、プロジェクトの活動を保健省の母子保健政策と整合性を保つように統合していくとともに、活動現場からのフィードバックがなされる体制を整えている。特にIEC教材など、プロジェクトの現場だけでなく他の地域でも活用可能なものや、母子健康手帳など、既存の記録制度と関係していたり、他の地域での普及、全国的な普及の可能性がある場合は、中央レベルでの調整と政府のプログラムに統合していくことが活動の実施と持続可能性を確保していくために必要な要素となる。また、国によって中央政府と地方政府の関係は集権的あるいは分権的と異なる場合があるが、インドネシアのように集権的な中央・地方関係にある国においては、パイロット地区での活動の実施に関して、中央レベルでの承認を得て中央からの指示、支援を取り付けることも重要な要素であった。一方、連邦制など分権的な中央・地方関係にある国では、州レベルなどで独自のシステムを形成することも可能であり、メキシコのように州での母子手帳の活動事例を中央にフィードバックして全国レベルあるいは他の州での普及につなげる努力がなされた。

表 6 - 18 技術移転の対象者別の配慮状況

機能強化の対象	一次ケア		二次ケアを含む複数の対象	三次ケア	大学・研究機関	研修センター
プロジェクト名	フィリピン 家族計画・母子保健 フェーズ1	エジプト 家族計画・母子保健	メキシコ 家族計画・母子保健	パキスタン イスラマバード 小児病院	ブラジル 東北ブラジル 公衆衛生	ヴェトナム リプロダクティブ ヘルス
中央(国・自治体) 保健省庁	・対象地区は地方だが、調整員は中央に駐在し、本省との連絡調整を行った。 ・IEC 専門家は本省の視聴覚教材開発部で技術移転を行った。	特になし	・対象地区は地方だが、調整員は中央に駐在し、本省との連絡調整を行った。	特になし	不明	特になし
地方保健省庁	・州保健局局长と全ての活動の計画・実施・モニタリングを協議しながら進めた。	特になし	・州保健局に専門家が駐在していない時には、電話などの連絡や、頻繁に出張して協議した。	特になし	不明	省保健局長と活動の計画・実施・モニタリングを協議しながら進めた。
一次ケア機関・組織 (保健所・保健支所・コミュニティ)	・助産婦が住民に保健教育するための支援(母子保健・家族計画の正しい知識と教材・指導技術)をした。 ・コミュニティ薬保険組合の協議会を作り、新規に実施するコミュニティへの研修と既存の組合の活動上の問題を協議した。	・ダヤに研修や説明会を通してアプローチし、検診車活動のため、住民との仲立ちをしてもらった。	・母子手帳の開発と運用、評価調査の実施 ・検診車によるアウトリーチと集団検診の実施 ・保健助手およびその指導員・TBA への研修手法の開発	病院としては、下痢症対策等に関する指導を母親等を対象に実施していたが、プロジェクトとしては、1次ケア機関を対象とした活動は特になかった。	不明	・助産婦およびその指導員・TBA への研修手法の開発 ・保健所の施設状況の改善
二次ケア機関・組織 (地方病院)	・母子保健センターの活用	・地方中核病院の医師と連携し、検診車サービスに参加してもらった。	・地方中核病院での超音波診断技術の移転	特になし	不明	特になし
三次ケア機関・組織 (中央・専門病院)	特になし	・大学病院での超音波診断に関わる供与機材の利用・維持管理技術の移転	特になし	・小児医療機材の無償供与とその利用・維持管理技術の移転 ・医療サービス機能の維持に関する技術移転 ・チーム医療のデモンストラーション	不明	特になし
大学・研究機関	・KAP 調査の委託	・KAP 調査の委託	特になし	・学術論文の発表	不明	特になし
研修センター	・母子保健センター運用・管理技術の移転	特になし	・コミュニティセンターの運用・管理技術の移転	特になし	不明	・家族計画・母子保健センターにおける研修技術の開発

(2) 地方政府

地方政府の保健局は母子保健プロジェクト実施の上で実質的なC/P機関としてモデル地区あるいはパイロット地区での活動の中心的な実施機関となる。活動の計画、実施、モニタリングのすべての段階で地方政府の保健局長などのC/Pと十分な協議を行うことが必要になる。特にモデル地区の活動を地方政府が実施する母子保健プログラムにフィードバックし、地方政府の既存のプログラムに統合させていくことは活動の持続可能性を確保するうえで重要な要素となる。そのためにはフィリピンやメキシコの例にあるように母子手帳などの個々の活動に関する委員会を設置し、常にC/Pを含む関係者を活動の計画、実施、モニタリングに参加させるシステムを確保することが有効である。このような協議を通して、地方政府の母子保健プログラムとの連絡調整や、C/Pの配置の確保、ローカルコストを負担する予算の確保を図っておくことが必要である。

また、中央政府と地方政府の関係を考慮すると、地方政府レベルでのプロジェクトの実施において中央政府との調整や協議が必要になる場合は、地方政府の立場をつぶさないように地方政府の担当者によって調整や協議が行われるように配慮することが求められる。すなわち、行政のラインを十分配慮して、専門家が全て行ったり組織の中で頭越しに動くことは避ける必要がある。C/Pを前面に立てるという配慮が必要であろう。

(3) 一次ケア

地域や村落レベルの保健所、コミュニティなどの一次ケアレベルで母子保健に関する普及活動を実施する場合、住民との緊密なインターフェースを確保するために住民参加の促進を図ることが求められる。住民参加を促進するために多くの国で村落コミュニティレベルの保健ボランティアを活用する制度が作られている。フィリピンでは村落保健ボランティアを村落での保健ビデオの上映会や母子保健教育の人形劇の上演、村落薬品協同組合の活動などに巻き込んで行き、保健ボランティアが村落での活動を主体的に行って行けるようなトレーニングを行っている。また、メキシコでも村落の保健助手の活動を支援するために参加型の研修を行ったり、村での健康教育の場にコミュニティの自治会長や保健委員会のメンバーの参加を促し、保健助手との協力関係を強化するような試みがなされている。また、実際に住民の参加を促進して行く中では、村落薬品共同組合の活動で見られるように、やる気のあるコミュニティや住民から一つ一つプロジェクトの活動に参加するように巻き込んで行き、活動の成功事例を作ることによって他の住民やコミュニティへの普及を図る形がとられているものもある。

また、母子保健活動のフロントラインで住民に実際に接する人材(助産婦、保健ボランティアなど)の研修においては参加型の研修方法が有効である。実技や演習を多く取り入れたり、インター・パーソナル・コミュニケーションなど、住民に働きかける時のコミュニケーションの手法に関する研修が効果的となる。

一方、一次レベルで活動を計画するときには、グループディスカッションを行って住民側のニーズや、母子保健従事者が抱えている問題やニーズを把握することが重要である。また、ヴェトナムの事例で見られるようにPCMワークショップの実施を通してコミュニティの代表や保健所スタッフなど

の関係者(ステークホルダー)の参加の基に活動計画を参加型の形で作って行く事が望ましい。

(4) 二次ケア

二次ケアレベルの地方中核病院では、リファラル病院としての機能を果たすための体制作りが求められ、超音波検診の技術移転や母子保健センターなどに対する協力が行われている。また、検診車による村落への巡回による集団検診活動と連携してリファラルの機能を発揮するようなシステムの整備や、トレーナーズ・トレーニングを通して、一次レベルの保健医療活動従事者に対する研修の強化を図ることも求められてくる。リファラル体制の確立のためには、二次ケアレベルの地方中核病院と一次ケアレベルの活動がうまく連携するような形でシステム作りを行って行くように配慮することが求められる。

(5) 三次ケア

三次ケアレベルの病院への協力にあたっては、医療技術の移転とともに、病院施設の運営管理、医療機材の運営管理など、病院の運営管理、ファシリティ・マネージメント自体に関する技術協力の実施を行う事が求められるようになる。そのような協力を行うにあたっては、医療従事者間で明確に区別されている業務内容や職務権限、社会的身分階層の実態を十分把握し、それらを常に尊重する形でC/Pに対する協力を行う必要がある。また、比較的高度な技術習得に協力するため、C/Pの流出の可能性を配慮して、指導する対象者を複数確保して行く事も必要である。

(6) 大学・研修センター

大学などの高等教育機関で母子保健に関わる医療従事者の育成を図る場合、大学内での教育だけでなく、実習という形で地域の母子保健の現場に学生を触れさせる機会を多く持たせ、より実践的な教育ができるように形で協力を行うことが求められるであろう。

また、研修センターにおける協力では、カリキュラムの改良を絶えず研修からのフィードバックを通して行って行く事が求められよう。現場からのフィードバックを強化するために日本人専門家とC/Pがペアとなって巡回するようなシステムを取り入れることも考慮する必要がある。

第7章 今後の課題

本章では、第6章までの分析により、今後、母子保健協力プロジェクトの実施において、特に検討すべき点を今後の課題として、とりまとめる。

7 - 1 一次ケアレベルでの母子保健サービス提供に関わる面的な展開のための工夫

一次ケアレベルにおいては、コミュニティの住民、特に母子にどの様に母子保健サービスのアクセスを提供していくか、そのシステムを整備することが求められる。すなわち、コミュニティに対するプロジェクトのアプローチの仕方においてどの様な工夫を行っていくかが問題になる。特にその中でも、母子保健サービスの提供において住民参加を促進することや、助産婦など母子保健サービスの末端にある保健医療従事者の住民に対するコミュニケーション能力の向上、行政による住民へのアウトリーチのシステムの強化、などの側面における工夫が今後必要である。

さらに、国の状況によっては、男性、宗教的指導者、村落指導者等をプロジェクトに巻き込んでいくことも重要である。

(1) 母子保健サービスの提供における住民参加の促進

住民参加を促進する方法として、村落コミュニティにおける保健ボランティアをパラプロフェッショナル^{注33}として活用する例や、定期的に助産婦などが村落を巡回し、コミュニティの保健ボランティアと連携して健康教育や保健サービスの提供を行う例、保健サービスの提供に関わる住民の組織化を行い、住民が共同でサービスへのアクセスを確保する活動を支援する例、などの工夫を見ることが出来る。いずれもコミュニティの保健ボランティアがファシリテーターとして住民にサービスや情報を仲介する上で鍵となる役割を果たしている。

メキシコ家族計画・母子保健プロジェクトでは、モデル地域において母子手帳を開発し普及する活動を行い健康教室の教材として活用しているが、その実施においては村落の保健助手との連携のもとになされている。また、フィリピン国家家族計画母子保健プロジェクトでは、村落(バランガイ)保健ボランティアがコミュニティレベルの母子保健活動に積極的に関わるように活動を展開している。プロジェクトが実施する母子保健の広報・普及活動において、「TV99」というビデオ・プログラムならびに「シアター99」という人形劇のチームが村落を巡回しているが、村落保健ボランティアは村落におけるビデオ・プログラムの開催準備、ならびに人形劇の実演と準備に関しても州衛生局のプロジェクトチームと協力して行っている。また、現地のNGOであるSMBKと連携して実施している回転資金による村落共同薬局の組織化の促進では、村落保健ボランティアが中心になって組合の形成と運営が行われ、州レベルの村落共同薬局連合会を形成する事によって住民組織(People's Organization)の強化を

注33 パラプロフェッショナルとは村落住民のボランティアを訓練してある程度の保健医療の知識と技術を持たせて医療従事者とともに村落レベルで保健活動に参加する人々を指しており、草の根レベルでの保健活動の効果を高めている(Esman, 1991)。

図っている。さらに、ヴィエトナム国リプロダクティブヘルスプロジェクトでも、対象地域224カ村における保健センターの環境整備を目的として、村において運営委員会(村長、女性連合の会長、保健センター長の三名)と運営委員会を支援する女性連合のメンバー5名による組織形成を促進している。

このように母子保健プロジェクトにおいて住民参加を通してサービス提供の面的な広がりを図ろうとする場合、村落における保健ボランティアのようなファシリテーターの存在が重要である。地域の実状や情報に詳しいファシリテーターの存在は、末端レベルでのきめ細かいサービスの提供とその質の向上を可能にすると同時に、保健行政による情報普及やサービス提供のコストを引き下げる効果を持っており、プロジェクトとして活用する仕組みを取り入れる事が必要である。

また、村落コミュニティへの母子保健サービスの展開において村落住民の参加促進や村落におけるファシリテーターの活用が必要になってくるが、そのためには保健行政の末端の医療従事者で、直接保健ボランティアなどのファシリテーターや住民に接する助産婦などのフロントライン・ワーカーが住民の参加を促進するような形で住民と接する事が求められる。したがって、助産婦等のフロントラインワーカーが住民に接するときのコミュニケーション能力の向上と自信の向上を図るためのトレーニングを実施し、住民に対するサービス提供、情報普及の能力を向上する事も求められる。

(2) 行政による住民へのアウトリーチのためのシステム強化

一次ケアレベルの母子保健サービスの提供を強化するには地方の保健行政による住民へのアウトリーチの機能とシステムを整備することが必要になる。行政が住民にアクセスしようとする場合、行政が供給することを期待されているサービスをどう提供するかというサプライサイドの考え方に立つか、住民が求めるサービスをどの様に提供するかというデマンドサイドの考え方に立つかによって、行政によるアウトリーチの仕方と能力にも相違が生じてくる。プロジェクトによってはデマンドサイドのニーズを把握するために、KAP調査を含むベースライン調査やフォーカスグループとのディスカッションを実施している例がある。また、コミュニティレベルの保健ボランティアとの連携や、保健所や地方政府の衛生局などの関連機関、さらにはNGOや大学など、様々なネットワークを活用して母子保健サービス提供のシステムを強化している例が見られる。

このようなネットワークを活用したプロジェクト運営の方法として、活動ごとにC/Pと関連する部署の職員を含む委員会を設置して、計画の立案と実施、運営に関する意志決定を行うプロジェクト運営の手法が効果を発揮している例もある^{注34}。したがって、プロジェクトの実施においては、多くのステークホルダーや技術的なリソースを組み合わせることで住民に対する母子保健サービスの提供システムを構築する工夫を行っていくことが求められると言えよう。そして、そのようなプロジェクトにおいて専門家に求められるのは、活動のコーディネーターとしての役割である。

注34 ネットワークを通じたリソースの活用は、プロジェクト運営においてマネジメントと調整の必要性をもたらすが、活動ごとの委員会の設置など、関係者間の双方向の情報の流れを確保し、調整と意志決定を行うような制度的なメカニズムを形成しておくことにより、プロジェクト運営に関わる取引費用の低下をもたらす可能性がある。また、NGOや大学との連携を通して、住民に関する情報の収集や住民へのアクセス、活動に必要なノウハウを獲得する事ができる。ヴィエトナムでの事業経験を持つJOICFPとの連携やフィリピンにおけるNGOとの連携における村落薬品組合の活動においても、それぞれのNGOが持つ情報とノウハウ、ネットワークの活用によりプロジェクト活動を実施する上での取引費用の低下をもたらしている。

7 - 2 面的な展開におけるプロジェクト運営の課題

母子保健プロジェクトでは、地域における面的な展開が必要となり、住民参加の促進や行政によるアクセスの仕方における工夫と、そのために必要なリソースを様々なネットワークを形成して確保していくことが必要になる。これまで、多くのプロジェクトではこのような工夫とネットワークの活用がなされていたが、今後、特に留意すべき点を以下にまとめる。

(1) 事前調査、準備期間を通じたプロジェクトの社会的準備

面的な展開を図る場合は関係者(ステークホルダー)が増加するため、プロジェクト形成前に十分な調査を実施する事が必要になる。

事前の長期調査の段階においては、十分な調査を行ってプロジェクトの計画を立案したり、プロジェクト開始後でもプロジェクトがおかれている環境の把握とステークホルダーの特徴を把握するための調査を行うための準備期間を設けておくことは、非常に重要であり、次のようなメリットを指摘することが出来る。第一に、対象地域社会やステークホルダーに関する詳細な現状把握がなされ、プロジェクトの形成や活動計画の作成に反映できる点である。第二に、C/Pと一緒に調査を計画し実施することによって、問題認識の共有を促進したり、現場に赴き対象地域住民や末端レベルの医療従事者などの意見を聞くことによってC/Pの目を開かせ、プロジェクトを通して何を解決しようとするのか目的意識と当事者意識を高める可能性がある。第三に、調査活動を通してプロジェクトスタッフ間ならびにプロジェクトスタッフと対象地域住民との間の信頼関係が醸成される側面がある。このように、長期調査や準備期間の調査活動は専門家ならびにC/P、対象地域住民にとっても、プロジェクト実施のための社会的準備の効果をもたらすという事が出来る。すでに、このような調査は実施されているが、さらに拡充していく必要がある。

また、母子保健プロジェクトを立ち上げる場合、プロジェクト・サイト周辺や当該国ですでに実施されている、その他の医療プロジェクトや他分野のプロジェクトの、各種社会調査のデータや専門家からのヒヤリング等を基に、十分な情報の共有を行い、効率的・効果的なプロジェクト・デザインをすると共に、実施面でも連携を図るよう、留意すべきである。

(2) 外部リソースの活用と事業費の使途の柔軟性

母子保健プロジェクトの面的な活動の展開に対応するためには、様々な経費が必要となるため、現在のプロジェクト方式技術協力事業費の使途の柔軟性を、今後更に増していくことを検討すべきである。面的な活動の展開を図るには、関係する様々なステークホルダー間の調整が重要となり、中央の保健省や地方政府の衛生局など様々な行政レベルに専門家を配置する事が求められる。しかし、専門家の人数も限られており、また、国内におけるこの分野の人材不足もあり、現地でプロジェクト・オフィサーを雇用して関係者間の調整を補佐する機能を持たせることも必要になる。しかし、現状では、長期にわたる雇用形態をとることができず、優秀な人材を確保することが難しい。また、NGOとの連

携においても、国内のNGOばかりでなく、現地のNGOとの連携が、もう少し柔軟にできるようにすることも必要であろう。NGO連携強化費の拡充や平成9年度から開始された開発福祉支援事業を活用したNGOとの連携の強化も推進していくことが求められる。

ただし、このような外部リソースを活用する場合、プロジェクトオフィサーを高給で雇用すると政府職員であるC/Pがコンサルタントとして流出したり、活動の持続可能性をどの様に確保するかが問題となる事を認識しておく必要がある。そのため、プロジェクトオフィサーの雇用に対する配慮やNGOの育成強化や政府機関との連携の強化を促進していくような配慮を行うことが必要である。

(3) 組織制度造りの強化

面的な展開を促進するためには、C/P機関における母子保健サービスの提供システムを整備するための組織制度造りの支援を更に強化していくことが重要である。プロジェクトでは一次ケアレベルの面的な活動をモデル地区に設定して実施する場合が多い。しかし、モデル地区での面的な活動の持続性の確保と、他の地域への更なる展開を実現するためには、その活動が既存の行政システムに統合されていくことが必要となる。また、行政と地域を結ぶ支援システムをコミュニティのファシリテーター、NGO、大学などの様々なネットワークを通して形成していくことが必要となり、普及事業やネットワーク形成を担う組織制度造りの専門家の派遣も考慮する必要がある。さらには、C/P機関がプロジェクトの活動のオーナーシップを持って既存のシステムに統合していくように協力を実施することが求められる。但し、C/P機関がプロジェクトに過度に依存している場合は、C/P機関のモラルハザード(倫理観の欠如:自助努力を行わないこと)を生起させる場合があり、持続可能性の確保も難しいことに留意する必要がある。

(4) 専門家に求められるコーディネーターとしての役割

母子保健サービスの提供において行政と地域を結ぶ支援システムを形成するにあたり、多種多様なステークホルダーとの交渉、折衝をいかにうまく進めるかという点が課題となる。面的な展開には保健本省の担当官、政治家、NGO、対象地域の社会に影響力を有する人物(宗教関係者やコミュニティリーダーなど)、他のドナーなど幅広い人間関係の構築、ネットワーク化が求められる。専門家は、自らの専門分野の人間関係にとどまることなく、それぞれのグループに通用する“言語”をもって、こうした輪の中に入り込んでゆく必要がある。プロジェクトの活動をコーディネーションしていくために、こうした訓練と実践をいかに積み上げていくかが課題である。

7 - 3 現地行政の現実に照らしたプロジェクトデザインの作成

地方分権体制にあるメキシコ国家族計画母子保健プロジェクトで見られたケースだが、各レベルの地方自治体間での保健行政機能の強弱を十分検討できず、より下位の地方政府に専門家の配置がなさ

れた期間があったため、先方政府との間でプロジェクト実施に係る意思決定がスムーズに実施されないことがあった。専門家のリクルートが困難であった経緯もあるが、限られた専門家の配置を行なうには、必ずしも強化したい保健レベル(モデル事業の実施対象地)である郡レベルの自治体に専門家を配置するのではなく、自治体間でも保健行政についてはより力と経験を有するより上位の州政府にまず最初に専門家を配置すべきであったケースであると思われる。ちなみに、フィリピンでは、異なるアプローチを採用しており、モデル地区の自治体に専門家を配置するのではなく、より上位の自治体に配置し、専門家がモデル地区自治体を巡回する方式を採り、メキシコで見られたような問題は発生しなかった。

また、エジプト国家族計画母子保健プロジェクトは、母子保健の向上による家族計画の促進というモデルを作ることを目的としていたにも関わらず、エジプトでの保健医療サービス提供の責任官庁である保健省が、プロジェクトのC/P機関にも協力機関にも位置付けられていなかった。その結果、保健省の管轄であるヘルスユニットなど地域保健医療サービスの提供機関との連携が全く果たせず、プロジェクトにより導入したモバイルクリニック制度を地域における総合保健医療サービスシステムの中に組み込むことができなかった。そのうえ、活動の展開にあたっては、周辺地域のヘルスユニットとモバイルクリニックとが競合するような形にならないように専門家が苦勞していたケースもある。

インドネシア国中部ジャワ家族計画母子保健プロジェクトでは、母子健康手帳配布のパイロット事業が当初人口15万人をカバーする地域から人口約1800万人をカバーする地域まで5年間の間に拡大した。さらに中部ジャワ地域主導型から保健省中央主導の事業へと移行され、当初プロジェクト開始から6年目には、「母と子の健康手帳プロジェクト」へと拡大発展した経緯を持つ。モデルプロジェクト成果の普及拡大が成功した理由は複数考えられるのが、そのひとつに、インドネシアにおける保健行政が末端にいたるまで組織図どおりに比較的整備されていたこと、そして政府の指導の下に結成されている住民組織(エルター)を利用した行政サービスの受け皿作りがかなり進んでいたことが挙げられる。プロジェクトでは、エルターの中で展開されていた母子保健にかかる住民運動、「ポシアンドゥ」が実施していた保健所による月1回の巡回検診での記録活動に、母子健康手帳を活用するようリンクさせたのであった。既存の現地行政が住民にアウトリーチするシステムを活用した良いケースである。

以上より、当該国の母子保健行政/サービスデリバリー体制を十分考慮した協力のデザインの作成とアプローチの決定を行なう必要がある。

7 - 4 プロジェクトで導入した活動の持続性確保

プロジェクトで導入した活動の持続性を確保するには、プロジェクトで導入した活動の目標を当該国の政策に明確に位置付ける(統合)すること、既存の行政システムの活動の中に組み込み、統合させることが重要である。例えば、母子保健プロジェクトで目標とした内容を、C/P機関や関係省庁を通じて、当該国の政策の中に位置づけられるようにすることにより、プロジェクトの持続性のみならず、相手国全体の母子保健分野での取り組みを強化することが可能となる。

加えて、住民へのサービスを提供する現場の担い手の能力を高め(当事者意識の向上)かつ、彼等が活動できるような環境整備(予算の確保など)を行なえるよう、C/P機関を通じた研修や予算措置が図られるべきである。

7 - 5 日本の経験に根ざした協力活動の積極的展開と経験蓄積の強化 ～母子健康手帳普及～

第2次大戦中にドイツから日本に導入された「Maternal Handbook : 妊産婦手帳」は、戦後、子供の情報を盛り込み、「Maternal and Child Health Handbook : 母子健康手帳」という形で普及が開始された。1960年代には日本全国に普及し、これまで日本の母子健康水準向上に大きく貢献してきた。「母子健康手帳」は、妊娠ケアから子供の健康管理までという継続した対応を確保し、親による子供の健康記録管理になること、医療機関でのリファラルの為の材料となること、親への健康教育の材料となること、助産婦などの医療関係者やコミュニティのヘルスポランティア等がリプロダクティブヘルスを理解するための最低基準となること、そして保健セクターで実施されている様々な活動(栄養、予防摂取、感染症対策、家族計画、歯科等)を「母子保健手帳」活動の中で統合させるといった長所を有する。これは、コミュニティレベルでのリプロダクティブヘルスの促進に貢献しうる格好の材料となりうる可能性を持っている。既に、タイ、フィリピン、インドネシア、メキシコ、ガーナ等の国々でプロジェクトにより普及活動を重ねてきており、他地域への普及拡大に成功し、母親の意識改善面などで成果を挙げている。母子健康手帳の作成や普及に係る経験も人材も蓄積され始めている。このような日本の経験に根差す有効な活動は、今後積極的に展開すべきであろう。それには、対象国が有する既存の各種保健カードシステムの変更も伴うため、導入のアプローチについては十分な検討が必要であり、日本の経験を現地に適用させる努力が必要である。このような日本の母子保健分野における優れたノウハウは他にもあるが、これらのノウハウの検証が必要である。

7 - 6 ヘルスシステムリフォーム(保健制度改革)への対応検討の強化

構造調整政策の実施により、コストシェアリングや医療機関の独立採算制の導入、保険制度の導入などのヘルスリフォームが多くの国で進行中である。また、地方分権化政策の導入も保健セクターに大きな影響を与えており、混乱のさなかにある国も少なくない。今後は、いっそう保健医療システムの枠組みが変化する可能性がある中で、こうした流れを踏まえた案件の形成、協力の方法、そしてヘルスリフォームそのものへの協力方法を検討する必要がある。例えば、これまでJICAでは、母子保健プロジェクトをパイロット的に実施することによりプロジェクトサイトでノウハウを養い、それを中央保健省を通じて全国展開を図るという方法を取り入れてきた。しかしながら、途上国の多くで地方分権化が進展していることから、相手国の中央政府と地方政府の業務分担が変化していく可能性があるため、今後は、これまでのようなパイロットプロジェクトから全国展開を図るといふあり方自体を、

各国の分権化の推移を十分把握した上で、各国それぞれの事情に応じて検討していく必要がある。

7 - 7 JICAのプロジェクト運営管理方法の見直し ～効果測定のためのモニタリング体制の再検討～

プロジェクト実施期間中には、プロジェクト専門家及びプロジェクトのモニタリングのために派遣される各種調査団により、少なくとも次に記す報告書が作成されている。

- ・プロジェクト四半期報告書(プロジェクト各専門家により作成。四半期ごと)
- ・リーダー会議資料付属書(プロジェクト各専門家により作成。毎年度末に1回)
- ・専門家総合報告書(専門家個人により作成。任期終了時)
- ・プロジェクト実施協議調査団報告書(本部から派遣される調査団により作成。プロジェクト実施締結時)
- ・プロジェクト運営指導調査報告書(本部から派遣される調査団により作成。プロジェクト協力期間中に必要に応じて派遣。通常1～2回派遣される。)
- ・プロジェクト巡回指導調査報告書(本部から派遣される調査団により作成。協力期間中1回)
- ・プロジェクト終了時調査報告書(本部から派遣される調査団により作成。プロジェクト終了6ヶ月前)

加えてプロジェクトの現場では、関係者(ステイクホルダー)間での共通認識を得たり、現場でのモニタリング、様々な折衝のために各種文書/報告書が作成され、意志の疎通が図られている。しかし、日本語で作成される上記報告書は必ずしも有機的に連携して作成されているとは言い難い。これらの報告書の作成様式も異なっており、特に投入活動ではなく、成果について確認する形式となっていないため、プロジェクト実施関係者間でのモニタリングには不適當な形式となっている。現場で何が展開され、派遣された専門家が何をしているのかについて本部に報告するためのペーパーと位置付けられていると考えられるが、残念ながら、JICA本部では、それら報告書をもとに事業実施最終責任者としてのJICAの視点で、プロジェクトの進捗状況と課題、今後の方向性を検討、分析し、組織的としての問題認識を確認する作業は十分なされていない。本来、JICAとしてのプロジェクトモニタリングに必要な事項は、在外事務所担当者および本部担当者により、専門家作成の各種報告書、調査団報告書とは別に作成されるべきであろう。医療保健分野での協力方針の作成や同種の新規案件検討に常にフィードバックする視点が求められる。また、専門家が作成する前述の各種報告書は、本来は、プロジェクトの実施とモニタリングのためにこそ記録が必要なことから、現場のプロジェクト実施関係者間で利用しやすい全関係者間での共通言語(現地公用語:英語、仏語、西語等)で作成され、関係者間で共通認識を得るべき項目にそって作成される必要がある。

また、JICA本部ベースで派遣されるプロジェクト運営指導調査や巡回指導調査などは、毎回異なるメンバーが派遣され、必ずしも一貫された視点/テーマでの調査が実施されていない。調査団報告書

の記録項目/テーマも定型化されていないため、調査に参加した団員個人の問題認識に基づき記録されているに過ぎない。また、専門家総合報告書については各専門家により書きぶりはまちまちであり、かつ報告書の管理も最近まで不十分であった。

さらに、PCM手法の導入に関連して言えば、これまでPDMに基づくモニタリングがあまり実施されていない。これは、専門家ベースで作成される各種報告書が、プロジェクトデザインマトリックスによるプロジェクト運営管理とリンクしていないことにも起因していると思われる。

以上のような状況を鑑み、これまでの母子保健プロジェクトの成果を基に、JICAとしての母子保健プロジェクトのためのモニタリング基準を検討し、モニタリングを実際に導入していくための具体的メカニズムを早急に構築していく必要がある。

7 - 8 プロジェクトの形成 / 実施 / 評価の各段階を通じた事業経験蓄積体制の整備

今回の調査研究を通じて母子保健協力実施のノウハウを整理 / 体系化することを試みたが、その作業は非常に困難であった。それには、2つの理由があると考えられる。ひとつは、残念ながら、現在作成されている報告書には、「案件のモニタリングを効率的に実施するとともに、経験を将来に必ず反映させる」といった視点に基づく情報記録を求めない形式になっているためである。したがって、専門家それぞれの視点、動機、問題認識、関心事項にそって記録 報告書 が作成されていて、同一テーマに対する継続した対応 / 新たな段階への展開を困難となっている。

もう1点は、事業実施責任者であるJICA 内に、それら報告書以外にはJICA の事業戦略作成へのフィードバック、効率的な案件管理の視点に基づいた事業実施上の重要情報を記録し、活用する体制がないためである。予算執行を確認するための記録ではない。事業戦略作成や案件管理に活用するための情報や教訓の記録、蓄積である。こうした情報は、当該案件のファイルに保管されるのではなく、例えば、各分野別に『事業経験蓄積ファイル(仮称)』として他の同分野のプロジェクトとあわせ一括して保管されなければならない。また、これには、当該プロジェクトの実施から学んだ、うまくいかなかったこと、うまくいったこと、およびそれらの要因、課題、教訓等を記録し、関係者で共有し、関連する新たな案件実施審査の際、関係省庁協議、JICA内理事会など意思決定の場において、必ずそれらの事項を確認し、考えうる必要な対応策を講じ、妥当と思われるアプローチを採用し、留意点を検討していなければ、案件承認が得られないようなシステム造りが必要である。同様に、プロジェクト実施期間中のある一定時期に、中間審査を行ない、所定のポイントにつき問題を克服できない案件については、実施方法の見直しを行うよう検討すべきである。

次に課題となるのは、専門家による具体的な活動面でのトライアル・アンド・エラーに基づく成功 / 失敗のエッセンス、つまり細かな技術情報をいかに蓄積するか、ということである。これは、前述の理由により今回の体系化研究では十分に実施しえなかった。現時点でも、母子健康手帳利用の導入、作成、普及は複数のプロジェクトで実施済みであることから、これまでの活動ノウハウを、JICA本体内に『母子健康手帳活動ガイド(仮称)』として、とりまとめておく必要がある。今後は、分野・活動テーマ別にこのようなガイドが作成され、専門家派遣前研修や案件形成の際に活用できるような体制

となることが望ましい。そのためには、専門家OB/OGを活用し、そのノウハウをまとめることが必要である。このような蓄積があつてこそ継続的な事業戦略作成も可能となる。プロジェクトの展開にあたっては、各分野の専門リソースを存分に発揮してもらい、そして、その経験をまとめる重要な業務にも参加してもらつて環境造りを積極的に行なうべきであろう。なお、ガイド作りにあたっては、当然のことながら他ドナーのアプローチ、経験を参考とすることも重要である。こうして作成されるガイドは、他ドナーのみならず、途上国へのノウハウ提供にも大きく貢献することになる。

7 - 9 医療保健協力基本方針の作成

パキスタン国イスラマバード小児病院プロジェクトは、高い乳幼児死亡率を背景に小児専門医療の充実と小児医療従事者の育成が求められていたが、3次医療施設として求められるサービスの提供を確立することは、予算面、技術面、施設管理面、機材管理面いずれも容易なことではなかった。小児病院に対する歴大な需要があつたが、同プロジェクトの評価調査報告書は、同病院の貢献度は高く評価するものの、パキスタンの経済社会状況(基礎教育の低就学率、低識字率、母親の保健衛生知識の欠如、宗教的理由による保健医療情報からの隔離など)からして子供が病気の危険に脅かされやすいため、医療機関の充実が図られ、医療従事者の診断治療技術が向上しても、病気の子供の数、乳幼児死亡率は減少しない、というジレンマを抱えている点を指摘している。

また、ある専門家は、パキスタンにおいては、むしろ一般庶民に対する病気の予防知識を普及することが先決ではないかと報告しており、「病院」か、それとも「PHC」としての母子保健協力が、という点も含め、当該国の母子保健状況に応じた慎重な協力内容の決定が求められる。

1995年の国連社会開発サミットや94年に我が国政府が発表した人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブに基づくGIIの推進、そしてDAC新開発戦略の展開等の流れを受けて、社会開発型のプロジェクト、ことに、社会的弱者である女性や子どもを受益対象とし、草の根レベルに活動範囲を広げ、妊産婦や乳幼児に直接的に働きかけるプロジェクトが増加する傾向にある。他方で、1次レベルでケアされた後、2次、3次レベルときちんとリファーされてゆくシステムの整備(1次レベルが果たす役割や能力の強化とともに、1次レベルのケアを支える病院や地域保健医療システム全体の強化：地域医療の体系化)も重要となっている。また、母と子どもへの協力アプローチの検討には、WHO / UNICEFが展開中のIntegrated Management of Childhood Illness(IMCI)^{注35}戦略も無視できないだろう。アフリカ諸国を中心に実施されているSector Investment Programs(SIPs)については、現実には日本の援助スキームによる対応は困難な状況にあるものの^{注36}、JICAとしてどのように対応すべき

注35 コミュニティベースのプログラムによって、病気の子どもを診断し、治療を実施し、必要な場合には地方病院にリファーする一連の活動を指す。これには、ヘルスワーカーの質の向上、必要な医薬品のコミュニティレベルへの十分な供給、病気の子どもの治療に関する家族の行動の評価、重症の場合の病院における十分な治療が必要とされる。

注36 新たに作られた「セクター開発プログラム無償」や現行のノンプロジェクト無償資金協力等の活用が可能だが、実際に見返り資金が積立てられるまで時間を要するため。また、SIPsに係るドナー会議への恒常的な参加があつてこそ初めてドナー間での協力パッケージの分担にも参加が可能となる。これまでJICAでは、恒常的で継続的にSIPs協議に参加できなかったことから、特に仏語圏アフリカの医療協力についてはやや出遅れてしまっている。平成11年度よりSIPsへの対応を念頭に置いた広域移動型の企画調査員が派遣されるようになり、ようやく対応できる体制が作りはじめられている。

か、といった課題もある。世界銀行では、新たにComprehensive Development Framework(CDF)という枠組みでドナー協調を一層進めようとしており、これらに対するJICAとしての方針作成も必要であろう。

また、母子保健というテーマに関しても、JICAとしての基本的協力方針は定まっていない。そのため他のテーマとの協力実施の優先度の判断が困難な状況である。今後は、恒常的な情報集積による保健医療分野での協力に関する基本方針(目標、アプローチ、主たる協力内容など)とともに、重点テーマ毎の協力方針(ガイドライン)の早期作成が早急に望まれる。

7 - 10 情報管理 / 整備の強化

～ 赴任専門家への情報提供の強化、情報の電子媒体化～

本調査で実施した専門家へのインタビューでは、そのほとんどがプロジェクト専門家として現地へ赴任する前のJICAによる情報提供の在り方について改善を指摘していた。母子保健プロジェクトへ派遣される専門家の多くは、プロジェクトの国内支援機関から推薦により派遣されているが、現行のJICAからの派遣に関する業務内容(TOR)の提示内容について、不十分であるとの声が多かった。中には、実施協議報告書に記載される以外の情報は全くない状況で派遣され、現場で何から手をつけるべきなのか戸惑ったというケースもある。プロジェクトの細かいアプローチや技術論、担当指導科目に関する刻々と変化する現場での詳細な情報提供よりも、プロジェクトの背景や実施機関としての問題認識、期待、派遣専門家のTOR、懸案事項とそれに対する今後の対処方針(見込み)、JICAスキームを中心とするODA事業でできること / できないこと、専門家としての役割等の情報提供を強化すべきである。これは、本部や在外事務所の案件担当者個人の努力に任せるのではなく、専門家派遣プロセスの中に必須の活動として位置付け、かつ提供すべきミニマムな事項を医療協力部全体として統一化すべきであろう。このためには、プロジェクト情報を統一的な視点(項目)から管理(モニタリング)することが求められよう。

さらに、JICAからの情報提供に際しては、これまでのようにハードコピーの印刷物で手渡すのではなく、各種申請様式も含め、「専門家活動キット(仮称)」として1枚のCD-ROMに必要情報 / データを盛り込み、提供する等、電子情報の活用が望まれる。これにより、各種文書作成や通信が効率的となり、専門家のみならず、JICA 在外事務所、JICA 本部での事務作業軽減につながると思われる。

7 - 11 JICA 医療協力部の実施体制の再編成

母子保健に関する同種の活動を展開中のプロジェクト間で、恒常的かつ横断的な情報交換、共有化を今後一層実施すべきである。現在は、案件担当者が国別地域別に案件を担当しているため、例えば、母子保健プロジェクトをとってみても、複数の案件担当者が分担している。国別地域別のアプローチは重要だが、今後JICA本部の中に、国別の協力方針 / 計画を作成する機能が強化される以上、具体的

な医療協力のプロジェクトを実施する医療協力部としては、保健医療分野のテーマ別に計画実施体制を検討することも必要であろう。さもなければ、これまでの母子保健分野の経験が将来へ活かされにくいままとなってしまふ。このため

世界各国で行われている母子保健関連プロジェクトを一元的に担当するチームを形成することにより、プロジェクト間で情報交換・共有すべき点についての各プロジェクト専門家への指示や、7-9で提案したテーマ別の協力方針の作成等を、医療協力部全体として実施できるような体制を構築すべきである。

7 - 12 専門家の役割とその育成

乳幼児死亡率の低下や妊産婦死亡率の低下といったテーマは、人間開発を重視する我が国援助において、今後も重要な協力テーマである。したがって、母子保健プロジェクトについて言えば、特に、多くの母と子に直接裨益するような協力が一層求められる。そのようなプロジェクトでは、既に事例分析から明らかなことであるが面的な展開が求められる。第6章にも既述したとおり、専門家に求められる役割はコーディネーターとしての役割という側面が非常に大きい。単に医療分野の見識のみならず、途上国の母子保健の現状はもちろんのこと、コーディネーターとしての役割を積極的に果たすことを理解し、それを演じることのできる能力が期待される。