

パキスタン国
EPI／ポリオ対策プロジェクト
基礎調査報告書

平成15年12月
(2003 年)

国際協力事業団
医療協力部

医 協
J R
03-25

パキスタン国
EPI／ポリオ対策プロジェクト
基礎調査報告書

平成15年12月
(2003年)

国際協力事業団
医療協力部

序 文

パキスタン国は人口約1億5500万人、GNI 600ドル（米ドル、1人当たり）の低所得国である。子どもの健康状況は厳しく、5歳未満の子どもの死亡率は対出生1,000人当たり101、1歳未満の子どもの死亡率は80を記録する。女性の社会的地位はきわめて低く、男性の識字率62%に対し女性の識字率は公式発表でも35%にとどまり、一部では女性の識字率が0%の郡すら存在する。また、都市・農村間の格差が大きく、特に農村部における女兒の健康状態は劣悪である。

Global Alliance for Vaccines and Immunization（GAVI）によれば、世界に3億4000万人いるとされる予防接種を受けていない子どもの75%がインド、ナイジェリア、パキスタン国、コンゴ民主共和国、エチオピアの5カ国に集中している。そして、予防接種が子どもたちに届かない主な原因は、予防接種サービスの提供システムがうまく働いていないこと、及び子どもたちの両親が予防接種に対して十分な知識や前向きな態度、行動力を持っていないことの2点とされる。

このため同国政府は、予防接種拡大プログラム（Expanded Programme on Immunization：EPI）の面的拡大とEPIサービスの質向上に係る技術協力プロジェクトの実施を我が国に対し、要請してきた。

これを受けて国際協力事業団（JICA）は、2003年10月に基礎調査団を派遣し、パキスタン政府及び関係機関との間で、協力計画の策定に係る協議を行った。本報告書は当該調査の結果を取りまとめたものであり、今後のプロジェクトの展開に活用されることを願うものである。

ここに、本調査にご協力をいただいた内外関係者の方々に深く謝意を表するとともに、引き続き一層のご支援をお願いする次第である。

平成15年12月

国際協力事業団

医療協力部

部長 橋爪 章

目 次

序 文
目 次
略語表
地 図
写 真

第1章 基礎調査団の派遣	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団の構成	1
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	3
第2章 総括（各団員からの報告）	5
第3章 保健医療分野の概況	11
3-1 基層社会に内在する脆弱性	11
3-2 保健医療サービスの供給体制	17
3-3 保健医療における地域格差	22
3-4 地方分権化が及ぼす影響	27
第4章 保健医療分野におけるドナー動向	33
第5章 我が国の支援のあり方と具体的な方針	35
第6章 我が国の保健医療分野の協力実績	38
付属資料	
1. ミニッツ	41
2. 国連機関による各郡への支援状況	45

略 語 表

ADB	Asian Development Bank	アジア開発銀行
AEFI	Adverse Events Following Immunization	予防接種後の副反応
AFP	Acute Flaccid Paralysis	
ANC	Antenatal Care	産前ケア
BCC	Behavioural Change Communication	行動変容を促すコミュニケーション
BCG	Bacillus Calmette-Guerin Vaccine	
BHU	Basic Health Unit	基礎保健ユニット
BMC	Bolan Medical Complex	
BRAC	Bangladesh Rural Advancement Committee	バングラデシュ農村向上委員会
CBR		コミュニティ・ベースト・リハビリテーション
DA	Daily Allowance	日当
DFID	Department for International Development	英国国際開発省
DG	Director General	
DD-EPI	Deputy Director EPI (at provincial level)	
DHO	District Health Officer	
DHS	Director of Health Services	
DOTS	Directly Observed Treatment, Short Course	
DPT		三種混合
DSC	District Surveillance Coordinator	
DSV	District Superintendent of Vaccination	
DTP	Diphtheria-tetanus-pertussis Vaccine	
EDO-H	Executive District Officer Health	
EPI	Expanded Programme on Immunization	予防接種拡大プログラム
FLCF	First-level Care Facility	第一次保健医療施設
FSV	Field Supervisor Vaccinator	
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization	
GMP	Good Manufacturing Practice	品質管理規則
GTZ	Geutsche Gesellschaft fur Technische Zusammenarbeit	ドイツ技術協力公社
HMIS	Health Management Information System	保健管理情報システム
HIS	Health Information System	保健情報システム
IMCI	Integrated Management of Childhood Illnesses	小児疾患の統合的管理パッケージ
IMR	Infant Mortality Rate	乳児死亡率

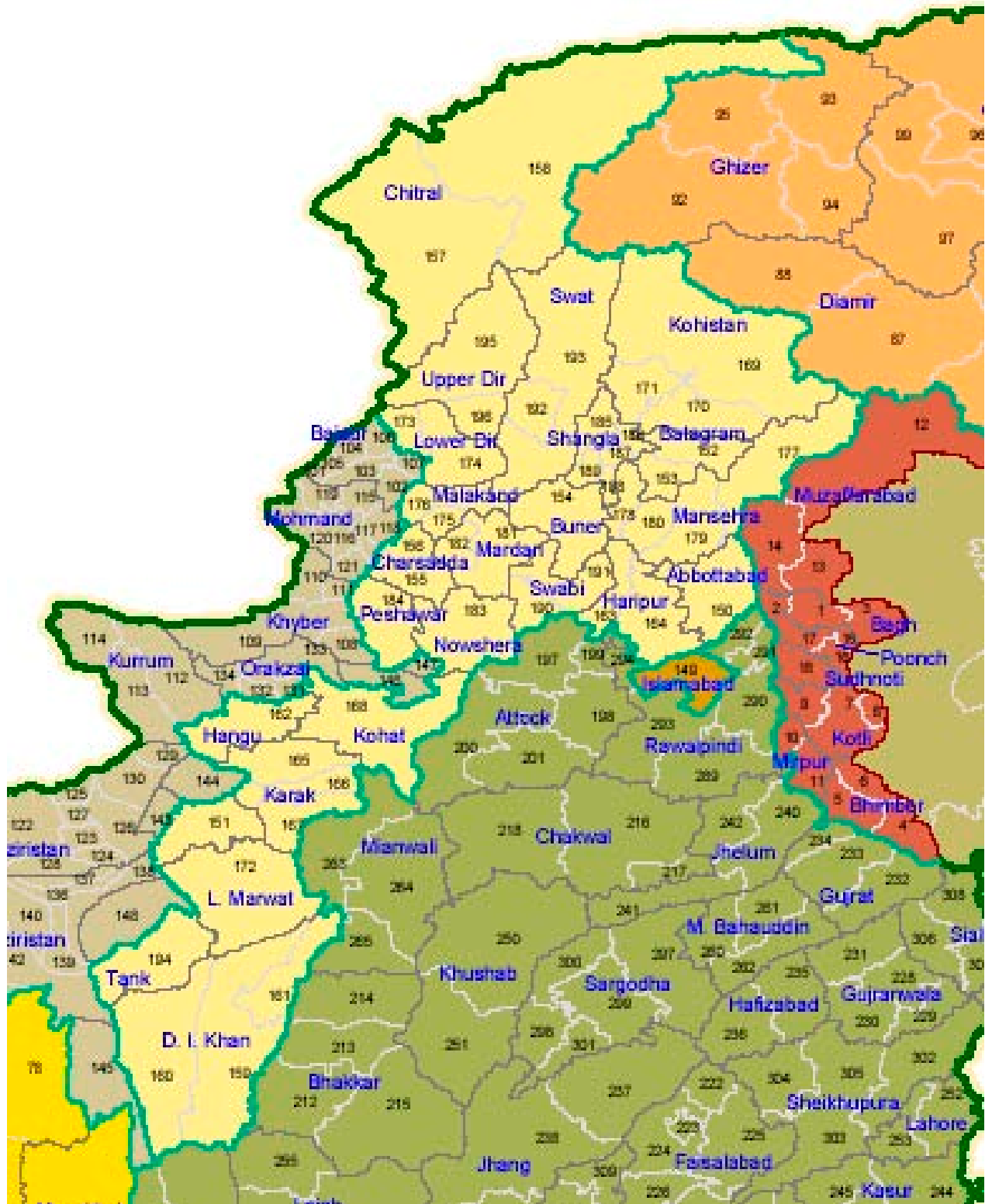
JCC	Joint Coordination Committee	合同調整委員会
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊
KAP	Knowledge, Attitude and Practice	知識・態度・実践
LHS	Lady Health Supervisor	
LHW	Lady Health Worker	
LHWP	Lady Health Workers' Program	
LHV	Lady Health Visitor	
MCH	Maternal & Child Health Centre	
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MOH	Ministry of Health	保健省
MOU	Memorandum of Understanding	覚書
MTDF	Medium Term Development Framework	中期開発枠組み
NCL	National Control Laboratory	国立感染症検査室
NHF	National Health Population Welfare Facility	国家保健／人口福祉ファシリティ
NID	National Immunization Day	予防接種デー
NIH	National Institute of Health	国立保健医療院
NRA	National Regulatory Authority	国家管理当局
NSC	National Surveillance Cell	サーベイランス局
NT	Neonatal Tetanus	新生児破傷風
NWFP	North West Frontier Province	北西辺境州
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
PCM	Project Cycle Management	プロジェクト・サイクル・マネジメント
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PHC	Primary Health Care	プライマリヘルスケア
PIC	Project Implementation Committee	プロジェクト実施委員会
PIMS		パキスタン医科学研究所
PO	Plan of Operations	プロジェクト実施計画
POL	Petrol, Oil and Lubricants Allowance	燃料費
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper	貧困削減戦略ペーパー
QCL	Quality Control Laboratory	ワクチン品質管理検査室
R/D	Record of Discussions	協議実施記録
RH	Reproductive Health	性と生殖に関する健康
RHC	Rural Health Center	農村地域保健センター
SAP	Social Action Program	社会行動計画

SIA	Supplementary Immunization Activities	追加予防接種活動
SOP	Standard Operation Procedure	標準業務手順書
TA	Transportation Allowance	交通費
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統産婆
TSV	Tehsil Superintendent of Vaccination	
TT		破傷風トキソイド
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
U5MR	Under-five Mortality Rate	5歳未満死亡率
VBFPW	Village-based Family Planning Worker	村落在住家族計画推進員
VPDs	Vaccine Preventable Diseases	予防接種にて予防可能な疾病
WHO	World Health Organization	世界保健機構

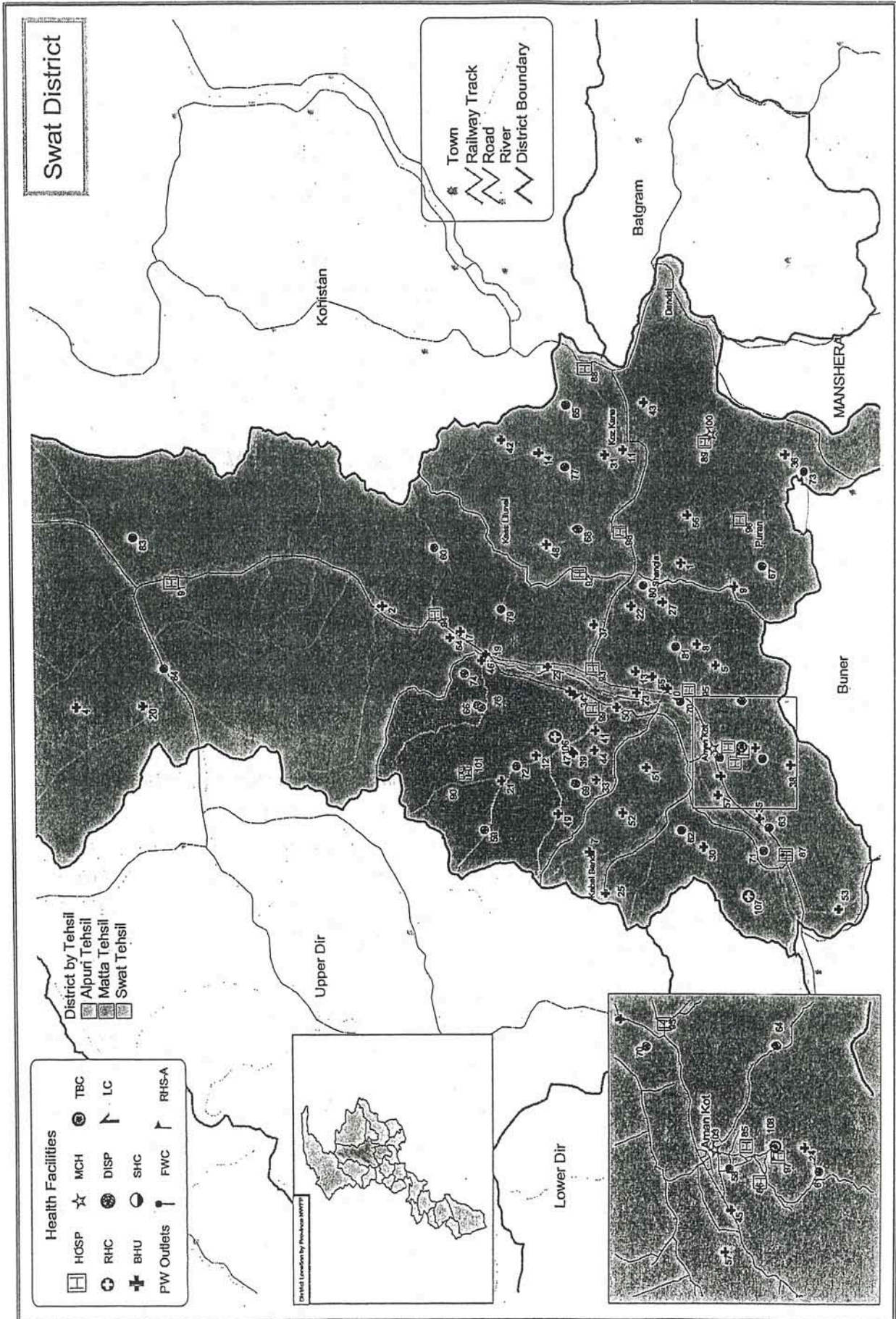
地図 1 : パキスタン国



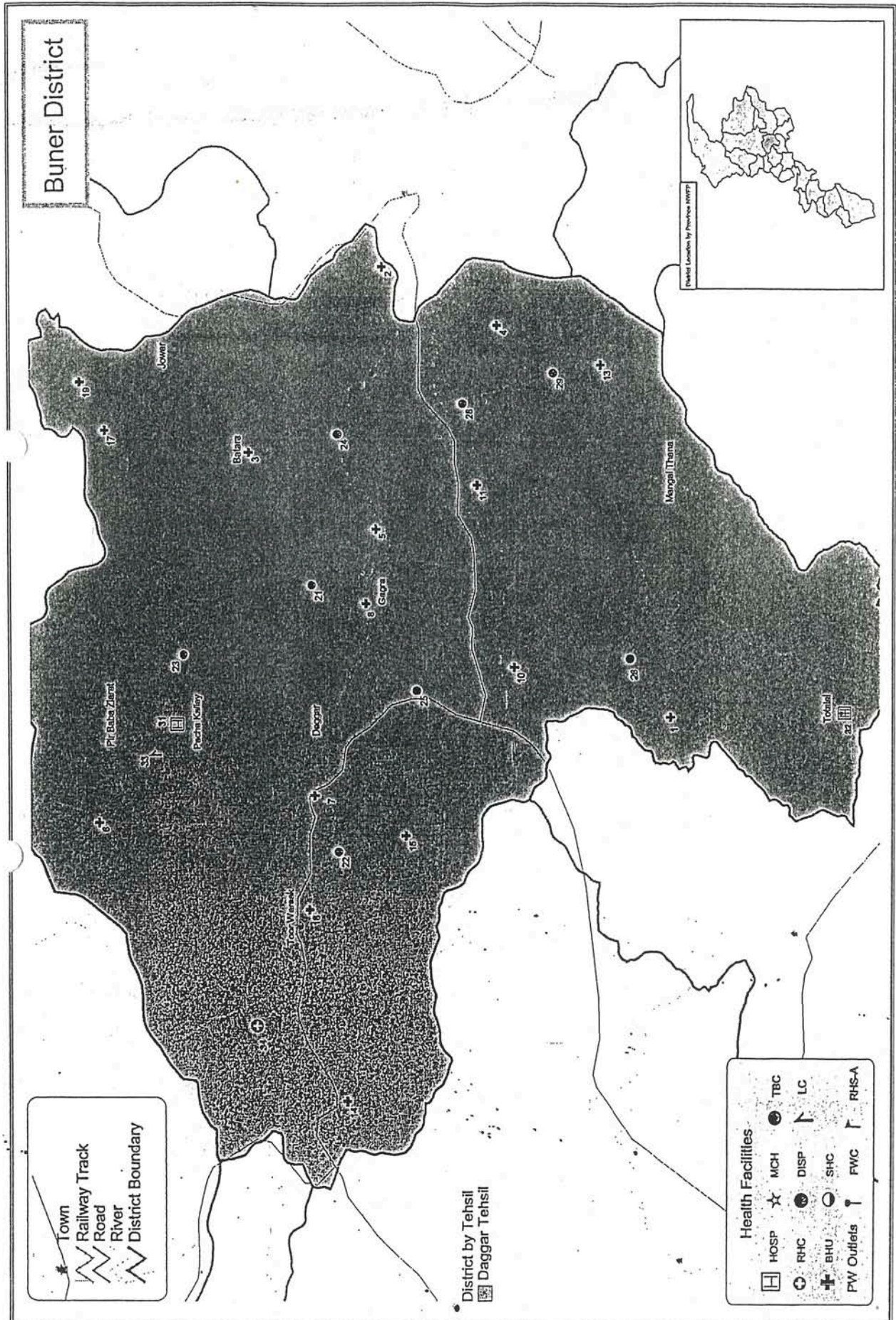
地图 2：北西边境州周边地域



地図 3 : 北西辺境州スワット郡



地図 5 : 北西辺境州ブネール郡





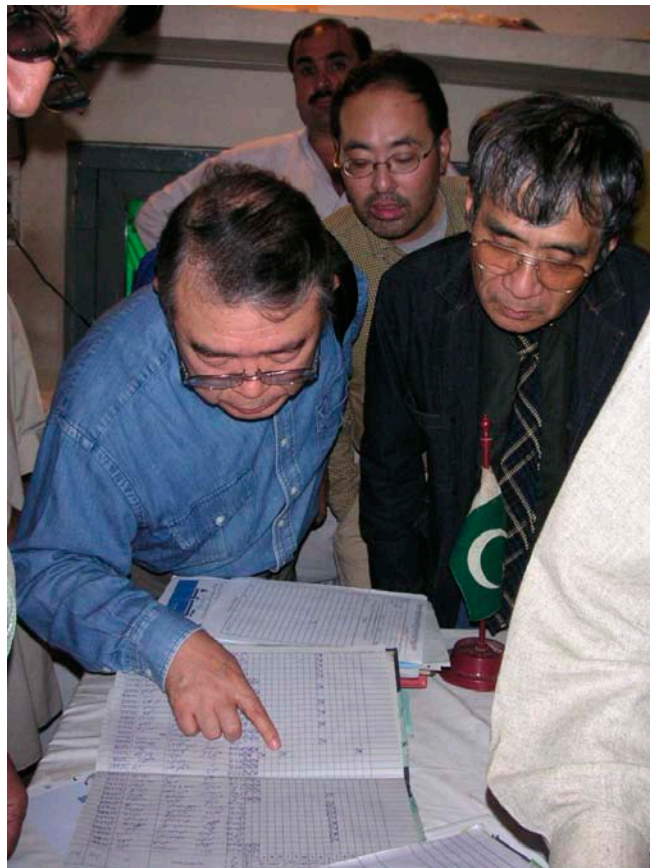
EPI の訪問記録 (対象家庭の入り口)



ワクチン接種所兼薬局 (シャングラ)



AFP 症例の診察



ワクチン接種状況の調査



QCL での調査



保健省次官補との協議

第 1 章 基礎調査団の派遣

1-1 調査団派遣の経緯と目的

WHO 及び UNICEF をはじめとする各ドナーは、パキスタン国における乳幼児死亡率の低減と地球レベルの課題であるポリオ根絶達成のために協力を実施してきている。我が国も、毎年新生児破傷風及びポリオのワクチンを無償資金協力により支援している。各国の支援により、ポリオ根絶に関しては、予防接種デー（National Immunization Day : NID）のキャンペーン実施によって、ここ数年新規感染者が減少してきている。しかし、同国の定期予防接種率は全国平均 50~60%程度と推測されており、たとえポリオ根絶が達成されても、定期予防接種が定着しないことには、キャンペーン終了と同時に新たなポリオ感染者を生み出すことになりかねない。このため、定期予防接種の一層の強化と、信頼性の高いサーベイランスシステムの確立が急務となっている。なお、The Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) はパキスタン国における定期予防接種活動に対して、今後 40 億円に及ぶ資金援助を予定している。この援助が有効に機能するためには、地方の基礎的保健医療サービスの質的改善と地方保健行政の機能強化のための人材育成、そしてサーベイランス情報管理に関する適正技術の移転が必須である。我が国からは、ワクチン供与に加え、同分野の長期・短期専門家を派遣しているが、これまでの協力の実績を踏まえ、多面的・自立発展的なシステムを策定するためにポリオ根絶に国家で取り組み、ワクチン製造、品質管理、検定を実施している国立衛生研究所（National Institute of Health : NIH）の機能強化、及び実際の予防接種拡大プログラム（Expanded Programme on Immunization : EPI）活動を実施する District でのモデル事業の実施をコンセプトとしたプロジェクトの実施について、パキスタン国側から要望があった。

1-2 調査団の構成

氏 名	担 当	所 属
吉倉 廣	団長／総括	国立感染症研究所長
千葉 靖男	EPI	国立国際医療センター国際医療協力派遣協力局 第二課長
山本 悌司	疫学サーベイランス	福島県立医科大学医学部 教授
竹野 伸治	協力計画	国際協力機構医療協力部 医療協力第一課 特別嘱託

1-3 調査日程

2003年10月6日（月）～10月24日（金）まで。

			山本	千葉	竹野	吉倉
1	10/6	月	14:00 成田発 (PK853) 21:05 イスラマバード着 (イスラマバード泊)			
2	10/7	火	09:00 JICA パキスタン事務所表敬 10:00 在パキスタン日本国大使館表敬 13:00 クエッタへ移動(PK329) (クエッタ泊)			
3	10/8	水	Bolan Medical Complex にて講義 Qila Abdullah へ移動			
4	10/9	木	Bolochistan 州調査 AFP 症状診断			
5	10/10	金	AFP 症状診断			
6	10/11	土	12:05 イスラマバードへ移動(PK352) (イスラマバード泊)			
7	10/12	日	現地専門家との協議			
8	10/13	月	Mingora へ移動 (スワット泊)		14:00 成田発 (PK853) 21:05 イスラマバード着 (イスラマバード泊)	
9	10/14	火	NWFP 調査 AFP 症例診断		09:00 JICA パキスタン 事務所表敬 11:00 スワットへ移動 (スワット泊)	
10	10/15	水	10:00 シャングラ視察 11:00 THQ 病院視察 13:45 BHU 視察 18:30 EDO Health (スワット) 視察			
11	10/16	木	09:00 イスラマバードへ 移動 15:00 事務所報告	(スワット泊)	0900 イスラマバードへ 移動 1500 JICA パキスタン 事務所報告 (イスラマバード泊)	
12	10/17	金	16:30 イスラマバード発		午前・午後 JICA パキスタン事務所 関係者との協議	18:20 成田発 (JL707)
13	10/18	土	カラチ着 深夜 カラチ発		07:30 ブネールへ移動	00:45 Bangkok 発 (PK893) 07:30 イスラマバード着
14	10/19	日	午後 成田着	10:30 EDO Health (シャングラ) との協議 13:00 BHU 視察 (シャングラ) 15:00 Peshawar へ移動		
15	10/20	月	10:00 NWFP 保健省との協議 11:30 UNICEF との協議 13:30 NWFP P&D との協議 14:30 WHO との協議 15:00 イスラマバードへ移動 19:30 JICA パキスタン事務所関係者との会食			

16	10/21	火		10:15 EAD との協議 11:30 WHO との協議 13:30 NIH との協議
17	10/22	水		09:00 UNICEF との協議 11:00 保健省との協議 午後 報告書作成
18	10/23	木		午前 報告書作成 15:00 在パキスタン日本国大使館報告 16:15 JICA パキスタン事務所報告 22:35 イスラマバード発 (PK852)
19	10/24	金		12:40 成田着

1-4 主要面談者

(1) パキスタン国側関係者

1) 連邦政府

Dr. Athar Jaeed Dil	Executive Director, National Institute of Health
Dr. Shahid Akhtar	Joint Executive Director, National Institute of Health
Dr. Rehan Hafeez	EPI Manager, National Institute of Health
Mr. Matiullah Khan	Senior Joint Secretary, Ministry of Health
Mr. Muhammad Ashaf Khan	Joint Secretary, Economic Affairs Division, Ministry of Economic Affairs & Statistics

2) 北西辺境州 (North West Frontier Province : NWFP)

Mr. Inayat Utllah	Minister, Ministry of Health and Population Welfare Population Welfare
Dr. Falil Ur Rahman	Director General Health
Dr. Rajwal Khan	Assistant Director, EPI, NWFP
Mr. Manzoor Ahmed	Secretary, Planning and Development
Mr. Said Ali Khan	Executive District Officer Health, Shangla
Dr. Mohammad Azim Khan	Executive District Officer Health, Swat
Dr. Khurshid Ahmed	Executive District Officer Health, Buner

(2) 国連機関側関係者

1) 世界保健機構 (World Health Organization : WHO)

Dr. Khalif Bile Mohoamud	Representative
Dr. Abulham	Chief, Provincial Office, NWFP

2) 国連児童基金 (United Nations Children's Fund : UNICEF)

Dr. Rafash S.Aziz	Senior Project Officer, Health & Nutrition
Dr. Imran Ravji	Project Officer, Child Health
Mr. Osama Makkawi Khogali	Chief, Provincial Office, NWFP

3) Global Alliance for Vaccines and Immunization : GAVI

Dr. Afaf Hussain Bosan	Immunization Advisor
------------------------	----------------------

(3) 日本国側関係者

1) 在パキスタン日本国大使館

北田 裕道

一等書記官

2) JICA パキスタン事務所

山浦 信幸

所 長

石井 羊次郎

次 長

種村 秀和

所 員

檜葉 由美子

企画調査員

第2章 総括（各団員からの報告）

（1）吉倉廣団長

- 1) JICA のパキスタン EPI/ポリオ対策プロジェクト立ち上げのための現地調査が目的である。パキスタン国からは、定期予防接種の向上、ポリオ根絶プログラムに関するサーベイランス、パキスタン国 NIH 品質管理部門の強化の3点があがっている。
- 2) 定期予防接種に関係しては、NWFP のブネールとシャングラを調査した。北西地区は山岳地帯である。いずれの地区指導者は本プロジェクトを熱望しており、協力の下地は十分あると考えられた。ただし、シャングラは地区中心から隣の村に行くにも尾根道を通ることになり、車での移動には生命の危険を伴う。ブネールは種々の条件が比較的良好に揃っている。上の2地区へはスワットから入る。スワットは国境から 100km 以内になるが、治安は大変よい。上の2地区へのアクセスの拠点としてもスワットを対象地区にすることは有益と考えられる。
- 3) プロジェクトサイトの選択には、何よりも日本人専門家の安全と、成果を上げる可能性があるか否かが鍵であり、そのような点を考慮しつつ最終判断をすることとなった。
- 4) NIH の品質管理部門強化については、WHO のレビューで国家管理当局（National Regulatory Authority : NRA）がパキスタン国になかったことで強い指摘を受け、NRA が生産部門である NIH と数年前に分離した。しかし、国立感染症検査室（National Control Laboratory : NCL）の整備が整わない状況のなかで、NIH の品質管理部門のみに協力しても、NRA が不完全であれば WHO レビューで再び問題になる可能性がある。この点については、パキスタン国の WHO 代表部と十分な意見交換を行い、WHO、JICA が協力してパキスタン国の品質管理システムを育成していくということで合意をした。
- 5) NIH 管理部門については、NIH 実務担当責任者並びに担当者との意見交換、現場調査を行った。機材供与（5年間で40万ドル）、日本での研修、ワクチン品質管理検査室（Quality Control Laboratory : QCL）の標準業務手順書（Standard Operation Procedure : SOP）作成に関し要請があり、いずれも妥当なものであると判断した。機材供与により、QCL は非常に良くなると判断され、効率の良い協力であると思われる。
- 6) イスラマバード及びペシャワールそれぞれで、UNICEF 並びに WHO と意見交換を行った。活動を進めるうえで種々の調整が必要になるということでも意見が一致した。プロジェクト遂行には、JICA 側の投入に対応した受入れ側の投入が必要であり、GAVI、UNICEF、WHO 等の協力で現在進行中の活動との重複を避けてほしいという NWEP 政府の意見はもったもたないことであると思われた。

パキスタン国は連邦制をとっており、想像以上に権限と責任が坤方に移譲されている。したがって、地区で活動を行うにあたっては、他の国以上に地区政府の意見の聴取、それに土台を置いた計画設定、合意が必要のように思われる。他方、中央政府の合意も必要で、このことは、今後の対応上留意すべき点である。

（2）千葉靖男団員

2003年、パキスタン国のポリオは既に72例発生している（2002年の同時期は63例）。した

がって、各州、各 district に WHO スタッフを配置して NID と AFP サーベイランスに総力を上げていますが、パキスタン国がポリオフリーとなるにはまだ時間が必要と予想される。EPI システムが脆弱で、小児の出生率が高いから NID から漏れる小児も多いと予想される。

活動の前半は Baluchistan 州クエッタ市、アフガン国境の Chaman 市において、Acute Flaccid Paralysis (AFP) 患者の追跡調査（診察）を行い、さらにクエッタ市の病院において小規模トレーニングコースを開催した。

追跡調査ではポリオ確認 2 例を含め 16 名の AFP 症例を診察した。これらの中には現地スタッフだけでは対応困難と思われた症例もある。すなわち、明らかにポリオであるがポリオウイルス陰性の症例や野生ポリオウイルス陽性でありながら非ポリオ疾患などの症例に遭遇した。このようなきめ細かい調査を行うことで、現行の AFP サーベイランスが抱える盲点をこれらスタッフに理解させることができたと考える。

このように、パキスタン国ポリオ根絶に対する我々の活動は現場における問題点の発見とその解決への提言を目的として行っている。これは草の根スタッフ、更には地域住民へ直に裨益する活動として有意義である。また、末端の状況を迅速に中央（国レベル）にフィードバックできるという点でもユニークである。このような技術協力は現地において感謝されており、ポリオ根絶活動への日本の協力を強く印象づけるものとする。

小規模トレーニングコースは、クエッタ市の Bolan Medical Complex Hospital（州レベル）に臨床医師及び WHO 等ポリオ根絶スタッフ約 50 人を集めて行った。山本専門家は AFP 鑑別診断について講義し、また、「中国ポリオ対策プロジェクトでの AFP サーベイランスの経験」をこれに付け加えて AFP サーベイランスへの協力を呼びかけた。

当初、NID のモニタリングを目的として訪れた NWFP のスワット郡では Press release に郡保健局長とともに臨んだ。JICA のパキスタン国 EPI 及びポリオ根絶計画への協力を説明し、同時にポリオ根絶への継続的な支援をメディアに要望した。翌日、いくつかの新聞がこれら JICA の貢献を取り上げた。今後ともあらゆる広報宣伝の機会をとらえ、我が国の貢献について理解を広げるべきと考える。

活動後半はプロジェクト化への基礎的調査として、ここ NWFP において EPI サービスの現状調査を行った。対象はブネール、シャングラ及びスワットの 3 郡である。なお、ブネールとシャングラは NWFP からプロジェクト候補地域として上げられている。

まず、ワクチン接種記録の分析では多くの小児が各種ワクチン接種からドロップアウトしており、規定回数を受けているものはむしろ少ない。また、これらの子ども達では麻疹の接種率も著しく低いことがわかった。住民に予防接種についての知識がなく、またフォロー体制のないことがこの原因である。また、EPI 対象小児の登録システムもないから、実際のワクチンカバー率は著しく低いことになる。EPI サービスの改善にはこのような問題を考慮して介入を図ることが必要である。

なお、Lady Health Worker (LHW) を訪問する機会があり、彼女らの EPI サービスで果す役割が理解できた。EPI の向上を目指すうえで彼女らの役割が非常に大切であり、LHW との接触を促すような協力も検討に催すと考える。

訪問 3 郡のうち、シャングラはスワットから 2001 年に切り離された新しい郡である。しかし、ここへのアクセスはきわめて悪く、専門家が宿泊できる施設もない。同じくブネール郡もスワットから分離された地域であるが、シャングラよりインフラは良いようである。一方、ス

ワット郡はペシャワールからのアクセスも良く、宿泊施設や治安にも問題はない。EPIの基盤も3都の中では最も良い。今後、協力対象郡の選定にはスワット郡も含めて検討するのが望ましい。ただし、ここの一部は、JICAの安全規定（アフガン国境から100km）に抵触し、また、UNICEFが予定するEPI強化プログラムの対象地域（ただし調整は可能とのこと）であるなど、検討すべき点がいくつかある。

パキスタン国のEPIサービス改善にはUNICEF、GAVIも今後深くかかわる。UNICEFは活動5年計画の新しいサイクルを2004年1月より始める。そして、EPIはこの主要な内容の一つである。また、このために介入を予定している4郡のうち一つがスワット郡であることもあり、今後のJICAの活動はUNICEFとの調整を図りつつ進めることが望ましい。すなわち、協力内容での重複を避ける一方、場合によっては活動の協調も必要となる。スワット郡において積極的にUNICEFと協調しEPIサービスの向上を目指すことも一つの方向であろう。

UNICEF表敬の際、2003年11月にはEPIポリオ根絶TAG/ICC会議が開催されるが、UNICEFからはJICA事務所にも是非参加してほしいとの要望が出された。

今回、NWFPは誠心誠意、調査に協力してくれた。できるだけ早期にプロジェクトを開始したい。今後の活動については当面NWFPに重きをおき、プロジェクト化への地ならしを図るのが望ましい。可能な範囲での技術支援もNWFPとのパイプを太くするうえで有意義と考えられる（2004年3月のNWFPトレーニングコースの講師派遣依頼があった）。

医療施設 EPI センターの定期接種サービス状況

施設	対象人口 (万人)	vaccinator	EPI サービス	摂取人数/日	EPI 記録 Dropout	Cold storage	その他
Dispensary Nanglor 村	3.2	2人、男女	毎日 BGG, Measles 月、木	30-40	3+	1 ice lined	麻疹未接種が多い
BHU Gulibagu 村	2.3	1人、男	毎日	15-45	1+	1Fridge	LHW が紹介
病院 Khawaza Khela 町	2.8	1人、男	毎日	35	1+	1Freezer 2Fridge	LHW が紹介
BHU Kotanit 村	1.5	1人、男	毎日 BGG, Measles 月のみ	15	1+	2Fridge	LHW が紹介避妊薬の 支持もあり
病院 Miandam 町	3.5	1人、男	毎日	10	1-2+	1Fridge	ワクチン保管に問題
病院 Mldyam 町	3.5	1人、男	毎日	20	2-3+	1Fridge	Fridge は MCH より
病院 Matta 町	3.4	2人、男	毎日、 一部特定日	35	1+	2ice lined 1Freezer	麻疹未接種が多い
RHC Buner Jowar 村	2.4	2人、男女	毎日	25	1+	1Freezer	麻疹未接種が多い
BHU Buner Torwarsak 村	1.2	1人、男	毎日	20	1+	1Fridge	麻疹未接種が多い
病院 Shangla Amnovi 村	1.1	1人、男	毎日、一部特 定日	3-4	1-2+	1Fridge	Fridge は MCH より

パキスタン国 EPI/ポリオ対策プロジェクト対象地域候補 3 郡の比較

District	人口	郡へのアクセス	宿泊施設	EPI インフラ 及び体勢	治安国境までの 距離	その他
スワット	147 万	良好	あり	比較的良好	問題少ない。 一部 100km 以内	UNICEF が介 入予定
ブネール	57 万	比較的良好。スワ ットより 1.5 時間	なし	比較的良好	問題少ない。 100km 以上	
シャングラ	50 万	不良。スワットよ り 2.5 時間	なし	不良、EPI マネー ジャー未配置	問題少ない。 100km 以上	

(3) 山本悌司団員

今回の事前調査は、パキスタン国における上記対策が、プロジェクトとして遂行されることの意義と、現地の状況から実現可能であるかどうかを中心に、調査活動を行うものである。

私は神経学専門家であり、特にポリオの臨床、検査室診断がどのようになされているかを中心に報告する。

1) 調査日程と経過

・ 10 月 6 日 (月)

千葉団員とともにパキスタン航空にて成田発、同日夜イスラマバード着。

・ 10 月 7 日 (火)

朝、JICA パキスタン事務所を訪問し、山浦所長と今回の調査目的について打ち合わせた。その後、日本大使館を北田裕道一等書記官と面談した。同日、イスラマバードからクエッタに空路移動した。今回は特に、National Immunization Days (October 14th-16th) にかけての調査であり、ポリオワクチン接種状況、ポリオ発生状況、EPI 活動の現況を現認し、何が必要とされているのか、我々が何を提供できるのかなどを中心に調査した。まず、Balochistan WHO 事務所を訪問し、ポリオ NID の準備状況について説明をうけた。

・ 10 月 7～11 日 Quetta—Killa Abdulla, Chaman

初日、EDO Dr. Mahamed Axim Khan のオフィスで面談し、クエッタ地域の今回の調査の目的について説明した。その後、上記の地域を 3 日間調査した。ここは既に 5 例の野生株症例が報告されている。広大な地域を抱えクエッタ以外は人口が希薄な地域であり、アフガン国境の不安定な地域でもある。調査中 11 例の AFP 症例を診察した。また、Balochistan の基幹病院、大学病院である Bolan Medical Complex (BMC) において、医師、EPI 担当官に対して、「ポリオ、AFP の鑑別診断」の講義を実施した。90 分の講義と、質疑応答は活発であり、有意義なものと考えられた。また、BMC とフィールドにおいて野生株ポリオの確認されている症例 2 例、脊髄炎 3 例 GBS などがあった。一般に AFP 臨床診断は診断エキスパートチームが形成され、最終的診断を担当しているが、その質は十分ではなく、家族が最終診断を納得していない症例などが認められた。基幹病院 (56 か所) には AFP 症例の active surveillance 要員が常駐し、調査報告を行っており、これは優れた方針と考えられた。Union council の EPI 拠点 5 か所を訪問し、NID の活動状況、ワクチンの保存状態、記録の状況などを調査した。その後、EDO オフィスにて担当 EPI スタッフ、調査団、そして WHO 当該地域担当官との検討会に参加した。

・ 10月12～15日（火）

イスラマバードから陸路 Mingora（スワット）に移動した。到着時既に NWFP の NID 責任者である Dr. Rajwa Khan、Unicef Dr. Jamir の来訪を受け、NID 準備状況、ポリオ発生状況について現況をうかがった。この間、Mingora（人口約 160 万人）とシャングラ（約 55 万人）を調査した。また、スワット EPI 責任者（EDO）Dr. Axal Khan と三度ほど面談し、問題点を出し合い検討した。AFP 症例は 4 例診察し、書類上死亡例 4 例について WHO 現地担当 Dr. Sali から意見を求められた。診察したうち、2 例は野生株が分離されている症例であり、残りは GBS 症例であった。

NWFP とスワット側は今後の JICA の協力を強く希望し、協力体制は十分と思われた。しかし、Mingora からシャングラへの移動は劣悪な山道であり、ルチーンの頻繁な移動には危険が伴うと思われた。NWFP は担当地区の配分を行ったのであるが、この点で UNICEF と JICA と担当地域を変更可能との感触を得た。

・ 10月16日

千葉団員小林専門家と別れ、スワットーイスラマバードを陸路移動、千葉調査団員を残し、吉倉団長を待たずに帰国する。

2) 印象と結論

- a) 2003 年度パキスタン国のポリオは野生株確認症例が既に 70 例に達しようとしている。基本的にこの国のポリオ根絶には行政上、医療、予防活動上の問題が山積していることは明らかである。事情はかなり異なる面が多いが、我々が中国のポリオ根絶の過程で取得した EPI、ポリオ診断時術などの経験とノウハウがここでも利用できると思われる。
- b) Balochistan はクエッタが中心である。広大な地域と Afghan border を抱えており、常駐的活動には調査活動の移動上の制限と困難が予想される。しかし、定期的調査が必要であり、トレーニングコースの実施、EPI に必須な車両、cold chain の充実など JICA の援助が必要なことが認識された。また、車両援助の公式要請については数か月前に既になされているが、JICA 側からの回答が得られていないと保健担当次官から表明された。
- c) NWFP は今回調査した北方の山岳地帯を控え、調査活動にはかなりの困難を伴うが、ペシャワールに拠点を置けば、スワット中心の調査、援助が有効と思われた。スワットからシャングラへは、きわめて険しく不完全な山岳道路でのみ結ばれている。そのため、常駐的、あるいは頻回の移動は困難であり、かなりの危険が伴う。また、宿泊施設はないと言ってよい。次善の策として、この地区の拠点をペシャワールスワットとし、シャングラ、ブネール（未確認）からの情報をそこに集約することが現実的であろう。AFP 症例の調査に関しては、患児、家族の居住地区を訪問することは、困難であり、非能率的と思われた。むしろ、スワットに集合してもらい、そこで診察、調査をするほうが有効であろう（交通費の負担など若干の費用を提供する必要があるが）。
- d) NWFP は担当官 Dr. Rajwal Khah をはじめ協力的であり、JICA の人的、必要資材などの協力に期待することが大きく感じられた。特に、医師、EPI スタッフの AFP 評価、EPI の充実に関する教育を指導することを期待している。具体的な課題として、早期に training course 実施を我々に要請しており、その中心として協力することも有意義である。
- e) Balochistan、NWFP とともに WHO、UNICEF のスタッフが活発に活動している。そして、

JICA の活動に対しても非常に協力的と感じた。つまり、国際的な多機関の協力がパキスタン国におけるポリオ根絶には必要とされていることが実感された。人材、機材ともに不足していることは明らかであり、本プロジェクトの速やかな現実化がパキスタン国に必要とされている。

第3章 保健医療分野の概況

3-1 基層社会に内在する脆弱性

(1) 南アジアで最悪水準にある保健指標

保健指標は住民集団の持つ遺伝素因、彼らが置かれた環境要因、社会的要因のうえに、保健医療の整備状況が加味されて決定されるもので、脆弱性の結果であって原因ではなく、いわば悪条件のなれの果てである。しかし、パキスタン国では生まれた子ども1,000人中80人以上が1歳までに亡くなり〔乳児死亡率 (Infant Mortality Rate : IMR)=82〕、110人が5歳までに亡くなる〔5歳未満死亡率 (Under-five Mortality Rate : U5MR)=110〕という状況が厳然と存在している。これは昭和初期の我が国と同様の水準であり、人々の死生観、受療行動、家族計画に対する態度等に大きな影響を与えている。

1970年時点でのパキスタン国におけるIMRは117、U5MRは181と高く、出生時平均余命(いわゆる平均寿命)も49.0歳にすぎなかった。バングラデシュ(当時の東パキスタン)はIMR145、U5MR239、平均寿命44.9歳と西パキスタンに後れをとっており、スリランカはIMR65、U5MR100、平均寿命65.1歳と既に今日のパキスタン国を上回っていた。当時のパキスタン国と似通った成績であった国としてインドネシアとベトナムがあるが、30年後のパキスタン国における5歳未満死亡率改善の速度は遅く、南アジア地域の中でもネパールと最下位を争う有様である。

(2) ジェンダー問題

女性の移動や家庭外の社会との接触が制限され、雇用、食糧、教育、保健医療サービスへのアクセスが得られないこと、決定権が与えられていないこと、知識が不足していることなど、パキスタン女性は不利な条件下におかれている。農村部では、女性が人前に出ることはほとんどなく、保健関係者といえども男性の訪問客は家への立ち入りは許されず、壁越しに会話するのがやっとである。また、病気になっても夫や舅の許しなしには治療に外出することすらできない。この状況は女性自身の健康だけでなく、母親が連れていかなければ受療できない乳幼児の健康にとっても大きな脅威であり、「酒、タバコなどの奢侈財の消費は夫の交渉力が強まるに連れて増え、食糧や教育・保健の消費支出は妻の交渉力が強まるに連れて増える傾向がある」とする途上国からの研究結果もあるところ、世帯全員の栄養、健康、教育にとって好ましくない影響が危惧される。

女性の人口が男性を下回り、女性の平均寿命が男性より短い、これは生物学的にはありえない現象で、女性が軽視され冷遇されているとしか考えられない。センらが男女差別の結果であると指摘した「喪われた女性たち」の実例であるが、1986年のデータを国際比較した時点ではパキスタン国が世界でも最悪の女性-男性比率を示していた。5歳未満での死亡率においても女児(131)が男児(121)を上回る。小児期を生き延びて出産可能年齢に達すると、今度は妊娠・出産に関連して毎年2万8,000人以上の女性が死亡し、この年齢層の女性の死亡原因の4割前後を占めている妊婦の半数前後が貧血のため出産時の危険が高まることに加え、訓練された保健従事者に解除される分娩が18%しかないため、妊産婦死亡率が非常に高い(出生10万対200~400)。35歳以上での妊娠を回避すれば妊産婦死亡を半減できるし、既に3人以上の子どもを持つ女性の39%は次子の出産を望んでいない。にもかかわらず、避妊手段が入

手できなかつたり (Unmet Demand と呼ばれる)、女性に決定権がなかつたりして合計特殊単年率=4.6 と1人当たりの総産児数が多い。この結果、(妊産婦死亡率×合計特殊出生率)で求められる生涯での妊娠・出産関連死リスクは1840/10万人となり、50数人に1人の女性がそのために落命していることになる。

女性に対する家庭内暴力は頻繁に起こっているが、保健医療問題としてはもちろん社会問題としての認識すら希薄で、警察や法律による対応は全く不十分である。なかでも最悪のものが Honor Killing (名誉の殺人) で、政府がこれを犯罪であると公式に表明したのはムシャッラフ政権になってからである。Lawyers for Human Rights and Legal Aid と UNICEF が共同でまとめた統計によると、2002年の1年間で女性に対する身体的暴力が3,296件確認され、うち1,375人は Honor Killing であった (The News ; Jan.14, 2003)。南アジアでは夫やその家族が嫁に火をかける型の暴力が特徴的である。調理中に引火した、ストーブが爆発したなどと申告されることがほとんどである。暴力によると断定できる例は少ないが、イスラマバード、ラーウルピンディ両市内の主要4病院だけで2002年中に294人の熱傷患者が搬送され、うち217人が死亡した。専用病棟がないため院内感染症によって死亡する患者が多い。全身の40%に達する熱傷患者を入院させて治療すれば、1日当たり1,500~3,000ルピーもの費用がかかり、患者のほとんどが貧困層の女性たちであるため民間サービスは関心を示さない。同じ理由から歴代の政権も熱傷専用病棟の設置・運営に及び腰になってきたと指摘する女性権利活動家もいる。

(3) 貧困と低栄養

保健医療サービスは健康で過ごせる年月を生産するために必要な投入要素の一つでしかなく、教育、住宅事情、収入額、雇用状況、栄養なども同様に不可欠の要素であることが、古くは1972年の Grossman 以来提唱されてきた。

パキスタン国では人口の3人に1人が貧困線以下にあり、健康に対する重大な脅威と背中合わせで暮らしている。逆に、社会的セーフティネットが全く不備なこの国で、家族が大病を患ったり主な稼ぎ手が死亡したりすれば、容易に貧困状態へと転落しうる。

住宅を例にとれば、人口のほぼ半数が一間だけの家屋に住んでいるが、1世帯の規模は平均7.4人あるため、1寝室当たり平均4.4人の家族が寝起きする過密な生活環境となっている。狭い空間に大人数が住めば、空気感染する急性呼吸器感染症や結核(有療率=人口10万対60)の罹患率が高まるのは当然である。一時はかなり抑制されていたマラリアが再び患者数を増やしつつあるが(有病率=54)、媒介蚊の成育に適した気候条件にあつて、蚊が侵入しやすい隙間だらけの家屋が建ち並ぶ地域が中心である。一方、土壌中に存在する破傷風菌は草食性であるウシや山羊の糞中にも排泄されて、芽胞は2年間以上感染性を保っている。乾燥牛糞を調理用燃料として使用するような農村部ほど自宅分娩が当たり前となっており、妊産婦や新生児における破傷風発症のリスクを高めている。なかには臍の緒の乾燥を早めるため、わざわざ牛糞を児の臍に塗り込めるような伝統を守る地域も残っている。人から人に糞口感染するポリオの根絶に手間取り、下痢症の頻度がきわめて高いのも、飲食物が排泄物で汚染されやすい生活条件にある貧困層人口が大きいためである。

貧困において一時的なものと慢性的なものが区別されるように、低栄養にも急性のものと慢性的のものに区別されるが、いずれも一時的貧困として取り扱われる期間の中で顕在化しうる。日々の食事は住宅や教育の問題を後回しにしても優先されるはずであるが、ほかを切りつめて

も食糧エネルギー必要量を満たせなくなると、影響はまず体重の減少として現れる。成長途上の子どもの場合、それまでに到達していた身長に見合わない低体重を示す（Weight for Height が標準参照集団の5パーセントイル未満）。この状態を急性消耗（Wasted）と呼び、短期間のあとに再び十分な食糧が摂取できるようになれば体重は速やかに回復する。しかし、カロリー不足が長期にわたると、低体重に加えて身長増加不良が顕在化してくる。暦年齢・月齢に比べて異常に低い身長（Height for age が標準参照集団の5パーセントイル未満）を示すまでになった状態を低身長（Stunted）と呼ぶ。古い統計であるが、全国の5歳未満児に占める急性消耗児は13.8%（都市部13%、農村部15.2%）、低身長児はフォローアップ36.3%（都市部33.1%、農村部39%）であった（National Health Survey of Pakistan 1990-94）。慢性的な低栄養状態にある子どもに、疾病であれ一層の食糧摂取不足であれ、何かしら急性のインパクトが加わると（Acute on Chronic）、生命を落とす危険が非常に高くなる。パキスタン国において乳幼児死亡率が高いのは、劣悪な栄養状況におかれている小児人口集団がきわめて大きく、ありふれた下痢症、風邪、麻疹等に罹患すると重篤化して死亡に至りやすい（致命率：Case Fatality Rate が高い）ためである。

低体重（Low Weight）は最も広く計測される指標であるが、暦年齢、月齢に比べて体重が異常に小さい（Weigh for age が標準参照集団の5パーセントイル未満）というだけでは、低栄養が急性か慢性かの区別はつかない2,500g未満の低出生体重児（通常は5%前後）が全新生児の25%を占め（1995～1999年）、胎児期に低栄養が始まっている子どもが少なくない。そこから死亡したり正常体重に追いついたりする者が除かれていくが、新たに低体重に陥る子どもが加わるため、5歳未満児における低体重児率は26%（1995～2000年、「Pakistan Human Condition Report 2002」では35%という数字をあげている）と高止まりを続ける。摂取カロリー不足が第1の原因であろうが、繰り返される下痢症が吸収率を低下させる経路もありうる。一旦、低栄養に陥ると、免疫力が低下してさらに感染症に罹りやすくなる悪循環が成立する。

総摂取カロリーが足りていても、摂取する栄養が偏っていればそれも低栄養の原因となる。例えば、貧しさや迷信のために赤身の肉など鉄を多く含む食品を食べられなかったりして、貧血になるほどの鉄欠乏に陥っている人々が非常に多い。ビタミンA欠乏症もその典型例である。野菜・果物から十分なカロチンを摂取していれば、体内でビタミンAに転換することができるが、脂溶性ビタミンであるため同時に脂肪を摂取しないと吸収効率が落ちる。結局、貧しい家庭の子どもほど副食に乏しく油脂の消費も少ないため、ビタミンAが欠乏しやすい。幹事たちは夜盲症から角膜病変にいたる眼症状を呈するほか、下痢が始まると治りにくく、麻疹にかかった場合にも致命率が高くなる。

栄養状況の改善には、ビタミンA補給プログラムや食塩へのヨード添加などの直接的な介入策もちろん必要であるが、農業生産の向上、栽培作物の多様化、食糧貯蔵技術の改善、食糧配分の公平化、学校やコミュニティにおける栄養教育、保健セクターの公平化、学校やコミュニティにおける栄養教育、米銀行といった小規模金融など、保健セクターにとどまらない総合的なアプローチが求められる。

（4）教育

「リスクに対して脆弱な家計ほど消費安定化のために子どもの教育を犠牲にして人的投資を減らす」結果、途上国の農村では貧困ゆえに子どもの教育が断念されることが多い。逆に、

教育の不足は保健指標に大きな負のインパクトをもたらす。世界各地での疫学調査と同様に、パキスタン国においても両親、とりわけ母親の最終学歴が低いほど子どもを乳幼児期に死亡させてしまう確率が高く、1人の母親が生む子どもの数も多い。

1998年国勢調査によれば、成人識字率は45%、女性は32.6%で、10歳以上の女性の3人に2人は読み書きができない。農村部女性に限れば20.8%に低下し、男女間、都市・農村間のギャップが激しい。低識字率の一因は低就学率にあるが、男女別の初等教育就学率は87%対42%、中等教育就学率は33%対17%で、女子は男子の2分の1水準にとどまっている。さらに、中途退学者の多さがこの傾向に拍車をかける。1999年に実施された調査によれば、5年間の初等教育を終えるまでに15%の児童が中退し、ある試算によると、10年生を修了する女子生徒はわずか19%にすぎない。教育が健康水準に対してインパクトを持つためには、中等レベルの修了が重要であることを考慮すれば由々しき現状である。

就学率の低さや中退率の高さの原因には、学校や教員の不足など供給量に係る要因、教育にかかる出費や子どもが家計を支える労働力となっている経済的要因、親が子どもを学校に送りたがらない社会的要因があり、特に後ろの2点が女子の就学を構造的に阻害していると考えられてきた。学校に行かせない主な理由は「子どもが望まないこと」であるが、その背景には教育の質の低下があるといわれるようになった。UENSCOによる最新の調査でも、多くの親が質さえよければ男女にかかわらず就学させたいと考えており、就学率向上は良質な教育の提供にかかっていると認識されてきている。

教育の質は大別して施設、教科内容・カリキュラム、及び教員・教授法によって決定されるが、質のコントロールに係るシステム、すなわち評価法や学校制度の設計、更には行政のあり方も重要である。①施設面で保健・衛生とかかわりが深いトイレや給水設備などが教育セクター改革プログラムの一環として政府小学校に設置されつつある。②教科内容についてはカリキュラム改革が進行中であるが、教育・保健量セクターをまたぐ共同作業が必要である。従来の理科、社会科教育では保健・衛生や人口問題などを正しく理解させる要素に乏しく、課外活動での衛生教育なども不十分であった。知識量が不足しているうえに、試験合格のための暗記一辺倒の教授法が、知識を理解して実生活に応用することを妨げている。③カリキュラム改定に合わせて教員の再訓練も不可欠である。教員セクター改革では教員資格の格上げ及び教師トレーニングを実施しているが、単に上級資格を付与するだけでなく、教育が社会全体にどれほど大きなインパクトを与えうるかを教師に認識させるような再訓練が望まれる。④暗記に偏る指導方法を改めるには、評価法や進学制度自体を見直す必要がある。既に、パンジャブ州では小学校までの落第を廃止し、代わりに到達度評価を導入するよう制度を変更した。到達度評価には、データの蓄積による指標の構築が必要で、全国教育評価システム（National Education Assessment System）の整備が進められている。

基層社会に内在する脆弱性を取り除き保健水準を向上させるには、女子教育の普及が決定的に重要である。しかし、そこには教育のもたらす将来的効用と、目先の経済的・社会的効用との間の選好をめぐる関係が見いだされるのである。

貧血を呈さない潜在的な鉄欠乏でも大脳機能に影響を及ぼし、認知能力が低下するとの知見が1980年代から得られている。鉄欠乏のために成績がふるわない生徒はパキスタン国中で相当な数に上ると考えられる。その点に着目したTawana Pakistanというプロジェクトが始まっているが、これは5,000校の女子小学校で50万人生徒を対象に給食を実施し、併せてビタミ

ンと鉄の補充療法を行うものである。貧困が深刻な 26 の郡において低体重児を 18%、低身長児を 10%それぞれ減らし、小学校就学を 2 倍に増加させ、中退率を 30%減少させうると見込まれている。今日的には栄養と教育におけるジェンダー格差を是正し、この女兒たちが母親となるころには出産率の抑制や乳児死亡率の改善まで期待される介入戦略である。

(5) 社会基盤

安全な飲料水が利用できない（人口の 12%）、トイレがない（人口の 60%）、適切なし尿処理がなされない、道路が整備されていない、診療所に水や電気が来ないなど、生活の基礎条件をなす社会基盤が整備されていないことが住民の健康的な生活を妨げ、かつ保健医療サービスの供給をも困難にしている。農村部では人の糞便は残飯などとともに各家庭から排水溝へと流されることが多い。覆いもなく地面を浅く掘っただけのこの溝は滞りやすく、何本かが合流する辺りまでくると有機物が発酵して、異臭を伴う泡が浮かび始める。雨が降ればたちまちあふれて通路や広場などの共有スペースを汚染してしまう。また、農村では水牛、ろば、山羊、鶏など様々な家畜が飼育されているが、柵を設けて人が住む空間と区別することもない。

こうして生活環境が人や家畜の糞便にまみれ、各種下痢症、ポリオ、A型肝炎、回虫、鞭虫などの糞口感染症、先述した破傷風菌や消化管出血を起こして貧血の原因となる鉤虫などが経皮感染する温床が作り出されている。

(6) 脆弱性の発露としての疾病構造

パキスタン国ではいまだに下痢症が最大の死亡原因である。飲料水の汚染や食品流通上の問題などから下痢をきたす頻度が高いことに加えて、もともと低栄養状態にある子どもが多いため、下痢し始めると回復しきれず急性下痢症（14 日未満）から慢性下痢症（14 日以上）へ移行しやすく、衰弱死または合併症による死亡が多い結果と考えられる。

下気道感染症がこれに続くが、狭小な住宅が上気道感染症（かぜ症候群）を促進することに加えて、低栄養状態が肺炎・気管支炎などの下気道感染症移行しやすくなる。結核も住宅事情に加えて、特にたんぱく質の摂取不足が発症を容易にしている。結核は治療期間が数か月以上に及び、薬代・通院費、あるいは休業に伴う機会費用を合わせるとかなりのコストがかかる。そこで、日常生活に差しさわりのない程度に回復すると、完治する前に治療計画を自己中断してしまう患者が出やすい。結局は再発して家族や職場の同僚などに感染させる源となるうえ、中途半端な治療によって薬剤に耐性を持つ結核菌株を選択的に生き延びさせ、社会に広める培養器の役目すら果たすことになる。したがって、コストを支払えない患者にも医療サービスを提供すること（非排除性）が社会的に重要となり、個々の患者に対する治療というより、公衆衛生的課題としての性格が強くなる。貧困層で患者が多いことを考え合わせれば、結核用の医療サービスはますます公共財としての要件を満たし、結核患者は治療医学の対象とせず公共保健の対象として政府がコストを負担することが妥当である。

リウマチ性心疾患は、幼少期にかかった溶連菌感染の後遺症で心臓弁膜症を患った人々が寿命を迎えたものである。心臓手術が受けられずに死に至るのは気の毒であるが、溶連菌には廉価なペニシリンが今日でも有効で、新たにリウマチ熱に罹患する患者数は激減している。したがって、弁膜症による死亡者は今後徐々に減少していくと考えられる。

慢性肝疾患はβ型またはC型肝炎ウイルスの慢性感染によるもので、肝硬変から静脈癌破裂

を併発して死に至る。今後 10 年間でウイルス保因者数は 3 倍に増え人口の 35% に達すると警告する専門医もいる。治療は高価なインターフェロンしかなく、新生児全員への B 型肝炎ワクチン投与が計画されているが、同時に輸血や医療廃棄物を解する感染を徹底的に予防する必要がある。

先進国は別として、感染症による死亡がきわめて多い開発途上国で先天奇形が重要な死亡原因となるのは珍しい。幾世代かにわたっていとこ婚を基調とする婚姻が繰り返された結果、常染色体劣性遺伝する先天性疾患や多因子遺伝する疾患が高頻度で現れる社会構造になっており、障害・罹病の原因としても重要で、なかには致死性の奇形も含まれる。日本における先天奇形による乳児死亡率は出生 10 万対 119.7 で、この率にパキスタン国での年間出生数約 400 万をかけると年間 8,800 例弱が死亡する計算になるが、実際には 2 万 8,000 例ある妊産婦死亡数を上回っており、発現率の高さが裏付けられる。

乳幼児期に発症する敗血症（血液中で細菌が増殖する重篤な病気）の半数以上は、生後 1 か月未満の新生児期に集中して起こり、この時期のものが致命率も高い。原因菌は出生前に胎盤を介して胎児に達するか、分娩中に産道で付着するか、産後に臍や粘膜を通過して乳児の血液中に侵入するので、妊婦の栄養状態や会陰部の衛生、分娩介助・産後の臍処置等のテクニックを改善すれば、罹患率を下げられる余地がある。その意味では、妊娠・出産にかかわって起こるベビー側の疾患という性格が強い。

南アジア地域の人々は遺伝的に心血管系の病気にかかりやすいとされ、パキスタン国でも高血圧症を含めると国民の 20% 以上がなんらかの心血管系疾患を有しているとの報告がなされている（The News）。呼吸器疾患はきわめて重要で、下気道感染症と結核以外にも、死因の 10 番目に「その他の呼吸器疾患」がランクされる。気管支喘息の罹患率が高いことが背景にあり、年々悪化しつつある大気汚染との関連も疑われている。

（7）人口圧力

人口・家族計画の実績を南アジア 5 か国で比較すると、女性の識字率が低い国ほど合計特殊出生率が高い傾向が確認されることに加えて、パキスタン国のように 5 歳未満死亡率が高止まりしている国ほど人口計画が進まない事実が浮かび上がってくる。セーフティネットが不備で女性の進出も遅れている社会では、「子どもが夭折してしまうことを見越して多く産んでおく」「男児を得るまで出産を続け、できれば男児を 2 人以上もうける」という動機が働く。さらに、「家族計画を実施する決定権が女性にない」ジェンダー問題も加わって多産多死型の人口動態が改まりにくいと考えられる。

1998 年国勢調査によると、パキスタン国の人口は 1 億 3250 万人余りで、独立時の旧西パキスタン人口 3250 万人の 4 倍に増加した。1981 年調査以降の人口増加率は年平均 2.2% に鈍化したものの人口転換には程遠く、年齢別人口構成のグラフは典型的なピラミッド型を呈し、2000 年現在 15 歳未満小児が総人口の 41% を占める。これらの小児が、今後続々と出産可能年齢に達していき、15～49 歳女性人口は 2000 年時点の 3270 万人から 2020 年に 5640 万人へ増加、総人口も自然増加が続く。U. S. Census Bureau の推計によると、総人口は 2020 年に約 2 億人、2050 年には 2 億 6800 万人に迫る。国連人口基金（United Nations Population Fund: UNFPA）が依拠するシナリオはもっと悲観的で、2030 年頃に 2 億 6000 万人、2050 年には 3 億 4400 万人を突破する。

このように急増する人々に教育や就業の機会を提供し、保健医療サービスを供給することはきわめて困難な事業である。2000年からの10年間で5～14歳の3700万人が新たに15歳に達していき、2010年にはこの15～24歳の世代が人口の21.5%を占める。同じ10年間に65歳を迎える人々は650万人足らずにすぎず、労働年齢人口は3000万人余りの純増となり、男性だけでも1500万人もの新規労働力を吸収しなければならない。

S. Huntington は、歴史的にみて15～24歳の若者が人口の20%以上を占めると社会が不安定化し、暴力や紛争がエスカレートする傾向があると指摘している。この世代への教育は文字どおり今日的課題であるものの、若年失業者が少ない現状から察して、近い将来における労働力の受け皿作りは容易ではなかろう。

パキスタン国における社会の高齢化は東アジア、東南アジア諸国よりはゆっくり進むが、それでも北米・ヨーロッパ諸国が1950～2000年に経験した高齢化速度を上回る。

3-2 保健医療サービスの供給体制

(1) 過小な公的保健支出と貧困層にのしかかる家計負担

公的保健支出はもともと過少であったが、1998年には対GDP比0.9%、1999年には0.7%と縮小傾向にある。そのうち公共保健(Public Health)分野への支出額は1999～2001会計年度で実質11.4%圧縮され、3.5%の伸びが確保された医療(Health)分野と明暗を分けた。パキスタン国は1955年以降、国家5カ年計画に基づいて経済社会開発を行ってきたが、税収不足のため開発資金の多くを国内外、とりわけ海外からの借入金に頼らざるを得なかった。公的債務額が累積した結果、元利返済額が対GDP比4.8%(1990年)、同4.6%(2000年)と高水準に達して、財政の自由度が奪われていったが、軍事支出は1994年に対GDP比7.0%にまで突出し、連邦政府による保健支出と教育支出の合計25%を上回った。同年のインドの軍事支出は公的保健・教育支出合計額の3分の2水準(対GDP比3.6%)にとどまっており、経済規模の大きな隣国との「軍事力均衡」を図ったパキスタン国が、社会セクターの立ち遅れという大きな代償を支払ったと考えられる。この間には、農村開発を目指した5分野プログラム(The Five Point Programme)が1986年から5カ年計画として始められながら1年で頓挫し、まもなく構造調整政策に伴って社会セクターへの歳出が大きく削減されるといった経緯もあった。また、ODA受取額は対GDP比2.8%(1990年)から1.1%(2000年、人口1人当たり5ドル)にまで減少している。

一方、民間保健支出(対GDP比3.1%、1999年)はGDPが同規模の他国に見劣りしない。5段階に分けた所得階層のうち最下位20%層と最上位20%をサンプルとして、1988年当時の家計支出の内訳を見ると、保健支出は都市部で2.4%、所得のより少ない農村部でも2.7～2.8%にとどまり、所得の多寡に応じて公平に負担していた。10年後の1998年には、都市部に住む所得最上位層の保健支出は3.5%へと増加したが、所得最下位層の負担は相対的に重く3.9%になった。保健支出がさらに重くのしかかるようになったのは農村部住民で、所得最上位層は4.9%を、所得最下位層すら4.6%を負担しなければならなくなった。公的サービスへの信頼性が低く、農村住民も身近な一次保健機関を受診せず、より良質なサービスを購入しようとして開業医や遠く離れた二次・三次病院を受診しているためである。

この間の教育費をみると、都市部では所得最上位層が1.8%から5.0%まで急増させて保健支出を追い抜き、所得最下位層0.6%から3.5%まで支出を増やした。対照的に、農村部にお

ける伸びは小さく、所得最上位層で 0.6%から 1.9%まで、所得最下位層で 0.9%から 1.4%までの増加にとどまり、医療費の捻出が教育支出に優先されたとみるべきであろう。

(2) 保健医療従事者の不足と偏在

医師数は人口 10 万人当たり 69 人（1999～2000 年）で、国際水準とされる 150 人の半分以下である。その分布は都市に集中し、農村部の医師不足はきわめて深刻である。都市部であれば開業することも、勤務医を続けながら午後は民間クリニックで診療して副収入を得ることも可能である。一方、生活条件や治安の悪い地域の Basic Health Unit (BHU) に家族を伴って赴任しても、医師の給料は 1,000 ルピーにすぎない。看護師数は同 2.9 人とさらに厳しい状況で、国際水準の 450 人に対し 20 分の 1 以下という異常な不足が続いている。他国では医師の 3 倍前後いる看護師が医師不足の穴を埋めているが、パキスタン国ではこの比率が逆転してしまっている。不特定多数の患者と接触することが宗教不浄と考えられ、看護師のなり手が見つかりにくいのはイスラーム教国に共通している。湾岸産油諸国などはフィリピン等から出稼ぎ看護師を導入しているが、パキスタン国では人口の 1.5%にすぎない国内のクリスチャンに多くを依存している。単身での地方赴任は治安面からも不安にさらされるため、地域偏在が著しい。NWFP では 58%の農村世帯が村内に看護師がいると答えているが、文化的背景から女性の保健従事者が最も必要とされるはずのバロチスターン州ではこの数字は 5%しかない。しかも、不足している看護師が欧米諸国や産油国への出稼ぎを目指す現状にあり、看護師養成機関を増設すればやがて需要が満たされるという、単純な問題ではない。

(3) 最前線が崩壊したままの公的保健医療サービス

州レベルでは教育病院等の公的三次病院が複数置かれている。通常のディストリクトでは農村部に取り囲まれた中心部に都市があり、そこに原則として一つのディストリクト病院 (District Head Quarter Hospital) や複数のテフシール病院 (Tehsil Head Quarter Hospital, 1 テフシールに 1 か所が原則) 等の 100 床から 250 床程度の公立二次病院が設置されて、一般の人々に医療を提供している。さらに、末端では Rural Health Center (RHC)、Basic Health Unit (BHU)、Maternal & Child Health Centre (MCH)、Civil Dispensary などの一次保健施設を置いて住民の保健ニーズに応えることになっている。パンジャブ州内には 34 の DHQ 病院、65 のテフシール病院、210 か所の RHC、2,489 か所の BHU があり、州保健省だけでも 13 万人もの保健医療従事者・職員を抱えている。しかし、そのパンジャブ州を含めて農村には一次施設すら不十分なことが明らかである。また、バロチスターン州では伝統的価値観から家族計画を推進することが難しいため、担当する施設・ワーカーもほとんどおかれていない。

このようなサービス供給体制のもとで、下痢をきたした住民はどのような受療行動をとるであろうか。半数の 49%は民間開業医／施療者を訪れ、18%はどこにも受診せず、公立病院／ディスペンサリー受診者 18%、民間薬局 9%と続くが、公立 RHC／BHU を受診する者は 2%にすぎない。州別に分析すると、他の選択肢が乏しいバロチスターン州では最初に公的施設を受診する傾向が高いが、パンジャブ、シンド両州では少数にとどまる。

都市部には必ず公的医療機関があるにもかかわらず、遠くて利用しにくいとする住民が多数おり、その比率は大都市を多く抱えている州ほど高い。また、職員の不親切な対応も他の医療サービスへ利用者が流れる原因となる。農村部では村内に施設が存在しないこと、存在しても

遠すぎる事が主な理由となる。集落から 10km も離れた山間地に孤立した施設などは、アクセスが極端に悪いうえに水・電気の供給も得にくい。医師不在の施設も確認されるほか、勤務している医師に診てもらえない場合もあり、公的施設と民間施設を掛け持ちする習慣が、公的施設での過小診療を招いている可能性が示唆される。ほかに、処方される薬が有効でない、女性職員がいない、診療時間が適当でない、等の指摘もある。

先述した 5 分野プログラムは、保健セクターに限っては、BHU と RHC をあわせて 1,415 施設を増設する成果を残したが、医師・看護師、他の医療従事者の絶対的不足と勤務忌避、医薬品不足等を克服できず、サービス供給は低調な水準にとどまっていた。

昨今、このような一次保健施設においても利用者負担を課すことが増えている。しかし、需要者にとって魅力の乏しい公的施設が、必ず医師に診てもらえて対応も丁寧な民間医療機関と同程度の料金設定を行えば、競争力を失うのは当然である。こうして地域住民の信認を失った BHU や RHC は珍しくなく、なかには廃屋同然と化したものもある。

ディストリクト・レベルでは、保健医療行政に関しても、無気力と無能力がしばしば指摘される。後開発地域では重要な行政ポストが長らく空席であったり、任命されても普段は家族とともに都市にとどまって、たまに現地入りして山積みした仕事を処理するだけであったりする。従来の地域保険政策は、下痢症対策をはじめ、予防接種、マラリア対策、ビタミン強化など、保健セクターを細別化した縦断型プログラム (Vertical Programs) をいくつも設定し、既存の医療施設網を介してトップ・ダウンでサービスを住民に届けるように試みてきた。しかし、上は政策レベルでプログラム間の調整がなされず、中間の地方行政や末端のサービス供給拠点でもこのような目詰まりを起こしており、そこに女性や子どもの受療行動が制限されていることも加わって、初期の目標が達成できていない。いわば大本營で戦略を立てても作戦計画は軍団レベルでうやむやにされ、補給線が伸びきった現場部隊の多くは十分な戦闘体制すらとっていない状態で、重い疾病負担という敵と対峙している。

(4) レディ・ヘルスワーカー (Lady Health Workers : LHW)

農村部では女性だけで医療機関に出向くことは難しく、村まで届いているサービスを妊婦や子どもたちが実際に利用できる環境になかった。LHW プログラムは、いわばこれを「住民まで宅配する」活動である。LHW は 8 年以上の教育を受けた村民の女性住民から、既婚者を優先するなどして選ばれる。採用後は 1 年間の教育を受けて仕事を開始し、その後も再訓練コース等を受講する。女性であるため村内ならどの家庭へも訪問でき、経口ポリオワクチンの接種、結核患者の服薬確認、家族計画の啓蒙など予防活動や、高熱、咳、下痢などの症状への対応を行っており、住民から好意的に受け入れられている。

LHW が保健サービスの運搬車としてある程度成功した背景に、高い動機づけがある。女性が定期収入を得られる仕事がほとんどないところで小額とはいえ給料が支払われること、活動成績が悪ければ契約が解除されること、比較的優秀な人が選ばれる村では自尊心を持って働けることなどが奏功したと考えられる。

保健医療従事者の LHW 養成状況には、人口福祉省が要請した村落在住家族計画推進員 (Village-based Family Planning Worker : VBFPW) を包含しているが、これによって制度導入後 10 年で 7 万人近く採用した形は整えたが、避妊薬・避妊具の売り上げが大幅に落ち込むという副作用をもたらし、人口福祉省は VBFPW を再分離させたい意向である。残る LHW の質

のばらつきを改善しながら、2010年に10万人まで増員を図ることが今後の課題となるが、基準を満たす女性は村では見つけにくい。バロチスターン州の農村部では、15～49歳女性で8年以上の教育を受けたものは0.8%にすぎないため、人口10万人当たり58人のLHWを確保するには、この教育水準の女性の10人に1人はLHWを務めてもらわなくてはならない。このように、女性教育及びジェンダー問題への取り組みは、需要者側の脆弱性を克服するためだけでなくサービス供給者確保の観点からも焦眉の急となっている。

LHWによってサービスを住民に届ける体制が整いつつあることは、確かに画期的な変化であるが、宅配すべきサービス・物品が村落、端的にはBHUやRHCまで来なければ、高いとされるLHWの士気が空回りするだけである。また、成功事例とされ外部からの援助が集中し始めて、10年後に指揮・監督権を地方に移管するとした当初計画を翻して連邦政府管轄が続いている現状を見ると、従来からの縦割り行政に縦のラインがもう1本加わっただけの感もある。既得権化した各プログラム間の調整はまます困難となり、各種サービスを組み合わせて一次保健施設ですべての住民に提供しようという、プライマリヘルスケア（Primary Health Care : PHC）の理念にはまだほど遠い。

(5) 私立医療機関及びその他の代替医療

公的保健医療サービスの機能不全を補うように、民間の保健医療サービスが発達してきたが、あくまで経済的インセンティブに基づくものであるため、分布は都市に集中している。富裕層を主なターゲットとし、診療費は概して割高であるが、提供される医療の質は千差万別である。民間医療施設の設置・運営基準を確立することが必要である。

農村部においては、利用可能な民間保健医療サービスが限られているうえに、提供される医療の質にも問題が多いとされている。特に、バロチスターン州では、伝統的産婆（Traditional Birth Attendant : TBA）がどんな公的保健サービスや民間保健サービスよりも身近な存在となっているほどである。

都市の富裕層以外は民間医療サービスを利用しにくいいため、代替医療がその隙間を埋めている。その代表がHomeopath（同毒療法、類似療法）であり、都市部でも盛んである。Hakeemは古代ギリシャに起源を持つ伝統的なHerbal Medicineに従事する医療者である。最も問題になるのはQuackと呼ばれる正規のトレーニングを受けていない無資格の医療者である。彼らは西洋医学、Homeopath、Herbal Medicineの広い領域にかかわっている。最近の調査では、比較的保健医療施設に恵まれたパンジャブ州都市部においてすら、正規の有資格医師への受診（50～65%）についてQuackを受診する住民が多い（33～50%）という結果が出ている。注射による神経損傷性麻痺などがQuack医療の弊害として報告されている。

(6) NGO/NPO

パキスタン国でNGOが組織的に機能し始めたのは1980年代からで、社会行動計画（Social Action Program : SAP）の公的資金が投入されるようになった1990年代に急増した。現在約4万5,000団体が確認され、46%は教育セクター（しかも30%は宗教系学校）、17%は市民の権利保護にかかわるもので、保健セクター関連は6%とされる。登録済みの約8,500のNGOのうち約70%は、Voluntary Social Welfare Actによるものであり、ほかはSocieties Registration Act、The Trust Act、The Companies Act、The Charitable Endowment Actなどの法律のもとで登録され

ている。また、登録済み NGO の 70% はパンジャブ州に集中している。多くは都市部を拠点とし、特定の地域に限定して活動を行っており、全国規模の活動をしている NGO は 10 団体程度にとどまる。NGO 側からは政府やドナー機関との関係強化を求めてきたが、近年は政府側、特に人口福祉省や人口福祉基金等が、家族計画及びリプロダクティブ・ヘルスの分野に 550 以上存在する NGO との連携・支援を計画している。従来にはない介入モデルを作り上げようとする場合は、NGO が小規模な対象地域で成功させた方法を、政府やドナーが複製するよう役割を分担すれば効率的である。

HANDS の例：カラチ市立病院のスタッフ医師が、同市郊外の農村で住民参加型の PHC 活動を行う NGO を 1979 年に発足させたあと、1990 年代前半に NPO 法人格を正式に得た。1995 年に教育セクターへの取り組みを開始し、1997 年以降は「統合的な農村開発」を志向して、水供給・衛生設備強化、マイクロ・クレジット、ジェンダー開発、二次医療施設運営などを一体的に展開し始めた。現在は活動地域を北部シンドにまで広げ、裨益人口も 100 万人を超えた。当初から取り組んだ保健セクターでは、5 歳未満児向けに小児疾患の統合的管理パッケージ (Integrated Management of Childhood Illnesses : IMCI) を提供し、また、出産可能年齢の女性向けに妊産婦検診、破傷風予防接種、分娩介助者の再訓練、産科救急サービス等を実施して、乳児死亡率と妊産婦死亡率の目に見える改善をもたらしたと報告している。教育セクターでは、ノン・フォーマル教育施設を 30 校近く設立したほか、既述した Twana Pakistan の一翼を担ってシンド州内の 550 校でプロジェクト実施・モニタリングを支援している。

Crisis Centre の例：家庭内暴力によって心身両面で傷ついた婦人たちを支援すべく、1997 年にイスラマバードで設立された。被害者に一時的な避難場所、医療治療、無料の法律相談や弁護等を提供するとともに、暴力事件の検証を行う。そのため、女性開発省、法的機関、病院、避難所、市当局の間で仲介の労をとる。1999 年からは適格者にマイクロクレジットを与えて、生活再建を支援している。市場の失敗に対しては政府が出動して補完すべきであるが、それができない場合に補完勢力として NGO/NPO の果たすべき役割は非常に大きい。バングラデシュにおける保健指標のめざましい改善には、第 2 の政府とまで呼ばれる開発 NGO の活動がかなり寄与していたことは確実である。代表例として取り上げられることの多いバングラデシュ農村向上委員会 (Bangladesh Rural Advancement Committee : BRAC) は 1 億 3200 万ドルもの予算を計上し、2 万 5,000 人の常勤スタッフが保健衛生、初等教育、農村開発などの活動を全国規模で展開している。しかし、パキスタン国ではかねてから NGO の能力不足が指摘され、女性の社会参加を促すような活動を表立って行うことも難しかった。住民は公的サービスにも NGO にも信頼をおくことができず、私的医療機関や代替医療への傾斜を強めるしかないという不幸な状況にある。

(7) 医療保障制度

医療保障制度については公務員すら健康保険がなく現物給付、ザカートの対象者も現物給付、一般市民は無給付、富裕層の一部が民間保険に加入といった状況である。社会的セーフティネットが未整備な時に、家族の誰かが大病を患ったり主な稼ぎ手が死亡したりすれば、その世帯は容易に貧困状態へと転落しうる。最貧困層に分類される世帯の 50~80% では重病や死亡が貧困の契機であったという調査結果がカンボジアで明らかにされたほどである。医療保障制度の恩恵を受けられない一般の人々は、医療費を工面するため財産を取り崩すか、自分より豊か

な隣人から借金をすることになる。しかし、借りた金はしばしば返済不能となり、結局担保にしていた資産を失うことが多い。

はっきり最貧層に転落した世帯であれば、ザカート基金によって医療費がまかなわれる対象となる。断食月に徴収されるザカート（Zakat、富裕税）及びウシュル（Ushr、農産物税）は、ジャー・ウル・ハック政権が経済のイスラーム化の一環として1980年に新設した宗教税で、2001/2002会計年度には45億ルピーが徴収され、31億ルピーが188万人の受益者に分配される計画であった。半分は適格とされる社会、保健、教育、宗教団体に分配され、残りは地域のザカート委員会が認定した貧困者に対し、Guzara Allowance（月額500ルピー）、教育給付金（小学生の月額75ルピーから理工系大学生の月額874ルピー）、リハビリテーションのための社会福祉給付金（一時金5,000ルピー、2001年に5万ルピーへ引き上げられた）、職業訓練支援（月額125ルピーに加え、1,500ルピーの工具等購入支援金）、結婚祝い金（上限1万ルピー）などとして支給される。傷病者に対する医療給付は現金ではなく現物支給である。年度初めにあらかじめ医療機関に割り当てられた基金を利用して、患者が住む地域のザカート委員会または院内の委員会が認定した貧困層患者に対して、2,000ルピー、外来患者1,000ルピーを上限とする慈療行為が行われる。

最近、ADBはコミュニティ単位での小規模健康共済の創設を模索している。

3-3 保健医療における地域格差

- (1) 女性の外出に対する制限等のジェンダー問題、就学率・識字率に代表される教育問題、水や電気の供給、交通・通信インフラといった生活基礎条件など、需要者側が有する脆弱性は農村部でより著しい。また、公的保健支出の配分先、保健医療者の分布、利用できる保健サービスの種類・質・量といった供給側の問題も、農村部でより不足している。

現代医療の提供にはコストがかさみ、その消費者は都市部に集中している。市場原理に従って都市部には民間の病院、クリニック、臨床検査ラボ、薬店などが都市を追うごとに充実してきているが、そこは従来から公立の高次医療機関や代替医療が存在していたところでもあり、多様な選択肢がそろっている。イスラマバード市内の某臨床検査ラボの場合、受付開始こそ午前10時と遅いものの夜10時まで稼働し、公立病院検査室で実施していない各種ホルモン定量検査や心筋逸脱酵素アイソザイム分析等の検査項目を網羅している。別の民間レントゲン撮影ラボの例でも、営業時間中いつでも放射線専門医による読影所見を添えてX線写真を手交できる体制を整えており、公立病院のサービス水準を上回っている。街の薬店においては、経口薬と注射用薬の別を問わず、日本では処方箋を持参しなければ買えない品も自由に購入可能である。すなわち、金さえ払えば何でも手に入るのが現代パキスタン国の大都市である。

対照的に、農村部の多くには公立一次保健施設（RHC、BHU、MCH、CD）が設置されているだけであり、ところどころにあるテフシール病院を受診しても、緊急帝王切開などの必須産科診療すら提供できない場合が少なくない。一次レベルには看護師はほとんどおらず、医師不足の解消策として卒後研修を終えたばかりの医師に1年間の地方勤務を義務づけているが、「幽霊医師」も少なくないため実態は改善されていない。

実例として、都市と農村で妊婦がどこを分娩場所として選んでいるかを示す。都市部、特に主要都市に限ると、合計特殊出生率は3.4とバングラデシュの全国値並みまで下がり、6割の女性は施設での分娩を選択している。しかも、公的施設より私立医療機関を愛好する人々が多

く、公的サービスに依存せずより良質なサービスを購入しようとする人々の存在を物語っている。残り4割近い女性はいまだに自宅で分娩しているが、この数字は後述するスラム・不法占拠者居住地区の住民比率とほぼ同じである。農村部では合計特殊出生率が5.4とかなり高く、しかも87%という圧倒的多数がリスクの高い自宅分娩を選択するため、農村の婦人が分娩に関連して死亡する確率は都市の婦人より格段に高いと考えられる。残念なことに、農村において妊婦が保健医療機関で分娩する比率は、子どもが下痢を起こしたときに保健医療機関を受診する比率よりはるかに低いのが現実である。

このような状況の農村部に住む住民が、高次の医療サービスを受けようとして都市部の病院まで出かけてくると、悲喜劇が展開される。地元ではそれなりの暮らし向きの人々でも、交通費を負担したうえで、入院費、検査料金、医薬品購入費、手術料等をまとめて請求されるとたやすく支払える限度を超えるため、先述したザカート給付の認定を求めて院長室の前に列ができてしまうのである。保健医療サービスに関する都市一農村間格差の大きさを象徴する光景である。

(2) 急速な都市化と都市社会の二極化

都市が農村に比べて恵まれているといっても、都市住民の誰もが良質なサービスを受けられるわけではない。1981年の国勢調査では人口に占める都市住民の比率は28.3%であったが、1998年調査では32.5%に達し、この間の都市部での人口増加率は3.5%と全国平均2.2%を大きく上回った。20万人以上の大都市は現在23を数えるまでになり、2020年までには国民の半数が都市に住むようになると推算されている。都市人口の急成長には自然増のほか、開発の遅れた地域からの人口流入が大きく寄与しているが、都市基盤の整備が追いつかず、失業、物価上昇、居住区域の無秩序な拡大等の弊害を招きやすい。この結果、都市は裕福な人々が住む街区と貧困層が住むスラム・不法占拠者居住地区（Katchi-Abadis）から形成され、都市社会はごく少数の富裕層と大多数の低所得者層という二重構造になっている。中産階級が増えることは社会の健全な発展を意味すると考えられるが、政府が都市人口の35~50%が貧困地区の住民と推定しているとおりに、パキスタン国のどの都市もこの二極化が著しい。

最大の都市カラチの人口は、1998年の国勢調査では約980万とされているが、実数は1200万人とも1300万人とも推定されている。パキスタン全土からだけでなく、アフガン難民をはじめインドやバングラデシュのような周辺諸国からも人口が流入して、二極化が最も著しい都市であり、Katchi-Abadis住民の比率が40~60%に上ると見積もられている。通常の郡では農村部に取り囲まれた中心部に都市があるが、例外的に砂漠地域に発生した港湾・商業都市カラチには農村部は存在しない。カラチでは低所得者の人々への医療サービスは、州政府病院（Government Hospital）や市立病院（Civil Hospital）等の公的医療機関が一手に引き受けており、医療費こそ低く抑えられているが、医療の質も劣悪である。診療を受ける患者数が圧倒的に多く、どの病院も患者で溢れているにもかかわらず、州からの予算は乏しいため、医療機器、設備、医薬品等も不十分である。また、常勤医は午前中のみ勤務し午後には民間クリニックで診療をすることが一般的で、併設する医学校の学生や研修医が指導医なしにトレーニングするための場となっている。このような低い医療サービスを提供する公的医療機関が存在する一方で、私的医療機関では高度な医療を提供している。そこでの医療費は先進国以上に高額となっているが、それを支払える富裕層が一部に存在して良質なサービスを享受している。

これらの社会構造の歪みを是正する形で援助が行われるべきであるが、治安の問題、対立しあう政治勢力の問題、膨張を続ける人口、行政もコントロールできないスラム地域の存在等、他ドナーも含めてこの地域への援助実施には大きな困難が伴うものと思われる。

(3) 各州の概況

4州間での地域差を論じる前に、各州の人口地理学的特性を確認しておきたい。パンジャープ州は日本の本州ほどの広さに7260万人（都市人口30%）が住み、人口密度は354人/km²である。14万km²（パンジャープの約3分の2）の面積に3000万人が住むシンド州では、カラチの存在が大きく都市人口比率が50%に近い。NWFPは北海道よりやや狭い面積に1760万（都市人口17%）の人口があり、人口密度はシンド州を上回りパンジャープ州に次ぐ。バロチスターン州は日本の総面積に比較しうる35万km²の面積にわずか650万人（都市人口23%）が住むだけで、人口密度が19人/km²ときわめて低い。参考のため北海道は、面積8万km²、人口570万人、人口密度68人/km²（全都道府県中の最低）である。

ちなみにバングラデシュの人口密度は900人/km²と際立って高いが、稠密な人口分布がそこでの保健サービス供給を容易にしているとすれば、対極にあるバロチスターン州でのサービス提供がいかに困難であるかが理解されよう。

そこで、本題の地域間格差であるが、何を指標とするか、また、どのような地域単位で切り取って比較するかによって、傾向が一定しない。

各州における需要者側の特徴とサービス供給側の実態を一応押さえたところで、2001年時点の乳児死亡率がどのような数字で均衡していたかを比較してみると、バロチスターン州の出生1,000対82.4という数字がちょうど全国平均と一致し、シンド州は78.1で大差なく、意外なことにパンジャープ州が92.1で最悪、NWFPが56.4で最善という結果が現れた。高低線で95%信頼区間を示しているが、それが重なり合わず統計学的な有意差が認められたのは、最悪のパンジャープ州と最良のNWFPの1組の間だけであった。すなわち、1位から3位までの差は微妙で、かつ最下位争いも微妙な差であることを示し、州同士での格差は意外と小さいことがわかる。

もう少し詳しく、農村部と都市部とに分けて乳児死亡率を比較してみる。パンジャープ州では、農村部の成績はバロチスターン州農村部と、都市部はシンド州都市部と並んで全国最悪水準にある。ただし、州内では都市部が農村部よりはるかにましといえる。バロチスターン州は、農村部で貧困者比率が高く母親の就学状況が悪いうえに、人口密度も女性保健従事者の配置密度も低くて保健サービスへのアクセスが不利になっている。したがって、乳児死亡率が劣悪なものなはずける。一方、小ぢんまりした同州都市部では他州都市部よりもむしろ成績が良好であり、都市一農村間格差はパンジャープ州以上に著しい。シンド州でも都市部の成績が農村部より若干勝っているが、統計的有意差はない。4州都市部同士の比較でも最下位を争っており、人口の50%近くを占める都市部、とりわけカラチ内部での二極化の悪影響がうかがい知れる。NWFPでは農村部が都市部と全く遜色のない成績をあげており、それが4州中で最も良好な乳児死亡率（バングラデシュ並み）をもたらした。都市一農村間格差が深刻なパンジャープ、バロチスターン両州がNWFPの成功に学ぶ余地は十分あるように思われる。

(4) 州内における郡間格差

乳幼児死亡率、妊産婦死亡率などの保健指標は、郡レベルの規模になると誤差が大きすぎて相互比較が難しいため、サービス供給側の基礎条件として医師数と病床数を、一次保健活動のベンチ・マークとして EPI カバー率と妊婦への破傷風トキソイド (TT) 接種率に絞って紹介する。生後最初の乳児検診時に三種混合 (DPT) ワクチンを接種することになっており、乳児はこの時点で EPI に参加したとみなされる。これを 3 回繰り返せば (DPT3)、ジフテリア、百日咳、破傷風に対する免疫が獲得され、当人はそれらの疾患に感染する恐れがなくなり、そのような個体が 80% 以上を占める集団内では疾患の流行も阻止できる。一方、新生児破傷風は生後 DPT ワクチンを接種する前に発症してしまうため、妊婦に 2 回以上トキソイドを接種して高い抗体値を誘導することにより (TT2+)、臍帯を通じて胎児に十分な抗体を移行させて新生児を保護する必要がある。

シンド州では施設分娩が好まれる大都市で妊婦における TT2+ が比較的高く、EPI の成績も概して高い。NWFR では自宅分娩が大多数であることを反映して、妊婦への破傷風ワクチン接種は全く振るわないが、乳幼児に対する EPI で健闘している郡が農村地帯にも多くあり、このことが乳児死亡率における好成績を導いた可能性がある。

バロチスターン州は州都のあるクエッタ (Quetta) とジアーラット (Aiarat) を除くと、全国的にみても困窮度の高いディストリクトばかりである。NWFR と同様に自宅分娩が大多数を占め、妊婦への TT 接種率が振るわないのは当然としても、乳幼児への EPI でも惨憺たる成績が並んでいる。そのようななかにあつて、困窮度が高く十分な数の医師もいないハーラン (Kharan) ディストリクト、グワーダ (Gwadar) ディストリクト、マスタング (Mastung) ディストリクト等が残したすばらしい成績は、一次保健に関して一筋の光明を与えてくれるものである。

デラー・ブグティー (Dera Bugti)、コフルー (Kohlu) 両ディストリクトは治安上の懸念から、調査チームの立ち入りが許されなかった地域である。他州においても、例えばパンジャーブ州南端、シンド州北部ゴツキー (Ghotki) ディストリクト、ハーイルプル (Khairpur) ディストリクト、ラルカーナ (Larkana) ディストリクトなどは治安面で悪名高い。ディストリクトによっては他ディストリクトまたは他州に飛び地を有しているが、その住民には保健医療を含むあらゆる行政サービスが行き届かず、「見捨てられた住民」になっていることが多く、武装強盗団の根城になっているところさえ存在するため、嚴重な注意が必要である。

このようにして見てくると、いずれの州でも予防接種率のディストリクト間格差が大きく、80% を超えて流行阻止が見込まれることから、10% 台あるいはそれさえ下回ってプログラムの体をなしていない郡まで並存している。パンジャーブ州の場合、シアールコート～ラホール～ムルターンの北東部諸ディストリクトとチエナブ川～ジェーロム川以西の南西部諸ディストリクトとの間に大きな格差が見られる。インダス川を境として文化的断層が存在しており、生活習慣や価値観においても相当な隔たりがあるが、保健指標や保健医療行政の能力という面では明らかに東高西低である。

ディストリクトごとの細かな差異を浮かび上がらせるには、信頼できるデータを入手し、地理情報システム (DIS) の助けを借りて分析するのが効果的である。既存データで足りない点を明確化してしっかりした社会開発調査をかけ、援助重点地域を絞り込む根拠としたい。

(5) 流動人口—非定住民と出稼ぎ労働者

地域という単位で分類したのでは必ず抜け落ちてしまう遊牧民、アフガニスタン難民、季節労働者、いわゆるジプシーと呼ばれる人々があり、しかもその数が無視できないほど大きいのがパキスタン国である。NWFR やバロチスタン州では冬季の初め等に遊牧民の大きな移動が見られる。州の中での移動にとどまることもあれば、他州へ流出していくこともある。国連によって一旦は祖国に送還されたアフガニスタン難民も冬が始まるや続々とパキスタン国領内に戻ってきた。難民キャンプの難民より、出戻り組を含めた姿の見えない難民がより問題である。季節労働者には、収穫期にシンド州北部などの大農園で働く者と農閑期にカラチなどの大都市に流出して工業地帯で労働者となる者がいる。彼らはしばしば家族を伴っている。いわゆるジプシーと呼ばれる人々は都市の郊外に逗留していることが多いが、基本的に流動民であり実態の把握は容易ではない。

これらのすべての流動人口が、感染症対策をはじめ保健医療サービス供給の面で盲点になりうる。中国など他のアジアの国々でも、このとらえどころのない人口集団は感染症対策上大きな問題になってきた。パキスタン国においても、全国一斉予防接種キャンペーンで未接種のまま放置され、ポリオ撲滅上の盲点となっている。国勢調査等を通じても実態を正確に把握することができていないだけに大変やっかいであり、WHO も現地では決定的な対応策を持っていない。上述したように、特にあらゆる種類の人々が流入するカラチに対しては特別な配慮が必要であろう。

(6) 健康水準改善に向けた政策的含意

パキスタン国においては、リスクに対して脆弱な住民が大きな割合を占めている一方で、公的部門は最小限の保健サービスを万人に供給することに失敗している。そのため、持てるものは民間部門の高価なサービスを購入し、持たざるものは粗悪な代替医療に頼りがちで、都市の高次病院を受診するところには手遅れのことも多い。医療サービス市場は社会の厚生水準を最大化することに失敗しており、いわば弱肉強食の生存条件のもと、センのいう「潜在能力欠如した人々」が妊産婦死亡率や乳幼児死亡率を押し上げている。その結果、国全体の保健指標は緩やかにしかも改善せず、インド、バングラデシュからも後れをとっている。

そこで、富裕層だけでなく一般市民も貧困層も一定水準以上の健康を享受できるようにすることが重要であるが、どのような介入戦略がありうるかを検討してみたい。所得向上や教育普及といった需要者側への介入はひとまずおいて、保健医療セクターにおいてどのサービス受給者を主役とすべきかという観点で整理すると、①公的部門を抜本的に改革して一次保健サービスを充実させる、②民間医療機関が提供する医療の質を底上げしつつ貧困層にも利用しやすくする、具体的には医療保障制度を整備する、③営利目的ではない NGO/NPO によるサービス供給を拡大させる、④住民自身が協力して自らのために機能的な保健センターを運営したり、開業医を誘致したりする、という4つの戦略があろう。一次保健サービスは、本格的に稼働すべき時期を構造調整政策に直撃され、歴代政権によって無視された結果、ディストリクト・レベル以下の現場での士気・能力が低位均衡を続けてきた。これを改革するのは至難の業で、国際機関や二国間ドナーが苦勞を重ねてきた。多岐にわたる予防・治療及び健康増進サービスを統合的に供給することは断念して、一つの縦断的プログラムだけに注力させるのが常で、それが成功しても他のサービスを低下させることが多かった。ポリオの根絶に資金と要員を集中動

員したところ、EPIの定期接種さえおろそかになり、村落在住家族計画推進員にLHWを兼務させたら家族計画プログラムが停滞するといった具合である。しかし、そのような現状に対して最近ようやく現場から反省の声が上がるようになってきた。我が国としては、感染症対策無償資金協力によるワクチン供与の継続、ポリオ根絶及びEPIの立て直しに向けた技術協力、結核対策への技術協力等を通じて、連邦レベルから一次レベルまで一貫する形で支援を行い、既存の公的サービス供給網全体の運用を底上げすることが重要である。プロジェクトの狭い領域での成果を追求するあまり、それ以外のサービス供給の水準を下げることはないよう厳重な注意が必要である。公的医療の信任が住民の間に残っているバロチスターン、NWFP両州のほうが政府間援助を需要者まで届けやすいことも承知しておくべきであろう。

健康保険制度を普及させて国民皆保険を達成することは理想であるが、中等度開発途上国でも実現しているところは少ない。公務員や大企業従業員のための健康保険から始めて、自営農業者や農民への拡大に手間取り、貧困層向けにはカバーする診療範囲を限定した簡易版を用意するのがやっとなという国が多い。ただし、アジア開発銀行（Asian Development Bank：ADB）が計画中の小規模地域健康共済について、どのように普及・定着するか注視していく価値はある。インドネシアにおいて円借款の協調融資を求められた先例もあり、保険の運営実務に関する技術を移転することにおいて我が国が貢献できる可能性があるからである。

NGO/NPOについてはパキスタン国では量的にも質的にもまだ十分でなく、本格的な保健医療サービスを安定的に供給できるものは特に少ない。真の意味で貧困層に照準を合わせて活動している団体を厳選して、草の根無償資金やミニ開発福祉支援事業等でその足腰を強くしていくほかに良策はないものと考えられる。

住民自身の発意による保健センター運営や開業医誘致は、民度がかかなり高いところでなければ成功しないと思われ、パキスタン国の農村部や都市のスラム・不法占拠者居住地区で実現可能かどうか問題となる。今後の検討課題となろう。

3-4 地方分権化が及ぼす影響

(1) 従来からの州保健行政システム

4州はそれぞれが議会と行政府を有し、保健分野に関しては州政府保健局が予算案を策定し、州議会に諮って保健行政を展開している。以下パンジャブ州を例にとるが、同局は州保健大臣（Minister of Health）のもとに、保健次官（Secretary of Health）、保健サービス事務局長（Director General of Health Service）が置かれて、もともと以下の保健行政権限を有していた。

- ・ 州病院、専門機関の直接管理
- ・ 人的、物的資源活用に関する計画及び管理
- ・ 保健医療分野の人材開発
- ・ 機材、医薬品、消耗品の州内保健医療施設への配布
- ・ 州内保健医嚆施設への指導監督
- ・ 連邦が主導する全国プログラムの実施

要員の面では、州がその養成、採用及び雇用に責任を負ってきた。現在13万人もの保健医療サービス従事者、行政職員を配置して各種サービス供給施設を運営している。すなわち州直轄の病院・専門機関、ディストリクト（県）中央病院（34）、テフシール中央病院（65）等の

二次病院群、さらに末端の Rural Health Center (210)、Basic Health Unit (2489)、Maternal & Child Health Center、Civil Dispensary などの一次保健施設群である。これらの施設の管理にあたる要員・組織として、以前は州保健局の任命によって各県に Director of Health Services (DHS) と District Health Officer (DHO) が置かれ、前者はディストリクト中央病院の、後者はそれ以外の全一次・二次施設の監督、医薬品・消耗品などの予算割り当てを行っていた。これらの保健行政官は医師の資格を持ち、職階のうえでは他セクター担当官よりも高位の人材が多かったが、臨床医からいきなり行政官に任命された人もまれでなかった。すなわち、行政職につくのに際して連邦及び各州の Health Services Academy で公衆衛生学を学び直すことは推奨されていたも、徹底されていなかった。サービス補給を維持するために必要な物品の調達と配送も州の責任とされており、これらの要員、施設、物にかかる経費は膨大なものとなるが、独自財源に乏しい州以下は連邦から配分される財源に多くを頼ってきた。経常経費も不十分ななか、開発予算を捻出することはきわめて難しく、特に予算額が 1 億ルピーを超える新規事業は現在も州だけでは決定できず、連邦の承認を得るために多数の政策計画書（いわゆる PC-1）が州政府から連邦へ提出されてきた。

住民の保健需要は多種多様であるにもかかわらず、草の根レベルに近づくほど保健要員は不足しているため、少数の要員で広い範囲の保健サービスを提供しなければならない。下痢症、風邪、肺炎、喘息、デング熱、鉄欠乏性貧血、栄養失調、最近増加中の糖尿病、忘れられがちな精神疾患など一般的な病気は、公的一次保健施設において診断と治療を行うのが本来の姿である。しかし、医師が配置されていなかったり、配置されている医師が欠勤しがちであったり、勤務医張本人が午後から行う個人クリニックへ患者を誘導したりするため、6 割方の一次施設では機能が著しく低下しているといわれている。BHU や RHC が鉄剤、抗喘息薬、抗精神薬など必須医薬品の在庫を切らしていながら平然としていられたのは、このような事情からである。

連邦保健省は政策を作り、そのガイドラインとともに予算を州に流すが、直接サービスを供給するための拠点も人員もほとんど持っていない。イスラマバード市内に三次病院であるパキスタン医科学研究所と二次病院であるポリクリニック（Federal Governmental Services Hospital）を、カラチに小児疾患研究所病院と心臓病研究所病院、ラホールに総合病院を 1 つずつ持っているにすぎない。また、モニタリングの機能も全く不十分である。しかし、公衆衛生学的意義の高いいくつかの疾患または健康課題は、国際機関や大手ドナーの関心が高いこともあって連邦自ら別建てで全国プログラムを組み、保健省の組織内に設置した事務局が援助の受入れ窓口となり、国際標準に沿って政策を作り 4 州を指導監督している。実施については州に担当させるのが原則であり、DHO の管轄下にあった一次保健施設が現場拠点となり、そこに配置された要員が一般診療のかたわら公衆衛生業務にも邁進することでようやくプログラムが機能することになる。全国結核対策プログラムや下痢症対策プログラムがその端的な例である。ほかに連邦が前線基地を州以下のレベルにおくケースがあって、例えば LHW プログラムを所掌している FP/PCH Cell は出先機関として Provincial PIU、District PIU を設置している EPI では連邦ではなく州保健局がディストリクト・レベル以外にフィールド監督官（Field Supervisory, Medical officer）、ワクチネーター（District Supervisory Vaccinator 及び Tahsil Supervisory Vaccinator）を配置している。いずれの場合も、県以下の現場で働く・非専門家をセミナーで教育し直し、専門家水準の仕事させようとする。11 ある縦断型プログラムが同じ要員を各々の専属労働力と見なして、高い士気でそのプログラムのためだけに働いてくれると期待しがち

であるが、個々の要員にしてみればばらばらに企画された各種セミナーに順繰りに出席するうちにフィールドで仕事をする暇がなくなったり、全部の要求を満たすようには働けなくなったりしている。つまり、プログラム間の調整や運動がなきに等しいため、「船頭多くして船山に登る」ごとき様相を呈してしまうわけである。

(2) パキスタン政府によって開始された保健行政改革（和文要約）

保健サービス体制をどのようなやり方で設計し、管理し、費用をまかなうかによって、人々の生命や生活に大きな影響が出る。パキスタン国が万人に健康を保証することに失敗した理由は、予算不足のほかに、体制の設計・管理を連邦と州が独占したことにある。官僚主義、融通のなさ、住民参加の排除、包括的アプローチの開発しにくさは集権化の宿病であり、地域事情を無視した画一的な目標とサービス供給を押し付ける結果につながった。

前政権下で国家復興庁が起案した分権化計画では、他分野と同様に中央で保健政策を決定していたものを、ディストリクト下の公衆衛生、一・二次の保健医療サービス、人口福祉にかかわる行政権限 EDO-Health（新設）の下に集約させた。その結果、ディストリクト保健部はディストリクト中央病院、テフシール中央病院、RHC、BHU、母子センター、ディスペンサリー、結核療養所、LHV・ワクチネーター等巡回要員に加えて、旧地方自治部管轄の市民病院、母子センター、ディスペンサリー、旧人口福祉部管轄のリプロダクティブ・ヘルスセンター家族福祉センター、巡回サービスチーム、村落家族計画普及員等の施設と要員を一手に所掌することとなった。

ディストリクト保健部の業務は以下のとおりである。州保健局との調整を集約的に行いつつ、ディストリクト政府の政策・優先課題をディストリクト保健計画に落とし込むこと。入院治療サービスを中央病院において提供する一方、一次保健サービスをも効率的に提供できるよう調整すること。保健と栄養に関する住民教育の実施。年次計画・予算書の作成、財務管理、物品配給、要員管理。研修の企画と実施。要員の採用・解雇。住民参加を得て保健サービスをモニタリングする環境の醸成。連邦が求める保健管理情報システム（HMIS）のために収集したデータを分析し、州に報告すること。ドナー、連邦保健省、州保健局が予算付けするプログラムやプロジェクトの実施。州保健局が制定したサービス要領の実行。民間セクターの規制に関して州保健局が制定したガイドラインの履行、ほか。

分権化プロセスはディストリクトで先行し、州では緩慢なため齟齬が生じている。すなわち、ディストリクトでは上述したような機構改革が前進して、州や旧 division レベルの職員がディストリクトに配置転換となる例も増加中であるが、州は権限を手放しておらず、分権後に州に残る権限についての認識にも混乱がみられる。連邦プログラムについては、対象疾患の特性や行政に求められる専門性に鑑み、ディストリクトではなく州レベルまでの分権化にとどめておく必要がある。ディストリクト保健行政に携わる医師は、保健管理専門職として臨床医とは別に確保すべきで、公衆衛生学修士か同等の学位を保有することが望ましい。臨床医については終身雇用と期限付き契約とを併用して確保に努めているが、配置したはずの医師がまともに出勤しない“Absenteeism”への対抗策としては不十分かもしれない。若手医師が一次保健施設で働きたくなるようなインセンティブを設定することが慣用であり、公務員医師として採用する以外に、各施設が高給を提示して雇用契約を結べるようにするための法案を準備中である。

(3) 政策的合意

開発経済学においてトリックル・ダウン仮説が広く信奉されていたころは、国際保健学においても中央で医療水準向上、要員養成を果たせばやがて地方にも保健水準の改善をもたらせる、と信じられていたと思われる。しかし、その後経済開発優先主義は行き詰まりをみせ、保健医療のトリックル・ダウンも実現しない状況下で、広く受け入れられたのが PHC 戦略であった。これは当時としては画期的なボトム・アップ型アプローチをとり、住民参加を基調とする包括的な保健開発を目指し、農村開発との連動まで視野に入れた国際的運動であった。しかし、1978年にこれを主テーマとする WHO 会議が開催されたとき、会場となったのが当時はソ連であったアルマ・アタ（現カザフスタン共和国）、有力モデルの一つに擬されたのが中国の「はだしの医者」、後にこれを応用して成果を上げた優等生がベトナムやキューバといったことから示唆されるように、どちらかといえば共産主義イデオロギーと親和性の高い保健戦略であった。オイルショック、途上国の債務問題の深刻を経て、IMF や世銀が主導する構造調整の時代に移行していくと、多くの途上国ではマクロ経済バランスを優先するため予算を保健や教育などの社会セクターには回せなくなり、公的保健医療サービスは後退を余儀なくされた。当時の経済学界においては新古典派・新自由主義経済学が圧倒的主流を占め、わずかに UNICEF 所属のエコノミストなどが「人間の顔をした調整」を訴えてベーシック・ニーズを重視する改良主義を提案するにとどまった。同じころ国際保健の領域では、ボトム・アップ戦略による包括的 PHC などは時期尚早であり、予防接種や下痢症対策を個別にかつトップ・ダウンで実施するほうが現実的だとする選択的 PHC 派が台頭し、論争を呼んだ。しかし、PHC 全体をまかなう財政余力のない途上国にしてみれば援助に頼らざるを得ず、予防接種や下痢症は UNICEF、家族計画は UNFPA、マラリア対策や結核対策は WHO など、ドナー別に裁断された縦断的 PHC プログラムが分立する体制しかとりえなかった。東西冷戦が終結してイデオロギー対立は解消したが、後に残された途上国債務問題は保健サービスにも影を落とし続けた。公的保健施設で診療コストの一部を利用者に負担させて回収したり、必須医薬品を販売して回転資金を運用したりする小規模な試みを経て、現在は地方分権化と直接財政支援を突破口にして公的保健部門を丸ごとリストラクチャリングして再生させようという「保健セクター改革」全盛の時代を迎えている。こちらは PHC とは出自を全く異にし、サッチャー、レーガンによる保守革命から端を発している。保健医療畑の専門家ではなくエコノミスト・財政専門家が主導し、サブサハラ・アフリカの重債務貧困国を主なフィールドとして、現在も進行中の社会工学的介入である。

パキスタン国の保健医療セクターが置かれた現況も、上述した枠組みのなかでおおよその説明をつけることができる。すなわち、やや遅れがちに 1988 年から一次保健施設の新設に乗り出して包括的 PHC を提供しようとした出鼻を構造調整政策に直撃され、形だけ作ってまともに機能したことのない診療所が数百、数千という単位でできてしまった。公的部門で働く医療職の給料も上がらなくなり、午後からのアルバイトにますます精を出し、副収入の見込めない田舎には行きたがらない風潮に拍車がかかった。これが“Absenteeism”と呼ばれるものの正体であり、公的保健サービスに対する信頼は地に落ち、今日に至るまで悪循環から抜け出せずにいる。利用者負担の導入によっても、公的部門のサービス水準改善に結実する以前に、民間開業医や代替医療への逃避が促進される結果を招いている。パキスタン国は人口大国である上に感染症主体の疾病構造が残っているため、縦断型 PHC プログラムの数では他の途上国に見劣りしないが、連邦がトップ・ダウンで計画・実施しようとしても、中間段階の管理部門更には末端のサービス供給拠点で目詰まりを起こしているために、サービスを住民まで届けて初期

の目標を達成することがきわめて困難となっている。そのような時期に黒船来襲のごとく海外から押し寄せている波が、サブサハラ・アフリカでの保健セクター改革、教育セクター改革の試行を経て全セクターを飲み込むほどに巨大化した「地方分権化計画」である。

対パキスタン援助に限らず、これまで JICA が疾病罹患率、死亡率などの改善を目標に掲げて保健プロジェクトを計画する場合、対象国の公的保健システムが「普通に」機能してくれることを暗黙の了解事項として、プロジェクト・デザイン・マトリックス (Project Design Matrix : PDM) 上でもそのことには触れず、ひたすら技術移転に邁進することが多かったのではなかろうか。やがて中間評価や終了時評価の段階を迎えると、現場で要員が足りない、いたとしても士気が低い、運営予算が回っていないということを見えなくなり、PDM に外部条件として追記するはめになってしまう。しかし、このようなことはプロジェクトを実施するにあたって欠くべからざる前提条件、すなわち **Killer Assumption** なのである。その一方で、他ドナーの多くは援助疲れの中で社会セクターに資源を収集させ、早くから成果主義を掲げ、長年にわたって保健指標の改善を目指す試みを繰り返してきた。そこから教訓を得て、従来欠如していた前提条件を主目標にとらえ直し、正面から公的保健システムの立て直しに取り組む決断を下したものと解釈できる。具体的活動としては、地方で保健システムを回すための運営資金を流す仕組みを中央と地方の両方で作り、直接財政支援という形で資金を実際に投入し、その使途を厳密にモニタリングする。また同時に、保健技術協力の面で中央での政策立案と地方での実施・運営の両面から支援していく。前者を財政専門家が担当し、後者を保健医療専門家が担当し、両者が呼吸を合わせることが期待されている。しかもかつてない壮大な規模での投入を要するため、必然的に援助資源に関して「ドナー協調」、援助手法に関してはプロジェクト型援助よりも「プログラム指向」ないし「包括的アプローチ」、さらに進んで「セクター改革」が合言葉となる。このようにして公的サービス板絵網を本来の使命に沿って機能させることができれば、「貧困削減戦略」や他セクターも含めた「地方分権化」といった追い風を受けて、罹患率、死亡率といったスーパー・ゴールに向かって推進力を得るという構図が描ける。

我が国は単独でも、保健はもちろんほとんどの分野で大手ドナーの地位を占めており、援助において孤立主義の道をとることも可能である。しかし、パラダイムが変わって社会セクターに資金が集まるようになり、配分の重点も地方に置かれるようになっていく大きな流れを見逃すべきではない。運営予算を直接支援できない制約をかなり緩和してくれる可能性があり、他ドナーと互恵的分業関係を構築することが得策である。財政専門家を送り込むのは国際金融機関やロンドン大学などの人材バンクを持つ英国国際開発庁 (Department for International Development : DFID) などに比較優位があるが、彼らにしても全部のサブセクター、ディストリクトに保健医療専門家を送り込む余裕はない。したがって、県レベルでの保健医療サービスや保健行政能力の向上を目指して、我が国が得意とする「人づくり」を中心にした地道な技術協力を行うならば、地域住民に対してもドナー・コミュニティに対しても十分に「顔の見える」貢献ができるであろう。

中期的には分権化プロセスの進展に積極的に対応しながら、「州以下における政策立案・遂行能力の向上」「公的部門における保健医療施設・要員の稼働率向上」に目標をおき、都市一農村間、ディストリクト相互間、階層間に現存する諸格差を是正する方向で保健医療サービス供給体制を再構築することに協力すべきであろう。女性が正規の医療サービスを男性と同程度に利用できるように、地元出身女性の中から例えば LHW 経験者を診療所に常駐させるなどし

て、ジェンダー配慮にも努めていけば、長期的には集団全体で罹患率、死亡率の改善が確実にもたらされるはずである。ただし、分権化もまだその途上にあることから、短期的には非効率な保健行政及び公的保健サービス供給体制を前提として援助計画を立てる必要がある。これらを PDM 上で外部条件の欄におくのではなく、プロジェクト活動の中にこれらへの対策を取り込むと換言してもよい。連邦レベルの政策立案能力やモニタリング能力を強化する目的で、純粹に連邦保健省や個別の全国プログラム事務局に対して、技術支援を行うこともアプローチの一つではある。しかし、その場合は近い将来における権限縮小、政策立案・モニタリングへの機能特化、分立する縦断型プログラムの統合化を見越して、カウンターパートが肥大化し勢いを増すために手を貸すことは自重する方がよい。これまでとはアプローチを変えて、モデル地域においてサービス供給を改善して地域住民に裨益を及ぼし、罹患率や死亡率の削減を視野に入れるのであれば、対象とするディストリクトやそこを管轄する州をカウンターパートにする必要がある。従来なら現場で技術移転を行うだけでは要員の士気を高めるのに不十分であったが、他ドナーが投入する資金がそれを補ってくれる可能性が出てきた。こちらからも各種セミナーの整理と統合に向けて協力を惜しまない（つまり自分たちで勝手に研修を行うことを慎む）、投入された資金の用途について可能な範囲でモニタリングに協力するといった連携方法を検討してよいのではないか。モデルを作るだけでは意味を成さず、早急に全国的規模でのインパクトを得ようとするのならば、ポリオ根絶イニシアティブのように上は政策レベルから下は県レベルの実施機関・要員に至るまで同時並行的かつ直接的に介入するほかないが、これは我が国が単独で実施できることではなく、ドナー協調の輪に積極的に加わっていくほかないであろう。

第4章 保健医療分野におけるドナー動向

ADB が 1981 年から 2001 年までに 1 億 9340 万ドルを提供し、ヘルス・ケア開発プロジェクト、第三次人口保健プロジェクト、女性の健康プロジェクト、リプロダクティブ・ヘルス・プロジェクトを実施した。2002～2004 年度は女性と子どもの栄養プロジェクトと NWFP 保健セクター改革プロジェクトに 1 億ドルの提供を行っている。

UNICEF は国連機関合同で策定された「2004～2008 年 GOP-UN Country Program」のうち、母子保健、子どもの教育、青少年のエンパワメントに関連する事業を総額 1 億 1200 万ドルの予算分担で実施する計画である。保健分野の活動は、母性保護、特に緊急産科支援事業、ポリオ根絶をはじめとする予防接種拡大支援事業、小児栄養改善、結核、性感染症対策アドボカシー活動、安全な水と衛生環境の確保、保健管理情報システム（Health Management Information System : HMIS）支援事業を行う計画である。UNICEF はこれまでの事業経験からパキスタン政府の予算管理の弱体性を指摘しており、今後は保健財政面への介入（特に地方レベル）を強めていくものと思われる。

WHO は疫学、疾病動向を中心とした HMIS 構築支援、TBA の研修支援、HIV/AIDS 対策、ポリオ根絶支援を展開している。

UNFPA は、2003 年から 2008 年にわたる総額 3490 万ドルの第七次カントリー・プログラム（CP7）を策定。乳幼児、妊産婦の死亡率の低減と家族計画サービスの向上を目的とした事業をこれまでの事業評価に基づきディストリクト・レベルを重点的に展開する予定で、ソーシャル・マーケティング・アプローチによる家族計画普及率の向上事業を DFID、米国国際開発庁（United States Agency for International Development : USAID）と連携して実施する計画である。HMIS については各ドナーと連携した支援を検討している。

USAID は 2002 年 1 月の PDF（パキスタン開発フォーラム）では、NGO を解した PHC 支援、その後 HIV/AIDS 対策への協力が表明されている。また、小規模ではあるが HMIS への支援も開始している。2003 年から家族計画分野でソーシャル・マーケティングを使った 60 億円規模の避妊具供与を行うほか、DFID と連携し NWFP の州以下での事業分担を行うことを表明している。

DFID では、2003 年 3 月から 4 年間にわたって国家保健／人口福祉ファシリティー（National Health Population Welfare Facility : NHF）を実施する。NHF は連邦政府主導の 7 つの国家プログラムに対する 6000 万ポンドの資金協力と保健政策立案と運営機能強化をはかる 450 万ポンドの技術協力から構成されている。DFID は NHF の策定に先立ち、1994 年から 2002 年にかけてパキスタン政府と主要ドナーが連携して実施した SAP の事業評価を行い、保健事業予算不足、質の低い保健行政サービス、脆弱な民間セクター、支援を受ける意識の欠如、民間セクター／NGO の不在等が SAP を実施するうえで大きな阻害要因となったと分析し、NHF では援助資金の円滑な支出、プログラム管理能力の向上、モニタリング体制の整備、そして効率的な政策立案能力の形成を図ることに焦点を当てている。援助資金も短期の事業評価を行いつつ 6 か月単位で提供することとしている。NHF の実施にあたって DFID は世界銀行、ADB とも事業連携するほか、他ドナーとの緊密な事業協力にも積極的で、特に USAID とは既に連携の詳細検討を行って、保健財政管理支援のうち DFID は連邦を中心に、USAID は州及びディストリクト・レベルを中心に、それぞれの分担を分けて支援連携していくことを表明している。DFID は日本に対しても連携協調を期待しており、具体的な可能性の検討協議を始めている。DFID はこのほか、保健省内の“National Health Policy Cell”への技術支援も表明している。

ドイツ技術協力公社（Geutsche Gesellschaft fur Technische Zusammenarbeit : GTZ）は、借款並びに資金協力として NWFP への家族計画普及のソーシャル・マーケティング活動支援及び医療機材供与、結核対策、技術協力分野では NWFP での結核対策支援、ヘルス・サービス・アカデミーへの専門家派遣を含む独立法人化支援を 2003 年内に開始する予定。

第5章 我が国の支援のあり方と具体的な方針

(1) 基本方針

1) 開発環境の変化に対応した援助策略の策定

分権化の進展、公平な開発と貧困削減を骨子とした貧困削減戦略書（Poverty Reduction Strategy Paper：RPSP）と国家計画の策定、9.11事件以降の各国の援助の増大、隣国アフガニスタン新政権の樹立等々、ムシャッラフ政権下でのパキスタン国を取り巻く開発援助環境は大きく変革している。1994年から続いた構造調整プログラム（SAPS）が終了、多くのドナーも PRSP を基軸にした新しい援助戦略を表明している。我が国も 9.11 事件後のパキスタン国への経済措置の停止、不況下での開発援助の見直し、オールジャパンの ODA 体制強化を含めた国別援助計画策定への動き、プロジェクトからプログラム・アプローチへの移行等、当国への援助のあり方を大胆に見直す時期にきている。保健分野についても現状に合致したより効果的な援助方針と具体的事業計画を策定することが急務となっている。

2) 分権化に対応した地域重視のアプローチ

当国国家改革の中心的課題である地方分権化が、地方のキャパシティ不足と中央の調整不足という問題点を含みつつ急激に進展しているなか、保健事業行政の中心も連邦から州、そしてディストリクトへと移行している。我が国の支援も連邦機関中心の事業から地方に軸足を置いた事業を強化していく必要がある。地方保健医療行政への直接的支配も図るとともに、従来の連邦機関支援事業についても、現地国内研修を各州、ディストリクトへ出向いて地方機関と連携して実施するなどの方策を働きかけていく。

3) 成果重視のプログラム・アプローチ

これまでの我が国の支援アプローチは、特定機関の技術キャパシティ向上をプロジェクト目標と定めたセンター型支援が中心で、成果の全体的な波及についてはパキスタン国側の努力事項として、最終的な保健指標の向上を直接的なノルマとしてとらえることはまれであった。一方で、DFID 等は具体的に乳幼児と妊産婦の死亡率低減、家族計画普及率の向上を直接の目標として、目標達成に最も効果的と考えられるアプローチを包括的にとらえた政策、財務面の支援を新たな支援戦略として策定している。我が国もプロジェクト援助から課題ごとにより包括的に支援を行うプログラム援助への変革を進めており、当国保健医療分野支援も課題ごとに、医療技術面だけでなく、政策、行政管理面も含めた成果重視の多面的アプローチに転換していくことが重要である。従来の有償、無償（ノンプロ無償、草の根無償も含め）、技術協力といった援助形態にとらわれない、柔軟な事業実施体制が不可欠である。

また、成果発現を確実にするにはより長期的な事業展望を持つことも重要である。日本国内の大学、研究機関、自治体、NGO 等も含めた多方面の機関の長期にわたる支援体制を構築する必要がある。さらに、事業の進捗管理に当国内の大学、研究機関、コンサルタント等のローカルコンサルタントを活用していくことも効果的な事業管理の手段となる。

4) セクター無償等資金援助との連携医療財政管理支援

2001年から2003年にかけて我が国は当国に対して140億円の社会セクターへのノンプロジェクト無償支援を発表した（うち、保健セクターは30億円）。財政支援は他のドナーでは1990年代のSAPSの時代から実施しているものであるが、我が国としては新しい取り組みである。常に欠乏状態にある当国社会セクター財政にとってはきわめて貴重な財政支援であ

り、我が国が行っている社会セクター支援事業へのカウンターバジェットとして確保されれば、事業実施がきわめて円滑になる。DFID は財政援助にあわせて徹底した財政管理の技術支援とモニタリング体制を整備して、援助資金が円滑かつ効果的に支出されるよう事業管理を行っている。具体的な使途協議は 2003 年 5 月から開始し、実際には 2004/2005 年度のパキスタン財政に対する内貨支援という形になる。我が国には保健財政支援の経験、人的リソースが不足しており実施が容易な分野ではないが、巨額な援助資金が供与されることからプログラム支援の一環として他の ODA 事業との連携を十分図るとともに、十分なチェック体制を整えることが不可欠である。

(2) 具体的な事業計画

1) 保健管理情報整備を通じた保健行政のモニタリング機能向上

保健セクターへのプログラム支援を行うために国家保健政策を取りまとめる連邦保健省の政策ユニットに対して、政策アドバイザー専門家派遣を核とした事業展開を図る。政策アドバイザーには保健政策立案助言のほか、我が国の保健セクター支援プログラム全体の調整、セクター無償の見返り資金活用の機能が期待される。政策ユニットは DFID 等の支援も受けており、ドナー間の連携と調整の場としても重要な機関となってくる。

2) 連邦保健省へのセクター包括的政策支援

保健行政機能の向上の一環として、HMIS 全国レベルで疾病動向との疫学情報、医療施設、人材、予算等々の最新の情報を収集一括管理する体制構築を図る。同システムの整備を通して、住民ニーズの正確な把握と保健政策、行政管理面の強化を図る。

3) 感染症対策は地方を重視した国家プログラム支援

結核対策、EPI は国家プログラムとして連邦レベルの調整機能の強化を支援しつつ、州やディストリクトと緊密に連携した地方での活動強化を目指す。

4) LHW の体制／機能強化を基にした PHC の普及

家族計画、PHC 分野への支援に関しては保健省 FP/PHC Cell への政策支援と国家 LHW プログラムの現場活動の支援、地域保健のインターベンションの開発、モニタリング体制の整備等を通じて、各種の国家プログラムの質と管理体制の向上を図る。

5) 地方支援に向けたパキスタン医療研究所 (PIMS) の機構改革

PIMS に対する協力は病院管理技術の向上、小児病院の機能向上、新生児ケア研修、母子保健センターでの母性保護研修、看護大学の運営管理向上等の支援をとおして、保健医療人材の育成並びに病院管理、医療技術の中核センターとしての機能強化を図っていく。その際、PIMS の地方人材育成のための政策的な位置づけを明確にして、各州の保健人材育成により積極的に貢献するよう、地方での研修活動を取り入れるなど、大胆な体制の改革を働きかけていく。

6) コミュニティーベースの障害者支援

保健福祉の未整備は貧困層、特に障害者に最も大きな影響を与える。障害者福祉事業も最も脆弱な貧困層には全く届かず、多くのリハビリテーション施設が富裕層に占有される傾向があり、貧困層の障害者は社会から隠されて絶望的な生活を強いられることになる。当国障害者対策に対して我が国は青年海外協力隊 (Japan Overseas Cooperation Volunteers : JOCV) 員を派遣してリハビリテーション活動の支援を行っているが、当該分野への新たな視点とし

て、コミュニティに入り込み地域住民が主体的に障害者リハビリに参画するコミュニティ・ベースト・リハビリテーション（CBR）事業に取り組もうとしている。リハビリ分野だけではなく、社会学的アプローチも含めた新たな地域開発事業として障害者支援の具体的な事業方法を検討している。

第6章 我が国の保健医療分野の協力実績

2001年までの我が国の対パキスタン無償資金協力事業実績は1753億円、その中でJICAによる業務実績は保健分野で167億3400万円(19.5%)を占めている。一方、技術協力事業の実績は1992年から2001年までの累計が123億円、そのうち保健分野は18億7000万円(15.2%)を占めている。

無償資金協力事業では地域医療機材整備案件(2件)、首都圏等の医療機関建設整備案件(4件)、感染症対策ワクチン等調達案件(3件)が実施された。技術協力ではイスラマバードにあるPIMSを対象とした小児病院(1987～1992年)、看護教育(1987～1990年)、母子保健(1996～2001年)プロジェクト方式技術協力事業が実施された。2001年から2003年にかけては予防接種拡大計画、病院管理、結核対策、保健プログラム政策の長期専門家が派遣され、それぞれの分野で無償資金協力事業等と連携した事業を行っている。研修事業では2002年度、当国からの本邦研修員144名のうち保健関係者は10名であった。また、現地国内研修として新生児ケア研修を2000年度から実施中である。

当国に対するボランティア派遣事業として1995年にJOCVの派遣を開始し、2003年までの78名の累計派遣数のうち、保健関係者は18名に上っている。具体的な派遣先職種は病院看護、病院管理、保健師、障害者リハビリ等である。