

JICA プロフェッショナルの 挑戦

シリーズ6:インドネシア

「母子(健康)手帳」関連プロジェクト

～ODAが母と子の命を守る～



人材

J R

09-009

JICA プロフェッショナルの 挑戦

シリーズ6：インドネシア

「母子（健康）手帳」関連プロジェクト

～ODAが母と子の命を守る～

はじめに

昨年10月、J B I C（円借款部門）とJ I C Aが統合し、新生J I C Aが誕生しました。その結果、新生J I C Aは、予算規模が約1兆円となり、世界銀行に次ぐ世界第2位の援助機関となりました。当然のことながら世界の注目と期待は集まり、今までにも増して、明確な援助方針と具体的な成果が求められることにもなりました。

この統合により技術協力、有償資金協力、無償資金協力の3スキームが一つの機関に集約され、スキーム間のより有機的な連携やより効果的なアプローチによる援助の実施体制が整えられました。例えば水道人材育成計画（技術協力）と上水道整備事業（資金協力）の融合、農業普及人材育成計画（技術協力）と農村インフラ電化事業（資金協力）の融合など様々な可能性が膨らんできています。

しかし、ここで我々J I C A事業に携わる人間が肝に銘じなければならぬのは、この3スキームの統合で目指すべきゴールは今までJ I C Aが担ってきたことと変わることがなく、途上国における「人材育成」であるということです。学校や病院を建てても、それらはいくらでも手段であり、そこに従事する途上国の人材が育っていかなければ、私たちの目的は達成されたとは言えません。



また、言うまでもないことですが、インフラを整備し組織をつくり制度をつくるのはあくまでも「人」であり、またその国の発展を担う「人材育成」に貢献しうるのは、やはり「人」であるということです。つまり「国際協力人材」であり、中でも協力現場で活躍される「JICA専門家」の方々なのです。JICA専門家によるプロフェッショナルな技術の移転があつてこそ3スキームの統合は推進され、また明確な計画のもとにその過程（プロセス）の管理が行われてこそ「人材育成（人づくり）」が主導されるのです。

これまで30年以上、JICAは、『人づくり、国づくり、心のふれあい』のスローガンのもと、技術協力を展開して参りました。多くのJICA専門家の方々が、日本人ならではの技術と技術者魂をもって、まったく生活環境の異なる途上国において、異なる言語を用い、途上国の関係者との信頼関係を構築しつつ業務を実施してきたことは、並大抵の努力ではございません。しっかりした理念・哲学、確実な技術、たゆまぬ努力があつたればこそ成し遂げられたものと理解しています。

技術協力の成果としては、カウンターパートの能力向上、あるいは相手側機関の組織強化や制度整備などいろいろとあるのですが、実は、それらの成果に至るプロセスにおいては、目に見えない形で多くの努力、苦難、辛酸などがあつたはずです。本冊子では、技術協力の途中でJICA専門家の方々が目の前にある困難をどのように捉え、どのように立ち向かい挑

戦していったのか、またどのようにしてそれらを克服していったのか、その努力の軌跡を語り継ごうとしています。

今、途上国での困難に直面している方々、またこれからチャレンジをしようとする準備している方々に、大いなるヒントと勇気を与えられればと思つて本冊子を取りまとめました。

最後に、本冊子が国際協力における有効な指針となり、また有益なJICA専門家の記録となることを期待しています。

平成21年6月

国際協力人材部長

大石 千尋

「JICAプロフェッショナルの挑戦」(シリーズ1〜4)は、おかげさまで、関係各方面から高い評価を頂くことができました。まずはこのような評価をお寄せ頂いた読者の皆様に厚くお礼申し上げます。代表的なコメントとしまして、研修受講者の方がたからは、「技術協力プロジェクトやJICA専門家の役割の具体的なイメージが掴めたこと」、JICA職員からは、「技術協力の役割を再認識することができたこと」、また一般の読者の皆様からは、「ODAでもこのような良いことをやっていたことが理解できたこと」、などが挙げられます。さらに、このシリーズ1〜4の冊子の「はじめに」で紹介させて頂いた「『ダシヨール西岡』の話も大変興味深く読ませてもらいました」、と言うコメントも多く頂きました。

「ダシヨール西岡」の西岡京二氏(1992年に亡くなるまで、ブータンで28年間のJICA専門家活動を継続された)の奥様・西岡里子さんより送付頂いた西岡さんとの共著『ブータン・神祕の王国』(1998年、NTT出版)の中の「追記」部分に、ブータンでの西岡さんの葬儀の様子の記事がありましたので、その抜粋をご紹介します。

「・・・3月26日、主人の葬儀がパロの谷を見下ろす丘で盛大に行われた。王家の方々、政府の高官がティンブーから出席して下さった。この国であんな長い車の行列を見たのは初めてであった。親しかった大臣が村人達とともに柩を乗せた車に同乗され、ずっと泣いておられるので、娘と私のほうがどうしてよいかわからず、12時間にも及ぶ葬儀を夢中で過ごした。パロ谷はその日、抜けるような青空で、桃の花が丘一杯に咲いていたのを憶えている。・・・」

この西岡ご夫妻の共著は、今回初めて読ませて頂きましたが、非常に読みやすく臨場感溢れる内容のものでした。1960年～1970年代のブータンの様子が克明に、しかもリアルに記録されています。ある方の勧めで、西岡さんの奥様にも前回の冊子を送付させて頂いたところ、奥様より丁寧な礼状と共に、この著書を送付頂きました。

特に、この「追記」部分は、『神祕の王国』（1978年、学習研究社）を加筆・修正した際に加えられたものようで、奥様がその後のご主人やブータンの様子を描いたものです。また、この「追記」には、西岡さんの技術協力について語った記録も含まれていますので、その中から、これから専門家として活躍される方がたにも役立ちそうな記述を一つだけご紹介しておきます。

「今はいろんなことをやってきているし、村人の顔もよく知っていますから何でもすぐ信用してもらえますけど、最初来たときは、外国人の若造が何も責任なしに勝手なことを言っただけなんです。聞いてもらえないこともたくさんありました。最初に仕事を始めるとき、どこにスイッチを入れるかが大切でしたね。農民の気持ちをどう変えるか、どこまで変わるか、新しい技術を導入して仕事をしてもらうか、そのためのスイッチを見つけるのが一番大切ですね、今から思うと」

ブータン人から尊敬されていた西岡さんでさえも、業務開始の段階においては人並みに苦労をされていたようですし、どの「スイッチ」を入れるべきかでも相当悩まされていたようです。現場に根ざした適正な技術を通じて、相手の考え方を変えてゆくことが、いつの時代においてもJICA専門家には求められているのです。また、そのためにも、人と人との繋がりを大切にし、信頼関係を構築していくことが特に重要となります。

筆者は、西岡さんの生涯を理解することにより、改めて国を越えた人と人との繋がりの大切さを感じています。「人づくり」による「国づくり」への貢献、人と人との信頼関係を通じた二国間関係の強化への貢献というものが、本来ODAに最も期待されているものではないかと改めて考えさせられました。

このような観点を踏まえつつ、今回の「JICAプロフェッショナルの挑戦」（シリーズ5〜8）の冊子作成に際しては、過去にJICAが実施した数多くある技術協力プロジェクトの中から、長年継続的な協力を行い、社会・経済的にも大きな開発効果（インパクト）をもたらし、相手国にも大変感謝されているものから選定しました。具体的な選定に当たっては、分野的にも異なり、インタビュ対象専門家の確保が可能である中から、アジア地域から2プロジェクト、アフリカ地域から2プロジェクトを、以下の通りに選定しました。

但し、これらプロジェクトは、いずれも、それぞれが複数のフェーズからなる技術協力プロジェクトから構成されている案件であるため、ここではまとめて「関連プロジェクト」として呼んでいます。

シリーズ5：「インドネシア・スラバヤ電子工学ポリテクニク（EPEIS）」関連プロジェクト

プロジェクト（フェーズ1、フェーズ2）

シリーズ6：「インドネシア・母子（健康）手帳」関連プロジェクト

（フェーズ0、フェーズ1、フェーズ2）

シリーズ7：「ケニア・中等理数科教育強化計画（SMASSE）」関連プロジェクト

（フェーズ1、フェーズ2、フェーズ3）

シリーズ8：「ザンビア・ザンビア大学獣医学部」関連プロジェクト

(フェーズ1、フェーズ2、フェーズ3)

特に、シリーズ6である本冊子では、最近、新聞等でも話題になり、世界的にも有名になってきているインドネシアの「母子（健康）手帳」関連プロジェクトを取り上げることとしました。母子手帳は、我が国発のコンセプトであり、現在、世界10数か国で活用され、ますます他ドナーの中においても、その重要性が認識されてきているものであります。

特に、インドネシアでは、2004年に母子手帳に関する大臣令が發布され、母親に母子手帳を配ることが法律で定められ、現在、約6割を超える妊娠中の母親に母子手帳が配布されていると言われています。

しかしながら、これだけインドネシアにおいて、国家として母子手帳が受け入れられ、また法令化され、しかも実際に母親に配布されるようになった背景については、残念ながらほとんど知る日本人がいらないのも現実だと思えます。

実は、この母子手帳の普及には、15年以上にも及ぶ我が国のODA（政府開発援助）による長い協力の歴史があったのです。また、この母子手帳を保健システムとして導入するための人材育成やシステムづくりのために、JICA専門家による地道な技術協力が大きな役割

を果たしてきたと言えるのです。

本冊子では、この一連の技術協力プロジェクトに関わった長期・短期のJICA専門家全員に登場してもらうことは、紙面の都合もあり残念ながらできません。

そこで、この一連のプロジェクトの最初から最後まで何らかの形で関わってこられた大阪大学教授の中村安秀氏には、まず母子手帳の導入にかかる経緯を含めて、普及戦略の全容を語ってもらいました。

次に、一連のプロジェクトにおいて、常に最前線で、母子手帳の導入・普及の陣頭指揮に当たってこられた佐藤善子氏に、現場での専門家活動の全容を語ってもらいました。

さらに、パイロット地域での試行的な実施時期（フェーズ0）後のフォローアップのために個別専門家として派遣され、引き続きフェーズ1プロジェクトにも関わった渡邊洋子氏、及びフェーズ2まで関わり現在JICA国際協力専門員の尾崎敬子氏に、その後のプロジェクトまでを含めた普及の困難期における専門家の代表として登場してもらい、専門家活動の全容を語ってもらいました。

最後に、フェーズ2に発展したプロジェクトの最終段階に関わられている八鳥知子氏には、現在の母子手帳の普及における課題等も含めて語ってもらいました。

本冊子は、JICA国際協力人材赴任前研修の副教材としての利用を主目的として作成しました。また、できるだけJICA専門家の実像が等身大で見えるようにも試みました。特に、初めて赴任される専門家が、技術協力プロジェクトをイメージしやすいように、また、JICA専門家の活動の様子などが理解しやすいように、さらに過去のJICA専門家の教訓や知見がにじみ出るようにも取りまとめたつもりです。

例えば、ある専門家が圧倒的な技術力（世界的スタンダード）で実際にやって見せ、カウンターパートに理解を促したり、ある専門家がカウンターパートの話をじっくり聞いた上で対話を行い、彼ら自らが問題解決できるようになるまで忍耐強く寄り添ったり、また、ある専門家がカウンターパートと共通の理念をとことん語り合い、自分たちの役割の再認識に努めたり……。本冊子を読んで頂ければ、このような専門家にとつての重要な示唆をいくつも読み解くことができる筈です。

普通の日本人専門家がJICA専門家として、途上国で何を考え、どのように挑戦していったのかを理解する観点からも、ぜひ一読願えれば幸いです。本冊子は、広く開発教材として活用することも念頭におき、できるだけ読みやすい内容に絞って作成しました。多くの国民の皆様にも、ぜひ一読頂けることを願ってやみません。

本冊子の作成に際しましては、前回同様に「JICAプロフェッショナルの挑戦」執筆・編集タスクを設置し、企画から、プロジェクト選定、専門家らへのインタビュー、現地確認調査、原稿執筆（テープおこしを含めて）、編集まで一貫して、執筆・編集タスクが中心となつて担当してきました。

最後になりましたが、執筆・編集タスクを代表し、本冊子の作成にあたり、快くインタビューに応じて頂き、かつ原稿に細かく目を通し教多くのコメントを頂戴し、貴重な写真までご提供頂いた専門家の皆様方に深く感謝申し上げます。また、突然の訪問にもかかわらず、快くご対応頂いたインドネシアの政府関係者及びプロジェクトの関係者の皆様方にも、改めて感謝申し上げます。さらに、本冊子作成に際し、ご協力頂いたその他多くの関係者の皆様方にも感謝申し上げます。

平成21年6月17日

JICA国際協力人材部 執筆・編集タスク主幹

鈴木 康次郎

目次

はじめに 1

執筆・編集タスク主幹より一言 5

プロジェクトサイト地図 15

第1部 プロジェクトの開発効果（インパクト） 16

インドネシア主要指標一覧 21

第2部 JICA専門家等へのインタビュー 22

・中村 安秀 氏（担当分野・母子保健） 23

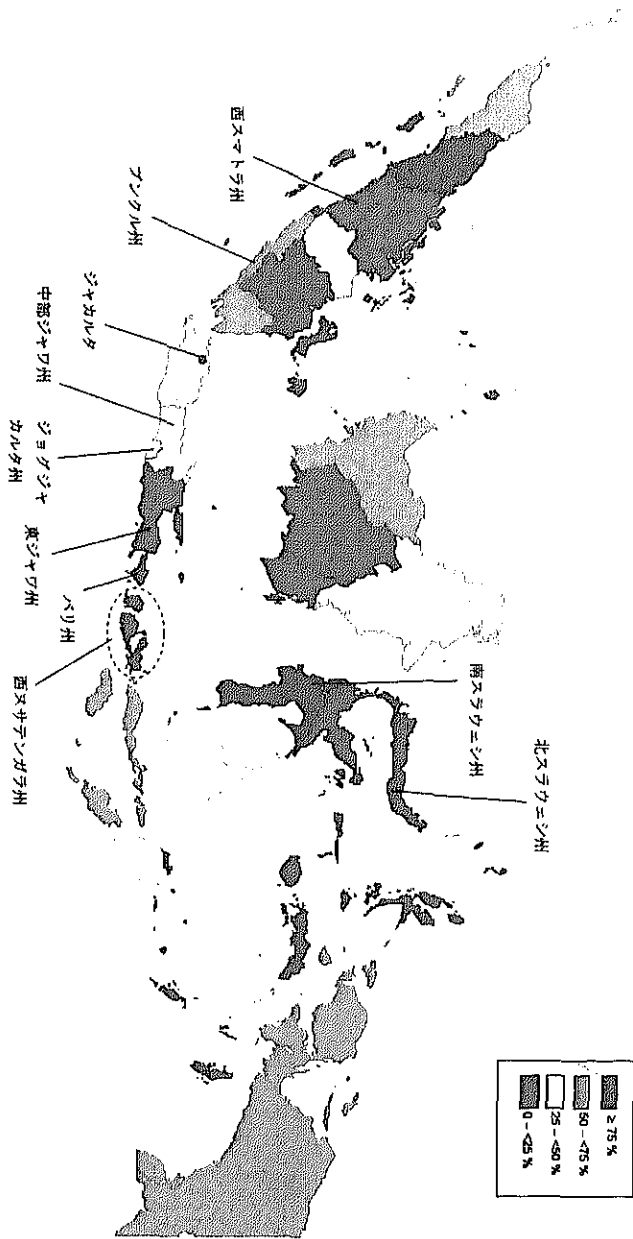
・佐藤 善子 氏（担当分野・地域栄養、チーフアドバイザー） 55

・渡邊 洋子 氏（担当分野・母子保健、チーフアドバイザー） 87

・尾崎 敬子 氏（担当分野・コミュニティー・ヘルス、母子保健） 111

・ 八鳥 知子 氏 (担当分野・地域保健)	143
インドネシアの保健医療事情	171
第3部 カウンターパートからの手紙	172
・ アズール・アズワール (Azrul Azwar) 氏	
インドネシア大学医学部教授 (元・インドネシア保健省地域保健総局長)	173
インドネシア案件配置図	179
第4部 ルポライター田中章義の現地レポート	180
おわりに	191
参考資料	i
・ 関連プロジェクトの概要	ii
・ 関連プロジェクトの主なヒストリー	viii

インドネシア 母子手帳の配布状況 (2006年時点)



実行プロジェクト作成のデータをもとに作成

第1部

プロジェクトの開発効果 (インパクト)



ボシアンドウに母子手帳を持参した親子

第1部 プロジェクトの開発効果（インパクト）

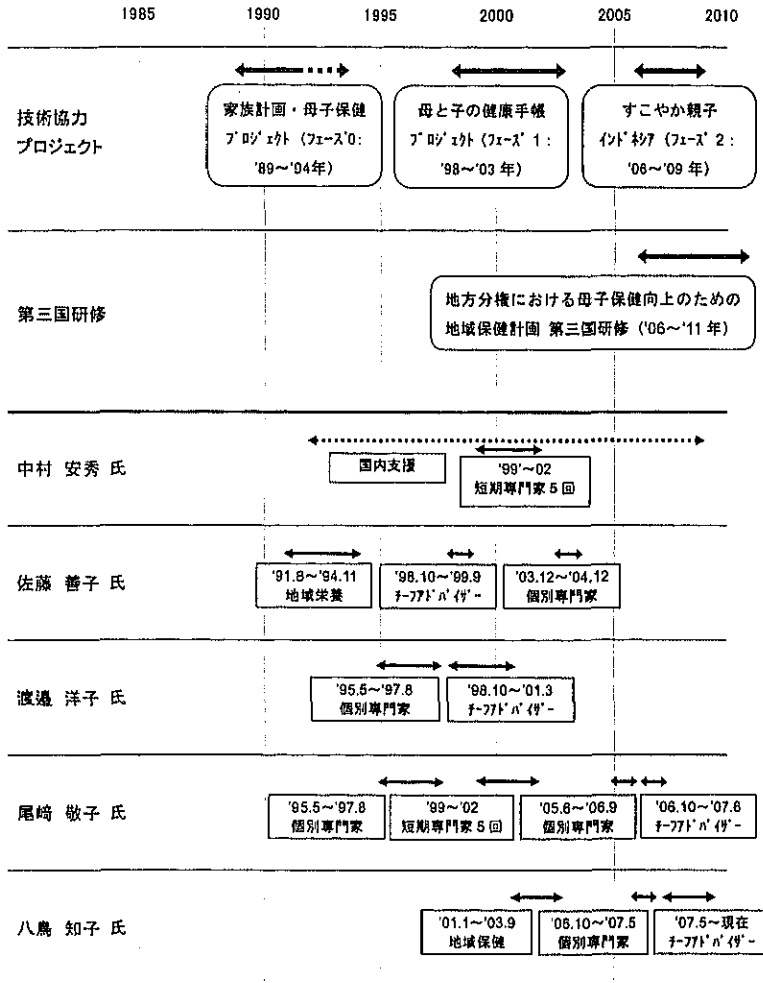
インドネシアの「母子（健康）手帳」に関する一連の我が国の協力は、図1の通りである。それぞれのプロジェクトの概要は、本冊子巻末の参考資料を参照して頂きたい。

図1のように母子手帳に関連して、JICAによる技術協力プロジェクトが3回、第三国研修が1回実施されてきている。また、3つの技術協力プロジェクト間にもそれぞれ個別専門家が派遣され、青年海外協力隊（JOCV）とも緩やかな連携を継続してきている。このことは、母子手帳に関する協力が開始して15年以上に及ぶ期間を通じて、ほとんど途切れることなく、我が国のODAによる協力、とりわけ技術協力が実施され続けてきたと言うことである。

その結果、母子手帳は、インドネシアにおいて、保健的、社会的、そして国家的に大きな開発効果（インパクト）をもたらしてきた。

近年のインドネシアにおける母子手帳の供給率は、全国の妊産婦の約6〜8割（300万〜400万冊相当）にも達している。これは、経済危機や地方分権化による財政的な課題へ

図1. 母子健康手帳に関する一連の協力
 <併せて、インタビュー対象専門家の派遣期間（主に長期）を下段に記載>



※技術協力プロジェクトにおいて、実線は本体協力、破線はフォローアップ協力を示す。

(JICA 各種報告書に基づき作成)

の影響が大きかった時期を踏まえて考えると驚異的な数字だ。しかも、2004年には、母子手帳に関する保健大臣令が發布されており、明確にインドネシアの保健システムとしても定着してきている。

母子手帳の印刷に関しては、これまでも世界銀行、ADB（アジア開発銀行）、ユニセフ（国際連合児童基金）、GTZ（ドイツ技術協力公社）、USAID（米国国際開発庁）などの他ドナー機関とも連携してきており、母子手帳は、文字通りインドネシアの「公共財」としての位置づけを確立してきている。

直接的ではないとは言え、協力期間中にかなりの改善が見られている妊産婦死亡率（MMR）や乳児死亡率（IMR）の一層の改善に対しても、母子手帳による母親の出産・育児や保健衛生に関する基礎的な知識の向上を通じた貢献が強く期待されてきたのである。

フェーズ2に相当する「すこやか親子インドネシアプロジェクト」が現在実施されているが、自立発展に向けた一層の制度構築のための努力が続いている。インドネシア保健省は、第三国研修を通じて、母子手帳に強い関心を抱く国からの研修員の受け入れにも積極的に取り組んでおり、将来的には、インドネシアでの母子手帳導入の経験を世界に発信していくことも期待されている。

最後に、特筆しておきたいことは、インドネシアでの母子手帳の導入を契機として、「母

子手帳国際会議」が、過去6回盛況に開催されてきているという事実である。

インドネシア 主要指標一覧

	指標項目	1996年	2004年	2005年	2006年	2006年の 地域平均値
社会 指標等	地表面積 (1000km ²)	1,905	1,905	1,905	1,905	n.a.
	人口 (百万人)	195.5	217.6	220.6	223.0	1,898.8
	人口増加率 (%)	1.4	1.3	1.4	1.1	0.8
	出生時平均余命 (歳)	n.a.	n.a.	68	68	71
	妊産婦死亡率 (10万人)	n.a.	n.a.	420	n.a.	n.a.
	乳児死亡率 (1000人)	n.a.	n.a.	28.0	26.4	23.7
	一人当たりカロリー摂取量 (kcal/1日)	2,885	2,896	2,893	n.a.	n.a.
	初等教育総就学率 (男) (%)	n.a.	115.5	116.7	116.1	110.7
	(女) (%)	n.a.	113.6	112.7	112.1	109.1
	中等教育総就学率 (男) (%)	n.a.	63.5	62.6	64.2	72.8
	(女) (%)	n.a.	63.0	61.9	64.2	73.5
	高等教育総就学率 (%)	n.a.	16.6	17.0	17.0	21.3
	成人識字率 (15歳以上の人口の内: %)	n.a.	90.4	n.a.	n.a.	n.a.
	絶対的貧困水準 (1日1\$以下の人口比: %)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
失業率 (%)	4.4	9.9	10.3	10.3	n.a.	
主要 経済 指標	GDP (百万USドル)	227,370	256,837	286,969	364,459	3,633,325
	一人当たりGNI (USドル)	1,120	1,110	1,250	1,420	1,864
	実質GDP成長率 (%)	7.6	5.0	5.7	5.5	10.1
	産業構造 (対GDP比: %)					
	農業	16.7	14.3	13.1	12.9	12.0
	工業	43.5	44.6	46.8	47.0	46.7
	サービス業	39.9	41.0	40.2	40.1	41.3
消費者物価上昇率 (インフレ: %)	8.0	6.2	10.5	13.1	n.a.	
政治 指標	政治体制: 共和制。大統領が最高権力者					
	憲法: 1945年8月18日施行、2002年8月第4次改正 元首: 大統領。スシロ・バンバン・ユドヨノ (Susilo Bambang YUDHOYONO)。直 接選挙制。2004年10月20日就任。任期5年。3選禁止 議会: 1院制。550議席。任期5年 内閣: 大統領が閣僚を任命。首相なし。2004年10月21日発足、05年12月5日改組、 07年5月7日改組					

注 ●地域平均値は東アジア・太平洋諸国の数値 (地域分類はWDI2008年7月版による。但し妊産婦死亡率はユニセフの地域分類)

●「人口」、「GDP」の「2006年の地域平均値」においては、地域の総数を示す

●妊産婦死亡率の数値はWHO、ユニセフ・国連人口基金 (UNFPA) の評価を反映した推定値

●就学率が100を超えているのは、学齢人口推計値と実際の就学データの間にずれがあるため

JICA国際主要指標2009年1月版 (<http://libportal.jica.go.jp/fmi/xsl/library/public/data/Index/Asean-Indochina/Indonesia.pdf>) より抜粋

第2部

JICA 専門家等へのインタビュー



母子手帳のプロモーション中の佐藤リーダー



なかむら やすひで
中村 安秀 氏

担当分野：母子保健（フェーズ1）

大阪大学大学院人間科学研究科教授。1977年東京大学医学部卒業。都立府中病院小児科、東京都三鷹保健所などを経て、1986年から国際協力事業団（JICA）の母子保健専門家としてインドネシアに赴任。以後も、パキスタンでアフガン難民医療に従事するなど、途上国の保健医療活動に積極的に取り組む。東京大学小児科講師、ハーバード大学公衆衛生大学院研究員などを経て、1999年より現職。「国際協力」「保健医療」「ボランティア」をキーワードに、学際的な視点から市民社会に役立つ研究や教育に携わっている。国際保健、子どもの発達、リプロダクティブヘルスなど興味を持っている分野は広いが、どこの国にいても子どもがいちばん好き。

モデル・プロジェクトを始める際に心がけたのは、上手くいきそうな所から始めて広げていくということ。また、広げていくために母子手帳も最初からものすごく良いものでなくてもいいということにしました。

1977年に東京大学医学部を卒業後、1986年からJICAの母子保健専門家としてインドネシアに赴任した中村安秀氏。その後もパキスタンでアフガニスタン難民キャンプでの医療に従事するなど、保健医療活動に積極的に取り組み続けている。2000年1月には、保健医療の仕組みづくりと人づくりを通して国際協力に取り組む団体「HANDS」を設立し、代表に就任。翌年3月に特定非営利活動法人格を取得し、「HANDS」の活動は、今ではブラジル、ケニア、インドネシア、スーダン、ホンジュラスなどにも広がっている。

2008年11月に東京でおこなわれた「第6回母子手帳国際会議」では、ユニセフや国連

人口基金の協賛を得て、世界10数か国の研究者・行政官・NGO関係者など、300名以上が参加し、母子（健康）手帳を通じた母と子の健康の向上と健やかな成長に関しての議論がすすめられた。この会議で実行委員長を務めたのが中村氏だった。

東京大学小児科講師、ハーバード大学公衆衛生大学院研究員などを経て、1999年から大阪大学大学院人間科学研究科教授を務めている中村氏は、どのような思いでインドネシアの「母と子の健康手帳プロジェクト」など一連の母子手帳関連プロジェクトに携わったのだろう。母子手帳の「世界的普及の父」として国際的にも名高い中村安秀氏の思いと挑戦を紹介してみたい。

地域保健の原点を体験し、インドネシアで母子手帳を作る機会にめぐり合う

「・・・小児科医だった私は、障害を持つ子どもを専門とする神経小児科医でした。東京都が都立神経病院という日本で初めての障害や神経・脳の専門病院をつくったのですが、私はその小児神経科医だったので。実際には病院だけでなく地域との連携が必要で、子どもが通う学校に行って先生たちと一緒に考えたり、保健所で健診をして早期発見、早期治療を

したりと、どんどん地域に出ていきました。こうした活動をするうちに、地域保健の原点を知りたいと思うようになり、医者になって10年近く経ったときに思い立って、アジアに行きたいと手を挙げたのです。そのときに初めてJICA（当時は国際協力事業団）という組織があることを知りました。手を挙げてからすぐにJICAからインドネシアの「北スマトラ州地域保健対策プロジェクト」で小児科医を探しているという話を頂き、私は即座に行くことを決めました。それが1986年のことで、それから2年3か月インドネシアで生活をしました。

そのときは地域保健のプロジェクトで、マラリアや結核等を扱っていました。私はそのプロジェクトの母子保健の専門家でした。私が行ったときには既に8年ほどプロジェクトが続いていたのですが、プロジェクトには実は普通の医者がほとんどいませんでした。リーダーが獣医だったりマラリアの研究者だったりで、地域保健の専門家ではなかったのです。当時日本から行く人は研究者ばかりで、私のように臨床をやる人はごく少数でした。

インドネシアにはポシアンドウという地域保健の組織があり、村の人が子どもたちの健康を良くしようという活動をしていました。私はそこに参加して、村の人と一緒に村の人々の健康改善活動を続けました。当時はそういう形で地域に根付いて活動している人は非常に少なく、JICAも医療協力というと、まだまだ病院を建てる方に専念していた時期でした。地域保

健活動やプライマリ・ヘルス・ケア（Primary Health Care）と言いつ、「それは何だ？お前たちは何をしているのかわからない」とさえ言われていました。

「中村先生はJICAの給料をもらいながら協力隊員のような仕事をしている」と言う人もいたほどです。けれども中にはこの分野の仕事の重要性をわかってくれる人もいて、建物だけではなく、もつとJICAが人々に裨益しているところが見たいと言つて、ジャカルタから飛行機で2時間、車で3時間くらいかかるような村で住民と一緒に活動をしている私の所にまでやって来たJICAの理事もいました。

私の活動はとても上手くいって、2年間で人口6000人程の村の乳児死亡率が大きく下がりました。しかし次の問題はサステナビリティ（持続可能性）とスケールアップだったと思います。しかし、私がいなくなってもこの村で活動が続くかどうかに関しては自信がありました。私が活動したといつても、薬も何も持たずに村へ入っていたので、村の人と保健所のお医者さんと看護師さんらは、私がやったことを続けていくれるだろうと思つていました。しかし、一つの村がそうなるのに1年半や2年がかかっています。

インドネシアには全体で5万以上の村があるので、他の村についてはどうすればいいのだろうかと思つていました。この方法ではない別の方法として、当時から母子手帳がとても大きなツールになるのではないかと予感していました。私はもう帰国するので母子手帳の仕事は



北スマトラの村のヘルス・ボランティアたちと（1988年、中村先生は左端より2人目）

できなくなるけれど、せめてインドネシアで活動をした記念として母子手帳だけはつくっておこうと思いい、本当に叩き台レベルの母子手帳をつくりました。

その後、1992年の冬にインドネシア保健省のJICAプロジェクトのカウンターパートでもあったアンドリアンサ（Andryansyah Arifin）さんが日本に研修に来たとき、彼がその叩き台レベルの母子手帳を持っていたので、本当に驚きました。彼はインドネシアにも母子手帳があるのだと言ってそれを見せてくれたのです。

「それは私が北スマトラでつくったものだよ！」と私は言いましたが、そう言えば、当時の北スマトラ州のカウンターパートがこの母子手帳をインドネシア全州に配ると言っていたこ

とを思い出しました。

スケールアップする際は、JICAだけではなく全ての国連機関もそうなのですが、皆さんまず良いモデルとなるプロジェクトをつくっています。ただし、実際にはそれがあまり広がらず、モデルだけをつくって終わりということの方が多いようです。私は何かをするならそれだけは絶対にしたくないと思っていました。

私は、自分の所のプロジェクトでつくった活動モデルは良いもので、他の所でも使えるだろうとは思っていましたが、同じ方法でよそに広がっても限界があるだろうとも思っていました。

後日、自分が活動していた村に行ったとき、その村出身の保健師さんは別の村へ行つて活動を広げているという話を聞きました。だからといって、それでインドネシア全体に広がる訳ではありません。私はじわーっと広がるのをゆつくりと待ちません。全部に広げるためには、インドネシア全土に広げるだけのツールと戦略が必要だと思っていました。そのツールでもあり、戦略の一つでもあるのは「母子手帳」ではないかと思っていました。誰かがすぐに「母子手帳」プロジェクトをしてくれる訳ではないので、しばらくは「母子手帳」とも離れていました。そこにアンドリアンサさんがやって来て、インドネシアで「母子手帳」をやりたいと言いだしたのです。

「保健システムとして母子手帳を導入したい」という
インドネシア人医師の熱意に負ける

日本に戻って、東京都の三鷹保健所で1989年から1年間働きました。それはそれで保健師さんたちとも仲良くやっていたのですが、海外に出ることが一切できませんでした。JICAからまたインドネシアのプロジェクトを手伝ってくれないかと頼まれても、2年も行っていたのだからと東京都は出張の許可を出してくれませんでした。なかなか海外に出るのは難しいものだと思っていたら、現在フランス大使をしている飯村さんが外務省技術協力課において、私を外務省に引っ張ってくれました。飯村さんは保健医療に関心が強く、インドネシアから戻ってから勉強会で知り合いました。技術協力課にいた当時は、色々なJICAプロジェクトに関わったほか、医療協力や難民支援などの緊急援助隊では私が団長を務めていました。外務省の職員でもあり、診療のできる医師でもあり、二つの顔を持って仕事をしていました（笑）。

当時もそういう形で外務省に入るのは珍しかったと思います。飯村さんはプライマリー・ヘルス・ケア（1970年代後半に、世界の保健・医療におけるアクセスの改善、公平性、住民参加、予防活動重視などの実現を求めて形成された理念かつ方法論）の重要性を外務省

で初めて言及した人でした。当時のODA白書にも、病院ではなくもつとプライマリー・ヘルス・ケアが必要なのだと書いてあるのですが、プライマリー・ヘルス・ケアとはどういう意味かとよく聞かれました。私はある意味で病院建設を批判していたのですが、無償資金協力課からは、「君は病院建設に反対しているが、どういう意味でなのか」と問われ、「そもそもコストが合わないじゃないですか」と論争をしたこともありました。

結局、外務省には1991年9月までいて、その後東京都の母子保健センターに移り、後に東大病院で小児科の講師も務めました。当時はまだずっと臨床も続けていました。東大病院では外来医長や病棟医長をしていました。アンドリアンサさんが来たのは東大病院に勤めていたときでした。

アンドリアンサさんはかつて私がつくった母子手帳を見せて、これをインドネシア全体に普及させたいと話してくれたのですが、そのとき私はプロジェクトとして母子手帳をやるのは難しいからやめた方がいいと言いました。母子手帳は健康教材のようにみんなに配布をすれば良いというものではなく、保健システムそのものだからです。保健システムを全部変えなくてはならないので、当時のインドネシアではとても難しいだろうと彼に言いました。

すると彼は、「単に教材とするのならこんな頑張りうとは思わない。母子手帳に魅力があるのは、母子手帳が誰もがどこでも使える保健システムだからだ」と言ったのです。

それでも本当にそんなことができるのだろうかと私はずっと懐疑的でした。ただ彼はユニセフ（国際連合児童基金）やUSAID（米国際開発庁）など他のドナーとでも一緒にやってもいいというくらいに、とにかく母子手帳をやりたがっていました。そのような覚悟で私にも手伝ってくれと言ってきたのです。

当時のユニセフは母子手帳の良さをわかってはくれないうなと思いましたが、他方、母子手帳は日本がずっとやってきたことですし、私も毎日母子手帳を使って診療をしています。なので、インドネシア側の事情も良くわかりました。アンドリアンサさんがそこまで本気でやりたいのなら、他ドナーではなくてやはり日本人である私が手伝うべきだと思いました。彼の熱意に引きずり込まれたようなところがありました。

アンドリアンサさんは母子手帳が保健システムであるという点をとてよく理解していたと思います。母子手帳は配布するだけでは意味がなく、助産師が使い、産婦人科医が使い、子どもが生まれたときに記録が書かれ、健診に行った所でまた書かれ、予防接種をしたらさらに書かれ、というようにみんなが使わないと意味がないのです。一つの病院だけで使っても意味がありません。インドネシアの場合には、保健所やポシアンドウ、ビダンという助産師のクリニックやヘルス・ボランティア等色々な所に持って行って使ってもらわなければならぬのです。一つの母子手帳をもとに母と子に関するケアが全て連動しないと母子手帳は

上手く使えず、制度（システム）として成り立ちません。問題はこの連携が取れるかどうかなのです。理解のある保健所長がいるというだけでは母子手帳は使いものになりません。アンドリアンサさんは、そういうことを良くわかってくれていても優秀な人でした。

全国展開をにらんだ戦略で母子手帳の拡大を図る

母子手帳を始めることに関しては、日本人関係者の間でも様々な意見がありました。そのときに実施していた「家族計画・母子保健プロジェクト（フェーズ0ゼロに相当）」の延長の話がありました。当初プロジェクト延長をする際には、母親のカードの普及をプロジェクトの大きな目的としようとしていました。母親のカードとは別に子どものカードもあるのですが、母子手帳を導入するということは、それらのカードを止めてしまうということになります。つまり今までやってきたことを変えるということなのです。今まで携わってきたプロジェクトのメンバーの中でも完全に意見が割れてしまいました。途中から入ってきた母子手帳は嫌だと言って辞めてしまった人もいたほどです。JICA内でも、今までやってきたことをなぜ否定するのかと反対意見もありました。

しかし、そのような中でも、JICA本部の一部の方がたと佐藤さん（佐藤善子専門家）とアンドリアンサさんと私とで、母子手帳への取組みを始めていきました。それを認めてくれた当時のJICA職員の最終決断はありがたいものでした。

最初にアンドリアンサさんと佐藤さんと私の3人で母子手帳の原型をつくりました。インドネシア語で中身を検討して、パイロット事業（モデル・プロジェクト）も決めていきました。私たちは2か所でやるような余裕はなかったので、一番ポテンシャルの高い所でやろうと話し合い、アンドリアンサさんがサラティガ市を勧めたのです。サラティガ市は衛生局長がやる気もあるし、住民の識字率も高いし、人々には新しいものを受け入れる許容力もあり、スマランという中部ジャワの州都から遠くないので、モデル地区としてはベストな場所でした。

私たちはさっそく現地を見に行きました。日帰りで見に行き、戻ってきて、夕食後の夜8時から母子手帳の中身について打ち合わせをしました。打ち合わせは夜中の1時〜2時まで



中部ジャワ州のボシアンドウで母子手帳を持参した妊婦の血圧を測る村落助産師

続きました。当時日本で臨床をやっていた私はインドネシアに滞在できる期間が短かったの
で、向こうにいる間はこうした過密なスケジュールで作業をする毎日でした。

そのときに私たちが合言葉のように言っていたのは、『10年経ったら全国制覇』というこ
とでした。最初の頃からこのことを言い続けました。これはそのまま私たちの強い意志の現
れでもありました。

モデル・プロジェクト開始時に心がけたことは、上手いきそうな所から入るということ
でした。私たちは失敗する気など全くなく、絶対に成功するつもりでしたので、上手いく
所をみんなに見せて広げていこうと思っていました。そのために場所も吟味して、やる気の
ある人たちがいる所から始めたのでした。

もう一点、私たちが心がけたのは、ものすごく良いものでなくてもいいということでした。
ここがまだできていないとか、こういうのは使われていないとか、欠点ばかりを挙げる人も
います。ページがたくさんあるのに後ろの方は難しくてみんな使っていないのではないかと
か。日本でも母子手帳を最初から最後まで読む人はまずいけません。しかも6割から8割でき
たら次の段階に行けばいいのですが、全部使えるまでちゃんとトレーニングをやるうとした
りすることがあります。しかし私はあまり良いものをつくってしまおうとかえって他に持って
行けなくなると思っていました。完璧なものをつくることよりも、広げることを先に考えま

した。私たちは、まず広げてから質を良くしていくという戦略でした。

もちろん反対意見もあって、インドネシアの母子手帳は穴だらけだと言う人もいました。彼らに対しては、「もともと遠くから見ればきれいだけど近づいたら穴ぼこだらけなんですよ」と言っていました（笑）。私はそういうやり方がモデルを本気で広げるときのコツだと思っています。完成度と広がりとの速さが必ずしも比例するという訳ではありません。

また、母子手帳をつくる際には「翻訳はしない」ということも戦略の一つとしました。インドネシアでも、後にかかわるパレスチナにおいても、日本の母子手帳の単純な翻訳はしませんでした。日本のものは日本の現状に合っているからこうなっているのであって、これがあなたの国でベストな訳ではないといつも言っていました。

母子手帳をつくるにあたっては、使い慣れたものを入れることにしました。インドネシアでは体重の成長曲線というものが使われていたので、それと同じカラーの図を母子手帳にも入れました。そもそも、これまでの様式を変えて、もう一度最初から描き方を教えるのは大変なことです。むしろ、現地では色々なカードを既につくつてあるので、全部を一緒にしましようと呼びかけました。

保健所にはいくつもポスターが貼ってあったのですが、私は保健所の壁に貼っているだけではもったいないと考えました。ポスターに書いてある離乳食のつくり方を覚えている母親

はいません。母親は自分の家で離乳食をつくるのであって、ちょっと忘れたから保健所の壁にもう一度見に行くという訳にはいきません。使われないポスターではドナーと保健省関係者の自己満足にしか過ぎないのです。けれども、このポスターと同じ図を母子手帳に入れたのなら、そのまま家に持って帰ることができます。母子手帳をつくるときには、こういう話をしていきました。

私たちはこのように現地にあるものを使い、使い慣れた図表などをそのまま利用していきました。だからここここまで受け入れられたのだと思っています。こういう戦略的なアプローチをするにあたっては、北スマトラ州での2年3か月の体験が大きく影響したとも思っています。当時現地で色々なことを学んでいたからです。

今はだいたいインドネシア語を忘れてしまいました。北スマトラにいたときに、インドネシア語でインドネシアのお医者さんたちに講義をしたことがあります。インドネシア語でインドネシアの母子保健について話をして欲しいと依頼されたのです。「お前は北スマトラで一番インドネシアの母子保健を知っている。こんなに良く知っている人は他にいない」と言われて、とても嬉しかったことを覚えています。だからこそ尾崎さんや渡邊さんが初めてインドネシアに行くときにも、インドネシア語で勝負してねと言っていました。

このプロジェクトでは、この姿勢が日本側の関係者に代々伝わっているようです。佐藤さ

んもインドネシア語がとても達者でしたし、八鳥さん（八鳥知子専門家）もインドネシア語がよくできます。私たちは言葉の面でも相手の土俵に立って勝負すべきだと思っていました。そうした意味でも、私は一緒に仕事をしてくれた人たちに恵まれていたと思います。本当に素晴らしい専門家たちでした。私は自分がプロジェクトをスーパーバイズしたつもりはないのですが、たまたま専門家たちと知り合いで、母子手帳に関心を持ってくれたので、私が推薦して行ってもらいました。みなさん自分の人生の大切な時期をよくインドネシアに捧げてくれたと感謝しています。

印刷費の確保では苦労しつつも、全国展開を目指す

佐藤さんがいた頃、サラテイガ市でのモデル・プロジェクトが始まってまだ2年も経たないうちに、世界銀行が母子手帳を広げたいと言ってきたことがあります。こちらが「2年経てばモデル・プロジェクトの結果が出るから、それからでもいいのではないか」と言うと、彼らは、「こんなに良いとわかっているのだから結果を待つ必要はない」と返してきました。私にとってこれはとても大きな衝撃でした。良いものにはすぐに食いついてくるのがドナー

の世界なのだと思いました。このように、世界銀行や他のドナーは実際にインドネシアに在住している人たちに決定権があったので、これはいけると思ったらお金をすぐにつけてくれます。

他方、サラティガ市のプロジェクトが終わって、尾崎さんと渡邊さんの2人が個別専門家で行ったのですが、2人は母子手帳の印刷費の予算確保では相当に苦労していました。

そのため、専門家が日本に戻って、JICA本部や外務省に行って説明をしたり、母子手帳に関する論文を発表したりしていました。その結果、ようやくJICAの医療特別機材の予算がついて印刷費は何とか確保できたのです。

母子手帳は、中部ジャワ州でうまく行ったものの、当時のインドネシアには27の州がありま



西スマトラ州の保健所支所で妊婦の貧血検査をしている保健所職員

した（現在は33州）。そのため、私たちが全国展開をしようとしたときには、上手くいったとは言っても、まだ27州のうちの一つだけなのです。この状況を改善するために次に私たちが考えたのは、中部ジャワ州でつくった母子手帳を保健省に持って行って、保健省で全国版をつくってもらうことでした。また、この母子手帳をさらに広げる新しいプロジェクトを北スラウェシ州と西スマトラ州でも行うことにしました。

このときに私たちが主張したのは、とにかく良い場所です。この2州はまとまりもいいし、人々のフットワークも良いと言われています。このような際には、難しい所から始めるのがいいと言う人もいますが、私たちは上手くいきそうな所からやりました。

面白いと思ったのは、西スマトラ州が母子手帳はいいけれど表紙が嫌だと言ってきたことです。これまでの母子手帳の表紙は中部ジャワ州でつくったままでしたので、表紙のモデルの写真が中部ジャワ人のままでした。つまり、西スマトラ州はミナンカバウの人たちなので、ミナンカバウの人の写真にしたいということでした。「だったらそうしたらいいじゃない」と言うと、「本当にいいのか？ JICAはいいのか？」と聞くので、「全然問題ない」と答えました。

そういう経緯があつて、「表紙は州によって変えてもいい」ということにしました。これ

がこのプロジェクトを広げる大きな原動力にもなりました。各州が自分たち独自のバージョンをつくることのできたのです。

それから、科学的根拠を得るために2つの特別な地域も選んでいきました。母子手帳を導入するパイロット地域と導入しないコントロール地域です。

コントロール地域にも2年経ったら入れると説明をしていたのですが、1年後に、北スラウエシ州のコントロール地域からも入れてくれと直談判をされてしまいました。「どうして母子手帳を入れてくれないんだ」と言われて、随分悩みました。

私が研究者だったらだめだと断っていたのかもかもしれませんが、そうではありませんでした。最後はみんなが使えるようになるのが一番ですし、涙ながらにぜひ使いたいと言うものですから、それを突っぱねる訳にもいきませんでした。データはちゃんと出なくなるかも知れないけれど、母子手帳が広がるならいいことにしようと了解しました。

結局そこでは対照実験をちゃんとできなかったのですが、プロジェクトとしては対象地域の拡大を優先していきました。西スマトラと北スラウエシという、比較的保健指標の良い地域を選んだのは、将来その人たちが母子手帳拡大の中心となってくれるのではないかと考えていたからです。そして期待どおり、彼らが活躍してくれるようになり、次第に私たちが行かなくても良い状況になっていきました。

良きカウンターパートと一緒に、母子手帳を公共財としていく

1998年から2003年の「母と子の健康プロジェクト（フェーズ1に相当）」で恵まれたのは、インドネシアの中央の体制でした。アズワール（Azrul Azwar）さんという方が保健省地域保健総局長で、その下にイナ（Ina Hernawati）さんという方がいたのですが、このイナさんが肝っ玉母さんで、現地の「母子手帳の母」という感じの方でした。この2人がとても良いコンビでプロジェクトを引っ張ってくれました。

対外的には私たちではなく常に彼らが母子手帳の説明をしてくれました。日本人が言うところ押し付けているようにいやらしい部分もあるのですが、私たちが言わずに彼らがその良さを語ってくれたのです。特にイナさんは「日本では小児科の専門医の所へ行っても大学病院へ行っても母子手帳を使っているのよ。インドネシアでも同じようにできるはずだよ」とよく言ってくれました。こんな風にある段階からは彼らが自分たちでどんどん広めていってくれたのです。

あるときジャカルタで大きな母子手帳のミーティングがありました。JICAとアズワールさんが議長席に座り、WHO（世界保健機関）やUSAIDやユニセフなどのインドネシアの母子保健に関わるドナーが全部集まりました。そのときも私から母子手帳の説明をする

ことはなく、アズワールさんが全部語ってくれました。アズワールさんは、「この母子手帳は公共財なのだ。みんなのものだからみんなが使えるものなのだ」という言い方を良くしていました。私は「JICAはロゴを放棄して、代わりにJICAが関わったという文言を表紙の裏に入れる。そこだけを残してくれたら、JICAはこの母子手帳を独占するつもりはない」と言っていました。

それに対してWHOの人はオープンマインドだと感動していました。私たちはそれを押し通していました、それがとても大事なことだったと思います。ともすれば、よそと連携することに反対する専門家もいますが、今回は他ドナーに対してオープンマインドだったことが成功した要因の一つだと思います。他ドナーとは、組むタイミングが大事なのだろうと思います。このプロジェクトに関して言えば、独り歩きできるようにしてからだと私は思っていました。

当初このプロジェクトはまだ海のものとも山のものともわかりませんでしたし、私たちは



西スマトラ州で弟の母子手帳を持って
ボシアンドゥウに向かう兄

国際戦略の点ではまだまだ下手で、独り歩きする前に他ドナーと手を組んでしまつたら、何をやっているのかわからなくなつてしまうという危惧がありました。インドネシアが独りで母子手帳を普及できるようになつたら、そのときに他ドナーと組んでもいいと私は考えていました。

この「母と子の健康手帳プロジェクト」の間に、中部ジャワに加え当初の計画だった北スラウエシ・西スマトラの3州から、ADB（アジア開発銀行）の資金を使って、プロジェクトの途中でしたが、一気に9州へと拡大しました。カウンターパートとの信頼関係は強固でした。アズワールさんと一緒にやっていたので、すんなり拡大できたのでした。

JICA単独では目標に対しての動きが遅かつたかもしれませんが、JICAの元々の計画では5年をかけて中部ジャワ州に加え2つの新たな州が対象だったので、それでは全国制覇するのに時間がかかりすぎてしまいます。ADBは足が速いので、乗れるものなら乗つていこうと考えました。これも全て信頼できるカウンターパートがいてくれたからできたことです。あの頃は全く心配せずに広がっていくのを私は日本から見えていました。もちろん実際にプロジェクトでインドネシアにいた専門家たちは大変な苦勞をされていたとは思いますが。

私も初めは自ら動いていましたが、実際にフェーズ1のプロジェクトが始まってからは、

プロジェクトのリーダーや専門家が中心となって動いてくれました。最初は私もバッターボックスに入りながら時々監督もするというプレーイング・マネジャーみたいなものでしたが、フェーズ1以降は、どちらかというとは私は監督でもなくなりつつありました。もうグランドから離れていて、時々「元気にやっているか？」とやって来る高校野球の先輩という感じだったでしょうか（笑）。

第三国研修を通じて世界展開を目指す

フェーズ1のプロジェクト実施中に母子手帳に関する国際会議も始めました。第1回をやったのは1998年に東京で、私が東大にいた頃です。当時母子手帳を使っている国は日本、韓国、タイ、インドネシアぐらいでした。私は他の国の事情も知りたかったのです。日本のことはもちろん知っているし、インドネシアの事情もわかっている。韓国やタイはどうなのか、母子手帳にはどんな効果があり、どれだけ人々に役立っているのかということをもっと勉強したくて始めました。やってみたらこれがとても面白かったです。

最初は丸1日かけてやったのですが、話しても話してもまだまだ足りないという感じでした。

た。母子手帳だけでこんなに語り合えるのだと、みんなとても感動していました。それでこれは続けようということになり、その後の資金集めは大変だったのですが、第2回と第3回はインドネシア、第4回はタイ、第5回はベトナムでやり、そして今回（2008年）、10年ぶりに日本に戻ってきました。今は幸い母子手帳が好きな人たちが10数か国から約300名も集まってくれています。

オランダの人からは、「中村のフレンドシップ・アプローチ」と言われたのですが、私が招待しているのは肩書きの付いた人というのではなく、やる気のある人なのです。改めて振り返ると、どの国にも中心となって母子手帳を推進してくれる人たちがいます。

今年（2008年）になって、特に北海道・洞爺湖サミットやTICAD（アフリカ開発会議）があったおかげで、国連やユニセフなどが、「母親・新生児・子どもの三つを連ねての継続ケア」を掲げるようになってきました。今まではミレニアム開発目標（MDGs）で言うと、ゴール5の「妊産婦の健康の改善」とゴール4の「乳幼児死亡率の削減」は別々だったのですが、これらは一連のもので、母親の健康と新生児と子どもは引き続いて考えないといけないという継続ケアがここ数年強調されるようになってきています。これはまさに母子手帳が言っていることなのです。

フランスでは母親の手帳があり、子どもの手帳が別にあるのですが、母子手帳はありませ

ん。これはとても面白いことです。母子手帳はアジア的というか、非西洋的なアプローチなのかもしれません。フランスでは母親と子どもは別の人格、別の身体という考え方なので、母子手帳という一つのものが母親から子どもにまで使えるということはフランス人にとって驚きだったようです。

個人主義の国と母と子が一体的に関わる国とではやはり違うのだと思います。母子保健とあって母子手帳を持っていることは、私たちにとって違和感がないのですが、西洋のように個人主義が徹底しているところから見たら、ずいぶん違和感があるのでしょうか。

将来的には母子手帳のアフリカへの展開も視野に入れていきます。世界展開をかなり意識し始めたのは、2003年に終わった「母と子の健康手帳プロジェクト」の終盤でした。どのくらい時間がかかるかはわかりませんが、インドネシアではやがて全土に普及するだろうと思っていました。だから2004年に大臣令が出たのも当然という感じでした。大臣令が出るまでにアズワールさんやJICA所長さんがすごく頑張って下さったのはわかっていたのですが、遅かれ早かれ出ても不思議ではないと思っていたのです。これだけ広がったらもう元には戻らないと思っていました。

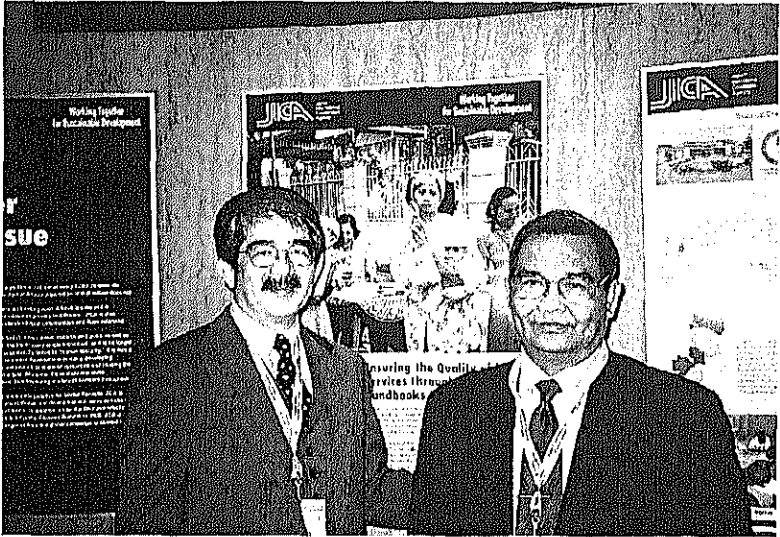
プロジェクトの終わり頃に、次のプロジェクトであるフェーズ2に相当する「すこやか親子インドネシアプロジェクト」の話が出てきたのですが、そのプロジェクトのメインは第三

国研修だろうとずっと言っていました。インドネシア全土に普及したら、次は質を高める方に進むべきなのでしょうが、私は世界に広げる方に行きたいと思ったのです。そしてそのキーパーソンはインドネシア人だと考えていました。というのも、日本と途上国は離れすぎているからです。日本の母子手帳ができたのは1948年のことで、私も生まれていなかったのにわかったような顔をして開発が大変だったと言っても、何の説得力もありません。むしろインドネシア人が各国へ行つて、または各国の人たちをインドネシアへ呼んで話をする方が、世界に広げるための一番のパワーになるはずです。

インドネシアともう一つキーになる国はタイだと思っていました。タイは自国の努力だけで母子手帳を国内に広めてきた経験があります。日本、インドネシア、タイがチームを組んで全世界を行脚しようかと今では考えています。

第三国研修は動き始めてから今年で2年目です。アフリカに関してはどうアプローチすべきなのか、まだ私自身のスタンスが定まっていないところがあります。アジアの多くの場所では、一つの地域を選んでパイロット事業（モデル・プロジェクト）をつくり、それを中央で吸い上げて全国に広げていくというインドネシア方式を採用してきました。こういうアプローチでおこなった国ではとても上手くいきました。

しかしながら、アフリカでは少し戦略を変えなくてはいけないと思っています。インドネ



2002年の「環境と開発サミット（南アフリカ）」で母子手帳の発表をおこなった
アズワール保健総局長と中村先生（左）

シアにおける母子手帳の功績は、ドナーがつくったたくさんのカードとパンフレットを1冊にできたことによるものです。アフリカでもWFP（国連世界食糧計画）が食糧援助をやっており、WHOやユニセフがエマージェンシー・ケアなどをやっており、それぞれが自分たちのカードを持っていきます。アフリカには英国、フランス、ドイツ、アメリカなどの援助も入ってきますから、それら全てを母子手帳の1冊にまとめるのは至難の業です。様々なドナーをまとめられないとだめなのです。逆にいえば、ドナーさえまとめることができれば、アフリカは上手いくいのではないかと思っています。

資金に関してドナーによるバスケット方式（ドナーの予算をプールして財政支援をする方法）とよく言いますが、例えばタンザニアで

「あなたたちの母子保健プログラムを全部バスケットにして母子手帳をやってみましょう」というアプローチの「バスケット方式の母子手帳プログラム」をやったら、きつと上手いくと思います。ただそこまで説得できるだけの政治力と話術を磨いてからでない、アフリカには入ることができません。地道に村でやったものを上に持って行って動くような大陸ではないと思っています。

インドネシアでも、初めはユニセフが母子手帳を警戒していた時期がありました。ユニセフは自分たちのカードを持っていたので、その権益を侵されるのではないかと心配したようです。私たちはサラティガ市で母子手帳をやったのですが、そこで一緒にユニセフのカードを配らているのは母親が混乱してしまいます。そこで、人口15万人のサラティガ市だけでいいから、ユニセフのカードを配らなくていいという指示を出してくれるように頼みましたが、ユニセフからは断られました。ユニセフのカードは全土に配るので、ここだけ配らない訳にはいかないと言われたのです。

そこで私が現地に行つて「ユニセフのカードをやめろとは言わないけれど、私たちがサラティガ市で母子手帳を配るので、その間ユニセフのカードをしまっておいてもらえないか。配るなど命令する必要はないけれど、ちよつと下に置いておくことに目をつぶってください。母子手帳にも同じ内容が書いてあるでしょ」とお願いをしました。それでようやく認めても

らえました。

インドネシアだったのでそのくらいで済みましたが、アフリカではきつとこの程度では済まないと思います。

JICA 専門家にとって不可欠な資質——第1に言葉を大事にすること。

第2にどんな人ともやっていけるコミュニケーション・スキル。

第3に必要なだと思うものはコモンセンス。

言葉とは単なるコミュニケーションのツールですが、何語でどんなことを話すのかはとても大事なことだと思います。英語で話すのと、片言でもいいからインドネシア語で話すのでは、得られるものが大きく違うと思います。その土地に行ったらその土地の言葉で話すのが大事です。

また、国によって民族も違うし宗教も違います。そんな中で、どんな人とも同じように対等にコミュニケーションをとるのはとても難しいことです。国際協力の現場では、相性がいい

いからといって特定の人とばかり話す訳にはいきません。私が初めて赴任したメダンという所は、中国人も多いし、ジャワ人も多いし、バタック人もいました。イスラムの人も、クリスチャンの人もいた地域です。道走っているとモスクがあり、さらに少し走ると教会が見えるというところで暮らしていました。私はそこでずいぶんと鍛えられました。

日本だと保健医療の専門家は病院の中にいることが多く、世界がとても狭いのが実状です。自分の住んでいる所だけで完結していて、視野が狭くなってしまっているのです。そうすると違う世界の違うやり方を見たときに、すぐに「こんなやり方ではできない」と拒絶してしまいます。もっと広い視野で常識的に見たらもっと色々なものが見えてくるし、受容もできるようになると思います。

私は「楽しくなければ国際協力ではない」といつも言っています。ただ献身的にやるという事ではなく、自分が楽しむことが基本です。それは仕事が楽しいということでもありませんし、知らない土地で新しいことを知るのが楽しいということでもありません。違う文化の人と付き合うのも楽しいことですし、努力して色々なものができ上がっていくのも楽しいことです。どのような状況も楽しめれば、それはとても素晴らしいことです。

私は、どの国に行っても子どもが一番好きです。子どもたちのために、子どもたちを支える母親や父親のために、できることを精いっぱいしていくことが、小児科医としての私の

使命なのだと思います。

21世紀になって、グローバル・ヘルスの観点から、母子手帳に対する期待が一層高まっています。母子手帳には主体性を持った個人やコミュニティのニーズに焦点を当てる「人間の安全保障」を具現化するツールとしての意義もあります。母親と子どもの健康にとって、母子手帳プログラムは単なる入り口にし過ぎません。世界の様々な文化や環境の中で、母子手帳に込められた人々の思いをしっかりと受け止めながら、母親や子どもやその家族の健康を生涯追い続けていきたいと思っています。・・・」



さとう よしこ
佐藤 善子 氏

担当分野：地域栄養（フェーズ0）
チーフアドバイザー（フェーズ1）

1952年福島県生まれ。1981年より青年海外協力隊（家政）としてケニアに赴任し、帰国後女子栄養大学を卒業。その後青年海外協力隊調整員、インドネシア長期専門家（地域保健）等を経て、2000年に国際保健学博士課程満期退学（東京大学大学院医学系研究科）。1998～99年にインドネシア「母と子の健康手帳プロジェクト」のチーフアドバイザーとなり、その後タンザニアやパレスチナでも技術協力専門家を務める。

「あなたならできる。難しいことはないよ」とカウ
ンター・パートたちを励まし続けました。このような
態度は、母子手帳の普及戦略の中で一番重要である
と考えていました。

インドネシアで行われた「母と子の健康手帳プロジェクト（フェーズ1に相当）」で、チ
ーフアドバイザーを務めた佐藤善子氏。「母子手帳」の世界的な広がり功労者として名前
の挙がる中村安秀先生が「母子手帳普及の父」と称されるとしたら、インドネシアでの
「母子手帳」普及を実現させた「母」と呼ぶべき存在の一人が、この佐藤善子氏なのだろう。
中村先生と同じ年に生まれ、1981年からケニアのムランガで青年海外協力隊員として
活動して来た佐藤氏は、その後タンザニアやパレスチナなどでも活動をしている。

海外への長期派遣が6回、短期派遣はこれまで30回以上にも及ぶという佐藤氏。現在では
NGO活動もしながら、国際協力を携わり続けている佐藤善子氏のインドネシアでの挑戦、
さらには専門家体験豊富な佐藤氏だからこそ語り得る思いを紹介してみたい。

家政隊員としてアフリカの栄養失調の現実を知り、「地域栄養」の専門家となる

「・工学部出身だった私は、最初はエンジニアとしてある電機関係の設計コンサルティング会社に入り6年間勤めていました。会社では設計部に入ったのですが、当時はまだ男女雇用機会均等法ができていない時代でした。土曜日も出勤していたにもかかわらず、女性の残業は20時間で切られたり、同じ部署でも男女格差がありました。当時は海外プラントの水力発電の設計をしていたのですが、末端で簡単な直線引きくらいしかさせてもらえず、このままずっと下働きで、アシスタントのようになっていくのかなと、ほんやり思っていました。仕事は好きだったのですが、私にとって女性であるということ为先が全く見えない時期でした。」

そんなとき、電車の中吊広告で、「協力隊に入ってアフリカに行こう」というキャッチフレーズを見たのです。私は思わず、それに飛びつき、電話をしました。すると、電話に出た相手から「元気なからだだったら誰にでも行って頂けます」と言ってもらいました。すっかりその気になった私は早速、面接に行き、合格するままにアフリカへ向かったのです。この1981年当時は、青年海外協力隊（JOCV）の女性隊員はまだ5%にも達していません。

私が「家政」の協力隊員として赴任したのは、ケニアのムランガの短期大学です。この家政学部で電気、機械、栄養学も教えました。

実は栄養は専門違いの仕事だったのですが、ここでの体験が私のその後の仕事を大きく変えました。私の協力隊員時代の専門だった「家政」とは、イギリスなどの「Domestic Science」のことです。アメリカの「Home Economics」ではないので、家具を作ったりテキスタイル（織物）を教えたりして、とても面白く、理系に近い家政学の分野でした。そのため、家の電気の配線をしたり、洗濯機を修理したりしていたことを覚えています。当時はまだ、学生から「電気は見えないのになぜ機械が動くのか？」と質問されるような時代でした。教師が不足し栄養学や調理学も担当しました。掃除機や洗濯機の使い方などもやり、とても面白かった記憶があります。

「家政」というと、一般的には手芸や栄養等を考えがちかもしれませんが、そうではなかったのです。教える先生がいなかったので、数学や栄養学も教えたりしていました。

当時アフリカは新天地で、たくさんのすばらしいプロジェクトがありました。ケニアにはジヨモ・ケニヤッタ農工大学のプロジェクトがあり、こういう学術的な知的貢献もできるのかと思いました。たくさんのプロジェクトのことを知るにつれ、私にも何かが出来るかもしれないと思い、協力隊が終わったらぜひ専門家になりたいという夢を持ちはじめました。国

際協力をやりたくて、たくさんの専門家が身近にいましたので、その手段として専門家になりたいという気持ちになっていったのだと思います。

隊員と専門家の大きな違いは、やはり知識や経験の差なのだと思います。当時、専門家の方がたはアフリカのことを良く知っていて、教えていただくことがたくさんありましたし、ご飯をご馳走になったりもしました。身近に見えていて、とてもすばらしい専門家だと心の底から思えるような方がたくさんいました。また、協力隊にしても専門家にしても、とても熱い情熱を持つ人たちが多かったのではないかと思っています。

隊員時代は2年半で、日本に戻ってからは協力隊事務局の国内協力員になりました。その後、国際協力総合研修所（国総研）で専門家候補者の中期研修のコーディネーターや視聴覚の講師をしました。ケニアで栄養学や調理学の講義をしたとき、知識が足りないと思ったことがきっかけで、働きながら大学に通って栄養学を勉強していたのです。大学は無事卒業しましたが、実務経験もなく、栄養の専門家のニーズもないため、業務調整員として、1998年からザンビアに2年半行き、経験を積んだ上で、1999年にインドネシアの「地域栄養」の専門家になりました。「地域栄養」の専門家という、JICAでは初めての分野で出して頂いたのです。当時は、まだ「地域栄養（Community nutrition）」という言葉がめずらしく、定義してくれと言われても定義しづらかったことを覚えています。「栄養」という

のは、保健医療の中でも少し異なり、直接医療現場に携わるわけではないのですが、とても重要な基礎なのです。JICA職員の中に、これは面白い分野だと言ってくださった方がいて、「地域栄養の専門家をやってみなさい」という話があったのです。

日本で栄養失調を見たことはなくても、アフリカでは当たり前で、東アフリカだけで1981年の飢饉で30万人以上が栄養失調で死んでいたような時代でした。そうした現実を目の当たりにして、潜在的にこの分野をやってみたいと思っていたのかも知れません。

当時、アジアでも子どもの約40%以上が栄養失調・不良でしたが、こうした人たちは現在でもまだまだいるのです。地域保健医療を考えると、「栄養」が入らなくてはならなかったはずなのですが、JICAだけではなく、世界的にもまだ「栄養」という分野は医療協力とは異なると思われるのです。医療分野において、当時はまだ「付け足し」のような存在でした。ですから、当時としてはかなり斬新で、こんな分野があるのかと皆さんに応援してもらったことを覚えています。当然ながら、「栄養」は予防的な面が強いと言えます。

「地域栄養」の専門家として現場の実情を把握しながら研修を繰り返す

最初のプロジェクトの「家族計画・母子保健プロジェクト（フェーズ0に相当）」がはじまる前、インドネシアでは栄養状態がとても悪く、IMR（乳児死亡率）もMMR（妊産婦死亡率）も非常に高い数値でした。何が問題なのか、実際に現地に行つて調べてみたところ、「母子の栄養」の状況がとても悪かったです。鉄欠乏性貧血や微量栄養素欠乏症（ビタミンA／ヨード欠乏症）などが蔓延していましたし、ユニセフ（国際連合児童基金）等も様々な対策をとっていた時期でした。

以前、アフリカで母乳より粉ミルクの方が赤ちゃんにいいと企業が勧めたため、母親たちはわざわざ粉ミルクを泥水で溶いたり、お金がないのでミルクを薄めたりして赤ちゃんに与え、たくさんの赤ちゃんが死んでしまった事件がありました。インドネシアでも似たような状況にありました。企業は様々なアプローチでミルクを売ろうとするのですが、母親たちはミルクをどのように与えたらいいかよく分かりませんし、母乳はたくさん出るのにミルクを与えたりと、栄養改善ができる余地は十分にありました。

私は、母子保健の中でも「母子栄養」が特に必要だと売り込んでいきました。当時、インドネシアの子どもたちの栄養状態は悪く、栄養失調が蔓延していました。痩せて、ガリガリ

になっていたり、お腹が膨らんでいる子どもたちがたくさんいたのです。ヨード欠乏症で甲狀腺が腫れてしまった母親もいました。それらの状況を改善するためには、まず母親に正しい知識を伝えられる医療従事者の育成が必要と考え、現地で研修を実施する毎日でした。

JICAのプロジェクトとしては、母子保健や家族計画も対象だったのですが、「栄養」の分野で、インドネシアだけで1年間に約6千人の研修をしました。それから、インドネシアの保健システムの中には、地域でやっている「ポシアンドウ」という地域保健活動があるのですが、これは月に一度に助産師や看護師が村に行き、妊婦の検診や予防接種、地域保健ボランティアが子どもたちの体重を測ったり、栄養の指導もします。ここでも、私は地域保健ボランティアの方々に「栄養」の研修をしていきました。

地域栄養の活動をしていたときには、週に2回は必ずプロジェクトサイトに入っていました。その頃は言葉（インドネシア語）もまだ不自由でしたし、とにかく2年間はメモを取ったり、母親や助産師さんへインタビューをしたりしました。段々言葉ができるようになってくると、入ってくる情報量が違ってきました。さらに相手からの信頼感も違ってきたように思います。

とにかく現場に入りきりのため、JICAからは、あなたは協力隊員ではないのだからもう少しオフィスワークを増やしたらどうですか、と注意されたこともありました。朝の5時

頃に自宅を出ると、向こうの役所が始まる7時頃にちょうど着き、それから現場に入ってお昼過ぎまでいて、お昼を食べて、2時頃まで聞き取り調査等をやり、帰ってくるお昼頃までいい時間に事務所へ着く、というタイムスケジュールでした。当時は土曜日にも休みではなく、週に6日あったので、聞き取り調査を週に2回やり、残りの日は他の調査とオフィスワークにあてていました。

先ほどお話ししたポシアンドゥには、月に1度必ず地域の母親が赤ちゃんを連れて集まってきます。ポシアンドゥの活動の中では、栄養が大きな柱の一つで、母親たちに離乳食や補助食を配るのですが、ポシアンドゥを訪問することによって、何を配ったら栄養改善につながるかを現地のカウンターパートへ直接指導していきま



フェーズ1のプロジェクト開始時の各地でのプロモーション・セミナーの様子

した。ビタミンが少ないから、もう少しパイヤを食べるようにとか、玉子を買えないのなら、同じ栄養価を取ることができる鶏がらを買って、コトコトと煮てスープを飲んでみなさいなどと。私は、とにかく現場にこだわって、現場を見ることに力を注ぎました。現場を知ること、食生活を知るとは、地域栄養の基本でしたので、私は欠かさずにそれをやっていたのです。

その結果、インタビューは約600人、調査で調べ上げたメニューは約3000にまでなりました。そういうことをした経験が、母子手帳にも繋がっていったのだろうと思っていました。現場を知らなくては、例えば出産の現場でどうやって産んでいるのか、どんな介助をしているのか、どんな機材を使っているのかなど、何も分かりません。実際には、掘っ立て小屋にごさを敷いたようなところで出産をしていたりするので、これでは事故があつて死んでしまうのも仕方がないな、と思うこともたくさんありました。自宅分娩が非常に多かつたし、場所によっては町に出るまで2〜3時間かかるところもずいぶんありました。

母子手帳を導入したいというカウンターパートの熱意に負け、一緒にやることとする

インドネシアでは1975年の国家開発計画の中で、医療施設へのアクセスが悪いため地域の医療水準を上げて母子の健康を守ろうという国策が既に出されていました。従って、母子保健は20年間インドネシアの国家開発計画のメインの柱でもあったのです。そのため、JICAのプロジェクトは、国策に沿った良いプロジェクトであったと言えます。専門家には当時、助産師さんと私と、医者であるチームリーダーがいたのですが、リーダーは心臓病のため3ヶ月でお帰りになりました。そのため専門家が、2人しかいなくなりました。このとき、日本に母子保健の研修のためにカウンターパートを送り出したのです。私のカウンターパートというのが、当時中部ジャワ州（人口約3200万人）でプロジェクトを一緒にやっていた母子保健局の局長だったアンドリアンサ（Andriansyah Arifin）さんでした。日本での研修に送り出したところ、彼は日本の保健システムとしての「母子手帳」に目をつけたのでした。

アンドリアンサさんが日本から帰ってきて、「日本で母子手帳の良さを確認できたよ。だから『母子手帳』をつくりたいんだ」と言ったとき、私は自分の仕事で本当に手一杯でしたので、「何を言っているの。私は地域栄養の専門家で母子手帳は専門外だよ。助産師さんが

専門だから彼女に相談してよ」と答えたことを覚えています。

それでも、非常にフットワークが良いアンドリアンサさんは、当時、ふたりで一緒に栄養のことで飛び回っていたので、私とぜひ一緒に母子手帳をやりたいと主張したのでした。

当時、インドネシアには母子手帳が入る以前にもいくつかの健康カードがありました。インドネシアは大口の援助受入国なので、ユニセフの世界標準の子どもカードや妊婦カードが既にありました。また、母子保健関連では自国で開発したカードや地方で開発したカードなどもありました。実際に集めてみると、当時12以上の母子保健関連のカードが存在していました。けれども、それらのカードの印刷費を考えると、とても全ての子どもや母親へ行き渡ることはありえないはずでした。当時、普及率が一番悪かったのは妊婦カードの約10%で、逆に一番良かったのは子どもカードの約30%でした。

それら母子保健関連の12以上のカードを一つにまとめようとしたものが、「母子手帳」だったのです。こうすることで、母子手帳を使う人々が、さほどの抵抗もなく受け入れられると考えました。

日本の母子手帳には妊婦ケア、出産、新生児のケア、子どもの成長、栄養、さらに歯のケアのことなどが入っていたので、アンドリアンサさんはそれを見て、1冊で6年間母子の健康管理が出来る、びっくりしたのです。インドネシアの紙のカードはすぐに無くしてし

まったりぼろぼろになったりして、記録として残らないケースが多く、それがデメリットでした。また、これらのカードは当時、インドネシアの保健所とポシアンドウでしか使えなかったもので、町の病院に行ったら役に立ちませんでした。他方、日本の母子手帳は、日本の医療機関なら、保健所でも病院でもクリニックでもどこでも使えるという利便性があって、病気の経過が全部わかる仕組みにもなっています。

そこで、少なくとも州内で共通に使える健康記録は、国を挙げて支援してもいいくらいの大きな改善になるのではないかと、私も考えていました。母親の健康から国の保健システムの改善までというように、新しいシステム構築の必要性を、アンドリアンサさんは母子手帳から読み取ったのではないかと、今は思っています。

インドネシアの母子手帳は、このような偶然や幸運の中から生まれていきました。

しかし、実際にプロジェクトの助産師の専門家に相談してみたところ、インドネシアでは母子手帳はまだ早いという意見でした。日本の母子手帳は、文字ばかりで難しく、インドネシアはまだまだ教育レベルも低いし、母子手帳をつくる人手もないのではないかと考えたと思います。

インドネシアでは、当時でも赤ちゃんのへその緒を竹ベラで切る習慣がのこっており、はさみを消毒してから使うなどの基本的なことから彼女は日々教えていました。そうした状況



母子手帳のプロモーションで東カリマンタンを訪問（前列右端より3人目が佐藤リーダー）

だったので、突然母子手帳をやるうと言われても、医療従事者や母親たちが使いこなせるのかどうかかわからないという懸念があったのだと思います。

私は当時、自分の「栄養」のことだけで精一杯だったのですが、アンドリアンサさんの熱意に負けて、ではプロジェクトを延長して母子手帳に栄養を絡めてやってみてはどうかと考えたのです。日本の母子手帳にも「栄養」が入っているのです、やってみてもいいのではないかと思います。始めました。そこで、インドネシアで母子手帳の実施を試みたことのある中村（安秀）先生に相談することを思いつき、すぐに電話をかけました。「中村先生は北スマトラ州で母子手帳を開発されましたよね。中部ジャワ州で、カウンターパートが母子手帳をやりがっているの

ですが、私には母子保健の知識がないので、先生に短期専門家として来ていただけないでしょうか」とお願いしましたら、中村先生はなんと自費ですぐ飛んで来てくださったのです。

試作版の母子手帳により、母親たちから大変感謝され、全国展開を目指して動き出す

こうして、インドネシアの保健省のアンドリアンサさんという中華系の切れ者のドクター（医者）と、インドネシアでの経験があり小児科医でもある中村先生と、現場にいる専門家とで、母子手帳をやってみますかという話になったのでした。そして、JICAがこのプロジェクトの延長を認めてくれて、私は「栄養」をやりながら「栄養」の要素を取り込んだ「母子手帳」の開発を始めていきました。

私は自分が栄養の専門家なので、日本の母子手帳の倍のページを使って栄養のことを書き、それまでに開催してきた研修の内容も含めていきました。そのトライアルを、サラティガ市という比較的教育レベルの高い地域で実施し、母親の理解度や保健所のスタッフの使い勝手がどうかを見ていきました。

そもそも、母子手帳の大きな目的は二つあり、一つは「母と子の健康記録」、もう一つは

「母親の保健教育」です。子どもの健康を、妊娠中から5歳児になるまで守ろうということなので、計6年間母親と子どもとの健康を継続的に管理ができるというメリットがあります。さらにそこに母親の教育的要素も含めると、非常に効果が高いのです。そのため、子どもにはこんなものを食べさせるといい、妊婦のときはこんなものを食べるといい、といった「栄養」の教育分野の専門家の仕事がいくらでもありました。

「母子手帳」そのものは、専門的な要素も必要ではあるのですが、母親に理解し易いように、基本的なことしか載っておらず、技術的にはそれほど難しくありません。インドネシアにも医者はたくさんいますので、インドネシア側でも開発委員会をつくってもらい、原型として用意した「母子手帳」をベースに試作版を一緒につくっていききました。

インドネシアの医者はエリートでも優秀なのですが、難しいことしか考えないようなところがありました。私が「母子手帳」の開発で特に気をつけたのは、専門用語を使わずにかく易しい言葉を使いましょう、ということでした。もしどうしても難しくても説明が出来ないようなところは、イラストにしましょうと言っていました。

また、母親たちへの指導者になるのが助産師などの医療従事者ですので、私たちはこの医療従事者の研修を、技術的な面はもちろん、とにかく丁寧な時間とお金をかけておこなっていくという方針を固めていきました。

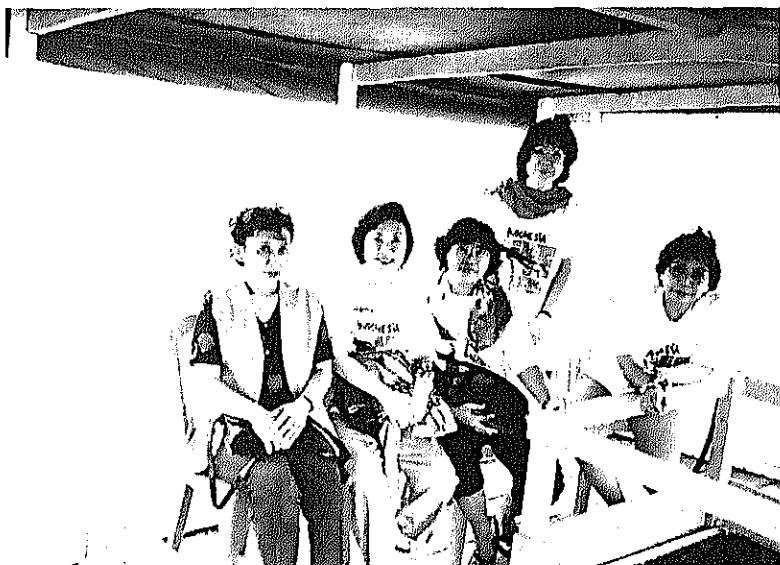
また、母子手帳を「これを使ってください」とただ配るのではなく、配るときには医療従事者から母親たちに「この手帳にはこんなことが書いてありますよ。だから何度も家で読みましょう」と言ってもらうようにしました。当時はまだ1割以上の母親たちが非識字者でしたので、対面式で懇切丁寧に説明して配りましょうと言っていました。

そして、最初のプロジェクトが終わる頃には、母親たちがとにかく喜んでくれたのです。母親たちは、「あれをやれ、これをやれ、いいものを食べろと言われるのだが、いいものを食べればいいことは誰だって分かっているけれど、私たちにはお金がないから何もできない。だけど、こんなふうに一つずつ分かりやすいように本を配ってもらえるなら、とてもよくわかってうれしい」と喜んでくれました。

まだまだ人口15万人のところで試験的に配り、研修をしただけだったのですが、私には、これはもしかしたら上手く行くのではないか、と思えたのでした。なぜなら、母親たちが「Thank you, JICA」と言ってくれたからです。インドネシア政府よりも、日本政府のほうが私たちの健康を気遣ってくれるとすら言ってくれました。JICAは、まだ知名度が低かったのですが、インドネシアでは「ジカ、ジカ」と言っても喜んでくれるようになっていきました。

その頃には、JICAを通じて中村先生に短期専門家として来て頂くことができ、中村先

生もこれは本格的なプロジェクトにしたいねとおっしゃってくださいました。そして母子手帳プロジェクトのプロジェクト形成調査を行い、また、これまでのプロジェクトの評価を行い、無事終了したのでした。しかし、その後3年間新しいプロジェクトは実現しませんでした。というのは、家族計画が母子保健の一部となり、JICAのシステムも変わりました。インドネシアでは、既に家族計画が成功しており、母子保健だけを対象にするということになったからです。しかし、母子保健だけと言っても、それまでに母子手帳だけのプロジェクトは前例がなかったということも新しいプロジェクトが実現しない原因の一つとなっていました。そこで、この間、渡邊さん（渡邊洋子専門家）と尾崎さん（尾崎敬子専門員）が個別専門家として派遣



母子手帳のプロモーションでスラウェシを保健省の同僚と訪問(右より2人目が佐藤リーダー)

されました。

中部ジャワ州は人口約3200万人で、妊産婦たちに配るだけでも年間約50万冊の母子手帳配布が必要になるのですが、2人はそれを見事にやってくれたのです。

その結果が認められ、ようやく「母と子の健康手帳プロジェクト（フェーズ1に相当）」が立ち上がることになったのでした。私はプロジェクト開始1年前に立ち上げ準備のために再び、インドネシアに個別専門家として入りました。2人が中部ジャワ州での普及に全力投球してくれていましたので、今度は全国展開を目指して中央に乗り込もうということで、私は動いていきました。そしてプロジェクト開始後、そのままスライドして新しいプロジェクトのチームリーダー（チーフアドバイザーのこと）になりました。

基本ポリシーを持ち、カスケード型の研修システムをつくり、全国展開を目指す

ところで、サラテイガ市で母子手帳を導入した際、問題となったのは、医療従事者たちでした。現場に立つ助産師さんらが、これ以上仕事を増やすとか、同じようなものがあるじゃないかと言いました。けれども私は、「中身は同じなのだからあなたたちにできないは

ずはないじゃない。たくさんあるよりも一つの方が管理しやすいでしょ」といつもメリットを強調していました。地域の責任者である保健所の所長さんに理解してもらうために、「これを使ってみてください。母子手帳と既存のカードのうち、良いと思う方を残してください」というアプローチをとっていきました。

そうすると皆、やはり、「母子手帳はいいね」と言ってくれました。そして、今度は中央にアプローチするときにそういう人たちが私たちの味方になって、「中身は変わっていないよ。ユニセフのも入っている。WHOのも入っている。安くていいじゃないの」と言ってくれるようになっていきました。最後には、現場の人たちが私たちの推進の味方になってくれたからこそ成功したのだと思っています。

私もう一つ意識的にやっていたのは、専門家にはきつくあたったことがあっても、インドネシア人に怒ったことがないということです。本来私は気が短いのですが(笑)、必ずインドネシアのカウンターパートナーには「あなたならできる。難しいことはないよ」と言っていて励まし続けました。カウンターパートに対する態度は、実は、母子手帳の普及戦略の中で私が一番重要であると考えていたことです。カウンターパートは、地域を良く知っており、地域の1人ひとりを巻き込む必要があったため、カウンターパートには前面に出てもらう必要があったのです。

ただ、医療従事者の研修をしただけでは効率が悪く、自分の代わりに現場に行つて母子手帳はいいよと宣伝してくれる人をつくらないといけないため、カスケード型の研修で増やしていく、その末端が一般の母親という形を考えました。

JICAと中央政府があり、州・県があり、保健所があつて、母親というふうには四段階の研修システムもつくつていきました。母親たちへの研修のやり方は、最初は手取り足取りで見本を見せ、次はあなたたち（カウンターパート）がやつてねというふうにしていきました。私が一度教えたら、次はあなたがたが講師をやるのよと。そのための共通の教材もつくつていきました。

インドネシアで均一の医療サービスが受けられるように、どこにいても同じシステムで研修をやるようにし、研修のガイドブックも最初は地域版だったものを全国版にしていきました。

その結果、母子手帳は最初は1つの州、それから3、9、全国というふうには段階を経て広がっていったのです。日本の母子手帳は全国共通なのですが、インドネシアでは、地域によつて言葉も違いますし、生活習慣も全く違うので、手帳の最後の方には、地域のコメントを入れても良いということにしていきました。保健医療の基礎は共通なのですが、例えばマラリアが多い地域ではマラリアの注意を入れても良いというふうには、最後の補足部分は自分た

ちで入れて良いことにしています。母子手帳の表紙の写真も地域の民族衣装を着た地域の人にして、自分たちのものであるという思いを持ってもらい、自分たちの特徴を出してもらっていきました。

研修システムの構築は、母子手帳のフェーズ1のプロジェクトのときからおこなっていました。それをもう少しシステム化したものを、フェーズ2のプロジェクトが立ち上がったときには、すぐ実施できるように準備をしていきました。フェーズ1でもう既に「全国展開」を目指していたので、北スラウエシ州と西スマトラ州とジャカルタの3か所に事務所を開いて専門家を配置していきました。

また、普及においては、「Social Development（社会的発展）」といって、保健所のスタッフだけを集めるのではなく、警察や宗教省、教育省や地域の婦人会なども集め、「母子手帳をやる」とあなたの地域でこんなに良いことがあります。あなたの地域の子どもたちはあなたがたの手で守りましょう」という話もしていきました。

協力隊出身の私は、人手不足の問題もあったため、協力隊との緩やかなタイアップも考えていきました。本当は、地域で顔を見ながら対面式で指導をしていかないと、母子手帳をただ持っているだけになってしまい、効率が上がらないからです。

地域が広がり、専門家はなかなか現場に入ることができなくなっていましたので、協力効

果を上げるためにも隊員に協力をしてもらいました。幸い、助産師でも栄養士でも、母子手帳はどこからでも入ることができます、栄養士なら栄養のところから入って母子手帳を紹介して普及させることができますし、助産師なら妊産婦の健診から入ってもいいのです。歯医者なら妊娠時の歯科検診からアプローチできます。自分のメインの仕事でなくてもいいから、とにかくツールとして母子手帳を持って現場に入っ

て欲しいと協力隊員にお願いしていきました。そして、フェーズ1のプロジェクトが立ち上がるのと同時に、主にプロジェクトの専門家のいない州に栄養士や助産師などの協力隊員に入ってもらい、母子手帳の紹介と普及をおこなってもらいました。私はプロジェクトの最後は帰国してしまいましたので今派遣総数はわかりません



母子手帳のプロモーションで東ジャワの看護学校を訪問（左端より4人目が佐藤リーダー）

が、当時は、7人の協力隊員が活動しており、専門家も7名体制でした。

持続可能な保健システムのために「大臣令」が發布される

フェーズ1が終わったときに、インドネシア側と中村先生と専門家の間での非公式な認識として、プロジェクトは10年程度で終わらせよう、長すぎるプロジェクトは良くない、と考えていました。いつまでも協力を続けることはできない、開発された母子手帳をどう普及していくのかということなのであれば、普及のシステムとしての研修もあるし教材もできているのだから、後は相手側に任せてもいいのではないかとも思っていました。

ただし、普及率が何パーセントになれば、あるいは何冊配れば、このプロジェクトは成功したと言えるのか、この母子手帳はインドネシアに根付いていくのかということを考えたときに、インドネシアは地理的に医療アクセスの悪い所がたくさんあるので、普及率を「6割」ということにしました。普及率が6割に達するまで、10年程度でプロジェクトを何とか終わらせようという目標を立てたのでした。

その後、調査をしたところ、フェーズ1が終わるときの普及率は50%でした。それでも、

インドネシアの子どもたちに年間200万冊を配ることができるようになっていたので、プロジェクトとしては大成功だったと言えると思います。ただ、「Sustainability（持続可能性）」というものを考えたときに、やはり7割は欲しいということでした。そこでまたインドネシアに行つて、保健総局長とどこまでやればいいのか、と話し合いました。

インドネシアは、あまりにも大きすぎて私たちの手には負えない、もうこの辺でインドネシア側が全部引き継いで欲しいと申し入れました。インドネシア側は、1998年に経済危機があり、地方分権化があったりして、母子手帳の普及が遅れてしまったと言われました。JICAの普及配布分については母子手帳は無料配布なのですが、ユーザー負担にしないと、将来的には毎年400万冊以上を印刷していくことは大変だろうという話をしていました。フェーズ0のときからの大きな課題はやはり「持続可能性」でした。

日本のインプットは母子手帳の印刷費だけで残りはインドネシアの人材です。

インドネシアでは地方分権化が進み、予算のある地域は母子手帳を無料で配っていたのですが、優秀なスタッフのいるところでは診療費に含めて有料化したり、印刷費の半値を募金としてプールして、その資金で再度印刷して配ったり、地方で色々な展開が見え始めてきていました。

中央に進出したときに考えていたのは、法律で母子手帳を制度化して欲しいということ

した。フェーズ2の立ち上げに行ったときにも、続けてプロジェクトをするかしないか、フェーズ1が終わったときにもうここで止めてもいいかどうかを判断してくれと言われたのです。そのとき、私はとても悩みました。このままだと、インドネシア側はJICAにおんぶにだっこになってしまわないかとも思いました。

最終的には、大臣令取得に尽力してくれた地域保健総局長のアズワール（Azrul Azwar）さんや中村先生との協議でもう一回だけプロジェクトをやってみようということになり、それが今のプロジェクトに繋がっています。この2回目のプロジェクトの立ち上げ時期に入り、そのときに大臣令を發布してもらえたのです。

大臣令の中に「インドネシアの子どもたちは母子手帳を使う」と書いてもらいました。しかし地方分権化のため、インドネシア政府はこの大臣令を出すのを当初はだいたい渋っていました。それまでは中央から地方の末端の保健所まで、運営資金は全て中央の保健省が管理していたのですが、今では、地方分権化のため予算の裏づけもなく大臣令を出せないと言うことでした。しかし、私たちは大臣令が欲しいと思っていました。

プロジェクトをやるにしてもやらないにしても、文書という形にすることによって、中央政府が予算を取りやすくなったり、地方政府に対し「中央政府が大臣令を出して母子手帳をつくろうと言っているのだから、母子手帳を印刷して母親たちに配ろう」と言ってもらいた

かったのです。そうすることによって、母子手帳の「持続可能性」は強化されていきます。永久にどうか、必要がなくなるまで続いていくはずですよ。もし大臣令を出さないと、母子手帳はあくまでもJICAのプロジェクトであって、インドネシアのプロジェクトには成りえないのではないかと考えたのでした。とにかく「インドネシアの子どもたちは母子手帳を使う」、それだけでもいいからと私はお願いしました。

一方、地方では、母子手帳の普及のためにテレビやラジオのコマーシャルをつくったり、助産師会が有料配布したりと、母子手帳の知名度が上がり、随分使われるようになっていました。まだ普及ができていない州には、大臣令を持っていったって中央政府が推奨しているんだよというアプローチも考えていました。

最初にパイロット地域でやり始めてから大臣令が出るまでに10年。私自身、長い間関わり続けてきて、この大臣令が出たときには本当に「やったー」という感じでした。とても嬉しかったことを覚えています。大臣令の原案も地域保健総局長のアズワールさんたちと練ったのですから。そういう意味では、私はカウンターパートにとっても恵まれていました。「今大臣令に手を加えているから見においで」とアズワールさんが電話をくれて見に行ったりもしました。また、彼はその頃私に「インドネシア人になつてしまいなさい」と言ってくるぐらい大事にしてもらっていました。大臣令を出して頂いて、一つの区切りかな、と私



母子手帳のプロモーションで東ジャワのボシアンドゥを訪問中の佐藤リーダー

も思いました。

インドネシアが経済危機で大打撃を受けた
り、地方分権化の中で大臣が度々代わったり、
このような中で私たちが中央に移ってからも、
アズワールさんは大変協力してくれましたし、
母子手帳の良いところを私たち以上に、本当に
わかっていてくれました。

当時、一緒に働いていた人たちは今、州や県
の保健局長などになっています。最初の頃の仲
間は大変出世していて、その州に私が行くと皆
飛びついてきて、「この州は私に任せて。私が
やるんだから」と言ってくれます。インドネシ
アの人たちも自分の仕事だと思ってくれている
ということが一番大きな収穫だったと思います
す。時期的にも恵まれていたし、人材にも恵ま
れていました。

また、現地の母親たちに配るものなので、母子手帳の中身を難しくしてはいけません。母親の教育と医療サービスの両方の面からアプローチしてどちらも成功したことが良かったのだと思います。母親は自分で読めなくても、手に持っていれば子供やご主人に読んでもらえるなど、家族の中での保健教育にも繋がっていました。最初のコンセプトよりも、実はもっと大きな効果を生むようになっていきました。

例えば自分が2度目の出産だったら、1人目の母子手帳を見れば3年前はこうだったということが分かります。現場に行けば母子手帳を2〜3冊持っている人はさらにいました。私は3年前と違って今回はハイリスクなのよね、といった比較が出来るのです。それが現場で活きているし、これからずっと生きていくでしょう。

母子手帳にはもう一つメリットがあつて、6歳まで母子手帳を使い、6歳以降は学校保健に繋がっていきます。子どもが小学校に入ったら、今WHOが推奨するような学校保健に繋がっていきます。予防注射の履歴が小学校で活かされます。小学校に入つて、まだはしかの注射をやっていないからやるべきだとか、予防注射は全部済んでいるとか、そういったことが確認でき、それがそのまま学校保健や子供の健康にも繋がっていきます。

JICA 専門家にとって不可欠な資質——信頼し合える人間関係を構築できること。

JICA プロジェクトの良さは、人間関係の構築から始まり、さらに信頼関係が深まり、日本の専門家ができれば仕事が上手くいくという安心感を与えることだと思います。信頼できる人間関係ができるというのは仕事がスムーズにいく第1条件だと思います。

また、JICA プロジェクトの良さはチームワークであるとも思います。効率だけを考えずに時間的にも、空間的にもゆとりが生まれるようにすると、結果的に効率が良くなるのではないのでしょうか。

私にとって技術協力とは、発展や改善のためのアイデアと、それに伴う知識や具体的な技術の交換や支援だと思っています。技術協力とは一方的なものではなく「交換」だと思います。先方のシステムやアイデアも使い、こちらもアイデアを惜しみなく出して具体的な活動をする。私は、技術協力は協力であるからこそ双方向でやらないといけないと思います。

途上国の発展の度合いは非常に早くなっていますし、カウンターパートが海外で最先端の

勉強をしてきていたり、レベルが大変高くなっています。だから、「私たちがしてあげます」と言うのではなく、技術協力は双方で進めていくものだと思っておりますので、「技術」だけではなく、同時に「アイディア」が出せれば良いのではないのでしょうか。

「アイディア」は次に繋がってゆきます。それが専門家の一つの役割でもあると言えます。その後の「持続可能性」に寄与する形で、自分の仕事・役割を完結することが大切だと考えています。なぜなら、相手国は仕事繋がっているわけですが、JICAは有限ですから。どこで切るかという問題は確かには思いません。私は次の専門家に役立つような「アイディア」はどんなことをしてでも絞り出してくるべきだと思います。

また、専門家にはこれまでの経験や技術に基づいた「説得力」もぜひ極めてもらいたいなと思います。これをやりましょうよ、といってもやはり説得力がなければ始まりもしないし、成功は望めませんので。

さらに、専門家は自分のやった仕事を報告書として残すのですが、感想だけではなく、これをして何%向上したというエビデンスとなるようなデータも取るということを、最初から考えておくことが重要なのではないかと思います。客観的な目標値の設定です。技術的なアドバイスや調査方法など、中村先生に多くを学ばせて頂きました。特に、プロジェクトの転換期には、的確なアドバイスを頂きました。

これまで民間の会社も経験しつつ、都合20数年間はJICAの現場の仕事をさせて頂きました。気がつくと、協力隊を含めて長期派遣は6回、短期派遣は30回ほど経験してきています。こうした体験の中で国際協力の良いところも悪いところも、色々と見させて頂きました。国際協力の専門家として、本当に相手のためになること、本当に日本や私たちがすべきことを、これからも真剣に模索していきたいと思っています。・・・」



わたなべ ようこ
渡邊 洋子 氏

担当分野：母子保健（フェーズ0）

地域保健／チーフアドバイザー（フェーズ1）

東京都南多摩保健所保健対策課長。1983年山形大学医学部卒業、1995年東京大学大学院で国際保健学修士。小児科医、公衆衛生医。専門は母子保健、周産期医療、国際協力など。10年間一般小児科医、新生児科医として、東京女子医科大学母子総合医療センター、聖母病院などで勤務。外国人の出産・育児にも多く接した経験から国際保健に興味を持ち、大学院で国際保健を学ぶ。この間たくさんの医療以外の人的ネットワークができたことは大きな財産。1995年以降、JICA専門家（母子保健）としてメキシコ（短期）、インドネシア（2期計5年8ヶ月）に滞在。子育てもインドネシアで経験。2003年4月より東京都福祉保健局に属し、都区内の保健所・保健センターに勤務し、母子保健以外にも日本の保健医療行政全般に従事する。

「母子手帳は（作り手のものではなく）母親のもの」というフィロソフィーは、私たちが足繁く村に通うことにより生まれました。

山形大学医学部を卒業し小児科医として10年間勤務した後、インドネシアにおける一連の母子手帳関連プロジェクトに携わった渡邊洋子氏。母子手帳をインドネシアに初めて導入した「家族計画・母子保健プロジェクト（フェーズ0ゼロに相当）」では短期専門家として、その後、個別派遣専門家を経て、母子手帳の普及を目指した「母と子の健康手帳プロジェクト（フェーズ1に相当）」では2代目のチーフアドバイザーとして、のべ5年以上に亘ってインドネシアに滞在した渡邊氏は、現地で子育てでも経験したという。医師として、JICA専門家として、そして母親として、渡邊氏はどのような思いでこの一連の母子手帳関連プロジェクトに参加したのだろうか。

現在は保健所に勤務し、日本の行政に携わる者としての視座も加わった渡邊洋子氏の、母子手帳にかける思いと挑戦を紹介してみたい。

小児科医として社会医学に関心を持ち、国際協力の世界に入る

「・・・小児科医をしていた私は、以前から国際協力にとっても関心がありました。たまたま外国人患者の多い病院で新生児を扱う部署に勤務していたのですが、出産や子育ては文化の影響が色濃く反映されるため、自分がこれまでに学んできた医療ではカバーしきれない経験をたくさんしたのです。こうした体験によって視野が広がり、文化の違いを扱う社会医学の分野を学びたいと考えるようになりました。

そこで、10年の小児科医勤務のあと、東京大学大学院の国際保健を学ぶ研究室に入学したのです。母子手帳の普及の第一人者として今では世界的にも評価の高い中村安秀先生に師事しました。

一緒にインドネシアへと向かった尾崎（敬子）さんはそのときの同期生です。インドネシアでの母子手帳プロジェクトは、全国に散らばった「中村門下生」が関わったプロジェクトとも言えるのではないのでしょうか。

中村先生は社会人で入学した私に色々な形の活躍の場を提供して下さりました。短期専門家として、インドネシアの「家族計画・母子保健プロジェクト」に1か月派遣させてもらったこともその1つです。今となって考えてみると、1993年のこのときの派遣は、私が今

後現場で使えるかどうかを中村先生や佐藤（善子）専門家に試されているぐらいの感じだったと思います。当時は「国際協力」、「JICA」、「専門家」がどのようなものか頭でしかわかっていなかったのですが、現地で既に活動をしていた佐藤専門家や中村先生に鍛えてもらいました。

現地赶赴して見て、カウンターパートは、とてもやる気があったことを覚えています。サラテイガ市の衛生局長もやる気のある人でした。専門家と現場の人たちがインドネシア語でフレンドリーに話しているのを見て、楽しそうだな、面白そうだなと思ったことも覚えています。私自身も、新しいことを学ぶことや、新しいことを知ることに関しては、とても好奇心が旺盛でした。佐藤専門家から英語ができる人を通訳でつけてもらったのは最初だけで、あとは勝手にやりなさいとインドネシア語の世界に放り出されてしまいました。そのため、インドネシア語を必死に勉強して、現地のプロジェクトに溶け込んでいこうと努めました。

当時、母子手帳に関しては既に具体的な部分ができている、事業実施前のベースライン調査（実態調査）が最終段階にかかっている時期でした。短期専門家としての私の具体的な業務内容は、病院に供与していた機材のモニタリングが1番目で、母子手帳にかかる部分は2番目でした。任期の関係で終わりの時期が決まっていたこともあり、カウンターパートと現

地の病院を訪問しなくてはならないのですが、訪問する病院の勤務時間の関係で時間がとても限定されていたので、日本のように1日にいくつもの病院を回る訳にはいかず、1日1か所が精一杯でした。赴任して最初にこうした状況に直面し、日本人とは仕事の感覚が違うのだなど改めて実感させられました。

仕事の感覚が違うと言えば、個別専門家として入ってからこんな経験もありました。インドネシアはイスラムの国なので金曜日はお祈りに行く習慣があります。それでも金曜日に会議を開かなければならないことがありました。以前から決めていたミーティングで、どうしてもあなたがいなくては話にならないから必ず出席して欲しいとカウンターパートに伝えていたものの、途中で退席されてしまったことがありました。頭では先方の文化や習慣を理解していたのですが、現実に仕事を進めていく中では戸惑い、葛藤したこともあります。

それでも「郷に入れば郷に従え」の精神で、現地の人たちにはできるかぎり笑顔で接するようにしていました。会議を退席した人たちにも後から文書で会議の説明をしておき、こちらも今後金曜日がお祈りの日であることを理解を示す一方で、締切日が重要であることもお互いに再確認するようにしていました。

またラマダン（断食月）に仕事がペース・ダウンしてしまうのは仕方のないことなので、その辺のことは、JICAインドネシア事務所も理解してくれていました。年間計画が順調

に進まない場合には、その他の時期に修正することを大目に見てもらい、個別専門家の2年目以降は計画段階で配慮するようにしていきました。1年目は自分たちのペースで計画を立ててしまったのが反省点でした。この辺は短期専門家ではなかなかできないところだと思います。私も2年、3年と現地にいたことによつて、ようやく現地の事情を理解できるようになりました。先方もこうした長期の付き合いによつて、JICAのやり方を少しずつ理解してくれるようになったのだと思います。

カウンターパートと目標を共有でき、信頼関係ができる

個別専門家のポジションには、初めに私が声をかけられ、その後医者だけではなく事務面や金銭面の管理などを任せられる人も行った方がいいだろうということで、同期で大学院に入っていた尾崎さんにも声がかかりました。当時は医療分野での国際協力が病院建設などのハード支援から保健分野のソフト面への支援へとシフトチェンジしていた時期でした。日本の保健行政制度等を詳しく知らずに赴任したため、もう少し行政面の知識があれば良かったかなと今となつては思います。

ただ、母子手帳は小児科医として実際に使っていましたので、他の人たちよりはアドバンテージがありました。しかし、現場における母子手帳の知識はありましたが、どういうシステムの中で現場に届いているのかというような行政的な部分に関してはインドネシアに行ってから少しずつ学んでいきました。

長期に赴任することによって、インドネシアにはやる気のある公務員が、中央だけでなく地方にもいることがわかってきました。こうした現地の人たちの中にはカウンターパート研修で日本に行った人もいます。日本人専門家が途切れることなく入っていたので、カウンターパートの本邦研修を続けることができたのです。様々な地方のカウンターパートを日本に送り、日本の現場で母子手帳が実際に使われていると



母子手帳を使って妊婦に健康教育をおこなっている
村藩助産師



中部ジャワ州のボシアンドウにて子どもの健診
で来たお父さんの胸ポケットには母子手帳

ころを見てもらいました。日本の保健所や保健センターで、母親たちが母子手帳をどう使っているのかというところをです。このインパクトはとも大きかったと思っています。現地の人たちと同じ目標を共有することで、心が通じ信頼関係ができ、先方もJICAのやり方、私のやり方、佐藤専門家のやり方、尾崎さんのやり方を徐々に理解していったのだと思います。そうして個人と個人の信頼関係がだんだんと大きくなっていったのではないのでしょうか。

個別専門家の中には、尾崎さんと個人的な感じで2人でかなり突っ走ってしまいました。その後のフェーズ1に相当するプロジェクトのチームリーダー（チーフアドバイザーのこと）になったときには、全体の進捗管理や専門家間のコミュニケーション管理が主たる業務となりました。もともとマネジメントに関してノウハウを持っていた訳ではないので、実践しながら学んでいきました。

「母子手帳は母親のもの」というフィロソフィーを持ち、
関係機関と調整しながら母子手帳をつくる

インドネシア側も母子手帳をやりたいと考えていたようですが、だからこそコンテンツとしてあれもこれも入れて欲しいという要求が多くて、整理に苦労しました。これは初代リーダーの佐藤専門家も2代目リーダーの私も、さらには現在のチームリーダーも抱えている問題なのかもしれません。

具体的には、栄養を司る部署は母親や子供に必要な栄養について母子手帳にもっと入れてくれと言ってきました。予防接種のセクションは予防接種のことをもっと母子手帳に入れて欲しいと言ってきました。感染症、例えばマラリアなどをコントロールしなければならぬところは、マラリアに関するメッセージを入れて欲しいと要求してきます。歯科関係のプログラムを持っているところは、もっと歯科に関するメッセージを入れて欲しいという要望を出てきます。産科医のところからは母親の体の変化のグラフを入れて欲しいという提案もありました。確かにどれも有用な情報なのですが、私たちは「みなさんの専門性は理解できるけれども、この母子手帳は誰のものですか？」というも切り返しをしていました。また、「この母子手帳は母親たちのものでしょう。各部署のみなさんのものではありません」とも言っ

ていました。

例えば、産科医の先生から「このグラフは安全な分娩のために非常に有用です」と言われたのですが、「確かにそうですですが、それが入っていても決して母親には役に立ちませんよね」というふうに戻していききました。

こういう整理を幾度となく繰り返し返しました。これが私たち日本人専門家にできることだろうと思っていました。現地のカウンターパートでは各セクションとの関係からなかなか断れないことがあるので、私たちJICA専門家が外部の目で全体を整理していききました。

このような対応ができたのは、私自身に日本での専門的な経験があったことと、母子手帳の本来の意味を日本人専門家が全員で共有できていたからだと思います。日本人専門家の中には保健師が必ず入っていましたし、中村先生もかつてご自身が日本で専門医として使っていて、病院で書き込む立場でした。佐藤専門家も栄養士としての経験がありました。こうした日本人の経験を、日本人専門家同士で共有していたということがとても大きかったと思います。それでも初めのうちは政治的圧力でコンテンツとして入ってしまったのもありました。ですが、15年が経った今となつては、次第に取捨選択ができてきました。

モデル・プロジェクトとして小さなおところから始めていきましたので、ポリシー・メイカー（政策決定者）にとってみれば、「この段階で入らなくても大勢に影響はない」という思



中部ジャワ州のボシアンドウに集まった村のお母さんや子どもたちと保健所スタッフ

いがあったのかも知れませんが。例えば、歯科のプログラムを母子手帳に入れて欲しいという要望をこちらで断ったのですけれど、「この中部ジャワ州でできなくても別の機会で入れることができればいいか」という考えもあったのだらうと思います。最初から国の鳴り物入りで大きくやったのではなく、小さなところから始めたのが良かったのだと思います。

もう一点、私たちがラッキーだったのは、地域のフィールドに近い衛生局長や日本で言う保健所長のような人たちの理解がはやく、「母子手帳は母親のもの」というフィロソフィーに対して共感してくれていた点です。もちろん、モデル・プロジェクトを実施したサラティガ市のトップの人にも理解して頂きました。当初は「インドネシアで母子手帳なんて無理だ」とい

う根拠のない外部からの意見もあったのですが、サラテイガ市のトップが「今われわれが止めたら母親たちが承知しない」と言っていて、そうした意見を突っぱねてくれました。こういう先を読める人がカウンターパートにいたのです。

一方、私たちも現場志向が強くて、特に個別専門家の頃には足繁くフィールドに通いました。そこで村の助産師や母親たちに自分の拙いインドネシア語をさらにジャワ語に通訳してもらってコミュニケーションしていました。このように私たちがフィールドの感覚を持っていたので、「母子手帳は母親のもの」というメッセージを母子手帳の作り手に的確に伝えることができました。また地方に同じ目標を共有できるキー・パーソンがカウンターパートとして存在していたことも成功の大きな要因だったと思います。

中央にイナ (Ina Hernawati) さんというカウンターパートの女性がいるのですが、彼女も保健所の医師からスタートしたので、コミュニティ志向の視点を持っていました。母子手帳が母親のものだというメッセージをすぐに理解してくれました。母子手帳の文言が、母親たちにわかるものでなくてはだめだということもすぐに理解してくれて、人類学者など医療関係者以外の人による言葉のチェックが必要だということも指摘してくれました。

かつて一緒に活動してきた仲間たちが今は中央の重職に就いています。既にイナさんは中部ジャワ州からジャカルタの要職に昇進していて、ジャカルタでも私たちのカウンターパー

トになってくれました。また私たちが個別専門家だった頃のカウンターパートの責任者がジャカルタの地域保健総局長をしています。先日母子手帳に関する国際会議でも日本に来たブディ（Budihardja）さんという人です。

経済危機の中で他ドナーなども巻き込み母子手帳をインドネシア全体に普及していく

このプロジェクトのフェーズ1の直前に、インドネシアの経済危機が発生しました。経済危機は1997年で、プロジェクトが始まったのが1998年です。そのため当初は色々な形で経済危機が彼らの言い訳になっていました。できないことは何でも経済危機のせいにしていました。

そのため、インドネシア政府としては、予算を組むのが難しい状況であったこともあり、このプロジェクトに期待するところがあつたのではないかと思えます。個別専門家だったら相手にされなかったかも知れませんが、プロジェクトだったためそれなりに予算もありましたので、活動規模を拡大していくことができました。経済危機で貧困層の子どもの栄養失調が大きな社会問題になっていましたが、そこで母子手帳が貢献できるということを私たちは

発信していききました。

1998年のフェーズ1のプロジェクト開始当初は地域保健の専門家で入り、1年後に私はチームリーダーになったのですが、そのときにはまず現地の栄養失調の状況を調べました。そして、まとめたものを雑誌に投稿したこともありませう。経済危機のときにドナーがどっと入りました。栄養失調や貧困対策などの分野にもたくさん入っていたのですが、1999年から2000年頃にADB（アジア開発銀行）のプロジェクトから、彼らのプロジェクトサイトで母子手帳を広めたいというオファー（提案）がありました。インドネシア側は予算が逼迫していたため、ドナー資金がそこをカバーすることになっていったのです。

ADBが提案してきたのはバリなどを含む6州で、プロジェクトのスコープ（北スラウェシ、西スマトラ）からは外れていたのですが、行政・マネジメントのしがらみがなかったため、私たちはすぐ応じることにしました。カウンターパートと相談して、こちらが行うのは技術協力、すなわちトレーニングのときの講師派遣と教材提供ということにしました。JICAプロジェクトとして対象地域以外のサイトに手を広げるのは、今思えば簡単にやっていることではなかったのかも知れませんが、当時中村先生は心配しつつも、やってみたらとアドバイスをしてくださいました。JICAのインドネシア事務所の人たちも理解してくれましたが、2001年にPDMを変更して、準重点州という形でこの6州を加えました。



西スマトラ州で助産師へ講義中の渡邊リーダー（テーマは「新生児ケアについて」）

サイトを2州から8州に増やすのはとてもチャレンジングでした。しかし、母子手帳をインドネシア全体に普及させようという、両国の関係者の間の大きな使命感のようなものもあり、JICAの予算だけでは賄えない部分を補うためにはドナー連携をもっと進めようということになりました。ドナー連携会議も開いて、母子手帳、母子保健、リプロダクティブ・ヘルス（性と生殖に関する健康）のドナーや大手のNPOを集めて情報共有を行いました。

リーダーとして勇気のある行動だったと言われますが、重点地区での母子手帳の普及が順調であり、大きく脱線しないという確信はありましたが、今思えば向こう見ずだったかも知れません。やはり現地に母子手帳が広がっていくことに喜びがあったのだと思います。2001年

頃からは、直接JICA事務所やプロジェクト・サイトにNPOからも母子手帳をやりたいという問い合わせが増えていきました。

当時の在インドネシア大使は川上（隆朗）大使で、奥様がドイツ人の方でした。プロジェクトのリーダーとして大使館のパーティに出席することもあり、奥様とも知り合って、プライベートな付き合いもするようになりました。そこで人脈が広がって、大使館員のご夫人たちでバザーをやった売上金を母子手帳に使えないかというオファーを頂いたこともあります。また、インドネシアには助産師協会があり、ここはかなり早い時期から母子手帳をやりたいと手を挙げてくれていたのですが、ここも連携してバザーの売上金が母子手帳印刷に使われることになりました。

こんな風にあるときから点が面広がっていったように思います。蒔いた種がどんどん芽を出してきたという感じでした。これが2000年から2002年くらいでしょうか。やりがいがあり、とても充実感がありました。この頃からプロジェクトとしてどうやって母子手帳とそのシステムをまとめて普及・啓発ができるかということを考え始めていきました。

それまでは地道に専門家の頭と体を使ってやってきたのですが、対外的に発信するものの整備が必要だということになり、IEC（Information, Education and Communication・知識普及活動）の専門家を短期で呼んで、広報グッズを整備していきました。問い合わせがあ

ったときには、これを渡せば説明できるというようにしたのです。こうしたアプローチがその後の広がりへの促進剤になったと言えます。

地方分権化の流れの中で、大臣令が發布され、全てのドナーが母子手帳を導入することになる

フェーズ1のプロジェクトでは、専門家の赴任地が3カ所に分散していました。

プロジェクト内の専門家会議は、最初は3〜4か月に1度だったり、1人だけ来てもらったりというような形だったのですが、私がリーダーになってからは、2か月に1回、全員が集まって定期的開催するようにしました。地方の専門家のリフレッシュも兼ねて、進捗管理と情報共有をするという意味でおこなったものです。

この会議の中で、準重点州は協力隊員で推進していこうという話になりました。サイトによって協力の濃さを変えることにして、専門家がいないサイト、協力隊員がいるサイト、大手ドナーがいるサイトというような感じで色分けをしていきました。インドネシアの医療系の協力隊派遣も地域の病院やコミュニティに入るようになって、助産師や栄養士の派遣も始ま

ったので、準重点州に入ってもらったことにしたのです。

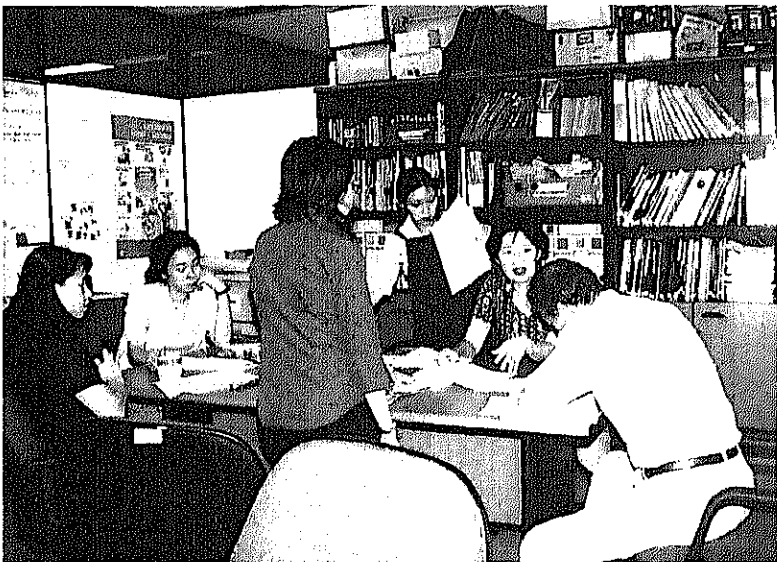
協力隊員も数か月に1度ジャカルタに上がることがあるので、そのときにあわせて専門家の会議を開いてお互いに情報交換をするようにしました。隊員は技術的な質問をこちらにしてみましたし、こちらは隊員から現場の情報をフィードバックしてもらいました。

プロジェクトと同時期にインドネシア国内では地方分権化が進んでいきました。地方分権化でやりにくくなった点は、情報が中央に集まりにくくなったところと、ジャカルタの保健省の人たちが現場に対してものが言いづらくなったところだと思います。一方で、ローカル・ガバメント（地方政府）が自分たちの予算を自分たちでつけられるようになったため、母子手帳を条例化する県も出てきました。こういうことは地方分権だからこそできたことだと思います。

しかし、地方分権化に伴う様々な判断を自分たちでしなくてはならず、地方政府もどうしたらいいのだろうと右往左往していた時期があったのも事実です。インドネシアは広いので地方にも優秀な人たちがいます。次第に州によって貧富の差も大きくなっていったように思います。例えば東カリマンタン州は中央から孤立しているのですが、資金的には裕福でそれなりの自負もあるので、自力で色々な活動ができています。他方で、マルク州、東ティモールに接している東ヌサテンガラ州、スマトラ島の一部のアチェ州のように紛争の火種を

抱えるところもあります。母子手帳の全国展開の具体的なロードマップをちゃんとつくつていた訳ではなかったのです、逆に自然発生的にドナーが集まって会議を行うようになりました。ドナー会議をやれば各ドナーの入っている地域がわかるので、こちらから母子手帳を働きかけることもできましたし、逆に向こうから問い合わせを受けたこともあります。カウンターパートも積極的に他ドナーへ働きかけたこともありました。

こうした積み重ねの結果、プロジェクト終了後の2004年に大臣令が發布され、全てのドナーが母子手帳を導入することになりました。日本でも法律に基づいて母子手帳が使われていたので、私の任期の最後の頃には、大臣令が發布されることがインドネシアに母子手帳が定着



ジャカルタの保健省内のプロジェクト・オフィスでの打合せ風景（右から2人目が渡邊リーダー）

していく上での大きなポイントであると思っていました。そういう意味で、これまでのように保健医療だけの専門職では不十分だということを感じ、私の役目はここまでだろうと思っていました。

JICAからも中村先生からもプロジェクトの最後までやって欲しいと依頼を頂いたのですが、医師である私がずっとリーダーをやっていたのではシステムを強固にするにあたっていい方向に進まないのではないかと感じたため、ドナー連携や法整備なども視野に入れたマネジメント面にも長けた方に後任をお願いした方が良いと考えました。

JICA専門家にとって不可欠な資質——現地語を学ぶ力と意欲。大きな意味での好奇心。また、何かができ上がっていくことに喜びを感じる感受性。

私たちはとにかく色々なところに顔を出すようにして、自分たちの顔が相手側に見えるようにしていきました。会議だけではなく、フィールドの現場にも頻繁に足を運びました。その基本にあったのは現地語を学ぶ力と意欲でしょう。これも専門家の資質になるのかも知れ

ません。プロジェクトの専門家は、英語だけで押し通すのではなく現地語も学べと、私も前任者に言われてきましたし、自分でも他の人に言ってきました。

特に地方にいた専門家は現地のカウンターパートたちと仲良くなつて、結婚式に呼ばれるなどプライベートな付き合いもしていたようです。みなさんとても社交的でした。私の場合はジャカルタの日本人会の奥様にボランティア活動に興味のある人がいて、その人たちに母子手帳の活動のことを紹介したことがあります。子どもを任せていたベビー・シッター協会から子どものお話を話してくれという依頼もありました。そんなふうになかなか繋がりができて、ほいほいと出かけていました。

カウンターパートにテニスに誘われたときには、苦手だけれども行ったこともあります。そういう点は意識して参加するように心がけていました。当時のカウンターパートたちとは今でも繋がりがありません。個人的にインドネシアを訪ねてカウンターパートや近所の人と会ったこともあります。

インドネシア滞在は日本を振り返る良い機会ともなりました。良くも悪くも、改めて日本を見ることができました。歴史から学ぶというか、どうして日本はあんなに母子手帳の普及がうまくいったのだろうかということも、日本においては全くわからないことですが、海外に行つて良く見えてきたところがあります。

インドネシアでよく読んでいたのは司馬遼太郎の『この国のかたち』です。学校教育で学んだ日本史とは違う色々な側面、どうしてこういう国ができていったのかというところが、私にとってとても面白かったです。こういう好奇心は前からあったのでしょうか。

そして、いい意味での曖昧さやいい加減さもある程度はなければやっていけないでしょう。仕事にゆとりや遊びみたいなものを持っている人でなければ、相手にうまく飛び込むことはできませんし、いい信頼関係はつくりづらいと思います。

そして、これは私も中村先生に学んだことなのですが、専門家は自分が前面に出るのではなく、後ろからうまくファシリテートするということに徹することが肝要だと思います。必要なときには、外国人だからこそ言えるようなことも言ってきたつもりです。

私は自分がドクター（医師）であることをなるべく表に出さないようにしてやってきました。JICA事務所やプロジェクト内では、「先生」と呼ばないように最初からお願ひしていました。そのため彼らはみんな私のことをファースト・ネームで呼びましたし、現地では「ヨーコサン」と呼ばれていました。ただし、必要なときにはドクターをつけると向こうの対応も変わるので、その辺はうまく使い分けをしていました。

技術協力は共同作業です。一緒につくっていく、一緒に技術を高めていく、双方向性のものです。一緒にやった人たちが得たものを次の別なところにまで広めていけるようになるこ

とが最終ゴールです。私はそこまでを技術協力に含めたいと思います。まさに「自立発展」ということです。

このプロジェクトに関していえば、インドネシアではそれがもうできてきました。活動が自然発生的にいくつかの州に広がったときに、JICA専門家とジャカルタのカウンターパートだけでは賄いきれないので、中部ジャワ州や北スラウエシ州などの先進地域の人に講師として行ってもらったことがあります、これが鼠算のように広がっていきました。今は第三国研修という形で他国にも広がっています。

インドネシアに行く前は、病院勤務をしていて、大学院で他の分野の方たちと接するまでは、私はあまり社会のことを知らなかったと思います。そこで色々な分野の人たちと話をし、学生という立場で自分をリセットできました。それをリセットすることができて、中身がよくても、プレゼンテーションや広報ができないとだめだということを学びました。それがJICA専門家で実践できて手応えを感じることができました。こういう機会があったのはとても嬉しく喜ばしいことだったと思います。また、広報の大切さはその後の仕事でも実感しています。

インドネシアでの母子手帳は15年くらいかけて国の制度として成功してきましたが、今後他の国のプロジェクトで行って下さいと言われたら、ぜひまたやりたいと思っています。と

でもダイナミズムのある仕事ですから。カウンターパートたちと何かを新たに作りあげていくということは、とても楽しい作業です。私自身の小児科医としてのスタートともダイレクトに直結しているので、どこかに行くチャンスがあれば、またぜひ行きたいと思っています。

私のこうした経験は、国際厚生事業団（ICWELS）などの研修で来日した研修員に対しての講義に繋がっています。今は日本の保健行政に携わっていますので、日本の母子手帳についても体系的に説明することができるようになりました。途上国の状況もわかっているのです、参加者の国レベルでここがポイントであるということを、的確に指摘できるようになりました。インドネシアで得たものを、学んできたものを、これからも未来に役立てていきたいと考えています。・・・」