



おさき けいこ
尾崎 敬子 氏

担当分野：コミュニティー・ヘルス／母子保健（フェーズ1）
チーフアドバイザー（フェーズ2）

1967年神奈川県生まれ。JICA国際協力専門員。慶応義塾大学法学部政治学科卒業。東京大学医学系研究課国際保健学専攻修士。1995年5月～1997年8月個別専門家として中部ジャワ州保健省出張所に赴任。1997年10月～1998年9月国際協力事業団医療協力部特別嘱託として「母と子の健康手帳プロジェクト」形成にかかわり、2000年まで短期専門家として同プロジェクトに参画。ジンバブエ、米国、ハイチのNPOでの経験を経て、2005年6月から個別専門家としてジャカルタ保健省に赴任。2006年10月～2007年6月「すこやか親子インドネシアプロジェクト」チーフアドバイザー。2008年4月より現職。

外の人間であるという立場を活かして、現場の
声の上に伝えて政策につなげていくのが自分の
役割だと思っていました。

大学の法学部を卒業し一度社会に出た後、大学院に入り国際保健学を学んだという尾崎敬子氏。大学院を出た後、渡邊氏と共に個別専門家としてインドネシアに赴任し、パイロット地区から中部ジャワ州8県への母子手帳の実施拡大に携わった。フェーズ1に相当する「母子の健康手帳プロジェクト」では短期専門家として繰り返し赴任し、その後、アフリカやハイチでの活動を経て、再びインドネシアに渡り、個別専門家としてフェーズ2に相当する「すこやか親子インドネシアプロジェクト」の立ち上げに尽力し、プロジェクトが立ち上がってからは、初代のチーフアドバイザーを務めた。

個別専門家、短期専門家、そしてチーフアドバイザーと、様々な立場でインドネシアにおける母子手帳の普及に携わってきた尾崎敬子氏の挑戦を紹介してみたい。高校時代から漠然と国際協力の仕事をしたいと考えていたという尾崎氏は、JICA国際協力専門員となった

今、この一連の母子手帳関連のプロジェクトをどのような思いで振り返るのだろうか。

国際保健学を勉強し、個別専門家として母子手帳プロジェクトと出会い、

プロジェクト専門家へ

「・・・高校卒業時にスタディツアーでタイに行くなど、アジアの国や開発途上国に関する仕事をしていきたいと漠然と考えていた私は、一度社会人になったあと、再び大学院に行く決意をしました。日本でも「国際保健」という分野の勉強ができると聞き、国際協力への入り口となる分野なのではないかと思ったのです。

大学院修了時に、その後の進路として2つの選択肢がありました。一つは奨学金をもらって留学しても少し勉強を続ける道。もう一つは、母子（健康）手帳の個別専門家としてインドネシアに向かう道です。迷った末に私は後者を選択しました。一度現場に出てみて、必要ならもう一度勉強しようと思ったのです。それがこのインドネシアのプロジェクトとの出会いでした。

当時はインドネシアにおいて、まだ母子手帳が海のものになるとも山のものになるともわ

からなかったので、あまり大きな期待はかけられていなかったように思います。フェーズ0に相当する「家族計画・母子健康プロジェクト」でインドネシア版母子手帳はつくられましたが、作成後10か月でプロジェクト期間が終わってしまったため、日本人が引いてしまったらそのまま消えてしまうことが危惧されていました。それをもう少しフォローするために、個別専門家として小児科医（渡邊洋子専門家）と私が派遣されることになったのです。パイロット地域（中部ジャワ州サラティガ市）での取り組みをそっぴりで終わりにするのか、もしくは他地域・国全体にも広げていくのかという時期でした。

インドネシアからは2年間の要請だったのですが、私は新米でしたので、とりあえず1年の任期での赴任となりました。その後1年の任期延長期間中に普及に向けた盛り上がりが見られたと思います。2年目にはパイロット版のみならず、インドネシア国版の母子手帳をつくるというところまで話が進んでいきました。中部ジャワ州の州都スマラン市で業務に就いていたのですが、個別専門家ということで予算や支援スキームなどかなり限られていました。そのため、自分たちがここで個別専門家として活動していることをまずジャカルタのJICA事務所員や日本大使館員にも理解してもらい、次にJICA本部や外務省とも話をしたりして、理解者を増やしていきました。健康管理休暇で日本へ帰ってきたときにも外務省へ説明に赴いたことがあります。当時JICAの『国際協力』誌に投稿した記事が、結果的に外

務省へのアピールになったと後に聞かされました。人事を尽くして天命を待つというか、やるところまでやると、後から時間差で色々なことが動き出すということを実感したものです。任期後半には月の半分はジャカルタに出張しながら仕事をしていました。これが1995～1997年頃のことです。新規のプロジェクトを立ち上げることが決まり、プロジェクトの要請書のドラフト作成を現地で行い、帰国してから特別嘱託としてJICA本部で新規プロジェクト「母と子の健康手帳プロジェクト（フェーズ1に相当）」の形成を行いました。プロジェクト形成のための一連の調査にも参加し、1年の特別嘱託の任期のうちのかなりの期間インドネシアに行っていました。その間にスハルト大統領が辞職したので、インドネシアはかなり変わっていききました。

けれども「母と子の健康手帳プロジェクト」は予定通り始まり、1998～2003年のプロジェクト期間中には、短期専門家としてほぼ半年に1回、1か月半程度で現地に滞在していました。母子手帳がパイロット地域からインドネシア全土を対象としたプログラムになり、そのプログラムがポリシー（政策）として施行されるまでの時期に日本とインドネシアを行き来していたことになります。このようにプロジェクト中盤の2000年頃まで短期専門家として参加していました。

その後はアフリカやハイチの仕事をしたり出産をしたり、インドネシアから離れていたの

ですが、2005年にハイチから帰った後に、新たなプロジェクト「すこやか親子インドネシア（母子手帳による母子保健サービス向上）プロジェクト（フェーズ2に相当）」の立ち上げで再びインドネシアに行かないかという話を頂きました。2003年のプロジェクト終了後に個別専門家として行っていた佐藤さん（佐藤善子専門家、フェーズ1の最初のチーフアドバイザー）の後任となりました。JICA本部の特別嘱託だった時期に、長期専門家として「母と子の健康手帳プロジェクト」に入るという選択肢もなかったわけではないのですが、別の選択をした私が後継案件であるこのプロジェクトのフェーズ2に再び携わることになったのです。佐藤さんからバトンを渡され、私も与えられた期間の中で最善を尽くそうと思っていました。このときには個別専門家として赴任しフェーズ2を立ち上げ、任期途中からステータスを変更してプロジェクトのチーフアドバイザーを務めました。

母子手帳がインドネシアの保健システムとなるためには、あえて翻訳をしない

この母子手帳普及のグラントデザインを描いた大阪大学教授の中村（安秀）先生は、「10年で母子手帳をインドネシア全土に広げよう」というビジョンがあったと聞いています。こ

うしたスタート時からの展望があったことと共に、パイロット事業からの地道な積み重ねの結果が今日に繋がっていると思っております。パイロット版だけれど、いずれはこれが国のものになるのだということを中心で納得してもらいながら進めてきたということです。

1992年に日本で研修を受けたインドネシア人医師のアンドリアンサ（Andryansyah Arim）さんは、北スマトラ州で中村先生が試作した母子手帳を持参し、直接中村先生に母子手帳の導入を要望したそうです。結局、この一連のプロジェクトで本当に目指したものは、母子手帳を入り口として母子保健のシステムをつくっていくということだったのだと思います。インドネシアの場合には、妊婦や乳児を対象とした既存のカードが数種類ありましたが、それらはばらばらに導入されていたために必ずしも効率的だったとは言えませんでした。母子手帳によってこれらをうまく統合できるのではないかと気づき、チャレンジしてみたいという思いが生まれたようです。こうした現地からの明確なニーズがあったというのも、母子手帳が軌道に乗った一因でしょう。

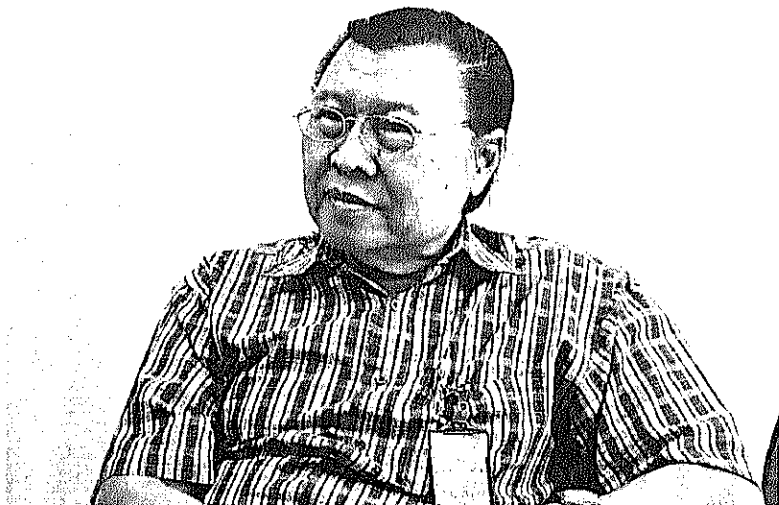
もちろん既存のカードを束ねれば母子手帳になるという簡単なものではないので、「良さそうだからやりたい」「でも大変だよ」というところから始めていったと聞いています。こうした活動をやれば当然ユニセフ（国際連合児童基金）とぶつかることも予想されたので、そういった部分も考慮しつつ、仕事を進めていったと聞いています。最初のパイロット活動

が終わったあとの継続性や普及のためには印刷費の確保が壁になるだろうということとは最初からわかっていたので、初期から世界銀行にも売り込みをいっただけです。

そしてプロジェクトが成功したもう一つの要因は、特別に新しいことをしたわけではないということだったと思います。広げるときに負荷にならないように、なるべく既存のシステムの中に形づくることを意識して展開していきました。パイロット版でインパクトを出したければ色々な活動を盛り込んだ方がインパクトには繋がったのでしようが、それをやると対象地域を広げるときに制約となってしまう。この一連の活動には「将来はインドネシア全土に母子手帳を広げる」という想定が最初からあったので、とにかく負荷が少ない方が戦略として選ばれました。

もちろんその分だけ時間がかかりますし、既存のカードの代替物以上のポテンシャルがあるにもかかわらず、まだ十分に使いきれているとは言えません。しかし今ではそのポテンシャルをもっと上手に使っていかうと変わってきています。

このプロジェクトが推進できたのは、先程もお話した中部ジャワ州の保健局にいたアンドリアンサさんの強い思いが根源にあります。彼は強い情熱と実行力・求心力で人を引っ張って、母子手帳の導入を進めていきました。私が赴任したときには既に異動してしまっていたのですが、いなくなっただけから彼の存在が大きかったことが周りの人からの評価から伺えま



母子手帳をインドネシアへ導入したアンドリアンサ氏（現在はスラバヤの保健省研究開発センターに勤務）

した。まるで花を咲かせて歩く「花咲か爺さん」のような人だったのでと感じたものです。彼のような人がいなければ、このプロジェクトは始まらなかったかもしれません。

普通インドネシアの役所で出世するためには、イスラム教徒やジャワ人といったいくつかの要素が必要と言われていましたが、彼はその類型にあてはまらず、カリマンタン出身で、苦勞して医師になった人で、ある種ハンディを負いながらも稀有なリーダーシップを発揮した人でした。さらには「家族計画・母子健康プロジェクト（フェーズ0）」^{ゼロ}で母子手帳を導入した佐藤さんとも積極性や行動力においてよく似たキャラクターだったようで、おふたりでガンガン引っ張っていったと聞いています。

この母子手帳は、日本の母子手帳をインドネ

シア語版に置き換えたと思われがちなのですが、逆にそれは決してしなかったと言う方が正確です。単に日本から母子手帳を持っていったら普及は難しかったのではないのでしょうか。インドネシアの人たちに限らず、日本人からも、これまでに時々出会った反応なのですが、「日本の母子手帳をインドネシア語に直して、文字が読めない人のためにちよつと絵を加えて印刷すればいいね。1冊いくら」という単純な話になることがあります。確かにそうすると体裁は整うかもしれませんが、彼ら自身のものではなくなってしまうます。むしろ「翻訳はしない」ということを重視していたと言えるのではないのでしょうか。

日本では、市町村役場に妊娠の届出をすれば、その場ですぐ妊娠していることが登録されて母子手帳をもらうことができます。また、地域の保健医療機関のどこに行っても母子手帳が使えます。しかしそういった制度全体を最初から導入しようと思つたら、おそらくインドネシアで母子手帳は始められなかったでしょう。出生登録さえ100%は行われていない国で全ての妊娠を登録しようというは無理なのが実情です。まずはインドネシアの方針に従って、その時点で全国で一律に実施されてはいないが、実施されるべきとされている地域保健サービスを網羅する内容とするというコンセプトで、母子手帳本体を作成することから始まりました。日本のものは日本のサービスの基に基づいて作られています。ですから日本のものの翻訳ではインドネシアの保健システムとなる母子手帳にはならないのです。

具体的には、インドネシア人のカウンターパートが既存のカードやパンフレットの情報を切り貼りして母子手帳をつくっていききました。佐藤さんはその後同じようにパレスチナでも指導されていますが、とにかく彼ら自身に考えさせて、「あなたたちはどうやりたいのか？」ということに常に主眼を置いていたようです。翻訳をしようとした瞬間に、それはもう彼らのシステムではなくなってしまうからです。

母子手帳のコンセプトは全国展開を見据えたものとしている

インドネシア版母子手帳のコンセプトは「記録＋情報」でした。情報のバスケットとして、情報を正しく確実に伝えたいという医療従事者の母子手帳への期待が表れています。例えば、出産直後は母乳が出づらいいのですが、妊娠中から乳房のケアなどをして母乳育児に備えましょうといったような情報が盛り込まれています。最低限の情報と記録欄で構成されているのですが、色々な立場の人が様々な情報を入れたがるので、改訂する度に厚くなりがちです。「これでは多すぎる。シンプルでなければいけない」と誰もが言いながら、いざ改訂作業に入ると、「この情報は削れない」となってしまう。しかし郵送料や印刷費を考えたら厚さに

は上限があるという方針を保健省側が持っていたので、改訂では総ページの上限を50ページとしました。改訂のたびに絵が少しづつ変わってきたり、情報が増えたりということはありますが、基本的な構成要素はあまり変わっていません。

日本の場合は情報部分が別冊子になっており、母子手帳は記録だけに特化されています。インドネシアも今後量を増やしていくのであれば、どこかの時点で別冊にする必要があると思うのですが、現状では一人に一冊行き渡ることの効果の方が大きいので、まだ分かれてはいません。

母子手帳を配布するに当たって壁になることが予想されたのは、印刷費を継続的にどう捻出するかです。自治体によっては有料配布しているところもありますし、過去に有料でやってみたというところもあります。こうした方針は基本的にインドネシア側が全て決めていきます。最初にパイロット事業を始めたのは中部ジャワ州のサラテイガ市という人口15万人くらいのところでした。その後世界銀行のお金が入って活動区域が広がっていきました。人口3200万人、35県の中部ジャワ州において、8県くらいまで普及のお手伝いをしました。その後は自分たちでやってくださいというふうには、インドネシア側に事業を手渡ししていきました。

その後彼らは州の予算を取り、有料でできるところは有料でやっているということにな

ったのです。貧困層に対しては無料でないか、お金を払った方が大切にするのではないか等の議論が出るなかで、サステナビリティ（持続可能性）を意識して有料化の流れも生まれました。そのため有料配布を進めた県や市もありました。ただし、地方分権化が進んでいる最近のインドネシアにあつて、全体的には無料配布の方向になってきています。保健サービスは目立つ分野なので、政治的なアピールに使われやすいということと、そもそも公的な地域保健サービスはどちらかというと中流レベルから下の人たちが恩恵を受けるということを考えてお金を取らないという方向になってきているので、母子手帳だけがお金を取るということとはできなくなつたのです。それまでは有料でうまく回つていたのに、新しい知事になってから母子手帳を無



サラティガ市の保健所の様子

料にしろと言われてお金が取れなくなってしまうということもありました。

母子手帳の全国展開については、本音を言えば私自身はそんなに簡単ではないと思っています。というのも、母子手帳のコンセプトはかなり先を見据えた設計になっていて、地域保健サービスの途中で欲しいものが全て入っていたからです。例えばジャワ島では導入されていても他の地域ではまだ始まっていないサービスも入っていました。「サラティガ市ではこういう取組みをしている」と中部ジャワ州内の他の市で話すと、「サラティガ市だからできたのでは」と言われます。他の州で話すと「中部ジャワ州だからできたのでは」と言われるのです。インドネシアは本当に多様な文化から構成されているので、ジャワの中でできたことがすぐ国のものになるといふ訳にはいかないのが現状なのです。スマトラの人たちもスラウエシの人たちも取り込んで、初めて国のものになるといふ具合です。

だからフェーズ1の「母と子の健康手帳プロジェクト」ではプロジェクト活動の動線が長く、ジャカルタに事務所があり、一つのサイトがスマトラ島にあり、もう一つがスラウエシ島にもありました。プロジェクトの事務所はシンガポールにあった方がいいのではないかという笑い話もあつたくらいです。

フェーズ0の「家族計画・母子保健プロジェクト」のサイトが中部ジャワ州だったので、母子手帳もそこからはじまったのですが、これは幸運なことだったと思います。昨年（20

08年）11月、日本で開催された「第6回母子手帳国際会議」に出席するためにインドネシア保健省のブディ（Budihardja）地域保健総局長が来日しました。彼は10年前の中部ジャワ州での私たちのカウンターパートだった人です。実は、中部ジャワ州出身の人が中央省庁に抜擢されるという人事が続いているのです。首都ジャカルタのあるジャワ島西側でパイロット活動を行うドナーは多いのですが、パイロット地域としては難しいところです。一方、ジャワ島東側はとても先進的なところがあつて、州だけが先走つてしまい、プロジェクトが置いていかれたかもしれません。その点、中部ジャワ州は進捗はゆっくりだけれど、着実に根付いていく土地柄なのです。その中部ジャワ州だったからこそ、パイロット活動がやりやすかったのだらうと思つています。

母子手帳を国の制度（保健システム）として定着させることを最初から目指していたので、できるかぎり金銭的な負荷や行政的な負担をかけないように心がけてやってきたのですが、一方でどこかで結果を出さなければJICA内部でも評価されず、次に繋がらなくなつてしまふという現実もありました。結果だけを出そうとすれば、それなりの負荷をかけた方が結果は出るはずですが、でも当時のJICAにはまだまだ相手と一緒にじっくり時間をかけて取り組むことが許されるような雰囲気がありました。だからこそ母子手帳の良さをインドネシアの人たちが理解して、オーナーシップを持ちながら使つてくれるようになったのだと思いま



当時のことを懐かしそうに語る元サラティガ市衛生局長のスリ氏

す。今のようにより短い期間に結果が求められる時代だと、そこまで寄り添って相手の話を聞けなかったのかもしれない。

USAID（米国国際開発庁）の予防接種強化プロジェクトで、母子手帳は厚すぎるから略式版のカードを100万部印刷して使いたしよと提案してきたことがありましたが、インドネシアの保健省はこの提案を断り、母子手帳が使われました。これも母子手帳の良さを彼らが本心に理解していたからなのだと思います。

もちろん、ここに至るまでが決して平坦な道だった訳ではありませんでした。私と渡邊さんが中部ジャワ州やサラティガ市に赴任したときには、アンドリアンサさんはもういませんでしたし、強力なリーダーシップで引っ張ってくれる人がいなくなってしまうっており、なかなか話

が進まなかったこともあります。

しかし、当時、州のリーダーがいなくなっても、現場ではそれなりに動いていました。インドリアンサさんが目をつけたサラティガ市のスリ (Sri Jantini) 衛生局長のリーダーシップが素晴らしく、彼女が引っ張っていてくれたのです。「この母子手帳は日本が50年前に始めたのです。私たちは今始めなかつたらいつ始めるのですか」と励ましたり、仕事が増えた現場の職員から文句が上がってくると、「そんなに文句を言うのならやめましょう。あなたたちやめたらいいわよ」と突き放したりしました。すると職員たちは「それでは母親たちに怒られちゃう、もうカードには戻れない」と言って、また働き始めるのです。彼女は私たちにとっても中部ジャワの文脈の中で仕事をしていく上での良き指導者であり助言者でした。なかなか中部ジャワ州政府が動かない中で、先に予算を確保してくれたのがこのサラティガ市でした。このように一つ一つ現場と一緒に活動をしていきました。アンドリアンサさんのように強いカリスマ性を持った人はいませんでしたが、それでも現場を支えるスタッフが確かに存在していました。

他ドナーの協力も得ながら母子手帳を印刷する

インドネシア側のオーナーシップが高まるのは嬉しいことなのですが、その一方でドナー側のスケジュールなども折り合いをつけなくてはなりませんでした。JICAの印刷予算申請の締め切り直前に、「この内容では出したくない、もう1回ミーティングをやりたい」とカウンターパート側が言ってきたときには、私も「がくつ」となってしまったことがあります。隣にいた渡邊さん（渡邊洋子専門家）は本気で怒ってしまい「そんなことを言っていてどうするの」と言ったのです。すると、「それならJICAのお金はいらさないから自分たちでやる」と返ってきて、決裂状態になったこともあります。結局、日頃苦労を共にしていたカウンターパートが間に入ってくれたのですが、プロジェクトを進める中では色々なことがありました。

世界銀行のお金を持ってきてくれたのは佐藤さんたちでした。フェーズ0に相当する「家族計画・母子保健プロジェクト」の終了間際になり、とにかく次に繋ぎたいと思っていたときに、中部ジャワ州でプロジェクト計画のあった世界銀行へ売り込みに行ったそうです。ただし、うまくいくかどうかの確信はなかったようですけれど。私が赴任したときには世界銀行のお金が既についていたので、この世界銀行の予算で動く活動への支援もTOR（専門家

の業務内容）に入っていました。でも実際には1年目はほとんど動かず、実質的に動いたのは2年目からでした。

当時、保健医療分野の専門家は他の個別専門家よりは少し多く現地業務費をつけて頂いていましたし、専門家が2人入っていたので活動費も2倍あったのですが、それでも以前のプロジェクトの頃と比べれば予算がかなり減っていました。一方、活動対象となるサイトは増えていました。そこで考え出されたのがJICAの医療特別機材供与のスキームを使うことでした。これには専門家だけの努力ではなく、JICAの本部もインドネシア事務所も色々なメンバーが様々な知恵を絞り、何とかやりくりしてくれたものです。当初はJICAの資金だけで動いていた母子手帳ですが、世界銀行に続いていくつかのNGOも支援をし始めました。

ユニセフはインドネシアでも母子保健の協力をかなりしていたため、当初はあえて連携はなかったようです。ユニセフにしてみれば、母子手帳は自分たちの小児のための成長曲線・予防接種カードのライバルですし、JICAにしてみれば、ユニセフと一緒にやると全部成果を持っていかれてしまうのではないかと懸念があったようです。ユニセフの現場のスタッフは一般にアピールがとても上手なので、やつと育ててきた芽をそのままとられてしまうのではないかと懸念されたのではないかと思えます。そういった局面が何回かあって、実

実際に衝突もしました。それでも懲りずに「母子手帳はいいよ」とアピールしに行きましたけれど（笑）。「エビデンスを見せろ」と言われたこともありましたし、一旦「よい」となってしまう、「母子手帳のコンテンツに下痢と何とかに関する情報を入れて欲しい」といったネゴシエーション（交渉）を受けたこともありました。こんなふうな顔で笑いながらのぶつかり合いもよくしたものです。他ドナーと一緒にやるようになってからは改訂作業が実は一番の闘いでした。

実際には、他ドナーとも一緒にやっていたかなければできないところもあって、どちらかというと私自身は日本の援助であることを誇示することに固執はしませんでした。インドネシアで母子手帳を今一番印刷しているのはインドネシ



インドネシア各地の母子手帳

ア政府で、その次はユニセフだと思います。ただ、印刷するに当たって1ページだけ、「この母子手帳は1994年にJICAと一緒に開発されました」というところだけは絶対に消さないでとお願いしました。表紙にJICAのロゴがなくてもいいのです。

EUが母子手帳を印刷するときに、「コピーライト（著作権）はJICAじゃないのか」と聞いてきたのですが、「そうではない。ここだけ消さないでくれたらいい」と言ったら驚いていました。ユニセフはインドネシアの母子手帳をもとに東ティモールで母子手帳をつくったのですが、それを見せてもらったらコピーライトはユニセフと書いてありました。これはどうなのだろうかと思っただけです。しかし普及していくためには、やはり他ドナーにも自分のものとしてもらうことも重要なので、最初にJICAが作成に携わったという点のみを消さなければ、印刷者のフラッグを立てて構わないのではないかと思います。

母子手帳がインドネシアの「公共財」となる

母子手帳の普及に関して、文字の読めない母親をどう取り込んでいくかというのは大きな課題でした。イラストをたくさん入れていますが、それで内容が伝わるだろうというのはち

よつと傲慢だと私自身は思っています。絵は単なる助けであって、それをきっかけに中身を知りたいと思ったり、説明がもっとわかりやすくなったりという使われ方をして欲しいと思います。字の読めない母親たちにもわかるように絵が描いてあるから説明しなくても大丈夫という認識は危ないと思っています。

インドネシアでも若い世代では識字率が高いので、今後も基本的に文字情報を中心に続けていっていいと思います。ただ保健の情報というのは、文字で読んでもそれを理解して自分のものにするためにはもう一押しが必要なのです。だから絵が描いてあるから大丈夫なんて言ってくれるなどということ、私は医療従事者には言い続けました（笑）。「これに書いてあるから後は自分で読んでね。はい終わり」なんてやってないでしょうねと。

何と言っても重要なのは、医療従事者の意識と行動が変わることです。母子手帳を母親に渡すだけではなく、医療従事者が働きかけて母親に使ってもらう必要があります。母子手帳をきっかけに医療従事者と母親のコミュニケーションが始まって、母親が家で母子手帳を開いてみるということ、母子手帳の利用者に実際どのように使っているかを聞いてみると、以前は健診を受けて助産師からは、「大丈夫ですよ」だけで終わってしまっていたが、母子手帳があれば「こうやって書いてあるけどどうだったんだらう」と母親が問いかけるきっかけとなり、情報がより伝わる場を提供してくれると話してくれた女性がいました。また、家

庭での保管場所を尋ねると、「夫婦の寝室に置いてある」という回答が多くありました。「ダファの本」というように自分の子供の名前がついていることもありました。父親が「検診の結果どうだった？」と聞いたときに、母子手帳を見ながら「体重測定をしたらこうだったんだね」というような会話ももたらしめているようです。

先日10年ぶりにサラテイガ市を訪ねるチャンスがあったのですが、その際に、今年小学校に入った子どものいる家では母子手帳がまだあるのかどうかを尋ねたところ、何人もの人が捨てずに持っていてくれました。これはずっと持っているつもりだとひとりの父親は話してくれましたし、引越しをして予防接種の記録がまたいつか必要になるかもしれないと話す父親もいました。当時は、印刷費をかけてつくっても、母親たちはきつとすぐになくなるという懐疑心が大きかったのです。しかし、今では乳幼児の健診や予防接種、栄養指導などを中心とした地域レベルの母子保健ボランティア活動である「ポシアンドウ」に行けばピンク色の本が必ず使われています。現地では実際に受け入れられて残っているのです。

ただ、先ほどもお話ししたように一番変わらなければいけないのは保健医療従事者なのです。保健医療従事者が母子手帳を今までのカードの代替物としてしか認識せず、自分は記録を書き込む人で、母親は自分で情報を読んでおくべきといった態度をとり続けている限り、母親たちとのコミュニケーションは増えないでしょう。インドネシアは日本以上に縦割り社会な



2008年8月のサラティガ市再訪問時

ので、助産師さんが研修を受けたら助産師さんは母子手帳を使いますが、看護師さんが研修を受けていなければ看護師さんは使わないというところが平気で起きてしまうのです。妊婦さんの具合が悪くなると病院にかかったときに、「母子手帳は健康なときに使うものだから病気の記録は書かない」と助産師さんか看護師さんのどちらかが思っても、コミュニケーションは成り立たなくなってしまうのです。こうした現場の意識を少しずつ変えて、10年かけて母親と医療従事者とを母子手帳で繋いできました。

最初は地域保健のサービスの中で使えばいいと思っていたのですが、2004年に大臣令が出て、「母子手帳は全ての母親と子供が持つべきもので、その権利がある。さらには国や自治体は供給する義務があるし、医療従事者は使う

義務がある」ということを、国自体が決めたのです。これによって母子手帳がシステムに組み込まれ、インドネシアの「公共財」になりました。

地方分権が進む中において大臣令は単なる紙かもしれないし、絵に描いた餅かもしれないのですが、この大臣令を実現して母子手帳を「公共財」としてもっと使っていくために、現在フェーズ2に相当する「すこやか親子インドネシア（母子手帳による母子保健サービス向上）プロジェクト」が3年間行われています。このプロジェクトの中では、全ての種類の医療施設で母子手帳を使うことよって母親自身が自分の健康についてよく知ることができるようになるということが目指されています。最初にパイロット地域で始めたときには、そこまでは考えられなかったかもしれません。10年間でインドネシア全土に広げようとはしていませんでしたが、病院部門で使うところまでは想定できなかったのではないかと思います。これまでの地道な活動が少しずつ実を結んで、そこまでチャレンジするところまできたのだなという感慨があります。インドネシアが主体的に、制度として母子手帳を使っていく時代になったのかなという気がしています。

母子手帳のインパクトと新たな展開

この母子手帳によってインドネシアの乳児死亡率が下がったと言われることがありますが、それは言いすぎではないかと私は思っています。日本のテレビやラジオの取材を受けて、「インドネシアの乳児死亡率が下がったのは母子手帳を入れたからです」と記者から聞かれたこともありました。しかし、いかなる活動をするとしても、単一の活動で乳児死亡率を下げるのは難しいと考えています。母子手帳は予防接種のように直接的な活動で受けた子と受けていない子で明確に効果が計れるものとは違います。地域全員の母親に配られたのか、受け取った人が本当に読んだのか、医療従事者が適切に使ったのか、色々なファクターが入ってくるので、効果を実証するのは難しいことだと思えます。ただし乳児死亡率を下げるための道筋を早めたということなのだと思います。カウンタートパートもある日本のラジオ取材に対し、「良い結果を確信しているので国の制度として母子手帳をやっています」と答えています。

例えばパイロット事業をやった前と後でこんな違いが出てきたとか、パイロット地域とそれ以外の地域でこんな違いが出ているということとは可能な限りの調査をしていました。しかし短い期間で結果を出さなければならず、データの収集にも限界があるのも事実です。いろ

いろいろな他の要因を取り除いた上で、母子手帳の利用前後で母親たちの行動がどう変わったのかという調査もしたいと思いますが、それなりの予算と仕掛けが必要です。そのためにも、例えば、中学校以上に行った人だけではなく、小学校しか出ていない人にも知識の向上が見られたということを示して、学歴というものを超えて最低限みんなに持って欲しい知識を補完するためのツールになり得ると言ったり、母子手帳と母子保健サービスの受診の関係をたぐってみたり、色々な事象を組み合わせて母子手帳のアピールには使ってきています。

このプロジェクトにも青年海外協力隊（JOCV）が関わっています。「母と子の健康手帳プロジェクト（フェーズ1）」のときからどういう形の連携がいいのか随分模索してきましたが、彼らにはプロジェクトとは違う自分たちの活動があるので、お互いに情報交換をしていくという「緩やかな連携」に落ち着きました。母子手帳に関してはナショナル・レビュー会議という全国大会があり、そのときにはJOCVの人たちにも参加してもらいました。私が個別専門家のかしのナショナル・レビュー会議にもJOCVの人が大勢参加して、ひとりずつがインドネシア語で自己紹介をしてくれたことがあります。これは他ドナーに対してとてもインパクトがあったようで、日本はすごいスキームを持っていると言われました。現在のプロジェクトでサイトの一つになっている西ヌサテンガラ州は、JOCVがつくったサイトだと言ってもいいと思います。フェーズ1で開発された「母親学級」のパッケージ

の汎用性に自信を持たずにいたときに、JOC
Vの1人が開発された西スマトラとはまったく
文化的にも異なる西ヌサテンガラ州で実施して
みたらうまくいったという経験を知らせてくれ
ました。この経験からフェーズ2でも強化する
活動として取り入れて、今では一つの目玉にな
っています。現在のプロジェクトを動かしてい
る専門家は奇しくもみなさん協力隊出身者で
す。協力隊OB／OGプロジェクトと言えるか
もしれませんね。

母子手帳導入の経験を他国に伝える第三国研
修も活動の新たな柱になりました。第三国研修
という外への発信の場がインドネシアの中で求
心力を生んでいます。特に現在のプロジェクト
のように地域保健総局だけでなく病院総局も巻
き込んだり、私立の保健医療従事者も巻き込ん



ファシリテーション中の尾崎リーダー（第三国研修にて）

だりというときには、求心力のあるメカニズムが必要です。「すこやか親子インドネシアプロジェクト（フェーズ2）」から第三国研修がスタートしたのですが、講師はほとんどインドネシア人です。去年はパレスチナのプロジェクトの人が参加してくれました。パレスチナのプロジェクトは西岸にしか日本人が行けないという制約があるので、インドネシアでの母子手帳の第三国研修に参加したガザ地区の人がガザ地区での活動に大きな役割を果たしているようです。このように第三国研修にはとても大きな可能性があると思っています。困難もありますが、模索しながら少しずつ参加国のフォーラムの形もできつつあります。

それとは別次元で、特定非営利活動法人H.A.N.D.S[※]（Health and Development Service）やトヨタ財団の支援などにより国際会議などが何度も行われています。これもとても重要なことだと思っています。「母子手帳国際会議」は今年で6回目になりました。「母子手帳国際会議」の参加者は母子手帳に興味のある人ばかりで、学者であったり、小児科医であったり、行政官であったり、様々です。そういう幅広いネットワークがどこかで繋がっていて、次の動きが広がっていくのだと思っています。

JICA 専門家にとって不可欠な資質——相手側に寄り添うこと。

私の場合、こうしなさいと言うのではなくて、様々なオプションを示しながら、こういうことなのではないかと一つひとつ拾い上げていきました。外の人間であるという立場を生かして、相手側に寄り添いながら現場の声を上に伝えて、政策に繋げていくのが自分の役割だと思っていました。

私にとつての技術協力は、現場の知を形にして繋いでいくことだと考えています。

リーダーとして苦労したのは、チームをどうつくるのかということと、チームの中でどう情報を共有するかということでした。人が増えるほど、知識や情報を共有するのにエネルギーと時間をかける必要があるということです。ただ、チームになれば、ひとりではできないこともできるようになります。エネルギーをかける意味がそこにあるわけです。

笑いながら喧嘩をするというのは中部ジャワ人に鍛えられたからできるのかもしれない。現地では人前で怒りをあらわにするのはとても失礼なことなので、上に立つ人ほど怒りません。

私は個別専門家から始めたので、プロジェクトでリーダーをやるまでチームで仕事をした

ことが実はありませんでした。何も頼るところがないので外に誰か仲間になる人を探すしかなかったのです。ユニセフの人とも仲良くやっていけたのは、フィールド・ワーカーとして共感するところがあつたからでした。八方塞がりなときでもどこかにいる話のわかる人から道が開けていくことがあります。個別専門家ときも途中で全体の方針が変わったり、やってきたことがガラガラと崩れたり、機構改革があつたりと随分色々なことが起こりましたが、保健省の中にも現場の論理をわかっている人や国際的な流れがわかっている人がいたのでいぶ助けられました。

母子手帳が始まって15年が経ち、インドネシアでその大臣令まで出て国のシステムとして用いられるようになりました。一口に母子手帳といっても、その国ごとに置かれている状況は違います。現地の内情を知り、現地の人たちの思いも汲みながらシステムとしてデザインしていくこと。その重要さをあらためて感じました。・・・」



はっとり ともこ 氏 八鳥 知子 氏

担当分野：地域保健（フェーズ1）

地域保健／チーフアドバイザー（フェーズ2）

大阪府吹田市生まれ。北海道立公衆衛生学院保健婦学科、ボストン大学公衆衛生学部国際保健学科卒業。聖路加国際病院看護師、東京特別区保健師、青年海外協力隊員（ソロモン諸島、看護師隊員）、メキシコ家族計画・母子保健プロジェクト長期専門家（母子保健）を経て、2001年から2003年、インドネシア「母と子の健康手帳プロジェクト」に、地域保健専門家として従事する。その後、アチェ州での津波後復興プロジェクトでのNGO活動等に携わり、現在、「すこやか親子インドネシア（母子手帳による母子保健サービス向上）プロジェクト」でチーフアドバイザーとして活動中。

カウンタートパートが自分で動き出すというところまでは、ガンとやっても良いのではないかと思えます。

2006年10月1日から2009年9月30日まで、現在、3年間の予定で行われている「すこやか親子インドネシア（母子手帳による母子保健サービス向上）プロジェクト（フェーズ2に相当）」のチームリーダー（チーフアドバイザーのこと）を務めているのが、八鳥知子氏だ。青年海外協力隊員としてソロモン諸島で活動した経験もあり、その後、「メキシコ家族計画・母子保健プロジェクト」の専門家も務めていた八鳥氏は、これまで行われてきたインドネシアでの「母と子の健康手帳プロジェクト（フェーズ1に相当）」でもコミュニケーション・ヘルス（地域保健）の専門家として活動をしていた。

メキシコでの活動後、ボストン大学大学院で公衆衛生学修士を取得し、アチエでの津波復興支援では、国際NGOのセーブ・ザ・チルドレン（Save the Children）のスタッフとしてインドネシアで活動をしていた体験も持っている八鳥氏。現在のプロジェクトでは、チームリーダーという大役も担っている八鳥知子氏のインドネシアでの思いと挑戦を紹介してみ

たい。

国際協力の仕事を目指して看護師となり、やがて母子手帳と出会う

私が国際協力の仕事をしてみたい、と思ったのは中学1年生の頃のことです。当時、エチオピアの飢餓状況の中で活動する日本人をテレビで見て、いつか自分も何かをしてみたい、人を助ける仕事につきたいと思ったのです。親に相談したら、手に職をつけることが必要だと言われ、それならば看護師だという思いが湧きあがりました。

そのときの初心のままに、私は一直線に看護学校を目指しました。

しかし、看護学校入学後は、国際協力の現場に立つために看護師になりたいという夢をしばらくは忘れて、国内で地域看護（地域保健）の道を目指そうとしていました。そのため、修行のつもりで臨んだ3年間の臨床経験に続き、東京都北区の保健所で保健師としての経験を積んでいくところでした。

そこで、ふとしたことからまた子どもの夢を思い出して、青年海外協力隊（JOCV）に応募してみたのです。最初の応募で合格でき、私は保健師としてよりも経験年数の多かつ

た「看護師」分野で協力隊員になりました。平成5年（1993年）度の2次隊です。2年間、ソロモン諸島で活動をしていました。今思えば、とても充実した2年間でした。僻地の電気・水道も無いような状況で、ピースコー（米国平和部隊）とVSO（英国海外ボランティア・サービス）の人たちと一緒に暮らしていました。あまり援助の入っていない地域だったのですが、1件だけ英国が地域保健プロジェクトを始めており、既にトレーニンゲンセンターをつくっていたので、一緒に連携して活動しました。

州衛生局及びクリニックでの活動では、本当に様々なことを学ぶことができました。熱帯の開発途上国における治療や保健に関する世界的標準に即した知識や、参加型のトレーニンゲを実施する技術、査定等根拠に基づいた戦略的計画の立て方などです。言語は英語だったのですが、ピジン・イングリッシュと呼ばれる現地なまりが強いものでした。

JOCVからの帰国3ヵ月後に、今度は「メキシコ家族計画・母子保健プロジェクト」の専門家として赴任する機会に恵まれました。当時、このプロジェクトは最終年度（5年計画の5年目）で、その前年に始められた母子健康手帳の活動がかなり成功しそうな気配があり、プロジェクト期間の延長が検討されていました。それが、私の母子手帳との出会いとなり、結局そのプロジェクトは1年間延長になって、合計2年間、メキシコで活動していました。メキシコでは、インドネシアに続け、といった意気込みで母子手帳の導入をしていました。

大阪大学の中村（安秀）先生はこのメキシコのプロジェクトにも関わっておられました。私は「母子保健」の専門家としてプロジェクトに入ったのですが、特に延長となった2年目は、母子手帳に特化した活動となりました。1996年から1998年が、私のメキシコでの専門家時代です。

メキシコでは、今まで協力隊でやってきたこと、さらには英国のプロジェクトと協力した経験から学んできたことを活かすことができましたと、自負しています。しかし、地方行政の人たちと一緒にやりながら、自分が直接手を出さずにどうやるべきなのか、1年目はとまどうこともありました。つつい自分だけでやってしまい、どうバランスを取るべきなのかと悩んだこともありました。自分が手を出してはいけないということが、若さもあり、あまり納得できていなかった頃です。協力隊員時代は直接手を下すことも多かったです。専門家は自分で動けないことに、もどかしさを感じていました。延長した2年目も試行錯誤の連続でした。相手を尊重して、相手のペースでやってもらおう日々。尻たたきのようなことをしながら、現地の「システムづくり」をしていくのが私の仕事なのだ、と自分に言い聞かせながら。

メキシコの母子手帳は、我々のプロジェクト終了後は、同地域で始まったリプロダクティブ・ヘルス（性と生殖に関する健康）関連のプロジェクトの一部分として組み込まれて継統されることとなりました。

このメキシコでの活動後、自分の学歴不足を痛感し、一度日本へ帰国した上で、私は渡米して大学院に入学しました。そして、ボストン大学で公衆衛生学の修士を取得しました。

インドネシアの母子手帳に関わり、一専門家からチームリーダーへ

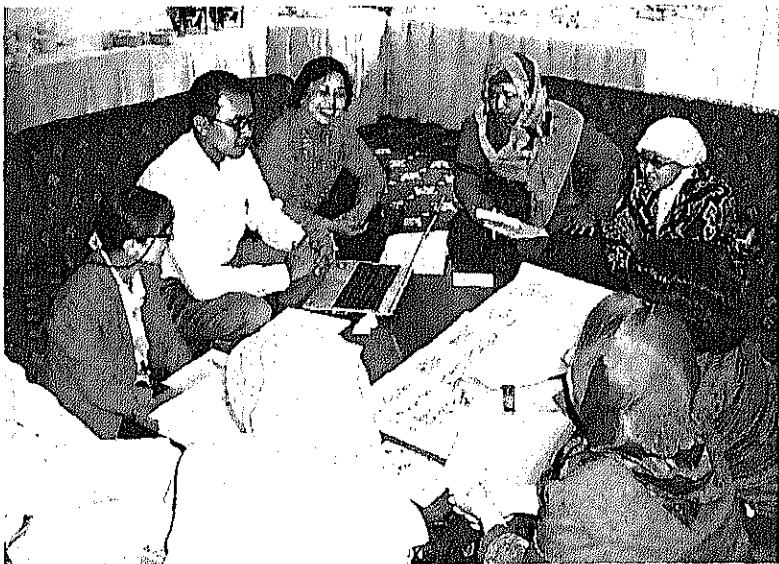
中村先生と渡辺さん（渡辺洋子専門家）の推薦もあって、インドネシアのプロジェクトに関わることになりました。2人には、私がメキシコで母子手帳をやっていた頃に、お手伝い頂いたことがありました。尾崎さん（尾崎敬子専門家、現在JICA国際協力専門員）にも何度かお会いし、推薦を受け、面接を受けてインドネシアのこのプロジェクトに赴任しました。赴任当時は渡辺さんがチームリーダーを務めていらっしゃいました。

私はフェーズ1の途中から入り、最初の1年近くは北スラウエシ州の州都であるマナドにいました。母子手帳が全国展開を目指し、プロジェクト対象地域も2州（北スラウエシ州、西スマトラ州）からさらに別の6州にも拡大されようとしているときでした。新たに増やした6州には専門家は入らずに、協力隊員の方々に入ってもらったのです。これらの地域を起点にしなから、このプロジェクトでは当初から全国展開を狙っていました。私は任期2年目

には北スラウェシ州から保健省（ジャカルタ）に移動し、2003年のプロジェクト終了時点まで、インドネシアの母子手帳の全国展開に向けての活動を続けていました。

その後一度帰国したものの、今度は2つのNGOで働くために再びインドネシアへと戻ってきました。1つ目は、母子手帳以外の保健分野での仕事でした。2つ目はアチエの震災・津波後の復興支援で、セーブ・ザ・チルドレンに参加していました（2005年9月から1年間）。

アチエではちょうど、震災・津波後の緊急支援フェーズからプログラムフェーズへの移行期で、私は母子保健の専門家として活動しました。前半はアチエのうちでもシメル（島）支所の保健部長代理としての役割も果たしながらの活動となりましたが、後半はバンダアチエ（州



PDMの計画立案のためにグループワーク中のスタッフら（左端が八島リーダー）

都）に移動し、母子手帳の活用促進を中心に活動していました。このとき、JICAから離れてみて、母子手帳が真にインドネシアに浸透しつつあるという現実を実感しました。同僚や他の国際NGOやドナーの仲間たちが、あたかも母子手帳がもともとインドネシアにあるように、自然に活用していることが解りました。母子手帳なしでインドネシアの母子保健活動はありえない、と皆感じていたようでした。JICAの支援で十数年前に始まった母子手帳が、インドネシアでは、もう後戻りできない状況にまで浸透しているのです。アチエの母子手帳は全国版とほぼ同じものですが、挿絵を（イスラム色の濃い）アチエ風のアレンジして、ユニセフ（国際連合児童基金）が印刷したものでした。

これらのNGOでの活動後、この「すこやか親子インドネシア・フェーズ2」に2006年の最初から参加しています。最初は一専門家として参加しました。当時、尾崎さんがチームリーダーをされており、全部で3人の専門家がいました。尾崎さんと川喜田さん（川喜田英博業務調整員）と私の3名です。尾崎さんはプロジェクトの立ち上げのために個別専門家として入り、開始後、プロジェクトにスライドし最初の1年ほど活動されました。私はその後リーダーとして残り、合計で2年になります。最初にリーダーに、と言われたときには「とんでもない」と思いました。専門家経験は3回目でしたが、上に立った経験は、セーブ・ザ・チルドレンで県支所の保健部長代理として約半年活動した以外はなかったので、自

信がないと断った経緯があります。ところが、尾崎さんに、「一緒にやりましょうよ。母子手帳のプロジェクトの最後のスパートの3年なので」と頼まれてしまったのです。新しい人を入れて初めからやるには、プロジェクトの途中ということもあり、時間がもったいし、既に活動のことを理解している人たちが固めたかったということのようでした。結局、私が折れました。

ただやはり、マネージャーやリーダーとして他の専門家の上に立った経験が少なかったことが心配でしたし、その不安は、1年半経った今でも、完全に消えているわけではありません。ずっと試行錯誤の連続です。

自分が手を出さずにどのように相手を支援をするかというのは、「状況にもよる」のだということにも気付きました。メキシコでも若いなりに自分の中で解決に向かっていたとは思いますが、ここでまた同じ問題にぶつかったのです。本来なら、その国がやるべき仕事をドナーが肩代わりして実施し、協力の成果をそのまま受け取ることにカウンターパートたちは慣れてしまっているのです。「JICAはどうしてそれをやってくれないのか？」と彼らは普通に言うてくることがあります。「私たちはそういう援助の仕方をしていないの」ということを理解してもらおうようにしています。

フェーズ1ではカウンターパートだったアズワール(Azrul Azwar)さんやその部下のイナ



病院での母子手帳使用状況などをモニタリング中の八島リーダー（左）

Ina Hernawati)さんたちが、JICA的な技術協力のやり方を十分に理解してくれていたのですが、人が替わるうちにまた始めから説明をする必要が出てきたのでした。ただ、これまでの長い協力の過程の中で、JICAが言わんとしていることは、分かってくれているとは思いますが。

そもそも、インドネシア側には、「母子手帳」に関してのオーナーシップの高さは十分にありませんでした。ただ、人が替わっていくうちに、プロジェクトの活動に関するオーナーシップを持っているとは言にくい部分も出てきてしまったのです。これは何も気持ちの問題だけではなく、インドネシア側の人手が足りない中で業務の拡大がされてきたためで、パンク状態になった時期もありました。母子手帳は、今「子ども保健

局」が中心となって全体を動かしています。局としては40〜50名いるのですが、直接関わっているのは、この中の1つの課のみで、「5歳児以下の健康課」所属の4名程度のカウンターパートのみでした。仕事量に対して明らかに数が足りない状況でした。

また、フェーズ2のプロジェクト期間は3年間と短い割には実施すべき内容が多く、しかもカウンターパートも多岐にわたり（本省内4総局10局17課）、実際にプロジェクトを動かす立場からすると、困難な部分もあります。間接的なカウンターパートらは、JICAのプロジェクトでは出張に出かけても日当が貰えないから頑張れないとか、今でもJICAが何でもやってくれるものだとかと誤解しているところが少なからずあります。

ただ、2007年12月にコンサルテーション・ミッション（運営指導調査）が来いし、それを契機にある程度の改善もなされてきています。まだまだ改善の余地はありますが、事務手続を課内だけで抱えずに「子ども保健局」以外の部署へも移してもらった他、2008年には大幅な増員もしてもらいました。カウンターパートのJICAへの理解やプロジェクトへの意欲はかなり向上してきていますので、彼らと一緒に頑張っていけると思っています。

今のプロジェクトの目標は、「母子手帳」の量的拡大は一段落したということ、むしろ「質的な面」を向上していこうという趣旨でおこなわれています。さらに「サステナビリティ

イ（持続可能性）」を確固なものにしていくことも目標です。

それに対する戦略的なアプローチは、「質的な面」については、①オリエンテーション（標準的な母子手帳の活用に関して、保健従事者の方向付けをすること）のシステムを作ること、②幾つかの母子手帳のより良い活用を示すモデルをつくって成功例として普及すること、とされています。「サステナビリティ」については、①科学的根拠（調査結果等）に基づく政策提言、②幅広い色々な団体が使えるように支援していくこと（アドボカシー活動の支援）、などを挙げています。母子手帳の場合、印刷費が毎年発生するため、地方分権になってからは、地方政府（州・県・市）が自ら決めてやっていかないと動きません。そのため、地方政府に「良いものだからつくっていいこう」と思わせることが必要なのです。

母親の行動変容をもたらす研修の仕組みづくりを工夫する

インドネシアにおける母子手帳の生みの親のひとりでもあるアンドリアンサ（Andriansyah Arifin）さんのように、「母子手帳そのものが政策として取り上げられ、大臣令も出されて配布されるようになったけれども、配布そのものよりもむしろその後の母親



保健所での助産師による母子手帳使用状況などをモニタリング中の八鳥リーダー(右から2人目)

の行動変容の方が重要なのであって、そのためには医療関係者が常時働きかけをおこなうような仕組みづくりが最も重要なのである。そのためトレニングやオリエンテーションをどう体系化し整備して動かすかが一番の課題であり、その部分がまだまだ弱いのではないだろうか」と思っているインドネシアの人たちもいます。私たちも、それは十分に承知しています。プロジェクトの短い3年の期間では、今つくっているものを全国に浸透させるところまではゆけないですが、少なくともその「質の高い母子手帳活用」の土台をつくることによって保健省を支援しているのです。それが、現在の私たちのフェーズ2なのです。

トレニングやオリエンテーションの内容をつくる際には、母子手帳をどう使うかだけでは

なく、母子保健サービスの中で実際に有効に活用することによって、サービス自体が向上するように期待しています。母子手帳という道具は、配布だけに終わってしまっただけは全く意味がないのです。それにはバランスが問題であり、予算の制約上、私たちはオリエンテーションを最長でも3日以内、としてもらっています。アンドリアンさんはもつとやりたかったようで、母子手帳の研修をしながら血圧の測り方なども教えたかったようです。しかし、重い研修内容になり過ぎると続かなくなってしまうので「中間のあたり」を取ったのです。中村先生からは、「とにかく重くしてくれるな」と言われていたこともありました。「中間のあたり」を取ったことで、むしろそれで浸透していきやすく、地に足の着いたものとなっていくと考えています。

ただし、浸透し広がっていくには、地域やその集団の理解がとても重要です。たとえば、地域の理解が深く、保健従事者に対する母子手帳利用オリエンテーションを通常の月例ミーティングに分割して組み込み、特に資金を使わなくとも実施できてきた成功例もあります（西ジャワ州ガルット県）。また、以前は医者ほとんど関与してくれなかったのですが、最近には徐々に医者の参加も増えてきました。このフェーズ2のプロジェクトが始まった2006年当時には、まだまだ母子手帳のことを知らない人や団体も多かったのですが、まず職能団体や病院の協会に直接働きかけていて、彼らの理解を得られるように事業紹介から始めていき

ました。幹部に実施し、次に全員に実施して、合意が得られたら次の段階に移っていく、という地道な作業を続けてきました。その結果、母子手帳の利用に関する各団体長からのコミットメント・レターは、既にほとんどの団体から取ることができています。

ただ、職能団体などの所属長が推奨したからといって、メンバー皆が言うことを聞く訳ではありません。医師側の問題としては、実際に3分間診察といわれるような多忙さの中で母子手帳に記入して、またそれを使って保健指導をするためには厳しい面もあります。その対応策として、アシスタントである助産師などが医師を助けることもできるということを提示しています。

また他の問題として、行政サイドの人間は、やはり臨床については教えられないという現実があります。日々の利用上の問題については臨床関係者が一番よく知っています。そのため、私たちは助産師協会や看護師協会といった職能団体の中に講師を育てるようにしています。一方で、職能団体の中でも広げてもらえるように工夫しています。

母子手帳が母親の行動変容にどの程度の影響を及ぼしているのかを調査する

エビデンスづくりの一つとして、現在、大がかりな母子手帳の効果測定調査を実施しています。

効果の調査といっても、私たちが常々公言していることは、母子手帳はIMR（乳児死亡率）やMMR（妊産婦死亡率）に直接的に影響を及ぼすツールではないということです。向かっている方向は同じなのですが、直接即効に死亡率に対して効果を期待するというのには誤解があると思っています。現在の調査では、母子手帳の活用が、住民と保健従事者の母子保健に関する行動変容にどのように影響を及ぼせるのか、を測ろうとしています。

プロジェクトの協力活動が3年間しかないので、初めに関与前の調査をおこない、関与を2年間し、ちょうど来週から関与後の調査をかけて変化があるのかどうかを見る予定でいます。差が表れていれば「機能している」と言えます。正直にいうと結果がとても怖いのですが。

調査主体はJICAで、実施者はインドネシア大学の医学部地域医療学部です。プロジェクトの活動の中で実施していて、スーパーバイザーはJICAと保健省としています。年度内に記述分析の結果は出るのですが、それから回帰分析をかけようと思っているので、20



プロジェクト・ディレクターである地域保険局長とのプロジェクト会議（右端が八鳥リーダー）

09年6月頃をめどに結果を出そうと考えています。この調査に関しては、短期専門家として東京大学の甲斐（一郎）先生に来ていただき、アドバイスを頂いております。

今回調査しているのは西ジャワの山奥（ガルトト県）で、インドネシアの中でもかなり社会・経済・保健状況の難しいところですが、母子手帳は既に広まって全国展開している中で、母子手帳を使っていない地域を探すのがそもそもとても困難で、こうした地域を選ばざるを得なかったのです。やっと決定したその調査地域でも、我々が事前調査を実施したその年からユニセフが母子手帳を配布すると決めていたため、コントロール群にも配布することとなりました。ただしコントロール群に対しては、母子手帳を配るだけ。もう一方の関与をする地域

では、保健従事者、保健ボランティアに対してオリエンテーションを実施していきました。それに加え、「DESA SIAGA」という保健大臣が始めた「村ベースの保健状況改善活動」にも予算がつけましたので、それにも乗るかたちでプロモーション活動を実施していきました。主に村のリーダーに働きかけたのです。また、他州で開発した「母親学級」というシステムも導入していきました。また、県衛生局による活動のモニタリングも定期的に行いました。これらが現在、同時進行的に実施されているのです。特定の地域を決めて、全く関与しない所と、色々な形で積極的にオリエンテーション等の関与を行った所での違いを見ると、いうことです。

関与のレベルに関し、どの程度の関与でどの程度の効果が出るものなのか、再現の可能性も重要だと思えますので、同じ程度の関与が全国津々浦々でシステム化して出来るものなのか、ということも配慮しながら、できるだけのこととはやってきました。つまり、いくら効果があったとしても、関与の程度が大きすぎて行政の負担となるようでは、他地域に普及することが難しくなるからです。調査地域では、TOI（講師研修）レベルではある程度経費を使いましたが、その他は極力お金を抑えて実施しています。保健所レベルではJICAからの資金はゼロです。保健所のルーティーンのミーティングを使用したり、たとえ使用したとしても、保健省のオペレーションナルな費用の中で収まる範囲内で実施するように配慮してき

ました。

しかし、モニタリングを通じての感覚ですが、正直なところ、母子手帳と母親学級を2年間やっただけでは、出産を「伝統的助産師」(Traditional Birth Attendant)から助産師へ移行するまではまだ無理かなと感じています。「伝統的助産師」でやってきた村の住民が、保健従事者である助産師のところへ出産(安全なお産)するようになるのは、現時点では難しい情勢です。

インドネシアでは、少しずつ助産師のところでも出産するようになってきていますが、特に西ジャワ州では、助産師のところへ行かずに、自宅で「伝統的助産師」の介助により出産する人が多いのが現実です。地域によるのですが、事前調査の結果では、自宅分娩がほぼ100%、60%くらいが「伝統的助産師」を利用しています。その理由は①僻地過ぎて遠くにいる助産師を呼びに行けない、②お金がない、「伝統的助産師」なら費用を必ずしも払う義務はなく、気持ち程度の謝礼でよい、③「伝統的助産師」はお産以外に家事・手伝い・マッサージと色々やってくれる、④姑が助産師に行つてはいけないという、などの要因があるようです。

ただ、その中でも、死亡率の高さなどを考えると本当は助産師のところへ行かないといけない、ということには分かりはじめています。「助産師に行くことの重要性は分かっ

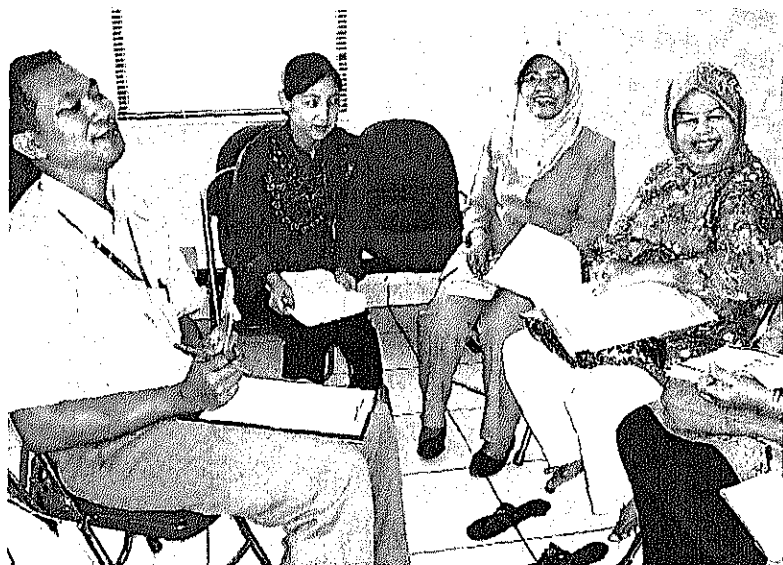
いたのだけれど」と言う声も聞こえてくるので、少しは行動変容が表れ始めているのではないかと思っています。

母親として病院にかかり、母子手帳の必要性を再確認する

私自身、インドネシアで自分が母親になって実際に母子手帳を使うようになりました。

メキシコで専門家としてやっていたときには、実は、母子手帳に関してまだ半信半疑なところがありました。というのは、母子手帳はサステナビリティの面でお金がかかるし、システムを増やさないと言いつつシステムを一つ増やしている、と半信半疑だったのです。

ところが、自分がいざ利用者の立場になってみると、予防接種の記録等が途切れてしまうと実際に困ることがありました。また、インドネシアではそれぞれの病院や私立クリニックが、手帳や子供カードや母親カードなどをそれぞれに使っていて、大変複雑でした。病院が配布する手帳には、「妊婦手帳」とか「子供の成長記録」はあるのですが、母子が一緒になっっているのは見たことがありませんでした。医者がやっていることなので、産婦人科医と小児科医が一緒になるなんて考えたこともなかったのだと思います。私の場合には4冊も



母子手帳改訂のためのニーズアサメント中の八鳥リーダー（左端から2人目）

らい、面白いので黙って様子を見ていたのですが、記録が4冊に分かれてしまい、後で自分でまとめるのがとても大変でした。親として、母子手帳が1冊であったならどんなに良いだろうと思ったことがあります。このように、実際に自分で使ってみて、使う側になってみて、母子手帳の利点を改めて実感できたわけです。また、実際に使ってみると、記載欄が小さすぎるなど問題点なども見えてきました。

そして今、まさに私はその状況と闘っています。病院は独自につくった手帳やカードを使えば自分たちの病院の宣伝にもなるので、なかなか母子手帳には移行してくれないのです。もちろん、移行したところもあるので、それは良い例として使わせてもらっています。こうした現状も考慮し、母子手帳は、印刷もとによって表

紙や内容を多少アレンジしてもかまわない規則になっています。母子（健康）手帳という名前と、スタンダードなサービスに関する記載がされていれば、たとえば病院の大きな写真を入れて宣伝にしてもかまわないのです。

他ドナーにとっても「母子手帳」は不可欠となり、また新たな普及アプローチとして「母親学級」もスタートする

他ドナーとの連携に関しては、現時点では定期的に皆が結集して調整会議を開催するというのではなく、思い立ったときに思い立った人がやる、というような状況です。もちろん定期的に行うという話も時々盛り上がります。例えば、GTZ（ドイツ技術協力公社）が指揮を執りながら、東ヌサテンガラ州や西ヌサテンガラ州に関してパートナーシップをつくっていくということと、1年に1回連携を図るような動きもありました。ただ、包括的なプロジェクトをしている他ドナーとは対照的に、私たちのプロジェクトは「母子手帳」に特化していることもあり、かなり特殊だと思われるようです。

母子手帳に関して言えば、世界銀行やユニセフは、インドネシアでの母子手帳開発当初か

ら15年来、協力関係を続けています。双方とも今に至るまで、母子手帳の印刷だけでなく、母子手帳活用における保健従事者のトレーニングやプロモーション活動等にも、かなりの額を拠出しています。続いて、ADB（アジア開発銀行）、USAID（米国国際開発庁）、GTZ（ドイツ連邦政府技術協力機関）、AUSAID（オーストラリア国際開発庁）も母子手帳印刷にかなり貢献しています。また、国際NGOのセーブ・ザ・チルドレン、ケア、ワールド・ヴィジョン・インターナショナル等々も、母子手帳の印刷および活用に参画しています。

そういったドナーが1人抜け、2人抜けとなっていくと、将来的には全部を賄うのが難しくなるといふ懸念もあります。しかし、一つ良い例として、GTZとAUSAIDが東ヌサテンガラ州で母子保健のプロジェクトを実施しようとしたとき、当初計画では母子手帳印刷の予算を確保していなかったようなのですが、1〜2ヶ月もプロジェクトを進めていくと、「母子手帳がないと話にならない、プロジェクトが成り立たない」ということになって、2〜3年分の予算を急ぎよ確保したというエピソードがありました。この例は、実際のインドネシアの現場では母子手帳が母子保健の中にしっかりと根付いてきているという一つの証拠だと思います。

直接こちらが刷ってくださいとアプローチをしなくても、こういった事象が起りはじめ

できています。ただ、そうは言っても、ドナーはドナーであって、母子手帳の印刷をいつまでもドナーに頼っていると、必ず不安定になります。結局は、地方政府がそれぞれ何とかしていかないといけない問題なのです。

他方、青年海外協力隊員とは今も緩やかな連携を続けています。このプロジェクトとしては、協力隊員の赴任時の説明の際にプロジェクトの紹介をしたり、質問があればいつでも受け付けたりということをしてきています。「何かをしたい」という人がいれば積極的に協力するようにしてきていました。モデル活動としてプロジェクトがつくってきた「母親学級」をやりたいという協力隊員も多いので、そういう場合には積極的に支援しています。「母親学級」は、母子手帳をよりよく理解するための一つの方法としてフェーズ1の終盤に西スマトラ州にて開発されました。たとえば、お母さんに母子手帳をただ渡して「家で読んでね」と言っても、日本人のように「読む」という習慣がありませんのでなかなか読みません。それで、カウンセリングを入れ、「母親学級」を重ねる



母子手帳の使用状況をモニタリング中の八鳥専門家

ことで、「一緒に勉強しましょう」という場をつくっていったのです。ですから、「母親学級」といつても、母子手帳をより有効に活用する場の提供ということなのです。

しかし、始まった当初は、いいものにもかかわらずトップダウンの講義形式だったので、次第に停滞してしまいました。そのため、私たちはその手法を見直して、「参加型方式」を用い西ヌサテンガラ州でやり直したのです。その評価の結果は上々で、他の地域でも試してみるところが出てきています。そのため、現在では国家プログラムとしてスケールアップされ、全国に広がりつつあるのです。これに関しては、すでに保健省もかなりの予算、トレーニング代、印刷代を確保しています。「母親学級」の広がりによって、母子手帳を活用した地域保健サービスもさらに向上していくと思っています。

JICA専門家にとって不可欠な資質——コミュニケーションの能力。
言い換えれば、分かりやすく「伝達」する能力。

人の立場に立って、人が分かるような形で自分の考えや持っている技術を伝えていくことが大事なのではないでしょうか。

専門家とリーダーは違う面もあると思いますが、やはり一番大切なのはコミュニケーション能力なのではないでしょうか。人と話すことが好きでないといけない仕事なので、私は保健省内でもどんどん歩くようにしています。とにかく、カウンターパートが保健省だけでも17課に分かれていますので。また人とコンタクトを取ることが私自身楽しみでもありますし、円滑なコミュニケーションは仕事を良い方向へ導いてくれる鍵でもあると思っています。

このプロジェクト関係者には歴代、インドネシア語でのコミュニケーション能力が求められています。私も言語は決して得意な方ではなく、口下手な方ですが、英語だけではコミュニケーションが成り立ちません。特に今の大臣は極端に英語を嫌がり、「インドネシアにいるのならインドネシア語でやりなさい」と言われています。提出書類もそうです。これは半分聞いて半分聞き流す必要もあるかなとは思いますが（笑）、インドネシア語でやると打ち

解けて仕事もうまくいくことがあります。

コミュニケーション技術として、視覚的に分かり易くすることもとても大切です。また、余計なことは書かないと言わない、ということも学んできました。さらには、ネゴシエーション（交渉）技術も、ということですね。

振り返ってみると、今国際協力という子どもの夢を現実のものとする事ができて、とても満足しています。ただ現実には当時のイメージとは若干違う状況ではあります。当時は緊急支援活動に憧れていたこともあり、2年ほど前、緊急支援の分野に転向しようかな、と思ったこともありました。実際には、臨床を離れてずいぶん経っていますので、それは遠い夢になってしまったのですが。

協力隊のときの楽しかった日々とは違いますが、このように国のシステムをつくっていくことで、もっと大きな人口、つまり農村にいる多くの母親や子どもたちの役に立つものをつくっている、という仕事はとても素晴らしいし、嬉しいものだなと思っています。まして普通では経験できないようなポジションにも付けて頂き、とても感謝しています。

「技術協力」とは、「相手の自助努力を促進するようにサポートすること」だと思います。カウンターパートたちが一定の程度までできるようになるのであれば、ある程度までは直接的に後押ししてあげても構わないのではないかと私は思っています。陰からだけではなく、

専門家がまずやってみせても良いと思うのです。ただ、サステナブルな形でないといけないとは思っています。ここまで来れば後は流れるのにというのであれば、そこまではガンとやってあげてもよいのではないかと思っています。ガンとやるところも一緒にやればいいのだと思います。やるべきことはやり、押すべきところは押す。その中で相手のサステナビリティに繋げていければいいのではないのでしょうか。ただただ陰に回るだけが専門家の仕事ではないのだと私は思っています。・・・」

インドネシアの保健医療事情

主要な政策と課題

インドネシア政府が国民の健康ビジョンを打ち出した1999年の「Healthy Indonesia 2010」は、従来治療やリハビリテーションに置かれていた重点を健康増進と疾病予防にシフトしようとするもので、以下の4つを目標として掲げている。

- 1) 人々が健康な環境で生活できる
- 2) 人々が健康で清潔な生活行動ができる
- 3) 基本的な保健サービスの充実
- 4) 高い水準の健康を保持できる

しかしながら、依然として乳児死亡率、5歳未満児死亡率、妊産婦死亡率等などの主要な指標は、近隣のアセアン諸国と比べても高い状態である。地方分権化以前は予算配分が中央政府によるトップダウンで決められ、保健セクターに対しても最低限の予算が確保されていたこともあり、地域保健サービスも最低限提供されていた。しかし、分権化以降は予算配分方式が変わり、県政府は予算を自由に配分できるようになった反面、必ずしも保健セクターに対する予算配分を重点としなくなった。

このため、保健省の中期戦略計画（Strategic Plan of Ministry of Health 2005-2009）においては、コミュニティの活性化とエンパワーメント、質の高い保健サービスへのアクセスを改善すること、保健に関する調査・モニタリング・情報システムを改善すること、そして保健財政の改善を主要課題として位置付けている。

保健システムの組織構造

インドネシアには33の州があり、各州には保健省の先発機関である州保健局が設置されている。州の下には349県・91市（都市部に置かれるのが市、それ以外の地域に置かれるのが県）があり、このレベルにも県／市保健局が存在する。県・市の中には行政区として郡が置かれており、各郡には診療と予防保健衛生活動を行う保健センターが設置されている。都市以外の地域に置かれている村のレベルには、村駐在助産師が配置されるとともに、ポシアンドゥと呼ばれる伝統的複合診療所がある。ポシアンドゥは、集落ごとに住民から選ばれたボランティア（カダール）によって運営され、保健センターの巡回チームと協力して、乳幼児の発育監視（体重測定）、予防接種、補助栄養食の指導、家族計画、経口補水塩（ORS）の普及、妊産婦指導などを行っている。

【参考資料】

- ・ WHO ホームページ <http://www.searo.who.int/EN/Section313/Section1520.htm>
- ・ 国際保健医療学 第2版（日本国際保健医療学会, 2005）
- ・ インドネシア国 南スラウェシ州地域保健運営能力向上プロジェクト ホームページ <http://www.jica.go.jp/project/indonesia/0600379/01/index.html>

第3部

カウンターパートからの手紙



地域保健総局長との打合せの様子

アズール・アズワール (Azrul Azwar) 氏からの便り

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)

日本人専門家と共に仕事をして

私が日本人や日本文化と初めて出会ったのは、医学生だった1970年代始めのことです。インドネシア大学の学生評議会の会長としてアジア学生協会 (ASA) のプログラムに参加し、日本でホームステイをしました。日本滞在中は、ある日本家族と東京近郊のとても素敵な家で一緒に過ごしました。それはとても良い経験で、一生忘れることはないでしょう。このプログラムに参加して、日本人はとても礼儀正しく、親切で、オープンであり、働き者だという印象を持ちました。

ジャカルタにあるインドネシア大学の医学部を卒業した後も、インドネシア医師会 (Indonesian Medical Association) およびアジア大洋州医師会連合 (CMAAO) の会長として、多くの会議の議長を務めたときに、日本医師会の方々と友人になるなど、日本人との出会いはありました。



JICA専門家との協力について語るアズワール氏

また、1990年代始めにインドネシア家族計画協会 (Indonesian Planned Parenthood Association) の会長を務めていたときに、アジア・太平洋地域で開かれた多くの国際家族計画連盟 (International Planned Parenthood Federation) の会議に参加しましたが、そこで日本のジョイセフ (家族計画国際協力財団) の代表者たちとも出会いました。いつも辛抱強く参加者の意見を聞き、各国メンバーのそれぞれのニーズや要望に応えようと一生懸命であった彼らを大変尊敬していましたし、感謝していました。

JICA専門家の方々と初めて会い、一緒に仕事をするようになったのは、インドネシアに新政府体制が敷かれた1998年6月のこと

で、私が保健省・地域保健総局長に任命されたのがきっかけでした。ご存知の通り、インドネシアにおける妊産婦死亡率と乳児死亡率をさらに改善するため、日本政府はJICAを通じて、インドネシア保健省に対して技術協力をおこなってくれたのです。協力の目的は、1984年に中部ジャワ州で初めて導入された母子手帳を普及することでした。

その後1998年10月に、JICAはジャカルタにある保健省のオフィス内に母子（健康）手帳のプロジェクト事務所を開設しました。私は、地域保健総局長という立場上、多くの日本人専門家と会い、一緒に仕事をする機会がありました。JICAの業務調整員は、新たな日本人専門家がジャカルタにやってくるたびに、彼らが地方に配置される前に私に紹介してくれました。私は常に彼らに好感を持っていました。確かに、彼ら若い世代の専門家たちは、プロジェクトの活動に対する理解が不十分だったり、インドネシアという国やこれから共に働く人々の社会的・文化的側面に関してあまり知らなかったりもしました。しかし、彼らの強い自信、コミットメント、高いモチベーション、一生懸命やろうという意欲を見て、私は彼らなら深刻な問題にぶつかることなく成功を収めるだろうと強く思っていました。

若い専門家の多くは、もともとインドネシア語が上手なわけではありませんでした。しかし、彼らは地域の人々とコミュニケーションをとるにはインドネシア語で話すしかないとい

うことを分かっていました。驚いたことに、数カ月後に私が出張で彼らのいる州に行ったときには、彼らのほとんどがインドネシア語を流暢に話せるようになっていました。彼らの多くが、非常に勉強家だった証でしょう。

各州、県、区のインドネシア人スタッフと話をすると、いつも日本人専門家の「働く姿勢」について良い話を聞きました。現場で働く専門家のほとんどが、働き者で、非常に礼儀正しく、信頼でき、責任感があり、非常にフレンドリーであるとのことでした。既に述べたように、彼らのほとんどはまだ若かったこともあり、母子手帳に関する知識や経験には限りがあったとは思いますが。しかし、「働く姿勢」という面においては、インドネシア人が学ぶべきことが多くありました。特に、タイムマネジメント能力に長け、勤勉であり、責任感がある、といったことです。

私は、地域保健総局長としてインドネシアにおける保健セクター関連の数多くのドナーとの調整会議を開いていたのですが、JICAからの出席者はいつも、母子手帳プログラムの実施において、特に母子手帳のコンセプトに関することについて、フルサポートをしてくれました。しかし一方で、JICAのプロジェクト計画書には含まれていない新しいことを行

おうとするときには、同様の支援をしてもらうことはほぼ不可能だということも私は分かっています。

また、合意したプランに従い、プロジェクト実施状況の調査・評価をしに日本から来る調査団とも定期的に会議をおこなっていました。調査団は訪問の最後に、評価報告書を発表して会議を締めくくるのですが、私はいつもその報告書の詳細さと正確さに感銘を受けていました。インドネシアにおける母子手帳プログラムの発展に関してスタッフと話し合いをするときはいつも、その報告書の情報を資料として利用したものです。

私は2005年の6月に定年を迎え、地域保健総局からインドネシア大学医学部の地域医療の教授に戻りました。教授をやりながらも、私は様々な専門組織に積極的に関わっており、インドネシア中の州、県、区を訪問する機会がたくさんあります。私は、母子手帳プロジェクトが今もインドネシアにおける最優先プロジェクトの一つとして実施されているということとを、自分自身の目で見ています。また、ヘルスセンターを訪れる妊婦にも、母子保健クリニックに赤ちゃんを連れてくる母親たちにも、農村部の助産師たちにも、母子手帳が十分に使用されているということとを、自分自身の目で見ています。

こうした好ましい状況というのは、各地の衛生局スタッフや医療従事者の懸命な働き、村

「落レベルでのボランティアの懸命な働き、そして、インドネシアでカウンターパートと働くために遠い日本からやって来た日本人専門家の懸命な働き、があつてこそ、生まれたものなのです。この場を借りて、全ての関係者に、心よりお礼申し上げます。[Arigato go-zai-mas]

第4部

ルポライター

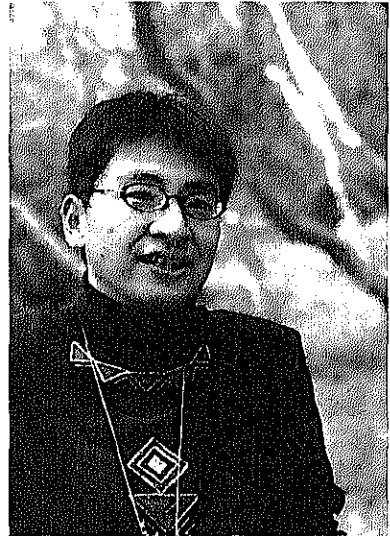
田中章義の現地レポート



インドネシア各地の母子手帳

ルポライター

田中章韓の 現地レポート



インドネシア「母子（健康）手帳」での一連のプロジェクトの現場を訪問して

「母子（健康）手帳」での一連のプロジェクトがおこなわれたインドネシアには、「重ければともに担ぎ、軽ければともに提げる」ということわざがある。「友情は、共同の運命を担う決意によって維持される」ということを語った言葉だ。

インドネシアの母子保健をめぐる現状は、ここ30年ほどでずいぶん改善がみられている。

乳児死亡率（IMR）は1967年に出生1000人に対して死亡数145だったものが、1995年には46となり、2003年では35と減少傾向にある。それでもまだ近隣のASEAN諸国と比べると、マレーシアが出生1000人に対して死亡数8、フィリピンは出生1000人に対して死亡数29と、インドネシアの数値にまだまだ改善の余地が在ることを物語っている。ちなみに日本は、出生1000人に対して死亡数3〜4なのだそうだ。

妊産婦死亡率（MMR）についても、2001年段階で出生10万人に対してマレーシアが39、ベトナム95、フィリピンが240なのに対し、インドネシアは307という数値になっている。

こうした母子保健をめぐる状況を少しでも改善しようと、JICAは「母子保健」を保健医療分野における重点分野として、インドネシアへの協力を実施してきた。母子手帳の開発と普及がそのまま、乳児死亡率（IMR）や妊産婦死亡率（MMR）の改善に役立つという物言いは大雑把過ぎると専門家は警鐘を鳴らすけれど、アイルランガ大学と東ジャワ州衛生局、WHO、JICAの2004年の共同調査によれば、母子手帳の普及により、母親や住民の知識や行動に変化が現れ、それによって、母子保健の状況改善には役立つことが実証されている。

そもそも、私たち日本人は、母子手帳が日本で始まったものだという認識をもっている人



質問に答えるサラティガ市の保健所の助産師たち

はどれくらいいるだろうか。同じく今、世界じゅうに「母子手帳」が拡がりを見せているという現実を、どれほどの人たちが知っているだろうか。

日本で母子健康手帳が始まったのは、戦後の復興のさなかだった1948年だ。そこから60年以上を経て、母子手帳は今、世界じゅうに広がりを見せている。母子手帳が還暦を迎えた2008年、11月に日本で第6回母子手帳国際会議が開催された。参加国は、日本とインドネシアの他、アフガニスタン・ラオス・バングラデシュ・フィリピン・カンボジア・ブータン・タイ・ベトナム・韓国・米国・パレスチナ・オランダ・モロッコ・東ティモール・ドミニカ共和国など、10数カ国にも及んだ。

アフリカでも、母子手帳の全国的な普及に向

けて動き出しているのがチュニジアやモロッコ・コートジボアール・ニジェール、さらには普及プロジェクトがおこなわれているのはセネガル・スーダンなのだそう。さらに、世界に眼を向ければブラジルでも母子手帳の普及プロジェクトが始まっている。

こうした状況を踏まえ、2008年11月の国際会議では、「世界に広がる母子手帳」「母子健康手帳が世界を変える」等のテーマで、内外の300人を超える専門家が議論を重ねた他、参加各国による母子手帳普及への取り組みに関する報告もおこなわれていた。

「母子（健康）手帳普及の父」である中村安秀教授（大阪大学教授）によれば、このような母子手帳の世界的な広がりの中で重要な役割を果たすのが、実は「インドネシア」なのだということだった。どんなにいいものだったとしても、日本人の60年前の苦労話を、リアリティをもって語ることは難しい。むしろ、1993年から1994年まで「家族計画・母子保健プロジェクト」の延長期間（フェーズ0に相当）でインドネシア版母子手帳の開発と試行をおこない、続く1998年から2003年までおこなわれた「母と子の健康手帳プロジェクト（フェーズ1に相当）」で、母子手帳を活用した母子保健改善プロジェクトを実施してきたインドネシアの体験が、多くの国々に参考になるのではないか、ということだった。

インドネシアでは1994年の試行後、1997年に5州で配布され、2003年には26

州となった。現在では33州に拡がりを見せている。プロジェクトのフェーズ1が終了した2003年段階で、妊産婦総数に対する母子手帳の普及率は、インドネシア全土で48%に達している。翌年には、母子手帳に関する保健大臣令が發布され、2006年段階での母子手帳の普及率は62・4%にまで拡大している。

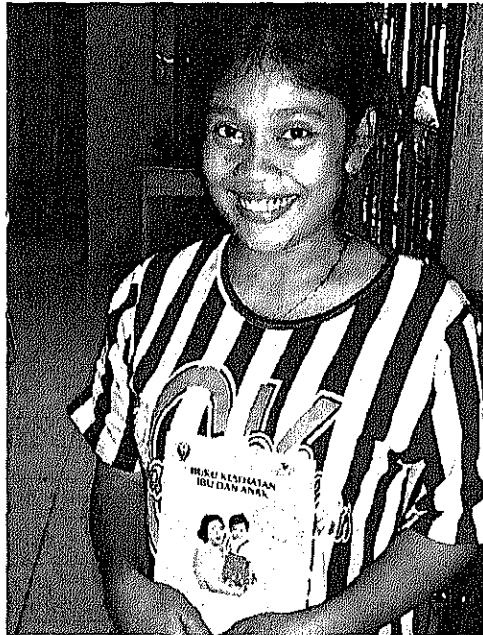
こうした中、インドネシア政府は、「国家中期開発計画2005-2009」の5つの基本的目標の1つ「国民の福祉向上」のなかで、母子保健の質の高いサービス向上をうたっている。具体的には2009年までに、乳児死亡率（IMR）が出生1000人に対して26に、さらには妊産婦死亡率（MMR）を、出生10万人あたり226にすることを目標にしている。さらには、5歳以下の幼児栄養失調率を25・8%から20%に削減することも明文化されている。

JICAが現在実施している「母子健康手帳」に関するフェーズ2である「すこやか親子インドネシア（母子健康手帳による母子保健サービス向上）プロジェクト」は、このような状況下で実施されているのだった。

今回、2009年2月初旬に、この一連のプロジェクトで「母子（健康）手帳」を最初に導入した地域である「サラティガ市」を訪問する機会を得た。

サラティガ市衛生局の母子保健指導課長によると、現在のサラティガ市における手帳配布率は約90%であり、次第に民間のクリニックにも拡がっているとのことだった。残りの10%は、出稼ぎ等で市に出入りする人たちだとのこと。同市の妊婦数が年間約3000人であるのに対し、市が2500冊、助産師協会が600冊、その他民間が500冊ほどを刷っており、また保健省から州経由で831冊が配布されているとのことだった。これだけの母子健康手帳が刷られていれば、3000人の妊婦たちには十分配布できるだろう。

同指導課長によると、母親の意識は高まってきたものの、子どもが病気になってから手帳を開く人がまだ多く、初妊娠の母親に対する助産師の説明が不足しているとのことだった。けれども、現地で23年間助産師として働いている女性によれば、以前は母親の生活環境や予防注射接種状況等を把握することが難しかったけれど、この母子手帳の導入によって、それ



母子手帳への質問に答えてくれたサラティガ市の妊婦

が可能になり、母子の健康リスクがつかめるようになっていたとのことだった。保健所に來ていた実際の妊婦にも話を聞いてみたところ、母子手帳を通じて医師とのコミュニケーションがとりやすくなった他、妊婦同士の情報交換も進むようになったとの回答が得られた。父親がこの手帳を見ることもあり、夫婦間での会話の促進にも一役買っているようだった。

現地で、元地域保健総局長であり、現在インドネシア大学教授のアズワール（Azwar）教授が語っていたように、保健省及び地方政府の更なるサポート、医療従事者（特に医者等）のコミットメント、地元ヘルスワーカー（助産師等）によるコミュニケーションでの手帳活用促進や非識字者へのサポート、そして民間のクリニックや助産師を巻き込んでいくことなど、今後へのいくつかの課題はあるものの、わずか10数年で、母子手帳を全土に拡げ、さらには他国の保健関係者にも、国際会議等で自国の状況を語り伝えていくことができていくということは、着実な成果といえるのではないだろうか。

「母子手帳」はただ単に印刷をすればいいというものではなく、国の保健システムとなるものなのだ。これを導入するためには、多くの人たちの合意形成が必要だ。

インドネシアに限らず、今、世界的に母と子の健康をめぐる取り組みが活発におこなわれている。ミレニアム開発目標の目標4（小児死亡の減少）、目標5（妊産婦の健康）などをもち出すまでもなく、21世紀は今後ますます、その傾向を強くしていくのではないだろうか。

今回、現地を訪問して、「母子手帳」はこうした大きな課題に立ち向かっていく、スターラインのようなものだと実感した。普及率の増減にばかり一喜一憂するのではなく、その先にある母と子の健康、家族全体の健康というさらに大きな視座の中での「母子手帳」ということを見据えていく必要があるのだろう。

日本の母子だけが健康ならそれでいいという訳ではないように、インドネシアの母子だけが健康ならそれでいいというものでもないのだろう。一国の「母子手帳」について思いを馳せることは、すなわち、国籍を越えた母子保健全体の豊かな実りを願うことにも他ならないのだと実感した今回のインドネシア訪問だった。

大阪大学の中村（安秀）教授は、「・・・母子手帳プログラムは単なる入り口に過ぎない。世界のいろいろ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、母親やこどもの暮らしを豊かにするために、私たちは課題を追い続けていきたい」と語っている。

『重ければともに担ぎ、軽ければともに提げる』というインドネシアのことわざ。インドネシアと日本のみならず、「母子手帳」がインドネシアと世界中の国々を今後さらにつないでいくツールとなることを願っている。

本来の目的通りに効果的に機能したとき、「母子手帳」は様々な国に母子保健の充実をもたらしてくれる、未来へのパスポートのような存在なのではないだろうか。蒔かれている種は、決して小さなものではないことを、サラテイガ市の妊産婦たちの笑顔が物語ってくれていた。

1986年に中村安秀氏は、インドネシアの北スマトラでの地域保健プロジェクトに、母子保健の専門家として赴任した。母子手帳が母子保健向上のツールになりうると考え、たまたまレベルの母子手帳を作成し任地においてきていた。その後1992年にインドネシア人医師のアンドリアンサ氏がカウンターパート研修で来日した際、かつて中村氏が作成した母子手帳を中村氏に見せ、これをインドネシアに普及したいと強い意志を示したのである。しかし、母子手帳は医療関係者全てを巻き込み、保健システムとして成立させないと動かないものである。いわば社会制度を変えるようなものなので、さすがの中村氏も躊躇したようだ。しかしアンドリアンサ氏の熱意は極めて大きく、日本側関係者を動かすこととなった。

2009年2月、フェーズ0のプロジェクトだったサラテイガ市を訪問した。パイロット・プロジェクトのサイトであっただけに、保健所では母子手帳が有効に使われていた。母子手帳の目的の一つは「母親の教育」、もう一つは「母と子の健康記録」である。最近出産した母親へのインタビュウの機会を得た。当たり前前といえればそれまでだが、母親が一言はなすと、看護師はそれに応答、すかさず母親が感想などを述べる、という感じで会話には母と子の健康の歴史を浮き彫りにするものがあり、母子手帳の目的が実践化されており、生活

の一部になっていくことを垣間見ることができた。

草創期から最近までサラティガ市の衛生局長を努めていたスリ氏へのインタビューも実現した。彼女は、母子手帳を実施するのは私達の責務だ、もし途中でやめたら多くの母親に怒られる、と言ったそうだが、今でもそのような情熱が伝わってくる。母子手帳が、国民の中に浸透する過程では、日本側、インドネシア側双方に、熱い思いを持った人たちがいたことがうかがい知れる。

前述した通り、本プロジェクトとは異なるが、1986年から2年半、インドネシアに母子保健の専門家として赴任した経験を持つ中村安秀氏。本プロジェクトでは、中村氏は短期専門家赴任を含め、常時その進捗にかかわってきた。中村氏のプロジェクトの管理は、プロジェクトの行き着く先はインドネシア全国区を目指しながら、アクティビティーは実現可能性を重視し、決して無理をしていない。中村氏の考え方は、人が替わっても代々受け継がれ、昨日より今日、今日より明日というように、少しずつ向上していき、ついには大臣令の発布にたどりついた。母子手帳は、今やインドネシアの母子保健を支える文化として定着しようとしている。

1998年から1999年にかけてフェーズ1でチーフアドバイザーとして赴任した佐藤

善子氏。佐藤氏はチーフアドバイザーを務める前、フェーズ0ともいえるべき「家族計画・母子保健プロジェクト」において地域栄養の専門家として赴任している。また、それ以後もフェーズ1やフェーズ2のプロジェクト形成期に個別専門家としても赴任している。佐藤氏がこのプロジェクトは成功するという感触を持ったのは、地元の母親たちが「Thank you, JICA」と言ってくれたときだと言う。当時はJICAの知名度は低かったそうだが、「ジカ、ジカ」と言つてとても喜んでくれたそうだ。その後、地元住民には「あなたの地域の子供達は、あなたの方の手で救いましょう」と訴え続けた。これらの結果が、地元の知恵を巻き込んだ、地域性のある母子手帳の普及に繋がったのかもしれない。

1995年以降合計5年8ヶ月、フェーズ0では母子保健の専門家、フェーズ1では地域保健の専門家として、またチーフアドバイザーとして赴任した渡邊洋子氏。渡邊氏はフェーズ0とフェーズ1の間に、個別専門家としても赴任している。母子手帳の製作過程では、医者、看護師、保健師、栄養士など様々な職種の人たちが参加する。そして、皆それぞれの分野の重要性を主張する。そのたび毎に渡邊さんは「この母子手帳は母親のものでしょう」と訴え続けたそうだ。ゆるぎないフィロソフィーが、多くの人々の共感を得、問題認識の共有に繋がった。

1997年から2005年にかけて、本プロジェクトの関係で、個別専門家などを経て、2006年～2007年のフェーズ2のプロジェクトのチーフアドバイザーとして赴任した尾崎敬子氏。母子手帳が本来に母と子のものになるためには、医療従事者の意識と行動が変わることが前提になると考えたそうだ。意識と行動を変えようということは「仕事のやり方を変える↓職場風土を変える↓市民社会の文化を変える」、ということがあって実現するのだから、簡単なことではない。医療従事者の働きかけで、母親が変わり、父親が変わる、すなわち母子手帳を介して、母親と父親の会話を促す状況を創出するところまで進んだようだ。

2001年～2003年、フェーズ1のプロジェクトで地域保健専門家として赴任、その後2006年から2009年9月までの予定でフェーズ2のプロジェクトの一専門家として、またチーフアドバイザーとして赴任している八鳥知子氏。今プロジェクトの課題の一つは、「母子手帳を含むシステムの質の向上」だという。量的拡大は一定の成果を挙げ、国民の母子手帳として「大臣令」の発布となった。インドネシア人の母子手帳としてインドネシアに定着するために、更なるきめ細かさが必要とされるという意味も込め、質の向上に着目しているという。そのためには、新たな発想も求められよう。八鳥氏は、「ここまで来ればあ

とはカウンターパートの力で物事が進む、という見極めさえしつかりできるのであれば、そこまではガンとやっても良いのではないか、ガンとやるところもカウンターパートと一緒にやればよい」と語っている。もう一押し軌道に乗せるために八鳥さんの「ガン」に期待したい。

現在進行中のフェーズ2のプロジェクトでは、先人の努力の礎の上に立ち、さらに高度なレベルを目指しているという。これにより、インドネシアの母と子への影響はさらに増すこととなる。まさに、ODAが母と子の命を守る、レベルに達しつつある。

(横田一郎)

2001年	保健医療従事者のための専門学校数校で母子健康手帳に関する講義を開始
2001年5月	討議議事録 (R/D) の変更 (マスタープランの変更、準重点6州の正式追加)
2002年8月	PDMモニタリング・ワークショップ開催
2002年11月	改定PDM合意
2003年3月	西スマトラ州におけるベースライン調査及び中間調査の再分析を実施 (この結果、母親に対する保健サービスの改善、健康な生活のための母親の行動、健康な生活のための母親の意識、各項目での向上が見られた)
2004年	プロジェクト方式技術協力「母と子の健康手帳プロジェクト」終了 母子手帳に係る大臣令発布
2006年6月	「すこやか親子インドネシア」事前調査団派遣
2006年8月	「すこやか親子インドネシア」プロジェクト実施協議調査団派遣、討議議事録 (R/D) 署名
2006年10月	技術協力プロジェクト「すこやか親子インドネシアプロジェクト」開始 (~2009.9)

JICA報告書をもとに作成

インドネシア「母子（健康）手帳」関連プロジェクトの主なヒストリー
 （その他関連する我が国の協力を含む）

年月	ヒストリー
1989年7月	インドネシア政府より母子保健・家族計画分野を重点に保健所活動の支援等のリフェラル・システム強化を含めたプロジェクト方式技術協力の要請 基礎調査団派遣
1989年11月	インドネシア家族計画・母子保健プロジェクト実施協議調査団派遣、討議 議事録（R/D）署名 プロジェクト方式技術協力「家族計画・母子保健プロジェクト」開始
1990年6月	計画打ち合わせ調査団派遣
1991年9月	巡回指導調査団派遣
1992年	CP研修で来日した中部ジャワ州医師よりインドネシア版母子手帳開発への要望 無償資金協力「地域保健所整備計画」実施 無償資金協力「家族計画普及活動強化計画」実施
1992年9月	評価調査団派遣、2年の延長協力決定
1992年11月	家族計画・母子保健プロジェクト延長協力開始
1994年1月	第三回研修「IEC in Family Planning」（～1997年）実施
1993年4月	サラティガ市版母子手帳の開発開始
1993年10月	サラティガ市でのパイロット事業開始
1994年1月	サラティガ市実務者への母子手帳の研修開催
1994年2月	サラティガ市版母子手帳の配布開始
1994年11月	プロジェクト方式技術協力「家族計画・母子保健プロジェクト」終了
1995年	母子手帳サラティガ市版から中部ジャワ州版へ改訂
1995年5月	個別専門家「母子保健」着任（～1997年8月）
1996年	人口特別機材供与実施（～1999年）
1997年11月	事前調査団派遣
1998年7月	母と子の健康手帳プロジェクト実施協議調査団派遣、討議議事録（R/D） 署名 プロジェクト方式技術協力「母と子の健康手帳プロジェクト」（～2003） 開始
1998年秋	西スマトラ州での母子手帳の配布開始
1999年	北スラウェシ州での母子手帳の配布開始
1999年	準重点州へ青年海外協力隊地域保健関連隊員の派遣開始
2000年10月	運営指導調査団派遣 対象州の拡大を合意
2000年12月	第1回母子健康手帳ドナー会議

<p>4. 母子手帳の有効利用に係るモデルが形成される。</p> <p>5. 母子手帳の母子保健改善への効果に係る調査・評価の結果が保健省の政策策定・実施過程に反映される。</p> <p>6. 第三国研修および現地国内研修を通じて、保健省と地方政府の、母子手帳を使用した母子保健改善の経験を効果的に共有する制度・能力が強化される。</p>
<p>6. 日本側投入</p> <p>長期専門家：3名（リーダー、母子手帳活用促進、業務調整）</p> <p>短期専門家：年間2～3名（運営指導、教材開発、連携促進等）</p> <p>研修員受け入れ：年間6名程度×2週間×4年度</p> <p>第三国研修：年間15名</p> <p>機材供与等</p>
<p>7. インドネシア側投入</p> <p>1) カウンターパート配置と同人件費</p> <p>2) C/P経費：会議費（JCC, Working Group, National Review Meeting等）、C/P旅費、研修講師（省職員）</p> <p>3) プロジェクト事務所スペース、電気代</p>
<p>8. 実施体制</p> <p>(1) 現地実施体制</p> <p>○Steering Committee</p> <ul style="list-style-type: none"> ・機能：保健省内全体の調整、全体計画作成等 ・議長：地域保健総局長 ・構成基準：保健省内の関係する計5総局/センターの14局長/センター長から構成 ・開催頻度：1年に最低1回の開催 <p>○Working Group</p> <ul style="list-style-type: none"> ・機能：プロジェクトの日常的活動の計画・調整・実施、及び技術的事項の検討 ・議長：5歳未満児・就学前児童課長（地域保健総局子供保健局） ・構成基準：保健省内の関係16課長から構成 ・開催頻度：必要に応じて開催 <p>(2) 国内支援体制：中村安秀教授（大阪大学）、松山章子助教授（長崎大学）、佐藤善子氏（元JICA専門家）、渡邊洋子氏（杉並区杉並保健所健康推進課長、元JICA専門家）、山城吉徳氏（タックインターナショナル、元JICA専門家）</p>
<p>9. 関連する日本側の協力活動</p> <p>【技術協力プロジェクト】「母と子の健康手帳プロジェクト」（1998年～2003）</p> <p>・【個別専門家】「母子保健アドバイザー」（2005.6～2006.10）</p>

※「活動」については、紙面上の都合により割愛。詳細はナレッジサイト参照。

JICAナレッジサイトをもとに作成

インドネシア「母子手帳による母子保健サービス向上プロジェクト」 (フェーズ2)の概要

1. 案件の概要	
対象国：インドネシア	案件名：母子手帳による母子保健サービス向上プロジェクト
分野：保健医療・母子保健・ リプロダクティブヘルス	プロジェクトサイト：ジャカルタ（その他モデル活動州）
プロジェクト期間：2006年10月1日～2009年9月30日	
相手国機関名： (和) 保健省地域保健総局 (英) Community Health, Ministry of Health	
日本側協力機関：	
2. プロジェクトの背景	
<p>インドネシアの母子保健に係る状況は、近隣するASEAN諸国と比較して深刻な状況であり、JICAは母子保健を保健医療分野における一つの重点分野として協力を行ってきた。1998年より、母子保健改善の手段として母子手帳を活用し、母子手帳を通じた妊婦と母親への保健教育と保健医療記録を持つことによる、健康意識の向上と行動変革につながる活動を展開した。結果として、2003年には妊産婦総数に対する母子手帳の充足率は全国で48%に達し、更に2004年に母子手帳に係る保健大臣令の発布や、2006年の保健省に特別予算措置（Deconcentration Fund）や地方政府による独自予算確保により、同充足率は62.4%に達する見込みであるなど、母子手帳の「量的」な拡大は順調に進捗してきている。</p> <p>一方で、「質的」側面からみると、印刷・配布された母子手帳の妊産婦や保健医療従事者による効果的な利用をより一層進める必要があり、また、「量的」側面についても、保健省の特別予算措置は5年後には終了する見込みであることから、母子手帳の安定的な供給・配布を確保するためには、地方分権体制下で保健サービス提供の責任を担う地方政府による母子手帳の供給・配布の促進、母子手帳の裾野が重要な課題となっている。</p> <p>以上のような現在までの協力の経緯と成果を踏まえ、インドネシアにおいて、母子手帳を活用した母子保健サービスが量的・質的に向上し、自立的に発展するための「制度構築」について、インドネシア政府より協力の要請がなされた。</p>	
3. プロジェクト上位目標	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 全ての保健関係施設で母子手帳を使った母子保健サービスが提供されるようになる。 2. 全ての妊婦と5歳未満児の母親が健康記録を持つ。 	
4. プロジェクト目標	
母子手帳が母子保健サービス統合の手段として機能するとともに、母子手帳を使った母子保健サービスを継続するためのシステムが確立する。	
5. 成果	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 住民の母子手帳へのアクセス度が高まる 2. 関連医療従事者を対象とした母子保健に係る研修制度が強化される。 3. 母子保健のモニタリング・報告に係る制度が強化される。 	

5. 成果	
<p>a) 重点州</p> <p>0) 重点2州のそれぞれのレベルにおいてプロジェクトの活動がモニタリングされ、評価される。</p> <p>1) 重点2州のすべての県・市に母子手帳が紹介される。</p> <p>2) 重点2州において保健医療従事者の母子保健に関する技術的知識と技能が改善される。</p> <p>3) 重点2州において母子手帳を認識するためのコミュニティーの参加が高まり、母親の母子保健に関する知識が向上する。</p> <p>4) 母子手帳の財政システムの確立が提案される。</p> <p>5) 全国展開のため、全国版母子手帳が改訂され、研修モジュールが開発される。</p> <p>6) 母子手帳が多様な組織（公共・民間組織、他ドナーを含む）を通じて様々な地域で活用される。</p>	<p>b) 準重点州</p> <p>0) プロジェクト地域の各レベルにおいてプロジェクトの活動がモニタリングされ、評価される。</p> <p>1) プロジェクト地域において保健医療従事者が母子手帳の利用方法を理解する。</p> <p>2) プロジェクト地域において母子手帳の財政システムの構築が提案される。</p> <p>3) プロジェクト地域において母親とコミュニティーの母子手帳への関心が高まる。</p> <p>4) 母子手帳が多様な組織（公共・民間組織、他ドナーを含む）を通じて様々な地域で活用される。</p>
6. 日本側投入	
<p>長期専門家：15名（チーフアドバイザー、業務調整、地域保健、母子保健、教育教材開発）</p> <p>短期専門家：38名（母子保健、教育教材開発、疫学統計、研修計画、産婦人科他）</p> <p>研修員受け入れ：20名（母子保健行政、母子保健、健康教育）</p> <p>青年海外協力隊員：9名（対象地域）、シニア隊員 1名（保健省）</p> <p>機材供与：車両、モーターバイク、研修用教材、コンピューター、ビデオセット等</p>	
7. インドネシア側投入	
<p>カウンターパートの配置（29名）、運営管理費、研修費、医薬品、消耗品などの供給</p>	
8. 実施体制	
<p>(1) 現地実施体制 監督機関：保健省</p> <p>(2) 国内支援体制：埼玉県健康福祉部、福島県立医科大学、大阪大学</p>	
9. 関連する日本側の協力活動	
<p>【プロジェクト方式技術協力】「家族計画・母子保健プロジェクト」（1989年～1994）</p>	

※「活動」については、紙面上の都合により割愛。

評価調査団報告費より抜粋

インドネシア「母と子の健康手帳プロジェクト」(フェーズ1)の概要

1. 案件の概要	
対象国：インドネシア	案件名：母と子の健康手帳プロジェクト
分野：保健医療・母子保健・ リプロダクティブヘルス	プロジェクトサイト： 重点州（2州） 北スラウェシ州、西スマトラ州 準重点州（6州） ジョグジャカルタ州、バリ州、西ヌサテ ンガラ州、東ジャワ州、南スラウェシ州、ブンクル州
プロジェクト期間：1998年10月1日～2003年9月30日	
相手国機関名： (和) 保健省地域保健総局 (英) Community Health, Ministry of Health	
日本側協力機関：埼玉県、大阪大学、福島県立医科大学他	
2. プロジェクトの背景	
<p>インドネシアでは、依然として妊産婦死亡率、乳児死亡率は他のASEAN諸国に比べて高く、母子保健サービスの充実がインドネシア政府における重点項目である。我が国は1989年から「家族計画・母子保健プロジェクト」を実施し、モデル地区での乳幼児・新産婦の保健衛生の質の向上とそれを支援するサービス・デリバリーの強化を図った。同プロジェクトで開発され、試行が開始された母子手帳は母子保健個別専門家（1995年5月～1997年8月）に引き継がれ、フォローアップと最終評価調査を経て、母子手帳が母親と子供の健康教育教材及び保健サービスの手段として有効であることが確認された。</p> <p>その成果を受けて、インドネシア政府は、母子手帳活動をコンポーネントとした母子保健サービスの改善を目的としたプロジェクト方式による技術協力を要請し、1998年10月から本プロジェクトを開始した。また、2001年5月からは重点2州に加えて準重点6州に対しても支援を拡大することになった。</p>	
3. プロジェクト上位目標	
a) 重点州 ・重点2州において母子保健状態が向上する。 ・インドネシア全土において母子が母子手帳に関する質の高い母子保健サービスを受けられるようになり、健康な生活のための意識や行動が改善する。	b) 準重点州 プロジェクト地域において母子が母子健康手帳に関する質の高い母子保健サービスを受けられるようになり、健康な生活のための意識や行動が改善する。
4. プロジェクト目標	
a) 重点州 重点2州において母子が母子手帳に関する質の高い母子保健サービスを受けられるようになり、健康な生活のための意識や行動が改善する。	b) 準重点州 プロジェクト地域において母子手帳が母親によって使われるようになる。

<p>3. プロジェクト関係者、家族計画ワーカー、コミュニティリーダーなどカウンターパートの研修の実施。</p> <p>4. 家族計画と母子保健に関連する情報や教育用資料の普及。</p> <p>5. モニタリングや評価のためのポシアンドウ指標の開発。</p>
<p>6. 日本側投入</p> <p>長期専門家：6名（リーダー、母子保健、地域栄養、業務調整）</p> <p>短期専門家：15名（母子保健、衛生統計、IEC、地域保健他）</p> <p>研修員受け入れ：母子保健、家族計画 計14名</p> <p>機材供与：病院内診療器具等</p>
<p>7. インドネシア側投入</p> <p>カウンターパートの配置：22名、運営管理費等</p>
<p>8. 実施体制</p> <p>(1) 現地実施体制</p> <p>監督機関：保健省、国家家族計画調整委員会</p> <p>実施機関：州国家家族計画調整委員会、州保健省、州衛生局、県国家家族計画調整委員会、県衛生局</p> <p>(2) 国内支援体制：大阪大学他</p>
<p>9. 関連する日本側の協力活動</p> <p>【無償資金協力】「地域保健所整備計画」（1992年）2億9200万円</p> <p>「家族計画普及活動強化計画」（1992年）5億6600万円</p> <p>【第三国研修】「IEC in Family Planning」（1993年～1997年）</p>

※「活動」については、紙面上の都合により割愛。

評価調査団報告書より抜粋

インドネシア「家族計画・母子保健プロジェクト」(フェーズ0)の概要

1. 案件の概要	
対象国：インドネシア	案件名：家族計画・母子保健 プロジェクト
分野：保健医療-母子保健・ リプロダクティブヘルス	プロジェクトサイト：中部ジャワ州サラティガ市
プロジェクト期間：1989年11月29日～1994年11月28日 うち延長協力期間：1992年11月29日～1994年11月28日	
相手国機関名： (和) 保健省地域保健総局 (英) Community Health, Ministry of Health	
日本側協力機関：	
2. プロジェクトの背景	
<p>インドネシア国では人口増加率が高く、かつ妊産婦死亡率と乳児死亡率も高く、多産多死型のパターンを脱していない。このような状況を改善することを目的に我が国に対して地域に根ざした家族計画・母子保健分野の協力要請があり、本プロジェクトが開始された。1992年9月の評価において、本プロジェクトにより地域レベルでの革新的な地域活動が軌道に乗るとともに保健省と国家家族計画調整委員会(BKKBN)の相互協力が促進されていることが認められたものの、先方政府の強い継続要請と事業実施体制の強化・モニタリングの必要性を考慮し、引き続き2年間のプロジェクト協力を継続することとなった。</p> <p>延長期間においては、より効果的な母子保健サービスの提供を目指し、新たな活動である母子健康手帳の試験開発導入を行う地域として、サラティガ市がパイロット・エリアに加えられた。</p>	
3. プロジェクト上位目標	
インドネシア国の母子保健を向上させる。	
4. プロジェクト目標	
中部ジャワ州のモデル地域におけるコミュニティベースの家族計画と母子保健の向上を図る。	
5. 成果	
1. 家族計画・母子保健サービスの改善を図る。	
①妊婦用健康カードの利用の拡充。	
②モデル地域における母子保健モニタリングの新しい方法としての統合された母子保健手帳の導入。	
③母子の栄養状態の改善のための有益な提言の準備。	
2. 家族計画と保健医療のリフェラルシステムの改善。	
①保健・家族計画従事者や関連機関相互の連携と協調の強化。	
②プロジェクトにおいて供与された機材の有効利用。	

参考資料

関連プロジェクトの概要

関連プロジェクトの主なヒストリー



鈴木 康次郎 (すずき・やすじろう)

1958年宮城県生まれ。工学修士(エネルギー工学専攻)、国際開発行政学修士。1982~84年青年海外協力隊員(理数科教師)としてリベリアで活動。1984年JICA入団後、鉱工業開発協力部・無償資金協力調査部・スリランカ事務所・調達部・国際総合研修所等を経る。現在、JICA国際協力人材部 参事役。



横田 一郎 (よこた・いちろう)

1937年東京都生まれ。1963年東京都水道局入局後、工事課長、水質監視課長、設計課長、参事を経て1996年退職。1981年JICA専門家としてタイ地方水道公社。1994年タイ水道技術訓練センタープロジェクトでチーフ・アドバイザー。1997年ケニア上下水道整備計画・団長。1999年フィリピン地方水道庁・JICA専門家。2004年カンボジア・上水道人材育成計画JICA専門家。現在JICA国際協力人材部総合研修センター 研修コーディネーター。



田中 章義 (たなか・あきよし)

1970年静岡県生まれ。慶應義塾大学総合政策学部1年生のときに第36回角川短歌賞を受賞。以後、「地球版・奥の細道」づくりをめざし、世界を旅しながら、ルポタージュ、紀行文、絵本等を執筆。世界で詠んだ短歌が英訳され、2001年WAFUNIF親善大使に就任。国連環境計画&地球環境平和財団「地球環境部の森プロジェクト」推進委員長、JICA「21世紀のボランティア事業のあり方」検討委員、ワールドユーススペースサミット平和大使などを務める。角川書店・講談社・マガジンハウス・岩波書店・東京新聞出版局・サンマーク出版・学研・PHP研究所などから20冊ほどの単行本を出版。



宮島 茂 (みやじま・しげる)

1970年埼玉県生まれ。高校教諭を経て青年海外協力隊(スリランカ、数学教師)に参加。2004年からジュニア専門員としてJICA人間開発部に勤務し、その後エジプトおよびラオスで専門家活動に従事。帰国後はJICA国際協力人材部総合研修センターで研修コーディネーターを務め、現在埼玉県高等学校教諭(数学)。



大林 孝典 (おおばやし・たかのり)

1984年群馬県生まれ。2007年JICA入構後、青年海外協力隊事務局・マラウイ事務所を経て、現在JICA国際協力人材部 総合研修センター勤務。



川島 亜希子 (かわしま・あきこ)

1981年静岡県生まれ。JICA国際協力人材部 総合研修センター勤務。



JICA国際協力人材・実務ハンドブック（新JICA版 初版）
独立行政法人国際協力機構 国際協力人材部総合研修センター編

JICAの国際協力事業に携わる人材は、専門家、企画調査員、コンサルタント、ナショナルスタッフ、職員など多岐に及んでいます。本ハンドブックは、これら「JICA国際協力人材（JICAプロフェッショナル）」が多様なJICA事業や、今後目指すべき方向性につき共通認識を持ち、現場での総合力を発揮できるよう、実務に必要な情報を体系的に一冊にまとめたものです。

なお、本ハンドブックは、2008年3月に作成した「JICA国際協力人材・実務ハンドブック（初版）」の内容を改訂して発行に至ったものです。主として、執務参考資料や「JICA国際協力人材」の赴任前研修等の副教材として活用されています。

（ハンドブックの構成）

【第Ⅰ編】開発援助の現状と我が国政策（開発途上国と援助の潮流、我が国の援助政策と援助の仕組み）

【第Ⅱ編】途上国支援とJICA事業（途上国開発とJICAの役割、JICAの援助理念とアプローチ、JICAの事業サイクル、JICAの業務、他の協力期間との連携）

【第Ⅲ編】組織と仕事（JICAの組織と業務を支える仕組み、在外事務所及び支所の役割と業務、国内機関の役割と業務、JICA関係者の役割、仕事とコミュニケーション、事業マネジメント、調査・分析手法）

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～

発行日：平成21年6月17日

編著：独立行政法人国際協力機構（JICA）国際協力人材部 総合研修センター

発行所：独立行政法人国際協力機構（JICA）JICA研究所

〒162-8433 東京都新宿区市谷本村町10-5

TEL：03-3269-3022 FAX：03-3269-2185

本冊子の内容に関するご質問・ご意見等は、JICA国際協力人材部総合研修センター能力開発課（hrfce@jica.go.jp）までお寄せ下さい。

印刷：株式会社トライ・エックス

ISBN 4-86357-005-4

