

開発援助をめぐる「ドナーの戦略」と 「村人の戦略」

佐 藤 寛

- I はじめに
- II 「参加型開発」の流行
- III 六つのドナーのプロジェクト
- IV 「サービス有料化」と「薬剤回転資金」
- V 住民保健委員会
- VI ドナーの戦略
- VII 村人の戦略
- VIII おわりに—「参加型開発」と「村人の戦略」

I はじめに

筆者は1997年3月より99年3月までの2年間にわたってイエメンにおいて開発援助プロジェクトの比較調査を実施してきた。開発援助プロジェクトの予備調査・評価調査などのために途上国に赴く機会を持つ人は少なくないし、途上国社会の変容を社会学・人類学的な視点から調査する人も増えている。しかし、今回の調査は「援助プロジェクト」それ自体を社会学・人類学的な研究対象とすることは可能なのか、そうしたフィールドワークに基づく「援助研究」は成り立つのか、の実験でもあった。

結論からいえば、この2年間のフィールド

ワークは多くの収穫に満ちたものであった。

第1に、外国人でありながら援助実施者としてではなく、第三者的な立場で「援助する側（ドナー）」の人々と、「援助される側」のイエメン人たちとの間に生起するさまざまな出来事を双方の視点から観察できた。

第2に、2年間継続的に特定のプロジェクトに注目し続け、社会の変化を観察することは「援助研究」の手法としても有効であることが確認できた。通常の「援助プロジェクト」の調査では、せいぜい2週間程度の日程で途上国を訪れ、最初と最後には首都でのさまざまな表敬訪問が必要で、実際に援助が行われている地方のフィールドには実質1週間も滞在できず、村人へのインタビューの数も時間も限られていることが多い。このために、どうしても現場にいる援助実施主体(以下本稿ではドナーと呼ぶ)側の人と、それに協力的な現地の人の話を中心にして「プロジェクトをめぐる何が起こっているか」のストーリーを構築しなければならない。そうした場合、調査者がたまたま出会った村人が、どの程度村の人々全体を代表しているのかの判断がつかかねる。また、ドナー側の人から聞かされる「今後の計画・予定」がどの程度実現可能性

のあるものなのかについても一度だけの調査で見極めることは困難である。しかし、2年間現地に(それがフィールドから離れた首都であったとしても)滞在していれば、その計画が予定どおり実現したのかどうかのチェックは容易である。多くの場合、ドナーの計画どおりには物事は運ばない。こうして初めて「予定どおり進まないのは、何が問題なのか」が調査項目に付け加わり、その追跡を通して「援助プロジェクト」と地元社会との軋轢、利害の不一致などが明らかになってくるのである。とりわけ「社会開発」型のプロジェクトでは、こうした点こそがプロジェクトの成否を分ける重要なポイントなのである。

第3に、援助プロジェクトという「非日常」がもたらす地元社会へのインパクトの調査は、「地域研究」の手法としても有効であることが確認できた。ある社会が、その社会に内在する「強さ」や「もろさ」を顕著に露出するのは、何らかの外的なショックに接したときである、ということは経験的に納得できよう。援助プロジェクトは、そうした意味で格好の「外的刺激」なのである。地域研究者としてはこうしたプロジェクトが地元社会にもたらすネガティブなインパクトを最小化し、なるべく多くの人々がプロジェクトから裨益できるように自分の持っている情報を活用することができれば望ましい。すなわち「地域研究成果の地元還元」という側面からも、援助プロジェクトは研究対象として興味深い。

II 「参加型開発」の流行

開発援助の世界では、近年「参加型開発」

という考え方が流行している。この流行の背景にはいくつかの要素があるが、第1にあげられるのは1995年にコペンハーゲンで開催された国連「社会開発サミット」である。そこでは、経済成長さえ実現できればあとは「均霑効果」で多くの人にその果実が届くという考え方には限界があることが認識され、経済成長の恩恵にあずかりにくい「社会的弱者」を直接ターゲットにした援助が必要であるという認識が共有された。こうした援助は「経済開発」に対して「社会開発」と呼ばれることが多い。

このような社会開発プロジェクトを、政府や外国のドナーが一方的に計画した場合、村人の真のニーズとは異なる目的が設定されてしまったり、地元社会が長期的・自律的に支える力のないプロジェクトが出来上がってしまうことが多い。そこで人々のニーズや自律的な維持可能性などを考慮する方策として「参加型開発」が脚光を浴びることになったのである。こうした場合「参加型開発」の目的は「プロジェクトの効率的実施」「ドナー撤退後のプロジェクトの持続可能性の拡大」などであり、あくまでもプロジェクトがうまく運営されるための工夫として「参加」が位置づけられている。この意味で「手段としての参加」と呼ぶことができよう。

一方、これに対して開発活動の計画立案、実施、評価などのプロセスのできるだけ多くの部分に、住民(とりわけ社会的弱者)が参加するという事実を重視する援助プロジェクトもある。このような場合、プロジェクトのアウトプットはむしろ副次的であり、主目的は「参加」それ自体である。これは「手段としての参加」に対して「目的としての参加」と

呼ぶことができよう。現在イエメンに見られる保健医療分野の「参加型開発」プロジェクトは、「手段としての参加」である例がほとんどであるので、本稿における「参加型開発」はこの意味で用いることとする。

本稿ではイエメンで現在実施されている参加型開発の事例として保健医療分野の「コストシェアリング(受益者負担)」プロジェクトならびにそのために組織化された「住民保健委員会」の事例を扱う^(註1)。

III 六つのドナーのプロジェクト

本稿で事例として取り上げるのは、イエメンにおいて実施されている六つのドナーによる六つの保健医療プロジェクトである(第1図参照)。

事例Aはティハマ(紅海沿岸部平野部)の地方都市ハイスに拠点を置くアメリカのアドベンチスト派のNGOが実施しているプロジェクトである。

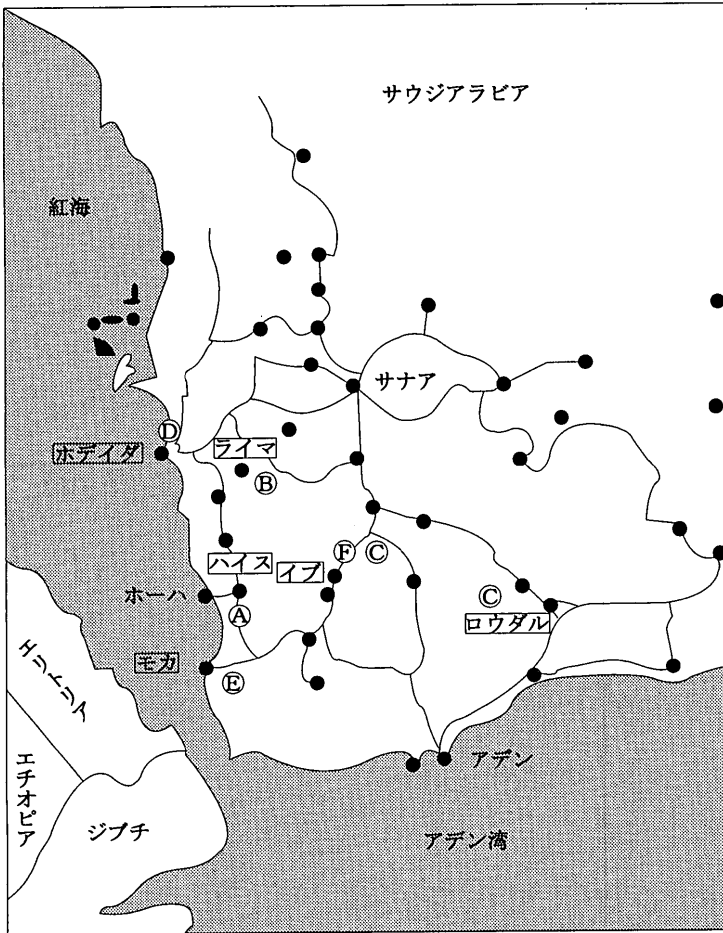
事例Bはティハマ地方に隣接する山岳小都

市アルジャビン(標高1500メートル程度)で、イギリスのカトリック系のNGOが1970年代から活動している。

事例Cはユニセフが実施している「エリアベースプロジェクト」と呼ばれる保健、教育、飲料水などの総合地域開発プロジェクトであり、対象地域は中部山岳地域のイブ州、南部山岳部のアブヤン州で、それぞれの州からいくつかの郡を選んで実施しているパイロットプロジェクトである。

事例Dはティハマの中核都市ホテイダで実施されている「都市型保健プロジェクト」である。ホテイダは港湾

第1図 保健プロジェクト実施地



都市であり、ここでオランダ政府が1992年から「難民対策」を開始し、その後本プロジェクトを94年から実施している。

以下の記述においては煩雑さを避けるために主な考察対象を以上4事例とするが、さらに二つの事例も適宜参照する。事例Eはティハマの古い港町モカにおいて、スウェーデンの人道NGOが実施している「郡保健委員会」プロジェクトである。また事例Fは中部山岳地のイブ州のユニセフと隣接する地域でフランスの医療系NGOが実施している「郡保健セクター改革」プロジェクトである。

これら六つのプロジェクトに共通するのは、「医療の地方分権化」という世界的な流れに沿う形で、郡(ディストリクト)を活動の単位として、「郡保健システムの改善」を目指していることである。各プロジェクトの主な活動は事例Aではヘルスユニット支援と村レベルの女性支援活動(識字教育・生計向上)、事例Bでは郡保健システム支援、特に郡病院の活動支援、事例Cでは郡保健システム支援とヘルスユニットの支援、事例Dではヘルスセンターの支援である。事例Eは郡病院とヘルスセンターの活動支援、事例Fはヘルスセンター、ヘルスユニットの活動支援である^(註2)。

1995年以前のこれら保健施設、特にヘルスセンター、ヘルスユニットは地方部ではほとんど開店休業状態で、「郡保健医療システム」は実質的には存在していなかった。その理由はこれら保健施設に薬がなかったことと、ヘルスワーカーのモラルの低さにある。保健省からヘルスワーカーへの給料未払い(あるいは州、郡のレベルでの上位者による末端ヘルスワーカーの給料の横領)により、個々のヘルスワーカーはプライベートの薬屋、検査室、クリニ

ックを開業してそれを主要収入源とし始めた。南北統一(1990年)以前の社会主義政権時代にはプライベート活動が禁じられていた旧南イエメンでも同様のことが始まり、この結果、統一後急速に公的保健システムが崩壊した。さらに1994年の南北内戦の混乱に乗じて、旧南部地域のヘルスユニットが略奪され、機器などが持ち去られてしまって以降、ヘルスワーカーはもっぱら自宅でプライベート活動に専念するようになっていた。

これに対してドナーは、略奪されたり故障して放置された機器を保健施設に再び装備し、基本薬の供給を安定化することで保健施設の機能を再開させようとする支援を開始したのである。これが「コストシェアリング(受益者負担)」戦略を携えて始まったのが1996年から97年にかけてのことであった。

IV 「サービス有料化」と 「薬剤回転資金」

保健医療分野における「コストシェアリング」の方法としては、保健医療施設における「医療サービス有料化」と「薬剤の有料化・回転資金方式(ドラッグリボルビングファンド=以下DRFと表記する)」導入の二つが柱となる。多くの途上国と同様、イエメンでは郡レベル、集合村レベル、村レベルなどの保健医療施設の活動は、施設(家屋、機材など)、薬剤(量、質の貧弱、管理方法のずさんさ)、人員(しかるべき教育レベルを受けたスタッフが不在、いたとしても士気がきわめて低い)のいずれにおいても不十分な状態にある。これは特に末端レベルに行けば行くほど甚だしい。

その一つの重要な理由が「薬がない」ことである。これまで政府は無料で末端施設まで薬剤を配給することになっていたが、実際には絶対量の不足、配給時期の不定期性、劣悪な管理体制による品質劣化、安価な薬剤をインド・パキスタンなどから輸入することによる品質の低さなどによって、「必要なときに必要な量・質の薬がない」状態が恒常化してきた。そして薬がなければ何の治療もできないので、患者も来ない。患者が来ないのでスタッフはさらに働かない、という悪循環が見られるのである。

こうして基礎保健（プライマリー・ヘルス・ケア＝以下PHCと表記する）強化のためには、まず末端にまで必要最小限の薬（エッセンシャル・ドラッグ）を行き届かせることが必要であるとの考えがでてくる。ただし単にドナーが支援して配給し、そのとき限りのものとして無料で配布すればあつという間に消費されて、また元の状態に戻ってしまう。そこで、常に末端医療施設にエッセンシャル・ドラッグが利用可能となるように、DRFの実験が開始された。末端の保健医療施設（ヘルスセンター、ヘルスユニット）に1年分の薬を渡し、その薬を売った収入で翌年分以降の薬を買うのである。売価は、原価＋手数料（イエメンでは原価の30%～100%程度）に設定し、この手数料分で薬を販売する人の給料や、インセンティブなどをまかなうという仕組みである。この方式はアフリカのマリのバマコで最初に試みられたので「バマコ・イニシアチブ」と呼ばれることもある。

しかし、末端保健施設のヘルスワーカーがドナーからもらった大切な薬を適切に管理し、その売り上げを不正なしに管理するためには、

保健省の上位の役人が適切にスーパーバイズする必要がある。モニタリングがなければ必ずや不正が発生し、2年目以降の薬が買えなくなってしまうことは明らかである。だが役人にはスーパーバイズのための車もガソリン代もないので、四輪駆動車でなければ行けないような山岳地を巡回することなど不可能である。そこでドナーは保健施設の周辺住民に「自分たちの」保健施設をモニターしてもらおうと考えたのである。地元住民がヘルスユニットやヘルスセンターなどを維持管理するための「保健委員会」を作り、自分たちの保健ニーズに即応した保健施設の運営を行うことを目的とする。これはドナーの志向する「参加型開発」の理念ともよく適合するので、イエメンにかぎらず多くの途上国で試みられている方式である。

V 住民保健委員会

本稿では多くの途上国で試みられている「住民保健委員会」をイエメンの事例を用いて考察する（第1表参照）のであるが、その際にはイエメンに固有な社会・文化要因について注意する必要がある。イエメンで「参加型開発」を考える際に最も重要なのは、イエメンがアラブ・イスラム社会であり、男性と女性の世界が分離されているという事実である。例えば村で公的な話し合いをする際には男性と女性が一緒になって話をすることはない。また女性が遠方の医療施設に行く場合には一人で出かけることは困難で、必ず男性の付き添いが必要とされる。今一つの固有要因は、歴史的背景として統一以前の旧北イエメンに

第1表 イエメンにおける地域保健医療プロジェクトの「住民保健委員会」比較

	事例A	事例B	事例C	事例D
場 所	紅海沿岸農村部	沿岸山岳地農村部	中部山岳地農村部	紅海沿岸中核都市
主な活動	ヘルスユニット支援 村レベルの女性活動（識字教育・生計向上）支援	群保健システム支援 特に郡病院支援	郡保健システム支援 ヘルスユニットの支援	ヘルスセンターの支援
DRF導入年	1997年	1997年	1996年	1995年
住民保健委員の性格	ヘルスユニット単位の保健委員会	郡保健協議会	ヘルスユニット単位の保健委員会	ヘルスセンター単位
保健委員会の人数	5～7人	20人	5～6人	5～7人
保健委員会に参加しているローカルエリート	シェイク 与党の活動者	各省の出先役人 地元の長老	シェイクの代理人 教師	〔シェイク，役 人の排除〕
女性メンバーの有無	一人も含まれず	一人も含まれず	いる	必ずいる
会合の頻度・出席率	かなり不定期	月に1回 定足数に足りないことがある	かなり不定期	月1回確実に
保健施設の利用状況	DRF以降 11～12月は1日80人程度の来患。3～4月は1日8～10人にまで減る。以降そのまま	DRF以降 97年6月に病院オープン。医師不在で3カ月中断。医師が戻って活動水準は高いレベルを維持	DRF以降 薬があった当初は沢山来たが、あとは減少一方	DRF以降 コンスタントに活動が続いている
保健委員会の主な収入源	DRF、初診料有料化。一部の施設では検査（顕微鏡がない施設では収入源がない）	DRF、サービス有料化。手術費	DRFのみ。サービス有料化はまだ導入されていない	DRF。サービス有料化。特に検査
ドナーの関与（資金）	DRFのシードマネー・改修費	DRFのシードマネー・改修費	DRFのシードマネー・改修費	DRFのシードマネー・改修費
ドナーの関与（組織化）	コミュニティオーガナイザーが2名（1人は地元、もう1人は別の地域からのイエメン人）	コミュニティオーガナイザー（外人）、あとはイエメン人の元保健省のPHC局長がドナーに雇われて入る	UNボランティアのガンビア人がコミュニティオーガナイザー	プロジェクト開始の3年くらい前から人類学者が入って調査
住民委員会の中心人物	シェイクの息子	シェイクのおい	出稼ぎ帰りの若い金持ちなど	教師、工場労働者
ドナー撤退後の持続可能性	保健委員会の地元NGO化。ヘルスユニット単位では困難	独自資金源を獲得しており可能性あり	ドナー撤退後の保健委員会の存続は疑問	資金面では継続性があるかもしれない

(出所) 筆者作成（ただし本表の原案は稲岡恵美との共同作表によって作成）。

は植民地経験がなかったため、国家の行政機構が弱く、行政サービス・統治機構が国の隅々にまで行き渡ったことがないことである。このため国民は国家公務員に対して尊敬の念、畏怖心などをほとんど抱いていない。

1. 保健委員会の内容

住民保健委員会の仕組み、性格についてみると、事例Aではヘルスユニット単位の保健委員会で、これは最も住民に近いレベルでの組織である。保健委員会のメンバーはだいたい5～6名程度であるが、女性メンバーは一人も含まれない。会合の頻度は不定期である。

事例Bの場合は郡レベルでの保健協議会と呼ばれるもので、メンバーはほとんどが政府の役人であり、女性メンバーは一人も含まれない。会合は月に1度ほぼ確実に開催されているが、メンバーが多いために場合によっては参加者の定足数に足りない場合があり、その場合は後日改めて開催する。

事例CはAと同様ヘルスユニット単位の保健委員会で、メンバーは5～6人で半数は保健施設のスタッフであり、スタッフとして女性メンバーが含まれる場合がある。会合は各委員会ごとにかなりばらつきがあり、ほとんど開催されていないもの、ほぼ毎月開催されているものなどヘルスユニットごとにパフォーマンスの差が大きい。

事例Dはヘルスセンター単位の保健委員会で、都市部ではこれが住民に最も近い組織化の単位である。ここでは、スタッフとしても住民代表としても必ず女性メンバーが含まれている。会合は毎月5日に開かれ、出席率もほとんどの場合非常に高い。これはドナーが

会合の開催状況をチェックしているからでもある。

2. メンバー構成

このような住民保健委員会ではメンバーがどの程度住民各層を適切に反映しているのかが重要である。ドナーはしばしば、伝統的なエリートによる委員会メンバーの独占には否定的であり、エリートではない庶民、社会的な弱者（例えば被差別階層の人）などが含まれているか、というようなことを指標に住民組織の「民主性」を評価しがちである。

このような基準を用いれば、イエメンでは女性のメンバーが参加している事例が少ないことも含めて、保健委員会のメンバー構成は必ずしも「民主的」ではない、という評価も可能である。この背景にはDRFの実施にあたって、保健委員会はお金を管理しなければならず、帳簿などを管理するためには識字能力が不可欠で、成人識字率が低く、特に女性の就学率が低いイエメンでは教育程度の低い人々は最初から代表になりにくいという事情がある。

しかし、そうした消去法的な理由ではなくむしろ積極的に有力者ばかりを取り込んでいる保健委員会もあり、事例B、E、Fなどはこれにあたる。地域での保健活動を実施するためには保健分野以外の関連分野からの協力が不可欠で、そうした協力を確実に得るためにはあらかじめ関連分野の有力者、行政官を取り込んだ方がよいという判断によるものである。こうした保健委員会はいずれも郡を単位とした「保健協議会」と呼ばれ、その代表者には内務大臣が指名する役人である「郡長」

が選ばれる。郡長は多くの場合軍人であり、この意味でかなり「官製」度の高い組織となるが、郡保健協議会自体が上からの要請で組織化されるわけではない。ドナーとしては、メンバー構成の民主性よりもプロジェクト実施のためにできるだけ良好な環境を作ることが優先してこのような保健協議会の設置を支援する場合が多い。欧米的な視点からの「住民代表」としてはかなり未熟と考えられるかもしれないが、イエメンの現実にあっては、これも一定の参加型であると評価すべきであろう。

なお、いずれの事例においても保健委員会のメンバーはボランティアであり、給料などは原則として支払われず、ドナーの主催するトレーニングを受ける際に若干の日当を支給されることがある程度である。

VI ドナーの戦略

1. 保健委員会の立ち上げ支援

(1) DRF 立ち上げに対する支援

現在の「住民参加型保健改革」において、一つの重要な柱となっているのはDRFである。これを「保健委員会」の核としようとするのがドナーの戦略であり、すべてのプロジェクトにおいてDRF導入はドナーの主導のもとに行われている。ドナーはDRF開始にあたって、最初の1年分の薬を無料で提供(これは回転資金におけるシードマネーと呼ばれる)し、保健委員会はこの薬を売って次の薬を買う原資を蓄え、2年目以降はこの売り上げの回転によって薬を自律的に調達できるようになる、

というのがドナーの期待である。しかしこれは実際にはなかなか難しい。1992年にイエメンで最初にDRFを導入した事例Fの場合は、薬剤購入のためのドナーの出資率は最初の年が100%、翌年が50%、3年目に25%と順次比率を下げていき、4年目によりやく保健委員会が全額自力で次の年の薬を買えるようになった。しかも、これは過去3年間の「積み越し」があってはじめて可能になったのであり、5年目も自力で薬を調達できるとはかぎらないのである。多くの事例では、まだDRFは始まったばかりであり、今後の追跡調査によって「回転」がドナーの思惑どおりに進むのかが明らかになるだろうが、事例Aではすでに「回転」の可能性がないヘルスユニットが出てきている。

またすべてのドナーがDRFの導入にあたって薬を保管する薬棚など必要資材を供給すると同時に、DRFが実施されることになる保健医療施設の改修に何らかの形の支援を行っている。保健施設の新築をする場合もあるが、多くは既存施設の改修(内装)、医療機器、ベッド、家具の調達など比較的小規模な関与である。

事例Aでは、使われていなかったヘルスユニットの改修を保健委員会に働きかけ、資材の一部などを提供した。事例Bでは長期間使用されていなかった病院を再開するための改修費・資機材調達費を支援したほか、DRF用の薬剤庫も建設した。事例Cでは対象地域内のすべてのヘルスユニットの改修費を支援し、必要な医療機器を提供した。事例Dではホデイダ市内のすべてのヘルスセンター13カ所の必要に応じた改修と、母子保健関連の機器(体重計など)を供与した。ここでのドナーの戦略

は、DRFの導入という新たな実験を人々に促すために、目に見える形での貢献をすることで人々からの信頼感を得ると同時に、保健スタッフのサービスの改善に向けての士気を高めることにある。

(2) DRF 導入の効果

DRFを開始した時期は事例Aは1997年、Bが97年、Cは96年、Dは95年である。DRFでは薬の値段は貧しい人に対する配慮から、民間よりもかなり低めに設定される。通常は原価に数十%の手数料を上乗せした額であり、この手数料から次回購入時の輸送費などをまかなうことになっている。したがってDRFが成功しても、保健委員会やヘルスユニットにはほとんど収益はない。DRF導入戦略の目的は、民間の薬局よりはかなり安い価格で、かつ身近で薬が調達できるようになること、そして薬の確実な存在によってヘルスユニット(センター)の存在が認知され、利用率が上昇することにある。

DRF導入後の保健施設の利用状況は、事例Aでは導入直後の1997年11~12月は1日80人程度の来患があったが、村人の間に当初の興味が失われた98年3~4月になると来患数は1日8~10人にまで減ってしまい、以降そのままのレベルで推移している。事例Bではドナーの支援により1997年6月に手術施設を備えた病院がオープンし、盛況であったが、その後一時外科医師が不在となったため手術ができず来患数が激減した。医師が戻ってからは再び高いレベルの来患数を維持している。ただしDRFに関しては政府経由の無料薬が別ルートで納入されたため有料のDRF薬はほとんど売っていない。事例Cでは、DRF開始当初

は薬が豊富にあり患者が来たが、時間の経過と共に必要な薬がなくなり、追加購入がなかなかできないまま来患数は減少する一方である。事例Dでは、ドナーの強力なモニターもあり、また都市であるために来患数はコンスタントに多く、DRFも順調に推移している。

(3) 組織化支援

ドナーの当面の目的は人々が自律的に地域の保健サービスの改善に取り組むことにある。そのためには活動の母体となる組織=保健委員会が必要で、これは同時にDRFの管理主体ともなる。こうした組織があらかじめイエメン社会に存在しているわけではないので、人々に組織の必要性を説得し、できるかぎり「民主的」な方法で代表者を選出し、またその組織が「透明性」をもって運営されていき、その活動が持続的となるためには一連のドナーの関与が不可欠である。とりわけ当初の組織化過程が大変重要である。このため、ドナーは戦略的にこのプロセスにかなりのエネルギーを投入している。

事例Aでは組織化のためにコミュニティーオーガナイザーと呼ばれる人が2名配置されている。そのうちの1人は地元、もう1人は別の地域出身のイエメン人である。後者はイエメンの他の地域でオランダの病院プロジェクトで働いていたことがあり、欧米ドナーの仕事の仕方を理解している。コミュニティーオーガナイザーは対象となるヘルスユニットがある村に入っていく。DRFのアイデアについて説明し、資金管理とヘルスユニットの活動支援のための組織化を呼びかける。最初に村に入るときには地元出身のスタッフが持つネットワークを利用して地元有力者に声をか

け、みんなに集まってもらう。こうした集まりを何度かするうちに伝統的なエリート以外でこうした活動に興味を持ち、熱心に取り組む人が見えてくる。ドナーとしてはなるべく伝統的エリート以外の人に保健委員会の活動を担ってほしいと考え、ある程度誘導はするが、人選にあたっては介入しない方針である。

事例Bでは、DRF導入以前に外国人コミュニティオーガナイザーを投入したが、できるかぎり現地化するとの方針でその後イエメン人のコミュニティオーガナイザーが引き継いでいる。このイエメン人は旧南イエメンの出身者で保健省のPHC局長を務めたことがあるが、現在は退職してこのドナーの「ローカルコンサルタント」として雇われている。保健省本省にも顔が利くこうした有力者が地元に来ることは、村人たちにとっては大変有利だが、イエメン政府からみれば人材流出であるという側面も無視できない。保健省の局長の給料が2万～2万5000リヤルにすぎないのに比して、ドナーに雇われれば少なくともその倍以上の給料が得られる^(註3)。構造調整による補助金カットや通貨切り下げによる輸入品価格の上昇など、庶民の生活が困窮化している状況ではこのような給与の差(さらにドナーに雇用されるとドル払いで給料が得られる)は魅力的で、このような人材流出は決して珍しくない。

事例Cでは組織化のために国連ボランティアのガンビア人がコミュニティオーガナイザーとして活動している。彼は人々に組織化を働きかけると同時に、郡、州レベルでの関係機関との調整にも努めている。

事例DではDRF開始の2年ほど前からドナー側の人類学者が、都市型PHC計画立案のた

めの基礎調査として「貧困状況調査」を開始した。この中でヘルスセンターの対象地域のマッピング、家庭訪問、フォーカスグループディスカッションなどを実施し、コミュニティの中でどういう人々が住民組織化の際に核になりうるのかについても調査した。組織化にあたっては、各ヘルスセンターの対象地域をいくつかに分け(例えば五つ)、それぞれの地区から住民の互選で男女1人ずつの代表を選んでもらい、これら候補者に対してドナーとホテイダ州保健局の担当者からなる人事委員会が面接を実施し、最終的な保健委員会のメンバーを決めた。この仕組みでは保健委員会のメンバーの人選にかなりの程度ドナーの意向が反映できるが、これは現地の人事に介入するという意味できわめて例外的である。

(4) 女性の参加

しばしばドナーは、どの程度女性が参加しているかということに参加型開発の非常に重要な判断尺度として用いる傾向がある。にもかかわらず、6事例(E、Fも含め)のうち、保健委員会に女性メンバーが含まれているのはC、Dのみである。この点ではドナーの戦略はなかなか思いどおりには発揮できないといえるかもしれない。

しかもCの場合は、保健施設のヘルスワーカーが自動的にメンバーに含まれることになっており、ドナーであるユニセフは現在地元出身の女性保健ワーカーを育成している。この女性保健ワーカーが地元の保健施設に雇用されれば自動的に保健委員会のメンバーに含まれるのであり、ドナーの一方的な努力によって女性メンバーの参加を確保しているとも言える。さらにその女性は保健サービスの供

給側の人であって、サービスの受け手である女性の意向が保健委員会に届くかどうかは保証されていないのである。実際に筆者が事例Cの現場で訪れたヘルスユニットの保健委員会では、6人の委員のうち3人が地元代表(シェイクの代理人、小学校の先生、高校生)で、残りの3人がヘルスワーカーであった。そしてこのヘルスワーカーのうち2人が女性であった。一見すると女性の代表比率は3分の1と、かなり高いようにみえる。しかしこの2人の女性は姉妹であり、男性ヘルスワーカー(ヘルスユニットの長)は彼女らの兄である。このような状況で、彼女たちが保健委員会の場で、住民女性の声を代表したり、あるいは独自の意見を表明できるかという、かなり疑わしいのではないかと考えられる。

これに対して事例Dでは、保健委員会に住民代表と呼びうる女性メンバーが含まれている。これはドナーであるオランダがメンバーの選出プロセスにかなりコミットしている結果である。

事例Dだけがなぜこのような例外的なコミットができるのかには説明が必要である。オランダはこのホテイダという都市で、湾岸戦争時(1990年)の帰還難民支援に始まって過去5年以上にわたって保健医療プロジェクトを実施してきた。このため、ホテイダ州保健局とはきわめて密接な関係にあり、州保健局長をはじめとして何人かはオランダの支援で短期・長期の留学の機会を得ている。それ以外にもさまざまな便宜をオランダは州保健局に与えている。例えば、あるとき電気代滞納者に対する電力供給停止があった。州保健局は他の政府機関と同様、電気代を滞納しており電力カットの対象となってしまった。ホテイ

ダは高温多湿の気候なので、クーラーが停止すると多くの職員は窓を開け放し、廊下に出るなどして、ほとんど仕事にならなかった。しかし同じ敷地内にあるオランダのプロジェクトオフィスは、自前の発電機を持っているため被害は及ばず、そしてこの発電機から州保健局長の部屋にだけは電気が届いており、クーラーが回っていた。

このような関係の中で、州保健局は援助と引き替えにかなりの程度、オランダに人事権を委託している。この結果、保健委員会のメンバーに女性を含めることや、さらにはヘルスセンターの長にオランダが育成した女性保健ワーカーを任命することさえできたのである。イエメン全土を見回しても、女性を保健医療施設の長としている地域はホテイダ以外にはない。このようないわば「えこひいき」を通して「女性参加」のモデルプロジェクトを形成しようとするのが、ドナーの側の戦略である。

2. 保健委員会の自立化支援

ドナーがDRFならびに「サービス有料化」を導入したのは、これによって末端の保健施設単位で自律的な保健サービスを維持できるようにするためである。ドナーの関与はせいぜい5~10年程度に限られているとすれば、この間に何とかして「保健委員会」が自立的な収入源を確保し、ドナーの支援なしに運営できるようになっていってもらいたい、これがドナーの戦略である。

(1) 資金管理能力の向上

DRFの場合は、次の薬を買うまで売り上げ

をどうやって管理するのか、またサービス有料化の場合は、収入をどのような目的に支出するのか、がプログラム全体の成否を左右する。特にスタッフや保健委員会のメンバーによる不正使用を防ぎ、資金管理の透明性を確保することが重要である。このためにドナーはDRFの開始に先だて、ヘルスワーカーや保健委員会メンバーに対するトレーニングを実施し、特に資金管理担当者には重点的に帳簿管理を指導している。

多くの場合、DRFやサービス有料化収入は保健委員会名義で銀行に口座を作り、必要に応じて自分たち名義の口座から資金を引き出すことができるようになってきている。ただし、引き出す場合には小切手にヘルススタッフと保健委員会メンバー双方のサインが必要で、これによって恣意的な支出を防止する。また事例A、Dでは、それに加えてドナーのサインも必要となっており、ドナーがその支出が適切かどうかをチェックできる。こうした安全弁があることで、村人は保健委員会に資金管理を委託することが容易になる。ただし、いつまでもドナーがお目付役を担っていると、保健委員会の将来の自立性を考えた場合には不安が残ることになる。

(2) サービス有料化収入

DRFの収入はほぼ全額次の薬の購入に回されるので、保健委員会(保健施設)が独自の収入を得て自立していくための資金としては利用できない。そこで「サービス有料化」が重要な収入源となる。サービス有料化には「初診料」(一般に10~20リヤル程度の名目的な額)とその他の「サービス料」がある。事例CではDRFと「初診料」のみで、「サービス料」は

まだ導入されていないが、それ以外の事例では「サービス料」の多寡が保健委員会の活動の成否を左右する傾向が見られる。

「サービス料」には医師の診断を受ける「診察料」、尿検査・血液検査など(マラリアの検査などを含む)の「検査料」、レントゲン料、点滴などの費用などが含まれる。保健省としては、一連の「保健セクター改革」の中で「医療の地方分権化」「PHCの強化」などの政策に基づき、サービス有料化を全国に展開していく方針である。しかしサービス料金の徴収のためには、適正なサービス料金の設定、患者から料金を取ることへの説得、収入の適正な管理、用途の透明性の確保などさまざまな問題が解決されなければならないので、現在のところ外国ドナーが関与しているところのみがこの実験を開始している。それはドナーの存在しているところでなければ、今のところ資金の流れをモニターする能力がないからである。

事例Aでは医師のいないヘルスユニットが主な活動対象であるのでDRFと初診料が主な収入源で、サービス料金収入はあまり期待できない(ヘルスユニット単位の保健ワーカーができる処置には限界があるので)。しかし一部の施設では保健委員会の主導で顕微鏡と検査技師を調達し、検査料収入を増やしていこうという動きが見られる。

事例Bでは病院が活動対象であるので、サービス収入が非常に大きい(ただし、スタッフの数も多いのでこのサービス収入をどのような形でスタッフのインセンティブとして配分するかには課題が多い)。特にここでは「手術費」による収入が重要である。山岳地方部の村人にとって医療施設へのアクセスを制限する最大の困

難は交通費である。事例Bの活動地域の人々は、手術を受けたければ山を下りてホテイダまで行かなければならなかった。山を下りるためには四輪駆動車のタクシー代としてホテイダまで片道2000リヤル(往復4000リヤル)が必要だが、女性患者は一人では行けないので付き添いの男の交通費も必要となる。都市に行っても1日で診察、治療は終わらないので宿泊費がかかる。このためにどんなに簡単な手術をするにしても手術以外のコストが5000リヤル程度はかかることになる。もちろん私立病院に行けば手術費はさらにかかる。しかし新たに活動を開始したこの病院では一番簡単な手術を2500リヤル程度で実施する。肝臓の手術が3万リヤルだが、都市では同じ手術のために8万~9万リヤル必要となる。この状況では地元の村人たちは、有料であったとしても自分たちの地元にある病院を使いたいと考え、手術による収入が増加するのである。

事例Bでは手術を実際に執刀しているのはロシア人の医師である。イエメン人医師は、プライベートクリニックを開設してもあまり儲からないし、生活環境も良くないので地方部には赴任したげらない。このため保健省は旧ソ連(ロシア、タジキスタン、ウズベキスタン)地域から出稼ぎの医師をリクルートして地方部に配置する。彼らにとっては自分たちの祖国にいるよりも、イエメンに来た方が良い収入になるのである。彼らは生活環境が悪いことに文句は言っても、任地に関するえり好みはできないし、外国人であるためプライベートクリニックを開設できないので都市でも田舎でもこの点での機会費用は同じである(彼らのリクルートはイエメン保健省がロシアの保健省と契約で受け入れる形になっており、給料はイエ

メン保健省から支払われる)。こうしたロシア人医師は手術施設のある郡病院に配置されれば手術をする。イエメン人患者は、イエメン人医師よりも外人の医師に手術して欲しいと考えるので、これが事例Bにおいては大きな収入源となっているのである。

そしてドナーはこの収入が継続するようにさまざまな支援をしている。事例Bの病院には男性の外科医が2人、産婦人科の女医が1人、そして外科医の妻である看護婦が1人の計4人の旧ソ連人がいるが、彼らがこの地に配属されたのはドナーが保健省本省においてさまざまなロビー活動をした結果である。ドナーの支援を受けた保健委員会は病院の目の前に3階建ての家を1軒借り切って、医師たちの住居として無料で提供しているし、この町には公的電力供給がないので病院の自家発電機から彼らの住居に電気を供給している。彼らがなるべく快適に住み、長い間いてもらえるようにと、ドナーはサテライトディッシュをこのアパートにセットし、海外のニュースが見られるようにしたり、週末にはドナーの車を使って近郊へのピクニックに連れていくなど、ロシア人が居続けることで手術費という追加的な収入が得られ、保健委員会の活動基盤が安定するよう側面支援をしているのである。

(3) 地元資源の動員

事例Bではまた、郡保健評議会に広範な有力者を巻き込んでいる結果、他の保健委員会にはできない多様な資源動員活動が可能となっている。特に保健活動とは無関係な分野で収入増加の試みをしている。その一例は地元の市場(スーク)におけるローカル税の徴収で

ある。同保健協議会はスークで売買される牛・羊などの家畜に一定額の「保健活動支援税」を課し、それを郡病院の維持管理費などに充てている。また同地域に搬入される小麦粉に対しても、1袋当たり定額の税を課しこれも自分たちの資金源としている。さらに別のドナーによって持ち込まれ壊れたまま放置されていた発電機を（現ドナーの資金援助で）修理し、これを運転して一部の村人に売電することによって収益を得ている。このような多様な活動をドナーのアドバイスを受けつつ展開しており、これが一定の収入源として確保されれば郡保健協議会の持続可能性も増すものと考えられる。

(4) 商人からの寄付

経済的自立可能性を考える上では、保健委員会の活動に対する地元商人からの寄付も無視できない。イスラム世界では、富めるものが貧しい人々のために自分の財産、資産の一部を喜捨することは当然の義務と考えられており、イスラム教の断食月（ラマダン）には、何らかの喜捨を自発的に行うことが期待されている。保健委員会がその受け皿となつてまとまったお金を寄付してもらえれば、この資金によって施設改善なども可能となる。また事例Dでは、保健施設の午後の時間外診療のすべての経費（残業代、光熱費など）が地元商人によってまかなわれている。商人はその対価として、各ヘルスセンターの看板に「このヘルスセンターの午後の活動は〇〇〇商会のスポンサーによっています」と大書し宣伝効果をねらうことができる。

しかし、こうした寄付金もドナーが背後についている場合とついていない場合では調達

できる額が違う。ドナーがいる場合は、商人も外人であるドナーに向けて良い格好ができるし、またドナーが監視しているのならばイエメン人による不正な利用、着服などがないだろうと信頼できる。このためにドナーがいる場合は寄付金が得やすい。事例Dのホデイダ市の保健プロジェクトの運営予算のうち、50%はイエメン政府、10%がサービス有料化の収益、15%がオランダ、残りの25%が地元の商人の貢献ということになっている。この比率を見るかぎりドナー撤退後の経済的継続可能性は高いように見えるが、この地元商人の貢献はドナーの存在が前提となっている点を見逃してはならない。当然保健委員会としても、商人から寄付を集めるときには「我々の背後にはドナーがいる」ということを活用する戦略を取っているのである。

以上のように、ドナーは保健委員会の自立のために、資金管理力の向上、サービス有料化収入の安定、地元資源の動員、商人からの寄付金取り付けなどを側面支援している。しかし、そのどれもがドナーの存在を前提としている現状をみると、ドナーが撤退したあとこれらの保健委員会、DRFにどの程度の持続可能性があるのかは、樂觀できない。とはいえ、現状で最もドナーの側面支援が少ない事例Cの場合は、ドナーの撤退を待たずに保健委員会が雲散霧消してしまう可能性がある。

3. 「保健委員会」から「開発委員会」への発展

ドナーの長期的な戦略としては、「保健委員会」を「開発委員会」に発展させたいと考え

ている。活動の場も保健施設から外に出て、衛生教育を学校でやる、井戸掘りをする、道路を造る、電気を引く、などという形で保健委員会が総合的・草の根的な地域開発の推進者となってほしいと期待している。村人の側にも潜在的にはそうしたプロジェクトへの誘因はあるのだが、彼らはドナー以上に活動領域拡大の困難性を認識している。

事例Eでは、地域の保健状況を改善するためには、保健セクターでの活動だけでは限界がある、との認識から教育、水道、都市計画などの関連セクターとの総合調整を目指して「モカ郡開発委員会」を組織化した。構想は郡レベルのすべての政府セクターの関係者を巻き込み、「地方分権」による「郡政府」を指向するという斬新なものであったが、開発委員会を作りあげたところで、全くプロジェクトが動かなくなってしまった。それはさまざまな政府機関が関係者として参加している結果、相互の利害の調整がつかなくなってしまったからである。ドナーEにはこれを調整する力量も権限もない。

村レベルで同様なことを試みても、同じような問題が発生するであろうことを村人たちは経験から知っている。保健所での保健分野に関する活動が中心であれば、保健省との関係だけを考慮すればよく、保健委員会の身の丈に合った活動である。しかし他の省庁との連絡調整は村人にとっては荷の重い作業であり、村人は面倒を引き込むことを回避しようとする。

ドナーから見れば、「いつまで経っても、保健活動から成長できない」といういらだちになるが、村人にとっては、彼らなりのロジックに支えられた戦略である。

加えて、旧北イエメンでは「開発委員会」に関して苦い経験が共有されているのである。旧北イエメン地域では1970年代にかなり広範に協同組合運動が存在し、村人たちがお金を出しあって道路を造ったり、学校を建てたりして、それなりに機能していた。これが可能であったのは、当時サウジアラビアをはじめとする近隣諸国で石油ブームがあり、そこへイエメン人が大挙して出稼ぎ労働に出かけたからである。その送金収入がイエメンの地方部にまで行き渡っており、そうした資金を使って住民主体のインフラ建設が行われたのである。しかし次第に幹部による資金の不正使用などの事例が増えてきて、人々の支持を失い、この協同組合運動は80年代初頭に壊滅状態になってしまった。このような経験があるために、イエメン人はイエメン人のみによる協同組合、開発委員会といった活動をほとんど信用しなくなってしまった。

ドナーは自分たちの撤退後も開発活動が継続・拡大するように保健委員会を母胎としたローカルNGOの設立を働きかけることがある。事例Aでは、ローカルNGOの設立を働きかけ、そのNGOを通して撤退後も支援を続けたいと考えている。つまり直接関与から間接関与に移行することによって長期間にわたって支援したいという戦略である。

事例Dでもドナーは、各ヘルスユニット単位の保健委員会をそれぞれ地元の開発NGOに作り替え、それによって現在の活動のフォローアップをする際の足がかりを確保したいと考えている。

VII 村人の戦略

上にみた「ドナーの戦略」の一方でプロジェクトの受益者である村人の間にも「村人の戦略」がある。イエメンの住民保健委員会の中でも、いくつかは順調な活動を継続しているものがある。では保健委員会が成功する鍵は何なのか。重要なポイントは「村人の戦略」であると筆者は考えている。

1. プロジェクト目的からの逸脱

(1) 時間外診察

村人の戦略の一つの典型例は、保健医療施設における時間外診察（アフタヌーン・キュラティブ）である。事例Dの場合、都市のサブ・ヘルスセンターには医者が配置されていない。しかし地元の人々にとって医者のいない保健施設は魅力がないので人々はここをバイパスして医者のいるメイン・ヘルスセンターや病院、あるいはプライベートクリニックに流れてしまう。

イエメンの場合、公務員の勤務時間は午前8時から午後2時までで、公務員もそれ以降は全く自由にプライベート活動をしてよい。医者も含めて公務員のアルバイト禁止というような規制はない。一方保健施設は午後には空いている。そこでサービス有料化収入を増やすために、この施設を使って保健委員会が運営する半プライベートの時間外診察を開始する事例が増えている。そしてセンターで午後の診療をしている医者は、午前中は同じプロジェクトの別のセンターで働いている人々である。つまり、同じ都市保健プロジェクトの

施設を使って、午前中は政府の給料で、午後はアルバイトで働いている。自分でプライベートクリニックを開くことも可能だが、そのためには交通の便の良いところに部屋を借りたり、器具を買い入れたりしなければならないので、資金がないと始められない。元手がなくとも始められるアルバイトとしてアフタヌーン・キュラティブは医者にはうってつけである。

しかし、このアフタヌーン・キュラティブは、本来都市型PHCプロジェクトにおいてサブセンターには期待されていない機能である。ドナーがサブセンターという末端医療施設に期待しているのは、妊産婦検診、新生児検診、予防接種、家族計画など基礎的な予防（プリベンティブ）と保健教育の機能である。軽度な疾病や外傷程度はヘルスワーカーが処置するとしても、慢性疾患、重度な外傷、出産に関わるリスクケースなどは、メインセンター、病院など上位の保健施設に回せばよく、医師の診察はそのレベルに行って初めて必要になる。そのような患者のスクリーニングのシステム（リファラルシステム）の確立が都市型PHCプロジェクトそもそもの目標であった。もしもサブセンターに医者がいて、診察をしてしまったら、そうした階層的なシステムが意味を成さなくなってしまう。したがって、ドナーとしてはこうした展開はあまり望んでいない。しかし、村人たち（ここでは都市の人々）が自分たちの近くに医者が欲しいと思うのは、まぎれもなく彼らのニーズである。また医者にしてみれば診察料の半分くらいは自分のものになるし、保健委員会の収入は増す。ドナーの考えるPHCの姿とは違うが、多くの人にとって利益になる合理的な戦略である。

2. 村人にとっての適切な「代表性」

(2) 検査活動の拡大

同じようなことはアフタヌーン・ラボという形でも現れる。通常のヘルスユニットには顕微鏡がないし、検査技師も配置されていないが、検査室(顕微鏡)を設置して、午前中は他の政府施設で働いている検査技師に、午後自分の家の近くのヘルスユニットで検査をさせる。これによってヘルスユニットは収入を増やし、検査技師もアルバイトができる。これも、住民のニーズに基づいている。途上国一般にあてはまるが、イエメンでも患者は検査やレントゲンがあることで、「科学的」「高級」な診断を受けることができると考える傾向にあり、また、注射などの処置を受けることで初めて満足する。医学的には不必要な検査や注射であっても患者の側からのニーズがあることは事実である。そしてまた、ヘルスユニットの自主的な運営を任されている保健委員会としては、必要がなくてもさまざまな検査や処置を多く施したほうが、保健委員会の収入増となり、ヘルスユニットの維持管理が容易になる。これは保健委員会の戦略である。イエメンで成功しているヘルスユニットを見ると、多くの場合、自分たちで顕微鏡を調達し、検査技師を雇うなりして何とか検査を行い、それを収入源としている。これが、ドナーの考えるPHCの姿と違ったとしても、彼らなりに合理的な考えであり、持続可能性が高いことになる。

住民保健委員会の活動における中心人物はどのような人であろうか。事例Aではシェイクの息子がその役割を担っている。シェイクというのは、アラブ社会における伝統的コミュニティリーダーであり、一般的にはコミュニティの中で最も知識が豊かで人望が厚い人で、長老、首長などと訳しうる。理念型としては、シェイクの選出は成人男子が集まって合議で決める、という一種の直接民主制で、その意味で確かな「参加」型と言えよう(ただし女性には参政権がない)。事例Bでも、プロジェクトの実質的な運営を取り仕切っているのはシェイクのおに当たる人である。

事例Cではドナーの働きかけが小さいこともあってほとんどの保健委員会に中心人物がおらず、旧南イエメンでは出稼ぎ帰りの若い金持ちが取り仕切っている例が見られる。

事例Dでは選出プロセスでかなりドナーの意向が反映されているので、伝統的なリーダーは保健委員会に含まれていない。教師、工場労働者などのメンバーの中から頭角を現してきた人々が運営の中心を担っている。

一般的にドナーは伝統的なエリートをあまり信用していない。事例Dでは人類学者の調査によって「伝統的なリーダーは庶民を代表していない」「人々から嫌われている」という結論を出した。このため、保健委員会のメンバーを決める際に伝統的なリーダーである「シェイク」、そして公的な地区長である「アーキル」をメンバーから排除し、政府の役人も排除するという方針を明確に立てたのである。この方針に基づいて選出された保健委員会のメンバー(1996年)には実際に「アーキル」は

一人も含まれていなかった。1998年に保健委員会はメンバーの更新期を迎え、保健委員会メンバー(ホテイダ市内にある13の保健委員会のメンバーは合計約80人)の3分の1程度が入れ替わった。そして新メンバーの中に5人程度のアーキルが存在することが明らかになった。これは新たにアーキルがメンバーに加わった結果ではなく、保健委員会のメンバーがこの2年の間にアーキルになってしまったからであった。つまり、ドナー側の人類学者はアーキルという伝統的なリーダーは村人を代表していない、と判断したが、村人は「代表して欲しい」と考えていたことを意味している。そして2年間の保健委員会での活動ぶりを見て、その人が信頼できると判断し、アーキルにしようということになったのである。

これは、ドナーから見ると「保健委員会活動」を通じて新しいリーダーが育った、住民参加型の開発が軌道に乗った、ということになるだろう。しかし、そうでない見方も可能である。つまり、人々は保健委員会という「近代的」「民主的」仕組みよりも、アーキル、シェイクという伝統的な代表の仕組みの方がなじみやすいということなのではないだろうか。

シェイクの息子やおいがリーダーとなっていることについても同様の見方ができる。ドナーから見れば、彼らは教育もあり、「参加型」を理解した新しい形のリーダーとしてドナーが育成した人材である。しかし、地元の村人たちが彼らを支持しているのはドナーの考えるような理由からではない。村人は、彼がシェイクの息子だから支持しているのである。ここに、ドナーと村人の間で「代表者の適格性」に関する認識にズレがある。しかし、そこに矛盾があるというわけではない。シェイ

クの息子や新しいアーキルという境界的な存在がそのズレを調整する仕組みとして働いているのである。

住民組織が持続的であるためには、おそらく村人たちが自分たちの納得できる形で自分たちのリーダーを認識する必要があるのではないだろうか。したがって西洋的な意味で「民主的」に選ばれた保健委員会であったとしても、村人はそれを「選出プロセスの民主性」ゆえに支持しているのではなく、自分たちのこれまでの伝統的な社会システムの基準に照らして、このリーダーなら任せられる、という理由から支持しているのではないだろうか。

イエメン社会においては、社会生活のさまざまな側面において「委任のシステム」が高度に発達していると思われる。人々が政治的な手続きを委任する対象としてシェイク、アーキルなどの制度がある。この選出プロセスには、原則として自分が直接に関与できるが、いったん選んで任せてしまったら、白紙委任状態で、個々の行動のチェックは通常しない。もちろんその活動があまりにも期待を裏切る場合には合議のうえ更迭されることもあるが、そうでないかぎり、彼がどのような考え方に基づいてどのような資源配分の仕方をしようとも、それは彼に一任された事項であり、彼の自由裁量の範囲である。これが、イエメンにおける「住民代表」の考え方であって、欧米ドナーの持っている「代表」の概念とは異なる。しかし、イエメン人にとってはこの制度の方が安心できるし、手間がかからないのである。村人にとってはいちいち保健委員会の集まりに出かけて行って発言したり、話を聞いたりすることは面倒で、代表に委任したのだからあとは勝手にやってくれ、その代わ

り文句は言わない、というやり方のほうが簡単なのである。シェイクの息子がリーダーになっている保健委員会が比較的順調に機能しているのはそういう理由ではないかと考えられる。もちろん、ドナーの薫陶をうけたシェイクの息子は、決して独裁的なリーダーシップを取ろうとするのではなく、あくまでも「参加型」「民主的」な手続きを踏もうとするのであるが。

3. 間接参加という概念

ドナーが「参加型開発」という場合の参加とは「直接参加」、そしてドナーの目に見える形での参加を指している。しかしこれだけが参加の形態なのだろうか。そういう考え方にとらわれてしまうと、欧米型の参加型の理念からは理解できないような村人の戦略に遭遇したときにプロジェクトが行き詰まってしまうし、その戦略の持つ現実的な意味を見誤ってしまうおそれがある。

保健委員会に住民女性の代表メンバーをもっているのは、事例Dのみなので「イエメンにおける住民保健委員会は参加型とは言えない」と指摘することは可能だが、単に保健委員会に女性メンバーが含まれないことをもって、女性の意向が全く反映されていないと言いきってよいのかは疑問である。欧米ドナーは委員会の場で女性が直接発言するというような、目に見える形での参加を好む。しかしイエメンの社会的・文化的背景を考慮するならば、無理矢理公的な場に女性を引っ張り出してくることによって社会的な軋轢を発生させれば、プロジェクトに対する人々の支持を失うおそれは大きい。こうしたリスクを考え

れば、女性の直接的な参加がなくとも、とりあえず保健委員会を設立し活動を開始する方がよい、という考え方も成り立つはずである。

アラブ・イスラム世界に属するイエメンにいますと、欧米的あるいはキリスト教的な価値観の押しつけにかなり反撥が強いことが感じられる。「直接参加」でなくても、参加はあり得る。女性も自分の夫を通して自分の意見を社会に反映することは可能である。

例えば、日本はイエメンに井戸掘り・村落給水援助をしているが、井戸から村に水道を引く際に村の中でパイプのルートと蛇口をどこにつけるかを、ドナーと村の男たちが集まって決める。決めた翌日再度集まるとルートの修正意見が出ることもある。それは、家に帰って実際に水くみに従事する妻や娘からのクレームがでるからである。不十分とは言え、彼女らにそうした形での意見表明のルートが全くないわけではない。アラブ・イスラム世界では自分の保護下にある女性を人前にさらすことは、男の恥である。だから、女性を会議に出したりするよりも、自分が女性の意見を反映して発言すればいい。わざわざ恥をさらすような方法で「参加」する必要はない。このように、村人の戦略としての「委任」による参加、「間接参加」という考え方をドナーは適切に評価することが必要ではないだろうか。

VIII おわりに —— 「参加型開発」と「村人の戦略」

「参加型開発」が流行している背景には、開発援助プロジェクトにおいて「社会配慮」

が必要だ、という認識がある。「社会配慮」を進めるためにはさまざまな方法があり、「参加型」はその中の手法の一つにすぎない。

しかし「参加型開発」を絶対視し、ドナーの考えるような参加のあり方、つまり「女性のメンバーがいる」、「社会的弱者が含まれている」というような基準を満たさなければならぬとするなら、イエメンでは現状の保健委員会のほとんどを作り替えなければならないことになる。同時にイエメンの社会・経済的現実に基づいた「村人の戦略」は許容しにくいことになる。しかし「参加型開発」を評価する際には「どれだけの参加の規模だったのか」とか「どれだけ女性が参加したか」だけではなく、どれだけ現地の文脈で発生する「村人の戦略」をプロジェクトのなかに組み込めるような仕組みであるのか、という評価軸も必要なだろう。なぜならおそらくは、村人の戦略を組み込めれば組み込めるほど、プロジェクトはドナー撤退後の持続性を高めると考えられるからである。

「村人の戦略」という言葉で筆者が提起したい問題は、ドナーの戦略とは全く違う戦略が村人にはあって、その達成のために村人はドナーが持ち込んだ組織をなんとか活用しようとする、という事実である。このことは多くの開発援助プロジェクト、とりわけ「社会開発」型のプロジェクトで見られる現象である。ドナーの考えることと、村人の考えることは違う、というのはきわめて当たり前のことだがドナーはこの点にもう少しセンシティブになる必要がある。

そしてこうした村人の戦略を、ドナーが設定した舞台装置の中に巧妙に潜り込ませることができるよう、プロジェクトは円滑に動い

ていく。これが過去2年間のイエメンでのフィールドワークから筆者が得た結論である。

村人の戦略はどこにでもある。どこにでもあるならば、それにあらかじめドナーが気づいておくことが必要である。村人の戦略を把握する方法として、これまでの事例の蓄積を再検討することが考えられる。これまでの日本の援助プロジェクト（JICA＝国際協力事業団、OECD＝海外経済協力基金、NGOなど）の事例の中から、村人の戦略がプロジェクトの成功、失敗に重要な役割を果たした例を見だし、その事例を整理することで、村人の戦略とプロジェクトの運営に関わる教訓が導き出せるだろう。

また、なぜ村人がそのような戦略を取るのか、については地域研究などの視点からの研究が求められよう。

村人の戦略を受け入れることによってプロジェクトはどういう影響を受けるのだろうか。例えば、上記の末端保健施設での検査を増やす戦略は、「PHCのためのリファラルシステムの確立」というプロジェクト目標にプライオリティーを置かなければ、許容しがたい戦略である。一方、「保健委員会が村人の手でとにかく持続される」という点にプライオリティーを置かなければ、許容されるかもしれない。ドナーとしては村人のニーズとプロジェクト目標の整合性を検討したうえで、メリット、デメリットを比較考量してこの点を明確に判断する必要がある。

このような意味で「村人の戦略」は、地域研究と援助研究の接点に位置する研究課題であり、今後この分野での事例研究が蓄積されていくことが期待される。

（さとう ひろし／経済協力研究部主任研究員）

(注1) 本稿で保健医療分野のコストシェアリングを取り上げるのは、この問題が、多くの途上国で保健医療サービスの向上のために解決されるべき普遍的な問題として広く観察されるからである。

その背景には二つの異なる開発援助の流れがある。

第1の流れとして、世銀・IMF主導の構造調整政策の存在が無視できない。途上国の国家財政・国際収支を健全化するためにはさまざまな政策パッケージが必要で、それを世銀・IMFのマニュアルどおりに実施しなければならない。それによっではじめて国際社会からの資金援助を受けられるので、多くの途上国は自らの政策的意思とは無関係にこうした画一的な「構造調整パッケージ」を受け入れる以外の選択肢がない。

財政赤字を減らすためには、収入を増やすか支出を減らすしかないが、経済停滞下で収入を増やすことは簡単ではないので、当面できるのは支出の削減となり、手取り早いのは補助金の削減となる。しかしこうした措置は特に経済的な貧困層にしわ寄せが行きやすい。例えばパンの材料となる小麦粉の価格を低く抑えるための補助金が削減されれば小麦粉の価格は上昇し、家計を圧迫する。水道供給に対する補助金、保健医療に対する補助金も同様である。いったん補助金が削減されればこれまで無料であった医療サービスは「有料化＝受益者負担」に直結する。これが「コストシェアリング」である。

第2の流れは、保健医療分野の国際的潮流である。1978年に旧ソ連のアルマアタで行われたWHOとユニセフの国際会議で「2000年までにすべての人に健康を(Health for All by the Year 2000)」というスローガンが採択されて以降、そのための戦略として「プライマリー・ヘルスケア/PHC＝基礎保健」を充実させることが必要だ、ということが世界的に合意された。この合意に沿って多くのドナーは東南アジア、ラテンアメリカ、アフリカなどでPHC分野への援助に積極的に取り組むようになった。この流れは中東の辺境であるイエメンにも押し寄せてきたのである。

このように、世銀・IMF主導の「構造調整」

と、WHO・ユニセフ主導の「PHC」という二つの「グローバル」援助の流れがイエメンでも合流し、これが「医療保健分野におけるコストシェアリング」という形で多くのドナーのプロジェクトとして現れ始めたのが1995年頃であった。

しかし「医療の有料化＝受益者負担」政策は貧困層に対する経済的なインパクトのみならず「国家の福祉政策の後退」と捉えられるために、政府内部からも抵抗が大きい。なぜなら多くの途上国では「国家による近代医療の無料供給」が、政権の正統性を支える重要な柱となってきたからである。王制打倒の「近代国家」を志向する「革命政府」としての旧北イエメンの歴代政権も、「アラブ唯一のマルクス・レーニン主義政権」であった歴代南イエメン政権も「無料の医療サービス」は理念として容易に放棄できなかった。しかしながら国家財政それ自体が逼迫している中で、保健省という政治力のない省がこれまで以上の予算を獲得することは困難で、何らかの形でサービスを維持するためにも「サービス有料化」は不可避な流れであった。

政府はこの方向を後押しすべく1995年「憲法は医療の無料供与を義務づけてはいない」という判断を示して政治的な抵抗を振り切り、これ以後「受益者負担」が保健医療分野援助プロジェクトの主流となるのである。

(注2) イエメンには現在20の州(19州と首都圏特別区)があり、州の下の行政単位が郡(district/アラビア語でMudiriya)である。郡は全国に約250程度ある。郡の人口規模は南北イエメンでかなり違うが、おおよそ1万人から10万人程度である。イエメンの保健システムは、首都などの大病院、州病院(すべての州にあるわけではない)、郡病院、ヘルスセンター、ヘルスユニット(ホデイダ市ではサブセンターと呼ばれる)の5階層となっている(ただし、これはあくまでも理想型である)。郡病院には複数の医師が存在し、入院病床があることになっているが、入院施設が利用されていない場合も少なくない。ヘルスセンターには少なくとも1名の医師と複数のスタッフが存在するが入院病床はない。ヘルスユニットには医師は配置されておらず、数名(1名の場合も多い)の

スタッフが存在し、最小限の処置をすることができることが期待されている。

(注3) 1999年8月現在の為替レートでは1ドル=160イエメン・リヤルの換算で、公務員の給料が課長クラスで月8000~9000リヤル。日雇い労働者の1日の収入が200~300リヤル程度である。

【本稿における情報源について】

本調査は現在実施中の開発援助プロジェクトを対象としているため、文書化された情報・文献などはほとんど利用できない。このため本稿では筆者が実施したフィールドワークによる聞き取りを主たる情報源としている。聞き取りは①各援助プロジェクトの現場、ならびに②首都サナアの保健省、各ドナー機関の本部において行われた場合が多い。また、イエメン保健省において数カ月に一度開催された「保健制度改革・ドナー委員会(HSR/TF)」の会合に適宜参加することで関連情報を入手した。本調査のために便宜を図っていただいた各ドナー、国際機関の担当者、ならびに在イエメン日本国大使館の経済協力担当官諸氏に謝意を表したい。

以下に各事例ごとの主なフィールドワーク実施時期、主な面接者を記す。

<事例A>

フィールドワーク実施時期：1997年7月(ハイス)、9月(サナア)、10月(サナア)、10月(ハイス)、12月(サナア)。98年1月(サナア)、7月(ハイス)、11月(ハイス)。99年3月(ハイス)、8月(ハイス)。

主な面接者：エドウィン・ダイシinger氏(ADRAイエメン代表)、グレッグ・ブラッチャー氏(ADRAイエメン事務所)。サーベト・バガーショ氏(コミュニティオーガナイザー)、ムサイド・アルムグレビー氏(フィールドオフィサー)、その他カタバ村、アルファッシ村、ハイマ村、ホーハ町、ジャバルラース郡、コルマ村などの住民。

<事例B>

フィールドワーク実施時期：97年9月(サナア)、10月(サナア)、12月(サナア)、12月(アルジャビン)、99年3月(アルジャビン)。

主な面接者：アブダッラー・サイヤリー氏(ICDイ

エメン代表)、ガージー・イスマイル氏(ICDローカルコンサルタント)、アブドルカリーム・サギール氏(保健協議会書記長)、アブドルラフマン・シヤルアビー氏(アルジャビン病院長)、その他アルジャビン郡保健協議会メンバー、オッテン村、バガール村、ロッパート村、アカマ村、バニー・アーメリー村のヘルススタッフなど。

<事例C>

フィールドワーク実施時期：96年12月(サナア)、97年4月(サナア)、5月(サナア)、9月(アブヤン)、10月(イブ)、98年11月(アブヤン)。

主な面接者：ムニール・サラフディーン氏(ユニセフ・地域プロジェクト担当官)、ハジ・バー氏(ユニセフ・国連ボランティア)、アリー・ムナッサー氏(ユニセフ・ムケイラス担当官)、ナビール氏(ユニセフ・ルスッド担当官)、その他アリーバ村(ムケイラス)、ドゥバー村、ルスッド町、サアディー村、ガティー村、ナーセル村(以上アブヤン)、アルルメイ村(イブ)の保健委員会メンバー、村人など。

<事例D>

フィールドワーク実施時期：97年4月(サナア)、10月(ホデイダ)、98年11月(ホデイダ)、99年2月(ホデイダ)。

主な面接者：マリーナ・テレグド氏(オランダ人人類学者)、テオ・パス氏(オランダ大使館保健プロジェクト担当官)、ハーリド・ドバイ氏(ホデイダプロジェクト・チームリーダー)、その他各ヘルスセンターのスタッフ、保健委員会メンバーなど。

<事例E>

フィールドワーク実施時期：97年5月(サナア)、10月(モカ)、98年11月(モカ)、99年3月(モカ)。

主な面接者：トリーブ・ネルケ氏(セイブザチルドレン・イエメン代表)、オディール氏(セイブザチルドレン・モカプロジェクトアドバイザー)、アブドルハリーム・ハーシム氏(モカプロジェクトアドバイザー)、その他モカ病院、モウザ村、ヌゲイバ村、ジュムア村のヘルスワーカーなど。

<事例F>

フィールド調査実施時期：97年7月(イブ)、10月(イブ)、98年11月(サナア)。

主な面接者：ソフィー・ラッチェル氏(国境なき

医師団イエメン代表),その他ディースファールヘルスセンター,カーイダヘルスセンターのスタッフなど。

<関連情報・文献>

イエメン保健省,“Health Sector Reform in the Republic of Yemen,” 1998/7.

稲岡恵美「イエメンにおける各援助機関のユーザーフィー導入方法の比較」(第14回日本国際保健医療学会大会報告) 1999年9月。

佐藤寛「参加型開発と村人の戦略」(『アジアワールド・トレンド』1999/9月号)。

佐藤寛「シェイクの息子の担う意味—援助受け入れ社会によるドナー持ち込み組織の読み替え現象について—」(鈴木紀編『開発プロジェクトにおける地域住民組織の役割に関する人類学的研究』国際開発高等教育機構, 1999年)。