

## 第5章

# 住民組織化プロセスと援助プロジェクトの成果 ——フィリピンとイエメンにおける参加型 保健プロジェクトを事例として——

はじめに

### 1. 社会開発援助における住民組織化の重要性

社会開発プロジェクトを実施するにあたり、プロジェクトの効果および持続性を高めるために重要なことは、プロジェクトが対象とする地域住民の「ニーズ」をプロジェクトに反映させること、住民の「自主的な運営」を促すことであるとされている。そのためには、援助供与側（ドナー）<sup>(1)</sup>と住民との意思疎通を図ること、また、プロジェクトの全過程（計画・実施・評価）に住民が参加することが不可欠であるとの認識が一般的である。そして住民参加型プロジェクトを実現させるために、ドナーは、住民側の活動母体となる「住民組織」の組織化を支援し、住民側の意思を反映させるための「仕組み」や「代表者」を設置するという取り組みが広まっている。

しかし、現実には、このように、ドナーが住民参加のための組織を新たに設けることが、むしろ、援助の効果および持続性を妨げていると考えられる例も少なくない。ドナーが住民の自主性を引き出そうとしているにもかかわらず地域住民が主体となって援助プロジェクトを運営するに至らない原因はどこにあるのだろうか。これには、次のような理由、背景が考えられる。対

象地域における住民組織や行政制度の機能が従来から弱いなど、組織活動が定着しにくいこと、ドナーが既存社会や社会制度を十分に理解できていないために現地にそぐわない住民組織となっていること、ドナーが想定する「参加」と住民の認識する「参加」の概念が食い違っていること、現地行政が裨益住民の意向を代表していないために住民組織を活用できないことなどである。

では、どうすれば、住民のニーズを反映した住民組織を作り上げ、住民による自主的なプロジェクト運営を促進するような仕組みが実現可能となるのだろうか。本章では、ドナーがどのように「住民組織化」プロセスに取り組んでいるかをフィリピン・イエメンでの住民参加型保健プロジェクトを題材に検討し、組織化プロセスの違いが、どのようにプロジェクトの成果に影響を与えるかを考察する。

結論を先取りすれば、フィリピン・イエメンでの事例分析は、ドナーの働きかけの対象となる住民が、ドナーの働きかけに「うまみ」(何らかの意味での積極的な意義づけ、つまりメリット)を見いだせるような「組織化プロセス」を経た場合には、ニーズが反映され自主的なプログラム運営に結びつくことを示している。

## 2. 途上国の保健医療プログラムと住民組織化

途上国の保健医療プログラム実施上、基本となる概念は、1978年に提唱されたプライマリヘルスケア(Primary Health Care: PHC)である。これは、世界において保健医療サービスが不平等に配分されているという認識に基づき、コミュニティーに主眼をおき、地域に応じた技術を用いて、安価で継続可能な保健医療供給システムを実現させることを目的とする。また、保健医療を貧困削減および社会開発のひとつの側面と位置づけて、参加型アプローチによる実施を目指す動きでもある。

一般に、住民にとり、保健医療についての高い関心事項は、(1)医療サービ

スが受けられること(入手可能性)、(2)医薬品の入手、(3)診療費支払いである。また、国家にとり、緊急かつ重要な課題は、医療財源の確保である。これは、人口増加や医療技術の向上により、医療需要や医療費は増大する一方、国家予算や援助収入は減少していることに起因している。

多くの途上国では、これに対応するため、従来から無料で提供されている保健医療サービスや医薬品の費用を、利用者である患者に負担を求める「ユーザーフィー制度(User's Fee:利用者負担)」の導入が試みられている。ユーザーフィー制度の実施には、従来の保健プログラム以上に、より住民参加や住民の組織化が期待されている。それは、ユーザーフィー導入には、対象住民が料金の支払いの開始を理解し同意すること、非医療従事者が保健医療に関する事務運営を行うことが必要となるからである。しかし、実際には、コミュニティーのオーナーシップが弱い、医学の専門性や医師の社会的権力により、住民による活動からは期待する成果が得られないなどの問題が生じている。

本章では、住民参加型ユーザーフィー導入という保健プログラムにおいて、その組織化プロセスの違いがもたらすプログラム成果の違いを考察する。

### 3. フィリピン・イエメンでの住民組織化

本章では、フィリピン・イエメンの事例をもとに住民組織化を検討する。これらの経験から、住民組織の効果と限界が示唆された。

フィリピンでは、ユーザーフィーのひとつの形態である医薬品回転資金プログラムを導入し、その実施に、従来から存在する住民組織を活用している。住民組織の組織化の「プロセス」についてみると、既存の住民組織を母体として、住民組織のリーダーの理解と合意を得て実施していた。そのため、住民の理解や自主的な活動が得られた。

イエメンでは、ユーザーフィーとして初診料や医薬品料金負担を導入し、その実施のために、住民組織の組織化・地域保健委員の設置を試みていた。

ドナーは、既存の住民組織は乏しいと考え、住民側の窓口組織の組織化を住民に促し、住民参加による民主的な運営に努めたが、利益の濫用や関係社の軋轢が生じるなど、制度は機能せず、医療供給が悪化していた。

## 第1節 フィリピンの事例<sup>(2)</sup>

### 1. 医薬品ニーズとユーザーフィー

フィリピンでは、1992年地方自治法が施行され、地方分権と地域保健行政能力の強化による公的医療サービスの供給改善が目指された。医薬品供給に関しては、供給手順の不十分な理解によって関係者間に誤解や混乱が生じており、地域レベルでの担当者の能力や意欲の差が反映され、多くの地域で医薬品の入手が悪化していた。地域の医療施設では、必要とされる薬がないまたは常にはない状態があり、そのため住民は、(1)薬による治療が不可能、(2)私的薬局で高額な医薬品を入手せざるを得ない、(3)医薬品購入費用により家計が圧迫される、という状況にあり、医薬品の入手改善が保健医療に関する主なニーズとなっていた。

フィリピンだけでなく、多くの途上国において、医薬品供給は住民のニーズとして顕著に高い。1980年頃から、アフリカをはじめとする国々において、ドナーの主導により、医薬品供給の改善を目的とした医薬品回転資金制度 (Drug Revolving Fund: DRF) が試みられてきた。この制度は、ユーザーフィーにより、医療施設などでの継続的な薬の供給を目指すものである。具体的には、コミュニティーや医療施設が単位となって医薬品管理を行い、次の手順、(1)薬の購入者となる住民が初期資金を出資、(2)初期薬剤を購入(投資)、(3)医薬品購入に対し利用者が支払い、(4)資金を管理(回収)、(5)医薬品の再購入(再投資)を行うことである。

## 2. コミュニティー薬局プログラム

フィリピンでは、医薬品回転資金制度が、コミュニティ薬局という形態で、バラングイ(Barangay)<sup>(3)</sup>と呼ばれる末端の行政単位において実施された。住民による運営と参加により医薬品の供給を改善することを目的とするこの仕組みは、従来、三つの異なるプログラムによって実施されていた。

フィリピンでの最初のコミュニティ薬局のプログラムは、1980年頃の、保健省による、ボティカ・サ・バラングイ(Botica sa Barangay, タガログ語で「バラングイのための薬局」の意味)であった。しかし、当時、薬は絶対量が不足しており入手網確保が困難であった。また、地域保健局に対しプログラムやその仕組みの十分な説明がなされなかったため、効果が現れないまま、多くのコミュニティ薬局の試みは消滅したと考えられる。この約10年後、91年にはボティカ・ビンヒ(Botica Binhi, タガログ語で「薬局の種」の意味。以下「薬局の種」とする)というコミュニティ薬局プログラムが、フィリピンの医療NGOであるSMBK(タガログ語で「健康の種共同体」という意味の略語)によって開始された。この活動は、多くのコミュニティで定着し医薬品供給改善効果を挙げ、ドナーの関心や財政的支援を得て活動が拡大した。第3のプログラムは95年の、ボティカ・ナン・バラングイ(Botica ng Barangay, タガログ語で「バラングイにある薬局」の意味。以下「バラングイ薬局」と略す)である。これは、政府が、薬局の種プログラム(NGO)の成果を再現しようとして導入したが、同様の成果が得られなかった。

## 3. NGO および保健省によるコミュニティ薬局の比較

二つのコミュニティ薬局プログラム「薬局の種(NGO実施)」と「バラングイ薬局(政府実施)」は、コミュニティ薬局という非常に近似した仕組みをもち、再現を目指して実施されたものであるが、前者は活動が拡大し、後者

は活動が停滞するなど、成果には違いが見られた。この理由を、関連文書および実施者や住民へのインタビュー結果から考察した。薬局の種プログラムとバランガイ薬局プログラムを比較したものを表1にまとめた。収集情報の検討により、導入・実施方法および住民の組織化の違いがプログラムの成果に影響していることが明らかとなった。

まず、コミュニティー薬局の導入方法と薬局の数の変化についてみると、薬局の種プログラムでは、各々のコミュニティーで住民組織のリーダーとの合意に基づいてひとつひとつ導入し、1995年には100、98年には680とその数を増やしていった。一方、バランガイ薬局プログラムでは、性急な成果を求め、全国一斉に500カ所で始めている。つまり、導入時のコミュニティーへの説明の細かさや準備時間が異なっていた。

運営方法については、薬局の種プログラムでは、初期出資金、毎月の会費を徴収する姿勢を貫くものの、実施細則(徴収金額や徴収方法、支払いが不可能な貧困世帯への対処方法など)は、各コミュニティーの住民組織で各々定めることとし、自主性に任せた。これによりオーナーシップが醸成されていた。資金不足となった際も、ドナーは資金的支援を行わず、あくまで住民組織の自主的な運営に任せていた。一方、バランガイ薬局プログラムでは、政府は住民に初期出資金の出資を指示していた点は同様だが、各コミュニティー薬局に対し初期資金として一律5000ペソを補助金として出資していた。これが初期出金や会費の徴収不徹底につながっていた。また、支払いが困難な家計に対しては信用貸しを認めており、それにより、短期間に資金不足に陥る薬局が続出し、その対処方法が示されていなかったために、また自ら問題解決できずに活動が停滞した。

対象となるコミュニティーの選定に関してみると、薬局の種プログラムではNGOであるSMBKがバランガイリーダーや地域の宗教指導者等の依頼を受けて導入を開始することを原則としたため、地域活動のリーダーにより、バランガイでの村落活動という既存の社会機構の基盤をもとに導入されることとなった。一方、バランガイ薬局プログラムでは、州保健局は、薬の供給

表1 「薬局の種」と「バラングイ薬局」の比較

	「薬局の種」プログラム	「バラングイ薬局」プログラム
実施機関	NGO (SMBK)	保健省
プログラム導入手順・薬局数の変化	首都スラムから開始。1995年100軒、98年680軒に拡大。	活動が停滞しており現在の薬局数不明。
薬局の導入方法	地域リーダー（バラングイ長、牧師等）の依頼により1軒ずつ導入。SMBKが教育を行い導入（地域活動に意識の高いリーダーの関与を得て、既存の社会組織〔バラングイ〕が基盤となった）。	保健省が国内全地域500か所一斉に導入。州保健局が、薬の供給が機能していないと判断したバラングイに導入（バラングイを実施基盤とするものの、意欲・関心・需要に関わらず導入された）。
バラングイ機能	実施・運営・チェック機能	バラングイ毎の関心の程度によりさまざま
活動資金について	住民が、初期出資金および月会費出資（住民の参加意識促進）。信用貸しは原則認めない方針。実施細則は、各々の住民委員会で定める（住民の関与・自立性促進）。	住民が月会費徴収（実際には未徴収地域が多くなっているとの情報）。政府が初期出資（各薬局一律5000ペソ）信用貸しを認める。不十分な管理による資金不足。
活動の指導監督	(1) バラングイリーダー・評議員（バラングイ活動の一環として実施） (2) NGO本部事務所（電話による指導監督。担当者交代時等再教育） (3) 「薬局の種連合」（直接訪問、月例ミーティング、薬の購入）	市町保健所の助産婦、州保健局の薬担当官（直接訪問。4半期毎の報告書提出。州担当官は、他の業務が多く、薬局数も多いために十分に行えない）。
参加意識	住民はバラングイ活動として理解・賛同。バラングイ月例会合・総会で報告および検討。回収資金が適正に利用されているか透明性を相互監視。目的意識・関心が高いが政治的課題にされる危険性。	政府からの医薬品供給を期待（依存意識）。プログラムに対する不信任感、関心が低い。バラングイのリーダーの意識が高いところで活動が展開。
プログラムの進展	半分以上の薬局は、円滑運営、薬の入手可能性が向上。住民の提案による新たな展開（薬と併せて日用品を加え販売し利便性高まる。回収利益により生計創出プロジェクト・健康保険の開始）。	僻地等により医薬品供給が困難な地域、かつバラングイリーダーや地域保健委員の積極的関与が得られる地域でのみ活動が展開。一方、資金の不透明性による不信任感が停滞の原因となる。

(出所) 筆者作成。

が機能していないニーズの高いと考えられるバランガイに対して導入した。つまり、バランガイ側の意欲・関心・需要に関わらず導入が決定されることとなった。このことは、既存の地域組織が円滑な運営に重要であることを示唆している。

活動の指導監督に関しては、薬局の種プログラムでは、バランガイリーダーや地域評議員により、モニタリングが行われた。これと併せて、薬局の種に賛同する有志が、バランガイを越えた「薬局の種連合 (Bodice Bin Federation)」と呼ばれる、プログラムの支援を目的とする一般住民のボランティアによるチームの結成を組織化した。これが、直接訪問や月例ミーティングの開催を通じたモニタリングを実施した。一方、バランガイ薬局プログラムでは市町保健所の助産婦、州保健局の薬担当官がコミュニティー薬局をモニタリングすることが定められていたが、実際には本来の仕事に上乗せされた負担は大きく、モニタリングが行われていなかった。

住民の参加意識を比較すると、薬局の種プログラムではバランガイの活動として、従来のバランガイ活動に組み入れて自主的に運営されていた。これにより、住民の理解や賛同が得られ、バランガイの月例会合や総会の場で連絡や活動報告、話し合いが、住民の合議のもとに行われていた。また、財務面は、バランガイの財務リーダーが監査を務め、回収資金が公のコミュニティー資金として適正に利用されていることを住民が理解できるように工夫していた。一方、バランガイ薬局プログラムでは、政府からの医薬品が供給



コミュニティー薬局。子育てを半ば終えた村の女性ボランティアが運営者となっている。自宅に薬を管理し、近所の人々に販売する。基本的医薬品20種類程度で、粒単位で販売、収支は帳簿で管理している。



されるのを待つ依存意識が強くなり、プログラムに対する関心がなくなっていた。

プログラムの成果や進展について、薬局の種プログラムでは、導入されたほとんどのコミュニティーで活動が継続され、医薬品の供給がコミュニティーで行われていた。また、住民の提案により、発展的な活動が加えられていた。



活動は地域の保健委員会および村長が管轄。NGOの提案により結成されたサポートチームが直接コミュニティー薬局を訪れてモニタリングする。

例えば、医薬品だけでなく日用雑貨を同時に販売し始めたり、回収利益を医薬品の再購入だけでなく生計創出プロジェクトを始める資金としたり、地域での健康保険制度を開始したりするなど、地域のニーズを取り入れた活動の展開が見られた。一方、 balan g ai 薬局プログラムでは、僻地等医薬品のニーズが高いところ、またはリーダーの意識が高いところのみで活動が継続していた。

#### 4. 薬局の種プログラムが効果を挙げた理由

##### (1) 既存の住民組織の利用

援助側は、既存の社会機構、ここでは balan g ai というコミュニティー自治システムの機能を利用してプログラムを開始した。 balan g ai には、住民の相互扶助や住民活動の経験があり、ドナーは、村役員の統率力や村員の意思を反映させるメカニズムを把握し、それを活用した。そのため、ドナーは、コミュニティー薬局の運営に関して、ドナー側が期待する細則を指示するのではなく、むしろ従来からの地域社会の仕組みにプログラムの実施を任せ、各組織で話し合いをさせることを促進した。そのため、コミュニティー薬局

の運営はバランガイ住民組織の寄合で話し合われ、住民の理解と賛同を得て進められることになった。運営の事務作業は村の保健分野担当者が行うだけでなく、バランガイ統率者やバランガイの会計委員が監督し、未払い等の問題の仲裁を行っていた。

## (2) 薬局の種連合(Bodice Bin Federation)の組織化

薬局の種プログラムに賛同する有志や、コミュニティーで発言力をもつ中高年齢の女性ボランティアやヘルスワーカー等によって、薬局の種プログラムの効果的な実施と拡張のための支援組織「薬局の種連合」が組織化された。この連合のメンバーが、各バランガイのコミュニティー薬局での教育およびモニタリングを行った。月例ミーティングや運営トレーニングにより、村落間や村落内部の情報交換をすすめ、運営上直面する問題解決や士気の向上を図った。また、特にバランガイリーダーに対してプログラムの意義を啓蒙し、村のコミットメントや関心を高め、住民の自発的な参加を促していた。

## (3) 住民からのプログラムの「うまみ」理解

フィリピンの多くの村落で、人々が、このプログラムに積極的に関心を示した理由は、ドナー側から村のリーダーへ、また村のリーダーから住民に対し、プログラムの仕組みやそれが住民の生活の向上につながることで、伝達教育され理解されたことである。これにより、住民は月会費等の費用負担を受け入れ、積極的にプログラムに参加し、また導入されたプログラムがより地域住民にとってメリットが大きくなるように提案し創意工夫を行った。このような住民の理解を促進したのが、薬局連合による教育や、村のリーダーのプログラムへの理解であった。また、導入に際して、コミュニティーのニーズを満たす解決方法として認識したバランガイの自主性により始まったことが、自発的な組織化を促した。住民組織のリーダーに「うまみ」が認識されていたことが、住民組織の自発的な活動を促していた。

## 5. 住民組織化によるプログラムの成果

医薬品回転資金制度は、世界各地で試みられたが、効果を挙げた事例はむしろ少なく、実施運営能力の欠如、医薬品供給改善効果が現れない事例が多く報告されている。これらの事例とフィリピンでの事例を考え、コミュニティー薬局制度の実現のためには、(1)実施母体となるコミュニティーの発掘、(2)実施者の決定およびその報酬、(3)モニタリングの仕組みが重要であることがわかる。また、プログラムの成果を左右する重要な点は(1)信用貸しの有無、(2)支払免除の方法、(3)回収資金の使途、(4)透明性の確保であることがわかった。

それらを促進するためには、住民の参加に意思を反映させる仕組みがあることが重要で、運営上のきまりや直面した問題に、即時に柔軟に対応することが可能であること、そのためには住民組織が重要また効果的であることがわかる。

フィリピンのコミュニティー薬局プログラムでは「薬局の種」は、そのメカニズムが住民に理解され、コミュニティーの活動として定着したために、医薬品供給改善につながり、各地に展開が見られた。その理由は、住民組織が存在したことだけではなく、援助プロジェクト実施において、住民がプロジェクトのメリットつまり「うまみ」を認識していたことが理由である。また、ドナーと既存のコミュニティーの双方がそのうま味を得るために、相互に歩み寄り、活動内容を「適合化」させるプロセスがみられた。自らの都合の良いようにプログラムを改変したこと、活動モニタリング組織として「薬局連合」という地域組織が結成されたこと、それが、プロジェクトを活性化させていたのである。

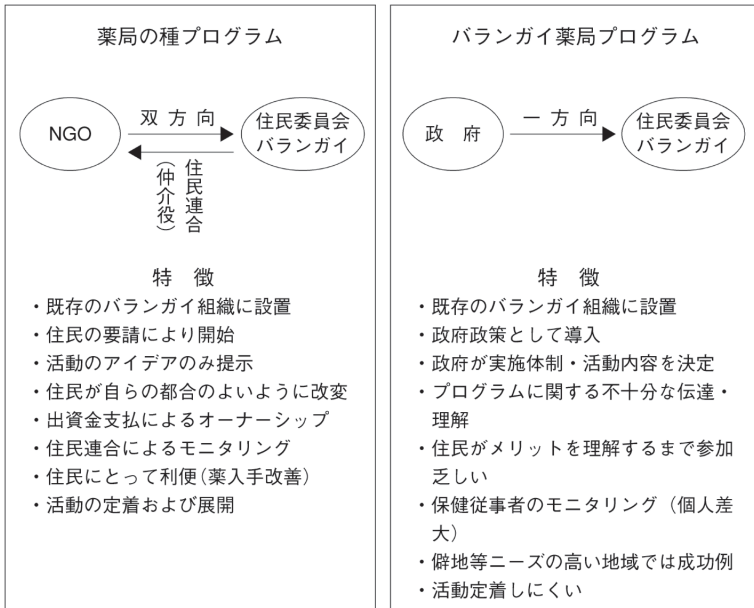
## 6. フィリピンの事例から——既存組織の活用と相互の歩み寄り

コミュニティー薬局を実施する援助プロジェクトでは、住民参加の重要性が強調される。ドナーは、対象地域の既存の社会的統治機構であるコミュニティー組織である「バランガイ」を利用し、また再組織化して活動を実施した。一方、住民側はバランガイの実情や、従来からある地元の仕組みである意思決定や情報網を用いて、プログラムを受け入れやすいように変えて自らの利益が得られるように実施した。この住民組織化のプロセス、また相互の歩み寄りがプロジェクトの成功につながっていた。

ドナーはプロジェクトの導入において、大枠のみ指示して、地元の制度の主導と裁量に委ね、指導監督についても現地の仕組みを利用した。そして、高い関心を示す村の女性ボランティアによる自由な発想や活動を促進し、必要に応じて、情報や便宜を提供した。時には外部者としての強みを生かし、現場での住民間のトラブル・政治的経済的利害関係の調整を行っていた。また現場のニーズに応じて、新しい組織、例えば「薬局の種連合」のような仕組みを生み出していた。

このことから、参加型保健プロジェクトにおいて、ドナーは、既存の住民組織には、多様性があることを念頭に置き、ドナー主導の住民組織化を控え、地域の社会状況やニーズに応えるプログラムのアイデアを粘り強く求める住民組織化アプローチが重要である。これにより、現地の住民は、プロジェクトに歩み寄り、プロジェクトの「うまみ」を理解し、プロジェクトによるメリットを最大限にするように、自主的に、現地の状況に馴染み自らにメリットのある仕組みに変えて新しいプログラムを適合させていくことが可能で、これが成果に繋がるのである(図1参照)。

図1 住民組織化プロセス——介入主体と受益者の関係



(出所) 筆者作成。

## 第2節 イエメンの事例

中東地域の低開発国イエメン共和国においても、住民参加型の保健プログラムを目指してさまざまなドナーが活動を展開している。1997年当時、その多くのドナーは、住民保健委員会(Community Health Committee)や郡保健委員会(District Health Committee)のような、住民委員会(住民組織)の組織化を試みていた。これらの住民委員会には、住民の意向やニーズを理解するための窓口として、さらにプロジェクト活動の実施主体としての役割を期待していた。しかし、実際には、ドナーが想定する住民組織が組織化されない、あるいは、住民組織がドナーの期待する役割を果たさない状況に直面していた。

図2 調査対象となった援助機関のプロジェクト地域



筆者は、保健制度改革（ヘルスセクターリフォーム）の一貫として、ユーザーフィー（利用者負担、保健医療有料化）による国家保健財源のコストリカバリーの可能性を検討していた<sup>(4)</sup>。当時多くのドナーは「住民参加と住民組織化」に基づいて保健医療サービスおよび医薬品の有料化をすすめており、それぞれの地域で、住民組織化やプログラムの成果の現状がどのように進められているかを調査した。対象としたのは、オランダ政府援助、米国 NGO の ADRA（アドラ）、英国 NGO の Save the Children（セイブザチルドレン）、仏国 NGO の Medecins Sans Frontieres (MSF: 国境なき医師団)、国連児童基金 (UNICEF)、イエメン保健省地域保健局の、六つのプロジェクト地区であった（図2 参照）。

## 1. 住民保健委員会

### (1) 住民委員会の設置

イエメンは、大半の人口が居住する地域は植民地化の経験はなく、伝統的な部族社会が維持されており、地縁より血縁が社会関係を規定しているともいわれている。それもあってか、一般に農耕民族やアジア地域に顕著に見られるといわれる住民組織や協同組合活動の経験は乏しい。さらに、大都市を

除けば、行政機構の機能はさわめて乏しい。

そのため、イエメンで活動を行うほぼ全ての援助機関は、コミュニティーでプロジェクトを実施しようと働きかけるものの、コミュニティーは形成されているか、機能しているか、誰を住民側の窓口とすべきかなどについての情報入手や判断が困難だと考えていた。そのため、援助機関は、住民主導を強調するものの、ドナー主導により、ヘルスセンター（行政末端の保健医療施設）の診療圏となっている地理的まとまりをコミュニティーとみなすなどして、そこに保健委員会などの住民組織の設置を行っていた。そして、この委員会を、地域住民側の代表とみなして、ドナーが計画する保健活動の実施母体としていた。

多くの住民保健委員会は、ヘルスセンターの医師や地域の統率者が代表をつとめていた。その機能や性質は、各プロジェクトで異なっており、コミュニティーに対する健康教育など健康増進活動の機能が期待されるものの、実際にはヘルスセンターの徴収資金管理など、金銭的側面が重視されていた。

## (2) 住民委員会の活性化

住民活動はおおむね乏しく、ドナーが想定したように、保健委員会は機能せず、地域の人々の理解も得られぬまま活動が停滞していた。保健委員会活動の活性化は、保健医療供給が機能している地域、または農業・土木・宗教活動等、既存の相互扶助や共同活動の経験がある地域では、高くなっていた（例：アドラプロジェクト）。また、ドナーが委員会活動の具体的内容を提示し、運営方法を教育し、監督を行っている地域では、活性化が高まっていた（例：オランダプロジェクト）。また、ドナーが各住民保健委員会の代表者を召集する会合を開催することで、住民保健委員会の代表が、自由に運営方法の情報を交換し、それぞれの地域での運営上の問題点について意見を出し合い、必要に応じて相互支援による解決が図られる場となっていた（例：MSFプロジェクト）。さらに、保健委員会運営に関し、経済的インセンティブが与えられていることが活動を活性化させていた（例：オランダプロジェクト）。

### (3) 民主的運営と住民意思の反映

ドナーは、住民保健委員会を円滑に運営させることを通じて、保健医療サービスの供給を改善させようとして、住民の意思を反映できる委員や代表者の選出に注意を払っていた。なぜなら、プロジェクト対象地域の、住民の意思決定のメカニズムや、影響力ある発言力の所在、住民の地域意思決定に対する満足度などを把握することは、ドナーのような外部者には困難であるという認識によるものであった。

例えば、地域の伝統的有力者(イエメンでは血筋の良い家系・裕福な家庭・宗教リーダー・教師)は、私的利益を優先し、住民への理解や配慮が乏しいという現状が、住民との調査から明らかになり、住民意思を反映する代表者を民主的に選出するために、現地人コンサルタントの監督のもと、選抜を行うものもあった(例：アドラプロジェクト)。ただ、ドナーの考える「民主的」選出は、対象地域の従来の意思決定メカニズムや社会規範と異なるために、住民の活動として定着しないことが懸念された。いかえると、民主的でない社会に、ドナーの考える民主的な委員を選んでも、地域で実際に決定権を持つ有力者に提案しても何の改善もなされず、活動も進展しないという事情が生じていたのだ。

また別の例では、医師や薬剤師などの医療従事者が住民代表として、その専門性の高さや権威を悪用して、住民の回収資金の着服や不正使用を行っていた。住民は不信感や反発を感じるものの、社会的立場や権利が弱く解決できずにいた。ドナーは、委員会主導の主体的な解決を求め、直接介入や調整を行わないため、プログラムは停滞していた(例：アドラプロジェクト)。

## 2. 住民組織化プロセスの3類型

対象となったドナーは一様に、住民参加型アプローチを強調するものの、ドナーの住民への介入方法、参加促進のプロセスは大きく異なっていた。ま



表2 住民組織化プロセス3類型——ドナーの介入の特徴

	ドナー主導参加型	参加誘導型	既存社会委譲型
特徴	ドナーが計画・実施・評価を詳細に指示し直接関与。物的経済的支援、インセンティブ供与。ドナー（先進国）の開発理念参加型を目指す。	対象住民を誘導し、自発的な活動と意思決定を誘導。「参加型」の実現が目標。組織化過程が社会開発と見なす。	ドナーは直接関与しない。地域既存の社会関係・統治機構に委ねる。複数のコミュニティー一括統治。
プロジェクト活動母体としての機能	○ ドナーの監督により保健委員会は活発。	△ 住民によるプロジェクト理解および参加促進が困難。利害関係の調整が困難。	△ 地域代表者の関心を得たプロジェクトのみ短期間で高い機動力。
住民の参加	援助を得るための手段。	目的・利害が一致すれば参加。リーダーの交渉力。	地域社会システムへの追従。リーダーの民主性。
住民意思代表性	△ 女性・社会的弱者の意思反映の仕組み。社会的公正のための組織化。長期的定着には懸念あり。	△ 高くできる可能性はある。	× 既得権益層（医師等）の意見の反映、利害の表面化。悪用・横領頻発。
活動目標達成	○ ドナーの支援により短期間の成果達成が可能。	△ 時間を要する。	△ 不適切な活動内容に変化する可能性高い。
プロジェクト持続性	× ドナー撤退後の経済的持続性弱い。再現可能性低い。プログラムが社会に馴染まず変化する可能性あり。	△ 一度機能すれば継続可能性高い。	○ 既存の機構の実施により高い持続性が想定される。

（出所）筆者作成。

たこれが、各プロジェクトの進展や成果に大きく影響していた。これらの事例をもとに、ドナーの住民社会介入形態を、住民組織組織化プロセスとして、大きく次の三つに類型した(表2参照)。

第1の類型は、ドナーが理想とする参加型モデルに住民を巻き込み、住民

にいわば参加を強要する「ドナー主導参加型」である。ドナーが直接関与した計画に沿って、実施支援やそのための教育を行うものである。

第2の類型は、ドナーが住民の自発的な活動を誘導する「参加誘導型」である。ドナーが活動の枠組づくりに関与し部分的な側面支援を行うものである。

第3の類型は、地域に既存の社会組織や統治機構に委ねる「既存社会委譲型」である。現地主導の自主的活動を期待するものである。

「ドナー主導参加型」の事例では、ドナーが、活動の監督や人材養成を行い、細かな問題解決にも関与して支援したため、プロジェクトの目的であるユーザーフィーの導入が実現し、部分的ではあれ、医療サービスの供給や質の改善につながっていた。その反面、住民がプロジェクトを受け入れた背景には、ドナーが供与する経済的インセンティブがあり、ドナー撤退後の継続性可能性が懸念された。「参加誘導型」の事例では、住民のニーズに基づいた自立的な活動のための側面支援が行われていたが、実施体制の確立には時間を要し、具体的な保健活動の実施には結びついていなかった。「既存社会委譲型」の事例では、地域統率者が必要と認識した活動のみが、強いリーダーシップにより進められていた。しかし、コミュニティーの弱者の意思は反映されにくく、ユーザーフィーで回収された資金の不適切な使用に至っていた。

#### (1) ドナー主導参加型(例：オランダ政府援助)

イエメン北部紅海沿岸部ホデイダ市では、オランダ政府援助により、都市での地域保健プロジェクトが実施されていた。ドナーは、住民参加を理念とし、人類学者によりジェンダーや社会的弱者の調査をもとに、いわば開発学のテキスト的なプロジェクト計画と実施を行った。そのために、住民組織として、保健委員会の組織化を実施し、綿密な教育と監視のもとに、ユーザーフィー導入を実施した。

ドナーは、伝統的リーダーの住民意思代表性に懐疑的であった。そのため援助担当者が直接関与して、フィールドに出向き、住民を対象に、フォーカ

スグループディスカッションを何度も行って住民の本音を聞き出し、ニーズに応えるプロジェクトを行おうとした。また、住民代表者の選出にあたっては、援助担当者が直接介入し、ドナーが「民主的」と考える方法で行った。イエメンはイスラム教を信仰しており、女性が家の外に出ることを恥とする規範があるため、女性が社会活動を行うことは稀である。これに対し、援助担当者は女性の参加が重要として女性がヘルスセンターの長に就くように指示していたが、これが住民組織の運営に多様な影響を与えていた。

ユーザーフィー制度導入は、ドナーの教育とモニタリングにより円滑に機能していた。帳簿管理をドナーが徹底させ、資金運用の透明性を確保するための地域会合を促していた。現地住民は、煩雑な作業や増大する仕事量を歓迎しないが、プロジェクト運営に、経済的インセンティブが供与され、これがプロジェクトの定着を促進していた。また、ドナーが、医療サービス供給と質の改善のために、医療施設の修復や機材に経済的支援を行ったことが、人々の関心や満足を促し、地域保健活動を活発にしていた。

これらは、ドナーが常に住民の傍らで詳細を指示し監督して、模範的な参加型を実現させようとする「ドナー主導参加型」といえる。ドナー担当者の直接的なモニタリングにより、幅広い層の住民の意思を反映し、プロジェクトは短期間に成果を挙げた。しかし、ドナーが想定する組織を強要し指導監督を行い、経済的支援を行うことでかろうじて維持されているともいえるこの保健プロジェクトでは、ドナー撤退後の自立的活動や持続性をどのように確保するかが課題と考えられた。

## (2) 参加誘導型（例：アドラ、セイブザチルドレン）

イエメン西部紅海沿岸部のハイス市およびその周辺地域では、米国 NGO アドラにより地域保健プロジェクトが、モカ市では英国 NGO セイブザチルドレンにより地域保健プロジェクトが行われていた。ここでは、現地人スタッフを活かし、既存の住民組織活動を把握し、側面支援により自立性を尊重した組織化が試みられていた。

保健委員会の設置において、代表者の選出は、ドナーが住民の話し合いの場を設け、観察・誘導するに留めて、住民の互選で代表者を決定していた。ドナーは、現地住民の意思を幅広く反映させようとして、村落開発の経験のあるイエメン人を雇って意思決定の民主性を監督させるなどを試みていた。

プログラムの運営においては、ユーザーフィー導入に関する教育は行うものの、運営に関しては保健委員会や住民代表の自主性に任せる方針で、住民の話し合いで決めるように指示した。このため、プログラムの実施状況は、コミュニティーにより異なっていた。現実には、適切なリーダーが得られず、保健委員会やユーザーフィー制度が継続できない例が少なくなかった。直面している問題は、医療従事者の悪用や横領であった。これらの問題について、プロジェクトの組織化によって選出されたリーダーでは、地域における発言力が弱く対処できないからであった。

これは、ドナーが現地社会に配慮し、主体性を誘導しながら、対象住民による自発的な活動を引き出そうとする「参加誘導型」といえる。本来の意味どおりの「参加」を実現できる可能性はあるものの、従来、その地域が必要としてこなかった住民組織を、政府やドナーが考える保健政策のために組織化することには、必ずしも短期間に容易に「参加」が得られるわけではない。資質の高いリーダーの存在の有無が活動および自立性を左右していた。参加を得るためには、関与者のプログラムへの理解、つまり、住民や住民組織委員がプログラムによって自分やコミュニティーにメリットがあると理解する過程が鍵となっていた。

### (3) 既存社会委譲型(例：国境なき医師団, UNICEF)

イブ州での国境なき医師団の郡保健システム強化プロジェクト、アブヤン州でのUNICEFによる地域ベースプロジェクトは、政府役人や地域の有力者(首長・長老・名士など)を住民の代表とみなして、プロジェクトに積極的に登用していた。地域有力者の強いリーダーシップにより活動が指示され行われた。そのためトップダウンではあるが、機動力が高く、活動は短期に浸透し

た。

住民は住民代表選出のプロセスに参加していないが、住民が考えるリーダーは昔から決まっていると認識し、合意(追従)することが趨勢であった。住民はそのプロセスを民主的でないと認識しておらず、地域の人々の従来からの、期待する選出過程と考えていた。

プロジェクト実施において、その内容に関する、地域有力者の関心の程度が、プロジェクトへの関与の程度を左右していた。つまり、国家政策やドナーの協力といえども、活動の妥当性と必要性はリーダーにより判断された。そのため、ユーザーフィーが実施されない、あるいは、ドナーが期待したものと異なる形態で実施される結果となった。これにより、一般住民、特に社会的弱者の意思やニーズが反映されていない、またプログラム運営への女性の登用が強く否定されるものもあった。保健委員会の関心は、対象とするコミュニティではなく、行政組織の上位の郡レベルで、開発委員会や、地方政府との協力関係構築に向けられていた。

これは、地域に従来から社会構造である行政統治機構にプロジェクトの運営に住民が「追従」する、ドナーが関与しない「既存社会委譲型」といえる。住民組織としての機動力、継続性は高いと考えられるが、活動内容をドナーが指示・関与できないために、ドナーが当初想定していなかった活動内容に読み替えられ変形されること、またそれが社会公正上また長期的に適切でなくとも、ドナーの矯正が困難な可能性がある。住民、特に社会的弱者の意思が取り入れられないなどに対しては、ドナーは外部ドナーとしての立場を用いて、論理的な説明によって圧力をかけること、また、住民に対しては、基礎教育や情報の提供などにより権利意識と自主的な社会参加に関する認識と能力の養成が期待される。

### 3. 事例——参加誘導型事例における住民組織化

米国 NGO アドラは、1995年、ホデイダ州ハイス郡で、住民参加型ヘルス

システムの確立を目指しプロジェクトを開始した。ヘルスセンターとヘルスユニット併せて17カ所を介入の窓口として、(1)プライマリヘルスケアの充実、(2)子どもの健康支援、(3)女性識字教育・生計創出活動を行った。そして、97年、国家のユーザーフィー導入の流れを受け入れて、(4)医療サービスに関して初診料・診察費・医薬品代金を徴収する仕組みを実施した。

そのために、ヘルスセンターやヘルスユニットのカバーする地域ごとに住民保健委員会を設立するように仕向けた。その際、住民共同での道路建設、イスラム教モスク活動などが従来行われた地域を、住民組織化が容易な地域とみなして、これらから最初に対象とした。アドラは、州保健局からプロジェクト地域の保健活動の統括を委託させて、地域での発言力の強化を図った。その上で、保健委員会の組織化にあたっては、地域の自主性に任せるとはいうものの、村落開発経験者を同席させ、民主的な運営を目指して誘導した。地域の女性が住民保健委員に選ばれることはなかったが、女性や子どもの意見を保健サービスに反映させようとして、女性を対象にした識字や職業の活動が行われている地域をユーザーフィー導入の条件として、女性活動の活性化を図り、住民参加を促進した。

このような、ドナーの誘導と工夫により、住民委員会が設置され、ユーザーフィーは開始された。導入後の反応は、支払った費用が回収資金として医療施設の維持管理や医薬品の安定供給に用いられることを理解した者は、支払いの意思が高かった。一方、保健サービスが有料化されることに対して根強い不満や反発が見られた。貧困者に対しては、実際には、ほとんど支払いが免除されており、このことが、不公平感や横領の疑いを生んだ。また、住民は、回収した費用が医師への給与にばかり充てられ、医療の質が改善しない状況、徴収された費用の用途の不透明性に、不満を表現した。

本地域の住民委員会は、地域の自主性に委ねることを理念としていたが、このような状況から、制度導入半年後に、ユーザーフィーが継続して機能していたのは、ドナーが常駐する1カ所のみであった。そして、公的医療機関への信頼はさらに低くなり、人々は、より高い支払いを請求される民間の医

療機関を利用するようになっていった。

#### 4. 組織化の直面する問題

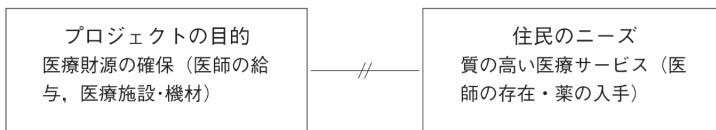
ユーザーフィーは、住民にとっては、「ドナーから指示された活動」と認識されており、住民のニーズを満たし生活を向上させるための活動だとは理解されておらず、委員会活動に参加するメリットや意欲が乏しかった。これには、保健医療費有料化(ユーザーフィー)という保健プログラムが固有にもついくつかの性質、つまり、プロジェクトの対象者とプロジェクトの受益者が一致しないこと、プロジェクトの成果が対象者に短期的ニーズを満たさないこと、プロジェクトの意義や仕組みが対象者に理解されにくいことにも起因していると考えられる。住民組織化の直面する問題を、(1)プロジェクト目的と住民のニーズの不一致、(2)住民によるプロジェクトへの理解の不足、(3)現地社会との不適合の点から考察した。

##### (1) プロジェクト目的と住民のニーズの不一致

ユーザーフィー導入により、従来無料であった医療サービスが有料化されることは、医療サービスの質に向上がみられない限り、住民にとっては受け入れがたく、支払い意欲が低く、住民の参加は得られにくい。ユーザーフィー制度は、有料化の導入により医療財源を安定化させ得た資金を、医療従事者のインセンティブや、医療施設の改善に使おうとするものであるが、住民のニーズはあくまでも、「医師がいること、薬があること」であり、このような医療サービスの質の向上が見られるまでに時間がかかり、短期的には対象者のニーズを満たしにくいのである。

そのような場合、人々の関心や参加が得にくく、実施が滞りがちである。このようなプロジェクトにおいては、対象者に対して説得や啓蒙を行ったり、代替的・暫定的なメリットを提供したりしてニーズを満たすように仕向けるといった配慮が必要となる。

図3 プロジェクトの目的と住民のニーズの不一致



(出所) 筆者作成。

## (2) 住民によるプロジェクトへの理解の不足

保健プロジェクトにおいて、ユーザーフィーは、疾患の治療やサービスの提供が中心となる性格のものとは異なり、回収資金という公共資源を管理するなど、住民の合意や話し合いによる運営が重要となる。そして、そのためには、住民あるいは、住民組織の代表がプロジェクトの必要性を認識し、プログラムの導入や実施の手順を理解していることが必要となる。しかし、住民組織の代表のみならず住民も、しくみや「うまみ」を理解していないために、ドナーの指示、援助を得るための活動としか認識されておらず、またそのプログラムを自らのメリットのあるように「読み替える」ことは行われていなかった。円滑でないコミュニケーション、プログラムの不十分な理解が、自主的な運営や成果を妨げていた。

## (3) 現地社会との不適合

住民組織化および保健委員会の組織化は、ドナーが監督または強制しない場合には、短期間のうちに停滞し、プロジェクトの進行や成果が得られていなかった。これは、対象地域には住民組織の概念が乏しい、または、ドナーが想定している住民組織が既存の社会にそぐわないことが理由であった。

住民組織化というドナーの介入は、社会の開発を促す、また逆に崩壊を招くなど、現地社会に対して多様な影響を与えていた。

例えば、ドナーのプログラムによって、既存の住民組織の活動に、インセンティブが与えられ、参加やコミットメントを促進する支援も得て、住民の



メリットが高まり、現地組織が活性化している地域があった。

逆に、現地社会を混乱させ、地域の繋がりを崩壊させた例もあった。ドナーがプロジェクトにとって都合の良い組織や仕組みを導入することが、現地社会の上下関係や意思決定に影響を与えて、既得権益を損なうものの横暴や社会での軋轢を生み、また、他の社会システムやアクターの仕組みと一貫していないことが混乱の原因となっていた。

ドナーが住民組織化を行う際に、地域社会を理解することが重要で、次の点の把握が最低必要であると考えられた。①相互扶助活動の有無、②リーダーの選出方法、③地域資源管理、④職業および社会階層、⑤貧困者支援の仕組み、⑥国家行政との関係、⑦貨幣経済の程度、⑧宗教および関連する社会活動および組織。

#### 5. 円滑な組織化——うまみの認識とそれを促すコミュニケーション

住民組織を組織化し、その機能を活性化させるためには、住民組織の概念が教育され、導入手順の提示がなされる必要があった。また、このプロセスには、対象地域の医療供給状況、コミュニティーの統治体制、意思決定メカニズム、経済状況や都市化の程度に応じて、異なるアプローチが必要となっていた。

ユーザーフィーが住民に受け入れられ、制度として定着するためには、住民が新制度を「オイシイ(メリットがある：うまみがある)」と認識することが重要で、この認識を図るために、新制度に関する教育や啓蒙活動を行うことが重要となっていた。

また、住民の話し合いの中から制度の導入が提案されるように仕向けることが、定着を促進させていた。また、プログラム導入初期に、保健施設の改修や医薬品の供与など、目に見える経済支援などにより、組織化およびプロジェクトのメリットを提示することが、短期的には住民の理解の促進に効果的である。

そのために、住民組織の組織化に際しては、従来に住民活動や相互扶助活動に携わってきた者やコミュニティーの統率者・調整役を果たしてきた者を見つけ出して、その者の協力を得て選出することが効率を高めていた。ただし、選出された代表者が一般住民の意思や要求を的確に反映しているかどうか、また、住民保健委員会の意思決定が、現場で医療に携わる医療従事者の利害に左右され、制度悪用や職権濫用を生じていないか、第三者的な監督や利害関係の調整が必要であった。また、モニタリングのひとつとして、各地域の保健委員会の代表者を集めて会合を開催することにより、各地域の相互の情報交換が促され、住民組織化が活性化されていた。

## まとめ

社会開発(保健)プロジェクトの成果や継続性を高めるためには、住民による「自発的な」計画に基づき、「自主的な」実施が行われることが重要である。そのために、援助供与側(ドナー)は、「住民組織」を組織化することにより、住民のニーズや意向を理解し、また、住民による活動を促進させようと働きかけてきた。ただ、この「住民組織化」の効果や影響はさまざまで、例えば、住民組織化が援助の成果や継続性を高めた例もあり、また逆に、住民主体の活動が醸成されず、既存の社会に混乱を招いた例もあった。

本章の事例から、住民組織化を行うプロジェクトの成功には、主に以下の4点が鍵となると考えられた。

- (1) ドナーの目的と住民のニーズの一致(目的の共有)
- (2) 既存の社会組織の理解および活用(現地社会への配慮)
- (3) プロジェクトのアプローチ(例:参加・現地主導)に関する認識の一致  
(意思疎通のしぐみ)
- (4) 住民組織の意思代表性

フィリピンでは、医薬品供給を改善するために、医薬品回転資金プログラ

ムを導入し、その実施を、バランガイと呼ばれる既存の住民組織を主体としたバランガイ薬局を設置して行った。フィリピンでは、農業や生活協同組合等、地域での相互扶助の仕組みが存在しており、定期的な住民集会等が行われていたため、この既存の住民組織を尊重して、保健プロジェクトが実施された。ドナーは、コミュニティー薬局の意義と計画案を住民組織のリーダーにもちかけ、賛同と要請により開始した。住民組織のリーダーのもと、住民の理解や自主的な活動が、自ずと醸成された。また、プログラムは、ドナーの当初の案を汲むものの、住民のアイデアでより自らにメリットがあるように創意工夫され、成果を挙げていた。

つまり、住民組織化によるニーズ理解と自発的な活動の促進には、ドナーがプログラム導入を、住民にとっていかに「オイシイ」と思わせるか、うまみを提示できるか、またこのうまみを、住民組織を通じて伝達および教育していけるかが重要であった。そのために、既存の社会組織を用いて住民の参加を得て、ドナーの目的と住民のニーズの一致を促すための、住民代表による意思決定や実施が実現されていたのだ。

イエメンでは、医療サービスの供給を改善するために、初診料等によりユーザーフィー(利用者負担)を導入し、回収資金や保健施設等を住民が公共の資源として管理することを期待した。その実施は、地理区画などをもとに住民組織を組織化し、住民意思を代表させる住民保健委員会を設置し、住民による自主的なユーザーフィーの導入実施を目指した。

イエメンでは、地域組織や相互扶助活動は乏しく、ドナーが代表者の選抜や民主的な意思決定の仕組みをつくろうとするものの、進展は見られず、住民組織の機能は維持されなかった。住民や委員会がユーザーフィーの仕組みやメリットを理解できずに受け入れられないだけでなく、地域の有力者や医療従事者が新制度や委員会を濫用するために、制度が機能せず、軋轢が生じ、社会的弱者への医療サービスの供給が悪化していた。

既存の住民組織活動が乏しい地域で保健プロジェクトを実施する場合にも、ドナーの意図する組織を設置するのではなく、まずは現地社会の構造を理解

し、その基盤をもとに、住民側のメリット、つまり「うまみ」の理解を得た上で、最も現地に馴染む住民組織の組織化に努めることが重要となっていた。

また、どれほどドナーが、現地の意向を汲んで、現地住民側主導で組織化を行ったつもりでも、住民にとってはドナーの現地社会への介入に他ならず、援助を得るためにドナーの期待に応えた結果である可能性が高いことを認識する必要がある。つまり、住民にとってドナーはあくまでも限られた期間のみ関与する外部者であり、魅力的な経済的利益を提供する贈与者であることは、変えることの出来ない事実である。また何らかの意図を有する主体「介入者」とそれを事後的に受け入れることを期待されている主体「受益者」という関係や立場の違いが住民や住民組織の行動や意思決定に大きな影響をもたらしている事実である。これが住民の意向の反映や、継続性を妨げる可能性があることに配慮する必要がある。そのためにも、住民組織組織化の際には、ドナーと住民のコミュニケーションの仕組み、住民代表の住民意思代表性を確保する仕組みの工夫が重要であり、また、住民がドナーを「利用する」姿勢を醸成する「エンパワーメント」が、社会開発にとって重要であると考ええる。

- 注(1) 本章では外部介入者として、援助実施主体を示す言葉として「ドナー」を用いた。本稿の本章ではドナーとして、さまざまな主体、他国政府援助機関・NGO・国際機関・政府保健省が含まれる。
- (2) この事例は、フィリピンターラック州で主に行われている国際協力事業団(JICA)の家族計画母子保健プロジェクトの協力を得て情報を得た。JICAは現地NGOによる集落薬局プログラムへの支援を通じて、医薬品供給改善および医薬品に関する人材を養成していた。
- (3) フィリピンにおける末端の行政単位で人口2000人程度とされている。
- (4) イエメン政府は、保健財源の確保と医療サービスの質の向上を目指して、ドナー委員会の提案を受けて、2000年にコストシェアリング政策として、初診料と医薬品料を導入する予定であった。そして、その政策施行に関するアイデアを得るために、ドナーが各自の対象地域ですでに導入していたコストシェアリ

ングの実態を理解することが重要であった。

### <文献リスト>

#### <日本語文献>

- 稲岡恵美 2000. 「地域レベルでの保険医療費利用者負担制度の実施に関する考察——イエメンにおける援助機関のプロジェクト事例から——」(『国際開発研究』9(1):41-54).
- 内田康雄 2001. 「発展途上国のヘルスケアと資源配分」(佐藤 誠編『社会開発論——南北共生のパラダイム』有信堂高文社).
- 厚生省 1994. 『地域保健システムの財政管理に関する研究分担研究報告書(平成6年度国際協力委託研究)』.
- 佐藤 寛 1999. 「開発援助をめぐる『ドナーの戦略』と『村人の戦略』」(『現代の中東』27).
- 鈴木康裕 1993. 『途上国の医療サービスにおける利用料徴収の是非』(途上国医療経済分析論文集)厚生省国際協力委託研究.
- 田中政宏 1997. 「フィリピン農村における薬剤回転資金にもとづく協同薬局の運営」(『日本公衆衛生雑誌』44:713-723).

#### <外国語文献>

- Center for Development Service. 1998. "The UNICEF Area-Based Program in Abyan and Ibb Governorates." Unpublished.
- Department of Health, Philippines. N.d. "Reference manual on Botica ng Barangay."
- Gilson, L. 1997. "The Lessons of User Fee Experiences in Africa." *Health Policy and Planning* 12(4): 273-85.
- Marina de Regt. 1998. "Community Participation and Cost-sharing." Unpublished.
- McPake, B, K. Hanson, and A. Mills. 1993. "Community Financing of Health Care in Africa: An Evaluation of the Bamako Initiative." *Social Science and Medicine* 36: 1383-95.
- Meesen, Bruno. 1998. "Introduction of Cost Recovery in Aden Primary Health Care Facilities, Medecins Sans Frontieres." Unpublished.
- MSH. 1996. *Managing Drug Supply*. Boston Management Sciences for Health.
- Shaw, R.P., and C.C. Griffin. 1995. "Financing Health Care in Sub-Saharan Africa through User Fees and Insurance." In *Directions in Development*, by World

Bank. Washington D.C.

SMBK. N.d. "Botica Binhi Implementation Manual."

Tenambergen, Ernst D. 1998. "District Health System: Its Nationale, Components, Functions, and Implementation Strategy, GTZ." Unpublished.

World Bank. 1993. *World Development Report 1993, Investing in Health*. New York: Oxford University Press.