

第7章

母子保健・人口計画プロジェクトと現地行政

佐藤 寛

第1節 母子保健・人口計画プロジェクト流行の背景

母子保健，人口・家族計画プロジェクトは現在JICAでもNGOでも，「社会開発」型のプロジェクトの中心として案件数が増加する傾向がみられる。これは，1995年の国連社会開発サミット以降の援助動向と，94年に日米両国の間に合意された「グローバル・イシュー・イニシアチブ（GIIと略称される）」で日本が人口，エイズ問題のための援助を強化するとコミットしたことも追い風となっている。GIIの対象となるのは人口・家族計画に直接関連するプロジェクトの他に，間接的な関連をもつプロジェクトとして基礎保健，初等教育，女性を対象とした教育・職業訓練など，そしてエイズ予防関連のプロジェクトである。（中村安秀他『開発途上国の母子保健』厚生省「開発途上国における母子保健に関する研究班」最終報告書，1996年3月，47ページ他）

また，一般的な「援助疲れ」がみられはじめるなかで，特に母子保健プロジェクトは「社会的弱者」である女性，子供を直接的な対象とするという点で，納税者，寄付者の理解と賛同を得られやすいということも案件数増加の背景となっていよう⁽¹⁾。

こうした母子保健・家族計画プロジェクトでは，単に二次・三次医療施設

(首都や地方中核都市の総合病院)を建設したりそこでの機材を調達・整備するのみならず、いわゆる「草の根」レベルに活動範囲を広げ、妊産婦、乳幼児に対して直接的にはたらきかけるアプローチが成功の鍵となる。この場合、対象となる妊産婦はすべての村々にいるのであるからプロジェクトが単独でこれらの対象人口すべてにアプローチすることは不可能である。したがって既存の保健行政(国によっては母子保健、家族計画用の専門機関)のネットワークをいかに活用して対象集団にアプローチするか、行政との連携・調整をいかにとるかがプロジェクト活動の課題となる⁽²⁾。

しかしながら、多くの途上国では保健行政は政府内部の他の部署に比べて発言権、予算配分などで十分な力を擁していない場合が多く、援助プロジェクトが期待するようなパフォーマンスを示してくれない場合がほとんどである。それでもなおプロジェクトが人々にリーチしようとするならば、現地行政を補完するようななんらかの媒介者を必要とする。母子保健プロジェクトではこの媒介者として村落レベルの「ヘルス・ボランティア」と呼ばれるような人々の活用を試みることが多い。本章では現地行政の末端とこれらヘルスボランティアとの関係も視野に入れて、母子保健・家族計画について事例に基づいた考察を行いたい。

第2節 エジプト——援助の意図と現地行政のギャップ——

初めに検討するのは、行政の末端レベルの問題というよりも、援助供与側と受入国政府の意向にギャップがある場合、どのようなことが現場レベルで発生するかという事例である。

ナイル川の上流の上エジプト地方(スーダン近く)は、ナイル川の両岸での農業を基本とする農村地域であり、エジプトのなかでも最も開発が遅れており、乳幼児死亡率などの社会指標も低い地域である。この上エジプトのN地区で国際協力事業団(JICA)は家族計画プロジェクトをプロジェクト方

式技術協力（プロ技）で実施した（実施期間1990年～94年）。

日本側は、このプロジェクトをエジプトの国家的な人口家族計画推進のためのパイロット・プロジェクトと位置づけ、N地区での実験的な介入の成果を踏まえて将来的にはエジプト全土に適用可能な家族計画のアプローチを見出したいという意向であった。こうした日本側の意図を考慮すれば、本来このプロジェクトは、全国に末端行政のアウトリーチをもっている保健省家族計画局をカウンターパートとすべきであったと思われる。しかし、実際のカウンターパートは国家人口審議会（当時。後に1993年のカイロの人口会議に合わせて「人口家族福祉省」に昇格する）であった。ところが、国家人口審議会は家族計画に関する国家的な政策文書を作成することが主たる業務であり、国内末端での人口計画実施手段をまったくもっていなかった。したがって日本人専門家が派遣されても、厳密には技術移転の対象者は同組織内には存在しないのである。

しかし、パイロット地区での活動は実施しなければならない。そこで人口審議会はプロジェクト地であるN地区の国営工場の附属診療所を、現地レベルでのカウンターパートとして指名し、ここを活動の拠点として利用するようJICAに求めた。JICAの専門家はその国営工場の診療所を借りてここをベースにしてN地区の母子保健・家族計画活動を行ったのである。国営工場が現場レベルカウンターパートとして選ばれたのは、人口審議会の委員長と国営工場長の個人的な友人関係によるものと言われており、組織的な関連が両者の間にあるわけではない。したがってこのカウンターパート選びには当初からかなりの程度の忖度性が内在していたと言えよう（お断りしておくが、ここでの筆者の意図はこのプロセスを批判・非難することにはない。実際のプロジェクト現場においては他の国、地域でもこのような形態でのプロジェクト地選び、カウンターパート選びのプロセスはかなり普遍的に見い出せ、けっしてエジプトだけの特殊事情ではない。大切なことは、こうしたプロセスを個々のプロジェクトの「内部秘密」としてしまいこんでしまうのではなく、公開し情報を共有することで同種の問題の再発を防ぐための事例研究の素材とすることである）。

N地区がこうしてパイロット地区に選ばれたとしても、潜在的なニーズとしてはこの地域に母子保健の必要性は高く、この地区をパイロット地区に選定することはけっして的外れではなかったと考えられる（ただし後述するように「家族計画」の社会的ニーズが存在していたかどうかは疑わしい）。しかし母子保健・家族計画活動を国営工場のクリニックをベースにして行うことには当初からかなり無理があった。なぜならそのクリニックは本来工場従業員の福利施設として存在しているのであり、地域全体の保健・衛生状況にはなんらの責任も負っていないからである。ましてや家族計画を行うための組織ではなく、このための技術・知識をもった医療従事者は初めから存在していなかったのである。

国営工場をカウンターパートにしたことで派生するもうひとつの問題点は、実際に同地域周辺で母子保健・家族計画を行っている保健省の末端サービス供給施設（アウトレット）と同プロジェクトとの間にほとんどなんの連絡ももてなくなってしまったことである。これは現地側の母子保健行政を無視したプロジェクト・デザインの当然の帰結である（再び強調しておきたいが、ここでの筆者の論点は本プロジェクトの批判にあるのではない。このような現地既存行政を無視した、プロジェクト専用機関の設立は多くの援助プロジェクトでみられる半ば普遍的な現象である。ここではこうしたプロジェクト・デザインがどのような問題を起こし得るかの事例として本プロジェクトを取り上げているにすぎない）。

このプロジェクトの目的は実際の治療・検診と同時に家族計画・母子保健に関する知識の普及・啓蒙にあった。このためプロジェクトでは医師、保健婦の他にIEC（情報、教育、コミュニケーション）の専門家を現地に配置していかに知識を人々に受け入れられやすい形で提示するかについて模索した。機材面では巡回母子保健検診用に超音波検診等ができる検診車を2台供与し、これを用いて周辺の農村に活動を展開した。巡回検診では超音波検診機で胎児の性別を見ることができなどの物珍しさもあって人が集まることもあり、この場を利用して知識普及用のビデオ（カイロに派遣されたAVの専門

家などが作成)の上映なども行った。

上述のような理由で保健省の行政システムに対する技術移転は行えないため、国営工場附属クリニックのスタッフが半ばボランティアにプロジェクトにつき合うことで、一定の技術移転は行われた。しかし、この地域での家族計画についてはどのような成果が上がったかは疑問である。

上エジプト地域は伝統的な部族主義が根強い地域であり、部族の勢力(政治力・発言力)は人口、それも成人男子の人口規模によって決まる。同時にまだまだ衛生水準が低く、乳幼児死亡率はエジプト内でも相対的に高い。加えて、イスラム原理主義的な勢力が反政府的な活動を展開することも多く、政府の規制・命令は必ずしも浸透していない。このような社会・文化的風土のところでは家族計画の考え方は、基本的に受け入れられにくいことは明らかである。こうした認識の下にプロジェクトでも村レベルでは「家族計画」という言葉を使うことは慎重に回避されたという。

プロジェクト活動の柱のひとつである検診車の巡回の主たる目的は、本来「家族計画の知識普及」にあったはずだが、人々が巡回車に近寄ってくる目的は一般的な衛生知識の普及と、いわゆる不妊相談、特に「男の子を生みたいが、それにはどうすればいいのか」という相談であった。これはN地区の社会・文化的状況に照らせば当然の結果であった。こうしたプロジェクト環境のなかに放り込まれる専門家は、通常プロジェクト・デザイン作成時には関与しておらず、現地に赴任して初めてこうした背景を理解し、苦勞することになる。こうしたことも本プロジェクトだけに特殊な状況ではなく、専門家が赴任してから自らの専門性を当該社会の固有な状況のなかでどのように生かせるか、どのような活動ができるかについての見通しを得るまでには半年、1年がかかるということは他国、他地域でのプロジェクトでもけっして珍しいことではない。

本プロジェクトで象徴的に両者の意図の食い違いを示しているのは、プロジェクト名称であった。日本側のプロジェクト名称は「エジプト家族計画プロジェクト」であるのに対して、エジプト政府内でのプロジェクト名称は

「N地区家族計画パイロットプロジェクト」である。日本の意図は、本プロジェクトをエジプトにおける母子保健・家族計画のモデルケースとすることであったが、これは現実的には不可能である。なぜなら保健省がカウンターパートでなかったために、保健省はこのプロジェクトを認めておらず、仮にプロジェクトが成功したとしても、おそらくこれをモデルケースとしては採用しないだろうからである。エジプト側の名称が示しているのは、エジプト政府内部では、N地域での局部的・例外的なプロジェクトとしてのみ認識され、それゆえに保健省も黙認したのであるということである。

こうしたプロジェクトでは確かに「カウンターパートの積極的な支援が得られない」「関連政府機関の協力が得られない」という問題が発生するが、その原因は現地行政の「無能力」「非効率」の故というよりも、プロジェクト・デザインそのものに帰すべきであろう。

この例にみられるような日本側の意図と現地側の意図の齟齬、それに伴うプロジェクト・デザインと現地行政とのすれ違いは、本来事前調査なりプロジェクト・デザインの段階で明確に認識され修正されるべきである。もちろん本プロジェクトに関して言えば、背景にカイロ人口会議の開催を控えて国内でもなんらかの家族計画・人口プロジェクトがどうしても必要であったエジプト側の事情、それに応えようとした日本側の外交的判断といった要因も絡んでいたであろうから、このプロジェクトの成立過程それ自体を後知恵的に批判してもたいした意味はない。しかし、一般論として現地行政の状況に照らして「無理がある」プロジェクトは成果をあげにくいということは、事例からの教訓として蓄積される必要があるし、今後他の国、他のプロジェクトで類似の状況が発生したときの判断基準としてのこの事例は活用されるべきであると考えられるのである。

第3節 保健行政階層図と保健行政の現実

母子保健に限らず、プライマリー・ヘルスケア（PHC）、結核対策など草の根レベルでの活動が必要になるプロジェクトの報告書などでは、必ず当該国の中央政府から人々の生活に近いレベルまでの保健行政システムの連関を示した保健行政階層図が掲載されている。

ただし、このような階層図は理想的なものあるいは「タテマエ」であり、実際にはこのとおりに機能しているという保証はない。末端の保健所などは場合によっては建物さえ存在していない場合もあるし、建物があってもスタッフが任命されていない場合もある。さらに、任命されていても、実際に赴任しない（特に医者などが地方の僻地に任命された場合）ということも少なくない。しかし、いずれにせよわれわれが援助プロジェクトを考える場合には、この階層図を出発点としなければならない。

このような階層図は、上から見ていく場合には、どのようにして政府の保健政策が末端まで浸透していくかの命令系統図であり、医薬・人材の供給システム図として見ることができる。一方、下から見ていく場合は、人々（母子保健であれば出産可能年齢の女性）の日常的な居住空間としての集落から、どのようにして最末端の保健サービスアウトレット（一次医療施設）にアクセスし、そこで処理できない問題がある場合にはどのようにして上位のより専門的な医療サービス（二次医療施設/郡病院など）に転送（リファー）され、さらにそこでも処置できない場合にはどのようにして高度な医療サービス（三次医療施設/首都の専門病院・大学病院など）を受けられるのか、の一連の流れ（リファラル・システム）の図として見ることができる。

この保健行政階層図の二面性はしばしば見過ごされているが、命令系統図としての機能の仕方と、リファラルシステム図としての機能の仕方は、同じ一つの保健行政システムでもまったく異なっていることがある。例えば上下達機能は十分に果たせるとしても（強権的中央政府が国民を末端までコン

トロールしている場合)、下からのリファラル・システムはほとんど機能していないことはままたある。

一方、当然のことながら同じような階層をもつ保健行政制度があっても、その機能の仕方は国によって大きく異なる。単なる機構図、階層図をもってわれわれは対象国の保健行政システムを理解したと考えるてはならない。「制度」に加えて「機能の仕方」があって初めて「現地行政」の現実が成り立っているのである。特に、最末端の一次医療施設（ヘルスポストとかヘルスセンターと呼ばれることが多い）と村人の関係は、図のなかに現れないさまざまな社会・文化状況に規定されているため、国ごと、さらには地域ごとに多様なバリエーションを見せる。母子保健プロジェクトやPHCプロジェクトは、この医療行政の最末端と人々とのつながりの実態を無視しては成り立たないと言っても過言ではない。

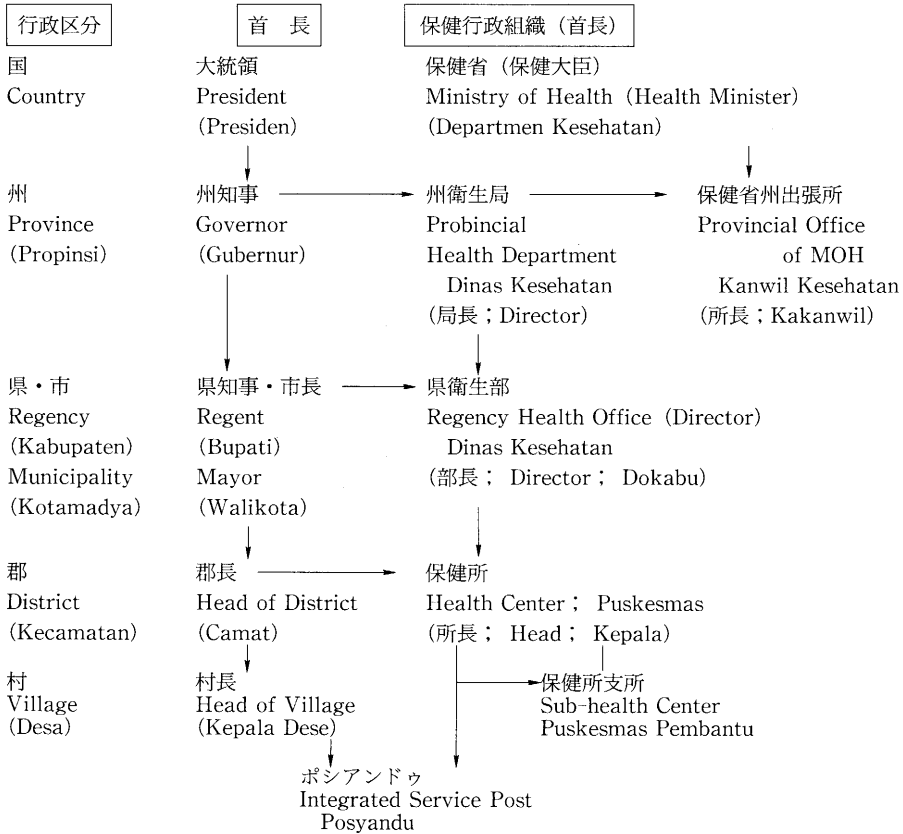
人々と保健行政を接合する部分の末端行政の機能の仕方を決める諸要因を、われわれは社会の固有要因と呼んでいるが（佐藤寛編『援助と社会の固有要因』1995年、アジア経済研究所）、それには人々と行政の間のこれまでの関係史、人々の行政観、行政の側からの庶民観（無知、無教養な者であり、信頼できないと見下している場合も多い）などが含まれる。

以下ではインドネシアとパキスタンにおける母子保健プロジェクトとその周辺状況を比較しながら、援助プロジェクトを媒介とした末端行政と人々との関係について考えてみよう。

第4節 インドネシア——現地行政とコミュニティーの連携：ポシ アンドゥー活動——

インドネシアにおいては、ジャワ、スマトラ島といった先進地域では保健行政は末端まで組織図どおりに比較的整備されている。もちろん、人材、薬剤の不足などはあるが、一応の行政的インフラは整備されていると考えてよい。同時に、政府の指導の下に結成されている住民組織を活用した行政サー

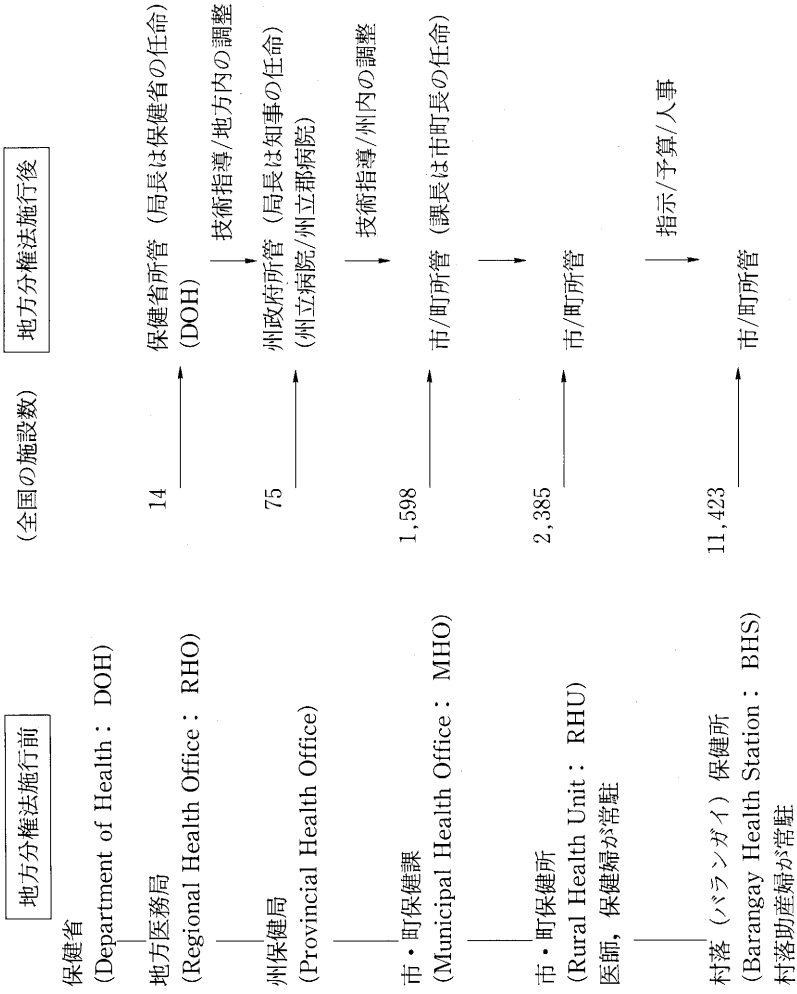
図1 インドネシアの保健行政階層図



ビスの受け皿づくりもかなり進んでおり、この意味で末端行政と人々の間の接合は、かなり円滑に行われる仕組みができあがっている。

保健行政のほうでは、各州に衛生局があり、これが州内各県の衛生部を統括する。この県の下に郡(クチャマタン)があり、このレベルに対応して保健所(ヘルスセンター/プスクスマス)が設置されている。基本的にはこれが末端行政組織であり、このプスクスマスには複数の医師と保健婦、助産婦、検査技師などの医療従事者がおり、診察、出産機能がある(時には、この下にやや規模の小さなサブヘルス・センターがある場合もある)。

図2 フィリピン医療行政階層図



他の途上国の末端保健サービス施設に比べると数村の集合体である郡に一つ（サブセンターがある場合でも数カ村に一つ）しか保健所がないのは、比較的大きな単位までしかサービスが届かない仕組みであるように思える。フィリピンのように医師がいなくとも、バランガイ保健所（村落レベル）に助産婦が1名でもいるほうが、よりきめ細かなサービス供与が可能なようにも思われる。しかし、インドネシア（ここで考察しているのは必ずしもインドネシア全土ではなくジャワ島を中心とする比較的進んだ地域である）では、この保健行政を補うものとして住民組織が重要な働きをしている。

この住民組織はコミュニティー内の互助的な機能を強調し、同時に政府の指令を末端まで迅速に浸透させるための隣組的な機能ももち合わせている。最小単位はエルテー（RT）と呼ばれ、一つないしはいくつかの通りの両側に位置する家庭を単位とする。RTがいくつか集まってルクン・ワルガ（RW）を構成し、それがいくつか集まって一つの村（デサ）になる。このうちで最も重要な機能をもつものはRTである。RTは自分たちの通りの夜警の責任をもったり、女性の頼母子講（アリサン）の単位となったりしている。RTの長はババRTと呼ばれるが、その妻（イブRT）が自動的にこの単位の女性のとりまとめ役となる。母子保健との関連ではこのRTの女性グループが半官製のPKK（ペーカーカー/女性家庭福祉活動）運動にかなり活発に巻き込まれている点が重要である。特にジャワ島ではPKK運動が浸透しており、それぞれのRTの単位となる道路の入り口にゲートが設置され、そこにPKK運動の10の目標が明記されている光景は珍しいものではない。この単位が政府のさまざまな保健・衛生活動に呼応した活動を行うことによって、保健の末端行政と人々とを接合する機能を担っている。

PKKと部分的に重なりながら、特に母子保健に密接にかかわっている「住民運動」がポシアンドゥである。これは地域の女性のなかから数人が「カデル」として選ばれ（彼女らは一種のボランティアとみなされている）、彼女らが保健行政の末端と村のなかの妊産婦とを結びつける働きをするものである。特に重要なのは、月に1回保健所から巡回検診が来るときに、妊産婦

を召集し、検診の手伝い、記録などを行う活動である。主にこの場を指して「ポシアンドゥ」と呼ばれている。

末端行政と人々との接合が貧弱な他の途上国では、仮に末端行政が村に検診を訪れても、対象となる妊産婦や乳幼児が集まってこず、結局サービスが草の根レベルに届かないということがままあるが、インドネシアではこの「カデル」の機能によって効率的な定期検診が実施されている。カデルは無償であるという点では確かに「ボランティア」であるが、隣組的な発想のなかではコミュニティのなかで「出来る人の輪番制」という側面もあり、末端行政の一部に組み込まれているとみることもできよう。このポシアンドゥー活動が1985年以来政府の強力な指導の下に行われたことによって、インドネシアの乳児死亡率の減少や予防接種率の向上に大きく寄与したといわれている。なお、月に1度の定期検診はRTの長の家（ルマ・エルター）などで行われることが多く、巡回に訪れる保健所員などに対する茶菓、食事の接待などはイブRTの自弁でまかなわれることがあるようである。この点でポシアンドゥーは、現地行政の施設、予算の不足を住民組織ならびにそのリーダーの善意によって補うシステムであるとも言えよう。

このような現地行政のあり方のなかで、援助プロジェクトとして母子保健活動を行うことは、現地行政が機能していないところでゼロから始めることに比べればそれほど困難ではない。すでにこのような社会的インフラが整っているのであれば、これをより有効に活用する環境づくりを行うことが援助プロジェクトの主たる目的となろう。機材の供与、保健所員の技能向上のための研修などはそうした目的にかなう活動となろう。JICAではインドネシア母子保健に関連するものとしては北スマトラで地域保健、中ジャワ州で母子保健プロジェクトを実施してきた。北スマトラでは既存の保健行政システムからは漏れる伝統的助産婦の訓練、村落レベルのベースライン・サーベイなど現地行政を補う活動を行った。中ジャワ州では、母子手帳や母子愛育会の活動などの日本の経験をインドネシアの脈絡で適合的な形で紹介・導入することが試みられた。実際にインドネシア版母子手帳がいくつかの地域で使

用されているが、この手帳の導入によってポシアンドゥ活動における記録管理が容易になり、母親に対する情報提供量が増加するなどの改善がみられているという。既存の現地行政が人々にリーチするシステムがあるところでは、このような後方支援的な援助が大きな効果をもつという例であろう。

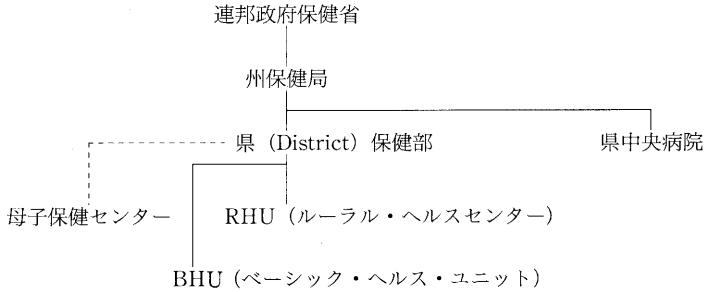
第5節 パキスタン——コミュニティの不在と末端行政への不信——

パキスタンでも他の途上国と同様、PHCのシステムとして州（全国が4州に分かれる）ごとに保健局長がおり、州都に総合病院がある。その下にディストリクト（県）・ホスピタルが地域の中核病院として存在することになっており、さらにその下のテシル（郡）のレベルに末端保健サービスのアウトレットとしてのBHU（ベーシック・ヘルス・ユニット）がある。このBHUは複数の村をカバーすることになっている。

BHUにおいては常駐の医師1名、村を巡回して保健指導などをする女性巡回保健員（レディー・ヘルス・ビジター）1名が核となる医療従事者であり、この他に看護婦、医療技術者、受付兼投薬係各1名、これに門番、掃除婦などが標準的なスタッフ構成である。これらスタッフは、BHU敷地内に独立した家屋をあてがわれている。また、若い医師は地方部のBHUならびにRHC（ルーラル・ヘルス・センター＝BHUよりもやや大きい範囲をカバーし、複数の医師がいる、町の一次医療施設）などでの勤務を義務づけられており、この末端保健行政を支える制度的なインフラは整っている。しかしながら、実際にはBHUに任命されていても、現実には勤務していない医師がかなり多いことは公然の秘密であり、末端レベルにいかにかサービスを供与するかが保健行政の最大の課題として指摘されている。

このような背景の下でベナジール・ブット首相は、世界的な人口、女性問題への関心の高まりを追い風として（同首相は94年のカイロでの「世界人口会議」、95年の北京での「世界女性会議」の双方に出席した）同政権の重点政策と

図3 パキスタンの保健行政階層図



して基礎保健 (PHC) 重視を打ち出し、首相の肝煎りで新たなPHCプロジェクトが立案された。その目玉となっていたのが村レベルでのレディー・ヘルス・ワーカー (LHW) と呼ばれる保健ボランティア (完全な無給ではない) の育成であった。村の女性のなかで高卒程度の学歴のある女性 (該当者がいなければ中卒程度) を1名を選び、数週間のトレーニングを施して最小限の検診キット (体重計, 体温計など) を供与する。LHWは村内での検診活動, 知識普及活動などを行い, 必要な場合にはBHUへ患者をリファーすることが主な活動として期待されている。さらにこのLHWを中心に村の保健委員会 (ヘルスコミティー) を形成することになっている。

このように, 村レベルでのボランティアを用い, コミュニティーにこうした活動を支えさせようとする発想は, インドネシアの例と似ている。しかし, 実際にはその機能の仕方は大きく異なる。なぜなのか。この点について検討してみよう。

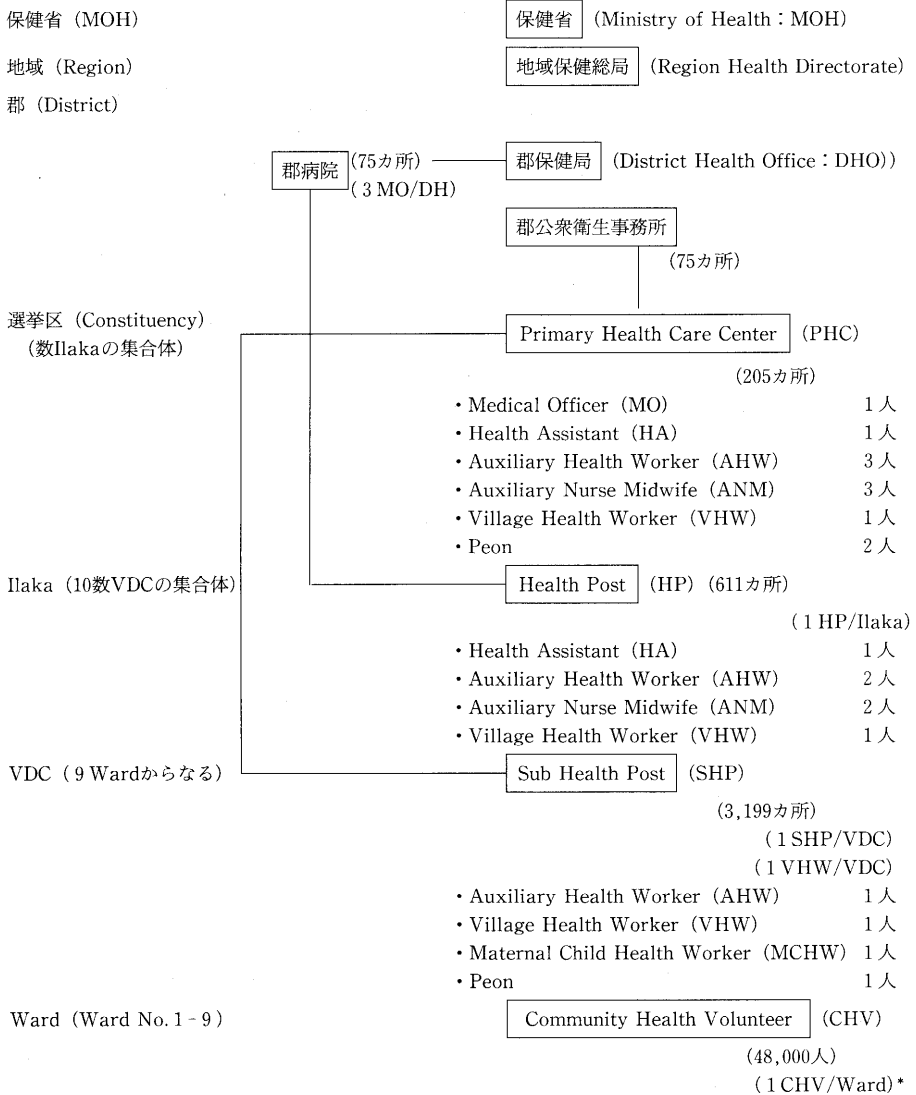
第1に, 行政システム内のモニタリング体制の問題がある。これらLHWの活動はBHUのLHVが監督することになっているが, これまでの行政サービスの計画と同様, 末端レベルでの活動は十分監督できる体制にない。そもそも, LHVの活動はBHUの医師が監督することになっているが, この医師がいない状態ではLHVの活動自体が監視できない。また, 医師がいないためにLHVが実質的にBHUでの診察行為を行っている場合もあり, その場合

には、LHVが村を巡回することは不可能である。このような状態でどのようにLHWを具体的に指導監督するかが問題となっている。これは、行政の能力不足と言っていい部分である。

第2に、コミュニティーとLHWとの関係は必ずしも相互信頼関係で支えられているとは言い切れない。ポシアンドゥーのカデルは、コミュニティー内で互選ないしは自選によって見い出されるのに対し、LHWは地域の政治的有力者がめぼしい女性にあたりをつけたうえで、県保健部長などの面接を受けて決定されることが多いという。このため、コミュニティー内の他の女性はこのプロセスについて知らされておらず、いつのまにかある女性がLHWとなっているということになる。これは、行政とコミュニティーの間の接合の悪さが原因となっているが、この背景には、これまでの末端保健行政のパフォーマンスの悪さ（医師の不在、薬剤の不在など）の結果として人々の間にできあがった行政への不信感の存在も無視できない。この点も、行政の指令に敏感に反応するインドネシアのコミュニティーと異なる部分である。

第3に、コミュニティーの内部構成の問題がある。インドネシアのエルターは、貧富の差が多少あるとしても、ある程度均質なコミュニティーと考えられ、相互扶助的な活動も活発であるのに対して、パキスタンの農村部コミュニティーは、階層によって分断されている。このため、居住空間を共有していたとしても、異なる階層間では通婚はもとより相互扶助といった機能も果たしにくい。こうしたコミュニティーに保健ボランティアがいたとしても、彼女の所属する階層においてはある程度円滑な情報伝達と検診活動などができるかもしれないが、異なる階層に活動が及び得るのか、また異なる階層に属する女性と一緒に巻き込んだ活動を行い得るかが問題となる。村レベルではLHWは自らの活動を支え、モニターする村落保健委員会（VHC）を組織することになっているが、実際にVHCが機能していることは少ない。委員会のメンバーは村の主だった有力者（女性であるとは限らない）である場合が多く、母子保健活動の対象となる女性たちの代表者という位置づけでは

図4 ネパールにおける新保健政策の地域レベル医療組織図



(注) *ただし250世帯を超えると2CHV/Ward。

ない。

さらに、こうした村レベルの活動を全国的に行きわたらせることを視野に入れた場合、上記以外にも問題がある。首相肝煎りのLHWプログラムと並行するように人口福祉省でも、同じく村落レベルでの、ビレッジベースト・ファミリープランニング・ワーカー（VBFP）という制度を導入している。これらワーカー（ごく少額の有給ボランティアである）のリクルート方法、訓練の仕組み、活動内容などはLHWと大同小異である。主な違いはVBFPのほうは一応人口計画に特化した知識・訓練が主体であるのに対して、LHWのほうの訓練の中心はPHCで、そのなかには当然家族計画の知識も含まれるという点である。パキスタン政府の担当者は両活動の重複について「同じ地域では活動しないように住み分けしているので問題ない」と説明するが、このような住み分けは、たまたまLHWが入った村では人口計画は行われず、逆にたまたまVBFPが入った村では基礎的なPHCサービスが受けにくいまま放置されるといった状況になりかねない。また「重複を避ける」とは、この場合地区ごとにどちらかの活動しかやらないということだが、どちらになるのかは、けっして村のニーズによって決まるのではなく、行政の都合あるいは行政間の縄張り争いの結果決まるというのが実状であろう。これは立て割り行政がそれぞれ別個にドナーを見つけてきてプロジェクトを開始してしまった典型的な例である。

多くのドナーが介入するということは、上部行政（首都、州都レベル）では余剰公務員に対するポスト供給という意味はあろうが、村落レベルでこうした活動を行い得る教育水準と、時間的・経済的余裕を有している女性は限られており、将来的にはドナーの異なる複数のプロジェクトが少ない人材の奪い合いをする状況になりかねない。

JICAはこのような状態のなかで、母子保健プロジェクトを開始しようとしているが、活動が人々に直接リーチするためにはどのようなアプローチが可能なのかを十分に考慮しないかぎり、プロジェクト目的が容易に果たされるとは考えにくい。

第6節 「行政と人々の接合状況」と援助プロジェクト

援助プロジェクトの意図と期待どおりに必ずしも機能しない現地行政を前提とするとき、成果を「人々に届けたい」ドナーは、どのような対応をとるべきなのだろうか。

一般論としては、大きく分けて三つの対応の方法がありえよう。一つは行政の強化によって、行政がプロジェクトの期待どおりに機能するようにすることであり、いわゆる組織・制度強化プロジェクトはこれに相当する。

二つ目は行政のバイパスである。具体的にはプロジェクトが自前の機構・人材を投入して行政とは独立に成果を直接人々に届けるものである。この例としてバングラデシュのいくつかの大手NGO (BRAC, ゴノシャスト・ケンドラなど) の保健プロジェクトがあげられよう。これらNGOは政府のPHCシステムを信頼せず、まったく独立したサービス供給システムを擁し、自らの「テリトリー」内の保健行政をほとんどあてにしていない。

三つ目の選択肢は、「行政と人々との接合状況」に応じたプロジェクト・デザインにする、という対応である。上記のパキスタン母子保健プロジェクトにおいて、インドネシアのポシアンドゥーと類似のプロジェクトを単純に移植して行っても、その成果はさほど上がらないであろうことは容易に予測できる。それは、コミュニティの状況が異なることもさることながら、行政と人々との接合状況がまったく違っているからである。ここで言う「行政と人々との接合状況」とは、行政が人々にサービスを供給する能力の強弱、人々の行政に対する信頼感の有無などの総体としてとらえられるが、行政の能力不足、人々の行政に対する不信などの結果、現地行政だけでは援助プロジェクトの成果が対象とする人々に届きにくいと考えられるのが、上記パキスタンの母子保健プロジェクトである。

では、このパキスタン・プロジェクトの場合、どのようなプロジェクト・

デザインが考えられるであろうか。第1の「組織・制度強化」は、現実的な選択肢ではない。なぜなら、本プロジェクトのカウンターパートは、カイデ・アザム大学の教育病院、研究施設としての「パキスタン医科学研究所(PIMS)」であり、保健行政を計画調整する連邦保健省、実際の保健行政を担当する各州保健局とは協力関係があるにせよ、保健行政の強化にかかわる発言力・影響力はもち合わせていないからである。

第2の「行政のバイパス」はどうだろうか。プロジェクトが自前のヘルス・ワーカーを育成し農村女性に直接母子保健、周産期医療に関する知識普及が仮にできたとしても、プロジェクトの介入期間は5年間(第2フェーズがあったとしても計10年間)にすぎず、この期間が終わってヘルスワーカーに対する給与支払、技術的支援をする者がいなくなればもとの黙阿弥になりかねない(つまり、社会的な持続可能性が低い)。一方、バングラデシュとは異なり、パキスタンには独自のサービス供与網をもった大きなNGOは存在しない。また仮に存在したとしても日本のODAの方針として、行政と独立のNGOを支援することは困難である。

では、第3の「行政と人々の接合状況」に配慮したプロジェクトとはどのようなものとなるだろう。現地行政がプロジェクトの成果を人々に届ける能力が弱いと考えられるとき、なんらかの補完的・代替的な媒介者を活用しようとすることは自然である。これが、ODAプロジェクトにおいて保健ボランティアの活用あるいはNGOとの協調が求められる背景である。しかしパキスタンにおいては、コミュニティー内からボランティアを発掘し、これにトレーニングを施して行政サービスの媒介者とするアプローチは、少なくとも官製のものであるかぎりあまり効果的でないことが経験上明らかになっている。その理由は行政の末端がこれらボランティアを活用する力をもっていないことにある。では、NGOの活用はどうだろうか。

パキスタンにおけるNGOを語る場合に避けて通れないのが「アガハーン」プロジェクトである。イスラム教イスマイリー派のイマーム(聖俗両面における最高権威)であるアガハーンを頂点とする教団組織に基盤を置く同NGO

は北部パキスタンでのコミュニティー開発にユニークな実績をあげている。このNGOの活動手法は、まず社会組織員（コミュニティー・オーガナイザー）をコミュニティーに送り込み、村人の集会などをとおして住民組織（ソーシャル・オーガニゼーション）の結成を促し、この組織をとおして貯蓄活動を行うとともに村のニーズを明らかにし（水、衛生、道路、学校、保健所など）、対応できるニーズについてはNGOが技術的支援（時に経済的支援）を行い、村落開発を住民の意思を尊重しつつ行おうというものである。

このNGOの成功にヒントを得て、パキスタン政府は同様のアプローチを全国に適応すべく「アガハーン」の宗教的背景を除き、その手法のみを積極的に採用した官製NGO（NRSP=全国農村開発支援プログラム）を設立し、また類似のNGOも各地に誕生して（例えば北西辺境州のSRSC=北西辺境州農村開発支援社）活動を活性化させている。これらNGOの共通点は、「政府行政サービスが人々に届きにくい」という弱点を補うべく、村落レベルの組織化と、ニーズの意識化（自覚化）といった「社会的側面」を担い、これらニーズを政府の実施担当部局につないで開発介入の「技術的側面」については主に行政に任せるというアプローチをとっている点にある。これらNGOが実際にどれほど機能できるかは別として、こうしたアプローチのNGOが誕生したのは、現地行政と人々の接合状況がきわめて悪いというパキスタンの固有の状況を背景としていることはまちがいない。

したがってパキスタンにおいて行政と人々の「橋渡し」を使命とするNGOが発生したことは、当然とも言えよう。このことは、援助プロジェクトのあり方にも大きな示唆を与える。行政と受益者たる人々との関係の調整役として、外国ドナーの介入効果を発揮することは可能であり、また望まれていることではないだろうか。

本章執筆時点（1996年）でJICAの母子保健プロジェクトは開始したばかりであり、具体的な介入のあり方については固まっていないが、実際にどのようなプロジェクトになっていくにせよ、このプロジェクトが母子保健に関する活動を人々に直接働きかけるという目標を掲げるのであれば、プロジェク

ト（外国人である専門家）が直接介入するのではなく、NGOがなんらかの形で「住民組織」化をすでに行っている場に、行政を支援する形でのプロジェクト活動を投入していくことが最も効率的なプロジェクト・デザインとなろう（例えば、NGOが組織した住民組織の月例会合の場に、プロジェクトが保健行政の末端ワーカーを連れて訪れ、そこで妊産婦検診と栄養教育を行うといったことが考えられる）。これは現地行政と人々の接合状況に応じたプロジェクト・デザインでもある。そして、住民組織、NGO、現地行政の三者の調整と技術的な側面支援を行うことは外部ドナーにこそ可能な役割であろう。

もとより、具体的なプロジェクト活動のなかで、どのような種類の専門家が、どのような活動・介入を、誰に対して行うのかといった詳細なデザインを作り上げることは容易な作業ではないし、諸処の理由（政治的駆け引き、政権の交代など）によってこのようなプロジェクト・デザインを採用できないこともありえよう。しかし、いずれにせよ単に現地行政の不効率・無能力を責めるのではなく、現地行政のあり方を規定している社会的な固有要因を理解したうえで「現地行政と人々の接合状況」に応じたプロジェクト・デザインを試みるという姿勢は、母子保健プロジェクトに限らず人々の日常生活に密接な関連をもつ「社会開発」的プロジェクトにおいては特に重要なのではないだろうか。

注(1) ただし本来、母子保健と人口・家族計画、さらにエイズ対策は異なるアプローチと戦略を必要とする別個の開発課題であり、相互に関連するところがあるからといって安易に一つのプロジェクトのなかに混在させることは、プロジェクト目標を曖昧にさせ、プロジェクトの活動内容間に整合性がとれなくなるおそれもある点には注意が必要である。日本でこうした複合型プロジェクトが多いのは、途上国側のニーズ（人口家族計画）と日本側の専門家派遣の調達可能性（母子保健）との妥協の産物として「母子保健・家族計画」プロジェクトができあがる、という点も指摘される。

(2) このことは母子保健・家族計画ばかりでなく、公衆衛生（プライマリー・ヘルスケア）、結核対策など他の保健医療分野でも同様である。

＜参考文献＞

- 中村安秀他『開発途上国の母子保健——厚生省開発途上国における母子保健に関する研究班最終報告書』1996年3月。
- 中村安秀「インドネシアのプライマリー・ヘルス・ケア（第一報～第三報）」（『小児保健研究』1991年，第一，第三，第四号）。
- 岡本 暁「女性の力を浮き彫りに」（『国際協力プラザ』1995年9月号）。
- 渡辺洋子，尾崎敬子「インドネシアで歩き始めたピンクの母子手帳」（『国際協力』1996年7月号）。
- 国際協力事業団『インドネシア国人口家族計画基礎調査報告書』1989年12月。
- 同『インドネシア家族計画・母子保健プロジェクト巡回指導調査団報告書』1991年11月。
- 同『インドネシア共和国 家族計画・母子保健プロジェクト終了時評価報告書』1994年8月。

【セミナー，ヒアリング等】

援助プロジェクトを研究対象として考察しようとする場合，論文，冊子の形で文書化されているものだけを拠り所にするには主に二つの点で困難がある。第1にそこに盛られる情報は，現在動いているプロジェクトの状況からかなりのタイムラグをもって文書化される（かつ，多くの場合公表されるまでにさらに時間を要する）という点。今一つは，特に公的報告書ではさまざまな組織的配慮が働いて記述が曖昧になりがちであるという点である。こうした限界を補うため，援助研究においてはプロジェクト当事者からのヒアリング，ならびに関係者による報告発表会などになるべく多く接し補完的な情報を得ること，またできるならば現場を一度でも訪問し「土地感」を得ること，が立体的なプロジェクト像を描くために重要だと考えられる。以下に，本章執筆にあたって参考にしたこれら一次情報の入手源を記す。ただし，本章での記述の責任はすべて筆者にあり，プロジェクトに対する筆者の判断・記述の誤り等はこれらリソースパーソンの責に帰されるものではない。

【インドネシアのプロジェクトに関して】

- ・『第14回：発展途上国の栄養問題を考えるセミナー』（発表・岡本暁「インドネシアの母子保健活動」1996年6月23日，於・国立国際医療センター）。
- ・現地調査 筆者によるヒアリング・渡辺洋子，尾崎敬子専門家，1996年8月8日，於・スマラン

【パキスタンのプロジェクトに関して】

- ・『第22回：開発援助と人類学勉強会』（発表・仲佐保「パキスタン母子保健プロジェクト」1996年1月25日，2月2日，2月9日，於・アジア経済研究所）。

【エジプトのプロジェクトに関して】

- ・現地調査 筆者によるヒアリング・吉武克宏専門家，1993年12月15日，於・カイロ。
- ・『第26回：開発援助と人類学勉強会』（発表・横関裕見子「エジプト家族計画・母子保健プロジェクト」1996年5月16日，於・アジア経済研究所）。