

〈特集：国際保健協力の充実化に向けて〉

現場から見た国際保健医療協力の現状と課題

綿 引 信 義

(元国際協力事業団派遣専門家)

Present situation and problems of international cooperation in health based on the field experiences in some projects

Nobuyoshi WATAHIKI
(Ex-JICA expert)

N. WATAHIKI *Present situation and problems of international cooperation in health based on the field experiences in some projects* Bull. Inst. Public Health, 40(4), 468-471, 1991

1. はじめに

政府開発援助(ODA)の量は、日本が1954年にコロンプランに参加して以来、拡大され、経済開発機構(OECD)の下部組織である開発援助委員会(DAC)メンバーの中で1989年実績で第1位となった。これに伴い、開発途上国からの日本へ対する開発援助の期待は、ますます高まってきているといえよう。このような状況下において、保健医療・人口家族計画の分野における開発途上国に対する国際協力の現状と課題を考えることは、意義深いことであると思われる。

私は、1983年から2年間、公衆衛生分野の青年海外協力隊員としてザンビア共和国キトウエ市役所の健康教育課に配属された。そこで、小学校の児童、職場の人々への健康教育及び保健情報の提供のための広報事業などに参加した。その後、国際協力事業団(JICA)が実施している技術協力の一形態であるプロジェクト方式技術協力のネパール王国における家族計画/母子保健プロジェクトに1986年4月から4年半の間、公衆衛生分野の専門家として携わった。

以上の国際保健医療協りに携わった経験を踏まえて、現地の立場から見た保健医療・人口家族計画のプロジェクト方式技術協力の現状と問題点及び今後の課題について述べてみたい。

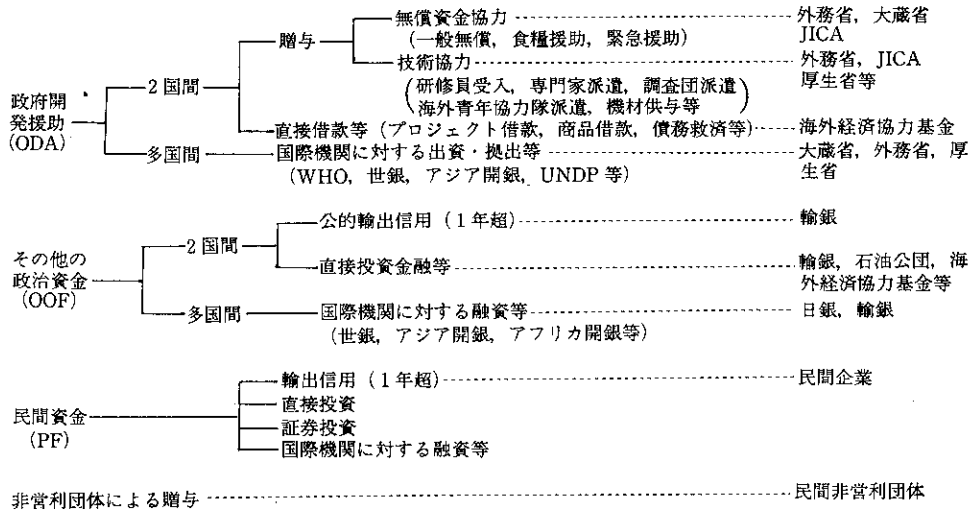
2. プロジェクト方式技術協力の実施上の問題点

1) プロジェクトの初期段階について

最初に、技術協力について説明したい。図1は、国際協力の経済的側面から見たものである。技術協力の形態は、①研修員の受入れ事業②専門家派遣事業③機材供与事業④プロジェクト方式技術協力⑤開発調査事業⑥青年海外協力隊派遣事業等からなっている。この事業の中で、プロジェクト方式技術協力は、基本的形態として①②③のパッケージから成立っている。

実際に、派遣専門家がプロジェクトに関わるのは、通常、協力実施計画の段階からである。つまり、プロジェクトの案件発掘からそのプロジェクトを実施するかどうかの評価・判断の段階までは、相手国政府、外務省、国際協力事業団及び調査団に関わった人々によって決定されるので、ここまでの段階については、派遣専門家は直接関わらないので触れないでおく。

プロジェクト活動の実施計画は、M/P (Master Plan) に基づいて作成される。プロジェクトの実施計画を作るときは、相手国の社会、経済、文化的側面及び保健医療面の実情を十分に把握した上で作成されているものと思われるが、実際には、現状に沿わない場合も見受けられる。この原因として、相手国の協力機関(保健医療分野においては、通常、保健省)の政策決定者及び実務者が、プロジェクトの行われる地域(プ



国民衛生の動向, 1990年より

図1 国際協力の経済的側面

プロジェクトサイト)の現状をよく把握していないと考えられる点があげられる。また、わが国の調査団も、数回の派遣によって、プロジェクトサイトを含めた相手国の実情を十分に把握することは困難なことであると思われる。

Basic Human Needsに基づき、地域保健あるいは母子保健サービスと統合した形で行われる人口家族計画のようなプロジェクトにおいては、実施計画を作成する前にそのプロジェクトサイトを含む地域で保健指標、社会経済あるいは文化(医療人類学的視点も含めて)に関わる情報を把握しておく必要があると思われる。しかしながら、現状では、実施計画を作成する段階において、国レベルの社会経済、保健医療関連の情報は入手可能であるが、プロジェクトサイトがある地域あるいは県レベルの社会経済、保健医療に関する情報は、ほとんど入手できないのが実態である。この点が改善され、実施計画が上述したような情報に基づいて作成されるようになれば、専門家が現地に派遣されたときに、比較的スムーズに実施計画を実行に移せるようになると思われる。

プロジェクトを立上げる段階は、重要であり、また時間と労力を最も必要とする時期である。しかしながら、プロジェクト方式技術協力の協力期間(通常5年間)の短さと運営効率を考えると、現状よりも出来る

だけ短縮していくほうが良いのではないかとと思われる。この点に関連して、討議議事録(R/D: Record of Discussion)を相手国と締結した後、可能な限り早期に専門家チームを現地へ派遣することにより、プロジェクトの立上げ期間の短縮を行えると思われる。その際に、派遣される専門家は、国内において国際協力事業団が実施している派遣前研修のほかに、調査団に関わった国際協力の経験豊かな先生方と準備会議を開いてプロジェクトの内容の事前検討を行ったり、相手国に合った適正技術の研修を受けたりすることが望まれる。それは、プロジェクトの効果的・効率的運営に役立つと思われる。

次に、機材供与の問題がある。一般的に、機材の申請は、相手国と打ち合わせをしてから行なわれるが、機材が現地に到着するまでには、早くても半年を要する場合が多い。また、相手国に港がない内陸国の場合は、さらに時間を要するものと思われる。したがって、派遣専門家が現地に着任した後、すぐに供与機材が使用できず活動に支障をきたす場合も見受けられる。機材供与が順調に行われないと、派遣専門家がプロジェクトを効果的・効率的に運営出来ないことが多い。そこで、特に、プロジェクトの立上げ期には、この期間を短縮するためにR/Dミッションが派遣された段階で、プロジェクトに必要な機材の申請ができる方法を検討

する余地があると思われる。

2) プロジェクト進行期における問題点について

現地において技術上の問題が生じた場合、最も問題になることは、すぐに相談できる保健医療・人口家族計画分野の専門官が現地事務所にいないということである。プロジェクト運営全体あるいはそれに関わる技術については、年一回程度派遣される巡回指導ミッションに相談できる。派遣専門家は、短期専門家が派遣されたときに行なわれる情報交換を除いて、個人的なベースで先生方から技術指導についてアドバイスをもらわなければならないのが現状である。

この問題の解決のために、国際協力専門員の活用が考えられる。国際協力専門員とは JICA が技術協力を効果的・効率的に行うために新しく設けた制度である。現行プロジェクトに対する協力体制の一環として、国際協力専門員が、類似プロジェクトの中で3つ程度を対象に毎年2～3カ月滞在し、各プロジェクトのノウハウ及び結果を分析して、それぞれのプロジェクトへ反映してくれるようなフィードバックシステムを確立していただければよいと思う。さらに、現地事務所に、国際協力専門員のような、相手国の事情に精通した各分野の専門官の配属が望まれる。

次に技術協力の形態の問題を取り上げたい。開発途上国と一言でいっても、新有カアシア経済群 (DAES) に加えられているタイ、マレーシアなどの国からバングラディッシュ、ネパールのような後発開発途上国 (LDC) まで、その国の発展段階によって様々である。したがって、その国の発展段階に対応して、保健医療・人口家族計画分野の協力形態及び方法も変えていかなければならないと思われる。たとえば、後発開発途上国の大都市に無償資金協力で病院を建設し、技術協力を行う方法は、大都市と離れた遠隔地に住んでいる人々にとっては、あまり利点がないように思われる。このような国では、最貧層にも目が届くような方向の援助も必要ではないかと思われる。

また、ローカルコスト負担事業の一つである中堅技術者養成事業を実施する際、相手国の自助努力を求めることを前提としているので、わが国が費用を全額負担することは出来ない。しかしながら、後発開発途上国においては、国際機関や他の二国間援助機関が行う研修の研修費負担に比べて、相手国政府が研修員に対

して支払っている研修費が小額であるため、研修員は、赤字になってしまい不満を持って研修に参加する場合もある。また、国際機関や他の二国間援助機関では、研修員に対して研修費を政府よりも高い金額で全額負担しているケースも見受けられる。このような状況において、ローカルコスト負担事業は、その国の発展段階によって柔軟 (研修費の補填など) に対応が望まれる。

三番目に、日本側専門家の派遣及び相手国のカウンターパートの配属に対する“人”の問題がある。日本では、国際保健医療・人口家族計画に従事しようとする人の養成機関が非常に少ないと思われる。また、日本社会では、政府機関や民間企業で派遣期間中の身分保証体制が、確立されていないので専門家の長期派遣が困難であると言われている。一つの解決策として、養成機関の質的量的な充実があげられる。そうすることによって、国際保健協力に貢献できる人材の裾野が広がり、長期の専門家を適切な時期に派遣しやすくなると思われる。

プロジェクトが協力実施計画に基づいてうまく運営されるかどうかは、相手国の人材、特にカウンターパートにかかっているといても過言ではない。したがって、その国の保健医療の将来を考え、行動力があり上下に信頼のある中堅行政官がプロジェクトのカウンターパートとして抜擢されることが望まれる。

もう一点大切な事は、日本側専門家のチームワークである。プロジェクト方式は、専門家がチームとして派遣されるので個々人の技術に合わせその相乗効果を期待しているものである。したがって、異文化の国の現場で、チームとして働くことへの国内での事前研修も望まれる。

3) プロジェクト終了期における問題点について

モデル地域を対象にしたプロジェクトでは、5年間の協力期間では量的評価(機材供与額、専門家投入数、研修員受入れ数及び中堅技術者養成者数等)はできて、質的評価(プロジェクトの投入効果)は、非常に難しいと言われている。質的評価のひとつの方法として、プロジェクトが始まる時期に基礎調査を行い、終了前にインパクト調査を行って、その期間の改善をみるという方法もある。しかしながら、5年の協力期間では、乳児死亡率、妊産婦死亡率及び合計特殊出生率等と

言った保健指標のなかには、プロジェクト活動の投入効果が直ちに現れず時間的“ずれ”を生じる場合も考えられる。さらに、プロジェクト運営及び活動の効果・効率あるいは相手国へのプロジェクト投入効果の定着及び波及効果をみるには、5年間では短すぎると思われる。また、5年間のプロジェクトが終了後、相手国から延長あるいは類似の別件プロジェクトが、要請される場合も多い。したがって、後発開発途上国におけるプロジェクトは、10年間に協力期間として、第一段階(5年間)そして第二段階(5年間)とそれぞれの段階における目標と評価方法を明確にし、実施したほうが良いと思われる。

最後に、プロジェクト終了時の問題がある。プロジェクトが終了後、どのように維持され発展されたか見届ける必要があり、フォローアップが大切と思われる。その例として、病院協力で日本製の高価な医療機器の保守管理の問題などがあげられよう。

3. 国際保健医療協力の課題

いままで述べてきた現場から見た保健医療・人口家族計画分野におけるプロジェクト方式技術協力の現状及び問題点は、派遣専門家あるいは国際保健協力関係者によって指摘されている点も多いと思われる。これらの諸問題を解決するためには、かなりの時間を要するが、今後のよりよい国際保健協力を考えると、諸問題をひとつひとつ解決していかなければならないと思われる。

このためには、まず、わが国も保健医療・人口家族計画分野における国際協力の基本方針を、再検討することが望まれる。米国国際開発庁(USAID)は、「保健医療プロジェクトに直接関係する Health Assis-

tance」というポリシー・ペーパーを作成している。わが国も、このポリシー・ペーパーに類似するようなものを作成し、それに基づいて、プロジェクトのプランニングと基礎調査→実施→評価の流れのなかで技術協力のノウハウを蓄積し、分析する必要があると思われる。最終的には、このノウハウをプロジェクトに有効に生かすことのできる保健医療・人口家族計画分野別マニュアルの作成が望まれる。このマニュアルを作成することは、国際保健協力を目指す人々の研修にも役立つし、派遣専門家にとっても有用であると思われる。

前述したことを実現するためには、国際保健医療・人口家族計画分野に関する調査・研究機関の設立が期待される。

4. おわりに

現場から見た現状と問題点を述べてきたが、それは、受け入れ相手国の立場も考慮して、国際保健協力プロジェクトを効果的・効率的に運営していく観点から見たものである。この分野に関わった一員として、現場の最先端で試行錯誤しながら活動をしている派遣専門家や協力隊員あるいは日本へ招聘される研修員の声も聞き入れて、国際保健協力が、よりよい方向へ向かうことを望んでいる。

参考文献

- 1) 青山利勝：開発途上国を考える，勁草書房，130-141，1991
- 2) 樋口貞夫：政府開発援助，勁草書房，1986
- 3) Bureau for Program and Policy Coordination, U. S. Agency for International Development : A. I. D. Policy Paper, HEALTH ASSISTANCE, 1986