

[事例研究]
Case Study

インドネシアにおける母子健康手帳プログラムの拡大展開 Expanded Application of Maternal and Child Health Handbook Program in Indonesia

尾崎 敬子 *
Keiko OSAKI

中村 安秀 **
Yasuhide NAKAMURA

渡辺 洋子 ***
Yoko WATANABE

佐藤 善子 ****
Yoshiko SATO

奥野 ひろみ *****
Hiromi OKUNO

要 約

1993年にインドネシア中部ジャワ州で始まった母子健康手帳プログラムは、パイロット地域での試行を経て、現在、中部ジャワ州の人口の3分の2をカバーし、全35県・市への拡大が目前であり、さらに他州へと拡大展開をみせている。

インドネシア版母子健康手帳は、健康情報を盛り込んだ健康教育教材の側面と、インドネシアの地域保健で活用されてきた複数の既存の健康カード類を合わせた記録の統合の側面を有する。作成の過程に配慮した結果、日本の母子健康手帳の翻訳にとどまらない、インドネシア版母子健康手帳が開発され、パイロット地域での成果が認められた。

一般にパイロット・プログラムは、他地域への展開と応用を目指しているが、実際に展開につながったプログラムは必ずしも多くない。そこで、本稿ではインドネシア版母子健康手帳プログラムを事例に、人口約15万人のパイロット地域から人口約1800万人をカバーするまでに拡大展開をすることができた要因を分析した。

その結果、以下の諸要素が大きな役割を果たしたと考えられる。第1に、プログラムのコンセプト、プログラムの所有者意識、現場への適合性に配慮したプログラムの堅固性である。第2に、政策立案者、プログラム実施者、受益者という各集団において、プログラムに対するニーズが存在したことである。第3に、インドネシア側に地域保健サービスを支える資源・基盤が整備されていたことである。第4に、プログラムの継続性への努力がなされたことである。そして第5に、プログラムにおいて日本側が果たした触媒としての役割である。

ABSTRACT

Since its start in Indonesia's Central Java Province in 1993, the Maternal and Child Health Handbook Program has been expanded to cover two thirds of the province's population

-
- * 元国際協力事業団専門家 東京大学国際地域保健学客員研究員
Former JICA Expert, Visiting Researcher in International Community Health, The University of Tokyo
- ** 東京大学医学部国際地域保健学助教授
Assistant Professor in International Community Health, Faculty of Medicine, The University of Tokyo
- *** 元国際協力事業団専門家 東京大学国際地域保健学客員研究員
Former JICA Expert, Visiting Researcher in International Community Health, The University of Tokyo
- **** 国際協力事業団専門家
JICA Expert
- ***** 元国際協力事業団専門家 静岡県立大学看護学部講師
Former JICA Expert, Lecturer in the Faculty of Nursing, Shizuoka Prefectural University

following a trial run in a pilot area. The program is soon to be applied to all of the 35 districts/municipalities, the cities of Central Java Province and to other provinces.

The Indonesian version of the Maternal and Child Health Handbook is, in one respect, a health education material as it contains health information. It is also a comprehensive record book of several existing health cards which have been used for community health services. As a result of efforts made in the compilation process, the Indonesian Maternal and Child Health Handbook is not a mere translation of the Japanese version, but has developed into a version filled with originality. Its effectiveness was proved in the pilot area.

The pilot programs generally aim at the development and application of the activities in other areas. This objective, however, is not always achieved because of a number of reasons. This report, therefore, will analyze the factors behind the success of the Maternal and Child Health Handbook Program in Indonesia, whose application has been expanded from a population of 150,000 in the pilot area to 18 million in total.

The following five points can be considered to have dedicated significantly to the success of this program. Firstly, the program's concept, the sense of ownership toward the program and the consideration of its adaptability to local sites were correct. Secondly, there was a need for this program in each related group, namely, policy-makers, implementing personnel and its beneficiaries. Thirdly, resources and infrastructure were adequately arranged to support community health services. Fourthly, efforts were made to ensure the sustainability of the program and finally, the role of catalyst in the program was performed effectively by the Japanese side.

はじめに

母子保健の向上を目的として、国際協力事業団 (JICA) がインドネシア中部ジャワ州 (図 - 1) において実施した「家族計画・母子保健プロジェクト (1989 ~ 94年)」において、インドネシア版母子健康手帳が開発された。

インドネシア版母子健康手帳 (以下「母子健康手帳」) は、健康情報を盛り込んだ健康教育教材の側面と、インドネシアの地域保健で活用されてきた複数の既存の健康カード類を合わせた記録の統合の側面を有する。健康教育教材としては、母親の母子保健に関する行動・知識に貢献することが明らかになった。また、記録の統合としては、これまで妊娠中の母親の健康、乳幼児の予防接種・発育 (身長・体重) の記録と乳幼児の発達の記録と、それぞれの用途別に分かれたカードでは不可能であった検診結果の統合が可能となった。そこで、母親自身が母子健康手帳を保持し持参することで、いわゆる「里帰り出産」のように妊婦が出産時に里帰りするときなど妊婦検診者と出産介助者が異なる場合に複数保健サービス機関において検診記

録を共有する可能性を開いた。

現在パイロット地域での試行を経て、中部ジャワ州では、母子健康手帳の全 35 県・市への拡大が目前であり^{注1)}、さらに他州へと展開を始めている。一般にパイロット・プログラムは、他地域への展開と応用を目指しているが、試行の成功は必ずしも展開へ結び付いているわけではない。そこで本稿では、インドネシアの母子健康手帳プログラムを事例として、試行から展開へのステップを踏む上で特に重要と思われるいくつかのポイントを分析し、その要点を整理する。

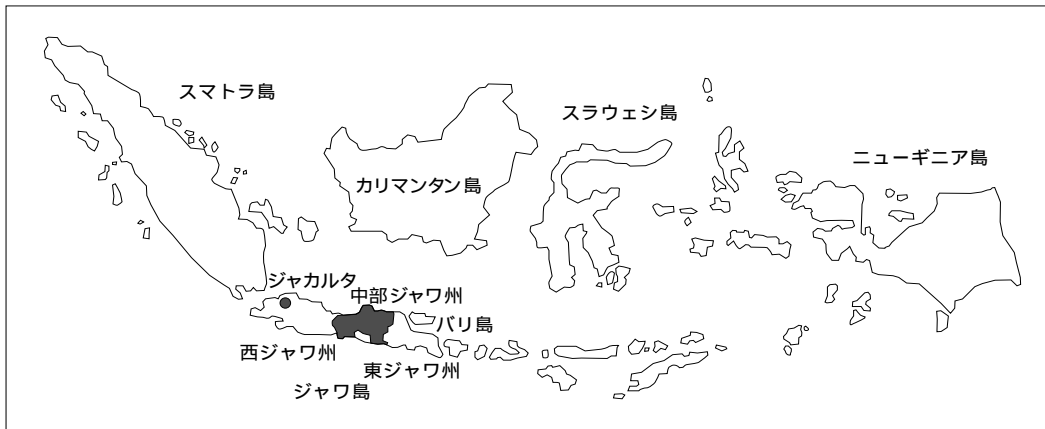
I 事例紹介

1. 背景

インドネシアにおいて、母子保健は保健政策上の重点案件である。1996年の乳児死亡率は47 (出生1000対)、90年における妊産婦死亡率は650 (出産10万対) と公表されている (表 - 1)。乳児死亡率は近年順調に低下しているのに対し、妊産婦死亡率の正確な把握は困難であるが、他のASEAN諸国に比べても高い数値を示している。

地域保健システムの構築には力が入れられてお

図 - 1 インドネシア地図



り、人口3万人から5万人に1つの割合で配置されている保健所を核に、基本的な予防および治療サービスが行われており、県レベルの公立病院が地域の中核病院と位置づけられている。妊産婦のケアを行うのは保健所、保健所支所、1つの村に1人配置されている地域助産婦、またそれらの公的サービスに加えて、開業助産婦（保健所助産婦も兼任）、また伝統的助産婦などがある。

インドネシアには母子健康手帳の前身としてすでに、全国的に乳幼児発育カード、妊産婦カード、乳幼児発達カードなど、数種類の健康カードが併用されており、これらは地域の健診活動と保健所を中心に使用されている。いずれのカードについても、保健省は対象者全員への普及を目標としているが、現実には普及率にばらつきがあり、複数のカードに分かれているため、母親が紛失する例も散見される。また、インドネシアの既存のカード類は体系的に連携して使用されておらず、妊婦・母親が複数の医療機関にかかった場合に、医療機関の間で医療記録が共有されていない。

2. 母子健康手帳プログラムの端緒

母子健康手帳プログラムは、「家族計画・母子保健プロジェクト」の研修スキームによって日本を訪れたインドネシア人医師が日本の母子健康手帳に出会い、それをインドネシアに導入することを強く要望したことから始まった（本稿では、プロ

表 - 1 インドネシア基本統計

人口（1000人）	200,453（1996年）
1人当たりGNP（USドル）	980（1995年）
平均余命（歳）	64（1996年）
乳児死亡率（出生1000対）	47（1996年）
5歳未満児死亡率（出生1000対）	71（1996年）
妊産婦死亡率（出産10万対）	650（1990年）
識字率（%）	84（1995年）

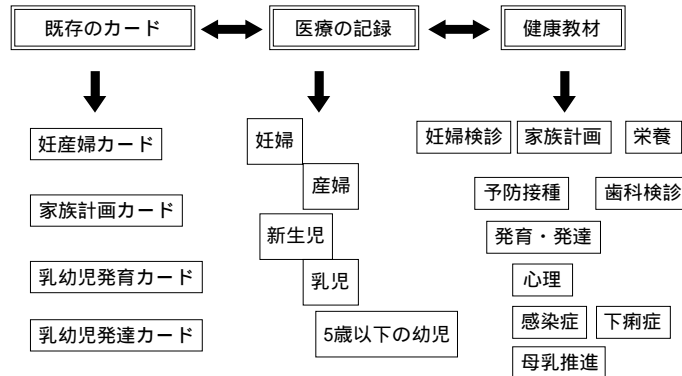
（出典）注釈2）より作成。

ジェクト方式技術協力を「プロジェクト」と称し、その中で行われた個別の事業を「プログラム」と称する）。そして、プログラムの妥当性が検討された後に、中部ジャワ州で母子健康手帳の開発が開始された。

3. 母子健康手帳開発期（1993～94年）

妊婦・母親の適切な保健行動は彼ら自身の健康のみならず、乳幼児の健康の改善に大きく影響を及ぼす。この適切な保健行動を促すためには、妊婦・母親に対して母子保健に関する基本的かつ重要な情報が提供される必要があるが、インドネシアでは、妊婦・母親が手元に保持しておける健康教育教材はほとんどない。そこで母子健康手帳を開発するに当たっては、第1に、妊婦・母親が手元において利用することのできる教材の提供を目的とした。第2に、既存のカード類を統合する

図 - 2 母子健康手帳の内容



ことで、保健サービスの記録を妊婦・母親自身が一括して保持できるようにすることを目的とした。そして母子健康手帳を配布するパイロット地域では、併用による混乱を避けるため、保健省の了解のもと、既存のカード類の使用を中止した。

パイロット地域には、人口約15万人のサラティガ市が選択された。選択の基準として、市衛生部長のリーダーシップ、適度な人口規模、モニタリングの容易な距離、新しい試みを受け入れられるだけの保健衛生活動の基盤があることなどが考慮された。そして市衛生部長を日本に送り、日本の母子健康手帳を含む母子保健サービスについての研修を受けてもらった。

母子健康手帳には、基本的に既存のカード類に含まれる項目をすべて載せ、それ以外にイラストを含めて必要な情報を追加した(図-2)。原案は日本人専門家の協力のもと、州保健省出張所とサラティガ市衛生部とで完成させた。内容検討に加わったのは、州と市の保健省のスタッフに加え、公立病院の小児科医、産科医などである。また、フォーカス・グループ・ディスカッションを通じて母親のニーズの把握を図った。母子健康手帳の内容はプレテストの後、保健省スタッフとの最終ミーティングを経て承認された。

4. 試行期(1994～96年)

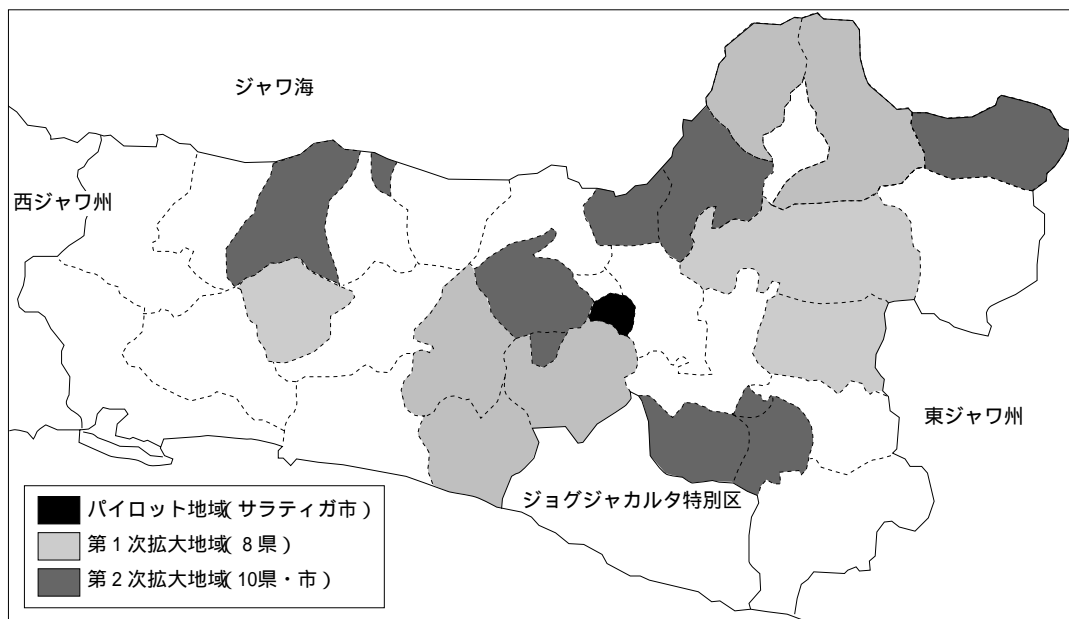
母子健康手帳の導入は、セミナーとトレーニングを通じて行った。まず、州レベルの導入セミ

ナーで、政策立案の関係者が母子健康手帳の目的を共有化した。次にトレーニングによってプログラムの実施者に対して、母子健康手帳の使用方法など技術的な指導を行った。第1段階で州担当者日本人専門家が講師となり、市衛生部において保健所長ら代表者を対象にトレーナー養成トレーニングを行った。第2段階で各保健所において保健所の他のスタッフに対して集団トレーニングを行った。また、地域健診活動を担う保健ボランティアに対しても、各保健所においてトレーニングを行った。

配布方法は従来の健康カード類の配布ルートを利用した。市衛生部から各保健所に、そして各保健所からエリア内の各保健サービス施設(公立病院と私立の開業施設)に配布した。各保健サービス施設での母子健康手帳の使用は、セミナーを通じて、また州医師会・州助産婦協会などの職能集団を介して働きかけた。配布の方法で従来のカード類と異なったのは、保健所スタッフが主体的に関与し、配布数に関する情報の把握に努めたことである。配布対象は、妊婦とすべての5歳未満の幼児を持つ母親であり、配布の際に保健スタッフが、使用中のカードから新しい手帳に過去の検診記録を書き写した。配布は無料で行われ、パイロット地域内に居住する母子に限定した。

モニタリングは新たに作成したチェックリストを用い、市衛生部の担当課または保健所長と日本人専門家が各保健所を巡回した。また、市衛生部

図 - 3 中部ジャワ州における母子健康手帳プログラム



において月例のモニタリング・ミーティングを行い、保健所からは保健所長（医師）と助産婦または栄養士など（医師以外のスタッフ）が参加し、母子保健サービスの内容全般にかかる月間実績、母子健康手帳にかかる月間実績を発表した。ミーティングには州担当者と日本人専門家が必ず同席し、その月に討議された問題点に基づいて、翌月の活動計画を立て、活動計画の実施結果を翌月に評価・検討した。

5. 拡大期（1997年～）

パイロット地域における母子健康手帳の受容状況については、中間評価調査（monitoring survey）において確認された。試行開始から十分な時間が経過していない時点（試行後8カ月）での調査であったため、妊婦・母親の行動変容を期待するのは無理があったが、妊婦・母親の母子健康手帳に対する受容度は十分に高く、プログラムの継続の要望が大きいと判断された。

当初より州のプログラム関係者は、母子健康手帳プログラムをパイロット地域のみにとどめるのではなく、他の県にも拡大することを要望してお

り、同時期に中部ジャワ州で行われていた世界銀行のプロジェクトに対して、母子健康手帳プログラムの導入を積極的に働きかけて印刷予算を獲得した。それにより、1995年度から中部ジャワ州8県（人口約770万人）に対して母子健康手帳の配布が可能となり、「家族計画・母子保健プロジェクト」終了後、新たに派遣された単発専門家は、パイロット地域の活動のフォローアップに加え、州保健省の拡大計画をサポートする形でこれに加わった（図 - 3）。

拡大の過程は導入の過程とほぼ同様で、第1段階で州において県（市）衛生部担当者を対象に、トレーナー養成トレーニングを行った。第2段階では各県（市）において保健所長を含む保健所スタッフ代表者をトレーニングし、第3段階で各保健所では既存の月例ミーティングを活用して、他の保健所スタッフおよび地域助産婦に対してトレーニングを行った。そして地域健診活動を担う保健ボランティアに対しては、代表を集めた既存の月例ミーティングを用いてトレーニングを行うよう指導した。拡大地域では、スタッフの数・時間・予算の投入量がパイロット地域より大幅に小

さくならざるを得ないため、負担軽減が考慮された。また、このときすでに母子健康手帳を導入した経験を持つパイロット地域の担当者が、具体的な体験を伝達する情報ソースとして大きく貢献した。

パイロット地域での母子健康手帳の効用は、最終評価調査(final evaluation survey)により母親の母子の健康に関する態度と知識に貢献したことが明らかになった。

1996年からは、日本の家族計画・人口特別機材供与スキームが適用されることになり、世界銀行プロジェクトと併せて、中部ジャワ州全35県・市のうち、97年度末現在、22県・市(人口約1800万人)を母子健康手帳プログラムがカバーすることとなった。また、97年度より中部ジャワ州以外にも4つの州で導入が開始された(図-4)。

II 考察

以上のように、パイロット地域で始まった母子健康手帳プログラムが、拡大展開することを可能にしたポイントを以下に考察する。第1に、プログラムの堅固性、第2に相手側にプログラムに対するニーズが存在したこと、第3に相手側に地域保健サービスを支える資源・基盤が整備されていたこと、第4に継続性への努力がなされたこと、そして第5に日本側が触媒としての役割を果たしたことが考えられる。

1. プログラムの堅固性

1) プログラム化へのステップ

母子健康手帳プログラムを開始するに当たって、以下の点が相手側および日本側の共通認識として確認された。第1に、母子健康手帳は日本の経験を生かすことのできる素材であるが、それを単に翻訳するのではなく、インドネシアの実情に即したインドネシア独自のものを開発することであった。第2に、母子健康手帳プログラムでは、母子健康手帳自体の開発に加えて、母子健康手帳を機能させるシステムを同時に開発することであった。

また、同時にこの作業に必要な期間が検討され、協力期間が延長された(「家族計画・母子保健プロジェクト」は当初3年間の予定であったが、第3年度開始の母子健康手帳プログラムを開始するに当たり、少なくとも2年間の協力延長を行うこととした)。

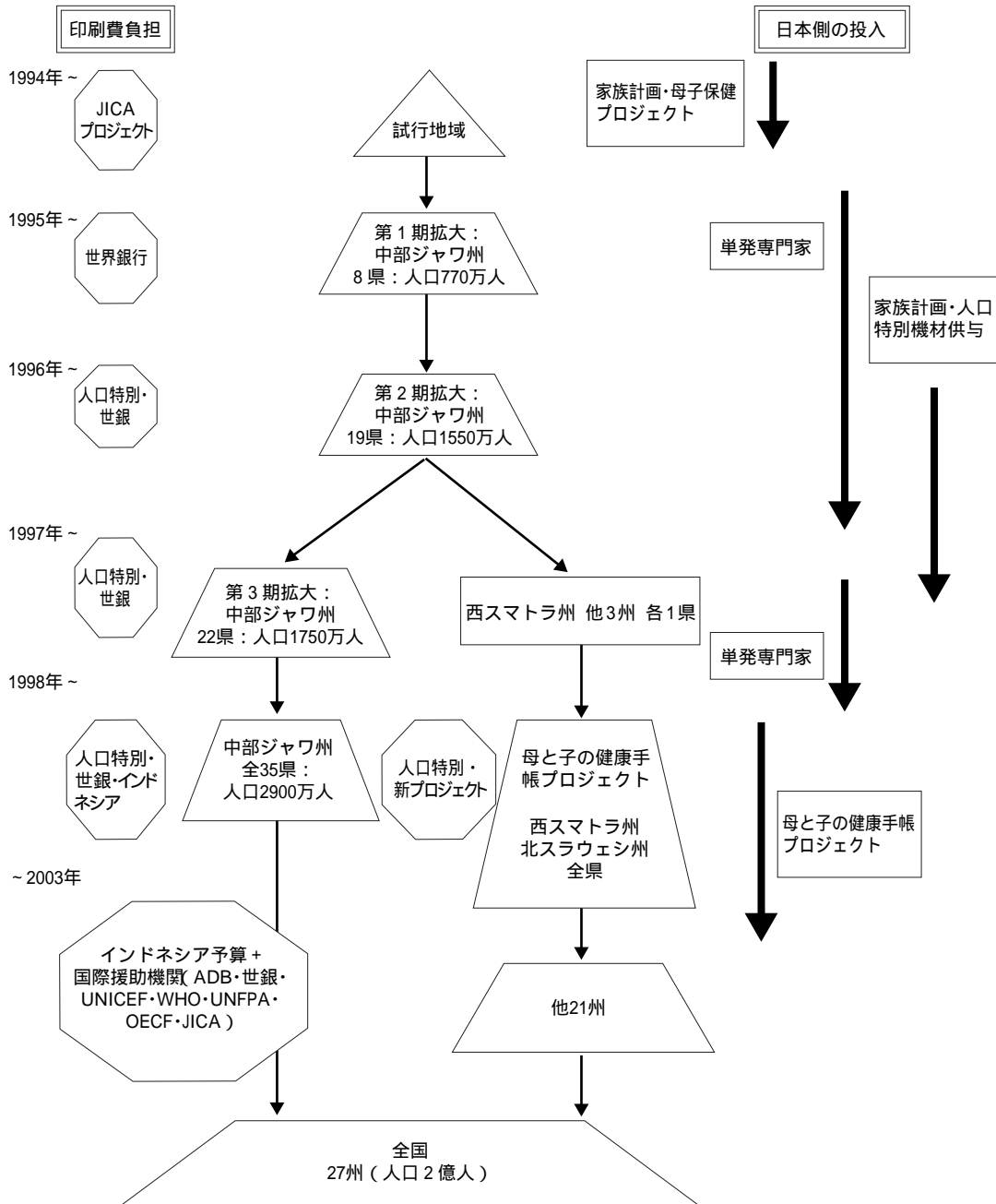
さらに、母子健康手帳の導入は、すなわちパイロット地域で既存のカード類の使用を停止することであったため、プログラム開始に当たり、保健省本省の担当部局長(地域保健総局長)からの承認を取りつけた。インドネシアではこれまで、州に対する中央本省の権威が強く、それが地域保健のシステムの構築には利点となってきた。このようにトップダウン式の命令系統が強力な場合には、現場の担当者を積極的にプログラムに取り組ませるのにトップの承認は必須であり、また上位(本省)からお墨付きを得られれば、パイロット・プログラムを他地域に拡大展開する可能性をプログラムの当初から持たせることができる。

2) プログラムの所有者意識への配慮

母子健康手帳プログラムでは、母子健康手帳の開発において現場での作成過程を重視した。このことはインドネシア側スタッフと関係者のプログラムの所有者意識に大きく貢献した。開発の過程に1年余りの期間を要したのは、婦人会組織を活用した母親グループへのフォーカス・グループ・ディスカッションを行い、保健省州出張所、公立病院の専門医を含めたパイロット地域での協議を行ったためである。これらの過程は、地域に適合した内容の母子健康手帳の開発を目指したのと同時に、関係者が同席して承認する過程と考えて重視したのである。専門医の承認を得たことで保健所スタッフは内容に自信を持ち、専門医も自らかかわったため病院や自分のクリニックでの母子健康手帳の利用に肯定的になった。このように作成過程を重視し、時間をかけることで、使用する保健スタッフ側に「自分たちの」母子健康手帳であるという所有者意識を持たせることができたのである。

受益者である母親の所有者意識には、表紙の中

図 - 4 インドネシアにおける母子健康手帳プログラムの流れ



注1) 図中の「人口特別」は、日本の家族計画・人口特別機材供与のこと。
 注2) ADB: アジア開発銀行, UNFPA: 国連人口基金。

部ジャワの母親が子供を抱いた「写真」が大きく貢献した。イラストよりもリアルな写真は、「自分のような母親のためのハンドブックだ」という実感がわくと、母親たちの強い支持を受けた。また、

中部ジャワ州以外の地に導入を検討する場では、必ず表紙の母親を中部ジャワの母親の写真ではなく、新しく導入する地域の母親の写真に取り替えることが話題に上る。これは母子健康手帳の表紙

が母親の所有者意識に重要な役割を果たすことを前提にした議論といえるであろう。

パイロット地域から中部ジャワ州8県に拡大する際には、表紙の表示を「サラティガ市版」から「中部ジャワ州版」に改訂する必要があった。これは新導入県のスタッフと母親の所有者意識を育てるための最初の一歩であった。同様に、中部ジャワ州から他の州に拡大するには、「中部ジャワ州版」から「インドネシア保健省版」に表示を改訂することが必須であった。改訂作業の過程は、開発の過程と同様に、関係者による議論と修正、そして承認の手順を踏んだ。たとえば「インドネシア保健省版」の改訂は、母子健康手帳の内容にかかわるすべての保健省本省担当課の参加のもと、内容について承認を取りつけ、保健省の刊行物であるという保健省の登録番号を取得し表示することまでを含んでいた。

3) 現場に適した教材の開発

教材の現場への適合性を、ここでは第1に技術的な適合性、第2に社会・文化的な適合性、そして第3に経済的な適合性と考える。第1の技術的な適合性とは、内容が現場で一般的に使用される技術に適していることであり、そのために母子健康手帳は、インドネシアの地域保健システムの中核的存在である保健所において受けられる（または受けられるべきと保健省が定めた）保健サービス内容に沿うようにした。また、現段階で必ずしも定められたサービス内容を実施していない保健所があった場合でも、5年後には達成可能であるべきと見なした。

第2の社会・文化的適合性とは、内容などが地域の社会・文化的背景に合致していることであり、そのために以下の点が工夫された。母親の理解を容易にするために、母子健康手帳においてはイラストが多く用いられた。インドネシアは多民族多言語の国家であるが、初等教育の普及によりインドネシア語が標準語として普及し、識字率は成人男性が90%、成人女性が78%^{注2})と十分に高い。それでもなお、イラストは文字より具体性において勝り、情報伝達に威力を発揮する。ただ、イラスト

はその具体性ゆえに受け手の嗜好に適合しているかどうか、その情報伝達機能に大きく左右する。たとえば、日本の母親の好むイラストは一般的に「かわいく」描かれているため、インドネシアの成人女性にとっては「幼く」「漫画のような」印象を与え、健康のように「重要な情報」を伝達するには「ふさわしくない」という反応があり、ここではより「リアル」な絵が採用された。また、表紙の色は日本人には、かなり派手なピンク色であるが、「持ってみたくなる」と母親の感覚に訴える色を採用した。これには、各政党が選挙キャンペーンで、政党色（与党が黄色、野党2政党はそれぞれ赤色と緑色というように、シンボルカラーを用いている）を象徴的に利用するように、色によるアピールを受け入れられやすい背景があったといえる。

このように、派手な色合いの表紙は、利用者にとって魅力的ではあるが、同時に行政側には「高価である」という印象も与えかねない。第3の経済的な適合性とは价格的に適切であることだ。「高価」すぎるとは継続性に問題があり、実施には適さない。そこで、主要な既存のカード4種類の印刷費用に、十分に対抗できる価格内で印刷するよう考慮した。開発当初、4種類のカードの印刷費合計に対して、1冊の母子健康手帳印刷費は同程度の価格であったが、カード類の値上がりに伴い（家族計画カードを除く3種類で1500ルピア）、母子健康手帳の印刷費は相対的に安価となっている（1000ルピア：ただし、1997年7月の通貨危機以前の価格である）。したがって現在では4種類のカードを印刷するよりも、母子健康手帳の情報量は多いが、价格的にも安価となっている。

2. 拡大へのニーズ

1) 政策立案者側のニーズ

政策立案者である州のプログラム責任者が、当初から母子健康手帳プログラムの明確なイメージを持ち、開始を強く要望していたことは幸運であった。日本側はプログラムを仕掛けるのではなくむしろ困難さを提示し、それを解決していくた

めの方策を共に考えることから出発できたのである。単発専門家赴任直前の州のプログラム責任者の異動により、プログラムへの影響が懸念されたが、幸いなことに保健省州出張所の内外からプログラムへのサポートがあり、プログラムはその後発展していった。これは新しい政策立案者側にとっても、依然としてニーズが存在していたからにはほかならない。

州のプログラム関係者には母子健康手帳プログラムをパイロット地域にとどまらず、州全体に拡大したいという要望があり、全県・市のスタッフ・ミーティングでパイロット地域の事例の発表機会を作って他県・市の関心を高めるよう働きかけたり、世界銀行のプロジェクトに働きかけたりして、8県分の母子健康手帳印刷費を確保したのである。そのような中で導入を要望する県・市が現れるようになり、自発的にローカルの組織（ロータリークラブ・スマラン支部）から予算を得て、印刷を行うところも出てきた。

また、内務省が提唱し、1996年から始まった全国的な「母親を大切に作る運動（Mother Friendly Movement）」は、地方自治体ごとに母子保健に関する具体的なプログラムの展開を求める圧力となり、拡大県には運動の一要素として母子健康手帳に取り組む姿勢もみられた。

2) 実施者側のニーズ

プログラムの実施者全体を指揮する立場にあった市衛生部長のプログラムに対する意欲も高かった。市衛生部長は、母子保健を改善するのに母子健康手帳が「きっかけ」となり得るという意識を持って、スタッフに目を配り、病院との連携、ボランティア活動を支える婦人会との連携にと、積極的に母子健康手帳プログラムを活用しようとした。さらに、市衛生部長も日本での研修を受け、日本の母子健康手帳について理解を深めたことは、プログラムの実施を指揮するのに大きく役立ったと思われる。州の人事異動にかかわらず、現場を力強く支えてリードしていったことが、パイロット地域での成果に非常に大きな意味を持った。たとえば、保健所のスタッフに対しては、「日

本は母子手帳を50年前に始めたという。インドネシアは今始めなかったとしたらいつ始めるのか」と問いかけ激励した。また、モニタリング・ミーティングは日本の協力が終了した後も継続している。

保健所でプログラムを実施している保健所スタッフからは当初、業務内容の増加について不平も上がり、市衛生部長は「プログラムをやめたいのならやめよう」と応じたこともあるが、これに対して保健所スタッフからは「今、母子健康手帳をやめてしまったら、地域の母親に怒られてしまう。母親は内容の充実した母子健康手帳を歓迎しており、もう昔のカードには戻れない」と、改めてプログラムの継続の意思を表した。また、拡大県で母子健康手帳プログラムが開始したころにはスタッフも自信を持ち始めており、積極的にトレーニングでの講師依頼を受け入れるようになった。さらに母子保健サービスの中核を担う地域助産婦も彼女らの活動に役立つ手段を欲しており、健康教育に活用できる母子健康手帳は、プログラムの実施者のニーズにも合っていたといえる。

3) 受益者のニーズ

母親からは「自分の子供の年齢・状態に応じて参照できるのがうれしい」と肯定的な意見が多く聞かれ、情報へのニーズが高いことがわかる。プログラム開始2年半後に行われた調査では、導入前に比べて母親の母子の健康に対する行動に変容がみられ、知識についても、特に比較的学歴の低い母親（小学校卒業以下）の知識が高まるという影響がみられた。これは、手に入る健康に関する情報が通常限られている、特に学歴の低い母親において、母子健康手帳が重要な情報源となっていたことの表れといえる。さらに、パイロット地域の周辺に居住した母子には配られなかったため、「有料でもよいから欲しい」という問い合わせが多く寄せられたことから、潜在的なニーズの高さがよくわかる。

また、母子健康手帳は男性の子育て参加を促す例もあった。たとえば、父親が母子健康手帳を開くことがある、地域健診活動や予防接種にも子供

を連れてくる、母親がよく読めなかったときには代わりに読んで内容を伝える、などの事例が観察された。

地域健診活動を支える保健ボランティアも母子健康手帳を歓迎した。彼らは村での生活改善運動を行ってきており、そのための有効な手段を欲していた。たとえば、母子健康手帳の内容に沿ったクイズ大会の開催は、保健ボランティアに従事している婦人会組織からの発案であったことは興味深い。

4) 時代のニーズ

母子健康手帳の開発は時宜にかなったものであった。国家開発計画第6次5カ年計画（1993～97年）において、妊産婦死亡率および乳幼児の死亡率の低減を目指した母子保健に関する政策が優先課題となっていた。そのため、種々の国際援助機関が各種の母性保護のプロジェクトを展開してきていたが、具体的に有効な手段に欠け、試行錯誤の段階であった。そのためインドネシア側にとっても、また他の援助機関にとっても有効なツールとして中部ジャワ州で実績を収めてきていた母子健康手帳に関心が寄せられていたことから、世界銀行をはじめとした国際援助機関との連携も可能となったといえる。

3. 地域保健サービスを支える資源・基盤の存在

1) 保健衛生活動の基盤・システムの充実

インドネシアでは、基礎的な治療および予防の提供の核となる保健所は、人口3万人から5万人当たり1カ所の割合で設置されており、地域保健における課題の中心は「量の確保」から「質の確保」へと移行しつつある。また、1人当たりの医師数は依然として限られているものの、1990年代に入って地域に配置されるようになった地域助産婦によって、安全な出産介助を確保しようとしている。そして、保健ボランティアに支えられた地域健診活動は、他のアジアの国にもすでにひとつのモデルとして紹介されており、早い時期から住民参加型の地域保健活動が展開されてきた。このように母子健康手帳の導入に当たっては、ボラン

ティアを含めて、基礎的な保健資源の利用が可能であった。さらには、母子健康手帳の前身としてカード類がすでに普及しており、その配布経路もできていたため、母子健康手帳の普及は地域の母親にも、また保健スタッフにも受け入れやすいものであった。母子健康手帳は新しいアイデアではあるが、まったくの新参者ではなかったのである。

2) パイロット地域としての要素

既存のシステムに改良を加えるという母子健康手帳プログラムの性格上、極端に保健指標が低いところ、または保健資源が欠けているところへの導入は適当でないと判断された。また、パイロット地域として重視されたのは、地域でプログラムの陣頭指揮に立つリーダー、すなわち市衛生部長の参加度、参加意欲である。それらを鑑み、州のプログラム関係者の判断を尊重した上で、パイロット地域が選定された。これらの選定基準は試行の内容にもよるが、パイロット的性格のものには、強力なリーダーシップの存在が重要であることは共通するものと考えられる。

中部ジャワ州は、インドネシア国内での各種のプロジェクトのパイロット地域として選ばれてきた経緯がある。保健施設数や人口当たりの保健従事者数などが他の地域に比べて多く、恵まれており、そのため「中部ジャワ州で成功しなければ、他の地域で成功するはずがない」という仮説が保健省本省において主流であった。人口約3000万人を有する中部ジャワ州は、このような経緯から各種国際援助機関が入り、利用できる資金が得られるとともに、それを活用できるスタッフが育っていたのである。

4. 継続性確保への努力

パイロット地域では、試行開始3年目の1996年から、母子健康手帳の印刷費が市の予算に組み込まれることになった。これはプログラム開始当初から保健医療セクター以外の関連セクターも巻き込んでセミナーを行い、市の政策担当者に母子健康手帳に関する理解を求めよう働きかけ続けたことによる。また、外部から多くの視察者をパイ

ロット地域に積極的に受け入れた結果、市としてもプログラムに対する関心と誇りを喚起され、そのことが間接的に市の予算から母子健康手帳の印刷費を獲得するのに寄与した。

州では他の国際機関に印刷費とトレーニング費用の負担を要請する努力を続け、世界銀行の新規プロジェクトからも、一部確保することが確実にになった。また、保健省がこれまで印刷してきた既存のカード類の予算を母子健康手帳の印刷費へ振り替えることも現在計画している。

また、各県・市では導入時から、地方政府に対して予算の獲得努力が開始されているが、併せて、プログラムの担当者からは有料で配布することを求める声も聞かれる。母子健康手帳プログラム全体の継続性を考慮し、今後の進展により検討されるべき事項のひとつであろう。

5. 触媒としての日本の役割

母子健康手帳プログラムが拡大展開する中で、日本人専門家は一貫して触媒的な役割を演じ続けた。日本人専門家は中部ジャワ州の経験を語り、日本での研修を受けたインドネシア保健省スタッフが「日本の経験に学ぼう」と関係者を鼓舞していた。専門家の役割は、日本の経験を伝達するといった近視眼的な技術移転だけではなく、インドネシアの母子健康手帳の開発や普及のために、インドネシア人が日本や他のドナーから経験や知識を取り入れる過程をサポートすることでもあったのである。

おわりに

現在、母子健康手帳を用いたプロジェクト方式技術協力が1998年10月の開始に向けて準備中である。新プロジェクトは母子健康手帳の全国展開のひとつのステップと位置づけられ、西スマトラ州と北スラウェシ州の2州を対象に計画準備が進められている。経済危機の折、ますます保健分野の協力、特に社会的弱者である母親と子供に対する協力の重要性が増してきているといえるだろう。

謝辞

共にプログラムを作ってきたインドネシア側カウンターパートである、スリ・アストゥティ中部ジャワ州保健省出張所所長、ブディ・シンギ中部ジャワ州保健省出張所元疾病対策・健康増進部長、スリ・ヤムティニサラティガ市衛生部長、スロソサラティガ市衛生部母子保健課長、イルワン中部ジャワ州保健省出張所計画部課長、同じくレットノー氏とハジャ氏、保健省家族保健部課長であるイナ・ヘルナワティ氏そして国立衛生研究所のアンドリアンシャ・アリフィン氏と諏訪JICAインドネシア事務所長をはじめ、国際協力事業団に深く感謝いたします。

注釈

- 1) インドネシアでは「州」を第1級地方自治体(Dati I)、「県」および「市」は第2級地方自治体(Dati II)として、「県」と「市」は同レベルで分類する。
- 2) ユニセフ：世界子供白書 1998年、ユニセフ駐日事務所、財団法人日本ユニセフ協会(ユニセフ日本委員会), 1997.

尾崎 敬子(おさき けいこ)

1967年生まれ。慶応大学法学部卒。東京大学医学系研究科国際保健学修士課程修了。国際協力事業団インドネシア母子保健専門家を経て、

現在、東京大学国際地域保健学客員研究員。

〔著作・論文〕

住民参加型結核プログラムにおける保証金制度の役割：バングラデシュ農村における一NGOの事例。開発援助とバングラデシュ(経済協力シリーズ183), 佐藤寛編, アジア経済研究所, 1997。

中村 安秀(なかむら やすひで)

1952年生まれ。東京大学医学部卒。都立府中病院小児科, 国際協力事業団インドネシア母子保健専門家, 国連難民高等弁務官事務所(パキスタン), 東京大学小児科講師, ハーバード大学公衆衛生大学院研究員などを経て、

現在、東京大学医学部国際地域保健学助教授。

〔著作・論文〕

インドネシアのプライマリー・ヘルス・ケア:(第1報)プライマリー・ヘルス・ケアとは何か。小児保健研究, 50(2): 89-94, 1991。

Qualitative Assessment of Community Participation in Health Promotion Activities. World Health Forum, 17(4): 415-417, 1996.

栄養失調。小児科学, 白木和夫, 前川喜平総編集, 医学書院, p62-65, 1997。

渡辺 洋子(わたなべ ようこ)

1957年生まれ。山形大学医学部卒。東京大学医学系研

作字
あり

究科国際保健学修士課程修了 国際協力事業団インドネシア母子保健専門家を経て、

現在、東京大学国際地域保健学客員研究員。

〔著作・論文〕

Clinical Study of Heavy-for-Dates Neonates. Acta Paediatrica Japonica, 37(4): 437-443, 1995.

在日外国人が日本の母子保健・医療に望むもの。母性衛生, 36(2): 337-342, 1995.

諸外国における予防接種制度と地球規模での予防接種計画。小児内科, 26(11): 1805-1810, 1994.

佐藤 善子(さとう よしこ)

1952年生まれ。女子栄養大学食物栄養学科卒。東京大学医学系研究科国際保健学修士課程修了。同大学院博士課程在学中。

青年海外協力隊員, 協力隊調整員, 国際協力総合研修所研修コーディネーター 国際協力事業団インドネシア地域栄養専門家を経て、

現在、国際協力事業団インドネシア母子保健専門家。

〔著作・論文〕

開発途上国における簡易貧血検査の有用性。熱帯, 30: 243-247, 1997.

奥野 ひろみ(おくの ひろみ)

1958年生まれ。東洋大学社会学部卒。同大学院社会学研究科修士課程修了。国際協力事業団インドネシア家族計画・母子保健プロジェクト専門家を経て、

現在、静岡県立大学看護学部講師。

〔著作・論文〕

包括的保健システムのための人材: PHCの核となる人材づくり。みんなのPHC入門, 松田正己, 島内憲夫編著, 垣内出版, p89-102, 1993.

ヘルスポランティア活動。保健婦雑誌, 54(1): 20-23, 1998.