

コミュニティ参加型の医療へ
—カンボジアにおける伝統的産婆 (TBA) の
「医療資源」としての貢献可能性を端緒として—

石垣健郎(早稲田大学文学部 3年)

堀河万起子(早稲田大学国際教養学部 2年)

加藤浩介(東京大学教養学部 1年)

川辺直人(東京大学大学院情報理工学系研究科修士課程 2年)

1. はじめに

21世紀を迎え、グローバル化の進む世界が抱える最も大きな問題の一つが、国家間の格差である。その格差が如実にあらわれている分野の一つが医療分野である。先進国は衛生面でも医療制度面でも十分なバックアップが構築されている一方で、途上国では安価なワクチン一つが手に入らないために失われる命がある。そうした状況を少しでも改善されるために、国際保健医療の分野でも数々の試みがなされてきた。大きな流れとしては、2000年にニューヨークで開催された国連ミレニアムサミットの中で採択された「ミレニアム開発目標」で、「2015年までに乳幼児死亡率を2/3に減少させる」などといった目標が設定され、あらゆるレベルでそれに向けて対策が行われてきた。それから9年たった今、一部の分野で進歩があったものの、途上国における医療は依然として設備や人材の不足で十分な診療が受けられなかったり、道路や輸送システムなどの未整備が都市と地域の間での医療格差を生じさせたりしているなどまだまだ課題は多い。今回私たちは、東南アジア諸国の中でも特に政治的状況などの影響で病院施設などのインフラ、医療分野における人材の不足といった点が問題化しているカンボジアについてとりあげ、その医療問題について調査した。カンボジアは1970年代に内戦を経験した。その過程にあって病院などの医療インフラは壊滅的な被害を受け、有名なポルポト政権による知識人階層の虐殺においても医師や看護師といった医療従事者は殺害の対象となった。その結果カンボジアの医療は人材、設備の面で壊滅的な打撃を受け、その負の影響は現在もなお医療の現場では取り除かれていない。

(対 1000 人)

Figure1.1 5歳未満児死亡率(2006) [1]

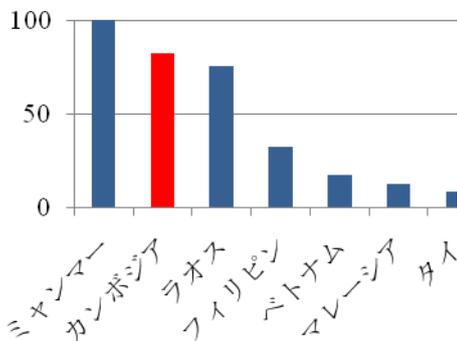
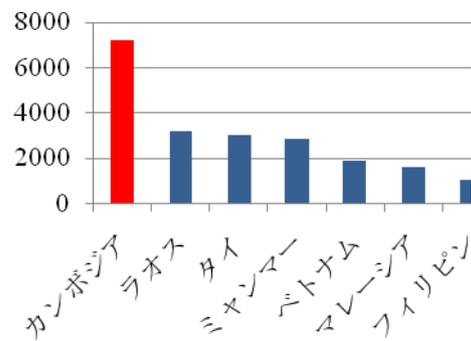


Figure1.2 医師 1 人当たりの人口(2002) [2]



たとえば上の資料が示すようにカンボジアにおける医療の水準は東南アジアの他の諸国と比べても低くなっている。出生が 1000 人あった場合そのうち約 82 人は 5 歳を迎える前に亡くなっているのが現状で、1990 年の 116 人/1000 人^[1]よりは改善しているものの、依然として高い数字となっている(Figure 1.1)。人口を医師の数で比較した場合は、単純化すると医師 1 人が診察しなければならない人の数がラオスの 2 倍以上に上っていることになる(Figure 1.2)。カンボジアで医師が不足している現状を見て取ることができる。

カンボジアの保健医療は、政府からコミュニティまで四層になっている(Figure 1.3)^[3]。最上位は全体を管轄する保健省、次が保健局で、プロビンス(県)、ディストリクト(郡)といった区画と、その区画内にある病院を管轄している。その下の階層はコミュニンといわれ、そこにヘルスセンター(HC)が設置されている。HC は、看護師、助産師を中心とした保健医療を提供する場所となっていて、病院の代わりにあついている。HC は 1 万人に 1 つ設置するプロジェクトが ADB によって行われてきたが、依然として HC がうまく活用されていない現状がある。そして HC は割り当てられた区域の地域コミュニティの保健医療に対して責任を負っている。



Figure1.3 カンボジアの医療制度

しかし、過疎地の農村では、最寄りの HC までが遠すぎたり道が整備されていなかったりして、事実上医療従事者がいないような地域の場合では人々は伝統的にその地域に受け継がれてきた医療手法に頼っている。例としてあげられるのが、出産や母子保健の分野における TBA(伝統的産婆: Traditional Birth Attendant)である。カンボジアの農村部では医師が立ち会う分娩は 5 分の 1 に過ぎず、大多数の分娩は介助もないか、もしくは TBA に委ねられ

ている¹⁴⁾。TBA の施術は科学的根拠がなく地域に伝わる呪術などに基づいているために、大学や専門学校などの正規の教育課程を経てきた助産師と比較すると産婦の容体の急変などに対応できないといった問題がある。とはいえ TBA は地域コミュニティにも良識ある老人として一定の地位・影響力があると思われるため、地域コミュニティ単位の医療という面においては貴重な人的資源、言うならば医療資源としてみなすことができるとも思われる。

そこで私たちは、「カンボジアの医療水準の改善には何が必要か」をテーマに、(1)地域固有の医療資源 TBA を活用し、医療へのアクセスが難しい地域における保健医療水準の改善を図れないか(2)医療インフラが整備されていく中で、なぜそれらが有効に活用されないかの2点について調べていくこととした。

(1)については、TBA の施術が科学的根拠に基づいていないならば、TBA を教育することによってへき地においても分娩の安全性を向上させることができると考え、実際に TBA 教育を行ったプロジェクトを調査することにした。(2)に関しては、医療従事者が虐殺されたという歴史を鑑みて、数として医療従事者が足りていないことに医療システムが効果的に機能しない根本的な問題があるのではないかと仮説をたてて検証した。

2. 文献調査・国内機関訪問

まず、実際にカンボジアで TBA の教育を行った NGO として日本キリスト教海外医療協力会(JOCS)を取り上げ、そのプロジェクトについて調べ、後日 JOCS の東京事務所に訪問させていただいた。名取さんという方が対応して下さいました。JOCS は 2002 年から 2006 年の 5 年間、「カンボジアにおける伝統的助産師の育成 5 ヶ年プログラム」¹⁵⁾を行った。プロジェクトはタケオ州のプレイカバス郡コンペンヘルスセンターが管轄する地域で行われた。内容は、HC スタッフのトレーニング、TBA 会議とトレーニング、TBA が使用する出産介助用品共同購入、妊婦教室、への支援などであった。

話を伺ったところ、このプロジェクトが入る前の状況は HC 側は TBA がどのような活動をしているか把握しておらず、村落にいる人々も HC がどういうものか知らず、知っていてもそれを利用するよりも TBA を利用する方が安全だと信じ込んでいる人がいたようだった。

文献調査によれば、TBA 会議は月 1 度、TBA 同士で情報交換、相互学習、経験の共有などを行うことで、出産や新生児の健康などにおける問題に気づくよう促すためのものである。プロジェクト後の評価によるとこの試みの結果 TBA の妊娠、出産に対する問題意識が高まり、HC 側も TBA にそれら問題に対して助言をするようになったという。結果として HC と TBA との間に良好な関係が築かれた。また、TBA が対処できないような異常が産婦にあった場合に HC に産婦をリファーするようなケースが増加したことからも、HC と TBA の連携が強まったことがうかがえる。

また TBA に対するトレーニングも開講され、基本的な衛生と清潔操作、正常分娩の理解、妊婦のリスクサイン、解剖生理、物品の清潔・消毒、記録のつけ方、妊婦健診方法などが教育された。多くの TBA はその内容に深い関心を持ち TBA のレベルアップにつながったと同時に、それら得た情報を積極的に妊産婦に伝えるようになっていた。

現状について伺ってみると、カンボジアの多くの地域でまだ医療全般に関して正規の教育を受けた看護師や助産師が国民全員の対応をする状況には至っていない。TBA は今後も村落地域での助産を担っていくであろう。それを踏まえれば、短期的なスパンで考えた場合、TBA を教育することはその地域の医療水準、特に母子保健医療水準の向上につながると考えられる。

しかし、将来的にその TBA を育成して正規の助産師に代わる役割を果たすことができるかどうかには疑問が残る。TBA は基本的に村落の女性が先輩 TBA から、あるいは独学で出産にかかわる技術を学んで TBA となっているために、義務教育も終了しているかはわからず、前述したように妊産婦の容体の急変には対応できないといった限界もある。ブラジル北部のマラカプク・ミリという島の例をあげると、TBA の技術が未熟なために以前は妊産婦や新生児の死亡が頻繁に起こるといった状況にあった。しかし、連絡船が運航されるようになったために、出産は対岸の町の病院や個人のクリニックで行われるようになり TBA の数は減っていったという⁶⁾。カンボジア政府もこれ以上 TBA を増やさないことを表明しており、長期的なスパンでは TBA から正規の助産師に移行が進んでいくことが望ましい。

以上をまとめると、TBA 教育は短期のスパンでは一定の効果が挙げられるものの、長期的には TBA による助産から正規の助産師による分娩へ移行させていくような取り組みが必要である。

3. 現地調査

さらに情報を得るために私たちは実際にカンボジアに出向いて現地の機関に話を伺うことにした。

期間：2009年9月21日から27日

場所：首都プノンペン

取材方法：インタビューと見学

高次の医療機関の現状を聞くために NGO である MEDiCAM(補足 A)、そして医療従事者を輩出する教育について調べるため、YRDP(Youth Resources Development Program)(補足 B)というプノンペンの大学生に対し、さまざまな研修コースを提供する機関を訪問した。さらにシハヌーク病院(補足 3)というプノンペン市内の病院を訪問して見学する機会を得た。

(1) MEDiCAM

まず私たちは MEDiCAM の Sin Somuny 博士という方からお話を伺った。まずインフラ整備について伺ったところ、病院自体は国内に 82 あり、数としては足りているということだった。しかし、それぞれのレベルが期待する水準に達していないのが問題だということだった。

次に医療従事者の確保について伺ったところ、HC では看護師、助産師が数の上では確保が十分に進んでいるということだったが、病院での医師の確保が難しいということだった。その原因として医療従事者に対する給料が低いというのがまず問題点としてあげられた。国から支給される給与があまりに少ないために、医療従事者は薬局などを開業するなどして副業をすることを余儀なくされている。これは看護師や助産師にも共通して言えることである。それによって病院やヘルスセンターは労働力を確保するのが難しくなり、24 時間体制で開けていたいところを、半日しか営業することができないという状態になっている。医療従事者にとっても自分の技量を磨く機会がなく、また給料が少ないためにそのためのモチベーションも得られないということだった。

最後にそれらの問題に対し Somuny 博士が考える対策を伺ってみたところ、病院やヘルスセンターの問題はそれらを外部から監視する機関が存在しないことに起因し、そしてその役割は地域コミュニティが担うべきだと言っていた。具体的には、地域コミュニティが政府の方に働きかけて病院に予算をまわしてもらって、医療従事者に対する給与を確保するなどといった取り組みが考えられる。単に受益者で終わるのではなく、地域コミュニティ自身も医療に対する問題意識を持ち、主体的に問題解決に参加していくべきだということだった。

(2) YRDP

次に私たちは YRDP の Sokha さんにカンボジアの教育についてお話を伺った。まずカンボジアの教育について聞くと、大学教育は理論に偏っているために現実社会のニーズにあっていないというのが現状だと伺った。実際に大学を卒業したあとその大学で勉強したことを利用して職を得ることができるのは全体の 10%にすぎないそうだ。

教育や保健医療に対する政府の支援について伺ったところ、政府は教育や保健医療の充実に力をいれると表明しているものの、官僚の腐敗などの問題があり財源が十分に確保できていないのが現状であるということだった。

(3) シハヌーク病院

最後にシハヌーク病院を訪れた。内部はいくつかの塔にわかれていて、科は内科と外科

の二つしかなかった。中には超音波やレントゲンといった大型医療機器や血液検査を行うための研究室なども備え付けられていた。血液検査を行うことができる病院は限られているため、シハヌーク病院では他の病院の患者の血液も検査しているようだ。入院ベッド数は、内科、外科あわせて 24 しかなく、ほとんどの患者は通ってきてもらっているようだ。無料で医療が提供されるために、患者の多くはプノンペン市内よりもむしろ周辺の村から何時間もかけてくる人だそうである。図書室やカフェテリア、さらには講義堂まであり、私たちが訪問した時は職員が英語の試験を受けている最中だった。

シハヌーク病院は、医療の提供だけでなく医療従事者の研修も行っている。研究室では大学教育修了レベルの研修生と思しき人たちが、臨床検査技師になるための研修を受けていた。もちろん医師に対する研修も行っていて、外国から講師を募集することもあるようだ。当初は医師に対する研修はもっぱら外国からの講師に任せられていたが、今はカンボジア人がカンボジア人医師を教育するというレベルまで到達したということだった。

大学で理論を学んできたところでそれが医療現場にすぐに役に立つわけではない。都市部にあるレベルの高い病院で研修をさせることで、医療従事者の実践力そして自信を備えさせることができる。

4. 考察

コミュニティと HC がいかに相互作用していくかが今後の大きなポイントとなる印象を受けた。HC は管轄下にある地域コミュニティに対して情報を提供するとともに、地域コミュニティは HC の活動の監視や評価の役割を果たさせることも可能だろう。財源を確保して、大規模なインフラ整備を行うことも大切だが、各々のレベルの医療資源をうまくつなげていくことでノウハウを伝授し、意見を交換し、各々が主体的に問題に立ち向かっていくシステムを作っていくことも、重要な開発の役割であると考えられる。

5. 結論

ここまでの調査によって以下の点が分かった。

(1) TBA の活用による保健医療の改善について

- ・ TBA への教育は短期的には限定的な効果を上げることができる
- ・ 長期的には TBA から正規の助産師に移行していかなければならない

(2) カンボジアの医療システムが抱える問題について

- ・ 医療従事者の絶対数が少ない
- ・ 医療従事者に対する給与が少なく、副業に時間がとられて仕事ができず、技術が磨かれ

ない。モチベーションがない

→医療従事者の量、質、ともに確保することが難しい

- ・地域コミュニティと医療機関との間で連携が取れていない

対策としては

- ・医療関係の教育機関の整備
- ・保健医療への財源を確保し、医療従事者への給与へ当てる
- ・医療従事者の研修の斡旋
- ・HC による TBA 会議、TBA トレーニングの実施、村の代表者との会議
 - TBA の教育、へき地における医療水準の改善
 - HC と地域コミュニティの連携強化

を提案する。

6. 今後の展望と考察

地域コミュニティが医療問題の解決に主体的に参加することについて、その具体的な手段について深く踏み入ることはできなかった。自分たちの地域の状況を改善するために地域コミュニティの取り組みとしてどのようなものが考えられるか、それによってどのような効果が期待できるかを調べることを今後の課題とする。最近では田辺繁治氏が 2008 年にタイで HIV に感染した患者同士の自助コミュニティの啓蒙活動が、同国の HIV 患者に対する差別的蔑視的な見方を一変させたという事例を社会人類学の見地から発表しており、コミュニティと医療、医療の公共性をめぐる問題群は今後益々掘り下げられていく分野であろうと思われる。

ただし現在の時点ではコミュニティが医療問題の解決に主体的に参加するためにはコミュニティが自発的に問題を問題と認識し、コミュニティ内である程度の議論がなされたのちに「合意された」具体的な解決策が生まれ、かつその解決策を、周囲を巻き込んで戦略的主体的に実現するための段取りを整えられる代表者を自分たちで輩出していける素地がある、という前提付きでなければならないと私たちは考察する。いくらコミュニティの参加が重要になるといっても、例えば対策会議等の場で行政関係者や NGO がコミュニティの議論を終始勝手に誘導し続けたり解決策を一方向的に押し付けたりした場合には、それは（議論や解決策が有益かどうかに関わらず）ただの「干渉」でしかないからである。

地域コミュニティが文字通り「地に足をつけて」自立した解決策を提言し実行できるようになるための道のりは、開発関係者が直面する目線の問題でもあるのだという感想を以

って、今回の研究を終えることにする。

参考文献

[1]UNICEF 世界子供白書 2008

<http://www.unicef.or.jp/osirase/back2008/pdf/EN-SOWC08.pdf>

[2]WHO Statistical Information System

[http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp?indicators=\[Indicator\].\[HSR\].Members](http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp?indicators=[Indicator].[HSR].Members)

[3]JICA カンボジア 地域における母子保健サービス向上プロジェクト

<http://www.jica.go.jp/project/cambodia/0609377/>

[4]喜多悦子「メンタルヘルス」

http://www.jica.go.jp/jica-ri/publication/archives/jica/kyakuin/pdf/200512_hea_06.pdf

[5]原島博「NGO による国際保健協力活動に関する評価」(2007), pp.115-142

<http://www.asia-u.ac.jp/ajiken/books/project/63.pdf#page=121>

[6]松岡秀明：伝統医療, 186-187. 国際保健医療学. 杏林書院, 2005, 東京.

[7]田辺繁治：ケアのコミュニティー北タイのエイズ自助グループが切り開くもの—
2008、岩波書店

(補足 A)MEDiCAM

医療系 NGO や市民の声を保健省に届けるシンクタンクのような役割をはたしているカンボジアの現地 NGO。カンボジアの医療系 NGO は MEDiCAM に登録され、月例会というかたちで、NGO と保健省が意見交換をする機会を提供している。また、MEDiNEWS という月刊誌や年間報告などを発行することによって、情報発信も行っている。

(補足 B)YRDP

YRDP は、プノンペンの大学生に対する教育プログラム。学生たちに社会的視点を持たせることをモットーしている。学生たちに、まず 50 時間程度のコースを履修させ、大学では習得できない社会に出た際に必要とさせるさまざまなスキルを学ばせ、その後、学生をカンボジアの農村部に派遣し、そこで井戸堀りなどといった社会的貢献をさせる。学生たちに自分たちこそが社会を変革していく主体なのだという意識を持たせるような取り組みを行っている。

(補足 C)シハヌーク病院(Sihanouk Hospital Center of Hope)

HOPE というアメリカの NGO が運営する病院で、24 時間体制でカンボジアの人々に無料で医療を提供している。活動資金はすべて寄付でまかなっており、1997 年に設立されて以来、94 万人もの患者の応対をしてきた。また、医療従事者に対する教育や臨床研修も行っている。