

カンボディアにおける女性の健康問題に関する文献的考察

名古屋大学 大学院医学系研究科 博士課程
宇野 日出男

1. はじめに

紛争・内戦は、武力行為による人命の喪失とともに、社会制度や公共・民間施設等の社会インフラの破壊などの危機的状況を生じ、その後も長期にわたって人々の健康に大きな影響を及ぼし続ける。内戦が繰り返されたカンボディアの近代史の中で、特に1975年から1979年までのポル・ポト政権による大量虐殺により、170万人もの人命が失われたとされる。しかしながら、1980年代からの和平プロセスに東西冷戦の終結が追い風となり、1991年のパリ和平協定を経て、カンボディアは少しずつ国家再建の道を歩み、現在も復興・開発が進行している。

本研究の目的は、復興・開発過程にあるカンボディアにおいて、女性の心身に生じた健康問題とその要因、家族など周囲に及ぼした影響、及びこれまでの対策等をカンボディア保健省や国際機関の文献に基づき考察することである。カンボディアの女性の健康問題の中でも、妊産婦死亡率が高いことに注目し、カンボディアの現状を概観したのち、母性保健の問題を1970年代以降のカンボディア国内、国外の動向とともに分析する。

2. カンボディアの現状 (表1、図1)

1) 社会・経済開発

パリ和平協定後、内戦が終結し政治的安定が得られると同時に、市場経済化が進行した。比較的高水準の経済成長率を維持し、アジア通貨危機の影響を一時的に受けるものの、その後も順調に回復している¹⁾。一方、カンボディアが内戦・戦争に巻き込まれている間、周辺諸国は開発を進め、経済成長を遂げてきた。現在、カンボディアの復興は、長期的開発へとシフトしつつあるが、着々と開発の基盤を整えてきた隣国タイなどと比較すると大きな所得格差がある。現在、カンボディアの1人当たり所得は約US\$ 270である²⁾。農村部居住者は国民の約80%を占め、その約40%が貧困層である¹⁾。

1960年代に整備された道路、鉄道、電力等の社会資本は、多くの人的資源とともに内戦によって破壊された。内戦終結後、国際支援による復旧・復興が進められた結果、主要都市の社会資本整備は必要最低限確保されている¹⁾。復興・開発に伴って、人口は増加し続け、都市化が進行している。1975年から2001年までの人口増加率は2.5%であり、ASEAN諸国の中で最も高い³⁾。成人識字率は、女性58%・男性81%、出生時平均余命は女性59歳・男性55歳で、人間開発指数は世界175カ国中130位、ジェンダー開発指数は144カ国中105位である³⁾。

2) 保健医療の概況

保健医療の基礎指標をみると、妊産婦死亡率は出生10万対440、乳幼児死亡率は出生1000対97、5歳未満児死亡率は出生1000対138であり、周辺諸国と比較しても劣悪な傾向である^{3,4)}。疾病構造としては、感染症が主要な疾患であり、入院患者の死因として、マラリア・デング熱・急性呼吸器感染症・結核が多い⁵⁾。感染症が重要課題である一方で、交通事故も増加傾向にある。また、地雷による障害者は236人に1人と、世界的に見ても多い。

ポル・ポト政権下の大量虐殺により、医師・看護師等の保健医療従事者数は劇的に減少し、保健医療体制は崩壊状態に陥った。基本的な保健医療サービスへのアクセスは悪く、例えば、分娩の殆どが自宅で行われ、専門医療職が介助する分娩は3分の1に満たない⁴⁾。さらに都市部、特に首都プノンペンと農村部における格差は著しい。

家族計画に関する知識については、既婚女性の殆どが有しているものの、避妊実行率は約2割と低い⁴⁾。合計特殊出生率は4.7であり、東南アジア平均2.5に比べ極めて高い⁶⁾。

HIV 感染については、1991 年に最初の感染者が発見されて以来急速に増加しており、15-24 歳における推定感染率は、女性 2.5 %・男性 1.0 % である⁶⁾。また、女性の 4 人に 1 人が配偶者等からの暴力を経験しており⁴⁾、被害は増加傾向にある。その他、ポル・ポト政権下で過酷な経験をした多くの女性たちが、現在も精神的ストレスを訴えている。

3. 女性の健康問題に関する歴史的考察 (図 2.3)

カンボディアにおける女性の健康問題は、(1) 開発途上国に共通する貧困等に起因する問題、(2) 紛争、特にポル・ポト政権によって引き起こされた問題、(3) 復興・開発の進行により生じた問題、(4) 社会背景やジェンダー要因が深く関与する問題、に大別できる。しかしながら、すべての問題が、国内の政治・経済の状況や様々な時代背景の中で相互に関連しながら変化してきている。ポル・ポト政権以降の政府や国際支援の動向と母性保健の問題を 1970 年代、1980 年代、1990 年代の 3 期に分けて概観し、主な問題点を考察した。

1) 歴史的変遷

1970 年代後半

ポル・ポト時代には、強制労働・強制移住が実施され、国民に精神的・肉体的な苦痛をもたらし、地域社会の崩壊と人間不信を蔓延させた。知識層をターゲットにした大量虐殺により、多くの男性が死亡し、結果的に女性への過度の労働が強いられた。医師・看護師等の専門医療職も虐殺の対象となり、ポル・ポト政権後に国内に残った医師はわずか 40 数名であった⁷⁾。保健医療分野をはじめとする人的資源の喪失により、1980 年以降の復興・開発と保健医療体制の再建がより困難になった。

1980 年代

1980 年代には、一部で内戦は継続していたものの、親ヴィエトナム政権により保健医療体制再建がはかられた。まず、保健医療に従事する人材確保と施設配備などが急務であった。実際に 1980 年代前半より、医師数は急激に増加している⁷⁾。さらに医師数の増加に伴って 5 歳未満児死亡率の減少傾向が認められる。これは医師や看護師等の医療従事者の確保によって、ある一定レベルの保健医療水準が確保されたものと思われる。しかしながら、医師数がほぼ持続的に増加している一方で、5 歳未満児死亡率は 1990 年代頃よりその減少傾向が停滞化している。このことは、保健医療体制再建において、量的には充足していったものの質的充足が伴わなかった可能性を示唆している。また保健医療施設の数や配置に問題があったことも考えられる。

女性の健康に関しては、妊産婦死亡率などの公的データはなく、家族計画に関する政策も存在しなかった。一方、国際社会の女性の健康に対する取り組みは、1987 年にセーフ・マザーフード・イニシアティブが発足するなど、1976 年から 1985 年の「国連女性の十年」以降、大きな動きが認められる。しかしながら、国際的に孤立したカンボディアに対する国際社会の支援は、UNICEF (United Nations Children's Fund; 国連児童基金) や少数の国際 NGO による援助に限られていた⁸⁾。

1990 年代

1991 年のパリ和平協定締結により、カンボディアは再び国際社会に参加した。それ以降、国際機関や NGO による援助に加えて二国間の政府開発援助が本格化した。女性の健康に対しては、1991 年に Birth Spacing Clinic の一部が開始したことを皮切りに、その後、ヘルス・マスタープラン (1994 年～1995 年)、National Birth Spacing Policy (1995 年)、National Health Coverage Plan (1996 年) そして National Safe Motherhood Plan (1997 年) と、政策策定が進行し様々なプログラムが実施されるようになった。中でも National Health Coverage Plan においては、人口 10 万人から 20 万人に対して保健医療サービスを提供する新しい行政区の設置、ヘルスセンターとリファラル病院の役割の明確化など、従来の保健医療システムを再編す

る取り組みが盛り込まれている⁸⁾。

こういった一連の政策を経て、家族計画普及率の上昇、妊産婦死亡率の減少傾向という成果を認めることが出来る。しかしながら、家族計画実行率はなお低く、妊産婦死亡率も依然として高いなど多くの問題点が残っている。分娩中・分娩後の出血、感染等が妊産婦死亡の主要な原因である⁴⁾。その背景には、医師・看護師等の介助による分娩がわずか30%弱であることなど、保健医療サービスへのアクセスの問題が考えられる。

2)問題点

国内状況の不安定性

1980年以降、内戦が続く国内政情が不安定な状況下で、保健医療体制の再構築が実施されてきた。国際社会において孤立し国際的支援も少ない中で、ポル・ポト政権下での著しい社会インフラの破壊からの国家体制再建は、極めて困難であったと思われる。

1991年に和平協定が締結されてからは、多くの国際的支援を得て、様々な援助プログラムが実施された。その結果、家族計画に関する知識の普及や、保健医療政策の策定など、大きく前進したといえる。しかしながら、内戦終了後も1997年に武力衝突を経験するなど、国内状況は必ずしも安定に至らない状況にあった。内戦終了後およそ10年という期間では、他の東南アジア諸国なみの社会・経済開発を進行させるには不十分なのではないかと考えられる。

都市部と農村部の格差 (図1)

都市部、特に首都プノンペンと、農村部では、社会・経済開発の水準に大きな格差が生じている。都市部と農村部では、基本的な保健医療サービスへのアクセスにも明らかな格差が認められる。人口増加率が高く都市への集中が進行しているものの、カンボディア国民の約80%は、農村部に居住している。妊産婦死亡率が高い原因の1つとして、農村部における母性保健サービスのアクセスの問題が考えられる。

4. 結 論

カンボディアでは、1990年以降、国際社会の援助のもと保健医療体制再建が本格化し、女性の健康問題に対する取り組みも始まった。妊産婦死亡率はある程度減少傾向を認めるものの、周辺諸国と比較しても依然として高い。今後は、紛争後の人道支援や復興に重点をおいたアプローチより、農村部に重点を置き、長期的開発支援と統合した形での保健医療システム整備や人材養成が必要と思われる。

参考文献

- 1) カンボディア国別援助研究会報告書－復興から開発へ－. 国際協力事業団国際協力総合研修所, 2001; 220-238.
- 2) World Development Report 2003. The World Bank, 2003.
- 3) Human Development Report 2003. UNDP, 2003.
- 4) Cambodia Demographic and Health Survey 2000. Ministry of Health / UNFPA.
- 5) 1998 National Health Statistics Report. Kingdom of Cambodia Ministry of Health, 1998.
- 6) The State of World Population 2003. UNFPA, 2003.
- 7) Cambodia Statistical Year Book 2001. Ministry of Planning, 2002.
- 8) Joint Health Sector Review. Draft Report. Ministry of Health, 2000.

表1:カンボディアと周辺国・日本の基礎指標

国名	一人当たり 国民総所得 (US\$)	成人識字率 (%)		出生時 平均余命 (歳)		妊産婦 死亡率 (出生10万対)	合計 特殊 出生率	避妊 実行率 (%)
		女	男	女	男			
カンボディア	270	58	81	59	55	437	4.9	19
ラオス	310	54	77	55	53	650	5.0	29
ヴェトナム	410	91	95	71	66	95	2.3	56
タイ	1,970	94	97	73	65	44	2.0	70
日本	35,990	—	—	85	78	7	1.3	53

図1:分娩の介助者と場所

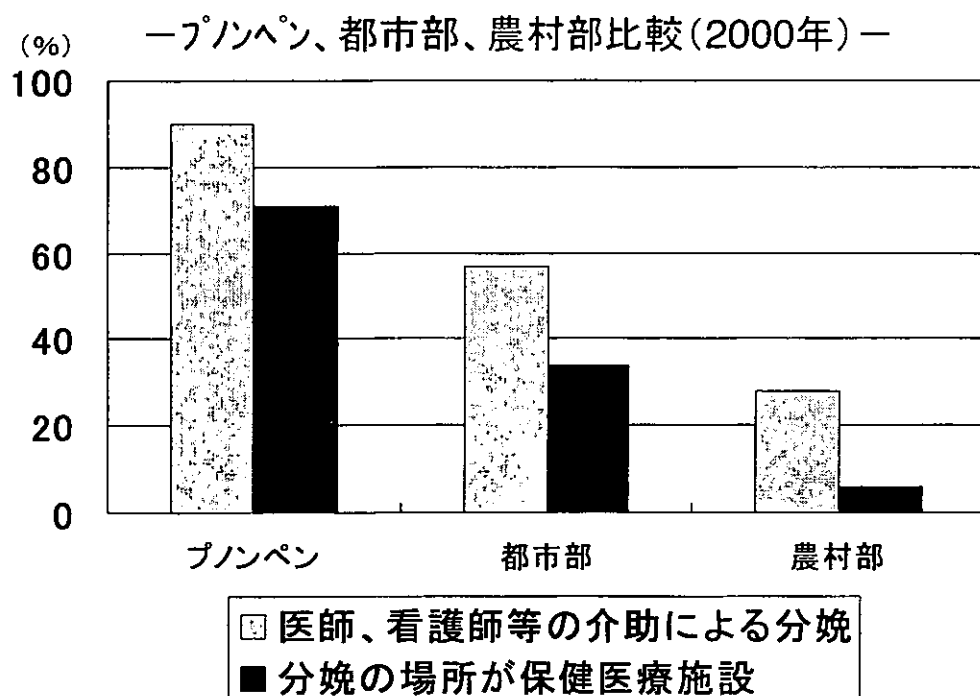


図2: 過去25年の5歳未満児死亡率と医師数の推移

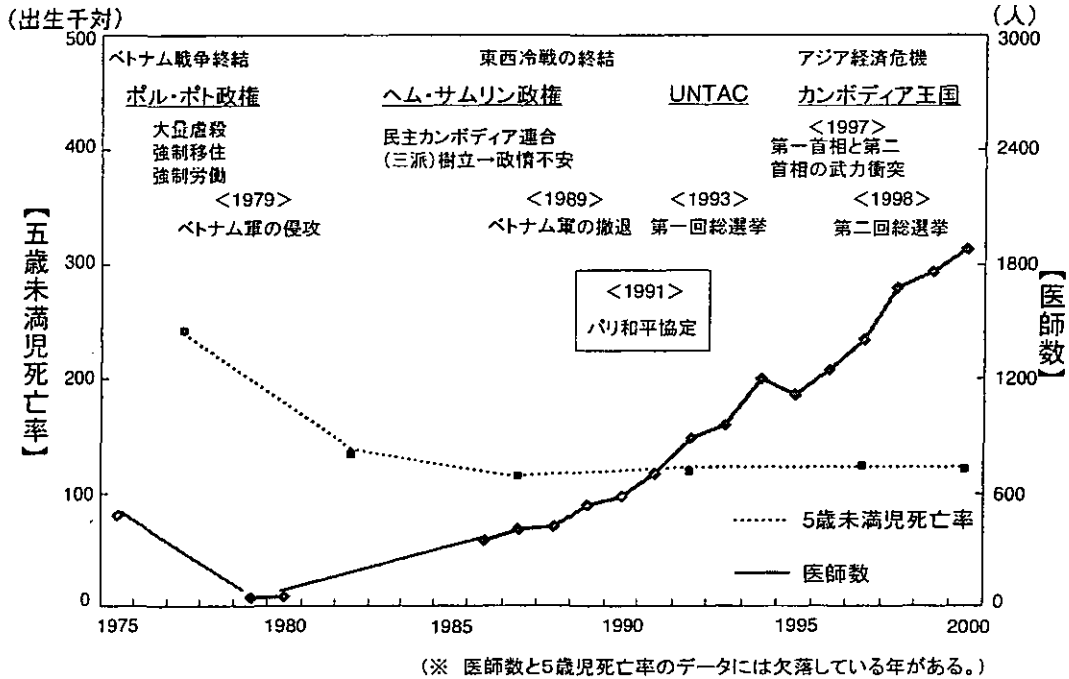
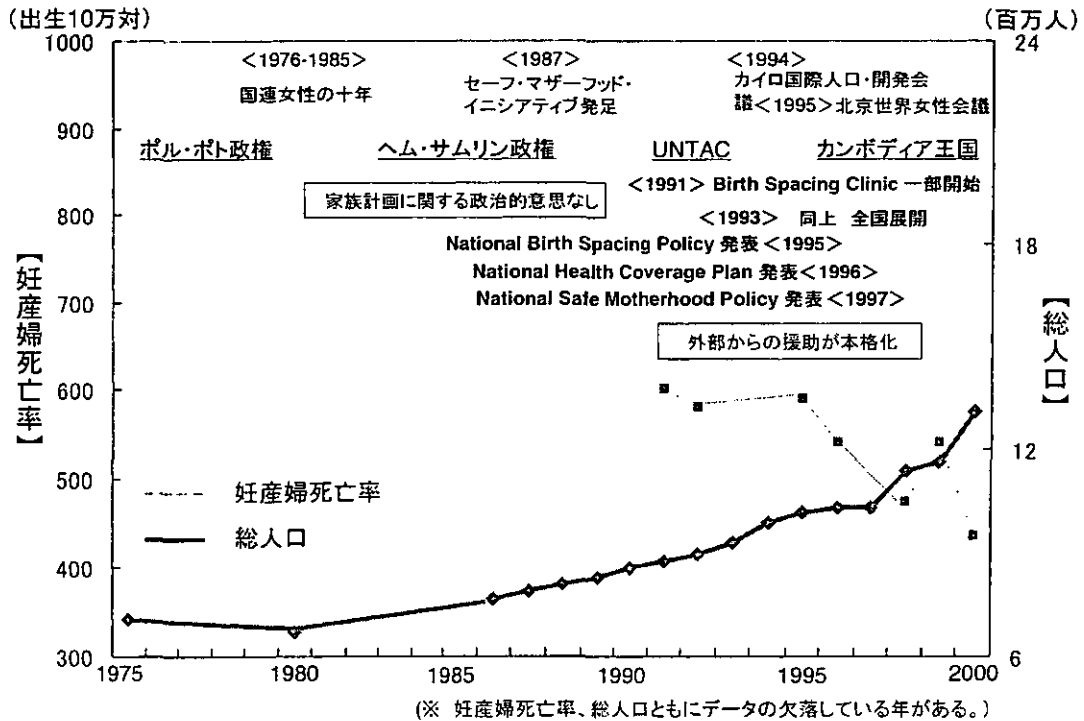


図3: 過去25年の妊産婦死亡率と総人口の推移



カンボディアの女性の健康に関する男性の役割

名古屋大学 大学院医学系研究科 博士課程
宇野 日出男

1. はじめに

男性は、家族計画の実行などに関して重要な役割を有しており、開発途上国においても女性の健康に対する男性の果たす役割についての認識が高まってきている。本研究では、紛争後復興開発期のカンボディアにおいて、女性の健康、特に妊産婦の健康に関して、男性の影響を調査するために、夫たちの意識について質的調査を実施した。

2. 方法

平成 15 年 11 月 13・14・15・17 日の 4 日間、首都プノンペン市内、及び近郊の農村部 (カンダール県キエンスヴェイ郡、タケオ県バティ郡) において、既婚男性を対象とした面接調査を実施した。プノンペン市内の国立母子保健センター (NCMCH) 入院患者の夫たち、農村部にあるヘルスセンターの医師・看護師等保健医療従事者、農村部住民の計 16 名に対して、インフォームドコンセントを得たのち、紛争中・後の生活状況、家庭内での意思決定、ドメスティック・バイオレンス、妊産婦の健康に対する男性の役割等に関して質問し、自由に回答してもらった。調査に先立ち、カンボディア保健省研究倫理委員会に研究計画を提出し承認を得た。

3. 結果と考察

1) 面接調査対象者

面接調査対象者を表 1 に示した。計 16 名の男性の年齢は 24 歳～62 歳、平均 37 歳であり、都市部 6 名・農村部 9 名であった。教育期間は、平均 9 年で、子供の数は平均 2.7 人であった。職業は、看護師、准看護師、医師、農業、大工、裁縫、会社員、裁縫工場作業員運転手で、家計の平均月収は 137 米ドルであった。

2) 紛争中・後の生活状況

ポル・ポト政権時代で最もつらかったこととして、十分な食料がなかったこと(9 名)、家族が殺されたこと(4 名)、強制労働(3 名)などが挙げられた。ポル・ポト政権時代は幼少時で覚えていなかった者(4 名)、ポル・ポト政権時代のことは感無量で説明できない者(2 名)もいた。ポル・ポト政権時代には、言動が抑圧され、集団生活を強いられ、食料供給が不十分な中で過酷な肉体労働が強制されていたことがうかがえた。

ポル・ポト政権時代後の生活の中で最大の変化は、必要な食糧を自由に作ることが出来るようになった(4 名)、教育を受けられるようになった(3 名)など複数の種類の回答があった。1992 年以降の生活は、16 名中 15 名が良くなったと答えた。

3) 家庭内での意思決定

妻の健康問題に関して最終的に夫が決断すべきである(9 名)、家庭内の重要な案件は最終的に夫が決断すべきである(9 名)と、多くの男性が回答した。しかし、全員が夫のみで決断すべきではなく必ず妻と相談した上で決定すると説明した。夫が決断すべき理由としては、男性が家族全員の責任を負っているからであると説明した。

避妊については、最終的に夫が判断すべきと回答したのは 2 名のみであった。家族計画に対して、夫の消極的な姿勢が認められた。

4) ドメスティック・バイオレンス

妻に暴力を振るった経験があるかという質問に対しては、全員がないと答えた。しかし、この質問に対して、対象者が事実を正直に回答したかどうかには疑問が残るため、今後質問方法を変えてさらに検討を進める必要があると考えられた。

5) 妊産婦の健康に関する男性の知識

対象者の殆んどが、妊産婦の健康問題に関する基本的知識を持っていた。ほぼ全員が自宅にラジオやテレビを所有しており、マスメディアを通して健康情報を得ていると説明していた。

今回の調査対象者は、妊産婦の健康に関する知識があり、女性の健康問題に対して協力的な姿勢であった。調査地域がプノンペン市と近郊であったため、核家族化も進行しており、妻と夫が互いに協力する状況が必要となっていることも関与していると考えられる。

表 1. 面接調査対象者

	年齢 (年)	居住地	教育 (年)	職業	平均家計 月収 (US\$)	子供数	同居家族 (本人・妻・子ども以外)	その他
1	42	農村	9	准看	150	4	義理姉1	
2	36	農村	9	准看	165	2		・子供1名1ヶ月で死亡
3	40	都市	12	医師	450	2		・実父母、義理父母に送金 ・妻:薬局経営
4	31	農村	8	農業	25	1		
5	47	農村	4	大工	125	7		・実の両親が近くに居住
6	53	農村	4	農業	6	2		・子供は2人全員自宅分娩 ・妻:魚売り(不定期)
7	29	農村	5	農業	75	3	従兄弟1	・妻:自宅で裁縫業
8	37	農村	9	農業	85	3		・子供は3人全員自宅分娩 ・妻:自宅で裁縫業
9	62	農村	9	農業	60	8	子供4	・本人:シクロドライバーを兼務 ・子供は8人全員自宅分娩
10	30	農村	10	農業	50	2	義理母	・妻:農業
11	25	農村	7	農業	30	2	義理父母	・本人:バイクタクシードライバーを兼務 ・妻:農業
12	30	都市	12	裁縫業	400	1	祖母,父母,義理父母, 兄弟4,姉妹2	・5ドル/月を宝くじに投資 ・妻:理容師
13	24	都市	12	販売業	150	1	父母,兄弟3,姉妹4	・義理の兄弟・姉妹が近くに居住
14	35	都市	12	放送業	200	3	父母,兄1,姉1	・都市部に出稼ぎ ・姉:理容師、妻と母:飲食店
15	25	都市	11	工員	120	0		・妻:無収入
16	31	都市	11	建築業	100	2		・無収入の月もあり ・本人:タクシードライバーを兼務 ・妻:裁縫業

カンボディアの自然災害及び紛争後復興開発に対する NGO の支援活動

特定非営利活動法人 AMDA・カンボディア

岡本 美代子

1. はじめに

開発途上国では、人材・資源の不足により、一般に、保健医療状況は劣悪であり、保健政策・システム整備が遅延している。特にカンボディアでは、長期間の内戦とポルポト政権下での大量虐殺が現在まで影響を及ぼしており、人的、物質的、金銭的資源が圧倒的に不足している。そのため、適切な保健医療サービスを充実させるために一定期間国際的支援が必要とされている。しかし、現実には様々な問題があり、国際支援活動の実施は容易ではない。

本稿では、まず、カンボディアの近代史と社会背景を簡単に紹介した後、カンボディアの保健行政とその機能について述べる。次に、民間国際協力団体(Non-governmental organization: NGO)による、保健医療分野での、短期的(自然災害)・長期的(紛争後復興開発)国際支援活動の事例を通し、国際支援活動が、現地保健行政側の主体性を尊重しつつ、不足する側面を補うことにより、将来も持続可能なシステムづくりにどのように貢献できるかを概説する。最後に、開発途上国の現実に根ざした国際支援活動の方向性を探り、効果的な国際支援のあり方を検討する。

2. カンボディアの近代史と社会背景

カンボディアは、19世紀から100年に及ぶフランスの植民地支配を経て、1953年に独立した。1960年代になると、隣国でのヴェトナム戦争の影響を受けるようになり、1970年のクーデター以来、国内にも紛争が勃発した。続く1975-1979年のポルポトを指導者とするクメール・ルージュの支配時に大量虐殺がなされ、全国民の20%が犠牲となった。特に、教育者、宗教家、技術者、医師をふくめた保健医療専門職などの知識人は、真っ先に殺害されたため、1979年の親ヴェトナム政権樹立時には、著しい人材不足に陥った。1991年のパリ和平協定に基づく国連カンボディア暫定統治機構(UNTAC: United Nations Transitional Authority in Cambodia)の介入により、1993年には民主的な選挙が実施された。1997年に首都で武力衝突が起こったが、それ以降は比較的安定した情勢が続いている。

3. カンボディアの保健政策・システム

1979年当時、医療従事者は著しく不足していたが、生き残ったカンボディア人医療従事者数十人とヴェトナム人医師らにより、保健省の再建が始められた。それから約20年経

て、カンボディア保健省は、諸外国や国際機関の援助を受けながら、保健医療分野の改革を積極的に進めている。1996年から始まった「ヘルス・カバレッジ・プラン」では、適切な地域への保健施設の設置、人事、管理計画、また保健省、県保健局、地区保健局、地区病院、保健センターの整備とネットワーク作りに取り組んでいる。また、2002年に発表された「保健医療分野戦略 2003-2007」は、保健省主導のもと、住民のニーズ、貧困層など社会的弱者への対応、人材育成対策など 8 つの主な柱を掲げ、国家の保健医療システムを効果的に改善し発展させることを目指している。

保健行政は、「ヘルス・カバレッジ・プラン」に沿って、保健省（国家レベル）、県保健局（県レベル）、地区保健局（地区・郡レベル）の 3 段階の管理システム^{*1}により形成されている。地区保健局の下には、地区病院、保健センター/ポストが人口割合に合わせ均等に配置されている。保健センターでは基本的医療活動（Minimum Package of Activities :MPA）、地区病院では補足的医療活動(Complementary Package of Activities :CPA)^{*2}というガイドラインを定め、プライマリーヘルスケアの理念に則った施策を効果的に展開しようとしている。

これらの行政システム、保健政策は日々の保健行政活動の基本となるが、現状は、人材、物資、資金が不足し、十分機能していない。以下にこの 3 つの問題点について述べる。

(1) 人材

人材の問題の中には、各種の保健医療従事者の数と資質ばかりでなく、事務・会計などを含めた組織的な管理能力も含まれる。医療従事者の数は、WHO によると 1998 年において人口 100,000 人に対し、医師（準医師も含まれると思われる）29.7 人、看護師 73.8 人、助産師 28.8 人である。現実には都市に集中しているため、首都以外の地区では慢性的な医療従事者不足に陥っている。医師がいない地区では、無資格ながら長期間ボランティアとして保健施設を手伝っている者や伝統的産婆を再トレーニングして採用している現状があり、公務員以外の医療従事者が存在するとしても、データに現れている以上に現状の医療従事者不足は深刻である。

数の不足に加え、医療従事者の質も問題である。医療従事者殆んどゼロの時点より、難民キャンプや海外からの緊急援助により、短時間で即席とも言える医療従事者が多量に育成された。長い紛争の影響による基本的な小中学校レベルの学力もままならない学生達の理解も待たず、修了証を渡すケースも少なくなかった^{*3}。このことは、日々の診療活動の質に大きく影響するだけでなく、国家の保健政策の実践をも揺るがすことにもなり得る。

また、国家保健基本政策である、CPA を進めていく中での X 線技師や臨床検査技師等の養成学校が未だ整備されておらず、他組織が持つ人材、多くは海外からの一時的派遣者に

^{*1} 県保健局は全国で 22、地区保健局は 74 存在する。また、地区保健局は一般行政地区（Administrative boundary）とは異なっている。

^{*2} MPA 基準として、各保健センターに一般診察、妊産婦検診、正常分娩、薬局、各種予防接種、遠隔地診療や保健教育を含んだ総合的第一次医療。CPA 基準として、各地区病院では一般診察、救急・外科、合併症のある分娩、入院（結核を含む）設備、外来検査（X 線検査室、臨床検査室、超音波画像診断室）等である。

^{*3} 実際に遠隔地では、基本的算数のできない職員が従事していることもある。

短期トレーニングを委ねざるを得ない現状がある。

更には、この国の特徴としてポルポト時代の虐殺を反映して40-60歳のベテラン層が極端に少なく、組織を管理する上でのマネージメント、リーダーシップの能力が弱い。例えば、医学部を卒業した後すぐに要職に就き、医師であることの経験も不十分なまま日々の病院管理業務、地域保健管理の責任を負うことも少なくない。伝統的官僚制が色濃い一方で、地方分権の政策が推し進められ、責任が増加する毎日に、これら経験の少ない管理職が、他の職員たちを指揮して保健省の掲げる保健政策を効果的に実行することは容易ではない。

また、地区保健局の職員のほとんどは医療従事者で占められており、効果的な地区保健行政に欠かせない事務・会計業務や施設物品管理等のロジスティック運営は軽視されてしまう。近年進められている診療サービスの有料化に伴い、現金の取り扱い、輸送、会計処理、監査等の必要が生じた。会計士(もしくは事務職員)がいない小規模な地区保健局では、病院長や薬剤師等がこれらの業務におわれる時期もある。このことは組織全体のマネージメントに影響するものである^{*4}。

最後に、決定的な問題として、公共保健施設に従事する者の給与の低さがある。医師を含め月平均20-30米ドルという低給与である上に、常時2-3ヶ月配給が遅れている。この給与は、インフレーションが続くこの国の一世帯における生活最低必要額の約三分の一以下であり、生活の保障がされていない。これらの状況から、とくに都市部を離れた公共保健施設では、医療従事者の多くが、副職としての農業や自宅での私設クリニックにおける診療に忙しく、診療時間に誰もいないことが多い。また、生活の為に薬剤・施設備品を持ち出す者や、決められた診療費があっても、さらに患者から袖の下を強要する医療従事者も多く、住民からの信頼は低い。

(2) 物資

1996年から始まった“ヘルス・カバレッジ・プラン”で計画されている病院、保健センターの新設は、予定よりも遅れ2007年度までの完成を目指している。また、施設が存在しても、その規格や質は衛生的に問題のあるものが多い。例えば、カンボディア国内のインフラ整備の遅れにより、郡や県レベルの道路や電気は整備されておらず、埃が舞う中、たとえ小手術室であっても、室内の温度調整のための換気口数箇所と、灯り取りのための木窓が、開いているのが通常である。

医療機材に関しては、保健省が目指している質の高い医療サービスCPAの中で、地区病院のX線診断、超音波画像診断、臨床検査の充実があげられているが、計画性には疑問がある。例えば、X線仕様の建物を建てる予算がなく技師もいないにもかかわらず、X線機材だけが供給されたりする。設備や人材などの全てが揃い使用可能になるまで、機材は放置されていることが少なくない。

^{*4} 80床以下の公立病院では、規定により、事務系の職員が配置されない。また、事務職員が配置されたとしても、会計士などの有資格者ではなく、効果的な事務処理をするトレーニングは殆んど存在しない。

質の保証された保健医療サービスにとって、安定した薬品 (WHO の定める必須医薬品)・医療資材などの配給は必須である。必要な薬品や資材は、保健省中央薬資材管理局の中央薬資材管理局 (Central Medical Stores :CMS) により全国の県保健局に配給され、そこから地区保健局管轄の公共保健施設に配給される仕組みになっているが、実際には十分機能していない。例えば、配給は四半期ごとに定期的実施される予定であるが、常時遅延し、また国家予算不足から、配給が中止されることもあり、適切な配給が計画的に行なわれていない。各末端保健施設では在庫管理が適切になされておらず、要請数が正確ではない上、CMS から配給される薬は数に限りがある。また、届けられた薬には有効期限が切れたものも含まれていることもあり、質も保障されていない。

保健医療情報管理にも問題点が多い。各保健指標の動向を追って国の保健・衛生の状態を把握するため、保健省は保健情報システム (Health Information Systems: HIS) を定めている。各公共保健施設で記録したデータは、地区保健局、県保健局を通して、保健省へと提出される。しかし、数値の計算ミスは頻繁にあるうえ、達成度を良く見せるため、末端機関が数値を改ざんして報告することも多く、上位組織もそれを容認してしまう状況がある^{*5}。

医療施設までの交通は、インフラの整備の遅れや、洪水などの災害により、さらに困難を極める。住民は、徒歩、バイクタクシー等に頼っている。貧困層では、たとえ診療費が免除になっても、交通費が払えないため受診を断念することもある。

(3) 資金

WHO によるとカンボディアでは GDP の約 8.1 % が国家保健行政予算に充てられている。これに各国からの政府開発援助 (ODA)、また世界銀行・アジア開発銀行からの融資が 60% 以上加わるが、国民一人あたりの保健医療にあてる政府予算は 2 米ドル程度でしかない。これに加え、現在、各公立保健施設での有料化政策を進めており、その収入の一部は保健施設の運営に充てられる。

各保健施設の運営資金は、職員給与同様、保健省から県保健局、そして地区保健局に配布される。しかし、通常 2-3 ヶ月は配布が遅延しているうえ、予算の 15-20 % 程度しか地区保健局へ届かないこともある^{*6}。運営資金の不足、低く不安定な賃金支給などは、職員の勤務意欲をそぎ日常保健業務を滞らせ、地区全体の目標達成度に大きく影響する。予防接種キャンペーンのような国家プログラムに対しては、ドナーから給料とは別に日当が支給されており、日常業務のように日当がない場合は職員が集まらないことも多々ある。遠隔地の村落部での公的保健サービスは、国連組織や ODA・NGO が出資する大きなキャンペーン活動しか機能していないのが通常である。

^{*5} 実際、保健省主催の 2002 年度年間達成度評価のワークショップでは、公式発表として、少数民族が散在し道路等のアクセスも困難な最北部の遠隔地で 93% もの 1 歳以下の小児に BCG 接種を達成したとの報告があった。これは全国一位であり、他の地区が NGO のフルサポートがあっても 80% 前後でとどまっていることから考えても、非常に疑問が残る発表であった。発表者の政府職員は、非常にそのことに誇りを持っていると満足していた。

^{*6} 地区保健局での聞き取り調査より (2002 年)

4. 国際支援活動の事例

カンボディア政府は、様々な人材・物資・資金をある程度保有しているが、不足している分野や、有効利用できていないところも少なくない。この不足分を補うために、外国からの国際的支援活動が一つの解決策として考えられる。

国際的支援活動には、短期的介入と長期的介入がある。短期的介入としては自然災害や大規模な惨事などに対する緊急援助があり、現地のニーズに合った適切な援助活動が迅速になさなければならない。長期的介入としては紛争後の復興から長期的社会・経済開発に向けての支援があげられ、人材育成、システム形成に重点をおいた活動が中心となる。

以下に、NGO による効果的な国際支援活動の事例として、AMDA^{*7}によるカンボディアでの大水害への緊急援助（短期的介入）と地方の保健システム管理（長期的介入）の2事例について概説する。

(1) 短期的介入：カンボディア大水害緊急援助活動

2000年7月から3ヶ月間、東南アジアのメコン川流域一帯を襲った大雨は、カンボディア全22県のうち、17県を浸水させ、1,600万人の被災者と140人の死者を出した。カンボディア政府は緊急事態宣言を発令し、国際援助を要請した。保健省は被災地区の保健情報を収集し、国際赤十字（International Federation of Red Cross: IFRC）とともに各援助団体の調整を担った。しかし、国、県レベルの情報伝達に混乱があり、さらには連休と重なったため、被災地の県保健局は機能せず、全てが滞っている状態であった。

現地支部であるAMDAカンボディアからの要請を受けて、AMDA本部は支援を決定した。緊急時、情報が混乱するなか、当時、被災地区付近で活動していたカンボディア赤十字（Cambodia Red Cross: CRC）と協力するなど、現地支部のネットワークを駆使して正確な情報を収集し、派遣を決定するに至った。このように、現地でのネットワークを有効活用することによって、現地の状況を迅速に把握することができた。

平時においても、医療従事者が不足しているカンボディアにおいて、緊急時の医療従事者確保は困難を極めた。AMDAカンボディアは、海外からの派遣医療従事者、現地医療従事者とロジスティシャンを含む12人を動員し、AMDA医療チームを結成、緊急で多様な医療ニーズに交代で応じられる体制を整えた。

災害時において、必要な物資や医療サービスを、住民一人一人に確実に供給することは、情報の混乱と調整不足の中で困難を極め、行き届いていない地区もあった。当初、必要物資の配布は、現地政府、国王、国際組織、非政府組織等によってなされていた。AMDAカンボディア職員により集められた情報をもとに、被災地等で活動を続けるCRCと調整しながら、援助が行き届いていない地区を中心に緊急援助活動を行った。

広範囲な被害地域と多種多様に渡るニーズ（道路、橋、水・電気等の復旧等）に応える

*7 AMDA（アムダ）とは Association of Medical Doctors of Asia の略で、岡山に本部を持つ特定非営利活動法人(NPO)である。現在、世界13カ国で活動している。

ため、日本政府を含む諸国からカンボディア政府に対して、大規模な資金援助と、物資や食糧の援助がなされた。それらと平行して、AMDA 医療チームは、AMDA 本部からの他、カナダ支部からの迅速な資金援助によって、被害者への保健医療活動をタイムリーに展開することができた。

この短期的介入の事例では、現地政府が混乱している状況の中、迅速に情報収集をし、現地に不足していた人材、物資、資金に対して臨機応変に対応することができ、効果的な国際支援活動であったと言える。

(2) 長期的介入：アンロカ地区保健プロジェクト

アンロカ地区保健プロジェクトは、カンボディア保健省がアジア開発銀行から資金融資を受け、AMDA と委託契約を結び共同で実施している。同国タケオ県内の1保健行政地区であるアンロカ地区（人口12万人）において、地区保健局、地区病院、保健センター9ヶ所の運営能力や活動の質を向上させ、地区全人口を対象とした、健康教育を含む第一次保健医療活動、および第二次医療の充実を目指している。カンボディア保健省の政策を推進するモデル事業と位置づけ、その運営管理をAMDAに委託しているのである。

1999年の事業開始当初以来、6つの保健センターと、30床の病棟が新しく開設されたにもかかわらず、公務員である医療従事者数の増員はなく、適正人数の約半分の57名にすぎない。他に49名の契約職員が勤務しており、職員数は合計106名である。これらの職員は、前述したように多種多様な資格や経験を持ち、質的にばらつきがあるため、定期的に基本的な研修を行い、質を向上させることに努めている。医師や看護師ばかりでなく、臨床検査技師、X線技師等の、専門技術者の質も問題があり、海外からの専門家派遣により、現地職員の育成、質の向上に努めている。また、包括的事業を効果的に進めていくために、会計管理や在庫管理、ロジスティックスの技術を持つ人材の育成もしている。さらには、管理職の人材不足も非常に大きな問題である。管理職に就いている職員は、全体のマネジメントに関して国際職員とともに働きながら学んでいる。医療技術の面でも十分自信がない現地管理職員であったが、国際職員が徐々に中心的な役割を彼らに譲り、サポート役に転じたことで、総勢100人もの職員を管理できるようになってきた。

各施設で、物資、薬剤が慢性的に不足していると、質の確保された保健医療サービス活動を効果的に行うことができない。全9ヶ所の保健センターにはMPA標準設備、地区病院にはCPA標準設備がある。当事業はモデル地区として、薬剤、医療資材の慢性的不足を避ける為、中央薬資材管理局（CMS）を使用しないことを、1999年に保健省と合意した。以来、保健省の定める必須薬品リストに従って、薬品・資材等を独自のシステムを使って地区保健局内の各施設へ継続的に供給する責任を負うこととなった。コンピュータを使って消費量と供給量の傾向を把握し、在庫管理をし、それに基づき、必要量が供給されている。当事業においても、規定の医療機器・機材の供給については、保健省が担当しているが、慢性的な遅延や不足は少なくない。

当事業は保健省からの完全委託事業であり、保健省と財務省の承認の後、資金はアジア

開発銀行を通して AMDA へ支給されるため比較的安定している。全ての予算は過不足なく支給され、十分な運営資金が末端機関である地区保健局に到着する。しかし政府のシステム上の問題で、2つの省を経由する為、承認に時間がかかりすぎている。常時3-6ヶ月以上、資金が遅延しているが、これについては AMDA の予備資金力に委ねられている。

当事業では、保健地区を運営するための十分な予算のもと、人材の補充と育成、物資の安定した供給が保障され、地区住民へのより良い保健医療サービス供給を達成した。開始当初より4年を経た現在、当事業は設定目標を達成し、カンボディア保健省モデル事業として成功を収めている。

5. 国際支援活動の方向性

この2事例から AMDA は、現地保健行政の資源と能力を十分把握し、効果的に支援活動を実施することができたと言える。しかし、この2事例からも、国際支援活動実施を困難とする根本的な問題点が抽出できる。そこで、現実には直面する課題を検討して、今後の国際支援活動のあり方を展望してみる。

効果的な支援活動を展開するために、まず大切な事は、保健行政の能力・資源を把握し、現地の不足している点に焦点を絞ることである。そのためには、関係諸機関との連携を密にし、さまざまな関係者とのネットワークを利用して、正確な情報を収集する事が必要である。前述の事例では、現地カウンターパート、AMDA カンボディアが存在しており、日頃から関係諸機関との交流があり、必要な情報を得られたために、効果的な活動を展開することができた。また、一方的に情報を得るばかりでなく、実際の活動を通じて得た知見を他機関、団体と分かち合うオープンな姿勢も重要である。機会あるごとに発表、事例検討を重ねることで、各機関と協力体制を強めることが出来ると思われる。さらには、常日頃から、他機関の事例から学んだり理論的なモデルを積極的に取り入れたりして実際に応用するなどして、実践と理論を融合させた活動を発展させるよう心がけていくべきである。

カンボディアのように慢性的に人材、物資、資金の不足がある場合、大災害が発生した場合に国内で対応するのは困難であるため、人道的にも迅速で効果的な短期介入が必要である。しかし、災害後の復興や災害予防を考慮すると、現地政府の政策と歩調をあわせた長期的事業が必要となってくる。災害への対応力を弱めている根本的な慢性的問題を解決するために、現地当局（または、政府）が中心となった一貫した支援体制が必要である。そのため、現地当局の有する能力が不足していれば、能力向上への長期的な取り組みが必要である。日々の活動の中で、現地の人材を育成して、その時々々の決定過程に現地カウンターパートを支援活動初期から巻き込み、オーナーシップを育てていくことが重要である。

カンボディアでは、若い人材が多いため、いろいろな国々や機関からの支援の恩恵を受け入れやすい反面、リーダーシップやオーナーシップが不足している。長期的介入を実施する際には、事業の開始時から、支援側・被支援側の双方が、将来の持続可能性を共通目標として取り組むべきである。人材の育成やシステムの形成によって、限られた資源を有

効利用できるように、現地政府が自ら管理・運営する能力を強化することが不可欠である。

貧しい開発途上国では、政府の予算が限られており、長期的国際援助なしには保健分野だけでなくあらゆる分野の事業・開発が滞ってしまう。したがって、さまざまな分野の開発が包括的に同時進行していかなければ、保健医療分野においても効果的で公平なサービス提供は困難である。例えば、仮に現在の危機的保健分野の予算を補い、医療保健施設や人材を優先的に整えたとしても、道路の整備、安全な水の確保、学校教育の向上等が遅れば、住民に対する保健医療サービスは十分な効果を発揮できない。現地政府の主導権を尊重しつつ連携して、同分野の縦の繋がりや他分野との横の繋がりを調整しながら、包括的支援活動を効果的に進めていくべきである。例えば、公共事業に決定権を持つ、地元の統括者、有力者などとの友好関係を構築して協働を進めながら、包括的に事業を進めるのは効果的である。

ところで、多くの開発途上国で直面する支援活動を困難にさせる問題の一つに、汚職の蔓延があげられる。汚職は、国家発展の大きな妨げになるだけでなく、海外からの人道的支援が本来の目的に反して、個人の所有財産に簡単に変わってしまい、貧富の差拡大の一因となっている。カンボディアでは、どのような職種・レベルに関わらず汚職が日常化しており、現金のみならず、物資、薬品等の管理が非常に困難な状態となっている。内部規律・監視の甘さに加え、決定を下す者・監査すべき者自らの汚職は頻繁に見られる。トップレベルが勇気をもって徹底した体制改造を実行することが必須である。支援側がこのプロセスに与えられる影響は非常に限られているが、汚職を防ぐ対策を支援計画に組み込んでいくことが必要である。すなわち、実態をよく把握して、徹底したモニタリングを行い、内外部監査等の会計処理の透明化や内部規律の厳守を積極的に進めるべきである。支援側は、組織の大きさに関わらず、恩恵を受けるべき一人一人に、支援が十分届くことを保障する役割を担うことも十分に考慮するべきである。

現地保健行政のオーナーシップを尊重することは大切ではあるが、現地当局側にある程度の資源があっても、システム上の非効率性やインフラ不備により、事業実施に遅延や不備が起り得る。支援する側は、包容性と方向性を誤らないよう統率的資質があることが重要で、臨機応変に対応する能力が必要である。更には、持続した効果的な支援事業を維持するために、不安定な現地政府の資源供給に対して、支援側は、十分な経済的基盤を持って柔軟に対応する必要がある。

ビジネスとして支援活動を進める大規模な欧米の国際 NGO に比較して、多くの日本の NGO は、純粋な熱意を重視するあまり経済的基盤が圧倒的に弱い。カンボディアの例では、同じアジア人で類似の宗教的背景を持つ日本人による、植民地支配型ではない現地尊重型の支援活動体制は、現地側に好意を持たれている。しかし、現地の要請があっても、経済的理由により事業の拡張・継続を断念せざるを得ない場合も現実にはある。

また、支援活動の短期、長期に関わらず、効果的な支援活動をするためには、目標を明確にした事業計画をたてることが重要である。支援活動開始前から、事業目標、実施方法、モニタリングと評価の指標、現地側への移譲の計画を取り入れておくべきである。モニタ

リングをきちんと実施することにより、支援活動の動向や目標への到達度を常時評価することができる。事業計画の立案、モニタリングと評価などのノウハウを、現地側に技術移転することにより、将来的に現地に移譲する際にも役立つ。

しかし、現場では、限られた数の職員が圧倒的量の日々の業務に追われており、なかなかモニタリングや評価にまで手が回らないことも予測される。日々の業務に追われ目標を見失っている時（難破船状態）にこそ、仕切りなおし（評価）をし、目標と現時点の位置確認や戦略の組み直し等、効果的なマネジメントへの転換を模索する必要がある。事前に計画しているモニタリングと評価を実践することにより、難破船状態を前もって避けることが出来るのである。

モニタリングと評価が出来ないほど忙しい状況というのは、効果的支援活動が行なわれていない状況といえる。現場の職員の身体的精神的負担が大きすぎることを考えても、マネジメントの状況を改善すべきではないだろうか。日本の NGO も、人道的援助に対する熱意のみで事業に携わるのではなく、冷静に評価し、効果的手法による結果を追及していくプロフェッショナルリズムの姿勢を持つべきである。

6. おわりに

国際支援活動の実施においては、様々な問題に直面することがあり、なかなか容易ではない現状がある。今回、カンボディアでの、NGO による短期的・長期的介入の事例から、効果的な国際支援活動のあり方を検討した。今後も、現場に存在する数々の困難を克服するための努力や、効果的な支援活動へのさらなる追求が続けられることを望む。

参考文献：

1. Health Sector Strategic Plan 2003-2007, Ministry of Health, Kingdom of Cambodia, 2002.
2. Cambodia's Health Sector Performance Report 2000, November, 2000
3. Cambodia Demographic and Health Survey 2000, Ministry of Health, Kingdom of Cambodia, 2001.
4. The AMDA Ang Roka District Health Project 1999-2002 Final Report, 2003
5. 援助の現実：ユーロステップ他編、NGO 活動推進センター日本語版企画・編集、国際開発ジャーナル社、2000
6. 国際保健医療学：日本国際保健医療学会編集、杏林書院、2001
7. 青山温子、原ひろ子、喜多悦子：開発と健康－ジェンダーの視点から、有斐閣出版、東京、2001
8. http://www3.who.int/whosis/health_personnel/health_personnel.cfm
9. <http://www.who.int/country/khm/en>

アフガニスタンにおける保健医療情報システム構築に向けた動き

藤崎智子
特定非営利活動法人
Health and Development Service (HANDS)
事務局長

1. 背景

HANDS は、アフガニスタン保健省が保健医療セクター復興の基礎資料作成を主な目的として平成 14 年 6 月から実施した「アフガニスタン全国医療施設状況調査」に、実施機関のひとつとして参加した。この調査は、国連人口基金、米国国際開発庁 (USAID)、欧州連合 (EU)、JICA など複数の援助機関の支援を得て実施された。

本調査の成果として特筆すべきは、緊急支援から復興・開発援助に移行する時期に先駆けて、最新、中立かつ包括的な基礎情報を提供できたことである。これにより、アフガニスタン政府と援助機関、NGO など、主なステークホルダーが、援助の重複を避け、よりニーズの高い地域や対象人口層を特定し、効果的な支援実施のための調整が可能となった。また本調査は、アフガニスタン中央レベル保健省スタッフが、保健情報に関する基礎的な技術を習得する機会ともなった。

しかし、このような保健医療セクターに関する情報は、本来、保健省が常時更新・管理すべきであるが、現状ではそのためのシステムや人材が存在しないことが課題として明らかになった。

2. これまでの取り組み

アフガニスタンに保健医療情報システムを構築することを目的に、平成 14 年 10 月、中央保健省内に「保健管理情報システム (HMIS; Health Management Information System) タスクフォース」が設置され、活動を開始した。WHO、ユニセフ、JICA、米国の国際保健 NGO である Management Sciences for Health (MSH)、さらにはアフガニスタンの主な保健 NGO とともに、HANDS もタスクフォースのメンバーとして、当初より保健省や他の援助機関と協力している。

タスクフォースがこれまでに実施した主な活動は以下の通りである。

(1) HMIS システムの構築

- 保健情報システムの基礎となる Basic Package of Health Service (BPHS) 指標の選択
- 定期的な情報収集のための様式とガイドラインの作成
- 保健情報システムのコンピュータ化に向けたデータベースの準備
- アフガニスタンでこれまでに実施された個別調査のデータベース化

(2) 人材育成

- 中央保健省人材育成トレーニング実施
- 全国保健情報システム「トレーナーのためのトレーニング(TOT)」実施

3. アフガニスタン保健情報システムの概略

現在検討されているシステムの概観は以下の通りである。

(1) コミュニティレベル

- コミュニティヘルスワーカー(CHW)の識字率の低さを考慮し、絵を多用したフォームを使用して情報収集(添付資料参照)
- CHW は、所属する医療施設へ毎月の活動報告書を提出
- CHW は、担当する地域で毎年一回、世帯調査を実施する

(2) 医療施設レベル

- 使用するフォームは、(a) Monthly Integrated Activity Report、(b) Monthly Aggregated Activity Report of Health Posts、(c) Yearly Facility Report、(d) Yearly Household Survey Report、(e) Notifiable Disease Report
- 重要な指標の計算など、ある程度の分析は医療施設レベルで実施する
- CHW や TBA を監督・指導

(3) 州レベル

- 医療施設から提出されるデータの集積とコンピュータ化
- 管理する情報の内容は、医療施設、人材、医療サービス、モニタリング、トレーニングの5項目
- 医療施設へのフィードバックは、毎年2回の会合、医療施設の監督やフィードバック報告書などを通じて行う

(4) 国レベル

- 管理する情報は、(a) 医療施設コードとデータベース、(b) 医療従事者コードとデータベース、(c) 医療サービス統計とデータベース、(d) モニタリングデータベース、(e) トレーニング・データベースの5種
- BPHS 指標の年次経過分析と報告
- 各州へのフィードバック
- ニュースレターなどを通じた保健情報の提供

4. 今後の計画

上記保健情報システムを、平成16年8月を目処に試験的に導入することが検討されている。これに向けて、HMIS トレーナーの育成、データベース管理に関する研修、医療従事者データベース作りなどを順次進める予定。さらに、入院患者に関する情報収集システムの構築を検討する。

5. 考察

これまで、全国規模で保健セクターに関する情報を収集・分析し、これをもとに計画を立てることが全く行われてこなかったアフガニスタンにおいて、これほど包括的な保健情報システムを導入するという決定は、アフガン政府保健省の姿勢として極めて野心的といえる。現場の情報をもとに、状況を分析し、優先順位の高い課題から取り組むための計画を作り実行したいという意欲が中央保健省内に高まっているは、20年ぶりに訪れた復興・開発のチャンスに対するアフガニスタン政府の大きな期待の表れとも言える。また、保健省内に HMIS タスクフォースを設置し、ドナーや NGO 組織に存在する専門家を効果的に活用している状況は、アフガニスタンの保健セクター支援において、政府、ドナー、NGO 間

の連携が比較的円滑であることを示している。

一方、中央集権的なシステムがまったく存在しないアフガニスタンにおいて、中央レベル保健省を頂点とする包括的な保健情報システムを、パイロット地域でのテストを経ずに、一気に全国へ導入を図ることが決定されたことに対して、若干の危惧を感じざるを得ないのも事実である。特に、州レベルの保健省の能力が極めて脆弱であること、また、ほとんど無給である CHW に課せられる業務と責任が大変大きいにもかかわらず、CHW の役割がこのシステムの根幹を成すという矛盾が、導入される保健情報システムの実際の運営と情報の質の確保という二つの重要な点において、困難な問題となることが懸念される。

しかし、専門家を交えたタスクフォース内の議論を踏まえて決定がなされたことであり、このような危惧も十分認識したうえでの選択であったとすれば、緊急から復興へ移行した現在のアフガニスタンで、目に見える成果を出すことを求めるドナーの存在と、アフガニスタンに対する国際社会の注目度が低下しつつあることを自覚しているアフガニスタン政府の焦りが背景にあることも考えられる。

健全な保健医療セクター運営に HMIS は欠かせない。アフガニスタン保健省は遅かれ早かれ、この HMIS の構築という難しい課題に取り組まなければいけない。アフガン保健省が選択した方法が、数多くの困難に直面しつつも少しずつ前進し、保健情報システムが稼動し始めるためには、背景要因として二つのことが保障されるべきであろう。まず、国際社会のアフガニスタンに対する関心と支援が鈍化することは避けられなければならないという点である。緊急フェーズの終了後、国際社会からの支援が低下するというパターンを、アフガニスタンで繰り返すことは許されない。2点目は、ドナー側が目に見える成果を求め、非現実的な要求をすることを自重すべきであるという点である。アフガニスタンの保健情報システムの構築に向けた現在の動きは、緊急援助から復興・開発への移行がどのように進んでいるかを示す試金石となるかもしれない。

(添付資料)

1. Pictorial Register for CHWs/TBAs (1)
2. Pictorial Register for CHWs/TBAs (2)
3. Pictorial Tally Sheet for CHWs/TBAs (1)
4. Pictorial Tally Sheet for CHWs/TBAs (2)

