

years and 73 years of Thailand, 68 years and 77 years of Vietnam and 58 years and 60 years of Laos, respectively).²⁾ Many deaths in Cambodia are preventable, especially in the areas where poverty deters people from accessing health services.^{1,2)}

The Ministry of Health of Cambodia puts the priority on the strategies to implement the effective health care system with appropriate distribution of health personnel. The Ministry has initiated the establishment of a 3-level health care system (district, provincial, and central levels) in order to provide basic health care for people in both rural and urban areas. On the contrary, most physicians preferred to settle in urban areas, which offered attractive employment

Table 1 Hospital indicators of five national hospitals in Phnom Penh, Cambodia, (average for years 2000–2004)^{8,9)}

Indicators	National Maternal and Child Health Center (NMCHC)	National Pediatric Hospital (NPH)	Calmette Hospital (CH)	Preah Kossamak Hospital (PKH)	Norodom Sihanouk Hospital (NSH)
Average length of stay (days)	3.8	4.8	4.8	5.4	9
Bed occupancy rate (%)	65.8	86.1	71.7	20.4	50.0
Beds	154	114	258	254	282
Physician/100 beds	68	54	45	48	61
Nurse-midwife/100 beds	144	104	74	79	103
Outpatients	27,410	43,033	16,886	10,863	45,215
Inpatients	9,570	7,573	15,572	3,551	7,435
Hospital mortality per year					
General hospital mortality rate (%)	1.9	1.6	4.6	3.5	4.3
Maternal death rate per 100	0.2		0		0.1
Neonatal death rate (%)	1.8		0.2		1.8
Financial data (US\$) per year					
Total annual income	2,275,480	524,874	2,561,244	820,781	956,880
National budget	1,606,569	103,551	694,056	700,557	699,309
Donors budget	88,858	311,543	32,613	18,949	86,135
Hospital User fee	580,053	109,780	1,834,575	101,275	171,436
Total amount/ bed	14,776	4,604	9,927	3,231	3,393
Supplemental salary/physician	84.4	45.2	212.8	12.4	24.5
Supplemental salary /nurse-midwife	67	35.5	135.4	9.4	15.3
Newly diagnosed patients per year					
Malaria		63	137	49	128
Diarrhea		1,719	183	114	111
Acute Respiratory Infection		981	325	71	80
Meningitis		38	45	11	11
Tuberculosis		738	2,137	330	1,076
Surgery		672	3,025	2,104	883
Road accidents		4,500	2,306	1,158	211

PROBLEMS IN CAMBODIA NATIONAL HOSPITALS

opportunities for professional development, and higher quality education and other amenities for their families. As a result, there has been a severe shortage of health personnel in rural areas, where preventable deaths occurred frequently.

In the capital city, Phnom Penh, preventable deaths are relatively few,³⁾ because the health facilities in Phnom Penh have a higher proportion of well-educated and highly-skilled health staffs than those in the rural areas. Actually, the health staffs find numerous advantages from practicing in the city, and prefer to stay there.⁴⁾ Even under these relatively better conditions, the health facilities in Phnom Penh have been facing a lot of problems on the poor performance because of low motivation of health personnel, possibly due to low wages. Shortages of drugs and medical supplies seem to be another possible cause of the poor performance, as well as limitations in the public financial resources devoted to each facility.¹⁾ Even in the urban areas including Phnom Penh, public health facilities have not been the first choice of people seeking medical care, because of their unreliability and relatively higher fees than those of traditional healers and pharmacies. The first option of the people has been traditional healers and private providers, but not public health facilities, because of their poor performance.⁵⁾

Financial support plays an important role in the facility management and improving the quality of health services, especially in hospitals.⁶⁾ This paper aims to demonstrate the financial conditions and characteristics (health personnel, patients, and cared diseases) of five national hospitals in Phnom Penh. In addition, the distribution of health personnel in referral hospitals according to province of Cambodia is reported to depict the background surrounding the five hospitals.

MATERIALS AND METHODS

Materials

There are eight national hospitals in the capital city, of which we selected five for study: Calmette Hospital (CH), Preah Kossamak Hospital (PKH), Norodom Sihanouk Hospital (NSH), National Pediatric Hospital (NPH) and National Maternal and Child Health Center (NMCHC). Three of them – CH, PKH and NSH – provide three main services of obstetric-gynecology, surgery and general medicine. NPH provides only children's services, and NMCHC provides mainly obstetric-gynecology services.⁷⁾ The remaining three hospitals, Ang Duong Hospital (AH), Kuntha Bopha Hospital (KBH), and the Tuberculosis Center (TC) were not included in the study, because AH was focused on specialized in ear, nose and throat, and KBH and TC were responsible for providing services to people free of charge.

Hospital directors and finance managers of the respective institutions were fully informed of the proposed study procedures. Data on the measures listed in Table 1 were collected through a form developed for each hospital. The supplemental salary for each staff member was written on comprehensive lists of staff employed at each hospital. Moreover, we gathered information from the annual report of the Ministry of Health and the staff organizational structure of each hospital, as well as the annual hospital reports. The study focused on data of bed occupancy rates (BOR), average length of stay (ALS), hospital mortality rates (HMR), maternal and neonatal mortality rates, number of out-patients and in-patients, main health problems of inpatients, numbers of health personnel, health personnel's supplemental salary, and annual incomes in five hospitals in Phnom Penh city from January 2000 to December 2004.⁸⁻¹⁸⁾

Cambodia has 23 provinces as shown in Fig. 1. The numbers and rated per 1000 population of health personnel of each province in 2004 were extracted from the database of the Human Resource Development Department of the Ministry of Health in the Kingdom of Cambodia.¹⁸⁾

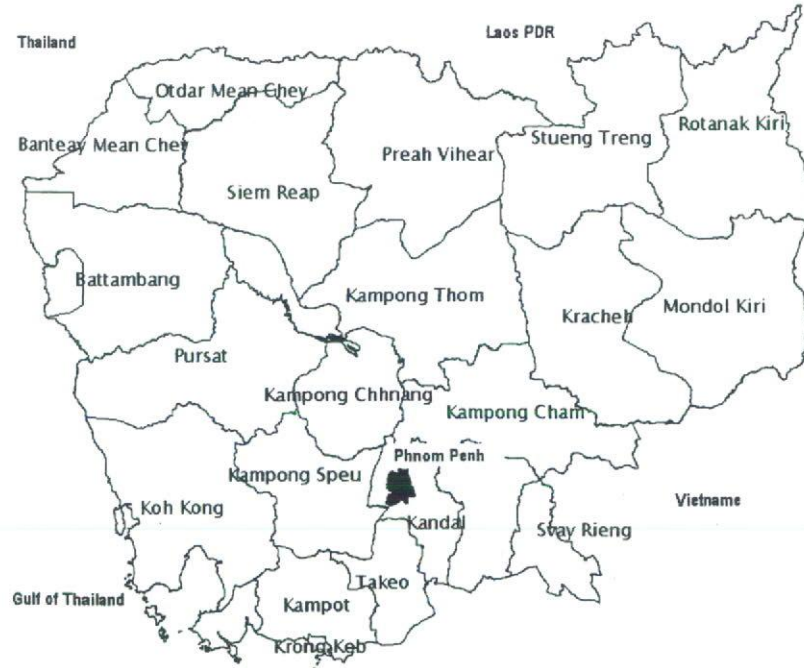


Fig. 1 Map of Cambodia

Definition of measures

Supplemental salary is the money from user fees income of the hospitals, so that it is used to supplement to the monthly government salary. The salary is the amount that all staff receives from the government as stated in the staff policy. All government staff in every hospital in Cambodia received the same salary, approximately 15 to 30 US\$ per month.^{1,19)} Generally, the government salaries for health personnel depended on staff categories such as medical doctors, medical assistants, nurses, midwives, and workers. Medical assistants received the same salary as medical doctors because both of them had the same level of status in this system. Nurses and midwives also received the same amount.

The income from user fees was used for various purposes according to the Ministry of Health guidelines. It was divided into three different portions: 49% for staff motivation, 50% for hospital operation, and 1% for depositing in the treasury. The 49% of the user fee income was divided among hospital staff by function (e.g., physician, nurse, and midwife) according to individual hospital regulations²⁰⁾ and was considered the supplemental salary.

Statistical analysis

Spearman rank correlation coefficient between BOR and supplemental salary was calculated by STATA version 7 (STATA, College Station, TX, USA).

RESULTS

The numbers of health personnel in the whole country are 5,303 in 2004, among whom 2,598 (49%) were employed in the capital city, Phnom Penh (Fig. 2). The number of health personnel

PROBLEMS IN CAMBODIA NATIONAL HOSPITALS

per 1,000 residents was around 1.76 in the city, which was about 10 times higher than that in the provinces (Fig. 3).

Table 1 shows the BOR of the five hospitals in Phnom Penh, whose average was 58.8%. The ALS also varied from 3.8 days of NMCHC to 9.0 days of NSH. The number of general physicians per 100 beds was from 45 to 68 (the average: 55.2), and the number of nurses/midwives per 100 beds was from 74 to 144 (the average: 100.8). The outpatients were the least in PKH (10,863) and the most in NSH (45,215). The average number of inpatients was 8740.2; 9,570 patients in NMCHC, 7,573 patients in NPH, 15,572 patients in CH; 3,551 patients in PKH; and 7,435 patients in NSH.

The financial resources of the five hospitals are also shown in Table 1. The average of total annual income of the five hospitals was US\$ 1,427,852, which was received from the national budget (US\$ 760,808), donors (US\$107,620), and hospital user fees (US\$559,424). The funds received from various donors and user fees were used for hospital operation and staff members' supplemental salaries. We found no statistically significant difference in staff supplemental salaries

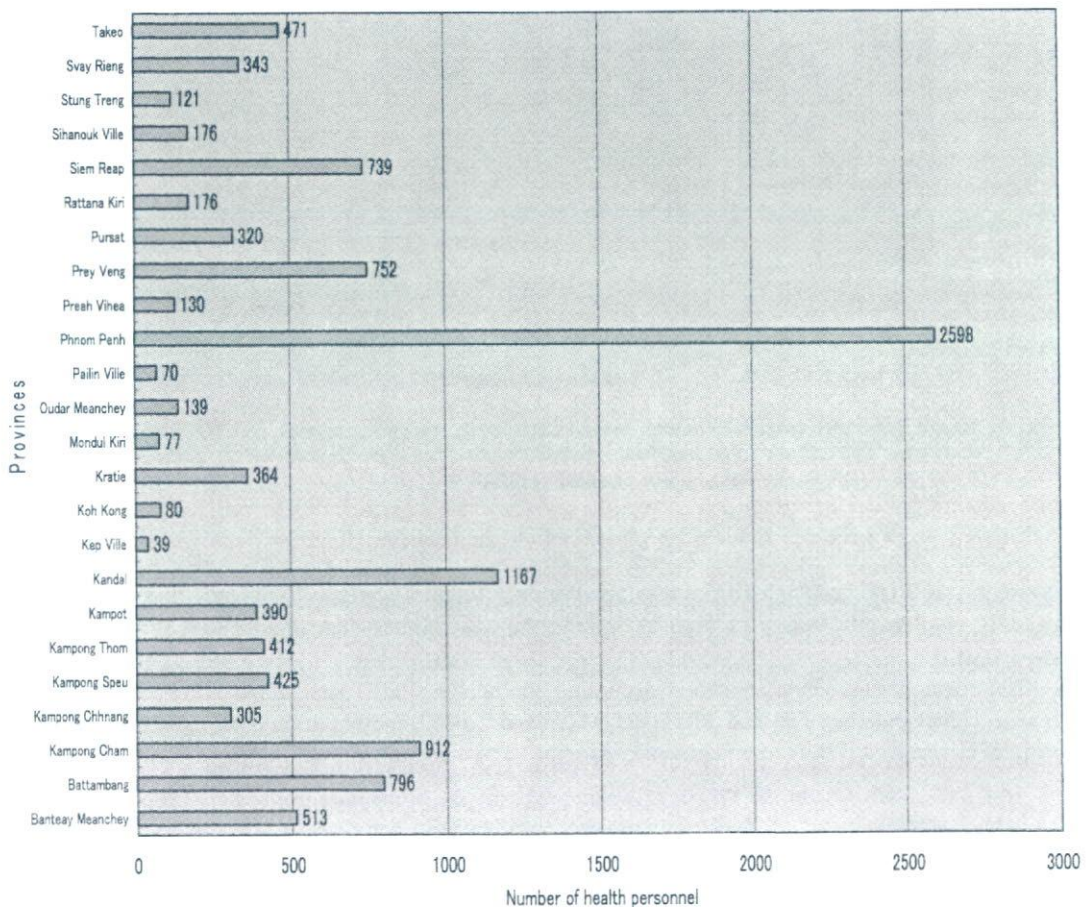


Fig. 2 Number of health personnel (medical doctors, medical assistant, secondary nurses, primary nurses, secondary midwives, and primary midwives) who provided clinical services in hospitals in different regions in the Kingdom of Cambodia, 2004⁽⁹⁾

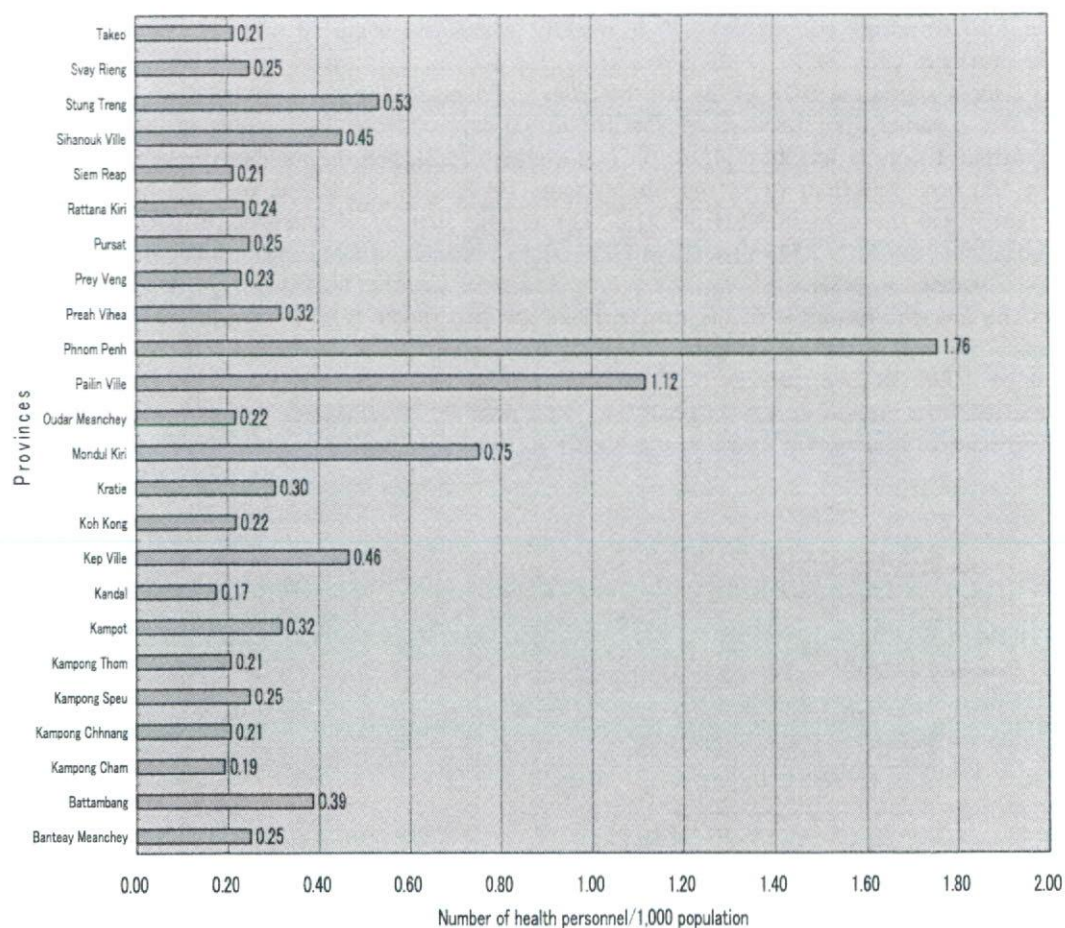


Fig. 3 Health personnel (medical doctors, medical assistant, secondary nurses, primary nurses, secondary midwives, and primary midwives) who provided clinical services in hospitals in different regions per 1,000 population in the Kingdom of Cambodia, 2004⁽¹⁹⁾

between low BOR and high BOR hospitals. We only found a statistical tendency that the amount of staff supplemental salary of high BOR hospitals was higher than that of low BOR hospitals ($p = 0.083$).

The main diseases/injuries varied according to the hospitals' specialties; NPH treated 4,500 road accident patients; CH and PKH had 3,025 and 2,104 general surgery patients, respectively; and NSH received 1,076 of tuberculosis patients. The hospital mortality rate also varied.

DISCUSSION

In the present study, we found clear evidence that the ratio of medical personnel who provided clinical services in the city was much higher than that in the provinces. According to the pre-1999 Ministry of Health policy, the most graduates from medical school had to go to work in

PROBLEMS IN CAMBODIA NATIONAL HOSPITALS

their own province. This policy meant that there might have been enough health personnel in each province to provide health care. After 1999, the policy was reformed; now all graduates must take an entrance examination to hold a position where each province needs.²¹⁾ However, the present study on the health personnel per population demonstrated that Phnom Penh city was overrepresented. The finding indicated the necessity for the Ministry of Health to consider the method for the balanced distribution of health personnel.

This study also showed the possible association between BOR and supplemental salary. There are two possible interpretations for this result. One is that the more the supplemental salary for the staff is increased, the more the staff's activities for patient services are encouraged, and the more patients use the hospital, resulting in the increase in the BOR. In addition, it is expected that the increase in the hospital income elevates the investment for equipment, drugs and materials, resulting in the improvement of the facility, which in turn increases the hospital access by patients. Another interpretation from the opposite can similarly be made: simply stated, the more BOR increases the hospital income through user fees, which makes possible to provide the more supplemental salary to the staff. For example, CH received the highest user fee income (72% of total amount among the five hospitals), because it is an autonomous hospital with modern medical equipment under strong support from French government. Further studies are needed to conclude this issue.

The user fee is an important factor for contributing to the performance of health care services, the quality of care, and sustainability of hospital's function. The staff receives a higher supplemental salary when the income from user fees is high. Moreover, the fee for service can maintain the function of hospitals such as paying for the hospital operation, hospital cleaning, and so on.

The salary of health staff ranges from US\$15 to the maximum US\$30 per month. The actual living cost requires from US\$200 to US\$300 per month for an ordinary family living in the city.²³⁾ Therefore, qualified health personnel has to devote their time to working for private clinics or non-governmental organizations in order to earn additional income. Some hospital staff demands unofficial payment from their patients. Sometimes, they lobby the patients to use their private practices. In addition, it is not rare that they do not work full-time in the hospital, having other private activities such as their own clinics or other businesses. The private sectors and non-governmental organizations lure qualified personnel to work for them with attractive salaries and benefits. Consequently, the numbers of working staff in the public sector have been limited and the hospital services have been impaired, especially in the afternoons and evenings, causing such hardships for patients as long waiting times. A previous study found that most public staff had at least one source of additional private income; i.e., another job besides working in the hospital.²²⁾ Otherwise, they could not support their families on their income. The Ministry of Health implemented a user fee, which can be used for both hospital running costs and salary supplementals as staff incentives. Although not significant, the association between the hospital BOR and staff supplemental salary observed in the present study may share the similar mechanism of health personnel's behaviors.

In Cambodia, health care accessibility and affordability for poor people remain to be critical problems. Hospitals require patients to pay the hospital fees, except for the destitute who have an exemption, and hospital patients are also required to buy extra drugs from private drug stores. As a result, most people seek medical care from traditional healers and other health care providers in the private sector, because their care is less expensive and much more convenient.²³⁾

The performance of hospital and general management is the main keys to running services smoothly and properly. The staff management and the organization structures need to be well organized, for instance, assigning the right persons to the right place. Furthermore, the cli-

ent-oriented approach is the most essential approach to improving hospital performance. If we implement a client-orientated approach, some basic requirements are needed such as staff capacity building, service improvement, and staff motivation. The poor management of hospitals leads to a waste of resources, including money, staff time, buildings and equipment.²⁴⁾

The quality of services delivered from most national hospitals is not yet acceptable. Most national hospitals are faced with problems such as inadequate payment of health workers, very limited public financial resources, shortages of drugs and medical materials, and inadequate regulation of quality of care. The unofficial payments, poor attitudes of staff, and the long waiting times exist as facts.²⁴⁾ To improve the quality of hospital service, in addition to increasing the budget for hospital's operation and staff's supplemental salaries, other factors should be considered: kind attention to patients, accurate diagnosis and proper treatment, clean facilities, adequate medical equipment, available qualified staff and drugs, appropriate price, reasonable waiting times and so on.²⁴⁻²⁶⁾ The basic hospital management skills should be trained to the administrative staff. Furthermore, the exchanges of challenges and successes among hospital administrators and health officials should be organized yearly with some participants from developed and developing countries. This will help the administrative team to achieve better outcomes for hospital services.

In conclusion, this study showed the differences the hospital indicators among five national hospitals in Phnom Penh city, and the possible association between the BOR in hospitals and supplemental salaries to the staff. Higher supplemental salary to the staff seemed to lead the better hospital performance. For better understanding of situation regarding health care services provided by hospitals in Cambodia, further studies should be carried out with comprehensive analyses about cost-effectiveness of hospitals, as well as the knowledge, attitude and practices of the health workers regarding to patient care.

ACKNOWLEDGEMENTS

I would like to express my gratitude to H.E Oknha Ing Bunhoaw, member of national assembly for Takeo province; Dr. Kdan Yuvatha, vice-director of National Pediatric Hospital (NPH), and Ms. Sary Seila, a student at National University of Management (NUM) of Cambodia, all of whom contributed ideas and facilitated the data collection toward the completion of my thesis. I express my sincere thanks to Japanese Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology and the Young Leaders' Program (YLP) in Nagoya University Graduate School of Medicine, which gave me the opportunity to gain invaluable knowledge, which I hope to use to make valuable contributions in my beloved country. Last of all, I express my thanks to Professor Nobuyuki Hamajima, who contributed ideas, support and experiences to improve this article.

REFERENCES

- 1) Ministry of Health, Kingdom of Cambodia: Health Sector Strategies Plan 2003–2007. (2002), Phnom Penh.
- 2) World Health Organization (WHO): Core indicator: Life Expectancy at birth (years) 2004. Available at <http://www3.who.int/whosis/country/compare.cfm?country=KHM&indicator=LEX0Male,LEX0Female&language=english>. Accessed on Jan, 2006.
- 3) Ministry of Health, Kingdom of Cambodia: Joint Annual Health Sector Review: Achievement 2002 and Priorities/Target for 2003–2004. pp 4–5 (2003), Phnom Penh.
- 4) Ministry of Health, Kingdom of Cambodia: The MOH health workforce development plan 2006-2015. (2004), Phnom Penh.

PROBLEMS IN CAMBODIA NATIONAL HOSPITALS

- 5) Ministry of Health, Kingdom of Cambodia: Demographic Health Survey 2000. (2000), Phnom Penh.
- 6) Ministry of Health, Kingdom of Cambodia: Health sector strategic plan 2003-2007: Medium Term expenditure Framework. (2002), Phnom Penh.
- 7) Ministry of Health, Kingdom of Cambodia: National health statistic 2004. (2005), Phnom Penh.
- 8) National health statistics report, Ministry of Health, Kingdom of Cambodia 2000. (2001), Phnom Penh.
- 9) National health statistics report, Ministry of Health, Kingdom of Cambodia 2001. (2002), Phnom Penh.
- 10) National health statistics report, Ministry of Health, Kingdom of Cambodia 2002. (2003), Phnom Penh.
- 11) National health statistics report, Ministry of Health, Kingdom of Cambodia 2003. (2004), Phnom Penh.
- 12) National health statistics report, Ministry of Health, Kingdom of Cambodia 2004. (2005), Phnom Penh.
- 13) Annual report of national hospitals 2000. (2001), Phnom Penh
- 14) Annual report of national hospitals 2001. (2002), Phnom Penh
- 15) Annual report of national hospitals 2002. (2003), Phnom Penh
- 16) Annual report of national hospitals 2003. (2004), Phnom Penh
- 17) Annual report of national hospitals 2004. (2005), Phnom Penh
- 18) Ministry of Health, Kingdom of Cambodia: Human resource database. (2004), Phnom Penh.
- 19) World Health Organization (WHO): The world health report-Cambodia. *WHO*. Available at <http://www.who.int/whr/2004/country/khm/en>. Accessed in Jan 2006.
- 20) Ministry of Health, Kingdom of Cambodia: Regulation on health financing. (1996), Phnom Penh.
- 21) Eng, H., Keat, P., Youk, S., Oum, V., Huy, Ung, S., Mao, T., Tek, L., Phum, S., Bronwyn, H. and Agnes, J.: National Policies and strategies for human resource for health 1999-2003. (1999), Phnom Penh.
- 22) Sin, S., Moeung, P., Hun, R., Ros, S., Ros, H., Lach, K. and Brobst, C.: Cambodia Health Workers Incentive Survey. *The newsletter of MEDICAM.*, 4, 14 (2005), Phnom Penh.
- 23) Ministry of Health, Kingdom of Cambodia: Cambodia Socio-economic survey 1997, pp 5-12 (1997), Phnom Penh
- 24) Akashi, H., Yamada T., Eng, H., Koum, K. and Sugimoto, T.: User fees at a public hospital in Cambodia: effect on hospital performance and provider attitudes. *J. Soc. Sci. Med.* 58, 553-564 (2004).
- 25) William, N., Howard, B. and Joseph, K.: Hospital economics and financing in developing countries. *WHO.*, 34-36 (1992).
- 26) World Health Organization (WHO): Hospital economics and financing in developing countries. (1992), Geneva.

国境を越えて健康をまもる

喜多悦子 きたえつこ

日本赤十字九州国際看護大学学長、早稲田大学大学院アジア太平洋研究科客員教授

【プロフィール】

米海軍軍医トム・ドゥーリーの経験に触発されて医師となったが、実際、途上国に足を踏み入れるまでに30年。しかし、日本や留学したアメリカなど先進国での医師・研究生活がその後の国際保健、特に紛争地勤務に無駄だったとは思えない。与えられた仕事に責任を持ち、何事にも好奇心をもってあたれば、人生は無駄は無い。

第1章

なぜ、「臨床医」をやめたか

「臨床医」時代、悪戦苦闘した、この病気を途上国で見ることがあったが、「国際活動」に深入りすればするほど、臨床医学との関わりは細くなっていた。また、日本で、二度とそのような患者サンを受け持つことはないかと判っていたのに、私は血液学の学会で、「難治性白血病」のシンポジウムに参加していた。

1990年初頭、医学や関連科学の進歩により、相当数の白血病は一時的には寛解するようになっていた。しかし難治性とよばれる厄介な白血病の経過は芳しくなく、治療は高価だった。

年号は平成になって数年、わが国初

の紛争地派遣という、「得がたい経験」を終えて、国立病院医療センター（当時、現国立国際医療センター）に復帰していた私は、思い立って昔の仕事関連の学会に参加した。満席のシンポジウム、臨床医時代、夜を徹してたたかっていたこの病気、新しい検査の開発に燃えた日も思い出した。当時、可能な手段を講じた挙句、「オレと家族を苦しめた、この病気が憎い！」と嘆きつ亡くなった働き盛りの男性、「ワタシが先に死んじゃうと、ママが歳をとって天国に来た時、ワタシにはママが判らないかもしれないから、きつとキツト見つけてネ」といって亡くなった少女、「ママ、オレのような弱い子を生まな！」と言ひ残した少年、一人ひとりの顔や声も思いだされた。

臨床医学とは、極端に云えば、ひと

りの病人の生命を救うために、多数多様な専門家がもてる叡智をフルに行使し、あらゆる技術と資材の投入も可能な分野だ。ひとつの生命対多数の専門家という構図だ。一方、国際保健では、ひとりの行為者が、多数住民の健康の維持・増進に精力を注ぐが、通常、高価な機器や多数の専門家の関与は期待できない。この際、行為者に学際的な知識があれば好ましいが、必須ではないし、先進国の医療のように、重装備した施設を必要とすることはほとんどない。

シンポジウムには、大雑把にみて600名の医師がいた。沸騰する議論の中で、私はかつての先進国型医療に従事していた自分を思い出していた。なのに、突然、私の脳が計算を始めた。もし、このシンポジウムに参加してい

る医師が、それぞれ一人の難治性白血病患者を受け持ち、1週間に100万円を経費を要するとしたら、1カ月には100万円×4週×600人＝24億円：2000万ドル、その額があれば、どんな難民集団、いや、どこかの全国



1989年、パキスタン・ベシャワールのアフガン難民キャンプで母乳食プロジェクトで

表1. 先進国の医療と、途上国での国際保健

(先進国の) 医療	(開発途上国での) 国際保健
<ul style="list-style-type: none"> * 個々の病人に対する高度かつ集中した治療活動。 * 原則として、設備の整った医療施設内での待ち受け行為。 * 各種先端医療機材や医療資材の使用が許される。 * 多様な専門家が多数関与することも稀でない。 * 専門的で高価。 * 特定技術に関して、地域性や文化性は重要でない。 	<ul style="list-style-type: none"> * 地域の多数住民に対する基本的な予防活動。 * 施設外の、多数地域住民への働きかけが主体。 * 高度先端医療機・資材の使用は原則としてない。 * 通常、少数の保健専門家が住民と協力する。 * 学際的だが廉価。 * 地域性や文化性を考慮しなければ効果的な活動はない。

民に：ができる

十数年の小児科そして血液専門医時代、何日も泊り込み、たくさんの同僚と知恵と許されていたあらゆる手段を講じて、たったひとつの命を護れな

かった。先天性の障害があったとはいえ、同じ日に3人の子どもを見送った後は、自分で選んだ仕事ではあったが、

長期間、眠れない日々が続いた。そして、その気持ちのまま、次の死と対決

する子どもをまもる：どんなに経費がかかっても、助かるものは助けねばならない。

だが、病者をまもる医師が、もし、その経費があれば、他の多数者を救うことが出来る：と考えることは許されない、と思う。治療は、医師ひとり

で出来るものではなく、とくに病者は医療の受け手でもあるが、医師や看護師ら医療者とともに病魔と対決すべき仲間でもある。臨床医としての一瞬の逡巡も守るべき病者、共に戦うべき仲間に対する背信行為、と私は思っていた。「この一人のための高額の治療の代わりに、あの人々に：」と想像することは許されてはならない。「難治性白血病

シンポジウム」で、無意識下に計算し始めた数千万ドルの「国際保健プロジェクト」は、自分が、もはや一人の病者を診る臨床医であってはいけないとの決意を固める機会のようなだった。臨床系のいくつかの学会で務めていた評議員の立場も返上し、途上国の保健を自分の仕事とする決心をつけた。

第2章

健康は社会活動のひとつ

古来、人間と競争はつきものである。すべての人々の基本的人権がまもられ、健康や教育、就業の「機会」を平等に享受できることと、日常生活で、さまざまな「競い」が禁じられることは別の次元で議論されるべき問題だ。

すべての生産手段の私的所有を廃し、能力に応じて働き、必要に応じて分配を受けるとする、共産主義/社会主義は、部分的に成功した国や地域、時代はあるが、結局は継続した社会発展をもたらすことよりも、人々を疲弊させてしまう。人々が、生き活きと生活できることと、最低限の生存の保障は、これも別の次元の話だ。選択肢が幾許もない避難民キャンプやきわめて貧しいスラム、また、生命の安全のためのみの選択しか許されない紛争地で実感させられるが、人の生物学的生存に資

するモノ―最低限の水、食料、そして治安―と、社会的生存に資するモノ―あえて云えば、こころの糧―は大いに異なる。いくつかの紛争地をみた、暗く絶望的なまなざしの子どもたちと、妙に高揚した雰囲気にあった、銃を抱いた少年を思い出すと、閉ざされた社会では、たいがいの人々は普通感覚も生甲斐を失ってしまうようにみえる。

一方、資本主義とは、投下した貨幣が資本が社会をめぐることによって、より大きな利益として回収される仕組みだが、その背景には自由主義がある。しかし、産業革命による近代工業の出現は、単に量産システムを可能にしただけでなく、都市への人口集約をもたらし、それまでの災害（主に地震、洪水、旱魃/飢饉、時には感染症などの自然災害）に加えて、社会的格差貧困問題や環境破壊ももたらしてしまった。

しかしながら、もし、私たちが、以下の表に示す貧困国のひとつに生まれていたら、決して、今と同じような人生を送れないことは確かだ。何が、「日本に生まれた私」と、ある「貧困国に生まれた彼女」の違いを作るのだろうか。

	富裕国	貧困国	差
GN I US\$	31,807	149	213 : 1
U5MR/1000出生	4.8	198	1 : 41
IMR/1000出生	4.5	121	1 : 27
平均寿命 才	78.4	46.5	100 : 59
合計特殊出生率	1.6	6.3	1 : 4
妊産婦死亡/10万出生	6.3	794	1 : 126
低出生体重児の頻度 %	5.8	15.0	1 : 3
改善された水源利用率 %	100	54	100 : 54
適切な保健施設利用率 %	100	48.5	100 : 49
成人識字率 %	—	47.6	
男性/女性	=	60.6/39.3	
小学校就学率 %	97	49	100 : 51
5年生在学率 %	99	53	100 : 54
中学就学率 % 男/女	108/109	22/15	100 : 20/100 : 1

富裕国：オーストリア・デンマーク・ドイツ・アイスランド・日本・ルクセンブルク・オランダ・ノルウェー・スウェーデン・スイス・米

貧困国：ブルンジ・コンゴ民主共和国・エリトリア・エチオピア・ギニアビサウ・マラウイ・モザンビーク・ニジェール・シエラレオネ・ソマリア・タジキスタン

私は、兵庫県川辺郡小浜村、現在の宝塚市で生まれた。実業家小林一三のアイデアによる動物園と女性ばかりの歌劇団と、そのため、田舎には不似合いなほどモダンな大劇場があるユニークな遊園地一帯を私鉄のターミナルとして発展してきた街だ。関西の商業の中心大阪、モダン国際都市神戸、伝統の街京都と私鉄で結ばれているが、とりわけ、これといった産業はなく、その代わり、平和

で静かな農村だった。

後に訪れた多数の途上国の村々は、私の幼少時を髣髴させる。小学校はあったが、中学校も高校もなく、村には一軒の開業医だけ、病院も保健所もなく、多くの家では水道の代わりに井戸、そして重病の最後には、近隣の大阪や神戸の大病院へ搬送された。つまり、病院は健康回復の場ではなく、手を尽くしてもダメだったことを証明するための死の場所でもあった。女性には発言権はなく、村の寄り合いは男のみ、多くの家では、男の食事が先行し、一家の決定権は父親もしくは祖父にあった。オンナの子が大学どころか、高校に行くことなど考えられない時代でもあった。

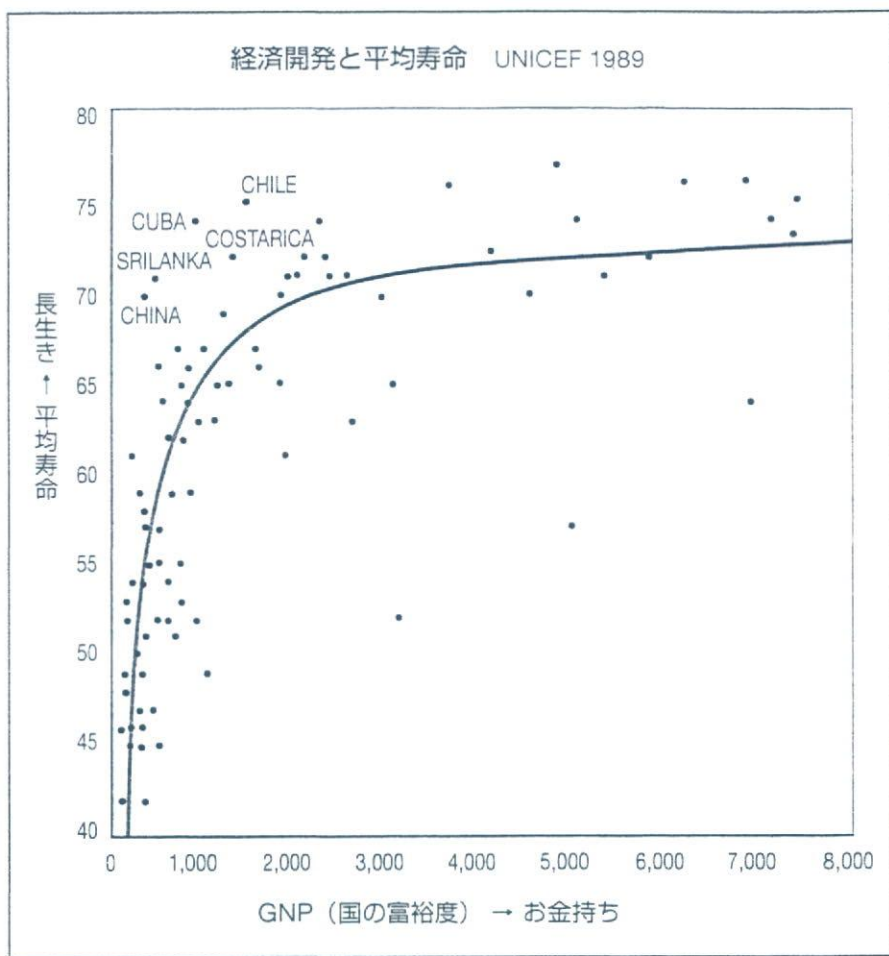
4才になる前から1年間、現在の中国東北部（当時の満州）の林口（リンコウ）の陸軍通信部隊の教官を務める父の任地で暮らしたことがある。物心がつきはじめて頃の異文化早期経験だったが、イエの継続性のために、祖母の手に残された姉、日本人と現地人の間には、何か超えてはいけぬ壁があるという…幼な心にも、しこりを感じさせるものもあった。

封建制の残るムラ社会、都会から田舎に嫁いだ母は慣れない農作業と、嫁の立場で不足しがちな栄養から、私を身籠った時期に肋膜炎に罹ったという。微熱が続く中、辛うじて、戦時の「産めよ、増やせよ」に逆らえず、命がけで妊娠を継続したにもかかわらず、生憎、生まれたのはオンナの子だった。

敗戦1年前に帰国したが、戦争終末期のB29爆撃機の襲来、空襲警報の不気味なサイレン、連日の停電。防空頭巾と防空壕。直接、戦いの場にいなくても、戦争状態は、着実に、子どもも身体と、そしてこころの健康を蝕む。

「もはや戦後ではない」という言葉が生まれたのは昭和30（1950）年代だが、一方、疲弊したわが国の復興に、近隣地域に発生した別の戦争、朝鮮動乱（1950-1953）が関与したことは否定できない。しかし、第二次世界大戦により、決定的に破壊されたわが国の社会や産業構造が、短期間に復興した主な理由は、古くからの高い識字率、勤勉な国民性、戦前にもアジアで唯一の工業国に到っていた高い産業レベルであろう。

経済開発と平均寿命 UNICEF 1989



古いデータだが、右の図は、1990年に出版された Health Research, Oxford University Press に掲載され、良く知られた国の GNI の伸びと平均寿命の伸びを示すものである。すなわち、GNI が 1000 米ドル / 人に到るまでの時期には、平均寿命は 40 歳から劇的に 65 歳程度にまで延長する。GNI が 1000 から 3000 ドルに到る経済発展の時期の平均寿命

は 70 歳程度まで緩やかに延長するが、以後の変化はわずかであることが判る。経済発展が人々の健康に益することは事実であるが、問題は、どんな手段で経済を進展させるかであろう。十分な検討を加えてはいないが、概ね、次の印象を持つ。

— (環境に大きな影響のない) 農業、牧畜、漁業など一次産業で GNI

が 10000 ドル程度に達した国。例…タイ、コスタリカ、チリ、モリシヤス
— 工業化により GNI が、3000 ドル程度に達した国。例…東欧、中近東の中の工業化国

しかし、この経済発展期に、環境対策のない工業化を進めると、重篤な環境汚染をもたらし、結局は、人々の健康に障害が生じることは、かつての東欧の例から理解できる。

私たちは、健康で豊かな生活を求めており、人々が健康であれば、経済や社会そして国家の開発は進行する。逆に、社会や国の開発が進めば、人々は健康を手に入れやすい。健康は開発に必須だが、開発の目的はすべての人々が健康であることでもある。これは「二ワトリと卵」の関係だが、どちらがニワトリと断言は出来ない。いずれにせよ、人々の健康を維持向上させることは社会活動の一面であり、多くの社会活動は人々の健康を基にしている。

第3章

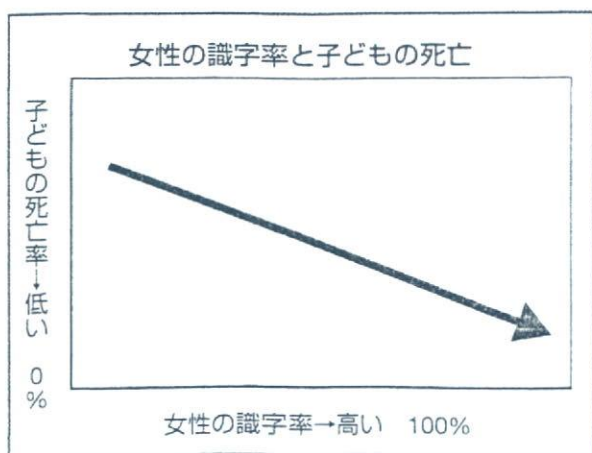
選択肢が増えるということ

私の幼児期体験は、私たちの健康とそれをまもるための保健医療サービスが、社会の仕組みと密接な関係を持つ

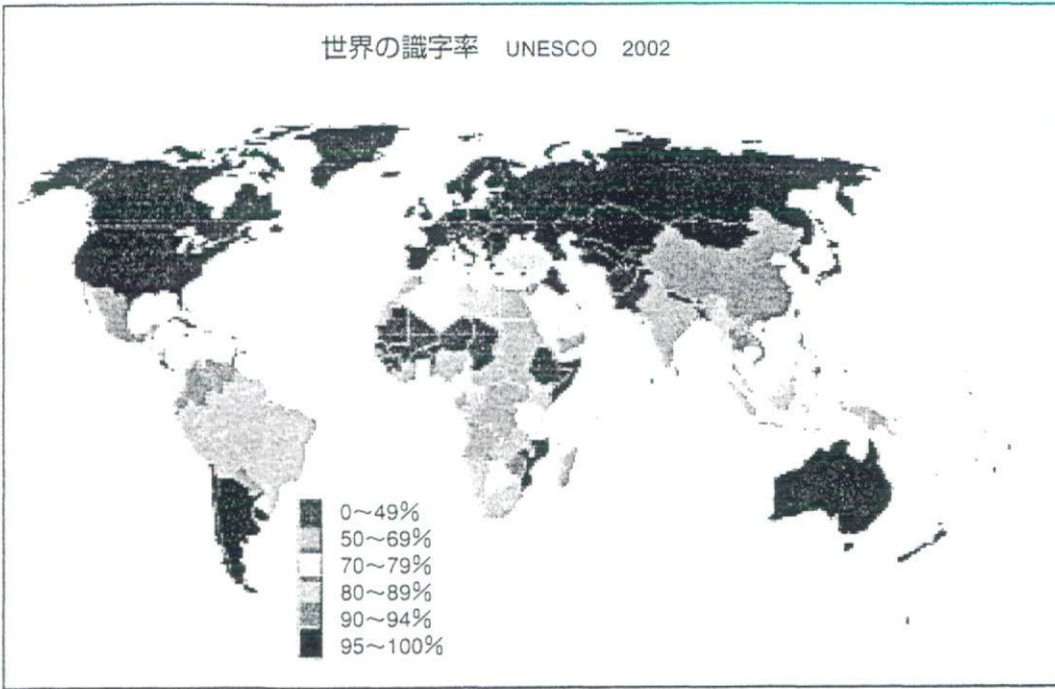
ていること、そして、健康を維持することは、必ずしも医師や看護師など、施設内の医療従事者の専業ではないこと、戦争といった個人の意思では左右しがたい事象が住民の身体的、精神的、そして社会的健康を著しく脅かすことを原体験として教えていたともいえる。

過去を振り返ると、比較的封建的で閉鎖的な村落に生まれ、地元の初級教育をうけたが、他府県での中等教育(当時の学芸大学付属中学から公立高校)の機会を持ち、さらに大学に進学できたのは、伝統社会との兼ね合いの中で、子どもの教育の重要性を十分認識していた両親、特に母親の影響が大きかったと思う。

女性の識字率と子どもの死亡



世界の識字率 UNESCO 2002



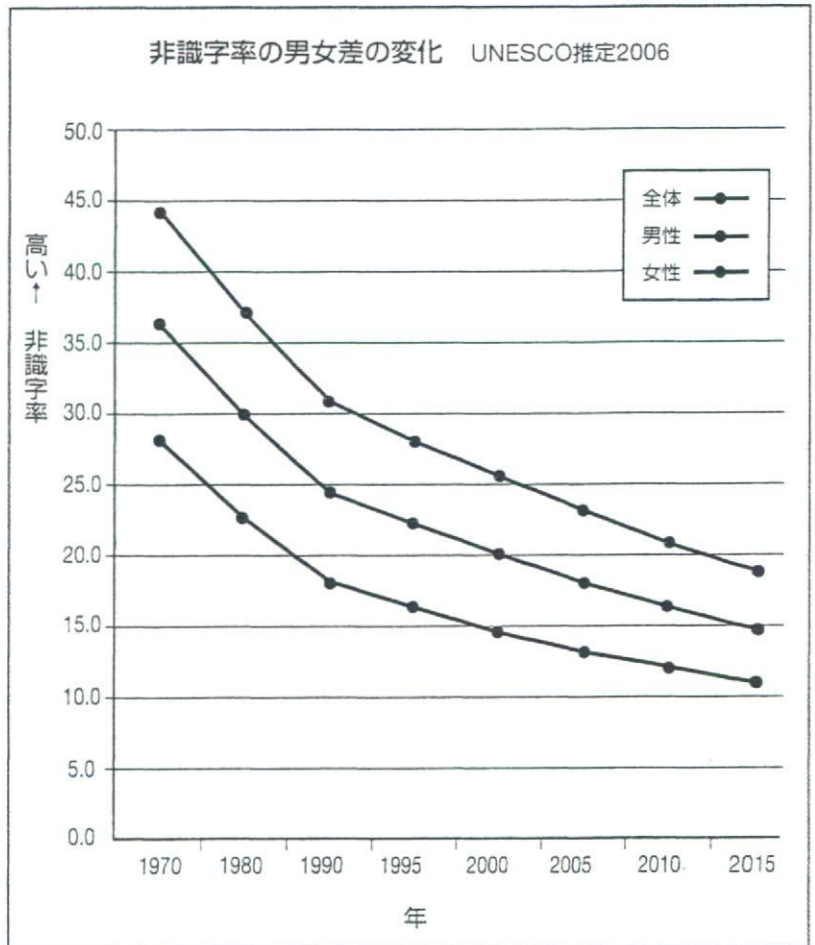
女兒の就学、なかんずく、一定期間の就学には、国、地域、そして、一家の経済力が関係することは事実だが、文化の影響も否定できない。そして、女性の識字率が子どもの死亡率と密接に関係することは1980年代から明

らかである。地元の初等教育ではめぐりあわなかつた多様な人々や事を経験することによって、私は自分の世界をさらに広げ、いっそう選択の幅を広げられたのは紛れもない事実だ。

最終的に選んだのは医学だったが、高校時代、他の選択肢を含めて迷ったこともあった(後述)。それは、成績や親の経済力に応じ、どの地方のどの大学の、どの学部を選ぶかという、きわめて現実的な問題だったが、じつはその時点に到るまでに、多様な選択肢が許されていたことも事実だ。

なぜ、私には、選択肢があつたのか? 相当数の途上国では、まだ、高等教育機関数が限られている。あ

非識字率の男女差の変化 UNESCO推定2006



る専門職が生まれるためには、普遍的に高い初等教育就学率と識字率が必要だ。さらに中等、高等教育の広がりや専門性の多様化など、満たされるべき条件は多い。

地域社会も変化した。確かに、わが国は、短期間に復興を遂げた。その結果、徐々にではあるが、女兒、女性の選択肢も増えたように思う。

敗戦という国家一大事の後、駐留軍という絶対権力によって、わが国のそれまでの仕組みと伝統社会は短期間に姿を消した。同時に、導入されたアメリカ文化が、比較的短期間に、日本風に同化され、表面的であったにせよ、

しかしながら、右のグラフに示されるように、世界的には、なお、非識字率は相当高く、しかも、男女差は歴然としている上、その格差はあまり解消されていない。個人々の健康を回復し、維持向上し、また、不健康を予防するためには、この格差の改善が必須であ

ろう。

私が医学を目指したきっかけも、ある意味では、識字と関係があった。

それは暑い夏休みの1日だった。高校2年生の私は、父が購読していたリーダーズ・ダイジェストから、外国の情報を読むことが楽しみだった。その号には、あるアメリカ海軍軍医の経験談の要約があった。

34歳で亡くなったThomas・A・Doolley (以下、トム・ドゥリー)が途上国活動をしたのは、ほんの数年に過ぎない。しかし、そのわずかな数ページのA5版の経験談の掲載されたリーダーズ・ダイジェスト日本語版を手にしなかつたら、私は、今のような道を歩



1988年、パキスタン・ベシャワールの各国元首が訪問した「有名難民キャンプ」カチャガリにて

かなかつただろう。

1950年代、まだ、途上国だった日本の田舎、高校生の目に触れる情報、特に外国の情報は極めて限られていた。数十ページのドキュメントが私の一生を規定した。が、それは、まず、父に外部志向があり、その雑誌を講読できる経済力と自由があったこと、そして、女の子にも字が読め、読むことが許され、実際にそれを読む時間が与えられていたことであろう。これらも、また、選択の幅に含めて考えると、あることが全うされるには、膨大な選択肢がたどられていることが判る。

こうして、私はトム・ドゥリーが見たラオスの村落、働いた避難民キャンプの実態をその30数年後に自分の眼で見ることになった。

人は、生まれる場所も時も選べない以上、途上国であった日本に生まれ、戦後復興を経験した祖国に育つたことを、良かったとも、悪かったとも、私には云えない。

日本の「途上国性」²¹は、戦後20年を経たころ開催された東京オリンピックを境に、ほぼ、消失したに対して、自分の幼児体験と重なる途上国の保健医療の実態は、トム・ドゥリーが見た頃、

そして私がこの分野に加わった20年前と、それほど変化していない。多様な紛争の頻発によって、むしろ悪化しているところもあるように思える。何故だろうか。

第4章

健康は社会開発の入口であり、ゴールである。

千年紀を迎える2000年9月、ニューヨークで開催された国連ミレニアム・サミットでは、147国家元首を含む189の加盟国代表が、21世紀の国際社会の目標として国連ミレニアム宣言を採択した。これは平和と安全、

開発と貧困、環境、人権と良い統治 (Good Governance)、アフリカの特別なニーズなどを課題とし、国連の果たすべき21世紀の役割について、明確な方向を提示したものとされる。この宣言と1990年代の主要国際会議とサミットで採択された各種国際開発目標を統合して、共通の枠組みとしたものがミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals: MDGs)²²で、以後の国際開発はこれに準じるものとなっている。

MDGsは、2015年までに達成する数字目標を示しているが、その内、目標1、4、5、6の4項目は、直接、

健康を扱い、他の3項目2、3、7も、健康と深く関係している。

- 目標1・貧困と飢餓の撲滅
- 目標2・普遍的初等教育の達成
- 目標3・ジェンダー平等の推進と女性の地位向上
- 目標4・幼児死亡率の削減
- 目標5・妊産婦の健康の改善
- 目標6・HIV/エイズ、マラリアその他の疾患の蔓延防止
- 目標7・環境の持続可能性の確保
- 目標8・開発のためのグローバル・パートナーシップの推進

一方、国連の中で、健康を扱う専門機関であるWHOは、設立時の憲章の前文で、「健康とは、単に病気でなく、病弱でないだけでなく、身体的にも精神的にも、そして社会的にも完全に良好であること」²³と定義しているが、2005年6月、健康と貧困と題して以下の警告を発表した。

* 地球上では、10億人が一日1ドル以下の極貧状態にあり、このような人々は基礎的保健サービスすら利用できていない。

* 世界全体では、子どもの死はAIDS死よりも多い。
* 女児の教育が妨げられていること



1990年、最後の巨大難民キャンプ アザヘリにて

盛り世代で、しかも特にアフリカ南部に深刻なことだ。

* アジアの住民の3分の2は安全な飲み水が不足し、世界全体では9億人が安全な水も衛生状態も保障されないスラムに居住している。

* 保健専門家の不足が深刻な国々が増えているが、祖国の給料が安いことや勤務条件が不備なために、訓練を受けた多数の有資格者が次々に国外流出している。

WHOは、貧困撲滅の中心は健康であり、妊産婦死亡、乳児死亡、HIV/エイズ、マラリア、結核対策

は、貧困や暴力、社会的濫用、HIV/エイズを含む妊産婦死亡、そしてリプロダクティブ・ヘルスにとって深刻な問題になっている。

* また、世界的にみて、まだ、40%の分娩は訓練を受けた介助者なしでなされている。

* 結核の90%はわずか一人当たり15ドルで治療できるにもかかわらず、予防可能な成人死の4分の1を占めている。

* 現在、地球上には4000万人のHIV陽性者もしくはAIDS患者がいる。

* 重篤なことは、2003年にAIDSで亡くなった300万人の中で最も多いのは15-49才の働き

た。しかし、その効果が限定的なことや、社会開発分野でのBHN重視策の影響もあって、途上国の保健衛生の改善のために、1977年に、Health for All by the Year 2000（西暦2000年までに、すべての人々が創造的な生活を維持できる）のための健康を！

HFA)という理念を打ち出した。翌年には、HFAの実践のため、プライマリーヘルスケア(Primary Health Care, PHC)という戦略を打ち出した。これは、その会議が開催された地名をとって、しばしばアルマ・アタ宣言²³とよばれている。

先進国で、病人が最初に受ける一次医療をprimary careと呼ぶが、国際保健というPHCは、医療行為を主体としない点で、先進国のprimary careとは本質的に異なる保健活動であることを、特に明記しておきたい。

PHCは、アルマ・アタ宣言の第7章に簡潔に述べられている。

「Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and the country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-determination」

「PHCは、科学的にしつかりした裏づけがあり、社会的にも受け入れられる方法や技術に基づいた、そして、地域の個人も家族も、誰もが関与と利用が可能で、さまざまな開発過程にある地域社会や国が財政状況に応じて維持できる、真に自己決定の精神に基づいた、基本的でかつ実践的な保健活動である。」

WHOの憲章に謳う健康も、HFAも、そしてPHCも、ある意味では、永遠の理想の健康やそのための戦略であろう。実際、WHOが生まれてまもなく60年、HFAがすべての人に健康をもたらしたいと願った2000年を過ぎること6年、大々的にPHCが繰り広げられて以来1/4世紀以上が過ぎたが、世界の健康状態は、まだ、満足できる段階には程遠い。

社会が開発されると、「個人の人生における選択肢が増える」ことは間違いない。そして選択肢が増えることによって、人々が得る「健康」は大きく

なることも事実だ。

やや主題がそれるが、最近、脳科学では、社会性をもった「よい大人」になるためには、幼少期のバランスのとれた経験、特に前頭葉への適正な刺激が必要なことが解明されつつある。唯でさえ貧しく、ほとんど選択肢を持たない途上国に、さまざまな紛争状態が頻発し、遷延している。戦いにあけられる地域社会に生まれた子どもたちの精神的そして社会的健康を、私たちはどのようにまもれるのだろうか。

第5章

人を育てる教育活動の重要性

リプロダクティブ・ヘルス／ライツ²⁶では、親世代が子どもを産むか産まないか、産むとすれば何時、何人を産むかを決定する自由を持つとあるが、子世代は、生まれるかと考えて生まれるのでもなければ、何時、何処に生まれるかと選ぶ自由も無い。繰り返しになるが、誰も、生まれる場所も時を選べないのに、生まれた時と場所によって、大きな格差を強いられている。

一方、自然災害であれ、紛争や事故であれ、最近の世界に生じている、さまざまな健康の危機問題²⁷をみると、いずれも国境を越えた広がりを持っている

ことが判る。さらに、環境破壊や地球温暖化など、健康をまもるためには、国境を越えた対策が必須になっていることは明らかである。

このような時代に、たまたま、恵まれた環境に生を受けたものの一人として、世界の健康に貢献する人材育成を考えたい。

過去20年の途上国への関与から、健康であれ、教育であれ、経済開発であれ、環境あるいは災害対策であれ、最も重要なことは、現地で実践すること、現地の人々が実践できることである。最良の方法は、現地の文化、歴史、社会の仕組みを知っている現地人材の養成、特に専門教育の指導者養成に尽きる。しかし、さまざまな理由によって、それが容易に成功しないことも事実である。

健康という分野で言えば、MDGsが謳う事項は、WHOやUNICEFが先導してきたPHCの強化でも達成可能だが、さらに公衆衛生活動であるPHCと基礎的医療の連携、さらに高度な医療への発展を、段階的に整備する必要があらう。

ここで、限られた資源の中で、何に

焦点をあてるかは、それぞれの国、地域が優先順位をつけねばならないが、協力者も、適切なアドバイスと可能な支援を提供できるように準備できることが必要だ。

一例として、著者が勤務する日本赤十字九州国際看護大学の例を述べる。本学は、本邦142に及ぶ看護大学／学部中（2006年4月現在）、唯一、国際を標榜し、2001年の開学時から、積極的に国際協力活動を意図してきた。とはいえ、乏しい経験と限られた人材で行える活動には限度があることは自明である。しかしながら、開学2年目からの5年間に、既に100名を超える看護師、保健師、助産師、医師および行政官を受け入れ、主に地域保健、特に母性保健に焦点を当てた研修コースを十数件実施した。

看護分野に関しては残念なことだが、現在も、多くの途上国の看護関連業務が、十分、専門職として確立されていなかったり、適当な教育制度がなかったりすることが多いが、村落部では、最も数の多い保健専門家であり、また、実際に担っている責任も大きい。

本学では、まだ、自前の研修は行わず、これまで、国際協力機構（JICA）、本学の母体である日本

赤十字社、およびその関連で赤十字国際委員会（ICRC）の要請、もしくは共同で行っている。また、看護大学ながら、近隣の行政機関や日赤関係施設の協力をえて相当数の医師やロジスティックス専門家も受け入れており、健康の回復、維持、向上のために働くという目的を共有することにより、多様な文化圏の人材とも言葉や習慣を超えた連帯意識が醸成されている。

結論的に云えば、多くの途上国のPHCレベルの機能を支えているのは、保健師・助産師を含む看護職であり、この専門職と「目的」を共有することが、途上国のPHCの強化に最も効果的な方法だと確信するに到っているが、その一方で、途上国人材の受け入れは、本学教職員のみならず、学生の国際性涵養にも大きく資する元であることも特記しておきたい。

学ぶより真似ろ!! という言葉もあるが、私たちも、さまざまな諸外国の知識、技術を真似し、学び、そして発展してきたはずだ。今、私たちを真似、私たちから学びたいと思う人々がいること、それが明日に向かう私たちのエネルギーになっていることを結びの言葉としたい。

1 白血病は各種検査の組み合わせから病型が、また、それに対する最適治療が確立されつつある。しかし検査や初期治療の結果、あらゆる治療法に反応しないことが予測され、事実、経過不良のものを難治性白血病とよぶ。

2 白血病は、再発しやすいことから、症状や検査所見が正常化しても、治療とわず寛解という。

3 紛争地近傍へのシベリアン派遣は、昭和63年決定。喜多は、その第一号として、バキスタンペシャワールに新設予定のUNICEFアフガン事務所に派遣された。

4 紛争地への日本政府派遣例がなかったため、現行のようなわが国の制約に規制されず、自己の判断・責任ながら、第一線の紛争地状態を経験した。

5 共産主義は、ギリシャの哲学者プラトンに始まり、多数の思想家による初期社会主義を経て、マルクス、エンゲルスが総括した。真に個人的に必要なものを除き、生産手段の私的所有をなくすることを基本に、階級闘争や労働者による共産主義政権の樹立など、それまでの諸理論の集大成をマルクス主義とする。

6 かつて勤務した社会主義社会での経験だが、優秀な人材が、能力をフルに発揮して実績を上げれば、長期間の辺境勤務に追いやられる危険性もあるとの理由で、基本的ニースが補償されている

することもあって、ホドホドの生き方を
選択していた。飽き足りない人々は、
国を捨てて外国に出てしまふ。

7 ナイロビ大学(ケニア)の小児科名誉
教授は、アフリカの紛争国は、緊急援
助なく立ち行かないが、子どもの健全
な発育には、食料や予防接種、医療と
いった人道援助に加えて、心の栄養と
なる何かが必要だと指摘している。

8 自由主義は、自由を追求する思想体系
だが、社会の発展により、個人の自由
や独立選択を保障するため、また、著
しい貧富/経済格差、経済的隷属、社
会的自由の侵害につながる偏見や差別
の防止、また環境破壊のような規模の
大きな侵害にたいしては、政府や地域
社会も積極的に介入すべきとする新し
い自由主義は、リベリズムとカナ表
記される。いずれも、自己決定を推奨
し、国家や地域社会による富の再配分
を肯定している。

9 現在では、温暖化など、地球規模の環
境破壊が洪水や巨大台風/ハリケー
ン、また、旱魃の原因となっているこ
とは否定できず、自然災害と人為災害
の境界はあいまいである。

10 母方の祖母によると、「お国のために
役立つオトコの子であるかも知れない
から、3人の医師が(母親の生命維持
のために中絶止む無しを)承認しない
と堕せない」時代だったらしい。第3
の中絶承認医が見つかった中絶前夜、
母は解熱して私は生まれた。

11 子どもの遊びに国境はなく、互いに異
文化は興味深い。が、「満(州族の)
人の子どもと遊んではいけない」と
周囲の大人は云っていた。

12 子どもものいたずらや幼子がダダをこね
ると、実態は知らないまま、「B29が
来るヨ」と脅かされた。

13 終戦直後の男女共学「新制中学」に、
娘や孫をやると不良になると心配しな
がら、駐留軍兵士にぶら下がるように
腕を組む女性たちに手も口も出さず、
米軍から流れる物資をありがたがった
り、それまでの軍国主義から民主主義
に变身したりした大人たちに、子ども
ながら、上手に沈黙をまもることや過
去を問わない生き方を学ばされたよう
気がする時代。すべての子どもは寄生
虫を持ち、どの地域にも稀でなかった
肺病(結核)や栄養障害、貧しさのた
めに進学をあきらめる同級生もいた。
日本の紛争後時代であった。

14 朝鮮戦争は、1950年6月25日に勃
発、1953年7月27日に停戦したが、
成立した直後の大韓民国(韓国)と朝
鮮民主主義人民共和国(北朝鮮)間の、
朝鮮半島の主権を巡る戦争。わが国は、
在朝鮮半島および在日の米軍や、在日
関係機関からの、主に繊維や鉄鋼材の
受注などによる経済拡大の恩恵があっ
た。ただし、この際、米軍からの直接
受注は政府への税金を伴わないため、
国への裨益ではなく、むしろ民の能力
向上、新たな技術修得が大きかったと

される。

15 国民総所得 (Gross National Income,
GNI) は、ある国の一定期間の経済活
動規模を貨幣価値で表した指標のひと
つで、国内総生産 (Gross Domestic
Products, GDP) に、海外からの純要
素所得を加えたもの。日本では、
2000年から、経済企画庁が国
民所得総計から、国民総生産 (GNP)
からGNI (国民総所得) に変更した。
GNIは国民総生産 (GNP) を分配
面から見たもので、支出面から見た場
合はGNE (国民総支出)。

16 両親は共に大正元年生、父は私立大学
中退だが、母はその世代には珍しく、
私立女子大卒業生である。

17 わが国の短期間の復興経験が開発協力
のモデルとなるの意見があるが、戦
前からの高い識字率や、緻密な社会シ
ステム(人口や疾病統計は1899年
に始まっている)など、日本の戦後経
験は現在の途上国の開発には、あまり
参考にはならないと、個人的には考え
ている。

18 現在も、いわゆるジェンダー問題は根
強く、新たに生まれてきた格差が、さ
らに問題の解決を遅らせていることを
忘れてはならないが、開発とは、個々
の人々の選択肢が増えることというこ
観点からは、第二次世界大戦後の日本
は、現在でいう紛争後復興 (Post-
conflict rehabilitation) の成功例ではな
いか。

19 日本語版リーダーズ・ダイジェスト
1956年6月号、P141-176。

20 Thomas Anthony Dooley III (1927.1.17 - 1961.1.18) は、米国ミズーリー州セントルイスのアイルランド系カソリックの一家に生まれた。Notre Dame 大学、St. Louis 大学医学部卒。レジデント研修時、米軍横須賀病院に滞在したこともある。1954年、共産化を恐れ避難する北部ベトナム住民の救援に従事後、ハイフォンの難民救援センターにも勤務。その頃、CIA南ベトナム担当部長の目に留まり、その勤めで「Deliver US from Evil (悪魔より我らを救いたまえ)」を出版。以後、1961年34歳の誕生日翌日にメランノーマ(皮膚ガン)で亡くなるまで、マッカーシズム旋風下の米国における反共シンボルとされた。しかし50年代に早くも数カ国で人道救援 NGO (MEDICO) を立ち上げたことは事実。この経歴談を読んだ後、原著入手し MEDICO と交流した。彼の死後、MEDICO は分裂、現在、友人 Dr. Channey が継承する部分もあるが、本体は消滅した。臨終の際、アイゼンハワー大統領が電話をかけた後、死後、議会 Gold Medal of Honor や Peace Corps 創設時にケネディ大統領が言及したり、カトリック教会の聖人推挙の試みもあったが、初期経過から CIA との疑いや海軍除隊理由がホモセクシュアルなど、やや毀誉褒貶する人物でもある。

21 低いGNP、多産多死、感染症優位の死亡原因など。

22 <http://www.unctd.or.jp/aboutunctd/mdg/mdgs.shtml>

23 http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
世界的に受け入れられている健康の定義は、1946年、WHO 設立のためにニューヨークに集まった61カ国による世界保健会議で起草、承認された、1948年4月6日に発効した。

24 BHN Basic Human Needs.

1970年代に入り、それまでの経済開発に偏った戦略の効果が疑問視されたが、世界銀行は保健医療、教育、衛生などを生活に必要な基礎要因とし、それらを重視する戦略を打ち出した。

25 1978年9月、旧ソ連カザフ共和国の首都アルマ・アタ(当時)に、WHO と UNICEF のよびかけで、国際機関や各国156代表が集まり、前年、WHO 総会が合意したHFA という目標を達成するための世界戦略として、PHC を打ち出した。しばしばアルマ・アタ宣言とも呼ばれる。

26 Reproductive Health/Rights (RH/R) 性と生殖に関する健康/権利)とは、WHO によれば、「人々は安全で満足できる性生活をおくり、子どもを産むか産まないか、産むとすれば、何時、何人産むかを決定する自由を持つべきであり、人々は、そのために必要な、生

殖に関連する適切な情報やサービスを受ける権利を持つ。また、その対象は、性に関する健康を含み、目的は生殖や性感染症関連のカウンセリングやケアを受けるだけでなく、他の人々の生活関係の向上をも含むもの」としている。ここでは、「プロダクションの「健康」と「権利」がともに重視されるため、並記されることが多い。言うまでもないが、RH は女性の問題ではなく、男女両方に関わる課題である。

27 2001年9月11日のアメリカでの同時多発テロの犠牲者は52カ国、2004年12月26日のスマトラ沖地震では、直接、津波が生じたのは16カ国、死者行方不明など犠牲者は判っているだけで24カ国に及んでいる。また、2002年冬季、中国南部に始まったSARS は香港、ベトナムから遠くカナダに及んだし、現在、ヒトヒト感染の発生拡散が懸念されている鳥インフルエンザは世界的リスクとなっているように、最近のアウトブレイクは短時間に世界的拡がりとなるだけでなく観光産業のみならず、交易を抑制し国際経済への影響も大きい。さらに、新たな健康の危機、災害として各地のテロの危険性も高い。

救援者のメンタルヘルス①

—災害被災者の心理的变化に備えるということ

日本赤十字九州国際看護大学

講師 高橋 清美
学長 喜多 悦子

■ ■ ■ はじめに



近年、世界的に見て、自然災害や紛争での被災が巨大化している。その原因は、自然災害が多発し、大型化しているということや、地域社会の成り立ちが複雑化し、居住環境にふさわしくないところに住まざるを得ない人々が増えているということにもよると考えられる。

いずれにせよ、国内救援活動だけではなく、アジアの先進国として、我が国が国際的な救援活動に従事する必要性は増す一方である。

国内においては、阪神淡路大震災後に、ストレス反応の極端な状態を言うPTSD (Post-Traumatic Stress Disorder: 心的外傷後ストレス障害)*が大きく取り上げられたが、言葉だけが独り歩きをし、あらゆる人々が呈するようなストレス反応は見過ごされているきらいがある。

一般に、いかなる災害においても、恐怖、不安、深い悲しみなどの多様なストレスを与えるため、災害に遭遇した被災者が、心に大

きな影響を受け、一見異常に見える言動を示すことは、被災後の通常の経過としてしばしば見られる¹⁾。重要なことは、そのような言動が見られたからといって、直ちに精神科疾患と決め付けないことであろう。

本稿では、救援者が、被災者のストレス反応および心理回復過程を真摯に受け止めた上で、救援者自身に求められる態度を認識することの重要性について述べる。

*PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder: 心的外傷後ストレス障害)

地震などの自然災害、爆発事故や交通事故などの人為災害、暴力犯罪被害、性暴力被害、拉致監禁、テロ、戦闘、虐待、といった明らかな原因がきっかけとなり、生じるストレス症状のことである。米国精神医学会の診断基準²⁾は、日本を含む各国で最も広く使用されている。

■ ■ ■ 災害ストレスに対する一般的な反応

デビッド・モロ³⁾は、「異常」な事態への「正常」な反応として、表1のようなストレス反応を示している。これは、災害ストレスに対する、心理・感情面、身体面、思考面、

表1 災害ストレスに対する一般的なストレス反応

心理・感情面	睡眠障害、恐怖の揺り戻し、強い不安、孤立感、意欲の減退、イライラ、落ち込み、怒り、生き残ったことへの罪悪感、激しい感情の起伏
身体面	頭痛、手足のだるさ、筋肉痛、胸の痛み、吐き気、免疫機能低下によるアレルギー症状の悪化、インフルエンザ罹患
思考面	集中力の低下、混乱、無気力、短期的な記憶喪失、決断力の低下、合理的判断の難しさ、一つの考えに固執する傾向（特に高齢者に多い）
行動面	人間関係のトラブル、引きこもり、飲酒の増加、拒食、過食、子どものおねしょ、指しゃぶり

デビッド・モロ：災害と心のケアハンドブック、P.23、アスク・ヒューマン・ケア、1995.を改編

行動面から見たストレス反応である。

ここで重要なことは、このようなストレス反応は一般的な反応として受け止めることであり、通常は、時間経過と共に薄らいでいくということを知っておくことである。

■ ■ ■ ストレス反応の回復過程

災害を受けた直後より、時間の経過と共に我々の心身は、元の健康状態に戻ろうとする。災害の時間的経過に焦点を当てた心理・精神医学的反応分類として、ラファエルの経過分類^{4,5)}がある。

1) 「警戒」期

災害が起こりそうな状況の中で、その徴候が現れ、ある種の不安状態に陥っている時期。

2) 「衝撃」期

災害が実際に起こり多数の死傷者を出し、住居家屋や給水、電気などのライフラインに障害がもたらされる時期。

3) 「ハネムーン」「治療的コミュニティ」期

危機直後の時期に、多幸感、他愛感、協力的、支持的な相互作用が起こる時期。この時期は、良好な感情と希望に満ちあふれ、脅威にさらされた中で生き残ったという至福感、同じ被災体験をしたという相互連帯感、避難所で共に同じような衣食住を営むという貧富の差の消失などが起こる。

この時期は、人為災害より自然災害で認められやすいとされ、数日から数週間程度持続するとされている。

4) 「幻滅」期

避難所から仮設住宅に移り一段落して、独