琉球大学学術リポジトリ

# プロジェクトを通して何が変わったか：アンケートによる活動評価より



| メタデータ | 言語: |
| --- | --- |
| | 出版者: 琉球医学会 |
| | 公開日: 2010-07-02 |
| | キーワード (Ja): |
| | キーワード (En): activity analysis, guestionesire, primary health, care Lao P.D.R. |
| | 作成者: 宇高, 真智子, Udaka, Machiko |
| | メールアドレス: |
| | 所属: |
| URL | http://hdl.handle.net/20.500.12000/0002016109 |

# プロジェクトを通して何が変わったか
## ーアンケートによる活動評価よりー

宇高真智子

琉球大学医学部第一内科学講座

# What has changed through the project?
## ーanalyzing for questionnaireー

Machiko Udaka

*First Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, University of the Ryukyus*

**ABSTRACT**

"Health for all" ーOur basic conception is integrated this words. The activities of this project started to ensure safety water and provided few kinds of drugs for first aid. Village health worker was selected to promote primary health care planning and passed. We are probably to say that village health worker system and drug revolving fund system to villager are the effective activities in this projects. Namely, village health workers are resources of knowledge for village people who don't have electric supply and any publishiment. More than 50% of villagers are still illiterate. Our project practiced household survey to evaluated our activity and training for health statistic. We choose four hundreds households and asked them about seventy questions. Our statistics show that their knowledge have increased but their action pattern does not so progress. I hope that result of this questionnaires will be useful for you to recognize the life of Lao people, especially situations of primary health care at rural area in Kammouane province in 1998. *Ryukyu Med. J., 19(3)125～129, 2000*

Key words: activity analysis, guestionesire, primary health, care Lao P.D.R.

## はじめに

開発途上国に対する国際協力は医療分野に限らず様々な分野で行われている．こうした協力の中で近年強調されてきたことは単なる物資援助ではなく，技術協力や人材育成であり，最終的には相手国へ援助からの独立が求められる．したがって国際協力を行う上で最も大切なことは相手国を主体にするということである．簡単なことのように思えるがいたって難しい．成果のみに目を向けてしまい，つい相手国の状況や能力を忘れて自分達のレベルで物事を判断してしまう．そうするとスパイク的に実績は上がっても，やったことが定着しないことは往々にして起る．すべての計画と実績は相手国に還元されなくてはならないのであるから協力とは押し付けではない．現在の先進国の技術はその国の人でさえ理解するのに難しいほど進んでいるのであるから開発途上国への適切な技術とは難しい．

今回の公衆衛生プロジェクト活動の一つプライマリ・ヘルスケアにしても，先進国の保健医療システムが開発途上国では機能しないことが分かり新たに考えだされたシステムである．従って現在の先進国では経験したことのないような保健医療システムである[1]．この言葉を日本語に直すのさえ難しいがしばらくでも現地で生活しているとこのシステムの意義が分かってくる．先進国では「おめでたでーす.」と医者に診断された時から，すなわち生まれる前から生命は国家的，社会的に法のもとで保障されている．こうした国家的保障に気がついている人は少ないが，経済的基盤のない貧しい国に暮らしてみると切実な問題として感じる．このような状況にある国ではまずは富国政策が先決である．保健法もほとんどなく保健医療政策に予算をとれる状況にはない．ちなみにラオスの国家財政の約40%は海外援助や融資で賄われなければならないほど貧しい[2]．ラオス政府自身の財源からの保健関連予算は5%未満である．援助を含めた財源からの予算でも約7%といわれる．しかもその予算の50%は職員の給料にあてられる[3]．保健開発は住民自身の手に委ねられているのである．

こうした状況のなかでプロジェクトの活動は主に水と最低限の医薬品の供給に始まった．村からは医薬品を取扱い，村民の健康指導を行う村落健康推進員（Villag heath worker）が選ばれ訓練を受けた．医療サービス改善のためにヘルスポストの建て直しや医療用品の補給も行われた．こうした活動を通してこの5年間で何が変わって，何が変わっていないの

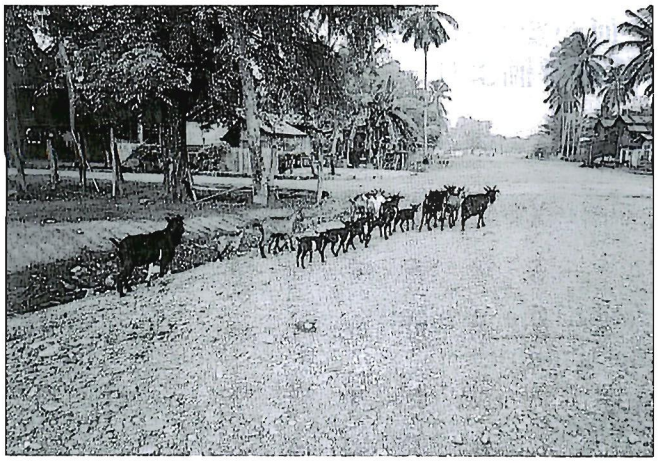

写真1　ヤギの群れ
誰かに連れられているわけでもないが，行き先も分かっているかのように通り過ぎていく．栄養改善問題もあったのだが，ラオスでは動物の乳を飲む習慣はない．

だろうか．今回アンケート調査を行った背景には第一にはラオス国スタッフが将来に向けて公衆衛生学的な疫学調査ができるようになるための，いわばトレーニングの意味があった．そして第二には終盤を迎えた私達のプロジェクトを評価するという2つの目的があった．

当初，私はこの計画は3か月で終了すると考えていた．そして調査から分かった問題点から新たな計画を立て，次のステップを踏もうと思っていた．しかし実際には約1年かかってしまった．まずこうした調査をやろうと話しがつくのに2か月かかった．やろうとしたら，統計が取れないことが分かった．そこでスタッフはこの調査をやるためにコンピューターでの統計処理のトレーニングから始めなければならなかった．ラオス人の講師の都合をつけるのに3か月かかった．連続して講義ができないので結局終了するのに2か月かかった．統計処理ができるようになった時点で質問事項を作った．ただどうして評価するかに困った．むろん疾病統計はきちんとはやられていないし，住民登録もしっかりしていないので乳児死亡率などといった統計が取れるはずはなかった．登録の義務はあるのであるが，住民にまだ意識がないのである．そこで以前日本側のスタッフで行われた調査をもとにretrospective的なやり方で評価をすることになった．後で見直してみるとこうした比較が無理な問題もあった．例えば“予防接種をしましたか？”のような質問では子供がいなかったり，成長したりで出来ないこともあるのであるから．しかし，このことには結果を分析するまでお互いに気がつかなった．この作業は約1か月で終わった．調査そのものは2週間で終了．調査は文字の読めない人が多いので，直接インタビュー方式で行われた．ガソリンの節約になるというのと，夜の方が人が家にいるというのでスタッフは村から村へとまわり，出かけたまま2週間近く帰ってこなかった．約70項目の質問事項を400戸に行ったが，データを入力するのに2か月かかってしまった。こうした調査一つやるのでも日本とはだいぶ違う状況であった．

## 調査結果

安全な水の供給は水系腸管感染症の予防のための基本的な衛生政策である．

日本で最初の水道は明治20年に横浜市で始まっている．その普及は昭和30年で約32.2％で，昭和45年には80.8％である[4]．日本においても上水道の発達はすこぶる遅かった．

ラオスでもヴィエンチャンには上水道が見られ，現在の都市住民の35％は上水道を使用しているといわれる[2]が，農村部ではまだ上水道などはない．ラオス農村部での生活用水はどのように確保されているのであろうか．アンケートでは約30％の人がまだ川の水を使用している．川の水の利用率そのものはプロジェクト前も後も変わっていない．残りは井戸からであるが，ポンプ式井戸は12％から27％と大幅に普及した．もちろん井戸は共同井戸で各家庭に一個というわけにはいかない．川岸が削りとられているところでは急な崖を子供や女性が水おけを肩に水を運び上げる姿がみられる．水汲みはなぜか女，子供の仕事である．“下痢はどうしたら防げますか？”この質問に住民の90％は沸かした水を飲み，調理された物を食べることと知っていた．トイレを使うや，食べ物をハエがつかないように覆うことも約50％の人が知っていた．こうした知識は特にプロジェクトを通して変わったものではなかった．WHOをはじめとして各国の協力団体が中心となって以前からこうした啓蒙教育を行なっていたのであろう．現場で仕事をしていると日本の国際援助協力は他の多くの国よりも遅れて始まっていることに気づく．こうした努力で多くの人が沸かした水を飲まなくてはいけないことを知っているのに実際には60％弱の人しかこれを実行していなかった．安全な水とは沸かされた水以外にはないのであるが．

“Where there is no doctor”（この本はＷＨＯのどの本よりもプライマリ・ヘルスケアとは何なのかを最もよく理解することのできる本だと思う）の一節には下痢から脱水になった子供には水をわかす燃料が買えなければ生水でもいいから飲ませない，といっている．水を沸かすには経済的な出費が要求されるのである．今回は生水を飲む理由は聞かなかったが，水質調査などもやれば良かったと思っている．

日本では人糞は肥料として用いられることが多く，汲み取りしき便所が主流だった．江戸では人糞は肥料として売買された[5]．そうした事情で日本における下水道の発達は上水道の発達よりもっと悪い．沖縄では豚便所というのがある．人糞は豚の餌であった．豚を解体すると胃や腸に回虫がつまっていたそうだ[6]．この処理方法は衛生上問題があるということで昭和初期頃から姿を消し，戦後にはもはや見られなくなった．ラオスでは排泄場所は一定ではない．人糞を肥料に使うこともない．動物は犬も豚も鶏もすべて放し飼い（写真1）．飼育するということをしない．水牛の中には水を飲みに連れていかれたり，道ばたの草を食べに連れていかれたりしているのを見ることはあるが，それでも家畜と言う感じはしない．そして人間を含めた動物の排泄物は一所に集められることはない．しかし不思議なことにどの村にいっても汚臭がすることはなかった．幕末以降に見られる日本おける腸管感染症の歴史をみると大発生はいつも都市部から起きている．しかもコレラや腸チフスなどの感染症は輸入感染症としての意味合いが深い．しかし，いったん発生し始めると，環境衛生上の不備から大流行を来してくる。こうした感染症は日本の保健衛生の活動の幕開けとなっている[7]．ラオスでみられるコレラなどの大発生の理由は日本とはまた異なっているのかも知れない．一方，日本では人糞の使用が寄生虫の蔓延の原因となったのだが，糞便を肥料に使う習慣のないラオスでの寄生虫の蔓延の原因はいたるところに自由に排出される糞便にあると

写真２　ラオスの魚
国境はすべて陸であるためラオスには海がない．川魚は種類が豊富である．鯰も美味しい．肉も魚もそのまま常温で売られるが腐んでいたことはない．どの魚に肝吸虫がいるのかは分からない．

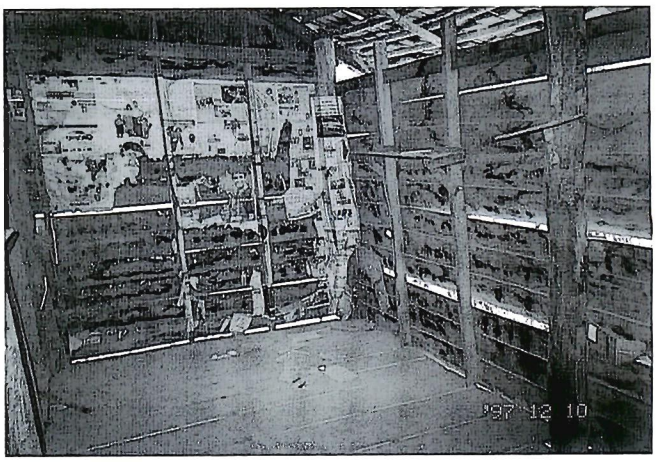


写真３　パイロット地区以外のヘルスポスト．破れた壁紙をよく見ると健康教育ポスターであった．ここが住民のために使われたことがあったのであろうか？破れた壁紙以外は何もなかった．

いわれる．便所の普及は環境衛生を改善し，下痢症と寄生虫症の減少が期待される．アンケート調査では便所の使用に関しては90％以上の人が必要性ありと答えている．しかし家庭にはまだ15％しか普及していない．便所が普及しにくいのは便所の様式にもある．ラオスでは便所使用後に水で流す方式である．飲み水でさえ確保するのに大変なのに流し水までとなるとなかなか普及し難い面もあることは確かであった．用を足した後は穴を掘って埋めるというのがまだ基本的なのかも知れない．

マラリアはラオスではまだ死亡順位第一位の病気である．ある時私がラオスのマラリア研究家にマラリア根絶（eradication）に向けての対策を聞くと大きく笑った．変に思ったら，根絶などはあり得ないと言うのである．それで彼等は制圧（control）という言葉を使うそうである．約50年前，終戦後の沖縄の八重山，宮古のマラリアは今となっては想像を絶する話しであるが沖縄のマラリア根絶の話をすると，沖縄は島だから成功したのだという．ラオスでのマラリア対策は蚊帳を使って予防しようとするのが主流である．アンケート調査では90％の人がマラリアが蚊に刺されることによっておこることを知っている．そして90％以上の人が蚊帳をつかっている．この調査ではプロジェクト以前も以後もこのことはそう変わっていない．しかし，依然としてマラリア患者の数は減少しない．雨期がはじまると病院はマラリア患者でいっぱいになる．若い働き盛りの男性でさえ真っ青な顔をして病院に来ている．マラリアであろう．蚊は大人も子供も男も女も区別しない．マラリア罹患はまだまだ死につながる．沖縄でも以前行われたDDTを使う方法[8]は環境汚染につながると現在は用いられていない．新しい対策として蚊帳に薬剤をつけ，蚊を殺虫するという方法が始められた．マラリア制圧は開発途上国の努力だけでは不可能で，ラオスのみならず全世界の公衆衛生の目標のひとつとし，もっと多くの分野で研究されるべきである．

肝吸虫症は生の淡水魚（写真２）を食べて感染するといわれる寄生虫症である．ラオスにはラープという生魚のミンチ料理がある．アンケート調査では肝吸虫症の原因が生魚を食することにあるのを80％以上の人は以前から知っていた．しかしこの生魚を食べる習慣はまだ半数の人が止められないでいる．

子供への感染症対策として予防接種がある．WHOの目標である〝2000年までにポリオ撲滅宣言〟を目指してこのプロジェクトでも拡大予防接種活動が行われた．先進国では大きな問題となるこうした感染症がマラリアや下痢が蔓延しているこの国で乳幼児の死亡率へ大きな影響を与えているという感じはなかったが，サーベイランスシステム作りなどで大きな成果をあげている．もちろん2000年のポリオ撲滅宣言はできる見通しである．

「予防接種は大切か？」の質問に，90％の住民はプロジェクト前も後も大切であると答えている．しかしプロジェクト以前は麻疹（はしか）の予防接種は30％にしか実施されていない．しかし調査時には60％が接種するようになっていた．ただしカムワン県発表では1996年の接種率は90％を越えていた。アンケート調査よりもほぼ完璧に住民参加が行われている．

ラオスにはヘルスポストといわれる診療所のようなものがある．ヘルスポストとは医者がおらず，補助医，あるいは看護婦が勤務して人々の診療や住民の保健指導にあたる施設であるが，ほとんどのヘルスポストではなにも医療らしきことは行われず，何のために作られたのかさえ分からない様子のヘルスポストも多かった（写真３）．医療などとはまだ程遠い住民の現実がそこにある．10年前の1988年で人口１万人あたりの医師数は３人に満たない[9]．1996年の今もこの数はあまり変化がない[3-2]．この数はドイツ前のプロイセン国家1861年の統計と同じ位である[10]．日本では1991年，人口10万対医師数191になっている[11]．ラオスには補助医といって３年の学業で医療を行うことができる医師がその約２倍はいるがそれでも人口１万人あたりの医師数は５人に満たない．村の生活すべてがまだ文明からほど遠い．こうしたヘルスポストを何とか医療施設として機能させ，住民が利用できるようにしようとした．プロジェクトが始まって多くの人がヘルスポストを訪れるようになった．アンケート調査では県病院や郡病院の利用者があまり変わらないのにヘルスポストの利用者は13％から42％

写真４　戴帽式
ラオス国で一年間に養成される医者は130名．看護婦300名位である．

写真５　学校
薄暗い教室で楽しそうに勉強していた．子供も先生も授業は気ままだ．次に訪れた時には数人しか生徒がいなかった．学校の近くでお葬式があるといって，先生はじめ皆で出かけていた．

へと増加している．ラオスの医療施設は絶対的に不足している．しかしたとえ医療施設をつくったとしても医療器具や豊富な薬は望めない．もちろん医療従事者も足りないのである（写真４）．ラオス国の人口が500万で日本の本州位の国土に住み分かれているのだから，こうした社会的な施設を充実させるのは容易なことではない．

現代のような世界となっては国を発展させるには強大な君主制などでは無理であって，どうしても質の高い人材が多く必要とされる．ラオスの教育水準は低く今回の調査では読み書きできない人が約50％いる．小学校の義務教育も３年未満でやめていく人がまだ多い．日本における識字率をみると日本の明治中期から末期にかけて60％位かと考えられる．昭和20年頃には識字率は96％である[12]．そうするとラオスの識字率は日本の100年位前に相当するのであろう．日本の状況から考えるとやはりラオス国民の大半が読み書きできるには50年かかるのであろうか（写真５）．

## まとめと考察

予想以上に住民の知識はあった．しかし保健衛生の状況は大きくは変わっていない．こうした保健衛生の状況が変わるためには種々の条件が必要なことは歴史的に分かっている．疾病の変化は経済の発達，文化の変化，医学，科学の発達により，確実に起きてくる．なかでも行政の関与は最も大きな要素である．私たちのプロジェクトの目的の一つにわれわれが形どったシステムの全国展開というのがあったが，すでに多くの県にいろいろな外国援助がはいり，ばらばらの活動状況であった．国の方針はなかなかつかめなかった．ラオスの疾病構造の変化はまだ見られていない．ラオス人の日常生活をみていると，経済も文化も医学もまだまだ止まったようである．水牛とともに水浴する人，切り傷にパパイヤをすりつけている人，汚れた手を夜露のかかった草で無造作に拭いた人，自然は癒しを与えてくれるものでもあった．しかしまた自然のいたずらは生命を奪う脅威でもある．ある郡病院で鎖肛の子供を連れてきた母親にあった．子供の祖母が私に見てくれと「ボーミー，ボーミー」（もっていないという意味であるが）といって子供のお尻を指さす．肛門がなかった．生まれて数日の子供の皮膚はしわしわで母親の乳を飲む元気もなかった．同僚の医者に手術が出来るのかと尋ねると出来るという．家族に説明してもらったがお金がないといって，その子は布にくるまれて帰っていった．母親や家族は「助けてほしい」とは一言も言いなかった．ドイツの貴族と貧民の寿命を比較し，“貧困ないし裕福は寿命に決定的な影響を及ぼす”といったドイツのカスペルの結論[10]はここラオスではまだまだ現実である．産業革命を機に社会の健康に対する概念が変わってきた．イギリスでは「疾病と貧困の悪循環」の思想のもと医療保障の制度が確立していった[13]．確かに先進国の公衆衛生の概念がこうした産業革命を機に充実しては来ている．さらに社会保障の理念が加わって先進国では一歩前進した．しかしその裏には日本の“女工哀史”にみられるが如き恐るべき人間の尊厳無視が続いたのである．幸いなことにラオスにはまだそうした悲惨さはみられない．生と死，そして生きることはまだ自然の中にある．強いものだけが生き残れるのである．それでも今回の調査から分かったことは，彼等にも健康を守る知識は充分に入ってきていることだ．しかしなかなか変えられない生活が残っていた．知識だけでは人の行動パターンは解決出来ないところもある．しかしこれといった突破口は見いだせなかった．

プライマリ・ヘルスケアの理念そのものは１年間ラオスで暮らしてよく分かったが，私自身はどうしてもこれが保健医療の理想のあり方とは思えなかった．私はよく同僚のDr.アノンと議論した．「アノン，私は基本的にはこのプライマリ・ヘルスケアの考え方には賛成できないなあー．国が貧しいからこのような施策をとらなければならないのは止む得ないが，やはり国はきちんと公衆衛生の施策をもち，国民を守る責任があると思うのだが」アノンは「でもこれは僕たちにとってはいいシステムだ．しかし国の方針はほしいなあー」という．今はこれが精一杯のことだという．国民が貧しければ国も貧しい，国家が貧しければ国民も貧しい．ある時，トイレの普及が悪いのは何故かを論議をしていたときの同僚のソンペット氏の話である．私は彼に「あなた方の住民教育が悪いのでないのか」といった．色々話したあとで彼は言った．「自分はタケー（この地方の中心部でやや都会）の人々へは一度も教

育指導をしたことはない．しかしここではトイレがどんどん売れていく」と．都市部に起こってきた経済力の変化は，住民の生活様式を何の苦労もなく変えていくことを彼は気がついたであろうか．社会的変化，疾病罹患率の変化，疾病死亡率の変化は歴史的にみられる事実である．しかしラオスではこうした疾病構造の変化はまだみられていない．

わが国では一般会計に占める厚生省の予算は20％近くあり，国民医療費は一人あたり20万円を超えるという[11]．ラオスでは年間10ドルを超えることはない．私はあと20年もすればラオスもこうした開発途上国の状況から抜け出せると思っていた．同僚アノンに「あと何年かかると思う．」訪ねると，彼は「50年かかる」というのである．「20年では無理？」というと「無理，無理」という．「どうして」というと，「今のラオスは沖縄の50年前にそっくり」だというのである．変な理論ではあるが，沖縄に行った時に見た50年前の沖縄の様子から自分達の未来を予想できたのであろうか．「2000年までにすべての人に健康を」とは，やはり先進国の観点であって無理難題なことであったのは確かである．日本にしても明治維新から130年，戦後60年の歴史である．日本に帰ってきて改めてこの調査を見直すと，やはりアノンの言うことの方が正しいようにも思えてきた．

## 最後に

かねての希望でもありました開発途上国でのこうした仕事のチャンスを与えて頂きました琉球大学に心より感謝致します．考えていたよりも国際協力とは難しいものだと思いました．特に現地語ができないというのは大きな障害でありました．英語をラオス語に訳し，また英語に訳すといった作業を経なければ仕事ができません．「アノン，私は文盲よりも悪いね」といいながら，ついにラオス語を勉強しなかったことは反省の至りです．しかし同僚のソンペットはどこから予算をもらってきたのか，このプロジェクトの終わるころにビエンチャンに英語の勉強に10ヶ月出ることになりました．アノンは自分がオーストラリアで学んだことを皆に伝えたいとプロジェクト終了後に始まる新しいトレーニングコースの計画を始めました．これには私の希望でラオス人だけですべてを行い，日本側は予算のみを援助するということにしました．あとはいつの日か予算も独立できることを望むだけです．

独立していく彼らを今後も琉球大学が暖かく見守っていって下さることを心から願います．私達が関わった人々のこれからの活躍とラオスが早く時を駆け抜けることを期待しています．

## 参考文献

1）仲間秀典：3章6節　プライマリ・ヘルスケア，「国際保健」郡司篤晃　編者，109-114．日本評論者，東京　1995
2）ラオス国日本大使館：「ラオス概況」，Ⅸ経済48．Ⅳ保健・衛生・医療 14．ラオス国日本大使館著，ラオス　1997
3）JICA資料：保健医療財政 25．医療従事者 14．
4）古川武温：7章－2　生活環境保全行政制度，「講座現代と健康－保健医療のシステム」高田，江見，古川共著，253-265．大修館書店　東京　1974
5）小栗史他：1-A　公衆衛生の基盤創設，「保健婦の歩みと公衆衛生の歴史」小栗，木下，内堀共著，1-12．医学書院，東京　1985
6）島袋正敏：「沖縄の豚と山羊」ひるぎ社，沖縄　1989
7）立川昭二：7章　コレラをめぐる政府と民衆，「病気の社会史」170-201．NHKブックス，東京　1971
8）大鶴正満：沖縄のマラリア，「沖縄の歴史と医療史」149-159．琉球大学医学部付属地域医療研究センター編，九州大学出版会，福岡　1998
9）上東輝夫：医療，「現代ラオス概説」，153．同文館，東京 1992
10）クルト・ヴィンター編著，日野秀逸訳；「ドイツ民主共和国の保健，医療」－25年の歩みと成果－　形成社，東京　1977
11）（財）厚生統計協会：4編　医療「国民衛生の動向」181-253．東京　1998
12）ブリタニカ国際大百科事典：「識字運動」，ティビーエス・ブリタニカ東京　1995
13）江見康一：4章　健康と経済，「講座現代と健康－保健医療のシステム」高田，江見，古川共　著，102-147．大修館書店　東京　1974