



国際保健 フィールドマッチング実習

2011年夏期 実習報告書

CONTENTS ページ数

1. 母子保健統合サービス強化プロジェクト(実習国:ラオス).....	2
2. 保健マネジメント強化プロジェクト視察(実習国:ケニア).....	11
3. 安全な水と栄養改善(実習国:ベトナム).....	255
4. JICA 助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト(実習国:カンボジア).....	34

2011年度 夏期 (7~9月)

2011年夏期(8月~9月)の募集では、学生の受け入れが実現した実習は6件あり、12名の学生が参加することができました。実習先一覧は下記の一覧になります。

実習名	国	参加人数
1. 母子保健統合サービス強化プロジェクト	ラオス	4
2. 保健マネジメント強化プロジェクト視察	ケニア	3
3. 安全な水と栄養改善	ベトナム	2
4. JICA 助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト	カンボジア	2
5. パレスチナ難民救済機構 保健サービス実習	ヨルダン	1
6. 難民医療と移民学校での学校保健活動	タイ	1

1. 母子保健統合サービス強化プロジェクト(実習国:ラオス)

氏名	石尾 瑛子	所属	兵庫医科大学 医学部 医学科 5年
期間	2011年8月16日～8月18日 (3日間)	受け入れ者	岡林 広哲先生

●実習の内容について

目的と成果

まず、実習の初めにラオスの保健事情やシステムについて詳しく先生に教えていただきました。また、たくさんの支援団体があるラオスで全体のモニタリングを保健局とJICAが一緒に行っているなどラオスの保健に対するJICAのアプローチの仕方を学べた。そしてそれが実際どのように現地のスタッフとJICAが行っているのかを見て「計画」と「実施」がいかにスムーズに行うことの難しさを知った。

実習全体の日程

8月16日	9:30～12:00	プロジェクト概要説明
	13:00～14:30	青年海外協力隊活動説明
	14:30～15:30	チャンパサック県病院見学
	15:30～16:00	チャンパサック保健大学見学
8月17日	8:30～11:00	コンセドン郡病院健康教育イベント見学
	11:00～11:30	コンセドン郡病院見学
	15:00～17:00	パクセからセコンへの移動
8月18日	8:30～9:30	県計画策定会議見学
	9:30～10:30	セコン県病院見学
	10:45～12:00	ポン保健センター及び周辺村見学
	14:00～14:30	ジュラ保健センター見学
	15:00～15:30	タテン郡病院見学

感想

長い間国際保健に興味を持っていたが、こういった実習に参加をしたことがなく今回が初参加だったのでとても楽しみにしていた。又、東南アジアの国々は好きでよく旅行をしていたのだが、ラオスには行った事がなく初めての国に訪れるという事でも楽しみだった。

しかし、ラオスはアジアの中でも貧困の国だと聞き少し心配していた。実際行くとラオスの人達はとてものんびりしていて貧困の国とを感じる事は全くなく安心すると共に帰国するころには日本に帰りたくなくなるほど気に入った国になった。

今回の実習で県病院(チャンパサック県病院)、郡病院(A病院・B病院・・・コンセドン郡)、保健センターを見学させていただいた。一番規模の大きい規模の県病院ですらICUに電気が来ないとかベッドにシーツが敷いていないなど、全体的に病院の設備が不足しているのがまず気になった。実際ラオスで病院見学するまでは、途上国の病院での医療レベルの低さは薬やCTやMRIなど診断に使う機械を買うことができないなどの物品不足によって起こっているものだと思う

ていた。しかしラオスでは基礎教育レベルが低いことから医学や看護教育を行っても理解できず(理解しているかを計るテストがない)医療のレベルが下がるといったスパイラルにはまっていることがなかなか医療レベルを上げることを妨げているようだった。医学・看護教育や病院の物品不足の対処もだが、小学校からの教育が改善されない限り医療のレベルに限界があるように思えた。医療以外の分野とも連携を図らないとスパイラルから抜けることが難しいと学んだ。

2 日目にコンセドン郡健康教育イベントに参加した。ラオス全体においての目標値は規定されてはいるものの、健康イベントでどういったことを行うか又村に対してどういった方法で呼びかけを行うかなどは未だ計画を練っている段階だった。健康イベントの後で、イベントの振り返りに参加させていただいた。その際保健局の職員でも熱心な職員の方以外は無関心なように見えた。現在ラオスでは保健の分野においてたくさんの外国からの支援を受けている。それぞれの支援する団体がそれぞれ計画を組み、実施しそれをラオスの保健局とJICAがモニタリングするといったものだった。今まではモニタリングまでをそれぞれの支援団体がしていたため、支援されることに慣れてしまっているように感じた。

常に改善を重ね、上を目指していく日本人に対し現状に満足し改善すべき点は支援してくれる団体がやってくれるだろうという他人まかせなラオスでは保健医療システムを改善することは難しいことを知った。健康教育イベントの後の振り返りに参加して、健康教育イベントはラオスという国をラオス人自身が、自分たちで国を変えなければいけない又その事の実現は可能であるということに気づいてもらうためのものにも思えた。保健システムに対する改善点などを提示したりするだけでなく、その国の国民性や文化などを踏まえた様々な角度からのアプローチが必要であると学んだ。

将来国際保健で働く際には、必ず現地の職員と共に働くことになる。現地の職員と協力し合ってプロジェクトを進めていく難しさについても実習中考える機会が多かった。

この実習を今後の自分にどのように生かすか

ずっと長い間、国際保健に携わるためにはどの分野が一番いいのだろうかと模索していた。今回実習に参加させていただいて臨床医学もだが行政についての知識など多種の分野が国際保健に必要なだとわかった。私は今回の実習で医療政策に特に興味を持ったので将来学びたいと思った。

●実習準備について

実習にかかった費用総額	約 20 万円(内訳:航空券 15 万円 + 一泊の平均ホテル代 1500 円 (総額 約 3 万)+ 一回の平均食事代 250 円 + その他生活費 5000 円)
-------------	--



健康教育イベントにて
県保健局の方が住民に対して
妊娠について教えているところ



村にて
どう環境で産み、育てているかの調査

1-2. 母子保健統合サービス強化プロジェクト(実習国:ラオス)

氏名	小田垣 彩花	所属	滋賀医科大学 医学部 医学科 1学年
期間	2011年8月16日 ~ 8月18日 (3日間)	受け入れ者	岡林広哲先生

●実習の内容について

目的と成果

目的

1. ラオスにおける医療の現状および問題点を学ぶ
2. プロジェクトの全体像を知る
3. 国際保健分野で働くために必要な知識・技能が何かを知る

成果

1については、先生からのレクチャーおよび、県病院・郡病院・保健センターという3つの医療施設をそれぞれ複数個所訪問させていただいたことで、ラオスの医療事情をおおまかに把握できたと思う。

ラオスでは妊産婦死亡率が非常に高い。妊産婦死亡率は出産数(出生数)10万に対する年間の妊産婦死亡数で示され、660(2005年)である(日本は6)。また、乳幼児死亡率も高い。

ラオスの人口密度23.7人/平方km(日本は343人)と、人口密度が非常に疎だから医療サービスが届きにくい。教育も小学校途中でやめる子どもが多く、識字率は国全体では半分程度。国自体が他の東南アジア諸国と比べて貧しく、教育レベルも低く、医療人材も足りていない。データのマネジメント、薬品の物流など、他の部分にも問題はたくさんある。

医療従事者の数は足りていないが、医療従事者は全て公務員であり、公務員の枠が狭いため新たに十分な採用をすることができない。つまり、育成数は足りているが適切な配置が出来ていない。例えば、看護師は学校を出た人の2割程度しか就職しない。そして医療従事者を育成する学校の医療教育のレベルも低い。

そもそも他の国に比べて人材のレベルが低い。それは基礎教育のレベルが低いことが問題。例えば、働いている看護師の6~7割が初級看護師(他に中級・上級がある)であり、研修を繰り返さねばならないことでコストがかかる。

一方、保守的な国民性のため海外で働きたがらない人が多く、他の国で問題となっている、医療従事者の海外流出のようなことは無いそうである。

2については、先生から何度も説明していただき、よく理解できた。母子保健統合サービス強化プロジェクトとは、南部4県における母子保健サービスの受療率向上を目標としており、かつては各国際機関やNGOなどのパートナーごとに乱立していたプロジェクトを統合して一つにまとめ、すべてのプロジェクトが同じ方向を向くようにしようというものである。

3については、計3人の先生方にこれまでのキャリアを伺い、たいへん参考になった。医師としての臨床経験が長めの先生、短い先生、臨床や官公庁を経て来られた保健師の先生、というようにそれぞれ違った背景をお持ちで、この世界で働くためには国際保健に関わりたいという気持ちが一番大事なのだと思います。先生方が現在されているお仕事はとても行政的な仕事であるが、それでもこれまでの臨床経験によって臨床的な見方ができることが大きな強みであることなども伺い、臨床経験の大切さも知った。一方で、行政的な仕事は臨床よりも慣れるのに時間がかかったという声もあつ

た。

実習全体の日程

[8月16日]

- 9:30-12:00 プロジェクト概要説明
- 13:30-14:30 青年海外協力隊活動説明
- 14:30-15:30 チャンパサック県病院見学
- 15:30-16:00 チャンパサック保健大学見学

[8月17日]

- 7:30- 8:30 移動(パクセー→コンセドン)
- 8:30-11:00 サラワン県にてコンセドン郡病院健康教育イベント見学
- 11:00-11:30 コンセドン郡病院見学
- 12:30-13:30 移動(コンセドン→パクセー)
- 15:00-17:00 移動(パクセー→セコン)
- 19:00- 夕食会
セコン県に宿泊

[8月18日]

- 8:30- 9:30 セコン県保健局にてセコン県計画策定会議見学
- 9:30-10:30 セコン県病院見学
- 10:45-12:00 ポン保健センターおよび周辺の村2つを見学
- 14:00-14:30 ジュラ保健センター見学
- 15:00-15:30 タテン郡病院見学
- 15:30-17:00 移動(タテン→パクセー)

平均的な一日のスケジュール

上記の通りである。朝、宿から徒歩で JICA 事務所へ行き、そこから車に乗せていただいて見学へ行くことが多かった。

感想

事前知識は不要、旅行中に立ち寄る程度でも良いということだったので、1カ月の東南アジア旅行の間に実習させていただいた。3日間という短い間だったが、先生方に綿密なスケジュールを組んでいただいて予想をはるかに超える多数の場所を見学することが出来た。まず説明を受けて、たくさんの医療施設と学校の見学、そしてプロジェクトに関する会議と健康イベントの見学が主な内容であった。遠隔地に1泊したし、移動の途中に名所の滝にも連れて行っていただいたし、先生方とそれから青年海外協力隊の方とともに食事の機会もいただいた。実習の前にはなんと先生のご自宅にお邪魔し宿泊までさせていただいたこともある。ラオスの高級な家がどのようなものなのか勉強になった。以上のように、短いながらもとても濃密な実習であった。

タイから入国したこともあって、ラオスの国としての経済レベルの低さを実感することが多かった。実習地のパクセーは国の中では3番目の都市だそうだが、全く都市っぽくない。コンビニもなく夜10時にもなれば人はほとんど歩いていない。同じ民族で言葉も似ているのに経済レベルが全く異なることについて、現地の人にはどのような心情なのだろうと考えたりも

した。結局、この国自体の貧しさが医療レベルの低さにも繋がっている。他の途上国では優秀な人材の頭脳流出が問題となっているのでその点についても聞いてみたが、ラオスではそういうことはなく、むしろそれくらい優秀な人材がいてほしい、ということだった。

南部のセコン県のとある民族では、文化的にお産が不浄なものとされていて、伝統的に妊婦が一人で家の庭や外で出産する習慣があるという。これには驚いた。途上国の村では伝統的産婆がいて家族や近所の人が皆で出産を助け、祝うといったイメージがあったからだ。お金や病院の遠さだけが問題ではなく、一部ではこうした文化の壁もまた妊産婦死亡率が高い原因になっているようだ。民族の文化に先進国の人間がどこまで立ち入ってよいのかという議論もあるかもしれないが、やはり妊婦の健診と、できれば病院での出産を奨励すべきだと思った。

病院見学で印象に残ったことを述べる。県病院でも手術室の水道は普通の水道だった。日本ではあまり一般的でない IUD(子宮内避妊具)の手術をやっているという話をよく聞いた。遠くから来る妊婦さんのために妊婦待機所というのがある病院があり、家族で一部屋を使っていた。患者さんが赤十字のカードを持っていると無料になる(病院にもよると思うが)。

先生方の仕事の見学では、普段のお仕事はわりと泥臭く、現地の人と膝をつめてじっくり議論して、少しずつ進めていくものなのだと知った。働かされている現場を見学して、一つの例ではあるが国際保健の現場のイメージを自分の中に持てたことが大きな成果であった。また、将来どんな科を選んでもどの病院もいっても、国際保健をやりたいという情熱があれば必ず現場に来れると思う、という先生からのアドバイスが一番印象に残った。

最後になりましたが、先生方、運営委員の皆様、たいへんお世話になりました。素晴らしい実習をさせていただきまして、本当にありがとうございました。

この実習を今後の自分にどのように生かすか

今後のキャリア選択に活かしたい。

また、今後、海外の病院やプロジェクトを見学するときにも参考になるだろうと思う。

●実習準備について

実習にかかった費用総額	約 6.5 万円(内訳:航空券 5.5 万円 + 一泊の平均ホテル代 1200 円 + 一回の平均食事代 250 円 + その他生活費 2000 円) ※1カ月の旅行のうち、実習3日間にかかった費用だけを挙げています。1カ月間全部では約 17.5 万円かかりました。
-------------	--



チャンパサック保健短期大学
看護学科の授業



セコン県病院
診察の様子

1-3. 母子保健統合サービス強化プロジェクト(実習国:ラオス)

氏名	下西泰生	所属	滋賀医科大学医学部医学科 5 年
期間	2011 年 8 月 15 日(1 日間)	受け入れ者	岡林 広哲先生

●実習の内容について

目的と成果

全体としての成果は、1 時間のレクチャーでしたが、理解を非常に深めてさせていただきました。そして、現場を訪問することにより、ラオス、パクセーの発展度、途上国の問題を語るときや、本を読む際に、現場のイメージをすることができるようになり、現場のことがより深く理解できるようになったと思います。

1)ラオスにおける「母子保健統合サービス強化プロジェクト」の内容を理解する。

先生のわかりやすい資料があったおかげで、ラオスの問題点がすぐわかりやすかったです。たとえば、東南アジアにおいては、ラオスとカンボジアの 2 国の乳児死亡率、5 歳児未満死亡率、妊婦死亡率、平均余命が、ともによい数値を示していないことがわかりました。本プロジェクトの背景としては、5 歳児未満児の死亡率は、1960 年代から順に下がっているものの、依然高く、それゆえに、2010 年 5 月よりチャンパサック、サラワン、セコン、アタプー県を対象とした母子保健統合サービスプロジェクトが始まったとのことでした。このプロジェクトの目標は、これらの南部 4 県の母子保健(MNCH)サービスの受療率を UP させることとのことです。この計画が実施されるまでの経過として、今までは WHO が主体となり、母子保健戦略がされていたとのことでした。今回の JICA の新しい母子保健戦略では、3 つの戦略が明記されており以下の 3 点が強調されているとのことでした。それぞれ、(1)リーダーシップ、ガバナンス、マネジメントキャパシティを改善させる。(2)保健サービス提供の効率と質の強化(3)母子保健のための個人、家族、地域の動員が実施内容です。これら 3 点は、Province レベルから、village レベルまでカバーしているとのことでした。

これらに加えて、今回のプロジェクトでは、①乱立していたポリシー、戦略をひとつにまとめた②従来の母子保健と予防接種事業の統合 ③各レベルにおけるサービスの標準化、④サービスの提供者として、Skilled Birth Attendant の導入 ⑤そして、サービスのアウトプットの管理 ⑥保健セクター以外の行政機関や大衆組織の積極的な巻き込み ⑦分野横断的な事業管理の 7 点が新しい点として加えられました。今まで、UNICEF、UNFPA、WHO、NGO などがばらばらで行っていた活動を、たぶっていたり、実施していなかったりしたりなどの問題点を解消して、効率的に実施できるように応援するプロジェクトであるとのことでした。実際の活動としては、①計画の策定 ②モニタリング活動の強化 ③他の課との連携 ④地方政府機関や大衆機関の連携強化 ⑤健康教育活動 ⑥中央保健省との連携支援 ⑦開発パートナーとの調整が上げられます。

先生によると、受診率の UP という目標値を達成することは、思うようにはいっていないとのことでしたが、短期的な目標よりも、長期的に現地の人にとって、自立的にプロジェクトの運営を行えるようプロジェクトマネジメントのスキルを身につけてもらうとか、説明能力であるとか、アウトプットを管理し、次回に生かすなどの援助が大事だと思いました。また、スタッフは、これらを、日本人 4 人、ラオス人 5 人で実施しているとのことでした。少ない人数で、国家的(対照は地方でしたが)なプロジェクトをまわしていることに、責任の重さを感じました。

2)JICA プロジェクト(日本の国際援助方法)の特色を理解する。

JICA プロジェクトを始めて見学させていただき、まだ比較はできませんが、今回のプロジェクト見学を軸に、JICA プロジェクトの特色をこれから比較させていただければと思います。

3) 今後、自らが国際保健に関わっていくために、何が必要であるかを考える機会とする。

私自身が、発展途上国で働く際に、国際保健のプロジェクトを実行するために必要な能力はなにだろうかと考えると、まず、このプロジェクトを実施する前の 2007 年からアセスメントを実施していると説明いただいたときに、どうやって問題点を見つけるのかと感じたことであった。識字率などの教育問題、道路などのインフラ問題など、問題点が複合的にまじっているため、簡単に問題点の抽出はできないと思うので、自分自身で、問題点を抽出できるようになりたいと考えました。そのためには、学生としての、私の役割は、やはり医学を深く学ぶべきであるとは思いますが、それ以外の、政治であったり、民族文化であったりも学ばなければいけないと改めて感じました。その上で、現場で何が起きているのかを想像できる想像力が養われるのではないかと感じました。

今の時点では、本などもたくさん読みつつ、プロジェクトマネジメントに通ずるであろう様々な発表や会議の運営を通じて、コミュニケーション能力の向上、組織のまとめ方などを、クラブ活動などの日常生活から学べたらと思います。それに加えて、やっぱり、海外で実際の現場を見せてもらい、理解して、消化するのが大事であると思います。

実習全体の日程

2011/8/15 10:00 ラオス国バクセー JICA メインオフィス

平均的な一日のスケジュール

2011/8/15 10:00 より 1 時間のレクチャー

感想

1) ラオスで感じたこと

岡林先生のレクチャーを受ける 2 日前にタイより電車にて入国いたしました。ラオスは、初めて訪問する国でもあったので、旅行自体もすごく楽しみにしておりました。ラオスは、山間の国であり、最後の楽園と一部でいわれているように、発展が非常に遅れた(それが、また魅力なのですが!)、のんびりした国であると想像していました。それゆえに、タイのバンコクからは、旅行気分を演出しようと、電車で入国しました。まず、驚かせられたのは、入国したときでした。タイ側の国境では、コンビニエンスストアもあり、辺境の町なりにそれなりに発達しているのですが、一方、ほんの数メートル挟んだだけのラオス側では、馬車が歩き、景露天の店しかない状況でした。(実際には、露天とはまったく異なるりっぱな免税店なども 2 店ほど存在しておりましたが、往路はきずきませんでした)。あまりの、状況の違いに、タイムスリップって、こんな感じなのかな? 国の力っていうのは、これほど違いを見せ付けるんだ! と、感じました。

また、成果をあげれる国際援助などの機会も非常にあるのかな? でも、欧米の研究者などの援助機関は、問題点をすでに探していて、成果の挙げやすい課題は残されていないのか? などと考えたりしました。どちらにせよ、タイで学生向けの国際保健のプログラムで、農村での研究実習を行った後でしたので、課題がたくさんあるにせよ、発展途上国でプロジェクトを実行していくのは、発展途上国なりの難しさが存在すると、認識していたので、社会通念などを学びながら活動するにはどうしたらいいのかな? など勝手にプロジェクト専門家になった気分になっておりました。レクチャーまでの 2 日間は、現地の観光をしておりました。世界遺産であるワットプーにも行きました。ワットプーへ行くときなどに、農業方法の発展度や、また、雨が降ったようで、道路が水で隠れてしまったり、水没した家なども多く見受けられました。まさしく、国際保健のレクチャーで学んだように、保健活動を行う以前の問題として、インフラ活動を整えなければいけない状況がたくさんあるなど感じ入りました。また、人々の意識なども、生活のほうに目が向いて、医療面まで向かなかつたりする

ことも多いので、意識の変化も促さないといけないんだろうなと思いました。

2)国際保健に関して

今回国際保健活動を行っている事務所を見学させていただき、当たりまえですが、標準的な事務所で活動をされておりました。日本で見ると豪華な JICA の事務所を期待していたわけではありませんが、ここで1歩1歩着実にプロジェクトを遂行しているんだなあと妙に感じたりしました。一般的に日本の国際保健は、地域に溶け込んで現場からの援助を行うといわれているので、まさしく、そんな現地に溶け込んだ活動をしている事務所だなと思いました。

3)プロジェクトに関して

統合プロジェクトは、エイズ撲滅プロジェクトやインフルエンザのサーベイランスシステム監視のようなプロジェクトとは異なり、成果を出しにくいプロジェクトである反面、マインドなどのソフト面を向上させる非常に重要なプロジェクトだと認識しました。短期的な利益を求めず、かつ、結果が目に見えにくいプロジェクトを実行することによって、援助が終了した後も、現地の人々が自発的に、引き続き改革をできるという点で、日本が得意とする意味のあるプロジェクトでもあるのではないかと考えたりしました。そのことに関しましては、実際に先生に聞くチャンスを逃してしまったのですが、次回もし会う機会があるならば、ぜひ聞きたいところです。

4)今後に関して

今年の夏は、(1)マヒドン大学で、タイの健康意識に関するアンケート調査の実施。(2)メソットにて、ミャンマー難民の病院、難民学校を見学。(3)ラオスにて JICA プロジェクトを見学させていただくという非常に盛りだくさんの夏でした。そのため、ラオスにおいては、時間を十分に取れず、先生はじめバクセーの事務所の先生方には、迷惑をおかけしたかと思えます。旅行ついでによっていただいてもいいですよという先生の言葉に甘えてみました。受け入れていたことには、非常に感謝しております。

今回の夏は、さまざまなレベルの活動を見させていただいたのですが、JICA、NGO、マヒドン大学などの研究機関それぞれが重要な役割を担っており、どの機関も、保健に関して必要不可欠な仕事を行っていると感じました。(1)では、さらっとですが、実際に研究活動までさせていただき、日本人とマインドの異なる発展途上国で働くことの難しさを学び取りました。援助をするにあたって、発展途上国の人のペースで動かなければいけないとよく言われますが、私自身、のんびりしている性格でもあるので、きっとペースをあわせられて、向いていると思っただけなのですが、自分のペースで進めようとして、思うようにいかなかったら自分を見つけたのは、自己発見という点ですごく学び取ることが多かったです。(2)メソットでは、まさしく臨床医療が必要とされているという現場を見学することで、臨床医学に対するすごくモチベーションがあがりました。(3)ラオスで見学させていただいたのは、公衆衛生的なプロジェクトであり、現場での見学ができなかったため語るにはおこがましいかもしれませんが、国際保健で働くことのイメージはずいぶんできるようになったかと思えます。どの分野を自分が進むのであれ、日本人として、自分たちの得意な分野(勤勉である、小さな組織の中に入って現場寄りの活動するなど)で、勝負をすべきであると感じました。自分たちの得意な分野をさらに深めるためには、具体的にどういふことをすれば良いのか考えると、基本的には、今の学生の本分を全うすること。そして、その上で、コミュニケーション能力や、マネジメント能力を鍛えなければいけないなと感じ入りました。このような報告書を書くことも含め、一つ一つの活動を、国際保健の現場での活動のあの現場に役立てれると当てはめて考えられるようになったことが、成果だと思います。

この実習を今後の自分にどのように生かすか

- ・ 実際に現場での活動は見れなかったものの、現地で働く姿を見せていただいたことは将来の姿をイメージするのに大いに役立つ。
- ・ 日本国内の保健医療システムや保険医療に関する知識を深め、国際的な保健医療に関わる問題について関心を払う。

●実習準備について

実習にかかった費用総額	約 <u>5</u> 万円 (内訳: 航空券、バス、列車、タクシー代 <u>4.0</u> 万円 + 一泊の平均ホテル代 800 円+ 一回の平均食事代 <u>300</u> 円 +先生へのお土産代 <u>2000</u> 円)
-------------	--

JICA 事務所にて



2. 保健マネジメント強化プロジェクト視察(実習国:ケニア)

氏名	武智彩	所属	神戸市外国語大学 外国語学部 国際関係学科 4年
期間	2011年9月7日～9月16日 (10日間)	受け入れ者	杉下智彦先生

●実習の内容について

目的と成果

①現地でのプロジェクトがどのように行われているのかを知る

JICAのプロジェクトと聞くと当初は保健省や県など行政区分としてわりと上位に位置する機関もしくはもっと下のコミュニティレベルを中心に活動されているイメージがあったのですが、今回見学させていただいたニャンザ州での活動では、コミュニティレベルから行政のトップレベルまでそれぞれに担当の専門家の方がおられ、それぞれを網羅する形で活動が行われていました。今回は保健局レベルのスタッフを集めた会議や、現地の保健施設に対する調査に加え、隣国ソマリアの保健省の方々を招いた研修(正式にはソマリランドの方々)を見学させていただきました。研修ではマネージメントに関するものだけでなく、あまりなじみのない、というより今まで顧みられてこなかったような Team Building についても触れられていました。足並みがそろわなければ効果は上がらないという意識を持たせるようなワークショップを通して、ひとつのプロジェクトにおいてかかわる人々がチームとして協力しあうというのは当たり前のような考えのように見えて、実は当たり前だと思いこんでいただけだったということに気づかされました。当たり前を当たり前と思わず、大事なら大事と意識させること、その大切さを知りました。

②現地の方々の生活の様子から保健の問題に関わるような習慣を発見する

医療人類学と伝統医療に興味があったので、現地にそれらが存在するかをまず知りたいと思っていました。traditional healer(伝統的医師)はやはり今でも存在していました。しかし、薬草を処方するなどの類を行う人々が主で、いわゆる Witch doctor(呪術師)は今ほぼいないそうです。町の中には traditional healer の看板も見られました。

生活の様子を知るという上では、パイロット県の Siaya 県の保健師のお宅に2日ほどステイさせていただきました。その方の家は周りの家に比べて西洋的なスタイルの家で中もとてもきれいでしたが、周りは土壁の伝統的な家屋で構成されていました。ステイさせていただいた家はいわゆる中流階級の方のお宅でしたが、日本のように水道が通っているわけではなくタンクにためた水を移し替えて台所で利用していました。基本的にトイレ(汲み取り式)やお風呂(といっても桶に入れた湯を浴びる小さな個室スペース)は外で、夜は襲われる可能性があって危ないから使わないようにと言われていました。

このようにトイレの問題は決して衛生面だけの問題ではないとケニアでの日々を通して感じました。キスムでの実習の前にナイロビのミツンバラムを見学させていただいたのですが、そこでも、トイレがなくて(スラム内のトイレは学校のもの以外有料)、トイレのためにスラムのはずれまでやってきた子供が誘拐されたり少女や女性がレイプされたりといった問題があったそうです。私が見学させていただいた場所は何らかの方法でトイレが整備されている場所だったので、衛生面に関する整備が進みつつあるように感じたのですが、一方でまだまだこうした問題が残っているということに気づかされました。

③現地で働いている方との交流を通して自分の国際保健に関わるライフプランを考える

現在 JICA のキスム事務所で働かれている方の中で医師は杉下先生おひとりで、私と同じ国際関係学を大学で学ん

でおられた方も現地で専門家として活動されていました。お話を聞いていると、過去に青年海外協力隊員として活動されていた方も多く、その2年間で現地の人々とのコミュニケーションの取り方を学んできた(語学も含めて)と話をされました。大学卒業後ずっと国際協力に関わっておられる方ももちろんいらっしゃいましたが、協力隊員経験者の方の中には一度社会人として働かれた後に協力隊員となり、そのまま国際協力に関わる仕事を選ばれた方もいらっしゃいました。また、杉下先生とお話の中で、一度何らかの形で社会人としての経験を積んでおくと、自分の中にベースができるので、その後海外のフィールドで活動する上でそれは必ずいきてくるというアドバイスをいただきました。来春卒業後、一度社会人として働く身である自分にとってその言葉は勇気づけられるものでした。

国際保健のフィールドに関わる人々のバックグラウンドの多種多様さは、非医療系学生である自分が将来を考える上でとても参考になりました。実際にミーティングや調査に同行させていただいたおかげで、どんな活動をされているのかを垣間見ることができたため、今まで想像の範囲を超えなかった JICA 専門家という仕事かどのようなものなのかを知ることができました。これまでも青年海外協力隊員になることが国際協力を仕事にするうえでひとつ大きな道であると聞いたことがありましたが、今回の実習でそれを強く感じました。しばらくは社会人としてのスキルを磨き、協力隊員にアプライしてみたいと思います。

実習全体の日程

- 2日 夜 関空発
- 3日 午後 ナイロビ到着 そのまま滞在先のホテルへ
- 4日 ナイロビ市内観光
- 5日 ナクル湖国立公園(サファリ)観光
- 6日 チャイルド・ドクターの活動見学(ミツンバスラム訪問)
- 7日 朝 キスムへ移動(空路) 到着後、ソマリランド保健省の方々への研修見学
- 8日 午前・午後 ソマリランド研修見学
夕方 専門家の方々と一緒に食事
- 9日 午前 コミュニティでの活動見学
午後 ビレッジステイのため Siaya へマタツ(小型バス)で移動
- 10日 ビレッジステイ
- 11日 ビレッジステイ District Hospital の見学
- 12日 午前 JICA 事務所で1週間のスケジュール調整、専門家の方によるブリーフィング
午後 パラダイス孤児院訪問
- 13日 Siaya 地区の Dispensary(診療所のようなところ)で働く方々に対する調査に同行
- 14日 午前 杉下先生によるブリーフィング、小学校訪問
午後 会議参加
夜 先生方と食事
- 15日 午前・午後 観光
夜 青年海外協力隊の方の送別会に参加
- 16日 午前 会議参加
午後 少年ケニアの会訪問
- 17日 午前 観光

<p>午後 Great Lake University の Kisumu キャンパス見学</p> <p>18日 観光</p> <p>19日 朝 ナイロビへ(空路)</p> <p>午後 ナイロビ発</p> <p>20日 夕方 関空着</p>
<p>平均的な一日のスケジュール</p> <p>午前8時 JICA 事務所着</p> <p>午前中:先生や専門家の方々のお手伝い or ブリーフィング or 会議参加</p> <p>午後:会議参加 or 孤児院等の施設や NGO 事務所の訪問</p> <p>* 日によって活動の内容が異なっていたので、平均的なスケジュールを出すことは難しいですが、自分たちがどんなことを経験したいかによって、いろいろなスケジュールの組み方がありました。</p>
<p>感想</p> <p>この実習報告書を作成する中でナイロビやキスムで経験したことを思い起こすと本当にいろいろな経験をさせていたなと感じています。</p> <p>①助け合いの心</p> <p>アフリカといえば、貧困、HIV/AIDS など、暗い側面に目が行きがちですが、実際2週間滞在するなかで見えてきたのは、発展し、便利さを手に入れた多くの日本人がどこかに置き忘れてきたものだったと思います。</p> <p>3日ほどステイさせていただいた家でのことです。その家にはたくさんの子供たちがいました。一人の女性が産んだにしては明らかに多すぎるくらいの人数でした。聞くところによると、一部は親戚の子供たちだったようです。しかし、最初に「あなたの子供は何人？」と聞いたとき、「みんな私の子供よ」と彼女は答えたのです。自分が産んだ子供であるかどうかは関係ない、育てている以上そういった区別はしていないようでした。ケニアでは育てられるだけのお金がある親戚の家に子供を預けることは珍しいことではないようです。帰国する直前に伺った「少年ケニアの会」の方から聞いたのですが、ケニアにおいて子どもはコミュニティで育てるという意識が根付いており、1人の子供を高等教育機関に入れるための資金は近所で集めたりするようです。このように、「助け合いの心」を所々で感じました。サファリで案内してくれたドライバーが「困っているときはお互い様。今この人を助けておけば、いつか自分が困った時に助けてくれる」と言っていたのを思い出します。</p> <p>②調査同行で感じたこと</p> <p>以前からコミュニティレベルでの医療・保健システムがどう動いているかに興味があったので、Dispensary(コミュニティより1つ上の保健施設、県単位よりは小さい)への調査同行をさせていただいたのは本当に良い経験になったと思います。結果をデータで見るだけではわからないことが、隣でインタビューを聞くことによって感じることができました。Dispensary の責任者が数十に及ぶ質問に対し、7段階の評価で答える調査だったのですが、ある施設においてその担当の方がひとつひとつの質問に対してプラスの面、マイナスの面両方を語っているにも関わらず、最高評価の数字を答えているのを見て、少し違和感を覚えました。改善点を知るための調査なので、困っていることなら遠慮なく答えてしまったほうがいいのと思ったのですが、実際相手も赴任して数カ月だったので自分がマイナスに思っていることがマイナスと言い切れるのかという思いもあったのかなと思いました。こうした調査で現場の本当の声を聞くには何度も対話を重ね、本音を話しやすい環境を作っていくことがおそらく必要なのではないかなと思います。</p> <p>さらに調査同行でわかったのは、Dispensary には電気が使えないところが多いことでした。出産を行う施設があつて</p>

も、電気はないという状態だったので、なにかあった時に電力が必要な機器は使えないし、もし、夜に出産を行うのであればどうやって明りを灯すのだろうと思ったりもしました。

③コミュニティヘルスワーカーについて

コミュニティの人々の健康状態をチェックするために家々を回るコミュニティヘルスワーカーの人々は基本的にボランティアです。そのためにコミュニティヘルスワーカーとして働くうえでのモチベーションの維持が難しいという課題がありました。あくまで農家として働いている彼女たちは収穫期になると忙しく、コミュニティを回っている時間がないため、月を追うごとにどんどん報告数が減ってしまっていました。せっかくトレーニングしても続かなければ意味がないので、ヘルスワーカーの数を減らすことになったそうですが、先生曰く、そもそもボランティアでコミュニティヘルスワーカーをお願いすること自体に無理があるとのこと。確かに、いきなり健康状態を聞きに来るボランティアに相手も最初から心を開くとは思えないし、実際何しに来たんだといわれることもあるそうです。そんな心が折れそうになるような日々を超えてボランティアとして続けていくにはかなりの忍耐が必要でしょう。今まで論文などでよくボランティアのコミュニティヘルスワーカーが働いているものを読んだことがあり、資金が十分でないからボランティアで行うのも無理はないかととくに気にも留めず読んでいましたが、実際ボランティアとして続けていくことの難しさを感じたのはこの実習が初めてでした。彼女たちにとってコミュニティヘルスワーカーを続けるためにインセンティブとなるものが早急に必要だと感じました。

④人々の力強さと女性の社会進出

ソマリランドの研修では、女性が積極的にグループを引っ張る姿を見、参加者のほとんどが積極的に発言をしていく姿を見て、この人たちは真剣に自分の国の保健状態をどうにかしたいと思っているのだと強く感じました。女性の社会進出という面に関して言及すると、ニャンザの保健セクターで働く人々の中にも女性の方がおり、会議にアドバイザーとして参加されていた方の中にも女性の姿が見られました。公的セクターで働く女性が思ったよりも多いという印象を受けました。

この実習を今後の自分にどのように生かすか

卒業後、企業で務めさせていただく予定ですが、この経験を通して、やはり国際保健のフィールドで働いてみたいと思う気持ちが大きくなりました。文系の自分にできることが一体何なのか、迷いながら飛び込んでみた世界でしたが、現地で働くスタッフの人々のバックグラウンドが多様であること、そして国際保健というフィールド自体が多様なバックグラウンドを持つ人々によって動いていることを教えられました。一言に国際保健と言ってもその切り口もさまざまなので、まずは自分の興味である人類学的な側面から見つめてみたいと思います。国際保健の道に最短距離はないと教わりました。ならば私にしか歩めない道を歩んでいきたいと思います。

●実習準備について

実習にかかった費用総額	約 30 万円 (内訳: 航空券 19.5(国際線)+1.0(ナイロビ-キスム間)万円 + 一泊の平均ホテル代 3000 円(ナイロビ)/1500 円(キスム) + 一回の平均食事代 300~500 円 + その他生活費 交通費: 1 回 50~100 円(キスムの場合、ただしナイロビでは基本タクシーでの移動なので一人 1 回 300~500 円と考えておくとよいかも)
-------------	---

2-2. 保健マネジメント強化プロジェクト視察(実習国:ケニア)

氏名	S.D	所属	東京医科歯科大学 医学部 保健衛生学科看護学専攻 3年
期間	2011年9月7日～9月16日 (10日間)	受け入れ者	JICA 専門家 杉下先生

●実習の内容について

目的と成果

①自分の中で漠然としている国際保健というものを実際の現場を見ることを通して具体化させる

漠然としていた国際保健のイメージを具体化するということが今回参加した動機でもあったが、そもそも皆は国際保健にどんなイメージを持っているのだろうか。テレビなどメディアを通し、設備が整っていない病院や診療所や劣悪な衛生環境の中に身を置いた活動などをイメージする人が多いと思うが、私もまさにそのようなイメージを持っていた。マッチングの前に参加したNGO「チャイルドドクター」がどちらかといえばそのイメージに近かったかなと思う。しかし今回参加したプロジェクトは、保健マネジメント強化というプロジェクト柄、診療所といったコミュニティーレベルというより、保健省といった保健システムの中でも監督・指導する立場にある方々とのやりとりや、州・県レベルから県・コミュニティーレベルにおける医療者への研修等、医療を感じる場面にあまり出くわさなかったため、抱いていたイメージとはかけ離れていたものの、国際保健におけるシステムやマネジメントについて学ぶ契機になった。

保健システムの強化というのは、国際保健の中で重視されている項目のひとつであるが、あまり馴染みの無い分野であるため、深く追求したことは無かった。何より日本という保健システム(医療制度)が十分に機能している国に住んでいると、保健システムがあることが当たり前でそれが崩れたとき・もしくは無いという状態は想像もつかず、確立された保健システムの上に日々の医療を享受できているありがたさもなかなか感じにくいだろう。

プロジェクト中、トレーニングに関するプログラムに多く参加させていただき、その中でも特徴的だったのは、ソマリランド保健行政官を対象とした Health System Management トレーニングだ。早急に保健システムの構築・強化を必要とする状況にあり、それを担う立場にある方々を対象としたこのトレーニングは、保健システムやマネジメントの知識が全く無い私にとっても非常に興味深いものだった。

医療が保健システム(医療制度)という地盤の上にあって初めて成り立つように、保健システムはまずは個人レベルにおける知識や能力という土台があり、その上にその個人によって組織(チーム)が形成され、その組織が十分に機能した上ではじめて制度を議論・確立する段階に入る。

トレーニングでは、この組織(チーム)の形成において、チーム・ビルディングやリーダーシップの意義というものも話されていた。チーム作り、リーダーシップという馴染みのある言葉、特に運動部などで日頃よく聞かれそうな言葉が、このような「システム」という規模の大きな話でなぜ講義の1項目として取り上げられているか、少し不思議な気もしたが、強い機能的な「システム」を構築するには、強く機能的な基盤が必要で、それに当たるのがチームなのであるということだ。

チームを牽引するリーダーは、そのチームの目指すゴールを決め、その道筋をつくり、その軌道に乗せる重要な存在であるが、それについて follower もそのリーダーのリーダーシップを機能させる存在、向かうゴールに到達させるためには欠かせない存在であり、follower がいてこそはじめてリーダーはリーダーたる存在になれるという話も印象的だった。

プロジェクトが立ち上がる背景には、何かしらの問題があり、それを改善・解決することが求められるが、そのための明確な到達目標、戦略、チームワーク、チーム内外にいる顧客(プロジェクトにより恩恵・影響を受ける人々)の意識などを始め、さまざまな鍵となる要因があり、プロジェクト自体にも変化をもたらす力がなければならず、個々の考え方や認識の変

容はそう簡単にできることではないが、チーム内での認識や方向性の共有、統一をし、視点を見直すこと、変わることを恐れないこともプロジェクトの成功にかかわってくるということを学んだ。

システムマネジメントなど、既存のシステムが出来上がっている日本に比べると関心も向きにくい分野であるが、トレーニングに参加したソマリランドは国家として国際社会にまだ承認されておらず、国家としての機能も保健システムの機能もまだこれから確立しなければならない、まさに当事者である。世界にも、脆弱な保健システムゆえ医療が満足に受けられない国も多く、ケニアもまだそのような国の一つである。保健医療を語る前にその基盤である保健システムがあってこそ行き届いた医療が実現するというのを改めて認識することができた。

国際保健には、保健システム強化の他にも感染症や母子保健など様々なフィールドがある。1つの国の1つのプロジェクトだけを見ても、国際保健を具体化させるということではできなかったが、少なくともケニア・ニャンザで行われたこのプロジェクトについては具体的にどのような活動がなされているか詳しく見させていただき多くのことを学び、更に他の国や他のフィールドのプロジェクトも見たいと強く思うに至った。

②JICAのプロジェクトがどのように行われているかを知る

JICA 専門家の方や職員の方、また現地スタッフとお話する機会が多かったので、プロジェクトが開始されるまでの経緯や背景、プロジェクト開始からの経過・進行など詳しく聞くことができた。

ニャンザ州保健マネジメントシステム強化プロジェクト

ケニアでは保健医療の地方分権化が行われたことにより、州・県レベルでのマネジメントが求められており、その中でもニャンザ州は、乳児死亡率やHIV/AIDS・マラリア罹患率などの主要な保健指標がケニアにおいて最低基準である。その背景には、単にニャンザ州における保健システムやマネジメント能力が脆弱であることだけでなく、ニャンザ州のルオ族が差別されてきたという事実もあり、十分なサービス提供をできるだけのお金が回っていないという現状もあるようだ。

このプロジェクトでは、ニャンザ州保健行政機関のマネジメント強化、及び州のマネジメント能力が強化されることでその閣下にある県の保健マネジメント強化を目指しており、ニャンザ州からそれぞれの県における監督・指導、また県からその閣下にある保健施設やコミュニティーへの監督・指導のサポートも行われていた。私たちが参加させていただいた活動は、県保健マネジメントチーム(DHMT)による保健施設へのサーベイ同行、県保健マネジメントチームへの Health System Management Training のファシリテーター・及びファシリテーターのトレーナーの会議(TMWG)、Community Health Worker の方々へのトレーナーの会議に参加した。

どの活動にも共通して感じたことは、現地の人材の有効活用と同時に育成が行われており、JICA側はアシストするだけであったように感じた。

サーベイでは、管轄区内の全ての保健施設の調査(DHMTによるサポーター・スーパービジョンの評価、データ管理、医療スタッフの満足度など)がJICA雇用の現地リサーチアシスタントによって行われた。調査では保健施設責任者へのアンケートと簡単なテスト、また directory(記録簿のようなもの)のデータ収集とデジカメ撮影による記録が行われており、一見簡単な作業にも思えるが、アンケート(口頭で質問して回答を記入するタイプ)の量が多いことや、不慣れのためデジカメの撮影がうまくいかないなどの理由で1つの保健施設の調査に時間がかかる。特にデジカメの撮影は、ピントが全く合わずしまいには変わりに撮影してくれと頼まれたりしたが、自力でできるようにならないと意味が無いという担当専

門家の忠告の下、奮闘していたのが印象的だった。

参加した二つの会議では、トレーニングが主題になっていたが、マッチング初日に参加したソマリランド・トレーニングがJICAによるソマリランド保健行政官へという講師・受講者の構図であった一方、このニャンザの保健システムプロジェクトのトレーニングでは、ニャンザの州・県保健省から県保健省やコミュニティーへのトレーニングという構図であり、もちろんJICAの力添えはあるものの、ニャンザ州内でカバーできる構図の過程にあると感じた。

まだ現地主導とまではいえないかもしれないが、ゆくゆくは日本側からのサポートが無くても現地人材だけで、まわすことが可能になる兆しを秘めているように感じた。

国際協力は一時のものではなく、支援国が去ってからも継続することができなければ意味はない。問題があると決め付けるのではなく解決策と一緒に探る、問題を解決するのではなく自ら解決するそのプロセスをサポートする。Together we have solution という杉下先生の言葉が今でも心に残ります。

③看護学生の視点で、看護の専門性をどのように国際保健に活かすことができるのかを考える契機にする

この保健システムマネジメントのプログラムでは、保健医療の知識というよりは、マネジメントや経営・開発といったノウハウが問われるプロジェクトであったので、看護をどう活かすかについてはあまり深く考えることができなかった。

医療の現場に出くわすことも少なかったが、サーベイ同行やフィールドビジットで現地の診療所や病院を見させていただく中で、看護学生の視点から感じる驚きは多々あった。

例えば、サーベイ同行で訪ねた診療所(dispensary)にはスタッフが看護師一人しかいなかったり、電気が通っていないにもかかわらず、月に十数回もお産が行われているとはとても信じられなかった。分娩室のベッドもまるで板にカバーをかけたような固いもので、ここで産婦さんの安全・安楽を・・・などとても言い出せない状況。医療スタッフの知識もまちまちであり、そのような状態で患者さんに適切な医療を提供できるのか疑問に思った。ベッド一つにしてもせめてもう少し柔らかいものを、スタッフももう少し増やせば良いのに・・・など改善点は思いついたとしても、それを実現するにはコストの問題や患者に配慮するという考え方の違いなど、そう単純にはいかなそうだ。それでも、サーベイのアンケート調査の回答で、このような環境下においても自分の仕事に誇りを感じている方が意外に多かったことや、診療所内の壁の至る所に貼ってある保健省やJICAの啓発ポスターの中に、お手製の診療所の理念や診療所の成果(予防接種率の推移など)を示したグラフなどが貼ってあり、まだまだ過程の段階ではあるにしても、改善や向上の兆しを垣間見ることができたように感じた。患者に直接医療サービスを提供するのは、JICAや保健省・DHMTではなく、病院や診療所である。このような小さい診療所は、この保健マネジメント強化のプロジェクトにおいては、保健省やDHMTのように直接裨益者ではないので、プロジェクトの成果がすぐには現れにくいポジションにいるが、プロジェクトが成功した暁には、小さい診療所にも質のある医療が提供できる日が来るのだと思う。

医師は治療をするのに対し、看護師は治療環境を整えたり、回復過程を支援する役割があるといわれている。

そういう意味で、問題を解決するのではなく解決するプロセスをサポートするという支援のあり方は、看護の役割にも通ずるものがあると感じた。看護の専門性をどう国際保健に活かせるか、今回のマッチングでは具体的には考えることはできなかったが、このマッチングで感じたことを胸に今後も模索していきたい。

実習全体の日程

9/2 関空発

3 ナイロビ到着 ホテルへ

4 ナイロビ市内観光

- 5 ナクル湖(サファリ)観光
- 6 チャイルド・ドクターの活動見学、ミツンバスラム訪問
- 7 国内線でキスムへ移動
ソマリランド保健行政官への Health System Management トレーニング見学
- 8 ソマリランド HSM トレーニング見学
- 9 午前:ソマリランド HSM トレーニング見学(コミュニティでの活動見学)
午後:ビレッジステイのため Siaya へマタツ(小型バス)で移動
- 10 ビレッジステイ
- 11 ビレッジステイ District Hospital の見学
- 12 午前: JICA 事務所でブリーフィング
午後: パラダイス孤児院訪問
- 13 Siaya 地区の保健施設へのサーベイ同行
- 14 午前: 杉下先生によるブリーフィング、小学校訪問
午後: 会議参加
- 15 観光
- 16 午前 会議参加(TMWG)
午後 少年ケニアの会訪問
- 17 日 午前 観光
午後 Great Lake University の Kisumu キャンパス見学
- 18 日 観光
- 19 日 国内線でナイロビへ
ナイロビ発
- 20 日 夕方 関空着

平均的な一日のスケジュール

午前 8 時 JICA 事務所着
 午前: プロジェクト活動(又は自分でアレンジして学校・孤児院訪問など)参加
 午後: プロジェクト活動()参加
 夕方: ゲストハウスに戻る前に近くのスーパーに買い物に行ったりなど
 夕食: 専門家の方々と食事、又は自分たちで外食、ゲストハウスで食べる
 * 毎日のスケジュールは日によって大きく異なる、自分たちでアレンジ可

感想

目的と成果のところに感想も織り交ぜてしまっているので、それ以外に印象的だったエピソード等を書いておきます。
 今回のマッチングで、初めてアフリカの地に降り立った。アフリカは自分にとって未知な世界であり、暑いだけの自然が一杯だの治安が悪いだけのいろいろなイメージを持っていたが、実際に来て見ると、地域によるが携帯やテレビが普及していたりネットカフェがあったりと予想していたよりも近代的であると感じた。
 プロジェクトの活動に参加しているときは、保健省や保健行政官などキスムの中では中流階級またはそれ以上の方たち

と接する機会が多かったが、ホームステイで生活に密着したことで一気にアフリカらしさを感じる事ができた。ホームステイは JICA 事務所のある中心地キスムから車で 2 時間ほどのところにある district の、県保健師の方の家に泊まらせていただいた。ホームステイ先でまず驚いたのは子供の多さである。思わずお母さんに子供何人いるのか？と質問したところ、たくさんいるよ、と答えをはぐらかされた。後に子供の半数以上は親戚の子供であり、子供を養えるだけのお金のあるその家にみんな集まってきたらしいということがわかった。お金がない・仕事がないという問題はあつたものの、それを大家族みんなで支えあつて生活を守っているのだということを感じた。家族に関しての驚きは更にあり、父親が日中不在であることを疑問に思っていたら、父親はどうやら第 1・2 夫人の家を回っており、我々が滞在した家庭は第 3 夫人の家庭だったということがわかった。一夫多妻制はアフリカの地にまだ根強く残っているようで、HIV/AIDS が無くならないのはそのせいも大いにあるだろう。ソマリランド・トレーニングの時も、保健行政官の一人が第 3 夫人募集中ですと冗談を言っていて、それに対し私たち日本の女子大生は、一夫多妻制なんてありえないと言ったら、奥さん全員に良くしているからフェアだと反論された。良くしてるからということは、単に全員に平等に愛をとくということではなく、お金であつたり生活を守るということも意味していたらしい。一夫多妻制は男性のエゴや権威の象徴、感染症の蔓延というネガティブな側面が目されるが、女性側にとつても生活をしていくための手段でもあり、男性にとつても守るための手段でもあるという意味合いを含むということも知り、そうやって彼らや彼らの家族は生きてきたのだということも知ることができた。

たった二日のホームステイだったが、生活や家族というものを肌で感じる事ができた。生活や家族のあり方というのは、保健を考える上で押さえておかなければならないポイントで、違いに驚いたり、疑問を感じたりしたとしても、それを理解した上でどう考えを深めることができるのか考えなければならぬと思つた。

国際協力をするときには、協力国側は相手国に対してどうしても上から目線になってしまうこともあるだろうが、わたしがケニアで見つたのは CPI に敬意を示す姿勢だつた。それは、例えば JICA のドライバーさんにも「○○-san」とさん付けをしたりというさりげないものであつたが、その中に信頼関係やプロジェクトの先行きも影響されるのではないかと思う。

マッチングではプロジェクト外でも、杉下先生にいろいろな面白い話を聞くことができた。

その中でも、印象的だつたのはアフリカ人の強さの話である。以前、先生が協力隊でマラウィーに派遣されていたときのエピソードであるが、アフリカには traditional healer という黒魔術など謳つて病気を治すという方々がいまもいて、その healer のもとにはたくさん患者さんが通つてくる。なぜそのような根拠のないものに頼るのか？と思うが、実際病気は治るらしく、それは healer のもとに通つているうちに、healer の魔術ではなく自身の強力な免疫力や自然治癒力で治つてしまつらしい。また手術中に患者さんの肌が強靱すぎて針が折れたというエピソードもある。このようにアフリカ人の身体的にずば抜けて優れている。知性も決してないわけではなく教育などが行き届いていないだけだ。アフリカ人のように強い人種は、本領を発揮すれば、あつという間に世界を掌握するだけの力がある。それにも関わらず、アフリカはいまだに世界において最低水準国を多く有する地であり続けているには、それを恐れアフリカの力をどこかで抑える圧力が働いており、それゆえいつまでも発展途上であり続けてしまう。この話を聞いたときは衝撃的で、それなら各国からの支援も無駄なのでは、と思つたが、やはり目の前に変えられる現状や守れる生命があればそれを見過ごすことはできず、それはまた別問題である。世の中はきれいごとばかりではないなと改めて感じるとともに、それを知つた上で支援を続ける杉下先生のモチベーションの原動力である「楽しいから」という言葉に励まされた。

プロジェクト中、車やトゥクトゥクやマトウ(乗り合いバス)などいろいろな乗り物に乗る機会があつたが、キスムには信号がない。免許取り中だつた私にとっては信号ないとか危険すぎる、と思つたが、先生いわくこっちの方が日本より運転しやすい

らしい。信号がないから逆に他のドライバーとアイコンタクトしたり意思疎通ができるのでその方がよほど安全だと。

マタウに乗ったときは、ぎゅうぎゅう詰めで明らかに定員オーバーであったが、道中にある警察の検問には難なくパスした。どうやら賄賂が渡されているとのことだ。警察は、汚職が横行しているように大して機能しているわけではないようだが、それでも治安が異常に悪いというわけではない。それは警察より怖いもの「モップ・ジャスティス」という昔からの風習があるからだ。それは、凶悪犯罪を犯した者には地区を挙げての制裁を下すというもの。制裁は、石投げなどかなり野蛮なものであり現代社会ではありえないことだけど、その野蛮な風習が結果的には皮肉にもその地区の秩序を守っている。

ケニアでは、日本では考えられないようなことがたくさんあった。それは不便であったり、怖かったり、人の暖かさであったりいろんな感じ方ができるが、それを面白かったり、楽しい、もっと知りたいと思えてこそ、本当にその地に根付いた支援が行えると思う。

初めてこのような国際保健プロジェクトに参加し、保健システムマネジメントについてだけでなく、支援の姿勢や現地の生活まで現地まで来なければ経験できなかったであろうことを幅広く学び感じることができる機会となった。

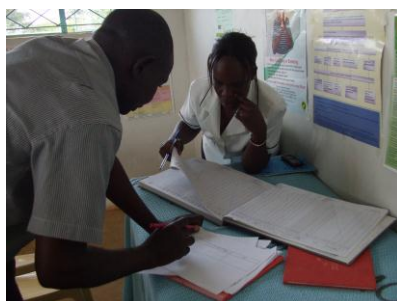
この実習を今後の自分にどのように生かすか

今回のケニアでのマッチングで学んだことを踏まえ、また他のプロジェクトも見たいと強く思った。初めてこのようなプロジェクトに参加すると2回目以降だとまた感じ方や視点も変わってくると思う。

看護師としてどう国際保健にアプローチするか、今回のマッチングをひとつの経験として今後も模索していきたい。

●実習準備について

実習にかかった費用総額	約 26 万円(内訳:航空券 18.4(国際線)+1(ケニア国内線:ナイロビ→キスム) 万円 + 一泊の平均ホテル代 3000 円(ナイロビ)+1500~2000 円(キスム) 万円 + 一回の平均食事代 300~500 円 + その他生活費 交通費:50~150(キスム) 500(ナイロビ)、お土産代等 円)
-------------	---



Siaya の Dispensary にて
保健施設へのサーベイ同行、
directory からのデータ収集



Siaya
ホームステイ先の家族との
記念撮影

2-3. 保健マネジメント強化プロジェクト視察(実習国:ケニア)

氏名	仲川 恵里加	所属	近大姫路大学 看護学部 看護学科 4年
期間	2011年 9月 5日 ~ 9月 15日 (10日間)	受け入れ者	杉下智彦先生

●実習の内容について

目的と成果

1. 現在行われている「ニャンザ州保健マネジメント強化プログラム」で行われている活動に見学・参加をし、どのように計画し進められているのか、健康問題などについて考察しプログラムの意味・必要性について理解する。

「ニャンザ州保健マネジメント強化プログラム」に参加するに際して関係する資料を読みプログラムの目的や方法について理解しているつもりだったが、実際プログラムに参加させて頂き見えてきたものは資料では分からない事ばかりであった。JICAの日本人スタッフがすべてをやってしまうのではなく、ケニアの現地スタッフと一緒に考えながらすべての事を進めている事が分かった。プログラムはずっと続く訳ではない。あと2年で終わってしまう。2年後にはJICAのスタッフなしで保健マネジメントを行っていかなければならない。その為日本人の日本での行い方をそのまま押しつけるのではなく、長くこれから先も続けていける方法をケニアに合い、かつ現地スタッフが行い易い方法を一緒に考えて行く必要がある事を学事ができた。

日本もケニアも問題や課題は多くある。問題はなくなる事はないと考える。しかし、多く抱える問題の中で何を優先して問題を具体化し問題解決をしていくのが難しいと感じた。日本では問題になる事がケニアでは問題にならない事も多くあり、「日本の当たり前がケニアの当たり前ではない。」そんな当たりの事が頭ではわかっているケニアに行くのが難しいと感じた。

2.ニャンザ州で行われている(ケニア)の看護と保健を含む医療について知る。

ケニアで行われている看護をみる機会としてキスムにある診療所・クリニックを1件1件回り調査をするプログラムに参加させて頂いた。私が回った診療所には(4件)医者が在住している所は1件のみであった。看護師1名がメインで行っている診療所もあった。「電気・水道・ガス」の日本でよく使われる言葉である“ライフライン”が1件しかないという現状でした。日本では当たり前のように使っているパソコンや電話もない診療所だった。

ケニアの看護師は看護師免許を取得する際に一緒に助産師の免許の取得もできる。その為看護師として日本より出来る医療行為は遥かに多い事を知った。日本よりも医療行為が出来るのはケニアを取り巻く医療体制にも関係していると考えられた。診療所の調査に行った時も医師は居なかった。「医師が居ない理由はすべて雇うお金がない」という事であった。しかし、実際ケニアでは出産を自宅で行う人も少なく、自宅出産をする人は助産師の免許がない人がとりあげられる。現在「自宅出産ではなく診療所で出産を！」というポスターが医療機関に掲示されていた。診療所で出産したとしても電気や水道は完備されているわけではない。その上医師が居ない事により緊急の処置ができない。その他にも出産1つについても考える事が多くあった。ケニアの看護といってもほんの一部を見ただけだが、日本との違いも知ることができた。

3.「ニャンザ州保健マネジメント強化プログラム」で行われている活動の見学・参加、ヴィレッジステイなどの体験を通し国・地域・文化・人種・教育などの社会的背景を知る。

ケニアに滞在していたのは、たった10日あまりだったがケニアの様々な姿を見ることができた。書き始めればきりがな

い程である。その中でもヴィレッジステイの事について述べようと思う。ヴィレッジステイには 2泊3日で行かせて頂いた。現在保健師としてキスムで働いておられるベンターさんの家ステイをした。ベンターは裕福層であり家も他の家と比べるとすごく豪華な家だった。家族は夫とベンター子どもは 13 人?であった。ここに?が付くのもケニア独特である。現在ケニアは仕事がなく、その上物価も上昇傾向である。ベンターさんの兄弟も仕事がない状態であったり、経済的な事情などで子どもを育てられないと言う理由により、ベンターからすると親戚の子たちを養っているという状況であった。経済的に余裕がある人が子どもを育てる。そして、自分の子どもと親戚の子どもを差別することなく育てあげるのがケニアであるのだと学んだ。この事を聞いたのは、ベンターさん本人ではなくヴィレッジステイ終了後、杉下先生からである。このようなケニアの事情を知らなかった私はヴィレッジステイをしている時に「ベンターさんの子どもは何人いるのですか?」と質問すると「ここにいるみんなが私の子どもよ!」と答えた事にとっても疑問に感じていた事がその時明らかとなったのは言うまでもない。ヴィレッジステイさせて頂きケニアの生活の背景を経験を通して学事ができた。

日本の方法だけが正しいのではなく、ケニアから学ものの多くあると

実習全体の日程

- 9/3 出国
- 9/4 バンコク観光
- 9/5 サファリ
- 9/6 child doctor の活動参加。スラムへ行く。
- 9/7 ナイロビ出発し、空路でキスムへ。
キスムのホテルの会議室で JICA ソマリランドの研修に参加
- 9/8 キスムのホテルの会議室で JICA ソマリランドの研修に参加
杉下先生と食事
- 9/9 キスムのホテルの会議室で JICA ソマリランドの研修に参加
研修の一環でヴィレッジの診療所、村の暮らしなどを視察
マトゥーでヴィレッジステイさせて頂く家(ベンター)に行く
- 9/10 ヴィレッジステイ 2 日目
アメリカ大統領オバマさんのおばあちゃんの家へ訪問
日本から持参したカレーを夕食に作る
- 9/11 ヴィレッジステイ3日目
ベンターが務めていた県レベルの病院の見学
マトゥーでキスムまで帰る
杉下先生と「kit mikayi」パワースポットへ行く
その後、カバの見れるリゾートホテルで食事
- 9/12 JICA の事務所へ行き、いろんなスタッフの方に説明していただく
昼からパラダイス孤児院訪問し、折り紙をして子どもたちと交流
- 9/13 JICA の活動シアヤにて診療所を回り調査に参加
- 9/14 victorid 小学校を訪問し、学校の様子を見学した後生徒 40 人と教師に折り紙を教え交流
JICA のスタッフの方々と夕食を取る

- 9/15 ケニア最終日(観光)
 ヒippoポイントに行き、ボートでカバを見る
 マサイ」SHOP でお土産を買う
- 9/16 バンコク観光
- 9/17 帰国

平均的な一日のスケジュール

- 7:00 起床
- 8:30 活動参加
- 12:00 昼食
- 17:00 活動終了
- 19:00 夕食
- 23:00 就寝

感想

国際保健に興味を持ったきっかけがアフリカにあったので、今回の実習もアフリカであるケニアに参加させて頂いた。「アフリカ」や「ケニア」とは、私にとって「貧困」「エイズ」「食糧不足」などのイメージがあった。実際ケニアに行き「貧困」「エイズ」「食糧不足」などは嘘ではなくケニアで問題視されている事ではあるが、それ以上に「自然」「人とのつながり」「笑顔」などの方が目立った。今思うのは日本の価値観でケニアを客観視しどこかで差別し上から見ていたのだと感じる。日本では、テレビやインターネットで流れる情報や写真は、「貧困」「エイズ」「食糧不足」=不幸と結び付けるような物ばかりである事もそう思わせた 1 つの原因であると思う。このプログラム外ではあるが、チャイルドドクターに訪問し 6000 人が生活するスラムに行かせて頂いた時に強く感じた。

今回「ニャンザ州保健マネジメント強化プログラム」は、保健医療ではなく保健医療の根の部分である保健マネジメントの強化を目的にプログラムを進められている。ケニアの特にニャンザ州の保健医療を行う上でベースになる部分をもう一度医療従事者、保健に携わる人達で考えようというものであった。実習として参加させて頂き、ただ日本の事を伝える為に JICA の日本人スタッフがすべてをやってしまうのではなく、ケニアの現地スタッフと一緒に考えながらすべての事を進めている事が分かった。プログラムはずっと続く訳ではない。あと 2 年で終わってしまう。2 年後には JICA のスタッフなしで保健マネジメントを行っていかなければならない。その為日本人の日本での行い方をそのまま押しつけるのではなく、長くこれから先も続けていける方法をケニアに合い、かつ現地スタッフが行い易い方法を一緒に考えて行く必要がある事を学事できた。人種や住んでいる所、地位など関係なく 1 人の地球に住む人間として向き合う事が必要だと感じた。こちらの向き合う気持ちは相手にも伝わる。日本はケニアに教えるばかりではなく、日本がケニアから学ぶ事は多くあると感じた。例えば、コミュニティー。コミュニティーはケニアの方が遥かに優れていると考えられた。今日本でも地域医療と言われているが地域自体がなくなりつつある。核家族の増加やインターネットなどの電子化が進んだ事もあり、隣の人やどんな人が住んでいる地域の事についても知らない時代になっている。私もその中の一人である。結果、高齢者の孤独死や子ども・高齢者虐待などの様々な問題を生み出している現状であると考えられる。この他にも今の日本よりもケニアの方が優れていたりする事を見つけだす事はそう難しくない。このプログラムはケニアの良さを日本が学べる機会ともなることを知った。

今回ケニアに行き私の考え方は 180 度変わったと言っても過言ではない。医療という視野だけではなく、日本に住んでいて見えなくなっていた物を見る事ができた。

日本の方法だけが正しいのではなく、ケニアから学ぶものも多くあると実習を通して学事ができた。実習中も帰国後も何が正しくて何が正しくないのか分からないと感じている。本当に今の日本の成長は成功だといえるのかと考える。日本では今精神的な病気を抱える人は多い事が現実である。ここ数年で精神科クリニックの増加、テレビや新聞では「統合失調症」「うつ病」などの文字が多くみられる様になった。日本は現在先進国と呼ばれる国となったが、ケニアは発展途上国と呼ばれる国である。しかし、日本より楽しそうで笑顔があり、「貧乏だから」「障害をもっているから」「仕事がないから」と差別がない。助け合いと言う言葉がよく似合う国だと思う。いろいろな事を考えると日本は技術などは優れているかもしれないが、人間的に進んでいないかもしれない。医療的にもこれからも進んでいく。実際日本は平均寿命女 86.44 歳男 79.59 歳と世界的に見ても最高水準であり、年々平均寿命は増加傾向にある。医療以外では人を使わずにロボットを使って人間に変わり仕事をしている。これから介護ロボットを發明しているなどすべて人間しかできないと考えられてきた事が人間ではなくロボットを使い行われる時代がすぐ近くまで来ている。今も仕事がないと言われている時代にロボットが導入されるとさらに人間ができる仕事が無くなってしまふ事を簡単に想像ができる。話が飛躍してしまったが、ケニアに行き日本を客観的にとらえることができ、そして考察できたと感じる。

私に貴重な機会を与えていただいた JaiH-s のマッチング事務局の皆様、ケニアで大変お世話になった杉下先生はじめとする、斎藤様、戸田様、石井様、川勝様、鈴木様本当にありがとうございました。

この実習を今後の自分にどのように生かすか

今回「ニャンザ州保健マネジメント強化プログラム」に参加し、JICA のスタッフ様のこれまでの経験やプログラム以外に関しても短い時間ではありましたが、多くのことを学ばせて頂きこれから国際保健を学んで行く上でのヒントにしていこうと思いました。そして、フィールドでの実習させて頂きフィールドで学び経験する素晴らしさを改めてする事ができました。これからもいろんな事に挑戦し体験していきたい。

●実習準備について

実習にかかった費用総額	約 25.7 万円 (内訳:航空券 17.7 万円 + 一泊の平均ホテル代 1500 円 + 一回の平均食事代 500 円 + その他生活費 50000 円)
-------------	---



ソマリランド研修



小学校訪問
折り紙教室を開催しました

3. 安全な水と栄養改善(実習国:ベトナム)

氏名	鈴木美穂子	所属	国立看護大学校看護学部2年
期間	2011年8月8日～8月12日 (5日間)	受け入れ者	東京大学教授 神馬征峰先生 ILSI Japan NIN(ベトナム国立栄養研究所)

●実習の内容について

目的と成果

1. ベトナムにおける水に関する現状と問題点について

安全な水の供給と衛生的な環境は、基本的な人間の権利であると考えられている。飲料水として適切な水と衛生的な環境は、伝染性の病気を減少させる。途上国では、5歳以下の子供の死亡の90%が下痢に起因している。ミレニウム開発目標の1つに、2015年までに安全な水と衛生設備の利用ができない人の数を半分にすることが掲げられている。人々が安全な飲料水を利用できるよう、途上国ではWHOの飲料水質ガイドラインを基に多くのアプローチが取られている。

ベトナムにおいても安全な水へのアクセスは重要な課題であり、WHOによると2008年時点で水供給普及率は都市部で99%、農村部で92%であると報告されているものの、WHOの水質基準を満たしている水供給は少ないという。コミュニティをベースとする簡易水処理施設(WTF: Water Treatment Facility)は約8,300箇所あるといわれている。一方で、人口密集地域であるレッド・リバーデルタ地域(1,660万人が住んでおり、8つの省と首都ハノイと港湾都市ハイフオンの2つの都市がある)では、1,100万人が公共の水道を利用できず、井戸のような他の供給源に頼っているとの報告がある¹⁾。この飲料用として使用されている井戸のうち、WHO安全基準を超える有毒物質を含む井戸が全体の65%に達しており、安全基準以上の砒素を含有する井戸は27%に達していると米国科学アカデミー紀要では発表している¹⁾。

このような背景には深刻な環境汚染が影響している。ベトナムでは、ベトナム標準(TCVN)で定めていた環境基準や排水基準等について、近年は国家技術規制(QCVN)という形で新たに規定されているものの、多くの主要河川において生物化学的酸素要求量(BOD)は環境基準値を大きく超え、また、懸濁物質濃度は国家環境基準値を約1.5～2.5倍超過している。その他の汚染物質として重金属、大腸菌、化学農薬等がある。地下水に関しては、多くの場所においてリン汚染と砒素汚染が確認されており、ハノイに言及した場合71%の井戸で基準値より高濃度の砒素が含有されている。水質汚染物質の発生源について、都市部の地表水の汚染原因は、工業地域、家庭、医療施設から河川に排出される排水である。ベトナムの95%の排水が未処理のまま排出されており、また、生活排水・産業排水を分けるシステムも構築されておらず、混合した状態で河川へ放出されている。ハノイ、ホーチミン、ダナン、ハーロン等の都市では5,000m³/日の処理能力の下水処理施設が整備されつつある一方で、多くの中小規模の都市では未だ整備されておらず、整備を目指している状況である。地下水の汚染原因は、高濃度の汚染物質を含有している廃棄物処分場からの浸出水、産業排水、家庭排水と考えられている²⁾。

水質汚濁は主として下痢、細菌性赤痢、コレラ、腸チフス、A型肝炎、寄生虫性疾患等を引き起こし、これらの病気は栄養失調、貧血、鉄分不足、発育不全、死亡等に至る場合があり、特に小児にとっては深刻である。下痢の88%のケースが、清潔な水の不足と劣悪な衛生環境に起因している²⁾。

2. ベトナムにおける食品安全に関する現状と問題点について

食物による病気は、途上国における 5 歳以下の子供達の下痢を引き起こす要因の1つである。食物の微生物(細菌)汚染は、ベトナムでは主要な食中毒の原因である(食中毒の 72.8%が食べ物の中の微生物による)。これらのほとんどのケースが食堂や家庭の台所で生じている。ベトナムでは、食中毒は衛生環境、調理が不十分であること、クロスコンタミネーション、食物を長時間室温において置くこと及び食物の産地が安全でないことに関連している³⁾。これらの要因の1つとして、消費者の食品に対する衛生的な取り扱いに関する知識不足に起因する。本年 5 月の JIJI ニュースの時事速報ではハノイで野菜の大腸菌汚染が深刻化しているというニュースが取り上げられたが、これは生産者・販売者ともに生鮮野菜を取り扱う上での衛生概念に乏しいことが原因で引き起こされている。

栄養に関する国家行動計画では、2010 年から 2020 年まで、食物と水の衛生に関する公共教育を通して下痢を減少させることに焦点を当てている³⁾。

3. ベトナムにおける栄養状況に関する現状と問題点について

途上国において、4~24 ヶ月の子供は汚染された飲料水及び食物により下痢になるリスクが最も大きい状態に置かれている。WHO によると、2001 年には、下痢、はしか、マラリア、下部呼吸器感染症の 50~70%が栄養失調によるものと考えられている³⁾。

ベトナムの 5 歳以下の子供の栄養・健康について見てみると、WHOの 2008 年の報告では低体重率は 20.2%であり、下痢からなる病気が死因の 10%を占めている。ベトナム保健省及び国立栄養研究所(NIN)は 2001~2010 年にかけて栄養不良削減プログラムを展開した結果、栄養失調の率が 31%から 17%に減少したと報告している。保健省は 2011 年より、コミュニティレベルでの啓発・教育に重点をおき、栄養改善プログラムを実施するとしている。

過去 20 年間以上、ベトナムでは子供の栄養不足が著しく減少してきた。体重不足率も 1985 年では 51.5%であったが、2006 年には 24.6%に減少し、発育阻害率も 1985 年には 59.7%であったのが 2006 年には 27.9%に減少した。しかし、現在の子供の栄養不足、体重不足及び発育阻害率は WHO の分類に基づき高いままである。栄養不良に陥る背景には、安全な水と衛生環境の不備がある³⁾。

4. 安全な水、食品安全、栄養状況改善へ向けた取り組みについて

私たちは、JICA草の根技術協力事業の一環として、ILSI Japan が 2010 年 4 月からベトナムの国立栄養研究所(NIN)とともに実施している「ベトナムにおける地方行政機関の能力向上を通じた安全な水の供給と栄養改善プロジェクト(SWAN II)」の現場活動を視察させて頂いた。本プロジェクトは、2005~2008 年に実施された「安全な水と栄養改善事業—PROJECT SWAN(Safe Water and Nutrition)」(フェーズ1と呼称)の成果を他地域へも拡大するためフェーズ2として 2010~2013 年にかけて実施されているものである。

SWANプロジェクトは、農村及び郊外地域において以下の 3 点を実施し、住民の参加型アプローチを通じて持続可能な水供給とヘルスコミュニケーションモデルを構築することを目指している。

- ①家庭レベルでの飲料水、食品安全、栄養に関する知識の強化
- ②水処理施設の操業と安全な水の供給の最適化
- ③コミュニティベースの参加型アプローチを持続可能にする効果的な管理システムの設立

現在ではハノイ 11 箇所、ナムディン省 5 箇所において、関連行政機関の能力開発を行いながら大きく分けて①啓発活動及び②水処理施設改善の技術活動を進めている。

啓発活動はIEC(Information, Education&Communication)活動と呼ばれ、①安全な水(Clean Water)、②食品衛生及び③栄養改善について人々に正確な知識を与え、誤った衛生概念に注意喚起を促すものである。上記2と3に記載した食品衛生と栄養改善については、正しい知識を人々の間に浸透させ衛生環境を向上させることにより解決へと向かう問題も多い。IECの内容について例を数点挙げると、①安全な水に関しては、安全な水に関する概念、すなわち無色であり検査の結果を持って判断するものであることを提示し、②の食品衛生に関しては WHOの 5 キー(i:手指消毒を行うこと、ii:ナマの肉・魚類と野菜類では包丁及びまな板を分けること、iii:食材を加熱処理すること、iv:食材は適正な温度で保管すること、v:料理をする前に野菜を綺麗な水で洗浄すること)が示され、③の栄養改善に関しては、生後6ヶ月までは母乳を与え続けること、6ヶ月～24ヶ月の乳児・幼児の各成長段階に応じた栄養摂取量の目安が示されている。啓発活動の主体は、フェーズ1ではNINとILSIであり、対象はコミュニンであったが、フェーズ2では訓練を受けた自治体の管理者が(trained local authorities)主体となり、NINとILSIはサポートという立場で自治体の管理者及びコミュニンを対象として実施中である。ベトナム人が主体となってベトナム人に対して啓発活動を行うことで、プロジェクトが終了した後に日本の関与なく自立することを目的としている。啓発方法としては、フリップチャート(紙芝居のようなもの。教育的内容が絵で分かりやすく描かれている)を使用し人々に視覚的に訴える方法が取られている。

私たちは Nam Dinh 省ではヘルスコラボレーター対象の IEC トレーニングに、ハノイの Tan Trieu では母親を対象にした栄養に関する啓発ワークショップに、同じくハノイの Tay Mo においては母親を対象にしたクリーンウォーターに関するワークショップに参加させて頂いた。いずれも現地のヘルスコラボレーターが現地の人々に対して講演を行う方式が取られており、ワークショップの成果をはかるために説明前と後で確認テストを行う、聴講者にワークショップで演者が話した内容を質問・回答して頂き成果を確認するといった方法が取られていた。ワークショップ後はヘルスコラボレーターが各世帯を訪問し、同様に啓発活動が行われ、その様子を拝見させて頂くことができた。

水処理施設改善の技術活動については、上記に記載したようにベトナムではコミュニティをベースとする簡易水処理施設(WTF)が約 8,300ヶ所あると言われている。河川や井戸から水を収水し、凝集し、砂ろ過し、塩素殺菌をして各世帯へ給水するシステムである。プロジェクトサイトの WTF では問題点として、水量不足、住民が WTF から供給される安全な水を得ることに對してメリットを感じておらず受水率が低く、水道管接続のための投資に至らない、失水、フローメーターの故障等があげられた。SWAN プロジェクトではこうした問題に対しても技術的支援を行い、結果として WTF の能力向上、財政状況の改善、WTF から受水する家庭の増加、失水の低下といった成果を挙げている³⁾。WTF を設置することにより挙げられる成果の 1 つとして、飲料水の水質改善および下痢に罹患した子供数の減少により推測可能と思われるが、現在は水質調査を実施している段階で結果が出るのは数ヵ月後とのことであり、結果が待たれる。

以上に述べてきたように、SWAN プロジェクトの現地活動を視察させて頂いたことにより、現地の状況や人々の衛生概念、慣習といった生活背景にも触れることができ、ベトナムの水・食品衛生・栄養事情についてより理解を深めることができた。引率・指導して下さった神馬先生、快く我々学生を受け入れて下さり温かい心遣いをして下さった吉井様にこの場を借りて感謝致します。

【参考文献】

- 1) Green carview の環境レポート(2011 年 1 月 18 日)
- 2) ベトナムにおける環境汚染の現状,環境省HP(2010 年 3 月時点での調査結果に基づく)
- 3) Project SWAN 報告書, ILSI japan, 2009

実習全体の日程

Date	Time	Location	Activity
8 Aug (Mon.)	10:00	NIN	Review the project
	15:30	Hanoi -->Nam Dinh	Leave for Nam Dinh
9 Aug (Tue.)	7:40~ 10:30	Minh Tan	IEC training for health collaborators (how to use flip chart)
	10:30~ 10:40	Minh Tan	Visit WTF
	11:00~ 11:40	Minh Tan	IEC activities by flip chart (visit households)
	13:15~ 15:30	Nam Dinh --> Hanoi	Back to Hanoi
10 Aug (Wed.)	9:15~ 10:45	Tan Trieu	IEC Workshop with mothers on nutrition
	13:40~ 15:30	Hanoi	attend to NCERWASS
11 Aug (Thu.)	9:00~ 10:30	Tay Mo	IEC Workshop with mothers on clean water
	10:30 ~ 10:45	Tay Mo	Visit Household
	PM	-	free time
12 Aug (Fri.)	10:30~ 11:30	NIN	Wrap up Meeting
	PM	-	free time

平均的な一日のスケジュール

8:30 宿泊先出発
午前～午後 各地域を訪問し、IEC 活動を視察
16:00 宿泊先帰着

感想

ベトナムは新旧が入り混じった国である。先進諸国からの高度な技術移転が進み経済成長が著しいなかで人々の生活は近代化しつつあるが、昔からの習慣や生活スタイルを維持している点もあり、時にモラルや衛生概念に乏しい面が見受けられる。市場では、地上から 30cm程度上に設置された水道の下で地面に直にボールやザルを置いて野菜を洗う人々、埃の舞う地面に無造作に置かれた厚さ 10cm程度の木のまな板の上で肉を切り売る人々、簡易水処理施設から供給される水だけでなく雨水を食事の準備に併用する人々、肉や魚を切った包丁とまな板を野菜にも併用する人々、病原性大腸菌に汚染された野菜が市場へ出回るといった出来事が現実存在している。

今回参加させて頂いた SWAN プロジェクトは安全な水供給、栄養改善及び食品衛生の面から人々の健康へアプローチしている。私たち研修者は、ワークショップに参加させて頂き、①安全な水(Clean Water)、②栄養改善及び③食品衛生について SWAN プロジェクトのIEC活動の様子を視察させて頂いた。このIEC活動は効果を上げており、例えば、「まな板と包丁を用途に寄って使い分けること」はプロジェクト対象のコミュニケーションにとっては画期的な知見であったそうであり、

結果として下痢件数の減少という成果に結びついたという。また、「安全な水」に関する知識も高まり、当初、綺麗な水とは「透明である」程度の認識であったものが、IEC 活動の結果、綺麗な水とは「見た目のみで判断されるのではなく、検査の結果も併せて証明されるものである」という認識が広まったという。このIEC活動は内容及びIECを行う際の話し方についても理解を深めているベトナム人のヘルスコラボレーターによって人々への啓発活動が行われることで持続性が考慮されている。

しかし、私が今回の研修で感じたのは国際保健の難しさである。最初に IEC 活動での出来事であるが、聴講者から「(食事の準備に)なぜ雨水を使用してはいけないのか」、「肉類と野菜で違うまな板と包丁を使い分けるなんて母親は忙しいのだから無理だ」、「6ヶ月まで母乳で育てないといけないと言うのなら、現状の法律を改正して6ヶ月までは産休を取れるようにすべきだ」という意見も飛び出し、現状の問題を解決へ向かわせるよう人に努力と工夫を働きかける際に生じる難しさ、人の習慣を変えることの難しさを垣間見た。先生がおっしゃるには、人は「健康」か「生活」かどちらを重視するかというと、「生活」を重視してしまう傾向にあるという。何故なら「健康」は慣れてしまうからである。我が日本でも成人期にある人々は多忙であり、青年期の偏った食生活に起因する健康問題が解決されないまま、生活習慣病に罹患する人々が増加し問題となっている。国は違い、疾患構造は違えど、健康問題と解決策を論じる際には人々の生活構造にも焦点をあて、問題と生活習慣を照らし合わせながら実現可能な解決方法の糸口を見つけていくことの大切さを再認識した。同時に「現状では難しい」と感じている人々に自助努力と創意工夫を促すには根気強さも必要ではあるが、相手の社会的・歴史的背景を理解し、相手がなぜ難しいと思うのかその点を理解しておかないと折角の有益な知識が浸透していかないという残念な結果に至るのかもしれないと感じた。

次に関係機関との連携であるが、本プロジェクトではベトナムの政府関係機関との連携、日本にいる専門家との連携、ベトナム人カウンターパートとの連携等、個人が自立し専門家としての責務を全うすることで組織として1つのプロジェクトを形成している。ベトナムでは組織が縦に分割されており、横のつながりがあまり無いことがプロジェクトの遂行をより困難にしている。例えば保健省が水質管理を行い農業開発省が上水道の全国供給を行っている。国立栄養研究所(NIN)は保健省の傘下で簡易水処理施設の改造や運営を行っているが、農業開発省傘下の組織である NCERWASS が水供給について新計画を策定している。国際保健の現場でも日本国内の病院という社会でも、自分が自立し、技術を習得して初めて他者に対する支援が可能になる点は同様であるが、複雑な社会構造を背景にもつ国では事がスムーズに運ばず計画が狂わされることがあり、本筋を見失わず物事に対して柔軟に取り組みねばならず、国内とはまた異なる難しさを感じた。

本研修に参加させて頂いたことにより、保健医療は個人の思想・社会通念と絡み合っており、国際保健の場合にはより相手国の文化、歴史、社会背景を強く意識せざるをえないことを認識した。特にここベトナムは、同じアジアでありながら日本とは異なる国民性、気質を持つ国である。異なる背景を持つ人々を相手にする本当の苦勞、よりよい選択肢を選び取っていく判断能力は、実際に現地で働いてみないと見えてこないという気がしている。しかし、上記の IEC 活動での「安全な水」の概念や「まな板を使い分ける」ことのように簡単で常識的に思えることが、知らない人々にとっては画期的であり効果がでていたと分かったことにより、大きな難しいことをせずとも「知識」が人々の健康に寄与する一助になることが確かめられた。これは、将来看護師を目指す私にとって学習へのモチベーションを高め、最大限に自分の環境を生かして知識を吸収しようとする意欲を与えてくれた。今後は自分が自立するために、人々の健康に寄与するために、より広い視野で学習を始めたいと思う。

この実習を今後の自分にどのように生かすか

- ・ 自分の立ち位置をつかみ、専門分野に関する知識を深め技術を習得する。
- ・ 日本国内の保健医療システムや保険医療に関する知識を深め、国際的な保健医療に関わる問題について関心を払う。

●実習準備について

実習にかかった費用総額	<p>約 1 万円 (内訳: 航空券 0万円*¹ + 一泊の平均ホテル代 0 万円*² + 一回の平均食事代 300円*³ + タクシー代 360 円/日/人) *1: マイルで購入、*2: 知人宅に宿泊 *3: フォーが 1 杯 120 円程度。食事代はレストランのランクによって異なる。</p>
-------------	---



Nam Dinh 省
家庭訪問での IEC 活動



Tan Trieu にて
母親対象の栄養教育に関するワークショップ

4. JICA 助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト(実習国:カンボジア)

氏名	中西 真由子	所属	滋賀医科大学医学部医学科2学年
期間	2011年9月5日 ~ 9月9日 (5日間)	受け入れ者	小山内泰代先生

●実習の内容について

目的と成果	
<p>実習前に立てた目的は、まだ現地で何をすることができるのか分からない状態で立てたものだったので、自分の中で「これでいいのだろうか」という思いがあった。しかしながら、実際カンボジアで学んだことは、始めにたてた目的に沿うものとなったので良かった。とくに、事前学習でカンボジアがポルポト政権によって深い歴史を負っているということを知ったが、それが医療においてどう結びついているのかがよく分かっていなかった。プロジェクトを見学していくうちに、ポルポト政権で失われた“信頼”が、日本では医療の基本とされる“患者中心”の考え方を拒んでいるということを知ることができた。小山内先生のプロジェクトでは、そのように出産の質を高めるための母子保健改善プロジェクトであったが、そもそもJICAのプロジェクトを見学するのが初めてだった私は、実際プロジェクト実行のための運営を自分の目で見たりそのプロジェクト一連の流れなどを説明していただいたりして理解できたということだけで、十分な成果となったと感じている。</p>	
実習全体の日程	
9/5	午前:プロジェクトのガイダンス 午後:より詳しい説明と実習計画を立てる
9/6	午前:トレーニングユニットとの会議見学 NMCHC 院内施設見学 午後:お産の見学
9/7	午前 HRD 人材開発部との会議見学 午後:前日お産を見学させていただいた女性へのインタビュー ぶちフィードバック
9/8	午前:NMCHC の HIV カウンセリングルーム見学 医学生と意見交換
9/9	午前、午後:コンポンチャム州ヘルスセンター・州保健局・RTC・州病院の見学 フィードバック
平均的な一日のスケジュール	
8:00 NMCHC に集合 午前→会議や施設の見学など 14:00-17:00 見学・資料を見ながら勉強・フィードバックなど	
感想	
<p>私は、今回カンボジアの助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクトに参加させてもらって、「百聞は一見にしかず」という言葉を実感した。初めて国際保健のフィールドを見学させてもらったこの経験はたいへん有意義なものとなった。というのも、私はこの実習を通して、目的にあったような、プロジェクトの運営やカンボジアの現状を知ること以外にも、知ることで気づくことが多くあったからだ。そのことも踏まえて、目的に沿った感想を以下に述べようと思う。</p>	

はじめに、プロジェクトを現地で見ることができて、日本にいたままでは絶対に分からなかった流れや運営を知ることができた。まず私が驚いたのが、このプロジェクトが国と直接体制を組んで行われているということだった。保健省の HRD (人材開発部)と WHO、UNFPA、JICA の会議を見学させていただいて、どの役割をどの組織が担っているのかを知ることができ、また HRD だけではなかなか改善を進めることができないということも知った。(国はまだ医学生の卒試や医師法などの話をしていたり、人材不足であるという現状がある)しかしながら、決してこのプロジェクトが他の NGO のように好きなことをしているわけではないというのが、国の MDG's plan を見て分かった。HSP2 には助産師の能力強化などが掲げられていたからである。国際保健をする際に忘れてはならないのが、その国の方針や主軸は曲げないことだということを私は感じた。

また、私は小山内先生の「思いや考えあつての体制づくりであるから、ケアの内容を大切にす」という考えに感銘を受けた。プロジェクトというのはどうしても形づくりが必要で、そればかりにとらわれてしまうことも多いと思うが、すべては人を相手にしていることなのだから、やはり相手の心を掴めないと本当の変化は起こせないのだということを実感した。内容を大切に吟味する際に、“女性中心のケア”という言葉ひとつとっても、クメール語にはなく、それを助産学生に理解してもらえる最適な言葉を選ぶのに苦労したと先生がおっしゃっていた。そのように、異なる言語を通じてその内容の誤解がないように、クメール語にはない言葉を現地の人に分かってもらえるようにするというのも、苦労は多くなったとしても大切なことであると思った。カンボジアではまだ cure=care の意識になっているそうだが、日本で研修したカウンターパートが経験した care を他の助産師にも広めていくことができれば、カンボジアにも質の高い助産ケアがなされ、女性がより安心して出産できる環境が形成されていくと思う。

次に、カンボジアだからこそ患者さんが求めるケアがあるのかどうかを知るという点に関しては、やはりカンボジアの歴史との関わりを知ることができ、勉強になった。先生から、ポルポト時代の数多くの裏切りによって、人を信頼したり優しくするということができなくなっているということを教えていただいた。そのことが、“患者さんにやさしくする”ということや“患者中心の”というような概念すらない現状を生んでいる。Baseline survey を見せていただいたときに分かったのは、患者さんが求めるケアというのは現時点では根本的なことで、「助産師さんに分からないことを聞きたい」「自分の話を聞いてほしい」「命令ではなく、やさしくしてほしい」などであった。それを、このプロジェクトによって少しずつ患者中心のケアのできる状態になっていければと思う。

私は、プロジェクトの後にトゥールスレン虐殺博物館とキリングフィールドを訪れ、カンボジアの過去を知ろうとした。カンボジアに行くまでは、国際保健はあくまで“保健医療”の分野であって、自分自身も将来は医療の分野で携わるためその部分がやはり特化して大事であるとばかり思っていたが、生々しい過去の傷跡や骨を見て、その国全体を知ることの大切さを感じた。自分にとっては衝撃が大きすぎて、正直目を背けていたかったことばかりであったが、それを今カンボジアで生きている人たちは体験してきたのだと思うと、それを知らずして、現状を変えたり、問題点を解決したりすることはできないと気づいた。

最後に、利用者と医療従事者の立場の異なったプロジェクトへの思いや現状を知るという点に関しては、このプロジェクト自体がまだ完全に実行されているわけではなかったため、直接的に知るということではなかったが、NMCHC でお産をした女性にそのケアについてインタビューできたことはたいへん参考になった。その女性ははじめてのお産であったが、医療従事者が状況を的確に教えてくれたり、夫や母がそばにいてくれたこと、また体位変換ができたことなどから、出産に対して不安はなかったと言っていた。私たちが実際にお産を見学させてもらったときも、落ち着いている様子で、インタビューに伺った時も、とても幸せそうであった。病院内の病棟でいきなり来た人にどこまで本音を言えるかという懸念はあるが、女性に対するしっかりとした説明と、家族の付き添いなどは、やはり安心に必要な要素だということが分かった。

全体を通して、私はカンボジアで国際保健を学ぶためにケアや会議を見学したり、国の保健政策を見ていく中で、自国のことを何も知らずに他国のことを知ろうとしていたということに気付いた。私は今まで日本でできた医師法や助産師法、母子手帳の理念、また国の保健政策なども気にかけてみたことがなかった。しかし、すでに先進国であって高レベルと言われる日本の医療を取り囲むシステムや法律を知らずに、カンボジアには何が足りなくて、どういった体制が必要なのか考えることなど、できないということを実感した。また、ただ自分の知ったシステムだけに固執するのではなく、それをどういった形で応用して国にとって最適なシステムにするのかを考えるために、世界各国の現状を比較し知らなければならぬと感じた。フィールドマッチングでカンボジアの小山内先生のプロジェクトを見学することができて、本当に有意義であったと思う。

この実習を今後の自分にどのように生かすか

この実習で学んだこと、気づいたことは自分にとってたいへん大きな収穫となった。それと同時に、自分の知らないことがまだまだ多くあるということも感じた。知識を増やすということは、日本でできることであるし、今後座学で学んでいこうと思う。

将来的に、自分がどのような形で、またどれくらいの範囲で国際保健に携わるかは迷っているが、今回国レベルでのJICAのプロジェクトを見学することができたので、次の段階として別のスケール、すなわち地域やNGOで活動するプロジェクトなども実際目で見たいこうと考えている。また、アジアとは違ってアフリカなどでは別の状況が生まれていると思うので、機会があればアフリカにも行って、カンボジアとの比較などをできればと考えている。

どちらにしても、今回カンボジアで学んだり気づいたりしたことは、自分にとって次のステップを踏むための大きな一歩となったことは間違いない。本当にこのようにして学ぶ機会をいただけたことを感謝したいと思う。

●実習準備について

実習にかかった費用総額	約10万円(内訳:航空券 6.5万円 + 一泊の平均ホテル代 2000円 + 一回の平均食事代 1000円 + その他生活費10000円)
-------------	---



Veal Vong Health Centre



JICA オフィスにて記念撮影