

## ネパール農村における母子保健活動の現状報告

山形真由美\* 糸島弘和\* 藤田彩見\* 佐々木純子\*\* 二宮一枝\*\*

**要旨** 平成26年12月25日から同30日にかけて、保健福祉学研究科看護学専攻広域看護学講座「国際保健看護学特論演習」にて、後発発展途上国であるネパールのルンビニ県ルパンデヒ郡ハッティバンガイ村を訪問した。平原地帯に位置するハッティバンガイ村の妊産婦や乳幼児死亡の多くは、医療機関へのアクセスが困難な山岳部と異なり、社会的・経済的要因によるものである。現地での演習を通して学んだプライマリーヘルスケアについて考察し、発展途上国への支援は、ウインスローの定義（1868）に始まる公衆衛生の概念を基本理念にもつことが重要であると再認識した。

**キーワード：**ネパール農村、プライマリーヘルスケア、母子保健活動、マザーズグループ

### はじめに

ネパールの新生児死亡率は1,000人あたり39人（WHO2008）、妊産婦死亡率は10万人あたり380人（WHO2009）で、これらの死亡率が高いことが最優先課題とされている。そこで、ネパール保健人口省は20年長期保健医療改善計画（1997～2017）において、遠隔地や社会的に差別されている村落部の女性や小児の保健衛生状況の改善を目指し、新生児・妊産婦死亡率・健康改善を達成目標に掲げている<sup>1)</sup>。この保健医療改善計画は、保健人口省の依頼を受けた国際的支援のもとで行われている。

ネパールの地方行政体は、5つの開発区域（Development Region）に分かれ、その下に14の県（zone）、75の郡（district）が置かれ、郡の下に行政村がある<sup>2)</sup>。ルンビニ県ルパンデヒ郡ハッティバンガイ村は、西部開発区域に属し、ネパール南西部タライ地域に位置する農村である。行政村は、ダマウリ・マイナヒヤ・カマリヤ・ハッティバンガイの4区域である。この4行政村は、妊婦健診受診率54%、トイレ設置率10%、乳幼児の主要疾病のうち約4割が下痢、約2割が皮膚疾患など、不衛生な環境に起因する疾病が多く、衛生環境の改善が急務の課題となっている<sup>3)</sup>。このため、2010年から特定非営利活動法人AMDA社会開発機構（以下AMDA-MINDS）は、日本の政府開発援助（ODA）による、

「ルパンデヒ郡4行政村における住民能力強化を通じた母子健康増進事業」を実施していた。筆者らは、プライマリーヘルスケアの視点から、ハッティバンガイ村の母子保健活動について考察した。

### I. ネパールの公衆衛生

ネパールの地方行政における公衆衛生を主に担うのは、保健人口省が管轄するヘルスポストである。

保健人口省は、日本の厚生労働省に相当し、保健サービス局・薬務局・伝統医療局などから成る。従事する公衆衛生職の多くは、郡保健衛生局の行政官であり、郡レベルでの公衆衛生活動の監督を主な任務とし、実際に住民と接して公衆衛生活動をしてはいない<sup>4)</sup>。

地域保健医療活動の拠点は、ヘルスポスト及びサブヘルスポストである。サブヘルスポストは、基本医療サービスの提供と、地域の保健医療活動のモニタリングを行う。ヘルスポストは、サブヘルスポストの照会先となり、分娩施設を併設する<sup>5)</sup>。ここで従事するのは看護職のAssistant Nurse-Midwife（ANM）・Maternal and Child Health Worker（MCHW）と医療補助職に属するHealth Assistant（HA）・Assistant Health Worker（AHW）・Village Health Worker（VHW）である。施設数は農村の98%とされているが<sup>6)</sup>、30分以内に到達できる家

\* 岡山県立大学大学院保健福祉学研究科

\*\* 岡山県立大学大学院保健福祉学部看護学科

〒719-1197 総社市窪木111

〒719-1197 総社市窪木111



庭は全体の45%である。そこで、1979年以来、より村民に近い所で働く Community Health Worker (CHW) が導入された。CHWは、呪術医(40～80万人)も含まれ、ある程度の識字能力があり、信頼の厚い村人代表もこの任務を得ている<sup>7)</sup>。

## II. ネパールの医療機関

保健人口省の管轄にある医療機関は、都市部を除いて、ほとんど国公立の医療機関(病院、外来のみのクリニック)である<sup>8)</sup>。医療の頂点にトリブバン大学教育病院があり、その下に Regional Hospital (開発区域5)、Zonal Hospital (県14)、District Hospital (郡75)がある。地域保健医療として、プライマリーヘルスセンター、ヘルスポスト、サブヘルスポスト、アウトリーチクリニックがある。

母子専門病院としては、ルバンデヒ郡プトワル市に、AMDA が設立したシッタータ母子専門病院がある。シッタータ母子専門病院は1998年に診療を開始、現在100床である。産婦人科と小児科の分離をなくし、周産期病棟として、分娩室・手術室・NICU・小児科病棟を有している。300km以上離れた山岳陵部の周辺郡から訪れる患者もあり、女性の妊娠・出産から新生児の健康を包括的に管理・サポートしている。

## III. ルバンデヒ郡4行政村母子保健事業

日本政府は、2012年1月～2013年5月、2013年6月～2014年5月、2期に分けて母子の健康向上を目的とし、マザーズグループ(以下MG)メンバーの母子保健知識・能力向上、衛生環境整備、健康基金の継続的運営、ヘルスポストにおける基礎保健サービス改善などの活動をしている<sup>9)</sup>。実施団体のAMDA-MINDSの報告では、活動の中心的役割を担

うのはMGメンバーで、各メンバーが、安全な妊娠と出産・性感染症と家族計画・乳幼児の健康・緊急時の対応・基金運営管理・水と衛生・グループマネジメントの担当となって、ピアエデュケーションを行っている。他にもMGメンバーは、ヘルスポストのスタッフと協力して、乳幼児の体重測定や低体重時の母親への栄養カウンセリングなども実施している<sup>10)</sup>。

## IV. ハッティバンガイ村の概要

### 1) 小学校

義務教育は、小学校6年・中学校4年で、450名が在学している。各教室には、机といす・黒板等があり、生徒の絵画が掲示してあった。衛生教育は、AMDA-MINDSが現地の教員と共に行っており、学校内は清潔に保たれていた。しかし、裏に回ると、ごみが散乱していた。飲み水や手洗いは、山からの井戸水をポンプで汲み上げて活用していた。現在は扉のない女子トイレに便器のみあり、今後はこの井戸水を利用して水洗トイレを設営し、衛生環境を改善する予定ということであった。筆者らが教員に話を聞いている時、草むらで排尿し始めた生徒がいた。注意をされて走って行ったが日常茶飯事という様子であった。コミュニティのトイレは川であり、毒蛇の不安にもさらされていると聞いた。食料品店ではラーメンなどのファーストフードや駄菓子が売られており、栄養やごみ問題が生じていた。また、売店の周辺を虫が飛び回っていたり、車が埃をあげて通行する道端で調理しているなど、衛生的にも問題があった。

### 2) ヘルスポスト

小学校に隣接したヘルスポストでは、AHWから

話を聞いた。まず日本と異なるのは、医師ではない AHW が簡単な薬を処方できることである。処方薬は、胃腸薬や感冒薬という日本のドラッグストアで取り扱っているものであった。ヘルスポストは公的機関であり、費用は無料なため利用する村民も多い。サブヘルスポストを作らずに、出向いて予防接種や健診を行うアウトリーチクリニックもあるということであった。

別のヘルスポストでは、助産師が常時いて出産施設があった。施設内は、整理整頓されており、滅菌消毒もされていた。2013 年は年間 501 人の出産があり、2014 年半年間では 316 人の出産があった。助産師に困ることを聞くと、「健診を受けていないため、予期しない分娩の遷延や止血困難な出血などの緊急時が不安」という答えであった。ネパールは、病院まで徒歩では数時間かかる集落も多く、施設分娩を諦め、自宅での出産を余儀なくされている。そのため、ネパール政府が政策として、山岳地 1500 ルピー・丘陵地 1000 ルピー・平野 500 ルピーと、分娩費用を補助している。施設分娩率は、約 30% から約 60% に改善しつつある。しかし、子どもが産まれれば補助金はもらえるので、ほとんどの母親は、出産後 24 時間以内に自宅へ帰ってしまう状況であり、出産後の母体ケアについての認識は薄いと考えられた。

### 3) 衛生環境

訪問したコミュニティは約 44 世帯が生活していた。一つの家屋に、兄弟姉妹も同居した家族が多かった。農村であるが、コミュニティに入る入り口に 10 年前設立されたレンガ工場があり、男性はここで働く人も多い。家屋は木造やレンガ造り、コンクリート造りがあった。外国に出稼ぎに行っている家もあり、そういう家は裕福でコンクリート造りの家屋であり、村民の貧富の差が推測できた。

トイレは、各戸に整備されている最中であった。村でのトイレ設置普及活動は、諸外国の NPO が中心に行っているが、資材支給は各自治体が行っている。資材を各家庭に支給し、設置工事は各家庭の自己負担で行わなければならない。そのため、金銭的に余裕がないと設置できない。費用は、約 3 万ルピーで、ネパールの平均的な初任給が 3 万ルピーということから考えても難しいと思われた。各戸のトイレを観察すると、家屋の外に汚物処理槽としての

セメントのリングを放置しているところが多く、トイレとして設置してあったのは 3 軒のみで、裕福な家庭であった。このように設置まで一貫したサポートが行えないという問題があった。

また、豊富な水で穀物を作り、牛やヤギを家畜としていた。家畜の排泄物は穀物の肥料にする。そのため、庭で牛の糞を焼き、分けて丸めた糞を倉庫の壁にきれいに並べて張り付けて乾燥させていた。



農村地区公共トイレ



肥料にするため壁に張り付けた糞

### 4) マザーズグループ (MG)

インタビューをした MG は、活動を始めて 3 年になる。この村では、女性は働かないので、夫に生計を依存している。お金がないときは米を売って現金収入にする。最初は月に 5 ルピーから始め、今は 50 ルピー集めて、自発的に女性が管理運営している。MG にも貧富の差があり、グループによって運営資金に差がある。ベテランの母が新米母を教育するなど、地域で話し合い協力し合って活動している。母親自らが健康について知識を持ち、運営できるこの活動は、セルフヘルプグループとして自立した活動になりつつあった。自信をもって話す女性をみて、受け身で援助を受けるのではなく、援助する経験を



もつことや社会参加をすることに対する充実感が感じられた。

## V. 考察

ハッティバンガイ村では、教育や支援を受けながらも不衛生な環境があり、村民に保健衛生の知識が根付いているとは言い難い。村では人間の排泄物で生長した草を家畜が食べ、家畜と同居した生活で生計を維持しているという経済的事情もある。村民がトイレの設置をどの程度理解し望んでいるのかは疑問である。生計維持に必要な家畜とのより良い共存に向けた介入が必要であろう。現在進めているトイレ設置普及活動は、設置まで一貫したサポートが行えない現状がある。トイレなどの物的支援については、村民が資源として活用できるように、自治体との連携で政策を立てて運営することが重要である。

現地演習の最終日のディスカッションで、Dr. Rameshwar Prasad Pokharel (本演習非常勤講師) から助言をいただいた。村民は、現在農村にあるものからできる生活改善の方法がわからない。その地域の土壌に根付いた作物や資源を村民が活用できるような支援を行うことが、継続可能な改善につながる。水が豊富で草地が多いこの地域では、農作物が充実する農法や食べ方のバリエーションを発見できるのではないかと考える。このような働きかけが良好に普及すれば、公衆衛生として地域活動の強化になる。

健康の社会的決定要因に関する委員会最終報告書(2008)では、全世界の社会経済的発展の必要性、健康の公平性、気候変動への対処の緊急性の間のバランスを取らなければいけない、としている<sup>11)</sup>。現在、穏やかに生活しているコミュニティの人々であるが、先進国に比べ、新生児・妊産婦死亡率は高く、平均寿命は低い(男性65歳・女性69歳 WHO 2009)。先進国の健康水準に近づけることが共通認識となるような啓発を行い、村民の生き方を尊重しつつ、その資源を有効活用した衛生教育と環境改善が重要と考えた。

AMDA-MINDSは、母子保健事業活動の対象地域の妊婦の8割以上(事業開始前4割)が妊婦健診を受け、6割以上(同3割)が医療施設での分娩介助を受け変化が現れていると報告している<sup>12)</sup>。2011年調査のネパールの出産場所は、自宅67.1%、病院25.9%、プライマリーヘルス施設5.7%、出産補助者

は、家族・近所の人58.1%、医療従事者32.9%、伝統的な助産師7.3%である<sup>13)</sup>。これと比較しても、MGのピアエデュケーションによる効果は大きい。安全な妊娠と出産について母親たちの理解が得られたといえる。事業終了後もセルフヘルプグループとして根付くには、継続した教育の場、適切なリーダーの育成、貧富の差による格差などの課題がある。MGの活動は、日本の乳幼児死亡率低減に寄与した愛育村活動と類似している。二宮(2001)によると、1937年頃岡山県の愛育村では、村民の主体的な母子保健活動に4ヵ所の指定愛育村が模範となった。その村は、①農山村 ②行政との連絡協調 ③女子高等教育の充実 ④社会事業の充実、⑤保健婦駐在等の指導者の確保等の要件を具えていた<sup>14)</sup>。MGにも②～⑤の要件を、行政と支援者が連携して継続することが重要となる。ヘルスポストや現地指導者により、識字率やリーダーの存在、運営資金の状況など、各MGの状況に合わせた支援が継続につながる。

衛生環境についても、MGの活動に期待をもつことができる。MGの母親が、手洗いや拭き方などの衛生的な排泄の必要性をまず家族にピアエデュケーションする。村は大家族なので、そこから村民全体の衛生環境の改善につながると考えられる。

また、ネパールでは、医師はカトマンズに集中していて、地方では不足していた。村民は感染症の予防のため、まず衛生的な生活の習慣化が重要となる。そして、下痢や皮膚疾患に罹患したときには、母親が判断して、プライマリー・メディカルケア(一次医療)を受診する行動が必要である。医学的知識の低い母親に、医療の必要性が生じたとき、一番身近な存在のヘルスポストに行く体制を整えることが重要である。ヘルスポストのHPW・CHWから処方や指導を受けることは、以後の適切な対応にもつながる。現地の特色を知った信頼できるHPW・CHWの育成が必要と考えた。また、分娩は時を待たない。この事業の4行政村では、24時間受け入れ可能な分娩センターが整いつつある<sup>15)</sup>。安全な分娩には、このような体制の拡充も重要である。

プライマリーヘルスケアは、発展途上国を含むすべての人々の健康を基本的人権とし、保健活動を、村民のニーズに基づいて村民主体で実施する。今回の演習で、開発国が途上国の支援をする場合、開発国の衛生概念で不足した物資を供給するだけでは、

それらを村民が活用できないことを実感した。経済的、物的支援のみならず、村民主体で行えるように、支援者と自治体が連携した政策で運営することが重要である。そして、健康の公平性を支援者と村民の共通認識とし、村民のニーズに基づいた衛生教育や環境改善を共に行うことが、地域住民の組織的努力につながると考えた。

### おわりに

本演習で、ハッティバンガイ村におけるMGのように村民主体の母子保健事業活動とするには、村民の生き方を尊重しつつ、その資源を有効活用した衛生教育と環境改善が重要と考えた。そして、発展途上国への支援は、ウインスローの定義（1868年）に始まる公衆衛生の概念を基本理念にもつことが重要と再認識した。

また、ヒンズー教の寺院で川に流されるご遺体を目にして、与えられた環境の中で信じるものを持ち、信頼し合える家族と共に生き別れる、人の一生について考えた。人がもつ医学の力に奢ることなく、その地域の環境と村民のニーズに合わせた考え方をしていきたい。

有意義で安全な演習の企画とご指導を頂いた関係者の方々に深く謝意を表する次第である。なお、本演習は、平成26年度岡山県立大学教育力向上支援事業「看護専門職のためのグローバル・ラーニングシステム構築」(代表：二宮一枝)及び本学国際交流推進事業学生参加旅費助成を受けて実施した。

### 文献

- 1) 外務省政府開発援助 ODA. 新生児・妊産婦健康改善のための病院建設・医療スタッフスキル向上トレーニング事業1年次(2012)事業実施計画.
- 2) 作増良介(2010). ネパールの地方行政システムの現状と課題 —シャンジャ郡自治体の予算執行分析を通して—. 財団法人国際開発センター自主研究事業、11-12.
- 3) 外務省政府開発援助 ODA. ルパンデヒ郡4行政村における住民能力強化を通じた母子健康増進事業1年次(2012)事業実施計画詳細、3.
- 4) 神馬征峰(2000). ネパール農村における公衆衛生活動のための人材育成 —ネパール学校・地域保健プロジェクトによるボトムアップ式アプローチの事例—. 公衆衛生研究、49(1)、38.

- 5) 公益社団法人日本看護協会. 国際情報 ICN の動き 日本看護協会国際部 ネパールの看護事情.
- 6) 下開千春ら(2000). 伝統医療から現代医療へ —ネパール農村住民の受療行動の行方—. 国際協力研究、16(32)、30.
- 7) 前述書 39.
- 8) 吉山崇(2004). 地域の結核と肺の健康プロジェクト.
- 9) 特定非営利活動法人 AMDA 社会開発機構. ネパール事業(2014) ルパンデヒ郡4行政村における住民能力強化を通じた母子健康増進事業.
- 10) 特定非営利活動法人 AMDA 社会開発機構(2013). 年次報告書、6.
- 11) 近藤克則(2012). 健康の社会的決定要因の主要文献に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(地球規模保健課題推進研究事業) 分担研究報告書.
- 12) 前述書 10)
- 13) JICA(2012). 貧困プロファイル ネパール、44.
- 14) 二宮一枝(2001). 愛育委員制度の成立と保健婦活動に関する研究(1) —岡山県における愛育村指定の保健婦活動—. 岡山県立大学保健福祉学部紀要、8、45-54.
- 15) 前述書 10) 7.

## **A report on maternal and child health service in Rural Nepal**

**MAYUMI YAMAGATA\*, HIROKAZU ITOSIMA\*, AYAMI HUJITA\*,  
JYUNKO SASAKI\*\*, KAZUE NINOMIYA\*\***

*\*Graduate Course of Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University, 111  
Kuboki, Soja, Okayama 719-1197, Japan*

*\*\*Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University, 111  
Kuboki, Soja, Okayama 719-1197, Japan*

**Keywords :** Rural Nepal, Primary Health Care, maternal and child health service, Mothers Group