



JICAプロジェクトに接して浮かび上がった日本とケニアの助産師教育の現状と課題

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 静岡県母性衛生学会 公開日: 2022-12-15 キーワード (Ja): JICAプロジェクト, ケニア, 母子保健, 助産師教育 キーワード (En): 作成者: 杉浦, 和子 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10271/00004236

JICA プロジェクトに接して浮かび上がった 日本とケニアの助産師教育の現状と課題

Current status and problems of the education of midwives in Japan and Kenya revealed through JICA project

杉浦 和子
Kazuko SUGIURA

聖隷クリストファー大学 看護学部
Seirei Christopher University, School of Nursing

【要 旨】

わが国の国際保健への貢献は、国際協力団体などによって行われている。その一つである Japan International Cooperation Agency (以下 JICA) は、国際社会の平和と発展に貢献し、母子保健協力における母子保健と感染症対策を重点内容としている。今回、JICA プロジェクトに接する機会を得たので、今後の日本とケニアの助産師教育の現状と課題について考察した。その結果、日本の役割は、1) 国内において国際的な視野に立てる助産師教育を充実させ、リーダーシップが取れるような自律した助産師を育てること、2) 支援することが全てではなく、ケニア人が自国の力で持続できるシステムを作ることができるように関わること、3) ケニア人が自らのマネジメントによって自国を変えようとするモチベーションを高めさせること、4) われわれはそれを維持できるように寄り添うこと、などが重要であり、一方、ケニアにおいては、1) 識字能力を持てるよう学校教育のさらなる普及、2) 学校教育における性教育の普及、3) 専門的助産師の養成、4) 伝統的産婆の専門的能力を高める教育・講習の充実化、5) 国内紛争や自然災害など緊急事態発生時の感染症対策・妊産婦の健康管理、6) 薬を泥水で飲まなくて済むよう衛生設備の利用性を増加させること、などが重要であると結論付けられた。

【キーワード】

JICA プロジェクト、ケニア、母子保健、助産師教育

【緒言】

日本経済は 2002 年の初めに回復局面に入り、世界経済の回復と国外からの需要の増加等を背景に景気の回復も勢いを増した¹⁾。それに伴い国際協力に対する国内外の関心は高まり、人材養成や協力の期待は大きくなった。看護界においても平成 22 年からの新カリキュラムの統合分野に国際看護が含まれるようになり、国際看護の役割と可能性について位置付けられた²⁾。国際看護とは、自国とは異なる国(独立国とみなされていない地域も含む)でその国の社会、政治、経済、文化、保健医療システム、疾病構造など看護に影響を与えるあらゆるものを考慮して適用する看護と説明され、さまざまな学問分野が関わっていることが示されている³⁾。そして、それら

がただ単に生活に密着する視点だけでなく、疾病の疫学的視点、医療人類学的視点、政治経済的視点が必要になってくるため⁴⁾、その効果を上げるためには政治や経済の改革が絶対的な必要要件となる。

わが国の国際保健への貢献は、国際協力団体などによって行われている。その一つである Japan International Cooperation Agency (日本国際協力事業団、以下 JICA) は、国際社会の平和と発展に貢献し、これを通じてわが国の安全と繁栄の確保に資することが目的であるが、具体的には開発途上国から研修員を受け入れ、国際援助協力の情報を提供し、開発教育支援を行っている⁵⁾。JICA における保健協力のうち母子保健協力における重点内容は、母子保健と感染症対策である。この背景には、毎年、全世

界で約 36 万人の女性が妊娠や出産を契機に命を落としていることや、900 万人近い子どもが 5 歳を迎える前に亡くなっているという事実がある。しかも、これらの 99% は発展途上国で起こっており、さらに、エイズ、結核、マラリアなどの感染者は年間 400 万人以上も発展途上国で亡くなっている^{6,7)}。

国際助産師連盟 (The International Confederation of Midwives : ICM) は、妊娠・出産・子育てに携わる女性、新生児、そして彼らがともに暮らす家族にとってよりよい成果をもたらすという助産師の目的や目標を世界規模で助長していくことを理念としている⁸⁾。その理念に基づき、妊産婦死亡数の減少を目標とした安全な母性推進事業達成に向けて他の国際団体と協力して専門職としての助産師の役割の発展を推進している。

以上のことから、母子保健に関わる問題解決に向け、看護職である助産師に求められる国際看護の役割は大きく、それらを踏まえた助産師教育を構築する必要性は高い。アフリカの発展途上国の一つ、ケニアのニャンザ州は、母子保健分野の多くの重要指標がケニアの中でも劣悪な数値を示している。このため JICA は、ケニア政府からの協力要請を受けた。今回、このプロジェクトにおける母子保健コースでの講師を務め、両国間の母子保健の現状と課題から助産師に求められる役割について知見を得たので、ここに報告する。

【JICA プロジェクトの概要】

以下に JICA プロジェクトの概要を示す。

- 1) プロジェクト名
ケニア国ニャンザ州保健マネージメント強化プロジェクト
- 2) プロジェクト期間
2009 年から 2013 年の 5 年間
- 3) 相手国機関名
公衆衛生省プライマリーヘルスケアサービス部、ニャンザ州公衆衛生局
- 4) プログラムの概要
日本の母子保健に関する研修期間は国別研修「ケニア：地域保健行政母子保健コース」として 2010 年 11 月 29 日より 12 月 25 日までで、研修プログラムの内容は以下の 15 項目である。

1. 日本の衛生行政の歴史
2. 日本の医療保健制度
3. 母子感染
4. 乳幼児健診
5. 助産所の見学
6. 地域の保健所活動の見学
7. ヘルスプロモーションの実践報告
8. 寄生虫検診から予防医学へ
9. 日本の新生児医療
10. 学校医について
11. ジェンダーの視点からの健康
12. 日本の子どもの歯科衛生について
13. 地域の産科医療・日本の助産師教育制度の変遷
14. HIV/AIDS について
15. アクションプラン

このうち筆者は、2010 年 12 月 21 日に「13. 地域の産科医療・日本の助産師教育制度の変遷について」の講師を務めるとともに、アクションプランに向けてのディスカッションに参加した。

5) 対象研修員

ニャンザ州の保健関係の行政に携わっている人で、今回は、保健省の局長、監視官、医療所長、看護師の 4 名であった。

6) 倫理的配慮

すべてのプログラムは、JICA のプロジェクト内で実施され、JICA スタッフに内容を公表することの同意を得た。なお、個人情報となる資料は公開しないことに署名している。

【日本とアフリカの現状】

1. 母子保健指標

母子保健統計に関する重要指標としては、新生児死亡率、乳児死亡率、5 歳未満児死亡率、妊産婦死亡率、合計特殊出生率などがあり、これらはその国の水準を示唆することができると言われている。日本とケニアを比較した母子保健指標を表 1 に示す^{9~11)}。日本は 2008 年⁹⁾、ケニアは 2009 年¹⁰⁾、本プロジェクト地域のニャンザ州は 2003 年¹¹⁾ のデータであるが、新生児死亡率 (出生 1000 人対) は、日本は 1、ケニアは 34 で、乳児死亡率 (出生 1000 人対)

表1 母子保健指標 (文献9～11より引用して作成)

	日本	ケニア	ニャンザ州
新生児死亡率(出生1000人対)	1	34	
乳児死亡率(出生1000人対)	3	80	133
5歳未満児死亡率(出生1000人対)	4	128	206
妊産婦死亡率(出生100,000人対)	3.6	560	
合計特殊出生率	1.37	4.9	

は、日本は3、ケニアは80であり、ニャンザ州においては133と極めて高い。また、5歳未満児死亡率(出生1000人対)も、日本の4に対し、ケニアは128、ニャンザ州は206と極めて高い。妊産婦死亡率(出生10万人対)は、日本は3.6、ケニアは560で、1900年当時の日本が約400であることをみてもいかに高いかがわかる。合計特殊出生率は、日本は1.37と少子化であるのに対し、ケニアは4.9と多産である。このようにいずれの指標も日本との差が歴然としている。さらに注目する点は、重要指標の中でも乳児死亡率と5歳未満児死亡率である⁹⁻¹⁰⁾(図1)。

図1に示すようにケニアの乳児死亡率は、1960年が122、1990年が68と改善したものの、2008年は81と近年再び悪化している。5歳未満児死亡率においても同様に、1970年は154であり、1990年は105と改善したものの2000年には128と悪化し、それから8年後の2008年も128と改善傾向はみられていない。5歳未満児の死亡原因について世界と日本およびアフリカを比較してみると、2008年の世界の死亡原因は感染症が死因の上位を占めており、日本の

1960年(昭和35年)とアフリカの2008年のデータがよく似ている^{9,12)}(表2)。そして、15歳から64歳までのHIV/AIDS感染率は、日本は0.1%未満であるのに対し、ケニアは7.1%、ニャンザ州においては14.9%と劣悪な数値を示している。これらより、エイズ感染者の多いアフリカ、ことに、ニャンザ州では、母子感染からのエイズやエイズ孤児である確率が高い。そのために5歳未満児の死亡原因のうちエイズで亡くなる子どもの多いことが理解できる¹³⁾。

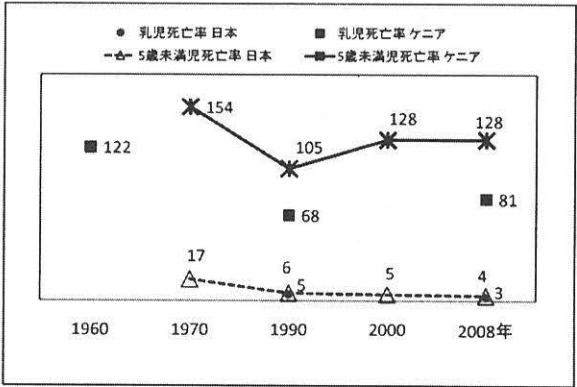


図1 日本とケニアの乳児・5歳未満児死亡率 (文献9～11より引用して作成)

次に、妊産婦死亡の原因をアフリカと日本とで比較してみると、アフリカの2008年と日本の1950年での死亡原因が似ており、出血、妊娠中毒症(現在は、妊娠高血圧症候群)、敗血症が3大死因であることが確認できる^{9,12)}。なお、2008年の日本のデータでは、産科的塞栓症と出血が主原因であり、戦前戦後に多くみられた妊娠中毒症(妊娠高血圧症候群)や敗血症は激減している⁹⁾。

2. 医療者・分娩施設について

表2 5歳未満児の死亡原因:世界・日本・アフリカの比較 (文献9,12より引用して作成)

死因順位	世界(2008)	日本(1960)	アフリカ(2008)	日本(2008)
1	肺炎	不慮の事故	下痢性疾患	不慮の事故
2	下痢性疾患	肺炎・気管支炎	肺炎	先天奇形・変形 および染色体異常
3	マラリア	胃炎・十二指腸炎 ・腸炎・大腸炎	マラリア	悪性新生物
4	麻疹	赤痢	栄養失調	肺炎
5	外傷	麻疹	AIDS	心疾患

分娩時に医療者に介助を受けた率の推移をみると、アフリカはもとより、本プロジェクトが実践されているケニアでは、2005年ですら50%以下である¹²⁾ (図2)。この理由として、この地域では医療を受けることが安心・安全と認識されていないため、専門的知識のない伝統的産婆や准医師と称される、医師ではないが医師と同様の治療や処置を行う人々、さらには祈祷師のような伝統的治療者の方が信頼度が高いことなどが挙げられる。これに加え、病院へ

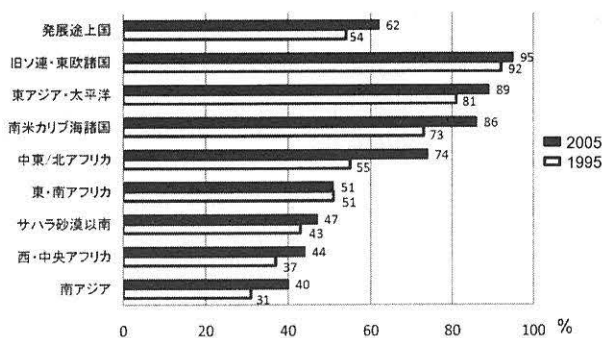


図2 分娩時の医療者の介助率

(文献12より引用して作成)

受診でき得ない貧困やアクセスなどインフラの問題から、必然的に出産は自宅分娩となっている。しかし、伝統的産婆は、信頼度は高いものの、自己の知識・技術不足を補いさらに高めるような助産師教育が十分に確立されていないため、救命可能な命さえも落とさざるを得ない現実がある。その上、発展途上国には基本的な初等教育を受けることができていない現状もあり、仮に医療を受けられても読み書きができないことから、パンフレットなどを用いた指導や共通認識をもつことの難しさという問題も横たわっている。一方、わが国では、1950年は約95%の人が自宅出産していたが、1960年は50%、1965年は20%を切って1970年には5%以下となり、戦後20年間で自宅出産が激減している。助産所についても同様であり、1970年頃を境に減少し始め、現在では日本全体の分娩数の1%程度を扱っているに過ぎない⁹⁾。分娩場所別出生数における病院と診療所の割合は、その比率に差はないものの両者の合計は99%であり、現在の日本ではほとんどの妊婦が医師・助産師のもとで出産をしている¹⁴⁾ (図3)。このようにわが国では、より高度の専門教育を受けていない産婆が関わることが多かった自宅出産から、医師・助産師

等の専門職がいる病院・診療所へと分娩に対するサポート構図が変化している。

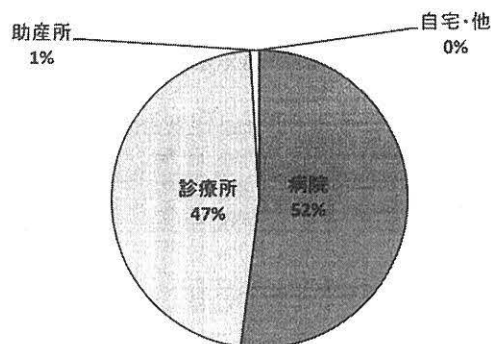


図3 分娩場所別出生数(日本)

(文献14より引用して作成)

3. 助産師の国際分類

現在、世界には様々な助産師が存在している¹⁵⁾ (図4)。それらは、まず正規の教育を受けていない助産要員 (Untrained personal) と正規の教育を受けた助産要員 (Trained midwifery personal) とに二分される。前者には民間伝承的介助人 (Traditional birth attendant: TBA) が属し、国や地方により異なるが、助産介助が可能な介助人と、それ以外の援助を行う世話人へと分類される。後者には、副助産師 (Auxiliary midwife: AMW) および高度な教育を受けた助産師 (Fully trained midwife: FMW) がある。この高度な教育を受けた助産師は、普通の助産師 (Midwife: MW) と看護教育を受けた助産師 (Nurse-midwife: N/MW)、さらには公衆衛生看護教育をも受けた助産師 (Public health nurse-midwife: PHN/MW) とに分類される¹⁵⁾。わが国の助産師の位置付けは、産婆と呼ばれた明治時代では民間伝承的介助人であった。しかし、資格制度が定められて行くにつれ、副助産師、普通の助産師、看護教育を受けた助産師、そして公衆衛生看護教育をも受けた助産師へと変遷して現在に至っている。一方、アフリカの助産師は、高度な教育を受けた助産師も存在するが、医療者の絶対的不足から多くの地域では、単なる経験・技の伝承だけで根拠を踏まえた正しい知識・技術のもとに助産を行っていない民間伝承的介助人が大半を占めているといわれている¹⁶⁾。

4. 日本とアフリカの課題

これまでに、日本の母子保健医療水準が高いこと

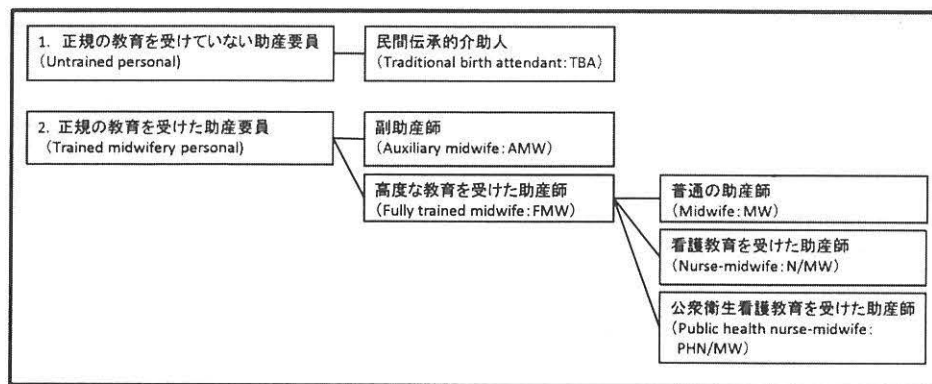


図4 助産師の国際分類 (文献15より引用して作成)

を示してきたが、その一方で、日本でも課題は山積している。すなわち、産科医・新生児科医の不足、産科施設の閉鎖・集約化、NICU のベッド数の不足、助産師の偏在など医療格差の拡大、多剤耐性菌からの新たな感染症対策、子どもの肥満に関連した生活習慣病など、わが国の潤沢した高度医療、医療資源の中でさえも解決は一筋縄ではいかない。

これに対しアフリカでは、助産師そのものの絶対数が不足しているため伝統的助産師である民間伝承的介助人の存在は大きい。医療が制限された、あるいは、医療資源の乏しい地域では、伝統的助産師は必須の医療資源である。彼らを地域医療の専門者やカウンセラーとして活躍させることでアフリカの新生児死亡率が減少しており、地域医療における伝統的助産師の役割は重要なものとなっている¹⁷⁾。したがって、今後、アフリカにおける伝統的助産師教育のさらなる充実、母子保健指標の改善に向けて非常に意義深いものとなろう。

さて、今回の JICA プロジェクトに接する中で彼らと今後の政策に向けてのディスカッションを行った。彼らは自国の母子保健データが悪いことは十分に認識していた。しかし、驚いたことに、その劣悪な数値の改善を今すぐ図るのではなく、まずは2015年をゴールとしている国連ミレニアム目標¹⁸⁾を達成させることが先決であると述べていた。この背景には、1970年におけるサハラ砂漠以南のアフリカは世界の新生児死亡数の11%、5歳未満児死亡数の19%を占めていたが、それが2006年までには新生児死亡数は倍増して22%となり、驚くべきことに5歳未満児死亡数では世界の50%にまで跳ね上がっている事

実があると推察される¹⁹⁾。

また、発展途上国では、1日あたり1ドル未満の生活を強いられている人々は未だに多い。アフリカ、ことにサハラ砂漠以南のアフリカにおける極度の貧困者数は近年むしろ増えているが、人口比については多少の改善が見られ、1990年の約57%から、2005年の約51%へと貧困者の割合は減っている。しかし、それでも未だに半分以上のアフリカの人々が貧困にあえいでいるのが現状である²⁰⁾。ユニセフによれば、貧困と感染症の関連性はこれまでに何度も言及されており²¹⁾、このことからさらに継続して次世代を担う子ども達に対する健康教育を充実することが課題であると考ええる。日本の性教育においても命の大切さについて授業が組み込まれているように、アフリカにおける初等教育においてもこれらは実現可能なのである。エイズ孤児をなくす、エイズ孤児につながる親とならないように自分を大切にすることが、発展途上国の子どもの地位の低い女性が守られていく一歩となり得るであろう。

この他、ビタミンA不足を改善することが子どもの抵抗力を高め、5歳未満児死亡率の低下につながるといわれている^{19,22)}。このビタミンAの補給は、子どもの生存や健康を維持していくために費用対効果が高いともいわれており、予防医学が主流である現在、今後さらに国の予算からの支出を考慮すべき課題であると考ええる。

国連ミレニアム目標には、母子保健指標に関すること以外にも子どもの教育、貧困、エイズなどに対し、減少、半減、修了、解消、削減、改善などといった実現させる目標が設定されているが、この目標

表3 JICAプロジェクトにおける今後の日本とケニアの課題

1. 日本の課題
1) 国内において国際的な視野に立てる助産師教育を充実させ、リーダーシップが取れるような自律した助産師を育てること
2) 支援することが全てではなく、ケニア人が自国の力で持続できるシステムを作ることができるように関わること
3) ケニア人が自らのマネージメントによって自国を変えようとするモチベーションを高めさせること
4) われわれはそれを維持できるように寄り添うこと
2. ケニアの課題
1) 識字能力を持てるよう学校教育のさらなる普及
2) 学校教育における性教育の普及
3) 専門的助産師の養成
4) 伝統的産婆の専門的能力を高める教育・講習の充実化
5) 国内紛争や自然災害など緊急事態発生時の感染症対策・妊産婦の健康管理
6) 薬を泥水で飲まなくて済むよう衛生設備の利用性を増加させること

に向かって残すところあと4年である。この4年間で両国におけるプログラムに拍車をかけなければならないが、数値を一時的に改善したとしても、それは根本的な解決策にはならない。真に改善するというシステムが政府、州、地域で綿密にマネージメントされ、かつ、改善計画の実施が継続されなければ国際協力の意味がない。しかし、彼らは現実的な問題として、母子保健には欠かせない医師、助産師、看護師など専門職者の海外への頭脳流出による移住問題を挙げていた。これは由々しき問題であり、数年前から問題視されてきたが、やはりケニアにとっては切実な問題である。ケニア国内における専門職の教育をどのように充実させるかが今後の国家プロジェクトとして大きな課題であることがクローズアップされた。

【結語】

JICA プロジェクトにおける今後の日本の役割は、表3に示すように、1) 国内において国際的な視野に立てる助産師教育を充実させ、リーダーシップが取れるような自律した助産師を育てること、2) 支援することが全てではなく、ケニア人が自国の力で持続できるシステムを作ることができるように関わること、3) ケニア人が自らのマネージメントによって自国を変えようとするモチベーションを高めさせること、4) われわれはそれを維持できるように寄り添うこと、

などが重要であると考え。

そして、ケニアにおいては、1) 識字能力を持てるよう学校教育のさらなる普及、2) 学校教育における性教育の普及、3) 専門的助産師の養成、4) 伝統的産婆の専門的能力を高める教育・講習の充実化、5) 国内紛争や自然災害など緊急事態発生時の感染症対策・妊産婦の健康管理、6) 薬を泥水で飲まなくて済むよう衛生設備の利用性を増加させること、などがコミュニティレベルでの解決策であると考え。

両国間においては医療格差をはじめとする様々なレベルの差はあるが、教育の充実の必要性は共通している。支援する・されることが当たり前ではないという互いの認識が大切であること、自国を外から見る視野を持ち専門職の役割とは何かを見極める能力を持つこと、支援する側・される側には同じ人間が存在し、そこには大切な命があることなどを忘れてはならない。現在のわが国は世界に冠たる母子保健指標を誇っているが、これは日本が特別なのであり、決して世界の常識ではない。また、かつての日本が戦前戦後を通じて遭遇してきたように、一つの国の問題は世界中の将来の出来事に結びついている。母と子が病と死と表裏一体である発展途上国の現状を、国際母子保健の表面的な視点から捉えるのではなく、その底流にあるものを歴史から学び取るとともに、新しい情報をも取り入れていくことが重要であると結論付ける。

【謝辞】

今回、JICA プロジェクトの一部に参加する機会を下さった、あいち小児保健医療総合センター名誉センター長 長嶋正實先生、元名古屋大学医学部産婦人科講師 今井信昭先生、そして JICA の中村治代先生に深謝申し上げます。

【文献】

1. 厚生労働省. 平成 17 年版労働経済白書. 本文版 第Ⅱ部 人口減少社会における労働政策の課題. 第1章 人口の変化と経済社会. 2005, 63-80.
2. 丸井英二, 森口育子編. 国際保健・看護. 東京, 弘文堂, 2005.
3. 国際看護研究会編. 国際看護学入門. 東京, 医学書院, 1999.
4. 久間圭子. 序説 国際看護学. 日本看護協会出版会編, 2001, 14-18.
5. JICA. <http://www.jica.go.jp/> 2010年12月.
6. World Health Organization (WHO) 世界保健報告. The world health report 2006.
7. 外務省. <http://www.mofa.go.jp/mofaj/> 平成23年2月.
8. The International Confederation of Midwives(ICM). <http://www.internationalmidwives.org/> 平成22年12月.
9. 母子保健の主なる統計 平成21年度刊行. 財団法人母子衛生研究会編, 東京, 母子保健事業団, 2009.
10. 世界子供白書. 特別版 2010「子どもの権利条約」採択20周年記念. 94-141.
11. Kenya Demographic and Health Survey (KDHS). 2003, 1-20.
12. UNICEF. Progress for children. A report card on maternal mortality. Number7. 2008, 7-10.
13. Global report. UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. AIDS SCORECARDS, 2010.
14. 厚生労働省. 人口動態調査 4-9 都道府県 (19大都市再掲). 出生場所別にみた出生数. 2009. 09. 10 現在.
15. 青木康子. 助産師の専門職性と業務. 青木泰子, 加藤尚美, 平澤美恵子編, 助産学大系 助産学概論. 東京, 日本看護協会出版会, 2006, 133-158.
16. 課題別指針 看護教育. 独立行政法人国際協力機構. 人間開発部資料, 2005, 1-92.
17. Gill CJ, Phiri-Mazala G, Guerina NG, et al.

Effect of training traditional birth attendants on neonatal mortality (Lufwanyama Neonatal Survival Project): randomized controlled Study. BMJ. 2011, 342, d346.

18. 山本あい子責任編集. 助産師基礎教育テキスト. 第1巻 助産概論. 東京, 日本看護協会出版会, 2009, 200-202.
19. UNICEF. The state of Africa's children. アフリカ子ども白書 子どもの生存. 2008, 1-54.
20. 勝間靖. 子どもの生存とマラリア対策のための国際保健への取組み. アジア太平洋討究 No. 13. 2009, 101-111.
21. 日本ユニセフ協会. <http://www.unicef.or.jp/> 2009.
22. UNICEF. Global databases A World Fit for Child Statistical Review 2007.