

ガーナにおけるコミュニティ保健プログラム(CHPS)の意義と限界

及川 雅典

1. 研究の目的と方法

筆者は1997年から3年間ザンビア国ルサカ市で実施されていたJICA(当時は国際協力事業団)ルサカ市プライマリヘルスケアプロジェクトに専門家としてかかわり、その後2003年からガーナ国の保健省のプログラムであったコミュニティ保健計画プログラム(Community based Health Planning and Service :以下CHPS)を調査する機会があった。この2つのプロジェクト(CHPSはプログラムであるが)は、いわゆるPHCプログラムであるとされ、コミュニティレベルの保健状態を改善するという概念を共有してはいたが多くの異なった特色を持っていた。ガーナのCHPSはルサカ市PHCと異なり、貧困削減戦略(PRSP)に対する保健セクターの主要プログラムとして位置付けられ、農村部に居住する住民の保健サービスへの地理的アクセスを改善することによって、乳幼児死亡率、妊産婦死亡率の低減に寄与し、貧困削減戦略目標、ミレニアム開発目標の達成という使命を有していた。

CHPSはガーナ保健セクターの主要プログラムの一つとして位置づけられてはいたものの、その展開速度は遅く2003年末でのCHPSの人口カバー率はわずかに1%であって、2006年に予定される5カ年計画終了時の目標達成は極めて困難な状況にある。またCHPSの担い手であるコミュニティヘルスオフィサー(コミュニティに居住しながら世帯訪問を行い保健サービスを提供するコミュニティ看護師)の実態は、居住環境、待遇、支援体制などの面で多くの問題があることが伺われ、組織的な支援システムを整備することが必要であると思われた。したがってCHPSの実態を調査し問題点を分析することによってPHCプログラムとしての意義、問題点を明らかにすることは、途上国においてPHCを効果的、効率的かつ持続的に実施していく条件を解明することに寄与するものであると考える。

この研究ではCHPSの実態を明らかにするためにCHPSの代表的な現場における聞き取り調査を行い実態を把握する方法をとった。あわせてこれらを検討して問題の仮説形成を行い、これを基礎として質問表を作成してCHPSに従事する全員を対象とした面接調査を実施した。面接調査の総数は265人、有効回答数は259人、回答率は97.7%であった。質問は回答者のバイオデータ、業務の内容、業務実施における困難性、問題点、生活上の問題、人事に関する問題などを調査した。従事者が地元出身であるかどうか、業務の円滑な実施に関連があるかどうか、単身赴任が業務に悪影響を与える度合いと年齢との関係など質的変数間の関連性について統計的検定によって仮説検証をおこなった。

2. 論文の構成

はじめに

第1章 貧困削減戦略とプライマリヘルスケア(PHC)

第1節 開発途上国の保健

第2節 途上国開発戦略の変化とPHC

第3節 ガーナ国保健政策の変化

第2章 ガーナ国の保健

第1節 一般状況と保健状況

第2節 セクターワイドプログラム(SWAP)

第3節 保健予算と医療費負担制度

第4節 人材分野の問題

第3章 CHPS の全国的実施

第1節 パイロットディストリクトの試行

第2節 ナショナルプログラムへ

第3節 拡大戦略の実施

第4章 CHPSを支える CHO の活動

第1節 セントラル州

第2節 イースタン州

第3節 アッパーイースト州

第4節 フォーカル・グループディスカッション(ノーザン州)

第5章 CHO の意識

第1節 調査方法

第2節 集計結果

第3節 質的データの関連性

第4節 CHO の将来への希望

第6章 CHPSプログラムの意義と限界

第1節 意義

第2節 限界

第3節 課題

参考文献

巻末表

3. 論文の概要

本論の目的は、ガーナにおいて貧困削減戦略の一環として採用されたCHPSが同国における民族、言語、宗教、所得格差などの地域差、異なるグループ間の差を縮小する方向へ誘導する特色ある保健戦略であるという意義を明らかにするとともに、あわせてその限界をも明らかにし、途上国で試みられている“地域保健型政策”を実施していく際に留意すべき共通の経験を引き出していくことである。

第1章では第1節で開発途上国における保健状況を概括し、先進国との著しい格差について説明する。続いて第2節においては、1980年代に開発途上国への大量援助投入にもかかわらず、かえって公的債務累積と各種保健指標の悪化をもたらした結果、世銀によって貧困削減戦略が採用されふたたびプライマリ・ヘルスケア(Primary Health Care: 以下PHC)が途上国における人々の保健改善政策として採用された経緯について分析する。そして第3章ではガーナにおける貧困削減について述べることで続く第3章において述べるCHPSプログラム誕生の背景を説明する。

第2章では、ガーナ国の一般状況について述べた後、保健制度、保健政策について概説する。ガーナにおける疾病でもっとも大きな問題はマラリアである。そして大多数の貧困層にとって、公共の保健サービスが経済的かつ、地理的にアクセス可能な状況にあるかどうかは基本的な生活を営む上で重要な問題である。しかしガーナ保健セクターは北部サバンナ地域における保健状況の格差及び人材の慢性的不足という大きな問題をかかえている。

第3章ではセクターワイドプログラムの流れに抗するかのように、USAIDの技術協力で始まった地域保健家族計画プロジェクトが、国家的なPHCプログラムに採用され、拡大していった経緯と、プログラムの概要を述べる。

第4章ではガーナ国内のいくつかの州でCHPSに従事しているコミュニティヘルスオフィサー(以下CHO)を訪ねてその実際の活動を観察するとともに、住居兼クリニックとなっているコミュニティ・ヘルス・コンパウンドにおいてインタビューを行ってCHOがどのようなことを考えているのかを調査、分析した。2003年12月現在でCHO配置数の多い3州(Upper-East州、Eastern州、Central州)を順番に選択し、Eastern州では郡保健局長へのインタビューを、他の2州では若年CHOと中高年のCHOインタビューを行なった。一方保健指標が悪くしかもCHPS進捗が一番遅れていてCHO数が少ないNorthern州を選んでグループディスカッションを実施し、CHPS/CHOの全体像が把握可能な配慮をおこなった。

ここでの記述は観察されたこと、インタビューの聞き取りをなるべく直接紹介するように心がけた。それは私が見たこと、聞いたことを直接記述して提示することによって調査の再現性が少しでも向上できると考え、そこから分析の客観性に貢献できると考えたからである。

第5章では、前章までの調査によって明らかになった、CHPSに従事するCHOの支援体制の問題、孤立・孤独感、看護師制度上の問題の所在を数量的に把握することを試みるとともに、問題相互間の関連を統計的手法を用いて分析した。

第1節においては検証すべき仮説と、調査実施方法などについて述べ、第2節ではインタビュー調査によって判明した集計結果についてCHOの年齢構成、学歴、勤続希望、業務内容、CHOの業務知識に関する自己分析、研修の必要性、どのようなことを問題どれくらい感じているかについて数字をあげて記述した。第3節では、前節までの集計をもとに変数間の関連性を統計的検定による仮説検証

をおこなった結果判明した事実について述べた。結果として当初の仮説が否定されたものもあるが、CHO の家族が州内に居住しているか否かが CHO がその地に勤続を希望する年数に影響することが判明した。第 4 節では、CHO の進学希望について分析した。第 4 章で述べた定性的調査において将来は SRN または助産婦をめざすと語る CHO に出会ったが定量的調査で判明したのは進学希望率が非常に高いこと、及び最終学歴によって希望する進学先の傾向が明らかに異なることである。

最終章では分析結果を根拠として本論の対象とした CHPS プログラムの意義、及び限界についてまとめるとともに、今後同種のプログラムを実施する場合の課題として提示することを試みた。

CHPS は優れたプログラムであると同時に多くの限界を有している。それは保健省の財政額に比べて非現実的な額の予算を要するプログラムであり、未成熟な地方行政組織 (DA) の協力不足であり、遠隔僻地への単身赴任を逡巡する生身の CHN/CHO の苦悩である。

その解決としてまず最初に考えられるのは、CHPS プログラムがナブロンゴで成功した「隠されたカギ」となるものを抽出することである。ナブロンゴでは地元配置されていた CHN をそのまま地元に戻配置を行っている。地元の言葉をしゃべり、地元で家族の住む CHN をそのまま CHPS の CHO に転用することの優位性は明らかである。またナブロンゴでは非常の多くの資源を用いて「コミュニティ・エンタリー」を行っている。ナブロンゴ保健リサーチセンターの普及員、USAID から派遣されたアドバイザーが参加型開発の手法を指導し、ソーシャル・プリパレーションに時間をかけている。また DA に対する積極的な働きかけがあったものと考えられる。こうした作業なくして CHPS があたかも自然に普及していくように考えることはあまりに楽観的過ぎる。多くのディストリクトで CHPS が拡大しないのはひとつにはこうしたソーシャル・プリパレーションの過程が明らかにされていないことであり、今後は DHMT の CHPS コーディネータ、スーパーバイザーに対してコミュニティ開発に関する技術的支援が必要とされよう。

次の課題は CHPS の地元型への改造であろう。ガーナには一口に農村といってもサバンナから肥沃な森林地帯などのバラエティがあり、これにともなってコミュニティの成り立ちも異なる。このような相違があるのにもかかわらずナブロンゴの型を唯一のものとして推奨することは無理であろう。型にとらわれない地元形への改造 (Modification) がこれからの課題であろう。

さらに検討されなければならないのは CHN の地位についての問題である。現職研修や通信教育過程によって CHN が助産婦資格やさらに上の資格、学位を取得できるようにすることが有効であろうし、現在は州やディストリクトの PHN から任命されている CHPS の監督者 (スーパーバイザー) になることができるよう途を開くことが必要である。これによって CHN は自己完結的な昇進の制度的保障を得、准看護師という地位から解放されて、コミュニティ保健の中心的な担い手としての地位を得ることができよう。

加えて触れなければならないのは、業務知識が不足する分野に対する研修の充実であろう。CHPS に従事する CHO の一部の分野における業務知識不足は極めて深刻である。Safe-Delivery など助産婦の扱う分野では TBA を監督することが期待されているが任務を果たすには相当の知識、経験が必要であり、この分野における研修、通信課程などの提供が必要とされよう。

本稿では CHPS に携わる CHO に焦点をあてて調査を行いその実態を描き出そうと試み、CHO の観

修士論文概要

察のあと全 CHO へのアンケート調査と分析を行った。したがって問題意識は CHO の「訴え、悩み」から出発し、それが全体プログラムへの与えるであろう影響へと分析を進めて意義、限界、課題へとたどり着く道筋をとった。したがって CHPS/CHO を地域住民がどのように受け止めているか、CHPS ボランティアが何を求めているかについては不十分なまま終わっており、今後の課題となった。