

<原著論文>

セネガル農村部における基礎保健員の 継続的活動を支える住民側の要因

The factors of community health workers' continuous activities in the rural areas in Senegal

岩佐 真也¹

要 旨

目的: セネガルの農村部において、基礎保健員の継続的活動を支える住民側の要因を、プライマリ・ヘルスケアの住民参加という視点から明らかにすることである。

方法: セネガル共和国C郡にある、9村の保健小屋にかかわっている住民(村長・自治会役員・保健委員・基礎保健員)に対し、住民の基礎保健員への関わりと必要性、役割認識、基礎保健員の活動上の問題と対処行動、保健委員の活動等について、家庭訪問による質問紙を用いた面接調査を実施した。

結果: 同意が得られた対象者は、6村の保健小屋にかかわっている住民で、その内訳は村長6名、自治会役員6名、保健委員4名、基礎保健員4名の20名であった。

- 1) 村の問題として、インフラの未整備、村の経済発展、健康問題があげられ、このことについて何らかの話し合いが行われていた。
- 2) 基礎保健員の活動に対する住民のかかわりは、資金の提供、保健小屋の運営や維持管理と積極的に行っているにもかかわらず、多くの者が基礎保健員の力では健康問題の解決は不十分であると考えていた。
- 3) 基礎保健員は自身の役割の上位に、健康教育を挙げていたが住民は治療行為を期待しており、両者の間に役割認識の差があった。
- 4) 住民が捉えている基礎保健員の活動上の問題は、基礎保健員が専門性を発揮する上での問題からプライベートな問題に至るまで様々であった。その中には、基礎保健員の知識や能力といった解決できない問題があった。
- 5) 現在基礎保健員が活動している村には、全て保健委員会が設置されていた。保健委員は、保健小屋を村で唯一の公共施設と捉え、保健小屋を大きくすることで村に活気が出て村が発展すると考えていた。

結論: 基礎保健員の継続的活動を支える住民側の要因は、基礎保健員と村の問題について共通認識し、そのことについて話し合うことである。また、基礎保健員が実施可能な範囲の活動を住民が理解することであり、基礎保健員の活動上の問題に対して話し合いを通して対処行動を見出す力を持っていることである。さらに、住民の中にそれをリードする保健委員会組織が存在し、村全体の発展を目指して保健活動に携わる保健委員の総合的視点があることである。

Abstract

PURPOSE: This study clarifies the factors of the residents who support community health workers' continuous activities in rural Senegal from the viewpoint of community participation in Primary Health Care (PHC).

METHODS: a) Subjects: The local residents who were involved in the health centers of 9 villages in C county of Republic of Senegal: the village chiefs, residents' association officers, health commissioners, and ASCs (community health workers). b) Content and Method: I conducted a household interview survey with a questionnaire on the residents' involvement with the ASCs and the need for them, the understanding of their functions, difficulties of the ASCs' activities and the ways they cope with them, and health commissioners' activities.

RESULTS: The subjects who agreed to take the survey were 20 residents, including 6 village chiefs, 6 residents' association officers, 4 health commissioners, and 4 community health workers.

1. The problems of the villages include inadequate infrastructure, the economic growth of the villages, and health problems.
2. Although the residents were actively involved in the ASCs' activities by putting energy and money into them and by operating and managing health centers, many of the subjects thought that the ASCs' efforts were insufficient to solve the health problems.

3. There was a gap in perception between the ASCs and the residents: the ASCs placed health education high on their list of the priorities of their roles, whereas the residents expected therapeutic intervention from them.
4. Problems with the ASCs' activities that the residents described varied from those related to the ASCs' expertise to some private issues. There remained problems with the ASCs' knowledge and abilities that have not been solved.
5. Every village where the ASCs worked had a health committee. The health commissioners recognized health centers as the only public facilities in the villages and believed that expanding them would invigorate and develop the villages.

CONCLUSION: These results show that the factors of the residents who support community health workers' continuous activities require both the ASCs and the residents as citizens to mutually recognize the problems of the villages and discuss them. Also important is that the residents understand what activities the ASCs can manage and that they be able to find the ways to deal with their problems through discussion. This survey also revealed the importance of the existence of the health committee organization which leads the discussion as well as the comprehensive view of the health commissioners who promote healthcare activities for the development of all the villages.

キーワード：セネガル，基礎保健員，コミュニティー・ヘルスワーカー，プライマリ・ヘルスケア，住民参加
Senegal, L'Agent de Santé Communautaire, community health worker,
Primary Health Care, community participation

I. はじめに

アルマ・アタ宣言（1978）によりプライマリヘルスケア（以下PHCと略す）が提唱され、PHCは国際的に保健活動の共通理念として多くの国で実践されてきた。特に発展途上国においては、PHCの実践を担う者として地域保健従事者（Community Health Worker、以下CHWと略す）に大きな期待がかけられた。しかし、現実には多数の国でCHWが十分に機能していない状況があり、それを受けWHOはCHWが地域の中で活動していくための問題を明らかにした¹⁾。その中では、地区のヘルスシステムやCHWを支えるシステムの不足、住民自身の積極的な保健サービスへの参加等の問題が指摘されている。そして、このような状況にあるCHWの研究として、CHW自身の育成計画等に焦点を当てた研究が行われてきた²⁻⁷⁾。

しかし、これらCHWの研究はサービス提供者側から分析したものが多く、CHWと共に保健活動に取り組むことが期待されている住民側からの視点に着目した研究は少ない。

セネガル共和国（以下セネガルと略す）においても、1997年には保健分野人材育成計画を策定し、貧困消滅戦略文書（PRSP）の暫定版においても保健分野の重要課題の一つとして医療従事者の確保をあげている。

セネガルでは、人口10万人当たり医師7人・看護

師35人で、途上国全体の平均（医師78人／看護師98人）に大きく及ばない。また、人口の22%が居住する首都のダカルに医師の73%、薬剤師の50%、助産師の60%、看護師の43%が集中しているため、農村部では無資格の保健医療従事者が診療・治療にあたらざるを得ない現状にある⁸⁻¹⁰⁾。

この無資格の保健医療従事者は、フランス語でL'Agent de Santé Communautaireと呼ばれる、基礎保健員（以下ASCと略す）であり、PHCにおけるCHWに匹敵する。このASCは、住民にとって一番身近な一次保健医療施設としての役割を果たす保健小屋で、基礎医薬品の配布や予防活動を行っている。しかし、そこで働くASCについては、今までどれだけの人数が存在し、機能しているか十分把握されてこなかった。

このような現状を受け、近年ではASCを対象にした実態調査がなされ始めたが¹¹⁾ PHCの基本理念である住民参加という視点からASCの研究を行っているものは研究者の知る限り見当たらない。

そこで、本研究ではセネガル農村部におけるASCの継続的活動を支える住民側の要因を、PHCの住民参加の視点から明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 対象地域

セネガルは11州から成り、その1つであるA州

は、B保健区（県）をはじめ4つの保健区から成り立っている。

B保健区の保健医療施設は、保健センター1ヶ所、保健ポスト13ヶ所（私設保健ポスト1ヶ所はこれに含んでいない）、保健小屋44ヶ所である。このB保健区を地方政府としてみると、4郡に別れ、1郡につき2ヶ所から5ヶ所の保健ポストが点在している。B保健区の4郡の一つであるC郡には、5ヶ所保健ポストがあり、それぞれ0から3ヶ所の保健小屋を管轄している（現地調査時点における行政区と保健医療施設数）。

本研究では、C郡にある保健小屋を有している4ヶ所の保健ポストが管轄する9ヶ所の保健小屋のある村を対象地域とした。

なお、C郡は特別な産業や開発が行われている地域ではなく、セネガルの平均的な農村部と考えられるため、本研究の対象地域とした（図1）。

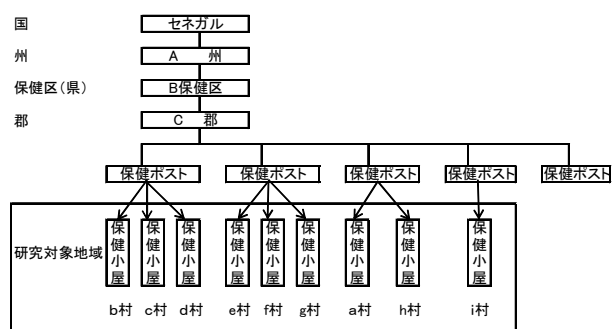


図1. 対象地域

2. 対象者

セネガルA州B県C郡にある9保健小屋にかかわっている住民（村長・自治会役員・保健委員・ASC）のうち、研究同意を得られた者とした。

3. 現地調査期間

2004年8月12日から2004年9月28日まで。

4. 調査内容と調査方法

対象者（村）の特性、ASCの養成、村が抱える問題や健康についての問題認識、住民のASCへのかかわりと必要性、役割認識、ASCの活動上の問題と対処行動、保健委員の活動について調査を実施した。

調査は2段階で行った。第一次調査は、ASCの養成、ASCが担う業務内容、保健小屋の運営状況、

保健委員会の組織と活動について、ASCと保健委員に質問紙により聞きとりを行った。

第二次調査は、質問紙調査の結果と先行研究に基づきインタビューガイドを作成し、それをを用いて半構成的面接法で住対象者全員に対し一人1回から2回、1回につき30分から1時間で個別に面接を実施した。調査項目は、村が抱える問題や健康についての問題認識、住民のASCとのかかわり、ASCの役割認識、ASCの活動上の問題である。面接は現地語とフランス語の通訳者を介して行った。面接内容は、対象者の承諾を得て録音した。

5. 分析方法

作成した質問紙のプレテストをセネガルにおいて実施し、保健ポストの看護師の助言をもとに質問紙の修正を行い質問内容の精練を行った。その後、家庭訪問による質問紙を用いた面接調査を実施し、収集したデータを質的帰納的に内容分析した。内容分析では、発言内容をコード化し、本研究概念枠組みであるASCの選出、住民のニーズとその共有化、住民間コミュニケーション、利用可能な資源の活用、活動上の問題への対応、村長の役割、保健委員会の役割についてそれぞれのコードを集約することで分類した。なお、分析の妥当性確保のため、質的研究を行っている複数の研究者の助言を受け行った。

6. 倫理的配慮

セネガルの保健医療システムの流れに則り、保健センターから保健ポストへ、保健ポストから保健小屋へと、研究協力依頼の手続きを踏むため、研究協力者にとっては、トップダウンでの依頼の受け入れとなる可能性がある。そのため、協力要請の際には、調査目的・方法を十分に説明し、調査協力の拒否がいつでも可能であることを伝えた。また、保健ポストの管轄内にある限られた地域の調査対象者であることから、調査対象者が限定される可能性があるため、データ分析から一貫して対象者を限定できる表現を避けた。

Ⅲ. 結果

1. 対象の特徴

1) 対象者

調査できた対象者は、村長6名、自治会役員6

名、保健委員4名、ASC4名の計6村、20名であった。e村の自治会役員とASCだけが女性でそれ以外は全員男性であった。c村・d村では以前ASCがいたが、現在では離職もしくは長期間活動中止の状態であった(表1)。

表1. 対象者

	a村	b村	c村	d村	e村	f村
村長	男 40代後半	男 70代前半	男 50代後半	男 60代前半	男 60代後半	男 70代前半
自治会役員	男 40代後半	男 50代前半	男 40代後半	男 60代後半	女 40代前半	男 40代後半
保健委員	男 30代後半	男 50代前半			男 30代前半	男 40代前半
基礎保健員	男 30代後半	男 20代前半			女 40代前半	男 40代前半

2) 村の概況

6村の人口は、村により124人~4,000人と差があった。しかし、基本的には一つの村に一つの部族集団が暮らしており、電気は、どの村にもなく、飲料水としての井戸や農耕用の井戸は不足している傾向にあった。どの村も農業や漁業により生計を立てており、現金収入を得ると言うよりも、自給自足の生活が主体であった(表2)。

表2. 村の概況

	a村	b村	c村	d村	e村	f村
人口	124人	200人	260人	245人	692人	4000人
世帯数	11世帯	33世帯	24世帯	16世帯	101世帯	637世帯
井戸	1つ	2つ	1つ	1つ	6つ	7つ
小学校	1クラス	3クラス	1クラス	無	4クラス	5クラス
粟製粉機	無	有 (故障)	有 (故障)	無	無	無
電気	無	無	無	無	無	無
保健ポストまでの距離	4キロ	3キロ	5キロ	4キロ	8キロ	4キロ
産業	農業 漁業	農業	農業	農業	農業	農業 漁業

3) ASCの養成

ASCは、1ヶ月半から3ヶ月の研修期間で養成された者がほとんどで、この研修以後に単発的なセミナーに参加している者はいるが、再研修や訓練を受けた者は誰もいなかった。

2. 「村の問題」「村の健康問題」の認識

調査対象者全員(20名)が村の問題として水、電

気、道といったインフラの未整備、医薬品や機材の不足、移送手段の不足、保健小屋の機能が十分でないといった保健に関することを挙げていた。また、村全体の発展に関するプランの不足、村を支援する資金の不足、仕事がないといった村の経済発展に関することも挙げられていた。

村の健康問題については、大半をマラリアや下痢といった「疾患」と捉えており、これらの健康問題に対しほとんどの調査対象者が、住民同士や看護師等と話し合い(井戸端会議のようなものから相談に至るまでを含む)を行っていた。

3. 住民のASCへのかかわりと必要性

ASCの活動に対する住民のかかわりは、保健小屋の周辺の草刈を行う、保健小屋の掃除や修理を行うといった労力の提供、医薬品を買うために分担金を出すといった資金の提供、保健委員会の会合への参加といった保健小屋の運営や維持管理であった(表3)。

表3. ASCのかかわり

	a村	b村	e村	f村
村長	・助言を与える ・基礎保健員が外出の際は、家事等を手伝うように村人に指示し私もする ・問題が起れば解決 ・不足しているものがあれば買うためのお金を出す	・会議のときは参加 ・助言する ・基礎保健員の言う事を尊重	・保健小屋の運営会議や活動に対し助言 ・毎月末に保健小屋を訪れ活動を見守る ・基礎保健員が村人に指導する時に協力 ・基礎保健員が行っている活動に参加	・基礎保健員が資金を集める為に、集会を企画する場合は、特別に許可を出す ・週1回、保健小屋を訪ね状況を見る ・活動を見て必要なことを助言
自治会役員	・保健小屋を立ち上げ周りの囲いを建設しタイルを張ったりを無料でする ・分担金を出す	・保健小屋の周りの草刈りをしようと言われたら参加する	・会合に参加したり、仕事において協力する	・薬を買うために分担金を払う
保健委員	・何か問題があれば基礎保健員を助けている ・分担金を払って基礎保健員を助ける	・保健小屋の周りの草刈り保健小屋の掃除	・会議の企画 ・薬の買い付け ・体重測定の手伝い	・薬の在庫管理 ・薬の販売や在庫を数える

健康問題を解決するためにASCが必要であると感じている者は、村長、自治会役員、保健委員計16名の内8名であった。保健委員においては4名中3名が不必要と回答した。

ASCが必要と感じている者の中にも、「ASCがもっといろんなことが出来、もっと自由に使える薬や機材があったなら」と必要ではあるが不十分であると考えている者がいた。また、不必要であると感

じている者は、「ASCでは注射ができない」「ASC一人では健康問題を解決できない」「重病人に対してASCでは確かな治療ができない」ことを理由として挙げていた（表4）。

表4. 健康問題解決とASC

属性	a村	b村	c村	d村	e村	f村
村長	必要ただし、基礎保健員がもっているようなことができるのなら必要	不必要健康問題を基礎保健員一人では解決する力に不足しているから	不必要ひとりの基礎保健員では、村人すべての世話をするのができないから	不必要基礎保健員では重病者の世話に必要な知識が不足しているから	必要	必要
自治会役員	必要ただし、基礎保健員が自由に使える薬や機材が揃っているなら	必要	不必要基礎保健員一人では、健康問題を解決するための能力に欠けているから	必要	必要ただし、薬や機材が十分にあるなら	不必要知識が不足しており、重病人に対して確かな治療が基礎保健員ではできないから
保健委員	必要ただし、自由に使える機材と、手段があれば	不必要基礎保健員は健康問題を解決する手段を持っていないから			不必要基礎保健員は注射ができないし、知識が不十分で、治療手段や機材が不足しているのレベル（基礎保健員レベル）では問題を解決できないから	不必要基礎保健員が仕事をし、機材を得るための資金援助が不足しているから。基礎保健員では重病者を世話するための確かな知識が不足しているから

表5. ASCの役割認識

	a村	b村	d村	e村	f村
村長	病人の世話や治療薬不足を避ける			予防接種村人の治療薬を与える	薬の販売傷の処置注射
自治会役員	病人の世話や治療薬の販売	薬の販売外傷処置	病人に薬を与えるために、患者の状態を見極め、正しい診断をする	予防接種薬を与える範囲を超えたら病院まで搬送	
保健委員	保健小屋を潰さない病人の受け入れ薬の販売				保健小屋の運営治療薬
自己の役割認識	外傷の処置薬の販売と、のみ方の指導保健ポストまで病人を移送する際病人の状態を安定させる参加したセミナーの内容を、村人に伝えて話し合う健康の喚起	健康問題解決の手助け保健小屋管理病人を保健ポストに移送の際付き添う保健ポストの看護師が来る日、内容を伝達AIDS等について、型にとられない講演をする		薬を売る傷の処置体重測定型にとられない講演人を集めて外傷の処置などのデモンストレーションの実施	保健の推進役保健組織の運営第一次治療薬品の管理保健小屋の中で働く

(ASCが必要と回答した対象者)

4. ASCの役割認識

ASCは自身の役割を型にとられない講演（村での行事やサッカー大会などのイベント時に会場の一角で行う座談会的な健康教育）や受講したセミナーの伝達講習、健康の喚起を上位に位置づけていた。また、外傷処置、薬の販売、投薬、病人の移送、薬品や保健小屋の管理、保健組織の運営等も自身の役割と認識していた。

一方住民は、型にとられない講演よりも薬の販売や病人の世話、正確な診断といった、治療行為を最も期待しており、両者の間に役割認識の差が見られた（表5）。

5. ASCの活動上の問題とその対処行動

現在ASCが活動している村で住民が捉えているASCの活動上の問題は、医薬品や機材の不足、ASC自身の健康管理、給料の不足、畑仕事ができない等、ASCが専門性を発揮する上での問題からプライベートな問題に至るまで様々であった。そして、これらの問題に対し、分担金を払い、農耕を手伝うこと等で対処していた。しかし、対処できない問題としてASCの知識や能力に限界があること、保健ポストの看護師の助言が不足していることがあった。

一方、ASCが捉えている自身の活動上の問題は、医薬品や機材の不足、共に活動する村民や保健小屋を運営するための人材不足、住民に対し健康の喚起が難しいことであった。そして、これらの問題に対し、資金確保のためのパーティーを企画し参加費を医薬品等の購入に当て、地道に健康や保健小屋の活動に参加してもらえるように、まずは保健委員に喚起を行い理解者を増やすといった対処行動をとっていた。そして、このような問題についてASCが自分自身で対処したり、住民や保健ポストの看護師等に協力を依頼したりして対処していた（表6）。

6. 保健委員と保健委員会

ASCが活動している村には、全て保健委員会が設置されており、それぞれ5名から7名の保健委員がいた。c村、d村ではASCが活動していたときに保健委員や保健委員会は組織されていなかった（表7）。

保健委員会には、会の運営を円滑に行うために、会長・副会長・会計・会計監査・秘書といった役割が設けられていた。保健委員会の役割は、保健小屋

表6. ASCの活動上の問題と対処行動および相談相手

	属性	a村	b村	e村	f村
基礎保健員活動上の問題	村長	・給料の不足（給料がない） ・薬の不足	・薬の不足	・出産の時、電気もなく、機材も十分でない ・薬が不足	・病人を介抱する為の機材や薬が不足
	自治会役員	・薬の不足	・薬や機材の不足 ・基礎保健員自身の健康管理	・村人と基礎保健員との関係。村人は自分達の用事だけをしている ・機材などの不足	・仕事をするための機材の不足 ・確な治療と病人を世話する為の能力の限界
	保健委員	・薬の不足 ・基礎保健員の家族内での問題。家族の誰かが病気だったら基礎保健員は保健小屋に仕事に行くことができない	・薬の不足	・家事ができない ・旅行ができない ・畑仕事ができない	・仕事をするための、薬と機材が不足 ・確かな治療をするための知識が不足 ・管轄する保健ポストの看護師の助言が不足
	基礎保健員	・たくさんの患者がいるにもかかわらず、薬が不足 ・病人を移送するための機材や方法が不足	・医薬品や機材の不足	・仕事を初めてから今まで、問題を感じたことはない	・保健についての喚起 ・給料がない ・機材の不足 ・人材不足による保健小屋の運営が困難 ・共に活動できる村民や資源の不足
対処行動	村長	・ピーナッツ畑や栗畑を収穫まで手入れするのを手伝っている ・分担金を出して、薬を買っている。また、実費を出して、消毒剤などを基礎保健員に提供している	・村人に分担金を出すように呼びかけている	・出産時は可能な限り介助させるが、問題があれば保健ポストに行くための車を用意するように指示する ・もし何かあったら仕事の手を止めて、薬を買いに行くように指示	・村人からお金を出し合って、薬を買うように指示している。なぜなら、私一人では、それをするには無理があるから
	自治会役員	・薬を買う為に大人は毎月100cfa（約20円）分担金を払っている	・一人100cfa（約20円）分担金をだしている ・基礎保健員が病気になったら早く健康を回復できるようにすぐに保健ポストに行くように言っている	・協力するためのよき意欲を持つようになっている ・機材や資金などを政府に要求している	・薬を買うためにお金を出している。また、村の婦人会や青年会からもお金を出している ・対処方法なし。基礎保健員では能力に限界があり看護師でない確かな治療はできない
	保健委員	・薬を買う為に村人から分担金を徴収する ・家族内で問題があったら会議を設け私たちも参加して問題についての解決策を見つけている。お金が必要であるならば基礎保健員の必要な額を保健委員で出し合っている	・一人100cfa（約20円）の分担金を出している	・基礎保健員自身は旅行の期間を短くしたりしているが、僕自身としてはこれらの問題に対して何もしていない	・分担金を払ってもらおうよう喚起している ・対処方法なし
	基礎保健員	・村人に、分担金の呼びかけをしている ・病人を移送しなければならないときは、少し離れたところにある施設（公園）の人と話し合い、車を借りている	・保健ポストレベルに協力を要請している	問題がないので対処行動はない	・保健委員に対する健康への喚起・別の仕事をして収入を得る ・分担金を出してもらえるように喚起する。資金確保の為にダンスパーティや相撲大会を企画し入場料を薬や機材の購入に当てる ・保健小屋の活動に参加・協力の喚起 ・NGOなどに協力要請のコンタクトをしている
相談相手	村長	保健委員と村人	村人	基礎保健員や村人	私の身近にいる村人
	自治会役員	村人	村人や保健委員	村の女性グループ同士	村長や各会の人々
	保健委員	保健委員や村長	村人	相談しない	村人や保健委員のメンバー
	基礎保健員	村長や村長が不在のときは、村長代理	保健委員	問題がないので相談しない	村人と話しをする為にまず、保健委員と話し合っている

の評価や計画の話し合い、予算や在庫管理であり、保健小屋で問題になっていることについて議論することであった。保健委員会の会合は1年間に4回から24回開催されており、会合への保健委員の参加率も非常に高かった。またこの会合には、村により保健委員だけでなく、ASC、村長や住民も参加していた。住民への周知は、医薬品購入のための分担金の徴収や会計報告等であり、その報告については当たり前のことであると考えていた。

また、保健委員は、保健小屋を村で唯一の公共施設と捉え、保健小屋を大きくすることで村に活気が出て村が発展すると捉えていた。さらに、保健委員の役割は保健小屋を基盤にして村全体の経済発展の

ために頑張ることと捉えていた。

IV. 考察

1. 生活者として問題を共有する

村の生活における問題の中に健康問題が位置付き、さらに健康問題の中にも、疾患だけでなく社会資源の不足、環境などの生活の問題が含まれている。特に発展途上国において、経済開発、貧困対策、食料対策、上水道、衛生、住居、環境保全などのすべてが保健医療に貢献することを意味している。ASCや住民が村での問題と健康問題は切り離せない問題であり、健康が保健分野のみによって獲得できるものではないことを認識している表れであると考えられる。

ASCが地域に密着した形で活動を展開するためには、保健医療関係者として健康問題を疾患と言った狭義にとらえるのではなく、一住民として地域で起こる様々な現象を他の住民と同じ立場で捉えていることが重要となる。また、お互いがこれらの問題について話し合い、情報を共有することが重要である。地域社会においては、人々が保健サービスの企画に参加することが求められているため¹²⁾、参画の全段階として、村の生活問題の中に健康問題が位置づき、その健康問題をASCや住民が共通認識していることが必要であると考えられる。

2. 実施可能な範囲の理解

PADRUSは、ASCの役割を治療、保健小屋の運営・管理、保健に関する啓発活動、疾病予防の4つであるとしている¹³⁾。これは、本調査でのASC自身の役割認識内容と一致しているが、住民が期待するASCの役割とは一致しない。村の重点健康問題がマラリアと認識されていることから、ASCに対し正確な診断や治療、世話、薬の販売を期待する傾向があると考えられる。

しかし、ASCは10から20品目の医薬品を用い、初期的・基本的な治療を行うように訓練された、無資格の保健医療従事者であり、その治療には限界がある。住民のASCの必要性に対する意見の相違は、このような認識の欠如と、資源等の不足による治療の不履行もしくは中断といった住民の体験的価値判断によるものであると考えられる。

住民がASCを必要と考えるか否かの前に、ASCのできる事と、専門的知識を十分に持った看護師で

表7. 保健委員会の活動

	a村	b村	e村	f村
委員数	7人	5人	5人	5人
会合参加率と	4回/年 75%以上	5回/年 70%以上	12回/年 95%	24回/年 95%
話し合いの内容	・保健小屋について何か問題がおきていないか ・保健小屋などに関して、何か問題があれば、それが何かを調整する	・保健小屋の状況について ・保健小屋の発展について	・薬について(数をかぞえる) ・基礎保健員と産婆の給料について(計算する) ・薬の購入について	・保健小屋の仕事で問題になっていることについて ・薬の在庫と調整について話し合う
参加者	ASC・住民・保健員	ASC・村長・保健員	ASC・村長・保健員	ASC・保健員
評価・在庫管理	実施している	実施している	実施している	実施している
住民周知	実施…会議をして。住民は分担金を払っているの、保健委員は住民に対して報告する	実施…会議をして。住民から分担金をもらっているの、報告しなければならない	実施…会議や、よもやま話で住民に知らせている	未実施…保健小屋が始まったばかりで他にもたくさんの決め事を実行していない
保健委員の思い	やっと村に保健小屋ができたけど、ここでもっといろいろなことができるように、保健小屋を大きくした。そうすることで、村に活気が出て、村の発展にもつながる		保健委員の役割は保健小屋の運営だが、保健小屋を基盤にして村全体の経済発展の為にがんばること。保健小屋を上手に運営することは、他の援助を得る為の取っ掛かりだ。基礎保健員では無理な事があるのに気づいた。保健小屋という中途半端なものじゃなく、村には保健ポストのような施設が必要だ	みんなで力を合わせて保健小屋を守っていくことが必要。保健小屋は、村の唯一の公共施設で、ここを中心に村の経済がよくなっていくことを願っているよ

ないといけない事があることを、住民が理解していることが必要である。

3. 共同作業

PHCの実現は、使える人的資源を最大限に活用し、個人とその家族が自らの健康に大きな責任を持つことにより可能となる¹⁴⁾ため、保健問題を解決するために住民が積極的に興味を持って関わるのが重要となる。

住民のASCに対する協力は、村長や自治会役員、保健委員が個々に行うと言うよりは、保健委員会の声かけによりASCと住民が一緒に行うという、住民一人一人が保健チームの一員となって、ASCと共に共同作業であると言える。このような協力は、ASCの日常的活動を支えるサポートとして重要な役割を果たしていると考えられる。

4. 話し合いを通し対処行動を見出す力

ASCの活動の多くが無償のボランティア活動であると言う現実、ASCの継続的活動を支えるインセンティブの不足と大きくつながっている¹⁵⁻¹⁶⁾。そのため、ASCにとって自身が感じている活動上の問題は、活動継続のためのモチベーションの低下を招きかねない。そのため、ASCや住民がこの問題について共に認識し考えていくことが、ASCの離職を食い止める上で極めて重要であると考えられる。

実際、ASC自身が認識している活動上の問題と住民が認識しているASCの活動上の問題には違いがあるため、まずは活動上の問題について両者が認識していることを言語化し、明らかにすることが必要である。明らかにする場合は、井戸端会議的なものから会議レベルのどれでもよく、住民が何らかの形で問題を話せる場であればよい。そして、明らかにされた問題についてASCや住民、それ以外の誰とでもよいので話し合い、そこに参加することで問題を共有認識しながら、ASCの問題を自分たちの問題として受け止めることが重要である。そして、活動上の問題の解決策を協力し工夫しながら見出すという取り組みの発想が必要であると思われる。

本調査では、対処行動を見出せない問題として、ASCの知識不足や保健ポストの看護師の助言不足の問題が認識されている。従来からASCが機能するための客観的な要素として、ASCの能力の問題やスーパービジョンが挙げられており、ASCの能

力の開発のためにも、訓練と再訓練を行う必要がある¹⁷⁾。そして、その機会を定期的に提供し、継続的な訓練を積み重ね、ASCに確かな治療を行う技術と知識、困ったときの助言やモニタリングシステムを確立することが必要となると考えられる。そのためにも、まず住民が、これらの要望を住民の中にあげ、その声を看護師に届けていく必要がある。しかし、現実には一住民として、看護師に申し出るのは困難であるため、ASCの活動にかかわる組織である保健委員会が、住民の代表となり申し立てていくことが効果的であると考えられる。

5. 住民とともに村づくりを目指した活動

セネガルにおいて、保健全般にかかわる人材として保健委員が存在するが、これは村の任意での選出であるため、全ての村にこのシステムが導入されているとは限らない。しかし、このシステムが導入されていた村では、住民の主体的活動を促進する方法として、住民を保健委員会に巻き込みながら行う組織的な活動が展開されていたと言える¹⁸⁾。

しかし、保健委員の中には、積極的に直接的かつ間接的な支援を組織としてASCに行っているにもかかわらず、ASCでは健康問題を解決しきれないと捉えている対象者もいる。

PHCにおいて保健水準の向上を考えたとき、地域社会の総合的社会経済開発との両方が必要不可欠な部分を構成している¹⁹⁾。保健委員はASCだけでは村全体の健康状態改善は難しいと理解しているものの、保健小屋が村の公共施設であり、そこでのASCの活動は公共事業として位置づいていると認識していたと考えられる。住民の主体的活動を展開していく保健委員には、保健医療サービスを介して、村全体の発展を期待するといった考え方が必要であり、村の経済的發展を実現するためには、健康というものを、それ自体が目的ではなく、人が幸せに生きる、安寧に生きるための資源として捉えていることが重要であると考えられる。

また、保健委員会が、保健全般にかかわる組織として村づくりの中に位置づけられていることも重要であると考えられる。

V. 結論

本研究の結果から、ASCの継続的活動を支える住民側の要因として6点が明らかになった。

1. 村の問題や健康問題について、住民とASCの問題認識が一致しており、両者にとって村の問題の中に、健康問題が重要な問題として位置づいていること。また、住民が健康問題に関して、住民同士もしくは保健ポストの看護師等と健康問題について話し合っていること。
2. 住民がASCの4つの役割を認識しており、特に住民の期待が高い「治療」に関しては、ASCができる初期的・基本的な治療と、専門的知識を持った保健ポストの看護師でないとできない治療があるという、ASCで実施可能な範囲を理解していること。
3. 住民のASCに対する日常的な支援があり、その支援は、労力の提供、資金の提供、保健小屋の運営や維持管理に対し、住民の負担可能な費用と範囲内で、住民とASCが一緒になって行う共同作業であること。
4. ASCと住民が認識している、ASCの活動上の問題について両者で明らかにすること。明らかになった問題には、村の中で対処できるものと、保健ポストの看護師等に協力を求めるものがあるが、それらの問題を相談し合う場があり、その場の中で住民が問題を言語化し共有化していること。
5. 村の中に、保健委員と保健委員会が設置されており、その保健委員と保健委員会によって、医薬品購入や保健小屋の修理等の分担金を呼びかけるといった、住民への働きかけが行われることによって、住民自身が組織的な活動を行っていること。
6. 保健委員会が、村づくりの中に位置づけられている組織であり、また、保健委員会が、保健小屋を村の公共施設と捉え、村づくりの一環として保健小屋を運営・管理し、村の経済的発展を実現するための一手段として、健康を捉えていること。

謝辞

本研究を行うにあたり、セネガル保健予防省を始め多くの現地医療関係者の皆様、国際協力機構セネガル事務所、『セネガル共和国保健人材開発促進プロジェクト』の皆様にお世話になりましたことに深く感謝いたします。

また、国際地域看護研究会の森口育子教授、日本看護協会の井伊久美子様、公益財団法人結核予防会

結核研究所所長の石川信克様にご指導をいただきましたことに感謝いたします。

引用文献

- 1) World Health Organization, *Strengthening The Performance Of Community Health Workers In Primary Health Care*, 20-55, World Health Organization, (1989)
- 2) 寛吉佐知子, *PHCに携わる無資格者の人材育成に関する研究*, 219-221, 厚生省, (1998)
- 3) 清水真由美, *PHCに携わる無資格者の人材育成に関する研究*, 222-223, 厚生省, (1998)
- 4) 徳永瑞子, *中央アフリカ共和国のPHC人材と養成の現状*, 57-60, 厚生省, (1998)
- 5) 徳永瑞子, *中央アフリカ共和国におけるコミュニティー・ヘルスワーカー育成の試み その1*, 61-64, 厚生省, (1999)
- 6) 徳永瑞子, *中央アフリカ共和国におけるコミュニティー・ヘルスワーカー育成の試み その2*, 65-72, 厚生省, (1999)
- 7) Kawee Tungsubutra, *Primary Health Care and Volunteer Health Workers -an Experiment in Northeastern Thailand*, *JOICFP Rev*, 6, 32-6 (1983)
- 8) 国際協力事業団, *セネガル共和国短期調査団報告書*, 10-36, 国際協力事業団, (2001)
- 9) 国際協力事業団医療協力部, *セネガル共和国保健人材開発促進計画基礎調査団報告書*, 12-25, 国際協力事業団医療協力部, (2001)
- 10) 国際協力事業団医療協力部, *セネガル共和国保健人材開発促進計画実施協議調査団報告書*, 56-60, 国際協力事業団医療協力部, (2001)
- 11) PADRUS, *E保健区第一次基礎調査報告書*, 5-8, PADRUS, (2003)
- 12) World Health Organization, 能勢隆之, 斉藤勲(訳), *Primary Health Care*, 30-33, 日本公衆衛生協会, (1979)
- 13) PADRUS, *Aide Memoire Formation CHW*, 9-11, PADRUS, (2003)
- 14) A. Hardonn, 石川信克, 尾崎敬子(訳), *保健と医療の人類学*, 56, 世界思想社, (2004)
- 15) Organisation Mondiale de la Sante Ministre de la Sante Burkina Faso, *Motivation des Personnels de la Sante*, 23-26, Organisation Mondiale de la Sante Ministre de la Sante

Burkina Faso, (2003)

- 16) 林玲子, Moussa Diakhate, Ndey Amy Bathily, 長堀智香子, 田村豊光, 釜谷寛之, 清水利恭, セネガル共和国における地域保健員の現状と課題, *日本熱帯医学会雑誌*, 31, 200 (2003)
- 17) World Health Organization, *Community-Based Education Of Health Personnel*, 65-67, World Health Organization, (1987)
- 18) 森口育子, *地域看護学講座 1 地域看護学総論*, 219-220, 医学書院, (1999)
- 19) World Health Organization, 能勢隆之, 齊藤勲 (訳), *Primary Health Care*, 25-26, 日本公衆衛生協会, (1979)