

【活動目的】

タンザニアは近年経済発展が著しく、MDGs（ミレニアム開発目標）などの国際的な取り組みに伴い医療や教育の分野での改善も見られている。5歳未満児死亡率（1000人当たり）は2013年には51.8人と13年間で1/3にまで減少した。しかし、未だ予防可能な感染症で死亡する人が後を絶たない。要因としては住民の病気への意識や健康行動と、社会的要因及び医療提供者側の要因が重なることで医療サービスへのアクセスが阻害される悪循環を生み出していることが考えられる。本研究では、主に医療従事者へのインタビューを中心にタボラ州における医療サービスの実態を把握し、住民の健康を阻害・誘発する要因について観察、考察する。合わせてPHC（プライマリヘルスケア）の対象地域での実現可能性を探る。

【実施方法】

期間:2016年9月10日(土)~2016年9月18日(月) 場所:タンザニア・タボラ州 受け入れ団体:TAHO(タボラ大司教区保健事務所)

対象施設:

- ・キテテ州立病院：地域内二次紹介病院に相当 年間総外来件数約72,000（医師部長へのインタビューより）
- ・聖アンナ・ミッション病院：TAHO管轄病院 地域内一時紹介病院 年間総外来件数24,250（2015年次診療報告合計より）
- ・St. フィリポヘルスセンター：アングリカンチャーチ支援病院
- ・その他 TAHO管轄内の10の保健施設

手法:

- ・インタビュー：TAHO責任者、各医療施設での医療従事者へのキーインフォーマントインタビュー、住民へのインタビュー
- ・統計データ：TAHOで毎年調査している診療統計データ

【結果・考察】

タボラ州における医療環境の問題は大きく2つあると考えられる。1つは医療費による経済的不安、もう1つは医療資源不足だ。1つ目の経済的不安については、健康保険への加入率が低いということ、そして入院することが働き手を奪い、収入を減らすことに繋がるということの2点が要因だ。現在のタンザニアの保険制度には非正規の職業は加入することができない。タボラ州では人口230万人中90%が農業で生計を立てているため、そのほとんどが保険に未加入ということになる。国が指定する疾患の検査や健診以外、カルテを開くことをはじめ医療行為の全てが前払いとなる。そのため、費用を用意していなければ治療を受けることができず、緊急時も気軽に医療機関に頼ることは難しい状況だ。また入院する際は世話をするために家族の付き添いが必要なため、一人が入院すると一家の働き手を最低2人失うことになる。非正規の仕事の場合働き手の減少が収入減に直接的に繋がるため、生活へのダメージは大きい。住民にインタビューした結果でも医療機関の受診を敬遠する理由として上記の2点があげられており、重症化してからしか医療機関を受診しないという。実際にそのような事態になると多くの場合診療所やヘルスセンター等の一時医療機関から大病院へ紹介をされることになり、搬送費用や紹介料が加わり治療のための費用は膨れ上がっていく。住民にとって受診決定の際の基準は費用を用意できるかというところで、住民側には症状によって受診するという選択の自由がない。医療者も経済的な負担については理解しているため出来るだけ早めの受診を促しているが、行動変容には繋がっていないという。

2つ目の医療資源不足については、感染予防具、治療や検査に用いる機器類、薬、安定して供給される電気と水、そして何より人材、その全てがタボラ州のどの病院でも不足していた。州立や国立病院の方が私立病院よりも資源を豊富に持っている傾向はあったものの、それでも適切な治療のためには不十分という。またどの医療施設でも共通して深刻なことは清潔な水と電気の供給が安定していないことだ。これらは清潔を保つ上でも、より高度な治療を行う上でも重要なため、不足することは手術や治療の幅を狭める原因となっている。またタンザニアの主要電力は水力発電によるものであるため、慢性的に飲み水すら足りない状況で、電力の安定供給も厳しい状況にあるのだ。人材については、地元に残ることを条件とした奨学金制度を用いて人材確保に努めているが、資格を得ると地元を離れ、待遇の良い病院へ転職する人が後を絶たない。診療所の中には医師や看護師すら不在で1週間の訓練を受けた看護助手のみで運営している場所もある。そのためやっとの思いで受診した患者にも十分な医療を提供することは難しく、更に費用のかかる紹介、搬送という形を取らざるを得ない状況にある。

以上のことから、タボラ州では特に制度と医療環境が不十分なために医療機関での受診や治療を受けづらい環境があることが分かる。実際これらの弊害が少ない、国の補助がある分野の健診や治療については住民の需要も高く、受信者は月に数十人単位で増えているという。例えば HIV/AIDS を扱う CTC 外来、周産期ケアを行う RCH 外来、そして日本の援助団体から派遣された日本人医師による慢性疾患外来である。CTC や慢性疾患外来については、多くの住民が薬を 3 日飲めば病気は治るという意識であることに對して、週に 1-2 回医師との問診を行い、継続して治療が必要であることや生活習慣を変えることで症状が改善することを指導している。多くの患者が継続した受診を実現出来ており、疾患への意識も高まっているようだった。また周産期外来については妊産婦健診や乳幼児健診と予防接種が無償化されたところから受診者が増え、加えて母子カードによって子どもの発育状況を家族も把握できることが支持を受け、継続した受診者が増えている。これらに共通して言えることは政府による支援があり無償で医療が提供されているということ、また多くの場合フィジカルアセスメントや問診が中心で電気や水などの資源の有無に限らず実施できるということだ。また多くの場合、受診決定は家長が行うため受診が遅れ重症化するのには母子に多い傾向があったが、経済的な負担がないことはこのような母子の健康行動の改善に大きな意味を持つと考えられる。患者にとって大きな負担なく専門家に健康相談をすることができる、積極的な受診に繋がっていると考えられる。3 つの外来全てで同様の傾向がみられることから、精神的、経済的安心が同時に保障されていることが、住民の健康行動や医療機関の受診を誘発する要因ではないかと考える。

また、これらの外来の取り組みは重症化する前に予防し対策を取ろうという趣旨のもので、住民への健康教育や健康管理の啓発という要素を含んでいる。まだまだ取り組みは始まったばかりだが、継続した受信者も多いことから自らの体の状態を知り、健康管理を行っていくことが住民にとって需要が高いことが分かる。

以上のことから、タボラ州では住民に対する PHC の取り組みが有効と考える。州内の 2015 年の外来患者の疾患上位 5 つはマラリア、急性呼吸器疾患、尿路感染症、寄生虫、肺炎で、急性期の感染症が占めている。死亡要因はマラリア、肺炎、貧血、脱水、HIV/AIDS で、5 歳未満児も順位は多少変わるものの疾患は同じだが、ほとんどが栄養失調状態であったという。どの疾患も生活習慣の改善や適切な対処を行えば発生や重症化は防ぐことができる疾患である。健康教育等を行って住民自身が予防策や対処法を心得、受診する際の判断基準も持っていることが現在の感染症への罹患やそれによる死亡を減少させることに繋がるのではないだろうか。もちろん受診の遅れを改善するためには制度そのものや経済面での改善が必要だが、まずは医療機関を中心に健康に関する知識を提供し、身近な存在として精神面での安心を提供していくことが PHC の取り組みによって実現できるのではないかと考えた。

最後に、タンザニアでは現在の世界情勢とは異なった他宗教間の共生が実現しているため、そのことについて報告・考察する。タンザニアではイスラム教とキリスト教、そして土着の宗教が 1/3 ずつ共生していると言われている。独立後も民族や宗教の違いによる目立った内戦がない、アフリカでも珍しい国の一つだ。ただ一部ではキリスト教徒は教育への投資に積極的な一方、イスラム教徒はあまり教育への意識が高くない等の違いはあるようで、明確には分けられないが経済的な格差があることが分かった。特に貧困層から抜け出すには教育に投資をすること、または宗教指導者となることが唯一の道と考えられる。キリスト教は欧米からの支援もあり牧師や神父、修道女を育成する神学校などの整備もしっかりしている。このことは、医療的な側面からみると保険加入者が増えるということであり、貧困を抜け出し安定した生活を得ることが出来る機会にキリスト教はイスラム教よりも比較的恵まれているのではないだろうか。実際、近年では国内でキリスト教徒の勢力が増しているという。都市では宗教的暴動が起こることもごく稀にあり、現在の共生のバランスを保つためにも宗教別の人口統計を公式的には取らないという体制をとっている。ただ、タボラ州ではムスリムの女性をシスターや男性医師が診察・治療している姿を見ることができた。生活の場もモスクや教会が隣に建ち同じ場所で共に暮らしている。住民に宗教的垣根はないのかと尋ねると、意識していない様子だった。そのため PHC や医療支援を行う際も違いを意識した特別な対応は必要ないと感じた。例えばルワンダでは宗主国であるベルギーが統治のために両民族の差別化を図り対立が深まったと言われている。また欧米先進国ではイスラモフォビアの高まりは居住区域の分断によって住民同士の交流がないため不信感が増していることも要因と言われている。対立関係を作ることとは簡単であるが、そのような差別意識を作らないためには現在のタボラ州のように日常的に生活を共にし、経済階層や考え方の違いを宗教の違いを根拠に考える土壌を作らせないことが重要なのではないだろうか。

【謝辞】 本研究を行うにあたり、計画の時点から様々なアドバイスを下さった藤屋リカ先生、JOCS の皆さん、現地で受け入れて下さった TAHO スタッフと弓野夫妻、一緒に渡航した参加者の皆さんに感謝致します。また何より湘南藤沢学会からの研究助成金を頂けたことで研究を実施することが出来ました。重ねて御礼申し上げます。