

ケニアにおける HDSS (Health Demographic Surveillance System) を活用した妊婦に関する人類学の予備的調査について

宮地 歌織

Preliminary Anthropological Research on the Pregnant Women in Kenya Utilizing HDSS

Kaori AMP MIYACHI

Abstract

In order to improve health situation in developing countries, such as maternal and child health, collecting, comparing, and analyzing data are important. Under such situations, HDSS (Health Demographic Surveillance System) has been carried out in Mbita District, western part of Kenya, covering 60,000 residents since 2005. This area is well known as a high mortality rate of the pregnant women in Kenya.

On the other hand, Social Anthropology has also important role to know the situation in developing countries. In this paper, I would like to focus on the pregnant women's health research, using the mixed methods, HDSS data and anthropological (qualitative) methods for improving maternal health issues.

【キーワード】 HDSS、ケニア、妊婦、社会（開発）人類学

1. はじめに

途上国における様々な健康問題への対策を講じるため、特定の地域の人口動態データを継続的に収集する「ヘルス人口態調査システム（Health Demographic Surveillance System、以下 HDSS）」が複数の国で実施されている。これは、住民登録や人口の動態（婚姻、出生、死亡、移動）を把握する仕組みのない「限られた地域」において、住民登録を行い、その動向を系統的かつ継続的に行う仕組みのことを言う。その仕組みは、数万人規模の「ある限られた地域」を丸ごと観察し、疫学調査や介入研究を行い、その結果を広く一般に還元するという意味合いがある（後藤 2013）。

著者は社会人類学（以下、人類学）をバックグラウンドとしており、これまでケニアで人類的な調査を実施してきた。通常、人類学では現地での長期滞在でのフィールドワークをベースとし、自らの足で歩きまわり、参与観察、世帯調査、インタビューなどを手法として調査

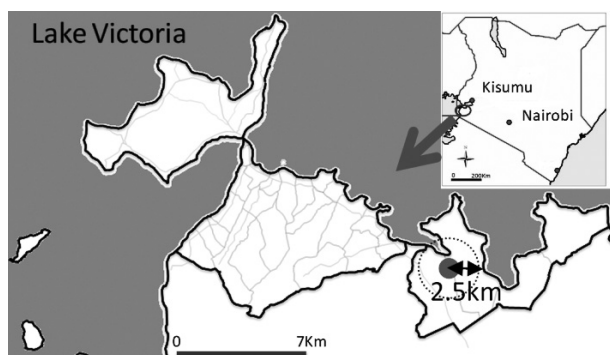
男女共同参画推進室 特任助教

を実施する。このような調査は、HDSSのような「量的」な調査に対し、「質的」と言われる。質的調査では、対象となる地域の詳細把握ができるが、一方、一人の人類学者による調査可能範囲には限りがあり、時間がかかることが多い。そこで筆者はHDSSで得られる量的なデータをもとに、比較的短期間で実施するという制約の中で、「妊産婦の健康の改善」につながるような予備的な研究を行ってきた。本論はその調査報告である。

筆者が「妊産婦の健康改善」に着目する理由については、二つある。まずは、国際社会では、ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals: MDGs）（2000～2015年）が設定され、その主要8つの目標のうち、第5に「妊産婦の健康の改善」（2015年までに妊産婦死亡率を4分の3減少させる）がある。しかし途上国では依然として高い妊産婦死亡率が示され、その要因の一つとして自宅出産ならびに伝統的産婆（Traditional Birth Attendant、以下TBA）による出産介助が挙げられている。そのため、ケニアにおいては2007年よりTBAによる出産介助が禁じられ、施設分娩が推奨されるようになった。ただ、ケニアでの全国調査（KDHS 2008–2009）によれば、全国で56%が自宅出産であり、また都市部と農村部を比較すると、自宅出産の割合は農村部で約2倍となっている（KDHS 2010）。

二つ目は、筆者はケニアで1998年より人類学的調査を行っており、その際に特に女性の健康問題について論じてきた（宮地2002, 2004）。その後、国際NGOや国際協力機関にて様々な国での女性の健康問題に関する開発援助のプログラムに関してきた経験から、よりこれら調査の重要性を強く認識している。しかし妊産婦の健康改善の開発援助のプログラムで、人類学と援助の融合は日本についてはまだ少ない（松園1999）。欧米では、医療と人類学の融合でもある「医療人類学」なる分野があり、歴史的に医療援助と関わるなど、人類学の応用が実践されている（松山 2013）。そこで、本研究は、質的な人類学と、量的なHDSSによる研究の融合の可能性について、「妊婦の健康」という切り口からの調査をもとに論じてみたい。

2. 調査地の概要



地図1 ケニアならびに調査対象のビタ県

調査地のビタ県は、西ケニアにあり、長崎大学が2005年よりHDSSを開始しており、人口約6万人を対象としている（地図1）（Kaneko 2012）¹⁾。

2.1 調査方法

本研究はHDSSのデータをもとにしながら、2011年1月28日～2月16日、また2011年8月

12日～21日にわたる現地調査を行った。HDSS では様々なデータ集積がなされているが、本研究では二つの地区（sub-location）の「妊娠中」の女性を抽出した。一つの地区は県で唯一の産科がある県病院の徒歩圏内の街中の地区と、もう一つは徒歩で2～3時間の離れた地区であり、病院の利用と距離（交通手段）の関係を調べた。

HDSS より抽出したデータは、それら地域の妊婦（調査対象者は各地区約20人）の①名前、②年齢、③世帯主とその関係（一夫多妻かどうか）、④家の形態（部屋数、壁の様式、床、屋根、水、トイレ、調理、所有品など。家の経済状態がわかる指標となる）、⑤人口登録の際に付与されている世帯メンバー ID、⑥家族 ID、⑦家屋 ID、⑧妊娠した回数（子どもの数、年齢）、⑨調査時点での妊娠期間、⑩ TBA への訪問歴、⑪病院（もしくはヘルス・センター）への訪問歴、⑫ ANC 受診回数、⑬伝統的な医療の受診、である。

またこれら妊婦以外にも、全体の妊婦をとりまく環境について調べるために、各関係機関や関係者を訪問しインタビューを行った。訪問先は、県病院や各郡のヘルス・センター（医師、看護師）、また妊婦のケアや出産介助を行っている（行っていた）TBA、地域で活動しているヘルス・ボランティア、妊婦の家族である。また TBA インタビューの際に把握した HDSS の妊婦データには含まれていない女性も訪問をした。

3. 調査結果の概要

調査対象となった妊婦は、年齢は17～41歳で、出産も初産～9人目と様々であった。

出産についていえば、特に病院への距離に関係なく、お金があれば、初産の場合は、「最初なので不安だから」という理由で「病院で出産をする」、という回答が多かった。ただ病院で出産したくても、交通費や医療費（出産費用、入院費用）が支払えないなどの理由で、自宅出産のケースもあった。また夫が不在（出稼ぎなどの理由）でお金自体がないことや、夫と出産場所について相談できない、お金の相談さえできないと回答するケースもあった。また第二子目以降となると、自宅での出産と答える人も多く、より多産の場合は、出産介助者も不在のまま、自宅で出産という人もいた。

また近年ケニア政府により施設分娩が推奨されるようになったことから、昔は自宅で出産したけれども、最近は病院で、という事例もあった。

一方、病院から目と鼻の先であっても、経済的に支払ができないという理由で自宅分娩をするケースもあった。病院での分娩介助ならびに入院（1泊2日）では約1,000Ksh（約12,000円）で、確かに現金収入の少ないこの地域では安いとは言えない。ただ、TBA の場合、緊急な場合は多量出血に対応できないから、という安全面に配慮して病院での出産が望まれる傾向にあった。

今回の調査は主に HDSS のデータによって、妊娠の登録がされている女性を対象としていたが、TBA の情報から、登録をしていない未婚の10代の女子学生にもいることがわかり、訪問をした。母親も同席したが、母親からは、病院での出産をするとまわりに知られてしま

うから、自宅での出産にするという回答が帰ってきた。またこの地域では、未婚で若い学生の妊娠も、少なくないという。

3.1 ケニアにおける母子保健手帳

本調査で明らかになったことの一つは、母子保健手帳（以下、母子手帳）の利用者の割合が高かったことである。訪問調査をした妊婦は、すべて保持していた。母子保健対策の一つとして、日本の母子手帳がケニアでも2007年から導入され、ビタ県でも、妊婦健診（各地域の保健所にて実施）の初回に配布されている。ケニアでの公用語であるスワヒリ語と英語での表記である（写真1）。国の方針としては出産前に5回の健康診断（Ante Natal Care、以下 ANC）が推奨されており、ビタ県の調査地ではその ANC 受診数を高めるためにインセンティブ（動機づけ）が付与されていた（写真2）。

インセンティブの付与には、まず1回目の受診をすると（県立病院、またはヘルス・センター）、水の浄化液（商品名「Water Guard」）と石鹼をもらえる。一般的にこの地域には水道がないところが多く、生活用水は近くのビクトリア湖から汲んでこられる水のため、この浄化液は、そのような水の浄化のために用いられている。2回目の受診では、一袋の粉（主食となるウガリを作るもの）をもらえる。3回目は1回目と同様で、4回目は2回目と同様である。そして5回目には、水の浄化液、石鹼の他に、バケツ（お湯などを入れる）やゴム手袋、外科用のメスなどの出産時に使うものを渡される。そのほか、産前には、自分用の蚊帳（マラリア予防）、出産後には赤ちゃん用の蚊帳をもらえることになっている。

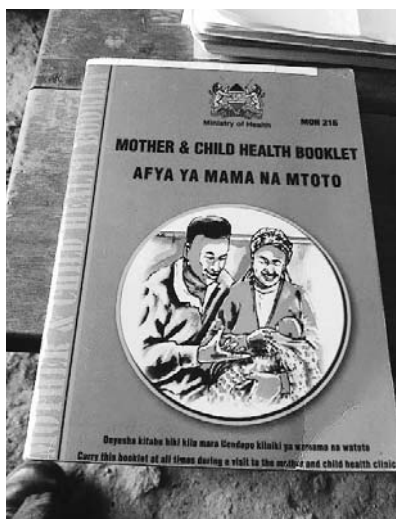


写真1 ケニアの母子健康手帳
（英語とスワヒリ語で表記）



写真2 手帳の一番うしろに掲載されているインセンティブ

3.2 TBA の役割

ケニアでは公的には TBA による出産介助は禁じられており、それはこのビタ県でも周知されている。各地域で TBA にインタビューをしたが、そのほとんどは、政府が推奨しているように、妊婦を公的出産施設（病院やヘルス・センター）へとリファーするという役割について言及していた。ただし、稀に、妊婦が陣痛の感じてヘルス・センターに行ったところ、「まだ出産じゃない」と看護師に断られ、その帰り道に TBA のところに駆け込んできたケースや、夜で病院まで間に合わない（距離があるため歩いてもいけず、コストのかかる車やバイクの手配もできない）などの場合に、出産介助をすることがあるという。

また出産そのものではないが、この地域の妊婦のよくある症状として「*rariu*」（腹痛）があり、その場合は、病院の医師や看護師では治療できず、女性達は TBA のところに行くという。この *rariu* は、TBA によれば、逆子などのこともあり、マッサージでその治療を施すことができるという。ある TBA は出産介助はすでに行っていないが、彼女はこの *rariu* を治す名人として、遠くからも患者がくるという（写真3）。ちなみに彼女は熱心なプロテ



写真3 妊婦の腹痛に対してマッサージで治療を行う TBA

スタントの信者でもあり、衣装はその宗教上の服装である。

妊婦に対する TBA の治療やサービスは様々で、この彼女のようにマッサージを行う場合もあれば、独自の知識による伝統的な薬草の処方もある。この TBA が行うマッサージでは、クリームを用いてやるのが効果的とのことだった。ただしこのクリームは、体用ではなく、ヘアクリームであった（この地域の人々は、乾燥を防ぐために、髪や肌によくクリームを塗る）（写真 4）。



写真 4 マッサージの際に利用しているクリーム

3.3 病院やヘルス・センターなどの分娩施設

この地域の場合では、分娩施設は病院かヘルス・センターとなる。このヘルス・センターには、医師や看護師が配属されているが、研修が多くあり、そのために医療者が不在の場合も多い。また複数の郡のヘルス・センターを視察したところ、中にはきれいで設備の整ったところもあったが、中には出産用のベッドが壊れ、蜘蛛の巣が張っているところもあった。このように施設そのものや、人的リソースの課題がある。「看護師がこわい」「相談に乗ってくれない」ために、ヘルス・センターでの出産を躊躇する、という妊婦もいた。またヘルス・センターでは様々な病気も扱うため、患者数は多く、医療技術者の数は少ない。そのようなこともあって、なかなか患者にやさしく対応する、というユーザー・フレンドリーな環境づくりは難しいようである。また、そのような公立医療施設の医療者は、この地域の出身者でないこともあり、英語やスワヒリ語（公用語）で対応しているが、患者の中には、英語やスワヒリ語ができない者もいる。このような環境の中で、現地に長く居住していて、言葉も通じ、すぐに対応してくれ、だいたい知人の紹介だったりするので安心もでき、時にはお金もかからない TBA を頼りにする妊婦やその家族は多い。

4. 妊婦をめぐる文化的・社会的環境

ビタ県には複数の民族が居住しているが、最も多いのはスバとよばれる民族であり、一夫

多妻が少なくない。複数の妻がいる場合、同じコンパウンド（住居）の中に、妻を単位とする複数の世帯がある。現在では、沢山の妻がいるという男性は少なくなったものの、それら僚妻同士での、複雑な人間関係がある。特に父系社会であるため、父親から息子へと財産（土地、家畜）が引き継がれるため、男児を出産していない妻へのプレッシャーなどもその一つである。

また日本と異なるのは、妊娠についてあまり公にしない社会である、ということだ。日本の場合は、母子手帳が妊娠期の医療サービスや人口登録、子どもの医療に役立てられるため、妊娠登録は比較的早い段階（妊娠初期）に行われるが、この地域では、妊娠してもあまり人に告げる文化ではない。例えば、それが他の女性のねたみを買ったり（他の妻たち）、未婚であれば、告げたくないこともなる。この理由のように、妊娠初期から自ら自分を妊婦であることを告げる社会ではないため、妊娠初期から「妊婦を探す」ことが困難である。妊産婦の死亡率を下げる場合に、妊婦の把握は重要な項目ではあるが、日本のようにシステマティックな方法はなく、今のところ、母子手帳配布とそれによるインセンティブ付与によって、その把握が行われている状況である。今回の調査でも、妊婦がANCを受診するのは、6か月以降であることが明らかになった。

5. まとめ今後の課題

通常の人類学的調査では、そもそもある一定数以上の「妊婦」を見つけるのが難しい。妊婦とわかるのは、先ほどにも挙げたように、一目で妊婦とわかるようにお腹が大きくなってから、ということが多い。また人類学者が動ける範囲で（現地の住民と同じような交通手段しかないため）、人的ネットワークを基礎としながらの調査であり、数にも限りがある。また世帯調査も人類学では一苦勞するところだ。世帯主やそのコンパウンドに住んでいる人の関係性、出身地、子どもの名前や順番など、一夫多妻の場合は、系譜を作るのに時間がかかる。ただこのようにHDSSのような基礎的なデータがあると、ある課題における調査が短期間にて実施することが可能となる。ただし、それらデータが100%正確かどうかはデータを収集する担当者（このケニアの場合は6週間毎）や、その時の回答者にもよる。そのため、ダブルチェックが必要となる。また未婚や学生の場合だったりすると、妊娠を調査者に告げるのが難しい（知られたくない）ケースもある。その場合は、ANCにさえ行かないこともある。このようにデータのみならず、それをベースにした現地調査を実施することで、ハイリスク妊婦を特定することが可能なのではと思われた。

また今回の訪問調査でわかったことは、家の状態（家の屋根や壁、床の素材）や収入状況などに応じて、ANCや家族計画の知識（38歳で8人の子もちの女性など）の必要性が高い家庭が目に見えてわかる、ということである。調査からもれてしまう妊婦や、経済状態などの悪い家庭には、特に健康状態、栄養状態のケアが必要になると考えられる。妊産婦の健康、あるいは妊産婦死亡率の改善のためには、少なくとも公的サービス（ANC）や無料で行わ

れている家族計画の情報提供など、できる範囲のことがあるのでは、と考えられる。

今回の調査は、合計約3週間（2回）にわたる人類学というには短期間な現地調査であった。しかしながら、妊婦の健康をめぐる課題については、HDSSによる基礎的なデータによってある程度の予測をつけ、ダブルチェックや関連先を訪問することができ、健康改善に向けての何らかの示唆的なデータを得ることが可能になると思われる。今回は予備的な調査として、HDSSを活用しながらの調査であったが、また今後もTBAや病院関係者などへの調査をフォローしつつ、調査地（病院からさらに遠い地域）も拡大させて、全体的な傾向を把握し、妊婦の健康改善につながる調査を継続したい。

謝 辞

本研究は、科研B「アフリカ辺境村落の乳幼児の健康状況と社会環境・保健対策の実態：コホートによる研究（平成22年～24年）（代表者：長崎大学熱帯医学研究所金子聡教授）の支援を受けて実施した。金子先生始め、長崎大学関係者の皆様、ビタ県にて調査に協力してくださった方々の協力によるものであり、この場を借りて皆さんに感謝の意を表する。

注

- (1) 2012年の憲法改正により行政区分や保健政策が大きく変更になったが、今回の報告や引用したデータは前の行政区分にもとづいているため、当時（2011）のものを使用している。

参考文献

- 後藤 健介 2013 「ヘルスサービスリサーチ」『国際保健医療学』（第3版）pp. 49-51、杏林書院
- 松園 万亀雄 1999 「国際協力と人類学の接点を求めて」『国際協力研究』pp. 1-10、15（2）、国際協力機構
- 松山 章子 2013 「医療人類学的アプローチ」『国際保健医療学』（第3版）pp. 64-67、杏林書院
- 宮地 歌織 2004 「ケニア・グシイ社会における『女子割礼』をめぐる現代的諸相」『社会人類学年報』pp. 121-144、30号、弘文堂
- 宮地 歌織 2001 「グシイ農民の避妊行動に見るジェンダー関係の諸相」松園万亀雄（編）『東アフリカにおける国家主導の社会・文化変化と地域的適応に関する動態論的研究』pp. 92-100、科学研究費補助金研究成果報告書
- Kaneko, Satoshi *et al.* 2012 “Health and Demographic Surveillance System in the Western and Costal Areas of Kenya: An Infrastructure for Epidemiologic Studies in Africa”, pp.276-285, *Journal of Epidemiology*, 22 (3).
- Kenya National Bureau of Statistics 2010 *Kenya Demographic Health Survey (KDHS) 2008-2009*.