

## 途上国の地域歯科保健開発パイロットスタディ —ネパールにおける16年間の活動—

中村修一<sup>1)</sup>, 安部一紀<sup>2)</sup>

### A pilot study on the Dental health Development in Developing Countries — 16 years International Cooperative Activities in Nepal —

Shuichi Nakamura, Kazunori Abe

キーワード：地域歯科保健開発、ヘルスプロモーション、ヘルスケア

#### はじめに

途上国や国内で地域保健医療を展開しようとする時、健康は社会的問題を包含するので複雑かつ困難となる。保健医療の普及程度や内容の程度はその国の社会構造、経済状況、文化や歴史や行政のシステムに影響される。経済的に安定した先進国においても保健医療の内容には隔たりがあるし、途上国においては保健医療そのものの普及が遅れ住民の保健環境は劣悪であることが多い。

筆者らはネパールにおいて1989年から16年間歯科保健医療協力を実施している<sup>1)</sup>。活動は当初歯科疾患実態調査と歯科診療が中心であったが、現在はいくつかの変遷を経て地域歯科保健開発に発展している<sup>2)</sup>。これらの経験をもとに途上国での保健医療プロジェクトの展開で得たことを述べる。

#### ネパールでのヘルスプロジェクトの展開と進展

筆者らのネパールでの保健医療活動は1989年か

ら2004年にいたる16年間で13,173人に歯科診療を51,819人にヘルスケアを展開した。合計で64,992人となる。最近のプロジェクトである、18次隊(2004年12月23日～2005年1月4日)のプロジェクトでは参加隊員が23名と前年度に比べ69%と絞り込んだが、活動の目標数値は歯科診療510人、ヘルスケアは口腔保健専門家の養成93人、歯の健康大会93人、学校歯科保健(フッ素洗口を含む)8,259人、母子保健546人、評価調査159人、地域歯科保健開発30人であった。ヘルスケアのプロジェクト内容は多岐にわたるが、このようなことが可能だったのは16年間にわたる活動を通じて評価を繰り返し行った結果である。

筆者らのネパールでの活動は大きく3つの変遷を経験した。第1は活動内容がメディカルケアに加えヘルスケアが開発されたこと。第2は活動の主体が初期のころは日本人主体でネパール人から見ると依存性が高いプロジェクトから、口腔保健専門家の養成を通して育成したネパール人口腔保健専門家オーラルヘルスワーカー中心の自立型プロジェクトに変容したこと<sup>3)</sup>。第3に活動の対象が初期は診療中心であったので個人を対象であったが、学校歯科保健やマザーボランティアグループの栄養指導など集団を対象とした活動から、現在はチャパガオン村やスナコシ村など地域歯科保健開発としての地域を対象とした活動に変容しつ

#### 【著者連絡先】

- 1) 九州歯科大学国際交流・協力室 Office of International Health, Kyushu Dental College.
- 2) 西南女学院大学保健福祉学部栄養学科 Department of Nutritional Sciences, Faculty of Health and Welfare, Seinan Jogakuin Women's University

つあることである。すなわち、個人から集団から社会へ活動の対象が変遷した。

これらのヘルスケアの活動を通じて経験したことから、興味ある事柄を以下にあげる。

### ネパールでのヘルスケアから得たもの

#### 1. ヘルスプロジェクトは生きている

活動をはじめて5年間は日本人主体の活動であり、歯科診療システムを充実させた。また調査班は村人の栄養調査を背景にした生活実態調査を実施した。さらに歯科疾患調査や村人の疾病観や健康観を調べた<sup>6)</sup>。このような調査を通して、口腔保健に対する村人のニーズなどを見極めた上で、1994年からヘルスケアを導入した。学校歯科保健班を設け歯科検診、学校での歯科健康教育を日本人の手で実施した。これとは別にフッ素洗口の可能性を探る目的で一つの小学校でフッ素洗口事業を始めた。学校歯科保健訪問プロジェクトとフッ素洗口プロジェクトは最初は個別のプロジェクトとしてスタートさせた。その一方で活動の拠点であるテチョー村に設置されている国営の簡易保健所であるヘルスポストに常駐しているヘルスワーカーを対象に口腔保健に関する人材育成をはかり、テチョー村の活動をラリトプール郡に広げようと口腔保健専門家の養成プロジェクトをはじめた。

しかし、公務員であるヘルスワーカーの受講態度は意欲に欠け、目標にかなわぬ結果であった。村のリーダーに相談すると村人のヘルスワーカーに対する評価は低く、村人の保健に貢献していると思えない状況であることが解った。ヘルスワーカーを対象にした人材育成事業は失敗であった。理論的な目標は正しいが、ヘルスワーカーに対する現状認識が不足しこのような失敗につながった。村の長老は人材育成の対象として小学校の先生が良いと推薦してくれた。学校の先生は正義感があり村人からも尊敬されており、ローカルリーダーとして村の諸問題にも関心が高いことが解った。そこで次年度から新たに学校の先生を主な対象とし、これに志が高く自ら受講を希望したヘル

スポストのヘルスワーカーを加えたメンバーで人材育成事業を再開した。この試みは成功であった。質の高い口腔保健専門家オーラルヘルスワーカーが誕生した。次年度からは彼らがの健康教育の実践現場から出した問題点を解決するために、初級コースを卒業したオーラルヘルスワーカーを対象にアドバンスコースを設けた。最近では初級コースの養成はアドバンスコースを卒業したオーラルヘルスワーカーが先生となって運営されている。このようにネパール人によるネパール人の専門家養成を実現させることが出来た。他方、学校歯科保健の現場での健康教育とフッ素洗口事業は個別のプロジェクトとしてスタートさせていたが、プロジェクトの進展過程で次第に結合し、今日では人材育成事業に養成したネパール人オーラルヘルスワーカーの手により立体的な学校歯科保健プロジェクトとして運営されるようになった。自立型口腔保健の確立である。これらの進展は当初の活動目標ではなかった。願望ではあったが、実現できるとは期待していなかった。ヘルスケアは住民のニーズに触れると自動的に発展することを実感した。

#### 2. マザーボランティアグループの参画と母子保健

村には各ワード（区）から推薦されたマザーボランティアグループがあり、筆者らの活動に関して、初期の段階から生活実態調査や栄養指導に関してカウンターパートとして協力関係にあった。ネパールの婦人の識字率は低く、口腔保健専門家の養成事業の対象として人材育成することは無理では無いかと思っていたが、2001年彼女達は自発的に人材育成事業に参画したいと申し出た。口腔保健の技術を学び村の暮らしの場で婦人達や子供の健康教育に携わりたいとの要望であった。このため、人材育成アドバンスコースを卒業したオーラルヘルスワーカーと日本人専門家による、マザーボランティアグループを対象とした人材育成事業を実施した。

時を同じくして、母子保健プロジェクトが日本人専門家の手によりスタートした。これは乳児の

体重測定と母子手帳の配布を柱としたプロジェクトである。このプロジェクトに人材育成コースを卒業したマザーボランティアグループが主体的に参画し、現在は乳幼児を対象とした歯科保健を取り入れた事業に発展している。このようにマザーボランティアグループのヘルスケアへの参画は暮らしの場での健康教育に普及に向けて発展しつつあるが、これは人材育成事業の当初になかったプロジェクトである。ヘルスケアはある程度の進展を見ると自然発生的に思わぬプロジェクトが生まれることを経験した。ヘルスケアの理論と経験論の複合作用としてとらえている。

### 3. ヘルスケアは時に社会構造を超えることがある。

マザーボランティアグループの人材育成プロジェクトはダパケル村で始まった。ダパケル村はチェトリ族が多い村である。翌年、隣村のテチョー村のマザーボランティアグループも同じ人材育成プロジェクトを受けたいと自発的に申し出た。隣村であるので触発され競争意識は働いたのであろう。テチョー村はネワール族が多い村である。そこで、合同でプロジェクトに参加するよう誘ったが拒否された。カースト制度のあるネパールでは民族間や村単位での交流は時に妨げるものがある。そこで二つの村別々にして人材育成事業を始めた。しかし、会場はヘルスポストの庭で隣り合わせの授業であり、目標やカリキュラムは同じである。いつの間にか問題解決にむけた自然な交流が始まり、今回の18次隊では期せずして母子保健プロジェクトは二村合同のうちに実施することが出来た。健康問題はカーストなど複雑な社会構造を超越することを実感した。

### 4. 自立型ヘルスケア

途上国におけるヘルスケアは現地の人々の参加のもとに自立を目標に進める必要がある。しかし、自立のヘルスケアに到達するには人材育成が有効に実施される必要がある。人材育成も最初は協力側の専門家の介在が必要であるが、健全に発展するとアドバンスコースを卒業し地域保健の経験し

た現地オーラルヘルスワーカーによる自立の人材育成が可能になる。次にヘルスケアのプロジェクトそのものが自立し自然に発展するようになる。そして何よりも必要なことはヘルスケアプロジェクトが継続するようにしなければならないという事であろう。

### ヘルスケアの展開における計画・実行・評価

以上のような10余年にわたる活動と経験から、ヘルスケアを新たに企画し運営するためには、計画plan（目標の設定）・実行do・評価seeに従って遂行すると最適なプロジェクトを展開できることが明らかになった<sup>3)</sup>。

1. 目標の設定：どのようなヘルスケアを目標とするかは、対象となる案件の現状調査を行い、調査結果を分析し問題点を把握する必要がある。しかし、問題点が把握できても、健康や医療はその構成要素が複雑であり、何を解決するのかの見極めが困難である。対象の複雑な社会構造を冷静に見きわめ、誰のためのヘルスケアか誰が担当するのか、将来は参加型自立保健が可能なのか、また、地域保健開発に結びつくかなど、目標の設定には含むべき課題が多い。目標の設定には教科書的にはニーズ指向性が必要と書いてある。しかし、途上国で歯科保健を取り扱う場合、住民のニーズは抜歯であり、歯科保健のニーズは殆ど無い。しかし、根気よく歯科保健プロジェクトを進めて行くと、住民の歯科保健に関するニーズは顕在化する。知らないニーズがあることを現場で活動する人間は気付いている。従って簡単な調査では把握が困難な場合も多い。時間をかけ本当のニーズがどこにあるか、住人と信頼関係をもとに把握し目標設定する必要がある。

2. 問題解決法の設定：問題点が把握できると解決法が決定する。口腔保健の問題解決には理論から入る場合と、経験論から入る場合がある。理論にはWHOの健康戦略であるプライマリーヘ

ルスケアやヘルスプロモーションやPPモデルやみどり理論など優れた理論がある。経験論としては日本での歯科保健活動や途上国での経験にもとづく方法がベースになる。いずれにしろ実現可能な解決法を選択する必要があるが、理論を背景とした解決には担当者の解決能力と乖離する場合があります。一方、経験論に立脚した解決には独善に陥りやすく、自己溶解する危険性がある。結局、理論と経験論を兼ね備えた、謙虚で現実的な解決法を選択することが肝要であろう。理論に走り自己主体性の無い解決法も自己の経験にしがみついた方法論にもいずれにも偏らぬ必要がある。メディカルケアの展開では日本での日常の診療活動を通じ殆どの歯科医師や歯科衛生士は技術やクライアントとのコミュニケーション能力などを有しており、無理なく取り組むことができるが、ヘルスケアへの対応では殆どの歯科医師や歯科衛生士は日本での経験が少なく、対応が困難となり、トレーニングや研修が必要となる。

3. 実行能力：ヘルスケアは行動科学である。従ってヘルスケアの展開において実行能力が重きをなす。しかしながらヘルスケアはメディカルケアに比べ日本の歯科医師や歯科衛生士にとって、取り組みにくい側面がある。日本の保健医療制度は医療システムが自由開業制度、保健システムが行政主導型で発展してきた。国民衛生の動向2004年版<sup>4)</sup>によると、2004年12月31日における医師数は262,687人、歯科医師数は92,874人であるが、行政機関又は保健衛生施設の従事者は医師が3,237人、歯科医師が252人である。ヘルスケアに従事する医師が全体の1.2%、歯科医師が0.3%である事実は日本の保健医療システムが診療中心であることを示している。歯科医師が日本や途上国で地域保健に取り組むとき必要な能力は歯科医術の延長上よりむしろ、地域社会を構成する社会科学的能力が要求される。地域保健の展開で実行を妨げる要因に社会科学的能力があることを弁え、準備と対応を

行うと円滑に事業が進むことが多い。

ヘルスケアは住民参加のもとに住民が自分の健康を自分で守れるように支援することが基本であり、誰でもできる（素人の参加）ことが大切である。

ヘルスケアの実行はプロジェクトに柔軟に取り組み、問題があれば背伸びせず原因を分析し、スタートに戻ることも厭わぬ姿勢が必要である。現場でのヘルスケアの展開には長期的に取り組む必要がある。すなわち継続の実行能力が求められる。断続的にフィードバックしつつ展開すると、実行能力は向上する。その為には計画を忠実に展開する必要があるが、問題が生じた場合は計画を柔軟に修正変更する姿勢が大切である。評価は常に実行とともに行うべきであろう。

#### まとめ

途上国や日本国内で地域保健医療を展開しようとする時、健康問題は社会的問題を包含しているので、その実施と活動は複雑かつ困難となる。筆者らは、1989年から16年、ネパールにおいて歯科保健医療を実施している。これらの経験から、途上国での保健医療プロジェクトの展開について得たことを述べた。

活動は大きく3つの変遷を経験した。第1はメディカルケアに加えて、ヘルスケアが開発された事、第2は日本人主導型から、ネパール人のオーラルヘルスケアワーカー中心にした住民自立型のプロジェクトに変容した事、第3は個人や集団を対象とした活動から地域を対象とした活動に変容しつつある事である。このようなプロジェクトの変容が可能となった理由は、1つはそれぞれの事業が現地の人々の自立をめざした目標を定め、そのための理論面からと経験にもとづく面からのアプローチを両立させ、実現可能な課題について、連続的にプロジェクトを展開していったこと。2つ目は、そのために、事業を展開するにあたっては、計画目標を定め (plan)、実行し (do)、そして評価する (see) をワンセットとした活動をつみ重ね、時間をかけて住民との信頼関係を構築する中で、

現場での本当の問題の把握と目標の設定を行ったこと。3つ目は事業を実行している途中で問題が生じれば、背伸びせず原因を分析し、スタートに戻ることにもとわなない柔軟な姿勢をもって継続的に取り組んだことなどがあげられる。

以上のことから、途上国における保健医療開発を展開するにあたっては、現地の人々が参加でき、かつ人々の自立を目標とし、計画 (plan)・実行 (do)・評価 (see) をワンサイクルとした事業を時間をかけて柔軟に継続していけば、それぞれの事業は変容し統合されてヘルスケアを中心とした地域保健医療に進展してゆくことが明らかとなった。

## 文 献

- 1) 中村修一, 安部一紀 (分担執筆) : なぜ医師たちは行くのか? 国際医療ボランティアガイド, 羊土社, 東京, 2003
- 2) 中村修一編集: 国際歯科保健医療学. 医歯薬出版社, 東京, 2003.
- 3) 中村修一: 健康プロジェクトの計画・実行・評価について—ネパールにおける歯科保健医療協力の現場から考える—, ヘルスサイエンス・ヘルスケア 1 (1), 9-13, 2001.
- 4) (財) 厚生統計協会: 国民衛生の動向2004年, 厚生 の指標 51, 9, 177-178, 2004
- 5) 小宮愛恵, 深井稜博, 中村修一ほか: ネパールにおける口腔保健専門家の養成プロジェクトに対する評価, 九州歯会誌 5 (4) 152-161, 2002.
- 6) 安部一紀, 中村修一, 小川孝雄, 深井稜博, 仙波伊知郎, ネパール王国テチョー村の食生態の変化・過13年間の食生態調査から, 西南女短大紀要, NO49, 63-69. 2003



## A pilot study on the Dental health Development in Developing Countries

— 16 years International Cooperative Activities in Nepal —

Shuichi Nakamura, Office of International Health, Kyushu Dental College.  
Kazunori Abe, Department of Nutritional Sciences, Faculty of Health and Welfare ,  
Seinan Jogakuin Women's University

Key Words: Community health development, health promotion, healthcare

This article reports on projects relating to dental health activities carried out by the researchers in Nepal in 1989. In the developing countries, there are many problems varying from health situations to socioeconomic features of the people, all of which are awaiting solutions for making health activities available to as many inhabitants as possible. Our projects were found very helpful in learning how to conduct the health projects in such developing countries as Nepal and how to solve these problems. There arose there epoch-making changes through 16 years of activities; 1) developing health care in addition to the medical care, 2) revising the project from the one led by the Japanese team to the one led by the Nepali themselves, and 3) expanding the projects from an individually-based to a group-based management; to be more exact, by villages and counties in the particular areas. The following are the three main reasons for these changes; 1) each project has achieved its own objective by building local people's self-reliance, 2) logical and experiential ways of approach to the projects have been well combined to provide effective feedbacks to the protocol of the projects, and 3) these projects have been operated continuously for a longer period of time. In order to attain these objectives, evaluation of, as well as administration of the project, have been continuously implemented. During these activities, great efforts were made by the project members to build mutual trust with local people and to find out their real needs. When problems arose during the activities, the project was temporarily halted to investigate their reasons and causes. From our experiences, some insightful suggestions were provided to carry out the health projects effectively in the developing countries. Very clearly, success of health development projects in the developing countries depends on how to build self-reliance among local people and how to promote their participation. Flexibly, continually, and carefully planned activities are essential for pursuing such a project successfully.