その他

フィリピン農村部の貧困集落における活動報告

Activity report at the poor village in Philippines.

宇多　絵里香
Erika UDA
日隈　ふみ子
Fumiko HINOKUMA

抄　録

フィリピン農村部にある「貧しい人のためのクリニック」では，貧困集落の患者を対象に無料の診療が行われている．クリニックの院長である冨田江里子氏は，看護師・助産師の資格を生かし，妊婦健診，出産介助，家族計画指導のほか，あらゆる病気や症状をもつ患者への診療，家庭訪問等を行い，地域に根差した保健医療活動を実践している．本稿では，クリニックにおける活動内容とともに，活動に参加する中で筆者らが考えさせられた，貧困層における種々の問題やその支援について報告する．

キーワード■フィリピン，貧困層，医療，生活支援

はじめに

近年，交通・通信手段の発達により社会は急速に国際化し，人々の活躍の場は世界へ広がるとともに，国内外での異文化交流が活発に行われるようになった．看護学においてもグローバルな視点をもつことが必要とされ，国際看護への関心が高まっている．従来，保健医療分野における国際支援活動は JICA や NGO 団体を通して組織的に行われているが，学問体系としての「国際看護 / 国際看護学」の歴史は浅く，その概念や目的はまだ確立していない[1]のが現状である．

そのような中，2012 年２月 14 日～２月 16 日の３日間，フィリピンのスービックにある「貧しい人のためのクリニック（以下，クリニックとする）」を訪問する機会があった．このクリニックは農村部の貧しい村にあり，貧困層の人々に対して無料の診療や保健医療活動を行って

いる．今回ここで行われている活動に触れたことは，貧困層の中でも特に厳しい状況におかれた人々の生活や医療の実態を知るとともに，彼らへの支援のあり方を考えるきっかけとなった．そこで本稿では，最初にフィリピンの保健医療の概要を述べ，次にクリニックでの活動の実際および対象となる貧困層における問題点やその支援について，現状を伝えることを主な目的として報告する．

フィリピンの概要

1. フィリピンの基本情報

フィリピンはアジア大陸の東南に位置する，大小 7109 もの島々からなる共和国である．気候は大きく雨期（6-10 月）と乾期（11-5 月）に分かれ，赤道に近いため 1 年を通して高温多湿であり，気温の季節的変化はほとんどない[2]．雨期には台風，集中豪雨による洪水，土砂崩れなどの自然災害が多く発生する．また，世界有数の火山国であり，地震が多発する．このような災害により農作物が損害をうけるとともに，家屋や橋が破壊され，毎年多くの人命が奪われている．そして，被害を受けるのは貧困層であることが多い．

人口は約 9,759 万人（2012 年推計値）[3]，民族は主にマレー系であるが，中国系・スペイン系との混血のほか，少数民族も 10％程度存在する．言語はタガログ語が国語とされているが，アメリカの植民地であった歴史から，公用語として英語が広く使われている．さらに多数の島々を合わせると，80 種類以上の言語が話されている．宗教は国民の 83％がカトリック教徒，10％がキリスト教徒（カトリック系を除く），5% がイスラム教徒である[4]．主な産業は農業で，米・バナナ・ココヤシなどが商品作物として栽培されている．また，欧米や日本による公的私的投資により工業が発展し，電子備品・機械部品が生産され，輸出されている．

2. フィリピンの保健医療の現状

1）フィリピンの疾病構造

近年，フィリピンでは疾病構造の急激な転換がみられている．フィリピン保健省によると，2006 年（最新公開データ）[5] の死因の上位 3 位は心疾患，脳血管障害，悪性新生物の順であり，これらが全体の約 50％を占めている．このほか肺炎や結核などの感染症による死亡や周産期死亡も依然として多い．つまり，慢性疾患や生活習慣病に起因する先進国型の疾患が増加している一方で，感染症や栄養不良などに起因する発展途上国型の疾患もみられ，これらが混在している状況である（疾病の二重構造）[6] [7]．

このような疾病構造の変化には，食生活の変化が関連している．フィリピンでは伝統食として米を主食に魚や肉の煮込み料理を食べていたが，歴史上の経緯から中国・スペインの影響をうけ，麺類や揚げ物，タパス等も食べるようになった[8]．近年ではアメリカの食文化（ファス

トフード等）が流入し，油分や塩分が多く高カロリーな食事を摂取するようになったため，高血圧や高コレステロールの人が増加した[9]．さらに飲酒・喫煙等の嗜好品の摂取も増加し，慢性疾患や生活習慣病を引き起こす危険因子となっている．また，中流層では子どもにスナック菓子やジュース類を無制限に与える家庭も多く，幼少期より肥満が増加している．その一方で，農村部の貧困層においては１日３食の食事さえままならず，感染症の悪化や栄養不良から死にいたる場合もある．

2）フィリピンの医療事情

フィリピンでは，経済力によって受けられる医療の内容や質が異なる．都市部には富裕層向けの高度な設備が整った私立病院がある一方で，公立病院では設備や人員が不足しており，十分な治療を受けることができない[10]．また，農村部では無医村が多く存在し，治療を受けるには都市部の病院まで何時間もかけて行く必要があり，余分な交通費もかかる．このため，特に貧困層においては，経済的理由から病院に行かず重症化するケースが多いほか，病院に行っても同様の理由から受診を拒否される場合がある．また，フィリピンには民間療法としてHILOT（ヒーロット）（伝統的施術師）の存在があり，HILOT（ヒーロット）に全身のオイルマッサージを行ってもらうことで病気が治ると信じられてもいる．

薬は薬局で購入する．本来は処方箋が必要な薬でも，商品名を言えば処方箋なしで購入できる[10]．フィリピンでは薬の規制が厳格でないため，利益を上げたい薬局による薬の専売が起こり，薬価が高くなる原因となっている．また，漢方薬についてはサプリメントの扱いとされており，薬剤師などの免許がなくても扱うことができる[11]．フィリピンには華僑が多く住んでいるため漢方薬局が多く，安価で手に入りやすい．

3）フィリピンの医療保険制度

フィリピンの医療保険には，医療保険公社の PhilHealth（Philippine Health Insurance Corporation）があり，公務員，民間企業の被雇用者，自営業者，退職者（保険料を 10 年間支払った者）が加入でき[6) 7)]，その加入率は約 70％である．しかし，外来診療はカバーされないこと，保証額が低く給付期間が短いなど入院給付の内容が十分でないこと，対応が遅いことなどが問題となっている[6) 7)]．このため，民間の保険会社が健康保険・生命保険の各種パッケージをそろえているが，保険料が高く加入しているのは中流～富裕層のみである[7)]．この結果，医療保険に加入できていない人や，加入者であっても保険で保証されない部分は，自費で診療を受けることになる．

現在，フィリピンでは医療制度改革が進められており，国民皆保険制度の確立のみならず，医療の質の向上，地域保健・予防活動の実施などを目指し，PhilHealth を拡充して行くことが政策目標となっている[6)]．また，貧困層に対してはメディケア（Para sa Masa）と呼ばれる

プログラムが設けられ，地方政府と中央政府が PhilHealth に登録されている貧困層のために保険料の支払いを行っている[6]．しかし，国民の 3 割以上を占める貧困層に対する医療給付の財源確保，生活習慣病患者の増大や高齢化への対応，地域保健活動や知識の普及を行う専門家の不在等の問題があり，今後解決すべき課題は多い．

フィリピン農村部の貧困集落における活動

1. 貧しい人のためのクリニック

今回訪れたスービックは，ルソン島中西部サンバレス州に位置する商業都市であり，首都マニラから北西約 130km，車で約 4 時間程度の距離にある．かつて世界最大の米海軍基地があった場所で，現在は跡地を利用して，ショッピング施設をはじめレストランや遊技施設などが建設され，人々でにぎわっている．日本の看護師と助産師の資格をもつ冨田江里子氏が無料で開く「貧しい人のためのクリニック」は，スービック郊外の静かな集落にあった．クリニック周辺は緑に囲まれ，庭にはウサギ，ニワトリなどが飼われていた．

本施設は，無理な出産方法のために死産に至った 2 人の現地友人との出会いから，自然出産のための知識を伝えることを目的に，1997 年に無料出産施設（St. Barnabas Maternity Clinic）として冨田氏によって開設された．フィリピンで日本の看護師や助産師の免許が認められているわけではないが，冨田氏は保健所長の監視下でのボランティアスタッフとして，貧困層を対象に 10 年以上に亘って出産だけでなく，様々な患者に対する無料での診療活動を行っている．これらの活動が認められ，2003 年にはスービック第 4 保健所として認可された．また，2009 年からは，NGO 団体 CFP（Clinic for Poverty）へと名称を改め[11]，日本各地からの支援物資や寄付金により運営されている．現在は，主に妊婦健診，出産介助，家族計画を支援しているが，あらゆる病気や症状をもつ患者への処置やケアも行っている．また，貧しくてクリニックまで来ることができない患者に対しては，巡回診療・家庭訪問を行っている．

2. クリニックにおける活動の実際

1）対象地域の生活状況

クリニックを訪れる患者や，巡回診療で訪問する人々の暮らす地域では，自然の木材や廃材を上手く利用して建てた家が多く，水・電気・ガス等のライフライン，トイレ，下水道等は完備されていないところもある．水は屋外にある手動の汲み井戸を共同で利用するが，飲み水以外は雨水をためて利用している家もある．電気は通っていても電力供給不足になり時々停電する．排泄は公衆トイレを使用するが，トイレのない家では野原や茂みで排泄を済ませる．風呂・シャワーはなく，基本的に水浴びである．水は大きなバケツに常時ため水をしておき，必要な量を手桶ですくって利用する．交通手段はジープニーという乗り合いバスのような乗り物

があるが，トライシクルというバイクに荷台がついた乗り物もあり，これらは少額で利用できるため，お金がない人でも気軽に利用していた．

服装はＴシャツに短パン姿が多い．食事は１日３食とおやつの文化があるが，極貧家庭ではおかずの残り汁と米だけの１皿を大家族で分けるなど，日々の食事さえままならない場合もある．主な収入源は，ごみ収集と換金，竹串づくりの内職，野菜売り，水の運搬などである．稼ぎのある人はトライシクルの運転手をしているが，それでも日々わずかばかりの収入である．

2）クリニックでの診療

クリニックの診療は朝９時から始まる．30 分ほど前になると，外のベンチには多くの患者がずらりと待ち構えていた．患者は順番に診察室に呼ばれ，冨田氏の診療を受ける．筆者らは，バイタルサインズ測定等の診察を手伝った．器具は聴診器と血圧計，体温計だけで，自分の目・耳・手といった五感を用いた観察能力やフィジカルアセスメントの能力が求められた．そして，けがをしている患者には消毒薬や衛生材料で応急処置を行い（写真 1），痛みのある患者には漢方のクリームを用いたマッサージ等の手当てを行った．コミュニケーションの場面では英語はほとんど通じず，冨田氏による通訳やジェスチャーを交えても意思の疎通は難しかった．しかし，笑顔で視線を合わせ，できるだけ声をかけるようにし，身体にやさしく触れながら診察を行うことで，患者は安心した表情になった．一方，冨田氏は患者と現地語で理解し合えるので，患者は自分の言葉で直接，症状や思いを伝えることができる．患者の安心感や信頼感が伝わってくるようであった．

写真１　クリニックでの診療風景

クリニックを訪れる患者は，高血圧，呼吸器疾患が多かった．また，以前には見られなかったアトピー，喘息，アレルギー疾患や各種のがんが増加している．その一因として，フィリピンには食品規制がなく，安全性の低い添加物・保存料の入った加工食品や工業食品が流通していることがある．例えば，露店で売られている人工調味料，炎天下でも腐らないチーズである．また，ビタミンを添加したインスタント麺の外袋に保健省のマークを勝手に入れるなど，規制がないことによる企業の誇大広告もみられる．これらの食品が，特に知識の乏しい貧困層において摂取され続けた結果，新たな疾患が増加したのではないかと考えられている．

クリニックでは，何らかの症状のある患者には漢方薬やサプリメントを処方している．フィリピンでは日本の基準と異なり，漢方薬は民間療法の一種として考えられている．冨田氏は数

種類の漢方薬を購入し，薬効を理解したうえで対症的に処方している．その一方で，冨田氏は看護師であり医学診断や治療を行うことはできないため，明らかに治療が必要な深刻な症状の場合は病院受診を提案している．しかし，お金がないために放置されてしまうことが多いのが現状である．

3）巡回診療・家庭訪問

今回訪れた地域の一つに，ごみ山周辺にある貧困集落があった．ごみ山までの道の両側には，廃材で建てられた埃っぽい家が並んでいた．道は舗装されておらず，雨が降った後のこの日は，ぬかるみで足を取られる状態であった．ごみ山の中心部に行くと，捨てられた種々のごみが化学反応を起こし，煙をあげていた．鼻をつく悪臭が漂い，目が突き刺さるように痛かった．その中で，真っ黒になりながら換金できるものを探す人々の姿があった（写真 2）．

写真 2　ごみ山の子どもたち

この集落で健康診査を行うと，呼吸器症状や目の違和感などを訴える人が多く，肺雑音が聴こえる人や頸部リンパ節が大きく腫れている人がいた．また，高血圧の人も多かった．大気汚染のある環境で生活しているため，呼吸器疾患や目の疾患が多いのだろうか．それに生活廃水やごみからの汚水の流れる不衛生な場所では，環境ホルモンによる体内への影響や，子どもたちに感染症が広がる危険性もあるだろう．このような環境であっても，彼らはわざわざごみ山に暮らしている．貧困のためにごみ山でしか暮らすことができないのではなく，生きるための手段としてこの場所を選び，鉄屑やガラス等を拾って換金し，生計を営んでいるのである．

このような状況でも支援できることとして，冨田氏は気になる症状のある患者に対して生活指導を行い，症状に適した漢方薬やサプリメントを配布している．そして，その後の経過を観察するために定期的に巡回診療を行っている．

写真 3　新生児の健診

次に産後健診のために訪れた家庭訪問では，母児の健康診査を行うとともに児がどのように育てられているかを観察し，生活環境も把握することができた（写真 3）．竹

を重ね合わせた壁とトタン板の屋根でつくられた高床式の家は，隙間だらけであるがその分通気性は良かった．室内は狭く，最小限の生活用品の生活であるにもかかわらず，テレビが置かれずっと点けっぱなしの様子であった．

フィリピンでの育児は，たいていは隣近所の大人や兄弟に囲まれて愛情をもって育てられるが，ときに虐待がみられる．児の栄養は母乳のほか，粉ミルクを飲ませている家庭もある．冨田氏の説明によるとその理由のひとつに，‘粉ミルクを飲むと頭が良くなる’などのテレビ宣伝がある．子どもの‘頭が良くなる’という宣伝は母親にとって殺し文句となるのはどの国の親にとっても同じであろう．ただ粉ミルクの哺乳に際しては，哺乳瓶の洗浄や調乳手技，使用する水が不衛生であることや，何時間も経った飲み残しを与えることで，下痢や腸内感染症を起こすことが多い．さらに問題となるのは，お金が工面できなくなりミルクを買うことができなくなった時には母乳が出なくなっており，児が栄養失調となり死に至ることもあるようである．

児の排泄には紙おむつを使用している家庭が多いが，貧困層にとっては高価なため，尿便でいっぱいになるまで交換しない．さらに使用後の紙おむつはポリマー部分を取り除き，外側をカバーとして再利用している．このような使用方法によって，高温多湿のフィリピンでは紙おむつを当てた部分が蒸れて真っ赤になり，広範囲におむつかぶれや白癬を起こす結果も生じている（写真４）．フィリピンでは伝統的に竹かごのなかに布を敷き，その中に児を裸のまま眠らせて尿便をさせる．布は汚れれば交換し，洗濯して繰り返し使用する．この方法は尿便の状態が観察しやすいほか，空気にさらされているため皮膚にとっても良いことが利点であり，フィリピンの気候や生活環境に適応した方法である．しかし，このような伝統的な育児の良さが守られなくなっているように感じられた．

写真４　おむつかぶれ

４）自立を支える活動：WISH HOUSE（希望に満ちる家）

「WISH HOUSE（希望に満ちる家）」[12] は，貧困のために就学を断念した子どもたちが日常の労働から抜け出し，復学できる場所として冨田氏によって設立された．ここでは心ある関わりを通して，読み書き，科目教育のほか，復学への準備・援助，自立支援，就業技術の習得などを目指している．また，給食の実施により，子どもたちが他の仲間と一緒に楽しく昼食を摂ることができる機会にもなっている．食事にだけ来る子どももいるが，これをきっかけに学

習に参加することを期待している．さらに，クラス参加を促すために送迎サポートも行っている．

このような積極的な取り組みがなされる一方で，親には子どもにとっての就学の必要性が理解されておらず，子どもは家に放置されている．貧困層の大人は，子どもを保護するというよりは労働力とみなすことが多い．また，教育を受けることができたとしても親以上の能力をもつことは難しく，結局は同じ職業・生活レベルから抜け出すことはできない現実がある[12]．

活動を振り返って

クリニックや周辺地域での活動を体験して，設備の整った日本では物品を豊富に使用することに依存しがちであるが，限られた中で工夫し，患者に適したケアを判断・実践する能力や臨機応変さが必要であることを学んだ．また，クリニックには様々な症状をもつ患者が訪れるが，わずかな処置で治っていく人もあり，人間が本来もっている治癒力に驚かされた．コミュニケーションの場面においては，通訳を介してでは微妙なニュアンスや本質的なところはお互いに伝わらず理解し合えないもどかしさがあり，現地語で分かりあえることの重要性を実感した．一方で冨田氏は，現地の言語を話すだけではなく，ひとりの人間として患者と対等な関係で接することを大切にしていた．お金がなく日々の暮らしも困難な貧困層の人々は，人間らしい扱いを受けていないことが多い．患者は病気を治してもらうことのほか，安心感を求めてクリニックを訪れ，人としての温かい関わりを通して信頼感を深めているようであった．そして，その思いが病気を自分で治していく力につながっているのだと感じた．これは看護のもつ力でもある．また，このような信頼関係は，長い年月をかけてこの土地に根づいた活動を続ける中で築かれたものである．

巡回診療・家庭訪問では，健康状態だけでなく生活環境についても情報収集し，そこに住む人々の生活（暮らし）を知ることも大切である．クリニックにおける様々な活動を通して，貧困層の生活環境から生じる健康上の問題，貧困層の大人は定職につくことができないため子どもが就労し生活を支えている問題，就労のために子どもが教育を受けることができない問題等がみえてきた．医療制度については，建前上は貧困層に対するメディケアプログラムが設けられているが，冨田氏が担当する住民は対象とされていない．それは居住に関する法的な登録状況が把握されていないことも原因であろう．このように貧困の中でもさらに厳しい状況に置かれた人々が，公的な保健医療サービスや適切な医療を受けることができない現状の中で，本クリニックの活動は大きな役割を果たしている．

健康上の問題には，添加物・保存料の入った食品の摂取による新たな疾患の増加，粉ミルクや紙おむつの使用による弊害等があった．これらは先進国より流入した便利な商品であるが，企業による誇大広告のもと貧困層においても消費されている．たった数秒のテレビ広告や商品

パッケージの中にインパクトのある言葉や映像が散りばめられており，こういった企業の戦略や誤った知識への誘導により，貧困層において健康被害が拡大することが懸念される．フィリピン人の多くは健康への関心・理解が乏しいといわれているが，健康に関する正しい知識があれば予防できる問題は多いと考える．実際に，政府の取り組みとして地域保健活動は行われているものの，絶対的貧困（低所得，栄養不良，不健康，教育の欠如など人間らしい生活から程遠い状態）の人々への対応は遅れており，適切な専門家もいないため，知識の普及は困難となっている．

このような状況から，クリニックでは貧困集落での保健活動を実施しているが，教育を受けてこなかった大人へ健康指導を行っても教育効果が低いのが現状である．そこで冨田氏は，未来を担う子どもたちに焦点を当てて「WISH HOUSE」を設立し，子どもにとって重要な遊び・学び・食事を通して「人を育てる活動」を行っている．こうした人間的なふれあいの中で，子どもが自ら問題を解決し，対処していく能力を身につけていくことが，将来の自分の健康を守ることにもつながっていくと考える．そして，ここで育った子どもが大人になり次の世代の子どもを育てていくことを願って，子どもが自分の健康を自分で守るための知識を身につける教育を行うこと，さらに将来の就業につながる知識や技術を習得させることは，息の長い支援ではあるが重要な自立支援のあり方ではないかと，冨田氏の活動を通して考えた．

フィリピン農村部の貧困層の暮らしは，物質的には恵まれてはいないが，決して不幸ではないように感じた．貧困層の子どもたちは笑顔がいっぱいで，人懐っこく，無邪気であった．また，日本人にとっては不便や困難を感じる生活も，そこに暮らす人たちにとっては当たり前の自然な営みであった．しかしながら貧困層の人々は，医療のみならず生活環境，労働，教育等において様々な問題を抱えていた．冨田氏は，日々を生きていくことで精一杯であるにも関わらず政府にも見放された（政府の公的サービスの対象から外れた）絶対的貧困層の人々が，人間らしい生活を営むことができることを大切にして保健医療活動を行ってきた．無料出産施設からスタートした活動であるが，これらの問題に対する冨田氏の看護師・助産師としての関わりが，貧困層の人々の生活を支える援助や生きることを支える援助につながっていると考える．

おわりに

フィリピン農村部の貧困集落を対象とした支援活動を通して，貧困層における医療の現状だけでなく，子どもたちが生きるための手段を身につけ生活を支えている実態や，就労のために十分な教育を受けていない問題とその支援を知ることができた．このような環境で看護を振り返ることができたのは大変貴重な体験であり，日本以外の世界を知り，国際的な視点で私たちにどのような支援ができるのかを考えるきっかけにもなった．

発展途上国を支援する団体は様々であるが，それぞれの視点での活動や支援が行われている．立場が違えば異なった問題点や課題が見えてくる．冨田氏はその土地の文化・風習・価値観等を知り，現地の言葉を話し，生活に入り込んでいくという強みをもって，種々の問題に対して自分にしかできない支援を行っている．そして，生活者の視点をもって貧困の中で生きる人々をまっすぐに見つめ，人間的な関わりを通して貧困層の人々が自分たち自身の力で生活を改善していくことを願って，日々の活動を続けている．これらの現状を日本へ伝えることは大切な使命であり，このような活動の積み重ねが国際支援へとつながっていくのではないだろうか．

文献

1）田村やよひ編：新体系看護学全書　第 39 巻　看護の統合と実践③　国際看護学．メヂカルフレンド社，東京，2011，p4-5.

2）南亮三郎：フィリピンの人口と経済．アジア経済出版会，東京，1969.

3）Population, Republic of the Philippines Department of Health,
〈http://www.doh.gov.ph/kp/statistics/demography1〉，（参照　2012-07-27）

4）外務省ホームページ　フィリピン共和国,
〈http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/philippines/index.html〉，（参照　2012-07-27）

5）Leading Causes of Mortality，Republic of the Philippines Department of Health,
〈http://www.doh.gov.ph/node/198〉，（参照　2012-07-27）

6）河原和夫：フィリピン共和国の保健医療事情と医療保健システム，医療と社会，18（1）：189-204，2008.

7）フィリピン日本人商工会議所ウェブサイト，〈http://www.jccipi.com.ph/1-4(3).pdf〉，
（参照　2012-06-03）

8）大野拓司，寺田勇文：現代フィリピンを知るための 61 章（第 2 版）．明石書店，東京，2009.

9）石間フロルデ・リサ：フィリピン人患者を診る，治療，88（9）：2323-2326，2006.

10）フィリピン医療事情，〈http://www.rasc.jp/report/pilipinas.pdf〉，（参照　2012-07-27）

11）フィリピン，貧しい人のためのクリニック，
〈http://www.geocities.jp/erikoclinic/index.html/〉，（参照　2012-06-03）

12）WISH　HOUSE「希望に満ちる家」ホームページ，〈http://www.geocities.jp/k_uran1125/〉，
（参照　2012-06-03）

13）伊藤順子：フィリピンでの子育て事情とボランティア活動，助産雑誌，62（4）：338-342，2008.

14）M.R.P. バレスカス：世界人権問題叢書 1　フィリピンの子どもたちはなぜ働くのか　アジアの子どもの社会学（第 3 刷）．明石書店，東京，1997.

15）下羽友衛：「持続可能な開発のための教育」にむけて　地球市民になるための学び方②　フィリピンにふれる，アジアに学ぶ，日本図書センター，東京，2005.

（うだ　えりか　看護学科）

（ひのくま　ふみこ　看護学科）

2012 年 10 月 1 日受理