

# カンボジアにおける妊産婦検診の向上<sup>1</sup>

---

神戸大学 石黒馨研究会 経済産業②分科会

寺岡舞香

中村明寛

松永弥久

李柱元

2018年11月

---

<sup>1</sup> 本稿は2018年12月8日、9日に開催されるISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2018」のために作成したものである。本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。本稿の作成に当たっては石黒馨教授(神戸大学)をはじめ、現地調査の際に協力していただいた方々、ヒアリング調査を受け入れていただいた日本国際ボランティアセンター様、認定NPO法人ピープルズ・ホープ・ジャパン様、特定非営利活動法人幼い難民を考える会様、公益財団法人国際開発救援財団様、特定非営利活動法人シェア＝国際保健協力市民の会様など多くの方々から有益かつ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。

# 要約

---

本稿の目的は、ODA を活用しカンボジアにおける妊産婦検診の受診率向上に向けた妊産婦検診の受診政策を提言することである。この政策の推進において、ODA を有効活用するために NGO と連携し、カンボジアにおいて妊産婦検診の受診支援を実施する。2015 年に国連で採択された持続可能な開発目標(SDGs)の中に健康に関する目標 3「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を推進する」が掲げられている。本稿ではその中のターゲット 3.1「2030 年までに、世界の妊産婦の死亡率を 10 万人当たり 70 人未満に削減する」に注目する。妊産婦検診の受診支援の対象地域としてカンボジアに焦点を当てる。カンボジアは東南アジアの中でも特に妊産婦死亡率が高く、母子保健問題の解決が急務である。そこで妊産婦検診の受診支援をカンボジアで行うことで、SDGs の目標 3 が達成され、カンボジアの母子保健問題を解決することができる。

本稿では政策提言として ODA と NGO の連携による、①すごろくによる妊産婦検診の情報共有、②妊産婦扶助活動、③スタンプ制度の 3 本の柱を掲げる。妊産婦検診の情報共有と妊産婦扶助活動によって妊産婦検診の受診率を向上させ、スタンプ制度によって両政策の活動の参加を促す。これら 3 つが作用することで妊産婦検診の受診率向上を目指す。

以下、本稿の構成について述べる。

第 1 章は、「問題意識と現状分析」である。本稿における問題意識は ODA を活用し、どのように妊産婦検診の受診率を向上させるかということである。本稿では、まず SDGs の指標を用いてカンボジアの母子保健の現状を明らかにする。次に、日本の ODA の効率的な活用の方法として NGO との連携に着目し、現在の日本の ODA・NGO の現状を俯瞰し、両者の連携方法についてみていく。

第 2 章は、「先行研究及び本稿の位置づけ」である。本章では妊産婦の保健医療サービスの利用に関する研究、妊産婦検診の受診要因に関する研究、母子保健と社会関係資本に関する研究を紹介する。

保健医療サービスの利用に関する研究において、Andersen(1995)では基本的な枠組みは(1)個人の特性、(2)使用可能な資源、(3)必要性の 3 つに分けられる。Matsuoka ら(2010)では、カンボジアにおける妊産婦の保健医療サービスの利用の妨げとなる基本的な障壁として①経済的、②物理的、③認知的、④組織的、⑤心理的及び社会文化的制約の 5 つがあることがわかった。これら 5 つの制約のうち、①経済的、②物理的、③認知的、④組織的な制約は、Andersen(1995)の(2)使用可能な資源に、⑤心理的及び社会文化的制約は、(3)必要性にそれぞれ位置づけられることがわかった。

妊産婦検診の受診要因に関する研究において、Prusty ら(2015)、Kikuchi ら(2018)、Sagna ら(2012)の先行研究により、具体的な妊産婦検診の受診要因として(1)個人の特性に①年齢、②教育水準、③パートナーの教育水準があり、(2)使用可能な資源に①地理的要因、②家計収入、③出産や妊産婦検診に関する知識、④メディアへの接近性があり、(3)必要性には宗教の信仰があることがわかった。また、母子保健と社会関係資本に関する研究において、Andersen(1995)、De Silva ら(2007)より妊産婦検診の受診率向上のためには、社会関係資本、その中でも特に認知的社会資本を向上させることが重要であることがわかった。

第 3 章は、「カンボジアの妊産婦検診の受診要因に関する実証分析」である。本章では、2018 年 9 月にカンボジアのシェムリアップ州の農村で行ったアンケート調査のデータをもとに、妊産婦検診の受診要因を明らかにしている。そして、①産前検診の 4 回以上の受診、②出産後 6 週間以内の産後検診の受診についてロジット分析を行った。分析の結果に基づき、①産前検診の 4 回以上の受診では譲渡ダミー・情報源の数に注目し、②出産後 6 週間以内の産後検診の受診では譲渡ダミー・情報源の数に加え、近所の人への信頼度に注目し、

政策提言を行う。

第4章は、「カンボジアの妊産婦検診の受診率向上のための政策提言」である。私たちは、ODAとNGOの連携による妊産婦検診の受診支援をカンボジアで行う政策を提言する。政策提言の3本柱として、①すごろくによる妊産婦検診の情報共有、②妊産婦扶助活動、③スタンプ制度を掲げる。

それぞれの活動内容は次の通りである。①すごろくによる妊産婦検診の情報共有とは、すごろくの特性を利用して、地域女性に妊産婦検診についての情報提供を行い、情報共有や意識改善を推進させることである。②妊産婦扶助活動とは、地域女性らが妊産婦に対して扶助を行うことで、妊産婦の家事、農業などの時間的負担を減らして、妊産婦検診の受診を促すことである。③スタンプ制度とは、ODAを活用し①と②の両政策の活動への参加率向上のために行うことである。そして、村長やNGOの協力のもとで、地域女性に主体となって活動に参加してもらうことで、ODAの拠出やNGOの協力がなくても地域女性が自発的に妊産婦検診を受診するようになり、妊産婦検診の受診率向上を目指す。

# 目次

はじめに	.....6
<b>第1章 問題意識・現状分析</b>	<b>.....7</b>
第1節 問題意識	.....7
第2節 カンボジアにおける母子保健の現状	.....7
第1項 SDGs	
第2項 SDGsの達成状況	
第3項 カンボジアの妊産婦検診の現状	
第3節 ODAとNGOの連携に関する現状	.....12
第1項 ODAとNGOの連携	
第2項 カンボジアに対するODA	
第3項 カンボジアの母子保健支援活動を行うNGO	
<b>第2章 先行研究及び本稿の位置づけ</b>	<b>.....14</b>
第1節 妊産婦の保健医療サービスの利用に関する研究	.....14
第1項 保健医療サービス利用要因の基本的枠組みに関する研究	
第2項 妊産婦の保健医療サービス利用要因の基本的枠組みに関する研究	
第2節 妊産婦検診の受診要因に関する研究	.....15
第1項 妊産婦検診の個人の特性に関わる要因に関する研究	
第2項 妊産婦検診の使用可能な資源に関わる要因に関する研究	
第3項 妊産婦検診の必要性に関わる要因に関する研究	
第3節 母子保健と社会関係資本に関する研究	.....16
第1項 社会関係資本とは	
第2項 保健医療サービスの利用における社会関係資本の重要性に関する研究	
第3項 母子保健と社会関係資本との関連性に関する研究	
第4節 先行研究及び本稿の位置づけ	.....17
<b>第3章 カンボジアの妊産婦検診の受診要因に関する 実証分析</b>	<b>.....18</b>
第1節 分析概要	.....18
第2節 現地調査	.....18
第1項 調査概要	
第2項 調査結果	
第3節 ロジット分析	.....22
第1項 分析手法とモデル	
第2項 推定結果	
第4節 実証分析のまとめと考察	.....28
第1項 分析結果のまとめ	
第2項 分析結果の考察	

<b>第4章</b>	<b>カンボジアの妊産婦検診の受診率向上のための政策提言</b>	<b>.....31</b>
第1節	政策提言の概要	.....31
第1項	妊産婦検診の受診率向上への課題	
第2項	政策提言の方向性	
第3項	政策の手順	
第2節	すごろくによる妊産婦検診の情報共有	.....36
第1項	すごろく教育の実施	
第2項	すごろく教育の意義	
第3項	すごろく教育の有効性	
第3節	妊産婦扶助活動	.....41
第1項	妊産婦扶助活動の実施	
第2項	妊産婦扶助活動の有効性	
第4節	スタンプ制度	.....43
第1項	スタンプ制度の概要	
第2項	スタンプ制度の詳細	
第3項	スタンプ制度の有効性	
第5節	政策提言にかかる諸費用	.....45
第1項	すごろく教育にかかる諸費用	
第2項	スタンプ制度にかかる諸費用	
第3項	NGOの運営費	
おわりに		..... 48
参考文献・データ出典		..... 49

# はじめに

本稿の目的は ODA を活用し、妊産婦検診の受診率向上に向けた政策を提言することである。この政策の推進において、ODA を有効活用するために NGO と連携し、カンボジアにおいて妊産婦検診の受診支援を実施する。

本稿では ODA を効率的に活用するために、NGO との連携に着目する。日本の ODA は経済・財政状況が厳しくなるとともに減少傾向にあり、効果的な活用が求められる。そこで考えられるのが NGO との連携である。NGO は支援地域のニーズに合わせた政策を行うことが可能であり、支援をより効果的なものにすることができる。しかし NGO は資金不足により十分な支援が行えないことも多い。このことから ODA と NGO を連携させることが必要であるといえる。

よって ODA を有効活用するために NGO と連携し、カンボジアにおける妊産婦検診の受診支援を実施する。2015 年に国連で採択された持続可能な開発目標(SDGs)の中に健康に関する目標 3「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を推進する」が掲げられている。本稿ではその中のターゲット 3.1「2030 年までに、世界の妊産婦の死亡率を 10 万人当たり 70 人未満に削減する」に注目する。東南アジアの中でも特にカンボジアは妊産婦死亡率が高く、母子保健問題の解決が急務である。そこで、カンボジアにおいて妊産婦検診の受診支援を行うことで、SDGs の目標 3 が達成され、カンボジアの母子保健問題の解決につながる。

本稿では政策提言として、ODA と NGO の連携のもと、①すごろくによる妊産婦検診の情報共有、②妊産婦扶助活動、③スタンプ制度の 3 本の柱を掲げる。妊産婦検診の情報共有と妊産婦扶助によって妊産婦検診の受診率を向上させ、スタンプ制度によって両政策の活動への参加を促す。これら 3 つが作用することで妊産婦検診の受診率向上を目指す。

本研究には特徴がある。それは、カンボジアでの聞き取り調査によってデータを収集し、分析を行っていることである。そのデータは地域女性の妊産婦検診の受診要因に関するものである。

以下、本稿の構成について述べる。

第 1 章は、「問題意識と現状分析」である。本稿における問題意識は ODA を活用し、どのように妊産婦検診の受診率を向上させるか、ということである。本稿ではまず SDGs の指標を用いてカンボジアの母子保健の現状を明らかにする。次に、日本の ODA の効率的な活用方法として NGO との連携に着目し、現在の日本の ODA・NGO の現状を俯瞰し、両者の連携方法についてみていく。

第 2 章は、「先行研究及び本稿の位置づけ」である。本章では妊産婦の保健医療サービスの利用に関する研究、妊産婦検診の受診要因に関する研究、母子保健と社会関係資本に関する研究を紹介する。妊産婦検診の受診要因に関する研究をもとに本稿の独自性を述べ、その他の先行研究を政策提言の際に参考にする。

第 3 章は、「カンボジアの妊産婦検診の受診要因に関する実証分析」である。本章ではカンボジアの地域女性の妊産婦検診の受診に影響を与える要因を明らかにする。私たちの研究会では、カンボジアで聞き取り調査を行い、その調査で得られたデータをもとにロジック分析を行った。

第 4 章は、「カンボジアの妊産婦検診の受診率向上のための政策提言」である。私たちは ODA と NGO の連携による妊産婦検診の受診支援をカンボジアで行う政策を提言する。政策提言の 3 本柱として、①すごろくによる妊産婦検診の情報共有、②妊産婦扶助活動、③スタンプ制度を掲げる。

# 第1章

## 問題意識・現状分析

本章ではカンボジアにおける母子保健の現状と日本の ODA と NGO の現状をみていく。第1節では本稿における問題意識、第2節ではカンボジアにおける母子保健の現状、第3節では ODA と NGO の連携に関する現状について説明する。

### 第1節 問題意識

本稿における問題意識は、ODA の活用を通じてどのようにカンボジアの妊産婦検診の受診率を向上させるか、ということである。ODA を有効活用する手段として NGO との連携に着目し、カンボジアにおける妊産婦検診の受診支援を検討する。

日本の ODA は経済・財政状況が厳しくなるとともに減少傾向にあり効果的な活用が求められる。そこで考えられるのが NGO との連携である。NGO は支援地域のニーズに合わせた政策を行うことが可能であり、支援をより効果的なものにすることができる。しかし NGO は資金不足により十分な支援が行えないことも多い。このことから ODA と NGO を連携させることが必要であるといえる。

両者の連携を通じて、妊産婦検診の受診支援をカンボジアで行う。2015 年に採択された、持続可能な開発目標 (Sustainable Development Goals: SDGs) の中でも母子保健に関する目標が掲げられている。妊産婦検診の受診支援の対象地域としてカンボジアに焦点を当てる。カンボジアは東南アジアにおいて妊産婦死亡率が依然として高く、母子保健問題の解決は急務である。よって本稿ではカンボジアでの ODA と NGO の連携による妊産婦検診の受診支援を提言する。私たちは、カンボジアにおける妊産婦検診の受診支援を考えるにあたって、実際に現地を訪れ、聞き取り調査を行い分析した。

### 第2節 カンボジアにおける母子保健の現状

本節ではカンボジアにおける母子保健の現状について明らかにする。第1項では SDGs について、第2項では第1項をふまえ、カンボジアの母子保健分野における SDGs の達成状況について述べる。第3項ではカンボジアの妊産婦検診の現状について取り上げる。

#### 第1項 SDGs

SDGs(持続可能な開発目標)とは、2015年にMDGs(ミレニアム開発目標)の後継として採択されたもので、17の目標が定められている。本項では、SDGsにおける国際社会の母子保健分野での目標及びそこで掲げられているターゲットと指標を明らかにする。

表 1.1 SDGs 母子保健に関する指標

目標3	ターゲット	指標	現在のレベル	2030年目標値
あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を推進する	3.1 2030年までに、世界の妊産婦の死亡率を出生10万人当たり70人未満に削減する	①妊産婦死亡率	170人	70人未満
		②専門技能者の立ち会いの下での出産の割合	89%	—
	3.2 2030年までに、新生児及び5歳未満児の予防可能な死亡を根絶する	③5歳未満児死亡率	35件	25件以下
		④新生児死亡率	28件	12件以下

注)各指標の現在のレベルは以下の年の測定値である。①妊産婦死亡率：2014年、②専門技能者の立ち会いの下での出産の割合：2014年、③5歳未満児死亡率：2014年、④新生児死亡率：2014年。  
また、①妊産婦死亡率は出生10万人当たり、③5歳未満児死亡率と④新生児死亡率は出生1,000件当たりの測定値である。  
出所) Sok, Kosal. (2014) より筆者作成

表 1.1 のように、17 の目標のうち特に母子保健に関係するものは「目標 3：あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を推進する」である。この目標を達成するためのターゲットとして挙げられているのは、「ターゲット 3.1：2030 年までに、世界の妊産婦の死亡率を出生 10 万人当たり 70 人未満に削減する」、「ターゲット 3.2：全ての国が新生児死亡率を少なくとも出生 1,000 件中 12 件以下まで減らし、5 歳以下死亡率を少なくとも出生 1,000 件中 25 件以下まで減らすことを目指し、2030 年までに新生児及び 5 歳未満児の予防可能な死亡を根絶する」などがある。これらのターゲットはさらにそれぞれ 2 項目の指標に細分化されている。ターゲット 3.1 の指標は①妊産婦死亡率、②専門技能者の立ち会いの下での出産の割合である。また、ターゲット 3.2 の指標は③5 歳未満児死亡率、④新生児死亡率<sup>2</sup>である。表 1.1 より①妊産婦死亡率は出生 10 万人あたり 170 人、③5 歳未満児死亡率は出生 1,000 件あたり 35 件、④新生児死亡率は出生 1,000 件あたり 28 件であることから、カンボジアにおけるこれらの指標は依然として目標値に達していない。

## 第 2 項 SDGs の達成状況

本項では、第 1 項で示した SDGs の 4 つの指標についてカンボジアの母子保健分野における達成状況をみていく。

### (1)①妊産婦死亡率

はじめに東南アジア諸国の妊産婦死亡率の現状を確認し、他の東南アジア諸国と比較してカンボジアの妊産婦死亡率の実態を明らかにする。

<sup>2</sup> United Nations (2018) “Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 Agenda for Sustainable Development” pp.1-21

表 1.2 東南アジア諸国の妊産婦死亡率(MMR)及び MMR 変化率

	妊産婦死亡率(MMR) (出生10万対)	MMR変化率(%)
カンボジア	161	84.2
ラオス	197	78.2
インドネシア	126	71.7
ベトナム	54	61.2
ミャンマー	178	60.7
タイ	20	50.0
マレーシア	40	49.4
フィリピン	114	25.0

注) 妊産婦死亡率(MMR)は2015年の測定値であり、MMR変化率は1990年から2015年までの変化率である。  
出所) WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division (2015) "Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015" pp.68-77より筆者作成

表 1.2 は東南アジア諸国の妊産婦死亡率(MMR)及び MMR 変化率を表す。妊産婦死亡率(MMR)変化率はカンボジアが東南アジア諸国の中で最も高い。だが、妊産婦死亡率(MMR)はカンボジアが東南アジア諸国の中で 3 番目に高い。近年カンボジアの妊産婦死亡率は減少傾向にあるが、依然として SDGs の目標値である出生 10 万人当たり 70 人を大幅に上回っている。

#### ②専門技能者の立ち会いの下での出産の割合

専門技能者とは医者、看護師、助産師、補助看護師/助産師を指す。専門技能者により出産を補助してもらうことは、より安全な出産を行うことにつながる。すなわち専門技能者の立ち会いの下での出産の割合の増加は母子の死亡率の減少の一助となる。以下の表 1.3 には東南アジア諸国の専門技能者の立ち会いの下での出産の割合を表している。表 1.3 よりカンボジアは専門技能者の立ち会いの下での出産の割合が 5 番目に高い。

表 1.3 東南アジア諸国の専門技能者の立ち会いの下での出産の割合

	専門技能者の立ち会いの下での出産の割合(%)	目標値
ラオス	40	100
ミャンマー	60	100
フィリピン	73	100
カンボジア	89	100
インドネシア	93	100
ベトナム	94	100
タイ	99	100
マレーシア	99	100
ASEAN諸国全体	91	100

出所) Unicef(2017) pp.178-181及びThe ASEAN Secretariat(2017) p.40より筆者作成

#### (2)③5歳未満児死亡率と④新生児死亡率

はじめに、カンボジアの 5 歳未満児死亡率と新生児死亡率の現状についてみていく。

表 1.4 はカンボジアの地域別の 5 歳未満児死亡率と新生児死亡率を表したものである。表 1.4 よりカンボジアにおいて 5 歳未満児死亡率と新生児死亡率はいずれも目標値を達成できておらず、5 歳未満児死亡率に関して都市部で出生 1,000 件あたり 18 人、農村部では 52 人と約 3 倍近く差があり、新生児死亡率に関して都市部で出生 1,000 件あたり 13 人、農村

部では 42 人と約 3 倍近く差がある。以上より、カンボジアにおいては 5 歳未満児死亡率と新生児死亡率ともに地域差が大きいことがわかる。

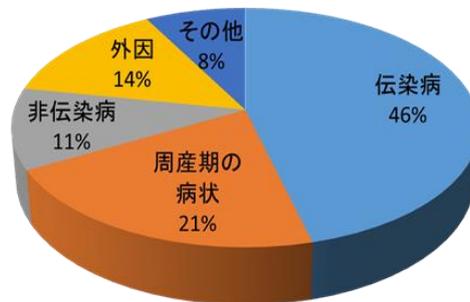
表 1.4 カンボジアの地域別の 5 歳未満児死亡率と新生児死亡率

	5歳未満児死亡率	新生児死亡率
都市	18	13
農村	52	42
カンボジア全体	35	28
2030年目標値	25	12

注) 5歳未満児死亡率と新生児死亡率は出生1,000件当たりの測定値である。  
出所) Sok, Kosal. (2014) p.130より筆者作成

次に、カンボジアにおける子どもの死亡の現状を明らかにする。図 1.1 はカンボジアにおける新生児死亡の原因を表している。伝染病及び周産期の病状の割合が高いことから、母親である妊産婦の健康管理を行うために妊産婦検診を重点的に受診させることが子どもの死亡率改善の一助となるといえる。

図 1.1 カンボジアにおける新生児死亡の原因



Sophie ら (2015)より筆者作成。

### 第 3 項 カンボジアの妊産婦検診の現状

本項ではカンボジアの妊産婦検診の現状について取り上げる。カンボジアにおける妊産婦の利用可能な保健医療サービスとして妊産婦検診がある。カンボジア保健省は妊産婦と新生児の死亡率の減少を目標とした FTIRM 2016-2020(The Fast Track Initiative Roadmap for Reducing Maternal and Newborn Mortality 2016-2020)を掲げており、その中で目標達成の要素の一つに専門技能者による分娩介助をあげている。その指標のうち妊産婦検診に関係するものが、①産前検診を少なくとも 4 回受診する、②産後検診を出産後 2 日以内に受診する<sup>3</sup>である。このことから妊産婦検診の受診が妊産婦及び新生児の死亡率の減少の重要な要因として注目されていることがわかる。そこで、以下では(1)産前検診の回数、(2)産後検診の出産後の受診時期についてカンボジアの現状を明らかにする。

#### (1)産前検診の回数

以下の表 1.5 ではカンボジアにおける地域別の産前検診の回数ごとの受診者の割合を表

<sup>3</sup> Ministry Of Health (2016) “Fast Track Initiative Roadmap for Reducing Maternal and Newborn Mortality 2016-2020” pp.13-14

している。カンボジア保健省は、妊産婦のうち少なくとも4回産前検診を受診する人の割合を増加させることを目標としている。カンボジア保健省が定めた2020年の目標値は90.0%であるが、表1.5より現状では75.6%である。目標値を達成できていない要因の一つとして都市部と農村部の格差が大きいことが挙げられる。少なくとも4回産前検診を受診する人の割合は都市部では85.4%であるのに対し、農村部は73.9%となっている。

表 1.5 カンボジアの地域別産前検診の回数ごとの受診者の割合

	カンボジアの産前検診の回数ごとの受診者の割合(%)					目標値(少なくとも4回産前検診を受診する人の割合)(%)
	0回	1回	2-3回	4回以上	無知	
全体	4.5	2.9	16.7	75.6	0.3	90.0
都市部	1.4	1.4	11.5	85.4	0.3	—
農村部	5.0	3.1	17.6	73.9	0.3	—

出所) Sok, Kosal. (2014) p.139 より筆者作成

## (2)産後検診の出産後の受診時期

また、以下の表1.6ではカンボジアの州別産後検診を最初に受診する時期を表している。カンボジア保健省は、妊産婦のうち出産後2日以内に最初の産後検診を受診する人数を増加することを目標としている。カンボジア保健省が定めた2020年の目標値は95.0%であるが、表1.6より現状では90.3%である。産後検診を受診する妊産婦は増加傾向にあるが、産前検診の受診と同様に依然として都市部と農村部の格差が大きい。本研究で注目するシェムリアップ州は出産後2日以内に最初の産後検診を受診する妊産婦の割合が88%であり7番目に低く、全体の数値よりも低い。

表 1.6 カンボジアの州別産後検診を最初に受診する時期

	産後検診を 出産後最初に受診する時期						目標値(出産後2日以内に最初の産後検診を受診する)
	4時間以下	4-23時間	1-2日	3-41日	無知	受診していない	
Banteay Meanchey	70.7	3.0	15.5	1.0	0.5	9.3	—
Kampong Cham	64.9	8.1	9.7	0.0	1.4	15.9	—
Kampong Chhnang	98.4	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0	—
Kampong Speu	83.8	5.9	1.1	0.0	0.8	8.4	—
Kampong Thom	96.4	0.3	3.2	0.0	0.0	0.0	—
Kandal	66.1	13.9	5.8	1.0	0.0	13.3	—
Kratie	74.1	1.5	16.1	0.0	0.0	8.2	—
Phnom Penh	61.2	37.1	1.7	0.0	0.0	0.0	—
Prey Veng	96.5	2.2	0.0	0.0	1.3	0.0	—
Pursat	88.6	4.8	2.4	0.0	0.0	4.2	—
Siem Reap	67.0	17.2	3.8	1.3	2.1	8.6	—
Svay Rieng	85.2	4.0	0.9	0.9	0.9	9.0	—
Takeo	85.4	9.2	1.8	2.0	0.8	0.8	—
Otdar Meanchey	91.1	3.1	0.0	0.5	0.0	5.3	—
Battambang/Pailin	79.4	15.1	1.0	0.0	2.9	1.6	—
Kampot/Kep	78.6	11.3	3.2	0.0	0.0	7.0	—
Preah Sihanouk/ Koh Kong	89.4	3.1	2.4	0.0	0.8	4.2	—
Preah Vihear/ Stung Treng	57.0	2.4	8.8	0.7	0.0	31.1	—
Mondul Kiri/ Ratanak Kiri	37.6	1.6	0.0	0.0	0.0	60.8	—
カンボジア全体	76.1	9.9	4.3	0.4	0.8	8.5	95.0

出所) Sok, Kosal. (2014) p.145 より筆者作成

### 第3節 ODA と NGO の連携に関する現状

本節では、カンボジアの母子保健問題を解決するため、ODA と NGO の連携に着目する。第1項では ODA と NGO の連携、第2項ではカンボジアに対する ODA、第3項ではカンボジアの母子保健支援活動を行う NGO についてみていく。

#### 第1項 ODA と NGO の連携

ODA とは、経済開発や福祉の向上に寄与することを主たる目的として公的機関によって供与される贈与及び条件の緩やかな貸付等のことである。また、NGO は、民間の立場から貧困や環境問題などの世界的問題の解決に取り組む非政府・非営利組織を表す。NGO は各々の目的意識に基づき、自発的に活動し、現地住民の多様な考え方やニーズに合わせた細やかな協力を迅速に行うことが可能である。日本の ODA と NGO の連携には、①日本 NGO 連携無償資金協力、②ジャパン・プラットフォームを通じた緊急人道支援事業、③ NGO 事業補助金、④JICA 草の根技術支援の4つの制度が設けられている。

そのうち、本稿で着目する日本 NGO 連携無償資金協力について説明する。日本の NGO 連携無償資金協力<sup>4</sup>とは、日本 NGO が途上国で実施するプロジェクトに資金を拠出する制度である。これは外務省が管轄しており、国際協力局民間援助連携室が制度の運用を行っている。申請団体には、団体本部が日本に所在していること、活動実績が2年以上あること等の条件を満たしていなければならない。

表 1.7 に、NGO 無償資金協力の対象となる事業と許容限度額、実施期間をまとめた。許容限度額は 2000 万～1 億円で、実施期間は 6 か月又は 1 年以内となっている。本稿の政策提言で用いる ODA と NGO の連携は、開発協力事業であり、5000 万円を許容限度額とし、12 か月以内に使わなければならない。

表 1.7 NGO 無償資金協力の対象となる事業の詳細

対象となる事業	供与限度額	事業期間
開発協力事業	5000万円	12か月以内
NGO パートナシップ事業	5000万円	12か月以内
リサイクル物資輸送事業	1000万円	12か月以内
緊急人道支援事業	1億円	6か月以内
地雷関係事業	1億円	12か月以内
マイクロクレジット原資事業	2000万円	12か月以内
平和構築事業	5000万円	12か月以内

出所)外務省国際協力局民間援助連携室(2013) p.8 より筆者作成

#### 第2項 カンボジアに対する ODA

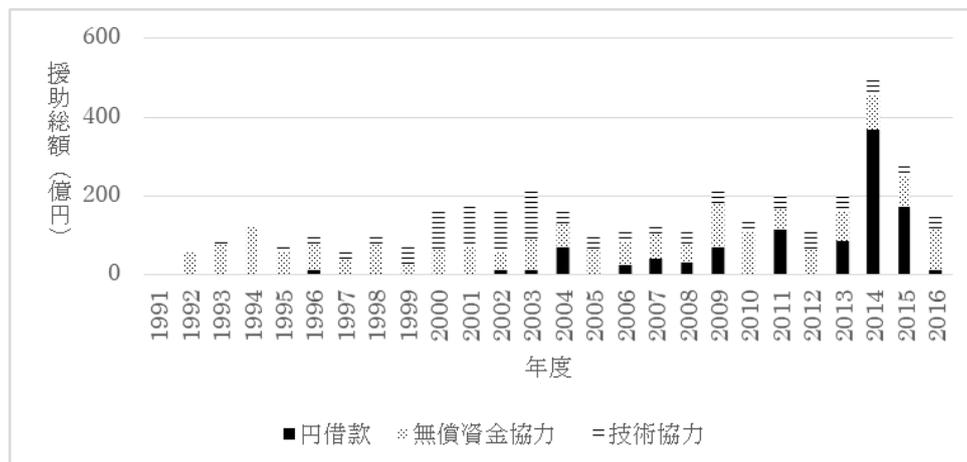
本項では日本の対カンボジアの ODA の概要について説明する。1959 年から始まった日本の対カンボジアの ODA は 2014 年度までで合計 3,466.55 億円<sup>5</sup>あり他の国と比べて最大の援助国である<sup>6</sup>。図 1.2 に近年の対カンボジアの ODA とその内訳を示した。この図からわかるように、対カンボジアの 1991 年から 2014 年では ODA の額が増加傾向にあり、また無償資金協力は毎年安定した量の ODA が投下されている。

<sup>4</sup> 外務省「国際協力と NGO 外務省と日本の NGO のパートナーシップ」p.5

<sup>5</sup> 外務省 カンボジア 国別データブック「我が国の対カンボジア援助形態別実績」

<sup>6</sup> 「主要国際機関との関係、他の援助国、NGO の取り組み」

図 1.2 対カンボジア援助形態別実績



出所)外務省「国別実績データ(カンボジア)」より筆者作成  
2015年の技術協力実績はJICAのみによるもの、それ以外は日本全体。

### 第3項 カンボジアの母子保健支援活動を行う NGO

表 1.8 は本研究会が訪問した団体名と各団体が実施した事業内容についてまとめている。2018年7月にカンボジアで母子保健支援活動を行っている NGO 団体などへのヒアリング調査を行った。ヒアリング調査より、農村部では地域住民がその家族や保健ボランティア、村長などとコミュニティを形成することで出産や妊産婦検診に関する情報共有を行っていることがわかった。

表 1.8 カンボジアで医療支援活動を行う NGO 団体等

団体名	主な事業内容
NPO：ピープルズ・ホープ・ジャパン	保健センター支援(2014年～)
NPO：特定非営利活動法人シェア＝国際保健協力市民の会	乳幼児検診活動の支援(2014年)
公益財団法人国際開発救援財団FIDR	栄養教育普及プロジェクト(2017年～)
NPO：幼い難民を考える会	保育活動支援(農村の保育所運営)(1991年～)

出所) ヒアリング調査より筆者作成

## 第2章 先行研究及び本稿の位置づけ

前章にてカンボジアの妊産婦検診の現状を明らかにしたため、本章ではその解決のための妊産婦検診に関する先行研究をみていく。第1節では妊産婦の保健医療サービスの利用に関する研究を取り上げる。第2節では妊産婦検診の受診要因に関する研究について取り上げる。第3節では母子保健と社会関係資本に関する研究を取り上げる。第4節では先行研究のまとめと本稿の位置づけを行う。

### 第1節 妊産婦の保健医療サービスの利用に関する研究

本節では、保健医療サービスの利用に関する研究を2つ取り上げる。第1項では保健医療サービス利用要因の基本的枠組みに関する研究を取り上げる。第2項では妊産婦の保健医療サービス利用要因の基本的枠組みに関する研究を取り上げる。

#### 第1項 保健医療サービス利用要因の基本的枠組みに関する研究

第1論文は Andersen(1995) “Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?” である。この論文では、人々が保健医療サービスを利用する要因について論じている。保健医療サービスとは、治療・看護など直接的に身体に何かを施すサービスのことであり、妊産婦検診もそのひとつである。保健医療サービスの利用は(1)個人の特性、(2)使用可能な資源、(3)必要性によって決定づけられる。そして、これらの保健医療サービスを利用する決定要因は相互に関連しており、これらに働きかけることで保健医療サービスの利用に影響を与えたと考えられる。

(1)個人の特性は、性別、年齢、遺伝、先天的認知障害といった人口学的特性による潜在的な身体リスクに加え、社会経済的背景とそれに付随する生活環境を表す。

(2)使用可能な資源は、所得、健康保険の有無、保健医療サービスに関する情報、医療機関までの距離やそれに伴う移動時間や待ち時間を指す。また、これには最寄りの医療機関や医療従事者の量と質も含まれる。

(3)必要性は、実際に自身の身体的な保健医療サービスの必要性を把握したうえで、保健医療サービスを利用しようとしているかを表す。身体的な不調、変化、リスクなどが保健医療サービスの必要性を認識させるが、本人の経験的認識により必要性を認識していない、もしくは文化的な慣習により保健医療サービス自体に抵抗がある場合もある。

#### 第2項 妊産婦の保健医療サービス利用要因の基本的枠組みに関する研究

第2論文は Matsuoka ら(2010) “Perceived Barriers to Utilization of Maternal Health services in Rural Cambodia” である。この論文では、カンボジアにおける妊産婦の保健医療サービスの利用の妨げとなる基本的な障壁として①経済的な制約、②物理的な制約、③認知的な制約、④組織的な制約、⑤心理的及び社会文化的制約をあげており、それぞれの定義について以下のように述べている。

①経済的な制約とは、金銭の不足、柔軟性のない支払体制、機会費用が高いことである。

②物理的な制約とは、医療機関への地理的アクセスが悪い、出産後の休憩所の不足、妊娠中に健康であったため安全な出産ができると本人が判断していることである。

③認知的な制約とは、診療費・保健センター・保健医療サービスの質に対する誤解や、保健医療サービスの情報へのアクセスが乏しいことである。

④組織的な制約とは、医療従事者が要求する金額が高額である、医療従事者の態度に不満

がある、医療従事者が保健センターにいないことなどである。

⑤心理的及び社会的文化的な制約とは、コミュニティの高齢者の経験をもとにした判断や伝統的な手法に従うこと、また、面識の少ない医療従事者より伝統的産婆の下での出産のほうが快適であることが挙げられる。

## 第2節 妊産婦検診の受診要因に関する研究

前節にてカンボジアの妊産婦の保健医療サービスの利用の枠組みに関わる3つの要因がわかったため、本節では妊産婦検診の受診要因に関する研究を取り上げる。

第1項では個人の特性に関わる要因に関する研究を取り上げる。第2項では使用可能な資源に関わる要因に関する研究について取り上げる。第3項では必要性に関わる要因に関する研究について取り上げる。

### 第1項 妊産婦検診の個人の特性に関わる要因に関する研究

第3論文は Prusty ら(2015) “Factors associated with the utilization of antenatal care services in Cambodia” である。この研究では、カンボジアにおいて2000年から2010年に行われたCDHS(Cambodia Demographic and Health Survey)のうち、出産を経験した15歳から49歳までの女性18754人のデータを対象に、妊産婦検診の受診に関する決定要因を測定している。この論文から、産前検診の受診に関わる個人の特性について以下のことがわかった。

- ①女性の出産時の年齢が20～24歳の場合は、産前検診の受診率が高い。
- ②中等教育以上の女性は、初等教育または教育を受けていない女性よりも産前検診の受診率が高い。
- ③妊産婦の出産回数が多いほど産前検診の受診率は低い。

第4論文は Kikuchi ら(2018) “Postnatal care could be the key to improving the continuum of care in maternal and child health in Ratanakiri, Cambodia” である。この論文では、カンボジアのラタナキリ州において2015年に行われた調査のうち、調査前の直近2年間で出産を経験した女性388人のデータを対象に妊産婦が産後検診を受診する要因について論じている。産後検診の受診に関わる個人の特性について以下のことがわかった。

- ①妊産婦の識字率が低いほど産後検診の受診率は低い。
- ②夫の教育水準が低いほど産後検診の受診率は低い。

第5論文は Sagna ら(2012) “Effects of Individual and Neighborhood Factors on Maternal Care in Cambodia” である。この研究では、カンボジアにおいて2005年に行われたCDHS(Cambodia Demographic and Health Survey)のうち、調査前の直近5年間で出産を経験した19歳から49歳までの女性6140人のデータを対象に、保健医療サービスに対する地域女性の利用に関する決定要因を測定している。この論文では、ロジスティック回帰モデルを用いて分析を行っている。被説明変数は、(1)4回以上の産前検診の受診の有無、(2)妊娠第1期における産前検診受診の有無、(3)医療施設での出産の有無、(4)訓練を受けた医療従事者による出産介助の有無である。これらの被説明変数のうち妊産婦検診に関連するのは(1)4回以上の産前検診の受診の有無である。また、説明変数は個人レベルの要因として、①出産時の年齢、②出産回数、③母親の教育水準、④夫の教育水準、⑤家計収入、⑥夫の職業、⑦育児負担、⑧新聞の読書頻度、⑨ラジオの聴取、⑩テレビの視聴、⑪出産のリスクについての相談の有無の11個である。分析の結果、妊産婦検診の受診に影響を与える個人の特性は以下ようになる。

- ①出産時の年齢が高いほど4回以上産前検診を受診している。
- ②妊産婦の教育水準が高いほど4回以上産前検診を受診している。

③夫の教育水準が高いほど4回以上産前検診を受診している。

## 第2項 妊産婦検診の使用可能な資源に関わる要因に関する研究

第3論文の Prusty ら(2015)の研究では、産前検診の受診要因のうち使用可能な資源に対応するものについて以下のことがわかった。

- ①沿岸・高原・山岳地域に住んでいる女性は産前検診の受診率は低い。
- ②家計収入が低いほど産前検診の受診率は低い。
- ③メディアを使用する頻度が高いほど産前検診の受診率が高い。

第4論文の Kikuchi ら(2018)の研究では、産後検診の受診要因のうち使用可能な資源に対応するものについて以下のことがわかった。

- ①家から保健センターまでの距離が遠いほど産後検診の受診率は低い。
- ②家計収入が低いほど産後検診の受診率は低い。
- ③医療施設での出産や産前検診に関する知識が少ないほど産後検診の受診率は低い。

第5論文の Sagna ら(2012)の研究では、産前検診の受診要因のうち使用可能な資源に対応するものについて以下のことがわかった。

- ①少なくとも週1回新聞を読む人は4回以上産前検診を受診している。
- ②少なくとも週1回ラジオを聴く人は4回以上産前検診を受診している。
- ③少なくとも週1回テレビを視聴する人は4回以上産前検診を受診している。

## 第3項 妊産婦検診の必要性に関わる要因に関する研究

第3論文の Prusty ら(2015)の研究では、産前検診の受診要因のうち必要性に対応するものについて以下のことがわかった。

- ①仏教徒は仏教徒でない人よりも産前検診の受診率が高い。

# 第3節 母子保健と社会関係資本に関する研究

前節にてカンボジアの妊産婦の妊産婦検診の受診要因について明らかにし、保健医療サービスの環境が妊産婦検診の受診に影響を与えることがわかった。しかし、保健医療サービスの環境だけでは妊産婦検診の必要性に関わる要因として不十分であるため、本節では母子保健と社会関係資本の関連性に関する研究を取り上げる。社会的要因と妊産婦検診との関係性について述べるため、社会関係資本を要因として取り入れる。第1項では社会関係資本の定義について述べる。第2項では、保健医療サービスの利用における社会関係資本の重要性について説明する。第3項では、母子保健と社会関係資本との関連性に関する研究を取り上げる。

## 第1項 社会関係資本とは

社会関係資本はソーシャルキャピタルという概念を訳したものである。ソーシャルキャピタルとは協調行動を容易にすることにより社会の効率を改善しうる信頼、規範、ネットワークなどの社会的仕組みの特徴<sup>7</sup>である。社会関係資本の包括的な概念としては①地域コミュニティへの参加、②家族・隣人・友人との関係、③社会的状況への自発的行動、④信頼性と安心感、⑤多様性に対する容認、⑥人生の価値がある。また、社会関係資本の種類には構造的な社会関係資本と認知的な社会関係資本がある。具体的には、構造的な社会関係資本は①組織への参加、②制度的連携、③一般的な団体行動の頻度、④ある特定の団体行動、⑤市民権の程度、⑥地方自治体または救済機関との関連性、⑦他のコミュニティとの関連

<sup>7</sup> Putnam(1993)“Making Democracy Work : Civic Traditions in Modern Italy”

性があり、認知的社会関係資本は①一般的な社会的支援、②感情的支援、③行動的支援、④情動的支援、⑤信頼性、⑥仲間意識、⑦互惠と協同心、⑧社会的儀式、⑨帰属感、⑩公平性に対する認識、⑪社会的責任感<sup>8</sup>がある。

## 第2項 保健医療サービスの利用における社会関係資本の重要性に関する研究

第1論文は Andersen (1995)の“Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?”である。この論文では、システム要因と外的環境が個人に影響を与えるとしていることから、保健医療サービス利用において、個人要因だけでなく、社会関係資本も個人の行動に影響を与えていることを示唆している。社会関係資本はそれ自体を測ることは困難であるが、かなり概念的な指標である社会関係資本をうまく利用できるようになれば、保健医療サービス利用を向上できるとしている。

## 第3項 母子保健と社会関係資本との関連性に関する研究

第6論文は De Silva ら(2007) "Maternal social capital and child nutritional status in four developing countries."である。この論文では発展途上国の妊産婦における社会関係資本と乳幼児の栄養状態の関連性について述べている。社会関係資本と母子保健について以下のことが明らかになった。

①妊産婦のコミュニティ参加による情報交換は母子の健康改善に繋がる。

②貧困である女性ほど助け合いやコミュニティ参加、及び認知的社会関係資本の水準が低い。

③社会関係資本の水準には地域差があるため、乳幼児の栄養状態と社会関係資本との関係性は国ごとに異なる。

## 第4節 先行研究及び本稿の位置づけ

先行研究の結果をまとめると図2.1のようになり、妊産婦検診の受診率向上のために重要なことは以下の点である。

①妊産婦検診の利用の要因の基本的な枠組みとしては(1)個人の特性、(2)使用可能な資源、(3)必要性がある。またその具体的な要因として(1)個人の特性は年齢、教育水準、パートナーの教育水準などがあり、(2)使用可能な資源は地理的要因、家計収入、出産や妊産婦検診に関する知識、メディアへの接近性などがあり、(3)必要性は宗教の信仰などの社会的要因がある。

②妊産婦のコミュニティ参加、情報共有、助け合いなどの構造的な社会関係資本と妊産婦の認知的社会関係資本をともに向上させることで、母子の健康状態を改善できる。

図 2.1 先行研究のまとめ



出所) 筆者作成

<sup>8</sup> Harpham ら(2002) "Measuring social capital within health surveys: key issues."

# 第3章

## カンボジアの妊産婦検診の受診 要因に関する実証分析

前章より妊産婦検診の受診要因の基本的な枠組みとして個人の特性、使用可能な資源、必要性、社会関係資本の4つがあることがわかった。本章ではカンボジア農村の妊産婦検診に影響を与える受診要因を明らかにし、これら4つの基本的な枠組みに当てはまるかどうかを検討する。そのために、カンボジアのシェムリアップ州にある農村の地域女性を対象とした妊産婦検診に関する調査結果をもとに実証分析を行う。第1節では本章で行う分析の概要について、第2節ではその分析のために本研究会が行った現地調査について述べる。第3節では現地調査の資料を基に計量分析を行い、地域女性の妊産婦検診に影響を与える受診要因を明らかにする。第4節では本章のまとめと考察を行う。

### 第1節 分析概要

この分析は、カンボジア農村において妊産婦検診の受診に影響を与える要因を特定するために行う。分析手法はロジット分析である。この分析で用いるデータは、2018年9月にNGO団体日本国際ボランティアセンター(Japan International Volunteer Center : JVC)の協力のもと行ったカンボジアのシェムリアップ州の農村での訪問調査から得たものである。

### 第2節 現地調査

本節では、分析に用いるデータ収集のために行った現地調査について説明する。第1項で調査の概要を述べ、第2項では調査対象地域の記述統計を示す。

#### 第1項 調査概要

本研究会は、2018年9月3日から10日までの8日間、カンボジアのシェムリアップ州にある農村で現地調査を行った。調査対象地域は、JVCが支援している6つの農村とその隣の1つの計7つの農村であり、調査世帯数は283世帯である。具体的には、農村の各家庭を訪問し、その家庭の出産経験のある女性に対してカンボジアの農村にあるコミュニティの参加状況や妊産婦検診の受診要因を尋ねるアンケートを行った。

アンケートでは、①産前検診の4回以上の受診の有無、②出産後6週間以内の産後検診の受診の有無の2つを質問した。

①は、地域女性が産前検診の4回以上受診しているかを二項選択方式で尋ねている。

②は、地域女性が出産後6週間以内に産後検診を受診しているかを二項選択方式で尋ねている。

#### 第2項 調査結果

本項では、各農村の調査対象者の特徴と妊産婦検診の受診要因をアンケートから得られたデータをもとに記述する。表3.1はA村～G村の調査対象者の記述統計、表3.2は妊産婦検診に対する調査対象者の非受診人数、表3.3は農村別にみた妊産婦検診を受診しない理由とその割合を表している。

表 3.1 調査対象者の記述統計

		A村	B村	C村	D村	E村	F村	G村
調査世帯数		26人	31人	72人	14人	22人	40人	78人
①性別	男	0人						
	女	26人	31人	72人	14人	22人	40人	78人
②年齢(最頻値)		24歳	34歳	25歳	35歳	23歳	33歳	28歳
③月収(最頻値)		50US ドル	75US ドル	75US ドル	75US ドル	75US ドル	50US ドル	50US ドル
④世帯構成員数(中央値)		5人	6人	5人	5人	5人	5人	5人
⑤15歳未満の子供の数(平均値)		2.04人	2.32人	2.02人	2人	2.22人	2.4人	1.88人
⑥60歳以上の数(平均値)		0.03人	0.32人	0.16人	0.28人	0.22人	0.17人	0.24人
⑦教育(最頻値)		小学校 中退まで						
⑧職業	農業	22人	28人	66人	13人	22人	39人	77人
	林業	0人	5人	16人	0人	1人	0人	2人
	出稼ぎ	0人						
	その他	5人	10人	24人	12人	16人	20人	34人
⑨参加している組織	寺院委員会	4人	1人	6人	3人	0人	0人	0人
	学校委員会	4人	16人	17人	6人	12人	18人	37人
	葬儀組合	17人	17人	37人	10人	11人	24人	40人
	コミュニティ・フォレスト	4人	8人	20人	4人	1人	4人	24人
	その他	1人	0人	1人	10人	15人	25人	63人
	参加している組織はない	1人	8人	22人	0人	0人	0人	4人

	参加している組織の数(平均値)	1.15	1.35	1.11	1.08	1.77	1.8	2.08
⑩信頼度(1全く信頼していない～5とても信頼している)	家族	4.5	4.22	4.57	4.71	4.5	4.65	4.65
	近所の人	3.69	3.80	3.78	3.57	3.72	3.47	3.69
	寺院の僧侶	4.92	4.87	4.70	4.71	4.72	4.77	4.78
	看護師	4.88	4.58	4.49	4.71	4.59	4.65	4.56
⑪病気やケガのために家族以外の人にお金を貸したり与えたりしたことがある	貸したことがある	10人	21人	27人	9人	7人	16人	20人
	与えたことがある	5人	8人	6人	6人	4人	5人	7人
	どちらもない	12人	10人	45人	5人	15人	23人	58人
⑫病気やケガのために家族以外の人にお金を借りたり貰ったりしたことがある	借りたことがある	22人	24人	58人	11人	18人	37人	57人
	貰ったことがある	0人	2人	0人	1人	0人	0人	1人
	どちらもない	4人	7人	14人	3人	4人	3人	21人
⑬最後に出産したときの年齢(最頻値)		35歳	40歳	24歳	31歳	27歳	27歳	30歳
⑭最後に出産するまでの出産回数(平均値)		1.48回	1.83回	1.38回	0.92回	1.63回	1.37回	1.23回
⑮妊産婦検診についての情報源	家族	6人	5人	9人	2人	4人	3人	16人
	近所の人	18人	23人	41人	8人	12人	25人	54人

保健センター・病院	16人	25人	51人	9人	20人	33人	57人
村長	0人	0人	22人	12人	19人	29人	46人
その他	0人	2人	9人	0人	3人	1人	24人
情報を誰からも得ていない	1人	1人	1人	0人	0人	0人	2人

出所) 2018年9月実施の現地調査より作成

表 3.1 より、調査対象者の特徴について次のことがわかった。⑦教育に関して、どの村においても小学校を中退している女性が多い。⑨参加している組織については、E村以外の村では葬儀組合に参加している人数が最も多かった。⑩信頼している人について、どの村においても家族への信頼度は4.0以上であった。⑮妊産婦検診の情報源について、保健センターや病院から情報を収集している人が多いことがわかる。またC村～G村では村長と回答した人が多かった。その他の回答には、NGOのスタッフがかった。誰からも情報を得ていない人は少なく、カンボジア農村において情報を得る機会は存在する。

表 3.2 妊産婦検診に対する調査対象者の非受診人数

	A村	B村	C村	D村	E村	F村	G村
調査世帯数	26人	31人	72人	14人	22人	40人	78人
産前検診を4回以上受診しなかった人数	7人	5人	6人	2人	3人	5人	14人
出産後6週間以内に産後検診を受診しなかった人数	7人	9人	12人	5人	15人	13人	30人

出所) 2018年9月実施の現地調査より作成

表 3.2 より、妊産婦検診に対する調査対象者の非受診人数については次のことがわかった。産前検診、産後検診ともに保健センターが定めている回数や期間内に検診を受診していない女性がいることがわかった。また産後検診では、A村以外で受診していない女性の数が産前検診の受診人数よりも増加していることがわかった。

表 3.3 農村別にみた妊産婦検診を受診しない理由とその割合(%)

		A村	B村	C村	D村	E村	F村	G村
産前検診に行かない理由	①費用が高い	14.2	0	0	0	66.6	0	0
	②時間がない	42.8	80	83.3	50	33.3	80	50
	③産前検診の必要はない	0	0	0	0	0	20	42.8
	④産前検診について知らない	14.2	0	16.6	50	0	20	57.1
	⑤その他	14.2	20	16.6	0	0	0	0
産後検診に行かない理由	①費用が高い	14.2	0	0	0	0	0	0
	②時間がない	28.5	44.4	33.3	20	6.66	46.1	20
	③産後検診の必要はない	28.5	33.3	16.6	0	13.3	23.0	50
	④産後検診について知らない	0	11.1	33.3	80	93.3	46.1	43.3
	⑤その他	14.2	11.1	8.33	0	0	7.69	3.33

出所) 2018年9月実施の現地調査より作成

表 3.3 は農村別にみた妊産婦検診を受診しない理由を割合で表したものである。複数回答可のため合計の割合が必ずしも 100%ではない。産前検診を受診しない理由について、受診率が最も低い A 村をはじめ B 村、C 村、F 村では産前検診を 4 回以上受診していない人のうち、時間がないと回答した割合が最も高かった。また、G 村は産前検診について知らないと回答した割合が最も高かった。次に、産後検診を受診しない理由について、受診率が最も低い E 村は産後検診について知らないと回答した人が 9 割以上となっている。また、妊産婦検診の必要がないと回答した割合は産前検診、産後検診ともに G 村が最も高かった。

### 第3節 ロジット分析

本節では現地調査の結果をもとに、カンボジア農村の地域女性による妊産婦検診の受診に影響を与える要因を明らかにする。第 1 項では分析手法とそのモデルを説明し、第 2 項ではその推定結果を示す。

#### 第 1 項 分析手法とモデル<sup>9</sup>

被説明変数には、地域女性の産前検診及び産後検診の受診を表す変数を用いた。

説明変数には、①世帯構成員数、②職業、③月収、④出稼ぎ家計員からの仕送り額(1 か

<sup>9</sup> 分析手法に関しては、浅野・中村(2009) 215-216 頁を参考にしている。

月)、⑤組織参加数、⑥主観的健康度、⑦寺院に通う頻度、⑧周囲への信頼度、⑨金銭の貸し借り・授受の有無、⑩最後に出産した年齢、⑪出産回数、⑫情報源の数、⑬村ダミーの13個を用いる。

定性的な性質を持つ被説明変数を説明変数に回帰するには非線形モデルを考える必要がある。代表的なモデルにはロジット・モデルとプロビット・モデルがある。重回帰分析は線形モデルであるため、使うことはできない。ロジット・モデルとプロビット・モデルでは潜在変数を使うことで、定性的な被説明変数を連続的な分布をもつ確率変数に変換する。被説明変数の分布については標準正規分布かロジスティック分布のいずれかをデータの性質をもとに選ぶ。現地調査で集めたデータの分析にはロジット・モデルを選んだ。

被説明変数の定義は以下の通りである。

$Y_1$  : 産前検診の受診回数ダミー

産前検診に4回以上受診した場合は1、3回以下の場合は0のダミー変数。

$Y_2$  : 産後検診の受診ダミー

出産後6週間以内に産後検診に受診した場合は1、参加していない場合は0のダミー変数。

説明変数の定義は以下の通りである。説明変数の選択は、第2章で紹介した先行研究 Prusty ら(2015)、Kikuchi ら(2018)、Sagna ら(2012)を参考にした。それに加えて、周囲の人々への信頼度や組織の参加数、主観的健康度などの説明変数を独自に作成している。

$X_1$  : 世帯構成員数

子供や出稼ぎに行っている人も含めた世帯構成員数。

$X_2$  : 職業ダミー(農業)

農業に従事していれば1、従事していなければ0のダミー変数。ただし、現金収入がなくとも、生活のために行っているものは職業とみなした。

$X_3$  : 職業ダミー(林業)

林業に従事していれば1、従事していなければ0のダミー変数。ただし、現金収入がなくとも、生活のために行っているものは職業とみなした。

$X_4$  : その他の職業ダミー

農業や林業以外の職業に従事していれば1、従事していなければ0のダミー変数。ただし、現金収入がなくとも、生活のために行っているものは職業とみなした。

$X_5$  : 月収

①30USドル未満、②30USドル～60USドル、③60ドル以上の3択から選択してもらっている。出稼ぎ労働者からの仕送りも含む。分析では、①を15USドル、②を45USドル、③を75USドルに定量化している。

$X_6$  : 出稼ぎ者からの仕送り

世帯構成員に出稼ぎ労働者がいる回答者に対して、出稼ぎ労働者からの1か月の仕送額を質問している。①30USドル未満、②30～60USドル、③60USドル以上の3択から選択してもらっている。回答者から1年単位での仕送額額の回答を得た場合は、1か月換算をしている。分析では①を15USドル、②を45USドル、③を75USドルに定量化している。

X<sub>7</sub>：組織参加数

寺院委員会、学校委員会、葬儀組合、コミュニティ・フォレストやその他のうち参加している組織の数。

X<sub>8</sub>：主観的健康度

①とても健康、②やや健康、③普通、④やや不健康、⑤とても不健康の5段階評価。分析では、①とても健康～⑤とても不健康を4～0に定量化している。

X<sub>9</sub>：寺院に通う頻度

1週間に何回寺院に行くかを①0回、②1回、③2回、④3回以上で選択してもらっている。①～④を0～3に定量化している。

X<sub>10</sub>：家族への信頼度

①とても信頼している、②やや信頼している、③どちらでもない、④あまり信頼していない、⑤全く信頼していないの5肢の中から当てはまるものを選択してもらっている。分析では⑤全く信頼していないを1として、1～5で定量化している。

X<sub>11</sub>：近所の人への信頼度

①とても信頼している、②やや信頼している、③どちらでもない、④あまり信頼していない、⑤全く信頼していないの5肢の中から当てはまるものを選択してもらっている。分析では⑤全く信頼していないを1として、1～5で定量化している。

X<sub>12</sub>：僧侶への信頼度

①とても信頼している、②やや信頼している、③どちらでもない、④あまり信頼していない、⑤全く信頼していないの5肢の中から当てはまるものを選択してもらっている。分析では⑤全く信頼していないを1として、1～5で定量化している。

X<sub>13</sub>：保健センターの看護師への信頼度

①とても信頼している、②やや信頼している、③どちらでもない、④あまり信頼していない、⑤全く信頼していないの5肢の中から当てはまるものを選択してもらっている。分析では⑤全く信頼していないを1として、1～5で定量化している。

X<sub>14</sub>：貸与ダミー

病気・ケガのために家族以外にお金を貸したことがあれば1、貸したことが無ければ0のダミー変数。

X<sub>15</sub>：譲渡ダミー

病気・ケガのために家族以外にお金を与えたことがあれば1、与えたことが無ければ0のダミー変数。

X<sub>16</sub>：借入ダミー

病気・ケガのために家族以外からお金を借りたことがあれば1、借りたことが無ければ0のダミー変数。

X<sub>17</sub>：資金援助ダミー

病気・ケガのために家族以外からお金を貰ったことがあれば1、貰ったことが無ければ0のダミー変数。

X<sub>18</sub>：最後に出産した年齢

回答者の最後に出産した年齢を回答してもらっている。

X<sub>19</sub>：出産回数

回答者の最後に出産する前までの出産経験回数を回答してもらっている。

X<sub>20</sub>：情報源の数

出産や妊産婦検診に関する情報源を、家族、近所の人、保健センター・病院、村長、その他の中から選択してもらっている。分析では、これらの中から選択した個数を用いている。

X<sub>21</sub>：村ダミー

今回調査した7つの村のダミー変数。

## 第2項 推定結果

推定結果は以下の表3.4、表3.5のとおりである。モデル1ではX<sub>1</sub>～X<sub>21</sub>のすべての説明変数を入れて推定し、モデル2ではモデル1で有意性が高かったもののみで分析した。

### (1)産前検診の4回以上の受診

表3.4モデル1の結果から、モデル2は、①世帯構成員数、⑬信頼度(保健センターの看護師)、⑮譲渡ダミー、⑱最後に出産した年齢、⑲出産回数、⑳情報源の数のみで分析を行った。

表 3.4 産前検診の4回以上の受診

	モデル2	モデル1
①世帯構成員数	0.377301** (0.165712)	0.416461** (0.186701)
②職業ダミー(農業)		-0.153970 (1.079767)
③職業ダミー(林業)		1.070693 (1.168453)
④職業ダミー(その他)		-0.118507 (0.500788)
⑤月収		0.013619 (0.014136)
⑥出稼ぎ者の仕送り		-0.002604 (0.019548)
⑦組織参加ダミー		-0.508301 (0.309254)
⑧主観的健康度ダミー		-0.128673 (0.372011)

⑨寺院に通う頻度		0.933179 (1.365209)
⑩信頼度(家族)		0.326921 (0.347537)
⑪信頼度(近所の人)		0.313250 (0.445181)
⑫信頼度(僧侶)		0.114523 (0.551421)
⑬信頼度(保健センターの看護師)	-1.019826*** (0.389921)	-1.423271*** (0.548450)
⑭貸与ダミー		-0.171125 (0.500665)
⑮譲渡ダミー	1.365341* (0.758425)	2.000888** (0.960254)
⑯借入ダミー		-0.886621 (0.723595)
⑰資金援助ダミー		-0.890193 (1.420734)
⑱最後に出産した年齢	0.032181 (0.029510)	0.056825* (0.033250)
⑲出産回数	-0.551580*** (0.164388)	-0.677938*** (0.199440)
⑳情報源の数	0.423936** (0.214780)	0.860670*** (0.280933)
㉑A村		0.113155 (1.244080)
㉒B村		0.185911 (1.107849)
㉓C村		1.595136 (1.102143)
㉔E村		-0.256492 (1.123294)
㉕F村		0.737180 (1.034604)
㉖G村		0.241623 (0.973740)

マクファーデン擬似決定係数	0.128078	0.238494
対数尤度	-100.1250	-84.66673

※注 括弧内は標準誤差を表し、\*\*\*は1%、\*\*は5%、\*は10%でそれぞれ有意である。サンプル数 283

(2) 出産後 6 週間以内の産後検診の受診

表 3.5 モデル 1 の結果から、モデル 2 は、②職業ダミー(農業)、⑩信頼度(近所の人)、⑮譲渡ダミー、⑰最後に出産した年齢、⑱出産回数、⑳情報源の数、㉑A 村、㉒C 村、㉓E 村のみで分析した。

表 3.5 出産後 6 週間以内の産後検診の受診

	モデル 2	モデル 1
①世帯構成員数		0.168585 (0.104691)
②職業ダミー(農業)	0.815486 (0.605063)	1.279810* (0.685185)
③職業ダミー(林業)		-0.024321 (0.703168)
④職業ダミー(その他)		-0.009118 (0.357716)
⑤月収		0.015071 (0.010006)
⑥出稼ぎ者の仕送り		-0.008043 (0.012776)
⑦組織参加数		-0.221453 (0.212133)
⑧主観的健康度		-0.110372 (0.267220)
⑨寺院に通う頻度		0.027649 (0.742240)
⑩信頼度(家族)		0.073420 (0.250274)
⑪信頼度(近所の人)	0.621699** (0.282494)	0.724069** (0.340179)
⑫信頼度(僧侶)		-0.375199 (0.396247)
⑬信頼度(保健センターの看護師)		-0.020482 (0.302270)

⑭貸与ダミー		0.148413 (0.379252)
⑮譲渡ダミー	0.924408** (0.442891)	0.974488* (0.582185)
⑯借入ダミー		0.338701 (0.401691)
⑰資金援助ダミー		0.158780 (1.312581)
⑱最後に出産した年齢	0.056485** (0.026716)	0.066296** (0.028641)
⑲出産回数	-0.321231*** (0.122682)	-0.461029*** (0.141594)
⑳情報源の数	0.316996* (0.163857)	0.432836** (0.206405)
㉑A村	1.078308* (0.550841)	2.248826** (1.062210)
㉒B村		0.504984 (0.824645)
㉓C村	1.510630*** (0.411958)	1.923815** (0.787627)
㉔E村	-1.554285*** (0.515280)	-1.527118* (0.831532)
㉕F村		0.553288 (0.741123)
㉖G村		0.273867 (0.710922)
マクファーデン擬似決定係数	0.131568	0.179924
対数尤度	-152.0349	-137.2997

※注 括弧内は標準誤差を表し、\*\*\*は1%、\*\*は5%、\*は10%でそれぞれ有意である。サンプル数 283

## 第4節 実証分析のまとめと考察

### 第1項 分析結果のまとめ

表 3.6、表 3.7 は第 3 節で行った推定結果のうち、有意であるものを個別にまとめて示したものである。

表 3.6 (1)産前検診の 4 回以上の受診

正の相関関係	負の相関関係
①世帯構成員数	㉓信頼度(保健センターの看護師)
⑮譲渡ダミー	⑲出産回数
⑳情報源の数	

出所) 筆者作成

表 3.7 (2)出産後 6 週間以内の産後検診の受診

正の相関関係	負の相関関係
⑪信頼度(近所の人) ⑮譲渡ダミー ⑱最後に出産した年齢 ⑳情報源の数 ㉑A村 ㉒C村	⑲出産回数 ㉔E村

出所) 筆者作成

(1)産前検診の 4 回以上の受診では、①世帯構成員数、⑮譲渡ダミー、⑳情報源の数に正の相関関係がみられ、⑬信頼度(保健センターの看護師)、㉑出産回数に負の相関がみられた。

(2)出産後 6 週間以内の産後検診の受診では、⑪信頼度(近所の人)、⑮譲渡ダミー、⑱最後に出産した年齢、⑳情報源の数、㉑A 村、㉒C 村に正の相関関係が見られ、⑲出産回数、㉔E 村に負の相関関係がみられた。

## 第 2 項 分析結果の考察

### (1)産前検診の 4 回以上の受診

正の相関関係が見られた①世帯構成員数、⑮譲渡ダミー、⑳情報源の数についての考察は以下の通りである。

①世帯構成員数については、妊産婦にかかる家事や育児、仕事などを世帯の中で分担することができるため、健康管理が特に重要な出産前の時期に妊産婦の負担が軽減され、産前検診を受診しやすい環境にあるといえる。よって、世帯構成員数が多いほど、産前検診を 4 回以上受診する割合が高くなる。

⑮譲渡ダミーについては、家族以外の人が病気やけがになった場合に金銭的な援助を行う人は困っている人を助け支援する意思がある。このような支援の意思は認知的社会関係資本のうちの一つに当てはまり、扶助を行う意思がある人ほど産前検診を 4 回以上受診する割合が高くなると考えられる。

⑳情報源の数については、出産や妊産婦検診に関する情報を多くの人から得ている人は産前検診を 4 回以上受診している。表 3.1 より、カンボジア農村では出産や妊産婦検診に関する情報を全く得ていない人は少なく、多くの人が出産や妊産婦検診に関する情報を得ていることがわかる。その中で、多くの人から情報を得ている人ほど、妊産婦検診の存在だけでなく、妊産婦検診の重要性などといった出産や妊産婦検診に関するより詳細な情報を把握していると考えられる。よって、出産や妊産婦検診に関する情報源の数が多い人ほど産前検診を 4 回以上受診している。

また、負の相関関係がみられた⑬信頼度(保健センターの看護師)、⑲出産回数についての考察は以下の通りである。

⑬信頼度(保健センターの看護師)については、妊産婦に対する保健センターの看護師の対応の質は農村の保健センターによってさまざまである。例えば看護師への信頼度が最も高い A 村は 4 回以上の産前検診の受診率が低い、この村は出産や妊産婦検診に関する情報源の数が最も少なく、出産や妊産婦検診に関する情報を得る機会が限られる。このような場合に看護師への信頼がとて高い人に対して看護師が出産や妊産婦検診に関して誤った情報を流してしまうと、出産前に不安を抱える妊産婦はその情報を信用してしまい産前検診を受診しなくなることが考えられる。よって、保健センターの看護師への信頼度が高いと 4 回以上産前検診を受診する割合が低くなる。

⑲出産回数については、出産回数が増加すると妊産婦は出産の経験の増加や慣れにより出産前に産前検診を 4 回以上受診する必要性がないと自身で判断してしまうと考えられるた

め、産前検診を 4 回以上受診する割合が低くなる。

## (2) 出産後 6 週間以内の産後検診の受診

正の相関関係がみられた①信頼度(近所の人)、⑮譲渡ダミー、⑱最後に出産した年齢、⑳情報源の数、㉑A 村、㉒C 村についての考察は以下の通りである。

①信頼度(近所の人)については、カンボジアには A 村、B 村、C 村のような妊産婦が近所の人と関わり助け合いながら生活をする農村が存在することがわかった。このような農村は表 3.1 より妊産婦の近所の人への信頼度が高いことから出産や妊産婦検診の情報を共有することや、出産後お互いの家族の面倒を見たりすることで家事の負担が軽減され産後検診を受診しやすい環境であると考えられるため、近所の人への信頼度が高い人は、出産後 6 週間以内に産後検診を受診する。

⑮譲渡ダミーについては、産前検診と同様に家族以外の人から病気やけがになった場合に金銭的な援助を行う人は困っている人を助け支援する意思がある。このような支援の意思は認知的社会関係資本のうちの一つに当てはまり、扶助を行う意思がある人ほど出産後 6 週間以内に産後検診を受診する割合が高くなると考えられる。

⑱最後に出産した年齢については、出産年齢が高い妊産婦は出産後において自らの体力的なリスクを考慮して妊産婦検診を受診すると考えられる。よって、出産年齢が高いほど出産後 6 週間以内に産後検診を受診する割合は高くなる。

⑳情報源の数については、出産や妊産婦検診に関する情報を多くの人から得ている人は出産後 6 週間以内に産後検診を受診している。産前検診と同様に多くの人から情報を得ている人ほど、妊産婦検診の存在だけでなく、妊産婦検診の重要性などといった出産や妊産婦検診に関するより詳細な情報を把握していると考えられる。よって、出産や妊産婦検診に関する情報源の数が多い人ほど出産後 6 週間以内に産後検診を受診する割合は高くなる。

㉑A 村については、表 3.1 より近所の人への信頼度が高い人の割合がほかの村と比べて比較的高い。分析の結果から、近所の人への信頼度が高いほど、出産後 6 週間以内に産後検診を受診する割合が高くなる。よって、出産後 6 週間以内に産後検診を受診する割合が高い。

㉒C 村については、表 3.1 より近所の人への信頼度が高い人の割合がほかの村と比べて比較的高い。分析の結果から、近所の人への信頼度が高いほど、出産後 6 週間以内に産後検診を受診する割合が高くなる。よって、出産後 6 週間以内に産後検診を受診する割合が高い。

また、負の相関関係がみられた⑲出産回数、㉓E 村についての考察は以下の通りである。

⑲出産回数については、産前検診と同様に出産回数が増加すると妊産婦は出産の経験の増加や慣れにより出産後すぐに産後検診を受診する必要性がないと自身で判断してしまうと考えられるため、出産後 6 週間以内に産後検診を受診する割合が低くなる。

㉓E 村については、表 3.1 より最後に出産する前までの出産回数が多い。分析の結果から、出産回数が多いほど出産後 6 週間以内に産後検診を受診する割合が低くなる。よって、出産後 6 週間以内に産後検診を受診する割合が低い。

# 第4章

## カンボジアの妊産婦検診の受診率向上のための政策提言

本章では、カンボジアにおいて妊産婦検診の受診率向上に向けた政策を行うことを提言する。第1節では政策提言の概要、第2節ではすごろくによる妊産婦検診の情報共有、第3節では妊産婦扶助活動、第4節ではスタンプ制度について述べる。第5節では政策全体にかかる諸費用を記載する。

### 第1節 政策提言の概要

#### 第1項 妊産婦検診の受診率向上への課題

前章表 3.3 より、妊産婦検診を受診しない理由の上位三項目は産前検診と産後検診とで共通しており、(1)妊産婦検診を知らない、(2)妊産婦検診に行く必要がない、(3)妊産婦検診に行く時間的余裕がないであった。しかし、妊産婦検診を受診しない理由の割合に関しては産前検診と産後検診で異なることがわかった。本項ではこれらの理由を(1)情動的制約、(2)意識的制約、(3)時間的制約の3つに分類し、それらの詳細について述べる。

#### (1)情動的制約

妊産婦検診を受診していない人のうち、受診していない理由として妊産婦検診について知らないと回答した人は①妊産婦検診についての知識がまったくない人に該当する。表 3.1 よりカンボジア農村では多くの人が出産や妊産婦検診に関する情報を得ていることがわかったが、依然として情報を得る機会が少なく、妊産婦検診の存在について知らない人もいるのが現状である。特に、表 3.2 より産後検診の受診率は産前検診の受診率に比べて著しく低下しており、産後検診を受診していない理由のうち「産後検診について知らない」の割合が最も高いことから産後検診に関する情報を得ているかどうかは産後検診の受診の有無に大きく影響していることがわかる。よって、政策提言として妊産婦検診に関する情報を得る機会を与え、地域女性の参加を促進させる政策を行うことが重要である。

#### (2)意識的制約

妊産婦検診を受診していない人のうち、受診していない理由として妊産婦検診を受診する必要がないと回答した人は②妊産婦検診について知識はあるが、妊産婦検診の重要性が理解できていない人に該当する。現地調査により、産前検診の受診率が最も低い A 村や産後検診の受診率が低い E 村では、出産回数が多く、主観的健康度が高い人の割合が多い。このような村では、妊産婦検診に関する情報を入手していても、出産経験や慣れ、自身が健康だと感じていることにより、妊産婦検診を受診しなくなってしまう。だが、写真 4.1 の

ようにカンボジア農村では妊産婦を中心に近所の女性が集まるコミュニティが存在し、コミュニティ内の地域女性の多くは妊産婦検診を受診していることがわかった。よって、政策提言として妊産婦検診に関する情報を得る機会を与えるだけでなく、近所の人を中心としたグループの中で主体的な参加を促すことで、地域女性に対し妊産婦検診の重要性について実感させる政策を行うことが重要である。

### (3)時間的制約

妊産婦検診を受診していない人のうち、受診していない理由として妊産婦検診を受診する時間がないと回答した人は③妊産婦検診についての時間的余裕がない人に該当する。現地調査により、カンボジア農村では依然として農業による生活収入を得ている世帯が多く、世帯内の構成員数も多い。妊産婦にとって農業や家事、育児などの負担が大きいのが現状であり、妊産婦検診の受診の時間がないという原因の一つであると考えられる。よって、政策提言として妊産婦が妊産婦検診を受診する際に、近所に住む地域女性が妊産婦の希望に沿った扶助を推進させる政策を行うことが重要である。

以上より、私たちは①妊産婦検診についての知識がまったくない人、②妊産婦検診について知識はあるが、妊産婦検診の重要性が理解できていない人を対象にすごろくによる妊産婦検診の情報共有を行うこと、また、③妊産婦検診についての時間的余裕がない人を対象とした妊産婦扶助活動を行うことを提言する。

写真 4.1 現地調査の様子

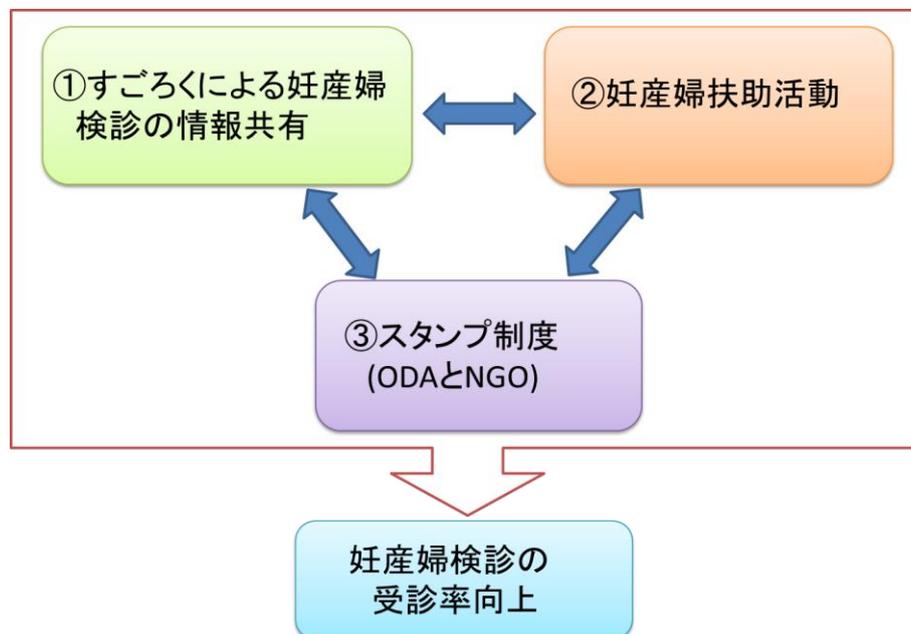


出所) 場所：カンボジアシェムリアップ州 撮影日 2018/09/03 撮影者：寺岡舞香

## 第2項 政策提言の方向性

私たちが提言する政策は3本の柱からなっており、①すごろくによる妊産婦検診の情報共有、②妊産婦扶助活動、③スタンプ制度である。ODAとNGOの連携により、地域女性の産前検診及び産後検診の受診率向上に向けた活動を行う。図4.1は、政策提言の3本柱について図示したものである。以下は、政策提言の3本柱の概要である。

図4.1 政策提言の3本柱



出所) 筆者作成

①すごろくによる妊産婦検診の情報共有は、地域女性を中心とした既に存在する女性グループを活用し、サラドムナ<sup>10</sup>や村長の家などで地域女性へのすごろくによる出産や妊産婦検診に関する情報提供を行い、情報共有や意識改善を推進させることである。地域女性を主体的に参加させるすごろくを実施することにより妊産婦検診に関する情報提供を行う場を与えるだけでなく、地域女性に妊産婦検診の重要性を実感させ、妊産婦検診の受診率向上を目指す。

②妊産婦扶助活動は、妊産婦に対して扶助を行うことで、妊産婦の家事、農業などの時間的負担を削減し、妊産婦検診の受診を促すことである。現地調査の結果、カンボジア農村では依然として農業による生活収入を得ている世帯が多く、世帯内の構成員数も多い。妊産婦は農業や家事、育児といった負担が大きいのが現状であり、妊産婦検診の受診の時間がないという原因の一つであるといえる。妊産婦の近所に住む地域女性による妊産婦への扶助活動を実施することで、妊産婦の時間的制約の問題を解消し妊産婦検診の受診率向上

<sup>10</sup> サラドムナとは、月に数回、村長とNGOが連携して教育、医療、農業などに関する集会を開くこと、またその場所のことを指す。

を目指す。

③スタンプ制度は、日本の ODA と NGO が連携することにより、カンボジア農村の地域女性に対し妊産婦検診すごろく及び妊産婦扶助活動への参加によるインセンティブを与えることで、参加を促進させる。スタンプ制度では、妊産婦検診すごろくや妊産婦扶助活動へ参加した地域女性に対し、景品と交換可能なスタンプを与える。このスタンプ制度を支えるために日本の ODA を活用する。ODA の形態は「日本 NGO 連携無償資金協力」を用いる。日本 NGO 連携無償資金協力の事業の中で、本稿の政策で用いる開発協力事業の資金の上限は 5,000 万円である。また、事業は 1 年以内に終わらせなければならない。私たちの政策提言では ODA をすごろくや妊産婦扶助活動、スタンプ制度の実施費及び NGO の運営費などとして用いる。詳しい使用方法は本章第 5 節にて説明する。

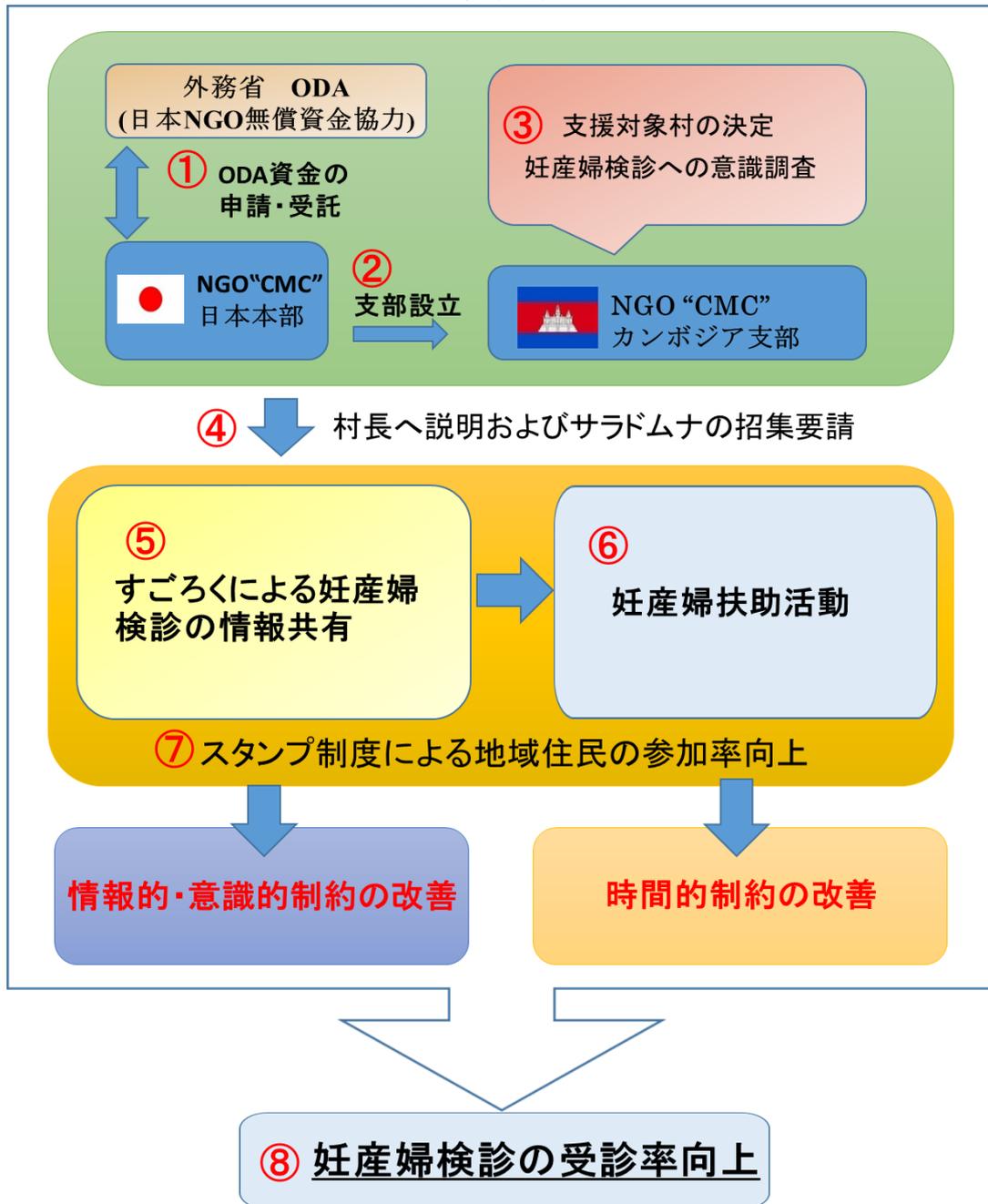
また、この政策提言の実施にあたり地域女性のサラドムナへの招集や妊産婦検診すごろく及び妊産婦扶助活動の説明、実施を円滑に進めるために NGO 団体 CMC を設立する。CMC の本部は日本に設置し、カンボジアに支部を置く。CMC 本部は、外務省との ODA に関する疎通・カンボジア支部との連絡・妊産婦検診の受診支援事業の報告書の作成を行う。カンボジア支部では、現地スタッフが妊産婦検診の情報共有や妊産婦扶助活動に関するサポートを行う。ただし日本 NGO 連携無償資金協力を受け取るための条件として 2 年以上の活動が必要であるため、2 年間で準備期間とする。

### 第 3 項 政策の手順

本項では、私たちが提言する政策の流れを示す。図 4.2 は政策の流れをまとめたものであり、図中の①～⑧は手順の流れを示している（以下、図中の番号と対応している）。

- ①日本に NGO 団体「Care with Mom and Children(以下 CMC とする)」本部を設立。外務省に ODA 資金(日本 NGO 連携無償資金)を申請し受託する。
- ②CMC は、カンボジアのシェムリアップ州に支部を設置する。
- ③CMC カンボジア支部がシェムリアップ州における支援対象村を決定し、妊産婦検診の受診について意識調査を行う。
- ④CMC カンボジア支部が支援する農村の村長に対して本活動について説明し、サラドムナの招集を要請する。
- ⑤サラドムナで活動について説明会を行い、その際に、すごろくによる妊産婦検診や妊産婦扶助活動について教育を行い、妊産婦検診への情動的制約や意識的制約を改善する。
- ⑥ヘルパーとして認定された地域女性が妊産婦に対して扶助活動を行い、妊産婦検診への時間的制約を改善する。
- ⑦スタンプ制度によるインセンティブを与えることで、⑤と⑥への地域女性の参加率を向上させる。
- ⑧⑤～⑦を対象村で行うことで、地域女性の妊産婦検診を受診しない要因を改善し、妊産婦検診の受診率向上を目指す。

図 4.2 政策提言の流れ



出所) 筆者作成

## 第2節 すぐろくによる妊産婦検診の情報共有

現地調査の結果、妊産婦検診の受診率向上のためには、情動的制約、意識的制約、時間的制約の3つの問題を解決することが重要であるとわかった。まず情動的制約、意識的制約の二つの問題を同時に解決するためにゲーム形式で情報提供を行う。ゲーム形式にすることによって通常の一方向に教える教育とは異なり楽しみながら自然と正しい知識を得ることを可能にする。私たちはそのゲームとして「妊産婦検診すぐろく」を提言する。

本節では、第1項でカンボジアにおいて妊産婦検診すぐろくを用いたすぐろく教育について説明し、第2項ですぐろく教育の意義、第3項ですぐろく教育の有効性について述べる。

### 第1項 すぐろく教育の実施

ここでは、カンボジアで妊産婦検診すぐろくを用いたすぐろく教育を行うにあたって、(1)妊産婦検診すぐろくの概要、(2)妊産婦検診すぐろくの詳細について具体的に説明する。

#### (1)妊産婦検診すぐろくの概要

表4.1は妊産婦検診すぐろくの概要をまとめたものである。

表 4.1 妊産婦検診すぐろくの概要

項目	詳細
①対象地域	調査対象の7つの村
②対象者	カンボジア農村に住む地域女性
③スタッフ	原則2人※農村の識字率に合わせて適宜変更
④実施場所	サラドムナ
⑤活動内容	月1回妊産婦検診に関するすぐろくを実施

出所) 筆者作成

対象地域は現地調査を行った7つの農村世帯である。対象者は、7つの農村の地域女性数283人とアンケート調査では回答を募っていない女性である。スタッフは各村に二人ずつ配置し計14人とする。活動場所は、サラドムナという村で人が一番多く集まる場所とする。活動を行う第1段階として、村長の力を借りて村人に募集をかけ、サラドムナでの集会の際、NGOによるすぐろくの内容、方法の説明を行う。サラドムナに集まった地域の女性を5人程度のグループに分け、妊産婦検診に関するすぐろくを行い、その内容をグループ内で相互理解することで妊産婦検診の情報の共有を推進させつつ、それと同時に地域女性同士の関係強化を目指す。すぐろくの内容に妊産婦検診に関する話題を取り上げることで、妊産婦検診の重要性について興味・関心をひきつけ、妊産婦検診の受診率向上を狙う。

## (2)妊産婦検診すごろくの詳細

以下に妊産婦検診すごろくの詳細について述べる。

- ①各プレイヤーがスタートにコマを置く。
- ②順番を決める。
- ③サイコロを振り、出た目の数だけ進む。
- ④止まったマスの設定を読み上げ、答える。(止まったマスが問題形式ではない場合はその指示に従う)

回答が正解ならばそのマスからスタートし、不正解ならば元のマスに戻る。

※プレイヤーで文字が読めない場合は読める人が代わりに読む。グループ内に文字が読める人がいない場合は、村長または NGO のスタッフが読む。答えは村長または NGO のスタッフが持っており、プレイヤーに伝える。

- ⑤早くゴールに着いた順に順位が決まる。
  - ⑥1位の人にはスタンプを3つ与え、参加した人には参加証としてスタンプ1つを与える。
- ※このスタンプは貯まった数に応じて景品と交換できるものとする。スタンプ制度については第5節で詳しく述べる。

## 第2項 すごろく教育の意義

本項では教育にすごろくを用いる根拠を明らかにするため、(1)すごろくの特長、(2)他のゲームとの違いの2つの観点からすごろくでの教育の意義について説明する。

### (1)すごろくの特長

すごろくは直接対面しながらも、道具とルールがあるため、明示的なルールさえ理解していれば実施することができる。基本的に身体接触もなく、その意味でのハードルも低い。また、ゲームの過程が目に見える形で、進む過程を全員で確認することができる。この特長を生かし、すごろくの内容に妊産婦検診に関する情報を含めることで、参加している地域女性全員が一体となって同じ内容について考え、楽しみながら正しい知識を得ることができる。全員がゲーム過程を理解するため積極的にコミュニケーションに参加することで、ゲーム内容に集中できる。また、問題形式を用いることで、ゴールを目指すために妊産婦自身が答えを考えるようになり、主体的な学習を可能とする。

また、文面での情報共有ができるため、口頭での教育で起こりうる、情報の誤認識や思い違いなどを防ぐことができる。

### (2)他のゲームとの違い

数多くのゲームがある中ですごろくを選んだ理由を、他のゲームと比較しながら言及していく。ここでは、同じボードゲームである3つのゲーム(①かるた、②人生ゲーム、③オセロ)と比較してすごろくの効用を説明する。

## ①かるたとの比較

かるたもすごろくも文面での情報共有が可能であり、かつ座ったまま参加できる。しかし、かるたは早い者勝ちになり、理解力が乏しい人や文字が読めない人は参加しにくい。それに対してすごろくは平等に順番が回ってくるため、個人の能力に関係なく、全員が参加可能となる。また、かるたは1人が早くとればそのまま次のカードに移ってしまうが、すごろくは逐一マスで止まり問題を最後まで読むことにより、答えを確認する作業を全員で行うことができる。

## ②人生ゲームとの比較

人生ゲームはサイコロやルーレットで出た数だけコマを進めてゴールを目指すという点では似ているが、人生ゲームが仮の通貨をもちいてゲームを進めていくのに対し、すごろくは仮の通貨を用いない。教育水準が低いカンボジアの現状を考慮すると、複雑な計算を避けるすごろくは全員が障壁なくゲームを進めることができる。

## ③オセロとの比較

オセロはルールも明快かつ単純で、教育水準に関係なく実施できる。しかし、オセロは参加人数が1対1という点ですごろくとは異なる。すごろくは2人以上いれば実施可能であり、最大人数の制限はない。ゲームを一緒に行うことを通して、地域女性らのコミュニティの関係をより親密なものとするのが政策の1つの目標であるため、1対1の関係強化ではなく、複数人同士での関係を強化できるようなゲームを選択する。

これらの検証から、文面での情報共有・身体的負担の軽減・教育水準・コミュニティ形成・ルールの明快さ・人数制限などの各課題を解消するすごろくはゲームを政策として取り入れる上で適切だといえる。

## 第3項 すごろく教育の有効性

本項では、(1)実現可能性、(2)カンボジアの現状を述べることによりカンボジア農村におけるすごろく教育の有効性について述べる。

## (1)実現可能性

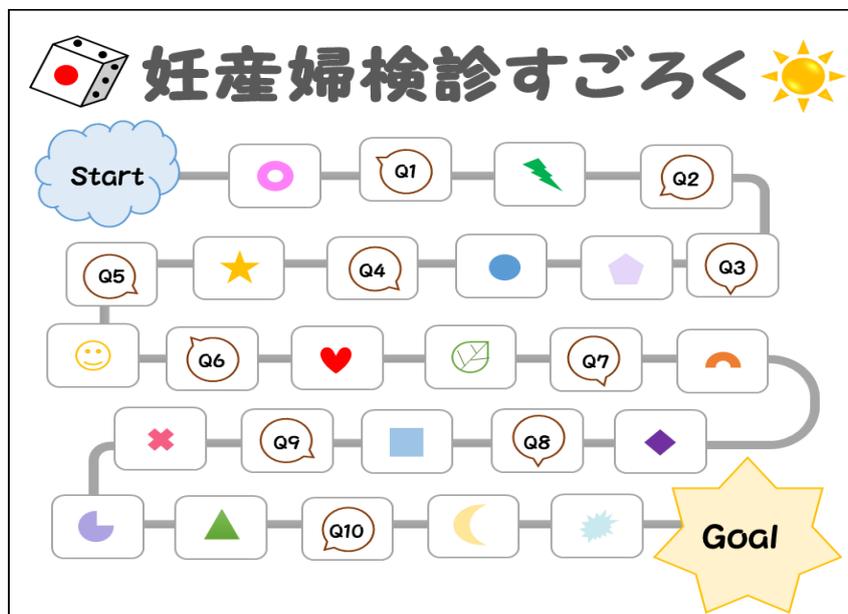
すごろくに必要なものは、ゲーム用紙とサイコロだけであり、他のゲームやイベントより低いコストで行うことができるため、カンボジア農村で政策を行うにあたって有効である。また、すごろくの内容は妊産婦検診を主とするが、村ごとの特徴を容易に入れることができる柔軟性もある。また、今回の政策提言では確実に参加者を集めることができるように、活動場所をサラムナに限定しているが、人数さえ集まれば、家の高床や地面に広げてでも行うことができ、活動場所の制限はない。

## (2)カンボジアの現状

実証分析の結果から、近所の人への信頼度が高いことと産後検診の参加が正の相関があることがわかった。産後検診を受診しない理由のうち、情動的制約の割合は最も高い。このことからカンボジア農村の複数の住民がゲームを通して交流することは、農村の住民同士の信頼関係の強化に影響を与え、意識的制約の解消につながる。これにより産後検診の受診率の向上を目指す。また、情報源の数が多いほうが産前検診、産後検診ともに受診率が高いという結果が出ている。現地調査では、情報源の種類として、家族・近所の人・保健センターや病院・村長・その他(NGO やテレビ、ラジオ)などの情報媒体という回答が得られた。このすぐろくの政策に参加するだけで、少なくとも近所の人・村長・NGO の3つから情報を得ることで、情報を得る機会を増やすことで情動的制約の解消につながる。また、実証分析より、カンボジア女性は小学校を中退している女性が多い。教育水準を考慮して、文字ではなくイラストを基本としたすぐろくを作成する。図 4.3 と図 4.4 は妊産婦検診すぐろく実施の一例を表したものである。地域女性が 1 回の活動で問題と回答を覚えて飽きてしまうことや次回の参加率が減少することを防ぐために、例の他に数種類のすぐろくを作り、それらを順番に利用してもらう。

さらに、現地調査により妊産婦検診に関する情報を入手していても、出産経験や慣れ、自身が健康だと感じていることにより、妊産婦検診を受診しなくなってしまう。このような意識的制約を解消するため、すぐろくにスタンプ制を導入にする。スタンプ制を導入することで、妊産婦検診の重要性を認識させるだけでなく、すぐろくへの参加のインセンティブを与えることで多くの地域女性の参加を促す。

図 4.3 妊産婦検診すぐろくの実施例



出所) 筆者作成

図 4.4 すごろくの問題と記号の意味

# 問題と記号の意味

- Q1 : 赤ちゃんを出産する前に 3 回検診に行った A1×
- Q2 : 自分も赤ちゃんも元気だから出産後は病院に行かなかった A2×
- Q3 : 出産のときだけ病院に行けば良い A3×
- Q4 : 出産後 6 週間以内に検診に行った A4○
- Q5 : 出産経験があるから検診に行かなかった A5×
- Q6 : 産前検診は 4 回以上行かなければならない A6○
- Q7 : 出産後異常があるときにのみ保健センターや病院に行けばよい A7×
- Q8 : 時間がなかったので 1 回だけ産前検診に行った A8×
- Q9 : 家から保健センターまで遠いが近所の人に交通費を借りて行った A9○
- Q10 : 産後検診は母親だけの検診なので赤ちゃんは連れて行かなくて良い A10×

- : お腹に子供を授かった 1 マス進む
- 🍀 : 1 回目の産前検診で母親も子どもも健康だった 2 マス進む
- 💜 : 2 回目の検診で血圧が低かった 1 回休み
- : 産前検診に行かなかった 5 マス戻る
- ★ : 4 回目の産前検診で子どもが元気に成長していた 3 マス進む
- 😊 : 看護師が優しくかった 4 マス進む
- ❤ : 赤ちゃんが元気に生まれた 5 マス進む
- 👤 : 出産後赤ちゃんを 2 人で検診に行った 1 マス進む
- 👤 : 産後検診に行くとき妊産婦扶助活動に参加して家事を頼んだ 2 マス進む
- ◆ : 出産後すぐに検診に行ったので異常が見つかりすぐに治療できた 3 マス進む
- : 産後検診で子どもの体調が悪いと診断された 1 回休み
- ✖ : 産後検診に行くのが遅くて貧血になってしまった 3 マス戻る
- 👤 : 以前妊産婦扶助活動を行ったので今回は自分がお手伝いをした 2 マス進む
- 🍀 : 保健センターが近くにないので看護師に家に来てもらった 1 マス進む
- 👤 : 産後検診で自分も子どもも健康だと診断された 2 マス進む
- 🌸 : 出産後 6 週間以内に産後検診に行かなかった 6 マス戻る

出所) 筆者作成

### 第3節 妊産婦扶助活動

カンボジア農村の地域女性が妊産婦検診を受診しない理由の一つとして、妊産婦検診に関する知識があり、妊産婦検診を受診する意思があるにもかかわらず、受診をする時間が確保できないという時間的制約がある。そこで、この時間的制約を改善するために、カンボジア農村における妊産婦扶助活動を提言する。

本節では、第1項で妊産婦扶助活動の実施内容、第2項でカンボジアにおける妊産婦扶助の有効性について述べる。

#### 第1項 妊産婦扶助活動の実施

本項では、実際にカンボジアで妊産婦扶助活動を行うにあたって、(1)妊産婦扶助活動の概要と(2)妊産婦扶助活動の詳細について述べる。

##### (1)妊産婦扶助活動の概要

表4.2は妊産婦扶助活動の概要を表している。既に存在している妊産婦すごろくを行ったグループにいる妊産婦を対象とする。対象地域は現地調査を行った7つの農村世帯である。スタッフは各村に二人ずつ配置し計14人とする。妊産婦に対する扶助活動を行うことで、妊産婦検診の受診率の向上を狙う。地域女性の扶助活動への参加率の向上させるためにスタンプ制度でインセンティブを与える。

表 4.2 妊産婦扶助活動の概要

項目	詳細
①対象地域	調査対象の7つの村
②対象者	カンボジア農村に住む地域女性
③スタッフ	各村にNGO担当者が2人(総14人)
④実施日	妊産婦検診日 (妊産婦扶助活動の時間は妊産婦が検診に行く時間から戻ってくる時間までにする)
⑤活動内容	検診時の妊産婦に対する助け合い
⑥スタンプ制度	妊産婦に対する相互扶助活動に参加している地域女性にインセンティブを与える

出所) 筆者作成

##### (2)妊産婦扶助活動の詳細

以下の①～⑥に妊産婦扶助活動の流れを表す。(以下①～⑥は、図4.5中の番号と対応している)

①CMCは村長を妊産婦に対する扶助活動の管理者として任命し、妊産婦扶助活動を行うために扶助活動及びスタンプ制度について説明する。

②村長はサラドムナで妊産婦を招集し、各農村の妊産婦の妊産婦検診の受診状況及び妊産婦検診の受診予定日を調査し、管理を行う。

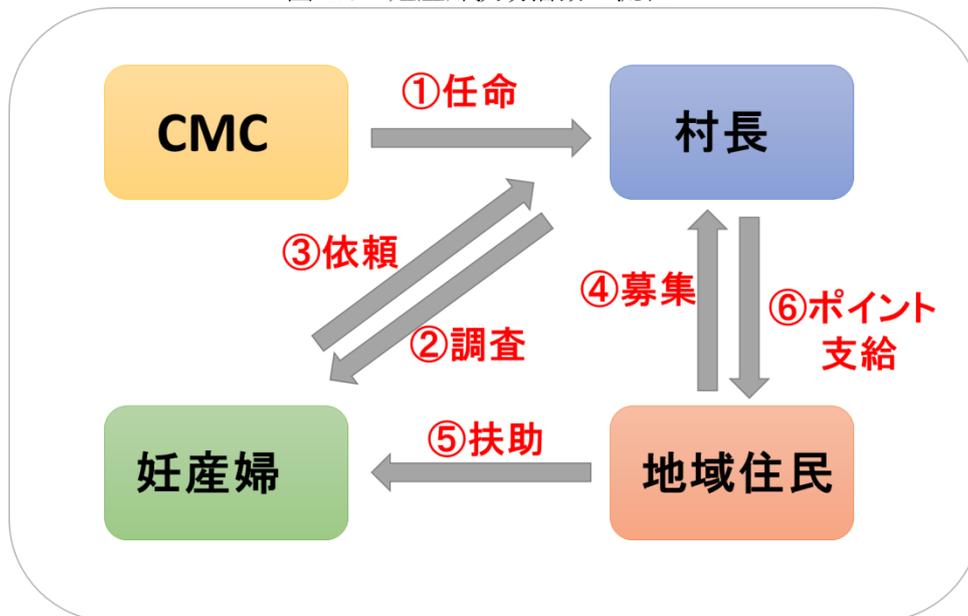
③妊産婦はサラドムナにおいて、村長に妊産婦検診の受診予定日を伝えるときに、希望する活動の扶助の依頼を行う。

④妊産婦からの依頼を受けた村長は、妊産婦の近所に住む地域女性を中心に妊産婦の代わりに仕事(子守、農業など)を手伝う扶助活動への参加者を募集し、ヘルパーとして認定する。この時、村長を仲立ちとして妊産婦からヘルパーに対して、扶助活動の実施日や詳細について説明を行う。

⑤妊産婦の検診当日にヘルパーは妊産婦が妊産婦検診を受診している間に妊産婦の代わりに扶助を行う。

⑥活動終了後村長からヘルパーに対し、妊産婦を扶助したことによるスタンプを提供する。

図 4.5 妊産婦扶助活動の流れ



出所) 筆者作成

## 第2項 妊産婦扶助の有効性

本項では、(1)カンボジアにおける扶助の現状、(2)妊産婦扶助活動の意義を述べることで、時間的制約の解消のためにカンボジア農村で妊産婦扶助活動を行う根拠を明らかにする。

### (1)カンボジアにおける扶助の現状

カンボジア農村には、農作業や人生儀礼等の場で、親戚や近隣住民による「手伝い合い・助け合い」を行う慣行がある。この慣行として、「プロワス・ダイ」と「チューイ・クニア」とがある。前者は「交代で手伝うこと」、後者は「互いに手伝い合うこと・助け合うこと」を表し、ほぼ同じ内容を示す。以下両者をまとめて相互扶助と呼ぶ。カンボジア農村において相互扶助は昔から続いてきたが、近年は次第に減少している<sup>11</sup>。相互扶助の効用として親しい者同士での助け合いや、その効果として社会全体としての問題処理の効率性向上が挙げられるが、現在のカンボジアの現状を考えると、以前のような無償での相互扶助を繁栄させるのは難しい。そのため、近所の人とのコミュニティ内で対価としてスタンプを与える扶助活動を行う。NGOやODAと連携してスタンプ制度を実施することで、現金収入(対価)を得たい、という現代のカンボジア人の考え方の変化に合わせることができる。また、手伝った女性はスタンプを得ることで景品と交換することができる。一方妊産婦は扶助により時間的制約を解消し妊産婦検診を受診することができ、母子ともに出産前後のリスクを減らすことができるため、双方にメリットがある。さらに、扶助活動をすごろくでより親密になったコミュニティを利用して行うことは、扶助に対する心理的抵抗を無くすことができ、扶助活動への参加率を向上させる。

### (2)妊産婦扶助活動の意義

現地調査の結果、カンボジア農村では依然として農業による生活収入を得ている世帯が

<sup>11</sup> 山本質素ら(2016)『社会経済発展と農村の変容：カンボジア2農村の事例』

多く、世帯内の構成員数も多い。妊産婦は農業や家事、育児といった負担が大きいのが現状であり、妊産婦検診の受診の時間がないという原因の一つであるといえる。また、病気・けがのために家族以外の人にお金を与えたことがある人ほど産前検診を 4 回以上受診する割合が高く、出産後 6 週間以内に産後検診を受診する割合も高いということから、家族以外の近所の人困っていたら助けてあげようとする気持ちを持つ人は妊産婦検診の受診率が高いことがわかる。このことから、妊産婦検診の受診ができないという問題に対して妊産婦扶助活動を行い、カンボジア農村で近所の人で助け合って問題を解決する機会を与えることは妊産婦検診の受診率向上の一助となる。また、現地調査を行った際に、写真 4.2 のようにカンボジア農村では隣の家との間に明確な境界線はなく、農地の境は木の柵のみで仕切られ、人が自由に入出入りする場面が多く見受けられた。このような農村では、近所の人妊産婦の代わりに手伝う扶助活動が受け入れやすい環境にある。また、実証分析により近所の人への信頼度が高い人ほど産後検診の受診率が高くなることがわかった。出産後も継続して妊産婦検診を受診させるためには、扶助活動により近所の人への信頼度を高めることが有効であるといえる。

写真 4.2 農村の様子



出所) 場所：カンボジアシェムリアップ州 撮影日 2018/09/03(左)、2018/09/04(右) 撮影者：寺岡舞香

## 第 4 節 スタンプ制度

本節では、ODA と NGO の連携によるスタンプ制度の内容について述べる。第 1 項ではスタンプ制度の概要、第 2 項ではスタンプ制度の詳細、第 3 項ではスタンプ制度の有効性について説明する。スタンプ制度とは、妊産婦検診すごろくと妊産婦扶助活動の参加率の向上を目的とした制度である。妊産婦検診すごろくと妊産婦扶助活動の双方の活動に共通するスタンプを与えることで、2 つの活動に一貫性を持たせる。

### 第 1 項 スタンプ制度の概要

表 4.3 はスタンプ制度の概要を表している。

表 4.3 スタンプ制度の概要

項目	詳細
①対象地域	調査対象の7つの村
②対象者	カンボジア農村に住む地域女性
③スタッフ	スタンプ提供者：各村にNGO担当者が2人(総14人) 景品提供者：CMCのスタッフと村長
④場所	サラドムナ
⑤内容	妊産婦検診すごろくと妊産婦扶助活動の参加によりスタンプが貰える スタンプの数によって景品と交換

出所) 筆者作成

## 第2項 スタンプ制度の詳細

本項では、(1)スタンプの集め方、(2)スタンプの使い方を述べることで、スタンプ制度の詳細について説明する。

### (1)スタンプの集め方

#### ①妊産婦検診すごろく

妊産婦検診すごろくに参加した人全員に参加賞としてスタンプを1つ与える。さらにグループ内のすごろくで1位になった人にはスタンプを3つ与える。

#### ②妊産婦扶助活動

実際に妊産婦の手伝いをした人にスタンプを3つ与える。

### (2)スタンプの使い方

スタンプの獲得数に応じて景品と交換できる。CMCはサラドムナにおける活動の説明の際、ほしい景品を調査し、その村の地域女性の需要を把握する。景品の補充については随時CMCが需要に合わせた管理を行う。スタンプを貯めない女性がいることを考慮して、スタンプ1つから景品と交換できるようにする。スタンプの最大数はスタンプ6つとする。表4.4はスタンプの獲得数と景品の例である。

表 4.4 スタンプの獲得数と景品の例

	貰える景品
スタンプ1つ	飲料水、ティッシュ、お菓子、まな板、爪切り、など
スタンプ2つ	ボディソープ、石鹸、シャンプー、リンス など
スタンプ3つ	タオル、スカーフ、毛布、サンダル、下着 など
スタンプ4つ	プレスレット、ネックレス、Tシャツ、涎掛け、ズボン など
スタンプ5つ	ネイルセット、リップ、髪飾り、玩具、日焼け止め など
スタンプ6つ	哺乳瓶、粉ミルク、おむつ、かばん、香水 など

出所) 筆者作成

## 第3項 スタンプ制度の有効性

本項ではスタンプ制度の有効性について(1)スタンプ制度の意義、(2)スタンプ制度へのインセンティブから説明する。

## (1)スタンプ制度の意義

カンボジア農村において、スタンプ制度を導入する意義を述べる。カンボジア農村の女性は教育水準が比較的低いため、スタンプ制度は女性が貯まった数を一目で確認することを容易にする。スタンプ制度を用いると、管理側が女性の活動への参加率を確認でき、参加率の低い女性が誰であるかを把握できる。また、必要なものは紙とスタンプのみなので運営や管理が容易にでき、かつ政策実施にかかる費用が少なく経済的であるので、この政策はカンボジア農村で有効である。

## (2)スタンプ制度へのインセンティブ

地域女性の嗜好を満たすためスタンプ制度に幅広い種類の景品を準備し、自分で景品を選べるようにする。また、参加回数によってもらえる景品の数を増やすことで、地域女性の持続的な参加をもたらす。地域女性が継続して妊産婦検診すごろくと妊産婦扶助活動に参加することは、カンボジア農村の妊産婦検診の受診の妨げとなる情報の制約、意識的制約、時間的制約を解消し、妊産婦検診の受診率を向上させることにつながる。

## 第5節 政策提言にかかる諸費用

本節では政策提言にかかる諸費用を計算し、その実現可能性についてみていく。本政策に必要な経費は①すごろく教育にかかる諸費用、②スタンプ制度にかかる諸費用、③NGOの運営費の3つである。この費用を ODA によって賄うこととする。また、カンボジアでは現地通貨のリエルのほかに、US ドルが流通している。そのため、一部費用は US ドル表記の価格のものを円換算して計算する(1US\$ : 100 円とする)。

### 第1項 すごろく教育にかかる諸費用

表 4.5 はすごろく教育にかかる費用を表している。費用の説明は以下のとおりである。道具代はすごろく教育を行う時に使うすごろくのシートとサイコロ、駒の費用である。

表 4.5 すごろく教育にかかる費用

項目	単価	単位数	小計
①道具代	すごろくのシート 490円	100枚	49,000円
	サイコロ 150円	100個	15,000円
	駒 5000円	1箱	5,000円
合計			69,000円

出所) 国内・海外フィールドワークより筆者作成

### 第2項 スタンプ制度にかかる諸費用

表 4.6 はスタンプ制度にかかる費用を表している。費用の説明は以下のとおりである。道具代はスタンプ制度を行う時に使うスタンプを押す用紙・スタンプの費用である。景品代はスタンプと交換する景品の費用である。農村によって、費用や景品の需要が異なるので、CMC の判断で補充していく。

表 4.6 スタンプ制度にかかる費用

項目	単価	単位数	小計
①道具代	スタンプ押す用紙 150円	300枚	45,000円
	スタンプ 500円	7個	3,500円
②景品代	1ポイント：5種類 100円	5×60個	30,000円
	2ポイント：5種類 200円	5×50個	50,000円
	3ポイント：5種類 300円	5×40個	60,000円
	4ポイント：5種類 500円	5×30個	75,000円
	5ポイント：5種類 800円	5×20個	80,000円
	6ポイント：5種類 1000円	5×10個	50,000円
合計			393,500円

出所) 国内・海外フィールドワークより筆者作成

### 第3項 NGOの運営費

表 4.7 は NGO の運営費にかかる費用を表している。以下、それぞれの項目について説明を行う。

#### ①人件費

支援を行う CMC スタッフに対して支払う人件費である。ヒアリング調査を行った NGO の税務表を参考に作成した。

#### ②賃貸料

CMC のオフィスの賃貸料及び維持費である。ヒアリング調査を行った NGO の税務表を参考に作成した。

#### ③交通費

支援農村の事前調査や政策実施などを行う上で、必要な交通費である。私たちの海外フィールドワークでの交通費を参考にして 1 回の交通費をレンタカー1 台につき 6,500 円とする。農村への事前調査を 6 回、政策実施(月 1 回)を 12 回、18 回農村を訪問する。そのための費用を計上する。

#### ④事務費

コピー代やネット費用等の、事務に係る雑費である。使用上限を月 1 万円とする

#### ⑤協調費

村長に 1 年間の協力についての謝礼金を支給する。

表 4.7 NGO の運営費にかかる費用

項目	単価	単位数	小計
①人件費	200,000円	20名	4,000,000円
②賃貸料	30,000円	12か月	360,000円
③交通費	6,500円	18回×2台	234,000円
④事務費	10,000円	12か月	120,000円
⑤協調費	村長：10,000円	7名	70,000円
合計			4,784,000円

出所)国内・海外フィールドワークより筆者作成

以上より①すごろく教育にかかる諸費用 69,000 円、②スタンプ制度にかかる諸費用 393,500 円、③NGO の運営費 4,784,000 円項目の費用合計 5,246,500 円が政策提言に必要な費用である。「日本 NGO 連携無償資金協力」による資金贈与は上限 5,000 万円であり、この予算内に収まるため、政策は実現可能であるといえる。

## おわりに

---

本稿では ODA の活用を通じてどのようにカンボジアの妊産婦検診の受診率を向上させるか、ということの問題意識として、日本の ODA と NGO の連携による妊産婦検診の受診支援をカンボジアで行うことを提言した。本稿の政策によって SDGs の目標 3 である「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を推進する」が達成され、カンボジアの母子保健問題の解決につながる。

本稿では ODA を有効活用した具体的な政策として、①すごろくによる妊産婦検診の情報共有、②妊産婦扶助活動、③スタンプ制度の 3 本柱を掲げた。①すごろくによる妊産婦検診の情報共有とは、すごろくの特性を利用して、地域女性に妊産婦検診についての情報提供を行い、情報共有や意識改善を推進させる。②妊産婦扶助活動とは、地域女性らが妊産婦に対して扶助を行うことで、妊産婦の家事、農業などの時間的負担を減らして、妊産婦検診の受診を促すことである。③スタンプ制度とは、ODA を活用し①と②の両政策の参加率向上のために行う。そして、村長や NGO の協力のもとで、地域女性に主体となってこれらの活動に参加してもらうことで、ODA の拠出や NGO の協力がなくても地域女性が自発的に妊産婦検診を受診するようになり、妊産婦検診の受診率向上を目指す。ODA と NGO の各々の長所を最大限に生かし、効率的な資金の活用をしたものであるため、カンボジアの母子保健問題の改善に対して有用であるものといえる。

最後に、本稿の政策提言をもとに、日本がカンボジアの母子保健問題の改善を後押しすることで、カンボジアの母子保健問題が解決されることを私たちは願ってやまない。

## 参考文献・データ出典

---

### 参考文献

- ・浅野哲・中村二郎(2009)『計量経済学』有斐閣
- ・山本質素・大塚友美・石川晃司(2016)『社会経済発展と農村の変容：カンボジア 2 農村の事例』研究紀要(91)：p.83-104  
<https://academic.oup.com/heapol/article/17/1/106/652243>
- ・Andersen, Ronald M. (1995) “Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?” *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), pp.1-10.
- ・De Silva, Mary J. and Trudy Harpham (2007) “Maternal Social Capital and child Nutritional Status in Four Developing Countries,” *Health & Place*, 13, pp.341-355.
- ・Hunter, B. M., & Murray, S. F. (2017). “Demand-side financing for maternal and newborn health: what do we know about factors that affect implementation of cash transfers and voucher programmes?” *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), p.262
- ・Kimiyo Kikuchi, Junko Yasuoka, Keiko Nanishi, Ashir Ahmed, Yasunobu Nohara, Mariko Nishikitani, Fumihiko Yokota, Tetsuya Mizutani, Naoki Nakashima (2018) “Postnatal care could be the key to improving the continuum of care in maternal and child health in Ratanakiri, Cambodia” *PLOS ONE*, pp.1-13
- ・Matsuoka, sadatoshi, Hirotsugu Aiga, Lon chn Rasmey, Tung Rathavy, and Akiko Okitsu (2010) “Perceived Barriers to Utilization of Maternal Health services in Rural Cambodia,” *Health Policy*, 95, pp.255-263
- ・Robert D.Putnam, Robert Leonardi and Raffaella Y.Nanetti (1993) “Making Democracy Work Civic Traditionals in Modern Italy” *Princeton University Press*, p.167
- ・Prusty, Ranjan Kumar, Somethea Buoy, Prahlad Kumar, and Manas Ranjan Pradhan (2015) “Factors Associated with Utilization of Antenatal Care Services in Cambodia,” *Journal of Public Health*, 23 : pp.297-310
- ・Sagna, Marguerite L. and T. S. Sunil (2012) “Effects of Individual and Neighborhood Factors on Maternal Care in Cambodia,” *Health & Place*, 18, pp.415-423
- ・Trudy Harpham, Emma Grant, and Elizabeth Thomas (2002) “Measuring social capital within health surveys: key issues.” *Health Policy and Planning*, 17 : pp.106-111

### データ出典

- ・外務省「開発協力、ODA って何だろう」参照 2018年8月24日  
<<http://www.mofa.jp/mofaj/gaiko/oda/about/oda/oda.html>>
- ・外務省 カンボジア 国別データブック 参照 2018年8月25日  
<<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/files/000142127.pdf>>
- ・外務省 カンボジア王国基本データ (カンボジア) 参照 2018年8月25日  
<<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/files/000142127.pdf>>
- ・外務省 国別実績データ 参照 2018年8月25日  
<<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/kuni.html>>
- ・外務省 国際協力局民間援助連携室(2016) 「NGO データブック 2016」 参照 2018年8月26日  
<<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/files/000150460.pdf>>
- ・外務省 国際協力局民間援助連携室(2016) 「国際協力と NGO 外務省と日本の NGO の

- パートナーシップ」5頁 参照 2018年8月26日  
 <<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/files/000071852.pdf>>
- ・外務省「対カンボジア王国 事業計画」参照 2018年8月25日  
 <<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/files/000072232.pdf>>
  - ・外務省「ODA予算」参照 2018年8月25日  
 <<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/yosan.html>>
  - ・Ministry Of Health (2016) “Fast Track Initiative Roadmap for Reducing Maternal and Newborn Mortality 2016-2020” pp.13-14 参照 2018年8月18日  
 <[https://cambodia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/FTIRM\\_2016\\_2020\\_english.pdf](https://cambodia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/FTIRM_2016_2020_english.pdf)>
  - ・Sok Kosal, Chhay Satia, They Kheam, Phan Chinda, Loun Mondol, Lam Phirun, Rathavuth Hong, Bernard Barrère, Anne Cross, and Sunita Kishor. (2014) “Cambodia Demographic and Health Survey” pp.130, 139, 143-145 参照 2018年8月20日  
 <<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr312/fr312.pdf>>
  - ・Sophie Goyet, Blandine Rammaert, Margaret McCarron, Virak Khieu, Isabelle Fournier, Paul Kitsutani, Sowath Ly, Anthony Mounts, William G Letson, Philippe Buchy, and Sirenda Vong (2015) “Mortality in Cambodia: An 18-Month Prospective Community-based Surveillance of All-age Deaths Using Verbal Autopsies” NP2458-NP2470 参照 2018年8月18日  
 <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1010539513514433?journalCode=apha>>
  - ・United Nations (2018) “Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 Agenda for Sustainable Development” pp.1-21 参照 2018年8月20日  
 <[https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%20refinement\\_Eng.pdf](https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%20refinement_Eng.pdf)>
  - ・WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division (2015) “Trends in Maternal Mortality : 1990 to 2015” pp.68-77 参照 2018年8月20日  
 <<https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-05/trends-in-maternal-mortality-1990-to-2015.pdf>>

#### ヒアリング調査報告書

- ・神戸大学経済学部石黒研究会(2018)「認定 NPO 法人ピープルズ・ホープ・ジャパンヒアリング調査報告書」2018年7月12日
- ・神戸大学経済学部石黒研究会(2018)「認定 NPO 法人幼い難民を考える会ヒアリング調査報告書」2018年7月12日
- ・神戸大学経済学部石黒研究会(2018)「公益財団法人国際開発救援財団ヒアリング調査報告書」2018年7月12日
- ・神戸大学経済学部石黒研究会(2018)「特定非営利活動法人シェア＝国際保健協力市民の会ヒアリング報告書」2018年7月12日