

## 第7章

# カンボジア農村部における出産の医療化プロセス

——変化する出産文化——

高橋 美和

### はじめに

#### 1. 本章の課題

本章は、カンボジア農村部における出産がどのように変化しつつあるのかを、地域医療の現状と、医療の導入による伝統的な出産文化の変化の両面から検討しようとするものである。

内戦後の復興期を通じて、カンボジアは国際社会から多くの援助を受け入れてきたが、なかでも保健の分野は現在も重点的な援助受入れ分野である<sup>(1)</sup>。国民の生命と健康とに直結する保健分野の中でも、出産は、妊産婦死亡率や新生児死亡率などの数値が人間開発指標の一部であることからわかるように、この分野における開発バロメーターとして重要視されてきた。言うまでもなく、出産および母子保健は、個々の家族の女性と子どもの生命や福祉全般にかかわる問題として重要であるだけでなく、マクロには次世代育成と人口政策面においても重要である。

1980年代、すなわちボル・ポト政権崩壊直後における極度の人材不足という状況下では、医療従事者の短期育成が急務であった。その後、1990年代半ば以降、保健行政改革の展開の中で地域医療の充実が図られ、出産に関する

面では、原則として国内すべての保健センターにすくなくとも1名の助産婦が勤務することとなり、助産婦育成カリキュラムにも改良が加えられた。そして、2002年には保健省が「2003～2007年保健部門戦略計画」を発表し、保健分野におけるさらなる開発が推進されており、そこでも出産と母子保健分野は重点課題に含まれている。このように重点化される理由は、端的に言って、カンボジアの出産関連数値がいまだ後発開発国の域を脱していないからに他ならない。

出産における開発の第1段階とは、すなわちより安全な出産、言い換えれば、妊産婦死亡率や乳児死亡率が共に限りなく低くなるような出産の実現である。これは通常、出産に近代医療を導入すること——近代医療教育を受けた医療従事者の介助による、必要に応じて近代的な医療措置を施す出産——によって実現可能であると考えられている。本章では、このような近代医療の導入を広く医療化と呼ぶことにする。カンボジアにおける保健行政の進展の中でも、出産の医療化は明確に指向されている。

こうした動きにもかかわらず、今も圧倒的多数の出産が、伝統的な産婆の介助でなされる家庭（自宅）分娩であるのが現状であり、特に人口の大半を占める農村部においてその傾向が強い。一方、都市部においては出産の医療化がかなり進展しており、特に首都のプノンペン（Phnom Penh）特別市では、医療従事者の介助による施設（病院等）分娩が多数派である。すなわち、現在のカンボジアの出産には、いわば伝統と近代の明確な並存状況が見出せるのである。広範な保健分野の中でも本章が出産を特に取り上げる理由のひとつは、国際援助と保健行政とにおける重点分野であり続けてきたにもかかわらず、現実が理想になかなか追いつかない状況が顕著であり、その要因が必ずしも明らかでないことにある。農村部における出産の医療化は具体的にはどのような展開を見せており、その推進にはどのような困難が伴うのであろうか。医療を受容する側はどのような認識をもって、どのような側面に医療が導入されていく方向にあるのか。あるいは、医療化への何らかの文化的抵抗のようなものがあるのだろうか。



多くの人類学や民俗学の出産研究が教えてくれるように、ヒトの出産は、女性に共通の普遍的現象であるにもかかわらず、特に伝統社会におけるその作法や習俗には、文化によって驚くほどの多様性がある。つまり、出産とは、単に胎児の娩出だけを意味するのではなく、妊娠から産後に至る一連のプロセスからなるものであり、伝統的養生法、様々な儀礼や信仰、社会関係等が相互に関連した多面的な地域文化の集合体と言える。本章で言う出産文化とは、このような出産をめぐる様々な諸側面の総称である。医療の出産への導入とは、単に分娩環境ばかりでなく、出産文化全体に変化を及ぼす可能性があることを意味する<sup>(2)</sup>。

医療化はしたがって、伝統的な身体観、生命観、ジェンダー観等をも含む価値観の変化をもたらすであろうし、そのプロセスは、出産を構成する様々な側面において徐々に進行していくものだと考えられる。カンボジアの出産はまさに今、その変化プロセスが観察可能な段階にあり、本章ではこの面に特に着目して記述する。

なお、カンボジアの出産をめぐる伝統的な習俗に関してはすでに若干の文献が存在する。しかし、そうした伝統的な側面が現在の医療化プロセスの中でどのように変化しつつあるかという点について、複数地域での現地調査に基づいて検討を試みたのは本研究が初めてであろう。一方、出産を論じるならばリプロダクティブ・ヘルス／ライツという視点からの検討も必要ではあるが、現段階ではこの点に関する十分なフィールド・データを有していないため、本章では詳しく論じない。

以下に調査の概要を述べた後、第1節では、カンボジアの出産の全般的状況をおさえ、続く第2節でカンボジアの伝統的な出産がどのように行われているかについて、伝統的な出産介助者の文化的役割や、妊産婦に広く実施されている伝統的な養生法なども含めて記述する。次にその伝統的な出産の変化の様相については、第3節の出産にかかわる地域保健行政の進行状況と、第4節の妊産婦の行動変化との2方向から記述し、カンボジア人口の大半を占める農村部の女性たちが、出産において医療をどのように受容し、出

産文化がどのように変化しつつあるのかを、詳細に検討する。

## 2. 調査方法とデータの範囲

カンボジアでの筆者の現地調査は2002年8月～9月と、2003年12月に実施し、文献資料の収集の他、プノンペン特別市、北西部のシアムリアブ（Siem Reab）州とバッドンボーン（バットンバン, Bat Dambang）州、平野部のタカエウ（タケオ, Takaev）州とコンボンチャーム（Kampong Cham）州において産婆、助産婦、伝統医、病院職員、医療技術学校教員、州保健局職員、保健省職員、保健援助活動を行っているいくつかのNGO、そして出産経験者である女性たちへの聞き取りを行った<sup>(3)</sup>。

2002年と2003年の2年にわたって、カンボジア仏教研究所の伝統習俗班と共同で、クメール語質問紙を使用したインタビュー調査も並行して行った。本章では、2002年実施の調査を予備調査、2003年実施の調査を本調査と呼ぶことにする。両調査の計画と質問紙の原案は筆者が作成し、討論を経て修正を施した後、上記研究所のスタッフが調査を実施した<sup>(4)</sup>。予備調査の結果は主に第2節に、本調査の結果は主に第4節にそれぞれ反映されている。

予備調査では、農村部において伝統的出産に関わる人々を4つのカテゴリー（産婆、助産婦、伝統医、出産経験のある様々な年齢層の女性）に分け、それぞれ別個の質問紙を用い、出産に際してどのような役割を果たし、どのような経験をしてきたかを尋ねている。いわゆるアンケート調査とは違い、自由な語りを期待しての質問紙であったため、回答の数値化はしていない。地域的な多様性を探るために、トンレサップ湖隣接部のバッドンボーン州、海岸部のコンポート（Kamptot）州、山岳部のモンドルキリー（Mondol Kiri）州、平野部のコンボンチャーム州の4州で行った。予備調査によって、出産文化を構成する様々な側面や出産に関わる民俗用語を学ぶことができた。

一方、本調査はコンボンチャーム州とコンポート州を対象を絞り、各地域における出産と出産習俗の変容を探る目的で質問紙を作成した。調査村の10

代から80歳以上までのすべての年齢層からほぼ同数の女性を選び、各人の経験したすべての出産について質問した<sup>(5)</sup>。結果として、1930年代ないしは1940年代～2003年に至る出産のデータが得られた。予備調査と本調査における調査村の名前とインフォーマントの人数その他については、付表を参照されたい。

このように、本章の依拠する現地調査データは、複数地域から収集したものの、限られた地域のものであるため、習俗その他の記述には地域的限定がある。なお、聞き取りや質問紙調査の対象者は、予備調査のモンドルキリー州を除き、カンボジア国民の多数派であるクメール人である。ただし、都市部や都市近郊での聞き取りでは、クメール語のみ話す華人系クメール人も含まれている。モンドルキリー州の回答者には、山岳少数民族が若干含まれる。

## 第1節 カンボジアの出産の現況

### 1. 統計データ<sup>(6)</sup>に見る全般的状況

母子保健関連の国レベル統計に表れる数字は、出産という個別事象のみならず、国民の全般的健康と生活水準のバロメーターである。表1で明らかであるように、カンボジアの母子保健の全般的状況は、東南アジア大陸部諸国の中で最低レベルであり、後発開発途上国であるミャンマーとラオスとの比較においても、妊婦の産前検診受診率と妊産婦死亡率を除くすべてでカンボジアの数値が最も悪い。

妊産婦死亡率437というのは、西太平洋地域の平均120の約4倍近い(H-MoH [1999: 3-6])。また、1994～2000年における、カンボジア女性の死亡の約5分の1、そして25～39歳の女性の死亡の3割弱が分娩時の死亡あるいは分娩が原因での死亡である。主な原因は、中絶に伴う合併症、子癇、出血とされている。

表1 母子保健指標・東南アジア大陸部諸国および日本との比較

	1歳未満児 死亡率／出 生1,000人 (2001)	5歳未満児 死亡率／出 生1,000人 (2001)	出生時 の平均 余命 (2001)	医療従事者に よる産前検診 受診率 (1995～2001*)	医療従事者の 付き添う出産 の比率 (1985～2001*)	妊産婦死亡率 報告値／出生 10万人 (1985～2001*)
カンボジア	92.7	121.6	56	38	32	437
ラオス	87	100	65	29	61	950
ミャンマー	77	109	56	76	56**	230
ベトナム	30	38	69	68	70	95
タイ	24	28	70	86	85	44
日本	3	5	81	—	100	8

(注) \*この期間内における各国の最新のデータ。

\*\*1995～2000。

(出所) カンボジアのデータはMoH [2002a], National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ORC Macro [2001]。その他の国のデータは, UNICEF [2002]。

1歳未満児死亡率92.7は西太平洋地域の平均38の2倍以上である(H-MoH [1999: 3-6])。また、国内でも地域差が非常に大きく、都市部平均は72.3だが、農村部平均は95.7である。最も低いプノンペンで37.6なのに対して東部山岳地域に位置するモンドルキリー、ラッタナキリー(Rotanak Kiri)両州は169.7となっている。

1975～1978年のいわゆるボル・ポト時代には国民の死亡率は極めて高かったが、その後の1980年代にはベビー・ブームが生じた。現在総人口の55%が20歳以下である。現在、合計特殊出生率(女性が生涯に産む子どもの平均数)は4.0人(都市部3.1人、農村部4.2人)、1990～2001年の人口増加率は3.0%となっている。家族計画をして出産の間隔を長く持つ地域(プノンペンなど)では、生涯子ども人数も小さくなる傾向がある。

このように、カンボジアの母子保健状況は改善の余地が相当にある。そして国内においては都市部と農村部との格差がかなり大きく、人口の大半が居住する農村部において、事態はより深刻であると言える。

## 2. 妊産婦・新生児死亡率が高い背景要因とされていること

より安全な出産を実現するためには、基本的に国民の全般的な健康状態——栄養や衛生——が向上することが重要であることは言うまでもないが<sup>(7)</sup>、ここでは、分娩出産という局面にのみ限り、現在問題とされている点を挙げておく。

### (1) 産前産後の検診・ケアが不十分

出産が医療の対象となっている先進諸国では、妊産婦が医療機関で定期的に検診を受けることはごく当たり前のことになっているが、カンボジア農村部では一般にこの行動がまだ浸透していない。月経の停止やつわりの症状などで妊娠を自覚した時に検診を受ける人は、農村部では非常に少ない。また、その後の妊娠期間においても、体調に異常がなければ、産前検診の普及に力を入れている保健センター付近の住民を除いて、同様である。

産前すなわち妊娠中に医療従事者による検診を受けた人は全体の38%にとどまっている。検診者のカテゴリーにかかわらず、一切妊婦検診を受けなかった人は55%と過半数に及んでいる。受診した女性の40%には妊娠に関わる健康上の問題や症状が見つかった。妊婦検診は全部で12～13回受けることが推奨されているが<sup>(8)</sup>、受診回数の中央値は2回にすぎない。また、最初の受診時の中央値は妊娠5.8カ月であり、受診が遅いことも指摘されている。

妊婦検診が安全な出産のために重要であることは言うまでもない。腹囲の測定や心音の確認により、胎児が順調に成長しているかどうかを知るだけでなく、逆子、双子、前置胎盤などの難産になりやすい状態を前もって把握し、計画帝王切開を選択するなどの処置がとれる。また、定期的に血圧測定や尿検査をすることにより、産婦の体調を調べ、栄養改善を指導することによって妊娠中毒症や貧血を予防し、あるいは早期入院によって早産に備えるといったことも可能になる。重度の妊娠中毒症では、子癇という痙攣が妊婦に生じ

て、最悪の場合は死に至ることもある。日本では現在子癇の症例は稀であるが、カンボジアにおいてはかなりの頻度で起きているという<sup>(9)</sup>。

一方、何らかの産後ケア（検診を含む）を全く受けなかった人も全体の46%にのぼる。家庭分娩だった人の3分の1は伝統的産婆の、7分の1は助産婦のケアを受け、1%のみが医師あるいは看護師のケアを受けた。現在、カンボジアの産科病院で分娩時あるいは直後に産婦が死亡する三大原因は、出血、重度の妊娠中毒症（にともなう子癇）、それに感染があげられるという<sup>(10)</sup>。これらのうち、感染と出血は分娩時のみならず、産後しばらくして起こることもある。産後の検診が行われない場合、それらへの対処が行われない可能性が高い。伝統的な産後の養生法（後述）では、出血と感染については対処し得えないと考えられる。

## (2) 施設分娩が少ない

家庭分娩で誕生した子どもは全体の89%であり、施設分娩は10%にすぎない。都市部では家庭分娩が65.9%、施設分娩が33.9%、（プノンペンではそれぞれ70.7%、29.0%）であるが、農村部ではそれぞれ92.5%、6.3%となっており、圧倒的に家庭分娩が多い。

農村部では(1)で見たように産前検診があまり普及していない。それゆえ異常分娩の確率が高いと前もって予想されなかったために、結果として緊急事態を招いてしまうことが考えられる。農村部での産婆への聞き取りで多かったのは、逆子と、分娩プロセスが始まってから双生児だと気づいたという経験である。双子の片方は逆子であるケースが多く、結果として死産になってしまうことも珍しくないという。また、そもそも分娩時のトラブルの4分の3は、たとえ妊婦検診を受けていても事前には予測できない事態である（青山[2001: 117]）。前期破水や臍帯巻絡などのような予想外の事態も起こりうるわけだが、そのような、手術や輸血が緊急に必要になったり、早産のため未熟児のケアが必要になったりした場合に、それらに対処できるレベルの医療機関への搬送が必ずしも迅速にできないという現状がある。手術が可能なレ



ベルの病院は、公立・私立の総合あるいは産科病院、産科クリニック、OD（保健行政地区、これについては後述）の拠点病院のみであり、これらは首都および地方都市に偏在している。後述するように、ほとんどの保健センターには手術・入院の設備がない。

また、たとえ比較的近くに設備の整った医療施設があり、妊婦が施設分娩を望んでいたとしても、その費用を払えないがために最初から家庭分娩という選択肢しかない人々も農村部では多いと考えられる。

### ③ 医療従事者の介助による分娩が少ない

全体の66%が伝統的な産婆の介助であり、農村部では70%である。医療従事者の介助は32%（28%が助産婦、4%が医師や看護師）にとどまっており、東南アジア大陸部の他の諸国と比べてかなり低いことがわかる。都市部において医療従事者の介助で出産した女性は57%と過半数だが、農村部では28%である。

人口の大半を占める農村部においては、伝統的な産婆の介助による家庭分娩が圧倒的に多いことがわかる。なお、農村部における産婆の介助の比率が家庭分娩の比率よりも低いことから、家庭分娩のすべてが産婆の介助によるものではなく、助産婦などの医療従事者の介助による家庭分娩も行われていることがわかる。

一般に、伝統的な産婆が介助する分娩よりも専門的な医療訓練を受けた医療従事者が介助する分娩のほうがより安全とされる<sup>(11)</sup>（産婆の問題点とされることについては次節で述べる）。医療従事者とは医師、看護師、助産婦を指すが、設備の整った医療施設が都市部に偏在していることにともない、どの人材も都市部に集中している。1998年の統計では、産科医師を含む全医師のうち、プノンベンや州都の公立病院に勤務する者が2118人であるのに対し、郡や行政区レベルで勤務するものは1271人にすぎない。助産婦のほうは地方勤務者のほうが多いが、それでもプノンベンや州都に1128人、郡や行政区レベルに2163人であり、人口比を考えると都市偏重の分布であることは明らかである



(H-MoH [1999: 9])。したがって農村部においては医療従事者が常に不足している。ただし、地域の保健行政の末端である保健センターに原則として助産婦が常勤しているので、保健センターでの分娩が事実上不可能であっても、助産婦が妊婦の自宅にて分娩の介助をすることが、地域によっては実施されている。とはいえ、助産婦の家庭分娩介助は、保健センター職員としての職務の一環としてではなく、あくまで臨時収入を得る活動として行われている点は注意が必要である。

#### (4) 家族計画・避妊の実施率が低い

避妊の知識を持つ女性の比率は高く、特に既婚女性の96%は知識があり<sup>(12)</sup>、家族計画を希望する人も多い。しかしながら、理想の子ども数が3.1人なのに対して、実際には4人であるから、計画どおりに実施されていないことが窺える。全出産の32%が予定外（避妊の失敗、あるいは望まない妊娠）のものである。

避妊の具体的方法としては、近代的な方法の中で有配偶女性に最も一般的なものはホルモン注射、次に経口避妊薬となっている。月単位で服用する避妊薬の使用、IUD（子宮内避妊具）、避妊手術がそれに続き、コンドーム使用の比率は最も低い。また、性交の抑制という伝統的な（そして信頼性の薄い）方法も広く行われている。

高い乳児死亡率ゆえに頻回の妊娠出産を繰り返す傾向がある東部山岳州のような地域では、出産から次の妊娠まで期間を避妊によって空けることで、乳幼児と母親の栄養、全般的な健康が向上できると考えられている。

現在カンボジアの出産におけるこれらの問題点とはすなわち、出産の医療化が十分に進んでいないことと同義である。つまり、産前産後の医療機関での検診と、熟練した医療従事者の介助による分娩が普及すれば、妊産婦・乳児死亡率が下がる、と考えられている。しかし、熟練した助産婦が介助する分娩であっても、助産婦の村々へのアクセスが容易であること、保健センター

に連絡がつきやすいこと、そして緊急の場合に手術可能な医療施設への搬送が速やかにできることなどの条件がそろわないと、真に安全な出産とはならない。伝統的な産婆による家庭分娩が必ずしもすべて危険を伴うわけではない。結局、緊急事態に対処できる医師と手術の設備の整った医療施設がアクセス可能であることが、実は妊産婦死亡率・乳児死亡率を下げるためには最も大事なことなのではないかと考えられる。現状では、設備が良く人材のそろった病院があっても、そこへの道路が整備されていなければ通えないし、電話が普及していなければ救急車も呼べない。また、仮にその医療機関へのアクセスが容易であったとしても、その費用が払えない層の人々にとっては、利用が不可能であり、医療費の公的負担のような社会的なシステムの整備も必要である。これら諸問題は、カンボジア総人口の84%、貧困層の90%が居住する農村部において特に顕著であるが、インフラ・人材未整備の現況は一朝一夕には改善しえないであろう。したがって、カンボジアにおける出産の医療化は地域医療全般の漸次的な整備の中で徐々に進行していくものと考えられる。

### 3. 都市部の出産

現在、カンボジアの都市部中間層以上とその他とでは、同じ国内にありながらあらゆる面で格差が絶大であり、出産文化全体においても差異が著しい。都市部、特にプノンペンでは手術等の設備の整った、24時間いつでも入院可能な大きな病院がいくつもあり、妊婦検診における超音波検査から無痛分娩に至るまで、様々な医療サービスの選択肢が用意されている。市民の間では施設分娩が一般化しているのはすでに述べたが、なかでも食事などのサービスの良い、費用の高い私立病院やクリニックが公立病院よりも好まれる傾向さえある。さらに、乳児には紙オムツをあてがい、母乳を早々に諦めて輸入物の粉ミルクを与えるといった、費用のかかる育児文化が一部の層に普及しており、それが富裕層の新たなステータス・シンボルになっているかのよう

である。

一方、都市部の貧困層については、限られた聞き取りによると、スラムの一部では伝統的な産婆や助産婦を招いての家庭分娩も行われているらしいが、むしろ、公立病院で分娩するのが一般的である。例えば、都市貧困層の職業訓練支援をしているNGO、ムットソムラニユの紹介状があれば、赤十字病院での分娩が無料になる。シアムリアプのクンティアボパー病院(全額寄付金でまかなわれている産科・小児科病院)では基本的に無料である。国立母子保健センターでは、入院・分娩費用の支払いが困難な人(家族)に対して、経済状況の審査のうえ、費用の一部免除あるいは全額免除の措置をとることもある。したがって、都市部においては、公立病院か私立かという相違はあるものの、貧困層も医療の枠内で出産を行っていると言ってよいだろう。

ただし、都市部に病院やクリニックが多いとはいえ、現在カンボジアのかなり多くの病院・産科クリニックが無認可であり、そこでは違法な中絶手術もなされているという報道がある<sup>(13)</sup>。医療機関の認可制度や医療従事者の資格制度については、改良の余地が多く残されているという側面もある。

このように、現在のカンボジアは、都市部における近代医療の中の出産と、農村部の大部分における、医療の制度外にあると言ってよい伝統的な出産とがまさに並存している状況に今日あることになる。

それでは次節では、本章の対象である農村部での出産の状況について詳細に見ていくことにする。

## 第2節 農村部における出産の概要

### 1. 出産介助者・関与者の概要

家庭分娩が多いカンボジアにおいては、緊急の場合に出産経験のある家族や親族が子どもをとりあげるということも稀に起こるが、通常は、分娩には

専門介助者が必要だと考えられている。出産を介助する人としては、「産婆」「助産婦」「医師」の3種類がある。さらに、分娩の瞬間には立ち会わないものの、農村部における出産プロセスに関与する人として、「伝統医」がいる。以下、それぞれについて記述する。

### (1) 産婆

家庭分娩の大多数がチュモープ(chmâp)と一般に呼ばれる産婆によって介助される。経験を積んだ地元の女性であり、日本の伝統的な「とりあげ婆さん」などと酷似している。しかるべき教育機関で分娩介助の訓練を受け資格を取得した助産婦と区別したい時には、チュモープ・ボラーン(chmâp boran, 古式／伝統的産婆)と呼ばれる。また、年配女性が多いためか、イエイ・モープ(yeay, 高齢女性)とも呼ばれるが、これらは蔑称ではない。保健行政機関やNGOの間では、行政用語として、英語のTBA (Traditional Birth Attendant, 伝統的出産付添い人)という語が定着しているが、一般人の日常語彙にはなっていない。本章では、医療教育を特に受けていないこのような分娩介助者を「産婆」と記述することにする。

産婆は分娩介助に対する謝礼を受け取る。分娩介助の報酬を主な現金収入源とする、ほぼ産婆専業という女性もいるが、農業など主たる生業を持ちつつ、分娩介助の要請に応じて出かけていく女性のほうが一般的である。謝礼は、産婦(の家族)の経済状況によって額の上下が大きい。極貧家庭の出産であれば無料で行うことすら時にはある。命にかかわることなので、夜中であろうと雨であろうと要請があれば出かけていくのである。産婆は、分娩の介助だけでなく、出産に関わる儀礼の執行者であるか、儀礼の知識を持つ人でもある。この点は、地域的な多様性がある。

産婆は一般に女性の月経や受胎の仕組みなどに関する医学的な知識がないことが多く、したがって避妊の指導は通常行っていない。また、中絶の介助をするかという質問には、していない、という回答が100%であった。中絶に手を貸すことは罪であると回答する産婆が多い。中絶については詳細な聞き

取りをしていないが、おそらく医療機関で行うことがほとんどであると考えられる<sup>(14)</sup>。

産婆の技術はどのように習得されるのだろうか。産婆になったいきさつの説明としては、以下のようなものがあった。

①代々産婆の家系である。自分も母親の仕事を見ながら自然にやり方をおぼえていった。

②ある日見た夢で産婆になるようお告げがあつて、産婆になる決心をした。

③ボル・ポト時代に医療係として研修を受け、分娩介助を任されるようになった。その後もこの技術を生かして産婆をしている。

④母親は産婆ではなかったが、産婆の仕事に興味があつたので、先輩産婆の仕事に同行して技術を習得し、産婆になった。

調査の範囲では、①が最も多く、かつ②も経験していることが多い。②の意味することについてはさらなる検討を加える必要があるが、現時点で言えることは、産婆の仕事というものが、高い精神性を必要とする、専門的な技であるという認識がカンボジア社会にある、ということを反映しているのではないか、ということである。

③は少数派ではあるが、産婆支援プログラムを行っているNGOでの聞き取りでも、多くの地域で見出せるパターンである。筆者が面談を行ったタカエウ州の産婆の事例では、当時10代の独身で出産未経験であった時に医療係に選拔され、訓練を受けたという。④もまた少数である。

予備調査の回答を見る限り、現役の産婆のほとんどには後継者が存在しない。従来、上記①のような認識のある家系の女性たちが、自然に技術を次世代に継承していた助産技術が、とだえ始めているのである。結果として、産婆の高齢化が進行している。この傾向は、筆者の見聞の範囲では、施設分娩や助産婦介助が普及し始めた地域において顕著であるようである。そういった地域では、調査時に地元住民に産婆の名前を列挙してもらっても、その半数は「高齢のため実質的には休業状態」だと告げられる。

国道5号線沿いのパットンボン州トモーコール (Thmâ koul) 郡タープー

ン行政区 (Ta Pong) パオイソムラオン (Paoy Samraong) 村 (幹線道路によりバッドンボン州都と結ばれており、車さえ手配できれば州病院へ行くのは比較的容易) もその例で、産婆の高齢化が著しい。ある産婆の娘は、母親の指導により分娩介助の経験がすでにあり、単独で介助するだけの技術は持っているが、母親のように村の産婆として今後分娩介助を一手に引き受ける気はないと話す。主な理由はふたつあり、ひとつには、時刻や天候にかかわらず呼び出され、難産で時間が非常に長くかかることもあるなど、かなりの重労働であること。しかし報酬は一定せず、半分は無償奉仕のようなもので、割があわない、ということである。もうひとつは、母子の生死がかかっているので怖い、というものである。このふたつの状況は今も昔も変わらないはずである。なぜ、娘は産婆になりたくないと言うのだろうか。

おそらくは、医療施設での分娩や医療従事者による介助というものがその地域における出産の選択肢に入ってきていることと無関係ではないだろう。医療従事者介助による出産が漸次増加する中で、産婆の地位の相対的低下が起こりつつあるのではないだろうか。

一方、近代医療の技術面から見ると、産婆介助による家庭分娩には問題がたいへん多く、それどころか、母子ともに「危険」な状況に晒されがちであるとされる<sup>(15)</sup>。これまで、各地の州保健局やNGOへの聞き取りで得た、産婆の分娩介助における諸行為における適切性に関わる点として、以下の事柄がある。

①妊娠中の観察が不足しており、難産を予想することができないか、できいても妊婦に病院出産を勧めないという、出産指導の不足や不適切性。

②手袋をつけずに、きちんと洗っていない手で介助を行う、臍の緒を切るのに清潔な剃刀を使わない、臍の緒を切った後の新生児の臍に非衛生的なものを塗りつける<sup>(16)</sup>、などの衛生面での不適切性。

③難産の時に妊婦の腹に圧迫を加える、ないしは後産の排出を促すために下腹部を過剰にマッサージするなどの、医学的に見て明らかに誤りとされる行為を行う処置面での不適切性。



④非常に高齢であるために、経験は豊かであっても、視力が衰えているなどで状況判断が適切にできない恐れがあるという、産婆の肉体的クォリティーの問題。

②に関しては、第3節で述べるように、産婆への衛生教育や衛生的な用具が普及してきており、改善されているようである。予備調査での産婆への聞き取りでも、臍の緒の処置は過去と現在とで異なり、概ね衛生的になっていることがわかった。

## (2) 助産婦

本章で「助産婦」と記述しているのは、1980年代以降に医療技術学校において助産婦課程を修了し、助産婦資格を持った人を指す。日常語としては産婆と同様、チュモープと呼ばれている。産婆と区別したい時には、チュモープ・ペート（chmáp pet——ペートは医療の意）あるいは単にペートという語が使われる<sup>(17)</sup>。カンボジアでは今のところ助産婦は産婆と同様、すべて女性である。

助産婦は、独立助産婦として自営で分娩介助の仕事をする人もあるが、たいていは公立・私立の病院あるいは各地域にある保健省管轄の保健センターに勤務している。農村部でのアクセスという意味では、保健センターが最も近接した医療機関であることが多い。ところが、保健センターの大部分には入院設備がなく、また24時間受入れ態勢となっていないため、第3節で後述するようなNGOの援助対象になっている例外的な保健センターの他では、助産婦が保健センターで分娩介助することはほとんどない。しかし、助産婦が妊婦あるいはその家族の要請を受けて、妊婦の自宅へ出張して分娩介助することは珍しくない。この場合、産婆と同様、謝礼が支払われ、公務員の助産婦にとっては臨時収入となる。これをチュモープ・チュヌオル（chmáp chnuol, 雇い助産婦）という。また、数としては少ないと考えられるが、助産婦の資格は持たないものの、保健関連NGO等で近代的な訓練を受けて、注射器が扱えたり簡単な薬の処方や家族計画の相談にのったりできる女性が分娩介助を



することもある。この場合も、医療訓練を受けた、という意味で、チュモーブ・ペートと呼ばれている。

日本では、病院での分娩の場合、医師と助産師はチームを組んであたり、助産師はどちらかというと補助にまわることが多いが、カンボジアでは、病院においても、通常分娩の場合は助産婦が医師の立会いなしで分娩介助を行い、とりあげる。すなわち、カンボジアにおける出産は、自宅であればほぼ100%、医療機関でもその多くの場合、女性によって介助されるということである。カンボジアの助産婦は開腹手術を行わないが、(日本では医師が行う)会陰切開<sup>(18)</sup>と縫合は行う。

### (3) 医師

カンボジアの出産の大部分は、上記の産婆か助産婦の介助の下に行われるのであって、医師不在が普通である。では、医師は何をするのか。産科医師(圧倒的に男性が多い)は公立・私立病院に勤務するかクリニックを開業しているが、出産全般に最初から関与するのではなく、帝王切開など、手術が必要な事態に対応するのである。したがって、医師が出産に関わるとしたら、それは手術の設備がある所——プノンベン市内の病院や州病院——に限られるということである。この点、妊娠判定から分娩まですべて産科医が担当することが圧倒的に多い現在の日本などの状況と大きく異なる。

### (4) 伝統医その他

最後に、分娩介助は行わないものの、カンボジアの伝統的な出産に関与する人として、クルー・クマエ(krou khmae)を挙げなければならない。クルー・クマエとは、伝統医、民間医療専門家、呪医、邪術師など、その行為の文脈によって様々な翻訳が可能であろうが、ここでは「伝統医」と呼ぶことにする。伝統医はほとんどが男性である。薬草に詳しい人、呪文の知識がある人など、各個人にはそれぞれの得意分野が普通あり、出産への関与の仕方もある。得意分野によって若干異なる。伝統医は、胎児の娩出の瞬間には立ちかわ

ないが、その前後に妊産婦の体調に応じた伝統薬を処方したり、妊産婦と生まれてくる子の安全を確保するための呪術や産褥明けの儀礼を取り仕切ったりすることもあり、出産とは関わりが深い。しかし一般に伝統医が出産に関与するのは農村部においてであり、都市部ではそうではなくなっている。都市部で、産婆の仕事の一部（つまり分娩介助）を助産婦が行っているのと同様に、伝統医の仕事の一部（薬の処方）は医師や町の薬剤師が行っていると考えられるが、都市部における伝統医の存在についてはさらに調べる必要がある<sup>(19)</sup>。

儀礼執行者としては、伝統医の他に、アチャー（achar）と呼ばれる人もある。アチャーはパリー語の知識のある俗人男性で、仏教僧として出家した経験を持つことが多く、仏教寺院の諸儀礼においては俗人の代表者としての機能を持つ。このアチャーは、結婚式や産後儀礼などの俗人の通過儀礼を司る役割を果たすことがあり、また後述する呪文ベルトを作成するなど、一部伝統医と重なる役割を持つこともある。

## 2. 妊娠から産後までのプロセス——伝統的養生法と不調の民俗理論

### (1) 妊娠初期

月経の遅れやつわりなどの妊娠の兆しが見えると、たいてい女性は産婆に一度は見てもらおうようである。産婆は月経の遅れの程度や下腹部の触診によって産み月がいつ頃になるかを妊婦に告げる。予定日算出の方法は一般には知られておらず、予定日の予測ではなく、あくまで月単位の予測となる。

保健センターの近くに住んでいる妊婦であれば、保健センターでの検診を受けることがあるが、一般に妊婦検診は普及していない。産婆も、特に問題がなければ妊婦を訪問しない。

つわりについては、ごく自然なものと受け取られており、病気のような手当ての対象とはされていない。産婆の多くもつわりの軽減のための助言を特には行っていない。妊娠中の食物や行動について様々な民俗的禁忌があるが、

これは家族から告げられることが多く、分娩介助者が主たる助言者とはされていない。ごくまれに、夫が妻と同時期に嘔吐したり食欲が激減したりするつわり症状を見せることがあると言われている<sup>(20)</sup>。

## (2) 妊娠中期～後期

妊娠中期になると、安産祈願として、クサエ・カタール (khsae katha, 呪文ベルト) を腹に巻いてもらうことが広く行われている。通常、護身用のパーリ語文字を刻み込み、呪文を吹き込んだ薄い金属板をベルト本体に巻き付けて着用する。これは日本で今も広く行われている、戌の日に腹帯を巻くのと若干似ている。ベルトの他、手首に護呪をかけた紐を巻いてもらう、というのものもある。クサエ・カタールの作成は伝統医が行うことが多いが、パーリ語の呪文の知識さえあれば、年長の男性親族や産婆、まれに僧侶が作ることもある。

妊娠中に避けるべき物としては辛みの強い物、刺激物、などが一般的に挙げられる。果物はたくさん食べてもよいとされる。農村・都市部を問わず、カンボジア人は朝食に白粥を食べることが多いが、妊婦はたくさん食べないほうがよいという。白粥を食べ過ぎると、胎児が脂っぽくなってしまうから、である。普通に炊いた米飯についてこうした規制がないのが興味深い。

妊娠中の行動規制については、これまでの調査では次のようなものがある。

①重いものを持ち上げたり運んだりしてはいけない。

②歩きながら食べてはいけない。

③夜、水浴びをしてはいけない。

④首のまわりや肩にスカーフを巻いてはいけない。

⑤（高床式の家の）戸口や梯子に腰掛けてはいけない。

などがある。①は、おそらくは万国共通の規制であろうが、②④は理由不明である。③は、胎児が早く大きくなりすぎて難産を招くから、という因果関係が語られる。⑤は落下すると危ないから、という理由だと考えられるが、何らかの境界に身体を置くこと自体が忌避される可能性もあって、はっきりしない。

### (3) 陣痛開始～分娩

臨月になると、妊婦ないしその家族は、いつ陣痛が始まってもよいように、産婆に村を離れないように頼む。

陣痛が始まると、伝統医が妊婦の家に招かれる。カンボジア農村で一般的な高床式の家では、分娩の場所は、通常階下の土間の一部を布などで仕切って一時的に部屋にした一角であることが多い。そこにベッドを置き、必要な寝具や布類と共に妊婦が仰臥する。伝統医ないし産婆、あるいは妊婦の近親の男性（父、祖父など）が、分娩室となるこの場所を取り囲むように、壁に炭などを用いて十字の印をつけて聖別していく。これをポアット・セイマー（poat seima）と呼ぶ。悪霊がこの中に入らないようにするのが目的である。また、ダム・ボンラーサウト（daoem bonla s'oet）という棘のような葉のついた木の枝をベッドのまわりにたくさん置いたり、数本を壁に貼りつけたりする。これもやはり悪霊よけである。カンボジアでは、後産（胎盤）を好物とする悪霊もいるので、出産の前にこうしたことをする必要があるわけである。また、妊婦に安産のための伝統薬を飲ませる伝統医もいる。

そして産婆もこの頃までには到着し、分娩介助が始まる。産婆の他に分娩室に入れるのは原則として母親や女性の近親者など年長の女性のみで、例外として夫は場合によっては立ち会えるが、通常男性は入らない。女性の場合も未婚者、妊娠中の女性は立会いにふさわしくないとされる<sup>(21)</sup>。産婆は妊婦の手足をマッサージしたり励ましたりなどして、娩出の瞬間を待つ。分娩時の姿勢は仰臥が一般的であるが、背中に枕や毛布をいれて少し高くし、半ば座位のようにする場合もあるという。しかしかつて日本で行われた座産のように膝をつく姿勢ではなく、尻をつけて膝を立てる。妊婦は服を着て、下半身を普段のサロンで包んでおり、裸になることはない。妊婦は両手を膝の裏に入れていきむ。胎児の排臨の際、会陰部の切開は普通行わない。分娩の結果、裂傷ができた場合も、縫合しないのが普通である。

分娩がすむと、産婆は新生児の臍の緒を2カ所ないし3カ所糸で結び、そ

の先を切る。そして新生児の体をぬるま湯で洗うか、清拭する。後産が早く出るように妊婦の下腹部をマッサージすることもある。そして産婦の陰部をお湯などで洗浄する。

後産が出た後の処置には地方あるいは産婆によって、以下のような様々なパターンがある。

- ①後産の一部が産婦の体内に残らず、すべて出てきたことを肉眼で確認したうえで、それを家族に伝え、後産自体は適当なものに包んで土中に埋める。埋める場所は特に問わない。
- ②同様の確認の後、袋に入れて夫に渡す。夫はしかるべき場所に後産を埋める。埋める場所について伝統医の指示に従う地域と、産婆の指示に従う地域とがある。また、指示の内容には、地理的な条件で埋める場所が指定されるものと<sup>(22)</sup>、出産年の干支や出産日の曜日などの組み合わせで後産を埋める方角が示される、という事例があった。後産を埋める場所は、生まれた子どもの健康、特に、皮膚の状態に影響するので大事だという。
- ③産婆が後産の血を水でよく洗い、それを家族に見せて確認させる。そして塩をまぶしたり、揉みこんだりして産後儀礼（後述）の日まで保存し、当日は産婆の助言に従ってしかるべき方角に埋める。埋めるときは白い布で、あるいは布と筵とで二重に包んで埋める。
- ④保存後、ベッドの下に火（後述）で燃やす。

これまでの調査では、④は稀であり、産後儀礼を行う習慣が強い地域では、塩を加えるなどして数日保存した後、しかるべき場所の土中に埋める、というのが最も多かった。埋めるのは夫であることが比較的多いのも特徴である。

このように、地域差や個人差があるが、いずれの事例でも、後産がきちんと全部体外に排出されることの重要性が認識されていること、そして、かつての日本の習俗と同様、後産と子どもとの間に感染呪術的な関係が多くの場合認められていることが観察される。

#### (4) 産褥期～産褥明け

分娩直後、疲れた産婦に伝統医が疲労回復のための伝統薬を処方することがある。また、保健センターと連絡がついている場合には、助産婦がやってきて感染予防のための抗生剤を処方してくれたり、子宮収縮促進剤を注射してくれたりする場合もある。

初乳は栄養があるので、捨てないで新生児に与えるようにという知識はかなり普及してきており、産婆の多くは那样指導しているようである。一般に、母乳の与え方や量を増やす方法などについては、女性の家族親族からの助言があるのみで、産婆はいわゆる母乳指導や乳房マッサージなどは行わないが、産婆によっては産婦の疲れをとるために四肢のマッサージを施すことはある。伝統医によっては、母乳を豊かにする薬を調合してくれることもある。

カンボジアで広く行われている産褥期の習慣として、アン・プラーン（ang ploeng、火で焼く）が挙げられる<sup>(23)</sup>。焼くといっても、直火で肌を焼くわけではない。分娩したベッドの下で木炭や練炭を焚き、産婦の身体を暖める処置である。産婦に対する同様の習慣は、かつて広くタイやマレーシアなどでも行われており、東南アジア大陸部共通の習俗と言えよう。カンボジアでは、血液の循環をよくして産後の疲れを取るためという効能と、肌がきれいになるという副効能が一般に理由として挙げられている<sup>(24)</sup>。この時の温度は家庭によって異なるが、できるだけ暑くしてたくさん汗を流すのがよいと信じられている地域もある。暑すぎて辛くても、産婦は体のためと思って耐える、という。近代医療の側から見ると、出産疲れの残る産婦が大量に発汗するのは疲労を高めるのでよくない、と見ており、また、高血圧の人、皮膚に何らかの疾患がある人はするべきではない、としている。総じて、多くの病院や保健センターでは、積極的にやめるよう指導しないまでも、必ずしも行う必要がない単なる伝統的習慣にすぎないという評価を与えている。

産後の養生法としてもうひとつ一般的なものとして、湯気のたっている薬草液の入った壺を抱え、壺ごと体をすっぽり布に包まれて行う、チュポン・



トナム (chpong thnam, 葉の吸入) がある。これも疲労回復のためと、肌を美しくするためであるとされる。この葉草液吸入はプノンペンなどの都会でも行われている。特に伝統医に作ってもらわなくても、自家製のものが使われる。

また、熱した石を布に包んでそれを腹部にあてる養生法も広く行われている。これを、ソンコット・トモー (sángkat thmá) と呼ぶ。チュボン・トナムもソンコット・トモーも、アン・プラーンと同時にする場合もあるが、一般にアン・プラーンの期間にかかわらず、1カ月間ほど長く行われることがある。

アン・プラーンは短くて3日、長くて1週間くらいで、厳格な期限があるわけではない。ただし、この期間は24時間この(元)分娩室つまり伝統医がつけてくれた護呪印の内側で過ごさねばならない。つまり、妊婦は食事(家族が調理する)と睡眠だけでなく、排泄も壺などを用いこの内側ですませる。また、水浴びもこの期間してはいけない。アン・プラーンの間接的機能としては、①産婦が産後家事労働をしなくてすむように敢えて隔離期間を設けている、②分娩で汚れたベッドあるいは家の一角を火によって浄化する、などが推測できるが、現時点では結論がでない。

アン・プラーンの終了時には儀式があり、様々な名前で呼ばれている。筆者の調査の範囲では、ピティー・トゥムレアク・チョンクラーン (pithi tumleak chongkran, 火落としの儀礼) と呼ぶのが最も一般的であったが、他にもピティー・ボンコッ・コーン (あるいはチュモープ) (pithi bángkak kaun / chmáp, お産あるいは産婆の感謝儀礼) ピティー・バーク・プネーク (pithi baoek phnek, 「赤ん坊」開眼儀礼) などの名がある。通常、家族のみならず、近所の住民や親戚が集まる祝いの儀礼である。儀式部分は伝統医または産婆が執り行うが(地域によって異なる)、前者の場合、産婆あるいは介助を行った助産婦が招かれたり、現金を添えた産婆への贈り物(米をはじめとする食物や線香など)が用意されたりする<sup>(25)(26)</sup>。本調査で得たコンボンチャーム州の多くの事例で共通していたのは、分娩後排出される後産を洗浄し塩を加えるなどしてから産婦の足元に保存し、ピティー・トゥムレアク・チョンクラーンの日にし



かるべき方角の土中に埋めるというものである。つまり、後産の保存とこの儀礼が一続きのものとして認識されているということである。

この儀礼を筆者が観察する機会に恵まれたのは、タカエウ州プレイカバツ (Prey Kabbas) 郡において、産婆の介助による自宅出産の後4日目に行われたものであった。アン・プラーンで用いられた火種 (木炭) の載った盆に供え物を添え、水をかけて火を落としたことが示される。分娩以来使用していたベッドとは別の台の上に産婦と新生児、産婦の母親が座り、それに向かい合うように伝統医が座り、儀式が行われる。産婦と新生児が分娩場所から外に出て人々の前に姿を現すのは産後これが初めてである。護呪が唱えられ、クサエ・カタールが産婦の体からはずされる。それから新生児の小さな額にキンマの葉と親族女性によって噛み砕かれた若いビンロウジの実が置かれ<sup>(27)</sup>、儀礼の参列者たちも小額紙幣を赤ん坊のまわりに次々に置いていく。その後、用意された共食の場へと移動し、伝統医も交えて、用意された軽食 (鶏粥など) を皆で食べて締めくくられる (この事例では、介助した産婆は出席せず、贈り物は儀礼後、産婆の自宅に届けられた)。

この事例では、老若男女が大勢集っていたが、本調査の回答によれば、家族のみで行う場合と近隣・親族を招く場合とがあり、後者の場合、なかでも年長者を招くことが重要であると見なされているようである。このように、伝統的な出産では、産褥の籠り明けが近隣・親族などからなるコミュニティの中で、産婦と新生児の健康を一緒に祝うかたちをとっている。

なお、産婦が農作業や家事に本格的に復帰するのは産後1カ月ほど経ってからであり、この上記の儀礼直後からではない。労働の再開には特に儀礼は付随せず、各人の体調次第のようである。

##### (5) 産婦と乳児の身体不調への対処

産婆の第一義的仕事が分娩の介助であるのに対して、出産特に分娩直後以降、産婦ならびに乳児の身体不調への対処は伝統医の領域であると言ってもよい。

ここでは、分娩以後の産婦と乳児の身体の不調のみに範囲を絞って、その不調がどのように解釈され、またどのような治療が施されるのかについて、筆者自身と仏教研究所職員の聞き取りデータ、およびMiach Ponn [1999] に依拠しつつ、記述する。

①「マダーイ・ダーム (mday daoem, 前世の母)」がひき起こす疾患

マダーイ・ダームとは、元の母、つまり前世の母という意味である。普通人間には、自分を現世に産んでくれた現実の母親とは別に、この母がいるという考え方がカンボジアにはある。両者は互いに子どもをめぐって競い合うという。現世の母親は子どもが健康で長生きするように手をつくすが、マダーイ・ダームは子どもを前世に連れ戻そうとする、つまり現世から見ると、死に至らしめようとしていることになる。もし赤ん坊がわけもなく泣き続けたり、もしくはいつもと違う笑い方をしたりしたら、それはマダーイ・ダームが子どもに何らかの働きかけをしているからだ、と言われる。そして赤ん坊が急死すると、マダーイ・ダームが連れていったのだ、と言われる。本調査の回答にもこの死因説明が見出せる。

乳児は高熱を出したときなどにひきつけを起こすことがしばしばあるが、カンボジア語でこれをスコン (skan) と呼び、程度が重篤な場合、伝統医が呼ばれる。スコン・チョアン (skan choan) とも呼ばれるが、チョアンとは、この場合、身体の外の世界の霊的な何物かが取り憑くことを意味する。このスコン・チョアンが、マダーイ・ダームによると診断されると、伝統医は供え物 (キンマの葉、ピンロウジの実、蠟燭、現金、米) を用意し、聖水を子どもの顔に拭きかけ、マダーイ・ダームを追い返すパーリ語呪文を唱える、という所作を行う。子どもが糞便を排泄すると治ったと見なされる。スコン・チョアンを予防するために、伝統医は子どもの首や手に護符を巻きつけることもある (Miach Ponn [1999: 58-59])。

スコンの結果、子どもが死亡してしまった場合、今日では臍の緒の非衛生的な処置による破傷風のためという医学的解釈がなされることも多くなったが、伝統的な社会ではマダーイ・ダームが子どもへの執着が強くて向こうに

連れていったのだ、という説明が広くなされている<sup>(28)</sup>。

②「クロラー・プラーン (krâla ploeng, 熱病を起こす悪霊)」による疾患

Miach Ponn [1999: 60] が、この症状は、農村部で産婆による出産時に、産婆が石鹸で手をよく洗わなかったり、よく消毒していない鋏で臍の緒を切ったりすることで起こると説明しているように、医学的には産後の感染ではないかと思われる。分娩後に高熱が出て、時には死に至ることもある。これを、伝統的な社会では、クロラーという悪霊の一種が起こすという説明の仕方をするわけである。

タカエウ州キリヴォン (Kiri Vong) 郡の事例では、伝統医はクロラー・プラーンの予防のために、まず陣痛が始まりかけると、分娩台となるベッドの下で火を起こし、ベッドの付近を清める。それから火を落としてそこに釘を打ち込み、護呪の記号を壁その他に書きつけることによって、クロラーや、胎盤や血を食うというアープ (ap) などの悪霊たちが入ってこれないようにベッド付近を聖別する。ベッドの周り四方に竹の杭を打ち込み、糸を三重に渡して、護呪を唱える。これをしてもクロラー・プラーンによる発熱が見られる場合には、伝統薬を飲ませると治る、という (Miach Ponn [1999: 60-62])。

③「トアッ (toas)」

これは、産後の不調全般についての総称である。産後の疲労が甚だしく、いつまでも元気がでない、頭痛・腹痛・嘔吐・ひきつけなどの他、気分の浮き沈みが激しくなるなど、いわゆるマタニティ・ブルーとして知られている症状まで様々である。Miach Ponn [1999: 63-64] によると、以下の4種類ほどの原因によって分類される。①食物のトアッ——産後食べてはいけないとされる食物を食べたために主に身体に不調が生じる。食べていけないものとしては、筆者の聞き取りでは、イカ、貝、海藻などの海産物の一部、体を冷やす食べ物、硬い食べ物などがよくないとされる。また、産後すぐに雨にあたるなど、体を冷やす行為にも同じような危険性があるという。Miach Ponn は、習慣として新鮮な肉や野菜を避ける傾向にあるため、栄養不足もトアッの原因ではないかとも述べている (Miach Ponn [1999: 63])。②神経のトアッ

——感情の起伏が激しくなり、結果として体の震えや呼吸困難、頭痛、ひきつけ（口が開かなくなる）などが起こる。③労働によるトアッ——産後まもなく重いものを運んだり、重労働をしたりすることにより、頭痛、発熱、ひきつけなどが生じる。④性行為によるトアッ——産後すぐ、まだ産婦の体力が戻っていない時に夫婦が性生活を再開することによる。性行為を控える期間については、以前のカンボジアでは、子どもが月齢3カ月になるまでと言っていたという。

産後の食事については、このように一部の海産物がトアッをひき起こすのでよくないとして忌避される他、よくないとされている食べ物にはMiach Ponn [1999: 63] によれば、他に、パパイヤ、パイナップル、姫筍、もやし、水、一部のキノコ、一部の鱗のない魚、水牛・兎・小鹿の肉などがある。

野菜一般を産後しばらく控えるというのは、プノンペンその他、農村部でもかなり一般的であるようである。予備調査の対象地であった、バッドンボン、コンポンチャーム、コンポートのいずれの州においても、産後1カ月は塩や胡椒などのみで調理した豚肉を主に食し、野菜一般はとらないと述べている出産経験者が非常に多い。授乳中の母親に、動物性脂肪や刺激物の摂取を節制し、野菜を多く取るよう指導する現代日本の常識のほとんど正反対であり、驚きである。北西部ボンティアイミアンチェイ（Banteay Mean Chey）州出身で現在プノンペン在住の、両地域での出産経験がある女性への聞き取りでも、やはり産後には熱いご飯に胡椒や唐辛子で味付けした肉料理をもっぱら食べ、お湯も積極的に飲んだという。要するに体を温める食物の摂取に努めたということがわかる。野菜を食べると母乳を飲んだ子どもが下痢をすると言われて、出産後半月～1カ月は野菜を控えた。母乳の出をよくするには、パパイヤ・バナナの花・豚足を煮出したスープを飲むと効果的だという<sup>(29)</sup>。

こうした食物規制は出産経験のある母から娘へと語り継がれてきている習慣であり、栄養学的に説明されることは少ない。産後の場合、ある食物を避ける理由は、それを食べるとトアッになるから、と説明されることが多い。

ただし、医療機関での出産の場合は、医療従事者が産後は食餌制限せずに

何でも食べるように指導するという。助産婦や医師による介助が増えれば、食物規制に関する習慣も大きく変容する可能性がある。

### 3. 農村部の出産の特徴

まず第1に、産婆の役割の幅が広いことが指摘できる。分娩時には基本的に「待ち」の姿勢であり、新生児をとりあげるのが主な役割であって、痛みを和らげたり分娩時間をコントロールしたりするような積極的な介入を行っていないようである。しかし、その後の後産の処理、新生児の沐浴あるいは清拭、アン・プラーンの指導、産後儀礼には、適宜助言をしたり、中心となって実施したり、参加したりしている。産婆が伝統薬を作って届けてくれる事例もあり、一部は伝統医の機能も兼ね備えていることがわかる。

第2に、妊娠から産褥明けに至るまで、様々な人々が妊産婦に関与していることが指摘される。安産祈願には伝統医、僧侶、産婆、あるいは家族が関わっており、産後儀礼に関しても、近隣の住民の参加が一般的で、皆が産婦と新生児の顔を見ることになるのである。また、分娩時に家族・親族のみならず、「近所の女性（たち）」が立ち会っている例が多いことは、出産がコミュニティの中で営まれる暮らしの一局面であることを示している<sup>(30)</sup>。また、妊産婦は食物禁忌や産前産後の養生法については母親や身近な年長の女性から知識を得ている。

また、分娩に介助者以外の人（々）が立ち会うことが示唆するように、カンボジアにおいては出産というものにいわゆる（血の）「忌み」ないしは「産穢」といった観念は付随しないようである。産後のアン・プラーンは、「忌み」ゆえの隔離ではないと考えられる。

まとめると、農村での伝統的出産においては、基本的に民間医療・養生法が身体面の健康を支え、産婆が分娩と諸儀礼のかかなりの部分を補佐する。悪霊などの霊的存在に関わる領域は伝統医やアチャーが担う<sup>(31)</sup>。そして、分娩の場所が基本的に女性のみの空間と化すという点では、性に基づく隔離とも

見なしうるが、上記のように出産がコミュニティの暮らしの一部として捉えられている側面も重要であろう。

### 第3節 出産医療化の進行状況

#### 1. 近年の母子保健政策と地域医療の現状

##### (1) 保健業務地区（OD）と医療機関のreferral（階層）システム

1996年から保健行政改革が行われて、国民の健康を促進すべく、より効率的な行政システムの構築が始まった。その概略を述べれば、各州内に保健業務地区（Operational District: OD）をあらたに設置し、各ODに医療の拠点となるOD拠点病院と事務室（District Health Office: DHO）を配備し、各DHOは地区内のすべての保健センターを統括するというシステムである。ODは行政単位である郡（srok）とは別の地区分けであって、郡境とは必ずしも一致しない<sup>(32)</sup>。ひとつのODは10万～20万人の住民の保健に対処するように配置されている。各ODはさらに10～15の地域に分けられ、各地域の保健業務拠点が保健センターである。保健センターは改革以前から存在し、行政区（khum）ごとに1カ所設置されていたが、この改革により、人口8000～1万人当たりについて設置されることとなった。距離的な基準としては、当該保健センターから半径5～10キロメートル（保健センターまで徒歩で1～2時間程度の距離）までの範囲を管轄地域とするように変わった（H-MoH [1999: 13]）。このため、従来の保健センターの統廃合が起こった。過疎地域では保健センターにアクセスしにくくなった住民が増加したものとみられる<sup>(33)</sup>。

ともあれ、人口比に応じて設置された各保健センターと当該ODの拠点病院とが連携できる、referralシステムが構築されたのである。referralシステムとは、一つの医療機関で処置し得ない症状の患者を、より高次の処置ができる医療機関へ搬送する階層システムのことを指す（以下、便宜的に階層シス



テムと記述する)。このシステムで、各地域の保健センターが第一次的な医療機関で、その上がOD拠点病院、そして州病院（州都を含むODの拠点病院でもある）が各州の階層システムのトップである。ただし、出産に関しては、ブノンペンにある国立母子保健センターが階層システムのトップということになる。OD拠点病院以上の上位の公立医療機関すべてにおいて、保健センターでは行えない手術等のより高度な医療措置、すなわち補完的診療業務（Complementary Package of Activities: CPA）が行えることが目標とされている。

産婆の介助による家庭分娩の際に何か緊急事態が起こっても、保健センター → OD拠点病院 → 州病院 → 国立母子保健センターと、階層の体系自体はできているので、そのどこかで適切な処置がされる、という期待が持てるように見える。ところが、現実にはこの体系が実質的に機能していない地域が多い。まず保健センターは、そもそも24時間態勢の受入れを行っていないため<sup>(34)</sup>、救急医療の態勢が整っていない。仮に、患者の家族が搬送用の車を用意できたとしても、全国70あるOD拠点病院のすべてがCPAの能力を有しているわけではない。分娩に関して言えば、OD拠点病院であっても分娩設備・手術設備・産科医師が必ずしもそろっているわけではない。例えば、バッドンボン州を例にとると、同州にはOD拠点病院が5カ所あるが、そのうち帝王切開等に対応できるのはバッドンボンOD拠点病院（バッドンボン州病院<sup>(35)</sup>）とモンルセイ（Mong Reussei）OD拠点病院のみである。他の2カ所のOD拠点病院では手術には全く対応できず、残りの1カ所は前二者のレベルより低いレベルの手術にしか対応できない。

また、緊急に治療を必要とする患者には救急搬送システム（救急車による搬送など）が不可欠であるが、都市部以外には実質機能していない。さらに、医療費を払える目処が立たない場合はそもそも医療施設に連絡をとろうとしないことが大部分であると考えられる。

このように、理念上の階層システムはあっても、州都から遠い住民にとっては、状況は変わらない。道路などのインフラ整備の他に、保健センターの機能が充実すること、OD拠点病院のすべてに手術等が可能な設備と人材が



配備されること、貧困層への医療費軽減措置などが望まれる。

2002年に保健省が発表した、「2003～2007年保健部門戦略計画（Health Sector Strategic Plan 2003-2007）」は6つ<sup>(36)</sup>の分野について策定されているが、そのうちの第一が保健サービスの提供で、その中でも、保健センターの基本的な保健サービスの提供と、病院（特に産科・小児科）における質の高いケア提供を強化する、というのがコア戦略の一部とされている（MoH [2002a: 6]）。上記の階層システムが実質的に運用できるような、OD拠点病院の設備、人材の充実が強く望まれるところである。

## (2) 保健センターの機能

保健センターは保健行政の末端であり、地域の健康を促進するための機関であり、病気予防・家族計画等のための健康教育に関わる広報活動や乳幼児の予防接種の他、比較的軽微な疾病やけがの手当てと薬の処方などの最小限の診療業務（Minimal Package of Activities: MPA）も行うことになっている。スタッフは医師、看護師、助産婦からなる。

保健センターは上記のように人口比率ごとの設置であるので、人口密度の低い地域では家から保健センターまでの距離が大きく、日常的なアクセスが不可能な人々も多い。家が遠い人は、重篤にならない限り病院に行かず、軽い病気なら、伝統医の調合薬に頼るか、近所の雑貨店から売薬を買ってすませている。

助産婦が職員に含まれていることからわかるように、本来、保健センターが扱うべきMPAには、手術を要する出産を除く正常分娩への対応も含まれている<sup>(37)</sup>。しかし、実際には、後述するようなNGO等の資金援助を得ている保健センター以外の保健センターでは、その多くが十分な設備も手術施設も欠いていることと、上述のように24時間態勢で職員が勤務しているわけではないため、住民は保健センターを分娩可能な場所として認識してないことが多い。

なお、分娩介助に直接関わってはいなくても、保健センターは管轄地域内

の妊娠・出産状況について情報収集を行い、統計資料を作成している。保健センターの職員が村内を巡回して住民と接触を持つのは、主に乳幼児の予防接種の時だという。予防接種には乳幼児の月齢・年齢を知ることが重要なので、センターとしても情報把握に努めている。地域の住民にとって最も直接的に役立っている保健センターの機能は、出産ではなく、スタッフが直接村内に来て行う予防接種と言えるかもしれない。

また、現在、各村から男女1名ずつの住民保健ボランティアを選出するという、地域医療における新しい制度が始まっている<sup>(38)</sup>。月に1度、保健センターの職員と各村の住民保健ボランティアが会合を開いて地域の健康関連の情報交換をし、保健センターからの連絡事項をボランティアが村民に伝えるなどして健康情報の普及に努めている。村の産婆がこういった会合に加わることもある。

### (3) 助産婦の育成

より安全な出産のためには、熟練した分娩介助者が十分に存在することが必要である。先に述べた保健省の「戦略計画」の第4分野は人材開発であり、その中でも基礎的研修を受けた助産婦の数を増やすことと、すでに助産婦となっている人の能力と技術を強化するために追加研修を行うこと、という文言が8つのコア戦略に含まれている (MoH [2002a: 7])。

1980年代から1990年代の改定までの期間、医療関係の人材が絶対的に不足し、助産婦を短期に確保する必要に迫られていたカンボジアでは、看護師(男女とも可能)養成と助産婦(女子のみ)養成は別々の課程で、それぞれ初等課程 (pathâm) 1年半、中等課程 (mathyom) 3年間というカリキュラムを設定していた<sup>(39)</sup>。初等課程修了のみでも助産婦として働くことが可能であったが、あまりにも短期の養成のため、分娩介助者としての熟練度はかなり低かったと言わざるをえない。

1990年代に医療技術学校のカリキュラムが変わり、旧カリキュラムによる新規の助産婦養成は終了した<sup>(40)</sup>。改定カリキュラムでは、医療技術学校に入

学するには高校卒業の資格が必要であり、最初の3年間は看護師・助産婦共通コースで学ぶ。この課程を修了すると、まず看護師の資格が与えられる。助産婦志望者は、この後さらに1年間の助産婦養成コースを受けて、助産婦資格を取得することになる<sup>(41)</sup>。

したがって、移行期である現在の当座の対策として、旧制度で養成された助産婦の技能を追加研修によって高める必要がある。特に初等レベルの助産婦への中等レベル研修が必要である。プノンペン国立母子保健センターは助産婦の実習病院のひとつであるが、ここでもこの初等から中等へのスキルアップ研修の受入れを現在も続けている。また同センターのJICAによる母子保健プロジェクトはTOT (training of trainers) を活動の一環としてきたが、現在、同センターならびに主要な州病院では、TOT研修を受けたカンボジア人医療専門家がこのような助産婦への追加研修コースを担当している。

現行制度では、看護師も助産婦も、卒業試験に合格すると同時にそれぞれの資格が得られる仕組みになっている。また、助産婦は原則として卒業後は地域の保健センターへの勤務が義務づけられている。しかし、公務員として働くためには公務員試験を受ける必要があるのだが、助産婦コースを卒業する女性たちの多くは、交通不便で電気が引かれていないような僻地での保健センター勤務よりは、都市部の公立・私立病院ないしクリニックでの勤務を選びたがる傾向にある。したがって、この公務員試験で故意に低得点をとって合格を避ける学生が少なくないという。保健省では、今後、僻地の保健センター勤務の職員に、生活費支援などでインセンティブを高める計画があるとのことである。

### 3. 母子保健政策と産婆

カンボジア保健省では、基本的に助産婦育成が母子保健に関わる人材開発の中心であり、産婆の次世代育成については現在、何ら制度的支援を行っていない。しかし、地域で分娩介助にあたっている産婆の存在を非常に大切な

ものと考えている<sup>(42)</sup>。産婆なしには現在のカンボジアの出産がたちゆかないのは、統計データからも明らかであるからである。ただし、産婆の多くが自らの経験のみに基づいて状況判断をせざるをえないため、特に緊急事態への対処において、医療従事者のとる行動との乖離が見出せ、結果として妊産婦と新生児の命を危険に晒すことになっていたことも事実であろう。例えば、医療現場なら帝王切開が当然視されるような状況でも、地域の産婆は自力で胎児を母体から出そうと努力を続ける傾向がある。

こういった問題を解決するため、一部では産婆へのスキルアップ研修を州保健局の業務の一環（母子保健プログラム）として行っている州もある。カンボジアでは州によって異なる様々な国際NGOが母子保健関連プロジェクトを実施しているが、そのような地域ではNGOが地域の実情を知り、村民とのパイプがある。この経験を生かして、地域の産婆に個別に連絡をして州の研修に参加してもらっている。

また、産婆研修を母子保健活動ないしは健康増進のための活動の一部として、農村部で独自に行っているNGO団体も少なくない。NGOの産婆研修プロジェクトにも様々なかたちがあるが、筆者の見聞と観察では以下の3つに分類できる。

#### ①産婆の技術向上支援型

多くのNGOがTBA training program と称して行っている支援の主たる内容がこれである。産婆がより衛生的に分娩介助の処置をし、緊急事態へより適切な対処ができるように、地域の産婆を集めて研修を行っている。実例としては、タカエウ州で活動しているNGO、JOCSなどが挙げられる。国際NGOのCAREや国立母子保健センターが考案・作成したTBAキットと呼ばれる分娩介助用の用具一式<sup>(43)</sup>が、こうした研修を通して産婆たちに配布または安く販売されている<sup>(44)</sup>。TBA研修プログラムが導入されていない地域においても、保健センター等を通じてTBAキットはかなり広く使われているようである。ただし、研修自体は強制ではないので、すでに熟練した高齢の産婆の中には必要を感じないか、または新しいことへの学習に消極的であるために、

勧誘されても参加しない人も多く、また参加しても従来の方法を変えようとしない人もいるという。

## ②地域コミュニケーション支援型

技術指導とともに、重視されているのが、産婆の地域医療システムへの参加を促すというものである。産婆は一回一回の分娩の介助者であるのみならず、地域の健康情報の収集者であり伝達者でもある、という視点に基づく。コンポントム州におけるADRA、バットンバン州における「るしな」、コンポンチャーム州におけるSHEREが行っているのは、地域の産婆と前述の住民保健ボランティア、保健センターの職員を集めて定期的にミーティングを開き、その地域の出産についての情報を共有し連絡を密にするという活動の支援である。産婆は高齢女性で非識字者も多いため、書いた報告書を提出させることは困難である。そこで、過去1カ月に自分が介助した出産の数や分娩の状況、妊産婦の健康状態等について、文字を介さずに記録を残せるようなシステムが工夫されている（ADRA）。また、介助において問題点があれば、それを皆で共有し、解決をはかるといったことも可能である。

たとえ搬送できる病院が近くにないとしても、予防的措置をとるために妊産婦の所在や状態を保健センターが把握していることや、緊急事態に産婆が保健センターと速やかに連絡が取れるようになっていることなども大切である。このために住民、産婆、保健センターのコミュニケーションを促進させることは、カンボジア農村部の現状を考えると妥当な支援であろう。

## ③保健センター支援型

シアムリアプ州のいくつかの郡において活動しているCARITASは、産婆による分娩介助の支援ではなく、住民の健康維持に関わる行政の最前線としての保健センターの機能充実を目指して支援をしている。例えば、プラサートバーコーン（Prasat Bakong）郡にあるコントレアン（Kântreang）保健センターには清潔な分娩設備を持つ部屋があるばかりでなく、助産婦がシフトを組んで24時間態勢で常駐し、分娩介助にあたっている。このために、CARITASが助産婦の給料サポートを行っている。この保健センターの管轄地域では、自

宅ではなく、この保健センターで出産する人が増えているという。また、定期的な妊婦検診にも力をいれ、栄養指導や避妊相談も行っている。資格のある助産婦が分娩介助の主たる担い手になるべきだという政府の方針に合致した事例である。今後は、給料サポートをいつまで続けられるのか、そしてサポートがなくなった時点でいかにこのシステムを維持できるか、という点が課題であろう。

## 第4節 医療化プロセスにともなう出産文化の諸変化

現在のカンボジア農村部においては、保健センターを最前線とする地域医療が、不完全とはいえ、展開されつつある。つまり、大部分の農村部では医療化の進行がある程度あり、同時に、医療の枠外の出産もまた営まれ、医療の枠に収まらない様々な文化社会制度が存在しているというのが実情である。

ここでは、その具体的な状況を検討するために、主に本調査（2003年）で得られたデータに基づいて記述する。本調査では、コンポンチャーム州とコンポート州のそれぞれ2カ村でデータを得た。2カ村は、国道あるいは主要道路から遠く、保健センターなどへのアクセスが困難な僻村と、国道等に近く交通の便が比較的良好な非僻村を選び、比較対照できるようにした<sup>(45)</sup>（図1）。コンポンチャーム州では、ロレアク村（Roleak, 以下RL村と記述）が僻村、オンドーンチュロツ村（Andaung Chroh, 以下AC村と記述）が非僻村である。コンポート州では、コットロムーン村（Kaoh Tromoung, 以下KT村と記述）が僻村、ブントウーク村（Boeng Touk, 以下BT村と記述）が非僻村である。

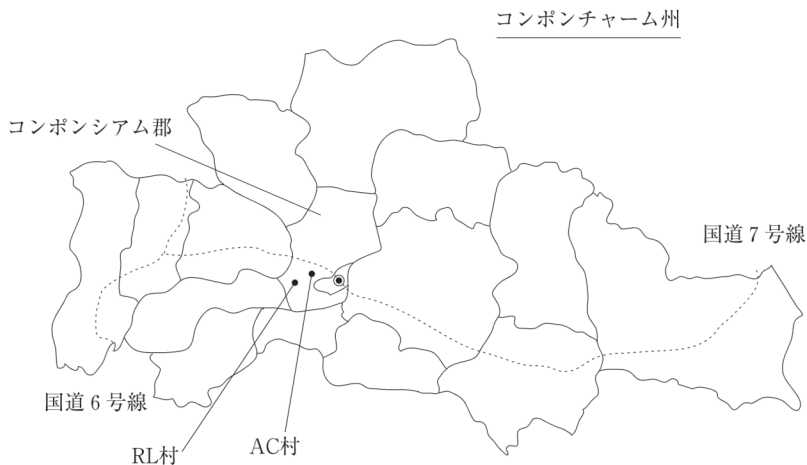
### 1. 分娩に関わる選択肢と変化

#### (1) 分娩場所・介助者・立会人

##### ①コンポンチャーム州（表2、図2、図3）



図1 調査村（本調査2003）の位置



(注) 2つの州の縮尺は異なる。各州の位置等については本書vページの「カンボジア全図」を参照。

(出所) 筆者作成。

表2 コンボンチャーム州調査村における分娩環境の変化  
 RL村

出産年	出産 事例 数	分娩場所		分娩介助者				立 会 人*			
		家	施設	産婆 のみ	産婆＋看護 師・助産婦	助産婦 のみ	無し	二人 以上	一人	人数 不明	無し
1940～	17	17	0	17	0	0	0	7	7	0	3
1950～	13	13	0	13	0	0	0	4	6	2	1
1960～	24	24	0	24	0	0	0	8	3	9	4
1970～	27	26	1	23	1	3	0	1	7	10	9
1980～	30	28	2	27	1	2	0	7	4	9	10
1990～	20	19	1	19	0	1	0	6	2	6	6
2000～	10	9	1	8	1	1	0	3	2	3	2

AC村

出産年	出産 事例 数	分娩場所		分娩介助者				立 会 人*			
		家	施設	産婆 のみ	産婆＋看護 師・助産婦	助産婦 のみ	無し	二人 以上	一人	人数 不明	無し
1940～	7	6	1	6	0	1	0	3	1	2	1
1950～	12	12	0	12	0	0	0	5	3	3	1
1960～	15	14	1	14	0	1	0	2	5	0	8
1970～	23	23	0	22	0	1	0	8	3	3	9
1980～	24	23	1	21	0	3	0	9	5	4	6
1990～	23	22	1	15	0	8	0	6	2	2	13
2000～	11	11	0	1	1	9	0	2	2	1	6

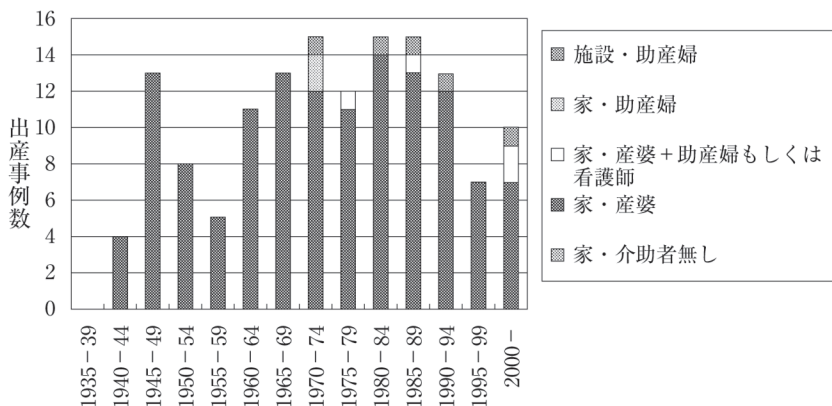
(注) \*分娩時に産室にいた、分娩介助者以外の人。

(出所) 筆者作成。

僻村のRL村でも、国道に近いAC村でも、施設分娩は目に見えて増加してはいないが、AC村では助産婦介助による分娩が近年急増しているという明らかな違いが見出せる。つまり、AC村では助産婦介助による家庭分娩という選択肢をとる人が増えたのである。AC村は州病院にもアクセスが容易な村であるが、施設分娩がそれほど浸透していないことは興味深い。

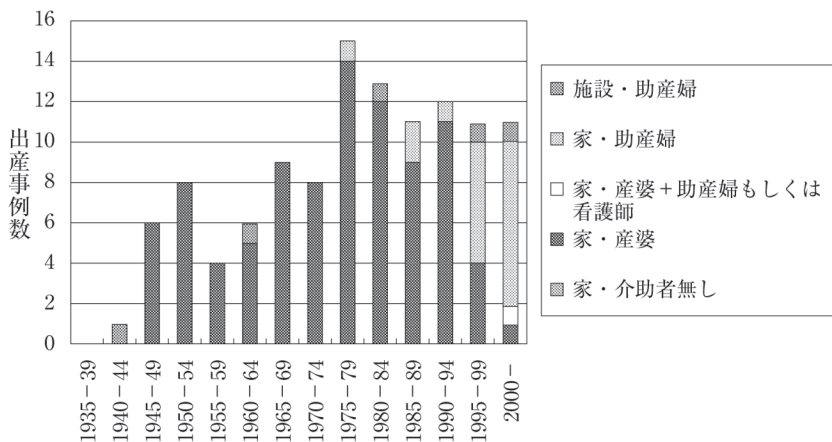
また、主たる介助を産婆にしてもらいながら、助産婦あるいは看護師の補助を要請している事例が1970年代以降、両村に少数ながら見出せる。補助の主な内容は、産後の注射（主に子宮収縮促進剤）である。産婆と、医療側の人

図2 RL村の分娩環境の変化



(出所) 筆者作成。

図3 AC村の分娩環境の変化



(出所) 筆者作成。

間とが協力態勢を築いている事例と言えよう。

分娩介助者以外の立会人については大きな違いは見いだせないが、「立会人無し」の比率が、AC村でやや増えてきている。AC村で1990年代以降行われた、

助産婦の介助による家庭分娩17事例のうち7事例までが、立会人無しとなっている。この背景は不明だが、一般に病院では家族の立会い分娩が許可されていないことから推測すると、家庭分娩であっても、助産婦が立会いを禁止したり抑制したりしている可能性はある。

男性の立会いには妊婦の夫と父という事例のみ見られるが、夫のほうが増的に多い。また、夫が唯一人の立会人であることはあるが、父の単独事例はなく、妊婦の母と一緒にいる。RI村では、立会人がいた全106事例中、夫が含まれていたのは11事例、AC村では71事例中10事例であり、2カ村ともに1割を越えていた。しかしどちらの村でも近年減っており、家庭分娩に限ると、RI村では1970年代を最後に、AC村では1980年代を最後に夫の立会いが見られないことも注目される。

## ②コンポート州（表3，図4，図5）

僻村KT村と非僻村のBT村とでは、家庭分娩から施設分娩への移行の速さに違いが見られる。KT村では施設分娩が始まったのが1990代であるのに対し、BT村は1950年代にはすでに生じている。BT村は他の3カ村と異なり、助産婦介助は家庭分娩に先立って、施設分娩のかたちで始まった。また、BT村の施設・家庭を合わせた助産婦介助の分娩の比率はKT村を常に上回って増加してきている。

これに並行して、BT村では介助者以外の出産立会人無しの事例の比率が増していることが注目される。施設分娩という環境の変化および、助産婦介助によって立会人が抑制される傾向がやはりあると言えよう。その一方で、2人以上の立会人がいる分娩は、どちらの村でも常に一定の割合が存在している。家庭分娩の持つ、コミュニティの中の出産という側面は維持されるとも言える。

両州とも、立会人には、家族・親族・近隣の住人といろいろな範囲の人々が含まれるが、圧倒的多数が年上の女性たちである。もちろんそのほとんどが出産経験のある女性であると考えられるが、そうした「先輩（たち）」に見守られたり励まされたりして家庭分娩を行っている女性が、どの村でも多数

KT村 表3 コンポート州調査村における分娩環境の変化

出産年	出産 事例 数	分娩場所		分娩介助者				立 会 人*			
		家	施設	産婆 のみ	産婆+看護 し/助産婦	助産婦 のみ	無し	二人 以上	一人	人数 不明	無し
1940～	4	4	0	4	0	0	0	0	1	0	3
1950～	12	12	0	12	0	0	0	7	3	1	1
1960～	14	14	0	14	0	0	0	1	4	1	8
1970～	22	21**	0	21	0	0	1	7	7	1	7
1980～	41	41	0	31	0	9	1	27	10	4	0
1990～	39	37	2	19	0	20	0	21	10	5	3
2000～	6	5	1	3	0	3	0	2	4	0	0

## BT村

出産年	出産 事例 数	分娩場所		分娩介助者				立 会 人*			
		家	施設	産婆 のみ	産婆+看護 し/助産婦	助産婦 のみ	無し	二人 以上	一人	人数 不明	無し
1930～	2	2	0	2	0	0	0	1	1	0	0
1940～	3	3	0	3	0	0	0	2	1	0	0
1950～	14	11	3	11	0	3	0	6	4	1	3
1960～	20	17	3	17	0	3	0	10	6	0	4
1970～	16	13	3	13	0	3	0	7	3	0	6
1980～	29	28	1	18	0	11	0	12	10	2	5
1990～	44	33	11	21	0	23	0	12	16	3	13
2000～	11	9	2	4	0	7	0	4	2	1	4

(注) \* 分娩時に産室にいた、分娩介助者以外の人。

\*\* やむを得ず屋外で分娩したという1事例を含む。

(出所) 筆者作成。

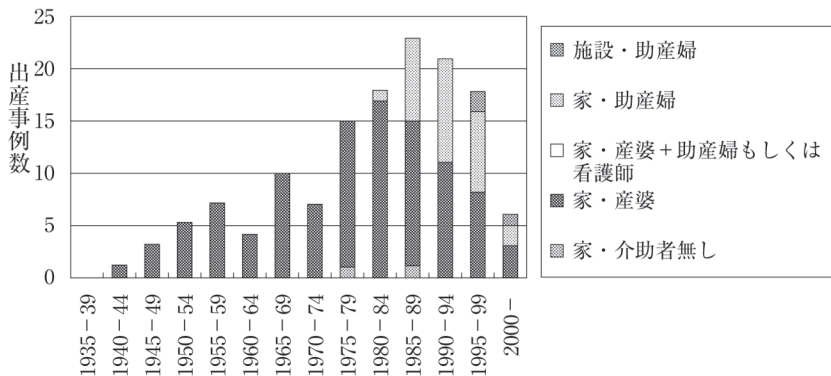
派であることは今も変わらない。

## (2) 薬と産後の養生

### ①コンボンチャーム州 (表4)

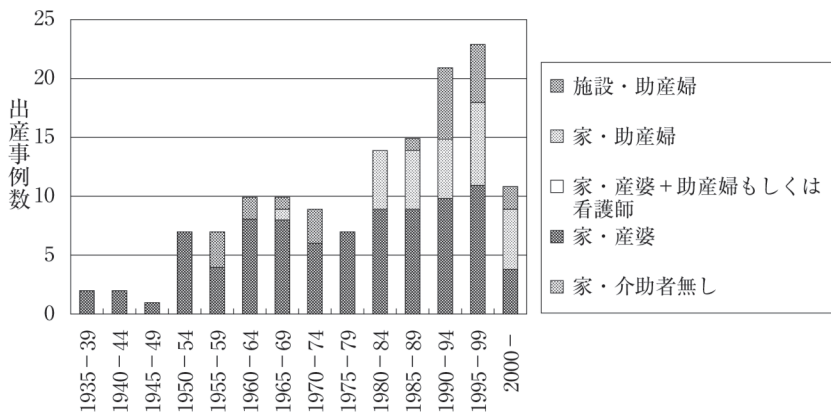
伝統薬の使用は、1990年代以降どちらの村も減少傾向にあるが、それを補うかのように、近代薬の使用が徐々に増えてきている。助産婦が分娩介助を

図4 KT村の分娩環境の変化



(出所) 筆者作成。

図5 BT村の分娩環境の変化



(出所) 筆者作成。

する場合、家庭分娩・施設分娩を問わず、産後、子宮収縮剤の注射を行うことが多い。両村で、助産婦あるいは看護師に介助補助を頼んでいる事例でも、補助の内容は注射や投薬である。医療従事者の介入が近代薬の導入をもたらしていると言えよう。

RL村もAC村も、産後の伝統的養生法を今も続けていることがわかる。ア



RL村 表4 コンボンチャーム州の調査村における薬と産後養生法の変化

出産年	事例 数	薬				産 後 養 生 法		
		伝統薬	近代 薬*	不明**	両方 無し	アン・ プラーン	チュボン・ トナム	両方無し
1940～	17	9	0	2	8	17	12	0
1950～	13	11	0	1	2	13	11	0
1960～	24	19	1	3	5	24	24	0
1970～	27	19	6	0	4	26	22	0
1980～	30	30	6	0	0	29	29	0
1990～	20	17	9	0	1	20	20	0
2000～	10	4	9	1	0	8	9	1

## AC村

出産年	事例 数	薬				産 後 養 生 法		
		伝統薬	近代 薬*	不明**	両方 無し	アン・ プラーン	チュボン・ トナム	両方無し
1940～	7	7	0	0	0	6	6	1
1950～	12	12	0	1	0	11	9	1
1960～	15	14	1	0	0	11	10	3
1970～	23	23	1	0	0	23	19	0
1980～	24	21	6	1	0	23	22	3
1990～	23	20	14	0	0	22	19	2
2000～	11	6	10	0	0	10	10	1

(注) \*注射を含む。

\*\*薬の使用はあったが、薬のカテゴリー不明。

(出所) 筆者作成。

ン・プラーンもチュボン・トナムもいずれも行わなかった人は少数派で、AC村に若干多いという違いがある。伝統的な産後養生法を行わなかった人のほとんどは、分娩場所が病院だった人である。農村部では産婦の健康によいと考えられているこれらの伝統的養生法は、病院で出産した後、退院してから自宅で実施する人もあるが、家庭分娩と比較するとやはり抑制される傾向にあるのである。その背景として考えられるのは、アン・プラーンには、分娩台の置かれた家の一角に、産婦と新生児を産後儀礼の日まで物理的に閉じ込

KT村 表5 コンポート州の調査村における薬と産後養生法の変化

出産年	事例数	薬				産 後 養 生 法		
		伝統薬	近代薬*	不明**	両方無し	アン・ブラーン	チュボン・トナム	両方無し
1940～	4	4	0	0	0	4	4	0
1950～	12	12	1	0	0	12	7	0
1960～	14	14	0	0	0	14	12	0
1970～	22	22	0	0	0	22	8	1
1980～	41	41	16	0	0	40	23	1
1990～	39	37	25	0	0	36	20	3
2000～	6	4	6	0	0	6	2	0

BT村

出産年	事例数	薬				産 後 養 生 法		
		伝統薬	近代薬*	不明**	両方無し	アン・ブラーン	チュボン・トナム	両方無し
1930～	2	2	0	0	0	2	2	0
1940～	3	3	0	0	0	3	3	0
1950～	14	14	1	2	0	11	13	1
1960～	20	20	7	2	0	16	18	2
1970～	16	16	2	2	0	15	14	1
1980～	28	27	7	2	0	27	25	0
1990～	44	41	27	2	0	21	35	8
2000～	11	10	7	0	0	5	6	5

(注) \*注射を含む。

\*\*薬の使用はあったが、薬のカテゴリー不明。

(出所) 筆者作成。

めておくという、儀礼的側面があることである。施設分娩の場合、施設内では床に火を置くことが許可されないため実施は通常不可能であり、また、帰宅後実施するとなると、分娩台と産婦・新生児の物理的分離が生じてしまうからであろう。

## ②コンポート州（表5）

非僻村のBT村のほうが僻村KT村よりも近代薬の受け入れが早かったという違いはあるが、どちらもコンポンチャーム州ほどは伝統薬の使用が減って

いない。コンポート州の2カ村では、どちらも伝統薬の使用を続けながら、徐々に近代薬も受け入れている。

産後養生法に関しては、非僻村のBT村のほうで、アン・プラーンの減少が著しく、近年はむしろチュボン・トナムの習慣のほうに維持傾向が見られるが、全体としては伝統的養生法の放棄事例が増加してきている。これは明らかに施設分娩ないし助産婦介助分娩の増加が背景にあると考えられる。一方、儀礼的な意味や行う場所・時期への制限がアン・プラーンほど明確でないチュボン・トナムのほうは維持されている。

また、表4と表5には含まれていないが、アン・プラーンとチュボン・トナムの他に、熱した石を腹部にあてるソンコット・トモーも比較的広く行われている習俗であることは第2節で述べた。コンボンチャーム州、コンポート州両村も例外ではない。ソンコット・トモーはアン・プラーンと共通して体を温める目的がある。しかし、BT村在住者で施設分娩をした女性の中には、病院での指導にしたがって氷をあてて冷やしたという、正反対の養生の事例が6例あった。しかし、病院で湯をあてて温めたという事例も3例あり（そのうち1例は氷から湯に切り替えたという）、伝統的な温める方法と病院で推奨される冷やす方法とが、いわば文化的な衝突を起こしている様子が窺える。

### (3) 出産関連の諸儀礼

#### ①コンボンチャーム州（表6）

妊娠中期に行われる、妊婦と胎児を保護する呪文ベルト、クサエ・カターを着用したり、手首に紐を巻いたりする伝統は今もあるが、両村で異なる傾向が見出せる。RL村では着用事例が常に過半数であるのに対し、AC村はすべての年代を通してRL村より着用比率が低く、さらに1990年以降は産婆が関与する事例が0になっている点が異なっている。いずれにしても産婆の関与は限られており、RL村では僧侶や伝統医の関与が見出せるのに対して、AC村では僧侶というケースが多い。両村ともに、クサエ・カターに関しては産婆の必須役割割とは特に認識されていないことがわかる。

RL村 表6 コンボンチャーム州の調査村における出産諸儀礼の変化

出産年	事例数	クサエ・カター等		分娩台の守護儀礼有		後産処理		産後儀礼	
		着用有り	介助者の関与有り	儀礼有り	介助者の関与有り*	前処置有り**	介助者の関与有り***	儀礼実施	介助者の参加有り
1940～	17	12 (71)	0	17 (100)	2	15 (88)	4	12 (71)	9
1950～	13	9 (69)	0	13 (100)	4	9 (69)	0	13 (100)	10
1960～	24	15 (63)	0	24 (100)	4	20 (83)	3	24 (100)	17
1970～	27	14 (52)	1	23 (85)	3	19 (70)	6	23 (85)	20
1980～	30	27 (90)	0	28 (93)	4	27 (90)	8	29 (97)	22
1990～	20	15 (75)	1	19 (95)	1	17 (85)	6	20 (100)	13
2000～	10	6 (60)	2	8 (80)	0	7 (70)	1	8 (80)	5

分娩台周りを分娩の直前に聖別して、悪霊等を防ぐ儀礼は、かつては両村において100%近く行われていたのと比べると徐々に減ってきているが、それでも、RL村では2000年代も80%と高率であり、AC村での比率のほうが低い。この儀礼を具体的に誰が行ったかという質問項目が明確でなかったために、完全なデータは得られなかったが、RL村のほうが、産婆が行ったという比率が高く、1940年代～1990年にかけて産婆が関与した事例が見出せ、特に1960年までの事例で関与者がわかっているもののすべては産婆であった。

後産の処理は、分娩プロセスの一環でもあることから、その処置にはおそらく産婆が直接あたったことが多かったと推測できるが(独立した質問項目にできなかったため、完全なデータは得られなかった)、埋めるのは産婦の夫や家族成員が一般的のようである。なお、①洗う、②塩をまぶすか揉み込む、③産後儀礼まで保存、④方角に気をつけて埋める、といった一連の習俗は、全国的に行われているわけではない。また、同じ村でも、保存はせずにすぐに埋め

## AC村

出産年	事例数	クサエ・カター等		分娩台の守護儀礼有		後産処理		産後儀礼	
		着用有り	介助者の関与有り	儀礼有り	介助者の関与有り*	前処置有り**	介助者の関与有り***	儀礼実施	介助者の参加有り
1940～	7	1 (14)	1	6 (86)	0	3 (43)	0	6 (86)	3
1950～	12	8 (67)	3	12 (100)	0	8 (67)	2	11 (92)	7
1960～	15	7 (47)	0	13 (87)	0	7 (47)	1	11 (73)	9
1970～	23	9 (39)	0	13 (57)	1	3 (13)	1	12 (52)	9 1
1980～	24	15 (63)	1	6 (25)	1	6 (25)	4	19 (79)	6
1990～	26	8 (35)	0	19 (83)	3	3 (13)	1	22 (96)	9
2000～	11	3 (27)	0	6 (55)	1	0 (0)	0	2 (18)	2

(注) 括弧内は各出産年の出産事例に占める比率(%)。

\* 分娩介助者の関与がわかっている事例の数。

\*\* 後産を土中に埋める前に、洗浄・塩の使用、一定期間の保存、もしくは埋める方向に気をつけたことがわかっている事例の数。

\*\*\* 上記\*\*のような、後産の処理に関わる点で、分娩介助者の関与がわかっている事例の数。方角の助言のみの事例を含む。

(出所) 筆者作成。

るという回答も両村ともに少なくなかった。両村を比較すると、埋める前に①～④のいずれかを行う比率は、RL村のほうがずっと高く、2000年代で70%となっている。AC村では助産婦介助の分娩が増加するにつれて、後産処理は、「単に埋める」に変化してきている。ただし、「汚物として捨てる」と答えた事例はひとつもなかった。両村において、病院での分娩後に、「助産婦が誰かに頼んで埋めさせてくれた」(1998年、2000年の事例)、「病院の職員にお金を払って埋めてもらった」(2003年の事例)という回答からも、後産は土中に埋めるという習俗は維持されていることがわかる。

## ②コンポート州(表7)

KT村 表7 コンポート州の調査村における出産諸儀礼の変化

出産年	事例数	クサエ・カター等		分娩台の守護儀礼有		後産処理		産後儀礼	
		着用有り	介助者の関与有り	儀礼有り	介助者の関与有り*	前処置有り**	介助者の関与有り***	儀礼実施	介助者の参加有り
1940～	4	0 (0)	0	4 (100)	0	4 (100)	0	4 (100)	2
1950～	12	6 (50)	0	12 (100)	0	10 (83)	1	8 (67)	4
1960～	14	10 (71)	0	10 (71)	2	11 (79)	1	5 (36)	2
1970～	22	10 (45)	1	6 (27)	1	12 (55)	4	7 (32)	3
1980～	41	32 (78)	0	15 (36)	6	37 (90)	5	24 (59)	8
1990～	39	30 (77)	2	14 (36)	3	32 (82)	7	23 (59)	5
2000～	6	6 (100)	0	3 (50)	1	5 (83)	1	3 (50)	1

クサエ・カターの着用に産婆が関与している事例はBT村では皆無，KT村でも若干数のみであり，コンポート州の調査地域では，クサエ・カターとは伝統医などの領域であることがわかった。これと対照的に，分娩台周りの聖別儀礼への産婆の関与は，両村において一定の比率が見出せるが，BT村において若干多い。ただし，分娩台周りの実施率は，両村ともに確実に減少してきている。これは分娩介助に占める助産婦介助の比率が増加しているためである。助産婦介助の分娩のほとんどで，分娩台周りの儀礼は行われていない。

コンポート州の事例で，コンボンチャーム州と大きく異なるのは，後産の処理である。後産を埋める前の処理は僻村のKT村では現在も高比率で行われているが，その中身がコンボンチャーム州と異なる。コンポート州では，もともと後産を埋める土壌の状態には気をつけるが（蟻がいない，冷たい，きれいな所に埋めるのがよい，など），子どもの誕生時に応じた方角に埋めるという習俗がほとんど存在しないらしく，このため，産婆が助言をするという意



## BT村

出産年	事例数	クサエ・カタール等		分娩台の守護儀礼有		後産処理		産後儀礼	
		着用有り	介助者の関与有り	儀礼有り	介助者の関与有り*	前処置有り**	介助者の関与有り***	儀礼実施	介助者の参加有り
1930～	2	2 (100)	0	2 (100)	0	1 (50)	0	2 (100)	0
1940～	3	3 (100)	0	3 (100)	0	3 (100)	0	2 (67)	0
1950～	14	13 (93)	0	11 (79)	4	10 (71)	3	10 (71)	7
1960～	20	12 (60)	0	15 (75)	5	15 (75)	1	14 (70)	10
1970～	16	6 (38)	0	9 (56)	5	11 (69)	2	9 (56)	8
1980～	29	12 (41)	0	13 (45)	3	21 (72)	3	21 (72)	10
1990～	44	21 (48)	0	15 (34)	6	19 (43)	1	27 (61)	14
2000～	11	5 (45)	0	3 (27)	0	6 (55)	1	6 (55)	3

(注) 括弧内は各出産年の出産事例に占める比率(%)。

\* 分娩介助者の関与がわかっている事例の数。

\*\* 後産を土中に埋める前に、洗浄・塩の使用、一定期間の保存、もしくは埋める場所や方角に気をつけたことがわかっている事例の数。

\*\*\* 上記\*\*のような、後産の処理に関わる点で、分娩介助者の関与がわかっている事例の数。方角の助言のみの事例を含む。

(出所) 筆者作成。

味での関与も限られている。また、助産婦介助の分娩後の後産処理に関しては、家庭分娩の場合は後産を「(汚物として) すぐに埋めた」「川に流した」「(助産婦の助言にしたがい) 衛生的に処理して埋めた」、施設分娩の場合は「(助産婦に処理をまかせていたので、後産がどうなったか自分は) 知らない」という回答がかなり多かった。施設分娩ないし助産婦介助の分娩が増加すると、後産に関する習俗は急速に衰退するものと予測される。

#### (4) 小括

コンポンチャーム州、コンポート州いずれの調査村でも、産婆による家庭分娩から、助産婦介助による家庭分娩ないしは施設分娩へという出産環境の変化が、非僻村のほうにより多く生じていることがわかった。介助者が産婆から助産婦になることで生じていると考えられる出産文化の変化には、①近代薬の使用率の上昇、②呪文ベルトの着用率の低下、③分娩台周りの聖別儀礼の後退、④分娩介助者以外の立会人の抑制傾向、⑤後産の伝統的な処理方法の後退、⑥産後儀礼への分娩介助者の参加の減少、が挙げられる。一方、分娩の場所が家庭から施設になったことで生じているのは、上記①～⑥の他、産後養生法のアン・プラーン実施の減少であるとまとめられる。

出産環境の変化にそれほど影響を受けていないのは、チュボン・トナムを含む、伝統薬の使用で、どの調査村においても実施率において大きな変化を見せていない。

## 2. 将来の出産に関する希望

これは、「もし今後出産するとしたら、どこで、誰の介助でしたいか」という、仮定の質問への答えである。現在40歳代以下の、将来出産する可能性のある出産経験者たちへのこの質問では、コンポンチャーム州の2カ村では、ともに医療機関で助産婦の介助で出産したいという回答が圧倒的に多かった。ただし、保健センターに近いAC村の、特に10代、20代の女性たちが保健センターで出産したい、と回答したのはやや意外であった。というのは、最寄りの保健センターには分娩台があり、一応分娩は可能ということになっているが、入院施設はなく、実際にこの保健センターで分娩した女性は今のところ皆無だからである。

現実には次の出産をどこで誰の介助で行うかは、実際には経済状態や夫や年長の家族の意見などが反映されると考えられるので、この回答が近い将来の出産を予測するとは言えない。しかし、産婆介助による家庭分娩よりも、助

産婦介助による施設分娩を志向するという変化が生じていることは、指摘できる。

一方、コンポート州の2カ村では、対照的な結果が出た。国道に近いBT村で、助産婦による施設分娩志向が若い人に顕著であるのはコンポンチャーム州のAC村と同様であるが、僻村のKT村では、助産婦介助で家庭分娩を希望する人が、助産婦介助で施設分娩を希望する人よりも多かったのである。おそらくは、KT村では現実問題として分娩時に医療施設に移動することが難しいこと、また、入院費用が払えない貧困層が多いことが背景ではないかと推測できる。

また4つの村における20歳代から30歳代の若い世代のいずれにも、産婆による介助で家庭分娩がよいと回答した人があった。

### 3. 避妊と家族計画

どの村も、60歳代以上の人々（KT村では50歳代以上）はわずかの例外を除いて、避妊の知識がなく、避妊をしたことがないと答えている<sup>(46)</sup>。若い世代で避妊の知識がない人の多くは、小学校以下の学歴であった。ただし、非識字者のすべてが避妊の知識を有しないわけではない。

回答者全体の中で避妊の知識を持つ人の割合は、今後出産する可能性がある（つまり避妊の必要も生じる）40歳代以下に限ると、数字はそれぞれRL村63%、AC村73%、KT村50%、BT村70%となり、保健センターへのアクセスが相対的によいAC村とBT村での比率が高いことがわかる。40歳代以下で実際に避妊を実施した人の割合は、RL村25%、AC村47%、KT村33%、BT村55%にとどまるが、ここにも同様の傾向がうかがえる。避妊の知識を有する人では、避妊の知識を保健センターやマスメディアから得たという回答がKT村を除く3カ村に共通して多かった。コンポンチャーム州の2カ村では友人知人から知識を得たという回答が、保健センターやマスメディアから得たという回答とともに多かった。

使用した避妊法で多いのは、経口避妊薬（複数回答全数の49%）とホルモン注射（同37%）、これにIUD、コンドームが2例ずつであり、全国的な傾向とほぼ一致した。同じく2例のみであるが、コンポンチャーム州RL村で、避妊に伝統薬を使用したことがあるという回答があった。経口避妊薬とホルモン注射はどちらも保健センターないし病院やクリニックなどの医療機関で得られるものである。経口避妊薬は村の売店（日常的な近代薬も売っている）で購入できる場合もあるが、調査村で避妊関連の物品がどのように入手されるのかについては確かめていない。

いずれにしても、全体的傾向として、結婚ないしは第一子出産までに避妊知識があり、さらに実施したことのある人はきわめて少ないと考えられる。言い換えれば、農村部における避妊とは（すくなくとも女性たちにとって）、HIV／AIDSなどの性感染症予防のためというよりは、家族計画のためという認識のされ方が一般的であるといえる。また、避妊方法も、コンドーム以外の方法が圧倒的に多いことから、家庭における避妊は女性の領域であるという考え方が背景にあるものと推測される<sup>(47)</sup>。そして、回答サンプル数が少ないので一概には言えないが、助産婦との接触が避妊知識や避妊の実施をもたらしことが少なくないとするれば、助産婦介助による分娩率と避妊実施率とが相互に関連する可能性もあろう。

希望する子どもの人数を尋ねたところ、30歳代以下では、平均すると3～4人という回答になり、どの村も大差はなかった。避妊知識のない年配の女性たちにはそもそも希望する人数という観念がない場合が多かった。30歳代以下の若い女性たちの中にも、「授かるだけ」「自然に任せる」という回答がある一方で、希望数をすでに上回っている人も見られた。

## 結 論

カンボジアで家族計画を希望する生殖可能年齢層の女性は全国的に多く

(第1節2項(4)),子どもを少なめに産んで大事に育てるという考え方が広まってきた現在の現在,より安全に出産しようとする機運は高まっていると考えられる。現代のカンボジアの女性たちには,出産という分野への医療化の浸透を受け入れる心理的な土壌はすでにあると思われる。

出産分野への医療の浸透は,分娩介助者が産婆から助産婦などの医療従事者への変化と,分娩場所が家庭から医療施設へと移る変化のふたつが主な柱であり,現在のカンボジアでは,都市部でこの両方がすでに生じているが,本調査の対象村では,医療施設へのアクセスのよいほうの村にそういった変化が生じ始めていると言える。都市部と異なるのは,家庭分娩を助産婦介助で行うという方式がまずは増加傾向にあるということである。医療施設へのアクセスが都市部ほど容易でないという要因の他に,家庭分娩を志向する傾向がやはり強いことも背景にある。つまり,分娩は普段交流のある人々と空間と時間を分かち合う,ある種プライベートな行為と見なされているのである<sup>(48)</sup>。このように,分娩という局面にのみ医療を受け入れ,それが行われる場を家庭に留めることにおいて,地域の暮らしの中で営まれる出産というのが,様々な儀礼や習俗とともに今も生きることが観察される。つまり,医療を一部受け入れつつも,伝統的な養生法の文脈をそのまま残し併用することによって出産文化が維持されているのである。

一方で,第4節で提示したデータからも読み取れるように,施設分娩が将来普及していった場合,大きな変化が予想されるのは,分娩台の聖別儀礼や後産の処理などの儀礼的な行動の重要性や実施率が下がることである。これらは分娩前後の妊産婦と新生児の保護儀礼であるが,そういった呪術的な意味合いが近代医療の技術でとって変わられたり,意味付けが変化したりすることは比較的容易に想像できる。養生法の中でも身体的な意味とともに儀礼的側面も併せ持つアン・プラーンに同様のことが言える。アン・プラーンが今も全国的に高率で行われているのは,施設分娩が農村部でそれほど普及していないからであろう。分娩の場が家庭の外に行けば,アン・プラーンの実施率が下がり,またその儀礼的な意味も薄れていくと考えられる。

出産関連の儀礼や養生法の多くには、常に年長者が関わっている。いわば、出産文化の担い手は、実は妊産婦ではなく、まわりの年長者たちだとも言えるであろう。出産に関わる行動選択は、妊産婦本人の自由意志のみで行われているのではなく、母親をはじめとする出産経験のある年長者の助言の影響が強いと考えられる。したがって、医療化は、伝統的な出産文化の否定から始まるのではなく、むしろこれまで維持されてきた出産文化の中に少しずつ呼び込むかたちで進んでいくと言ってもよいだろう。妊産婦本人の行動選択は、保健センター等が推奨する「妊婦検診」や「家族計画」などの実践の中で、助産婦をはじめとする医療従事者との接触とともに徐々に変化していくものと考えられる。したがって、カンボジア農村部における医療浸透の遅速はこのような医療施設や医療機関および医療従事者と農村部住民との間のような様々なレベルのコミュニケーション密度の濃淡にかかっていると言えよう。

保健行政が助産婦教育に力をいれている一方、民間の産婆のほうは後継者が育っておらず、現役産婆の高齢化が著しい。助産婦という資格が確立され普及するのに呼応して、産婆の持つ技術評価が相対的に低下しつつあると考えられ、他の伝統的な専門技術と同様、公的な制度に支えられていないこともあり、近い将来、存続が危ぶまれる状況である。助産技術は早晚、医療技術学校の専売特許となっていくのであろう。

ただ、日本等で生じた出産の医療化プロセスと異なるのは、現在、カンボジア政府は産婆を、無資格で医療行為をする存在と見なして処罰や摘発の対象にしようとはしていないことである。産婆の存在は、今も多くの農村地域でやはり重要であり、現在、産婆と助産婦の並存状態、場合によっては協力態勢が見出せる。しかしこれは過渡的な状況であろう。今後、医療の下での出産が徐々に浸透していけば、医療費や交通費の支払いができる人々が保健センターで妊婦検診を受け、助産婦介助や施設分娩を選択するようになり、そうでない貧困層が今までどおり（しかし高齢の）産婆に分娩介助を頼むという二層分化が生じる可能性がある。そうなった時、いわゆる「伝統的な」家庭分娩は貧困層の文化としてのみ残ってゆくのだろうか。産婆の助産技術と、



出産をコミュニティの中で営む媒体としての機能が、今後医療化の波に洗われてどのように変化していくのか、そして医療の下での出産がカンボジア人の出産観、身体観、ジェンダー観にどのような変化をもたらすのか、今後も注目していきたい。

〔注〕

- (1) 2001年のカンボジアへの援助実施総額では保健分野が社会開発分野について第2位であり、年間実施総額の約14.0%が投入されている〔天川2003: 37〕。
- (2) すでに施設分娩がほとんどである日本においても、1960年頃は家庭分娩と施設分娩は半々であった。今日の状況へと変化する過程で、かつての「とりあげ婆さん」などと呼ばれた伝統産婆から、産婆学校を出た近代的な「産婆」「助産婦」、そして「産科医」主導へと、分娩介助が専門職化するにつれて、伝統医療の相対的地位低下が見られ、「とりあげ婆さん」が取り結んでいた豊かな民俗的儀礼的役割が縮小するなど、出産文化が大きく変容した。また、出産の主体が妊婦本人から産科病院・医師に移行した（「自分が産む」から「(医師等)に産ませてもらう」へ）、という指摘もある（中村〔1999: 64-66〕）。
- (3) 調査にあたり、多くの方々のご協力を得た。インタビューに応じてくださった方々のうち、保健行政や医療援助に携わっている方々は以下のとおり（なお、各所属は調査当時のものである）。24時間テレビ・チャリティー委員会カンボジア代表の石関政浩氏、ADRAカンボジアの Mr. Meas Pheng、るしなバッドンボーン事務所の Ms. San Nary、JOCSの宮本和子氏、O.E.B.の Mrs. Tith Davy、Cambodian Midwives Associationの Mrs. Neang Ren、JICAカンボジア母子保健プロジェクト・チーフアドバイザーの藤田則子医師（2002年）と垣本和宏医師（2003年）、JICAカンボジア・ジェンダー主流化およびPGMプロジェクト専門家の浜野敏子氏、バッドンボーン地方医療技術学校校長の Mr. Yos Ban、コンボンチャーム州保健局副局長の Mr. Lon Chan Rasmey、カンボジア保健省人事開発局長の Mrs. Keat Phuong。文献収集については、仏教研究所図書館の Mr. Pic Bunninと、Center for Khmer Studies図書館の Mr. Chheng Pharinの助力を得た。また、上智大学留学生の Ms. Kak Chendaには予備調査質問票の回答の翻訳を、元仏教研究所職員 of Mr. Hak Thy には調査全期間における通訳と助手を、それぞれしていただいた。お世話になった方々に心より感謝申し上げます。
- (4) 共同研究の実現に際しては、仏教研究所所長の Mr. Nguon Vanchanthi にご尽力をいただいた。本調査に参加した伝統習俗班職員は、Mr. Srey Yar Puth Saody（班チーフ）、Mr. Rich Chamroeun、Mr. Ou Sirren、Miss Ros Sinak、Miss Ngem Chenda、Miss Hun Chan Socheata、Ms. Som Sok Rea Sey の7名で

ある。この方々の献身的な協力なくしてはこの研究は不可能であった。この場をお借りし、謝意を表したい。

- (5) この方法を取るにあたっては、西川 [1997: 332-336] を参考にした。
- (6) この節で引用する数字は、出典を書き添えた部分を除き、2000年実施のカンボジア人口保健調査の結果をまとめた、National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ORC Macro [2001] に依拠している。実施にあたっては、UNFPA, UNICEF, USAIDが援助し、ORC Macroが技術的な支援を行った。データの時間的範囲は調査実施時の5年前からである。
- (7) 5歳未満の成長不良児の比率、平均体重以下の児童の比率はともに45% (2000年) と高率である [MoH 2002a: 4]
- (8) 妊娠6カ月までは毎月1度、6カ月から8カ月半までは2週間に1度、8カ月半以後は毎週検診を受けることが推奨されている。現在の日本もほぼ同様の妊婦検診スケジュールとなっている。
- (9) JICA母子保健プロジェクトのチーフ・アドバイザーである垣本和宏医師に伺った (2003年12月)。
- (10) 2002年12月までJICA母子保健プロジェクトのチーフ・アドバイザーであった藤田則子医師に伺った (2002年9月)。
- (11) UNDPのミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals) の目標5「妊産婦の健康の改善」においても、その指標には「妊産婦死亡率」とともに、「医療従事者の立会いによる出産の割合」が挙げられている [大崎2003: 20]。
- (12) この人口保健調査における女性関連の質問のターゲットは、15～49歳の生殖可能年齢の女性である。
- (13) すなわち、規則はあってもその遵守や監視が徹底されていないことを意味する。“How Does Law Fine and Punish Businesspeople Who Provide Illegal Abortions?” *The Mirror*, 18-24 January 2004 (クメール語紙*Kampuchea Thmey*, Vol.3, #333, 20-21 January 2004掲載記事の翻訳) では、保健省のある上級職員は、中絶を実施するにはまずその医療機関が保健省の許可を取っていなければならないと述べている。また同職員は、違法中絶とは、12週以上の胎児の中絶、正規の医療教育を受けた医療従事者 (助産婦も含まれる) 以外が中絶を行うこと、妊婦に健康上の問題がある時に妊婦やその家族の了解をとらずに中絶すること、としており、それぞれ違反した場合の罰金や禁固刑が定められているという。
- (14) 中絶経験者の81.7%は医療従事者によって中絶しているが、7.5%は産婆あるいは伝統医による、という数字が示されている (National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ORC Macro [2001: 73])。2003年の本調査では、流産の事例はあったが、中絶の事例は (伏せられている可能性はあるが) なかった。

- (15) 例えば, Patrick Falby, “Traditional Birth Practices Die Hard,” *Phnom Penh Post*, 27 September - 10 October 2002, p.12 はそのような批判的な視点で報道している。
- (16) チカエニヤン (chkae-nheang) と呼ばれる蜂の一種 (ジガバチの類) が屋内に作る土状の巣を取って臍に塗りつける, という事例があった。その巣の成分に殺菌作用があると信じられているらしい。
- (17) 日常語としての「ベート」が指し示す範囲はかなり広く, 助産婦, 看護師, 医師の他, さらに医療施設の職員一般に言及する時も使われる。各々には公式名称や医療従事者同士で使用する, いわば業界用語としての様々な名称がある。
- (18) 初産の場合, 病院では行うことが多い。いつ頃から行われるようになったかなど, 詳細は未調査。
- (19) 仏教寺院のアチャー (パーリ語や仏教經典の知識のある, 俗人の儀礼執行者) などが都市で呪術儀礼を執行することはあろうが, 出産に関わる儀礼を行っているかどうかは未調査である。
- (20) 多くの産婆は男性のつわり症状の軽減方法を助言できる。つわり症状のある男性が, 自分の母親の足元で水浴びをすればよい, 妻が身に着けていた衣服で体を拭くとよい, など, 呪いの方法である。
- (21) いずれの場合も, 今後経験するであろう出産に対して不安感を高めることになるのでよくないとされる。
- (22) 地域によって様々で, 同一地域において矛盾した習俗も並存していることがある。以下は言い伝え (および実践) の実例である。乾いた所に埋めるのがよい, 土中に木の根が伸びてきそうな場所や川の土手など土砂が動きそうな所はふさわしくない, 土手から水が流れ出す近くがよい, 水の近くで冷たい所がよい, 少し小高い所に埋めるのがよい, 低い所がよい, 蟻がいないきれいな所がよい, など。
- (23) 全国平均で産婦の88.0% (農村部では91.2%) がアン・ブラーンを行っており, プノンペンでも28.0%となっている (National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ORC Macro [2001: 147])。
- (24) バッドンボン州在住のある60代の女性 (11回の出産を経験) は, アン・ブラーンを産後に行った出産と行わなかった出産の両方の経験があるが, 前者のほうが, 産後数カ月後の疲労が格段に少なく, アン・ブラーンの効果が高いと述べている。
- (25) この儀礼の時に産婆が初めて分娩介助の報酬をもらえるという地域もある。
- (26) 予備調査によると, モンドルキリー州の事例ではニワトリなどを供犠として殺し, 料理して近親者や隣人たちと共食するという要素が重要視されている。
- (27) キンマの葉は結婚式の時にも欠かせないものである。またキンマの葉が習俗上重要な意味をもつ社会は東南アジアから東アジアにかけて広く見出せる。

- ②8 マダーイ・ダームは子どもにのみ働きかけるわけではない。また、前世の父親と一緒に登場することもある。仏教研究所の Ruch Chomraoen 氏がカンボジアで放送されたTVKのテレビ番組により得た情報では、次のような事例が紹介されている。①仏教説話にある話。サー・ヌという見習い僧がいたが、ある時、彼は僧侶をやめたいという考えを現世の母に話した。その途端、怒ったマダーイ・ダーム（実は夜叉であった）が彼にとりつき、彼は倒れ意識を失って体が激しく痙攣した。現世の母や村人は恐れて祈った。マダーイ・ダームは「僧侶をやめたいなどという考えを捨てない限り、命の保障はしない」と言って消えた。②ある成人女性が病気で一旦意識を失い、その後意識が戻ってから語ったことによれば、彼女は姉妹だという知らない女性に案内されて、前世の両親だとその姉妹が説明する老人と老女に会う。彼女はまた、自分が昔亡くした子どもにも再会する、というものである。
- ②9 この女性は華人系クメール人であるため、こういったメニューには華人の食文化が背景にある可能性もある。
- ③0 米国においても、かつて産婆が介助する出産はこうした女たちのコミュニティの中で行われていたという。出産史研究者たちはこうした出産を「ソーシャル・チャイルドバース」と呼ぶ（鈴木 [1997: 24-28]）。
- ③1 外界の霊的な存在が乳児にとりつくという考え方自体は現代の都市住民の間にもある。例えば、乳児が毎日長時間泣き止まないが、医師の診察を受けるような疾患ともいえない時などに、子どもの額に悪霊よけの文様を書いたり、悪霊払いができると評判の僧侶に子どもを見せて護呪を唱えてもらったりすることは珍しくない。
- ③2 ODは州境を越えず、郡の数より少ない。つまり、郡よりもODの管轄範囲のほうが通常大きい。
- ③3 ただし、過疎地域に保健センターが少なすぎることを補完するために、health post というのが置かれている。health post を訪問する機会は筆者になく、業務の実態については未調査である。
- ③4 筆者が訪れた保健センターの多くは、他の役所と同様、3時間ほどの昼休みの間は無人となってしまう。
- ③5 州病院のほとんどには手術設備と医師がそろっている。
- ③6 6つの分野とは以下のとおりである。①保健サービスの供給、②行動変革、③保健の質の改革、④人材開発、⑤保健財政、⑥制度的改革。
- ③7 ある保健センターに貼られているポスターには、「保健センターに行きましょう」と書かれ、保健センターで提供している保健サービスとして、妊婦検診、妊婦予防接種（破傷風など）、分娩、乳児の予防接種、病気やけがの相談、がイラストとともに列挙されている。
- ③8 Village Health Support Group (VHSG) と呼ばれるもので、保健センターと

地域住民との橋渡しとしての役割が期待されている。

- (39) バッドンボーン地方医療技術学校 (Sala Mathyomsoeksa Sokhaphibal Phoumipheak Bat Dambang) での聞き取りによると、この学校が設立されたのは1980年であり、最初は看護師・助産婦の一括コースであったが、2年目からはそれぞれ別コースとなった。当時、中学卒業者は看護師あるいは助産婦の初等コース (6～12カ月)、高等学校卒業者が中等コース (3年) に入学した。
- (40) バッドンボーン地方医療技術学校では、初等コースへの新規受入れを1992年に中止している。新カリキュラムは、プノンペンでパイロット期間を経た後、バッドンボーンでは1995年に開始され、毎年60名の入学がある。助産婦養成コースでは、2003年12月末の卒業試験合格をもって、新カリキュラムによる第5期生が卒業した。
- (41) 新カリキュラムによる助産婦養成講座を開講している医療技術学校は、プノンペン、コンボンチャーム、バッドンボーン、コンポートの4カ所で、さらにストゥントラエン (Stueng Traeng) でも2003年末に開始されている。ストゥントラエンの学校では、教育・保健など様々な面で低い水準にある東部山岳2州をカバーしているため、一般の助産婦養成課程とは別に、助産技術の普及を促進するための短期養成プログラムを実施する計画が進められている。
- (42) 保健省人材開発局長のKheat Phuong氏からの聞き取り。
- (43) 使い捨て手袋、臍帯を縛る糸、臍帯を切る鋏など。
- (44) 国立母子保健センターのTBAキットは、JICAによる母子保健プロジェクトの一環である。プノンペンの国立母子保健センターから各州の保健局を通して、TBAトレーニングを行っているNGO諸団体から、各地域の産婆の手に渡るようにしている。ただし、国立母子保健センターでは産婆への研修は行っていない。
- (45) ここでいう僻村と非僻村とは2カ村相互の相対的な位置づけのために使っているものであって、統一基準に基づいて選定したわけではない。手術の設備の整った病院からの距離を変数とした場合、どのような出産文化の変化の遅速があるかを抽出するのが目的で、各州2カ村のデータを収集した。
- (46) ただし、この質問紙調査 (本調査) では、避妊知識に関するこの項目を高齢者に質問する必要がないと判断した面談者があったために、一部の女性たちにこの質問をしていないので、完全なデータは得られなかった。したがって、かつて伝統薬などの方法を用いて避妊を行った経験が全くない、とは言い切れない。
- (47) コンドームの使用率が低いの中には様々な背景があると考えられる。避妊に対する男女の姿勢の違いもあると考えるが、筆者は、農村部において電気の普及率が低いために、細かい作業を必要とするコンドーム使用を灯りのない夜間に行うことが難しいという、实际的な事情も一因ではないかと考えている。
- (48) 様々な年齢層への女性への聞き取りでは、現在妊娠中の若い女性が、「最初



のお産だから心配なので、病院で産みたい。」と言う人もいた一方で、「病院では恥ずかしいから家で産みたい」「病院だとリラックスできないから、家がいい」といった感想を幾度も聞いた。

## 〔参考文献〕

### 〈日本語文献〉

- 青山温子 [2001]「リプロダクティブ・ヘルス」(青山温子・原ひろ子・喜多悦子『開発と健康——ジェンダーの視点から——』有斐閣) pp.112-142。
- アスマーン・ラーチャトン／森幹雄訳 [1984]『タイ民衆生活誌(2)』勁草書房。
- 天川直子 [2003]「開発援助は恩恵か、制約か」(『アジア研ワールド・トレンド』No.99) pp.32-39。
- 大崎麻子 [2003]「ジェンダー／ミレニアム開発目標の横断的テーマ」(『アジア研ワールド・トレンド』No.91) pp.18-21。
- 大林道子 [1989]『助産婦の戦後』勁草書房。
- ジュディス・ゴールドスミス／日高陵好訳 [1990]『自然出産の智慧——非西洋社会の女性たちが伝えてきたお産の文化』日本教文社。
- 国際協力事業団 [1999a]『カンボディア国プロジェクト形成調査(人的資源／WID配慮)報告書』(株)コーエイ総合研究所。
- [1999b]『プロジェクト形成調査(農業農村開発)現地調査報告書』。
- [1999c]『国別WID情報整備調査(カンボディア国)』。
- 沢山美果子 [1998]『出産と身体の近世』勁草書房。
- ブリジット・ジョーダン／宮崎清孝・滝沢美津子訳 [2001]『助産の文化人類学』日本看護協会出版会。
- 新村拓 [1996]『出産と生殖観の歴史』法政大学出版局。
- [2003]「出産における女と男」(赤坂憲雄・中村生雄・原田信男・三浦祐之編『いくつもの日本 VI 女の領域・男の領域』岩波書店) pp. 33-56。
- 鈴木七美 [1997]『出産の歴史人類学——産婆世界の解体から自然出産運動へ』新曜社。
- 世界経営協議会 [1999]『経済協力評価調査報告書 特定テーマ: 貧困 カンボディア』。
- 中村ひろ子 [1999]「出産と誕生」(中村ひろ子・倉石あつ子・浅野久枝・蓼沼康子・古家晴美『女の眼でみる民俗学』高文研) pp.54-83。
- 中村禎里 [1999]『胎衣の生命』海鳴社。
- 中山まき子 [2001]『身体をめぐる政策と個人——母子健康センター事業の研究』勁草書房。



- 波平恵美子 [1999] 『暮らしの中の文化人類学〔平成版〕』 出窓社。
- 西川麦子 [1997] 『ある近代産婆の物語——能登・竹島みの語りより』 桂書房。
- 西谷佳純 [2001] 「ジェンダー」(国際協力事業団・国際協力総合研修所『カンボディア国別援助研究会報告書——復興から開発へ——』 国際協力事業団) pp.62-77。
- グイ・ボレ, エヴリース・マスペロ著／大岩誠・浅見篤訳 [1944] 『カムボヂア民俗誌——クメール族の慣習』 生活社。
- 松岡悦子 [1991] 『出産の文化人類学——儀礼と産婆』 [増補改訂版] 海鳴社。

〈外国語文献〉

- Ang Choulean [1982] “Grossesse et accouchement au Cambodge: aspects rituels,” *ASEMI (Asie du Sud-Est et mond insulindien)*, Vol. XIII, pp.87-109.
- [1994] “De la naissance à la puberté: rites et croyances khmers,” in Jeannine Koubi et Josiane Massard-Vincent eds., *Enfants et Sociétés d’Asie du Sud-Est*, Paris: L’Harmattan, pp.153-165.
- Department of Health, Ministry of Health (H-MoH) [1999] *Health Situation Analysis and Future Direction for Health Development 1999-2003 (Position Paper)*, Phnom Penh.
- Department of Planning and Health Information, Ministry of Health (PHI-MoH) [2001] *National Health Statistics Report 2000*, Phnom Penh.
- Eisenbruch, Maurice [1992] “The Ritual Space of Patients and Traditional Healers in Cambodia,” *BEFEO (Bulletin de l’Ecole Française d’Extrême-Orient)*, 79(2), pp.283-316.
- Ministry of Health (MoH) [2002a] *Health Sector Strategic Plan 2003-2007 Summary*.
- [2002b] *Health Sector Strategic Plan 2003-2007 Volume 1*, Phnom Penh.
- [2002c] *Health Sector Strategic Plan 2003-2007 Volume 2: Medium Term Expenditure Framework*, Phnom Penh.
- [2002d] *Health Sector Strategic Plan 2003-2007 Volume 3: Framework for Monitoring and Evaluation*, Phnom Penh.
- [2002e] *Health Sector Strategic Plan 2003-2007 Volume 4: Framework for Annual Operational Plans*, Phnom Penh.
- National Institute of Statistics, Ministry of Planning (NIS) [1999a] *General Population Census of Cambodia 1998 Final Census Results*, Phnom Penh.
- [1999b] *General Population Census of Cambodia 1998: Analysis of Census Results Report 1 Fertility and Mortality*, Phnom Penh.
- [1999c] *General Population Census of Cambodia 1998: Analysis of Census Results Report 8 Women in Cambodia*, Phnom Penh.

- [2000] *Report on the Cambodia Socio-Economic Survey 1999*, Phnom Penh.  
 National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ORC Macro [2001]  
*Cambodia Demographic and Health Survey 2000*, Phnom Penh and Calverton,  
 Maryland, U.S.A.
- Poree-Mapero, Eveline et al. [1958] *Cérémonies privées des Cambodgiens*, Phnom  
 Penh: L'Institut Bouddhique.
- Sadana, Ritu and Rachel Snow [1995\*] *Women's Preferences and Experiences with  
 Modern Contraceptive Technologies in Cambodia: Balancing Effectiveness, Side-  
 Effects and Work*, Phnom Penh: UNFPA.
- UNICEF [2002] *The Official Summary of The State of the World's Children 2003*,  
 UNICEF. (<http://www.unicef.org/ingobycountry/cambodia.html>)
- White, Patrice M. [1996\*] *Crossing the River: Traditional Beliefs and Practices of  
 Khmer Women During Pregnancy, Birth and Postpartum*, Phnom Penh:  
 Ministry of Health, National Maternal and Child Health Center.
- n.d. [n.d.] "Traditional Birth Attendants Training Curriculum: Kompong Cham  
 Province," mimeograph.

<クメール文>

- Chap Pin [1953] "Sakammapheap nei Krom Chumnum Tomniem-tomloap Khmae:  
 Boriyay ompi Robiep Chlâng Tonle (クメール伝統習俗班の活動——出産に関  
 する解説)," *Kampuja Soriya*, 25(10), pp.783-794.
- Keum Nguonchea [2001] "Pithi Bangkok Chmâp, Tumleak-Chongkran (ボンコク・  
 チュモープ儀礼とトゥムレアク・チョンクラーン儀礼)," Bat Dambang:  
 mimeograph.
- Krom Chumnum Tomniem-tomloap Khmae [1994] *Prochum Reuang Preng Khmae  
 peak 9: teaktong noung tomniem pseng pseng* (クメール民話集9——様々な習  
 俗に関連するもの——), Phnom Penh: Buddhist Institute.
- Miach Ponn [1999] *Propeinei noung Tomniem-tomloap Khmae* (クメールの伝統と  
 習俗), Phnom Penh: Buddhist Institute.
- Phav Hoan [n.d.] "Pithi Tumleak Chongkran (トゥムレアク・チョンクラーン儀礼),"  
 Preah Vihear, mimeograph.
- Srey Kae [2000] "Pithi Bangkok Chmâp reu Hav tha Tumleak Chongkran (ボンコ  
 ク・チュモープ, 別名トゥムレアク・チョンクラーン儀礼)," Preah Vihear,  
 mimeograph.

<新聞記事>

- "How Does Law Fine and Punish Businesspeople Who Provide Illegal Abortions?"

*The Mirror*, 18-24 January 2004 (クメール語紙*Kampuchea Thmey*, Vol.3, #333, 20-21 January 2004掲載記事の転載).

Patrick Falby, "Traditional Birth Practices Die Hard," *Phnom Penh Post*, 27 September - 10 October 2002, p.12.

注) \*原資料に正式な発行年の記載がないため、厳密には「発行年不明」とするべきだが、参照の便のために記載した。

付表1 予備調査の調査対象と地域

①都市部から遠く住民のほとんどが農業に従事しており、ほとんどの女性が家庭分娩している農村地域、

②都市部にアクセスが比較的容易で農業以外の生業も見られ、病院で分娩する女性も少ない農村地域、

のそれぞれに相当する地域（郡または行政区）を選定し、A産婆、B助産婦、C伝統医、D出産経験のある女性の4つのカテゴリーに属する人々を複数人ずつインタビューした。①と②には厳密な分類指標はないが、調査者自身の知識、地理的環境、地元の人からの情報などで選定された。

下記表の（ ）内はインフォーマントの年齢である。

州	郡・行政区	<span style="border: 1px solid black;">A</span>	<span style="border: 1px solid black;">B</span>	<span style="border: 1px solid black;">C</span>	<span style="border: 1px solid black;">D</span>
バッドン ボーン	①	未 調 査			
	② Aek Phnum郡 Samraong Knong行政区内の3村	2名 (49)(78)	2名 (40)(49)	3名 (57)(62)	5名 (?)(29)(35) (51) (73)
コンボート	① Kampot郡 Tropeang Thum行 政区内の1村，同郡Prey Khmum行政区内の1村	2名 (73)(75)	1名 (42)	(77) 2名	7名 (24)(35)(42) (43) (54)(58)(68)
	② Kampong Trach郡 Kampong Trach行政区内の1村，同郡 Boeng Lala Khang Tboung行 政区内の1村，同郡Kanthaor 行政区内の1村	1名 (?)	2名 (33)(44)	(61) 1名	1名 (25)
モンドル キリー	① Ou Reang郡 Dak Dam行政区 内の3村	2名 (60)(65)	1名 (38)	(62) 1名	4名 (25)(34)(35) (70)
	② Saen Monourom郡 Saen Monourom行政区内の1村， 同郡Spean Mean Chey行政区 内の2村	1名 (29)	2名 (32)(45)	(72) 0名	4名 (23)(30)(67) (73)
コンボン チャーム	① Prey Chhor郡 Tropeang Preah 行政区内の5村	2名 (42)(51)	1名 (55)	2名 (63)(64)	3名 (24)(49)(54)
	② Kampong Siem郡 Ampil行政区 内の3村，Kampong Cham郡 Sambour Meas行政区内の1村	2名 (62)(75)	1名 (52)	1名 (80)	4名 (22)(30)(58) (77)

(出所) 筆者作成。

付表2 本調査の調査地域と面談対象者

## コンボンチャーム州

- ・ロレアク村（RL村） 僻村

（最寄りの保健センターまで7km，手術設備のある病院まで15km）

- ・オンドーンチュロツ村（AC村） 非僻村

（最寄りの保健センターまで1km，手術設備のある病院まで5km）

## コンポート州

- ・コットロムーン村（KT村） 僻村

（最寄りの保健センターまで5km，手術設備のある病院まで45～50km）

- ・ブントゥーク村（BT村） 非僻村

（最寄りの保健センターまで6～7km，手術設備のある病院まで7～8km）

州	村	20歳 未満	20－ 29	30－ 39	40－ 49	50－ 59	60－ 69	70－ 79	80歳 以上	合計
コンボン チャーム	ロレアク（RL）	1	4	6	5	5	4	3	3	31
	オンドーンチュ ロツ（AC）	0	6	5	5	5	4	5	1	31
コンポート	コットロムーン （KT）	2	5	5	6	5	4	3	1	31
	ブントゥーク （BT）	3	6	6	5	5	4	3	1	31

（出所）筆者作成。

## 資 料

出産経験のある女性への面談回答記入シート (原文カンボジア語)

村 名：

面談者氏名：

面談実施年月日：

### I 回答者の一般的情報

氏 名		出生年	
出 生 地	州 郡	行政区	村
現在の村での居住年数		家番号	
現在の子ども数	男 人 女 人	職業	

教育程度：あなたはどの段階までの教育を受けましたか。

☐ 学校に行ったことがない → (☐ だから読み書きできない ☐ しかし読み書きできる)

☐ 小学校    ☐ 中学校    ☐ 高等学校    ☐ 技術職業学校    ☐ 大学

☐ 大学院    ☐ その他 \_\_\_\_\_

### II 回答者の妊娠出産歴 (中絶、流産、死産を含むすべての妊娠について)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
男児															
女児															
不明															
年															
備考															

\* 初潮をむかえたとき、「チョール・ムロップ」をしましたか。もし経験がある場合、どのくらいの期間屋内に籠りましたか。またそれは何歳の時でしたか。

### III 出産と避妊に関する他の質問

\* あなたは生涯に子どもを何人欲しいですか(あるいは欲しかったですか)。\_\_\_\_\_

\* あなたは今後出産するとしたら、どこで、だれの介助で出産したいですか。

ー 場所    ☐ 家で ☐ 保健センターで ☐ クリニックか病院で ☐ その他 \_\_\_\_\_

ー 介助者    ☐ 産婆 ☐ 助産婦    ☐ 医師    ☐ その他 \_\_\_\_\_

\* あなたは避妊法について知識がありますか。 ☐ ある ☐ ない

\* もしある場合、避妊法を使ったことがありますか。

☐ 使ったことがある    ☐ 使ったことがない

\* もし使ったことがある場合、どの方法を使いましたか。

☐ 経口避妊薬    ☐ 注射    ☐ IUD    ☐ コンドーム    ☐ その他 \_\_\_\_\_

\* あなたは避妊法の情報をどこから得ましたか。

☐ 身近な人からの口コミ    ☐ 保健センター    ☐ クリニックあるいは病院

☐ NGO    ☐ マスメディア (例えば、新聞、テレビ、ラジオ、本など)

☐ その他 \_\_\_\_\_



## IV 出産各回の状況（中絶，流産，死産含む）

出産 歴番 号	出産時の居住 場所（現在の 村でない場合）	出産（あるいは中 絶，流産処置）が 行われた場所	介助者に支 払った金額 あるいは謝 礼の内容	介助者を除く， 分娩時の立会 い人	クサエ・カターを 身に着けたか否か。 誰がそれを製作し たか。
		介助者		分娩の状況	
1					
	分娩前後に分 娩台周りでど のような儀礼 を行ったか。	分娩の前後にど のような薬を服用し たり，注射したり したか。誰がそれ を与えたか。	後産はど うのように処理 したか。	アン・ブラー ン，チュボン ・トナムのい ずれか，ある いは両方を実 施したか。	出産後にどのよ うな儀礼を行ったか。 誰がその儀礼を行 ったか。家族・親族 以外に誰がその儀 礼に参加したか。
2					

(以下，出産歴の数に応じてインタビューシートを増頁，記入)