

プノンペン市内の国立病院の医師・看護師・患者が考える  
「伝統医療」の効果

望月 経子・北山 秋雄

Differences in thinking about the effect  
of traditional medicine among doctors,  
nurses and patients of the national hospital in Phnom Penh

Noriko MOCHIZUKI・Akio KITAYAMA

高崎健康福祉大学紀要 第18号 別刷

2019年3月

# プノンペン市内の国立病院の医師・看護師・患者が考える 「伝統医療」の効果

望月 経子・北山 秋雄<sup>1)</sup>

(受理日 2018年9月14日, 受稿日 2018年12月20日)

## Differences in thinking about the effect of traditional medicine among doctors, nurses and patients of the national hospital in Phnom Penh

Noriko MOCHIZUKI・Akio KITAYAMA<sup>1)</sup>

(Received Sept. 14, 2018, Accepted Dec. 20, 2018)

### 要 旨

プノンペン市内の5つの国立病院の医師100名, 看護師200名, 患者51名を対象に, 医師, 看護師には自記式質問紙調査, 患者には面接にて「伝統医療」の効果につき5件法で回答を求めた。その後, 一元配置分散分析および変数間の相関係数にて3者の傾向をみた。結果, カンボジア市内の病院の医師, 看護師, 患者が考える「伝統医療」の効果は, 患者, 看護師, 医師の順でその効果を信頼し, 「鍼灸」が一番信頼度が高く, 医師, 看護師, 患者ともに効果があるとの結果を得た。次に「コ・クチョール」, 「生薬を飲む・塗る」の順で信頼度が高い結果となっており, 「スプーンバス」が一番信頼されていない結果となっていた。カンボジアでは急性疾患には西洋医学で治療を行い, 慢性疾患には伝統医療で治療を行う傾向があり, 入院期間の短いカンボジアの人びとは治療の多くを伝統医療に頼る。しかし「伝統医療」はクルメールと呼ばれる人びとから伝承や経験を基に実施され, その教育は遅れている。今後は科学的根拠に基づいた高度専門教育による伝統医の育成が課題として示唆された。

### I. はじめに

日本に「現代医学」が入ってきたのは, 江戸時代に「蘭学」として輸入されたことに始まる。

それまでは, 「和法」「漢方」「民間療法」が治療, 手当ての主流であったものの, 江戸時代に輸入された「蘭学」が明治中期に「西洋医学採用令」の発布により「現代医学」として国家が認証する唯一の医の学問となった。さらにその後, 相次いで起こった日清戦争や日露戦争において負

1) 長野県看護大学

傷した兵士の治療に目覚ましい成績をおさめ(特に消毒法と外科手術),「現代医学」は、軍事大国を目指す明治政府にとって欠くべからざるものになり、その後、社会的にも“公認”され、“固定化”、“定型化”され現代に至っている<sup>1)</sup>。

カンボジアにいつ「近代医学」が輸入されたのかは定かではない。しかし、ポル・ポトの内戦以前は、カンボジアは東南アジアでは豊かな国で、早くから憲法を有し、教育にも力を入れて多くの学生や医師がフランスに留学し学問を磨いていたと言われている。さらに、カンボジアは1884~1953年の約70年間はフランスの植民地であり、当時は医療・看護もフランス式が提供されており、その面影は一部現代にも残されている。また、ソビエトやフランスの援助で近代的な総合病院も各地に建てられた<sup>2)</sup>。このようにカンボジアに「現代医学」が入ってきたのは、フランスの統治下にあった時と考えることが妥当であろう。一方、カンボジアの「伝統医療」は、「アンコール王朝時代(9~15世紀)に、当時交易が盛んだった南アジアから伝わったアーユルヴェーダ医学と、地勢的に中国医学を吸収し、そして土着の信仰や仏教の儀礼と融合し独自に発展されてきたものである<sup>3)</sup>」と言われ、インドのアーユルヴェーダや中国伝統医学の理論や手法を取り入れつつ築かれたカンボジア独自の医療文化であると考え、東南アジアの近隣諸国と同じく、生活に根付き人びとに浸透してきた。しかし、1970年代のポル・ポトの内戦時代には多くの医療従事者が殺害され医師は43人しか残っていなかったと言われ、「現代医療」も「伝統医療」も書物を含め全てを失った<sup>3)</sup>。1973年

の内戦終了後、壊滅状態であったカンボジアの医療は世界の国の支援を受けながらゆっくりとした歩みで現在に至っている。

筆者は、2015年3月にプノンペン市内の国立病院の看護部長を対象に「現在行われている看護」についてインタビュー調査を行った。集められた語りを逐語録化し184の大きな文脈が得られ、それらにタイトル付けを行った結果、6つのタイトルが得られた。その中の1つが「伝統医療・その他のケア」であった。このタイトルは13の文脈から成り、これらの文脈から21の「伝統医療」の行為が抽出された。この21の行為は、特別な施行者が行う内容と一般的なケアとしての行為に分けられ、「鍼灸」「生薬を飲む・塗る」「スプーンバス」<sup>\*1</sup>「コ・クチョール」<sup>\*2</sup>から成る「伝統医療」と「医療従事者以外から受ける治療」に分類された。

さらに、このインタビューでは、人びとは「伝統医療」を西洋医学とは区別し活用していることが語られ、多くの方が西洋医学を受ける前後に「伝統医療」を使用している現状があった。このように「伝統医療」は、今でも人びとの生活では日常的に実施され、効果も期待されている傾向にあった。

## II. 用語の操作的定義

「伝統医療」とは、現代中国の伝統医学に基づいておこなわれる医療のことを指し、多くは生薬(しょうやく)などの伝統薬や鍼灸術(しんきゅうじゅつ)を用いることをいい、本研究では、カンボジア国内で症状を鎮めるために行

※1 発熱時に冷水で濡らしたタオルを身体にあてること

※2 コインなどで皮膚を内出血するまで搔き、疲労や頭痛の症状を鎮静させる方法

われきた固有の行為を含むこととする。

### Ⅲ. 目的

「伝統医療」の効果について医師、看護師、患者がどのように考えているのかを把握することを目的とした。

### Ⅳ. 研究方法

#### 1. 研究デザイン

先に行ったインタビュー結果をもとに作成した「伝統医療」に関する質問紙を基に調査を行い、医師、看護師、患者3者間の違いを明らかにすることを試みた。

#### 2. データ収集方法

インタビューで語られた伝統医療の多くは、葉や木、または根を乾燥させ煎じて用いていたため、「生薬を飲む・塗る」、また、普段から目にする事の多い「コ・クチョール」、「スプーンバス」、「鍼灸」からなる質問紙を作成し、その効果につき「とても思う」、「まあそう思う」、「ふつう」、「それほど思わない」、「そう思わない」の5件法で回答を求めた。

#### 3. 調査対象者

本研究の対象者は、プノンペン市内の5つの国立病院に勤務する医師100名、看護師200名と入院患者51名の計351名で、医師は各病院20名、看護師は40名、患者は10~11名とした。

#### 4. 質問紙調査期間

2015年11月28~30日の3日間とした。

### 5. 調査方法

#### 1) カンボジア保健省からの調査の承諾

本研究は事前にカンボジア保健省に調査実施依頼をおこない許可を得た。また、筆者はカンボジア国内には居住していないため、保健省とのやり取りや対象者との調整、対象者などから出された疑問への迅速な対応を目的にカンボジア国内に居住するカンボジア人の「調査調整者」を配置した。

#### 2) 方法

質問紙はインタビューの結果を基に作成されたものを使用した。質問紙調査の実施にあたり、調査対象者が属する（または入院している）施設の長、看護部長に研究の主旨を含む調査依頼書を渡し協力依頼を得た。

調査対象者である医師は、所属する病院長にランダムに推薦してもらい、看護師については、調査内容が理解でき自記式での回答が可能な者を看護部長からランダムに選択してもらった。また患者については質問の意味が理解でき回答可能な者を看護部長に選出してもらった。

対象となった医師、看護師、患者には、研究の主旨を含む依頼文により協力依頼を調査当日に筆者が口頭でおこない同意を得た。同意が得られた医師に対しては、質問表を渡し、一定の期間の後、回収に何う留め置き法で実施した。また、同意が得られた看護師に対し、施設ごとに時間を設けその時間内に回答を求める集合調査を実施した。さらに、同意が得られた患者に対しては、時間を調整の後、面接をおこないながら質問の回答を得た。患者への調査は通訳を介し実施した。

## 6. 調査項目

### 1) 個人の基本属性について

医師には①年齢, ②性, ③勤務年数, ④専門学習機関を卒業した国, ⑤国外での専門的な研修受講の有無を, 看護師には医師と同様の基本属性の他に⑥卒業校名を加えた項目を, 患者には①年代, ②性別, ③入院期間, ④治療している主な疾患を個人の基本属性とした。

### 2) 「伝統医療」について

インタビューで多く語られた「生薬を飲む・塗る」, また, 普段から目にする事の多い「コ・クチョール」, 「スプーンバス」, 「鍼灸」を調査項目とした。

## 7. 分析方法

### 1) 記述統計分析

医師, 看護師, 患者の回答項目について, 記述統計分析をおこなった。

### 2) 一元配置分散分析

医師, 看護師, 患者の平均値 (Mean) および標準偏差 (SD) から天井効果 (Mean+SD) とフロアー効果 (Mean-D) を検証した結果, すべての項目でフロアー効果が見られた。ここで一元配置分散分析をおこなった理由は, 3者間の差異を把握したかったこと, また, フロアー効果が認められ片寄りがあったが, そのばらつきは顕著でなかったため検定に耐えうると判断したことによる。「生薬を飲む・塗る」, 「コ・クチョール」, 「スプーンバス」, 「鍼灸」の4項目の質問に対して, 一元配置分散分析で記述統計量, さらに平均の差を検定し, 医師, 看護師, 患者の各項目の差の有無を確認した。また, 医師, 看護師, 患者の基本属性と質問項目の相関性を確認するために Spearman の相関係数を求めた。

## 8. 倫理的配慮

調査に際しては, カンボジア保健省に本研究の主旨, 方法, 調査調整者の配置を説明し, カンボジアに弊害を及ぼす内容の調査でないことを保障した。また, 調査対象者には, 調査にあたり, 研究の主旨を含む依頼文により協力依頼を本研究者が口頭でおこない同意を得た。さらに, 調査を拒否することや調査の途中で中止できる権利があること, 拒否や中止により個人が評価されないことや, さらに回答内容により勤務評価はおこなわないなど個人の不利になることは一切ないことを説明し, 調査の同意を得た。

また, 本調査は, カンボジア人の「調査調整者」を設置したが, 「調査調整者」がカンボジア人であることは, 調査の秘密性をなくし調査が反社会的な活動ではないことの証明にもなる。

なお, 本研究は長野県看護大学倫理委員会の審査を受け, 承認を得た (承認番号 2015-16 承認年月日: 2015年10月1日)。本研究において, 申告すべき利益相反はない。

## V. 結果

### 1. 記述統計量

本研究の自記式質問紙調査の対象数は, 医師が100名, 看護師が200名, 患者が51名であった。回答数はそれぞれ医師94名, 看護師200名, 患者51名であり, うち有効回答数は医師94名 (100%), 看護師183名 (91.5%), 患者51名 (100%) であった。

### 2. 「伝統医療」

1) 「伝統医療」に関連する項目の天井効果とフロアー効果の確認

医師, 看護師, 患者の平均値 (Mean) およ

表1 天井効果とフロアー効果

		度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	平均-SD	平均+SD
医師	生薬を塗る・飲む	94	2	5	4.01	1.073	2.938	5.083
	コ・クチョール	94	1	5	3.88	1.172	2.711	5.055
	スプーンバス	94	1	5	4.14	1.074	3.065	5.212
	鍼灸	94	1	5	3.09	1.341	1.744	4.426
看護師	生薬を塗る・飲む	183	1	5	3.24	1.283	1.958	4.523
	コ・クチョール	183	1	5	3.36	1.182	2.179	4.542
	スプーンバス	183	1	5	3.51	1.148	2.360	4.656
	鍼灸	183	1	5	3.05	1.246	1.803	4.295
患者	生薬を塗る・飲む	51	1	5	3.12	0.952	2.166	4.069
	コ・クチョール	51	1	5	2.84	1.007	1.836	3.851
	スプーンバス	51	2	5	3.16	0.834	2.323	3.990
	鍼灸	51	1	5	2.94	1.085	1.857	4.026

び標準偏差 (SD) から天井効果 (Mean + SD) とフロアー効果 (Mean-D) を検証した結果を表1に示す。結果、すべての項目でフロアー効果が見られた。

しかし、フロアー効果によるばらつきが顕著でなかったこと、医師、看護師、患者の3者間の差異を把握したかったことにより一元配置分散分析を行うこととした。

2) 「伝統医療」の分析

「生薬を飲む・塗る」, 「コ・クチョール」, 「スプーンバス」, 「鍼灸」の4項目の質問に対しての医師、看護師、患者間の傾向をみるために、一元配置分散分析で記述統計量、さらに平均の差を検定し、医師、看護師、患者の各項目の差の有無を確認した。また、医師、看護師、患者の基本属性と質問項目の相関性を確認するために Speaman の相関係数を求めた。

(1) 一元配置分散分析

① 「伝統医療」の医師、看護師、患者の記述統計量

「生薬を飲む・塗る」, 「コ・クチョール」, 「スプーンバス」, 「鍼灸」の4項目の記述統計量を

表2に示す。医師は、「鍼灸」が3.08で一番効果があると回答し、次いで「コ・クチョール」3.88の順であった。「スプーンバス」が4.13と一番効果がないと回答していた。また、看護師は、「鍼灸」が3.03と一番効果があると回答し、次いで「生薬を飲む・塗る」3.25であった。「スプーンバス」が3.52で一番効果がないと回答していた。さらに、患者は、「コ・クチョール」が2.84で一番効果があると回答し、次いで「鍼灸」2.94の順であり、患者も「スプーンバス」が3.15と一番効果がないと回答していた。

「鍼灸」は、医師、看護師、患者ともに効果があると回答し、3者ともに「スプーンバス」が一番効果がないと回答していた。また、これら4項目の効果については患者、看護師、医師の順で信頼をおいていた。

② 「伝統医療」の一元配置分散分析

(表2~表5)

「生薬を飲む・塗る」, 「スプーンバス」の項目は、等分散性の検定で有意確率が  $p < .01$ , 「鍼灸」は  $p < .05$  となり等分散していない結果となったため Welch の検定をおこなった。結果、「生

表2 「伝統医療」の一元配置の分散分析

		度数	平均値	標準偏差	標準誤差	平均値の95%信頼区間		最小値	最大値
						下限	上限		
生薬を飲む・塗る	医師	94	4.01	1.07	0.11	3.79	4.23	2.00	5.00
	看護師	183	3.25	1.27	0.09	3.07	3.43	1.00	5.00
	患者	51	3.12	0.95	0.13	2.85	3.39	1.00	5.00
	合計	328	3.44	1.22	0.07	3.31	3.57	1.00	5.00
コ・クチョール	医師	94	3.88	1.17	0.12	3.64	4.12	1.00	5.00
	看護師	183	3.36	1.18	0.08	3.20	3.53	1.00	5.00
	患者	51	2.84	1.01	0.14	2.56	3.13	1.00	5.00
	合計	328	3.43	1.20	0.06	3.30	3.56	1.00	5.00
スプーンバス	医師	94	4.14	1.07	0.11	3.92	4.36	1.00	5.00
	看護師	183	3.53	1.14	0.08	3.36	3.69	1.00	5.00
	患者	51	3.16	0.83	0.12	2.92	3.39	2.00	5.00
	合計	328	3.64	1.13	0.06	3.52	3.76	1.00	5.00
鍼灸	医師	94	3.09	1.34	0.14	2.81	3.36	1.00	5.00
	看護師	183	3.03	1.22	0.09	2.86	3.20	1.00	5.00
	患者	51	2.94	1.08	0.15	2.64	3.25	1.00	5.00
	合計	328	3.03	1.24	0.07	2.90	3.16	1.00	5.00

薬を塗る・飲む]、「スプーンバス」に有意差が認められ、医師、看護師、患者間に差があることがわかった。また、3群の差を比較するために、等分散性の検定で等分散していないことを確認の後、Games-Howellの多重比較をおこなった。「鍼灸」はWelchの検定で有意差がみられず等分散していたためTukeyの多重比較をおこなった。さらに、「コ・クチョール」は等分散性の検定で等分散している結果となり、一元配置分散分析をおこなった。結果、有意差を認めたためTukeyの多重比較をおこなった。

以上の結果から、以下のことが導き出された。

#### a. 「生薬を飲む・塗る」

Games-Howell検定の結果、医師と看護師の有意確率は.001となり有意差が認められた。平均値の差は.760で看護師の方が「生薬を塗る・飲む」ことは効果があると考えていた。ま

表3 等分散の検定

	Levene 統計量	自由度1	自由度2	有意確率
生薬を飲む・塗る	6.961	2	338	.001**
コ・クチョール	2.783	2	338	0.063
スプーンバス	7.881	2	338	.0005**
鍼灸	3.353	2	338	.036*

\*\*p<.01 \*p<.05

た、医師と患者の有意確率は.0001となり有意差が認められた。さらに、平均値の差は.892で患者の方が「生薬を飲む・塗る」ことは効果があると考えていた。あわせて、看護師と患者は.691でとなり有意差が認められなかった。看護師と患者の有意確率において「生薬を飲む・塗る」の効果について同じ考えの傾向がみられた。

以上のことより、「生薬を飲む・塗る」については、看護師と患者は同じくらい効果があると

表4 「伝統医療」の Games-Howell 検定

		平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率	95%信頼区間		
					下限	上限	
生薬を飲む・塗る	医師	看護師	.76064*	.14309	.001	.4229	1.0983
		患者	.89299*	.17321	.001	.4817	1.3043
	看護師	医師	-.76064*	.14309	.001	-1.0983	-.4229
		患者	.13235	.16124	.691	-.2512	.5159
	患者	医師	-.89299*	.17321	.001	-1.3043	-.4817
		看護師	-.13235	.16124	.691	-.5159	.2512
スプーンパス	医師	看護師	.61279*	.13759	.001	.2878	.9378
		患者	.98144*	.16090	.001	.5998	1.3631
	看護師	医師	-.61279*	.13759	.001	-.9378	-.2878
		患者	.36865*	.14246	.030	.0299	.7073
	患者	医師	-.98144*	.16090	.001	-1.3631	-.5998
		看護師	-.36865*	.14246	.030	-.7073	-.0299

\*p<.05

表5 コ・クチョールと鍼灸の Tukey HDS 検定

		平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率	95%信頼区間		
					下限	上限	
コ・クチョール	医師	看護師	.414*	0.134	0.006	0.10	0.73
		患者	.958*	0.185	0.0001	0.52	1.39
	看護師	医師	-.414*	0.134	0.006	-0.73	-0.10
		患者	.545*	0.168	0.004	0.15	0.94
	患者	医師	-.958*	0.185	0.0001	-1.39	-0.52
		看護師	-.545*	0.168	0.004	-0.94	-0.15
鍼灸	医師	看護師	.515*	0.161	0.004	0.14	0.89
		患者	.628*	0.223	0.014	0.10	1.15
	看護師	医師	-.515*	0.161	0.004	-0.89	-0.14
		患者	0.113	0.202	0.842	-0.36	0.59
	患者	医師	-.628*	0.223	0.014	-1.15	-0.10
		看護師	-0.113	0.202	0.842	-0.59	0.36

\*p<.05

考えており、医師は看護師や患者ほど効果はあ  
ると考えていなかった。

b. 「コ・クチョール」

Tukey 検定の結果、医師と看護師の有意確率  
は .006 となり有意差が認められた。また、平  
均値の差は .414 で看護師の方が「コ・クチョ  
ール」は効果があると考えていた。さらに、医師

と患者の有意確率は .0001 となり有意差が認め  
られた。平均値の差は .958 で患者の方が「コ  
・クチョール」は効果があると考えていた。また、  
看護師と患者の有意確率は .004 となり有意差  
が認められた。平均値の差は .545 で看護師よ  
り患者の方が「コ・クチョール」は効果がある  
と考えている傾向にあった。

以上のことより、「コ・クチョール」を効果が



表6 「伝統医療」Spearmanの相関係数(医師・看護師)

		医 師				看 護 師			
		生薬を飲む・塗る	コ・クチャール	スプーンバス	鍼灸	生薬を飲む・塗る	コ・クチャール	スプーンバス	鍼灸
年代	相関係数	-0.197	-0.132	-0.153	-0.061	-0.005	-0.095	-0.169*	-0.013
	有意確率(両側)	0.058	0.205	0.140	0.561	0.948	0.201	0.022	0.865
	N	94	94	94	94	183	183	183	183
性別	相関係数	-0.168	0.014	-0.066	-0.211*	0.009	0.024	0.032	0.033
	有意確率(両側)	0.105	0.896	0.526	0.041	0.905	0.744	0.670	0.654
	N	94	94	94	94	183	183	183	183
勤務年数	相関係数	-0.141	-0.121	-0.099	-0.045	-0.084	-0.150*	-0.181*	-0.056
	有意確率(両側)	0.176	0.247	0.340	0.669	0.261	0.043	0.014	0.455
	N	94	94	94	94	183	183	183	183
学歴	相関係数	0.189	0.186	0.117	0.007	-0.034	-0.026	-0.067	-0.060
	有意確率(両側)	0.068	0.072	0.261	0.946	0.650	0.725	0.371	0.421
	N	94	94	94	94	183	183	183	183
生薬を飲む・塗る	相関係数	1.000	.827**	.796**	.454**	1.000	.692**	.610**	.541**
	有意確率(両側)		0.0001	0.0001	0.0001		0.0001	0.0001	0.0001
	N	94	94	94	94	183	183	183	183
コ・クチャール	相関係数	.827**	1.000	.826**	.515**	.692**	1.000	.727**	.526**
	有意確率(両側)	0.0001		0.0001	0.0001	0.0001		0.0001	0.0001
	N	94	94	94	94	183	183	183	183
スプーンバス	相関係数	.796**	.826**	1.000	.471**	.610**	.727**	1.000	.514**
	有意確率(両側)	0.0001	0.0001		0.0001	0.0001	0.0001		0.0001
	N	94	94	94	94	183	183	183	183
鍼灸	相関係数	.454**	.515**	.471**	1.000	.541**	.526**	.514**	1.000
	有意確率(両側)	0.0001	0.0001	0.0001		0.0001	0.0001	0.0001	
	N	94	94	94	94	183	183	183	183

\*\*p&lt;.01 \*p&lt;.05

あると考えているのは患者が一番強く、次いで看護師、医師の順であった。

### c. 「スプーンバス」

Games-Howell検定の結果、「スプーンバス」は、医師と看護師の有意確率は.001となり有意差が認められた。また、平均値の差は.612で看護師の方が効果があると考えていた。さらに、医師と患者の有意確率は.001となり有意差が認められた。平均値の差は.981で患者の方が「スプーンバス」は効果があると考えている傾向にあった。また、看護師と患者の有意確率は.029となり有意差が認められた。平均値の差は.368で看護師より患者の方が「スプーンバス」は効果があると考えていた。

以上のことより、「スプーンバス」を効果があ

ると考えているのは患者が一番強く、次いで看護師、医師の順であった。

### d. 「鍼灸」

Tukey検定の結果、医師と看護師の有意確率は.004となり有意差が認められた。また、平均値の差は.515となり、医師より看護師の方が「鍼灸」の効果があると考えていた。また、医師と患者の有意確率は.014となり有意差が認められた。平均値の差は.628で、医師より患者の方が「鍼灸」は効果があると考えていた。さらに、看護師と患者の有意確率は.842となり有意差が認められず看護師、患者間には効果に対する考えの差はなかった。

以上のことより、医師よりも看護師と患者は「鍼灸」は効果があると考えている結果となっ

表7 「伝統医療」 Spearman の相関係数（患者）

		生薬を飲む・塗る	コ・クチョール	スプーンバス	鍼灸
年代	相関係数	0.223	0.153	0.086	0.026
	有意確率（両側）	0.115	0.282	0.548	0.856
	N	51	51	51	51
性別	相関係数	0.169	0.150	0.120	0.067
	有意確率（両側）	0.236	0.295	0.402	0.642
	N	51	51	51	51
入院期間	相関係数	.348*	0.011	-0.027	.289*
	有意確率（両側）	0.012	0.938	0.852	0.040
	N	51	51	51	51
疾患	相関係数	-0.176	0.081	0.062	0.047
	有意確率（両側）	0.218	0.573	0.665	0.743
	N	51	51	51	51
生薬を飲む・塗る	相関係数	1.000	.417**	.345*	.651**
	有意確率（両側）		0.002	0.013	0.0001
	N	51	51	51	51
コ・クチョール	相関係数	.417**	1.000	.758**	0.071
	有意確率（両側）	0.002		0.0001	0.621
	N	51	51	51	51
スプーンバス	相関係数	.345*	.758**	1.000	-0.009
	有意確率（両側）	0.013	0.0001		0.949
	N	51	51	51	51
鍼灸	相関係数	.651**	0.071	-0.009	1.000
	有意確率（両側）	0.0001	0.621	0.949	
	N	51	51	51	51

\*\*p<.01 \*p<.05

た。

(2) 「伝統医療」に関連する相関分析

① Spearman の相関係数（表6, 表7）

医師、看護師とも「年代」, 「性別」, 「勤務年数」, 「学歴」と「生薬を塗る・飲む」, 「コ・クチョール」, 「スプーンバス」, 「鍼灸」の間には相関が認められなかった ( $r=.189\sim.197, n.s.$ )。また, 「生薬を塗る・飲む」, 「コ・クチョール」, 「スプーンバス」, 「鍼灸」のそれぞれの間では, 正の相関が認められた ( $r=.454\sim.827, p<.0001$ )。

患者においても, 「年代」, 「性別」, 「入院期間」, 「疾患」と「生薬を飲む・塗る」, 「コ・クチョール」, 「スプーンバス」, 「鍼灸」の間には相関が認

められなかった ( $r=-.176\sim.348, n.s.$ )。また, 「生薬を飲む・塗る」と「鍼灸」は正の相関が認められ ( $r=.651, p<.0001$ ) , 「コ・クチョール」と「スプーンバス」の間にも相関が認められ ( $r=.758, p<.0001$ ) だが, 「鍼灸」の間には相関が認められなかった ( $r=.071, n.s.$ )。

医師と看護師の基本属性と伝統医療については関係性がみられなかったが, 1つの伝統医療の効果を信頼している者は同様に他の伝統医療も信頼している結果となっていた。また, 患者についても医師・看護師と同様に基本属性と伝統医療の効果については関係性がみられなかったが, 「生薬を飲む・塗る」に効果があると回答した者は「鍼灸」にも効果があると回答し, 「コ・

クチョール」に効果があると回答した者は「スプーンバス」にも効果があると回答していた。

## VI. 考察

「伝統医療」の効果は、患者、看護師、医師の順でその効果を信頼していた。

「鍼灸」は、一番信頼が高く、医師、看護師、患者の3者間でも差がなく医師からも効果があるとの結果を得た。次に「コ・クチョール」の信頼が高い結果となっており、「スプーンバス」は一番信頼されていない結果となっていた。

カンボジアでは、臨床現場において「スプーンバス」をおこなっている場面をしばしば目にする。また、インタビューからも「スプーンバスは家でも病院でも良く行う」と病院で実施されるという傾向が見られた。しかし、実際にはその効果があまりないと考えていることがわかった。

「スプーンバス」は冷やすことと同じ効果を狙い、頭痛、発熱に伴う不快感を軽減するために行われていると考える。人体の皮膚の温度刺激は温度受容器により受容され全身に分布しており、特にその密度は温点より冷点のほうが高く、冷やすことの効果は大きい<sup>4)</sup>。「スプーンバス」は、科学的に物事を捉えることのなかった時代に考え生み出され、継承されてきた方法で現在も残っている安楽の援助であると考えられる。

また、13世紀後半に元朝の使節に随行してアンコール王朝を訪れた周達観の手記「真臘風土記」では、「この国の人びとは通常、病気があると多くはそこで水に入り浸り浴し、ならびに頻りに頭を洗う。そうすると自然と病気が治る」<sup>5)</sup>と記されており、体内から熱を発散させることがさまざまな症状への初期治療として経

験的に実施されてきたことを裏付けている。

熱帯モンスーン気候であるカンボジアの乾期は40度の日々が続く。このような気候の中、熱発時に湿ったタオルで体を拭くことにより体表面の熱がうばわれ爽快感が得られる。特に医師からは「スプーンバス」に解熱する効果は期待されていない結果になっていたが、薬に頼らない「気持ちの良い」ケアのひとつとして人びとの生活の中で普及し、現在病院の中でも行われているのではないかと考えた。

「コ・クチョール」は、コインなどで皮膚を内出血するまで搔き、疲労や頭痛がある時に症状を鎮静させる方法である。普段街中を歩いても皮膚に内出血痕を残した人びとをよく見かける。施術時には相当な痛みを伴うと言われているが、その後、不思議と症状が改善し、一般旅行者もその効果を語っている。この「コ・クチョール」は、皮膚への刺激によって新陳代謝が高められデトックスやアンチエイジングの効果が期待できるとされている。「コ・クチョール」は鍼灸学の中の古代九鍼に相当するとも言われ<sup>5)</sup>、インタビューにおいても「コ・クチョールを家でおこなっている」と多くが回答し、カンボジア国内で一般的に行われていた。

さらに、医師、看護師、患者の3者とも「鍼灸」の信頼度は高かった。カンボジアの「伝統医療」は、アンコール王朝時代に交易が盛んであった南アジアから伝わったアーユルヴェーダ医学と中国医学を吸収し、あわせ土着の信仰や仏教の礼儀と融合し独自に発展したと言われている<sup>3)</sup>。カンボジアにおいて「鍼灸」はアンコール時代に僧侶が中国から仏典とともに持ち込み、その後伝承されたと言われている。医師、看護師、患者からの「鍼灸」の信頼度の高さは、「生薬を飲む・塗る」と違い、西洋医学の治療法とは性

格を異にする治療法であること、さらに宗教とともに伝えられ僧侶により普及されたという特徴がその信頼の高さにつながっているのではないかと考えた。

カンボジアでは伝統医療の専門家で「クルクメール」と呼ばれる人びとが存在する。ポル・ポト時代に、多くの医師が殺害され、医師不足の中で人びとの健康を守っていたのが「クルクメール」と呼ばれる伝統医療の専門家たちである<sup>6)</sup>。「クルクメール」とは現地の言葉で「クメールの先生」の意味で、「クルクメール」は地方の農村で王朝時代からの医学知識と地元で生息する薬草の知識を親から子へと代々受け継ぎながら医療活動をおこなってきた<sup>7)</sup>。

カンボジアの街中では現在も薬草を販売する店を多く見る。WHOの推計によると国民の70%以上が「伝統医療」を利用しており、首都プノンペンには生薬の間屋街もあり<sup>7)</sup>、クルクメールと「伝統医療」はカンボジアの人びとの生活に根付いている。今回の調査結果から、自由記載の「家でおこなっている治療」の問いに対して「薬草を煎じて飲む、塗る」の回答は多く、特に慢性疾患を患っている者はその効果を信頼し、「生薬を飲む・塗る」は重要な治療のひとつとして人びとの生活の中に浸透していた。

さらにインタビューから、人びとは一般的な病院での治療の前後に「伝統医療」を活用している傾向があった。カンボジアでは患者の入院期間は短く、多くは2~3日で退院する。そこには、経済的な問題で十分な入院治療ができないというカンボジア独自の背景があり、治療は「伝統医療」にゆだねなければならない部分が大いことが分かった。今回の調査結果で「伝統医療」の効果について患者が一番信頼を置いていたことは、「伝統医療」に頼らざるを得ない

現状も影響しているのではないかと考えた。合わせ、医師の「伝統医療」への信頼が一番低かったことは、クルクメールなど専門的な教育を受けていない伝統医療者から提供される治療に対し、現代医学を学んだ医師だからこそ、経験や伝承から行われる「伝統医療」に信頼を置けない結果となっていたのであろう。また、看護師は医師よりも信頼はしていたものの、患者より信頼度は低かった。看護は、治療ではなく患者の回復過程を支えるケアである。このことが「薬草を煎じて飲む、塗る」など治療の要素が多く含まれる「伝統医療」は、クルクメールから提供されるとしても医師ほど否定的でない結果につながっていたのであろう。

ASEAN諸国においては、Traditional medicineと言われる「伝統医療」である東洋医学の位置づけは高く、特にベトナムでは、伝統医の教育は医学教育と同じ5年間の大学教育で行われている<sup>8)</sup>。しかし、カンボジアにおいてはその位置づけは低く、これまで国のレベルで専門教育がおこなわれたことはなく、経験と伝承に基づいたクルクメールの知識は、小さな村の中など狭い地域に留まっていた<sup>7)</sup>。

このような中、2008年には中国・北京でWHO Congress on Traditional Medicineが開催され、北京宣言により伝統医療を正しく認識し、それをさらに発展させることとした<sup>9)</sup>。また、2015年には国際疾病分類(ICD)が改定され、ICD-11に漢方を含む東アジア伝統医療が盛り込まれ<sup>10)</sup>、東洋医学の推進は世界的な潮流となっている。

このような中、カンボジアでは、2009年4月、保健省内に初の国立伝統医療専門学校が開設された<sup>11)</sup>。就学年数は2年とその他の専門職と比べれば短く、専門職としての認知度もまだ低い

状況にあるものの、地方の医療を支えるマンパワーとしての期待は大きい。2013年度までに約350人の卒業生を輩出しており<sup>7)</sup>、カンボジアにおいても、ようやく伝統医療を学問に位置づけた教育を国内で推進することが開始された。

生薬を使用した治療は、毒性の高い植物類を用いることも多い。「コ・クチョール」や「スプーンバス」に比べ効果も確実に期待できるが危険も伴う。カンボジアでの伝統医療教育は始まったばかりであるが、入院して治療を受けることが難しく、治療の多くを「伝統医療」に頼る傾向のあるカンボジアの背景を鑑みた時、東洋医学教育のさらなる高等化により、より質の高い教育を受けた伝統医療者の輩出が喫緊の課題であると考えられる。

## VII. 結論

カンボジア市内の病院の医師、看護師、患者が考える「伝統医療」の効果は、患者、看護師、医師の順でその効果を信頼し、「鍼灸」が一番信頼度が高く、医師、看護師、患者ともに効果があるとの結果を得た。次に「コ・クチョール」、「生薬を飲む・塗る」の順で信頼度が高い結果となっており、「スプーンバス」が一番信頼されていない結果となっていた。カンボジアでは急性疾患には西洋医学で治療を行い、慢性疾患には伝統医療で治療を行う。入院期間の短いカンボジアの人びとは治療の多くを伝統医療に頼る結果となる。カンボジアでは伝統医療者の専門教育が2009年に開始されたところであるが、今後は科学的根拠に基づいた高度専門教育による人材育成が課題と言える。

## VIII. 謝辞

本研究の主旨を理解しご協力いただきましたカンボジア保健省、プノンペン市内の病院の医師、看護師、患者の皆様に深く感謝いたします。

### 文献

- 1) 上野圭一, ほか. いまなぜ代替医療なのか. 東京, 徳間書店, 1998, p.54-56, ISBN978-4198609078.
- 2) 井川一久. カンボジア黙示録. 東京, 田畑書店, 1981年, 171p., ASIN: B000J7NEBG.
- 3) 高田忠典. 地雷の国カンボジアを薬草の国へ. 日本財団, 2018, 2p., [http://www.readyfor.jp/projects/medicme-plants\\_cambodia/announcements/5682](http://www.readyfor.jp/projects/medicme-plants_cambodia/announcements/5682). (参照 2018-06-15).
- 4) 村中陽子, ほか. 看護ケアの根拠と技術. 東京, 医歯薬出版社, 2013, p.97-101, ISBN978-4263235768.
- 5) 高田忠典. カンボジアの民間療法コックチョール. 日本財団, 2012, 3p., <http://www.idononippon.com/information/topics/2012/07/2.html>. (参照 2018-06-15).
- 6) 日本貿易振興機構 (ジェトロ) プノンペン事務所 途上国貿易開発部 JETOR カンボジア. 望産品調査 伝統医療や伝統料理に用いられるハーブ等素材. カンボジア, 日本貿易振興機構, 2012, p.22.
- 7) 日本財団. 地雷の国から薬草の国へカンボジア伝統医療専門家たちの挑戦. 日本財団, 2017, 3p., <http://www.nippon-foundation.or.jp/what/spotlight/asia/story2/>. (参照 2018-06-15).
- 8) 小田なら. 南ベトナム (ベトナム共和国) における伝統医学の制度化. *Japanese Journal of Southeast Asian Studies*. 2016, 53(2), p.217-243.
- 9) 若山育郎. 伝統医学を伝える. 関西医療大学紀要, 2013, Vol7, 巻頭言.
- 10) 谷伸悦, 及川恵美子. ICD改訂の動向について. 「厚生」の指標. 2013(01), 60(1), p.24.
- 11) 日本貿易振興機構 (ジェトロ) プノンペン事務所 途上国貿易開発部 JETOR カンボジア 「有望産品調査 伝統医療や伝統料理に用いられるハーブ等素材」. カンボジア, 日本貿易振興機構, 2012, p.20.