

課題別指針  
母子保健

平成 23 年度 (2011 年度)

独立行政法人 国際協力機構

人間開発部

人間
JR
11-106

## はじめに

この「課題別指針 母子保健」は、世界の母子保健の現状、援助動向、概念や技術標準の概略を紹介したうえで、JICA 事業による協力の方向性や留意点を示すために、JICA 人間開発部が作成したものです。作成にあたっては、作成時点までの国際保健の動向や日本政府の方針などを踏まえ、MDGs4・5の実質的な達成への支援を JICA の母子保健協力における当面の優先事項と考えて編纂しています。これにより、関係者間で母子保健分野に関する基本的な情報・知識の共有を図り、母子保健分野の事業計画の企画、案件形成、案件審査、実施の際の参考とすることを意図しています。

また、この課題別指針を JICA ナレッジサイト等を通じて外部に公開することにより、広く一般の方々にも JICA の母子保健分野の協力に関する基本的な考え方をお知らせしたいと考えています。

なお、JICA では、課題別指針作成対象の課題として、過去には「リプロダクティブ・ヘルス」と「子どもの健康」を分けて扱っていましたが、その後の世界の主な概念の変遷を踏まえて事業の計画や実施にあたっての基本的な考え方を整理した結果、本課題別指針においては両課題を総合し、「母子保健」という継続する一つの分野として取り扱っています。

2011 年 11 月

## 目次

要約	1
開発課題体系全体図	2
用語解説	3
1章 母子保健の概況	11
1-1 世界の母子保健の現況	11
1-2 母子保健関連の概念の変遷	11
1-3 国際的援助動向	12
(1) 2000年以降：MDGsとそれを巡る動き	12
(2) G8における議論と日本のイニシアティブ	13
(3) 主なドナーの動き	13
1-4 わが国の援助動向	14
2章 母子保健の標準的サービス	16
2-1 母子保健サービスの全体像と継続ケア	16
2-2 主な標準的サービス・パッケージ	17
(1) 家族計画 (family planning)	18
(2) 産前ケア (antenatal care: ANC)	18
(3) HIV 母子感染予防 (Prevention of Mother-to-Child Transmission: PMTCT)	20
(4) マラリア予防	20
(5) 助産専門技能者 (Skilled Birth Attendant: SBA) 介助による出産	21
(6) 緊急産科ケア (Emergency Obstetric Care: EmOC)	21
(7) 産後ケア (postpartum care / postnatal maternal care: PNC)	22
(8) 新生児ケア (newborn care / neonatal care)	22
(9) 子どものケアと発達支援	23
(10) 子どもへの予防接種	24
(11) 小児疾病の統合管理 (Integrated Management of Childhood Illness: IMCI)	25
3章 JICAの協力の方向性	26
3-1 JICAが母子保健分野で活動する意義	26
3-2 JICAの母子保健分野の取り組みの基本的な考え方と留意点	26
(1) 基本姿勢	26
(2) 協力の受益者	28
(3) 協力目標のタイプ	28

(4) 協力の切り口	31
(7) 中央行政能力強化	31
(イ) 地方行政能力強化	32
(ウ) 保健医療施設の機能強化	32
(エ) 保健人材の能力強化	33
(オ) コミュニティ(地域住民)の意識向上と体制強化	34
(カ) サービス実行に携わる関係者間の連携強化 (母子手帳の活用を含む)	35
(5) 主たるサービス・パッケージ	36
(a) 産前ケア	37
(b) 助産専門技能者(SBA)による正常出産介助と褥婦・新生児のケア	37
(c) 乳児のケア	38
3-3 今後の検討課題	39
(1) 適正レベルの案件目標の設定と現実的・論理的な指標の設定	39
(2) 経済的インセンティブ導入によるサービス拡充	40
(3) 2015年以降の母子保健協力の必要性	41
付録1 世界の母子保健の現状	42
1-1 MDGsの進捗状況	42
1-2 妊産婦死亡率	43
1-3 世界の妊産婦の死因	43
1-4 5歳未満児死亡率	44
1-5 乳児死亡率	44
1-6 世界の5歳未満児・新生児の死因	45
1-7 途上国における標準的サービスの普及度の例	45
付録2 母子保健分野の代表的なインパクト指標	46
付録3 主なドナーの母子保健に対する取り組み	47
3-1 ヘルス・フォー・プラス (H4+)	47
3-2 米国国際開発庁 (USAID)	48
3-3 英国国際開発省 (DFID)	49
付録4 JICAの母子保健分野の協力事例	51
<協力の切り口ごとの事例>	51
<主たるサービス・パッケージごとの事例>	58
付録5 JICAの母子保健分野の案件内容の傾向	62
付録6 参照すべき文献・ウェブサイト	63
6-1 引用・参考文献	63
6-2 ウェブサイト	66

## 要約

JICA は、持続的な保健システム強化を通じて MDGs4・5 の達成を目指す、日本政府の「国際保健政策 2011-2015」に沿って、母子保健分野の協力の重点を、包括的な母子継続ケアの普及と持続のための保健システム強化に置き、国際的に効果が確認されている標準的な母子保健サービスの導入と拡大を支援して、妊産婦と子どもの死亡の更なる低下を目指す。

その際の JICA の基本的な考え方は次のとおりである。

### (1) 基本姿勢

JICA は単なるサービス実施支援を行うのではなく、サービスの持続的・自立的な実行を支える仕組み・能力の強化を支援する。具体的には(4)に述べる6つの要素の強化を図る。また、協力を行うに際しては、政策レベルでの改善を促す。

### (2) 協力の受益者

JICA の母子保健協力の主な最終的受益者として妊産婦と乳児を想定する。

### (3) 協力目標のタイプ

各案件は、協力相手国のニーズ、援助協調の動向、これまでの事業の流れなどを踏まえて、おおむね、モデル構築、スケールアップ、国内格差是正のいずれかを目指す。

### (4) 協力の切り口

JICA は、母子保健サービスの実行を支える6つの要素 —— (ア)中央行政、(イ)地方行政、(ウ)保健医療施設、(エ)保健人材、(オ)コミュニティ、(カ)これら相互の連携 —— のうち、いずれに適切なサービスの普及・持続の隘路があるのか、他の援助機関がいずれの要素を支援しているのかを分析し、協力の切り口を定める。

### (5) 主たるサービス・パッケージ

JICA は国際潮流、途上国の母子の死因、日本の援助人材確保の可能性などを勘案し、継続ケアの視点を保ちつつ、産前ケア、助産専門技能者による正常出産介助と褥婦・新生児のケア、乳児のケアを中心に取り組みを進める。緊急産科ケアに関しては、適切なりファラル能力・体制の強化と産科ケア施設の整備・アクセス改善を中心に取り組む。

より戦略的に事業を進めるための当面の主な課題としては、次の2点が挙げられる。

(1) 事業成果の对外発信も念頭に、案件形成当初から現実性があり論理的なアウトカム指標を設定すること。

(2) 母子保健サービスへのアクセス改善のための、サービス需要者側/供給者側への経済的インセンティブ実施への協力(特に、有償資金協力)を検討する場合には、サービスの質・量の確保可能性、費用対効果、財政面の持続性などに関する様々な留意点を十分踏まえるとともに、他の援助機関の経験に学ぶこと。

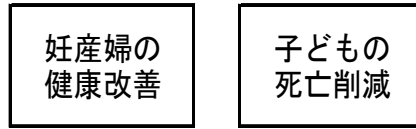
さらなる中期的課題としては、次が挙げられる。

(3) 2015年以降は、MDGs4・5未達成国に対しては母子保健協力を加速化させるとともに、達成国に対してもその母子保健状況を踏まえて必要な場合には取り組みを継続すること。

**開発課題体系全体図**

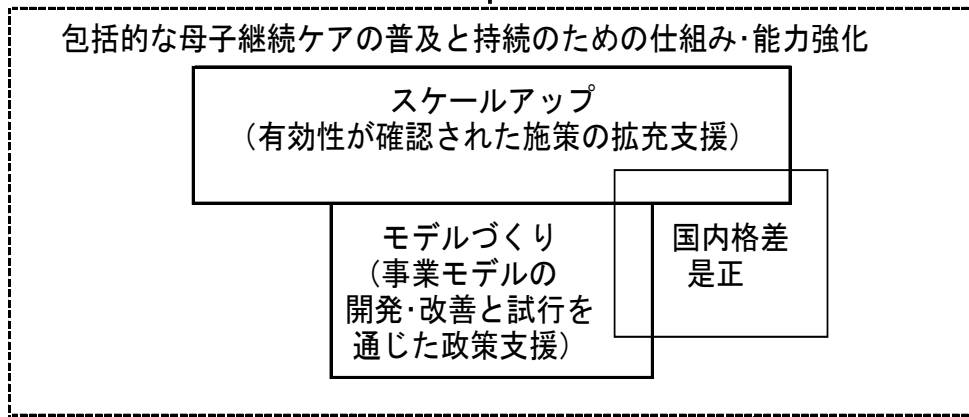
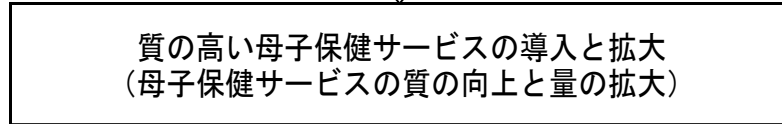
母子保健協力の目標(開発戦略目標)

1章  
3章3-1



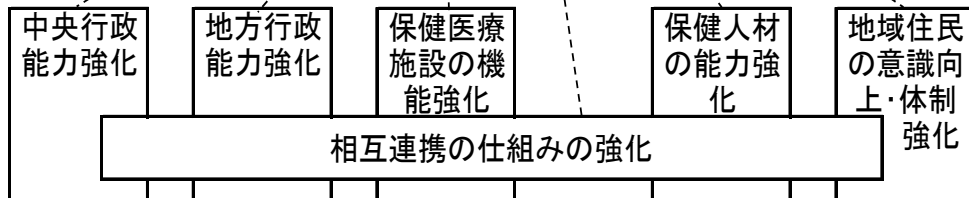
協力目標の類型(中間目標)

3章3-2



サブ目標

3章3-3



用語解説

和名	英名	英略語*	解説
あ アイ・エム・シー・アイ		IMCI	→小児疾病の統合管理
アップガー指数、アップガー・スコア	APGAR score		新生児の健康状態の評価基準。皮膚の色調(Appearance)、脈拍(Pulse)、反射(触覚刺激に対して顔をしかめる・くしゃみをするなど)(Grimace)、筋緊張(Activity)、呼吸(Respiration)についてそれぞれ0-2点の3段階で点数付けし、合計点で判定する。出生5分後の合計点が7-10であれば正常とされる。
アルテミシニン誘導体多剤併用療法、イー・シー・ティー	Artemisinin-based Combination Therapy	ACT	アルテミシニンと他の薬を組み合わせるマラリア治療。クロロキン等、従来からある治療薬に対する薬剤耐性が深刻化しているため、薬剤耐性が現在までに報告されていないACTがWHOから推奨されている。
安全な母性(のための)イニシアティブ	Safe Motherhood Initiative	SMI	1987年にナイロビで開催された「安全な母性のための国際会議」において、2000年までの妊産婦死亡率半減を目標として開始。当初は、UNFPA、UNICEF、WHOなど10機関が中心となり、家族計画、地域での妊産婦ケアなどの分野で活動していたが、その後、SMIは各国政府やNGOを巻き込んだ世界的なパートナーシップになり、妊産婦死亡の主要な死因である5疾患(産後の出血、遷延分娩、子癇、産褥熱、人工妊娠中絶の合併症)に焦点をあて、SBAによる分娩、助産師教育などに焦点をあてて活動している。
アンメット・ニーズ	unmet needs		母子保健分野では、家族計画サービスに関連し、希望する子どもの数、出産間隔など妊娠・出産に関する個人の希望が何らかの理由で叶えられていない状態、またはその結果を指すことが多い。
い イー・ピー・アイ		EPI	→予防接種拡大計画
う ウィメン・デリバリー	Women Deliver (Conference)		MDG5実現に向けた政治的コミットメントと資金を世界規模で引き出すため、UNFPA・UNICEF・世界銀行・WHO・DFID・オランダ外務省・NORAD・Sida・IPPF・Save the Children・PMNCHなどが計画したアドボカシー会議。第1回は、SMI開始20年目にあたる2007年にロンドンで開催され115カ国から2000人が参加、第2回は2010年にワシントンD.C.で開催され146カ国から3400人が参加。第3回は2013年5月にクアラルンプールで開催の予定。
え エイ・アル・ティー		ART	→抗レトロウイルス薬療法
イチ・フォー・プラス		H4+	→ヘルス・フォー・プラス
栄養不良	malnutrition		不十分またはアンバランスな食料摂取、もしくは消費食料の吸収率の悪さが原因で健康を損ねる一連の状態の総称。低栄養(長期に亘る低水準の食料摂取及び/または消費食料の低吸収の結果)と栄養過多(エネルギー必要量に対して過度の食料摂取)の両方を含む。
エス・ビー・エイ		SBA	→助産専門技能者
エンブレイス	EMBRACE		日本政府の「国際保健政策2011-2015」の中で示された、母子の命を守ることに焦点をあてた支援モデル。産前から産後までの切れ目のない手当を確保することを目指す。(EMBRACEは"Ensure Mothers and Babies Regular Access to Care"の頭文字から。)
お オキシトシン	oxytocin	OXT	子宮収縮や母乳分泌を促すホルモン。自然の陣痛が不十分で分娩が進まない場合に、子宮収縮剤(陣痛促進剤)として点滴投与されることがあるが、過強陣痛による胎児仮死・子宮破裂の原因となり得るため、用法を厳守し経過を継続監視する必要がある。また、産後に出血予防のため投与されることもあるが、効果には議論がある。
か カウントダウン	Countdown to 2015 Initiative		母子の死亡率の低減に有効と証明された介入の普及を監視する国際パートナーシップ。様々な組織(国際機関、二国間援助機関、国際学会、大学、NGOなど)や個人が参加。政府や開発パートナーが責任説明を負い、MDGs4・5を達成するための新たな行動を提案するよう要請し、母子の死亡率が高い68カ国におけるMDGs4・5の進捗を監視し、各国の進捗状況を報告書にまとめている。
家族計画	family planning		個人/カップルが子どもの数・出産時期などを計画的に調節すること。社会的な人口抑制計画の一環と位置づけられることが多かったが、本来の家族計画は、避妊・出産間隔調整のみならず、不妊治療など受胎促進も含む私的な家族構成計画のこと。
カップル年で示される避妊法の供給量	Couple years of protection	CYP	1年間にカップルに提供された避妊法の数量やタイプに基づき、ある避妊法の供給が望まない妊娠を予防した推定値。
合併症	complications		母子保健分野の合併症とは、妊娠・出産中に何らかの治療や医学的措置を必要とする症状や病態の総称。妊娠による主な合併症として、貧血・子癇前症・子癇・糖尿病・出血・感染症、出産による主な合併症として、出血・胎盤早期剥離・遷延分娩・分娩停止などが挙げられる。これら産科合併症は、中絶に伴う合併症とともに、妊産婦死亡の大きな原因となっている。

和名	英名	英略語*	解説
ガビ・アライアンス	GAVI Alliance  (The Global Alliance for Vaccines and Immunization より改称)	GAVI (ガビ)	予防接種を通じ、子どもの命と健康を守ることを目的とした官民協働の同盟。2000年の設立から2009年末までに、2億5700万人の子どもの予防接種を行い、540万人の死亡を回避したとされる。また、予防接種実施のための資金を市場調達するなど、保健協力における革新的な資金調達メカニズムとしても注目されている。日本政府は2011年の増資会合にて、2011~2015年に900万米ドル拠出することを公約し、ガビ・アライアンスのドナーとなった。
カンガルー・ケア	kangaroo mother care		出生直後の新生児の保温のため、母親が新生児に直接肌を合わせて(skin-to-skin contact)抱っこすること。当初、保育器不足への対応として実施されたが、新生児を感染源から隔離できたことにより低体温とともに感染も予防でき、低出生体重児の生存率が改善した。養育遺棄の減少という思わぬ効果も見られた。
間欠予防治療	Intermittent Preventive Treatment	IPT	マラリア蔓延地域において、産前健診時などに、その地域で効果を持つマラリア予防薬を妊婦に投与して定期的にマラリア原虫を駆除し、妊産婦と胎児の健康被害を予防する方法。ファンシダール等、胎児に対する副作用が確認されている予防薬も存在するため、特に妊娠初期の投与には注意を要する。なお、乳児に対するマラリア予防薬の投与は「乳児向け間欠予防治療(Intermittent Preventive Treatment in Infants: IPTi)」と呼ばれる。
カンパ宣言	Kampala Declaration		2008年カンパで開催された「第1回保健人材グローバル・フォーラム」で採択された宣言。保健人材に関して緊急性の高い12項目に、官学民等が団結して地球規模で取り組むことを提唱。
基本的緊急産科ケア	Basic EmOC	B- EmOC	感染症発生時の抗生剤の静注・筋注、子癇発症時の抗けいれん剤の静注・筋注、遷延分娩時などの子宮収縮剤の静注・筋注、吸引分娩・鉗子分娩、胎盤用手剥離、その他子宮内遺残物の除去が含まれる。
急性呼吸器感染症	Acute Respiratory Infection	ARI	上気道炎、肺炎など呼吸器疾患の総称。下痢症と並び、途上国の5歳未満児の最大の死亡要因である。
緊急産科ケア	Emergency Obstetric Care	EmOC (エモック、イーモック)	安全な出産を確保し、産婦・新生児の死亡を防ぐための緊急時の包括的産科体制を指す。具体的には入院施設、輸血及び医薬品、手術可能な施設、緊急搬送用機材・車両、専門技術を有する医療技術者による介助などが整備された状態を指す。EmOCの充足度は、①Availability of EmOC facilities、②Geographic distribution of EmOC facilities、③Proportion of all births in EmOC facilities、④Met need for EmOC: proportion of women with major direct obstetric complications who are treated in such facilities、⑤Caesarean sections as a proportion of all births、⑥Direct obstetric case fatality rate、の6つの指標で示される。(①②はプロセス指標、③④⑤はアウトカム指標、⑥はインパクト指標で1%以下が望ましい。)
グローバル・ヘルス・イニシアティブ	Global Health Initiative	GHI	2009~2014年に630億米ドルを投じ、保健システム強化を通じた途上国の保健向上を目指す米国政府の国際保健政策。感染症対策と質の高い保健サービス提供による母子保健向上を重視。
ケア	care		母子保健における保健医療サービスは、基本的には健康な生理現象に対して行われ、「治療(キュア)」というよりは、より健康に周産期を過ごすことを主眼とするもので、「ケア」と呼ぶことが多い。
経口補水液 経口補水塩	Oral Rehydration Solution、 Oral Rehydration Salts	ORS	経口補水療法のお考えに基づき、主に下痢、嘔吐、発熱を伴う脱水症状の治療に用いられる。Na、Cl、カリウム、クエン酸イオンなど電解質とブドウ糖を混合したものが経口補水塩、これを水に溶かした状態のものを経口補水液または経口補液という。
経口補水療法	Oral Rehydration Therapy	ORT	下痢症により引き起こされる脱水に対して、口頭から補液を行う療法。医療知識を持たない人でも簡単に実行できる身近な方法。
継続ケア	Continuum of Care	COC	内容的に継続され一貫性のある保健医療サービスの集合体。母子保健分野の継続ケアとは、思春期・妊娠前→妊娠中→出産→産後(産褥期)/新生児→乳児→幼児という時間の流れや、家庭内→近隣→一次保健施設→地域の病院→大病院のような空間移動によって、女性・子どもへの対応が分断されることなく、母子に対して継続的に提供される保健サービス全体のこと。
下痢(症)	diarrhea		下痢症は急性呼吸器感染症(ARI)と並び、途上国の5歳未満児の最大の死因である。主として、汚染された水・粉ミルク・食物の摂取による消化管感染症が原因であり、主要な病原体は世界中ほぼ同じで、病原性大腸菌、キャンピロバクター菌、サルモネラ菌、赤痢菌、アデノウイルス、ロタウイルス、赤痢アメーバ(原虫)、ジアルジア(原虫)、クリプトスポリジウム(原虫)が挙げられる。
効果的介入	High Impact Intervention	HII	大きな効果があることについての科学的根拠(evidence)がある保健医療サービス。
合計特殊出生率	Total Fertility Rate	TFR	15~49歳の女性の年齢別出生率の合計。一人の女性が生涯に生む子どもの数の平均値と考えることができる。



和名	英名	英略語*	解説
抗レトロウイルス薬療法	Anti-Retroviral Therapy	ART	異なる ARV(抗レトロウイルス薬)を複数種類併用服用する、エイズの発症予防のための治療。母子感染の危険性を下げる効果もある。ARV は飲み忘れると効き目がなくなり、服薬中断による薬剤耐性の発生も懸念されるため、ART を始めた HIV 感染者は一生に亘り毎日服薬せねばならず、服薬指導や患者支援が重要とされる。2010 年 7 月現在、世界で 500 万人以上が ART を受けている。
5 価(ごか)ワクチン	pentavalent vaccine		ジフテリア、百日咳、破傷風、B 型肝炎、ヒブの 5 種混合ワクチン
国際家族計画連盟	International Planned Parenthood Federation	IPPF	世界 148 カ国の加盟団体を結ぶネットワークで、リプロダクティブ・ヘルス(RH)のためのサービス提供やキャンペーンを実施する非政府組織。ロンドンに本拠地を置き、RH 分野で世界最大の組織。
国連合同エイズ計画	The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS	UNAIDS (ユニーエヌ・エイズ)	1996 年に発足した、国連システム全体として HIV/エイズ対策に取り組むための調整機関。10 の国連機関が共同スポンサーとなり、各機関が有する資金、専門性、ネットワークの調整と強化を行いながら、途上国のエイズ対策強化支援を行っている。
国連人口基金	United Nations Population Fund	UNFPA	全ての女性・男性・子どもが、健康な生活を送り、平等な機会を享受できる世界を実現することを使命とする国連開発機関。①人口と開発、②性と生殖に関する健康/権利、③ジェンダーの平等を重点領域として、世界の人口問題に取り組んでいる。1967 年、人口分野の諸活動強化のための基金として「国連人口活動信託基金」の名で設立、69 年に国連活動基金(United Nations Fund for Population Activities:UNFPA)に改称、88 年に現在の「国連人口基金」に改称されたが、略称はそのまま使用されている。
国連婦人の十年	United Nations Decade for Women		国連が、1975 年を国際婦人年と定め、平等・開発・平和のテーマの下、メキシコシティで開催した第 1 回世界女性会議において定められた 1976~1985 年の 10 年間のこと。同会議は「世界行動計画」を採択し、同計画に基づいて各国は国内行動計画を策定・実施することになった。中間年である 1980 年にはコペンハーゲンで、同計画の達成状況を把握し、後半 5 年間の活動方針を決める第 2 回世界女性会議が開催され、最終年の 1985 年にはナイロビで第 3 回世界女性会議が開催された。
5 歳未満児	child(ren) under (age) 5, under-five child(ren)	U5	日本では小学校就学直前までの子どもを「幼児」と定義することが多いが、国際的には「幼児」は定義されておらず、5 歳未満児を保健統計の対象としている。5 歳未満児は乳児を含む。
5 歳未満児死亡率	Under 5 Mortality Rate	U5MR	出生時から 5 歳になる日までに死亡する確率。出生 1000 人当たりの死亡数で表す。MDG4 の目標達成度を測る指標の一つ。(「乳幼児死亡率」という指標は国際的に存在しないことに注意。)
59 カ条			低リスクの妊婦を正常分娩に導き安全に介助するための技術的指針「Care in normal birth: a practical guide」(WHO、1996 年)のこと。正常分娩のケアとして世界で行われている 59 種の介入を、科学的根拠に基づき、有効なもの、無効・有害なものなどに分類している。
子どもの発達 (日本語の定訳はない)	early child(hood) development  (WHO・世界銀行は child、UNICEF は childhood を使用)	ECD	8 歳未満の子ども(注)とその親・保護者のための政策とプログラムに関する包括的なアプローチを指し、子どもがもって生まれた認知的、情緒的、社会的、身体的能力を十分に伸ばす権利を守ることを目指す。ECD には、子どものニーズを満たすための、家庭とコミュニティでの保健、栄養、教育、水と環境衛生面のサービスが不可欠である。 (注) 教育セクターでは就学前までの子どもを指す場合もある。
ゴビ、 ゴビ・エフ・エフ・エフ	GOBI、 GOBI-FFF	GOBI (ゴビ)	1982 年に UNICEF が提唱した「子どもの生存革命(Child Survival Revolution)」というイニシアティブのスローガン。子どもの生存革命の手段となる次のサービス(最初は 4 つ、後に拡大版として 7 つ)の頭文字を並べたもの。Growth monitoring(成長モニタリング)、Oral rehydration therapy(経口補水療法)、Breastfeeding(母乳育児)、Immunization、Food supplementation(栄養補給)、Family planning、Female literacy または female education
コミュニティ・アイ・エム・シー・アイ	Community-(based) IMCI	C-IMCI	子どもが病気になったときの適切な受診行動、栄養改善、家庭でのケアと、医療従事者から指示された治療の遵守、コミュニティを巻き込んだ小児保健活動の計画策定とモニタリング。
さ 殺虫剤処理蚊帳	Insecticide Treated Net	ITN	マラリアの感染予防に最も一般的なものは蚊帳の使用であるが、蚊に刺されなくするだけでなく、蚊帳の外面に止まったときに殺虫剤が作用するよう、パーメスリン系殺虫剤を浸潤させた蚊帳の使用が進められている。通常 ITN の薬剤有効期間は 6 ヶ月程度で、定期的な殺虫剤の再塗布が必要とされるが、途上国では難しいことも多いため、近年では 5~6 年の有効期間を持つ長期耐久殺虫剤処理蚊帳(LLITN)の使用が進められている。
産科救急ケア		EmOC	→緊急産科ケア

和名	英名	英略語*	解説
産科瘻孔 (さんかろうこう)	obstetric fistula		性感染症、中絶、不衛生な出産、多産などにより、膣や子宮が破損する疾患。途上国に多く見られ、手術による機能回復が可能であるにもかかわらず取り組みが遅れている。糞尿漏れによる臭いや皮膚のただれから差別や離婚につながることも多い。
産後ケアの受診率 (日本語の定訳はない)	Postnatal Care for mother	PNC for mother	産後一定期間内(2日、3日、7日、6週間など、国により異なる)にケアを受けた女性の比率(%)。母子保健分野のアウトカム指標の中では調査が遅れているが、DHSにより入手可能な国が多い。産後ケア(PNC)には、出産後の母体回復、合併症予防、母乳哺育・育児の指導、精神的支援などを含み、産前ケア(ANC)とともに安全な出産、妊産婦死亡・新生児死亡の低減に不可欠とされる。
産褥 (さんじょく)	post partum		妊娠・出産に起因する母体の変化が、出産後、妊娠前の状態に戻るまでの期間。産後42日(6週間)未満の状態を特徴づける用語としても使われる。この時期の女性を褥婦(じょくふ)という。
産前ケア、産前健診 (産前検診と表記される場合もある)	Antenatal Care、Pregnancy Care	ANC	体重・血圧測定、腹部・子宮などの診察、胎児心音の聴診、尿検査などによる妊婦と胎児の状態の監視、リスク評価・合併症の発見、破傷風の予防接種、貧血の予防・治療、梅毒検査・治療、HIV検査・陽性者へのART、マラリアの間欠予防治療などを行い、栄養・母乳哺育・生活習慣や妊娠中の危険な徴候についての指導も行う。産後ケア(PNC)とともに安全な出産、妊産婦死亡・新生児死亡の低減に不可欠とされ、WHOは最低4回の産前健診を推奨している。
産前ケアの実施率	Antenatal Care Coverage	ANC Coverage	15~49歳の女性で、妊娠中に少なくとも1回、助産専門技能者によるケアを受けた女性の比率(%)。DHS、MICSで入手可能。
子癇 (しかん)	eclampsia		妊娠高血圧症(過去に妊娠中毒症と称された症状)の最も重症なものの一つで、意識喪失と反復する全身のけいれんが特徴。発症の時期によって、妊娠子癇、分娩子癇、産褥子癇の3つに分けられる。特別な治療法はなく、高血圧の進展予防が重要。子癇発生時は抗けいれん剤(マグネシウム)投与、早期娩出、全身管理などを行う。
子宮内避妊器具	intrauterus contraceptive device	IUD、IUCD	妊娠を望まない期間中、子宮頸部内に留置して用いる。可逆的で失敗率の低い避妊手段として世界(とりわけ中国)で多用されている。装着と除去は専門教育を受けた保健従事者が行う必要がある。銅付加IUD、黄体ホルモン付加IUDの2種類あり、前者は授乳の際にも安全と考えられている。連続装着できる期間はIUDの種類によるがおよそ5~12年程度。
周産期死亡率	Perinatal Mortality Rate	PMR	年間出産数に対する、年間の妊娠満22週以後の死産と早期新生児死亡の合計数の比率。出産1000に対する死産・死亡の合計数で表す。出産数とは、出生数と妊娠満22週以後の死産数の合計。
出産間隔	birth spacing		通常、出産から次の出産までの間が24ヶ月未満であると母体への負の影響が大きいとされ、母体保護の観点から出産間隔を空けることが推奨される。多産は経済的な観点からも子どもの養育・健康に影響すると指摘されている。産後ケアの一環として指導する。
条件付現金給付	Conditional Cash Transfer	CCT	WHOによると、貧困層が特定の行動を行う条件を達成した見返りに現金を給付すること。1990年後半、メキシコ、ブラジル、コロンビアなど南米諸国を中心に始まった。社会保護のメカニズムから派生した需要者重視の介入で、現金は保健サービス利用向上の動機付けとして使用される。
小児疾病の統合管理	Integrated Management of Childhood Illness	IMCI	5歳未満児を対象に予防可能な5大疾病(肺炎、下痢、麻疹、マラリア、低栄養)の予防・ケア・治療を改善し、子どもの死亡を減らすことを目的とした世界的戦略。①保健医療従事者の症例管理能力の向上(Clinical IMCI)、②保健システム強化、③家庭および地域での子どものケアの改善(Community-based IMCI)の3要素から成る。
助産師	midwife		国により資格、能力、業務範囲も異なるが、出産介助に加え、母体保護、乳児の哺育指導、家族計画など、広く母子保健を支援する医療技術者である。正常出産のケアについてよく訓練されており、母子の異常の発見・医学的援助の要請・医学的援助が得られない場合の緊急措置も実施できる。日本では助産師は看護師資格を併有しているが、そうではない国(看護師資格がなくても、3~4年間の助産師養成課程により助産師資格が取得できる「ダイレクト・エントリー」制度を採る国)や助産師という資格自体がない国も多い。
助産専門技能者	Skilled Birth Attendant	SBA	正常な妊娠、合併症を伴わない分娩及び産後ケアの管理、妊産婦・新生児の異常時に際しての適切な診断・管理・上位医療機関への患者紹介・搬送などについて、教育・研修を受けて専門技能を習得し、公に認定された保健従事者(助産師、医師、看護師)。定義上、臨床経験年数は問わない。世界共通の具体的資格認定基準は存在しない。
助産専門技能者による出産	Birth attended by SBA		助産専門技能者が付き添う出産の比率。DHS、MICSで入手可能。

和名	英名	英略語*	解説
女性性器切除	Female Genital Mutilation, Female Genital Cutting	FGM FGC	女性性器のすべてまたは一部を切除する伝統的習慣。サブサハラアフリカ、中近東、一部のアジアに見られ、毎年200万人以上が施術されているといわれる。弊害として、尿路感染症、月経困難症、不妊に繋がる骨盤感染症、困難な出産など産科的障害のほか、女性の精神面への影響が指摘されている。
女性と子どもの健康の実現に向けた世界戦略	Global Strategy for Women's and Children's Health		2010年9月、国連MDGsサミットの際に藩国連事務総長が発表。2011～2015年の間、最貧国49カ国において、1500万人の5歳未満児の死亡や3300万の望まない妊娠を予防することなどを目標としている。2009年の国連総会で採択された「Global Consensus for Maternal and Child Health」が、本戦略の下敷きとなった。
人口保健調査	Demographic and Health Survey	DHS	人口・健康に関連する大規模な世帯調査。75カ国以上で行われ、予防接種、栄養、マラリア、HIV/エイズ・性感染症に関する情報が定期的に(4～5年に一度)収集分析されている。保健分野の各種データ入手に最も活用される統計調査。
人口と開発に関する国際会議	International Conference on Population and Development	ICPD	1994年9月にエジプトで開催され、カイロICPD「行動計画」を採択した。同「行動計画」は、2015年までに①リプロダクティブ・ヘルス・サービスへの普遍的アクセス、②5歳未満児死亡率と妊産婦死亡率の大幅削減、③男女間の公平・平等と女性のエンパワメント、④初等教育への普遍的アクセス、⑤教育における「男女間格差」の是正の実現を求めている。
新生児	neonate, newborn		生後28日未満の乳児。(出生日を0日と数える。)
新生児死亡率	Neonatal Mortality Rate	NMR	出生時から28日目になるまでに死亡する確率。出生1000人当たりの死亡数で表す。
新生児(マス)スクリーニング	neonatal screening		新生児に対する先天性代謝異常等6疾患(フェニルケトン尿症、ガラクトース血症、メイプルシロップ尿症、ホモシスチン尿症、先天性副腎過形成症、先天性甲状腺機能低下症(クレチン症))の早期発見・早期治療開始のための検査。新生児のかかとかから数滴の血液を採取して検査する。
垂直感染			→母子感染
成果に基づく支払い	Performance-Based Payment, Performance-Based Financing	PBP PBF	WHOによると、検証可能な行動または予め決められたパフォーマンス目標の達成を条件とする支払い/資金供与。保健分野では、一定のサービス供給に対する、ドナーから被援助国への資金の振替やサービス提供者/提供組織への支払いを指す場合もある。Results-Based Payment / Financing (RBP / RBF)とも言う。
性感染症	Sexually Transmitted Infection	STI	性行為を通じて感染が拡大する疾病の総称。淋病、梅毒、クラミジアなど、未治療の性感染症はHIV感染の確率を数倍～数十倍に引き上げることから、これら性感染症の治療はHIV感染予防に有効な介入である。HIV/エイズも性感染症の一つである。
正常分娩	normal delivery		正期(妊娠37週以降42週未満)に自然に陣痛(10分以内間隔の規則的な子宮収縮)が始まり、成熟した胎児が頭位(頭が下=逆子でない状態)で自発的に生まれ、母子ともに障害や合併症がない分娩。吸引分娩・鉗子分娩・帝王切開などは異常分娩に分類される。
成長モニタリング	growth monitoring		0～5歳児の発育をWHO策定の基準(Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height, body mass index-for-age)と照合して測定するもの。
性と生殖に関する健康および権利		RH	→リプロダクティブ・ヘルス
世界エイズ・結核・マラリア対策基金、世界基金	Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria	GFATM (グローバル・ファンド)	2002年設立の官民パートナーシップによる独立組織。途上国におけるHIV、結核、マラリアがもたらす影響の緩和に持続的・優位に貢献するための資金を集め、管理し、分配している。2010年4月までに、153カ国のエイズ・結核・マラリア対策プロジェクトに対し、総額約162億米ドルが拠出されている。
世界行動課題	Agenda of Global Action	AGA	2008年カンパラで開催された「第1回保健人材グローバル・フォーラム」で採択された、保健人材に関し地球規模・地域・国レベルで対処すべき課題を明らかにしたもの。①リーダーシップ、②エビデンス、③教育、④定着、⑤人の移動、⑥投資、の6つの分野の課題と、各々の課題に対する戦略が記されている。
遷延分娩(せんえんぶんべん)	prolonged labour		初産婦で30時間以上、経産婦で15時間以上かかって子どもが生まれにくいこと。原因としては、微弱陣痛、軟産道強靱、児頭骨盤不均衡、回旋異常などが考えられる。緊急産科ケアとして、吸引分娩・鉗子分娩、場合により、帝王切開による早期娩出が必要となる。

和名	英名	英略語*	解説
全国一斉投与デー 全国予防接種デー	National Immunization Day	NID	国などが定めた、国民を対象に特定疾患に対する予防接種を行う日。定期予防接種が確立していない国において、国全体で日を限ってキャンペーンを実施することで、予防接種のカバー率の向上を目指す。今なお多くの国で実施されているが、もともと補完的対策であり、定期予防接種に取って代わるものではない。
そ 早期新生児	early neonate		生後7日未満の新生児。(出生日を0日と数える。)
た 代替指標、 代用指標、 プロキシ指標	proxy indicator		あるものごとの状況を把握するために、そのものごとを直接測定することが困難である場合に、論理的に関連の深い別のものごとを測定して、本来測定したかったものごとの状況把握の手段とするもの。例えば、施設に勤務する保健従事者の手洗い励行を通じた手指の清潔度を見るための代替指標として、その施設における手指消毒薬や石鹸の消費量または供給量を見るなど。
胎盤用手剥離/除去	manual removal of placenta		何らかの原因で、子どもが生まれた後長時間、胎盤が自然に出てこない時、手で胎盤を子宮から剥がして取り出す手術。
ダイレクト・エントリー	direct entry		母子保健分野では、助産師の教育制度のうち、看護師養成課程を経ず助産師専門の養成課程のみで、助産師資格が取得できる制度。
ち 地域保健	community health		地域社会集団の健康生活のための活動。行政機関のサービス、地域住民による自主的活動、専門機関による活動がある。地域保健の原則は、地域社会の人々に対する健康阻害因子を取り除き、健康促進因子を助長して健康な生活へと導く努力をすることである。
治療用インスタント食品	Ready-to-Use Therapeutic Food	RUTF	「そのまま食べられる栄養食品」とも訳される。栄養価が高く、調理・調合が不要で、長期保存できるように水分が少なく、持ち運びが便利なことなどを特徴とする援助用食品。商業化されたものとして、「ブランビー・ナッツ」、ビスケット状の「BP100」がある。
て デー・イチ・イス		DHS	→人口保健調査
伝統的産婆	Traditional Birth Attendant	TBA	正規の専門的訓練を受けておらず、伝統的に、かつ保健システムから独立的に、コミュニティで妊娠・出産・産後の世話をを行う者。専門知識が不十分で、非識字で呪術や伝統医療に頼る者も多い。TBAによる出産介助で妊産婦に異常が起こった場合に、適切な対応ができないことが問題視されている。一方で、TBAによる正常分娩の介助は、「人間本来が持つ力を尊重した出産ができる」と評価され、地域で厚い信頼を集めるTBAも少なくない。限定的にTBAによる分娩介助を認めている国もある。TBAに医療知識習得の機会を与える国や地域もあるが、効果は疑問視されている。
と 統合的小児疾患管理		IMCI	→小児疾病の統合管理
に 乳児	infant		1歳未満の子ども。新生児を含む。
乳児死亡率	Infant Mortality Rate	IMR	出生時から1歳になる日までに死亡する確率。出生1000人当たりの死亡数で表す。MDG4の目標達成度を測る指標の一つ。
× 乳幼児死亡率			日本語の文書で散見されるが、日本では乳幼児は就学前の子どもを指し、5歳未満児と一致しない。JICAの事業に関しては、国際的に定義され標準的に用いられている指標とその定訳(IMR=乳児死亡率、U5MR=5歳未満児死亡率など)を用いることとする。
人間的なお産	humanized birth、		本来自然な生理現象であり病気としての管理は必要ないはずの正常出産に対する過剰な医療介入への疑問から、妊産婦の人間性を重視した「出産・出生のヒューマニゼーション」が提唱されるようになった。人間的なお産の実現のためには、助産師など保健従事者の能力・態度、妊産婦のリスク評価、妊産婦側の自覚が重要な意味を持つ。1996～2001年にJICAが実施した「光のプロジェクト」は、当時帝王切開率が40%に及ぶと言われたブラジルで人間的なお産を推進した。
人間的(な) (出産)ケア	humanized care		
妊産婦死亡率	Maternal Mortality Ratio (Rateではない)	MMR	年間出生数に対する、妊娠中または妊娠終了後42日未満の女性の妊娠・出産を原因とする年間死亡数の比率。出生10万に対する死亡数で表す。MDG5の目標達成度を測る指標の一つ。
妊産婦・新生児・子どもの健康パートナーシップ	Partnership for Maternal, Newborn and Child Health	PMNCH	MDGs4・5の達成を目的に2005年に発足。母子保健に携わる政府機関、医療従事者組織、国際機関、NGO、学術機関などが参加。事務局はWHOに置かれている。妊産婦・新生児・子どもの健康の改善のため、グローバル、地域、国家レベルの活動を強化・協調させる目的で、国家への支援、政策提言、効果的な介入、モニタリングと評価を中心に活動している。
妊娠高血圧症(候群)	pregnancy induced hypertension	PIH	妊娠20週以降(典型例では37週以降)に発現し産後6週までに消失する高血圧(血圧140/90mmHg以上)。過去には妊娠中毒症と称されていた。子癇前症、子癇、高血圧性脳症、腎不全など母体死亡のリスクを増大させる。随伴的症状として蛋白尿、浮腫も見られる。軽症であれば、安静、食事療法などの治療が有効な場合もある。

和名	英名	英略語*	解説
妊婦健診		ANC	→産前健診
は 敗血症	sepsis		細菌感染が全身に波及して発症する急性循環不全で、ショック・多臓器不全などで死に至ることが多い重篤な状態。もともとの体力低下を背景としていることが多く、妊産婦・新生児の大きな死因である。清潔な分娩介助など、感染予防が重要であり、感染症発症時は早期の抗生剤投与により敗血症への進展阻止に努める。
パルトグラフ (日本語でパルトグラムとも)	partograph		出産介助者による詳細な分娩記録。時間を横軸とするグラフに、出産の進行・産婦の状態などを一目でわかるように記入する。産婦と胎児の安全を観察するための、簡単に信頼性が高いツール。
ひ 必須新生児ケア	Essential Newborn Care	ENC	途上国の限られた保健医療体制のもとでも新生児死亡率を減らすことができる取り組みとして WHO が推奨するガイドライン。新生児ケアの基本三大原則である保温・栄養(授乳)・感染防止を行動化したもの。
避妊実行率	Contraceptive Prevalence Rate	CPR	リプロダクティブ年齢(通常 15~49 歳)の女性またはその夫/パートナーが、何らかの避妊法を用いている率。未婚者を調査対象から除外するケースが多く、現実を正確に反映していない可能性があるとの指摘もあるが、DHS、MICS で入手可能。避妊法のうち近代的な手段(男女の不妊手術、IUD、ホルモン法(ピル、ホルモン剤注射、ホルモン剤皮下埋没など)、バリア法(コンドーム、殺精子剤など))を用いている率は、近代的避妊実行率(CPR of modern methods)として表す。なお、伝統的な(近代的でない)避妊法には、周期的禁欲、膈外射精、長期間授乳無月経法がある。
ヒブ	Haemophilus influenzae type B	Hib (ヒブ)	細菌性髄膜炎を引き起こすヘモフィルス・インフルエンザ血清 b 型菌。WHO は乳児へのヒブワクチン接種を推奨している。
微量栄養素	micronutrient		人の発達、代謝機能の調整・維持に微量ながら必要とされるミネラル・ビタミン。妊娠中・授乳中・成長期に欠乏すると健康に重大な影響を及ぼす。1990 年の世界子どもサミットや 1992 年の国際栄養会議で欠乏症対策の必要性が指摘された。途上国の母子の間での欠乏が多い代表的な微量栄養素は 鉄、ヨード、ビタミン A。
ふ 複数指標クラスター調査、 マルチ指標クラスター調査	Multiple Indicator Cluster Survey	MICS (ミックス)	ユニセフが 1995 年の世界子どもサミットを契機に開発した途上国の子どもと女性の状況に関する統計調査。従来ほぼ 5 年毎に行われ、第 4 回調査(MICS4)は概ね 2009~2010 年にかけて実施されたが、第 5 回以降は 3 年毎の調査が提唱され、MICS5 は 2015 年の MDGs サミットに間に合うよう 2012~2014 年に実施される予定である。MICS の調査内容は DHS と似通っている。
プライマリ・ヘルス・ケア	Primary Health Care	PHC	健康は誰もが享受できる権利であることを明言した 1978 年のアルマ・アタ宣言で掲げられた 8 つの基本活動(健康教育、安全な水の確保、予防接種奨励を含む母子保健推進、風土病対策、必須医薬品の供給、コミュニティ保健ワーカーの活用、一般的疾患への対策、栄養改善)を指す。これらは廉価で、貧困地域でも全ての住民が健康であるために最低限必要な活動と位置づけられている。
へ ヘルス・フォー・プラス	Health Four Plus	H4+	母子保健関連活動を調和・加速させるために 2008 年に WHO、UNFPA、UNICEF、世界銀行が立ち上げた機関間パートナーシップ(H4)に、UNAIDS が 2010 年に加わって H4+ となった。
ほ 包括的緊急産科ケア	Comprehensive EmOC	C-EmOC	基礎的緊急産科ケアに加えて、帝王切開と輸血などが含まれる。
保健システム強化	Health Systems Strengthening	HSS	保健行政・制度の整備、医療施設の改善、医薬品供給の適正化、正確な保健情報の把握と有効活用、財政管理と財源の確保といったプロセスを実際に動かしたり、人々に直接保健医療サービスを提供したりする人材の育成と管理などの仕組み全体を「保健システム」と呼び、その強化を包括的に行うこと。
保健施設での出産	Institutional delivery		調査前 2 年間に出産した 15~49 歳の女性のうち、保健施設で出産をした女性の比率。
母子感染予防	Prevention of Mother-To-Child Transmission (of HIV)	PMTCT	HIV 陽性の母親から胎児または乳児に対する、主に出生前・出産中・授乳中の HIV 感染予防対策。母子感染の多くは経胎盤(子宮内感染)であるが、産道感染、母乳感染の場合もある。妊娠 14 週以後の妊婦に対する ART により、母子感染の確率を 1%程度にまで減少できると言われているが、妊婦が自らの HIV 感染を知らない、安全な施設分娩へのアクセスがない等の理由で、母子感染予防の効果はサブサハラ・アフリカなどで限定的である。2008 年には世界で 43 万人の乳児が母子感染で HIV に感染したと推計される。(母子感染とは母親から子どもへの病気の感染を指す言葉だが、近年は HIV の母子感染が途上国で大きな問題となっており、「HIV の」との特記なしに HIV の母子感染を指す場合が多い。)

和名	英名	英略語*	解説
母子保健	Maternal and Child Health, Maternal, Newborn and Child Health, Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health	MCH MNCH RMNCH	もともとは子どもが心身ともに健やかに育つことを目的に、その前提となる母親の健康維持のための保健事業を、子どもの生存と発達(Child survival and development)のための保健事業と合体させた包括的概念。1990年代後半から、5歳未満児の中でも新生児の死亡があまり低減しないことが問題視され、2000年代初頭から、maternal, newborn and child health という言葉が多く使われるようになった。2011年G8ドーヴィルサミット前後からは、reproductive, maternal, newborn and child health という言葉も使われるようになったが、意味や使い方は同じと考えてよい。
ポリオワクチン	Oral Polio Vaccine  Inactivated Polio Vaccine	OPV  IPV	ポリオ(急性灰白髄炎)(かつて小児麻痺と呼称)には有効な治療法がなく、ワクチンによる予防が重要である。ポリオワクチンには、経口生ポリオワクチン(Oral polio vaccine: OPV)と、注射によって接種する不活化ポリオワクチン(Inactivated polio vaccine: IPV)がある。OPVは、訓練を受けた保健従事者以外でも投与可能で、短時間に多人数に接種でき、低価格という利点はあるが、生ワクチンのため、ポリオ感染を起こす可能性がある。IPVにはその危険はない。途上国ではOPVが広く使用されているが、アジア・南米の一部などでIPVに切り替える国も出てきている。先進国ではIPVが普及しているが、日本では2011年現在OPVが主流。
み	ミックス 3つの遅れ	MICS	→複数指標クラスター調査 母子保健分野においては、多くの途上国における妊産婦死亡の背景にあると言われている次の3つの課題を指す。①第1の遅れ：合併症など問題が起こったときに医療施設で診てもらおうとする決断の遅れ(住民の知識・意識の不足や社会文化的制約、SBA介助のない出産などの問題)、②第2の遅れ：決断してから医療施設を見つけてたどり着くまでの遅れ(アクセスの問題)、③第3の遅れ：たどり着いた医療施設で適切な治療を受けるまでの遅れ(施設・設備の不備、医療従事者の不在や能力不足、治療費確保困難などの問題)。
や	薬剤浸潤蚊帳	Insecticide Treated Net	ITN →殺虫剤処理蚊帳
よ	幼児		日本では小学校就学直前までの子どもを「幼児」と定義するが、国際的には「幼児」は定義されておらず、この用語をJICAの事業に関して不用意に使うと混乱するので、原則として使わないこととする。「乳幼児」も同様。
	予防接種拡大計画	Expanded Program on Immunization	EPI ワクチンで予防できる疾病(vaccine preventable diseases: VPD)(結核、ポリオ、ジフテリア、百日咳、破傷風、麻疹等)に対する予防接種を行う事業。安価で効果的なワクチンの確保、ワクチンの冷蔵流通システム(コールドチェーン)の整備、事業実施やモニタリングに携わる人材の育成、予防接種の知識普及、疾患調査などが包括的に行われている。
り	リスク	risk	母子保健の文脈では、「高リスク出産」など、妊娠・出産をする女性とその子供に予想される生命の危機や病気などの危険性を指すことが多く、妊産婦の年齢・体格、過去の妊娠・出産経験の有無と経過、多胎妊娠か否か、持病・合併症の有無、胎児の位置や向きなどがリスク要因となり得る。産前健診と出産時の診察によりリスク評価を繰り返し行い、リスクのレベルに見合ったケア(場合により高次医療機関へのリファー)を行う必要がある。
	リファー、 リファラル、 レファラル	refer、 referral	簡単な診療は診療所(一次施設)で行い、高度な医療が必要と判断されるような重篤な疾患の患者は地域の中核病院(二次施設)へ、さらには設備・スタッフの充実した総合病院(三次施設)へ移して診療するといった、上位医療機関への患者の紹介・搬送。
	リプロダクティブ・ヘルス、 リプロ・ヘルス	(Sexual and) Reproductive Health (and Rights)	RH 人間の生殖システムおよびその機能と活動過程のすべての側面において、単に疾病・障害がないというばかりでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態にあること。つまり、人々が安全で満ち足りた性生活を営むことができ、生殖能力を持ち、子どもを持つか持たないか、いつ持つか、何人持つかを定める自由を持つことを意味する。さらに安全で効果的、安価で利用しやすい避妊法についての情報やサービスを入手することが含まれる。
ろ	6価(ろっか)ワクチン	sexivalent vaccine	ポリオ、ジフテリア、百日咳、破傷風、B型肝炎、ヒブの6種混合ワクチン。

\*英略語は、一般的にアルファベット羅列以外の読み方をする場合のみ、読み方を括弧書きで示してある。

## 1章 母子保健の概況

### 1-1 世界の母子保健の現状

国連ミレニアム開発目標(MDGs) 8つのうち3つ(目標4: 子どもの死亡削減、目標5: 妊産婦の健康の改善、目標6: HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延防止)は保健に直接関連する目標であることからわかるように、保健は開発における重要課題である。しかしながら、これら3つの目標について、2010年9月のMDGs国連首脳会合で、「状況は改善されつつあるが、従前のペースでは2015年までに目標値を達成することはできない」との見解が示された。(付録1-1参照。)

国連によると、5歳未満児死亡率は、1990年の88から2010年には57と35%減少したが、依然年間約760万人の5歳未満児が死亡し、そのほとんどはサブサハラ・アフリカ、南アジア諸国などの途上国で起きている。妊産婦についても、主に妊娠中または出産中の合併症が原因で1990年に約54.6万人が死亡した。2008年の死亡数は35.8万人と約34%減少したが、これらの死の大多数は途上国で起きている。主な死因は出血や感染等であり、十分な施設や保健従事者がいれば防ぎ得るものが多い。(付録1-2、3、4、5、6参照。)

このような状況を踏まえ、潘基文国連事務総長は上記首脳会合において「女性と子どもの健康の実現に向けた世界戦略」(Global Strategy for Women's and Children's Health) を発表し、世界を挙げて母子保健の取り組みを強化すべきこと、最貧国49カ国でのMDGs4・5達成のためには2015年までに1690億米ドルの資金不足が見込まれることなどを訴えた。これを受け、日本を含む国連加盟国政府、国際機関、民間企業、研究機関、市民組織等が母子保健分野で合計400億米ドル強の支出を公約した。

### 1-2 母子保健関連の概念の変遷

1987年ナイロビでUNFPA、世界銀行、WHOの後援で「安全な母性のための国際会議」(Safe Motherhood Conference) が開催され、「安全な母性イニシアティブ」(Safe Motherhood Initiative) が立ち上げられた。これにより、妊産婦死亡の削減に向けて世界的なキャンペーンが始まった。この会議の背景には、保健の専門家たちの注意を途上国の妊産婦が抱えるリスクに振り向けた2つの大きな出来事がある。一つは、1985年に「途上国における母子保健事業は女性を死に至らせる原因について注意を払っておらず、もっぱら子どもだけが裨益している」との指摘が研究者からなされたこと、もう一つは、同じく1985年、「国連婦人の十年」(UN Decade for Women) (1976~1985年)を締めくくる会議において、WHOが「毎年50万人の女性が産科合併症で死亡している」と公表し、これが世界中の女性問題活動家の知るところとなったことである<sup>1</sup>。

その後、世界各地で安全な母性に関する会議が開催され、性と生殖に関する健康・権利(以下、リプロダクティブ・ヘルス)の中核的な要素として安全な母性が理解され始めてきた頃、1994年にカイロで「人口と開発に関する国際会議」(ICPD) が開催された。この会議をきつ

<sup>1</sup> Starrs, AM, Safe motherhood initiative: 20 years and counting. Lancet 2006; 368: 1130-1132.

かけに、人口をマクロの変数と捉えその増加を経済開発の阻害要因と見做す人口増加抑制の考え方に代わり、個に焦点を当てて全てのカップル・個人のリプロダクティブ・ヘルスの向上を重点課題とする考え方が主流となった。その後、妊産褥婦の生存の重要性は、2000年にMDGsの目標の一つとして取り入れられることで再認識されることになる。

また、1990年代を通じて、世界でHIV感染が急増し1996年にはUNAIDSが設立されるなどHIV/エイズ問題への取り組みが国際的に強化されるなかで、性産業従事者を始めとする脆弱な女性層への支援や母子感染予防の重要性が認識されるようになり、感染症とリプロダクティブ・ヘルスとの関係が注目されるようになってきた。このことから、ICPDの目標にHIV感染予防手段や検査・カウンセリングへのアクセス向上が掲げられ、2001年の国連エイズ特別総会においてHIV母子感染の半減が目標として宣言されることになる。

その一方で、1990年代後半になると、子どもの中でも、生後28日未満の新生児の死亡の低減が遅れていることが問題視され、2000年にはセーブ・ザ・チルドレン、WHO、UNICEF、世界銀行などのイニシアティブにより「健康な新生児のためのパートナーシップ」(Healthy Newborn Partnership)が立ち上がった。その後、新生児死亡の低減における母親の役割の重要性について認識が高まるに伴い、同パートナーシップは、2003年に母性と新生児をセットで考える「安全な母性と新生児の健康パートナーシップ」(Partnership for Safe Motherhood and Newborn Health)に発展し、2004年に立ち上がった「子どもの生存パートナーシップ」(Child Survival Partnership)と統合され、2005年「妊産婦・新生児・子どもの健康パートナーシップ」(Partnership for Maternal, Newborn and Child Health: PMNCH)が誕生した。PMNCHは母子保健分野の援助協調の場であり、政策提言や各国の財政公約の監視を通じ有効な母子保健サービスの普及を目指している。JICAはPMNCHのメンバーであり、月例遠隔会議などを通じて意見表明や情報収集を行っている。PMNCHの名称に反映されているように、新生児に対する関心が高まるに伴い、「母子保健」を表す英語表現として、従来のMaternal and Child Health (MCH)に代え、近年、Maternal, Newborn and Child Health (MNCH) または Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (RMNCH)が多く使用されるようになってきている。

### 1-3 国際的援助動向

#### (1) 2000年以降：MDGsとそれを巡る動き

2000年9月、国連ミレニアム・サミットでは、21世紀の国際社会の目標として「国連ミレニアム宣言」とMDGsを採択した。MDGsとして掲げられた2015年までに達成すべき8つの目標のうち4と5は母子保健に関するものである。

147カ国の国家元首を含む多数の参加国によって採択されたMDGsは高いレベルの政治的コミットメントとみなされ、現在、母子保健を含む多くの国際保健の取り組みは、MDGsの達成を目的に進められている。2005年には、母子の救命を訴える世界の官学民組織(PMNCH、WHO、UNFPA、UNICEF、世界銀行、AusAID、DFID、NORAD、USAID、国際小児科学会、ランセット誌、アガ・カーン大学、ジョンズ・ホプキンス大学、ゲイツ財団、セーブ・ザ・チルドレンなど)と個人(著名な研究者など)により「カウントダウン」(Countdown to 2015 Initiative)という共同運動体が立ち上げられ、母子の死亡率が特に高い68カ国を対象に、目



標 1(貧困・飢餓の撲滅)と目標 4・5 の進捗状況を監視している。

## (2) G8 における議論と日本のイニシアティブ

2000 年九州・沖縄サミットで、サミット史上初めて感染症を主要議題として取り上げて以降、感染症対策を含む保健問題への国際的な関心が高まってきている。MDGs の中間年にあたる 2008 年に開催された北海道洞爺湖サミットでは、国際保健について G8 が取るべき方向性を提唱した「国際保健に関する洞爺湖行動指針」(Toyako Framework for Action on Global Health) が策定された。同行動指針は、保健関連 MDGs のうち母子保健分野での取り組みが特に遅れていることと、アフリカにおける保健従事者不足に注目し、感染症対策だけでなく母子保健や保健システム強化にも言及した包括的なものである。

2009 年のラクイラ・サミットでも、引き続き母子保健に関する取り組みを推進していくことが確認され、2010 年のムスコカ・サミットでは、同年 9 月に MDGs 国連首脳会合が開催されることを踏まえ、G8 は「ムスコカ・イニシアティブ」(G8 Muskoka Initiative: Maternal, Newborn and Under-Five Child Health) を立ち上げ、5 年間で 50 億米ドル(2010 年 6 月現在)の支援を約束した。

## (3) 主なドナーの動き

2008 年、ニューヨークで開催された国連 MDGs ハイレベル会合(UN High-Level Event on MDGs) を機に、WHO、UNFPA、UNICEF、世界銀行、後に UNAIDS も参加して「ヘルス・フォー・プラス」(H4+) が立ち上げられ、保健システムの強化を通じて、妊産婦死亡率と新生児死亡率が高い国々(6 カ国から開始し、最終的に 60 カ国を対象予定)を共同で支援している。

米国国際開発庁(USAID)は、「グローバル・ヘルス・イニシアティブ」(GHI)(2009～2014 年)のもと、保健システムの強化や母子保健・栄養・感染症、安全な水等に関するプログラムを通じて、途上国の保健状況を改善することとしている。

英国国際開発省(DFID)は、2010 年、リプロダクティブ・ヘルス及び母子保健を開発援助戦略の重点事項と定め、女性のエンパワメント、サービス供給拡大とアクセス向上などに取り組むこととしている。

国際家族計画連盟(IPPF)は、「戦略的枠組み 2005－2015」で、優先分野として、①思春期の若者・青少年、②HIV/エイズ、③人工妊娠中絶、④リプロダクティブ・ヘルス関連情報とサービスへのアクセス、⑤政策提言 を掲げ、活動している。

なお、保健分野で活動するドナーは、H4+など国際機関、米国・英国など二国間援助機関、民間、非政府組織、シンクタンク等まで幅広い。そのため、保健政策及び実務の計画・戦略を具体化する調整メカニズムとして、保健省の中に技術作業部会(国によって名称が異なる場合がある)を設置し、保健省関係者や H4+を始めとする開発パートナーが定期的に一堂に会して議論・情報共有を行う体制を作っている途上国が多い。JICA もこのような会合に積極的に参加し、保健分野の戦略や年間計画の策定支援などに協力するとともに事業の調整・連携を図ることを重要視してきている。

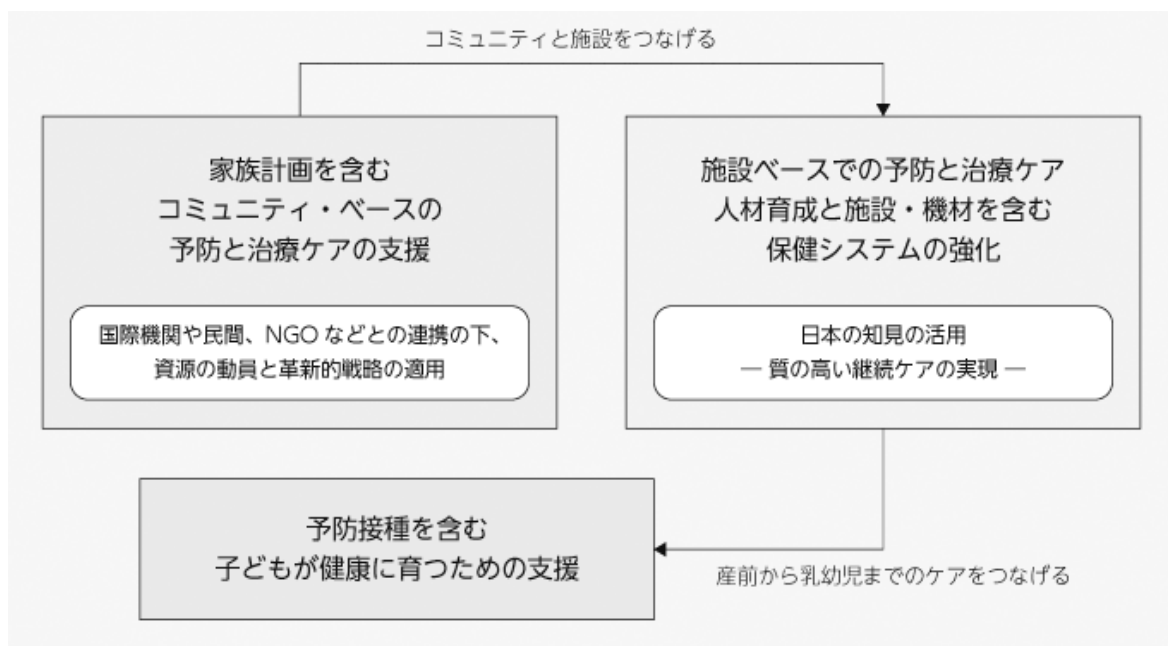
(H4+、USAID、DFID の取り組みの詳細については、付録 3 参照。)

## 1-4 我が国の援助動向

日本政府は、「政府開発援助大綱(ODA 大綱)」(1992 年発表、2003 年改訂)において、保健医療を重点課題に取り上げ、二国間援助や国際機関への拠出等を通じて、様々な母子保健事業を推進している。

保健援助政策については、1994～2000 年の「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ」(GII) を皮切りに、2000～2004 年の「沖縄感染症対策イニシアティブ」(IDI)、2005～2009 年の「保健と開発に関するイニシアティブ」(HDI) を打ち出した。2010 年 9 月には、人間の安全保障の実現を通じた保健 MDGs 達成のため、「国際保健政策 2011－2015」(Japan's Global Health Policy 2011-2015) を発表し、2011 年からの 5 年間で保健分野において 50 億米ドルの支援を行うこと(「菅コミットメント」)を表明した。同政策では、日本の ODA 対象国において、他の開発パートナーと共に、296 万人の新生児を含む 1130 万人の 5 歳未満児の命と、68 万人\*の妊産褥婦の命を救うことを目標とし、EMBRACE(エンブレイス)と銘打った、母子継続ケアの推進支援策(図 1 参照)を掲げている。(\* 同政策発表時以降、国連において再検討された妊産褥婦死亡率の結果を踏まえ、2011 年 3 月、日本政府は 68 万から 43 万人に目標を更新した。)

図 1 EMBRACE(Ensure Mothers and Babies Regular Access to Care)モデル



出所：外務省[[http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/hakusyo/10\\_hakusho/zuhyo/zuhyo1\\_02.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/hakusyo/10_hakusho/zuhyo/zuhyo1_02.html)]

日本政府のこれらのイニシアティブは、JICA、国際機関、非政府組織を通じて進められてきている。国際機関については、WHO、UNICEF、UNFPA 等に拠出して、これら機関の母子保健活動を支援している。非政府組織に関しては、多くの団体が途上国において母子保健活動を展開しており、JICA と共同で草の根技術協力事業として実施されるものも数多い。案件採択数で見ると、ここ数年間、非政府組織との草の根技術協力<sup>2</sup>のうち母子保健分野<sup>3</sup>の件

<sup>2</sup> 非政府組織との草の根技術協力：ここでは、草の根技協のうち大学との案件及び地域提案型を除いたもの。

<sup>3</sup> 草の根技協については統計上母子保健という分類がないため、案件名により母子保健分野と予想される案件を選定。学校保健、プライマリ・ヘルス・ケアの案件を含む。

数は年平均 5 件程度で、非政府組織との草の根技術協力全体の 13%程度にあたる。

JICA は、1960 年代に予防接種、家族計画等、母子保健分野の技術協力を開始し、1994 年の ICPD 以降は UNFPA や UNICEF など国際機関との連携による機材供与も行い、今ではすべてのスキームで母子保健分野の協力を展開している。支出金額で見ると、ここ数年間、母子保健分野<sup>4</sup>の技術協力<sup>5</sup>の実績金額は年間 27～32 億円程度、無償資金協力の供与額<sup>6</sup>は年間 3.54～15.91 億円程度で、それぞれ保健医療分野<sup>7</sup>全体の技術協力実績額の 23%前後、無償資金協力供与額の 3.5～32.5%に当たる。技術協力・無償資金協力ともに、保健医療分野自体が金額的に大きな分野ではないため、事業実績総額/供与総額に対する母子保健分野の金額割合は、技術協力で 1.6～2.1%程度、無償資金協力で 0.3～1.7%程度である。

「国際保健政策 2011-2015」との関連では、JICA は EMBRACE を具現化する協力を 2011 年度から相次いで新たに開始し、複数の母子保健案件においては、オペレーショナル・リサーチにより案件が支援する各種母子保健サービスの成果測定に取組みつつあるほか、途上国政府及び国際的研究ネットワークと協調して、バングラデシュ、ガーナなどにおいて EMBRACE モデルの実証研究を進める予定である。

---

<sup>4</sup> 母子保健分野：技術協力については JICA 統計上の分野課題(2006～2008)/修正分野課題(2009)/分野課題小(2010)が、無償資金協力については「JICA 無償資金協力実施監理システム」上の分野課題小分類が、「母子保健・リプロダクティブ・ヘルス」または「予防接種」と分類されているもの。

<sup>5</sup> 技術協力：無償資金協力準備調査を含む。ボランティア事業を含まない。

<sup>6</sup> 供与額：2008 年度下期以降に G/A が署名された事業については G/A 額、それより前に E/N が署名された事業については E/N 額

<sup>7</sup> 保健医療分野：技術協力については JICA 統計上の大分類が、無償資金協力については「JICA 無償資金協力実施監理システム」上の案件分野 1 が、「保健・医療」に分類されているもの。

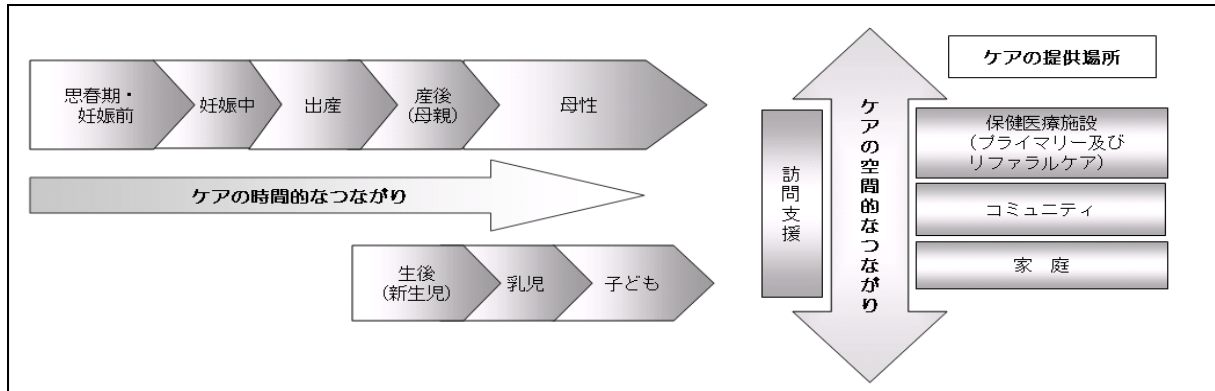
## 2章 母子保健の標準的サービス

### 2-1 母子保健サービスの全体像と継続ケア

母子保健の特徴として、妊娠・出産は病気ではなく、人間の基本的な営みの一環であるため、ある時期に集中して改善したとしても問題がなくなるわけではないことが挙げられる。そのため、他の保健分野(感染症対策など)と比べ、人間のライフ・サイクルの尊重、保健サービスに対する需要の喚起(潜在的受益層への働きかけ)の必要性が大きく、また、時間の経過や社会の発展にかかわらず人間の暮らしが続く限り一定の保健サービスを供給し続ける必要があるという意味で事業の持続性がことさら重要である。

妊産婦及び子どもの死亡削減に向けた今日の母子保健の主流方策は、「継続ケア」(continuum of care: COC) である。母子保健分野の継続ケアとは、妊娠前(思春期、家族計画を含む)→妊娠中→出産時→産褥期(産後 42 日未満)と新生児期(生後 28 日未満)→乳児期(生後 1 年未満)→それ以降の子どもの時期といった時間的な一連の流れと、家庭内→コミュニティ→一次保健医療施設(保健所、助産院等)→二次医療施設(地域病院等)→三次医療施設(大学病院、専門病院等の大病院)といった空間的な一連の流れを一体として捉え、女性・子どもへの対応が分断されることなく、母子に対して継続的に提供される保健サービスを意味する。

図2 継続ケアの概念図



出所：WHO/PMNCH [[http://www.who.int/pmnch/about/continuum\\_of\\_care/en/#](http://www.who.int/pmnch/about/continuum_of_care/en/#)]

継続ケア概念の誕生に先立つ背景として、1980年代から90年代にかけて多くの途上国に導入された母性保護やリプロダクティブ・ヘルスの諸策にもかかわらず、妊産婦死亡率や5歳未満児死亡率が期待されたほど削減されなかったという状況がある。新生児の生存は妊産婦の健康状態と出産の状況に大きく左右されることから、新生児ケアを妊産婦ケアに統合し、時間的・空間的な連携を図って包括的に介入することが必要との認識が高まり、継続ケアの推進につながった。MDGs4・5の達成が危惧される状況のもと、WHOが継続ケアの重要性を改めて強調し、各国において推進されるようになっていく。

科学的根拠のある母子保健のためのサービスは、継続ケア概念のもと、個人のライフ・サイクルなどに沿ったまとまり(パッケージ)に整理されている。主なパッケージとその内容は概ね次項2-2のとおりである。母子保健サービスの多くは、おおむね、基本的に健康な女

性・子どもがリスクを避け安全に思春期・周産期・子ども時代を過ごすことを目指した予防的なサービスと、何らかのリスク・合併症や疾患・障害などが見つかった場合の治療サービスとに分けることができる。母子保健分野においても、予防により治療を要する状態を未然に防ぐ、あるいは予防的サービスによる早期発見・早期対応を通じて重症化や長期化を防ぐことが可能な場合が多く、それが実現できていない度合いが高い途上国では、予防的サービスの強化がとりわけ重要である。(予防的サービスがある程度いきわたると、治療サービスの重要性が高まり、予防と治療の統合という考え方が出てくるようになる。)

なお、科学的根拠のある母子保健のためのサービスを、近年は「効果的介入」(High Impact Intervention: HII)と呼び、標準的サービスとして普及しようという流れがある。ただし、科学的根拠は一般的に、世界での研究の積み重ねを通じて更新されていくものであり、現時点で効果が認められ推奨されているサービス内容が将来にわたって不変であるとは限らないことに注意が必要である。

## 2-2 主な標準的サービス・パッケージ

以下のサービス・パッケージは、継続ケア概念のもと WHO などにより推奨されている技術的な世界標準であり、母子保健分野の協力を計画する際に踏まえておくべきものである。

しかし、これらのパッケージの内容として提示されているのは、サービス需要者(母子)のライフ・サイクルやサービス供給場所別に分類されたサービスの種類や頻度のみであり、それらのサービスを具体的にどのような仕組みで誰が誰に対して供給するか、サービスの質を誰がどのように管理するか、適切なサービス需要をどのように喚起するか、どのようにしてサービス需給の持続性を高めるかといった実施面のアプローチは含まれていない。

例えば、女性のライフ・サイクルのうち思春期・妊娠前(前ページ図2の左端の段階)に必要なサービス・パッケージとして、世界で広く参照される技術指針や論文などにおいて、家族計画(以下(1))が挙げられ、その内容の一つとして各種の近代的な避妊手段が推奨されている。それらの避妊手段の特徴(安全性、実施/装着の難易度、避妊効果など)や使用上の留意事項(適応・禁忌、医師等による処置の要否など)について科学的根拠のある技術情報も入手可能である。その一方で、途上国の妊娠前の女性が適切な避妊手段を利用するためには、どのような制度のもとに誰がどこで避妊手段を供給すればよいか、そのことをいつどのように需要者の女性に伝えればよいか、供給される避妊手段の品質や処置を行う医師等の技術水準を誰がどのように監督すればよいか、次々に適齢期に達する女性が近代的な避妊手段の必要性を正しく理解する機会をどうすれば得られるかといった実施方策については、画一的な答があるわけではなく、多くの場合具体案が技術指針に記されているわけでもなく、記されている場合でもそのとおりに実践することは難しい。

しかし、途上国では、往々にしてこういった面に大きな課題があり、サービス内容のみならず需給プロセスにも注目し、より良いサービスの普及と持続のための能力や仕組みの強化に取り組むアプローチが協力計画の核心となる場合が多いことに注意が必要である。特に、MDGs 国連首脳会合(2010年9月)で確認された世界戦略やムスコカ・イニシアティブなどの今後の進展に伴い母子保健分野に充当できる援助資金が増加すれば、標準的サービスを適正に供給し適切な利用を促進するための能力強化・システム強化の重要性がますます

高まる。(このような考え方にに基づき、母子保健サービスの実行を支える仕組み・能力の強化について、3章3-2(1)及び(4)で解説する。)

標準的サービスは、効果が科学的に認められているにもかかわらず、以上のような実施面の課題や1章1-1で言及した資金不足の問題により、普及度(カバレッジ)が全般的に低く、サービスの種類にもよるが必要量の半分にも届いていない国が多い。サービス普及に向けた取り組みの必要性が世界的に強調されるゆえんである。(付録1-7参照。)

### (1) 家族計画 (family planning)

家族計画とは、個人及びカップルが希望する時期に希望する数の子どもを計画的に産む、あるいは産まないことである。子どもを産む時期(産婦の年齢、出産間隔)は出産のリスク要因となり得るため、危険な出産の予防のために、家族計画による「早すぎない、頻繁すぎない、遅すぎない」妊娠の促進が推奨されている。子どもの数と出産時期の主たる調整手段は避妊であり、家族計画の考え方、特に避妊に関する情報と安全・簡単・安価な避妊法(具)の普及が重要である。普及されている近代的避妊法(具)として、子宮内避妊器具(IUD または IUCD)、経口避妊薬(ピル)、デポ・プロベラ(黄体ホルモン剤の注射)、ノルプラント(黄体ホルモン剤カプセルの皮下埋没法)、コンドーム、殺精子剤 などがある。

なお、途上国では国全体の人口に占める若年層の割合が高いが、思春期向けの保健教育の機会の不足や女子の発言力のなさなどのため、若年・未婚の男女の間で避妊の知識や手段が普及しないままに性交渉が広がり、望まない若年妊娠につながっている。若年妊娠は高リスク出産や危険な人工中絶の一因となり妊産婦死亡率を高めているほか、女子生徒の進級の遅れや中退、ひいては就業機会の限定につながり、出産しても子どもを育てていける社会的・経済的基盤がないために貧困や子どもへの虐待を増加させている。このような状況に対処するためには、思春期の男女(主に15~19歳)を対象とする「思春期リプロダクティブ・ヘルス」(Adolescent Reproductive Health: ARH)の活動を強化し、同活動の一環として家族計画サービス、特に未婚の若者が利用しやすい避妊手段の提供を拡充することが重要である。

家族計画の普及状況を示すアウトカム指標<sup>8</sup>としては、避妊実行率(Contraceptive Prevalence Rate: CPR) (%), 近代的避妊実行率(CPR of modern methods) (%), 15-19歳の避妊実行率(CPR among adolescents) (%) がある。

### (2) 産前ケア (antenatal care: ANC)

定期的な産前健診(妊婦健診)は、妊婦の健康状態の悪化の予防、発見、治療や胎児の異常な状態の発見を可能にする。また、破傷風の予防接種、微量栄養素の補給、衛生習慣の改善、梅毒やHIV/エイズの検査と治療といった複合的な支援策を妊婦に届ける機会にもなり、妊娠中は最低4回健診を受けることがWHOにより推奨されている。

妊産婦死亡のほとんどは、産科合併症(分娩後の出血、子癇(しかん)、感染症、遷延(せんえん)分娩、分娩停止等)及び中絶に伴う合併症と関連している(直接的原因)。また、貧血(鉄欠乏性貧血)、マラリア、HIV/エイズ、心血管疾患等は妊娠に特有のものではないが、妊娠・出

<sup>8</sup> 本指針においては、サービス供給・利用の結果発現する知識・行動の変容や健康状態の改善度合いなど直接アウトカムを把握する指標を「アウトカム指標」と呼び、長期的/最終アウトカムに対応する「インパクト指標」(付録2)と区別する。以下同じ。

産を契機に悪化して死亡リスクを高める場合がある(間接的原因)。前者は、妊娠高血圧症候群や胎盤異常等が影響を与えている部分もあることから、産前健診を通じた早期発見と適切な診断が有効であり、たとえリスクを抱えていても助産専門技能者(SBA)が立会い主要な医薬品や施設等があれば対処できるものである。後者についても、貧血のように予防・治療が比較的容易なものが含まれている。したがって、これらに関する啓発、産前健診の強化、医療施設への高リスク妊婦の紹介(リファラル)の強化等、予防的な活動が重要な意義を持つ。

世界の妊産婦の約半数に貧血の症状が見られるが、重度の貧血は出産時の出血リスクを高めるため注意が必要である。対策として、ライフ・サイクル全体を通して、女子・女性は食物摂取量を増やすとともにバランスのとれた食事を心がけ、妊娠前・妊娠中に葉酸と鉄を供給する必要がある。また、マラリアや腸管寄生虫も貧血を悪化させるため、これらへの対策を同時に進めることが必要である。なお、妊娠中の栄養不良は、生まれてきた子どもの生涯にわたる心身の発達障害につながると言われており、この意味でも妊婦の栄養状態は重要な意味を持つ。

妊婦のヨード欠乏症は、死産、流産、先天性異常の発生率の上昇と関係が深い。妊婦が適切にヨードを摂取するよう、ヨード添加塩やヨードの追加的供給の必要がある。ヨードその他の主な微量栄養素の欠乏症については、下記表 1 参照。

HIV ウイルスは、出血、敗血症、帝王切開に伴う合併症といった産科合併症のリスクを高めるため、抗レトロウイルス薬療法(ART)や母子感染予防(下記(3)参照)、青少年間・若者間の感染防止の強化が必要である。

産前ケアの普及状況を示すアウトカム指標として、産前ケアの実施率(ANC Coverage)(%)、初回産前ケアを妊娠4ヶ月になるまでに受けた妊婦の割合(%)がある。国により、産前健診を1回受診する妊婦が増えても、複数回受診者が増えず(4回セットの産前健診からのドロップアウト者が多く、あるいは、初回受診時期が遅れて出産間近となり)、継続ケア普及の障害となっている場合もあるので、注意が必要である。

表 1 微量栄養素欠乏症によって起こる主なリスク

微量栄養素欠乏症	長期の欠乏による主なリスク
鉄欠乏性貧血 (Iron Deficiency Anemia: IDA)	妊婦では体重増加の阻害、死亡率増加、感染症への抵抗力(免疫力)低下、低出生体重・未熟児の出産。5歳未満児では言語障害、動作の統制やバランスが悪くなり、注意力、応答、感情表現の面での評価が低くなる。学童では認知機能や教育評価が劣る。
ビタミンA欠乏症 (Vitamin A Deficiency)	夜盲症、眼球乾燥症などが起こり、放置すれば失明の恐れあり。免疫機能の低下により、麻疹やマラリアなどの感染症に罹りやすくなる。
亜鉛欠乏症 (Zinc Deficiency)	妊婦の合併症や分娩時のリスク、低出生体重児の出生率が高くなる。成長阻害、免疫機能の低下に伴った感染症の罹患の増加、湿疹・皮膚疾患、低身長、貧血等。
ヨード欠乏症 (Iodine Deficiency Disorders: IDD)	甲状腺機能低下症、甲状腺肥大、胎生期、成長期の甲状腺ホルモン欠乏に伴う重篤な知的、身体的発育遅延。妊娠中のヨード欠乏による子どものクレチン症の増加。
葉酸の欠乏 (Folic Acid Deficiency)	赤血球の減少に伴う大球性貧血、妊娠中では胎児に影響を及ぼす。

JICA 国際協力総合研究所「母と子の微量栄養素欠乏をなくすために」2003年3月等を参考に作成。

### (3) HIV 母子感染予防 (Prevention of Mother-to-Child Transmission: PMTCT)

子どもへの HIV 感染のほとんどは、子宮内(胎盤)・産道・母乳のいずれかを経路とする母子感染(垂直感染)であり、その 50%は出産時に起きると考えられている。そのため、次のような HIV の母子感染対策が行われる。① 産前健診時の HIV 検査とカウンセリング、② HIV 陽性の妊婦に対する、妊娠 14~34 週間の抗レトロウイルス薬療法(ART) <子宮内での感染リスクの低減>、③ HIV 陽性の産婦に対する帝王切開 <胎児が産道で母体の血液を飲み込むことによる感染の防止> と 出産時の ART、④ HIV 陽性の母親から生まれた子どもへの抗レトロウイルス薬(ARV)・コトリモキサゾール薬の投与 (生後 8~12 時間のうちにシロップ状の ARV を与え、生後 6 週目まで与薬を続ける。感染していないことが完全に診断できる生後 18 ヶ月目まで、他の感染症にかかって免疫レベルが低下しないようコトリモキサゾール薬を服用させる)、⑤ 代替乳(粉ミルク)育児、または HIV 陽性の母親への産後の ART 継続 <母乳を通じた感染の防止> がある。

これらのうち、HIV 検査とカウンセリング(①)に関しては、妊婦が検査を受ける/受けない権利を尊重し、産前健診時に母子感染についての講習を行い、その後希望者に対して検査を行う方法(Opt-in)が主流であったが、最近の国際的潮流では、妊婦が検査を特に拒否しなければ実施する方法(Opt-out)を奨励する方向にある。Opt-out のように保健医療従事者の勧めでカウンセリング受講者を検査に導くことを Provider-initiated Testing and Counseling (PITC) という。代替乳育児(⑤)に関しては、安全な水や粉ミルクの入手可能性の問題から、下痢や栄養不良で死亡するリスクがあることに留意が必要である。HIV 陽性の妊産婦に対する妊娠中・出産時の ART を産後に継続した場合、母乳を通じた感染の確率が半減するため、適切な代替乳の確保ができない地域では、HIV 陽性の母親に ART を継続したうえでの母乳哺育が乳児を下痢症などから守る点で効果的とされる。

HIV 母子感染対策の普及状況を示すアウトカム指標としては、カウンセリングと HIV 検査を受けた妊婦の割合(Pregnant women counselled and tested for HIV) (%) がある。

### (4) マラリア対策

毎年約 5000 万人の女性(主にアフリカの熱帯地帯居住者)が妊娠中にマラリアに罹患し、うち 1 万人は主にマラリアによる貧血が原因で死亡している。妊娠中のマラリアは、母親の貧血のみならず、死産、自然流産、低出生体重児、新生児死亡のリスクを高める。対応としては、①マラリア罹患を防ぐための殺虫剤処理蚊帳(ITN)の使用、②熱帯熱マラリア原虫の生息エリアに住む妊婦が無症状感染になるのを防ぐための間欠予防治療(IPT)、③マラリア疾患と貧血の症例管理、がある。

5 歳未満児についても、母親から受け継いだ免疫力が低下する生後約 6 ヶ月からマラリア感染のリスクが高まる。対応としては、①殺虫剤処理蚊帳(ITN)の使用、②発症後 24 時間以内の適切な治療、③母親(妊婦)に対する間欠予防治療(IPT)(妊娠第 2 期(13~24 週)及び 3 期(25 週以降)に、2 度以上の投薬) がある。この治療は、貧血や出産時の胎盤マラリア感染を低減する。適切な薬として、スルファドキシシン/ピリメタミンが挙げられる。

妊産婦と子どもを対象とするマラリア対策の普及状況を示すアウトカム指標には、殺虫剤処理蚊帳を少なくとも 1 張持っている家庭の割合(Household availability of ITNs) (%), 妊婦に対する間欠予防治療の実施率(IPT for pregnant women) (%), 殺虫剤処理蚊帳で眠る 5



歳未満児の割合(Children under age 5 sleeping under ITNs) (%)、発熱時にマラリア治療薬を投与された 5 歳未満児の割合(Children under 5 with fever receiving anti-malaria treatment) (%)などがある。

#### (5) 助産専門技能者(Skilled Birth Attendant: SBA)介助による出産

WHO の定義によると、SBA は「合併症を伴わない分娩と出産後のケアの管理、女性や新生児の感染症の認知、管理、患者紹介・搬送についての教育と研修を受けて専門技能を習得し認定された保健従事者(助産師、医師、看護師)」のことである。SBA は、安全な出産と褥婦・新生児の継続ケアのために欠かせない存在である。これに対して、保健システムから独立し、正式に訓練を受けていないが、コミュニティで妊産婦・褥婦に付き添い伝統的なサービスを提供するのが伝統的産婆(Traditional Birth Attendant: TBA)である。

低リスク妊婦のケア、正常分娩の介助、産後 48 時間以内の褥婦と新生児のケアについては WHO が「正常産のケア：実践ガイド」(Care in normal birth: a practical guide) という技術的指針を定め、科学的根拠に基づき推奨されるケアとそうでないものとを明示している。正常産に必要とされる介入の多くはコミュニティ・レベルの一次医療施設や、場合によっては家庭などでも、基本的な器具・薬剤や緊急搬送先などを確保したうえで SBA が担うことができるものであり、高水準の医療的介入を必ずしも必要としない。

なお、出産後のケア(褥婦・新生児のケア)について、詳細は後述(7)・(8)を参照のこと。

代表的なアウトカム指標として、SBA 介助による出産の割合(Birth attended by SBAs) (%) や保健施設での出産の割合(Institutional deliveries) (%) がある。

#### (6) 緊急産科ケア (Emergency Obstetric Care: EmOC)

妊産婦及び新生児の出産時死亡を低減し、安全な出産を確保するための緊急時の包括的産科体制を指す。産婦の死亡低減のためには、緊急産科ケアサービスの提供に先立って、上述(1)家族計画を通じた出産時期の調整、(2)産前ケアなどを通じた高リスク妊娠の早期発見・早期治療、(5)SBA 介助による出産が推進されるべきであるが、合併症を伴うなど異常分娩となった場合には、SBA の判断を得て適時に緊急産科ケアへアクセスできるようにすることが重要といわれている。WHO、UNICEF などは、妊産婦死亡に繋がる原因を全て予測・予防することは不可能との判断から、分娩時に焦点を当てた、地域住民・保健所・地方病院を結ぶ一貫した緊急産科ケアの体制整備が重要と唱えている。一般に、人口 50 万人に対し、1カ所の包括的産科ケア施設と 4カ所の基本産科ケア施設を設置することが望ましいと言われている。

緊急産科ケアは、①基礎的緊急産科ケア(Basic EmOC) と②包括的緊急産科ケア(Comprehensive EmOC) の 2 つに分類され、前者は抗生剤・オキシトシン(子宮収縮剤)・抗けいれん剤の注射、胎盤用手剥離(除去)、子宮内遺残物用手剥離(除去)、経膈分娩介助(吸引術)が行われ、後者の場合は、基礎的緊急産科ケアに加えて、手術(帝王切開術)、麻酔、輸血が含まれる。緊急産科ケアは、体制を整備するだけでなく、緊急搬送を可能とする道路等のインフラ整備や地域住民による支援体制の確立など女性を取り巻く社会環境にも配慮する必要がある。

緊急産科ケアの普及度合いについてのアウトカム指標には、EmOC 施設での出産の割合

(Proportion of all births in EmOC facilities) (%), 産科合併症を持つ妊産婦の EmOC 受診率 (Proportion of women with major direct obstetric complications who are treated in EmOC facilities) (%), 帝王切開の割合(Caesarean sections as a proportion of all births) (%) などがある。ただし、帝王切開に関しては、単に増加することが全面的に望ましいとは限らず、帝王切開を実施しなければ母体死亡に至る危険性が高い重篤な合併症を発症した場合にどの程度帝王切開が行われているかを見る必要があることに注意が必要である。

#### (7) 産後ケア (postpartum care / postnatal maternal care: PNC)

妊産褥婦の死亡・罹病リスクが高まるのは出産直後の 48 時間であり、この時期を含め産後 6 週間の産褥期が産後ケアの必須対象期間とされている。途上国では自宅分娩が多く、施設分娩であっても出産後 24 時間以内に退院させられる場合が多い。したがって、産褥期中でも出産直後のハイ・リスク期間は、合併症等への対応のため、SBA による訪問ケアの慣例化が重要な意義を持つ。また、自宅分娩後の褥婦が大きな問題を感じていない場合には、子どもを抱えていることもあって外来での受診が負担となりがちで、産後ケアがなかなか普及しないことにも留意が必要である。

産後ケアにおいては褥婦の健康状態の確認、合併症の予防・治療を行い、必要に応じて保健施設への紹介・搬送を行う。また、褥婦に対して、手洗い等の基本的な衛生習慣、新生児のケアと授乳の方法、家族計画(出産間隔をあけること)、栄養、抗レトロウイルス薬療法(ART)(褥婦が HIV 陽性の場合)などについて指導・情報提供を行ったり、避妊具や鉄剤、ビタミン A、ヨード添加油/塩などを提供する。新生児に関しては、体重測定を通じて成長を確認するとともに、予防接種のために保健施設に紹介する機会にもなる。

代表的なアウトカム指標としては、産後ケアの受診率(PNC for mother) (%) がある。

#### (8) 新生児ケア (newborn care / neonatal care)

出生の当日を 0 日と数え生後 28 日未満の子どもを「新生児」(neonate)とし、そのうち生後 7 日未満を「早期新生児」(early neonate)、満 7 日以上 28 日未満を「後期新生児」(late neonate)と区別する。

5 歳未満児の死亡の約 4 割が新生児期に起き、新生児死亡の約 4 分の 3 は早期新生児期に、うち半数は生後 24 時間のうちに起きている。新生児死亡の主要な原因は、重篤な感染症(敗血症、肺炎、下痢症、破傷風等)、早産、窒息であり、これらを合わせると新生児死亡の原因の 8 割以上を占める。新生児死亡の 60~80%の間接的要因となっている低出生体重は、早産または子宮内発育遅延(妊娠中に胎児の発育が阻害される状態)が原因である。早産には、妊娠高血圧症候群、胎盤異常等の妊娠の異常、感染症(腎炎・結核等)、妊婦の生活状況(栄養不良・過労等)、妊婦の年齢が影響している。子宮内発育遅延には、妊娠高血圧症候群、多胎妊娠、妊婦の喫煙、胎児の異常が影響している。これら低出生体重につながるリスクに関する啓発活動や産前健診を通じた適切な診断と処置等の予防活動が重要である。

新生児の死亡率・罹病率を低減する方法は既に十分確立されており、WHO は以下①~⑧を 必須新生児ケア(Essential Newborn Care: ENC) として推奨している。ただし、自宅分娩の場合は、SBA 介助による出産であったとしても、提供可能なケアにはおのずと限界がある。

- ①衛生…感染防止の処置(清潔な出産、臍帯の清潔管理等)
- ②保温…新生児の低体温・高熱の予防と処置(暖かい部屋での出産、出生直後の新生児を清潔で乾燥した布で拭いた後に乾燥した暖かい布で包むこと、カンガルー・ケア等)
- ③出生から1時間以内に行う初回授乳 及び 完全母乳育児(生後6ヶ月間母乳だけで育児)  
(出産後1週間の間に出る母乳(初乳)には栄養素や病気に対する免疫物質が豊富に含まれており新生児の生存率改善に有効である。また、この時期を含め子どもの胎児期から2歳になるまでの約1000日間における栄養不良は生涯にわたる心身の発達障害につながると言われており、注意が必要である。)
- ④新生児蘇生…新生児の呼吸の確保
- ⑤眼科ケア…新生児眼炎の予防(出生後1時間以内の硝酸銀や抗生物質の点眼)
- ⑥予防接種(下記(10)参照)
- ⑦新生児の病気の処置…妊産褥婦と新生児の病気の兆候、医療機関の紹介・搬送システム、家庭での応急処置についての情報を妊婦・家族に提供。
- ⑧早産児・低体重児のケア…保温、衛生、栄養、病気の早期発見と処置  
代表的なアウトカム指標としては、生後1時間以内に母乳育児を開始した割合(Infants breastfed within one hour of birth) (%)、生後7日以内の産後ケア訪問の実施割合(Women receiving postpartum care within 7 days after childbirth) (%) がある。

#### (9) 子どものケアと発達支援

新生児期を過ぎ、5歳までの間、子どもの主要な死因は、肺炎、下痢症、マラリア、HIV/エイズ、麻疹、栄養不良など、先進国であれば予防可能かつ治療可能なものである。

これらのうち、肺炎などの急性呼吸器感染症(ARI)には、予防接種と併せて栄養改善及び屋内汚染物質への対応が必要であり、重症化した場合には、訓練を受けた保健従事者による抗生物質や酸素の提供を含む治療が必要である。下痢症は、完全母乳育児や衛生習慣の改善で予防可能であるが、症状が進行した場合には、経口補水塩(ORS)や亜鉛補給物で早急に対処する必要がある。マラリアは、殺虫剤処理蚊帳(ITN)を使用することで予防可能であり、麻疹などの多くの致命的な病気には予防接種が有効である。HIVに感染した子どもには抗レトロウイルス薬(ARV)を処方することで、生存率や生活の質を向上することができる。栄養不良対策としては、母親や他の保護者に、正しい食事・栄養の知識を広めるとともに、重度の急性栄養不良の場合には入院治療、中・軽度の栄養不良の場合には栄養を強化した治療用インスタント食品(RUTF)などを処方し家庭で治療することができる。

幼児期は、各人が持って生まれた認知的、情緒的、社会的、身体的能力を十分に伸ばし、その後の健康、肥満/発育不良、メンタル・ヘルス、心臓疾患、識字・計算能力、犯罪、社会参加に影響を及ぼす、生涯の成長において最も重要な時期である。特に胎児期(母親の妊娠中)から生後24ヶ月未満の時期(「ザ・1000日」)の低栄養が身体や神経機能に与える影響は、その後の治療によって回復できる見込みが低く、生涯にわたる障害につながる可能性が高いことが知られている。WHOは、5歳未満児の発達を測定するため、5歳未満の男児女児別に、身長、体重、BMI(肥満度)の成長基準を策定している。これに沿って成長モニタリングを行うことで、子どもの健康、成長、栄養状態を把握し、健康教育を提供することで子どもの健全な成長を促すとともに、低栄養が深刻化する前に早期介入を行うことができる。

子どもの脳や身体の発達不良の 20~25%は、栄養不良、ヨード欠乏、鉄欠乏性貧血、刺激や学習機会の不足が原因である。「子どもの発達(early child development)支援」の考え方に立てば、衛生や栄養に加え、教育、生活環境等多面的な対応が必要である。例えば、保健従事者が就学前の子どもの家族に対し、子どもとのコミュニケーションの取り方や成長に良い刺激方法、睡眠・食事・しつけなどの共通の発達問題の取扱い方、怪我や事故を減らす方法などについて指導することは有用である。

また、子どもの中には、生まれつき特定の栄養素を利用できなかつたり、ホルモンが過不足な状態となる結果、知的障害や身体の発育に障害を起こす遺伝性疾患等をもっている場合がある。これに関しては、新生児スクリーニングにより早期発見し、早期治療を行うことで心身障害の予防が可能な場合がある。

子どもに対するケアの普及を示す主なアウトカム指標として、蚊帳の中で就寝する 5 歳未満児の割合(Children under 5 sleeping under any type of mosquito net) (%), ARI 発症時に医療施設を受診した 5 歳未満児の割合(Care-seeking for suspected pneumonia) (%), 下痢発症時に ORT を受けた 5 歳未満児の割合(Children under 5 with diarrhea receiving ORT) (%), 発熱時にマラリア治療薬を投与された 5 歳未満児の割合(Children under 5 with fever receiving anti-malaria treatment) (%), ビタミン A の投与を受けた 6 月齢以上 5 歳未満児の割合(Vitamin A supplementation for children age 6-59 months) (%) などがある。

#### (10) 子どもへの予防接種

感染症の原因となるウイルスや細菌などの病原体の毒性を無くすか弱めて作られたワクチンを注射等で体内に入れ、その感染症に対する免疫をつけるのが予防接種である。

1974 年、WHO は、新たに生まれてきた子どもたちに対し、1 歳の誕生日までにワクチンで予防できる主要な感染症に対する免疫を獲得させ、子どもたちがこれらの感染症に罹患したり、その結果死亡することを極力早期に予防することを目的に、予防接種拡大計画(EPI)を開始した。2011 年現在 EPI に含まれるのは、BCG(結核のワクチン)、OPV(経口ポリオワクチン)、DPT(ジフテリア、百日咳、破傷風に対応する 3 種混合ワクチン)、麻疹ワクチンである。今日では、これらに加え、B 型肝炎ワクチン、インフルエンザ血清 b 型(ヒブ)ワクチン(DPT とこれら 2 つをまとめて 5 価ワクチン、ポリオワクチンもまとめて 6 価ワクチン)が普及されているほか、風疹ワクチン、小児用肺炎球菌ワクチン、ロタウイルスワクチン、及び、地域によっては、黄熱病ワクチン、日本脳炎ワクチン、髄膜炎菌性髄膜炎ワクチンなどの接種が推奨されている。またこれらのほかに、母親の免疫を通じて新生児破傷風の感染を予防すべく、妊婦及びリプロダクティブ年齢の女性が受ける破傷風の予防接種がある。

子どもへの予防接種普及のアウトカム指標としては、完全に予防接種を受けた 1 歳児の比率(BCG、OPV3 回、DPT3 回、麻疹ワクチン、B 型肝炎ワクチン 3 回、ヒブワクチン 3 回など)、あるいは麻疹ワクチンの接種割合(Measles immunization coverage) (%), DPT3 回目の接種割合(Immunization coverage for DPT) (%), B 型肝炎ワクチン 3 回目の接種割合(Hepatitis B immunization coverage) (%) などがある。

表 2 予防接種拡大計画(EPI)が推奨する乳児の定期予防接種スケジュール

ワクチン		出生時	6週	10週	14週	9ヶ月
BCG		○				
OPV (出生時はポリオフリー未宣言地域のみ)		○	○	○	○	
DPT			○	○	○	
麻疹ワクチン						○
B型肝炎ワクチン	スケジュールA: 母子感染の危険が大きい地域 (例えば東南アジア)	○	○		○	
	スケジュールB: 母子感染の危険が少ない地域		○	○	○	
ヒブワクチン			○	○	○	
黄熱病ワクチン (黄熱病流行地域のみ)						○

(11) 小児疾病の統合管理 (Integrated Management of Childhood Illness: IMCI)

1992年、WHOとUNICEFが5歳未満児の急性呼吸器感染症(ARI)、下痢症、麻疹、マラリア、栄養不良による死亡を減らすことを目的に導入した。5歳未満児の多くは複数の疾患を患っており、1つの病気を治療するのではなく全体的に診る必要があることから、従来の疾病別プログラムを統合するIMCIが開発された。IMCIは、①保健従事者の症例管理の能力向上(Clinical IMCIと呼ばれる)、②国家及び地方レベルの保健システムの改善、③家庭やコミュニティにおける保健行動の改善(Community-based IMCIまたはCommunity IMCIと呼ばれる)、の3分野で構成されている。具体的には、標準化された統合管理のガイドラインを基に共通の教材を利用して臨床研修を行い、どのような保健従事者でもフロー・チャートに沿って小児の疾患を診断し、適切に対応できることを目指している。IMCIの導入により子どもの病気の治療の質が改善する一方、通常のケアよりも経費がかかることが指摘されている。

### 3章 JICA の協力の方向性

#### 3-1 JICA が母子保健分野で活動する意義

現在国際社会は、2015年を目標年限としたMDGsを掲げ、途上国の開発課題に一丸となって取り組んでいる。MDGsの中で母子保健分野に該当するものは、目標4「子どもの死亡削減」、及び、目標5「妊産婦の健康の改善」であり、日本政府も「国際保健政策2011-2015」において母子継続ケアの推進支援を謳っている。(1章参照。)

日本は、早くから政府の主導により母子保健のシステム強化を進めてきた。例えば、明治時代には産婆規則制定を皮切りに助産師の養成・資格制度を整備し助産院の開業を制度化するなど、正常出産の介助を専門の職業領域として全国で標準化した。戦前に母子保護法に基づく妊婦届出制によるサービス対象妊婦の把握や妊産婦手帳の配布を開始し妊産婦保健の強化に取り組むとともに、全国に保健所や農村保健婦を配置して地域に根差した保健活動を進めた。戦後は母子保健法を施行し、国民皆保険制度の普及、未熟児の養育医療給付の整備、母子手帳の活用、母子保健サービス(妊婦健診、母親学級、新生児マススクリーニング、乳児健診など)の拡充と受診促進などを進め、母体保護法を制定・改正した。これらの多くは日本に特徴的な取り組みであり、その背景として、国家行政のリーダーシップによる法整備やサービス供給の制度化と同時に、コミュニティ重視(地域単位での保健活動や住民参加の推進)と受益者間の平等の追求(サービス普及・アクセス改善)の意識が広く働いていたものと考えられる。結果として、日本は世界で最高レベルの母子保健(例えば、2010年の5歳未満児死亡率は3、2008年の妊産婦死亡率は6)を実現してきた。

JICAはこういった日本の経験を生かし、途上国の母子保健の改善を早くから支援してきた。「JICAの保健分野の協力ー現在と未来ー」(2010年9月)で述べているように、JICAが今後とも、世界の母子保健の概況や国際動向を踏まえつつ、日本の経験を生かして途上国の母子保健の課題に対応していく意義は大きい。これは「国際保健政策2011-2015」にも合致する。

#### 3-2 JICA の母子保健分野の取り組みの基本的な考え方と留意点

##### (1) 基本姿勢

2章で解説したように母子保健においては事業の持続性がことさら重要であり、そのためには各国におけるサービス供給の制度化が不可欠であることから、JICAの母子保健分野の協力展開にあたっては次の2点を基本姿勢とする。

##### ①サービスの実行を支える仕組み・能力の強化を支援する。

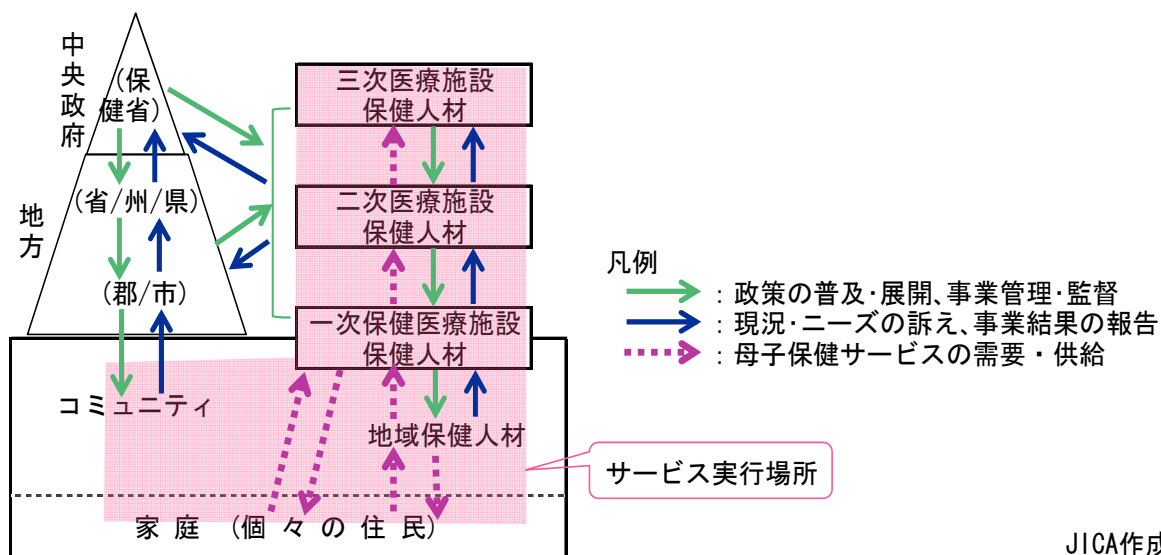
JICAは今後とも母子保健分野の協力の重点を、包括的な母子継続ケアの普及と持続のための仕組み・能力の強化に置き、母子継続ケアを構成する標準的サービス(2章参照)の質の向上、量の拡充、普及の不均衡(国内格差)の是正に取り組む。取り組みにあたっては、単なるサービス実施支援を行うのではなく、サービスが持続的に供給され利用されて継続ケアが

行き亘るよう、制度・政策の改善への提言を含め、関係する組織・人の能力と資金の不足に対処していくための協力を行い、持続的かつ自立的に母子の健康が改善されることを目指す。

母子保健分野では、望ましいサービスの種類や頻度は WHO などによりおおむね標準化され推奨されているが、感染症対策と比べれば推奨されるサービスの種類が多いうえ、2章2-2冒頭で解説したように、これらのサービスをいかにして推奨水準で実行し続けるかという点について標準化された答がない。途上国においては、サービスの内容そのものもさることながら、サービスを誰がどのような仕組みで供給し、質を管理し、適切な需要を喚起するかといった実行プロセスに課題がある場合が多いこと、サービス実行に関する政策・戦略が実行現場と乖離している場合が多いこと、及び、保健行政の制度・政策・人口分布その他の社会状況などが国により異なることに留意し、協力相手国のコンテキストに合ったサービスの実行を支える仕組み・能力の強化を目指す取り組みを協力計画の核心とする。

母子保健サービスの実行を支える仕組み・能力とはどのようなものか、近代国家における一般的な行政・サービス実施機構に基づいて考えれば、おおよそ図3のように表される。ここに表された6つの要素、すなわち (ア)中央行政(財政・情報システムなどを含む)、(イ)地方行政、(ウ)保健医療施設、(エ)保健人材、(オ)コミュニティ(地域住民)、(カ)これら相互の連携(事業管理とフィードバックなど) が、母子保健分野の協力を検討する際の切り口となる。(カ)は図3のうえでは各種の矢印にあたる領域であり、(ア)~(オ)おのおのの体制を強化し機能を高め意識を向上すればカバーされる部分ではあるが、母子保健分野においては感染症対策と比してサービスの種類が多く複雑であるため、(カ)をことさら意識して強化を図ることが時として有効である。

図3 母子保健サービスの実行の道筋



JICA は従来から、行政・事業運営管理能力の強化、施設サービス供給体制の改善、保健人材の質の改善、地域住民啓発や地域活動の推進、母子手帳の活用等、より良い継続ケアの普及と持続のために重要性が高いと考えられる仕組みや能力の強化を支援してきたが、これは図3に表されるようなサービス実行を支える6つの要素に着目した支援にほかならず、今後もこのような仕組み・能力の強化を重視して協力を進める。

上述のような仕組み・能力の強化に関する具体的な内容と留意点については、後掲(4)に詳述するので参照のこと。

## ② 政策レベルでの改善を促す。

母子保健は人間の最も基本的な営みに直結し、受益層が居住地域や時間経過にかかわらず大きく広がっているため、母子保健サービスが国の隅々まで普及し無期限に続行されること、つまり、サービス供給が中央行政・地方行政において制度化されることが望ましい。母子保健とは、協力を行うに際して、政策レベルでの効果を目指すことがとりわけ重要な分野なのである。

母子保健サービスの中身そのものは住民個人々々に対する細やかなものが大半であり、協力対象国のサービス需給現場に立脚した視点が必要であるが、持続的・自立的な母子保健改善を目指すためには、国際標準の尊重、国家政策への反映、資金確保戦略(SWAp)をはじめとする援助協調、有償資金協力など)を通じた規模の拡大や事業の安定化を追求することも重要である。JICA は現場に立脚した協力の経験の蓄積が多いが、今後は政策レベルを巻き込み動かす意識を持って案件を計画・実施していくこととする。

前掲の図3で考えれば、母子保健サービスの需要・供給(ピンクの矢印)に焦点を当てた活動を行う場合にも、現況・ニーズの訴えや政策の普及・展開(青・緑の矢印)に結び付けることを目指す。

## (2) 協力の受益者

母子保健分野における国際社会の目標と現状認識、協力成果を確認するための世界標準的な指標の有無、日本の協力経験と援助資源の現況を併せ考えた結果、基本的な方針として、JICA 母子保健協力の最終的受益者の中心を、妊産婦及び乳児とする。ただし、例えば1歳以上2歳未満児に対する栄養と予防接種の重要性に鑑みれば、JICA がこれらに関連する事業を行う意義を否定するものではないし、家族計画においては思春期の若者や成人男性を受益者とすることも重要である。

## (3) 協力目標のタイプ

母子保健協力は、対象地域・受益者のニーズに応じ、母子保健分野に特化した案件としてデザインしてもよいし、広く保健セクターの改革や資金不足緩和を支援する協力や、保健行政能力強化、地域保健、看護教育、HIV 感染予防等の取り組み、さらにはジェンダー主流化、貧困削減、農村振興など保健以外の分野課題の協力の中に母子保健の要素を含め、母子保健関連の指標を設定する形としてもよい。JICA は従来から後者(母子保健に特化しない)案件も多く実施しており(具体例は、付録4-7①、4-I、4-U②③、4-I)、既往の母子保健協力を参照する際などは、案件名や実績統計上の分類にとらわれず協力内容を確認するほうがよい。

母子保健分野に特化した協力か否かを問わず、案件目標のタイプはおおむね ①モデル型、②スケールアップ型、③国内格差是正型 に類型化できる。一つの案件で複数の類型の要



素を兼ね備えたデザインとすることも可能である。また、JICA のみで協力を完結させるのではなく、援助協調のもとで協力の全体像を計画し、どの部分を JICA の協力が担うのかを考えて案件をデザインすべきである。一つの国における一つのサービス分野に視点を絞れば、①②③は、事業の進捗に伴って順に必要となる時系列の段階だと見なせる場合が多いので、協力相手国の協力対象サービス分野におけるこれまでの事業の流れを把握することも、案件目標を検討するうえで有益である。一般的に言って、MDGs を達成するまでは②(及び、その前段階として①)への要請が強いが、国全体の平均値で MDGs の達成に近づいた後は③のニーズが強まると考えられる。

各類型による協力の意味合いとデザインに関する留意事項は以下に記載のとおりである。いずれの場合でも、(1)②に述べたように政策レベルでの改善を促すことが重要である。

#### ① モデル型 (事業モデルの開発・改善や事業の有効性確認に向けた試行を通じて政策支援を目指す協力)

2章で説明したとおり母子保健サービスの内容については技術的な世界標準が存在するが、サービスの需給プロセス改善や質・持続性の確保について普遍的な手法が存在するわけではない。そこで、途上国の能力強化の実績豊富な JICA が、対象国の現状を踏まえて標準サービス拡充の実効的な道筋を付けることを支援するとともに、支援により試行された新たな道筋(事業手法)の有効性や効率性を測定・検証する意味はある。

モデル型の案件を計画する場合は、投入規模の制約ゆえに限定的に協力するという発想ではなく、政策の具現化や実効性向上のため、小規模での丁寧な試行を通じて文字どおりのモデル(模範型)を作りあげ、より良い政策実現に具体的に寄与するとの発想に立つべきである。それゆえ、協力対象範囲は小さくとも、計画当初から協力相手国の母子保健の全体状況を踏まえ、開発・改善しようとしているモデルが母子保健政策の中にどのように位置づけられ得るか、十分に検討・協議することが肝要である。そのうえで、モデル開発の段階から、将来的な面的拡充と持続性確保(国レベルでの正式制度化・ルーティン事業化)のための現実的な戦略を持ち、そのことを相手国政府に十分理解してもらう必要がある。このためには、パイロット地区を適切に選定し、科学的手順を踏まえたパイロット事業により適切な指標を用いてモデルの効果および費用対効果(コスト効率)の測定を行い、相手国関係者や開発パートナーに対して有効性を示すことが、政策レベルの調整と相まって重要な意味を持つ。その際、相手国関係者が、行政の責任者だけでなく研究者・学会や専門職業団体(看護師会など)も早い段階から巻き込まれ、可能な範囲でパイロット事業の結果のみならずプロセスにも関与し、案件の合同調整委員会などの機会に議論を重ねることがその後の展開につながるうえで有用である。思春期リプロダクティブ・ヘルスの場合は教育関係者を巻き込むことも必須である。いずれにしても、モデルは将来的に別地域での適用、ひいては全国展開を想定すべきものであり、相手国側のリーダーシップにより容易に再現・普及できるものとする必要がある。

なお、母子保健サービスの技術的内容そのものに関する新たな科学的根拠(evidence)の構築は、よく練られた大規模・長期間の研究を要するものである。JICA が取り組む場合には、研究所に蓄積されている情報・知見を参照するとともに、実績ある研究機関との連携を図る

ことが現実的である。

② スケールアップ型（既に有効性が確認されている施策の拡充を目指す協力。①型協力を通じ有効性が確認されたモデルを、更に別の地域・全国で展開する案件もこれに分類。）

従来の母子保健分野の技術協力案件では①型の割合が高かったが、優れたモデルが作り上げられてもそのモデルを活用して事業が拡大されなければ、協力の効果は限定的である。また、国やサービスの種類によっては事業手順が既に決まっており、面的拡大や頻度の増加が次の課題になっている場合もある。母子保健サービスのニーズは人間の居住地全域に広がりサービス需要者の人口も多いため、母子保健の改善のためには全国に亘るサービスの量的拡充が欠かせない。スケールアップの必要性が強調されるゆえんである。

スケールアップ型の協力推進のためには、制度化及び資金の充足が重要である。そのため、①型協力との連携や援助協調とともに、特に資金不足が問題となっている国においては、初期投資などとして有償資金協力の活用が考えられる。保健分野では有償資金協力の実績が限られており、相手国の負荷を長期的に増やす結果とならないように配慮しつつ従来以上に積極的に検討を進めることが望ましい。どのようなスキームを検討する場合でも、案件の計画にあたっては、協力相手国の母子保健政策や中期的な事業計画などを確認し、他の援助機関との協調を図り、拡充すべき事業の内容、面的な展開の順序や速度を全体方針と整合させるよう、十分調整すべきである。その際、事業の担い手(サービス提供者など)の確保見込みと潜在的受益者によるサービス利用状況の見通しを立て、必要が予測される場合にはあらかじめ対応策を検討しておくべきであり、関連する内容で①型協力が実施されている場合は積極的に連携を図ることが望ましい。

③ 国内格差是正型（対象国のうち母子保健状況が悪い特定集団の状況改善を図る協力）

MDGsの達成に向けた取り組みを進めるなかで妊産婦死亡率や5歳未満児死亡率の低下が見られる途上国が多いが、一般に使われる指標の値はその国の全国平均であることが多く、同じ国内に改善から取り残された地区や住民層があり得るという事実が見えにくい。平均値の改善が人口の多い特定地区の状況改善によりもたらされ、平均値の改善と同時に国内格差が拡大しているような場合もあることが、指摘されている。

したがって、協力相手国全体ではなく一部地区や住民層を対象とする案件を計画する場合は、国内の地区や人口集団ごとの状況が的確に把握できるという前提のもと、特に状況の悪い地区や住民層を協力対象とし国内格差の緩和が図れるか、あるいは、そうでない地区・住民層を協力対象とすることで国内格差を不用意に助長するおそれがないか、検討する必要がある。その際、国情にもよるが、国内で最も条件の悪い地区・住民層(例えば被差別少数民族など)は国際NGOなどの支援対象になりやすく、最底辺ではないとされる人口集団のほうが自国の行政サービスへの依存度が高い分かって改善から取り残されやすい可能性もあることに注意が必要である。いずれにしても、国内格差は国の政策に関わる問題であり、案件を計画するに際しては、投入規模の制約ゆえに対象地区・住民層限定的に協力するという発想ではなく、国全体の中である特定集団を対象とする協力のどのような意義があるのか政策レベルの協議を行って、協力対象となる地区や住民層の選定理由を明確にしておくべきである。

#### (4) 協力の切り口

上記(1)①で述べたとおり、JICAは母子保健サービスの実行を支える6つの要素、すなわち、(ア)中央行政、(イ)地方行政、(ウ)保健医療施設、(エ)保健人材、(オ)コミュニティ(地域住民)、(カ)これら相互の連携に注目して、その仕組み・能力の強化を支援する。JICAが協力を計画するにあたっては、協力相手国において、適切な内容・質の母子保健サービスを普及し持続的に実行するうえで、これら要素のいずれに阻害要因があるのか、そして、他の援助機関がこれらの要素のうちのいずれをどの程度どのように支援しているかを分析し、協力の切り口を定めることとする。ただし、多くの場合、課題はどれか一つの要素のみにあるわけではないので、いくつかの切り口を柔軟に組み合わせて協力をデザインすることが適切なこともある。

以下に(ア)～(カ)それぞれの考え方と留意事項を説明する。

#### (ア) 中央行政能力強化

母子保健サービス展開に向けての保健省のリーダーシップの弱さや国家計画等の不備が難点になっている国においては、相手国政府実務者とJICA専門家が対話を重ねて協働するというJICAの技術協力の特徴を活かし、保健省本省をC/Pとし、母子保健国家戦略・事業計画・資金確保計画・予算配分・モニタリングなど政策面の強化や全国レベルでのサービス基準の標準化・拡充などの支援を検討する。具体的には、相手国に存在する政策文書・技術指針等の実効度・相関関係や国レベルの疫学・保健システム・社会状況などと国際開発目標との整合性の整理、それらの基本となる法制度の整備、データ収集の手順や様式の改善とデータの体系的蓄積、指針等の新規策定・改訂、政策・指針等の実地導入・全国展開に向けた中期的な実施計画の策定やそのための予算作成・人材確保・研修・各種調整・実施状況のモニタリング等を支援する。母子保健分野に特化しない案件とすることも可である。また、整備された国家戦略・全国基準のサービス等の普及・拡充に向けては、有償資金協力の活用が特に積極的に考えられる。

協力を通じて策定/改訂する予定の技術指針等について、母子保健の技術作業部会(Technical Working Groupなど。国により名称が異なる)での議論を始めとして相手国の承認プロセスを尊重し、政府内での位置づけ・採択目処等が明確になる形で策定/改訂を支援することが重要である。協力対象範囲の規模や協力効果の広がりにも鑑みれば計画段階からの援助協調がことさら重要である。また、立派な文書が存在しても実行されていない場合があるので、実行責任部署を巻き込むことと、場合により政策の施行/具現化を併せ支援する仕掛け(別案件や他ドナーとの連携でも可)が必要である。

なお、国によっては、中央・地方双方の行政能力が弱いため、中央行政能力のみに注目するのではなく、地方行政能力強化(次項イ)にも並行して取り組むことが望ましい場合もある。いずれにせよ、中央政府が能力を発揮していくに際しては、地方の行政組織がどのようどの程度機能しているかが関係するので、協力計画時にこの点も分析すべきである。

近年の主な案件としては、ラオス 保健セクター事業調整能力強化(技プロ)(付録4-ア①)、バングラデシュ 母性保護サービス強化の取り組み(技プロ、有償)(付録4-ア②)、コンゴ民主共和国 保健人材開発支援(技プロ)、アフガニスタン リプロダクティブ・ヘルス 2(技プロ)、

ベナン 母子保健プログラムアドバイザー(政策アドバイザー型専門家)が挙げられる。このうち、ラオスにおいては、母子保健を含む保健事業の計画やモニタリングの仕組みをセクター全体で統一し、保健省が内外の関係機関・部局と主体的に事業調整を行う基盤を築いた結果、以前は各ドナーの活動をそのまま一覧にしてラオス側の「計画」と称していたのが、現在ではドナーごとではない全活動を網羅する計画が作成され、それに基づき政府予算を要求し、また、ドナーからの支援を活用するという考え方がラオス側に定着した。

#### (イ) 地方行政能力強化

国家政策がサービス現場にきちんと伝達されない、現場の実態が政策へ適切にフィードバックされないといったことが母子保健サービスの普及や改善の阻害要因になっている場合には、保健省とサービス現場の間に位置する地方政府(州保健局等)職員の事業マネジメント能力・情報収集分析力等の向上、中央政府とのコミュニケーション強化などを検討する。母子保健分野で特に必要性が高いのは、一般的に、州・県・郡など各レベルの職員の業務分担・業務内容の見直し、自治体内全体でのリファラル体制の見直し、サービスの記録の改善と徹底、妊産婦死亡症例検討(maternal death review/audit)の実施促進、一次レベル助産師等への恒常的な技術指導・監督の強化であるが、母子保健に特化せず地方の保健サービスを広く扱う案件とすることも可である。

地方分権体制ないし分権化方針が存在し、C/P になる人材が地方に少数でも存在することが協力の前提である。また、地方政府が機能するためには中央政府との協働が必須なので、技術面の規制・監督と予算配布に関する中央政府の責任部署を十分に巻き込む努力及び他の開発パートナーと一体となった援助協調が必要である。

近年の主な案件としては、ケニア ニャンザ州保健マネジメント強化(技プロ)(付録4-I)、フィリピン ベンゲット州地域保健システム強化(技プロ)、カンボジア 地域における母子保健サービス向上(技プロ)、ラオス 母子保健統合サービス強化(技プロ)、ベトナム リプロダクティブ・ヘルス・ケア広域展開アプローチ(技プロ)、インド マディアプラデシュ州リプロダクティブ・ヘルス(技プロ)、タンザニア 州保健行政システム強化(技プロ) が挙げられる。タンザニアでは、地方行政改革のもと公的医療サービスを管轄することとなった県保健局を監督すべき州保健局に正規職員がおらず、州の保健行政が機能していないという状況下でプロジェクトを開始したが、協力を通じて、全21州の保健局に職員が任命され、職員研修や、監督指導マニュアルの策定・制度化などが進められた結果、州保健局に対して活動に必要な経常予算が配分されるようになり、州保健局から県保健局への監督指導回数は7割以上の州において増加し、県保健局→州保健局→保健省という報告ラインが整備された。

#### (ウ) 保健医療施設の機能強化

施設で提供される母子保健サービスの不足・不均衡などが難点となっている場合には、協力対象の受益者が利用できる施設サービスを拡充すべく、医療施設・機材の増設・更新と、施設運営や機材維持管理の体制強化、施設スタッフの能力向上などの支援を検討する。資金協力と技術協力の組み合わせなど、プログラムの対応にも馴染みやすい切り口である。

施設のレベルにより内容・留意事項が以下のとおり異なる。

①一次レベル…分娩室を備えた保健ポストの増設、「お産を待つ家」(施設まで遠い地域に住

む妊婦が出産予定日に先立って施設まで移動し待機できるようにするための宿泊施設)の併設、産科キット・医薬品等の配布などにより、地域住民に基礎保健サービスを提供する機会を増やす。対象地域への目標施設設置数や標準設計等が国家計画/ガイドラインで明確になっていることが重要である。

②二次レベル…機材や手術室の拡充等により、帝王切開などの緊急産科医療を提供する機会を増やす。現在の三次病院へのリファラルの状況(人数、内容、所要時間)、村落からのアクセス(立地条件)、産婦人科医・麻酔科医など専門医の配置見込みに留意が必要である。施設規模が大きくサービス内容も高度になるため、機材の正しい使用や適切な維持管理、5S 手法(日本の産業界で発展した職場環境改善の手法。「整理・整頓・清掃・清潔・躰」というサ行(S)で始まる5つの活動が基本)などによる業務改善、院内感染対策などに関するスタッフの能力強化への取り組みも必要である。

③三次レベル…手術室・検査室・新生児室等の施設・機材の拡充により、ハイ・リスク出産や新生児ケア等への対応力を向上させるとともに、医療従事者の教育病院としての機能強化を図る。施設・機材を拡充した結果、患者が一極集中し、域内の一次・二次レベル病院との役割分担が壊れることのないような配慮が必要である。施設規模が大きく機能やサービス内容も複雑・高度になるので、施設・機材の維持管理技術の強化はもとより、機材の正しい使用、5S 手法などによる業務改善、院内感染対策などに関するスタッフの能力強化や症例検討カンファレンスなどへの支援も必要に応じ積極的に進めるべきである。

さらに、①②③とも、サービス供給数の増加に対応可能な保健医療人材が配置される見込みがあるか、機材の維持管理体制・予算の目処がたっているかなど、人材計画との整合性や施設の運営体制につき留意が必要である。またどのレベルでも、施設利用者(患者)や供給されたサービスについての記録が種々の判断や計画の基本となるため、記録の改善や徹底、妊産婦死亡症例検討の実施が重要であり、必要に応じて支援を検討する。

施設整備に関しては、ガーナ アッパーウエスト州の母子保健強化の取り組み(無償・技プロ)(付録4-ウ①)、フィリピン オーロラ記念病院改善計画(無償)(付録4-ウ②)、コンゴ民主共和国 キンシャサ大学病院機材整備計画(無償)(付録4-ウ③)を始め、無償資金協力で実績が多数ある。有償資金協力ではベトナム北部地域の地方病院医療開発事業が挙げられる。運営管理やスタッフの能力強化面については、ソフト・コンポーネントでの対応のほか、技プロや課題別研修(病院運営改善、機材維持管理、保健人材の継続教育等)との連携案件も多い。終了済みの無償資金協力の一例として、ベトナム 国立小児病院機材改善計画の場合、患者数・手術件数とも、2007年(事後評価時)には2001年(設計時)の2倍以上に増加し、同病院に搬送された新生児の死亡率が2001年の11.3%から2007年には4.8%にまで低下するなど、病院機能が格段に強化されると同時に、2007年には19回のセミナーを通じ約2500名の地方医療従事者の研修を実施するなど、小児科の指導的機関としての能力も強化された。

## (I) 保健人材の能力強化

保健分野全体に保健人材の不在や不足、専門知識・技術力・意欲の低さなどが指摘されるなか、母子保健分野でも保健人材の質や量・分布がサービス供給の障害となっていることが多い。JICA は、保健人材グローバル・フォーラムで採択された「カンパラ宣言」及び「世界行動課題」を念頭に、今後とも①在職者への継続教育(in-service training)、②人材の新規養成の

ための基礎教育(pre-service training) の両面で、制度づくり・教育の質の向上を積極的に支援する。具体的には、①継続教育への協力として、助産師・地域看護師・地域保健ワーカー等のサービス供給能力の向上のための研修の体制整備、研修内容の改善、指導監督体制の導入・強化(ただし、研修・指導監督の範囲は母子保健分野に特化していないことの方が多い)、保健人材の処遇・勤務環境改善、②基礎教育への協力として、助産師養成カリキュラムの改訂、実習拡充、教師の再教育等の支援を行う。

また、東南アジア諸国など、①②が比較的多く行われてきている一部の国においては、養成・レベルアップされた人材の適正な登用・配置のための制度整備への支援も検討する。

①継続教育に関する留意事項として、在職者の研修参加は現場でのサービス中断を意味するケースが多いので、研修の新設や増加を図る場合は、予防接種の全国一斉投与デー(NID)など重要行事の日程、感染症の流行時期、他ドナーによる研修の有無等を勘案し、サービスへの影響を抑える工夫が必要である。また、研修・指導監督制度を持続させるためには、研修参加者・巡回指導者の交通費・日当の財源確保が課題となるので、予め検討を要する。②基礎教育に関しては、カリキュラム改訂など教育制度全般に関係する活動が見込まれるため、保健省だけでなく、教育省など複数の関係機関との調整と継続的な関係構築が必要となることに留意すべきである。人材の登用・配置面での協力の場合も、人事院や財政当局など保健省以外の関係機関を十分に巻き込む必要があり、協力相手国政府内での高度な交渉や調整を要する可能性が高い。

近年の主な案件として、①継続教育については、エルサルバドル 看護継続教育分野の取り組み(技プロ)(付録4-I①)、ベトナム 保健医療従事者の質の改善(技プロ)、大洋州 地域保健看護師のための「現場ニーズに基づく現任研修」強化(技プロ)、パラグアイ 看護・助産継続教育強化(技プロ) ほか、多数の技プロ・課題別研修で実績がある。②基礎教育については、中米カリブ地域 看護基礎・継続教育強化(技プロ)(付録4-I②)、ラオス 看護助産人材育成強化(技プロ) が挙げられる。終了済みの技プロの一例として、セネガル 保健人材開発促進プロジェクトでは①②双方に組み込み、①については現任教育のシステム整備の一環として、国家標準のガイドを策定し州の保健教育担当者による同ガイド使用率を80%以上に高め、②については養成学校の能力強化を図り、正助産師の年間養成数を274%にまで増加させた。

#### (オ) コミュニティ(地域住民)の意識向上と体制強化

妊娠・出産・育児は病気ではないため、保健人材からのサービスを受けずコミュニティ内や家庭内で対処されてきた部分が多い。このような特徴ゆえに、母子保健の改善のためには、住民自身の知識やサービスを求める意識の向上と、地域住民同士の連携を通じたコミュニティでの対応力の強化が、他の保健分野にも増して重要である。住民の知識や意識、住民同士の日頃からの連携が不十分なコミュニティでは、例えば、妊婦自身が因習に縛られていたり妊婦の夫や姑がSBA 介助のメリットを理解しないなどさまざまな理由でサービス利用が進まない、あるいは、難産の産婦を医療施設に連れて行くための交通手段が確保できず手遅れになる(コミュニティ内や近隣の誰かが所有する車馬を使おうにも、いざという時に連絡や金策が付かないなど)といったことが常態化している。この部分に難点がある場合には、大きく分けて、①住民の知識・経済力等の向上による母子保健サービス利用の促進、②住

民自らが地域での健康教育や疾病予防活動を行うことや、地域と医療施設との連絡役を務めることの支援のいずれかを目的に、地域住民への働きかけを検討する。働きかけの対象は、①サービス利用率が低い農村部や都市貧困層、②有資格の医療従事者の恒常的不足によりサービス供給が不足している地域の住民である。働きかけの具体的内容は、①住民への健康教育(特に男性の理解促進)、組織化、住民グループの衛生活動の支援(保守的な地域においては、これらの事業と併せ、女性の収入創出活動の支援等)、②住民ボランティアの養成と活動支援、住民組織化と住民グループの活動支援、ボランティアに対する技術支援の仕組み作り、医療処置が必要な患者を手遅れにならないうちに医療施設に搬送する仕組み作り等が考えられる。

住民に働きかけるにあたっては、対象地域の社会構造・文化背景等の十分な理解が必須である。連携できそうな組織の洗い出し・優先順位づけとネットワークの図示による可視化は有効な手法である。また、住民の意識向上やコミュニティの体制強化が目指すところは、住民による行政や医療従事者の責任の肩代わりではなく、母子保健サービスに対する適正な需要の喚起と現実を踏まえた持続性ある母子保健サービスの普及であるので、行政・医療機関の責任部署を巻き込む工夫が重要である。特に、モデル型の案件では、行政を深く巻き込むことにより地域活動の制度化や全国展開まで視野に入れることが望まれる。その際、行政と住民との接点を考えれば、地方レベルでは保健行政に限らず広い視点で行政府の参画を得るべき場合が多い。いずれにしても、住民を保健ボランティアとして活用することは、医療従事者不足の根本的解決策にはならないことを十分理解する必要がある。

近年の主な案件としては、ヨルダン 南部女性の健康とエンパワメントの統合(技プロ)(付録4-オ)、ラオス 母子保健統合サービス強化(技プロ)、バングラデシュ 母性保護サービス強化(技プロ)、ポリビア ラパス県農村部母子保健に焦点をあてた地域保健ネットワーク強化(技プロ)が挙げられるほか、技プロ・草の根技協で多数実績がある。草の根技協の一例、ホンジュラス エルパライス県の母子保健向上支援事業では、保健医療機関と地域とをつなぐ保健ボランティアを育成し、母子保健サービスが行き届いていない25の農山村に保健ボランティアが運営するコミュニティ薬局を開設した。その後これらの薬局は、住民の保健知識と保健サービス利用の向上を目指す啓発活動の中心となっている。

#### (カ) サービス実行に携わる関係者間の連携強化 (母子手帳の活用を含む)

母子保健サービスの実行に携わる関係者(異なる行政機関・保健医療施設・保健医療従事者・サービス受益者等々)間での連携の不足が、適切なサービスの普及や持続の妨げとなっている場合がある。特に、妊娠・出産・育児といった母子にまたがる時間的な流れと、家庭内・コミュニティ・一次保健施設・高次医療施設といった空間的な流れによって分断されることのない継続ケアを実行するためには、必ずしも近しくはない関係者間での意思疎通や情報共有の仕組みが不可欠である。

この面での JICA の取り組みとして、(ア)～(オ)各項目に挙げられた活動(例えば、中央保健省から地方への戦略や基準の普及、行政から現場の保健医療従事者への技術指導・監督、一次・二次・三次レベル病院の役割分担、サービス提供を勘案した在職者研修、コミュニティから医療施設への患者搬送等々)のほか、リファラル体制強化そのものを目的とする協力(典型的な案件としては救急車の供与など)や母子手帳の活用に関する協力が挙げられる。

ここでは、相互連携を強化する手段として母子手帳に関する協力を検討する際の基本的考え方と留意点を説明する。

母子手帳は一人の妊産婦とその子どもに対する健診の結果や予防接種の状況等を1冊にまとめて継続的に記録し妊産婦(母親)が自分で保有するものであり、使い方によっては、医療機関側の記録や個々の健診結果通知等とは異なる機能を発揮し得る。例えば、妊産婦(母親)と保健医療従事者との意思疎通・情報共有の改善、母子に対する異なる医療機関間のサービスの継続性の向上等である。(ここでは、母子保健サービスの実行を支える異なる関係者間の連携強化の方策について説明しているため、これら以外の母子手帳の機能(例えば、妊産婦の保健意識の向上、子どもの発育状況に関する家族内での認識共有の向上など)についての考察は割愛する。) 妊産婦と保健医療従事者、あるいは、異なる保健医療従事者間などの連携の改善が協力相手国の母子保健の改善にとって重要な要素であると考えられる場合には、相手国の状況に合わせて、母子手帳の活用を支援する。具体的な支援内容は、母子の記録が一体化した形で存在しない地域における母子手帳の開発と導入、導入されている国における普及率の向上、母子手帳活用に関する住民啓発や保健従事者への研修、あるいは効果に関する調査活動の支援等である。母子手帳の普及自体を目的とせず、普及により何と何の連携を改善あるいは強化しようとしているのか、政府内で目的が明確化され、それが関係者に理解されることが重要である。

なお、母子手帳が導入されていない、もしくは活用が一部地域や一部人口に留まっている国でも、通常、各種記録カードなどが多数導入され利用されている場合が多い。既存の各種カードなどが機能している国においては、母子手帳導入のメリットと調整コストをあらかじめ十分検討する必要がある。既存の各種カードに関係する部局や援助機関との調整が不可欠だからである。

主な案件としては、インドネシアでの長年にわたる取り組み(付録4-カ)、パレスチナ 母子保健リプロダクティブ・ヘルス向上 2(技プロ)、ベトナム 母子健康手帳全国展開(技プロ)が挙げられる。これらを含む先行事例などの分析結果は、人間開発部主管の調査報告書『母子保健事業における母子手帳活用に関する研究 ―知見・教訓・今後の課題―』に詳述されている。

## (5) 主たるサービス・パッケージ

JICA の協力の重点は包括的な母子継続ケアの普及と持続にあるが、具体的に個々の案件形成を進める際には、継続ケア全体ではなく、協力対象人口の保健状況やサービス需給実態を踏まえて特定のサービスを協力対象範囲の中心として取り上げることが現実的である場合が多い。近年国際的な議題として取り上げられることが多いサービス領域は、家族計画、SBA 介助による出産、新生児ケアなどであるが、このような国際潮流とともに、多くの途上国に共通する母子の死因、日本の援助人材確保の可能性等を勘案し、JICA は、母子保健分野で効果が確認されている標準的サービス(2章2-2)の中でも、特に、産前ケア、SBA による正常出産介助と褥婦・新生児のケア、乳児のケア を中心に取り組みを進める。産前健診と正常分娩のケアの質を上げ普及することで、緊急産科ケアの需要を適正化する余地もあると考えられるため、JICA はこれらのサービスを重視し、緊急産科ケアに関しては、主として、



産前ケアと SBA 介助による適切なリファラル能力・体制の強化、及び、産科ケア施設の整備・アクセス改善などの面を中心に取り組む。家族計画については、産後ケアの一環として実施されるもの(出産間隔の指導)を除くと日本の得意領域であるとは言えず、HIV 母子感染予防・マラリア対策に関しても、日本に豊富な経験があるわけではなく、いずれも援助人材の確保可能性が限られていることに注意が必要である。

JICA の取り組みの中心となる3つのサービス・パッケージについて、以下に考え方・留意事項などを説明する。これらのサービスは JICA の母子保健協力の中心ではあるが、今後の協力内容をこれらのサービス・パッケージのみに限定することや各サービスを独立的に実施することを推奨するわけではない。いずれのサービス・パッケージを取り上げる場合でも、継続ケア全体の中での位置づけを意識し、協力対象地域・受益層の必要性と他の援助機関の動きを勘案したうえで、協力対象とするサービスの範囲を柔軟に組み合わせ案件形成・実施を行うことが重要である。また、相手国の母子保健のレベルにより必要性の高いサービスは当然異なり、同一国でも母子保健の改善とともに優先ニーズは変わるので、代表的なインパクト指標(妊産婦死亡率など)により、その国の母子保健状況がおおよそどのようなレベルにあるのか、把握しておく必要がある。(代表的なインパクト指標の数値の見方については付録2参照。)

#### (a) 産前ケア

産前ケア(質の良い産前健診、健診で発見されたリスクや異常に対する保健指導・治療)の普及のため、住民への啓発、健診の拠点や頻度の増加(アクセス向上)、医療従事者の研修・指導監督、異常分娩の危険性が高い(ハイ・リスクの)妊婦を上位医療機関に紹介する(必要に応じて緊急産科ケアにつなぐ)仕組み作り、施設・機材の整備等への支援を進める。

妊産婦死亡の原因の34%は出血、18%は子癇前症・子癇など高血圧、18%は貧血や栄養不良等の影響によるものと推計されているが、個々の案件において、こういった死因に関連し得るどのような症状やリスクをいつ発見しどのような治療につなぐ目的で、健診・保健指導・医療機関への紹介などを行うのか、関係する保健従事者の理解を確認しながら協力を進めることが重要である。このためには、協力対象層(裨益人口)における妊産婦死亡原因の分析が必要であり、協力活動の一環として「妊産婦死亡症例検討」(maternal death review/audit)(個々の案件の位置づけにもよるが、病院内の症例検討カンファレンスに留まらず、医療施設外での死亡例を含め、行政・公衆衛生担当者も参加するもの)を実施することが有益である。また、医療過疎地域では、自立発展性を考えて地域住民組織を巻き込んだ緊急時の患者搬送体制の構築を支援することも効果的である。

近年の主な案件としては、バングラデシュ 母性保護サービス強化(技プロ)(付録4-a)、ラオス 母子保健統合サービス強化(技プロ)、モンゴル 中央県・中央病院における妊産婦の健康管理向上(草の根・地域提案型)が挙げられる。

#### (b) 助産専門技能者(SBA)による正常出産介助と褥婦・新生児のケア

出産に付随する危険性の軽減は妊産婦死亡対策の中核であるとの考えのもと、正常分娩の介助と産後 48 時間以内の褥婦・新生児のケアを安全に行い、異常時の緊急産科ケア施設への産婦搬送を適切に判断するため、SBA 介助による出産の比率を増やし、必要な場合は

施設での出産を可能とするための支援を進める。出産介助は出産の直前直後のケアと継続して行われるのが普通であり、案件としても前項(産前ケア)及び産後ケア・新生児ケア等と組み合わせるほうが効果的である場合が多い。具体的には、住民への啓発、助産師の養成、在職助産師の研修・指導監督、機材供与、一次施設(SBA への地理的なアクセス改善のための「お産を待つ家」等も含む)の整備等を支援する。

なお、SBA は専門教育を受けた有資格の助産専門技能者(医師、助産師、看護師など)の総称であるが、JICA は、SBA の中でも特に助産師による、正常分娩の介助及び産婦の異常の早期発見・医療機関への紹介に重点を置く。

協力対象地域では SBA の絶対数の不足と物理的なアクセスの制約に目を奪われがちだが、SBA が近隣に存在しても技術水準や産婦への態度に大きな問題があったり、SBA のサービスを受けることについて社会的・経済的な障壁がある場合もあるので、SBA の質の向上や見えないアクセス障害の除去にも留意が必要である。

近年の主な案件としては、カンボジア 助産師の能力強化を通じた母子保健改善(技プロ)(付録 4-b)、ナイジェリア ラゴス州母子健康強化(技プロ)、セネガル タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善(別称:安全なお産)(技プロ)、ボリビア ラパス県農村部母子保健に焦点をあてた地域保健ネットワーク強化 (技プロ)、ボリビア 権利、多文化、ジェンダーに焦点をあてた村落地域保健ネットワーク強化(技プロ) が挙げられる。

### (c) 乳児のケア

乳児の死亡を減らすため、直接的な死因への対応として感染症予防、間接的な死因への対応として栄養改善を支援する。感染症予防について、具体的には、EPI の普及(コールドチェーンの整備、ワクチンの供与、記録・報告システムの整備、保健従事者の研修等)、及び下痢症・急性呼吸器感染症(ARI)への迅速対応能力向上(地域看護師の研修等)への支援を中心に進め、HIV 母子感染予防のための住民啓発、マラリア予防のための蚊帳の供与と住民啓発等も支援する。栄養改善については、乳児の成長モニタリング、母親等の啓発(栄養教育、育児相談等)、微量栄養素や経口補水塩(ORS)・駆虫剤の投与(コミュニティ保健ボランティアの育成、栄養剤・薬剤の供与、住民への保健教育)等の支援を組み合わせる。

EPI は援助協調が極めて進んでいる領域であり、JICA は保健省と国際機関が連携して進めている全体計画の一部を分担する形になるのが普通である。HIV・マラリアへの対応は薬剤等の継続供給が前提となるため、感染予防の啓発等を行う際には、母子保健の取り組みを ART(HIV 陽性者に対する抗レトロウイルス薬療法)、ACT(WHO が推奨するマラリア治療の多剤併用療法)など個々の疾病別の感染症対策事業につなげる工夫が必要である。

近年の主な案件としては、大洋州 予防接種事業強化(技プロ)(付録 4-c①)、中国 ワクチン予防可能感染症のサーベイランス及びコントロール(技プロ)、エチオピア 母子栄養改善(技プロ)(付録 4-c②)、イエメン コミュニティ母子栄養・保健(技プロ)が挙げられる。

JICA の母子保健協力をより戦略的に進めるための当面の主な課題として、次の2点が挙げられる。

#### (1) 適正レベルの案件目標の設定と現実的・論理的な指標の選定

昨今は、母子保健分野においても、投入や活動の実績のみならず、案件実施の結果どのような望ましい変化が協力相手国側に起こったかについて、従来にも増して具体的でわかりやすい説明が求められるようになってきている。案件の設計にあたっては、外部に対する事業成果の説明も念頭に、最終的受益者の行動変容や健康改善を目指していることが明確にわかるような目標を設定するとともに、目標達成度を適切に測定するために案件目標レベルの指標選定とデータ収集について、特によく検討する必要がある。

過去には、プロセス指標で測定されるような活動実績が案件目標とされている技術協力案件が散見されるが、本来はアウトカム指標で測定・評価されるレベルのものを案件目標とすべきである。また、インパクト指標(典型的なものとして、妊産婦死亡率や5歳未満児死亡率など。付録2参照)は、一般的に複数の介入や活動の成果の集合によってもたらされるマクロな状況を把握するのに適しており、個々の案件と一対一で結びつけるのは困難であることが多いため、注意が必要である。

指標は、現実性があること、すなわち、協力対象地域における既存の制度もしくは案件活動の範囲内でデータ収集が可能であることと、論理的であること、すなわち、案件の活動内容に呼応して協力効果が説明できるものであることが必要であるが、母子保健分野においては、サービス内容について技術的な世界標準が存在するのと同様、アウトカム指標についても標準的サービスごとに代表的なものがおおそ定まっている(2章2-2参照)ので、それらを用いることをまず検討すべきである。ただし、案件によっては、活動がアウトカム指標に直接影響を与えるまでに相当の時間差が生じることもあり、その場合は、論理的に説明のつく代替指標(proxy indicator) または定性的な指標によって協力効果を説明する準備が必要である。

指標の選定後は、各指標について、設定理由の説明ができるような目標値を定めることが重要である。そのためには、協力対象地域の現況をその指標で見た際のベースライン値が明確でなければならない。

どのような場合にどのような指標を選定し、どの程度の目標値を定め、どの程度の労力・予算をかけてどのようにデータ収集を行うべきか、主要な国際機関等の手法を参照するとともに、JICA として知見を蓄積していくことが必要である。

(注：本指針においては、活動状況の進捗、個人の能力強化結果、活動を通じて供給されるサービスの種類・カバー率・質・利用度などを表す指標(機能強化指標、サービス指標、アウトプット指標など)をまとめて「プロセス指標」、サービス供給・利用の結果発現する知識・行動の変容や健康状態の改善度合いなど直接アウトカムを把握する指標を「アウトカム指標」、直接アウトカム(知識・行動の変容や健康状態の改善など)の結果として得られる死亡率や生活の質の変化など長期的/最終アウトカムを把握する指標を「インパクト指標」と呼ぶ。)

## (2) 経済的インセンティブ導入によるサービス拡充

母子保健サービスを広く普及するためには、サービス供給とサービス需要の両面を拡充する必要がある。サービス供給の面では、保健医療従事者・拠点施設などの増強によるサービスの地理的カバレッジ拡大と地理的アクセスの改善、サービスの種類と絶対量の増、サービスの質の改善等が必要であるが、これらについては、JICA は技プロ・無償を中心に様々な取り組みを進めてきている。サービス需要の面では、地域住民の啓発とエンパワメントによる社会的・経済的アクセスの改善等を要する場合が多く、そのうち住民啓発については技プロ・ボランティア・草の根技協の各スキームの特徴を活かし長年取り組んできているが、経済的アクセスの改善については、住民の収入創出活動へのパイロット的支援を除き、JICA にはこれまでほとんど事業経験がない。

一方、世界的には、経済的なインセンティブをもってサービスの需要者側・供給者側に働きかけることで、サービスの利用率拡大を目指す取り組みが推進されている。需要者側へのインセンティブ(demand-side incentive) としては、特定のサービスの無償化(例えば出産の無償化)や、条件付現金給付(CCT)と呼ばれる特定のサービスの利用者への金銭の提供(例えば産前健診を受診した貧困な妊婦に対する現金給付)がある。最近では、現金給付以外にも、特定のサービスの利用者に対する一定期間中の様々な特典付与(クーポン券発行や食糧・食用油などの現物支給)による需要喚起が盛んになってきており、Rapid Result Initiative と呼ばれている。供給者側へのインセンティブ(supply-side incentive) としては、成果に基づく支払い(PBP/RBP、PBF/RBF) と呼ばれる、特定のサービスの提供に応じて保健医療施設に追加的金銭を支給する仕組みがある。また、保健医療従事者に対する勤務評定を導入し給与の公平化を図って勤労意欲を高める試みも行われている。

これらの経済的インセンティブ導入後に母子保健サービスの利用が拡大することは、昨今世界各地で確認されている。ただし、経済的インセンティブによってサービス利用が増大し得る条件として、需要者の地理的アクセス圏内でサービスが提供されていること、利用者増に対応できるだけのサービス供給能力があること、が挙げられる。一定水準のサービス供給能力の存在は、サービス利用者増大に伴うサービスの質の低下(例えば、施設出産が増えるにしたがい院内感染が不釣り合いに増えるなど)を避ける意味でも、必須である。また、経済的インセンティブについては、保健システム強化の取り組みと比しての効果が検証されておらず、費用対効果について意見が分かれていることにも留意すべきである。特に、サービス需要者側へインセンティブを付与し続けるためには莫大な資金が必要であり、財政の持続性を考えれば需要者へのインセンティブが徐々に不要となっていくような道筋をつける必要もあると考えられるが、現状では有効な「出口戦略」が確認されていない。

以上を踏まえれば、JICA が有償資金協力による母子保健サービスの無償化推進、貧困妊産婦対象の CCT の導入支援、PBP 基金への財政支援などの可能性を考える場合は、上述のような留意点について十分検討するとともに、世界銀行や ADB など国際金融機関との連携を図るなどし、他の援助機関の経験から学ぶことが重要である。

なお、上記2点に加え、中期的課題として、次の点が挙げられる。

### (3) 2015年以降の母子保健協力の必要性

MGDs 後の国際保健のテーマとして非感染性疾患(NCD) 対策が注目を集めつつある一方で、PMNCH を中心として、2015 年以降も母子保健の改善に取り組み続ける必要があるとの声が上がっている。多くの国で2015 年を過ぎても MDGs4・5 を達成できないと予想されていること、国によっては近年の集中的な援助により目標値が達成されはしても持続性に懸念があること、国内格差が大きく全国平均では目標値を上回る改善が見られる一方で目標達成に至らない住民層が存在する国もあることなどのためである。また、MDGs4・5 は1990 年よりも母子の死亡を減少させるという相対的な目標であるため、1990 年の状況が非常に深刻であった多くの途上国では、MDGs4・5 が達成されたとしても、死亡数や死亡率の絶対値で見れば依然として改善を要する状況が続くと予想されている。さらには、母子保健の本来の性質上、ある時期に集中して母子保健の状況が改善されたとしても、それ以降母子保健サービスの必要性が低下するわけではない。

JICA としては、以上のような状況も踏まえて、「ポスト MDGs」の世界の「流行」に過度に振り回されることなく、サービスの質・量の双方の改善に目を向けて必要な母子保健協力に取り組んでいくべきであると考えられる。その際、2015 年を過ぎても MDGs4・5 が達成されていない国に対しては、阻害要因を十分見極め、できるだけ早期の達成を目指して阻害要因への対策に力点を置いた協力を加速化するという考え方になると思われる一方、MDGs4・5 が達成された国の場合には、母子の死亡数や代表的なインパクト指標の絶対値などによりその国の母子保健状況の深刻さを判断して、協力対象国の絞込みや協力内容を検討する必要があると考えられる。ただし、現時点では、絶対値で見た母子保健協力の「卒業ライン」について国際的な合意ができていないわけではないことに注意が必要である。

# 付録1 世界の母子保健の現状

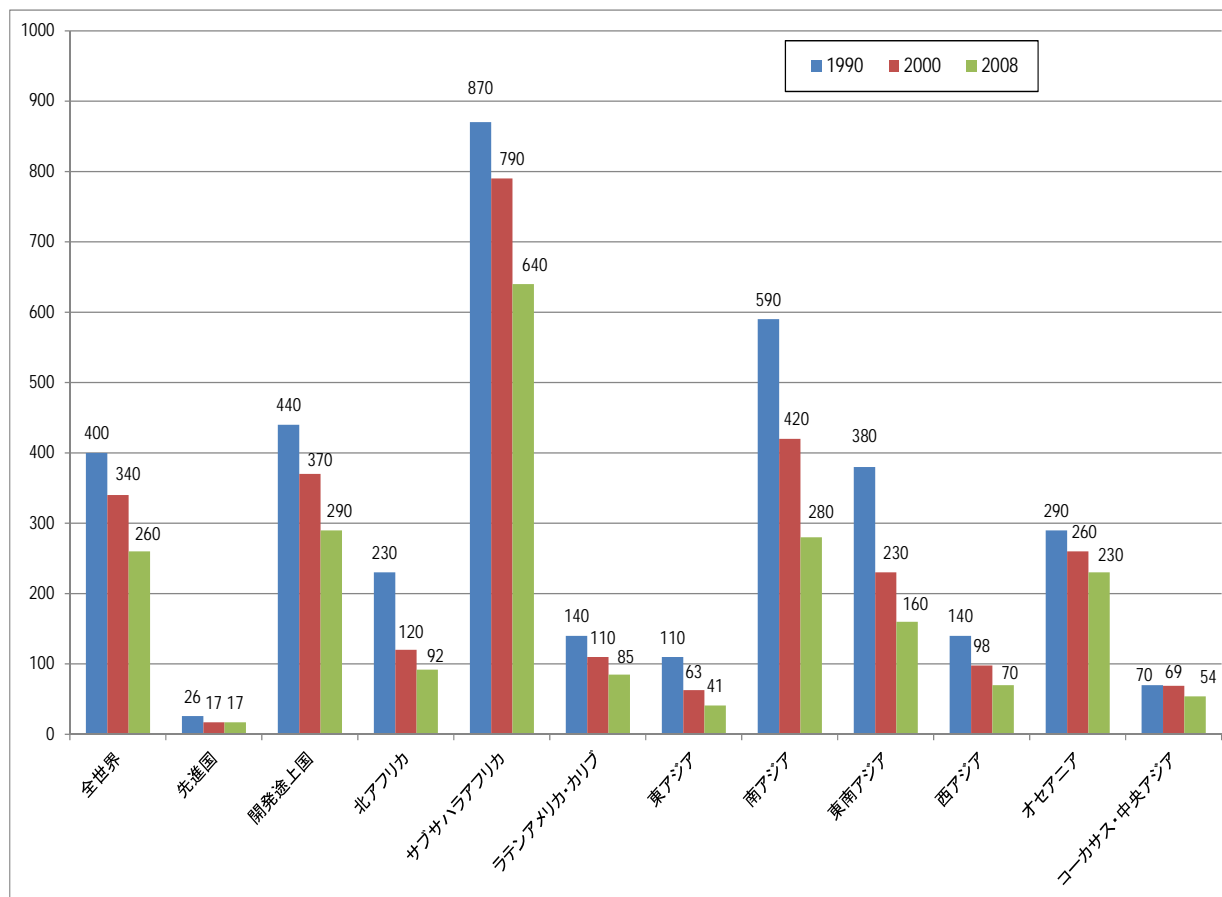
付録1-1 MDGsの進捗状況(2010年現在)

	アフリカ		アジア				大洋州	中 南 米 ・ カ リ ブ	独立国家 共同 体	
	北 部 ア フリ カ	サ ブ サ ハラ	東 ア ジ ア	東 南 ア ジ ア	南 ア ジ ア	西 ア ジ ア			欧 州	ア ジ ア
<b>目標1: 極度の貧困と飢餓の撲滅</b>										
極度の貧困半減	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
極度の飢餓半減	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>目標2: 初等教育の完全普及の達成</b>										
初等教育の完全普及	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>目標3: ジェンダー平等推進と女性の地位向上</b>										
初等教育における女性の就学率	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>目標4: 子どもの死亡の低減</b>										
5歳未満児死亡率 2/3削減	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>目標5: 妊産婦の健康の改善</b>										
妊産婦死亡率 3/4削減	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
リプロダクティブ・ヘルスへのアクセス	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>目標6: HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延防止</b>										
HIV/エイズ蔓延防止	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
結核蔓延防止	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>目標7: 環境の持続可能性確保</b>										
安全な飲料水のない人口半減	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
衛生設備のない人口半減	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>目標8: 開発のためのグローバルなパートナーシップの推進</b>										
インターネット利用者	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

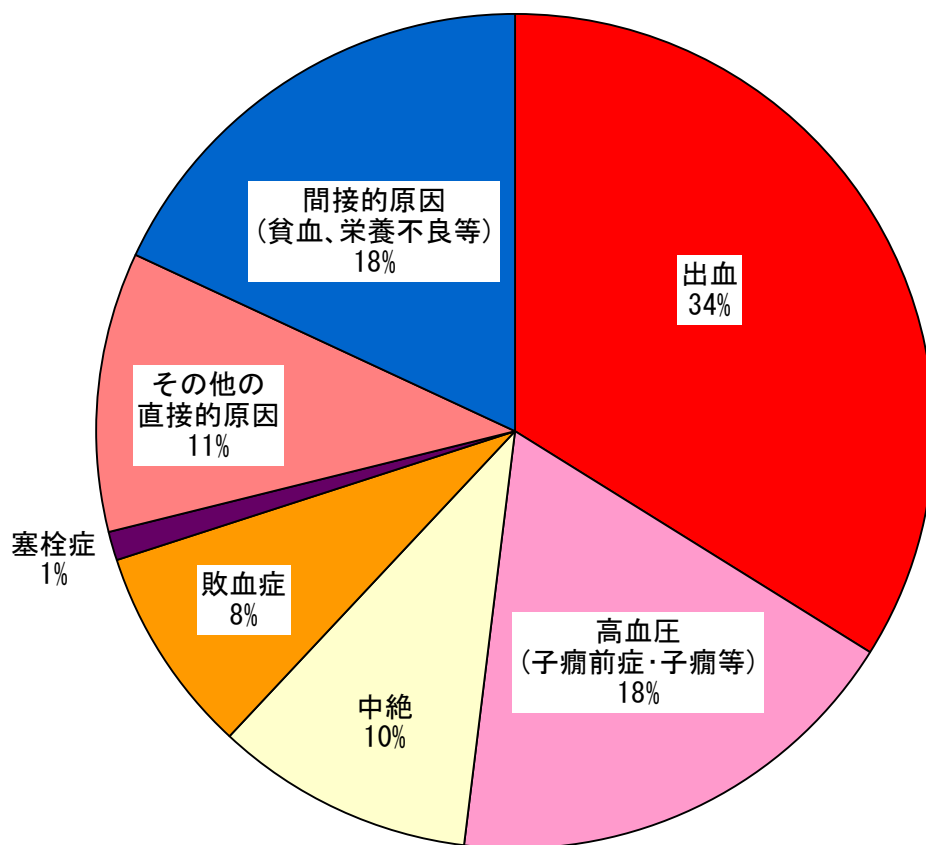
- 凡例:
- 目標達成済み、または達成間近。
  - 現状が続けば2015年までに目標達成が見込まれる。
  - 現状のままでは2015年には目標達成不可能。
  - 進展なし、または悪化。
  - データが不十分。

出所: 国連経済局「Millennium Development Goals: 2010 Progress Chart」から一部抜粋し JICA で仮訳。

付録 1-2 妊産婦死亡率(出生 10 万対) (MDGs 指標 5.1) (1990 年、2005 年、2008 年)



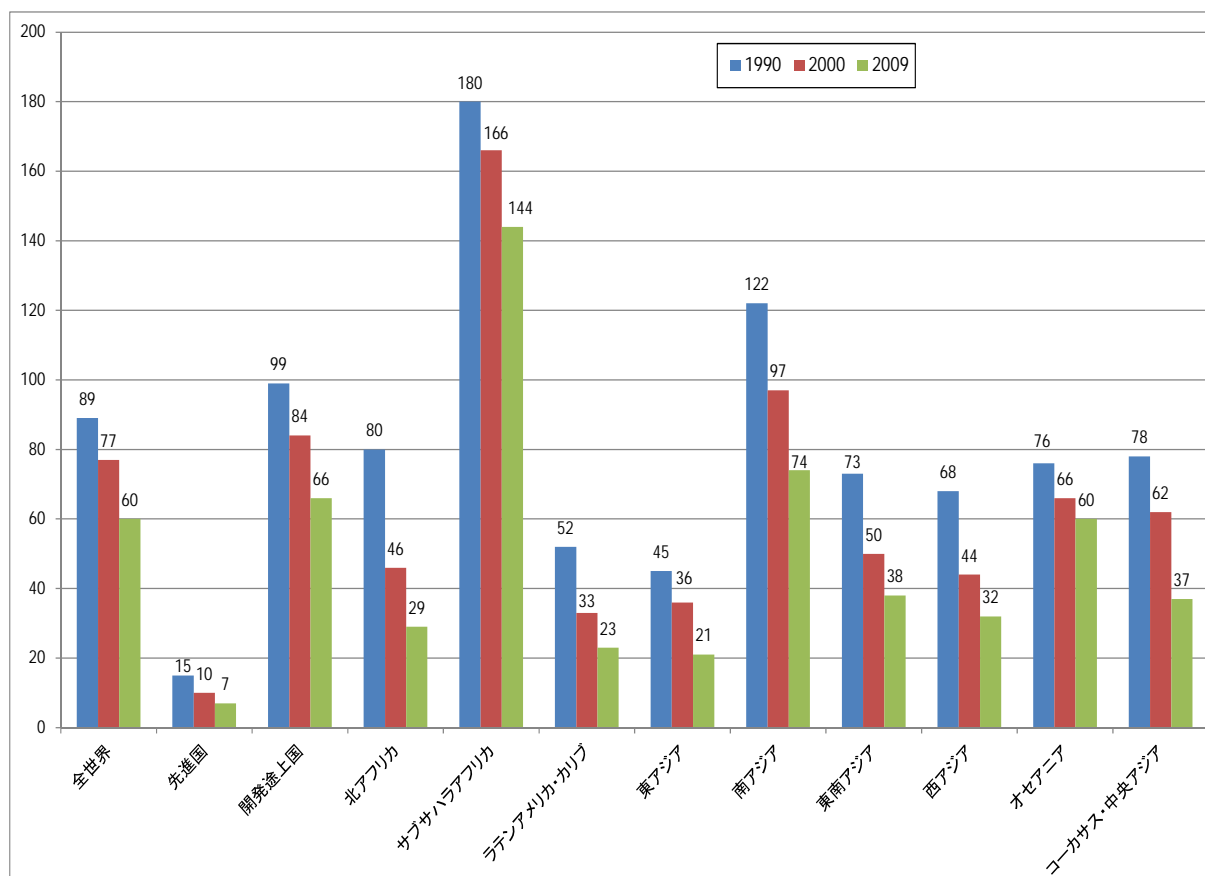
付録 1-3 世界の妊産婦の死因 (1997~2007 年)



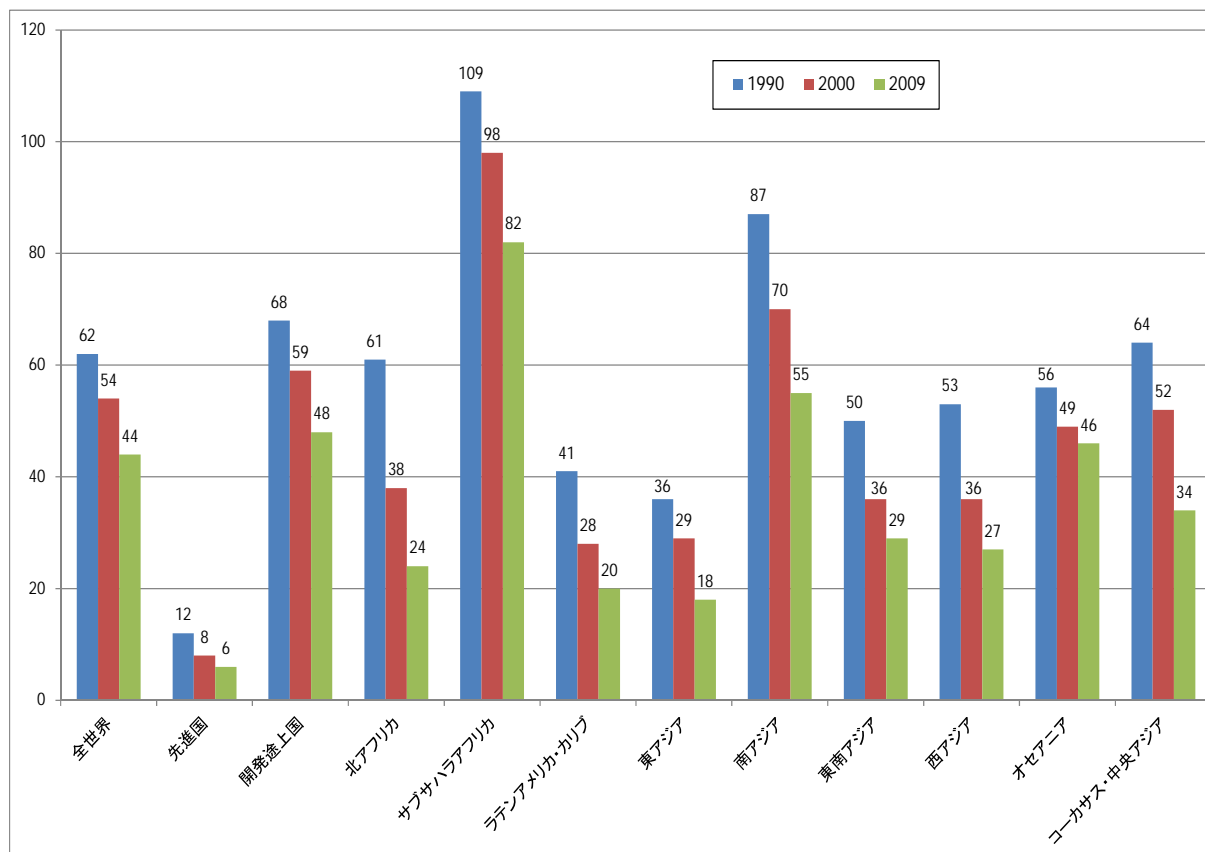
出所: UNICEF(2010)「子どもたちのための前進: 公平性のある MDGs の達成を目指して(第9号)」.

<http://www.unicef.or.jp/library/pdf/Progress for Children - No. 9.jp.pdf>

付録 1-4 5 歳未満児死亡率(出生 1000 対) (MDGs 指標 4.1) (1990 年、2000 年、2009 年)



付録 1-5 乳児死亡率(出生 1000 対) (MDGs 指標 4.2) (1990 年、2000 年、2009 年)

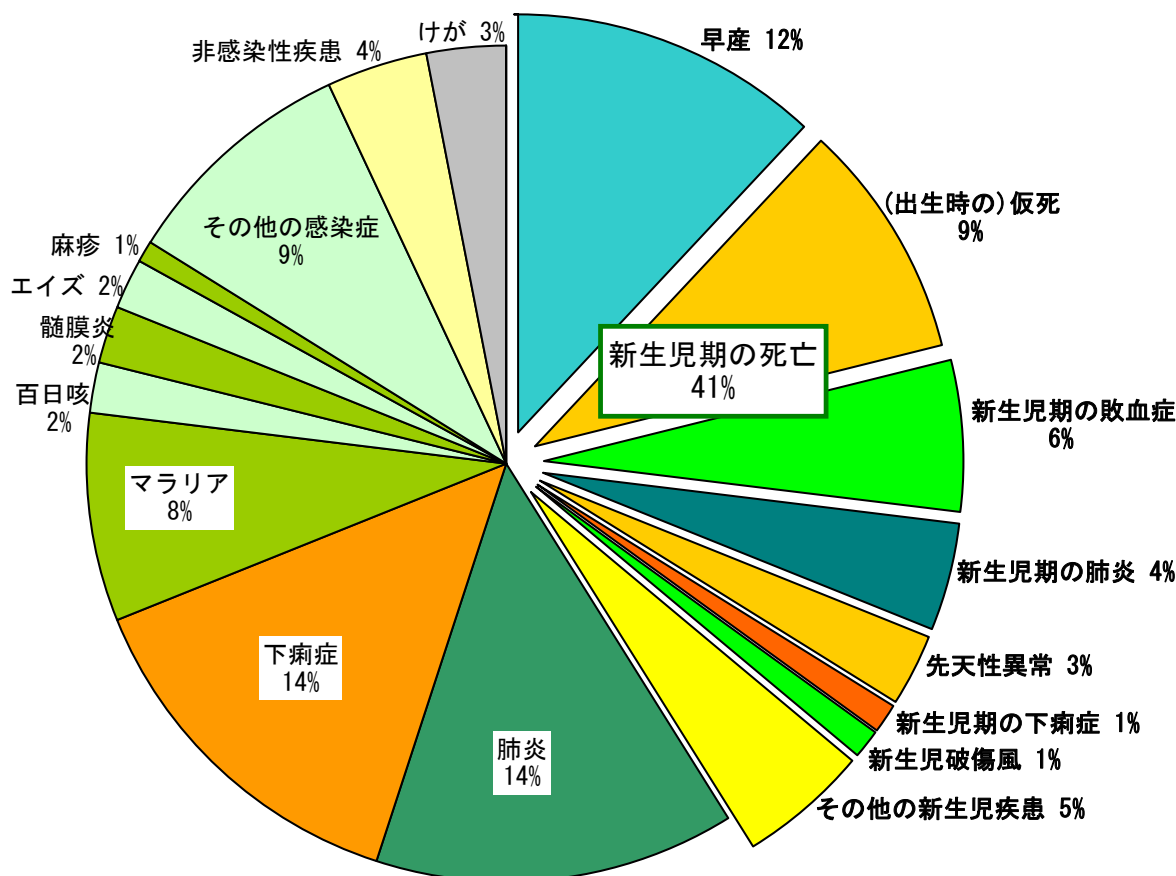


付 1-2・1-4・1-5 出所 : UN (2010), "The Millennium Development Goals Report 2011".

<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Data/2011%20Stat%20Annex.pdf>



付録 1-6 世界の5歳未満児・新生児の死因 (2008年)



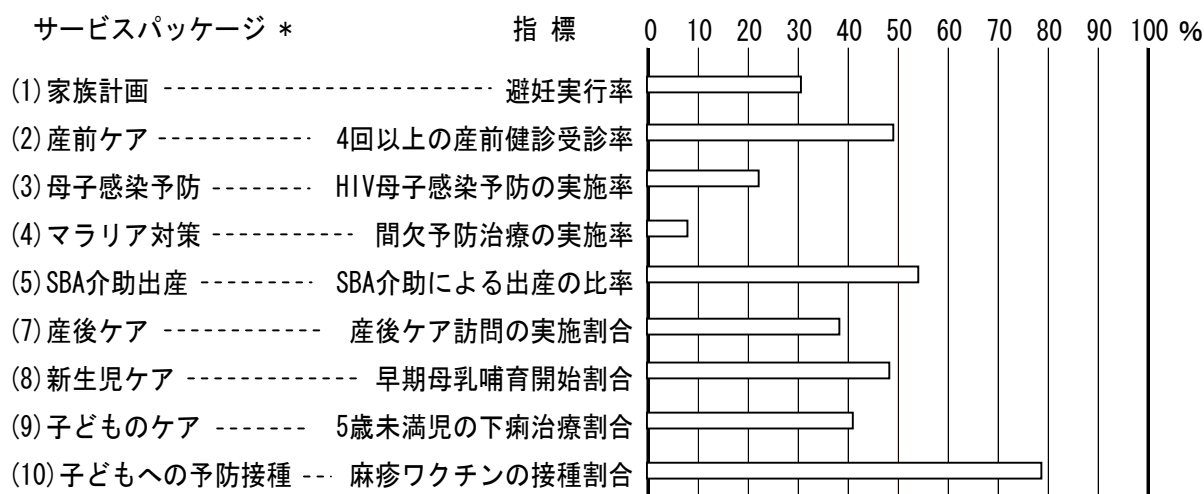
出所：WHO and UNICEF 2010, "Countdown to 2015 Decade Report (2000-2010):

Taking stock of maternal, newborn and child survival".

<http://www.countdown2015mnch.org/documents/2010report/CountdownReportAndProfiles.pdf>

付録 1-7 途上国における標準的サービスの普及度の例 (2000~2010年)

(「カウントダウン」のモニタリング対象 68カ国の中央値)



\* 各サービスパッケージの番号は本文 2章 2-2の番号に対応

出所：Lancet(2010) ; 375 : 2034 から一部抜粋したものに基づいて JICA で仮訳・作成。

付録2 母子保健分野の代表的なインパクト指標

指標名	指標名(英名)	英語略	定義	備考(数値の見方の一例)
妊産婦死亡率	Maternal mortality ratio	MMR	年間出生数に対する、妊娠中または妊娠終了後 42 日未満の女性の妊娠・出産を原因とする年間死亡数の比率。出生 10 万に対する死亡数で表す。	UNICEF「子どもたちのための前進 2010」では、MMR の値を次の 4 段階に分類。 ●非常に高い： MMR 550 以上 ●高い： MMR 300 以上 549 以下 ●中程度： MMR 100 以上 299 以下 ●低い： MMR 100 未満
新生児死亡率	Neonatal mortality rate	NMR	出生時から 28 日目までに死亡する確率。出生 1000 人当たりの死亡数で表す。	WHO「World Health Report 2005」では、NMR の値を次の 4 段階に分類。 ●非常に高い： NMR 37.5 以上 ●高い： NMR 25.0 以上 37.4 以下 ●中程度： NMR 12.5 以上 24.9 以下 ●低い： NMR 12.5 未満
5 歳未満児死亡率	Under-five mortality rate	U5MR	出生時から 5 歳になる日までに死亡する確率。出生 1000 人当たりの死亡数で表す。	UNICEF「子どもたちのための前進 2007」では、U5MR を絶対値と減少率(1990～2006 年の年平均減少率)によって、次の 3 段階に分類。 ●MDG4 達成見込み (on-track) : U5MR 40 未満、または減少率 4.0%以上 ●現状では MDG4 達成不可能 (insufficient) : U5MR 40 以上、減少率 1.0%以上 3.9%以下 ●進展なし (no progress) : U5MR 40 以上、減少率 1.0%未満
合計特殊出生率	Total fertility rate	TFR	15～49 歳の女性の年齢別出生率の合計。	平成 18 年度厚生白書によれば、人口置換水準 (TFR がこの水準以下になると人口が減少する水準)は、年によって変動はあるものの概ね 2.1。
低体重新生児の割合	Low birth weight	LBW	出生時の体重が 2500 グラム未満の新生児の割合。	
慢性栄養不良児の割合	Prevalence of stunting		①中・重度：「WHO Child Growth Standards」による年齢相応の身長中央値から標準偏差がマイナス 2 未満である 5 歳未満児の割合。 ②重度：「WHO Child Growth Standards」による年齢相応の身長中央値から標準偏差がマイナス 3 未満である 5 歳未満児の割合。	
急性栄養不良児の割合	Prevalence of wasting		①中・重度：「WHO Child Growth Standards」による身長相応の体重中央値から標準偏差がマイナス 2 未満である 5 歳未満児の割合。 ②重度：「WHO Child Growth Standards」による身長相応の体重中央値から標準偏差がマイナス 3 未満である 5 歳未満児の割合。	
低体重児の割合	Prevalence of underweight		①中・重度：「WHO Child Growth Standards」による年齢相応の体重中央値から標準偏差がマイナス 2 未満である 5 歳未満児の割合。 ②重度：「WHO Child Growth Standards」による年齢相応の体重中央値から標準偏差がマイナス 3 未満である 5 歳未満児の割合。	
過体重の割合	Prevalence of overweight		一般的に、正常な状態に比べて体重が多い状況、又は体脂肪が過剰に蓄積した状況を言う。通常、ボディマス指数 (Body Mass Index: BMI) という体重と身長の関係から算出 (体重 (kg) / 身長 (m) の二乗) される、ヒトの肥満度を表す体格指数で示される。WHO では、BMI が 25 以上であれば過体重 (overweight)、30 以上であれば肥満 (obesity) と定義している。なお、BMI の計算式は世界共通であるが、肥満の判定基準は国により異なる。	
貧血の割合	Prevalence of anemia		血液中のヘモグロビン (Hb) 濃度が、妊婦の場合は 100ml あたり 11 グラム未満、5 歳未満児の場合は 11 グラム未満の人数の割合。	

### 付録3 主要ドナーの母子保健に対する取り組み

#### 付録3-1 ヘルス・フォー・プラス(H4+) (WHO、UNFPA、UNICEF、世界銀行、UNAIDS)

2008年7月22日にWHO・UNFPA・UNICEF・世界銀行は、妊産婦と新生児の継続ケア実施促進のための共同支援を行うことを発表した。これら4機関は、途上国の能力強化、持続的な国家保健システムの構築、母子保健に関する国家計画のコスト計算・資金調達を支援するにあたり、各機関の比較優位性と専門性をもとに、それぞれが次のような中核的機能を担うこととしている。

- WHO：政策、基準、調査研究、モニタリングと評価
- UNFPA：リプロダクティブ・ヘルス関連物資の安全性、実施の支援、リプロダクティブ・ヘルスのための人的資源、モニタリングと評価の能力開発への技術支援
- UNICEF：資金調達、実施支援、ロジスティクス・物資供給、モニタリングと評価
- 世界銀行：保健財政(資金調達)、国家開発フレームワークへの母子保健の包摂、戦略計画立案、(信託制度やシステムの管理運営を含む)保健システムに必要な資源への投資、成功した事業の拡大

2008年9月のMDGsハイレベル会合において、H4共同宣言「Accelerating efforts to save the lives of women and newborns」を発表し、MDGsの中で最も進捗が遅れている目標5の達成に向け、妊産婦死亡率が高い60カ国中、まずは問題が特に深刻な25カ国(ベナン、カンボジア、ガーナ、ハイチ、シエラレオネ、ウガンダ、ザンビア、ブルキナ・ファソ、エチオピア、インド、ネパール、ニジェール、ルワンダ、アフガニスタン、バングラデシュ、コンゴ民主共和国、リベリア、マリ、ナイジェリア、ケニア、マラウィ、モザンビーク、パキスタン、タンザニア、ジンバブエ)の政府への支援を行っていくと表明した。その内容は、次のような7つの分野における途上国の能力強化である。

- (1) 母子保健のニーズ・アセスメント、及び、成果に基づく保健計画の立案・実施
- (2) 途上国の母子保健計画の費用計算及び資源動員
- (3) 質の高い母子保健サービスの拡充、専門技能を持った保健従事者による出産時の立ち会い、緊急産科ケア・新生児ケアへのアクセス確保、HIV感染予防・治療の連携確保
- (4) 専門技能を持つ保健従事者(特に助産師)に対する緊急ニーズへの対応
- (5) 母子保健サービスへのアクセスに対する経済的障壁(特に最貧層)への対応
- (6) 妊産婦の死亡・罹病の根本原因への取り組み(ジェンダーの不平等、女子の教育普及率(特に中等教育)、児童婚、思春期の妊娠等を含む。)
- (7) モニタリング及び評価システムの強化

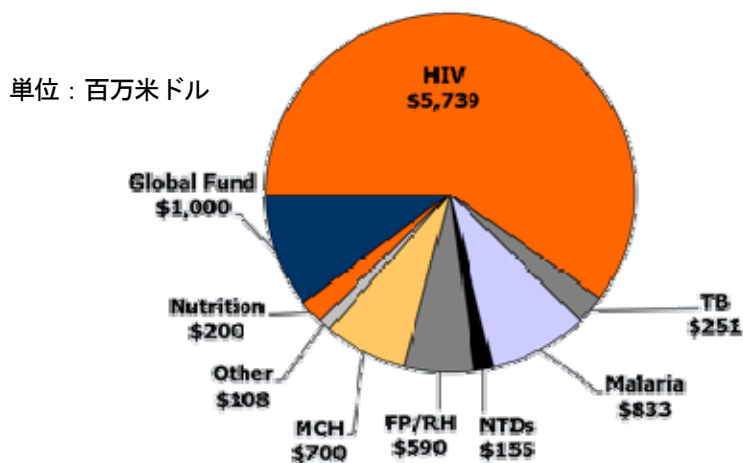
2010年には上記H4にUNAIDSが加わり、H4+となった。H4+の5機関は、母子継続ケアの中核要素及び関連する分野の調整について、次ページの表のように合意している。この表で示された各主務機関は、各分野での国連側の途上国支援計画を調整するが、各分野に他の機関が関与することを妨げるわけではなく、活動に際しては、その途上国の一般的状況、各機関の当該国における比較優位性、保健や開発全般の背景的要素(SWAPs、国際協定、国家計画等)を優先させることとしている。

分野		WHO	UNFPA	UNICEF	世界銀行	UNAIDS
継続ケア	家族計画	●	●	○	○	
	産前ケア	●	○	●	○	
	SBA介助による出産	●	●	○	○	
	基礎的緊急産科ケア	○	●	●	○	
	包括的緊急産科ケア	●	●	○	○	
	産後ケア	●	●	○	○	
	新生児ケア	●	○	●	○	
	妊産婦と新生児の栄養	●	○	●	●(妊産婦)	
母子保健に関するその他の分野	女子教育		○	●	○	
	ジェンダー/文化/男性の参加	○	●	●	○	
	ジェンダーを理由とする暴力	○	●	●		
	思春期のリプロダクティブヘルス	●	●	●	○	
	開発のための広報連絡活動	○	●	●	○	
	産科瘵孔(ろうこう)	○	●			
	安全でない中絶の防止、中絶後のケア	●	○			
	女性性器切除	●	●	●	○	
	人道危機下の妊産婦・新生児保健	●	●	●	○	
	性感染症	●	○	○		
	HIV/エイズおよび家族計画					●
	母子保健人材の基礎教育・継続教育	●	●	○	○	
	保健人材のための規制・立法	●	○	○	○	
必須医薬品リスト	●	○	○			
ロードマップの作成と実施	●	●	○	●		

● : 主務機関      ○ : 協力機関

### 付録3-2 米国国際開発庁(USAID)

USAID は、2009年5月に発表された大統領声明「グローバル・ヘルス・イニシアティブ」(GHI)の主担当機関として、HIV/エイズ、結核、マラリア、顧みられない熱帯病(NTD)、母子保健、家族計画とリプロダクティブ・ヘルス、栄養、保健システム強化からなる GHI 事業を担っている。GHI 全体で2009~2014年に630億米ドル(うち510億米ドルは3大感染症対策)の支援を行う予定であり、2011年度は母子保健、家族計画とリプロダクティブ・ヘルス分野で12.9億米ドルが要求されている。(2011年度予算要求の内訳は下図参照。)



GHI では 2015 年までの母子保健の目標 (MDG4、5 関連)として以下を掲げている。

- 妊産婦保健：支援対象国において、妊産婦死亡率を 30%削減させ、36 万人の女性の命を救う(MDG 5A)
- 子どもの健康：支援対象国において、5 歳未満児死亡率を 35%削減させ、150 万人の新生児を含む 300 万人の子どもの命を救う(MDG 4A)
- 家族計画とリプロダクティブ・ヘルス:5400 万の望まない妊娠を防ぐため、支援対象国において避妊実行率 35%(毎年平均約 2%の増加)を達成し、18 歳未満の女性の初産を 20%削減する(MDG 5B)

USAID の母子保健プログラムは、2010 年には 62 カ国で実施されている。このうち 32 カ国(主にアフリカ・南アジア)に予算の大半がつけられているが、最近は対象国をアフリカに絞る傾向にある。優先国の決定には、ニーズ(妊産婦死亡率・5 歳未満児死亡率の高さ)、その国における USAID 事務所の有無、被援助国の母子保健事業遂行能力等の複数の基準が設けられている。USAID が母子保健分野で活動している国の多くは、H4+やカウントダウンの対象国である。

USAID の母子保健戦略は、効果的介入(HII) の開発・導入・普及と保健システム強化(保健サービス人材、薬剤管理等)に焦点を当てている。具体的な活動・介入は下表のとおり。

女性	新生児	子ども
産前ケア(敗血症予防の無菌法を含む)	必須新生児ケア	重度の小児感染症予防・ケア・治療、 気管支炎/肺炎治療のための抗生剤使用、 下痢症対策のための重鉛補給とORT、 マラリア予防、良い衛生習慣の習得
出産時の(専門技能者による)ケア (SBA・分娩第3期の積極的介助を含む)	産後訪問	
緊急産科ケア(産後出血手当を含む)	重度の新生児感染症治療	
避妊を含むリプロダクティブ・ヘルス・サービス、 家族計画へのアクセス向上	ポリオ撲滅・麻疹コントロールを含む予防接種	
殺虫剤処理蚊帳によるマラリア予防と妊娠期における間欠予防治療		
HIV予防・コントロール(母子感染予防を含む)		
栄養向上/補給(ビタミンA強化を含む)		
安全な水・衛生習慣		
保健システム強化(保健人材、情報システム、薬剤マネジメント、インフラ開発)		
基礎科学研究と実証科学を含む調査研究・開発		

### 付録 3-3 英国国際開発省 (DFID)

DFID の保健分野の事業は、保健システム、HIV/エイズ、感染症、妊産婦・新生児保健、リプロダクティブ・ヘルス、調査研究などから構成されているが、これらのうちリプロダクティブ・ヘルスと妊産婦・新生児保健(RMNH)を中心的取り組みとすることを 2010 年に定め、2010 から 2015 年の間、当該分野で毎年平均約 7.4 億ポンド(約 11 億米ドル)の援助を行うとともに、同期間に 21 億ポンドの追加支援も行うことを予定している。内容としては、望まない妊娠を防ぎ、妊娠・出産を安全なものとするを優先事項とし、2015 年までに、①最低 5 万人の妊産婦と 25 万人の新生児の命を救い(MDG4A 及び 5A)、②1000 万人以上の女性が近代的避妊法を使用できるようにし(MDG5B)、③500 万件以上の望まない妊娠を防ぎ

(MDG5B)、④200 万件以上の安全な出産(MDG5A・5B)を支援することを約束している。実施中・計画中の RMNH 事業(二国間援助)対象国は、サブサハラ・アフリカとアジアに集中している。

①～④の目標達成のため、DFID は達成すべき成果とそのための活動・介入を下図のように4つの柱に整理している。臨床的な介入もごく一部に含まれているが、全体としては、教育、経済、インフラ面等からなる包括的・多面的なアプローチがとられている。

成果フレームワーク			
Pillar 1.	Pillar 2.	Pillar 3.	Pillar 4.
健康的な生殖の選択のための女性のエンパワメント	サービスへのアクセス障壁の除去 (特に最貧層と最もリスクの高い人々)	質の良いサービス供給の拡大	結果に関する説明責任の強化
女性と健康への政治コミットメント、女性の権利と擁護に関する法的枠組み	サービスへの経済的障壁の撤去、購入力の強化、サービス無償化、現金給付、パウチャー給付、金銭的動機づけ、社会健康保険	高インパクトで費用対効果の高い保健サービスの普及と統合(家族計画、安全な中絶、産前ケア、安全な出産、緊急産科ケア、産後ケア、新生児ケア、HIV予防・母子感染予防、栄養、マラリア対策、上下水道と衛生設備)	出生・死亡の登録、より良い計画と結果追跡のためのデータ・情報システム
前期中等教育を含む女子教育			コミュニティ、市民社会、サービス供給者間における責任と透明性の促進
雇用、収入、資産、経済教育、貯蓄を含む経済機会	緊急産科ケアのためのリファラルと交通手段への革新的アプローチ	保健人材(特に助産師とコミュニティ保健ワーカー)の研修・配置・動機付け・管理・指導監督	RMNHサービスにおけるより良いパフォーマンスのための説明責任
地域主導の社会規範(女性の選択の制約、早婚、女性性器切除、暴力、男子優先の風潮など)の変革	サービス・治療における女性差別への取組み、リスクのある思春期の女性(既婚・未婚)に適したサービス	新製品開発(長期間有効で再妊娠可能な家族計画方法など)、製品の入手し易さ(適切な入手場所・タイミングなど)の促進、ソーシャル・マーケティング	国際機関の努力(より良いRMNH成果のための説明責任の追求)
RMNHに対する女性・コミュニティの行動	紛争・自然災害被害者のRMNH向上のための行動	公民双方による、より効率的・効果的な質の良いサービスの供給(品質評価、運営管理、規制、成果に基づく支払い)、様々な民間・NGOのサービス供給者を通じた(コスト効率が良い、貧困層のニーズに合った)サービス供給	
文化的に繊細な情報、特に家族計画(アンメットニーズと需要喚起の調和)			

なお、DFID は全 RMNH 事業の進捗・達成状況を測るためのコア指標を次のとおり定めている。

- 妊産婦・新生児の救われた命(妊産婦死亡率と新生児死亡率から計算)
- 近代的方法で避妊している女性(全ての女性、最貧層 40%の女性、15～19 歳の若年女性)の数(避妊実行率から計算)
- 予防した望まない妊娠の数(カップル年で示される避妊法の供給量から計算)
- SBA 介助による出産の数と比率(全ての女性、最貧層 40%の女性)

## 付録4 JICAの母子保健分野の協力事例

### <協力の切り口ごとの事例>

#### 付録4-7 中央行政能力強化 ①保健省の総合的な事業調整能力の強化 の事例

##### ラオス「保健セクター事業調整能力強化」(技プロ) (2006.8～2010.8)

<着目点> 特定の技術課題ではない総合的な調整業務の可視化と実効性の向上

<着目点に関する背景> ラオスでは、保健分野で援助を実施する開発パートナーは多いが、事業間の調整・連携が不十分で援助対象の課題や地域の限定・偏在・重複が生じており、援助の投入が効率的・効果的に保健状況の改善に結びついていなかった。また、保健省側の主体性が弱く、ドナー主導または依存の形で協力が行われていた。

<着目点に関連する到達目標> 保健セクター開発5か年計画目標達成のための保健省の事業調整能力が強化される。

<目標を達成するための具体的な活動内容・工夫> 保健セクター全体に関わる事業調整の体制として、保健省の中にセクター作業部会(政策レベル、実務レベル)、技術作業部会(保健計画・財政、保健人材、母子保健)、それらをとりとまとめる事務局を設置した。この体制下、政策から実施・技術レベルまで、保健省関係者と開発パートナーが定期的に一堂に会して課題を認識し、情報共有・意見交換をしながら政策と実務の計画・戦略を具体化していくこととした。

<成果> 保健省が主体的に事業調整を行う基盤を築くとともに、援助の調和化や効率的かつ効果的な事業実施に貢献した。主な成果は以下のとおり。

- ・ 母子保健を含む保健セクター全体の事業調整メカニズムの構築・強化
- ・ 母子保健を含む保健セクター全体で統一されたモニタリング・フレームワークの導入
- ・ 保健セクター開発5か年計画の策定過程の共有
- ・ 母子保健技術作業部会を通じた母子保健戦略の策定

<成果の要因と教訓> 本案件は特定の技術的ギャップを埋めるのではなく、保健省全体のキャパシティ・ディベロップメントを支援するための協力であり、PDM や PO による事業実施管理や指標設定が非常に困難であった。このため、PDM の記載ぶりに幅を持たせ解釈を緩やかにすることにより、ラオス側の都合に柔軟に対応し、事業の意思決定を常に保健省側にゆだねることが可能となった。また、事業調整メカニズムの構築・実施は JICA 以外の開発パートナーからの投入も得て進められていたことから、本案件では二国間の協議・調整の場(合同調整員委員会等)を設けず、所謂従来の厳密なプロジェクト管理を意図的に行わず、全て保健省・他開発パートナーを含めた事業調整メカニズムを通して活動を実施した。こうした実施戦略をとったことで、保健省、開発パートナーの内部で事業調整の支持者を拡大し、単に事業調整の仕組みを作っただけでなく、その仕組みが関係者に活用されるに至った。

この教訓は「保健セクター事業調整能力強化 フェーズ2」(2010.12～2015.12)に引き継がれている。

## 付録4-7 中央行政能力強化 ② 国家レベルでの事業成果の普及 の事例

### バングラデシュ 母性保護サービス強化の取り組み (技プロ、有償資金協力) (2006.7～)

<着目点> JICA の技プロによるパイロット事業で有効性が確認されたアプローチ(コミュニティの参加)の全国への拡大(国家戦略、プロジェクトの直接対象地域以外の地域、他ドナーの事業への反映)を意図したさまざまな取り組み。また、拡大するための円借款の実施。

<着目点に関連する背景> バングラデシュは SWAp で保健セクターが動かされており、JICA もその支援パートナーとして援助協調に参加中である。本プロジェクトは妊産婦の健康改善のための保健省パイロット事業として全64県のうち1県で実施され、県内で妊産婦ケアのサービスの利用度を上げることがプロジェクト目標だったが、上位目標として他地域への普及を設定した。プロジェクトの成果の1つとして、パイロット事業経験の中央(保健省本省)へのフィードバックが期待されていたが、プロジェクト開始後、MDGs 達成に向け他の援助機関も妊産婦ケア改善のための支援を展開し始めた。一方、地方ガバナンスの強化のために、末端の地方行政代表者間の経験共有の場である「横の学び合い(ホリゾンタル・ラーニング)」がプロジェクト後半で開始された。

<着目点に関連する到達目標> 妊産婦ケアのサービスの利用を促進するためのコミュニティ活動(「コミュニティ支援システム」)の全国普及。

<上記目標を達成するための具体的な活動内容・工夫> ①バングラデシュで普及可能なアプローチの選定(追加的な政府の人員配置がなくても持続可能な仕組み)、②指標を使った成果の説明、③JICA 事務所長と保健大臣、首相顧問、計画局長等との関係作り、上層部への成果説明と現場への視察による住民・当事者の声を直接聞く機会の設定、④中央での作業グループの調整役などの引き受けを通じた政府・他開発パートナーとの関係強化、⑤作業グループへの参加を通じた経験のフィードバック、⑥他の開発パートナー(国連機関、NGO 等)からのプロジェクト視察の積極的な受け入れ、⑦他の開発パートナー(国連機関、NGO 等)との情報交換、案件形成時の経験共有・助言、⑧国家保健セクタープログラムの改訂に向けた成果発信と改訂プロセスへの参加、⑨母子保健課以外の関係部署(コミュニティ診療所担当課、病院課)との経験共有と関連活動の支援、⑩日本大使館、JICA 本部と一体となつての成果普及方法の模索を常に行っていること、⑪バングラデシュ政府の新政策の動きを踏まえたタイミングのよい働きかけと、それを可能とするためのプロジェクト実施計画の柔軟な変更、⑫「横の学び合い」への参加を通じた他地域の末端地方行政代表者への啓発と現場視察の推進

<成果> コミュニティ支援システムが、政府の新政策であるコミュニティ診療所活性化事業の国家ガイドラインに反映され、プライマリ・ヘルス・ケアの仕組みとして全国展開されることとなった。政府予算・プールファンド等で実施される2011～2016年の保健セクタープログラムの計画書にも反映されており、そのために必要な研修等の活動が全国で展開される予定。日本も円借款により一部経費支援を行う方向で準備中。一方、「横の学び合い」を通じて、末端地方行政代表者の提唱による自発的普及も同時並行で進んでいる。

<成果の要因> 既存リソースの活用を念頭に置いたアプローチの開発、JICA 事務所が一丸となつての保健省の意思決定を担う人物との関係作り、数値とともに現場の当事者の声を届ける成果アピール、セクター全体の動きを踏まえた成果の発信先や発信方法の選定、(母子保健のサブプログラムの中で動くだけでなく)保健システムや地方ガバナンスの視点からの普及方法の模索、技術支援と財政支援の組み合わせの積極的な模索などの複層的な働きかけが相乗効果を挙げ成果に結びついた。



#### 付録4-イ 地方行政能力強化 の事例

##### ケニア「ニャンザ州保健マネジメント強化」(技プロ) (2009.7～2013.6)

<着目点> ケニア国内で、母子保健分野をはじめ、HIV 有病率、マラリア有病率などの保健指標が最も悪いニャンザ州を対象に、州及び県保健マネジメント・チームの組織能力強化を通して、母子保健分野を中心としたプライマリ・ヘルス・ケアにおける保健システム強化を目指す。

<着目点に関連する背景> ケニアでは、1990 年代中盤以降、乳児死亡率や妊産婦死亡率などの保健指標の後退が続いた。これは、HIV 感染の蔓延などの大きな変化に加え、保健医療人材の質的・量的不足、財源をはじめとする医療資源の不足などによる保健システムの脆弱化に起因している。特に、地方保健システムの事業主体である州および県の保健行政官の事業管理能力、組織能力の強化は、第2次国家保健戦略(NHSSP II, 2005)の中で優先課題とされている。

ニャンザ州公衆衛生省は UNICEF とプロジェクトの支援を受けて、同州における保健戦略の最重要課題をケニア中央公衆衛生省に先駆けて「母子保健事業の強化」と設定し、国際的に効果が実証されている「効果的介入」(High Impact Intervention)に注目して保健計画策定を支援している。

<母子保健に関連する到達目標> ニャンザ州において、施設レベル、コミュニティ・レベルにおける18の効果的介入の中で、特に母子保健に関連した6つの介入(子どもの予防接種、ビタミンA投与、完全母乳育児など)を優先分野に位置づけ、予算化、円滑な活動の実施を進める。

<上記目標を達成するための工夫> 援助協調を基調とした保健戦略策定支援に加えて、保健行政官の事業管理能力強化、組織強化、保健啓発活動のモデル化、技術指導・監督(サポーター・スーパービジョン)体制の強化、コミュニティ保健戦略推進、オペレーショナル・リサーチの実施などに取り組んでいる。

<成果> 能力強化を主体としたプロジェクト活動により、保健行政官のマインドセットは大きく変化してきている。特に、他パートナーによるサービス実施支援との相乗効果の結果として、2009年と2010年の比較で、母子保健分野における効果的介入の普及度が飛躍的に向上した。

#### 付録4-ウ 保健医療施設の機能強化 ①一次レベル保健医療施設 の事例

##### ガーナ アッパーウエスト州の母子保健強化の取り組み(無償・技プロ) (2011.1～)

<着目点> 遠隔村落部での一次施設サービスの質・量の拡充

<着目点に関連する背景> ガーナ政府は、コミュニティと家族の健康維持増進のため、1999年に「Community Based Health Planning and Services(CHPS)」プログラムを開始し、地域保健師が常駐するヘルスポスト「CHPS コンパウンド」の増設を進め、2015年までに全国民がCHPSサービスを受けられるようになることを目指している。

<着目点に関連する到達目標・具体的内容> 上記CHPSプログラムを支援すべく、コミュニティ開発支援無償でアッパーウエスト州内の約70カ所のコンパウンドの新規建設を行うとともに、技プロで同州の助産師・地域保健師のサービスの質の向上支援や保健行政実施機関の能力強化、コミュニティへの啓発などを行う予定。

<期待される成果> 質の高い産前産後健診を受診できる妊産婦/新生児数の増加、施設分娩率の向上を図り、妊産婦死亡や5歳未満児死亡の低減に貢献する。

#### 付録4-ウ 保健医療施設の機能強化 ②二次レベル保健医療施設 の事例

##### フィリピン「オーロラ記念病院改善計画」(無償) (2008.1～)

<着目点> 医療過疎州での二次医療施設の機能改善

<着目点に関連する背景> フィリピンのオーロラ州は中部ルソン地方に属する人口 21 万人の州である。州内には4つの公立病院と1つの私立病院があるが、一床あたりの人口は2800人(国平均1000人)、医師一人あたりの人口は18800人(国平均1100人)と、他地域に比べて著しく状況が悪い。対象となるオーロラ記念病院は施設や機材の老朽化と専門医の不在により、帝王切開や虫垂炎の手術すら行うことが法律上許されず、緊急手術や集中治療が必要な場合は、州外の三次レベル病院まで4時間以上かけて搬送しなければならず、妊産婦死亡の要因のひとつとなっていた。

<着目点に関する到達目標> 州都バレールを中心とする9万人の住民が、帝王切開などの緊急産科サービスや基本的な外科手術を受けられるようになる。

<上記目標を達成するための工夫> 概略設計調査において、州保健局の財務分析、専門医の確保への知事への働きかけ、病院経営管理に関わる提言を行うとともに、病院責任者を本邦研修に送るなど、州都の二次病院が適切に運営されるための各種取り組みを行った。州保健局はこれら日本側の取り組みに応じ、主体的に病院運営改善および医師の確保に乗り出しており、ハードの整備に留まらない成果が発現しつつある。

#### 付録4-ウ 保健医療施設の機能強化 ③三次レベル保健医療施設 の事例

##### コンゴ民主共和国「キンシャサ大学病院機材整備計画」(無償) (2009.2～)

<着目点> 国内トップ・リファラル病院(トップ教育病院でもある)の機能改善

<着目点に関連する背景> キンシャサ大学病院は1000の病床、10の診療部を併せ持つ国内および域内各国のトップ・リファラル(最高次)病院として、また、医学生や看護師の実習先として、貴重な役割を果たしてきた。しかし内戦を経て国家経済が破綻し、多くの医療機材が老朽化するなか、新たな財源の確保が困難であることから、トップ・リファラル病院としての機能は限定的であった。特に産婦人科、小児科分野では、手術室や検査室関連の機材が絶対的に不足しており、必要な数の産科緊急医療および新生児ケアを行うことができない状況にあった。

<着目点に関連する到達目標> 背景に書かれたような状況が改善され、検査・手術数が増加することにより、実習病院としての学生受入の能力向上にも貢献する。

<上記目標を達成するための工夫> 病院の保守管理担当者を対象に、国別研修で納入機材のメーカー研修を実施し、ソフト・コンポーネント①で維持管理体制全般の拡充を図る。さらに、ソフト・コンポーネント②ではキンシャサ市内の病院の医師・助産師・看護師を対象とした「母子保健動向セミナー」を開催し、保育器の適切な使用方法等を含めた、Baby Friendly, Mother Friendly な妊産婦ケアと新生児ケアに関する講義を行い、母子保健サービスの質の向上を目指す。

#### 付録4-エ 保健人材の能力強化 ①継続教育 の事例

##### エルサルバドル 看護継続教育分野の取り組み(技プロ) (2007.8～2010.8)

<着目点> 全分娩を取り扱う病院と産前・産後ケアを行う保健所の看護職(看護師・准看護師)を対象とした現任教育の改善。

<着目点に関連する背景> 分娩時の介助のあり方の改善で妊産婦死亡率および新生児死亡率の減少を図ることができ、産前健診や生活指導等の質の向上で分娩時のリスク低下を図ることがで

きる。しかし、サンタアナ県では、病院・保健所の看護職とも知識・技術の水準に問題があった。

<着目点に関連する到達目標> 看護継続教育を担う研修指導者(ファシリテーター)の養成と母子保健分野における看護継続教育システムの構築。

<上記目標を達成するための具体的な活動内容> 研修指導者の候補者を選抜し養成研修を実施した後、研修指導者がサンタアナ県の母子保健サービスに関する現状調査を行って問題点を抽出し、それら問題点の解決を目指した研修プログラム・研修実施計画を作成して、妊産婦ケアに係わる全ての看護師を対象に研修を実施した。研修を受講した看護師に対して研修終了3カ月後から研修指導者によるモニタリング・再指導を行い、結果を分析した。その結果を踏まえ、研修プログラムの一部改善を行うとともに、准看護師用研修プログラム・研修実施計画を作成し、准看護師に対する研修を実施した。また、近隣2県を対象に研修指導者養成研修を行い、看護継続教育の全国展開への基盤づくりの一步を踏み出した。

<上記目標を達成するための工夫> 自立発展を図り全国展開の基盤づくりを行うため、リプロダクティブ・ヘルス中央委員会の業務(研修指導者養成研修から妊産婦ケアに係わる全ての看護職に対する研修モニタリングまで)を他分野の委員会の業務と同様に保健省看護課の所掌として位置づけ、リーダーシップの発揮を促した。

<成果> 病院・保健所で妊産婦ケアに係わる全ての看護職に対する母子保健分野の継続教育研修プロセスが確立・実施された。近隣2県での研修・モニタリングは、多種多様な工夫で経費を確保し自主運営している。産前健診や訪問看護・生活指導等の質について飛躍的な向上が見られるとともに、保健所では看護師専用の産前健診用部屋を確保し、以前は実施できなかった健診や個別指導等を行えるようになった。さらには、保健省看護課の政策として、全国展開を視野に入れた2011年度活動計画を作成しており、他県への拡大も近いうち実現可能である。

<成果の要因> C/P 機関に対する過去の協力の成果により、関係者がカスケード方式の研修形式に容易に適応できたため、プロジェクト活動が効率よく進められた。実習重視の研修内容および研修終了後のモニタリング・再指導の実施により、ケアの質の向上に直結する研修となった。

#### 付録4-I 保健人材の能力強化 ②基礎教育 の事例

##### 中米カリブ地域「看護基礎・継続教育強化」(技プロ) (2007.8~2011.8)

<着目点> 看護基礎教育(看護師の新規養成のための学校教育)における母子保健分野の教育内容・方法の改善と基礎教育と現場との連携推進を図るための現場学生指導担当看護師への研修。

<着目点に関連する背景> 助産師制度が存在しない中米の国々において、母子保健サービスの提供者は看護師であり、その質の向上は大きな課題である。案件形成当時、看護基礎教育の標準カリキュラムも教育の質を保証するメカニズムもなく、母子保健サービスを含め看護の現場で必要とされる技術と教育内容との隔たりが指摘されていた。

<着目点に関連する到達目標> 看護基礎教育の指導者(看護教師および臨地実習指導看護師)の能力向上と教育実施体制の強化。

<上記目標を達成するための具体的な活動内容> まず、各国の看護基礎教育指導者を指導する看護人材(このプロジェクトのC/P)に対し養成研修を実施した。次に、彼女らが各国において、自国用適応研修プログラム、研修教材、研修実施計画を作成したうえで、看護教師・臨地実習指導看護師の選抜メンバーに対する研修指導者養成研修を実施して中央委員会を発足させた。その後、中央委員会が全国の地方拠点で研修指導者養成研修を実施し、その受講者による地方委員会を発

足させ、中央委員会→地方委員会→全国の看護教師・臨地研修指導看護師というカスケード方式による研修・モニタリング体制の確立を図った。その際の学習を容易にするため、研修マニュアルを作成し、保健省の承認を得て標準マニュアルとし、全国展開への一助とした。また、看護基礎教育において確実に習得する必要がある母子保健分野の学習内容・方法をカスケード方式で吸い上げ、看護基礎教育カリキュラムに反映させた。

＜上記目標を達成するための工夫＞ 教室での教育と臨地実習の双方の質を同時に改善するため、看護教師と臨地実習指導看護師の双方を中央委員会・地方委員会のメンバーとし、研修でも常に双方を対象にした。

＜成果＞ 看護教師による母子保健分野の指導能力が向上したことに加え、学生が臨地実習に行った際、現場においても学校で学んだとおりの学習環境が用意されていること、及び、教師と現場の看護師との関係が良好なことにより、学生の知識・技術の習得が円滑に進んだ。また、改善された母子保健分野の教育内容・方法が標準カリキュラムに盛り込まれ、どこの看護学校でも同じ内容が習得できるようになり、妊産婦や新生児へのケアの質の確保につながっている。

＜成果の要因＞ 社会背景・保健政策の似通った中南米の中で看護教育指導者の能力向上に先行して取り組んだエルサルバドルとパラグアイの人材を本プロジェクトの専門家として登用したことにより、成功国を目標に C/P のモチベーションを高め、目標意識を明確に持ちながら活動を展開することができた。また研修方法として実習を多く取り入れたことで、看護師の技術力が向上し、仲間の看護師のみならず医師や看護される側(妊産婦など)からの評価が向上した。このことが更なるモチベーションの向上につながり、インパクトを生むプロジェクトへと発展した。

#### 付録 4-オ コミュニティ(地域住民)の意識向上・体制強化の事例

##### ヨルダン「南部女性の健康とエンパワメントの統合」(技プロ) (2006.7～2011.7)

＜着目点＞ 住民から選出された地域の人材を、保健指導員(Health Educator)として育成・雇用し、支援体制を強化して、僻地において持続的にリプロダクティブ・ヘルス(RH)サービスの利用促進を行う試み。さらに、技プロらしい取り組みとして、この保健指導員による RH サービス普及を国家 RH 戦略に位置づけ、全国展開に結びつける試み。

＜着目点に関連する背景＞ ヨルダンでは RH 関連指標の国内格差が顕著である。保守性の高い地域では文化的宗教的習慣が女性の RH に影響を与えているほか、一定人口規模を満たさない村落では村落保健センターと呼ばれる簡単な保健施設が存在するのみで、住民が質の高い保健医療サービスを受けることが困難な状況にあった。特に、男性准看護師がサービスを提供している村落保健センターでは、村落女性が RH サービスを受診する機会が限定されていた。

＜着目点に関連する到達目標＞ プロジェクト対象地域(国内で「最も閉鎖的」と見なされている地域)における RH サービスの利用促進の好事例に基づき、ヨルダン全国の RH を改善するための政策提言を行うこと。

＜上記目標を達成するための具体的な活動内容や工夫＞ 僻地において質の高い RH サービスの提供を図るため、行政面からのアプローチと、住民の意識・行動変容によるサービス利用拡大という地域レベルのアプローチを同時並行で進めた。具体的には、保健指導員を対象村落から選抜、訓練し、プロジェクトからの働きかけにより保健省職員として雇用した上で、定期的な技術指導・監督活動や追加研修も行っている。また、保健指導員の養成カリキュラムや各種ガイドラインの整備など制度化が進んでいる。同時に、一部村落保健センターの施設改修、機材供与も行われた。一方、

村全体が女性の健康と RH の向上に取り組み、保健指導員の支援体制を強化するため、男性、若者を対象とした啓発活動、住民組織による収入創出活動の支援なども行われた。

＜成果＞ RH サービスが地域住民に利用され、保健指導員の家庭訪問を受けた女性の間で避妊実行率が 2007 年の 43.7%から 2011 年の 55.6%に上昇し、産後ケアの受診率も地域全体で 25%から 36%に向上した。また、女性の就労機会が極端に限られた村落において、公務員として働くことに対する満足感、自己効力感など、保健指導員自身にもエンパワメントが見られる。

＜成果の要因と教訓＞ 医療人材が不足している多くの国では、地域人材の活用が促進されているが、持続性担保が困難であることが多い。本プロジェクトでは、地元出身の保健指導員を保健省正規職員として採用し、プロジェクト終了後の持続発展性を期待している。同時に、終身雇用の公務員としての採用が政府の財政負担を増加させることも事実であり、他地域への普及については財政状況次第である点にも留意が必要であるため、政策レベルへの反映に注力する必要がある。

#### 付録 4-カ サービス実行に携わる関係者間の連携強化 の事例

インドネシア「家族計画・母子保健」(1989～1994)、「母と子の健康手帳」(1998～2003)、「母子手帳による母子保健サービス向上」(2006～2009)(いずれも技プロ)

＜着目点＞ 母子手帳はツールである以上「ある一定の使い方のもとで、ある目的の達成を促す」ものであり、母子保健サービスに関する何の問題を解決するために、手帳の機能を活用するのかという分析が重要であるが、インドネシアの場合でも、最初から明確に目的志向で行われたわけではなく、むしろ試行錯誤から明確になってきたといえる。

#### ＜着目点に関連する到達目標・活動内容・成果＞

家族計画・母子保健プロジェクトでインドネシア版母子手帳の開発と試行を行った。手帳の導入当初は保健所のスタッフから母子手帳の導入による業務量の増加への不満もあったが、手帳を歓迎する母親たちの存在により、手帳の導入見直しにはいたらなかった。本プロジェクトでは、中央政府の承認を受けて試行を始めること、インドネシア側のオーナーシップを醸成するために必要なステップを踏むこと、使われる状況を配慮して手帳の内容を開発すること、開発時にコンセプトを明確にすることなどの重要性が確認された。

母と子の健康手帳プロジェクトでは、プロジェクト対象州を始め、多様な民族、宗教、文化を持つインドネシアの状況下での試行に基づき、基本的な内容を標準版とし、使用のためのガイドラインを作成した。地域の独自性に任せる部分を残す等の工夫をしたことから、多くの地域への普及が可能となり、手帳の制度化の礎となる 2004 年の母子手帳に係る保健大臣令〈284/MENKES/SK/III/2004〉の発布につながった。

さらに、手帳を使った母子保健サービスを継続するための制度が確立されるよう、母子手帳による母子保健サービス向上プロジェクトを実施し、技術、組織、政策面で持続するための体制が整えられた。具体的に、技術面では保健医療従事者のためのオリエンテーション・パッケージを作成し、保健省研修機関、助産師協会、看護師協会の行う卒業研修、632 の助産師養成校・440 の看護師養成学校のカリキュラムに組み込み、母子手帳が既存の 63 保健プログラムに統合された。さらに、手帳の活用にかかる試行とパッケージ化が行われた(妊婦学級や育児学級など)。組織面では、国の制度の中で評価していくために、保健省のモニタリングや評価の指標に加えるなど、定期的な情報収集のための技術支援を行った。政策面では、前述の大臣令に続く各種の通達(病院サービスでの使用、各種職能団体のコミットメント・レターなど関連の 2 大臣令、協力機関による 11 通達)の発

出を促した。中央および地方における予算化のための支援を行った。これらは、制度作りにおいて重要な要素や、継続性を確保するために必要な作業を具体的に示している。

全国的な世帯調査データは母子手帳の普及を示している。2007年データでは5歳未満児の37.3%が母子手帳をもらったことがあるが(RISKESDAS 2007)、2010年データでは、5歳未満児を持つ母親のうち79.6%が妊娠中に母子手帳などをもらったことがあり、5歳未満児の68.5%が母子手帳をもらったことがある(RISKESDAS 2010)。ツールとしての効果は、プロジェクトなどで行われた調査から、母子手帳を導入した地域の母親において、母親と乳児の健康に関する知識が高くサービスにアクセスしていること、活用を促進するための支援をあわせて行うことが有効であることが、指摘されている(Agustin et al 2004, University of Indonesia 2009)。さらに、全国的な世帯調査データからは、異なる複数時点でのサービスへのアクセスなど、継続ケアのツールとしての可能性が指摘されている(IDHS2007)。

＜成果の要因と教訓＞ 試行を制度化につなげるための教訓として、例えば、当該国の政策に合致した設計をすること、大臣令など制度化の礎を得ること、ツールの目的を明確にして予算化につなげること、MDGsの達成という国際的目標と合致していること、ドナーの参画をその国自身が調整することなどが挙げられる。また、インドネシアの事例から母子手帳の制度化は短期的・断片的な投入で完遂できるものではないということも言える。

母子手帳の協力を検討する際は、その国の特徴や状況を理解した上で、母子保健サービスのどの問題を解決するのかを明確にし、それを解決するには手帳のどの機能を活用するのか、それに伴いどのような能力を強化していくかを分析することが重要である。

## ＜主たるサービス・パッケージごとの事例＞

### 付録4-a 産前ケア の事例

#### バングラデシュ「母性保護サービス強化」(技プロ) (2006.7～2011.6)

＜着目点＞ サービス供給側・需要側双方の能力強化・活性化と連携による産前ケアの向上。

＜着目点に関連する背景＞ バングラデシュでは自宅分娩が85%と高く、SBAによる出産介助は10数%と非常に低く、妊産婦死亡率は320と高い状況にあった。この原因としては、①社会・経済・文化的背景：患者や家族が妊産婦の異常兆候の発症を認識できない、妊産婦自身に決定権がない、医療施設に関する情報不足、文化的・宗教的な制約等により適時に受診や搬送がされない、②アクセスの問題：交通手段の確保が困難、道路事情が悪く搬送に時間を要し医療機関への搬送が遅れる、③医療の質：適切な治療が提供されないなどがあった。

＜着目点に関連する到達目標＞ コミュニティの保健活動の活性化による産前健診等へのサービス需要の喚起、政府系医療施設や政府医療従事者による産科サービス供給の体制の強化、さらに、地方評議会のイニシアティブによる、地域の安全な出産促進のためのコミュニティ啓発活動や末端医療施設の改善・保健医療従事者とコミュニティの連携の円滑化により、産前ケアを含めた母子保健サービスの向上を図る。

＜上記目標を達成するための具体的な活動内容や工夫＞

コミュニティの活性化に関しては、「コミュニティ支援システム」という、住民、ユニオン(郡の下の階層)評議会メンバーやTBA、保健医療従事者を含むグループを結成し、妊産婦とその家族の産

科ケアへのアクセスの向上のために、コミュニティ基金を含む地域による妊産婦・新生児への支援環境づくり、妊産婦の危険な兆候・出産準備に関する住民教育、その他妊産婦・新生児保健に関する知識向上を図った。

サービス供給側に関しては、出産に携わる医療従事者、管理者、清掃人、警備員等からなる緊急産科ケアチームを病院ごとに機能させ、施設や提供すべき産科サービスの状況アセスメントに基づいて活動計画を作成し、それに基づき施設整備や技術・管理に関する研修を行い、定期的にモニタリングする体制を強化した。また、村落部への出張診療活動を行う末端医療従事者による「安全出産チーム」の結成を促進し、研修や定期会議を通じ産前健診、緊急時の対応、出産介助の改善を行った。

サービス供給者側とコミュニティの連携のため、地方評議会を巻き込んだ活動も行った。地域の有力者である地方評議会が母子の健康に関する地域会合を開催することにより、地方評議会からの母子保健のための財政的な支援がサービス供給側とコミュニティ双方になされるようになっただけでなく、双方のリエゾンの役割を果たすようになった。また、「コミュニティ支援システム」にユニオン評議会委員がアドバイザーとして関与したり、ユニオン評議長の集まりで成功事例を共有・拡大することを通じ、保健サービスの強化に留まらず、その他住民活動を活性化する活動の促進が図られた。

＜成果＞ プロジェクト対象地域では、公的機関における産前健診の回数が、2006年の5000回から2010年の32000回への増加が見られ、前回妊娠中に少なくとも1回もしくは3回以上の産前健診を受けた女性の割合は、2008年ベースライン及び2010年1月の終了時評価時点で、それぞれ、54.9%から73.3%への増加、28.3%から34.7%への増加が見られた。また、産科合併症発症者が緊急産科ケアを受けた割合も、対象県において、2006年の17.6%から2009年には55.6%になり、大幅な改善に至った。

#### 付録4-b 助産専門技能者(SBA)による正常出産介助と褥婦・新生児のケアの事例

##### カンボジア「助産師の能力強化を通じた母子保健改善」(技プロ) (2010.3~2015.2)

＜着目点＞ 保健センターに配置された助産師の能力強化による出産介助の質の向上

＜着目点に関連する背景＞ カンボジアでは、慢性的に助産師が不足しているため、十分な臨床実習などの機会がないままに助産師が保健センターに配置され、これらの助産師は出産介助に自信がなく地域住民からも信頼が得られないでいる。また、これらの助産師に対して技術的支援を行い始めたリファラル病院の助産師の指導能力自体が不十分であるという課題も確認されていた。

＜着目点に関連する到達目標＞ 地域で指導的立場にある助産トレーナー(教員)の能力向上を含めた助産分野の研修制度の強化。

＜上記目標を達成するための具体的な活動内容＞ 全国に4校ある地方看護・助産学校のうち、コンポンチャム・リファラル病院に隣接する看護・助産学校が管轄する4州をモデル地域として、助産師の卒前・卒後研修における教員の能力、研修の運営管理と研修環境の向上、モデル地域と他地域間での助産能力強化に関するコミュニケーションと連携の強化、モデル地域での助産能力強化に関する経験の国家戦略・国家プログラムへの反映等に取り組んでいる。

＜期待される成果を達成するための工夫＞ 主要C/P機関である国立母子保健センターは、過去の日本からの支援を通して、地域のニーズに合致した研修プログラムを計画・実施できる力を持ち、国家レベルの母子保健関連プログラムの計画・実施する行政機能も有している。この国立母子保

健センターとの協働により、日本の協力実績を有効活用しつつ、プロジェクトの成果を国レベルのプログラムへ組み込み得ると期待される。また、本プロジェクトのモデル地域コンポンチャム州では、過去の協力で育成された人材や既存のネットワークが活用できるとともに、実習先病院は無償資金協力で産科病棟等を建設し、技協・無償による一体的な協力を進めている。更に、ブラジルでの技術交換研修の実施、マダガスカル・ブラジルからの第三国講師の派遣等、日本の過去の協力成果と人的ネットワークを積極的に活用したプロジェクト設計となっている。

#### 付録 4-c 乳児のケア ①感染症予防 の事例

##### 大洋州「予防接種事業強化」(技プロ) (2005.2～2010.2)

<着目点> 13カ国を対象に、地域支援機関の協調枠組みにより、EPI事業の向上を目指す。

<着目点に関連する背景> WHOとUNICEFの提唱で、対象の大洋州各国政府、米国疾病予防管理センター、日本を含む二国間援助機関により、「大洋州における予防接種強化プログラム」(Pacific Immunization Programme Strengthening: PIPS)という協調枠組みが2004年に共同宣言された。

<着目点に関連する到達目標> EPI事業のうち、特にコールドチェーン維持管理、ワクチン・ロジスティクス、安全な予防接種とEPI関連廃棄物処理に関して、PIPSの理念の下、すべての国・地域がEPIプログラムを独自に運営できる能力を持つようになる。

<上記目標を達成するための工夫> 他のスキームの事業(JICA ボランティア、医療特別機材供与、無償、草の根無償)や国際ロータリークラブによる支援と相互補完してきたこと、及び、開発協力を基調とした国際的連携により PIPS 協調メカニズムを最大限に活用したこと。

<達成度> 13カ国を対象としており、目標達成状況は国により異なる。プロジェクト目標の指標5つをすべて達成した国は3カ国、4つの指標を達成した国は5カ国であったが、対象13カ国すべてにおいて、数値目標は概ね達成され、予防接種プログラムの管理能力が向上したことが確認された。

期待された5つの成果は次のとおり概ね達成されている。1.各国・地域の保健省のEPIプログラムの計画・モニタリング能力が向上する。2.ワクチン、コールドチェーン、安全注射に関する太平洋地域研修プログラムを組織化し、機能させる。3.各国・地域におけるワクチンの需要予測能力、ワクチン管理能力、コールドチェーン維持管理システムが改善される。4.各国・地域における安全注射、医療廃棄物管理の管理能力が改善される。5.各国・地域におけるEPIアウトリーチ活動が改善される。

<目標達成の要因> 大洋州地域ではフィジーが中心となって、地域内での協力を展開していくことが、自立発展性の観点から重要である。その観点から、本プロジェクトにおいては、フィジーに大洋州各国の予防接種担当者を招聘し、ワクチン管理やコールドチェーン機材保守管理の技術向上を目的とする地域研修を実施した。また、PIPS 協調メカニズムのもと、プロジェクトを通して PIPS 年次会合を支援し、各国の EPI 担当代表者が経験や課題、大洋州の地域性に基づく解決手段を共有した。さらに、域内協力を通じた自立発展を念頭に、本プロジェクトの後継技プロとして、フィジーを拠点とし、特にニーズの高いコールドチェーン機材保守管理の地域研修を13カ国に対して行うとともに、予防接種率の低い重点国に対する国内研修を支援する大洋州地域予防接種体制整備プロジェクトを実施中(2011.2～2014.2)。



## 付録4-c 乳児のケア ②栄養改善 の事例

### エチオピア「母子栄養改善」(技プロ) (2008.9～2013.9)

<着目点> エチオピアの栄養分野の国家計画である国家栄養プログラムの戦略に基づいて、コミュニティでの栄養改善と重症栄養不良児の食事治療プログラムを支援するもの。世界銀行やUNICEFとの連携の中で、対象地域についてJICAが支援するという位置付けである。

<着目点に関連する背景> 国レベルの明確な栄養分野のプログラムの存在。栄養分野で世界銀行やUNICEFが積極的に支援を行っており、ドナー連携が進んでいること。

<着目点に関連する到達目標> 対象地域において、5歳未満児と妊産婦・授乳婦の栄養改善を目的としたコミュニティでの保健サービスが強化される。

<上記目標達成するための工夫> 対象となる3県10郡できめ細かい活動を行う。

<期待される成果と達成度> 活動は定着しつつあり、次の5つの成果のうちいくつかは指標で確認されている。1.住民参加による5歳未満児と妊産婦・授乳婦の地域栄養改善活動が推進される。2.保健普及員が実施する5歳未満児および妊産婦・授乳婦を対象とした地域栄養改善活動が強化される。3.ヘルス・ポストと医療施設(クリニック、保健センター、病院)間の連携が強化される。4.コミュニティでの地域栄養改善活動を強化・促進するために必要な州・県・郡保健局の行政管理・指導能力が向上する。5.パイロット地域において、母子栄養改善を目的とした効果的なセクター間連携モデルが構築される。

これらのうち、1.2は、研修を受けたボランティア・コミュニティ保健ワーカーの配置、保健普及員への研修実施、妊産婦への栄養カウンセリング実施など、着実に活動が進み、達成状況は中程度である。3については、重症栄養不良児の食事治療プログラムの下にある外来食事療法プログラムと食事療法センターについての研修が実施されたが、重度の急性栄養失調児のリファーマニタリングがまだ不十分である。4については、コミュニティでの地域栄養改善に関する技術指導・監督の研修が実施され、州保健局・県保健局による評価会や郡保健局と保健センターによる指導・監督が実施されている。5の活動は、農業セクターと連携し、各村に配置されている農業普及員を活用して、コミュニティでの栄養改善活動として、パイロット地域において離乳食加工活動・菜園活動の試行が開始されたが、モデル構築やパイロット地域外への普及はこれからの段階である。

付録5 JICA の案件内容の傾向

無償・技プロ・機材供与・課題別研修・草の根技協の 2010 年度における母子保健案件、及び、母子保健を主目的としないが母子保健関連内容を含む案件 計 82 件の協力内容を、母子のライフ・サイクルに沿ったサービス分野とサービスの実行を支える切り口により分類した。この結果を、サービス分野を縦軸、切り口を横軸とする表にまとめると、以下のとおり。

(多くの案件が協力対象としている分野・切り口を濃い色で表している。)

サービス分野では産前検診と子供の栄養・予防接種、切り口で見ると保健人材の質の向上とコミュニティ及び一次保健施設に関して、比較的多くの協力が実施されていると言える。

実施中案件82件(無償16、技プロ39、機材供与2、課題別研修4、草の根技協21)の協力内容集計

(各行・列・欄に該当する活動がある案件数の、全体(82件)に対する割合 30%以上 25%以上 20%以上 15%以上 10%以上)  
(間接的に関連する活動で関連指標が設定されていないものは0.5と数える)

サービス分野	サービスの内容	関連MDG	コミュニティ		施設サービス				人材		政策・行政		財政		他			
			地域住民の組織化・保健活動の強化(含ボランティア)	地域の健康改善につながる環境整備(水・トイレ・村道等)	一次(PHC)レベルのサービス拡充・改善	リファラルレベル(二次以上)のサービス拡充・改善	保健医療施設への患者搬送(リファラル)の改善	保健医療施設数の増加	保健医療施設の設備・機材の改善	資材(避妊具・蚊帳)・医薬品・栄養剤等の供給の改善	資材・医薬品・栄養剤等の流通・保管の改善	保健医療従事者の数増加	保健医療従事者(専門・非専門)の技術水準の向上	保健医療従事者の業務の監督・技術指導の強化	法律・規則の制定や改正	情報(疫学・保健サービス)の収集・報告・分析	保健財政(マクロレベル)の改善支援	健康保険の普及・拡充
母子のライフサイクル	サービスの目的 (母子の健康・生命を脅かしている主要課題のうち、どの課題への対応か)																	
	関連MDG																	
思春期・妊娠前	望まない妊娠を減らす	5A			9						12							
	妊娠前から性感染症を予防する	5B								16	10							
	妊娠前から将来妊娠時の胎児の先天性異常を予防する	4																
妊娠中	妊婦の栄養不良を予防・改善する	5A			24	14												
	妊婦の貧血を予防・改善する				21	21												
	妊婦の高血圧を予防・改善する				9	4												
	妊婦のHIV感染を発見し適切なエイズ予防治療を行う				9			9										
	妊婦のその他の感染症を予防する																	
	妊婦のその他の異常を早期発見し適切な医療を行う				22	10	12											
	妊娠中の異常時(流産等)に適切な医療を行う				12	4												
	妊娠中から安全な出産に備える				21	23												
出産時	安全な分娩を行う	5A			14	14												
	異常分娩時に適切な医療を行う				12	12	10	10										
産褥期(産後42日未満)	褥婦の感染症を予防し感染時に適切な医療を行う	5A			4													
	褥婦の大量出血を予防し異常時に適切な医療を行う				12	10	16											
	褥婦の健康回復を促し適切な看護・医療を行う				11	12		4										
	産後短期間中の再妊娠を減らす	5B					10			7								
生後(新生児)	出生直後の新生児の健康状態を確認し救命する	4			10	16		16										
	低出生体重児・未熟児に適切な看護・医療を行う				10	11		12	9									
	母子感染による新生児の感染症を予防する				16			12	10		14							
	院内感染による新生児の感染症を予防する							11	13									
	自宅における新生児の感染症を予防・治療する				12						10							
	新生児の異常を早期に発見し適切な医療を行う				12				9									
	新生児の栄養不良を予防・改善する				12	23												
生後(5歳未満児)	子どもの栄養不良を予防・改善する	4			23	24	10			12								
	子どもの感染症を予防する				10	11		16	22		10							16
	子どもの感染症を治療する				10	11		13			10							
	子どもの先天異常を早期発見し適切な医療を行う				10					8								
	子どもの健やかな発育のため適切な育児を行う				12	21			10		11							
その他	女性の権利意識と発言力を高める	(3)																
	貧困層の経済力(可処分所得)を高める	(1)																
	女性に対する暴力を予防する																	

付録6-1 引用・参考文献

- 外務省(2010) 「国際保健政策 2011-2015」  
[http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/doukou/mdgs/pdfs/hea\\_pol\\_ful\\_jp.pdf](http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/doukou/mdgs/pdfs/hea_pol_ful_jp.pdf)
- Kerber, K., de Graft-Johnson, J. E. et al. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. Lancet 2007; 370: 1358-1369.  
<http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673607615785.pdf?id=3d35b1b5aa0ec416:-6d2420ab:12e70a13c59:78651298977002845>
- Countdown to 2015 (2010) “Countdown to 2015 Decade Report (2000-2010) with Country Profile: Taking stock of maternal, newborn and child survival”  
<http://www.countdown2015mnch.org/documents/2010report/CountdownReportAndProfiles.pdf>
- UN(2010) “The Millennium Development Goals 2010”  
<http://www.un.org/en/mdg/summit2010/pdf/MDG%20Report%202010%20En%20r15%20-low%20res%2020100615%20-.pdf>
- UN(2010) “The Global Strategy for Women’s and Children’s Health”  
[http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/201009\\_globalstrategy\\_wch/en/index.html](http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/201009_globalstrategy_wch/en/index.html)
- UNDP(2009) 『ミレニアム開発目標』日本語版 UNDP 東京事務所  
<http://www.undp.or.jp/publications/pdf/millennium2009.11.pdf>
- UNFPA(1995) “International Conference on Population and Development – ICPD – Programme of Action”  
<http://www.unfpa.org/public/home/sitemap/icpd/International-Conference-on-Population-and-Development/ICPD-Programme>
- UNFPA(2004) 『世界人口白書 2004』日本語版 財団法人家族計画国際協力財団監訳  
<http://www.unfpa.or.jp/cmsdesigner/data/entry/publications/publications.00010.00000006.pdf>
- UNFPA(2010) 『世界人口白書 2010』日本語版 財団法人家族計画国際協力財団監訳  
<http://www.unfpa.or.jp/cmsdesigner/data/entry/publications/publications.00016.00000005.pdf> (リプロダクティブ・ヘルスに焦点を当てた指標を掲載。)
- UNICEF(2008) 『世界子ども白書 2008』日本語版 日本ユニセフ協会監訳  
<http://www.unicef.or.jp/library/pdf/haku2008.pdf>
- UNICEF(2009) 『世界子ども白書 2009』日本語版 日本ユニセフ協会監訳  
<http://www.unicef.or.jp/library/pdf/haku2009.pdf>
- WHO(2005) “The World Health Report 2005: Make every mother and child count”  
[http://www.who.int/whr/2005/whr2005\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf)
- WHO “The Declaration of Alma Ata”  
[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
- WHO (2010) “Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion care, Maternal, Newborn and Child Health”

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_FCH\\_10.06\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_FCH_10.06_eng.pdf)

- WHO (2007) “Recommended Interventions for Improving Maternal and Newborn Health”  
[http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/documents/who\\_mps\\_0705/en/](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/who_mps_0705/en/)
- WHO (1996) “Care in Normal Birth: a practical guide”  
[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/MSM\\_96\\_24\\_en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/MSM_96_24_en/)
- WHO (2010) “Joint country Report -Accelerated implementation of maternal and newborn continuum of care as part of improving reproductive health- Mapping of in-country activities”  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599733\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599733_eng.pdf)
- “WHO-UNFPA-UNICEF-World Bank Joint Country Support for Accelerated Implementation of Maternal and Newborn Continuum of Care”  
[http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2008/who\\_unfpa\\_unicef\\_joint\\_country\\_support.pdf](http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2008/who_unfpa_unicef_joint_country_support.pdf)
- Lancet 2006; 368: 1130-32 “Safe motherhood initiative: 20 years and counting”
- Lancet 2010; 375: 2032-44 “Countdown to 2015 decade report (2000-10): taking stock of maternal, newborn, and child survival”
- USAID “Implementation of the Global Health Initiative: Consultation Document”  
[http://www.usaid.gov/our\\_work/global\\_health/home/Publications/docs/ghi\\_consultation\\_document.pdf](http://www.usaid.gov/our_work/global_health/home/Publications/docs/ghi_consultation_document.pdf)
- “The U.S. Government's Efforts to Address Global Maternal, Newborn, and Child Health: The Global Health Initiative and Beyond” (米国政府全体の母子保健分野援助の背景・戦略・活動内容・予算の推移等。USAID、CDC、NIH、PEPFER、PMI などについても記載。)  
<http://www.kff.org/globalhealth/upload/8074.pdf>
- “FACT SHEET: The U.S. Global Health Initiative (GHI)” (構成要素・予算・プログラム分野別のGHI進捗状況。GHI全体像を素早く把握するのに適している。)  
<http://www.kff.org/globalhealth/upload/8116.pdf>
- “FACT SHEET: The U.S. Government and International Family Planning & Reproductive Health” <http://www.kff.org/globalhealth/upload/8073.pdf>
- Two Decades of Progress: USAID's Child Survival and Maternal Health Program (1985年以降のUSAIDの母子保健協力の歴史・概要。全20ページ。)  
[http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PDACN044.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACN044.pdf)
- REPORT TO CONGRESS "Health-Related Research and Development Activities at USAID" -An Update on the Five-Year Strategy, 2006-2010  
<http://www.harpnet.org/index.html>
- DFID (2010) “Choices for women: planned pregnancies, safe births and health newborns -The UK's Framework for Results for improving reproductive, maternal and newborn health in the developing world” (DFIDの母子保健戦略)  
<http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/prd/RMNH-framework-for-results.pdf>

- DFID (2010) “Health portfolio review Report 2009” (前政権下のDFIDによる国際保健協力のレビューと2010年度以降の援助政策についての提言。)  
<http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/health-portfolio-review-rpt-2009.pdf>
- 世界銀行(2010) “The World Bank’s Reproductive Health Action Plan 2010-2015”  
<http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/376374-1261312056980/RHActionPlanFinalMay112010.pdf>
- UNFPA (2010) “Sexual and Reproductive Health for All”  
[http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/uarh\\_report\\_2010.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/uarh_report_2010.pdf)
- PMNCH (2010) “Background Papers: Global Strategy for Women's and Children's Health -”  
[http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/201009\\_globalstrategy\\_backgrounddocs/en/index.html](http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/201009_globalstrategy_backgrounddocs/en/index.html)
- PMNCH (2011) “PMNCH Knowledge Summary 13: Make Stillbirths Count”  
[http://www.who.int/pmnch/topics/part\\_publications/20110414\\_ks\\_13\\_stillbirth/en/](http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/20110414_ks_13_stillbirth/en/)
- PMNCH (2010) “Sharing Knowledge for Action on Maternal, Newborn and Child Health”  
[http://www.who.int/pmnch/topics/continuum/knowledge\\_summaries/en/](http://www.who.int/pmnch/topics/continuum/knowledge_summaries/en/)
- UNAIDS (2010) Background Paper: “Sexual and Reproductive Health services with HIV interventions in practice - 26th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board- (June, 2010)”  
[http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/SRH\\_background\\_paper.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/SRH_background_paper.pdf)
- UNAIDS (2010) “Agenda for Accelerated Country Action for Women, Girls, Gender Equality and HIV -Operational plan for the UNAIDS action framework: addressing women, girls, gender equality and HIV”  
[http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/agenda\\_for\\_accelerated\\_country\\_action\\_en.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/agenda_for_accelerated_country_action_en.pdf)

## 付録6-2 ウェブサイト

### (1) 政府・国際機関・パートナーシップ等のホームページ

- 外務省 分野別課題政策(保健・人口)  
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/bunya/health/index.html>
- ガビ・アライアンス (GAVI) : <http://www.gavialliance.org/index.php>
- 国際家族計画連盟 (IPPF) : <http://www.ippf.org/jp/About/Default.htm>
- 世界銀行 保健・栄養・人口局  
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/0,,contentMDK:20130377~menuPK:282518~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:282511,00.html>
- アイ・エイチ・ピー・プラス (IHP+) :  
<http://www.internationalhealthpartnership.net/en/home>
- 安全な母性イニシアティブ (Safe Motherhood Initiative) :  
<http://www.internationalmidwives.org/Projects/TheSafeMotherhoodInitiative/tabid/616/Default.aspx>
- 妊産婦・新生児・子どもの健康パートナーシップ (PMNCH) :  
<http://www.who.int/pmnch/en/>
- カウントダウン (Countdown to 2015) : <http://www.countdown2015mnch.org/>
- ウィメン・デリバー (Women Deliver) : <http://www.womendeliver.org/>
- The Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment (IMMPACT) :  
<http://www.immpact-international.org/>
- Saving Newborn Lives :  
<http://www.savethechildren.org/site/c.8rKLIXMGIpI4E/b.6234293/>
- Averting Maternal Death and Disability : <http://www.amddprogram.org/d/>
- The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood : <http://www.whiteribbonalliance.org/>
- Deliver Now for Women + Children Campaign : <http://www.delivernow.org/>

### (2) 指標

- WHO Statistical Information System (WHOSIS) ホームページ  
<http://www.who.int/whosis/whostat/en/index.html> (WHO 加盟国 193 カ国の保健統計)
- 人口保健調査 (DHS) ホームページ <http://www.measuredhs.com/start.cfm>  
(世界 75 カ国の人口・保健・HIV・栄養関連データ)
- ミックス (MICS) ホームページ [http://www.unicef.org/statistics/index\\_24287.html](http://www.unicef.org/statistics/index_24287.html)  
(UNICEF の女性と子どもに関する複数指標クラスター調査の結果)