

母と子の健康を願って ～ 母子保健の向上のために





世界の母子保健の現状

開発途上国(途上国)では、毎年35万人もの女性が、出産後の出血・敗血症・妊娠高血圧症候群・危険な人工中絶などのために亡くなっています^a。アフリカでは、半数以上の出産が、助産師など専門教育を受けた医療従事者の介助を受けられずに行われています。世界では、1日に24,400人(3秒に1人)の子どもが5歳の誕生日を迎えることなく亡くなっており、なかでも途上国では、早産・難産が元で、あるいは肺炎・下痢・マラリア・敗血症・栄養不良など予防や治療の手立てのある病気にも関わらずその命が失われています^b。

母と子の命を守り健康を育むには、安全な出産環境を整えるだけでなく、若年妊娠や出産直後の妊娠、望まない妊娠を防ぐ必要があります。しかし、世界では多くの女性がこのような妊娠を経験しています。アフリカでは、近代的な避妊方法を利用できるのは女性の5人に1人だけで、15-19歳の思春期女性1000人あたり年間出生数は100人を超えています^c。

このように、母子の健康問題が途上国で深刻であることから、国際社会は、2015年までに世界中で達成すべき「ミレニアム開発目標」²として「妊産婦の健康の改善」と「乳幼児死亡の削減」を掲げ、協調して取り組みを進めています。

母子保健の向上のためには、出産サポートや家族計画相談等により、人々が様々なライフステージを通じてケアを受けられること、またそれを保障する環境が整えられることが大切であり、女性と子どもに対し継続的に一貫性ある対応がなされるよう、「継続ケア」³の重要性が指摘されています。

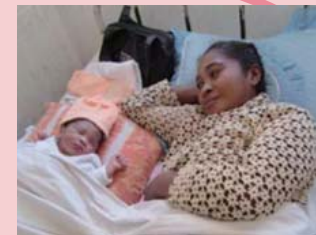
なお、日本でもかつては女性と子どもの健康改善が国民の大きな課題でしたが、現在では、妊産婦死亡率⁴は途上国の約100分の1(出生10万当たり亡くなる妊産婦は約6人)、5歳未満児死亡率⁵は途上国の約20分の1(出生1000当たり5歳になる前に亡くなる子どもは約3人)で、世界でも最高水準の母子保健を実現しています^d。

母子保健分野での JICA の取り組み

保健はJICA事業の主要分野の一つですが、中でも、母子保健はJICAの協力重点領域に位置づけられています。JICAは「ミレニアム開発目標」や日本政府の「国際保健政策 2011-2015」を踏まえ、日本の母子保健の改善の経験を活かしながら、途上国の取組みを支援しており、協力対象国は全世界に広がっています。

JICAの母子保健分野の協力の主な狙いは、妊娠前から幼児期までの各段階で必要とされる対策をそれぞれの国の政府や地域社会がより良く実現していくための仕組み作りで、具体的には、途上国の行政(保健省から地域の役場まで)の機能強化、病院や保健所などの保健医療拠点の機能と相互連携体制の強化、助産師などの保健医療従事者の養成・確保などです。

その際、JICAは、相手国側が自立的に計画を立て事業を継続・発展させていけるよう、相手国の持つ組織や人材の能力強化と、地域住民の参画促進を支援することになっています。



アフリカの医療過疎地で、村落助産師をレベルアップ

スーダン マザーナイルプロジェクト(2008~2011)



スーダン政府では医療過疎の村落地域にも母子保健サービスを行き渡らせることを目標に、1960年代から「一村一村落助産師(すべての村に最低一人の助産師駐在)」に取り組んできました。スーダンで正助産師になるには中等教育卒業後3年間以上の専門技術教育を受ける必要があり、女子の就学率が低い村落地域では正助産師になれる女性の数が限られています。そこで、初等教育を修了した者を対象に(現実的には、初等教育を修了しない女性も対象に)1年間の助産技術研修を修了すればなる「村落助産師」という人材を育成しています。村落助産師は、現状では医師も正助産師もいない医療過疎の村と病院をつなぐ唯一の医療従事者ですが、技術レベルが低く支援体制も不十分であることが指摘されていました。

このような状況のもと、マザーナイルプロジェクトでは、村落助産師の再訓練を行い、助産技術のレベルアップを図ることにしました。また、村落助産師が村の民家で妊婦の診察や出産介助をする際に使う携帯用医療器具や衛生用品を研修時に点検補充したり、研修後にも村落助産師が正助産師の定期的な指導を受けたり相談ができる体制を強化して、技術面だけでなく物的・心理的にも村落助産師を支援する体制を築きました。これらの支援を通して、産婦の感染予防のため器具を滅菌消毒するなど、村落助産師の技術が向上し、医療過疎の村でも以前より安全な出産ができるようになりました。異常分娩となるリスクが高い場合には、監督役の正助産師や医師に相談したり、早期に病院に紹介できるようにもなりました。

マザーナイルプロジェクトの成果は、スーダン国内各地の関係者に紹介され、村落助産師への再訓練と支援体制づくりが広げられようとしています。

血圧測定の実習をする村落助産師たち

地域住民の協力体制で、貧しい女性も安全に出産

バングラデシュ 母性保護サービス強化プロジェクト(2006~2011)



バングラデシュでは産婦の死亡が多く、産科医師・助産師などのものでの出産の比率を高めることが課題でした。そこで、ノルシンディ県を対象として、母性保護サービス強化プロジェクトを開始し、安全な出産と母子に対する保健サービスの強化に取り組むことにしました。

プロジェクトでは、医療施設での出産を増やし、産婦と新生児への対応を充実させるための仕組み作りを行いました。特に、逆子や双子などリスクの伴う分娩へも対応できるように、地域住民が主体となった「地域支援体制」を発展させてきました。地域支援の内容は、村内の妊婦の所在が一目でわかるような地図作り、妊婦健診⁹受診の推進、産婦の緊急搬送手段の確保、貧困層の出産費用の互助制度、村内での健康教育などで、これらの活動は住民グループが進めています。プロジェクトでは、あわせて、地域の公立医療施設で、産科医師・助産師などへの研修、産科用機材の整備、助産師への技術面の監督・指導の体制作りを進め、妊産婦への保健医療サービスの改善を図ってきました。

ノルシンディ県では、4年間のプロジェクトを通じた協力により、産前ケアを受ける妊婦の割合が大幅に増え、妊娠・出産に伴うリスクの軽減を図ろうという地域住民の意識が向上しました。また、特に貧困層の女性の間で、施設分娩だけでなく自宅分娩を含めた熟練出産助産者¹¹の介助による出産の比率が増加しました。



「地域支援体制」のもとでの住民グループの活動：地図上に妊婦の所在を記入する住民たち

現場の助産師を支えるチームワーク

カンボジア 地域における母子保健サービス向上プロジェクト(2007~2010)



カンボジアでは長年にわたり助産師の育成に努めてきていますが、近年は、個々の助産師の技術力向上の次の段階として、各地域に配属された助産師が研修で習得した能力を十分発揮できるように、地域のサービス体制の整備も必要となっています。

そこで、このプロジェクトでは、看護助産学校のあるコンボンチャム州内の4つの保健行政区をモデル地域として、助産師の再教育研修による技術的な支援とあわせて、助産師支援の体制づくりに取組むこととし、地域の保健従事者に対するチームワーク強化研修の導入、保健行政機関から保健センターへの支援要領の作成、保健センターと地域住民との協働活動の推進などを支援しました。その結果、助産師が配属された保健センターに対して、その地域を管轄する保健行政機関や病院が巡回指導を行うなど、助産師を支援するチームワーク体制が確立されました。



助産技術研修の一場面

また、地域の保健関係者の定例会議など、地域内で実施可能な活動が「コミュニティ協働支援ガイドライン」としてまとめられ、行政と地域住民双方を巻き込む形で地域の母子健康サービスの体制が整備されました。

プロジェクトを通じて作られた体制は、セミナーやハンドブックにより、全国に広められようとしていません。プロジェクトのモデル地域では、熟練出産介助者¹¹による出産介助と妊婦健診⁹受診率が増加してきており、母子健康サービスの向上を示しています。

世界に広がる母子健康手帳



インドネシアでは、日本の母子手帳に触発された医師の発案から、JICAの技術協力のもと、1994年に試行版の母子健康手帳¹⁰が開発されました。この手帳が母親の知識の向上につながる事が認められ、1997年には全国版の母子健康手帳が開発され、JICAの継続的な協力により、様々な母子健康サービスに関する情報を母親の手元で体系的に整理する手段として母子健康手帳を活用する仕組みづくりが行なわれました。保健省の意欲的な取組みと、JICA、ユニセフ、NGOなどの支援により、全国のすべての州で母子健康手帳が使われるようになり、2010年には年間500万人と推定される妊婦全員に配布できる数の母子健康手帳が印刷されるまでになりました。



母子健康手帳を手に、健診に訪れたインドネシアの母と子

パレスチナでは、2008年に西岸全域で母子健康手帳の活用が始まりました。これは、世界初のアラビア語版母子健康手帳で、JICAの技術協力のもと、2年がかりで試作、試用、改訂を重ねて作られたものです。2010年からはガザの一部でもこの母子健康手帳の活用が始まりました。パレスチナでは、紛争の影響で、妊産婦がいつもの医療施設に通えなくなることもあります。いつもとは別の医療施設にしか行けなくなっても、母子健康手帳を持参すれば、手帳の記録をもとに継続した医療サービスを受けることが可能となります。母子健康手帳を活用することで、妊娠中から出産後に至る継続ケア³や、異なる医療施設間の継続ケアが実現されるのです。パレスチナの母子健康手帳は、国連パレスチナ難民救済機関（UNRWA）を通じ、ヨルダン、シリア、レバノンのパレスチナ難民にも活用されています。

アフリカで母子健康手帳が導入された場合の効果について検討するために、JICAは、アフリカ東部のケニア、ルワンダ、タンザニア、ウガンダとインドネシアから母子健康の関係者を招いて、2010年にワークショップを開催しました。ワークショップでは、インドネシアやパレスチナでの母子健康手帳の開発と普及の経験を振り返り、母子健康手帳の導入と定着のためにどのような戦略や活動が必要か、確認しました。また、重要な留意点として、母子健康手帳が効果を発揮するためには、手帳が使われる地域に、妊婦健診などの保健サービスを行き渡らせるための人材や施設が存在している必要があることが指摘されました。JICAからは、母子健康手帳の導入を検討する場合には、各国で行われている母子健康改善のためのさまざまな取り組みを進めるうえで母子健康手帳にどのような役割を持たせるのか、その国の母子健康政策の中で明確にしておくことが重要であると強調しました。

自治体の後押しで、施設出産が増加

フィリピン 母子健康プロジェクト(2006~2010)

東ビサヤ地域母子健康サービス強化プロジェクト(2010~2014)



フィリピンの農村では、自宅出産で命を落とす産婦・新生児が多いことが課題であり、東ビサヤ地域のピラン州政府や町役場は、伝統的産婆¹²による出産介助を禁止し保健センターや病院での出産(施設分娩)を促進する条例を次々に制定しました。そこで、母子健康プロジェクトでは、産婦が地元で安全に出産し新生児への適切なケアを受けられることを目指して、農村の保健センターで出産サービスを開始しました。また、州政府や町役場とコミュニティが主体となって、妊産婦側のサービス利用意識を高め、妊産婦と保健センターをつなぐ「女性の健康チーム」活動を活性化

させ、出産にまつわる妊産婦の経済的負担を軽減するために健康保険への加入を支援しました。これらの取組みの結果、東ビサヤ地域の一つの州であるピラン州では、州内の施設分娩の割合が、プロジェクト開始前(2005年)の25%から、プロジェクト後半(2009年)には90%にまで増加しました。プロジェクトは、フィリピン経済開発庁により、2009年に最も功績のあった政府開発援助事例として「ベストプラクティス賞」に選ばれました。

その後、ピラン州での成功を踏まえ、母子健康プロジェクトで効果が見られた取組みを東ビサヤ地域全体に広げるため、東ビサヤ地域母子健康サービス強化プロジェクトが始まりました。プロジェクトでは、地域内の保健センター・病院の機材整備、保健センターの助産師の研修、定期的な症例検討会の開催、「女性の健康チーム」活動の推進など、より多くの母子に適切な緊急産科ケア¹³を行き渡らせるための、保健省の東ビサヤ局と関係自治体による取組みを、支援しています。

ピラン州保健センターで生まれた赤ちゃんとスタッフ

国内最高水準の母子病院を拠点にして、母と子の健康に取り組む

ベナン 母子保健プログラム(2006~2010)



ベナンの母子保健の状況は、妊産婦死亡率⁴ 397、新生児死亡率¹⁴ 32(2006年国勢調査)と、アフリカの中でも特に深刻です。ベナン保健省は、「妊産婦・新生児死亡削減国家戦略」を策定して、この喫緊の課題に取り組んでいます。

こうしたなか、ベナン政府の要請を受け、JICAはベナン国内で産科・小児科の最高水準の拠点病院であるラグューン母子病院の施設・機材の整備を支援するとともに、母子保健に携わる保健医療従事者の能力向上に力を入れてきました。

院内感染予防の指導をする青年海外協力隊員

その結果、例えば、日本、モロッコ、チュニジア

でJICAが開催する研修に参加したラグューン母子病院のスタッフは、帰国後に病院の中核を担う人材となり、ベナンに適應した母親学級の開設、乳幼児の栄養改善、人間的なケア(*)を導入した分娩介助の推進などに鋭意取り組んでいます。こうした中核的な人材の活動を、JICAが日本から派遣した専門家が青年海外協力隊員(JOCV)が各々の職種・専門性(産科医、機材保守、助産師、保健師、栄養士など)を活かして現場で連携しながら支援し、ラグューン母子病院組織全体の底上げ、さらには下位レベルの保健医療施設に対する指導の促進など、着実な波及効果を生んでいます。

*人間的なケアとは

ここでは、1)患者と保健サービス提供者側の対話に基づく協力がなされ、双方にとって満足のいくケアであること、2)根拠に基づいた医療ケアであることを指します。

日本の市民による 途上国の人々の生活に根ざした取組み

草の根技術協力事業



JICAは、国際協力の意志を持つ日本のNGOや大学、地方自治体、公益法人などの取り組みを支援し、途上国での事業を共同で実施しています。これらの事業は、途上国の人々の生活に密着したものであることから「草の根技術協力事業」の名称で親しまれています。

草の根技術協力事業は、途上国の人々の生活改善や生計向上に直接役立つ事業が対象です。子どもと女性だけでなく高齢者や障がい者、孤児や難民の支援を行うこともあり、取り組む分野も、山村・漁村の開発から識字教育、伝統産業振興に至るまで様々です。

ニジェールの子どもの健康改善を目指すプロジェクトでは、栄養不良状態にある母子に毛布や栄養補助食を提供すると同時に、子どもの栄養改善を意識して農業を行う(栄養価の高い農作物を栽培する)ようアドバイスしたり、日々の健康に直結する啓発を行ったりしています。これらの取り組みの結果、多くの子どもの健康が回復したばかりでなく、農作物が売れて収入が増えるなどの相乗効果も見られています。

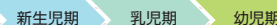


家庭を訪問するボランティア健康員(モンゴル)

モンゴルの母と子の健康改善に地域ぐるみで取り組むプロジェクトでは、地区の中にプロジェクト運営委員会が設立され、地元のボランティア健康員が活動の主体となっています。ボランティア健康員は、妊娠した女性に産前健診の受診や保健施設の利用を促し、母と子の健康増進のための知識を提供しています。以前は交流の機会が少なかった近隣住民が、ボランティア健康員を通じて出産や子育てに欠かせない情報を共有するようになりました。草の根技術協力事業を通じて、それまでに見られなかったコミュニティの連帯や相互協力が生まれ、共同貯蓄や小規模融資活動、共同の野菜・果物づくりなど、新たな地域活動が始まることもあります。

国境を越えて感染症予防に取り組む

大洋州地域 予防接種事業強化プロジェクト(2005~2010)



大洋州地域では2004年に、地域内13ヶ国の政府、WHO、ユニセフ、JICAなどが共同して「大洋州における予防接種プログラム強化」という枠組みを作りました。この枠組みのもとで、JICAは、①予防接種の実施計画づくりと実施状況のモニタリング、②適時適量のワクチン調達、③コールドチェーン機材(ワクチンを適温で運搬・保管するための冷蔵庫・クーラーボックスなど)の維持管理、④安全性に配慮した接種方法と医療廃棄物(使用後の注射針や注射器)の処理、⑤コミュニティ



地域研修で学んだことを踏まえて安全な予防接種

での予防接種活動 という5つの分野で各国の能力強化を目的として、5年間の技術協力を行いました。

プロジェクトの目玉の一つは、フィジー保健省、WHO、ユニセフと共同で、フィジーの首都スバで実施された地域研修です。13ヶ国の予防接種担当者が一堂に会する地域研修は、ワクチン管理やコールドチェーン管理などに関する最新の知識と技術を習得するだけでなく、各国の経験や課題、大洋州の地域性に基づく解決手段を共有する機会ともなりました。また、この地域研修後には、研修で習得された技術の定着を目的として各国への巡回指導がプロジェクトによって行われました。その結果、各国の予防接種担当者のワクチン管理能力やコールドチェーン技師の専門技術力が上がり、大洋州地域内での予防接種サービスの拡大、安全性の向上などの目標を達成することができました。

思春期の若者が利用しやすい保健サービスを目指して

ホンジュラス オランチョ県思春期リプロダクティブヘルス強化プロジェクト (2008~2012)

妊娠前

妊婦は年齢が低いほど死亡率が高いのが現状ですが、ホンジュラスでは若年での妊娠が増加しています。若年妊娠は、死亡率が高いことも問題ですが、望まない妊娠であることが多く、加えてHIV/エイズやその他の性感染症への感染、思春期における自己の確立に対する悪影響、学校からのドロップアウトを招くなど、貧困問題とも関連した社会問題となっています。このような問題の背景にあるのは、思春期の若者が性の悩みを相談したり、泌尿器疾患や性感染症の診察を安心して受けることができる場所や機会の不足です。そのため、若者が利用しやすい保健サービス(ユースフレンドリー・サービス)を増やして、若者の性行動の変容を支える必要があります。

この背景のもと、JICAは、ユースフレンドリー・サービスの提供を助け、若者自身が主体的に行動を選択できるよう啓発し、若者を支える地域の連携を強化することを目的としたプロジェクトを実施しています。

思春期の若者にとっては、最も身近で価値観を共有できる「仲間(ピア)」による、同じ目線での「ピア・カウンセリング」が、性の健康に関係する主体的な行動変容を支えるために非常に有効な方法です。プロジェクトでは、このピア・カウンセリングを実施するピア・リーダーの養成研修を進めてきました。ピア・リーダーの活動拠点であり、ピア・カウンセリングを実施する場所として、思春期の若者が気軽に立ち寄れる相談場所「ピア・ルーム」が各市で開設されました。性の悩みだけでなく友人関係など日常生活の様々な悩みを持った若者に対してカウンセリングの機会が提供され、性や人格形成に関わる情報交換や学びあいの場が持たれています。



ピア・カウンセリングの実習をする若者たち

◎用語解説 (数字はこのパンフレットの文中の注釈数字に対応しています)

- 母子保健**【Maternal and Child Health: MCH 特に新生児⁶の健康の重要性に着目して Maternal, Newborn and Child Health: MNCH とも言う。】
妊産婦と乳幼児の健康(両者を連続するものとして扱う考え方)。「リプロダクティブヘルス」(一生を通じて男女の性と生殖に関する健康)と18歳未満の全ての「子どもの健康」という2つの専門分野の重なり合う重要部分である。
- ミレニアム開発目標**【Millennium Development Goals: MDGs】 西暦2000年の国連ミレニアムサミットを経て設定された国際社会の目標。全部で8つの目標のうち2つが母子保健分野の目標である(目標4:乳幼児死亡率の削減、目標5:妊産婦の健康改善)。達成目標年は2015年であり、2005年・2010年に国連で大規模なレビュー会合が行われた。2010年現在の見直しでは、2015年までの全目標達成は困難であり、なかでも目標5(妊産婦の健康改善)は最も進捗が遅れており、更なる取組み強化が求められている。
- 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。母子保健分野の継続ケアとは、妊娠前→妊娠→出産→産後/新生児→乳幼児という時間の流れや、家庭内→近隣→保健所(日本では助産院)→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医療サービスのこと。
- 妊産婦死亡率**【Maternal Mortality Ratio: MMR】 出生10万に対する妊産婦死亡(妊娠中または妊娠終了後42日未満の女性の、妊娠・出産を原因とする死亡)数の比。出生数+死産数を分母とする国もある。ミレニアム開発目標²の目標5(妊産婦の健康改善)の達成度を測る指標の一つで、1990年の水準を2015年までに4分の1にすることが目標とされている。
- 5歳未満児死亡率**【Under 5 Mortality Rate: U5MR】 出生1000に対する5歳未満児の死亡数の比。ミレニアム開発目標²の目標4(乳幼児死亡率の削減)の達成度を測る指標の一つで、1990年の水準を2015年までに3分の1にすることが目標とされている。
- 新生児**【neonate】 出生後28日未満の子ども。
- 乳児**【infant】 1歳未満の子ども。新生児⁶を含む。
- HIV(ヒト免疫不全ウイルス)** 人の免疫を弱体化させエイズ(後天性免疫不全症候群)を発症させるウイルスの名称。HIVに感染した(HIV陽性)女性の妊娠中・出産中・授乳中に、胎盤・血液や母乳を通して子どもに感染する(母子感染)可能性があるため、妊婦のHIV検査とHIV陽性の妊産婦への抗ウイルス薬服薬や育児相談を拡充する必要がある。途上国全体で1年間に約40万人の乳児⁷が母子感染でHIVに感染していると推計される⁸。
- 妊婦健診** 妊娠がわかってから出産するまでの間、母体と胎児の健康状態を確認するために定期的に受ける健康診断。途上国では、初回の健診を含め出産までに最低限4回の妊婦健診を受けることが望ましいとされている¹。妊婦健診では、尿検査・血圧測定、体重測定、腹囲・子宮低長測定、血液検査のほか、超音波(エコー)検査などが行われる。
- 母子健康手帳** 女性の妊娠・出産・産後のケア、子どもの発育発達・予防接種・医療処置などの記録を1冊の手帳に記入する冊子。日本では母子保健の一つの道具として普及・定着している。
- 熟練出産助産者**【Skilled Birth Attendant: SBA】 助産師・医師・看護師など、出産助産について正規の専門教育を受けた有資格の医療従事者。正常な妊娠、分娩および産後における必要なケアを行うことができ、妊産婦・新生児の異常時には適切な診断と緊急産科ケア¹³ができる病院への紹介(リファラル)などを行う能力を持つ。
- 伝統的産婆**【Traditional Birth Attendant: TBA】 正規の専門教育を受けていないが、地域において分娩助産を行ってきた人々をいう。
- 緊急産科ケア**【Emergency Obstetric Care: EmOC】 分娩中に異常が認められた際の妊産婦・子どもの死亡を低減し、安全な出産を確保するための包括的産科体制。具体的には、入院施設、輸血や帝王切開手術などが可能な設備・医薬品、緊急搬送用車両などが整備され、専門技術を有する医療技術者が必要なケアを提供できる状態を指す。
- 新生児死亡率**【Neonatal Mortality Rate: NMR】 出生1000に対する新生児⁶の死亡数の比。

◎出典 (英字はこのパンフレットの文中の注釈英字に対応しています)

- 財団法人家族計画国際協力財団(JOICFP)「途上国の実情 - 妊産婦の現状」共同通信社(<http://www.joicfp.or.jp/jp/operation/>)、2011年2月23日。
- 財団法人日本ユニセフ協会(ユニセフ日本委員会)「ユニセフについて - 主な活動分野」共同通信社(http://www.unicef.or.jp/about_unicef/about_act.html)、2011年2月23日。
- Global Health Observatory Database: Health-related Millennium Development Goals. World Health Organization, 2011 (<http://apps.who.int/ghodata/>, accessed 23 February 2011).
- Global Health Observatory Database: World Health Statistics. World Health Organization, 2011 (<http://apps.who.int/ghodata/>, accessed 23 February 2011).
- Preventing Mother-to-Child Transmission (PMTCT) of HIV. UNICEF, 2010 (http://www.unicef.org/aids/index_preventionyoung.html, accessed 1 April 2010).
- The Standards for maternal and neonatal care. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/effective_antenatal_care.pdf, accessed 23 February 2011).



独立行政法人 国際協力機構

人間開発部

〒102-8012 東京都千代田区二番町5-25 二番町センタービル
電話番号 03-5226-6660(代表)
URL <http://www.jica.go.jp/>