

# 課題別指針

## 母子保健

2021 年度

独立行政法人 国際協力機構  
人間開発部

## 課題別指針 母子保健

### 目次

目次

概観

開発課題体系全体図

略語・用語集

第1章	母子保健の概況	1
1.1	世界の母子保健の現状	2
1.2	母子保健関連の概念の変遷・国際的潮流	3
1.2.1	ミレニアム開発目標(MDGs)以前	3
1.2.2	ミレニアム開発目標(MDGs)	4
1.2.3	持続可能な開発目標(SDGs)	4
1.3	国際的な協力の動向	5
1.4	我が国による協力の動向	6
1.4.1	日本政府の動き	6
1.4.2	JICAの事業戦略上の位置づけ	7
第2章	母子保健の主なサービス	9
2.1	母子保健サービスの全体像と継続ケア	9
2.2	母子保健の主なサービス	12
2.2.1	妊娠期	12
2.2.2	分娩から産褥期まで	14
2.2.3	5歳未満児期	17
2.2.4	学童期・思春期	19
第3章	JICAの協力の方向性	21
3.1	JICAが母子保健分野で活動する意義	21
3.2	JICAの母子保健分野協力の全体像	22
3.2.1	基本方針	22
3.2.2	協力目標のタイプ	24
3.2.3	母子継続ケアの達成のための重点とすべき取組	25
3.2.4	協力の切り口	30
3.3	今後の検討課題	40

## 付録

1. 母子保健分野の代表的なインパクト指標
2. 避妊具・薬の種類と効果の一覧
3. WHO が推奨する予防接種と時期の一覧
4. 産前健診のスケジュールと内容
5. 基礎的緊急産科ケア (BEmONC) と包括的緊急産科ケア (CEmONC) で提供されるサービス
6. Obstetric Transition Model: 防ぎうる妊産婦死亡を削減するための枠組み
7. 母子手帳参考資料

## 図表目次

図 1-1	世界の 5 歳未満児死亡の原因 (2018 年).....	2
図 1-2	世界の妊産婦死亡の原因 (2014 年).....	2
図 1-3	JICA 事業戦略「人間中心の開発の促進」概念図.....	7
図 2-1	母子保健サービスの全体像と継続ケア (概念図).....	11
図 3-1	JICA の母子保健分野における協力の考え方.....	22
図 3-2	JICA の母子継続ケアの質改善のためのフレームワーク.....	24
表 2-1	継続ケアを保障するための重要な視点.....	10
表 2-2	産前ケアに含まれる主なサービス.....	12
表 2-3	産前ケアに関連する主なガイドライン.....	13
表 2-4	HIV 母子感染対策に関連する主なガイドライン.....	13
表 2-5	マラリア予防対策に関連する主なガイドライン.....	13
表 2-6	分娩ケアに含まれる主なサービス.....	14
表 2-7	分娩ケアに関連する主なガイドライン.....	14
表 2-8	産後ケアに含まれる主なサービス.....	15
表 2-9	産後ケアに関連する主なガイドライン.....	15
表 2-10	新生児ケアに含まれる主なサービス.....	16
表 2-11	新生児ケアに関連する主なガイドライン.....	16
表 2-12	主な家族計画サービス.....	17
表 2-13	家族計画に関連する主なガイドライン.....	17
表 2-14	子どものケアに含まれる主なサービス.....	18
表 2-15	子どものケアに関連する主なガイドライン.....	18
表 2-16	思春期のリプロダクティブヘルスに含まれる主なサービス.....	19
表 2-17	思春期のリプロダクティブヘルスに関連する主なガイドライン.....	19
表 3-1	母子保健分野の支援における JICA の強み.....	21
表 3-2	保健システム 6 要素から見た母子継続ケア実現に向けて注力すべき点.....	23

表 3-3	JICAによる事業の協力目標のタイプ.....	24
表 3-4	コミュニティレベルを対象とした案件の形成・実施上の留意点.....	34
表 3-5	地域病院を対象とした案件の形成・実施上の留意点.....	34
表 3-6	中央・地方中核都市病院を対象とした案件の形成・実施上の留意点.....	35
表 3-7	母子保健に関するリファラル体制整備に係る案件の形成・実施上の留意点.....	35

**概観**

**第1章 母子保健の概況**

母子保健とは、人生において最も脆弱な時期の疾病や死亡を科学的根拠に基づいた介入によって、予防または治療やリハビリテーションを行い、母子の健康及び子どもの適切な発育・発達を促すものである。対象領域は、リプロダクティブ・母子・新生児・思春期保健及び栄養（RMNCAHN）に拡大している（本指針では「母子保健」と記載）。質の高い母子保健の保障は、個人のライフコースにわたる健康とウェルビーイングに影響を及ぼすとともに、持続的な社会の形成や持続可能な開発目標（SDGs）の達成に貢献し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）へも重要な役割を果たす。SDGs への移行にあたり策定された「女性、子どもと若者の健康のためのグローバル戦略（2016-2030）」では、Survive（生存：回避可能な死から免れる）、Thrive（健全な成長）、Transform（社会の転換：生存と健全な成長を可能にする環境を拡充する）の3点が強調されている。加えて、思春期保健や母子栄養への取組も重視され、ライフコースアプローチ、人権への配慮、多様な分野との連携等があらためて強調されている。

**第2章 母子保健サービスの全体像と継続ケア**

女性・子ども・思春期の若者が直面する健康面での課題の背景には、様々な要因が絡み合い、克服に向けたさらなる取組が必要である。貧困やジェンダー、人種、社会的地位による格差などにより、多くの人々が疾病や死亡のリスクにさらされたり、予防や治療、出産のためのサービスへのアクセスが困難になったりしている。母子の死亡や疾病に関する状況の改善、及び子どもの発達に効果があることが確認された介入を、提供されるべき時期及び場所によって整理したものが「母子継続ケア」(CoC)である。ケアの時間的な流れとケアが提供される空間のつながりが分断されることなく、母子が継続的に介入を受けられるようにすることが重要である。（図 2-1 参照）

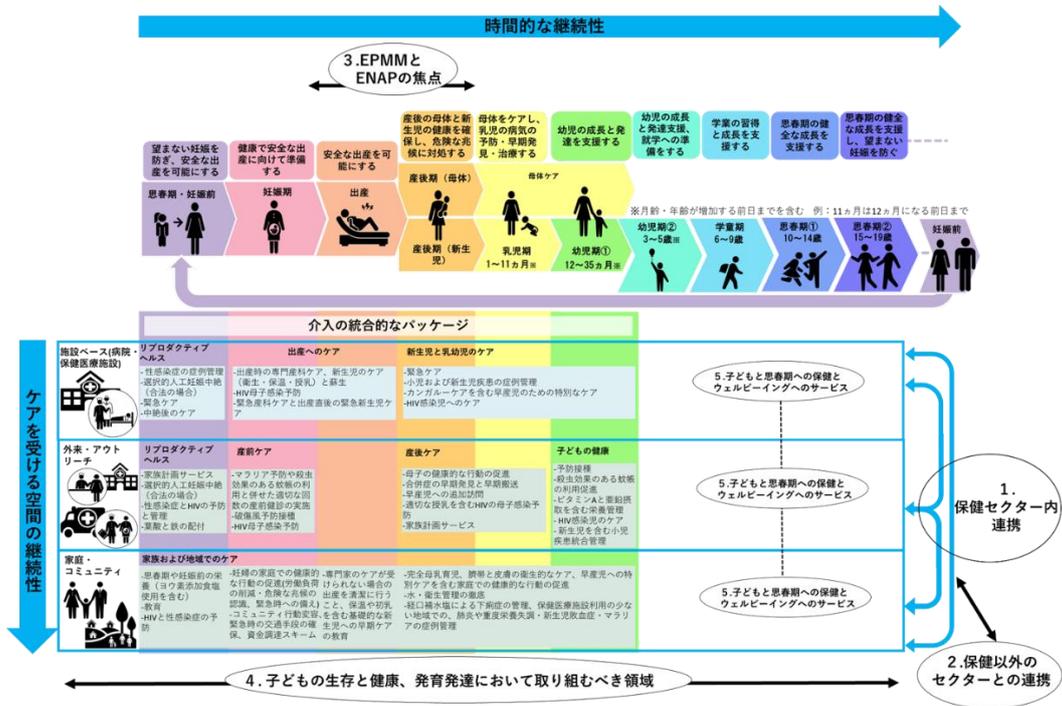


図 2-1 母子保健サービスの全体像と継続ケア（概念図）

### 第3章 JICAの協力の方向性

#### JICAが母子保健分野で活動する意義

すべての人が人生最初に享受すべき母子保健サービスは、SDGs 3で強調されるUHCの入り口と位置付けられることから、UHC達成を支援するJICAの保健分野における取組においても、母子保健は重要な位置を占める。JICAが母子保健分野への協力を進めることは、①日本の経験の活用、②分野横断的な支援、③国際機関・ファンド等との連携といったJICAの強みを活かした国際社会への貢献につながることも意義がある。

#### JICAの基本方針(図3-1参照)

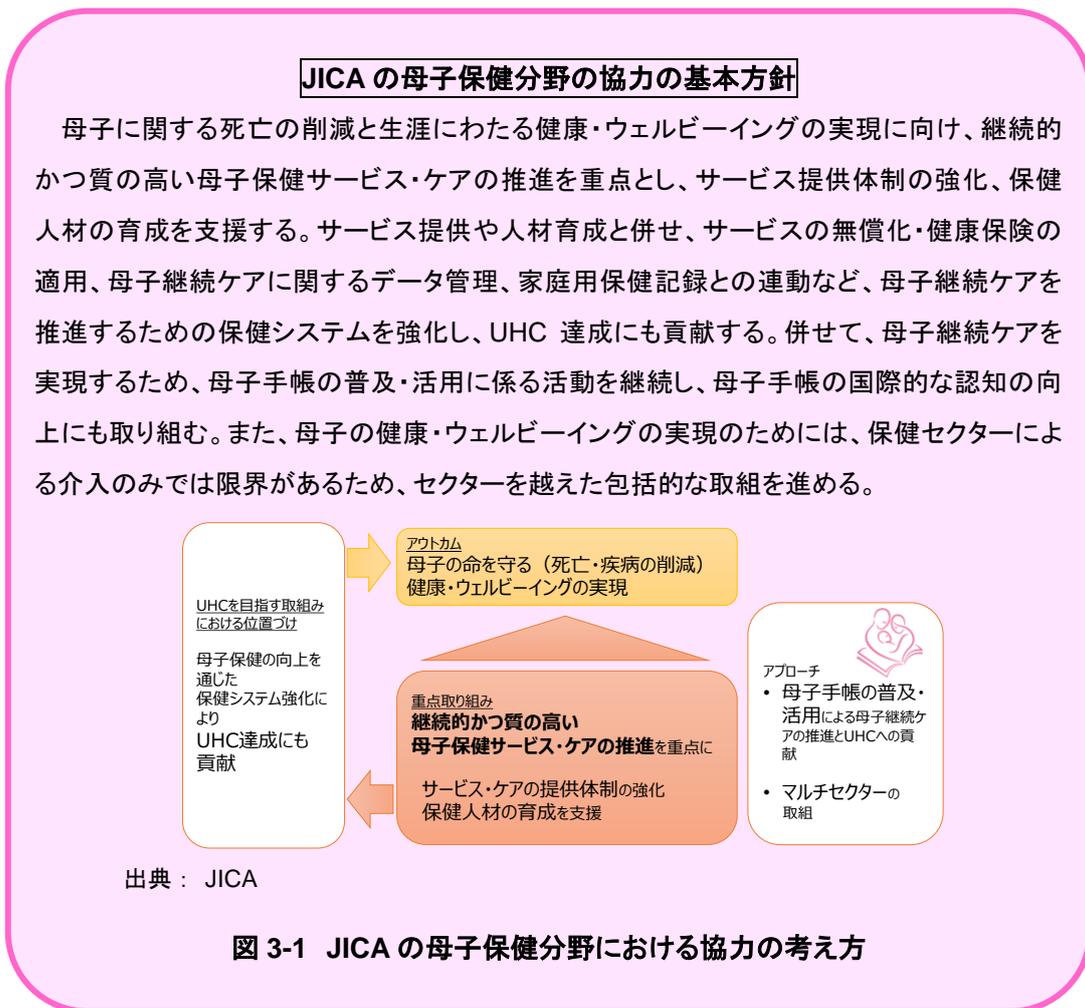


図 3-1 JICAの母子保健分野における協力の考え方

(1) 継続性の担保

ケアの継続性を持続的に担保するためには、保健システムの強化が必要であり、JICAの母子保健分野の協力では、特にサービス提供体制の強化、保健人材の育成を重視する。

(2) ケアの質

サービスを提供する側やそれを支える保健人材及び施設の改善など保健システムの強化を行うとともに、利用する側であるクライアントのニーズ、人権、満足などにも配慮した「尊厳あるケア」や精神的な支えとなるケアの提供を重視する。

**母子継続ケアの達成のための重点とすべき取組**

- (1) 妊産婦のケア  
妊娠・産褥期のケアへのアクセス向上、ケアの質改善、及びアカウントビリティ強化に取り組む。また、防ぎうる妊産婦死亡を削減するための枠組みを念頭に置き、各国・地域の優先事項に対応した協力を行う。
- (2) 子どものケア  
すべての子どもに、発達段階に応じて安全かつ効果的に適切なタイミングで、科学的根拠に基づいた介入を提供することを目指す。ケアへのアクセス向上、ケアの質の改善や、アカウントビリティの確保、母親や養育者への教育・保護を行い、新生児・子どものケアの促進に取り組む。
- (3) 母子栄養  
「人生最初の 1000 日間」(受精・胎児期から 2 歳まで)の母子の低栄養対策を重点とした取組を行う。また母子に限らず家族や地域のすべての年齢層に対して健康改善を推進するライフコースアプローチを意識し、UHC への貢献を目指すとともに、農業、教育、水衛生などのセクターや民間セクターと連携しマルチセクターの取組を推進する。
- (4) 母子手帳の活用  
母子手帳は、保健医療従事者や妊産婦(母親)及びその家族が一つの冊子に妊娠中の母体と胎児の状況、出産時の母子の状況、子どもの成長・健康の状況を記載し、共有することができる家庭用保健記録のひとつであるとともに、育児書の機能も備え、家庭で保管され活用されるものである。JICA は、母子継続ケアを重点とした取組を行う上で、これらの母子手帳の機能に注目し、相手国の状況に合わせて母子手帳の導入・活用について検討し、支援している。

**協力の切り口**

- (1) 母子保健と UHC  
母子への投資は効率的かつ効果的であり、母子の健康は生涯の健康により影響を及ぼす。また母子は UHC のエントリーポイントでありモデル対象グループであることから、保健システムの包括的な強化により母子保健サービスを向上させることは、UHC の達成に貢献する。
- (2) 中央・地方行政能力強化  
保健システム強化を重視し、疾病構造や保健サービスの提供状況に加え、行政システムやマネジメント、経済状況等をバランスよく俯瞰した協力を行う。
- (3) 保健医療施設の機能強化  
中央・地方中核都市病院(三次レベル)でのハイリスク分娩や新生児ケア等に対応するための高度な治療・検査機材の整備、地域病院(二次レベル)への包括的な緊急産科新生児ケアを提供する設備・資機材及び人材配置、保健所、保健ポスト等コミュニティ(一次レベル)で産前・産後健診、予防接種、各種疾病予防等のサービスを提供するための資機材の整備と仕組みの強化を行う。
- (4) 保健人材の能力強化  
助産専門技能師(SBA)を中心に、地域で母子を支えるボランティア等も含めた能力強化や維持・定着に

係る支援を行い、母子保健人材の質及び量の向上に貢献する。

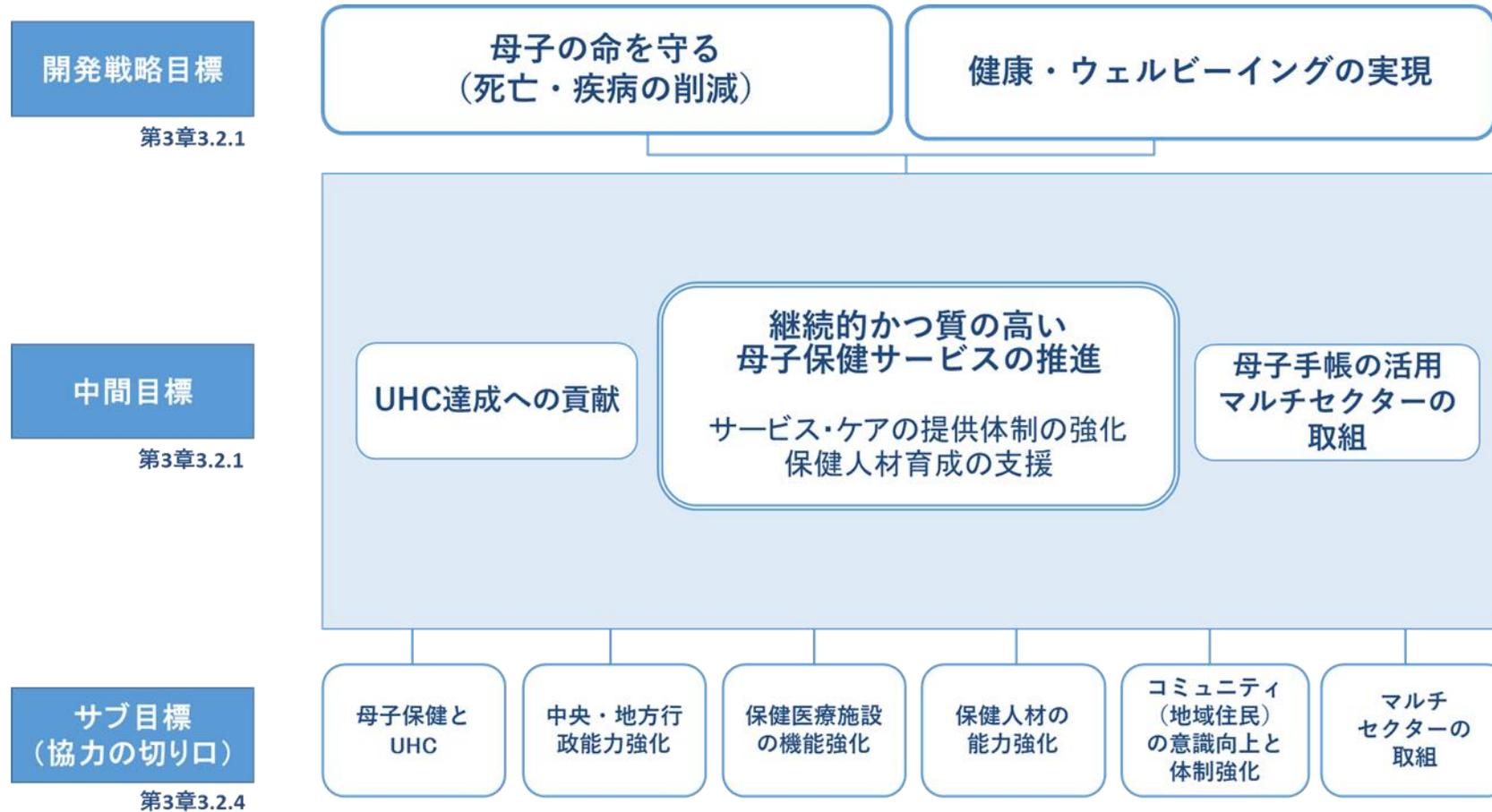
(5) コミュニティ(地域住民)の意識向上と体制強化、

地域住民の主体性と地域開発への継続的な関わりを重視し、地域保健推進を担うコミュニティ保健委員会等の活動支援や、巡回指導を行う地方自治体の保健担当官など、地方行政の能力強化を行う。

(6) マルチセクターの取組

母子の健康とウェルビーイングの実現には、保健セクターによる介入のみでは限界があることから、教育、ジェンダー、インフラ整備(水・運輸交通)、ガバナンス、イノベーション・ICT、などセクターを越えた包括的な取組を進める。

**開発課題体系全体図**



## 略語・用語集

略語	英名	日本語*／解説
5S-KAIZEN		5S カイゼン手法。 日本の産業界で開発された職場環境改善及び品質管理の手法。5S とは、5 つの各ステップの頭文字（整理：Sort、整頓：Set、清掃：Shine、清潔：Standard、しつけ：Sustain）
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome	エイズ（後天性免疫不全症候群）
ANC	Antenatal Care	産前ケア、産前健診、妊婦健診
ART	Antiretroviral Therapy	抗レトロウイルス療法
BCG	Bacillus Calmette - Guérin	結核予防ワクチン
BEmONC	Basic EmONC	基礎的緊急産科新生児ケア
CCT	Conditional Cash Transfer	条件付き現金給付
CD2015 CD2030	Countdown to 2015 Countdown to 2030	（2015 年／2030 年へのカウントダウン） 2005 年にマルチセクター（官民学、国際機関、医療保健の専門家集団、ドナー、NGO、ランセット誌）の連携でデータの活用と対象国の MDGs 達成をサポートするために発足したプラットフォーム。SDGs 設定に伴い Countdown to 2030 に名称変更。
CEmONC	Comprehensive EmONC	包括的緊急産科新生児ケア
CHC	Community Health Committee	コミュニティ保健委員会
CHPS	Community-based Health Planning and Services	ガーナにおけるコミュニティベース保健計画サービスの呼称
CHW	Community Health Worker	コミュニティヘルスワーカー
CoC	Continuum of Care	母子継続ケア
CRVS	Civil Registration and Vital Statistics	出生・死亡登録と動態統計
CSE	Comprehensive Sex Education	包括的セクシュアリティ教育
DAH	Development Assistance for Health	保健分野への海外援助資金
DPL	Development Policy Loan	開発政策借款
DTP	DTP Vaccine	ジフテリア(diphtheria)、破傷風(tetanus)、百日咳(pertussis)の三種混合ワクチン
ECD	Early Childhood Development	早期の子どもの発達
EENC	Early Essential Newborn Care	早期必須新生児ケア
ENAP	Every Newborn: An Action Plan to End Preventable Deaths	予防可能な新生児死亡と死産の撲滅のための行動計画
ENC	Essential Newborn Care	必須新生児ケア
EPI	Expanded Program on Immunization	予防接種拡大計画
EPMM	Strategies for Ending Preventable Maternal Mortality	予防可能な妊産婦死亡撲滅のための戦略
EWEC	Every Woman Every Child	女性と子どもの健康の実現に向けたグローバル戦略 2010 年に国連事務総長の呼びかけで開始された。
EmOC	Emergency Obstetric Care	緊急産科ケア
EmONC	Emergency Obstetric and Newborn Care	緊急産科新生児ケア
FCDO	Foreign, Commonwealth & Development Office	英国外務国際開発省 2020 年 9 月に再編成され外務省に国際開発省を統合した
FGM	Female Genital Mutilation	女性性器切除
G7	(Group of Seven)	（先進国首脳会議） 7 カ国は、カナダ、フランス、ドイツ、イタリア、日本、英国、米国
Gavi	The Global Alliance for Vaccines and Immunization	ワクチンと予防接種のための世界同盟
GFATM	Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria	世界エイズ・結核・マラリア対策基金

略語	英名	日本語*/解説
GFF	The Global Financing Facility for Women, Children and Adolescents	グローバル・ファイナンス・ファシリティ
GOBI	Growth monitoring, Oral rehydration therapy, Breastfeeding, Immunization	(成長モニタリング、経口補水療法、母乳育児、予防接種) 1982年にUNICEFによる「子どもの生存革命 (Child Survival Revolution)」で示された4つの支援策。
GOBI-FFF	Growth monitoring, Oral rehydration therapy, Breastfeeding, Immunization, Food supplementation, Family planning, Female literacy (or female education)	(成長モニタリング、経口補水療法、母乳育児、予防接種、栄養補給、家族計画、女性の識字 (あるいは女子教育)) 2014年にGOBIに支援策が追加されたもの。
H4	Health Four	(ヘルス・フォー) 母子保健関連活動を調和・加速させるため、2008年にWHO、UNFPA、UNICEF、世界銀行が立ち上げたパートナーシップ。現在のH6。
H6	Health Six	(ヘルス・シックス) 母子保健関連活動を調和・加速させるために2008年に発足した機関間パートナーシップ。2010年にUNAIDSが加わってH4+となり、2016年にUN Womenが加わってH6となった。
HBR	Home-based record	家庭用記録
Hib	Haemophilus influenzae type b	ヘモフィルスインフルエンザ菌 b 型
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HSS	Health Systems Strengthening	保健システム強化
ICM	International Confederation of Midwives	国際助産師連盟
ICN	International Council of Nurses	国際看護師協会
ICT	Information and Communications Technology	情報通信技術
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness	小児疾病統合管理
IMR	Infant Mortality Rate	乳児死亡率
INC	Immediate Newborn Care	早期新生児ケア
IPA	International Pediatric Association	国際小児科学会
IPTp	Intermittent Preventive Treatment in pregnancy	妊娠中での間歇的な予防治療
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MDSR	Maternal Death Surveillance and Response	妊産婦死亡サーベイランス及び対策 WHO主導、UNFPA等の国際機関とのパートナーシップにより妊産婦死亡原因を追究する継続的かつ循環的な取組。妊産婦死亡がいつ、どこで、どのように発生したか等、具体的な事例の検証を通じ、ケアの質向上と将来起こりうる妊産婦死亡の予防を目指す。
MMR	Maternal Mortality Ratio	妊産婦死亡率 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。
MNCH	Maternal, Newborn and Child Health	新生児を含む母子保健
MTCT	Mother-to-child Transmission	母子感染
NCD(s)	Non-communicable Diseases	非感染性疾患
NCF	Nurturing Care Framework	ナーチャリングケアフレームワーク 既存の母子保健、栄養、児童保護、子どもへの適切な応答性を重視したケア (レスポンス・ケア) と早期の発達支援等個別のプログラムを統合し、母親や家族による適切な子育て、子どものケアをサポートする枠組み。

略語	英名	日本語*/解説
NGO	Nongovernmental Organization	非政府組織
NMR	Neonatal Mortality Rate	新生児死亡率 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。
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
OOP	Out-of-pocket (expenditure)	(保健医療サービス受療に関連した) 自己負担支出
ORT	Oral Rehydration Therapy	経口補水療法
PBF/RBF	Performance-/ Results- Based Financing	成果連動型資金
PHC	Primary Health Care	プライマリヘルスケア 1978年9月、UNICEFとWHOによる第1回プライマリヘルスケアに関する国際会議で採択された「アルマータ宣言」を基礎とし、「すべての人々に健康を」の目標の下、すべての人々に健康を基本的な人権として認め、その達成の過程において住民の主体的な参加や自己決定権を保障するアプローチ。
PMNCH	Partnership for Maternal, Newborn and Child Health	妊産婦・新生児・子どもの健康パートナーシップ
PMTCT	Prevention of Mother-To-Child Transmission (of HIV)	(HIVの) 母子感染予防
PNC	Postnatal Care	産後ケア・産後健診
PrEP	Pre-exposure prophylaxis	暴露前予防内服
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder	心的外傷後ストレス障害
QoC	Quality of Care	ケアの質
RMC	Respectful Maternity Care	(妊産婦を尊重して提供するケア)
RMNCAHN	Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Nutrition	リプロダクティブ・母子・新生児・思春期保健及び栄養
RMNCH	Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health	母子保健
SBA	Skilled Birth Attendant	助産専門技能師(一般に医師・看護師・助産師が含まれる)
SDGs	Sustainable Development Goals	持続可能な開発目標
SMI	Safe Motherhood Initiative	安全な母性のためのイニシアティブ
SRH(R)	Sexual and Reproductive Health (and Rights)	性と生殖に関わる健康(と権利)
STI	Sexually Transmitted Infection	性感染症
SUN	Scaling Up Nutrition	(栄養改善拡充ムーブメント)
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的出産介助者(産婆)
TICAD	Tokyo International Conference on African Development	アフリカ開発会議
UHC	Universal Health Coverage	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられること
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV and AIDS	国連合同エイズ計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国際連合人口基金
UNICEF	The United Nations Children's Fund	国際連合児童基金
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
WASH	Water, Sanitation and Hygiene	水・衛生
WHO	World Health Organization	世界保健機関
-	Child survival revolution	子どもの生存革命 乳幼児死亡を減らすため、ユニセフが主導して1982年に開始した取組。

略語	英名	日本語*/解説
-	Human capital	人的資本
-	Obstetric transition model	防ぎうる妊産婦死亡を削減するための枠組み [1]
-	People-centered healthcare	(尊厳に配慮したヘルスケア) 利用者のニーズ・感情・権利に配慮したヘルスケア。
-	Positive Childbirth Experience	ポジティブな出産体験 出産時における内的（達成感など）・外的（助産師などへの信頼、家族からの支援）要因によりもたらされる体験 [2]。
-	Positive Pregnancy Experience	ポジティブな妊娠体験 [3]
-	Responsive care	レスポンス・ケア 相手の心身の要求に適切に対処することを重視したケア [4]。
-	Safe Motherhood Initiative	安全な母性のためのイニシアティブ
-	Well-being	ウェルビーイング 身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態で病気や虚弱でないこと

\* ( ) の日本語は通常あまり用いられず、英語や英略語が用いられることが多い。

## 第1章 母子保健の概況

母子の健康のためのケア(母子保健)とは、人生において最も脆弱な時期の疾病や死亡を科学的根拠に基づいた介入によって予防し、治療やリハビリテーションを行い、母子の健康、及び子どもの適切な発育・発達を促すものである。妊娠・出産・新生児期には様々な疾病やリスクが起りやすく、母子の生命が危機にさらされることもある。これらの危機を予防または早期に発見して早期治療するためには、産前健診(ANC)、助産専門技能師(SBA)による出産介助、緊急産科ケア、産後ケア、新生児の保温、衛生・感染予防、予防接種、乳幼児健診等の母子保健サービスが有効である。

母子保健の対象領域は、従来は文字通り「母子」であったが、その後、ミレニアム開発目標(MDGs)時代には取組が遅れた新生児ケアを重視し、「母子新生児」ケア(MNCH)にスコープが拡充した。さらに、持続可能な開発目標(SDGs)時代になり、2015年に女性と子どもの健康の実現に向けたグローバル戦略(EWEC)が策定した「女性、子どもと若者の健康のためのグローバル戦略(2016-2030)」(Global Strategy 2016-2030) [5]では、思春期保健や母子栄養改善の取組も重視された。こうした動きにより母子保健のスコープは、2016年以降、リプロダクティブ・母子・新生児・思春期保健及び栄養(RMNCAHN)に拡大している。冒頭の「R」が意味する「リプロダクティブヘルス」は「性と生殖に関する健康と権利(SRHR)」を表し、ライフコースを通して人々が平等にSRHRを享受できる環境もGlobal Strategy 2016-2030の目標達成にとって重要である。こうした世界的な協力対象範囲の拡大に従い、JICAの母子保健協力の対象範囲も拡大し、現在ではRMNCAHNの支援を行っているが、「課題別指針 母子保健」(以下、「本指針」)では日本語として汎用性の高い「母子保健」を統一的な標記として記載している。

質の高い母子保健を保障することは、個人のライフコースにわたる健康とウェルビーイング(身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態で病気や虚弱でないこと)に影響を及ぼすとともに、持続的な社会の形成や持続可能な開発目標(SDGs)の達成にも貢献する。胎児期から生後2歳までの人生最初の1000日間の低栄養は、子どもの疾病や死亡のリスクを高めるとともに、子どもの知的発達や身体的発達に影響を与えることが明らかになっている。また母子保健は、すべての人々が質の高い保健サービスを支払い可能な金額で享受することを目指すユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)へも重要な役割を果たす。JICAは母子保健の改善を通して、UHCやSDGsの達成に貢献する。

本指針では、母子保健改善への支援に関して、国際社会の動きを意識したJICAの協力の目指すところを記述する。なお、新型コロナウイルス感染症<sup>1</sup>を意識した対応については、母子保健サービス提供においても十分に配慮し、実施されるべきであるが、本指針の記載事項は母子保健の普遍的なサービス提供の参考に供することを目的としているため、コロナ禍及びコロナ後の世界にも活用できるものである。

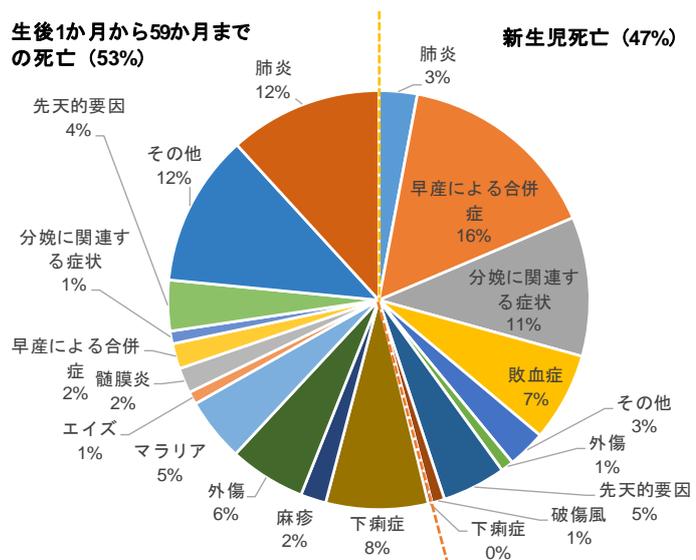
<sup>1</sup> 2020年3月11日にWHOがパンデミックとの認識を示した。

### 1.1 世界の母子保健の現状

ミレニアム開発目標(MDGs)においては、母子保健や三大感染症対策の強化等を通じて、2015年までに5歳未満児死亡を半減させる等、一定の成果を得た。妊産婦死亡は2000年の45.1万から29.5万(2017年)に、5歳未満児死亡は975万から519万(2019年)に[8]、それぞれ減少している。しかし、低・中所得国では、新生児死亡率(NMR)と妊産婦死亡率(MMR)は依然として高い[9]。

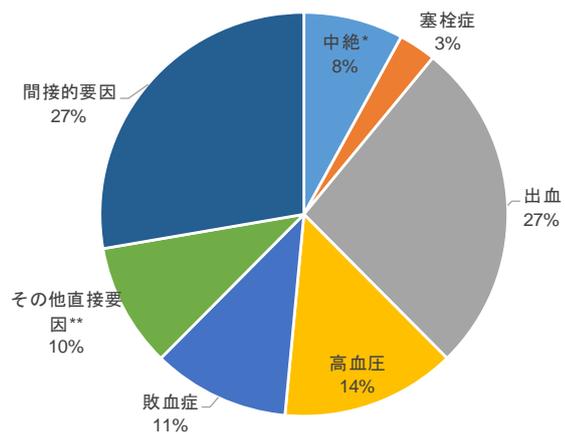
図1-1に示すように、5歳未満児死亡の47%を新生児死亡が占め[10]、新生児死亡数を上回る数の死産の報告もある[11]。早産や分娩時の合併症(新生児仮死や呼吸障害)、及び感染症は新生児死亡の主な原因であり、妊娠期からの予防的ケアとSBAによる出産介助が重要とされている[11]。妊産婦死亡は出血を原因とするものが27%を占めるなど(図1-2)、多くは環境の改善と必要な保健医療サービスを提供することで防ぐことができる。妊産婦死亡の95%は低・中所得国で生じており、65%がアフリカ諸国で起きている[9]。これらの状況から、MDGs後を見据えて、WHOは、2014年に「予防可能な新生児死亡と死産の撲滅のための行動計画(ENAP)」[12]、2015年に「予防可能な妊産婦死亡撲滅のための戦略」(EPMM)[13]をそれぞれ策定し、予防可能な新生児死亡と死産の削減への対策、及び予防可能な妊産婦の死亡の削減と合併症への対策により焦点をあてることとした。

Global Strategy 2016-2030では、社会の重要な構成員として、女性と子どもに加え、思春期の若者に焦点を当て、世界人口の6分の1を占める若者への適切な保健サービスの提供の必要性に言及している。加えて、各ライフステージでの疾病状況や栄養状態がその後の生存や健康状態に影響を及ぼすことに注目したライフコースアプローチの推進が重要としている。また、人権に配慮したサービスのあり方<sup>2</sup>[14]、多様な分野(教育、環境衛生、水、インフラ整備等)と連携した取組の必要性があらためて強調されている。



出典：[6]

図1-1 世界の5歳未満児死亡の原因(2018年)



\*ほぼすべて(99%)の中絶による死亡は安全ではない中絶による。  
\*\*陣痛阻害性貧血を含む

出典：[7]

図1-2 世界の妊産婦死亡の原因(2014年)

<sup>2</sup> サービスを受ける女性・子ども・若者の尊厳やプライバシーの尊重、満足かつ十分なコミュニケーションの必要性、妊産婦の安心の確保、及び過度な医療行為の制限、等

また、母子栄養に関しては、2025 年までのグローバル栄養目標が設定され、①5 歳以下の子どもの発育障害の割合の 40%削減、②生殖可能年齢にある女性の貧血の 50%削減、③出生時の低体重の 30%削減などが掲げられている。

さらに、新型コロナウイルス感染症の拡大により、必要なサービスへのアクセスが制限されることやサービスの利用控えによる母子の健康への影響が危惧されている。ランセット誌の論文では、118 カ国の低中所得国において、6 か月間で母子保健サービスの受診が 9.8%から 18.5%減少し、急性栄養不良(消耗症)が 10%増加した場合、妊産婦死亡数が 12,200 人、5 歳未満児死亡数が 253,500 人、それぞれ増加すると推計されている。また、母子保健サービスが 9.9%から 44.7%減少し、急性栄養不良が 50%増加した場合には、妊産婦死亡数が 56,700 人、5 歳未満児死亡数が 1,157,000 人、それぞれ増加する可能性がある試算されている [15]。その要因として、ロックダウン等の行動の制限や交通機関の利用や移動の制限で医療サービスへのアクセスができないこと、感染への不安で保健医療施設に出向くための外出を恐れたことによるサービス利用の減少・遅れが生じ、治療が手遅れになることがあげられている [16]。

## 1.2 母子保健関連の概念の変遷・国際的潮流

### 1.2.1 ミレニアム開発目標(MDGs)以前

#### (1) 子どもを対象としたケア

低・中所得国における子どものケアは、集団予防接種とサーベイランスに始まり、下痢症等への対処や母乳育児の促進を通じた栄養改善等、様々なプログラムが必要に応じて順次追加されて形づくられてきた。1978 年のアルマアタ宣言以降、プライマリヘルスケア(PHC)の実践のため、低コストで効果が得られる基礎的な介入が必要とされ、子どものケアにおいても PHC の充実を図るべく、各国政府の取組や開発パートナーによる支援が行われてきた。

1980 年代に UNICEF により提唱された子どもの生存革命(Child survival revolution) [17]では、コミュニティの参画によって優先される 4 つの支援策(GOBI-FFF)が推進された。こうした取組が成果を挙げ、1980 年から 1993 年にかけて 5 歳未満児死亡率は 28%減少した [18]。1990 年代になると、小児疾病統合管理(IMCI)戦略の下、家族、コミュニティ及び保健人材が連携し、より統合的に 5 歳未満児の疾病を予防し治療する取組が行われた。

#### (2) 母性を対象としたケア

1985 年に、年間約 50 万人の女性が妊娠・出産にかかわる合併症で命を落としているという推計が WHO によって発表されると、これまで見過ごされていた母性の健康に目が向けられるようになった。これを受け、1987 年に WHO、世界銀行、及び国連人口基金(UNFPA)等が、妊産婦死亡を削減するべく「安全な母性のためのイニシアティブ」(Safe Motherhood Initiative)を設立した。このイニシアティブでは、開発パートナーによる協力において、居住する地域での産前・出産・産後ケアや適切なリファラルが推進され、保健医療従事者ではなく専門職教育を受けていない伝統的出産介助者(TBA)向けの出産介助研修なども行われていた [19]。しかし、研修を受けた TBA と、妊産婦死亡数や新生児死亡数の削減との関連性に関する科学的根拠が得られず、1997 年に

WHO などの開発パートナーにより戦略が見直された。この結果、保健医療施設、緊急産科ケア (EmOC、のちの EmONC)、SBA の 3 者の連携による妊産婦ケアの強化が推奨されるようになった [20]。

一方、望まない妊娠の低減や出産間隔の改善等の家族計画の推進は、妊産婦の健康の改善と密接な関係があり、1970 年代頃から家族計画と母子保健は統合して考えられるようになった。加えて、思春期の若者への啓発や母子感染防止の観点等から、性感染症の問題も併せて考えることが必要との議論が活発化した。こうした考えに基づき、1994 年エジプトのカイロで開催された国際人口開発会議 (ICPD1994) において、リプロダクティブヘルス・ライツという概念が確立した。リプロダクティブヘルスは、生涯にわたる性と生殖に関する健康を意味し、すべての個人に保障されるべき健康概念であり、リプロダクティブライツは、性に関する健康を享受する権利である。ICPD1994 を契機に、「人口抑制」の視点に基づいた国レベル (マクロ) の政策が主体だった人口政策は、個人レベル (ミクロ) の健康と人権の推進が焦点となり、世帯人数と将来の人口はカップルの選択に依存すると認識されるようになった。

### 1.2.2 ミレニアム開発目標 (MDGs)

2000 年には 8 つの目標からなる MDGs が採択された。これは、1990 年代の主要な国連サミットの勧告を幅広く網羅したもので、第 4 の目標 (MDG 4) に子どもの死亡の削減 (5 歳未満児死亡率を 1990 年水準の 3 分の 1 に)、第 5 の目標 (MDG 5) に妊産婦の健康状態の改善 (妊産婦死亡率を 1990 年水準の 4 分の 1 に) が、それぞれ設定され、母子の健康改善への関心が高まった。また 2007 年には、MDG 5 に母子保健を含むリプロダクティブヘルスへのユニバーサルアクセスの確保が追加された。

2003 年に Countdown to 2015 (CD2015) が、MDG 4 及び 5 に関連するデータの集計・評価・戦略づくりを多分野・多セクターが連携して推進するためのプラットフォームとして発足した。CD2015 は、全世界の母子の死亡の 95% が発生する 75 か国における母子保健サービス拡充への取組状況や成果に関するデータをとりまとめて公表し、各国による取組の進捗のモニタリングを可能にした。さらに、国同士の比較、国内の格差やプログラム間の進捗の違いを分析レポートや各国プロフィールに取りまとめた。

2005 年の世界保健報告書では、新生児の健康にも焦点があてられ、母子保健 (MCH) は、新生児を含む母子保健 (MNCH) と表記されるようになった。また、2007 年の世界保健総会では、異なるプログラムが協働するための理論的枠組みとして、母子継続ケア (CoC) の重要性が強調された [21] (詳しくは第 2.1 項参照)。

MDG 4 及び 5 の達成に必要な多様なアクターの協働を推進するため、2005 年に妊産婦・新生児・子どもの健康パートナーシップ (PMNCH) が発足した。これは 1000 を超える官民の組織・機関が規模の大小を問わず参加するプラットフォームであり、様々なアドボカシーを担った。また、EWEC (第 1.1 項参照) は、目標達成のための世界的戦略を示し、2015 年までの目標達成に向けた取組における多様なステークホルダーの連携の重要性を強調した。

### 1.2.3 持続可能な開発目標 (SDGs)

SDGs の第 3 の目標 (SDG 3) 「すべての人に健康と福祉を」のもと、母子保健に関するターゲットが示され、MDGs で残された課題が引き継がれた。SDG 3.1 「妊産婦死亡率の削減 (妊産婦死亡率を出生 10 万人当たり 70 人未満に)」、及び SDG 3.2 「新生児・5 歳未満児の予防可能な死亡の根絶 (新生児死亡率を出生 1,000 件

中 12 件以下に、5 歳未満児死亡率を出生 1,000 件中 25 件以下に)をはじめ、リプロダクティブ・ヘルスサービスへのユニバーサルアクセス達成なども掲げられている。

MDGs 達成に向けた国際社会の取組は世界中で多くの成果をおさめたものの、国・地域・性別・年齢・経済状況による格差や、取り残された人びとの存在が明らかになった。特に、MDG 4(子どもの死亡の削減)と MDG 5(妊産婦の健康の改善)に関しては他の目標よりも進捗が遅く、5 歳未満児死亡率は 53%減少したが目標の 3 分の 2 の減少に至らず、また妊産婦死亡率は、45%減少したが目標の 4 分の 3 の減少には至らなかった。地理的には、特にサハラ以南アフリカ及び南アジア地域において改善が進まなかった [22]。このため、これらの目標は SDGs に引き継がれることになった。さらに、母子保健の残された課題として、新生児死亡と死産の削減に優先的に取り組む必要があったため、SDGs には明示的な目標として含まれることとなった。また、予防可能な妊産婦死亡は、ほとんどが低・中所得国で起こっており、妊産婦死亡の発生状況に応じた対策を講じる必要がある(Obstetric Transition model)<sup>3</sup> [1]。

MDGs から SDGs への移行にあたり、2014 年に ENAP が [12]、2015 年に EPMM が [13]それぞれ策定され、ケアの質向上、UHC 達成、保健システム強化、アカウントビリティ確保を柱とする方向性を示した。さらに、2015 年には SDGs 達成のためのグローバル戦略として、Global Strategy 2016-30 が発表された(第 1.1 項参照)。この戦略では、Survive(生存:回避可能な死から免れる)、Thrive(健全な成長)、Transform(社会の転換:生存と健全な成長を可能にする環境を拡充する)の 3 点が強調されている。

子どものケアについては、近年、新たなパラダイムが提示されている [23]。早期の子どもの発達(ECD)では、0 歳から 8 歳までの急速な脳の発達期間に栄養、保護、刺激を与えることが将来の健康な発達を促すことを重視している。また、The Nurturing Care for Early Childhood Development フレームワークでは、家庭やコミュニティによる ECD 促進を支援する政策とサービスについて記載している。さらに、感染症リスクが高く新生児死亡の主要な原因となる早産や中・低所得国に多い分娩中の死産、及び低体重児と病児のケアのあり方の変革に関する「small and sick newborns」<sup>4</sup> [24]や、将来の健康な心身と神経発達の基礎となる妊娠から 2 歳までの栄養介入の重要性を示した「人生最初の 1000 日間」などの考え方に基づく取組も行われている。

コロナ禍の低中所得国においては、小児の予防接種をはじめ母子保健のための必須サービスの継続の重要性が強調されている [15]。過去のパンデミックの経験に基づき、物理的な接触の機会を最小限にとどめながらも、必須サービスの継続が求められている [25]。

### 1.3 国際的な協力の動向

1999 年の保健支出は 96.3 億米ドルであったのに対し、2008 年には 238.7 億米ドルに上り、全世界の保健支出が 2.5 倍に増加する中、三大感染症(HIV/AIDS、結核、マラリア)に対しては 10 倍以上(1999 年 7.3 億米ドルに対して 2008 年 81.8 億米ドル)の増額となったが、母子保健分野は 2 倍(1999 年 15.7 億米ドルに対して 2008 年 31.7 億米ドル)にとどまっていた [26]。中でも妊産婦と新生児への投資が取り残され、HIV/AIDS 等の感染症対策事業の一部としての実施を余儀なくされていた。MDG 5 の妊産婦死亡削減の達成が危ぶまれる中、PMNCH が 2005 年に発足し、母子継続ケアへの支援を展開した。2007 年からは、ノルウェー、カナダやグロー

<sup>3</sup> 妊産婦死亡率の各ステージにおける特徴・課題については付録 6 参照

<sup>4</sup> 新生児死亡の削減に向けた、新生児ケアの変革に係る WHO が 2019 年に出した提言(年中無休 24 時間体制の入院ケア、家族のきずなど能力の強化、政策への取り込み、資源投入の増加、等)

バルヘルス関連機関、アドボカシー組織がアドボカシーを強化し、多くのパートナーシップを設立して、母子保健向上のための資金獲得に繋げていった。

こうした動きと並行して、WHO、国連児童基金（UNICEF）、UNFPA、国連合同エイズ計画（UNAIDS）等の国連機関に加え、世界銀行、ワクチンと予防接種のための世界同盟（Gavi）、世界エイズ・結核・マalaria対策基金（GFATM）やビル&メリンダ・ゲイツ財団等が支援を拡大したことで、2010年以降保健分野への海外援助資金（DAH）は大幅に増加した。DAHの総額が大きくなったことで、母子保健分野においても、子どもの死亡に関するMDGs達成等、一定の成果を得ることにつながった。こうした流れの中、従来の政府や多国間だけでなく、市民社会と民間企業の巻き込みも推進されるようになり、母子保健改善のための資金源の多様化や革新的な資金提供手法が追及されるようになった<sup>5</sup>。2018年には、DAH総額（389億米ドル）のうち民間セクターからの支出が19.8%（ビル&メリンダ・ゲイツ財団8.2%、その他慈善団体9.4%、企業からの寄付2.2%）となり、1998年の2倍近くになっている。

2015年に開催された第3回開発資金国際会議で、Global Strategy 2016-2030推進のため、（すべての女性と子どものための）グローバル・ファイナンス・ファシリティ（GFF）が発足した。これは、世界銀行が中心となり、被援助国リソースの活用をベースに、援助機関が連携して、女性・子ども・思春期の若者の保健及び栄養に焦点を当てた支援を効果的に行うという、革新的な資金調達メカニズムである。GFF以外にも、国際的な調整プラットフォームや革新的な資金調達メカニズムの構築が進み、PHCや女性のエンパワメント等の関連分野と連携する動きも活発化している。また、市民社会や民間企業、学術研究機関等、多様な関係者の参加も重視されている。主なものとして、全ての女性・子どものためのマルチセクターによる連携を促すEWEC、保健分野の国際機関が連携するH6、家族計画の権利拡充のために多セクター参画を促すべく発足したFP2020（Family Planning 2020）、SDGsの母子保健関連の目標達成を促進する官民のパートナーシップであるCountdown to 2030等がある。

こうした取組の結果、2018年のDAH総額は389億米ドルであった。2000年から急速に増大した三大感染症への支援は、2011年以降減少傾向に転じているが、依然として他の支援と比べて最も多い95億米ドル（24.3%）であった。母子保健への支援は2010年以降増加しており、新生児・5歳未満児への支援が78億米ドル（20.1%、増加率6.19%）で第2位、妊産婦及びリプロダクティブヘルスへの支援は47億米ドル（12.1%）で第4位となっている。

## 1.4 我が国による協力の動向

### 1.4.1 日本政府の動き

日本政府は、政府開発援助（ODA）を中心とする開発協力の政策である「開発協力大綱」（2015年2月閣議決定）において、国際社会の平和、安定、繁栄に積極的に貢献するため、人間の安全保障の推進を基本方針とした[27]。2015年9月には、開発協力大綱の保健分野の政策として「平和と健康のための基本方針」が決定された[28]。同方針の政策目標の一つに「生涯を通じた基本的保健サービスの継ぎ目のない利用を確立し、UHCを達成する」ことが挙げられ、その具体的施策として「母子保健」「母子継続ケアの支援」が位置付けられている。

<sup>5</sup> SDGsにおいては、官民や市民社会の効果的なパートナーシップの奨励・推進が目標の一つに掲げられている。

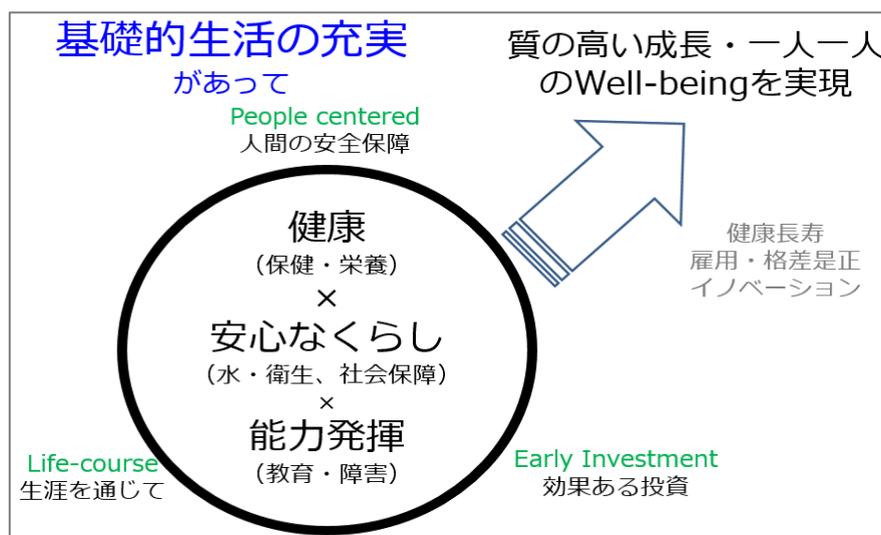
こうした母子保健の位置づけは、2016年5月G7伊勢志摩サミット(保健システム強化とUHCの中で女性の健康を目指す)、同年8月第6回アフリカ開発会議(TICAD VI)(保健システム強化の中で母子保健に取り組む)、G7保健大臣会合等において確認されてきた。2017年12月、日本政府主催のUHCフォーラム2017では、「誰ひとり取り残さない」理念のもと、子供や女性等特に弱い立場にある人々を優先すべきであることが確認されている[29]。

日本政府は、上記方針を踏まえ、母子保健に取り組む国際機関(WHO、UNICEF、UNFPA、GFF、Gavi)への資金拠出を継続しているほか、非政府組織と連携した事業(NGO 連携無償等)により母子保健に対する支援を展開している。2019年の保健分野に対するODA 拠出金額を見ると、日本は5番目(5.1%、約3.5億米ドル)であった[30]。資金協力以外にも、日本は持続的かつ質の高い母子継続ケアを強化し、母子の死亡削減と生涯にわたる健康の実現に資する技術協力を展開したり、多様なプレーヤーとの協働体制を構築することで、効果的な支援を実施している。

### 1.4.2 JICAの事業戦略上の位置づけ

JICAは、開発協力大綱の理念を踏まえ、人間の安全保障と質の高い成長の実現をミッションとして掲げ、中期計画(2017 - 2021年度)では「開発途上地域の人々の基礎的生活を支える人間中心の開発」を重点課題の一つとしている[31]。

「人間の安全保障」とは、「すべての人々は、恐怖と欠乏から免れ、尊厳をもって生きる権利を有する」という考え方である。そのためにJICAは、開発途上国の政府が持続的に人々を脅威から「保護」し、人々のニーズに的確に答える行政サービスが提供する体制や能力を獲得できるよう支援するとともに、人々自らが問題を解決し自立して生活を改善していけるよう、地域社会や人々の「能力強化」に努めるなど、包括的な協力を展開している。母子保健分野においても、母子の死亡の削減と生涯にわたる健康・ウェルビーイングの実現に向け、継続的かつ質の高い母子保健サービス・ケア(母子継続ケア)を推進し母子保健の向上を図ることは、人間一人ひとりの命と生活と尊厳を多様な脅威から守ることに寄与する。



出典：JICA

図 1-3 JICA 事業戦略「人間中心の開発の促進」概念図

「人間中心の開発」は、「健康」、「安心なくらし」、「能力発揮」の実現による基礎的生活の充実が、質の高い成長や個人のウェルビーイングの実現につながるとの認識のもと進められている(図 1-3)。母子保健は、「人間中心の開発」実現のために取り組む 8 分野<sup>6</sup>のうち、「健康」を実現するための保健分野のひとつに位置づけられる。保健分野においては、「保健システム」という土台の上に、「母子保健」を含む保健サービスが適切に提供されることにより、これらと他の社会サービス・環境とが相まって、強靱な UHC を達成することを目指している。母子保健は、人間中心の開発を進めるにあたっての主要な視点“People-centered”, “Life-course”, “Early investment”との関連性が深く、ウェルビーイングや能力発揮の実現にも大きく貢献する分野である。

また、SDGs 達成への貢献に向けた取組方針(JICA SDGs ポジション・ペーパー)では、保健分野に関するゴール 3 のなかでも MDGs で積み残された課題である母子保健関連のターゲット(「3.1 妊産婦死亡率の削減」、「3.2 新生児及び 5 歳未満児死亡率の削減」、「3.7 性と生殖の健康に関する保健サービスの利用促進」)について、JICA の強みを踏まえ引き続き重点的に取り組むとしている [32]。

さらに、2021 年公開の JICA「課題別事業戦略(グローバル・アジェンダ)」のうち、保健医療分野に関する戦略において、強靱なユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の達成を目指すための主要な取組(クラスター)の一つとして、「母子手帳活用を含む質の高い母子継続ケアの強化」を掲げている。このクラスターでは、「継続的かつ質の高い母子継続ケアを強化し、母子の死亡削減と生涯にわたる健康の実現に貢献する」ことを達成すべき目標とし、「妊娠から出産、子どもが 5 歳に至るまでの期間において、質の高いサービスを継続して提供する体制の強化を目指し」、「母親の健康意識の向上によるサービスへの継続的なアクセスを実現するため、母子手帳等の母子健康にかかる家庭用記録の活用を促進する」としている。

<sup>6</sup> ①ユニバーサルヘルスカバレッジ(UHC)を目指した保健システムの強化、②感染症対策の強化、③母子保健の向上、④栄養の改善、⑤安全な水と衛生の確保、⑥万人のための質の高い教育、⑦スポーツ、⑧社会保障・障害と開発

## 第2章 母子保健の主なサービス

### 2.1 母子保健サービスの全体像と継続ケア

Global Strategy 2016-2030 では、2030 年までにすべての女性・子ども・思春期の若者が、身体的・精神的な健康と幸福(ウェルビーイング)を享受し、社会的・経済的障壁に妨げられることなく持続可能な社会の実現に参画することを目標に掲げている [5]。

このような価値観は、この数十年で広く浸透したとはいえ、女性・子ども・思春期の若者が直面する健康面での課題の背景には様々な要因が複雑に絡み合い、克服に向けたさらなる取組が必要である。貧困やジェンダー、人種、社会的地位による格差などによって、いまだ多くの人々が疾病や死亡のリスクにさらされたり、予防や治療、出産のためのサービスへのアクセスが困難になったりしている。これら母子保健サービスを受ける権利は、安全な妊娠や出産に関わるサービスへのアクセスなどを保障する性と生殖に関する健康と権利(SRHR)とも深く関係している。

母子の死亡や疾病に関する状況の改善、及び子どもの発達に効果があることが確認された介入(サービスやケアを含む)を、提供されるべき時期及び場所によって整理したものが「母子継続ケア」(CoC)<sup>7</sup>である。図 2-1 は、ケアの時間的な流れを、妊娠前(思春期を含む)から妊娠期、出産から産後期、及び新生児期から乳児期、幼児期のように示し、ケアが提供される空間のつながりを、家庭・コミュニティから外来・アウトリーチサービス、保健医療施設として示している。利用者である母子(や家族、養育者)が、それらの介入を時間的にあるいは空間的に分断されることなく継続的に受けられるようにすることが重要である。

母子継続ケアにより、思春期から妊娠期、出産、産後から子どもが成長する過程のライフコースを通じた継続的な介入が可能となる。例えば、思春期の女性が適切な家族計画サービスを受けられる環境にいれば、望んだ時期での妊娠が可能となり、妊娠中には適切なケアを受けることで安全な出産の確率を高め、出産や産後の専門的なケアを受けることによって母子の死亡や障害のリスクを軽減できる。さらに、子どもにも適切な予防接種や健診を提供することができる。このように、母子継続ケアの効果は連続的に生じ、利用者のウェルビーイングに貢献することができる [33]。

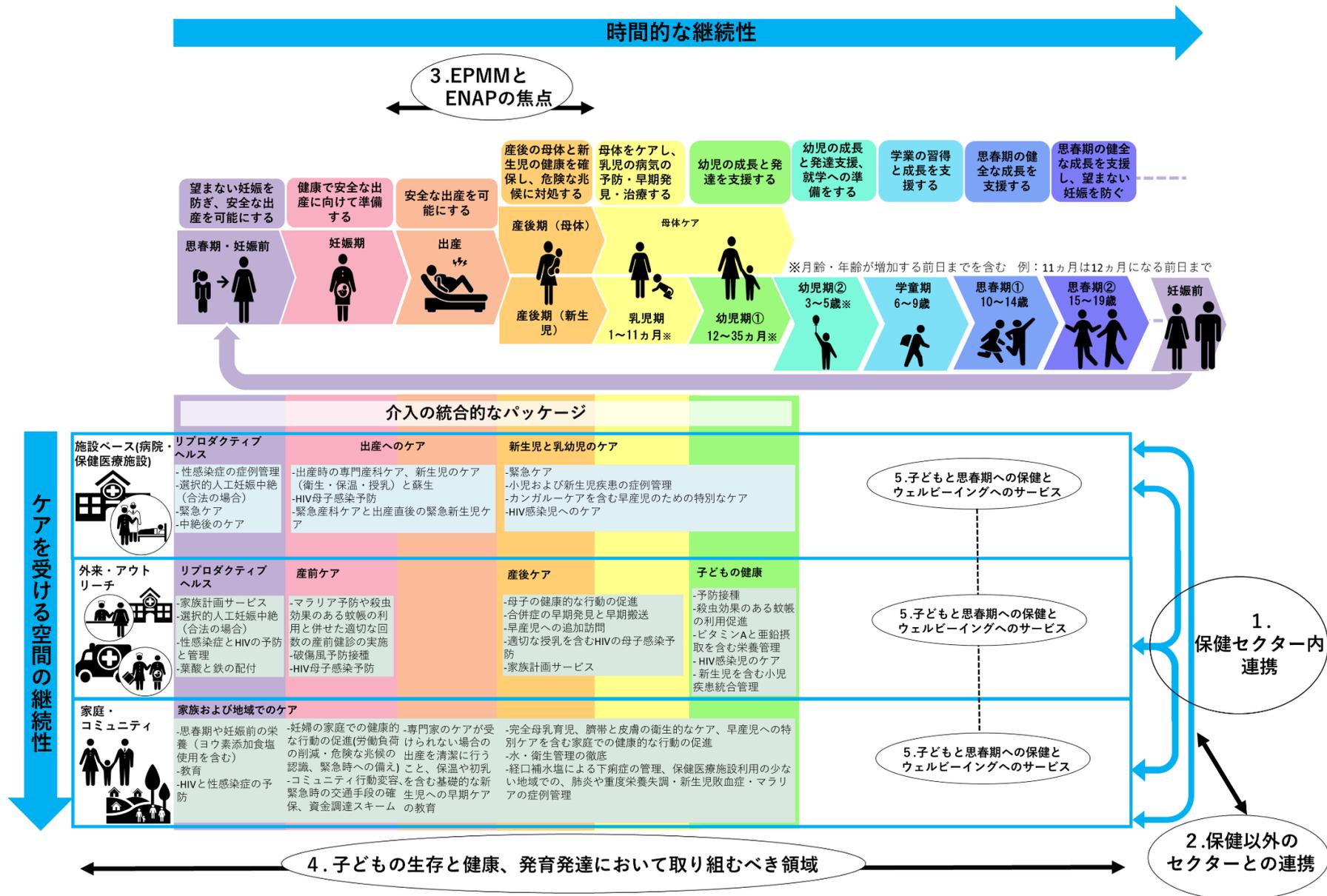
表 2-1 及び図 2-1 に、母子継続ケアを保障するために、重要とされる視点について示す。すなわち、母子継続ケアにおいて時間的及び空間的な継続性を保障するためには、搬送や地域保健ボランティアなどの保健セクター内での連携(表 2-1 の 1.)のみならず、水・衛生、交通や情報通信などの多セクターとの連携(表 2-1 の 2.)が欠かせない。特に、出産と産後期及び出生と新生児期は二つの戦略と計画(EPMM・ENAP)の焦点(表 2-1 の 3.)になっており、母子ともに最も脆弱なタイミングとして多角的な介入が求められている。また胎児期から 19 歳までの子どもの発達やケアが切れ目なく複数のセクターにまたがる形(表 2-1 の 4.)で行われることが必要であり、ウェルビーイングの観点からは、子どもと思春期の若者への普遍的な介入と必要に応じた追加的な介入が求められている。

<sup>7</sup> 「継続ケア」は、本来、母子保健に特化して用いられるものではないが、本指針では「母子保健のための継続ケア(a continuum of care for maternal, newborn and child health)」を、「母子継続ケア(CoC)」と記載する。

表 2-1 継続ケアを保障するための重要な視点

1. 保健セクター内での連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 緊急時に迅速かつ適切な搬送を行う</li> <li>・ 提供者や実施者が異なっても、栄養、予防接種、感染症対策などと母子保健サービスが確実に連携する</li> <li>・ 家族計画や地域保健のボランティアを活用する</li> </ul>
2. 保健以外のセクターとの連携	水・衛生（WASH）、交通・情報通信インフラ、教育、法制度、出生登録、財政など地域の状況とニーズに応じて適切に連携する
3. 予防可能な新生児死亡と死産の削減のための行動計画と予防可能な妊産婦死亡撲滅のための戦略の焦点	予防可能な妊産婦死亡撲滅のための戦略（EPMM）と予防可能な新生児死亡と死産の削減のための行動計画（ENAP）では、継続ケアの中でも特に出産及び産後期について、ケアの質の向上、UHCの達成、保健システムの強化、アカウントビリティの確保が重視されている
4. 子どもの生存と健康、発育発達において取り組むべき領域	<p>子どもの健康と生存のためのケアに加え、子どもの発育発達促すことで最大限の能力を発揮するために、子どものケアの範囲、対象年齢を拡大。</p> <p>1) 胎児期から3歳までの健康・栄養・責任のあるケア・安全と保護・学びを重視する“Nurturing care”を提供する。</p> <p>2) 19歳までを対象として以下の6領域における介入を行う</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 健康かつ適切な栄養管理</li> <li>② 責任のある家族関係や周囲との関係構築</li> <li>③ 保護下での安全で衛生的な生活環境</li> <li>④ 教育や学ぶ機会の提供</li> <li>⑤ 自律</li> <li>⑥ 不適切な誘惑や病気等から身を守る力の習得</li> </ol>
5. 子どもと思春期への保健とウェルビーイング	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ すべての子どもと思春期の若者に普遍的な介入（保健活動の推進、疾病や外傷の予防、身体的／精神的疾患のリスクの低減、追加介入が必要な対象者の早期発見）を行う</li> <li>・ 必要に応じて追加的な介入（疾病のケア、二次／三次予防、社会的保護）を行う</li> </ul>

出典： [11] [13] [21] [34] [35]を参照し JICA 作成



出典： [13] [21] [34] [35] [36]を参照し JICA 作成

図 2-1 母子保健サービスの全体像と継続ケア（概念図）

## 2.2 母子保健の主なサービス

妊娠期から乳幼児期、思春期に至るまでに提供されるべき母子保健の主なサービスの概要を、ライフステージに沿ってまとめる<sup>8</sup>。

### 2.2.1 妊娠期

#### (1) 産前ケア

産前ケア(ANC)は、妊娠の合併症やそのリスクを発見し、適切な保健医療サービスにつなぐことで妊産婦や子どもの罹患や死亡のリスクを下げることができる。加えて近年では、死産や妊娠合併症のリスクを軽減するのみならず、利用者のニーズ、感情、尊厳に配慮したヘルスケア(People-centered healthcare)やライフコースにおける女性と家族のウェルビーイングを重視し、「ポジティブな妊娠経験」を可能にする事が重視されている。また、妊娠期から2歳の誕生日までの「人生最初の1000日間」における栄養状態がその後の栄養の摂取や心身の発達、生涯にわたる社会経済活動に影響することが指摘され [37]、妊娠期の栄養状態の改善も重視されている。

妊娠前や妊娠中の女性に適切な食事の指導やカウンセリング、微量栄養素の投与を行うことで、妊娠中、出産時のリスクや低体重児の出生を低減させることができる。妊娠中に乳房の管理や母乳の与え方を指導することで、出産直後の授乳や6か月間の完全母乳育児を推進し、子どもの感染症と低栄養の予防に資する。産前ケアには、主に表2-2のサービスが含まれる<sup>9</sup>。なお、関連する主なガイドラインを表2-3に示す。

表 2-2 産前ケアに含まれる主なサービス

サービス	内容・目的
栄養に関する介入	食事指導・身体活動のカウンセリングによる体重増加の予防
	栄養指導による妊婦の低栄養予防及び低体重児の出生リスク削減
	サプリメント提供（エネルギー、タンパク質、微量栄養素）による死産や子宮内胎児発育不全、合併症リスクの低減
妊婦・胎児健診	貧血、合併症のリスク、感染症、胎児の状態、喫煙・アルコール摂取、パートナーによる暴力等のモニタリングによる危険因子の早期発見と適切な紹介・搬送、妊娠月数に応じた8回以上の受診を推奨
疾病予防	マラリア予防、予防接種、駆虫、抗生物質などの予防的投与、HIV 母子感染予防、衛生指導、生活指導、適切な運動や休息の指導
妊娠中のマイナートラブルへの対応	つわりや腰痛、便秘、浮腫などに関する助言や食事指導
保健システムに関する介入	家庭用記録、助産師等 SBA 主導の継続ケア、コミュニティの動員、異職種間のタスクシフティング等、8回以上の受診推奨

<sup>8</sup> 本項では、WHO のガイドラインレビュー委員会により承認された母子保健関連のガイドライン類をまとめたシリーズ(WHO recommendations on maternal/ newborn/ child/ adolescent health, 2018)及びそれ以降に出されたガイドラインを中心に参照し、主なサービスパッケージの概要と関連する主なガイドライン類をまとめた。

<sup>9</sup> 詳細は付録4参照

表 2-3 産前ケアに関連する主なガイドライン

No.	関連ガイドライン	発行年
1.	ポジティブな妊娠経験のための産前ケア WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf;jsessionid=121482B7673D46637AB85FD8FB5B8252?sequence=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf;jsessionid=121482B7673D46637AB85FD8FB5B8252?sequence=1</a>	2016
	WHO recommendations on maternal health <a href="https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.10">https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.10</a>	2017
2.	母子保健の家庭用記録 WHO recommendations on home-based records for maternal, newborn and child health <a href="https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/home-based-records-guidelines/en/">https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/home-based-records-guidelines/en/</a>	2018
3.	妊娠中の栄養サプリメント Nutritional interventions update: vitamin D supplements during pregnancy <a href="https://www.who.int/publications/i/item/9789240008120">https://www.who.int/publications/i/item/9789240008120</a>	2020
	Nutritional interventions update: multiple micronutrient supplements during pregnancy <a href="https://www.who.int/publications/i/item/9789240007789">https://www.who.int/publications/i/item/9789240007789</a>	2020

## (2) 感染症の予防

### 1) HIV 母子感染等

HIV 母子感染 (MTCT) は、HIV 陽性の母親から妊娠・出産時、また母乳を通じて子どもに HIV が伝播することである。当該期間に何も介入をしない場合の感染率は 15% から 45% と言われているが、適切な対策をとることによって感染率が 5% 以下に抑えられる。このため、妊婦及び授乳中の母親への曝露前予防内服 (PrEP) や、必要に応じて女性が生涯にわたり抗レトロウイルス薬療法 (ART) を受けられるようにすることが推奨されている。エボラウイルスに感染した母親に関しては、適切な管理を行うことによる母乳育児の支援が行われている。なお、ガイドライン類の策定に先立ち、ジカや新型コロナウイルス感染症等重要な感染症に関する必要な対応を迅速に示すため、各種ガイダンスが随時公開されている。関連する主なガイドラインを表 2-4 に示す。

表 2-4 HIV 等母子感染対策に関連する主なガイドライン

No.	関連ガイドライン	発行年
1.	HIV 感染予防・検査・治療・サービス提供及びモニタリングに関する統合ガイドライン Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring <a href="https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593">https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593</a>	2021
2..	エボラウイルスに感染した母親による母乳育児管理 Guidelines for the management of pregnant and breastfeeding women in the context of Ebola virus disease <a href="https://www.who.int/reproductivehealth/publications/ebola-pregnant-and-breastfeeding-women/en/">https://www.who.int/reproductivehealth/publications/ebola-pregnant-and-breastfeeding-women/en/</a>	2020

### 2) マラリア

妊娠中のマラリア罹患は貧血の原因となり、死産や自然流産、低体重児の出生や新生児死亡のリスクを高める。このため、妊娠中のマラリア予防対策として、防虫効果が長期持続する蚊帳の中での就寝、及び産前ケアでの間欠的予防治療 (IPTp) が推奨されている。関連するガイドラインを表 2-5 に示す。

表 2-5 マラリア予防対策に関連するガイドライン

No.	関連ガイドライン	発行年
1.	妊娠中のマラリア予防と治療 WHO Guidelines for malaria (Pregnant and lactating women) <a href="https://extranet.who.int/pqweb/sites/default/files/documents/WHO_Guidelines_Malaria_February2021.pdf">https://extranet.who.int/pqweb/sites/default/files/documents/WHO_Guidelines_Malaria_February2021.pdf</a>	2021

## 2.2.2 分娩から産褥期まで

### (1) 分娩ケア

出産から産後 24 時間以内の死亡リスクは母子ともに高い。分娩期には、出産直後の妊産婦及び新生児の命と健康を守るため、助産専門技能師(SBA)による出産介助や医療施設への適切な紹介・搬送、緊急産科新生児ケア(EmONC)<sup>10</sup>などが行われる。近年は、出産ケア提供時に妊婦に対して敬意を払うこと(RMC)や、保健医療スタッフが分娩時に産婦に寄り添うこと等、妊産婦の立場に立ったケアの提供や、助産師主導によるケアの継続性の確保等が重視されている。分娩ケアは、主に表 2-6 のサービスが含まれる。なお、関連する主なガイドラインを表 2-7 に示す。

表 2-6 分娩ケアに含まれる主なサービス

サービス	内容・目的
SBAによる分娩介助	分娩監視、上位施設への搬送の判断、胎盤の安全な娩出等を含む通常経膈分娩の介助などによる妊産婦死亡の予防
緊急産科ケア(EmONC)	分娩時の異常や合併症に対応し妊産婦死亡を予防 基礎的緊急産科ケア(BEmONC)は主に一次施設、包括的緊急産科ケア(CEmONC)は二次レベル以上の病院

表 2-7 分娩ケアに関連する主なガイドライン

No.	関連ガイドライン	発行年
1.	ポジティブな出産経験のための妊産婦の立場に立った分娩期ケア WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 <a href="https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/">https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/</a>	2018
	WHO labour care guide: user's manual <a href="https://www.who.int/publications/i/item/9789240017566">https://www.who.int/publications/i/item/9789240017566</a>	2020
2.	不要な帝王切開削減のための非臨床的介入 WHO recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections <a href="https://www.who.int/reproductivehealth/publications/non-clinical-interventions-to-reduce-cs/en/">https://www.who.int/reproductivehealth/publications/non-clinical-interventions-to-reduce-cs/en/</a>	2018
3.	妊産婦と新生児の健康増進 WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/172427/9789241508742_report_eng.pdf?sequence=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/172427/9789241508742_report_eng.pdf?sequence=1</a>	2015
4.	子癇の予防と対応 WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia <a href="https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548335/en/">https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548335/en/</a>	2011
	WHO recommendations on maternal health (Prevention of pre-eclampsia and eclampsia) <a href="https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.10">https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.10</a>	2017
5.	早産への対応 WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes <a href="https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guideline/en/">https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guideline/en/</a>	2015
6.	分娩の誘発・促進 WHO recommendations for augmentation of labour, 2014 <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112825/9789241507363_eng.pdf;jsessionid=20718C967E108445CC29CF31B3F04308?sequence=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112825/9789241507363_eng.pdf;jsessionid=20718C967E108445CC29CF31B3F04308?sequence=1</a>	2014
	WHO recommendation: Induction of labour at beyond term <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277233/9789241550413-eng.pdf?ua=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277233/9789241550413-eng.pdf?ua=1</a>	2018

<sup>10</sup> 提供されるサービスについては付録 5 参照

No.	関連ガイドライン	発行年
7.	分娩時・直後の出血の予防と対応 WHO recommendation on tranexamic acid for the treatment of postpartum haemorrhage <a href="https://www.who.int/reproductivehealth/publications/tranexamic-acid-pph-treatment/en/">https://www.who.int/reproductivehealth/publications/tranexamic-acid-pph-treatment/en/</a>	2017
	WHO recommendations Uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277276/9789241550420-eng.pdf?ua=1&amp;ua=1">http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277276/9789241550420-eng.pdf?ua=1&amp;ua=1</a>	2018
	WHO recommendation on Uterine balloon tamponade for the treatment of postpartum haemorrhage <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340796/9789240013841-eng.pdf">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340796/9789240013841-eng.pdf</a>	2021
8.	妊娠・周産期の感染予防 WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections <a href="https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/peripartum-infections-guidelines/en/">https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/peripartum-infections-guidelines/en/</a>	2015
	WHO recommendation on Routine antibiotic prophylaxis for women undergoing operative vaginal birth <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341862/9789240027992-eng.pdf">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341862/9789240027992-eng.pdf</a>	2021
	WHO recommendation on Prophylactic antibiotics for women undergoing caesarean section <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341865/9789240028012-eng.pdf">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341865/9789240028012-eng.pdf</a>	2021
	WHO recommendations on Choice of antiseptic agent and method of application for preoperative skin preparation for caesarean section <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341864/9789240028036-eng.pdf">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341864/9789240028036-eng.pdf</a>	2021
	WHO recommendation on Vaginal preparation with antiseptic agents for women undergoing caesarean section <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341863/9789240028050-eng.pdf">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341863/9789240028050-eng.pdf</a>	2021

## (2) 産後ケア

出産直後から6週間の産褥期と、生後28日以内の新生児期に、ほとんどの妊産婦死亡と新生児死亡が発生している。その多くが早期にリスクを特定して質の高いケアを提供することにより予防可能である。加えて、母親が心身ともに安定した状態で育児の初期段階を乗り切り、子どもの「人生最初の1000日間」の栄養状態を良好なものとするため、健康や育児に関するカウンセリング、完全母乳育児の推進も重要な要素となっている。産後ケア(PNC)には主に表2-8のサービスが含まれる。なお、関連する主なガイドラインを表2-9に示す。

表 2-8 産後ケアに含まれる主なサービス

サービス	内容・目的
最低4回の産後ケア (母親)	母乳育児の推進、リスクの早期発見と紹介・搬送、母親への心理的サポート、感染症予防のためのカウンセリング、身体活動と休養の推奨 1回目 - 施設分娩は施設で24時間以内(通常分娩の場合)、自宅分娩も24時間以内 : 出血の状態など確認 2回目以降 - 3日後、7から14日後、6週間後 : 心身の不調、本人及び家族の状況など確認(産後うつ、家庭内での暴力・虐待、等)
家庭訪問	産後1週間 : 母子のケアによる母乳育児の推進、リスクの早期発見と紹介・搬送
栄養に関する介入	栄養カウンセリングとサプリメント(鉄分、ビタミンA)提供
完全母乳育児の指導・支援	出産直後から生後6ヵ月まで
術後感染予防	前期破水、胎盤用手剥離術、帝王切開(緊急含む)、経膈分娩で3度または4度の会陰裂傷をした女性の感染予防

表 2-9 産後ケアに関連する主なガイドライン

No.	関連ガイドライン	発行年
1.	保健施設における母親及び新生児ケアの質改善のための基準 Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249155/9789241511216-eng.pdf?sequence=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249155/9789241511216-eng.pdf?sequence=1</a>	2016

2.	産後の母子のケア WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf?sequence=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf?sequence=1</a>	2013
3.	母親への母乳育児支援のためのカウンセリング Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/280133/9789241550468-eng.pdf?ua=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/280133/9789241550468-eng.pdf?ua=1</a>	2018

### (3) 新生児ケア(生後 28 日まで)

5 歳未満児死亡の半数近くが、早産や分娩時の合併症、及び感染症などによる新生児の死亡であり、その半数近くが生後 24 時間以内に発生する。また、出産前にその兆候が読み取れない新生児仮死は、世界の新生児死因の 4 分の 1 を占めており [38]、回復して生存できても障害を負う危険性も高い。また早産児や低出生体重児は、発達障害や成人期の非感染性疾患 (NCDs) のリスクが高くなるなど、その後の人生に大きな影響を及ぼす可能性もある。新生児ケアでは、出産直後に提供されるサービスや緊急事態への対応、感染症の予防などが行われる(表 2-10)。なお、関連する主なガイドラインを表 2-11 に示す。

表 2-10 新生児ケアに含まれる主なサービス

サービス	内容・目的
出産直後のケア	基本的な新生児蘇生（保温・気道開通・皮膚乾燥・刺激等）、臍帯結紮、早期母子接触、早期初回授乳、ビタミン K 投与
産後ケア (新生児ケア)	健康状態のアセスメントと必要に応じた医療機関受診、完全母乳育児、臍帯ケア、母とともに産後健診 4 回（24 時間以内、3 日後、7 日から 14 日後、6 週間）、生後 1 週間の家庭訪問
予防接種	B 型肝炎・ポリオ・BCG（流行状況による）
特別なケア・治療	蘇生（陽圧換気、酸素投与、人口呼吸等）、新生児敗血症への対応、早産児・低出生体重児への対応（カンガルーケア、酸素療法、栄養補給等）、HIV 母子感染予防、その他治療が必要な等への対応

表 2-11 新生児ケアに関連する主なガイドライン

No.	関連ガイドライン	発行年
1	新生児保健 WHO recommendations on newborn health <a href="https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.07">https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.07</a>	2017
2.	出産直後のケア WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn <a href="https://apps.who.int/iris/handle/10665/97603">https://apps.who.int/iris/handle/10665/97603</a>	2014
3.	早産児への介入 WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes <a href="https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guideline/en/">https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guideline/en/</a>	2015
4.	低体重児と病児のケアの質改善のための基準 Standards for improving the quality of care for small and sick newborns in health facilities <a href="https://www.who.int/publications/i/item/9789240010765">https://www.who.int/publications/i/item/9789240010765</a>	2020

### (4) 産後の家族計画

望まない妊娠を防ぎ、妊娠のタイミングを管理することは、女性の生涯を通じた生活や母子の健康に直結する。また、短期間に連続した妊娠による母子の健康リスクを低減させるためには、次の妊娠まで 24 か月以上の間隔を取ることが望ましい。適切な介入や避妊を行う事により、人工妊娠中絶が原因で発生する死亡や障害は予防

可能である [39]。家族計画サービスには主に表 2-12 の活動があり、平時のみならず人道危機下においても必要なサービスとすることが推奨されている [40]。なお、関連するガイドラインを表 2-13 に示す<sup>11</sup>。

表 2-12 主な家族計画サービス

サービス	内容・目的
避妊具・薬を含む包括的なセクシュアルリプロダクティブヘルス (SRH) 情報	避妊具・薬の選択肢の提供
	避妊具・薬に関する効果、効能、リスク等に関し、科学的根拠に基づく情報提供 適切な技術を持つ訓練された保健人材によるサービス提供
カウンセリング	プライバシーと守秘義務が守られた環境下における、サービス提供者と利用者との間で尊厳に基づいた十分なカウンセリングの実施による、サービス選択の促進
サービス提供	個人のニーズに沿ったサービスの、適切な時期・場所での提供

表 2-13 家族計画に関連する主なガイドライン

No.	関連ガイドライン	発行年
1.	推奨される避妊法 Selected practice recommendations for contraceptive use, Third edition, WHO <a href="https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/">https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/</a>	2016
2.	避妊に関する情報提供及びサービス Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services, Guidance and recommendations, WHO <a href="https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/en/">https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/en/</a>	2014
3.	家族計画 (サービス提供者のためのグローバル・ハンドブック) Family Planning - A global handbook for providers: 2018 edition, WHO <a href="https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fp-global-handbook/en/">https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fp-global-handbook/en/</a>	2018

### 2.2.3 5歳未満児期

5歳未満児の死亡の大半は感染症(肺炎、下痢症、マラリア等)であるが、そのほとんどが低予算の介入での予防や治療の方法が確立されている [6] [41]。5歳未満児期の防ぎうる死亡を削減し、健全な発育・発達を促すため、子どもの成長と発達の診査(身長・体重測定、聴覚・視覚等の検査、保護者への問診、発達モニタリング等)、疾病が疑われる子どもの保健医療施設への紹介・搬送、母親等への栄養指導、子どもの危険な兆候等に関する知識の普及、予防接種等が行われる [42] [43]。

また、子どもの発達は、これまで就学前教育として教育分野で扱われることが多かったが、妊娠期から3歳までの早期の子どもの発達(ECD)は生涯にわたって影響を及ぼすことから、保健セクターを中心として分野横断的に取り組む必要性が指摘されている [44]。

さらに、「人生最初の1000日間」の栄養状態改善やその後の健康的な食生活への導入のため、母乳育児の推進や適切な補完食(離乳食)、微量栄養素の投与(ビタミンA、鉄、亜鉛、ヨウ素)、成長モニタリングと低栄養児の治療、カウンセリング等の栄養介入も重視されている。近年では、将来のNCDs予防のため子ども期に過栄養の対策が取られるようになっている。

以上を踏まえ、子どものケアは表 2-14 のように疾病の予防から成長・発達など生涯にわたる健康の基盤を強固なものとするべく、幅広い活動が行われている。なお、関連する主なガイドラインを表 2-15 に示す。

<sup>11</sup> 避妊具・薬については付録 2 参照

表 2-14 子どものケアに含まれる主なサービス

サービス	内容・目的
推奨される予防接種 <sup>12</sup> (下線は EPI 項目)	BCG、B 型肝炎、ポリオ、DTP (ジフテリア、破傷風、百日咳)、Hib、肺炎球菌、ロタウイルス、麻疹、風疹。 地域や危険度により接種：日本脳炎、黄熱病、ダニ媒介性脳炎ワクチン、腸チフス、コレラ、髄膜炎、A 型肝炎、狂犬病、デング熱、流行性耳下腺炎、インフルエンザ、水痘
発達のためのケア	Nurturing Care Framework (NCF)：既存の母子保健、栄養、児童保護、子どもへの適切な応答性を重視したケア (レスポンス・ケア)、早期の発達支援などの個別のプログラムを統合し、母親や家族による適切な子育て、子どものケアをサポートする枠組み
小児疾患統合管理 (IMCI)	子どもが罹患しやすい複数の疾患に関する疾病予防と治療を統合した包括的アプローチ 保健人材による症例管理、完全母乳育児・離乳食に関する指導、コミュニティにおけるピア啓発活動、家庭における行動変容の推進
栄養介入	生後 6 ヶ月の完全母乳育児、及び 6 ヶ月以降の栄養価のある安全な補完食 (離乳食) 2 歳までの母乳育児の継続 母子に対する継続的なカウンセリング、及び栄養状態・成長のモニタリング
乳幼児健診	上記サービスのうち、栄養状態・成長モニタリングや発達のためのケアなどを各国で定めた時期・頻度で実施

表 2-15 子どものケアに関連する主なガイドライン

No.	関連ガイドライン	発行年
1.	推奨される予防接種 WHO recommendations on child health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee <a href="https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.08">https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.08</a>	2017
2.	発達のためのケア Improving early childhood development: WHO guideline <a href="https://www.who.int/publications/i/item/97892400020986">https://www.who.int/publications/i/item/97892400020986</a> Nurturing Care for Early Childhood Development, WHO <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf</a>	2020 2018
3.	IMCI による栄養不良の二重負荷への対応 Guideline: assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition, Updates for the integrated management of childhood illness (IMCI), WHO <a href="https://www.who.int/publications/i/item/9789241550123">https://www.who.int/publications/i/item/9789241550123</a>	2017
4.	NCDs 予防 Global recommendations on physical activity for health, WHO <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1</a> Guideline: sugars intake for adults and children, WHO <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149782/9789241549028_eng.pdf?sequence=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149782/9789241549028_eng.pdf?sequence=1</a> Guideline: updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children, WHO <a href="https://www.who.int/publications/i/item/9789241506328">https://www.who.int/publications/i/item/9789241506328</a>	2010 2015 2015
5.	母乳育児の推進 Implementation guidance: Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018, WHO/UNICEF <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf</a>	2018
6.	母乳で育った子どもの補完食 (離乳食) Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child, PAHO <a href="https://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_compefeeding_breastfed.pdf">https://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_compefeeding_breastfed.pdf</a>	2003

<sup>12</sup> WHO が推奨する予防接種の時期は付録 3 参照

No.	関連ガイドライン	発行年
7.	ジカウイルス感染地域における乳児栄養 Guideline: infant feeding in areas of Zika virus transmission, 2nd edition, WHO <a href="https://www.who.int/publications/i/item/9789240029187">https://www.who.int/publications/i/item/9789240029187</a>	2021

## 2.2.4 学童期・思春期

5歳未満児期に次いで成長の著しい学童期・思春期は、生涯にわたる心身の健康に影響を及ぼす重要な時期である。この時期に、自殺、若年妊娠、薬物使用、成年期以降のNCDsの危険因子(不健康な食習慣など)などの課題に対し、セクター間で連携して取り組むことが重要である。若者のニーズに応え、利用しやすいサービスとするためには、アクセス可能で、受け入れやすく、公平・適切で、かつ効果的であることが重要である。しかし、未婚者に対する家族計画サービスが提供されない、学校を通じて提供されるサービスに就学率が低いハイリスク層がアプローチできないなどの課題があり、サービスへのアクセス向上に向けたさらなる取組が必要である。思春期のリプロダクティブヘルスに関する取組には表 2-16 のようなサービスがある。なお、関連するガイドラインを表 2-17 に示す。

表 2-16 思春期のリプロダクティブヘルスに含まれる主なサービス

サービス	内容・目的
包括的性教育 (CSE)	思春期の身体の変化(第二次性徴や月経等)や近代的避妊法、HIV等の性感染症に関する知識の提供 性に関する問題の予防及び問題に直面した際に受けられる支援を選択・判断するスキル ジェンダーの平等、性の多様性、人権を尊重することも含めた肯定的な価値観の醸成
家族計画・避妊	避妊の必要性及びメリットに関する知識の提供 母体の発育が未熟で妊娠・出産時の合併症のリスクが高い20歳未満での妊娠の予防
思春期の産前・周産期・産後ケア	貧血や合併症、難産、早産、低体重児の出生などのリスクが高い20歳未満の妊産婦のケアによる、母子の死亡の削減と健全な発育の推進
HIV及び性感染症の予防とケア	複数のパートナー、売春など感染リスクの高い行動をとる傾向があること、子宮頸管の未熟さから性感染症への感染率が高いことを踏まえた予防啓発、感染した場合のケア
中絶ケア	相談しやすく、妊娠しても学業や将来の社会参画が妨げられない環境整備による、安全な中絶へのアクセスの向上とその後の支援
暴力及び生命にかかわる伝統的慣習の予防	性的虐待による望まない妊娠や安全でない中絶、性感染症、精神的な被害を防止するための啓発 女性性器切除(FGM)の回避への働きかけによる、施術時の出血死・ショック死・感染症、心的外傷後ストレス障害(PTSD)、月経・性交時の苦痛等の後遺症、妊産婦死亡のリスクの低減 女子の若年結婚削減への働きかけによる、若年妊娠による死亡や健康被害の低減
栄養介入	妊娠前や妊娠中の低栄養や微量栄養素不足の予防

表 2-17 思春期のリプロダクティブヘルスに関連する主なガイドライン

No.	関連ガイドライン	発行年
1.	思春期のリプロダクティブヘルス・ライツ WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights <a href="https://www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescent-srhr-who-recommendations/en/">https://www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescent-srhr-who-recommendations/en/</a>	2018
2.	思春期の栄養介入 Guideline: implementing effective actions for improving adolescent nutrition, WHO <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260297/9789241513708-eng.pdf?sequence=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260297/9789241513708-eng.pdf?sequence=1</a>	2018
3.	思春期保健 WHO recommendations on adolescent health	2017

No.	関連ガイドライン	発行年
	<a href="https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.09">https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.09</a>	
4.	思春期保健への国レベルでの取組 Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HAI), WHO <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf?sequence=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf?sequence=1</a>	2017
5.	女性に対する暴力への臨床及び政策における対応 Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf;jsessionid=536D22412247E0A8EC23DF86A01D9EBC?sequence=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf;jsessionid=536D22412247E0A8EC23DF86A01D9EBC?sequence=1</a>	2013
6.	ユース・フレンドリー・サービス Making health services adolescent friendly, WHO <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75217/9789241503594_eng.pdf?sequence=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75217/9789241503594_eng.pdf?sequence=1</a>	2012

## 第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

母子保健分野は、MDGs に続き SDGs においても国際社会による一層の取組強化が求められていることを踏まえ、JICA がこれまでの貢献と協力実績を活かしつつ支援を行う意義は大きい。特に、すべての人が人生最初に享受すべき母子保健サービスは、SDG 3 で強調される UHC の入り口と位置付けられることから、UHC 達成を支援する JICA の保健分野における取組においても重要な位置を占める。

母子保健分野において JICA が協力を進めることは、①日本の経験の活用、②分野横断的な支援、③国際機関・ファンド等との連携といった JICA の強み(表 3-1)を活かし、国際社会への貢献につながることから意義がある。

表 3-1 母子保健分野の支援における JICA の強み

① 日本の経験	<p>第二次世界大戦の前後を通じて、日本が母子保健の状況を改善した経験、知見、教訓を活用することができる。1930年代に始まり80年代までに形作られた母子保健を支える保健システムの特徴などから、以下の点が挙げられる。</p> <p>(ア) ガバナンス: 母子保健法・児童福祉法・栄養改善法など母子保健関連施策、地方自治体による母子保健事業実施</p> <p>(イ) サービス提供: 施設分娩の推進、生活改善活動とも連動した家族計画活動、母子手帳による情報の提供とモニタリング、乳児全戸訪問や小児定期健診など集団・個別・訪問によるきめ細かいサービス</p> <p>(ウ) 保健人材: 女性専門職(開業助産婦・受胎調節実地指導員・保健婦など)の制度化やボランティア(母子愛育班・母子保健推進員)の育成活用の制度化、の活用</p> <p>(エ) 施設機材の整備: へき地における産科施設整備/母子保健センター</p> <p>(オ) 財政: 国民皆保険による健康保険制度による母子新生児医療の提供、困窮家庭への経済的扶助</p> <p>(カ) 保健情報: 妊婦の届け出制と母子手帳の発行、母子保健統計、母子保健施策の地方自治体による実施指標のモニタリング</p>
② 分野横断的な支援	<p>母子保健の改善のためには、女性の能力強化(教育・ジェンダー)、栄養改善、安全な水・衛生の確保、交通インフラ整備等、保健医療分野を超えた分野における取組が必要であるが、ライフコースを俯瞰し幅広い分野をカバーできる機関として、分野横断的な相乗効果を期しつつ協力を実施し得ることは、JICA の強みと言える。</p>
③ 国際機関・ファンド等との連携	<p>国際機関や各種ファンドに対し、JICA の技術支援はそれらファンドが資金提供するに足る成果事例を提供できる。一方、JICA としては成果のスケールアップにつながるという相乗効果が期待できる。具体的には以下の様な連携を行っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>母子保健分野の主要国際機関である WHO、UNICEF、UNFPA、Gavi 等との事業面での連携、及び GFF、PMNCH との情報共有・知見の共有</li> <li>連携促進のため、Gavi 及び UNICEF との協力合意文書の締結</li> <li>母子手帳の普及・活用促進及び国際標準化の促進のため、WHO、UNICEF との3者協力覚書に合意し、母子手帳を含む家庭用保健記録に関するグローバルな調整プラットフォームを形成</li> </ul>

出典: [45]、JICA

## 3.2 JICA の母子保健分野協力の全体像

### 3.2.1 基本方針

母子保健分野における課題の動向、国際社会の潮流、JICA が協力する意義を踏まえ、JICA の母子保健分野協力の基本方針を以下のとおりとする。

#### JICA の母子保健分野の協力の基本方針

母子に関する死亡の削減と生涯にわたる健康・ウェルビーイングの実現に向け、継続的かつ質の高い母子保健サービス・ケアの推進を重点とし、サービス提供体制の強化、保健人材の育成を支援する。サービス提供や人材育成と併せ、サービスの無償化・健康保険の適用、母子継続ケアに関するデータ管理、家庭用保健記録との連動など、母子継続ケアを推進するための保健システムを強化し、UHC 達成にも貢献する。併せて、母子継続ケアを実現するため、母子手帳の普及・活用に係る活動を継続し、母子手帳の国際的な認知の向上にも取り組む。また、母子の健康・ウェルビーイングの実現のためには、保健セクターによる介入のみでは限界があるため、セクターを越えた包括的な取組を進める。

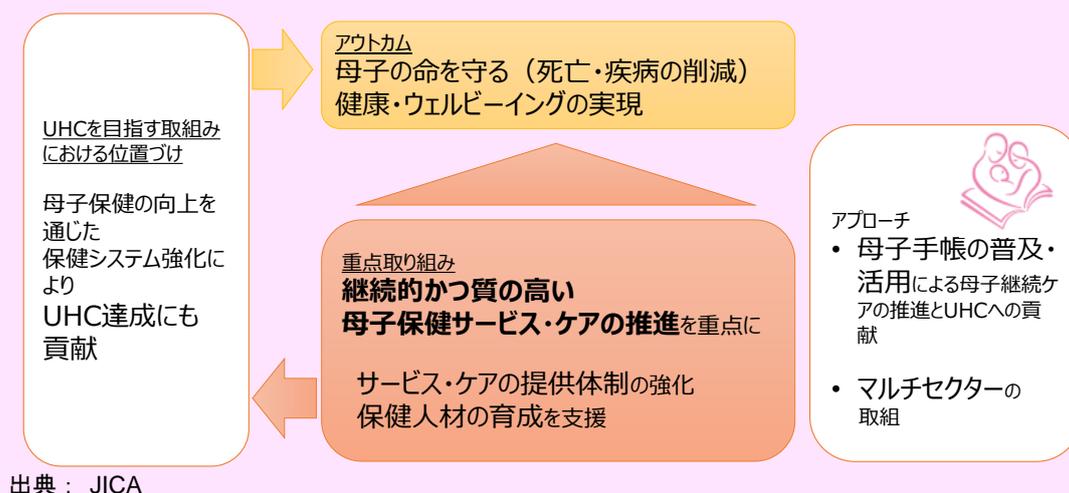


図 3-1 JICA の母子保健分野における協力の考え方

#### (1) 継続性の担保

妊娠・出産・新生児期の死亡や疾病のリスクを回避し、誰一人取り残さないように母子保健サービスを提供するためには、時間的・空間的に切れ目のない保健サービス及びケア、すなわち「母子継続ケア」(CoC)の保障が不可欠である。第2章で述べたように、ケアの継続性には、妊娠前(思春期を含む)から妊娠期、出産、産後期、及び新生児期から乳幼児期、といった「時間的な継続性」と、家庭・コミュニティから外来・アウトリーチサービス、保健医療施設といった母子が「ケアを受ける空間の継続性」の両面がある。

加えて、ケアの継続性を持続的に担保するためには、保健システムの強化が必要である。JICA の母子保健分野の協力案件では保健システムを構成する以下の6つの要素に留意するが、特にサービス提供体制の強化、保健人材の育成を重視する。

表 3-2 保健システム6要素から見た母子継続ケア実現に向けて注力すべき点

ガバナンス	母子保健関連法令・政策・戦略・計画の整備、実施支援、モニタリング・評価、実績管理、説明責任など、母子保健行政の方向性と機能強化
保健財政	母子保健サービス提供のための財源確保と、母子保健サービスを利用する個人の経済的負担を軽減するための経済的保護・社会保障など
保健サービス提供	量、質両面からの母子保健サービスの提供強化、科学的根拠やガイドラインに基づいたケアの提供、母子保健施設整備、施設間でのリファラル・システムなど
保健人材	医師・助産師・看護師・保健師などの保健人材の育成・配置・監督や、コミュニティヘルスボランティア等コミュニティ人材の育成・活用
施設機材・医薬品等	予防接種ワクチンの確保・ロジスティクス体制、産科ケア・新生児ケア・栄養介入のための施設や機材、医薬品等の確保など
保健情報・研究	保健情報システムの強化、保健サービスの提供状態、疾病サーベイランスや分析、施設や家庭健康記録による個人の健康情報の管理を通じた妊娠、出生や疾病、栄養状態・健康状態や死亡にかかるデータの収集と分析

出典：JICA

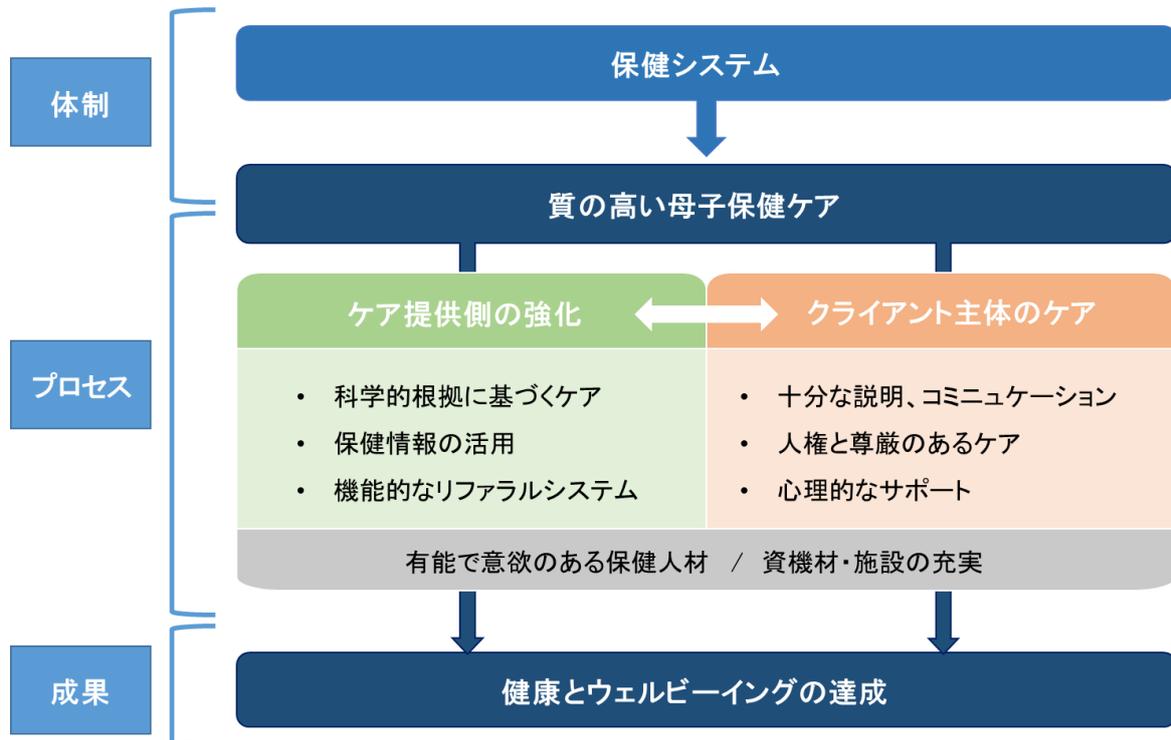
## (2) ケアの質

MDGs の妊産婦死亡率の削減目標が達成できなかったことを受け、SDGs においては妊産婦死亡率の低減に向け抜本的な改善が必要とされ、国際的に母子継続ケアの質への注目が高まっている。WHO が 2016 年に公表した産前ケア(ANC)に関するガイドライン [46]では、産前健診の推奨回数を 4 回から 8 回に改定するとともに、産前健診の質の改善が提唱されている(第 2.2.1(1)項参照)。同年の出産・新生児ケアの質改善に関するガイドライン [47](第 2.2.2(2)項参照)、及び 2018 年の子どものケアの質改善に関するガイドライン [48](第 2.2.3 項参照)と合わせ、母子継続ケアの質改善に関し、①人材、資機材など十分な保健医療提供体制が整った環境で、②効果の確認されたケアを提供するとともに、③母親とのコミュニケーションや、母親のニーズや感情に寄り添った尊厳あるケアを提供することで、周産期の死亡や疾病を低減させることを提唱した。

ケアの質について、WHO は「安全・効果的・適正なタイミング・効率的・公平・クライアント中心」の 6 要素からなると定義している。また国際的には、保健システム全般において、クライアントに寄り添った質の高いケアを提供することが UHC の実現に向け重要であると認識されている [49]。これらを踏まえ、母子継続ケアにおいても、ケアの質の 6 要素を重視する。

JICA は WHO による母子保健の質改善のフレームワークに基づき、サービスを提供する側やそれを支える保健人材及び施設の改善など保健システムの強化を行うとともに、利用する側であるクライアントのニーズ、人権、満足などにも配慮した「尊厳あるケア」や精神的な支えとなるケアの提供を重視し、図 3-2 のアプローチにより母子継続ケアの質改善に取り組む。

WHOによるQuality of Careフレームワークに準拠した  
JICA母子継続ケアの質改善フレームワーク



出典： [46] [47] [48]を参照し JICA 作成

図 3-2 JICA の母子継続ケアの質改善のためのフレームワーク

3.2.2 協力目標のタイプ

JICA の実施する事業の協力目標には、大きく分けて①モデル型、②スケールアップ型、③国内格差是正型、の3つがある(表 3-3)。

表 3-3 JICA による事業の協力目標のタイプ

<p>① モデル型</p>	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>対象国の現状を踏まえ、標準サービス拡充の実効的な道筋(事業手法)を見つけ、その有効性・効率性を測定・検証する。</li> <li>事業モデルの将来的な面的拡充、政策・制度化(プロジェクトの「上位目標」)につなげるため、モデル開発段階から、持続性確保の戦略をもつ必要がある。また、効果検証、エビデンス構築のため、可能な範囲で、インパクト評価、横断的研究、質的研究をプロジェクト活動に入れ込むことが望ましい。</li> </ul>
<p>② スケールアップ型</p>	<p>すでに有効性が確認されている施策の拡充を目指す協力</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>国際的に有効性が確認されている施策のほか、①モデル型協力を通じ有効性が確認されたモデルを、さらに別の地域・全国で展開する案件もこのタイプに分類される。</li> <li>スケールアップには、国の政策に位置付けられ、制度化されること及び資金を継続的に確保することが重要であることから、①モデル型協力との連携、援助協調による他の開発パートナーとの連携、有償資金協力の活用、保健財政・医療保障強化の協力との連携を積極的に検討する。</li> </ul>
<p>③ 国内格差是正型</p>	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>対象国内の取り残された人々(貧困層、マイノリティ、難民等の脆弱層)を特定の対象とする。</li> <li>対象人数規模が小さい、アクセス困難な地域への支援を行うために効率性が悪い、効果が上がりにくい可能性が想定されるため、協力の前提として、特定集団を対象とした支援の意義について政策レベルの協議・合意が必要となる。</li> </ul>

出典： JICA

母子保健分野に特化した案件の場合、原則として、母子保健サービスの質の向上と量の拡充（アクセス・面的カバレッジ・サービス提供頻度の向上）、またはサービス提供体制の持続性の強化のための支援が案件の目標となる。

地域保健や基礎保健サービス強化を目標として行う案件では、ライフコースの視点をもって、妊娠期・胎児期から5歳未満児期を主な対象とする母子保健サービスを支援の入り口としつつ、栄養改善、生活習慣病対策など他の保健サービスと連動させることが重要である。保健政策、保健行政能力、保健人材育成などの強化に向けた協力に、母子保健を要素の一つとして含める組み立て方もある。

### 3.2.3 母子継続ケアの達成のための重点とすべき取組

#### (1) 妊産婦のケア

JICA は妊娠・産褥期のケアへのアクセス向上、ケアの質改善、及びアカウンタビリティ強化に取り組んでいる。また、防ぎうる妊産婦死亡を削減するための枠組み（Obstetric transition model、第 1.2.3 項参照）を念頭に置き、各国・地域の優先事項に対応した協力を行っている。

##### 1) ケアへのアクセス向上

産前健診の受診率向上（国ごとの状況を考慮しつつ8回以上または適時の受診）、SBA 介助による出産の増加、及び産後ケアの受診率向上のため、JICA は住民の知識向上を目的として、コミュニティレベルでの啓発活動や啓発教材の開発やアウトリーチ活動に取り組んでいる。また、誰一人取り残さないため、物理的・経済的・文化的なアクセスの改善やケアの質改善に取り組んでいる。また、母子保健事業を効果的に行うためには、インフラ・水衛生・教育等のマルチセクターによる取組が重要であり、これらの事業に母子保健の指標を含むことで、母子保健へのインパクトの可視化に努めている。

##### 2) ケアの質の改善

医療施設において安全で質の高い妊産婦ケアを提供するためには、医療従事者に対する適切な指導・監督が重要である。JICA は、医療従事者が科学的根拠に基づいて観察・診断し、異常やリスクに対して適切な保健指導・治療ができるよう、ガイドラインの策定や研修の実施・指導・監督、及びモニタリング体制の確立に取り組んでいる。また妊産婦ケアにおいては、女性がポジティブな妊娠・出産体験を得ることが、母子の心身の健やかな経過につながるということも重視される。このため、JICA はケアの根幹をなす妊産婦の感情、ニーズ及び権利に寄り添うケア<sup>13</sup>にも注力して支援している。さらに、医療施設において妊産婦ケアの安全と質を保障するには、医療従事者への指導に加え、妊娠中のリスクや異常分娩の危険性が高い妊産婦を上位医療機関や緊急産科ケアに紹介・搬送する仕組みの整備も重要であることから、産科施設・機材の整備等への支援も行っている。

##### 3) アカウンタビリティの強化

妊産婦死亡サーベイランス及び対策（MDSR）の一環として、協力対象層（裨益人口）における個々の死亡症例について原因を分析し、今後の予防に向けた対応を議論し改善を行うための「妊産婦死亡症例検討（maternal death review/audit）」を行う。協力範囲や内容は案件の位置づけによって設定され、病院内の症例

<sup>13</sup> 信頼関係の構築、女性の自己決定の支援、価値観の尊重、プライバシー及び文化・社会的特性への配慮など

検討カンファレンス、行政・公衆衛生担当者を含めた医療施設外死亡例のカンファレンスなどを支援する。近年では、新生児死亡例を検討するカンファレンスへの支援も行っている。これらのカンファレンスでは、症例分析の上で、妊産婦死亡に関連し得る症状やリスクをいつ発見し、どのように健診・保健指導・医療機関への紹介等の治療につなげるのか、関連する保健従事者の理解を確認しながら、連携して対応する体制づくりも目指している。

#### 【JICA の事例 1：妊産婦のケア】

##### ① グアテマラ「妊産婦と子どもの健康・栄養改善プロジェクト」（2016年～2020年）

母子保健サービス・妊産婦の栄養状態改善のためにコミュニティにおける健康教育支援、妊産婦死亡症例検討の支援、基礎的医療機材の整備（ドップラー、超音波）などを実施。

##### ② カンボジア「分娩時及び新生児期を中心とした母子継続ケア改善プロジェクト」（2016年～2022年）

##### ③ セネガル「母子保健サービス改善プロジェクトフェーズ3」（2019年～2024年）

②③共に分娩時を主な対象にして妊産婦ケアの質改善に取り組んでいる。

##### ④ 課題別研修「妊産婦の健康改善」及び「アフリカ仏語圏地域 妊産婦の健康改善」

妊産婦のケアに関する、複数国からの参加による日本での研修

## (2) 子どものケア

胎児期・乳幼児期からの良好な衛生環境と十分な栄養、早期発達支援及び質の高い基礎教育の提供は、子どもの生存に重要であるとともに生涯にわたる健康と生産的なライフスタイルにも影響を及ぼす。JICA は、科学的根拠に基づいた介入を、月齢発達段階に応じて、安全かつ効果的に、適切なタイミングですべての子どもに提供することを目指す。

開発途上国の新生児死亡の約40%が生後24時間以内に発生していること[50]を踏まえ、国際的に新生児ケアの強化の重要性が指摘されている。JICA も ENAP の方針に基づき、ケアへのアクセス向上、質の改善や、アカウンタビリティの確保、母親や養育者への教育・保護を行い、新生児・子どものケアの促進に取り組んでいる。

### 1) ケアへのアクセス向上

JICA は誰一人取り残さないために、すべての新生児や子どもがケアを受診できる仕組みづくりの支援に注力している。具体的には、受診が困難な脆弱層を支援するため、物理的・社会的・経済的障害（バリア）を特定し、母子継続ケアを社会全体で支える仕組みづくりを支援している。住民の知識向上を目的としたコミュニティレベルでの啓発活動や啓発教材の開発、受診に関連する経済的負担を軽減するための政策（母子の無償診療や健康保健制度など）の推進にも取り組み、アクセスの改善を行っている。母親や養育者には、母子手帳などを活用し、定期的な健診と、危険な兆候を早期に家庭で発見できるよう指導して遅れることなく医療機関を受診することを促進している。

### 2) ケアの質の改善

JICA は子ども（新生児、乳児、子ども）のための質の高いケアを現場で実践するため、医療従事者の能力強化や、保健システム強化、政策提言などを支援している。

新生児期は死亡や疾病のリスクが高い時期であるため、緊急時への備えが必要である。JICA では、新生児や子どものケアを行う保健人材の能力強化とともに、施設や機材を供与し、標準的かつ科学的根拠により効果が確認された新生児ケアを提供できる仕組みを整える支援を行っている。高次医療施設における医師や助産師

に対する新生児ケアの訓練や小児専用の救命救急機材の配置はもとより、一次医療施設においても、早期発見、早期治療、適切な紹介・搬送が適時にできるよう、保健人材の能力強化と施設・機材の改善、情報基盤や緊急搬送システムの整備などを行っている。

子どものケアにおいては、予防接種や下痢・マラリア予防など子どもの疾病予防・管理のほか、栄養改善、発育・発達のモニタリングなど、子どもの心身の生育やウェルビーイングも視野に入れた協力を行っている。これには、定期健診や母子手帳などを活用したハイリスクの子どもの発見と早期診断・早期治療の推進なども含まれる。サービス提供の安全性や効率性を考慮しつつ、親や養育者への十分な説明、及び子どもの人権・感情・ニーズの尊重などに配慮し、質の改善を図る。特に、低出生体重児、早産児、疾病や障害を持つ子どものケアにおいては、母親や養育者に寄り添ったケアが行われるよう、保健人材の能力強化を図る。また、子どもが家庭や地域でも質の高いケアや養育を受けられるよう、養育者や地域への働きかけも行っている。

こうした子どものケアの質改善への支援において、母子手帳は、子どもの予防接種やケアの記録を踏まえて個人のニーズに沿った質の高いケアの提供に貢献するとともに、母親や養育者への子育てや子どものケアに関する情報提供のツールとして活用されている。

### 3) アカウンタビリティの強化

防ぎうる新生児の死亡を減少させるため、死亡数や死因の正確な報告、症例検討会の実施、及び対策の検討が国際的に推奨されている。出生登録を行い、すべての子どもの継続ケアを保障することは、UHC の入り口としても重要である。死産や新生児死亡、及び出生数を保健情報システムによって正確に把握することが、新生児や子どもの健康改善を行うための計画策定や具体的な取組の強化につながる。

### 4) 保健セクター内の複数プログラム、マルチセクターの連携

HIV・結核・マラリア対策や栄養との連動による統合的なサービスの提供など、子どもの健康改善に関わる保健セクター内の複数のプログラム及び他セクターとの連携により、統合されたサービスを提供するとともに、より高いインパクトを得ることを目指す。

#### 【JICAの事例2：子どものケア】

- ① カンボジア「分娩時及び新生児期を中心とした母子継続ケア改善プロジェクト」（2016年～2022年）  
 新生児ケアの改善をめざす取組として、WHOの早期必須新生児ケア（EENC）の中でも、とりわけ生後90分以内のケアの改善をめざす早期新生児ケア（INC）に焦点をあて、プロジェクト対象州における新生児死亡率の減少を目指した活動を行っている。
- ② ガーナ「アッパーウエスト州地域保健機能を活用した妊産婦・新生児保健サービス改善プロジェクト」（2011年～2016年）  
 「アッパーウエスト州地域保健施設整備計画（無償資金協力）」（2012年～2015年）  
 地域保健の拠点であるコミュニティベース保健計画サービス（CHPS）とそこに駐在する地域保健師（CHO）の能力強化や支援を行い、CHOと地域住民が地域保健計画の策定や協働を行う地域保健システムを強化し、また無償資金協力ではCHPSの施設や機材の強化も行い、母子継続ケアを強化した。その結果、より多くの母子が、自宅やコミュニティ、近隣の保健施設にて、質の高い母子継続ケアを受診することが可能になった。
- ③ ブルンジ「妊産婦・新生児ケア人材の能力強化プロジェクト」（2013年～2018年）  
 ケア人材の能力強化や、保健サービスの改善を支援した。

- ④ グアテマラ「妊産婦と子どもの健康・栄養改善プロジェクト」（2016年～2020年）  
妊産婦と2歳未満児への母子保健・栄養サービス改善を目標に、地域保健の担い手である保健管区事務所の管理能力向上、一次・二次保健医療施設における母子保健・栄養サービスの向上、母子保健・栄養に関するコミュニティ活動の実施能力向上等を支援した。
- ⑤ 課題別研修「周産期・新生児保健医療」及び「周産期医療におけるチーム医療の推進と技術向上」  
技術協力プロジェクトを実施していない国々も含め、周産期及び新生児期に特に焦点を当てた研修を行っている。

### (3) 母子栄養

栄養対策は、すべての人々にとって生涯を通じて重要だが、特に妊産婦や子どもは栄養不良による負の影響を受けるリスクが高く、母子に対する栄養対策が母子保健指標(母子の死亡や疾病)やライフコースを通じた健康状態に重大な影響を与える。JICAは「人生最初の1000日間」(受精・胎児期から2歳まで)の母子の低栄養対策を重点とした取組を行う。具体的には、妊娠前や妊娠中の貧血など低栄養の予防、妊娠中の血圧や体重の管理、母親に対する母乳栄養の推進、適切な補完食(離乳食)や衛生教育の推進、子どもの成長モニタリング等、母子継続ケアを提供する中で、母子栄養対策を進める。

母子栄養では、母子だけではなく家族や地域のすべての年齢層に対して健康改善を推進するライフコースアプローチを意識し、UHCへの貢献を目指す。また、マルチセクターの取組を推進するため、農業、教育、水衛生などのセクターとの連携や、民間セクターとの連携にも協力の枠組みを拡大して栄養改善に取り組む。

#### 【JICAの事例3：母子栄養】

- ① ガーナ「母子手帳を通じた母子継続ケア改善プロジェクト」（2018年～2022年）  
母子手帳を全国展開するとともに、母子手帳を効果的に活用して栄養カウンセリングサービス・リスペクトフルケアを提供するための研修も行い、全ての母子に質の高い母子継続ケアを提供することを目指している。母子手帳を用いて母子や家族のニーズに合わせた保健、衛生、栄養に関わる知識やケアの指導を行い、母子の生命を守るだけでなく、家族全体の健康と生活を向上させようとしている。
- ② 課題別研修「母子栄養改善」  
マルチセクターの取組による栄養改善を推進するため、SUN加盟国向けに研修を実施している。

### (4) 母子手帳の活用

JICAは、妊産婦・新生児死亡削減のための母子継続ケアを重点とした取組を行う上で、以下のような母子手帳の機能に注目し、相手国の状況に合わせて、その導入・活用について検討し、支援している。

母子手帳は、保健医療従事者や妊産婦(母親)及びその家族が、一つの冊子に妊娠中の母体と胎児の状況、出産時の母子の状況、子どもの成長・健康の状況を記載し、共有することができる家庭用保健記録のひとつであるとともに、育児書の機能も備え、家庭で保管され、活用されるものである<sup>14</sup>。

母子手帳は、妊産婦(母親)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)が自ら保管可能であることから、使い方によっては、保健医療施設側から個々の母子に健診結果を記録して渡す以上の機能を発揮し得る。例えば、妊産婦(母親)のケアの需要喚起やエンパワメント、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、母子に対する必須サービスの継続的な受療の改善等について効果の報告がある。

<sup>14</sup> 母子手帳の役割、導入過程、協力事例、及びWHOガイドラインの概要は付録7「①母子手帳の役割」を参照

母子手帳は、保健医療施設ではなく家庭で保管されていることに特徴がある。また、家庭で母親や家族が参照できるよう、妊娠、出産、育児に役立つ健康情報も含まれており育児書としての特徴もある。日本では母子手帳によって母子の記録を統合して管理するが、世界に目をむけると、母親の情報と子どもの情報を分け、妊娠・出産・子どもの健康の一部のみの記録(母手帳・子手帳・予防接種カードなど)を複数使用していることも多い。

母子手帳の導入・活用の検討に際しては、まず、相手国の家庭用記録の現状を把握する必要がある。確認すべき内容は以下のとおり。

- 母子手帳あるいは、他の形態で同様あるいは一部の機能を持つ記録の存在の有無
- 母子手帳がカバーする保健・医療サービスの提供状況
- 相手国の母子手帳導入・活用に関する意向、等

次に、把握された情報に基づき、すでに母子手帳を活用している国・地域においては、普及率の向上、母子手帳の機能の確実な活用のための住民啓発や保健医療従事者への研修、効果に関する調査活動の支援等を行うことを検討する。母子手帳が存在しない国・地域においては、母子手帳の開発と導入を検討する。

母子手帳の開発と導入を検討する際には、導入自体を目的化しないことが重要である。導入により何を改善するのか、あるいはどのような機能やサービスを強化するのかなど、関係部局内でその目的が明確にされ、認識されていることが必要である。理想的な内容を網羅した母子手帳が開発されて配布されても、母子手帳に記載されているサービスが十分に提供できる体制にない、あるいは提供されてもその質が著しく低い、必要な情報が適切に記載されないなど、母子手帳が十分に活用されない状況では、母子手帳の開発と導入が母子の健康状態改善に寄与することは期待できない。また、母子手帳とは異なる形態の記録が広く普及し活用されている国・地域においては、母子手帳の開発・導入により期待されるメリットや、既存の記録類との調整コストをあらかじめ十分に検討する必要がある。既存の記録類に関係する部局や援助機関との調整に多くの時間を要する場合も多い。相手国のリーダーシップと初期からの関係部局・機関の調整は、母子手帳の導入の成否にかかわる重要な要素の一つである<sup>15</sup>。

母子手帳に関わる JICA の主な協力としては、インドネシアでの長年にわたる取組<sup>16</sup>、ガーナ「母子手帳を通じた母子継続ケア改善プロジェクト」、ベトナム「母子健康手帳全国展開プロジェクト」などが挙げられる。(詳細は「母子手帳テクニカルブリーフ」<sup>17</sup>にまとめる多くの事例や分析を参照。)

なお、家庭用保健記録については、WHO が 2018 年に策定した国際指針がある。母子手帳は、母子の記録を統合した家庭用保健記録と位置づけられる。同指針では、家庭用保健記録の活用による改善や効果を幅広くレビューして要約しており、家庭用記録の媒体の形態による優位性の言及はないものの、その効果的な運用の重要性を強調している<sup>18</sup>。

<sup>15</sup> 母子手帳導入過程の詳細については付録 7「②母子手帳の導入過程」参照

<sup>16</sup> インドネシアの事例については付録 7「③母子手帳の事例」参照

<sup>17</sup> Technical Brief for Global Promotion of Maternal and Child Health Handbook は以下で公開されている。

[https://www.jica.go.jp/activities/issues/health/mch\\_handbook/technical\\_brief\\_en.html](https://www.jica.go.jp/activities/issues/health/mch_handbook/technical_brief_en.html)

<sup>18</sup> WHO の家庭用記録に係る国際指針については付録 7「④WHO ガイドライン概要」参照

### 3.2.4 協力の切り口

#### (1) 母子保健と UHC

質の高い母子保健サービスが不足なく提供されることは、UHC 達成のために不可欠な要素である。第 2 章にまとめた母子保健の標準的なサービスパッケージへのアクセスには、国により、また国内でも地域により、または所得により格差がある。近年特に、貧困層を中心にアクセスが制限されているといった公平性 (Equity) の観点への関心が高まっている。

母子保健の分野ではこうした現状を解決するために示されている戦略は、UHC の志向している方向性と大きく重なる。具体的には、国内資金及び開発資金の動員を通じて財政的保護 (financial protection) を高める施策や、プライマリヘルスケアを強化するといった戦略である [5]。母子保健サービスの質・量を保ちつつ持続的に提供するためには、保健システムの包括的な強化が重要であり、UHC に向けた保健システム強化の施策は母子保健にかかる取組強化にも資する。

母子保健がいかに UHC 達成に関し重要であるかという点について、以下3つの視点から整理できる [51]。

##### 1) 母子の健康への投資の生涯の健康に及ぼす正の効果と UHC 達成への貢献

母子への投資は効率的かつ効果的であることが知られている。母子の健康への投資は、ライフコースの健康とウェルビーイングにより影響を及ぼす。一例として、非感染性疾患 (NCDs) の予防、健康寿命の延伸といった効果があげられる。保健財政の観点からは、母子への投資が将来の保健財政負担の軽減につながると論じられている。

##### 2) 母子は UHC へのエントリーポイントである

妊娠中から生まれてくる子どもの存在を確認することが可能であり、出生登録などと併せれば将来的な全人口 (UHC の対象) の把握と介入に貢献しうる。

##### 3) 母子は UHC のモデルとなる対象グループである

母子継続ケアについては、有効な介入やその成果を図る指標・手法が確立されている。その手法は母子保健以外の分野にとっても、健康課題にかかる取組を検討するためのモデルとなり得る。

1) に関しては、多くの研究により母子保健への投資が効率的であることが示されている。例えば、母子保健を中心とする6つのサービスパッケージの効果を試算した研究では、1人あたり年間5米ドルの投資を追加することにより、防ぎうる母子の死の回避を含め9倍(45米ドル)のリターンが得られると結論づけている [52]。また世界銀行は、母子の健康への投資は、子どもの発達に重要な時期での介入という意味で、人的資本 (human capital) の土台を築くとし、母子保健サービスにアクセスできないために幼年時代の健康状態が不良である場合、その子どもの身体面及び認知面の発達に負の影響が及ぼされ、ひいては将来的な経済生産性を損ねることもあり得るとも論じられている [53]。こうした研究結果から、母子保健への投資は、長期的には国の生産性を向上させて財政が強化され、UHC に回すことのできる資金の確保に貢献すると言える。

2) については、母子保健プロジェクトを形成・実施する際に UHC の観点からとくに意識すべきこととして、公平性 (Equity) への配慮、保健財政の考慮、サービスの質、及びサービスへのアクセス、の4点があげられる。公平性に関しては、国内格差(地域格差等)に留意するとともに、とくにサービスから取り残されがちな、貧困層、農

村部、移民等の脆弱層への裨益を重視する。具体的には、格差の実態を把握してその原因を分析するとともに、先方政府とともに改善の方策について議論し、合意することが重要である。

これらに関連して、保健財政の視点から、サービス提供強化を中心とする案件であっても、保健財政のコンポーネントを組み込むことによって、サービスの提供に必要な資金を、利用者に過度の負担を強いることなく継続的に確保することが可能となる。そのためには、案件形成及び実施中に、相手国及び対象サイトの保健財政状況、医療保障制度について積極的に情報を得て、プロジェクトへの組み込みを検討する。組み込みの際は自己負担支出(OOP)を減らすことを一義的な目標として、健康保険のカバレッジの向上や、バウチャーの支給、成果連動型資金といった様々なアプローチを検討する。

3)のサービスの質に関しては、母子保健サービスの場合、多くの途上国では無償で提供されているものの、実際には人材や医薬品、資機材の不足などにより十分な質のサービスが提供されていないことが多い。したがって、保健財政と実際にアクセス可能なサービスとの両面に着目する。

アクセスの観点では、母子保健サービスへのアクセスへのバリアを分析し、それらの解決策を検討することが第一ステップとなる。財政的な障壁に対しては財政保護の取組が必要になり、物理的な障壁に対しては道路整備や交通機関の整備といった他セクターの取組やアウトリーチ活動などが考えられる。さらに母子保健サービスの認知度の低さ、心理的障壁、家庭内での意思決定における障壁等、個別のケースに応じた取組が求められる。

#### 【関連する事例】

##### ① 成果連動型資金 (PBF/RBF)

経済的インセンティブ導入によるサービス拡充のスキームの事例で2000年代後半以降、世界銀行や米国国際開発庁 (USAID)、英国外務国際開発省 (FCDO) などのドナーにより導入された、主にサービス提供側の改善を促す手法。成果連動型資金プログラムを実施するためには、成果を的確に評価する枠組みが必要であり、実施と同時に行政及び保健施設のマネジメント能力強化は不可欠である。一方、成果の評価が煩雑であり、途上国側の業務負担となっているだけでなく、コスト面でも非効率的であるとの批判がある。

##### ② 条件付き現金給付 (CCT)

経済的インセンティブ導入によるサービス拡充の事例で受益者側の行動変容を促すもの (例: 最貧困層の家庭に現金を給付し、子どもの予防接種や健診、通学などを条件として課す。ブラジル、メキシコをはじめ中南米諸国で主に導入されている)。導入には持続性等の慎重な検討が必要。

#### 【JICAの事例4: 母子保健とUHC】

フィリピン「コーディレラ地域保健システム強化プロジェクト (2012年~2017年)

へき地・貧困層などこれまでサービスを利用できなかった人を減らせるようサービス提供体制を強化したことに加え、健康保険公社による医療施設認証の支援、妊婦の健康保険加入の促進など同国の医療保障制度の積極的活用と改善提案を行い、サービス利用にともなう経済的リスク保護を図ったグッドプラクティス。

## (2) 中央・地方行政能力強化

母子保健サービスの展開においては、中央・地方行政の果たす役割は大きく、多岐にわたる。WHOは保健システムを①サービス提供、②保健人材、③保健情報、④医薬品・ワクチン・医療技術、⑤保健財政、⑥リーダーシップとガバナンスの6つの構成要素(表3-2参照)に分類した[54]。この整理により、6つの構成要素すべてが互いに関係し合い効果を発揮することで、保健システムとして機能することが明確になった。

JICAは保健の複雑な問題を解決するため、保健システム強化を重視して、疾病構造や保健サービスの提供状況に加え、行政システムやマネジメント、経済状況等をバランスよく俯瞰した協力を行っている[55]。

保健システム強化の要となる保健省は、保健政策・計画を立案し、財政を所掌する官庁と調整のうえ、予算計画をとりまとめ、事業の実施、指導・監督、評価を行う主体である。国によっては地方分権の進行により保健分野の行財政の権限が地方政府の保健局等に移管されているケースもある。いずれの場合にも、中央または地方の行政能力が不十分であるために、保健サービスの提供の質・量の不足や持続性に係る課題が生じている。

こうした課題は、母子保健分野を含む保健セクター全般にかかる課題であり、JICA は相手国の中央政府から地方政府に至る各レベルでの保健行政能力強化のための協力を行う。例えば、中央政府のリーダーシップや国家計画等が不十分であることが課題となっている国に対しては、保健省に対して母子保健に係る国家戦略・事業計画・資金確保計画等の政策策定や予算配分・モニタリングなど実施能力の強化、あるいはサービス提供基準の標準化や拡充などに係る支援を検討する。その際、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)での議論を尽くすなど、相手国の意思決定・承認プロセスを尊重し、政府内での位置づけが明確になる形で政策の策定・改訂を支援することが重要である。

技術協力プロジェクトのほか、保健省等に派遣される政策アドバイザー型の専門家による支援や、開発政策借款(DPL)における母子保健に関する政策アクションの設定等により、政府による政策策定とその実施を後押しすることも可能である。

地方分権化の進展度合いは国により異なるため、各国の地方政府に割り当てられた権限を考慮しつつ、地方政府(州保健局等)職員の事業マネジメント・情報分析・計画策定に係る能力の向上や中央政府とのコミュニケーション強化などが具体的な取組方策として考えられる。母子保健分野で特に必要性が高いのは、主に以下の支援である。

- 州・県・郡など各レベルの職員の業務の分担と内容の明確化や見直し
- 人材育成や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
- 症例検討の実施を含む一次レベル医療従事者(助産師等)への技術指導・監督の強化

これらの介入は、母子保健に特化して行う場合もあるが、地域の保健サービスを広く扱う案件の中で取り組む場合もある。

地方政府が機能するためには中央政府との協働が必須であるため、中央政府において技術面の規制・監督や予算配布を管轄する部署を十分に巻き込む努力と、他の開発パートナーとの一体的な援助協調が重要である。特に、第 3.2.2 項に述べた協力目標のタイプと型式の 3 つの類型(①モデル型、②スケールアップ型、③国内格差是正)のいずれにおいても、地方政府の役割・能力強化は重要があるとともに、中央政府との緊密な連携が必要である。

また、協力対象範囲の規模や協力効果の広がりにも鑑み、計画段階からの他の開発パートナーとの協調が重要である。例えば、グローバル・ファイナンス・ファシリティ(GFF)では母子保健に係る投資計画(Investment Case)を策定することを各国に求めており、この計画に JICA の技術協力の成果(モデル)を入れ込むことでスケールアップが可能となった事例もある(【JICA の事例 5】参照)。

## 【JICAの事例1：中央・地方行政能力強化】

セネガル「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ支援プログラム」（開発政策借款）

「タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト（PRESSMN）」（2009年～2011年）及び「母子保健サービス改善プロジェクト（フェーズ2）」（2012年～2018年）を通じて開発した、継続ケアのコンセプトに基づくPRESSMNモデルの「国家母子保健戦略が承認される（全国展開を含む）」という政策アクションを設定し、上記2件の技術協力プロジェクトの成果の発展的拡大を目指した。

## 【JICAの事例2：中央・地方行政能力強化】

## ① フィリピン「コーディレラ地域保健システム強化プロジェクト」（2012年～2017年）

コーディレラ地域の住民が特に母子保健サービス（施設分娩や産前産後健診など）を利用できるようにするための保健システム強化を支援した。州病院と町保健所の施設整備やスタッフ研修、連携を強化するための仕組みづくりが行われた。その際には、州知事や町長など政策決定者が保健サービスの拡充に積極的に関与することが重要となった。さらに、貧困者の財政的保護のための施策も実現した。

## ② ガーナ「北部3州におけるライフコースアプローチに基づく地域保健医療サービス強化プロジェクト」（2017年～2022年）

ガーナ政府は、地域保健を拡充してUHCの達成を加速させるために、コミュニティベース保健計画サービス（CHPS）政策を進めている。JICA先行案件による10年間のCHPS強化の経験や成果に基づき、対象地域を格差が深刻な北部3州に拡大し、また裨益対象を母子から全住民に拡大し、ライフコースアプローチによる住民の健康改善を支援している。具体的には、コミュニティ、郡、州、中央の各レベルのガバナンスの強化や地域保健師の能力強化、住民との協働による自発的自立的な地域保健活動の推進を行っている。

**(3) 保健医療施設の機能強化**

母子保健サービスを提供するために必要な施設・機材を整備することは、人材育成に加えて、質の高いサービスへのアクセス改善の観点からきわめて重要である。特に、出産から出産直後の母子の死亡リスクを下げるため、必要に応じた上位医療施設への紹介・搬送、緊急産科新生児ケア（EmONC）（第2.2.1(1)項参照）などが適切に行われる必要がある。5歳未満児の死亡率の改善に対し、引き続き高い割合で発生している新生児死亡が残された課題となっていることから、新生児ケアの改善に向けた取組を重点的に支援する必要がある。

JICAは、これまで中央及び地方中核都市における母子保健センターの整備、拠点病院・地域病院における小児科・産婦人科部門の施設・機材強化、保健所・保健ポストの整備等、各レベルにおける施設整備を実施してきた。以下に整理した3つのレベルにおいて、主に無償資金協力における施設・機材整備の協力実績を有している。協力の切り口と留意点において、以下に整理する。

**1) コミュニティ(一次)レベル**

国によってシステムが異なるが、コミュニティレベルで母子保健サービスを提供している施設は、保健所、保健ポスト等がある。配置されている人材、提供されているサービスは国によって異なるが、多くの国ではこのレベルでのサービスとして、産前・産後健診、予防接種、各種疾病予防等、母子保健サービスがその中核を占めている。これらサービスを提供するために必要な資機材や人材の能力が不足している場合、これらを整備するとともに持続的に維持されていく仕組みを強化する必要がある。JICAは、フィリピン、ガーナ等において、地域母子保健の技術協力を合わせて、保健所以下のレベルの施設整備を含む無償資金協力の実績がある。案件形成・実施上の留意点を以下にまとめる。

表 3-4 コミュニティレベルを対象とした案件の形成・実施上の留意点

SBA と緊急産科 新生児ケア	分娩については、助産師等の配置状況により SBA による分娩及び施設分娩が可能となるレベルが異なる。保健所に助産師が配置されている場合は、保健所においても通常分娩の行える施設・機材の設置が求められる。 通常分娩に加え、緊急産科新生児ケア (EmONC) をどのレベルまで行えるようにできるかは国によって状況が異なる。一次レベル (保健所等) で行う場合、人材育成との組合せによる資機材整備が必要となる。
医療保障と保険 対象への認証	医療保障が整備された国においては、各レベルにおいて保険給付対象となるサービスを提供するための施設・機材の基準が定められている場合が多い。その基準を満たして認証を得ることを短中期的に達成できるよう考慮する必要がある。 母子関連サービスが保険給付対象に組み込まれることにより、金銭面での負担軽減によるアクセス向上が期待できる。一方、医療保障が未整備の国においても、リファラル体制のレベルに応じた施設・機材基準等が定められている国もあり、施設・機材整備の際にはこれらを踏まえて支援する。
物理的アクセス	地方部においては、特に施設への物理的なアクセスが課題となるケースが多い。JICA の協力を行うにあたり、ケアを必要とする妊婦や子どもの医療施設までの搬送手段を考慮する必要がある。また、施設へのアクセスを補完するアプローチとして、医療従事者によるアウトリーチサービスの提供も重要であり、そのための人材や移動・輸送手段の確保が必要になる。これらの検討にあたっては、道路の整備状況等、他セクターの状況も十分に考慮する必要がある。
現地企業活用	JICA は保健所以下のレベルの施設整備を含む無償資金協力の実績もあるが、一次レベルの施設については技術的に日本の建設企業が行う必然性はないことが多い。このため、技術協力との連携等、特別な事情がなければ積極的に行うことは推奨されない。コミュニティレベルでの施設整備が必要な場合は、現地企業活用型の無償資金協力について考慮すべきである。

## 2) 地域病院(二次レベル)

地域病院においては、保健所等一次レベルでは対応できないケースへの対応が重要な役割となり、包括的な緊急産科新生児ケア (CEmONC) を提供する設備・資機材が必要となる。併せて、小児科医、産婦人科医、麻酔科医、放射線技師、臨床検査技師等の人材配置も必要である。施設建設を伴わない無償資金協力事業の場合、地域全体のアクセス向上を考慮し、地方中核都市病院 (次項) の施設・機材整備と連動する形で、連携関係にある地方病院への機材整備等の可能性も検討できる。管轄地域が広い州病院等のレベルであれば新設や改修・増設も考えられる。一方、郡病院以下のレベルでは、既存病院に対する機材整備となる場合が多い。住民に最も近いレベルの医療機関のサービス提供体制・能力の向上が課題となっている国は多く、施設・機材の整備に際しては、それを活用及び維持管理する人材についても留意する必要がある。

表 3-5 地域病院を対象とした案件の形成・実施上の留意点

施設・機材	一次レベルより高度な維持管理が必要なものが多くなるため、施設・機材維持管理の仕組みや人材の現状を把握し、供与後の活用及び維持管理まで考慮する。下位の施設から上位の施設への紹介・搬送を効果的かつ効率的に機能させるための資機材等 (救急車、通信) の整備の検討も必要になる場合もある。
-------	--

## 3) 中央・地方中核都市病院(三次レベル)

国の中核医療機関として、地域病院で対応できないハイリスク分娩や新生児ケア等に対応するための高度な治療・検査機材の整備が必要とされる。また、大学附属病院においては、医療従事者の教育の役割も含めた施設・機材の整備が必要となる。地域病院以上に高度な維持管理が必要な施設・機材が多くなるため、資機材の整備にあたり維持管理体制の確認は必須である。

中央・地方中核都市レベルの母子保健センターもしくは総合病院の母子関連病棟の整備は無償資金協力により多く行われることが多い。例えば、カンボジアでは、1995年の母子保健センターの建設以降、長年にわたる技術協力プロジェクト等を実施して母子保健の向上に貢献しており、優良事例として参考になる。

**表 3-6 中央・地方中核都市病院を対象とした案件の形成・実施上の留意点**

人材育成システム	中核的な医療機関には、下位の医療施設に対する人材育成・研修機会の提供といった役割のある場合も多い。国の保健医療人材育成にかかわる戦略にのっとり、かつ持続可能な形で人材育成が行われるシステムとなることが望ましい。
紹介・搬送システム	下位医療機関から紹介された患者の受け入れは必要であるが、下位医療施設で対応可能な患者が直接来院して負荷が増大し、サービスの質が低下するという状況を回避する仕組みづくりに配慮する必要がある。

#### 4) 全てのレベルに共通する事項

母子保健に関するリファラル体制を健全に確立して維持するためには、全てのレベルに共通する以下の事項にも留意する。

**表 3-7 母子保健に関するリファラル体制整備に係る案件の形成・実施上の留意点**

施設・機材の維持管理、及び医薬品・資材の調達供給・管理	適切な施設・機材維持管理・医薬品・資材供給のためのシステムは各レベルで機能する必要がある。関連法制度や施設内での仕組み、及び関連企業によるサービスなど多面的に確認し、適切な維持管理が行われるよう計画を策定する。施設内での維持管理の仕組み整備には、5S-KAIZENなどの導入も効果的である。
他セクターとの関連	水・電力供給の安定的な確保、汚水・廃棄物処理、災害への備え、ICTの導入による効率化、経営、ジェンダー配慮、周辺環境の保全など、他セクターの視点も重要である。

#### (4) 保健人材の能力強化

保健人材の質・量の確保、及び適切な配置は重要な課題である。公的セクターにおける保健人材不足の背景には、育成機関の能力や民間・国外への流出などがある。質の高い人材が都市部に偏在する傾向があり、地方部では保健人材が質・量ともに不足している上に、継続的な能力向上の機会を公平に提供できていない国・地域が多い。こうした多面的な保健人材の課題の解決には、保健省のみならず教育省・労働省・職能団体等のセクター横断的な対応が必要不可欠である [56]。

2000年代以降、WHOはSBAによる出産介助を必須とするべく指針を転換した [19]。SBAには、一般に医師・看護師・助産師が含まれる。WHOは「妊産婦ならびに新生児ケアに関する専門職教育と研修を修了し当該国ならびに国際的な基準により規定された保健人材」と定義し、以下の技術・能力を有することが条件としている [57]。

- ① 科学的根拠に基づく人権・尊厳・社会文化的背景を尊重した質の高い妊産婦・新生児ケアを提供・推進する
- ② 清潔かつポジティブな出産経験となるよう陣痛・分娩時の生理学的プロセスを促す
- ③ 合併症を有する妊産婦・新生児を特定し対応もしくは搬送する

JICAは、SBAを中心としつつ、地域で母子を支える保健ボランティアなども含め、能力強化や維持・定着に係る支援を行い、母子保健人材の質及び量の向上に貢献している。

## 1) 人材養成

SBA の養成カリキュラムや教育・研修期間は国によって多様だが、重要なのは各国が助産に関わる医療従事者の教育カリキュラムを整備し、技能実習も含めたパッケージ化を進めることである。JICA では新規養成への支援として、看護師等の人材育成にかかる技術協力や医療従事者養成校の建設などの支援を実施している。

人材育成を効率的かつ効果的に行うには、職種間の役割分担を明確にすることも重要である。相手国の状況を尊重しつつ、地域の事情に応じて多様な人材が養成されることが望ましい。また、保健人材の不足が著しい地方や僻地については、当該地域出身者の養成を推進し、継続的に出身地で従事する仕組みづくりなども考えられる。医療助手等、基礎的な知識と技術を有する保健人材に SBA 教育を行う場合もある。

## 2) 雇用・配置

養成された SBA は、人口動態や地域の特性に配慮して雇用・配置されることが望ましい。人材の適正な配置と持続的な確保のため、僻地医療へのインセンティブの付与などの制度整備等により、偏在や転職・国外流出等を抑制する必要がある。また、養成された人材が確実に就職できるよう、雇用の確保も重要である。

JICA はこうした課題に対応するため、保健人材計画の策定を支援している。例えば、コンゴ民主共和国「保健人材開発支援プロジェクト」(2010 年～2023 年)では保健分野の国家計画及び地域の実態に即した人材養成や適正配置などの指針が組み込まれた保健人材開発計画の策定を支援した。

## 3) 人材の維持・定着

保健人材の継続的な能力向上及び知識・技術の更新は、サービスの質向上及び保健人材の動機づけの強化にとっても重要である。JICA は、SBA のさらなる技術・能力向上のため、技術向上および能力強化を支援している。また、動機づけ強化のため、適切な評価・監督を実施する仕組み作りも行っている。

継続教育の円滑な実施には、受講者が一定期間職場を空ける、あるいは職務とある程度両立できることが可能な勤務環境を整備することも重要である。例えば、職員が 1 人のみの保健ポストに勤務する保健人材が研修に参加する際には、代替人材を割り当てたり、近隣や遠隔会議で実施したりする等の配慮が必要となる。

人材の質・量の不足を補うため、SBA の要件を満たさない TBA やコミュニティヘルスワーカー(CHW)に特定の業務を移管(タスク・シフティング)して [58] 母子保健サービス提供体制に組み込むことにより、妊産婦・新生児ケアに意義ある貢献ができるとの指摘もある [59]。また、コロナ禍において、母子保健人材の安全確保(感染対策や過労対策)や心理的ケアへの配慮も求められている。

### 【JICA の事例 3：保健人材の能力強化】

#### ① スーダン「フロントライン母子保健強化プロジェクト」(通称：マザーナイルプロジェクト) (フェーズ 1：2008 年～2011 年、フェーズ 2：2011 年～2014 年)

スーダンでは僻地の住民が質の高い母子保健サービスにアクセスできない状況が課題とされていた。フェーズ 1 では村落助産師 (VMW : Village Midwives) の現任研修や研修後の支援体制の強化を行った。フェーズ 2 では VMW は地域助産師 (CMW : Community Midwives) に格上げされ、①CMW 現任研修の全国展開、②連邦・州保健省による CMW の雇用、資機材の供与も強化され、③CMW を核としたコミュニティ活動やリファラル体制の強化も行い、僻地でも母子継続ケアの受診ができる体制を整えた。CMW を育成し支援する体制が、国の政策文書にも反映され、2012 年時点では国の 23% の CMW が正規雇用され、地域保健人材の強化と定着に貢献した。

#### ② セネガル「母子保健サービス改善プロジェクトフェーズ 3」(2019～2024 年)

2012 年から実施されたフェーズ 2 では、行政・保健医療施設・コミュニティが協働して母子保健サービス改善に取り組む「PRESSMN モデル」(【JICA の事例 5】参照)のパイロット実施の拡大と、それを担う助産師や看護師

に対する卒前教育に同モデルの指導を導入した。現在は、コミュニティにより近い三次レベルの病院へのモデル普及を実施している。各州の州医務局がイニシアティブを取り、病院や保健人材養成校、大学（医学部や看護・助産学部）と連携して、同モデルを持続的に拡大・定着させる体制の確立を目指している。

## (5) コミュニティ(地域住民)の意識向上と体制強化

地域住民は、地域保健プログラムの対象にとどまらず、自らの地域の保健課題を特定し、課題解決に向けて取り組む中心的なアクターである。地域住民の主体性と地域開発への継続的な関わりを重視し、UHC や SDGs 達成に向けた取組の最前線にいるという自覚と誇りを認識できる機会や仕掛けを作ること、コミュニティ・エンゲージメントの強化が期待できる。併せて、地域住民が保健人材から得た保健情報を基に、必要かつ適切なサービスを自ら選べるようにするためのエンパワメントやヘルスリテラシーの向上も大切である。

多くの国において、地域保健推進の中心的役割を果たす組織として設置されたコミュニティ保健委員会(CHC)が保健プログラムの実施体制に組み込まれている。この CHC が適切に地域の保健課題を把握し、活動を自立かつ持続的に実施するためには、問題分析から計画策定、実施に必要な知識・技術の習得を促す必要がある。同時に、地方自治体の保健担当官などが定期的に CHC の巡回指導を行うなど、地方行政による一定の支援を行うことも重要であり、そのための能力強化も必要となる。

地域住民の組織化に当たっては、地域の既存のリソースを活用し、ジェンダーや地域住民の特性、多様性への考慮が重要である。すでにプログラム別に保健ボランティアが複数存在していたり、逆に1つのボランティアにタスクが集中していたり、ボランティア活動へのインセンティブ等が設定されていたりするなど、地域住民の組織のあり方は多様である。支援に当たっては持続可能性に十分配慮し、プロジェクト終了後も活動が存続する仕組みづくりをする必要がある。日本における自主的な地域保健推進活動や地方分権、行政とのパートナーシップのあり方は、トップダウン式に地域保健を動かしている国や地域にとって参考になる事例が多く、JICA は本邦研修を通じて知見や経験を共有している。

地域住民への健康に関するメッセージ・情報の伝達には、住民を取り巻く社会文化的な側面を考慮し、対象住民が関心を持ちやすい表現や伝達方法を工夫し確実に届くよう、戦略的に実施するべきである。母子の健康を守るため、地域住民が従来慣れ親しんできた行動(TBA による出産介助や自宅分娩等)を推奨される方法(SBA による出産介助、施設分娩、一定回数産前・産後健診受診、男性の参加等)へと行動変容を促すためには、人権に配慮したアプローチを適用すると共に、住民の意識や行動に影響力を持つ地域のリーダーを見つけ、男性を含むすべてのアクターにアプローチすることで、母子継続ケアを保障し地域ぐるみで支援するような環境作りを進めることが重要である。

## 【JICAの事例4：コミュニティの意識向上と体制強化】

① ミャンマー「農村地域における妊産婦の健康改善のためのコミュニティ能力強化プロジェクト」  
(草の根技術協力、2014年～2016年)

本プロジェクトは、妊産婦が保健サービスを利用しやすいコミュニティづくりを実現することで、保健サービス（産前健診や予防接種等）の利用増加による、対象地域の妊産婦や新生児の健康状態の向上を目的とした。コミュニティづくりのひとつとして地域密着型の保健ボランティア「母子保健推進員」の活性化を行い、産前健診や予防接種の声かけや夫や家族への啓発、危険な兆候に対する支援への取り次ぎを行う支援を実現した。助産師などの保健医療従事者とコミュニティをつなぐ人材として母子保健推進員が貴重な役割を担う。

② スーダン「プライマリヘルスケア拡大支援プロジェクト」（通称：マザーナイルプロジェクト）  
(2016年～2019年)

スーダン3州を対象とし、①PHCに関わる地方行政官の保健行政マネジメント能力の向上、②JICAがこれまでの技術協力プロジェクトで成果を上げてきた地域助産師（CMW）の現任研修や政府による雇用促進などPHCに関わる保健人材の能力強化、③CMWとコミュニティ保健委員会（CHC）による自発的な保健活動の強化などを支援した。州保健省がCMWなどの地域保健人材の現任研修やコミュニティの保健委員会の能力強化、スーパービジョンを行うことで、PHC強化と母子保健改善に貢献した。また、学校保健活動、妊産婦の緊急搬送制度、医療費の互助制度など、地域の資源を活用したPHC活動が多数実施された。

③ ガーナ「アッパーウエスト州地域保健機能を活用した妊産婦・新生児保健サービス改善プロジェクト」  
(2011年～2016年)

地域保健の拠点であるコミュニティベース保健計画サービス（CHPS）とそこに駐在する地域保健師（CHO）の能力強化や州、郡、亜郡による支援の強化を行い、CHOと地域住民が地域保健計画の策定や地域保健活動を強化し、住民が自発的に緊急時の搬送システムについて話し合うなど、住民が主体的に関わる母子継続ケアを強化した。

**(6) マルチセクターの取組**

母子の健康とウェルビーイングの実現のためには、保健セクターによる介入のみでは限界があるため、セクターを越えた包括的な取組を進める必要がある。母子保健との関連が深い、①教育、②ジェンダー、③インフラ整備（水・運輸交通）、④ガバナンス、⑤イノベーション・ICT、の5つの分野について、母子保健分野との関係や連携のあり方を以下に述べる。

**1) 教育**

母親の学校教育期間と子どもの生存には正の相関関係がある [60]。教育分野の協力を通じて女子教育を推進するとともに、母子保健活動において母親の教育水準に応じた方法でコミュニケーションやサービス提供を実施するよう配慮する。若年妊娠や望まない妊娠を防ぐため、教育の場を活用してリプロダクティブヘルスに関する知識を伝達することも検討する。

幼児教育では、早期の子どもの発達（ECD）の考え方にに基づき、子どもの発達を促す働きかけの他、適切な補完食の提供や健康的な食習慣の導入と定着、手洗いなど衛生行動の習慣づけを行うことも考慮する。基礎教育の場では、栄養・衛生などのライフ・スキルの指導、給食の提供や食育を行うほか、予防接種・寄生虫症対策（駆虫剤の投与）・身長体重の計測・歯科健診などを含む学校保健活動を行うことが考えられる。開発途上国では保健専門教員の配置がなく、教員の質・量ともに不足している場合が多いため、教員の負担を軽減する工夫や、保健人材やコミュニティヘルスワーカーと連携した体制づくりなどに留意する。

**2) ジェンダー**

母子保健の直接の受益者は母親と子どもであるが、母子を取り巻くジェンダー格差が母子保健サービスの利用に影響し、さらには母子の生存にも影響する。そのため、ジェンダー平等の推進や女性の経済的な自立、女

性の意思決定への参画の仕組みの確保、女性の識字率や保健関連知識のレベルを考慮したアプローチの選定、男女が共同で妊娠・出産・育児に参画する環境の整備に取り組む。

### 3) インフラ整備(水、運輸交通)

#### (a) 安全な水

開発途上国の 5 歳児未満死亡の約 8%が下痢性疾患に起因する [6]と言われ、安全な水へのアクセスは子どもの生存や栄養状態に大きな影響を与える。そのため、母子保健サービスの強化と並行して安全な水の確保を支援するとともに、母子保健に関するコミュニティ啓発や産前産後健診・乳幼児健診、母子手帳などを通じて、手洗いやトイレ使用など衛生知識の啓発を推進する。

#### (b) 運輸交通

母子保健サービスへのアクセス向上には、道路等の交通インフラの整備も重要である。交通インフラの不足は、母子保健に関する決断、搬送・アクセス、治療開始の「3つの遅れ<sup>19</sup>」のうち第 2 の「搬送・アクセスの遅れ」の要因とされる。交通インフラの整備により保健施設へのアクセスが向上し、健診の受診率や施設分娩率の向上や緊急時の搬送の迅速化が期待できる。交通インフラ整備による母子保健向上への効果は、他の要因も絡むため直接の因果関係を証明することは困難な場合が多いが、インフラ整備案件において母子保健サービス受療率等の指標を測定のうえ相関関係を示し、効果の可視化に努めていく。

### 4) ガバナンス

母子保健は人々の出生に関わるため、出生登録や住民登録等、ガバナンス分野との関連性が高い。妊娠判明時や出生時に行政上の登録を行うことにより、妊産婦と子どもの把握が可能となり、母子保健サービスを適時に提供できるようになる。出生のみならず、妊産婦・乳幼児の死亡の情報を把握し、正確な統計情報を得ることは、母子保健に関する適切な政策判断を行う基礎となる。この出生・死亡登録と動態統計(CRVS)の重要性は近年、注目が高まっている。JICA の協力では、母子手帳を出生登録に活用するブルンジの事例などにとどまっているが、今後取組の拡大が望まれる。

また、持続的な母子保健サービスの提供には、地方分権化や地方行政の体制、財政、社会保障政策等との連動も不可欠である。(保健財政に関しては、第 3.2.4(1)項参照)

### 5) イノベーション、ICT

母子保健に従事する人材の不足や遠隔地でのサービス提供に係る課題への対応、医療サービスの質の管理等を目的として、近年、情報通信技術を活用したデジタルヘルスが進展している。健診に活用する簡易な超音波診断機器や遠隔診療システム、母子保健記録データや母子手帳の電子化、保健医療従事者向け研修アプリなど、JICA による取組は徐々に増えている。今後、財政的・技術的な持続性確保や、既存の保健システムや CRVS 等の行政システムとの整合性担保などの課題に対応しつつ、さらなる拡大に努めていく。

<sup>19</sup> 問題がおきたときに病院や診療所で診てもらおうとする決断の遅れ(第 1 の遅れ)、決断してから病院や診療所までたどり着くまでの遅れ(第 2 の遅れ)、そしてたどり着いた病院や診療所で治療を受けるまでの遅れ(第 3 の遅れ) [63]

### 3.3 今後の検討課題

#### (1) 効果の可視化、適切な評価指標の設定

協力の効果や貢献度をわかりやすく提示するため、「3.2.1 基本方針」で掲げる「継続的かつ質の高い母子保健サービスの提供」を適切に測定できる評価指標を設定する必要がある。案件目標には保健サービス提供体制の強化や保健人材の育成が設定されることが多いが、サービス・ケアの質を適切に測定・評価できる指標の選定や設定は発展途上である。特に、WHO のフレームワークで整理されているケアの質(図 3-2 参照)のうち、「クライアント側の満足や経験」にあたる部分は、妊産婦や家族の受けとめ方を測定するため、定量的・客観的な指標の設定が難しく、今後の検討が望まれる。もう一方の「サービス提供側の強化」に関する指標も、適切なケアが実践されたか、サービスの質が向上したか、等を実際に測定するのは困難であることが多い。

また、案件終了後 3 年から 5 年程度後の測定を想定するインパクトを示す指標<sup>20</sup>として、妊産婦死亡や子ども(新生児・乳児・5 歳未満児)の死亡の減少を設定する事例が見られる。しかし、案件の効果がこれらの死亡の減少に貢献するにはより長い期間がかかることや、案件による介入以外の要因による影響も大きいこと、特に妊産婦死亡は発生数が少ないため死亡率の数値には誤差が大きいことなどに留意が必要である。

さらに母子保健のアウトカムとして、母子の生存に加えて、母子の健康とウェルビーイングの実現が強調されているなか、これらを測定するインパクト指標やライフコースアプローチの視点を含めた指標には確立したものがなく、今後の検討が必要である。

#### (2) 保健財政上の課題

母子保健サービスの多くは公衆衛生サービスと位置付けられ、無料化されていることが多い。また、バウチャーの給付や条件付き現金給付など母子へのインセンティブが付与されていたり、保健人材の業務実績に基づく資金提供が行われたりしている。これらに必要な資金は本来、国家財政にて確保すべきだが、開発パートナーの援助資金等に依存していることが多く、母子保健の財政面での脆弱性につながっている。質の高い母子保健サービスを継続的に提供するには、財政面での持続性が不可欠である。また、母子保健サービスが無料であっても、実際には、保健医療施設への交通手段、医薬品・医療物品などの購入等による自己負担支出や、付き添いの交通費や休業による収入減などが発生している。サービス提供に係る母子へのインセンティブの提供のあり方を含め、国家財政や医療保障制度における母子保健サービスの位置づけを明確にし、財政面の持続性を考慮する必要がある。

#### (3) マルチセクトラルアプローチ、イノベーションに関する課題

妊娠期・胎児期から 2 歳までの母子の健康状態が、将来にわたる健康とウェルビーイングに影響することから、母子保健はライフコースの視点でとらえられるようになってきた。加えて、母子の健康の実現には、保健分野にとどまらず、他セクターを含めた社会全体としての取組が必要なことから、教育・インフラ・ガバナンス分野などのマルチセクトラルな連携がますます求められている。特に水・衛生や運輸交通などインフラ分野の事業では、母子保健へのインパクトを測定する指標を加える取組を進めてきたが、さらに他分野の事業への取組拡大を図る必要がある。

<sup>20</sup> 現在用いられている主なインパクト指標については付録 1 参照

また、民間セクターとの連携やイノベーションの活用に対する期待も高まっている。保健情報の電子化、健診機器、遠隔通信・診断技術など、様々なイノベーションが提案されているが、十分に活用されているとは言いがたい状況にある。こうした新たな技術の相手国の保健システムへの導入の可能性や、導入後の適切な活用と定着に関して検証する必要がある。

以上のように、保健分野を超えた母子保健の発展性を認識したうえで、その広がりに対応していくことが求められている。

#### (4) 公衆衛生上の危機における母子保健

2020年から世界的に感染拡大した新型コロナウイルス感染症の影響によって、母子保健サービスの提供・利用が混乱・停滞し、貧困化による栄養状態の悪化も影響して、母子の健康は危機に直面した。コロナ禍においても母子保健サービスを継続的に提供するため、サービス提供時の感染対策、保健医療従事者の感染防御、母子及び家族に対するサービス利用の促進、サービス利用ができない場合のセルフケアに係る情報提供など、様々な工夫や対策が講じられてきた。

これらの経験を通じて、公衆衛生危機においても必須保健サービスの提供を継続させるためには、平時からの保健システム強化が重要であること、さらには、強靱な保健システムが構築されているほど危機からの回復が迅速に進むことが改めて認識された。また、保健システムにおいて、サービス提供側のみならず、利用者である母子や地域住民が強靱なコミュニティを形成していたり、サービス提供側とコミュニティとの連携体制が構築されていたりする場合、危機への対応力が高いこともわかってきた。コロナ禍における対応や経験から得られたこれらの教訓を踏まえて、コロナ後のよりよい復興に向けて、より強靱な保健システムを構築していくことが求められる。これを契機に、デジタル技術を活用したサービスの代替策や補完策、コミュニティとの連携強化策を、さらに推進していくことも必要である。

## 付録

1. 母子保健分野の代表的なインパクト指標
2. 避妊具・薬の種類と効果の一覧
3. WHOが推奨する予防接種と時期の一覧
4. 産前健診のスケジュールと内容
5. 基礎的緊急産科ケア(BEmONC)と包括的緊急産科ケア(CEmONC)で提供されるサービス
6. Obstetric Transition Model: 防ぎうる妊産婦死亡を削減するための枠組み
7. 母子手帳参考資料

## 付録 1. 母子保健分野の代表的なインパクト指標

## 1. 母子保健に関連する SDGs 指標

ターゲット	グローバル指標
ゴール 3 : すべての人に健康と福祉を	
3.1 2030 年までに、世界の妊産婦の死亡率を出生 10 万人当たり 70 人未満に削減する。	3.1.1 妊産婦死亡率 3.1.2 専門技能者の立ち会いの下での出産の割合
3.2 全ての国が新生児死亡率を少なくとも出生 1,000 件中 12 件以下まで減らし、5 歳未満児死亡率を少なくとも出生 1,000 件中 25 件以下まで減らすことを目指し、2030 年までに、新生児及び 5 歳未満児の予防可能な死亡を根絶する	3.2.1 5 歳未満児死亡率 3.2.2 新生児死亡率
3.7 2030 年までに、家族計画、情報・教育及び性と生殖に関する健康の国家戦略・計画への組み入れを含む、性と生殖に関する保健サービスを全ての人々が利用できるようにする。	3.7.1 近代的手法によって、家族計画についての自らの要望が満たされている出産可能年齢（15～49 歳）にある女性の割合
	3.7.2 女性 1,000 人当たりの青年期（10～14 歳；15～19 歳）の出生率
3.8 全ての人々に対する財政リスクからの保護、質の高い基礎的な保健サービスへのアクセス及び安全で効果的かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンへのアクセスを含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を達成する。	必要不可欠な保健サービスのカバー率 （一般及び最も不利な立場の人々についての、生殖、妊婦、新生児及び子供の健康、感染性疾患、非感染性疾患、サービス能力とアクセスを含む追跡可能な介入を基にした必要不可欠なサービスの平均的なカバー率と定義）
3.b 主に開発途上国に影響を及ぼす感染性及び非感染性疾患のワクチン及び医薬品の研究開発を支援する。また、知的所有権の貿易関連の側面に関する協定（TRIPS 協定）及び公衆の健康に関するドーハ宣言に従い、安価な必須医薬品及びワクチンへのアクセスを提供する。同宣言は公衆衛生保護及び、特に全ての人々への医薬品のアクセス提供にかかわる TRIPS 協定の柔軟性に関する規定を最大限に行使する開発途上国の権利を確約したものである。	3.b.1 各国の国家計画に含まれる全てのワクチンによってカバーされている対象人口の割合
ゴール 2 : 飢餓をゼロに	
2.1 2030 年までに、飢餓を撲滅し、全ての人々、特に貧困層及び幼児を含む脆弱な立場にある人々が一年中安全かつ栄養のある食料を十分得られるようにする。	2.1.1 栄養不足蔓延率 （PoU: prevalence of undernourishment）
2.2 5 歳未満の子供の発育阻害や消耗症について国際的に合意されたターゲットを 2025 年までに達成するなど、2030 年までにあらゆる形態の栄養不良を解消し、若年女子、妊婦・授乳婦及び高齢者の栄養ニーズへの対処を行う。	2.2.1 5 歳未満の子供の発育阻害の蔓延度（WHO 子ども成長基準で、年齢に対する身長が中央値から標準偏差-2 未満）
	2.2.2 5 歳未満の子供の栄養不良の蔓延度（WHO の子ども成長基準で、身長に対する体重が、中央値から標準偏差+2 超又は-2 未満）（タイプ別（やせ及び肥満））

参考：総務省 SDG グローバル指標（<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/statistics/goal3.html>）

国連 SDG Indicators

（[https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%202020%20review\\_Eng.pdf](https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%202020%20review_Eng.pdf)）

## 2. その他活用可能な指標

継続ケアのタイミング	指標	出典元
妊娠前・産後・思春期	Demand for family planning satisfied with modern methods	CD2030
妊娠期	Antenatal care (four or more visits)	CD2030
	Pregnant women living with HIV receiving ART	CD2030
	Neonatal tetanus protection	CD2030
出産	Skilled birth attendant	CD2030
	Institutional births	GHO
	Births by caesarean section	GHO
	Low-birth-weight newborns	GHO
	Stillbirth rate	GHO
出産・思春期	Adolescent birth rate	GHO
産後・新生児期	Postnatal care for mothers	CD2030
	Postnatal care for babies	CD2030
	Early initiation of breastfeeding	CD2030
新生児期・乳児期	Exclusive breastfeeding under 6 months	GHO
	Continued breastfeeding (year 1)	CD2030
	Number of infant deaths (thousands)	GHO
新生児期・乳児期・ 幼児期	Immunization : DTP3	CD2030
	Immunization : Measles	CD2030
	Immunization : Rota	CD2030
	Vitamin A supplementation, full coverage	CD2030
	Children aged <5 years with ARI(Acute Respiratory Infections:急性呼吸器感染症) symptoms receiving antibiotics (%)	GHO
	Careseeking for symptoms of pneumonia	CD2030
	Anaemia in children < 5 years	GHO
	Diarrhoea treatment: ORS (oral rehydration salts)	CD2030
	Number of under-five deaths (thousands)	GHO
新生児期・乳児期・ 幼児期・保健システム	Proportion of children under 5 years of age whose births have been registered with a civil authority	GS
思春期	Women married or in a union before age 15 and 18	GHO
	Female genital mutilation	GHO
全期間・保健システム・ 環境	Coverage index of essential health services (family planning [met need], antenatal care, skilled birth attendance, breastfeeding, immunization, childhood illnesses treatment)	GS
	Out-of-pocket health expenditure as a percentage of total health expenditure	GS
	Current country health expenditure per capita (including specifically on RMNCAH) financed from domestic sources	GS
	Number of countries with laws and regulations that guarantee women aged 15-49 access to sexual and reproductive health care, information and education	GS
	Population using basic drinking-water services	CD2030
	Population using basic sanitation services	CD2030

参考 : Countdown to 2030 (CD2030) (<https://www.countdown2030.org/country-profiles>)

Global Health Observatory data repository (GHO) (<https://apps.who.int/gho/data/node.main>)

Indicator and Monitoring Framework for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030) (GS) ([https://www.who.int/pmnch/activities/advocacy/globalstrategy/2016\\_2030/gs\\_2016\\_indicators.pdf](https://www.who.int/pmnch/activities/advocacy/globalstrategy/2016_2030/gs_2016_indicators.pdf))

## 付録 2. 避妊具・薬の種類と効果の一覧

※最初の1年間の使用での調査

名称	英名	女性 100 人当たりの妊娠数*	
		正確な使用法	典型的な使用法
皮下埋没法	Implant	0.05	0.05
精管結紮（男性の不妊手術）	Vasectomy(male sterilization)	0.1	0.15
レボノルゲストレル（黄体ホルモン）放出子宮内避妊具	Intrauterine device(IUD)-Levonorgestrel	0.2	0.2
銅付加子宮内避妊具	Intrauterine device(IUD)-CopperT	0.6	0.8
女性の不妊手術	Tubal(female)sterilization	0.5	0.5
注射法（3か月）	Injectable	0.2	4.0
ピル（経口避妊薬）	Pill	0.3	7.0
膣リング	Vaginal ring	0.3	9.0
パッチ剤	Patch	0.3	9.0
ペッサリー	Diaphragm	6.0	12.0
スポンジ	Sponge	12/24	9/21
男性用コンドーム	Male condom	2.0	13.0
女性用コンドーム	Female condom	5.0	21.0
膣外射精法	Withdrawal	4.0	20.0
自然法（オギノ式、基礎体温法など）	Fertility awareness methods	0.4~5.0	24.0
殺精子剤	Spermicides	18.0	28.0
避妊法を使用しない	No method	85.0	85.0
緊急避妊薬	Emergency contraception	その他と同じ方法で調査不可能のため数字なし（一定時間内の服用で約90%妊娠を防ぐ）。	

参考： Contraceptive Effectiveness, Guttmacher, 2012 ([https://www.guttmacher.org/sites/default/files/462-403.png?sm\\_au=iVVj13mfs007Vm7BG2v2MKt70F172](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/462-403.png?sm_au=iVVj13mfs007Vm7BG2v2MKt70F172))Contraceptive technology ([http://www.contraceptivetechnology.org/the-book/take-a-peek/contraceptive-efficacy/?sm\\_au=iVVj13mfs007Vm7BG2v2MKt70F172](http://www.contraceptivetechnology.org/the-book/take-a-peek/contraceptive-efficacy/?sm_au=iVVj13mfs007Vm7BG2v2MKt70F172))

CDC: 米国疾病管理予防センター

([https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/index.htm?sm\\_au=iVVj13mfs007Vm7BG2v2MKt70F172](https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/index.htm?sm_au=iVVj13mfs007Vm7BG2v2MKt70F172))

## 付録3. WHO が推奨する予防接種と時期の一覧

○=EPI 項目

種類（接種回数）	接種開始時期	種類（接種回数）	接種開始時期
○BCG（1）	出生時	肺炎球菌（2～3）	生後6週以降
B型肝炎（3～4）	出生時24時間以内	インフルエンザb型 （Hib）（2～3）	6週～59週
○ポリオ（急性灰白髄炎）	生後6～8週	○麻しん（2）	6週以降 （9又は12カ月）
○DTP－混合ワクチン（3）	生後6週以降	風疹（麻しん混合）（1）	6週以降 （9又は12カ月）
ロタウイルス（2～3）	生後6週以降 （DTPと同時）	ヒトパピローマウイルス （HPVワクチン）	9歳女兒

（2020年9月更新版）

参考：WHO, Immunization, Vaccines and Biologicals ([https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/immunization\\_schedules/immunization-routine-table2.pdf?sfvrsn=3e27ab48\\_4&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/immunization_schedules/immunization-routine-table2.pdf?sfvrsn=3e27ab48_4&download=true))

## 付録 4. 産前健診のスケジュールと内容

## 1. 産前健診スケジュール

妊娠前期	First trimester (0-12 週または 13 週まで)
	産前健診 1 回目 12 週まで
妊娠中期	Second trimester (26 週または 27 週まで)
	産前健診 2 回目 20 週
	産前健診 3 回目 26 週
妊娠後期	Third trimester (40 週まで)
	産前健診 4 回目 30 週
	産前健診 5 回目 34 週
	産前健診 6 回目 36 週
	産前健診 7 回目 38 週
	産前健診 8 回目 40 週

参考 [46]

## 2. 産前ケアの内容

検査項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ヘモグロビン（貧血）、血液型、尿たんぱく、HIV、梅毒、無症候性細菌尿（ASB: Asymptomatic bacteriuria）、妊娠糖尿病（GDM: Gestational Diabetes Mellitus）、結核（TB: Tuberculosis）、親しいパートナーからの暴力（IPV: Intimate Partner Violence）、喫煙の有無、アルコールその他薬物摂取の有無</li> <li>・ (2 回目以降) 血圧、胎児の成長、多胎妊娠、胎位異常</li> </ul>
栄養	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 栄養指導及び不足栄養素の投与（鉄、葉酸、カルシウム、ビタミン A、亜鉛）</li> </ul>
予防的措置	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 抗生物質投与（ASB、再発性尿路感染症（RUTI: Recurrent Urinary Tract Infection））、抗 D 人免疫グロブリン投与（血液型 RH-）</li> <li>・ 予防的駆虫薬の投与（妊娠中期以降、流行地のみ）</li> <li>・ 予防接種（破傷風 2 回、インフルエンザ）</li> <li>・ 防虫効果のある蚊帳の中での就寝の推奨（マラリア予防）</li> </ul>

参考：[46] [61]

## 付録 5. 基礎的緊急産科ケア(BEmONC)と包括的緊急産科ケア(CEmONC)で提供されるサービス

基礎的緊急産科ケア(BEmONC)	包括的緊急産科ケア(CEmONC)
(1) 抗生剤の静注もしくは筋注 Administer parenteral antibiotics	
(2) 子宮収縮剤の静注もしくは筋注(例: 非経口オキシトシン等) Administer uterotonic drugs (i.e. parenteral oxytocin)	
(3) 妊娠高血圧腎症および子癇予防のための抗痙攣剤の静注もしくは筋注(例: 硫酸マグネシウム等) Administer parenteral anticonvulsants for pre-eclampsia and eclampsia (i.e. magnesium sulfate)	
(4) 胎盤の用手摘出 Manually remove the placenta	
(5) 子宮内遺残物の除去(例: 手動式真空吸引法(MVE: Manual Vacuum Extraction)、頸管拡張子宮内膜搔爬術(D&C: Dilatation and Curettage)等) Remove retained products (e.g. manual vacuum extraction, dilation and curettage)	
(6) 吸引・鉗子等による分娩(例: 吸引分娩、鉗子分娩等) Perform assisted vaginal delivery (e.g. vacuum extraction, forceps delivery)	
(7) 基礎的な新生児蘇生(例: アンビューバック) Perform basic neonatal resuscitation (e.g. bag and mask)	
	(8) 外科手術(例: 帝王切開) Perform surgery (e.g. cesarean section)
	(9) 輸血 Perform blood transfusion

出典: WHO, Monitoring emergency obstetric care A Handbook, 2009

## 付録 6. Obstetric Transition Model: 防ぎうる妊産婦死亡を削減するための枠組み

WHO によるアジア、アフリカ、中東、中南米 29 カ国を対象とした、保健施設における妊産婦死亡等の状況やケアの質に関する調査研究結果から、妊産婦死亡率が高いほど直接的な要因による影響が大きく、低くなると間接的な要因が大きくなる傾向が示唆された。そのため、妊産婦死亡率によりステージを1から5までレベル分けし、各ステージにおいて一般的に課題となっていること及び必要とされている介入をまとめたものが Obstetric Transition Model(以下の表)である。

ステージ	妊産婦死亡率 (MMR)	特徴・課題
1	>1000	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービスへのアクセスが悪い</li> <li>コミュニティでの出産が多い</li> <li>出生率が高い</li> <li>感染症による死亡</li> </ul>
2	300 – 999	<ul style="list-style-type: none"> <li>出生率が高い</li> <li>ケアへのアクセスが拡大し、女性が受診を希望し始める</li> </ul>
3	50 – 299	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアへのアクセスに課題はあるものの、女性が受診を望む</li> <li>ケアの質は低い</li> <li>保健人材への研修・医薬品等の供給・ケアの質が課題</li> </ul>
4	<50	<ul style="list-style-type: none"> <li>出生率が低い</li> <li>間接要因が課題となり始める</li> <li>過剰な医療行為が生じ始める</li> </ul>
5	すべての防ぎうる妊産婦死亡が予防される	<ul style="list-style-type: none"> <li>出生率が低い</li> <li>間接的要因と非感染性疾患が妊産婦死亡の主な原因となる</li> <li>脆弱層への公平なサービス提供が課題</li> </ul>

参考： [1]

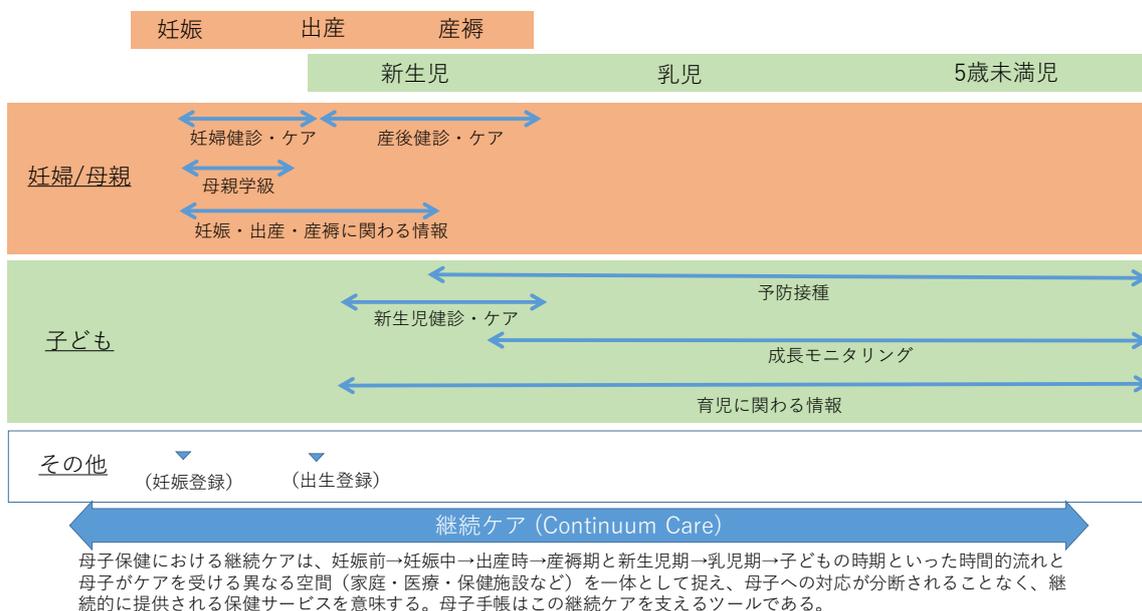
## 付録 7. 母子手帳参考資料

### ① 母子手帳の役割

母子手帳は、妊産婦(母親)の観点からは、妊娠・出産・産褥の期間を対象とし、子どもの観点からは、新生児期から子どもの期間(国によって母子手帳が対象とする年齢は異なるが、未就学児までを対象とすることが多い)を対象とする。その機能は、下図に示す通り、妊産婦・子どもそれぞれについて、それぞれの段階に応じた健康や成長の状況、その期間に提供される保健サービスの記録、またそれらに関連した情報の提供(主に子どもの養育者向け)などがある。さらに、国によっては、妊娠登録や出生登録の機能を併せ持つこともある。

母子手帳はこのように、妊産婦・子どもそれぞれについてその各段階での必要なサービス提供に係る情報や記録を網羅することから、母子手帳は継続ケア実施のための重要なツールの一つと言える。

### 母子健康手帳の役割



JICA 作成

### ② 母子手帳の導入過程

母子手帳の開発支援と全国展開への道筋には、大きく分けて以下の4つの段階がある。

#### (a) 普及までの計画作り

まず、母子手帳の開発・導入に着手するかを判断するために、基礎情報の収集や現状分析を行う。そして、どのようなニーズに基づいて手帳を導入するのか、導入・展開することは当該国の保健政策と合致しているか、どのようなコンセプトで母子手帳をデザインするか、という概念的な整理を行い、同時に保健省による試行の承認作業も行う。さらに、コンセプトに基づいて母子手帳を試行的に作成し、小規模のテストを通じて試行版を完成させる作業を行う。国の標準版作成までの作業計画もこの段階で大まかに作成する。

#### (b) 一部地域での試行

試行地域の関係者に試行を周知するワークショップ、保健医療従事者へのオリエンテーション、あるいはトレーニング、集中的なモニタリングや定期的な会議などを通じての実施管理、試行結果の評価を行い、試行版の

母子手帳を国の標準版とする作業を行う。同時に、運用ガイドラインについても試行地で使用されたものをひな形に、国の標準版を作成する作業を行う。多種多様な文化や言語、宗教の混在といった国内の多様性を勘案し、国の標準版あるいは国の試行版を複数の異なる社会経済状況にある地域でさらに試行し、確認作業を行う場合もある。

(c) 全国展開

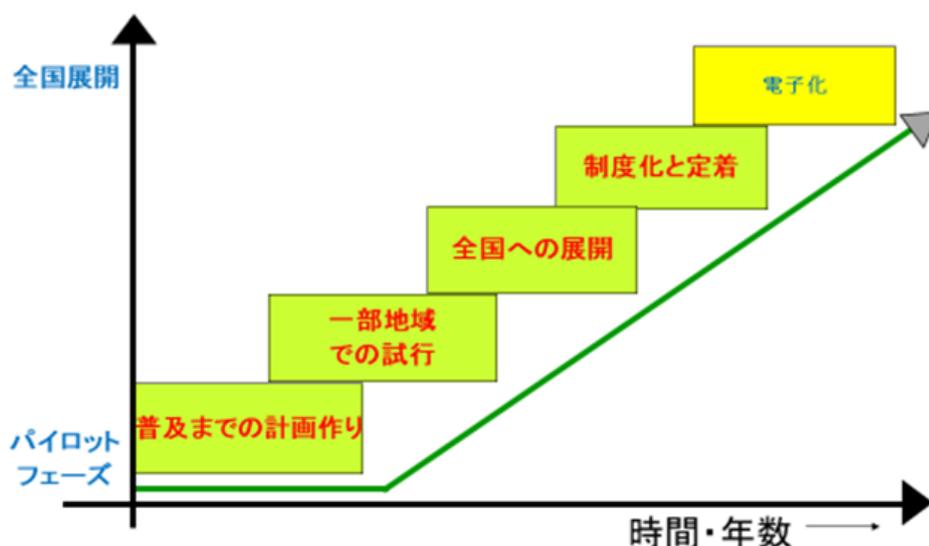
国の標準版を推進する政策文書が担当政府機関より発出される。ただし、開発途上国では、政策文書が発出されたとしても自動的に全国で実施される状況を期待できないことが多く、全国での実施状況の把握を支援し、それを阻む要因を乗り越えるための作業を行う。具体的には、全国レベルでのデータの集計や、研修など実施支援パッケージの整備、全国レベルでの知見の共有等がある。

(d) 制度化と定着

継続性を担保するために必要な作業は、開発のコンセプトづくりの段階からすでに始まっているが、政策文書発出の後にも必要な作業がある。新しい政策が全国で継続的に実施されるには、既存の制度に当該政策が組み込まれる必要がある。例えば、技術面では、保健医療従事者の卒前・卒後教育に導入・活用法を含めること、組織面では、モニタリング指標や政策評価指標に加えること、政策面では、各種政策文書の発出・アドボカシー支援等がある。さらに、より多くの場面で活用されることが継続を高めることにもつながるため、私立部門・病院部門・教育セクター・住民登録など、多様な場面・セクターでの活用を検討する。

なお、電子化については必ずしも上記 4 段階を経て実施されるものではない。昨今、スマートフォンの普及に伴い、多くの国で民間企業により、母子手帳の一部機能が電子化され、スマートフォンアプリとして一部の母親に活用されている事例も多い。電子化に際しては、個人情報取り扱いや、各国の法規制などを含め、各国のニーズとともに、効果的な介入方法についてより詳細な検討が必要である。なお、JICA 支援により母子手帳を電子化した事例としては、パレスチナ難民向け電子母子手帳がある。

母子手帳の開発支援と全国展開への道筋



JICA 作成

### ③ 母子手帳の事例

#### インドネシア 技術協力プロジェクト

「家庭計画・母子保健プロジェクト」:1989年～1994年

「母と子の健康手帳プロジェクト」:1998年～2003年

「母子手帳による母子保健サービス向上プロジェクト」:2006年～2009年

「地方分権下における母子健康手帳を活用した母子保健プログラムの質の向上プロジェクト」:2018年～2023年

#### <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。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言える。

#### <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至らなかった。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、開発児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、プロジェクトの対象州を始め、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て構成す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。具体的には、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取り込み、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、中央及び地方における予算化のための支援を行った。これ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りとされている(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合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(IDHS 2007)。

#### <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出来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のかを分析することが重要である。

#### ④ 母子の健康に関わる家庭用記録ガイドライン

##### (WHO recommendations on home-based records for maternal, newborn and child health)

母子の健康に関わる家庭用記録(HBR: Home-based record)とは、妊産婦とその子どもの健康に関する情報を記録し、家庭で保管する手帳・カード等を意味し、それらの情報が母子やその家族、サービスを提供する保健医療施設や保健医療従事者で共有できる特徴を有する。

世界では日本の母子健康手帳のように母子の記録が一体となった手帳型の HBR を使用している国もあれば、妊娠・出産に限った妊産婦ケアの記録や、子どものみを対象とした子ども健康手帳、子どもの予防接種のみを記録するカードなど、様々な内容・形態で活用されている。HBR の利点として、母子の健康のために必要な情報が確実に記録されること、記録を母親や家族が持つことで母子が必要なサービスを確実に受けることができるようになること、保健医療従事者と母子の良好なコミュニケーションが取れるようになることなどがある。

本ガイドライン策定以前は、HBR に関する国際ガイドラインは存在していなかったことから、国際的な HBR の機能、効果等について包括的かつ科学的に検証し、その結果を WHO 加盟国へ推奨することを目的に、本ガイドラインは策定されることとなった(WHO は保健医療分野において根拠に基づいたグローバルなガイドラインを策定できる唯一の機関)。

ガイドラインでは、検証結果に基づき、HBR は施設ベースの記録を補完するものとして、母子の保健医療サービス利用の向上、育児への男性の参画や支援を得ること、新生児や子供の栄養改善や医療従事者と母親などの子どもの養育者とのコミュニケーションを改善するものであり、すべての国で活用していくことが推奨された。なお、JICA は WHO と協働の上、同ガイドライン推奨内容を実施するための実施ガイドを開発中である。

## 参考文献

1. **Souza JPÖ, Vogel JP, Bohren M, Widmer M, Oladapo OT, Say L, Gülmezoglu AM, Temmerman M.Tunçalp.** Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. London : 発行元不明, 2014.
2. **Annika Karlström, Astrid Nystedt and Ingegerd Hildingsson.** The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. London : BMC Pregnancy and Childbirth 15:251, 2015.
3. **The Ministry of Health, Zambia.** ANC Guidelines for A Positive Pregnancy Experience . AFRO, WHO. (オンライン) 2018 年. (引用日: 2021 年 3 月 3 日.)  
[https://www.afro.who.int/sites/default/files/2019-06/Draft%20ANC%20Guidelines%202018%20-%20Final%20Copy.pdf#:~:text=A%20positive%20pregnancy%20experience%20is%20defined%20as%20maintaining,motherhood%20\(including%20maternal%20self-%20esteem,%20competence%20](https://www.afro.who.int/sites/default/files/2019-06/Draft%20ANC%20Guidelines%202018%20-%20Final%20Copy.pdf#:~:text=A%20positive%20pregnancy%20experience%20is%20defined%20as%20maintaining,motherhood%20(including%20maternal%20self-%20esteem,%20competence%20)
4. **Neir Eshel, Bernadette Daelmans, Meena Cabral de Mello, & Jose-Carlos Martines.** Responsive caregiving: interventions and outcomes. Bulletin of the World Health Organization Volume 84, Number 12, 921-1000 . (オンライン) 2006 年 12 月. (引用日: 2021 年 3 月 3 日.)  
<https://www.who.int/bulletin/volumes/84/12/06-030163ab/en/>.
5. **EWEC.** Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). EWEC. (オンライン) 2016 年. <http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/>.
6. **UNICEF, WHO, World Bank, UN.** Levels and trends in child mortality 2019, P16&19. UNICEF. (オンライン) 2019 年 9 月. <https://www.unicef.org/media/60561/file/UN-IGME-child-mortality-report-2019.pdf>.
7. **UNICEF.** Maternal mortality. UNICEF. (オンライン) 2019 年 9 月. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>.
8. **World Bank.** World Bank Open Data. World Bank Open Data. (オンライン) 2019 年.  
<https://data.worldbank.org/>.
9. **WHO.** World Health Statistics 2021 Monitoring health for the SDGs, p.20-21. THE GLOBAL HEALTH OBSERVATORY. (オンライン) 2021 年. URL:[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/2021/whs-2021\\_20may.pdf?sfvrsn=55c7c6f2\\_8](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/2021/whs-2021_20may.pdf?sfvrsn=55c7c6f2_8).
10. **WHO.** Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). Promoting health through the life-course Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). (オンライン) 2015 年. <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/ewec-globalstrategyreport-200915.pdf?ua=1>.
11. **Joy E Lawn, Mary Kinney, Hannah Blencowe.** An Executive Summary for The Lancet's Series. Every Newborn 2014. (オンライン) 2014 年 5 月. [https://els-jbs-prod-cdn.literatumonline.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/everynewborn\\_exec\\_summ-](https://els-jbs-prod-cdn.literatumonline.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/everynewborn_exec_summ-)

1495710286483.pdf.

12. **WHO, UNICEF.** Every Newborn: an action plan to end preventable deaths. Healthy Newborn Network. (オンライン) 2014 年. [http://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Every\\_Newborn\\_Action\\_Plan-ENGLISH\\_updated\\_July2014.pdf](http://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Every_Newborn_Action_Plan-ENGLISH_updated_July2014.pdf).
13. **WHO.** Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). Sexual and reproductive health. (オンライン) 2015 年 2 月. [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/epmm/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/).
14. **WHO.** WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth care (Fig 4.1). WHO. (オンライン) 2018 年. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.
15. **Timothy Roberton, Emily D Carter, Victoria B Chou, Angela R Stegmuller, Bianca D Jackson, Yvonne Tam, Talata Sawadogo-Lewis, Neff Walker.** Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. London : Lancet Global Health 2020, 2020.
16. **Smriti PantKoirala, Madhusudan SubediSaugat.** Access to Maternal Health Services during COVID-19. (オンライン) 2020 年 7 月. [https://www.researchgate.net/publication/344451173\\_Access\\_to\\_Maternal\\_Health\\_Services\\_during\\_COVID-19](https://www.researchgate.net/publication/344451173_Access_to_Maternal_Health_Services_during_COVID-19).
17. **UNICEF.** WHAT WE HAVE LEARNED: A CENTURY OF EVOLVING HEALTH SYSTEMS AND PRACTICES. The State of the World's Children 2008, Child Survival. (オンライン) 2009 年. <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2008>.
18. Global, regional, national, and selected subnational levels of stillbirths, neonatal, infant, and under-5 mortality, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **GBD 2015 Child Mortality Collaborators.** 1725-7, London : Lancet, 2016 年, 第 388 巻.
19. **L M Sibley, T A Sipe, C M Brown, M M Diallo, K McNatt, N Habarta.** Traditional birth attendant training for improving health behaviours and pregnancy outcomes. London : Cochrane Database Syst Rev. 2007:CD005460, 2007.
20. Safe motherhood initiative: 20 years and counting. **Ann M Starrs.** 9542, London : Lancet, 2006 年, The Lancet 368: 1130-1132, 第 368 巻.
21. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. **Kate J Kerber, Joseph E de Graft-Johnson, Zulfi qar A Bhutta, Pius Okong, Ann Starrs, Joy E Lawn.** 1358-69, London : Lancet, 2007 年, 第 370 巻.
22. **UN.** The Millennium Development Goals Report 2015. UN. (オンライン) 2015 年. [https://www.un.org/millenniumgoals/2015\\_MDG\\_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf).
23. Framing an agenda for children thriving in the SDG era: a WHO–UNICEF–Lancet Commission on Child Health and Wellbeing. **Awa Coll-Seck, et al.** 10167, London : The Lancet, 2019 年, 第 393 巻.

24. **WHO, UNICEF.** Survive and thrive: Transforming care for every small and sick newborn. Maternal, newborn, child and adolescent health. (オンライン) 2019 年.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326495/9789241515887-eng.pdf?ua=1>.
25. **SEARO, UNFPA, UNICEF.** Continuing essential Sexual Reproductive, Maternal, Neonatal, Child and Adolescent Health services during COVID-19 pandemic, Operational guidance for South and South-East Asia and Pacific Regions. WHO iris. (オンライン) 2020 年.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331816/SRMNCAH-covid-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
26. **G. OomsHammonds, F. Richard, and V. De BrouwereR.** The global health financing revolution: why maternal health is missing the boat. Facts Views Vis Obgyn. 2012; 4(1): 11–17.
27. **外務省.** 開発協力大綱. 外務省. (オンライン) 2015 年.  
[https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/taikou\\_201502.html](https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/taikou_201502.html).
28. **外務省.** 平和と健康のための基本方針の決定. 外務省. (オンライン) 2016 年.  
[https://www.mofa.go.jp/mofaj/ic/ghp/page22\\_002274.html](https://www.mofa.go.jp/mofaj/ic/ghp/page22_002274.html).
29. **UHC フォーラム 2017.** ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)東京宣言. 外務省. (オンライン) 2017 年.  
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000317579.pdf>.
30. **OECD.** OECD.Stat. Organisation for Economic Co-operation and Development. (オンライン) 2021 年  
<https://stats.oecd.org/>.
31. **JICA.** 独立行政法人国際協力機構 中期計画. JICA. (オンライン) 2017 年.  
[https://www.jica.go.jp/disc/chuki\\_nendo/ku57pq0000t0aea-att/chuki\\_keikaku04\\_02\\_01.pdf](https://www.jica.go.jp/disc/chuki_nendo/ku57pq0000t0aea-att/chuki_keikaku04_02_01.pdf).
32. **JICA.** ゴール 3 の達成に向けた JICA の取組方針. JICA. (オンライン) 2015 年.  
[https://www.jica.go.jp/aboutoda/sdgs/ku57pq00002e2b2a-att/goal03\\_j.pdf](https://www.jica.go.jp/aboutoda/sdgs/ku57pq00002e2b2a-att/goal03_j.pdf).
33. **The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health.** The maternal,newborn,and child health - Continuum of Care. Opportunities for Africa’ s Newborns. (オンライン) 2006 年.  
<https://www.who.int/pmnch/media/publications/aonsectionII.pdf>.
34. **WHO.** Every Newborn Action Plan; 2018 annual report. (オンライン) 2018 年.  
[https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/newborns/every-newborn/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/newborns/every-newborn/en/).
35. **WHO.** Child and Adolescent Health and Wellbeing,Presentations for Overview of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Nutrition, Inaugural Meeting. (オンライン) 2020 年 4 月 30 日.  
<https://www.unicef.org/health/child-and-adolescent-health-and-well-being>.
36. **UNICEF, World Bank, WHO, ECDAN, PMNCH.** Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform. WHO. (オンライン) 2018 年.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf?ua=1>.
37. **The Lancet.** Series: Maternal and Child Nutrition. Lancet. (オンライン) 2013 年 6 月 6 日.  
<https://www.thelancet.com/series/maternal-and-child-nutrition>.
38. **UNICEF, WHO.** Levels & Trends in Child Mortality. UNICEF. (オンライン) 2020 年.

file:///C:/Users/kirik/Downloads/Levels-and-trends-in-child-mortality-IGME-English\_2020.pdf.

39. **WHO**. Preventing unsafe abortion. WHO. (オンライン) 2020 年 9 月 25 日. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>.
40. **WHO**. The Global Strategy for Women's, Children and Adolescents Health (2016-2030). WHO. (オンライン) 2016 年. <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf>.
41. **WHO**. Children: improving survival and well-being. WHO. (オンライン) 2020 年 9 月. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>.
42. **WHO**. Packages of interventions infancy and childhood care. WHO. (オンライン) 2010 年. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70428/WHO\\_FCH\\_10.06\\_eng.pdf?ua=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70428/WHO_FCH_10.06_eng.pdf?ua=1).
43. **WHO**. Care for Child Development Technical Note. WHO. (オンライン) 2012 年. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75149/9789241548403\\_eng\\_Technical\\_Note.pdf;sequence=21](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75149/9789241548403_eng_Technical_Note.pdf;sequence=21).
44. The Lancet Series: Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale. **The Lancet**. London : Lancet, 2016 年, 第 389 巻.
45. **JICA**. 3 章 母子保健. 日本の保健医療の経験. Tokyo : JICA, 2004 年.
46. **WHO**. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. WHO. (オンライン) 2016 年. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>.
47. **WHO**. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. WHO. (オンライン) 2016 年. <https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/advisory-groups/quality-of-care/standards-for-improving-quality-of-maternal-and-newborn-care-in-health-facilities.pdf>.
48. **WHO**. Standards for improving quality of children and young adolescents in health facilities. WHO. (オンライン) 2018 年. [https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/standards-for-improving-the-quality-of-care-for-children-and-young-adolescents-in-health-facilities--policy-brief.pdf?sfvrsn=1e568644\\_1](https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/standards-for-improving-the-quality-of-care-for-children-and-young-adolescents-in-health-facilities--policy-brief.pdf?sfvrsn=1e568644_1).
49. **Universal Health Coverage Forum 2017**. Tokyo Declaration on Universal Health Coverage. WHO Framework on integrated people-centred health services. (オンライン) 2017 年 12 月. (引用日: 2021 年 3 月 10 日.) [https://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/tokyo-declaration-uhc.pdf?ua=1](https://www.who.int/universal_health_coverage/tokyo-declaration-uhc.pdf?ua=1).
50. When do newborns die? A systematic review of timing of overall and cause-specific neonatal deaths in developing countries. **Sankar, Jeeva & Natarajan, Chandra & Das, Rashmi & Agarwal, Ramesh & Chandrasekaran, Aparna & Paul, V**. S1-S11, Basingstoke : Journal of Perinatology, 2016 年, Journal of Perinatology, 第 36 巻, ページ: 36, S1-S11.
51. 講演資料. **森臨太郎**. Tokyo : UNFPA アジア太平洋地域事務所, 2017. UHC フォーラムサイドイベント.
52. Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new global investment framework. **Study Group for the Global Investment Framework for Women's**

- Children's Health.** 1333–1354, London : Lancet, 2014 年, 第 383 巻.
53. **World Bank.** High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage- Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. Wasihngton DC : The World Bank, 2019.
54. **WHO.** Everybody business : strengthening health systems to improve health outcomes : WHO' s framework for action. Health Systems. (オンライン) 2007 年.  
[https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf).
55. **JICA.** JICA の保健分野の協力- 現在と未来 -. Tokyo : JICA, 2013.
56. **WHO.** The Kampala Declaration and Agenda for Global Action. Global Health Workforce Alliance. (オンライン) 2008 年.  
[https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/kampala\\_declaration/en/](https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/kampala_declaration/en/).
57. **WHO, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, FIGO, IPA.** Definition of skilled health personnel providing care during childbirth the 2018 joint statement. Geneva : WHO, 2018.
58. **Global Health Workforce Alliance, WHO.** Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals:A Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendations for Integration into National Health Systems. Geneva : WHO, 2010.
59. **WHO, UNICEF, UNFPA, ICM.** Strengthening quality midwifery education for Universal Health Coverage 2030: Framework for action. Geneva : WHO, 2019.
60. **UNICEF.** Committing to Child Survival: Promise Renewed 2013. UNICEF. (オンライン) 2013 年 9 月.  
[https://www.unicef.org/media/files/UNICEF\\_2013\\_A\\_Promise\\_Renewed\\_Second\\_Progress\\_Report\\_Full\\_Report.pdf](https://www.unicef.org/media/files/UNICEF_2013_A_Promise_Renewed_Second_Progress_Report_Full_Report.pdf).
61. **WHO.** WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. WHO. (オンライン) 2017 年. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.10>.
62. **WHO.** WHO-MCEE estimates for child causes of death 2000–2017. WHO. (オンライン) 2019 年.  
[https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index2.html](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html).
63. **JICA.** アフガニスタンの妊産婦死亡に関する 3 つの遅れ. JICA. (オンライン) 2021 年 2 月アクセス年.  
[https://www.jica.go.jp/project/afghanistan/4035018E0/01/01\\_01.html](https://www.jica.go.jp/project/afghanistan/4035018E0/01/01_01.html).