
第1章 リプロダクティブヘルスの概況

1 - 1 リプロダクティブヘルスの現状と重要性

リプロダクティブヘルスの確立は、人口問題の解決手段のみにとどまらず、個々人¹の健康の増進に寄与するものであり、世界保健機関（World Health Organization: WHO）が世界保健憲章で掲げた「健康」の定義²に基づいている。しかし、リプロダクティブヘルスの範囲は広く、また、その概念の定義および解釈のされ方はいまだ多様である。

世界の多くの人々は、様々な要因からリプロダクティブヘルスを享受できないでいる。すなわち、人間のセクシュアリティに関する不十分な知識、リプロダクティブヘルスについての不適切または質の低い情報とサービス、危険性の高い性行動の蔓延、差別的な社会慣習、女性と少女に対する否定的な態度、そして多くの女性と少女は自らの人生において性と生殖に関し限られた権限しか持たないこと、などである。思春期の若者は特に弱い立場にある。これは大部分の国では彼らに対するリプロダクティブヘルスに関する情報と関連サービスが不足しているためである。

世界では毎年50万人以上の女性が、妊娠と出産に起因した要因で死亡しているが、このうち99%が開発途上国で起きている³。出産可能年齢にある女性の病気の5分の1以上が性と生殖に関係している⁴。最貧困層の女性ほど避妊実行率が低く、早く出産を経験し、アフリカ全体の平均合計特殊出生率は5人となっている⁵。世界中で約1億3000万人の女子が女性性器切除（FGC）を経験しており、毎年200万人がその危険にさらされている⁶。HIV感染者数は2003年末には世界で約4000万人に達し、そのうち2800万人がサブサハラ・アフリカに居住する人々で、結果としてこれら地域での平均寿命が大幅に低下してきている⁷。

¹ ここで言われる「個々人」とは、出産年齢にある女性のみならず、男性、子ども、思春期の若者、高齢者、障害者、マイノリティ（少数民族や移民、難民、同性愛者など）、すべての個人を指す。

² WHOは1948年に「健康」を次のように定義した。「健康とは、単に病気にかかっていない、病的状態が存在しないというだけでなく、身体的、精神的および社会的観点からみて完全に良好な状態をいう」

³ UNFPA（2002）p.9

⁴ *ibid.* p.33 同報告書によると、サハラ以南アフリカではこの数値が4割に達する、とある。

⁵ *ibid.* p.72

⁶ UNFPA（2003a）p.21

⁷ UNAIDS（2003）同報告書によると、2003年末のHIV感染者・エイズ患者総数は3400万～4600万人、サブサハラ・アフリカでは、2500万～2820万人と推計されている。

人口問題を含む個々人の健康の向上に向け、わが国が同分野における協力を行う意義は大きい。開発途上国におけるリプロダクティブヘルスの向上において、妊産婦の健康の改善、乳幼児の死亡・疾病の低減、望まない妊娠の低減、性感染症・HIV/エイズ対策を主要な協力課題としている。加えて、女性特有の健康問題の改善やジェンダー間の平等と女性のエンパワーメントを考慮することが、リプロダクティブヘルス改善への取り組みに不可欠な要素であるとし、本報告書で取り上げることにした。

1 - 2 リプロダクティブヘルスの定義

「リプロダクティブヘルス」をあえて邦訳すれば、「性と生殖に関するすべての人々の生涯にわたる健康と権利」となるが、邦訳による異なる解釈を避けるため、本報告書ではカタカナ表記を用いることとする。また、本報告書では、「リプロダクティブヘルス/ライツ」とは併記せず、「リプロダクティブライツ」の意味を含め、「リプロダクティブヘルス」に統一している。なお、1994年に開催された国際人口開発会議以降「性に関する健康」に力点が置かれたため、「sexual and reproductive health」の語も提起されたが、セクシュアルヘルスはリプロダクティブヘルスに含まれるとして省略された経緯がある。以下に、本報告書で使われているリプロダクティブヘルス、リプロダクティブヘルス・ケア、およびリプロダクティブライツの定義を整理する⁸。

リプロダクティブヘルスとは、人間の生殖システムおよびその機能と活動過程のすべての側面において、単に疾病、障害がないというばかりでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態にあることを指す。

(1) リプロダクティブヘルス

リプロダクティブヘルスとは、人間の生殖システムおよびその機能と活動過程のすべての側面において、単に疾病、障害がないというばかりでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態にあることを指す。したがって、リプロダクティブヘルスは、人々が安全で満ち足りた性生活を営むことができ、生殖能力を持ち、子どもを持つか持たないか、いつ持つか、何人持つかを定める自由をもつことを意味する。さらに、安全で効果的、安価で利用しやすい避妊法についての情報やサービスを入手することができるが含まれる。

⁸ 1994年、カイロ国際人口開発会議行動計画（ICPD/カイロ行動計画）において合意され、第7章7.2～7.3で説明されている定義に基づいている（1996年外務省監訳。国際人口開発会議「行動計画」：カイロ国際人口開発会議採択文書、世界の動き社より一部抜粋。なお、同計画原文は「引用・参考文献・Webサイト」を参照）。リプロダクティブヘルスとリプロダクティブライツの解釈についてはカトリック諸国、イスラム諸国、先進諸国などの中で引き続き議論されている。つまり、産まない、産めない女性や女兒、高齢者、障害者、男性、同性愛者などはリプロダクティブヘルスおよびライツのサービスを享受できないという主張や、優生思想や中絶に結びつく恐れがあるのではないかという指摘がある。

(2) リプロダクティブヘルス・ケア

上記のリプロダクティブヘルスの定義に則り、「リプロダクティブヘルス・ケア」は、リプロダクティブヘルスに関わる諸問題の予防、解決を通して、リプロダクティブヘルスとその良好な状態に寄与する一連の方法、技術、サービスの総体と定義される。リプロダクティブヘルスは、個人の性と個人的人間関係の高揚を目的とする性に関する健康（セクシュアルヘルス）も含み、単に生殖と性感染症に関連するカウンセリングとケアにとどまるものではない。

リプロダクティブライツは、すべてのカップルと個人が、自分たちの子どもの数、出産間隔、出産する時期を自由にかつ責任をもって決定でき、そのための情報と手段を得ることができるという基本的権利、ならびに最高水準の性に関する健康およびリプロダクティブヘルスを享受する権利である。

(3) リプロダクティブライツ

リプロダクティブライツは、国内法、人権に関する国際文書、ならびに国連で合意したその他関連文書ですでに認められた人権の一部をなす。これらの権利は、**すべてのカップルと個人が、自分たちの子どもの数、出産間隔、出産する時期を自由にかつ責任をもって決定でき、そのための情報と手段を得ることができるという基本的権利、ならびに最高水準の性に関する健康およびリプロダクティブヘルスを享受する権利である**。また、人権に関する文書にうたわれているように、差別、強制、暴力を受けることなく、生殖に関する決定を行える権利も含まれる。さらに、女性が安全に妊娠・出産を享受でき、またカップルが健康な子どもを持てる最善の機会を得られるよう適切なヘルスケア・サービスを利用できる権利が含まれる。

Box 1 - 1 リプロダクティブヘルスと家族計画・母子保健の違い

リプロダクティブヘルスは、従来の家族計画・母子保健とは次の点で大きな違いがある。

リプロダクティブヘルスは、15～49歳の生殖可能な年齢層の女性の健康だけではなく、生涯にわたる幅広い健康を指す。また、女性は単に子どもを産む期間だけ健康に留意していればよいというのではなく、人間として、生活周期の視点で健康管理をする重要性を指摘するものである。

リプロダクティブヘルスは、従来縦割りの行政構造の中で孤立して対処されていた家族計画・母子保健と性感染症・HIV/エイズを含む他の生殖に関する健康問題とを連携させた包括的なアプローチを目指すものである。

従来の家族計画プログラムでは、男性のニーズ・役割・責任および若者の特別なニーズについて適切に対処しているとは言い難い。しかし、リプロダクティブヘルスの活動ではこれらの問題に対して十分な配慮をすることが要求されている。また、他のリプロダクティブヘルスの分野においても（例えば、性感染症やHIV/エイズなど）男性の役割と責任について言及している。

リプロダクティブヘルスは家族計画に関する個人とカップルの権利、特に家族計画の方法を選ぶ権利を訴えている。現在は、個人とカップルに家族計画の手

法を選ぶ機会がまったく与えられていないか、与えられていても不十分もしくは不適切な場合が多い。リプロダクティブヘルスは、個人とカップルが家族計画を利用する権利と個人にとって適切と思われる家族計画の方法を選ぶ権利を訴え、さらにはその権利を享受できるようなヘルスケアと情報の充実を保証することもうたっている。

リプロダクティブヘルスは、女性に対する暴力が大きな健康問題となると指摘している。特に、強姦、性的虐待、人身売買および強制売春、女性の性器切除を含めた有害な伝統的慣行は、多くの場合「性と生殖」の枠内で発生する女性への暴力である。また、女性の身体的のみならず精神的健康に悪影響を及ぼす暴力に対処することもリプロダクティブヘルスの重要な課題といえる。

出所：佐藤都喜子（2002）（一部変更）

1 - 3 国際的援助動向

リプロダクティブヘルスはどのような経緯で成り立ち、発展してきたのだろうか。以下に、リプロダクティブヘルスに関する主な国際的援助動向を概観する（表 1 - 1 参照）。

（1）1990年代以前

リプロダクティブライツの基礎となる概念⁹は、1960年代後半より現出してきた「女性の健康」運動¹⁰に端を発している。1965年の第2回世界人口会議（ベオグラード会議）までは、人口学を対象とする学術会議が行われていた。1968年の第1回国際人権会議（テヘラン会議）において、女性の人権の重要性が議論され、「リプロダクティブライツ」が国連の会議において初めて出された。この会議において、「両親は自由に、かつ責任を持って子どもの数と産む時期を決定する基本的権利と、これを実行するために適切な教育と情報に接する権利を有する」として採択されている。1974年にブカレストで開催された第3回世界人口会議および1984年の第4回国際人口会議（メキシコシティ会議）では、「両親」から「すべてのカップルならびに個人」の権利と宣言された。

その後、女性の地位向上を目指す「国連婦人の10年」（1976～1985年）、1985年の第3回世界女性会議（ナイロビ会議）を通じて、「女性の権利は

⁹ リプロダクティブヘルスの概念の背景について、諸説があるためここでは明確にしていない。1970年代にWHOが人々の保健ニーズを総合的に把握するために用いた概念であるとも、1988年にヒト生殖生理学特別研究計画（Special Programme for Research, Development and Research Training for Human Reproduction）の局長、ファターラ博士（Dr. Fathalla）が提唱した概念である、とも言われている。

¹⁰ 「女性の健康」運動（women's health movement）は1960年代後半～1970年代に起こり、性や避妊、中絶が欧米の女性運動の優先課題となり、リプロダクティブヘルス/ライツの理念の確立と普及に影響した。

人権である」という認識が世界に広まる。このように、リプロダクティブヘルスの基礎となる概念は、国際会議などで議論されることを通じ、国際社会の中に受け入れられるに至っている。

1994年
国際人口開発会議
(ICPD/カイロ会議)

(2) 1990年代以降

1994年にカイロで開催された国際人口開発会議(International Conference on Population and Development: ICPD)(以下、カイロ会議)において、ICPD/カイロ行動計画(20カ年計画)¹⁾が採択された。この行動計画は全参加179カ国の合意により、「リプロダクティブヘルスの実現が、人間を中心とした持続可能な開発と人口の安定にとって前提条件である」ことが国際的に認知された。また、カイロ会議では「リプロダクティブヘルスを享受すること」が新たにリプロダクティブライツのひとつとして採択された。リプロダクティブヘルス概念の導入は、「人口増加が経済開発を阻害する」というマクロの視点のみに立ったそれまでの人口増加抑制政策の考え方に、終止符を打つものであった。

1994年のカイロ会議を境に、国連諸機関をはじめ各国は、既存の家族計画のプログラムにリプロダクティブヘルスの概念を反映させ、諸政策の変更を行ってきた。また、人口問題への取り組みが、ジェンダー間の平等や女性のエンパワーメント(地位と能力の向上)、リプロダクティブヘルス推進へと内容が変化していった。さらに、翌年1995年北京で開催された第4回世界女性会議(北京会議)では、リプロダクティブライツが女性の人権の一部であることが採択文書に明記され、性と生殖に関する男女の平等な関係、同意、共同の責任が広く認識された。このころから性感染症、不妊症、男子の性に関する役割が強調されるなど概念がさらに拡大され、母子保健や周産期医学・医療のみならず、社会学的な因子も考慮すべきとされた。

¹⁾ ICPD/カイロ行動計画(the ICPD Programme of Action)は2015年までに次の実現を要求している。家族計画とセクシュアルヘルスを含むリプロダクティブヘルス・サービスへの普遍的アクセス、乳幼児および妊産婦死亡率の大幅削減、男女間の公平と平等および女性のエンパワーメントを確保するための幅広い措置、初等教育への普遍的アクセス、教育における「男女間格差」の是正。

表1 - 1 リプロダクティブヘルスに関する援助動向

年	国際的動向 (印はICPD行動計画で言及されている会議)	日本の動向
1950～60年代	54年 第1回世界人口会議(ローマ) 65年 第2回世界人口会議(ベオグラード) 67年 女子差別撤廃宣言(国連総会採択) 68年 第1回国際人権会議(テヘラン)	62年 海外技術協力事業団設立 63年 海外移住事業団設立 65年 青年海外協力隊事業発足 67年 国際家族計画研修事業開始 68年 家族計画国際協力財団(ジョイセフ)設立
1970～80年代	74年 第3回世界人口会議(ブカレスト) 75年 第1回世界女性会議(メキシコシティ) 80年 第2回世界女性会議(コペンハーゲン) 81年 女子差別撤廃条約発効 84年 第4回国際人口会議(メキシコシティ) 85年 第3回世界女性会議(ナイロビ)	74年 国際協力事業団設立 85年 女子差別撤廃条約批准、男女雇用機会均等法公布
1990年	子どものための世界サミット(ニューヨーク)	
1992年	国連環境開発会議(リオ) ¹² 国際栄養会議(ローマ) 世界人権会議(ウィーン)	政府開発援助大綱(ODA大綱)発表
1993年		日米コモンアジェンダ
1994年	国際人口開発会議(カイロ)	人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ(GII)発表 男女共同参画社会基本法公布
1995年	第4回世界女性会議(北京)	日本政府WIDイニシアティブ発表
1996年		母体保護法制定
1999年	国連特別総会(ICPD+5)(ニューヨーク)	低用量ピル認可
2000年	ミレニアム開発目標(MDGs)合意 国連特別総会(北京+5)(ニューヨーク)	沖縄感染症対策イニシアティブ発表

出所：国際協力事業団(2001a)

カイロ会議の開催から5年目にあたる1999年に、「ICPD+5」と称される国連人口開発特別総会が開催された。ICPD+5の採択文書では、人口関連の目標や政策が、環境や通商などの分野における国際合意(協定)に適切な形で反映される必要があるとの一文が盛り込まれた。

また、2000年9月の第55回国連総会(ミレニアム総会)において、日本を含む149カ国の国家元首の支持を得て、**ミレニアム開発目標**(Millennium Development Goals: MDGs)が採択された。策定された8つの開発目標のうち4目標¹³が、リプロダクティブヘルスに直接的に関連している。国際機関および各国のリプロダクティブヘルス分野の協力においては、カイ

¹² 「環境と開発の問題にとって女性の参画が持続可能な開発に必要である」と、リオ宣言に盛り込まれた。

¹³ 8つのミレニアム開発目標のうち、リプロダクティブヘルスと直接関連する目標は次の4目標である。目標3：初等・中等教育における男女格差の解消を2005年までには達成し、2015年までにすべての教育レベルにおける男女格差を解消する。目標4：2015年までに5歳未満児の死亡率を3分の2減少させる。目標5：2015年までに妊産婦の死亡率を4分の3減少させる。目標6：2015年までにHIV/エイズ、マラリアやその他の疾病の蔓延を阻止し、減少に転じる。ミレニアム開発目標に関する詳細は、UNDP東京事務所ホームページ(<http://www.undp.or.jp/mdg/index.html>)を参照。

口行動計画とともに、このMDGs達成も併せて重要な指針となっている。

1 - 4 わが国の援助動向

(1) 政府の動向

日本政府は、1960年代後半からJICAを通じた技術協力を開始するとともに（p.8（2）参照）、1969年に国際人口家族計画連盟（International Planned Parenthood Federation: IPPF）、1971年に国連人口基金（United Nations Population Fund: UNFPA）への拠出を開始している。

日米コモニアジェンダ（地球的展望に立った協力のための共通課題）は、日米共同イニシアティブとして1993年7月に日米包括経済協議の一環として打ち出された。このイニシアティブを通じて、わが国は「人口問題」、「HIV/エイズ問題」、「子どもの健康」、「途上国の女性支援」などを含めた18分野で70件以上の事業をこれまでに実施している。

1994年2月、日本政府は人口・エイズ分野で途上国への協力を積極的に行うことを目的とし、**人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ**（Global Issues Initiative on Population and AIDS: GII）を発表した。このイニシアティブは、1994年度から2000年度までの7年間で、ODA総額30億米ドルを目途に「人口・エイズ」分野で途上国への支援を進めるものであった。これまでの「人口問題」や「家族計画」、「母子保健」といった直接的な協力のみではなく、女性と子どもの健康に関わる基礎保健医療、初等教育、女性の識字教育・職業訓練など、リプロダクティブヘルスやジェンダーの視点を含めた「包括的アプローチ」が採用され、最終的に7年間で約50億米ドルの協力が行われた。

1996年には、ICPD/カイロ行動計画を採択したことを受けて、日本政府は優生保護法の改正を行い、母体保護法となった。1997年度の第1回「男女共同参画白書」には、「カイロ会議におけるリプロダクティブヘルスの概念が提唱され、今日、女性の人権の重要性が認識されるに至っている。（中略）リプロダクティブヘルスの視点に立ち、すべての女性の生涯を通じた健康を支援するための総合的な施策の推進を図る」とある¹⁴。

2000年7月の九州・沖縄サミットにおいて、日本政府は**沖縄感染症対策イニシアティブ**を打ち出した。その内容は、感染症対策支援や公衆衛生の増進、研究ネットワークの構築、基礎教育、水供給などの分野における協力強化を目的としている。政府は2005年までの5年間に、それらの分野で総額30億米ドルを途上国に対し協力することを表明している。日本政府は、

1993年
日米コモニアジェンダ

1994年
人口・エイズに関する
地球規模問題
イニシアティブ

2000年
沖縄感染症対策
イニシアティブ

¹⁴ 総理府（1997）

思春期の若者にも対応した支援を強力に進める予定であり、その最初の具体的措置として、IPPFが新設した「HIV/AIDS信託基金」に100万米ドルを拠出することを決定している。

(2) JICAの取り組み動向

リプロダクティブヘルス分野におけるわが国の技術協力は、1967年の「家族計画セミナー（研修員集団受入）」に始まる。その後1969年に初のプロジェクト方式技術協力¹⁵として「インドネシア・家族計画プロジェクト」（家族計画普及のための視聴覚教育用ソフトの製作、避妊具の供与が中心）が始まる。プロジェクト方式技術協力に関しては、80年代半ばまでは家族計画、人口情報、人口教育促進という裨益国の人口増加抑制を支援するものが多く、その教材作成用の視聴覚機材など、機材供与が中心であった。80年代後半から90年代初めにかけては家族計画・母子保健が統合された協力が主流となる。

1994年のカイロ会議以降、GIIを受け、JICAはGII関連分野に24億米ドルを超える協力をを行い、その中において、リプロダクティブヘルスを取り入れた多彩なプロジェクトが積極的に形成・実施された。1997年に農村の女性が安心して出産できる環境づくりを目指したプロジェクト「ベトナム・リプロダクティブヘルス」や、女性の地位向上に配慮したプロジェクト「ヨルダン・家族計画・WID」が実施された。2003年に実施されたJICAの保健医療分野技術協力プロジェクト38件中、9件がリプロダクティブヘルス関連プロジェクトとなっている¹⁶。

カイロ会議以降、国際機関との連携による物資・機材供与事業（マルチバイ協力）も拡充し、1994年、「人口家族計画特別機材供与」（UNFPAと連携）、1996年、「エイズ対策・血液検査特別機材供与」（国連エイズ合同計画（United Nations Programme on HIV/AIDS: UNAIDS）と連携）、1997年、「母と子どものための健康対策特別機材供与」（国連児童基金（United Nations Children's Fund: UNICEF）と連携）など順次創設されている。

¹⁵ 3～5年程度の協力期間を設定し、専門家派遣、研修員受入、機材供与などを組み合わせ、計画の立案から実施、評価までを一貫して実施する技術協力の形態を指す。2002年度からは、幾つかの形態をまとめて「技術協力プロジェクト」という名称に変更された。

¹⁶ なお、JICA以外の団体では、リプロダクティブヘルス分野の代表的なNGOである財団法人家族計画国際協力財団（ジョイセフ）の活動が注目に値する。同団体は、日本の戦後の経験に基づいて、1970年代より家族計画、母子保健分野の協力を推進してきている。

第2章 リプロダクティブヘルスに対する効果的アプローチ

2 - 1 リプロダクティブヘルスの協力目的

リプロダクティブヘルスは、世界中の男女一人一人にとって確実に達成されるべき目標であり、「人間の安全保障」の考え方にも通じる。また、併せて人口問題・貧困問題等マクロレベルの開発課題の解決にも貢献する。

リプロダクティブヘルスの改善を、第1章で述べたリプロダクティブヘルスの定義に沿って言い換えれば、「性と生殖に関するすべての人々の生涯にわたる健康を改善させ、身体的・精神的・社会的に良好な状態（well-being）とすること」であり、それは開発途上国のみならず先進国も含めたすべての男女にとって、決して欠かすことのできない最低限の「権利」を守ることである。また、人間中心の考え方に基づいて「性と生殖の健康」に関わる個人の「自由」を尊重し、男女一人一人の「健康」と「安全」の確保を目指す試みでもあり、それは「人間の安全保障」の考え方にも通じるものである。

さらに、リプロダクティブヘルスの改善は、それ自体が世界中の個人一人一人にとって確実に達成されるべき権利であると同時に、併せて人口問題・貧困問題といったマクロレベルの問題解決、すなわち「国家の安全保障」「世界全体のグローバルな安全保障」にも貢献する。

この章では、特に開発途上国への開発援助の文脈において、より具体的な開発目標との関係のなかで本課題を整理してみることにする。

（1）開発援助におけるリプロダクティブヘルス分野の協力目的

開発援助のなかで今日最も重要視されている目標は2000年9月の国連総会で採択されたミレニアム開発目標であるが、**リプロダクティブヘルスの改善に向けた取り組みは、ミレニアム開発目標のほとんどの目標に直接的・間接的に貢献する。**「目標4：乳幼児死亡率の低減」「目標5：妊産婦の健康の改善」「目標6：HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延防止」の3つの保健分野の目標に直接的に貢献するとともに、「目標2：普遍的初等教育の達成」「目標3：ジェンダーの平等の推進と女性の地位向上」とも密接な相乗効果の関係が認められる。また、家族計画の推進が「目標1：極度の貧困と飢餓の撲滅」にも大きな貢献を与えることは既に多くの識者により指摘されており、さらに人口問題の解決をとおして「目標7：環境の持続性の確保」にも間接的に貢献しているといえる。図2-1は、リプロダクティブヘルスの改善とミレニアム開発目標との因果関係を『世界人口白書2002』などに基づきまとめたものである。

以上を整理すると、リプロダクティブヘルスの改善は、それ自体が「性と生殖に関わる健康の改善」というすべての個人にとって確実に達成されるべき権利であると同時に、それは「人間の安全保障」の考え方にも合致し、併せてミレニアム開発目標でもある複数の世界的重要目標の達成にも貢献しうる、包括的な試みであると整理することができる。

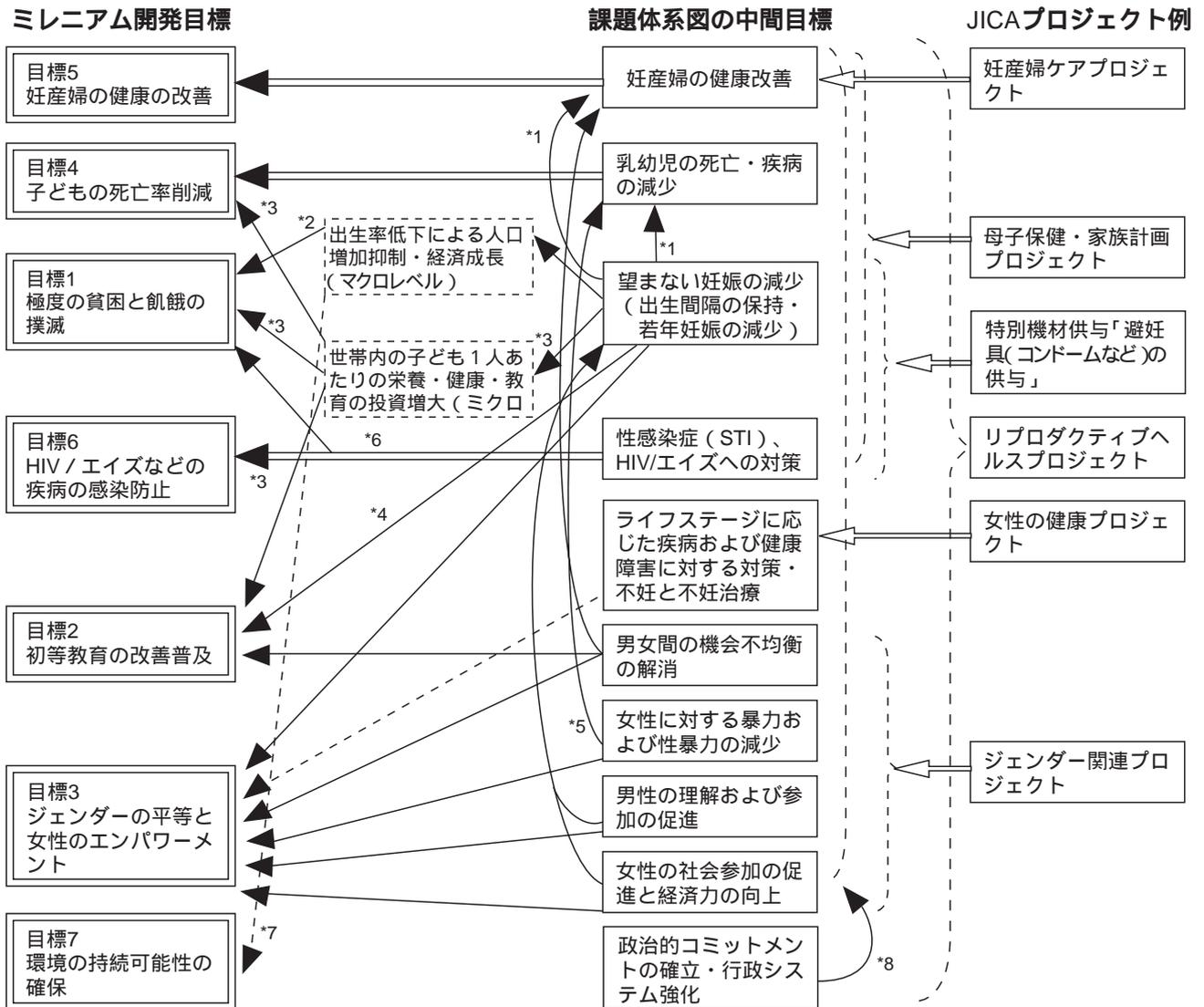
現在、世界が直面しているリプロダクティブヘルスや貧困の現状は表2-1のとおりである。開発援助におけるリプロダクティブヘルス分野の協力がその目的とするところは、開発途上国を中心に世界が抱えるこのような深刻な課題について、「性と生殖に関する健康」に関わる包括的な介入を通じて改善を図り、それによりミレニアム開発目標や「人間の安全保障」の実現にも貢献していくことなのである。

表2-1 世界における人口とリプロダクティブヘルス、貧困の現状

内 容	推定値
・世界人口	63億150万人
・1日2ドル以下で生活している人口	30億人
・1日1ドル以下で生活している人口	12億人
・1日1ドル以下で生活している若者(15~24歳)	2億2800万人 (4人に1人)
・妊産婦死亡 (妊産婦死亡の発生頻度1分間に1件)	年間 52.9万人
・一生のうちに妊産時に死亡する危険性74人に1人 (サブサハラ・アフリカにおける危険性16人に1人)	
・危険な妊産婦疾病	年間 2000万人
・10代の若者の出産	年間 1400万人
・安全でない人工妊娠中絶	年間 2000万件
・家族計画の需要が満たされていないカップル	合計値 1億2000万~
・不妊の問題に苦しむ人口	合計値 8000万人
・女性の性器切除(FGC)	合計値 1億3000万人
・治療可能な性感染症	合計値 3億3300万人
・2003年までのHIV陽性人数 (そのうち、サブサハラ・アフリカのHIV陽性人数2650万人)	合計値 4000万人
・若者(15~24歳)のHIV陽性人数 (そのうち陽性であることを知っている比率10%以下)	合計値 1180万人
・2003年HIV陽性新規感染者 (そのうち若者(15~24歳)の占める割合約半数) (若者の新規感染頻度14秒に1人)	年間 500万人
・2003年HIV/エイズでの死亡	年間 300万人
・HIV/エイズで親を亡くした子ども (そのうちサブサハラ・アフリカの子ども1100万人以上)	合計値 1300万人以上
・出生時に低体重の乳児	年間 2500万人
・周産期死亡	年間 760万人
・5歳未満の子どもで予防可能な病気が原因の死亡	年間 1100万人
・5歳未満の子どもの栄養不良の割合	3人に1人
・初等教育を受けていない子ども	1億2100万人
・初等教育を受けていない女子	6500万人
・読み書きできない女性(15~24歳)	9600万人(男性の1.7倍)

出所：UNFPA(2003a)、UNICEF(2004)、他

図2-1 リプロダクティブヘルスの改善とミレニアム開発目標との因果関係



- * 1 乳幼児死亡率、妊産婦死亡率は、若年出産を減少させ、出産間隔を保持することにより、改善を図ることができる。例えば、15～19歳の妊娠は20歳以上の妊娠より2倍死亡リスクが高いと言われている。また、望まない妊娠の減少は、人工妊娠中絶を回避し、妊産婦の健康を保護するためにも重要である。
 - * 2 出生率の低下は「人口の好機」をもたらし、社会・経済開発を加速させる。東アジアの中進国は、年間経済成長率の3分の1を「人口の好機」を利用して得たとされている。また、出生率低下から得られる経済的利益は、富の配分を変え、貧困削減に貢献する。例えば、純出生率が1000分の4減少すれば、今後10年間で絶対的貧困状態に暮らす人数を2.4%減少させることができるとされている。
 - * 3 若年出産で出産間隔が短い場合、大世帯となり、貧しい世帯の資産を細分化させ、貧困がさらに増す。また、貧困家庭で子どもが多い場合、子どものうち何人かは教育を受けられないか、教育開始の遅れや中途退学が生じている。望まない妊娠、若年出産を減らし、出産間隔を保持することは、子ども一人一人への栄養、健康、教育の投資の増加につながる。
 - * 4 望まない若年妊娠が、女性の教育の継続やエンパワーメントの機会を得ることを妨げているケースも多い。サブサハラ・アフリカでは、女性の中退者の8～25%は妊娠のためである。また、早婚も女子の就学の継続を妨げている。
 - * 5 教育面でのジェンダー格差の是正、性暴力の減少、男性の理解の促進、女性の社会参加の促進と経済力の向上は、若年出産や望まない妊娠の減少に貢献するとともに、HIV/エイズなど性感染症の感染防止にもつながっている。また、女性が1年長く教育を受けていれば、その女性の子どもの5歳未満で死亡する確率は5～10%低下すると言われている。
 - * 6 HIVの新たな感染者の半数は10歳から24歳までの若者である。よって、HIV/エイズの感染防止のためには、若者への教育や情報提供、コンドームなどの避妊具が手に入るようにすることが重要である。なお、アフリカの国の中には、性行為をしている10代の若者のうち10人に9人がHIV/エイズについて何も知らされていない国もある。また、HIV/エイズの蔓延は、医療費の負担により国家財政を圧迫し経済発展の足かせとなるとともに、エイズ孤児を増やし、極度の貧困の増加につながる。
 - * 7 貧しい農村人口の増加が、地方の環境を悪化している。また、人口増加を放置しておくと、環境悪化、水不足、食糧不足などにもつながる可能性が高い。例えば、現在のレベルで人口増加と水の消費が続くと、2025年には50億人が生活に必要な水を確保できなくなるといった推測もある。
 - * 8 リプロダクティブヘルスに係る体制整備は、ほかのすべての取り組みを支え強化するものである。
- 出所：脚注については、UNFPA（2003）、UNICEF（2004）のデータ、内容などを参考に作成している。

(2) リプロダクティブヘルスの4つの開発目標

リプロダクティブヘルスの4つの開発戦略目標
開発における主要なリプロダクティブヘルスの改善
女性特有の健康問題の改善、および不妊対策
ジェンダー間の平等と女性のエンパワーメント
リプロダクティブヘルスの改善のための体制整備

リプロダクティブヘルス分野の協力は、(1)で整理したとおり、すべての人々の「性と生殖の健康」を改善しつつミレニアム開発目標を含む多くの開発目標を併せて達成していくことを目的とするが、特に開発が遅れた後発開発途上国においては、**妊産婦の健康の改善、乳幼児の死亡・疾病の低減、望まない妊娠の低減、性感染症・HIV/エイズへの対策、の4つの対策が急務であり、それらはいずれもミレニアム開発目標の達成に直結する。**また、これらの課題に取り組むための諸活動は、相互に関係性が深く包括的なアプローチをとることが必要と考えられることから、ひとつの戦略目標として一体化させて整理するのが望ましい。そのため、ミレニアム開発目標に直接的に貢献し、**開発において最優先かつ包括的に解決していくべき**これらの課題を開発戦略目標1「開発における主要なリプロダクティブヘルスの改善」と整理し、重点的に効果的アプローチの検討を行っていくこととする。

一方、リプロダクティブヘルスの概念には、母子や思春期の若者への対策のみならず、**生涯にわたる女性の性と生殖に関する健康を改善する、**といった目標も含まれている。後発開発途上国への協力においてはミレニアム開発目標に直結する上記課題に優先度が置かれるのはやむを得ないとしても、中進国等への協力においては、女性特有の疾患対策なども見落とすべきではなく、このような課題への取り組みを開発戦略目標2「女性特有の健康問題の改善および不妊対策」として整理する。

また、多くの開発途上国においては、上記開発戦略目標1および2への取り組みと並んで、**リプロダクティブヘルスの改善を阻害する社会的・文化的な要因の解決**も併せて重要である。男女間の機会不均衡の解消や女性に対する性暴力の解消などは、保健セクターでの直接的介入と並行して進めていく必要があり、ミレニアム開発目標3にも掲げられている。これらの課題への取り組みを開発戦略目標3「ジェンダー間の平等と女性のエンパワーメント」と整理する。

さらに、上記開発戦略目標の成果を持続的かつ自立的に継続させるためには、**リプロダクティブヘルスの改善のための体制整備**も併せて必要な課題であり、これについても別個の目標、開発戦略目標4「リプロダクティブヘルスの改善に対する体制整備」として整理することとする。

以上を整理し、本報告書では、次の4つの開発戦略目標に整理する。

開発における主要なリプロダクティブヘルスの改善
女性特有の健康問題の改善および不妊対策
ジェンダー間の平等と女性のエンパワーメント
リプロダクティブヘルスの改善のための体制整備

2 - 2 リプロダクティブヘルスに対する効果的アプローチ

開発戦略目標1
開発における主要な
リプロダクティブ
ヘルスの改善

開発戦略目標1 開発における主要なリプロダクティブヘルスの改善

開発途上国、特に後発開発途上国においては、上記2 - 1で記述したとおり、**妊産婦の健康の改善、乳幼児の死亡・疾病の低減、望まない妊娠の低減、性感染症・HIV/エイズへの対策、の4つの対策が急務**である。

開発援助の世界では、従来から人口問題および貧困問題の解決の手段として、家族計画の推進がうたわれてきた。家族計画のアプローチはカイロ会議以降、国家による人口増加抑制の観点から個人の自主性を尊重する自発的家族計画へと大きく変容したが、人口問題や貧困問題に取り組むひとつの手段としてその重要性は今も変わっていない。一方、望まない妊娠の低減や出産間隔の改善などの家族計画の推進は、妊産婦や乳幼児の健康の改善（母子保健）とも密接な関係があることから、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てきた。さらに、HIV/エイズなどの性感染症の問題も、思春期の若者への啓発を統合的に実施すべきであることや母子感染防止の観点などから、近年併せて考えることが必要になってきている。すなわち、家族計画、母子保健、性感染症対策といった後発開発途上国に共通するリプロダクティブヘルスの重要課題は、その採るべきアプローチが相互に密接に関連することから、今では一体として捉え包括的に解決を図っていくアプローチが求められている。

以上の考えに基づき、ミレニアム開発目標達成にも直接的に貢献し、開発において最優先かつ包括的に取り組むべき課題を開発戦略目標1「開発における主要なリプロダクティブヘルスの改善」として整理し、効果的アプローチを検討していくこととする。

中間目標1 - 1
妊産婦の健康の改善

中間目標1 - 1 妊産婦の健康の改善

世界では、**毎年50万人以上の女性が妊娠や出産に起因した原因で命を落としており、その99%は開発途上国で起こっている**。開発途上国のどこかで、1分間に1人の女性が妊娠・出産が原因で死亡している計算である。1987年に国際的なコンセンサスのもと**母性保護イニシアティブ**（Safe Motherhood Initiative: SMI）¹⁷が開始されたが、その後においても、妊産婦死亡率に関しては数値的な改善が図られてきたとは言い難い。衛生統計においても、乳幼児死亡率では先進国と開発途上国の差は10～30倍程度であるが、妊産婦死亡率の場合、国によって100倍に近い差がある。

妊産婦死亡の低減のためには、現場の実証的な検証を重ね、効果的なアプローチを確立することが重要。

¹⁷ SafeMotherhood.Org (<http://www.safemotherhood.org>)

妊産婦死亡の4分の3は出血、感染症、分娩停止などによるものであり、それらの大部分は家族計画を含む適切な保健サービスの提供によって回避可能と考えられる。それにもかかわらず妊産婦死亡率の改善が図られなかった原因としては、一貫した戦略が欠如し、限られた資源を効果的なアプローチに集中させてこなかったこと¹⁸が背景にあると言われている。しかし、妊産婦の健康改善、死亡率低減のための効果的な手法は、現在でも十分には確立しておらず、様々な議論が続けられている。今後、現場での実証的な検証を重ね、国際的なコンセンサスを得ながら最も効果的なアプローチを確立させていくことが必要である。

(1) 安全な出産

妊産婦死亡の低減のためには、**出産時の女性が技術を持った出産介助者 (Skilled Birth Attendant: SBA) の立ち会いを得られ、合併症を伴った場合は緊急産科ケア (Emergency Obstetric Care: EmOC) へアクセスできるようにすることが最も重要**と言われている。そのためのアプローチとしては、**出産介助者の訓練と、緊急産科ケアの体制整備の双方が重要**である。

出産介助者に対する訓練では、安全かつ清潔な出産介助をすることで合併症の発生を未然に防ぐ第1次予防と、緊急時にどう対応すべきかという第2次予防を理解することが重要である。また、訓練された人材が適切に配置されること、配置された人材が有効に働けるようなサポートシステムを作ることも重要な要素である。

訓練の対象者は、産婦人科医や助産師、伝統的産婆 (Traditional Birth Attendant: TBA)、ヘルスワーカーなどであるが、**伝統的産婆 (TBA) を訓練対象とすることの是非については、ドナーによって見解が分かれている**。UNICEFなどにおいてはその効果が疑問視されている一方、訓練の手法・やり方を改善すれば効果はあるとの意見もあり、NGOなどのなかには積極的に進めているところもある。現実的な問題として、開発途上国の地方部では伝統的産婆 (TBA) による出産介助がかなりの割合を占めているため、その役割を直ちに否定するのは必ずしも適切とは限らない。現地の医療関係者などと連携して、緊急時の対応方法についての理解を促進するなど、伝統的産婆 (TBA) に対しても一定程度の働きかけは意義があると考えられる。

また、最近では特にWHO、UNICEFなどにおいて、緊急産科ケア (EmOC) の重要性が唱えられている。WHO、UNICEFなどは、妊産婦死亡につながる主な原因を完全に予測・予防することは不可能との判断が

妊娠・出産時にすべての女性が訓練を受けた医療従事者の立ち会いを得られ、合併症を伴った場合は緊急産科ケアへアクセスできることが妊産婦死亡の低減につながる。そのためには、**技術を持った出産介助者の訓練**と**緊急産科ケアの双方が必要**。

¹⁸ 適切な疫学的手法を用いた母性保護対策の立案・実施・評価がなされなかったこと、プライマリー・ヘルスケアから高次医療機関までを視野に入れた包括的対策が欠如していたこと、の2点を原因として挙げる見解もある。

ら、分娩時に焦点を当てた地域住民・保健所・地方病院を結ぶ一貫した緊急産科ケア（EmOC）の体制整備が重要としており、特に、緊急産科ケア施設の整備に援助資源を集中投入すべきと主張している。一般に、人口50万人に対し、1カ所の包括的産科ケア施設と4カ所の基本産科ケア施設を設置することが必要といわれており、緊急産科ケア施設の整備は、妊産婦死亡率低減のために重要なアプローチである。

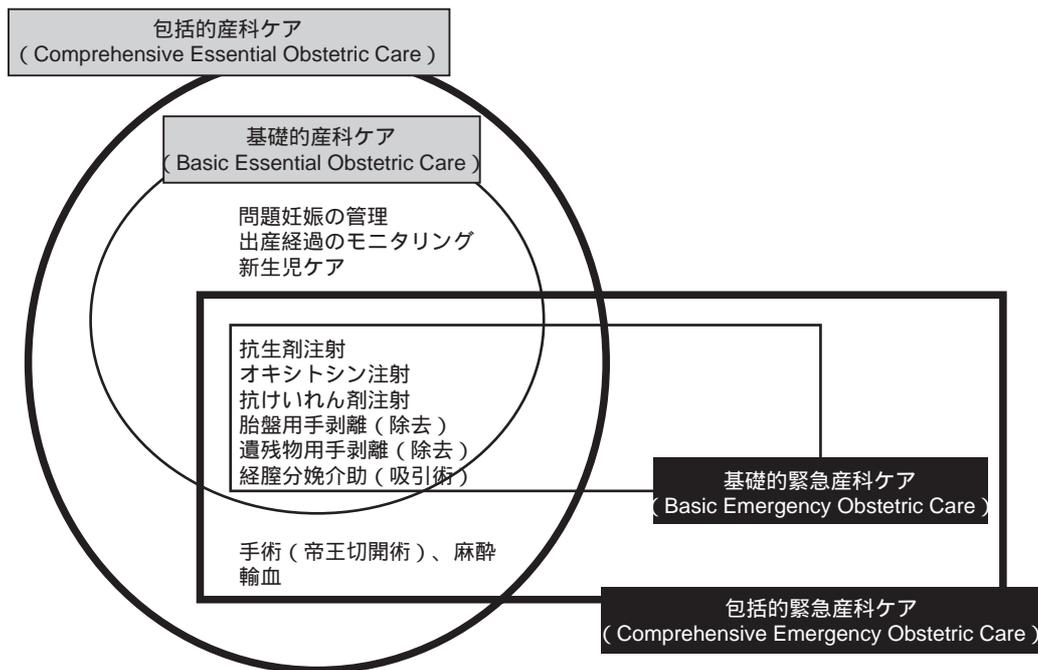
Box 2 - 1 妊産婦死亡率低減に向けた各アプローチの比較

妊産婦死亡の主要原因は、産後の弛緩出血、妊娠中毒症、子宮破裂、不潔な出産取り扱いによる産褥感染、非合法妊娠中絶の合併症である敗血症などであり、これら合併症や死亡の頻度を下げるための直接的なアプローチは以下のように整理できる。

- 妊娠中の健診の普及によるハイリスクや異常の早期発見
- 出産介助者への訓練による異常時の対応や感染予防
- 家族計画の普及によるハイリスクあるいは望まない妊娠の低減
- 産科救急ケアの体制整備による合併症による死亡の減少
- 女性を取り巻く社会環境への働きかけ

上記のうち、途上国において実行可能性が高いのは、政府の経済負担が比較的軽い ～ 、である。一方、産科救急ケアの体制整備は、施設・機材の整備や人材育成のほかにも、安全な輸血の確保や搬送体制の整備など必要とする経費が大きいため、途上国にとっては実現が困難な場合が多い。また、格差の拡大や、お産の医療化（Medicalization）の助長の危惧も叫ばれている。今後、妊産婦死亡率低減に関する知見を包括的に整理・分析するとともに、日本の経験や途上国支援の実績を分析し、科学的な情報を集積していく努力が必要とされる。

図2 - 2 産科ケア（EOC）と緊急産科ケア（EmOC）



緊急産科ケア（EmOC）の体制整備とともに、緊急搬送を可能とする道路などのインフラ整備や女性を取り巻く社会環境にも目を向けるべきである。

しかしながら、WHO、UNICEFなどの緊急産科ケア施設に資源を集中すべきとの戦略を、すべての後発開発途上国で推し進めることについては疑問視する見解もある。多くの貧しい国にとって、援助資金によって緊急産科ケア施設を地方部まで展開しても、コストや人材などの問題から長期的に維持していくことが現実的でない場合も多く、また緊急産科ケア施設にコストや人材が集中することによる格差の拡大を危惧する声もある。緊急産科ケア体制の整備においては、対象国の予算状況も踏まえながら、包括的な妊産婦ケア対策の中で、第1次から第3次までのバランスをとって整備を進めていくことが肝要であろう。

また、貧しい国々の地方部に暮らす多くの女性にとっては、**緊急産科ケア施設への物理的・社会的アクセスの問題**を解決することは容易ではない。例えば、保健医療施設までかなりの距離を要する、時間が取れない、家庭内での地位が低いなど、保健医療サービスを受けるまでに様々な困難があることが多い。そのため、**緊急搬送を可能とする道路などのインフラ整備や、女性を取り巻く社会環境にも目を向けた働きかけ**なども併せて必要である（開発戦略目標3 ジェンダー間の平等と女性のエンパワーメントを参照）。

また、多くの国においては、保健医療従事者の横柄な態度や妊産婦を見下したような態度が地方部の女性を保健医療サービスから遠ざけている場合も多く、最近では**女性に優しいサービス（クライアントフレンドリーサービス）**の推進を活動に取り込んでいるプロジェクトも実施されている。一方、中進国などでは、**出産における医療的な介入への偏重を見直し、人間本来が持つ力を尊重する人間的な出生と出産（Humanized Maternity Care）を再評価すべきとの視点に立ったアプローチ**も試みられている。そのようなアプローチは、WHOにより科学的な検証も加えられ、**根拠に基づいた医療（Evidence-Based Approach）**として注目を集めている。特に、帝王切開率が異常に高くなっている中南米諸国やサービス概念が薄い旧共産諸国などでは、本アプローチを考慮し協力内容を考えることも重要である。

Box 2 - 2 妊産婦死亡に関わる3つの遅れ

UNFPAが提唱している妊産婦死亡に関わる3つの遅れは以下のとおり。

産科合併症の発見の遅れ（自覚自体の遅れも含む）、発見されてから病院にかかる決定をするまでの遅れ（家庭・コミュニティ）

適切な施設に到着するまでの遅れ（交通手段）

施設において適切なケアを受けるまでの遅れ（質の高いケア）

これら3つの遅れは、妊産婦死亡低減に向けたアプローチに、保健セクターでの介入のみならず、ジェンダー間の平等や女性の経済力の向上、インフラストラクチャーの整備なども必要であることを示している。

出所：UNFPA (<http://www.unfpa.org>) (一部変更)

Box 2 - 3 伝統的産婆（TBA）に対するトレーニング成功の秘訣

国際援助機関は長年にわたり、TBAの訓練に多大なる関心と予算を注いできたが、1999年のUNFPA/UNICEF/WHOによる「妊産婦死亡減少に関する共同声明」の中で、「TBAの訓練のみに焦点を当てたプロジェクトによって妊産婦死亡率を減少させることは困難である」という見解を明らかにした。確かにTBAは正常分娩にしか介入できず、その技術にも限界がある。しかしながら、多くの途上国において、社会文化および経済的理由により、未だにTBAに頼る以外に出産介助サービスへのアクセスを持たない人口が、特に農村僻地において多く存在する。これらの現実を踏まえ、現在もTBAに対する継続的支援を実施している途上国政府機関・NGOは少なくない。このような組織においては、これまでの「西洋医学教育を受けた医療従事者が、無知なTBAに対して“正しい”知識・技術を教える」という、いわゆる「先生対生徒」というタイプの伝統的な教授法を捨て、TBAと同じ視点に立ち、TBAの分娩介助に関する伝統的手法や世界観を尊重し共有するところから始めるという、いわゆる「対話型」のトレーニングがより効果的であると認識され、実践され始めている。

Box 2 - 4 人間的な出産と出生の支援事例

世界各国において「安全な出産」が追求されすぎた結果、妊産婦を取り巻く産期医療は、帝王切開の濫用や、ルーティン化された陣痛促進剤、人工破膜や陰切開等、「妊婦が死なずに、早く終わるお産」に重点が置かれ、「安全で人間らしい良いお産」が阻害されてしまっているといわれる。この現象は特に中南米諸国において顕著であり、米州開発銀行もその報告書（米州開発銀行駐日事務所（2000）「帝王切開の流行」『The IDB』2000年10月第5巻第5号）の中で「ラテンアメリカでは、85万件を超える不必要な手術に年間およそ4億2500万ドルが使われている」と指摘し、帝王切開の濫用が、妊産婦の健康を不必要に危険にさらすのみならず、ただでさえ限られた途上国の保健セクター財政状況を、さらにひっ迫させていると警告している。このような状況を改善するため、JICAはブラジルにおいて「人間的な出産と出生」を普及させるべく、「家族計画・母子保健プロジェクト」を実施した。この結果、医療施設においては家族などの付き添い分娩が認められ、出産体位も自由となり、分娩に関わる他の物理的環境もより人間的温かみに満ちたものへと改善された。また、妊婦に対する不必要な内診が避けられるようになり、胎児心音の聴取や子宮収縮の状態がよく観察されるようになった。このような人間的な出産を体験した女性の多くは、自然出産の良さを認識するようになり、その結果、遠くて大きな病院よりも地元で心のもったケアを求める動きが出てきた。また医療従事者は妊産婦に対して人間的なケアを実施していくなかで、プロとしての満足感を高め、家族と地域の価値を再認識していった。

妊産婦に対する継続ケアの確立は、異常の早期発見の見地から重要である。

日本の戦後の母子保健対策
・妊産婦健診
・母子健康手帳
・愛育班活動
・母子保健推進員
など

妊産婦の栄養改善は、妊産婦死亡率の低減に重要であるが、健康な母体の形成のためには、幼少時からの介入が重要である。

母体保護の観点から、人工妊娠中絶予防と、計画的な妊娠・出産による適切な出産間隔の保持が重要である。

(2) 出産時・出産前後ケアの普及・質の向上

緊急産科ケアに援助資源を集中すべきとするWHOやUNICEFなどの戦略に対し、日本の協力においては、予防的方策によりある程度の危険な兆候を発見することが可能と考え、**妊娠中、出産時、出産後のそれぞれの過程への一貫した健康管理にも力を入れている**。まず、**住民が信頼できる保健サービス施設を確立するためには、保健サービス提供者の質の向上と施設整備・医療機材の充実が必要である**。そのうえで、**母親学級やIEC活動**などにより妊産婦健診や予防接種の必要性を伝えるなど、安全なお産のための啓発活動を住民に対して行うことが望ましい。また、**母子健康手帳**などを利用した**母子の健康状態の記録システムの確立**も、妊娠・出産における異常を発見するための効果的なアプローチである。

妊産婦健診や母子健康手帳、住民参加型の地域活動（愛育班活動、母子保健推進員）などは、戦後日本の母子保健対策の要である。妊産婦健診や母子健康手帳については、妊産婦死亡率の低減に直結するとの科学的証明は十分にはなされていないが、地方部の妊産婦に対して、育児や家族計画も含めた健康教育や保健サービスへのエントリーポイントを提供する観点からは、特に効果が高いと報告されている。日本の経験に基づいたこれらのアプローチは、開発途上国の実情に合わせながら包括的妊産婦ケア対策のひとつとして位置づけたうえで、効果的に活用していくことが重要である。

(3) 妊産婦の栄養改善

栄養改善など全般的な女性の健康の向上も、妊娠・出産に関わる死亡や疾病の減少に貢献する。栄養失調や貧血は、妊娠、出産中に多くの問題を引き起こし、妊産婦死亡の原因のひとつになっている。UNICEFの最近の報告によると、年間5万人の女性が鉄分欠乏による貧血のため、出産時に死亡している。健康な母体を形成するためには、妊産婦の栄養改善や鉄剤の供与はもとより、幼少期から十分な栄養を摂取できるよう、適切な介入をしていくことが効果的である。なお、鉄剤供与の際は、供与体制の安定と継続性の確保も重要な要素である。

(4) 母性保護・人工妊娠中絶予防およびケアの普及

人工妊娠中絶（以下、中絶）が違法とされている国や地域では、危険を伴う中絶が行われており、その結果として感染症、痛み、不妊などの女性の健康を脅かし多くの死者を出している。危険な中絶を原因とする妊産婦死亡は、妊産婦死亡全体の1割から2割を占めるといわれている¹⁹。

また、若年出産、出産間隔の短い出産も、出産に伴う危険性を増加させ

¹⁹ UNFPAは、危険な中絶を原因とする妊産婦死亡を妊産婦死亡全体の14%と推定している。

Box 2 - 5 母子健康手帳

現在、国レベルで母子健康手帳を使っている国は、オランダ、韓国、タイなどに限られているが、リプロダクティブヘルスが世界的な課題となるなかで、日本の母子健康手帳が注目を集めている。

母子健康手帳が保護者や保健医療関係者に与えたインパクトは大きく、大きな特徴として以下の3点が挙げられる。

第一に、妊娠・出産・子どもの健康の記録が一冊にまとめられていることである。単純なことだが、健康に子どもが育つためには妊娠中からのケアが重要であるという親の意識が育まれることになった。従来は、妊娠は病気ではないという意識が一般的であり、出産直前まで妊婦は重労働に従事していたことを考えると、意識の変革が非常に重要な意味を持っていたと考えられる。

第二に、健康教育教材のメッセージが盛り込まれていることであった。特に1960年以前は育児雑誌もなく、育児に関する情報が限られており、母子健康手帳やそれに付随して区市町村が配布していた「育児のしおり」といった情報の価値は大きかったと考えられる。

第三に、両親が手元に保管できる形態となっていたことが挙げられる。妊娠中や子育て中に医療機関を変更する場合も、母子健康手帳が手元があれば、以前の医療機関のデータを持参することが可能となる。また、母親だけでなく、父親も健診の結果を理解することも可能である。そして保健医療データは患者のものであるという立場からみると、母子健康手帳は1948年に配布されたとは思えないくらい現代的な権利を保障した印刷物であるといえる。

出所：国際協力機構国際協力総合研修所（2004）

JICAでの取り組み

JICAでは、本邦での母子保健分野の集団研修などにおいて、世界各国からの研修員に母子健康手帳の紹介をしてきたが、その研修員の中には母国において導入を試みるケースも出てきている。タイではすでに全国的に母子健康手帳が普及しているが、JICAによる本邦研修や母子保健プロジェクトがそのきっかけとなっている。インドネシアでは、母子健康手帳の普及を目指した技術協力プロジェクトも実施し、現在全国の40%の地域で導入が図られている（Box A 1 - 3 参照）。母子健康手帳の普及により、乳幼児を母乳により育てる習慣が定着し子どもの健康増進に役立つなど、具体的な効果に関する実証結果も報告されている。

ただし、母子健康手帳の導入には、そのための予算措置も十分に検討が必要である。保健財政の厳しい後発開発途上国の政府や当事者に対しその支出を求めるのは困難であるため、導入にあたっては対象国の発展段階や政府の財政負担能力を十分考慮したうえで検討すべきである。また、導入する場合は、母子保健行政の中での位置づけを明確にし、きちんと普及活用がなされるようなシステムを構築することも必要である。母子健康手帳の効果については、現在WHOもIMCI（小児期疾患の体系的管理）と併せてインドネシアで実証調査を実施中であるので、今後はその結果も踏まえ、他国への導入について検討がされることとなるであろう。

Box 2 - 6 母親たちの地域住民活動（愛育班活動を例として）

戦前、農漁村において乳幼児死亡率が著しく高いことが判明し、村ぐるみで取り組んだ住民活動が愛育班活動である。実際の活動としては、家庭訪問、健康相談や集団検診などに対する協力、調査研究に対する協力などが主なものであるが、実際には、愛育班員自身が問題を発見し、子どもの多い家族の家事手伝い、農繁期の子どものお守りなど、実践的で住民のニーズに合った活動を行っていた。保健医療専門家から一定の講習を受けた愛育班員は、産褥熱予防のため分娩用品の消毒を行い、分娩当日には家事の手伝いを行い、農繁期には保育所を開設し、衣類の交換や離乳食の提供などを行った。また、外部の専門家を招聘し、村の人々の意識を改革していくことも愛育班の大きな存在意義であった。厚生省だけでなく、UNICEFの訪問、他県からの研修生の視察などが住民の自信と組織強化につながっていった。

出所：国際協力機構国際協力総合研修所（2004）

JICAでの取り組み

現在実施中のベトナムにおけるリプロダクティブヘルスプロジェクトでは、プロジェクトサイトであるゲアン省で、3つのコミュニティにおいて愛育班活動が導入されている。他のコミュニティでも積極的に普及させたいとの意向を持っており、地域保健推進の有効な活動として、日本の経験を参考にした愛育班活動が定着しつつある。（Box A 1 - 1参照）

なお、日本国内には、各地に愛育班と同じような女性たちの地域住民活動が存在していた。それらの指導者などはすでに高齢な人が多く、また語学の問題もあり、国際協力の場には今まであまり登場してこなかった。今後は、そのような経験を持った人材を、国際協力の現場にうまく結びつけて効果的に活用していくことも必要と考えられる。

ている。母体を保護する観点からも、望まない妊娠や危険な出産を減らすための、すべての人に対する**質の高い家族計画サービスの提供と、計画的な妊娠・出産に対する知識の普及**が必要である。結婚前、出産後は、その後の適切な家族計画方法や出産間隔がとれるよう促すための**カウンセリングサービス**を行う良い機会である。また、**中絶後のカウンセリング、教育、家族計画サービスの提供**は、中絶が繰り返されることを防ぐことにもつながると考えられる。

中間目標 1 - 2
乳幼児の死亡・疾病
の低減

中間目標 1 - 2 乳幼児の死亡・疾病の低減

乳児死亡率（Infant Mortality Rate: IMR）と**5歳未満児死亡率**（Under Five Mortality Rate: U5MR）は、小児への保健医療サービスの水準を知るうえで重要な指標である。一般に**開発途上国では、予防接種や環境衛生な**

どプライマリー・ヘルスケア（Primary Health Care: PHC）サービスが整備されていないことから、感染症や栄養障害、下痢症などによる疾病・死亡が乳児期以降も引き続き多く、U5MRに占めるIMRの割合が低いのが特徴である。このような場合、当面の目標をU5MRの低減とし、PHCサービスの整備や、母親や地域住民に対する予防、異常の早期発見、家庭での適切な処置などの健康教育活動、自分たちの健康は自分たちで守るという**住民のエンパワーメントの促進**などの支援を行うことが、効率性・有効性の点から優れているといえる。

開発途上国においては、U5MRの低減を当面の目標とし、PHCサービスの整備と住民に対する健康教育やエンパワーメントの促進を支援することに重点を置く。

一方、IMRの低減のためには、より精度の高いケアが必要となってくる。低出生体重児（2,500g未満）の生まれる割合は、世界で約17%であるが、開発途上国においては20%を超える国も少なくない。しかし自宅分娩が主流である開発途上国では、出生時の体重測定が行われていなかったり、異常があったときのレファラルシステムがうまく機能していないことも多い。このため、出産介助者を含めた**保健医療従事者への訓練**とともに、人材、機材、薬剤を含めた**小児救急システムの体制整備**を確立していくことが重要である。

「乳幼児の死亡・疾病の減少」のためのアプローチは、母子の包括的・継続的ケアを推進することで、より効率性・有効性が高まる。

子どもの健康、発達の促進のための様々な介入は早期に行われるほど効果が高く、特に妊娠時の母親の健康状態は、その後の子どもの健康に大きな影響を与える²⁰。よって、「**乳幼児の死亡・疾病の低減**」のためのアプローチは、WHOとUNICEFが開発した「**母と子のパッケージ**」²¹や、**母子保健と家族計画を組み合わせた包括的なアプローチ**を考えることにより、効率性、有効性を高めることができる。妊娠時の母親への栄養の摂取、破傷風の予防接種、妊婦健診の受診を推奨する**母親教室・両親学級**などは、子どもの健全な成長に最も重要である胎児期における母子へのケアである。出生後は、母乳栄養の推進、予防接種、定期的な体重測定、異常時の対処などの適切なケアと異常の早期発見が行われるよう、**地域の保健医療機関の継続的な母子への健康支援体制**を確立することが重要である。

²⁰ 子どもを産む女性の栄養不良をなくすことが、その乳児の障害をほぼ3分の1減らすといわれている（UNICEF（2001））。また、乳幼児の健康状態は、出生時低体重、母親の年齢、出生時の性別、出産間隔、母親の教育レベルなどと相関があることがすでに明らかにされている。

²¹ 母子保護イニシアティブを達成するために母親と新生児の健康に焦点を当てたプログラムで、家族計画、基本的な母性ケア、母乳栄養、合併症予防・早期発見・管理、妊娠中の貧血予防、性行為感染症・HIVなどからなる。

Box 2 - 7 母子保健分野における国際機関のアプローチ（IMCI、IMPAC）と日本の経験の調和を目指して

WHO/UNICEFによって1995年より始まった小児期疾患の体系的管理（Integrated Management of Childhood Illness: IMCI）は、急性呼吸器感染症（ARI）、下痢症、麻疹、マラリア、栄養不良の小児5大疾患による死亡を減らすことを目的とし、どのような保健医療サービス提供者もフローチャートに沿うことで、小児疾患を確実に診断できることを狙っている。開発された背景には、1980年代から、マラリア、下痢症などの個々の疾患に対する予防・治療戦略が開発されてきたが、このような疾患別対策では十分な成果が挙げられなかったことがある。実際に、ほとんどの子どもたちが上記5つの疾患のひとつ、または複数を抱えていることが多く、プライマリーヘルスレベルでの包括的診断・治療が必要である。IMCIは以下の3つのコンポーネントからなる。

ヘルスワーカーのケースマネジメント能力向上

国家および地方レベルのヘルスシステムの改善

家庭や地域における保健行動の改善

一方2000年には、IMCIと同様に**包括的管理である妊産婦・早期新生児ケアをするIMPAC（Integrated Management of Pregnancy and Childbirth）**という戦略が開発された。IMPACは大きく分けて以下の2つに分かれている。

産科病棟で働く医療従事者を対象とした複雑な産科ケア

保健所で働く医療従事者や、地域で産科に関わる準医療従事者を対象とした基礎的産科ケア

このような、「乳幼児ケアの各プログラム」、「妊産婦・早期新生児ケアの各プログラム」の各々の統合化は、1993年の世界開発報告以降、投入に対して効率的な効果が挙げられる疾病管理分野を対象を絞るミニマムパッケージの考えに端を発する。

JICAでは、現在ラオスで実施中の「子どものための保健サービス強化」プロジェクトにおいて、その活動内容のひとつとしてIMCIを取り入れている。また、フィリピンにおいて、WHO、UNICEF、NGOやその他のドナーと連携を図りながら、乳幼児のケアと妊産婦健診を統合した「統合母子保健システム」を考案中である。母子の包括的かつ継続的なケアの推進と、効率的かつ効果的なアプローチを目指し、IMCIとIMPAC、そして日本の経験に基づいた母子の継続的ケアのひとつの形である母子健康手帳の利用を含めた、母子保健分野における各アプローチの調和化の支援を模索している。

Box 2 - 8 UNICEFのGOBIプログラム

母子へのアプローチとして、UNICEFのGOBIプログラム（成長曲線：Growth chart、経口補水塩：Oral Rehydration Salt: ORS、母乳栄養：Breast feeding、予防接種：Immunization）と、その拡大版であるGOBI - FFF（さらに栄養補給：Food supplementation、女性のリテラシー（識字能力）：Female literacy、家族計画：Family planningを加えたもの）が広く知られている。

例えば、体重測定時には住民にも理解しやすい成長曲線（Growth chart）を使用することで、子どもの健康状態が視覚的に把握できるようになっている。ORSは、1リットルの水にORS 1パックを溶かすという簡便さによって世界中に広まり、下痢症による子どもの死亡は半減した。一方で、体重計測や1リットルの水の計量すら慣れていない人々が、体重計測の意味や、下痢時の脱水対策の重要性を理解できなければ、将来彼ら自身が自立していくことはあり得ず、外部から持ち込んだものが真にその地域住民に受け入れられるまでの取り組みが重要である。

**中間目標 1 - 3
望まない妊娠の低減****中間目標 1 - 3 望まない妊娠の低減**

女性が十分成熟するまで出産を延ばし、計画的に妊娠したり、出産間隔をあけたり、希望する数だけの子どもを持つことは、女性のリプロダクティブヘルスの権利である。望まない妊娠のリスクを軽減することは、中絶を選ばざるを得ない状況を改善させ、ひいては妊産婦死亡のリスクを低下することにもつながる。したがって、女性の健康と福祉を守り、子どもの幸福を増進するため、さらには出産の回数や時期を自らの意思によって決定するため、避妊による家族計画が行われることは重要である。

(1) 家族計画の教育・情報提供

望まない妊娠を防ぐためには、IEC（情報、教育、コミュニケーション）活動を通じて、家族計画に関する知識や情報を提供しなければならない。しかし、単に知識や情報を提供しても必ずしもすべての人々の行動が変容する訳ではない。本人が納得し、変わろうという意思を高めるいわゆる**行動変容のためのコミュニケーション手法**（Behavioral Change Communication: BCC）²²を用いることが重要となってきている。特に、男性は、家族計画を自分の問題と考えないばかりか、たとえ家族計画が重要と思っても性的パートナー（特に妻）に相談することなく一人で決めてしまう傾向がある。そこで、女性のみならず男性も家族計画についての理解を深め、両者が家族計画について対話し、双方の合意のもとに家族計画を

望まない妊娠を防ぐには、家族計画に関する十分な情報・サービスが供給されていることと、利用者の行動変容が求められる。

²² Box 2 - 8 ~ Box 2 - 12を参照。

実行するといったプロセスを重視すべきである。

(2) 家族計画サービス・ケアの普及と質の向上

家族計画の指導・支援をする場合、価値観の相違、性のタブーなどの文化・慣習と関連するために、その実施には十分な注意が必要である。**家族計画サービスの提供者に、家族計画のカウンセリングの訓練を行うことは、**価値観や文化・慣習にとらわれているサービス利用者の問題を、サービス提供者が共に考え、信頼関係を築き、解決に導く機会をもたらすことができる。また、このような訓練を受けたサービス提供者によるカウンセリングは、サービス利用者の意思を尊重し、避妊についての選択の幅も広げることができるというメリットもある。加えて、サービス提供を持続的なものにするため、カウンセリングサービス提供を制度化するよう取り組んでいくことも重要である。

(3) 避妊法・避妊具（薬）へのアクセス改善

さらには、性的パートナーの有無にかかわらず、あらゆる年齢の男女を考慮に入れ、**避妊具（薬）へのアクセスを改善する**必要がある。避妊を必要としていながら何の家族計画の方法も利用していない有配偶者女性だけを見ても、世界全体で1億2000万～1億5000万人にも上るとされる²³。そのため、避妊具（薬）の充足率を高めるような流通体制が早急に整備される必要がある。

流通については、ソーシャル・マーケティング^{*}による住民組織を通じた配布、また保健所・公的クリニックによる配布などが考えられる。また、住民が得やすい価格が設定されるよう、コストについても十分配慮する必要がある。

さらに、避妊法にはそれぞれ一長一短があり、その選択には利用者のニーズや状況に合う方法を提供しなければならないため、副作用を含めたそれぞれの特徴や使用法を利用者が十分に理解する必要がある。

一方で、**家族計画サービスや情報の提供を妨げる法的・社会的規制や制限を取り除かなければならない**。また、男性の家族計画に対する役割の推進を妨げる制度的障壁を除去していく必要もある。例えば、**男性専用のクリニックの開設や職場でのサービス提供**など、現行のサービスを男性向けに工夫する必要がある。

²³ UNFPA (1997) p.33

思春期の若者を対象としたリプロダクティブヘルス活動には、彼らの置かれている環境やニーズを十分に認識する必要がある。

(4) 思春期の若者へのリプロダクティブヘルスに関する情報・サービスの提供

望まない妊娠を考えるうえで、**思春期の若者 (adolescents)²⁴は成人とは異なる「特有のニーズ」があることを認識する必要がある。**ICPD/カイロ行動計画においても、思春期の若者に対するリプロダクティブヘルスの必要性を喚起している。思春期には、性行動が活発になる半面、リプロダクティブヘルスに関する知識に乏しく、望まない妊娠のみならず、HIV/エイズを含む性感染、性的虐待へのリスクが高い。それにもかかわらず、思春期の若者は「若い」「未婚である」という理由により、家族計画や性感染症治療などのリプロダクティブヘルス・サービスへのアクセスが困難な現実がある。このような思春期の若者の現実・ニーズを踏まえ、リプロダクティブヘルスに関する適切な教育、情報、サービスならびにケアを提供することで、彼らの健康と自己決定権を保証し、望まない妊娠やHIV感染を含む性感染症のリスクを抑えることが重要となっている。

若者に対して、既婚者同様の情報・サービスを提供するということは、未婚の若者がすでに性行動を開始していることを公に認めることであり、程度の差はあるものの、このことに対する社会の抵抗が考えられる。ここに若者に対するリプロダクティブヘルス情報・サービス提供の難しさがある。

Box 2 - 9 思春期リプロダクティブヘルスの現状

HIVウイルスの危機はサブサハラ・アフリカの若者に大波のように襲いかかっているにもかかわらず、同地域の未婚の青少年にとってコンドームの入手は容易ではない。HIV感染予防活動を進める南アフリカの現地NGOスタッフも、「未婚の若者にとってコンドーム入手は簡単ではない」と嘆く。南アフリカにおけるある調査によれば、同国の青少年が性行動を開始する平均年齢は14 - 15歳であるといわれる。しかしこのNGOスタッフは「南アフリカにおいて、15歳の未婚の青少年が地域のクリニックを訪れコンドームを希望しようものなら、『まだ結婚もしていないような若者が、セックスのことなんか考えるんじゃないの！ よくまあ、図々しくコンドームくれなんて言ってこられるわね！』と、医療従事者から叱責されて追い出されるのが関の山」と言う。このような青少年を取り巻く社会の意識を変えることなしに、思春期リプロダクティブヘルス活動を進めることは困難であるところに、この課題の難しさがある。しかし、サブサハラ・アフリカのHIV感染を、青少年の間でこれ以上拡大させないためには、避けて通れない道である。

²⁴ UNFPA (2003a) p. 3参照。思春期の若者 (Adolescents) は10 - 19歳を対象にしている。また、同報告書では、若者 (Youth) を15 - 24歳、青少年 (Young people) を10 - 24歳の年齢層に区分している。本報告書でも、同様の年齢区分を使用する。

Box 2 - 10 行動変容を促すコミュニケーション手法 1

行動変容を引き起こすコミュニケーション手法としてリプロダクティブヘルスの分野で多大なる貢献をしているのは、**地域のボランティアによる個別カウンセリング**である。ボランティアは、地域の世帯を一戸一戸家庭訪問する。通常、村の事情をよく理解し、地域住民から尊敬を受けている人々が村のボランティアに選ばれる。その後、リプロダクティブヘルスに関する知識、コミュニケーションスキル、さらには家庭訪問するうえでのエチケットなどの訓練を受け、家庭訪問を始める。この方法を戦略のひとつに位置づけ、出生率を下げることに成功した最近の例としては、敬虔なイスラム国として知られるイランが挙げられる。イランは1988年に人口成長率が3.2%、合計特殊出生率が5.4%であったが、2001年にはそれぞれ1.3%と2.0%と急激に減少した。

Box 2 - 11 行動変容を促すコミュニケーション手法 2

リプロダクティブヘルス分野で、家庭訪問による個別カウンセリングのほかに、行動変容のための手法として効果的と考えられているものに、マスコミュニケーションと対人コミュニケーションを組み合わせた方法がある。そのなかで、近年人気を得ているのが**参加型エンターテインメントエデュケーション**（Participatory Entertainment-Education）である。この方式で実施するワークショップは、参加する住民全員が話し手であり、聞き手にもなる相互作用を基盤としている。ここでは、ファシリテーターが参加者同士の意見交換を活性化する重要な役割を担っている。参加者同士の対話を活性化するために、ワークショップのはじめに見せるのが、ビデオドラマや寸劇である。これらは、娯楽性のなかにも上演後の話し合いの題材になるような学習課題を含んでいる。

Box 2 - 12 行動変容を促すコミュニケーション手法 3

ピア・エデュケーションは思春期のリプロダクティブヘルスの最も一般的なアプローチのひとつになっている²⁵。ピア・エデュケーションとは、同じような社会的背景や経験、価値観を共有するグループのなかでの啓発・教育活動である。グループのなかからピア・エデュケーターという核になるメンバーを啓発リーダーとして任命し、研修活動などを行うことが多い。ピア・エデュケーターの活動の一例としては、地域社会において同年代の若者を巡回訪問し、性やリプロダクティブヘルスに関する情報を提供し、お互いに意識や知識を高める活動などがある。ピア・エデュケーター自身もこの活動によって、多くを学ぶことができる。同様に、ピア・カウンセリングは、同年代の若者と個人的な経験をシェアすることにより、リプロダクティブヘルスの問題意識を高め、身体と心の安定を図り、サービスを利用しやすくする効果が期待される。

²⁵ UNFPA (2003a) p.33

中間目標 1 - 4
 性感染症 (STI)、
 HIV/エイズへの対策

性感染症はHIV感染の危険性を高め、女性の妊娠・出産に大きな影響を及ぼす。

対策としては、保健サービスや情報へのアクセスを改善すること。リプロダクティブヘルス・サービスの中に、性感染症対策を組み込むことなどがある。

中間目標 1 - 4 性感染症 (STI)、HIV/エイズへの対策

性感染症 (Sexually Transmitted Infections: STI) は世界的に健康への脅威となっており、HIV/エイズへの感染リスクを高めるとともに、女性の妊娠・出産にも大きな影響を及ぼしている。UNFPA (1997) の報告では、毎年世界で約3億件の治療可能な性感染症 (クラミジア感染症、淋菌、梅毒、トリコモナス感染症など) が発症している。女性の罹患率は男性の5倍も高く、不妊の約3分の2は性感染症が引き起こす合併症が原因とされている。また、UNAIDSの報告では、HIV感染者およびエイズ患者 (People living With HIV/AIDS: PWA) は2003年末に約4000万 (3400万~4600万) 人と推定され、その95%以上を開発途上国が占めている。性器に潰瘍がある場合、HIVウイルスはより容易に血流内へ侵入するため、性感染症はHIV感染の危険性を高めることとなる。

こうした性感染症およびHIV/エイズの対策は、**予防の側面と治療・ケアの側面**から考察しなければならない。具体的には以下のとおりである。

性感染症の予防については、コンドーム利用・供与の拡大など、性行為における感染リスクを低くするための**安全な性行動の促進・啓発、また症状やリスク要因に関する正しい知識の普及・啓発**などが重要である。特に、世界的に思春期の若者のHIV/エイズ感染が深刻化しており、HIV/エイズ予防を統合した思春期リプロダクティブヘルス分野の取り組みが重要となってきた。(中間目標 1 - 3 (4) 参照)

また性感染症の治療面では、**適切な診断・処置に加え、薬剤や施設などへの支援が不可欠**である。具体的には、早期診断と適切な治療の充実・普及のために、スクリーニング制度の整備、適切な薬剤の使用や適切な人材による質の高い対応・処置が必要であり、併せてSTI検査薬・治療薬の供与や施設・設備の改善も検討しなければならない。

(HIV/エイズの予防や治療・ケアについての詳細は、国際協力事業団国際協力総合研修所 (2002) を参照のこと)

リプロダクティブヘルスとの関連で特筆すべき点は、母子感染についてである。HIV/エイズの母子感染予防は、ネビラピンなど抗HIV薬の短期投与が注目を集めている。また母乳保育を避けることで、母乳中に含まれるHIVウイルスへの感染から乳児を予防できることがわかっているが、途上国においては、乳児の免疫力を向上させる母乳保育の方が他の感染症などによる乳児死亡のリスクを低下させるという議論もあり、様々な角度から検討する必要がある。

リプロダクティブヘルスは社会・文化的ならびに経済的な側面からの影響が強い問題であるため、性感染症・HIV/エイズについても**保健・医療**

面のみならず、多方面からの配慮と包括的なアプローチが重要である。具体的には、特に保健サービスや情報へのアクセスを考慮することが必要であり、母子保健サービスや家族計画サービスの中に性感染症対策を組織的に組み込むことによって効率的に対策を実施することが可能であろう。

JICAの取り組み

開発戦略目標1「開発における主要なリプロダクティブヘルスの改善」に対するJICAの協力は、1967年の「家族計画セミナー(集団研修コース)」、1969年の「インドネシア家族計画プロジェクト」から開始されたことからわかるとおり、中間目標1-3「望まない妊娠の低減」を主眼とした**家族計画分野から始まっている**。同プロジェクトの内容は、家族計画普及のための視聴覚教育用ソフトの製作や避妊具(薬)の供与であり、1980年代半ばまでは、避妊具(薬)や視聴覚教材の供与など人口増加抑制のための家族計画がJICAの協力の中心であった。その後、1980年代後半から、インドネシア、タイ、フィリピン、メキシコなどにおいて、**家族計画の推進(中間目標1-3「望まない妊娠の低減」)**と**母子保健の改善(中間目標1-1「妊産婦の健康」および1-2「乳幼児の死亡・疾病の低減」)**に併せて取り組んでいくプロジェクトが実施されるようになり、また1994年のカイロ会議以降は、**リプロダクティブヘルスの考え方を中心に据えたより包括的なプロジェクトも増えてきている**。一方、中間目標1-4で述べたように、**性感染症・HIV/エイズについても多方面からの配慮と包括的なアプローチが重要である**。「チュニジア・リプロダクティブヘルス教育強化プロジェクト」(Box A1-5参照)では中間目標1-4のアプローチを重視しつつ、包括的なリプロダクティブヘルス向上を目指して中間目標1-3を主眼とした協力を行っている。

現在、10カ国以上でリプロダクティブヘルス分野のプロジェクトを実施中であり、その多くが「**妊産婦の健康改善**」と「**乳幼児の死亡・疾病の低減**」の双方に取り組む**母子保健対策を中心的な課題としているが、対象国のニーズや状況に応じて、家族計画や性感染症対策、さらには女性の地位向上などの要素にも併せて重点が置かれている**。対象国のニーズに応じて対象課題の絞り込みや重点の置き方、協力の切り口などに違いはあるものの、近年のJICAプロジェクトは、それら複数の中間目標について**包括的に取り組んでいくアプローチ**を採っているプロジェクトが主流となってきている。

地域的な特徴で見ると、アジアでは、母子保健の改善と家族計画の推進に中心を置いたものが多く、カンボジア、ベトナム、バングラデシュなどでプロジェクトを実施中である。また、インドネシアでは母子健康手帳の導入・普及を通じて母子の健康を改善するプロジェクト、モンゴルで

JICAの取り組みの変遷

- ・1960年代：家族計画分野中心
- ・1980年代：母子保健・家族計画へ移行
- ・1990年代：リプロダクティブヘルスや性感染症・HIV/エイズ、さらには、収入向上などの女性のエンパワーメント、思春期リプロダクティブヘルスなどの包括的なアプローチが主流となる

は予防接種拡大計画（EPI）の運営管理能力向上やヨード欠乏症（IDD）の制圧を目指したプロジェクトを実施したほか、ラオスでは15歳以下の子どもを対象とした「子どものための保健サービスの強化」を目指したプロジェクトを展開している。

一方、中近東・アフリカでは、女性の地位向上や性感染症対策にも併せて力点を置いた協力も行っている。ヨルダンにおいて、家族計画とともに女性の収入創出や地位向上を成果に掲げたプロジェクトを行ったほか、チュニジアでは、先に述べた「リプロダクティブヘルス教育強化プロジェクト」において、青少年の性感染症対策を含めたりプロダクティブヘルスの状態改善を目的とした支援を行っている。同プロジェクトでは青少年層における包括的なリプロダクティブヘルス向上を課題として、その手段である視聴覚や印刷教材などのメディア開発や相談サービスを担う人材育成を支援し、青少年に対し正確な知識を伝達し行動変容がもたらされることを狙っている。

現在も多くの国から当該分野の協力が要請されており、今後、同分野のJICA事業は増加していくものと思われる。プロジェクトの切り口や重点を置くポイントは対象地域・国の状況および他ドナーの活動などによって変わると考えられるが、基本的には、母子と思春期の若者に係るリプロダクティブヘルスの改善を包括的に進めていくことが重要であり、そのようなプロジェクトが今後さらに増加していくであろう。

なお、事業形態としては、基本的には技術協力プロジェクトを無償資金協力や青年海外協力隊などと連携させながら実施する形態が多いが、加えて国際機関との連携により機材供与のみを実施するスキームもあり、毎年数カ国に対し、1000万～2000万円程度の機材供与（避妊薬や分娩助産機材など）も行っている。

開発戦略目標1 開発における主要なリプロダクティブヘルスの改善

中間目標 1-1 妊産婦の健康の改善			
中間目標のサブ目標	プロジェクトでの活動例	事例	JICAの事業例
安全な出産	出産助産者の訓練 基礎的産科器具の配布 緊急産科ケアシステムの整備 人間的なマタニティケア	33,34,36 28,33,34,76 56,61 36	・母子保健医療従事者への訓練 ・基礎的な医療器具の配布
出産時・出産前後ケアの普及・質の向上	母親学級の開催（栄養、妊娠中の生活、予防接種、妊産婦検診のすすめ、ほか） 医療従事者の訓練 母子保健センター・産婦人科病棟などの整備 母子健康手帳の普及	27,28 14,27,28,34 64,76,88,92 20,28,34,39	・母子保健医療従事者への訓練、研修機能の強化 ・母子健康手帳プログラムの普及 ・母子保健センター整備の整備（無償）
妊産婦の栄養改善	鉄剤の配布 栄養教育（入手可能な食物調査、食に関する文化、家庭菜園）	231,254 14	
母性保護・人工妊娠中絶予防およびケアの普及	結婚前・出産後のカウンセリング・教育の導入 家族計画サービスの普及 母体保護に関する啓発活動（出産間隔を含む） 人工妊娠中絶率の把握（調査） 家族計画の啓発・教育・情報提供	2,6,7,9,13,30 34 3,8,10,12,28	・家族計画サービス向上のための情報提供、住民組織の機能強化、カウンセリング能力向上 ・家族計画、母体保護に関するIEC活動

開発課題に対する効果的アプローチ・リプロダクティブヘルス

中間目標 1-2 乳幼児の死亡・疾病の低減			
中間目標のサブ目標	プロジェクトでの活動例	事 例	JICAの事業例
乳幼児ケアの普及・質の向上	予防接種の推進 母親学級（栄養、清潔、下痢症、ARIなどの対処） IMCIトレーニング 成長曲線の記入（母親、医療従事者への訓練） 母子健康手帳の普及 医療従事者の訓練 小児科救急システムの整備 ヨード剤配布、ヨード添加食品の普及 x ビタミンAの配布	23,49,74,78 28,36,42 22 28 20,28,34,39 22,28,36 4,22,81 23	・ワクチンおよびコールドチェーン 機材の供与（無償）

中間目標 1-3 望まない妊娠の低減			
中間目標のサブ目標	プロジェクトでの活動例	事 例	JICAの事業例
家族計画の教育・情報提供	家族計画の啓発活動 避妊法の教育・情報提供 x 婚前検査	3,8,10,12,28 6,11	
家族計画サービス・ケアの普及と質の向上	家族計画サービス・ケア提供者の人材育成 家族計画サービス・ケア提供施設・設備の改善 人口統計データの整備	3,8,10,12,28 69,177,181 29,35	
避妊法・避妊具（薬）へのアクセス改善	避妊具（薬）の供給 避妊具（薬）のソーシャル・マーケティング強化 x 避妊具の開発・研究	70,155,186,237	・人口・家族計画特別機材供与 （UNFPA連携）
思春期の若者へのリプロダクティブヘルスに関する情報・サービスの提供	思春期の若者の性とリプロダクティブヘルスに関する既存の統計データの収集と分析、およびニーズ調査 学校におけるリプロダクティブヘルス教育（人材育成・教材開発） x 若者に対する避妊情報・サービス提供を禁じている法律・政策の改善 医療施設・コミュニティにおける情報提供およびヘルスサービスの確立 x 情報・サービスのマスメディアキャンペーン ピア・エデュケーション/ピア・カウンセリング x 思春期の若者への避妊具（薬）のソーシャル・マーケティング	12,117 110 36 107,108	

中間目標 1-4 性感染症（STI）、HIV/エイズへの対策			
中間目標のサブ目標	プロジェクトでの活動例	事 例	JICAの事業例
STIの予防、治療およびケア	早期診断と適切な治療の充実・普及 学校保健の強化 青少年性教育の強化 症状・リスク要因・予防法についての教育・啓発 コンドームの供与 STI検査薬・治療薬の供与 STI検査・治療従事者の人材育成 STI検査・治療提供施設・設備の改善	12,32 110 12,109,110,117 12 220,237 144,149,161 5 77	・青少年へのSTIの知識に関する普及（技プロ） ・STI関連の薬品を供与（特別機材・UNFPA連携） ・STI関連施設の改善（無償）
HIV/エイズの予防とコントロール	（詳細については「開発課題に対する効果的アプローチ（HIV/エイズ）」を参照のこと） 正しいHIV/エイズの知識の普及 コンドームの使用促進 性感染症診断・治療技術の確立 VCT促進 妊娠・出産・母乳栄養による感染の防止 x ワクチンおよび関連基礎医学分野の共同研究・開発支援	12,32,108,110 5 32 16	・青少年やハイリスクグループに対し、HIV/エイズに関する知識の普及・予防的行動力を促進（技プロ）

* 事例番号については付録1の別表を参照のこと

プロジェクトでの活動例：
 JICAのリプロダクティブヘルス協力事業において比較的事業実績の多い活動
 JICAのリプロダクティブヘルス協力事業において事業実績のある活動
 JICAのリプロダクティブヘルス協力事業においてプロジェクトの一要素として入っている活動
 x JICAのリプロダクティブヘルス協力事業において事業実績がほとんどない活動

開発戦略目標2 女性特有の健康問題の改善および不妊対策**開発戦略目標2
女性特有の健康
問題の改善および
不妊対策**

女性特有の疾患対策として、健康障害への知識を深め、予防、対策について主体的に取り組むよう支援、男性の理解と参画促進、女性の権利および人権、心理的な不安への配慮、が考えられる。

女性特有の健康問題は女性の年齢層別、ライフサイクルごとに異なる課題があるが（図2-3参照）、これまで開発途上国の女性の健康は主として母子保健の中で議論されてきた。しかし、リプロダクティブヘルスは妊娠出産が可能な年齢層（20-44歳）²⁶だけではなく、生涯にわたる男女の健康の改善に配慮するものであり、単に子どもを出産できる時期だけの健康に留意することではない。よって、女性特有の健康障害の改善のための効果的アプローチとしては、**当事者としての女性が女性特有の感染症、疾病、悪性新生物などによる健康障害への知識・理解を深め、予防・対策について主体的に取り組むように支援する、女性だけでなく、男性の理解と参画促進により改善する観点を重視する、女性を取り巻く環境への配慮として女性の平均的ライフステージを視野に入れ、女性の権利および人権、心理的な不安への配慮を重視する、**などへの取り組み強化が考えられる。

世界銀行の検証結果によれば、15-44歳の出産可能年齢では妊娠出産に関連する疾病などへの対策は費用対効果が高いことが明らかになっている²⁷。他方、45-59歳の妊娠・出産可能年齢後期および終了後の年齢層では、子宮頸がん検診への支援が費用対効果の高い課題とされている。

女性特有の疾患、健康問題への効果的アプローチについて留意すべき点として、次の3つが挙げられる。

医療機関、研究機関、医療従事者への協力も必要であるが、治療への支援よりも**予防への支援がより廉価であり推奨されるべきである。**

治療に関しても**費用対効果の高い支援策を選択する。**

途上国の女性は早期の結婚・出産や家事手伝いを担うことが期待されているが、知識を享受する機会も十分与えられるべきである。そのため学校保健などのプログラムの中での啓発教育のほか、**教育施設以外での広報・啓発活動による知識や予防対策の普及を視野に入れることが必要である。**

**中間目標2-1
ライフステージに応じた疾病に伴う健康
障害に対する支援****中間目標2-1 ライフステージに応じた疾病および健康障害への対策**

開発途上国では2020年までに60歳以上の人口が占める割合が現在の8%から20%を超えると予測されている。高齢化²⁸は急速に進む傾向があり²⁹、

²⁶ 15-49歳とする分類もある（佐藤（2002）p.104）。

²⁷ World Bank（1994）

²⁸ 国連の定義によれば総人口のなかで65歳以上の人口の占める割合7%を超えた場合、その地域、国は「高齢化した」という。

²⁹ JOICFP（2003）

高齢者の健康問題も途上国において重要な課題となりつつある³⁰。世界銀行による分類³¹では45歳以上を出産可能年齢終了期 (Beyond Reproductive Age) としているが、この時期に見られる疾患として開発途上国では、心疾患、結核、糖尿病、関節炎などがある³²。

女性特有の疾病には、生殖器官（子宮、卵巣など）、乳がんなどの悪性新生物のほか、婦人科疾患（子宮筋腫、子宮内膜症、卵巣のう胞、子宮脱、フィスチュラ^{*33}、乳腺炎など）がある。また、更年期障害、骨粗しょう症などは出産可能年齢後期、閉経後に多く見られる。これらの疾病に対する理解や取り組みはリプロダクティブヘルス全体のなかで、いまだ十分な議論や取り組みがなされている段階とはいええない。WHO、世界銀行も出産可能年齢後期、および閉経後のリプロダクティブヘルスについては、1990年代後半になって取り組みを強化しはじめた状況である³⁴。高齢者の女性への健康面に焦点を当てた支援についても、今後さらに議論が深められる必要がある³⁵。

女性特有の感染症、疾病、生殖器官（子宮、卵巣など）および乳がんなど、悪性新生物の予防・治療への支援は、それらに起因する健康損失を軽減し、罹患した女性によりよい生活の質（Quality of Life: QOL）を確保するものである。予防および治療への支援には、早期診断と適切な治療の開発・普及が求められる。そのためには症状、リスク要因、予防法などについての研究、教育、啓発活動が重要である。このうち研究および教育部分は主として医療従事者による活動が期待される。予防および疾病に対する意識啓発についてはリプロダクティブヘルス改善の観点から一般住民への啓発活動の効果が高いと思われる。そのため医療従事者に加え、地域の保健推進員、NGO、住民自身による啓発活動がより身近で廉価な予防法として考えられる。また早期発見のための検診は、子宮頸がんでは費用対効果の高い予防法であるが、適切な治療へのアクセスが保障されていない状況での検診の実施は倫理的に問題がある。検診の促進においては、受診者への十分な説明を行い、心理的・身体的負担をかけないための配慮が望まれる。治療への支援としては、早期診断促進支援とともに、生殖器官の機能の温存などを視野に入れた人権や患者のQOLに配慮した治療法採用への協力も検討されるべきである。

³⁰ Reproductive Health Outlook (http://www.rho.org/html/older_overview.htm)

³¹ World Bank (1994)

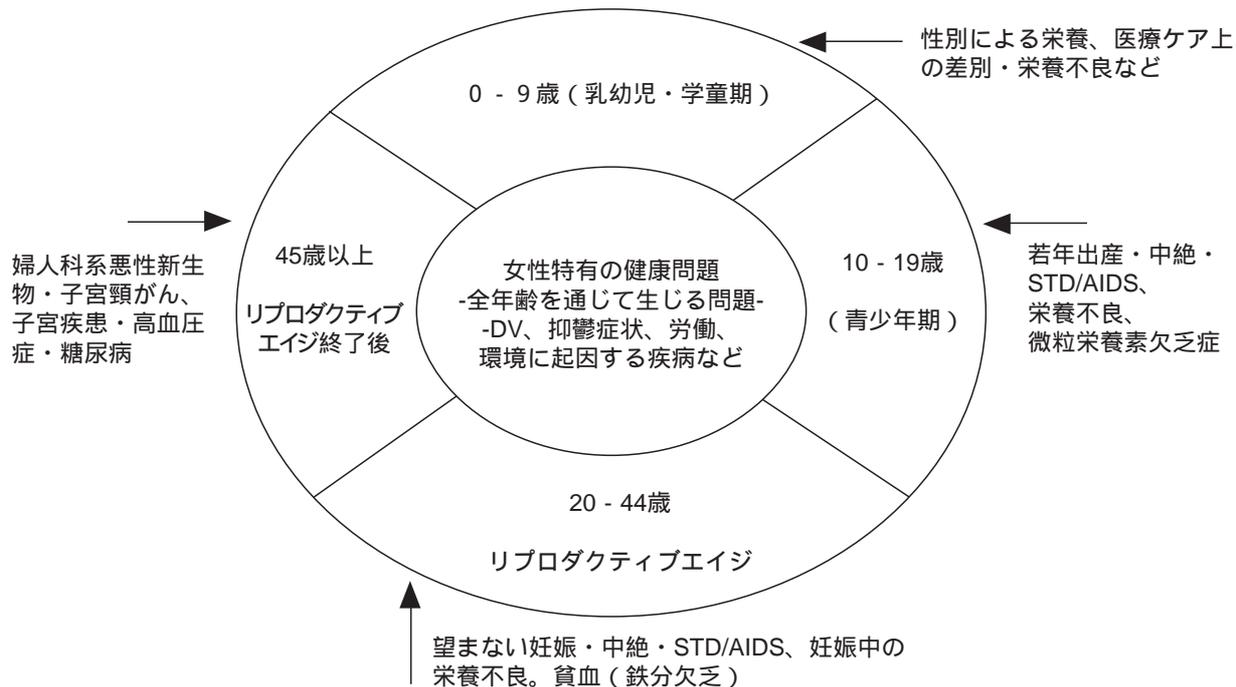
³² *ibid.* p.16

³³ フィスチュラ (Fistulas) についてはUNFPAが2003年に第1回の国際会議を開催したばかりで今後の取り組みが期待される (<http://www.unfpa.org>)

³⁴ WHO (<http://www.who.int/reproductive-health>)

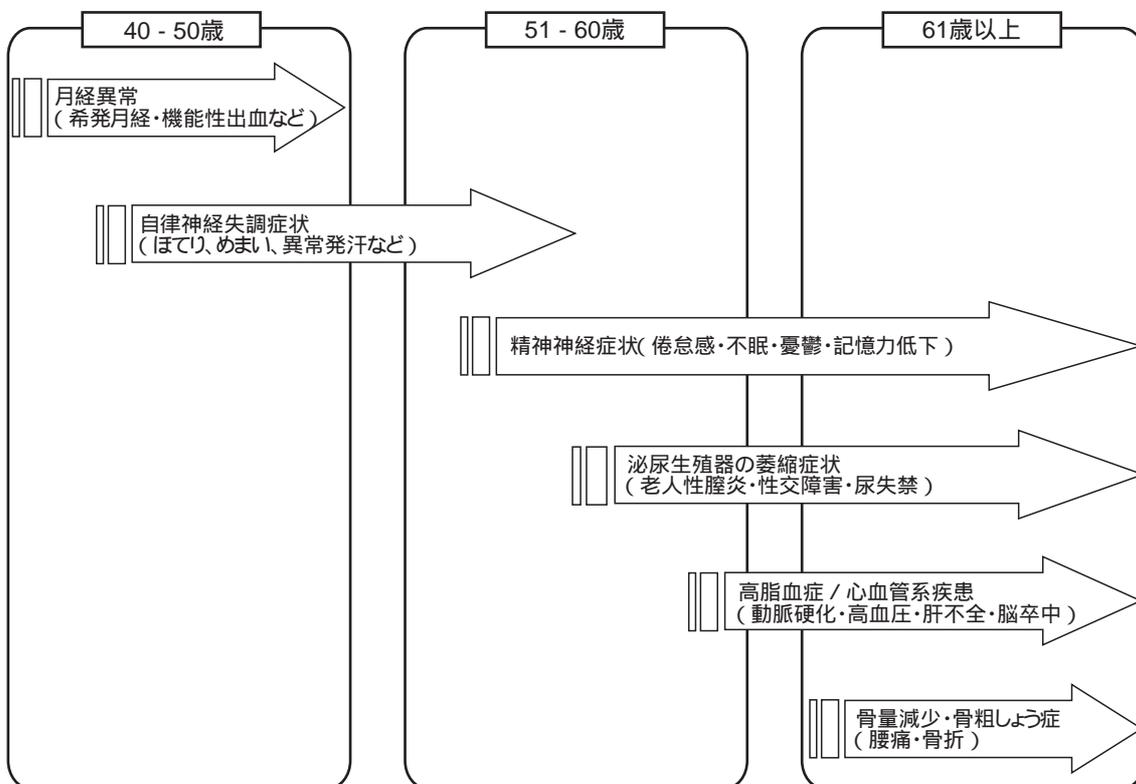
³⁵ Second World Assembly on Ageing, Madrid, 2002 (<http://www.un.org/ageing>) など現状、強化されるべき課題について議論されている。

図2-3 女性のライフステージ別の主な健康問題



出所：World Bank (1994) p.86を基に作成。

図2-4 年齢別女性特有の疾患・症状



出所：JOICFP (2003) p.31を一部修正して作成。

出産可能年齢後期以降の健康問題については今後の課題でもあり、知識、理解を深め、偏見などをなくす努力が必要である。

JICAの取り組み

JICAでは女性特有の疾病に対する支援の一環として、メキシコ・ベラクルス州で「女性の健康プロジェクト（1999 - 2004）」が実施されており、子宮頸がん改善のための子宮頸がん検診の受診率向上と細胞診診断システムの改善などに取り組んでいる。本プロジェクトでは女性特有の疾患のスクリーニング強化とともに治療サービス提供者の人材育成および治療施設の改善も行われた（付録1・Box A1 - 6参照）。また医療機材特別供与で過去にフィスチュラ（Fistulas）に対する機材供与の実績などがある。

なお、他ドナーでは、女性特有の疾患に対する協力の試みも行われているので、以下Box 2 - 13、Box 2 - 14でその一部を紹介する。

Box 2 - 13 中高年女性の健康問題への取り組み（世界銀行の事例）

世界銀行は45 - 55歳を更年期（menopause）による健康障害の生じる年齢期と分類しており、更年期についての情報普及の重要性に言及している。平均的には2年以内で更年期に伴う症状は治まるとされる。しかし、女性には一般的な健康障害であるため、近年、WHOや世界銀行は更年期障害などによる女性のQOL低下の改善を、今後開発途上国が直面すると思われるリプロダクティブヘルス改善の課題のひとつと位置づけている。

中高年女性の健康問題に関しては、世界銀行では主として予防のための啓発活動を重視している。具体的には、骨粗しょう症や関節炎の予防のためのカルシウム摂取、定期的で適度の運動の習慣、アルコール摂取の節制、禁煙などを推奨している。こうした処置は経費対効果が悪いため先進国には有効であるが、途上国では栄養バランスの改善などの啓発中心の方策がより実際的であるとされる。そのため本課題における効果的アプローチとしては、医療従事者を対象として症状、リスク要因、改善方法などについての知識の習得や、早期診断と適切な治療のための研鑽の機会を与えること、一般住民に対しては女性の更年期の健康障害、要因、改善方法の知識を広め、まずは知識の不足に起因する偏見をなくすなどへの協力が考えられる。

特に開発途上国では閉経期の女性の健康問題については医療機関が関与するまでもないという考え方や、閉経により望まない妊娠への不安が解消される、といった利点が強調されることもあり、当事者である女性が緊急の課題と認識していない状況も報告されている。一部の途上国や中進国では女性特有の疾病の支援を目標としたプロジェクトが実施されており（付録1・リプロダクティブヘルス関連案件リスト参照）わが国の国際協力において参考となる事例も含まれている。

Box 2 - 14 フィスチュラへの取り組み事例（エチオピア・フィスチュラ（Fistulas）専門病院プロジェクト）

エチオピアでは、若年結婚、出産、および医療サービスの不足によりフィスチュラ（ろうこう）に悩む女性が多い。1959年からフィスチュラの機能回復外科手術治療がアジスアベバで開始され、1975年にAdis Ababa Fistulas病院が設立された。手術は無料で5人から構成される外科チームにより、1週間平均で30症例の手術をこなしている（コスト的には1人当たり350米ドルかかるとされる）。脊椎麻酔で1 - 3時間ほどであるが2週間の入院を余儀なくされるので回復期には精神面のケアも含めて十分な看護管理が不可欠である。経済面での困難な状況に応じ、病院から退院時には新しい衣服と帰宅旅費が支給される。退院時には性交渉は数カ月控えること、出産の際は病院出産をすること、などが説明される。この治療を受けた患者の中から看護師、病院のスタッフ、地域のフィスチュラ治療支援者となったものが多い。フィスチュラの外科手術は技術的には難しく、毎年10人ほどの外科医を1カ月ほど途上国から受け入れて研修の機会も用意している。当該病院は毎年1000名の女性の治療にあたっており、手術成功率は92%となっているが、上記病院はフィスチュラの低減のために、妊娠中の重労働を避ける、適切な医療サービスを受けること、出産年齢の引き上げや性感染症に罹患しないための衛生知識、性感染症に関する知識の啓発も行っている。

中間目標 2 - 2 不妊対策

中間目標 2 - 2 不妊対策

不妊（Infertility）の問題に苦しむ人口は全世界に8000万人いるといわれ、この数字は10組に1組のカップルが不妊問題に直面していることを示唆している³⁶。現在の医療技術では改善の難しい不妊問題は全体の5%程度とされている一方で、性感染症、結核などの感染症、不衛生な中絶、近親結婚、女性性器切除（FGC）などが原因である不妊も多い。近年、WHOはリプロダクティブヘルスの改善の取り組みのなかで、生殖補助医療技術（Assisted Reproductive Technologies: ART³⁷）にも言及しており、**不妊および不妊治療についても今後検討を進めるべき課題**であるとしている³⁸。ARTが技術的、経済的理由で採用できない開発途上国では、一夫多妻制により子どもを持つこともある。しかしリプロダクティブヘルスの課

不妊もリプロダクティブヘルスの課題のひとつであり、人権に配慮した治療と偏見をなくすための啓発活動などが望まれる。

³⁶ WHO (<http://www.who.int/reproductive-health/infertility/index.htm>)

³⁷ UNFPA (1998) では、50歳前後との表記。出産経験なしの女性、喫煙者、貧困な女性は早期に更年期による健康障害が現れる、と言及している。

³⁸ *ibid.* p.56 更年期の健康障害はエストロゲンの減少に起因することから、対策として ホルモン補充療法（HRT）、生活習慣改善（運動奨励、栄養改善など）、漢方薬を主とするホルモン療法を除く薬物治療、カウンセリング、心理療法などが挙げられている。女性ホルモン（エストロゲン）低下による諸症状のうち、骨粗しょう症などはエストロゲン補強により軽減可能なことは明らかにされている。このうち に関しては、エストロゲン補充について、どの薬剤をいつからどの程度、という治療法は個人差もあり十分に確立されているとは言い難い。今後も患者個人の状況に対応した治療法の改善が待たれる。

題の中で、不妊に関する協力に際しては、医療従事者には人権に十分に配慮した治療法の開発、改善が期待される。また一般の人々に対しては、適正な知識の普及と偏見をなくすための啓発活動も不可欠であろう。

他国の取り組みの経験からは、世界的にはいまだ不妊は女性に原因があるとする偏見が強いが、男性の生殖機能に問題のある場合についても広く認識されるべきである。廉価で大部分の不妊の原因が解明可能である。

カップルの教育程度が高ければより効果的に治療が進む、などが明らかにされている³⁹。本課題については、JICAによる直接的な支援の事例はない。そのため、他機関による取り組みからの学習が、将来を見据えた効果的アプローチ模索の一助となる⁴⁰。

開発戦略目標 2 女性特有の健康問題の改善および不妊対策

中間目標 2-1 ライフステージに応じた疾病および健康障害への対策			
中間目標のサブ目標	プロジェクトでの活動例	事例	JICAの事業例
婦人科系悪性腫瘍などの治療、生殖器官（子宮、卵巣など）のがん、乳がん起因する健康損失の減少	早期診断と適切な治療の充実・普及 症状・リスク要因・予防法についての教育・啓発 スクリーニング・資料サービス提供者の人材育成および施設・設備の改善	40	
加齢による更年期障害などによる生活の質（QOL）の低下の改善	× 医療人材を対象とした症状・リスク要因についての研修 × 早期診断と適切な治療の充実・普及 × 一般住民を対象とした症状、要因、改善方法などについての知識の普及と理解を深めるための活動への支援		

中間目標 2-2 不妊対策			
中間目標のサブ目標	プロジェクトでの活動例	事例	JICAの事業例
不妊と不妊治療	× 適正な知識の普及と理解の促進および人権に十分に配慮した治療法の改善		

* 事例番号については付録 1 の別表を参照のこと。

プロジェクトでの活動例：

- JICAのリプロダクティブヘルス協力事業において比較的事業実績の多い活動
- JICAのリプロダクティブヘルス協力事業において事業実績のある活動
- JICAのリプロダクティブヘルス協力事業においてプロジェクトの一要素として入っている活動
- × JICAのリプロダクティブヘルス協力事業において事業実績がほとんどない活動

³⁹ 図 2 - 4 参照

⁴⁰ Reproductive Health Outlook (http://www.rho.org/html/older_overview.htm)

**開発戦略目標3
ジェンダー間の平等
と女性のエンパワ
ーメント**

開発戦略目標3 ジェンダー間の平等と女性のエンパワメント

リプロダクティブヘルス達成のためには開発戦略目標1および2への保健分野からの取り組みだけでは十分でない。人々の経済状況、教育、雇用、生活状況と家庭環境、社会・ジェンダー環境、伝統的規範などの面にも注意を向ける必要がある。特に女性の社会・文化的地位はリプロダクティブヘルスに影響する重要な要因である。

「ジェンダーの平等の推進と女性の地位向上」はミレニアム開発目標の3番目の目標にも掲げられているように、それ自体が開発援助におけるグローバル・イシューとして推進されるべきものである。また、それと同時に、女性のエンパワメントはリプロダクティブヘルス達成のために必須な要因でもある。

中間目標3 - 1 男女間の機会不均衡の解消

1994年カイロ行動計画を特徴づけた「人権アプローチ」は人々（とりわけ女性）の人権としてのリプロダクティブライツの尊重を前提としている。リプロダクティブライツとは「すべてのカップルと個人が自分たちの子ども数、出産間隔、出産時期を責任をもって自由に決定でき、そのための情報と手段を得ることができる基本的権利」を指す。

これら基本的権利のなかでも特に教育は重要である。教育の機会向上は出生力に直接インパクトを持つ初婚年齢（初産年齢）および避妊実行率の上昇をもたらし、出生率の低下をもたらす。また、教育をとおした健康や栄養・衛生の知識向上が死亡率を低下させ、間接的に出生率の低下につながる。

途上国における教育機会の男女不均衡は深刻（教育を受けることのできない子ども推定1億400万人のうち約6割が女子。約8億8000万人の非識字成人の3分の2は女性）であり、これを解消するためには様々なアプローチが必要である。女性教育水準を高めるには、フォーマル教育以外にも識字教育・職業訓練などノン・フォーマル教育への女性の参加促進をするのみならず、既存の教育内容や施設であってもジェンダーバイアスのかかったものを是正し、非差別的な教育および訓練を開発する必要がある。また同時に、教育や雇用の機会不均衡という現実のなかで、必然的に保健サービスや健康に関する情報にアクセスしづらい、あるいはアクセスできない女性たちをいかにサポートするか、との視点も重要である。

アプローチ方法としては、**保健サービスへのアクセスを促進させるため、保健サービス提供者に対するジェンダー配慮研修や地域有力者や宗教リー**

保健サービスへのアクセス改善のため、保健サービス提供者へのジェンダー配慮研修や地域有力者、宗教リーダーへのジェンダー啓発活動がある。

ダーなどへのジェンダー啓発活動がある。さらに、たとえ教育の機会が奪われた女性であっても自分で自分のリプロダクティブヘルスを守ること、すなわち、性に関する自己決定権を女性が自覚し実践することは重要であり、そのための啓発活動や動機づけを行うことも本中間目標にとって有効なアプローチである。

JICAの取り組み

2001年度より定められたJICAのジェンダー・WID実績集計新基準⁴¹（環境・女性課）によると「WID案件」、「ジェンダー平等案件」、「ジェンダー関連案件」の3つに分類されるが、リプロダクティブヘルス分野での取り組みはこのうち「WID案件」、または「ジェンダー関連案件」に該当する。

JICAにおけるジェンダー主流化への取り組みが1990年代初頭から開始されて以来、事業におけるWID配慮の必要性が徐々に進み、カイロ会議から10年を経た現在では、多くのリプロダクティブヘルス関連案件のなかでジェンダーの視点がより意識的に取り込まれている。

なかでも、この中間目標に対する取り組みは以下の3つの中間目標と比べると相対的に多い。カイロ会議以前にも、例えばケニア「人口教育促進プロジェクト（1988 - 1993）」では望ましい家族規模に関する価値観に変革をもたらすことを目指したIEC活動のなかで、非識字者の割合が高い女性を対象に、フォークメディア（地域に根ざした歌や踊りを使用して教育的メッセージを伝える方法）を使った啓発活動を行うなど保健サービスへの女性のアクセス改善に役立つ工夫がみられる。

一方で、カイロ会議以降もリプロダクティブヘルス関連案件ではあるが、実施プロセスにおいて特段男女間の格差是正を意識していない場合もみられる（例：「インドネシア母子保健プロジェクト」、「モンゴル母と子の健康プロジェクト」、「ガーナ母子保健医療サービス向上計画プロジェクト」など。これらの場合、厳密に解釈するとジェンダー関連案件とはならない）。

ジェンダー配慮を行うためには女性を取り巻く社会的・文化的背景へのきめ細かい観察と検討が必要となるため、事業の計画段階からジェンダーの視点を織り込まない限り、ジェンダー関連案件となることは難しい。

⁴¹ 課題別指針「ジェンダー主流化・WID」に定義されている基準は以下の3つがある。「WID案件」：女性を主要な受益者とし、女性の戦略的ニーズの充足を最終目標としつつ、女性の実際のニーズに対処する案件、「ジェンダー平等案件」：ジェンダー平等および女性のエンパワーメント推進を主要な目的とする案件。制度・政策支援などを含め、ジェンダーに係る戦略的ニーズに対処、「ジェンダー関連案件」：ジェンダー平等および女性のエンパワーメント推進を上位目標やプロジェクト目標と定めていないものの、実施・計画段階からジェンダー格差是正に向けた工夫や措置がなされている案件。

**中間目標3 - 2
女性に対する暴力
および性暴力の減少**

中間目標3 - 2 女性に対する暴力および性暴力の減少

リプロダクティブヘルスは生涯にわたる女性の性と生殖に関わる問題を論じる包括的概念であり、単なる健康問題にとどまらず、性的嫌がらせやドメスティックバイオレンス（パートナーからの暴力）などを含め、女性差別からくるあらゆる暴力および性暴力も問題として扱っている。

女性性器切除（FGC）、武力紛争下における女性への暴力、家庭内暴力（Domestic Violence: DV）、レイプ、強制売春、ダウリー殺人⁴²、オナーキリング（名誉殺人）⁴³、女兒殺しなどのジェンダーに基づく暴力は、生涯にわたる女性の健康と社会参画に悪影響を及ぼしている。女性への暴力は、望まない妊娠、無認可で危険な中絶、強制不妊や強制的な避妊、HIV/エイズを含む性感染症など女性の健康、ウェル・ビーイング（well-being、良好な状態）を阻害する。

女性に対する暴力および性暴力の減少のためには、FGCの撤廃に向けた努力のほか、**女性の暴力に反対する社会環境づくり、暴力を受けたあとの身体的被害に対処するためのレファラルサービスや精神的ケア・サービスの充実が必要**である。とりわけ性に関する暴力のなかでも甚だしく有害な伝統的慣習であるFGCは廃止を求める女性の運動も高まっており、カイロ会議「行動計画」に廃絶が明記されるとともに、禁止措置をとる国もでてきている。

女性に対する暴力および性暴力の減少のためには、女性の暴力に反対する社会環境づくりや、暴力を受けたあとの身体的・精神的ケア・サービスの充実が必要である。女性性器切除は性暴力と考えられる。

Box 2 - 15 女性性器切除（FGM/FGC）

アフリカや西アジアの多くの社会では、しばしば女子の割礼と表現される、女性性器切除（FGM/FGC）が行われている。世界中で約1億3000万人の女兒や若い女性がこの危険で痛みを伴う慣習を経験しており、さらに毎年約200万人が新たにその危険にさらされている。女性性器切除は、陰核やその他の外性器の一部または全部を切除することを意味する。これは女兒のセクシュアリティは管理されていなければならない、女兒の処女性は結婚まで守られなければならないという根強い民間信仰に基づいている。

JICAの取り組み

この中間目標に対する取り組みはまだ少ないが、ここ数年幾つかの取り組み事例がみられる。技プロの例では「ヨルダン・家族計画・WIDプロジ

⁴² ダウリー殺人：20世紀以降のインド社会において、「ダウリー（持参金）が少ない」「ダウリーの追加要求に応じなかった」といった理由で、夫やその家族が花嫁を殺害するケースのこと。年間5000人以上の新婦が殺されているとの予測もある。

⁴³ オナーキリング：「名誉殺人」と呼ばれるアラブ・イスラム社会にみられる慣習。結婚相手以外と性交渉を持った女性を父や家族が不名誉と感じ、名誉を守るためには殺害も許されるという考えに基づく。時には性交渉の事実の有無にかかわらず、噂になっただけでも殺害するケースがある。

エクト（詳細は付録1、Box A1 - 4を参照）」で女性の戸別訪問要員へのトレーニング項目に女性への家庭内暴力を入れ、「ホンジュラス・第7保健地域リプロダクティブヘルス向上プロジェクト」ではカウンセリング分野の短期専門家の講義トピックに性暴力を含めている。また「ニカラグア・グラナダ地域保健強化プロジェクト」では思春期リプロダクティブヘルス教育の活動のなかで現地NGOや警察とともに暴力の被害の軽減と処置についてのワークショップを共催している。

旧開発福祉支援のスキームでも「メキシコ・ストリートチルドレンのための性の健康プロジェクト」のなかで、避難所でのインタビューを通して性暴力の被害を受けた子どもに心理カウンセリングを行っている。

また、正確な統計はないものの、この分野で最も実績を重ねているのはJOCVであろう。中南米とアジアにおける青少年活動、保健師、助産師、村落開発普及員の職種においてセクシュアルハラスメント、DV、レイプなどに対する取り組み例がみられる。これらに共通するのはジェンダーと暴力にかかわる活動は当初要請されていないものの、各隊員の活動の過程で座視できない深刻な問題だと認識し取り組み始めたという点である。相手側との濃密なコミュニケーションによる信頼関係なしには容易にこの問題を扱えないことを示すものともいえる。

FGM/FGCは女性に対する暴力のなかでも非常に深刻な問題である。日本政府としてはUNDPの日本WID基金を通じた協力実績（エジプト）などはあるものの、これまでJICAとして直接取り組んだ実績はない。問題をよく理解したうえでの今後の対応方針が必要とされる課題である。

**中間目標3 - 3
男性の理解および
参加の促進**

中間目標3 - 3 男性の理解および参加の促進

機会の不均衡を乗り越えて、女性がリプロダクティブヘルスに関する情報やサービスにアクセスできた場合でも、性と生殖に関する意思決定は男性パートナーによってなされることが多い。その結果、望まない妊娠・出産、HIV/エイズをはじめとする性感染症のリスクが高まる。特にHIV/エイズに関しては、女性は生殖器の構造により生物学的に感染しやすいことに加え、強制的な性交渉やコンドームを使用した主体的な避妊を実施できないケースが多いことから感染のリスクが高い。また、一部の開発途上国においては、文化的に妊娠・出産に関する診療は女性医療従事者しかできないため、女性の医師や助産師の不足により受診行動そのものが阻害されている。また、医療機関において女性のプライバシーや人権が保障されないケースも多い。

リプロダクティブヘルスを達成するための必要条件となる**ジェンダー間**

ジェンダー間の平等には、男性の理解および参加の促進が不可欠である。

の平等には、男性の理解および参加の促進が不可欠である。男性の態度や行動は固定化された男らしさ（精力的かつ有能であらねばならないとの固定観念）の定義に大きく影響されている。したがって、そうした固定化したジェンダー概念を解きほぐし、リプロダクティブヘルスにおける男性の役割と責任について教育・啓発活動を行うアプローチが必要となる。男性と女性が家庭内におけるそれぞれの役割と責任について話し合うことは、家庭を強化し、ジェンダーの不平等を減らすことにつながる。また夫婦間のみならず家族、地域社会のリーダー、保健サービス提供者にも同様の啓発活動を行う必要もある。特に性的に活発な独身男性や思春期の男性に対して、家族計画を含むリプロダクティブヘルス研修やジェンダートレーニング、ピア・カウンセリングなどを行うことは有効である。

JICAの取り組み

カイロ会議以降、ジェンダー間の平等には男性の理解および参加の促進が不可欠であるとの認識が定着するにつれ、プロジェクト活動のなかに男性の理解と参加を促すための工夫を取り入れた事例も少しずつ増えている。「メキシコ家族計画・母子保健プロジェクト」では母子手帳（「私の手帳」と命名）のなかで各頁に父親向けのメッセージを織り込む工夫をしている。また、「バングラデシュ・リプロダクティブヘルス人材開発プロジェクト」では産院での父親教室を実施している。「ヨルダン・家族計画・WIDプロジェクト」では、女性と同じトピックについて男性住民のみを対象者とするIECワークショップを、自宅やベッドウィンテントにてアラビア語で行うなど、地域社会の伝統を尊重するアプローチをとった例などがある。

中間目標3 - 4
女性の社会参加促進
および経済力の向上

中間目標3 - 4 女性の社会参加促進および経済力の向上

生涯を通じてリプロダクティブヘルスを確保するためには、女性が、自らの性や生殖に関して意思決定をすることが何よりも大切であり、そのためにも男性や他者が女性本人の意思に反して決定する文化・慣習的側面を改善し、互いに尊重しあう平等な男女関係を促進する必要がある。「男女平等と女性のエンパワーメント」はカイロ行動計画の重要な目標のひとつに掲げられている。女性のエンパワーメントを促進するには、女性が自分の存在に価値があると感じる（self-esteem）ことができ、心身の健康を享受し、性と生殖に関する意思が尊重されるべきであると理解できるような活動を実施することが必要となる。

女性のself-esteemをベースに達成されるべき女性のエンパワーメントの

女性のエンパワーメントには、

- ・所得創出活動とリプロダクティブヘルス向上の統合
- ・保健サービス提供者へのジェンダートレーニング
- ・男性、地域有力者、宗教指導者に対するリプロダクティブヘルスの啓発教育

などが必要。

現実的指標は、女性が自らdecision makingを行えること、それに伴う社会参加と、経済力の向上であろう。そのためのアプローチとしては、女性を受益者とする**所得向上プログラムを意識的に組み合わせた保健サービスの提供**、コミュニティ・ヘルスワーカーなどの**保健サービス提供者を女性としたうえでジェンダートレーニング**のほか、**男性、地域有力者、宗教指導者に対するリプロダクティブヘルスについての啓発教育活動**が考えられる。

JICAの取り組み

この中間目標をプロジェクトの中心テーマに据えた初の技術協力プロジェクトはWID案件「ヨルダン・家族計画・WIDプロジェクト」(Box A 1 - 4 参照)である。このプロジェクトではリプロダクティブヘルス向上と地域住民への啓発活動および女性の収入創出活動(山羊飼育、養蜂など)を統合したものであった。地域住民から選んだ保健サービス要員(女性)の事前研修にはジェンダートレーニングを織り込み、戸別訪問時に家族計画や妊産婦ケアの保健サービスのほかにジェンダーの啓発活動を行った。これにより、女性住民のジェンダーについての知識が向上したのみならず、保健サービス要員のself-esteemが向上したことが確認されている。また女性を受益者とした収入創出活動は、男性を含めた地域の巻き込みのためのエントリーポイントとして効果をあげた。こうした女性の経済力の向上が女性の家庭内での地位を上げ、self-esteemを生み出した。さらに、男女別々に行った住民対象の啓発ワークショップや地域有力者や宗教指導者への理解を得るための活動(地域開発委員会)も地域の特性に沿ったアプローチとして有効であった。文化的・宗教的要因に大きく影響を受けるジェンダーに関わる活動では現地の国際機関やコンサルタントから助言、協力を得ることが有効であることも教訓として挙げられる。

この案件は現在旧開発福祉支援事業にて継続実施されているが、女性のエンパワーメントとリプロダクティブヘルスの相乗効果や女性、男性それぞれの行動変容を分析するうえで貴重な事例でもあり、今後さらにモニタリングを要する。

「バングラデシュ・リプロダクティブヘルス地域展開プロジェクト」(2001年～2004年3月)は旧開発パートナー事業として開始され、現在フォローアップ協力中のものである。このプロジェクトでは日本のNGO(ジョイセフ)と現地のNGO(バングラデシュ家族計画協会)が連携して「農村地域の女性が自らの力で自分と家族の健康を守っていくという意識をもち、そのために行動をするようになること」を目的に様々な活動を組み合わせた統合的なアプローチを行っている。女性の組織化、家庭開発ボラン

ティアの育成、地方自治体の巻き込み、リプロダクティブヘルス・サービスの提供、女性のエンパワーメントにつなげるための活動（識字教育、裁縫教室による職業訓練、洋裁や養鶏による収入創出活動）とヨルダンの上記プロジェクトとの類似点も多い。こうした活動が家庭における女性の裁量や外出の可能性を高める結果につながったことも確認されている。

また、パキスタンでも旧開発福祉支援事業として「ファミリーヘルスと女性のエンパワーメント事業」（2003年9月～2006年8月）を実施中である。リプロダクティブヘルス・サービスの向上や技術訓練（裁縫、手工芸品など）を通じて、スラム地域における貧困女性の収入向上を支援している。エンパワーメント意識向上のための試みでは、ジェンダーイシューについての講義や、お互いの経験を語り合うという取り組みを実施主体であるNGOの地域センターの代表者から各コミュニティの代表者（ボランティア女性）へ、さらに地域住民へと広げるアプローチをとっている。

開発戦略目標3 ジェンダー間の平等と女性のエンパワーメント

中間目標3-1 男女間の機会不均衡の解消			
中間目標のサブ目標	プロジェクトでの活動例	事例	JICAの事業例
女子教育水準の向上	識字・初等・職業教育の機会の提供 教育・雇用面での女性のキャパシティ・デベロップメント × 非差別的な教育および訓練を開発する	7,8,118	
保健サービスへの女性のアクセス改善	保健サービス提供者へのジェンダーアドボカシー活動 地域有力者、オピニオンリーダーに対する啓発 女性のプライバシーに配慮した利用しやすい保健施設整備 × 男女別保健データ（ジェンダー統計）の整備	8,36,34	
自己による健康促進の動機づけ	× 学校教育へアクセスできない女性への健康教育（劇、紙芝居、歌、ビデオ） 識字教育やインフォーマル教育プログラムと組み合わせた保健サービスの提供	2,3	

中間目標3-2 女性に対する暴力および性暴力の減少			
中間目標のサブ目標	プロジェクトでの活動例	事例	JICAの事業例
女性性器切除（FGC）の撤廃	× 女兒とその家族、地域有力者などに対する女性性器切除の健康リスクについての教育、啓発 × 保健サービスへの人材育成、啓発		
・ 女性に対する暴力（武力紛争下における暴力、家庭内暴力、レイプ、強制売春など）に反対する社会環境づくり ・ 暴力を受けたあとのレファラルサービスの充実（保健サービス以外も含む）	女性、男性、地域有力者、宗教指導者に対する性暴力についての教育、啓発 保健サービス提供者への人材育成、啓発 × レファラルサービス提供者の人材育成 × レファラルサービス提供施設・設備の改善	8,41,117	

中間目標3-3 男性の理解および参加の促進			
中間目標のサブ目標	プロジェクトでの活動例	事例	JICAの事業例
男性の理解および参加の促進	男性向け避妊方法、情報、カウンセリング法などの開発 × 男性同士のピア・カウンセリング活動	8,14,39	

中間目標3-4 女性の社会参加の促進と経済力の向上			
中間目標のサブ目標	プロジェクトでの活動例	事例	JICAの事業例
女性の社会参加の促進と経済力の向上	保健サービス提供者/受け手へのジェンダートレーニングによる自身の知識向上、self-esteemの向上 女性の所得向上プログラムと組み合わせた保健サービスの提供 男性、地域有力者、宗教指導者などに対するジェンダートレーニング	7,8,118	

* 事例番号については付録1の別表を参照のこと。

プロジェクトでの活動例： JICAのリプロダクティブヘルス協力事業において比較的事業実績の多い活動 JICAのリプロダクティブヘルス協力事業において事業実績のある活動 JICAのリプロダクティブヘルス協力事業においてプロジェクトの一要素として入っている活動 × JICAのリプロダクティブヘルス協力事業において事業実績がほとんどない活動
--

開発戦略目標4 リプロダクティブヘルスの改善に対する体制整備

リプロダクティブヘルスの改善を国家の重要な課題として位置づけ、上記開発目標1～3の活動が円滑かつ継続的に行われていくためには、「**リプロダクティブヘルスの改善に対する体制整備**」が重要である。現在、ドナーによっては、既存の公的保健システムを介さずに直接住民に介入する援助なども行われており、JICAでも一部実施しているが、そのようなアプローチは、直接的に目に見える効果が現れやすい半面、援助資金が途切れたときの自立発展性に不安が残る側面もある。援助がいずれ終了することを考えれば、既存の保健システムについて、体制整備やキャパシティ・デベロップメントを図っていくことも重要である。

中間目標4-1 政治的コミットメントの確立

中間目標4-1 政治的コミットメントの確立

包括的なリプロダクティブヘルスが改善されるためには法整備を含んだ予算、制度、人材などが整備されることが望ましい。そのためには、政治的な意思および政治的コミットメント（Political Commitment）の強化が欠かせない。国家としての保健医療分野に対する包括的政策フレームワークが構築され、保健医療分野における達成期間を定めた国家戦略が策定されること、またその中で女性の人権などに配慮したリプロダクティブヘルスの強化が言及されること、などがリプロダクティブヘルス改善の推進力となる。また保健サービスへのアクセスを改善するために、道路交通、上下水道などの社会インフラの整備、教育機会の拡大などの関連分野への政治的コミットメントも不可欠である⁴⁴。

政治的コミットメントを引き出すためには、政策提言、国際会議開催、高級レベル会合、研修開催、政策立案者参画によるスタディツアーの実施、ウェブ上での情報の発信を含む書籍、論文などの発表、各種広報活動やマスメディアへの働きかけなどのアドボカシーを複合的、継続的に実施することなどのアプローチが考えられる⁴⁵。

また、健全な保健財源の確保および保健財政の適正化が良質の保健サービスの維持継続のために重要であることから、保健医療分野、特にリプロダクティブヘルス分野に対する予算の拡大への働きかけも併せて必要である。

政治的コミットメントの強化

- ・包括的政策フレームワークの構築
- ・国家戦略の策定
- ・保健サービスへのアクセス改善
- ・教育機会の拡大など

⁴⁴ WHO/AFRO (<http://www.whoafro.org/press/2003/pr20031024.html>) WHOの報告の中に、リプロダクティブヘルスの成功事例要因として教育機会の拡大、インフラ整備によってどの地域からも30分以内で医療施設にアクセスを可能としたモーリシャス、緊急医療用のヘリコプター、飛行機を整備したセイシェル、強い政治的意思によって基礎的医療と基礎教育を無償としたカーボベルデの事例が紹介されている。

⁴⁵ UNFPA (<http://www.unfpa.org/supplies/essential/7a.htm>)

以上のように政策への介入を行うためには、保健セクター全体のマスタープラン策定への支援や保健省高官をカウンターパートとする保健政策アドバイザーを派遣し政策助言を行うなどの方策が考えられる。さらには、当該国の国家開発計画や貧困削減戦略ペーパー（Poverty Reduction Strategy Paper: PRSP）、中期財政計画などの策定に対する支援が実施される場合は、それらの国家戦略策定過程において、リプロダクティブヘルスの改善が重点課題と位置づけられ、適切に予算配分がなされるよう働きかけることも重要である。そのためには、保健省への政策支援だけでなく、大蔵省や経済政策所管官庁へのアドバイザーやマクロ経済運営に対する政策支援プログラムなどとも連携して、政策中枢へのアドボカシー活動を展開することが望まれる。

JICAの取り組み

- ・ 開発計画策定支援
- ・ 保健政策アドバイザー

JICAの取り組み

保健医療分野の政策フレームワークづくりへの支援として、JICAでは1990年代に入ってから**開発調査のスキームを用いて国家レベル、地域レベルの保健医療分野の開発計画策定支援**を行ってきている。特にリプロダクティブヘルス改善のためのマスタープラン作成支援として「インド・リプロダクティブヘルス支援計画調査」（付録1・Box A1-8参照）がある。本協力ではインド・マディヤプラデシュ州で「女性の健康」を最優先課題とする開発計画（マスタープラン）を策定した。また全国レベルの国家保健医療分野開発計画策定のための開発調査がラオス、ウズベキスタン、スリランカで行われた。

また、幾つかの国に対しては、保健政策アドバイザーを派遣しており、それらの専門家によっても、リプロダクティブヘルスを含む保健政策全般について政策的アドバイスがなされている。

地域展開型のプロジェクトの活動が、中央政府の政策に反映した例としては、「ベトナム・リプロダクティブヘルスプロジェクト」が挙げられる（Box A1-1参照）。プロジェクトを通じて開発された様々なシステムなどが、ベトナム政府が定めたリプロダクティブヘルス・ケア国家10カ年計画に盛り込まれており、草の根での活動が国家計画へ反映された好例といえる。

**中間目標4-2
保健医療行政システム
の強化**

中間目標4-2 保健医療行政システムの強化

リプロダクティブヘルスを改善しさらに持続させていくためには、国家レベル・地方行政レベル双方において、リプロダクティブヘルス・ケア推進の観点から、**行政組織の運営管理能力の向上、情報管理システムの**

整備、保健セクターにおける財政強化システムの開発、などを進めていくことが必要である。

行政組織の運営管理能力の向上においては、保健や家族計画担当の行政官が、国際的な合意や目標、国内の現状等を踏まえたうえでリプロダクティブヘルスの国家政策や行動計画を策定し、適切な予算配分のもと適正かつ効率的に計画が実施できるよう、**行政官の育成**を図ることが不可欠である。一方、多くの途上国において地方分権化が進んでいることから、**地方行政組織の運営管理能力および地方行政官の育成**も併せて重要である。近年、リプロダクティブヘルス・ケアのサービスの質にも目が向けられるようになってきているが、より多くの、より質の高いサービスを提供するためには、中央のみならず地方政府の役割がますます重要になってきている。地方政府が、リプロダクティブヘルスを重要な課題と認識し予算を重点的に配分すること、地域住民の現状とニーズを正確に把握したうえで適切な計画を策定すること、予算を適正かつ効率的に執行し責任を持って計画を遂行すること、の3つを実行できるようにすることが必要であり、そのためには**地方自治の指導者へのアドボカシー活動や地方行政官の研修**を繰り返すことが効果的である。

また限られた予算を効率的に利用するためには、**保健部門と人口・家族計画部門の連携**はもとより**社会福祉、教育など他セクターとの連携を強化**しリプロダクティブヘルス・ケアを推進していくことが重要である。そのための方法としては、リプロダクティブヘルスに関わる**省庁横断的な委員会（インターミニストリーコミッティ）**などを作り、その機能をサポートすることも一案である。委員会は保健省などに事務局を置くものの、各省庁のリプロダクティブヘルス関係者が委員に入り、さらには、NGOや大学など民間の組織も加わることが望ましい。また、地域でリプロダクティブヘルスケアのプロジェクトを展開していくにあたっては、地方自治体と各省庁の出先機関、NGOなどで構成される**運営委員会**などを作りその機能を側面支援することも、プロジェクトの円滑な実施のための効果的アプローチである。

一方、リプロダクティブヘルスの現状や地域住民のニーズを正確に把握するための**保健情報管理システムの整備**や、適切な行政計画策定・実施・評価のための「**シンクタンク機関の設置・強化**」や「**調査研究のキャパシティ・デベロップメント**」などに関する支援も必要である。多くの開発途上国では保健情報管理システムが機能していないため、必要な情報が的確に収集されない、収集された情報が分析されない、フィードバックがなされないなどの問題があり、国や地域の現状やニーズに基づいた適切な政策や計画の策定が困難となっている。同分野はわが国の知見が蓄積されてい

保健医療行政システムの強化には、次の3つが必要。

- ・行政組織の運営管理能力の向上
- ・情報管理システムの整備
- ・保健セクターにおける財政強化システムの開発

る分野でもあることから、今後も協力を拡大していくことが可能な分野と思われる。具体的には、**統計システム整備、GISを含む保健情報管理ソフトの開発・改良、統計担当者に対するPCの使い方、ソフトウェアの使用法やデータ解析研修の実施**などが考えられるが、それらの技術支援を行う以前に、**それらの統計技術を何のためにどのように活用するのか**という根本的課題を十分確認・整理していくことも重要なポイントである。

国や地域の現状・ニーズに基づいた政策・計画の策定のためには、保健情報管理システムの整備が重要。

一方、**リプロダクティブヘルス推進のための財政強化のためには**、中間目標4-1で記載したとおり予算拡大への働きかけが必要であるが、さらに租税以外の財源確保の方策として、**医療保険やユーザーフィーの導入**なども考えられる。リプロダクティブヘルス分野に限って言えば、**母子健康手帳におけるユーザーフィーや薬剤供与における村落共同体保険**などの導入が考えられるが、貧困層の多い地域での導入は容易ではなく、協力例も数少ないのが現状である。

JICAの取り組み

「地域保健システム」改善を目的にホンジュラス、ケニア、ボリビア、マラウイなどで協力実績がある。

保健情報システム関連では、パキスタンで開発調査のスキームにおいて、**保健情報管理システムの整備**を実施している。また、ベトナム・リプロダクティブヘルスプロジェクトでも、対象地域であるゲアン省において保健情報管理システムの導入の支援を行っている。同システムは、ベトナム保健省がUNFPAやWHOなどと協力して開発したデータ集計報告用ソフトをプロジェクトで改善しゲアン省で導入したものであるが、これが他ドナーや保健省にも認められ、全国への普及に向けて準備が進められている。

財政強化に関しては、インドネシア母と子の健康手帳プロジェクトで母子健康手帳のユーザーフィーを導入した例や、カンボジア母子保健プロジェクトで国立母子保健センターの医療費有料化を図り財政を安定させた例などが、今後の参考となる事例である。

開発戦略目標4 リプロダクティブヘルスの改善に対する体制整備

中間目標4-1 政治的コミットメントの確立			
中間目標のサブ目標	プロジェクトでの活動例	事例	JICAの事業例
政策フレームワークの構築	× 国家戦略の策定 活動計画の策定	124	
保健財政の適正化	× 予算の拡大		

中間目標4-2 保健医療行政システムの強化			
中間目標のサブ目標	プロジェクトでの活動例	事例	JICAの事業例
運営管理能力の向上	行政官の育成 地方行政官の育成 関係省庁間の連携強化、国際機関との連携強化 保健サービス提供者の教育計画・再教育計画の策定 調査・研究能力の向上 ユーザーフィー導入などによる財政強化	16 16,22,28,34 8,14,28,34 1 25 16,20	・保健医療従事者に対する訓練（管理運営能力向上、研修活動強化、治療能力向上） ・現地NGOや国際機関との連携
保健情報管理システムの整備	統計システムの整備 保健情報管理ソフトの開発、改良 統計担当者に対するパソコンの使い方、ソフトウェアの使用法、データ分析研修の実施	29,31,34,35 31,35 29,34,35	・保健情報管理システムの整備

* 事例番号については付録1の別表を参照のこと。

<p>プロジェクトでの活動例：</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ JICAのリプロダクティブヘルス協力事業において比較的事業実績の多い活動 ○ JICAのリプロダクティブヘルス協力事業において事業実績のある活動 ○ JICAのリプロダクティブヘルス協力事業においてプロジェクトの一要素として入っている活動 × JICAのリプロダクティブヘルス協力事業において事業実績がほとんどない活動
--

第3章 JICAの協力量針

3 - 1 JICAが重点とすべき取り組みと留意点

(1) 基本的考え方

1) リプロダクティブヘルスは、ミレニアム開発目標達成のためにも最も有効なアプローチのひとつであり、JICAは、本分野の協力を今後さらに拡充していくべきである。

リプロダクティブヘルスは、ミレニアム開発目標達成のためにも最も有効なアプローチのひとつである。

1994年のカイロ会議では、「リプロダクティブヘルスの実現が人間を中心とした持続可能な開発と人口の安定にとって不可欠」との共通認識のもと、世界179カ国によりICPD/カイロ行動計画（20カ年計画）が採択された。行動計画では、2015年までにリプロダクティブヘルスの普遍的アクセスを実現するなど具体的な目標が定められたが、その後2000年9月の国連総会でミレニアム開発目標（MDGs）が採択されたことから、最近の世界の関心は、ミレニアム開発目標の達成により強く向けられるようになってきている。

しかしながら、カイロ行動計画とミレニアム開発目標は多くの目標を共有しているほか、**リプロダクティブヘルス改善のための多くの取り組みはミレニアム開発目標の複数の目標達成に複合的に貢献するもので、決して両者は別々に議論されるべきものではない。**特に、「妊産婦の健康の改善」や「乳幼児の死亡・疾病の減少」、「性感染症の減少」、「ジェンダー間の平等の推進」といった目標に直接的に貢献するのみならず、「極度の貧困と飢餓の撲滅」や「普遍的初等教育の達成」といった目標にもリプロダクティブヘルスの改善が大きく貢献することに注目する必要がある（図2 - 1参照）。

今日、ミレニアム開発目標の多くが2015年までの達成を危ぶまれている。世界中の援助機関は、同目標の達成に向けて最も効果的なアプローチを必死で模索しているが、そのなかでも、**リプロダクティブヘルスと基礎教育**は特に注目されているアプローチである。世界がミレニアム開発目標の実現に向けて真剣に取り組むのであれば、リプロダクティブヘルスの重要性を再認識し、援助の中心課題として位置づけをし直すことが必要であろう。

JICAの予算全体に占めるリプロダクティブヘルス関連予算は1%強。今後、大幅に予算を拡充させることが必要である。

現在、日本の政府開発援助全体に占めるリプロダクティブヘルス関連予算は1%前後、**JICA予算においても1%をわずかに超えた程度**という状況である。JICAがミレニアム開発目標の達成に積極的に取り組む方針を打

ち出していることを考えると、リプロダクティブヘルスに対する予算を現状よりも大幅に拡充させることがぜひとも必要である。

2) リプロダクティブヘルスに関わる協力は包括的アプローチが基本であり、まず対象国の課題・ニーズを包括的な視野で整理することが重要である。そのうえで、他ドナーの動向、日本の比較優位を踏まえ、JICAによる介入範囲を選択していくアプローチが望ましい。

リプロダクティブヘルスの協力では、まず対象国の課題・ニーズを的確に把握し、包括的なプログラムフレームを整理することが必要である。

第1章、第2章で見てきたとおり、リプロダクティブヘルスとは非常に包括的な概念であり、リプロダクティブヘルスの諸活動とその成果（アウトカム）は、単純な図式では整理できない複雑な因果関係となっている（図2-1参照）。特に、後発開発途上国ならびにイスラム教国など、社会・文化的配慮が不可欠な国においては、体系図内の「開発戦略目標1、3、4」のほとんどすべての取り組みが必要であり、それらの取り組みの成果が相互に関連・補完しながらミレニアム開発目標など究極的な目標の達成に貢献する、といった関係性になっている。そのためプロジェクトを開始する際にその活動内容を最初から限定するのは適切ではなく、まずは相手国や他ドナーと協力しながら、対象国におけるリプロダクティブヘルス全体の課題・ニーズを的確に把握し、包括的なプログラムフレームを整理することが肝要である。そのうえで、JICAとして貢献可能な達成目標を設定し、そのためにどのような協力ができるか選択していく、といったアプローチを採ることが望ましい。

JICAの介入範囲を選択するにあたっては、対象国におけるニーズの高さ、日本における経験・リソースの有無、他ドナーの動向などを踏まえて慎重に検討することが必要であるが、特に今後JICAが重点的に取り組むべきと思われる課題を以下(2)に記載する。

(2) JICAが重点とすべき取り組み

1) 継続的な出産ケア体制の整備に重点を置いた「妊産婦の健康の改善」は、日本が最も貢献できる分野である。

JICAが重点とすべき取り組み。
妊産婦の健康改善
家族計画の推進
思春期リプロダクティブヘルス
および は、JICAが豊富な経験を有している分野であるが、は新たに
取り組む課題である。

現在世界では1分間に1人の女性が妊娠・出産を原因に命を落としているが、さらに注目すべき点は、それらの死のほとんどが適切な介入によって回避可能であること、そしてそのための支援において日本の技術や経験が十分に役に立つことである。

妊産婦の健康改善には、妊娠中から産後までの継続的な出産ケア体制の整備が重要である。JICAはこれまでに、母子健康手帳を利用した妊産婦の把握・登録と妊産婦検診、出産介助者の育成や緊急産科ケアの拡充など、日本の経験に基づいた独自の母子保健プロジェクトを世界各地で展開し、

妊産婦の健康改善では、地方部に重点を置き、継続的な出産ケア体制の整備を進めていくことが重要である。

妊娠・出産のすべてのプロセスに関わる支援を行ってきた。今後は、それらのプロジェクトで培った経験やノウハウを最大限生かしながら、**出産ケア体制が未整備な開発途上国の地方部により重点を置いて**、地域の医療施設での基本的緊急産科ケアの拡充や、PHCレベルで活躍できる出産介助者の育成、妊産婦検診の普及などに焦点を当てていくことが必要である。

妊産婦死亡率の低減は、ミレニアム開発目標の中でも特に達成が危ぶまれている課題であり、JICAとしても、国際機関やNGOと効果的な連携を図りつつ、本課題の解決に向けて主導的役割を果たすことが望まれる。

家族計画は、母子の健康改善とともに、教育の普及や貧困削減のためにも重要であり、啓発活動と避妊具（薬）の安定供給の双方が必要。人口学の観点からのマクロレベルの議論に加えて、ミクロ（世帯・家庭）のレベルでも、家族計画と貧困削減・教育機会拡大との関係に注目すべきである。

2) 家族計画の推進は、基礎教育の普及や貧困削減のためにも重要であり、啓発活動と避妊具（薬）の安定供給の双方を効果的に組み合わせた協力が必要である。

家族計画の推進により出生率の低下を進めることは、経済成長を促し貧困削減に貢献する。東アジアや中南米の中進国に見られた急成長は、家族計画の推進による人口増加抑制が功を奏した結果であると言われている。しかしながら、それらの人口学的な理論は、国家による半強制的な人口増加抑制につながる危険性を有していることに加え、貧しい農村の女性たちには何ら説得力を持たないことにも留意が必要である。

JICAにおいては、今まで主に人口学の観点から家族計画を議論し多くの調査研究も実施してきたが、今後は**そのようなマクロレベルの議論に加えて、家庭や世帯といったミクロなレベルにおいても、家族計画と貧困削減・教育機会の拡大との関係に注目すべきである**と考える。図2-1で整理したとおり、望まない妊娠や若年出産の減少、出産間隔の改善などを進めることは、女性の命や健康を守るだけでなく、女性自身や子どもの教育機会を増やすとともに、世帯の貧困化の回避にも非常に大きな効果をもたらしているのである。

戦後日本においては、保健師や生活改善普及員により啓発活動と避妊具（薬）の安定供給が推進され、望まない妊娠の減少や出産間隔の改善が急速に進んだ。その結果として、世帯内では子ども一人一人に対する栄養・保健・教育などの投資が増大し、マクロレベルでは高度経済成長につながったと言える。JICAの協力では、それらの過去の経験を丹念に掘り起こし、開発途上国の現状に合わせて適切に活用していくことが必要である。JICAでは、特別機材供与にて避妊具（薬）などの供与を実施しているが、今後は、UNFPAとの連携強化とともに、日本の経験と機材供与をうまく組み合わせて、効果的に家族計画の推進に取り組んでいくことが望まれる。

思春期の若者に対するリプロダクティブヘルスケアは、ミレニアム開発目標や「人間の安全保障」の視点からも重要である。JICAが新たに取り組む課題であり、専門家の育成などに早急に取り組む必要がある。

3) 多くの開発途上国、特にアフリカ諸国にとって、思春期の若者に対するリプロダクティブヘルス・ケアは最も重要な課題である。JICAは、本分野の専門家を早急に育成するとともに、当該国や第三国のリソースを幅広く活用し積極的にこの課題に取り組むべきである。

世界人口の30%を占める10歳から24歳までの若者は、現在HIV新規感染者の約半数を占める。また、多くの国で若者の性行動は低年齢化しているが、大人が若者の性行動を認めたくないことから、ほとんどの若者はリプロダクティブヘルスサービスを享受できていないのが現状である。

そのため、**思春期前半の若者を特にターゲットとし、リプロダクティブヘルス・ケアに関する支援を集中的に行うことが必要である。**これら思春期の若者への介入は、成人に比べBCC (Behavioral Change Communication) による行動変容が比較的容易で効果が上がりやすいと言われている。また、それは**思春期の女性が今後経験しうる様々な危険や機会の喪失を回避するための⁴⁶ ライフスキル教育でもあり、特に脆弱な立場にいる貧しい女性・紛争下の女性をターゲットとし本活動を展開することは、「人間の安全保障」の考え方にも合致する重要な取り組みといえる。**

日本においては本分野のリソースが少ないことが、これまで本分野の協力を推進するうえでの足かせとなっていた。しかしながら、近年では、大学院で行動変容などの専門知識を身につけ、国際機関や青年海外協力隊、NGOなどでこの課題に取り組む日本人は着実に増えてきている。このようなリソースにアクセスするとともに、大学など国内研究機関やNGOと連携した人材養成研修の実施などにより、日本人専門家を育成していくことが望まれる。また、既に本分野で実績のある第三国や現地のNGO/研究機関などとネットワークを構築し、それらのリソースを効果的に活用する方法も積極的に試みる必要がある。

今後の協力の重点地域。
サブサハラ・アフリカ
中近東
南アジア
東南アジア中心からアフリカ重視へ、重点地域の転換を図る。

4) リプロダクティブヘルスの今後の協力は、サブサハラ・アフリカ、中近東、南アジアに重点を置く。特に、アフリカにおける課題の深刻さを考えると、東南アジア中心からアフリカ重視へ、早急に重点地域の転換を図るべきである。

妊産婦死亡、乳幼児死亡、HIV/エイズなどリプロダクティブヘルス関連の指標が最も悪いのはサブサハラ・アフリカである。特に、HIV/エイズの深刻な状況を考えると、**サブサハラ・アフリカに対する思春期リプロ**

⁴⁶ 思春期の女性に対し、リプロダクティブヘルス・ケアに関わる適切な情報提供と行動変容を促す取り組みを実施することにより、次のような危険や機会の喪失を回避することが可能となる。 HIV/エイズなど性感染症への感染、 出産や中絶による死亡・疾病（フィスチュラなどを含む）、 出産時の子どもの死亡・疾病、 多産がもたらす世帯の貧困化、 飢餓および栄養不足、 若年妊娠などによる教育やエンパワーメントの機会喪失、 多産がもたらす子どもの教育機会の喪失。ただし、併せて思春期の男性に対しても、一方的な性交渉の防止や避妊具利用を含んだ性教育、ジェンダー教育などを実施することが必要である。

ダクティブヘルスの実施は最も優先される協力と考えられる。また、同地域において、16人に1人の女性が妊娠・出産に関連する合併症が原因で死亡している現状を考えると、妊産婦の健康の改善も看過できない課題である。

一方、中近東においては、文明の対立の中で西側諸国が家族計画などを支援しづらい状況があり、リプロダクティブヘルス分野における日本の役割が注目されてきている。また、南アジアにおいても、多くの国で妊産婦死亡や出生率が現在も高く、母子保健・家族計画のニーズが依然高い状況である。特にアフガニスタンでは、6人に1人の女性が一生の間に妊産時に死亡する危険性を持っている状況であり、早急な対策が必要である。

東南アジアに対しては、母子保健・家族計画分野で今まで多くのプロジェクトを実施してきた。今後は、さらに多くの国でJICAプロジェクトの成果を全国へ普及展開する段階であり、オーナーシップを醸成しつつ、南南協力・地域協力も活用しながら必要最低限の支援を継続することが望まれる。

また、中南米では、高すぎる帝王切開率を踏まえ「人間的なマタニティケア」について協力ニーズがあるほか、一部中進国に対しては、「開発戦略目標2：女性特有の健康問題の改善および不妊対策」など新しい課題にも挑戦していくことが望ましい。

疾患別の縦断的アプローチに重点を移すドナーが増えるなかで、リプロダクティブヘルスが目指す包括的アプローチの有効性も再評価すべきである。

(3) 協力実施上の留意点

1) 疾患別の縦断的アプローチに重点を移すドナーが増えるなかで、リプロダクティブヘルスが目指す包括的アプローチの有効性も再評価し、世界に示していくことが必要である。

JICAプロジェクトでは、近年目に見える成果（アウトカム）を出すことが求められており、そのためには縦断的なアプローチによる選択的・集中的介入が必要との意見もある。しかし、リプロダクティブヘルス関連分野においては、たとえプロジェクトレベルにおいても、必ずしも縦断的アプローチが最適とは限らないことに注意が必要である。多くの開発途上国では開発戦略目標1の課題への取り組みが最優先であるが、それらの課題解決に向けた介入においては、開発戦略目標3「ジェンダーの平等と女性のエンパワーメント」や開発戦略目標4「リプロダクティブヘルス改善のための体制整備」に整理されている問題にも併せて取り組むことが必要であり、それにより効果の発現をよりスケールアップできる場合も多い（下記2）、3）参照）。そのような取り組みは、プロジェクト実施中に追加的に介入が必要となる場合もあれば、プロジェクトを円滑に進めるための入

り口（エントリーポイント）⁴⁷として効果を発揮する場合もある。

近年アメリカ政府などは、疾患別の縦断的アプローチに重点を置き、リプロダクティブヘルスに対する支援を縮小させている。このような時期こそ、日本は**包括的アプローチの有効性を示し、率先してリプロダクティブヘルスの取り組みをリードしていく必要がある**。

2) リプロダクティブヘルスの協力ではジェンダーの視点が不可欠であり、すべてのプロジェクトにおいて、ジェンダーに関する現状分析や具体的な働きかけを活動に含めるべきである。

リプロダクティブヘルスの協力ではジェンダーの視点が不可欠。すべてのプロジェクトにおいて、ジェンダーに関わる具体的な取り組みを活動に含めるべきである。

望まない妊娠やHIVの女性における罹患率の圧倒的な高さは、女性の意思を無視した男性からの一方的な性交渉によるケースが多い。これは、男性中心の社会的・文化的背景が、性交渉においてもジェンダー間の不平等を生み出し、リプロダクティブヘルスの改善を妨げる要因となっている。また、このような社会における女性の地位の低さが原因となり、異常分娩時の緊急産科ケアが行き届いていないことなどが問題点として挙げられている。

一方で、望まない若年妊娠が減少すると女性の教育機会が増加し、逆に女性の教育機会を促進させることによって望まない若年妊娠が減少するという改善が見られる。これは、リプロダクティブヘルスの向上が女性のエンパワーメントを促進し、さらに女性のエンパワーメントによってジェンダー間の不平等さを改善できると言える。すなわち、リプロダクティブヘルスとジェンダー間の平等は、どちらも必須で相互補完的な関係にある「車の両輪」と言えるのである。このように、リプロダクティブヘルスの協力においては、**ジェンダー間の差別や不平等によって引き起こされる社会的阻害要因の分析を必ず行うことが重要である**。同時に、対象となる女性のみならず**男性の協力を得られる方向で、女性を取り巻く社会環境に対して具体的な改善を目指す働きかけをすることが必要となる**。

リプロダクティブヘルスのプロジェクトでは、開始当初より、政策への反映（または政策との調和）を明確に位置づけておく必要がある。

3) リプロダクティブヘルスの協力では、草の根での活動とともに、政策への介入についても併せて強化が必要である。

モデル地域でのプロジェクト活動をモデルで終わらせないためには、政策に対する働きかけを併せて行うことにも留意が必要である。しかし、今までのJICAプロジェクトでは、政策への介入の度合いは専門家の属人的

⁴⁷ ヨルダン「家族計画・WIDプロジェクト」では、「女性の収入創出活動」をエントリーポイントとしたことにより、住民にリプロダクティブヘルスの行動を起こさせる起爆的役割を果たした（Box A 1 - 4 参照）。そのほか、ケニア「人口教育促進プロジェクト」における「かまど」の導入や、財団法人家族計画国際協力財団（ジョイセフ）のインテグレートプロジェクト（IP）における寄生虫対策など、家族計画や母子保健の直接的介入以外の取り組みがリプロダクティブヘルスプロジェクトのエントリーポイントとなっているケースも多い。

な資質に左右されており、必ずしもモデル地域での成果をうまく政策に反映できたケースばかりではなかった。

今後は、プロジェクト開始当初より、プロジェクト活動の一部として、**国家レベルの政策への介入を明確に位置づけておく必要がある**と考える。そのためには、プロジェクトデザインマトリックス（PDM）を作成する際に、プロジェクトの活動や成果、もしくはプロジェクト目標⁴⁸に「政策への反映」を明確に入れ込むことが必要である。

また、すでにリプロダクティブヘルスの国家戦略や実施計画などができあがっている国においては、それらの計画と調和したプロジェクトデザインとすべきであり、そのためにも、政策レベルとの一定の関わりは常に維持していくべきであろう。近年一部の国で進んでいるセクターワイドアプローチ（SWAPs）やコモンバスケットの動きのなかで、JICAの技術協力の有効性を主張しドナー協調を望ましい方向にリードしていくためにも、ハイレベルでの介入や関与は重要である。

技術協力とボランティア事業、資金協力を戦略的・効果的に連携させ、プログラムアプローチを一層推進することが必要である。

4) 無償資金協力や機材供与事業は、日本のODAの比較優位であり、より戦略的・効果的に活用することが望まれる。

他ドナーにおいては、施設整備や機材供与に使える予算が限られている場合が多い。したがって、技術協力を展開するにあたって無償資金協力や機材供与のスキームと連携を図ることができるのは、JICAにとって強みでもある。

しかしながら、今までの日本のODAでは、技術協力と資金協力などがバラバラに行われてきたケースも多い。今後は、JICAの技術協力やボランティア事業と、無償資金協力、機材供与事業、草の根無償資金協力などを戦略的・効果的に連携させ、**プログラムアプローチを一層進めていく**ことが望まれる。特に、モデル地域での技術協力の成果を面的に拡大する段階で、資金協力を効果的に活用することが非常に有効である。

また、住民参加を進め草の根での事業を展開していくためには、現地NGOや住民組織との連携・活用も不可欠であり、そのような団体への事業委託や資金供与（草の根無償資金協力など）についても、持続性保持に留意しながら、プログラム全体のなかで積極的に取り入れていくべきであろう。

⁴⁸ PDMのプロジェクト目標を1つと限定せず、「モデル地域でのリプロダクティブヘルス指標の改善」と「政策への反映」の双方を目標に明記することも、政策への反映の必要性を関係者に認識させる有効な手段であると考えられる。PDMのプロジェクト目標は、従来1つとするのが適当との考えがあったが、最近では、モデル地域での課題の解決とモデル活動も基にした政策中枢への働きかけを同時に行うプロジェクトの場合など、2つ設定することも構わないとされている。

リプロダクティブヘルスの協力では、長期的戦略を策定したうえで継続的な取り組みが必要。プログラム全体の長期戦略を策定する作業に、JICAも積極的に参画すべきである。

5) リプロダクティブヘルスの協力では、長期的戦略を策定したうえで継続的な取り組みが必要である。特に、モデル地域でのパイロット的なプロジェクトについては、全国展開への道筋をつけるためのフォローを継続することが望まれる。

リプロダクティブヘルスの多くの活動は、僻地に住む貧しい農村女性に対し社会的・文化的壁を乗り越えて行動変容を促すものであり、それは短期間に達成できるものではない。また一部の地域での活動をモデルとして全国への普及を図っていくためには、10年以上の長いスパンで戦略を考える必要がある。その観点から考えると、JICAプロジェクトの協力期間(3~5年)だけでものを考えるのは適当ではなく、10年、20年といった長期的視野のもと、当該国の課題解決への道筋をプログラム全体の戦略として策定したうえで、個別プロジェクトを展開していくといった方策を採るべきである。長期戦略の策定作業には、相手国や他ドナーと協調しながら可能な限りJICAも参画することが必要である。また、プログラムのなかには、上記4)で述べた資金協力や他ドナーの活動などもすべて入れ込むのが望ましい。

5年の協力期間終了とともに近視的観点でプロジェクトレベルの成果のみを評価し、プロジェクト目標が達成した場合は引き上げる、といった従来の考え方についても再考が必要である。特に、モデル地域でのJICAプロジェクトの成果について、全国への普及は先方政府が自己責任で実施すべきとの考え方は、自立を十分に果たした一部の国を除き、必ずしも適切とは限らない。先方政府のオーナーシップを阻害しないよう気をつけることは必要であるが、モデル地域での成果のエッセンスを国家レベルで定着させ、全国普及の足がかりを提供するまで支援を継続することは、JICAプロジェクトの効果をきちんと発現させるためにも重要である。

リプロダクティブヘルスではとりわけ文化的配慮が必要である。文化的摩擦を回避するために、国際機関の現地専門家や現地NGOを活用することも一案。

6) リプロダクティブヘルスでは、とりわけ文化的配慮が必要である。

リプロダクティブヘルスの協力では、家族計画や中絶、ジェンダーの問題などを扱うことから、宗教的・文化的摩擦が起きる可能性が高い。そのような摩擦を回避するためには、現地の住民と信頼関係をすでに築いている国際機関の現地専門家や現地NGOを活用するなどの方法もひとつの手段である。「家族計画」が前面に出ていた時代と比較すると、「リプロダクティブヘルス」については多くの国で受け入れられやすい環境が整ってきてはいるが、医療分野の協力の場合も含め、活動レベルでは引き続き文化的側面にも細心の注意を払うことが必要である。

3 - 2 今後の検討課題

リプロダクティブヘルスの協力を展開していくにあたって、今後検討すべき課題は次のとおりである。

今後の検討課題
 評価指標の検討
 JICA事業の有効性の実証と発信
 他セクターとの連携強化

1) リプロダクティブヘルスの成果を図る指標をどうするか、今後の検討課題である。特に、妊産婦死亡率（MMR）については信憑性のあるデータを得るのは困難であり、それに代わる指標を検討する必要がある。

リプロダクティブヘルスのプロジェクトにおいて、評価指標は常に議論となる課題である。特に、妊産婦死亡率（MMR）については、ミレニアム開発目標の指標であるにもかかわらず、開発途上国での数値は多くの場合推計値であり、正確なデータを得るのはほぼ不可能と言われている。しかし、妊産婦死亡率に代替する適当な指標は考案されておらず、またキャパシティ・デベロップメントや意識の変化など質的成果についても、明確な評価手法が確立されていないのが現状である。

JICAプロジェクトの評価にあたっては、その成果（アウトカム）をできる限り数値で表し、外部への説明責任を果たすことが求められている。今後のリプロダクティブヘルス関連プロジェクトの評価指標については、国連で検討されているプロセス指標（付録3．基本チェック項目参照）などを参考に、国際機関の議論も注視しつつ、JICA内部でも引き続き検討していく必要がある。

2) JICAは、リプロダクティブヘルスに関する日本の協力の有効性を科学的に実証し、国際社会へ積極的に発信する必要がある。

第2章からわかるとおり、妊産婦保健などにおける効果的なアプローチについては、国際的にもコンセンサスがまとまっていない部分も多い。特に日本の経験に基づいた幾つかのアプローチについては、国際社会から十分な評価を得られているとは言い難い。その理由としては、JICAが使用してきたアプローチに関して、その有効性を実証的にレビューし国際社会に発信することを怠ってきたことも一因と思われる。

今後は、母子健康手帳、妊産婦検診、資格助産師の育成、緊急産科ケアサービスの充実、伝統的産婆の訓練、人間的なマタニティケアなど、世界的に争点となっている様々なアプローチについて、日本の経験やJICAプロジェクトを題材にその効果を調査研究し、結果を報告書や論文、学会発表などによりアピールしていくことも検討すべきである。それは単にJICA事業の広報・説明というだけでなく、**世界のリプロダクティブヘル**

ス向上のための知的貢献として、わが国の「顔の見える国際協力」にもなるはずである。また、世界各地の現場での経験について、効果的な蓄積を図り、相互にシェアする仕組みを作っていくことも併せて重要である。

3) 基礎教育や農村開発プロジェクト、インフラ事業など、保健医療以外のセクターとの戦略的連携も今後検討していくべきである。

今までのリプロダクティブヘルスプロジェクトは保健医療分野で完結しているものが多かったが、今後は、ジェンダーについてはもちろんのこと、基礎教育や農村開発プロジェクト、インフラ整備事業など、保健医療以外のセクターとの戦略的連携も検討していくべきである。

JICAの組織改編により教育と保健医療が同じ人間開発部所管となったこともあり、**基礎教育とリプロダクティブヘルスを統合させたプロジェクトの実施**なども考えられる。

また、国際協力銀行（JBIC）などと協力し、借款による道路建設と緊急産科ケアの連携を図ることも検討に値する。新しく地域総合開発のグランドデザインを描く際などには、地図情報システム（GIS）などを活用して、道路網と学校、保健所、緊急産科ケア施設などをトータルにマッピングし、整備を図っていくことも一案である。それらハードの拡充と、人材育成やシステムづくりなどソフトの支援を連携させるといった、マルチセクトラルな取り組みについても今後検討していくべきであろう。